

Yalçın ÇETİN

ANKARA
VE
İZMİR

Dr. M. Levent ÖZSES
Ortodonti Uzmanı
Uz. Tescil No: 93689

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



MAYIS — 1977 / SAYI : 20 / YIL 2 / FİYATI : 10 LİRA

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

**TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz**

TOB DERGİSİNE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN,
96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİ-
NİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.
ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
— Haberler... Haberler... Haberler	2
— Doğum Öncesi Bakımın Ana ve Çocuk Sağlığındaki Önemi (Doç. Dr. Ayşe AKIN)	26
— Annelerin Çocuk Sağlığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları ile İlgili Bir Araştırma (Dr. Ayten EGEMEN)	39
— Aşıların Halk Sağlığı Yönünden Önemi ve Uygulanması (Stj. Dr. Uğur GÖNÜL)	44
— Sosyal Pediatri Uygulamalarının Önemi (Ank. Tabip Odası/Ana - Çocuk Sağlığı Komitesi)	59

TOB

Türk Tabipler Birliği
Ankara ve İzmir Tabip
Odaları Aylık Yayın
Organı

Sahibi :

Dr. Hamdi ÖGÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :

Dr. Recep AKDUR

Teknik Sekreter :

Cevdet DURANOĞLU

Yazı Kurulu

(Ankara Tabip Odasından)

Dr. Muzaffer AKYOL, Dr.

Doğan BENLİ, Doç. Dr. Nevzat

EREN, Dr. Özen ARAT

(İzmir Tabip Odasından)

Dr. Mustafa ULUSOY, Dr.

Erkan SEVİNÇ, Dr. Soniz

EVREN

Yönetim Yeri :

Hanımeli Sokak. 16/2

Sıhhiye/ANKARA

Tlf : 29 55 70

Basıldığı Yer :

Halkevleri Basımevi

Menekşe Sokak No. 11/A

ANKARA

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.

Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.

Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta)

Yayımlanan yazılardaki görüş ve

düşünceler yazarlarına aittir. Oda-

larımızı ve TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapakla 1500 TL.

İç tam sayfa 1000 TL.

İç yarım sayfa 750 TL.

1 Mayıs Kırımı Sorumlularını Ortaya Çıkaracak Sorular

1 — İlk silah seslerinden sonra, Sular İdaresi üzerinden alana yayılım ateşi açan, çelik yelekli saldırı-ganlar kimlerdir?

2 — Sular İdaresinden açılan ateşle aynı zamanda İntercontinental Otelinin alt tarasından ve 5. kattan alana ve kürsiye doğru uzun menzilli otomatik silahlarla yayılım ateşi açanlar kimlerdir?

3 — AP binasından halka dinamit ve patlayıcı madde atanlar kimlerdir?

4 — Alandaki polis panzeri niçin saldırıya uğrayanlara bomba atmaya başladı?

5 — Olay günü güvenlik kuvvetleri ne kadar kurşun ve bomba kullandı?

6 — Alanda, isabet alan yaralı ve ölümlerden çıkan kurşunların kalibreleri nedir?

Bunların isabet aldıkları noktaya göre konumları nasıl değerlendirilmektedir?

7 — Panik içinde Kazancı Yo-

kuşundan aşağı kaçmaya çalışan halka, yokuşun alt kesiminde yukarı doğru ateş açanlar ve halkı panzerden de açılan ateşle arada bırakanlar kimlerdir?

8 — Kazancı Yokuşunun başındaki Pamuk Eczanesinin bulunduğu binanın çatısından alana yayılım ateşi açanlar ve daha sonra silahları bulunanlar kimlerdir?

9 — Halka ateş açan beyaz renkli Renault arabada kimler vardı?

10 — Polise verilen emir ve komandaların, telsiz konuşmalarının bandı var mıdır? Varsa açıklanacak mıdır?

11 — 1 Mayıs'tan önceki günlerde «1 Mayıs'ta kanlı olaylar çıkacağı» çeşitli şekilde sağ basında sürekli ele alınması bir rastlantı mıdır? çeşitinden pek çok soru, 1 Mayıs kırımının sorumlularının ortaya çıkması için çeşitli basın, yayın organlarında olayın görgü tanıklarına dayanılarak ortaya atıldı.



Ecevit : 1 Mayıs Kırımı bir tertiptir.

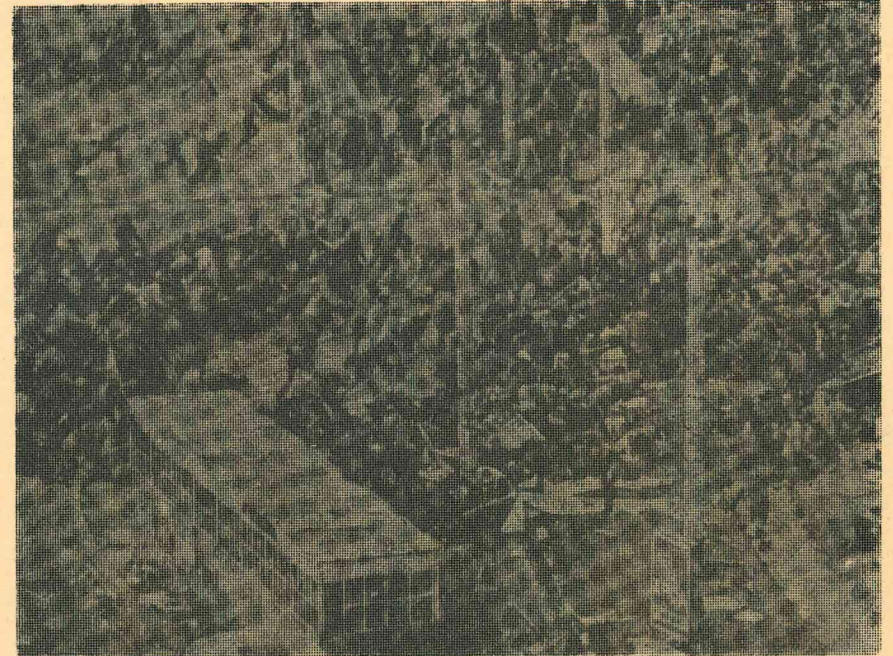
1 Mayıs İşçi Bayramını kutlayan 500 bini aşkın işçi ve emekçi kitlesine yapılan saldırıyı «tertip» olarak niteleyen CHP Genel Başkanı Ecevit'i, olaydan bir hafta sonra İzmir'de 1 Mayıs tertipçilerinin umduklarının aksi bir kalabalık karşıladı. CHP Genel Başkanının İzmir'deki açık hava toplantısında 300 bini aşkın bir kalabalık toplanmıştı. Konuşmasında 1 Mayıs İşçi Bayramı sırasında meydana gelen olaylara da değinen Ecevit,

— «Araç olarak sol görüntülü birtakım sorumsuz topluluklar kullanılmış olsa bile asıl tertipçilerin onlar olabileceğini sanmıyorum. Devlet içinde yer almakla beraber

demokratik hukuk devletinin denetim alanı dışında kalan bazı örgütlerin bu olaylarda başlıca etken olduğu kanısındayım» dedi.

İki yıldır süregelen şiddet eylemlerinin, seçim yaklaştıkça yoğunlaşarak çok kaygı verici bir boyutlara ulaştığını belirten Ecevit özetle şöyle devam etti:

— «Özellikle 1 Mayıs günü İstanbul'da Taksim alanında çıkarılan olay bir kırım hareketidir. Eski deyimiyle bir katliamdır. Türk demokrasi tarihinde bu kadar ağır bir olaya rastlanmamıştır. Kırımın hedefi olan işçi kuruluşlarıyla üyeleri eğer serin kanlı davranmamış, yasalara kesinkes bağlı kalmamış



olsalardı, bu olay, bütün yurdu saracak ve demokrasimizi yakıp yıkacak bir yangının başlangıcı olabilirdi.

1 Mayıs kırımının ilk provası, bir süre önce Ankara'da Tandoğan Alanında bazı meslek kuruluşlarının yasal toplantısına karşı yapılmıştı. Tertipçiler, o ilk deneyi geliştirerek, 1 Mayıs günü İstanbul'un Taksim Alanında, bir iç savaş kıskırtıcılığı boyutlarına ulaştırmışlardır.

Boyutları değişik olmakla birlikte, yöntemleri birbirine çok benzeyen bu iki olayda araç olarak «sol» görüntülü birtakım sorumsuz topluluklar kullanılmış olsalar bile asıl tertipçilerin onlar olacağını sanmıyorum.

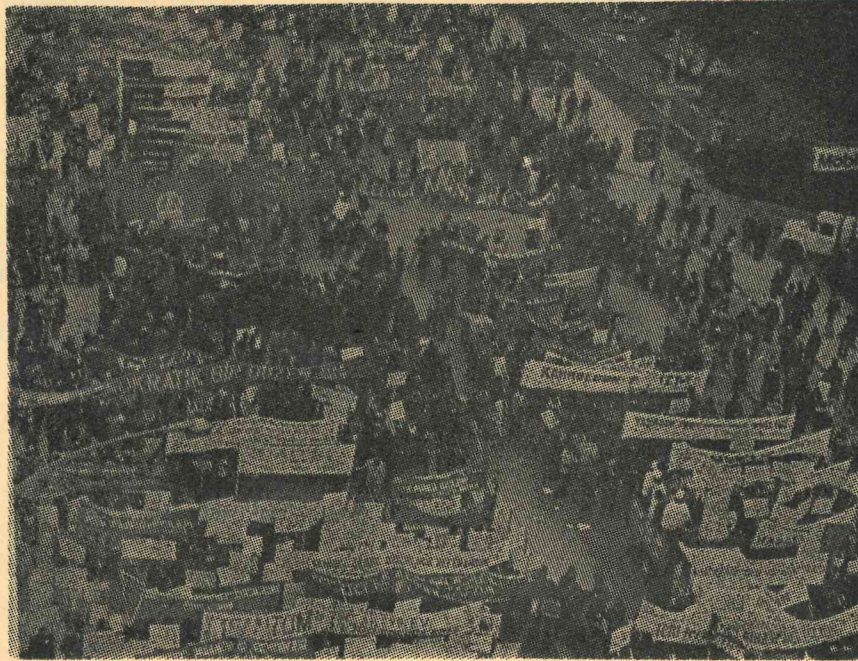
Ben, Devlet içinde yer almakla beraber, hiç değilse Devlet gücünden kaynaklanmakla beraber, demokratik hukuk devletinin denetim alanı dışında kalan bazı örgüt-

lerin, bu olaylarda başlıca etken olduğu ve Hükümetin iki kanadının da, gereken önlemleri alacak yerde, bu örgütlerden yararlanmak istediği kanısındayım.

Böyle örgütlerin ve tertiplerin kesin kanıtları 12 Mart döneminde ortaya çıkmıştı. Şimdi, seçim yaklaştıkça, bu kanıtlar daha büyük ve daha tehlikeli boyutlarla ve biçimlerle gözler önüne seriliyor.

Eğer yargı, içinde bulunduğumuz aşamada hızlı işlerse ve özellikle Taksim olaylarının ve Şiran - Niksar ve Erzincan olaylarının görünürdeki ve asıl perde ardındaki sorumluları ve suçluları bir an önce ortaya çıkarılırsa ve kamuoyuna açıklanırsa, bunun caydırıcı ve topluma huzur getirici etkisi çok büyük olacaktır.

Bu konuda bildiklerimi ve sezdiklerimi daha ayrıntılı olarak, Sayın Cumhurbaşkanına sundum.»



Çeşitli Kuruluşlar 1 Mayıs Olaylarını Tertip Olarak Nitelediler

MAYIS				
Pazar	8	15	22	29
Ptesi	2	9	16	23
Salı	3	10	17	24
Çars	4	11	18	25
Pers	5	12	19	26
Cuma	6	13	20	27
Çtesi	7	14	21	28



Görkemli 1 Mayıs gösterilerinin gizli, açık karanlık ellerce kana bulanması üzerine, çeşitli demokratik kitle örgütleri yayınladıkları bildiri ve verdikleri demeçlerde, olaylardan DİSK'in sorumlu tutulamayacağını, olayların bir provakasyon olduğunu belirterek hükümet ve güvenlik kuvvetlerini suçladılar.

TÜMAS :

Tüm Üniversite, Akademi ve Yüksek Okul Asistanları Birliği (TÜMAS) Genel Merkezi olaylarla ilgili olarak yayınladığı bildiride, «Olay egemen güçlerin en ince ayrıntısına kadar planlanmış oldukları bir faşist tertip sonucu emekçi halkın bilinçlice katledilme olayıdır» dedi. TÜMAS'ın bildirisi özetle şöyledir:

— «Sermaye cephesi 1 Mayıs 1977'de Türkiye işçi sınıfı ve emekçi halkına tarihin en kanlı 1 Mayıs'larından birini yaşatmış ve 34 dev-

rimci - ilerici - yurtsever insanımız, kaynağı Amerikan İntelijans servislerine kadar uzanan ve faşist güçlerin tümünün kullanıldığı bir tertip sonunda bilinçlice katledilmişlerdir. Burjuva basını ve yayın organları ise olayı bilerek tahrif etmiş ve katliamı sol içindeki bir çatışmanın sonucu olarak kamuoyuna yansıtmıştır.

Bu iğrenç oyun, işçi sınıfımızın yıldırılması, devrimci güçlere karşı halkımızın güveninin sarsılması, işçi sınıfının devrimci sendikal örgütünü yıpratıp yoketme ve seçim öncesi halkın gözünde ilerici güçleri küçük düşürme gibi birçok amacı olan bir oyundur.»

TMMOB :

Türk Mimar ve Mühendis Odaları Birliği Genel Başkanı Teoman Öztürk 1 Mayıs olayları ile ilgili olarak verdiği demecinde, katliamın tertipçilerinin CIA ve bunun Türkiye'deki uzantıları olduğunu söyleyerek özetle şöyle devam etmiştir.

— «Bu katliamda doğrudan rol alanlar, Taksim alanında dört bir yanda pusuya yatan, Sular İdaresinin duvarının üstünden, İntercontinental Oteli'nden, Kazancı Yokuşunun alt başından halkı otomatik silahlarla tarayan sivil giyimli gruplardır. Cumhuriyet Caddesinin köşe-

sinden, Intercontinental Otelinin önünden silahlarla ateş eden, yığınların üzerine panzerleri süren bir kısım güvenlik görevlileridir. Canını kurtarıp alandan uzaklaşanlara köşe başlarında saldırı tuzakları kurmuşlardır.»

ÇAĞDAŞ HUKUKÇULAR DERNEĞİ

Çağdaş Hukukçular Derneği adına Genel Başkan Halit Çelenk tarafından verilen demeçte, olayların bir tertip olduğu belirtilerek, tertibin amacı şu şekilde izah edilmiştir:

— «Tertibin amacı, işçi sınıfının uyanışını önlemek, kitleleri yıldırarak, demokratik güçleri dağıtmak ve seçim ortamını etkilemektir. Bir katliam şeklini alan bu saldırı, temelde, uzun süreden beri yurdumuzun dört bir yanında süregelen terörün ve tezgahlanan oyunların bir parçasıdır.»

TÖB - DER Kampanya Açtı

TÖB—DER Merkez Yürütme Kurulu, 1 Mayıs olaylarında ölen 6 öğretmen üyesi için kampanya açmış üyeleriyle birlikte tüm ilerici - yurtseverleri yardıma çağırmıştır. Bu konuda TÖB—DER'in açıklaması şöyledir:

— «1 Mayıs'ta İstanbul'da düzenlenen ve örgütümüzün de etkin bir şekilde katıldığı «İşçi Sınıfının Uluslararası Birlik-Mücadele ve Dayanışma Günü»nde emperyalizmin ve yerli işbirlikçilerinin tezgahladıkları katliam sonucunda aramız-

dan ayrılan Ahmet Gözükkara, Kenan Çatak, Mustafa Elmas, Bayram Çıtak, Hikmet Kürkçü ve Ömer Narman adlı üyelerimizin ailelerine verilmek üzere bir yardım kampanyası açmış bulunuyoruz. Bu amaçla:

Öğretmenlerin ve yurtseverlerin katkılarıyla biriken paralar Ziraat Bankası Yenişehir Şubesinde açılan 62869 No'lu hesabımıza gönderilmelidir.»

TÜRKİYE YAZARLAR SENDİKASI

Türkiye Yazarlar Sendikası Genel Başkanı Aziz Nesin imzasıyla 1 Mayıs kırımı ile ilgili olarak yayımlanan bildiride ise şöyle denilmektedir:

— «İşçi bayramını kana bulan eller, aynı gün İspanya ve Yunanistan'da da aynı yöntemlerle tertipler düzenleyen uluslararası emperyalist tekellerin kiralık ajanlarıdır. 1 Mayıs katliamı, MC iktidarı iş başına geleli beri, yoğunlaşarak hergün sürmekte olan bir katliamın son ve en kanlı halkasıdır. Emperyalizmin amacı ve yakın hedefi bellidir: İşçi sınıfının ve en geniş halk yığınlarının çığ gibi gelişen hoşnutsuzluğunu baskı ve terörle durdurmak. Geniş yığınları korkutmak, ürkütmek, artık engel olmaya güçlerinin yetmediği yaklaşan seçimleri hiç değilse amaçları doğrultusunda etkilemek, ülkemizin demokratlaşma sürecini yavaşlatmak, saptırmak.

Üzüntümüzü artıran bir nedenle en geniş halk yığınlarının, en genel demokratik sloganlar çevre

sinde birleşmesi ve faşizme karşı bir halk gösterisi olması gereken 1 Mayıs bayramında, bölücü, dar görüşlü tutum ve sloganlarıyla devrimci - demokrat hareketi bölenler, halkımızın kanının akmasını bilecek - bilmeyerek emperyalizmin oyununa âlet olanlardır. 1 Mayıs provokasyonu ve katliamının bu gruplar içindeki iyi niyetli unsurlara hiç değilse bir uyarı niteliğini taşımasını istiyoruz.»

TÜRK TABİBLER BİRLİĞİ

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi adına Başkan Erdal Atabek imzasıyla çıkan bildiriye toplumdaki demokratik gelişmeden ürken çevrelerin ve onlara âlet olan grupların tertiplerinin, toplumdaki gelişmeyi önleyemeyeceği görüşü belirtilirken, olay şiddetle protesto edildi.

Bildiri özetle şöyledir:

— «1 Mayıs törenine katılan yüzbinlerce kişinin paniğe sürük-

lenmesine yol açan, ölüm ve yaralanma olaylarıyla sonuçlanan girişim, toplumdaki demokratik gelişmeden ürken çevrelerin ve onlara âlet olan grupların bir tertibi olmuştur.

Zorbalığın ve terörün kurbanı olarak ölen ve yaralananlar en büyük acımızdır.

Sonuna kadar olaysız geçen büyük ve anlamlı yürüyüşün son anda kana bulanması aslında daha geniş boyutlu amaçlara yöneliktir. Bu olaylarla amaçlanan, halkın; demokratik hakları, özgürlükleri, emeğin üstünlüğünü yansıtan toplantılara katılmasını engelleyen psikolojik bir ortam yaratmak; her toplantıda kanlı olaylar çıkacağı izlenimini sürdürmek, böylece çok yönlü bir baskı ve terör ortamını gerçekleştirmektir.

Olayı şiddetle protesto eder; bu tür hareketlerin toplumdaki gelişmeyi önleyemeyeceği görüşümüzü açıklarız.»

12 Mayıs Dünya Hemşireler Gününde 1 Mayıs'ta Şehit Olan Leyla Altıparmak Yılın Hemşiresi Seçildi

12 Mayıs Dünya hemşireler günü nedeniyle bir açıklama yapan TUS—DER Genel Başkanı Hasan Fehmi Mavi, büyük bir çoğunluğu TUS—DER çatısı altında örgütlenen ülkemiz hemşirelerinin sorunlarını dile getirirken, 1 Mayıs'ta şehit olan Ankara Numune Hastanesi

hemşirelerinden Leyla Altıparmak'ın TUS—DER tarafından yılın hemşiresi seçildiğini söylemiştir.

TUS—DER Genel Başkanı Hasan Fehmi Mavi'nin açıklaması özetle şöyledir:

— «Diğer sağlık personeli gibi, grevli toplu sözleşmeli sendikal hak



1 Mayıs şehiti Leyla Altıparmak

lardan yoksun olan hemşireler; grevli toplu sözleşmeli sendikal haklarını almak, sorunlarını çözüm-

lemek için TUS—DER saflarında toplanmaya başladılar. Büyük bir çoğunluğu derneğimiz üyesi olan ülkemiz hemşireleri 12 Mayıs Dünya Hemşireler Gününde balo değil, şu sorunlarına çözüm istemektedirler.

a) Ülkemiz hemşireleri yaptıkları hizmetin yetkisi ile donatılmadıklarından verimli çalışmalarını açıkça engellenmektedir.

b) Hemşirelerin yetiştirildiği sağlık kolejlerinde ülkemiz gerçekleri ve gereksinmelerine göre eğitim uygulanmadığından, hemşireler hizmetlerini istedikleri gibi yürütememektedirler.

c) Çalışan emekçi kadınlar içinde en çok işgüvenliğinden yoksun olanlar hemşirelerdir.

d) Sağlık işyerlerinin birçoğu sağlık yönünden Hemşirelerin çalışma koşullarına uygun değildir.

e) Hemşireler çoğu yerde sekiz saatten fazla çalışmaktadırlar.

f) Nöbetler genellikle keyfi dü-



zenlenmekte Hemşireler mağdur edilmektedirler.

g) Hemşirelerin tayin ve nakilleri branşları göz önüne alınmadan yapıldığından hemşire ile diğer sağlık personelinin kolektif çalışması engellenmektedir.

h) Hemşirelerin çocukları için hemen hiçbir sağlık işyerinde kreş ve çocuk emzirme odası yoktur.

ı) Hemşireler çalıştıkları kurum ve kuruluşlarda söz ve karar sahibi değildir.

Bu sorunlar çoğaltılabilir. Ülkemiz Hemşireleri, sorunlarının çözümlerini; kötü koşullarda az ücretle çalışan, horlanan ezilen kadınlarımızın sorunlarının çözümünden, sağlık personelinin sorunlarının çözümünden ve emekçi halkımızın sorunlarının çözümünden ayrı görmemektedirler.

Hemşireler ekonomik ve demokratik haklarını almak için TUS—DER çatısı altında örgütlenmekte ve ileri demokrat bir düzen

savaşımında işçi sınıfı saflarında yer almaktadırlar.

Bu amaçla; 1977 yılında, savaşızsız ve sömürsüz bir dünya için yüzlerce hemşire 1 Mayıs İşçi Sınıfının Birlik - Dayanışma - Mücadele gününde 1 Mayıs alanında buluştular. Barış ve Özgürlük özlemlerini güçlü sesleri ile haykırdılar. Bu görkemli gösteriden korkan; demokrasi ve insanca özgür bir yaşam düşmanı işbirlikçi tekelci sermayenin istemi üzerine CIA ve onun yerli kardeş örgütünün hazırladığı plan uyarınca ajanlar, faşistler 34 sınıf kardeşimizle birlikte Hemşire Leyla ALTIPARMAK'ı şehit ettiler.

Savaşızsız, sömürsüz bir dünya insanların sağlık içinde yaşadığı demokratik bir Türkiye için savaşım veren Leyla ALTIPARMAK'ı derneğimiz TUS—DER yılın hemşiresi seçmiştir.

Anısı tüm hemşirelere tüm sağlık personeline ışık tutacaktır.»



1 Mayıs İşçinin Emekçinin Bayramı

1 MAYIS 1977 İSTANBUL

Günlerin bugün getirdiği

Baskı, zulüm ve kandır

Ancak bu böyle sürmez

Sömürü devam etmez

Gün gelir, gün gelir

Zorbalar kalmaz, gider

Devrimin şanlı yolunda

Bir kağıt gibi erir gider.

Bertolt BRECHT

1 Mayıs 1977 sabahı İstanbul kenti olaganüstü bir güne hazırlanıyordu. Sabahın erken saatlerinden başlayarak İstanbul'un ve Türkiye'nin her yanından gelmiş yurtseverler alanları, yolları doldurmaya başladı. Beşiktaş'a, Yıldız'a, Taksim'e, Saraçhane'ye coşkunun seli gibi kitleler akıyordu.

Türkiye İşçi Sınıfı ve onun yanında yer alan halkımızın diğer emekçi kesimleri, ikinci kez 1 Mayıs İşçi Bayramını kutlamanın coşku

ve sevinci içinde idiler. İşçiler, öğretmenler, gençler, kadınlar, çocuklar, yazarlar, sanatçılar, hekimler, teknik elemanlar... tüm çalışanlar demokratik kitle örgütlerinin flamları altında toplanmışlardı: Emegin üstünlüğünü, emeğe ve insana saygıyı göstermek için; emegin bayramını, emek sömürücülerine karşı savaşımı birkez daha belgelemek için; faşizme, emperyalizme ve yerli işbirlikçilerine karşı dayanışmayı tek bir ses olarak haykarmak için.

Emegin bayramını kutlamaya gelmiş emekçi kitlelerin oluşturduğu görünüm son derece görkemliydi. İşçiler, emekçiler günlük yaşamlarından görüntüler sergiliyor, özelemlerini dile getiriyorlardı:

«Faşizme Geçit Yok»

«141—142'ye Hayır»

«Genel Grev Hakkımız, Söke Söke Alırız»

«Sendika Hakkımız, Söke Söke Alırız»

«Yaşasın 1 Mayıs»

Bu coşku ile birlikte tüm katılanların ağırbaşlı, kararlı, disiplinli tutumlarına, gösterinin örgütlülüğüne herkes tanık oldu. Görevliler gerçekten örgütlü ve disiplinli çalışmanın örneğini verdiler. Aynı düzen ve disiplin, yürüyüş ve Taksim'deki toplantı boyunca sürdü.

Türk Tabipler Birliği flaması altında toplanan 1000'i aşkın hekim, işçi sınıfı ve emekçi kitlelerin yanında yer aldı ve yürüdü. Hekimlerimiz sanki, Şili'deki ilerici yönetime karşı uluslararası tekellerle işbirliği yapan, faşist Pinochet hareketinin başarısında etkisi olan, tutucu Şili hekimlerine karşı tavrı koydu. Onların, hekimlik onurunda açtıkları yarayı onarmak için «Venseremos» marşını işçilerle birlikte söyledi Türk hekimleri. Taksim Alanına «İşçi—Hekim Elele» diyerek giren ilerici hekimleri işçi sınıfı «Selam işçi sınıfının yanında yer alan hekimlerimize» diye karşıladı.

Duyguların, düşüncelerin sözcüklerle anlatımının güç, giderek olanaksız olduğu durumlar vardır. Sonsuz bir sevginin anlatımı gibi, eşsiz bir doğa güzelliği ya da sanat yapıtı karşısında duyulanlar gibi. Daha güzel, daha mutlu bir dünya için, sömürsüz bir yaşam için mücadeleye yolunda uğraş veren emekçiler öylesine bir güzellik yaratmışlardı. İnsanın bakmaya doyamadığı bir görünüme tanık oluyordu, İstanbul kenti 1 Mayıs 1977 günü.

Türkiye İşçi Sınıfının ve onunla birlikte yürüyen emekçi kitlelerin, tüm demokratik güçlerin birlikte yarattıkları bu görünüm toplumdaki değişme ve gelişmenin somut bir göstergesiydi. Bu gelişme, de-

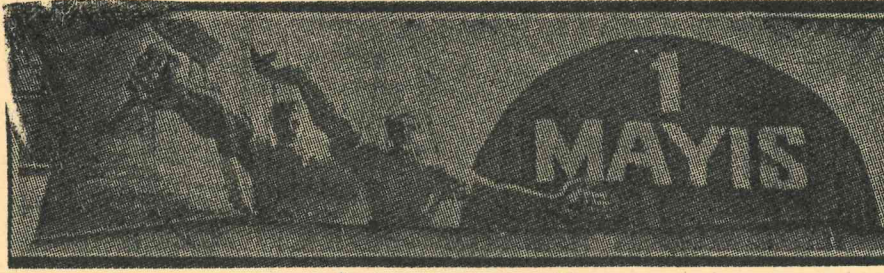
mokratik güçlerin örgütlülüğü ve dayanışması, karşıt güçleri rahatsız ediyor, ürkütüyor ve korkulu düşler görmelerine neden oluyordu. Ve 1 Mayıs 1977 günü ilerici yıldıracağı, sindireceğini sananlar, gizli hesaplar yapmışlardı.

O bakmaya doyulamayacak görüntü bir anda karabasana dönüştürüldü. 1 Mayıs 1977 saat 19.00. Olmaz, nasıl olur, nasıl kıyıır ayıyemeden canlarını veren yurtseverler. İşçi Bayramını kutlamak üzere toplanmış silahsız kişileri planlı ve sistemli biçimde tarayan silahlar, panzerler. Ezilenler, vurulanlar, ölenler, yaralananlar. Evet, karanlık kafaların yönettiği gizli eller görkemli 1 Mayıs gösterisini kana buladılar. Kanlı 1 Mayıs yaptılar. Tıpkı 91 yıl önce Amerika'da olduğu gibi.

Düşünme yeteneğinden yoksun olanlar, emegin ve düşüncenin birikimlerini bir an da yok edebileceklerini sanıyorlarsa, kesin olarak yanılmaktadırlar. İşçi sınıfının ve tüm emekçilerin dayanışmasını, demokratik mücadelesini engelleyeceğini sanan egemen güçler ve onların piyonları aldanmaktadırlar. Ergeç uğrayacakları yenilgiyi geciktirme çabaları boşunadır. O karanlık kafalar gizli emellerine asla ulaşamayacaklardır. Çünkü; baskı, kıyım, zulüm, kırım sömürüye karşı savaş engelleyemez, ancak ve ancak hızlandırır. Çünkü; bu uğurda, her can verenin yerini yüzlercesi alır. Çünkü; bir usta şairin dediği gibi,

«Döğüşenler, ölenlerin tutmaz yasını»

Daha güzel bir dünya, insanın sömürmediği bir dünya için müca-



1 Mayıs İşçinin Emekçinin Bayramı

dele yolunda ölenlerin anıları, aynı uğraş içinde olan tüm yurtseverlere önder olacaktır. Gelecek 1 Mayıs'lar daha görkemli, daha güzel olacaktır. 1 Mayıs İşçi Bayramı Türkiye'de işçilerin ve tüm emekçilerin kazandıkları bir haktır ve emekçi halkımız bu haktan vazgeçmeyecektir. Ve bir gün 1 Mayıs 1977'de dökülen kanların hesabı, mutlaka sorulacaktır. Emekçi halkımızın yurtsever kaniyle beslenen gözü dönmüş katillere yanıtı:

«Biz halkız, yeniden doğarız ölümlerde» olacaktır.

Bu yanıt hemen 1 Mayıs'ı izleyen günlerde verilmiştir. Emekçileri, yurtseverleri korkutma, yıldır-

ma, öldürme girişimleri sonuç vermemiştir ve vermeyecektir. Demokrasi ve özgürlükten yana olan tüm güçler İzmir'de, Antalya'da ve İsparta'da yerli - yabancı egemen güçlere, onların vurucu gücü piyonlara, tüm karanlık kafalara hak ettikleri yanıtı vermiştir. Emekçilerin, işçilerin, tüm demokratik güçlerin demokrasi yolunda mücadelesi daha güçlü olarak sürecek ve hızlanacaktır. Bu mücadeleyi durdurmanın, bu akıma karşı koymanın olanağı yoktur. Çünkü, bağımsızlık için, demokrasi için, özgürlük için savaşım, insanın vardığı en yüksek aşamanın göstergesidir. Bu aşamaya varmış kitleler artık durdurulamaz.

Faşist Örgütlerin Seçim Kampanyalarının Finansmanının Haraç Yolu ile Karşılama Girişimlerinin Önlenmesi İstendi

5 Haziran Genel Seçimleri yaklaştıkça, eğitim kurumlarındaki faşist terör ve uygulamalar yeni biçimler olarak yoğunlaşmaktadır.

MC'nin işbaşına geldiği gündenberi tüm öğrenim kurumlarında sürdürülen faşist baskılara, bir yenisi daha eklenmiş ve birçok yük-

sek öğrenim kurumunda faşist örgütlerin seçim kampanyalarını finanse etmek amacıyla haraç toplanmasına girişilmiştir. Daha önceleri Ülkü Ocaklarına bağış adı altında alınan haraç, bu kez artık isim de belirtilmeden pervasızca toplanmaktadır.

Ötedenberi süregelen bu uygulamaya, MC yanlısı bazı yüksek okul yöneticileri göz yumduğu gibi, ilgililere yapılan şikayetler de sonuçsuz kalmaktadır. Hatta günlük basından öğrenildiğine göre bir yüksek okuldan haraç vermeyi reddeden 4 öğrenci okuldan uzaklaştırma cezası almış bulunmaktadır. TÖB—DER, TMMOB, TÜM—DER, TÜTED, KÖY—KOOP, DGDF, TÜMÖD, İGD, TÜMAS, ÇAĞDAŞ HUKUKÇULAR DERNEĞİ, PİM, AKD, ANKARA TABİP ODASI, İKD, TİB, TÜS—DER ortaklaşa yayınladıkları bir bildiri ile bu konuya ilişkin görüşlerini açıkladılar. Bildiride özetle şöyle denilmektedir:

— «Her öğrenci 50 ile 100 lira arasında para vermeye zorlanmaktadır. Ayrıca her okuldan toplanacak para miktarları önceden saptanmıştır. Faşist militanlar örneğin Gazi Eğitim Enstitüsünden 250 bin, ADMMA'dan 500 bin lira toplayacaklarını açıkça söylemektedirler. Para vermek istemeyen öğrenciler dövülmekte, işkence görmekte ya da

okullardan uzaklaştırılmaktadır. Erkek Teknik Yüksek Öğretmen Okulu ve Gazi Eğitim Enstitüsünde bu yüzden işkence görüp rapor alan öğrenciler vardır.

Şüphesiz bu yasa dışı uygulamalar ve anti - demokratik baskılar SEÇİM öncesi demokratik güçleri yıldırma, sindirme girişimlerinin yeni bir halkasıdır.

Faşist ve tüm gerici güçler, hangi yöntemlere başvururlarsa vursunlar HALKIMIZI; seçim gibi en temel bir demokratik yasal hakkını kullanmaktan alakoymayacaklardır.

Ancak bu tür zorbalıkların başkent'te ve tüm sorumlu makamların gözleri önünde yapılmakta oluşu bizleri kaygılandırmaktadır.

Bu zorbaların bazılarının dövizlen, işkence gören ve okullarından atılan öğrencilerin kimlikleri tesbi edilmiştir. Eğer istenirse sorumlular da bu kişileri kolayca tesbit edebilirler.

Biz aşağıda imzaları bulunan kuruluşlar olarak; bu tür uygulamaların en kısa zamanda durdurulması için başta İçişleri ve Adalet Bakanları olmak üzere tüm ilgilileri göreve çağırıyoruz.»

Cephenin Getirdikleri ve Götürdükleri

Sömürü düzenini sürdürmek amacıyla, egemen güçlerin iktidara getirdiği MC iktidarı iki yılı aşkın bir süredir bu temel amacı gerçekleştirebilmek için her yönüne başvurdu, tüm olanakları bu yönde seferber etti. İki yıl boyunca emeğiyle geçinen tüm kesimler her yönden olanaksızlıklar içinde yaşamlarını sürdürmeye çalıştılar. MC iktidarının bilançosu enflasyon, pahalılık, işsizlik, yoksulluk, baskı, kıyım, işkence ve cinayetlerdir. MC'nin geniş emekçi kesimler için anlamı yoksulluk, pahalılık, işsizlik, baskı, yani emek sömürsüdür. Buna karşılık MC bir avuç azınlık kesime, emperyalizme bağımlı yerli işbirlikçi tekelci sermayeye hizmet etmiş, tüm yaptıkları bu hizmete yönelik olmuştur. Böylece tüm olanaklar egemen güçler için seferber edilmiş, emekçilerin sırtından aşırı karlar, yolsuzluklar, soygunlar almış yürümüştür.

MC iktidarı döneminde demokratik hak ve özgürlüklere vurulan darbeler akıl almaz ölçülere varmıştır. Can güvenliği, öğrenim ve anlatım özgürlüğünün tümüyle ortadan kaldırılması için her yol denemiştir. Buna karşı demokratik güçlerin savaşımlı yükselmiş, yeni boyutlar kazanmış ve toplumun geniş kesimlerine mal olmuştur. Demokrasi ve özgürlükler için uğraş veren yurtseverlere MC'nin yanıtı

baskı, kıyım, işkence ve ölüm olmuştur.

MC iktidarının ekonomi politikası, sağlık politikası, eğitim politikası, dış politikası hep temel amaca yönelik olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

PAHALILIK: SON BİR YIL İÇİNDE TOPTAN FİATLAR % 20,4 ARTTI

MC iktidarı döneminde fiat artışları önemli boyutlara ulaşmıştır. Son bir yıl içinde toptan fiatlar 20,4 artmıştır. En çok fiat artışı, yüzde 23,5 ile besin maddelerinde olmuştur. Besin maddeleri içinde en çok artış ise yüzde 49,9 ile et fiatlarında görülmüştür.

Fiat artışlarında para arzında artışlar ile spekülasyonlar önemli rol oynar. Bir yıl içinde para arzında yüzde 25 artış olmuştur. Mal, arazi, toprak, bina spekülasyonları ise aşırı kar sağlayan önemli sömürü kaynaklarıdır. Bunun sonucu görülen aşırı kira artışları emekçileri ekonomik yıkıma uğratmaktadır. Ülkemiz artık kira - gelir oranının en yüksek olduğu ülkelerden biri durumundadır. Bazı kentlerde emekçiler gelirlerinin yüzde 50'ye varan bir bölümünü ev kirasına ayırmak zorundadırlar.

Besin ve konut gibi yaşamsal önemi olan ilaçların fiatları da büyük oranlarda artırılmıştır. Yakın zamanlarda Sağlık ve Sosyal Yar-

dım Bakanlığı ilaç sanayicilerinin zam isteklerini onaylamış ve ilaçlara yüzde 17 - 62 arasında değişen oranlarda zam yapılmıştır. Zam yapılan ilaçların çoğunun yaşamsal önemi vardır.

Ücretlerin fiat artışlarının nedensiz gerisinde kaldığının en açık kanıtı Haziran 1976'da 1800 TL. olarak saptanan asgari ücrettir. Asgari ücretin net tutarı 1266,30 TL. ile 1336,50 TL. arasında değişmektedir. 1975 yılında yapılan bir araştırmaya göre, yalnız besin gereksinmesini karşılayabilmek için kişi başına ayda en az 600 TL. na gerek vardır. Yani üç kişilik bir ailenin besin gereksinmesinin net tutarı ayda en az 1800 TL. dir. 1976—1977 döneminde bu asgari değerlerin artan fiat artışları karşısında çok daha yüksek bir düzeyde olacağı kesindir.

Tüm bu gerçeklere karşın fiat artışlarının nedeni olarak ücretlilerin gelirleri suçlanmaktadır. Oysa yaratılan değerden emeğe ayrılan pay gittikçe azalmakta, sermayenin payı artmaktadır. Son bilgilere göre emeğin payı yüzde 26, sermayenin payı ise yüzde 74'dür.

Bu verilerin ortaya koyduğu gerçek, ücret artışlarının fiat artışlarının çok gerisinde kaldığı ve emekçilerin daha da yoksullaştığıdır.

ENFLASYON: TÜRK LİRA'SI MC DÖNEMİNDE YÜZDE 22 DEĞER YİTİRDİ

Türk parası MC iktidarı boyunca sürekli değer yitirmiş, yani paranın alım gücü sürekli azalmıştır. Sık sık yapılan »perakende« devalü-

asyonlar ve artan para basımı enflasyonu artırmıştır. MC'nin iktidara geldiği 1 Mart 1975'de Türk lirasının serbest piyasadaki değeri bir Amerikan doları karşısında 15 TL. idi. Günümüzde serbest piyasada bir dolar 18,50 TL. dan işlem görmektedir. Bu yüzden 22 lik bir değer kaybını göstermektedir.

DIŞ EKONOMİK İLİŞKİLER: T.C. MERKEZ BANKASI DIŞ ÇEVRELERDE MÜFLİS SAYILIYOR

1976 yılında Türkiye'nin dış ticaret açığı 3,5 milyar dolara ulaşmıştır, bu değer cumhuriyet tarihinin en yüksek rakamıdır. Altın ve döviz rezervlerinde büyük düşme olmuş, 1975 Ekimi sonunda bu rezervler 1 milyar 179 milyon dolar iken, 1976 yılı aynı döneminde yüzde 31 düşme ile 808 milyon dolara inmiştir.

Dış borçlar açısından ülkemiz dünyada en kötü durumda olan 10 ülke arasındadır. Döviz borçları yaklaşık 13 milyar dolara varmıştır. Türkiye kısa ve uzun dönemli borçlarını ödeyemez duruma düşmüştür. Bu nedenlerle artık dünya bankalarının Merkez Bankası'nın işlemlerine güvenilmemekte, çekleri ödenmemekte, yabancı ekonomik çevrelerce Merkez Bankası müflis sayılmaktadır. Merkez Bankası'nın ilk olarak Tokyo'da ve daha başka yerlerdeki hesabına el konmuştur. En son haberlere göre, Türkiye'nin borç isteğine karşı Uluslararası Para Fonu iki koşul öne sürmüştür: Seçimlerin beklenmesi ve yüzde 20 oranında devalüasyon yapılması.

İşte MC'nin dış ekonomik ilişki-

ler açısından ülkeyi sürüklediği durum budur.

İŞSİZLİK : İŞSİZLER ORDUSU BÜYÜYOR

Son nüfus sayımı sonuçları, işgücü kullanımının kaynağı olan 15—64 yaş grubunun yaratılan yeni iş olanaklarından çok daha hızlı arttığını ortaya koymuştur, 1970—1975 arasında istihdam yüzde 5 artarken 15—64 yaş grubu yüzde 16 artmıştır. Buna karşılık cephe iktidarı döneminde işsizliğe karşı hiçbir ciddi önlem alınmamış, tersine işsizliği artırıcı bir genel politika uygulanmıştır. Çünkü kapitalist sömürü gereği sürekli bir işsizler ordusuna gerek vardır.

1974'de yüzde 12,3 olan ekseriyetinde toplam işsizlik oranı, 1975'te yüzde 13,6 ya, 1976'da ise yüzde 14,9'a yükselmiştir. 1976'da toplam işgücü fazlası (gizli ve açık işsiz) 2,448,000 kişi idi. 1974'de aynı değer 1,862,000 idi. Ayrıca işsizlerin yüzde 45,8'inin kendisinden başka en az iki kişinin geçiminden sorumlu olduğu araştırmalarla saptanmıştır. Bu değerlendirmeye göre, beş mil-

yondan fazla kişi işsizlik sorunundan doğrudan etkilenmektedir.

Özet olarak, MC iktidarı izlediği ekonomi politikasıyla ülkeyi büyük bir bunalıma, şimdiye değin görülmemiş bir darboğaza sürüklemiştir. Bu gerçekleri dile getiren, sömürüye karşı demokrasi ve özgürlük için uğraş veren demokratik güçlere karşı alabildiğine bir savaş başlatılmıştır. MC'nin antidemokratik uygulamaları, ekonomik politikasının yarattığı bunalımla çok yakından ilişkilidir.

BASKILAR : SALDIRI, KIYIM, GÖZALTI, İŞKENCE, CİNAYET

MC iktidarı süresince binlerce yurtsevere düşünceleri nedeniyle çeşitli baskılar uygulandı. Yüzlercesi öldürüldü, binlercesi yaralandı, gözaltına alındı, tutuklandı, işkence gördü, sürüldü. Bir gün geçmedi ki gazetelerce MC'nin yeni bir baskı örneği olmasın. İşte yalnızca 11 Mayıs 1977 tarihli gazetelerden birkaç haber başlığı:

Yılbaşından bu yana HER GÜN BİR KİŞİ ÖLDÜRÜLÜYOR.



Burada, insanlık düşmanı faşist Pinochet Rejiminin Şili'sinden insan manzaraları görülüyor.



Burada da manevi değerlere öncelik verdiğini iddia eden MC'nin bir ecelsiz ölünün cenaze töreninde, törene katılanlara reva gördüğü muamele.. görülmekte.. İnsanlık adına utanç verici...

Bir ayda TÖB—DER'li 8 öğretmen öldürüldü.

MC döneminde 17 öğretmen öldürüldü.

MC iktidarının bilançosu: 200 ölü, 3900 yaralı, 53 banka soygunu.

Öğretmenler, sağlık personeli, teknik elemanlar, memurlar, diğer emekçiler neden belirtilmeksizin sürüldü, görevden alındı. Sürgün ve görevden alma işlemleri daha önceki döneme göre yüzde 300 arttı. Uluslararası Af Örgütü, bilinen bir gerçeği, ülkemizde işkence yapıldığını dünya kamuoyuna açıkladı.

MC döneminde eğitimde, ilk öğrenim kurumlarından başlayarak

çağ dışı yöntemlere başvuruldu. Okul kitapları burjuvazinin amaçlarına uygun olacak yönde geriye doğru değiştirildi. Okullara sayısız saldırılar düzenlendi. Öğrenim özgürlüğü zorbalıkla ortadan kaldırıldı.

Yüksek öğrenim gençliği baskılardan en yoğun biçimde etkilenen kesimlerden biri oldu. Okullarda eğitim olanağının ortadan kalkması için MC her yöntemi denedi. Sayısız faşist saldırılar düzenlendi. Okullar kapatıldı. Yönetime faşist nitelikleri açıkça bilinen kişiler getirildi. Toplumun en genç, en heyecanlı, en dinamik kesimini susturmak, yıldırım için planlandı bu o-

yunlar. Fakat gençlik en büyük baskılara yiğitçe karşı koydu. Ve baskısız, sömürsüz bir düzen için mücadeleye yolunda çok sayıda genç canını verdi. Ama canını vermek pahasına da olsa geniş gençlik kesimleri yıldırlamadı.

MC iktidarının sömürü ve baskılara karşı, demokrasi için mücadeleye veren işçi, köylü, aydın, tüm ilerici kesimlere, yurtseverlere uyguladığı baskı ve zulümün bilançosu özet olarak şöyledir:

200'DEN ÇOK SİYASAL CİNAYET İŞLENDİ.

4000'E YAKIN KİŞİ YARALANDI.

100,000'E YAKIN KİŞİ GÖZALTINA ALINDI.

1000'E YAKIN KİŞİ TUTUKLANDI.

1000'E YAKIN FAŞİST SALDIRI UYGULANDI.

1000'LERCE YURTSEVER KIYIMA UÇRADI.

Artık can güvenliğinin bile kesinlikle ortadan kalktığı, bunalım ve kargaşa ortamının tek ve gerçek nedeni bir avuç büyük sermaye sahibinin karlarını ve sömürüyü artır-

mak, bu politikanın yarattığı ekonomik bunalımı gizlemektir. MC döneminde yolsuzluklar, rüşvetler, açık ve gizli soygunlar almış, yürümüş, hepsinin bedeli de emekçi halka ödetilmiştir .

Buna karşılık, MC iktidarı emeğiyle geçinen hekimlerin, diğer sağlık personelinin, diğer emekçilerin yararına olan ve gündeme gelmiş bulunan birçok girişimi geçirtmiştir, engellemiştir: Yan ödeme kararnamesi gibi, Tam - Süre çalışma yasa tasarısı gibi, Meyak kesintileri sorunu gibi, sağlık personelinin işçi statüsüne geçmesine ilişkin kararname gibi, SSK ilaç fabrikası gibi.

MC iktidarı temsil ettiği güçlerin çıkarlarına uygun işlev görmüş ve bunu en kanlı, en zalim ve insanlık dışı yöntemlerle yapmıştır. Bunun karşısında toplumdaki demokratik güçlerin savaşımı durdurulamamış, aksine bu güçler gerek nicel, gerek nitel yönden büyük aşamalar göstermiştir. MC iktidarı göçecek, baskısız, sömürsüz bir yaşam için uğraş verenlerin savaşımı sürecektir.

kararlaştırıldı. Ayrıca bundan sonraki sağlık haftalarında, bir merkezde Sağlık Kurultayı düzenlenmesi fakat yerel çalışmaların da sürdürülmesi oybirliği ile onaylandı.

İkinci gün çalışmalarında değişik odaların saptadığı çalışma ilke ve programları tartışıldı. Ortak ilkeler saptandı. Bu ilkeler daha sonra yayınlanacaktır.

Ankara Tabip Odası'nın Yeni Dönemde Çalışma İlkeleri ve Yapacağı Çalışmalar

Ankara Tabip Odası yeni Yönetim Kurulu'nun oybirliği ile almış olduğu karar gereğince, odanın önümüzdeki dönemde yapacağı çalışmalar, örgütlenme biçimi ve çalışma ilkeleri saptanmıştır. Aşağıda özet olarak verilen bu ilkeler ve çalışma programı üyelere sözlü ya da yazılı eleştiride bulunmaları için dağıtılmıştır.

A. Bir demokratik kitle örgütü olan Ankara Tabip Odası'nın görevleri şöyle özetlenebilir:

1. Hekim kitlelerini bilinçlendirmek, yönlendirmek.

2. Bilimsel gerçeklerin toplum içinde yayılmasını sağlamak.

3. Kitlenin ekonomik isteklerinden yola çıkarak daha ileri demokratik ve siyasal amaçlar geliştirmek.

B. Bu amaçlara varmak için çalışma yapılacak alanlar da şunlardır :

1. Hekimlerin özlük sorunlarına ilişkin çalışmalar.

2. Demokratik haklar için yapılacak çalışmalar.

3. Meslek sorunlarına ilişkin çalışmalar.

4. Bu üç alanda yapılacak çalışmalarla diğer demokratik kitle örgütleriyle güç ve eylem birliği.

c. (B) bölümünde özetlenen çalışma alanlarında yapılacak çalışmalar ve uyulacak ilkeler aşağıda gösterilmiştir:

1. Faşizme ve emperyalizme karşı demokrasi savaşımında tüm ilerici ve demokratik güçlerle işbirliği yapılacaktır.

2. Diğer tabip odaları, sağlık personeli ve öğrenci örgütleriyle ilişkilere önem verilecek, her konuda işbirliği yapılacaktır.

3. Ücretle çalışan hekimlerin yeni ekonomik haklar elde etmesi için çalışılacaktır. Sağlık hizmeti ve sağlık ekibi bir bütündür. O nedenle bu çalışmalar diğer sağlık personelinin bu yöndeki çalışmalarından ayrılamaz. Tüm sağlık personelinin ekonomik savaşımı bütünleştirilmeli, desteklenmelidir.

4. Üyelerle sürekli ilişki kurulacak, tüm sorunları ele alınıp gerekli girişimler yapılacaktır.

5. Odanın yönetimine üyelerinin en geniş biçimde katılması sağlanacaktır.

6. Grevli, toplu sözleşmeli sendikal hak için savaşım verilecektir.

7. Hekimlerin ve hekim dışı sağlık personelinin, sağlık örgütünün her düzeydeki yönetimine katılması için girişimler yapılacaktır.

8. İnsan sağlığının sömürüsüne, ticaret konusu yapılmasına karşı etkili savaşım verilecektir. Bu sömürüden sorumlu olan ve pay alan tüm kesim ve güçlere karşı çıkacaktır.

9. Toplumun emekçi kesiminin sağlık sorunlarının doğru çözüm

Türk Tabipler Birliği Temsilciler Meclisi Toplandı

Türk Tabipler Birliği Temsilciler Meclisi 5-6 Mayıs 1977 günleri İstanbul'da toplandı. Toplantıya Ankara, Antalya, Aydın, İstanbul, İzmir, Samsun, Sivas, Trabzon Tabip Odaları katıldı.

Odaların Sağlık Haftası çalışmalarının sunulduğu birinci gün çalışmalarından sonra yapılan çalışmaların ortaklaşa yayınlanması

yolları konusunda diğer örgüt ve kuruluşlara, kamuoyuna bilgi verilecektir. Demokratik kitle örgütü olarak baskı grubu görevi yerine getirilecektir.

10. Ülkenin önemli sağlık sorunlarını ve çözüm yollarını ortaya

koymak üzere toplantı, seminer, araştırma ve değerlendirme çalışmaları, yayınlar yapılacaktır.

Ankara Tabip Odası'nın birinci sayfada özetlenen çalışmaları yapmak üzere düşünülen örgütlenme biçimi aşağıda gösterilmiştir:

ÖRGÜTLENME MODELİ

YÖNETİM KURULU

DANIŞMA KURULU

1. Mali işler komitesi.
2. Özlük sorunları k.
3. Günlük işler - büro işleri k.
4. Hastane komiteleri
 - A.Ü. Tıp Fakültesi k.
 - H.Ü. Tıp Fakültesi k.
 - Numune Hastanesi k.
 - Ankara Hastanesi k.
 - S.S.K. Dışkapı Hastanesi k.
 - Doğumevi k.

BASIN - YAYIN VE ÖRGÜTLENME BÜROSU PROPOGANDA BÜROSU

- Dergi Komitesi ve Dergi Yazı Kurulu.
- Sosyal Çalışmalar K.
- AÇS ve Aile Planlaması Komitesi
- Çevre Sağlığı Komitesi
- İş Sağlığı - İş Güvenliği - Sosyal Güvenlik K.
- Sağlık Yönetimi ve Örgütlenmesi Komitesi
- Beslenme ve Besin Hijyeni Komitesi
- İlaç Sorunları Komitesi
- Sağlık Eğitimi - Mesleki Eğitim Komitesi.
- Tıp Eğitimi.
- Hekim Dışı Sağlık Personeli Eğitimi.
- Sürekli Eğitim.
- Toplum Eğitimi.

«0»

Gösterilen örgütlenme birimlerinde kimlerin görev alacağı aşağıda gösterilmiştir:

1. DANIŞMA KURULU : Yönetim Kurulu + Hastane Temsilcileri + Basın - Yayın ve Propoganda Bürosu Üyeleri.

2. Basın - Yayın ve Propoganda Bürosu:

Dergi'nin Yasal Sahibi + Der-

gi'nin sorumlu Yazı İşleri Müdürü + Dergi'nin Teknik Sekreteri + Yönetim Kurulu'ndan Üç Üye (Nevzat Eren, Yakup Hindistan, Halûk Özbay)

3. Örgütlenme Bürosu:

Yönetim Kurulu'ndan Üç Üye (Özen Arat, İbrahim Yüksekaya, Ramazan Yavuz) + Kurulacak Her Komitenin Başkanı.

Hacettepe Üniversitesi Asistanlarının Nöbet ve Döner Sermaye Sorunları

Üniversitemizde sık sık nöbet zorunluğu gibi fazla çalışma durumunda kalan asistan arkadaşların en önemli sorunu nöbetlerin karşılıksız olmasıdır. Ayda çoğu kez 75 saat, hatta 150 saati bulan nöbetlerle karşı karşıya kalan arkadaşlarımızın bu emekleri sömürülmektedir.

Günlük çalışma saatleri dışında eğitime katkısı olacağı düşüncesiyle haftada bir ya da iki, çoğu cerrahi dallarda ve pediatri de gün aşırı nöbet tutma zorunluluğu, bu uygulama biçimiyle amacına hizmet etmekten çok uzaktır. Her şeyden önce öğrenme - eğitilme ve hizmet verme durumunda olan bir insanın yeni bilgileri öğrenebilme ve onları özümleyerek uygulamaya koyabilmesi için, temel zihinsel etkinliklerinin aşırı uyarılarla iflas etmiş durumda olmaması gerekir. Oysa nöbetlerin sıklığı ve günlük çalışmanın hemen ardından başlıyor olması, eğitimin ilk koşulu olan en elverişli ve uygun zaman aralıkları ile eğitilme ilkesine aykırıdır. Nöbet sıklığının zamansal düzenlemesindeki bu uygunsuzluk hekimliğin ağır baskı ve zorlar altında uygulanan bir meslek oluşu, ruhsal ve zihinsel süreçleri yıpratıcı, aşındırıcı oluşu ile de bir araya gelince, ortaya insanlık dışı görünen bu nöbet

sorunu çıkmaktadır. İnsanlık onurunu kırıcı bu davranışları yasal yollarla engellenmenin zamanı gelmiştir.

Araştırmalarımızın sonucu, yapılan değerlendirmelerde bizlerle aynı koşullarda çalışan kişilerin nöbet karşılığını aldığını görüyoruz. Farklı uygulamalar olmakla birlikte Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Almanya'da asistanların nöbet paraları maaşların çok üzerinde olmaktadır. Ülkemize baktığımızda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerindeki asistan arkadaşlarımızın gülünç de olsa, emeklerinin karşılığı olmasa da bir miktar ücret almaktadırlar. (Aylık 300-500 TL.)

Hacettepe Üniversitesi ve diğer üniversitelerde nöbetlerimizi eğitimin (!) bir parçası kabul eden zihniyet sonucu, emeklerimizi sömürmekte. Eğitimin bir parçası olan nöbet uygulaması, niye tüm asistanlara uymamakta, niye nöbet saatlerinde asistana angarya yüklerinden başka bir şey vermiyor? Eğitim paravanası arkasında arkadaşlarımızın emeklerini sömürmekten başka düşünceleri olmayan üniversite yöneticileri er ve geç bizle-

rin bu haklarını vereceklerdir.

Döner konusu da bu yöneticilerin sömürme alanlarına girmekte. Kendilerinin neyi ne kadar aldığı belli olmayan ortamda, asistanın döner sermaye yönetmenliği 59. Maddesine göre «bir aylık döner ücreti, maaş ve yan ödemeler tutarında olabilir» belirtisine rağmen halen uygulanmaya geçmemektedir.

Bazı Sakatların ve Özel Bakıma Gereksinmesi Olan Gurupların Ülkemizdeki Durumu

Sosyal Güvenlik, hiç bir ayırım gözetilmeksizin, herkesin sosyal ve ekonomik gereksinmelerini de kapsayacak biçimde hal ve geleceklerinin güvence altına alınmasıdır.

Anayasamız sosyal güvenliği tüm ülke bireyleri için bir hak, devlet içinde kaçınılmaz bir görev olduğüne kadar ne ölçüde yerine getirildiği ya da ne ölçüde ihmale uğradığı eldeki sayılarla yoruma gerek kalmıyacak bir biçimde açıklanmaktadır.

Sosyal güvenlik tüm ülke bireylerinin temel hakkıdır. Ancak bu gün bazı toplum gurupları bu güvenliğe en çok gereksinimi olduğu halde onların bu hizmetten yararlanmamış olması, ülkemizde zaman zaman insanların cami köşelerinde dilenmek ya da çok küçük yaşta fuhuşa ve suç işlemeye itilmeleri, ça-

toplumsal yaşamın her alanında özel olarak asistan arkadaşlarımızın haklarının alınmasında örgütlü mücadelenin başarısına inanmaktayız. Ankara Tabip Odası da, her demokratik kitle örgütü gibi özlük sorunlarımızı çözmek için mücadele edecektir. 12 Mart faşizm ortamında kaldırılan memurların sendikal haklarını tekrar alacak, toplu sözleşme ve grev haklarına da sahip olacağız.

lışan annelerin çocuklarının perişan koşullarda büyümeleri geleceğe bakarken umutsuzluk yaratan olaylardan bazıları olarak sıralanabilir. Sosyal hizmet ve sosyal güvenliğe en çok gereksinimi olan gurupları sıralamak gerekirse:

- Körler
- Ortopedik özürü olanlar
- Kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocuklar
- Sağır ve dilsizler
- Geri zekalılar
- Suçlu çocuklar
- Çalışan annelerin çocuklarının kreş sorunu gün geçtikçe daha büyük boyutlar kazanmaktadır. Ülkemizde bu guruplara daha iyi hizmet götürülmesi önerileri, değişik kuruluşlarca değişik zamanlarda yapılmıştır. Ancak bugünkü durumlarının, hangi ölçülerde, hiz-

metten yararlandıklarının bilinmesi, ilk planda bilinmesi gereken bir durumdur.

A — KÖRLER

Batı ülkelerindeki araştırma sonuçlarına göre az görenler de dahil edilmek suretiyle toplumun binde ikisi bu gruba sokulabilir. 1965 yılı sayım sonuçlarında 36178 yurttaşın iki gözü, 74778 yurttaşın ise tek gözünün kör olduğu saptanmıştır. 1975 yılı sayım sonuçlarına göre hesaplandığında bu sayının 80.395 olabileceği belirtilmektedir. Yaş guruplarına göre dağılımı ise 0—19 yaş grubunda toplam 38.879, körün olduğu saptanabilmektedir. Bunların 14.761'i 0—6 yaş, 10.089'u 7—14 yaş, 6.029'u da 15—18 yaş grubuna isabet etmektedir.

0—19 yaş grubundakiler özellikle, özel eğitime gereksinimi olan bir gruptur. Bunlardan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı 4 körler okulunda 1974—75 ders yılında toplam 38.879 kişiden, ancak 586 körün eğitim gereksinimleri, başka bir deyişle toplamın yüzde 1,50 sinin eğitimleri karşılanmaktadır.

B — ORTOPEĐİK ÖZÜRLER

Bugün tesbit edilen çolak, kötürüm, kambur ve topal sayısı 1965 nüfus sayımına göre 45.877 kişidir. Ortopedik özürülülerin eğitimi için ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı sadece bir okul görev yapmaktadır ve 1974—75 ders yılında 90 çocuğun yani genel toplamın yüzde 1,9'una hizmet verebilmektedir.

C — SAĞIR VE DİLSİZLER

1965 yılı sayım sonuçlarına göre sağır ve dilsizlerin sayısı 16.233 tür. Bugün kuşkusuz bu sayı çok daha fazladır, ancak 1974—75 ders yılında Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı 13 okulda toplam 2454 kişinin eğitimi yapılmaktadır. Genel toplamın yüzde 15,1'i bu olanaklardan yararlanabilmektedir.

Ç — KİMSESİZ VE KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR

6972 Sayılı yasa kapsamına giren korunmaya muhtaç ve kimsesiz çocukların sayısının 1.250.000 civarında olduğu varsayılmaktadır. 0-19 yaş grubundaki bu çocuklardan 1975 yılında 0—6 yaş grubunda olan 3.650 kişisi Sağlık Bakanlığının 21 çocuk bakım yurdunda, 7—18 yaşındaki 14.608 kişisi Milli Eğitim Bakanlığının 91 yetiştirme yurdunda 2.500 çocuk ise Çocuk Esirgeme Kurumunun 21 bakım yurdunda olmak üzere toplam 20.758 kişi bu hizmetten yararlanmaktadır. Bu rakam genel toplamın ancak yüzde 1,66 sını oluşturmaktadır.

D — GERİ ZEKALILAR

1970 yılı sayım sonuçlarına göre ülkemizde bir milyonu aşkın geri zekalının bulunabileceği hesaplanmış, 0—18 yaş grubunda bulunanların sayısı ise beşyüz bini aşkın durumdadır.

16.000 dolayında tam anlamıyla geri kezalılar

50.000 dolayında sürekli bakıma,

100.000 üzerinde sürekli korunmaya,

400.000 e yakın özel eğitim, rehberlik ve sosyal yardıma gereksinimi olan, eğitilebilir geri zekalı çocuk saptanmıştır.

1975 yılında 16 rehberlik ve özel eğitim merkezinde toplam zeka derecesi 50 nin üstünde 7.500 çocuğun eğitimi sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Hastalıkları Merkezinde 20 yataklı bir pavyonu ayrıca Çocuk Esirgeme Kurumu da çok az sayıda 0—6 yaş grubundaki çocukları barındırarak bu hizmete katılmaktadırlar. Genel toplamın ancak yüzde 1,50 sinin bu hizmetten yararlanabildiği ortaya çıkmaktadır.

E — SUÇLU ÇOCUKLAR

Toplumumuzda önemi gittikçe artan sorunlardan biridir. Yapılan araştırmalar polis kayıtlarına yoneltildiğinde, çok sayıda suçlu ya da suç işlemeye eğitilmiş çocuk olacağı açıktır. Suçlu çocuklara bilimsel yolla yaklaşma günümüzde görülmemektedir. Çocuk mahkemelerinin kurulması, suç işlemeyen önce buna neden olan etmenlerin ortadan kaldırılması için önlemler alınması, çocukların ceza evlerine gönderilmemesi, eğitim ve esenlendirme çalışmalarının cezalandırmadan daha önde yapılması gerekli işler arasına girmelidir.

F — ÇALIŞAN ANNELERİN ÇOCUKLARININ KREŞ SORUNU

1975 yılı sayım sonuçlarına göre 12 ve daha yukarı yaşlarda evli, eşi ölmüş, boşanmış kadın sayısı 9.602.918 varsayılmakta, değişik iş kollarında çalışan kadınlarımızın sayısı ise 5.912.919 dur. Aynı yılın sayım sonuçlarına göre 0—6 yaş grubunda ülkemizde 1.233.190 çocuk bulunmaktadır. Kuşkusuz bu çocukların hepsi kreş gereksinimi olan çocuklar değildir. Ancak kadınlarımızın ülkemizde çalışma ortamına hızla artan bir sayıda katılmaları bu gereksinimin belirgin bir düzeyde olduğunu söylemek için yeterli bir nedendir. Bu gereksinim 1975 yılında Sağlık Bakanlığının 5 kreş ve gündüz bakım evinde 650 çocuk, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı 8 ana okulunda 812 çocuk, 152 ana sınıfında ise 6152 öğrenciye Bugün gereksinim büyük ölçüde özel kurumlarca karşılanmaktadır. Toplam 178 özel kurumdan 8.000 çocuk yararlanmakta, ayrıca Çocuk Esirgeme Kurumu da 565 çocuğun bakımını sağlamaktadır. Yasaya göre her 100 kadın işçi çalıştıran iş yerinde süt odası her 300 kadın işçi çalıştıran işyerinde ise bir kreş açma zorunluluğu vardır. Ancak denetim olmadığı ülkemizde anne ve çocukların perişan durumları görmezlikten gelinmekte, bu yolda bir zorlamaya gidilmemektedir.

Yukarıda verilen sayıların bir tabloya geçirilmesi sonuçları bir kez daha gözler önüne serecektir.

SOSYAL HİZMET VE SOSYAL GÜVENLİK GEREKSİNİMİ OLAN 0-19 YAŞ GRUBUNDAKİ TOPLAM NÜFUS VE BU GEREKSİNİMLERİN KARŞILANMA YÜZDELERİ

GEREKSİNİMİ OLAN GRUP.	GEREKSİNİMİ OLAN GRUBUN TOPLAM NÜFUSU	GEREKSİNİMİ KARŞILANAN GRUBUN SAYISI	YÜZDE
KÖRLER	38.879	586	1,50
ORTOPEDİK ÖZÜRLÜLER	45.877 +	90	0,19
SAĞIR VE DİLSİZLER	16.233 +	2.454	15,1
KİMSESİZ VE KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR.	1.250.000	20.758	1,66
GERİ ZEKALILAR.	500.000	7.520	1,50
0-6 YAŞ GRUBU KREŞ GEREKSİNİMİ.	7.233.190	16.179	0,22

X. 1965 yılı verileri

KAYNAK : IV BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI
SOSYAL GÜVENLİK ÖZEL İHTİSAS
KOMİSYONU RAPORU

Doğum Öncesi Bakımın Ana ve Çocuk Sağlığındaki Önemi

Doç. Dr. Ayşe AKIN

Sağlıklı yaşamak insanın doğuştan kazandığı bir haktır. Değişik uluslararası kuruluşlar gibi, anayasamız da bu hakkı kişilere tanımıştır. Bir hakkın kullanılmasının söz konusu olabilmesi için, hakkı kullanacak kişinin var olması ön koşuldur. Diğer bir anlatıyla, sağlıklı yaşama hakkını kullanmak için ön koşul, dünyaya gelmek, daha iyisi dünyaya sağlıklı olarak gelmektir.

Bilindiği gibi yeryüzündeki her değeri, her gelişmeyi yaratan insandır. Bu insanları doğuran anaların da gebelikleri ve doğumları sırasında sağlıklı olmaları, sonuç olarak ta sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesi toplumun geleceğinin başlangıç noktasıdır.

Gebelik, tamamen fizyolojik bir olay olduğu halde, annenin fizik ve mental kaynaklarını tüketen bir yükür. Çok normal seyreden bir gebeliğin bile patolojik bir durum olması gün, hatta an meselesidir. Bu nedenle ana ve çocuk sağlığının temeli olan bu dönemde hem anne hem de fetus özel bir bakıma muhtaçtır. Bu koşulun yerine getirilmesi ana ve çocuk sağlığının 1. ve en önemli basamağıdır.

AMAÇLARI : Doğum öncesi bakım şu amaçlara, yönelik yapılır.

1 — Annede mevcut olabilecek, kalp hastalığı, diyabet, yüksek kan basıncı, tbc. gibi hastalıkların tesbit ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek.

2 — Gebelik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek preeklampsi, anemi, Rh uyumsuzluğu gibi durumların zamanında tanı ve tedavisi.

3 — Doğum öncesi dönemde anneye; Gebeliği, genel temizlik kuralları, beslenmesi hareketi, istirahati, sonra kullanacağı aile planlaması yöntemi hakkında gerekli bilgiyi vermek. Yaklaşmakta olan doğuma anneyi fizik ve psikolojik olarak hazırlamak. Yeni doğacak bebeğin bakımı için anneyi eğitmek.

4 — Anneyi Tetanoza karşı bağışık kılmak.

5 — Fetusun, intra uterin gelişmesini yakından izleyerek gerekli önlemleri zamanında almak.

6 — Doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yaptırılacağına karar vermek.

TARİHÇE : Doğum öncesi bakım, geniş anlamı ile yeni bir görüş değildir. Az da olsa konu ile ilgili yayınlara 16. yy dan beri rastlıyoruz. Örneğin 1540'da İngiltere'de Thomas Raynold'ın «İnsanlığın Doğuşu» adlı eserinin bir bölümü gebeliği ilgilendiren hastalıklara ayrılmıştır.

17. yy Francois Mauriceau'nun eserinde gebelik hijyeni ve hastalıklarına ait çeşitli bilgi ve öneriler mevcuttur.

18. yy da Dionis ve William Smellie, gebelik hastalıkları ve koruyucu önlemleri içeren birer kitap yayınladılar. Yine bu yüzyılda (1778) Paris'te gebe, fakir terkedilmiş anneler gebeliğin 36. hastasından sonra «Hotel Diau» ya kabul ediliyor, doğuma dek yatırılarak bakılıyordu. Ancak Hotel Diau'daki yatak sayısı sadece 67 idi, oysaki bakıma muhtaç anne sayısı o kadar çoktu ki bir yatağa genellikle 2—3 kişi yatırılıyordu. Bu kuruluş daha çok sosyal bir sığınak niteliğinde idi. Bugünkü anlamı ile «Doğum öncesi bakım» dan çok, konu bir sosyal hizmet olarak ele alınmıştır. Ancak ilk girişim olması nedeni ile anılmaya değer.

19. yy da Thomas Bull, Dr. Pinard yazılarında doğum öncesi bakıma ilişkin önerilerde bulundular.

1899, Edinburgh'da «Prematüre Yuvası» açıldı ki bu kuruluşta evli olmayan gebe kadınlara doğum öncesi bakım veriliyordu.

20. yy da İngiltere'de Dr. J. W Ballantyne çeşitli yazı ve konferanslarla Doğum Öncesi Bakımın önemine dikkat çekmeğe çalıştı. Nihayet 1932'de Edinburg'daki doğum hastahanesinde eski doğum profesörü Hamilton'un hatırasına izafeten, «Hamilton Yatağı» adı verilen ilk doğum öncesi yatağı ayrıldı. Bu yatağa ilk defa Hydrarnnios'lu bir anne yatırıldı.

Aynı tarihlerde Amerika, Boston da az sayıda da olsa Doğum Öncesi ziyaretleri başlatıldı. Bu tarihlerde doğum öncesi bakımda idrar analizi gibi laboratuvar muayenelerine de başlanıldı.

1913'den sonra Amerika ve çeşitli Avrupa ülkelerinde doğum öncesi bakım klinikleri açıldı ve sayıları arttırıldı.

1940'lara kadar, sadece anneye iyi bakmanın, bebeğe de yeteceği fikri hakimdi. Yani bebeğin intra uterin izlenmesi söz konusu değildi. 1941'de Gregg'in Avustralya'da, annenin kızamıkçık geçirmesi ile bebekte katarakt ilişkisini göstermesi üzerine, bazı virusların gebelik süresince fetusa da zararlı olabileceği düşünüldü. Nihayet 1961'de Almanya'da, gebelik bulantı ve kusmalarında kullanılan bir ilaç olan Thalidomide'in 800 kadar anomalili bebek doğmasına neden olan trajik olaydan sonra, konunun önemi iyice anlaşılmış oldu.

Ülkemizde ilk defa 1846'da doğum yaptıran kadınlara gerekli bilgiyi vermek amacı ile Mekteb-i Tıbbiye'de 2 yıl süreli bir kurs açıldı. 1909'da İstanbul Kadırga'da ilk ebe okulu ve kadın hastalıkları kliniği açıldı.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine esas önem, cumhuriyet Devrinde verilmeye başlandı. 1926'da Ankara ve Konya'da ilk doğum ve çocuk bakım evleri açıldı 1937'de Balıkesir'de ilk ebe okulu 1938'de ise Konya'da ebe okulu açıldı.

1952'de Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'le yapılan anlaşmalarla konunun koruyucu yönü üzerinde daha iyi bir biçimde durulmaya başlandı. Bakanlık bünyesinde Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kuruldu. Bu örgütün esas amaçlarından biri de Doğum Öncesi bakımı vermektir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin en gelişmiş ve iyi uygulanmasına ise, ancak sağlık hizmetlerinin 1961'de sosyalleştirilmesinden sonra başlandı. Bundan sonra Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri diğer sağlık hizmetleri içine entegre edildi. Ancak çeşitli nedenlerle bugün dahi ülkemizde tüm anneleri kapsayan ideal anlamda Doğum Öncesi Bakım uygulamaları yoktur.

Özetlenen tarihten de anlaşılacağı gibi tüm dünyada ve ülkemizde Doğum Öncesi Bakımın öneminin anlaşılması oldukça uzun zaman almıştır.

DOĞUM ÖNCESİ BAKIMI KİM - NEREDE - NASIL YAPAR

Doğum Öncesi Bakımı, tamamen uygulamanın yapıldığı ülkenin sağlık insan gücü, sağlık kuruluşlarının sayısı ve olanakları, uygulanan sağlık sistemine bağlıdır.

Örneğin gelişmiş ülkelerde Doğum Öncesi Bakımı; normal vakalarda genel pratisyen olan aile doktoru, Ebe - Hemşire tarafından, Komplike vakalarda ise, aile doktoru ile hasta-

ne kadın doğum uzmanının iş birliği ile yürütülür. İzleme vakanın durumuna göre evde, aile doktorunun muayenehanesinde, Doğum Öncesi kliniklerde ya da hastanede yapılır.

Ülkemizde ise Doğum Öncesi Bakımın yapılış yeri ve biçimi gebe kadının yaşadığı bölgeye göre değişir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgeler dışında Doğum Öncesi Bakım, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, hastane ve doğum evleri polikliniklerinde, özel muayenehaneler ve bazende hükümet tabipliklerinde hekim ya da ebe tarafından yapılır.

Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirildiği bölgelerde ise, köy ebesi, hemşire gebe kadını belli aralıklarla evinde izler. Eğer normal dışı bir durum düşünüyorsa gebeyi, doktorun görmesi için sağlık ocağına ya da sağlık evine çağırır. Sağlık ocağı tabibi gerek görürse hastane uzmanı ile işbirliği yaparak Doğum Öncesi Bakımı yürütür.

Doğum öncesi bakımda izleme aralıkları genel olarak şöyledir.

İlk üç ay içinde gebenin tesbiti yapılır, bundan sonra 7. ay dahil ayda 1 kez, 8. ay da ayda 2 kez, 9. ay doğuma dek haftada 1 kez olarak gebe izlenir. Ancak riskli gebeliklerde bu izleme aralıkları sıklaştırılarak, izleme sayısı arttırılır.

Doğum öncesi bakımda «rutin» olarak yapılan işlemler şu şekilde özetlenebilir:

1 — Öykü alma :

A — Gebe kadının yaşı, genel tıbbi ve cerrahi öyküsü, üreme fonsiyonları ile ilgili ayrıntılı bilgi, mevcut gebeliğindeki yakınmaları, kullandığı ilaçlar, geçirdiği hastalıklar, röntgen ışını alıp almadığı gibi bilgiler saptanır.

B — Gebe kadının eşinin sağlık durumu, yaşı mesleği öğrenilir.

C — Gebenin ve eşinin özellikle, diyabet, yüksek kan basıncı, çoğul gebelik konjenital anomali gibi soy geçmişi ile ilgili bilgiler alınır. İkinci aşamada;

2 — Fizik ve Pelvik muayene yapılır. Bu muayenede gebenin genel sağlık düzeyi, üreme organları ve kemikpelvis, fetusun durumu ve gelişmesi değerlendirilir.

Bundan Sonra,

3 — Laboratuvar muayeneleri yapılır.

Bu başlık altında; kan grubu Rh, hemoglobin tayini, idrar analizi, açlık kan şekeri, kızamıkçık antikor titrasyonu, VDRL gibi bazı serolojik testler yapılır. Erken kanser tanısı için servikal (smear) alınır.

4 — Doğum öncesi bakımın iyi sonuç vermesinde en büyük ağırlık, gebe kadına gerekli konularda yeterli EĞİTİM'in yapılmasındadır.

Eğitim, gebenin kolay anlayacağı bir dil ve açıklıkta başlıca şu konuları kapsamalıdır: Gebenin beslenmesi, temizliği, istirahati, yapacağı egzersizler, kullanacağı ilaçlar ve kaçınması gerekenler. Ödem, nefes darlığı, aşırı kilo alma, vaginal kanama gibi gebelik komplikasyonlarının erken belirtileri. Lohusalık döneminin sonunda kullanacağı aile planlaması yöntemi ile ilgili bilgiler verilip anne doğuma fizik ve psikolojik olarak hazırlanmalı, yeni doğacak çocuğun bakımı konusundaki eğitime bu dönemde başlanmalıdır.

5 — Nihayet gebenin tetanoza karşı bağışık kılınmasında Doğum Öncesi Bakımı sırasında rutin olarak yapılmalıdır.

Bu gün kesin olarak biliyoruz ki iyi bir Doğum Öncesi Bakımı, annenin genel sağlık düzeyini yükseltir; gebeliğe - doğuma bağlı ortaya çıkabilecek KOMPLİKASYONLARI, buna bağlı olarak ta ANNE ve BEBEK morbidite ve mortalitelerini azaltır. Bu sonucu, iyi planlanmış epidemiyolojik çalışmalarla gösterebilmek için 2 grup kadın alınarak, 1. gruba Doğum Öncesi Bakımı verip 2. grubu da kendi haline bırakmak gerekir, ki böyle bir araştırma, tıp ahlakına uymayacağı için bugüne dek bu tür özel bir çalışma yapılmamıştır. Ancak doğum öncesi bakımın nitelik ve niceliğinin anne ve onun bir parçası olan çocuk morbidite ve mortalitesini nasıl ve ne ölçüde etkilediği çeşitli değerlendirmelerle incelenebilir.

Örneğin Doğum Öncesi Bakımın ana ve perinatal bebek ölümlerine olan etkisini incelediğimizde:

Ana ölümleri, kanama, toksemi ve infeksiyon gibi doğrudan gebeliği ilgilendiren nedenlere, ya da annenin sistemik hastalığı gibi diğer nedenlere bağlıdır.

Tüm nedenlere bağlı ana ölüm hızında pek çok ülkede 1930'dan bu güne dek önemli ölçüde azalmalar meydana gelmiştir. Örneğin;

ANA ÖLÜM HIZI

(10.000 canlı doğumda)

	1930 %	1970 %
İNGİLTERE	44.2	2
A.B.D.	67.3	2.7
KANADA	50.8	4

Örnek verdiğimiz ülkelerde Ana Ölüm hızında, 1930 dan 1970'e kadar olan düşüşte kuşkusuz ülkedeki genel yaşama standartlarının yükselmesi, toplumun eğitiminin artması, antibiyotiklerin yapılması gibi etkenlerin payı büyüktür. Ancak bu ülkelerde Doğum Öncesi bakımın kırsal alanlara kadar yaygınlaştırılması, Doğum Öncesi Bakımı veren doktor ve diğer personelin daha iyi eğitimi, doğum için hastane imkanlarının arttırılması da A. Ö. Hızının düşmesinde 1. grupta sayılanlar kadar etkili olmuştur. Şöyleki İngiltere'de 1937 den önce D.Ö.B. ülke çapında yaygın değildi, D.Ö.B. veren sağlık kuruluşlarının sayıları az, bazı komplikasyonlarda tıp personelinin tutumu bugünkü bilgilerimize göre yanlıştı. 1937 de evde D.Ö.B. başlatılıp yaygınlaştırıldı. Doğumla ilgili hastane olanakları arttırıldı. Cankurtaran sistemi kuruldu. İngiltere'de, Ana Ölümleri hızındaki (A.Ö.H.) en önemli düşüş bu yıllardan sonra olmuştur. Amerika'da, A.Ö.H. da en önemli düşüş 2. Dünya Savaşından sonra meydana gelmiştir ki bu dönem D.Ö. Bakım veren kliniklerin ülke çapında yaygınlaştırılıp sayıların arttırıldığı bir dönemdir. Kanada da ise 1932 de «Ana Ölüm Komitesi» kuruldu. Bu komite tüm ülkedeki ana ölüm nedenlerini inceleyip, özellikle D.Ö.B. la korunmaya yönelik önerilerde bulundu ki bu ülkede de A.Ö.H. daki azalma yine bu tarihlerden sonra hızlanmıştır.

1961—63 yılları arasında A.B.D. (New York) ta yapılan bir araştırmada, 16 bölgede A.Ö.H. 10.000 canlı doğumda 11.8, şehrin geri kalan kısmında bu hız sadece 5 olarak saptandı. A.Ö.H. nin 11.8 olduğu bölgede annelerin % 38.4'ü A.Ö. Hızı 5 olan bölgede ise sadece % 14'ü D.Ö.B. görmemişti.

Diğer bir örnek ülkemizden verelim:

Düzensiz D.Ö.B. uygulamalarının yapıldığı Türkiye il ve ilçe merkezlerinde A.Ö. hızı 10.000 canlı doğumda 15 iken, 10 yıldan beri gebelere rutin doğum öncesi bakımın uygulandığı, bir gebeye ortalama 4 doğum öncesi bakım düşen Etimesgut bölgesinde A.Ö.H. 10.000 canlı doğum da sadece 6 dir.

Buraya kadar sunulan bilgilere göre D.Ö.B. yapılan ve yapılmayan bölgeler arasında A.Ö.H. bakımından önemli bir farkın olduğu açıktır. Acaba Ana Ölümleri D.Ö.B. verilerek ne ölçüde önlenir? Bu soruyu 1958—61 yılları arasında Kanada'da toplam 300 Ana Ölümünün «Ana Ölüm Komitesi» tarafından değerlendirilmesini inceleyerek cevaplıyalım. (Tablo 1)

Tablo 1
Genel nedenlere göre ANA ÖLÜMLERİ
Kanada (Ontario)
1958—61

ÖLÜM NEDENİ	ANA ÖLÜM SAYISI	ÖNLENEBİLİRLİK %
Doğrudan gebelikle ilgili	241	83
Diğer nedenlere bağlı	59	32
Toplam ölüm sayısı	300	73
10.000 cD da A.Ö. Hızı	4.8	

NOT : Toplam 626.706 doğumda

Doğrudan gebelikle ilgili 241 ölümün % 83'ü diğer nedenlere bağlı 59 ölümü ise % 32'si önlenabilir olarak rapor edildi. Yani toplam 300 ana ölümünün % 73'ü iyi bir D.Ö.B. ve doğumun yaptırılacağı yerin iyi saptanması ile önlenebilirdi.

Aynı değerlendirmede, en çok ana ölümüne sebep olan doğrudan gebelikle ilgili olan nedenler önlenabilirlik durumuna göre incelendiğinde (Tablo 2)

Tablo 2
Önlenabilirlik durumuna göre doğrudan gebelikle
ilgili nedenlere bağlı ana ölümleri
Kanada (Ontario)
1958—61

ÖLÜM NEDENİ	ANA ÖLÜMÜ		ÖNLENEBİLİR ÖLÜM	
	Sayı	%	Sayı	%
Kanama	79	33	74	94
İnfeksiyon	59	23	51	93
Vasküler olay	38	16	25	66
Toksemi	29	12	24	83
Anestezi	18	7	14	78
Diğer	22	9	11	50
Toplam	241	100	199	83

Kanama başta gelen ölüm nedenlerinden biridir. D.Ö. dönemde en çok plasenta previa, ablasyo plasenta ve uterus rüptürüne bağlı ortaya çıkar. Her 3 nedende iyi bir D.Ö.B. da; ileri yaş yüksek kan basıncı, multiparite, daha önce böyle bir durumun olması, anormal prezantasyon ve dar pelvis gibi predispoze faktörlerin iyi değerlendirilmesi ile % 100'e yakın önlenbilir. Kanada serisinde kanamaya bağlı 79 ölümün % 94'ü önle-

nebilir olarak rapor edildi ki bunların % 50 sinin D.Ö. dönemde yanlış değerlendirmeye bağlı olduğu saptanmıştır.

İnfeksiyon, önemini hala koruyan bir Ana Ölüm nedenidir. İyi bir doğum öncesi bakımla, annedeki kansızlığın düzeltilmesi, tetanoza karşı bağışıklama, membranın erken açılmasına karşı gerekli önlemlerin alınması, doğumun steril şartlarda yapılmasının sağlanması gibi enfeksiyonu hazırlayıcı nedenlerin ortadan kaldırılması, enfeksiyon ortaya çıktıktan sonra onun tedavisinden daha etken bir yoldur, Ontario serisinde, Ana ölümüne neden olan 55 enfeksiyon vakasınının % 93'ü doğum öncesi dönemde ve doğumda gerekli önlemler alınsaydı önlenebilir olarak rapor edildi. (tablo 2)

Diğer önemli bir A.Ö. nedenide toksemidir. Yakın geçmişe kadar Toksemi pek çok ülkede Ana Ölümünün başında geliyordu. D.Ö. dönemde, Toksemnin erken belirtilerine ağırlık verildiğinde bu komplikasyonun ortaya çıkması, çıktığında da buna bağlı ölümler önemli ölçüde önlenir.

Ontario serisinde Toksemiye bağlı 29 ana ölümünün önlenbilir olan 24'ünün 23'ünde iyi bir D.Ö.B. yapılmamıştı. (Tablo 2)

Annenin sistemik hastalıkları da önemli birer ölüm nedenidir, bunlara bağlı ölümler iyi bir D.Ö.B. la minimuma indirilebilirler. Örneğin İngiltere'de incelenen 141 diyabet + gebelik vakasında: D.Ö.B. yapılmayanlarda ölüm doğum öncesi bakım ve rilenlerin iki katı yani % 2.8 olarak saptandı.

Gebeliğin esas hedeflerinden biri de, 40 hafta gibi uzun bir süreden sonra sağlıklı, canlı bir bebeğe sahip olmaktır. Bu nedenle bu sonucu ana sağlığından ayrı olarak düşünemeyiz.

Yakın zamana kadar önlenemez olarak kabul edilen perinatal bebek ölümlerinin, iyi bir doğum öncesi bakımla pek çoğunun önlenebilir olduğu kanıtlanmıştır. Bu, perinatal ölüm nedenleri gruplanarak incelendiğinde,

Perinatal bebek ölüm nedenleri olarak başlıca şunları görmekteyiz.

- 1 — Konjenital malformasyonlar :
 - Merkez Sinir Sistemi (Anensefali, Hidrosefali)
 - Diğer (kardiyak, çoğul)
- 2 — İzo immanizasyon (Rh uyuşmazlığı)
- 3 — Mekanik nedenler
 - Doğum travması
 - Uterus rüptürü
 - Kordon basısı
- 4 — Toksemi

- 5 — Doğum öncesi kanamaları
 — Ablasyo plasenta
 — Plasenta previa
- 6 — Plasental yetmezlik (Bebek 2500 gr)
- 7 — Düşük doğum kilosu — prematüre bağlı
 — intra uterin gelişme geriliğine bağlı
- 8 — Annenin hastalığı
- 9 — Fetusta infeksiyon

Bu sıralamadaki perinatal ölüm nedenlerinin yaygınlığı ülkelerle göre değişmektedir. Ancak genel olarak incelediğimizde bu günkü tıp bilgi ve imkanlarımızla henüz nasıl önlenebileceğini bilemediğimiz çok azı hariç, büyük bir çoğunluğu iyi bir D.Ö. Bakımla önlenebilir niteliktedir. Şöyleki;

Bu gün prospektif çalışmalarla, annenin 1. trimesterde geçirdiği kızamıkçığın bebekte % 10—30 arasında malformasyon yaptığı kanıtlanmıştır. Aynı şekilde Toksoplazmoziste bebekte anomali ya da intra uterin ölüme neden olur. Diğer önemli konjenital anomali nedenleri de, gebeliğin 36. haftasına kadar röntgen ışını alma, özellikle ilk üç ay içinde kullanılan ilaçlardır. Örneğin, bazı antibiyotikler, antikonvulzan ilaçlar alkol, bazı steroidler, morfin, LSD, gibi ilaçlar, fazla vitamin A ve D gibi. D.Ö. Bakımda tüm bunlar göz önünde bulundurularak, annenin gebeliğin 36. haftasına kadar röntgen filmi çekmeme, özellikle embriyogenezin tamamlandığı ilk 3 ayda ilaç almaması sağlanır, Annedeki kızamıkçık ya da toksoplazmozis ise özel serolojik testlerle saptanarak gerekli önlemler alınırsa pek çok konjenital malformasyonun önleneceği bir gerçektir.

Bebekte önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan Rh uyuşmazlığı da iyi bir obstetrik bakım verilen ülkelerde, bu faktöre bağlı olumsuz sonuçlar tamamen önlenebilir. Şöyle ki, doğum öncesi erken dönemde anne ve babanın kan grubu Rh'ı saptandıktan sonra eğer bir uyuşmazlık varsa anne kanında indirekt Combs testleri ile bir izoimmunizasyon sorununun mevcudiyeti araştırılır. Sonucu göre de uygun sık D.Ö. izlemelerle, amniyosentez, gerekirse intra uterin kan tranfüzyonları ve doğumun erken indikasyonu ile sağlıklı bir bebek elde edilir. Müteakip gebeliklerde Rh sorununun ortaya çıkmaması için, anneye doğumu ya da düşüğü izleyen 24 saat içinde Anti - D serumu verilmesi değerli bir koruyucu yöntemdir.

Mekanik nedenler, en çok anne pelvisi ile bebek başının uyuşmazlığına, prezantasyon anomilerine, geçirilmiş sezaryan operasyonuna bağlı önemli bir perinatal morbidite ve mortalite nedendir. Bu grup nedenler D.Ö. İzlemelerinde kolay tanı konulup, sık izleme ve doğumun bir sağlık kuruluşunda, uzman hekim tarafından yaptırılması ile % 100'e yakın önlenebilir. Örneğin, bir yan gelişin ya da makat gelişinin D.Ö. Dönemde eksternal versiyonla düzeltilmesi denir. Başarılı olunamaz ise hastanın hastanede doğum yapması temin edilir. D.Ö. Bakım görmeyen bir yan gelişin, doğum eylemi başladığında kol sarkması, uterun rüptürü gibi sonuçlara gitmesi kaçınılmazdır.

Etyolojisi hala tam bilinmeyen Toksemi de sık ve iyi bir D.Ö. Bakımla erken tanı ve tedavisi yapılmadığı takdirde önemli ölçüde perinatal ölümlere ya da bebeğin intra uterin gelişme geriliğine neden olur. Annede eklamsi geliştiği zaman bebek ölümü % 45'e kadar çıkmaktadır. Oysa bu gün D.Ö. Bakımın iyi uyguladığı ülkelerde perinatal ölüm nedeni olarak Toksemi son sıraları işgal etmektedir.

Perinatal morbidite ve mortalite nedeni olarak **Doğum Öncesi Kanamaları** tamamen önlenebilir olmamakla beraber iyi bir D.Ö. Bakımla önemli ölçüde azaltılır. Şöyle ki, **plasenta previa**, doğumların 1/200 de görülür, % 20 si primigravidalardadır multiparlarda görülüşü daha sıktır. aDha önceki gebelikte görüldüğünde tekrarılma riski normale göre % 12 daha fazladır. Bu özellikler göz önüne alınarak Doğum Öncesinde iyi bir öykü alma ve bakım uygulamakla fetal mortalitenin % 50 den % 23'e düşeceği çeşitli istatistiklerde mevcuttur.

ABLASYO PLASENTA . aDha ciddi bir perinatal ölüm nedenidir. Multiparlarda, ileri yaşta, yüksek kan basıncı olanlarda, sosyal durumu iyi olmayanlarda daha sık görülür. Ablasyo plasenta da bu gün fetal ölüm kanamanın aşikar olduğu vakalarda % 20 kanamanın gizli kaldığı vakalarda ise % 75—100 arasındadır. Görüldüğü gibi bu tür Doğum öncesi kanaması ortaya çıktıktan sonra bebek ölümünü önlemek çok güçtür, ancak D.Ö. izlemelerinde bu durumu ortaya çıkarabilecek faktörler değerlendirilerek (Multiparite, ileri yaş, yüksek kan basıncı.) D.Ö. bakım yapılırsa bu komplikasyona bağlı ölümler bir ölçüde önlenebilir.

PLASENTAL YETMEZLİK : Bu daha çok gebelik süresinin normal süre olan 40 haftayı aştığı durumlarda önemli bir perinatal ölüm nedenidir. İyi bir D.Ö.B. ve doğumun idaresi ile % 100'e yakın önlenebilir. Şöyleki, gebe izlemelerinde son adet ta-

rihine göre kadının tahmini doğum tarihi kesin olarak hesaplanabilir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki TERM'i geçen bebeklerde plasentanın yaşlanmasına bağlı intra uterin oksijenleme iyi olmaz ve bu bebekler normal doğum travmasına karşı dayanıksızdırlar. Doğum sıklıkla TAZE ÖLÜ DOĞUM'la sonuçlanır. Yapılan çalışmalara göre (1958'de İngiltere'de ülke çapında yapılan perinatal survey) TERM + 7 günden sonra perinatal mortalite hızı normalin iki misli artmaktadır. O halde D.Ö. bakımında bebeğin term'i geçmemesi için doğum eyleminin zamanında endüksiyonla başlatılması. Eğer son adet tarihi bilinmiyorsa fetusun İU. ultrasound yöntemi ile ölçülmesi, idrarda estriol tayini ile gebelik süresi saptanarak termi geçmemesi sağlanır ise bu tür ölümler % 100'e yakın önlenir.

DÜŞÜK DOĞUM KİLOSU : Prematürelige bağlı ya da fetusun intra uterin gelişme geriliğine bağlı düşük doğum kilosu genel istatistiklere göre doğumların % 4—10'unda görülür. Önemli bir perinatal ölüm nedenidir. Etyolojik faktörler arasında: Annenin yaşı (20 den az 35 den çok), 1. doğum, toksemi, anemi, annenin bazı sistemik hastalığı, genital kanal anomalisi, beslenme bozukluğu, gebelik süresince fazla sigara içme, kısa aralıkla gebe kalma önemli etkenlerdir. İngiltere'de gebelik aralığı - düşük doğum kilosu ilişkisini yansıtan araştırma sonucu şöyledir:

Gebelik Aralığı	Düşük Doğum Kilosu insidansı (%)
24 aydan fazla	7.8
12—23 ay	10.3
12 aydan az	18

Görüldüğü gibi faktörlerin pek çoğu, daha önceden ve D.Ö. Bakım süresince erken tanı ile düzeltilebilecek niteliktedir. Prematürelige bağlı ölümlerin önlenmesi D.Ö.B. kadar doğum sonrası bebeğin özel bakımı ile de ilgili olduğundan, bu gün gelişmiş ülkelerde dahi sadece D.Ö.B.'la amaca ulaşmak henüz mümkün olmamıştır.

ANNENİN SİSTEMİK HASTALIĞI : İyi bir D.Ö.B.'la bu nedene bağlı perinetal ölümler önemli ölçüde önlenir. Kalp hastalığı, Diabet, Tbc., Sy, Anemi buna örnek olarak verilir. Colorado Üniversitesince yapılan çalışma sonuçları bu konuda iyi bir örnektir.

Annenin Hastalığı	Özel izleme grubu			Kontrol grubu		
	Anne Sayısı	perinatal Sayı	Ö. %	Anne Sayısı	perinatal Sayı	Ö. %
Diyabet	20	3	15	10	4	40
Kalp Hast.	27	0	0	82	10	13
Diğer (Tb, Sy, anemi)	211	17	8	843	81	11

FETUS'TA İNFEKSİYON : En çok membranın erken açılması sonucu ortaya çıkar bundan sonra gebede gerekli önlemler alınarak (Vaginal kültür, Vaginal muayeneden kaçınma, antibiyotik başlanması gibi) doğum eyleminin zamanında indüksiyonu ile fetusta meydana gelebilecek infeksiyon önlenir.

Yine bu grupta olan NEONATAL TETANOZ - Doğum öncesi bakımın tam yapılmadığı bölgelerde çok önemli ve acı bir ölüm nedenidir. Annenin D.Ö. dönemde tetanoza karşı aşılanmadığı, doğumun temiz olmayan şartlarda tıp dışı kimseler tarafından yaptırıldığı durumlarda, kötü bir alışkanlık olan bebeğin toprağa sarılması gibi uygulamalar sonucu ortaya çıkar.

Ülkemizde 2 bölgeden örnek verecek olursak; Bir annenin ortalama 4 kez D.Ö.B. gördüğü ve gebelik süresince anneyi TETANOS'a karşı bağışık kılmanın rutin olduğu Etimesgut bölgesinde 1968 yılından beri neonatal tetanoz vakası görülmemesine karşın, D.Ö.B. ve anneyi tetanoza karşı bağışıklamanın henüz rutin hale gelmediği Çubuk bölgesinde son bir yıl içinde neonatal tetanoza bağlı 4 bebek ölümü meydana gelmiştir.

Doğum öncesi bakım ve perinatal ölüm ilişkisi ile ilgili tam epidemiyolojik olmamakla beraber, yapılan 2 araştırma sonuçları ise şöyledir:

1. Araştırma: 1960'ta Kohl tarafından New York (Brooklyn) da 14853 gebenin incelemesi ile yapılmıştır. Bu araştırmaya göre hiç D.Ö.B. görmeyen 151 annede perinatal ölüm % 16.5 iken D.Ö.B. sayısı arttıkça perinatal ölümler azalmakta, 8 ve daha fazla D.Ö.B. gören 9670 annede P.N.Ö. sadece % 1.3'tür.

2. Araştırma: ise 1952—58 yılları arasında Colorado Üniversitesinin yürüttüğü araştırmadır. Burada, risk faktörlerinin erken tesbiti ile özel bir D.Ö.B. verilen 565 kadın, rutin hizmet verilen bir alandaki 2353 kadınla P.N.Ö'ler yönünden karşılaştırılmıştır. Sonuçlar şöyledir:

Gebelik Komplikasyonları	Perinatal ölüm hızı (1000 de) Özel izleme Gurubu	Kontrol Gurubu
Çoğul gebelik	89	220
Geçirilmiş C/S	43	95
Diyabet	150	400
Kalp Hastalığı	0	122
Diğer (Tbc, Anemi, Rh, Sy)	80	96

Görüldüğü gibi tüm P.N.Ö hızları özel izleme yapılmayan kontrol gurubunda daha yüksektir.

Sonuç olarak denilebilirki, gerçek amaçlara yönelik iyi eğitilmiş sağlık personeli tarafından bilinçli bir şekilde yapılan doğum öncesi bakımla, Anne ve onun bir parçası olan bebek morbidite ve mortaliteleri en düşük seviyeye indirilir, böylece toplumun temeli olan ana, geleceği olan çocuk sağlığı daha başlangıçta güvence altına alınmış olur.

Uygulamada ise ana ve çocuk sağlığında çok önemli olan D.Ö.B. hizmetleri, ya da geniş anlamı ile Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri, diğer sağlık hizmetlerinden ayrılamaz.

Ülkemizde bu konuda başarı ancak şu koşulların gerçekleştirilmesine bağlıdır.

— Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri mutlaka diğer sağlık hizmetleri içine integre edilmelidir.

— Bu hizmetleri veren hekim, hemşire ve en önemli olarakta, sağlık örgütümüzün en uç elemanı olan ebenin, aile planlamacıları, D.Ö.B, doğum, bebek bakımı konularında iyi eğitilmeleri gerekir.

— Yine bu grup personelin, normal dışı vakaları sevk edebilecekleri kuruluşlar tarafından, olanaklar ve bilgi yönünden devamlı desteklenmeleri şarttır.

Ana sağlığı ve perinatal ölümlerde aile planlamasının rolü büyüktür. Bu hizmetin sadece aile planlaması poliklinikleri açmakla yürütülemeyeceği ülkemizde ortaya konmuştur.

Temelde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde olduğu gibi bir sağlık hizmeti ve örgütü yoksa ülkemizde, ana ve perinatal morbidite ve mortalite hızlarında anlamlı bir düşüş yakın bir gelecekte beklememek gerekir.

Sağlıkla ilişkin her konuda olduğu gibi önemini belirtmeye çalıştığımız konuda da başarı iyi bir örgütlenme ve yönetimle çok yakından ilgilidir.

KAYNAKLAR

- 1 — Donald, I., «Practical Obstetric Problems» LLOYD - LUKE LTD. London 1972.
- 2 — Clinical Obstetrics and Gynecology: High risk pregnancy with emphasis upon maternal and fetal Well - Being. Vol. 16 Nol March 1973 Medical Dept. Harper and Row Publishers)
- 3 — Diamond, E.L. at all; The relationchip of intrauterine radiation to subsequent mortality and development of leukemia in children. Ares Journal of epidemiology Vol. 97 May 73 No 5 p. 283—313
- 4 — Perinatal Mortality
The first report of the 1958 British perinatal Mortality Survey. (Dutler, N.R. Banham. D.G. E.S. Livingstone LTD. Ed and London 1963)
- 5 — Perinatal Mortality
The second report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey (Perinatal Problems, Perinatal 1965)
- 6 — Perinatal Mortality: Clinical Obstetrics and Gynecology Ed. Connell D.E. Harper Row, 1963
- 7 — Activities of Etimesgut Rural Ared.
- 8 — Benson, R.C., «Current Obstetric and Gynecologic diagnosis and treatment, Longemedical Publications. Los Altos, California 1976.

Annelerin Çocuk Sağlığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları İle İlgili Bir Araştırma

Dr. Ayten EGEMEN

GİRİŞ ve AMAÇ :

Çocuğun bedensel sağlığı ve ruhsal açıdan «kendini gerçekleştirmesi» bir gelişim düzeyi olarak ele alındığında, bunu etkileyen çevresel etmenler arasında, bireyin bebeklik çağından beri en yakın çevresini oluşturan annenin tutumu başta gelir. Ne var ki ülkemizde, annelerin toplum içinde yüklendiği işlev ile, bugünkü sosyal ve kültürel düzeyi arasında denge yoktur.

Çevresiyle sürekli etkileşim içinde bulunan, toplumun inanç ve tutumunu kendi davranışına sindiren kişiyi, içinde bulundu-

ğu toplumdan ve o toplumun koşullarından soyutlamak olanak dışıdır. Bu nedenle çocuk yetiştirmede, ailelerin tutum ve davranışları, çevresel etmenler arasında, özellikle gelenek, inanç, ekonomik ve sosyal olanaklardan ayrı düşünülemez.

Bu açıdan sosyo - ekonomik ve kültürel yapıları, gelenek ve inançları birbirinden farklı toplum gruplarının, çocuk sağlığı ve bakımı konusundaki kültür düzeylerini saptamak, ayrıca; olanaları ve nitelikleri bakımından düşük düzeyde bulunan topluma uygulanan sağlık eğitimi ile, çocuk sağlığı konusunda bir kültür farklılaşması sağlanıp sağlanamayacağını ortaya çıkarmak amacıyla karşılaştırmalı bir araştırma düzenlendi.

GEREÇ ve YÖNTEM :

Araştırma bölgeleri olarak;

— Düşük Sosyo - Ekonomik ve Kültürel düzeydeki toplumu temsilen Ulucanlar Bölgesi,

— Yüksek düzeydeki toplumu temsilen Çankaya Bölgesi,

— Sağlık eğitiminin sonuçlarını gözlemek için de, Ulucanlar Bölgesi ile Özdeş Sosyo - Ekonomik ve Kültürel yapıya sahip olup 1975 yılına kadar altı yıldır eğitim uygulanan Hacettepe Bölgesi seçildi.

Düşük düzeydeki her iki bölge halkının; % 80 - 81'i Ankara dışından gelip bölgeye yerleşmiştir. % 89 - 90'ı oturduğu evin sahibi değildir. % 70 - 71'i Konut için ayda 50 - 250 lira kira ödemektedir. Aile reislerinin % 44 - 45'i Vasıfsız işçi, % 22 - 24'ü Kahveci, Aşçı, Seyyar satıcı, % 22 si düşük gelirli memurdur. Ailelerin % 74 - 75'i 300 - 1500 TL. arasında, % 14'ü 1500 - 2300 TL. arasında aylık gelir sağlamaktadır.

Aile başına ortalama kişi sayısı 4,54 tür. Ailelerin % 50 si 1 - 4 % 42,8'i 5 - 8 çocukludur. Konutların önemli bir bölümünün suyu, helâsi yoktur. Ya da müşterektir. % 88 - 90'ı iki odalı, ahşap ya da kerpiçtir. Annelerin % 49 - 51'i, babaların % 16 - 17 si hiç okumamıştır. Annelerin % 46 - 47 si, babaların % 66 - 67'i İlk okulu bitirmiştir.

Çankaya bölgesi ise; Alt yapı tesisleri en iyi bölge olduğu gibi, yüksek gelir dilimine sahip memurlar, İş adamları, doktor, eczacı, öğretim üyelerinden oluşan halkıyla, üstün Sosyo - Ekonomik ve Kültürel düzeydedir. Aile reislerinin % 77 si Üniversite, % 32 si Lise çıkışlıdır. Annelerin ise % 32 si Üniversite, % 45'i lise, % 8'i İlk okul eğitimi görmüşlerdir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmaya 15 - 44 yaş grubunda, evli çocuğu olan annelerden, her üç bölgede de rasgele yöntemle seçilmiş 315 denek katıldı. Düşük Sosyo - Ekonomik düzeydeki her iki bölgedeki annelerin yaş grupları birbirine benzer olmasına karşın, Çankaya bölgesinde daha yaşlı gruptan anneler fazlaydı. Annelerin bölgelerinde ortalama oturma süreleri ise;

Hacettepe Bölgesinde : 5,16 - Ulucanlarda : 5,88 - Çankaya Bölgesinde : 9,92 yıldır.

Annelerin evlenme yaşları incelendiğinde Hacettepe bölgesindeki annelerin % 95.2 sinin, Ulucanlar bölgesindeki annelerin % 90.5 nin 20 yaşına kadar evlenmiş olduğu, Çankaya bölgesinde ise 17 yaşından küçük evlenenin olmadığı ve % 68.8 inin 20 yaşından sonra evlendiği saptandı. Evlenme yaşındaki bu farklılığın sosyo ekonomik ve kültürel nedenlere bağlı olduğu söylenebilir.

Deneklere çocuğun Doğum Öncesi Doğum, Doğum Sonrası dönemini içeren sorular soruldu. Bu sorular gebelikte ve doğumda çocuk sağlığını ilgilendiren konuda, ve yine çocuk beslenmesi, gelişmesi, bakımı, hastalıktan korunması bağışıklanma ve çocuk hastalıkları konularında idi.

Bilindiği gibi bir bölgenin sağlık düzeyinin en geçerli ölçütlerinden biri bebek ölümleridir. Araştırma sırasında bölgelerde bir yıl içinde doğanlarla aynı yıl içinde ölenleri saptamak olanağı bulunamadı. Ancak araştırma gününe kadar doğanlarla ölenlerin sayılarına göre, ortalama bebek ölümleri, Ulucanlar Bölgesinde % 0 - 147, Hacettepe Bölgesinde % 0 83,9, Çankaya Bölgesinde % 0 60,35 dir. Ölüm nedenlerinden, «solunum sistemi enfeksiyonları» her iki düşük Sosyo - Ekonomik düzeydeki bölgede ilk sıradaydı. Çankaya Bölgesinde ise doğum travması ve Konjenital Anomaliler ilk sırayı almaktaydı.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre; yüksek Sosyo - Ekonomik ve Kültürel düzeyi temsil eden Çankaya Bölgesindeki annelerin çocuk sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve davranışı, Hacettepe ve Ulucanlar Bölgesindeki annelerinkinden yüksektir. Düşük düzeydeki toplumlardan, sağlık eğitimi uygulanan Hacettepe Bölgesindeki annelerin bilgi, tutum ve davranışı ise Ulucanlar Bölgesindeki annelere göre daha iyi düzeydedir. Ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemlidir.

ANNELERİN ÇOCUK SAĞLIĞIKONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BÖLGELERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

	Hacettepe Bölgesi		Ulucanlar Bölgesi		Çankaya Bölgesi		Toplam	
	Bilgi Tutum ve soruları dav. soru.	27.78 (5)	Bilgi Tutum ve soruları dav. soru.	77.78 (14)	Bilgi Tutum ve Soruları dav. soru.	22.22 (4)	Bilgi Tutum ve Soruları dav. soru.	42.59 (23)
Yetersiz	10.81 (4)	29.73 (11)	10.81 (4)	22.22 (4)	17.12 (19)	22.52 (25)	60.36 (67)	100.00 (111)
Orta	24.33 (9)	32.43 (12)	10.81 (4)	11.11 (2)	27.78 (5)	50.00 (9)	31.48 (17)	100.00 (111)
Yeterli	64.86 (24)	37.84 (14)	78.38 (29)	11.11 (2)	50.00 (9)			100.00 (111)
TOPLAM	100.00 (37)	100.00 (37)	100.00 (37)	100.00 (18)	100.00 (18)	100.00 (18)	100.00 (111)	100.00 (54)

Parantez içindekiler mutlak sayılardır.

Bölgeler arasındaki bilgi farkı çok önemlidir.

($\chi^2 = 30.04$ Sd = 4 P 0.001)

Bölgeler arasındaki tutum ve davranış farkı önemlidir.

($\chi^2 = 16.12$ Sd = 4 P 0.001 P 0.01)

SONUÇ ve ÖNERİLER

Saptanan bu sonuçlar, örgüt ve etkin sağlık eğitiminin, bir toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, önemli etken olduğunu kanıtlamaktadır. Eğitim alanı olarak seçilen Hacettepe Bölgesine 6 yıldır hizmet götürülmektedir. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Pediatri bölümü, bu bölgede geçekondü koşullarında yaşayan ailelerdeki gebelerin izlenmesi, anne bakımı, 0 - 14 yaş grubundaki sağlam ve hasta çocukların bakımı ve aile hekimliği alışkanlığının yerleşmesi için eğitici çalışmalarını sürdürmektedir.

Eğitimin uzun süreli bir yatırım olması ve eğitilen bölge halkının stabil olmayışı başarının daha çok olmasını engellemiştir. Buna rağmen, bölgede sağlık kültürü değişimi sağlanabilmiştir.

Bugün Türkiye'de nüfus artışı ve öteki Ekonomik etmenlerle, önemli göç hareketi olmuş ve büyük kentlerde yeni bir toplumsal olay ortaya çıkmıştır. Ekonominin tarımdan sanayileşmeye yönelişi, erkekle - kadın, ana - baba ile çocuklar, kişilerle - uğraşları arasındaki ilişkileri değiştirmiş bu olay toplumun kültüründe köklü değişimlere yol açmıştır. Yeni oluşan ve özellik gösteren grupların eğitiminde, eğitenle eğitilenin birbirini anlaması için, her ikisinin hayat anlayışına biçim veren etmenleri iyi bilmek, karşılıklı yaklaşımı sağlamak, eğitimden beklenen amaca ulaşmanın en önemli koşuludur.

Sağlık düzeyinin yükseltilmesinin temelinde sosyal ve ekonomik değişim ve gelişime bağlı olduğunu gözden uzak tutmuyarak, denilebilir ki, örgün ve yaygın bir sağlık eğitimi uygulamasının önemi açıktır. Bu uğurda yapılacak girişimler, en verimli, en zorunlu yatırımlardır. Ancak, halkın da eğitim çalışmalarına, eylemli olarak katılmasını sağlamak gerekir.

Ayrıca sağlık eğitimi ile, toplumlarda hastalıkların önlenmesini, erken tanı ile tedavisini öngören bir değer sistemi oluşturmak amaçlandığına göre. eğitim uygulanan toplumun yapısını, inanç ve alışkanlıklarını, iyi bilmek, iyi değerlendirmek zorunludur.

KAYNAKLAR :

- 1 — Hollander, E.P., Principles and Methods of Social Psychology. New York Oxford University Press 1967, pp. 85 - 110, 210, 241.
- 2 — Jones, E.E., and Gerard, H.B. : Foundations of Social Psychology. New York John Wiley and Sons, Inc. 1967. pp. 76 - 186.

- 3 — Türdoğan, O. : Türkiye'de doğum kontrolü ile ilgili insan faktörleri İÜİFM Cilt 25 No. 1 - 2 : 194 - 205, 1966.
- 4 — Bertan M., Egemen A. : Aile Kliniği 1973. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, 1974.
- 5 — Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Ana - Çocuk Sağlığı Müdürlüğü yayını, İkinci Ana - Çocuk Sağlığı Kongresi, İstanbul 13 Temmuz 1963.
- 6 — Hobson, W. : Halk Sağlığı Bilimi ve Uygulaması 1 : 196 - 207, 1970.
- 7 — William, M.S. : The Development of Health Services for mothers and Children in United States, American J. of public Health, May, 1973.
- 8 — Timur, S. : Socio - Economic Determinants of Differential in Turkey, Ins. of Population Studies Hacettepe University. Ankara, 1968.
- 9 — Wallace, C., Oppel and Anita B. Rayston, : Teen - Age Births, Some Social, Pyscological and Phycical Sequelae American J. of Public. Health, Vol. 61, No 4, April, 1971.
- 10 — Öztürk, M.O. : Toplumsal Çocuk Yetiştirme Tarzları Kişilik Gelişmesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. Cilt 8. Sayı 2, 1965.
- 11 — Cıgızoğlu, U., Avadan, N. : Kozan, Kışla Halkavun Köylerinde Çocuk Yetiştirilmesi Üzerine Gözlemler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü. 1973.

Aşıların Halk Sağlığı Yönünden Önemi ve Uygulaması

Stj. Dr. Uğur GÖNÜL
Ankara Tabip Odası
Ana - Çocuk Sağlığı Komitesi Üyesi

GİRİŞ

Aşı ve aşılama halk sağlığında önemli bir yer tutar. İnsanları hastalıklara karşı bağışıklamakla bazı bulaşıcı ve salgın yapan hastalıklara karşı korunmak olası olmakta, tüm dünyada en tehlikeli hastalıkların ciddi aşı kampanyaları sonucu kökü kazınabilmektedir.

Sosyo - Ekonomik yönden geri kalmış ülkelerde de halk sağlığı önemli bir yer almakta, diğer sorunlarla beraber aşılama büyük önem verilmesi gerekmektedir.

Bu başlık altında işlenen konuda, aşılamanın halk sağlığındaki yeri, ve önemi belirtmeye ve gene bu açıdan ülkemizin yeri saptanarak, ülkemizdeki aşı uygulamasının - elde edilebilen verilerle - önemi ve gerekliliği yansıtılmaya çalışılmıştır.

Türkiye'de yeterli istatistiksel bilgilerin olmayışı, yeterli epidemiyolojik çalışmaların yapılmayışı, ihbar müessesesinin iyi işlememesi v.b. sonucu bu konuda bilgiler bir hayli noksan, Ancak bu noksan bilgilerle de olsa bir değerlendirme yapılabilir. Eksikliklerimiz ortaya konup bunları bilerek daha iyi bir çalışmaya gidilebilir.

Bu yazıda belli sorunlar ortaya konmaya, açıklanmaya, konuya bu açıdan belli bir yaklaşım yapılmaya çalışılmıştır.

AŞILAMA VE KORUYUCU HEKİMLİK

Aşılamanın koruyucu hekimlikte önemli bir yeri vardır. Türkiye şartlarındaki toplumlarda bu yer daha da önemlidir. Bunun yanında, salt aşılama ile bulaşıcı hastalıklardan korunma, salgınları önleme de başarılamaz. Aşılama ile beraber diğer çalışmaların yürütülmesi (Salgın hastalıklarla savaş, ana çocuk sağlığı, işçilerin ve köylülerin sağlığını korumak, meslek hastalıkları ve tehlikesiyle savaş, tüberküloz gibi hastalıkların erken tanısı, halkın sağlık eğitimi - bunların yanında alt yapı tesislerinin sağlık şartlarına uygun olarak düzenlenmesi, sağlık mühendisliği, çevre sağlığına önem verme gibi) gereklidir. Ancak böyle bir çalışma ve buna uygun bir örgütlenmeyle aşılama verimli olur; aşılama kampanyaları istenen düzeye ulaşır.

Koruyucu hekimlik günümüzde bütün ülkelerin üzerinde durduğu, kendi yapılarına göre şekillendirip işlerlik kazandırmaya çalıştığı bir konudur. İnsanları tedavi etmekten çok, insanları hastalandırmamak akılcı bir görüştür. Bu sayede ülkenin ve insanların uğrayacağı kayıplar asgariye indirilmiş olacaktır.

Ülkemizi de önemli ölçüde etkileyen, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama önemli olduğu kadar yeterli değildir. Aşağıdaki örnek, bunu açıklaması bakımından önemlidir.

Tifo, Türkiye'de ve Türkiye şartlarındaki ülkelerde yüksek düzeyde görülen bir hastalıktır. 1967 yılında 3354 tifo vakası görülmüş, bunlardan 105'i ölmüştür. 1970'de 3402 vakadan 56 ölüm olmuştur. 1972'de 1401 vakadan 35'i ölmüştür (1). Bu sayıların gerçekte çok daha fazla olması beklenir. Çünkü kayıtlar tam tutulamamakta ihbarlar tam olarak yapılamamakta ve değerlendirilememektedir.

Tifo aşısı % 85 koruyucu değeri olan bir aşıdır. Koruma süresi ise 4 - 5 yıldır.

«Ülkemizde her yıl 10 ton civarında aşı uygulanır. Bu aşıyla her yıl 3.3 milyon kişinin ilk aşısı ve 10 milyon kişinin mükemmel

rer aşıları yapılabilir. Buna karşın tifo vakalarında bir azalma görülmektedir. Su, lağım, kanalizasyon gibi sorunlarını hal- leden ülkelerde ise tifo vakaları hızla düşmektedir. Örneğin 1970 yılında İngiltere'de tifo morbidite hızı yüzbinde dörde düşürül- müştür.» (2)

Tifo vakalarının 1972 de çeşitli ülkelerdeki durumu Tablo. 1. de görülmektedir. (3)

Tablo - 1. Çeşitli ülkelerde tifo ve paratifo vakaları. (1972)

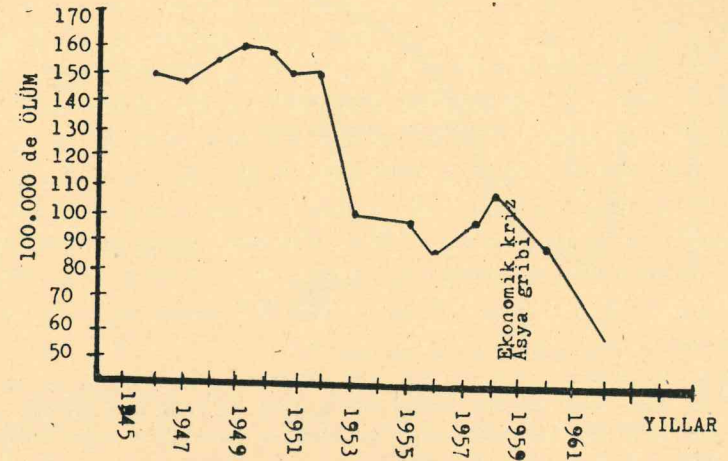
ÜLKE	PARATİFO		TİFO	
	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm
İRAN	7532	35	782	6
BULGARİSTAN	4	0	16	0
DANİMARKA	14	0	13	0
FİNLANDİYA	62	0	0	0

KAYNAK : Dünya Sağlık Teşkilatı 1972 İstatistikleri

Gene aynı istatistiklere bakacak olursak. Geri kalmış ülke- lerde; su, lağım kanalizasyon, çevre sağlığı gibi sorunlarını çö- zemeyen ülkelerde bu sayıların çokluğu dikkati çekmektedir. Bu örnek aşılmanın yalnız başına sorunları çözemeyeceğini göstermesi bakımından ilginçtir. Bu konuya diğer bir örnek de, Türkiye'deki BCG aşısı uygulamasıdır. Türkiye'de BCG aşısı uy- gulaması önemle ele alınmış, BCG kampanyası tüberkülozdan korunmak için gerekli diğer hizmetlerle beraber yürütülmüş- tür. Sonuç yüz güldürücü olmuş, Türkiye'de görülen tüberküloz vakaları grafik 1. de de görüldüğü gibi hızla düşmüştür.

Aşılamayla beraber koruyucu hekimlik ilkelerinin titizlikle uygulanmasının önemiyle ilgili örnekler daha da çoğaltılabilir. Bulaşıcı hastalıklardan korunma yollarını şöyle özetleyebiliriz:

- 1 — Çevre sorunlarını çözmek: Su, lağım, kanalizasyon gibi,
- 2 — Besin kontrolü,
- 3 — Beslenme düzeyini yükseltmek,
- 4 — Sağlık eğitimi,
- 5 — Aşıyla korunmaya önem vermek, herkesin aşılmasını sağlamak,
- 6 — Bulaşıcı hastalıklarla savaşta ilk vakayı bulmak,
- 7 — Teşhis ve portörlerin ortaya çıkarılması,
- 8 — Portör aramak,
- 9 — Zoonoz mücadelesi,



GRAFİK 1: Türkiye'de 1945-61 yılları arasında Tüberküloz'un seyri Payzın S.,Tekeşin A.dan (20)

10 — Bulaşıcı hastalık salgınlarına karşı hazırlıklı olmak. (Örneğin: Tecrit için yer, tedavi için ilaç stoku v.s.)

Tüm bu önlemler tam olarak ele alınıp uygulanmaya kon- duğu zaman bulaşıcı hastalıklara karşı gerçek bir korunma elde edilebilir.

KORUMA ORANI VE SALGINI ÖNLEMESİ :

A — Aşının koruma oranı :

Bir aşının koruyuculuğunun ölçülebilmesi için, koruma ora- nı denen bir kavram geliştirilmiştir. Enfeksiyon ajanı alan kim- selerle, aşılılardaki morbidite hızları arasındaki farkın, aşısız- lardaki morbidite hızına oranı aşının koruma oranını verir.

Örneğin: Boğmacalı hasta ile karşılaşan duyarlı çocuklarda morbidite hızı % 85, boğmacalı hasta ile temas eden aşılı çocuk- larda morbidite hızı % 15 olsun. Bu aşının koruma oranı (85—15)

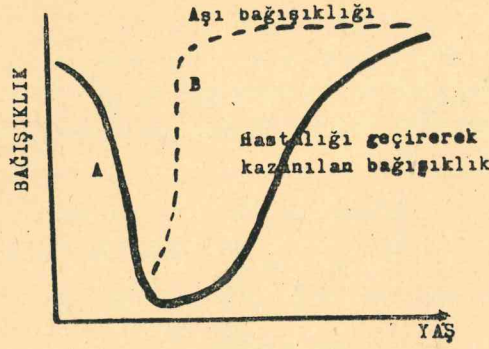
$$= 0.82 \text{ dir. (4)}$$

85

B — Aşıların salgını önlemesi :

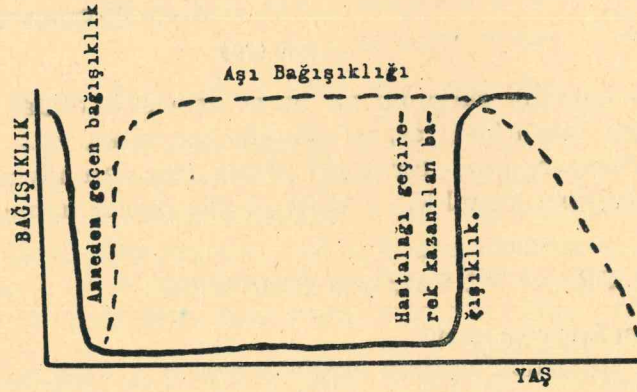
Bulaşıcı hastalıkların çoğu, salgın yapan hastalıklardır. Bir yerde salgın çıkması orada yaşayanların bağışıklık düzeyi ile ilgilidir. Bağışıklık düzeyi bir yerleşme yerinde sözü geçen has- talığa karşı bağışık olanların yüzdesi ile gösterilir. F

Aşağıdaki grafiklerde de aşı bağışıklığının önemi ve has- talığı geçirerek kazanılan bağışıklıklarla karşılaştırılması gö- rülmektedir:

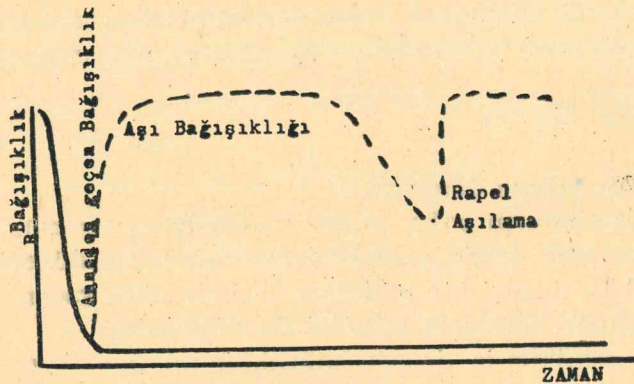


GRAFİK 2: Aktif Bağışıklığa kazanılması (6)

A-Eğrinin sol tarafı doğruya bağışık aneden kazanılmış olan pasif bağışıklık olup kısa sürede kaybolmakta, aynı eğrinin sağ tarafı hastalığı sub klinikal veya klinikal geçirmekle kazanılan bağışıklık. B-Aşılama ile kazanılan bağışıklık.



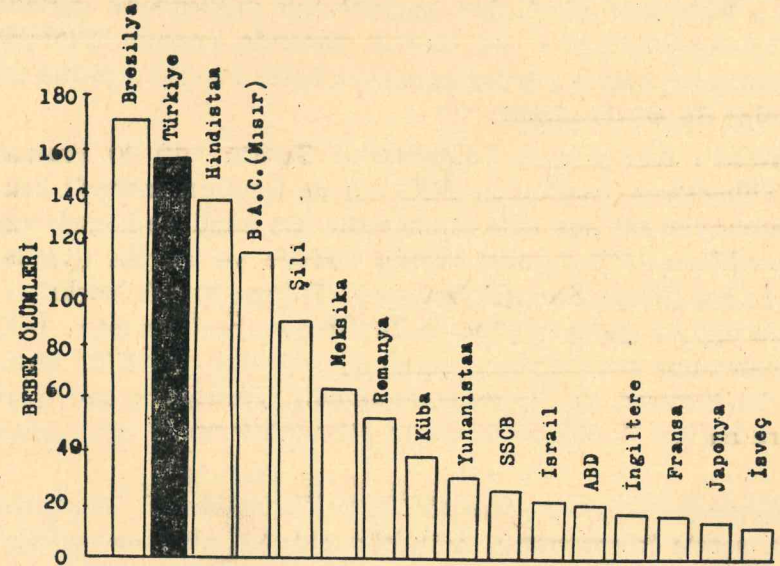
GRAFİK 3: Aşılama ile kazanılan bağışıklık seviyesinin hastalığı geçirmekle kazanılan bağışıklık seviyesi ile karşılaştırılması (7)



GRAFİK 4: Aşılama ile kazanılan aktif bağışıklığın seviyesi, Rapelle tekrar yükselmesi. (8)

Bir ülkenin sağlık durumunu belirleyen en önemli ölçütlerden birisi de bebek ölüm hızıdır. Frederic C. Shorter'in yaptığı bir araştırmaya göre tüm Türkiye'de 1966 yılına ait bebek ölüm hızı, binde 153'dür. Bunun da büyük bir kısmı kırsal kesime aittir. Kırsal kesimlerde hizmetlerin aksamasında, uygun aşılama planlarının yapılamamasının, sağlık hizmetlerinin dengelessiz dağılımının önemli rolü vardır. Diğer ülkelerde çocuk ölümlerine bakacak olursak: ABD'de binde 24.9, SSCB'de binde 23, Çekoslovakya'da binde 21,4 olduğunu görürüz. Ayrıca ülkemizde 0 - 4 yaş arası ölümler, tüm ölenlerin % 50.9'unu kapsamaktadır. (12)

Ailelerin ortalama çocuk sayıları kentten köye, eğitim düzeyi yüksek olandan az olana, geliri yüksek olandan düşük olana gittikçe yükselmektedir. (13)



GRAFİK 8: Bebek Ölümünde Türkiye'nin Dünyadaki Yeri

Ülkemizde kırsal kesim nüfusunun çokluğu bir etmen olarak sayılabilirse de, 1970'de nüfusun % 35.9'u kentsel bölgelerde yaşarken % 64,1'inin kırsal bölgelerde yaşadığı tesbit edilmiştir. (14) Kırsal kesimlerde ölümlerin fazlalığına asıl sebep yukarıda yazılanlardır.

Yapılan araştırmalar, gelir düzeyi düşük olan gruplarda doğurganlığın yüksek olduğunu göstermektedir. Ortalama canlı doğum sayısı en düşük gelir grubunda 4.6, en yüksek gelir grubunda 2.7'dir. Düşük gelir grubundaki ailelerin çocuk sayısının yüksek olması, çocuklara ayrılan payın düşük olmasına sebep

toksinin keşfi difteriye karşı savaşta dönüm noktası olmuştur. Çocukları difteriye karşı aşılarken hastalığı tamamen yok etmek mümkündür. Nitekim 1972 yılında Bulgaristan'da iyi bir aşı uygulaması sonucu bir difteri vakası görülmüş, Danimarka, Finlandiya gibi ülkelerde hastalığın kökü kazınmıştır. Buna karşın Türkiye'de 1972 yılına ait resmi kayıtlara geçen difteri vakası 792'dir. Bunlardan 74 tanesi ölümle son bulmuştur. Daha önce belirtilen nedenlerden bu sayıların daha fazla olması olasıdır. Burada Nusret H. Fişek'in bu konudaki yaklaşımına bakmak faydalı olacaktır: «İleri ülkelerde difterinin kökü kazınıyor veya hiç değilse sayı önemszenmeyecek kadar küçültülüyor da Türkiye'de neden herşey eskisi gibidir? Bu Türkiye'de aşı olmadığından mı? Yoksa Türk hekimlerinin aşının koruyucu etkisini bilmediklerinden mi? İkisi de doğru değil. Doğru olan Türk hekimlerinin şimdiye kadar hastalıklara toplumsal yönden bakacak ve koruyucu hizmetler yönünden sorumluluk yüklenecek şekilde yetiştirilmemesindedir.» (9) Bunun yanında istenen düzeyde bir aşı kampanyasının yürütülememesi, halkın sağlık eğitimi gibi sorunlar da sıralanabilir.

VEREM : 1907 yılında Calmetta ve Guerin adlı iki Fransız bilgini Tüberküloz basilinden BCG adı ile tanınan insanda hastalık yapmayan bir suş elde etmişlerdir. Bu basil ile hazırlanan aşığı çocuklara 1925 yılında Weillo - Halle ve Turpin uygulamışlar, İkinci Dünya Savaşından sonra Dünya Sağlık Teşkilatı'nın öncülüğüyle geniş ölçüde kullanılmaya başlanmıştır. BCG aşısı tüberküloz enfeksiyonu almamış kişilerin % 85'ini korumakta. bu koruma 10 - 15 yıl sürmektedir. Türkiye'de son bilgilere göre halkın % 60'ı ve 26 yaşın altındakilerin % 80'i aşılanmıştır.

BOĞMACA : 1920'de Madson aşısıyla profilaksiye başlamış, 1940 da aşıyla korunmanın mümkün olduğu ABD de açıklanmıştır.

KIZAMIKÇIK : ABD de, SSCB'de, İngiltere'de geniş ölçüde uygulanmaktadır.

Son zamanlarda SSCB de 1 - 8 yaş arasındaki çocuklara aşı mecburiyeti olduğu için her aşının ayrı ayrı yapılmasının aldığı zaman ve güçlük bakımından kızamık, kızamıkçık, kabakulak üçlü aşısı kombine uygulanmakta, iyi sonuçlar alındığına ilişkin kayıtlar bulunmaktadır. (10)

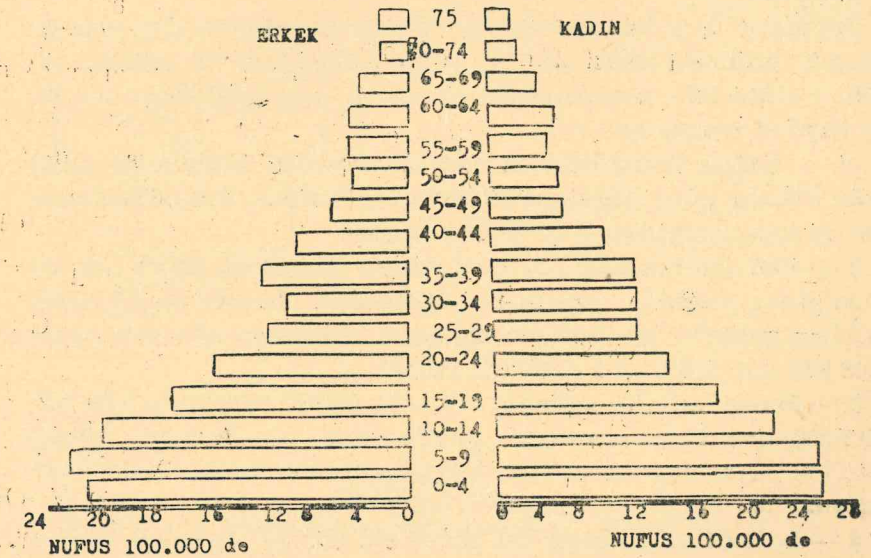
TÜRKİYE'DE AŞILAMA :

Aşılamanın dünyadaki yerine değindikten sonra, Türkiye'de sağlık ve demografik sorunlara, bunlara verilen öneme baka-

lim, kabaca yerimizi saptamaya çalışalım.

Türkiye, nüfusu hızla artmakta olan bir ülkedir. Her ne kadar beş yıllık planlarla ekonomi düzenlenmek isteniyorsa da, gelişmenin çarpık olmasından dolayı, istenen şeyler gerçekleştirilememekte, saptanan hedeflerin çok çok altında kalınmaktadır. Merkezi planlamanın tam uygulanamaması, ekonomik gelişmedeki etken, bunu imkânsız kılmaktadır. Bu gelişme sağlık sorunlarına da yansımakta, yanlış sağlık politikasının, yanlış uygulama anlayışının verimsiz sonuçları her yerde görülmektedir. Aşılama kampanyaları ve bu alanda uygulanan plan da aynı nedenlerden zorluklarla karşılaşmakta, istenen düzeye bir türlü ulaşamamaktadır.

Türkiye nüfusunun 1965 - 1970 yılları arasındaki nüfus artış hızı binde 25,6'ya ulaşmıştır. Bulaşıcı hastalıklar bakımından riskli grup olan 0 - 4 yaş grubu, nüfusun büyük bir kısmını oluşturmaktadır.



GRAFİK 6: Türkiye'de Nüfusun Yaş ve cinsiyete göre dağılımı (1970)

Doğumlar ve ölümler yönünden bakacak olursak; kaba doğum hızı yüksek bir düzeydedir. Ancak bu genel ortalama, kırsal ve kentsel yerleşim yerlerine göre farklılık göstermekte, metropollerde (Ankara, İstanbul, İzmir) düşerken, özellikle doğuda, kırsal kesimlerde, Türkiye ortalamalarının çok üstüne çıkmaktadır. Yine kaba ölüm hızı da kırsal kesimlerde yüksek bir düzeydedir. Nitekim 1965 - 1970 yıllarında Türkiye'de kaba doğum

Tablo V :Çeşitli ülkelerde kızamık sayıları ve kızamıktan ölümler.

ÜLKELER	A) KIZAMIK SAYISI B)	KIZAMIKTAN ÖLÜM	B/ A (Binde)
TÜRKİYE	23601	218	92.3
İRAN	52745	467	88.5
ÇEKOSLAVAKYA	16752	7	0.42
BULGARİSTAN	8088	2	0.24
FİNLANDİYA	14159	2	0.14
DANİMARKA	56904	4	0.07
KÜBA	5313	—	0

KAYNAK : World Health Statistics Annual, 1972 vol. II İnfectious cases Deaths And Vaccinations.

Türkiye'de görülen 24601 vakadan 218'inin ölmesine karşılık Danimarka'da 56909 vakadan sadece 4 tanesinin ölmesi dikkat çekicidir.

Boğmaca aşısı konusunda Dr. Turan Dünder'in «Türkiye'de boğmaca profilaksisinde son 18 yıllık çalışmalar ve alınan sonuçlar (1957—74)» konulu araştırmasının özet bölümünü aktarmak faydalı olacaktır:

«1 — Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde daha önceki yıllara göre boğmaca ihbarları artmıştır. Sosyalleştirme, ihbar müessesesini daha iyi işletmektedir.

2 — 1957 yılında 0—5 yaş grubundan başlamak üzere her yıl nüfusumuza yeniden eklenen boğmacaya hassas 0—12 aylık çocukları rapelleriyle birlikte aşılama olsaydık 1974 yılı dahil 71.188.666 doz boğmaca aşısı gerekliydi.

3 — Buna karşılık sahaya 1957—74 yılları arasında (18 yıl) 40.711.280 doz boğmaca aşısı gönderilmiş ve bunun ancak 12.044.142 dozu uygulanmıştır. Uygulanan bu miktar bu yıllardaki yerli aşı üretimimizin yarısı kadardır.

4 — Sahada uygulanan bu 12.044.142 doz aşı duyulan ihtiyacın 1/6'sıdır. Bu rapeli ile birlikte 3 milyon çocuğu karşılar. Ancak bu üç milyon çocuğun birbuçuk milyonu son iki yılda (1973—74) aşılanmış bulunmaktadır.

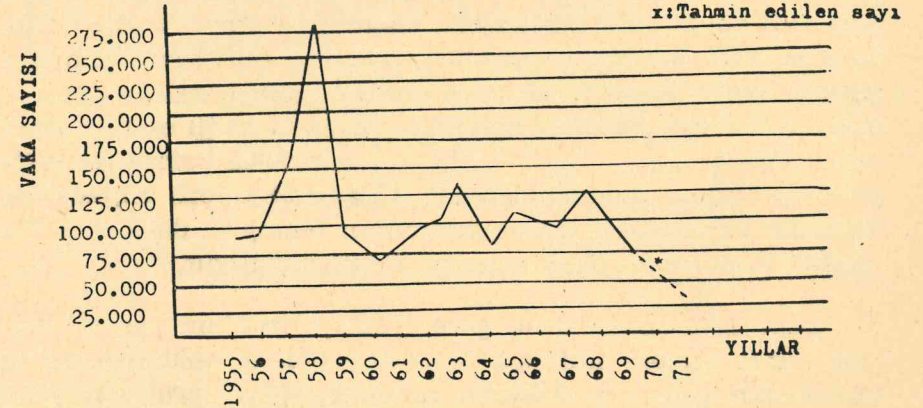
5 — Son 18 yılda sahaya gönderilen 40.711.280 doz aşı uygulanabilseydi, boğmacaya hassas çocukların % 56 sı hastalığa karşı bağışık kılınacaktı. Mevcut aşıya rağmen çocukların ancak % 17 sini boğmacaya bağışık kılacak miktarda aşı uygulanmıştır.

6 — Boğmaca aşısı uygulama çalışmaları, 1957 yılından itibaren giderek artmıştır.

AŞILANMANIN TARİHÇESİ

ÇİÇEK : İlk bulunan ve uygulanan aşı çiçek aşısıdır. İlk uygulama Türklerde olmuş, 1796 yılında Jenner, inek çiçek virusu ile yapılmış aşığı bulmuştur.

Çiçek aşısı, aşılananları hemen hemen kesinlikle hastalıktan korur. Bu aşı sayesinde ileri ülkelerde hastalığın kökü kurutulmuştur. 1950 yılında dünyada 300.000 den fazla çiçek vakası vardı. 1951 de 500.000 e yükseldi. 1957'de tekrar salgın görüldü. Yıllık vaka sayısı 200.000'i aştı. Bundan sonra, Dünya Sağlık Teşkilatının önderliğiyle aşı kampanyası açıldı. Vaka sayıları hızla düşmeğe başladı. 1968 yılında dünyada toplam çiçek vakası 75.820 dir. Bunlardan 61.013'ü Güneydoğu Asya'da, 10.958'i Afrika'dadır. Ülkemizde ise 1952'den beri görülmektedir. (1957 yılında 128 kişilik salgın hariç.) Grafik. 5. 1955 - 1969 yılları arasındaki durumu göstermektedir.



GRAFIK 5 :1955-1969 Yılları arasında dünyada kaydedilen Çiçek vakaları

KAYNAK:Weekly Epidemiological Record-WHO

Günümüzde Çiçek hastalığının yalnızca Habeşistan'da görüldüğü kaydedilmektedir. Bu sebepten çiçek aşısının bırakılmasını savunan görüşler vardır. Buna karşın ülkemizde herhangi bir salgının büyük hasar yapacağı göz önüne alınarak bir müddet daha - en azından tüm sağlık koşulları olumlu düzeye gelene kadar - aşılama kampanyasının devamında yarar vardır.

DİFTERİ : İlk difteri aşısı Behring tarafından 1913'de uygulanmış, 1921 - 23 yıllarında Glenny ve Ramon tarafından ana-

olmaktadır. Bu durumda eğitim ve devletin rolü ön plana çıkmaktadır.

Bütün bu koşullar, gözönüne alındığında; bir yandan daha iyi sağlık koşulları için çalışırken, bir yandan da temelde yatan sebeplere yönelik çalışmalar yapmak önem taşımaktadır. Türkiye'de sağlık koşullarında olan iyileşmeler ölüm hızında daha önceki yıllara göre bir düşmeye sebep olmuştur. Gene de doğustaki yaşama umudu, gelişmiş ülkelere göre daha düşüktür.

Konut sorununda gene yerleşim yerleri arasında ve bölgeler arasında büyük farklılıklar vardır. Örneğin, Ege ve Marmara Bölgesinde kırsal konutların % 35'inde, Akdeniz bölgesi kırsal yerleşim bölgelerinin % 27'sinde elektrik olmasına karşılık, bu oran Doğu ve Güneydoğu kırsal konutlarında % 0.6 ya düşmektedir. (15)

Büyük kentlere olan göç giderek artmaktadır. Türkiye'de 1950 yılında kırsal bölge nüfusunun tüm nüfusa oranı % 81.5 iken 1970'de % 4.1'e düşmüştür. Kentleşme oranı % 56.4'ü bulmuştur. (16) Bu göç kentlerde gecekondulu konutların artmasına neden olurken, alt yapı hizmetlerinin buralara götürülmesi aynı hızda gerçekleşmemekte ve buna bağlı olarak bağırsak enfeksiyonları, çeşitli bulaşıcı hastalıklar buralarda hızla yayılma imkanı bulabilmektedir. Buralarda yeterli bilimsel çalışmanın yapılmayışı, programlamanın olmayışı, da sağlık hizmetleri konusunda ciddi engeller oluşturmaktadır.

Gene 1970 sonuçlarına göre, Türkiye'de okur yazar olmayan nüfus toplam nüfusun % 54'ünü oluşturmaktadır. Bu da aşılamanın yerini ve önemini anlatan eğitim programlarının ne kadar üzerinde durmak gerektiğini gösterir. Öteki sağlık sorunlarına eğilimin ne kadar önemi varsa, aşılar konusunda halkı aydınlatmak, aşıların etkinliğini, koruyuculuğunu anlatmak ve onları bu işin gerekliliğine inandırmak zorunluluğu vardır. Ancak halkın inanarak katıldığı ve onun yardımıyla yürüten kampanyalar ve uygulamalardan yüz güldürücü sonuçlar alınır.

İzmir Tabip Odasının yaptığı bir araştırmaya değinerek yetersizliğimizi daha iyi görmek mümkün olur. Türkiye'de devletin kişi başına yaptığı sağlık harcaması 31 TL. olarak saptanmıştır. Bu rakam ABD'de 348 TL. İsveç'te 661 TL. dir. Bunlara gelir dağılımındaki eşitsizlik de eklenirse, dünyadaki yerimiz ve Türkiye'deki keşmekeş, yetersizlik açıklanabilir.

Ülkemizin genel durumuna konumuz açısından şöyle bir baktıktan sonra Türkiye'de aşı uygulamalarına değinmekte yarar vardır. Bu konuda gerekli çalışmaların yapılmamış olması, birçok kayıtların eksik olması, son uygulanan kampanyalara ait verilerin bulunamayışı veya eksik kayıtlar tam bir değerlendirme yapılmasına imkan vermemektedir. Biraz sonra değineceğimiz boğmaca aşısı konusunda uygulamanın ve kapsamlı araştırmanın diğer aşılar için de yapılması zorunludur. Örneğin bugün güncel ve önemli bir sorun vardır. kızamık.

Kızamık tüm dünyada salgınlar yapmakta, tüm dünyayı ilgilendiren bir konu haline gelmektedir. İleri ülkelerde beslenme durumunun iyi olması, erken tanı ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılması ölümleri azaltmakta, fakat görülen vaka sayısı bir hayli fazla olmaktadır. Şimdiden birçok ülkelerde bu konuda ciddi eradikasyon programları uygulanmakta ve başarı kazanılmaktadır. Örneğin Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde Leningrad 16 - SSW tipi aşıyla uygulanan eradikasyon programıyla ülkede büyük salgınlar yapan kızamık hastalığı sporadik bir hale gelmiştir (17).

Tablo. IV.'de 1974 yılında bazı ülkelerde görülen kızamık vakalarının sayıca çokluğu dikkati çekmektedir. (18)

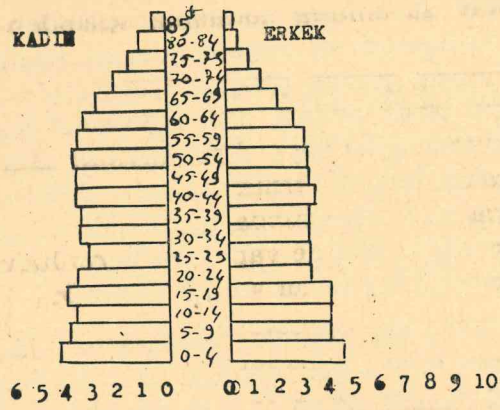
Tablo IV : Çeşitli ülkelerde kızamık vaka sayısı

ÜLKELER	KIZAMIK SAYISI
ABD	22085
IRAK	65391
TÜRKİYE	12816
ÇEKOSLAVAKYA	5264
FİNLANDİYA	11353
NORVEÇ	15330

KAYNAK : World Health Statistics Report, 1974—75

(X) Türkiye'de bu sayının çok yüksek olması gerekir. Her yıl 1 milyon civarında yeni doğum olmaktadır. Aşılama sınırı olduğuna göre bu kadar kızamık görülmesi beklenir. Oysa buradaki sayı bunun çok çok altındadır.

1972 yılında çeşitli ülkelerdeki kızamık sayısı ve kızamıktan ölenler tablo V de gösterilmiştir. Tablodan ileri ülkelerde kızamık sayısı çok olsa bile öldürücülüğünün çok düşük olduğu görülmektedir.



GRAFİK 7: İngiltere'de nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı
Kaynak: Uluslararası Aile Planlaması Derneği yayını, IPPF, 1973 s.18

hızı binde 38,4, kaba ölüm hızı binde 12,7, doğal artış hızı binde 25,7 dir (11)

Seçilmiş ülkeler ve Türkiye'de 1971 - 1985 yılları arasında hesaplanan kaba doğum hızları Tablo. II'de, kaba ölüm hızları tablo. III'de görülmektedir:

Tablo II : Çeşitli ülkelerde kaba doğum hızları.

ÜLKELER	KABA DOĞUM HIZI (BİNDE)	
	1971	1985
İRAN	48	49
MISIR	44	39
TÜRKİYE	43	34
KÜBA	27	23
ROMANYA	23	17
SSCB	17	20
İNGİLTERE	17	19
İSVEÇ	14	15

KAYNAK : 1971 World Population Data Sheet, Ağustos 1971

Tablo III : Çeşitli ülkelerde kaba ölüm hızları

ÜLKELER	KABA ÖLÜM HIZLARI (BİNDE)	
	1971 (x)	1985 (xx)
İRAN	25	18.9
TÜRKİYE	16	8.7
MISIR	15	10.8
İNGİLTERE	12	11.0
İSVEÇ	10	11.8
ROMANYA	10	8.9
SSCB	8	8.7

KAYNAK : (x) / 1971 World Population Data Sheet

(xx) / World Population Prospects 1968, s. 151 - 155

Bu özelliklerinden ötürü bu popülasyon her yönüyle tanımak ve incelenmek zorundadır. Ancak bu yönde yapılan çalışmalar, her dalda yapılan incelemeler (Tıbbi, sosyolojik, psikolojik v.s.) bu popülasyonu tam olarak tanımak ve değerlendirmek olanağını sağlar. «Çocuk sağlığı konusunda rasyonel tedbirlerin alınabilmesi için, koruyucu pediatri alanında, ön planda üzerinde durulması gerekli hususların belirtilmesi gerekir. Bu da ülkemizde çocuk sağlığının bugünkü durumunun ilmi ve objektif metodlarla bölge bölge ortaya çıkarılmasıyla kabil-dir.» (6)

Bunlar da ancak tüm Türkiye'de, öncelikle büyük kentlerde olmak üzere, sosyal pediatri uygulamalarına hız vermekle olabilir. Çalışmaları daha iyi planlayıp, daha iyi organize ederek başarı sağlanabilir.

BİR ÖRNEK :

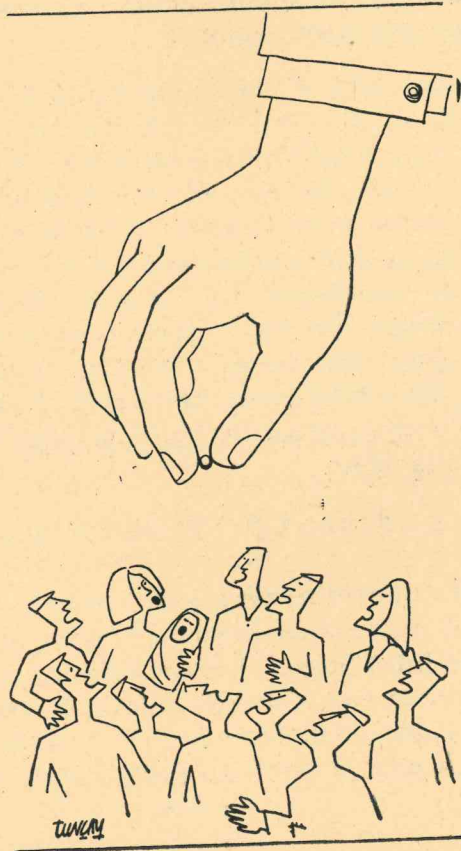
Bir ülkenin sağlık konusundaki yeri saptanırken, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) diğer kriterlerden daha çok çocuk ölümlerini esas almaktadır. Bu konuda, sosyal pediatri'nin önemini, daha doğrusu yapılan araştırmaların önemini belirtmesi açısından aşağıdaki örnek verilebilir :

Rami gecekondu bölgesinde anne eğitimi ile çocuk bölümü arasındaki ilgi araştırılmış. Hiç eğitimsiz anne grubuna kıyasla, ilkokulu bitirmiş annelerde çocuk bölümünün daha az olduğu, sayıları az olmakla birlikte, ilkokul üstü eğitim görmüş annelerin çocuklarında ölüm sayısının daha da azaldığı görülmüştür. Eğitimsiz grup ile ilkokulu bitirmiş grubun kıyaslanmasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre, Rami bölgesinde çocuk ölümlerinde önemli bir neden saptanmış olmaktadır. Yapılacak işlerin buna göre planlanması (Grubun saptanması, uygun eğitim planları, bu yönde verilecek bilgiler v.s.) en kısa zamanda yapıp uygulanırsa, çocuk ölümlerinde önemli olan bir sebep hiç olmazsa azaltılacaktır.

SOSYAL PEDIATRİ VE ÖĞRENCİ EĞİTİMİ :

Üniversite bünyesindeki sosyal pediatri uygulamalarında öğrencilerin konumu nasıl olmalıdır? Bu konuda H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Enstitüsü Sosyal Pediatri Bölümünün 1973 - 74 faaliyet raporunda şunlar yazılıdır. «Hacettepe çevresinde, gecekondu koşullarında yaşayan ailelerde gebelerin izlenmesi ile doğum öncesi ve sonrası aile bakımı, aile planlaması konusunda bilgi ve-

- 7 — A.g.e. s. 94
 8 — A.g.e. s. 96
 9 — Fişek, Nusret H., Toplum Hekimliği Ders Notları s. 81
 10 — Yumuturuğ, Sevim; Toplum Hastalıklarında Epidemiyolojik Genel Prensipler A.Ü.T.F. yayınları 1971.
 11 — Karadayı, Figen; Population Growth in Turkey, Ankara - 1974, s. 17
 12 — TOB; sayı 11, Ağustos - Eylül 1976, s. 74
 13 — Türkiye'de Nüfus; H.Ü. Nüfus Araştırmaları Enstitüsü.
 14 — II. Beş Yıllık Kalkınma Planı, s. 265
 15 — Türkiye'de Nüfus, H.Ü. Nüfus Araştırmaları Enstitüsü.
 16 — 1973—1974. Aile Kliniği Çalışmaları, H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bölümü, s. 5
 17 — «— The Measles Eradication Programme in the German Democratic Republic;» Bulletin of the World Health Organization 1976. Vol 53. Page. 21—24
 18 — World Health Statistics Report; 1974—1975
 19 — Türkiye'de Boğmaca Proflaksisinde Son 18 Yıllık Çalışmalar ve Alman Sonuçlar, (1957—74) Dr. Turan Dünder. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi; cilt. 36, sayı 1 s. 59
 20 — H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bölümü Epidemiyoloji Ders Notları.



Sosyal Pediatri

Uygulamalarının Önemi

Ankara Tabip Odası
 Ana - Çocuk Sağlığı Komitesi

GİRİŞ :

Ülkemiz sağlık konusunda ciddi sorunlarla yüzyüzedir. Her ne kadar bazı Asya, Afrika ülkelerine göre daha iyi sağlık koşullarına sahipsek de, asıl ölçüt, bu sorunları en iyi şekilde çözmüş ülkelerle ülkemizi karşılaştırıp, eksikliklerimizi bütün açıklığıyla görmektir; düzey farklılıklarının ortaya konması ve çözüm yollarının aranmasıdır. Yoksa, bizden daha kötü koşullarda olan ülkelere bakarak avunmak değil.

Bu açıdan bakıldığında dünyadaki yerimiz bir hayli gerilerdedir.

Kötü yaşama koşulları, başıboş bir ekonomik gelişme, tüm sorunlar karşısında kayıtsız kalan sağlık yöneticileri, ülkemizin şartlarını iyice tanımadan yanlış bir eğitim sistemi ile yetiştirilmiş, görevi yalnızca hasta tedavi etmek olan hekimler... Bu türden sıralanacak pek çok şey neden olmaktadır bunlara.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) bir ülkenin sağlık düzeyi konusunda aldığı esas ölçütlerden biri de çocuk ölümleridir. Türkiye çocuk ölümlerinin en çok olduğu ülkeler arasındadır. Bu açıdan Sosyal Pediatri'nin önemi günden güne artmaktadır.

NEDEN SOSYAL PEDIATRİ?

Türkiye'de kapitalizmin gelişmesi iyiden iyiye hızlanmıştır. Bu gelişmeye bağlı olarak yapısal sorunlar, sosyo - ekonomik sorunlar alabildiğine büyümektedir. Gene bu sorunlar tüm olumsuzluğuyla halk sağlığına yansımaktadır.

Türkiye'de sağlık sorunlarından biri de, hızlı bir kentleşmenin getirdiği sorunlardır.

«Tarımın makinalaşması nedeniyle büyük insan kitleleri üretim araçlarından koparak, köylerden şehirlere doğru akın etmeye başlamıştır. Bunun sonucu olarak şehirleşme oranı 1923 - 50 arasında, yani 27 yılda % 16.5'den % 18.4'e çıkabilmişken, 1950-60 arasındaki 10 yılda % 25.9'a fırlamıştır.» (1)

olabilir. Bu çalışmalarda daha önce varolan ana - çocuk sağlığı örgütlerinden yararlanmak mümkündür ve zorunludur.

Sosyal pediatri uygulamalarında amaç halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu kadar, araştırma ve eğitim uygulamaları ile ileriye dönük planlamaların yapılmasına da olanak sağlamaktır.

Bu uygulamalar ve öneriler diğer sağlık koşullarından, giderek de ülkenin koşullarından bağımsız değildir. Esaslı çözüm ve uygulamaların ancak geneldeki çözümle etkin olacağını gözardı etmemek gerekir.

Tüm bunlara karşın, yukardakiler gerçekleştirildiği zaman, Türkiye'de çocuk ölümlerini azaltmak, —asıl sorun ortada durduğu için— sağlık düzeyini belli bir yere kadar yükseltmek mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR :

- 1 — Prof. Sadun Aren. eğitim-üretim ilişkileri, Töb-Der yayınları, s. 28
- 2 — Türkiye'de nüfus, HÜNEE 1975, s. 45—46
- 3 — Prof. Dr. Y. Bahtiyar Demirağ. Ankara Cebeci - Abidinpaşa civarında bulunan Tuzluçayır gecekondu bölgesinde 0—6 yaş arası çocuklarda sağlık korunması bakımından yapılan araştırmalar, Ankara 1969
- 4 — H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Enstitüsü Sosyal Pediatri Bölümü, 1973—74 faaliyet raporu
- 5 — Dr. C. T. Gürsan, Dr. O. Neyzi, İstanbul Rami gecekondu bölgesinde çocuk sağlığı konusunda araştırmalar, İstanbul 1969
- 6 — a. g. e.
- 7 — Prof. Dr. M. Rahmi Dirican, Türk hekimlerinin düşünce ve davranışları ve bunun toplum sağlığına etkileri
- 8 — a. g. e.
- 9 — a. g. e. s. 55
- 10 — a. g. e. s. 61

7 — Sahada uygulanan aşı dozu sayısı arttırıldıkça, morbidite, mortalite sayı ve hızları azalmaktadır.

8 — 1973 ve 1974 yıllarında 0—5 yaş gruplarına uygulanan memnuniyet verici miktardaki boğmaca aşı dozu sayısı verilen emekleri boşa çıkarmamış, morbiditeyi ondört binlerden 2851'e mortaliteyi 129'dan 11'e; morbidite oranını 450'lerden 73'e, mortalite oranını 4.63'den 0.2'ye indirmiştir.

Bütün bunlar ülkemizde ciddi bir şekilde uygulanacak boğmaca aşısının, ülkemizde boğmaca morbidite - mortalite oranını en düşük seviyeye indireceğini göstermektedir.» (19)

Bu düşünceler, başta kızamık olmak üzere, tüm aşılar için geçerlidir. Aşı uygulama ve yapılan değerlendirme metodlarına göre alınacak sonuçlarla yapılan araştırmalar bize daha iyi bir programlamayı sağlayacak, daha başarılı uygulamaların yollarını açacaktır.

SONUÇ :

Tüm bu yazılanlardan da çıkarılacağı gibi, aşılama ve aşılama programlarının değerlendirilmesi, değerlendirme metodlarının titizlikle uygulanması, halk sağlığı yönünden büyük bir önem taşımaktadır. Ancak salt aşılama ile sorunlar çözülemez, yüz güldürücü sonuçlar alınamaz. Aşılama ile beraber diğer sorunlara da önem verilmeli, aşılama bu sorunların çok yönlü çözümüyle birlikte uygulanmalı, değerlendirilmelidir.

Gözden uzak tutulmaması gereken bir nokta da, sağlık sorunlarının çözümlenmesinde kullanılan yöntemlerin halka benimsetilmesinin gerekli olduğudur. Bunun için her konuda ciddi eğitim kampanyaları düzenlenmelidir.

Sonuç olarak diyebiliriz ki: Aşılamanın gerçekten yararlı olması öteki sağlık sorunlarıyla birlikte ele alınması, gerekli paranın bu işe ayrılabilmesi, örgütlü ve planlı bir çalışma sistemi kurulmasıyla gerçekleşebilir. Bu da ancak koruyucu hekimliğe ağırlık veren bir sağlık politikasıyla olabilir.

KAYNAKÇA

- 1 — DIE; 1975 İstatistik Yılı
- 2 — Fişek Nusret H.; Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi, H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bölümü, Ankara, 1972, s. 82
- 3 — World Health Statistics Annual; 1972 vol. II, Infectious Cases Deaths and Vaccinations.
- 4 — Fişek, Nusret H.; Sağlık yönünden insan ve Çevresi. H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bölümü. Ankara, 1972 s. 78
- 5 — A.g.e. s. 79
- 6 — Yumuturuğ, Sevim; Toplum hastalıklarında epidemiyolojik genel prensipler. A.Ü.T.F. yayınları 1971 s. 94

rilmesi, hekim - hasta ilişkilerinin geliştirilmesi ve 0 - 14 yaş grubundaki sağlam ve hasta çocukların bakımı, beslenmesi, gelişmesi, aşılması ve aile hekimliği alışkanlığının yerleşmesi için eğitici çalışmaları öğrenci ile birlikte yürütmek, böylece öğrencilerin hastayla fizik, sosyal, ekonomik çevresi içinde yaklaşımını ve ilişkisini sağlamaktır.» Bu amaç doğaldır ki bu konuda atılan önemli bir adımdır.

«Türk hekimlerinin yaklaşık olarak % 90'ının toplumun en çok % 20'sini teşkil eden sosyal gruptan geldiği tesbit edilmiştir.» (7) Bilindiği gibi bu % 20'li grup, Türkiye'de daha iyi koşullarda yaşamış, oralarda deneyim kazanmıştır. Özel ilgi duyan istisnalar dışında, gerek kırsal bölgeyi (özellikle doğu bölgesini) gerekse gecekondulu yaşamını tanımaktan uzaktırlar. Onun için tüm hekimlerin % 69.3'ü, üç büyük ildedir. (8) Büyük bir kısmı ihtisas yapmayı tercih etmektedir. Bu hekimler en önemsiz uzmanlık dallarını Halk Sağlığı ve Bakteriyoloji olarak sıralamışlardır. (9)

Bu gerçekleri sıraladıktan sonra, ülkemizde daha iyi sağlık koşulları için hekimlerin koruyucu hekimlik yönünden sorumluluk alarak yetiştirilmeleri zorunluluğuyla karşılaşmaktayız. Nitekim Prof. Dr. Rahmi Dirican'ın bu konudaki görüşü şöyledir: «Tıp öğrencilerinin ileride hekim olarak çalışacakları ülkenin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısını, sağlık sorunlarını, insanların ve insan topluluklarının psikolojisini bilerek yetiştirilmedikleri, bu yönden yeterli bir hizmet eğilimi kazanmadıkları, son yıllarda sadece ülkemizde değil, dünyanın hemen her tarafında söz konusu edilmektedir.» (10)

Durum bu olunca, sosyal pediatri öğrencilere yukarıdaki amaçlar çerçevesinde bir eğitim programı uygulamak kaçınılmaz olmaktadır. Ancak tüm şartlar iyice bilindikten sonra, o hekim hastasına en iyi yaklaşımı yapabilir. Tüm şartlar tam olarak saptandıktan sonra o bölgeye esaslı hizmetler götürülebilir. Türkiye koşullarında hekimlerin dar bölgede polivalan hizmet götüreceği şekilde yetiştirilmesi zorunluluğu da vurgulandıktan sonra, sosyal pediatri öğrenci programının ne kadar gerekli olduğu ve üzerinde ciddi olarak durulmasının önemi anlaşılır.

Bunların yanında bir de şu sorun vardır: Öğrencilerin mümkün olduğu kadar sosyal pediatri çalışmalarına katkıda bulunmalarını sağlamak, salt eğitim programıyla yetinmemek. Örneğin, her öğrenciye yapabileceği belli bir araştırmayı verip, yıl sonuna kadar o bölgede bunu yapması sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu şekilde öğrenci salt alan değil (bu eğitim sistemimizin

bir sonucudur ve öğrenci eğitim hayatı boyunca buna şartlandırılır.) bir şeyler yapan durumda olmalı, o bölge çalışmalarına belli bir katkıda bulunmalıdır. Bu sayede hem çeşitli olanaksızlıklarla yapılmayan araştırmalar yapılabilir hem de, öğrenci üretici bir çalışmanın içine sokulabilir. Tabii öğrenciye, daha önce bu işin önemini anlatıp, onu inandırmak gerekir.

ANA - ÇOCUK SAĞLIĞI UYGULAMALARI VE SOSYAL PEDIATRİDE BUNLARIN KULLANILMASI :

Ana - çocuk sağlığı hizmetleri Ankara ve Konya'da 1925 yılında, doğum ve çocuk bakımevlerinin açılmasıyla başlamıştır. Sonraki yıllarda bu sayı artmakla birlikte, ana - çocuk sağlığı hizmetleri her bakımdan yetersiz kalmıştır. 1952 yılında Ankara'da açılan ana - çocuk sağlığı eğitim merkezi bu konuda yeni bir dönemin başlangıcıdır. 1972 yılında SSYB'na bağlı toplam 2905 yataklı 23 doğum ve çocuk bakım evi ile toplam 920 yatağı olan 3 çocuk hastanesi vardır. 1971 yılı sonunda, sosyalleştirme bölgeleri dışında, 33 ilde 50 ana - çocuk sağlığı merkezi, 57 ilçede ana - çocuk sağlığı şubesi ve 962 köyde ana - çocuk sağlığı köy istasyonları vardır. Bu örgütlerin ana - çocuk sağlığı düzeyini ne ölçüde yükselttiğine dair elimizde kesin bilgiler yoktur. Ancak yapılanlara bakıp, bunların istenen düzeyde olmadıkları anlaşılabılır.

Yeni uygulamada öncelikle halkın buralara olan ilgisinden ve alışkanlığından yararlanılabilir. Zaten aile ve çevresinin sağlık düzeyi yükseltilmedikçe ana - çocuk sağlığı olumlu düzeyde gelişemez. Sayıca yetersiz hekimlerin periyodik muayeneleri yeterince yapmadıkları açıktır. Ayrıca halkın düşük eğitim düzeyi gereği, çocukların sağlığına gereken önemi vermediği de açıktır.

Sosyal pediatri çalışmalarında bu örgütlerden yararlanmanın gereği vardır. Yeni uygulamaya başlayan sosyal pediatri çalışmaları için bu gerekli olduğu kadar önemlidir de.

SONUÇ :

Kentlerde ve hızlı şehirleşme sonucu ortaya çıkan gecekondulu bölgelerinde sağlık sorunlarına çözüm getirecek örgüt modeli konusunda henüz bir görüş birliği olmamakla birlikte, hizmetlerin polivalan görev yapan kuruluşlarla götürülmesi, vazgeçilmez bir ilke olarak görülmektedir. Bu polivalan hizmetlerin ağırlık taşıyan ana - çocuk sağlığına ilişkin hizmetler olabilir ve bunlar sosyal pediatri çalışmalarının ağırlık taşıyan bölümü

Giderek ivmesini artırmakta olan bu süreçte 1970'lerde durum şudur: «Türkiye'de kırsal bölge nüfusunun tüm popülasyona oranı 1950'de % 81.5 iken, 1970'de % 64.1'e düşmüştür. 1970 de nüfusu 100.000'i aşan büyük kentlerin sayısı 20'ye ulaşmıştır. Kentleşme oranı % 34.6'yı bulmuştur.» (2)

Bu akım büyük kentlerde daha belirgin olarak görülmekte, sorunlar bütün gerçekliğiyle ortaya çıkmaktadır.

«Türkiye'de ortalama nüfus artış hızı % 2.5'dir. Buna karşın, Ankara'da nüfus artış hızı % 8.6 dır ve tüm Ankara halkının % 60'ı gecekonduda oturmaktadır.» (3) Öteki büyük şehirlerimizde de durum aşağı yukarı böyledir ya da daha hızlıdır.

Geniş aile tipleri dağılmakta, aileler şehirselleşmeye uyumda çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Köyünden tam kopmamakta, buna karşın şehirselleşmeye de kendini tam uyduramamaktadır. Gecekondulu konutlar hızla artarken, çeşitli konularda yetersiz olan büyük kent belediyeleri ve devlet buralara uygun alt yapı hizmetlerini aynı hızla getirememekte, ortak kullanılan sağlığa elverişsiz helalar, içme ve kullanma suları halk sağlığını tehdit etmektedir.

Örneğin; Ankara'nın diğer gecekondulu bölgelerine göre daha iyi şartlara sahip olan Hacettepe bölgesinde, sosyal pediatri alanına giren konutların % 41.30'u ahşap, % 42.08'si kerpiçtir. Bir odalı konutlar, bölgedeki tüm konutların % 19.87'sini, iki odalı konutlar da % 53.51'ini oluşturmaktadır. Tüm konutların % 15.71'inde su, % 33.64'ünde mutfak, % 49.61'inde banyo yoktur. Ortak kullanılan helalar % 20.13'ü oluşturmaktadır. Bunların % 6.62'si sağlığa elverişsizdir. (4)

H.Ü.T.F. sosyal pediatri uygulama alanına giren bölge, Ankara'nın diğer gecekondulu bölgelerine göre iyi sayılacak bir konuma sahiptir. Bu oranların örneğin bir Altındağ'da, bir Çalışkanlar mahallesinde daha da yüksek olması, sağlığı tehdit edici unsurlarında tehlikeli olması kuvvetle olasıdır.

Bu bölgelerde gece kadınların izlenmesi, belli bir eğitimden geçirilmeleri, çocukların izlenmesi, aşılarının yapılması, bulaşıcı hastalıklara karşı çeşitli önlemlerin alınması, çevre sağlığı ve bu yönden o bölge halkının eğitimi birincil sorun haline almıştır. «Bu bölgelerde sağlık sorunları gün be gün içinden çıkmaz bir hal almaktadır. Buralarda şehir ve köy gruplarına tam olarak girmeyen, kendine has nitelikleri gösteren büyükçe bir halk kitlesi mevcuttur.» (5)

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

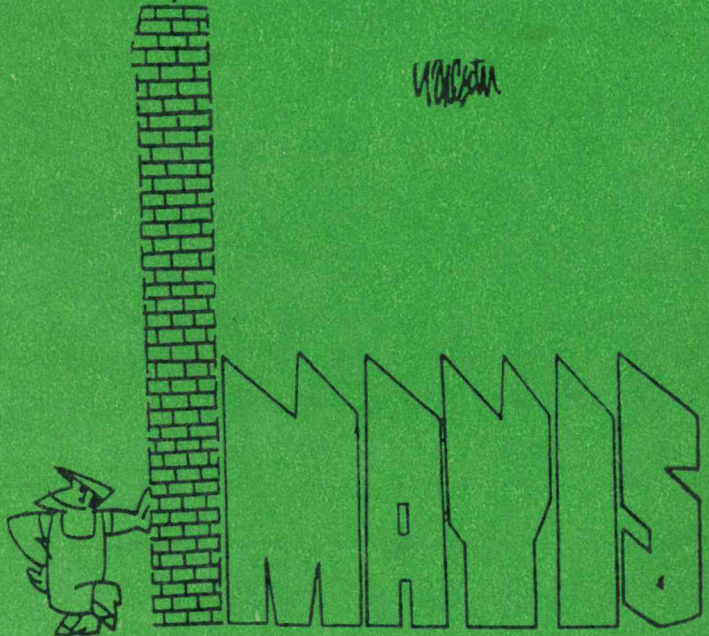
TOB'a

**Abone Olunuz
Abone Bulunuz**

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

**TOB DERGİSİNE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN,
96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİ-
NİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.
ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.**



Yalçın ÇETİN

ANKARA
VE
İZMİR

Dr. M. Levent ÖZSES
Ortodonti Uzmanı
Uz. Tescil No: 93689

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



MAYIS — 1977 / SAYI : 20 / YIL 2 / FİYATI : 10 LİRA