İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları
Rektörlük No : 3107 Dekanlık No : 128

TÜRK TOPLUM HEKİMLİĞİ
II. SİMPOZYUMU

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Yıldız TÜMERDEM
Yrd. Doç. Dr. Hilmi ERGİNÖZ
Doç. Dr. Turhan D. AKINCI

25-28 Haziran 1980
Silivri - İstanbul

Dizgi - Baskı : *Fatih Gençlik Vakfı*
Matbaa İşletmesi
Ceridehane Sok. No : 2
Cağaloğlu - İstanbul
Tel. : 526 30 03

YAZARLAR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

Ankara Tıp Fakültesi

Uz. Dr. **AKDUR Recep**
Prof. Dr. **BAYKAN Nevres**
Doç. Dr. **BİLGİN Yaşar**
Uz. Dr. **KANTAROĞLU İclâl**

Antalya Tıp Fakültesi

As. Dr. **POLAT H. Hüseyin**

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

Erzurum Tıp Fakültesi

Dr. **ÖZEL Arif**

BURSA ÜNİVERSİTESİ

Bursa Tıp Fakültesi

Dr. **ALTIER Aytaç**
Doç. Dr. **AYTEKİN Hamdi**
Dr. **DESTAN Ertan**
Prof. Dr. **GÜLESEN Özdemir**
Uz. Dr. **İLERİYE Burhan**
Dr. **KARABAY M. Cemil**
Dr. **KAVAKLI Bülent**
Dr. **KURAP Gayyur**
Dr. **ÖRNEK A. Yalçın**
Prof. Dr. **SÖNMEZER Ali**

EGE ÜNİVERSİTESİ

Ege Tıp Fakültesi

As. Dr. **AY Şakir**
As. Dr. **BEŞER Erdal**
Dr. **BİLİKER M.A.**
Uz. Dr. **ÇALI Şanda**
Uz. Dr. **ÇİTDEMİR Göker**
As. Dr. **ÇAVUŞ Şenay**

As. Dr. **DİLSİZ Ahmet**
Uz. Dr. **DİLSİZ Behiye**
Uz. Dr. **DOĞAN Fethi**
As. Dr. **EMİRAL Lütfiye**
As. Dr. **EYİGÖR A.**
As. Dr. **GÜVEN Kudret**
Prof. Dr. **İYRİBOZ Yürük**
As. Dr. **KANSOY S.**
As. Dr. **KESKİN Mehmet**
Sos. **KOÇ M.**
As. Dr. **MAS Şefik**
MORTAN K.
Prof. Dr. **ÖZGÜR S.**
Prof. Dr. **ÖZGÜR T.**
Dr. **ÖZKOÇ S.**
Dr. **ÖZSES Levent**
As. Dr. **SARMAŞIK M. Nuri**
Dr. **SAKLAMAZ Hüseyin**
Prof. Dr. **TOKGÖZ Mehmet**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Hacettepe Tıp Fakültesi

Dr. **AKSU B.**
Dr. **ARSLAN P.**
As. Dr. **BALKAN Enis**
Dr. **BAYKAL Y.**
Prof. Dr. **BAYSAL Ayşe**
Uz. Dr. **BEYAZOVA Ufuk**
As. Dr. **BİLDİRİCİ Metin**
As. Dr. **BOZTOK Derman**
Uz. Dr. **BUMİN Çiğdem**
Dr. **CİLASUN U.**
Uz. Dr. **ÇİVİ Selma**
Dr. **DURUK M.Ç.**
Doç. Dr. **ERDAL Rengin**
Doç. Dr. **EREN Nevzat**
As. Dr. **FİDANER Caner**
As. Dr. **GÖKÇAY İrfan**
As. Dr. **GÖNÜL Uğur**
Prof. Dr. **ORAL N. Sevinç**
As. Dr. **ÖZDEMİR Alişan**
Dr. **SALTIK Ahmet**
As. Dr. **SANCAK Bedri**

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Doç. Dr. **AKINCI Turhan**
Dr. **ALTAÇ N.**
Dr. **ATAÇ Y.**
Doç. Dr. **BİNYILDIZ Pervin**
Prof. Dr. **DEMİRHİNDİ Orhan**
Dr. **ERTAN S.**
Uz. Dr. **KALYONCU Cemalettin**
Prof. Dr. **KURAN Orhan**
Prof. Dr. **MÜFTÜOĞLU Asuman**
Doç. Dr. **PAZARLI Halit**
Dr. **OR H.**
Dr. **ORHAN S.**
Dr. **TÜZÜN Y.**
Dr. **ÜLKÜ B.**
Dr. **YAZICI H.**
Dr. **YURDAKUL S.**

İstanbul Tıp Fakültesi

Doç. Dr. **AKBULUT Turhan**
Dr. **ERBİLGİN Kemalettin**
Prof. Dr. **ERTEM Güngör**
Doç. Dr. **IRMAK (SENCER) Yakut**
Prof. Dr. **SAYLAN Türkân**
Prof. Dr. **ÖZDEMİR Coşkun**
Prof. Dr. **VELİCANGİL Sıtkı**
Doç. Dr. **TÜMERDEM Yıldız**

Edirne Tıp Fakültesi

Prof. Dr. **ÖĞÜTMAN Rüknettin**
Prof. Dr. **VURAL Suat**

Diş Hekimliği Fakültesi

As. Dr. **OKTAY İnci**
As. Dr. **SAYDAM Gülçin**

DİĞERLERİ

Dr. **AÇKURT F.**
Psik. **ÇOKAN Y.**
Dr. **OCAK Y.**
Dr. **OKAN B.**
Dr. **PEKCAN H.**
Dr. **PEKCAN G.**
Biol. **YILMAZ G.**

İÇİNDEKİLER

I. BİLİMSEL SOHBET

TIP'TA UZMANLAŞMA VE TAM SÜRE ÇALIŞMA YASASI

II. BİLİMSEL SOHBET

TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE SORUNLARI

III. BİLİMSEL SOHBET

DEĞİŞİK TIP FAKÜLTELERİNİN TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN FAKÜLTE DIŞI UYGULAMALAR HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

IV. BİLİMSEL SOHBET

BESLENME

SUNUŞ

Günümüzde tıp öğretimi, eğitimi ve uygulamasında «Toplum Hekimliği» büyük önem kazanmıştır. Toplum Hekimliğindeki gelişmeler tıbbı statik olmaktan çıkarmakta, onu dinamizme götürmekte, toplum düzeyinde verimini artırmakta, daha iyi nitelikli pratisyen hekim ve sağlık personeli yetiştirme yollarını göstermekte; koruyucu hekimlikte, beslenme, ana-çocuk sağlığı gibi konularda amaçları saptama, plân yapma ve bunları gerçekleştirme yollarını bulmada büyük yarar sağlamaktadır.

Yurdumuzda Toplum Hekimliği alanında çalışmalar gittikçe artmaktadır. Elinizdeki eser bunun kanıtlarından birisidir. Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesinin 1979 yılı Haziran ayında (20 - 23/6/1979) Kirazlıyayla'da düzenlediği «Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimi I. Simpozyumu» bir teksir kitabı halinde yayınlanmış idi. İstanbul Üniversitesi Çapa, Cerrahpaşa ve Edirne Tıp Fakülteleri'nin 1980 yılı Haziran ayında (25 - 28/6/1980) Silivri'de birlikte düzenledikleri «Türk Toplum Hekimliği II. Simpozyumu» da derlenerek Fakültemizce bastırılmıştır.

Simpozyum bildirilerinin derlenip bir kitap haline getirilmesi kolay olmamıştır. Bu konuda emeği geçen tüm arkadaşlara, Fatih Gençlik Vakfı Matbaası'na teşekkür eder, kitabın tüm Tıp Fakültelerine öğretim, eğitim ve uygulamalarında yararlı olmasını dilerim.

Prof. Dr. Bülent BERKARDA
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Toplum Hekimliği Araştırma Merkezi
Müdürü

ÖNSÖZ

Silivri Nazım Terzioğlu Tesislerinde 25 - 28 Haziran 1980'de yapılan Toplum Sağlığı II. Simpozyumu'na gösterilen ilgi mutluluk verici idi. Simpozyum değil kongre havasına bürünen bu toplantı, Toplum Hekimliği görüşünün ne denli içtenlikle benimsendiğinin de güzel örneği idi. Simpozyum olarak düşünülen ve plânlanan, toplantımıza katılan arkadaşlarımızın gurur duyacağımız sayıda olması sonucunda, elimizde olmayan aksaklıklarımız oldu. Onları istediğimiz ve düşündüğümüz biçimde ağırlayamadık. Simpozyum kitabımızı size sunarken bizi bağışlayacağınız inanç ve umudundayız.

Bizleri birbirimize daha da yaklaştıran bu bilimsel toplantılar toplum hekimliğinin önemi kadar bizlerin seslerini de duyurmaktadır. Ülkemizde halka sağlık hizmetlerinin veriliş biçiminde çok olumlu etki yapacak olan, pre ve post-graduate Toplum Hekimliği eğitimi ile ilgili tartışmalarımız çok yararlı olmaktadır.

Bu kitapta I. Simpozyumda alınan karara göre Sayın Prof. Dr. Nevres Baykan'ın başkanlığında büyük emek ve titizlikle hazırlanmış olan Mezuniyet Öncesi Toplum Hekimliği Eğitimini yansıtan çalışmanın özeti ile birlikte tüm tartışmalarımıza ve araştırmalarımıza yer vermeye çalıştık.

II. Toplum Hekimliği Simpozyumuna, Toplum Hekimliği eğitimi ile ilgili konuşmalarının yanısıra katkılarını, esirgemeyen o tarihlerdeki İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Güngör Ertem'e teşekkür ederiz.

Ülkemizin sağlık sorunlarını iyiye, istenen düzeye ulaştırmadaki çabalarımızda hepimize başarılar dileriz.

İzmir Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü'nce düzenlenen III. Toplum Sağlığı Simpozyumunda buluşmak dileği ile sizlere saygı ve sevgilerimizi sunarız.

Düzenleme Komitesi ve Yayın Komitesi adına
Doç. Dr. Yıldız TÜMERDEM
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Toplum Hekimliği Bilim Dalı Başkanı

SUNUŞ KONUŞMASI 1

Prof.Dr. Suat VURAL *

Sayın Belediye Başkanı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Sayın Temsilcileri, İstanbul Tıp Fakültesinin Sayın Dekanı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinin Sayın Dekan vekili, Sayın konuklar, Değerli meslektaşlarım.

Sayın dinleyenlerim,

İnsanın, sağlığını sürdürmek, yaşamını uzatmak, verimini arttırmak ve bu yolla mutluluğunu sağlamak amacıyla değişik bilimlerin bulgu ve verilerini insana uygulama sanatı olan Hekimlik insanlık tarihi kadar eskidir.

Başlangıçta tamamen mistik bir görüş ve düşünce ile belli bir zümrenin tekelinde kalan hekimlik zamanla ayrı bir meslek dalı hüviyeti kazanmış ve sağlığı bozulan kişinin sağlığını yeniden kazanmasını amaçlayan Tedavi edici (curative), sağlamların sağlıklarını korumayı amaçlayan Koruyucu (preventive) ve insanın soyut bir biyolojik varlık değil, içinde bulunduğu toplumun bir uzvu, bir Biyo-Sosyo-Psikolojik varlık olduğu görüşünden hareket ederek toplumun sağlık sorunlarını tespit ve çözümlemeyi amaçlayan Sosyal Hekimlik olarak üç ayrı dal halinde gelişmesini sürdürmüştür.

İkinci Dünya savaşı sonrası bu görüşe, yeni düşünceler getirmiştir.

Bir kere, insan yaşamının hastalık ve sağlık dönemlerine bölünemiyecek bir bütün olduğu kabul edilmiştir.

Bundan başka insan'ın, çevresinden etkilenen ve çevresini etkileyen bir varlık olduğu, çevresinden soyutlanmış olarak düşünülemiyeceği anlaşılmıştır.

Son olarak sağlık hizmetlerinin, sadece bir hastayı tedavi, yada bir insanın sağlığının korunmasından ibaret olmadığı, bunun değişik yönleriyle bir bütün oluşturduğu da kesin kabul görmüştür. Böyle olunca Sağlık hizmeti de kuşkusuz bir kişi tarafından, ya da tek bir uzmanlık dalınca yürütülebilecek bir hizmet niteliğinden çıkmış, hekim, istatistikçi, eğitimci, mimar, sosyolog, psikolog v.b. meslek mensublarının oluşturduğu bir takımın birlikte yürüttükleri bir toplum hizmeti haline gelmiştir.

Bu Bütüncü (holistik) görüş, tedavi hekimliği, koruyucu hekimlik ve sosyal hekimliği bir bütün olarak kapsayan yeni bir kavram doğurmuştur.

(*) Edirne Tıp Fakültesi Dekanı

Bu kavram, bu görüş ve düşünce, bu felsefe yeni bir sağlık hizmeti anlayışını da birlikte getirdi. Bu hizmet anlayışı içinde Hekimlik de yeni bir hüviyet kazanmıştır. Artık rahatça bir «Toplum Hekimliği»nden söz edilmeğe başlanmıştır.

Buna göre; Toplum Hekimliği, insanı toplumsal ve fizik tüm çevresiyle bir bütün olarak ele alan, ve kişinin sağlığını ana ve babasının birleşmesinden ölümüne kadar bir bütün halinde kendi sorumluluğunda gören, hastaları arayıp bulup tedavisini sağlıyan ve daha önemlisi insanın sağlığını etkileyen kişisel etkenler yanında, toplumsal, kültürel, fiziksel, biyolojik, psikolojik ve hatta ekonomik olumsuz etkenleri de bulup, insanın ruh ve beden sağlığı için daha olumlu bir çevre yaratarak insan sağlığını koruma bilim ve san'atı dır.

Ülkemizde sağlık sorunlarının çözümüne, sağlık hizmetlerinin halka sunuluşuna yaklaşımda Toplum Hekimliği görüşüyle ilk gerçekçi ve bilinçli adım 224 sayılı «Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair Kanun» adlı yasa ile atılmıştır.

Ancak ne var ki bir yandan sorunlara yeterince bütüncü bir görüşte yaklaşılamaması, bir yandan da sağlık hizmet ekibinin lideri olacak hekimin bu görüşle, hizmetin gerektirdiği nitelik ve özellikle yetiştirilmemesi istenilen sonuca varmayı engellemiştir.

Geçen yıl Bursa'da, Bursa Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsünce düzenlenen Türk Toplum Hekimliği Simpozyumunda bu husus bir kere daha vurgulanmış, Sağlıklı bir Toplum oluşturmada Sağlık hizmet ekiplerinin liderliğini yapacak hekimin yetiştirilmesinde Tıp Fakültelerinin program ve eğitim sistemlerinde neler yapılabileceğinin araştırılması, Mezuniyet Öncesi, Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimini hiç değilse bir ölçüde standartlaştıracak bir planın hazırlanmasının önemi üzerinde duruldu ve bu amaçla bir komisyon oluşturuldu. Bu gün açılışını varlığınızla onurlandırdığınız Türk Toplum Hekimliği II. Simpozyumunda Sayın Prof. Nevres Baykan'ın başkanlığında çalışmalarını sürdüren komisyonun bu konudaki raporunu tartışacağız. Bundan başka düzenleme kuruluna 50 yi aşkın serbest bildiri gönderildi. Zamanın kıtlığı nedeniyle bunların yakın konulardaki bir kısmını kendi aralarında gruplandırarak masabaşı sohbeti şeklinde ve üç ayrı oturum halinde programlamak zorunda kaldık.

Düzenlemede ki umulmadık nedenlerle bazı üzücü aksaklıklar oldu. Kimseyi suçlamadan bütün kusuru üstleniyor, sizlerin hoşgörünüze sığınarak özür diliyorum.

Değerli meslekdaşlarımın, değerli bilimsel katkılarıyla ve başarılı çalışmalarıyla Simpozyumun düzenleme kusurlarını örteceğine inanıyorum.

Bu inançla ve başarı dileklerimle Türk Toplum Hekimliği II. Simpozyumunu açıyor hepinizi saygıyla selâmlıyorum. Varolunuz.

SUNUŞ KONUŞMASI 2

*Prof. Dr. Güngör ERTEM**

Sayın Başkan, Sayın Konuklar, Değerli Meslektaşlarım,

İstanbul Üniversitesi'nin üç tıp fakültesi tarafından düzenlenen Türk Toplum Hekimliği II. Simpozyumu'nun açılışında sizleri selâmlamaktan derin bir memnuniyet duyuyorum.

Bu Simpozyum'un hazırlıklarını izlemek ve bu hazırlıklar sonunda ortaya çıkan programı incelemek fırsatın kazandığımda gördüm ki bu bilimsel toplantının bazı farklılıkları ve belli bir alandaki çalışmalara süreklilik kazandıracak ve tıp eğitimi konusunda yeni yaklaşımlara esin kaynağı olacak özellikleri vardır.

Bildiğiniz gibi, Bursa'da 1979 Haziranında yapılmış olan Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimi Birinci Simpozyumu sonunda, toplum hekimliği eğitiminin durumunu ve yetersizlik noktaları varsa bunları tesbit etmek, bunun için gerekirse araştırmalar yapmak, ve ulaşılacak sonuçlara göre toplum hekimliği eğitiminin yeniden planlanması konusunda çalışmak üzere Sayın Prof. Dr. Nevres Baykan'ın başkanlığında bir komisyon görevlendirilmişti. Bu karar uyarınca gerçekten titiz ve geniş kapsamlı bir çalışmaya girmiş olan komisyon'un bir yıldan daha az bir zaman içinde hazırladığı Rapor, bu Simpozyumun ana tema'sını oluşturuyor. Bu Rapor'da yer alan bulgularla onlara dayanan önerilerin ve Rapor üzerinde yapılacak tartışmalardan sonra varılacak sonuçların sadece toplum hekimliği bakımından değil, ayni zamanda genel tıp eğitimi açısından da olumlu gelişmelere, yeni düzenlemelere yol açacağını umuyor ve bundan dolayı Komisyon'a ve toplum hekimliği disiplininin tüm ilgililerine şükranlarımı sunuyorum.

Ayrıca serbest bildirilerle ve istirahat saatlerine kadar taşan bilimsel masabaşı sohbetleriyle zenginleşen Simpozyum'un başarılı geçmesini diliyor, Düzenleme Kurulu'ndaki değerli meslektaşlarıma teşekkür ediyorum.

(*) İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı

MEZUNİYET ÖNCESİ EĞİTİM VE TOPLUM HEKİMLİĞİ HAKKINDA GÖRÜŞLER

*Prof. Dr. Güngör ERTEM**

Sayın Başkan, Değerli Meslektaşlarım,

Mezuniyet Öncesi Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimi Planlama Komisyonunun Ara Rapor'unu dikkatle dinledim. Simpozyumu düzenleyen meslektaşlarım nâzik bir ilgi ile Rapor'u bana bu toplantıdan 2 gün önce gönderdiklerinden onu ayrıntılı olarak incelemek imkânını da bulmuştum.

Öncelikle ifade etmek isterim ki Rapor eğitim amaçlarına uygun bir eğitim programı geliştirilmesi konusunda gerçekten titiz bir dikkat ve bilimsel bir yaklaşımla yürütülmüş değerli çalışmaların ilk ürünüdür. Rapor'un Giriş bölümünde belirtilmiş olan araştırmalar dizisi gerçekleştirildiğinde toplum hekimliği eğitimi için iyi düzenlenmiş, tutarlı, kapsamlı ve uygulanabilir bir program geliştirilebilecektir.

Bilindiği gibi herhangi bir eğitim faaliyetinin gereği gibi planlanabilmesi ve amacına erişebilmesi için ilk koşul, eğitim amaçlarının, Rapor'daki deyimle eğitim hedeflerinin belirlenmesidir. Tıp eğitimi ile ilgili olarak eğitim amaçlarının belirlenmesini üç kademede düşünebiliriz :

1. *Genel ya da Kurumsal Eğitim Amaçları :* Burada söz konusu olan, hekim yetiştiren birer kurum olarak her bir tıp fakültesinin, yetiştirmek istediği hekimde bulunmasını gerekli gördüğü yeteneklerin belirlenmesidir. Bu yetenekler ise kuramsal bilgilerden (cognitive objectives), bu bilgileri uygulamaya geçirecek becerilerden (skill objectives) ve hizmet verdiği ortamda kişilerle (çalışma arkadaşları, hastalar ve diğer bireylerle) olan ilişkilerinde hekim adayının sahip olması gereken tutum ve davranış özelliklerinden (attitudinal objectives) oluşur.

Her tıp fakültesi, içinde bulunduğu ve kendisine hizmet verecek hekimleri yetiştirmekte olduğu toplumun özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre «Nasıl», «Hangi niteliklerde» bir hekim yetiştireceğini, yani bir kurum olarak genel, kurumsal amaçlarını belirlemelidir. Kimi gelişmiş ülkelerdeki tıp okullarının yüzyılları aşan eğitim deneyimlerinden gelen bilgilerle oluşturdukları programlar, bu okullardan çıkan hekimleri zaten kendi toplumlarının gereklerine göre hazırlayabilmiş olduğu için, bu ülkelerde eğitim amaçlarının tesbiti, öncelik taşıyan bir ih-

---

(*) İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı

tiyaç sayılmayabilir. Fakat özellikle eğitim programlarını ve yöntemlerini farklı toplum yapısına, dolayısıyla farklı ihtiyaçlara sahip ülkelerden almış olan uluslarda tıp fakültelerinin ürünü hekimin nitelikleri ile - bu nitelikler «yüksek» düzeyde olsa da - içinde çalışacağı ortamda etkin bir sağlık hizmeti vermesi için sahip olması gereken nitelikler ve yetenekler arasında önemli farklar bulunması kaçınılmazdır. Bu ise ilk varoluş sebebi öncelikle kendi ülkesinde hizmet verecek insan gücü yetiştirmek olan tıp eğitimi kurumlarının görevlerini gereğince yerine getirememeleri sonucunu doğurmaktadır.

2. *Kürsü ya da Bölümlerin (Departmantal) Eğitim Amaçları :* Fakültenin genel amaçlarına ulaşmak için kürsü ya da bölümler düzeyinde yer alacak eğitim faaliyetleri, Kürsü Eğitim Amaçları belirlenerek programlanmalıdır. Bu amaçlar belirlenirken göz önnde tutulacak en önemli özellik, amacın fakültenin genel amacı ile tutarlı (relevant) olmasıdır. Fakültenin kurum olarak amacı ile tutarlılık taşımayan hiçbir amaç, kürsü eğitim amaçları arasında yer almamalıdır.

3. *Özel Eğitim Amaçları :* Bu, belirli bir süre için hazırlanmış özel bir eğitim faaliyetinin, bir seminerin veya kursun sonunda ulaşılması istenen sonucun nitelenmesidir. Rapor'un konusu ile doğrudan ilgili olmadığı için bir yana bırakıyorum.

Komisyon, çalışmalarına başlarken «Toplum hekimliği görüşüne sahip, sağlığı koruyacak, erken teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulayabilecek, sağlık ekibinin liderliğini, eğitimciliğini ve yöneticiliğini yapacak, en azından görevine ilişkin tamamlayıcı araştırmalarda bulunacak hekim yetiştirme»yi tıp fakültelerimizin amaç olarak «benimsemiş» olmaları varsayımından hareket ediyor. Bu varsayıma dayanak olarak ta bu tanımlamanın Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı İhtisas Komisyonu raporunda yer aldığını, Bursa'da 1970 yılında yapılan Tıp Fakülteleri Arası Tıp Eğitimi Semineri'nde tesbit edilmiş olan eğitim amaçlarının bu tanımlamayla uyuştuğunu, ve 1979 daki Birinci Toplum Hekimliği Eğitimi Simpozyumu'nda da «toplum sağlığı görüşünü benimsemiş sağlık ocağı hekimi yetiştirme» amacının belirlenmiş olduğunu ileri sürüyor. Tıp Fakültelerinin amacı olarak özellikleri kalın çizgilerle tanımlanan «hekim»i yetiştirme gereğini ve bunun için Rapor'da yer alan gerekçeleri şüphesiz benimsiyor, bunlara katılıyorum. Ayni zamanda, toplum hekimliği eğitiminin amaçlarını belirlemeye yönelik bir çalışma için bu amaçların, kendisiyle tutarlı olacağı bir tıp eğitimi genel amacının tarif edilmiş olmasına Komisyon'un ihtiyaç duymuş olmasını da tabiî buluyorum. Fakat belirtmeliyim ki İhtisas Komisyonunun raporunda yer alan tanımlama, tıp fakültelerinin kesinlikle yerine getirmeleri gerektiğine inandığım, ancak henüz bir veya iki fakülte dışında diğerlerinin tesbit etmediklerini bildiğim «fakülte amaçları»ndan farklı, kürsüler amaçlarının belirlenmesine rehberlik edecek ayrıntı ve belirginlikten yoksun, kısa ve genel bir tanımlama niteliğindedir. Böyle olmakla birlikte, fakültelerin kurumsal amaçlarını gereğince tesbit etmemiş olmaları karşısında Komisyon, bu genel tanımlama ile yetinmek zorunda kalmış, kanaatimce doğru bir yaklaşımla ve bu tanımlamaya uygun olarak tıp fakültelerinin öncelikle «sağlık ocağı hekimi» tipinde hekim yetiştirmesi gerektiği düşüncesini teyid etmiştir.

Bu noktadan hareket edince «sağlık ocağında görev alacak hekim»in fakülteyi bitirirken kazanmış olması beklenecek bilgi, beceri ve tutum'un neler olması gerektiğini araştırmaya girişen Komisyon, üyelerinin kendi deneyimlerini, bu konudaki uzmanların düşüncelerini ve ilgili kanun ve yönetmeliklerin hükümlerini göz önüne alarak bu yetenekleri tesbite çalışmış, bunların gerçekten gerekli olup olmadıklarını ve gerekli iseler öncelik sıralarını belirlemek için bir yandan toplum hekimliği eğitimcilerinin, öte yandan da uygulayıcı hekimlerin düşüncelerini almıştır. Kanaatimce bu yaklaşım kendi koşullarımıza uygun çözümler geliştirmek için son derece yararlı olmuş, ankete katılma oranı yüzde 50 dolaylarında gerçekleşmiş olmakla birlikte belli yönelimler ortaya çıkarılabilmiştir. Böylece geniş sayılabilecek sayıda bir eğitimci ve uygulayıcı hekim kadrosundan alınan cevapla, öncelik sırası da belirlenerek, «Ocak hekiminde bulunması gerekli görülen yetenekler» tesbit edilmiş ve bu yeteneklerin herbirinin hangi eğitim birimince kazandırılması gerektiği hususunda da eğilimler araştırılarak toplum hekimliği kürsü ve bölümlerine önemli ölçüde ağırlık verilmesi noktasında görüşlerin yoğunluk kazandığı anlaşılmıştır.

Burada bir noktaya dikkati çekmeyi yararlı görüyorum: «Ocak hekiminde (biraz önce sağlık ocağı hekimi yetiştirmenin tıp fakültelerinin ilk amacı olması gerektiğini düşündüğümüze göre tıp fakültesi mezununda) bulunması *gerekli* görülen yetenekler» belirlenir, bunların az da olsa bir bölümünün eğitiminin toplum hekimliğinden başka disiplinlerce verilmesi ihtiyacı ifade edilirken bu belirlenen yeteneklerin iyi bir sağlık ocağı hekimi için sadece *gerekli* değil, ayni zamanda *yeterli* de olduğu gibi bir izlenim doğabilir, doğmaktadır. Başka bir anlatımla, toplum hekimliği eğitiminin amaçlarını tıp fakültelerinin genel amaçlarıyla sadece uyumlu değil, ayni zamanda «hemen hemen denk» sayan bir düşünce gelişebilir. Komisyon çalışmalarının ve bu çalışmalara dayanan Rapor'un bunu telkin etmeye yönelik olmadığını sanıyor, olmaması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü sağlık ocağı hekiminde *toplum hekimliği açısından ve toplum hekimliği kürsülerince üstlenilecek* eğitim amaçları yanında «erken teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulayabilme» olarak özetlenen, fakat ayrıntılı olarak her klinik disiplini için belirlendiğinde tıpkı toplum hekimliği için bu Rapor'da yer alanlara benzeyen, ayrıntılı ve müteaddit bir «sağlık ocağı hekiminde bulunması gerekli yetenekler» dizisi meydana çıkacaktır. Bu noktayı işaret edişimin sebebi, bugün gereği gibi önem vermediğimiz kesin olan ve tıp eğitiminde hakkettiği ağırlıklı yeri kazanması mutlaka zorunluluk olan toplum hekimliği eğitiminin genel tıp eğitimi programı içinde genişleyecek olan kapsama kavuşmasını sağlamakta «ifrata düşmüş» izlenimi vererek yararsız dirençlerle karşılaşılmamasını dileyişimdir.

Rapor'daki toplum sağlığı terminolojisi ile ilgili işaretleri, eğitim alanlarına ve eğiticilerin özelliklerine ilişkin telkinleri geniş ölçüde benimsiyor ve İstanbul Tıp Fakültesi olarak bu telkinler yönünde bir çizgi izlemiş olduğumuzu, yakın zamana kadar Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı adındaki Kürsümüzün adını - ve önemli ölçüde mahiyetini - Toplum Sağlığı Kürsüsü olarak değiştirmiş bulunduğumuzu, değerli meslektaşım Doç.Dr. Yıldız Tümerdem'in, birçok güçlüklere rağmen, yorulmak ve yılmak bilmeyen çabalarıyla Avcılar çevresinde et-

kin bir eğitim alanı olarak gelişeceğine inandığım saha eğitimi girişimimizin başarılı bir çalışma dönemine girmiş olduğunu sizlere duyurmaktan memnuniyet duyuyorum.

Sonuç olarak ifade etmek isterim ki, toplum sağlığı alanındaki eğitim amaçlarının belirlenmesi ve buna uygun bir program geliştirilmesi girişimi, son derece yararlı bir çalışmayı başlatmış ve bu çalışmayı yürüten Komisyon, kutlanmaya değer bir gayretle ve sağlam bir yöntemle konuya yaklaşarak sağlık ocağında görev alacak bir hekimde bulunması beklenecek bilgi ve becerilerin neler olması gerektiğini ayrıntılı ve berrak bir şekilde ortaya koymuş, ve daha da önemlisi, hem diğer kürsü ve bölümlerin hem de tıp fakültelerinin eğitim amaçlarını belirleme yolundaki çalışmalarına öncülük etmiş, onlara esin kaynağı olmuştur.

Bana bu Rapor üzerinde düşüncelerimi açıklamak imkânını vermiş olmalarından dolayı Düzenleme Kurulu üyelerine ve beni dinlemek lütfundan dolayı sizlere teşekkür ederim.

SUNUŞ KONUŞMASI 3

MEZUNİYET ÖNCESİ EĞİTİM VE TOPLUM HEKİMLİĞİ HAKKINDA GÖRÜŞLER

*Prof. Dr. Orhan KURAN**

Sayın Başkan, Sayın Dinleyiciler

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı adına aranızda bulunmanın mutluluğu içindeyim.

Sayın başkanın, sayın Edirne ve İstanbul Tıp Fakülteleri Dekanlarının konuşmalarından çok istifade ettim.

Müsaade buyrulursa ben de tamamen kişisel görüşlerim olarak başka mevzulara temas etmek istiyorum.

1 — Halk sağlığı bakımından Aile yapısının bilhassa anne'nin büyük etkisi vardır. Anne bilgi bakımından noksan ise çabaların çoğunlukla boşa gideceği kanısındayım. Hepimizin bildiği gibi çocuğu ilk eğiten annedir.

2 — Halk sağlığı bakımından ulaşımın da çok büyük rolü vardır. Memleketimizin bazı kısımlarına kışın 4-5 ay ulaşmak hemen hemen mümkün değildir.

3 — Halk sağlığı bakımından haberleşmenin de büyük önemi vardır. Her türlü haberleşmede sürat ve intizam temin edilmelidir.

4 — Halk sağlığı bakımından konut büyük bir problem olarak ortadadır. En basit ihtiyaçları bile karşılıyamıyan konutlarda oturan ailelere götürülecek sağlık hizmetleri bence etkisiz kalacaktır.

5 — Halk sağlığı bakımından Beslenme de büyük önem taşımaktadır. İyi beslenme imkanlarından yoksun kişilere götürülecek sağlık hizmetleri bence yetersiz kalacaktır.

Hülasa halk sağlığı ile ilgili mevzuları tek başına Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesi içinde çözüme kavuşturmak bence mümkün değildir. Bu büyük ve önemli problemi ancak devletin bütün kuruluşları üslenir ise çözüme ulaşılabileceği kanısındayım.

Beni dinlemek lûtfunda bulunduğunuz için teşekkür eder saygılarımı sunarım.

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi ve Klinik Anatomisi Kürsü Başkanı

TÜRKİYE'DEKİ TIP FAKÜLTELERİ VE EĞİTİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BİR YAKLAŞIM

Dr. Enis BALKAN, Dr. Metin BİLDİRİCİ, Dr. İrfan GÖKÇAY
*Dr. Bedri SANCAK**

Bugüne dek Tıp Fakültelerindeki eğitimin incelendiği çalışmaların büyük çoğunluğu tıp öğrencilerinin eğitim sistemine getirdikleri objektif eleştiriler olmuştur. Bu çalışmaların bazı Tıp Fakültelerindeki eğitimin ülkemizin gerçeklerine daha fazla yaklaşan bir programı uygulamaya başlamasında büyük etkisi olmuştur. Türkiye'de halen 19 Tıp Fakültesi vardır. Üç büyük ilimizdeki Tıp Fakülteleri tüm Tıp öğrencilerinin büyük bir çoğunluğunu eğitmektedirler. Öte yandan yeni kurulan Tıp Fakülteleri hâlâ bir sorundur. Bu Fakülteler kendi bölgelerinin sağlık sorunlarına çözüm getirecek Tıp merkezleri olmaktan uzaktırlar. Yeterli Akademik Personele sahip değildirler. Bu çerçeve içinde Türkiye'deki Tıp Fakültelerinin herbirinde uygulanan programlar ve sonuçları alındığında Fakültelerin eğitim amaçlarında ortak noktaların çok az olduğu dikkati çekmektedir. Bu durumda tüm Tıp Fakültelerinde yetiştirecekleri hekimin özellikleri konusunda tek bir hedefte birleşmeleri sağlık hizmetlerini halka daha iyi götürmek yönünden büyük önem taşımaktadır. Bu ana hedefin her Fakültedeki uygulaması sırasında sürekli bir otokontrolun sağlanabilmesi için öğretim üyeleri, asistanlar ve Tıp öğrencileri tarafından sürekli değerlendirilmesinin önemi büyük tür.

(*) H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanları

H.Ü.T.F. ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM AMACI İLE GÖNDERİLDİKLERİ ÇEŞİTLİ SAĞLIK KURUMLARINDAKİ UYGULAMALARIN PRATİK BİLGİ ve BECERİ KAZANDIRMADAKİ ROLÜ

Dr. Enis BALKAN, Dr. Metin BİLDİRİCİ, Dr. İrfan GÖKÇAY, Dr. Bedri SANCAK *

GİRİŞ ve AMAÇ :

Ülkemizin hekim gereksinimi ve hekimlerin niteliği konusu uzun süreden beri tartışılmaktadır. Özellikle son yıllarda tıp fakültelerini bitiren hekimlerin sayısının artışı, fakat buna paralel niteliğinin artmayışı gözlenmekte, hatta genç hekimlerin bu nedenle uzmanlaşmaya yöneldikleri söylenmektedir.

Bugün dünyada günden güne yaygınlaşan çağdaş hekimlik anlayışı ve çağdaş hekim yetiştirmeye yönelik tıp eğitimi modelleri ana hedef olarak o ülkenin mevcut koşullarında sağlık sorunlarını çözümleyecek nitelikte insan gücü yetiştirmeyi almaktadır. Uzman olmayan hekimlerce çözümlenecek birçok sağlık sorunu olan bazı ülkeler bu konuda değişik çözüm yolları aramaktadırlar. Hazırlanan modellerde hekimlerin ilerde çalışacakları alanlarda daha öğrenci iken uygulamalı eğitimden geçirilmeleri konusundaki anlayışlar dikkati çekmektedir.

Ülkemizdeki birçok tıp fakültesindeki bu eğilim giderek yaygınlaşmaktadır. Bu fakülteler son yıllarda eğitim sağlık ocakları açmakta, çok kısıtlıda olsa fakülte hastaneleri dışında öğrenci eğitimi yapmaktadırlar.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulduğundan bu yana eğitim sağlık ocaklarında bu uygulamayı sürdürmektedir. Buna ek olarak yaygın bir şekilde fakülte dışı hastanelere ve sağlık kurumlarına da öğrenci gönderilmesi bu fakülte programında diğer tıp fakültelerine göre daha fazla yer almaktadır.

Bu noktalar göz önüne alınarak, fakülte hastanesi dışı öğrencilerin gönderildiği sağlık kurumlarının, çeşitli temel bilgi ve becerilerin kazanılmasındaki rollerinin araştırılmasının yararlı olacağı düşünülerek bu araştırma yapıldı.

(*) Bu çalışma H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistan Eğitim Programı Epidemiyoloji Kürsüsünde Prof.Dr. Münevver Bertan ve Doç.Dr. Sebahat Tezcan'ın danışmanlığında yapılmıştır.

(**) H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanları.

MATERYAL ve METOD :

Bu amaca yönelik olarak mezuniyet aşamasına gelmiş Dönem VI öğrencilerine yönelik bir anket uygulaması planlandı.

Ankette sorulan sorular yapılan veya kazanılmış olması gereken bazı bilgi ve becerilerin yapılıp yapılmadığı, yapıldı ise ilk kez nerede, en sık nerede yapıldığını ortaya çıkartıcı yönde idi. Sorular hekimlerden beklenen bilgi-beceri, ülke koşulları ve gereksinimler göz önünde tutularak seçildi. Burada kaynak olarak bazı istatistikleri ve yapılmış araştırmaları kullandık. Bunlardan biri, Ağustos 1975 de Çubuk Bölgesinin sağlık durumunu saptamak için yapılan bir araştırmada bölgede en sık görülen ilk beş hastalık sırasıyla :

— Barsak parazitleri
— Enteritler
— Kızamık
— Üst solunum yolları enfeksiyonu
— Pnomoniler olarak saptanmıştır. (1)

Yine ayni bölgedeki bulaşıcı hastalıklar 1977 de sıklığına göre şu sıralamayı almıştır:

—Streptokoksik anjin
— Kabakulak
— Kızamık
— Uyuz (1)

Etimesgut bölgesinde 5-14 yaş gurubunda görülen hastalıklar sırasıyla şöyledir:

— Akut üst solunum yolu enfeksiyonları
— Barsak kurtları
— Deri ve deri altının enfeksiyon hastalıkları (2)

Türkiyede il ve ilçe merkezlerinde 0-4 yaş gurubunda en çok ölüme neden olan hastalıklar sırasıyla :

— Pnomoniler
— Gastroenteritler
— Yenidoğanın enfeksiyonları
— Süt çocuklarının diğer hastalıkları (3)

Soruların seçimini yaparken bu verileri kullandık. Bir hekimden beklenen bilgi-becerilerin belirlenmesinin zorluğu bilinmektedir. Kaldı ki bunları bir anket formu kapsamına sokmak olanaksızdır. Bu nedenle anket kapsamına alınacak bilgi ve becerilerin ülkenin sağlık sorunları göz önünde tutularak en çok görülen, en çok sakat bırakan hastalıklara yönelik olarak sınırlamaya gidildi.

Anket formlarının Hacettepedeki tüm Dönem VI öğrencilerine uygulanması plandı. Anketin hazırlandığı tarihte saptanan Dönem VI öğrenci sayısı 203 idi. Anket bu 203 öğrencinin 167 sine (%82) uygulanabildi.

BULGULAR :

Ankete cevap veren 167 Dönem VI öğrencisine ait bulgular aşağıda gösterilmiştir.

Tablo: I Anket Uygulananların Fakültelerine Göre Dağılımı

Fakülte adı	Sayı	%
Hacettepe tıp	136	81,43
Eskişehir tıp	6	3,59
Sivas tıp	3	1,79
Samsun tıp	1	0,59
Trabzon tıp	9	5,39
Cevapsız	12	7,18
Toplam	167	100,00

Tablo I 'de görüldüğü gibi ankete katılanların tümü Hacettepe Tıp Fakültesi bünyesinden doğmuş tıp fakültelerinde okumaktadırlar.

Tablo : II Ankette Sorulaştırılmış Bilgi ve Becerilerin Bir Hekim İçin Gerekliliği Konusundaki Görüşler

1-67. sorular	Sayı	%
Tümü gereklidir	116	69,50
Çoğu gereklidir	49	29,35
Azı gereklidir	2	1,15
Toplam	167	100,00

Ankete katılanların büyük çoğunluğu sorulaştırılmış bilgi ve becerilerin gerekliliği konusunda birleşmişlerdir. (TABLO: II)

Tablo : III Akut Gastroenterit Tanısı Koyma

Akut gastroenterit tanısı	Sayı	%
Koyanlar	159	95,20
Koymayanlar	7	4,20
Cevapsız	1	0,60
Toplam	167	100,00

Tablo : IV Akut Gastroenterit Tanısı Koyanların Tanı Konulan Yerlere Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	%	en çok Sayı	%
Acil *	4	2,75	2	1,20
Toplum Hekimliği Uygulamaları**	66	45,51	51	50,50
Hacettepe içi uygulamalar ***	44	30,34	32	31,70
Hacettepenin gönderdiği diğer k.****	16	11,03	23	22,70
Diğer *****	6	4,13	3	3,00
Yeri belirtilmeyen	9	6,20	-	-
Toplam	145	100,00	101	100,00

Tablo : V Pnömoni Tanısı Koyma

Pnömoni tanısı	Sayı	%
Koyanlar	162	97,000
Koymayanlar	4	2,40
Cevapsız	1	0,60
Toplam	167	100,00

Tablo : VI Pnömoni Tanısı Koyanların Tanı Konulma Yerine Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	%	en çok Sayı	%
Acil	3	1,85	1	0,78
Toplum Hekimliği Uygulamaları	70	43,20	56	43.75
Hacettep içi uygulamalar	57	35,18	40	31,25
Hacettepe'nin gönderdiği diğer k.	20	12,34	20	15,64
Diğer	3	1,85	1	0,78
Yeri belirtilmeyen	9	5,58	-	-
Toplam	162	100,00	128	100,00

(*) Acil ile kastedilen Hacettepe Çocuk ve Büyük Acil servislerdeki uygulamalardır.
(**) Toplum Hekimliği Uygulamaları, Etimesgut ve Çubuk Bölgeleri Sağlık ocakları ve Bölge Hastanelerindeki uygulamaları kapsamaktadır.
(***) Hacettepe Hastanesindeki klinik ve Poliklinik çalışmaları anlaşılmalıdır.
(****) Hacettepe Hastanesi ve Toplum Hekimliği Uygulama bölgeleri dışında öğrencilerin gönderildikleri diğer tüm hastane ve alan uygulamaları
(*****) Öğrencilerin yukarıda yazılan kurumlar dışında kendi imkan ve girişimleri ile gittikleri, çalıştıkları tüm kurumlar kastedilmektedir.

Tablo : VII Malnütrisyon Tanısı Koyma

Malnütrisyon tanısı	Sayı	%
Koyanlar	132	79,05
Koymayanlar	34	20,35
Cevapsız	1	0,60
Toplam	167	100,00

Tablo : VIII Malnütrisyon Tanısı Koyanların Tanı Konulma Yerine Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
Toplum Hekimliği Uygulamaları	60	45,45	46	45,54
Hacettepe içi uygulamalar	46	34,85	32	31,68
Hacettepenin gönderdiği diğer k.	16	12,12	22	21,78
Diğer	1	0,75	1	1,00
Yeri bilinmeyen	9	6,81	-	-
Toplam	132	100,00	101	100,00

Tablo: IX Piyodermi Tedavisi Planlama ve Yapma

Piyodermi tedavisi	Sayı	%
Yapanlar	122	73,05
Yapmayanlar	44	26,35
Cevapsız	1	0,60
Toplam	167	100,00

Tablo: X Piyodermi Tedavisi Yapanların Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı

Yeri	ilkkez Sayı	ilkkez %	en çok Sayı	en çok %
Acil	2	0,81	-	-
Toplum Hekimliği Uygulamaları	64	52,45	67	65,68
Hacettepe içi Uygulamalar	33	27,04	16	15,68
Hacettepe'nin gönderdiği diğer k.	13	10,65	15	14,72
Diğer	4	3,71	4	3,92
Yeri belirtilmeyen	6	4,75	-	-
Toplam	122	100,00	102	100,00

Tablo: XI Kızamık Tanısı Koyma Durumu

Kızamık tanısı	Sayı	%
Koyanlar	103	61,67
Koymayanlar	58	34,73
Cevapsız	6	3,60
Toplam	167	100,00

Tablo: XII Kızamık Tanısı Koyanların Tanı Koydukları Yerlere Göre Dağılımı

	ilk kez		en çok	
Yeri	Sayı	%	Sayı	%
Acil	7	6,80	4	5,00
Toplum Hekimliği Uygulamaları	39	37,86	29	36,25
Hacettepe içi uygulamalar	31	30,10	28	35,00
Hacettepe'nin gönderdiği diğer k.	17	16,50	17	21,25
Diğer	3	2,92	2	2,50
Yeri belirtilmeyen	6	5,82	-	-
Toplam	103	100,00	80	100,00

Tablo III - XII 'de görüldüğü gibi Dönem VI öğrencileri gastroenterit, pnömoni, malnütrisyon, piyodermi ve kızamık gibi önemli bir halk sağlığı olan hastalıkları gerek ilk kez gerekse en çok olarak Toplum Hekimliği Uygulama alanlarında görmüşler ve tanımışlardır. Hacettepe Hastanesi içindeki uygulamalar ikinci sırayı almaktadır.

Tablo: XIII Epizyosuz, Normal Doğum Yaptırma Durumu

Normal doğum	Sayı	%
Yaptıranlar	149	89,22
Yaptırmayanlar	16	9,58
Cevapsız	2	1,20
Toplam	167	100,00

Tablo: XIV Epizyosuz, Normal Doğum Yaptıranların, Bu İşlemi Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
Toplum Hekimliği Uygulamaları	27	18,12	28	24,34
Hacettepe içi uygulamalar	19	12,75	10	8,70
Hacettepe'nin gönderdiği diğer k.	92	61,75	76	66,10
Diğer	1	0,67	1	0,86
Yeri belirtilmeyen	10	6,71	-	-
Toplam	149	100,00	115	100,00

Tablo: XV Rahim İçi Araç Uygulama Durumu

Rahim İçi Araç	Sayı	%
Uygulayanlar	107	64,10
Uygulamayanlar	60	35,90
Toplam	167	100,00

Tablo: XVI Rahim İçi Araç Uygulayanların Uygulama Yerlerine Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
Toplum Hekimliği Uygulamaları	30	28,00	31	35,63
Hacettepe içi uygulamalar	17	15,88	8	9,20
Hacettepe'nin gönderdiği diğer k.	57	53,27	47	54,00
Diğer	-	-	1	1,17
Yeri belirtilmeyen	3	2,85	-	-
Toplam	107	100,00	87	100,00

Tablo XIII - XVI de normal doğum yaptırma ve rahim içi araç uygulamaya ilişkin veriler görülmektedir. Tablolardan da görüldüğü gibi her iki işlemde ilk kez ve en çok olarak Hacettepe'nin gönderdiği kurumlar diye adlandırdığımız Ankara Büyük Doğumevi, Telsizler Doğumevi... v.b. de yapılmışlardır. Dikkati çeken diğer bir konu ise ikinci sırayı Toplum Hekimliği Uygulamalarının alışıdır.

Bir sağlık ocağının laboratuvar olanakları ile gerçekleştirilecek ve bir çok hastalığın tanı ve ayırıcı tanısını sağlıyacak bazı tahlillerin ilk ve en çok yapıldıkları yerlere ilişkin verilerde ilginçtir.

Tablo: XVII Hemoglobin Ölçme Durumu

Hemoglobin	Sayı	%
Ölçenler	163	97,60
Ölçmeyenler	3	1,80
Cevapsız	1	0,60
Toplam	167	100,00

Tablo: XVIII Hemoglobin Ölçenlerin Bu İşlemin Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
Toplum Hekimliği Uygulamaları	94	58,00	89	66,40
Hacettepe içi uygulamalar	51	31,50	42	31,35
Hacettepe'nin gönderdiği diğer k.	4	2,50	2	1,50
Diğer	-	-	1	0,75
Yeri belirtilmeyen	13	8,00	-	-
Toplam	163	100,00	134	100,00

Tablo: XIX İdrarda Protit Bakma Durumu

İdrarda protit	Sayı	%
Bakanlar	143	85,62
Bakmayanlar	22	13,18
Cevapsız	2	1,20

Tablo: XX İdrarda Protit Bakanların Baktıkları Yerlere Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
Acil	1	0,70	1	0,72
Toplum Hekimliği Uygulamaları	83	58,04	73	68,00
Hacettepe içi uygulamalar	56	39,16	33	30,56
Hacettepenin gönderdiği diğer k.	3	2,10	1	0,72
Toplam	143	100,00	108	100,00

Tablo: XXI Sütür Koyma Durumu

Sütür	Sayı	%
Koyanlar	148	88,62
Koymayanlar	19	11,38
Toplam	167	100,00

Tablo: XXII Sütür Koyanların Koydukları Yerlere Göre Dağılımı

Yeri	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
Acil	48	32,45	47	38,85
Toplum Hekimliği Uygulamaları	41	27,70	34	28,10
Hacettepe içi uygulamalar	41	27,70	34	28,10
Hacettepe'nin gönderdiği diğer k.	8	5,40	2	1,65
Diğer	6	4,05	4	3,30
Yeri belirtilmeyen	4	2,70	-	-
Toplam	148	100,00	121	100,00

Tablo XVII-XX de görüldüğü gibi idrarda protit arama ve hemoglobin bakma gibi kırsal alandaki olanaklarla dahi yapılabilecek laboratuvar çalışmaları ilk kez en çok olarak Toplum Hekimliği Uygulama bölgelerinde yapılmışlardır.

Tablo XXI-XXII de sütür koyma becerisinin öğrenilmesinde Acil servislerin rolü görülmektedir.

TARTIŞMA :

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri Dönem V stajları sırasında yukarıda sözü edilen farklı kurumlardan belli bir rotasyan sırasıyla geçerler.

Çeşitli Tıp Fakültelerinde son sınıf öğrencilerine kazandıkları beceriler konusunda yapılan araştırmaları H.Ü.T.F. deki araştırmamızla karşılaştırdığımızda Tablo XXIII deki durum ortaya çıktı:

Tablo: XXIII Tıp Fakülteleri Son Sınıf Öğrencilerinin Kazandıkları Beceriler Yönünden Karşılaştırılması

Beceriler	İst.Tıp Fak.	Ank.Tıp Fak.	H.Ü.T.F.
Doğum yaptırma	% 67.00	% 73,00	% 89,22
Sütür koyma		% 73,50	% 88,62
Hemoglobin ölçme		% 64,10	% 97,60
İdrar tahlili		% 59,00	% 79,04

Tablo XXIII de, İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine Mart 1979 yılında yapılan bir araştırmanın (4) ve Ankara Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine ayni yıl uygulanan bir başka araştırmanın (5) sonuçları Hacettepe'deki bizim yaptığımız araştırmanın sonuçlarının karşılaştırması görülmektedir. Tablodan karşılaştırılan becerilerin Hacettepe Tıp Fakültesi lehine farklı olduğu görülmektedir.

Yine tablolar incelendiğinde Hacettepe Tıp Fakültesi öğrencilerinin ülkemizde en sık rastlanan, en çok öldüren hastalıklar konusunda yeterli bilgi ve beceri sahibi oldukları görülmektedir.

H.Ü.T.F. son sınıf öğrencilerinin diğer tıp fakültelerindeki öğrencilerden daha fazla bilgi ve beceriye sahip olması eğitimlerindeki hangi faktörden ileri gelmektedir. Diğer tıp fakülteleriyle karşılaştırılan pratik becerileri H.Ü.T.F. öğrencilerinin çoğunluğu ilk kez ve nerede uygulamışlardır? Bu ilk uygulamanın üzerine en sık nerelerde uygulayarak pekiştirmişlerdir.

Tablo XXIV : Bazı Pratik Becerilerin Yapıldığı Yerler

Beceri	Yapılan yer	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
Doğum yaptırma	Hacettepenin gönderdiği diğer k.	92	61,75	76	66,10
Sütür koyma	Acil	48	32,43	47	38,84
Hemoglobin ö.	Toplum Hekimliği Uygulamaları	94	58,00	89	66,40
İdrar tahlili	Toplum Hekimliği Uygulamaları	83	50,75	73	65,00

Tablo XXIV de görüldüğü gibi H.Ü.T.F. son sınıf öğrencilerinin pratik becerilerinin diğer tıp fakültelerinden yüksek olmasında, Toplum Hekimliği Eğitim Bölgelerinin, H.Ü.T.F'nin öğrencilerini gönderdiği diğer sağlık kurumlarının ve Acil servisin rolü büyüktür. Anketimize cevap veren 1979-80 dönemi H.Ü.T.F. son sınıf öğrencilerinin çoğunluğu mezun olduklarında hekimlik yapacakları alanlarda önlerine en sık çıkacak hastalıkları ilk kez nerede gördüler ve tanı koydular? Bu uygulamaları en çok nerede yaptılar?

Tablo XXV : Bazı Hastalıkların görüldüğü yerler

Hastalık	Görülen yer	ilk kez Sayı	ilk kez %	en çok Sayı	en çok %
A. gastroenterit	Toplum Hekimliği Uygulamaları	66	45,51	51	50,50
Kızamık	Toplum Hekimliği Uygulamaları	39	37,86		
	Hacettepe içi uygulamalar			28	35,00
Pnömoni	Toplum Hekimliği Uygulamaları	70	43,20	56	43,75
Piyodermi	Toplum Hekimliği Uygulamaları	64	52,45	67	65,68
Malnütrisyon	Toplum Hekimliği Uygulamaları	60	45,45	46	45,54

Tablo XXV hekim adaylarının ileride çalışacakları alanlarda, daha öğrenci iken eğitimden geçirilmelerinin yararını ortaya koymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER :

Araştırmamız H.Ü.T.F'deki eğitimin sonuçları açısından diğer tıp fakültelerindeki eğitime göre öğrencilere daha çok pratik bilgi-beceri kazandırdığını göstermiştir.

Tıp eğitiminin Toplum Hekimliği Eğitim Bölgelerinde, fakülte dışı sağlık kurumlarında ve H.Ü.T.F. Acil Servislerinde sürdürülmesinin tıp öğrencilerinin bilgi-beceri kazanması açısından çok yararlı olduğu ortaya çıkmıştır.

H.Ü.T.F. de bu uygulamanın sürdürülmesinin, hatta diğer tıp fakültelerinde de ayni uygulamaya geçilmesinin yararlı olacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1) H.Ü.T.F. TOPLUM HEKİMLİĞİ BİLİM DALI. **«Çubuk Bölgesi 1977 Yılı Çalışma Raporu»**, Ankara, Sevil Matbaası, s. 21, 39, 41

2) H.Ü.T.F. TOPLUM HEKİMLİĞİ BİLİM DALI. **«Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1973-75 Yılları Çalışma Raporu»**, Ankara, Ayyıldız Matbaası 1977, s. 28

3) DİE. 1970 YILI HAYATİ İSTATİSTİKLER, Ankara 1972

4) ÖZDEMİR, Coşkun; SENCER, Yakut-Irmak : **Stajyer Öğrencilerin Tıp Eğitiminin Değerlendirilmesi»**, İstanbul Üniversitesi Bülteni No: 10, (Mart 1979), s. 27

5) AKAR, Nejat; KAYNAK, Süleyman; YÜKSEL, Mustafa : **«Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencisinin Aldığı Eğitimin Değerlendirilmesi 3,** Toplum ve Hekim, No: 20, (Ağustos 1979), s. 59.

OCAK HEKİMİNİN İLKYARDIM VE ACİL TEDAVİ KONULARINDA EĞİTİMİ

*Dr. Nevzat EREN**

Gelişmekte olan ülkelerde kurulan tıp fakültelerinin hemen hepsinin başta gelen amacı batı ölçülerine (standartlarına) göre hekim yetiştirmektedir. Batı ölçülerine göre hekim yetiştirmek gelişmekte olan ülkeler için önemli bazı nedenlerden yanlış bir politikadır. Gerek ülkemizin sağlık sorunlarının batı ülkelerinin sorunlarından ayrı olması, gerekse ulusal sağlık politikası olarak benimsenmiş olan «Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi» örgütlenmesinin ocak hekimi ya da genel pratisyenlik yapacak hekimden beklediği özel görevlerin bulunuşu, tıp fakültelerinde uygulanan eğitimin planlanmasında bu iki etkenin göz önüne alınmasını zorunlu kılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetini verecek örgüt içinde, başka bir anlatışla sağlık ocaklarında görev alacak hekimin koruyucu hekimlik hizmetlerinde başarılı olması yanında, gerek hekimlik hizmetinin bir bütün oluşu, gerekse koruyucu hizmetleri destekleyen hizmetler olarak ilkyardım, acil tedavi, evde-ayaktan tedavi, ekip yönetimi ve hasta sevki konularında da, ülkenin genel sağlık sorunlarına uygun bilgi ve becerilerle donatılmış olması da gerekmektedir. Son yıllarda ocak hekiminin, ya da okulu yeni bitirmiş bir pratisyen hekimin, ülkenin sağlık sorunlarının ışığında hangi bilgi ve becerilerle donatılması gerektiği konusunda, genel başlıkları kapsamak üzere bazı önemli çalışmaların yapılmakta olduğu bilinmektedir. Bu genel başlıkları geliştirirken, her genel başlığın alt başlıklarının da geliştirilmesi gerekmektedir.

İlkyardım ve acil tedavi konularında tıp fakültelerinde yapılan eğitimin yeterli olduğu söylenemez. Diğer yandan, gerek ilkyardım, gerekse âcil tedavi konularında iyi eğitilmiş hekim ve hekim olmayan sağlık personeli gereksinimi giderek artmaktadır. Bu artış gelecekte de böyle olacaktır ve dört ana nedenden kaynaklanmaktadır. Bu nedenler şunlardır:

1. Hızlı nüfus artışı.

2. Halkın sağlık hizmeti veren kuruluşlardan giderek daha çok hizmet beklemesi, daha çok hizmet istemesi.

3. Sağlık hizmeti veren kuruluşların halkın sağlık gereksinimlerine daha çok uyum göstermeye çalışmasının bir sonucu olarak, hükümetlerin kişisel sağlık bakımı için olduğu kadar, toplum sağlığı konularında da, giderek üzerlerine daha çok sorumluluk almaları.

(*) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi

4. Halk sağlığı uygulamalarında kullanılan teknoloji, malzeme ve etkinlik düzeyinde ortaya çıkan hızlı gelişmenin, sağlık insan-gücü yapısında nicelik ve nitelik yönünden sürekli bir değişimi gerektirmesi.

Bu dört nedenin her birinin ayrı ayrı yaşamsal önemi vardır ve her biri için bir dizi önlemin alınması gerekmektedir. Bu yazıda, yeni mezun olmuş bir hekimin ilkyardım konularında hangi alanlarda yeterli bilgi ve becerilerle donatılması gereği üzerinde durulacaktır. Sunulan bilgiler Çubuk-Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin 1978, Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin ise 1979 yılı verileri asıl olarak geliştirilmiştir. Bu veriler yazının sonuna ek tablolar olarak eklenmiştir. Bu tablolardan çıkarılan sonuçlara göre tıp eğitimi süreçleri içinde ocak hekimi ya da genel pratisyen olarak görev yapacak olan hekimlere uygulanacak ilkyardım eğitimi programı aşağıda gösterilmiştir.

İLKYARDIM EĞİTİMİ İÇİN PROGRAM

Çubuk bölgesinde yapılmış araştırma sonucunda, pratisyen hekim ve sağlık personeline ilk yardım eğitimi için geliştirilmiş program aşağıda sunulmuştur. Ayrıca bu program ile, daha önce hiç sağlık eğitimi görmemiş kişilere, söz gelimi işçilere, 5 iş gününde yeterli sayılabilecek düzeyde bilgi sağlanabilmektedir.

1 — İlk yardım

2 — Şuur kaybı nedenleri.
  a) Nedeni belli şuur kayıplarında,
  b) Nedeni yordanabilen (tahmin edilebilen)
  c) Hiçbir neden yokmuş gibi görünen şuur kayıplarında ilk yardım.

3 — Şuur kaybında bakım, yan ve tam yüzüstü yatırma

4 — Baş ve çene pozisyon verme

5 — Bayılma (Nedeni bilinmiyen).
  a) Nedenleri,
  b) İlk yardım

6 — Sara nöbeti, tanısı, ilk yardım

7 — Beyin kanaması, tanısı, ilk yardım

8 — Şeker koması, hipo ve hiperglisemi tanıları, ilk yardım

9 — Alkol koması, tanı, ilk yardım

10 — Histeri, tanı, ilk yardım

11 — Şoklar :
  a) Ağır sakatlanma ve yaralanmalarda görülen şok, tanı ve ilk yardım

b) Kanama şoku, tanı, ilk yardım
c) Yanık şoku, tanı, ilk yardım
d) Elektrik şoku, tanı, ilk yardım

12 — Gaz zehirlenmeleri, tanı, ilk yardım (Tahriş edici gazlar, basit boğucu gazlar, uyuşturucu gazlar).

13 — Yarı boğulma

14 — Tam boğulma

15 — Suni solunum
a) Holger-Nielsen yöntemi,
b) Ağızdan ağıza suni solunum

16 — Kapalı kalp masajı

17 — Suni solunumla birlikte kapalı kalp masajı.

18 — Yara bakımı,
a) Kesik yaralarda ilk yardım
b) Parçalanmış yaralarda ilk yardım
c) Ezik yaralarda ilk yardım
d) Delik yaralarda ilk yardım
e) Kirli ve temiz yaralarda ilk yardım

19 — Baş yaralarında ilk yardım

20 — Ağız, burun, boyun yaralanmalarında ilk yardım

21 — Göğüs yaralanmalarında ilk yardım

22 — Karın yaralanmalarında ilk yardım.

23 — Yaralı soyma yöntemi.
a) Ceket çıkarma,
b) Pantolon çıkarma,

24 — Kanamalarda ilk yardım
a) Nedenleri, biçimleri
b) Yanak, dil, diş eti, kanamalarında ilk yardım
c) Burun kanamalarında ilk yardım
d) Kulak yolu kanamasında ilk yardım
e) Atardamar kanamalarında ilk yardım
f) Toplardamar kanamalarında ilk yardım
g) Kılcaldamar kanamalarında ilk yardım
h) Basınç noktaları, basınç tekniği
i) Basınç yerleri, boğma tekniği, turnike uygulamaları.

25 — Pansumanlar.
a) Pansuman koyma amaçları,
b) Pansuman koymada genel ilkeler

c) Pansuman türleri
d) Pansuman hazırlama gereçleri

26 — Sargılar
a) Sargı türleri
b) Camadan düğümü
c) Simit yapımı, kullanıldığı yerler
d) Askılar

27 — Silindir sargılar
a) Halka sargı
b) Helezon sargı
c) Çevirmeli sargı
d) Çapraz ya da 8 sargısı
e) Silindir sargı ile kol askısı

28 — Üçgen sargılar
a) Üçgen sargı ile kol askısı
b) Kafatası sargısı
c) Göğüs ön duvarı sargısı
d) Dirsek sargısı
e) El sargısı
f) Ayak sargısı
g) Kesik kol ya da bacak sargısı

29 — Yanıklar
a) Tanım nedenleri
b) Derecelerine göre ilk yardım
c) Yaygınlığına göre ilk yardım
d) Yanık şoku
e) Yanık yerlerine göre ilk yardım
f) Elektrik yanıklarında ilk yardım
g) Kimyasal maddelerle oluşan ilk yardım
h) Sıcak maddeler sıvılarda oluşan yanıklar
i) Güneş yanıkları

30 — Donmalar
a) Genel donmada ilk yardım
b) Yerel donmalarda ilk yardım

31 — İlk yardım gerektiren özel durumlar
a) Kulakta yabancı cisim
b) Burunda yabancı cisim
c) Boğazda yabancı cisim
d) Yabancı cisim yutulması
e) Gözde yabancı cisim

32 — Isırmalar
a) Böcek ve hayvan ısırmalarında genel ilk yardım
a) Arı sokması

c) Örümcek ve kırkayak sokması
d) Akrep sokması
e) Yılan sokması

33 — Zorlanmalar
a) Bel zorlanması
b) Bacak zorlanmaları

34 — Burkulmalarda ilk yardım

35 — Çıkıklar
a) Çene çıkıklarında ilk yardım
b) Omuz çıkıklarında ilk yardım
c) Dirsek çıkıklarında ilk yardım
d) Bilek çıkıklarında ilk yardım
e) Parmak çıkıklarında ilk yardım
f) Kalça çıkıklarında ilk yardım
g) Diz çıkıklarında ilk yardım
h) Ayak bileği çıkıklarında ilk yardım
p) Ayak parmağı çıkıklarında ilk yardım

36 — Kırıklar, türleri, nedenleri, belirtileri.
a) Kırıklarda ilk yardımın genel ilkeleri
b) Kafatası kırıklarında ilk yardım
c) Yüz kemikleri kırıklarında
1) Tek taşıması, ilk yardım
d) Köprücük kemiği kırıklarında ilk yardım
e) Kol kemikleri kırıklarında ilk yardım
f) El kemikleri kırıklarında ilk yardım
g) Omurga kırıklarında ilk yardım
h) Kosta kırıklarında ilk yardım
i) Kalça kırıklarında ilk yardım
j) Bacak kırıklarında ilk yardım
k) Ayak ve ayak parmakları kırıklarında ilk yardım

37 — Yaralı taşıması
a) Sedye hazırlanması
b) Hastayı sedyeye yatırma
c) Sedyenin taşınması
d) Diğer taşıma biçimleri,
2) Altın beşik taşıma
3) Sandalye ile taşıma
4) İtfaiyeci taşıması
5) Boyundan sürümek

38 — Besin zehirlenmelerinde ilk yardım
a) Nedenleri
b) Belirtileri,
c) Korunma,
d) İlk yardım.

Tablo 1 : 1978 Yılında Çubuk Bölgesinde 7 Sağlık Ocağında En Çok Görülen 20 Hastalık. (Hastaneye Başvuran Hastalar Dışında)...

Sıra	Kod	Hastalıklar	Sayı			Kolon
			Erkek	Kadın	Toplam	Yüzdesi
1	A 089	Akut Solunum Yolları Enfeksiyonları	3 174	3 199	6 373	17.45
2	A 111	Ürojenital Sistemin Diğer Hastalıkları	330	1 481	1 811	4.97
3	A 005	Etkeni Saptanmış Gastroenteritler	850	696	1 546	4.24
4	A 092	Diğer pnömoniler	469	443	912	2.50
5	A 017	Streptokoksik Anjin	441	409	850	2.33
6	A 119	Deri ve deri altı Enfeksiyonları	450	362	812	2.22
7	A 120	Deri ve Deri Altı Dokusunun Diğer Enfeksiyonlar	339	459	798	2.19
8	A 082	Hipertansiyon	223	447	670	1.84
9	A 067	Anemiler	156	486	642	1.78
10	A 104	Sindirim Sisteminin Diğer Hastalıkları	216	420	636	1.74
11	A 078	Orta Kulak İltihabı ve Mastoidit	320	302	622	1.70
12	A 065	Vitaminsizlikler ve Beslenme Yetersizlikleri	258	288	546	1.50
13	A 075	İltihaplı Göz Hastalıkları	254	253	507	1.39
14	A 137	Semptomlar ve İyice Tanımlanamayan Diğer Durumlar	201	296	497	1.36
15	A 079	Sinir Sistemi ve Duyu Organlarının Diğer Hastalıkları	196	260	456	1.25
16	A 044	Diğer Bütün Enfeksiyon ve Parazit Hastalıkları	204	222	426	1.25
17	A 098	Mide ülseri	165	261	426	1.17
18	A 122	Kas ve Belirtilmeyen Romatizma	98	237	335	0.91
19	A 093	Bronşit-Amfizem ve Astım	150	174	324	0.89
20	**Tüm Diğer Hastalıklar**		4 331	7 812	12 413	0.89
	Toplam		12 825	18 507	31 332	100.00

Kaynak : Çubuk-Eğitim ve Araştırma Bölge Başkanlığı 1978 Yılı Kayıtları

Etimesgut Bölgesi Sağlık Ocaklarında En Çok Görülen Hastalıklar *
(1978)

Sıra	Kod	Hastalıklar	Erkek	Kadın	Toplam
1	A 089	Akut Üst Solunum Yolları Enfeksiyonları	4.934	6.135	11.069
2	111	Ürojenital Sistemin Diğer Hastalıkları	590	3.823	4.413
3	119-120	Deri Hastalıkları	1.452	1.801	3.253
4	005	Enteritler	1.130	1.048	2.178
5	092	Bronkopnömoniler	995	911	1.906
6	078	Otitis Media ve Mastoiditis	486	1.088	1.574
7	097	Diş Hastalıkları	671	851	1.522
8	043	Barsak Parazitleri	629	875	1.504
9	082	Hipertansiyon	262	1.033	1.295
10	067	Anemiler	318	955	1.273
11	075	İltihaplı Göz Hastalıkları	431	544	975
12	079	Sinir Sisteminin Diğer Hastalıkları	317	630	947
13	122	Romatizma	195	751	946
14	098	Peptik Ülser	198	736	934
15	017	Streptokoksik Anjin	453	460	913
16	104	Sindirim Sisteminin Diğer Hastalıkları	271	455	726
17	070	Nevrozlar	131	509	640
18	044	Diğer Enfeksiyon ve Parazit Hastalıkları	270	325	595
19	093	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	271	313	584
20	065	Malnütrisyonlar	243	218	461
21	121	Artrit ve Spondilit	106	296	402
22	125	İskelet ve Kaş Sisteminin Diğer Hastalıkları	136	249	385
23	029	Diğer Virüs Hastalıkları	184	177	361
24	099	Gastrit ve Duodenit	155	155	310
25	004	Dizanteriler	120	146	266
26	096	Solunum Sisteminin Diğer Hastalıkları	80	178	258
27	084	Diğer Kalp Hastalıkları	70	162	232
28	130	Doğuştan olma Bozukluklar	103	116	219
29	090	Grip	103	111	214
30	083	İskemik Kalp Hastalıkları	89	86	175
31	028	Enfeksiyöz Hepatit	101	71	172
32	101	Bağırsak Tıkanması ve Fıtık	96	62	158
33	021	Diğer Bakteri Hastalıkları	46	78	124
34	025	Kızamık	59	52	111
35	135	Perinatal Hastalık	0	100	100
36	137	Semptomlar	1.183	1.480	2.663
	Tüm Diğer Hastalıklar		948	1.766	2.714
	Toplam		17.826	28.746	46.572

(*) Etimesgut-Eğitim ve Araştırma Bölge Başkanlığı 1978 Yılı Kayıtları

MEZUNİYET ÖNCESİ SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ VE EPİDEMİYOLOJİ EĞİTİMİ

*Prof. Dr. Özdemir GÜLESEN**

GİRİŞ ve AMAÇ :

Ülkemizde Tıp öğrencilerine sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji eğitiminin yapılmasının tarihçesi oldukça eskiye dayanmaktadır. Ancak yapılan eğitimler çağdaş eğitim ilke ve yöntemlerine uygun olmamasına karşın Tıp da istatistiğin ve epidemiyolojinin gereğini vurgulaması ve günün anlayışına göre bu eğitimin yapılmaya çalışılması ilginçtir.

Sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji biliminde son yıllarda görülen gelişmeler ve anlam değişikliklerinin tıp eğitimine aksetmesi eğitim programlarında değişikliklerin yapılmasını zorunlu kılmıştır. Bunun sonucu ilk sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji eğitimi veren tıp fakültelerinin hijyen kürsüleri sonraki yıllarda bir yandan bu konuda özel uzmanlaşma gösteren ve bunları kendi bilim sahası içinde bir disiplin olarak kabul eden Toplum Sağlığı kürsülerine, bir yandan da konuların bağımsızlık göstermesi nedeniyle bağımsız Tıbbi istatistik ve epidemiyoloji kürsülerine devretmişlerdir.

Özellikle ülkemizde yeni kurulan Tıp Fakültelerinde Tıbbi istatistik ve epidemiyoloji Toplum Sağlığının ana bölümlerini oluşturmuş ve Toplum Sağlığı eğitiminin %50'si bu bilimlere ayrılmıştır. Buna karşın eskiden kurulmuş Tıp Fakülteleride kendilerini yenilemenin gereğini duymuşlar ve son yıllarda bu çabanın içine girmişlerdir.

Amaç: Araştırmamızın amacı dört başlık altında toplanabilir:

1 — Fakültemizde görevli hekimlere mezuniyet öncesi yıllarında sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji eğitimi yapılıp yapılmadığını yapıldı ise bunun hekimlik yaşamlarına bir etkisi olup olmadığını, yapılmadı ise bir eksiklik duyup duymadıklarını değerlendirmek.

2 — Fakültemizde halen öğrencilere uygulanmakta olan sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji eğitiminin öğrencilerin ilerdeki mesleki çalışmalarında yararlı olabilmesi için yöntem ve uygulama yönünden ne gibi gelişmelerin yapılabileceği konusunda öğretim üye ve yardımcılarının fikirlerini almak.

(*) Bursa Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü

3 — Temel Bilimler ve toplum sağlığı kürsülerince yürütülen sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji ders programlarının ve konularının öğretim üye ve yardımcılarınca gözden geçirilerek bu konuda görüş ve fikirlerini öğrenmek ve eğitim programlarının yeniden düzenlenmesinde bu görüşlerden yararlanmak.

4 — 3,4,5 ve 6 sınıf öğrencilerinin kendilerine yapılan istatistik ve epidemiyoloji eğitimi yöntem ve uygulamaları konularında görüş ve önerilerini almaktır.

YÖNTEM ve GEREÇ :

Yukarıda belirtilen amaca erişebilmek için öğretim üye ve yardımcılarına (hekim) ayrı, 3,4,5 ve 6 sınıf öğrencilerine ayrı olmak üzere iki tip anket formu hazırlanmış ve bu formlar ilgililerce doldurulmuştur.

Öğretim üye ve yardımcıları için düzenlenen form da öğretim üyesinin mezun olduğu tıp fakültesi ve mezuniyet yılı hakkında bilgiler alırken öğrencilere uygulanan formlarda öğrencinin ad ve soyadı sorulmamış yalnız kaçıncı sınıfta olduğu sorulmuştur.

Ankete 57 öğretim üyesi, 91 öğretim üye yardımcısı ile 114 öğrenci katılmıştır.

Elde edilen bilgilerin istatistiki değerlendirmesi yapılmıştır.

Diğer yönden Türkiye'de Tıp eğitimi yapan tüm tıp fakültelerinin Toplum Sağlığı ve koruyucu hekimlik kürsülerine başvurularak, istatistik ve epidemiyoloji eğitimine hangi yılda başladıkları, Tıp eğitiminin hangi yılında bu eğitimleri yaptırdıkları ve uygulamakta oldukları eğitim programları işlenmiştir. Ancak araştırmanın değerlendirildiği tarihe kadar beş Tıp Fakültesi bu soruları yanıtlamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgularla bu yanıtlar karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğretim üye ve yardımcılarının ünvanlarına göre dağılım Tablo: 1 de verilmiştir.

Araştırmaya Fakültemizde görevli 58 hekim öğretim üyesinin 55'i 130 öğretim üye yardımcısının 99 u katılmıştır. Yanıtlamıyanlara ardarda 3 başvuru yapılmasına karşın yanıt alınamamıştır. Öğretim üyelerinin katılma oranı %94.8, öğretim üye yardımcılarının ise % 76 dır.

Tablo: 1 — Ankete Katılan Öğretim Üye ve Yardımcılarının Akademik Unvanlarına Göre Dağılışı

Unvan	Sayı	%
Prof.	27	18.2
Doç.	28	18.9
Uz. As.	33	22.3
Asistan	60	40.6
Toplam	148	100.0

Bursa Tıp Fakültesinde görevli öğretim üye ve yardımcılarının çoğunluğunun İstanbul Tıp Fakültesi mezunu olduğu %43.2 ve bunu sırasıyla Ankara %20.3 ve Bursa'nın izlediği görülmektedir. %10.1.

Öğretim üye ve yardımcılarının mezuniyet yılları 1942 yılından 1979 yılına kadar dağılmakta ve öğretim üyelerinin çoğunluğunu 1960 - 1970 yılları, öğretim yardımcılarının çoğunluğunu da 1970-1979 yılları mezunlarının oluşturduğu saptanmıştır.

Anketin ikinci bölümünde hekim öğretim üye ve yardımcılarının tıp eğitimi sırasında Tıbbi istatistik dersleri alıp almadıkları, aldıkları bu dersleri kimden, ne ölçüde aldıkları ve hizmetleri sırasında yararlanıp yararlanmadıkları sorulmuştur. Yine bu öğretim üye ve yardımcılarından Fakültemizde yapılan istatistik eğitiminin yeterli olup olmadığı yetersizse öğretimin nasıl yapılması gerektiği ve başarısı için önerilerde bulunmaları istenmiştir. Yine bu öğretimi üye ve yardımcılarından istatistik derslerinin hangi kürsüce verilmesi gerektiği ve nedenleri sorulmuştur.

Ankete katılan 148 öğretim üye ve yardımcısından 92 si (% 37.8) istatistik eğitimi görmediğini bildirmiştir.

Tablo - 2 de Tıp Fakültelerinde istatistik eğitiminin yapıldığı yıllara göre dağılımı verilmiştir. Öğretim üye ve yardımcılarının 46 sı (31,1) istatistik dersini 1 yılda, 27 si (%18,2) 3 yılda, 19 u (%12,8)'da 4 yılda gördüğünü belirtmiştir. 46 kişi (%31,1) bu soruya yanıt vermemiştir.

Fakültelerde yapılan istatistik eğitiminin süresi sorusuna 36 öğretim üye ve yardımcısı (% 24,3) 1 sömestr, 44 öğretim üye ve yardımcısı (% 29,7) 2 sömestr ders gördüğünü belirtirken 65 öğretim üye ve yardımcısı (% 43,9) bu soruyu yanıtlamamışlardır.

İstatistik eğitimi gören öğretim üye ve yardımcılarının 52 si (% 58,4) Halk Sağlığı, hijyen kürsülerinde, 22 si (% 24,7) toplum sağlığı kürsülerinde, eğitim gördüklerini belirtmişlerdir.

Öğretim üye ve yardımcılarına gördükleri istatistik eğitiminin yeterli olup olmadığı sorulmuş, buna göre 30 öğretim üye ve yardımcısı (% 32.6) eğitimin yeterli olduğunu, 62 si ise (%67,4) yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Öğretim üye ve yardımcılarına öğrencilik döneminde aldıkları istatistik dersinden meslek yaşamlarında yararlanıp yararlanmadıkları sorulmuştur. Öğretim üye ve yardımcılarının 29 u (%31,5) yararlandıklarını, 63 ü (% 68,5) yararlanmadıklarını belirtmişlerdir.

Eğitim görmiyenlerin, eğitim görmemeye bağlı bir eksiklik duyup duymadıkları sorusuna 79 öğretim üye ve yardımcısı yanıt vermiş ve bunların 74 ü (% 93,7) eksiklik duyduğunu belirtmiştir.

Öğretim üye ve yardımcılarına, Bursa Tıp Fakültesinde yapılan istatistik eğitimi ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Tablo 2 — İstatistik Eğitimin Yapıldığı Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Sayı	%
1	46	31,1
2	7	4,7
3	27	18,2
4	19	12,8
5	2	1,4
6	1	0,7
Yanıt yok	46	31,1
Toplam	148	100,0

Fakültemizde yapılan istatistik eğitiminin konu ve zaman bakımından yeterli olup olmadığı sorusuna 14 öğretim üye ve yardımcısı (% 9,5) konu bakımından yeterli 11 i (% 7.4) yetersiz olduğunu belirtmiş, 123 ü ise (% 83.1) konu hakkında bilgileri olmadığını belirtmişlerdir. Zamanla ilgili soruya da 9 öğretim üye ve yardımcıları yeterli (% 6,1) 10 u yetersiz (% 6,8) ve 129 u ise konu hakkında bilgisi olmadığını belirtmişlerdir.

Görevli öğretim üye ve yardımcılarından başarılı bir istatistik öğretiminin nasıl yapılması gereği sorulmuş ve öğretim üye ve yardımcılarının 19 (% 8,4) ü dersanede kuramsal, 38 (% 16,8) i dersanede uygulamalı, 84 (% 37,2) ü dersanede karışık öğretim yapılmasının yeterli olduğunu belirtirken 78 i % 34,5 u alan uygulamasının daha yararlı olacağını vurgulamışlardır.

Öğretim üye ve yardımcılarından istatistik eğitim ve öğretiminin başarılı olması için ne gibi önerilerde bulunabilecekleri sorulmuştur. Öneriler sırasıyla:

Uygulamalı eğitim yapılması, % 27
Alan araştırması yapacak şekilde bilgi verilmesi, % 4,7
Dersleri son yıllara kaydırılması, % 4,7
Tıpla ilgili konulara yer verilmesi, % 4,1
Asistanlara da eğitimin yapılması, % 2,7
Tez çalışmalarına yarayacak bilgi verilmesi, % 1,4
Bu soruya 64 öğretim üyesi (% 43,2) yanıt vermemiştir.

Tıp Fakültelerinde sağlık istatistikleri çeşitli kürsüler tarafından verilmektedir. Bu dersin en yararlı şekilde hangi kürsü tarafından verilebileceği ve nedenleri araştırılmış ve alınan yanıtlara göre öğretim üye ve yardımcılarının çoğunluğu 88 (% 59,5) istatistiklerin Toplum Sağlığı Kürsüsünce verilmesini, 47 (% 31,8) si ise bağımsız istatistik kürsüsünce verilmesini önermişlerdir.

İstatistik dersinin Toplum Sağlığı kürsüsüne verilmesini önerenlerin nedenleri

— Uygulamanın Toplum Sağlığı içinde olduğunu
— Toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olduğunu,
— Gerçek verilere dayalı istatistik dersinin başarılı olacağını vurgulamışlardır. Buna karşılık bağımsız istatistik kürsüsünü önerenler;

— Bağımsız kürsünün daha iyi eğitim yapacağını,
— Kürsü olarak gelişmesinin hızlanacağını,
— Ayrı bir bilim olduğunu vurgulamışlar.

Anketin 3. bölümünde öğretim üye ve yardımcılarına Tıp eğitimleri içindeki epidemiyoloji eğitimi ile ilgili sorular sorularak Fakültemizde yapılan eğitimle ilgili görüşleri alınmıştır.

Tablo - 3 de öğretim üye ve yardımcılarının Tıp eğitimi içinde epidemiyoloji eğitimi yapan durumları verilmiştir.

Tablo 3 — Epidemiyoloji Eğitimi Yapılma Durumu

	S	%
Evet	103	69,6
Hayır	41	27,7
Bilmiyor	4	2,7
Toplam	148	100,0

Öğretim üye ve yardımcılarının 103 ü (% 69,6) eğitimi görmüş, 41 i (% 27,7) görmemiş ve 4'ü de bu soruya yanıt vermemiştir.

Epidemiyoloji derslerinin yapıldığı yıl dağılımı tablo 4 de verilmiştir.

Tablonun incelenmesi epidemiyoloji öğretimin en çok 3 cü % 39,9 ve 4 üncü sınıflarda yapıldığını % 26,4 göstermektedir. Epidemiyoloji eğitimi 32-64 saat arasında değişkenlik göstermektedir.

Epidemiyoloji eğitimi eskiden Mikrobiyoloji kürsülerince yürütüldüğü (% 36,5) günümüzde ise bu eğitim Toplum Sağlığı ve Hijyen, Halk Sağlığı kürsülerinin yüklendiği saptanmıştır.

Tablo 4 — Epidemiyoloji Eğitiminin Yapıldığı Yıl Dağılımı

Yıl	S	%
1	3	2,0
2	8	5,4
3	59	39,9
4	39	26,4
5	5	3,4
6	4	2,7
Toplam	148	100,0

Öğretim üye ve yardımcılarına Tıp eğitimi sırasında yapılan epidemiyoloji eğitiminin yeterlilik durumu ve bu eğitimden meslek yaşamlarında yararlanmaları sorulmuş ve sonuçlar tablo 5 ve 6 da verilmiştir.

Tablo 5 — Verilen epidemiyoloji dersinin yeterlik durumu

	S	%
Yeterli	55	37,2
Yetersiz	46	31,1
Yanıt yok	47	31,7
Toplam	148	100,0

Tablo 6 — Epidemiyolojiden yararlanma durumu

	S	%
Yararlanan	50	33,8
Yararlanmıyan	55	37,2
Yanıt yok	43	29,0
Toplam	148	100,0

Öğretim üye ve yardımcılarının 55 i (% 37,2) eğitimin yeterli olduğunu, 46 sı yetersiz olduğunu, (% 31,1) belirtmiş, 47 si ise (% 31,7) bu konuda hiç bir görüş bildirmemiştir. Bu öğretim üye ve yardımcılarının 50 si (% 33,8) öğrencilikte gördüğü epidemiyoloji eğitiminden meslek yaşamında yararlandığını belirtirken 55 i (% 37,2) si hiç yararlanmadığını bildirmiş, 43 ü ise (% 29) hiç yanıt vermemiştir.

Öğretim üye ve yardımcılarının Tıp eğitiminde epidemiyolojiye gereksinme olup olmadığı sorusuna 148 üyeden 146 sı (% 98,6) kesinlikle gereksinme olduğunu belirtirken 1 üye gerek olmadığını bildirmiş, 1 üye ise bu soruya yanıt vermemiştir.

Öğretim üyelerine Fakültemizde yapılan epidemiyoloji öğretimi ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Fakültemizde yapılan epidemiyoloji eğitiminin yeterliliği konu ve süre bakımından sorulmuş ve 11 öğretim üye ve yardımcısı (% 7,4) konu bakımından 7, öğretim üye ve yardımcısı süre bakımından (% 4,7) yeterli olduğunu belirtirken 8 öğretim üye ve yardımcısı konu ve zaman bakımından (% 5,4) yetersiz olduğunu belirtmiş ve 128 öğretim üye yardımcısı konular hakkında bilgisi olmadığını (% 87,2) ve 133 öğretim üye ve yardımcısı da süre hakkında bilgileri olmadığını % 89,9 bildirmiştir. Tablo 7

Öğretim üye ve yardımcılarının 19 u yetersizlik nedenini kuramsal ve uygulama eksikliklerine bağlamışlardır.

Öğretim üye ve yardımcılarına epidemiyoloji uygulamalarının en başarılı olarak nerede yapabileceği sorulmuş ve en başarılı eğitimin dersane, klinik ve sağlık ocaklarının tümünde yapılabileceği (% 55,1) yanıtı alınmıştır. Buna % 28,5 ile sağlık ocağı izlemektedir.

Tablo 7 — Fakültemizde yapılan epidemiyoloji eğitim yeterlilik durumu

Yeterlilik	Konu		Süre	
	S	%	S	%
Yeterli	11	7,4	7	4,7
Yetersiz	8	5,4	8	5,4
Bilmiyorum	129	87,2	133	89,9
Toplam	148	100,0	148	100,0

Epidemiyoloji eğitiminin başarılı olarak hangi kürsü ya da kürsülerce verileceği soruşturulmuş ve elde edilen yanıtlar Tablo 8 de sunulmuştur.

Buna göre en başarılı eğitim Toplum Sağlığı ve kliniklerde (% 48,0) ve Toplum Sağlığı kürsülerinde (% 31,1) yapılabileceği yanıtları alınmıştır.

Tablo 8 — Epidemiyoloji eğitiminin yapılması gerekli kürsülere göre dağılımı

Kürsü	S	%
Toplum Sağlığı	46	31,1
Klinik K.	4	2,7
Epidemiyoloji K.	27	18,2
Toplum S. + Klinikler	71	48,0
Toplam	148	100,0

Epidemiyoloji eğitiminin kaçıncı yılda yapılmasının daha yararlı olacağı sorusuna öğretim üye ve yardımcılarının 68 i (% 45,9) eğitimin klinik öncesi yeterli bilgi alındıktan sonra 3 ya da 4 sınıfta klinik derslerle birlikte verilmesini önerirlerken 43 ü (% 29,1) klinik bilgi alındıktan sonraki staj döneminde 5-6 sınıfta verilmesini önermişlerdir. 35 öğretim üye ve yardımcısı bu soruya yanıt vermemiştir.

Öğretim üye ve yardımcılarına Tıp öğrencilerine verilen ve verilmesi düşünülen istatistik ve epidemiyoloji konuları verilerek bunların hangilerinin öğrencilere verilmesinin yararlı olacağı sorulmuştur.

Öğretim üye ve yardımcılarının çoğunluğu belirtici istatistikler, istatistik testlerini ve doğum ölüm ve hastalık istatistiklerinin verilmesinde görüş birliğine varmışlardır.

Epidemiyoloji konularında belirtici epidemiyolojiden çok çözümleyici epidemiyoloji ve halk sağlığı önlemleri ile epidemiyolojinin verilmesini önermişlerdir.

Araştırmanın 3. bölümünde 3 ve yukarı sınıflardaki öğrencilere istatistik ve epidemiyoloji öğretim ve eğitimi ile ilgili anket uygulandı. Ankete yanıt veren öğrencilerin sınıflarına göre dağılışı tablo 9 da verilmiştir.

Tablo 9 — Öğrencilerin sınıflara dağılımı

Sınıflar	Öğrenci sayısı	%
III	60	52,6
IV	36	31,6
V	7	6,2
VI	11	9,6
Toplam	114	100,0

Öğrencilere fakültemizde yapılan sağlık istatistikleri eğitiminin yeterli olup olmadığı sorulmuş, öğrenciler kuramsal dersler (% 70,1), işlenen konular (% 55,3) ve zaman bakımından (% 70,2) yeterli olduğunu, uygulama bakımından yetersiz olduğunu (% 9,6) belirtmişlerdir.

Öğrencilere sağlık istatistikleri derslerinin meslek yaşamlarında yararlı olup olmıyacağı hakkında görüşleri sonulmuş ve 72 öğrenci (% 63,2) yararlı, 36 öğrenci yararlı olmıyacağı (% 31,6) yanıtı vermiş, 6 öğrenci bu soruya yanıt vermemiştir. % 5,3.

Fakültemizde sağlık istatistikleri 1 yılda verilmektedir. Bunun öğrenci açısından uygun olup olmadığı sorusuna öğrencilerin 67 si (% 58,8) uygun, 41 i (% 36,0) uygun değil yanıtını vermiş ve 6 öğrenci bu soruya yanıt vermemiştir.

Sağlık istatistiklerinin okutulması için önerilen sınıflar Tablo-10 da verilmiştir. Öğrencilerin 21 i (% 51,2) 6 sınıfta, 8 i (% 19,5) 4. sınıfta okutulmasını önermişlerdir.

Tablo 10 — Sağlık istatistikleri dersinin okunması için önerilen sınıflar

Sınıflar	Sayı	%
3	4	9,8
4	8	19,5
5	5	12,2
6	21	51,2
Belli değil	3	7,3
Toplam	41	100,0

Öğrencilere öğretim üyelerince verilen sağlık istatistiklerinin yeterli verilip verilmediği sorulmuş, öğrencilerin 70 i (% 61,4) yeterli ölçüde verildiğini belirtirken 34 öğrenci (% 29,8) yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. 10 öğrenci yorumda bulunmamıştır.

Öğrencilerin en çok ilgisini çeken istatistik konularının veri toplanması, grafik hazırlama, ölüm ve hastalık istatistikleri olduğu saptanmıştır.

Ankette öğrencilere epidemiyoloji ile ilgili sorular sorulmuştur. Tıp eğitiminde epidemiyoloji eğitiminin yeterli olup olmadığı sorularına verilen yanıtlar Tablo-11 de verilmiştir.

Tablo 11 — Tıp eğitimi içinde Epidemiyoloji eğitiminin yeterlilik durumu

	Yeterli	Yetersiz	Yeterli %
Kuramsal ders	92	16	85,2
Uygulama	13	62	17,3
İşlenen konu	75	23	76,5
Zaman	82	17	82,8

Öğrencilerin 72 si (% 85,2) kuramsal derslerin yeterli verildiğini, belirtmektedir. Yine öğrencilerin 75 i (% 76,5) işlenen konuların ve 82 si (% 82,8) zamanın yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Öğrencilerden epidemiyoloji dersinin verildiği yılın (3. yıl) uygun olup olmadığı sorulmuş, 87 öğrenci (% 76,3) uygun olduğunu, 22 öğrenci (% 19,3) uygun olmadığını belirtmiştir.

Uygun olmadığını belirten öğrencilerin (% 87,4) ü epidemiyolojinin son yılda verilmesinin daha yararlı olacağını vurgulamışlardır.

Öğrencilere verilen epidemiyoloji dersinin meslek yaşamlarında yararlı olup olmıyacağı sorusuna 82 öğrenci (% 71,9) yararlı olacağını, 26 öğrenci (%22,8) olmıyacağını belirtirken 6 öğrenci soruyu yanıtlamamışlardır.

Fakültemizde verilen epidemiyoloji dersinin yeterli verilip verilmediği sorusuna da 74 öğrenci (% 64,9) yeterli ölçüde verildiğini belirtirken 34 öğrenci (% 29,8) yeterli verildiğini belirtmişlerdir.

Son olarak öğrencilerden en çok ilgilerini çeken epidemiyoloji konularının işaretlenmesi istenmiş ve Halk Sağlığı önlemlerinin alınması aşılama ve bağışıklık, bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojisinin daha çok ilgi çektiği saptanmıştır.

İRDELEME

Araştırmaya 148 öğretim üye ve yardımcısı ile 114 öğrenci katılmıştır. 148 öğretim üye ve yardımcısının 55 öğretim üyesi ve 93 ü öğretim üye yardımcısıdır. Bursa Tıp Fakültesi İstanbul Tıp Fakültesinin patronajı altında kuruldu-

ğu için öğretim üye ve yardımcılarının % 50 si bu fakülteden gelmiştir. Geri kalan % 50 den Ankara Tıp Fakültesi % 20,3 İzmir Tıp Fakültesi % 7,4 ü oluşturmaktadır. Bursa Tıp Fakültesi mezunları % 10,1 oluşturmakta ve tüm öğretim yardımcısı durumundadır. İstanbul Tıp Fakültesinden mezun öğretim üye ve yardımcılarının ankette kendi yetişme sistemlerine göre görüş bildirmeleri de doğaldır.

Ankete verilen yanıtlar istatistik eğitiminin 1957-1958 yıllarında başladığını göstermektedir. İstanbul Tıp Fakültesinden 1959 yılından önce mezun olanlarla, Ankara Tıp Fakültesinden 1961 den önce mezun olanlar istatistik okumadıklarını belirtmişler. Buna karşılık Ege Tıp Fakültesinden 1965 yılında mezun olanlar okuduklarını bildirmişlerdir.

Yeni kurulan Tüm Tıp Fakültelerinde İstatistik dersinin verildiği görülmektedir.

Verilen incelenmesinde en çok dikkati çeken özellik İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa Tıp Fakültelerinden aynı yılda mezun olan öğretim üye ve yardımcılarının bir bölümünün istatistik dersi okuduğunu bildirirken diğer bölümünün okumadığını bildirmeleri ilginçtir. Aynı husus epidemiyoloji dersleri için de geçerlidir. Buna karşılık Hacettepe, Erzurum ve Diyarbakırdan mezun öğretim üye yardımcılarının tümü epidemiyoloji ve istatistik dersleri aldıklarını belirtmişlerdir.

Yanıtların incelenmesi epidemiyoloji dersinin çok eskiden beri verildiğini göstermektedir. Öğretim üye ve yardımcılarının çoğunluğu da bu dersleri aldıklarını belirtmektedirler.

İstatistik eğitiminin daha çok hijyen ve halk sağlığı kürsülerince yapıldığı buna toplum sağlığı ve bağımsız istatistik kürsülerinin izlediği görülmektedir. Yeni kurulan Tıp Fakültelerinde bu eğitimin toplum sağlığı kürsülerince geçmiş ve geçmektedir.

Ancak yapılan eğitimin yeterli olmadığı ve meslek yaşamında bundan yararlanılmadığı (% 68,5) vurgulanırken eğitim gömiyen öğretim üye ve yardımcılarının (% 93,7) si bunun eksikliğini duyduklarını belirtmişlerdir. Özellikle tez çalışmalarında bu eksikliği duyanlar konunun önemini bu dönemde kavramakta ve eğitimin son yıllarına kaydırılmasına önermektedirler.

Fakültemizde görevli öğretim üye ve yardımcılarından Fakültemizde yapılan istatistik eğitiminin yeterli olup olmadığı sorusuna öğretim üye ve yardımcılarının % 83 ü bu konuda bilgisi olmadığı yanıtını vermiştir. Bu özellikle öğretim üyelerinin kendi ders ve konuları dışında fakültedeki genel eğitimle ilgilenmediklerini göstermektedir.

Öğretim üye ve yardımcıları başarılı istatistik eğitimi ve öğretimi konusundaki sorulara, öğretimin alan uygulaması ve dersanede kuramsal ve uygulamalı olarak yapılmasının yararlı olacağı şeklinde yanıt vermişlerdir.

Sağlık istatistiklerinin hangi kürsüce verilmesi sorusuna ise öğretim üye ve yardımcılarının % 59,5 toplum sağlığı % 31,8 bağımsız istatistik kürsüsünce verilmesini önermişler ve neden olarakta uygulama alanının toplum sağlığının içinde olduğunu bildirmişlerdir.

Öğretim üye ve yardımcılarının % 69,6 sı Tıp eğitimleri içinde epidemiyoloji dersi aldığını bildirirken % 27,7 si almadığını bildirmiştir. Ancak aynı yıl aynı fakülteden mezun olan iki hekimden birisi aldığını öteki almadığını bildirmesi ilginçtir. Yanıtlar epidemiyoloji eğitiminin en çok 3-4 yıllarda yapıldığını belirtmektedir. Eğitim süresi 32-64 saat arasında değişkenlik göstermektedir.

Epidemiyoloji eğitimin eski yıllarda mikrobiyoloji kürsülerince yürütüldüğü daha sonra hijyen ve Toplum Sağlığına geçtiği görülmektedir.

Öğretim üye ve yardımcılarının % 37,2 si aldıkları epidemiyoloji dersini yeterli olduğunu % 31,1 yetersiz olduğunu belirtirken % 31,7 si bu soruya yanıt vermemiştir. Yine öğretim üye ve yardımcılarının % 33,8 i Tıp yaşamlarında epidemiyolojiden yararlanmış, % 37,2 si hiç yararlanmamıştır. % 29,0 ise soruya yanıt vermemiştir. Ancak öğretim üye ve yardımcılarının % 98,6 sı Tıp eğitiminde epidemiyolojiye gereksinme olduğunda görüş birliğine varmışlardır.

Öğretim üye ve yardımcılarının % 87 sinin Fakültemizde yapılan epidemiyoloji eğitimi hakkında hiçbir bilgi sahibi olmamaları ilginçtir. Bu da özellikle öğretim üyelerini kendi konuları dışında diğer konularla hiç ilgilenmediklerini vurgulamaktadır. Yine Fakülte eğitim komisyonu üyelerinin de bu konuda bilgisiz olmaları da ilginçliği daha da arttırmaktadır.

Epidemiyoloji eğitiminin dersane, klinik ve sağlık ocaklarının tümünde yapılması görüşü günümüzün çağdaş anlayışına uygundur.

Epidemiyoloji eğitiminin toplum sağlığı ve klinik kürsülerce entegre eğitime geçişte yararlı olacaktır.

Üzerinde önemle durulması gereken konu bu eğitimin kaçıncı yılda yapılması konusudur. Öğretim üye ve yardımcılarının % 40,6 sı eğitimin 3-4 yılda yapılmasını önerirlerken % 32,5 5-6 yılda yapılmasını önermişlerdir. Öğretim üye ve yardımcılarının görüş birliği içinde oldukları neden ise öğrencilerin yeterli klinik öncesi tıbbi eğitimin son yıllarda yapılması daha yararlı olacaktır.

Öğrencilere verilmesi gerekli istatistik ve epidemiyoloji dersleri konularında öğretim üye ve yardımcılarının bazı çelişkilere düştükleri dikkati çekmektedir. Örneğin epidemiyolojinin temeli olan belirtici epidemiyolojinin verilmesini istiyen öğretim üyesi ve yardımcısı sayısı 68 iken (% 45,9) enfeksiyon hastalıkları epidemiyolojisinin verilmesini istiyenlerin sayısı 114 (% 77,0) dır. Bu da öğretim üye ve yardımcılarının çoğunluğunun konu hakkında bilgisi olmadığını kanıtlamaktadır.

Öğrencilerin sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji konusundaki görüşleri oldukça ilgi çekicidir. Öğrencilerin % 70,1 i istatistik kuramsal derslerinin yeter-

sizliğinden bahsederken, % 91,4 ü uygulama yetersizliğini vurgulamışlardır. Aynı gerçekler epidemiyoloji içinde geçerlidir. (% 85,2) kuramsal yeterli, % 82,7 uygulama yetersiz.

Bu görüşler istatistik ve epidemiyoloji öğretiminde uygulamaya daha geniş yer verilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

İstatistik dersinin verildiği yılın öğrenciler açısından uygun olduğu görülmektedir. % 58,8 uygun olmadığını belirtenlerin çoğunluğu son yılda verilmesinin daha uygun olacağını belirtmişlerdir. % 51,2

Epidemiyoloji'de ise 87 öğrenci (% 76,3) verilen yılın uygun olduğunu belirtirken 22 öğrenci uygun olmadığını (% 19,3) belirtmiş ve derslerin son yıla alınmasının daha yararlı olacağının üzerinde durmuşlardır. (% 87,4)

SONUÇ :

1 — Araştırma sonucunda öğretim üye ve yardımcılarının önemli bir bölümünün istatistik eğitimi gördüğünü (% 62,2) ve bu eğitimin çoğunlukla hijyen ya da halk sağlığı kürsülerince yapıldığını göstermektedir. Ancak yapılan eğitim yetersiz kalmış (% 67,4) ve öğretim üye ve yardımcılarının (% 68,5) bu eğitimden meslek çalışmaları sırasında yararlanmamışlar ve yardımcılarının % 93,7 si eksikliği duymuşlardır. Bu bilgiler istatistik eğitiminin uygulamaya daha çok zaman ayırarak Tıp fakültelerinin ilk yıllarında değil de son yıllarında yapılmasının gereğini vurgulamaktadır.

Epidemiyoloji eğitimine gelince öğretim üye ve yardımcılarının % 69,6 sı bu eğitimi görmüşse de % 37,2 si bu eğitimden meslek yaşamlarında yararlanmamışlardır. Ancak bu soruyu yanıtlamıyanların oranının yüksek olması da düdüşündürücüdür. Öğretim üye ve yardımcıları bütün bu etkenlere karşın Tıp eğitiminin içinde epidemiyoloji eğitimi yapılmasının gerekliliği bilinci içindedirler. (% 98,6)

2 — Fakültemizde uygulanmakta olan istatistik ve epidemiyoloji derslerinin öğrencilerin ileriki yaşamlarında daha yararlı olması için ileri sürülen öneriler içinde en önemlisi uygulamaya daha geniş yer verilmesine dayanmaktadır. Gerek öğretim üye ve yardımcıları ve gerekse öğrenciler bu hususu vurgulamışlardır. Bu derslerin ileriki yıllara kaydırılması önerisi de oldukça ilginçtir. Özellikle epidemiyoloji eğitiminin öğrencilerin yeterli klinik bilgiler aldıktan sonra yapılması önerisi görüşlerimizi desteklemektedir.

3 — Araştırma da sağlık istatistikleri ve epidemiyoloji ders konularının öğretim üyelerince incelenerek görüş bildirmeleri istenmiştir. Ancak öğretim üye ve yardımcılarının konuya oldukça yabancı oldukları dikkati çekmiştir. Özellikle verilmesi zorunlu görülen konuların atlandığı saptanmıştır. Bu arada epidemiyoloji derslerinin içine paraziter hastalıkların ve beslenme hastalıkları epidemiyolojisinin eklenmesi önerisi ilginç bulunmuştur.

SAĞLIK OCAĞI HEKİMİNİN İSTATİSTİK VE DEMOGRAFİK BİLGİLER YÖNÜNDEN EĞİTİMİ

*Doç.Dr. Yakut IRMAK (SENCER)**

GİRİŞ

Koruyucu, sağıltıcı ve esenlendirici sağlık hizmetlerini birbirinden koparmadan, bir süreklilik içinde kavrayan çağdaş tıp anlayışı, insanı da yaşamının başından sonuna dek, fiziksel, biyolojik ve toplumsal çevresiyle bir bütün olarak değerlendirmektedir.

Kişiyi içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan çağdaş sağlık anlayışı, hekimin sağlıksızlıkların kökenlerine inmesini bilecek biçimde eğitilmesini getirmektedir.

Sağlık ocağı hekiminin gerek hizmet, gerekse araştırma eylemlerinde önceliğe sahip olan koruyucu ve sosyal tıbbın amacı, toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Sosyal tıp, bu amaca, özellikle aşağıdaki konulara ağırlık vererek yönelir. (8).

a) Nüfusun sağlık düzeyinin ve genel gelişiminin sürekli olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi

b) Çevrenin sağlık koşullarının değerlendirilmesi

c) Hastalık ve sakatlığın önlenmesi

d) Nüfusun tümü için, koruyucu, sağıltıcı ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi

e) Doğurganlığın izlenmesi ve gereğinde yönlendirilerek denetlenmesi

Bu konularda başarıya ulaşılabilmesi için, herşeyden önce hizmet sunulan toplumun tüm özellikleriyle iyi tanınması gerekir.

Gerçekten içinde yaşadığı ve hizmet verdiği toplumu gereğince tanımayan, bu toplumdaki değişmelere bağlı olarak değişebilen sağlık sorunlarını izleyemeyen bir hekim, yeterince başarılı, verimli ve yararlı olmaz.

Hekim, içinde yaşadığı toplumu kuramsal bir yaklaşımla, ya da el yardımıyla değil, ancak güvenilir ve geçerli bilimsel araştırma yöntemlerini kullanarak, ya da bu tür yöntemlerle gerçekleştirilmiş araştırmaların sonuçlarını gerektiği gibi

---

(*) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Kürsüsü Öğretim Üyesi

yorumlayarak kavrayabilir; hekimin toplumu iyi tanıma ve anlama çabasında dayanacağı tanı araçlarıysa, bu toplumun çeşitli özelliklerini yansıtan istatistik veriler olacaktır.

TIP BİLİMLERİNDE İSTATİSTİĞİN YERİ

Hekimin istatistik eğitimi konusuna ilişkin kavramlara açıklık getirebilmek üzere, önce «istatistik» sözcüğüne verilen değişik anlamlar üzerinde kısaca duralım. Bu sözcük, birbirinden tümüyle farklı iki ayrı anlamda kullanılmaktadır :

İlk anlamıyla «istatistik» değişkin bir olayın ulaştığı ve gözlemle saptanan sayısal değerleri, daha yerinde bir deyişle, «istatistik veriler»i ifade eder, örneğin, doğum istatistikleri, ölüm istatistikleri, göç istatistikleri gibi...

İstatistik sözcüğüyle karşılanan ikinci kavramsa, bir yöntembilim (metodoloji)dir. Bu anlamda istatistik, yığın olaylarını konu alan tüm olumlu pozitif bilimlerin ortaklaşa kullandıkları yöntemlerden oluşur.

Bir yöntembilim olarak istatistik, değişik biçimlerde tanımlanmıştır. İşlevsel bir yaklaşımla, istatistik yöntemlerin, belirsizliğin varolduğu durumlarda, rasyonel kararlara ulaşabilmek amacıyla kullanıldığı söylenebilir.

Yukarda, istatistik yöntemlerinin, yığın olaylarını konu edinen tüm olumlu bilimlerde geçerli olduğuna değinmiştik. Gerçekten bilindiği gibi, genel olarak bilimsel bir araştırmanın amacı, alanına giren olaylar konusunda *genellemelere* ulaşmaktır. Ve gene tüm bilimler, bu amaca, a) gözlem, b) varsayım, c) varsayımın sınanarak geçerlenmesi, aşamalarından geçerek oluşurlar.

Doğa bilimleri olsun, toplum bilimleri olsun, tüm olumlu bilimlerin amaçlarına yönelirken izledikleri ortak yöntem, *tümevarım* dır (4). İstatistik, tümevarım yöntemiyle genellemeye varılmasına, ve yapılan genellemedeki olası yanılgı payının da ölçülmesine olanak sağlar. Hemen belirtelim ki, tümevarım yönteminin ayrılmaz bir parçasını oluşturan istatistik yöntemler, bilimsel araştırmanın *gözlem* ve *varsayım sınama* aşamalarında da, *geçerli* ve *güvenilir* gözlemler yapmanın koşullarını getirirler, ve kurulan varsayımın sınanmasına olanak sağlayan testler geliştirirler (5).

Dolayısıyla, bir yöntembilim olarak istatistiğin, yığın olaylarını konu alan bilimsel araştırmaların ayrılmaz bir parçası ve vazgeçilmez bir gerekimi olduğu söylenebilir.

Tıp bilimlerinde, isttistik yöntemlerin kullanım alanını üç ana grupta toplamak olanaklıdır: Bu yöntemler, *laboratuvar* çalışmalarında, *klinik deneylemelerde,* ya da *epidemiyolojik* araştırmalarda kullanılmaktadır. Tıp bilimlerinin bu değişik uygulama alanlarında kullanılan istatistik yöntemler ilkece ortak olmakla birlikte, bu alanlarda incelenen olayların, ya da gözlem koşullarının özelliklerinden doğan bazı farklılıklar da taşırlar. Örneğin, laboratuvar ve klinikte ger-

çekleştirilen deneylemelerde, gözlem sayısı zorunlu olarak çok sınırlı kalacağından, çoğunluk «küçük örnek»lere özgü belli istatistik testler geçerli olmaktadır; oysa yaygın toplumsal gruplar üzerinde yürütülebilen geniş epidemiyolojik araştırmalarda, «büyük örnek»lerde geçerli olan istatistik testlerden de yararlanılabilir (2). Öte yandan, toplumsal olayların devingen (dinamik) oluşu, ve bu tür araştırmalardan incelenen değişkenlerin etkilerinin karmaşık görünüşler altında ortaya çıkması, değişkenlerin denetim altında tutulmasını güçleştirmektedir (4). Dolayısıyla, toplumsal araştırmalarda, gözlem ve deneyleme koşullarının düzenlenişinden, sonuçların yorumuna kadar, araştırmanın her aşamasında özel bir titizliğe gerek vardır. Sağlık ocağı hekimini özellikle ilgilendiren, istatistik yöntemlerin toplumsal ve epidemiyolojik araştırmalardaki kullanış biçimidir.

SAĞLIK OCAĞI HEKİMİ VE EPİDEMİYOLOJİ :

Bilindiği gibi, epidemiyoloji, toplum sağlığı araştırmalarının tümünün temelini oluşturur. Kim kez, insanla çevresi arasındaki karşılıklı etkileşimi konu alması bakımından «insan ekolojisi» olarak da nitelenen epidemiyoloji (6), Dünya Sağlık Örgütünce toplumda hastalık ve sakatlıkların dağılımını ve bu dağılımı etkileyen öğeleri inceleyen bir bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (1).

Epidemiyolojik araştırmaların başlıca üç amaca yöneldiği söylenebilir :

1. Toplumun başetmek zorunda olduğu hastalıkların önemi ve dağılım özelliklerini ortaya koyarak sağlık hizmetlerinin planlanmasına yol göstermek;
2. Bu hastalıkların denetimine olanak sağlayacak biçimde, etyolojik etmenlere ışık tutmak;
3. Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için verilen sağlık hizmetlerinin etkinliğini denetleyecek yöntemler geliştirmek.

Kısaca denebilir ki, sağıltıcı tıp tek tek kişilerin sağlığı üzerinde yoğunlaşırken, epidemiyoloji toplulukların ya da tüm toplumun sağlığını konu almaktadır.

Hastane istatistikleri belli özgül (spesifik) amaçlar için gerekli ve yararlı olmakla birlikte, toplumun genel sağlık düzeyini ortaya koyacak çeşitli hastalık ve sakatlıkların toplumdaki yaygınlığını ölçecek ve bunların oluşumuna katkıda bulunan etmenlere ışık tutacak epidemiyolojik araştrmalar için önemli olan toplumdaki genel morbidite (sağlıksızlık) konusundaki bilgilerdir (7). Sağlık ocağı hekimi, bu konuda gözlem yapabilmek ve bilgi derlemek için en uygun konumdaki kişidir.

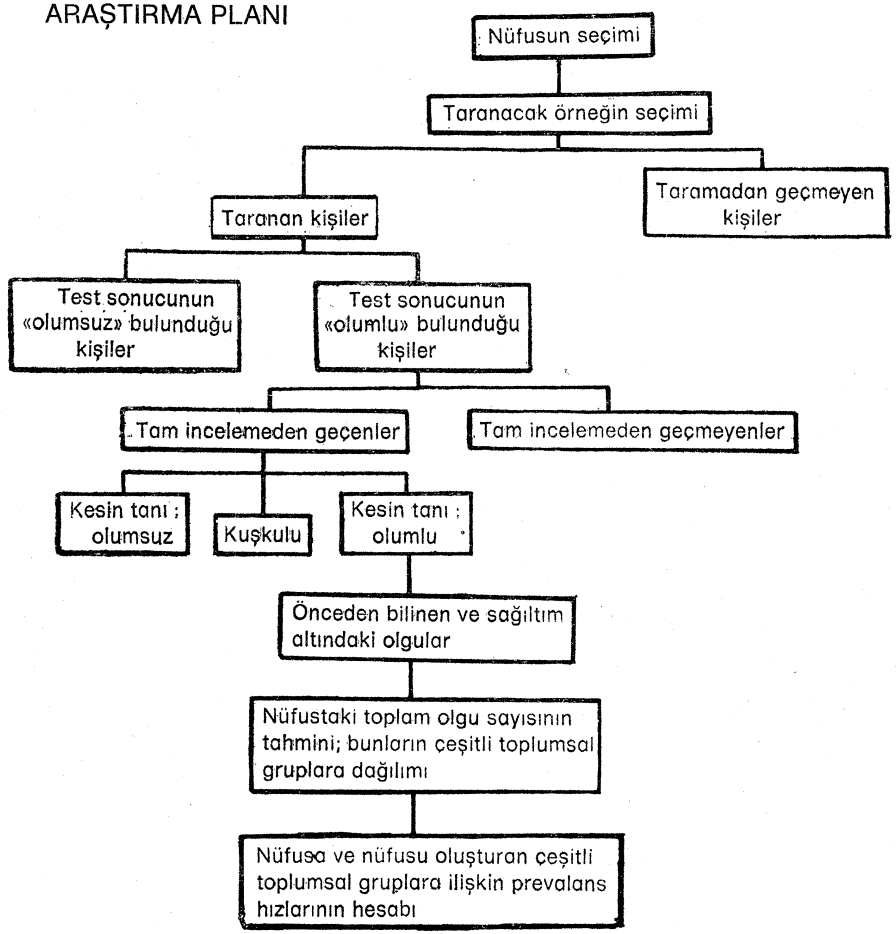
Sağlık ocağı hekimi, sağlık hizmetleriyle, araştırma eylemlerini bütünleştirebilecek biçimde eğitilmiş olmalıdır. Özellikle, doğum, ölüm, göç gibi yaşamsal olayların ve çeşitli hastalıkların toplum içindeki sıklık ve yaygınlığının izlenmesine olanak sağlayacak düzenli bir istatistik kayıt sisteminin var olmadığı ülkemizde, sağlık ocağı hekiminin çalıştığı bölgede, güvenli ve geçerli istatistik yöntemlerle gerçekleştireceği epidemiyolojik araştırmalar, toplum değerli bulgular sağlayabilir.

SÜREGEN BİR HASTALIĞA İLİŞKİN BİR EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA PLANI

Araştırmanın aşamaları

1. Nüfusun (ana yığının) seçimi
2. Örnekleme
3. Tarama
4. Denetleme, doğrulama (gerekliyse)
5. Bulguların kesinleştirilmesi; eksik bilgilerin tam anlanıp düzeltilmesi, bilinen olguların eldeki verilere eklenmesi tümevarım.
6. Hızların hesaplanması
7. Gözlemlerin ve gözetimin sürdürülmesi
8. Çözümleme

Yapılması gereken işlemler



Bu bakımdan, sağlık ocağı hekimine verilmesi gereken eğitim, ilk yönüyle, toplumsal ve epidemiyolojik araştırmaların temel ilkelerini kapsamalıdır; bu alanda, hekime araştırmanın planlanmasından, elde edilen sonuçların istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmesine kadar, bir alan araştırmasının tüm aşamaları konusunda kuramsal bilgi ve gerekli uygulamalarla, pratik beceri kazandırılmalıdır (İlişikteki şemada, bir örnek olarak, süregen bir hastalığa ilişkin epidemiyolojik bir araştırmanın çeşitli aşamaları özetlenerek gösterilmeye çalışılmıştır).

SAĞLIK OCAĞI HEKİMİ VE DEMOGRAFİK BİLGİLER :

Bilindiği gibi, bir ülkenin ekonomik ve toplumsal yapısının temel ögelerinden olan nüfus aynı zamanda bu yapının taşıyıcısı ve çerçevesidir. Bir ülkenin temel sağlık sorunları, gerek nüfusun yapısında (yaşa, cinsiyete, yerleşmelere dağılım vb) gerekse, doğurganlık, ölümlülük, hareketlilik, vb.) devingen özelliklerinde yansıdığı gibi, nüfusun bu duragan ve devingen özellikleri de toplumun sağlık düzeyini, sağlık sorunlarını ve sağlık hizmetlerinin etkinlik derecesini bir ölçüde belirlemektedir.

Dolayısıyla, nüfusun durağan (statik) yapısını ve devingen (dinamik) özelliklerini yansıtan nüfus bilimsel (demografik) istatistikler sağlık ocağı hekiminin kavraması gereken bir bilgi alanı oluşturmaktadır. Ocak hekimi, bir yandan çeşitli kaynaklarca hesaplanan doğum, ölüm, göç gibi yaşamsal olaylara ilişkin endeksleri yorumlayacak ve değerlendirecek bilgiye sahip olmalı; öte yandan da, hizmet verdiği çevredeki, nüfus hareketlerine, doğum, ölüm ve hastalanma olaylarına ilişkin düzgün bir kayıt sisteminin işlemesine katkıda bulunmalıdır.

SONUÇ :

Genel olarak toplum sağlığının gelişimi bu alandaki araştırmaların eskiye oranla daha geniş ve çok yönlü, yeni bir kapsam kazanmasıyla olanaklı olacaktır. Bu tür araştırmalar ancak sağlam bir epidemiyoloji temeli üzerinde, çağdaş bir kayıt ve derleme sistemiyle sağlanan verilerin geçerli ve güvenilir istatistik yöntemler aracılığıyla değerlendirilmesiyle gerçekleştirilebilir.

Bir toplum sağlığı araştırıcısı ve uygulayıcısı olarak, sağlık ocaği hekiminin bu konuda bilinçlendirilmesi ve gerekli eğitimden geçirilerek yeterli bilgi ve beceriyle donatılması gereklidir.

1980 Ders yılında İstanbul Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Kürsüsünde Halk Sağlığı Uzmanlığı öğrencilerine verilen Bioistatistik- Demografi eğitiminin ana konuları

Toplumsal bir araştırmanın planlanması; araştırma tipinin seçimi Araştırmada varsayım kurma ve sınama; gözlem türleri soru cetveli hazırlama ve uygulama ilkeleri

Toplumsal araştırmalarda kullanılacak örnekleme yöntemleri; tartışma ve pratik uygulama

Toplumsal araştırmalardan derlenen verilerin güvenirlik ve geçerliliği, verilerin işlenmesi; kodlama-delgi işlemleri

Toplumsal araştırmalardan derlenen verilerin sunulmasında ve çözümlenmesinde başlıca yöntemler

Verilerin sunulması; Sıklık dağılımları

İ. Ü. Haydar Furgaç Bilgisayar Merkezinde inceleme ve pratik çalışma

Toplumsal araştırmalarda sağlanan sonuçların grafiklerle sunulması

Toplumsal araştırma sonuçlarının bioistatistik yöntemlerle genellenmesi ve karşılaştırılması

Toplumsal araştırma sonuçlarına e ve (t) testlerinin uygulanması

Sonuçların sıklık dağılımları ve grafiklerle sunulmasına ilişkin pratik uygulamalar.

Toplumsal araştırma sonuçlarına ve (t) testlerinin uygulanması

Araştırmanın sonuçlarının ki-kare testiyle değerlendirilmesi

Toplumsal değişkenler arasında regresyon yöntemiyle bağıntı araştırılması

Çeşitli araştırma örneklerinde anlamlılık testlerinin uygulanması

Araştırmalarda değişkenler arası bağıntı derecesinin ölçülmesinde korelasyon teknikleri

Araştırmalarda kullanılan anlamlılık testlerinin karşılaştırılarak gözden geçirilmesi

Bir alan araştırmasının çeşitli aşamalarının planlanlaması, uygulanması ve sonuçların çözümlenmesine ilişkin pratik çalışma

Nüfus bilime giriş; konunun önemi, evrimi, ana ilkeleri

Nüfus artışının toplumsal ve ekonomik değişkenlerle ilişkileri

Nüfus artışının sağlık sorunlarıyla ilişkisi

Türkiye'nin ve seçilmiş çeşitli ülkelerin nüfus artışları üzerinde tartışmalı çalışma

Türkiye nüfusunun yapısı ve evrimi

Türkiye nüfusun bölgesel özellikleri

Nüfus planlanmasında ana kavramlar ve nüfus planlanması sorunları

Türkiye'de ve seçilmiş ülkelerde nüfus planlaması uygulamalarının gözden geçirilmesi ve başarı derecelerinin tartışılması

Başlıca demografik istatistiklerin tanımı

Sağlık düzeyinin istatistik göstergeleri

Doğum istatistikleri

Hastalanma ve ölüm istatistikleri

Çeşitli demografik istatistikler üzerinde uygulamalı çalışma

Türkiye'de istatistik verilerin derlenme ve kayıt sistemi

Hastahanelerde hasta kayıt ve arşiv sisteminin düzenlenmesi

Hastahane işletmeciliğinde bilgisayarların yeri

Ülkemiz koşullarında kurulması gereken istatistik kayıt sistemleri konusunda tartışmalı çalışma

Tıp sosyolojine giriş; konunun önemi; genel çerçevesi

Toplumsal yapı-sağlık sorunları ilişkisi

Türkiye'nin toplumsal yapısı ve bu yapının sağlık sorunlarıyla ilişkisi

Hastalıkların toplumsal etmenlerle ilişkisinin araştırılması; çözümleme ve yorumlamada temel ilkeler

KAYNAKLAR

1) KOSTRZEWSKİ, J.: La recherche en santé publique. **La Recherche Médicale; Priorités et Responsabilités.** OMS, Genève, 1970, s. 55-63.

2) ROUQUETTE, C. ve SCHWARTZ, D.: Methodes en Epidemiologie, Paris, 1970.

3) SARTWELL, P.E.: Desiderata in population studies. **Population studies of the Rheumatic Diseases,** New-York, 1968, s. 3-13.

4) SENCER, M. ve SENCER, Y.: Toplumsal Araştırmalarda Yöntembilim, Ankara, 1978.

5) SIEGEL, S.: Nonparametric statistics for the Behavioral Sciences, New-York, 1965.

6) TAYLOR, C.E.: La Recherche en sante publique **La Recherche Medicale; Priorités et Responsabilités.** OMS. Genève, 1970, s. 64-72.

7) WHO: The Role of the Primary Physician in Health Services. Report of a Conference. Copenhagen, 1971.

8) WHO.: The Application of Epidemiology to the Planning and Evaluation of Health Services - Report on a working Group. Copenhagen, 1974.

OCAK HEKİMLERİNİN İŞÇİ SAĞLIĞI KONUSUNDA EĞİTİMİ

*Doç. Dr. Turhan AKBULUT**

Sağlık hakkının hem anayasamız, hem de insan hakları beyannamesi gereği olduğu açıktır. Böylece, Devletin yerine getirmek zorunluluğu içinde bulunduğu bir dizi hizmet oluşmaktadır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sağlanması, öncelikle bir örgüt kurulmasını zorunlaştırır. Ülkemizde uygulanan model, sağlık hizmetlerinin bütünleşmesini ilk amaç olarak benimsemiş ve komprehensif tıbbın gereklerini uygulamak üzere örgütlenme çalışmalarına girmiştir. Bu örgütlenmede «Sağlık Ocakları» en önemli ünite olarak belirir. Sağlık hizmetlerinin çeşitli gereksinimlerinin bütünleştiği bu modelde, sağlık ile ilişkin çeşitli ve değişik hizmetler bu örgüt içinde ele alınmak istenmiştir. Öyleki; Sağlık Ocakları, ana-çocuk sağlığından çevre sağlığına; tedavi edici hekimlikten işçi sağlığına kadar oldukça değişik sorunlarla ilgilenme görevindedirler.

Kuşkusuz bu çok yönlü hizmet çabası, sağlık ocağı hekiminin bilgi ve eğitim düzeyinin saptanmasını zorunlaştırır.

Aslında, sağlık bir bütündür. Bunu ayrı ayrı ele almak esas bütünü bölmek değil, özellikleri olan alanlara ağırlık vermek düşüncesiyledir.

Bu nedenle bazen yaş grupları ele alınmış; örneğin; ana-çocuk sağlığı, gerontoloji ve geriatri gibi hizmetler ortaya konulmuş, bazan da özellikler gösteren aktivite biçimlerine göre ayrılmalar olmuştur: örneğin; okul sağlığı, ordu hekimliği, iş hekimliği gibi...

Öyleyse çalışanlarla ilişkin bir tıp dalı olan işçi sağlığı ve iş hekimliğinin de bir özelliği olmalıdır ve bu özellik nereden gelmektedir?

Ülkemiz yasaları 12 yaşı minimum çalışma yaşı olarak belirler. 12-65 yaş diliminde ekonomik yönden aktif olanlar (bunlar 1975 sayım sonuçlarına göre 16 milyonluk bir toplumu oluştururlar) toplam nüfusun büyükçe bir bölümünü kapsamaktadırlar. Genel anlamda «çalışanlar» sözcüğü ile belirlenmesi gereken bu nüfus dilimi, bir yönden iş koşulları, diğer yönden kişinin fiziksel ve ruhsal yapısının özellikleri nedeniyle ayrıcaklıklar gösterir. Bu özellikleri morbidite ve mortalite verilerine göre göstermek olasıdır.

(*) İstanbul Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Kürsüsü

Oxford Üniversitesi ile Sosyal Tıp hocası Ryle'in deyimiyle «post-mortem sosyal otopsi» ile; yani, mortalite hızları ve özellikle «Standardize mortalite oranlarını» incelemekle açıklama olasılığı vardır. Aynı biçimde morbidite verileri de çalışma koşullarının, çalışanlara ağır bedeller ödettiğini açıkça göstermektedir. Bunlara ek olarak iş kazaları meslek hastalıkları, erken ihtiyarlama, yorgunluk, sürmenaj çalışanların sağlıklarında ödedikleri bedellerdir.

Bu nedenle, çalışanların sağlık sorunları eğitim ve uygulama yönünden ayrı ayrı ele alınır.

Ülkemizde işçi sağlığı hizmetleri: Çalışanların sağlığı ile ilişkin sorunların, nasıl ele alınacağı konusundaki yasal dayanaklar çeşitli; Borçlar Kanunu, Belediyeler Kanunu, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, İş Kanunu, Sosyal Sigortalar Kununu ve bir seri Tüzük ve Yönetmelikler.

Kanunun ana dayanağı, iş kanununun 73. maddesidir. Bu maddeye göre; işverenler, işçilerin sağlığını korumakla gerekli tüm önlemleri almakla yükümlüdürler. Bu ana prensibe dayanarak, gerek Umumî Hıfzıssıhha Kanunu ve gerek Sosyal Sigortalar Kanununa göre 50'den fazla işçisi olan işverenler «işçilerinin sağlığını korumak» amacıyla hekim çalıştırmak zorunluluğundadırlar.

Öyleyse 50'den fazla işçisi olan işyerlerinde, işçi sağlığı hizmetlerini, işverenlerin sorumluluğu altındaki hekimler sağlıyacaktır.

Bu yönden sağlık ocağı hekimlerinin görevi bu alana girmez. Ancak bu işyerlerinin sağlık hizmetleri ortada kalmıştır. Bunun ağır sonuçları, konuya biraz yakında bakılınca hemen görülür. Örneğin; iş kazaları insidensi, 50'den az işçi çalıştıran işyerlerinde en yüksektir. Küçük işyerlerinin sağlık hizmetleri düzeyinin düşüklüğünü göstermek için geniş tarama ve aramalara gerek yoktur.

Bu işyerlerinde, işçi sağlığı hizmetlerinin uygulanması, sağlık ocağı hekiminin görevleri arasına girivermektedir.

Sağlık ocağı hekimi konuyu nasıl ele almalıdır,

Çalışanların sağlığı ikili bir yaklaşımı gerektirir:

1. İşyerlerinde zararlı olan veya olduğu şüphe edilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, mekanik ve psikososyal etkenleri belirlemek ve onlara hakim olmak.

2. İşçinin fiziksel ve ruhsal uğraşılarının, onun yetenekleri ile uyumlu olup olmadığı; işçinin anatomik, fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerine ve zayıflıklarına uygunluluğunu saptamak.

Böylece hizmetin uygunluğu açısından a) işyerini tanımak, işi bilmek, b) onun gerekleri ile işçinin yeteneklerinin karşılıklı uyumunu belirlemek, c) ve bu işi periyodik olarak sürdürmek gerekir.

Bu uygulama ise özel bir eğitim ister. Halen sağlık ocağı hekimlerinin çok büyük bir yüzdesi pratisyendir. Bu koşullarda işçi sağlığı eğitimi Fakülte yıllarında yapılacaktır. Günümüz uygulamasında, işçi sağlığına ilişkin konuların Tıp

Fakültelerimizde «Toplum Sağlığı» dersleri içinde sembolik yerleri vardır. Fakülte yıllarının, klinik öncesi devresinde okutulan bu derslerden, okul bitiminde kalan tortular ne denli yararlı ve yeterlidir, Örneğin; görevli olduğumuz İstanbul Tıp Fakültesi'nde meslek hastalıkları, klinik öncesi devrede, genellikle de teorik olarak okutulmaktadır. Meslek hastalıkları olgularının hemen tümünün SSK Sağlık kuruluşlarına başvurmaları nedeniyle, fakültemizde bu konularda hasta materyeli de yoktur. Bu nedenler, Tıp Fakültesi mezunlarının, işçi sağlığındaki yetersiz eğitimlerinin nedenlerinden ikisidir.

Önlem ne olmalıdır?

Bu durum karşısında sağlık ocaklarında çalışacak hekimlerin işçi sağlığında eğitimleri nasıl yapılacaktır? Toplum Sağlığı eğitiminin vertikal bir sistem içinde alındığı fakültelerde, işçi sağlığı eğitimi, Toplum Sağlığı staj süresi içinde, uygulamalı olarak ele alınırken, bu uygulama bir yönden de, toplum sağlığı eğitim ve araştırma birimlerindeki sağlık ocaklarında; diğer yönden SSK ve çalışma Bakanlığı ile işbirliği yaparak gerçekleştirilmelidir.

Bu yolla, Yaşama dönük, realist bir eğitim olanağı doğar. Genç hekim namzeti de işyerlerinin nasıl inceleneceğini ve çalışma patolojisini öğrenmek olur.

Kuşkusuz bu konuların realize edilmeleri, Toplum Sağlığı Kürsülerinin yeni bir organizasyonu veya işçi sağlığının ayrı bir birim içinde eğitilme olanağı sağlanmasıyla olasıdır.

Açıkçası, işçi sağlığı eğitimi, tüm dünyadaki gibi ayrı bir kürsü veya enstitüce ele alınmalıdır. Böylece mezuniyet sonrası eğitimi de ele alınabilir ve Sağlık Ocağı hekimlerinin eğitimleri sağlanabilir.

Ülkemizde işçi sağlığı hizmetlerinin yetersiz düzeyini yükseltmede, Sağlık Ocağı hekimlerinin, eğitildiklerinde kendilerine düşen görevi yerine getireceklerine inanıyor ve Barnardino Ramazzininin sözlerini yineliyoruz:

«Hekimlik, çalışanlara elinden geldiğince yardımcı olmalıdır».

OCAK HEKİMLERİNİN CİLT HASTALIKLARI VE LEPRA HAKKINDA EĞİTİMİ

*Prof. Dr. Türkân SAYLAN**

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerektiği şekilde yürümediği ve herşeyin büyük bir kargaşa içinde olduğu kuşkusuzdur.

Türkiyenin coğrafik, sosyal ve ekonomik konumu dikkate alınırsa sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin en geçerli örgütlenme olduğu anlaşılır. Bu örgütlenmenin de en önemli hekim modeli «Pratisyen Hekim» denen «Sağlık Ocağı Hekimi»dir.

«Sağlık Ocağı Hekimi», insanlarını, güncel sorunlarını ve sık rastlanan hastalıkları iyi bilen, iyi kontrola alan ve en uygun şekilde yönlendiren bir sağlık görevlisi olmalıdır.

Deri Hastalıkları, Frengi ve bunlar arasında gruplanan Lepra hastalığı Sağlık Ocağı Hekiminin sık rastlayacağı konulardır. Pekçok sistemik hastalığın ilk belirtileri deride oluşur; kolayca tanınan ve basitçe iyileştirilebilen deri hastalıkları ile bir öncekiler arasında iyi bir ayırım ancak sağlıklı bir eğitimle verilebilir.

Deri Hastalıkları, Frengi ve Lepra eğitimi ülkemizdeki Tıp Fakültelerinin çoğunda staj döneminde, yani son yılda yapılır. Bazı fakültelerde ise staj öncesi dönemde ana konularda büyük sınıf dersleri yapılarak eğitim staj öncesinden başlatılır.

Deri Hastalıkları ve Frengi eğitimi, diğer birçok konuda olduğu gibi, eski Fransız ve Alman okulundan kaynaklanmakta ve elde bulunan birkaç kalın kitap, yüzlerce bilinmeyen, kolayca öğrenilemeyen sözcüğü içermektedir. Sınıflandırmalar yine aynı eski ve karmaşık özelliklerini korumaktadırlar (4),(5),(6).

İşte bu nedenlerle Deri Hastalıkları ve Frengi eğitimi öğrenciler için anlaşılması güç ve olanaksız, ancak not almak amacıyla ezberlenmesi gereken yabancı sözcüklerden oluşan bir konu olmaktadır. İşte bu arada pratisyen hekime günlük yaşamından rastlayacağı en basit ve kolayca iyileştirilebilen deri hastalıkları ile önemli sistemik hastalıkların deri belirtilerini öğretme amacı ortadan kaybolmaktadır.

İlerde Sağlık Ocağı Hekimi olacak stajyerler deri hastalıkları stajı sırasında, ancak yatağında yatan veya muyeneye gelen hastanın deri belirtilerini uzaktan ve çok defa üstüste yığılmış şekilde gözlemeye ve birşeyler algılamaya çalı-

(*) İstanbul Tıp Fakültesi Deri Hastalıkları ve Frengi Kürsüsü

şırlar. O sırada öğretim üyesi veya yardımcıları bazı teorik bilgiler verirler tedavi önerirler ve eğitim burada biter, oysa gerçek yaşamda hekimin hastasına uygulamayı da yapması ve öğretmesi gerekir. Eğitimde pansuman tekniği (tabii uygulanıyorsa), ilâçların sürülme yöntemi, yaş pansumanlar, açık ve kapalı tedavi, atelleme, gibi önemli konular teorik bilgilerden daha da gereklidir ve sırasında bir hastanın geleceğini etkiler.

Burada bir örnek vermekle yetineceğim: Basit yanıklarda bile ilk pansuman herşeyden önemlidir ve rastgele birisine «sar» diye emir vermekle geleceğin sakat insanını hazırlayabiliriz; oysa dikkatle atele alınan bir yanık organda yapışmalar ve ilerde oluşacak şekil bozuklukları kolayca önlenebilir, kuşkusuz eğitim içinde bütün bunlara yer verilirse...

Çağımızda sık görülen bir hastalık olan Frengi de deri hastalıkları stajı içinde öğretilir ve genellikle iki adet 45 er dakikalık seminerden oluşmaktadır. Staj döneminde hasta yoksa öğrenciler frengiyi hiç tanımadan, belki birkaç slayt görerek veya görmeden teorik sınıflandırma ve anlaşılmaz tanımlama ve sözcükleri ezberlemek zorunda kalırlar. Bu bilgiler ise ancak ders notunu etkiler, pratik yaşamda en ufak bir yardımcı olmaz (4), (5).

Lepra eğitimine gelince, ülkemizde bu konunun tümüyle yok sayıldığı acı gerçeği ortaya çıkar. Ankara Tıp ve İstanbul Tıp Fakülteleri dışında lepra bölümü bulunan fakülte olmadığı gibi bu gereksinmeyi duyan ve lepra enstitüsünü hazırlayan Ege Tıp Fakültesinin bu girişimi kendi iç bünyesinde engellenmiştir (3). Sayıları 20 yi aşan diğer Tıp Fakültelerimizde ise bu eğitimin yapılmasını sağlayacak özel yataklar bulunmamakta ancak öğretim üyelerinin özel gayretlerine bağlı olarak tek tük hasta yatırılabilmektedir.

Bu örneği verirken birçok Tıp Fakültesinde genel enfeksiyon ve tüberküloz yatağı bulunmadığını da hatırlamamak kuşkusuz olası değil.

Ders kitaplarında lepra konusunun işlenişi de dikkati çekici olup verilen bilgilerin çoğu yanlış ve eskidir, öğrencide korku ve tecrid fikrini oluşturarak ilgisi yerine tepkinin ve itilmenin gelişmesine neden olmaktadır (1), (2).

Sağlık Ocağı Hekiminin Deri Hastalıkları, Frengi ve Lepra eğitiminde öğrenmesi gereken laboratuvar incelemeleri konusunda hemen tüm tıp fakültelerinde dikkate alınmayan üzerinde durulmayan bir konudur. Basit bir mikroskop ve birkaç boyanın varlığında kolayca çözümlenecek pekçok muayene yöntemi vardır ki hastanın uzman veya laboratuvarı bulunan bir kuruluşa gönderilme gereksinimin kendiliğinden ortadan kaldırır. Deri Hastalıkları, Frengi ve Lepra konusunda eğitimin ençok göze yöneltilmesi gerekmektedir, bu da bol miktarda film ve slayt etkinliklerinden yararlanılmasını gündeme getirmektedir.

Birçok ülkede eğitim hastanelerinde bu konuda geniş çalışmalar yapan fotograf atölyeleri kurulmuştur. Buralarda çalışan uzman kişiler öğrencilere fotoğraf tekniği konusunda bile bilgi vermekte ayrıca geniş eğitim kolleksiyonları oluşturarak önemli bir gereksinmeyi karşılamaktadırlar. Bizde bu konu da fazla önemsenmemekte ve geliştirilmemektedir.

Ülkemizin gereksinim olan kendine güvenli, bilgi ve becerisi çevre koşullarıyla bütünleşebilen, koruyucu hakimliğe öncelik tanıyan sağlık ocağı hekimi Deri Hastalıkları Frengi ve Lepra konusunda neler bilmelidir, bu eğitim nasıl programlanmalıdır?

Kendi kürsümüzde yersizlik nedeniyle devam sağlanamadığı gibi eğitim haftada iki kez yapılan ve hastabaşı eğitimi denen vizitler,, hergün 10-11 arası süren asistanların yaptığı polikliniği izleme ile yine hergün 11.00 civarında öğretim üyesi veya asistanlarca verilen kısa süreli 20 adet seminerden oluşmaktadır. Birçok fakültede olduğu gibi bizde de eğitim yarım günde tamamlanmakta ve ihtiyari olmaktadır.

Tıp öncesi ve klinik öncesi dönemlerdeki yoğun eğitimin yerini alan küçük stajların sürelerinin kısalığı dikkate alınırsa günün tümüyle eğitime yönelik programlanmasının gerekliliği kesindir. Bu nedenle kuramsal ve uygulamalı eğitimin günün saatlerine dağıtılması ve stajyerlerin kliniklerin çalışmalarının hepsine bir düzen içinde katılması şarttır. Bu prensipten hareket edilerek eğitimin kapsamı şu şekilde düzenlenebilir:

1. Ders hastalıklarında muayene yöntemleri, hasta-hekim yaklaşımı, gözler kadar ellerin de hasta incelemesinde değerlendirilmesi

2. İnsan derisinde hastalık dışı hertürlü değişik belirtinin iyice tanıtılması (benler, lekeler, sokuklar, yaşlılık değişiklikleri, doğumsal anomaliler...),

3. İnsan derisinde görülen bazı sistemik hastalıkların belirtilerinin en iyi şekilde tanıtılması böylece halk arasında yaygın olan «her deri belirtisini iç hastalıklarına bağlama» yanlışlığınnn giderilmesi,

4. Allerji ad altında çok yanlış değerlendirilen konunun en basit ve yararlı şekilde öğretilmesi gerçek allerjiler, ilâç reaksiyonları...

3. Deri kanserlerinin ve kanserleşmeye eğilimli belirtilerin erken dönemde saptanıp tedavisinin yapılması oknusunun önemle işlenmesi,

6. Sık görülen deri hastalıklarının bol örneklerle en basit şekilde ve tedavisiyle birlikte öğretilmesi,

7. Çağdaş bir Frengi eğitiminin bol örneklerle yapılması, hastalık belirtilerinin, ayırıcı tanının, tedavinin ve testlerin akılda kalacak ve uygulanacak şekilde verilmesi,

8. Lepra eğitiminin erken tanı ve erken tedaviye yönelik, eski ve yanlış bilgileri ve korkuyu yenecek şekilde örneklerle ve hasta üzerinde uygulamalı yapılması bunun için de en azından her tıp fakültesinde belli sayıda lepra yatağının bulundurulması,

9. Stajyer öğrenciye deri hastalıkları ve yanıkların lokal tedavisine ait pratik bilgilerin konuyu bilenlerce uygulamalı şekilde verilmesi.

10. Her öğrenciye Deri Hastalıkları, Frengi ve Lepra ile ilgili basit laboratuvar incelemelerinin uygulamalı olarak öğrenilmesi,

a — Spiroket aranması

b — Mantar aranması

c — Lepra basili aranması
d — Şark çıbanı etkeni aranması
e — Şarbon basili aranması
f — Diğer patojen etkenlerin aranması
g — Gonokok aranması

Sonuç olarak Deri Hastalıkları, Frengi ve Lepra eğitiminin ülkemiz koşullarına uygun şekilde, basitleştirilerek, olabildiğince gereksiz yabancı sözcüklerden arındırarak veya en azından bu sözcüklerin anlamlarını da birlikte vererek yapılması gerekir. En basit pansuman tekniği ile basit laboratuvar yöntemlerinin, hasta muayene kurallarının, hastaya gerekli yaklaşımın günün saatlerinin sürekli değerlendirileceği programlı bir eğitim içinde verilmesi şarttır.

Yeni yetişen Sağlık Ocağı veya Pratisyen Hekimin hangi deri belirtisi karşısında neler düşüneceği nereye kadar kendisinin tedavi edebileceği ve nereden sonra bir uzmana veya sağlık kuruluşuna yönelteceği konusunda sağlam bir görüş sağlanmalıdır.

Aslında bütün bu öneriler tıp dallarının herbirinde uygulanması gereken genel kurallar olarak benimsenirse sağlık sorunlarımızın çözümlenmesine yeni bir aşama getirilebilir. Kuşkusuz bu da sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin gerçekten amaç edinilmesine bağlıdır.

KAYNAKLAR

1) ATAL, Ali: **Bakteriyel Dermatozlar,** İstanbul, 1976.
2) ÇETİN, Enver Tali: **İnfeksiyon Hastalıkları.** İst. Tıp Fak. Klinik Ders Kitapları, Cilt 10, İstanbul, 1976.
3) GEZEN, Cemal: Ege Tıp Fak. Deri Hast. ve Frengi Kürsüsü. Dünya Cüzzam Günü Konuşması 30 Ocak 1977, İstanbul.
4) MURAT, Ahmet: **Klinik dermatoloji ve veneroloji,** İst. Tıp Fak. Yayınları İstanbul, 1971.
5) NEMLİOĞLU, Faruk: **Deri Hastalıkları,** Nazım Terzioğlu Matematik Araştırma Enstitüsü Baskı Atölyesi, İstanbul, 1979.
6) TAŞPINAR, Atıf: **Deri Hastalıklarında Ön Bilgiler,** A.Ü. Tıp Fak. Yayınları, Ankara, 1976.

OCAK HEKİMLERİNİN NÖROLOJİ YÖNÜNDEN EĞİTİMİ

*Prof. Dr. Çoşkun ÖZDEMİR**

Ocak hekiminin nöroloji konusunda ocağa başvuran hastalarda ilk değerlendirmeleri ve ilk müdaheleyi yapabilecek ve bunun ardından uygun gönderme kararını verebilecek bilgiye sahip olması gerekir. Yeterli bir anamnez ve iyi bir nörolojik muayene ile klinik olguların saptanması ilk ve önemli adımdır.

Klinik bulguların anatomi ve fizyoloji dilinde ifade edilmesi ve semptom ve signlerin anlamlı ilişkilerin kurulması ile sendrom diyagnozuna varılır. Bunun ardından sıra etyolojik diyagnoza gelir. Ocak hekimi tek tek hastalıkların ayrıntısından önce mutad sendromların ayırt edici tanısını öğrenmelidir.

Doğru bir tanıya vardıktan sonra ocak hekimi hastaların ayakta tedavi edilip edilemeyeceğine karar verir. Eğer hastanın tanı amacı ile incelemelere ihtiyacı varsa o zaman bir nöroloji kliniğine gönderilmesi uygun olacaktır. Buna gerek yoksa hasta ayakta tedaviye alınır. Hastanın kliniğe gönderilmesinden önce ocak hekimi gerekli ilk müdaheleyi yapabilmelidir. Örneğin epilepsi nöbetleri geçiren bir hastada bu nöbetlerin durdurulması, yapılması gereken ilk girişimdir. Bir status epileptikus'un tedavisini ocak hekimi çok iyi bilmek zorundadır.

Komadaki bir hasta için komanın etiyolojisinin saptanmasına kadar alınacak önlemleri ocak hekimi yine iyi bilmelidir. Serebrovasküler aksidanlar'da hangi türden bir vasküler olayla karşı karşıya olunduğunu saptamak önemlidir. Örneğin bir subaraknoid hemorajide ilk müdahaleyi izleyerek süratle bir anevrizma aranmasını gerektirir.

Özet olarak ocak hekiminin bir nörolojik vaka karşısında kısa zamanda tam bir nörolojik muayene yaparak doğru bir diyognoza varması buna uygun düşecek ilk müdahaleyi yaparak ilk önlemleri alması ve gerekiyorsa hastayı vakit kaybetmeden bir kliniğe göndermesi ve bu adımları atabilmesi için nöroloji alanında yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekir.

(*) İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Kürsüsü

SAĞLIK OCAĞI HİZMETLERİNE HALKIN KATILIMI

*Dr. Uğur GÖNÜL**

Bölgesel sağlık kurumlarında özellikle kırsal yörelerde halkın sağlık hizmetlerine katılımı son zamanlarda üzerinde önemle durulan ve tartışılan bir konudur. Alma-Ata bildirisinin IV. maddesinde «Tüm insanların kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine kişi veya toplum olarak katılmaları hem hakları hem de görevleridir» denmektedir (1). WHO ve UNICEF insan kaynakları fazla, maddesel kaynakları az olan toplumlarda katılımın daha da önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu toplumlarda katılım stratejisi kendine güvenme, yalnızca toplumlar kendileri oluşturabilme ve daha etkin maliyetler işlev sürdürebilme temeline dayanır (2). Birincil sağlık bakımı servislerinin gelişmeside, halkın bu servisleri benimsemesi ve bu servislerin verdiği hizmetlere katılmasının büyüklüğüne bağlıdır (3). Bu yüzden «katılım»ı «Benimseme» kavramından kesinlikle ayırmamak gerekir. «Benimseme» olmadan aktif bir katılım» beklenemez.

TANIM :

Katılımın çok değişik yönlerden değişik tanımları yapılmıştır. Bir tanıma göre katılım: «Hizmetlerin işletilmesinde bireylerin söz sahibi olmasıdır» (6). Katılım kavramı toplum kontrolu anlamındadır (7). Derlenecek olursa katılım: 1 - Toplumun karar vermede, planlamada, yönetimde ve işletmede benimsetilmesi 2 - Tüm kaynakların kullanımında ve kaynak sağlanmasında toplumun yardımcı olması 3 - Bireylerin organize şekilde bu çalışmalarda bulunmaları (7) şeklinde özetlenebilir. Burada «katılım»la «bağış» kavramının da ayrı ayrı kavramlar olduğunu vurgulamakta yarar vardır. Bağış «Toplum, dışındaki bir olay veya hükümetin yarattığı çalışmalar için bazı kaynaklar bulur ve çalışmanın belli bir kısmına katılır». Bağış'da toplum kontrol mekanizması işlemez (8). Toplum kalkınması çabaları ise daha geniş boyutlu ve çeşitli sektörleri ilgilendiren çok değişik yönde toplum çalışmalarıdır. Bu anlamda toplum kalkınmasını katılım kavranıında daha geniş anlamda düşünmek gerekir. «Bu çalışmalarda sınanması, kısıtlanması gerekli varsayımlar henüz belirtilmemiştir. Fakat bu çalışmalarda kırsal alanlarda istendik değişmelerin gerçekleşmesi hemen beklenemez (9).»

(*) H.Ü. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Bölümü Asistanı

ÖNEMİ :

Yeni sağlık stratejisinin gelişiminde hizmetten yararlananların hizmete katılımı giderek önem kazanmaktadır (11). WHO nun 51. oturumunda birçok ülke sağlık servislerinin değişen popülasyonun kantite ve kalitesine ayak uyduramadığı, fikri ortaya çıkmıştır. Bu oturumdaki kişilerin görüşlerine göre maliyeti oldukça yüksek bir krizin eşiğinde olunduğu, halkın çeşitli nedenlerden dolayı sağlık servislerinden şu veya bu şekilde hoşnut olmadığı belirtilmiştir. Bu güvensizlik gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de geçerlidir. Bu, halkın beklentilerini karşılamakta yetersizlik şeklinde özetlenebilir (4). Bunun nedenleri :

1 — Aşırı fiat yükselmeleri.
2 — Servisleri kullananlara yardım edilmediği düşüncesinin yerleşmesi (doğru ya da yanlış)
3 — Sağlık çalışanlarının bu servisleri kullananların ne istediğini anlamadan hareket etmeleri şeklinde belirtilebilir (10).

Türkiye özelinde de sağlık ocaklarında gezici ekiplerde günden güne büyüyen benzin sorunu, ilaç sorunu ve ilaç sağlamayı da bunlara eklemek yerinde olacaktır.

Sağlık ve toplumu bağlayan sosyal fenomenin analizi belli bir yaklaşımdan geçer. Bu yaklaşımda toplumsal hayatı yansıtan en az iki faktör vardır.

Birincisi : Toplumun gücü, liderlik ve karar oluşturma.

İkincisi : Yurttaşların toplumsal sağlık programlarına katılmasıdır. Eğer halk gücünü yanınıza alabilirseniz birçok problemleriniz çözümlenebilir. Karar verme aşamasında katılım sağlık programlarının bütün seviyelerde daha geniş olmasını sağlar. Halk programlara katılmadıgı zaman daha çok çalışılmasına karşın daha az verim alınır (12).

KATILIMIN ÖZELLİKLERİ :

Katılım, planlama aşamasından başlayarak yürütme, denetleme aşamalarında da gerçekleştirilmelidir. Ocak hizmetlerine aktif katılım daha planlama aşamasından başlamalıdır. Türkiye'de sağlık ocaklarının merkezi olarak planlanması ve bu planlamanın da siyasi çıkarlara açık olması, bazı yanlış planlamalar baştan bu yolu ve katılımın çok önemli bir kompenentini tıkamıştır. Diğer önemli unsurlar da yürütme ve denetimde halkın katılımıdır. Sağlık ocağı kurulları işlerliğe kavuşturulduğu zaman ve toplum liderlerine uygun yaklaşımlar yapılıp liderlik değerlendirildiği zaman bu kurul katılımda önemli görevler üstlenebilir. Öncelikle her yerel birime göre önemli ve ciddi çalışmaların yapılması zorunludur. Katılım sürecinde esneklik de en önemli bir özelliktir (14).

Herbir kompenenti ayrı ayrı tartışmadan diğer özellikler şöyle sıralanabilir:

1 — Devletin desteği :
- 1.1 - Propagandada
- 1.2 - Kurumsallaştırmada
- 1.3 - Halkın sağlıyamadığı olanakları sağlamada
- 1.4 - Planlamada (Burada aşağıdan yukarıya planlama söz konusudur ve planmacıların bu aşağıdan yapılan planlarda yardımları düşünülebilir.)
- 1.5 - Halkın sağlık sorunlarını tesbitte.
- 1.6 - Kültürel ve sosyal etmenleri saptamada olabilir.

2 — Planlılık ve süreklilik.
3 — Ülkelere ve yerleşim birimlerine göre özellik gösterme.
4 — Planlama yürütme ve denetim aşamasını kapsaması.
5 — *Halka benimsetilmesi* ve etkin halk desteğinin sağlanması.
6 — Beraber çalışma.
7 — Belli bir merkezden koordinasyon.
8 — Yerel liderlerin tesbiti ve cesaretlendirilmesi.
9 — Basit ve hemen yapılabilecek işlerden yola çıkma.
10 — Toplumun organizasyonunu geliştirme.
11 — Feed Back tepkileri iyi değerlendirmek.
12 — Halkın istek ve gereksinimlerinin bilinmesi (16)(17)(18).

Topluma benimsetilmesi aşamasında Türkiye için aşağıdaki noktayı da vurgulamak gerekir. «Benimsemenin planın programın hazırlanmasında olduğu kadar uygulamaya ilişkin kararların alınmasında da mahalli topluluklara söz verme hakkının uygun olacağı muhakkaktır. Sadece oy karşılığı ve başkaca bir külfete girmeksizin devlet babadan hizmet bekleme alışkanlığının yaygınlaştığı bir ortamda vatandaş zihninde bu tür bir ilişki kurulmasının özel bir önemi vardır (19). Toplumlar katılım için yapılan çalışmaların kendi yararlarına olduklarına inanmalıdır. Ancak bundan sonra etkin bir katılımı beklemek söz konusudur (20).

BENİMSETME METODLARI :

Toplum katılımını benimsetmek için çeşitli metodlar önerilmiştir. Bunlardan birincisi : Politik Metoddur. Bu metod bazı sosyalist ülkelerde uygulanmakta ve yaygın parti organizasyonuna dayanmaktadır. İkincisi: Toplum kalkınması uzmanı veya çalışanı kullanmaktır. Bu metodun da başarılı olabildiği görülmüştür. Üçüncüsü : Halkın kitlesel hareketleridir Çin'de beş bulaşıcı hastalığa karşı kitle kampanyası, Küba'da toplumun sağlık ihtiyaçlarını tesbit, Tanzanya'da halk sağlığı eğitim programları (3).

Kural daima halkın büyük ölçüde gereksinme duyduğu şeyi ilk olarak başlatmaktır. Liderliğin de toplum katılımında önemli rolleri vardır. Liderliğin yapısı iyi analilzenmeli ve mümkün olan en yüksek verim alınmaya çalışılmalıdır.

BAŞARI VE DİĞER ÖNEMLİ ETMENLER :

Toplum katılımının şeklinin birincil olarak sosyo-ekonomik ve politikal sistemlere bağlı olması da vurgulanması gerekli diğer bir noktadır (15). Toplum katılımı bir süreçtir. Bu anlamda öncelikle toplum tanınır. Sonra kendi sağlık problemlerinin çözümü için işler yavaş yavaş ve çeşitli şekillerde baslar. Bu süreç her toplum için çeşitli zamanlarda ve çeşitli şekillerde geliştirilebilir. Bu bir anlamda aşılamaya da benzetilebilir. Aşılamadan iyi sonuçlar almak için 2. ve 3. enjeksiyonlara gereksinme vardır. Bu süreçte de devamlı uyarı ve sürekliliğe gereksinme vardır (15).

Toplum katılımının başarı derecesi aşağıdaki etmenlerin yerine getirilmesiyle doğru orantılı olarak artabilmektedir.

1 — Geniş anlamda temsil edilebilme.
2 — Program o toplumun refahı ile tümüyle ilgiliyse.
3 — Planlama maddi kaynaklarla insan gücü kaynağına uygun olarak yapılmış ve toplumun en gerekli ihtiyaçlarına tercih sırasına göre cevap verebiliyorsa.
4 — Liderlik sorunu önemle ele alınmış, komite ve alt komiteler kurulmuş ise.
5 — Toplumun ilgisi canlı tutulmuşsa.
6 — İç ve dış kaynaklar ustaca kullanılmışsa.
7 — Toplumdaki bütün insanlarla iyi ilişkiler kurulmasında başarı kazanılmışsa (16).

Bir de katılım çalışmalarında belli güçlükler vardır. Gelişmekte olan ülkelerde bunlar 1 — Halkın hazır olmaması, 2 — gönüllü kuruluşların az olması 3 — Yetişmiş elemanların az olması şeklinde özetlenebilir (16). Köyde bu katılım için çalışacaklar hiçbir zaman kendi görüşlerinde israr ederek köylülerin görüşlerini gölgelememelidirler. Komite toplantıları dikkatle planlanmalı fazla titiz olunmamalıdır. Kişiler arası ilişkilerin zayıf olduğu köylerde insanlar bireyci, işbirliğini sevmez ve ürkek olmaktadırlar (21). Bu tür toplumlarda çalışma bir hayli güç olabilir.

Köylüyle yapılacak işlerde oldukça sabırlı, sürekli olunmalıdır. İknâ büyük bir zaman almakta, somut bir şeyler yapma ve köylünün bunu görmesi de katılımı arttırmakta ve teşvik etmektedir (22).

Her topluluğun yerleşme yeri doğa ile süreceği ilişkileri bir üretim tüketim biçimi ve düzeni bunların oluşturduğu bir yapısı vardır. Bunların tümü aralarında sıkı ilişki ve örgütlerle çok çapraşık nitelik taşıyan toplumsal gerçekleri oluştururlar bu gerçeklerin içyüzüne girebilmek kolay iş değildir (23).

SAĞLIK OCAĞI EKİBİNİN ROLÜ :

Bu durumda sağlık ocağı ekibinin ocak çalışmalarına halkın katılımındaki yeri ve rolleri üzerinde de durmakta, çeşitli öneriler sunmakta yarar vardır. Öncelik ocak sorunlarını saptama, açmazları, az işleyen yönleri saptama ve halkın beklentilerini analiz ocak hekimlerine ve sağlık ocağı ekibine düşmektedir. O toplumda uzun süre çalışmış bir sağlık memuru veya diğer personelin bu konuların saptanmasında büyük yardımları olabilir.

Ocak hekiminin ortada yer alması ve katılımda uzlaştırma görevi yapması gerektiği görüşü vardır (6). Diğer bir görüş de şöyledir: «Pratisyenler yeni sağlık düşünce ve problemleriyle karşı karşıyadır. Değişen toplumla tıp arasında bağlantı kurmak zorundadırlar. Yine aynı görüşe göre: «Pratisyen hekim sağlığı etkileyen yaşamı geliştirmeye uğraşmadıkça toplum yaşamının görünümünü daha zenginleştirmeyi kaybeder (13).

Sağlık ekibi toplumun çalışmalarına halkla beraber katılmazsa liderliğin becerisi ve organizasyonunun çok az bir kısmı kullanılır. Bir sağlık ekibi şu özellikleri yapabilmelidir:

1 — Toplumu anlamak ve onunla iletişim kurmak.
2 — Öncelikleri saptanan sorunlarda toplum katılımını teşvik etmek, stimülüs vermek.
3 — Toplum içinde çalışma lokal ve sosyal organizasyonları güçlendirme ve onları kurmada yardımcı olmak.
4 — Planlama ve sağlık servislerinin desteklenmesi fazı.
5 — Plânlama politikasında stratejileri ayırmada, eğitimde, denetimde, feed back mekanizmalarının ayırımı için teknik destek.
6 — Ulaşımı düzenlemek, diğer gereksinimler ve ilaç için kaynak sağlamak.
7 — Toplum gereksinimlerini sağlamaya yardım.
8 — Toplum düzeyinde sağlık servisleri tarafından ihtiyaç gösterilen noktalarda diğer destekleme faaliyetlerinde (kırsal gelişme için) olanakları sağlama ve sağlığı bu faaliyetlere katma (24, 25).

SONUÇ :

Tarihte tıp gerçekten çok önemli bir stratejiye sahiptir. Ve bu sağlık bilimini genelleştirip sağlık programlarına katılımı çekici yapmaktadır. Bu avantaj peşinen sağlık çalışmalarına katılımı teşvik etmekte, bölgesel olarak katılımı arttırmaktadır (5). Planlama aşamasından başlayarak toplum sağlık ocağı çalışmalarını benimsemesini, yürütme ve denetiminde aktif katılımları sağlık ocaklarının önündeki sorunların bir kısmına çözüm bulabilecek ve bu birincil basamağın benimsenmesi ve işletilmesinde önemli gelişmeler sağlanabilecektir. Bu konunun tam başarıya ulaşması için hükümetlerde bu konuya eğilmeli, devlet katılım sürecine aktif destek olmalıdır.

KAYNAKLAR

1) **Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri.** WHO ve UNICEF (Türkçe çeviri) Hıfzıssıhha Okulu UNICEF TETM/Alman Teknik İşbirliği, Çoğaltılmış Teksir.

2) **Community Involvement In Primary Health Care:** A Study of The Process of Community Motivation and Continued Participation. JC21/UNICEF-WHO/77, 2, Rew. 2. (eserin tümüne bakılması).

3) A.g.e. p. 3-4.

4) A.g.e. p. 8.

5) A.g.e. p. 14.

6) GATHERER, A.; WARREN, M.D. ed.: **«Management And The Health Services».** 1st Edition, Pergaman press, Oxford, 1971, p. 164.

7) COLE-KING, S.: **«Bloc Community Health.»** ICHD, 15th International Cours In Development. Royal Tropical Institute. Amsterdam. (İngilizce teksir)

8) A.g.e.

9) GERAY, Cevat: **«Toplum Kalkınması Amaçlı Köy Araştırmaları»** Toplum Bilimlerinde Araştırma ve Yöntem. Derleyen: Ruşen Keleş. TODAİE Yay. No. 152, Ankara, 1976, s. 329.

10) **WHO Official Record.** No: 206, 1973, Annex, pp. 103-105.

11) **New Trends In Maternal And Child Heath.** Moscow, 11-15 November, 1974. Regional Office For Europe, WHO, Copenhagen, 1975, p. 15.

12) FREEMAN, Hovard; LEVINE, Sol. Reeder, LEO, G.: **Handbook Of Medical Sociology.** New Jersey, 1972, p. 417-422.

13) A.g.e., p. 427-428.

14) RTIF'KİN, Susan, B.: **Health: The Human Factor. Reading In Health, Development And Cummunity Participation.»** (İngilizce çoğaltılmış teksir)

15) A.g.e., p. 8-12.

16) **«Toplum Kalkınması Aracı ile Sosyal Gelişme»** SSYB Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, yay. no. 49, Birleşmiş Milletler Sosyal İşler Bürosu, çev: Candan Nejat, S.Ed. Kuntbay, Günseli, 1967, s. 20-37.

17) EREN, Nevzat: **«Ankara Kentinde Yaşayan Halkın Saptanan Sorunlarına Göre Sağlık Hizmetleri İçin Örgütlenme Önerileri.»** SPD Planlama Şubesi, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Yay. No: DPT 1687-SPD. 314, Ekim 1979, s. 5.

18) GÖNÜL, Uğur: **«Ocak Hizmetlerinde Halkın Katılımı.»** Tez planı. Yayınlanmamış çalışma.

19) YALÇINDAĞ, Selçuk: **«Değişen Koşullar ve Mahalli İdarelerimiz.»** Amme İdaresi Dergisi, c. s. 1, Haziran 1968.

20) YAVUZ, Fehmi; KELEŞ, Ruşen; GERAY, Cevat: **Şehircilik: Sorunlar, Uygulama ve Politika.** Ankara Ün. Basımevi, No: 415, Ankara 1978, s. 448.

21) FOSTER, George, M.: **Tradidional Cultures And Impact of Technologycal Change.** Harper and Row, 1962, p. 51.

22) **Kalkınma Önderleri.** Ed. SERİNKAN, H.; ERTUĞRUL, F.H.Ü. yay. no: MD-10, 1971. (Eserin tümüne bakılması)

23) YASA, İbrahim : **«Küçük Toplulukları İnceleme Yöntemi.»** Toplum Bilimlerinde Araştırma ve Yöntem. Derleyen: KELEŞ, Ruşen. TODAİE yay. No: 152, Ankara, 1976, s. 299.

24) Mc. MAHAN, Rosemary; BARTON, Elizabeth : On Being In Charge, **A Guide For Middle Level Management In Primary Health Care.** Experimental Version, WHO, Geneva, 1979, p. 43-46.

25) COLE, King, S. : **«Bloc Community Health»** ICHD 15th. International Course, In Development. Royal Tropical Institute, Amsterdam.

YARI - ŞEHİRSEL BÖLGELERDE SAĞLIK OCAĞININ KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR

Dr. Caner FİDANER *
Dr. Çiğdem BUMİN **

Türkiye plansız bir kentleşme süreci içindedir. Köylerden kentlere göçedenler, büyük kentlerin «gecekondu» adı verilen mahalller biçiminde sağlıksız olarak genişlemesine yol açmaktadır. Şehirleşmenin bir başka sonucu olarak, bir çok küçük yerleşim yerinin nüfusu son on yıllarda hızla artmaya başlamıştır. Nüfusu on bini aşan yerleim yerlerinin sayısı 1940'ta 51 iken 1960'ta 105'e, 1975'te 268'e yükselmiştir (Tablo 1, Grafik 1).

Etimesgut Sağlık bölgesi içinde yer alan iki yerleşim merkezi, Etimesgut ve Sincan da bu hızlı şehirleşme sürecinin içindedirler. Her iki yerleşim merkezinin de nüfusları 1970'lerin başında on bini geçmiştir (Tablo 2 ve 3). 1978 haziranından 1979 haziranına dek, nüfus Etimesgut'ta %11,39, Sincan'da %9.81 artmıştır. 1960-1979 yıllarını kapsayan on dört yıllık dönemde nüfus Etimesgut'ta 4,13 katına, Sincan'da 2,43 katına ulaşmıştır.

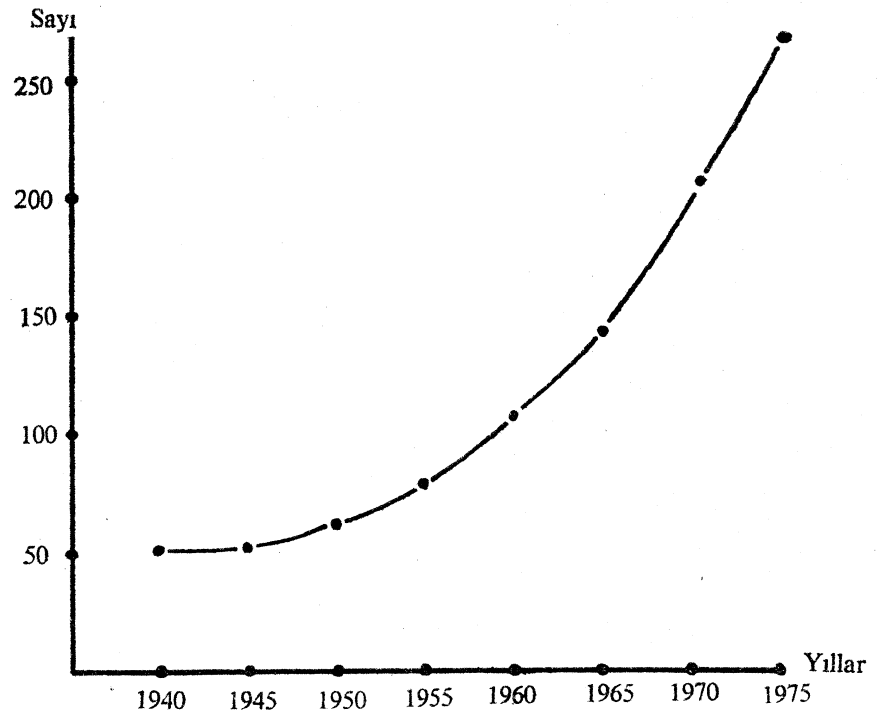
Tablo 1: Türkiye'de Nüfusu 10.000'i Aşan Yerleşim Yerleri Sayısı (1940-1975)

Yıl	Sayı	İndeks (1940=100)
1940	51	100
1945	52	102
1950	59	116
1955	78	153
1960	105	206
1965	143	280
1970	206	404
1975	268	526

Kaynak: 1977 Türkiye İstatistik Yıllığı

Bu şehirleşme eğilimi, sağlık hizmetlerinin sunuluşunda yeni yeni sorunlar ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada, Etimesgut ve Sincan örneklerinden büyük ölçüde yararlanılarak, şehirleşen küçük yerleşim birimlerinde ortaya çıkan sorunlar tartışılmıştır.

(*) Sincan Sağlık Ocağı Hekimi, HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanı
(**) Etimesgut Sağlık Ocağı Hekimi, HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı Uz. Asistanı



Grafik 1 : Türkiye'de Nüfusu 10.000 i Aşan Yerleşim Yerleri Sayısı (1940-1975)

Tablo 2 : Etimesğut Merkez Nüfusunun Artışı (1965 - 1979)

Yıl	Yılortası nüfus	Yıllık nüfus artışı (%)
1965	5.815	—
1966	6.948	19,48
1967	8.300	19,45
1968	7.891	—4,92
1969	8.181	36,85
1970	9.863	20,55
1971	11.673	18,41
1972	13.310	14,02
1973	14.123	6,10
1974	14,727	4,27
1975	16.034	8,87
1976	17.426	8,68
1977	19.051	9,32
1978	22.518	18,19
1979	25.082	11,39

Kaynak: Etimesgut Sağlık Ocağı Kayıtları

Tablo 3 : Sincan Merkez Nüfusunun Artışı (1935 - 1979)

Yıl	Yılortası nüfus	Yılık ortalama nüfus artışı (%)	
1935	302	35,17	(1935-40)
1940	833	4,13	(1940-45)
1945	1.005	5,03	(1945-50)
1950	1.258	16,26	(1950-55)
1955	2.281	29,57	(1955-60)
1960	5.654	10,90	(1960-65)
1965	8.736	9,14	(1965-70)
1970	12.728		
1972	14.739	7,90	(1970-72)
1973	15.290	3,74	
1974	15.956	4,36	
1975	16.622	4,17	
1976	16.959	2,01	
1977	17.808	5,01	
1978	19.357	8,70	
1979	21.255	9,81	

Kaynak: Sincan Sağlık Ocağı Kayıtları

Yeni şehirleşen küçük yerleşim yerlerinde, ya da yarı-şehirsel bölgelerde hizmet sunan sağlık ocaklarının karşılaştığı sorunlar beş ana başlık altında gözden geçirilebilir: 1) Kurumsal sorunlar, 2) Ev gezileri, 3) Çevre sağlığı çalışmaları, 4) Hasta bakımı, 5) Öteki kuruluşlarla ilişkiler.

1) Kurumsal sorunlar :

a) Ocağın kurulacağı yer, şehrin büyüyeceği düşünülen yere göre saptanmalıdır. Plansız büyümeler sonucunda sağlık ocağının şehrin bir kenarında kalması olasılığı her zaman vardır.

b) Standart sağlık ocağı ve sağlık evi binası belli bir arsanın ortasında lojmanlarıyla birlikte düşünülmüştür. Ancak şehirleşen bölgelerde, hizmet binasının kurulması gereken ulaşımı kolay, merkezî mahallelerdeki arsa fiyatları erişilemeyecek şekilde yükselmektedir. Bu durumda bazı sağlık ocaklarının apartman dairelerinde kurulması düşüncesi ortaya çıkmıştır. Ancak bu uygulamanın da bir çok sorunlar taşıdığı bilinmektedir.

c) Bir çok hizmet birimi için personel sayısının saptanmasında nüfus en önemli ölçütlerden biridir. Şehirleşen yerleşim yerlerinde ise nüfus hızla artmaktadır. Örneğin Etimesgut'ta son 7,5 yılda, Sincan'da son 11 yılda nüfus iki katına çıkmıştır, ancak buralara hizmet götüren personelin sayısında aynı oranda artış olmamıştır.

2) Ev gezileri :

a) Artan nüfusun ebelere paylaştırılması önemli bir sorundur. Nüfus artışı nedeniyle şehrin alanı genişledikçe bir merkez sağlık ocağında görevi ebelerin sabah evlerinden ocağa gelmeleri, akşam yeniden ocağa dönmek üzere uzak bölgelere ev gezilerine çıkmaları güçleşmektedir. Yarı-şehirsel bölgelerde kamu ulaşım araçları yok denecek kadar azdır, köylerdeki gibi özel taşıtlardan yararlanmak büyük sakıncalar doğurur. Düşünülebilecek bir başka seçenek ocak taşıtının kullanılmasıdır, artan benzin fiyatlarıyla bu olanak da ortadan kalkmaktadır. Bu durumda yapılabilecek şey, merkez sayısını arttırmaktır. Örneğin, şehirdeki tek sağlık ocağını büyültmek yerine uzak mahallelerde bir yeni sağlık ocağı açılabilir. Ya da ebelere mahalle içlerinde «şehir sağlık evi» ya da «sağlık odası» adını verebileceğimiz yeni tip bir hizmet birimi kurulabilir.

b) Yeni şehirleşen bölgelerde nüfus şehir içinde de çok hareketlidir. Bir çok aile kirada oturur ve sık sık ev değiştirir. Bu hareketlilik, her ay doldurulan ebe çalışma bildirilerinde mahalle ebelerinin birbirlerine devrettikleri gebe ve çocuk sayılarından anlaşılabilir. Tespitlerde ve hizmet sunmada bir çok kart alışverişine yol açtığı için bu oynaklık hizmeti güçleştirmektedir.

c) Nüfus artışına bağlı olarak şehir genişlemektedir. Bu nedenle ev gezileri için yolda geçen zaman artmaktadır.

d) Şehirleşme kadının ev dışında ücretli çalışmasını da arttırdığı için, bebek ve çocuklara aile büyükleri ya da bakıcılar bakmaya başlar. Ebe evde anneyi bulamaz, ebe-anne ilişkisi zayıflar.

3) Çevre sağlığı :

a) Şehirleşmeyle birlikte, kendilerine özgü çevre sorunları olan kurumlar, okullar, kışlalar, yatakhaneler vb. artar, bu kurumlarla özel olarak ilgilenmek gerekir.

b) Çevre sağlığı için önemli bir risk kaynağı oluşturan besinlerle ilgili işyerleri hem sayıca artar, hem yarattıkları risk olasılığı yükselir, etkiledikleri nüfus artar.

c) Şehirleşme, birlikte sanayileşmeyi getirir. Önce az sayıda işçi çalıştıran işyerleri, daha sonra büyük sanayi kuruluşları ortaya çıkar. Bu işyerleri kendileriyle birlikte bir yandan iş sağlığı sorunlarını, bir yandan da çevre için bir sağlık riski oluşturdukları için çevre sağlığı sorunlarını getirirler.

d) Şehirleşen yerleşim yerlerinde hızla artan nüfus nedeniyle atıkların temizlenmesi için kanalizasyon sistemleri kurma zorunluluğu ortaya çıkar. Yine artan nüfusa sistemli biçimde temiz su sağlamak önemli bir sorun olmakta, klorlama sistemleri gerekmektedir.

e) Şehirleşmeyle birlikte çevre kirlenmesi, hava, su ve toprak kirlenmeleri biçiminde ortaya çıkmakta, bu kirlenmelerin önlenmesi yine sağlık ocağının hizmet alanına girmektedir.

4) Hasta bakımı :

Şehirleşme ile birlikte poliklinik talebi de artar. Ancak bu talep artışı yalnızca nüfus artışından kaynaklanmaz. Nüfus artışına ek olarak, genel talep düzeyinin yükselmesi de bir etkendir. Bu nedenle artan talep, hekim sayısının artışıyla karşılanamaz. Hasta bakımında nitelik yönünden de değişiklikler yapılması gerekir. Örneğin daha geniş laboratuvar hizmetleri, röntgen olanakları gereksinimi doğar. Toplumda yataklı tedavi kurumu talebi ortaya çıkar.

5) Öteki kurumlarla ilişkiler :

a) Şehirleşmeyle birlikte yerleşim merkezine sağlık ocağından başka sağlık kuruluşları gelir. SSK dispanser açabilir, işyerleri hekim çalıştırmaya başlar, özel hekim muayenehaneleri kurulur, eczaneler açılır. Bu sağlık kuruluşları arasında işbirliği ve eşgüdüm sağlama gereği ortaya çıkar. Ancak şimdiki yasal koşullar buna olanak vermekte, ilişkiler kişisel özelliklere bağlı kalmaktadır.

b) Artan ve niteliği değişen sorunları çözümleyebilmek için sağlık ocağının öteki kamu kuruluşlarıyla işbirliği yapması bir zorunluluk olarak ortaya çıkar. İşbirliği yapılması gereken başlıca kurumlar, belediye, okullar, tarım örgütü, veteriner örgütü, güvenlik güçleri... olarak sayılabilir.

Bunlar ve benzeri bir çok sorun, sağlık hizmetlerinin en alt yerleşim birimlerinde bütünleştirilmesi (entegrasyonu) ile çözümlenebilir. Sağlık örgütü bir yandan ilkelerini uygulamada hiç ödün vermemeli, öte yandan değişen koşulları saptayıp gerekli değişiklikleri yapabilecek esnekliği kazanmalıdır. Bu yapıyı edinebilmek, birincil sağlık bakımı hizmetlerini sağlıklı yürütebilmek içinde atılacak ilk adım Türkiye'de sağlık hizmetlerinin bütün ülkede sosyalleştirilmesi olmalıdır.

YUKARI ÇAVUNDUR SAĞLIK OCAĞINDA ÇEVRE SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI: BİRİNCİL SAĞLIK BAKIMINDA SAĞLIK OCAĞININ ETKENLİĞİNİN ARTTIRILMASI VE HALKLA BÜTÜNLEŞMEYE BİR ÖRNEK

*Dr. Derman BOZTOK**

Sağlıklı bir yaşam, insanlar arasında barış, kardeşlik ve işbirliği, toplumsal ilerleme ve refah insanlığın evrensel idealidir.

Diğer taraftan mümkün olan en yüksek sağlık seviyesinden yararlanmak tüm dünya insanlarının eşit hakkıdır.

Herkese gereksinimi ölçüsünde sağlık hizmeti götürülmesi, tüm dünyada insan sağlığını bozan etkenlerin ve toplumların sağlık seviyeleri arasındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, uluslararası sağlık örgütlerinin temel amaç ve çalışma ilkesi olmakta, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve diğer uluslararası sağlık kuluşları, çeşitli ülkelerdeki hükümetlerin ve akademik kurumların bu yöndeki çalışmalarını desteklemekte ve yönlendirmektedir.

1978 Eylülünde SSCB'de Alma-Ata'da toplanan uluslarası konferans dünya sağlık hareketinde önemli bir kilometre taşı olmuş, yayınlanan deklerasyonda Birincil Sağlık Bakımı (veya Temel Sağlık Hizmetleri) ile 2000 yılına kadar tüm dünya insanları için sosyal ve ekonomik yönden verimli bir yaşam sürdürecek sağlık seviyesinin sağlanması, hükümetler, uluslararası organizasyonlar ve tüm dünya toplumunun temel bir hedefi olarak saptanmıştır. Birincil sağlık bakımı toplumdaki tüm fertlere ve ailelere, her zaman ve her yerde ulaşabilen temel sağlık hizmetidir.

Ülkemiz toplumu çeşitli sağlık göstergeleri ile bilindiği gibi, gerek uluslar arası ölçüde diğer ileri ülkelere göre, gerek ulusal ölçüde bölgeler arasında sağlık seviyesinde ve sağlık hizmetlerinin verilmesinde eşitliğin sağlanamadığı bir toplumdur.

Ülkemizde birincil sağlık bakımı olarak sosyalizasyon sağlık sistemi ve akademik eğitim ve araştırma sağlık bölge çalışmaları 1960'lardan beri geliştirilmeye çalışılmaktadır.

(*) H.Ü. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanı

Çubuk ilçesi Eğitim ve Araştırma Bölgesine bağlı 6 sağlık ocağından Y.Çavundur sağlık ocağı kendisine bağlı 13 köy ve 1 mahalleye 1977 yılından beri hizmet vermektedir. Bölge aynı zamanda DSÖ'nün eğitim ve araştırma bölgesi olarak kabul edilmiştir. Sağlık ocağının birincil sağlık bakımının çeşitli yönlerindeki çalışmaları, yıllık çalışma raporlarında ayrıntılı ve rakamsal olarak belirtilmektedir. 1979 yılından bu yana özellikle çevre sağlığı çalışmalarına ağırlık verilmiştir. Temiz ve yeterli su sağlanması, insan ve hayvan atıklarının sağlığa uygun hale getirilmesine çalışılmaktadır. Her eve sağlıklı bir hela ile enfeksiyon zinciri kırılabilir ve en sık görülen ölüm ve hastalık nedenlerinden gastroenterit ve parazitozlar azaltılabilir.

Sağlık ocağının 1978 yılı çalışma raporundaki verilere göre, en çok ölüme neden olan hastalıklarda tüm yaş gruplarında pnömoniler birinci sırada, gastroenteritler ikinci sıradadır. Tüm yaş gruplarında en sık görülen hastalıklardan üst solunum yolları enfeksiyonu birinci sırada, dispeptik yakınmalar ikinci sırada, akut tonsillit üçüncü sırada, parazitozlar dördüncü sırada, gastro enteritler beşinci sıradadır. O yaş grubunda gastroenteritler ikinci sırada, 1 - 4 yaş grubunda üçüncü sıradadır. Parazitozlar, 1-4 yaş grubunda beşinci, 5-14 yaş grubunda ikinci, 15-24 yaş grubunda yine ikinci sıradadır. Gastroenteritler haziran, temmuz ve ağustos aylarında yığılım göstermektedir.

Mortalite ve morbidite şöyle bir enfeksiyon zinciri ile yükselmektedir: Enfeksiyon kaynağı barsaklarında patojen mikroorganizma veya parazit olan kişi olmakta, insan atıklarının sağlıklı hela olmaması nedeni ile, vektörler, sızıntılar, direkt karışmalarla sular ve yiyecekler (dere veya çeşme suyu yolları) kontamine olmakta, bu kontamine su ile köyün sebze bahçeleri sulanmakta, yiyecekler yıkanmakta veya su içilmektedir. Bu şekilde enfeksiyon sağlam kişiye bulaşmakta ve yeni kaynaklar yaratmaktadır. Tüm köylerde, çıkıktan borularla köy çeşmelerine getirilen kaynak suları kullanılmaktadır. Tüm su yolları krokilerde belirtilmiş olup alınan suların bakteriyolojik analizinde saptanan kontaminasyonun ortadan kaldırılması yine sağlıklı helaların yapılmasına bağlı olmaktadir. Köydeki gübrelikler ve çöplerin sağlığa uygun hale getirilmesi bulaşıcı hastalıklarda vektörler yönünden ve genel temizlik yönünden önem kazanmaktadır.

Sağlık ocağının temel çevre sağlığı çalışmalarından, köyün sularının miktar olarak yeterliliğinin sağlanması, muntazam bakteriyolojik numunelerin alınması, su yollarının bakım ve onarımı, çöplerin çukurlara gömülmesi veya yakılmasının, gübreliklerin duvarla çevrilerek muhafaza altına alınması ve tersyüz edilmesinin sağlanması, konutların sağlık koşullarına uygunluğunun kontrolü, esnaf muayenesi gibi çalışmaların yanında, hela yaptırma çalışmaları üzerinde ağırlıkla durulmuştur.

Sağlık ocağına bağlı tüm köylerde toplam 745 hane için hela yaptırma çalışmaları, 1978 yılı sonundan başlayarak, 1979 yılı boyunca sürmüş ve 1 mayıs 1980 tarihi hedeflenerek bir kampanya haline getirilmiştir.

1978 yılı sonlarında bölgede sağlık koşullarına tam olarak uyan hemen tek bir hela mevcut değildi. Hanelerde hela ya hiç yoktu, ya da çukursuz olarak,

dışarıya atıkları sızdıran veya direkt olarak dereye açılan veya üst katta yapılmış altı açık, aşağısında küllük diye adlandırılan dışkının yukardan açıkta düşerek gübre ile karıştırıldığı, kapısız, çatısız veya yıkınti halinde helalar mevcuttu.

Sağlık ocağı ekibi tarafından, çalışmalar sırasında sağlıklı bir hela olarak kısaca şu özellikler öğütlenmiştir :

1 — Sağlıklı çukur
2 — Sağlıklı kabin.

Sağlıklı çukur, insan boyu derinlikte olacak, üzeri kapanacaktır (tahta veya beton ile), çukur tüm atıkları toplayacak, dışarı sızdırmayacaktır. Bu çukur ortalama genişlikteki bir aile için kabaca beş yıl yeterlidir. Dolunca, kırlık bölgede açılacak bir başka çukura biriken materyal aktarılır ve çukur tekrar kullanılır. Sağlıklı kabin, vektörün giriş çıkışına izin vermeyecek şekilde, kapısı muntazam, penceresi telli, içi emin olmalıdır. Kabin çukura bir dirsekle bağlanabilir veya çukur kabinin hemen altında olabilir.

Bölgede sağlıklı tuvalet yaptırma eğitimi için tüm olanaklardan yararlanılmaya çalışılmıştır. Yapılacak sağlık eğitimi çalışmalarının sağlık ocağının etkinliğinin arttırılması, halkla bütünleşme, genel olarak birincil sağlık bakımı (temel sağlık hizmetleri) amaçlarının yönünde ve bu çalışmayı tüm yönleri ile destekleyici ve yükseltici olmasına dikkat edilmiştir. Sağlık eğitiminde, tuvaletlerin muntazam olmasının, kişisel ve toplumsal sağlık ile ilişkisi gösterilmiş, köyün kollektif sağlığının yükseltilmesinde, köyün temizlik ve güzelleştirilmesinde tüm köy halkı ve devlet memurları ortak çaba içine çekilmeye çalışılmıştır. Beklenti düzeyinin yükseltilmesi, anlayış ve davranış birliği, köyde somut ve olumlu değişime yol açmış, bu da kollektif çalışmayı, bütünlemeyi gitgide pekiştirmiştir.

Sağlık ocağı ekibinden doktor çalışmaları yönetmiş, personelinin eksik olduğu bir dönemde, tek tek hane sahiplerini tuvaletleri başında eğitmiştir. Ekibe daha sonra katılan sağlık memuru yapımda teknik bilgi vermiş, tüm haneler için bir defter tutarak izlemiştir. Hane sahiplerine yasal yükümlülüklerini anlatan resmi yazı ve yapı şemaları verilmiştir. Sağlık evi ebesi takipleri sırasında, ev ziyaretlerinde hane halkını tuvaletleri konusunda uyarmıştır.

Tüm köylerde doktor yöneticiliğinde, ocak ekibi, köy öğretmeni, imamı, kuran kursu öğretmeni, muhtar, heyet ve halkın, birkaçında da sağlık grup başkanı ve kaymakamın katıldığı toplu eğitimlerde, köyün hela sorununun kişisel ve toplumsal bir sağlık gereksinimi olduğu ve hela yapmanın toplumcu bir görev olduğu anlatılmıştır. Toplantılarda film, şema, maket gibi görsel-işitsel eğitim araçlarından yararlanılmıştır. Eğitimin her fırsatta ve sayılan tüm kişilerce, sağlık ocağında, okul, cami ve evlerde sürdürülmesine çalışılmıştır.

Ocak hekimi köy ziyaretleri sırasında hela yapımını takip etmiş, hastalarla ilgilenme (muayeneler, tedavi ve takipler) sırasında, köye elektrik getirme, köy yollarının açılması ve onarılması, köy orta okulunda İngilizce öğretmenliği, kooperatif yönetim kurulundaki çalışmaları sırasında halkla ilişkiler, bütünleşme ve birlikte çalışmayı tuvaletlerin yapılmasında motivasyon olarak kullanmak is-

temiştir. Yapılan tuvaletler, diğer sayılan yapılmakta olan bitirilmemiş toplumsal çalışmalar için, bitirilen, gerçekleştirilen somut başarılar da henüz tuvaletlerini yapmayanlar için güdüleme olarak kullanılmıştır.

Çalışmalarda hela yapımının hane sahibi için yasal zorunluluk olduğu ve cezai yükümlülüğü belirtilmesine rağmen kampanya süresince ceza kesilmemiştir. Sağlık ocağı ekibinin yönlendiriciliği geniş kabul ve haklılık görmüştür.

1 mayıs 1980 tarihinde bazı köylerde tüm hanelerin tamamlanmış olmak üzere toplam % 70'e yaklaşan sağlıklı hela sonucuna ulaşılmıştır. Yaptırılan helaların tümü kullanılmaktadır. Örneğin, Sarısu köyünde: 56/56, Okçular'da: 34/34, Yukarı Çavundur'da: 174/254, Tahtayazı'da: 24/141 hane tuvaletini tamamlamıştır.

Kırsal bölge çevre sağlığı sorunlarından insan atıkları-hela sorununun çözümünde, Birincil Sağlık Bakımı veren sağlık ocağı ekibi etkili ve başarılı olmaktadır. Tüm köylerin tek tek çeşitli özellikleri çalışmaları etkilemiş ancak kampanya kitlesel olarak başarıya ulaşmış, köylerde uyumsuz vakalar azınlıkta kalmıştır. Şimdi, birkaç aylık belki de bir yılı bulabilecek zamanda, köydeki somut değişikliğin ve kitlesel desteğin geride kalanları daha güçlü olarak etkileyeceğini düşünmekteyiz.

Gerçekleştirilen netice, sağlık ocağının daha ileri birincil sağlık bakımı hizmetleri için iyi temel oluşturacaktır.

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİ ALANINDAKİ SORUNLARI

*Recep AKDUR**

Sağlık hizmeti, esasta sağlama götürülen bir hizmettir ve temel amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek olmalıdır. Böyle bir hizmet ise, ülkenin tüm nüfusunu kapsamına almak zorundadır. Hal böyle olunca, hizmetin kapsamı hasta-hekim ilişkilerinin çok ötesindedir ve bir ekip hizmeti olmasında zorunluluk vardır. Ayrıca, hekim sayısının yeterli olmadığı toplumlarda, hekimlerin birçok fonksiyonlarının hekim dışı sağlık personelince yürütülmesi diğer bir zorunluluktur. Bu nedenlerle sağlık alanındaki insan gücü potansiyelinde, hekim dışı sağlık personelinin önemli bir yeri vardır ve olmalıdır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin insan gücü sorunları tartışılırken, konuya genellikle insan gücü açısından yaklaşıldığı görülmektedir. Buna karşılık, hekim dışı sağlık personeli alanındaki sorunlar birkaç cümle ile geçiştirilmiş ya da ikinci planda kalmıştır. Oysa, çağdaş sağlık hizmeti sunabilme ve halkın sağlık düzeyini yükseltebilmek için, hekim insan gücü alanındaki sorunların çözümü kadar, hekim dışı sağlık personeli alanındaki sorunların çözümüde gerekli ve en azından bir o kadar önemlidir. Sahaya, sorunları çözümlenmiş ya da çözümlenmeye çalışılan bir ekibin yerleştirilmesi halinde, hekim insan gücü açığına rağmen, önemli mesafeler katedilebileceği gözden ırak tutulmamalıdır.

Türkiye'de hekim dışı sağlık personeli durumuna bakıldığında, bu alanda var olan temel sorunlar üç grupta toplanabilir:

1 — Hekim dışı sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitimi, hizmetin gerektirdiği nitelikte personel yetişmesini sağlayamamaktadır (nitel yetersizlik).

2 — Söz konusu personelin, var olan sayısı, temel sağlık hizmetleri alanında duyulan ihtiyacı karşılamaktan uzaktır.

3 — Var olan potansiyelden yeterince yararlanılmamaktadır.

NİTEL YETERSİZLİK

Sağlık meslek okulları, hizmetin gerek duyduğu nitelikte personel yetişmesini sağlayamamaktadır. Yeni mezun ebe ve hemşirelerin birçoğunun, bırakın is-

---

(*) A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Kürsüsü Uzman Asistanı ve Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanı

tatistik oranların hesaplanması, (toplama, çıkartma, bölme ve çarpma) dört işlemi bile bilmedikleri bilinen bir vakıadır. Eğitim ve araştırma bölgelerinde bu işlemlerin öğretilmesi uzun sürelere mal olmakta, ancak ondan sonra oranlardan söz edilebilmektedir. Bu yönüyle, sağlık meslek okullarımız, ne iyi bir orta dereceli okul niteliğini göstermekte ne de iyi bir meslek okulu.

Türkiye'de temel örgütlenme biçiminin sosyalleştirme olduğu gerçeğinden hareketle, temel birimin sağlık evi olduğu söylenebilir. Bu nedenle, hekim dışı sağlık personeli düşünüldüğünde, ilk akla gelen personel sağlık evi görevlisi olmak gerek. Günümüzde sağlık evi görevlerini köy ebeleri yürütmektedir. Aslında köy ebesi deyimi hizmetin gerçek niteliğini belirtmemektedir. Gerçekte, bunlar toplum sağlığı hemşireleridir. Ebelik ve hemşirelik hizmetlerini birlikte yürütürler. Bu personelin köyde çalıştırılmasını sağlamak amacıyla köy ebesi olarak isimlendirilmiş ve aynı yanlış görüşle eğitim süreleri azaltılmıştır. Oysa, gerçekte yüklendikleri hizmetler, ebe-hemşire için düşünülen standart eğitimin daha da üstünde eğitimi gerektirecek niteliktedir (3). Sosyalleştirmenin kentlere yaygınlaştırılması halinde, gerek bu isimlendirmenin gerekse eğitim biçiminin yanlışlığı daha da belirgin bir hal alacaktır. Bu konuda, sağlık evi görevlisi genel deyiminin kullanılması ve eğitimin buna göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Ebelerin bilgileri, kırsal alanda toplum sağlığı hizmetlerini yürütmek için yeterli değildir ve, bu bilgi düzeyindeki ebelerden, kırsal alanda verimli çalışma yapmaları beklenmemelidir. Bu durum, başta Prof.Dr. Rahmi Dirican olmak üzere, birçok araştırıcı tarafından tesbit edilmiş ve ebelerin, gerek orta dereceli bir okul bitiren kişinin bilmesi gereken birçok genel bilgiden, gerekse tansiyon ölçme ya da minima-maksima tansiyonu tanımlayabilme gibi mesleki bilgilerden yoksun oldukları görülmüştür.

Bu durumdan, ne personelin kendisi ne de eğitim kurumlarındaki eğiticilerin bizzat şahısları sorumludur. Sayıları yüze yaklaşan ebe, hemşire, sağlık memuru ve teknisyeni yetiştiren meslek okullarında, ortak bir eğitim programı uygulanmaya çalışılmasına karşılık, bu okulların eğitici kadro ve eğitim araçgereç ile alan uygulamaları arasında benzerlik olduğu söylenemez. Ayrıca bu okulların eğitim programlarının ülke gerçeklerine uygun olmadığı S.S.Y.B. tarafından da kabul edilmiş ve 1976 yazında yeni programlar geliştirme ve eğitim sürelerini uzatmak gereğiyle değişik toplantılar yapılmış ve kararlar alınmıştır. Ancak, bunlardan hiçbiri henüz uygulama aşamasına ulaşamamıştır (5). Sağlık personeli yetiştiren okullarda, yeter sayı ve nitelikte eğitici olmadığı gibi, eğitim saha koşul ve uygulamaları içinde de yapılmamaktadır. Hastane veya okul duvarları arasında yetişen personel, birden bire kendisini saha koşulları ile karşı karşıya bulmaktadır. Ayrıca, mezuniyet öncesi eğitimin ideal olduğu varsayılsa bile, bu personelden sahada istenen görevlerin hepsinin okullarda öğretilmesi olanaksızdır. Yetersizliklerin, göreve başlamadan önce uygulanacak, bir adaptasyon kursu ile giderilmeye çalışılmaması büyük bir eksikliktir.

NİCEL YETERSİZLİK

Günümüzde, hekim dışı sağlık personelinin ulaşmış olduğu sayılar, toplumun ihtiyaç duyduğu sayıları karşılamaktan uzaktır. Gerek sağlık meslek okulu mezunları sayısı gerekse diş hekimi, eczacı, biyokimyacı gibi yüksek okul mezunu sayısı açısından, insan gücü açığı vardır. Özellikle eczacı ve diş hekimlerinde SSYB'nda kadro fazlalığı gibi bir görüntü var ise de, bu durum söz konusu personelin gerçekte ülke ihtiyaçlarından fazla olmasından çok, istihdam politikasındaki yanlışlıktan kaynaklanmaktadır. Her iki tür personelin sağlık örgütlenmesindeki yeri ve fonksiyonlarının belirlenmesine ilaveten, iyi bir tayin-terfi sistemiyle bu alanlarda da yetersizlik olduğu ortaya çıkacaktır. Hekim dışı sağlık personeli alanındaki mevcut insan gücü durumu, tek tek personel olarak, incelendiğinde günümüzdeki tablo aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Diş hekimi : İyimser bir hesapla, toplumda her beşbin kişiye bir diş hekimi gerek olduğu varsayımından hareketle, Türkiye'de 9000 diş hekimine ihtiyaç vardır. Oysa, 1 Aralık 1979'da tüm diş hekimlerinin sayısı 7038'dir (2). Toplumumuz, genelde bir sayı yetersizliği ile karşı karşıya iken, mevcut diş hekimlerinden tüm kamu kuruluşlarında çalışanları 2262 (% 32.14), SSYB'da çalıanlar sayısı ise 1290 (% 18.33) dır. Yani tüm kamu kuruluşlarında çalışanlar düşünüldüğünde yaklaşık 20.000 kişiye bir diş hekimi, SSYB'da çalışanlar düşünüldüğünde, yaklaşık 35.000 kişiye bir diş hekimi düşmektedir. Aynı şekilde DPT'na göre tüm kama kuruluşlarında 1976 yılı mevcutlarına ilaveten 1982 yılında ihtiyaç duyulacak diş hekimi sayısı 3040 olarak hesaplanmıştır ki, bu kaynakta 15.000 kişiye bir diş hekimi düşünülmüştür (4).

Sağlık memuru ve teknisyeni : 1973 yılında 10.436 olan sağlık memuru ve teknisyeni sayısından ancak % 52.9'u SSYB'nda çalışmaktadır (1). 1979'da ise bu sayı 12035'e ulaşırken SSYB'da çalışanların payı % 55.98'dir (2). Bu zaman periodunda yıllık, yaklaşık 270 sayı artışı olmuştur. Bu altı yıllık zaman aralığında, SSYB'da çalışanların oranında ise ancak % 3'lük bir artış sağlanmıştır. Oysa DPT'na göre 1976'dan 1982 yılına kadar, mevcut sayıya ilaveten, tüm kamu kuruluşlarında 6760 sağlık memuru ve teknisyeni ihtiyacı hesaplanmıştır (4). Yukarıdaki yıllık artış ile genelde bu sayıya ulaşılamayacağı gibi, yıllar ilerledikçe SSYB'nda anlamlı bir artış sağlanabildiği de söylenemez. Nitekim, tüm sosyalleştirilmiş illerde, 1978 yılında mevcut sağlık memuru ve teknisyeni kadrolarının ancak % 69'u doludur (3).

Hemşire ve hemşire yardımcısı : Ocak 1973'te hemşire ve hemşire yardımcısı toplamı 11.358'dir ve bunlardan ancak % 61.7'si SSYB'nda çalışmaktadır (1). Aralık 1979'da ise 25.103 hemşire ve yardımcı sayısına ulaşılmıştır. Bu sayıdan % 67.90 SSYB'nda, tüm kamu kuruluşlarında ise % 96.81'i çalışmaktadır (2). Görüldüğü üzere yıllık artış sayısı yaklaşık 2300 dolayındadır. DPT'na göre 1976 mevcutlarına ilaveten, 1982'de tüm kamu kuruluşlarının ihtiyacı 9380 olacaktır (4). Yıllık artış sayısı ile bu alandaki ihtiyacın karşılanabileceği görü-

nümü vardır. Buna karşılık 1978 yılında tüm sosyalleştirilmiş illerdeki hemşire kadrolarının ancak % 43'ü doludur (3) ve 1973-1979 yılları arasında SSYB'nda çalışanların payında ancak % 6.2'lik bir artış sağlanabilmiştir.

Ebe : Ocak 1973'te ebe sayısı 13.056 dır ve bunlardan % 73.2'si SSYB'nda çalışmaktadır (1). 1979 da bu sayı 17.051'e ulaşmış ve bunlardan SSYB'nda çalışanların payı ise % 86.53'e yükselmiştir (2). Türkiye'de 2500 kişiye bir hesabıyla 18.000 dolayında ebe gereklidir. DPT'na göre 1976 rakamlarına ilaveten 1982 de 4500 köy ebesine ihtiyaç olacaktır (4). Gerek yıllık artış sayıları ile gerekse global olarak ebe sayısı konusundaki yetersizliğin giderilmesi kuvvetle muhtemeldir. Buna rağmen 1978 yılında tüm sosyalleştirilmiş illerde mevcut ebe kadrolarının ancak % 72'sinin dolu olduğu bilinmektedir (3). Sonuç olarak hekim dışı sağlık personeli alanında, hemen hemen her tür personelde, sayısal yetersizlikle karşılaşılmaktadır.

VAR OLAN POTANSİYELDEN VERİMLİ BİR ŞEKİLDE YARARLANILMAMAKTADIR

Türkiye'de hekim dışı sağlık personelinin global sayılarına bakıldığında, genelde her kademeden personelin sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Buna ilaveten var olan potansiyelden de yeterince yararlanılmamaktadır. Yukarıda verilen rakamlardan da görüldüğü üzere var olan personelin ancak belirli oranları, tüm ülke sağlığından sorumlu olan SSYB'nda, çalıştırılabilmekte geriye kalan kısmı ise diğer kurumlarca istihdam edilmektedir. Buna karşılık, yıllar ilerledikçe söz konusu personelin, SSYB'nda çalışmasını teşvik edici anlamlı tedbirler alınmadığı ve belirgin bir artış sağlanamadığı gözlenmektedir. Mevcut insan gücü potansiyelinden yeterince yararlanılamamasının başlıca nedenleri şöyle sıralanabilir :

a — Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmeyişi,
b — Ücret ve istihdam politikasındaki aksaklıklar,
c — Teknik ve özlük hakları açısından hekim dışı sağlık personelinin yönetime katılmaması,
d — Hizmet içi eğitim ve denetim yetersizliği.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1 — Hekim dışı sağlık personeli nitel olarak yetersizdir,
2 — Türkiye'nin ulaşmış olduğu nüfusun istediği sayıda personel yoktur,
3 — Var olan potansiyel yeterince verimli istihdam edilememektedir. Bu konuda alınacak önlemler ise aynı başlıklar altında gruplanabilir.

1 — Mezuniyet öncesi sorunların çözümlenmesi için :

a — Sağlık meslek okullarının eğitimlerinde, standardizasyon ve eşgüdüm sağlanmalıdır.

b — Eğitici kadrolar sayı ve nitelik yönünden en kısa sürede yeterli düzeye getirilmelidir.

c — Söz konusu personelin eğitimi, sahaya kaydırılmalı ve saha koşullarına uygun hale getirilmelidir.

d — Köy ebelerinin eğitimi, bu personelden beklenen görevleri yürütebilmelerini sağlayacak şekilde, gerek süre gerekse biçim açısından yeniden düzenlenmelidir.

e — Her kademeden personel, mezuniyetten sonra, hizmetin yerleşmiş olduğu yerlerde belli bir süre çalıştıktan sonra diğer bölgelere gönderilmelidir.

2 — Günümüzdeki yıllık artış sayısı ile sayısal yetersizliğin kapatılabilmesinin daha uzun yıllar süreceği gözlenmektedir. Bu nedenle gerek okul sayısının gerekse okullardaki öğrenci kapasitesinin arttırılmasında zorunluluk vardır. Oysa, aksine bazı uygulamaların görülmesi (bazı sağlık kollejleri ve Gevher Nesibe Enstitüsüne öğrenci alınmaması vb) bu alandaki sorunların daha uzun yıllar çözümsüz kalacağı intibaını yaratmaktadır. Eğitim kurumlarının sorunları çözümlenerek, öğrenci sayısının artmasına çalışılması en akılcı yol olacaktır.

3 — Var olan potansiyelin verimliliğini arttırmak için :

a — Sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması var olan potansiyelden yararlanmayı önemli oranda etkileyecektir. Bu durum gerçekleştirilinceye kadar SSYB'nin diğer kurumlarla rekabet edebilecek bir ücret ve istihdam politikası izlenmesi kaçınılmazdır.

b — Tayin, terfi ve yer değiştirmelerde hakkaniyetin getirilmesi ve bu dizeden olmak üzere her kademeden sağlık personelinin yönetime katılması sağlanmalıdır.

c — Personelin hizmet öncesi kurslarına (eğitim ve araştırma bölgelerinde yapılması önerilebilir) ilaveten, esas görev yerinde, bölge koşullarına uyum eğitimi sağlanmalı (işe alıştırma) ve belirli aralıklarla bilgi tazeleme kurslarına alınmalıdır.

d — Hizmet içi eğitim ve denetim sürekli bir biçimde ve yeterli personelce yürütülmelidir.

e — Personele, bölgeler arası adil bir rotasyon sistemi getirilmeli ve meslekte ilerleyebilme olanakları yaratılmalıdır (Personele, belli bir hizmet süresinden sonra başarılı olanları tıp, diş hekimliği ve temel yüksek okullara gidebilme yolunun açık tutulması).

KAYNAKLAR

1) Sağlık hizmetlerinde 50 yıl, SSYB yaınları No: 422, Ankara, 1973.

2) SSYB 1980 Mali Yılı Bütçe Raporu

3) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Tatbikatı İkinci Genel Kurul Raporu, Ankara, 1978.

4) IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 1976.

5) EREN, N.; AKSAKOĞLU, G.: Sağlık **Personeli Yetiştirmede Önem ve Öncelikler,** Toplum ve Hekim, Sayı: 3, İstanbul, 1978.

EBE EĞİTİMİNİN ERKEN TANIDA ÖNEMİ

*Dr. Ufuk BEYAZOVA**
*Dr. Caner FİDANER***

GİRİŞ :

Topluma iyi bir sağlık hizmeti götürmenin önemli koşullarından biri hastalıkları, kolayca en az sakatlığa yol açabilecek dönemde yani erken dönemde tanımaktır. Erken tanı koyabilmek için iki koşul vardır. I) Hekimin hastalığın erken belirtilerini bilmesi, 2) Hastalık belirginleşmeden önce, kişinin sağlıklı sanıldığı dönemde hekimin hasta ile karşılaşması. Bizim sağlık sistemimizde kişilerin sağlıklı iken hekimle karşılaşma olanakları son derece sınırlıdır. Yasaların belirlediği işe girme, okula girme, v.b... sağlık muayenelerinde çoğu kez bilimsel bir tıbbi gözden geçirme anlamını taşımaz. Toplumumuzda özellikle kadınlar ve çocuklar sağlamken bir hekim tarafından muayene edilme şansını elde edemezler.

Ancak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde kadın ve çocuklar hekim dışı bir sağlıkçı olan ebe ile ortada hastalık sayılabilecek bir durum yokken, olağan gebe ve çocuk izlemeleri sırasında karşı karşıya gelirler. Bu ziyaretler daha çok gebe kadının ve 0-6 yaş grupundaki çocukların sağlığı tehlikeye düşürebilecek durumlardan korunması amacıyla bağışıklama ve eğitilmesini amaçlar.

Yurdumuzda ebelik 1846 yılında İstanbul'da Mekteb-i Tıbbiye'de açılan bir kursla başlamış ve 1960 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dek geçen yüzyılı aşkın süre içinde özellikle gebelik ve doğumla ilgili bir meslek olarak tanımlanmıştır. Ancak, Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasası ile ebeye 0-6 yaş grupundaki çocukları belli aralıklarla izleme ve kayıt tutma görevi verilmiş böylece ebelerin çocuk sağlığında daha etkin bir rol oynamaları beklenmiştir.

Ancak yasa ve yönetmelikler ebenin çocukları ne sıklıkla ziyaret edeceğini, bir başka deyişle içinde 0-6 yaş grubunda bir çocuk bulunan herhangi bir evin kapısını çocuğun yaşına göre ne sıklıkla çalması gerektiğini açıkça belirlemiştir. Fakat bu kapıdan içeri girdikten sonra yapılacak işlerin neler olabileceği saptanmış ve tanımlanmış değildir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti yürütülen bölgelerde kullanılan çocuk muayene ve izleme kartlarında yalnızca aşı, ağırlık ve boy ölçümleri ile ilgili sütunlar vardır.

(*) H.Ü. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Halk Sağlığı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı.
(**) H.Ü. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanı

Kanımızca, ebenin çocuk sağlığına katkısı üç yönde olabilir.

1. Çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (bağışıklama, sağlık eğitimi, vb...).
2. Çocuklara ilk ve acil yardım ile hekimin öngördüğü tedavi hizmetleri.
3. Bazı çocukluk hastalıklarında erken tanı.

YÖNTEM :

H.Ü.Tıp Fakültesi Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma bölgesinde 1979 yılında bir ebe eğitim programı düzenlenmiştir. Programın amacı ebelerin özellikle ana-çocuk sağlığı konusundaki bilgilerini ve becerilerini geliştirmektir. Ayda bir kez sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan 50 ebe bölge hastanesinde hizmet içi eğitim toplantısına çağrılmıştır. Her toplantı ortalama 2,5 saat sürmüş, eğitim hastane çocuk ve kadın-doğum uzmanları başkanlığında uzmanlar, hemşireler yada ebeler tarafından yapılmıştır. Konular ebelerden S.S.Y.B. ca istenen hizmet biçimine göre düzenlenmiştir. Çeşitli yaş gruplarındaki çocukların bakım ve izlenmesi konuları işlenmiştir. Konular işlenirken her yaş grubundaki çocuklara yönelik koruyucu hizmetlerin yanı sıra bazı çocukluk hastalıklarının erken bulguları hakkında bilgi verilmiştir. Bu hastalıklar seçilirken şu ölçütler göz önüne alınmıştır. Hastalık her yaş grubu için sık görülen, ebe düzeyinde eğitimi olan bir sağlıkçının yapabileceği muayenelerle tanı konabilen, erken tanındığı zaman tedavisi mümkün olan, erken tanınmadığı ve tedavi edilmediği zaman kronik hastalık niteliğine dönüşen bir hastalık olmalıdır. Bu nitelikleri taşıyan malnütrisyon, demir eksikliği anemisi, raşitizm, ve doğuştan kalça çıkığı hakkında eğitim yapılmıştır. Ebelerden ziyaretler sırasında öğrendikleri basit muayeneleri yaparak bu hastalıklardan şüphelendikleri çocukları sağlık ocağı hekimine göndermeleri istenmiştir. Hizmetin doğal akışı içinde ebelerin sevk ettiği şüpheliler hekim tarafından muayene edilerek kesin tanı konmuştur.

Ebe eğitim programının sağlık ocağının hastalık yakalama hizmetini ne ölçüde etkilediğini gösterebilmek için eğitim öncesi 2 yıl ve eğitimin yapıldığı yıl sonunda bölgenin sağlık istatistikleri incelenmiştir. Bölgede kullanılan 150 başlıklı hastalıklar listesi yıl sonu verileri değerlendirilerek sonuç elde edilmiştir.

BULGULAR VE SONUÇ :

Son 3 yılda ebelere erken tanı yöntemleri öğretilen 5 hastalığın morbitide hızları tabloda görülmektedir:

Görüldüğü gibi her dört hastalıkta da 1977 ve 1978 yılları arasında morbidite hızlarında önemli bir fark olmadığı halde 1978-1979 yılları arasında istatistiksel olarak önem gösteren ($p<0.01$) fark vardır. Son yılda görülme hızları aşağı yukarı iki kat artmıştır. Hastalıkların morbidite hızlarındaki bu artışları yalnızca ebelerin erken tanı yöntemleri konusunda bilgilendirilmiş olmalarına

bağlamak iyimser bir tahmin olur. Ancak ebe eğitiminin söz konusu olmadığı ilk iki yıl arasındaki farkın önemli olmaması 1978 ve 1979 yılları arasında morbidite hızlarındaki farkı açıklayacak başka bir değişkenin gösterilemeyişi ebelerin erken tanı konusunda devreye girmesinin etkisi olabileceğini akla getirmektedir.

Tablo 1. Etimesgut Bölgesinde 0-6 yaş grubunda Ebelerin Erken Tanıda Görev Aldığı Hastalıkların Son 3 Yıldaki Morbidite Hızları

	1977		1978		1979	
Hastalık adı	**Sayı**	**‰**	**Sayı**	**‰**	**Sayı**	**‰**
Malnütrisyon	114	9.3	101	7.05	214	14.08
Anemi	416	33.99	580	40.46	1173	77.16
Raşitizm	78	6.37	132	9.21	215	14.07
Doğumsal	119	91.72				
anomali (*)			104	7.25	220	14.47

(*) Doğuştan kalp hastalıkları, yarık damak, yarık dudak dışında doğuştan olan bütün diğer bozukluklar (doğuştan kalça çıkığı dahil).

TÜRKİYE'DE ÖLÜMLER

Dr. Recep AKDUR *

GİRİŞ

Toplum bünyesine etki eden birçok faktörden başlıcaları; doğumlar, ölümler ve göçlerdir. Bunlardan en önemlisi ise ölümlerdir. Ölümler, doğru kayıtlandığı takdirde, kesin olaylar olması nedeniyle toplumun sosyo - ekonomik ve sağlık düzeyi, geçmişle günümüz sağlık düzeyinin kıyaslanması ile gelecekte nüfus yapısının şekillenmesi konularında değerli bir bilgi kaynağıdır. Özellikle yaşa özel ölüm oranları toplumun sosyo-ekonomik ve sağlık düzeyini ölçme ve kıyaslamada iyi ölçütlerden biridir.

Ölümler, toplumun sosyo - ekonomik ve sağlık düzeyini değerlendirmede iyi bir ölçüt olduğu gibi, aynı zamanda toplumun sosyo-ekonomik düzeyi ve buna bağlı olarak değişen sağlık düzeyi ile nüfusun yaş yapısındaki değişikliklere parelel olarak sürekli bir biçimde değişimin genel özellikleri şu şekilde özetlenebilir :

1 — Zaman ilerlemesiyle birlikte, gelişen sosyo - ekonomik düzeye paralel olarak, toplumlardaki kaba ölüm oranları azalmaktadır. Bu azalma, özellikle (0-4) yaş grubundaki ölümler olmak üzere, genç nesil ölümleri bölümünde olmaktadır. Buna karşılık (65+) yaş grubundaki değişmeler çok yavaş olmakta ve bu grupta bir asırlık arayla yapılan kıyaslamalarda bile birbirine yakın oranlar bulunmaktadır.

2 — Ülkeler yada bölgeler arası kıyaslama yapıldığında; geri kalmış ülke veya bölgeden gelişmişe doğru gidildikçe genelde ölüm oranları azalmakta ve bu farklılık özellikle genç nesil ölümlerinde ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık (65+) yaş grubu ölüm oranları gelişmişlik farkı gözetmeksizin tüm toplumlarda birbirine yakınlık göstermektedir.

3 — Zaman ve gelişmişlik düzeyi artışına paralel olarak, tüm ölümler içinde, yaşlı ölümlerinin payı artmaktadır. Ancak, bu artış ileri yaşlardaki ölüm oranlarının artması ile ilgili olmayıp, göreceli bir artıştır. (Genç nesil ölümlerinin azalması ve nüfusun ileri yaşlara yoğunlaşması nedeniyle).

4 — Ölüm tablolarındaki temel değişikliklerden biri de ölüm nedenlerinde meydana gelmektedir. Zaman yada gelişmişlik düzeyindeki yükselmeye paralel olarak, enfeksiyon hastalıklarından ölümler azalırken, enfeksiyon dışı nedenlere

---

(*) A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Kürsüsü Uzman Asistanı, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı

bağlı ölümlerin tüm ölümler içindeki payı artmaktadır. Bu durum ise; enfeksiyon dışı hastalıklara özel ölüm oranlarının yükselmesinden ziyade korunulabilir ve tedavi edilebilir olan enfeksiyon hastalıklarından ölüm oranlarının azalmasi nedeniyle ortaya çıkan göreceli bir durumdur.

5 — Tüm bu veri ve belirtilerden hareketle, gelecek yıllarda; ülkeler veya yıllara göre ölüm oranlarının çok küçük farklılıklar göstereceği ve adeta sabit bir orana ulaşacağı söylenebilir.

AMAÇ ve YÖNTEM

Sözü edilen genel bilgilerin ışığında, son yirmi yıllık verilerden hareketle, Türkiye'de bir durum saptaması yapmak ve bu zaman aralığında ölümlerin gösterdiği değişiklikleri incelemek ereğiyle bu çalışmaya karar verilmiştir.

Bilgiler DİE Yıllıkları ve Hayati İstatistik Yıllıklarından yararlanmak suretiyle derlenmiştir. Söz konusu kaynaklarda nüfuslar tüm Türkiye için verilmiş buna karşılık ölümler il ve ilçeleri kapsamaktadır. Bu nedenle, oranlara esas olacak il ve ilçe yıl ortası nüfusları, aynı yıl içinde il ve ilçelerde yaşayan nüfus yüzdelerinden hareketle hesaplanmış ve bu kaynaklardan elde edilen oranların doğruluğu yada yanlışlığı tartışılmaksızın (doğru varsayılarak) salt yıllara göre meydana gelen değişiklikler açısından konu tartışılmıştır.

Türkiye'de 1 Mart 1957'den itibaren tüm il ve ilçeleri kapsayan ölüm kayıtları tutulmaya başlanmıştır. Bu nedenle daha eski yılların verilerini değerlendirmek mümkün olmadığı gibi, tüm toplumu kapsayan bir çalışma yapmakta mümkün olmamıştır. Buna rağmen 1960-1975 yılları arasındaki il ve ilçe verilerini değerlendirmek bile, bize ölümler hakkındaki genel bir bilgi verebilmektedir.

BULGULAR

Mevcut verilerden hareketle yıllara göre kaba ölüm oranları hesaplandığında, yıllar ilerledikçe ölümlerin genel bir azalma eğilimi içinde olduğu söylenebilir ve yıllara göre kaba ölüm oranı söylenebilir :

Yıllar	1960	1965	1970	1975
K.Ö.O (binde)	10.98	8.95	7.75	7.23

Çizelge I : Yıllara Göre Bazı Yaş Gruplarındaki Ölümlerin Tüm Ölümler İçindeki Oranı (Yüzde)

Yaş Grupları	1960	1965	1970	1975
0 - 4	45.7	37.6	33.8	35.3
5 - 14	3.0	2.9	2.6	3.0
15 - 64	28.1	30.5	29.6	27.5
65+	22.2	27.7	32.1	33.0

Çizelge I'den de görüldüğü gibi 1960 yılında tüm ölümlerin % 45.7'si (0-4) yaş grubunda meydana gelirken, bu oran 1975 yılında % 35.3'e düşmüştür. Buna karşılık (65+) yaş grubunda ise, % 22.2 den % 33'e yükselmiştir. (5-14) ve (15-64) yaş grubu gibi orta yaş kesiminde ise yıllar arası belirgin bir fark yoktur. Sonuç olarak (0-4) yaş grubu ölümlerinin, tüm ölümler içindeki payı sürekli bir azalma eğilimi gösterirken (65+) yaş grubu ölümlerinin payı artmaktadır.

Çizelge II: Yıllara Göre Yaş Gruplarına Özel Ölüm Oranları (Binde)

Yaş Grupları	1960	1965	1970	1975
0 - 4	32.88	22.92	17.72	19.50
5 - 14	1.29	0.95	0.75	0.82
15 - 64	4.96	5.01	4.27	3.61
65+	69.73	63.53	56.48	53.05

Çizelge II'den de görüldüğü üzere özellikle (0-4) yaş grubu ve (65+) yaş grubu olmak üzere tüm yaş gruplarında gruba özel ölüm oranları yıllar ilerledikçe azalmakta ve genelde kaba ölüm oranlarındaki azalmaya paralel olarak, gruba özel ölüm oranlarıda bir azalma eğilimi içindedir. Bu eğilimin (0-4) ve (65+) yaş grubunda daha belirgin olması orta yaş kesimi ölümlerinin daha statik olması ile ilgilidir.

(65+) yaş grubu ölümlerinin tüm ölümler içindeki payının sürekli artmasına karşın, bu yaş grubunda da gruba özel ölüm oranının artmadığı aksine azaldığı görülmektedir. Sonuç olarak, genç nesil ölümlerinin tüm ölümler içindeki payının azalması nedeniyle (65+) yaş grubu ölümlerinin payı göreceli olarak artmaktadır.

Çizelge III: Ölümlerin Cinse ve Yıllara Göre Dağılımı (Yüzde)

Yıllar	1960	1965	1970	1975
Erkek	53.1	54.1	55.5	55.5
Kadın	46.9	45.9	44.5	44.5

Çizelgeden de görüldüğü gibi, tüm ölümler içinde erkek ölümleri daha büyük bir yüzdeyi oluşturmakta ve yıllar ilerledikçe bu oran erkeklerin aleyhine bir gelişim göstermektedir.

Çizelge IV: Yıllara Göre Sekse Özel Ölüm Oranları (Binde)

Yıllar	1960	1965	1970	1975
Erkek	11.34	9.39	8.37	7.83
Kadın	10.42	8.27	6.86	6.47

Çizelge IV'den de görüldüğü gibi, her iki sekse özel ölüm oranlarında yıllara göre bir azalma eğilimi gözlenmektedir. Bu düşüş kadınlarda nisbeten daha fazladır ve tüm yıllarda erkek cinsiyete ölüm oranı daha yüksek seyretmektedir.

Ölümlerin mevsim yada yılın aylarına göre dağılımı incelendiğinde, kış aylarında en yüksek oranlara ulaştığı buna karşılık yaz aylarında düştüğü görülmektedir. Aylar arasında görülen bu farklılığı, ölümler içinde enfeksiyon nedenli ölümlerin önemini koruması ile izah etmek mümkündür. Kış aylarında kalabalık faktörüne maruziyetin artması, beslenme düzeyindeki düşme (kırsal kesimlerde meyve ve sebze tüketiminin azalması nedeniyle) ve ulaşımın kısıtlanması nedeniyle tedavi olanaklarının azalması gibi nedenlerle enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin artması beklenir. Enfeksiyon dışı nedenli ölümlerin aylara göre farklılık göstermemesi beklenir, ancak; kış aylarında devreye giren basit enfeksiyonlar nedeniyle tablonun ağırlaşması bu tür ölümlerinde kış aylarında artmasına neden olan diğer bir faktör olabilir.

İlk on sırayı işgal eden nedenlere göre değerlendirme yapıldığında, yıllar ilerledikçe ilk on sırada yer alan ölüm nedenlerinin hızlı bir değişim içinde olduğu görülmektedir. Enfeksiyon ölümlerinin, tüm ölümler içindeki payı sürekli azalırken, dejeneratif hastalıklardan ölümlerin payı artmakta ve ölüm nedenleri sıralamasında üst sıralara doğru tırmanmaktadır. Örneğin; 1960 yılında pnömoni ölümleri, tüm ölümlerin % 18'ini oluştururken bu oran 1975 yılında % 9.7'ye düşmüştür. Aynı şekilde solunum aygıtı tbc den ölümlerin tüm ölümler içindeki payı % 4.2 den % 1.4 'e düşmüştür. Spesifik enfeksiyonlardan ölümlerin toplam payı 1960 da % 2.8 iken 1975 de % 0.6'ya dümüştür. Buna karşılık hipertansiyondan bahsedilmeksizin kalp hastalıklarından ölümlerin oranı 1960 yılında % 17.5 iken 1975'de % 26.3'e yükselmiştir. Aynı şekilde malinite ölümlerinin payı % 5.3 den % 9.3, motorlu taşıt kazalarından ölümlerin payı ise % 0.7 den % 1.8'e yükselmiştir.

İlk on sırayı işgal eden ölüm nedenlerinin, nedene özel (mortalite) ölüm oranları incelendiğinde, enfeksiyon hastalıklarına özel ölüm oranları birbirini izleyen yıllarda sürekli düşüşler kaydetmektedir. (Tedavi olanaklarının artması ve bağışıklama çalışmalarına ilaveten beslenme düzeyinin yükselmesi gibi nedenlerle) Buna karşılık dejeneratif hastalıkların nedene özel ölüm oranlarında yıllara göre belirgin farklılık görülmemektedir. Örneğin; kalp hastalıklarına özel ölüm oranı 1960 da binde 1.92 iken 1975 de bu oran binde 1.90 dır. Malignitelerde ise binde 0.58 ve binde 0.67 dir. Buna karşılık pnomoniye özel ölüm oranı 1960 da binde 1.97 iken 1975 de binde 0.70'e düşmüştür. Aynı şekilde solunum aygıtı tbc'ye özel ölüm oranı binde 0.46'dan binde 0.10'a düşmüştür. Sonuç olarak korunabilir ve tedavi edilebilir hastalıklardan, nedene özel ölüm oranları sürekli düşerken, enfeksiyon dışı hastalıklarda bu oran yaklaşık aynı düzeylerde seyretmekte veya kısmen yükselmektedir. Ancak enfeksiyon ölümlerinin azalmasına paralel olarak, göreceli bir biçimde, dejeneratif hastalıklardan ölümlerin, tüm ölümler içindeki payı süratle artmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Toplumumuzun son yirmi yıllık ölüm kayıtları incelendiğinde; ölümlerin dünyada göstermiş olduğu genel gelişim ve seyrin Türkiye'de de cereyan ettiği söylenebilir. Genç nesil ve enfeksiyondan ölümler azalırken yaşlı ölümleri ve dejeneratif hastalıklardan ölümlerde artışa doğru bir geçiş vardır. Ancak bu geçişin yeterince hızlı olup olmadığı tartışılabilir ve daha etkili bir sağlık hizmeti ile bu geçiş hızlandırılabilir. Bu dizeden olmak üzere AÇS hizmetlerinin etkinleştirilmesi ve enfeksiyonlarla daha etkili bir savaşa ihtiyaç vardr.

Ülkemizde ölüm kayıtları son derece yetersizdir. Bu değerli bilgi kaynağına kavuşulmakta geç kalınmamalıdır. Bu dizeden olmak üzere;

1 — Köy-kent ayırımı yapılmaksızın tüm ölümler tesbit edilmelidir.

2 — Ölüm kayıtlarını değerlendirmede esas olan toplumun diğer alt özellikleri tesbitlerle birlikte yapılmalı ve ölümlerin faktörlere dağılımı çıkarılmalıdır.

3 — Geçmişle sağlıklı kıyaslamalar yapabilmek için, standart toplum ve ölüm oranları tesbit edilmelidir.

4 — Ölüm nedenlerinin doğru tesbit edilebilmesi için gerekli düzenleme ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

SİNCAN SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ BEBEK ÖLÜMLERDEKİ AZALMA

*Dr. Caner FİDANER**

GİRİŞ

Sincan Sağlık Ocağı, Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin şehir tipi sağlık ocaklarından birisidir. Bölge nüfusunun dörtte birini kapsar.

Sincan'da 1966'dan bu yana çeşitli konularda sağlık verileri toplanmaktadır. 1979 yılı için bazı demografik bilgiler şöyledir :

Yıl ortası nüfus	:	22 824
Bir yaş altı nüfus	:	676 (% 2,96)
0-6 yaş grubu nüfus	:	4 203 (% 18,42)
Kaba doğum hızı	:	‰ 30,5
Kaba ölüm hızı	:	‰ 5,2
Perinatal ölüm hızı	:	‰ 32,6
Ana ölüm hızı	:	0

Bir bölgede sağlık düzeyinin önemli bir ölçüsü bebek ölümleridir. Başarılı bir sağlık hizmeti örgütleyen ülkelerde bebek ölümleri azalır, bebek ölüm nedenleri sırasındaki, korunulabilen hastalıklar sonraki sıralara geçerken, korunulması olanaksız hastalıklar ilk sıralarda yer alırlar.

Bu çalışmada, on dört yıllık veriler taranarak Sincan Sağlık Ocağı bölgesinde bebek ölümlerindeki değişmeler araştırılmıştır.

SİNCAN SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE BEBEK ÖLÜMLERİ

A. Bebek Ölüm Hızları :

Sincan ağlık Ocağı bölgesinde 1966'da ‰ 170,1 olarak saptanmış olan bebek ölüm hızı 1979'da ‰ 56,0 olmuştur (Tablo. 1., Grafik. 1.). Bebek ölüm hızı 1970 ve 1973 yıllarındaki yükselmeler dışında, on dört yıl boyunca genel bir düşüş göstermiştir. Özellikle son altı yılda sürekli bir azalma dikkati çekmektedir. 1966-1979 yıllarını kapsayan on dört yıldaki ‰ 114,1'lik düşüşün yıllık ortalaması ‰8,14 olmaktadır. Bebek ölüm hızının en hızlı düşürüldüğü ülke olan Bulgaristan'da 1951-1960 döneminde yıllık düşüş hızının ‰ 6,2 olduğu anımsanmalıdır (1).

(*) Sincan Sağlık Ocağı Hekimi, H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanı

Tablo. 1. Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Bebek Ölüm Hızları ve Beş Yaş Altı Orantılı Ölüm Hızı (1966-1979)

Yıllar	Bebek Ölüm Hızı (‰)	Erken Neonatal Ölüm hızı (‰)	Geç Neonatal Ölüm hızı (‰)	Neonatal Ölüm Hızı (‰)	Post-neonatal Ölüm Hızı (‰)	Beş yaş altı orantılı Ölüm Hızı (‰)
1966	170,1	26,1	15,7	41,8	128,3	59,3
1967	113,0	13,9	13,9	27,8	85,2	61,2
1968	108,6	22,1	28,1	50,2	58,4	57,6
1969	78,7	10,9	14,6	25,5	53,2	48,0
1970	94,9	13,5	15,5	29,0	65,9	46,6
1971	71,7	18,8	13,6	32,4	39,3	41,5
1972	119,5	13,2	20,8	34,0	85,5	50,0
1973	84,3	16,1	14,4	30,5	53,8	49,6
1974	81,4	17,0	11,3	28,3	53,1	51,0
1975	95,2	22,5	15,6	38,1	57,1	48,4
1976	75,1	23,9	12,8	36,7	38,4	47,2
1977	65,9	20,6	9,6	30,2	35,7	38,4
1978	63,4	12,3	15,8	28,1	35,3	38,3
1979	56,0	12,9	11,5	24,4	31,6	36,4

Bebek ölüm hızının daha ayrıntılı incelenmesi için neonatal, erken neonatal, geç neonatal, post-neonatal ölüm hızları gözden geçirilmelidir. Sincan'da 1966 - 1979 yılları arasında erken neonatal ölüm hızının ise ‰ 26,1 ile ‰12,9 arasında değiştiği görülmektedir. Ancak post-neonatal ölüm hızı 1966'da ‰ 128,3 den 1979'da ‰ 31,6 'ya düşmektedir. 1970 ve 1972 yıllarındaki yükselmeler dışında post-neonatal ölüm hızı genellikle sürekli olarak düşmüştür (Grafik I).

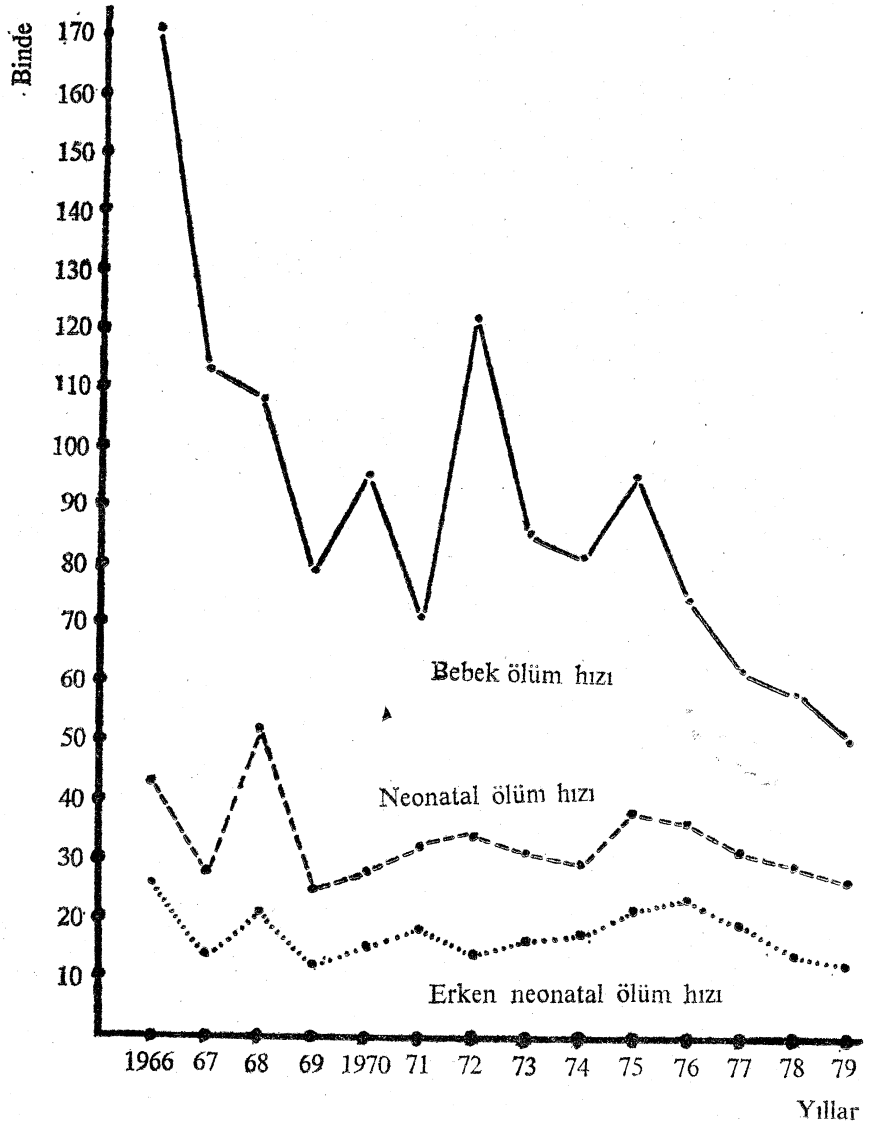
Toplam ölümler arasında 0-4 yaş ölümlerin yüzdesi, beş yaş altı orantılı ölüm hızı adıyla anılır ve sağlık düzeyinin bir göstergesidir. Sincan Sağlık Ocağı'nda 1966'da %059,3 olarak bulunan bu rakam 1979'da %036,4 olmuştur. Grafik III'den, bu on dört yıl boyunca 1972-1976 yılları arasında (Tablo 2), bir plato olduğu görülmektedir.

B. Bebek Ölüm Nedenleri :

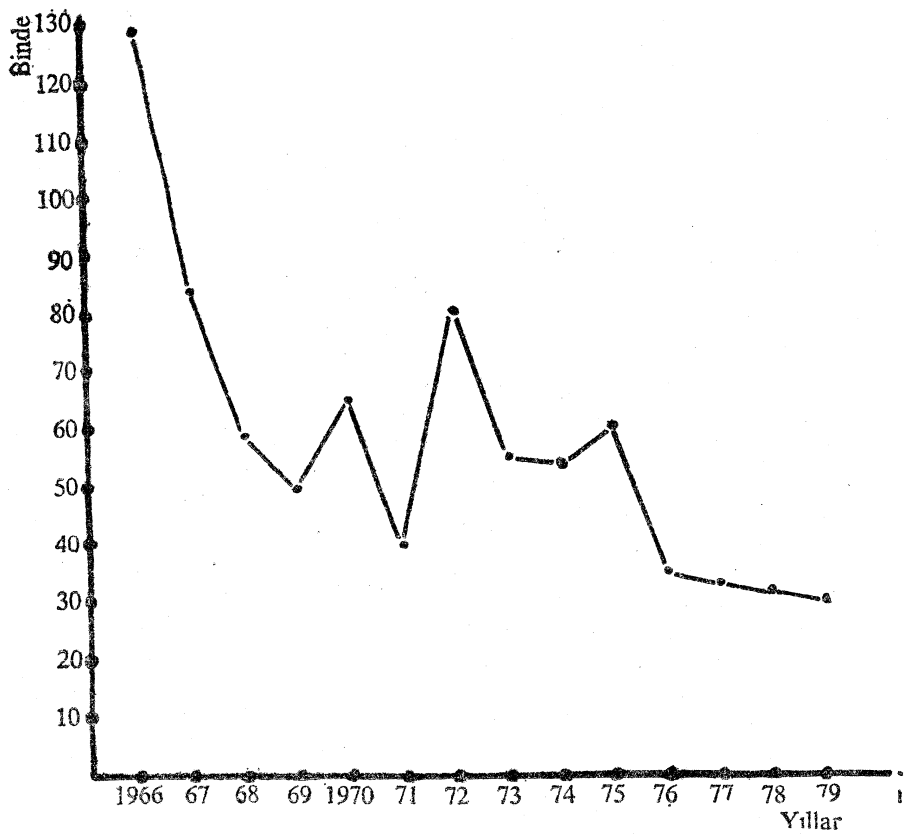
Bölgede ölüm nedenleri 172'den beri kaydedilmektedir. Bu kayıtlara göre, 1972'de bebek ölüm nedenleri arasında birinci sırada bronko-pnömoni, ikinci sırada gastroenteritler yer almaktadır (Tablo. 2.). 1976 1978 ve 1979 yıllarında ise brokopnömni ikinci sıraya düşmüş, prematürelik birinci sıraya gelmiştir. Ayrıca kayıtlardan 1979 yılı bebek ölümleri arasında hiç gastroenterit bulunmayışı dikkati çekmektedir.

Bebek ölümlerinin daha iyi değerlendirilebilmesi için, bronkopnömoni ve gastroenteritin sıfır yaşa özel morbidite, mortalite ve fatalitelerinin incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

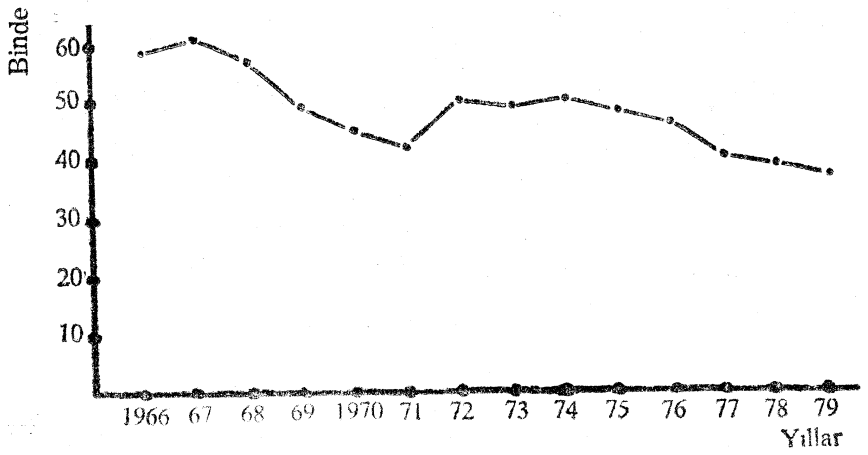
Grafik 1: Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Bebek Ölüm Hızları (1966-1979)



Grafik 2 : Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Post-Neonatal Ölüm Hızı (1966-1979)



Grafik 3 : Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Beş Yaş Altı Orantılı Ölüm Hızı (1966-1979)



Tablo. 2. Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Görülen En Önemli Bebek Ölüm Nedenleri (1972-1979)

Yıllar	Bebek Ölümü Sayısı	Sık görülüş sırasına göre ölüm nedenleri kodları (*) 1	2	3
1972	63	A-92 (32) (**	A-5 (13)	A-65 (3) A-130 (3)
1973	47	A-92 (18)	A-5 (11)	A-135 (5)
1974	45	A-92 (23)	A-35 (13)	A-25 (3 A-65 (3)
1975	55	A-92 (23)	A-135 (21)	A-5 (5)
1976	48	A-135 (8)	A-92 (7)	A-5 (4)
1977	48	A-92 (9)	A-135 (8)	A-5 (7)
1978	36	A-135 (12)	A-92 (7)	A-5 (5)
1979	39	A-135 (13)	A-92 (10)	A-131 (3) Ani ölüm (3)

(*) A-150 listesinin ilgili kod numaraları:

A-92 : Diğer pnömoniler,

A-5 : Gastroenteritler,

A-65 : Beslenme hastalıkları,

A-135 : Perinatal hastalıklar (Prematürelik de içinde),

A-25 : Kızamık,

A-130 : Doğuştan olma bütün diğer bozukluklar,

A-131 : Doğum travması ve güçeylem.

(**) Kodların yanlarında, parantez içinde verilen rakamlar, o yıl içinde o hastalıktan ölen bebek sayısıdır.

Tablo. 3. Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Bronkopnömonin Bir Yaş Altı Gruba Özel Morbidite, Mortalite ve Fataliteleri (1972-1979)

	Bronkopnömoninin bir yaş altı gruba özel		
Yıllar	Morbiditesi (%)	Mortalitesi (%)	Fatalitesi (%)
1972	19,51	6,50	33,33
1973	29,28	3,90	13,33
1974	28,76	3,89	13,53
1975	29,71	4,19	10,55
1976	25,32	1,12	4,43 (?)
1977	37,73	1,09 (?)	2,88 (?)
1978	16,99	1,23	7,22
1979	19,23	1,48	7,69

Tablo 3 'te, 1972-1979 yıllarında bronkopnömoni için bir yaş altı nüfusa özel morbidite, mortalite ve fataliteler görülmektedir. Morbidite %19.51 ile %19.23 arasında değişirken, mortalite %6,5'ten %1,5'e, fatalite ise %33.3'ten %7.7'ye düşmektedir. Buradan, hastalığın bir yaş altı grupta görülmeye devam ettiği, ama öldürücülüğünün azaldığı anlaşılmaktadır. Ocakta yapılan penisilin enjeksiyonlarının bronkopnömoninin öldürücülüğünü azalttığı düşünülebilir.

Tablo. 4. Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Gastroenteritin Bir Yaş Altı Gruba Özel Morbidite, Mortalite ve Fataliteleri (1972-1979)

	Gastroenteritin bir yaş altı gruba özel		
Yıllar	**Morbiditesi (%)**	**Mortalitesi (%)**	**Fatalitesi (%)**
1972	57,52	2,64	4,59
1973	47,72	2,39	5,00
1974	32,66	0,17	0,52
1975	31,69	0,91	2,87
1976	30,45	0,64	2,11
1977	47,98	1,09 (?)	2,27 (?)
1978	39,23	0,88	2,23
1979	37,27	0	0

Gastroenteritle ilgili rakamlardan da hastalığın bir yaş altı nüfusta morbiditesinin 1972'de % 57,5 iken 1979'da % 37,3 olduğu anlaşılmaktadır. (Tablo. 4.). Bir yaş altı nüfusa özel mortalite 1972-1973'te % 2'nin üzerinde iken, 1978'de %0,9, 1979'da ise sıfır olmuştur. 1972'de %4,5 olarak bulunan bir yaş altı nüfusta fatalite ise 1978'de % 2,2, 1979'da sıfır olmuştur. Bu sonuçta, ebelerin annelere yaptığı eğitimin, hastaneye yatırabilme olanağının ve son yıllarda kullanılan oral rehidratasyon tedavisinin rolü olduğu düşünülebilir.

Son iki yıldır prematüreliğin birinci sırasında yer almasının bronkopnömoni fatalitesindeki düşme sonucu olduğu düşünülmelidir. Çünkü son iki yıl içinde sıfır yaşa özel prematürelik morbiditesi, 1974-1975 yıllarından daha düşüktür. Ama 1974-1975 yıllarında bronkopnömoni, prematürelikten daha önemli bir bebek ölüm nedeni idi (Tablo. 5.) Prematüreliğe bağlı ölümlerin azalması için, Sincan'da doğum öncesi bakıma ağırlık verilmesi, riskli gebelerin hastanede doğurtulması, özel kliniklere prematüreleri gönderebilme olanaklarının geliştirilmesi önerilebilir.

Tablo. 5. Sincan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Prematüreliğin Bir Yaş Altı Gruba Özel Mortalitesi (1973-1979)

Yıllar	Prematüreliğin bir yaş altı gruba özel mortalitesi (%)
1973	1,09
1974	2,20
1975	3,83
1976	1,28
1977	1,24 (?)
1978	2,10
1979	1,92

SONUÇ

1965 yılından bu yana sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği Sincan'da bebek ölüm hızında önemli bir düşme görülmüştür. Gastroenterit bebek ölüm nedenleri arasından hemen hemen çıkmış, bronkopnömoni ikinci sıraya düşmüştür. Bu düzelmeler yalnızca sosyo-ekonomik değişiklikler ile açıklanamaz. Yıllardır koruyucu ve sağıltıcı sağlık hizmetlerinin bütünleştirilerek ve ekip kavramıyla sunulması asıl etkendir. Bu rakamlar, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin ülke çapında uygulanmasıyla kısa sürede sağlık düzeyinin yükseleceğini de düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1) Öztek, Zafer : **Sağlık Düzeyindeki Gelişme ve Etimesgut.** H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Bülteni, sayı 2, ocak-şubat 1979 (çoğaltma)
2) Öztek, Zafer; Egemen, Ayten: 1970 Sincan Sağlık Ocağı Raporu, 1971
3) Sincan Sağlık Ocağı 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979 Çalışma Raporları

ABİDİNPAŞA SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE BAŞVURULAN DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİNİN SOSYO-KÜLTÜREL FAKTÖRLER VE ÇOCUK SAYISI İLE İLİŞKİSİ

*Dr. Recep AKDUR**

GİRİŞ

Gerek ana gerekse çocuk sağlığının gerçekleştirilmesinde, doğum kontrolüne başvurulması kaçınılmaz bir olaydır. Çünkü; doğum olayını ana ve çocuğun sağlığına en uygun bir biçimde düzenleyebilmek (sayı, gebelik yaşı ve aralıkları gibi) ancak doğum kontrolü yöntemleri aracılığı ile mümkündür. Buna karşılık doğum kontrolü hizmetlerine gereken önemin verilmemesi, toplumda doğum kontrolüne başvuruyu azaltmamakta aksine, etkisiz ve sağlıksız yöntem kullanımı ile düşükleri arttırarak karşımıza bir halk sağlığı sorunu olarak çıkmaktadır.

Türkiye toplumu hızla, az çocuklu aile biçimini benimseyen sosyo - kültürel döneme girmektedir ve biz istesek de istemesek de doğum kontrolüne, giderekten artan oranlarda, başvurulmaktadır. Bu olayın sağlıklı bir biçimde gelişmesi ise, sağlık sektörünün başarısına bağlıdır. Sağlık sektörüne düşen görev; bu konudaki tüm bilgi ve olanaklar, küretaj da dahil, hiç bir sınırlama getirmeksizin toplumun her kesimine sağlamak olmalıdır.

Doğum kontrol yöntemlerini topluma, yine onun sağlığı için, götürürken temel amaç; etkisiz ve sağlıksız yöntemlerin kullanımını önlemek, buna karşılık ise etkili yöntemleri topluma en kolay biçimde ulaşacağı şekilde sunmaktır. Bunu sağlayabilmek için; toplumda etkili yöntemlerin kullanılmasına engel yada kolaylaştırıcı faktörler nelerdir araştırılmalıdır. Bu erekle bu çalışmaya karar verilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

1980 yılı Ocak ayı başında, Abidinpaşa sağlık ocağı bölgesinde bulunan konutlardan sistematik yöntemle 1/10 lik örnekleme yapıldı. Örnek kapsamına giren konutlarda bulunan 15-44 yaş grubu kadınlara, sağlık evi görevlilerince, soruşturma yöntemiyle, anket uygulandı. Son bir yılda doğum kontrolü yapıp yapmadıkları ve hangi yöntemi kullandıkları soruldu.

(*) A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Kürsüsü Uzman Asistanı, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı

BULGULAR

Örnek kapsamına giren konutlarda 15-44 yaş grubunda 849 kadın bulunduğu tesbit edildi. Bunlardan 586 (% 69.0)'sı evli, 238 (% 28.0)'i bekar ve 25 (% 3)'i dul kadınlardan oluşmaktadır.

586 evli kadından 394 (% 67.23)'ü çeşitli doğum kontrol yöntemlerine başvurmakta, 93 (% 15.87)'ü ise doğum kontrolü yapmamaktadır. Geriye kalan 99 kadın ise; 18 (% 3.07)'i çocuğu olmayan, 50 (% 8.53)'si gebe, 19 (%3.24)'u lohusa ve 12 (% 2.04)'si eşi ayrı olanlardan olmak üzere, korunması gereksiz olanlar kapsamına girmektedir. Böylece 586 evli kadından, korunması gereksiz 99'u dışındaki 487'den 394 (% 80.9)'ü çeşitli yöntemler kullanmak suretiyle korunmak istemektedir.

Doğum kontrolu yapan 394 kadından 45 (% 11.4)'i oral, 70 (% 17.8)'i RİA, 126 (% 31.9)'sı geri çekme yöntemi kullanmaktadır. Geriye kalan 153 (% 38.8) kadın ise diğer yöntemlerle korunan kadınlardan oluşmaktadır. Rakamlardan da görüleceği üzere, korunmak isteyen kadınlardan ancak % 29.2'si etkili yöntem kullanmaktadır. Buna karşılık korunmak isteyen kadınların % 71.8'i etkisiz yöntemler kullanmakta ve bu yöntemlerdende % 31.9 ile geri çekme birinci sırada yer almaktadır.

Çalışma kapsamına giren kadınlarda, doğum kontrolu yapma ile kadının yaşı arasında anlamlı bir ilişki vardır ve kadının yaşı korunmayı önemli oranda etkilemektedir. (Ki kare= 7.52 n=2 $P<0.05$). Genç ve ileri yaşlarda herhangi bir yöntem kullanma oranı azalırken, 25-34 yaş grubunda bu oran en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Diğer araştırmalardaki bulgularda bu yöndedir (1,3). Yaşın korunmada önemli bir faktör olması, belirli bir yaştan sonra arzu edilen çocuk sayısına ulaşmayla ilgilidir.

Çalışmada elde edilen verilere göre; kadının yaşının yöntem seçmede önemli bir etken olmadığı saptanmıştır (Ki kare= 8,74 n=6 $P>0.05$). Diğer çalışmalarda yaş ile yöntem seçme arasında anlamlı ilişki bulunmuş olmasına karşın (1), bu çalışmada böyle bir sonucun elde edilmiş olması, gerek bölgede on yılı aşkın süredir verilen sağlık eğitimi gerekse toplumun eğitim düzeyinin yüksekliği neticesinde, yöntem seçme konusunda nesiller arası farkın giderilmiş olmasıyla ilişkili olabilir.

Gerek kadının (Ki kare= 1,39 n=3 $P>0.05$) gerekse kocasının (Ki kare = 0.42 n = $P > 0.05$) eğitim düzeyinin korunup, korunmamada önemli bir faktör olmadığı tesbit edilmiştir. Bunu bölgede yaşayan ailelerin eğitim düzeyi farkı olmaksızın, küçük aileyi biçim olarak benimsemiş olmaları ile açıklamak mümkündür. Ayrıca bölgede sürdürülen eğitim sonucunda, her eğitim duzeyindeki ailenin doğum kontrolu konusunda aynı derecede haberdar olmaları diğer bir faktör olabilir. Buna karşılık gerek kadının (Ki kare= 19.34 n=9 $P<0.05$) gerekse kocasının (Ki kare= 16.27 n=6 $P<0.05$) eğitim düzeyi yöntem seçmeyi önemli oranda etkilemektedir. Kadınlarda okur yazar olmayanların etkili yöntem kullanma oranı % 32.0 iken, okur-yazar ve ilkokul bitirmişlerde %28, orta okul ve daha yüksek okul bitirmişlerde ise bu oran % 25.8'e düşmektedir.

Aynı şekilde kocasının eğitim düzeyi ilkokul ve daha az olanlarda etkili yöntem seçme oranı % 31.6 iken, orta okul ve daha yüksek olanlarda bu oran %25,e düşmektedir. Sonuç olarak, gerek kadının gerekse kocasının eğitim düzeyi düşük olanlarda etkili yöntem kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Prof. Dr. N.Fişek'in yapmış olduğu araştırmadada (1) bulgular bu yöndedir. Bu durum, eğitim düzeyi düşük ailelerin aynı zamanda ekonomik düzeyide düşük aileler olmaları ve bu nedenlede daha etkili doğum kontrol çareleri aramaları ile açıklanabilir. Ayrıca gerek oral kontraseptivler gerekse RİA'ın yan etkileri konusundaki, basın ve yayında zaman zaman çıkan tartışmaların eğitim düzeyi yüksek aileleri olumsuz yönde etkilemiş olabileceğide düşünülebilir.

Çalışma kapsamına giren kadınlarda çocuk sayısı ile doğum kontrolu yapma arasında anlamlı bir ilişki mevcut olup, çocuk sayısı korunmayı önemli oranda etkilemektedir (Ki kare= 27.50 n=3 P<0.001). Çocuksuz ve bir çocuklu kadınlarda korunma oranı % 70 iken, iki çocuklularda bu oran % 91.9 yükselmektedir. Üç çocuklularda korunma oranı % 83.9 iken, dört ve daha fazla çocuklularda bu oran tekrar % 71.4'e düşmektedir. Buna karşılık çocuk sayısı ile seçilen yöntem arasında anlamlı bir ilişki yoktur ve çocuk sayısı yöntem seçimini etkilememektedir (Ki kare= 11.23 n=9 P>0.05)

Ailenin kişi başına yıllık geliri ile korunup korunmama arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Ki kare= 2.11 n=3 P 0.05). Aynı şekilde ailenin oturduğu konut tipi korunmayı önemli derecede etkilememektedir (Ki kare= 1.10 n=1 P 0.05). Bu bulgulardanda, bölgedeki ailelerin ekonomik düzey farkı olmaksızın küçük aileyi norm olarak benimsedikleri sonucu çıkarılabilir. Buna karşılık ailenin gelir düzeyi (Ki kare= 25.29 n=9 P<0.05) ve oturdukları konut tipi (Ki kare = 12.57 n = 3 P < 0.05) yöntem seçmeyi önemli oranda etkilemektedir. Apartman dairesinde oturan ailelere mensup kadınlarda etkili yöntem seçme oranı % 25.3 iken gecekonduda bu oran % 44.8'e yükselmektedir. Aynı şekilde kişi başına yıllık geliri 20.000 TL. altında olan ailelerde etkili yöntem kullanma oranı % 34.2 iken 21.000 TL. üzerindeki ailelerde bu oran % 28.5'e düşmektedir. Sonuç olarak, ailenin ekonomik düzeyi yöntem seçmeyi önemli oranda ektilemekte ve ekonomik düzeyi düşük aileler daha etkili yöntem seçmeye yönelmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Toplumlarda aile büyüklüğünü belirleyen temel etken, o toplumun içinde bulunduğu üretim biçimi ve sosyo-ekonomik düzey olmaktadır. Bu etkileşim yükselen sosyo-ekonomik düzeye paralel olarak, ailelerin arzu ettiği çocuk sayısının azalması yönündedir. Aynı şekilde Türkiye toplumundada ailelerin arzu ettiği çocuk sayısı azalmakta ve sürekli artan oranlarda doğum kontrolu yapılmaktadır. Ancak burada göze çarpan diğer bir özellik; doğum kontrolu hizmetlerinin sunulmasında, az çocuk istemine uyan paralellikte bir artış sağlanamadığından, etkili olmayan yöntemlerin kullanılması ve bunun sonucundada düşük sorunu ortaya çıkmaktadır. Nitekim isteyerek çocuk düşürme, doğum kontrolune yüksek düzeyde motive olmanın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Türkiye'nin içinde bulunduğu durum buna uymaktadır. Yanı aileler doğum kontrolüne yeterince motive olmuşlardır ancak, yeterince hizmet sunulamadığından etkisiz yöntem kullanımın ve düşükler oldukça yüksek düzeylerdedir. Bu alanda sağlık sektörüne düşen birincil görev; zaten var olan ve her geçen gün artan talebi arttırmak değil, toplumun en kolay bir biçimde ulaşacağı şekilde bu talebi karşılamaktadır. Bunun için ise, hizmeti almaya hazır gruplara yönelinerek, onlara etkili yöntemlerin ulaştırılmasına çalışılmalıdır. Hizmetin yöneltileceği gruplar açısından, bu çalışmada elde edilen verilerle, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 1973'den yaptığı Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Sorunları Araştırmasının Düşüklerle ilgil bölümü (2) birlikte değerlendirildiğinde şu sonuçlar elde edilmiştir.

1 — Kadının yaşı doğum kontrolüne başvurmada önemli bir etkendir ve 25-34 yaş grubunda en yüksek düzeyde korunma isteği vardır. Buna karşılık kadının yaşı yöntem seçmede önemli bir etken değildir. Yani 25-34 yaş grubunda en yüksek oranda korunma isteği varken etkili yöntem kullanımı aynı oranda artmamaktadır. Bunun sonucunda 25-34 yaş grubunda düşük hızı en yüksek düzeye ulaşırken 35 yaşından sonra bu hız tekrar düşmektedir. Sonuç olarak, doğum kontrolü hizmetlerinde 25-34 yaş grubu önceliğe sahiptir.

2 — Eşlerin eğitim düzeyi doğum kontrolü yapıp yapmamayı etkilememekte ve tüm eğitim düzeyindeki aileler aynı oranda korunmak istemektedir. Buna karşılık, eşlerin eğitim düzeyi yöntem seçimini önemli oranda etkilemekte ve eğitim düzeyi düşük ailelerde etkili yöntem kullanma oranı daha yüksektir. Yani, eğitim düzeyi yüksek olan eşler diğerleri ile aynı oranda korunmak isterken etkili yöntemlere daha az başvurmaktadırlar. Buna paralel olarak da orta okul ve daha yüksek eğitim düzeyindeki kadınlarda düşük hızı en yüksek düzeyde bulunmaktadır. Sonuç olarak, eğitim düzeyi düşük aileler etkili yöntemleri benimsemeye hazır grubu oluştururken, eğitim düzeyi yüksek aileler ise, etkili yöntemlere rezistan ve düşüğe meyilli risk grubunu oluşturmaktadır.

3 — Çocuk sayısı doğum kontrolüne başvuruyu önemli derecede etkilemektedir. Buna karşılık çocuk sayısının yöntem seçiminde bir önemi yoktur. Çocuk sayısının artışı ile birlikte korunma isteğide artarken, etkili yöntem seçimi aynı oranda artmamaktadır. Nitekim bunun sonucunda üç ve daha fazla çocukla kadınlarda düşük hızı en yüksek düzeyde bulunmaktadır. Sonuç olarak üç ve daha fazla çocuklu kadınlar etkili yöntemleri benimsetme ve sunma açısından önceliğe sahiptir.

4 — Ailenin oturduğu konut tipi ve ailenin gelir düzeyi korunmayı önemli oranda etkilememekte ve her ekomik düzeydeki aile aynı oranlarda korunmak istemektedir. Buna karşılık gerek oturulan konutun tipi gerekse ailenin gelir düzeyi yöntem seçimini önemli oranda etkilemekte ve her iki değişken açısından da düşük ekonomik düzeydeki ailelerde etkili yönteme başvurma oranı daha yüksektir. Aileler ekonomik düzey farkı olmaksızın aynı oranlarda korunmak isterken, ekonomik düzeyi yüksek ailelerde daha az oranlarda etkili yöntemler kullanılmaktadır. Nitekim; üst gelir düzeyindeki kadınlarda, düşük hızı daha yüksek bulunmaktadır. Sonuç olarak düşük ekonomik düzeydeki aileler hizmeti

almaya hazır grubu oluştururken, yüksek ekonomik düzeyli aileler etkili yöntemleri benimsetme açısından üzerinde durulması gereken ve düşük yapmaya eğimli grubu oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1) FİŞEK, N.H.: **Türkiye'de aşırı doğurganlık ve kullanılan gebeliği önleyici yöntemler,** Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları, H.Ü. yayınları, D 25 s=97-106, ANK, 1978

2) KİŞNİSÇİ, H., AKIN, A.: **Türkiye'de düşüklerle ilgili epidemiyolojik bir araştırma,** Adı geçen yayın, s=113-132

3) ÖZBAY, F.: **Türkiye'de doğurganlık düzeyine ve değişmelerine etki eden ara değişkenler,** adı geçen yayın, s=79/96

GEBELİĞİN ÖNLENMESİNDE UZUN ETKİLİ İNJEKSİYONLAR

Dr. Selma ÇİVİ *

GİRİŞ

Uluslar Arası Planlı Aile Federasyonu (IPPF)nin bildirimine göre dünyadaki 560 milyon kadın istenmeyen gebelik tehlikesi altındadır ve bunların 4/3 yani 360 milyonu hiç bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (3). Hacettepe Nüfus Etütlerinin gerçekleştirdiği 1963 ve 1968 Türkiye nüfus taramaları ülkemizde küçük aile tipinin benimsendiğini, arzu edilen çocuk sayısının ortalama 3 olduğunu gösterirken 1973 çalışması ailelerin ancak yüzde 35.2 nin aile planlaması yöntemi kullandığını ve en çok kullanılan yöntemin yüzde 63 ile geri çekme yöntemi olduğunu göstermektedir. Türkiye'de etkin yöntemlerin kullanılırlığı az, isteyerek yapılan düşükler fazladır (15). Nüfus artış hızın yavaşlatmak için en uygun, en gerçekçi, en etkili doğum kontrol yöntemini uygulamak gerekir. Ülkemizde yapılan çalışmalar halkın tedavi yöntemleri arasında yüzde 46.3 nün enjeksionu yeğlediğini ortaya koymuştur (2).

Halkın enjeksiyona olan istemini aile planlaması alanında uygulamak ülkemiz için en gerçekçi, en etkili yöntemlerden biri olabilir. Uzun etkili progesteron olan Depomedroxypregesterone acetate (DMPA) klinik uygulanımı en yaygın olan enjektabl yöntemdir. Bu çalışmada ülkemizde ilk olarak Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesinde aile planlaması yöntemi olarak kadınların istemine sunulan DMPA uygulanımı sonucu elde edilen bilgiler değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM :

Araştırmanın amacı enjekte edilen uzun etkili progesteron olan depomedroxy progesterone acetate (DMPA) patent adı ile Depo-Provera'nın

a) Kontraseptif olarak değeri
b) Toplumumuza özgü klinik yan etkileri
c) Yan etkilerine karşın kadınlarımızın tepkisi
d) İlacın endometriumda yaptığı histopatolojik değişim açısından incelenmesidir.

Bu amaçları gerçekleştirmek için araştırma kapsamına giren kadınlar hem retrospektif hem prospektif izlenerek analitik bir araştırma yapılmıştır.

(*) Hacettepe Tıp Fakültesi, Toplum Hekimliği Entitüsü, Çubuk Bölge Hastahanesi Kadın - Doğum Uzmanı

Evren : Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesinde aile planlaması yöntemi olarak enjeksionu yeğleyen 196 kadındır. Bu yazıya giren olgulara en az bir, en çok 8 enjeksion yapılmış, en kısa 3 ay, en uzun 24 ay izlenmişlerdir.

İzlemeye giren kadınların ilaca başlamadan önceki bilgileri kaydedilmiş, ilaca başladıktan sonraki bilgileri 3 ayda bir izlenerek kaydedilmiştir.

DMPA steril enjektörler içinde 150 mgr. olarak hazırlanmış olup 3 ayda bir deltoid veya gluteal kas içine derin enjeksion şeklinde yapılmıştır. Enjeksionlar adet gören kadınlara adetin ilk 10 günü içinde, doğum sonu dönemde olan kadınlarda doğumdan sonraki ilk 40 gün içinde yapılmıştır.

BULGULAR

a) DMPA Uygulanan Kadınların Demografik Özellikleri :

DMPA uygulanan 196 kadından en genç vak'a 18, en yaşlı vak'a 50 yaşında idi. Ortanca yaş değeri 29.1 idi. Kadınların ortanca evlilik süresi 10.2 yıl idi. Vakalarımızın yüzde 57 si okur-yazar değildi. Vak'alarımızda hiç gebe kalmamış kadın yoktu. Ortanca gebelik sayısı 5 dir. Ortanca doğum sayısı 4.5, ortanca yaşayan çocuk sayısı 3.4 dür.

b) DMPA Uygulamalarından Önce Kadınlarda Adet Görme ile İlgili Bilgiler :

186 kadın (yüzde 94.9) düzenli
3 kadın (yüzde 1.5) Polimenore
7 kadın (yüzde 3.6) Oligomenore biçiminde adet görüyordu.

DMPA 24 kadında (yüzde 12.2) gebelik sonu 40 gün içinde, 80 kadında (yüzde 40.8) gebelik sonu 1 sene içinde, 92 kadında (yüzde 46.9) gebelik sonu 1 seneden daha uzun bir süre içinde uygulanmıştır. 86 kadın (yüzde 43.8) laktasyonda, 62 kadın (yüzde 31.6) laktasyon amenoresinde idiler.

DMPA Uygulanımından Sonraki Bilgiler :

196 kadın 1563 kadın-ay izlendi. DMPA enjeksionlarından sonra adet düzensizliği fazlaca izlenmiştir. 1 yıl sonunda yüzde 79.6, 2 nci yıl sonunda yüzde 67.9 adet düzensizliği görülmüş, ilaç öncesi ve sonrası adet düzensizliği X^2 aracılığı ile kıyaslandığında farklılık çok önemli bulunmuştur.

Adet düzensizliği içerisinde amenore önemli yer tutmaktadır. 3 ay sonunda yüzde 36.7,1 yıl sonunda yüzde 57.6,2 yıl sonunda yüzde 47.1 olgu amenoreye girmektedir. Polimenore 3 ay sonunda yüzde 1.8 olguda izlenmiştir. Oligomenore 3 ayda yüzde 14.2,1 senede yüzde 15.2.24 ayda yüzde 18.8 dir. Laktasyonda olan 86 kadından 1 yıl sonunda süt miktarı yüzde 92.8 değişmezken yüzde 7.2 azalma ifadesi elde edilmiştir. Adet dışı yakınmalardan pre-mestruel sendrom, vajinal akıntı, kaşıntı, disparanüa, post-koital kanama, göğüslerde hassasiyet, libidoda azalma, göğüste kitle yakınmalarında DMPA öncesi ve sonrsı önemli farklılık bulunmamıştır. Baş ağrısı yakınmasında DMPA'dan sonra önemli ölçüde azalma, dismenorede önemli ölçüde artma gözlenmiştir.

DMPA uygulamalarından sonra 3 vakada gebelik izledik. Bu 3 kadından birisine adetin 15. günü diğer ikisine laktasyon amenoresi döneminde enjeksion yapılmıştır. Yanlış zamanda uygulanan ve birinci ayda gebe oldukları izlenen kadınlardaki gebeliğin ilacın korumayışına bağlı olmadığı kanısına varılmıştır. İlk 3 aydaki 588 kadın ayında gebelik hızımız 100 kadın ayında 2.3, sonraki aylarda sıfırdır.

DMPA'dan sonraki adet düzensizliği olan 161 kadından 48'ine (yüzde 29.8) estrogen tedavisi, 10 kadına (yüzde 7.4) dilatasyon ve küretaj yapılmıştır. Yüzde 62.8 kadın tedavi görmemiştir.

2 olguda terapatik küretaj yapılmıştır. 24 ay izlenen 196 kadından 151'i yöntemi terk etmiştir. 6 ay sonunda terk (yüzde 69.5) 12 ay sonunda (yüzde 72)dir. Terk nedenleri 12 ayda yüzde 80 adet ile ilgili nedenler, yüzde 20 adet dışı nedenlerdir. (yüzde 60 amenore, yüzde 20 düzensiz kanama) Diğer nedenler çocuk arzusu, eşinin uzukta olması, kan basıncında yükselme, geçirilen cilt kanseri, geçirilen böbrek ameliyatı, ellerde uyuşma hissi, başka yöntemi seçmektedir.

DMPA'nın terkinden sonra kadınların yüzde 54'ü başka bir yöntem seçmemiştir. Kadınların yüzde 20'i rahim içi araç, yüzde 12'si ağızdan alınan hapı tercih etmiştir.

DMPA'nın terkinden sonra 1 yıl içinde kadınların yüzde 73'nün adetleri normale dönmüştür. Adetlerin normale dönme süresi ortalama 2.8 aydır.

DMPA'yı terkten sonra korunmayan 81 kadından 16 sında 1 yıl içinde gebelik izlenmiştir. (yüzde 19) Gebe iken DMPA yapılan bir kadında ve DMPA'ı terkten sonra oluşan gebelik sonucu izlenen iki doğumda doğan çocuklarda normal dışı bulgu saptanmadı. DMPA'nın endemetriumda neden olduğu değişimler 19 kadında incelendi, 6 kadında düzensiz kanama, 13 kadında amenore vardı. 13 amenore olgusunda endometrial doku örneğinde atrofik endometrium, 6 kanama olgusundan 1'inde sekretuvar endemetrium, 1 vakada proliferatif endometrium, 4'ünde atrofik endometrium rapor edildi.

TARTIŞMA

Yaş : Ortanca yaş değerimiz 29.1 dir. Çalışmamızda ve diğer araştırıcıların çalışmalarında kadınların büyük çoğunluğu 20-34 yaşlarında toplanmıştır (19. 27.6.24.16).

Gebelik Sayısı :

Ortanca gebelik sayımız 5'dir. Hiç gebe kalmayan kadın yoktur. Literatürde oratnca gebelik sayısı 3 (24) ve 4 (27) verilmektedir. Geçirilmiş bir gebeliği olmayan kadınlara da yöntemin uygulandığı görülmektedir (18).

Doğum Sayısı : Ortanca doğum sayımız 4,4 dir. Schwallie ortanca doğum sayısını 3 (19) Karim 3.3 (16) olarak vermektedir. Schwallie hiç doğum yapmayan kadınlara ilacı uygulamasına karşın (19), DMPA'nın istediği çocuk sa-

yasını tamamlamış daha fazla doğum yapmak istemeyen kadınlarla uygulanması fikri baskındır (13.19.24.20.7). Ancak son araştırmalar da bu konuda umut verici sonuçlar elde edilmiştir (22).

Yaşayan Çocuk Sayısı : Ortanca çocuk sayısı 3.4 dür. Değişik araştırmacılar yaşayan çocuk sayısını ortalama 3.5 (12) ve ikiden fazla olarak vermektedir (19.20).

Diğer Özellikleri : DMPA uygulanımı ile son gebelik arasındaki süre yüzde 40.8 12 ay idi. Schwallie bu süreyi ortalama 6 ay bulmuştur (19).

Tyler'in grubunda ise kadınların 3/2 sinde gebelik aralığı 1 sene idi (24). Karim ise doğum sonu 17 ve 42. günleri ilaca başlamaktadır (16). Aile planlamasına doğum sonu dönemde yaklaşım çok önemlidir. Bu dönemde DMPA ile aile planlamasına başlanması önerilmekte olup bu sürede adet düzeni bozuklukları görürse de ilk bir kaç ayda lekelenme, düzensiz kanamalar ve amenore normal olduğundan dikkati çekmektedir (17.6).

Adet Düzeni : DMPA'dan önce ve sonraki adet düzensizliği X^2 testi ile çok önemli bulunmuştur. Adet üzerinde en beklenen yan etkilerin ilk kullanılım aylarında ortaya çıktığı (13), ilk enjeksionda normal adet görenlerin tüm olguların yarısından az olduğu belirtilmektedir (26). Bütün progesteronların özellikle enjektabl olanların oligomenore ve polimenoreye neden olduğu (13) devamlı kanama veya lekeleme tipindeki kanamanın ilk aylarda fazla olduğu, enjeksion sayısı arttıkça amenore yüzdesinin arttığı (17.13.19) bildirilmektedir.

Gebelik : 196 kadında 1563 izlem ayında 3 gebelik gözledik. ilk 3 ayda gebelik hızımız 100 kadın ayında 2.3, sonraki aylarda «0» (16) dır. Gebelik hızı bir çalışmada 100 kadın yılında birden az bulundu. Schwallie 0.25 (19) Tyler (0) (24) Southfield 0.23 (20), Karim (0) (6) bulmuştur.

DMPA uygulanan kadınlarda gebelikler ilacın etkisinin henüz tam olarak başlamadığı, ve etkisinin bitmek üzere olduğu dönemlerde izlenmektedir (13). Sonuçlar gebelik şansının DMPA ile oral kontraseptiflerin yarısı ve rahim içi aracın dörtte biri kadar olduğunu göstermiştir (19). Burada anımsanması gerekli nokta; aile planlaması yöntemlerinde teorik etkinlik ile kullanıma bağlı başarısızlık arasında fark olduğudur.

Oral kontraseptiflerde ilacın her gün alınma gereği kadının iyi motive olmasına ve hafıza faktörüne bağlı iken enjektabl olanlarda teorik etkinlik ile kullanıma bağlı etkinlik arasında fark yoktur.

Yönteme Devam : 196 kadından 3 ay sonunda yüzde 31'i, 6 ay sonunda yüzde 69.5'i 12-aydan sonra yüzde 72'si 24 ay sonunda 77.0 ı yöntemi terk etmiştir. Bir müellif DMPA ile devam hızını oral kontraseptif ve rahim içi araçla olanın yarısı kadar vermektedir (19).

DMPA'nın Terk Nedenleri : Olgularımızda 12 ay sonunda terk nedeni yüzde 60 amenore, yüzde 60 düzensiz kanama, yüzde 6.6 bel kasık ağrısı, yüzde 13.3 diğer nedenlerdir. Yayınlarda 1 sene içindeki terk nedenleri yüzde 25-50

düzensiz kanama, yüzde 10 amenoredir. (3) (13). Bu nedenle adet bozukluğunu düzeltmek yöntemin kullanılabilmesi için esas amaç olmalıdır.

Tedavi Edilen Vakalar : Estrogen tedavisi olguların yüzde 29.8'ine dilatasyon-küretaj olguların yüzde 7.4'ne yapılmış, olguların yüzde 62.8'i tedavi edilmemiştir. Kadınlarımızın amenoreyi iyi tolere etmeleri ülkemiz kadınlarının ilaca olan tepkisidir.

Estrogenlerin kanamayı baskılayışları, ilacın kesiminde ise ortaya çıkan kesilme kanamasının normal adete benzemesi ilacın hem amenorede hemde düzensiz kanamada kullanılış nedenidir (26). Oral kontraseptif biçiminde bütün ay boyunca, veya depo estrogen olarak her ay veya her ayda bir kaç gün 0.5 mg estrogen vermek şeklinde değişik uygulama tipleri vardır.

Mc Daniel Thailand'da bütün kadınlara estrogen vermekte, böylece hem kesilme kanaması elde ederek amenoreleri önlemiş, hemde nadirende olsa ortaya çıkabilecek ve acil tedavi gerektiren ağır kanamalara karşı kırsal alanda önlem alınmış olmaktadır (13).

DMPA Terkinden Sonra Başka Yöntem Seçimi :

İlacı terkeden kadınların yüzde 54'ü başka yöntem seçmedi. İlacı terkeden kadınlarda etkin yöntem olan rahim içi araç, oran kontraseptif ve tüpligasyonu yöntemi artmıştır.

Scutchfiel'in grubunda yüzde 10 olgu, Schwllie'nin grubunda yüzde 2 olgu tüpligasyonu seçmiştir (20).

İlacın Terkinden Sonra Normal Adetlerin Geri Gelmesi ve Doğurganlığın Dönüşü:

Normal adetlerin geri dönüşü enjeksion sayısı ile ilişkili, birinci ve ikinci enjeksiondan sonra en fazla olup, ortalama 2.8 ay -3.3 aydır. İlacı terkeden ve korunmayan 81 kadında bir yıl içinde 16 (yüzde 19) gebelik izlenmiştir.

Scutchfiel'nin aynı süre içinde adetleri düzelmeyen kadın oranı, yüzde 24, gebelik oranı yüzde 14.3 dür (20). Schwallie adetlerin geri dönüşünü ortalama 5.8 ay (19) Karim 8 ay ve gebelik hızını yüzde 21.2 (6) Mc Daniel gebelik hızını yüzde 76.8 bulmuştur (24.3).

DMPA'dan sonra doğurganlığın geri dönüşü gebelik sayısı fazla, olan kadınlarda daha fazladır (11). Zayıf kadınlarda süre daha uzundur (13).

DMPA'nın sürekli İnfertiliteye neden olabileceği şüphesi geniş ölçüde kullanımı kısıklamaktadır. Bu nedenle ilerde çocuk isteyen kadınlarda gebelik aralığını açmak amacı ile DMPA kullanımının uygun olmadığı belirtilmektedir (11).

Endometrial Doku Örneği :

13 Amenore, 6 düzensiz kanama olgusundan endometrial doku örneği alındı.

Bütün yayınlar DMPA etkisi ile endometriumun inceldiği, inaktif ve sekretuvar aktiivtesi az bir hale dönüştüğü (16.17.13.26) ilacın kullanım süresi ile

atrofik değişikliklerin arttığı (13) ve atrofik endometriumun DMPA kullanımından sonra görülen adet düzensizliklerinin temel nedeni olduğu belirtilmiştir (16).

KAYNAKLAR

(Kaynak numaraları orijinal çalışmaya uygun olarak hazırlanmıştır.)

2) EREN, Nevzat: **Ankara İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Planlanması için Veri Toplama Yöntemi Geliştirilmesi.** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Ankara (Çoğaltılmış Doçentlik tezi)

3) Family Planning Programs. **Population Reports Series J.** Number 20, September 1978.

6) Karim, M., Ammar, Mahcoub, S., Elganzoury, B., Fikri, F., Abdou, L.: **Injected Progestogen and Lactation.** British Medical Journal, 23 January 1971.

7)) Karstadt, B. : **Injectable Long - Acting Progestogens For Contraception.** S.A. Mediese Tydskrif. 18 April 1970

11) Mc Daniel, E., Pardhaisong, T.: **Depot - Medroxyprogesterone Acetate As A ceptive Agent: Return of Fertility After Discontinuation of Use.** Contreception. Vol. 8, No. 5, November 1973.

12) Mc Daniel, E., Pardthaisong, T.: **Use-effectiveness of Six-Month Injections of DMPA As a Contraceptive.** Am.J. Obstet. Gynecol. Vol, 119, Number 2, May 15, 1974.

13) Injectable Progestogens-**Officials Debate But Use Increases.** Population Reports, Series K, Number 1, March 1975.

15) IUDS-UP date on Safety, **Effectiveness, and Rasearch:** Population Reports. Series B, Number 3, May 1979.

16) **Regulation of Human fertility.** WHO Symposium P. 323-334, Moscow. 1976

17) Rosenfield, G. Allan.: **Injectable Long-acting Progestogen contraception: A neglected modality.** Am.J.Obstet.Gynecol, October 15, 1974.

18) Schwallie, P.C., and Assenzo, J.R.: **Contraceptive Use-Effcacy Study Utilizing Depo-Provera Administered As An Injection Once Every Six Months.** Contraception. Vol. 6, No. 4, October 1972.

19) Schwallie, Paul C., and Assenzo, Robert.: **Contraceptive Use-Efficacy Study Utilizing Medroxyprogesterone Acetate Administered As An Intramuscular Injection Once Every 90 Days.** Fertility And Sterility, Vol. 24, No. 5, May 1973.

20) Scutchfield, F., Long W., Corey, B., Tyler, C: **Medroxyprogesterone Acetate As An Injectable Female Contraceptive.** Contracepition. Vol. 3, No. 1 January 1971.

22) Research on Injectable Contraceptives: **Special Programme of Research, Development,** and Research Training In Human Reproduction.

24) Tyler, E., Levin. M., Elliot, J., and Dolman, H.: **Present Status of Injectable Contraceptive: Results of Seven-years Study.** Fertility and Sterility, Vol. 21, No. 6, June 1970.

26) **Advances in Methods of Fertility Regulation:** World Health Organization Technical Report Series, No. 527, 1973.

27) Zanartu, J., Onetto, E., Medina, E., Dabancens, A.: **Mammary Glan Nodules In Women Under Continuous Exposure To Progestagens.** Contraception Vol. 7, No. 3, March 1973.

OCAK HEKİMİNİN OKUL SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI

Dr. Alişan ÖZDEMİR *

Toplum için sağlık önlemleri alınırken, okul çocuklarına sağlık hizmetlerinin sağlanmasının büyük önemi vardır. Okul döneminde, bütün çocuklar çeşitli tehlikelerle karşılaşmaktadır. Sağlık sorunları çocuğun biyolojik dramı ile bir kat daha artmaktadır. Çocuk okulda fiziksel, ruhsal ve toplumsal çevre etkenlerinin geniş değişikliklerine açıktır. Yaşantısının büyük bölümünü burda geçirir. Çocukların biraraya getirilmesi, bulaşıcı hastalıkların artması ve hızla yayılma tehlikesini artırır. Başka bir teklike'de bu yaş grubunda önemli bir ölüm ve sakatlık nedeni olan kazalardır.

Çocukların etkili bir biçimde öğrenmeleri için iyi sağlık koşulları içerisinde bulunmaları gereklidir. Görme ve işitmedeki eksiklikler ve başka birtakım engeller öğrenimi güçleştirir. Kimi yayınlara göre okula ilk başlayan çocukların %14 ünde iyileştirilmesi zorunlu konuşma, işitme ve görme kusurları, şaşılık, ortakulak iltihabı, duyusal zorluklar vardır.

Bu nedenle çocuklar okulda yeterli sağlık gözetiminde olmalıdır. Böylece erken tanı ve anababaların eğitimi olanaklı olur. Ayrıca büyüme çağında alınan koruyucu önlemler bütün yaşam süresince etkili olabilecek bir yarar sağlayacaktır.

Özetle söylersek, okul sağlığı hizmetinin amacı, eğitimden eksiksiz yarar sağlayabilmeleri için, onlara en yüksek gövdesel ve ruhsal sağlık olanağı kazandırmak üzere okulda çocuklara yardım etmektir.

Bu işin nasıl yürütüleceğine gelince, gelişmiş ülkeler (ör. İngiltere) okul sağlığını bir uzmanlık işi olarak ele alıyor. Onun için ayrı bir okul sağlığı örgütü geliştirmişler. Bu örgüt, birtakım ülkelerde Eğitim Bakanlığı'nın sorumluluğunda; kimi ülkelerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı, yani üst düzeyde genel sağlık hizmetleriyle bütünleşmiş durumda; kimi ülkelerde ise her iki Bakanlık da sorumludur. Bu örgütün görevleri olarak da epey ayrıntılı şeyler önerilmektedir.

Bizim gibi geri bıraktırılmış ülkelerde. Okul sağlığı hizmeti en başta şunları içermelidir :

1 — Bulaşıcı hastalıkların denetimi, bağışıklama.
2 — Küçük hastalıklar, parazit yayılmaları.

(*) Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği asistanı

3 — Beslenme, yiyecek eğitimi

4 — Sakat çocukların gözetimi ve iyileştirilmesi.

Türkiye'de okul sağlığı alanında uygulamada görülen, yani şu anda yapılmakta olan yalnızca aşılama ve başvuranları muayene etmektir. Eğitim Bakanlığının önerge, yönetmelik vb. yayınlarında belli sayıda öğrenciye bir hekim bir hemşire, dişhekimi, okul ruhbilimcisi gibi görevlilerin verileceği yazmaktadır. Ancak bugüne değin, yazılanlar hiç gerçekleştirilmemiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın Sosyalizasyon Yasası'na bağlı olarak çıkarılan 154 Sayılı Yönerge'de Okul Salığı Hizmetleri Sağlık Ocağı'nın 27 görevinden biri olarak yer almakta ve şunlar yazılmaktadır :

«Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu illerde okul sağlığı hizmetleri sağlık ocakları personeli tarafından yapılır. Okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde sağlık ocağı personeli okul öğretim üyeleri ve çocuk aileleri arasında sıkı bir işbirliği kurarak, çocuğun fiziksel ve ruhsal yönden sağlam ve gürbüz olarak yetişmesini sağlamaya çalışırlar. «(61) Ayrıca Sağlık Memurunun görevleri arasında «okul sağlığı hizmetleri programlarını yürütür» (82) dive geçmektedir. Gerçi Yönerge'de ayrıntı yok, genel ilkeler var ama yine de Türkiye'de okul sağlığı hizmetleri yukarda belirttiğimiz gibi yürümekte ve öğrenciler eğitiminden gereken yararı görmemektedir.

Türkiye'de okul sağlığı hizmetini planlarken, elbette uluslararası değişmez bir örnek uygulanamaz. Planlama ülke koşullarına dayanmalıdır. Planlamanın etkili ve başarılı bir örneği, okul sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleriyle birleştirilmesidir. Birleştirmenin hangi düzeyde olacağı konusuna gelince, 154 sayılı Yönerge'yi temel alarak en alt düzeyde birleştirmek doğrudur. Yani okul sağlığı hizmetini sağlık ocağının yürütecegini herkes kabul etmelidir. Kuşkusuz okul çocukları da sağlık ocakları aracılığıyla ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetinden yararlanabilir.

Planlamada gözönünde tutulması gereken başka bir konu, okul öncesi sağlık hizmetleriyle, okul sağlığı hizmetlerinin eşgüdümüdür. Çocuğun okul öncesi toplanan bilgileri, okul sağlığı programında yararlanılmak üzere elde bulundurulmalıdır.

Okul çocuklarının sağlık durumlarını geliştirmek için sağlık ocağının bakacağı işlerin başlıkları şunlardır: Çevre sağlığı, beslenme, güvenlik (kazalardan korunma), bulaşıcı hastalıklar, düzenlenmiş beden eğitimi, ruh sağlığı, sağlık eğitimi, okul çalışanlarının sağlığı, ilk yardım, sakat çocuklar.

Sağlık ocağınca, başvuranların muayenesi dışında, okul çocuklarının sağlık durumlarını ortaya çıkarmak için peryodik muayeneler yapılmalıdır. Bu muayeneler: 1 - Sistemlerin tam bir fizik muayenesi, 2 - Önemli sağlık sorunlarına yönelik seçilmiş taramalardır. Diş çürükleri, görme ve işitme kusurları, beslenme bozuklukları, kazalar, öğrenme güçlükleri, ruhsal uyumsuzluklar, ortopedik hastalıklar, büyüme ve gelişme, kansızlık, kan basıncı, albüminüri, glikozüri, parazit, idrar kaçırma, sıtma, verem vb.

Peryodik muayenelerin sıklığı konusunda çok çeşitli görüşler var. Genellikle her yıl yapılmasına karşı çıkılıyor. Çünkü 1), Çocuk sayısı çoktur, muayene kaba bir gözden geçirmeye dönmektedir. 2) 3-4 yıldan daha az bir sürede çocuğun sağlık durumunda belirgin bir değişiklik olmaz. 3) Sık tam muayene sağlık personelini bıktırır (kaza ve akut durumlar dışında). 4) Sık taramalarda anababalarla tartışma olanağı kalmamaktadır.

Ülkemiz için, şöyle bir şey önerebiliriz :

İlkokula girişte, tüm çocuklar seçilmiş taramalarla birlikte sistemik tam fizik muayeneden geçirilmelidir. Sağlam olanlar 14 yaşında, yani ortaokul son sınıfta bir daha peryodik muayeneden geçmelidir. Köy çocukları için bu daha önceye alınıp, 11 yaşında ya da 5. sınıfta yapılabilir. Görme kusuru, skolyoz işitme kusuru gibi sürekli hastalık ya da sakatlığı olanlara; okula girişte sağlam olup da sonradan romatizma gibi ağır hastalık geçirenlere her yıl kontrol muayeneleri yapılmalıdır. Hatta bunlar daha sık muayene yapılabilirler. Kuşkusuz bunlar okula giriş muayeneleri gibi geniş olmayacaktır. Ayrıca ağırlık, boy, görme taramaları her yıl, işitme taraması 3 - 4 yılda yapılmalıdır.

Periyodik muayeneler sırasında öğretmen, sağlık memuru, anababalar da bulunmalıdır. Hekim anababalar, çocuklar ve okul çalışanları ile danışım ve onlara gerekli öğütleri vermeye ve peryodik muayenelerde saptanan olguların tanı ve sağıtımlarına ağırlık vermelidir. Hekim sık sık periyodik muayene yapmayacağından, okul sağlığı ile özellikle ilgili olan ocak personeli sağlık memuru olduğundan, sağlık memuru sık sık taramalar yapmalı, seçtiği olguları hekime göstermelidir. Peryodik muayenelerde sağlık memuru hekime yardım etmelidir. Hekim sağlık memurunu denetlemeli ve eğitmelidir.

Sağlık memuru öğrenci ve öğretmenlere sağlık konusunda danışmanlık yapmalı, hasta öğrencilerin sağıtımını izlemeli, ev gezileri ve ev görüşmeleri yapmalı, okulu çevre sağlığı yönünden denetlemeli, okul sağlığı ile ilgili kayıtları tutmalı ve öykü almak konusunda iyice donatılmalıdır. Öğretmen iyi bir gözlemciyse okul sağlığına yardımcı olur. Ayrıca ağırlık ve boy ölçülmesi, görme taramaları gibi hizmetlerde yardımcı olabilir. Bu da sağlık memurunun işini kolaylaştırır.

Okul öncesi çocuğun, «kişisel sağlık fişleri»nden ayrı izleme fişleri vardır. Okul çocukları için de ayrı fiş bulunsun istenebilir. Çok özenle hazırlanırsa, hekime ve sağlık memuruna yardımcı olabilir. Ancak, okul çocukları için ne yapacağını hekim ve sağlık memuru biliyorsa, kişisel sağlık fişi bu iş için yeter. Kırtasiye bolluğuna yeni bir kart eklemeye gerek yoktur.

Yukarda belirtilen işleri yapabilmesi için, hekimin, halk sağlığı kuram ve uygulamasını iyi bilmesi, çocukların ruhsal ve duygusal gereksemelerine nüfuz edebilmesi, çeşitli eğitim yöntemlerini iyice bilmesi, çocuk sağlığı sorunlarında kullanılan başka mesleksel becerilerden yararlanmayı öğrenmiş olması gereklidir. Tıp fakülteleri eğitim planlarında halk sağlığı, ruh sağlığı, okul hijyeni, egitim yöntemleri konularına yer vererek, Fakülteyi bitirenlerin okul sağlığı görüşünü kazanmış olmalarını sağlamalıdırlar. Şimdiki durumda, okulları ile ilgileneceklere çocuk psikiyatrisi, pediatri, pedagoloji kursları önerilmesi düşünülebilir.

Sağlık memuru halk sağlığı alanında yetişmiş olmalıdır. Bu yetişmede çocuğun büyüme ve gelişme konusunda iyi bir bilgi kadar ruhbilim, ruh sağlığı sağlık eğitimi ve davranışları anlama konularında kursları olmalıdır. Şimdiki durumda sağlık memurlarına ruh sağlığı, halk sağlığı ve hastalıklardan korunmanın öğretilmesi yetebilir. Son söz olarak şunu söyleyebiliriz:

Okul sağlığı planlarının etkili uygulanması, çocuklar ve yetişkinlerin daha sağlıklı ve refah içinde bulunmaları sonucunu doğuracaktır.

FENERKÖY SAĞLIK OCAĞINDA BARSAK PARAZİTOZLARININ ON SENELİK ARA İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

*Dr. Cemalettin KALYONCU., Dr. Suat VURAL**

ÖZET :

Nisan 1975 te Silivri-Fenerköyü Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi İlkokul Öğrencilerinde Barsak Parazitleri muayenesi yapıldı.

1965 Dünya Sağlık Haftasında Silivri-Çatalca köylerinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji ve Tropikal Hastalıklar kürsüsünden bir grup (2) tarafından yapılmış olan insan barsağı parazitleri ile ilgili çalışmanın bölge köylerine ait verileri ile karşılaştırılarak 10 yıllık fark değerlendirmesi ile 1965 te ve 1975 te köyler arası fark değerlendirmesi yapıldı.

GİRİŞ :

İnsan barsağı parazitlerini bulaşabilirlik bakımından kist veya yumurtaları bulaşıcı duruma gelinceye kadar dış çevrede bir evrim dönemi geçirmeleri gereken ve dolayısıyla Sanitasyon noksanına bağlı olarak sıklığı ve yaygınlığı değişen «Sanitasyon noksan dışkısıyla bulaşan parazitler» (Askaris, Trichuris v.b.) ve yumurtaları yada kistleri dış çevrede bir evrim dönemi geçirmeğe gerek kalmadan dışkıyla dışarı atıldıkları anda bulaşıcı halde bulunmaları sebebiyle taze dışkı kirlenmesi sonucu bulaşabilen, bu yüzdende sıklığı ve yaygınlığı temizliğe bağlı olarak değişen «Temizlik noksanı dışkısıyla bulaşan parazitler» (Giardia, H. nana, E. histolytica v.b.) olarak iki gruba ayırmanın ve bunu epidemiyoloji çalışmalarında bir ölçüm göstergesi olarak kullanmanın mümkün olacağı gösterilmiştir (1) .

Böyle bir sınıflandırma yapılmadan bile iyi bir toplum sağlığı ölçüsü olabilen «İnsan barsağı parazitlerinin dağılış ve sıklığı» nın sağlık ocagımız bölgesindeki durumunu tesbit ederek; 10 yıl önceki durumlarıyla farklılığı; 1965 te ve 1975 te köylerin arasındaki farklılığı göstermeye, yorumlamaya ve sonuçtan eğitimde, korunma ve tedavide yararlanmaya çalıştık.

MATERYEL - METOD :

Silivrî-Fenerköyü Sağlık Ocağı Bölgesi İlkokul öğrencilerinin feçesleri, lastik kapağına çivi batırılmış boş penisillin şişeleriyle toplanıp; laboratuvara nakle-

---

(*) Edirne Tıp Fakültesi Toplum Hekimlik Bölümü

dildi. Her birinden ikişer tane olmak üzere lügol ve serum fizyolojikle hazırlanan lâm - lâmel arası preparatları mikroskopta incelenerek bulunan parazitler yukarda açıklandığı şekilde gruplandırılarak parazit ve parazitli sayıları kaydedildi.

1965 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Parazitoloji ve Tropikal Hastalıklar kürsüsü grubunun bölgede yaptığı çalışmadan elde olunan veriler alınarak on yıl sonra köylerde fark meydana gelip gelmediği ayrıca bu yıllarda köylerin parazitlilik yönünden farklı olup olmadığı analiz edilerek; sonuçlar sosyo - ekonomi ve çevre şartlarındaki değişmelerle birlikte tartışıldı. Analiz de «X^2 Anlamlılık testi» ve «poisson testi» kullanıldı.

BULGULAR :

Sonuçlar 3 tablo halinde sunulmuştur (Tablo I, II ve III).

TARTIŞMA :

Genel Parazitlilik yönünden (Tablo I); bölge köyleri arasında 1965 te bir fark gösterilemedi ($X^2 = 4.127$ $P > 0,05$). 1965 ten 1975'e kadar Fenerköyünde %31.17 den %9.88'e Kurfallı köyün de %23.88 den %8.82 ye düşüşler anlamlı olup ($X^2 = 27.36$; $P < 0.001$ ve $X^2 = 6.13$; $P < 0.05$); 1975 te bu iki köy diğer köylerden farklılık göstermektedir ($X^2 = 10.435$; $P < 0.001$ ve $X^2 = 9.23$; $P < 0.05$).

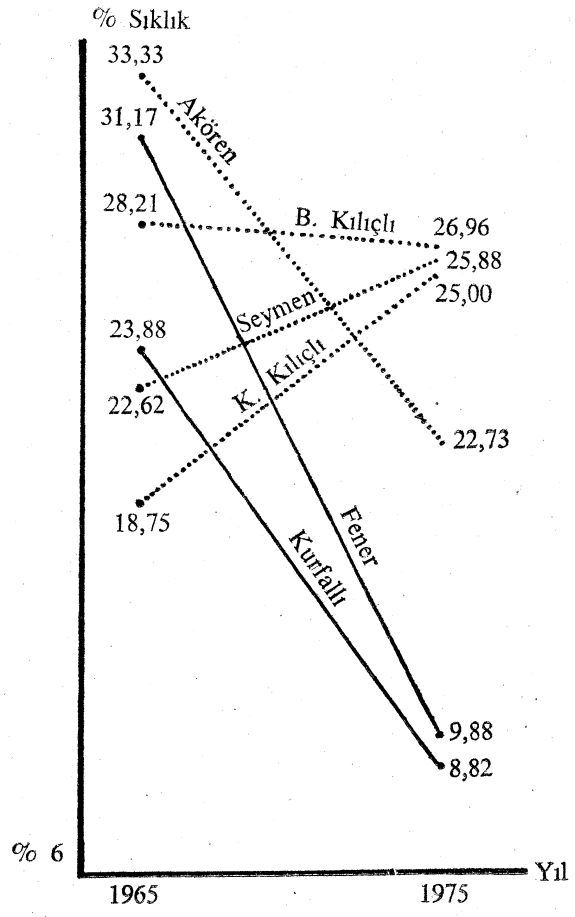
Tablo I : Silivri - Fenerköyü Sağlık Ocağı Bölgesinde Barsak Parazitlerinin 10 yıl ara ile Genel Durumu.

Köyler	Yıl	Nüfus	Muayene Sayısı	Parazitlilerin Sayısı	%si	Aska ris	Tric haris	Giar dia	H. nana	Amip kisti
Fenerköyü	1965	2215	77	24	31.17	14	2	1	3	5
	1975	2329	425	42	9.88	11	2	16	11	7
Kurfallıköyü	1965	1061	67	16	23.88	5	3	1	6	4
	1975	943	102	9	8.82	2	1	3	2	1
Akörenköyü	1965	1255	54	18	33.33	10	5	2	7	3
	1975	1220	132	30	22.73	1	-	23	7	-
Seymenköyü	1965	1028	84	19	22.62	2	-	3	11	3
	1975	1087	85	22	25.88	-	-	19	2	1
K. Kılıçlıköyü	1965	246	32	6	18.75	1	-	1	3	1
	1975	260	28	7	25.00	-	-	6	-	1
B.Kılıçlıköyü	1965	920	117	33	28.21	-	-	5	17	11
	1975	838	89	24	26.96	-	-	16	2	6

Köyler arasında 1965 te fark yok ($X^2 = 4.127$; $P > 0.05$)

1975 te Fener ve Kurfallı köyleri farklı ($X^2 = 10.435$; $P < 0.001$ ve $X^2 = 9.23$; $P < 0.05$).

Yıllar arasında Fener ve Kurfallı köylerinde fark var ($X^2 = 27.36$; $P < 0.001$ ve $X^2 = 6.13$; $P < 0.05$).



Genel Parazitlik Grafiği

Temizlik Noksanı Parazitliliği yönünden (Tablo II); Genel Parazitliliğe benzer durum vardır. 1965 te köyler arasında bir fark yoktur ($X^2=9.204$; $P>0.05$). 1965 ten 1975'e farklılaşma % 16.4 ten %5.9'a düşüşle Kurfallı köyünde anlamlı bulundu ($X^2=4.27$; $P<0.05$). 1975 te köyler arası fark arandığında ise Fener ve Kurfallı köyleri Genel parazitlilikte olduğu gibi farklılık göstermiştir ($X^2=17.484$; $P<0.001$ ve $X^2=13.228$; $P<0.05$).

Sanitasyon Noksanı Parazitliliği Yönünden (Tablo III); bölgedeki köyler iki gruba ayrılmaktadır.

1 — Parazitlilik oranı oldukça düşük olan ve 1965 ten 1975'e bir değişiklik meydana getirmeyen köyler ki bunlar Küçük ve Büyük Kılıçlı ile Seymen köyleridir.

Tablo II : Silivri—Fenerköyü Sağlık Ocağı Bölgesinde Temizlik Noksanı Parazitlerinin 10 yıl ara ile Durumu

Köyler	Yıl	Muayene Sayısı	Parazitlilerin Sayısı	%si.	Yıllar arası fark
Fenerköyü	1965	77	9	11.7	
	1975	425	34	8.0	$X^2=0.71$; $P>0.05$
Kurfallıköyü	1965	67	11	16.4	
	1975	102	6	5.9	$X^2=4.27$; $P<0.05$
Akörenköyü	1965	54	12	22.2	
	1975	132	30	22.7	$X^2=0.01$; $P>0.05$
Seymen köyü	1965	84	17	20.2	
	1975	85	22	25.9	$X^2=0.47$; $P>0.05$
K.Kılıçlı köyü	1965	32	5	15.6	
	1975	28	7	25.0	$X^2=0.34$; $P>0.05$
B.Kılıçlı köyü	1965	117	33	28.2	
		89	24	26.9	$X^2=0.00$; $P>0.05$

Köyler arasında; 1965 te fark yok ($X^2=9.204$; $P>0.05$).

1975 te Fener ve Kurfallı köyleri farklı ($X^2=17,484$; $P<0.001$ ve $X^2=13.228$; $P<0.05$).

Yıllar arasında; Kurfallı köyünde fark gözlenmiştir ($X^2=4,27$; $P<0.05$).

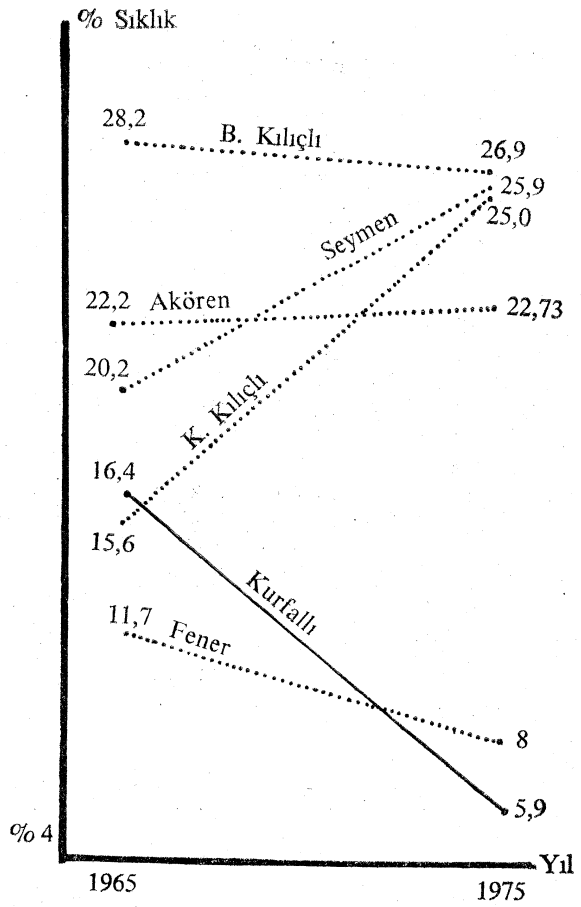
2 — Parazitlilik oranı yüksek; 1965 ten 1975'e anlamlı düşüşler meydana gelmesine rağmen yine farklı kalan Akören, Fener ve Kurfallı köyleri. Buralarda 1965 ten 1975'e meydana gelen değişmeler anlamlı bulunmuş ($X^2=32.23$; $P<0.001$, $X^2=34.42$; $P<0.001$ ve $X^2=4$; $P<0.05$) ve meselâ Akörende %27.7 den %0.07 ye düşüş olmasına rağmen bu iki köy grubu arasında fark olduğu 1975 te de gösterilmiştir (Poisson formülü ile 0.05 ten büyük ve küçük ihtimaller hesaplanmıştır).

1965 ve 1975 için bulduğumuz bütün parazitli oranları, diğer bazı araştırıcıların bu yıllarda Marmara Bölgesi için bildirdiği parazitli oranı (%10-38) ile uygunluk göstermektedir (3).

Genel parazitlilik, temizlik noksanı parazitliliği ve sanitasyon noksanı parazitliliği yönünden bildirdiklerimizi bölgenin çevre ve sosyo-ekonomi şartlarında tesbit edebildiğimiz özellik ve değişiklikleri de gözönüne alarak değerlendirmek uygun olacaktır.

Bu çevre ve sosyo-ekonomi şartlarındaki özellik ve değişiklikleri şu şekilde sıralayabiliriz.

1 — Tarımın makinalaşması ile meydana gelen çevre temizliği ve ekonomik seviyedeki düzelme.



Temizlik Noksanı Parazitliliği

2 — Fenerköyünde bir Ortaokul açılması.

3 — Yetersiz olmasına rağmen Fenerköyünde Kanalizasyon yapılması.

4 — 1971 de Özel İdare Dispanseri olarak açılan ve 1974 yılından beri Sağlık Ocağı olan kuruluşun getirdiği hizmet.

5 — Kurfallı köyünde evlere su şebekesi döşenmesi. (Akören su şebekesi 1975-76 da döşenmiş olup burada etkisini göstermek imkânı elbette yoktur).

Sanitasyon bakımından en kötü durumda Fener köyüdür. Bu köy Rumlardan kalmış, sıkışık düzenli hayvancılık yapılan, her tarafı gübre yığınlarıyla istila edilmiş bir köydür.

Büyük ve Küçük Kılıçlı köyleri bahçeli ve nizamlı evleriyle çıplak gözle de dikkat çekebilecek (Zahiri) bir temizliğe sahiptir.

Tablo III : Silivri—Fenerköyü Sağlık Ocağı Bölgesinde Sanitasyon Noksanı Parazitlerinin 10 yıl ara ile Durumu

Köyler	Yıl	Muayene Sayısı	Parazitlilerin Sayısı	%si	Yıllar arası fark
Fenerköyü	1965	77	16	20.7	
	1975	425	13	3.0	X^2=34.42; P<0.001
Kurfallı köyü	1965	67	8	11.9	
	1975	102	3	2.9	X^2= 4. ; P<0.05
Akören köyü	1965	54	15	27.7	
	1975	132	1	0.07	X^2=32.23; P<0.001
Seymen köyü	1965	84	2	2.4	
	1975	85	-	0.0	X^2= 0.24; P>0.05
K.Kılıçlı köyü	1965	32	1	2,4	
	1975	28	-	0.0	X^2= 0.00; P>0.05
B.Kılıçlı köyü	1965	117	-	0,0	
	1975	89	-	0.0	— —

Köyler arası fark; 1965 te Akören, Fener ve Kurfallı köyleri diğer köylerden daha yüksek oranda parazitlidir (Sanitasyon n.p.).

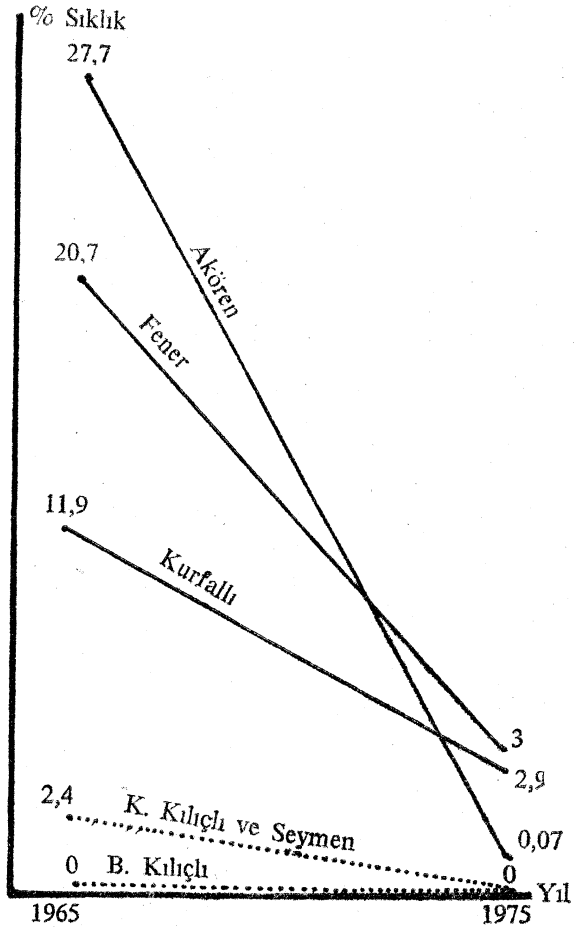
Yıllar arası anlamlı düşüşe rağmen 1975 te fark devam etmektedir (Polsson formülü ile farklı ihtimal düzeyleri hesaplandı).

Akören köyü Ocaktan uzakta, sağlık evi olmayan, nüfusu kalabalık ve emektar grup ebesini minnetle anan; Fetih ve Fatih Ordularının konakladığı ve bir hamamı (yıkılmış), bir cami ve çeşme (çınarı ile) bıraktığı yerdir.

Anlamlı yıllar arası fark görülen Fener, Akören, Kurfallı köyleri özellikle sanitasyon noksanı parazitliliği açısından 1965 te diğer köylerden ayrı ve daha sık parazitli köyler olup, bunlardan Sanitasyon parazitliliğinde düşüşle kanalizasyon yapımını Fenerköyünde, Temizlik noksanı parazitliliğinde düşüşle evlere su şebekesi döşenmesini Kurfallı köyünde gözlememiş kanalizasyonla Sanitasyon; akar su ile ferdî hijyen arasındaki ilişkiyi açıkça göstermektedir.

Fenerköyünde sanitasyon noksanı parazitliliğindeki ve Kurfallı da temizlik noksanı parazitliliğindeki düşüşler genel parazitlilikte düşüş'e aksedecek şekilde olmuş, Akörende Sanitasyon noksanı parazitliliğinde bir değişiklik olmadığından genel parazitlilik yönünden fark anlamlı düzey'e ulaşmamıştır.

Küçük Kılıçlı, Büyük Kılıçlı ve Seymen köylerinde ise anlamlı hiç bir değişiklik gözlenmemiştir. Bu da imkânların (ekonomik) sağlık açısından etkisinin bir kullanma, kullanmama ile değiştiğini yani konunun davranışla ilgili bir başka yönünü göstermektedir. Sanitasyon noksanı parazitliliği yönünden daha 1965 te farklılık gösteren Küçük Kılıçlı, Büyük Kılıçlı ve Seymen köylerinde, aynı bölgedeki benzer ekonomik imkânların etkisiyle temizlik noksanı parazitliliğinin değişiklik göstermemesi, Sanitasyon yönünden müsbet diyeceğimiz hallerini temizlik yönünden de müsbet bulamayışımız bu yönde bir tutum düzelmesi olamayışından-



Sanitasyon Noksanı Parazitliliği

dır. Oysa Kurfallı da bir su şebekesi döşenmesi etkin sonuçlar vermiştir. Zira vaktiyle bir nal'ın kurtardığını bugün musluktan akan bir bardak su kurtarmaktadır.

KAYNAKLAR

1) UNAT, E. K.: **Toprak, Dışkı ve İnsan.** İst. Üniv. Tıp Fak. Mec. 19: 358-371, 1956

2) VURAL, S., ÖZÇELİK, S., YILMAZ, S., ÜSTANDAĞ, N., TANGÜN, T.: **Silivri ve Çatalca Köyleri İlk Okul Çocuklarında Barsak Parazitleri Araştırma Protokolları,** 1965 (Yayınlanmamış)

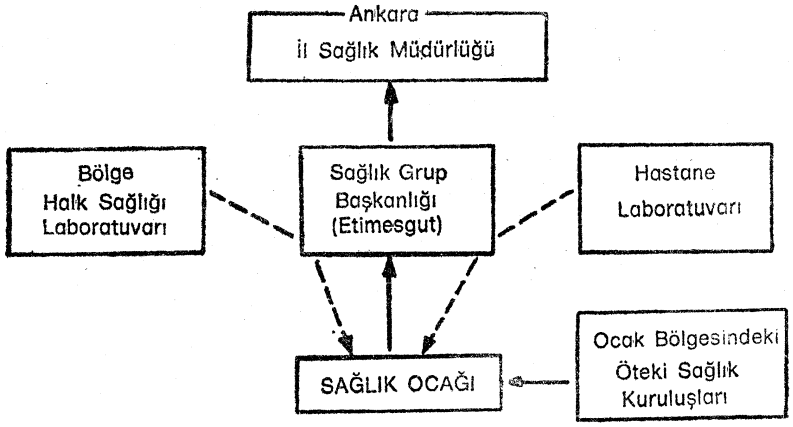
3) YAŞARAL, Ş.: **Türkiye Parazitozları** - Ege Üniv. Tıp Fak. Parazitoloji Kürsüsü yayını, İzmir, 1973.

ETİMESGUT SAĞLIK BÖLGESİ'NDE 1967-1979 DÖNEMİNDE BULAŞICI HASTALIKLAR

*Dr. Caner FİDANER**
*Doç. Dr. Rengin ERDAL***

Etimesgut Sağlık Bölges'nde 1967'den beri sürekli ve düzenli olarak bulaşıcı hastalık kayıtları tutulmaktadır. Bu kayıtların iki temel işlevi olduğu söylenebilir: Birincisi, bölgedeki sağlık olayları, bölgenin sağlık düzeyi konusunda vaz geçilmez verilerdir. İkincisi, bölgede hizmetin planlanması için bu kayıtlara gerek vardır.

Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde bulaşıcı hastalıkların bildirim mekanizması, sağlık ocağı, bölge halk sağlığı laboratuvarı, hastane laboratuvarı ve bölge başkanlığı arasında aşağıdaki ilişkilerle kurulmuştur. Bildirimler temel olarak sağlık ocağından başkanlığa, başkanlıktan da il sağlık müdürlüğüne yapılır. Bölge ve hastane laboratuvarları saptadıkları hastalıkları ocağa bildirirler. Ocak bölgesindeki öteki sağlık kuruluşlarından gelen bildirimlerle birlikte bunlar başkanlığa iletilir.



Şema 1: Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Mekanizması

(*) Sincan Sağlık Ocağı Hekimi, HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanı
(**) Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkanı, HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı Doçenti

Bu mekanizmanın iyi işlemesiyle bildirimlerin sağlıklı olması için zorunlu iki koşul yerine gelmiş olur: Hem yakalanan olgular atlanmamış olur, hem de aynı olgunun iki kez bildirilmesi önlenir.

Bu çalışmada altı grup hastalığın bölgede görülme sıklığı incelenmiştir: 1) Boğmaca, 2) Kızamık, 3) B Hemolitik Streptokok, 4) Basilli ve Amipli Dizanteri, 5) Tifo-Paratifo, 6) Enfeksiyöz Hepatit.

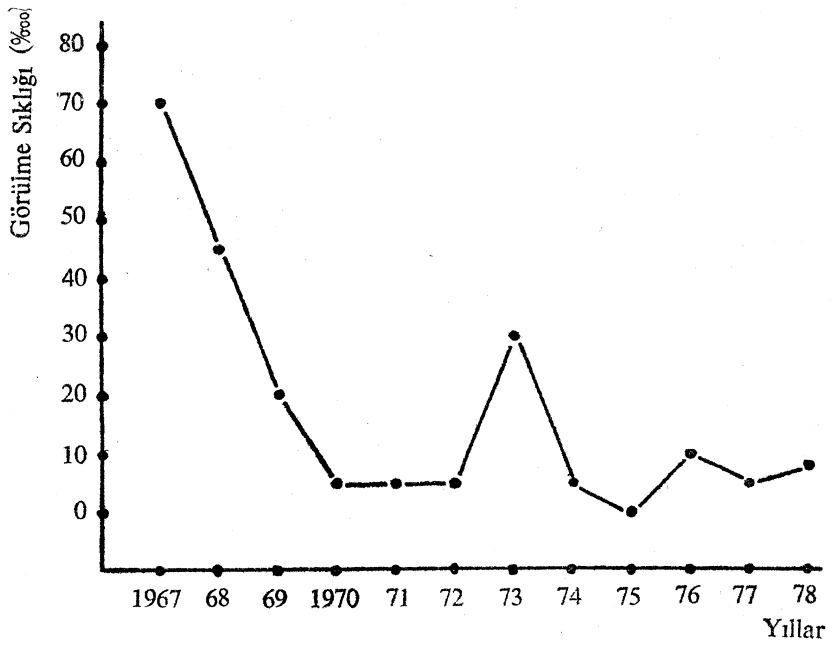
Tablo 1 : Etimesgut Sağlık Bölgesinde Görülen Bulaşıcı Hastalıkların Sıklığı (1967 - 1979) (Onbinde)

Yıllar	Boğmaca	Kızamık	B Hemolitik Sheptokok	Basili ve Amipli Dizanteri	Tifo ve Bratito	Enfeksiyöz Hepatit
1967	73,9	415,0	32,1	0,5	2,3	6,6
1968	50,0	240,7	7,0	0,2	0,4	13,2
1969	23,0	370,0	78,0	13,4	4,2	9,2
1970	11,3	510,0	144,0	36,0	3,0	14,0
1971	11,3	180,8	123,4	33,2	3,1	14,3
1972	11,1	286,0	71,0	21,2	11,4	10,1
1973	35,0	458,0	85,0	19,0	28,0	14,0
1974	7,0	81,0	12,0	17,0	9,0	10,0
1975	2,9	181,7	112,5	29,7	9,1	15,6
1976	10,7	335,8	85,8	66,4	13,3	15,6
1977	5,6	142,1	83,7	27,4	6,1	21,2
1978	8,1	125,6	67,2	23,2	4,6	16,4
1979	...	35,3	...	...	...	21,5

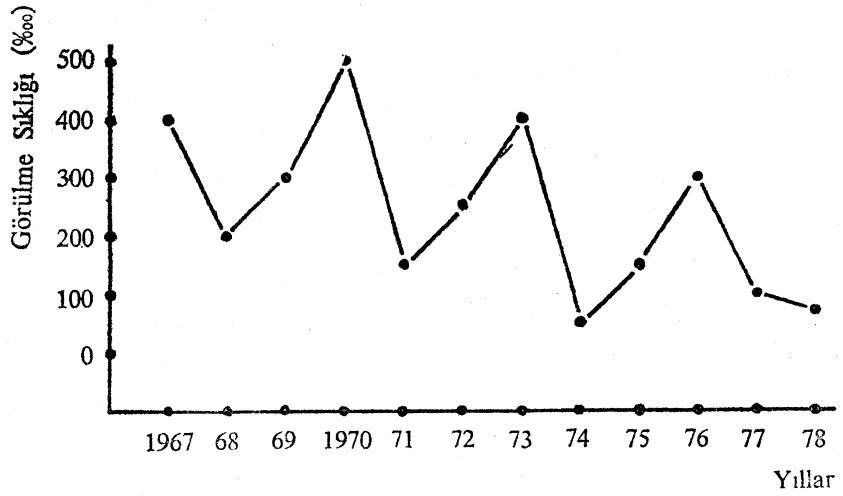
(*) 0-14 Yaş Grubuna Göre

1) Boğmaca : Aşıyla korunulabilen bir hastalık olan boğmaca, bölgedeki sistematik aşı uygulamaları ile büyük ölçüde azaltılmıştır. Ancak aşının koruyuculuğu % 100 olmadığı için bütünüyle ortadan kaldırılamamıştır. Tabloda ve Grafik. 1.'de görüldüğü gibi 1967'de ‰ 73,9 olan boğmaca sıklığı 1970'de ‰ 11,3 olmuş, 1973'teki olağandışı yükselmeden sonra düşmüş, 1978'de ‰ 8,1 bulunmuştur.

2) Kızamık : Türkiye'de bebek ölümlerine yol açan en önemli korunulabilir hastalıklardan birisidir. Bölgede kızamık aşısının sistematik uygulaması 1974'lerde başlamıştır. Kızamık, şehirle sıkı ilişkisi olan Etimesgut, Sincan gibi yerleşim yerlerinde kırsal bölgelere göre daha sık görülmektedir. Bölgede kızamık görülme sıklığı (0-14 yaş grubunda) 1967'de ‰ 41,5 iken 1979'da ‰ 35,3'e düşmüştür. Kızamık görülme sıklığındaki genel düşme sistematik aşı uygulamasına bağlıdır. Üçer yıllık salınımlar ise, kızamığın epidemyolojik özelliğinden gelmektedir. (Tablo, Grafik. 2.) Bölgede 1973'te % 4,3 olan bağışıklık oranı, 1978'de % 58,9 olarak saptanmıştır.

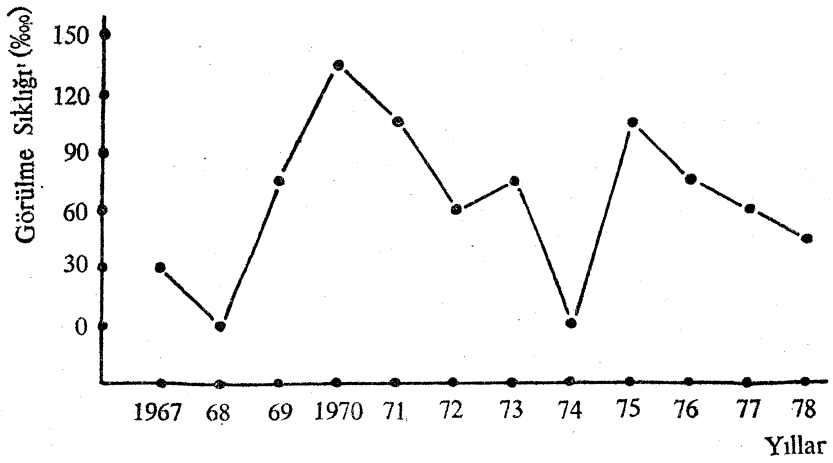


Grafik 1: Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde Boğmaca Görülme Sıklığı (‰)



rGafik 2: Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde 0-14 Yaş Grubunda Kızamık Görülme Sıklığı (‰)

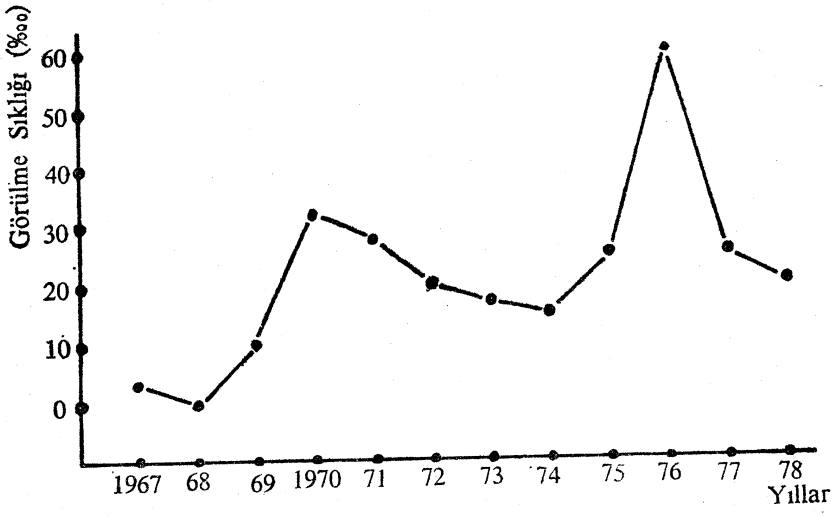
3) Beta Hemolitik Streptokok : Toplumda yaygın olarak bulunduğu bir çok çalışmalarla gösterilmiştir. Okul gibi toplu yerlerde yapılan taramalarda boğaz kültürlerinde % 20-30 'a varan oranlarda beta hemolitik streptokok üreyebilmektedir. Etimesgut Bölgesinde 1967'de ‰3,2, 1978'de ‰ 6,7 olan görülme sıklığının en yüksek değeri 1970'de ‰ 14,4, en düşük değeri 1974'te ‰ 1,2 olarak saptanmıştır (Tablo, Grafik. 3.). Beta hemolitik streptokok korunulması en güç bulaşıcı hastalıklardandır. Bölgede böyle bir korunmaya yönelik sistemli, yaygın, tarama biçiminde bir uygulama yoktur.



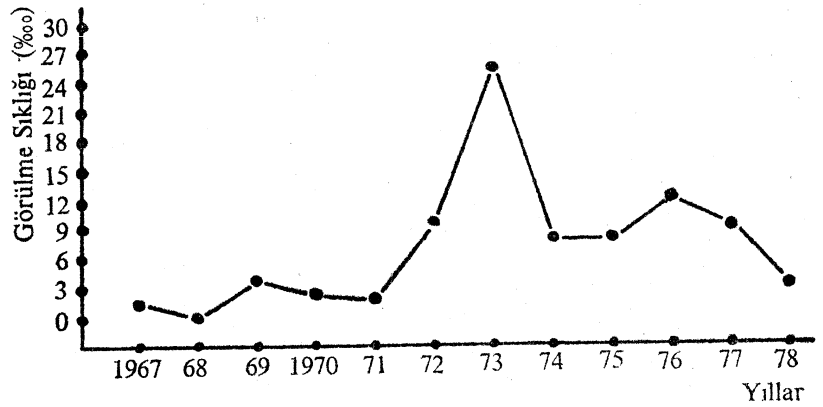
Grafik 3 : Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde Beta Hemolitik Streptokok Görülme Sıklığı (‰)

4) Basilli ve Amipli Dizanteri : Bu hastalıkların varlığı büyük ölçüde çere koşulları ile ilgilidir. Bölgede bu hastalıkları ntanısı ocaktan alınan kültürlerin bölge halk sağlığı laboratuvarına gönderilmesiyle ya da yatan hastalardan hastane laboratuvarınca alınn kültürlerle konulmktadır. 1967'de ‰ 0,05 olan görülme sıklığı, 1976'da ‰ 6,6'ya yükselmiş, 1978'de ‰ 2,3 olmuştur. Yıldan yıla görülen artış, hastalıklardaki artıştan çok, varolan hastalıkların artan laboratuvar olanaklarıyla yakalanabilmesindendir. 1976'deki olağandışı yükselme, bölgede görülen «akut bağırsak enfeksiyonu» nedeniyle 1976'da yaygın taramalar biçiminde çok sayıda dışkı kültürü alınması, böylece varolan enfeksiyonların daha fazla sayıda yakalanabilmesini bağlıdır. (Tablo, Grafik. 4.).

5) Tifo-Paratifo : Her iki hastalığın da yaygınlığı çevre koşulları ile yakından ilgilidir. Öteki etkenlerle oluşan gastroenteritlerden ayırdedilebilmesi, sürekli kültür alınabilmesine bağlıdır. Hizmetin bir parçası olarak üç ayda bir esnaflardan alınan dışkı kültürlerinden de bir kısım olgular saptanabilmektedir. Bölgede 1967'de ‰ 0,23 olan görülme sıklığı 1973'de ‰ 2,8'e yükselmiş, 1978'de ‰ 0.46 olmuştur. (Tablo, Grafik. 5.).

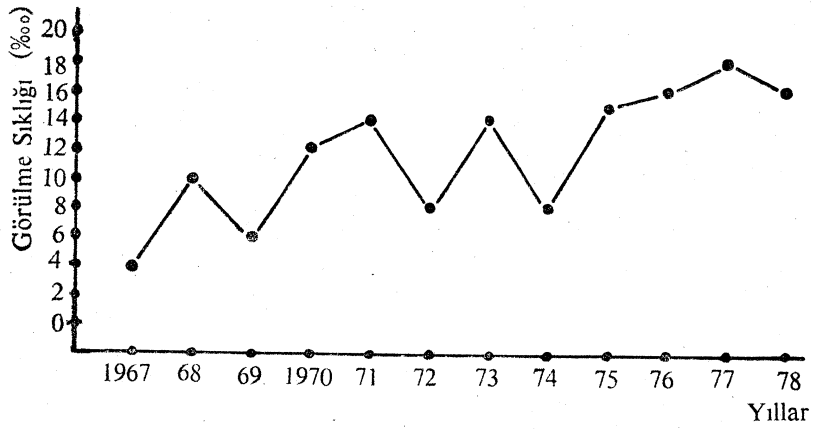


Grafik 4: Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde Basilli ve Amipli Dizanteri Sıklığı (‰)



Grafik 5: Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde Tifo ve Paratifo Sıklığı (‰)

6) Enfeksiyöz Hepatit : Korunulması en güç olan bulaşıcı hastalıklardan birisidir. Gelişmiş ülkelerde bile kontrol altına alınamamıştır. Bölgede 1967'de ‰ 0,66 olan görülme sıklığı 1979'da ‰ 2,15 olmuştur. Bu artış, toplumdaki hastalıkların artmasından çok, laboratuvar olanaklarının gelişmesine ve hastaların daha çok sağlık ocağına başvurmalarıyla açıklanabilir (Tablo, Grafik 6).



Grafik 6: Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde Enfeksiyöz Hepatit Sıklığı (‰)

Verilerin toplu olarak gözden geçirilmesiyle, çevre koşullarıyla yakından ilgili hastalıkların görülmesinde azalma değil, zaman zaman artışlar olmuştur. Bu artışlar, tanı ve kayıt olanaklarının artışına bağlıdır.

Öte yandan, aşı ile korunulabilen hastalıkların görülme sıklığı sistematik aşı uygulamasından sonra Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde azalmıştır.

BİR HÜKÜMET TABİPLİĞİNİN ÇALIŞMA ŞEKLİ VE BORNOVA HÜKÜMET TABİPLİĞİNİN 1979 YILI VERİLERİ

Dr. Hüseyin SAKLAMAZ Dr. G. ÇİFTDEMİR *

GİRİŞ

Verileri toplarken sağlık müdürlüğüne gönderilen aylık ve üç aylık formları esas aldık. Bazı aylara ait formlar yoktu. Bunları personelin çalışma notlarından derlemeye çalıştık. Veriler aylara dağılım şeklinde verildiğinde aksaklıklar daha iyi görülüyordu. Tablolar çok yer kaplayacağından yıllık toplamlar şeklinde alındı. Böyle de bir fikir vereceğini umuyoruz.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Nüfus : Bornova İzmir'e 10 km. uzaklıkta bir kaza. 3 bucağı, 14 köyü var. 1975 sayımına göre 120.567 nüfuslu. Hükümet tabipliği kendisi nüfus tesbiti yapmıyor.

Bina : Hükümet tabipliği bir şahıs tarafından hibe edilmiş iki katlı bir ahşap binada görev yapıyor. Binanın oturulamaz raporu var.

Personel : 4 pratisyen hekim, 1 ebe-hemşire, 12 sağlık memuru, 3 çevre sağlığı teknisyeni, 9 ebe, 1 memur (daktilograf), 2 hizmetli, 1 şöfor olmak üzere toplam 35 kişi. Bir adet de arabaları (jeep) var.

Görevi : 26.8.1958/233 tarih-sayılı «Vilayet sihhat müdür ve hükümet tapibliğiyle, belediye sağlık işleri müdür ve belediye tabiplerine ait vazife talimatnamesi.» ne göre 30 u aşkın görev verilmiş.

Poliklinik Durumu : 1979 yılında 11 998 kişi muayene ve sevk için başvurmuş. Sigortalılar ve 0-6 yaş grubu hariç müracaat eden herkese bakılıyor. 0-6 yaş grubuna ana-çocuk sağlığı bakıyor. Poliklinik defterinde yeterli bilgi olmadığı için hastaları, geldikleri yere, hastalıklarına, resmi veya gayri resmî olmalarına göre gruplandırmak mümkün olmadı.

Doğumlar : Ebeler yalnız çağrıldıkları canlı doğumları tesbit ediyorlar. Ebe çağrılmayan, ölü doğan, hastanelerde doğan doğumlar tesbit edilmiyor. 1979 yılı toplam tesbit edilen doğum sayısı 229.

(*) E.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Sağ. Ens. Dahiliye uzmanı

Adlî Raporlar : 1979 yılı adlî raporların suç cinsine göre dağılımı.

Dövme	329	Motorlu taşıt kazaları	67
Kesici aletle yaralama	75	Kızlığı bozma	22
Ateşli silahla yaralama	11	Hastalıkla ölenler	25
Diğer aletlerle	88	Otopsi	205
		Toplam	822

İhbarı Mecburi Hastalıklar : 1979 yılı dağılımı :

Hepatit	34	Çocuk felci	5
Menenjit	3	Boğmaca	2
Pürülan menenjit	3	Basilli dizanteri	5
Paratifo A-B	4	Kızıl	7
Kızamık	14	Meningo-ensefalit	1
Akciğer tb.	3	Enterit	58
		Toplam:	139

Ölümler : Ölüm fişlerini belediyede bu işle görevli bir memur doldurmaktadır. Ay sonunda hükümet tabipliğine imzalattırıldıktan sonra bakanlığa gönderilmekte, dip koçan belediyede kalmaktadır. Köylerdeki ölümleri muhtar nüfusa bildirmekte. Ölenlerin yerlerine, isimlerine, ölüm sebeplerine dair hükümet tabipliğinde bir bilgi yok.

1979 yılında Bornova da sayısal olarak ölüm olayı 429 adet. 3 ay E.Ü. Tıp Fakültesi hastanelerindeki ölüm sayısını bildirmiş. Böylece ölüm sayısı 1056 olmuş.

Aşılama : 0-6 yaş grubu çocukların aşılarını ilçe merkezinde ana-çocuk sağlığı yürütüyor. Köylerde hükümet tabipliğine bağlı ebeler yürütüyor. Okul çocuklarının aşılarını sağlık memurları yapmakta.

1979 yılı doz olarak aşılama miktarı :

Çiçek	2025	DTT	2116
Polio	1900	TT	1651
Kızamık	6892	Tetanoz	6
BDT	811	Kolera	145

Ayrıca 2 915 cc kuduz aşısı harcanmış.

Halk Eğitimi : 1979 senesinde eğitilen kişi sayısı ve kimlerin eğittiği.

Kimin eğittiği	Eğitilen kişi sayısı
Hekim	1923
Sağlık memuru	5568
Ebe-hemşire	230
Ebe	4326
Toplam	12 047

Eğitim konuları da şöyle :

1 — Ana-çocuk sağlığı
2 — Ruh sağlığı
3 — Hijyen ve çevre sağlığı
4 — Kazalardan korunma
5 — Bul. hastalıklardan korunma ve aşılama
6 — Hekim ve hasta ilişkilerini geliştirme
7 — Beslenme
8 — Rehabilitasyon
9 — Nüfus planlaması
10 — Tüberküloz
11 — İnsan biyolojisi

İçme Sularında Organoleptik Teftiş : form 110 dan

Teftiş yerleri	yıllık teftiş adedi	muafık	gayri muafık
Kaptaj mahalinde	19	19	—
Depoda	80	80	—
Şebekede	415	415	—
Toplam	514	514	—

Suda Bakiye «Cl» Arama : 1979 yılı toplam

	Arama adedi	Cl+	Cl—
İlçe merkezinde	457	457	—
Bucaklarda	335	262	73

İçme Sularında Bakteriyolojik Tetkik:

Nümune adedi	koli üreyen	koli üremeyen
273	87	186

İçme Sularında Kimyasal Tetkik :

Nümune adedi	sağlığa uygun	sağ. uygun değil
9	3	6

Hela ve Kanalizasyon Teftişi :

Lağım teftiş adedi	23
Kapatılan açık helalar	23
Kapatılan ve islah edilen sep. çukur	20
Çıkartıların imhası	38
Bu hususta yapılan kontrol	69
Ahır kontrolu	48

Hela ve Şahıslardan Gaita Nümunesi : Salgın çıkan yerlerden

Numüne adedi	patojen	bakteri
	+	—
610	—	610

Gıda Maddeleri Organoleptik Teftişi :

	Teftiş adedi	Muafık	Gayrı muafık
Süt	79	79	—
Sütlü mamüller	73	73	—
Et	53	53	—
Etli mamuller	52	52	—
Un	84	84	—
Ekmek	119	119	—
Unlu diğer maddeler	75	75	—
Yağlar	24	24	—
Şekerli maddeler	76	76	—
Alkolsuz içkiler	179	179	—
Gıda maddesi konulan eşya	117	117	—
Muhtelif	159	159	—
Toplam	1090	1090	—

Gıda Maddeleri Kimyasal Tetkik :

Numüne adedi	sağlığa aykırı	sağlığa u.y
19	10	9

Gıda Maddeleri Satan Yerler :

	Teftiş adedi	muafık	gayrı muafık
Süt mamülleri imal yerleri	82	82	—
Et ve mamülleri imal yerleri	51	51	—
Fırınlar	103	103	—
Un mamülleri imal yerleri	60	60	—
Meşrubat imal yerleri	44	44	—
Mezbahalar	29	29	—
Muhtelif	97	97	—
Toplam	466	466	—

Gıda Maddeleri Satan Yerler :

	Teftiş adedi	muafık	gayrı muafık
Fırın	100	100	—
Kasap	66	66	—
Bakkal	163	163	—
Sebzeci	83	83	—
Muhtelif	118	118	—
Toplam	530	530	—

Teftiş Edilen Umumi Mahaller :

	Teftiş adedi	muafık	gayrı muafık
Kahvehane	138	138	—
Lokanta	122	122	—
Han	1	—	—
Muhtelif	109	109	—
Toplam	370	370	—

SONUÇ :

İstatistik cinslerinden anlaşılacağı gibi hükümet tabiplikleri kuruluşları ile bir çok sağlık sorununa çözüm bulunmak istenmiş. Sosyalizasyonda benimsenen birçok çalışma şekilleri hükümet tabipliklerinin çalışmalarında da mevcut. Fakat bu çalışmalar bu kuruluşla faydalı oluyor mu, alınan neticeler ne düzeyde, geriye doğru kritiği yapılmamış. Mesela organoleptik teftişle her şey mükemmel gözükmüş ve bu netice üst makamlarca da kabul edilmiştir. Bu kısır döngü her yıl tekrarlanıp gitmiştir.

Bu sebepten, biraz masraflı olan, sosyalizasyon uygulaması ve toplum sağlığı kuruluşlarının gerekliliğine inanıyoruz.

KAZALARIN ÖNLENMESİNDE SORUMLULUK VE YARALININ İLK BAKIMI

Prof.Dr. Ali SÖNMEZLER, Uz.Dr. Gayyur KURAP, Uz.Dr. Bülent KAVAKLI, Uz.Dr. Ertan DESTAN, Uz.Dr. M. Cemil KARABAY, As.Dr. Yalçın A. ÖRNEK, As.Dr. Aytaç ALTIER *

GİRİŞ :

Eğer kaza sözcüğünü tanım bakımından ele alırsak «hiç kimsenin kusuru olmadan, istenmeden ve aniden meydana gelen bir olaydır» diye tanımlayabiliriz. Ancak ülkemizde ve dünyada bir kazanın meydana gelmesinde %96 oranında insanlara ait kusurlu davranışlar, tedbirsizlikler ve ihmaller gibi kusurların yeraldığı görülür (1,2,4,5,6). Yapılan istatistiki araştırmalara göre trafik kazalarında % 74 sürücülerin, % 20 yayaların, % 4 araçların, % 1 yolcuların ve % 1 yolların sebeb olduğu görülmektedir. İnsan tek başına bireysel bir varlık olduğu gibi toplumu teşkil eden bir varlıktır. Toplumlar ise yeni teknik, ekonomik ve sosyal gelişmeler karşısında çok yavaş değişebilmektedir. Hızlı gelişme toplumda bir şaşkınlık ve değer yargılarında bir değişiklik meydana getirir. Yerleşmiş değer yargıları ve inançlar düzensiz bir şekilde yıkılmağa başlar (1).

Toplumumuz bu değişikliğe yeterince hazırlanmadığı için ve Devlet Otoritesi bu değişiklikleri yeterli derecede ve hızla düzene koyamadığı için, toplumumuzda çeşitli şekillerde ve yerlerde anarşi denilen düzensizlikler ortaya çıkmaktadır.

Birçok bozuklukların önlenebilmesi için toplumu teşkil eden bireylerde görev sorumluluğunun geliştirilmesi gereklidir. Görev sorumluluğunun gelişmesi ise toplumu teşkil eden bireylere insan denen canlıyı en iyi şekilde anlatmak ve insan sevgisini ailede, okulda ve toplumda eğitilerek verilmesi ile mümkündür. Kendini seven, sayan ve düşünen bir insan diğer insanları da sever, sayar ve düşünür. Bu sebepten kendisi için zararlı olabilecek kusurlu bir davranış, ihmal ve tedbirsizlik gibi davranışlardan kaçınır. Sevginin arkasında sevilen kişi veya şeye karşı daima bir saygı ve ona karşı bir sorumluluk duygusu vardır. Sorumluluk bireyin içinden gelen bir davranış olduğu kadar eğitilerek de verilmesi ve kontrol edilmesi mümkündür (1).

Bir fizyolog «Karaciğer hücresini çok iyi öğrendik ama karaciğeri unuttuk» diye bir yakınmada bulunmuştur. Bu söz sadece basit bir şaka değildir, bir

---

(*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Klinikleri

gerçeği dikkat çekici bir şekilde dile getirmektedir. Gerçekten bilim dünyasını saran uzmanlaşma eğilimi bizlere zaman zaman insan denen varlığı unuttur-maktadır. Hatta diyebiliriz ki karaciğer hücresini iyi öğrenip karaciğeri unut-mak, karaciğeri iyi öğrenip insanlığı unutmak bizleri karanlıklara, çıkmazlara ve anarşiye sürüklemektedir (3).

Fakat Toplum Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik Bilim Dalı ve onun değerli üyeleri öyle zannediyoruz ki bizim zaman zaman unuttuğumuz insan ve top-lum denilen varlığı, bütün bilim dallarından elde edilen bilgileri bir araya toplayıp bizlere ışık tutabilecek ve yön gösterebilecek güce ve imkâna sahiptir.

Yazımızın amacı, kazaların önlenmesinde bireylerde görev sorumluluğunu geliştirmek ve kontrol etmek konusunu vurgulamak, kliniğimizin son üç yıllık kaza ile ilgili olguları hakkında bilgi vermek ve yaralıların ilk bakımları için diğer ülkelerde alınan tedbirleri sunmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM :

Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine 1976-1979 yılları arasında başvuran hastalar araştırma konusu olarak seçilmişlerdir. 1976 yılında hastanemiz tüm polikliniklerine gelen hasta sayısı 23927 olup bunların 2010 (%8) nu Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvurmuşlar-dır. Bunlardan 220 (%11.4) si kliniğimize yatırılarak tedavi edilmişlerdir. Yatı-rılarak tedavi edilen hastaların 68 (%29.5) i 0-14 yaş arası çocuk hastalardır. Çocuk hastaların 26 sı (%38.2) travmatolojik nedenlerle tedavi altına alınmış-lardır.

1979 Yılının ilk dokuz ayında tüm polikliniklerimize 37146 hasta gelmiş ve bunların 4756 sı (%12.8) Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvur-muşlardır. Bunlardan 305 i (%6.4) kliniğimize yatırılarak tedavi edilmişlerdir. Yatırılarak tedavi edilen hastaların 196 sı (%64.3) çocuk hastalardır. Çocuk hastaların 125 i (%63.8) travmatolojik sebeplerle tedavi altına alınmışlardır.

1976-1979 Yılları arasında Çocukların yaralanmalarının kaza sebeplerine göre dağılımı şöyledir: 106 olgu (%37) trafik kazası, 100 olgu (%38) düş-meler, 23 olgu (%8) yüksekten düşmeler ve 58 olgu (%17) diğer sebepleri teşkil etmektedirler.

TARTIŞMA :

Kazaların sebepleri içinde %1 i yollara ve %4 ü araçlara ait teknik arı-zalar dışında %95 nin insan unsurunun kusurlu davranışından ileri geldiği kolaylıkla görülebilir. Kliniğimizin son üç yıllık olguları içinde çeşitli şekilde yaralanmalar oldukça geniş bir yer tutmaktadır. Toplumun bireylerinin aile içinde, okulda ve toplumda kazaların oluş nedenleri hakkında aydınlatmak, onlara insan denen canlıyı sevdirebilecek şekilde öğretmek, toplumsal fayda-ları bireysel faydaların önünde tutabilmek, toplumdaki uygulamaları yakından

kontrol etmekle insan sevgisi ve sorumluluk duygusu ile dolu bireyler yetiştirmek ve böylece kaza unsurlarını azaltmak veya önlemek mümkün olabilecektir (1,2,4).

Kazaların önlenmesinde, yaralıların Tanı, Tedavi ve Taşınması konusunda da Sağlık Kurumlarına ve Sağlık Personeline birçok önemli görevler düşmektedir. Bunun başında Devlet tarafından yapılacak işlemler önde gelmektedir (2,5).

1 — Kazaların bölgesel ve millî dağılımını tespit etmek,
2 — Kaza sebeplerini tespit etmek,
3 — Alınan bilgilere göre kısa zamanda tedbirler almak,
4 — Yayın organları ile toplumu aydınlatmak,
5 — Bütün sağlık elemanlarını bu konuda eğitmek,
6 — Yaralıları en kısa zamanda bakım altına almak.

Yaralıları en kısa zamanda bakım altına almak için, Fransa ve Almanya gibi baz ülkelerde alınan bazı önlemleri kısaca görelim :

A) — Seyyar ilk yardım ve reanimasyon servisleri :

Kaza yerine gidebilen hertürlü acil müdahaleyi yapabilecek cankurtaran araçları ve elemanlarından meydana gelirler. İl merkezlerindeki acil bakım servislerine bağlı olarak çalışırlar.

B) — İlk yardım ve reanimasyon servisleri :

Genellikle il hastanelerinde kurulur ve 24 saat devamlı görev yürütür. Eleman ve araç bakımından tam teşekküllü merkezlerdir. Hastanenin elemanlarının uygun şekilde görevlendirilmesi ile yürütülür. Ekibin yöneticisi daima bir anestezist reanimatördür.

C) — Bölgesel ilk yardım ve reanimasyon servisleri :

Genellikle birkaç ili kapsamına alan Üniversite hastaneleri niteliğinde en üst merkezlerdir. Bu merkezlerde de acil bakım 24 saat devam eder ve hastanenin elemanlarının uygun şekilde görevlendirilmesi ile yürütülür. Ekibin yöneticisi Anestezisi ve reanimasyon bölümüdür.

Bu üç birimin uygun şekilde yönetimi için alınacak bazı tedbirler daha vardır :

1 — Heryerde geçerli tek bir acil telefon numarası,
2 — Tüm kurtarma ekiplerinin tek bir merkezden yönetimi,
3 — Kurtarma ile ilgili araç ve elemanların uygun dağıtımı,
4 — Sağlık elemanlarının eğitim düzeyinin yükseltilmesi,
5 — Kurtarma araçları ile merkezler arasında telsiz haberleşme sağlanması.

Seyyar ilk yardım ve reanimasyon servislerini meydana getiren bir *Cankurtaran aracının elemanları* şunlar olmalıdır :

1 — Cankurtaran sürücüsü aynı zamanda sağlık elemanı,
2 — İlk yardım için yetiştirilmiş bir doktor – tercihen anestezist,
3 — Anestezist yardımcısı sağlık elemanı,
4 — İlk yardım için eğitilen bir tıp öğrencisi.

Bir cankurtaran aracında hayat kurtaran bakım yapılabilmesi için bulunması gereken aygıtlar şunlar olmalıdır : (6)

1 — Emme -aspiratör- aygıtı,
2 — Entübasyon takımı,
3 — Suni solunum aygıtı,
4 — Damar giriş takımı,
5 — Oksijen tüpleri,
6 — Ampütasyon ve ilk yardım cerrahi takımı,
7 — Tek kanallı EKG monitörü,
8 — Pilli defibrilatör,
9 — Çeşitli serum ve ilaçlar.

Cankurtaran elemanlarının olay yerinde görevleri : (6)

1 — İlk yardımı gerektiren olayın sebebi nedir?
2 — Olay başlangıcından bu yana ne kadar zaman geçmiştir?

Bunları öğrendikten sonra kanama, solunum ve dolaşım problemleri olan yaralılara öncelik verilerek ilk yardıma geçilir.

Hayat belirtileri görülmeyen derin komada olan hastalarda cankurtaran ekibinin çalışma düzeni şöyle olmalıdır : (6)

1 — Doktor hastanın ağız ve burun boşluğunu temizler,
2 — 1. Yardımcı damara takılacak serumu hazırlar,
3 — Doktor entübasyon yapar,
4 — 2. Yardımcı entübasyon yoluyla suni solunuma devam eder,
5 — 1. Yardımcı kalb masajına başlar,
6 — Doktor damara girer ve sıvı vermeye başlar,
7 — Doktor kalb masajına geçer,
8 — 1. Yardımcı EKG monitörünü ve Pacemaker'i takar,
9 — 1. Yardımcı doktorun emirlerine uygun serum ve ilâçları hazırlar.
10 — Suni solunum ve kalb masajı 1/5 oranında 2-4 dakika devam ettirilir. Eğer yine hayat belirtileri görülmüyorsa : (7)

Çocuklarda 1/1000 Epinephrine'den 1 ml İV veya son çare intrakardiak olarak uygulanır. *Erişkinde* 0.25 - 1.0 mcg/kg/dakika uygulanır. 3-5 dakika aralıklarla ve 10-20 ml (5 mEql/kg) sodyum bikarbonat verilir. Birkaç dakika sonra epinephrine tekrar edilebilir.

Eğer kalb atışları yine alınamazsa, kardiak Pacemaker uygulanır. Uygulama sırasında Pacemaker'in elektrotları biri sternumun sağ alt köşesine diğeri sol koltuk altı ön çizgisinin kalb tepesi ile kesiştiği noktaya kuvvetle temas ettirilir.

Bebekler için	25-50	Joules	(Watt/Saniye)
Çocuklar için	100	»	(12-25 kg arası)
	200	»	(25-50 kg arası)
Erişkinler için	400	»	lük bir akım uygulanır.

Elektrotlar sadece elle tutulacak yerlerinden tutulmalıdır. Akım verilmesi sırasında hiç kimsenin hastaya ve yatağa temas etmemesine dikkat edilmelidir. Bu işlemlerden sonra etkili bir kalb atımı elde edilirse,

Isoproterenol (Isuprel) 0.1 - 0.5 mcg/kg/dakika,
Epinephrine 0.25 - 1.0 mcg/kg/dakika,
Calcium gluconate %10, 20 mg/kg İV olarak verilir.

Ventriküler uyarılmayı arttırmak için Xylocain (Lidocain) 1 mg/kg İV olarak yapılır. Eğer hipotansiyon devam ederse *Meteraminol (Aramin)* 50 mg/ 100 ml sıvı içinde İV olarak verilir.

Elde edilen hayat belirtilerine göre 30-120 dakika bu işlemlere devam edilir.

SONUÇ :

Kazaların %95 i insan denilen varlığın kusurlu davranışlarından, ihmallerinden ve tedbirsizliklerinden olduğu kabul edilerek azaltılabilmesi için sorumluluk duygusunun ve insan sevgisinin verilmesinin zorunlu olduğu bir gerçektir. Kazaların tamamen önlenmesi mümkün değilse de azaltılması için seyyar ilk yardım ve reanimasyon servislerinin hertürlü araç ve elemanlarla donatılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1) Köksal, C.: **Trafik kazalarında sorumluluk duygusu.** Trafik sorunları ve trafik kazaları kongresi bildirileri, 1977. Ayyıldız Matbaası A.Ş. Ankara, 1978, s. 317.
2) Ege, R.: **Trafik kazalarında ilk yardım ve sağlık sorunu.** 2. Uluslararası trafik sorunları ve trafik kazaları kongre bildirileri, 1977. Ayyıldız Matbaası A.Ş. Ankara, 1978, s. 255.
3) Bilge, M.: **Hücre bilimi.** Baha Matbaası, İstanbul, 1972, s. 6.
4) Haggerty, R.J.: **Childhood accidents. In Ambulatory Pediatrics.** Edited by M. Green and R.J. Haggerty. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1968, p. 813.
5) Nemitz, B. and Milhaud, A.: **Trafik yaralılarına yardım kurumu,** Picardie, Fransa. 1. Uluslararası Trafik sorunları ve trafik kazaları kongresi bildirileri, 1975. Ayyıldız Matbaası, A.Ş. Ankara, 1976, s. 236.

6) Tscherne, H., Behrens, S. and Stockhusen, H.: **Acil vaka yerinde reanimasyon.** 1. Uluslararası Trafik sorunları ve trafik kazaları kongre bildirileri, 1975, Ayyıldız Matbaası A.Ş., Ankara, 1976, s. 242.
7) Pascoe, D.J. and Grossman, M.: **Quick references to pediatric emergencies.** J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1973, p. 39.

PSİKİYATRİK EPİDEMİYOLOJİNİN SORUNLARI

Uz.Dr. Behiye DİLSİZ, As.Dr. Ahmet DİLSİZ *

Ruh hastalıklarının epidemiyolojisine ilişkin araştırmalar, özellikle son 20-25 yıl içinde giderek artmaktadır. Bir yandan epidemiyoloji biliminin gelişmesi öte yandan nöroleptiklerin bulunuşu bu süreci hızlandırmıştır. Son yıllarda bu gelişmelerin diğer bir etkisi de sağaltım yöntemlerine olmuştur. Giderek gelişen bu yeni yönteme «açık kapı» adı verilerek, hastaların daha çok toplum içinde sağaltılması öngörülmektedir. Böylece, kimin hastaneye yatmadan sağaltımdan yararlanabileceği, kimin hastalanma riskinin yüksek olduğu ve korunması gerektiği kimin kısa süreli de olsa hastaneye yatma zorunluluğunun olduğunu belirlenmesi gereksinimi doğmuş oluyordu.

İşte bu gereksinmeler ve bütün tıp dallarında bilimsel araştırmaların gelişmesi ile beraber, son yıllarda ruh hastalıklarının prevalansını saptamaya yönelik araştırmaların giderek çoğaldığı görülmektedir. Prevalans araştırmalarının en büyük yararı, kimlerin nasıl bir yardıma gereksinimi olduğunun belirlenerek hizmetin daha gerçekçi planlanmasına yardımcı olmalarıdır.

Bu yazıda önce, bu konuda yapılan çalışmaların sonuçlarına kısaca değinilecektir :

ABD'de yapılan değişik çalışmalarda, tüm ruh hastalıklarının prevalansı için 1000'de 8;12;44;60 gibi oranlar bulunmuştur. Yine aynı araştırmalarda şizofreni için 1000'de 0.7;1;1.7 gibi yüzdeler bulunurken nevrozlar için 1000'de 0.04; 2;4;570 gibi hızların bulunduğu görülmektedir.

Danimarka'da yapılan bir araştırmaya göre; tüm ruh hastalıkları için prevalans 1000'de 10, Şizofreni için 1000'de 2 bulunmuştur. Norveç'te bir köyün psikiyatristlerce taranması ile yapılan bir çalışmaya göre tüm ruh hastalıklarının prevalansı 1000'de 232 bulunmuştur.

İsveç'te yapılan benzer bir çalışmada tüm ruh hastalıklarının prevalansı 1000'de 179, şizofreni prevalansı 1000'de 7, nevroz prevalansı 1000'de 59 olarak saptanmıştır.

Formoza'da yapılan bir araştırmada ise, tüm ruh hastalıklarının prevalansı 1000'de 10, şizofreni prevalansı 1000'de 3, nevroz prevalansı 1000'de 12 olarak bulunmuştur.

(*) E.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniği

İngiltere'deki bir çalışmada ise, tüm ruh hastalıklarının prevalansı 1000'de 690 olarak saptanmıştır.

Türkiye'de 1969 yılında yapılmış tek araştırmanın sonuçlarına göre de; köy toplumunda tüm ruh hastalıklarının prevalansı 1000'de 13,5; psikoz: 0,5; kent toplumunda ruh hastalıklarının prevalansı 1000'de 17, psikoz 6 olarak bulunmuştur.

Bu örnekler giderek çoğaltılabilir. Kanımca bu sayılar ruh hastalıklarının prevalansına ilişkin bir kavram oluşturmaktan çok bir karmaşayı belirlemektedir. Bu karmaşa içinde yazarların birleştiği iki nokta vardır :

1. Tüm araştırmalarda prevalans hızları yüksek bulunmuşsa da sonuçlar araştırmadan araştırmaya ve kültürden kültüre büyük farklılıklar göstermektedir.

2. Bu değişikliklere karşın, şizofreni prevalansı görece de olsa, daha az değişiklikler göstermektedir.

Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1975 yılında, gelişmekte olan ülkeler için verdiği sayılar şöyledir: Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun %1'i mental yönden ciddi olarak enkapasite durumundadır. %10'u da yaşamının herhangi bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkilenir. Bu oranlar konunun önemini vurgulamakta yeterli olmaktadır.

Sayıların verilişinde ilginç olan bir yön de, konunun önemini vurgulamak için bile olsa, verilebilen oranların prevalans hızları değil de, kabaca bir kavram oluşturacak oranlar olmasıdır.

O halde ruh hastalıklarının epidemiyolojisi alanında, prevalansların yüksek oluşu yanısıra, önemli bir nokta da gerçek sayıların bulunamayışıdır. Gerek ruh hastalıklarının doğasından ileri gelen bazı özellikler, gerekse araştırmalardaki planlama hataları bu konudaki karmaşayı giderek arttırmaktadır.

Epidemiyoloji biliminin belirlediği genel doğrular, psikiyatrik araştırmalarda her zaman geçerli olamamaktadır. Bu durumun nedenleri özetlenirse :

1. Vakaların tanımlanmasındaki güçlükler : Araştırıcı araştırma sırasında normal ile hasta arasında kesin bir ayırım yapabilmelidir. Psikiyatri bilimi son yıllara dek yalnızca hasta ile ilgilenmiştir. Bu ilgiye karşın, bugün tek ve uluslararası bir hasta tanımı yapılamadığı gibi, psikiyatrinin ilgi alanı içine giren «normal»lik tanımı da son derece tartışmalıdır.

Normallik başlangıçta hastalığın zıddı olarak kabul edilmiştir. Fakat özellikle toplum içindeki çalışmalarda bu tanımın yeterli olmadığı görülerek daha kapsamlı tanımlar yapılmaya çalışılmıştır. Günümüzde geçerli kabul edilen bir tanıma göre: ruh sağlığı «insanın birbirine ve çevresindeki dünyaya en fazla etkililik ve mutlulukla uyumudur». Tanımda «mutluluk» ve «uyum» gibi soyut kavramlara yer verildiği görülmektedir. Belirtilen kavramların diğer bir özelliği,

toplumsal kültürel özeliklerden etkilenebilmeleridir. Kavramlar toplumların kültürel özelliklerine göre değişince, ruh sağlığı ve ruh hastalığı kavramının da değişeceği açıktır. Örneğin, yüksek ateş gibi bazı fiziksel hastalıkların belirtileri her toplumda bir hastalığın belirtisidir. Buna karşın, bir toplumda normal kabul edilen bir davranış veya toplumsal tepki, başka bir toplumda hastalık belirtisi sayılabilmektedir. Örneğin A.B.D.'de yapılan bir çalışmada psikiyatristlerce hipomanik kabul edilen bir davranışın o toplumca normal kabul edildiği gösterilmiştir.

Toplumun kültürel özeliklerinin etkilediği diğer bir durum, ruh hastalıklarına karşı tutum, davranış ve hoşgörüdür.

Belirtilen normal ve hasta kavramının göreceli oluşu, toplumun özelliklerinden etkilenişi, ruh hastalıklarına karşı tutumların kültürden kültüre değişmesi araştırmalarda iki tür güçlüğe yol açmaktadır:

a) Araştırmalarda hasta - sağlıklı ayrımını belirlemek güç olmakta, her araştırma kendi varsayımına veya kültürüne göre ölçütler bulmaktadır.

b) Toplumun yapısına göre ruh hastalarının saptanabilme olasılığı değişmektedir.

Kuşkusuz bu olgular araştırma sonuçlarının farklı olmasına neden olacaktır.

2. *Tek ve evrensel bir ruh hastalıkları sınıflamasının yapılamayışı :* Bu alanda çalışanların birleştiği belki de tek nokta, ruh hastalıklarında etyolojinin kesinlikle belirlenememesi nedeniyle, bu sınıflamanın bugün için yapılamıyacağıdır. Bu karmaşıklığın araştırma sonuçlarını etkilemesini önlemek üzere araştırmanın çeşidine ve amacına uygun tanı ölçütlerinin belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Son yıllarda tanı ve sınıflama konularında az da olsa bir standardizasyon sağlamak amacıyla iyi bir sınıflamanın ölçütleri şöyle belirtilmiştir :

— Tanımlama araştırılacak konuya uygun olmalıdır.
— Tanımlama terimleri kesin ve anlaşılabilir olmalıdır.
— Hastalığın ağırlık derecesini belirten ölçütler olmalıdır.

3. *Toplumdaki vakaların saptanmasındaki güçlükler :* Doğaldır ki bir toplumdaki herhangi bir hastalığa ait tüm olguların bilinebilmesi için kliniğe başvuran ve vurmayan tüm hastaların saptanması gereklidir.

Psikiyatrik hastalıklarda, kliniklere başvuran hastaların belirlenebilmesi için mevcut kayıtlar arasında en çok kullanılanlar hastane kayıtlarıdır. Kliniklere başvuran hastaların gerçek prevalansı verip vermediği tartışılmaktadır. Araştırmaların güçlükleri ve yetersizlikleri karşısında bazı yazarlar kliniklere başvuran kişi sayısının toplumdaki gerçek hasta sayısını verebileceğini savunmaktadırlar. Bu yazarlar ruhsal hastalığı olanların yaşamları boyunca hiç olmazsa bir kez kliniklere başvurduğunu savunmaktadırlar. İsveç'li bir yazar, bir araştırmasında şizofrenlerin yaşamları süresince en az bir kere hastaneye yattıklarını göstererek

aynı düşünceyi desteklemektedir. Bu sava karşı ileri sürülen en önemli eleştiri o toplumda şizofrenleri yatırabilmek için yeterli yatak olması ve kayıtların güvenilir olmasıdır.

Son yıllarda epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmasına olanak verebilmek için, çok ayrıntılı vaka öykülerinin alınıp, düzenli kayıtların tutulduğu merkezler geliştirilmektedir.

Kliniklere başvurmayan kişilerin saptanması ancak toplum taramaları ile olasıdır. Toplum taramalarında buraya dek sözü edilen güçlüklerin yanısıra, taramaları kimin yapacağı sorunu ortaya çıkmaktadır. Genel kanı, altı yıllık tıp eğitiminin ruh hastalığı tanısı için yeterli olmadığı, tanının psikiyatristlerce konulabileceği biçimindedir. Psikiyatristlerin toplum taramalarında kullanımının güç ve pahalı bir yöntem olduğu açıktır. Günümüzde kabul edilen yöntem iki aşamada tanı konmasıdır. Eğitilmiş anketörler veya görüşmeciler topluma girmekte ve gerekli bilgileri saptamakta, bu bilgilerin değerlendirilerek tanı için kesin kanıya varılması da psikiyatristlerce yapılmaktadır.

Buraya dek sözü edilen karmaşa içinde neler yapılabilir :

Ruh sağlığı alanında toplum içinde hizmet veren bir örgütlenme olmadan yapılacak epidemiyolojik araştırmalar, hem çok pahalı olacak ve sözü edilen nedenlerden dolayı hatalı sonuçlara ulaşılacaktır. Bu tür bir örgütlenmede verilerin sürekli olarak kaydedilmesi ve yapılacak araştırmaları için sağlam temeller oluşturacağı açıktır. Ayrıca toplumun en uç noktalarına kadar hizmetin sürekli ve düzenli götürüldüğü bir örgütlenme toplumu daha kısa sürede tanımayı olanaklı kılacaktır.

Ülkemizde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modeli ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülebilmesi için gerekli ve yeterlidir. Bu örgütlenmede örgütün hemen her basamağındaki personelin ruh sağlığı alanında eğitilmesi, ilk basamakta bu hizmetin yürütülmesine olanak sağlayacaktır. Aynı zamanda bu tür bir model ruh sağlığı hizmetlerinin tüm sağlık hizmetleri ile bütünleşmesini ve temelci bir yaklaşımı getirecektir.

İZMİR'DE RUHSATSIZ VE AMBALAJSIZ SATILAN İNSEKTİSİTLER VE İNSEKTİSİT ZEHİRLENME VAKALARINA AİT BİR ARAŞTIRMA

Doç.Dr. Mehmet TOKGÖZ, Uz.Dr. Fethi DOĞAN, As.Dr. Mehmet KESKİN *

Sivrisinek, flebotom, bit, tahtakurusu, kene, karasinek, hamamböceği gibi hastalık taşıyıcı haşerelerle, tarım zararlılarının mücadelesinde kullanılan kimyasal maddelere insektisit adı verilmekte olup, klorlu hidrokarbonlar, organik fosforlular ve karbomatlılar şeklinde üç ana grupta toplanırlar. Pretnoid, arseniyat, kurşun ve benzen gibi az kullanılanları da mevcuttur.

Klorlanmış hidrokarbonlar geçmişteki insekte mücadelesinin ilk ve üstün başarısını sağlamış bulunan sentetik maddeler olup şimdilerde yüksek seviyeli bir rezistans olgusuyla karşı karşıyadırlar. Ancak, bu kimyasalların toplum içerisindeki tüketim miktarı hâlâ yüksek seviyededir. Olefin bileşikleri (toxophane, strobane), Diolefin bileşikleri (aldrin, chlordane, dieldrin, endrin, heptachlor, isodrin) ve Aromatik bileşikler (BHC, lindan, DDT, methoxychlorur, kelthan, chlorobensiolate) olarak kimyasal çeşitlilik gösterirler. İnsan vücuduna deri, ağız ve solunum yollarıyla giren bu insektisitler harabiyetleri uzun sürdüğünden insan vücudunda ve özellikle yağ dokusunda birikmektedirler. Genel akut belirtileri, iritabilite, ataxi, titreme, konvülzion, felçler ve ölümdür. Bilinen etki mekanizması ise, büyük olasılıkla serebellum ve santral sinir sistemi motor merkezlerindendir.

Organik fosforlu insektisitler halihazırda çok yaygın olarak kullanılmakta olup; Malathion, Diazinon, Methyl parathion, Ethyl parathion (Folidol), Phosidrin, Baytex, Demeton (Systox), OMPA, Azodrin, Bidrin, Dimethoate (Cygon), Disulfotan (Disyton), Meta-Systox-R, Phosate (Thimet), Mevinphos (Phodrin), TEPP ve Azinphosmethyl (Guthion) gibi, fosforik asid ya da pirofosforik asidin esterleştirilmesiyle, kimyasal oluşum çeşitliliğine sahip olmuşlardır. Fazla derecede liposolbl olduklarından cilt, mukoza, konjonktiva ve alveollerden kolayca absorbe olurlar. Karbonatlı insektisitler ise methyl ve dimethyl karbomatlı türevleri olup, Aldicard (Temik), Approcarb (Metacil), Zectran ve Carbaryl (Sevin) bu grubun tipik örnekleridir.

Organik fosforlu ve karbomatlı insektisitleıin insan vücuduna girişi; solunum, ağız ve deri yollarındandır. Çabuk dekompoze olduklarından, insan vücudunda birikmezler. Bu insektisitlerin insandaki toksik etki sistemi, periferik ve

(*) E.Ü. Ege Tıp Fakültesi Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü

santral sistemdeki kolinerjik kavşak ve snapslarda çok miktarda asetilkolin (mediyatör olarak) birikmesini sağlayarak bu bölgelerde önce tembih ve sonra da felç meydana getirmeleri tarzındadır. Bu olay organik fosforlularda irreversible, karbomatlılarda ise reversible tarzda cereyan eder. Ve plazma cholinesterase aktivitesi normalde bulunması gereken değerden %20 nispetinde düşüş kaydederse klinik zehirlenme belirtileri tezahür edebilmektedir. Klinik belirtiler ise; parasempatomimetik, yani muskarinik belirtiler (hiperhidroz, hipersalivasyon, akomodasyon spazmı, miyozis, bulantı, kusma, idrar kaçırma, laringospazm, nefes darlığı; bradikardi, hipotansiyon ve akciğer ödemi v.s.), çizgili kas belirtileri (müsküler fibrilasyon ve fasikülasyonlar, çizgili kas felçleri v.s.) ve santral sinir sistemi belirtileri (ajitasyon, konfüzyon, ataxi cheyn-stokes teneffüsü, konvülsiyonlar ve koma gibi) şeklinde tezahür ederler. Fosforlu insektisitler daha fazla ölüme sebebiyet verebilmekte olup, santral ve periferik faktörlere bağlı solunum felçleri en sık rastlanan ölüm sebepleridir.

Ülkemizdeki istatistik verilerin kayıtlama, toplama ve yayınlama proçesinde, zehirlenmenin bütün sebepleri arasında insektisitlerin aldığı yeri belirlemek mümkün değildir. Zehirlenme çeşitleri ve oranlarını belirleyebilmek maksadıyla bu vakaların müracaatçı oldukları hastanelerde İzmir ilini temsil eden bu çalışmanın yapılması, alınacak tedbirlere yön vermesi açısından faydalı görülmüştür.

GEREÇ ve YÖNTEM :

Hem çeşitli zehirlenme çeşitlerinin relatif hızlarını alabilmek ve hem de bu zehirlenmelerin (0-12) yaş grubuyla (12) yaş grubunda mukayeselerini yapabilmek maksadıyla İzmir'deki çocuk hastaneleri ve diğer hastanelerden 1979 takvim yılı itibarıyla acil poliklinik kaynaklı, retrospektif ve tanımlayıcı bir çalışma yapılmıştır.

Ruhsatsız ve özellikle ambalajsız satılan insektisitlerin tesbiti ile bunları satın alan halkın evlerde uyguladıkları muhafaza yöntemi için; gözlem, soruşturma ve anket teknikleri uygulanmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA :

Acil polikliniğe müracaat eden insektisit zehirlenme vakaları hemen hemen tamamiyle akut maruziyet vakalarıdır. (12 yaş) üstü zehirlenme vakaları Tablo 1 'de belirlenmiş olup; 13 çeşit zehirlenme sebebi gözlenmektedir. Toplam 88664 zehirlenme vakasından zehirlenme sebepleri öncelik sıralamasında ilk beş sıralama; tıbbi ilaç, gıda, alkol, insektisit, CO tüp gaz tarzındadır. İnsektisit zehirlenmesi yapan değişik formülasyonlar arasında; bu tür zehirlenmelerin %33.86 sını işgal eden Folidol zehirlenmelerinin relatif ölüm oranının da %75 olması, en riskli insektisid görünüm kazanmasını sağlayabilmiştir.

(0-12) yaş grubu zehirlenme vakaları ise Tablo 2 'de görüldüğü üzere, 10 tür sebebe dayanmaktadır. «Risk altındaki toplum» olarak yetişkin gruba ait bulunan; alkol, deterjan, kurşun ve benzen zehirlenmeleri, çocuklarda bulun-

Tablo 1: — 1 Ocak / 31 Aralık 1979 tarihleri arasında İzmir Hastanelerinin Acil Servislerine müracaat eden (12 yaş üstü) zehirlenme vak'aları.

HASTANE ADI		İNSEKTİSİT			ZEHİRLENME ÇEŞİTLERİ												TOPLAM		Bütün sebeplerden müracaat sayısı
		Folidol	DDT	Diğer	Tıbbi ilaç	Gıda	Alkol	Karbon Monoksit	Tüp gaz	Çamaşır suyu	Gaz yağı	Tuz ruhu	Deterjan	Fare zehiri	Kurşun	Benzen	Sayı	%	
Tepecik Sigorta	Sayı	3	1	9	362	44	25	2	2	2	3	1	2	3	–	–	459		
	%	0.65	0.22	1.96	78.89	9.59	5.46	0.43	0.43	0.43	0.65	0.22	0.43	0.65			100.0	2.26	
İzmir Devlet	Sayı	28	5	47	1285	143	103	41	12	7	–	2	–	3	1	1	1678		25132
	%	**5** 1.67	0.30	**1** 2.80	76.58	8.52	6.14	2.44	0.72	0.42	–	0.11	–	0.18	0.06	0.06	0.06	6.68	
Karşıyaka Devlet	Sayı	3	2	13	276	64	64	18	1	10	15	–	1	3	–	–	470		12761
	%	0.64	0.43	2.77	58.72	13.62	3.83	3.83	0.21	2.13	3.18	–	0.21	0.64	–	–	100.0	3.68	
E.Ü. Tıp Fakültesi	Sayı	9	3	–	50	98	72	28	5	–	2	–	–	–	–	–	305		30481
	%	**1** 2.96	0.98	–	26.23	32.13	23.62	9.18	1.64	–	0.66	–	–	–	–	–	100.0	1.00	
	Sayı	43	11	69	2003	349	264	89	20	19	20	3	3	9	1	1	2912		88664
	%	**6** 1.48	**1** 0.38	**1** 2.37	68.78	11.98	9.07	3.06	0.69	0.64	0.69	0.10	0.10	0.30	0.03	0.03	100.0	3.28	
TOPLAM	Sayı		123																
	%		**8** 4.22																

Siyah olan rakamlar, ölüm vak'alarına aittir.

Tablo 2 : — 1 Ocak / 31 Aralık 1979 tarihleri arasında İzmir Çocuk Hastanelerinin Acil Servislerine müracaat eden (0-7 yaş) zehirlenme vak'aları

HASTANE ADI		ZEHİRLENME ÇEŞİTLERİ															
		İNSEKTİSİT															
		Folidol	Malathion	DDVP	Diğer	Tıbbi ilaç	Gıda	Karbon Monoksit	Tüp gaz	Çamaşır suyu	Gaz yağı	Tuz ruhu	Fare zehiri (Thallium)	Naftalin	TOPLAM Sayı	TOPLAM %	Bütün sebepler-den müracaat sayısı
İzmir Çocuk	Sayı	57	2	1	14	441	287	6	3	9	78	1	6	1	906		11862
	%	**2** 6.29	0.22	0.11	1.55	48.68	31.68	0.66	0.33	0.99	8.61	0.11	0.66	0.11	100.0	7.63	
Tepecik Sigorta Çocuk	Sayı	11	1	–	9	491	28	12	7	22	8	3	–	–	592		10700
	%	1.86	0.17	–	1.52	82.94	4.73	2.03	1.18	3.72	1.35	0.51	–	–	100.0	5.53	
TOPLAM	Sayı	68	3	1	23	932	315	18	10	31	86	4	6	1	1498		22562
	%	4.54	0.20	0.07	1.54	62.22	21.03	1.20	0.67	2.06	5.74	0.26	0.40	0.07	100.0	6.64	
	Sayı		95														
	%		**2** 6.34														

Siyah olan rakamlar, ölüm vak'alarına aittir.

mamaktadır. Toplam 22562 zehirlenme vakasından, ilk beş zehirlenme sebebleri sıralamasını; ilaç, gıda, insektisit, gaz yağı, CO_2 oluşturmaktadırlar. Çeşitli insektisitler arasında en çok zehirlenme sebebi yine yetişkinlerdeki Folidol (%72) kaynaklı olup, bu insektisitten zehirlenmenin çocuklardaki ölüm oranı ise %3 ile yetişkinlere ait orandan manidar farkla düşüktür.

İnsektisit zehirlenmelerinin diğer sebeplere bağlı zehirlenmeler arasındaki yeri, çocuk ve yetişkinlerde manidarlık bakımından farksızdır (.90 P 95). Bu farksız görünüm; insektisit dışında kalan sair zehirlenmelerin, zehirlenmeler dışındaki bütün sebeplerden müracaat edenler arasındaki sıklığı bakımından da devam etmektedir (90 P 95).

1979 Yılında insektisit zehirlenmesinden ölen çocuk ve yetişkin 10 kişinin 8 adedi Folidol'a aittir. Börek yapılan una Folidol'un karışması ile 2 ölüm, boş Folidol kutusnudan yiyecek yenilmesi ile 1 ölüm ve benzeri olaylarla da diğer Folidol ölümleri meydana gelebilmesi konu ile ilgili, bilgi, davranış, kusur ve eksikliklerinin seviyesini belirleyebilmekte ve eğitimin önemini tebaruz ettirmektedir.

Tablo 3 'de izleneceği gibi, ruhsatsız ve ambalajsız insektisitlerin İzmir şehrindeki satış yerleri hem az olmıyacak sayıda ve hem de gıda satış yerlerinin yakın çevresindedir. Bu tür satışlar denetlemekle görevli resmi organların (İl Sağlık Müdürlüğü, Belediye Sağlık İşleri Müdürlüğü) bu tür bir görevleri olduğundan haberleri dahi yoktur. Denetim ve eğitimin mevcut bulunmadığı söylenebilir.

Tablo 4 'deki bilgiler ise; ambalajı yetersiz ya da ambalajsız insektisidi satın alan bireylerin onları evlerinde nasıl muhafaza ettiklerini belirlemekte olup, incelendiklerinde ulaşılması çocuklar için dahi kolay olan ve kaza riski yüksek olabilecek bir görünümde oldukları anlaşılmaktadır. Zaten insektisit zehirlenmelerinin yetişkinlerle çocuklar arasında bir oran farkı bulundurmaması, insektisitin zehirliliği bilincinin yetişkinlerde de çocuklardan pek farklı düzeyde bulunmadığını yeni çıkan ve latal gücü çok yüksek insektisitleri tanımadığını belirlemekte ve bu konudaki eğitim ve denetimin halk sağlığı için ne kadar lüzumlu olduğunu gösterebilmektedir.

Tablo 3 : — İzmir'de Ambalajı yetersiz ve ruhsatsız satıldıkları tesbit edilebilen insektisitlerin türleri ile satış yerlerinin mukayeseli dağılımları

AMBALAJSIZ SATILAN İNSEKTİSİTLERİN TÜR OLARAK SAYISI			
Satış yeri çeşidi	**Klorlu Hidrokarbonlar**	**Organik fosforlular**	**Karbamatlılar**
BAHARAT SATICISI	2	6	1
İŞPORTACILAR	2	3	–
ZİRAİ İLAÇ SATICILARI	4	8	2
PAZAR YERİ	1	3	–

Tablo 4 : Ambalajsız insektisit satınalan bireylerin, insektisiti evlerinde bulundurabilecekleri yerlere göre dağılımları

Çeşitli dolap raflarında		**Alet ve edavat**		**Balkonda**		**Portmantoda**		**Mutfak dolabında**		**Pencere iç bölmesinde**		**Kömürlükte**		TOPLAM	
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20	32.2	14	22.6	12	19.4	6	9.7	4	6,5	3	4.8	3	4.8	62	100

KAYNAKLAR

1) American Association of Poison Control centers **«Recommended Antidotes Supplies and References»** October 1965, Washington - U.S.A. pp. 27-31.

2) Frejaville, J.P., et all.: **Toxicologie Slinique**, 1971 — Flammarion, Paris, pp. 13-32.

3) Kaçar, M., Eralp, Ö.: **«Bursa ve Yöresinde Çocukluk Çağı Kazaları Üzerinde Bir Araştırma»** Toplum ve Hekim, Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Sayı: 24, Aralık 1979, pp. 65-73.

4) Koelle, G.B.: **Anticolinestrase Agents, The Pharmacological Basis of Therapeutics**. 3. th ed. 1965. Mc Millan, New York, pp. 440-445.

5) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: **«I. Tarım Savaş İlaçlarından Zehirlenmelerin Önlenmesinde Son Görüşler Toplantısı Bildirileri»** Alanya, 28-30 Mayıs 1975, S.S.Y.B., 1976, Ankara, sf. 14-192.

YAPRACIK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE BEŞ KÖYDE YAPILAN KORONER KALP HASTALIKLARI İZLEME ARAŞTIRMASI

Dr. M.Ç. DURUK *

GİRİŞ :

Son yıllarda kronik ve dejeneratif hastalıklar, özellikle ileri sanayi toplumlarında, öncelikle ele alınan toplum sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Kronik ve dejeneratif hastalıkların artmasının ve önem kazanmasının nedenleri şunlardır :

a) Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması veya yok edilmesi.
b) Toplum içinde ileri yaş grubunda bulunanların tüm nüfusa oranının büyümesi.
c) Sağlık alanındaki bilimsel ve teknik gelişmeler.
d) Kronik hastalıkların oluşması ve artmasına neden olan dış etkenlerin artması.

Bütün bu değişimler günümüzde gelişmiş ülkelerde kronik ve dejeneratif hastalıkları önemli sağlık sorunu haline getirmiştir. Aynı sorun gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ana - çocuk sağlığı sorunlarının yanında göreceli olarak daha önemsizdir, ancak yapılan araştırmalar bu ülkelerde de kronik hastalıkların her geçen gün daha büyük sorun haline geldiğini göstermektedir.

Kronik ve dejeneratif hastalıklar arasında kalp ve damar hastalıkları, morbidite (Hastalanma) ve mortalite (Ölüm) hızlarının yüksek olması nedeniyle en önemli hastalık grubunu oluştururlar. Kalp hastalıkları içinde ise koroner kalp hastalıkları üretim yaşı içindeki kişileri etkilemesi ve son yıllarda artış göstermesi nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur.

MATERYAL ve METOD

A) Araştırma bölgesi :

Araştırmanın yapıldığı beş köy Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkanlığına bağlı Yapracık Sağlık Ocağı bölgesindedir. Köyler, Ankara - Eskişehir asfaltı civarında olup Ankara şehir merkezinden 15-60 km. uzaklık-

---

(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı, 1979, Ankara, (Uzmanlık Tezi çoğaltılmış, 103 sayfa).

tadırlar. Sağlık ocağı bölgesinin 1977 yıl ortası nüfusu 5391'dir. Bunun %50,2 si erkek, %49,8 i kadındır. 0-14 yaş grubu nüfusun %40,0 'ını, 65 yaş üstünde olanlar ise %3,8 ini oluşturur. 30 yaştan yukarı nüfus ise genel nüfusun %30.2 sidir. Köy başına ortalama nüfus 449 kişidir. Bölgede toplam 767 hane mevcut olup hane başına ortalama nüfus %7.02 dir. Yapracık Sağlık Ocağı kayıtlarına göre 1977 yılı demografik verilerinden bebek ölüm hızı binde 97.3, kaba doğum hızı binde 21.0, kaba ölüm hızı ise binde 8,5 tir. 1977 yılında tüm ölümlerin %26.0 sı 5 yaş altında, %45.7 si ise 50 yaş üzerinde görülmüştür.

B) Araştırma planı ve uygulaması :

1975 yılında K.K.H. yönünden araştırılan 5 köyde 30 yaş üzerinde 605 denek aynı yöntemlerle 1977 yılında tekrar incelendi. 605 denekten 520 si izleme araştırmasına katıldılar.

Araştırmaya katılan tüm deneklere hazırlanan anket formu uygulandı. Fizik muayene yapıldı, Elektrokardiyografi çekildi. E.K.G. sonuçları klasik klinik bilgilere uygun olarak aşağıda belirtilen gruplara ayrıldı :

a) Normal E.K.G. 'ler.
b) İskemi bulguları saptanan E.K.G. 'ler.
e) Akut, Subakut ve eski Myokard enfarktüsü bulgusu saptanan E.K.G. 'ler.
d) Sol dal Blok'u veya aritmisi olanlar.
e) Diğer patolojik E.K.G. bulguları olanlar.

E.K.G. sonucuna göre K.K.H. tanısı tam olarak konulamayanlar fakat şüphe edilenler şüpheli koroner kalp hastası olarak kabul edildiler.

Deneklerin E.K.G. bulgularına göre aşağıdaki gruplarda serumda total lipid, kolesterol ve trigliserid tetkikleri yapıldı.

a) E.K.G. de kesin K.K.H. bulgusu elde edilen deneklerin tümü.
b) E.K.G. de şüpheli K.K.H. bulgusu elde edilen deneklerin tümü.
c) Göğüs ağrısı hikâyesi olan deneklerin örnekleme ile seçilen %50 'si.
d) E.K.G. sonuçları normal bulunan ve göğüs ağrısı hikâyesi tespit edilemeyen deneklerin %10 u.

Serum kolesterol düzeyi kolesterolün (Total) Demir klorür ile tayin metodu, serum Trigliserid düzeyi serumda kolorimetrik trigliserid tayin metodu ile serum total lipid düzeyi ise H.Ü. Biyokimya bölümünce modifiye edilen total lipid tayin metodu ile incelendi.

1975 ve 1977 yılları incelemeleri arasında geçen sürede ölenler ölüm fişlerinden tespit edildi.

a) Ölenler için sağlık ocağı Tabibliği tarafından düzenlenen ölümlerin mediko-sosyal nedenleri ile ilgili anket fişleri çıkarıldı. Bu fişlerden ölüm nedenleri temel, ara ve son neden olmak üzere tekrar tespit edildi.

b) Ölenlerin 1975 yılında elde edilen anket, fizik muayene, laboratuvar ve E.K.G. bulguları tetkik edildi.

İki araştırma arasında bölge dışına göç edenler ve izleme olanağı bulunmayanlar saptanarak 1975 araştırmasındaki listelerden çıkarıldı. Bu şekilde 1975 te araştırma kapsamında bulunan 605 denekten 544'ünün ikinci araştırmada izlenmesine karar verildi.

BULGULAR :

1977 yılında yapılan tarama sonucunda E.K.G.'de kesin K.K.H. bulgusu saptanan deneklerin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo-1 'de görülmektedir. Her iki cinste de yaş ilerledikçe E.K.G.'de K.K.H. bulgusunun görülmesi artmaktadır.

Göğüs ağrısı hikâyesi ile E.K.G.'de kesin K.K.H. bulgusu incelendi (Tablo-2). E.K.G. sonucu referans test kabul edilerek göğüs ağrısı hikâyesinin seçiciliği %84.7, hassasiyeti ise %37,5 olarak hesaplandı. Göğüs ağrısı hikâyesi ile koroner kalp hastalığı bulgusu arasında önemli ilişki saptandı.

Tablo 1 — 1977 Yılı Araştırmasında E.K.G. de Kesin K.K.H. Bulgusu Olan Deneklerin Yaşa ve Cinse Göre Dağılımı

Yaş	Erkek			Kadın			Toplam		
Grupları	Nüfus	K.K.H.	%	Nüfus	K.K.H.	%	Nüfus	K.K.H.	%
32-39	24	2	8,3	63	6	9,5	87	8	9,2
40-40	84	9	10,7	116	11	9,5	200	20	10,0
50-59	62	5	8,1	66	19	28,8	128	24	18,8
60-69	32	9	28,1	38	8	21,1	70	17	24,3
70 +	25	9	36,0	10	3	30,0	35	12	34,3
Toplam	227	34	15,0	293	47	16,0	520	81	15,6

Tablo 2 — 1977 Yılı Araştırmasında Elektrokardiografide Koroner Kalb Hastalığı Bulgusu İle Göğüs Ağrısı Hikâyesinin İlişkisi
E.K.K. 'DE K.K.H. TANISI

Göğüs	Var		Yok		Toplam	
Ağrısı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	30	31,3	66	68,7	96	18,8
Yok	50	12,0	366	88,0	416	81,2
Toplam	80	15,6	432	84,4	512	100,0

$X^2 = 21,88$ S.D. = 1 $P < 0,01$

Fizik aktivitesi fazla olan grupta K.K.H. önemli oranda az bulundu, ancak bu farkın yaşla ilgili olduğu kanısına varıldı.

Sistolik ve diastolik kan basıncı yüksek olan deneklerde K.K.H. hızı önemli olarak yüksek bulundu. Sistolik kan basıncı normal ve yüksek olan deneklerde K.K.H.'ın dağılımı Tablo-3 'te, diastolik kan basıncı normal ve yüksek olan deneklerde K.K.H. ın dağılımı Tablo-4 'te görülmektedir. Sigara içme alşkanlığı ile K.K.H. arasında önemli ilişki saptanamadı. Serum Total lipid düzeyi, Serum Kolesterol düzeyi ve Serum Trigliserid düzeyi ile K.K.H. bulgusu arasında önmli ilişki bulunamadı.

Tablo 3 — 1977 Yılı Araştırmasında Sistolik Kan Basıncı İle E.K G.'de K.K.H. Bulgusunun Dağılımı

E.K.G. 'de KORONER KALP HASTALIKLARI

Sistolik	Var		Yok		Toplam	
Kan basıncı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	56	13,8	351	86,2	407	78,3
Yüksek	25	22,1	88	77,9	113	21,7
TOPLAM	81	15,6	439	84,4	520	100,0

$X^2 = 4,7057$ S.D = 1 $P < 0,05$

Tablo 4 — 1977 Yılı Araştırmasında Diastolik Kan Basıncı İle E.K.G.'de K.K.H. Bulgusunun Dağılımı

E.K.G. 'de KORONER KALP HASTALIKLARI

Diastolik	Var		Yok		Toplam	
Kan basıncı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	57	13,8	357	86,2	414	79,6
Yüksek	24	22,6	82	77,4	106	20,4
TOPLAM	81	15,6	439	84,4	520	100,0

$X^2 = 5,053$ S.D = 1 $P < 0,05$

1975 ve 1977 araştırmalarında tespit edilen E.K.G. 'de K.K.H. bulgusunun dağılımı incelendi (Tablo-5). Birinci araştırmada K.K.H. saptanan deneklerin %62.5 inde ikinci araştırmada da K.K.H. saptandı. Diğer taraftan K.K.H. görülmeyen deneklerin %13.3 'ünde ikinci araştırmada K.K.H. bulgusu saptandı. Bu durumda E.K.G. 'de K.K.H. bulgusunun yıllık insidansı %6,7 olarak hesaplandı.

Her iki tarama arasında 26 ölüm vakası tespit edildi. Ölenlerin 1975 araştırması sonucunda saptanan E.K.G. sonuçları ile ölüm nedenlerinin karşılaştırılması Tablo-6 'da görülmektedir. 1975 araştırmasında kesin K.K.H. bulgusu görülen grupta ‰58.8'dir. E.K.G. bulgusu normal bulunan grupta ise aynı hız ‰25.3 'tür.

Tablo 5 — 1975 ve 1977 Araştırmalarındaki E.K.G. Bulgularının Dağılımı

	1977 E.K.G. BULGUSU					
1975 E.K.G.	**K.K.H. Var**		**K.K.H. Yok**		**Toplam**	
Bulgusu	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
K.K.H. Var	15	62,5	9	37,5	24	4,6
K.K.H. Yok	66	13,3	430	86,7	496	95,4
TOPLAM	81	15,6	439	84,4	520	100,0

$X^2 = 43,32$ S.D = 1 $P < 0,001$

Tablo 6 — 1975 Araştırması İle 1977 Araştırması Arasındaki Sürede Ölenlerin Ölüm Nedenleri İle 1975 Araştırması E.K.G. Sonuçlarının Dağılımı ve Her Gruptaki 2 Yıllık Ölüm Hızları

	ÖLÜM NEDENLERİ						
1975 E.K.G. Sonucu	**Koroner Kalp Hast.**	**Diğer Kalp Hast.** *	**Serebrovasküler Hast.**	**Diğer** **	**Toplam Ölüm**	**Toplam Denek**	**Ölüm Hızı (Binde)**
Kesin K.K.H.	3	2	3	2	10	40	250,0
Şüpheli K.K.H.	1	–	1	1	3	51	58,8
Normal E.K.G.	3	4	–	8	13	514	25,3
TOPLAM	7	4	4	11	26	605	42,9

(*) Hipertansif kalp hastalığı : 1
Kalp yetmezliği : 2
Romatizmal kalp hastalığı : 1

(**) Malign tümörler : 3
Bronşit Anfizem Astım : 3
Gastroentestinal kanama : 1
Üremi : 1
Trafik kazası : 1
Bilinmeyen : 2

1975 yılında araştırılan grupta saptanan ölümlerin ölüm nedenlerine ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-7 'de görülmektedir. Kalp hastalıkları tüm ölümlerin %42.3'ünü oluşturmaktadr. Bunun %26.9'u iskemik kalp hastalıkları, %15.4'ünü ise diğer kalp hastalıkları oluşturmaktadır.

Tablo 7 — 1975 Araştırması İle 1977 Araştırması Arasındaki Sürede Ölenlerin Ölüm Nedenlerine ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Ölüm Nedeni	YAŞ GRUPLARI 30-44	45-46	65 +	Toplam	Ölüm Nedeninin % si
Koroner Kalp Hast.	2	3	2	7	26,9
Diğer Kalp Hast.	–	2	2	4	15,4
Serebrovasküler Hast.	–	1	3	4	15,4
Malign Tümörler	2	–	1	3	11,5
Bronşit, Amfizem, Astım	–	1	2	3	11,5
Diğer (*)	1	2	–	3	11,5
Bilinmeyen	–	–	2	2	7,8
TOPLAM :	5	9	12	26	100,0

(*) Gastrointestinal kanama : 1
Üremi : 1
Trafik kazası : 1

SİLİVRİ - FENER KÖYÜ VE YÖRESİNİN KONUT KOŞULLARI VE SOSYO - EKONOMİK AÇIDAN İNCELENMESİ VE BU TÜR ÇALIŞMALARDA ÖĞRENCİ POTANSİYELİNDEN YARARLANMA

Dr. O. DEMİRHİNDİ, P. BİNYILDIZ, N. DAYIOĞLU, T. AKINCI, H. OR *

14 Kasım 1974 tarihinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı arasında imzalanan araştırma ve eğitim konusunda işbirliği protokolü uyarınca Silivri - Çatalca yöresi Fakültemizin uygulama alanı olarak seçilmiştir.

Bölgeye yeterli sağlık hizmeti götürebilmek ve hizmete uygun hekim yetiştirilmesini sağlayabilmek için bölgenin sağlık, sosyo-ekonomik ve demografik açılardan bir ön değerlendirilmesinin yapılması gerekir. Araştırma bölgeye ilişkin temel verileri toplamak yanında ilerideki çalışmalarımızda öğrenci potansiyelinden en etkin biçimde yararlanma olanaklarını belirlemek ve öğrencilerimize alan hizmetlerinin özelliklerini tanıtmak amacı ile düzenlenmiştir.

MATERYEL ve METOD

Çalışma Silivri - Çatalca Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki Fener Merkez, Büyükkılıçlı, Küçükkılıçlı, Bekirli, Seymen, Akören ve Alipaşa köylerinde Fakültemiz Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı, İç Hastalıkları Kürsüleri Öğretim Üye ve öğrencileriyle Verem Savaş Derneği tarafından 10 Mayıs - 1 Haziran 1980 tarihleri arasında yürütülmüştür. Geniş kapsamlı olarak plânlanan bu çalışmada konut ve çevre koşulları, Akciğer, Behçet ve tiroid hastalıkları ele alınmıştır.

Araştırmaya katılan öğrenciler saha çalışmalarının başlamasından bir ay önce eğitime alınarak çeşitli disiplinlerden öğretim üyelerince konuyla ilgili olarak eğitildiler. Araştırmanın plânlanması ve yürütülmesi öğretim üyeleri, yardımcıları ve öğrencilerle birlikte gerçekleştirildi.

Her çalışma gününde ortalama 45 öğrenci, anketör olarak sahada görev aldı. Gruplara ayrılan öğrenciler aralarından bir öğrencinin başkanlığında, kendilerine verilen bölge veya mahallerde uygulama yaptılar.

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Elemanları.

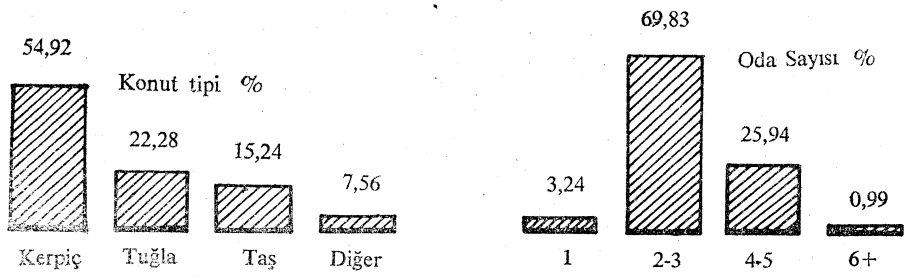
Araştırmada, konut koşulları, «Behçet», tiroid ve akciğer hastalıklarına ilişkin soruları kapsayan bir anket formu ile «Behçet» hastalığı için deri duyarlılık testi (paterji), akciğer hastalıkları için de mikrofilm taraması uygulanmıştır. Ayrıca Fener Merkez köyünde 1600 kişide fizik muayene, solunum testleri ve kardiyografik bulgular değerlendirilmiştir.

Anket formundaki konu koşullarını belirleyen oda sayısı, içme ve kullanma suyu, mutfak, yıkanma yeri, aydınlanma, ısınma, çöp ve hayvan çıkartılarına ilişkin sorular Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Ev Halkı Tespit Fişleri örnek alınarak hazırlanmıştır. Çalışmanın burada sunulan kısmında konut koşullarına ilişkin veriler ele alınacaktr.

BULGULAR

Çalşma kapsamına giren 925 konuta ilişkin bulgular Şekil 1-5 de özetlenmiştir.

Konutların tip ve oda sayılarına göre % olarak dağılımları Şekil 1 de görülmektedir. Bu bölgede en fazla rastlanan konut tipi kerpiçtir (%54.92). Konutların büyük bir çoğunluğunda oda sayısı 2 ilâ 3 arasındadır (%69.83).



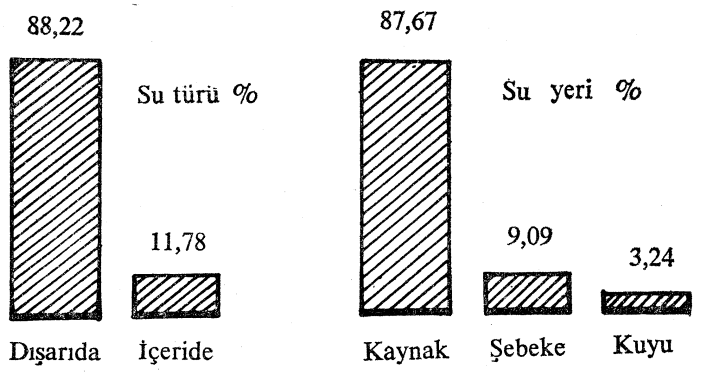
Şekil I: Konutların tip ve oda sayısına göre % olarak dağılımı.

Konutlarda kullanılan suların yer ve türü incelendiğinde (Şekil 2) suyun genellikle konutun dışında (%88.22) ve kaynak türünden (%87.67) olduğu görülmektedir. Köy çeşmelerinden alınan 24 su örneğinden 13 ü bakteriyolojik inceleme sonucu kirli bulunmuştur.

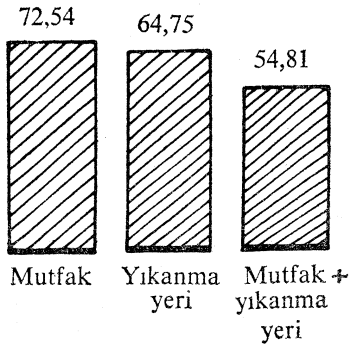
Şekil 3 de mutfağı ve banyosu bulunmayan konutların sırasıyla %27.46 ve %35.25 oranında olduğu izlenmektedir. Bu konutlarda helâların %98.16 sı kuyu türünde, %90.49 u konutun dışında yer almaktadır (Şekil 4).

İnceleme yapılan tüm konutlarda çöplük ve gübrelerin sağlığa zarar verecek şekilde gelişigüzel yığınlar halinde toplandığı görülmüştür.

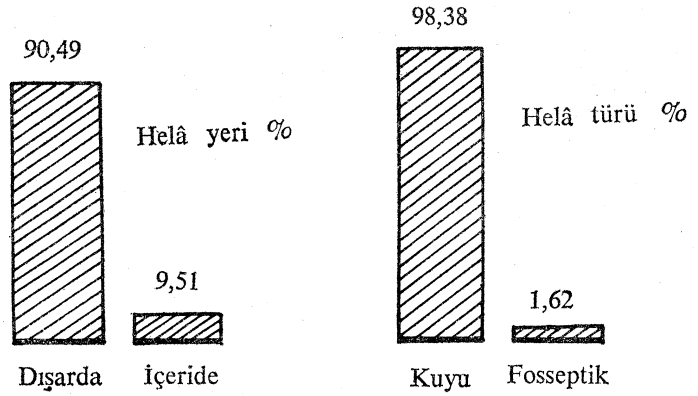
Araştırma yapılan bölgede mevcut olan elektrikten aydınlanmada yararlanan konut oranı %94.85 dir, konutların %84.10 unda ısınmada odun kullanılmaktadır (Şekil 5).



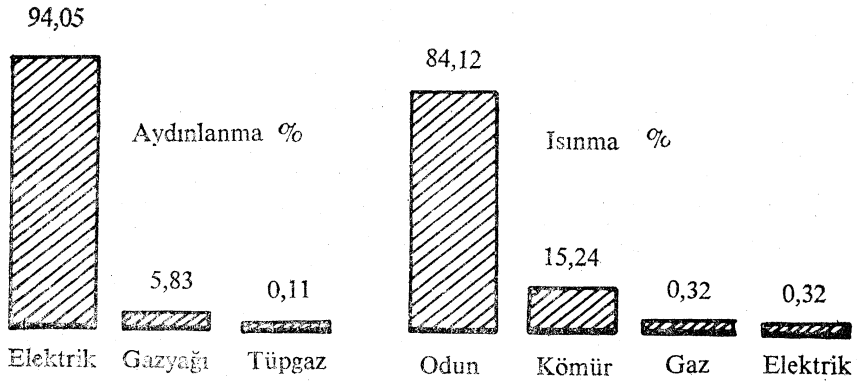
Şekil 2 : Kullanma suyunun yer ve türüne göre konutların % dağılımı.



Şekil 3 : Mutfağı, yıkanma yeri, hem mutfağı hem yıkanma yeri bulunan konutların % dağılımı.



Şekil 4 : Helâ yeri ve helâ türüne göre konutların % dağılımı.



Şekil 5: Aydınlanma ve ısınma biçimine göre konutların % dağılımı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Yaptımız inceleme sonucu bu bölgede konut koşulları yetersizdir. Örneğin düzensiz bir yerleşme plânı içinde yapılmış olan konutların küçüksenemiyecek bir kısmında (%27.16) mutfak veya (%35.25) yıkanma yeri bulunmamaktadır. Helâlar çevreyi kolayca bulaştırabilecek kuyu türündendir. Çöpler ve hayvan çıkartıları çevreye gelişigüzel yığınlar halinde atılmaktadır. Çeşme sularının çoğu içme ve kullanma için uygun değildir. Buna karşın incelenen köylerin hepsi de verimli topraklar üzerinde kurulmuştur. Halk ileri düzeyde tarım ve hayvancılık yapmaktadır. Bölge oldukça iyi ekonomik koşullara sahiptir.

Bu durumda konut koşullarının sağlıksız olmasını ekonomik nedenler yerine eğitim yetersizliğine ve ilgili kuruluşların konuya yeterli kadar eğilmemelerine bağlamak daha doğru olacaktır. Gerçekten de günümüzde bilindiği gibi konutun kişiyi yalnızca atmosfer olaylarından koruyan bir barınak değil, aynı zamanda bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyecek ve kişiye ruhsal ve fiziksel bir rahatllk sağlayarak en geniş anlamıyla insan sağlığını devam ettirecek bir nitelikte olması istenmektedir.

Bu amaçla yapı bilimlerindeki son gelişmelere olduğu kadar fizyolojik verilere de dayalı konut tasarımları geliştirilmeye çalışılmaktadır (1). İngiltere, Fransa, Sovyetler Birliği gibi ülkelerde ev yapımında standard olarak kullanılabilecek optimum koşulları saptayan araştırmalarla bölgelerin özelliklerine uygun konut modelleri geliştirilmiştir (2). Ülkemizde de Üniversiteler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve İmar İskân Bakanlıklarının beraber yürütecekleri çalışmalarla;

1. Çevre koşulları konusunda hastalık yerine sağlığa yönelik yaygın ve örgün bir eğitimin başlatılması,
2. Fizyolojik gereksinmeleri karşılayacak optimum konut koşullarının saptanması,

3. Yapım özelliklerinin çeşitli iklim kuşaklarına adapte olabilecek şekilde belirlenmesi.

4. Kırsal kesimde de plânlı bir yerleşme programının oluşturulması konuları öncelikle ve özellikle ele alınmalı ve geliştirilen konut modelleri köy muhtarları aracılığı ile halka ücretsiz olarak ulaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1) Goromosov, M.S.: **The physiological basis of health standarts for dwellings,** Geneva, World Health Organization, Public Health Papers, No. 33 (1968).

2) World Health Organization, Expert Comittee on the Public Health Aspects of Housing, Technical Reports Series, No. 225 (1961).

YENİ DOĞAN AĞIRLIĞINA ETKİ EDEN DEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN PATH ANALİZİ YÖNTEMİYLE ÇÖZÜMLENMESİ

Dr. Kemalettin ERBİLGİN, Dr. Sıtkı VELİCANGİL *

Bir bağımlı değişken üzerine etki yapan bağımsız değişkenlerin etkilerini karşılaştırmak amacıyla oluşturulan modellerden bir tanesi Path analizidir. Bebeğin doğum ağırlığını şüphesiz birçok faktörler birlikte belirlerler. Bebeğin doğum ağırlığını 1 alırsak her bir faktörün belirtem miktarı da yüzde olarak değerlendirilmiş olur. Bu yüzdelerin herbirine belirtme katsayısı = dyx denir.

y = Bağımlı değişken

x = Bağımsız değişkenlerden herbiri

Belirtme katsayısının kare köküne de Path katsayısı denir ($Pyx = \sqrt{dyx}$).

İki bağımsız değişkenin birlikte doğum ağırlığını belirttikleri miktarına da birlikte belirtme katsayısı denir, ($dyx_1x_2 \cdot Pyx_1$) formülü ile bulunur.

Burada :

$r_{x_1x_2}$ = iki faktörün kendi aralarındaki korelasyon katsayısı

p_{yx_1} = y bağımlı değişkenin x_1 faktöründen doğan path katsayısı

p_{yx_2} = y bağımlı değişkenin x_2 faktöründen doğan path katsayısı.

Bebeğin doğum ağırlığını etkileyen üç faktörü birlikte dikkate alır bunların «toplam belirtme katsayısı» nı R ile gösterirsek :

$$R = p^2_{yx_1} + p^2_{yx_2} + p^2_{yx_3} + 2r_{x_1x_2} \cdot p_{yx_1} \cdot p_{yx_2} + 2r_{x_1x_3} \cdot p_{yx_1} \cdot p_{yx_3} + 2r_{x_2x_3} \cdot p_{yx_2} \cdot p_{yx_3}$$

Belirtme katsayısı Path katsayısından hesaplnıyor. O halde Path katsayısını açıklayalım :

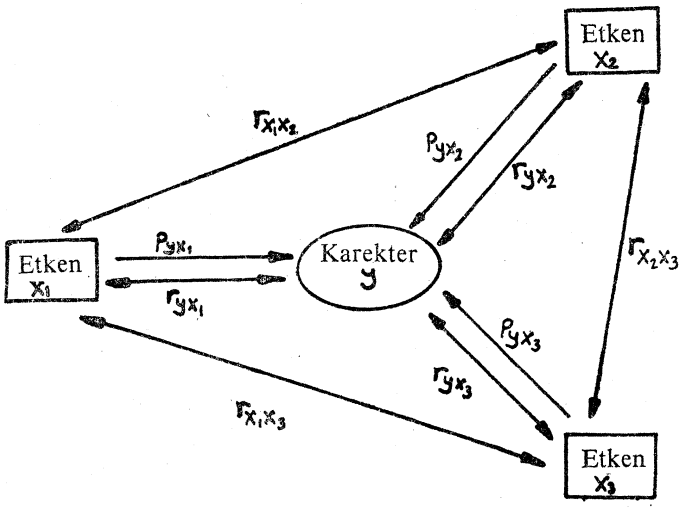
$$P_{yx_1} = \frac{s(yx_1)}{s(y)}$$

Bir karakterin (y) birden fazla etkenin etkisiyle belirtiliyor ise (x_1, x_2, x_3, x_n) y'nin x_1 ile arasndaki path katsayısı x_2, x_3, x_n 'ler sabit tutulduğunda x_1 in belirli sınırlar içinde değiştiğinde y'nin göstereceği dağılışın standart sap-

* İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Kürsüsü

masının, etkenlerden hepsi birden etkili olduğu zaman y'nin göstereceği dağılışın standart sapmasına oranıdır.

İkinci bir yöntem olarak Path katsayısı korelasyon katsayılarından yararlanılarak da bulunabilir. Bir karakterli etkeni arasındaki korelasyon katsayısı, etkenden karaktere giden yolların değerleri toplamına eşittir.



$$r_{xy_1} = p_{yx_1} + r_{x_1x_2} \cdot p_{yx_2} + r_{x_1x_3} \cdot p_{yx_3}$$
$$r_{yx_2} = p_{xy_2} + r_{x_1x_2} \cdot p_{yx_1} + r_{x_2x_3} \cdot p_{yx_3}$$
$$r_{yx_3} = p_{xy_3} + r_{x_2x_3} \cdot p_{yx_2} + r_{x_1x_3} \cdot p_{yx_1}$$

Burada korelasyon değeri (r) bilindiğinden yerlerine konursa 3 bilinmeyenli 3 denklem elde edilir.

Buradan Pyx_1, Pyx_2, ve Pyx_3'ler bulunur. Path katsayısının karesi, belirtme katsayısına eşittir. Buradan da belirtme katsayıları bulunur.

Etkenlerin ikişer ikişer birlikte belirtme katsayıları şöyle bulunur :

$$d_{yx_1x_2} = 2r_{x_1x_2} \cdot p_{yx_1} \cdot p_{xy_2}$$
$$d_{yx_1x_3} = 2r_{x_1x_3} \cdot p_{yx_1} \cdot p_{xy_3}$$

Tüm etkenlerin tek tek belirtme katsayıları toplanırsa toplam belirtme katsayısı bulunur.

Bizim araştırmamızın bağımlı değişken olarak yeni doğanın doğum ağırlığını aldık.

Bağımsız değişkenlerimiz ise :

1. Annenin yaşı
2. Gebelik süresi

3. Sosyo-ekonomik durum
4. Babanın yaşı
5. Gebelikte tıbbi kontrolleri yaptırma veya yaptırmama
6. Gebelik süresince hastalanma veya hastalanmama
7. Gebelik süresince sigara içme veya içmeme
8. Gebelik süresince alkollü içki içme veya içmeme
9. Annenin boyu
10. Babanın boyu
11. Doğum sayısı
12. Gebelik başlangıcı ile sonu arasındaki kilo değişimi.

Bu bağımsız değişkenlerin toplam belirtme katsayısı R=0,17 olarak bulundu. Yukarıdaki değişkenlere ilave olarak doğum sonrası bebeğin cinsiyetini ve boy uzunluğunu da katarsak toplam belirtme katsayısı R=0,55 olarak bulundu.

Path analizi bu uygulamada olduğu gibi diğer bütün regresyon problemlerin de Path analizinden yararlanmak etkili değişkenlerin seçilmesinde bir yöntem olarak kullanılabilir.

Regresyon probleminin içeriğini anlaşılır bir hale getirmek için değerli bir araç olabilir. Path analizinin bir diğer katkısıda temel eşitlikler genişletildiğinde dolaylı etkiler için bir çözüm sağlayabilmesidir. Çünkü dolaylı etkilerin şeması, nedensel diyaframı açık seçik belirtilmedikçe zor belli olurlar. Herhangi bir araştırmada ölçülemeyen değişkenler olduğu zaman path analizi gözlenen verilerden ne tür sonuçlar elde edilebileceğine karar vermede yardımcı olabilir.

Eğer ölçülmeyen değişkenler gözlenebilirlerse bu durumda Path analizi ölçümlerin yapılabileceği daha sonraki bir durum için hipotez kurmada yardımcı olabilir.

Görüldüğü gibi nedensel diyagramların biolojik olaylarla kullanılması çok yararlı olmaktadır.

SİLİVRİ FENERKÖYÜ VE YÖRESİNDE BEHÇET HASTALIĞI SIKLIĞI

H. YAZICI

*Dr. O. DEMİRHİNDİ, P. BİNYILDIZ, N. DAYIOĞLU, [redacted], H. OR, Y. TÜZÜN, M. ALTAÇ, S. ORHAN, S. YURDAKUL, H. PAZARLI, B. ÜLKÜ, A. MÜFTÜOĞLU **

GİRİŞ

Günümüzde Behçet hastalığının etyolojisi hakkında çeşitli görüşler ileri sürülmektedir. Hastalığın virüs kökenli olması hipotezi yanında, gelişmesinde çevre faktörlerinin etkili olduğunu düşündüren epidemiyolojik bulgulara da rastlanmaktadır (4). Örneğin organik klor, organik fosfor, arsenik, bakır bileşiklerini içeren pestisitlerin yaygın olarak kullanıldığı ülkelerde insidansın arttığı bildirilmektedir (3). Hastalığın coğrafi prevelansının aynı ülke içinde dahi değiştiği gösterilmiştir (7). Bugüne kadar Behçet hastalığının hetero - familyal özelliğinin ortaya kesin olarak konulmamasına rağmen literatürde aynı ailede görülen birden fazla sayıda Behçet hastalığına ilişkin veriler de bulunmaktadır (1). Görüldüğü gibi hastalığa katılan doku ve belirti spektrumu gibi hastalığın epidemiyolojik özellikleri de çok yönlüdür.

Behçet hastalığının ülkemizde görülme sıklığının yüksek olduğu klinik araştırıcılar tarafndan bildirilmesine (6) rağmen hastalığın toplum içindeki sıklığını araştıran epidemiyolojik çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu çalışma Behçet hastalığının toplum içindeki sıklığını incelemek amacı ile düzenlenmiştir.

MATERYEL ve METOD

İnceleme, Cerrahpaşa Tıp Fakülteesinin Silivri-Çatalca Araştırma Bölgesindeki Fener Sağlık ocağına bağlı yedi köyde yapılan ve daha önce ayrıntılarını bildirdiğimiz geniş «alan» çalışmasının bir bölümünü oluşturmaktadır (2). Bu bölgede yaşayan on yaşın üzerindeki 4940 kişide Behçet hastalığı araştırılmıştır. Hastalığa on yaşın altında rastlama olasılığının çok düşük olması nedeni ile bu yaşın altındakiler çalışma kapsamna alınmamışlardır. Taramanın bir bölümü çalışmanın başlamasından önce bir ay süre ile konuyla ilgili olarak eğitilen öğrenciler tarafından yürütülmüştür.

---

* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim elemanları.

Hastalığın taranmasında üç aşamalı bir yöntem izlenmiştir. Birinci aşamada, öğrenciler tarafından bütün evler gezilerek on yaşın üzerindeki her kişiye birer anket formu uygulanmış; bu kişilerin ön koluna steril iğne batırılarak paterji (9) testi yapılmıştır.

Paterji testi sonuçları, değerlendirme hatalarını önlemek amacıyla çalışma süresince görevlendirilmiş iki uzman hekim tarafından 48 saat sonra okunmuştur. Anket formunda, O'Duffy (5) tarafından ortaya konmuş beş tanı kriterinden «aftöz stomatit» ve «genital ülserasyon» sorulmuştur. Bu aşamada «aftöz stomatit» ve/veya «genital ülserasyon» ile birlikte paterji testi pozitif görülenler «şüpheli» olarak tanımlanmışlardır.

İkinci aşamada, fakültemiz öğretim üye ve yardımcılarından oluşan bir grup tarafından bu kişilerin köylerine gidilerek ayrıntılı anamnezleri alınmış ve fizik muayeneleri yapılarak kesin tanı için ileri incelemeye gerek görülenler ayrılmıştır. Böylece ayrılanların ayrıntılı biyomikroskopik göz muayenesi ve HLA-B5 testini içeren klinik ve laboratuar incelemeler çalışmanın üçüncü aşaması olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Taramanın birinci aşamasında 4940 kişiye anket ve paterji testi uygulanmıştır. Bu kişilerden ancak 4347 sinin paterji sonucunu okutmak üzere Sağlık Merkezine gelmeleri sağlanabilmiştir. Bunlar arasında «aftöz stomatit» ve/veya «genital ülserasyon» ile birlikte paterji sonucu pozitif olan 317 kişiden ayrıntılı anamnez alınmış, ve fizik muayeneleri beş uzman hekim tarafından beraberce yapılmıştır.

İkinci aşamada bu kişiler arasından 18 i için ileri incelemelere gerek görülmüştür. Üçüncü aşamada kesin Behçet hastalığı tanısı konanların sayısı 4 olup bunlardan biri fakültemiz «Behçet» polikliniğinin eski hastasıdır. Verilerimize göre bölgede yaşayan on yaşın üzerindeki kişiler arasında Behçet hastalığı sıklığı 0,0009 dur.

TARTIŞMA

Uzun yıllardan beri Behçet hastalığının laboratuar verilerine dayalı tanı kriterlerinin bulunmaması bir sorun olagelmiştir. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar klinik belirtiler yanında bazı laboratuar bulgularının da tanı için kullanılabileceğini göstermiştir. Bilindiği gibi Behçet hastaları arasında en sık görülen klinik belirtiler aftöz-stomatit, genital ülserasyon, dermal vaskülit, artrit (artralji) ve üveitdir. O'Duffy'ye göre hastanın muayenesinde veya anamnezinin incelenmesinde bu kriterlerden ilk ikisinden en az biri pozitif olmak kaydıyla üç kriterin birlikte bulunması tanı için yeterlidir (5). Fakültemizdeki Behçet polikliniğinde bugüne kadar izlenen 143 Behçet hastasında bu kriterlerin dağı-

lımı incelendiğinde aftöz-stomatit hastaların %100 ünde, genital ülserasyon %87 sinde, dermal vaskülit %85 inde, artrit ve üveitis %54 ünde mevcut olduğu görülmüştür (13). Öte yandan nonspesifik aşırı deri duyarlılığını gösteren paterji testinin ülkemizdeki Behçet'li hastaların %90 ında pozitif olduğu (10) ve bu hastalıkta paterji testinin duyarlılığının %84 özgüllülüğünün %97 olduğu saptanmıştır (10, 11). Yazıcı ve arkadaşları Türkiye'deki bir grup Behçet hastası arasında HLA-B5 sıklığını yüksek olarak bulmuşlardır (12). Aynı araştırıcılar laboratuar bulgusu olarak nonspesifik aşırı deri duyarlılığı ile HLA-B5 testlerinin kesin tanıda beraberce kullanılabileceğini göstermişlerdir (10). Bu çalışmada Behçetli hastaların %84 ünde HLA-B5 (pozitif, %82 sinde paterji testinin pozitif olduğu, her iki testin birden negatif olduğu hiç bir olguya rastlanmadığı bildirilmektedir. Çalışmada verilen sayılara göre HLA-B5 testinin duyarlılığı %84 özgüllüğü ise %73 dür. Sözünü ettiğimiz bu iki testten HLA-B5 pahalılığı, uygulama güçlüğü ve özgüllülüğünün paterji testine göre düşük olması nedeniyle geniş bir kitlenin incelendiği çalışmamızın birinci aşamasında tarama yöntemi olarak seçilmemiştir. Bunun tersine uygulaması kolay, ucuz ve özgüllüğü daha yüksek olan «paterji» testi ile beraber O'Duffy'nin tanı yöntemini oluşturan ve duyarlılıkları sırasıyla %100, %87 bulunan «aftöz stomatit» ve «genital ülserasyon» tarama yöntemi olarak kullanılmıştır. Seçilen testlerin yüksek duyarlılıkları düşünülürse, çalışmamızda hiç bir Behçet'li olgunun gözden kaçırılmadığı varsayılabilir. Diğer yandan gerek anket formunun gerekse paterji testinin non-kalifiye personel tarafndan rahatça uygulanabilmesi «geniş kitlelerin tarama yöntemlerinde aranan bütün niteliklere sahiptir. Gerçekten de taramanın ilk aşamasındaki 4347 kişinin ancak 0.07 sinin uzmanlarca incelenmesi gerekmiştir.

Taramanın üçüncü aşamasının ileri ve pahalı laboratuar tekniklerine dayalı olması nedeni ile gerçekleşmesi zor ve büyük kitlelere uygulanması olanaksızdır. Çalışmanın ikinci aşamasında «ayrıntılı anamnez», «fizik muayene» ile O'Duffy tanı kriterinin anket formu ile saptanamayan diğer koşulları araştırılarak üçüncü aşamada incelenecek kişi sayısı 317 den 18 gibi küçük bir sayıya indirilmiştir. Böylece incelenen populasyonun ilk iki aşama ile ancak 0.004 ü ileri klinik ve laboratuar muayeneler için ayrılmıştır. Behçet hastalığı konusunda geniş kitlelerin kısa zamanda güvenilir bir şekilde taranmasında, gerek kalifiye insan gücünü gerekse laboratuar masraflarını minimuma indirmesi açısından, çalışmamızda kullanılan bu üç aşamalı yöntemin «alan» araştırmalarında uygun bir yol olduğu söylenebilir.

Behçet hastalığının gelişmesinde çevre faktörlerinin etkili olduğu yalundaki hipotezlerin (4) kanıtlanabilmesi için uygun bir tarama yöntemi geliştirilerek geniş kitlelerde tarama çalışmalarıyla bu faktörlerin incelenmesi gereği de açıktır. Aynı şekilde hastalığın sıklığının coğrafi bölgelere göre değişmesi varsayımı da (7) ancak «alan» çalışmalarıyla saptanabilir. Ayrıca hastalığın heredo-familyal özelliği çok sayıda ailede, hasta yanında, ailenin «şüpheli» olan diğer bireylerinin de incelenmesi ile ortaya konabilir.

Taramamızda Fener Sağlık Ocağı yöresinde Behçet hastalığı sıklığını 0.0009 olarak saptadık. Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletlerinin Minesota eyaletinde insidens'in yılda üçyüz binde bir, Japonya'da ülke çapında prevelans'ın yüzbinde 7 ilâ yüz binde 8,5 arasında olduğu hastane kayıtlarına dayanılarak yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (8). Bu veriler çalışmamızdan elde ettiğimiz sıklık ile karşılaştırılırsa ilk bakışta hastalığın ülkemizin sadece Silivri yöresinde bile çok daha yaygın olduğu düşünülebilir. Oysa bu fark büyük bir olaslıkla tarama yöntemlerinin farklılığından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda da hastahane kayıtlarına dayalı benzer bir yöntem izlenseydi, Fener Sağlık Ocağı yöresinde de «Behçet» hastalığı prevelansı 0.0002 olarak bulunacaktı. Bu sonuçlar «Behçet» hastalığı gibi az tanınan hastalıkların gerçek sıklıklarının ancak «alan» çalışmalarıyla ortaya konabileceğini kanıtlamaktadır.

Öte yandan, geniş «alan» çalışmaları büyük parasal ve insan gücü kaynaklarını gerektirdiğinden gerçekleştirilmesi güç olan çalışmalardır. Araştırmamızın planlanmasından değerlendirilmesine kadar geçen her taramada öğrencilerimizin katkıları, bu tür alan çalışmalarının gerçekleştirilmesinre insan gücü sorununa öğrenci potansiyelinin bir ölçüde çözüm getirebileceğini açıkça ortaya koymuştur.

KAYNAKLAR

1. **Andaç, K., Pamukçu, K, Ergüllü, H.:** İki ayrı ailenin değişik fertlerinde görülen Behçet hastalığı vak'aları. Uluslararası Behçet Hastalığı Simpozyumu, Bildiri Özetleri, S. 23, Sermet Matbaası, İstanbul, 1977.

2. **Demirhindi, O., Binyıldız, P., Dayıoğlu, N., Akıncı, T., Or, H.:** Silivri-Fener köyü ve yöresinin konut koşulları açısından incelenmesi. Türk Toplum Hekimliği Simpozyumu, 1980.

3. **Hori, Y., Miyazawa, M., Ishikawa, S., Nishiyama, S.:** Behçet hastalığında dokuların ultrastrüktürel X ışın mikro analizi. Uluslararası Behçet Hastalığı Simpozyumu Bildiri Özetleri, S. 7, Sermet Matbaası, İstanbul, 1977.

4. **Nishiyama, S., Murakami, M., Hori, Y.:** Behçet hastalığında organik klorürün etyoloji yönü. Uluslararası Behçet Hastalığı Simpozyumu Bildiri Özetleri, S. 5, Sermet Matbaası, İstanbul, 1977.

5. **O'Duffy, J.D.:** Suggested criteria for diagnosis of Behçet's Disease Book of Abstracts VI. Pan American Congress on Rheumatic Disease, Toronto, Canada, p. 18, 1974.

6. **Saylan, T., Urgancıoğlu, M., Akarçay, M., Bozan, G.:** Behçet hastalığı bulguları hakkında. Uluslararası Behçet Hastalığı Simpozyumu, Bildiri Özetleri, S. 21, Sermet Matbaası, İstanbul, 1977.

7. **Shimizu, T.:** Behçet hastalığında klinikopatolojik çalışmalar. Uluslararası Behçet Hastalığı Simpozyumu, Bildiri Özetleri, S. 1, Sermet Matbaası, İstanbul, 1977.

8. **Shimizu, T., Ehrlich, G.E., İnaha, G., Hayashi, K.:** Behçet Disease Seminars in Arthritis and Rheumatism, 3: 223, 1979.

9. **Sobel, J.D., Haim, S., Shafrir, A., et al.:** Cutaneous hyperractivity in Behçet's disease. Dermatological, 146: 350, 1973.

10. **Yazıcı, H., Tüzün, Y., Pazarlı, H., Yalçın, B., Yurdakul, S., Müftüoğlu, A.:** The combined use of HLA-B5 and the pathergy test as Diagnostic aMrkers of Behçet's Disease in Turkey. J. Rheumatol. 7: 206, 1960.

11. **Tüzün, Y., Yazıcı, H., Pazarlı, H., Yalçın, B., Yurdakul, S., Müftüoğlu, A.:** The usefulness of the nonspecific Skin Hyperractivity (The Pathergy Test) in Behçet's Disease, in Turkey. Acta Derm. Venerol. 59: 77, 1979.

12. **Yazıcı, H., Akokan, G., Yalçın, B., Müftüoğlu, A.:** The high prevalance of HLA-B5 in Behçet's Disease. Clin. Exp. Immunol. 30: 259, 1977.

13. **Yurdakul, S.:** Behçet hastalığında eklem tutulması. Uzmanlık Tezi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 1980.

KORUYUCU DİŞHEKİMLİĞİN ÇALIŞMA ALANLARI

Prof.Dr. Sıtkı VELİCANGİL, As.Dr. İnci OKTAY, As.Dr. Gülçin SAYDAM *

Dişhekimliğinin tedavi alanındaki çeşitli hastalıklar arasında özellikle diş çürükleri ve periodontal hastalıklar birey ve toplumlarda çok yaygın olarak görülmektedir. Bu iki hastalığın prevalans hızları gerek soyo-ekeonomik düzeyi yüksek ve dişhekimliği uygulamalarında kullandıkları materyal ve gereçler gelişmiş ülkelerde ve gerekse tedavi olanakları ve gereçleri kısıtlı, gelişmekte olan ülkelerde aynı şekilde yüksek olarak bulunmaktadır. Bu konuda yapılmış olan araştırmaların istatistiksel sonuçları bu gerçeği açıkça ortaya koymaktadır.

Bir araştırmaya göre, 18-24 yaş grubundaki Amerika'lıların %79'u çeşitli tipte periodontal hastalığa sahip iken, bu değer 65-75 yaş grubunda %94,4 yükselmektedir. Bu ülkede 40 yaşından sonra diş kaybının %65'i periodontal hastalıklar yüzünden olmaktadır (1).

Aynı hastalık, Hindistan'da da %66,3 oranında diş kaybına neden olmaktadır (2).

Ülkemizde de bu hastalıklar diğer ülkelere benzer dağılım göstermektedir. Örneğin, Erzurum yöresinde yapılan bir araştırmada periodontal hastalık prevalans hızı kadınlarda %69,4, erkeklerde %69 olarak bulunmuştur (3).

Ağız-diş hastalıkları arasındaki en yaygın iki hastalıktan diğeri olan diş çürükleri de toplumları giderek artan bir hızla tutmakta ve ülke ekonomilerinin yüklendiği tedavi giderleri büyük boyutlara ulaşmaktadır.

U.S.A. ordusunda yapılan bir araştırmada, orduya başvuran her 100 aday için 500 tedavi işlemi, 80 çekim ve 25 protez gerekmektedir (1).

Bu ülkede, 1972 yılında ağız-diş hastalıklarının tedavisi için 5 milyon dolar harcanmış, başka bir ifadeyle, yıllık sağlık giderlerinin %9 u ağız-diş hastalıklarının tedavilerine ayrılmıştır (4).

Oysa aşağıdaki değerlerden görüleceği gibi bu ekonomik yükler giderek artacaktır :

Örneğin : Fransa'da bir araştırmada kişi başına düşen çürük sayısı (DMF /P) 13-50 yaş grubunda 13,75, bir diğer aratırmada 16,95 olarak saptanmıştır (5). Aynı değer ülkemizde, daha genç yaşlarda 7-15 yaş grubunda 3,36 (6),

* İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü

diğer bir araştırmada 15-19 yaş grubunda 3,23 olarak saptanırken, çürük prevalans hızı da %93 olarak bulunmuştur (7).

Periodontal hastalık ve diş çürüklerinin toplumları bu ölçülerde etkilemesi, bu hastalıkların tedavilerinin ülke ekonomilerine ve bireylere getirdiği yük, tedavinin daha çok tedavi gerektirdiği gerçeği ve nihayet, dişlerin ve destek dokularının yaşam boyu sağlıklı kalabileceğinin kanıtlanması, günümüzde koruyucu dişhekimlik anlayışının ve uygulamalarının ağırlık kazanmasına neden olmaktadır.

Artık pekçok ülke, ağız-diş hastalıklarının çözümüne koruyucu dişhekimliği anlayışı ile yaklaşmaya başlamış ve çeşitli aşamada önlemler alarak bu hastalıkların toplumlarda oluşma ve görülme hızlarını azaltma yolunu seçmiştir.

Dişhekimliğinde koruyucu uygulamalar 3 aşamada alınabilir: Birinci aşamada hastalığın ana etyolojik faktörü ortadan kaldırılarak hastalığın ortaya çıkışı önlenir.

İkinci aşamada ise, birinci grup önlemlerin başarılı yada yeterli olamadığı hallerde, en erken devrede tanı koyarak ilerlemenin önlenmesine çalışılır.

Bunlar başarılamadığında, eksik dişlerin yerlerine protez yapılarak işlev ve estetik eksiklik giderilir.

Görüldüğü gibi koruyucu uygulamalar, dişhekimliğinin her işleminde yer almaktadır ve koruyucu dişhekimliği tüm hizmet aşamalarına yayılmış bir anlayıştır.

Bu anlayışın genel çerçevesi içinde çürük oluşumunun önlenmesiyle ilgili olarak çeşitli uygulamalar ve araştırmalar sürekli geliştirilmektedir. Bunlar arasında dişlerin çiğneyici yüzeyindeki fissürlerin örtülmesi ve bazı eser elementlerin etkilerinin değerlendirilmesi gibi henüz gelişmekte olan yöntemlerin yanısıra, geniş bir kullanım alanına sahip olduğumuz fluor uygulamalarını görüyoruz. Fluor, artık koruyucu dişhekimliği pratiklerinde içme suyu tesislerine katılarak, dişhekimleri tarafından dişlere atuşman şeklinde uygulanarak, ağız gargarası ve diş macunlarının içinde ve tabletler halinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bunların yanısıra çürükle mücadelede en sık kullanılan yöntem olan, diş fırçalama, özellikle bakteri plağı adı verilen, dişler üzerindeki organize bakteri tabakasının ortaya çıkarılması ile daha bilinçli olarak uygulamaya konulmuştur. Fırçalamaya ek olarak «floss» adı verilen iplikler ve dişlerin bakteri plağından temizlenmesine yardımcı olmaktadır.

Periodontal hastalıkta ise en önemli etken çürük oluşumundaki etkisini yukarıda açıkladığımız ve dişeti bağ dokusunu haraplayan enzimleri açığa çıkaran, mikroorganizmalardan oluşan bakteri plağıdır. Yine ilk aşamadaki önlemler içinde çürükle mücadelede olduğu gibi, bu plağın di şve dişetlerinden kaldırılması başta gelmektedir. Bu amaçla, gözle görülmeyen bakteri plağını ortaya çıkarıcı

maddelerle boyayarak, hastalara anlatmak ve uygun fırçalama yöntemine ek olarak özel ilpiklerle diş ve dişetleri üzerinden uzaklaştırılmasını sağlamak birinci aşamadaki önlemlerin içinde yer alır. Görüldüğü gibi çürük ve periodontal hastalıkların önlenmesi için bu hastalıkların etyolojik faktörlerine yöneltilmiş önlemler ancak dişhekimi kliniğine gidebilen kişilerin yararlanabileceği uygulamalardır. Gelişmekte olan ülkelerde bu olanaklardan yararlanacak kişi sayısı, sağlık eğitimindeki yetersizlikler ve ekonomik nedenlerle toplum sağlığı açısından istediğimiz amaca ulaşmak için yeterli değildilr.

Bu açıdan, daha ekonomik yöntemlerden faydalanmak ve bu yönde yöntemler geliştirmek gereği açıkça ortaya çıkmaktadır.

Şu aşamada ülkemizde, çürük açısından, etkinliği bilinen fluorun, tüm ülkede tüketilen bir besin maddesi olan tuza karıştırılma olanağı araştırılabilir. Çünkü, su tesislerimiz içme suyu içinde fluor uygulaması için her bölgede yeterli teknik niteliğe sahip değildir.

Periodontal hastalık için ise henüz bu denli etkin ve yaygın olarak kullanılabilecek bir yöntem yoktur. Ancak iletişim araçları kullanılarak yapılacak ağız diş sağlığı eğitiminin yanı sıra okullarda hem öğretmenler hem de öğrenciler için uygulanacak ağız diş sağlığı eğitimi mutlaka sorunların azalmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Kirsch, S., Coleton, S.:** The role of the physician in the prevention of periodontal disease, Preevntive Med. 5/3: 347-359, 1976.

2. **Mac Phee, T., Cowley, G.:** Essentials of periodontology and periodontics, 2nd edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1975, içinde S. 273.

3. **Oktay, C.:** Periodontal hastalıkların Erzurum yöresindeki prevalansları ve bunlara tesir eden faktörler İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Derg. (İstanbul), 9/1: 5-27, 1975.

4. **Peacock, P.B., Gelman, A.C., Lutins, A.T.:** Special Report: Preventive health Care Strategies for health maintenance organizations, Preventive Med. 4/2: 183-225, 1975.

5. **Papillard, C.:** Etude épidemiologique de la Carie Dentaire, Actual, odontostomatol, 83: 359-367, 1968.

6. **Gülhan, A., İzbul, N.:** 7-15 yaşlar arasındaki ilk ve ortaokul çağındaki çocuklarda ağız hijyeni ve çürük frekansı arasındaki ilişkiler. İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Derg. (İstanbul) 8: 156-165, 1974.

7. **Velicangil, S., Güray, Ö., Oktay, İ., Öcalan, G.:** İstanbul Yakınında bir köyde ağız-diş sağlığının incelenmesi, İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Derg. (İstanbul) 11/4: 297-309, 1977.

İZMİR ÇOCUK HASTAHANESİ DİŞ KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURU NEDENLERİ VE GEREKLİ SAĞITIMI İLE VERİLEN HİZMETİN NİTELİKSEL VE NİCELİKSEL KARŞILAŞTIRMASI

Dr. Levent ÖZSES *

GİRİŞ ve AMAÇ

Ağız, diş ve çevre dokularının hastalıkları günümüz Türkiye'sinde en sık görülen hastalıklardandır. Türkiye'de her 100 kişiden 74 ünde periodontal hastalık olduğu (3) ve diş çürüklerinin hemen her yerde çok geniş bir kitleyi etkilediği (2) saptanmıştır.

Alfred Grotjahn'ın (1869-1931) «En önemli hastalıklar bir toplumda en çok öldüren, en sık görülen en çok sakat bırakan hastalıklardır» (1) şeklindeki saptamasını göz önüne aldığımızda ağız ve diş sağlığına vermemiz gereken önem ortaya çıkacaktr.

Oysa Türkiye'de diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin de yeterliliği tartışma konusudur. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin açıklığa kavuştuğu günümüzde ağız diş sağlığı alanındaki koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin açıklığa kavuştuğu günümüzde ağız diş sağlığı alanındaki koruyucu çalışmalar, özellikle 0-12 yaş grubu çocuklara yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır.

Araştırmalarımızın amacı genel olarak,

1 — İzmir çocuk hastahanesi diş kliniğine başvuran hastaların ve ailelerinin eğitim durumlarını ve ekonomik durumlarını saptamak,

2 — Hastaların başvuru nedenlerini araştırmak,

3 — Hastaların hastahanede yapılmasını diledikleri sağıtımı ortaya koymak, bunu yapılması gerekli sağıtımla karşılaştırıp hastaların ağız diş sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini araştırmak,

4 — Hastalarda yapılması gerekli olan sağıtım ile hastanede yapılabilen sağıtımı karşılaştırarak çocuk hastalarına bu alanda verilen sağlık hizmetinin niteliğini araştırmak.

---

* İzmir Tabib Odası Ağız-Diş Sağlığı grubu adına.

ARAÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma SSYB İzmir Çocuk Hastanesi Diş Kliniğine Mart 1980 de çeşitli yakınmalarla başvuran 439 çocuk hasta üzerinde yapılmıştır.

Araştırma sırasında başvuran hastaların ağız içi incelemeleri muyene takımı kullanılarak yapılmış ve bulgular önceden hazırlanan anket formlarına işlenmiştir.

Anket hastaların ve hizmetin niteliklerini belirtecek tarzda dört bölümden oluştu :

I. Bölümde hastaların sosyal, ekonomik ve kültürel durumlarını belirtecek sorular yer aldı.

II. Bölümdeki sorular hastaların başvuru nedenleriyle hastanede yapılmasını sını istedikleri sağıtımı diş hekimliğinin çeşitli yönleri ile (Cerrahi, tedavi, ortodonti, priodontoloji) saptamaya yönelikti.

III. Bölümde hastanın gereksinmesi olan sağıtım,

IV. Bölümde ise hastanede verilen hizmetin niteliğini araştırmaya yönelikti.

Araştırmanın objektifliği sağlamak üzere hastalar iki kez muayene edildi. I. muayene sırasında I, I, ve III bölümlerdeki sorular yanıtlandı. IV bölümdeki sorular yanıtlanmadan önce önce hastaya klinikte çalışan diş hekimlerince yapılacak müdahale beklendi. Bu sorular diş hekiminin müdahalesinden sonra hasta kliniği terketmeden önce yanıtlandı.

Araştırma sırasında ilk geliş sırasında işlemleri tamamlanmayan hastalar 1 ay süre ile izlenerek sağıltımlarını sürdüren olgulara uygulanan işlemler anket formlarına kaydedildi.

Araştırma E.Ü. Elektronik hesap bilimleri merkezinde değerlendirilerek sonuçlar elde edildi.

BULGULAR

439 olgu üzerinde yapılan araştırmada kız ve erkek deneklerin cinsiyet durumu Tablo 1 de gösterilmiştir.

Olguların yaşlarına göre yapılan değerlendirmede baş vuran hastaların %54 ünün 8-10 yaş arasında olduğu görüldü (Tablo 2).

Tablo 1 : Hastalarda Cinsiyet Dağılımı

	Sayı	%
Erkek	232	52.84
Kız	202	46.01
Yanıtsız	5	1.1
Toplam	439	100

Tablo 2 : Anne Mesleği Dağılımı

	Sayı	%
Serbest	6	1.36
Memur	19	4.32
İşçi	30	6.83
Ev kadını	378	86.10
Diğer	4	0.91
Yanıtsız	2	
Toplam	439	100

Olguların anne ve babalarının meslek durumları incelendiğinde annelerin %86.10 unun ev kadını, babalarının %41.4 ünün işçi olduğu görüldü (Tablo 3-4).

Tablo 3: Olguların Yaş Dağılımı

	Sayı	%
...5	7	1.62
6	39	9.03
7	49	11.34
8	84	19.44
9	87	20.14
10	77	17.82
11	47	10.88
12	21	4.86
13	21	4.86
Yanıtsız	7	1.62
Toplam	439	100

Tablo 4: Baba Mesleği Dağılımı

	Sayı	%
Sanayici		
Tüccar	5	1.1
Büyük Top. Sahibi		
Küçük çiftçi		
Toprak işçisi	6	1.3
Yük.Der. Memur	—	—
Memur	69	1.5,7
Subay	1	0,22
Serbest meslek	5	1.1
İşçi	182	41.4
Esnaf ve Sanatkâr	164	37.3
Diğer	7	1.6
Toplam	439	100

Annelerin %46 sının öğrenimsiz %45.78 inin ilk okul mezunu olduğu babalarınsa %26.19 unun öğrenimsiz, %56.49 unun ilk okul mezunu oldukları saptandı (Tablo 5). Anne ve babalar içinde yüksek öğrenim görmüş olanların sırası ile %0.91 ve %1.59 olduğu görüldü.

Tablo 5: Anne ve Babanın Eğitim Durumu

	Baba Eğitimi		Anne Eğitimi	
	Sayı	%	Sayı	%
Yok	115	26.18	202	46.01
İlkokul	248	56.49	201	45.78
Ortaokul	34	7.74	15	3.41
Lise ve dengi	33	7.51	15	3.41
Yüksek	7	1.59	4	0.91
Yanıtsız	2	0.45	2	0.45
Toplam	439	100	439	100

Deneklerin baş vuru nedenleri incelendiğinde, baş vuran hastaların %64,69 unun ağrı şikâyeti sonucu hastaneye baş vurduğu saptandı (Tablo 6).

Olgularda süt dişlerinde %91.3 çekim ve %8.6 endodontik sağıtım gereği, sürekli dişlerde %91.5 çekim ve %4.8 endodontik sağıtım isteği saptandı (Tablo 7). Aynı hastaların periodontolojik istekleri %3.41, ortodontik yöndeki istekleri %4,32 idi (Tablo 8 a-b).

Tablo 6 : Olguların Başvuru Nedenleri

	Sayı	%
Ağrı yakınması	284	64.69
Ağrısız çürük	33	7.51
Abse	28	6.37
Kontrol amacı ile	21	4.78
Öneri üzerine	23	5.23
Ortodontik yakınma	23	5.23
Dişeti yakınmaları	5	1.13
Diğer	—	—
Yanıtsız	22	5.1
Toplam	439	100

Tablo 7 : Hastanın İstediği Sağıtım

	Sürekli dişlerde		Süt dişlerinde	
	Sayı	%	Sayı	%
Çekim İsteği	116	91.3	374	95.1
Endodontik Sağıtım İsteği	11	8.6	19	4.8
Toplam	127	100	393	100

Tablo 8-a : Hastaların periodontal İstemleri

	Sayı	%
Var	15	3.41
Yok	421	95.89
Yanıtsız	3	0.68
Toplam	439	100

Tablo 8-b : Hastaların Ortodontik İstemleri

	Sayı	%
Var	19	4.32
Yok	414	94.30
Yanıtsız	6	1.36
Toplam	439	100

Araştırmanın bir diğer yönü hastaların ağız diş sağlığı yönünden gerçek durumlarının saptanmasına yönelikti. Süt ve sürekli dişlerdeki gerçek durumlar Tablo 9 da gösterilmiştir. Periodontolojik incelemede %55.80 oranda dişetlerinde hiperemi ve %53.30 unda yumuşak eklentilerin varlığı saptandı (Tablo 10-11).

Tablo 9 : Süt ve Sürekli Dişlerdeki Gerçek Durum

	Süt dişlerinde		Sürekli dişlerde	
	Sayı	%	Sayı	%
Derin çürük	1114	63.58	230	39.72
Yüzeyel çürük	444	25.34	334	57.69
Kuron harabiyeti	183	16.45	17	2.94
Dolgulu diş	6	0.34	4	0.69
Periapikal enfeksiyon	5	0.29		
Travma			1	0.17
Toplam	1752	100	579	100

Tablo 10 : Dişetlerinin Durumu

	Sayı	%
Sağlıklı	190	43.28
Hiperemik	245	55.80
Hiperplazik	2	0.45
Yanıtsız	2	0.45
Toplam	439	100

Tablo 11 : Yumuşak Eklentiler

	Sayı	%
Var	234	53.30
Yok	204	46.46
Yanıtsız	1	0.22
Toplam	439	100

Yukarıda belirlenen gereksinimlere karşılık hastanede yapılan süt ve sürekli dişlerdeki sağıltımla periodontolojik ve ortodontik olarak yapılanlar belirlendi (Tablo 12,13,14) bu işlemlerde ağırlığın diş çekiminde olduğu (Süt dişlerinde %33, sürekli dişlerde %11.7. Buna karşın hiç bir girişimde bulunulmayan çocukların dişlerinin Süt dişlerinde %66.6, Süreklilerde %87.3 olduğu, periodontolojik ve orta alanda yapılanlarınsa toplam (%3.88 ve %1.8) olduğu saptandı.

Tablo 12 : Süt dişleri ve Sürekli dişler için hastanede yapılanlar

	Süt dişlerinde		Sürekli dişlerde		Toplam	
Çekim	629	33	69	11.7	698	28
Dolgu	6	0.3	5	0.8	11	0,4
Rezeksiyon			—			
Gömük diş operasyonu			—			
Hiçbir şey	1269	66.6	512	87.3	17.81	71.52
Toplam	1904	100	586	100	2490	100

Tablo 13: Hastaların ortodontik durumları

	Sayı	%
Çapraşıklık	83	18.90
Çene darlığı	14	3.18
Prognati	54	12.30
Beans	49	11.16
Üst ileri itim	29	6.60
Normal	207	47.15
Yanıtsız	3	0.68
Toplam	439	100

Toblo 14: Yapılan Periodontal İşlemler

	Sayı	%
Detartraj	4	0.91
Dişeti Operasyonu	9	2.09
Diğer	4	0.91
Hiçbir şey	422	96.12
Yanıtsız	—	—
Toplam	439	100

TARTIŞMA

Olguların büyük çoğunluğunun ağrı yakınması (64.69) ve abse (%6.37) gibi diş hekimine gitmeyi zorunlu kılan nedenler sonucu hastaneye başvurması ve yapılmasını isledikleri sağıtım yöntemleri ile gereksinimleri olan sağıtımların karşılaştırılması çocukların ve ebeveynlerinin ağız diş sağlığı alanındaki bilinç yetersizliklerini düşündürmektedir. Bu durum ailenin eğitim ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir. Ankara ilinin Çankaya ve Altındağ ilçesindeki iki ilkokulda yapılan bir araştırmada (2) da başvuru nedenleri ile ailenin sosyo-ekonomik durumunun ilgili olduğu saptanmıştır.

Olguların büyük bir bölümü sadece kendilerini o anda rahatsız eden dişin çekimini istemiştir (Süt dişlerinde %91.3, sürekli dişlerde %95.1). Büyük oranda gereksinimleri olduğu halde başvuru nedenlerinin yalnızca sınırlı sayıdaki çekim isteği ile kalmasında bizlere olguların ve ebeveynlerin diğer sağıtım yöntemleri konusundaki bilgisizliklerini göstermiştir.

Tablo (12) de görüldüğü gibi derin ve yüzeyel çürüklü, cron harabiyeti ve periapical ef.lu dişlerin toplam %28 i çekilmiş, %0,4 üne dolgu yapılmıştır, geri kalan %71,52 dişte ise yapılması gereken işlemler yapılmamıştır. Ayrıca hastahanede yapılabilen sağıtım yöntemlerinin %88 çekim olması ve erken süt dişi çekimlerinden sonra yer tutucuların yapılmaması (Tablo 15) hastanede verilen hizmetin koruyucu hizmet niteliğinden yoksun olduğunu gösteriyor. Ortodontik ve periodontolojik gereksinimlerin oldukça fazla olmasına karşın hastanede cerrahi, tedavi, ortodonti ve periodontoloji alanlarında verilen hizmetin düşük düzeyde olması İzmir Çocuk hastanesinde verilen ağız-diş sağlığı hizmetinin yetersizliğini gösterdi.

Tablo 15: Hastaya yapılan ortodontik işlemler

	Sayı	%
Yer tutucu	1	0.22
Kanin Distalizasyonu	1	0.22
Eğik düzlemli plak	—	0.22
Vestibul plak	—	
Seri çekim	4	0.91
Diğer	2	0.45
Hiçbir şey	422	96.12
Yanıtsız	9	2.05
Toplam	439	100

SONUÇ ve ÖNERİLER

— İzmir Çocuk Hastanesi Diş Kliniğine baş vuran hastaların sosyal, ekonomik ve kültürel yönden yeterli düzeyde olmadıkları göze çarptı.
— Hastaların ve ebeveynlerinin ağız-diş sağlığı alanındaki bilgisizlikleri ve bu durumun onların yeterli sağlık hizmetini istemelerini engellediği saptandı.
— Hastanede yapılan tedavilerin olguların gerçek gereksinimlerini karşılamaktan çok uzak olduğu saptandı.
— Hastanede sunulan hizmet daha çok diş çekimidir. Erken çekilen süt dişlerinden sonra yer tutucuların yapılmaması, özellikle yüzeyel çürüklere dolgu yapılmayıp müdahale edilmemesi yada çekim yolunun seçilmesi hastanedeki hizmetlerin koruyucu hekimlik anlayışından kopuk olduğunu göstermektedir.

ÖNERİLERİMİZ

Toplumun özellikle okul çocuklarının ve ailelerinin sağlık eğitimine özen gösterilmelidir.

— Hastanede verilen hizmetin niteliği yükseltilerek kapasitesi arttırılmalıdır.

— Hastanede verilen hizmetin yetersizliğinin nedenleri araştırılarak yeni öneriler geliştirilmelidir.

— Ağız-Diş sağlığı alanında koruyucu hizmetlere ağırlık verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. **Hobson, W.:** The Theory and practice of public health (Oxford University Press) 1965.

2. **Kum, E., Bas, S., Baser, G., Paçacı, K.:** Ankara ilinin Çankaya ve Altındağ ilçelerinde iki ilkokuldaki V. sınıf öğrencilerinin ağız hijyenine ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulamaları, H.D.H.F. Dergisi Cilt: 1, Sayı: 2, Eylül 1977.

3. **Sandalı, P.:** **Periodontoloji,** Cilt I, Sayfa 181.

SAĞLIKTA YABANCILAŞMA VE ÖNLEMLER

*Dr. Erdal BEŞER**
*Dr. Yürük İYRİBOZ***

GİRİŞ

Örgütlenmenin toplum dinamiğiyle iç içeliği ve uyumu tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık örgütünde de verimli sonuçlar doğurmaktadır (1).

Toplum dinamiğinin sürekli canlılığı ancak toplumun örgüt kararlarına ve yönetimine aktif katılımıyla olasıdır. Katılım yokluğunda kuralsızlık yabancılaşma olgular söz konusu olmaktadır.

Tüm üretim ve tüketim ilişkilerinde demokratikleşmekten uzaklaşılması yabancılaşmayı koşullamaktadır.

Amerikalı sosyolog David Riesman'a göre «başkasınca yöneltilen kişi, oynadığı rollerin ard arda gelişinden başka şey değildir ve bundan ötürü kim olduğundan ve nereye yöneldiğinden şüphe eder» (2).

Marx'a göre ise «İnsan öz varlığını çalışmada bulan bir canlı türüdür. Fakat denetleyemediği iş sürecinde yer almak durumunda kalırsa ya da buna zorlanırsa bu özü kendisinden uzaklaştırılır» (3). Yine Marx'a göre «Yabancılaşma; ekonomik, dinsel, siyasyal ve tarihsel alanlarda çeşitli biçimlerde gerçekleşmişti. Örneğin insan insanı sömürerek kendisine yabancılaşmıştı, özel yararını düşünen birey, genel yararı düşünen yurttaş olarak kendisine yabancılaşmıştı, tarihi yapan insan yaptığı tarihin altında ezilerek kendisine yabancılaşmıştı, bir ürün meydana getirdikten sonra kendi ürününe tapmaya başlayan insan kendisine yabancılaşmıştı» (4). Sonuçta üretilenler kişinin karşısına bağımsız kuvvetler gibi çıkmakta, insanı insan eden emek, yabancılaşma sonucunda giderek onu köleleştirmektedir (5).

Durkheim'e göre «kurálsızlık (anomie), toplum kurallarının artık bireylerin davranışlarını yönlendirme gücünü yitirmesi durumudur» (6). Alkol, uyuşturucu madde kullanımının yaygınlığı, cinayet ve şiddet olaylarının sayısı, intihar oranı, fuhuşun yaygınlığı, kolluk kuvvetlerinin sayısı, mahkeme sayısı kuralsızlık göstergeleridir (7).

(*) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü Asistanı
(**) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü Profesörü

Örneğin A.B.D. de sadece randevu evlerinden, kumarhanelerden ve uyuşturucu madde satışlarından elde edilen yıllık hasılat, devlet bütçesinin dörtte birine eşittir (8).

Bu arada A.B.D. nin Taylorizm'in doruğunda olduğunu görmekteyiz (5). Taylorizm'in etkisi, ülkemiz dahil birçok ülkede kitle iletişim araçları ve reklamlar üzerinde görülebilmektedir. Taylor, halklara ve işçilere «Düşünce elle yapılan işin gücünü azaltır. Bundan dolayı size düşünmeyi yasak ediyoruz. Bu düzende düşünmeleri için başkalarına para verilmektedir». Yani onlar sizin yerinize düşünmektedir, demektedir (5). Sonuçta reklamlar vergi dışı bırakılmakta, reklamcılık adeta desteklenmektedir. Kişinin hangi giysiyi giyeceği, hangi çamaşır tozunu kulanacağı v.b. bilgiler hazır verilmekte, kişinin düşünmesine gerek kalmamaktadır. Dolayısıyla reklamlar yabancılaşmayı süratlendirmektedir.

Üretim ve tüketimin giderek artmasına karşın Fransa'da davranış bozuklukları ve sinir hastalıklarının altı yıllık bir dönem içinde artışının, eskisinin dört kat olduğu bilinmektedir. Burada sorumlu etken, düşünmenin ve sorumluluk duygusunun giderek azalması dolayısıyla kuralsızlık ve yabancılaşma olgularının söz konusu olmasıdır (8).

Ayrca Federal Almanya'da tatil öncesi zaman dilimine rastlayan dönemlerde psikiatrik hastalıkların ve intiharların artması ruh doktorlarının ilgisini çekmiştir. Sonuçta kişiyi robotlaştıran hatalı sanayileşme kitle iletişim araçları ile reklamların düşünmeyi inhibe edici özellikleri etken olarak belirlenmiştir (9). Çalışma döneminde kişinin ne yapması, ne yapmaması gerektiği belirlenmişken, tatil dönminde, tatilini nasıl geçireceğini bile kişi düşünememekte, kendisini boşlukta hissetmekte, güçsüzleşmekte ve bunalıma düşmektedir.

Yabancılaştığını, hiçleştiğini sezinleyip de bundan kurtulma yöntemlerini saptayamayanlar, yabancılaşma sendromları denen dayanılmaz bir zavallılık, korku ve güçsüzlük duygusu içine düşmektedirler (8).

Seeman, (1959) yabancılaşmanın beş ayrı boyutunu şöyle belirtmiştir : 1. Güçsüzlük, 2. Anlamsızlık, 3. Kuralsızlık, 4. Tecrit olgusu, 5. Kendisinden uzaklaşma (10).

Bu açıklamalardan şu sonuca varılabilir: Bireyin kendisi ile ilgili yaşam boyutlarına, sürekli ve etkin olarak katılamadığı durumlarda, duygu, düşünce ve davranışlarında meydana gelen çöküntü ve olumsuz değişimlerin tümüne yabancılaşma denir.

YABANCILAŞMANIN SAĞITIMI

Yabancılaşmanın bilincine varmak ve insanı buna iten nedenlere karşı koymak, kuşkusuz çağımızın en önemli sorunlarındandır. Yabancılaşma sağıtımında ilk aşama kişinin yabancılaştığını farketmesidir (11).

Kendisi ve diğer insanların daha iyi yaşaması için çalışan kişi yabancılaşma sonucu kendi elleriyle kendisine karşı bir canavar ürettiğini görmelidir. Düşünce ve çalışma alanının daralmakta ve yozlaşmakta olduğunu farketmelidir (5).

Gerçekte, kişinin yabancılaşmadan kurtulması, kendisi, evreni ve tüm insanlığı kapsayan bir sorumluluk duygusu ile başlayacaktır (12).

Herkes toplumu ve kendisini ilgilendiren konularda sorumlu olduğunun bilincine varmalıdır. Çünkü sorumluluk duygusu daha çok düşünmeyi gerektirir. Dolayısıyla yabancılaşmanın azalmasına ve yok edilmesine doğru ilk adım atılmış olur (12).

Yabancılaşmayı azaltıcı ve önleyici diğer bir yöntem de grupların katılımıdır. Grupların katılımında iki veya daha fazla bireyin belli planların yapılmasında, belli kararların alınmasında ve belli işlerin görülmesinde birbirlerini etkilemesi söz konusudur (13).

Lewin, 2. Dünya Savaşı sırasında Kızılhaç etkinliklerinde gönüllü olarak çalışan kadınlar üzerinde anlatım ve katılım (tartışma) yöntemlerini kıyaslama amacı ile bir araştırma düzenlemişti. Etler ordu tarafından toplandığ için, büyük bir et kıtlığı söz konusu idi. 6 tane 15 er kişilik gruplar oluşturuldu. Bunlardan 3 gruba ucuz ve bulunması kolay etlerin besin ve vitamin değerleri, ekonomik oluşları hakkında, diyetisyenler tarafından ilginç konferanslar verildi. Diğer 3 grupta diyetisyenler direkt olarak konuyu anlatmamışlar, tüm grubun tartışarak et sorununu çözmesini sağlamışlar ve gerekli yerlerde sadece danışmanlık yapmışlardır. Sonuçta katılım grubu üyelerinden %32 sinin bu besin maddelerinden birini pişirdikleri, anlatım grubu üyelerinde ise bu oranın ancak %3 olduğu saptanmıştır (13).

Grupların katılımı yolunun, sağlık eğitimi dahil tüm eğitim sistemlerinde daha verimli sonuçlar vereceği ve yabancılaşmayı azaltacağı bilimsel bir gerçek olmuştur.

SAĞLIKTA YABANCILAŞMA

Bir ülkenin sağlık düzeyinde en önemli göstergelerinden olan Bebek Ölüm Hızı'nın ülkemizde binde 153, Ana Ölüm Hızı'nın onbinde 15 olduğunu bilmekteyiz (1979 verileri). Bu veriler istenen düzeyden 10 kat daha kötüdür.

Bir toplumun sağlık düzeyi, toplumun sosyoekonomik yapısıyla doğrudan ilişkilidir (14). Sosyo-ekonomik yapımıza ve ülke koşullarımıza en uygun sağlık örgütünün sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi olduğu bilimsel bir gerçektir. Ülkemizde sosyalizasyonun başarısızlığı ise toplum katkısından yoksun oluşuna bağlıdır (15).

Diğer yandan tam süre çalışma yasası ülke çapında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini hızlandıracak, hekimin halka, halkın hekime yabancılaşmasını önleyecek bir yasadır (15). Daha önce hekim, devletin vermesi gereken ücretleri halktan almakla, halkla karşı karşıya bırakılmış; hekimler halka, halk da hekimlere yabancılaştırılmıştır (16).

Bir üniversite profesörümüz, ülkemizde hekim açığından bahsediyor ve akademilere bağlı yeni tıp fakültelerinin açılması gerektiğini belirtiyor (17). Bu gerçek, üst düzeyde ve yönetici kadromuzdakilerin sosyo-ekonomik yapımıza ve sağlık hizmetlerimize yabancılaştıklarının basit bir örneğidir.

Gerçekte, ülkemizde yeterli sayıda doktor vardı. Birincil sağlık bakımı geliştirilip yaygınlaştırılacağı yerde hastane yapımının 5 yıllık kalkınma planlarının üzerinde gerçekleşmesi, politikacıların ve politikacıları yönlendiren halkın sağlık gereksinimine yabancılaşmış olduklarını göstermektedir. Halk tedavi hizmeti yani hastane istiyor. Sonuçta yöneticiler de hastane yapımına ivedilik veriyorlar (18). Seçmenlere daha iyisi izah edilecek yerde istekleri verilmekte; birçok küçük hastane açılmakta ama yeterli personel sağlanamamakta ve sonuçta kaynak israfı olmaktadır (19).

Örneğin bugün İsrail'de 380 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu oran dünyada en sık doktor dağılımıdır. Diğer yandan İsrail'de sağlık hizmetlerine ayrılan pay dünyada en yüksek düzeydedir. Fakat, Birincil sağlık bakımının yetersizliği ve halktan kopukluğu sonucu yapılmış birçok küçük hastaneye hekim bulunamamakta ve sonuçta hizmet aksamaktadır (18, 20).

Günümüz çağdaş hekimlik anlayışında, sağıtım ve koruma bir bütün olarak ele alınmakta, kişilere sadece hasta oldukları zaman bir hastanecilik hizmeti değil, tüm yaşamları boyunca sağlık hizmeti verilmesi temel bir kural olmuştur (21).

Sağlık örgütünün en az 20-30 yıl için planlanması ve önce toplumun fikirlerinin alınması gerekirken, ülkemizde bu nitelikte yok denecek kadar az örgüt olduğunu görmekteyiz (22, 23).

Bir yörede sağlık örgütü kurulurken, bakanlıkla temasa geçilmeden önce halkla temas edilmesi otörlerce önerilmektedir (24).

1957-58 yıllarında Mersin'de halk zorlanarak 87.000 hela yaptırılmış ama halk bunları kullanmamıştır (18). Gerçekte hela çukurunu kişi istekli olarak kendisi kazarsa helayı kulandığı, bakımını da kendisinin yaptığı bilinmektedir (24).

Diğer bir örnekte, Diyarbakır'ın bir köyünde resmi ebelere hiç bir doğumun yaptırılmamış olmasıdır. Yapılan sosyolojik araştırma ile yatarak doğum yapmanın geleneklere aykırılığı, oturarak doğum yapmanın tercih edildiği ortaya çıkarılmıştır (18).

Türkiye'de hergün 743 iş kazası olduğu, 5 işçi öldüğü, 13 işçinin sakatlandığı bilindiği halde, toplumun örgütlenmiş en bilinçli kesimi olan işçi sendikaları hâlâ kopan parmağı en iyi dikecek alet ve ekip peşinde koşmaktadır (15, 25). Bu ve benzeri gereksinime yabancılaşma örnekleri artırılabilir.

Ülkemizde görülen sağlıktaki yabancılaşmayı şöyle özetleyebiliriz:

1. Sağlık hizmeti verenlerin kendilerine yabancılaşmaları,
2. Sağlık hizmeti verenlerin hizmet alanlara yabancılaşmaları,
3. Sağlık hizmeti alanların hizmet verenlere yabancılaşmaları,
4. Sağlık hizmeti alanların gereksinimlerine yabancılaşmaları.

ÖNLEMLER

A) Eğitime Dayalı Önlemler :

1. Einstein'in belirlediği gibi «Okullarda kendi başına düşünme, karar verebilme ve sorumluluk duyabilmee öğretilmelidir» (27). Okullarda bu öze yönelik bir eğitimin verilmesi yabancılaşmayı büyük ölçüde önleyebilecektir.
2. Ayrıca öğrencilerin pratikle donatılmaları ilerde yabancılaşmalarını azaltacaktır (28).
3. Üniversite hastaneleri, çevre sağlık merkezleri ile birleşmelidir. Yoksa öğretimin özel ve nadir vakalarla sınırlanması tehlikesi vardır (29, 30). Konuya bu açıdan yaklaşıldığında Toplum Sağlığı Bölümleri, Üniversitelerin halka ve eğitime yabancılaşmalarını azaltmada yol gösterici olabileceklerdir.

B) Hizmet Öncesi Bölgenin Tanınması : Bir bölgede hizmet öncesi halkla temas edilmesi, nüfus yapısı ve sosyo-ekonomik gösterge tesbiti için araştırma yapılması, ileriye dönük hizmetin planlanması, önceliklerin tesbiti ve hizmet dinamiği için ön koşuldur (31, 32, 33). Toplumun temel değerleri daima önemle ele alınmalıdır (34). Bir toplumun sağlık gereksinimleri onların istemeleriyle bağdaştırılmalıdır (19, 35).

C) Reklamlara Yönelik Önlemler :
Halkı gereksinimlerine yabancılaştırıcı tüm reklamların kaldırılması çok yararlı bir önlem olacaktır.

D) Halkla İlişki :

1. a) Sağlıkla ilgili konularda halkın sorumluluk duygusu yüklenmesi sağlanmalıdır.
   b) Halk hizmet verenleri denetleyebilmelidir. Yalnız bunun için önce toplumun pasif katılımıyla eğitimi, sonra da aktif katılımıyla hizmeti yönlendirilmesi gerekir.

Sözü edilen bu 2 olgunun yabancılaşmayı yok edici özellikleri vardır.

2. Hizmet sırasında «Halk için değil, halk ile» kavramı üzerinde ısrarla durulmalı, Halk sürekli hizmetin içine itilmeli ve hizmet halkla beraber götürülmelidlir (36).
3. Güdüleme, eğitim, katılım daima iç içe olmalıdır.
4. Kırsal ve kentsel sağlık kuralları canlandırılıp yeniden işlerliğe sokulmalıdır. Sağlık kurullarının, halkın dinamik yapısının tesbitinden başka en önemli fonksiyonları halk liderlerini güdüleyip eğiterek onların kanalıyla halkın indirekt eğitimlerini sağlamalarıdır.
5. Toplum sağlığı çalışmalarının yürütülmesinde mutatabbiplerden yararlanılması ve eğitilmeleri toplum dinamiğinin canlılığı açısından önemli olduğu kadar onların zararlı fonksiyonlarını da kısmen frenlemiş olur (36, 37).
6. Özellikle kentsel kesimde işçi sendika liderleriyle temasa geçip, onların önce pasif katılımlarıyla eğitimleri, sonra da aktif olarak sağlık gereksinimi, sağlıkta ideal örgütlenme vb. konularda işçileri eğitmeleri gerekir. Bu çalışmalara S.S.Y.B. nın aktif katılımı gereklidir.
7. 224 sayılı sosyalleştirme yasasıyla sağlık personeli toplum kalkınması için görevlendirilmiştir. Gerçekte sağlık hizmetleriyle toplumun sosyo-ekonomik kalkınması bir arada götürülmeli, yoksa bebek ölüm hızı düşürülür, gıda üretimi arttırılmazsa açlık söz konusu olur (38).

   Tarımsal kalkınma, sulama ve ulaşımın gelişmesi ve diğer sağlık hizmetlerinde doğal bir temel oluşturacak kalkınma programlarına gereken ilgi gösterilmelidir (38).

   Sağlık personelinin hizmet bölgesinde kooperatifleşmeyi desteklemesi ve teşviki, sosyo-ekonomik kalkınma açısından olduğu kadar halkın katılımı dolayısıyla yabancılaşmanın azaltılması açısından da önemlidir (36).

   Sağlk personeli halkın katılımını sağlamak için dernekler kurulmasını teşvik etmelidir. Bu dernekler, biçki-nakış, müzik, spor, gezi, folklor gibi faaliyetlerde bulunabilirler (36). Dernekler vasıtasıyla yapılacak sağlık eğitimi, katılım da söz konusu olduğu için çok verimli olacaktır (36).

E) Örgütlenmeye Dayalı Önlemler :

1. Tüm sağlık kuruluşlarının tek elden yürütülmesi ve S.S.Y.B. nın sorumluluğunda olmasının yabancılaşmayı azaltıcı özelliği vardır.
2. Sosyalizasyon ülke çapında işlerliğe kavuşturulmalıdır.

   Sosyalizasyon incelendiğinde:

   a) Herkese eşit hizmet ilkesi,

   b) Hizmetlerin tek elden yürütülmesi,

   c) Hizmetin bireysel öze değil toplumsal öze yönelik olması.

d) Sağlık kurllarını kapsamaktadır. Bu kriterler yabancılaşmayı azaltıcı özelliktedirler.

Tam Süre Çalışma Yasasının önünde; sosyalizasyonun ülke çapında işlerliğe kavuşturulmasını hızlandıracağı, hekimle hasta arasındaki parasal ilişkiyi kaldıracağı için sağlıkta yabancılaşmayı azaltıcı etkileri söz konusudur.

SONUÇ

Sonuçta, sağlıktaki yabancılaşma sağıtılabilir, yeterki söz konusu yabancılaşma ivedilikle farkedilsin ve yeterince önlenmeden sağlık düzeyinin yüksetilemiyeceği göz önünde bulundurulsun.

KAYNAKLAR

1) **Aksakaloğlu, G.**: Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Teksiri, s. 1.

2) **Kelle, V., Kovalson, M.**: «Kişiliğin Tarihsel Gelişimi», Tarihsel Maddecilik Marksist Toplum Kavramının Ana Çizgileri, Çev: Ufuk, Ö., Özden Kardeşler Matbaası, 1978.

3) **Alkan, T., Ergil, D.**: Siyaset Pseikolojisi, Ankara, Olgaç Matbaacılık, 1980, s. 193.

4) **Hançerlioğlu, D.**: Felsefe Sözlüğü, s. 397.

5) **Teber, S.**: Davranışlarımızın Kökeni, İstanbul, Kültür Matbaacılık, 1978, s. 272.

6) **Alkan,** Op. Cit., s. 220.

7) İbid., s. 222.

8) **Teber,** Op cit, s. 276.

9) İbid., s. 280.

10) **Alkan,** Op. cit. s. 216.

11) **Teber,** Op. cit., s. 282.

12) İbid., s 271.

13) **Toker, F.**: «Grupların Katılım Yoluyla Tutumlarının Deeğişmesi» Amme İdaresi Dergisi, C. II, No. 2, Ankara(ODTÜ Yayını, 1978, s. 77.

14) **Çalı, Ş., Beşer, E., Biliker, M.A., Emiral, L., Erol, E., İyriboz, Y., Kocabıyık, N.**: İzmir İl Merkez ve Buca Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinin Çalışmalarının Değerlendirlimesi, 1979, Sağlık Kurultayında Tebliğ edilmiş Bildiri.

15) **İyriboz, Y., Koç, M.**: «Sağlık Hizmetlerinin Ana Kentlerde Sosyalleştirilmesi ve Örgütlenme Sorunları», Toplum ve Hekim, No. 23 (Kasım 1979), s. 21.

16) «Dr. Erdal Atabek'in 28. Büyük Kongre Açış Konuşması», Toplum ve Hekim, No. 20, (Ağustos 1979), s. 7.

17) **Önen, T.**: «Akademilerde Tıp Fakülteleri Açılabilirmi?», Milliyet Gazetesi, 2 Ekim 1979, s. 2.

18) Zafer Öztek'le Sohbet.

19) **King, M.:** Medical Care in developing Countries, A Symposium From Makerere Nairobi, Oxford University Press, Lusaha, London 1966.

20) **Hann, K.J.:** Summary of Recommendations of Israel Medical Association Commtee on the Organisation Heealth Services in Israel Journal of Medical series, Vol. 6. No. 1, 168-175/1970.

21) **Biliker, M.A., Dilsiz, A., İyriboz, Y.:** Tıp Fakültelerine Bağlı Eğitim ve Araştırma Bölgelerinin Tıp Eğitimindeki Yeri ve Bölge Seçiminde Kullanılması Gereken Ölçütler, Ege Üniv. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Ens. Yayını, çoğaltılmış teksir, Eylül-1980.

22) Health Aspects of Human Rights, WHO, 1976, pp. 10-11.

23) **Kats, F.M., Fülop, T.:** Personnel For Heealth Care Case Studies of Educational Programmes Public Health Papers 70. WHO, Geneva, 1978.

24) **Abel Smith, B.:** Poverty Developpment and Health Policy Public Health Papers, 69, WHO, Geneva, 1978.

25) Cumhuriyet Gazetesi, 23.2.1979, s. 4.

26) **Adeneyi, O.:** Community Involvement Hew Appoaches. WHO Chronicle, WHO, Geneva, Vol. 30, January, 1979, p. 8.

27) **Einstein, A.:** Out of My Later Years, The Wisdons Library. New York, 1950

28) **Aytür, M.:** Kalkınma Yarışı ve Türkiye, Ankara Bilgi Yayınevi, 1970.

29) **Bridgeman, R.F.:** General Situation of countries Without a Developed Health Legistlation.

30) **Biliker, M.A., Boyacıgiller, A., Çalı, Ş., Dilsiz, A., İyriboz, Y., Özkoç, S.:** Tıp Fakültelerine Bağlı Eğitim ve Araştırma Bölgelerinin Tıp Eğitiminde Yeri ve Bölge Seçiminde Kullanılması Gereken Ölçütler, Ege Üniv. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Ens. Yayını, Çoğaltılmış teksir, Eylül 1979.

31) Financing of Health Series, Ted. Rep. Series 625, WHO, Geneva, 1978, p. 16-22.

32) **Miskiewicz, M.W.:** The Role Of Aren-Wide Planning Macunctional programming in the planning process for medical Care in Area To Planning Volum Offest, Pub. No. 29.

33) **İyriboz, Y., Biliker, M.A., Dilsiz, A.:** Cumaovası Torbalı Selçuk Eğitim ve Araştırma Bölgesinin Genel Tanımı. Çoğaltılmış teksir.

34) **White, K.L., Andersen, L.O., Kalemo, E., Klozkowski, B.M., Purola, T., Vukmanoviç, L.:** Health Services, Correeptz and Information for National Planning and Management, WHO, Geneva, No. 67, 1977.

35) Ankara Kentinde Yaşayan Halkın Saptanan Sorunlarına Göre Sağlık Hizmetleri İçin Örgütlenme Önerileri, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, SPD. Planlama Şubesi Yayını.

36) **Abraham, S., Joseph, A.:** Real Progress Through Community Participation, Salubritas, 1979, vol. 3, Number 4, Published by the American Public Health Association and the World Federation of Public Health Associations.

37) **Dirican, M.R.:** Birincil Sağlık Bakımı. Toplum ve Hekim. Sayı: 25, 1980.

38) **Gellhorm, A., Fülop, T.:** Health Needs of society A chollage for Medical Educaiton 10 th council for International Organizations of Medical Sciences (C.I.O.M.S.) Round Table Conferance and Scientific session of the 10 th General Assembly of Cloms, WHO, Geneva, 1977.

ÜLKEMİZDE HASTALIKLARIN KODLANMASI SORUNU

*Dr. Ahmet SALTIK**

GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

Sağlık sorunlarını tanımlamada ve ardından uygun çözümler için hedef ve doğrultuların belirlenmesinde araç politika, önlem ve kurumların öngörülmesi süreciyle gerekli sağlık plan(lama)larının oluşturulmasında, bir ülkede görülen hastalıkların bilinmesi yaşamsal bir önemi vurgular.

Bu amaçla hastalıkların, travmaların ve ölüm nedenlerinin sınıflandırılması ve bu işlemin de uluslararası düzeyde bir standarda ulaştırılması öngörülmüştür. Anılan amacı gerçekleştirmek üzere uluslararası bir komite oluşturulmuştur. Bu komite, «Hastalıkların, Travmaların ve Ölüm Nedenlerinin Sınıflandırılması» işlemini Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde yerine getirmiş ve 1965 yılına değin de 7 kez revizyondan geçirmiştir. 1965 yılında toplanan 8. Revizyon Konferansı, *hastalık, travma* ve *ölüm* nedenlerini yeniden gözden geçirmiştir. Son sınıflama, anılan altı çizili 3 olguyu 7 ayrı biçimde dizinlemeye tabi tutmuştur. 999, *300*, 150, 100, 70, *50* ve *17* başlıklı listeler... Bilinen binlerce hastalık, travma ve ölüm nedenleri belirli başlıklar altında toplanmaya çalışılmıştır **.

Ülkemizde Durum

SSYB'ye bağlı Sağlık ocaklarında 17 Başlıklı Liste kullanılmaktadır (bkz. Ek I). Bu listede, saptanan hastalıklar kabaca ait oldukları sisteme göre kodlanmaktadırlar. Örneğin, 4 kodu ile belirlenen «Kan ve kan yapıcı organ hastalıkları» gibi. Oysa 999 Başlıklı Listede 17 Başlıklık Listenin 4. koduna karşılık 290-299 arasnda 10 ayrı kod karşılığı bulunmaktadır. 17 Başlıklı Listenin «4» kodu, bize bir lösemiyi, bir idyopatik trombositopenik purpura (ITP) yi, yahut bir aplastik anemiyi ayrımlama olnağı vermemektedir. 999 Başlıklı Listede ise, lösemi ve tipleri için 9 ayrı kod karşılığı bulunabilmektedir. 150 Başlıklı Liste, lösemi için yalnızca I kod ayırabilmiştir. Bu tür kodlamanın, giriş bölümünde nitelikleri sayılan sağlık planlarının üretilmesinde çok yetersiz kalacağı açıktır.

(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü

(**) 1975 yılında DSÖ 9 Revizyonu yapmıştır ve Türkiye dışında üye ülkelerde bu revizyon uygulanmaktadır.

Bakanlık özel dal hastanelerinde ise, (Doğumevi, Göğüs Hastalıkları Hastaneleri, Sanatoryum Pavyon ve Servisleri, Ruh ve Sinir, Onkoloji, Lepra, Kuduz, Trahom, Kemik ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri DSÖ'nün Uluslararası Hastalıklar Sınıflamasına ilişkin bazı genel hastalık listeleri ile, bu listelerden yataklı sağaltım (tedavi) kurumlarının özelliklerine göre geliştirilen özel listeler kullanılmaktadır. Örneğin, veneral hastalıklar hastane ve dispanserlerinde «Z» başlığı ile başlayan 10 kod (ZI-Z10) ve ruh ve sinir hastalıkları hastane ve dispanserleri için ise «R» başlığını taşıyan 23 koddan (RI-R23) oluşan özel bir kodlama listesi kullanılmaktadır. Trahom hastaneleri için TI-T24 ve onkoloji hastaneleri için 01 - 039 arası –sırası ile 24 ve 39 kod– tanınmış iken, (...) sağlık ocakları için yalnızca 17 kod kullanılıyor olmasını anlamak zordur.

Derlenecek istatistiklerin epidemiyolojik inceleme ve değerlendirmesinin ne denli büyük yararlar getireceği tartışılamaz. Bu bakımdan, SSYB'na bağlı Sağlık ocaklarında kullanılmakta olan 17 Başlıklı Liste, –yakında tüm Türkiye'nin giderek Sosyalleştirme kapsamına alınacağı da gözteilerek– yerini «150 Başlıklı A Listesi»ne bırakmalıdır. Böylece hem hastalkları, travmalar ve ölüm nedenleri daha ayrıntılı belirlenebilecek, hem de Hastanelerde halen sürmekte olan uygulamalarla bir bütünlüğe varılabilecektir.

Ek olarak, ülkemizde, Sağlık ve Nüfus İstatistikleri Kurulu'nca (SANİS), yataklı sağaltım kurumlarımız servislerinde yapılan ameliyatlar için de bir sınıflama geliştirilmiştir ve uygulanmaktadır.

SANİS, yataklı sağlık kurumlarında kullanılan formları, DSÖ'nün «Uluslararası Hastalıkları Sınıflaması 1965 Reveizyonu»na uygun olarak yeniden gözden geçirmiştir.

Hacettepedeki Durum

Konuya ana çizgileriyle değinildikten sonra, Hacettepe'ye bağlı bölgelerde durum ayrıntılarıyla irdelenecektir. Ülkemiz Tıp Fakültelerinde yurt gereksinmelerine uygun nitelikte hekim yetiştirilemediği hep vurgulanmaktadır. Nüfusunun %42'si sosyalleştirilmiş bölgelerde yaşayan ülkemizde, birkaç tıp fakültesi dışında koskoca Sosyalleştirme örgütü gözardı edilerek, hekim adaylarına bu konularda hiç eğitim verilmediği bilinen acı bir gerçektir (3, 4). Tıp eğitimi ve sağlık düzenimizin tüm sorunları arasında küçük bir yer alacağı ileri sürülse bile, başlangıçta belirttiğimiz gerekçelerle kodlama sorununun büyük boyutlu olduğuna inanmaktayız.

KODLAMA NASIL YAPILMALI

Ön Koşul 1 :

Her ocak hekimi, kodlamada dikkat edilecek noktaları, aşağıda anılacak yapıttan özenle okumalıdır.

Sağlık Ocaklarında kişi muayene edildikten sonra kesin tanı konulabildiyse, her ocakta bulunan ve «Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması» - ALFABE-

TİK DİZİN» adlı yapıttan abecesel sıraya göre bakılarak bulunan kod no.su muayene edilen o kişinin kişisel sağlık fişine (form no. 004) işlenmelidir. Bu kişisel sağlık fişi, ilgili çıkarıldığı *aile zarfı* içine dik olarak konularak tıbbi sekretere yollanacaktır. Sekreter bu kodu, elindeki «Hastalıkların 150 Başlıklı A Listesine Göre Durumu» adını taşıyan, 150 başlık için de belirli yaş grupları ile cinsiyete göre bölümlendirilmiş forma kurşun kalemle uygun kod, yaş grubu, cinsiyet özelliklerini göstererek günlük olarak çeteleyecektir. Eğer ocakta kesin tanısı konulan hastalık, Umumi Hıfzıssıhha Yasası'nın 57. ve 61. md. uyarınca bildirimi zorunlu bir hastalk ise (5), Ocak hekimi koyduğu kodun yanına *«bildirimi yapılacak»* diye Ocak sekreteri için bir uyarı notu düşecektir, hastanın kişisel sağlık fişine...

Ön Koşul 2 :

Kodlayıcı -ki hekimden başkası olmamalıdır- semptom ve öznel kişisel yakınmaların kodlanılamayacağını; ancak sendromlar ile öznel yaknma, semptom ve nesnel «sign» ile lab. bulgularının vardıracağı tanıların kodlanılabileceğini unutmamalıdır.

Ocak düzeyinde tanı konulabilmesi Bölge Hastanesi Laboratuvarı ya da Bölge Halk Sağlığı Lab. nın olanaklarını kullanmayı gerektiriyorsa; -hastane uzmanı devreye girmeksizin- konulan kod «?» mini (işaret) taşıyacaktır. Yahut, 150 Başlıklı A Listesinin «Semptomlar ve İyice Belirtilmeyen Diğer Durumlar» ana başlığını taşıyan ve 137 ana kodu ile 137-0'dan, 137-9'a değin 10 alt kodu içeren bölümden uygun düşen biri kullanılacaktır. Her iki durumda da ocak sekreteri bu kişiyi özel bir listeye not alarak beklenen lab. sonucunun ulaşmasıyla ocak hekiminin «?» imli kod yerine kesin bir kod; ya da 137 ve alt kodları yerine özgül kod koyulmasına dek çetelemesini erteleyecektir.

«?» imli kod ya da 137'li kod Ocakça Bölge Hastanesine uzman hekim konsültasyonu ereğiyle yollanan hastalar için de kullanıllabilecektir. Bu takdirde de, hastane uzmanınca Ocaktan sevk formuna (form 019) yanıt gönderilene -ve dolayısıyla kesin tanı belirlenene- değin sekreter çeteleme işlemini erteleyecektir.

Bilindiği gibi Ocaklardan hr ay bir dizi istatistik veri formları Sağlık Grubu Başkanlığı'na, bu kurum yoksa doğrudan İl Sağlık Müdürlüğü'ne yollanmaktadır (6). Bu işlem, SSYB Sosyalleştirme Daire Başkanlığı'nın 1980 yılı başlarında yayınladığı bir genelge ile, izleyen ayın ilk 5 günü içinde tamamlanmalıdır (7). Dolayısıyla sekreterce çeteleme ertelemesinin bir limiti olacaktır. Limitin dolmasına karşın «?» imli ya da 137'li kodlar açıklığa kavuşturulamamışsa, «?» imli olanlar da Ocak hekimince 137'li kodlara dönüştürülerek çetelemeye alınmalıdır. Ancak, izleyen ay içinde mutlarak kesin tanı kodlarına ulaşılmaya çalışılarak; kişisel sağlık fişleri bu tür belirsiz tanı ve kodlardan ayıklanmalıdır. Varılabilen kesin kodlar sekreterce tutulan özel listeye de geçilmeli ve bunlar yıl boyunca saklanmalıdır. Her ay sonunda üst makama yollanan çeteleme listelerinde düzeltme yapma olanağı artık kalmamıştır. Fakat yıl

sonunda 12 aylık çetelemeler yapılırken belirsiz tanı ve kodu kalmamış olmalıdır. Üst makama bu 12 aylık çeteleme yollanmalı, yıllık değerlendirmeler de soncul yıllık bildirimlere göre yapılmalıdır. Ocakça ve üst makamca...

Ana ve Alt Kodlar Sorunu (Öztek Modifikasyonuna göre)

150 Başlıklı A Listesinde 16 ana kodun (21, 29, 43, 44, 65, 75, 79, 88, 89, 96, 101, 104, 111, 119, 120 ve 137) ayrıca alt kodları bulunmaktadır. Söz gelimi, ünlü ÜSYE kodu olan 89 ana kodunun, kendi içinde 6 alt kodu bulunmaktadır. Yalnızca 89 ya da 89-0 kod konulduğunda, akut ÜSYE'den başka bir mesajı olmayacaktır bu kodun. Oysaki:

89-0 Akut ÜSYE,

89-1 » Sinüzit

89-2 » Farenjit

89-3 » Tonsillit

89-4 » Bronchitis-bronchiolitis

89-5 » Larenjit ve diğerleri, diye ayrıntılı daha 5 alt kod bulunmaktadır. Benzer durum, alt kod içeren diğer 15 ana kod için de geçerlidlir. Dolayısıyla, olası olduğunca alt grup tanıyı ve beraberinde alt grup kodlamayı da ısrarla kovalamalıdır.

Hastalığı Oluşturan Etken Sorunu

150 Başlıklık A Listesinde A 5 kodu «Enterit ve Diğer Diare Hastalıkları» na ayrılmıştır. Ancak enterit ve diyarenin etkeni nedir? Bu bir salmonelloz mudur, shigelloz mudur, tifo mudur, yahut sprue mudur? Etkene inilmediği takdirde A 5 kodu yapay olarak kabarabilecek ve en çok görülen hastalıklar listesinde yanlış bir yere tırmanabilecektir. Öyleyse her diyareli olgudan ayrıksız (istisnasız) dışkı kültürü alınacak ve üreme sonuçlarına göre A 5 genel kodu, gerekirse özgül kodlarla değiştirilecektir.

Bu konuya ilişkin ikinci bir örnek akut tonsillitler için verilebilir: 89-3 koduyla belirlenen olgudan alınacak boğaz kltüründe streptokokların üretilmesi durumunda 89-3 kodu, yerini A 17 koduna bırakmalıdır.

Hastalığın İvegen (akut) ya da Süregen (kronik) olması Sorunu

Bir kısım hastalıklar başladıklarında yaşam boyu sürüp gideceklerdir. Kan basıncı yüksekliği, şeker hastalığı, iskemik kalp hastalığı ve diğerleri gibi. Bunlar sürekli izleme, denetim ve sağaltım isteyeceklerdir. Bir bölük hastalık ise, zamanında iyi ve etkin bir biçimde sağaltıklarında ivegen dönem sonunda iyileşebilecek, süregelen nitelik kazanmayacaklardır. Bronşit, sinüzit, tonsillit vd. gibi.

İşte bu durumlarda hastalığın ivegen ya da süregen olma niteliğine göre kodlama değişebilmektedir. Sözgelimi:

Hastalık adı	*İvegen kodu*	*Süregen kodu*
Tonsillit	89-3	94
Sinüzit	89-1	96
Bronşit	89-4	93

Bir kronik obstrüktif akciğer hastasının bronşiti 89-4 olarak değil, 93 olarak kodlanmak gerekir. Ancak, burada çok önemli bir noktanın vurgulanması gerekir.

Ön Koşul 3 :

İzleme altındaki her süregen hastanın bu hastalığı yılbaşında bir kez kişisel sağlık fişine özgül kodu ile geçilir ve daha sonra yıl içindeki muayenelerde, hasta kontrolu işleminin kodu olan Y-34 kodu kullanılır.

Örneğin, Diabetes mellituslu bir hasta ayda bir kontrol muayenesine çağrılıyor. Takvim yılının başında bir kez 64 kodu konulmalı, sonraki her muayenede Y-34 kodu işlenmelidir. Tersi durumda, diabet hastaları yapay ve yanlış olarak artacak, istatistikleri altüst edecektir.

1'den Fazla Kod Sorunu

Sıklıkla, muayene edilen hastada 1'den fazla hastalık bulunabilir. Örneğin, orta kulak yangısı, menenjit ve pnömoni. Böylece bu hastanın bir muayenesinde 3 hastalık yakalanmış olup, sırasıyla 78, 72 ve 92 kodlarını alacaktır. Bu konuya özel kodlar bölümünde de değinilecektir.

Ön Koşul 4 :

Kural olarak, muoyene edilen her hastaya en az 1 kod karşılık gelecektir. Bir başka deyimle, verilen kod sayıları, daima poliklinik sayılarından fazla olacaktır.

Özel Kodlar :

Sağlık Ocaklarında kullanılan «Hastalıkların 150 Başalıklı A Listesine Göre Durumu» adını taşıyan ve sırasıyla 150 Başlığı da içeren, her başlık için belirli yaş gruplarıyla (0,1-4, 5-6, 7-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-) cins ayrımına göre bölümlenmiş 12 sayfadan oluşan bir formdan yukarıda söz etmiştik. Ocak sekreterince, hekimin koyduğu tanılar bu forma günlük olarak çeteleniyor ve ay sonunda üst makama yollanıyordu. İşte bu formun en arka sayfasında (s. 12) özel bazı kodlar yer almaktadır.

Bunlar sırasıyla şunlardır:

Y 10 Sağlam kişi muayenesi
Y 29 Normal bulgu
Y 34 Hasta kontrolü
Y 60 Gebe kontrolü
Y 62 Sağlam çocuk muayenesi
Y 69 Aile planlaması.

Sağlam Kişi Muayenesi

Çalışılan yörede herhangi bir tarama ndeniyle ya da bölge halkının hiç olmazsa yılda bir kez sağlık muayenesinden geçmesi ereğiyle hiçbir yakınması olmayan, sağlam oldukları kanısını taşıyan bireylerin muayenesi halinde Y 10 kodu kullanılır. Muayene edilen birey normal bulunursa bir de Y 29 kodu eklenecektir. Herhangi bir hastalık bulunması halinde ise, o hastalığın özgül kodu Y 10 ile birlikte işlenecektir. Bu takdirde Y 29 (normal bulgu) kodunun konulamayacağı açıktır. Y 10 kodu, normalde 15 yaş ve üzeri popülasyon ile, gebe olmayan –ya da gebeliği bilinmeyen– kesim için geçerlidir.

0-14 yaş grubu çocukların hiçbir yakınmaları olmayanlarının şu ya da bu nedenle muayenlerinde kişisel sağlık fişlerine ilk işlenecek kod ise Y 62 olmalıdır. Normal bulgular saptanması halinde 2. olarak Y 29 kodu verilecektir. Hastalık bulunması halinde ise –örneğin doğuştan kalça çıkığı saptanması durumunda– Y 62+130 kodları verilmelidir.

Birtakım yakınmalarla başvuran kişilerde, muayene sonucunda hiçbir patoloji bulunamaması halinde verilecek kod Y 29 dur. Ancak, Y 29 kodu çok özenle kullanılmalıdır.

Y 69 kodu, aile planlaması amacıyla hekimle görüşme ve muayenelere ayrılmıştır. Aile ile görüşüp, kendilerine en uygun yöntem olarak aile plnlaması amacıyla örneğgin RİA'yı seçen kadın eşe, gerekli sistemik ve özel genital muayene sonucu endikasyon koyarak RİA takan hekim; bu hastasının kişisel sağlık fişine Y 69 kodu koyacaktır. Keza, erkek partnerin kişisel sağlık fişine de konuya ilişkin not düşülebilir.

Ana-çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından gebelik boyunca anne adayının düzenli aralıklarla izlenmesi vazgeçilmez bir koruyucu hekimlik ilkesidir. İlke olarak ebece ya da halk sağlığı hemşiresince düzenli olarak izlenen her gebenin, gebeliği boyunca en az 1 kez de hekimce görülmesine çalışılmalıdır. Hekim, bu amaçla, yakınması olmaksızın kontrola gelen ya da çağrılan gebesini kontrol muayenesinin ardından Y 60 kodunu verecektir ilgilinin kişisel sağlık fişine. Bulguları «normal» ise, Y 29 kodunu da ekleyecektir. Birtakım patolojiler saptadıysa, Y 29'u eklemeyip; saptadığı patolojilerin özel kodlarını işleyecektir.

Yeri gelmişken özellikle vurgulanmalıdır ki, gebelikte görülen pek çok patolojinin gebelikle birlikte bulundukları zamandaki kodları ile, gebelik olmaksızın bulunmaları halinde alacakları kodlar farklıdır. Örneğin, gebelikte anemi 117 kodunu alırken, gebelik olmaksızın 67 kodunu almaktadr. Keza nefrit gebelik dışında 106, 82, 130... kodları alabilirken, gebelikte 112 kodunu almaktadır. Yanılgıya düşmemek için, abecesel dizinde, «önder sözcük» bulunduktan sonra, durumu niteleyen diğer ikincil özellikler de irdelenmeli ve doğru kod bulunmalıdır.

Özel kodlardan sonuncusu, hasta kontrolu için kullanılan Y 34 kodudur. Konuya bir parça, yukarıda hastalığın ivegen ya da süregen olması durumunda kodlanmayı açıklarken değinmiştik. Anımsanacağı üzere, süregen hastalıklarda takvim yılı başında 1 kez süregen hastalığın özel kodu veriliyor; sonraki kontrol muayenelerinde Y 34 kodu konuluyordu. Demek ki, Y 34 kodu başka süregen hastalıklar ve hastalar içindir. Süregen hastanın kontrolü sırasında başkaca patolojiler bulunursa, Y 34'e ek olarak bu patolojilerin de özel kodları verilecektir.

Fakat Y 34 kodu, süregen olmayan, bir süre izlemenin ardından iyileşebilecek hastalıklar için de kullanılabilir. Örneğin, bronkopnömonili hasta etkin bir sağıltımla olağan koşullarda 10 günde iyileşebilecektir. Ancak ilk muayenede 92 kodu alan hasta, iyileşinceye dek birkaç kez kontrol muayenesine çağrılmış –ya da gelmişse– bu muayeneler Y 34 kodu ile nitelenecektir. Hastanın artık iyileştiğinin anlaşıldığı son kontrol muayenesinde ise, Y 34 ve Y 29 kodları birlikte verilmelidir.

Travmaların Kodlanması Konusu

Uluslararası 150 Başlıklı A Listesinin A 137'den sonraki kodlnması AE 138 - AE 150 diye sürmekte, ardından son 14 kod bir kez de AN 138 - 8N 150 biçiminde dizilmektedir. AE 138 ile AE 150 arasındaki 13 kod, vücutta travmaya neden olan olayı ve/veya olayın niteliğini kucaklamaktadır. Örneğin, AE 138 motorlu taşıt kazalarının, AE 150 ise harp harekâtından doğan travmaların kod karşılığıdır. «AN»li 13 kod ise (138-150)AE'li olarak belirlenen olayın, travmanın, vücutta oluşturduğu sonucu vurgulamaktadır. Söz gelimi kaza sonucu düşen (AE 141) bir bireyde ekstremite kırıkları oluşmuş ise, AN 140 kodunu da alacaktır. «AE»li bir travma, «AN»li birkaç olayı birden de koşullayabilir. Örneğin, endüstriyel bir kaza sonucu (AE 145) kişide kafa içi travma (AN 143) + yırtıkları ve yaralar (AN 145) + ilh... sonuçları doğabilir. Demek oluyor ki, her travma 150 Başlıklı Listede «AE»li bir kod ve en az bir «AN»li kodu karşılık bulacaktır.

Sosyalleştirilmiş Bölgelerdeki Hastanelerde Durum

5 Ocak 1961 tarih 224 sayılı «Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun» hükümleri uyarınca, sosyalleştirilmiş bölgelerdeki hastane, olağan koşullarda yalnızca Ocaklardan yollanan hastaları kabul edebilecektir. İvedi ol-

gular bu kuralın dışındadır. Bir kısım nedenlerle doğrudan bölge hastanesine başvuranlar ise, belirli bir ücret ödemek durumundadırlar (224 sayılı yasa, Mad. 14).

Bölge hastanelerinde, başvuran her hastaya bir dosya çıkarılmakta ve bir protokol numarası verilmektedir. Dosyanın ilk sayfasında dosya sahibi hastanın aldığı tanılar ve 150 Başlıklı A Listesine göre de kodlamaları yer almaktadır. Hastane istatistikleri de bu yolla değerlendirilmektedir. Ocaklardan yollanan hastaların bulgu ve tanıları form 019'un (sevk formu) yanıt parçasıyla ilgili uzman hekimce doldurulup Ocağa geri yollandığından, bu hastaların kişisel sağlık fişlerine gereken doğru kod konulabilmektedir. İvedi olarak dogrudan Bölge Hasatnesine başvuran hastalar için ise, Bölge Hastanesi ilgili Ocaktan sevk belgesi istemekte, böylece bu hastaların aldıkları tanılar da izlenebilmektedir. İvedi olmadıkları halde ücret ödemek koşulu ile (224 Sayılı Yasa, Md. 14) doğrudan Bölge Hastanesi'ne başvuranlar için ise hastane uzmanlarınca «Ocağa Bilgi Formu» doldurulmaktadır. Bu form yardımıyla ilgilinin kişisel sağlık siciline (kişisel sağlık fişi) gereken bilgiler geçirilebilmekte ve uygun kod verilebilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Tıp Fakültelerimizde ülkemizin Sağlık düzenini ve sorunlarını hekim adaylarına öğretmelidir. Yapılan bir araştırmada kırsal alanda toplum sağlığı uygulamaları yapan ve yapmayan stajyer tıp öğrencileri arasında ülke sağlık sorunları konusunda bilgi düzeyleri arasında anlamlı (significant) fark çıkmıştır (8). Hastalıkların kodlanması konusundaki eğitim de önerilen yeni yaklaşım biçiminin bir parçasını oluşturacaktır.

2. Hekimler, kodlama olayının önemi konusunda bilinçlendirilmeli, kendilerine en azından basılı araç gereç ile eğitim yapılmalıdır.

3. Hastalık, travma ve ölüm nedenlerinin kodlanmasında SSYB Sağlık Ocaklarında kullanılan 17 Başlıklı Liste hızla terkedilerek, gerekli eğitimin ardından 150 Başlıklı Liste'ye geçilmelidir.

4. 999 Başlıklı Liste ise zamanlamalı olarak kullanıma sokulmalı, pilot uygulama yapacak kurumlar bu arada 150 Başlıklık Listeye göre de kodlama yapmalıdır. Tüm yurt düzeyinde hiç yoktan Eğitim Hastanelerinde 999 Başlıklı Liste de kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1) **Sümbüloğlu K. ve Öztek Z.:** Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, **Alfabetik Dizin.** 1. Bs. Ankara, SSYB Yayın no. 450.

2) İstanbul Üniversitesi, İst. Tıp Fak. Uluslararası Hastalıklar Sınıflanması ve İstatistik Yöntemleriyle Bunların Standardizasyonu, İstanbul, 1975.

3) Toplum ve Hekim, «1978'de Sağlık Verileri ve Karşılaştırmalar», Toplum ve Hekim, No. 15, Mart 1979, s. 4-7.

4) Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fak. Başkoordinanörlük. RAPOR, Hacettepe Tıp Eğitimi Sistemi, Gözlemler, Öneriler. Ankara, Mayıs 1980.

5) **Demirel, N., Yiğit, İ, Gözenman, T., Tuncay, L.:** Sağlık Mevzuatımız. II. Bs., İstanbul, 1969.

6) SSYB, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hk. Yönerge. Ankara, Tayın no. 154, 1965.

7) Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı Genelgeleri, Yapracık Sağlık Ocağı Arşivleri.

8) **Edalı, N., Saltık, A.:** Hacettepe Tıp Fakültesi Dönem Öğrencilerinin Ülkemiz Sağlık Sorunları Hakkında Bilgi ve Tutumlarını Saptama Amacına Yönelik Bir Araştırma», (yayınlanmamış bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi, Şubat 1979, Ankara).

9) Bakanlık Yataklı Sağaltım Kurumlarında kullanılmakta olan 17 Başlıklı Liste.

10) Yapracık Sağlık Ocağı kayıt ve formları.

11) SSYB, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Uygulanan İstatistik Formları ile İlgili Açıklama, Ankara, Yayın no. 355, 1967.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TOPLUM SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜNÜN KURULUŞU VE GEÇİRDİĞİ AŞAMALAR

*Dr. Lütfiye EMİRAL**
*Dr. Şakir AY***
*Dr. Göker ÇİFTDEMİR****
*Dr. Şanda ÇALI*****
*Dr. Yürük İYRİBOZ******

GİRİŞ ve AMAÇ

Çalışmamızda Enstitümüzün kuruluş aşamasından günümüze dek geçen dönemde karşılaşılan sorunları ve geçirilen evreleri yetkili kurulların tutanakları ve evrak arşivindeki kayıtlardan özetleyerek ortaya koymaya çalıştık.

ENSTİTÜ TARİHÇESİ

Kuruluş :

13.6.1975 tarihinde E.Ü.T.F. Kurulu Başkanlığına 55 öğretim üyesinin imzası ile «Toplum Sağlığı Enstitüsü» kurulması hakkında görüşme açılmasını isteyen önerge verilmiştir. Önergenin gerekçeli tam metni şöyledir :

2. Dünya Savaşından sonra insanın toplumdan soyutlanamayacağı anlaşılarak tıpta sosyal bir görüş, kollektif bir disiplin, yeni bir organizasyon, yeni bir bilim dalı ortaya çıkmıştır. «Toplum Hekimliği» görüşü belirmiştir.

Toplum Sağlığı Enstitüsü kurulmasındaki amaçlar :

— Ailenin sağlık eğitimi,
— Çevre koşullarının düzeltilmesine yardımcı olmak,
— İnsanları hastalıklardan koruyarak, yaşam süresini uzatmak,
— Hastaları iyileştirmek,
— Meslek hastalıkları ile savaşa yardım etmek,
— Sakatlar ve işgücünü kaybedenlere rehabilitasyon sağlamaktır.

(*) E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü asistanı
(**) E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü asistanı
(***) E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü cerrahi uzmanı
(****) E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü halk sağlığı uzmanı
(*****) E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü profesörü

Bu amaçları gerçekleştirmek için:

1. Tıp öğrencisini, toplumun sağlık sorunları ile ilgilenmesi konusunda eğitmek amacı ile biri kırsal, diğeri kentsel iki sağlık örgütü kurmak,

2. Bu örgütlerin bütün klinik bölümleri ile işbirliği halinde çalışmasını sağlamak,

3. Halkın kendi sağlık sorumluluğunu kazanması için halk eğitim metodlarını öğrenmek,

4. Halka yaklaşımı daha öğrencilikte öğrenmesi için toplum ile devamlı ilişki halinde olmasını sağlamak,

5. Toplum hekimliği kavramının bir ekip işi olduğunu hekim–hemşire–ebe'nin öğrencilikte işbirliği halinde çalışarak öğrenmek ve insanların daha iyi bir yaşantı düzeyine erişmelerine çalışmaktır.

Bu nedenle bir toplum sağlığı enstitüsünün kurulması gereği, bir olasılık boyutlarını çoktan aşarak bir zorunluluk haline gelmiştir. Büyük bir dinamik potansiyel taşıdığına inandığımız fakültemizin, gerek kendi deneylerinden ve gerekse kendinden önce kurulmuş enstitülerin edindiği deneylerden yararlanarak en kısa sürede başarı gösterecek olumlu bir adım olarak niteliyoruz. (55 öğretim üyesinin imzaları.)

18.6.1975 tarihinde E.Ü.T.F. kurulunda yukarıdaki önerge ve gerekçesi okunarak görüşmeye açılmış ve bu konuda şöyle bir karar alınmıştır: (18.6.1975 tarih ve 4 sayılı karar) «Konunun incelenerek önerilen T.S.E. nin kurulma esaslarını ve çalışma kapsamını araştırmak ve kuruluş önerisine ilişkin ayrıntıları fakülte kuruluna getirmek üzere rapor hazrlamak için 5 kişilik bir komisyon kurlmasna ve bu çalıma için 15 günlük bir süre tanınmasına oy çokluğu ile karar verildi.»

1.7.1975 tarihli Fakülte Kuruluna komisyonun sunduğu rapor şöyledir:

«İlke olarak T.S.E. kurulmasının olumlu bir aşama olduğu kabul edilmiştir.» Amacı tıp öğrencilerine çağdaş hekimlik görüşünü aşılamak ve toplumda uygulamalı eğitim yapmaktır.

Enstitünün kuruluş esasları konusunda aşağıdaki önerileri sunmayı uygun bulduk:

Kuruluşun enstitü olarak benimsenmesi yararlı olacaktır. Bilindiği gibi enstitüler ayrı bütçeye sahip kuruluşlardır. İç ve dış kaynaklardan (D.S.Ö. ve benzeri) sağlanacak parasal desteklerle fakültelerin bütçesini zorlamadan çalışmalarını sürdürebilir. Fakülte bütçesini zorlamak yerine D.S.Ö. ve D.P.T. gibi kurululşardan yardım alarak fakülte bütçesine katkıda bile bulunabilecektir.

Rutin halk hizmetleri (sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler) toplum içi araştırmalar ve eğitim konularında fakülte bünyesindeki kuruluşların koordinasyonunun aktarılmasında önemli rol oynayacak, üniversitelerin halka dönük hizmet-

lerinin daha verimli biçimde örgütlenmesi ve gerçekleştirilmesine yardımcı olacaktır.

T.S.E. toplum içi araştırmalar yapacak, mezuniyet öncesi ve sonrası toplum hekimliği eğitimini yeni gereksinmelere göre düzenleyecek ve bu alandaki uygulamalara kılavuzluk görevi yapacaktır.

Ayrıca yurt içi araştırma kurumları, sağlık bakanlığı ve uluslararası kuruluşlarla yakın ilişkiler kuracaktır.

T.S.E. nin Fonksiyonları :

1. E.Ü.T.F. öğrencilerine, fakülte kurulu ve senato kararı ile diğer fakülteler ve mesleki sağlık okulları öğrencilerine mezuniyet öncesi ve sonrası düzeyde T.S. alanında genel ve özel konularda teorik, pratik, öğrenim yapar.

2. T.S. ile ilgili konularda bağımsız olarak veya sivil, askeri ve yabancı kuruluşlarla ve fakültelerin diğer enstitü, kürsü ve bölümleri ile öğretim, eğitim, araştırma ve yayın yapar.

3. Öğretim, eğitim, araştırma uygulamaları ile T.S. görevlerinin yürütülüşünün ilke ve yöntemlerini saptamak üzere bireysel ve toplumsal erken sağıtımı sağlayacak esaslar üzerinde uygulamalı araştırmalar ve laboratuvar çalışmaları yapar.

4. T.S. kuruluşlarında görev alacak Türk ve Yabancı üniversiteler ile yüksek okul ve ilgili meslek okullarını bitirenlerin T.S. alanında yetişmelerini sağlar.

Bu enstitünün bakanlıklar dahil tüm ilgili kuruluşlar ile yakın ve etkin ilişkisi tüm sağlık sorunlarının ulusal düzeyde çözümlenmesinde yardımcı olacaktır.

Fakültemiz, böyle önemli bir kuruluşu gerçekleştirmede toplumsal görevlerden çok önemli birini daha yerine getirmenin huzuru içinde olacaktır.»

2.7.1975 tarihli fakülte kurulunda kuruluş onaylanarak kabul edilmiştir.

14.7.1975 tarihindeki E.Ü. Senato toplantısında T.S.E. nin kuruluşu oybirliği ile kabul edilmiştir.

Bu aşamada fakülte öğretim üyelerinden birinin T.S.E. nin kuruluşunun yasal olmadığı şeklindeki itirazına fakülte kurulunun yasal gerekçeleri belirtir yazısından sonra ve ancak aradan iki yıl geçtikten sonra 6.5.1977 de fakülte kurulunda T.S.E. öğretim ve yönetim kurulları oluşturulabilmiştir.

7.7.1978 tarihli T.S.E. yönetim kurulunda S.S.Y.B. ile yapılan protokol gereği Torbalı - Selçuk eğitim ve araştırma bölgesinde çalıştırılmak üzere 12 asistan ve 7 uzman, 1 psikolog kadrosu açılmasına karar verilmiş. Ve işlemlerin tamamlanmasından sonra Ekim 1978 den itibaren asistanlar görevlerine başlamışlar ve hemen sağlık ocaklarında görevlendirilmişlerdir.

Enstitü asistanları bu uygulamanın toplum sağlığı anlayışına ters düştüğünü, yasal olmadığını, hiçbir eğitim almaksızın sağlık ocaklarında hizmet vermelerinin bilimsel olmadığını yönetime başvurarak bildirmişlerdir. Asistanların çoğu zaten Enstitüye girmeden önce aynı bölgede sağlık ocağı hekimi idiler. Enstitü asistanı oldukları halde yalnızca kurum değiştirmiş olacaklarını, oysa bir eğitim aşamasından geçmelerinin gerekliliğini birkaç kez yazılı ve sözlü olarak yöneticilere iletmişlerdi. Bu esnada 1750 sayılı yasada açık bir şekilde belirtilmesine rağmen yönetimce Ege Üniversitesi Hukuk Müşavirliğine Yönetim Kurulunun kimlerden oluşması gerektiğini, asistan temsilcisinin yönetim kuruluna girip giremeyeceğini sorulmuştu. Oysa, bu tarihe kadar Enstitü Yönetim Kurulu asistan temsilcisi de dahil olmak üzere görev yapıyordu.

Ege Üniversitesi Senatosunun 11.ci toplantısında 29 sayılı kararı ile Enstitü Yönetim Kurullarına asistan temsilcilerinin katılma kararı Fakülte Dekanlıklarına, oradan da Enstitülere bu konuda bilgi yazıları gönderilmiştir. Buna rağmen Senato kararından haberdar olmayan Hukuk Müşavirliği «asistan temsilcisinin Yönetim Kuruluna girmesi mümkün değildir» şeklinde bilgi vermiştir. Tüm bunlara rağmen aynı konu 29.3.1979 tarihli Enstitü Yönetim Kuruluna getirilmiş ve Ege Üniversitesi Hukuk Müşavirliği ile Ege Üniversite Senatosunun kararlarının çelişkili olduğu gerekçesi ile konunun Enstitü Müdürü tarafından incelenmesine karar verilmiştir. Bu karardan bir süre sonra yönetim tarafından Tıp Fakültesi Dekanlığına asistan temsilcisinin Yönetim Kuruluna katılıp katılamayacağı sorulmuş, Dekanlık bu konuyu Senatoya iletmiş ve oradan da daha önceki katılım kararı Enstitüye yeniden bildirilmiştir. Bu konu böylece ancak 2 ayda aydınlığa kavuşmuştur. O günlerde Enstitüye bir halk sağlığı uzmanı ve bir de bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı atanmıştır. Böylece Enstitü bünyesinde artık 3 halk sağlığı uzmanı vardır.

Bu arada Torbalı Bölgesinde bölge hastanesi 7.4.1979 Dünya Sağlık Gününde politik nedenlerle zamanın sağlık bakanı tarafından hizmete açıldı. Hastane malzeme, teknik olanaklar ve kadro açısından hizmete açılacak nitelikten yoksundu. Hasta yatırılması bir yana, poliklinik ve acil hizmetlerinin verilebilmesi için yeterli sayıda uzman yoktu. Malzeme yokluğundan acilde basit bir yaralanmaya bile girişim olanağı yoktu, ancak hastane gürültülü bir törenle açılmıştır. Kadın-Doğum bölümünde bir eldiven bile yokken açılışı duyan çevre ilçelerden trafik kazaları ve komplike doğum vakaları hastaneye gelmekte, bu ortamda gelen hastalar boşuna zaman kaybına uğramakta, vakalara bir sağlık ocağı düzeyinde bile yararlı olunamamaktadır. Hal böyle iken bilinmeyen bir nedenle bakanlığın bu yanlış ve ters uygulamasına –hastanenin teknik ve kadro eksikliklerinin tamamlanmaksızın bir otel gibi açılmasına– enstitü yönetimince tepki gösterildiği halde, hastanenin bir an önce çalışıyor görüntüsüne kavuşturulması için enstitü asistan ve uzmanları –ulaşım imkânları sağlanmaksızın– hastanede nöbet tutmaya zorlanmışlardır.

Enstitü asitanları, halk sağlığı uzmanları ve bakteriyoloji ve infeksiyon hastalıkları uzmanının hastane çalışmalarına ve nöbetlerine katılmalarına yasal ve teknik olanak sağlanmamıştır. Halen bölgenin sağlık ocaklarının çoğu hekimsiz

olup, hastanede de iki dahiliye ve bir genel cerrahi uzmanı S.S.Y.B. dan geçici görevle çalıştırılmakta idi. Yöneticiler tarafından 1. basamak sağlık hizmeti tamamen ekarte edilerek, 2. basamak sağlık hizmetine ağırlık verilmek istendi.

Asistanlar bu esnada eğitim almaksızın sahada çalışmalarının bilimsel olmadığı görüşünü yöneticilere kısmen kabul ettirebildiklerinden, ve halk sağlığı kursu da başlatılmadığı için, fakülte kliniklerinde rotasyona gönderilmişlerdir. Bu kliniklerde nöbetler de dahil olmak üzere çalışmışlardır. Torbalı Devlet Hastanesi için düzenlenen nöbet listesi ile kliniklerdeki nöbetleri zaman zaman çakıştığından, aynı kişi aynı anda hem Torbalı'da, hem de fakülte kliniğinde bulunmak zorunda oluyordu. Ulaşım içinse; Bornova-İzmir, İzmir-Torbalı şeklinde aktarmalı olarak kamu ulaşım araçları ile 55 km.lik yolu zaman zaman 2-3 saatte kat etmek zorunda kaldılar. Bu durum iş saatlerinin kısıtlanmasına yol açtığı gib,i hastaneler talimatnamesine, soyalizasyon yasasına, 1750 sayılı Üniversiteler kanununa ve en önemlisi de çağdaş eğitim ve hizmet anlayışına ters düşmüştür. Hastane açıldıktan sonra da bölgede zaten oturmamış olan soyalizasyon uygulaması, ocakların da boş olması nedeni ile büsbütün yozlaştı.

Bu bozukluğun -ki aslında koruyucu hizmetler ve 1. basamak olmadan doğrudan 2. basamak sağlık hizmeti uygulamasından doğan aksaklıklardır- bu aksaklıkların sorumlusu olarak Enstitü yönetim kurulunda asistanlar ve halk sağlığı uzmanları gösterildi. Torbalı bölgesine göre ulaşım imkânları daha kolay ve aynı derecede hizmete gereksinimi olan Bornova Bölgesinin bilimsel ölçütler ışığında karşılaştırılması, Torbalı bölgesinde yapılan durum saptaması niteliğindeki çalşmalarda «Bölgeyi sorumsuzca terk etme amacı ile enstitü içindeki bir grubun sistemli çalışması» diye eleştirlidi. Fakülte yönetim kurulunda Enstitüdeki doktorlar için nöbetleri tutmadıkları ve enstitüde görevli diğer öğretim üyesinin nöbet listesini yapmadığı gerekçesi ile soruşturma açılması istendi. Bu arada açılan soruşturmada adı geçen doktorlardan birisi S.S.Y. Bakanlığına bağlı bir uzman idi ve nöbetini tutmadığı iddia edilen dönemde kişi yasal olarak yıllık izninde idi. Ayrıca soruşturmanın açıldığı tarihten önce Enstitü müdürlüğü olanaksızlıklar nedeni ile nöbetlerin kaldırıldığını Vilayete, Belediye başkanlığına, Başhekimliğe yazdığı bir duyuru yazısı ile bildirmiştir, ama soruşturma gene de açılır. Soruşturma komisyonu bu birbirine ters düşen davranışı anlayamamış ve sonunda soruşturma açılan kişiler aklanmıştır. Tabii bu arada aylar geçmiş ve Toplum Sağlığı Enstitüsünün bilimsel işlevi de bir o kadar geciktirilmiştir.

Enstitümüz asistan kadrosunda çalışan iki halk sağlığı uzmanının uzman kadrosuna geçmeleri aksi halde kendilerinin ocak hekimi olarak çalıştırılacakları söylenmiş ise de buna yasal bir gerekçee bulunamadığından bu gerçekleştirilememiştir.

Aralık 1978 de kabul edilen eğitim programının uygulama komisyonu ancak Ağustos 1979 tarihinde (9 ay sonra) toplanabilmiştir.

Bu arada bir önceki Enstitü Müdürümüz ardı sıra iki defa görevden istifa etmiş(mayıs, temmuz) ve istifalarını müteakip bir ayı geçtiği halde Enstitü Müdürü seçimlerinin yenilenmesine kadar (kasım 1979) görevine devam etmek

zorunda bırakılmıştır. Ekim başında ekseriyetin bulunduğu Fakülte Kurulunda yeni Enstitü Müdürü adayı yeterli oy aldığı halde, Dekanlıkça yeni Müdüre yasaya göre Dekanlık yetkileri verileceğinden, yeni Mdürün mağdur olmaması ve kendini daha kuvvetli hissetmesi gerekçesi ile seçim sonuçları kabul edilmemiş, seçim yinelenmeye çalışılmış, fakat Senatonun müdahalesi ile ilk seçim kabul edilmiş ve Müdür seçim tarihinden yaklaşık bir ay sonra göreve başlayabilmiştir.

10.9.1979 da Toplum Sağlığı Enstitüsü Yönetim Kurulunda bir öğretim üyesi ve halk sağlığı uzmanları, halk sağlığı kursunu yeniden düzenlemekle görevlendirildiler. Kurs hazırlık çalışmaları yürütülmeye başlandı. Dekanlıktan bu kursa Üniversite dışından katılacak öğretim üyeleri için boş olan Üniversite misafirhanesinde yer istendi, ancak bu isteme Dekanlık 28.9.1979 tarihli yazısında aynen şu cevabı verdi «Kursunuzla ilgili bir Fakülte Kararı bulunmadığı için Dekanlıkça herhangi bir işlem yapılamamaktadır. Bilgilerinize».

Bu dönemde ve buna benzer konulardaki istemlere Dekanlık sürekli olarak Enstitü Yönergesinin kabul edilmediğinden (kuruldan geçmediğini) belirterek herhangibir işlem yapılamamaktadır şeklinde yanıtlamıştır. Sonunda kurs programı 1.10.1979 da Enstitü görevlilerinin finansmanı ve diğer toplum sağlığı birimlerinin öğretim üye ve yardımcılarının tükenmeyen özverileri ile başlamış ve 31.5.1980 de tamamlanmıştır.

Enstitü kuruluş amaç ve yönergesinde yer aldığı halde «kentsel sağlık örgütü» çalışmaları için Enstitü Öğretim Kurulu birkaç kez karar yineler. Sonunda kentsel örneğin bilimsel verilerin ışığı altında Bornova Bölgesinde verilmesine karar verir. Bu arada S.S.Y.B. ile E.Ü.T.F. arasındaki Torbalı - Selçuk bölgesine ait protokol iptal edilğinden Bornova Bölgesi için yeni bir protokol imzalanır.

Kursa katılan Enstitü asistanları, eczacılar, çocuk gelişim ve eğitimi uzmanları, Y.H.O. Halk Sağlığı doktora öğrencileri ve mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından kurs bitiminde Bornova Bölgesinde hizmet öncesi araştırması planlandı. Bu araştırma için birim olarak hane seçildi. Ülkemizde hemen her yerde olduğu gibi Bornova'da da bu konuda elde sağlıklı hane sayıları bulunmadığı için sahada hane tespitleri, elektrik idaresi kayıtlarından ve elektriksiz haneler de olacağından tüm Bornova hane hane taranarak tespit edildi. Tespit çalışmalarının Öğretim Kurulunda doktorlukla ilgisi bulunmadığı, Enstitü asistanlarının «nüfus memurluğu-elektrikçilik» yaptıkları ileri sürülmüştür. Bu düşünce, şekli ile çağdaş tıp anlayışına ters düşmüştür.

Yeni aldığımız Bornova Bölgemizde A-1 tipi merkez sağlık ocağında çalıştırılmak üzere Ocak 1980 de açtığımız uzman kadrolarının ilanı, bu konuda senato ilke kararı gereği bahanesiyle ancak Nisan ayı sonunda, yani 3 ay sonra yapılabilmiştir. Oysa ki; Ocak 1980 ile Nisan 1980 arasında birçok fakültenin kadro ilanları ve hatta kendi fakültemizin kalorifer kazanı ilanı dahi yapılabilmiştir. Nitekim söz konusu senato ilke kararına göre bu yılki 2. bölüm ilanlar ancak Temmuz ayında yapılabilecektir. Buna rağmen, fakültemizde açılan yeni Doçent kadrolarının ilanları, içinde bulunduğumuz günlerde yapılmıştır.

Enstitümüzde, henüz kuruluş günlerinden bu yana var olan ve boş bulunan bol miktardaki öğretim üyesi kadroları, çoğunlukla kadro sıkışıklığı içinde olan kliniklerin dikkatlerini üzerine çekmiştir. Eğer Enstitü kayıtlarına bakılacak olursa kuruluşundan 1980 yılı başlarına kadar devamlı olarak diğer klinikler tarafından bıkmaksızın sürekli kadro talepleri süregelmiştir. Bu tür kadro istemleri Enstitü Yönetim Kurulu tarafından her defasında oybirliği ile reddolunmuştur. Oysaki Enstitümüzün kadroları 2010 sayılı yasada Tıp fakültesinden ayrı bir başlık altında yalnızca enstitümüzde kullanılmak üzere sağlanmıştır. Kadro gereksinimi olan diğer bölümlerimizin enstitümüzden kadro talebinde bulunması, bu yasa ışığında yine ayrı başlıklar altında kadroları sağlanan, fen fakültesi, tabiat tarihi müzesi, botanik bahçesi veya dier fakültelerden (benzer bölümlerden) kadro talebinde bulunmasından farklı değildir. Klinikler arası süregelen kadro paylaşımlarının, çağdaş tıp ve eğitim ilkelerinin savunucusu olan Toplum Sağlığı Birimine bulaştırılması, yasalar ışığında olanaksızdır.

Fakültemiz 1980 yılı cari harcamalar bütçesinden enstitümüze ancak %1 oranında bir ayrılmıştır. Buna göre fakültemizin bütçesinin %99 u tedavi edici hekimliğe, %1 i ise 120 bin nüfustan sorumlu ve koruyucu hekimlik uygulamaya çalışan enstitümüze ayrılmış olması, dikkati çekicidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Toplum sağlığı kavramı yeni değildir. Çağdaş tıp ve eğitimi uygulamaları yönünden ülkemizde de önemli kilometreler kaydedilmiştir. Buna rağmen sorunların sürekli ve sağlıklı bir çözüme kavuştuğu iddia edilemez. Ülkemiz tıp fakülteleri toplum sağlığı birimleri sorunlarının genelde aynı kökenden kaynaklandığı, eski ve yeni birimlerin geçirdiği ve geçirmekte oldukları aşamaların, benzer olduğunu söyleyebiliriz.

Tıpta, geleneksel tutumların temsicileri çoğunlukla yönetimdedir. Toplum sağlığı birimlerinin engellemeleri, burada başlamakta ve işlevleri elden geldiğince geciktirilmektedir. Açık olmak gerekirse bu engellemeler, eski geleneksel tıbbın varlığını sürdürme savaşının son çırpınmalarıdır. Sorunların birlikteliği, toplum sağlığı birimlerinin birlikteliğini gerekli kılmaktadır. Birimler arası sağlıklı bir iletişim kurluması, sorunlarda ortak çözüm yollarının aranmasının, tüm toplum sağlığı birimlerinin işlevlerini hızlandıracağı inancındayız.

Enstitü olarak, işlevlerimizi fakültenin diğer birimlerine kabul ettirme ve bölgede bu birimlerle beraber çalışma çabası içindeyiz. Bu çabalarımızla, Fakültemiz Çocuk Kliniğinden gördüğümüz sürekli desteği göz ardı edemeyiz. Dileğimiz Fakültemizin tüm birimlerinin aynı desteğini sağlayarak bölgede birlikte hizmet verebilmektir.

I. BİLİMSEL SOHBET

TIPTA UZMANLAŞMA ve TAM SÜRE ÇALIŞMA YASASI

TIP FAKÜLTESİ MEZUNLARINI UZMANLAŞMAYA İTEN NEDENLER

Dr. Enis BALKAN, Dr. Metin BİLDİRİCİ, Dr. İrfan GÖKÇAY, Dr. Bedri SAKÇAK *

Bugüne dek çeşitli Tıp Fakültelerinin son sınıf öğrencilerine uygulanan anket sonuçlarında öğrencilerin bilgi ve becerilerinin yeterli görmedikleri için uzmanlaşmak istedikleri ileri sürülmüştür. 1979-1980 dönemindeki H.Ü.T.F. son sınıf öğrencileri üzerinde yaptığımız bir çalışmada öğrencilerin bilgi beceri düzeyleri ile uzmanlaşma istekleri karşılaştırılmıştır. H.Ü.T.F. son sınıf öğrencilerinin bilgileri ve becerileri pratisyen olarak çalışmaya yeterli olduğu halde yüksek oranda uzmanlaşma isteğinin olduğu tesbit edilmiştir. Bu durumda Tıp Fakültesi mezunlarını uzmanlaşmaya iten en önemli nedenin bilgi beceri eksikliği olmadığı sonucuna varılmıştır. Hekimleri uzmanlaşmaya iten nedenleri şöylece sıralayabiliriz :

— Pratisyen hekimlerin en geniş çalışma alanı olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Politikasının teorik olarak kabul edilmesine karşın pratikte hayata geçirilememesi, sağlık sorunlarının yataklı tedavi kurumlarıyla çözülmeye çalışılması ve bu noktada diretilmesi,

— Bölgeler arası büyük ekonomik, sosyal ve kültürel yönden farklılıkların bulunması ve bu farklılıkların giderilmesi,

— Pratisyen hekimin iş güvencesinin olmaması,

— Toplumda uzman hekimlere daha fazla değer verilmesi,

— Mezuniyet sonrası sürekli hizmet işi eğitiminin olmaması,

— Hekimlerin daha öğrenci iken uzmanlık yönünde güdülenmeleri,

— Tıp Fakültesi eğitim hastahanelerinde kullanılan ileri teknolojinin pratisyenlerin çalışma alanı olan sağlık kurumlarında bulunmaması.

(*) H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Asistanları

EGE ÜNİVERSİTESİ EGE TIP FAKÜLTESİ (EÜETF) ÖĞRETİM ÜYELERİ VE SON SINIF STAJYERLERİNİN TAM SÜRE ÇALIŞMA YASASI (TSÇY) HAKKINDA BİLGİ TUTUM ARAŞTIRMASI

*Dr. Mehmet TOKGÖZ**
*Dr. Şenay ÇAVUŞ***
*Dr. Kudret GÜVEN***
*Dr. Mehmet KESKİN***

GİRİŞ

Tam süre çalışma yasası, yürürlüğe girmesinden bu yana 3 yıla yakın süre geçmesine rağmen, çeşitli nedenlerle hâlâ tartışma konusu olabilmektedir. Yasa çeşitli grup ve zümrelerce eleştirilmiş olmasına rağmen bu konuda bir araştırma yapılmamıştır. Bu çalışmada yasaya doğrudan muhatap olan Tıp Fakültesi öğretim üyeleri ile bir yıl içinde hekim olacak stajyerlerin yani eğitinlerle eğitilenlerin yasadan önce hekim olanlarla yasanın yürürlükte olduğu sırada hekim olacakların bilgi görüş ve önerileri saptanmaya çalışılmıştır.

Genç hekim adayları ile onların eğitimcisi eski hekimlerin TSÇY'yla yakından ilgili gördüğümüz diğer yasalara ilişkin olarak Türkiye'nin sağlık sorunlarına yaklaşımlarının saptanması ve sonuçların değişiklik getirecek yeni yasa tasarılarına biraz da olsa ışık tutması açısından yararlı olabileceği umudundayız.

MATERYEL ve METOD

Araştırma, İzmir ili hekimlerinin TSÇY hakkında bilgi-tutum araştırması olarak düşünülmüş olup ulaşım, işgücü olanakları ve zamanlama yönünden ancak EÜTF öğretim üyeleri ve son sınıf öğrencilerine uygulanmıştır.

Ayrıca araştırma yeri olarak EÜTF'nin seçilmiş olması özerk araştırma kurumu olmanın sağladığı tartışma olanaklarıyla konuya daha vakıf olduğu varsayılabilecek bir kitleye yönelinmesi ile daha kapsamlı görüş açısı elde edileceği umulmuştur.

Anketin uygulandığı Nisan-Mayıs-Haziran 1980 tarihinde Tıp Fakültesinde 114 klinik ve 42 preklinik öğretim üyesinden 78 öğretim üyesi ve bir yıl içinde mezun olabilecek 259 stajyer öğrenciden 100 tanesi örnek alınmıştır.

(*) E.ÜT.F. Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Profesörü
(**) E.Ü.T.F. Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Asistanı

BULGULAR ve TARTIŞMA

Anket uygulanan 78 öğretim üyesinin 28 i klinik profesörü, 29 u doçenti, 13 ü preklinik profesörü ve 8 i preklinik doçentidir. 9 öğretim üyesi anketi reddetmiştir. Yine 100 öğrenciden 9 tanesi de anketi cevaplamayı reddetmiştir.

Tablo 1 — Sağlık hizmetinin etkin verilebilmesi için gerekli ekip hangisidir ?

(%)	Hekim Yeterlidir	Yakın Sağlık personeli	Tüm Sağlık İş kolu	Diğer
Öğrenci	—	52	35	4
Öğretim Üy.	3.8	33.3	47.4	3.8

Öğretim üyelerinin %3.8 i tek başına hekimin yeterli olduğunu belirtirken öğrencilerin hiç biri bu şıkkı işaretlememişlerdir. Ayrıca bu öğretim üyelerinin hepsi de klinik profesörleridir. Yine öğrencilerin yarıdan fazlası hekim ve yakın sağlık personelinden oluşan bir ekibi onaylarken öğretim üyelerinin çoğunluğu daha kapsamlı sağlık ekibi önermektedir.

Tablo 2 — Hem serbest hem fakültede çalışan öğretim üyesinin eğitim ve araştırmaya katkısı :

(%)	Verimli	Verimsiz	Fark yok	Diğer
Öğrenci	7	74	9	1
Öğretim Üy.	8.9	58.9	17.9	2.5

Tablo 3-A — Tam süre yasasının en olumlu yanı hangisidir sorusuna verilen yanıtların dağılımı :

Öğretim üyelerinin %15.3 ü bu soruya yanıt vermemişler ya da yanıtları gruplanamamıştır. Bunun dışında kalanların sıralaması şöyledir:

1 — Sağlık hizmetlerinin alınır satılır bir meta olmaktan kurtarılması diyenler %23 dür.

2 — Hekimin tüm mesaisini çalıştığı kuruma hasretmesi %15.3 dür.

3 — Topluma daha iyi sağlık hizmeti götürülmesinin sağlanması diyen öğretim üye yüzdesi 11.5 dur.

Tablo 3-B — Öğrencilerin %35 i bu soruya yanıt vermemiş ya da yanıtları gruplanamamıştır.

1 — %17 si topluma daha iyi hizmet götürülmesinin sağlanmasını söylemiştir.

2 — Pratisyen hekimliği daha cazip hale getirip hekim dağılımının dengelenmesi diyen %11 dir.

3 — Sağlık hizmetinin alınır satılır meta olmaktan kurtarması diyenler %8 dir.

Tablo 4-A — Yasanın olumsuz görülen en önemli yanı sorusuna ise öğretim üyelerinin %38.3 ü yanıt vermemiş ya da yanıtları gruplanamamıştır.

1 — Önlemlerin yetersizliği ve aceleye getirilmiş olması diyenler %12.3 dir.

2 — Fazla çalışmaya olanak tanınmaması, hekimi memurlaştırması diyenler %7.6 dır.

3 — Çalışanla çalışmayanı ayırdetmiyor diyenler %7.6 dır.

Tablo 4-B — Öğrencilerin %48 i yanıt vermemiş ya da yanıtları gruplanamamıştır.

1 — Önlemlerin yetersizliği ve aceleye getirilmiş olduğunu diyenler %17 dir.

2 — Hekim seçme özgürlüğünü engellemiştir diyenler %6 dır.

3 — Çalışanla çalışmayanı ayırt etmemiştir diyenler %5 dir.

Tablo 5 — Tam süre çalışma yasasının zamanlama yönünden değerlendirilmesinde :

Geç kalınmıştır diyenlerin oranı öğrencilerde %61 iken, öğretim üyelerinde %38.4 dür. Zamanında diyenlerle, geç kalınmıştır diyenlerin toplamı bir anlamda yasayı benimseyenler olarak algılanırsa öğretim üyelerinin %57.6 sı, öğrencilerin %64 ü bu düşüncededir.

Tablo 6 — TSÇY ile Anayasanın 49. maddesi arasındaki ilişki sorusuna öğretim üyelerinin %48.4 ü, öğrencilerin %56 sı yakın ilişki görüyorum olarak yanıt vermiştir.

Tablo 7 — TSÇY ile 224 sayılı sosyalizasyon yasası arasındaki ilişki sorusuna öğretim üyelerinin %52.5, öğrencilerin %33 ü birbirini tamamlayıcı ilişki görüyorum olarak yanıt vermiştir. Yine öğrencilerin %44 ünün bu konuda fikri olmadığı söylemesi tarafımızdan 224 sayılı sosyalizasyon yasasının öğrencilerimiz tarafından bilinmediği şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 8 — TSÇY ile tıpta sürekli eğitim arasındaki ilişki sorusuna her iki kesimin hemen hemen yarısı tıpta sürekli eğitime olanak sağlayan bir yasa olarak görmüşlerdir. Yine bu konuda fikri olmayan öğrenci oranı %13 dür.

Tablo 9 — TSÇY nın, uzmanlığa yönelimi nasıl etkiyecektir sorusuna öğretim üyelerinin %28.2, öğrencilerin %11 i arttıracaktır derken; öğretim üyelerinin %26.9 u, öğrencilerin %24 ü azaltacaktır demiş ve ayrıca öğretim üyelerinin %21.7 si ile öğrencilerin %40 ı etkilemez şeklinde yanıt vermiştir.

Tablo 10 — TSÇY nın fakültemizdeki eğitimi nasıl etkilediği sorusuna öğretim üyelerinin %39.7 ile öğrencilerin %19 u olumlu yönde ve öğretim üyelerinin %11.5 ile öğrencilerin %8 i olumsuz yönde etkilediğini söylemiştir. Yine öğretim üyelerinin %26.9 u ile öğrencilerin %55 i etkilemediği görüşündedirler. Bu durum, belkide öğretim üyelerinin tam süre çalışma ile sağlanan zamanı kendilerince daha iyi değerlendirilmiş olmalarına karşın, bunun eğitenlere yansımadığını gösteren bir kriterdir. Çünkü Tablo-2 de uzun vadede eğitimi nasıl etkileyecektir sorusunu öğretim üyelerinin %60 ile öğrencilerin %49 u olumlu yöndedir diye yanıtlamıştır.

Tablo 12 — TSÇY nın hekim seçme özgürlüğünü nasıl etkilediği sorusuna öğretim üyelerinin %44.8 ile öğrencilerin %27 si engellemiştir derken öğretim üyelerinin %15.3 ile öğrencilerin %24 ü engellemez diye yanıtlamıştır. Keza böyle bir özgürlük kavramı yoktur diyen öğretim üye yüzdesi %20.5, öğrenci yüzdesi %29 dur.

Tablo 13 — TSÇY nın hekimlik onurunu nasıl etkilediği sorusuna da öğretim üyelerinin sadece %21.7 ile öğrencilerin %18 i zedelemiştir derken; etkilememiştir ve çağdaş değerine yaklaşmıştır diyen öretim üye yüzdesi %60.2, öğrenci yüzdesi %61 dir.

Tablo 14 — Yasanın koruyucu hekimlik hizmetlerinin yerine getirilmesindeki katkısının olumlu olacağına inanan öğretim üyesi %60.8, öğrenci %60 dır.

Tablo 15 — TSÇY nın hekimlere ekonomik yönden getirdikleri sorusunda, öğretim üyelerinin 1/4 ü tarafından yeterli bulunurken öğrencilerin ancak 1/6 sı tarafından yeterli görülmüştür. Yeterli gören 19 öğretim üyesinin 14 ü klinik, 5 preklinik öğretim üyesidir. Yaklaşık olarak klinik öğretim üyelerinin %24.7 si ile preklinik öğretim üyelerinin %23.3 ü ekonomik yönden yasayı yeterli bulmaktadırlar.

Tablo 16 — Yasanın getirdiği 45 saatlik haftalık çalışma süresini nasıl buluyorsunuz sorusuna öğretim üyelerinin %64 ü ile öğrencilerin %68 i uygundur diye yanıt vermiştir.

Tablo 17 — TSÇY nın hekimlerin sendikalaşmasını ne yönde etkileyeceği sorusuna da öğretim üyelerinin %43,5 i ile öğrencilerin %41 i arttıracaktır diye yanıt vermiştir. Hiç bir öğretim üyesi azaltacaktır dememiş ancak %23 ü etkilemez diye yanıtlamıştır. Yine öğrencilerin %22 oranında fikir bildirmemesi yasa hakkında yeterli bilgileri olmadığını göstermektedir.

Tablo 18 — Uzman açığının kapatılması için kısa vadedeki önerilerin sıralanmasına %39.5 oranında öğretim üyesi yanıt vermemiş ya da yanıtları gruplandırılamamıştır. Bunun dışında en fazla önerilen yöntem mali yönden özendirilmek olmuştur. Öğrenciler içinde de en fazla sayıda öneriler yöntem rotasyon olmuştur.

Tablo 19 — Yeni yasa tasarısında getirilmek istenen TS çalışmayı değerlendirme kurulları hakkındaki soruya, öğretim üyelerinin yarıdan fazlası değerlendirmenin gerekli olduğu ancak değerlendirme kurullarının böyle olmaması biçiminde yanıtlanmıştır. Değerlendirmenin gereksiz olduğu yanıtı %16.6) ile toplanırsa öğretim üyelerinde (%53.3) ve öğrencilerde (%57) yarıdan çoğunun yasada belirtilen değerlendirme kurullarının böyle olmaması gerektiği hakkındaki düşüncelerinin kesinliği anlaşılmaktadır.

Tablo 20 — Yeni yasa tasarısında getirtilen saat 17.00 den sonra özel hasta bakma ya da serbest çalışmanın getirilmesi olayındaki düşünceleri alındığında öğretim üyelerinin %37 si olumlu, %43.4 ü olumsuz diye yanıtlamıştır. Öğrencilerde de cevaplar çok yakındır. Öğretim üyelerinin %7.8 i, öğrencilerin %10 u yanıt vermemiştir. Olumlu bulanların oranı (cevapsızlarda eklenirse) ile olumsuz bulanların oranı birbirine oldukça yakındır.

Tablo 21 — TSÇY nın tamamen iptalini istermisiniz? sorusuna %8.9 oranında öğretim üyesi (bunların hepsi klinik öğretim üyesidir), öğrencilerin %8 i evet demiştir. Öğretim üyelerinin %75.6 ile öğrencilerin %72 sî hayır diye yanıt vermiştir. Yanıtsız %2.5 dur.

SONUÇ ve ÖNERİLER

EÜTF öğretim üye ve stajyerlerinin TSÇY nı algılamaları ağırlıklı olarak daha iyi ve eşit sağlık hizmetlerinin verilmesi ve hekimlerin istihdam politikası yönünden olduğudur. Oysa olumsuz yanında ağırlıkta olan, yasanın aceleye getirilerek çıkarılmış olmasından dolayı denetim eksikliğini içinde taşımaktadır.

Bizce herhangi bir yasa çıkarılacağında, yasaya uymakla hükümlü kesimlerinin görüşlerinin alınmaması yasanın uygulamadaki başarısını olumsuz yönde etkilemektedir.

HEKİMLERİ UZMANLAŞMAYA YÖNELTEN NEDENLERLE İLGİLİ BİR ARAŞTIRMA

*Dr. Mehmet TOKGÖZ**
*Dr. M. Nuri SARMAŞIK***
*Dr. Şenay ÇAVUŞ***
*Dr. Şefik MAS***

GİRİŞ

Sağlk hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak toplumun değişik sağlık koşullarına yanıt veremediği, ülke çapında doktorların insanların sağlığı için değil, hastalıklarının tedavisi için yetiştirildiği Türkiye'de, uzman hekim oranında giderek bir artış olmakadır.

Ülkemizdeki üretim ilişkilerine koşut olarak gelişen bu olgu, hayatın bir çok alanında olduğu gibi sosyal bir bilim dalı olan tıp ile çelişkilidir. İnsanın yaşam niteliğinin yükselmesi, insanın kendi yarattığı değerleri özgürce kullanabilmesi, genel anlamda tüm toplumsal değerlerin bilimin gereklerine uygun tarzda düzenlenmesiyle olasıdır.

Sağlık alanında uzmanlaşmaya, yönelik eğilimin giderek artması, toplumumuz aydını'nın ayrıcalıklı konumunun giderek azalmasına paralel olarak gelişen bir durumdur. Sağlık hizmetlerinin halka götürülebilmesi, doğru bir örgütlenme ile olasıdır. Buna göre, ebeden pratisyen hekime, pratisyen hekimden uzman hekime uzanan hizmet halkasının her kademede çalışan yeterli sayıda elemanın bulunduğu hizmet içi eğitilmesi ve istihdam sorunlarının çözümlenmesiyle işlerlik kazancaktır (1). Mevcut bilimsel gerçeklere ters düşmekte, uygulamalar plân hedeflerine uymamaktadır.

MATERYEL ve METOD

Bu çalışmada EÜTF Hastanesi, SSK ve Devlet Hastanelerinde çalışan hekimlere anket dağıtılarak yanıt verenlerin değerlendirilmesi yapılmıştır.

BULGULAR

247 ankete yanıt verilmiştir. Hekimlerin %34 ü ihtisas öncesi pratisyen olarak çalışmadan direk uzmanlık eğitimi görmektedir. Bu durum ülkemizde konunun ne kadar liberal anlamda alındığının bir göstergesidir.

(*) E.Ü.T.F. Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Profesörü
(**) E.Ü.T.F. Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Asistanı

Tablo 1 — İhtisasa girmeden önce Pratisyen olarak çalışılan yıllar.

Çalışılan Süre	Hekim Sayısı	%
Hiç çalışmadım	84	34.00
6 Ay ↓	12	4.85
6-11 ay	17	6.88
12-23 ay	30	12.14
2 yıl - 35 ay	25	10.12
3 yıl - 47 ay	18	7.28
4-5 yıl	19	7.69
5 yıl ↑	42	17.00
Toplam	**247**	**100.00**

Tablo 2 — Zorunlu Hizmet X Çalıştığı Kurum

Çalıştığı Kurum	Zorunlu hizmeti olanlar	%	Zorunlu hizmeti olmayan	%	Yanıt yok	Toplam
Üniversite	29	25.89	83	74.10		112
Devlet	46	55.42	36	43.37	1	83
SSK	21	40.38	31	59.61		52
Toplam	**96**		**150**		**1**	**247**

Sağlık alanındaki uygulamalarda çok pahalı bir yatırım olan hekimin gelişigüzel istihdamıyla, belirginleşen bu olgu plan hedeflerine de ters düşmektedir. Uzman hekimliğin planlanmasını etkileyen birçok etmen vardır. Bunların başında devletin sağlık politikası gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sistematik bir organizasyonun olmadığı tek elde toplanmadığı ülkemizde, sorunu belli ölçüde çözecek zorunlu hizmet mekanizması mevcut yapıdaki konumuyla yani burslu okuyanların yükümlülükleriyle kurumlara göre değişik bir görünüm arzetmektedir.

Hekimler ve diğer sağlık personeli meslek hayatlarının ilk yıllarında geri kalmış yörelerde bir süre çalışmaya zorlanmalıdır (2). Özellikle üniversitelerde, tıp eğitiminin verildiği kurumlarda zorunlu hizmeti olmayan hekimler (%74.10) yoğunlaşmaktadır. İhtisas öncesi çalışma süresi çalıştığı kurumlara göre değerlendirildiğinde Üniversitede çalışanların %50 si, Devlet hastanesinde çalışanların %15.66 sı, SSK da çalışanların %28.84 ü pratisyen olarak çalışmadan direkt uzmanlık eğitime geçmişlerdir. Pratisyen olarak çalışan hekimlerin %30.36 sı sosyalizasyon tabipliklerinde çalışmışlardır.

Uzmanlık eğilimini oluşturan nedenler

Farklı ekonomik sistemlerde mevcut üretim ilişkilerine koşut olarak çeşitli türlerde sağlık örgütlenmesi modelleri geliştirilmiştir. İnsan gücünün yetiştiril-

mesi, değerlendirilmesi bu modeller içinde şekillenmiştir. Toplumu sağlıklı kılmaya yönelik olması gereken bu örgütlenme, bir çok ülkede, aksine sorunların çözümüyle taban tabana zıt bir konuma ulaşmıştır. Bunların içinde Türkiye de dahildir. Hekimlerin uzmanlık eğilimini oluşturan nedenler önemine göre şöyle sıralanmaktadır :

Tablo 3 — İlk üç tercihe girme frekanslarının ağırlık puanlarına göre verilen şıkların tercih sırası

	uzmanlaşmaya iten nedenler	Puan
1	Pratisyen yetersizliği	162.33
2	Daha rahat çalışma	64.33
3	Ülkemizde hekimlik geleneği	56.00
4	Sosyal çevrenin etkisi	47.33
5	Meslekte daha çok itibar	36.00
6	Büyük kentlerde yaşama	35.66
7	Özel sebepler	21.66
8	Daha çok kazanma	11.00
9	Toplumda daha çok itibar	11.00
10	Ailenin etkisi	7.66

Tablodan anlaşılacağı gibi uzmanlaşma eğilimini oluşturan temel neden pratisyenin yetersizliğidir. Tıp Fakültesi mezunlarının %52 si mezun oldukları gün, kendilerini bir hastanın teşhis ve tedavisinde sorumluluk yüklenecek nitelikte görmemektedir (3).

Buna etken olarak tıp fakültelerindeki öğretim ve eğitim gösterilebilir.

Toplumsal değer yargılarının ağır basması, pratisyenliğin çalışma koşullarının yetersizliği, hekimleri daha iyi çalışma koşullarının olduğu, meslekte daha çok itibar gören, daha çok para kazanan her türlü olanakların bulunduğu, büyük kentlerde yaşayan hekimlerin konumuna yani uzmanlığa çekmektedir.

Üniversitede çalışan hekimler, pratisyenin yetersizliğini daha ağırlıklı olarak hissetmektedirler.

Tablo 4 — Pratisyenin yetersizliği X Çalıştığı kurum

Kurum	İlk 3 tercih frekansı	%	Toplam hekim
ÜNİVERSİTE	91	81.25	112
DEVLET HAS.	57	68.67	83
S.S.K.	39	75.00	52
Toplam	**187**		**247**

Daha rahat çalışma istemi, olumsuz koşullarda pratisyen olarak çalışan hekimlerin daha yoğun olduğu Devlet ve SSK hastanelerinde daha ağır basmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5 — Daha rahat çalışma X Çalıştığı kurum

Kurum	İlk 3 tercih frekansı	%	Toplam hekim
ÜNİVERSİTE	32	28.57	112
DEVLET	41	49.39	83
SSK	25	48.07	52
Toplam			**247**

Ülkemizde hekimlik geleneğinden dolayı uzmanlığı seçenler üniversitede çalışanlarda yoğunlaşmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6 — Ülkemizdeki hekimlik geleneği X Çalıştığı kurum

Kurum	İlk 3 tercih frekansı	%	Toplam hekim
ÜNİVERSİTE	50	44.64	112
DEVLET	25	30.12	83
SSK	15	28.84	52
Toplam			**247**

Meslekte daha çok itibar görme eğilimi Devlet hastaneleri ve SSK da daha fazladır.

Tablo 7 — Meslekte daha çok itibar görme X Çalıştığı kurum

Kurum	İlk 3 tercih frekansı	%	Toplam hekim
ÜNİVERSİTE	18	16.07	112
DEVLET	26	31.32	83
SSK	18	34.61	52
Toplam			**247**

Büyük kentlerde yaşama istemi Üniversitede çalışanlarda ağır basmaktadır.

Tablo 8 — Büyük kentlerde yaşama X Çalıştığı kurum

Kurum	İlk 3 tercih frekansı	%	Toplam hekim
ÜNİVERSİTE	36	32.14	112
DEVLET	13	15.66	83
SSK	11	21.15	52
Toplam			**247**

Tablo 9 — Daha çok kazanma X Çalıştığı kurum

Kurum	İlk 3 tercih frekansı	%	Toplam hekim
ÜNİVERSİTE	2	1.78	112
DEVLET	7	8.43	83
SSK	9	17.30	52
Toplam			**247**

TARTIŞMA

Her geçen gün sağlık sorunlarının yığıldığı tüm insanlara adil bir sağlık hizmeti sunabilmenin mevcut yapıyla olanaksız olduğu günümüzde, uzmanlaşma eğilimi de hizmetin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. 1976 yılında, yaklaşık 21.000 hekimi olan bunun %65'i (13.000) uzmanlık yapan Türkiye'de tüm hekimlere uzmanlık öğrenimi olanaklarının sağlanması hatalı politikanın eseridir (4).

Tüm durumlarda hekimler, hizmeti geliştiren faktörlerin dışında bir çok sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisiyle kolayca uzmanlaşma olanağı bulmaktadırlar.

Uzman hekimlerin büyük kentlerin dışında çalışma olanaklarının olmaması ve diğer birtakım faktörler bu alandaki insan gücünün 3 büyük kentte toplanmasına neden olmaktadır.

Gereksiz uzmanlaşma sağlık üretimini kısıtlamakta, uzmanlar gerçekten uzmanların görmesi gereken hastalarla ilgilenememektedirler, çünkü gerekli gereksiz her türlü hasta uzmanlara başvurmaktadır. Bu nedenle insan gücünüzden verimli bir şekilde yararlanamamaktayız.

SONUÇ

Pratisyen hekimlik ülke gerçeklerine uygun bir tarzda geliştirilmeli. Bu yönde sosyal ve ekonomik önlemler alınmalıdır. Bu yapı oluşturuluncaya kadar zorunlu hizmet koşulu hayata geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı «Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı» 1979-1983.

2) Alma-Ata 1978 - Primary Health Care. WHO, Geneva, 1978.

3) **Dirican, M.R.:** «Türk Hekimlerinin Düşünüş ve Davranışları ve Toplum Sağlığına Etkileri» Doçentlik tezi. Ankara, 1967.

4) **Dirican, M.R.:** «Türkiye'nin gereksinimi ve İnsan Gücü Planlaması Yönünden Uzmanlık» Tabip Odası Bülteni, Mart, 1977, Sayı: 18.

II. BİLİMSEL SOHBET

TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ ve SORUNLARI

TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Sorunlar, Öneriler

Doç.Dr. Yaşar BİLGİN, Uz.Dr. İclâl KANTAROĞLU *

GİRİŞ

Bireylerin, ailelerin ve onların oluşturduğu toplumların bedensel, ruhsal ve soyal yönden tam bir iyilik hali içinde bulunmalarını amaçlayan, bilimsel olarak uygun, sosyal yönden yeterli, metodlu bir teknoloji ile sunulan hizmetlere «Temel Sağlık Hizmeti» diyoruz. Temel Sağlık Hizmeti bir ülkenin topyekün sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur.

Türkiye'de temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sorumluluğun büyük kısmı, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiştir. Hıfzıssıhha Kanununun 1. maddesinde zikredilen ve «Memleketin sağlık koşullarını düzeltmek ve milletin sağlığına zarar veren bütün hastalıklar veya diğer zararlı etkenlerle savaşmak ve gelecek kuşakların sağlıklı olarak yetişmesini sağlamak, halkı tıbbi ve sosyal yardıma kavuşturmak» şeklinde özetlenebilecek devlet görevleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiştir. Devlet adına bu Bakanlığa verilen geniş kapsamlı görevlere rağmen bu görevlerin gerektirdiği olanakların -hergün değişen toplum koşulları dikkate alınarak- devlet tarafından yeterince sağlandığını söyliyemiyoruz.

Bireyin ve toplumun refahını amaç olarak kabul edildiği kalkınma planlarımızda «Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Öncelik Verilecek, iyiedici hizmetler onu tamamlayan bir öğe olarak ele alınacaktır.»; «Sağlık Hizmetlerinin birbiriyle tutarlı bir bütün olarak ve verimli şekilde uygulanabilmesini sağlamak, sağlık personelinin bölgeler arasında ve mesleğin çeşitli dallarında dengesiz dağılışını sağlık hizmetlerinin istenen ölçüde görülmesine yaptığı olumsuz etkiyi gidermek amacıyla, sağlık hizmetleri tek elden yürütülecektir», gibi kamu kesimi için emredici prensipler getirildiği halde bunların gerçekleştirilmesi konusunda yeterli ve etkili girişimlerde bulunlduğunu da iddia edemiyoruz.

Türkiye'de Temel Sağlık hizmetleri alanındaki sorunları aşağıdaki başlıklar altında özetleyebiliriz :

(*) A.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü

a) *Mevzuatla İlgili Sorunlar :*

a.1 — 1953 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun bazı maddeleri -örneğin il özel idareleri ve Belediyelerle ilgili hükümler, tecrid ve dezenfeksiyonla ve gayrisıhhi müesseselerle ilgili hükümler, süt nineler ve gıda maddeleri ile uğraşanların sağlık kontrolleri ile iligli hükmler, gıda maddeleri tüzüğündeki hükümler v.b. gibi- uygulanmamakta veya uygulamada yetersiz kalınmaktadır. Uygulamama durumnda kontrol mekanizması da yeterince işlememektedir.

a.2 — 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun içeriğinde yer alan «Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile, amme sektörüne ait müesseselerin bütçelrinden ayrılan tahsisat karşısında herçeşit sağlık hizmetinden eşit ve ücretsiz faydalanabileceği veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılarak faydalanabileceği» hükmündeki prim ve tahsisat bugüne kadar alınmamıştır.

a.3 — Yine 224 sayılı kanunun 22. maddesinde «mutad olarak yılda bir kere toplanır» denilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına görüşleri ve tavsiyelerini bildirecek olan «Genel Kurul», 1963 yılından 1980 yılına kadar olan 17 yıllık süre içinde ancak iki kere (1969 ve 1978 yıllarında) toplanabilmiştir.

a.4 — Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde, sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında işbirliğini sağlayabilecek kanunî müeyyideler getirilmemiştir. Bu yüzden sektörler arasında hizmet ve öncelik anlayışlarında paralellik sağlanamamakta, netice olarak sağlık hizmetleri yeterince gelişememektedir.

a.5 — Kalkınma planlarında «Sağlık Hizmtlerinin birbiriyle tutarlı bir bütün olarak ve verimli şekilde uygulanabilmesini sağlamak, sağlık personelinin bölgeler arasında ve mesleğin çeşitli dallarında dengesiz dağılışının, sağlık hizmetlerinin istenen ölçüde görülmesine yaptığı olumsuz etkiyi gidermek amacıyla sağlık hizmetleri tek elden yürütülecektir» şeklinde yer alan hükme rağmen, Sosyal Sigortalar Kurumu ve diğer bazı kuruluşlar sağlık hizmetleri alanındaki çalışmalarını ayrı olarak sürdürmektedirler.

b) *Mali Sorunlar :*

b.1 — Temel Sağlık Hizmetleri konusunda büyük görevler ve sorumluluklar yüklenen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına genel bütçeden yeterli ödenek ayrılmamaktadır. Genel bütçenin ancak %2,70 ila %5'i arasında değişen oranlarda ödenek ayrılmaktadır. 1979 yılında %4.5, 1980 yılında %4.21 (31.822. 605.000 TL). Buna mukabil 1978 rakamlarına göre 2.206.056 sigortalı işçiye ve bunların ailelerine -toplam 10 milyon civarında- hizmet veren Sosyal Sigortalar Kurumunun 1979 yılı bütçesi 54 milyar TL civarındadır. Temel Sağlık Hizmetleri konusunda büyük görevler üstlenen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi genel bütçeden %15-16 oranında bir ödenek ayrılmadıkça, hizmette istenen düzeye ulaşılması beklenemez.

b.2 — Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına genel bütçeden ayrılan ödeneklerin bu bakanlığın içindeki genel müdürlüklere dağılımı «Temel Sağlık Hizmetleri» anlayışına yönelik şekilde olmamaktadır. Tedavi kurumlarına daha fazla ödenek ayrılmaktadır.

c) *Personel Sorunları :*

c.1 — Hizmetin gerektirdiği personel ihtiyacı ile ilgili olarak, gerek nicelik ve gerekse nitelik açısından ilerdeki dönemlere ait bir plan hâlâ oluşturulmamıştır. Personel tayin ve terfileri konusunda hizmeti olumsuz yönde etkileyen faktörler vardır.

c.2 — Bazı yörelerdeki hekim açığını kapatmak amacıyla diğer yörelerden kısa süreler için hekim gönderilmesi, etkili olmadığı gibi hizmetin gelişmesini hatta görülmesini büyük ölçüde affekte etmektedir.

c.3 — Sağlık ve yardımcı sağlık personeline yapılan maaş dışı ödemelerdeki- yan ödeme, tamgün ödeneği gibi- düzensizlikler personeli olumsuz yönde etkilemektedir.

c.4 — Sağlık personelinin gerek mezuniyet öncesi ve gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerinde ülke gerçeklerine uygun bir yeterlilik içinde oldukları söylenemez. Mezuniyet sonrası bilgi tazeleme kursları veya hizmet içi eğitim, hizmetin çok gerisinde kalmaktadır.

c.5 — Sağlık personelinin verdiği hizmet gerçekçi olarak değerlendirilmemekte, bu da hizmetin istenilen düzeye çıkmasını engellemektedir.

d) *Sağlık Personelinin Yetiştirilmesi ve Eğitimi İle İlgili Sorunlar :*

d.1 — Hekim yetiştirilmesi ile ilgili sorunlar; Ülkenin ihtiyacı olan hekimlerin yetiştirilmesi Tıp Fakültelerinin bugünkü eğitimi ile sağlanamamaktadır.

d.2 — Diğer sağlık personelinin yetiştirilmesi ile ilgili sorunlar; Türkiye'de sağlık alanında insan gücü ihtiyacı ve bu ihtiyacın karşılanması için gerekli plan ve proğram iyi saptanmış değildir. İhtiyaç duyulan alanlarda personel sıkıntısı çekilirken bir kısım personelde bazı alanlarda yığılım göstermektedir. (Eczacılarda olduğu gibi).

e) *Sağlık Kavramının İyi Anlaşılamaması :*

Türkiye'de sağlık kavramına gereken önemin verilmemesi ve bu kavramın halka, politikacılara ve icra mevkiinde olanlara yeterince anlatılmaması, sağlık alanında yapılacak harcamaların en verimli yatırım olduğu fikrinin kabul ettirilememesi hizmetin gelişmesine engel olmaktadır.

f) *Halkın Sağlık Harcamaları İle İlgili Sorunlar :*

Türkiye'de vatandaşların sağlık kuruluşlarından yararlanmaları konusunda bir eşitlik olmadığı gibi, sağlık harcamalarına vatandaşın katkısı yönünden de bir eşitlik olduğu söylenemez. Sosyal Sigortalar Kurumu işçilerden ve işverenden prim alırken, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hizmet verdiği vatandaşlardan prim almamakta, yalnız tedavi sırasında belli ücret almaktadır. Genel bütçeden sağlık hizmetlerine yeterli ödenek ayrılması sağlanamadığı takdirde, toplumun tüm kesimlerindeki vatandaşların gelirleri oranında ve eşit şekilde sağlık hizmetine katkıda bulunmaları hem hizmetin kalitesini arttıracak hem de sosyal adalet ilkelerine uygun olacaktır.

ÖNERİLER

Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetlerinin çağın gereklerine uygun olarak -harcama, yarar ve etkinlik prensiplerine göre- yürütlebilmesi için, herşeyden önce bir planlamaya ihtiyaç vardır. Bu planlamada:

a) Devlet Planlama Teşkilatı

b) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, görev ve sorumluluk almalıdırlar.

a — Devlet Planlama Teşkilatı düzeyindeki planlama; Sağlık konusuna tarım, üretim, madenler, sanayileşme gibi konular kadar ağırlık verilmelidir. Bu kuruluş bünyesinde herşeyden önce devamlı çalışan bir «Sağlık Planlama Üniti» nin kurulması gerekir. Bu ünit içinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversitelerin Tıp Fakülteleri Temsilcileri, İçişleri, Köyişleri, Çalışma, Sosyal Güvenlik ve Maliye Bakanlıklarından ilgililer görev almalıdır. Bu ünit, Temel Sağlık Hizmetleri konusunda ilgili bakanlıklardan gelen plan ve program tekliflerini nihai karara bağlamalıdır. Bugüne kadar olan uygulamalarda, ilgili bakanlıklar arasında çoğu görüş birliği sağlanamamış ve bu durumda hizmeti aksatmıştır. Her bakanlık ve kuruluş kendi hizmet anlayışına göre bağımsız hareket etmiş neticede harcamalarda artış, hizmette duplikasyon ve kaynak israfı gibi sorunlar ortaya çıkmıştır.

b — Temel Sağlık Hizmetleri alanında en büyük görevi ve sorumluluğu yüklenmiş olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıında çağdaş görüşlere uygun bir «Sağlık Planlama Konseyi» veya «Sağlık Planlama Üniti» oluşturulmalıdır. Bu kuruluşun fonksiyonu şu konularda olmalıdır :

b.1 — Türkiye'nin sağlık alanındaki sorunlarını öncelik önem sıralarına göre saptanması.

b.2 — Önceliği saptanan sağlık sorunlarının çözümü için gerekli örgütlenme modelinin belirlenmesi. (Örgütlenme modeli sosyalleşme olarak zaten kabul edilmiştir.)

b.3 — Örgütlenmenin personel ihtiyacının saptanması; personelin gerek sayıca ve gerek nitelik yönlerinden hangi eğitim kurumlarından sağlanabileceğine dair plan yapılabilmesi.

b.4 — Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarına, Tıp Fakültelerinden diğer sağlık ve yardımcı sağlık personeli yetiştiren kurumlara kadar, ülke ihtiyaçlarını gösteren proğramların hazırlanması.

b.5 — Personelin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimleri için gerekli bilgi tazeleme kurslarında ele alınacak konuların ana hatlarıyla saptanması, bu kursların nerelerde ve ne kadar aralıklarla yapılacağı ile ilgili olarak ana prensiplerin tespiti. Bu konuda Hıfzıssıhha Okulu etkili bir rol oynayabilir.

b.6 — Personelin terfi, nakil ve mükâfatlandırılması konularında ana prensiplerin belirlenmesi.

b.7 — Sağlık alanında parasal kaynakların nasıl ve nerelerde sağlanacağı, bunların en verimli şekillerde harcanması konularında ana ilkelerin saptanması.

b.8 — Sağlık alanında hizmet veren kuruluşların olanaklarının -personel, bina, araç ve gereç- en iyi şekilde hizmete entegrasyonunun sağlanması ile ilgili ilkelerin belirlenmesi.

b.9 — Halkın sağlık hizmetlerine yapabileceği hertürlü katkının en iyi şekilde yapılabilmesi için, halkla ve gönüllü kuruluşlarla yapılması gereken ortak çalışmalar ve işbirliği esaslarının ana hatlarıyla saptanması.

Buraya kadar kısaca özetlenen fonksiyonlarını üstlenecek olan «Sağlık Planlama Kurulu»nun, çeşitli disiplinlere mensup elemanlardan oluşması doğaldır.

Bu kurulda;

1 — Sağlık plnlaması konusunda yetişmiş tecrübeli hekimler,
2 — Epidemiyologlar ve istatistikçiler,
3 — İşletmelerde verimlilik, etkinlik (kâr değil) konularında tecrübeli yöneticiler,
4 — Maliyeci ve Ekonomistler,
5 — Mühendis ve mimarlar (bina ve diğer tesislerin yapımı ile ilgili olarak),
6 — Hukukçular, özellikle sağlık hukukçuları,
7 — Sosyolog ve antropologlar,
8 — Sosyal Hizmet alanında hizmet vermiş tecrübeli uzmanlar,
9 — Topluma yapılacak sağlık eğitimi konusunda yetişmiş tecrübeli eğitimciler,
10 — Ülkenin ihtiyaç duyduğu hekim ve diğer personelini yetiştiren Fakülte, Yüksek Okul ve Okulların, öğretim ve eğitim programlarının hazırlanmasında sorumlu öğretim üyeleri.

c — Temel Sağlık Hizmetlerinin daha iyi, verimli ve ekonomik olarak uygulanabilmesi için zaman zaman değerlendirmeye tabi tutulması, aksayan noktaların eleştirilere açılması kadar doğal bir şey olamaz. Ülkemizde nedense, değerlendirme ve eleştirilerden kaçınma eğilimi vardır. Bu hususlar gözönüne alınarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 22 nci maddesinde belirtilen «Genel Kurul» un yılda bir kere olsun toplnması zorunlu olmalı ve gerçeklerin dile getirilmesine imkân verilmelidir.

Bakanlık katından, periferideki en uc hizmet birimi olan sağlık evi görevlisine kadar her kademe personelin çalışmalarının yeteri ölçüde değerelndirilmesi için gerekli çabalar gösterilmeli ve öz eleştiri fikri yerleştirilmeye çalışmalıdır. Hizmetin daha iyiye gitmeis için başarılı personelin teşvik tedbirleriyle ödüllendirilmesi de, hizmetin gelişmesinde ve istenilen düzeye ulaşmasında önemli bir husus olarak dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1) **Baykan, N., Sungur, G., Bilgin, Y.**: «Toplum Hekimliği» A.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, sayı: 379, Yargıçoğlu Matbası, Ankara 1979.
2) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1979 Mali Yılı Bütçe Raporu.
3) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1980 aMli Yılı Bütçe Teklifi.
4) Sosyal Sigortalar Kurumu 1978 Yılı Çalışma Raporu Bilançosu Gelir-Gider Tablosu ve 1979 Yılı İş Programı.
5) Alma-Ata 1978. Temel Sağlık Hizmetleri, Hıfzıssıha Okulu Yayını, 1980, Ankara.
6) I, II, III, IV Beş Yıllık Kalkınma Planları.
7) I. ve II. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Genel Kurul Toplantı Raporları. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
8) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik ve Protokoller. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sosyalleştirme Daire Başkanlığı Yayını. Ongun Kardeşler Matbaası, 1972, Ankara.
9) Türkiye'nin Sağlık İnsan Gücü ve Ortak Pazar ile Mukayeseli Olarak III. Beş Yıllık Plan Dönemi İçin Teklif. PAYZIN, Sabahattin, A.Ü. Tıp Fakültesi Yayını. Baylan Matbaası, Ankara.

KENTLERDE, TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

*Dr. Recep AKDUR**

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi düşünülürken öncelikle ne tür bir hizmet sunulması gerektiğine karar verilmesinde zorunluluk vardır. Çünkü, sunulması düşünülen hizmet biçimi, daha genel bir deyişle hizmet politikası, örgütlenmeyi şekillendirmede temel ögelerden biridir. Hizmet politikası biçimlendirildikten ve kararlaştırıldıktan sonra örgütlenme bunun üzerine inşa edilebilir. Sağlık politikası ise, hizmetle neyin anlatılmak istendiği tayin etmektedir. Bundan dolayı Türkiye kentlerinde sağlık hizmetlerinin örgtülenmesi düşünülürken, sunulmak istenen hizmetten ne anlatılmak istendiğinin tartışılmasında ve karara bağlanmasında zorunluluk vardır.

Günümüz koşullarında böyle bir tartışmaya gerek olmadığı düşünülebilir. Çünkü, çağdaş sağlık hizmeti, sunulması gereken hizmet biçimini ve sağlık politikasının ilkelerini tartışmaya yer vermeyecek açıklıkta belirlenmiştir. Ancak Türkiye'deki sağlık hizmetleri ve örgütlenmesine bakıldığında, gerek yönetim düzeyinde gerekse toplum düzeyinde bu konunun açıklığa kavuştuğunu söylemek oldukça güç. Sosyalleştirme konusunda tüm söylenen ve yazılanlara, hatta bizzat yönetim tarafından benimsenmiş olduğunun söylenmesine karşın, uygulamaların kararsızlığını görebilmekteyiz. Toplum düzeyinde ise talebin çağdaş sağlık hizmeti yönüne kanalize olduğunun belirtilerini pek göremiyoruz.

ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETİ

Çağdaş anlamda sağlık hizmeti deyiminden; koruyucu iyileştirici ve sosyal hizmetler bütünü anlaşılmaktadır. Her tür toplumsal yapıda bu üç bölümün birlikte ve tek elden sunulmasında zorunluluk vardır. Ancak bu üç bölümün hizmet içindeki ağırlıkları, toplumun içinde bulunduğu çevreye göree (Sosyal, fizik ve biyolojik çevre kast edilmektedir) değişir. Örneğin, çevre sorunlarını halletmiş ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bir toplumda koruyucu hizmetlerin tüm faaliyetler içindeki ağırlığı aksi bir topluma göre daha az olacaktır. Tür-

---

(*) A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Uzman Asistanı, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı

kiye'de de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi düşünülürken, kır-kent yada kentlerin gecekondu bölgeleri ile gelişmiş bölgeleri arasında göz önünde bulundurulması gereken temel fark bu olmalıdır.

Çağdaş sağlık hizmeti sağlama götürülen ve korumaya yönelik bir hizmettir. Hizmeti böyle anlayıp yorumlayınca, sağlık hizmetlerinin temelini periodik izlemeler oluşturacaktır. Bu nedenle gerek ülke düzeyinde gerekse kentlerde örgütlenme düşünülürüken periodik izlemeler esas olarak alınmalıdır. Ayrıca kır ve kentler için benzer bir örgütlenmeye gidilmesinde zorunluluk vardır. Bu zorunluluk, ülke düzeyinde hizmeti bütünleyebilme, bölgeler arası eşit hizmet sunabilme, standart eğitim, kayıtlarda standardizasyon ve epidemiyolojik değerlendirmeler yapabilme gereklerinin ortaya çıkardığı bir zorunluluktur. Konuya böyle yaklaaşılınca, kentlerdeki sağlık örgütlenmesinin periodik izlemeleri esas alması poliklinik, yataklı tedavi ve benzeri hizmetlerin ise bu esas üzerine oturtulması gerektiği söylenebilir.

ÖRGÜTLENMEDE BAZI ÖLÇÜTLER

Kararlaştırılacak politikadan sonra, örgtülenmeye yön vermede göz önünde bulundurlması gereken başlıca ögeler şöyle sıralanabilir: 1 - Hizmet hacmi, 2 - İnsan gücü, 3 - Finansman.

Hizmet Hacmi - İnsan Gücü

Topluma sunulacak hizmet hacmi ve bunun gerektirdiği insan gücünü hesaplarken dört bölümde değerlendirebiliriz :

A — Periodik izlemeler
B — Poliklinik Hizmetleri
  B-1 — Muayene ve ayakta tedavi
  B-2 — Yataklı tedavi
  B-3 — Laboratuvar hizmetleri
C — Demografik ve vital olayların izlenmesi
D — Diğer hizmetler (Genel idare hizmetleri,, çevre sağlığı ve benzeri)

A) PERİODİK İZLEMELER

İdeal olanı tüm bireylerin periodik izlenmeye alınmasıdır. Ancak günümüzdeki insan gücü ve mevcut diğer olanaklarla bunu yapmaya imkân yoktur. Bu nedenle de hizmetin öncelikli gruplara (Risk Grubu), yöneltilmesi gerekmektedir. Türkiye'de 0-6 yaş grubu, gebe ve lohusalar önceliğe sahip grupları oluşturmaktadır. Kentlerde de durum aynıdır. Bunlara ek olarak, yörenin özelliğine göre riskli işyeri çalışanları, yaşlı, kronik ve dejeneratif hastalıklı kişi-

lerin kapsama alınabileceği düşünülür ise de bunlar ikinci dereceden öneme sahip gruplardır. Sonuç olarak kentlerde periodik izlemelerin iç hacmi hesaplanırken A,Ç,S hizmetleri temel olarak alınabilir.

Her 1000 nüfus için periodik izlemelerin gerektireceği aylık iş hacmi şöyle olacaktır: Türkiye'de üç metropolde kaba doğum hızı ‰24.81, nüfusu 100.000 den fazla olan yerleşim yerlerinde isee ‰25.97 dir (4). Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki ‰24.4 lük oranda (1) bu veriyle uygunluk göstermektedir. Buna göre; bir yılda her bin nüfusta 25 doğum meydana gelmektedir. Bu doğumların yılın aylarına homojen dağıldığı varsayıldığında ayda yaklaşık 2 doğum olacaktır. Aynı şekilde gebelik olayının yılın aylarına homojen dağıldığı varsayılır ise her bin nüfusta 18 dolayında gebe olacaktır. Her bin nüfus için gebe ve lohusaların gerektirdiği aylık periodik izleme hacmi ise şöyledir :

Haftada	görülmesi	gerekli	2 lohusa	= 8 periodik izleme
»	»	»	2 9. ayında gebe	= 8 periodik izleme
15 günde	»	»	2 8. ayında gebe	= 4 periodik izleme
Ayda bir	»	»	14 gebe	=14 periodik izleme
			Toplam:	34 periodik izleme

Aynı verilerden hareketle her bin nüfus için ayda bir görülmesi gerekli bebek sayısı 25 olmaktadır. 1-6 yaş grubu çocukların 6 ayda bir görülmesi halinde (Takvime göre daha sık görülmesi gerekir) bu yaş grubunda 5x25=125 çocuk bulunacaktır ve bunlardan doğan aylık periodik ilzeme sayısı ise 20 dolayındadır. Sonuç olarak 0-6 yaş grubundan dolayı aylık izleme sayısı 45 olmaktadır. Toplam AÇS için ise, her bin nüfus için 80 izleme gerekmektedir.

Bu izlemelerin gerektirdiği insan gücü : Bir sağlık evi görevlisi, günlük 8 saatlik mesaisinin ancak 5 saatinde izleme çalışmaları yapabilmektedir (sabah 8-10 arası aileler için erken olduğundan ocak içi çalışmaya ayrılması, 12.00 - 13.00 arası öğle yemeği, sahaya gidiş geliş için gerekli zaman gibi nedenlerle) Her periodik izleme için 30 dakikalık süre gerektiği varsayılır ise, günde toplam 10 izleme yapılabilmektedir. 1980 yılı tatil ve iş günleri dağılımı ile senelik izinler gözönüne alındığında ay başına düşen fiili çalışma günü 19 iş günüdür. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde sahaya ayrılan aylık iş günü sayısı ortalama 16-18 arasında değişmektedir. (Ayda 4 iş günü ocak içi nöbet tutmaktadır.) Bu sonuçlara göre, bir sağlık evi görevlisi ayda ancak 160-180 izleme yapabilir. Her 1000 nüfus için 80 periodik izleme gerektiği bulunmuştu. Bu iki veriden hareketle, bir sağlık evi nüfusunun en fazla 2000 olması gerektiği sonucuna varılır.

Türkiye ölçeğinde düşünüldüğünde, nüfusun %37'si nüfusu 10.000 üzerindeki yerleşim yerlerinde otrmaktadır (2) ve yaklaşık 16 milyon kadar nüfusu oluşturur. Bu hususta 2000 kişiye bir sağlık evi örgütlenmesinin gerektirdiği hemşire sayısı 8000 olmaktadır. (Kentlerdeki sağlık evlerinde hemşire istihdam edilmesi düşünülmektedir. Buna karşılık 1979 yılında kamu kurumlarında çalı-

şan 16.364 hemşire, 9.939 yardımcı hemşire olmak üzere toplam 24.303 insan gücü vardır (3). Bunlardan 8000 hemşire çıkarıldığı takdirde aynı yıl içinde bulunan resmi kurumlardaki 107.938 yatak için (3) 6.62 yatak başına 1 hemşire veya hemşire yardımcısı kalmaktadır. İyi bir istihdam politikası ile yeter sayıya ulaşıncaya dek eldeki sayıyla bile daha üst düzeyde hizmet verme imkânları vardır.

B) POLİKLİNİK HİZMETLERİ

B-1 — Evde ve ayakta tedavi : Türkiye'de değişik verilere göre, toplumda günlük polikliniğe başvuru oranı ‰2-3 arasında değişmektedir. Bu oran ‰3 olarak varsayılır ise; 1000 nüfusta günlük 3 polikliniğe çıkacaktır. Hasta başına ayrılan zamanı 15 dk. ve hekimin günlük hasta bakmak için harcadığı zamanı 6 saat olarak varsaylım. Bir hekim günde 24 hasta bakabilecektir. Buna göre 7000 kişiye yada 3 sağlık evine 1 hekim istihdam edilmesi gerekmektedir. Bu takdirde Türkiye düzeyinde kentlerde 2500 dolayında hekim gerekecektir.

B-2 — Yataklı tedavi : Yine değişik verilere göre ilk başvurudan yataklı tedavi kurumlarına sevk oranı en fazla %10 dolayında olmaktadır. Böylece bir uzman hekimin günde 10 hasta görmesi halinde 24.000 kişiye 1 uzman hekim gereksinim olmaktadır (4 hekime, 12 sağlık evine 1 uzman hekim).

1978 verilerine göre yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden hastalarda yatırarak tedavi oranı %10.08 dir (3). Hasta başına yatak işgal süresi ise on gün kadardır. Bu verilerden hareketle yaklaşık 10.000 nüfusa 20 yatak gerekmektedir. Böylece 100.000 kişiye 200 yataklı bir grup hastanesi yeterli olabilir.

B-3 — Laboratuvar hizmetleri : Kentlerde kurulacak sağlık ocaklarındaki hizmetlerin etkinliğinde ve toplum talebinin ocaklara kanalize olmasında laboratuvar hizmetlerinin büyük bir önemi vardır. Bu nedenle, ocak bünyesinde rutin tetkiklerin yapılmasında zorunluluk vardır. Bu hizmet orta dereceli okul mezunu kurs görmüş bir teknisyen ile yürütülebilmektedir. İlk başvuruda laboratuvar gereksiniminin 1/2 olduğu varsayılır ise 2 hekime (6 sağlık evi, 12 bin nüfusa) bir laboratuvar teknisyeni istihdamı gerekli olacaktır.

C) DEMOGRAFİK VE VİTAL OLAYLARIN İZLENMESİ

Sahadan demografik ve vital veriler sağlık evi görevlilerince toplanmaktadır. Bu da şöyle yapılabilir; 2000 nüfuslu sağlık evi bölgesi (yaklaşık 400 aile) 6 eşit parçaya bölünmelidir. Bu bölgelerde kendi içinde 6 eşit birime bölünmek suretiyle her birim bölge içindeki periodik izlemeler yapılırken taranacaktır. Böylece tüm bölgedeki her aileye altı ayda bir sıra gelecek şekilde izlenerek gerekli bilgiler toplanacaktır. Ayrıca her yılın Haziran ayında ve yıl sonunda bölge ve ETF'ler tekrar gözden geçirilmek suretiyle ilave bir iş gücüne gerek kalmaksızın vital ve demografik veriler toplanabilecektir.

D) DİĞER HİZMETLER

D-1 — Sağlık personeli gerektiren hizmetler : Çevre sağlığı ve okul dönemi aşıları gibi hizmetleri yürütmek üzere her 10.000 kişiye 1 sağlık memuru (5 sağlık evi için) yine 10.000 kişiye denetici-eğitici hemşire (yüksek hemşire tercih edilmelidir) bu örgütlenmenin gerektirdiği diğer sağlık personeli olmaktadır. Ayrıca her 6.000 kişiye bir diş hekimi diğer ihtiyaç duyulacak personel olmaktadır. Bunlara ilaveten yörenin özelliğine gör çeşitli dallarda kurs görmüş örneğin; işyeri sağlığı gibi sağlık personeli istihdamı da düşünülmeldir.

D-2 — Genel idare hizmetleri : 10.000 kişiye 1 tıbbi sekreter,, hekim başına bir hizmetli, 30.000 kişiye 1 şoför, 2 gece bekçisi istihamı gerekli olan başlıca genel idare hizmetleri personel olmaktadır.

FİNANSMAN

Örgütlenmede finansman faktörü düşünülürken iki nokta üzerinde durmalıdır. Bunlar da gerekli kaynakların bulunma ile en az harcamayla en üst verinin elde edilmesi olayıdır. Bu yazıda kaynakların bulunması tartışmasına girilemiyecektir. Ancak az harcama ile en üst verimi elde etme üzerinde durulacak ve bu olay genel olarak tasarruf deyimiyle ifade edilecektir.

Sağlık hizmetlerinin gerektirdiği harcamaları iki temel grupta toplayabiliriz: 1 - İnsan gücünün gerektirdiği özlük harcamaları, 2 - Bina araç gereç ve demirbaş harcamaları. Bu iki bölüm harcamadan, özlük harcamaları bölümünde tasarrufa gidilmesi insan gücünün kısılması ile eş anlama gelmektedir. Bu ise hizmetin önceliklerinin saptanması ve tali derecede olanların iş hacminden çıkarılması ile mümkündür. Yukarıda verilen hizmet hacmi-insan gücü ölçülerinde bu durum gözönüne alınmış ve asgari ölçüler üzerinden hesaplama yapılmıştır. Bu ölçüler ötesinde tasarrufa gitmek ya da mevcut insan gücü yetersizliği nedeniyle ilkelerden vazgeçilmesi düşünülemez. Sonuç olarak özlük harcamalarında veriler ölçeklerin ötesinde tasarrufa gidilmesi mümkün değildir. Bu konuda çözüm ise ilkelerden vazgeçmek değil kısa sürede, var olduğu söylenen, personel açığını kapamak yönünde olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin gerektirdiği harcamalarda tasarrufa gitme; bina araç gereç ve benzeri harcamalarda düşünülmelidir. Bu konuda, sosyalleştirmede mevcut ünitlerin (sağlık evi, sağlık ocağı) birkaçını tek binada toplamak, merkezi halk sağlığı laboratuvarları kurmak gibi girişimler ilk akla gelen çözüm olmaktadır. Bu dizeden olmak üzere kentlerde 30.000 kişiye hitap edecek bir ocak binası önerilebilir.

Böyle bir örgütlenme biçiminde 30 bin nüfusa bir ocak binası, büyük yerleşim yerlerinde 2.000.000 kişiye bir grup başkanlığı (7 sağlık ocağı için) ve 400 yataklı bir grup hastanesi düşünülmelidir. Grup hastanesi laboratuvarları aynı zamanda halk sağlığı laboratuvarı işerinide görmelidir. Daha küçük yerleşim yerlerinde ise her 40 bin ve daha küçük yerler için bir ocak birimi 100.000 kişiye bir grup başkanlığı ve 200 yataklı grup hastanesi düşünülmüştür. Bu ne-

denle söz konusu edilen ocaklar mevcut ocak sistemi içinde çalışacaklar. Tek farklılık, hizmet açısından her üç sağlık evi bölgesinden bir hekimin sorumlu olması olacaktır. Ayrıca her ocakta (30 bin kişilik) bir idareci hekim (tercihan halk sağlığı uzmanı) ve grup başkanlığında bir halk sağlığı uzman bulunacaktır. Bu durum bir çok yerleşme yerinde yeni bina yatırımları yapılmaksızın varolan sağlık merkezi, devlet hastanesi gibi binalardan yararlanmak suretiyle gerçekleştirilebileceğinden, diğer bir tasarruf olanağını da birlikte getirebilir.

HİZMET OLANAKLARININ ARTTIRILMASI

Günümüze kadar süregelen sağlık hizmet politikalarının bir sonucu olarak toplum talebi tamamen tedavi edici yöne kanalize olmuş durumdadır. Özellikle kentlerde bu talebin tekrar rayına oturtulması önemli sorunlardan biridir. Bu nedenle böyle bir örgütlenmenin toplumda etkinlik kazanması yada talebin bu yönde geliştirilebilmesi için; sözkonusu sağlık ocaklarının teşhis olanaklarının arttırılması, hasta sevk ve yataklı tedavi işlemlerinin iyi işlemesi gerekmektedir. Ayrıca küçük yerleşim yerleri ile grup hastanesinin bulunduğu merkezler arasında iy bir hasta sevk olanağını yaratılması, hizmetin etkinliğini arttıracak başlıca önlemler olarak düşünülmelidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1 — Kentlerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi düşünülürken çağdaş ilkelerden yola çıkılmalı ve periodik izlemeler örgütlenmenin esasını oluşturmalıdır.

2 — Kent ve kır örgütlenmesi benzer olmalıdır.

3 — Var olan sorunlar (insan gücü - finansman vb.) ilkelerden vazgeçmeyi düşündürmemelidir. Ayrıca buna gerek de yoktur, hazırlanacak planlar çerçevesinde sorunların çözümüne gidilmesi daha akılcı bir yol olacaktır.

4 — Kent örgütlenmesinde, sosyalleştirme sistemi esas alınmak suretiyle, en az harcama ile ocak sisteminin nasıl geliştirileceği düşünülmelidir. Bu dizeden olmak üzere; 2000 kişiye bir sağlık evi görevlisi, 6000 kişiye bir hekimin ölçü olarak alındığı 30.000 kişilik sağlık ocakları düşünülebilir.

5 — Hizmet etkinliği ve de toplum istemlerinin yönlendirilmesi açısından kent sağlık ocaklarının teşhis ve tedavi olanakları arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1) Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1980 çalışma raporu, çoğaltılmış teksir.
2) PEKER, M.: Türkiye'de insan gücünün bazı özellikleri, Türkiye'de nüfus yapısı ve sorunları 1973 araştırması, H.Ü. yayınları D. 25, s. 13-47, Ankara, 1978.
3) SSYB, 1980 Mali Yılı Bütçe Raporu.
4) TOROS, A.: 1973 araştırmasında doğurganlık, Türkiye'de nüfus yapısı ve sorunları, 1973 araştırması, H.Ü. Yayınları D. 25, s. 69-78, Ankara, 1978.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRETİM ÜYE VE TOPLUM SAĞLIĞI KAVRAMLARI İLE İLGİLİ BİR ANKETİN SONUÇLARI

Y. İYRİBOZ A. DİLSİZ**, M. KOÇ****

Kuruluş halinde bulunan Estitümüzün çalışmalarına yön vermek ve Fakültemizin diğer birimleri ile işbirliği olasılığını saptamak amacı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi tüm öğretim üye ve yardımcılarını kapsayan bir anket uygulanmıştır. Bu ankette, dünya ve ülkemizde önde gelen sağlık ve toplum sağlığı sorunları, toplum sağlığına diğer bilim dallarının katkısı olup olamayacağı, olacak ise bunların hangi bilim dalları olduğu, anketi yanıtlayanların meslek dallarının toplum sağlığına katkısı olup olamıyacağı, olacak ise bu katkıların neler olduu sorulmuştur.

Ankete katlım genellikle düşük düzeyde kalmış ise de morfoloji, patoloji ve cerrahi gibi kürsülerce beklenilenin üstünde olmuştur. Alınan yanıtlardan önde gelen sağlık ve toplum sağlığı sorunlarının özellikle konularında özdeşleştirildiği anlaşılmaktadır. Toplum Sağlığına katkısı olacak diğer bilim dalları ile iligli yanıtlarda geleneksel hekimlik görüşü egemen olmuş ise de din, polis, belediye, mekanik, edebiyat ve deniz biyolojisi gibi ilginç yanıtlar da alınmıştır. Anketi yanıtlayanların toplum sağlığına olabilecek katkıları konusunda ise yüksek bir oranda eğitimden söz edilmiştir. Ancak geleneksel hekimlik görüşü içinde bu eğitimin niceliği ve niteliği kuşku taşır. Yine bu konuda %17 oranında olumsuz yanıt alınmış, «her türlü», «pek çok» ve adeti bir misyonerlik havasında «idealist doktor yetiştirmek...» gibi yanıtlar dikkati çekmiştir.

Anketin sonuçları, anketin uygulandığı toplumun toplum sağlığını oldukça yüzeyel bir düzeyde algıladığını, ankete yanıt verenlerin geleneksel hekimlik görüşünde olduğunu, bazı yanıtların bir tıp fakültesi öğretim üyesi veya yardımcısı için bilimsellik ve ciddiyetten uzak olduğunu göstermiştir. Bu bulgular bizi benzer bir anketin yinelenmesi ve Fakültemizin diğer birimleri ile işbirliği konusunda çok çaba harcamamız gerektiği sonuçlarına götürmüştür.

(*) E.U. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Profesörü
(**) E.Ü. Tıp Fak. Psikiatri Kürsüsü uzmanlık öğrencisi
(***) E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Sosyoloğu

SAĞLIKTA KATILIMIN YERİ

Erdal BEŞER, Yürük İYRİBOZ***

Genel örgütlenmenin toplum dinamiğiyle iç içeliği ve uyumu tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık örgütünde de yararlı sonuçlar doğurmaktadır.

Toplum dinamiğinin sürekli canlılığı ancak toplumun örgüt kararlarına ve yönetimine doğrudan katılımıyla olasıdır. Katılımın yokluğunda kuralsızlık ve yabancılaşma olguları söz konusu olmaktadır.

Bu çalışmada kuralsızlık ve yabancılaşma süreçlerine değinilmiştir. Ülkelerden ve ülkemizden örnekler verilmiş, sağlıkta yabancılaşmanın azaltılması ve yok edilmesi için öneriler sunulmuştur. Gerçekte söz konusu bu yabancılaşma aşılmadan hiçbir hizmetten başarı beklenmemelidir. Gerçekte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi herkese eşit hizmet ilkesini kapsadığından özünde yabancılaşmayı azaltıcı ve yok edici olguları da kapsamaktadır.

(*) Ege Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü asistanı
(**) Ege Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü profesörü

III. BİLİMSEL SOHBET

DEĞİŞİK TIP FAKÜLTELERİNİN TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN FAKÜLTE DIŞI UYGULAMALAR HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ'NDE TOPLUM HEKİMLİĞİ UYGULAMA ALANI

*Doç.Dr. Yıldız TÜMERDEM**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde Üniversiteler arası seçme sınavı ile her yıl 400 öğrenci Tıp öğretimi ve eğitimine başlamaktadır. Fakültenin öğrenim süresi altı yıldır. Son yıl, staj dönemi olarak kabul edilmiştir. Fakültede dört yıldan beri uygulanmakta olan yeni öğretim-eğitim yönetmeliğinden amaç, her yıl çağdaş tıp ilkelerine ve yurt gereksinimine uygun hekim yetiştirmektedir. Bu amacı gerçekleştirmede ve ülkedeki sağlık hizmetlerini iyi bir biçimde vermeye yardımcı olmak için kuramsal ve uygulamalı Toplum Sağlığı eğitimi üçüncü ve 4. ve 5. dönemlere ve staj dönemi (6. dönem)lerine yaygınlaştırılmıştır. 5. dönemde 24 gün, 6. dönemde 30 gün sürecek olan bu eğitim programının uygulama alanı sağlık ocakları olacaktır.

Bu nedenle 1979 yılında Fakülte Dekanlığı ve SSY Bakanlığı arasında imzalanan bir protokolle Fakülteye 30-60 km. uzaklıkta, serpiştirilmiş İstanbul İl sınırları içinde Avcılar, Halkalı, Mahmutbey, Kemerburgaz (Eyüp), Arnavutköy (Gazi Osmanpaşa) beş sağlık ocağı, Avcılar Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı olarak, halka hizmet, sağlık eğitimi ve sağlık sorunlarına çözüm getirebilmek amacı ile yapılacak araştırma ilkelerine göre çalışmalarına başlamıştır. Ayrıca, Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü, beş bilim dalından oluşan Toplum Sağlığı Kürsüsü biçiminde yeniden örgütlenerek Toplum Sağlığı öğretim ve eğitiminin yükünü severek ve benimseyerek üstlenmiştir.

Protokol gereğince Avcılar Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanı Fakülte tarafından aynı kürsünün öğretim üyeleri arasından seçilerek S.S.Y. Bakanlığınca onaylanmıştır.

İki yıla yakın bir süredir organizasyonu tamamlamaya çalışan Grup Başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında Toplum Sağlığı ihtisası eğitimi gören onüç hekim ocak hekimi olarak görev yapmaktadır. 200 bin nüfusa hizmetin yanı sıra halk sağlığı eğitimi ve personele hizmet içi eğitim veren bu genç hekimler, ülkenin sağlık sorunlarına ilişkin araştırmaları da başarı ile yürütmektedirler. Gün gün artan yoğun bir çaba ile bilgi düzeylerini arttıran, bu arada hizmeti

---

(*) İstanbul Ü. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Bilim Dalı

aksatmadan yürüten 44 ebe, 7 hemşire, 5 sağlık memuru (ikisi Bulgaristan'da özel eğitim görmüş), halkla bütünleşerek hekime yardımcı olmaktadırlar. Bölgeye ait sağlık ocaklarında değişik zamanlarda tahsis edilen, yeni olmasa bile görev yapan 5 araç vardır. Ayrıca haftanın üç gününde Fakülte Dekanlığınca tahsis edilen bir araç iki yıldır bu alanda görev yapmaktadır.

İstanbul sağlıksız büyüyen en büyük metropolitan kentimizdir. Göçler nedeniyle seçtiğimiz bu bölgede nüfus günden güne artmaktadır. 1975 sayımına göre 50 bin nüfuslu olan bölgemiz, bugün 200 bin nüfusa ulaşmıştır. Özellikle Avcılar (kent tipi) sağlık ocağımıza bağlı nüfus, patlama halindedir, ve büyük bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.

Şimdiye kadar istekle her yaz ve tatil günlerinde bizlerle çalışan az sayıda da olsa, Tıp Öğrencileri alanda Toplum Hekimliği uygulamasının yararını dile getirmektedirler. Bu bize 20 ve yorucu olan işimizin önem anlamını iyice anlatmada, gücümüzü arttırmaktadır.

Yeni yönetmelik gereğince, bu yıl 5. dönem öğrencilerinin eğitimlerine sağlık ocaklarında devam edilecektir. Gerek bu amaçla gerekse hizmeti sağlık ocaklarında vermek, hizmet içi eğitime yardımcı olmak için Fakültemizin kliniklerinden uzman ve baş asistanlar haftanın beirli günlerinde sağlık ocaklarımızda görev yapmaktadırlar.

Toplum Sağlığı eğitimi bir bütündür. Fakültemizin kürsü ve kliniklerinin eğitiminden ayrı olarak düşünülemez. Bu nedenle de yalnız Toplum Sağlığı Kürsüsün'den değil, Fakültemizin tüm kürsü ve klinikleri ile işbirliği içinde bu eğitimi öğrencileri ve asistanlarına ve sağlık bakanlığının atadığı sağlık personeline vermektedirler.

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGELERİNİN SEÇİMİNDE VE HİZMETE BAŞLARKEN YAPILMASI GEREKENLER

*Dr. Hamdi AYTEKİN**
*Dr. Burhan İLERİYE***

Tıp öğrencilerine, pratisyen hekimlik alanında her an yararlanacakları özellikle ülkemiz koşullarına uygun bilgi ve becerileri kazandırmaya yönelik eğitimi verme çabaları son 15-20 yıldır oldukça yoğunlaşmıştır. Bu amaca ulaşmak için tıp fakültelerinin öğretim ve eğitim sistemlerinde yapılan değişikliklerle, toplum sağlığı öğretimine yönelik bölümler, kürsüler ya da enstitüler kurulmuştur. Bu kuruluşlar, sadece kuramsal öğretilere dayalı bir eğitimle istenilen amaca ulaşmanın olanaksızlığını göz önünde tutarak, tıp öğrencilerinin uygulayarak öğreneceği bir alan bulunmasını temel koşul olarak öne sürmektedirler. Bu alanlardaki uygulamalarla :

1. Tıp öğrencilerine gerekli pratisyen hekimlik bilgi ve becerisini kazandırmak,
2. Hekim dışı sağlık personelinin yetişmeleri sürecinde pratik uygulamalarına yardımcı olmak,
3. Bölge halkının temel sağlık hizmetlerini görmek,
4. Bölgede tıp fakülteleri veya öteki kamu kuruluşlarıyla birlikte sağlığı bozan etmenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik araştırmalar planlamak ve yürütmek,
5. Halk sağlığı dalında uzman olacakların uzmanlık sürelerindeki eğitimlerini sağlamak,

gibi çeşitli yararlar sağlanması düşünülmüştür. Böylece tıp fakültelerinin ilgili bölümleri, hem üniversitelerin temel ödevlerini yerine getirmiş, hem de çalışılan alanda bölge sağlığına doğrudan katkıda bulunmuş olmaktadırlar.

Bu hizmet ve eitim alanlarının seçilmesinde bazı özellikler gözönüne alınmaktadır. Örneğin bu bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin 224 sayılı yasa gereği sosyalleştirilmiş olması gerekmektedir. Çünkü ülkemizin sağlık hizmetlerinin belirli bir süre sonra tümüyle bu yasa hükümlerine göre yürütüleceği bilinmektedir. Seçilecek eğitim ve araştırma alanlarında sağlık hizmetinin bu yasaya göre yürütülmesinin yanı sıra, tıp öğrencisi ve uzman hekim yetiştirmek, sağ-

---

(*) Bursa Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Kürsüsü Doçenti
(**) Bursa Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Kürsüsü Uz.Asistanı

lık alanında araştırmalar yapmak da söz konusu olduğundan seçimin sağlıklı yapılması ve hizmetin belirlenen ölçütlere uygun bir biçimde yürütülmesi gerekmektedir.

Bütün bu özellikler gözönünde alındığında eğitim ve araştırma bölgesi olarak seçilecek yerlerin belirlenmesi için öncelikle bazı araştırmaların yapılması gerekecektir. Bölgenin nitelikleri ne olursa olsun hizmetin yürütüleceği kuşkusuzdur, ancak benzer bölgeler arasından öğretim ve eğitime en uygun olanını belirlemek daha yararlı bir davranıştır. Bölge seçiminin yanısıra hizmeti yönlendirmek için gerekli bilgilerin toplanması da bu araştırmalarla sağlanabilecektir.

Bu temelden hareketle;

1. Bölgeyi tanımaya yönelik araştırmalar,
2. Bölgenin sağlık durumunu belirlemeye yönelik araştırmalar,
3. Bölgede sağlık sorunlarını saptayacak ve sunulacak sağlık hizmetinin özelliklerini belirleyecek araştırmalar, planlanmalıdır.

Bölgeyi tanımaya yönelik araştırmalarda, alt yapı tesislerinin durumu ayrıntılı biçimde ortaya konulmalıdır. Bölgenin soyo-ekonomik yapısı, nüfus, göçler, sanayileşme, çevre sorunları ve turizm, yerleşme yerleri ve coğrafi yapı gibi özelliklerin tam olarak belirlenmesi gereklidir. Elde edilecek verilerden, gelecekteki değişiklikler hesaplanabilmelidir.

Bölgenin sağlık durumunu belirleyecek araştırmaların özel bir önemi vardır. Bölgede hizmet başladığında belli bazı ölçütlerle belirlenecek olan -O- noktası, yani bölge sağlık durumunun o günkü hali, zaman içinde ulaşacak ilerleme ve gerilemelerin kıyaslanmasında vazgeçilmez bir nokta olacaktır. Zaman içinde bölgede sağlık hizmetinin daha iyiye giden veya daha kötüye giden sonuçlar verdiği ancak önceden bir -O- noktasının konmasıyla ölçülebilecektir.

Sağlık durumunun belirlenmesinde yararlanılan değişik ölçütler vardır. Ölçütlerden her biri tek başına bölgenin sağlık durumuna ilişkin bilgiler verebilir. Örneğin bebek ölümleriyle sağlık durumu arasında önemli bir ilişkinin varlığı bir çok araştırıcı tarafından gösterilmiştir. Toplumun sağlık düzeyine ilişkin daha geniş ve güvenilir bilgi toplamak için ölçütlerden bir kaçının birlikte kullanılması gerekir. Ancak özelliklerini zamanla en az yitirecek nitelikte olan, güncel ve herkesin kabul edebileceği ölçütlerin sçilmesi kuşkusuz yadsınamaz. Günümüzde bu amaçla sıklıkla demografik ve sosyo-ekonomik istatistiklerle, sağlık hizmetlerinden yararlanma ölçütleri kullanılmaktadır.

Bu ölçütler şöyle gruplandırılabilir :

a — *Demografik ölçütler :*

(1) Nüfus
(2) Nüfusun dağılımı
(3) Nüfusun yoğunluğu

(4) Nüfus artışları
(5) Toplumun yaş ortalaması

b — *Sosyo-ekonomik ölçütler :*

(1) Kentleşim hızı
(2) Aile yapısı
(3) Aile başına düşen yıllık gelir
(4) Temel geçim kaynağı
(5) Ailede üretime katkısı bulunanlar
(6) Aile planlaması davranışları
(7) Öğrenim durumu
(8) Evlenme yaşı
(9) Konut yapısı ve özellikleri

c — *Yaşamsal istatistikler :*

(1) Kaba doğum hızı
(2) Kaba ölüm hızı
(3) Bebek ölüm hızı
(4) Beş yaş altında ölenler oranı
(5) 50 yaştan yukarı ölenler oranı
(6) Ana ölüm hızı
(7) Yaşa özel ölüm hızı
(8) Üreme hızı
(9) Fötal ölüm hızı

d — *Sağlık hizmetlerinden yararlanma ölçütleri :*

(1) 10.000 kişiye düşen hekim sayısı
(2) 10.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı
(3) 10.000 kişiye düşen hemşire/ebe sayısı
(4) Sağlık hizmetlerinden yararlanma şekli.

Bölgede sağlık sorunlarını saptayacak ve sunulacak sağlık hizmetinin özelliklerini belirleyecek araştırmalarla, sağlık sorunlarının belirlenmesi yapılacak, bu sorunları çözmeye yönelik klinik, epidemiyolojik esaslar ortaya konduktan sonra hizmetin bu sorunları ortadan kaldırmak için nasıl sunulacağı planlanacaktır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre hizmet verecek personelin, belirlenen sağlık sorunlarının çözümünde yeterli olacak biçimde eğitilmesi, özel araç-gereç sağlanması da doğru bir şekilde gerçekleştirilebilecektir.

Üç ana grupta toplayabildiğimiz araştırmaların genel bazı özelliklerinin de olması gerekmektedir.

Araştırma için uygulanacak yöntemler özel olmamalıdır. Toplanacak verilen hizmet ünitelerinin normal çalışmalarına fazla yük getirmeyecek çalışmalardan sağlanmalıdır. Böylelikle araştırmaların ve toplanan verilerin devamlılığı sağlanmış olacaktır. Fazladan insan gücü ve parasal kaynak gerektirmediği için sağlık ünitelerinin her zamanki görevleri arasına konabilecektir.

Araştırmada kullanılan ölçütler seçici olmalıdır. Yöntemler herkesin kabul ettiği ve bugünkü koşullarda geçerli olan verileri toplayacak biçimde seçilmeli ve zamanla bu özelliklerini en az yitirecek nitelikte olanlar geliştirilmelidir.

Sağlık hizmetlerini etkileyen ve sağlık hizmetlerinden etkilenen etmenler (nüfus artış hızı, şehirleşme, vb.) de yakından incelenmeli ve bunların sonuçta hizmetin başarısına olan etkileri değerlendirilmelidir.

Eğitim ve araştırma bölgelerinin seçilmesinde ve hizmete başlarken yapılması gerekenler bu genel çerçeve içinde düşünülebilir. Araştırmalardan elde edilecek bilgiler hem seçim yapmamıza hem de hizmeti planlamamıza yardım edebilirler. Hizmet planlamasında temel dayanak 224 sayılı yasadır, ancak üniversiteler eğitim ve araştırma kurumları olduğundan zaman içinde daha değişik bazı uygulamalar denenebilir. Bu değişikliklerin toplumun istek ve gereksinmelerine bilimsel çözümler getirebilecek yönde olması doğaldır, ancak bu çözümlere yaklaşmak amacıyla ülke koşularının çok üstünde olanaklarla adeta «özel» olarak donatılmış bölgeler yaratmak ve burada hekim ve öteki sağlık personelini yetiştirmek bazı sakıncalar doğuracaktır. Bu «özel» bölgelerde yetiştirilenler, kendilerine sağlanan olanakları gitgide doğal varsaymakta, gerek koşullarla karşılaştıklarında çoğu kez yenik düşmektedirler.

A.Ü. ANTALYA TIP FAKÜLTESİ'NDE EĞİTİMİN GENEL DURUMU, TOPLUM HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ VE ALAN ÇALIŞMALARI

Dr. H. Hüseyin POLAT *

Antalya Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi'ne bağlı olarak 1973 - 1974 öğretim döneminde hizmete açılmıştır. Fakültenin açılışındaki amacı ve gerekliliği gösteren herhangi bir döküman elde edilememiştir. Ne varki Türkiye'de, her yeni kurulan bölgesel tıp fakültesinde olduğu gibi bu fakültenin de kurulmasındaki amaç; daha çok yerel sorunları çözmek, o bölge çocuklarına yüksek öğrenim olanaklarını sunmak ve halkın politik baskısını ortadan kaldırıyor görünmektedir (1). Nitekim bunda da bir dereceye kadar başarılı olunduğu söylenebilir. Ek I'deki tabloda da görüldüğü gibi Antalya Tıp Fakültesi, Antalya'da eğitime başladıktan (1977-1978 öğretim yılından) sonra o bölge çocuklarına belirgin bir eğitim olanağı sağlanmıştır. Antalya Tıp Fakültesi'ne bulunduğu yöreden 1973-1974 öğretim döneminde %8,5 oranında öğrenci girmiştir. 1979-1980 yılları öğretim döneminde ise %51.4'e çıkmıştır bu oran. Ancak, işin diğer ilginç bir yanı Antalya Tıp Fakültesi ilk mezununu 1978-1979 öğretim döneminde Ankara Tıp Fakültesi'nde vermiştir. Halen 4., 5., 6. sınıf (7-8. sömestirden 11-12. sömestreye dek olan sınıf) öğrencileri adı geçen fakültede eğitim görmektedirler. Buradan şu sonuca varılabilir; A.Ü.T.F. öğrenci kontenjanını 35 kişi artırarak yeni bir fakülte açılmadan da eğitim olanaklarını genişletebilirdi. Bu olgu da Türkiye'de eğitim-öğretimi planlayan yada bu planlamayı tek elde toplayan bir örgütün yokluğu kendini duyurmaktadır. Böyle bir örgütten yoksun oluş, büyük üniversitelere hareket serbestliği sağlamaktadır (2). Bunun da sonucu taşradaki fakültelerin içine düştüğü durumdur. Oysa yeni kurulan bir fakülte yeni sorunlar yumağı demektir. Antalya Tıp Fakültesi'nde bu sorunların aşağıdaki biçimde somutlandığı saptanmıştır :

Öğretim Kadrosu Yetersizdir : A.Ü. Tıp Fakültesi 36 kürsü ile (yabancı diller hariç) eğitim çalışmalarını sürdürmektedir; bu fakültenin benzeri olan Antalya Tıp Fakültesi'nde 36 kürsünün ancak 13'ünde (%36.1) öğretim üyesi vardır. Toplam 13 öğretim üyesinin de 4'ü (%30.7) klinik öncesi öğretimde görevlidir. Bu oran Ankara Tıp Fakültesi'nde %15.9, İstanbul Tıp Fakültesi'nde %19.3, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde ise %14.1'dir (3). Diğer bir tür bakışta; klinik öncesi 14 kürsüde 4 (%28.5) öğretim üyesi vardır. %71.5'lik

(*) Ass.Dr., Ankara Üniversitesi Antalya Tıp Fakültesi

açık değişik yollarla karşılanmaktadır. Şöyle ki, Antalya Tıp Fakültesi'nde klinik eğitime Antalya'da başlanmadığı için bazı dersler klinik öğretim üyelerince doldurulmaktadır. Örneğin; fizyoloji dersinin tamamı klinik öğretim üyelerince verilmiştir. Öğretim üyesi bulunmayan diğer klinik öncesi kürsülerde (Anatomi, Fizik, Kimya, Biyoloji, İstatistik, Fizyopatoloji, Toplum hekimliği..) dersler ya öğretim üye yardımcılarınca ya da «uçan profesör»lerce işlenmektedir. Bu da hazırlanan eğitim programının aksamasına neden olmaktadır. Sonuçta öğrencilerin «paket program» dedikleri bazan çok yoğun, bazan da saatlerin boş geçtiği programlar oluşmaktadır.

Laboratuvar Olanakları Yetersizdir :

Bu olanaklar; mikroskop, resim, slayt, deneylerde kullanılan tüm araçgereçten sağlık ocağına kadar olan her şeydir. 1979-1980 yılı öğretim döneminde 5.-6. sömestr öğrencileri hiç patoloji ve hijyen laboratuvarında pratik çalışma yapmamışlardır. Nedeni, laboratuvar yokluğudur. Toplum Hekimliği alan uygulamalarına ayrıca değinilecektir.

Öğrencilerin Sosyal Gereksinimlerinin Çözümü Yetersizdir :

Teksir, kitap, yiyecek, yurt, ulaşım ve eğitim için araç gereç eksikliği tümüyle çözümlenmiş değildir. Sağlıklı yaşama koşuluna kavuşturulmayan öğrenciden beklenen verimlilik sınırlı olacaktır. Okul kitaplığındaki eksiklik belirgin iken sportif çalışmalar için yeterli olanaklar vardır. Okulda açık ve kapalı spor salonu ve iki masa tenisi öğrencilerin kullanımına her an açıktır.

Antalya Tıp Fakültesi'ne 1980 Mali Yılı Bütçesinden Ayrılan

Pay Fakülte Hastanesini Hizmete Açacak Düzeydedir :

1978 yılında 30.202.400 T.L, 1979 yılında 47.294.650 TL. olan bütçe, 1980 yılında 330.055.000 TL.'na varmıştır (4). 1.980.000 TL. yönetim hizmetleri, 6.729.000 TL. destek hizmetleri, 240.000 TL. mediko-sosyal hizmetler, 62.525.000 eğitim öğretim, 18.028.000 TL. bilimsel araştırma, 239.877.000 TL. fakülte hastanesi hizmetleri için ayrılmıştır. Antalya Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi içinde bütçesi en yüksek olan Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi'nden sonra üçüncü fakülte durumuna gelmiştir. Ancak, bu ödeneğin büyük kısmı fakülte hastanesi için ayrılmıştır (239.877.000 TL.). Geriye kalan 90.178.000 TL.'dır ki, bu pay fakülte olanaklarında belirgin bir gelişmeyi sağlayacak düzeyde değildir. Bunun yanında hastane hizmete sokulabilir.

Antalya Tıp Fakültesi'nde genel eğitimi etkileyen sorunlar yukarıda yazıldığı gibi sıralanabilir. Sorunların kopuk kopuk incelenmemesi için böyle bir açıklamaya gerek duyulmuştur.

TOPLUM HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ

A.Ü. Antalya Tıp Fakültesi'nde Toplum Hekimliği eğitimiyle ilgili sorunlar şöyle sıralanabilir :

Öğrencilerin her an başvurabilecekleri yerleşik bir öğretim kadrosu yoktur; Fakültede bir adet öğretim üye yardımcısı görevlidir. Böyle olmasına karşın 5.-6. sömestr öğrencilerine teorik dersler A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Kürsüsü öğretim üyelerince programlananın (18 saat) (5) üstünde anlatılmıştır (30 saat). Toplum Hekimliği'nce ders saatinin üstünde bir zaman kullanılmışken, Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü'nce programlanan 94 saat teorik ders yerine yaklaşık 60 saat ders anlatılmıştır, ki, bu kürsüde de öğretim üyesi yoktur.

Toplum Hekimliği eğitiminde uygulamaların yapıldığı sağlık ocağı henüz kuruluş aşamasındadır. Hijyen kürsüsü için ise laboratuvar yoktur. 5.-6. sömestr öğrencilerine Hijyen ve Koruyucu Hekimlik pratik çalışmaları ve öğrenci semineri için 304 saat ayrılmıştır A.Ü. Tıp Fakültesi'nde. Aynı eğitim programını izleyen Antalya Tıp Fakültesi'nde laboratuvar yokluğundan bu pratik çalışmalar ve seminer hiç yapılmamıştır. Tüm bu olgular ise şöyle bir soru getiriyor: Eğer Hijyen ve Koruyucu Hekimlik dersleri 60 saatte anlatılıyorsa ve laboratuvara gerek yoksa, diğer fakültelerde, örneğin, Ankara Tıp Fakültesi'nde onca zamanın bu ders için ayrılmasına ne gerek var? Ya da karşıtı yinelenebilir bu sorunun... Öyleyse ya yetersiz nitelikte hekim yetiştiriliyor ya da hekim eğitiminde altı yılı doldurmuş olmak için boşa zaman harcanıyor. Her iki sorunun da hoş görülecek, bağışlanacak bir yönü yoktur.

Alan Uygulaması

Yukarıda da değinildiği gibi bir adet eğitim sağlık ocağı açılış hazırlıkları içerisindedir. İki hemşire, bir Sağlık memuru ocak hekiminin (Tıp Fakültesinde görevli Halk sağlığı uzmanı) denetiminde, Erenköy gecekondu bölgesinde nüfus tesbiti yapmaktadır. Bu çalışma sürerken 5.-6. sömestrdeki her öğrenciye nüfus tesbiti yapılan yörede bir aile tanıştırılmıştır. Öğrenciler, Ek II'de örneği görülen formlardan en az 15 günde bir adet olmak üzere doldurmaktadırlar. Aileyi izlemekle görevli öğrenci, aile bireylerinin sağlık sorunlarını çözmede karşılaştıkları güçlükten, hastalık durumundan ocak hekimini haberdar etmekte, gerektiğinde ocak hekimiyle birlikte aile evinde ziyaret edilmektedir. Bu, ev koşullarında yapılan yetersiz bir muayene de olsa, ailenin öğrenciyi kabullenmesi için gereken bir davranıştır. Bu işlemler sürerken öğrenciye, aileye karşı davranış hakkında ve ayakta iyileştirme hakkında izlenim verilmiş olunmaktadır. Her iki haftada bir üç saatlık Toplum Hekimliği pratik ders programı bu biçimde doldurulmaktadır. Arada kalan haftadaki üç saat da öğrencilerin hazırladığı seminer izlenmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye'nin toplumsal yapısı kendisi gibi çarpık, geri bir eğitim biçimi oluşturmuştur. İç içe girmiş bu iki olgunun çözümü birlikte olacaktır. Kapitalist örgütlenme kendi kurumlarını, kendi değer yargılarını oldukça köklü bir biçimde oluşturmuştur. Bu örgtülenmede Toplum Hekimliğinin yeri sınırlıdır,

göstermeliktir. Örneğin; bir sosyalleştirme yasası çıkarılmış, 20 yıldır bilim adamlarını uğraştırmaktadır, bir 20 yıl daha uğraştıracağa benzer. Sosyalleştirmenin gerçekleşmesi bugünkü toplumsal yapı ile çelişmektedir. Oysa halk güçlerinin yararına olanı bu tür örgütlenmedir. O halde, tıbbın bu yeni bilim dalının kendi bilimsel kuruluşlarda ve toplum içinde kabul ettirmesi için bu bölüm ile çelişmeyen bir toplumsal yapıya, bir sağlık örgütlenmesine (ki, bu da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile biçimlenen sağlık ocağı sistemidir) ve bilinçli bir halk desteğine gerek vardır.

Yapılabildiği oranda fakültelerde tek tip bir Toplum Hekimliği eğitimi uygulanmalıdır. Öğrencilerin içinde bir kuşku kalmamalıdır «Başka fakültelerden neler öğretiliyor?» diye..

Klâsik tıp eğitimi gören fakültelerde Toplum Hekimliği ile Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüleri birleştirilmelidir. Oluşturulacak ders programının (ki, bu programda Toplum Hekimliği düşüncesinden doğan olgularla öğrenciler her yıl yüz yüze getirilmeli), en verimli bir biçimde değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Bunun için gerekli kararlar fakülte yönetimlerince alınmalıdır.

Alan uygulamaları, Toplum Hekimliği düşüncesinin topluma götürülmesidir. Oluşturulacak fakülteler arası bir kurul bu uygulamanın en verimli biçimde değerlendirilmesi için bir çalışma yöntemi saptamalıdır. Ayrıca burada öğrencilerin çalışma, araştırma isteğine ve gözlemci durumdan hizmet götürücü duruma gelme isteğine özel önem verilmeli, onlara olanak sağlanmalıdır.

Yeterli bir klinik öncesi eğitim taşra tıp fakültelerinde sağlanamıyorsa, bu dönemdeki eğitim büyük üniversitelerde (İstanbul, Ankara, Hacettepe, Ege Üniversitesi...) gerçekleştirilebilir. İkili öğretimle ya da başka yollarla bu olanak yaratılabilir.

Yeni tıp fakültesi açılmamalıdır. Eğer açılacaksa bunu, eldeki olanakları iyi değerlendiren, Türkiye'deki eğitimi planlayan bir örgüt öncülük ederek açmalıdır. Örneğin; bir kentte yoktan bir tıp fakültesi yaratılabiliyor, oysa Gülhane Askeri Hastanesi'nde onca insan gücüne yönelik bir çalışma yapılamıyor (gerçi bu konuda çalışmalar başlamıştır ancak, hangi aşamada olduğu bu makalenin yazarınca bilinmemektedir).

KAYNAKLAR

1) UĞUR, Gönül: Bölgesel Tıp Fakültesi Sorunu, Toplum ve Hekim, Sayı 21, s. 16, Eylül 1979.

2) Kalkınma Planı, 3. Beş Yıl (1973-1977). Haziran 1972.

3) AKAR, Nejat: Yeni Tıp Fakülteleri Neler Getiriyor? Ankara ve İzmir TOB, Sayı 24-25, s. 110, Eylül-Ekim 1977.

4) 1980 Mali Yılı Bütçe Kanunu, T.C. Resmi Gazete, sayı 16924, 9 Mart 1980.

5) A.Ü.T.F. 1979-1980 Ders Yılı Öğretim Klavuzu, A.Ü.T.F. Yayınlarından, Sayı 385, A.Ü.T.F. Matbaası - 1979, Ankara.

6) Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimi I. Simpozyumu. Mezuniyet Öncesi Toplum Hekimliği Öğretim-Eğitimi Genel Kurul Raporu, 20-23 Haziran 1979, Kirazlıyayla - Bursa.

EK : 1

Tablo 1-A : Antalya Tıp Fakültesine Kayıt Yaptıran Öğrencilerin Bitirdikleri Liselerin İllere Göre Dağılımı

Öğretim Dönemi	Bitirilen Lisenin Bulunduğu İl: Antalya A	Antalya %	Diğer A	Diğer %	Toplam A	Toplam %
1973 - 1974	3	8.5	32	91.5	35	100
1974 - 1975	4	10.8	33	89.2	37	100
1975 - 1976	1	2.8	34	97.2	35	100
1976 - 1977	5	14.2	30	85.8	35	100
1977 - 1978	8	26.6	22	73.4	30	100
1978 - 1979	10	28.5	25	71.5	35	100
1979 - 1980	16	45.7	19	64.3	35	100

Kaynak : A.Ü. Antalya Tıp Fakültesi Öğrenci Kayıt Defteri

Tablo 1-B : Antalya Tıp Fakültesine Kayıt Yaptıran Öğrencilerin Bitirdikleri Liselerin İllere Göre Dağılımı

Öğretim Dönemi	Bitirilen Lisenin Bulunduğu İl: Antalya-Burdur Isparta A	Antalya-Burdur Isparta %	Diğer A	Diğer %	Toplam A	Toplam %
1973 - 1974	3	8.5	32	91.5	35	100
1974 - 1975	5	13.5	32	86.5	37	100
1975 - 1976	1	2.8	34	97.2	35	100
1976 - 1977	6	17.1	29	82.9	35	100
1977 - 1978	8	26.6	22	73.4	30	100
1978 - 1979	12	34.2	23	65.8	35	100
1979 - 1980	18	51.4	17	48.6	35	100

A.Ü. TIP FAKÜLTESİ
TOPLUM HEKİMLİĞİ
KÜRSÜSÜ
Form: 1

EK: II
EV HALKI
TESBİT FORMU

Formu dolduranın
Adı, Soyadı: .....
Fakülte No.: .....

Sıra No	Soyadı	Adı	Doğum Tarihi	Cinsi	Medeni Hali	Öğretim Durumu	Mes-lek	Aylık Gelir	Zararlı Alışka. Sig. Al. vs.	Sakatlığı
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Aileyle İlgili Sorular

Soru No	Soru - Yanıt	Yanıt İşlem Sahası
1	Oturulan konutun tipi : 1 — Apartman, ev 2 — Gecekondu	
2	Konuttaki oda sayısı : 1 — 1 Odalı 2 — 2 Odalı 3 — 3 Odalı 4 — 4 + Odalı	
3	Konut ısınması : 1 — Kaloriferli 2 — Sobalı 3— Diğer	
4	Konuta ödenen ücret : 1 — Konut ailenin 2 — Konut kirası 2000 TL. 3 — Konut kirası 2000 - 3999 TL. 4 — Konut kirası 4000 - 5999 TL. 5 — Konut kirası 6000 + TL.	
5	Aile Tipi : 1 — Çekirdek aile 2 — Geniş aile	
6	Konutta müstakil mutfak ve banyo 1 — Var 2 — Yok	
7	Çöplerin muhafaza ve atılması : 1 — Sağlık koşullarına uygun 2 — Sağlık koşullarına uygun değil	

Soru No	Soru - Yanıt	Yanıt İşlem Sahası
8	Evde şebekeye bağlı su ve kanalizasyona bağlı hela : 1 — Var 2 — Yok	
9	Ailede kalıtsal hastalık : 1 — Var 2 — Yok	
10	15 + Yaş grubu evli ve dul kadınlarda Ailedeki kadınların sırası Gebelik sayısı Canlı çocuk sayısı Ölü doğum sayısı İstemli düşük sayısı İstemsiz düşük sayısı	1 2 3
11	Annenin çalışma hayatına katıldığı ailelerde (0 - 6) yaş grubu çocuk bakımı şekli : 1 — Akraba bakıyor 2 — Bakıcı kadın bakıyor 3 — Gündüz çocuk bakımevinde 4 — Diğer	

A.Ü.T.F.
Toplum Hekimliği
Kürsüsü

Form: 2

ÖĞRENCİ
AİLE İZLEME FORMU

Öğrencinin Adı : .....
Soyadı : .....
Fakülte No. : .....

İzlemeye Alma Tarihi : ..... Ziyaret Tarihi : .....

Aile Reisinin Adı Soyadı : ..... Mesleği : ..... Aylık Geliri : .....

Adresi: İlçe : ..... Mahalle : ..... Sokak : ..... Ev No: .....

Sıra No	Soru - Yanıt	
1	Ailede aylık gelir değişikliği 1 — Yok 2 — Var Miktar	
2	Aile hacminde 6 aydan kısa süreli değişiklik : 1 — Gelen 2 — Giden Nedeni :.....	
3	Oturulan konut tipinde değişiklik : 1 — Yok 2 — Apartman 3 — Ev 4 — Gecekondu	
4	Ailede görülen hastalık : Enfeksiyon : 1 — Akut 2 — Kronik Enfeksiyon dışı : 3 — Kalp H. 4 — Kanser 5 — Ruh H. 6 — Kaza	
5	Hastalık halinde baş vurulan yer : 1 — Hiç bir yere 2 — Sağlık ocağı 3 — AÇS Merk. 4 — Devlet hast. 5 — SSK Hast. 6 — Fakülteler 7 — Özel hekim 8 — İş yeri Hekimi 9 — Diğer	

Sıra No	Soru - Yanıt	
6	Ziyaretler arası sağlık harcaması : 1 — Yok 2 — 1 - 200 3 — 201 - 400 4 — 401 - 600 5 — 601 +	
7	Ailede gebe varsa tekibi ıl — Yapılmıyor 2 — Sağlık ocağı 3 — AÇB 4 — Hastaneler 5 — Özel hekim 6 — İşyeri hekimi	
8	İzleme sırasında doğumların yapıldığı yer : 1 — Evde 2 — Sağlık personeli yardımı ile 3 — Sağlık kurumlarında	
9	İzlenen gebenin sonuçlanması 1 — İstemli düşük 2 — İstemsiz düşük 3 — Erken doğum 4 — Ölü doğum 5 — Normal doğum 6 — Anne ölümü 7 — Bebek ölümü 8 — Ölümü neden olmayan komplikasyon	
10	15 - 44 yaş grubu evli kadınlarda aile planlaması : 1 — Uygulamıyor 2 — RİA 3 — Oral 4 — Diğer	

	0 - 6 yaş grubu çocukların izlenmesi	

11

	Büyükten küçüğe	Yaş	Cins	BCG	DBT karması	Polio	Çiçek	Tifo Tetanoz	TAB	Tifo Difteri Tetanoz
	1									
	2									
	3									
	4									

12	0 - 6 yaş grubu çocuklarda aşı : 1 — Yapılmıyor 2 — Sağlık ocağı 3 — AÇS 4 — Hastane 5 — Özel Hek.	
13	Çocuklarda fizik mental gelişme 1 — Normal 2 — Anormal	
14	Ailede demografik değişiklikler : 1 — Ölüm : Yaşı ..... Tarihi	

15	1 — Doğum : Tarihi	
16	6 aydan uzun göç 1 — Aile içi 2 — Aile dışı Nedeni :	
17	Aile fertlerinde : 1 — İş değiştirme 2 — İşsiz kalma 3 — İşe Girme	
18	Sosyal yardım ihtiyacı : 1 — Yok 2 — Gelir temini 3 — İş bulma 4 — Geri zekalı çocuk 5 — Bakıma muhtaç kişi 6 Geçimsizlik 7 — Diğer	
	İMZASI	

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNİN SAHA ÇALIŞMALARI

Prof.Dr. Sevinç N. ORAL *

Bilindiği gibi Hacettepe Üniversitesinin çekirdeğini 1954 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı olarak kurulan Çocuk Sağlığı Enstitüsü oluşturur. Enstitü kurluduktan üç sene sonra, Hacettepe parkı içinde inşa edilen binalarında klinik çalışmalara 1957 yılında başlamıştır. Enstitümüz klinik çalışmalarından sonra, o zaman eski Ankara'nın bir semti olan komşu evlere, ev ziyareti yaparak saha çalışmalarına da aynı dönemde başlamıştır. Hacettepe'nin saha çalışmalarında yaptığı ikinci aşama 1962-1965 yılları arasındaki dönemdedir. Hacettepe Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Tıp merkezi haline geldikten sonra (1961), Köy Sağlığına da eğilmeyi düünmüş, bu amaçla S.S.Y.B. ile anlaşarak Diyarbakır'ın Bismil Kazasında, Ana ve Çocuk Sağlığına ağırlık veren kırsal alan çalışmalarına başlamıştır.

Bu çalışmanın amacı,

1. Çocuk Hekimi olacaklara kırsal bölgedeki şartları göstererek o olanaklarla hasta tedavisini başarmak ve koruyucu hekimlik ilkelerinin uygulanışını göstermek,
2. Topluma hizmet götürmek,
3. Sağlık Bakanlığı ile çalışmada işbirliği yapmak.

Hacettepe Çocuk Sağlığı Enstitüsü gelişerek 1963 yılında Tıp Fakültesi olmuş, Türk Tıp eğitimine yeni uygulamalar getirmek amacı ile programlar düzenlemiştir. Bu programlar arasında tıp öğrencilerinin kırsal alanda da çalışmalar yapması planlanmış, Köy Sağlığı Enstitüsü Bismil çalışmaları gözden geçirilmiş.

Fakat, 1. Fakülteden uzaklığı,

2. Bu yüzden çalışmaların denetiminin güçlüğü görülerek Bismil'de başlayan çalışmaları Ankara cıvarına getirilmesine karar verilmiş ve bu çalışmalar için Etimesgut bölgesi seçilmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Hıfzıssıhha Okulu ve Hacettepe Tıp Fakültesi bir protokol düzenleyerek Etimesgut bölgesini sosyalleştirecek birlikte çalışmaya 1965 yılında başlamıştır. Bu suretle saha çalışmaları yeni bir yerde, daha iyi bir şekilde düzenlenmiştir.

(*) Hacettepe Ün. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Öğretim Üyesi

Bu anlaşmaya göre bölgedeki 7 sağlık ocağının hekimleri ile hastahanenin işletmesini fakülte temin edecek. S.S.Y.B. bina, araç, gereç ve hekim dışındaki sağlık personelini temininden yükümlü olacaktı. Başlangıçta yeterli sayıda hekim buluncaya kadar Fakülte Çocuk Sağlığı Kliniği 2 aylık, rotasyonla 2 sağlık ocaına asistan yollamış ve çalışmalar başlamıştır. Bu çalışmalar 1967 yılından sonra bütün ocaklarda düzgün bir şekilde yürümüştür.

Etimesgut Eğitim ve Araştırma bölgesinin Fakülteye ait sorumluluğunu Toplum Hekimliği Bölümü üstlendikten sonra çalışmalar da şu şekilde düzenlenmiştir :

1. Eğitim,
2. Hizmet,
3. Araştırma.

1. Eğitim : a) Asistanlara,
   b) Tıp Fakültesi öğrencilerine,
   c) Hemşirelere, ebelere, sağlık memurlarına,
   d) Hemşire koleji, Yüksek hemşirelik okulu, Gevher Nesibe, Beslenme ve diet bölümü öğrencilerine,
   e) S.S.Y.B. kursiyerlerine ve yolladığı sağlık personeline,
2. Hizmet : Bölge halkına,
3. Araştırma : Toplum Sağlığını ilgilendiren tüm konularda, Fakültenin bölümleriyle DSÖ (WHO-OMS) örgütü ve diğer kurumlarla.

Bu çalışmalardan Tıp öğrencileriyle ilgili kısım özetlenecektir. Tıp Öğrencileri kırsal alana Dönem V'de önce 1 ay, sonra 2 ay olarak gelmeye başlamıştır. Bu sırada teorik bilgilerini hatırlatan tartışma, Göğüs Hastalıkları, İş ve Çevre Sağlığını görmekte ve ocaklara giderek Hekim, Hemşire, Ebe ve Sağlık Memuru ile çalışarak, onların görevlerini öğrenerek, çalışmalarını izlemektedir. Bu arada öğrenciler Epidemiyolojik bir çalışma da yapmaktadır. Başarının ölçümü, çalışmaların değerlendirilmesi ile sınavdan ibarettir. Dönem VI da öğrenciler bir ay süre ile olan çalışmaları için Toplum Hekimliğine gelmektedir. 1979-80 eğitim yılına kadar zorunlu olan internlerin saha çalışmaları, 1980-1981 eğitim yılında Elektif olmuştur. Bu çalışmalarda internlerin bir ocak hekimi gibi çalışması istenmektedir. Toplum Hekimliği, talebe sayısının artması üzerine S.S.Y.B. ile 2.ci bir protokol yaparak 1975 yılında Çubuk Bölgesinde sorumluluğu yüklenmiş ve eğitim alanına açmıştır.

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümünün dışında Çocuk Sağlığı Bilim Dalı saha çalışmaları yapmaktadır. Bu gruptan olarak Yozgat, Pazar (Rize) çalışmaları tamamlanmış, Gülseren, Kandıra çalışması, devam etmekte, Van ve Hasköy çalışması başlamak üzeredir.

Hacettepe'nin başlangıçtan beri topluma yönelik saha çalışmaları, diğer fakültelerin de saha çalışmalarına katılmasıyla genişleyecek, Toplum Sağlığına büyük katkıları olacaktır.

A.Ü.T.F. TOPLUM HEKİMLİĞİ KÜRSÜSÜ'NÜN KURULUŞ VE GELİŞMESİ

Dr. Nevres BAYKAL *

Çağdaş sağlık hizmeti anlayışının gelişmesine paralel olarak, toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin, ancak koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ile mümkün olacağı ve bunu yapabilmek için ise temel sağlık hizmetlerine yönelinmesi gerektiği anlaşılmıştır. Bu gelişmenin ışığında tıp fakültelerinin eğitimlerini yeniden gözden geçirmeleri ve geleceğin genç hekim neslini saha ihtiyaçlarına ve temel sağlık hizmetlerine uygun bnr biçimde yetiştirilmesi gereği ortaya çıkmıştır. Bu amaçla Birleşmiş Milletler ve CENTO çerçevesinde çeşitli çalışmalar düzenlenmiş ve konferanslar toplanmıştır. Söz konusu konferanslarda; temel sağlık hizmetlerinin tüm ülke düzeyinde örgütlenmesi ve tıp fakültelerinin bu örgütlenmeye uygun hekimler yetiştirmesinin nasıl yapılabileceği üzerinde durulmuştur.

20 - 25 Mayıs 1961'de İran'ın Şiraz kentinde CENTO tarafından toplanan «Tıp Fakültelerinde Koruyucu Tıp Eğitimi» adlı konferansta; yukarıda sözü edilen gelişmeler bir kez daha yinelenmiş ve katılan ülkelere bu alanda çalışmalara hemen başlanması yönünde tavsiyelerde bulunulmuştur. Hemen bir yıl sonra, yani 1962 de «Eğitim Sağlık Merkezlerinin Tıp Fakültelerindeki Yeri» adlı toplantı CENTO tarafından Ankara'da toplanmıştır. Bu toplantıda elde edilen sonuçlar, SSYB tarafından düzenlenen bir dizi toplantı ile, üniversitelere duyurulmuş ve bu alanda gerekli tavsiyelerde bulunulmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak, A.Ü.T.F. bünyesinde «Koruyucu Hekimlik Tatbikatı ve Öğrenimi» hakkında bir komisyon kurularak konu ele alınmıştır.

Söz konusu komisyon, çalışmalara yol gösterici olmak üzere, bu alanda gelişme kaydetmiş olan birçok yabancı üniversiteden görüş istemiş ve gelen bilgilerin ışığında 27.1.1962 gün ve 756 sayılı Fakülte Kurulu Kararı ile «Sosyal Hekimlik Enstitüsü» adı altında bir enstitü kurulmasına karar vermiştir. Bu enstitünün kuruluşuna nüve olmak üzere; bir «Eğitim Sağlık Merkezi» teşkil edilmiş ve 31.7.1963 tarihinde Eğitim Sağlık Merkezi Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir.

Bu yönetmeliğe göre, kuruluşun organları ve işleyişi şöyle teşekkül etmekteydi :

(*) Ankara Hıfzıssıhha Okulu Öğretim Üyesi

A) — Danışma Kurulu : Fakülte kürsü ve enstitülerinin görevlendireceği birer temsilciden meydana gelir. Her yıl mart ayının ilk yarısında toplanarak, çalışma raporlarını müzakere eder, idari ve teknik kurulu seçer.

B) — İdari ve Teknik Kurul : Danışma kurulnca seçilen ve profesörler kurulunca onaylanan beş öğretim üyesinden müteşekkildir. 15 günde bir toplanır ve kuruluşun idari organıdır.

C) — Eğitim Sağlık Merkezi : İdari ve teknik kurulca seçilen bir müdür ve gerekli personelden oluşur. İdari ve Teknik Kurul'a karşı sorumlu olarak çalışan ve sahadaki rutin işlerini yürüten organdır.

Yönetmeliğin kabulünden kısa bir süre sonra gerekli organlar teşkil edilmiş ve Eğitim Sağlık Merkezi Müdürlüğüne, Hıfzıssıhha Okulu Öğretim Üyelerinden Dr. Nevres BAYKAN atanmıştır. 1964 yılında Ankara'nın Abidinpaşa bölgesinde bir arpatmanın bodrum katı kiralanmak suretiyle Eğitim Sağlık Merkezi çalışmalarına başlamıştır. Ankara Sağlık Müdürlüğü'nün de araç, gereç ve personel yönünden desteklediği Eğitim Sağlık Merkezi 1500 nüfusluk bir alanda başlattığı çalışmalarını, 1965 yılında 4000, 1967 yılında ise 7500 kişilik bir alana teşmil etmiştir.

A.Ü.T.F. bünyesinde Eitim Sağlık Merkezi şeklinde kurulan kuruluş, bir yandan fakülte çerçevesinde gelişmeyle ilgili çalışmalarını sürdürürken, diğer yandan da hizmet alanının genişletilmesi ve imkânlarının arttırılması yönünde gerek sağlık müdürlüğü gerekse SSYB nezdinde bağlantı ve girişimlerini sürdürmüştür. Bu çalışmalar sonucunda Bakanlar Kurulu'ndan 1967 yılında Abidinpaşa Bölgesi'nin sosyalleştirilmesi kararı çıkmıştır. Bu gelişmeye paralel olarak SSYB ve A.Ü.T.F. işbirliği protokolu hazırlanarak taraflarca imza edilmek suretiyle yürürlüğe girmiştir.

Başlangıçta, yukarda özetlenen statüde çalışan kurluş direkt olarak A.Ü.T.F. Dekanlığı ve Ankara Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışmakta idi. Bu ise, görevleri çok yüklü olan bu iki makamın kuruma gerekli zamanı ayıramaması nedeniyle, kurumun kürsüler ve kurluşlar arası ilişkilerinde birtakım zorluklar yaratmaktaydı. Bunun üzerine A.Ü.T.F. Dekanlığınca görevlendirilen bir komisyonca konu yeniden gözden geçirilmiştir. Hazırlanan komisyon raporunda; söz konusu aksaklıkların giderilebilmesi için, kuruluşun ya müstakil bir kürsü ya da bir kürsüye bağlı enstitü niteliğine kavuşturulması gerektiği belirtilmiştir. Bu rapor yönünde kuruluşa «Toplum Hekimliği Enstitüsü» adı verilerek 1968 yılında Enfeksiyon Hastalıkları Kürsüsü'ne bağlanmıştır. Buna paralel olarak, mevzuatta gerekli değişiklikler yapılmak suretiyle kuruluş bir otonomi kazanmıştır. Böylece A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Enstitüsü asistan alabilme, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimini müstakilen düzenleyebilme imkânlarına kavuşmuştur.

Mevzuat ve statüde bu gelişmeler cereyan ederken, 1967 yılında Bakanlar Kurulu'nun hizmet bölgesini soyalleştirmesine paralel olarak, Eğitim Saağ-

lık Merkezinin kurulduğu alan daha da genişletilerek Abidinpaşa Sağlık Ocağı teşkil edilmiştir. Böylece bakanlık kanadının imkânlarından daha geniş oranlarda yararlanma imkânlarına kavuşulmuştur. Bilahere 1971 yılında sahadaki rutin hizmetleri yürütmek üzere Sağlık Grup Başkanlığı kurulmak suretiyle hitzmet alanı daha da genişletilmiş, 1972 yılında Samanlıkbağları ve Tuzluçayır Sağlık Ocakları Hizmete sokulmuştur.

1968 yılından 1974 yılına kadar Toplum Hekimliği Enstitüsü adı altında ve Eenfeksiyon Hastalıkları Kürsüsü'ne bağlı olarak çalışan kuruluş 1974 yılında bağımsız kürsü statüsünü kazanarak «A.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Kürsüsü» adını almış ve tüm diğer müstakil kürsüler gibi eğitim, araştırma hizmetlerini müstakilen yürütme imkânına kavuşmuştur. Kuruluş kürsü statüsünü kazanır kazanmaz «Eğitim Sağlık Merkezi» yönetmeliği yürürlükten kaldırılarak Üniversiteler Yasası ve SSYB ile A.Ü.T.F. Dekanlığı arasında imzalanan protokol çerçevesinde çalışmalarını sürdürmektedir.

Günümüze kadar, yukarda özetlenen gelişme zincirini gösteren Toplum Hekimliği Kürsüsü bugün üç öğretim üyesi (Profesör), beşi uzman olmak üzere 12 asistan kadrosu ile 85 bin dolayında bir nüfusa rutin hizmetlerin yanında A.Ü.T.F. öğrencileri başta olmak üzere birçok okula mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim vermektedir. Ayrıca bu zaman içinde bir kürsü binası yapılması, 4 ocağın hizmet sunması gibi fizik gelişmeler de tamamlanmıştır.

ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TOPLUM HEKİMLİĞİ KÜRSÜSÜ ÇALIŞMALARI

Dr. Arif ÖZEL *

Toplum Hekimliği Kürsüsü, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinin fiilen öğretime başladığı 11 Nisan 1966 tarihinde kurulmuştur. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı Dr. *İbrahim ILDIRIM*, Çocuk hastalıkları kliniğindeki aslı görevine ek olarak Toplum Hekimliği Eğitim ve Öğretimini 1967 yılı Aralık ayı sonuna kadar tek başına yürütmüştür. 1 Şubat 1967 de Halk Sağlığı uzmanı Dr. *M. Rahmi DİRİCAN* Toplum Hekimliği Kürsüsüne öğretim görevlisi olarak atanmıştır.

Toplum Hekimliği Kürsüsü kurulduğu tarihten itibaren hızlı bir gelişme göstererek, Öğretim Görevlisi Uz.Dr. *M. Rahmi DİRİCAN* başkanlığında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dr. *İbrahim ILDIRIM*, Kadın Hastalıkları Uzmanı Dr. *Mustafa EMİNOĞLU* ve diğer klinik uzmanları ile yakın işbirliği içinde çalışmalarını sürdürmüştür.

1968 yılından itibaren çeşitli tarihlerde 11 asistan alınmıştır. Bunlardan 1 tanesi yalnız Halk Sağlığı Uzmanlığı, birisi Halk Sağlığı + Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, birisi Halk Sağlığı + İntaniye Uzmanlığı almış, diğer sekizi bir yıl Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocaklarında çalıştıktan sonra klinik ihtasasına başlamış ve bir daha Toplum Hekimliğine dönmeden yalnız klinik uzmanlık alarak ayrılmıştır.

1971 yılında kürsüde halk sağlığı uzmanı Dr. *Arif ÖZEL* göreve başlamıştır. Ayrıca Toplum Hekimliği Kürsüsünde iki Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı Dr. *Yıldız TÜMERDEM* ve Dr. *Örge TURHAN* öğretim görevlisi olarak görev yapmışlardır.

Toplum Hekimliği Kürsüsünde 1973 yılından sonra ayrılmalar başlamıştır.

Doç.Dr. *İbrahim ILDIRIM* Bursa Tıp Fakültesine
Doç.Dr. *Mustafa EMİNOĞLU* İzmir Ege Tıp Fakültesine
Uz.Dr. *İrfan ÖZER* Adana Tıp Fakültesine
Doç.Dr. *Yıldız TÜMERDEM* İstanbul Tıp Fakültesine
Prof.Dr. *M. Rahmi DİRİCAN* Bursa Tıp Fakültesine

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü Öğretim görevlisi.

Uz.Dr. *Örge TURHAN* İzmir Devlet Hastahanesine
Uz.Dr. *Hamdi AYTEKİN* Bursa Tıp Fakültesine

Uz.Dr. *Türker YALÇINTAN* Kastamonu Devlet Hastahanesine naklen atanmışlar. Toplum Hekimliği Kürsüsünde Uz.Dr. *Arif ÖZEL* 1974 ten sonra tek öğretim görevlisi olarak kalmıştır. 1976 yılında Erzurum İli Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürü Halk Sağlığı Uzmanı Dr. *Aydın ÖZEL* ek saat ücretli öğretim görevlisi olarak atanmış tam gün yasası yürürlüğe girdikten sonra ayrılmıştır. 1979 yılında psikiyatri uzmanı Dr. *Nafiz ULUUTKU* öğretim görevlisi olarak atanmış. 1980 yılında iki asistan alınmıştır.

Halen kürsüde bir halk sağlk uzmanı bir de psikiyatri uzmanı öğretim görevlisi çalışmakta 1980 yılında alınan asistanlar klinik rotasyonlar yapmaktadır.

Kürsümüzün kurulduğu tarihte Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Dekanlığı yaptığı protokol gereği Pasinler Bölgesindeki beş eğitim ve araştırma sağlık ocağı vardı. Bu protokol Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kararı ile tek taraflı olarak 1977 de fesh edilmiştir. Uygulama sahası için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına girişimler yapılmaktadır.

Kürsümüzde eğitim ve öğretim son yönetmeliğe göre; II. Dönemde 100 saat teorik ders, V. Dönemde 1 aylık saha stajı olarak yapılmaktadır. Saha çalışmaları, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı protokolü tek taraflı fesh ettiğinden ve kürsümüzde asistan olmadığından Merkez Sağlık Ocaklarında ocak hekimleri ile kurulan iyi ilişkiler çerçevesinde yürütülmeye çalışılmaktadır.

TIP FAKÜLTESİNE BAĞLI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGELERİNİN TIP EĞİTİMİNDE ÖNEMİ VE BÖLGE SEÇİMİNE KULLANILMASI GEREKLİ ÖLÇÜTLER

*M.A. BİLİKER * Y. İYRİBOZ ***
*A. DİLSİZ ****
*Ş. ÇALI *****

GİRİŞ ve AMAÇ

Tıp Fakülteleri olarak görevimiz çağdaş eğitim ve öğretim ilkeleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinde çalışanların tümünü, eğitim ve öğretim programlarının başından sonuna kadar iş başında eğitmektir (1,2,3,4,5).

Burada Ülkemiz için öngördüümüz sağlık hizmetlerinin sunuluş biçiminin sosyalizasyon olduğunu vurgulamakta yarar vardır (6). Bu sunuluş biçimi, gerçekte insan haklarını göz önünde tutarak bilimsel ve yatırımsal nitelikleri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün birincil sağlık bakımı veya ilk basamak hekimliği başlıkları altında tüm dünya ülkeleri için öngörülmektedir (7,8).

Sözü edilen sürekli eğitim ve öğretim sürecinde Toplum Hekimliği Bilim Dalının, içerdiği ve henüz fakülte programlarımızda yeteri kadar yer almayan biyoistatistik, demografi, epidemiyoloji, beslenme, iş sağlığı, sağlık planlaması, sağlık yönetimi ve sağlık eğitimi gibi disiplinleri ile bütüncü bir yaklaşımla yetkili ve sorumlu olarak görev alması doğal bir zorunluluktur. Bu süreç içinde Toplum Hekimliği Kuruluşlarının içerdiği disiplinlerin dışında kalan klinik dallarının özellikle sosyal bilimlerin katkılarından yararlanmadan başarıya ulaşması olanaksızdır (9,10).

Bu gerçekler ışığında, tıp fakültelerinin eğitim ve öğretim programlarının ülke gereksinimleri doğrultusunda yürütebilmeleri için sağlık hizmetlerine doğrudan katılabilecekleri bölgelere gerek vardır (11,12,13,14,15). Tıp Fakülteleri bu bölgelerde, sağlık hizmetlerinden sorumlu olan S.S.Y. Bakanlığı ile işbirliği içinde (16) ve kendi bünyesindeki Toplum Sağlığı birimlerini yetki ve sorumlulukla görevlendirerek eğitim fonksiyonunu sürdürür. Buna karşılık, bölgesel

---

* E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Halk Sağlığı Uzmanı
** E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Profesörü
*** E.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri Kürsüsü Uzmanlık Öğrencisi
**** E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Halk Sağlığı Uzmanı

gereksinim ve kaynaklar göz önünde tutulmadan kurulmuş ve kurulmakta olan tıp fakülteleri bu fonksiyonlarını toplumdan kopuk olarak sürdürmektedirler. Mevcut tıp fakültelerinden gereğince yararlanılamayan ülkemizde konu, eğitim kurluşlarının bölge seçiminin ileride bölgesel planlama ve kalkınmaya getireceği yararlara kadar varmaktadır (17,18).

Bu çalışmamızda amaç, yukarıda adı geçen bölgelerin seçiminde somut ölçütler geliştirmektir. Bu ölçütlerin geliştirilmesinde diğer deneyim ve gözlemler ve konu ile ilgili kaynaklardan yararlandık. Bu ölçütler aşağıda önem sırası ve gerekçelerine göre verilmiştir.

ÖLÇÜTLER

I. ULAŞIM VE SOSYO-EKONOMİK BÜTÜNLÜK :

Hizmet sürecinde başarıyı etkileyen önemli bir öge ulaşımdır. Özellikle günümüz ekonomik koşullarında ulaşım sorunu daha da belirginleşmiştir. Ülkemiz kamu kuruluşlarının eşgüdüm ve iletişim eksikliği ve kaynakların gereksinime dönük ve bir programa bağlı olarak kullanılmaması, fakülte - toplum sağlığı birimi - saha üçlüsünün ulaşımında sürekliliği daha da güçleştirir, Saha - eğitim kuruluşu arası uzaklığın olabilecek en kısa mesafede oluşu belirtilen ögelerin olumsuz etkilerini en aza indirecektir. Ayrıca, ulaşım yönünden bölge içi yol ağının da irdelenmesi gerekir. Bölge içi yol ağının kısa oluşu, ulaşımı daha kolay ve sürekli kılacağından hizmeti olumlu yönde etkileyecektir.

Ulaşm koşuları kuşkusuz seçilen bölgenin üretim, tüketim, iletişim, dağıtım ve pazarlama ilişkilerinin belirlendiği sosyo-ekonomik yapının, coğrafi ve idari bütünlüğü ile bağıntılıdır. Yönetsel bütünlük ise sağlık planlamasında önemi bir ögedir.

Bölge seçiminde belirtilen bu ögelerin sağlayacağı yararlar şu şekilde sıralanabilir: Fakülte - Toplum Sağlığı birimi - Saha üçlüsünün olabildiğine yakın oluşu;

a) Öğretim üye ve yardımcılarının bilimsel ve teknik olanakları sahadaki personele ve hizmeti alan topluma aktarabilmelerini kolaylaştırır.

b) Eğitim ve denetim fonksiyonlarını kolaylaştırarak, hizmet düzeyinin yükselmesine doğrudan katkıda bulunur.

c) Fakülte ve saha personelinin bütünleşmesine olanak sağlayarak «ekip davranışı» kavramının gelişmesini sağlar.

d) Ulaşım süresini kısaltarak iş gücü kaybını azaltır.

e) Ulaşım kolaylığına bağlı olarak personel-toplum ilişkisi daha kısa zamanda gelişir ve buna bağlı olarak hizmet düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir öge olan «toplum katkısının» kazanılmasını kolaylaştırır.

f) Ulaşım masraflarını azaltarak parasal kaynakların daha gerçekçi bir biçimde kullanılmasına olanak sağlar.

g) Bölgenin sosyo-ekonomik, idari ve coğrafi yönlerden bütünlük içinde oluşu, hizmet planlamasında önemli ipuçları sağlar. Bu ipuçları, bilerek yapılan planlama ve örgütlenmenin olumsuz sonuçlarını (örneğin bazı yerleşim yerlerinin hizmetten yararlanamaması vb.) en aza inderecektir.

Toplum Sağlığı Enstitüsünün hizmet bölgelerinde en önemli fonksiyonu, enstitü personelinin (öğretim üye ve yardımcılarının, asistanlarının), sağlık personelinin, öğrenci ve hizmet verilen halkın eğitimidir. Fizik yapı olarak Fakülte - Toplum sağlığı birimi - Saha üçlüsünde Eğitim fonksiyonunun en iyi düzeyde yürütülebileceği özellikleri taşıması saha seçiminde önceliği alması gereken noktadır. Çünkü bilindiği gibi;

a) Eğitim ve öğretimin sürdürülmesi hemen daimi ulaşım güçlükleri ile gelişir (19,20).

b) Hizmette ekip çalışmasının tartışılmaz gereği (21), hizmet veren ekibin tümü ile fakültenin bölgeden sorumlu olan eğitim kuruluşundan eşit bir biçimde yararlanmasını zorunlu kılar (22).

c) Fiziksel uygunluk enstitü ve saha personeli yanısıra, öğrencilerin ve üniversitenin toplum sağlığı birimi dışında kalan bölümlerinin de saha hizmetleriyle bütünleşmesini sağlayacak ve hızlandıracaktır. Bu olgu toplum sağlığı kuruluşlarının eğitsel fonksiyonuna üniversite içinde de önemli katkıda bulunacak, üniversite içi yabancılaşmayı engelleyen bir öge olacaktır.

Şimdiye kadar saydığımız özellikler, bölgenin, bağlı bulunduğu eğitim kurumuna yakın oluşunun hizmete, daha da önemli olarak eğitim fonksiyonuna olumlu katkılarını açıkça göstermektedir.

II. ARAÇ, GEREÇ, PERSONEL KAYNAKLARI :

Bölgede eğitim, öğretim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin etkin ve eksiksiz bir biçimde yürütülebilmesi için bölge nüfusu ve ulaşım yapısına göre eldeki araç, gereç ve personel kaynaklarının yeterli olması gerekmektedir. Eldeki kaynakların nasıl bir ulaşım yapısında ve ne kadar bir nüfusu yeteceği sosyalizasyonda uygulanan ölçütler ve başarılı diğer saha deneyimlerinden yararlanılarak saptanmalıdır. Amaç, her ne kadar elde bulunan kısıtlı kaynakları en yararlı (23) ve olanaklar ölçüsünde geniş bir nüfus kesimini kapsayacak bir biçimde kullanmak (24) ise de, eldeki kaynaklar ve bölgenin hizmet gereksinimi, yaklaşık bile olsa, işin başında saptanması gerekir.

Eldeki kaynaklar ve bölgenin hizmet gereksinimi arasındaki uygunsuzluk;

a) Hizmeti verenlerin hizmet içersinde kişiliklerini hizmetle tanımlama sürecini baltalayacak ve verimleri hızla düşecektir.

b) Hizmeti alanların ise hizmete inancı gelişmeyecek ve toplum katkısı sağlanamayacaktır.

Bu iki sonuç kuşkusuz hizmet sunumu ve istemi arasındaki dengesizliği arttıracak ve başarıyı önemli ölçüde engelleyecektir. Elde bulunan kaynaklar ile

yürütülemeyecek bir hizmetin yükümlenilmesi gerçek ve örnek bir kuruluşun kurulmasına olanak vermez. Aynı zamanda böyle bir girişim, kaynakların kullanımında önemli bir hata olur ve halkın hizmete olması gereken inancını yitirir.

III. TOPLUMUN SAĞLIK SORUNLARI VE GEREKSİNİMLERİ :

Bölge seçiminde, sağlık sorunları ve gereksinimleri yönünden önceliği az olan yerlere az yatırım yapma ilkesi göz önünde tutulmalıdır (26). Eğitim kuruluşlarının bir bölgede çalışması, o bölgede hizmetin yürütülmesi ile özdeştir. Bu hizmetin, sınırlı bir nüfus için bile olsa gereksinimi daha çok olan bölgelere verilmesi uygun olacaktır. Sağlık hizmeti gereksinimi çok olan bölge olarak ülkemiz koşullarında, ana kentlerin çevresinde bulunan gecekondu semtleri verilebilir. Ülkemizde, yakın bir gelecekte kentsel nüfusun ulaşacağı yüksek oran göz önüne alınırsa bu gerekliliğin öncelik kazanacağı açıktır. Çünkü;

a) Kentsel bütünlük içinde, yeni yerleşim yerlerinin, gecekondu semtlerinin hizmet açığı belirgindir.

b) Bu yörelerde, kırsal kesimin tersine, sağlık gereksinimlerine ilişkin bilgiler sınırlıdır.

c) Kentsel sosyalleştirmenin güncelleştiği günümüzde, bu bölgelerdeki sağlık örgütlenmesi ve planlaması için veriler oldukça yetersizdir.

Bu ögelerin bölge seçiminde göz önünde bulundurulması, bir yandan sınırlı da olsa hizmet gereksinimini karşılarken diğer yandan bu bölgelerde örgütlenme modeline güvenilir veriler sağlayacaktır. Ayrıca, böylesi bir yapı ülkemizde 1950 lerde başlayan kentleşme olgusu ve buna ilişkin sorunların bilinmesine, sağlık personelinin ileride görev alacakları kesimde yetiştirilmesine, hizmete doğrudan katılarak eğitilmesine olanak sağlar. Gecekondu semtleri bir yönü ile kırsal alanı, diğer yönü ile kenti yansıtmaktadır. Bu nedenle bu bölgelerde verilecek hizmet, gerçekçi bir planlama ve örgütlenmeye temel hazırlayacak ve eğitimin ülke koşullarına göre yeniden düzenlenmesine olanak sağlayacaktır.

Ülkemiz eğitim kuruluşlarının, örneğin tıp fakültelerin ana kentler ve büyük kentlerde kurulmuş olması bu ölçütün göz önünde bulundurulmasını gerektirir.

SONUÇ

Tıp fakültelerinin ülke sağlık düzeyinde olumlu katkıda bulunabilmeleri için sağlık hizmetlerine aktif olarak katılmaları zorunludur. Bunun sağlanabilmesi için tıp fakülteleri eğitim ve araştırma bölgelerini seçerken;

1. Fakülte ve bölge arasındaki ulaşım durumunu,
2. Bölgenin sosyo-ekonomik düzeyini,
3. Eldeki araç, gereç ve personel kaynaklarının verilecek hizmete uygunluk derecesini,

4. Hizmet verilecek bölgedeki toplumun sağlık sorunlarını ve gereksinimlerini göz önünde bulundurmalıdırlar.

Bu ölçütler dikkate alınmadan bölge seçimi halinde tıp fakülteleri toplumdan kopuk ve toplumun gereksinimlerine yabancı eğitim kurumları olarak çalışmalarını sürdürürler.

KAYNAKLAR

1) Mc GAGHIE, W.C., MILLER, G.E., SAJID, A.W., TELDER, T.V.: Competency Based Curriculum Development in Medical Educaiton. Public Health Papers, No. 68 WHO, Geneva 1978, s. 18.
2) Milli Eğitim Temel Kanunu (1759) Madde 9, 13, 17.
3) Üniversiteler Kanunu (1750) Madde 3. s, ç.
4) AYTÜR, M.: Kalkınma Yarışı ve Türkiye. Bilgi Yayınevi, Ankara 1970, s. 16.
5) AVCIOĞLU, D.: Türkiye'nin Düzeni. II. cilt, Cem Yayınevi, stanbul 1973, s. 1153.
6) Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun (224).
7) Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, UNICEF - TETM, Hıfzıssıhha Okulu, Ankara, 1980.
8) HIGGENS, D.: Americe's Medical crisis. New Society, 33: 516, 1975.
9) İYRİBOZ, Y., ÖZGÜR, T.: Ülkemiz koşullarında Toplum Sağlığı Kavramına bir yaklaşım. E.Ü. Tıp Fak. Derg., 17: 923, 1978.
10) FİŞEK, N.H.: Tıp Fakültesinde Öğretim Programlarının Geliştirilmesinde Çağdaş Görüşler. İstanbul Tıp Kurultayı, Tıp ve Hemşirelik Simpozyumları, 25-30 Eylül 1977.
11) TIGY, D.: The Medical University of Pecs, Hungary: A Community Oriented Medical Education. Programme. Public Health Paper no. 70 WHO, Geneva, 1978, s. 110.
12) PREPARING. Health Personnel for Algeria, Comite Pedagogique Institute Technologue de Sante Publique. Constantine Algeria. Public Health Papers No. 70 WHO, Geneva 1978, s. 25.
13) FİŞEK, N.H.: School of Medicine Hacettepe University Ankara, Turkey. Fitting Medical Education to the needs of the Community. Public Health Paper no. 70 WHO, Geneva 1978, s. 183.
14) WEGMAN, M.E.: Report of a consultation visit to the Medical Schools of Pakistan, Iran and Turkey, CENTO Conferanse series on the teaching of public Health and Public Health Practice, Feb. 1970, s. 173.
15) SEGALL, A., PRYWES, M, BENOR, D.E., SUSSKIND, O.: University Center for Health sciences. Ben Gurion University of the Neges, Beersheva, Israel. Public Health Papers No. 70, WHO, Geneva 1978, s. 130.
16) İSLAMOĞLU, M.: E.Ü. Tıp Fak. Fakülte Kurulu 1.2.1980 gün ve 126 sayılı toplantısında yapılan konuşma.
17) Başbakanlık D.P.T. 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983 Yayın no. D.P.T. 1664, Ankara 1979, s. 72.

18) GALLEGHER, J.: Educational Planning and Health, WHO, Chronicle, 30: 70, 1976.

19) SCHWARZ, M.R., FLAHANLT, D.: Decentralising Medical Educaiton. Public Health Paper no. 70 WHO Geneva, s. 250.

20) MARTIN, A.E., DETER, D.: Environmental Health Aspects of human settlemente. Regional office for Europe WHO Copenhagen 1978, s. 8.

21) Training Manpower for Health administrators. Report on the working group on specific problems on school of public Health. Brussels 9-11 sept. 1975. Regional office for Europe WHO Copenhagen, 1976, s. 29.

22) BRAVO, A.L.: Regional Planning of health Pacilites. WHO Offset Pub. no. 37, Geneva 1977.

23) KLECZKOWSKİ, B.M.: Health care Facilities in Developing Countries WHO Chronicle, 30: 363, 1976.

24) KING, M.: Medical care in Developing countries A. Symposium for Makerere, London, Oxford University papers, 1966.

25) KLECZKOWSKİ, B.M., PIBOULEAU, K.: Approches to planning and Design of Health care Facilities in Developing areas Vol. 1, WHO Offset pub., No. 29, Geneva 1976.

26) Financing of Health Services. Teeh.Rep.Ser. No. 625 WHO 1978.

EGE TIP FAKÜLTESİNDE SON İKİ YILDA (Nisan 1978 - Nisan 1980) YAPILAN FAKÜLTE DIŞI UYGULAMALAR VE İLGİLİ GÖRÜŞLER

*Prof.Dr. Nuri SARMAŞIK * Dr. Mehmet TOKGÖZ ***
*Dr. Yürük İYRİBOZ ****

GİRİŞ

Ülkemizde hekim yetiştirme görevi Tıp Fakültelerine verilmiştir, 20'ye yakın Tıp Fakültesinde nitelikleri birbirinden oldukça oldukça farklı hekimler yetiştirilmektedir. Diğer taraftan ülkede sağlık hizmetlerinin asgari standartlarda ve olanaklar ölçüsünde eşit verilmesi uygundur. Tıp Fakültelerinden mezun olan hekimleri en geniş anlamıyla çalıştıran kuruluş ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Bakanlığın ise sağlık hizmetini asgari standartta verebildiği şüphelidir. Çünkü elindeki personelin hele hekimlerin standardı çok değişiktir. Üniversitelerin bilimsel özerkliğinin buna neden gösterilemiyeceği kanısındayız. Bu konuda bakanlığın yaptırım gücünü özerklik sınırları içinde kullanabileceği ve başarı sağlayabileceği iddia edilmektedir (1).

Hekimlerimizin ülkemizin koşullarına uygun standartlarda yetiştirlebilmesi için en önemli faktör, onların öğrenciliğin ilk yıllarından itibaren toplumla içiçe olmasını sağlayacak bir sistem içinde eğitmektir. Bunun da temel şartlarından birisi öğrencilerin fakülte hastanelerinden çok sağlık ocakları ile ilişki kurarak öğretim ve eğitimlerinin planlanmasıdır. Bu nedenle fakültelerin bu konudaki uygulamalarla ve yaklaşım biçimlerinin saptanması oldukça yararlı olacaktır.

Fakültemizdeki tüm kürsü ve enstitü başkanlarına birer anketle başvurduk. 2 denekten cevap alamadık. Ayrıca bu çalışmayı yapan 2 sini de değerlendirme dışı tuttuk. Geri kalan 27 kürsünün çalışmalarını sunuyoruz.

1. sorumuz olan fakültelerin fakülte dışında eğitim uygulamalarında bulunmaları sizce gerekli mi sorusuna öğretim üyelerinin tümü (%100) evet yanıtını verdi. 2. sorumuz bu uygulamanın hangi kürsü ve kliniklerce uygulanması gerekir idi. Verilen yanıtlar Tablo I'de gösterilmiştir.

---

* E.Ü. Ege Tıp Fakültesi K.H. ve Halk Sağlığı kürsü uzman asistanı
** E.Ü. Ege Tıp Fakültesi K.H. ve Halk Sağlığı kürsü profesörü
*** E.Ü. Ege Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Enstitüsü profesörü

Tablo I: Fakülte Dışı Uygulamalar Hangi Kürsülerce Yapılmalı

Kürsü Adı	Tek seeçnek	Kürsü Adı	Çok seçenek
Hepsi	12	Koruyucu Hek. ve Halk Sağlığı	8
Toplum Sağlığı ve Halk Sağlığı saptayacağı kürsüler	2	Toplum sağlığı	6
Dışarıda aletsiz muayene yapan kürsüler	1	Pediatri	3
		Kadın Doğum	3
		Tüm Klinikler	3
		Dahiliye	2
Hangi kürsünün ilgisi varsa	1	Ortopedi	2
Bilmiyorum	1	İntaniye	2
Cevap yok	1	Dermatoloji	2

Göz (1), KKB (1), Mikrobiyoloji (1), Cerrahi (1), Patoloji (1), Biyokimya (1). Tek seçenek 18, çok seçenek 9.

Tek seçenekler içinde yer alan «Hepsi», «Toplum Sağlığı ve Halk Sağlığının saptayacağı kürsüler», «hangi kürsünün ilgisi varsa» cevapları tüm cevapların %55.5 ini oluşturuyordu.

Yine 9 çocuk seçmeli cevap içinde Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü 8 (%88.8)), Toplum sağlığı Enstitüsü 7 (%77.7) oranında gösterilirken Kadın Doğum, Pediatri ve «tüm klinikler» 3 (%33.3); tabloda yer alan dier klinikler 2 (%22.2) oranında gösterilmişlerdir.

Çalışmaların kimler tarafından yapılması gerektiği konusundaki sorularımıza verilen yanıtları Tablo II'de gösterdik.

Tablo II: Çalışmalar Kimler Tarafından Yapılmalı

Çalışmayı Yapacak Ekip	Seçilme Sayısı	%
Ekip Halinde	12	44.4
Amacına uygun personel saptanmalı	5	18.5
Öğr. üyesi, Uzm., Asis.	4	14.8
Öğr. üyesi, Uzm., Asis., Staj.	3	11.1
Öğr. üyesi, Uzm., Asis., Staj., Öğrenci	2	7.4
Sizler saptayın (Kor. Hek. ve Toplum Sağ.)	1	3.7
TOPLAM	27	100

Burada dikkatimizi çeken özellik ekip çalışmasını öneren 12 cevap dışında öğrencilerin çalışmaya katılması önerilerinin düşüklüğü idi (%7.4).

Fakülte dışında yapılması önerilen çalışmaların hangi ilkeler çerçevesinde yapılmasını Tablo III ve IV'de göstermeye çalıştk.

Tablo III: Fakülte Dışı Uygulama İlkeleri Öğrencilik Döneminde Nasıl Olmalı

İlkeler	Tek seç.	Çok seç.	Toplam
1. Toplumun Sağlık sorunlarını kavratacak şek. olm.	1	4	5
2. Fak. dışı kurumların işleyişini göstermeli	1	3	4
3. Ekip halinde çalışmayı öğretmeli	1	5	6
4. Öğrencinin işgücünden yararlanmayı sağlamalı		2	2
5. 1., 2., 3., kademe hekimliklerinin işlevini gös.	1		1
6. Hepsi Doğru	8	1	9
7. Diğer Öneriler	7	4	11

Tek seçenekli cevaplar 19, 2 seçenekliler 5, 3 ve daha fazla seçenekliler ise 3 tane idi. Hepsi doğru önerisine (%29.6) bir denek yaz tatilinde bir ay sağlık ocağında staj önerisini ekledi. Toplam (%33.3).

Diğer öneriler; öğrencilerin 1. sınıftan itibaren klinikle ilişkili olması, daha fazla pratik yapma daha değişik hasta görme gibi klasik eğitim ilkelerini içermekteydi. Bir öğretim üyesi; öğrencinin ilk önce derse gelmesini isterken bir diğeri «Seçilecek bir hâmi öğretim üyesinin öğrencinin çalışmalarını planlaması», bir diğer görüş de «Öğrencileri bu tür uygulamanın içine sokmamayı» öneriyordu.

Tablo IV: Fakülte Dışı Uygulama İlkeleri Asistanlık Döneminde Nasıl Olmalı

İlkeler	Tek seç.	Fazla seç.	Toplam
Toplumun değişen koşullarına göre değişebilmeli		5	5
Asistanlar uzmanlıktan önce 6 ay devlet ve sig. hastanelerinde çalışmalı		4	4
Devlet ve sigortadaki asistan 6 ay fakülte hastanelerinde çalışmalı	1	7	8
Asistanlar en az 6 ay kırsal yöredeki 2. basamak sağlık kurumunda çalışmalı	1	3	4
Uzmanlaşma eğitimi tek merkezden denetlenmeli ve standart kriterler getirilmeli	2	5	7
Hepsi doğru	6	1	7
Asistanlar uzmanlıktan sonra Devlet ve sigorta hastanelerinde çalışmalı	1	2	3
Diğer öneriler	6	4	10

Tablomuzda tek seçenek 13, iki seçenek 10, üç seçenek ve daha fazla olan seçenek adedi 14 idi.

Diğer öneriler bölümündeki değişik görüşleri sıralarsak, tüm tıp fakültesi mezunlarının daha üst akademik denetim ve yönetimle sosyalizasyon bölgelerinde çalışmalar, bilgili ve başarılı olanı ödüllendirecek bir sistem geliştirilmesi,

tıp öğretimi sonrası en az 3 er aylık yasal kurslar konması, sosyalizasyon bölgesindeki altyapı hizmetlerinin geliştirilmesiyle asistanların veya uzmanların daha iyi hizmet verebilecekleri, asistanlık eğitiminin tüm hastanelerde entegre edilmesi ve asistanların yalnız tıp fakültelerine alınmalarını isteyen değişik görüşlerdi.

Toplum sağlığı açısından doğru kabul ettiğimiz ilkelerin «Hepsine doğru» denilme oranı %26 idi.

Son iki yılda fakülte dışı uygulama yapan ve yapmayan kürsüleri tesbit etmeye çalıştığımızda 18 evet (%66.6), 9 hayır (%33.3) yanıtını aldık. Ve bu uygulamaların yapıldığı yerleri Tablo V'de gösterdik.

Tablo V: Fakülte Dışı Uygulamaların Yapıldığı Yerler

Uygulama yapılan yer	Toplam gidiş sayısı
1. Devlet hastaneleri	6
2. Sigorta hastaneleri	4
3. Okullarda	6
4. Kırsal kesimde	5
5. Gecekondularda	2
6. İşyerlerinde	2
7. Yetiştirme yurdunda	2

Bir yerde uygulama yapanların sayısı 9 (%50), iki yerde uygulama yapanların sayısı 6 (%33.3), üçten fazla yerde uygulama yapan kürsülerin sayısı ise 3 (%16.7) idi. Yukarıdaki tablo dışında 1 kürsü stajyerleri için adlî tıp'a gidldiğini, 1 kürsü kaplıcalara gidildiğini, bir kürsü kongreye, bir enstitü de iki kez yurt dışına gidilmiş olduğunu belirtti. Gidilen yerlerdeki uygulamaların kimler tarafından yapıldığını tesbit etmeye çalıştığımızda sonuçlar Tablo VI'da göstermiş olduğumuz şekilde dağıldı.

Tablo VI: Uygulamaların Kimler Tarafından Yapıldığı

Uygulamada görev alan	Toplam görev alış sayısı
1. Öğretim üyeleri	9
2. Uzmanlar	10
3. Asistanlar	13
4. Stajyerler	4
5. Öğrenciler	–
6. Hekim dışı personel	1
7. Öğretim görevlisi	1
8. Ekip halinde yapılan çalışma	2

Tablomuzda dikkati çeken en önemli özellik öğrencilerin son iki yıllık dönemde fakülte dışı uygulamaların içinde hiç yer almadıklarıdır. Ayrıca en yoğun uygulama yapan iki grubun da gerek uzmanlaşmış gerekse uzmanlaşmakta olan asistanlar olduğudur.

Yapılan bu uygulamaların hangi tipte olduklarını da Tablo VII'de gösterdik.

Tablo VII: Hangi Tip Uygulamalar Yapıldı

Uygulama tipi	Toplam kaç kez yapıldığı
Poliklinik	6
Vakata tarama	6
Aşılama	1
Sağlık eğitimi	8
Araştırma	8
Diğer	5

Toplam uygulama sayısı 18 idi. Bir tip uygulama yapanların sayısı 9 (%50), iki tip uygulama yapanların 6 (%33.3), üç veya daha fazla yapanların ise 3 (%16.7) dir. Diğer başlaığı içinde yer alan uygulamalara baktığımızda bir kürsünün ameliyat ve servis hizmetlerinde bulunduğu, bir kürsünün asistan eğitimiyle ilgili çalışmalar yaptığı birer kürsünün de kongrede bildiri ve gazete ile dergilerde yayın şeklinde uygulamalarda bulunduğu saptanmışıtr.

Uygulamaların kaç kez ve ne kadar süre ile yapıldığını Tablo VIII'de göstermeye çalıştık.

Tablo VIII: Uygulamaların Kaç Kez ve Nekadar Süre İle Yapıldığı

Kaç kez yapıldı	Bir kaç gün	Birer hafta	10-15 gün	1 ay	2-3 ay	4-6 ay	1 yıl ve faz.	Bilmiyorum	Toplam
1 kez		1	1	1	1	1		1	6
2-3 kez	2	2	1					1	4
4-6 kez		1	1			1	1	1	4
Haftada 1							3		3
Haftada 2				1			2		3
Her gün						1	4		5
Toplam:	2	3	1	2	1	3	10	3	25

Toplam 18 kürsüce yapılan uygulamaların 15 tanesi (%83.3) tek seçenekli idi. Yani 18 kürsüden 15'i bir tek yerde 1 tek tip uygulama yapmıştı.

Biri (%5.5) 2 yerde, 2 si de (%11.1) daha çok yerde uygulamada bulunmuştu. En yoğun uygulamanın öğrenim süresince 4 değişik kürsünün stajiyerlere uyguladığı stajlar gelmekteydi. Yine bir yerde 1 defaya mahsus olarak yapılan uygulamaların çounlukta olduğu dikkati çekiyordu.

SONUÇ

Üniversitelerimize 1750 sayılı yasa ile tanınan özerklik çerçevesi içinde fakülteler, fakülte kurullarının alacağı kararlar gereğince bilimsel çalışmalarını planlar ve yürütürler. Çalışmamızda fakülte kurulunun salt çoğunluğuyla seçilen kürsü başkanlarının fakülte kurulunu temsil edebileceğine inanarak anketimizi kürsü ve enstitü başkanlarına uyguladık (4).

E.Ü. Ege Tıp Fakültesinin kuruluşundan (1955) 2 yıl öncesine kadar geleneksel tıp anlayışıyla faaliyet gösteren Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı Kürsüsü 2 yıldan beri çalışmalarını çağdaş tıp ilkesine göre planlamaya ve uygulamaya başlamıştır. Kürsü kurulu kararları ile olabilen değişiklikler ve yeni uygulamalar hemen yapılabilirken bazı değişimler için fakülte kurulunun karar alması gerekmektedir. Bu nedenle yapılması düşünülen köklü değişiklikler için diğer öğretim üyelerinin fikirlerinin alınması ve gerektiğinde uzun süreli olumlu ilişkiler kurulması gerekmektedir.

Benzer durum 2 yıl önce kurulan Toplum Sağlığı Enstitüsü için de geçerlidir. Birçok küçük engeller Enstitünün dinamik çabaları ile aşılabilirken bazı önemli sorunların çözümü için fakülte kurulu kararları gerekmektedir.

Bu nedenlerle öğretim üyelerinin Toplum Sağlığı ilkeleri ile tıp eğitiminde önemli bir yeri olduğuna inandığımız fakülte dışı uygulamalar konusundaki görüşleri aldık. Bu görüşlerin ilerdeki çabalarımıza ışık tutacağına inanıyoruz.

Halen fakültemizde geniş anlamıyla organize bir uygulama yapılmamaktadır. Çalışmaların toplum sağlığı ilkeleri çerçevesinde planlanması ve saha uygulamalarının toplum sağlığı birimleriyle beraber organizasyonu daha bilimsel ve uzun vadeli olacaktır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre toplum saglığı ilkelerine yaklaşım olumludur. Olumsuz yanıtların nedenlerinin araştırılması ve olumsuzlukları giderecek önlemlerin tartışılmasına başlanması gerekmektedir.

Bir kısım kürsüler planlamada yer aldıktan sonra diğerleri de hemen, Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı ile Toplum Sağlığının organize ettiği saha çalışmalarında yer alabileceklerini belirttiler ki bunun çok iyi değerlendirilmesi gereken anlamlı bir sonuç olduğunu sanıyoruz.

KAYNAKLAR

1) FİŞEK, H., NUSRET, I.: Sağlık Kurultayında Sağlık politikası panelinde yaptıkı konuşmadan, 15 Mart 1978, Ankara.
2) 1750 sayılı Üniversiteler Yasası.

KIRSAL BİR ALANDA SAĞLIK VERİLERİNİN TOPRAK EDİNİMİ İLE ETKİLENMESİ

*Dr. T. ÖZGÜR * Dr. S. ÖZGÜR ** Dr. S. KANSOY ****
*Dr. A. EYİGÖR *** K. MORTAN *****

Halen yürütülmekte olan bu çalışmanın ön bölümü burada sunulacaktır.

Çalışmamızın amaıc sosyo-ekonomik koşulların sağlığa yansıması ve etkisinin ortaya konulmasıdır. Çalışmada seçilen bölge Torbalı soayalizasyon alanında iki köydür, bunlardan biri Atalan olup, toprak dağıtımı görmüştür, diğeri Yeniköy olup sosyo-ekonomik koşullarında büyük bir değişme göstermemiştir. Bu iki köyde sosyalizasyonun ilk uygulama yılları olan 1965-68'lerde geniş araştırmalar yapılmış; ailelerin ve çocukların sağlık durumları, çocuk mortalitesi, kadınların düşük oranları ve çocukların boy, ağırlık ortalamaları saptanmıştır. 1980 yılında tekrar tüm aileleri kapsamına alan bir anket uygulanmıştır. Bu ankette sosyo-ekonomik durumun saptanması ile sağlık sorununu açıklayacak sorular bulunmaktadır. Bu sorularla çocukların ağırlıkları, boyları, ölçülmüş, diş çürükleri ve avitaminozlara bağlanan klinik belirtiler aranmış, anenin düşükleri, kürtajları, ölen çocukları, doğum kontrolü yapıp yapmadığı, ailede tüberkülozun varlığı araştırılmıştr. Sosyo-ekonomik durumu değerlendirmek için köydeki et, süt tüketimi, hangi tür tedavi hizmetinden toplumun yararlandığı ve tüketim ile ailenin mal varlığı arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Elde edilen veriler Ege Üniversitesi Elektronik Hesap Bilimleri Merkezinde kendi çiinde ve daha önce yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

121 haneden oluan Atalan köyünde 101 çekirdek aile yaşamaktadır. 1965 yılında yapılan pilot çalışmalarda, aile sayısının 194 oluşu, 15 yıllık dönemde bir yandan kente %38 oranında bir göç olgusunu göstermekte, öte yandan hane içinde bir seyrelmenin varlığını kanıtlamaktadır. 1965 yılında 1-3 çocuklu aile toplamın %40'ını oluştururken, bugün bu oranın %61'e yükselmiş olması çocuk edinme eğiliminin azaldığını göstermektedir.

1969 yılında başgösteren toprak eylemi öncesi, köyde 92 hanenin topraksız olduğu saptanmıştır. 1970 yılı başında yapılan toprak dağıtımı sonrası 66 aileye

---

* E.Ü.T.F. Toplum Sağlığı Kürsüsü profesörü
** E.Ü.T.F. Çocuk Sağ. ve Hast. Kl. profesörü
*** E.Ü.T.F. Çocuk Sağ. ve Hast. Kl. asistanı
*** E.Ü.T.F. Çocuk Sağ. ve Hast. Kl. asistanı
**** Ekonomist, gazeteci.

6.5 dönüm toprak dağıtılmıştır ve köye su getirilmiştir. Dağıtımdan 10 yıl sonra üretken 101 aile saptanmıştır. Anket sonuçlarına göre %45'i (48 aile) durumunu korurken veya daha da iyileştirmişken, %43'ün (46 aile) durumunda kötüleşme olduğu anlaşılmıştır.

Kadınlarda düşük açısından önemsiz bir farklılık görülmüştür (%0.47'den 45'e). Ancak buna karşılık doğum kontrolu olarak somutlaşan kontraseptif yöntemlerin giderek yaygınlaşması dikkati çekmiştir. 1965 yılında sadece 1 kadında kürtaja rastlanmışken, 1980'de kadınların %23'ü kürtaj uyguladıklarını açıklamışlardır. Yine kadnların %54'ü çeşitli kitle haberleşme araçları ile ve ilk basamakta görevli ebeden öğrendikleri doğum kontrolu yöntemlerini uygulamaktadırlar.

Tüm köyde tüberkülozlu sayısı üçtür.

Bir ülke sağlığının en temel göstergesi kabul edilen 0-1 yaş arası çocuk ölümlerinde kayda değer bir azalma görülmüştür, 1965'de binde 219 olan çocuk kölüm oranı 1980'de binde 75'e düşmüştür.

1965 ve 1980'deki iki ayrı çalışmada çocukların boy ve ağırlık kurveleri incelendiğinde, ağırlıkta her yaş grubu için belirgin bir farklılık olmadığı, buna karşın boyda 10 yaş üzerinde belirgin bir artma olduğu dikkati çekmektedir. Bu büyük bir olasılıkla proteinli besinlerin toplum tarafından daha yoğun tüketilmesi ile yorumlanabilir, ayrıca bebeklik dönemlerindeki malnütrisyonun önlenmesi olumlu gelişmeye etkili olmuştur.

Yeniköy'de ise halen 153 çocuklu aile yaşamaktadır. 1968'de yapılan çalışmada ise 229 aile saptanmıştı. İlk tespitlerimizde 1-3 çocuklu aile toplamı %38'i oluştururken bugün bu oran %79'a yükselmiştir. Bu da tıpkı Atalan'daki gibi çocuk edinmenin, kırsal bölgede de azaldığını göstermektedir.

Yeniköy'de ailelerin sosyo-ekonomik durumunu saptaya araştırmalar halen yürütülmektedir, bu nedenle ailelerin % kaçının durumunda iyileşme olduğunu, et ve süt tüketimlerini şu anda söyleyemiyoruz, yalnız durgun bir toplum olduğu, çiftçilikle meşgul olduğunu bildiğimiz köyde herhangi bir toprak dağıtımının da yapılmadığını biliyoruz. Atalan'a toprak dağıtımı ile birlikte su da getirilmiş olduğu için ,pamuk ekimi ve sulu tarım gerçekleşmiş, Yeniköy ise eskiden olduğu gibi tütüncülük ile yetinmiştir.

Kadınlar arasında düşük açısından Atalan'la kayısladığımız zaman fark görmüyoruz (%0.45). Kontraseptif yöntemlerin Atalan'a oranla daha az yaygın (%41) kullanıldığını saptıyoruz. Ayrıca kadınların kürtaj yaptırma oranının da son derece düşük olarak saptadık, bunda kişilerin ekonomik durumlarının etkili olduğu kanısındayız. Köyde tüberkülozlu sayısı 30'dur.

0-1 yaş arası çocuk ölümlerinde binde 198'den binde 112'ye düşüş kaydedilmiştir.

1965 ve 1980'deki iki ayrı çalışmada, çocukların boy ve ağırlık kurveleri incelendiğinde, her yaş grubunda ağırlık ve boylarda belirgin bir farklılık olmadığı önemle göze çarpmaktadır.

Atalan'da toprağa kavuşma olgusu üretken insanın önemini ortaya çıkarmıştır. Bunun böyle olduğu et ve süt tüketimindeki artışlar ile su yüzüne çıkmaktadır. Toplam yılda 15 ton süt tüketen köyde, kişi başına tüketim 27 lt dir. Et tüketimi ise yılda 7 tondur, bu kişi başına 12 kg ete karşılıktır.

Günümüzde toprak sahibi olan haneler ile süt tüketimi arasında yakın bir korelasyon bulunmuştur. Buna karşılık çok düşük düzeylerde et tüketebilen haneler ile, meslekleri arasında ilişkide çoğunluğunun hâlâ topraksız olduğu anlaşılmıştır.

Gelişmekte olan bu tür soyalizasyon bölgesinde halkın hangi tür tedavi hizmetini istediği ve en çok, ne gibi hastalıklarla başvurduğunun araştırılması gerekli konudur. İlk basamak hizmetlerinin varlığı temel tüm aşıların yapılması sonucunu getirmiştir. Ancak 1970'te halkın %64'ü özel Dr.'a giderken, bu oranın %70'e yükselmiş olması ikinci basamak tedavi hizmetlerinin aksadığının kanıtıdır. Yine 1970 öncesi halkın %27'si hiç bir tedavi hizmetinden yararlanmadığını açıklarken, bugün bu oran %9'a düşmüştür. 1970 öncesi halkın %5'i kamu tedavi hizmetlerine başvururken, bugün bu oran ancak %12'ye yükselmiştir. Özel hekime başvuranların da %70 gibi bir rakama ulaşması, sağlık hizmetinin aksadığını; fakat kişlerin ekonomik durumunun düzelmesi ile kendi hastalıklarını tedavi ettirebildiklerinin kanıtıdır. Hizmet binaları olan sağlık ocakları ve evleri, hatta Torbalı hastanesi de tamamlanmış olmasına karşılık, bölgeye yeterince hekim hizmeti sağlanamamıştır ve yapılan sağlık hizmetleri köy ebesi düzeyinde kalmıştır.

Kıyaslaması yapılan biri konomik kalkınma göstermiş, diğeri durgun bir ekonomideki aynı koşullara sahip 2 köyde bazı endisler göze çarpmaktadır.

a) 0-1 yaş mortalitesinin Yeniköy'de daha az oranda düşmesi,
b) Gelişme, özelikle boylarda farklılık,
c) Kadınların doğum kontrolü oranları.

Atalan'da et-süt tüketiminin artması, insan sağlığına ve özellikle malnutrisyon çemberini kırarak gelişmeye ne denli etki yaptığı açığa çıkmaktadır. Bizde, ilk basamak hizmetlerinin ancak, temel reform hareketleri ve genel plan uygulamasına bağlanmış bir biçimde yürütüldüğü sürece yararlı olduğu kanısı uyanmaktadır.

Yeniköyde ilk basamak tedavi hizmetlerinden ne oranda yararlanıldığını, şimdilik sayısal olarak getirememekle birlikte, aşıların düzenli yapıldığını, 1 yın öncesine kadar gerek Atalan, gerekse Yeniköy'ün okul muayenelerinin yılda ikişer kez düzenli yapıldığını söyleyebiliriz.

Daha erken olmakla beraber buradan şu sonuç çıkarılabilir. Bir bölgeye sosyalizasyon veya sağlık hizmetlerinin ulaşması yalnız başına büyük etkinlik getirmiyor. Toplumun sosyo-ekonomik koşullarının düzeltilmesi sağlık hizmetleri ile paralellik gösterdiği takdirde, toplumun bilinçlenmesi, kendi sağlığına sahip çıkması ve sunulan hizmet olmasa bile, o hizmeti arar hale gelmesi belirginleşiyor. Sosyalizasyon hizmetleri ekonomik kalkınma planları içinde yer almadığı takdirde topluma sunduğu yarar sınırlı kalmaktadır.

IV. BİLİMSEL SOHBET

BESLENME

BESLENME SOHBET TOPLANTISI RAPORU

Dr. A. BAYSAL, Dr. H. PEKCAN, Dr. E. BEŞER, Psik. Y. ÇOKAN, Dr. B. OKAN, Dr. F. AÇKURT, Dr. G. PEKCAN, Biol. G. YILMAZ, Dr. Ş. AY, Dr. Y. OCAK

Toplantıda önce Şakir AY ekonomik beslenme konusunu içeren bildiri sunmuştur. Ayrıca A. BAYSAL, N. EREN tarafından hazırlanan bildirilerde özetle incelenmiştir. Bu bildiriler ayrıca düzenleme komitesine iletilmiştir.

Sohbet sırasında Sağlık Ocağı Hekiminin beslenme yönünden eğitimi ana konu olarak tartışılmıştır. Tartışma sonuçları şöyle özetlenebilir.

1. KONUNUN ÖNEMİ :

Bütün dünyanın üzerinde önemle durduğu konulardan biri beslenmedir. Hali hazırda ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme, toplumun sağlık düzeyini düşüren önemli etmenler arasındadır. Beslenme sorunları sosyal, ekonomik, tarımsal ve eğitimsel nedenlere bağlıdır. Sorunun ççözümü de çok yönlü, radikal yaklaşımlarla gerçekleştirebilir. Bu yaklaşımlardan biri de toplumun beslenme konusunda eğitimidir.

Çok yönlü disiplinlerin beslenme konusunda eğitilmeleri yanında özellikle hekim adaylarının, hekimlerin ve sağlık personelinin eğitilmesi önem kazanmaktadır. Beslenme eğitimi yapacak personel dahil tüm eğitim, uygulamalı olarak yapılmalıdır; eğitimin etkisini azaltıcı kitle iletişim araçlarıyla özellikle devlet televizyonu ile yapılan aldatıcı reklâmların kaldırılması veya önlenmesi için tüm çabalar gösterilmelidir.

Beslenme eğitimi okul programlarında yer almalı, bu eğitimin uygulanmasında sağlık personeli yardımcı olmalı, yol göstermelidir.

2. HEKİM ADAYLARININ EĞİTİMİ :

Tıp Fakültelerindeki beslenme eğitimi günümüzde yetersizdir. Tıp öğrencileri 2. sınıftan başlayarak mezun olana kadar diğer dersler entegre ve birbirini tamamlayıcı beslenme eğitimi almalıdır. Öğrencilere beslenme ilkeleri öğretilmeli, kendi yaşamları ile ilgili uygulama yaptırtılmalıdır. Mevcut hekimlerimizin beslenme eğitim düzeyleri saptandığında, yeterli olmadığı görülmektedir. Hekimlerin, özellikle Ocak Hekimlerinin Sağlık Ocağı ekibi içersinde

liderliği düşünülerek beslenme konusunda eğitilmesi ön planda gelmektedir. Tıp öğrencileri zaman zaman kendi beslenmeleri de dahil sahada uygulamalı beslenme araştırma ve çalışmaları yapmalıdırlar. Sağlık Ocağı düzeninde toplum grubunun beslenme sorunlarını ve olanaklarını tıp öğrencisi iyice araştırıp çözüm önerileri getirebilmelidir. Beslenme derslerini Tıp Fakültelerinin Toplum Sağlığı, Bölüm Kürsü ve Enstitülerinde istihdam edilecek beslenme Öğretim (tercihan bilim doktoru, doçent veya profesör) beslenme uzmanı veya beslenmede uzmanlaşmış hekim vermelidir.

Bu Öğretim Üyesi sınıf içi eğitim yanında öğrecilerin alan uygulamalarını da yönlendirmelidir.

3. BESLENME EĞİTİMİNİN SÜREKLİLİĞİNİN SAĞLANMASI :

Bütün Tıp Fakültelerinin Toplum Sağlığı Bölüm, Kürsü veya Enstitülerinde veya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Sağlık Bölge ve Grub Başkanlıklarında Beslenme ve Diyet Uzmanı veya Toplum Sağlığı Diyetisyeni (besi bilimci) görevlendirilmelidir.

Bu eleman Sağlık Ocağı hekimleri ve diğer örgütlerle işbirliği yaparak yörenin beslenme sorunlarının saptanmasını, sağlık personelinin ve halkın eğitimini sağlamalı, acil beslenme sorunlarına çözümler aramalıdır. Bu personelin bir görevide öğrencilerin alan uygulamalarında beslenme Öğretim Üyesine yardım etmek olmalıdır.

Tıp öğrencileri ve hekimler sürekli olarak Uluslararası ve Ulusal Beslenme epidemiyolojisi yönünden aydınlatılmalı, beslenme eğitiminin sürekliliği sağlanmalıdır.

4. BESLENME EĞİTİMİNİN EŞGÜDÜMÜ :

Türkiye'de beslenme sorunlarını araştıracak, eğitim yöntemlerinin geliştirilmesinde yol göstericiliği yapacak, yanlış yönlendirmeleri önleyecek ulusal düzeyde Beslenme Konseyi kurulmalıdır.

HEKİMLERİN BESLENME YÖNÜNDEN EĞİTİMİ

Prof.Dr. Ayşe BAYSAL *
Doç.Dr. Nevzat EREN **

Beslenme Eğitiminin Gereği ve Önemi :

Beslenme, yaşamın her döneminde insan sağlığının temelini oluşturur. İnsan sağlığından birinci derecede sorumlu olan hekimlerin beslenme bilgilerine sahip olmaları bir zorunluluktur. İster pratisyen, ister uzman hekim olsun, daima beslenme zorunlarıyla karşılaşmakta ve hastasına bu yönde önerilerde bulunmak zorunda kalmaktadır. Sağlık Ocağında çalışan hekim, ocakta görevli olan ve halk sağlık hizmeti götüren ekibin başkanıdır. Ekipte bulunan ebe ve hemşirenin halka etkin beslenme eğitimi götürebilmeleri ekip başı hekimin konu konu üzerindeki ilgi ve bilgisine bağlıdır. Hekim, sağlığından sorumlu olduğu toplum grubunun beslenme sorunlarını, sorunların nedenlerini ve halkın olanaklarını bilirse, ebe ve hemşireyi etkin şekilde beslenme eitimi yapmaya yöneltir ve karşılaşılan zorluklarda yardımcı olur.

Beslenmeyi bilen hekim, özel diyeti gerektiren hastalıklarda da beslenme yönünden yeterli ve dengeli hastanın uygulayabileceği diyetin kurallarını önererek hastalığın daha hızlı iyileşmesini sağlar. Beslenme konusundaki bilgisizlik, yanlış diyet önerilerine yol açarak hastalığın daha da kötüleşmesine neden olur. Örneğin, kesin laboratuvar bulgularına dayanmadan çocuk hastaya nefrit tanısı konu; süt, yumurta, et yedirilmemesi önerisi çocuğu malnütrisyona götürebilmektedir. Hipervitaminozis sonucu oluşan hastalıkların çoğunlukla asıl sorumlusu hekimlerdir. İnsanın yaşı, cinsiyeti ve özel durumuna göre gereksinmelerinin iyi bilinmemesi aşırı vitamin tüketimine neden olmaktadır.

Son yirmi yıl içinde tıp eğitiminde beslenme konusu çeşitli uluslararası toplantılarda tartışılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarında dünyadaki tıp fakültelerinin çoğunda beslenme konusuna çeşitli bilim dalları içerisinde parça parça, çoğu kez teorik olarak değinilmekte olduğu, öretilenlerin arasında eşgüdümün bulunmadığı belirtilmiştir. Hatta değişik bilim dallarında öğretilen konular arasında çelişkiler bile bulunmaktadır. Bu durum, hekimlerin toplum sağlığının önemli bölümü olan beslenme bilgilerinden yetersiz olarak yetişmelerine neden olmaktadır.

---

* Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğretim Üyesi
** Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Beslenme Eğitimi Nasıl ve Kimler Tarafından Yapılmalıdır ?

Hekimlere verilecek beslenme eğitiminin etkin olabilmesi için değişik bilim dallarında verilen beslenme bilgilerini eşgüdümleyecek ve öğretilen konuların pratiğe aktarılmasını sağlayacak beslenme öğretim üyesine gereksinme vardır. Bu öğretim üyesinin, temel beslenme ilkeleri, beslenme - sağlık ve beslenme - ilaç etkileşmeleri, toplumun beslenme durumunu etkileyen kültürel, sosyal ve ekonomik etmenler, toplumun beslenme olanakları, besinlerin bileşimi, işlenmesi ve denetimi, toplum sağlığı içerisinde beslenme programlarının örgütlenmesi, halka beslenme eğitiminin nasıl yapılacağı konularını bilmesi gereklidir. Beslenme öretim üyesi ya beslenme dalında doktora programıyla, ya da beslenme tıp uzmanlık dalları arasına alınarak uzmanlık eğitimiyle yetiştirilebilir. Dünyanın bir çok üniversitesinde insan beslenmesi bilim dalında doktora eğitimi yapılmaktadır. Tıpla Sağlık Bilimlerinde lisans öğretimini tamamlayan kişiler bu programa katılabilmektedirler. Ayrıca beslenmenin sosyo-ekonomik yönünde doktora öğretimi yapan kurumlar da vardır.

Hekimlere Verilecek Eğitimin Amacı :

Beslenme sorunlarının nedenleri çok yönlüdür. Sorunların çözümü de toplumun bilinçli ve örgütlü uğraşılarıyla çözümlenebilir. Sorun, sağlık ekibinde yer alan tüm personelin ve halkın bu konularda sürekli eğitimlerini gerektirmektedir. Sağlık ocağı hekimi ekibin başı olarak bu personelin iş içinde eğitilmelerini ve çalışmalarının etkinleşmesini sağlar. Sağlık ocağı hekimin eğitiminin başlıca amaçları :

1 — Toplumun beslenme sorunlarının niteliğini ve önemini kavramak,
2 — Sorunların nedenlerini ve toplum sağlığına olan etkilerini araştırmak,
3 — Hizmet verieln toplum grubu çin beslenme programının geliştirilmesi, uygulanması, denetimi ve değerlendirilmesine katılmak,
4 — Beslenme sorununun çözümü için tarım, eğitim ve diğer örgütler tarafından yapılan çalışmaları eşgüdümlemek.

Hekimlere Yapılacak Beslenme Öğretiminin İçeriği

a) Beslenme ve Diyet Hakkında Temel Bilgiler :
— İnsan beslenmesinde esas olan besin öğeleri,
— Besinlerin bileşimi ve besleyici değerleri,
— Değişik yaş, cinsiyet, çalışma ve özel durumda olan bireylerin besin gereksinmeleri.

b) Toplumun Beslenme Sorunlarının Saptama Yöntemlerinin Değerlendirilmesi :
— Besin tüketimi,
— Klinik gözlem,
— Biyokimyasal testler,
— Sağlık İstatistikleri,

— Antropometrik ölçümler,
— Sosyal, ekonomik ve kültürel göstergeler,
— Tarımsal göstergeler.

c) Beslenme Programlarının Yönetimi :
— Toplum grubunun beslenme durumunun saptanması,
— Sorunun çözümü için kısa ve uzun vadeli hedeflerin saptanması,
— Sorunun çözümünde kullanılacak araç ve yöntemlerin saptanması,
— Çalışmaların değerlendirilmesi için göstergelerin saptanması,
— Çalışmaların denetimi.

d) Beslenme Programının Uygulanması :
— Toplumun özelliğine, kaynaklarına ve olanaklarına uygun diyetlerin planlanması,
— Beslenme eğitim yöntemleri,
— Diyet zenginleştirme yöntemleri,
— Besin sağlığı ve kontrolu.

Beslenme eğitim ve öğretimin etkin olması için alan uygulamaları yaptırılır. Alan uygulamaları sırasında çok yönlü olan beslenme sorununun tanınması ve sorunun çözümü için; tarım, eğitim ve diğer ilgili örgütlerle işbirliği yaparak program geliştirilmesi pratikleri yaptırılır.

Böyle bir yanaşımla hazırlanıp-uygulanacak eğitimin büyük boyutlara varan beslenme sorunlarının çözümünde başarıya varmayı kolaylaştırıp hızlandıracağı kuşkusuzdur.

BESLENME EĞİTİMİ

Dr. Ayşe BAYSAL *

GİRİŞ

Beslenme, günümüzün önemli sorunlarından biridir. Bugün, dünyadaki insanların dörtte biri (1 milyar) yetersiz ve dengesiz beslenmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, bu insanların sağlığını bozmakta, çalışma verimini azaltmakta, büyüme ve gelişmelerini geriletmektedir. Hergün yeniden eklenen 250.000 kişiyle, sorunun dahada derinleşeceği beklenebilir.

Yetersiz ve dengesiz beslenenlerin çoğunluğunu çocuklar ve kadınlar oluşturmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme yüzünden ilk yaşlarda ölüm hızı çok yüksektir. Yetersiz ve dengesiz beslenerek yaşayanlar fiziksel ve mental yönden geri kalmaktadırlar.

Ülkemizde, canlı doğan bin çocuktan ortalama 218 inin beş yaşına değin öldüğü tahmin edilmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin bu çağdaki ölümlerin ortalama %7 sinin birincil, %46 sının da ikincil nedeni olduğu bildirilmiştir. Bu yaş grubu çocukların genelde %20 si malnutrisyonludur. Bunların %3 kadarı çok ileri derecede malnutrisyonludur. Bu yaş grubu çocukların ve gebe kadınların ortalama yarısı, 5 yaş üstü tüm kadın nüfusunun %28 i anemiktir. Erken yaşlarda malnutrisyonlu olanların menatl yönden geri kaldıklarını belirten raporlar vardır. Çocukların %4 ünde raşitizm, %6.2 sinde B_2 vitamini yetersizlik belirtileri görülmüştür. Raşitizmin bazı bölgelerde çok daha yüksek oranlarda, örneğin Zonguldak kömür işçilerinin çocuklarında %59.8 olduğu rapor edilmiştir. Diş çürüklükleri de önemli sağlık sorunlarındandır.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin başlıca nedenleri şunlardır :

1. Besin tüketiminde; sosyal sınıflar, aileler ve aile içindeki bireyler arasındaki dengesizlik. Bir yandan zengin gruplar ve aile içinde gereksinmesi az olanlar gereğinden çok besin tüketerek şimanlık ve onun zemin hazırladığı hastalıklar riskini arttırırken, yoksul gruplar, çocuklar ve kadınlar yetersiz beslendiklerinden çalışma verimleri azalmakta, büyüme-gelişme gerilemekte ve sağlık sorunları artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, Türkiye'de de sosyal ve politik sistemdek bozukluk, gelir dağılım dengesizliğini arttırmakta, sonuçta çok yoksul ve çok zengin sınıflar oluşmaktadır.

---

* Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

2. Üretim, hasat, dağıtım, depolama ve tüketim aşamalarında ve yaygın bakteri ve paraziter enfeksiyonlarla oluşan besin kayıpları da beslenme sorunun oluşmasındaki etmenlerden biridir.

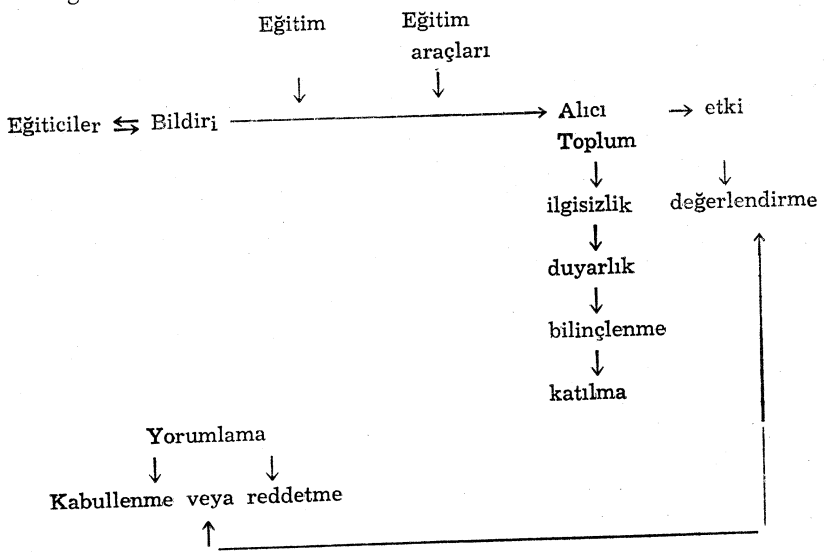
3. Etkin bir aile planlaması uygulamasının olmaması da sorunların ağırlaşmasında önemli etmenlerdendir.

4. Beslenme sornularının oluşmasındaki önemli etmenlerden biri de eğitimsizliktir. Değişik yaş ve özel durumlardaki bireylerin besin gereksinmelerinin bilinmemesi ve yanlış alışkanlık ve uygulamalar bazı yaş gruplarının aşırı; küçük çocuk, gebe ve emzikli kadınların yetersiz beslenmesine yol açmaktadır. Yine besinlerin saklanması, hazırlanması, pişirilmesi; değişik yörelerde bulunabilen besinlerle besin değeri yüksek, maliyeti düşük diyetlerin hazırlanamaması beslenme sorunlarının oluşmasında etkisi olmaktadır. Bu nedenle, beslenme sorunun çözümünde Sağlık Örgütüne düşen en önemli görev, etkin bir beslenme eğitiminin uygulanmasıdır.

Etkin bir beslenme ve sağlık eğitiminin temel ilkeleri :

1. Eğitilecek toplumun tanınması,
2. Toplumdan kaynaklanan eğitimsel bildirinin oluşturulması ve erişilecek amacın saptanması,
3. Verilecek bilgilerin neler olacağının kararlaştırılması,
4. Eğitimin kimler tarafından yapılacağının kararlaştırılması,
5. Eğitimin nasıl ve hangi araçlarla gerçekleştirileceğinin saptanması,
6. Sonuçların değerlendirilmesi. Eğitimin sonucunda ne gibi olumlu değişmelerin olduğunun incelenmesi.

Eğitim süreci aşağıdaki şekilde gösterilebilinir :



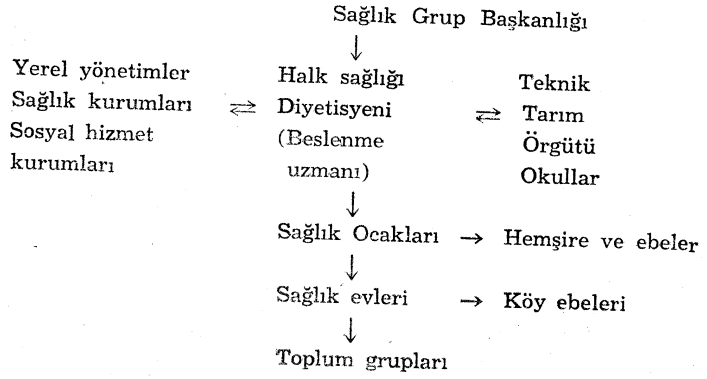
1. Eğitilecek toplumu tanıma : Herşeyden önce eğitlecek toplumun iyi şekilde tanınması gerekir. Beslenme alışkanlıkları ve uyuglamaları kent ve köye, yöreden yöreye değişiklik gösterir. Yapılmakta olan uygulamalar sağlık için çok yararlı veya zararlı olabilir. Yararlı uygulamaların diğer yöre ve gruplara yaygınlaştırılması, zararlı uygulamaların değiştirilmesi toplumu iyi tanımakla olanaklaşır. Bir toplum grubunun gelenekleri, değer yargıları, beslenme sorunları diğerinden farklı olabilir. Eğitim o gruba özgü olduğu zaman amacına ulaşır.

2. Bildiri ve amacın saptanması : Toplum grubu hakkında yeterince bilgi edinildikten sonra, nelerin öretileceği ve hangi amaca ulaşılacağı kararlaştırılmalıdır. Örneğin, toplum grubunun sorunlarını kendi olanaklarını kullanarak çözmeyi amaç edinecek program hazırlanır. Beslenme sorununun nedenleri; sosyal, ekonomik, tarımsal ve eğitimesl olduğundan; sorunun çözümüne yönelik hazırlanan program da çok yönlü olmalıdır.

3. Verilecek bilgiler amaca uygun olarak belirlenir.

4. Programın uygulanması büyük ölçüde eğiticilere bağlıdır. Eğiticiler halka en yakın ilişkisi olan elemanlardır, Sağlık Örgütü içerisinde yer alan eğiticiler beslenme sorunuyla ilgili diğer örgütlerle işbirliği geliştirebilmelidir.

Sağlık örgütü içerisinde beslenme eğtiminin örgütlenmesi aşağıdaki şekilde gösterilebilir :



Halka hizmet götüren diğer örgüt elemanlarıyla kurulacak işbirliği, eğitimdeki çelişkileri önleyecek, birlik ve etkinliği arttıracaktır.

5. Eğitim ve eğitim araçları : Eğitim, toplumu uyarıp eğitim gereksinmesinin bilincine ulaştırabildiği takdirde yarar sağlar. Toplum ilgisizse eğitimin yararı yoktur. En iyi eğitim aracı yaparak göstermedir. Beslenme eğitimi kısa aralıklarla, konferans seminer şeklinde, kâğıtlara yazılı tarife ve litestlerle gerçekleştirilemez. Beslenme eğitimi sürekli olduğu ve sağlık örgütünde çalışan tüm personelin, diğer örgüt elemanlarıyla işbirliği yaparak çalıştığı sürece etkinleşir. Sağlık ocağı, sağlık evi, ana çocuk sağlığı merkezleri gibi yerlere baş vuran annelere çocuklarını nasıl besleyecekleri yapılarak gösterilmeli ve gösteri-

lenlerin uygulama durumu izlenerek pekiştirilmelidir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin sorun olduğu ülkelerde «Beslenme iyileştirme Merkezleri» gibi çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde sağlık ocakları, sağlık evleri ve ana-çocuk sağlığı merkezlerinde küçük çocuk için gerekli yoğurt, tarhana ve benzeri, bölgeye uygun besinler bulundurmak suretiyle çocukların nasıl beslenecekleri gösterilmelidir. Bunu gerçekleştirebilmek için sağlık örgütlerinde «halk sağlığı beslenme uzmanı veya diyetisyeni» görevlendirilmelidir. Bu kimseler, bölge ve ailelerin koşullarına en uygun besinlerin neler olduğunu, bunların bebeğe uygun olarak hazırlanma şekillerini araştırır; uygulamayı yapacak olanları yetiştirip sağlık ocakları ve sağlık evlerinde uygulamalı eğitim yapılmasının gerçekleşmesinde yardımcı olurlar.

Beslenme eğitimi araçlarından biri de radyo ve televizyondur. Bugün ülkemizde radyo ve televizyon büyük bir kitle tarafından ilgiyle izlenmektedir. Radyo ve televizyonda yayınlanan programlar içeriğine göre halkın tüketim örüntüsünü etkilemektedir. Yiyecekler - içecekler insanın tüketiminin en büyük bölümünü oluşturduğundan bu yayınlar halkın besin tketim örüntüsü üzerinde etkili olmaktadır. Bir soruşturmada beslenme ile ilgili uygulamalarda etkisi olan araçlar arasında bölgenin besin üretim özelliği ve satın alma gücünden sonra radyo ve televizyon en etkili araç olarak belirtilmiştir.

Radyo ve televizyon yayınları niteliğine göre halkın beslenme alışkanlığını olumlu ve olumsuz yönden etkilemektedir. Yanlış bilgiler ve gösteriler, besin değeri olmayan şeylerin çekici şekilde reklamı özellikle genç insanlar ve çocuklarda aşağıdaki örnekte olduğu gibi kötü beslenme alışkanlıklarının v savurganlığın oluşmasına neden olabilmektedir. Bundan 15 yıl kadar önce köy çalışmalarının birinde kötü beslenme hastalığı belirtileri gördüğümüz bir çocuğun genç anesine çocuğun nasl beslediini sorduumuzda bir sepet dolusu boş, nişastadan yapılan mama kutuları getirerek «işte bunlarla» demişti. Nişastanın çocuk için köty bir yiyecek olduu, çocuğunun hastalığının bu tür beslenmeden ileri geldiği anlatıldığı zaman genç annenin yanıtı «öyle ise neden devletin radyosu iyidir diye söyler» şeklinde olmuştu. Bu tür örnekler sayılamıyacak kadar çoktur.

Halk çoğunluğu radyo ve televizyonda yayınlanan eğitim programıyla reklamları birbirinden ayırabilecek bilinç düzeyinde değildir. Besin değeri olmayan veya fiyatına göre çok az olan çiklet, gazoz, şekerleme, bisküvit ve nişasta maması türü şeylerin etkili şekilde reklamı; halkı, bunların tüketimine alıştırmakta ve sonuçta bir yandan kötü beslenme, diğer yandan savurganlığa yol açmaktadır.

Dar gelirli bir ailenin bir şişe süt yerine bir şişe gazoz, bir yumurta yerine iki adet jiklet, bir ekmek yerine iki lokmalık süslü paket içinde bir adet pasta türü şey alır duruma gelmesi yanlış yolda koşullandırmanın sonucudur.

Gelişmiş ülkelerde mama reklamları emzirme alışkanlığının giderek kaybolmasına yol açmıştır. Bunun sonucu bebekler dengesiz beslenmeye başlanmış-

tır. Mamalarla bebeği aşırı beslemenin sakıncaları ortaya çıktıktan sonra kaybolan alışkanlığın tekrar kazanılması için yayın araçları harekete geçirilmeye başlamıştır. Bugün aynı yanlışlık gelişmekte olan ülkelerde yapılmaya başlamıştır.

Radyo-televizyonda yayınlanan eğitim programlarındaki yanlış bilgi ve gösteriler de halkı yanlış uygulamalara yöneltmektedir. Gelişi güzel, düşünülmeden söylenmiş sözler, binlerce kişi üzerinde yanlış bilgilerin yerleşmesine yol açtığı gibi dinleyici ve izleyicinin eğitim düzeyinin çok üstünde verilen bilgilerinde eğitsel bir yararı olmamaktadır. Bunun başlıca nedeni programların belirli bir sistemle hazırlanmamasıdır. Beslenme konusuna değişik programlar içerisinde yer verilmektedir. Belirli bir programı hazırlayanlar daha önceki programlardan habersiz olduklarından ve beslenme bilgileri yetersiz olduğundan değişik kaynaklardan bilgiler toplanmakta ve sonuçta çelişkili, gereksiz ve yanıltıcı bilgiler programda yer alabilmektedir. Örneğin, daha önceki programlarda sütün pastörize veya sterilize edilmesinin önemi anlatılmışken ve ülkemizde çoğu yörelerinde bu işlemlerin ancak kaynatılarak yapılabileceği gerçek bir durumken daha sonraki bir programda beslenmeyle ilgisi az bir konuğun «süt kaynatılınca tüm değeri kaybolur, beyaz bir su haline gelir» demesi dinleyiciyi şaşırtmakta, eğitim programlarına karşı inancın kaybolmasına neden olmaktadır. Aynı şekilde gazozun dengesiz beslenmeye yol açtığı, ona verilecek parayla süt alınması gerektiği belirtilen bir programın hemen arkasından gazozun «insana can kattığı» etkili şekilde reklamlarda yer alınca, bilinçsiz seyircide bilincinin etki bıraktığı düşünülemez. Aynı şeklide arada yenen şekerlerin diş çürüğüne ve dengesiz beslenmeye yol açtığını belirten bir eğitim programından sonra koz helvası satışını teşvik eden bir çocuk programının seyredilmesi, eğitim programının etkisinin, tümüyle yitirilmesine neden olur.

Radyo ve televizyonun, halkın, özellikle beslenme sorunlarından ençok etkilenen kadın ve çocukların eğitimine yardımcı olabilmesi için göz önünden tutulması gereken bazı ilkeler şöyle özetlenebilir :

a) Yayınlanacak tüm program ve reklamlarda halkın sağlığını olumsuz yönde etkileyecek bilgi, mesaj ve gösteriler yer almamalıdır. Bu tür programların metni oluşturulacak bir uzmanlar kurulunca incelendikten sonra program yapımına geeçilmelidir.

b) Topluma yapılacak öneriler, pratik, uygulanabilir ve ekonomik kuralara uygun nitelikte olmalıdır. İzleyenin kaynak ve olanaklarına uymayan öneriler uygulanamaz. Örneğin, lüks bir lokanta aşçısının gösterdiği yemek tarifini Türkiye'deki ailelerin kaçının uygulayabileceği önceden düşünülmelidir. Hele o yemek yapım gösterisinde aşırı yağ kullanılması, sebzelerin soyulurken yarısının atılması, suda bekletilmesinin «savurganlığın önlenmesi» programlarıyla ne derecede uyum içinde olduğu göz önünde tutulmalıdır.

c) Beslenme konusunda yapılan öneriler halkın alışkanlık ve uygulamalarından çok farklı olmamalıdır. İnsanların beslenme alışkanlığını değiştirmek

dinini değiştirmekten daha güçtür. Alışkanlık haline gelmiş uygulamalar sağlık açısından sakıncalı değilse, bunu değiştirmeye çalışmak yanlıştır. Sağlık açısından sakıncalı uygulamaların düzeltilmesi için çaba gösterilmeli, halk bu yönde bilinçlendirilmelidir.

Örneğin, uzun süre emzirme yararlı bir uygulamayken, «altı aydan sonra bebek memeden kesilmelidir» önerisi yanlıştır. Bunun yerine «altı aydan sonra ana sütünün bebeğe yetmeyeceği, emzirme yanında biraz yoğurt, çorba, sebze, meyve verilmesiyle bebeğin daha sağlıklı büyüyeceği olumludur.

d) Verilen bilgiler halk çoğunluğunun anlayabileceği düzeyde olmalıdır. İnsanlar protein, vitamin yemezler, bu ögeleri yiyeyecek ve içeceklerle alırlar. Ayrıca, bir yiyeceğin yerini tutan birçok yiyecek bulunabilir. Program hazırlayıcıların bunu iyi bilmeleri gerekir.

Hangi tür beslenmenin yetersiz ve dengesiz olduğu ve bunun nedeni vurgulanarak bu yetersizlik ve dengesizliğin nasıl düzeltilebileceği örneklerle gösterilirse, izleyende olumlu davranış oluşturur. Bilgilerin okunarak aktarılması fazla yarar sağlamaz. Bilgi verenle dinleyen ve izleyen arasında iyi etkileşimin kurulabilmesi için okuma yerine anlatım ve gösteri yoluna gidilmelidir.

6. Sonuçların değerlendirilmesi : Çoğu kez, anne verilen bilgiyi dinler ve anlamış gibi görünür, fakat onu hiç uygulamaz. Beslenme eğitimi yaşamın içinde verildiyse, anne yararını görür ve uygular, hatta başkalarına da anlatır. Beslenme eğitiminin sonucu sağlık göstergelerindeki değişmelerle belirlenir. Malnütrisyon, bebek ve çocuk ölüm hızlarında azalma, raşitizm, anemi ve diğer klinik belirtilerin görülüş hızında azalma, beslenme eğitiminin etkinliğinin başlıca göstergesidir.

BESİN ÖGELERİNDE FİYAT ARTIŞLARI, BESLENME DEĞERİ OLMAYAN MADDELERİN PAZARLANMASI VE HÜKÜMETLERİN SAĞLIK POLİTİKASI

*Y. İYRİBOZ ** *S. ÖZKOÇ *** *Ş. AY ****

Besinlerin ülke gereksinimlerine göre üretilmesi ve bilinçlendirilmiş tüketicinin eline uygun fiyatlarla geçmesi sağlık sorunlarımızın çözümünde önemli bir yer tutar. Bisküvi, meşrubat ve çiklet gibi besleyici değeri hiç olmayan maddelerin reklâmı ve pazarlaması toplumumuzun beslenme bilincini ters yönde etkilemektedir. Kentleşmenin hızla sürdüğü ülkemizde göç edenlerin ve kırsal kesimde kalanların doyumsuzluğu bu reklamlarda yalancı ve özendirici tablolarla açıkça sömürülmektedir. Bundan önceki bir çalışmamızda Aralık 1978 fiyatları ile söz konusu maddelere harcadığımız paralarla gerçek besinlerin alınabileceğini göstermiş idik (1). Bu çalışmamızda ise perakende besin fiyatlarını inceleyerek aynı olguyu kanıtladık ve bu maddelere harcanan paralarla Aralık 1978'e göre çok daha fazla miktarlarda gerçek besinlerin alınabileceğini gösterdik. Diğer taraftan besin değeri yüksek ve ucuz olan besin ögelerindeki fiyat artışlarının diğerlerine göre daha fazla olabileceğini gözlemledik. Tek başına bu gözlem ülkemizde vatandaşlarımızın sağlığı için bir beslenme politikasının olmadığını gösterir. Çalışmanın bulguları besin ögelerindeki fiyat artışlarının çoğunlukla düzensiz olduğunu ve gelir düzeyi düşük vatandaşlarımızın alım gücünü aştığını göstermiştir. Reklamları bol bol Devlet eliyle yapılan ve pazarlama ağı çok yaygın ve etkin olan fakat beslenme değeri hemen hemen bulunmayan maddelerin de fiyatları hızla artmaktadır. Genellikle karbonhidratlardan oluşan bu maddelerin besleyici değeri yoktur. Bu maddeler kan şekerini birdenbire yükselterek ve normalin üstünde bir insülin salgısını uyararak sağlığa zarar verirle (2,3). Belirtilen bu gerçeklere rağmen bu maddelerin yapılması ve satılmasına devletçe olanak vermek sağlık sorunlarımızın çözümüne ters düşer.

Ülkemizde sağlık hizmetleri bundan 19 yıl önce sosyalize edilmeğe başlandığı halde, sosyalizasyon planlanan hedeflerine ulaşamamıştır. Bunun genelde ve öndegelen nedeni sağlık hizmetlerinde öngörülen bu düzenin ülkemizin içinde bulunduğu yaygın düzensizlikle çelişki içinde olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde ülke gereksinimlerini karşılayacak kesin bir uygulama başlasa dahi bu

* E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Profesörü
** E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Eğitimi uzmanı
*** E.Ü. Tıp Fak. Toplum Sağlığı Enstitüsü Asistanı

uygulama beslenme gibi sağlıkla yakından ilgili konularda benzeri bir tutumla desteklenmedikçe başarıya ulaşamaz. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerinde girişimler ne kadar olumlu olursa olsun bu girişimler örneğin beslenme gibi konularda hükümetlerce kesin bir tavırla desteklenmedikçe yararlı olamaz. Sağlık politikasını yalnızca bir ücret veya tam-gün çalışma gibi dar kapsamlarda değil ülkemizin içinde bulunduğu tüm yasam koşullarında izlemek ve yalnızca Sağlık Bakanlığına yüklememek gerekir. Bir ülkenin yarıdan çoğu büyüme ve gelişme çağında çocuklar ise ve bu çocuklar yeterince beslenemiyor, sık sık hastalanıp ölüyorsa ve birde bu çocuklara ve onları büyütenlere sistemeli olarak kamu iletişim araçları ile yanlış beslenme öğretiliyorsa o ülkede herhangi bir sağlık politikasının olup olmadığını tartışmaya dahi gerek yoktur. Bu arada bu konuda sorumluluğu yalnızca Sağlık Bakanlığına yüklemenin de yanlış olduğunu vurgulamalıyız. Fakat her nedense ülkemizde beslenmeden tutun da çevre koşullarına kadar tüm sağlık sorunlarından sağlık bakanlığı sorumlu tutuluyor. Bu görüş yanlıştır. Gerçeçkte sağlık sorunlarımızın çözümünde diğer bakanlıklar ve birçok kamu kuruluşunun temsil ettiği genel hükümet politikası sorumludur (4).

Bu çalışmamızda Aralık 1978 den bu yana ana besin ögeleri ile reklamı sık yapılan 7 tip bisküvinin fiyatlarını izledik, yüzde fiyat artışlarını ve bisküvilere harcanan parlarla daha ucuz ve çok daha iyi beslenebileceğimizi gösterdik.

Besin ögeleri ve bisküvilerin içerdikleri protein, perakende fiyatlarında Aralık 1978 e göre Aralık 1979 ve Nisan 1980 yüzde artışları Tablo 1d e verilmiştir. Bu tablo besin gruplarına göre incelendiğinde aşağıdaki bulgular dikkati çeker.

Tahıl ve Türevleri :

1. Bu grupta en çok protein içeren bulguların fiyatı Aralık 1978 e göre Aralık 1979 da %120, Nisan 1980 de ise %195 artmıştır.

2. Halkımızın ana besin kaynağı diyebileceğimiz ve protein içeriği yönünden bisküvilerden farkı olmayan ekmeğin fiyatı Aralık 1978 e göre Aralık 1979 da %77, Nisan 1980 de ise %181 artmıştır.

3. Aralık 1978 e göre Aralık 1979 da fiyatı %30 artış gösteren makarnanın Nisan 1980 de %521 artması oldukça ilginçtir.

4. Aralık 1978 de 100 gramı 4 TL olan ve 8 gram protein sağlayan en ucuz bisküviye sarfettiğimiz 4 lire ile, 400 gram bulgur ve 50 gram protein alabilirdik. Nisan 1980 de 100 gramı 15 lira 60 kuruş olan bu bisküviye sarfettiğimiz para ile, 528 gram bulgur alabilir ve 66 gram protein sağlayabilirdik. En ucuz bisküviye sarfettiğimiz para ile bulgur alarak Aralık 1978 de 50 gram, Nisan 1980 de ise 66 gram protein sağlayabilirdik.

6. Aralık 1978 de bisküvilerin ortalama 100 gram fiyatı 5 lira 77 kuruştur. Bu parayla eşdeğer protein içeren 812 gram ekmek ve 64 gram protein alınırdı.

7. Nisan 1980 de ise bisküvilerin ortalama 100 gram fiyatı 18 lira 96 kuruştur. Bu parayla ise 948 gram ekmek ve 75 gram protein alınırdı.

Tablo 1: Besin Ögeleri ve Bisküvilerin İçerdikleri, Protein gr/100 gr. Perakende Fiyatlarında Aralık 1978'e Göre Aralık 1979 ve Nisan 1980 de % Artışları

Besinler	100 gramın İçerdiği Protein	100 Gram Fiyatları TL.			Aralık 1978'e Göre % Artış	
		Aralık 1978	Aralık 1979	Nisan 1980	Aralık 1979	Nisan 1980
Tahıl ve Türevleri						
Ekmek	7.9	0.71	1.25	2.00	76.6	181.0
Pirinç	6.7	3.10	3.40	5.50	9.7	77.0
Makarna	11.0	0.70	0.91	4.35	30.0	521.0
Bulgur	12.5	1.00	2.20	2.95	120.0	195.0
Et ve Türevleri						
Kıyma (dana)	18.7	11.50	17.00	25.00	47.8	117.0
Kuşbaşı (koyun)	17.0	11.50	17.00	26.50	47.8	130.0
Tavuk	19.0	8.00	11.60	18.40	45.0	130.0
Karaciğer	20.0	11.00	17.00	26.00	54.0	136.0
Balık (sardalya)	19.0	3.00	6.00	9.00	100.0	200.0
Yumurta	12.8	6.00	9.80	11.00	64.3	83.0
Süt ve Türevleri						
İnek sütü	3.5	1.20	3.70	4.50	208.3	275.0
Yoğurt	3.2	1.50	4.00	5.00	166.7	233.0
B. Peynir	19.0	4.50	10.00	18.00	122.2	300.0
T. Peyniri	15.9	9.50	15.00	20.00	57.9	110.0
Çökelek	35.0	3.15	7.00	9.00	122.2	185.0
Kaşar	27.0	13.00	22.00	30.00	69.2	130.0
Kuru Baklagiller						
Bakla	25.0	1.70	2.70	3.80	58.8	123.0
Fasulye	22.6	4.20	4.90	5.40	16.7	28.0
Nohut	19.2	2.85	3.90	3.90	36.8	37.0
Barbunya	21.0	3.75	4.30	5.00	14.7	33.0
Börülce	23.1	4.00	4.20	4.40	5.0	10.0
Mercimek	23.7	1.00	2.80	4.40	180.0	340.0
Bisküviler						
A	8.0	4.00	7.00	15.60	75.0	290.0
B	»	4.15	8.30	15.00	100.0	261.0
C	»	4.55	10.00	15.30	119.8	236.0
D	»	5.60	10.50	15.25	87.5	172.0
E	»	6.25	13.10	18.60	109.6	197.0
F	»	7.50	12.50	25.00	66.6	233.0
G	»	8.35	14.30	28.00	71.3	235.0

Et ve Türevleri Grubu :

1. Bu grupta en çok protein içeren besin ögelerinden biri ve en ucuz olan sardalya fiyatının Aralık 1978 e göre Aralık 1979 da %100 Nisan 1980 de ise %200 arttığı dikkati çeker.

2. Aralık 1978 de en ucuz bisküviye harcadığımız para ile 133 gram sardalya ve 25 gram protein, en pahallı bisküviye sarfettiğimiz para ile ise 278 gram sardalya ve 53 gram protein alınırdı. Nisan 1980 de ise en ucuz bisküvi yerine 173 gram sardalya ve 33 gram protein en pahallı bisküvi yerine ise 311 gram sardalya ve 59 gram protein alınabilirdi.

Süt ve Türevleri Grubu :

1. Bu grupta özellikle inek sütünde olmak üzere Aralık 1978 e göre Aralık 1979 da %208 ve Nisan 1980 de ise %275 fiyat artışı ülkemiz çocuklarının sağlığı yönünden açıkça «süt içmeyin» demekten başka birşey değildir.

2. Bu grupta en ucuz besinlerden biri olan çökelek aynı zamanda en çok protein içeren besindir. Çökelek fiyatı Aralık 1978 e göre Aralık 1979 da %122 Nisan 1980 de %185 bir artış göstermiştir.

3. Aralık 1978 de en ucuz bisküvi yerine 126 gram çökelek ve 44 gram protein en pahalı bisküvi yerine ise 265 gram çökelek ve 93 gram protein alabilirdik. Nisan 1980 de en ucuz bisküvi yerine 173 gram çökelek ve 60 gram protein, en pahalı bisküvi yerine 311 gram çökelek ve 109 gram protein alınabilirdi.

Kuru Baklagiller :

1. Bu gurupta en çok protein içeren bakla ve mercimeğin aynı zamanda en ucuz besinler olmasına karşın en yüksek fiyat artışlarını göstermesi dikkati çekmiştir. Aralık 1978 e göre Aralık 1979 da bakla %58, mercimek %180, Nisan 1980 de ise bakla %123, mercimek %340 fiyat artışı göstermişlerdir. Bu yüksek artışlar bu besinleri yurdumuzda üretilmediği adeta ithal edildiği kanısını uyandırıyor.

2. Aralık 1978 de 100 gram en ucuz bisküvi yerine 235 gram bakla 59 gram protein, 100 gram en pahallı bisküvi yerine 491 gram bakla 123 gram protein alınırdı. Nisan 1980 de en ucuz bisküvi yerine 410 gram bakla 103 gram protein, en pahallı bisküvi yerine ise 736 gram bakla ve 184 gram protein alınabilirdi.

Tablo 1 den ayrıca en ucuz bisküvinin 100 gramı fiyatı ile diğer besinlerden sağlanan protein miktarları Aralık 1978 e göre Nisan 1980 de belirgin artış gösterdiği saptanmıştır. (Aradaki fark istatistiki olarak önemlidir. z: 2.042, p: 0.05)

En ucuz ve en pahalı bisküvilerin 100 gram fiyatları ile Aralık 1978 de Nisan 1980 de alınabilen protein değeri yüksek ve ucuz besin ögelerinin mik-

tarları ve 100 gram bisküvide toplam 8 gram proteine karşın sağlanan protein Tablo 2 de ayrıca görülebilir.

Tablo 2 : En ucuz ve en pahalı bisküvilerin 100 gr. fiyatları ile Aralık 1978 ve Nisan 1980 de alınabilen protein değeri yüksek ve ucuz besin ögelerinin miktarları ve 100 gr. bisküvide toplam 8 gr. proteine karşın sağlanan protein

Besin	Alınabilen Gram ve Protein	En Ucuz Bis. 4 TL/100 Gr	En Pahalı Bis. 8.35 TL/100 Gr	En Ucuz Bis. 15.60 TL/100 Gr	En Pahalı Bis. 28.00 TL/100 Gr
BULGUR	Gram	400	835	528	949
	Prot.Gr.	50	104	66	119
SARDALYA	Gram	133	278	183	311
	Prot.Gr.	25	53	33	59
ÇÖKELEK	Gram	126	265	173	311
	Prot.Gr.	44	93	61	109
BAKLA	Gram	235	491	410	736
	Prot.Gr.	59	123	103	184

Ekonomik işbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) geçtiğimiz Mayıs ayı sonunda yaptığı bir yayında (7) verilen bilgilere göre ülkemizde enflasyon oranı 1978 yılı sonuna göre 1979 yılında %81 e ulaşmış, besin ücretleri aynı süre içinde %73 artmış gerçek ücretler ise gerek kamu gerekse özel sektörde %6.5 oranında gerilemiştir.

Bu gerçekler ışığında halkımızın yeterince beslenemediği ve bu durumun gerekli önlemler alınmazsa gittikçe kötüleyeceği açıktır. Bütün bunlara rağmen beslenme olanakları zaten kısıtlı olan halkımıza devamlı olarak beslenme değeri olmayan maddelerin tüketimini devlet eliyle özendirmek ve hatta bunların üretimini desteklemek ülkemizin yararına bir politika değildir.

Bu maddelerin diğer taraftan kan şekerini birdenbire yükselterek, normalin üstünde bir insülin salgısını uyararak sağlığa zararlı olduğunu (2,3) vurgulamakta yarar vardır.

Yıllarca didinip öğrenciye, sağlık personeline ve halka beslenme eğitimi yapacaksınız sonra bir gün 4-5 saniye içinde bir televizyon reklamı sizin bütün emeklerinizi silip süpürecek. Halkların sağlık düzeyinin yükseltilmesinde onlara sunulan sağlık hizmetlerinin düzeyinin değil onları yöneten hükümetlerin kesin politik tavırlarının çok daha etkili olduğu bilinegelmektedir (8).

Kısaca özetlemek gerekirse devletimizin beslenme değeri olmayan sayısız çiklet, meşrubat ve bisküvi gibi maddelerin yapımını ve reklamını önlemediği koşullarda tutarlı bir sağlık politikasından söz edilemez.

Geleneksel beslenme alışkanlığımıza bağlı olarak tüketimi en fazla olan gıdalarda, en fazla fiat artışları dikkati çekmektedir.

KAYNAKLAR

1) ÖZKOÇ, S., İYRİBOZ, Y.: Sosyalizasyon ve Tam-Gün yasaları ışığında Beslenme Sorunu. Toplum ve Hekim, 22: 29, 1979.

2) RICKETTS, H.T., KRAHL, E.M.: «Carbohydrate Metabolism» in Pathologic Physiology. Edi. W.A. Sodeman, 3. Baskı W.B. Saunders Co. London 1961, s. 83-84.

3) FREDERICKS, C., GOODMAN, H.: Low Blood Sugar and Yeu. Grosset and Dunlop, New York 1977, s. 4.

4) MAHLER, H.: The WHO You Want. WHO Chronicle, Vol. 34, 1: 4, 1980.

5) BAYSAL, A.: Beslenme. 2. Baskı H.Ü. Yayınları A-13 Ankara 1977, s. 226.

6) KÖKSAL, O.: Gıdalarda Posa ve Kepeğin Beslenme ve Sağlık Yönünden Değeri. Tercüman, 15.12.1978.

7) OECD, Economic Surveys. Turkey, April 1980. 2 rue Andre Pascal 75775 Paris Cedex 16, s. 9.

8) MAHLER, H.: Rescue Mission for Tomorrow's Health. People Vol. 6, 2: 25, 1979.

TÜRK TOPLUM HEKİMLİĞİ II. SİMPOZYUMU

(25-28 Haziran 1980 Silivri)

II. TOPLUM SAĞLIĞI SİMPOZYUMU GENEL KURUL RAPORU

Simpozyumdaki ana konu, *Mezuniyet Öncesi Eğitimle Toplum Sağlığı* için gerekli planlamanın yapılması idi. Ayrıca Tıpta uzmanlaşma, Tam süre çalışma yasası, Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve sorunları, Tıp Fakültelerinin Toplum Sağlığı açısından Fakülte dışı uygulamaları konusunda görüşler ve Toplum beslenmesi konuları da işlenmiştir.

Alınan kararlar şunlardır :

1. a) Toplum Hekimliği deyimi yerine Toplum Sağlığı deyimi kullanılması için oy çokluğu ile karar alınmıştır.

b) Mezuniyet Öncesi Toplum Sağlığı Öğretim ve Eğitimin bilimsel yöntemlerle biçimlendirilmesinde I. Simpozyumda seçilen komisyonun hazırladığı rapora göre Sağlık Ocağı Hekiminin (Temel Sağlık Hizmetlerini üreten ekibin lideri) model olarak ele alınması ve bu yönden görev tanım ve analizi yapılması kararına varılmıştır.

c) Araştırma alanları olarak Fakültelerin Toplum Sağlığı uygulamasında kendilerine bağlı olarak 224 sayılı yasa gereğince şekillenen eğitim ve araştırma alanları kurmaları, buna imkân yoksa S.S.Y. Bakanlığı ile birlikte bu kuruluşu gerçekleştirmeleri benimsenmiştir. Bu alanların seçiminde önceden belirlenen kriterlere uyulması üzerinde durulmuştur. Bu alanların 224 Sayılı Yasanın özüne uygun biçimde sağlık hizmetlerini verecek düzeyde olması üzerinde görüş birliğine varılmıştır.

d) Öğretim üye ve yardımcılarının nitelikleri; Toplum Sağlığı bölümlerinde yada kürsülerinde yeter sayıda öğretim üyesi yoksa, Halk Sağlığı Uzmanlarından öğretim görevlileri seçilmeli ve hekim dışı eğiticiler için en az doktora yapmış olma koşulu aranmalıdır. Toplum Sağlığı Eğitimcileri alandan kopmamalı, yani toplum içi aratırmaları sürdürmeli, öğrencilerin alan çalışmalarında ve toplumla ilişkilerinde yol gösterici olmalıdır. Ayrıca sağlık personelinin hizmet içi eğitimine de aktif olarak katılmalıdırlar.

e) Toplum sağlığı öğretim ve eğitiminde integrasyon; Toplum Sağlığı görüşünün ülke düzeyinde yaygınlaştırılması konusu büyük çaba gerektirmektedir. Toplum Sağlığı bölüm, yada bilim dalları, Tıp Fakültelerinin diğer bölüm, kürsü ve bilim dalları ile işbirliği içinde çalışmalıdır.

Halk Sağlığı Uzmanları özellikle Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda (Sağlık ocakları gibi) görev alma sorumluluğu da verilerek yetiştirilmelidir. Bir anlamda Sağlık Bakanlığı ile Toplum Sağlığı ve eğitim birimleri ve Tıp Fakültelerinin tüm kürsü ve klinikleri ve meslek okulları, arasındaki integrasyon sağlanmalıdır.

f) Tıp Fakültelerinden mezun olacak tıp öğrencilerinin enaz üç ay süre ile Sağlık acaklarında uygulamalı toplum sağlığı eğitimi görmeleri gerekmektedir. Tıp Fakülteleri hazırlayacakları müfredat programlarında bu görüşü benimsemelidirler.

2. Toplum Sağlığı eğitim ve öğretiminde özellikle eğitim tekniğinin geliştirilmesi ve ünite programlarının hazırlanması için Tıp Fakültelerinin bu konudaki proje çalışmalarına destek olması gerekmektedir.

3. Tıpta Uzmanlaşma :

Ülkemizde uzman ve pratisyen hekim oranlarının dengesizliği gözönüne alınarak, pratisyen hekimliğin özendirici bir biçim alması ve ayrıca uzmanlaşmadan önce belirli bir süre zorunlu hizmet uygulamasının yararlı olacağı konusu kabul edilmiştir. Eğer bu olmazsa Tababet Uzmanlık Tüzüğünün hazırlanan son taslağında öngörülen her uzmanlık dalı çalışma sresi içinde temel sağlık hizmetlerinde bir yıllık çalışma görüşü desteklenmiştir.

Halkın muayene için hastahane uzmanlığına değil sağlık ocaklarındaki hekimlere (pratisyen hekim) başvurusunun yapılması için toplumu bilgili kılma ve yönlendirme çalışmalarına hız verilmelidir. Bu konuda Mezuniyet Öncesi Eğitim programlarının ülke gereksinimine cevap verebilecek pratisyen hekim yetiştirecek biçimde düzenlenmesi gerekir.

Açılmış fakat gelişmesini tamamlamamış Tıp Fakültelerine gerekli potansiyeli sağlamada özendirici önlemlerin alınmasına öncelik verilmelidir.

4. Tam Süre Çalışma Yasası :

Tam Süre Yasası öncelikle temel sağlık hizmetlerinde hekim açığını kapatmak ve birinci ve daha ileri aşamadaki tedavi alanında çalışan hekimlerin verimliliğini arttırma amacını gütmektedir.

Yasanın tek başına bu amaçları gerçekleştirmesi söz konusu olamaz.

Yasa hazırlanışı sırasında ilgili kuruluşlarla işbirliği yapılmaması sonucunda teknik bazı noksanlıklar olsa bile dayandığ ilkeler doğru ve gerçektir.

Toplantıda, yasada değişikliğe gidilecekse, özüne zarar vermeden değişiklik yapılması görüşü benimsenmiştir. Özellikle belirli çalışma saatinden sonra bile olsa Kamu kuruluşlarında görev yapan hekime özel çalışma yapma yada özel sektörde çalışma hakkı verilmemelidir.

5. Beslenme : Toplum beslenmesinde ilk gerekli olan, Ulusal Beslenme planının tanımlanmasıdır. Bu konuda yapılacak öncü araştırmaların yanı sıra Tıp Fakültelerinde hazırlanacak uygulamalı ve kuramsal eğitim programlarında toplum beslenmesi konusuna da yer verilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde 0-1 yaş ve 1-4 yaş ölüm nedenlerinin yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu oluşan enfeksiyon hastalığından olduğu bilinir. Bu görüş ile Tıp Fakülteleri programlarına toplum beslenmesi konusunun planlı bir biçimde konması gerekmektedir.

6. Ağız ve Diş sağlığı sorunu : Ülkemizdeki diş hekimlerinin sayıca yetersizliği ve örgütlenme, araç ve gereç noksanlığı sonucunda ağız ve diş sağlığının çok bozuk olduğu görüşü tartışılmıştır. Bu alanada mütatabbiblerin yanlış uygulamalarının engellenmesinin gerekliliği görüşünde fikir birliğine varılmıştır.

Toplumu gerektiği şekilde uyarmak ve ocak çalışmalarına yön verme ve denetleyici görevlerini noksansız yapabilmeleri için mezuniyet öncesi Toplum Sağlığı eğitiminde ağız ve diş sağlığı konularının da yer alması sağlanmalıdır.

———o———