

174051

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
TOPLUM HEKİMLİĞİ KÜRSÜSÜ

ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI'nın
1969-1975 YILLARI ARASINDAKİ ÇALIŞMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Tez Rehber Öğretim Üyesi
Prof.Dr.Nevres BAYKAN

Dr.Recep AKDUR

Ankara 1977

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetleri,şöyle veya böyle,insan varolageldiğinden beri varolagelmiş ve erek hep aynı olmuştur;insanları mutlu kılmak.Ancak,bu hizmet bilimsel temellerine 18.yüzyıl'da oturmuş ve daha önceleri salt kişilerin acılarını gidermeye çalışan tıp hizmetleri,hastalıkların ne- denine yönelmeye başlamıştır.İnsanın salt biolojik bir varlık olmadığı ve hastalıkların oluşum ve yayılmasında biolojik faktörlerin yanında, sosyal koşulların da rol oynadığı ve sosyal koşulları düzelterek hasta- lıklar üzerine etki yapılabileceği görüşü hakim olmaya başlamıştır.

Eskiden salt tedaviye yönelik olan ve belli kesimlere hizmet et- mekte bulunan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan hakkı olduğu ve kişileri daha hastalanmadan,ona koruyucu hizmetler götürülmesi ger- çeği günümüzde tüm dünyaca kabul edilen bir gerçek haline gelmiştir.Yani, sağlık hizmetlerinin sağlam kişilere götürülen bir hizmet olduğu tartış- masız kabul edilmektedir.Ancak,bugün tartışmalı olan konu,bu gerçeği uygulamada,örgütlenme biçimi ve hizmeti sunma biçiminin nasıl olması gerektiğidir.

Bu tezde;sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri verilen,Abidinpaşa Bölgesi'nin 1969-1975 yılları arasındaki çalışmaları örnek alınarak,ö- zellikle Türkiye için sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin geçerli ve yararlı olduğu belgelenmeye çalışılmıştır.

Tezin hazırlanmasında rehberlik eden ve yardımlarını esirgemeyen sayın Prof.Dr.Nevres Baykan'a,Çalışmalarım sırasında destek olan sayın Prof.Dr.Celâl A.Sungur ve sayın Doç.Dr.Yaşar Bilgin'e,tezin yazılmasın- da büyük emeği geçen Mustafa Uyar ve Servet Hayran'a,şekil ve grafik- lerin çiziminde yardımcı olan Veli Bayrav'a teşekkürü bir borç bilirim.

Dr.Recep Akdur

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa No</u>
1- GİRİŞ	1
2- AMAÇ	3
3- METOD-MATERYAL	4
4- ÖN BİLGİLER	5
5- BULGULAR	9
Toplum Tanıma Çalışmaları	9
Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler ...	25
Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler	31
İyi Edici Hizmetler	57
Sosyal Hizmetler	61
Eğitim ve Öğretim Çalışmaları	62
Hayati İstatistikler	64
6- TARTIŞMA	66
7- SONUÇ ve ÖNERİLER	70
8- ÖZET	73
9- REFERANS	74

T A B L O L A R

Tablo No

- 1- Ankara İlinin 1970-1975 yıllarında meteorolojik durumu
- 2- Bölge toplumunun,1969-1975 yılları arasında,yaş ve cinse göre dağılımı
- 3- Türkiye,Abidinpaşa ve Etimesgut'da nüfusun ana yaş gruplarına dağılımı
- 4- Abidinpaşa Bölgesi'nde yıllara göre bazı demografik hızlar
- 5- Bölgede yıllara göre nüfus değişim oranları
- 6- Bölgedeki konutların tiplerine göre dağılımı
- 7- Konutların şehir suyu ve kanalizasyona bağlılık oranları
- 8- Bölge toplumunda bazı sosyo-ekonomik ölçüt düzeyleri
- 9- 1969-1975 yılları arasında bölgede yapılan su analizleri
- 10- Gıda imal yerleri ve alınan numunelerin durumu
- 11- Gıda satış yerlerinde yapılan kontrollerin durumu
- 12- Bölgede (0-6) yaş grubu çocuklar ve (15-44) yaş grubu kadınların yıllara göre (%) oranları
- 13- Gebelik ve neticelenmesinin yıllara göre durumu
- 14- 1969-1975 yılları arasında bildirimi zorunlu hastalıklar ve bunlardan ölümler
- 15- Adı geçen yıllarda bölgede aşı tip ve sayıları
- 16- Bölgede 1975 yılında düşüklerin tip ve yaşlara göre dağılımı
- 17- Bölgede aile planlaması yönünden izlenen kadınlar
- 18- Aile planlaması yöntemlerinin yıllara göre dağılımı
- 19- Türkiye'de kullanılan aile planlaması yöntemlerinin yerleşme yeri büyüklüğüne göre dağılımı
- 20- Bölgede düşüklerin tip ve yıllara göre dağılımı
- 21- Adı geçen yıllarda bölgede yürütülen halk sağlığı eğitim çalışmaları
- 22- Bölgede yıllara göre parazit prevalens ve Ü.S.Y.enfeksiyonlarının tüm hastalıklara (%) oranı
- 23- 1969-1975 yılları arasında bölgede yapılan poliklinik sayıları ve kılıniklere sevk oranı
- 24- Sistem hastalıklarının tüm hastalıklara (%) oranları

GİRİŞ

İnsanlığın en kuvvetli içgüdü, hayatını korumak ve neslini sürdürmektir. Bu nedenle insan, varolduğundan beri, hastalığını geçirmek, ağrısını dindirmek ve yarasını kapamak için çareler aramıştır. Böylece, sağlık hizmetleri, insanlığın varoluşu ile beraber var olagelmiş ve bilimin gelişmesine paralel olarak gelişerek günümüze ulaşmıştır. Sağlık bilimlerindeki bu sürekli ve düzenli gelişmeye karşılık, toplumların sağlıklarını sürdürmek için yaptığı çalışmalarda, tarihin çeşitli evrelerinde, bulundukları dönem ve üretim ilişkilerine uygun olarak bir takım farklılıklar görülmüştür.

Türkiye toplumunda da, çeşitli dönemlerde, birbirinden farklı sağlık hizmeti ve politikaları uygulanagelmıştır. Cumhuriyet döneminde ise, Dr. Refik Saydam tarafından temelleri atılan sağlık politikamız, 1946 yılında Dokuzuncu Milli Tıp Kongresi'nde Dr. Behçet Uz'un getirmek istediği köklü değişimler dışında, 1960 yılına dek çeşitli şekillerde uygulanagelmıştır.

1960 yılında planlı döneme geçilmesi ile, sağlık hizmetlerinde de planlı döneme geçildi. 1960 Devrim Hükümeti, İlk Beş Yıllık Plan'da, sağlık hizmetlerine önemli bir yer ve yön vermiştir.

Bu planda, sağlık idaresinin temel ilkesinin; halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun içinde halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu ereğe ulaşmak için; tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını tamamlayan bir öge olarak ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastahanacılık yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük toplumlara kadar yayılan bir sağlık hizmeti ve örgütünün kurulması öngörülmüştür.

Adı geçen planda, halk sağlığı hizmetleri şöyle özetleniyordu: Sağlık idaresi, çevre sağlığı koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının düzeltilmesi ve halkın beslenme düzeyinin yükseltilmesi, ana-çocuk sağlığı, nüfus planlaması vs.

Bu ilkeler ışığında,Anayasa'nın 49.Maddesinin ve hazırlanan plan hedefleri yönünde,sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi gereği ortaya çıkmıştır.Bu erekte,5 Ocak 1961 tarihinde,224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu çıkarılmıştır.

Sağlık hizmetlerine yeni bir anlayış getiren 224 Sayılı Kanun Üniversitelerde de etkisini göstermiş ve tıp fakültelerinde bu yönde değişiklikler yapılmaya başlanmıştır.Yetişen doktorlara,bu yönde bir eğitim vermek ve sosyalleştirmeye uygun hekimler mezun etmek ereğiyle, toplum hekimliği kürsüleri ve sosyalleştirilmiş eğitim bölgeleri kurulmuştur.

Bu çalışmalara paralel olarak,A.Ü.Tıp Fakültesi bünyesinde de, 1964 yılında Eğitim ve Sağlık Merkezi kurulmuştur.Kuruluş olarak A.Ü. Tıp Fakültesi'ne,sahada rutin hizmetler açısından ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olan kuruluş,1967 yılında Abidinpaşa bölgesinin sosyalleştirilmesi ve Abidinpaşa Sağlık Ocağı'nın faaliyete geçmesi ile fiilen çalışmaya başlamıştır.

24 Ocak 1968 tarihinde,İnfeksiyon Hastalıkları Kürsüsü içinde bir enstitü haline gelen kuruluş,Toplum Hekimliği Enstitüsü ad ve niteliğini kazanmıştır.

21 Eylül 1971 tarihinde,Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kurularak,Abidinpaşa'ya ek olarak Samanlıkbağları ve Tuzlucaır bölgeleride sosyalleştirilmiş ve 1972 yılı başından itibaren bu iki Ocak da çalışmaya başlamıştır.

Mayıs 1974 de Toplum Hekimliği Kürsüsü halinde,bağımsız bir kürsü olması ile olanakları daha da genişleyen kuruluş,1964 den beri kuruluş olarak,1967 den beri ise fiilen Ankara'nın Abidinpaşa ve çevresindeki gecekondu bölgesinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yanında,çeşitli kademedен sağlık personelinin eğitim faaliyetlerini de üstlenmiş bulunmaktadır.

Bu çalışmada 1969-1975 yılları arasında Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'nca verilen hizmetlerin bir dökümü yapılarak,ortak bir metin haline getirilmeye çalışılmıştır.Her neka-

dar,Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı resmen 1971 yılında kurulmuş ise de,grup çalışmaları daha önceki çalışmalar ile bir bütünlük içinde olduğundan ortak değerlendirilmesinde bir sakınca yoktur.

AMAÇ

1- A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü'ne bağlı olarak faaliyet gösteren,Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'nın 1969-1975 yılları arasındaki çalışmalarını tek bir metin altında toplamak,

2- 1969-1975 yılları arasında Bölge'de verilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesini yapmak ve diğer bölgelerle kıyaslamalarda bulunmak,

3- Geçmiş çalışmalar ile,bundan sonraki çalışmaları bütünleyerek çalışmalara yön vermede yardımcı olmak,

4- Bundan sonra,her beş yılda bir,yapılmasının yararlı olacağına inandığım bu tür değerlendirme çalışmalarına örnek bir ön çalışma yapabilmektir.

METOD ve MATERİYAL

Metod : A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtları ve tek tek sağlık ocakları kayıtlarına dayanan retrospektif bir çalışmadır. Mevcut tüm kayıtlar gözden geçirilerek ortak bir döküm haline getirilmiştir. Bu arada diğer eğitim bölgeleri ve sosyalleştirilmiş bölge kayıtlarından da kıyaslamalarda yararlanılmıştır.

Materiyal : A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü Faaliyet Raporları (1967-1975), Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtları, Abidinpaşa Sağlık Ocağı, Tuzluçayır Sağlık Ocağı ve Samanlıkbagları Sağlık Ocağı kayıtları bu çalışmanın materyalini oluşturmaktadır.

Ekip : Bu tez çalışmasındaki çalışmaların tümü, A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü asistanı sıfatıyla, kişisel olarak tarafımdan yapılmıştır. Tüm konuların bir kişi tarafından toplanması ve değerlendirilmesinin güçlüğü ortadadır. İlerde, beş yıllık bölümler halinde, çalışmaların bir ekip tarafından değerlendirme ve irdelenmesinin yapılmasının yararlı olacağı kanısındayım.

Bu ekipde; toplum hekimliği uzmanı başkanlığında, bir veya iki toplum hekimliği asistanı, her ocağın sağlık istatistikcisi ve Grup Başkanlığı istatistikcisi görev almalıdır. Ayrıca, çalışmalar sırasında, her kademedен sağlık personelinin de yardımlarına başvurulabilir.

ÖN BİLGİLER

Sağlık hizmeti alanında, Yirminci Asrın ikinci yarısındaki enönemli gelişme;sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan hakkı oluşunun kabul edilmesidir.Bu gerçek,Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce de kabul edilen,Dünya Sağlık Örgütü Anayasa'sında şu şekilde belirtilmiştir:

"İrk,din,siyasi inanç,sosyal ve ekonomik durum ayrıcalığı yapmadan,her insanın sağlığı erişilebilecek en yüksek düzeye ulaştırılmalıdır!"

Bu ilke,Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da da "herkesin sağlık hizmetinden eşit şekilde yararlanması"deyimi ile yer almıştır.

Özet olarak sağlık hizmetlerinde erek;sağlık hizmetlerinin topluma yaygın ve eşit olarak,yerinde ulaştırılmasıdır denilebilir.Bu hedefe ulaşmak için de,sağlık hizmetlerinde,çeşitli yöntem ve örgütlenme şekilleri uygulanagelmiş ve uygulanmaktadır.

Bu konuda,ilk olarak,sağlık hizmetlerinin tanım ve kapsamının çizilmesi gereklidir.Bugün dünyada sağlık hizmetleri çeşitli şekillerde tanımlanmakta ise de,yaygın olarak,tüm sağlık hizmetleri şu üç anabasklık altında toplanmaktadır:

- A- Koruyucu sağlık hizmetleri
- B- İyileştirici sağlık hizmetleri
- C- Sosyal hizmetler ve rehabilitasyon

Koruyucu sağlık hizmetleri şu alt başlıklarda incelenebilir:

- 1- Toplum tanıma çalışmaları
- 2- Çevreye yönelik koruyucu hizmetler
 - 2.1-Yeteri kadar ve sağlıklı su sağlanması
 - 2.2-Katı ve sıvı atıkların zararsızlandırılması
 - 2.3-Besin sanitasyonu
 - 2.4-Vektör kontrolu
 - 2.5-Konut hijyeni
 - 2.6-Hava kirliliği ile savaş

- 2.7-Gürültü ile savaş
- 2.8-Kazalardan korunma
- 2.9-Endüstri hijyeni
- 2.10-İyonizan radyasyonlardan korunma

3- Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler

- 3.1-Periodik kontroller
- 3.2-Aşılama
- 3.3-Beslenme
- 3.4-Sağlık eğitimi
- 3.5-A.Ç.S.ve aile planlaması çalışmaları
- 3.6-Erken tanı ve sağıtım

Tedavi edici hizmetler ise iki bölümde incelenebilir:

1-İlk basamak,evde-ayakta tedavi hizmeti,

Burda kasıt,yakınması olan veya periodik kontroller sırasında saptanan kişilere ilk başvuru hekiminin vereceği hizmettir.Hasta sevk ve hastahaneden sonra izleme ve tedavi gibi görevler de içerir.

2-İkinci basamak,hastanede tedavi hizmeti

Burada ise kasıt,sahada saptanan olgularda hospitalize edilmesi gerekenler veya bir uzmanın müdahale etmesi gereken olgularda verilecek hizmettir.

Sosyal hizmet ve rehabilitasyon:

Bu hizmetin kapsamına ise;iş bulma,gelir yetersizliğinde yardım,anormal çocuk sorunu,terkedilmişler sorunu gibi sosyal hizmetlerle,hastalık ve sakatlık sonrasında kişileri tekrar yaşam ve topluma kazandırmak için yapılan rehabilitasyon hizmetleri girmektedir.

Sağlık hizmetlerine bir tanım getirmek için yukardaki sınıflandırma yapılmakta ise de,nasıl ki insan yaşamını sağlıklı ve hasta dönem diye birbirinden ayırmak mümkün değilse,aynı şekilde sağlık hizmetleri de birbirinden ayrılmaz bir bütündür.Bu nedenle sağlık hizmetleri koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri olarak birbirinden ayrılamaz.Ancak bu bölümlerin hangisinin ağırlık kazanacağı veya hangisine ne ölçüde öncelik verilmesi gerektiğini o bölge veya ülke koşulları tayin eder.

Yukarıdaki tanımdan da açıkça görüleceği üzere, iyileştirici ikinci basamak hizmetleri dışındaki (hastane hizmetleri ayrı bir organizasyon gerektirir) tüm sağlık hizmetleri birbiri ile entegre bir şekilde verilebilir. Ekonomik ve kolay olanı da budur. Toplum Hekimliği anlayışı işte buradan kaynaklanmıştır.

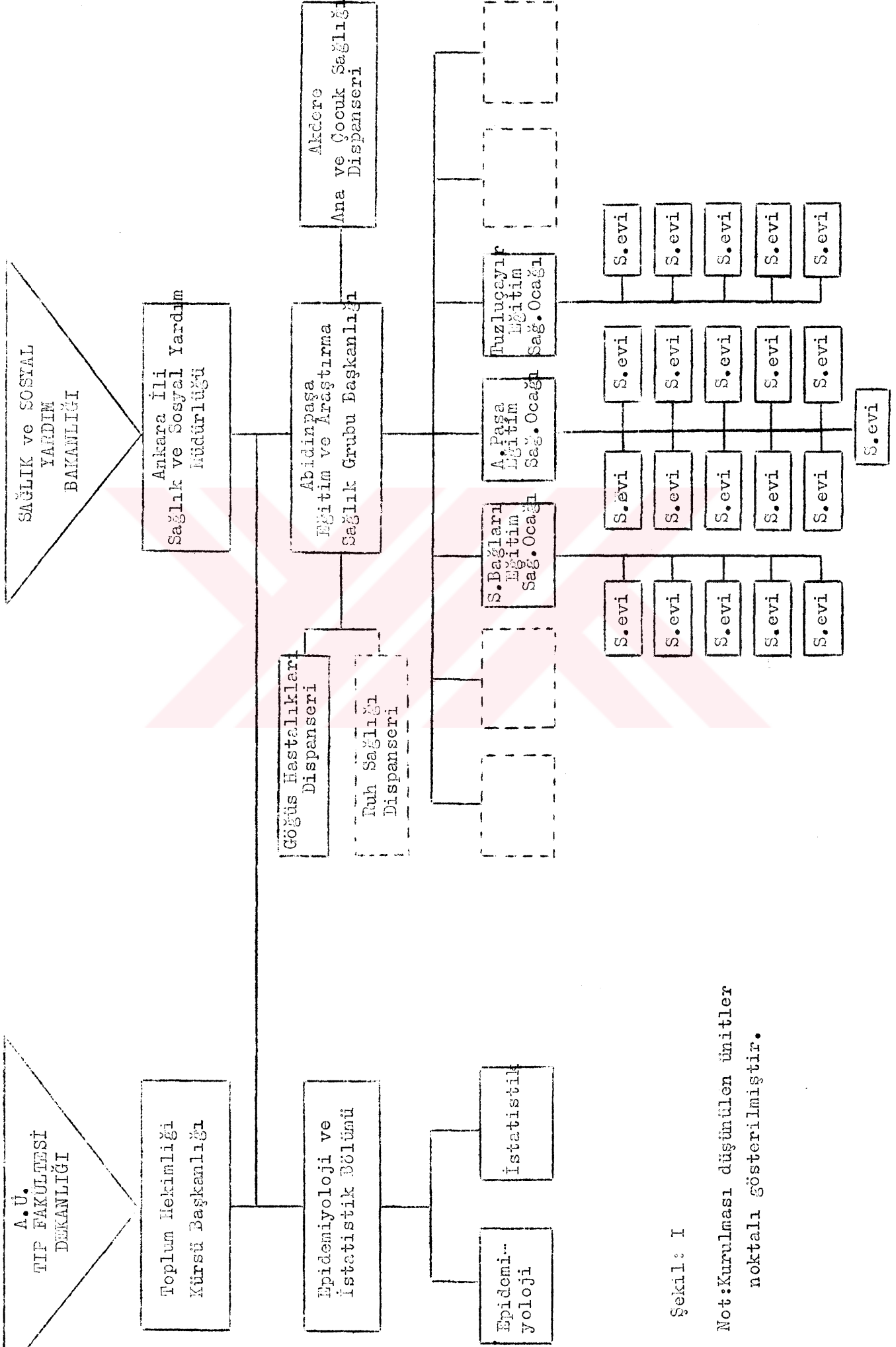
A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü'ne bağlı olarak kurulan Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bu anlayıştan hareketle örgütlenme ve çalışmalarını yürütmektedir. Şekil 1'den görüleceği üzere örgütlenme, tüm sağlık hizmetlerini kapsayacak bir şekilde biçimlendirilmiştir. Eğitim bölgesi olması ve kentsel bölgede kurulması nedeniyle bazı değişiklikler var ise de sosyalleştirme örgütlenmesi esas alınmıştır.

Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı, kuruluş olarak, A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü'ne, sahada rutin hizmetler açısından ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlıdır. İdari işler açısından, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Tıp Fakültesi, hazırlanan protokole göre çalışmaları koordine bir şekilde yürütmektedir. Hastane hizmetleri ise Tıp Fakültesi Kliniklerince yürütülmektedir.

Grup Başkanlığı'na bağlı olarak 4 pratisyen hekim (Abidinpaşa Sağlık Ocağı'nda 2, diğer ocaklarda 1 olmak üzere), 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 çevre sağlığı uzmanı, 1 sağlık eğitimcisi ve sağlık istatistikçisi görev yapmaktadır. Bunlardan başka yeteri kadar hemşire, ebe ve hizmetli kadrosu ayrılmış bulunmaktadır. Ayrıca 5 nolu Akdere Ana Çocuk Sağlığı Dispanseri'nde ise 1 çocuk ve bir kadın doğum uzmanı olmak üzere 2 uzman hekim ile 1 Dişhekimisi ve yeteri kadar yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır.

Ancak 70.000 i aşan bir nüfusa, üç ocak ile hizmet götürülmesinin, hele bu kapsamdaki ocaklarda tek hekim görevlendirilmiş olmasının, hizmetlerin yürütülmesi açısından, yetersizliği ortadadır. A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü asistanlarının, boş ocakları takviye etmesi nedeniyle, bu kadro çerçevesinde, hekimliklerin boş kalmadığı buna karşılık hemşire, ebe ve sağlık memuru kadrolarının zaman zaman boş kaldığı görülmektedir.

ABİDİNPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ SAĞLIK KURUMLARI KURULUŞ ŞEMASI



Şekil: I

Not: Kurulması düşünülen üniteler noktalı gösterilmiştir.

BULGULAR

1- TOPLUM TANIMA ÇALIŞMALARI

Bir bölge veya ülkede sağlık hizmeti vermenin ilk koşulu o bölgeyi tanımaktır. Toplum tanıma çalışmaları diye özetlenen bu çalışmaları şöyle sıralayabiliriz:

Bölgenin sınırları,coğrafi koşulları,yerleşme özellikleri,sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerinin saptanmasıyla demografik özelliklerinin saptanması,v.s.

Ülkemizde nüfusun demografik özellikleri ve diğer istatistiki kayıtları yeterli olmadığından tüm bu özelliklerin tesbit ve kayıtlı işlemlerinin sağlık görevlileri tarafından yapılması zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle bölgemizde de tüm bu çalışmalar,Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'nda yapılmaktadır. Bu çalışmaların tümünü üç başlık altında toplayabiliriz.

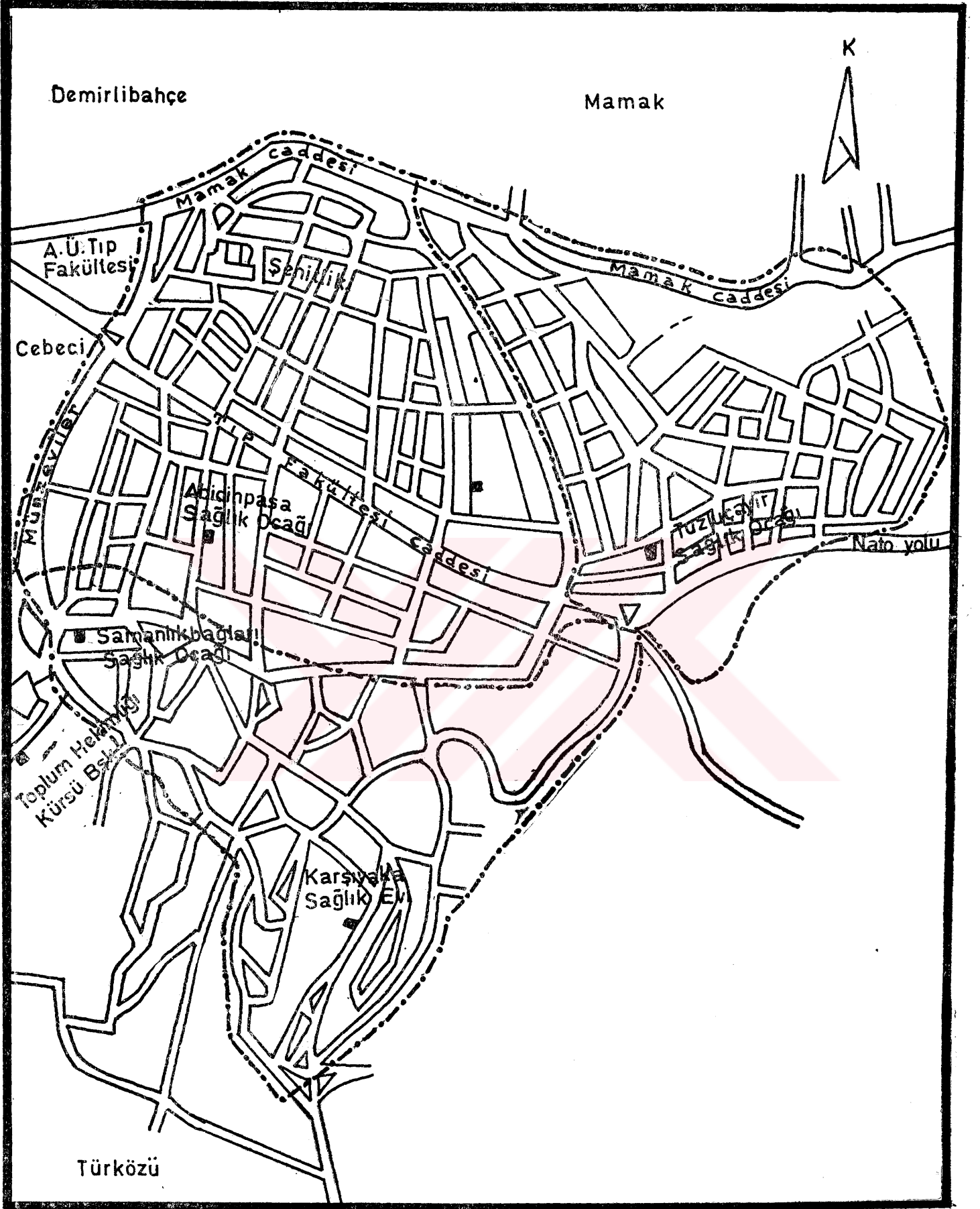
- 1.1- Bölgenin tanımlanması,
- 1.2- Bölgenin demografik özellikleri,
- 1.3- Bölgenin sosyo-ekonomik yapısı

1.1- Bölgenin Tanımlanması

Sınırları : Ankara'nın iklim koşullarına tabi olan hizmet bölgesi doğudan;Mamak Dutluk Deresi,Samanlıkbağları Karşıyaka Senti,batıdan;Topraklık,Cebeci Fidanlığı,Münzeviler ile Gaziler Sokağı ve Tıp Fakültesi Sağlık Tesisleri,kuzeyden; Tıp Fakültesi Hastahanesi'nden Demiryolu Köprüsüne dek uzanan Mamak Caddesi,güneyden; Akdere Dereboyu,Hamit Bey ve Cengiz Topel mahalleleri ile çevrilmiştir (bak şekil 2).

Coğrafi Koşullar : Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yerleşme yerleri genellikle fazla engebeli olmayan bir alanda ise de özellikle geçekundu bölgelerinde tepe ve derelerde yerleşme alanları mevcuttur. Bu kesimlerde yer yer arazi,kentsel yerleşme bölgesi için,oldukça engebelidir.

ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA BÖLGESİ KROKİSİ



Bölge iklimi Ankara İli iklim koşullarına tabidir. 1967-1975 yılları arasında,Meteoroloji Genel Müdürlüğü kayıtlarından edinilen bilgilere göre, "Aritmetik Mean" metodu ile hesaplanan endüşük ve enyüksek değerler şöyledir:

Yıllık Ortalama Sıcaklık :	10.9 C°	12.3 C°
Yıllık Endüşük Sıcaklık :	-18 C°	-10.5 C°
Yıllık Ortalama Nisbi Nem (%) :	58	61.3
Yıllık Yağış Miktarı (mm) :	328.3	514.5

Aynı kayıtlardan elde edilen yaz mevsimi (Haziran,temmuz,ağustos) endüşük ve enyüksek değerleri ise şöyledir :

Ortalama Sıcaklık :	20.2 C°	22.4 C°
Ortalama Nisbi Nem (%) :	42.7	52.6
Yağış Miktarı (mm) :	17.8	156.6

Yukarıdaki değerlerden de görüldüğü üzere Ankara İli iklim koşulları, 1967 - 1975 yılları arasında,yıllara göre büyük farklılıklar göstermemiştir. Tablo 1 de 1970,1975 yılları değerleri örnek olarak alınmıştır.

Tablo 1 : 1970,1975 Yıllarında Ankara İli'nin Meteorolojik Durumu

YILLAR	YILLIK DEĞERLER					YAZ MEVSİMİ DEĞERLERİ (Haziran,temmuz,ağustos)				
	Ortalama Sıcaklık C°	Endüşük Sıcaklık C°	Ortalama Nisbi Nem (%)	Yağış Miktarı (mm)	Karla Örtülü Gün Sayısı	Ortalama Sıcaklık C°	Enyüksek Sıcaklık C°	Ortalama Nisbi Nem (%)	Yağış Miktarı (mm)	Yağışlı Gün Sayısı
1970	12.3	-12.0	58	371.8	9	22.1	-	42.7	17.8	4.3
1975	11.4	-14.4	61.3	514.5	25	22.4	35.8	45.6	104.0	18

Not : Tablodaki bilgiler Meteoroloji Genel Müdürlüğü kayıtlarından "Aritmetik Mean" metodu ile hesaplanarak elde edilmiştir.

1.2- Demografik Bilgiler

Topluma etkili faktörler onu, zamandan zamana, değiştirirler. Bu değişmeler hacimde (nüfus adedi) görüldüğü gibi, yaş gruplarının, bütün nüfusa göre oranlarında da görülür (1). Topluma etki eden faktörlerden biri de demografik hareketlerdir ve toplumda oldukça önemli değişiklikler oluşturur. Özetle; Bir bölge veya ülkedeki nüfusun azalmasını, çoğalmasını, kısaca değişmesini belirleyen üç ana olay vardır. Demografik olaylar dediğimiz bu olaylar; doğumlar, ölümler ve göçlerdir (2).

Demografi ve sağlık istatistikleri, her çeşit sağlık araştırmalarını planlamanın ve planları yönetmenin esasını teşkil ederler. Gelişmekte olan bir çok memleketlerde bu çeşit istatistik bilgilerin olmayışı yönetimde risk yaratmaktadır (3). Bu nedenle, bu tür ülkelerde, bu bilgileri toplama işini de sağlık örgütleri üstlenmek zorunda kalmıştır. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup bölgesi'nde de bu bilgiler sağlık personeli tarafından toplanmaktadır.

Bölgede yaşayan nüfusun kaydı ve demografik hareketlerinin saptanması, her ailedeki kişilerin adları ve nitelikleri ile oturdukları evin durumu 001 nolu "Ev Halkı Tesbit Fişi" ne (E.T.F) yazılmak suretiyle yapılmaktadır. Sağlık ocağı bölgesindeki çalışmaların ilk başlangıcında, bu fişler, bir ekip tarafından hazırlanan plan gereğince doldurulmaktadır. E.T.F'ler bölgenin nüfusu hakkında temel bilgi kaynağıdır.

Sağlık evlerinde görevli ziyaretçi ebe veya hemşirelerin görevlerinden birisi de bölgelerindeki doğum, ölüm ve göç olaylarını bildirmektir. Bu yeni bilgiler ocakta tıbbi sekreter tarafından E.T.F'ye geçirilir. Ayrıca her yılın haziran ayında sağlık memurları ocak bölgesindeki tüm evleri dolaşarak E.T.F'lerin doğruluğunu kontrol eder ve hataları düzeltirler.

Bu şekilde elde edilen bilgiler, tıbbi istatistikçi tarafından döküm haline getirilir. Neticede gerek toplumun ilk hali, gerekse toplumda görülen demografik değişiklikler günü gününe tesbit edilmiş olur.

Tablo 2 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİ'nde
NUFUSUN YAŞ VE YILLARA DAĞILIMI

Yaş Grupları	Y I L L A R											
	1969		1970		1971		1972		1973		1974	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
0-4	2174	12,9	3062	14,3	3700	15,5	8386	14,2	8891	13,8	9585	13,8
5-9	2480	14,8	3152	14,7	3305	13,8	8462	14,3	8993	13,9	9352	13,5
10-14	2138	12,8	2634	12,3	2908	12,1	7630	12,9	8420	13,1	8767	12,6
15-24	3273	19,5	4177	19,4	4712	19,7	12148	20,6	13756	21,4	14989	21,6
25-44	4758	28,4	5988	27,9	6580	27,5	15877	26,9	16966	26,3	18691	26,9
45-64	1519	9,1	1961	9,1	2185	9,1	5329	9,0	6103	9,4	6618	9,5
65 +	426	2,5	504	2,3	543	2,3	1093	1,8	1185	1,8	1278	1,8
Toplam	16768	100	21478	100	23933	100	58925	100	64314	100	69280	100

Not : Tablodaki bilgiler, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Tabloda görülen,1969 - 1972 yılları arasındaki büyük nüfus artışları, bölgeye yeni katılan sağlık ocaklarının nüfusları ile ilgilidir.

Nüfusun ana yaş gruplarına dağılımı,Abidinpaşa,Etimesgut ve Türkiye ile kıyaslandığı zaman,diğer grupların her üçünde de birbirine yakın oranlar elde edilmesine karşılık,(65+) yaş grubunun Abidinpaşa toplumunda daha az olduğu görülmektedir. Bunu,bölgenin bir geçiş bölgesi olması ve kökenini köyden göçen ailelerin oluşturması ile izah etmek mümkündür. Köyden göçen ailelerin genellikle,kendine iş olanağı arayan yeni ailelerden oluşması ve yaşlı kişilerin beraberlerinde gelmemesi ile ilgilidir.

Aynı şekilde,bölgede (15 - 64) yaş grubunun Türkiye ve Etimesgut'a göre bir fazlalık göstermesi de,köyden çalışmak için bölgemize göç edenlerin bu yaş grubunda toplanması ile açıklanabilir. Tablo 3 de 1970,1974 yılları örnek alınarak bu farklılık gösterilmeye çalışılmıştır.

Tablo 3 : 1970 VE 1974 YILLARINDA TÜRKİYE,ABİDİNPAŞA VE ETİMESGUT BÖLGELERİNDE NÜFUSUN ANA YAŞ GRUPLARINA DAĞILIMI (%)

YAŞ GRUPLARI	TÜRKİYE (%)		ABİDİNPAŞA (%)		ETİMESGUT (%)	
	1970	1975	1970	1974	1970	1974
0 - 14	41.1	37.1	41.3	39.9	44.4	40.3
15 - 64	54.5	59.1	56.4	58.0	52.1	55.9
65+	4.4	3.8	2.3	1.8	3.5	3.8

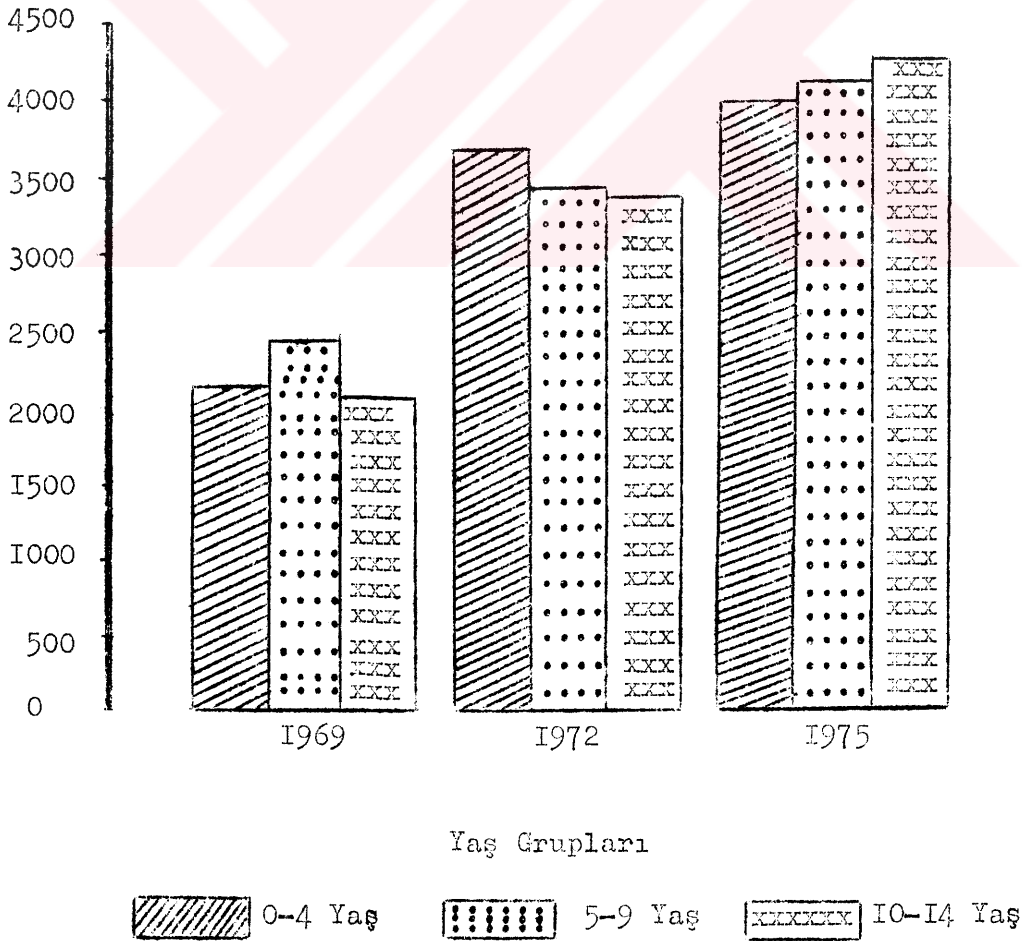
Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa ve Etimesgut bölgeleri faaliyet raporlarından,Türkiye 1970 D.İ.E 1975 yıllığından ve 1975 Türkiye ise 1975 sayımları örnekleme sonuçlarından alınmıştır.

1969 - 1975 yılları arasında (0-14) yaş grubunun tüm nüfusa oranı azalırken,(15-44) yaş grubu oranı yükselmiştir. Bunu 1969 yılından beri bölgede uygulanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sunduğu aile planlaması çalışmaları ve doğanların ileri yaşlara kayması olanaklarının artması ile açıklayabiliriz. Bölgede (0-14) yaş grubunun,tüm nüfusa oranı 1969 da % 40.5 iken,1975 de % 38.4 e düşmüştür. Aynı şekilde 1969 da (15-44) yaş grubunun oranı % 47.9 iken,1975 de % 49.5 e yükselmiştir.

(0-4) yaş grubunda ilk yıllarda görülen artış, bölgeye yeni eklenen sağlık ocaklarının nüfusu ile ilgilidir. 1971 yılından sonra ise düzenli bir düşme görülmektedir. Örneğin; 1971 de (0-4) yaş grubunun tüm nüfusa oranı % 15.5 iken, 1975 yılında bu oran % 12.7 ye düşmüştür. Bu durum bölgede uygulanan aile planlaması çalışmalarının bir neticesidir.

Yılların nüfus pramidi incelendiğinde ilk yıllarda nüfus pramidi daha sivri iken 1975 yılında nüfusun nisbeten daha ileri yaşlara doğru kaydığı görülmektedir. Özellikle (0-14) yaş gruplarında belli bir uygunluk ortaya çıkmıştır. Verilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri neticesinde doğanlar ileri yaşlara kayabilmektedir.

ŞEKİL:3 ABİDİNPAŞA EĞİTİM SAĞLIK OCAĞININ, 1969 - 1972 - 1975 YILLARINA GÖRE 0 - 14 YAŞ GRUBUNUN DAĞILIMI



ITIA 696I

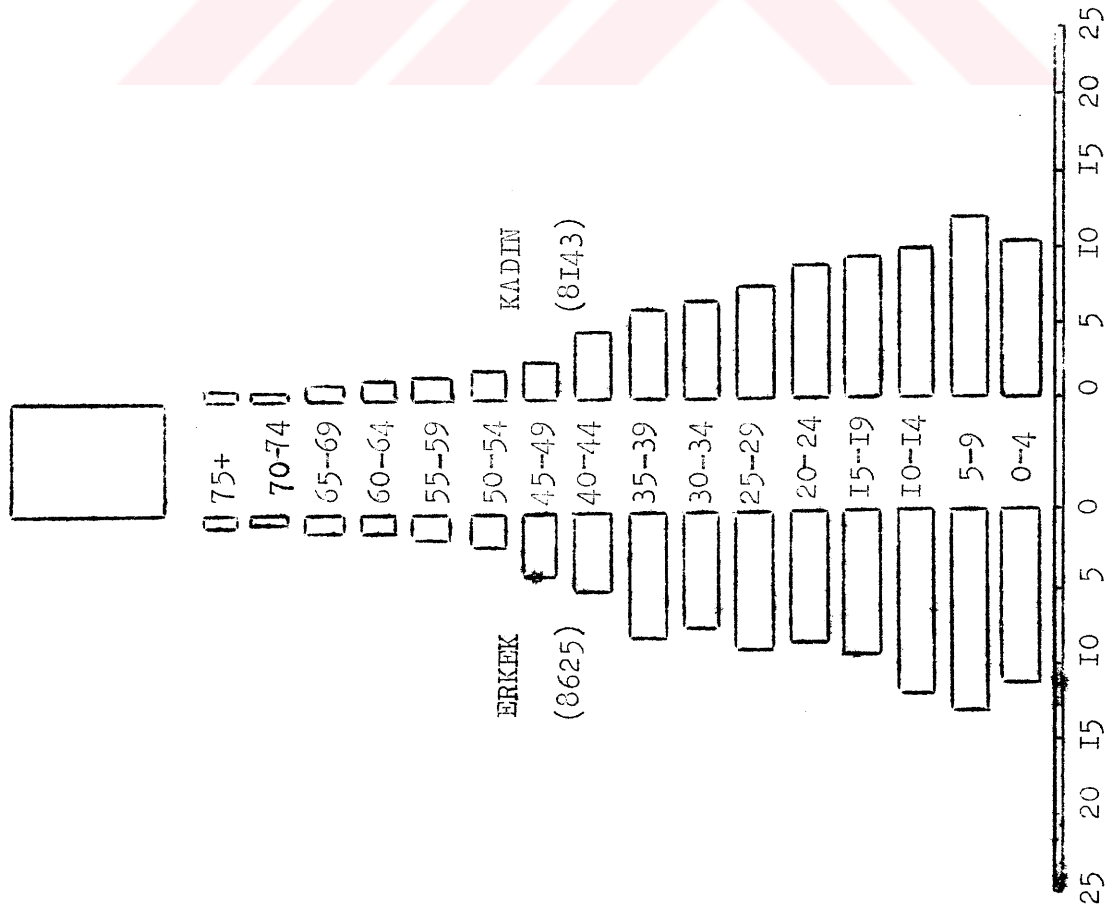
ABDİNPAŞA EĞİTİM SAĞLIK OCAĞI

SERIAL: 4

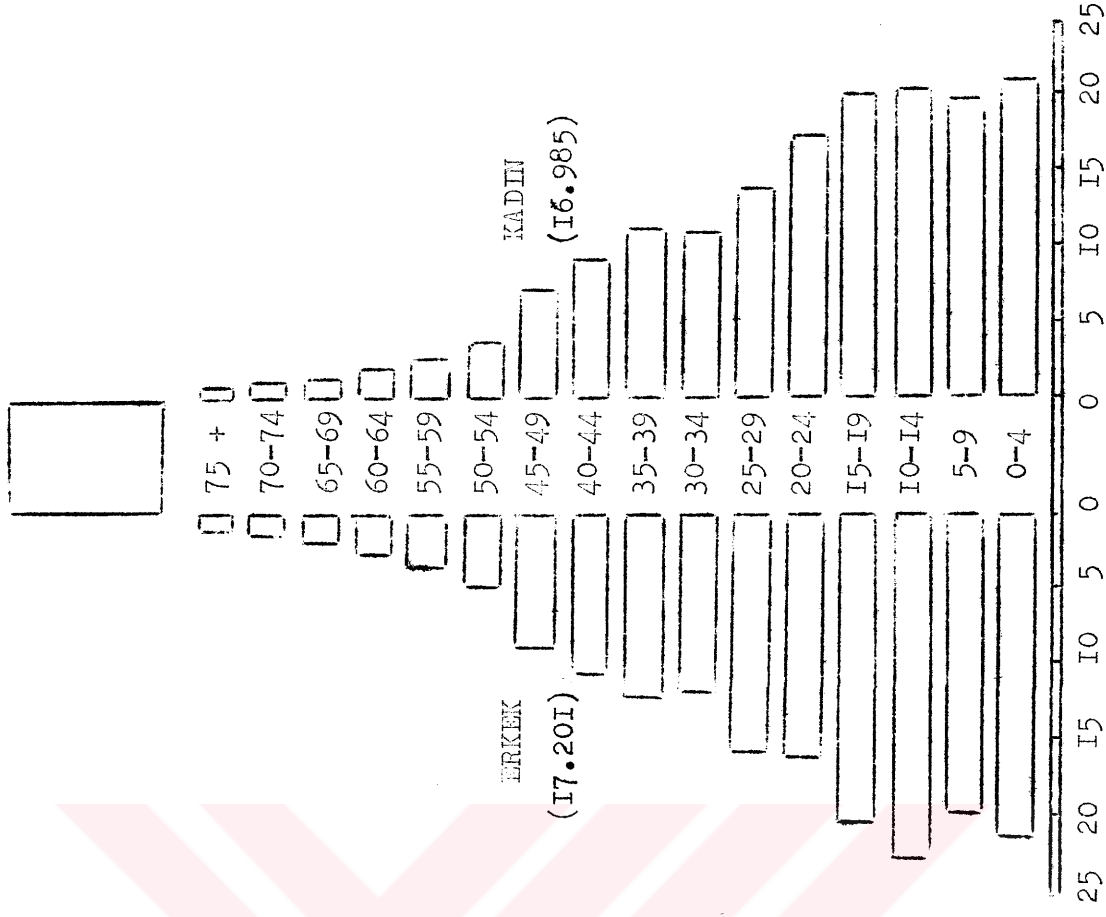
1975 YILLI .

ABİDİNPAŞA İCİTİİ SAÇLIK OCAĞI

TOPLUM PİRAMİDİ



Nüfus Sayısı (X 100) (16.768)



Küfus Sayısı (X 100) (34. I86)

Tablo 4 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ'nde BAZI
DEMOGRAFİK HIZLARIN YILLARA GÖRE DURUMU.

DEMOGRAFİK HIZLAR	Y I L L A R						
	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Canlı Doğum Hızı (%)	23.1	32.2	26.0	26.1	27.7	24.5	24.8
Kaba Ölüm Hızı (%)	5.6	7.4	6.3	6.3	6.5	5.6	5.2
Bebek Ölüm Hızı (%)	87.8	91.2	78.6	76.0	87.9	87.0	77.2
Ölü Doğum Hızı (%)	-	-	-	11.7	16.5	14.5	19.0
Nüfus Artış Hızı (%)	17.4	24.8	19.7	19.8	21.4	18.9	19.6

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık
Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Canlı Doğum Hızı : 1965 - 1966 Türkiye Nüfus Araştırması'ndan elde edilen hayati istatistiklere göre; Türkiye de ortalama canlı doğum oranı % 39 dur. 1970 de ise bu oran % 38.4 dür. Bu orana köy ve kent toplumları dahildir. Ancak bu oran, İstanbul'da % 28, İzmir'de % 25 ve Ankara'da ise % 37 dir. Abidinpaşa Bölgesin'de bu oran 1970 yılında % 32.2, 1975 yılında ise % 24.8 dir. Bu düşük orana aile planlaması çalışmalarının neden olduğu söylenebilir.

Kaba Ölüm Hızı : Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yıllara göre kaba ölüm hızları tablo 4 de görülmektedir. Bu oran 1975 yılında % 5.2 dir, oysa Türkiye'de 1970 yılı ortalaması % 12.7 dir. Ölüm oranlarının yaş gruplarına göre seyrini dikkate alırsak, endüşük oranın 10 yaş civarında olduğu görülür. Tüm toplum 10 yaş civarındaki çocuklardan oluşsa bile, kaba ölüm oranı % 7 ye yakın beklenir. Abidinpaşa bölgesi'inde bu orandan da daha düşük bir oran bulunmuştur ve bu oranın Türkiye ortalamasına yakın olması beklenirdi.

Bölgede, kaba ölüm oranındaki bu düşüklüğü, aşağıdaki etkenlerle açıklamak mümkündür:

- 1- Bölgedeki ölüm kayıkları yeterli değildir.
- 2- Mezarlıklar Müdürlüğü, ölümler hakkında, yeterli bilgi verememektedir. Çünkü; bölgede ölenler çeşitli sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerle memleketlerine götürülerek gömülmektedir.
- 3- Muhtarların, ölümlerle ilgili, hiç bir bilgileri yoktur.
- 4- Bölgede ölüm defin ruhsatları belediye tabipliğince verildiğinden sağlık ocakları ölümlerden haberdar edilmemektedir.

Bu ölüm oranları, sağlık ocaklarında görevli ebe ve hemşirelerin ziyaretleri sırasında tesbit edebildikleri ölüm olgularından yararlanılarak hesaplanmaktadır. 1967 yılında daha düşük olan bu oran, personelin aileleri iyice tanımasıyla giderekten yükselmeye başlamış ve bazı yıllarda % 7 ye kadar ulaşmıştır. her ne kadar, bu oran, Etimesgutta'da % 7 civarında ise de yine de bilgilerin tam olarak toplanamadığı söylenebilir.

Bebek Ölüm Oranı : 1965 - 1966 yıllarında yapılan nüfus araştırmasına göre; Türkiye'de bebek ölüm oranı % 153 dür. Diğer bir veriye göre ise bu oran 1971 de % 155 dir (2). Aynı oran Ankara'da % 113, İstanbul'da % 123, İzmir'de ise % 84 dür. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma bölgesi'nde yıllara göre bebek ölüm oranları tablo 4 de görülmektedir ve 1975 yılında bu oran % 77.2 dir.

Bebek ölüm oranı; Antenatal bakıma, doğum operasyonunun tıbbi koşullarda yapılmasına ve postnatal dönemdeki rutin aşılama, besleme ve bakım eğitime tabi olarak düşer veya yükselir. Ayrıca bu oranı önemli oranda etkileyen diğer bir faktör de toplumun sosyo-ekonomik düzeyidir.

Bölgede gebelik hijyen önlemleri, annenin bu dönemdeki periodik kontrolleri, ziyaretçi ebe ve hemşireler tarafından, gebenin gebelik ayı dikkate alınarak "Gebe Ziyaret Şeması"na göre yapılmaktadır. 1975 yılında doğumların % 93.5 i sağlık kurumlarında veya sağlık personeli kontrolünde yapılmıştır. Postnatal bakım, beslenme ve rutin aşılar, düzenli aile ziyaretleriyle gerek uygulama ve gerekse annenin eğitimi bakımından dikkatle takip edilmektedir.

Bu çalışmalar neticesinde, bölgede bebek ölüm oranları, ilk yıllarda görülen % 137 lık orandan düzenli bir şekilde % 77.2 ye kadar düşmüştür.

Aynı şekilde hizmet veren Etimesgut Bölgesi'nde de bu oran %94,5 gibi Türkiye oranlarının çok altındadır (4). Bu düşüş tamamen, bölgede verilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ile ilgilidir.

Ayrıca bölgede hızlı bir apartmanlaşma nedeni ile ortaya çıkan sosyo-ekonomik düzey yükselmesinin de bu düşüşte katkıları vardır.

Nüfus Artış Hızı: Türkiye'de 1965-1970 yılları arasında nüfus artış hızı %25.7 dir (5). Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ndeki yıllara göre nüfus artış hızı tablo 4 de görülmektedir ve bu oran 1975 yılında %19.6 dır. Nüfus artış hızında Türkiye'ye göre görülen bu düşüklük aile planlaması çalışmaları ve bölgenin kent toplumu olması ile yakından ilgilidir.

Nüfus Değişimi: Türkiye'de nüfus artış hızının yüksek olması, daha çok doğumların yüksek olması ve ölümlerin doğumlardan az olması ile ilgilidir. Artış hızında göçlerin etkisi, belli dönemler dışında, çok azdır(2).

Bölgemizde ise iç göç fazlalığı yanında, bölge dışına da göç var olup, bu nüfus değişimi hareketi, hizmet bölgesindeki ziyaretçi hemşire ve ebeleri fazlaca meşgul ederek, bölgede nüfus tesbit çalışmalarına süresiz ve aralıksız devam etmeyi zorunlu kılmaktadır (6).

Bölge nüfus değişiminde, birçok etmenin yanında, iki etmen önemle rol oynamaktadır:

- 1- Köyden, kentin gecekondu bölgelerine olan akış,
- 2- Apartmanlaşma nedeni ile, apartman koşullarına uyamayan ailelerin bölgeyi terk etmesi ve yerine Ankara'nın diğer bölgelerinden gelen ailelerin yerleşmesi.

Devamlı göçler nedeni ile çok fazla nüfus artışının şehircilik ve sosyal hizmetler yönünden olduğu kadar, sağlık yönünden de güçlükler yaratacağı belirgindir (7). Bölgedeki bu hızlı nüfus değişimi, kayıtlar yönünden, sağlık personelinin zaman kaybına neden olurken aynı zamanda, toplumun bağışıklık düzeyine de olumsuz etkiler yapmaktadır. Aktif bir parazit infestasyonu savaşına karşın, bölgeye devamlı infeste grupların gelmesi neticesinde, toplumda parazit görülme oranı belli bir oranın altına düşmemektedir. Ayrıca bölgede kuruluşumuza adapte olan ve eğitilen, bağışıklanan gruplar yerine yeni duyarlı gruplar gelmektedir. Tablo 5 de yıllara göre nüfus değişim oranları görülmektedir.

Tablo 5 : Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde
Yıllara Göre Nüfus Değişim Oranları

YILLAR	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Nüfus Değişim Oranı (%)	25	25	25	37	28.8	23.5

Not: Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

1.3.Bölgenin Sosyo-ekonomik Yapısı

Toplumun sağlıklı kılınması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi çalışmaları,yalnızca sağlık örgütlerinin görevi değildir.Sağlık, aynı zamanda,toplumun sosyo-ekonomik yapısı ile de sıkı sıkıya ilişkilidir.Örneğin;altyapı sorunlarının çözmemiş bir toplumda,çok iyi çalışan bir sağlık örgütü,bebek ölüm oranını %80'e kadar düşürebilir ve bu oran orada takılır kalır.Oysa altyapı sorunlarını çözmüş bir toplumda bu sayı,iyi bir sağlık hizmeti ile,%25'e kadar düşürülebilir.Bu nedenle bir bölge veya ülkede sağlık hizmeti verilirken ve verilen sağlık hizmeti değerlendirilirken,o bölge veya ülkenin sosyo-ekonomik yapısının çok iyi bir şekilde tanınması ve bilinmesi gerekir.Ayrıca hayati istatistik verilerinin değerlendirilmesi ve bu değerlerin diğer bölge veya ülkelerle kıyaslanması da bu bütün içinde yapılmalıdır.

Sağlık kavramının genişliği gözönüne alındığında,bu hizmetin,sadece sağlık örgütlerince yürütülemeyeceği kolayca görülebilir.Çünkü, bir toplumun sağlıklı olabilmesi için,su,kanalizasyon gibi altyapı tesisleri,yeterli tarım ürünleri,iyi bir eğitim düzeyi,yeterli ekonomik koşullar,spor ve konut sorunlarının çözümü gibi koşullara ve hizmetlere de gerek vardır.Diğer bir deyişle,sağlık hizmeti devletin bütün hizmetleriyle yakından ilgili bir hizmettir (8).

Ülkemizde % 3'e yaklaşan bir nüfus artışına karşılık,geçimini topraktan sağlayan köylük bölgelerde ve küçük kasabalardaki işsizlik ve fakirlik,köy ve kasabaların itici gücünü meydana getirmekte ve itilen

nufus büyük şehirlerin kenarlarında yığılmaktadır.1940-1965 yılları arasında kentlerde %158 oranında bir artma görüldüğü halde,kırsal bölgelerde ancak %14 oranında bir artış olmuştur (9).Böylece ülkemizin içinde bulunduğu hızlı kentleşme olayı,kentlerimizin konut gereksinimini arttırmakta ve bu olanak yeteri kadar hazırlanmadığı için gecekondu yapımı hızlanmaktadır (9,10,11).

Gecekonduyu tarif etmek gerekirse,genellikle kimilerinin kendilerinin olmayan,kimilerinin kendilerinin olan toprak üstüne,kısa zamanda izinsiz,imar özelliğine aykırı,sağlık koşullarından yoksun olarak yapılmış ya da yaptırılmış bir konuttur.Diğer bir anlatımla,düşük kazançlı grupların,şehir merkezlerinde verebilecekleri ücret ile mütenasip ev bulamayan,köylük bölgelerden göç etmiş olan kişi ve ailelerin,barınak ihtiyaçlarını gidermek için kurulmuş yapılardır (3,9).

Tüm bu nedenlerle,kenar mahalleler ve kecekondular plansız,programsız,kanalizasyonsuz,çok kıt olan su başlarında kavgalara sahne olarak,atık maddelerin ve çöplerin kaldırılmasına önem verilmeden,sağlığa zararlı etkiler yapan sanai tesisleri ile meskenleri kucak kucağa,her sahipsiz arsa üzerinde tüneyen kulübeler halinde temiz sudan,itfaiye ve polis himayesinden mahrum olarak büyümektedir (3).Örneğin;1960-1965 yılları arasında Ankara'da 25395 konut izinsiz olarak ve gecekondu biçiminde yapılmıştır ve gecekondu bölgesinde km² de 3920 konut vardır. Bir yılda yapılan kecekondular ise 150 hektarlık bir alanı kaplamaktadır (3,9,11).

Gecekondu ailesinin temel niteliği,köy ailesi ile kent ailesi arasında,bir geçiş biçiminde bulunmasıdır.Konut ve besi yönünden daha çok köy özelliklerinin sürdürülmesine karşılık,giyim,sağlık ve temizlik gibi öğeler yönünden daha çok kent etkisinde kalmıştır (9).Kırsal bölgeden kente gelen kişiler umduklarını bulamamaktadırlar. Üretici durumdan tüketici duruma geçmekte ve böylece ekonomik bakımdan daha da kötü duruma düşmektedir. Gecekondu nüfusunu yarı iş sahibi,yarı işsiz bir grup oluşturmaktadır (10).

Gecekondu ailesinin diğer bir niteliği de geldikleri köyle ilişkilerinin devam etmekte olmasıdır. Bugün kent hayatını tehdit eden çok sayıda sağlık problemleri,gerçekte kentlerin anormal gelişmesinin sonucu olmasının yanında,yukarıda belirtilen göç selleri ve geldikleri yerlerle ilişkinin devam etmesiyle,köy koşullarında mevcut olan faktörlerin şehirliere aktarılmasıyla da ilgilidir. Örneğin; bu durum gecekondu bölge-

lerinde bağırsak infestasyonlarının yüksek oranlara çıkmasının belli başlı nedenlerindendir.

Gecekondu bölgelerinde,sağlık koşullarına uygun olmayan konutlarda kalabalık faktörü de önemli bir yer tutmaktadır. Kalabalık halde yaşama ve bunun sonucu bulaşıcı hastalıkların sirayeti,eksik ve kötü beslenme, akıl ve ruh hastalıklarının yarattığı sıkıcı durum,su,hava ve toprağın kirlenmesi konuları kontrol edilmekten uzak problemleri oluşturmaktadır(3)

Bölgede oturan ailelerin oturdukları evin durumu,kiracı veya ev sahibi olması,oda sayısı ve diğer hane kolaylıkları,ev halkı sayısı,yaş,cins,iş,kültürel durum gibi özellikleri E.T.F lere kaydedilmekte ve istatistik bölümünce değerlendirilmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen bilgilere göre sosyo-ekonomik ölçütlerden biri olan oturulan ev tipinin bölgedeki dağılımı aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Tablo 6 : Abidinpaşa Eğitim Ve Araştırma Bölgesi'ndeki Konutların Tipleri Ve Tüm Konutlara (%) Oranlarının Yıllara Dağılımı.

EV TİPİ	Y I L L A R						
	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
GECEKONDU (%)	39	46.1	46.1	55	51.6	49.8	46.9
NORMAL EV (%)	28.3	28.7	28.7	19.5	17.9	14.7	14.6
APARTMAN (%)	32.7	25.2	25.2	25.5	30.5	35.5	38.5

Not : Bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi Kayıtlarından alınmıştır.

Semt olarak; Abidinpaşa,Balkiraz,Saimekadın,Kartaltepe,Tuzluçayır,Akdere ve Samanlıkbağları mahallelerinden oluşan hizmet bölgesinin Haziran 1975 deki nüfusu 72.516 dır. Bu tarihte bölgede 14.481 mesken bulunmaktadır. Tablo 4 de de görüldüğü üzere bölgede konutların büyük bir bölümü gecekondulardan oluşmaktadır. 1969-1972 yılları arasındaki gecekondu oranlarındaki artma,bölgeye bu yıllarda eklenen sağlık ocakları

bölgelerindeki gecekondü oranının yüksekliği nedeniyledir. 1972 den sonra normal ev ve gecekondü oranlarının düşmesine karşılık,apartman oranındaki yükselme,bölgedeki hızlı apartmanlaşma ile ilgilidir.

Bölgede oturan ailelerin yaklaşık olarak % 45 i kiracı ve % 55 i ise ev sahibidir. Bazı yıllarda ev sahibi ve kiracı oranları şöyledir :

<u>YILLAR</u>	<u>KİRACI (%)</u>	<u>EV SAHİBİ (%)</u>
1972	45.4	56.6
1973	45.5	54.5
1974	46.8	53.2
1975	46.6	53.4

Kiracı oranında az da olsa bir artma görölmektedir. Bunu gecekondü arsaları üzerinde yükselen apartmanlarda,arsa sahibine birden fazla daire verilmesi ve buralara yeni kiracıların gelmesiyle açıklamak mümkündür.

Su : Bölgenin su gereksinmesi,il su şebekesinden sağlanmakta ve Kayaş-Hanımpınarı,Mamak Kuyuları ve Bayındır Barajından verilmektedir. Bölgedeki evlerin 1975 de % 88.4 ü şehir şebekesine bağlıdır (bak tablo 7) ve 95 aktif kuyu bulunmaktadır. Bölgeyi alimante eden suyun iyi tasfiye edilmemesi , parazit infestasyonları ve gastroenteritlerin yüksek olmasına yol açmaktadır. Bu konuya çevre sağlığı bölümünde daha geniş değinilecektir.

Kanalizasyon : Bölgedeki helaların % 95,8 i kanalizasyona bağlı olup (bak tablo 7),% 2.3 civarında tek çukurlu hela % 2 civarında ise fosseptikli hela vardır.Meskenlerin % 1.7 sinde ise hela yok veya müşterek helaya sahip meskenlerdir.

Kanalizasyon şebekesi,bağlantı kanallarının yetersizliği nedeniyle,pek iyi değildir. Dar ve toprağa yüzeysel gömülmüştür. Bu nedenle özellikle kış aylarında donma ve tıkanmalar olmaktadır. Ayrıca ahır ayaklarının kanalizasyona bağlı olması nedeniyle,saman artıkları da zaman zaman kanallarda tıkanıklık oluşturmaktadır. Bunların sonucu olarak lağım atıklarının sık sık çevreye yayılması durumu ile karşılaşilmektedir.

Çöpler : Bölgede çöpler haftanın belirli günlerinde belediye çöp arabalarınınca toplanmaktadır. Ancak, toplama günleri arasındaki seyreklik bir yana,gecekondu bölgesinde her konutun sağlık koşul ve kurallarına uygun çöplüğü,çöp kutusu yada varili bulunmadığından,çöpler sokak aralarında sağlık koşul ve kurallarına aykırı olarak yığılmaktadır. Bu hal ise vektörlerin çoğalmasına neden olmakta ve olanak sağlamaktadır. Böylece bir de vektörlerle savaş zorunluluğu doğmaktadır.

Vektörlerle savaş belediye ekipleri tarafından,çöplük ve varillere insektisit tatbik edilmek suretiyle yapılmaktadır. Ancak,yukarıda belirtilen nedenlerle,bunda başarılı olunamamaktadır.

Tablo 7 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA BÖLGESİ'nde YILLARA GÖRE KONUTLARIN ŞEBEKE SUYU VE KANALİZASYONA BAĞLILIK ORANI

YILLAR	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
SUYU ŞEBEKEYE BAĞLI EV (%)	70	76.4	74.6	79.5	86.3	87.8	88.4
KANALİZASYONA BAĞLI EV (%)	-	-	-	95.8	96.2	95.5	95.8

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Tablo 8 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA BÖLGESİ'nde BAZI SOSYO-EKONOMİK DÜZEY ÖLÇÜTLERİNİN YILLARA GÖRE DURUMU

YILLAR	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
KİŞİ BAŞINA YILLIK GELİR ORTALAMA (TL)	1200	1200 - 1500	1200 - 1500	1500 - 1800	2000	3000	6000
OKUR-YAZAR ORANI (%)	80	64.8	64.3	80.7	81.2	82.7	84.5
ORTALAMA EV HALKI	5	5	4.9	5.2	5	5	5
ODA BAŞINA ORTALAMA NUFUS	2+	2.4	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı Kayıtlarından alınmıştır.

Bölgede halkın çoğu vasıfsız işçi,küçük zanaat ve küçük ticaretle geçimlerini sağlamaktadır.1975 yılında ortalama fert başına düşen yıllık geliri 6000 TL civarında olanlar toplum içinde en büyük grubu oluşturmaktadır.Tablo 8'den de görüldüğü üzere bu daha evvelki yıllarda da oldukça düşük olagelmıştır.Oysa Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı hedeflerine göre, aynı yıl içinde,fert başına yıllık gelir 14.000 TL olarak hesaplanmıştır. Bölgede oturanların büyük çoğunluğunu kişi başına yıllık geliri bu miktardan yarısından da azdır.

Bölgede okur-yazar oranı %80 civarındadır (bak tablo 8) (okur yazar oranı;6 ve daha yukarı yaş grubunda okuma yazma bilenlerin oranıdır). Toblo 8 de görülen 1970-1971 yıllarında okuma yazma bilenler oranındaki düşüklük,bölgeye yeni katılan geçekondü bölgelerindeki oran düşüklüğü nedeniyle'dir.Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre Türkiye'de bu oran 1973 yılında %54.7 dir.

Eğitim düzeyi ile yıllık gelir arasında bir paralellik olması gerekir ise de,bölgemizde eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasından yüksek olmasına karşılık,gelir düzeyindeki düşüklükte,tesbitte kullanılan subjektif yöntemlerin yanısıra,eğitim düzeyine paralel bir istihdam artışının olmayışının da payı olduğu muhakkaktır.

Bölgede ev halkı sayısı 5 civarındadır(bak tablo 8).Bu sayı Etâmesgut'ta 5.8 (4),Türkiye'de ise ailelerin %61.9'u (5+) ev halkına sahiptir (2).Oda başına düşen nüfus ise 2 civarındadır.Abidinpaşa bölgesi diğerlerine göre,bu yönden,biraz daha iyi olmasına karşı yine de,tüm Türkiye de olduğu gibi,kalabalık faktörünün etkisi altındadır.

2-ÇEVREYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER

Bilindiği gibi koruyucu sağlık hizmetleri A-çevreye yönelik koruyucu hizmetler,B-kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler olmak üzere iki ana başlık altında toplanmaktadır.Çevreye yönelik koruyucu hizmetleri ise, bölgenin özelliklerine göre,aşağıdaki öncelik sırasında ve başlıklar altında toplayabiliriz:

- 1- Atıkların zararsızlandırılması
- 2- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması
- 3- Besin sanitasyonu
- 4- Konut hijyeni
- 5- Vektörlerle savaş

Bunlara diğerk birtakım maddeler eklemek olanaklı ise de bölgemiz ve ölkemiz açısından önemlilik ve öncelik sırasını bu beş madde oluşturduğundan,Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde de çevre sağlığı hizmetleri bu beş madde üzerinde yoğunlaşmış bulunmaktadır.

2.1 Atıkların Zararsızlandırılması

Bölge sosyalleştirildiği zaman Saimekadın semtinin tamamının kanalizasyona bağlı olmasına karşılık,Abidinpaşa semtinin yalnızca 1/3 kadarı kanalizasyona bağlı idi.Belediye ile devamlı temaslar neticesinde, bölgedeki helaların %95.8'inin kanalizasyona bağlanması sağlanmıştır (bak tablo 7).

Bölgede %2.3 oranında tek çukurlu,%02 oranında fosseptikli helaya sahip evlerin yanı sıra,%1.7 oranındaki konutlarda hela hiç yok veya ortak helaya sahiptir.Gerek kanalizasyona bağlı helalardan,gerekse bağlı olmayanlardan,sağlık koşullarına uygun olmayanlar,aile ile kurulan ilişkiler sonunda,ıslah edilerek sağlık koşullarına uygun hale getirilmiştir. Böylece 1968 de 196,1969 da 197,1970 de 124,1971 de 115,1972 de 113,1973 de 357,1974 de 268 ve 1975 yılında ise 253 hela olmak üzere,1968-1975 yılları arasında toplam 1623 hela ıslah edilerek sağlık koşullarına uygun hale getirilmeye çalışılmıştır.

Bölgede kanalizasyonlar,iyi olmayan şebeke nedeniyle,çok sık arıza yapmakta ve katı-sıvı atıklar çevreye yayılmaktadır.Bu arızalar belediye ile ilişki kurularak en kısa zamanda giderilmekte ve çevrenin uzun süre kirlenmesi önlenmektedir.

Bölgeden çöpler belli aralıklarla,belediye temizlik işçilerince toplanmaktadır.Belediye ile ilişkiler kurularak toplama işlemlerinin daha sık yapılmasına çalışılmaktadır.Bölge halkının çöpleri belli bir kaba toplamaları ve bu kapların ağızlarının kapalı tutulması için eğitimleri,devamlı olarak sağlık ocakları personeline yapılmaktadır.Sağlık kurallarına uymayan çöp dökme ve saklanması ailelere yapılan eğitim sonunda ıslah edilmekte ve çevreye çöp atılması böylece önlenmeye çalışılmaktadır.

2.2 Yeteri Kadar ve Hijyenik Su Sağlanması

Bölgenin su gereksinimi tamamı ile Ankara Belediyesi'nce karşılanmaktadır. Ancak bölgedeki evlerin tümü su şebekesine bağlı değildir (bak. tablo 7). Şebekeye bağlı olmayan konutların bir kısmı, yine şehir şebekesine bağlı olan, sokak çeşmelerinden bir kısmı ise kuyulardan su gereksinimini karşılamaktadır. Bölgede faal olan kuyu sayısı 1972 de 83, 1973 de 116, 1974 yılında 93, 1975 de ise 95 dir.

Bölgeye su veren şebekenin suyu, su depolarında, Belediye Sular İdaresi'nce klorlanmaktadır. Sağlık ocaklarında görevli sağlık memurlarınca, evlerin musluklarından alınan sulara "Hach Komperatörü" ile klor aranmakta ve çoğu zaman milyonda/0.5 oranının altında bakiye klor bulunduğu saptanmaktadır. Bu durum Belediye Sular İdaresi'yle kurulan ilişkilerle düzeltilmeye çalışılırken ayrıca, depoda bizzat klorlamayı yapan görevliler zaman zaman ziyaret edilerek eğitim yapılmaktadır. Tüm bunlara karşın şebeke sularının kontaminasyona açık olduğu düşünülerek bakteriolojik muayenelere gereken önem verilmektedir. Ayrıca ferdi su dezenfeksiyonu konusunda evlerde gerekli eğitim yapılmakta ve gerekli zamanlarda klorlu ana mahlüller hazırlanarak halka dağıtılmaktadır.

Aktif olan kuyular sağlık ocaklarında görevli sağlık memurlarınca her haftanın belli günlerinde ziyaret edilerek bakiye klor aranmakta, kuyudaki su miktarı ve değişimini dikkate alınarak, kireç kaymağı atılmaktadır. Ayrıca kuyu sahiplerine gerekli eğitim yapılarak hergün kireç kaymağı atmaları ve gereğinde kendilerine kireç kaymağı temin edilmesi sağlanmaktadır.

Her yılın muhtelif günlerinde gerek şebekeden, gerekse kuyulardan su numuneleri alınarak fizik ve bakteriolojik muayeneleri, Merkez Hıfzıssıha Enstitüsü Laboratuvarlarında yapılmakta ve alınan neticelere göre ıslah veya klorlama yoluna gidilmektedir. Tablo 9 da 1972-1975 yılları arasında su numunelerine yapılan fizik ve bakteriolojik tetkiklerin neticeleri görülmektedir.

Tablo 9 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA GRUP BAŞKANLIĞI'na
YAPILAN SU ANALİZLERİ SONUÇLARININ BAZI YILLARDA DURUMU

Y I L L A R		1972		1973		1974		1975	
ANALİZ TURU		Fiz.	Bak.	Fiz.	Bak.	Fiz.	Bak.	Fiz.	Bak.
ŞEBEKE	Örnek Sayısı	1374	316	1616	360	1469	317	2109	186
	Uygun Olmayan	840	29	704	29	456	32	631	10
KUYU	Örnek Sayısı	1676	141	1903	135	2154	152	1821	64
	Uygun Olmayan	379	35	430	12	550	13	470	4
TOPLAM	Örnek Sayısı	3050	457	3519	495	3623	469	3930	250
	Uygun Olmayan	1219	64	1134	41	1006	45	1101	14

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Alınan tetkiklerin sonuçlarına göre uygun olmayan şebekeler Belediye Sular İdaresi ile ilişkiye geçerek ıslah ve klorlanması sağlanmaktadır. Kuyuların ise, kuyu sahibi aileye gereken eğitim yapılarak ıslah ve klorlanması sağlanmaktadır. Aşağıdaki tabloda, aynı yıllarda, klorlanan ve ıslah edilen su kaynakları görülmektedir:

YILLAR	KLORLANAN		ISLAH EDİLEN	
	Şebeke	Kuyu	Şebeke	Kuyu
1972	9	72	5	72
1973	8	78	2	33
1974	8	82	1	21
1975	8	84	1	1

2.3. Besin Sanitasyonu

2.3.1. Gıda Maddelerinin Kontrolü : Bölgede besin kontrolü Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 020 nolu Çevre Sağlığı Kontrol Çizelgesi'ne göre yapılmaktadır. Gereğinde nümunelerin bakteriolojik ve kimyasal analizleri Merkez Hıfızışsha Enstitüsü'nün Gıda Kontrol Laboratuvarı'nda yapılmakta alınan neticelere göre gerekli işlemler yapılmaktadır.

2.3.2. Gıda İmal Yerlerinin Kontrolü : Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocakları bölgesinde; süt ve sütlu mamüller, un ve unlu mamüller üreten ve fırınlar olmak üzere üç türden gıda imal yerleri mevcuttur. Bunların sayıları, kontrol ve neticeleri tablo 10 da verilmiştir.

Tablo 10 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE GIDA İMAL YERLERİ SAYISI, BURALARDAN ALINAN NÜMUNE ve NETİCEDE UYGUN OLMAYAN NÜMUNE SAYILARI

İmalat Türü	Süt ve Sütlu Mamuller			Un ve Unlu Mamuller			Fırınlar			Toplam		
YILLAR	Sayı	Kontrol	Uygun Olmayan	Sayı	Kontrol	Uygun Olmayan	Sayı	Kontrol	Uygun Olmayan	Sayı	Kontrol	Uygun Olmayan
1972	2	2	-	4	4	-	16	39	-	22	45	-
1973	1	1	-	7	2	-	9	52	15	17	55	15
1974	1	8	-	7	28	-	9	83	8	17	119	8
1975	1	4	-	7	9	-	9	72	-	17	85	-
TOPLAM		15	-		43	-		246	23		304	23

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Tablo 10 da görüldüğü üzere Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocakları bölgesinde 1972 - 1975 yılları arasında, gıda imal yerlerinde yapılan, toplam 304 kontrolden 23 ünde uygun olmayanlar çıkmıştır.

rın sağlık kurallarına aykırı olduğu tesbit edilmiştir. Bunların tamamı fırınlarla ilgilidir. Gerek fırın işleticileriyle gerekse belediye ile yapılan temaslar neticesinde durumun dűzeltilmesi için gerekli çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca bu iř yerlerinde çalışanlara ,çeşitli zamanlarda portrölük taraması yapılarak,elde edilen sonuçlara göre,gerekli işlemler yapılmıştır.

2.3.3. Gıda Satıř Yerleri Kontrolű : 1972 - 1975 yılları arasında Sađlık ocakları bűlgelerinde bulunan çeřitli gıda satıř yerlerinden 14.313 nűmune alınmıř ve bu nűmunelerden 2165 inin,Gıda Maddeleri Tűzűđű ne uymadıđı saptanmıřtır. Nűmunelerin sađlıđa uygun olmadıđı saptanan zamanlarda,bu iř yerleri ile temasa geçilerek gerekli eđitim ve iřlemler yapılmıřtır. Tablo 11 de 1972 - 1975 yılları arasında gıda satıř yeri tűrű, sayısı ve alınan nűmune sayısı ile bu nűmunelerden sađlıđa uygun olmayanların sayısı gűrűlmektedir.

Tablo 11 : 1972-1975 YILLARI ARASINDA GIDA SATIř YERLERİ SAYISI, ALINAN NűMUNE SAYISI ve UYGUN OLMAYAN NűMUNE SAYISI

Gıda Satıř Yeri Tűrű	Bakkal Manav	Kasap	Hal Pazar	Seyyar Satıcı	ayhane Meşrub.	Lokanta Pastane	TOPLAM
Satış Yeri Sayısı +	264-352	24-29	1	21-54	39-59	30-33	
Yapılan Kontrol Sayısı	8387	1131	71	1495	2040	1189	14.313
Sağlığa Uygun Olmayan	800	133	4	738	304	186	2165

Not : Bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı Kayıtlarından alınmıştır.

+ Satış yeri sayısı 1972 ve 1975 yılları sayılarıdır.

2.4. Konut Hijyeni

Abidinpařa Eđitim ve Arařtırma Sađlık Grup Bařkanlıđı bűlgesi'nde evlerin bűyűk çođunluđu gecekondudur (bak tablo 6). Oda bařına dűřen nüfus ise 1.9 veya daha yukarıdır (bak tablo 8). Bűlgede kalabalık faktűrű,toplumu etkileyen űnemli faktűrlerden biridir. Bu nedenle toplumda solunum sistemi enfeksiyonlarının űnceliđe haiz bir sorun olarak karřımıza çıkması beklenir. Nitekim,kaba morbiditye çalıřmaları da bunu dođru-

lamakta ve bölgede,tüm diğer hastalıklara oranı itibariyle,solunum sistemi hastalıkları başta gelmektedir.

Bu konunun radikal çözümü sağlık örgütünün boyutlarını aşmaktadır. Ancak,bu konuda,nonfonksiyone oda ve boşlukların fonksiyone hale getirilmesi ve evlerin yeteri miktarda havalandırılması yönünde eğitim çalışmaları yapılmaktadır. Ayrıca ev ve ev içi eşyaların temizliği konusunda ev kadınlarına eğitim uygulanmaktadır. Vektörlerin evlere yerleşmesini güçleştirecek birtakım pratik önerilerde bulunulmaktadır.

2.5. Vektörlerle Savaş

Bölgede vektörlerle savaş belediye ekipleri tarafından çöp toplama kaplarına veya müracaat eden ev ve müesseselerde insektisit uygulamak suretiyle yapılmaktadır.

Ayrıca sağlık ocakları personeline vektörlerin çoğalmasına neden olan hareketlerden kaçınılması (çöplerin rastgele atılmaması gibi), kişisel olarak ev içi hasarelerle mücadele ve yiyecek maddelerinin vektörlerle temas etmemesi gibi konularda eğitim çalışmaları yapılmaktadır.

3- KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER

Bundan önceki bölümlerde,bizzat koruyucu hekimlik hizmetleri içinde de mütalâ edilebilen,toplum tanıma çalışmaları ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ele alınmıştı. Bu bölümde ise,koruyucu sağlık hizmetlerinin diğer bir ana başlığını oluşturan,kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri incelenecektir.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini şu alt başlıklar altında toplayabiliriz :

- 1- Erken tanı ve sağıtım (periodik kontroller)
- 2- Bulaşıcı hastalıklarla savaş ve bağışıklama
- 3- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri
- 4- Beslenme
- 5- Sağlık eğitimi

3.1.Erken Tanı ve Sağıtım

Tıbta erken tanının değeri,her geçen gün daha fazla anlaşılmakta ve uygulamasına büyük önem verilmektedir.Erken tanıyı,kişinin hastalığının belirtisinin farkına varmadan önce veya ona acı ve sıkıntı vermeyen silik belirtilerin bulunduğu dönemde hastalığın teşhis edilmesidir diye tanımlayabiliriz.

Toplumda hastalıkların erken teşhisi üzerinde yapılan çalışmalar, birçok hastalıklarda bilinen vaka sayısının,mevcut vaka sayısına oranla çok az olduğunu göstermektedir.Bu durum buz dağlarının büyük bir kısmının deniz içinde olması ve görülmemesine benzetilerek-toplumda hastalık buz dağları (Clinical iceberg in the kcommunity)-deyimi ile anlatılmaya çalışılmıştır (12).

Örneğin;Başkök,memleketimizde tüberküloz prevalensi üzerinde yaptığı araştırmalarda,kaviteli tbc olgularından %51 inin,intfiltrasyonlu olgulardan ise %83 ünün hastalıklarının farkına varmamış olduğu veya hastalıklarının teşhis edilmemiş olduğunu göstermiştir.Aynı şekilde,şekil 5 de bazı hastalıkların bilenen ve bilinmeyen olgularının oranları görülmektedir.Şekil 5 den de görüldüğü üzere,bir çok hastalığın,bilinen olguları bilinmeyenlere oranla çok azdır.Sadece bu yönüyle bile erken tanının çok büyük bir önemi vardır.

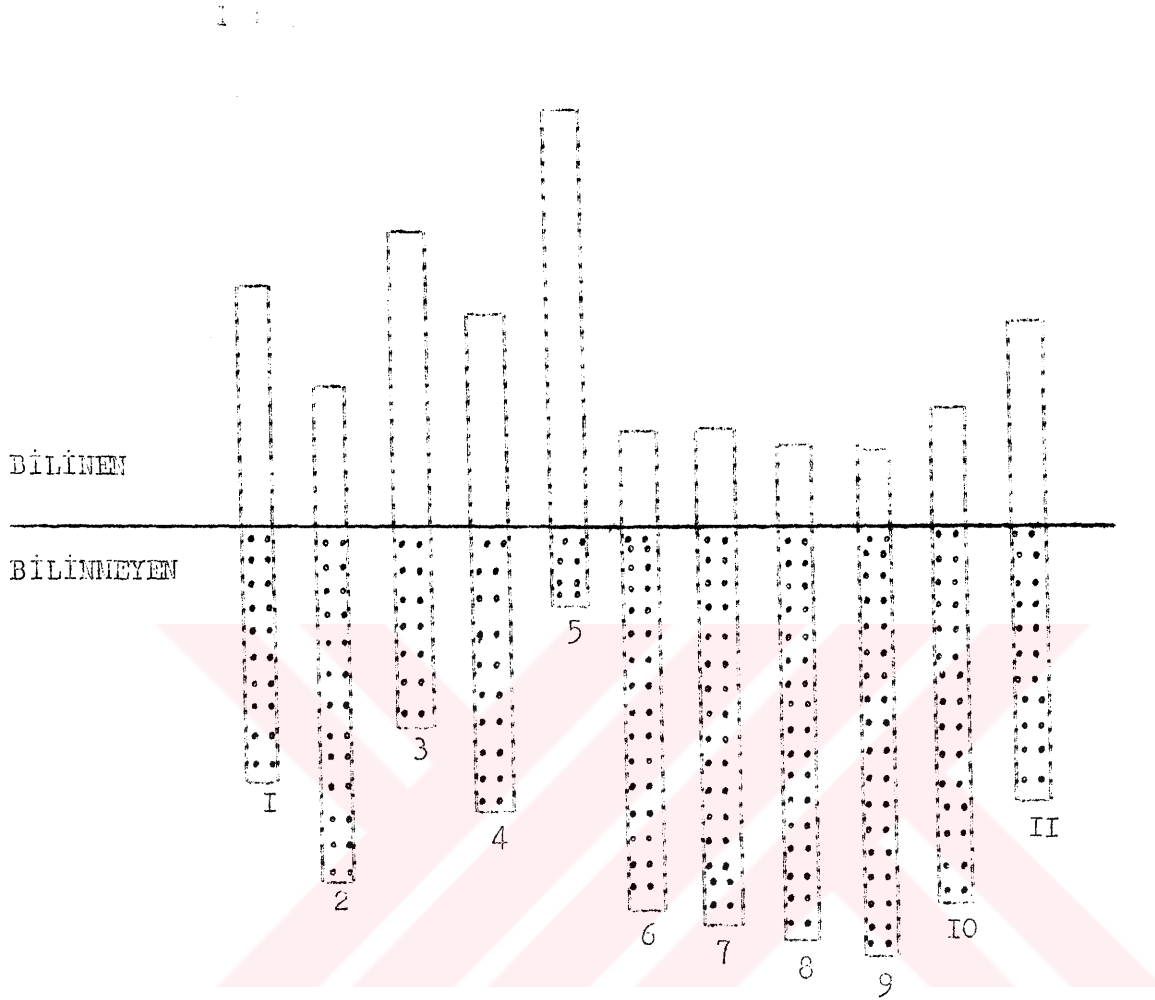
Erken tanıya gitmede kullanılan yöntemler üç başlık altında toplanabilir:

a- Toplumdaki kişileri,toplum açısından önemli,seçilmiş bazı hastalıklar konusunda eğitmek.(Bu konu eğitim bölümünde tekrar ele alınacağı için,bu bölümde üzerinde durulmayacaktır.)

b- Periodik kontroller

c- Kitle taramaları

ŞEKİL:5 TOPLULUKLARDA YAPILAN TARAMALARA GÖRE
BİLİNEN VE BİLİNMEYEN HASTALIK
VAKALARININ ORANLARI



- I - Kaviteli Tbc. (Ankara)
- 2 - Tbc. İnfiltrasyon (Ankara)
- 3 - Angina Pektoris (Çekoslavya)
- 4 - Enfarktüs (Çekoslavya)
- 5 - Hipertansiyon (Çekoslavya)
- 6 - Hipertansiyon (Etimesgut H.Ü.Tıp Fak.Öğrencileri)
- 7 - Hipertansiyon (İngiltere)
- 8 - İdrar Yolları Enfeksiyonu (İngiltere)
- 9 - Glokom (İngiltere)
- 10 - Servik Kanseri (İngiltere)
- 11 - Psikiatrik vaka (İngiltere)

Not - Fişek Musret ,Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi
H.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Ders
notlarından alınmıştır.

3.1.b. Periodik Kontroller (muayeneler)

Erken tanının önemli olduğu hallerin belli başlıcaları şunlardır : Tüberküloz,sifiliz,lepra,kalp hastalıkları,böbrek hastalıkları,çocuklarda fizik-mental gelişme,görme ve işitmesi ile ilgili haller,kanser,diabet,meslek hastalıkları,metabolizma hastalıkları,hipertansiyon ve glakom.

Bu hastalıkların erken tanısı için bölgedeki tüm toplumun periodik muayeneden geçmesi ilke olarak kabul edilmiş ise de,70.000 kişilik bir toplum bireylerinin tümünün yılda bir kez dahi,muayenesi için günlük poliklinik hacmine ortalama 200 kişilik bir ilave gerekmektedir. Bu ise enaz 5-6 hekimi devamlı olarak meşgul edecek bir iş hacmidir. Kaldı ki, yılda bir genel muayenenin,gerekli bakteriolojik,serolojik ve röntgenolojik tetkikler yapılmadan,sadece fizik muayene ile,gerekli faydayı sağlamayacağı belirgindir. Esasen buna gerek de yoktur. Bu programın toplumda seçilen risk gruplarına yöneltilmesi daha uygundur. İşte bu nedenlerle, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde,periodik muayeneler,toplum içinde hastalık ve ölüm bakımından yüksek risk altındaki (0-6) yaş grubu çocuklara ve gebelere yöneltilmiş bulunmaktadır.

Hizmet bölgesindeki (0-6) yaş grubu çocukların tamamı kontrol altındadır. Çocukların muayenesinde fizik-mental gelişimleri izlenmekte ve rutin aşıları ay ve yaşlarına göre hazırlanmış "Aşı Takvimi" esasına uyularak yapılmaktadır.

Gebelerin muayeneleri ise,"Prenatal,Natal ve Postnatal Devrede Yapılan Periodik Muayene Çizelgesi" ne göre yapılmaktadır.

Tablo 12 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA BÖLGESİ'nde (0-6) YAŞ GRUBU ÇOCUKLAR VE (15-44) YAŞ GRUBU KADINLARIN SAYI VE TOPLUMDA (%) DAĞILIMI

YILLAR		1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
(0-6)Yaş Grb.	A	2811	4180	4494	11393	11903	12883	12452
	%	16.7	19.4	18.7	19.3	18.5	16.5	17.1
(15-44). Kadınlar	A	3938	5035	5544	13768	15153	16721	17926
	%	23.4	23.4	23.1	23.3	23.5	24.1	24.7

Not: Tablodaki bilgiler Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Tablo 13 : GEBELİK VE NETİCELENMESİNİN YILLARA GÖRE DURUMU

G E B E		Y I L L A R						
		1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Geçen Yıldan Kalan		202	278	221	260	605	511	521
Yıl İçi Tesbit		613	635	788	1624	2031	1799	1869
Başka Bölgeden Gelen		110	29	8	72	47	28	21
Bölgeden Ayrılan		220	91	90	213	206	149	141
Yıl İçi Düşük Yapan		34	35	35	27	58	51	27
Yıl İçi Ölen		-	1	2	-	1	2	2
Doğum	S.P.Y ⁺ ile	334	544	596	1012	1623	1556	1702
	Kendikendine	59	50	34	99	184	159	118
Yıl Sonu Gebe		278	221	260	605	611	521	421

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

+ Sağlık personeli yardımı ile.

Tablo 12 ve 13 den görüleceği üzere gerek (0-6) yaş grubu çocuklar, gerekse gebe kadınların sayısı oldukça kabarık bir rakamdır. Bu nedenle tüm periodik muayenelerin hekim tarafından yapılması arzu edilir olmasına karşın, yalnızca (0-6) yaş grubu çocuklar günde 30-40 poliklinik adede tutmaktadır. Oysa, sağlık ocaklarında tek hekim görevlidir. Bu nedenle periodik muayenelerin bizzat hekim tarafından yapılması mümkün olmamaktadır. Ancak bu konuda ziyaretçi hemşire ve ebelerden yararlanılmaktadır. Hemşire ve ebeler, devamlı kontrolleri sırasında, tereddüde neden olan bir konu bulunduğunda bu çocuk veya anneler ocağa davetle ocak hekimi tarafından muayene edilmektedir. Gerekirse A.Ü.Tıp Fakültesi Kliniklerinde daha ileri tetkikleri yapılmaktadır.

Ocaklarda görevli hemşire ve ebeler hergün saat 8.00 de göreve başlar ve saat 9.00 da ev ziyaretleri için sahaya çıkarlar. Bu ziyaretler öğleden sonra saat 17.00 ye kadar devan eder. Ev ziyaretlerinde gebe ve çocuklar kontrol edilir. Bu kontrollanda; gebeliğin saptanması, pelvis öl-

çüleri,nabız,tansiyon,gebelikten ileri gelen yakınmalar ve gebenin enfeksiyona karşı korunması (kızamıkçık v.s.) gibi konular izlenir. Özellikle gebe ve annelere gebelik hijyeni,beslenme,giyim,çalışma konuları ve çocuk bakımı ile ilgili bilgiler verilir ve demonstrasyon yapılır. Durumundan şüphelenilen gebe,anne veya çocuklar ocağa davet edilir.

Bu çalışmalarda,sadece ana-çocuk sağlığı gibi monovalan hizmetler değil,ayni zamanda çevre sağlığı,beslenme,bulaşıcı hastalıklar,aile planlaması,demografik değişiklikler ve sosyal yardım yönlerinden de ailelere hizmet götürülmektedir. Böylece sağlık ocakları polivalan bir sistem içinde çalışmaktadır.

Zaten periodik kontroller,salt erken tanı ve sağıtım ereğıyle yapılmaz. Periodik kontrollerin,önemli ve ağırlıklı bir ereğıde yüksek risk gruplarının bakımlarının hijyenik koşullarda yapılıp yapılmadığının kontrolü ve yapılmıyorsa genekli önlemlerin yapılması yönünden koruyucu hizmet vermektir. Böylece yüksek risk grubuna gerekli önlemleri önceden sunarak veya buna ortam hazırlayarak,bu grupların daha bir itina ile korunmalarını sağlar. Örneğın; (0-6) yaş grubu çocuklar ile gebeleri devamlı kontrol altında tutarak,onların mevcut risklere karşı korunması sağlanmış olur. Burada erken tanı ve sağıtım üzerinde ağırlıkla durulmasının nedeni,salt bu yönüyle bile periodik kontrollerin büyük bir öneme haiz olduğunu vurgulamak ereğıyledir.

3.1.c. Kitle taramaları

Kitle taramaları erken tanı için,çok kullanılan ve eniyi sonuç veren bir yöntemdir. Fakat genellikle pahalı ve başarı ile yürütülmesi zor olan bir çalışmadır. Bu nedenle toplumda ancak seçilmiş sorunlar üzerinde kitle taramaları yapma zorunluluğı vardır. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma bölgesi'nde de seçilen bazı konular üzerinde kitle taramaları yapılmış ve yapılmaktadır. Bunlardan bellibaşlıcaalarını şöyle sıralıyabiliriz :

- 1- Toplumda Tüberküloz Prevalensi Araştırması
- 2- Toplumda Parazitlerin Yaygınlığı ve Hakimtür Tesbiti
- 3- Toplumda Kalp Hastalıkları Araştırması
- 4- Toplumda Beslenme Sorunlarını Tesbit Araştırması
- 5- Toplumda Bağırsak Enfeksiyonlarının Prevalensi Araştırması

- 6- (15-44) Yaş Grubu Kadınlarda Meme ve Cilt Kanseri Prevalensi Araştırması.
- 7- İlkokul 5 nci sınıf Öğrencilerinde Epilepsi Prevalensi Araştırması.

Ayrıca son yıllarda ilkokullarda, çocuklarda işitme ve görme bozukluğu taramaları, doğuştan kalça çıkığı prevalensi gibi konularda pilot çalışmalar yapılmaktadır.

3.2- Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş ve Bağışıklama

3.2.1. Bu bölümde; tanı (teşhis), bildirim (ihbar), tacrit ve bildirimi zorunlu hastalıklar ele alınacaktır.

Tanı : Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu ocaklarında tanılar genellikle klinik semptomlara dayanılarak konulmaktadır. ancak bildirimi zorunlu hastalıklarda gerekli laboratuvar tetkiklere başvurulmaktadır. Bu tetkikler A.Ü.Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Enstitüsü ve Fakülte Hastahanesi Merkez Laboratuvarı ile işbirliği içinde yürütülmekle beraber çok kısıtlı olmaktadır. Toplum Hekimliği Kürsüsü'nün tanı ile ilgili bakteriyolojik ve serolojik tetkikleri yapacak klinik laboratuvar üniti olmadığı için, gereği halinde tanıların teyidi veya reddi çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, bulaşıcı hastalıklar alanında, erken tanı ve gizli olguların saptanması mümkün olamamakta, ancak belirti veren olgular istatistiklere girebilmektedir.

Bildirim : Bulaşıcı hastalıklar arasında, bildirimi zorunlu hastalıklar haftalık ve aylık çizelgeler halinde Ankara Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'ne bildirilmektedir. Tablo 14 de 1969 - 1975 yılları arasında bölgede saptanan bildirimi zorunlu hastalıkların dağılımı görülmektedir.

Tablo 14 : ABİDİNPAŞA EĞTİM ve ARAŞTIRMA BÖLGESİ'nde BİLDİRİMİ ZORUNLU
HASTALIKLARDAN BAZILARI VE BUNLARDAN ÖLÜMLERİN YILLARA GÖRE
DAĞILIMI

Y I L L A R	1969		1970		1971		1972		1973		1974		1975	
	V	Ö	V	Ö	V	Ö	V	Ö	V	Ö	V	Ö	V	Ö
VAKA-ÖLÜM	E	1	-	3	5	-	26	-	20	-	3	-	1	-
	K	2	-	1	2	-	32	-	22	-	4	-	2	-
	T	3	-	4	7	-	58	-	42	-	7	-	3	-
KIZAMIK	E	88	-	88	50	-	322	-	320	-	156	-	200	-
	K	68	-	102	69	-	318	-	302	1	132	-	198	-
	T	156	-	190	119	-	640	-	622	1	288	-	398	-
ENFEKSİYÖZ HEPATİT	E	13	-	9	10	-	19	-	49	-	18	-	15	-
	K	16	-	15	9	-	16	-	48	-	18	-	16	-
	T	29	-	24	19	-	35	-	97	-	36	-	31	-
KIZIL ve STREPTOKOK ANJİNİ	E	18	-	49	4	-	4	-	20	-	40	-	25	-
	K	14	-	30	6	-	7	-	34	-	47	-	25	-
	T	32	-	79	10	-	11	-	54	-	87	-	50	-
SÜPHELİ ISIRIK	E	2	-	BY ⁺	2	-	7	-	11	-	5	-	6	-
	K	-	-	BY	-	-	2	-	10	-	9	-	5	-
	T	2	-	BY	2	-	9	-	21	-	14	-	11	-

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı
kayıtlarından alınmıştır.

+ Bilgi yok E: Erkek K: Kadın T: Toplam

Boğmaca : Bölgede görülen boğmaca olgularının çoğunluğu (1-4) yaş grubundadır. tanılar klinik olarak konmuş ve bakteriolojik teyidi yapılmamıştır. 1972 - 1973 yıllarında görülen artış (bak tablo 14) bölgeye bu dönemde eklenen sağlık ocakları bölgesindeki aşısız toplum nedeniyle. Bu bölgelerde de aşılama gereken önem verilmesiyle, 1974-1975 yıllarında tekrar olguların sayısı azalmıştır. 1969 - 1975 yılları arasında bölgede boğmacadan ölüm olgusu görülmemiştir.

Kızamık : Tablo 14 de 1969 - 1975 yılları arasında tesbit edilen kızamık olguları görülmektedir. Ancak bu sayılar, yıl içinde beklenen sayıların yalnızca 1/3 i kadardır. Burada, bölge nüfusunun kalabalık olması nedeniyle, ziyaretçi ebe ve hemşirelerin olguları tesbit edememeleri ve ailelerin, toplumumuzda çok iyi tanınan bu hastalığa, gereken önemi vermemeleri nedeniyle komplike yansız olgularda ocaklarla ilişki kurmaları rol oynamaktadır.

1969 - 1975 yılları arasında, kızamık komplikasyonları nedeniyle, 1968 de 2 ve 1973 de 1 olmak üzere toplam 3 ölüm vakası tesbit edilmiştir.

Kızamık daha çok sosyo-ekonomik düzeyi ve nonspesifik bağışıklık düzeyi düşük toplumlarda komplikasyonları ile ölümlere neden olmaktadır. Bu nedenle, esasen ömür boyu bağışıklık bırakan bu hastalıkta, kent- sel bölgelerde aşılama gerek olmadığı ilkesinden hareketle, bölgede kızamık aşısı rutin aşılar arasında uygulanmamaktadır.

Enfeksiyöz Hepatit : Son zamanlarda kent ve kır toplumlarında sık rastlanan ve suda kalıcı klorun emniyet düzeyinde (milyonda/0.5) tutulmadığı zamanlarda, her an epidemiyi yapabilecek olan bir hastalıktır. 1969 - 1975 yılları arasında bölgede saptanabilen olgu sayıları tablo 14 de verilmiştir, ancak dikkati çekmeyen supklinikal olgularla bu sayının daha fazla olması olasıdır.

Her olguda virolojik ve bakteriolojik araştırmalar yapılmadığı için, ajan olarak ne oranda leptospira veya virusun etken olduğu bilinmemektedir. Bölgedeki evlerin suları, büyük oranda şehir su şebekesine bağlı olmakla beraber, şebeke suyunda yapılan kontrollarda milyonda / 0.5 kalıcı klor her zaman bulunmamaktadır. Konutların büyük çoğunluğunun

gecekondur ve tek ev olması buralarda farelerin kolayca yerleşmesine olanak vermektedir. Bu nedenlerle bölgede, her iki ajan tarafından da enfeksiyöz hepatit oluşturulabilir.

Hastalığın yayılmasında yakın temasın da rolü vardır. Konutların büyük bir kısmının gecekondur olduğu bölgede oda başına düşen ortalama nüfus 2 kişidir. Yani, toplum kalabalık faktörünün etkisi altındadır. Bu nedenle de bölgede olguların sayısının yüksek olması beklenebilir.

Enfeksiyöz hepatit olgularının bir kısmı hastahane, bir kısmı da ev koşullarında tedavi ve tecrite alınmaktadır. 1969 - 1975 yılları arasında, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde enfeksiyöz hepatitten ölüm görülmemiştir.

Kızıl ve Streptokok Anjini : Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 1969 - 1970 yıllarında, Ankara kentinde de görülen ve özellikle okulların açık olduğu kış aylarında daha belirgin bir durum alan, kızıl hiperendemisitesi görülmüştür. Olguların cins dağılımı yapıldığında anlamlı bir fark yoktur. Buna karşılık, yaş gruplarına dağılımda olguların hemen tümünün (0-14) yaş grubunda toplandığı görülmüştür. Bu olguların 1969'da % 81'inin, 1970'de ise % 73.5'inin (0-6) yaş grubunda, yani okul öncesi dönemi çocuklarda toplandığı saptanmıştır. Geri kalanının ise (7-14) yaş grubunda, yani okul çağı çocuklarda görüldüğü saptanmıştır.

Hastalığın yaş dağılımı yapıldığında, okul öncesi çocuklarda yayılması dikkat çekicidir. Öyleyse kızıl (7-14) yaş grubu yani okul çağı hastalığıdır. Bu salgın neden (0-6) yaş grubunu tutmuştur sorusuna, cevap aramak ereğiyle 1969 yılı Kasım ve Aralık aylarındaki 32 olgunun "Kişisel Fişleri" üzerinde yapılan çalışma sonucunda, (7-14) yaş grubu olguların genellikle (0-6) yaş grubu çocuklardan daha evvel hastalığa yakalandığı ve böylece hastalığın okuldan evlere intikal ettiği düşüncesine varılmıştır.

Bu nedenlerle okul öğretmenlerine, kızıl ile ilgili, sağlık eğitimi yapılmış ve hazırlanan broşürler dağıtılmıştır. Evlerde ailelere gerekli eğitim yapılarak, hasta çevresinde gerekli önlemler alınmış ve tedavileri izlenmiştir. Hasta çocuklardan bir kısmı da hastahane tecrit ve tedavi altına alınmıştır.

Bu önlemler neticesinde hastalık hiperendemisitesinde bir gerileme görülmüştür (bak tablo 14). 1973 ve daha sonraki yıllarda sayılardaki artış bölge nüfusundaki hızlı artışla ilgilidir. 1969-1975 yılları arasında, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma bölgesi'nde kızıl ve streptokok anjin veya komplikasyonlarından ölüm olmamıştır.

Adı geçen yıllar arasında Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma bölgesi'nde, 1968 yılında görülen 2 polio olgusundan başka polio ve difteri olgularına rastlanmamıştır. 1968 yılında tesbit edilen 2 poliölünün biri, 3 yaşında bir kız çocuğudur ve iki kez polio aşısı yapılmasına karşın, muhtemelen ajanı daha evvel almış olması nedeniyle, hastalığa yakalanmıştır. Diğerisi ise, bir yaşından küçük bir erkek çocuktur ve aşuya getirilmemiştir.

Aynı yıllar süresince çeşitli şüpheli ısırık olguları saptanmasına rağmen (bak tablo 14), kuduz olgusu saptanmamıştır. Muhtelif zamanlarda 6 tifo olgusu, 3 meningeokoksik menenjit, 1 bruselloz, 8 basilli dizanteri tesbit edilmiştir.

Araştırma kapsamına giren yıllar içinde, 1970 yılında randomla seçilen 514 kişide ve daha sonra 1971, 1972 ve 1973 yıllarında ishallerden nümune almak suretiyle yapılan pasif sürveyans çalışmalarında vibrio koleraya rastlanmamıştır.

3.2.2. Bağışıklama

Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı'na bölgede uygulanan aşılardan şunlardır: Çiçek, polio, difteri, boğmaca, tetanoz, tifo, kolera ve kızamık.

Bunlardan kızamık aşısı, ilk yıllarda rutin olarak uygulanmış olmakla beraber daha sonra, bölgenin kentsel olması ve kızamık komplikasyonlarından ölüm görülmeyecek bir düzeyde yeterli beslenme ve sosyo-ekonomik düzey olması nedeniyle, kızamık komplikasyonlarında ölümlerin görülmemesi üzerine, bu aşının rutin olarak uygulanmaması ilkesi benimsenmiştir. Ancak salgınlar sırasında, malnütrüsyonlu ve riskli çocuklara seçmeği olarak uygulanabileceği ilkesi kabul edilmiştir.

Bölgede kolera aşısıda rutin aşılardan olmayıp, uygulanması belli koşullara bağlanmıştır. Esasen koruyuculuğu % 30 gibi düşük bir oranda ve süresi 6 ayla sınırlı olan bu aşı, portörlüğe yolaçması nedeniyle de rutin olarak uygulanmasında fayda görülmemektedir. Ancak epidemikler sırasında, ölümleri azaltmak ereğiyle uygulanması düşünülmektedir.

Bölgede BCG aşısı uygulanmakta ise de, bu uygulama, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı ile işbirliği içinde çalışan, Göğüs Hastalıkları Kliniği bünyesindeki 7 Nolu Verem Savaş Dispanseri gezici ekiplerince yapıldığı için çalışma kapsamına alınmamıştır.

Rutin olarak uygulanan aşılar; çiçek, polio, difteri, boğmaca, tetanoz ve tifo aşılarıdır. Aşılama çalışmaları, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı "Aşı Talimatnamesi" ne göre yapılmakta ve (0-6) yaş grubu çocuklar rutin olarak aşılanmaktadır.

İlke olarak, kentsel bölge olan bölgede , aşılamaların ocakta yapılması düşünülmekte ise de tüm eğitim çalışmalarına karşın bir kısım anneler çocukları hastalanmadıkça ocağa getirmemektedirler. Bu nedenle, aşılama çalışmaları hem ocaklarda hem de evlerde ziyaretçi ebe veya hemşirelerce yapılmaktadır. Tablo 15 de 1969 - 1975 yılları arasında Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı sağlık ocaklarında ve ziyaretçi hemşire, ebeler tarafından sahada yapılan aşılama sayıları görülmektedir.

Bölgede bağışıklama oranı oldukça yüksektir. Örneğin; 1972 - 1975 yıllarını ele alırsak, 1972 de doğanlar 1975 yılında dört yaşına gelecekler ve 1975 yılı (0-4) yaş grubu, 1972 - 1975 yılları arasında tam DBT aşısı yapılanlar grubunca oluşturulacaktır. Buna göre, 1975 yılında (0-4) yaş grubunda 9227 çocuk bulunmakta (bak tablo 2) ve bu 4 yıl boyunca ise 8529 tam DBT aşısı uygulanmış bulunmaktadır, yani (0-4) yaşındaki çocukların % 92 si tam DBT aşıllı ve aynı yöntemle hesaplamakla % 41 inin de rapel aşıllı olduğu görülmektedir. aynı hesaplama 1975 yılı (0-6) yaş grubu (bak tablo 12) için yapılırsa bağışıklık oranı % 68 bulunur.

Aynı şekilde polio aşısı için 1975 yılı (0-4) yaş grubundakilerin bağışıklık oranı hesaplanırsa % 97 bulunur. Hernekadar, bağışıklama oranının (0) yaş grubunda hesaplanması alışılmış olunan yöntem ise de, tüm

eğitim çalışmalarına rağmen, anneler çocuklarını aşılama için bir yaşından sonra ocaklara getirdiklerinden toplumun bağışıklama düzeyini hesaplamak üzere, yukarıdaki yönteme başvurulmuştur.

Bir toplumda epidemilerin önlenmesi % 65 bağışıklama ile sağlanabilmektedir. Bölgede epidemilerin çıkmamasını yukarıdaki bağışıklama düzeyleri ile açıklayabiliriz. Nitekim, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma bölgesi'nde araştırma kapsamına giren yıllar içinde, 1968 de görülen iki polio olgusunun dışında, polio ve difteri eradike edilmiş olup boğmaca ise birkaç vaka haline gelmiştir (bak tablo 14). 1972 - 1973 yıllarında boğmacadaki artış bölgeye eklenen yeni ocak sentleri nedeniyledir.

Tablo 15 : ABİDİNPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA BÖLGESİ'nde 1969 - 1975 YILLARI ARASINDA AŞILAMA SAYILARI VE TÜRLERİ

Y I L L A R		1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
ÇİÇEK	İlk	1159	549	2941	7587	3408	1570	2280
	Tekrar	600	1859	220	3866	2287	3167	1827
DBT	Tam Aşılı	1480	482	826	2237	2805	1813	1604
	Rapel	445	1838	650	710	804	1184	1140
POLİO	Tam Aşılı	1003	471	826	2335	3460	2063	1121
	Rapel	429	546	747	660	2263	1843	1616
TİFO	Tam Aşılı	326	1368	242	1237	1460	401	156
	Rapel	136	9184	243	14891	13030	4048	6

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

3.2.3. Sosyal Hastalıklar

Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma bölgesi'nde tüberküloz tarama, tedavi ve aşılama işlemleri 7 Nolu Verem Savaş Dispanseri'nce yapılmaktadır.

Kayıtlarda 1972 yılına dek sosyal hastalıklara rastlanmamaktadır, ancak 1972 yılında bölgede 60 tüberkülozlu olduğu bilinmektedir. 1973 yılında buna, yeni tesbit edilen 4 olgunun eklenmesiyle toplam 64 tbc olgusu saptanmıştır. Hastaların muayene ve ilaç verme işlemleri dispanserce yapılmakta, tedavilerin uygulanması ve izlenmesi ise sağlık ocaklarınınca yürütülmektedir. Genel taramalar dışında, ayrıca polikliniklerde de şüphelenilen olgular 042 nolu form ile dispansere gönderilerek gerekli işlemler tamamlandıktan sonra tbc li olanlar tedavi ve takip altına alınmaktadır.

Adı geçen yıllarda, 2 lepralı ve 2 frengili saptanmıştır. Bu hastaların takip ve tedavileride sağlık ocaklarınınca yapılmaktadır. 1974, 1975 yıllarında bölgede sosyal hastalık saptanmamıştır.

3.3. Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Tüm sağlık hizmetleri polivalan bir örgütlenme ile yürütülürken, eğer olanaklar tüm toplumu ve sağlık alanlarını kapsamına almaya elvermiyorsa, hizmet belli yerlere konsantre edilir. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlığı'nda da hizmetlerde AÇS hizmetlerine belli bir ağırlık verme ve konsantrasyon söz konusudur.

Bölgede (0-14) yaş grubu, tüm nüfusun % 41,9 unu, (15-44) yaş grubu kadınlarda bu orana katılırsa, bütün nüfusun % 72 sini kapsadığı görülür. Bu oran bile, sağlık hizmetlerinde, ana - çocuk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiğini gösterir. Bu grupların hastalığa yakalanma yönünden daha riskli olduğu düşünüldüğünde ve bebek ölüm oranı ile anne ölüm oranının, gelişmiş ülkelere oranla, yüksek olması dikkate alındığında ana - çocuk sağlığı hizmetlerine daha da bir öncelik verilmesi gerektiği açıklıkla görülür.

AÇS na öncelik ve ağırlık verilen hizmetlerde, AÇS yönünden çalışma esasları ve amaçlarını şöyle sıralamak mümkündür:

1- Toplum ana - çocuk sağılığı konusunda,sistemli bir propoğanda ve sağılık eğitimi ile,aydınlatmak ve bilgili kılmak,

2- Gebe,lohusa,emzikli annelerle, (0-6) yaşı çocukları periodik sağılık kontrolü altında bulundurarak sağılıklı ve güçlü olarak yaşam ve yetişmelerini sağlamak,

3- Anneleri,çocuk bakımı,çocuk beslenmesi,aile planlaması,çocuklarını ve kendilerini hastalıklardan koruma gibi konularda teorik ve pratik bilgilerle aydınlatmak ve bilgi sahibi yapmak,

4- Çocukların bulaşıcı hastalıklardan korunması için, zamanında, hertürlü aşılarını yapmak ve takip etmek,

5- Anne ve çocukların hastalık hallerinde erken tanı ve tedavileri ile ilgilenmek ve hertürlü yardımı yapmak,

6- Anne ve çocukların sağılıklarının gerektirdiği hallerde,alma gücü olmayanlara ilaç,gıda,biberon ve bebek giyimi gibi yardımlarla desteklemek,

7- Gebe annelerin periodik kontroller sonunda en uygun koşullarda doğumlarını yaptırmak,

8- Ev ziyaretleri yaparak,sağılık eğitimi yanında,sosyal ve kültürel eğitimle ailenin kalkınmasında yardımcı olmak,

9- Aile planlaması konusunda bütün (15-44) yaşı grubu kadınları eğiterek,hertürlü tatbikatı sağlıyarak yardımcı olmak,

10- Anne ve çocukların sağılık,sosyal ve kültürel bakımdan kalkınmasını ve gelişmesini sağlamak ereğiyle,diğer kamu yararına olan kuruluşlarla işbirliği yapmaktır.

Ana ve çocukların periodik kontrolleri,periodik muayeneler bölümünde (bak bölüm 3.1.b),çocukların bağışıklanması bağışıklama bölümünde (bak bölüm 3.2.2) incelenmişti. Eğitimle ilgili çalışmalar eğitim bölümünde (bak bölüm 3.5), ana ve çocuklara yapılan yardım çalışmaları ise,sosyal yardım bölümünde (bak bölüm 5) incelenecektir. Polivalan hizmet gereği,AQS hizmetleri diğer hizmetlerle inteğre edilmiş olduğundan her bölümde AQS ile ilgili çalışmalara da yer verilmiştir. Bu bölümdeydiğer bölümlerde yer almayan,aile planlaması çalışmalarına ağırlık verilecektir.

İnsanları bedenlen,ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik ve huzur içinde bulundurmak,onları çeşitli hastalıklardan ve kazalardan korumakla,fakat aynı zamanda sosyal yaşantılarını,aile düzenlerini kendi olanakla-

rına ve arzularına uygun bir biçimde kurabilmelerine ve de devam ettirebilmelerine imkan vermekle olabilir. Son dekatlarda, koruyucu ve iyi edici tıp hizmetlerindeki olağanüstü gelişmeler, daha önceleri adeta nüfus planlaması yaparcasına seyreden enfeksiyon hastalıklarının sebep olduğu ölümleri büyük oranda düşürmüştür. Bu durum, doğum oranlarında evvelkine oranla bir düşmenin görülmediği toplumlarda, özellikle gelişmekte olan toplumlarda, nüfusun giderek hızlı bir şekilde artmasına yolaçmıştır. Ekonomik imkanları zorlar biçimde artan nüfus, gerek toplum ve gerekse aile bünyesinde çeşitli problemler ve huzursuzluklar yaratmaya başlamıştır. Gerek toplumda gerekse ailede üretici birey sayısında bir artma olmamasına rağmen, tüketici nüfusun fazlalaşması nedeniyle üretici nüfus/tüketici nüfus oranı birincilerin aleyhine bozulmuştur (13).

Ülkemizden bir örnek verecek olursak; Türkiye'de (0-14) yaş grubu, genel nüfusun % 41.1 ini, 65 ve yukarı ise % 4.4 ünü oluşturmaktadır. İktisaden faal kabul edilen (18-64) yaş grubu içindeki çalışmayanları da yukarıdakilere dahil edersek, toplumumuzun % 50 veya daha yukarısının tüketici durumda olduğu ortaya çıkar. Buna mukabil gelişmiş ülkelerde tüketici nüfus, tüm nüfusun % 30 unu geçmemektedir (13).

Aile planlaması çalışmalarının, toplumda üretici/tüketici nüfus oranını üretici nüfus yararına değiştirmek gibi ekonomik faydası yanında tüm tıp toplumunca gayet iyi bilinen, ana ve çocuk sağlığına olumlu etkileri de vardır. Ancak burada sorun, bu çalışmanın kime ve nasıl götürüleceğidir.

Aile planlaması çalışmalarında (15-44) yaş grubu kadınlar hassas grubu, yani risk altındaki toplumu oluştururlar. Ancak toplumun % 24 üne yakınının (15-44) yaş grubu kadınlar tarafından oluşturulduğu (bak tablo 12) gözönüne alınırsa ilk anda bu hacinde bir çalışma alanına girilirse, sınırlı olanaklarla, başanlı olunamayacak belkide, istekli olmayanlara da hizmetin götürülmesinin doğuracağı antipati çalışma hızına olumsuz etki yapacaktır. Bu nedenle bu yaş grubunda evli olmayan, az çocuklu, çocuk isteyen, gebe, lohusa ve steril olanların ayrılması gerekecektir.

Esasen (15-44) yaş grubunun tanamını kapsayan bir program uygulanması için zorunluluk da yoktur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na göre, bu gruptaki kadınların % 5 ine aile planlaması uygulanırsa, nüfus artış

hızında % 0.5 lik bir düşme sağlanabilir. İlk elde elde edilecek böyle bir sonuç da yeterli sayılabilir. Öyle ise,hizmeti tüm (15-44) yaş grubuna götürmektense,enyüksek risk grubu saptanarak bu gruba yöneltilmesi uygundur.

Aile planlamasında yüksek risk grubu,yüksek düşük yapma oranına sahip grup olarak ele alınabilir. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkanlığı sağlık ocaklarına bağlı dört sağlıkevi bölgesinde yapılan çalışmalara göre;ençok düşük yapan grubun % 32.8 ile (25-29) yaş grubu kadınlar olduğu,bunu takiben de (20-24),(30-34) yaş gruplarının geldiği saptanmıştır. Tablo 16 da 1975 yılında Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'nın dört sağlık evi bölgesinde saptanan düşüklerin yaş grubu ve düşük türlerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 16 : 1975 YILINDA ABİDİNPAŞA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI'nın
4 SAĞLIKEVİ BÖLGESİNDE SAPTANAN DÜŞÜKLERİN,TÜR ve
YAŞ GRUPLARINA DAĞILIMI

DÜŞÜKLER	YAŞ GRUPLARI						TOPL.	(%)
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		
Kendi Kendine	30	64	82	39	18	2	235	24.6
Kriminal	35	158	215	183	71	15	677	71.0
Hastalık Nedeniyle	5	13	16	4	3	1	42	4.4
TOPLAM	70	235	313	226	92	18	954	100.
(%) ORAN	7.3	24.6	32.8	23.7	9.7	1.9	100	

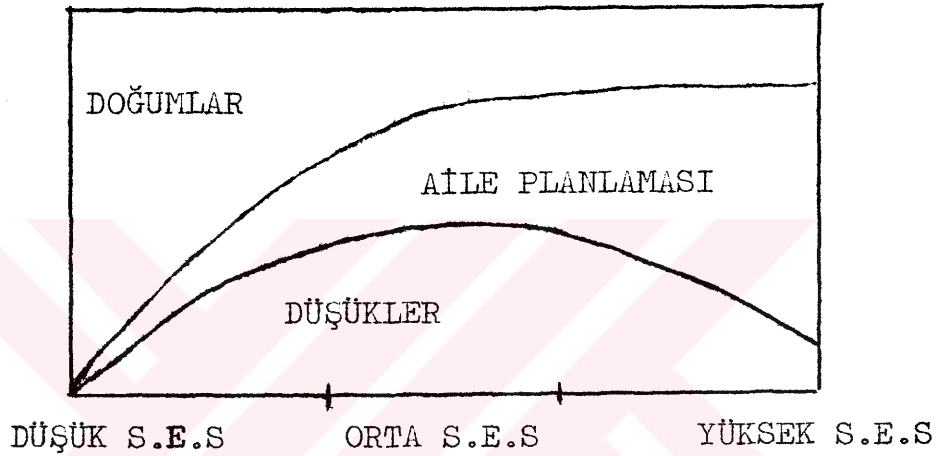
Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

$X^2=416.808$ $P<0.001$ Düşüklerin yaşlara göre dağılımı homojen değildir.

Sosyo - ekonomik yönden ise;iyi düzeyde olanlarda doğum ve düşük oranları düşüklüğüne karşılık,aile planlaması uygulayanların yüksek oranda olduğu,orta sosyo-ekonomik düzeyde olanlarda doğum ve korunanların oranının birbirine yakın olmasına karşılık düşük oranının,gerek iyi gerekse düşük düzeydeki gruplara göre oldukça yüksek olduğu,düşük

düzeydeki kadınlara gelince doğum oranının yüksekliğine karşılık aile planlaması ve düşük yapma oranının en düşük grup olduğu görülür (bak şekil 6). Özetlersek; iyi sosyo-ekonomik düzeydeki grup, aile planlaması yönünden, sorunlarını önlüyor, orta grup sorununu çözmeye çalışıyor, yoksul grup ise soruna boyun eğiyor. O halde sosyo-ekonomik faktör açısından öncelik, orta sosyo-ekonomik düzeyde olan kadınlardır.

Şekil 6 : DÜŞÜKLERİN SOSYO-EKONOMİK DÜZEYLE İLİŞKİSİ



Özet olarak; Abidinpaşa Eğitim ve araştırma Sağlık Grubu Başkahlığı Bölgesi Toplumu'nda aile planlaması uygulamalarını öncelikle (25-29) yaş grubu ve orta sosyo-ekonomik düzeyde olan evli kadınlara götürmek uygundur ve halen de böyle yapılmaktadır. Zaten, toplumdaki bu kesime aile planlaması çalışmalarını götürmekle, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın ön gördüğü (15-44) yaş grubunun %5'inin iki mislinden fazlasına ulaşılmış olmaktadır.

Toblo 17 den görüleceği üzere korunanların oranı, her geçen yıl daha da artarak, oldukça yüksektir. Bu oran Türkiye'de ise, aile planlamasına taraftar olanlar olarak; büyük kentlerde %77, kentlerde %65, kasabalarda %64, köylerde ise %47 dir (14). Diğer bir anlatımla, Türkiye'de aile planlaması hakkında bilgi sahibi olmak isteyenler %72, istemeyenler ise %28 dir (14). Tüm bunlar göstermektedir ki gerek Abidinpaşa Bölgesi'nde gerekse Türkiye'de korunan veya korunmak isteyen kadınların, tüm (15-44) yaş grubu kadınlara oranı oldukça kabarık bir yüzdeyi oluşturmaktadır. Burada sağlık hizmetlilerine düşen görev, en uygun yöntemi götürmek, sağlamak ve ana yönünden büyük risk oluşturan düşükleri önlemektir.

Tablo 17 : Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 1969-1975
Yılları Arasında Aile Planlaması Yönünden İzlenen Kadın-
ların Durumlarını Gösterir Tablo

YILLAR	15-44Yaş İzlenen Kadın	Bekar		Dul		Çocuğu Olmayan		Gebe		Lohusa		Korunan		Korunmayan	
		A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1969	3312	605	18.3	52	1.6	109	4.0	237	9.0	80	3.0	1622	61.1	607	22.9
1970	4370	989	22.7	84	1.9	77	2.3	275	8.3	75	2.3	1947	59.1	923	28.0
1971	4235	853	20.1	93	2.2	79	2.4	310	9.4	77	2.3	1959	59.6	864	26.3
1972	12909	2528	19.6	216	1.7	435	4.3	880	8.7	227	2.2	5830	57.3	2793	27.5
1973	14196	2863	23.4	472	3.3	416	3.8	827	7.6	250	2.3	6338	58.4	3030	27.9
1974	4238	993	23.4	78	1.9	96	3.0	191	6.0	74	2.3	2240	70.8	566	17.9
1975	2744	660	24.1	51	1.9	97	4.8	118	5.8	49	2.3	1283	63.1	486	23.9

Not: Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grub Başkanlığı
kayıtlarından alınmıştır.

Tablo 18: 1969-1975 YILLARI ARASINDA ABİDİNPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ'NDE AİLE PLANLAMASI UYGULAYAN KADINLARIN KULANDIKLARI YÖNTEMLERE GÖRE DAĞILIMI

YILLAR		1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
ORAL	A	168	241	235	744	877	445	202
	%	10.7	12.3	11.9	12.7	13.8	19.8	15.7
RİA	A	161	253	300	993	1093	297	396
	%	13.1	12.9	15.3	17.0	17.2	13.2	30.8
VAGİNAL TABLET	A	BY ⁺	39	308 ⁺⁺	152	278	165	104
	%		1.9	15.7	2.6	4.3	7.3	8.1
Geri Çekme Prezervatif Antiseptik Diğer	A	930	1414	1116	2767	4090	1333	581
	%	75.6	72.9	57.0	47.6	64.6	59.5	45.2
TOPLAM	A	1229	1957	1959	5830	6338	2240	1283
	%	100	100	100	100	100	100	100

Not: Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grub Başkanlığı Kayıtlarından alınmıştır.

+ Bilgi yok

++ Bu sayıya diğer adı altında bir takım yöntemlerde dahildir.

Tablo 19: GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ USUL KULLANANLARIN YERLEŞME BÜYÜKLÜĞÜNE GÖRE YÜZDE DAĞILIMI (15-44 Grubu Evli Kadınlar) 1968

USULLER	Metropoller (300.000+ nufuslu)	Kentler (15.000 30.000 nufuslu)	Kasaba (2.000 14.999 nufuslu)	Köy (2.000 den Az nufus)	Türkiye Toplamı
Oral Hap	8.5	12.0	6.9	2.5	6.9
R.İ.A	2.7	7.2	5.2	4.9	5.0
Kaput	24.7	14.0	19.4	5.1	13.8
Geri Çekme	46.1	40.4	49.7	63.2	51.8
Lavaj	17.4	24.4	14.2	24.1	21.1
Tablet, Krem	0.6	2.0	1.6	0.2	1.4
TOPLAM	100	100	100	100	100

Kaynak: Fişek N, "Türkiye'de Gebeliği Önlemek İçin Ailelerin Kullandıkları Usuller" Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni, Cilt 7 Sayı 4, Ekim 1972, Ankara, S.356

Toblo 18 ve 19 dan da görüldüğü üzere,gerek bölgede gerekse Türkiye'de,aile planlamasında sağlık verilen yöntemlerin azlığı yanında,koruma oranı düşük diğer yöntemlerin oldukça yüksek olduğu dikkati çekmektedir.Buradan da toplumumuzda oldukça yüksek bir aile planlaması isteminin bulunduğu ve bunu karşılamada sağlık personelinin etkinliğinin yeterli olmadığı söylenebilir.

Abidinpaşa Bölgesi'nde sağlık verilen ve koruyuculuğu yüksek yöntemlerin oranı yıldan yıla yükselirken (bak tablo 18) diğer yöntemlerin oranı azalmaktadır,ancak yeterli değildir.Bu azalmayı toplumda yürütülen aile planlaması çalışmaları ile açıklamak mümkündür.

Bölgede,sağlık verilen koruma usullerinin kullanılmasıdaki artışa karşılık,canlı doğum oranında belirgin bir azalma olmaması (bak tablo 4) bizi bu konuda yanlış sonuçlara götürmemelidir.Zaten erek,nufus artış hızını düşürmekten çok,ana-çocuk sağlığına uygun aralık ve koşullarda doğumlar sağlamaktır.

Nitekim canlı doğum hızında azalma sağlanamamasına karşılık,kendi kendine ve kriminal düşük sayılarında büyük azalmalar görülmesi,bu çalışmaların başarı ile yürütüldüğünü söylemeye olanak sağlamaktadır.1969 da 100 canlı doğumda düşük oranı %8.9 iken,1972 de %2.4 e,1975 de ise %1.4'e düşmüştür (bak tablo 13).Bu azalma aile planlaması çalışmaları ve doğum öncesi bakımla açıklanabilir.Aynı oran 1973 de üç büyük kent için %16.2 dir.Aradaki belirgin farkı,bölgede uygulanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ve bununla integre olarak yürütülen ana-çocuk sağlığı çalışmaları ile açıklayabiliriz.

Aynı şekilde,yıl içinde yapılan doğumların 1969'da %84.9'u sağlık personeli yardımı ile,1972 de %91, 1975 de ise %93'ü sağlık personeli yardımı ile yapılmıştır (bak tablo 13).Antenatal izleme ve doğumun sağlık personeli eşliğinde yapılmasının ana-çocuk sağlığı üzerindeki olumlu etkileri bilinmektedir.

Tablo 20 : ABİDİNPAŞA BÖLGESİ'NDE 1969-1970 YILLARI ARASINDA
DÜŞÜKLERİN TİP VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI

DÜŞÜKLER		Y I L L A R						
		1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Kendiken- dine	A	1309	1028	1047	3148	1969	686	235
	%	52.7	40.5	37.5	44.6	38.5	39.8	24.6
Kriminal	A	1147	1468	1716	3852	3050	1022	627
	%	46.2	58.0	61.5	56.0	59.6	59.3	71.0
Hastalık Nedeniyle	A	26	38	27	54	98	15	42
	%	1.0	1.4	1.0	0.8	1.9	0.9	4.4
TOPLAM	A	2482	2534	2790	7054	5117	1723	954
	%	100	100	100	100	100	100	100

Not: Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık
Grub Başkanlığı Kayıtlarından Alınmıştır.

Tablo 20 de 1969-1975 yılları arasında saptanan düşüklerin tip ve yıllara göre dağılımı görülmektedir. Her üç tip düşüklerin sayısında yıldan yıla devamlı bir azalma görülmesine karşılık, kriminal düşüklerin tüm düşüklere oranında göreceli olarak bir yükselme olduğu görülmektedir. Bu, antenatal bakım nedeni ile kendikendine düşüklerin enaza indirilirken, sayısal olarak azalmasına karşın, tüm düşükler içinde kriminal düşüklerin oranının yükselmesi demektir. Yani toplumda antenatal bakımın başarısı aşikar iken, aile planlaması götürülmesi kereken kadınların henüz önemini koruduğunu göstermektedir.

3.4. Halk Sağlığı Eğitimi Çalışmaları

Bir toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, buna yönelik çalışma ve olanakların yahısıra, bu çalışmaların yeterince toplum tarafından benimsenmesi, olanaklardan en uygun biçimde nasıl faydanılacağına bilinmesi ve bilinenlerinde olumlu davranış ve alışkanlıklar halinde insan ve toplum yaşamında yer almasına bağlıdır. İnsanlara sağlıklı yaşama sanatını öğretmek, bu konuda yeterli beceri ve uygun davranışlar kazandırmak, belirli esaslara göre uygulanacak sağlık eğitimi ile mümkündür (15).

Topluma yapılacak sağlık eğitiminin; planlama, yöntem seçimi, konuların saptanması, araçların seçimi ve sağlık eğitiminden yararlanacak grupların özelliklerinin bilinmesi, eğitimin etkili olması ve devamlılığı gibi, esasları vardır. Bütün bu esasların başarı ile uygulanabilmesi için, tüm sağlık personelinin yeterli bilgiye sahip olması ve eğitme yeteneği kazanmış olması gereklidir.

Sağlık eğitiminde, yöntem olarak, belli başlı iki yöntem vardır: 1-bireysel (ferdi) eğitim, 2-grup eğitimi.

Bireysel eğitim; kişileri kendi sorunları ve olanakları içinde tek tek eğitme yöntemidir ve en etkili eğitim biçimidir. Grup eğitimi ise; bireysel eğitimin uygulanmasına olanak bulunmadığı veya toplumun ortak sorunlarında başvurulmuş bir eğitim biçimidir. Etkinliği yönünden, bireysel eğitimden daha düşük olmasına karşılık, zaman ve maddi harcamalar yönünden daha ekonomik bir biçimdir.

Topluma götürecek sağlık eğitiminde en önemli özelliklerden biri de konu seçimidir. Sağlık eğitimi konularını iki bölümde ele almak mümkündür : Genel konuları içeren rutin sağlık eğitimi ve toplum yapısındaki değişikliklerin veya zaman ve yer faktörlerinin etkisiyle ortaya çıkan ve devamlı olmayan sorunların çözümüne yönelik sağlık eğitimi. Gerek rutin eğitimde gerekse zaman zaman gerekliliği ortaya çıkan eğitimde, konuların öncelik sırasına göre düzenlenerek verilmesi hizmeti başarılı kılacaktır. Bu öncelikleri şöyle sıralayabiliriz :

a- Toplumun içinde bulunduğu koşullarla ve karşılaştığı sorunlarla ilgili konular,

b- Topluma komşu durumda bulunan toplumların sağlığı ile ilgili konular,

c- Komşu ülkelerin, milli sınırlara kadar yaklaşmış olan ve heran bölge veya ülkeye yayılabilecek olan sorunlarla ilgili konular.

Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkanlığı'nda, yukarıdaki ilkelerden hareketle, özellikle bireysel eğitime ağırlık veril -mekte ve hazırlanan plana göre grup eğitimleri de yapılmaktadır. Bu eğitim çalışmalarında; özellikle (15-44) yaş grubu kadınlar ele alınmaktadır. Gerek ana-çocuk sağlığı sorunlarının çözülmesi, gerekse ailenin sağlıklı koşullar içinde yaşaması, bu grubun (ev kadınının) eğitilmesine bağlı -dır. Ayrıca bölgede (0-6) yaş grubu çocuklar ve (15-44) yaş grubu kadınlar, toplam nüfusun % 41,9 u ile en kalabalık grubunu oluşturmaktadır. Bu nedeherle ev kadını eğitim bakımından öncelikle ele alınması gerekli grup olarak kabul edilmiştir.

Bireysel eğitim, ocağa müracaat edenlere hekim ve diğer sağlık personelinin yaptığı eğitimle, ziyaretçi ebe ve hemşirelerin ziyaretleri ve periodik kontrolleri sırasında yaptığı eğitimlerden oluşmaktadır. Grup eğitimi ise, hazırlanan program gereğince, sağlık ocakları merkezince yapılmaktadır.

Eğitim çalışmalarında, özellikle sahadaki çalışmalarda, öncelikle şu konular ele alınmaktadır :

Evin günlük temizliği,
Besinlerin hazırlanması,
Çocuk bakımı,
Vektör ve haşerelerle savaş,
Genel Kültüre ait diğer bilgiler.

Özellikle köy koşullarından yeni çıkmış, genç evli kadınlar için bu konuların önemi büyüktür. Ayrıca bölgede, her iki biçim eğitimde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda saptanmış olan sağlık eğitimi konularından;

- 1- Ana-çocuk sağlığı,
- 2- Ruh sağlığı,
- 3- Hijyen ve çevre sağlığı,
- 4- Kazalardan korunma,
- 5- Bulaşıcı hastalıklardan korunma ve bağışıklama,
- 6- Hekim, hasta ilişkilerinin geliştirilmesi,
- 7- Beslenme,
- 8- İnsan biyolojisi,

- 9- Hastalık ve yaralanmalardan sonra rehabilitasyon,
- 10- Aile planlaması,
- 11- Tüberküloz,
- 12- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi konularında,sağlık eğitimi yapılmaktadır.

Sağlık ocaklarında görevli,yüksek hemşire,sağlık memuru,sağlık eğitimcisi ve çevre sağlığı teknisyenleri,günlük çalışmalarında,sağlık eğitimine önemli bir yer ve zaman vermektedir. Ayrıca sahada saptanan sorunlar,ocak içinde tüm personelin yardımıyla giderilmeye çalışılmaktadır. Gerekli görülen konularda broşür,afiş ve el ilanlarından da yararlanılmaktadır.

Tablo 21 den görüleceği üzere,bölgede halk sağlığı eğitimine her geçen yıl daha büyük önem verilmektedir. Yukarıda sıralanan konularda yapılan bu eğitimin,bölgede neticeleri görülmeye başlamıştır. Örneğin; 1967 yılında bölgedeki bebek ölüm oranı % 137 iken,sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri verilmeye başladıktan sonra,1975 yılında bu oran % 77.2 ye düşmüştür. Aynı şekilde,çalışma kapsamına giren 1969-1975 yılları arasında bebek ölüm oranında % 10 a yakın bir düşme sağlanmıştır (bak tablo 4). Bu düşüşte diğer çalışmaların payı şüphesiz vardır. Ama,eğitimin payı da oldukça büyüktür. 1967 yılında aşılama ve bazı hizmetler yine veriliyördü ve 1975 yılında bebek ölüm oranındaki düşüşte verilen sağlık eğitimi birikiminin büyük oranda payı olduğu söylenebilir.

Aynı şekilde bölgedeki bağırsak parazitleri prevalensinde süratli bir düşme görülmektedir. Bunu da büyük oranda sağlık eğitiminin başarısına bağlamak mümkündür. Çünkü;bölgedeki ailelerin köyle olan ilişkileri devam etmekte ve bu ilişkilerde ilk yıllara göre bir azalma yoktur. Aynı zamanda çevre koşullarında büyük bir değişme,ortak hela kullanma oranında tatminkar bir azalma olmanasına karşın,bu neticenin alınması sadece sağlık eğitimi ile sağlanan kişisel hijyen kuralları ile açıklanabilir. Oysa, daha çok kalabalık faktörü ve nonsipesifik dirençle yakından ilişkili olan üst solunum yolu enfeksiyonlarının,tüm hastalıklara oranı,araştırma kapsamına giren yıllarda hemen hemen aynı oranlarda seyretmiştir (bak tablo 22)

Tablo 21 : 1969-1975 YILLARI ARASINDA, ABIDINPAŞA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA BÖLGESİ'nde
UYGULANAN FERDİ ve GRUP EĞİTİMİ ÇALIŞMALARI

YILLAR	1969		1970		1971		1972		1973		1974		1975	
	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup
Eğitimi Yapan														
Hekim	2111	401	2156	225	368	46	2297	256	4055	379	6271	305	7172	247
Sağlık Eğitimcisi	910	124	669	162	670	154	871	181	962	189	1013	131	722	98
Sağlık Memuru	1151	32	2544	44	4213	60	7584	404	9794	489	10223	400	11072	310
Hemşire	4407	272	7343	258	13644	220	18533	454	27407	659	34789	223	36708	282
Ebe	4585	145	5703	156	4857	75	8568	230	7342	253	10312	136	10304	131
Eğitim Gören Toplam Kişi	13164	6687	18415	7628	23752	6099	37853	17598	49560	23725	62608	20946	65978	15226

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Kayıtlarından alınmıştır.

Tablo 22: ABİDİNPAŞA BÖLGESİ'NDE 1969-1975 YILLARI ARASINDA
BAĞIRSAK PARAZİTLERİ PREVALENSİ ve Ü.S.Y.ENFEKSİYON-
LARININ TÜM HASTALIKLARA ORANI (%)

YILLAR	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Toplumda Bağırsak Parazitleri	-	42.5	42.5	42.5	42.5	19.5	19.5
U.S.Y.Enfeksiyonlarının tüm Hastalıklara Oranı	27.4	24.0	29.7	30.7	30.7	30.4	34.7

Not: Tablodaki Bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grub Başkanlığı Kayıtlarından Alınmıştır.

4. İYİ EDİCİ HİZMETLER

Ön bilgiler bölümünde daha geniş bir şekilde değinildiği gibi, nasıl ki kişinin yaşamını sağlıklı ve hasta dönemler diye ayırmak mümkün değil ve bu iki dönem birbirinden soyutlanamaz ise, aynı şekilde koruyucu sağlık hizmetleri ile iyi edici sağlık hizmetleride birbiri ile bir bütündür ve birbirinden ayrı düşünülemez. Örneğin; tifolu bir hastanın iyileştirilmesi, iyi edici bir sağlık hizmeti olması yanında, toplumdan enfeksiyon kaynağının yok edilmesi ile de koruyucu bir hizmettir. Bu örnek birçok konuda çoğaltılabilir.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu da bu espiriden hareketle, iyileştirici sağlık hizmetlerine de gereken önemi vermiş ve bu hizmetleri de, özellikle ilk basamak hizmetlerini, sosyalleştirme kapsamına almıştır.

Aynı şekilde, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Sağlık Ocakları'nda da iyileştirici sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiştir. Bu hizmetlerin yürütülmesinde evde ve ayakta tedaviye öncelik verilerek, hastahanelerdeki yığılmayı önleyici ve daha ekonomik bir yöntem izlenmiştir. Bu çalışmalar ocağa baş vuranların muayene ve tedavilerini ocakta yapmak ayrıca acil durumlar veya davet vukuunda hastaların evde muayeneleri, ocak hekimince yapılmak, tedavileri ise ziyaretçi hekimlerce uygulanmak suretiyle yürütülmektedir.

Ocağa başvuranların,004 nolu,kişisel sağlık fişi arşivde görevli personelce çıkarılır ve hasta hekime bu kartla gönderilir.Hekim muayenesi sonunda hastanın kişisel sağlık fişine teşhis ve verilen tedaviyi kaydeder.Gün sonunda,bildirimi zorunlu hastalıklar,014 nolu "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi" ile haftalık ve aylık olarak gruba bildirilir. Ayrıca tüm günlük teşhisleri 018 nolu "Hastalıklar istatistiği Fişi"ne kaydeder.Daha ileri tetkik gereken hastalar ise 019 nolu "Hasta Sevk Kağıdı" ile A.Ü.Tıp Fakültesi kliniklerine gönderilir.Böylece hem kişi hem de toplum tam bir takip altında tutulur.

Tablo 23: 1969-1975 YILLARI ARASINDA ABİDİNPAŞA BÖLGESİ SAĞLIK OCAKLARININ ORTALAMA GÜNLÜK,TOPLAM YILLIK POLİKLİNİK SAYILARI ve YILLIK HASTA SEVK ORANLARI

Poliklinik ve Sevk	Y I L A R						
	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Günlük Ort. Poliklinik	50	50	50	100	150	135	72
Yıllık Toplam Poliklinik	14632	16165	15008	30465	53347	29146	25907
Yıllık Hasta Sevk Oranı %	9.4	4.2	8.0	4.6	4.4	4.0	5.5

Not: Tablodaki Bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Gurub Başkanlığı Kayıtlarından Alınmıştır.

Normal toplum içinde,her gün 100 kişide biri hekimi görmek ihtiyacındadır.Buna göre,bölge nüfusu gözönüne alındığında,polikliniklere günde 700 civarında başvuru olması gerekir.Oysa tablo 23'den de görüldüğü üzere,bölgede günlük poliklinik sayısı bu sayının çok altındadır. Bunu şu faktörlerle açıklayabiliriz:

1- Sağlık ocaklarında 1976 yılına dek,birinde bulunan iki hekim dışında,tek hekim çalışmaktadır.Bir hekimin günlük poliklinik gücü gözönüne alındığında,müracaatların bir kısmı karşılanamamaktadır.Bu hem günlük poliklinik sayısını hem de ilerdeki müracaatları azaltmaktadır.

2- Toplumdaki ailelerin büyük bir bölümü,sağlık hizmetleri yönünden,işçi sigortaları,belediye,askeri kuruluşlar ve diğer kuruluşlara bağ-

lıdır.Bu gibi aileler,ilaç ve tedavi giderlerinin karşılanması gereği, hastalandıklarında direk bu kurumların sağlık servisleri ile ilişki kurmaktadır.

3- Henüz bölgede klinik-teşhis labaratuvarları ve grup hastahanesi bulunmaması nedeni ile,gerekli hastaların bir ileri tetkik ve tedavi için A.Ü.Tıp Fakültesi Hastahanesi'ne gönderilmesi birçok hastayı direk bu kuruma veya diğer olanaklı kurumlara baş vurmaya yöneltmektedir.

4- 019 nolu "Hasta Sevk Kağıdı" ile sevk edilen hastaların,sosyalleştirme ruhuna uygun bir şekilde karşılanmaması sağlık ocakları yönünden olumsuz bir etki bırakmaktadır.

5- Ocak merkezlerinin hepsinin kiralık ve bu hizmet için uygun olmayan binalarda olması,ocakta pratisyen hekimce yapılabilecek birtakım küçük müdahalelere de olanak vermemektedir. bu ise,toplumu ocaklara başvuru yönünden olumsuz etkilemektedir.

Tüm bu olumsuz etkenler halledildiğinde olguların hemen hemen hepsi önce ocaklara başvuracaklardır. Böylece hastahanelerin önünde yığılmalar önlenerek,onların rahat çalışmalarını ve ancak uzmanlık gerektiren olguların hastahaneye başvurmalarını sağlayacaktır. Ayrıca tedavi yönünden,daha ekonomik olan,ayakta ve evde tedavinin ziyaretçi hemşire gözetiminde uygulanması mümkün olacaktır.

Tablodaki sevk oranlarına dikkat edildiğinde (Bak tablo 23) % 4 ile 5 arasında değiştiği görülmektedir. Bu da göstermektedir ki şayet ilk başvurular sağlık ocaklarına yapıldığı taktirde iyi edici hizmetlerin % 95 i bu uç hizmet merkezlerince karşılanabilecektir. Böylece, hizmet hem toplum içine,ayağına götürülmüş olabilecek hemde hastahane hizmetlerinde büyük bir rahatlama ve kalifikasyon sağlanacaktır. Kaldı ki,bu sevklerin büyük bir kısmı da laboratuvar istem sevkleri ile ilgilidir. Tabloda görülen ilk yıllar sevk oranlarındaki yükseklik personelin adapte olması ve kalifikasyonu ile ilgilidir.

Tablo 24 : ABİDİNPAŞA BÖLGESİ'nde, 1969-1975 YILLARI ARASINDA SAĞLIK OCAKLARINDA BAKILAN HASTALARIN TÜM HASTALIKLARA (%) ORANI

HASTALIK GRUPLARI	Y I L L A R						
	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Solunum S.	27.4	24.0	29.7	30.7	30.7	30.4	34.7
Sindirim.S.	14.2	17.0	18.1	13.4	13.7	15.8	15.3
Dolaşım S.	4.8	6.0	10.0	8.1	7.1	4.4	6.4
Sinir S.	7.6	7.0	7.7	7.8	7.7	8.3	7.7
Diğer Enf.ve Paraziter Hst.	19.0	18.0	7.1	7.2	7.0	5.8	5.4
Allerji, İç Sal. Bezi, Metabolizma Beslenme Bozukluk.	5.5	5.0	5.0	6.2	5.4	5.5	4.4
Gebelik, Doğum ve Lohusalık Komli.	5.5	5.3	1.7	3.7	5.0	3.5	2.3

Not : Tablodaki bilgiler Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Tablo 24 de 018 nolu ve 17 başlıklı "Hastalıklar İstatistiği Fişi" inden yararlanılarak çıkarılan sistem hastalıklarının, tüm hastalıklara oranları görülmektedir. Elde edilen bu bilgilere göre, bölgede solunum sistemi hastalıkları birinci sırada, sindirim sistemi hastalıkları ise ikinci sırada yer almaktadır. Ancak, yukarıda sayılan nedenlerle ve sağlık ocaklarına başvuranların daha ziyade kadın ve çocuklardan oluşması nedeniyle bu sayılar toplumdaki mutlak kaba morbidite oranlarını göstermemektedir. Ancak, toplum tanıma çalışmaları bölümünde belirtildiği gibi, kalabalık faktörün etkisi altında olan bölgede solunum sistemi hastalıklarının yaygın olması beklenir. Aynı şekilde, Türkiye ve Etimesgut'ta da ilk sırayı solunum sistemi hastalıkları işgal etmesi, bölgede kabaca da olsa, kaba morbidite hızlarının bu şekilde beklenebileceğini göstermektedir.

Bölge sağlık ocaklarında 17 başlıklı cetvelin kullanılması kayıtlarda bazı güçlükler yaratmakta, zaten kabaca olan morbidite hızlarını daha da bir olumsuz etkilemektedir. Önümüzdeki yıllarda 17 başlıklı "Hastalık İstatistik Fişi" yerine 150 başlıklıya geçilmesi uygun olur kanısındayım.

Yukarıda sayılan tüm bu nedenlerle bölgede gerçek kaba morbidite hızlarının saptanması için toplum içi araştırmalar yapılması uygun olacaktır.

5. SOSYAL HİZMETLER

Bilindiği gibi tüm sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünde sosyal hizmetler oluşturmaktadır. Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'nda da bu konuda hizmet vermek üzere bir sosyal hizmet üniti kurulmuş ve sosyal hizmet uzmanı görevlendirilmiştir.

Bölgede oturan ailelerden, sosyal hizmete gereksinimi olanlar gerek bizzat sosyal hizmet ünitenin yaptığı çalışmalarla gerekse diğer sağlık personeli aracılığıyla saptanmakta ve bu aileler sosyal hizmet uzmanınca gözetim altına alınmaktadır. Bu gibi aileler devamlı izlenerek kişisel sorunları olanlarla çeşitli mülakat ve çözüm yolları çalışmaları uygulanmaktadır.

Bu hizmet kapsamında; maddi yardım, iş bulma, tıbbi bakım, ilaç ve giyecek temini gibi çeşitli yardımlar vardır. Örneğin; 1975 yılında 635 kişiye bu türden sosyal hizmetler götürülmüştür. Ayrıca bu çabaların istenilen ereğe ulaşabilmesi için, gerek kamu gerekse gönüllü kuruluşlarla ilişkiler kurulmuş ve devam ettirilerek yeni kuruluşlarla ilişki kurma denemeleri yapılmıştır.

6. EĞİTİM ve ÖĞRETİM ÇALIŞMALARI

Bu bölümde,mazuniyet öncesi ve sonrası çeşitli düzeylerdeki sağlık personeline yapılan mesleki eğitim çalışmaları ele alınacaktır.

6.1. Sağlık Ocakları Personeline Yapılan Hizmet İçi Eğitim

Sağlık Ocaklarında görevli,her kademedeki sağlık personelinin,hizmet içi eğitimleri her haftanın cuma günleri ocak hekimi ve diğer teknisyenler tarafından yürütülmektedir. Ayrıca her ayın ilk cuma günleri Grup Başkanlığı'nda,hazırlanan program gereğince,ocak hekimlerine eğitim toplantıları yapılmaktadır.

Bu eğitim toplantılarında;personelin uygulamada karşılaştığı sorunlar üzerinde görüşmeler açılarak,personelin daha iyi hizmet verebilmesi için gerek duydukları bilgiler verilir. Yeni uygulamalar için,uygulamaya geçmeden önce,gereken eğitim yapılır ve sonra uygulamalara geçilir. Ayrıca,tıptaki yeni gelişmeler,bu eğitim saatlerinden yararlanılarak kendilerine aktarılır. Bu toplantılar tüm yıl boyunca devam ederek,böylece bölgeye yeni atanan personeline göreve uyumu sağlanmış olur.

6.2. A.Ü.Tıp Fakültesi (5-6)Sömestr Öğrencilerine Yapılan Eğitim ve Öğretim Çalışmaları

A.Ü.Tıp Fakültesi (5-6) sömestr öğrencilerinin toplum hekimliği dersleri,A.Ü.Tıp Fakültesi Öğretim ve İmtihan Yönetmeliği uyarınca hazırlanan programa göre,teorik dersleri A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü'nde,pratik eğitim ve uygulamaları ise Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu ocaklarında yapılmaktadır.

Bu öğrenciler,sağlık ocaklarında ikişer kişilik gruplara ayrılarak,bir sağlık personeli eşliğinde ailelere gönderilmekte ve sağlık personeli-aile ilişkileri öğretilmektedir. Böylece aile ile tanıştırılan öğrenciler 2-2,5 yıllık bir süre boyunca bu aileyi izlemektedir.

Bu çalışmalar sırasında ayrıca,toplum sağlığı çalışmalarının ilk adımı olan;toplum tanıma çalışmalarından nüfus tesbiti,önceliğe sahip sağlık sorununun saptanması,kaba morbidite oranlarının tayini gibi işlemleri,ilgili formlara dayanarak,yapmaktadırlar.

6.3. A.Ü.Tıp Fakültesi (9-10) Sömeſtr (Staj Grubu) Öğrencilerine Yapılan Öğretim ve Eğitim Çalışmaları

A.Ü.Tıp Fakültesi Öğretim ve İmtihan Yönetmeliği uyarınca hazırlanan programa göre,gruplar halinde, "Toplum Hekimliği Stajı"na gelen öğrencilerin teorik dersleri A.Ü.Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü'nce yürütülürken,pratik uygulama ve öğretimleri Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu ocaklarınca yürütölmektedir.

Bu çalışmalar sırasında öğrencilere;sağlık ocaklarının çalışma biçimi,sağlık ocaklarında kullanılan formlar ve kullanılma biçimleri,aşılamalar,arşiv düzenlenmesi ve çalışma biçimi,istatistiki dökümentasyon,rapor düzenleme gibi çalışmaların yahısıra hasta-hekim ilişkileri konusunda da eğitim ve demostrasyon yapılmaktadır.

Adı geçen öğrencilere,ocak çalışmaları sırasında,sahada çevre sağlığı çalışmaları,nüfus tesbiti,kaba morbidite çalışmaları ve aile planlaması çalışmaları hakkında,ilgili formlarla anket ve araştırma uygulamaları yaptırılmaktadır. Öğrencilerin sahadan topladığı bu bilgilerin analizi,bilahare yine öğrenciler tarafından,Toplum Hekimliği Kürsüsü'nde yapılarak çalışmalar tamamlanmaktadır.

6.4. S.S.Y.B. Gevheri Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü Öğrencilerine Yapılan Eğitim Çalışmaları

İlgili teorik dersleri Toplum Hekimliği Kürsüsü'nce verilen,adı geçen okulun 3 ncü sınıf öğrencilerinin pratik uygulama çalışmaları Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu'nce yürütölmektedir.

Bu öğrenciler ikişer kişilik gruplar halinde,sağlık personeli eşliğinde,sahaya çıkarılmakta ve nüfus tesbiti,kaba morbidite çalışmaları gibi uygulamalar yaptırılmaktadır.

6.5. A.Ü.Tıp Fakültesi Sağlık Kolleji Öğrencilerine Yapılan

Halk Sağlığı İdaresi ve Hemşireliği Öğretim ve Uygulaması

Hazırlanan program gereğince,gruplar halinde sağlık ocaklarına gelen bu öğrencilere,halk sağlığı hemşireliği,ocak çalışmaları ve saha çalışmaları hakkında çeşitli eğitim ve uygulamalar yaptırılmaktadır.

7. HAYATİ İSTATİSTİKLER

Bilindiği gibi,hayati istatistikler,bir ülke veya bölgenin diğer ülke veya bölgelerle kıyaslanmasında kullanıldığı gibi,aynı zamanda; aynı bölge veya ülkede verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde de ölçü olmaktadır.

7.1. Canlı Doğum Hızı

Tablo 4 de Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 1969-1975 yılları arasında canlı doğum hızları görülmektedir. Bu oran,1965-1975 yılları için,Türkiye'de %38.4,Ankara'da % 37, İstanbul'da % 28, İzmir'de % 25 dir.

Aynı oran,1970 yılında Etimesgut'ta % 32.9 (4), Abidinpaşa'da ise % 32.2 dir. Ankara'ya göre düşük olan bu oranlara,her iki bölgede de aile planlaması çalışmalarının neden olduğu söylenebilir.

1971 yılında,seçilmiş bazı ülkeler ve Türkiye'de,diğer bir kaynağa göre ise canlı doğum hızları şöyledir : Türkiye % 43, İran % 48,İsrail % 26,A.B.D.% 18,Yunanistan % 17, S.S.C.B. % 17,Fransa % 17 (16).

7.2. Kaba Ölüm Hızı

1971 yılında,Türkiye ve seçilmiş bazı ülkelere kaba ölüm hızları şöyledir : Türkiye % 16,İran % 18, Mısır % 15, Fransa % 11, A.B.D. % 9, Yunanistan % 8, S.S.C.B. % 8, İsrail % 7 (16).Abidinpaşa bölgesinde bu oran,1969-1975 yılları arasında,% 5.2 ile % 7.4 arasında seyretmiştir. Aynı oran,1975 yılında Etimesgut'ta % 6.6 dır (4).

Demografik hızlar bölümünde daha geniş olarak değinildiği gibi, kaba ölüm oranı,bölgede daha yüksek beklenmesine karşın,çeşitli faktörler nedeniyle,düşük bulunmaktadır. Ancak bu düşüklükte,Etimesgut Bölgesi'nde de olduğu gibi,sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin payının olduğu söylenebilir.

Abidinpaşa Bölgesi'nde 1968 yılında 12276 kişilik bir toplumda 56 ölüm görülmesine karşılık,1975 yılında 72.516 kişilik bir nüfusta 376 kaba ölüm saptanmıştır. Yani,kaba ölüm oranı 1968 yılındaki % 4.5 lik orandan,1975 yılında % 5 e yükselmiştir. Önemlilik testi yapıldığında; $\chi^2 = 0.806$ ve $P > 0.05$ bulunmuştur ve aradaki fark anlamsızdır.

7.3. Bebek Ölüm Oranı

1965-1966 yıllarında yapılan nüfus araştırmalarına göre; bebek ölüm oranı Türkiye'de % 153, Ankara'da % 113, İstanbul'da % 123, İzmir'de ise % 84 dür. Etimesgut'da bu oran 1973 yılında % 93.1, 1975 yılında % 96.2 dir(4).

1971 yılında ise, Türkiye ve bazı ülkelerde, aynı oran şöyledir: Türkiye % 155, Mısır % 118, Yunanistan % 32 S.S.C.B. % 26, İsrail % 23, A.B.D. % 20, Fransa % 16 (16).

Tablo 4 de 1969 - 1975 yılları arasında Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde bebek ölüm oranları görülmektedir ve bu oran 1975 de % 77.2 dir.

Bölgede 1969 yılında, 421 canlı doğumda 34 bebek ölümü görülmesine karşılık, 1975 yılında 1939 canlı doğumda 139 bebek ölümü saptanmıştır. Bu verilerin istatistikî değerlendirilmesi yapıldığında; $\chi^2 = 0.418$ ve $P > 0.05$ bulunur ki aradaki fark anlamsızdır.

Her ne kadar bu yıllar arasındaki fark anlamsız bulunmuş ise de, gerek Türkiye ve gerekse diğer bölgelerle kıyaslandığında, Abidinpaşa Bölgesi'ndeki % 77.2 lik bebek ölüm oranı oldukça yüz güldürücü bir neticedir. Zaten bölgede, 1967 yılında örnekleme yöntemiyle yapılan çalışmalarda saptanan rakama göre, bebek ölüm oranı bu yılda % 137 dir ve daha sonraki yıllarda % 77.2 ye kadar düşmüştür.

Bilindiği gibi, bebek ölüm oranı, gebelik hijyen önlemlerine yani; antenatal bakım, doğum operasyonunun tıbbi koşullarda yapılıp yapılmamasına ve post natal bakım durumuna göre düşer veya yükselir. Ayrıca, bebek ölüm oranını, önemli oranda etkileyen diğer bir faktörde toplumun sosyo-ekonomik düzeyidir.

Bölge, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin verilmeye başlamasından sonra, antenatal, post natal bakım ve doğumun tıbbi koşullarda yapılması gibi faktörler açısından, diğer bölgelere oranla oldukça iyi bir düzeydedir. Sosyo-ekonomik düzey ise, kırsal alanlara göre iyi sayılabileceği gibi her geçen yıl, apartmanlaşma nedeniyle, yükselmektedir. Bu koşullar altında sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin verilmeye başladığı yıllar veya daha önceki yıllar ile, daha sonraki yıllar arasında signifikant bir değişiklik beklenirdi. Ancak 1969, 1975 yıllarının kıyaslanmasında bu sonucun elde edilememesi, ilk yıllardaki kayıt noksanlığı ve hatalarıyla izah edilebilir.

7.4. Nüfus Artış Hızı

1960-1970 yılları arasında,Türkiye ve seçilmiş bazı ülkelerde nüfus artış hızları şöyledir; Türkiye %o 25, İran %o 29,Mısır %o 25, İsrail %o 32, S.S.C.B. %o 12, A.B.D. %o 12,Fransa %o 10 (17).

Tablo 4 de Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesi'nde,1969 - 1975 yılları arasında nüfus artış hızları görülmektedir ve bu oran,1975 de %o 19.6 dır. Bölgede nüfus artış hızında görülen bu düşüklük aile planlaması çalışmalarıyla açıklanabilir.

TARTIŞMA

Bir bölgenin sosyo - ekonomik kalkınması,sağlık kuruluşlarının dışında bir olgudur ve tüm ülkenin sosyo-ekonomik kalkınması ile yakından ilgilidir. Ancak,bölge toplumunun büyük çoğunluginun kişi başına yıllık geliri,Üçüncü Beş Yıllık Plan'da hedeflenen kişi başına yıllık gelirin yarısından da az olması toplum sağlığına etki eden önemli öğelerden biridir.

Çevre Sağlığı çalışmaları ise,bugünkü boyutları ile,yine sağlık kuruluşlarının boyutlarını aşan bir durumdadır ve bu konuda,sağlık kuruluşlarının çabası izleyici olmaktan öteye gidememektedir. Oysa,en azından bazı konularda,sağlık kuruluşlarının yetkisi artırılabilir ve kontrol olanakları sağlanabilir. Örneğin ; Belediye hizmetlerinden ve yetkilerinden olan gıda kontrol,su klorlanması,çöplerin toplanması ve iş yerlerinin kontrolü gibi konularda,Grup başkanlığı yetkili hale getirilebilir. Bugün bu konularda,sadece belediye ile kurulan ilişkilerden öteye gidilememektedir.

Aslında,çevre sağlığı hizmetlerini örgütleme ve yürütme mühendislerin, veterinerlerin ve kimyagerlerin konusu olarak kabul edilmekte ve hekimlik hizmetlerinden ayrı olarak örgütlenmektedir. Çevre sağlığı hizmetleri konusunda,hekimlerin görevi;insan sağlığını korumak için,çevremizde neyin bulunması ve neyin bulunmaması gerektiğini,mühendis,veteriner ve kimyagerlere kısacası çevre sağlığı örgütüne söylemektir (18). Ancak mesken sağlığı,çevre sağlığı,suların temizliği gibi konularda tatminkar so-

nuçlar elde edilmek isteniyorsa, bu konudaki standartları uygulayacak, sağlık departmanlarının elinde kanuni müeyyideler bulunması lazımdır (9).

Tüm bunların yanında, büyük kentlerin ana problemleri, bazı çevrelerin sandığı gibi, mahalli problemler olmayıp yurt çapında ele alınması gereken sorunlar karakterindedir (9). Ancak sağlık kuruluşlarına verilecek, kısmi de olsa, yetkilerle bölgesel katkılarda bulunulması düşünülebilir.

Bölgede, devamlı içe göçler ve yeni eklenen semtler nedeniyle, nüfus 74.000'e ulaşmıştır. Buna, okul sağlığı nedeniyle, bölge dışından bölgedeki okullara gelen öğrenci nüfusuda ilave edilirse, bölge nüfusu 80.000 civarındadır. Bu hacimdeki bir topluma sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti götürmek için; 10.000 kişiye bir sağlık ocağından hareketle, en az 7-8 sağlık ocağı ve ekip gerekmektedir. Bilindiği gibi, modern görüşte, bir hekimin sorumlu olduğu nüfus, hizmetin yükü ile orantılı biçimde sınırlı olmaktadır. Nüfus kalabalıklığı, hekimin görevini aksatan en önemli öğelerden biridir (19).

Bölgede, hizmet veren 7-8 sağlık ocağının bulunmayışı biryana, yakın zamanlara kadar, mevcut sağlık ocaklarında bir hekim görev yapmaktadır. Hekim, poliklinik çalışmalarına hapsedilmekte, saha çalışmaları yapmak biryana, saha çalışmalarını denetleyememektedir bile.

Tüm bu olumsuz faktörlere karşın, bölgede sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri başarı ile uygulanmakta ve olumlu neticeler alınmaktadır. Bu konuda, Üçüncü Beş Yıllık Plan'da (1973 - 1977) aynen şöyle denilmektedir; "Kadroların, hizmetin gerektirdiği sayıda, doldurulmamasına rağmen, sosyal - leştirilmiş programın uygulanmasıyla, sağlık personeli yönünden programın uygulandığı illerde gözle görülür bir gelişme olmuştur. Sosyalleştirilmiş hizmet verilen, personel, araç, gereç gibi asgari şartların yerine getirildiği kuruluş ve örgütlenmesinin tamamlandığı eğitim bölgelerinde; sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı üzerinde etkilerinin olumlu olduğu, halkın sağlık seviyesinin yükseldiği, aşı ile korunulabilir hastalıkların asgariye indiği, AQS ve aile planlaması hizmetlerinin büyük ölçüde geliştiği, bebek ölüm oranı ve beş yaşın altında ölüm oranlarının azaldığı ve doğuşta beklenen hayat sürelerinin uzadığı görülmektedir".

Aynı şekilde,1967 yılından beri sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri verilen bölgenin,her üç sağlık ocağı bölgesinde ortalama olarak(0-6) yaş grubu,genel popilasyonun % 19 unu oluşturmaktadır. Bu toplum kesimine, bireysel koruyucu hekimlik hizmetleri olarak götürülen,bağışıklama oranları oldukça yüksektir. Bunun sonucu olarakta,toplumda çocukluk dönemi hastalıkları genel morbidite içinde % 5 in altına düşürülmüştür. Çiçek tam eradike edilmiş olup,polio ve difteri olguları görülmemektedir. Boğmaca ise, birkaç olgu haline indirilmiştir.

1972 vital istatistiklerine göre,yıl içinde,Türkiye'de tüm yaş gruplarında ve her iki cinste toplam 112.419 ölüm kaydedilmiştir. Bu ölümlerin 31.987 (% 28.5) si (0-12) aylık,6495 (% 5.8) i ise (1-4) yaş grubunda görülmüştür. (0-4) yaş grubundaki ölümlerin,bütün yaş gruplarındaki ölümler içindeki oranı % 34.3 dür. Bu oran yalnız il ve ilçelerde oluşan ölümlerle ilgilidir. Kırsal bölge ölümlerinin de bu sayılara eklenmesi,bu oranı yükseltmese bile,herhalde düşürmeyecektir. (0-4) yaş grubundaki ölümlerin,tüm ölümler içindeki payı olan % 34.3 rakamı,gelişmekte olan diğer ülkeler (0-6) yaş grubu oranı olan % 30-35 rakamıyla uygunluk göstermektedir. Oysa,gelişmiş ülkelerde bu oran,% 10 un altında bir düzeydedir. (D.İ.E,yaş gruplarını (0-12) ay,(1-4) yaş ve (5-14) yaş diye ayırdığından; Türkiye için (0-6) yaş grubundaki ölümleri tam olarak elde etmek mümkün olmamıştır.) Abidinpaşa Bölgesi'nde ise,(0-6) yaş grubundaki ölümlerin,tüm ölümler içindeki payı 1972 de % 11.1,1973 de % 12.4 1974 yılında ise % 9.1 olarak saptanmıştır.

(0-6) yaş grubundaki ölümlerin büyük çoğunluğu (0-12) ay içinde oluşmaktadır ki,biz bu ölümlere bebek ölümleri diyoruz. Gelişmiş ülkelerde %11 e kadar düşen bebek ölüm oranı Türkiye'de çeşitli kaynaklara göre % 140 ile % 153 arasında değişmektedir. Aynı oran, 1975 yılında Abidinpaşa'da % 77.2 dir. Tüm bu sonuçlar,bölgede başarıyla yürütülen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin bir ürünüdür.

Bölgede,AÇS hizmetleri ve aile planlaması çalışmaları oldukça başarılı neticeler vermiştir. Örneğin; gebelere götürülen antenatal,postnatal bakım ve doğum operasyonunun tıbbi koşullarda yapılması gibi hizmetler sonucunda,anne ölüm oranı Türkiye koşullarına göre oldukça düşük bir düzeye inmiştir (1975 yılında % 1.09).

Topluma sunulan, aile planlaması neticesinde düşük oranlarında tatminkar bir azalma kaydedilmiştir. Örneğin; 1968 yılında görülen 251 gebelikte 17 düşük olgusuna karşılık, 1975 yılında 1847 gebelikte 27 düşük saptanmıştır. Bu verilerin istatistikî değerlendirilmesi yapıldığında; $\chi^2 = 30.398$ ve $P < 0.001$ dir. 1968 yılında % 6.77 olan düşük oranı, 1975 yılında % 1.46 ya düşmüştür ve aradaki fark anlamlıdır.

Aynı şekilde, 1968 - 1971 yılları arası ve 1972 - 1975 yılları arası, ayrı periodlar olarak değerlendirildiğinde :

	Toplam Doğum	Toplam Düşük
1968 - 1971	1860	121 (% 6.51)
1972 - 1975	6453	163 (% 2.50)

$$SE = \sqrt{\frac{P_1 q_1}{n_1} + \frac{P_2 q_2}{n_2}} = 0.00604$$
$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{SE} = \frac{0.065 - 0.025}{0.00604} = 6.576$$

$$t = 6.576 \quad P < 0.001$$

1968 - 1971 yılları arasında düşük oranı % 6.51 iken, 1972-1975 yılları arasındaki periodda % 2.50 ye düşmüştür ve aradaki fark significanttır.

Tüm bu verilerden görüleceği üzere, tüm eksikliklere karşın, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri toplumda, sağlık yönünden, oldukça olumlu değişiklik ve ilerlemelere neden olmaktadır. Sosyalleştirilmiş Sağlık hizmetlerine bir örnek teşkil eden, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde bu gelişmeleri örneklemek mümkündür. Bölgede 1967 den beri uygulana gelen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri başarı ile yürütülmekte ve olumlu neticeler elde edilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Gerek eğitim bölgelerindeki gerekse sosyalleştirilmiş illerdeki çalışmalar göstermiştir ki; sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, Türkiye koşullarına en uygun ve olumlu sonuçlara götürecektir bir örgütlenme biçimidir. Her ne kadar, son yıllarda yaygınlaştırılmasında bir yavaşlama ve, özellikle eğitim bölgeleri dışında, başarıyla uygulanmasında bir gerileme görülmesine karşın, tüm ülkeye yaygınlaştırılması beklenmektedir. Hem sağlık hizmetlerinin verimliliğinin sağlanması hem de ülkenin sosyo-ekonomik koşulları, bunu zorunlu kılmaktadır.

Üniversiteler bünyesinde yer alan eğitim bölgeleri, sosyalleştirmede öncü olmak durumundadır. Bu bölgelerde geliştirilecek yeni yöntem ve hizmet biçimleri, daha sonraki uygulamalara ışık tutmalıdır.

Bu bölgelerden biri olan, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ndeki çalışmalar, örneklerden birini oluşturmaktadır. Gelecekteki çalışmalar için, bu bölge çalışmalarından da yararlanmak mümkündür. Bir takım eksikliklere karşın, verimli ve olumlu çalışmalar yapılmış ve yapılmaktadır. Bundan sonraki çalışmalarda, aşağıda sıralanan önerilerin gözönüne alınmasının yararlı olabileceği kanısındayım.

1- Bölge nüfusunun kalabalık olması, hizmeti aksatan önemli öğelerden biridir. Sağlık ocaklarının artırılması ve, 224 Sayılı Yasa'da da belirtildiği gibi, ocakların sorumlu olduğu nüfusun en fazla 10.000 kişi olması yararlı olacaktır.

2- Ocak sayısı yeterli miktara ulaşınca, her ocakta iki hekim görevlendirilmesi ve, hazırlanan program gereğince, bunlardan birisi ocakta çalışırken, diğerinin saha çalışmaları yapması ve saha çalışmalarını denetlemesi düşünülebilir.

3- Bölgede, hızla değişen bir bölge olması nedeniyle, hem hizmetler yönünden hem de hizmetlerin değerlendirilmesi yönünden bazı zorluklarla karşılaşmaktadır. Yeni kurulacak sağlık ocaklarının, apartman veya gecekondu bölgelerinde, daha oturmuş ve az değişen bölgelerde kurulması yararlı olabilir.

4- Nüfus ve demografik hızlar yönünden,yıllar arasında tereddüde neden olabilecek dalgalanmalar mevcuttur.Aynı şey ihbarlar için de söz konusudur.Örneğin;kızamıkta ihbarların,beklenen olguların ancak 1/3 kadarını oluşturması buna bir örnektir.Sağlık ocakları bölgelerinde kayıtlar yönünden daha hassas davranılarak,çalışmaların Grup Başkanlığı tarafından denetlenmesi yararlı olabilir.

5- Gıda imal ve satış yerlerinin kontrolü,çöp toplanması,su ve kanalizasyon gibi,belediye yetki ve sorumluluğunda olan,çevre sağlığı hizmetlerinde belediye ile Grup Başkanlığı arasında düzenlenecek bir protokolle,Grup Başkanlığı'nın etki ve yetkileri artırılabilir.

6- Aşılamaların,kentsel bölge olması nedeniyle,ilke olarak ocakta yapılması benimsenmiş olmasına rağmen,saha aşılamalarına ağırlık ve hız verilmesi,toplum bağışıklığı yönünden faydalı olabilir.

7- Ocak polikliniği ve rutin hizmet (aşı,pansuman,enjeksiyon) hemşireliğinde,nöbet tutma yöntemi yerine,devamlı hemşire çalıştırılması düşünülebilir.Hastaların doktora çıkmadan önce,bazı vital ölçülerinin alınmış olması faydalı olacaktır.Böylece,her iki hizmetin belli bir düzene girmesi ve sağlık evlerinde görevli ebe ve hemşirelere daha geniş olanak yaratılması sağlanabilir.

8- Morbidite çalışmalarında 17 başlıklı cetvel yerine,Dünya Sağlık Örgütü'nün de öngördüğü,150 başlıklı cetvele geçilmesi,kaba morbidite çalışmalarının daha sıhatli olmasına yardımcı olacaktır.Bu konuda,Bakanlık politikası değişinceye kadar,her iki cetvel de kullanılabilir ve Grup için 150 başlıklı cetvel esas alınabilir.

9- Hizmet içi eğitim,Grup'da teşkil edilecek bir ekip tarafından, hazırlanacak program gereğince,ocaklara yapılan düzenli ziyaretlerle yürütülebilir.Bu ekibin hem eğitim,hem de denetim görevini üstlenmesi düşünülebilir.

10-Sağlık evlerinin denetimi ocak denetiminin yanında ayrıca Grup'ça da yapılması faydalı sonuçlar verebilir.

11-Bakanlık'la olan ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi ve günün koşullarına uygun bir protokol düzenlenmesi,hizmetin yürütülmesinde yeni kolaylık ve olanaklar sağlayabilir.

12- Fakülte hastahanesine sevk edilen hastalara sosyalleştirme ruhuna uygun davranılması yönünden yeni olanaklar yaratılması faydalı olacaktır.Örneğin;önümüzdeki yıllarda,yeni hastahane binası açılacaktır. Yeni binada veya şimdiki hastahane belli bir pavyon,gurup hastahanesi görevini görmek üzere,ayrılabilir.Burada rutin hizmetler kürsü asistan ve uzmanlarınca yürütülürken,gereken hallerde diğer kılıniklerden konsültasyona baş vurmak suretiyle özel uzmanlık gereksinimi karşılanabilir.

13- Bir an önce kılınik laboratuvar olanaklarının yaratılması,gerek araştırmalar yönünden gerekse örgütün toplumda etkinliği yönünden yararlı olacaktır.

14- Ana-çocuk Sağlığı Dispanseri'nden toplum içi araştırmalar yapılması ve hizmet içi eğitim yönünden faydalanılması düşünülebilir.

15- 7 Nolu Verem Savaş Dispanseri ile ilişkilerde daha yakınlık sağlanması enazından bölgeden Dispanser'ce toplanan veriler ve hizmetlerden Gurub'un haberdar edilmesi düşünülebilir.Bölgede,özellikle yeni doğanların,BCG aşılarının ocaklar tarafından yapılması faydalı olur.

16-Sağlık ocaklarında görevli personelin,olanakların elverdiği oranda,Fakülte personelinden oluşturulması devamlılık,uyum ve denetimde kolaylık gibi yararlar sağlayabilir.

17- Okul sağlığı hizmetlerinin yöntem ve biçimlerini geliştirmek açısından yeni çalışmalar yapılması düşünülebilir.

18- Örgütün etkinliğini artırması ve toplumu kontrol altına alabilmesi açısından,bölgede oturufta diğer resmi kurum sağlık kuruluşlarına bağlı kişilerin bölge ocaklarından alacağı reçetelerin,bağlı oldukları kurumlar tarafından kabul ve tastik edilmesi olanakları araştırılabilir.

19- Belli periotlarla,çalışmaların döküm ve değerlendirilmesi yapılarak,görülen aksaklıkların giderilmesi,yeni yöntem ve görüşler geliştirilmesi konusunda çalışmalar yapılması yararlı olacağı kanısındayım.

ÖZET

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun üniversitelere yansımalarına paralel olarak, A.Ü.Tıp Fakültesi bünyesinde de, her kademedan sağlık personelinin eğitimi ereğiyle kurulan, Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 1967 yılından beri sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri verilmektedir.

Ankara'nın bir kısım gecekondü mahallelerinden oluşan Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde, eğitim hizmetlerinin yanısıra topluma; koruyucu, iyileştirici ve sosyal tıp hizmetleri entegre olarak ve polivalan bir sistem içinde sunulmaktadır.

Bölgenin 1969 - 1975 yılları arasındaki çalışmalarının bir değerlendirilmesi yapıldığında, bu çalışmalar neticesinde, bölgede sağlık yönünden olumlu ilerleme ve gelişmeler saptanmıştır. Topluma sunulan bağışıklama neticesinde, Türkiye için önemini hala koruyan, bazı bulaşıcı hastalıklar eradike edilmiş olup bazıları ise tek tek olgular haline getirilmiştir. Bebek ölüm oranı, ana ölüm oranı, nüfus artış hızı ve düşük hızı gibi sağlık düzeyi ölçütlerinde, ülke oranlarına göre, oldukça iyi sayılabilecek düzeylere ulaşılmıştır. Her kademedan sağlık personelinin eğitimleri yanında, bölge toplumunun tedavi edici hizmet gereksiniminin % 95'e varan bir bölümü de karşılanmaktadır.

Özet olarak; Bölgedeki uygulamalar göstermiştir ki, Türkiye koşullarına en uygun örgütlenme ve hizmet sunma biçimi sosyalleştermedir ve gün geçirmeden tüm ülkeye yaygınlaştırılması yararlı olacaktır.

REFERENS

- 1- Baykan N.,Toplum Bünyesine Etki Yapan Faktörler,Toplum Hekimliği Ders Notları,A.Ü.Tıp Fak.Yayınları No:339,Ankara 1976,S 20
- 2- H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,Türkiye'de Nüfus,Ankara 1975
- 3- W.H.O, Technical Report Series,No: 250, Cenova 1962
- 4- Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin 1970 - 1974 Faaliyet Raporu, Ankara 1975,S.14
- 5- Karadayı F., "Population Growht in Turkey",The Population of Turkey,H.Ü.N.E.E.,Ankara 1974, S.17
- 6- Sungur C.,Ankara'nın Tuzluçayır Gecekondü Bölgesinde Bağır-sak Parazitleri İnfestasyon Prevalens Araştırması,A.Ü.T.F. Mecmuası,Cilt 28 Sayı 1-2 ye ek,Suplementum No 90,Ankara 1975
- 7- Cin Ş.,Girgin N.,Demirağ B.,Zevkliler M., "Gecekondü Bölge-lerinde sosyal araştırmalar I",Gecekondü Ailesinin Sosyal yaşamı ve Çocuk Ölümleri,A.Ü.T.F.Mecmuası Cilt 28 Sayı 3-4 e ek,Suplementum No 100, Ankara 1975
- 8- Fişek N., Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi,Epidemiyo-loji Ders Notları Dönem II,Çoğaltılmış Teksir
- 9- Oral S.,Ankara Civarında 4 Köyde Okul Öncesi Çocuklarda Yapılan Beslenme ve Sağlık Durumu Araştırması,Doçentlik Tezi, Ankara 1976
- 10- Cin Ş.,Girgin N.,Demirağ B.,Zevkliler M., "Gecekondü Bölgele-rinde Sosyal Araştırmalar II",0-6 Yaş Arasındaki Çocuklarda Beslenme ve Gelişme Durumu,A.Ü.T.F.Mecmuası Cilt 28 Sayı 3-4'e ek,Suplementum No 99, Ankara 1975
- 11- T.C.Başbakanlık D.P.T.,Yeni Strateji ve Kalkınma Planı 1973-1977,Yayın No D.P.T. 1272, Ankara 1973
- 12- Fişek N.,Erken Teşhis,Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi, H.Ü.T.F.Toplum Hekimliği Ders Notları,Dönem I
- 13- Sungur C.,Bilgin Y.,Toplumsal Açından Aile Planlaması Hizme-tinin Önemi ve Topluma Yönelik Uygulama Yöntemleri,Eskişehir Bölgesi Halk Sağlığı Semineri,Eskişehir 1976,S.113

- 14- Anagün A.B.,Türkiye ve Eskişehir'de Aile Planlaması,Eskişehir Bölgesi Halk Sağlığı Semineri,Eskişehir 1976, S 89
- 15- Bilgin Y.,Topluma Yapılacak Sağlık Eğitiminin Esasları,Toplum Hekimliği Ders Kitabı,Ankara 1976 S.329 .
- 16- 1971 World Population Data Sheet, August 1971
- 17- World Bank Atlas,Population Per Capita Product and Growth Rates 1972
- 18- Fişek N.H.,Epidemiyoloji Ders Notları,H.Ü.T.F.Toplum Hekimliği Enstitüsü Ders Notları
- 19- Öztekin Z.,H.Ü.T.F.Toplum Hekimliği Enstitüsü Ders Notları.