

# Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 1989 Yılında Gerçekleşen Ölümlerin Mediko Sosyal Yönden Değerlendirilmesi

Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK\*  
Arşt.Gör.Dr.İskender GÜN\*  
Doç.Dr.Mualla AYKUT\*  
Doç.Dr.Osman GÜNAY\*

## ÖZET:

Bu araştırmada, Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 1989 yılında gerçekleşen 619 ölümden 498'i çeşitli değişkenler açısından incelenerek nedenleri araştırılmış ve sorunlara çözüm getirebilecek öneriler üzerinde durulmuştur,

## Giriş ve Amaç:

Doğum ne kadar doğal bir olaysa, ölüm de öyledir. Dünyaya gözlerini henüz açan bir bebek karşısında ne kadar sevinir, kutlama törenleri düzenler ve eğlenirsek; bir ölüm olayında da o oranda üzüldür, kederlenir ve ağlarız. Ne sevindirici bir olay ki, bir bebek, adeta bir mum alevi gibi hızlanan bir tempoda etrafını ve aileyi aydınlatıyor; yakın-uzak akrabalarına, eş ve dostlarına ışık yansıtıyor. Bu sevindirici ve önemli olaya büyük bir çevre kutlama telefon, telgraf ve mektuplarıyla katılıyorlar. Yeni yaratık hakkında hayaller kuruyor, umutlar besleniyor. Bu sevimli varlığın yeri, yiyeceği giyeceği hazırlanıyor ve geleceği planlanıyor. Artık ailenin bireyi olan ve yeri belirlenen bu varlık, giderek ortama neşe saçıyor, bir yandan aile sohbetlerine konu olurken, öte yandan da yavaş yavaş aileye hizmet eden, eğitimini yükselten, kültürlenen ve rol alan bir genç oluyor, yetişkin çağa geliyor. Hayatın tatlı ve acı taraflarını tatmaya başlıyor. Yaşlanıyor ve bu kez büyüme ve gelişme çağının tersine, bedenen küçülmeye, psikolojik olarak sönmeye başlıyor. Onun için doğum, evlenme ya da hayat dolu bir yaşam sona ermiş ve sessizlik dönemi başlamıştır. Ancak, bu sessizlik döneminin ne kadar süreceği, nerede ve ne şekilde sonlanacağı

bilinmemekte ve bir korku içinde merak edilmektedir. İşte bu bilinmeyen sorulara yanıt ararken, mum aleviyle başlayan aydınlık, yerini karanlıklara bırakıyor ve herkesi mateme boğuyor. Artık telefon, telgraf ve mektuplar hep bu matem havasını dağıtmaya yöneliktir. Heyhat... Kimisi geliyor, kimisi gidiyor, bu ailede ve her ailede ne umutlar ve ne umutlar sönüyor.

Hatıraları silinmeyen ve izler bırakan bu insanlar, kimseye bir zararı dokunmayan, sessiz ve sedasız yatan birer parçamız olduğu halde, onlardan korkar, ürker, yanına yaklaşamaz hale geliriz ve en aziz varlığımız olan bu cansız vücudu bir an evvel ebedi istirahatgahına göndermeye çalışırız.

Hal böyle olunca arkada kalanların üzüntüsü ve kederi çok büyük olmaktadır. Ve ölüm olayının bir başka yönü; kimilerinin ana karnında iyi beslenmeleri, olumsuz bir çevrede doğup hastalıklı büyümeleri, eğitim ve öğrenim görmemeleri, ekonomik yetmezlik içinde kıvrınmaları, sağlık hizmetlerinden yeterince ve çağdaş gereksinimlere göre yararlanmamaları gibi nedenlerle; özellikle bebeklik dönemlerinde olmak üzere, çocukluk, gençlik, yetişkin ya da erken yaşlılıkta ahirete intikal etmediler. Oysaki bölgemiz ve ülkemizdeki hızla gelişen ekonomik büyüme, alt yapı olanakları ve sağ-

\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim Üyeleri

lık insan gücünün nicelik ve niteliğinin boyutları, bölgemiz ve ülkemiz insanının daha sağlıklı, daha verimli ve uzun ömürlü olmasına uygun düzeydedir.

Bu araştırmanın amaçları şu şekilde sıralanabilir:

1. Yaş gruplarına göre ölümlerin nedenlerini saptamak ve bu nedenleri ortadan kaldırmak için gerekli çabayı sarfetmek.
2. Eğitim düzeyine göre ölümlerin sıklığını saptamak ve sonuçlarına göre gerekli girişimlerde bulunmak,
3. Ölenlerin, verilen ilaçlardan yararlanma durumunu saptamak ve buna göre gerekli önlemleri almak,
4. Ölen kişilerin sağlık kuruluşlarına olan uzaklığına göre dağılımını saptamak ve gerekli önlemleri almak,
5. 0-6 yaş grubundan ölen çocukların ailedeki çocuk sırasına göre ölüm sıklığını saptamak ve gerekli önlemleri almak,
6. Ölenlerin yaş gruplarına ve ailedeki birey sayısına göre sıklığını saptamak ve buna göre gerekli önlemleri almak,
7. Ölenlerin yaş grubu ve ölüm yerlerine göre dağılımlarını incelemek ve gerekli önlemleri almak.

#### Materyal ve Yöntem:

Araştırmanın evrenini, 120520 nüfuslu Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 1989 yılında gerçekleşen çeşitli yaş ve cins gruplarındaki ölen 619 kişiden ulaşılabilen 498 (% 80.5) kişi oluşturmaktadır. Bölge Başkanlığına bağlı olan 8 sağlık ocağında ölümlere ilişkin veriler, ölümlü izleyen zaman sürecinde sağlık ocağı personeli tarafından "defin ruhsatı" ve "ölümün medikososyal tesbit formu"na tesbit edilirler. Dolayısıyla, bu formların yardımı ile ölünün çıktığı evlere gidilerek intern doktorlar tarafından anket aracılığı ile çeşitli sorular ile aile reislerine sorulmuş ve alınan yanıtlar insan gücü yardımıyla analiz edilmiştir.

#### Bulgular ve Tartışma:

Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Bölgesi'nde 1989 yılında gerçekleşen ölüm sayısı 619 kişi olup araştırma sırasında ölümlere ilişkin aile reisleriyle diyalog sağlanarak bilgi alınan ölüm sayısı 498 (%80.5) kişi olmuştur.

Bu 498 ölen kişinin % 44.4'ü okur-yazar değil, % 17.1'i okur yazar, % 18.9'u ilkököl ve üzeri eğitim görmüş olup, geriye kalan % 19.6'sı okul öncesi dönemi kapsamaktadır.

Ölenlerin mesleklerine göre dağılımı incelendiğin-

de, % 11.1'i işsiz, % 7.2'si işçi, % 16.9'u çiftçi, % 2.0'si esnaf, % 8.4'ü emekli, % 5.2'si serbest meslek mensubu, % 27.5'i ev hanımı, % 2'si memur ve geriye kalan % 21.5'i çocuk grubunu kapsamaktadır.

Ölen çocukların % 34.0'ı bir % 46.8'i 2-3 kardeşe sahip iken, % 19.2'sinin ise 4 ve daha fazla kardeşe sahip oldukları saptanmıştır.

Saptanan ve ulaşılan ölümlerden 0-6 yaş gruplarının tetkikinde, ölenlerin % 9,6'sına annelerin istemeyerek gebe kaldıkları anlaşılmıştır.

0-14 yaş grubu ölenlerin annelerinin eğitim durumları gözden geçirildiğinde yaklaşık tümünün ilkököl ve daha aşağı eğitim düzeyinde oldukları ortaya çıkmıştır.

Öte yandan, yaş gruplarına göre ortalama hastaların aileye maliyeti 0-4 yaş grubunda 30523 TL; 5-14 yaş grubunda 43214 TL; 15-44 yaş grubunda 112510 TL ve 45 + yaş grubunda 70450 olup, bölgede hastanın aileye ortalama maliyeti 66667 TL olarak saptanmıştır.

Araştırmanın uygulandığı denek gruplarının diğer özellikleri ise aşağıda verilmiştir.

Ölen derneklerin yaş grupları ve cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

**TABLO-1:**  
**ÖLENLERİN YAŞ VE CİNS GRUPLARINA GÖRE YÜZDE DAĞILIMI**

YAŞ GRUBU	ERKEK	(%)*KADIN*(%)	SAYI	%
15-44	48.9		49	17.7
44 +	42.9		347	
	73.5			
TOPLAM	56.6		498	100,0
	$\chi^2 = 8.964$	DD= 3		P<0.05

Tablodan da görülebileceği gibi 1989 yılı ölümlerinde bölgedeki ölümlere göre cinsiyetler açısından erkekler aleyhine anlamlı bir fark vardır. Bu sonuç, ülke genelindeki il ve ilçe merkezlerindeki verilerle aynı düzeydedir(1). Ancak, yaş gruplarına göre veriler incelendiğinde, bölgemizde 0-4 yaş ölümleri tüm ölümlerin % 17.7'sini oluşturduğu halde, bu oran il ve ilçe merkezlerinde % 20.2 olarak gerçekleşmektedir. Öte yandan bölgedeki ölüm olguları, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesindeki 27 ülkeden elde edilen verilerle karşılaştırıldığında

**TABLO 2: ÖLENLERİN YAŞ GRUPLARINA VE AİLELERİNDEKİ BİREY SAYISINA GÖRE YÜZDE DAĞILIMI**

Yaş Grubu	AİLEDEKİ BİREY SAYISI		TOPLAM	
	4 ve daha az	5 ve daha fazla	Sayı	%
0-4	42,0	58,0	88	17,7
5-14	14,3	85,7	14	2,8
15-44	44,9	55,1	49	9,8
45+	41,2	58,8	347	69,7
TOPLAM	40,9	59,1	498	100,0

0-14 yaş ölümleri, Avrupa bölgesinde sadece % 3.1 iken(2), aynı yaş grubunda ölümler ülkemizdeki il ve ilçe merkezlerinde % 22.2 ve bölgemizde % 20.5 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar bize, iki bölgede ya da iki ülkenin karşılaştırılmasında kullanılan çocuk ölüm oranlarının, ülkemiz ve bölgemizde Avrupa Bölgesi ülkelerine göre çok yüksek olduğunu göstermektedir. Aleyhimize görülen bu veriler ülkemizde ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasına gereken önemin verilmediğini, sağlık hizmetlerinin yeterince organize olmadığını, eğitim ve sosyokültürel düzeyin çok düşük olduğunu, olumsuz çevre faktörleri yanında, ekonomik yetersizliği ve ilgisizliği göstermektedir.

Ölümlerin yaş gruplarına ve ailedeki birey sayısına göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2'den de görüldüğü gibi tüm yaş gruplarında kalabalık ailelerde ölüm oranları birey sayısı az olan ailelere kıyasla daha fazla gerçekleşmektedir.

Özellikle 0-14 yaş gruplarında ailenin düşük sosyoekonomik durumu ve ailenin oturduğu evin özellikleri (oda başına düşen kişi sayısı, ısınma, aydınlanma, su, sağlıklı tuvalet olması) ile anne ve babanın eğitim düzeyinin sağlığı olumlu ya da olumsuz etkileyeceği bilinmektedir(3). Dolayısıyla kalabalık aileler de genellikle olumsuz sosyoekonomik ve çevresel koşullarda yaşadıklarından sağlıkları olumsuz etkilenmekte ve kuşkusuz bu olumsuzluklar ölümlere de yansımaktadır.

Bölgede 0-6 yaş grubundan ölenlerin çocuk doğum sırasına göre dağılımları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablodan da görüldüğü üzere, 0-6 yaş grubundan ölenlerin büyük çoğunluğu % 62.8 ile birinci doğum sırasında olan bebek ve çocuklardır. Bu nedenle de Dünyada olduğu gibi ülkemiz ve bölgemizde de birinci ve üçüncü doğum sırasından sonraki doğumlarda perinatal gebe ve bebek bakımına ve iz-

**TABLO 3: 0-6 YAŞ GRUBUNDAN ÖLENLERİN ÇOCUK DOĞUM SIRASINA GÖRE DAĞILIMI**

Çocuk Sıra No	Sayı	%
1	59	62.8
2	15	15.9
3	6	6.4
4 +	14	14.9
TOPLAM	94	100.0

lemine özellikle önem verilmelidir.

Bölgede ölenlerin yaş gruplarına ve ölüm yerlerine göre dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

**TABLO-4 : ÖLENLERİN YAŞ GRUPLARINA GÖRE VE ÖLÜM YERLERİNE GÖRE YÜZDE DAĞILIMI**

YAŞ GRUPLARI	ÖLÜM YERİ			TOPLAM	
	Ev (%)	Hastane (%)	Diğer (%)	Sayı	%
0-4	73.9	23.8	2.3	88	17.7
5-14	50.0	21.4	28.6	14	2.8
15-44.	46.9	40.8	12.3	49	9.8
45 +	78.1	19.9	2.0	347	69.7
TOPLAM	73.3	22.7	3.8	498	100.0

Bölgede 1989 yılında gerçekleşen ölümlerin % 73'ü evde sonuçlanmıştır. Bu sonuçlar, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün ülke çapında yaptığı araştırmadan elde edilen verilerle benzerlik göstermektedir(4).

Öte yandan, ölenlerden % 20'sinin ölümünden evvel hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmadığı anlaşılmıştır. Ve ölümünden evvel sağlık kuruluşlarına

**TABLO-5: AİLE REİSLERİNİN EĞİTİM DÜZEYLERİNE GÖRE ÖLENLERİN SAĞLIK KURULUŞLARINA GÖTÜRÜLMELERİNİN YÜZDE DAĞILIMI**

EĞİTİM DÜZEYİ	SAĞLIK KURULUŞUNA		TOPLAM	
	GÖTÜRDÜ (%)	GÖTÜRMEDE (%)	SAYI	%
Okur-Yazar değil	82.0	18.0	150	30.1
Okur-Yazar	78.4	21.6	102	20.5
İlkokul ve Üzeri	79.3	20.7	246	49.4
<b>TOPLAM</b>	<b>79.9</b>	<b>20.1</b>	<b>498</b>	<b>100.0</b>

$X^2 = 0.58$      $SD = 2$      $P > 0.05$

sadece % 9'u sağlık ocağına olmak üzere % 25'i SSK hastanesine % 12.7'si fakülte hastanesine, % 28.4'ü Devlet Hastanesine % 5.4'ü özel hastanelere başvurmuş ve geriye kalan % 4'ünün ise nerele-re başvurduğu saptanamamıştır.

Mesafeye göre ölenlerin sağlık kuruluşlarına başvuruları incelendiğinde, sağlık kuruluşlarına mesafe arttıkça, Fakülte ve Devlet Hastanelerine başvurunun daha yüksek bir oranda gerçekleştiği dikkati çekmektedir.

Aile reislerinin öğrenim durumlarına göre ölenlerin sağlık kuruluşlarına götürülme durumlarının dağılımı Tablo 5'de verilmiştir.

Tablodan da görüldüğü gibi aile reislerinin eğitim düzeyine göre ölenlerin ölümlerinden önce sağlık kuruluşlarına götürülmeleri arasında bir fark bulunamamıştır.

Öte yandan, ölen 498 kişiden 37'si (% 7.4) sağlık kuruluşları dışında geleneksel hekim, komşu, muhtar, akraba, din adamı vb yerlere başvurmuşlardır.

Ölenlerin yaş gruplarına göre ilk üç ölüm nedenleri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6'dan da görülebileceği gibi 0-4 yaş grubunda ilk üç ölüm nedeni, bu grup ölümlerinin % 61.3'ünü oluşturmaktadır. Bu sonuçlar, ülke düzeyinde yapılan araştırmalar ve bazı eğitim araştırma

bölge verileriyle benzerlik gösterirken (3,4,5,6) aynı yaş grubundan ölümler Avrupa bölgesi ölüm nedenlerinden çok farklıdır(2). Ancak, bölgemizdeki 45 ve üzeri yaş grubu ölümlerinin hem ülkemizdeki ve hem de Avrupa Bölgesi ölümleriyle kıyaslanabilir olduğu saptanmıştır (1,2).

Sağlık kuruluşlarına baş vuranlara reçete verilme ve ilaçların alınma durumuna göre dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

**TABLO 7: SAĞLIK KURULUŞLARIYLA BAŞVURANLARA REÇETE VERİLME DURUMUNUN YÜZDE DAĞILIMI**

REÇETE DURUMU	Sayı	%
Reçete verilmedi	50	100
Reçete verildi, ilaç alınmadı	10	2.0
Reçete verildi, ilaç alındı	338	67.9
<u>Sağlık kuruluşuna başvurmadı</u>	<u>100</u>	<u>20.1</u>
<b>TOPLAM</b>	<b>498</b>	<b>100.0</b>

Tablodan da hesaplanabileceği gibi sağlık kuruluşlarına başvuran 389 kişiden büyük bir çoğunluğu olan 338 (% 84.9) kişiye reçete verilmiş ve bun-

**TABLO - 6 : ÇEŞİTLİ YAŞ GRUPLARINDA İLK ÜÇ ÖLÜM NEDENLERİ YÜZDE DAĞILIMI**

	1.NEDEN %	2.NEDEN	%	3.NEDEN	NEDEN %	NEDEN %
0-4	Prematürite	25.0 Pnömoni		13.6	61:3	38,7
5-14	Kazalar	57.1 Pnömoni .	22.7 Doğ. Anomali ..	7,1	71.3	28.7
15-44	Kazalar	24.5 Kanser	7.1 Kanser 24.5 KBY	6.1	55.1	44,9
45 ve üzeri	Kalp Hast.	38.0 Kanser.	15.8 SVH	11.8	65:6	34.4

lardan sadece % 2 kadarı ilaçları almamıştır. Ancak, diğer bir analizle ilaçları alan 338 kişiden sadece % 41 kadarı yarar görmüştür.

Kuşkusuz, bu durumda üzerinde önemle durulması gereken bir husus vardır. O da şudur: Çeşitli sağlık kuruluşlarına başvuran hastalara doğru tanı kovulmadığı ya da yanlış tanıya uygun olmayan ilaçların verildiği düşünülebilir.

Öte yandan, aileleri konuşturulan bu 498 ölenin % 20.1'inin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığının yanında % 34.7'sinin de hastaneye yatmadığı ortaya çıkarılmıştır. Bu durumda da ölenlerden bir kısmının belki de hastaneye yatırılması gerekirdi diye insan düşünmekten kendisini alıkoymuyor.

Bölgede 0-6 yaş grubundan ölenlerin aşılama durumları incelendiğinde yaşına göre bağışık olması beklenen 100 ölen çocuktan sadece % 28.7'sinin bağışık olduğu saptanmıştır. Oysaki, çocuk ölümlerini önlemenin en önemli yollarından ilki aşısı olan hastalıklara karşı onları aşılama ve ayrıca besleyerek bünye direncini arttırmaktır. Kolay ve mümkün olan önlemlerin dahi uygulanmaması ise elbette çocuk ölümlerine neden olacaktır.

Başka önemli bir konu da, ilaçlardan yarar görmeyenlerin niçin, başka bir sağlık kuruluşuna başvurmadığının bilinmesidir. İlaçlardan yarar görmeyen 199 kişi (% 58.9)'den % 23.6'sı (47 kişi) ekonomik yetersizlikten, % 6'sı hastalığı önemsemediğinden, % 41.84 de sonuçtan ümitsiz olduğundan dolayı herhangi bir sağlık kuruluşuna yeniden başvurmamışlardır.

Önemle üzerinde durulması gereken bir nokta da bu 498 ölen kişinin aile reislerinden % 71.7'si 'hastanın hastalığı sırasında gereken herşeyin yapıldığını' söylerken, % 25.1 gibi önemli bir grup ise "gereken herşey yapılmadı" diye yanıt vermişlerdir.

### **Sonuç ve Öneriler:**

Bu araştırma, Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde 1989 yılında gerçekleşen 498 ölenin evine gidilerek "Kırsal Hekimlik Saha Stajını" yapan intern doktorlar tarafından anket aracılığı ile aile reislerine soru yöneltilerek bilgiler alınmış ve değerlendirilmiştir.

Değerlendirilen 498 ölüm olgusundan % 17.7'sini 0-4 yaş grubu, % 2.8'ini 5-14 yaş grubu, % 9.8'ini 15-44 yaş grubu ve geriye kalan % 69.7'sini ise 45 vey üzeri yaş grubu ölümleri oluşturmaktadır.

Öte yandan, doğal olarak fazla nüfusu olan ev

ve yerleşim yerlerinden daha fazla ölüm olayı beklenmesi olasıdır, ancak 0-4 yaş grubunda ölüm olayının kalabalık ailelerde fazla olmasının temel nedeni eğitim düzeyi düşüklüğü, sosyoekonomik yetersizlik ve olumsuz çevre koşulları ile izah edilebilmektedir. Nitekim bölgede 4 ve daha az kalabalık ailelerde 0-4 yaş grubunda ölüm olgusu % 42 olduğu halde 5 ve daha fazla kalabalık sayıda olan ailelerde bu oran % 58 olarak saptanmıştır.

Bir başka saptama, 0-6 yaş grubundan ölenlerden % 62.8'inin birinci sırada doğanlardan olmasıdır. Bu sonuç bize, ilk doğumların daha fazla olarak risk altında olduğunu vurgulamaktadır.

Diğer önemli bir nokta, bölgede gerçekleşen ölümlerden % 73.3'ü gibi büyük bir çoğunluğu ev koşullarında olmuştur ve bunların % 20 kadarı da doktor görmeden ölmüştür.

Bölgedeki ölüm olgularına değişik açıdan bakıldığında, 0-4 yaş grubu ölümlerinin prematürite, pnömoni ve doğum anomalisi olduğu ve bu ilk üç ölüm nedeninin bu yaş grubundaki ölümlerin % 61.3'ünü oluşturduğu görülmektedir. Oysa ki özellikle pnömoni, korunulabilir bir hastalıktır. Başka bir ifade ile pnömoniden çocuklarımızın ölmelerinin önlenmesi büyük ölçüde mümkündür.

Asıl önemli olan bir başka husus ta, hekim tarafından reçeteleri yazılan 338 ölüm olgusundan % 59'unun ilaçlardan yarar görmemesidir. Burada, insanı düşündüren nokta, acaba doğru tanı koyulması mı? Yoksa doğru tanıya yanlış ilaç verilmesi mi? Ya da ilaçların kullanılmaması mı? Açıkça izah edilmesi gerekirse; hangi seçenek olursa olsun tıbbi ve sosyal açıdan açıklarımızın olduğu ortadadır.

Bu araştırmada elde edilen verilere göre aşağıdaki öneriler üzerinde durulması gerekir:

1. Çocukların ve özellikle bebeklerin ölümlerini önlemek ya da aza indirmek için;

a. Aşısı olan bulaşıcı hastalıklara karşı çocuklar zamanında ve eksiksiz aşılanmalıdır.

b. Ana rahmindeki çocukların iyi beslenmeleri ni sağlamak için gebenin ve aynı zamanda bebeklerin etkili beslenmelerini sağlamak için anne sütü dahil yeterli ve dengeli beslenmeleri koşul kabul edilmelidir.

c. Prematür ve düşük ağırlıklı doğumları azaltmak için annenin yeterli ve dengeli beslenmesi yanında kötü alışkanlıkları (sigara, ilaç kullanma ve içki alma v.b.) eğitimle önlenmelidir.

d. Akraba evlilikleri eğitimle engellenmelidir.

e. Hava kirliliğinin önlenmesi yanında bebeklerin odasında ailenin sigara içmesine mani olunmalıdır.

2. Bebek ve çocuklar başta olmak üzere ülkemizde çok görülen, çok öldüren ve çok sakat bırakan hastalıklar birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan basamaklar tarafından yetkince bilinmeli ve mücadele edilmelidir.

3. Ülkemizdeki ebe sayısını artırarak ve ebe niteliği üzerinde durarak ana ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmek ve zamansız ölümleri önlemek.

4. Ülkemizde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını daha yeterli ve yasal prosedür açısından daha tutarlı hale getirmek.

5. Doğru tanı ve etkili tedavi hassasiyetle üzerinde durulması gereken bir konu olmalıdır.

6. Sosyoekonomik ve kültürel yetersizlik düzeyinde bulunan hasta kişilere lojistik destek sağlanmalıdır.

7. Özellikle 0-4 yaş grubunda olmak üzere hastalıkların şiddetini azaltmak ve ölümleri önlemek için etkili ve tutarlı bir aile planlaması hizmetine ağırlık verilmelidir.

8. İnsan sağlığını olumsuz etkileyen çevre faktörlerini bertaraf etmek için, Sağlık Grup Başkanlık-

larında ve Sağlık Müdürlüklerinde çevre sağlığı mühendislerinin ya da Toplum Hekimi (Halk Sağlığı Uzmanları) Uzmanlarının denetiminde "Çevre Sağlığı Başkanlıkları" kurulmalı ve bu önemli sorumluluk genel pratisyen hekimlerinden alınmalıdır (İngiltere, İsveç ve Rusya'da olduğu gibi).

9. Çağın gereklerine ve toplumun yaşam gereksinimlerine uygun olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, diğer bir anlatıyla sağlık ocaklarında artık bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir kadın sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir diş hekimi ve bir genel pratisyenden oluşan bir ekip sağlık hizmetini sunmalıdır. (Bu tür ekipler en azından kentsel kesimde zorunlu tutulmalıdır. 5

10. Ülkemizde ilke olarak, gebelere tetanoz aşısı dahil, aşısı olan hastalıklara karşı aşıların yapılması zorunlu tutulmalı ve buna uymayanlara yasal müeyyideler koyulmalıdır.

11. Ülkemizde bebek, çocuk, gebe, lohusa ve 65 yaş üzeri olan kişilerin en az yılda 2-3 kez muayene nesi yapılmalı ve periyodik kontrolleri sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. *Türkiye İstatistik Yıllığı*, 1982-1986.
2. BRZEZİNSKI, Z.J.; »Mortality in the European Region", *World Health Organization*, 1985.
3. TEZCAN, S.; "Türkiye'de Bebek ve Çocuk Ölümleri", *Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın No: 85/26*, Ankara, 1985.
4. TUNÇBİLEK, E.; "Infant Mortality in Turkey-Basic Factors", *Hacettepe Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü*, Ankara, 1988.

5. ÖZTÜRK, Y.; "Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1977-1983 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi", *Hacettepe Ü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın No: 85/28*, Ankara, 1985.
6. ÖZTÜRK, Y.; "Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi Kuruluş Çalışmalarının Değerlendirilmesi (1985-1988)", *Erciyes Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın No: 1*, Kayseri, 1989.