

CEP ÜNİVERSİTESİ

Aile Hekimliği

I

Yayın Sorumlusu

HALÛK ÇAĞLAYANER

Yazarlar

ALEV ÖNDER • ERDEM BİRGÜL • ESRA SAATÇİ
FÜSUN ŞENER • GÜLSEN CEYHUN • HAKAN SEZER
LEVENT HEKİMOĞLU • ZERRİN BAŞER

İletişim Yayınları
CEP ÜNİVERSİTESİ

İletişim Yayıncılık A.Ş. adına sahibi: Murat Belge
Genel Yayın Yönetmeni: Fahri Aral
Yayın Yönetmeni: Erkan Kayılı
Yayın Danışmanı: Ahmet Insel
Yayın Kurulu: Fahri Aral, Murat Belge, Tanıl Bora, Murat Gültekingil,
Ahmet Insel, Erkan Kayılı, Ümit Kıvanç
Tuğrul Paşaoğlu, Mete Tuncay
Görsel Tasarım: Ümit Kıvanç
Kapak İllüstrasyonu: Gürcan Özkan
Dizgi: Remzi Abbas
Sayfa Düzeni: Hüsnü Abbas
Baskı: Şefik Matbaası (iç) / Sena Ofset (kapak)

İletişim Yayıncılık A.Ş. • Cep Üniversitesi 155
ISBN: 975-470-518-6 • 975-470-517-8 (Tk. No.)

1. Basım: İletişim Yayınları, **1995**

© İletişim Yayıncılık A.Ş. **1995**

Klodfarer Cad. İletişim Han No.7 34400 Cağaloglu İstanbul, Tel. 0212.516 22 60 - 61 - 62

Birinci basamak sağlık hizmetinin
bütün isimsiz kahramanlarına,
bize, sadece sözleriyle değil,
yaşamlarıyla da örnek olan hocalarımıza

KISALTMALAR

AHUD	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AT	Avrupa Topluluğu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
PW	Price Waterhouse, Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu Aralık 1989
TTB	Türk Tabipler Birliği
TTB PHK	Türk Tabipler Birliği Pratisyen Hekimler Kolu
I. USK	I. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları 23-27 Mart 1992
II. USK	II. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları 12-16 Nisan 1993
USP	Ulusal Sağlık Politikası TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Taslak Doküman Sağlık Bakanlığı, Ankara, Mayıs 1992.
SB	Sağlık Bakanlığı
SPGK	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
SHMD	Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum Sağlık Bakanlığı, Ankara Şubat 1992

Kaynak belirtilmemiş şekiller ilgili bölümlerin yazarları tarafından hazırlanmıştır.

YAYIN SORUMLUSU

Dr. Halûk Çağlayaner (aile hekimliği uzmanı)
Lokman Hekim Sağlık Vakfı
AHUD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi

YAZARLAR

Alev Önder (uzman psikolog)
Marmara Üniversitesi Eğitim Bölümü

Dr. Erdem Birgül (aile hekimliği uzmanı)
Intermed Sağlık Merkezi
AHUD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Sekreteri

Dr. Esra Saatçi (aile hekimliği uzmanı)
Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Dr. Füsun Şener (aile hekimliği uzmanı)
Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Şubesi Uzmanı

Dr. Gülsen Ceyhun (aile hekimliği uzmanı)
Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Şubesi Müdürü

Dr. Hakan Sezer (aile hekimliği uzmanı)
Amerikan Hastanesi
AHUD İstanbul Şubesi Denetleme Kurulu Üyesi

Dr. Levent Hekimoğlu (aile hekimliği uzmanı)
Haydarpaşa Numune Hastanesi
AHUD İstanbul Şubesi Denetleme Kurulu Üyesi

Dr. Zerrin Başer (aile hekimliği uzmanı)
Türkiye Aile Plânlaması Vakfı AİDS Projesi Koordinatörü
AHUD Genel Başkanı

İçindekiler

BİRİNCİ KİTAP

SUNUŞ 6

1. BÖLÜM
Giriş / H. Çağlayaner 11
Temel Kavramlar 11
Tarihsel Perspektif 12

2. BÖLÜM
İnsanî Gelişme ve Sağlık Yönünden Türkiye'nin Dünyadaki Yeri / H.Çağlayaner 14

3. BÖLÜM
Türkiye'de Sosyal Yapı ve Sağlıkla İlgili Bazı Veriler ve Hedefler / H.Çağlayaner 20

4. BÖLÜM
Sağlık ve Çevre / H.Çağlayaner 32
Giriş..... 32
Hava 33
Su 34
Gıda 35
Atıklar 36
Yerleşim Alanları ve Konut 37
Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği 37

5. BÖLÜM
Sağlığın Sosyal, Ekonomik, Kültürel ve Psikolojik Yönleri / H.Çağlayaner 39
Sağlığın Sosyal ve Ekonomik Yönleri 39
Sağlığın Kültürel ve Psikolojik Yönleri 41
Sağlığın Organizasyonunda Kültürün ve İletişimin Rolü 46
Ailenin Sağlığa ve Hastalığa Etkisi 48
Birinci Basamak Hekimi ve Aile 50

6. BÖLÜM
Sağlıklı Bir Birey İçin Aile Yapısı ve Aile İçi İletişimin Önemi / A.Önder 52
Ailenin İşlevleri 53
Ailenin Gelişimi 54
Ailede Stres Kaynakları 55
Aile İşleyişinin Temel Unsurları 55
Aile İçi İletişim 57

SUNUŞ

"Konuştuğunuz konuyu ölçümlere dayandırıyor ve sayısal olarak belirtebiliyorsanız, onun hakkında bir şeyler biliyorsunuz demektir. Fakat sayısal olarak gösteremiyorsanız, bilginiz zayıf ve yetersizdir."
William Thomson Kelvin[1]

Sayın Nusret Fişek 1985 tarihli "Halk Sağlığına Giriş" kitabında "**Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (integre olarak) yürütülmelidir. (...) İntegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların – varsa gebelerin – periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderilir. Bu biçim örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen sağlık ocaklarındaki ekip hizmetleridir."** der.[2]
Etkili birinci basamak hizmetinin aile hekimliğiyle gerçekleştirilebileceğini ve bunun bir uzmanlık eğitimi gerektirdiğini anlatmak bugüne kadar aile hekimlerinin önemli uğraşlarından biri olmuştur[3]. Bu konuda, bütün sağlık sektörünün bir ortak görüşe ulaştığını görmekten sevinç duyuyoruz.

Sayın Fişek, yine aynı eserinde "**1963-1965**[4] **yılları arasında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür**. [2]' der, başarısızlığı

1. **Yönetimin isteksizliği**
2. **Personel yetersizliği**
3. **Eğitimin uygunsuzluğu**
4. **Sağlık ocağı-hastane işbirliğinin yetersizliği**
5. **İl sağlık yönetimlerinin yetersizliği**
6. **Ödenek yetersizliği**'ne bağlar. [2]

Bugün bu listeye şu maddeler de eklenmiştir:
1. 30 yıldır süregiden başarısız uygulama hastayı ve hekimi sağlık ocağından uzaklaştırmıştır.
2. 30 yılda dünyada meydana gelen baş döndürücü gelişmeler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, 1958'de yürürlüğe giren, ancak daha önceki hükümet tabipliği uygulamalarından elde edilen esaslara dayanan talimatnameye göre gerçekleştirilmesini olanaksız kılmıştır.
Pek dile getirilmeyen bir nokta sağlık ocaklarının görev tanımının 1961 tarihli ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"la değişmemiş olması, **1958** tarihli "**Vilâyet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabiplerile Belediye Sağlık Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnamesi**"ne[5] dayanmasıdır.
Hâlen yürürlükte olan bu talimatname sağlık ocağı hekimini **104** maddede toplanan **252** kalem görevle yükümlü kılar. (224 sayılı Yasa'nın eki olarak kabul edilen **154 sayılı yönerge** 1958 tarihli talimatnameyi tekrarlar). Zâten, tıp mensupları dışında "**hükümet tabibi**" ismi kullanımdan hiç düşmemiştir! Halk, *sağlık ocağı hekimi*nden ziyâde *hükümet tabibi* der; bir çok yerde de bu isim yapılan işi daha iyi tanımlar.
Cumhuriyet Türkiyesi 554 hekimle (1923) 65.000'e yakın yerleşim birimine dağılmış 13 milyon küsur[6] kişiye hizmet götürme göreviyle karşı karşıyaydı. Endüstri, ulaşım imkânları pek sınırlıydı, adlî tabiplik, çevre mühendisliği, gıda mühendisliği, psikoloji, sosyal hizmet uzmanlığı v.b. alanda yetişmiş insan gücü yoktu, ya da yok denecek kadar azdı. Bu nedenle sağlık hizmeti ile doğrudan ilgili olmayan bir çok görev de hükümet tabibine verilmişti. Sağlık ocağında çalışırken sık sık başvurduğumuz "Sağlık Ocağı Yönetimi" kitabının değerli yazarlarından sayın Eren "**Hükümet tabipliği hiç bir zaman sevilen bir görev olmamıştır.**" der (age **s. 12**)[7] İşte bu ağır iş yükü, demografik sonuçlara (kitlesel ölümlere) yol açan bulaşıcı hastalıklara karşı savaşın hükümet tabiplikleri eli ile değil de (verem savaş

dispanserleri gibi) hizmete özel kuruluşlarla sürdürülmesini gerektirmiştir. Bu gereklilik hâlen sürmektedir!
Bugün *gecekondu, hava kirliliği, su kirliliği, hazır gıda, kentleşme ama kentlileşememe, su havzalarında yapılaşma* gibi devâsâ sorunlarımız var; *çevre konusunun **1978**'de müsteşarlık, **1991**'de de bağımsız bir Bakanlık olarak ele alınması gerekmiştir.*
"Kişilere yönelik koruyucu ve tedavi edici hekimlik" dışında kalan bir çok görev, bugün de sağlık ocağı hekiminin üzerindedir. Sınırları çok geniş ve muğlak bu görev tanımı ocak hekimlerinde ister istemez başarısız oldukları duygusunu uyandırıyor, "çoğu zaman üstlerinden yeterli destek görmedikleri inancı"na[8] kapılabiliyorlar. Çözüm ya tevekkülde, ya da TUS'ta aranıyor.
Oysa tıp teknolojisi her gün bir aşama kaydediyor ve "kendi kendine bakım" kavramının yaygınlaşmadığı ülkemizde dün hacı, hocadan, üfürükçüden beklenen mucize kolaylıkla "teknoloji budalalığına"[9] dönüşebiliyor. Günümüzde (o da yapılan yerlerde) 14 kalem laboratuvar incelemesiyle sağlık hizmeti vermeye çalışmak yel değirmenlerinin üzerine yalınkılıç yürümek gibidir.[10]
Ülkemizde, bütün bir hekim kuşağı yeterli lojistik destek sağlanmadan ve yapılabilirliği tartılmadan girişilen bir uygulama içinde öğütülmüştür. Başarılı öğrenciler tıp fakültelerinden uzaklaşmış; ÖYS'de tıp fakültelerinin puanları düşmüştür.
Artık, daha fazla zaman yitirmeden yapılması gereken birinci basamağın tanımını kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler kapsamında, bütün dünyada kabul gören aile hekimliği/genel pratisyenlik çerçevesinde belirlemek, hekiminin yapması gerekenleri, olası başarı ve başarısızlığının önkoşullarını saptamaktır.
Bu kitap, bu göreve bir cep kitabı boyutlarına sâdık kalarak katkıda bulunmayı hedeflemektedir.
Aile hekimliği, ülkemizde kâh yavaş yavaş, kâh hızlanarak gelişiyor. Tıp tarihine baktığımızda, yeni dalların gelişine dönemlerinde büyük zorluklarla karşılaştıklarını görürüz; örneğin çocuk sağlığı ve hastalıklarının "bağımsız bir dal olarak kendini kabul ettirmesi oldukça uzun sürmüştür."
"Çocuk kliniğinin ilk kurulduğu yerde, Paris'te ancak yarım asır sonra ilk kez 1862'de Henri Roger pediatri dersleri vermeye başlamış, İsviçre ve Almanya'da müstakil pediatri imtihanları Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra 1918'de başlamıştır."[11]
Bu açıdan bakıldığında ülkemizde aile hekimliğinin gelişimi hiç te yavaş seyretmemektedir. Ancak bu görünüme bakarak temelsiz bir iyimserliğe de kapılmamalıyız. Tutuculuk her dünya görüşü ve her meslek dalında görülebilen bir davranış kalıbıdır. Türk kadınının ekonomik hayata katılmasını anlatan şu satırları hiç aklımızdan çıkarmamalıyız: *"iş alanları içinde kadına en çok itiraz, hekimlikte görülmüştür.* 1920'li yılların gazete kupürlerinde bu konuya tepki mâhiyetinde pek çok yazı görmek mümkündür. Fakat Atatürk tarafından oluşturulan ortam sayesinde 1927 yılında ilk kadın doktorları iş hayatında görmeye başladık."[12]
Bugün hekimin toplum nezdindeki itibarının pek yüksek olduğu söylenemez. Ancak uzman hekimin özel bilgi alanında verdiği hizmet, varlığını toplum gözünde haklı kılar. Oysa birinci basamak hekimi "uzman olamamış" hekim olarak görülür. Yapılan bir çalışmada hâne reislerinin %45,9'unun "iyi olmayan hekimlerin sağlık ocaklarına yollandığına [!]" inandıkları[13] saptanmıştır. Hekimin yaşadığı değer erozyonu, etkisini, ağırlıkla birinci basamak hekimi üzerinde göstermektedir; öylesine ki onun varlığı ya da yokluğu sanki fazla bir şey değiştirmez gibidir!

* * *

Elinizdeki kitap işte bu karanlık tabloyu bir nebze olsun aydınlatmak için yazılmıştır. Konuların kapsamı, tümünün Cep Üniversitesi'nin bir kitabı çerçevesinde ele alınmasını imkânsız kılmıştır. Bu nedenle elinizde bulunan kitap yalnızca ilk altı konuyu kapsamaktadır. **1. Bölüm** temel kavramları ve "kapsamlı birinci basamak hizmeti" gereğinin nasıl ortaya çıktığını anlatıyor. **2. Bölüm** "insanî gelişme endeksi kavramını merkez alarak sağlık ve eğitim düzeylerinin toplumların hayatında nasıl önem kazandığını ele alıyor. **3. Bölüm** aynı bakış açısından Türkiye'yi, bu kez daha ayrıntılı olarak ele alıyor. Sağlıkta öncelikler neler olmalıdır? Nüfus, eğitim, yaşlara göre ölüm nedenleri bu bölümde ele alınan bazı konular. Bir sağlık stratejisi belirlemede ve işleyişin başarısını değerlendirmede temel alacağımız sayısal veriler ne yazık ki yetersiz. **4. Bölüm** sağlık hizmetleri piramidinin oturduğu zemini; çevreyi ele alıyor. Amacımız karşı karşıya bulunduğumuz çevre sorunlarının boyutları hakkında bir fikir vermekten ibaret. **5. Bölüm** sağlığın sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik yönlerine değiniyor. Uzman psikolog **Alev Önder**'in kalem aldığı **6. Bölüm** sağlıklı bir birey için aile yapısı ve aile içi iletişimi ele alıyor. Birinci basamak hekiminin 5 ve 6. bölümlerde ele alınan konularda bilgisini arttırmasının, vereceği hizmetin niteliğini yükselteceğine ve saygınlığını arttıracağına inanıyoruz.
6. bölüm bizim için ayrı bir anlam da taşıyor; ne mutlu ki hemen her alanda yetişmiş insanlarımız var. Hekim, yüzyılın başında pek çok konuda "önder" olmalıydı. Gelişme, çoğu zaman olduğu gibi çeşitli bilgi alanlarının kesiştiği noktalarda, farklı meslekten kişilerin işbirliğiyle elde ediliyor. Günümüze uygun

olan yaklaşım da "önderlik" değil, farklı meslekten kişilerin, konunun özelliklerine göre, yeri geldiğinde- "eşitler arasında birinci" olmalarına dayanan "takım oyunu". Değerli arkadaşımıza katkılarından dolayı teşekkür ediyor, gelecekte de bu tip işbirliklerini arttırmayı ve çeşitlendirmeyi umuyoruz.

İkinci kitap **7. Bölüm**le başlıyor; burada hekimin en önemli görevlerinden biri olan, ama ne yazık ki ülkemizde oldukça geri plâna düşen eğiticilik görevini ve tabîi hekimin de eğitimi ele almıyor. Yine bu bölümde aile hekimlerinin meslek kuruluşu olan Aile Hekimleri Uzmanlık Derneğinin çalışmalarından kısaca söz ediyoruz. **Levent Hekimoğlu** ile birlikte kaleme aldığımız **8. Bölüm** sağlık eğitimi açısından pek önemli olan bir konuyu, tedaviye uyumu inceliyor. Sağlık ve hastalığı bir sürecin parçaları olarak ele alan aile hekimliği açısından bu bölüme sığdırabildiklerimiz ancak bir "giriş" niteliğinde.

9. bölüm, yine pek önemli bir konuyu, aile hekiminin görevlerini ele alıyor. **Erdem Birgül**'ün kaleme aldığı bu bölüm de, bir "giriş" niteliğindedir. Sayısal veriler, yaş gruplarına göre öncelikleri belirlemek için yetersiz olduğu gibi (bkz. 3. Bölüm) sonuçlarını tartışabileceğimiz uygulamalardan da yoksunuz. Birgül, yine de önümüzdeki dönemin tartışmalarına yol gösterecek konu başlıklarını ve temel kavramları belirliyor.

10. Bölüm, farklı sosyo-ekonomik gelişme düzeyindeki dünya ülkelerindeki birinci basamak ve aile hekimliği uygulamalarına değiniyor. **Esra Saatçi** ve **Hakan Sezer**'in kaleme aldığı bu bölümün diğer ülkeler hakkında bir fikir vereceğini umuyoruz.

Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği konusundaki hazırlık ve ugulamalarını kapsıyan **11. Bölümü Gülsen Ceyhun** ve **Füsun Şener** kaleme aldılar; kendilerine katkılarından dolayı teşekkür ediyoruz.

12. Bölüm sağlık hizmetlerinin organizasyonunu finansmanını ve aile hekimliğini ele alıyor. Bu güne kadar işlenen, aile hekimliğinin malî bir yük getireceği görüşü günün ihtiyaçlarına cevap veren bir sağlık örgütlenmesinin var olduğu zımnî varsayımına dayanıyordu: Oysa bu varsayım doğru değildir. Aile hekimliği teknolojinin ve yetişmiş insan gücünün rasyonel kullanımını sağlayarak kaynak tasarrufuna yardımcı olacaktır. İşleyen bir organizasyon oluşturulmadan yapılan yatırımlar ise boşa gitmeye mahkûmdur. **Zerrin Başer** arkadaşımız konuyu bu çerçevede ele alıyor.

Kitabın kaleme alınışında, konusunda ilk olmasından doğan kaçınılmaz zorluklarla karşılaştık. Sınırlı sayfalarımızı, başka kitaplarda da bulunabilecek konular yerine, aile hekimliğini bir uzmanlık dalı olarak diğerlerinden farklı kılan konulara ayırmayı seçtik.

Okumayı kolaylaştırmak için, dipnotları ilgili kitabın sonunda toplu olarak verdik. Bu bölümde bilgisini genişletmek isteyen okurun başvurabileceği kaynaklar da önerdik. Nihayet, kitabımızın sonuna siz okurlarımızın değerli görüşlerini bildirebilmeniz için bir soru formu ekledik; görüşleriniz kitabımızın yeni baskılarında bize yol gösterecektir.

Bizi yetiştiren büyüklerimize ve hocalarımıza, kitabımıza emeği geçen herkese, kitabın her aşamasında desteğini esirgemeyen yayınevine teşekkür ederiz. Birinci basamak sağlık hizmetinin ülkemizde nasıl geliştirilebileceği konusundaki tartışmalara ufak bir katkıda bulunabilmek en büyük mutluluğumuz olacaktır.

Halûk Çağlayaner
Yayın Sorumlusu

DİPNOTLAR/KAYNAKLAR

1. William Thomson Kelvin (1824-1907) İskoçyalı mühendis, matematikçi ve fizikçi. Diğer çalışmalarının yanı sıra termodinamiğin ikinci yasasını ve kendi adıyla anılan birimle ölçülen mutlak sıcaklık ölçeğini de geliştirmiştir.
2. **Fişek N.** *Halk Sağlığına Giriş*. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayınları. Ankara 1985; 115-6, 166.
3. Araştırmalar, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin önemli bir bölümünün (oranlar %38,3 ile %52 arasında değişmektedir) kendilerini, **"birinci basamakta çalışmak için yetersiz hissettiklerinden uzmanlık eğitimine yöneldiklerini"** göstermektedir. Dirican; 1964, 1976, Akar ve ark.; 1977, Balkan ve ark.; 1975.; 76, Ankara Tabip Odası; 1978, Tokgöz M. ve ark.; 1980, Aşkın ve ark.; 1978.
4. "Türkiye'de 1.3.1962 tarihinde başlayan uygulama iki kademelidir. İlk sene bina ve malzeme sağlama, ikinci sene de personel atama ve faaliyet yılıdır." **"224 sayılı kanunun uygulanmasına** ilk olarak **1.3.1962'den** itibaren **Muş ilinde başlanmıştır. 1.3.1964'ten itibaren** ise **Bitlis, Van, Hakkâri, Kars, Ağrı illeri ile Ankara'nın Etimes'ut bölgesi**nde bu uygulama başlamıştır, onları **1.3.1965'ten sonra Erzincan, Erzurum, Diyarbakır, Siirt, Urfa, Mardin (...) koğalamıştır**.".
   Şahsuvaroğlu BN. *Tıbbî Deontoloji Dersleri* Diyarbakır Üniversitesi – İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsüsü İstanbul. 1975; 218-9. **1965'te – Fişek'in *"sosyalleştirmenin artık başarısız bir uygulamaya dönüştü"*günü söylediği tarihte – kapsama alınan il sayısı 12 idi**.
5. Talimatname ile birlikte taşra teşkilâtına gönderilen mektupta şu satırlar yer almaktadır: **"Vekâletimiz teşkilâtının kurulmasından itibaren geçen müddet zarfında (...) sağlık idaresi**

hakkında ehemmiyetli esaslar meydana gelmiş bulunmaktadır. Mahallî (...) sağlık makamlarının bu esaslara uymak ve onları tatbik etmek suretiyle vazifelerini ahenkli ve verimli olarak başaracakları aşikârdır. (...)"

Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekili
Dr. Lütfi Kırdar

Demirel N, Yiğit I, Gözenmar F, Tuncay L. *Sağlık Mevzuatımız* Filiz Kitabevi İstanbul 1969; 613.

6. 1927'de yapılan ilk sayımda nüfus 13.648.270 olarak saptanmıştır.
7. Aynı kanı başka yazarlar tarafından da paylaşılmaktadır. Bkz. **Erginöz H.** *Türkiye'de Sağlık İdaresi* 1850'den Bu Yana Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi'nde, 1988; 182.
8. *PW* s. 183'te bu inançtan bir başka bağlamda söz edilir; bkz. 4. Bölüm. s. 55.
9. Bu konuyu ele alan ayrıntılı bir makale için bkz. **Grimes DA.** *Teknoloji Budalalığı* Tıptaki Yeniliklerin Tartışmasız Kabul Edilmesi. Jama 7 (4) Nisan 1994; 250-5.
10. *"Kanda* 1- Hemoglobin, 2- Alyuvar, 3- Beyazküre, 4- Sedimantasyon, 5- Periferik yayma, *İdrarda* 6- Dansite, 7- Protein, 8- Şeker, 9- Bilirubin ve türevleri, 10- Sedimentin mikroskobik incelenmesi, 11- Parazit, 12- Gizli kan. 13- Ayrıca, direkt boyama ile mikrobiyolojik preparatlar (sürüntü, balgam vb.) incelenebilir. 14- Bazı bölgelerde boğaz, idrar, vajen, pü ve dışkı kültürleri alınıp bölge hastanesi ya da halk sağlığı laboratuvarında inceletilebilir." *Poliklinik İşleri* **Öztek Z. Egemen A, Arı A, Bilir N, Güler Ç, Bildirici M, Bulut A, Çınar V.** Sağlık Ocağı Yönetimi Ed. Eren N, Öztek Z. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını. Ankara, 1982; 77-8.
11. **Cenani A.** *Pediatri.* Tıp Dallarındaki ilerlemelerin Tarihi'nde Ed. Unat EK. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları. İstanbul, 1988; 356.
12. **Doğramacı E.** *Türkiye'de Kadının Dünü ve Bugünü* Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. Ankara; 1992; 111. Bu satırlar sağlık kuruluşlarında kendilerine başvuran hastaların "doktor bey" ya da uyarılınca "hemşire hanım" hitaplarından haklı olarak yakınan hanım meslektaşlarımın karşı karşıya oldukları problemin sadece "okumamış" kimselerle sınırlı kalmadığını (en azından kalmamış olduğunu) gösteriyor.
13. **Hayran O, Nuhoğlu A, İnan A.** *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler* Toplum ve Hekim Mart 1988; 17-21.

BİRİNCİ BÖLÜM

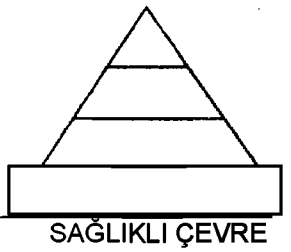
GİRİŞ

Halûk Çağlayaner

Temel Kavramlar

Aile Hekimi: (AH) Kendisine bağlı belirli bir popülasyona yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmadan kişisel, kesintisiz bütüncül birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra konusunda en az 2 yıl eğitim görmüş tıp doktorudur.
Dünya Sağlık Örgütü 1978 Alma-Ata Konferansında aldığı kararlar doğrultusunda "2000 yılında herkese sağlık" projesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamış ve bu hizmetin aile hekimleri tarafından verilmesini öngörmüştür.
Genel Pratisyen: (GP) Aile hekiminin eş anlamlısıdır. Bazı ülkelerde bu adlandırma kullanılmaktadır. (Aile Hekimliği ve Genel Pratisyen terimlerinin uluslararası kullanımları için **10. Bölüm**'e bakınız.)
Pratisyen: Ülkemizde temel tıp eğitimini alanlara pratisyen denilmektedir. Avrupa Topluluğu (AT), **1995** yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel tıp eğitimi sonrasında en az 3 yıl eğitim almış aile hekimleri/genel pratisyenler tarafından verilmesini öngörmektedir.

1. ŞEKİL: Sağlık Hizmetinin Basamakları; Olması Gereken Durum



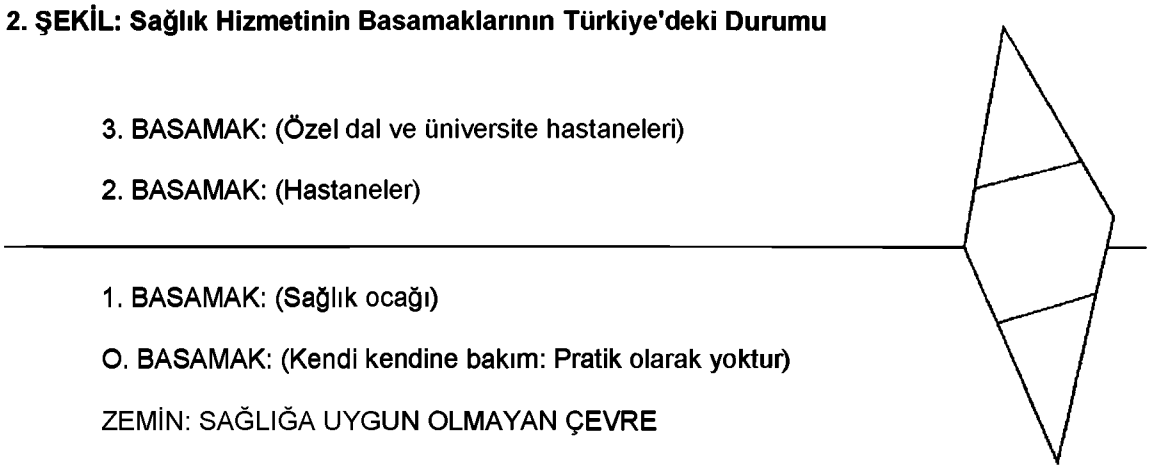
Türkiye'deki durum:
3. BASAMAK: Yaygın anlayışa göre kaliteli sağlık hizmeti ancak profesör muayenehanesi – özel hastane – üniversite üçgeni çerçevesinde alınabilir. Bu yüzden üçüncü basamak sağlık hizmetini vermekle yükümlü kuruluşlar görevlerini ancak, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinden vakit buldukları oranda yaparlar.
2. BASAMAK: Hastanelerimize başvuranların % 90'ının problemlerinin birinci basamakta çözümlenebileceği hesaplanmıştır.[1] Hastanelerimizde yatak doluluk oranı (kapasite kullanımı) % 50 civarındadır.[1] Hâlen hastanelerimiz pahalı birer poliklinik olarak çalışmaktadır.
1. BASAMAK: 1. Basamak sağlık hizmeti vermesi öngörülen sağlık ocakları görev tanımı ve hukukî yükümlülükler açısından birer hükümet tabipliği konumundadır. 1920'li yıllarda hekim sayısının azlığı nedeniyle kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler, çevre ile ilgili görevleri ve yönetimle ilgili görevleri bünyesinde toplayan, hasta-hekim ilişkisini anonim bir çerçevede ele alan ve "hiçbir zaman sevilen bir görev olmayan hükümet tabipliği"[2]

demografik, sosyal, bilimsel ve teknolojik gelişmeler sonucunda kullanım dışı kalmıştır. Sosyalizasyon kanunu, hükümet tabipliklerinin görev tanımını ve hukukî yükümlülüklerini aynen sürdürmüştür.

0. BASAMAK: **Kendi kendine bakım**: Bizde pek bilinmez ve sözü edilmez. Oysa kişinin sağlığını koruyabilmesi, sağlık hizmetlerinden gereğince yararlanabilmesi ancak kendi kendine bakımla mümkündür. 1961 Anayasasının sağlıklı ilgili 49. maddesinin yanlış yorumlanması bunda rol oynamış, devletin kişilerin sağlığından sorumlu olabileceği sanılmıştır. Oysa herkes kendi sağlığından sorumludur, bu sorumluluk özel istisnalar dışında başka kimse ya da kuruluşlara devredilemez. Devlet ancak tümüyle ya da kısmen sağlığın finansmanından sorumlu olabilir.

ZEMİN: İnsan sağlığı ile doğrudan ilgili olan temiz hava, temiz su, temiz gıda, uygun konut ve yerleşim düzeni, atıkların sağlığa zarar vermeyecek şekilde uzaklaştırılması, çalışanların ve işyerlerinin sağlığı konusunda yasalar düzeyinde dahi önemli eksiklikler bulunmaktadır. Zeminin korunması, iyileştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi içice girmiştir; ikisi de gerçekleştirilememektedir.

2. ŞEKİL: Sağlık Hizmetinin Basamaklarının Türkiye'deki Durumu



Özetle bizde sağlık hizmetleri piramidinin kaidesi hiç oluşturulmamış, piramit bir eşkenar dörtgene dönüşmüş, sağlığa uygun olmayan çevrenin yol açtığı zararlarla başa çıkmak önemli uğraşlardan biri hâline gelmiştir.

Tarihsel Perspektif

İnsanoğlu evreni tanımaya kendine en uzak bölümünden, yıldızlardan başladı. Bu bilgi, yavaş yavaş bütün tabiatı kapsayacak şekilde gelişti. Diğer bilgi dallarının ilerlemesi yanında insan vücudu konusundaki bilgi birikimi çok daha yavaş gelişti; dış dünyayı nesnel bir gözle değerlendirmek daha kolay, insanın kendi vücuduna karşı nesnel olması daha zordur.

"insan vücudunun dokunulmazlığı"nın aşılması, vücudun bir "araştırma nesnesi" olarak ele alınması kolay olmamıştır. Bu nokta, günümüzü anlamamız açısından önemlidir.

İnsanlık tarihi boyunca süren vücuda yönelik bilgi birikimi 19. yüzyılda büyük bir sıçrama gösterdi.

- Sanayi, ulaşım ve iletişimin gelişmesi,.
- Mikroskobun geliştirilerek bulaşıcı hastalıkların ufak canlılar tarafından oluşturulduğunun kanıtlanması,
- Anestezinin kullanımıyla uzun operasyon ve hayvan deneylerinin yapılabilmesi,
- Büyük araştırıcı ve öğretici hekimlerin yetişmesi tıbbın 1850'den başlayarak büyük ilerlemeler göstermesini sağladı."[3]

Katlanarak artan bilgi birikimi kaçınılmaz olarak uzmanlaşmayı doğurdu; uzmanlaşma bilgi birikimini daha da hızlandırdı.
1923'te sarkaç uzmanlaşma yönündeki en uç noktasına ulaştı, modern tıp, sağlık hizmeti sunumunu çok fazla sayıda parçaya ayırmıştı **(Peabody)**. Kapsamlı ve kişisel hizm'et verebilecek genel tababete hızla dönülmesi önerisi ne toplumdan ne de tıp dünyasından ilgi görmedi. [4]
"Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek genel tababet"in bir başka deyişle aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması II. Dünya Savaşı'ndan sonra gerçekleşmiştir. Bazı dünya ülkelerindeki aile hekimliği uygulamaları bu kitabın **10. Bölüm**'ünde ele alınmaktadır.

KAYNAKLAR

1. *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje* Sağlık Bakanlığı SPGK Ankara 1992; 1-7.
2. **Eren N.** *Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme*. Sağlık Ocağı Yönetimi'nde Ed.: Eren N, Öztek Z. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, Ankara, 1982; 14.
3. **Unat EK.** *Giriş*. Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi içinde. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları. İstanbul, 1988; 1-4.
4. **Rakel RE.** *The Family Physician* Textbook of Family Practice'de. 4. baskı, WB Saunders Company, 1990; 3.

BAŞVURU KAYNAKLARI

- 1. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları Sağlık Bakanlığı Ankara 1992
- 2. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları Sağlık Bakanlığı Ankara 1993
- Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler Sağlık Bakanlığı Ankara 1992

İKİNCİ BÖLÜM

İNSANİ GELİŞME VE SAĞLIK: TÜRKİYE'NİN DÜNYADAKİ YERİ

Halûk Çağlayaner

1950'lerde **büyüme** ile **gelişme** arasında fazla ayırım yapılmıyor, kalkınma ölçütü olarak **ulusal gelir** esas alınıyordu. Bu değerlendirme yöntemi, kişi başına düşen gelirleri yüksek petrol zengini ülkeleri en gelişmiş ülkeler arasında sınıflandırıyordu. Oysa bu ülkeleri "gelişmiş", "kalkınmış" olarak nitelemek mümkün değildi. **1990**'larda büyüme, yerini **"insani gelişme"** kavramına terketti. Buna göre günümüz dünyasında varlığını korumak ve geliştirmek isteyen bir toplum

1)iyi eğitilmiş,
2) sağlıklı ve uzun bir ömür süren,
3) siyasi ve ekonomik alanlarda en geniş seçme özgürlüğüne sahip,
4)araştıran ve yaratan bir insan varlığına sahip olmalıdır. **(1)**

Bu bölümde, gelişmişlik düzeyi açısından Türkiye'nin dünyadaki yeri konusunda bir fikir vermeyi hedefledik. Bu amaçla ele aldığımız ilk ölçüt Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) çocukların durumunu değerlendirmede en önemli ölçüt olarak kabul ettiği *beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı*'dır **(5YKÖO)**. **(2)** Bu ölçüt, annelerin sağlıklı beslenme olanakları ve bilgileri, bağışıklama ve ağızdan sıvı tedavisi (AST) kullanım düzeyi, doğum öncesi bakımı da kapsamak üzere ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yeterliliği, ailelerin gelir ve beslenme durumları, içme suyu ve sağlık koruma hizmetleri, çocuğun yaşadığı ortamın sağlık göstergeleri hakkında bilgi vermektedir. 5YKÖO kişi başına GSMH gibi ortalama rakamların yaratacağı yanılgıları azaltır. Nihayet, 5YKÖO kalkınma sürecinin, okula kayıt düzeyi, kişi başına alınan kalori miktarı, bin kişiye düşen hekim sayısı gibi girdilerini değil sonucunu ölçer. **(2)** **1. Tablo** 145 dünya ülkesinin, 5YKÖO'ya göre en kötüden en iyiye doğru sıralamasını içermektedir. Bu tabloya, "Dünya Çocuklarının Durumu 1995" 5YKÖO sınıflamasında yer alan 145 ülke dâhil edilmiştir (Nüfusu 1 milyonun altında olup ayrı bir tabloda incelenen 45 ülke burada yer almamaktadır).
2. Tabloda Türkiye'nin yakın ve uzak komşularıyla bazı dünya ülkelerindeki 5YKÖO, bir yaşından önce meydana gelen ölümleri kapsayan *bebek ölüm oranı* **(BÖO)** ile nüfus, ekonomi, eğitim ve sağlıkla ilgili bazı veriler yer almaktadır. Çok farklı ülkeler ve çok farklı alanları kapsayan verilerin güvenilirliği tartışılabilir; bu amaçla mümkün olduğunca kapsamlı ya da temsil niteliği olan verilerin kullanılmasına çalışıldığı kaydedilmektedir.[2] Tabloya satınalma gücü paritesini **(SGP)** gösteren bir sütun da ekledik. Zira GSMH kişi başına gelirin

1. TABLO (a: Nijerya – Filipinler) : 145 Dünya Ülkesinin 5YKÖO'na Göre Sıralanması (1993)

	ÜLKELER	5 YKÖO		ÜLKELER	5 YKÖO
1	Nijerya	320	35	Togo	135
2	Angola	292	36	Haiti	130
3	Sierra Leone	284	37	Sudan	128
4	Mozambik	282	38	Nepal	128
5	Afganistan	257	39	Bangladeş	122
6	Gine-Bissau	235	40	Hindistan	122
7	Gine	226	41	Fildişi Sahili	120
8	Malavi	223	42	Senegal	120
9	Liberya	217	43	Bolivya	114
10	Mali	217	44	Kamerun	113
11	Somali	211	45	Endonezya	111
12	Çad	206	46	Myanmar	111
13	Eritre	204	47	Kongo	109
14	Etiyopya	204	48	Libya Arap Cem.	100
15	Zambiya	203	49	Papua Yeni Gine	95
16	Moritanya	202	50	Kenya	90
17	Bhutan	197	51	Türkmenistan	89
18	Nijerya	191	52	**Türkiye**	**84**
19	Zaire	187	53	Zimbabwe	83
20	Uganda	185	54	Tacikistan	83
21	Kamboçya	181	55	Namibya	79
22	Burundi	178	56	Moğolistan	78
23	Orta Afrika Cum.	177	57	Guatemala	73
24	Burkina Faso	175	58	Nikaragua	72
25	Gana	170	59	Irak	71
26	Tanzanya Cum.	167	60	Güney Afrika	69
27	Madagaskar	164	61	Cezayir	68
28	Lesotho	156	62	Özbekistan	66
29	Gabon	154	63	Brezilya	63
30	Benin	144	64	Peru	62
31	Laos D.H. Cum.	141	65	El Salvador	60
32	Rvanda	141	66	Mısır	59
33	Pakistan	137	67	Fas	59
34	Yemen	137	68	Filipinler	59

carî dolar fiyatları üzerinden karşılaştırılmasını sağlar. SGP ise önceden belirlenmiş mal ve hizmetlerin o ülkede satın alınabilmesi için yapılması gereken harcamayı gösterir; böylece ülkelerin kişi başına gelirini nispi hayat pahalılığı farklarından arındırarak karşılaştırma imkânı verir. Bu tabloda Türkiye'nin yakın ve uzak komşularının yer almasına, farklı siyasal tercihlerle yönetilen ya da yönetilmiş olan ülkelerin yer almasına özen gösterdik. Satırbaşlarında ülke isimlerinden önce yer alan numaralar, ülkelerin 1. tablodaki sırasını göstermektedir.

UNICEF Türkiye'nin de içinde bulunduğu, gelişmekte olan ülkelerin son 50 yılını şöyle değerlendirmektedir: "İkinci Dünya Savaşı'nın bitiminden bu yana, gelişmekte olan ülkelerde ortalama reel gelir iki katın üzerinde artış göstermiş, bebek ve çocuk ölüm oranlan yarı yarıya azalmış, ortalama yaşam beklentisi üçte bir oranında artmış, okula başlayan çocuk oranı (iki at nüfus artışına karşın) yüzde 50'nin altındayken yüzde 70'lerin üzerine çıkmış, temiz su imkânlarına sahip kırsal ailelerin oranı % 10'dan[2] azken bu oran şimdi hemen hemen yüzde 60'a yükselmiştir." Bu tabloda Türkiye'nin yakın ve uzak komşularının yer almasına, farklı siyasal tercihlerle yönetilen (ve yönetilmiş) ülkelerin bulunmasına özen gösterdik. Satırbaşlarında ülke isimlerinden önce yer alan numaralar, ülkelerin 1. tablodaki sırasını

1. TABLO (b: Kırgızistan– Japonya) : 145 Dünya Ülkesinin 5YKÖO'na Göre Sıralanması (1993)

	ÜLKELER	5 YKÖO		ÜLKELER	5 YKÖO
69	Kırgızistan	58	**108**	Bulgaristan	19
70	Ekvador	57	**109**	Sri Lanka	19
71	Botsvana	56	**110**	Kolombiya	19
72	Honduras	56	**111**	Slovakya	18
73	İran İslam Cum.	54	**112**	Şili	17
74	Azerbaycan	52	**113**	Malezya	17
75	Kazakistan	49	**114**	Kosta Rika	16
76	Dominik Cum.	48	**115**	Polonya	15
77	Vietnam	48	**116**	Macaristan	15
78	Çin	43	**117**	Jamayka	13
79	Arnavutluk	41	**118**	Kuveyt	13
80	Lübnan	40	**119**	Portekiz	11
81	Suriye Arap Cum.	39	**120**	Küba	10
82	Suudi Arabistan	38	**121**	Birleşik Devletler (ABD)	
83	Moldavya	36	**122**	Çek Cum.	10
84	Tunus	36	**123**	Yunanistan	10
85	Paraguay	34	**124**	Belçika	10
86	Ermenistan	33	**125**	İspanya	9
87	Tayland	33	**126**	Fransa	9
88	Meksika	32	**127**	Kore Cum.	9
89	Kore D.H.Cum.	32	**128**	İsrail	9
90	Rusya Federasyonu	31	**129**	İtalya	9
91	Romanya	29	**130**	Yeni Zelanda	9
92	Umman	29	**131**	Avustralya	8
93	Gürcistan	28	**132**	Kanada	8
94	Ürdün	27	**133**	İsviçre	8
95	Arjantin	27	**134**	Birleşik Krallık (İngiltere)	8
96	Letonya	26	**135**	Avusturya	8
97	Ukrayna	25	**136**	Hollanda	8
98	Venezuela	24	**137**	Norveç	8
99	Estonya	23	**138**	Almanya	7
100	Belarusya	22	**139**	İrlanda	7
101	Mauritius	22	**140**	Hong Kong	7
102	Yugoslavya (eski)	22	**141**	Danimarka	7
103	Birleşik Arap Emir.	21	**142**	Japonya	6
104	Trinidad ve Tobago	21	**143**	Singapur	6
105	Uruguay	21	**144**	İsveç	6
106	Litvanya	20	**145**	Finlandiya	5
107	Panama	20	**142**	Japonya	6

göstermektedir.

"Gelişmekte olan ülkelerde bugün olup bitenlere haber başlıklarının değil de tarihin merceğinden bakılacak olursa şu sonuca varılacaktır: Dünya çocuklarının başına musallat olan en eski ve en yaygın dertlere karşı nihai bir saldırı başlamak üzeredir.[2]Dünyada her yıl 8 milyon çocuğun ölümüne yol açan beş hastalık **(zatürre, ishal, kızamık, tetanoz, boğmaca)** ile her üç çocuktan birinin bedensel ve zihinsel gelişimini engelleyen **malnütrisyon** bu dertler arasındadır."[2]

Bir ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi yalnızca sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğiyle değil aynı zamanda yoğun bir sektörler arası işbirliğiyle mümkündür. Bu nedenle dünya ülkelerini kıyaslarken sağlık ölçütlerinin diğer ölçütlerle birlikte ele alınması gerekmektedir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) bu amaçla satın alma gücüne dönüştürülmüş gelir, ortalama yaşam süresi beklentisi, erişkinler arasındaki okuma yazma oranı ve ortalama

2. TABLO: Türkiye, komşuları ve seçilmiş dünya ülkelerinin nüfus, ekonomi, eğitim ve sağlıkla ilgili bazı verileri

	Bebek Ölüm Hızı 1991	Çocuk Ölüm Hızı 1993	Toplam Nüfus 1993	Gayri Safi Milli Hasıla($) 1992	Ortalama Nüfus Artışı 1980-92 %	Satınalma gücü paritesi ($) 1992	Erişkin okuryazarlığı 1990 Toplam	K / E	Ortaöğretime kaydolanlar 1986-1992 Kız / erkek		100 kişiye düşen radyo-TV sayısı 1991		Kentsel nüfus %'si 1993	Yıllık nüfus artış hızı % (1980-93)	Doğum kontrol yayg. % (1980-93)	Tetanoz aşılı gebeler (1990-93)	Sağlık pers.yap. doğumlar (1983-93)	Anne ölüm oranı 1980 1992	Sağlık Eğitim Savunma 1986 1992	En düşük %40	En yüksek %20
52 Türkiye	**84**	**67**	**59,6**	**1.980**	**2,9**	**5.290***	**81**	**69 / 90**	**40**	**60**	**161**	**175**	**66**	**2,3**	**63**	**22**	**77**	**150**	**3/1,1/10**	**11x**	**55x**
59 Irak	**71**	**57**	**19,9**	**1.500x**			**60**	**49 / 70**	**37**	**59**	**215**	**72**	**74**	**3,3**	**18**	**44**	**50**	**120**			
66 Mısır	**59**	**46**	**56,1**	**640**	**1,8**	**3.670x**	**48**	**34 / 63**	**73**	**90**	**326**	**116**	**44**	**2,4**	**47**	**78**	**41**	**270**	**3/13/13**		
73 Iran	**54**	**42**	**63,2**	**2.200**	**1,4**	**5.280x**	**54**	**43 / 64**	**49**	**66**	**231**	**63**	**59**	**3,7**	**49**	**50**	**70**	**120**	**8/21/10**		
74 Azerbaycan	**52**	**36**	**7,4**	**740**	**0,4x**		**97x**	**96x / 99x**				**54**									
81 Suriye	**39**	**33**	**13,8**	**1.160**	**-l,4x**		**64**	**51 / 78**	**43**	**56**	**355**	**60**	**52**	**3,5**	**52**	**86**	**61**	**140**	**2/7/32**		
86 Ermen.	**33**	**28**	**3.5**	**780**	**2,1x**		**99x**	**95x / 99x**					**68**								
91 Romanya	**29**	**23**	**23,4**	**1.130**	**-1.1**	**2.750x**	**97x**	**96x / 99x**	**80**	**81**	**199**	**196**	**55**	**0,4**	**58x**		**100**	**72**	**9/10/10**		
93 Gürcistan	**28**	**24**	**5,4**	**850**	**2,2x**		**99x**	**98x / 99x**					**56**								
97 Ukrayna	**25**	**21**	**51,9**	**1.820**	**2,3x**		**98x**	**97x / 99x**			**1.117**	**487**	**67**								
108 Bulgaristan	**19**	**16**	**8,9**	**1.330**	**1,2x**				**73**	**70**	**442**	**252**	**70**	**0,1**	**76x**		**100**	**0**	**6/6/6**	**24**	**36**
123 Yunanistan	**10**	**9**	**10,2**	**7.290**	**1,0**	**8.286**	**93**	**89 / 99**	**97**	**99**	**421**	**197**	**64**	**0,4**			**97**	**S**			
128 İsrail	**9**	**7**	**5,4**	**13.220**	**1,9**		**92x**	**89x / 95x**	**89**	**82**	**470**	**269**	**92**	**2,6**			**99**	**3**	**4/10/22**	**18»**	**40x**
78 Çin	**48**	**35**	**1205,2**	**470**	**7,6**	**1.910***	**78**	**68 / 87**	**45**	**56**	**182**	**31**	**29**	**1,5**	**83**	**3**	**94**	**95**	***-/-/8x***	**17**	**42**
115 Polonya	**15**	**13**	**38,5**	**1.910**	**0,1**		**87**	**98x / 99x**	**86**	**82**	**433**	**295**	**63**	**0,6**	**75x**		**100**	**11**		**23**	**36**
119 Portekiz	**11**	**9**	**9,9**	**7.450**	**3,1**	**9.771**	**85**	**81 / 89**	**74**	**63**	**228**	**187**	**35**	**0.**	**66**		**90**	**10**	***-/-/6x***		
120 Küba	**10**	**9**	**10,9**	**1.170x**			**94**	**93 / 95**	**94**	**81**	**345**	**163**	**75**	**0,9**	**70**	**98**	**90**	**10**	***-/-/6x***		
121 ABD	**10**	**9**	**232.400**	**23.291**	**1.7**				**90**	**90**	**2.118**	**814**	**76**	**1,0**	**74**		**99**	**8**	**14/2/22**	**16**	**12**
125 İspanya	**9**	**8**	**39,2**	**13970**	**2,9**	**12.760**	**95**	**93 / 97**	**113**	**104**	**310**	**400**	**80**	**0,3**	**59**		**96**	**5**	**14/6/5**	**22**	**37**
126 Fransa	**9**	**7**	**57,4**	**22260**	**1,7**	**18.510**			**104**	**99**	**887**	**407**	**73**	**0,5**	**80**		**94**	**9**	**!5x/7x/7x**	**17**	**42**
129 İtalya	**9**	**7**	**57,8**	**20460**	**2,2**	**17.685**	**97**	**96 / 98**	**76**	**76**	**791**	**421**	**70**	**0,2**	**78x**			**4**	**11x/8x/4x**	**19**	**41**
132 Kanada	**8**	**7**	**27,8**	**20710**	**1,8**	**18.875**	**97x**		**104**	**104**	**1029**	**639**	**78**	**1,1**	**73**		**99**	**5**	**5/3/7**	**18**	**40**
134 İngiltere	**8**	**7**	**57,8**	**17790**	**2,4**	**16.242**			**88**	**85**	**1.143**	**434**	**89**	**0,2**	**72**		**100**	**8**	**13/3/11**	**15**	**44**
137 Norveç	**8**	**6**	**4,3**	**25820**	**2,2**	**17.654**			**104**	**103**	**794**	**423**	**76**	**0,4**	**76**			**3**	**10/9/8**	**19x**	**37x**
138 Almanya	**7**	**E**	**80,6**	**23030**	**2,4**	**16.363**			**96**	**99**	**876**	**556**	**86**	**0,2**	**75**		**99**	**5**	**19x/1x/8x**	**19**	**40**
142 Japonya	**6**	**5**	**125,0**	**28190**	**3,6**	**19.638**			**98**	**96**	**907**	**613**	**78**	**0,5**	**64**		**100**	**11**		**22x**	**38x**

Kısaltmalarr: **Sağlık per. yap. doğumlar**: Sağlık personelinin yaptırdığı doğumlar. **Sağlık Eğitim Savunma:** Bütçede sağlık, eğitim ve savunma %leri; sağlık ve eğitimin nisbi önemini gösterir.
x: Verinin sütun başlığındaki yıl/dönemden öncesine ait, standart tanımdan farklı ya da ülkenin bir bölümünü kapsadığını gösterir.

2. tablonun ana kaynağı UNICEF'in *Dünya Çocuklarının Durumu 1995*'tir; (66-7, 72-7, 79-80, 83). Türkiye hâne halkı gelirleri *Dünya Çocuklarının Durumu 1994*; 64'ten alınmıştır. SGP verileri *DİE Türkiye İstatistik Yıllığı 1994*'ten derlenmiştir; OECD ülkelerinin verileri s. 713'ten alınmış olup kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsılayı (GSYİH) gösteren OECD hesaplamalarıdır. Diğer ülkelerin (*) ile gösterilen SGP verileri Uluslararası Mukayese Programı tahminlerine dayanmaktadır. SGP verileri bulunmayan ülkelerden Azerbaycan, Ermenistan, Gürcistan'la ilgili değerler daha önce hiç hesaplanmamıştır; Türkiye'nin de köprü ülke olarak görev aldığı bir program dahilinde hâlen değerlendirilmektedir, age; 706. ▲1995 değeri 53'tür; *1993 değeri 5.881 dolardır; age; 713.

1. KUTU

EKONOMİK BÜYÜME VE BEŞERİ GELİŞME

"Gelişmekte olan ülkeler, gittikçe genişleyen bilgi endüstrisi üzerinde daha büyük bir kontrol elde etmedikleri sürece, düşük katma değerli üretimin arka sularında sonsuza kadar sürünüp gideceklerdir."
Birleşmiş Milletler İnsanî Gelişim Raporu 1993; 5.

Türkiye'de nüfusun ortalama eğitim süresi 3,5 yıldır. Bir Suriyeli, bir Sri Lanka'lı, bir Küba'lı ortalama olarak bu süreden daha fazla eğitim görmektedir.
Bu yazıyı rakamlara boğmamak için pek çok göstergeye burada değinmiyoruz. En kestirme ifâdeyle, ülkemiz insan kaynaklarına gereken önemi vermemiştir ve beşerî gelişme açısından bir hayli gerilerde kalmıştır.
Bu durumda Türkiye'nin tutması gereken yol bellidir ve yıllardır dile getirilmektedir. Nüfusun niceliğine değil, niteliğine önem vermek; sağlık, eğitim ve araştırma-geliştirme alanlarına çok daha fazla kaynak ayırmak.

Bir İyimserlik Nedeni

Buraya kadar yazdıklarımız, beşerî gelişme açısından Türkiye için oldukça karamsar bir tablo çizmektedir. Ancak herhangi bir konuda ülkenin bir andaki durumuna bakarak karar vermek yanlış olur. Daha sağlıklı bir sonuca varabilmek için, her zaman içindeki değişim sürecini izlemek ve trendleri yorumlamak gerekir. İşte bu noktada Türkiye için iyimser olmamızı gerektiren önemli bir neden bulunmaktadır. 110 ülkenin, 1970 ve 1990 yıllarındaki HDI [beşerî gelişme endeksi] puanları karşılaştırıldığında, Türkiye'nin en büyük ilerlemeyi gerçekleştiren ülkelerin başında geldiğini görüyoruz. Gerçekten, bu yirmi yıllık süre içinde beşerî gelişme endeksi puanını Türkiye'den fazla arttıran ülke sayısı sadece 7'dir. Zorunlu alt yapısını büyük ölçüde tamamlamış ve kaynaklarını insanının kalitesini yükseltmeye yöneltmiş bir Türkiye'nin beşerî gelişmesini daha da hızlandıracağı muhakkaktır.

Yılmaz Esmer, *Görüş*, Ocak 1993; 58-63.

eğitim süresinin bileşkesini alan ve yukarıda sözünü ettiğimiz "insanî gelişme endeksi"ni oluşturmuştur.[2] Bu tip sayısal kıyaslamaların yöntem bakımından her zaman eleştirilebileceklerini unutmadan 1990 yılına ait insanî gelişme endeksini sunuyoruz. **(3. tablo).**

Avrupa Topluluğu ülkelerinde 1950-89 dönemini inceleyen bir çalışma aile bütçesinde beslenme ve giyim harcamaları azalırken, başta sağlık olmak üzere iletişim ve eğitim harcamalarının arttığını saptamıştır.[3]

Sağlık ölçütleri aynı düzeyde ulusal gelire sahip ülkelerin gerisinde kalan Türkiye'nin sağlık ve eğitim harcamalarını artırması gerekmektedir. "Türkiye'de GSMH içinde sağlık harcamalarının payı düşüktür. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği ideal oran %5-7, Türkiye'deki oran ise %3-3,5 dolayındadır"[4]

3. TABLO: İnsani Gelişme Endeksi (HDİ) 1990 (*) (**)

1	Kanada	0.982	**37**	Yugoslavya	0.857
2	Japonya	0.981	**38**	Malta	0.854
3	Norveç	0.978	**39**	Portekiz	0.850
4	İsviçre	0.977	**40**	Singapur	0.848
5	İsveç	0.976	**41**	Brunei Sultanlığı	0.848
6	ABD	0.976	**42**	Kostarika	0.842
7	Avustralya	0.971	**43**	Arjantin	0.833
8	Fransa	0.969	**44**	Venezüella	0.824
'9	Hollanda	0.968	**45**	Kuveyt	0.815
10	İngiltere	0.962	**46**	Meksika	0.804
11	İzlanda	0.958	**47**	Katar	0.802
12	Almanya	0.956	**48**	Mauritus	0.793
13	danimarka	0.953	**49**	Arnavutluk	0.791
14	Finlandiya	0.953	**50**	Bahreyn	0.790
15	Avusturya	0.950	**51**	Malezya	0.789
16	Belçika	0.950	**52**	Dominik	0.783
17	Yeni Zelanda	0.947	**53**	Antigua ve Barbados	0.781
18	İsrail	0.939	**54**	Granada	0.758
19	Lüksemburg	0.929	**55**	Kolombiya	0.758
20	Barbados	0.927	**56**	Surinam	0.749
21	İtalya	0.922	**57**	Birleşik Arap Emirlikleri	0.740
22	İrlanda	0.921	**58**	Seyşel	0.740
23	İspanya	0.916	**59**	Brezilya	0.739
24	Hong-Kong	0.913	**60**	Romanya	0.733
25	Kıbrıs Rum Kesimi	0.912	**61**	Küba	0.732
26	Yunanistan	0.901	**62**	Panama	0.731
27	Çekoslavakya	0.897	**63**	Jamaika	0.722
28	Macaristan	0.893	**64**	Fiji	0.713
29	Uruguay	0.880	**65**	Saint Lucia	0.712
30	Trinidad ve Tobago	0.876	**66**	Saint Vincent	0.693
31	Bahamalar	0.875	**67**	Suudî Arabistan	0.687
32	Polonya	0.874	**68**	St. Kitts ve Nev.	0.686
33	S.S.C.B.	0.873	**69**	Tayland	0.685
34	Güney Kore	0.871	**70**	Güney Afrika	0.674
35	Bulgaristan	0.865	**71**	**Türkiye**	**0.671**
36	Şili	0.863			

*: Human Development Report 1990; 127-8. **: Türkiye **1994**'te **65.** sıraya yükselmiştir.

KAYNAKLAR

1) **Esmer Y.** *Ekonomik Büyüme ve Beşerî Gelişme.* Görüş, Ocak 1993; 58-61.
2) *Dünyadaki Çocukların Durumu 1995.* Ankara, UNICEF Türkiye Temsilciliği. 1995; 81.
3) **Tokat M, Kısaer H.** *Hastanelerde Maliyet Etkinlik Performans* Analizi Millî Prodüktivite Merkezi Yayınları. Ankara 1991; 12
4) *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje* Sağlık Bakanlığı SPGK Ankara 1992;1-9.

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- *Dünya Çocuklarının Durumu* UNICEF İnsanî gelişim ve sağlık konusunda dünyadaki eğilimleri, görmek, ülkeleri karşılaştırmak imkânı veren ve her yıl yenilenen çok değerli bir seri.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SOSYAL YAPI VE SAĞLIKLA İLGİLİ BAZI VERİLER VE HEDEFLER

Halûk Çağlayaner

"Ülkemizde sosyo ekonomik, demografik, epidemiyolojik veriler yeterli olmadığı için sorunların büyüklüğü ve önemi saptanamamaktadır."
I. USK Finansman Grubu 1992; 45

"Türkiye'de hâkim görüş, verilerin sağlıklı olmadığı ve bu kullanılmalarının mahzurlu olduğudur. Aslında verilerin ve toplama yöntemlerinin doğruluğu, verilerin belirli amaçlar için, daha yaygın olarak kullanımıyla iyileştirilebilir."
PW 198; 63

Nüfus

Cumhuriyetin devraldığı nüfus yapısı, yüksek doğum oranının, yüksek ölüm oranıyla dengelendiği, nüfus artış hızının düşük, ömür beklentisinin 35 yaş dolayında olduğu geleneksel tarım tablosuydu. Cumhuriyet hükümetleri izledikleri etkili halk sağlığı (**verem, sıtma, çiçek, trahom, cüzzam**a karşı) ve eğitimi programlarıyla ölüm oranını düşürmeyi başardılar.[1] Ancak doğum oranının aynı hızla düşürülmesi mümkün olamadı. Bu dengesizlik 1950'den sonra ciddî bir nüfus patlamasına, iç ve dış göçlere, çarpık kentleşmeye yol açtı. [Türkiye] Avrupa ve Batı ülkelerinin 17. ve 18. yüzyılda geçirdiği nüfus değişimini daha hızlı bir tempoda gerçekleştiriyor. Ülkemizde iç ve dış göç, sağlıksız kentleşme (gecekondulaşma) doğum hızları %1'e düşene dek sürecektir. (**5. Şekil, 6. 7. tablolar**) Belediyelerle yerel yönetimler üzerinde ağır bir sosyal maliyeti olan çarpık (düzensiz) kentleşmenin, uluslaşma (kimlik kazanma) süreci açısından olumlu yönleri ileride görülecektir.[2]

Türkiye nüfusunun bugünkü başlıca özellikleri şunlar:

- Nüfusun %59'u şehirlerde yaşıyor. (DİE 1995)

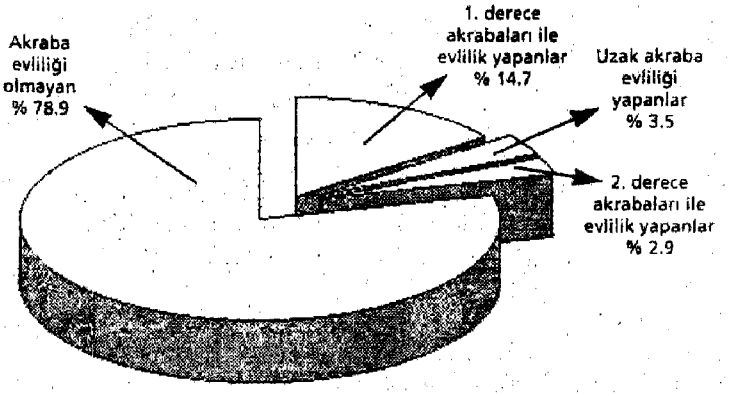
1980-1990 arasında kent nüfusu yılda ortalama %4,5 kırsal nüfus ise sadece %1 artmıştır. İç göç eğiliminin aynen sürerse 2000'de nüfusun %70'i kentlerde yaşayacaktır (endüstri ülkelerinde nüfusun %80'i, kentlerde, %20 kadarı kırsal bölgelerde yaşar[2]). 2000 yılında, İstanbul'un nüfusunun 9,5-10 milyon olması bekleniyor.[3] (İstanbul'un tahmini 1995 nüfusu 8.781,982'dir; DİE).

- Nüfusun %51'i kıyı kentlerinde yaşıyor.

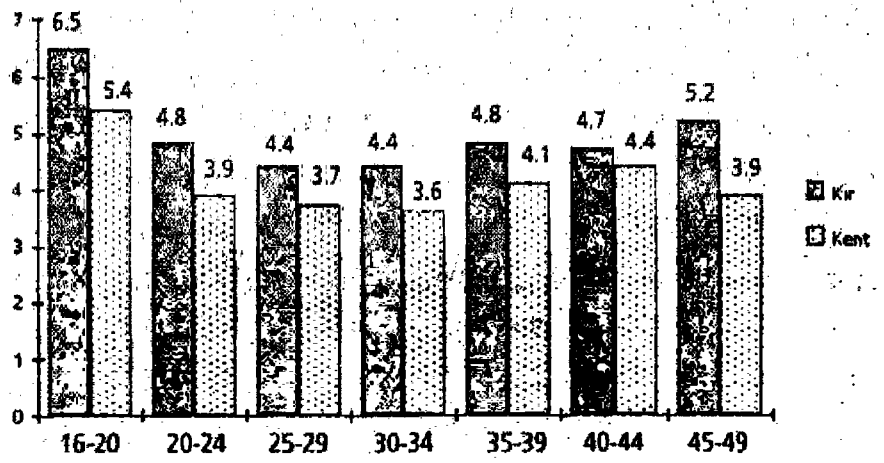
Hızlı nüfus artışının yol açtığı iç göç hareketi, köylerden kentlere, iç yörelerden kıyılara, doğu illerinden batı illerine doğru devam ediyor. Yakın geleceğin Türk toplumu Batı bölgelerinin büyük kentlerinde yaşayan ülke görünümü kazanmaya aday bulunuyor. Kıyı (deniz) insanları

dış dünyaya, kara (toprak) insanları ise daha çok kendi içlerine dönük yaşadığına göre, bu nüfus yapısının yeni, gelenekselden farklı bir Türk kişiliği ile dünya görüşü yaratması beklenir.[2]

3. ŞEKİL: Evli Kadınlarda Akraba Evliliğinin Dağılımı[4]



4. ŞEKİL: Kır ve Kentte İlk Evlilikte Yaş Farkının Yaş Gruplarına Dağılımı[4]
Ortalama Yaş farkı



İlk evlilik yaşında eşler arası ortalama yaş farkı kırda 4.7, kentte 3.8'dir

- Ailelerin kentlerde % 73,1'i, köylerde % 58, 1'i çekirdek ailelerden oluşuyor.[2]

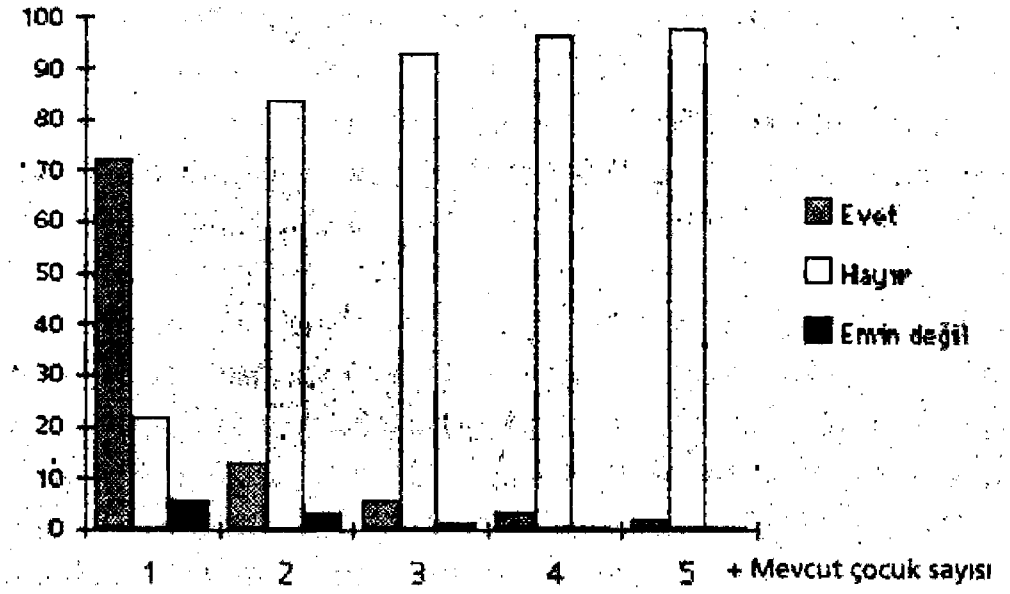
Ana-baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan çekirdek aile dinamik, eğitime (bilginin davranış değişikliğine dönüştürülmesine) elverişli bir yapı. 1970'ten beri ailelerimizin çoğunluğunu çekirdek aileler oluşturuyor.[2] Akraba evliliği, ilk evlilik yaşında eşler arası ortalama yaş farkının dağılımını veren **3.** ve **4. şekiller** de bu tabloyu tamamlıyor.

Nüfus artış hızı azalıyor: **(5. Şekil, 6. 7. tablolar)** 2000 yılında Türkiye, Ortadoğu'nun en kalabalık ülkesi olma özelliğini yitirecek, Mısır ve İran'ın nüfusları Türkiye'yi önüne aşacak.[3]

- Orta büyüklükteki kentlerimizin nüfusu metropollerden daha hızlı artıyor.

1990 verilerine göre nüfusumuzun
%19,4'ü **3** büyük **metropolde** (İstanbul, Ankara, İzmir)
%20'si **35 kentte** (nüfusu [100.000-1.000.000] arasında değişen)
(bu büyüklükteki şehirlerimizin sayısı 1980'de 25'ti)
%19,6'sı **407 kentte** (nüfusu [10.000 - 100.000] arasında değişen)
(bu büyüklükteki şehirlerimizin sayısı 1980'de 407 idi) yaşıyor.[2]

5. ŞEKİL: Evli Kadınlarda Yeni Çocuk İsteğinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı[4]



- Türkiye'nin kırsal bir ülke olduğunu söylemek artık mümkün değil.[3]

Türkiye nüfusunun ⅓'ü nüfusu 100.000'in üzerindeki kentlerde yaşıyor, diğer bölgelerden daha az kentleşmiş olan Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da bu oran sadece %24.[3] Elimizde, son 5 yılın iç göçleri ile ilgili veri yok. Ancak duyumlar, bölge şehirlerine (Diyarbakır, Urfa gibi) ve büyük metropollere yönelen hareketin konjoktürel olarak hızlandığını düşündürüyor. GAP gibi düzenlemeler çevresinde yoğunlaşan nüfus artışı gerekli sektörlerarası koordinasyon sağlandığında yalnız ekonomik verilerde değil, insanî gelişme endeksinde de önemli iyileşmeler sağlayabilir.[4]

- Türkiye'nin nüfusu uluslararası standartlara göre son derece genç: [3]

1980'de gelişmiş ülkelerde nüfusun sadece %23'ü 15 yaşın altında, %11'i 65 yaşın üstünde idi: 2000 yılında bu ülkelerde 15 yaş altı nüfusun %22'ye düşmesi, 65 yaşın üstündeki nüfusun %13'e çıkması beklenmektedir.

4. TABLO: Türkiye Nüfusunun Yaş Bileşimi (1989) [3]

	0-14	15-64	>65	
Kent	33,7	62.8	3,5	100.0
Kır	37,1	58.0	4,9	100.0
Toplam	35,4	60.4	4,2	100.0

- Doğurganlık hızı son 20 yıldır düşme eğiliminde. [3]

Türkiye'de doğurganlıktaki bu düşüş Mısır ya da İrandan çok daha hızlı olmuştur.[3] 1960'ların başında Türkiye'de doğurganlık Fas, İran, Mısır, Sudan'la aşağı yukarı aynı düzeydeydi. Bugün ise Mısır'dan %20, İran'dan ise yaklaşık %40 daha düşüktür.[5]

5. TABLO: Türkiye'de Demografik Geçiş Süreci[3]

Dönem	Kaba doğum oranı %	Kaba ölüm oranı %	Toplam doğurganlık oranı %
1945-50	46	27	6,9
1950-55	48	24	6,5
1955-60	47	20	6,5
1960-65	43	16	6.1
1965-70	39	14	5,6
1970-75	35	12	5,1
1975-80	32	10	4,3
1980-85	31	9	4,1
1988-89	28	8	3,4

Türkiye'nin, "**Demografik geçiş süreci**": [*yüksek doğurganlık ve yüksek ölüm oranlarından alçak doğurganlık ve ölüm düzeylerine geçiş*] 20 ya da 30 yıl önce öngörülenden çok daha hızlı seyretmektedir (**5. Tablo**). Türkiye'nin bugünkü nüfusu 20 yıl önce Birleşmiş Milletler ve Devlet Plânlama Teşkilatınca yapılan projeksiyonların altındadır (**6.- 7. tablolar**).
"Türkiye'de nüfus artış hızını azaltmaya yönelik bir aile planlaması politikası 1965'ten beri yürütülmektedir. Ancak resmî politikaların doğurganlığın düşüşüne etkisi pek güçlü değildir. Büyük bir kitle "geleneksel" ve etkisi zayıf aile planlaması yöntemlerini kullanmaktadır. 1973'te %38 olan evli, 15-49 yaşları arası doğurganlık çağındaki kadınların oranı 1988'de %63'e çıkmıştır." (SHMD'a göre 1988 oranı %77'dir).

6. TABLO: Sayım Yılları Arasında Nüfus Artış Hızı[3]

	Nüfus	Artış Oranı (‰)
1965	31.391.000	**24,62**
1970	35.605.000	**25,19**
1975	40.347.000	**25,00**
1980	44.737.000	**20,80**
1985	50.664.000	**24,88**
1990	56.473.000	**21,71**

7. TABLO: Tahminî Nüfus Artış Hızı[7]

	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Nüfus Artış Hızı (‰)	**22.1**	**21.6**	**20.3**	**17.9**	**15.5**

"**Yüksek bebek ölüm hızı Türkiye'nin en önemli sağlık sorunlarından biridir.** Türkiye'deki bebek ölümleri aynı ekonomik düzeydeki ülkelerden oldukça yüksektir. Son zamanlardaki düşüşler bir iyileşmeyi düşündürmektedir.[8]
1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre BÖH ‰77,79'dur. Bu oranın biraz düşük olarak hesaplandığını düşünmemiz için iki neden vardır: Birincisi kuzey bölgesindeki ölüm oranı "0" alınmıştır; (**5. Tablo**) bu bölgedeki "gerçek" oran saptansaydı Türkiye genelindeki rakamlar yükselecekti, ikincisi son 5 yılın doğum kayıtlarında ciddî eksiklikler saptanmıştır. Bu doğruysa, ölüm bildirimlerindeki eksikliklerin doğum kayıtlarından fazla olması, gerçek ölüm oranlarını daha da yükseltecektir. DPT nüfus sektöründen Kocaman'ın ileri tekniklerle yaptığı BÖH tahminleri, 102 rakamını vermiştir. 1983 BÖH ‰95 olarak yayınlanmışsa da bu rakam yukarıda 1988 için anlatılan nedenlerden ötürü hata payı taşımaktadır. (1983'te Güney Anadolu için ölüm oranı "0" bulunmuş ve son 5 yıl için de aynı biçimde eksik hesaplama yapılmıştı.)"[18]

8. TABLO: Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızı (1985-1987 ‰)[8,4]

Bölgeler	Neonatal	Postnatal	Neonatal ölümler/Bebek ölüm hızı (%)	Toplam
Batı	20,77	26,71	43,7	**47,48**
Güney	36,80	57,38	28,2	**96,26**
Orta	53,33	36,67	59,2	**90,00**
Kuzey		-	-	
Doğu	36,36	66,67	35,3	**103,03**
Kent	27,98	22,09	56.0	**50,07**
Kır	43,15	62,50	40,8	**105,65**
Türkiye	35,53	42,19	45,7	**77,72**

9. TABLO: Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızı (1988 ‰) (DİE 91)[3]

Bölgeler	Kent	Kır	Toplan
Ege ve Marmara	68	81	**72**
Akdeniz	71	85	**77**
İç Anadolu	77	91	**84**
Karadeniz	74	90	**86**
Doğu ve Güneydoğu Anadolu	95	109	**104**
Türkiye ortalaması	75	94	**85**

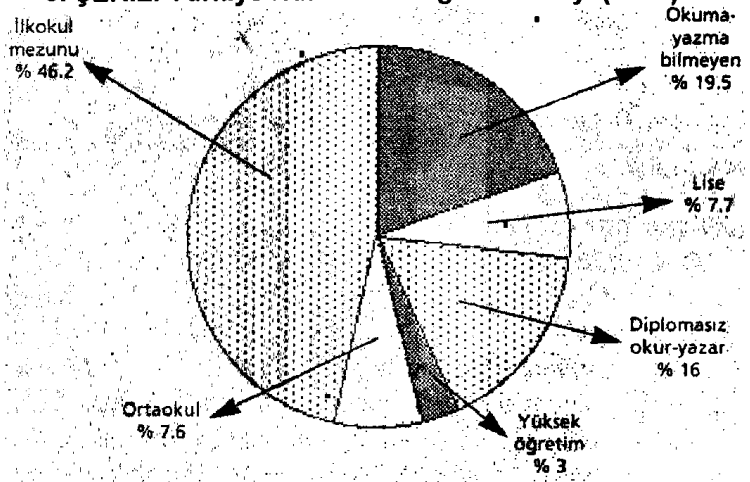
Her iki tablo da farklı yorumlara açıktır.
"Coğrafî farklılıklar dışında, anne babanın (özellikle de babanın eğitimi), akraba evliliği, doğumda anne yaşı, toprakla kundaklama, kırdaki bebek ölümlerini kente göre artırmaktadır.[8] Üniversite mezunu olan bir annenin çocuğunun yaşamın ilk yılında ölme olasılığı, ilkokul mezunu olmayan bir anneninkinin aşağı yukarı 1/5'idir."[3]
"Doğum öncesi bakım, doğum ve yenidoğan bakımı da önemli risk faktörleridir. 1984-88 döneminde, doğum yapanların %57,4'ü doğum öncesi bakım görmemişti. Kırsal kesimdeki kadınların ancak ⅓'ü bu tür bakım görmüştü. 10 kadından 4'ü, doğumunu bir sağlık tesisi dışında yapmıştı. Doğumda sağlık uzmanlarından yararlananların sayısında önemli bir artış olmuştur: 1988'de annelerin ⅔'sinin (%76,4) son doğumunu sağlık personeli yaptırmıştı."[8]
Son verilere göre ‰53 olan BÖH, doğuda ‰60'a ulaşmaktadır.[9] Her 1.000 bebekten 30'u yaşamın ilk ayında – çoğunluğu ilk haftada – ölmektedir; Eğitimsiz annenin bebeği/çocuğu en az ilkokulu bitirmiş annenin bebeğinden/çocuğundan 1,6 kat daha çok ölüyor. Bu fark kır-kent, doğu-batı farklılığından daha büyük ve belirleyici görünüyor. **2 yıl**dan kısa aralıklarla birbirini izleyen gebeliklerde BÖH ‰120'ye çıkıyor, aradaki süre **4 yıl**dan fazlaysa ‰40'ın altına iniyor."[9] **10. Tablo** anababa eğitimi – BÖH ilişkisini göstermektedir; ortaokul ve üzeri eğitim görenlerin ayrı bir kategoride ele alınmamış olması önemli bir eksikliktir.
"Bebek ölüm hızını azaltmanın en önemli yolu aile plânlamasıdır, bunu herkesin bilmesi gerekiyor; yâni bazen aile plânlaması dendi mi, nüfusun azaltılması anlaşılıyor. Hayır, ben bebek ölümlerini azaltmak istiyorsam gebelik entervalini [iki gebelik arasında geçen süreyi] uzatmalıyım."[9]
Aşılamada önemli mesafe alınmıştır. 12-23 yaş arası çocukların %65'i tam, %32'si kısmen aşılıdır, yalnızca %3'ü hiç aşılanmamıştır. Son 5 yılda ishal sıklığı azalmamış, ama ağızdan sıvı tedavisi kullanımının %57'ye çıkmasıyla ishalden ağır derecede etkilenerek hastaneye yatan bebek sayısı azalmıştır.[9]
BÖH son 15 yılın ilk 10 yılında ‰92'den 82'ye, son 5 yılda daha hızlı bir düşüşle ‰82'den 53'e inmiştir. Aynı eğilim 5 yaşın altındaki ölümler için de geçerlidir; 15 yıl önce ‰114 olan çocuk ölüm oranı önce ‰97'ye sonra ‰61'e inmiştir.[9]

10. TABLO: Anne ve Babanın Eğitim Düzeyi - Bebek Ölüm Hızı İlişkisi[4]

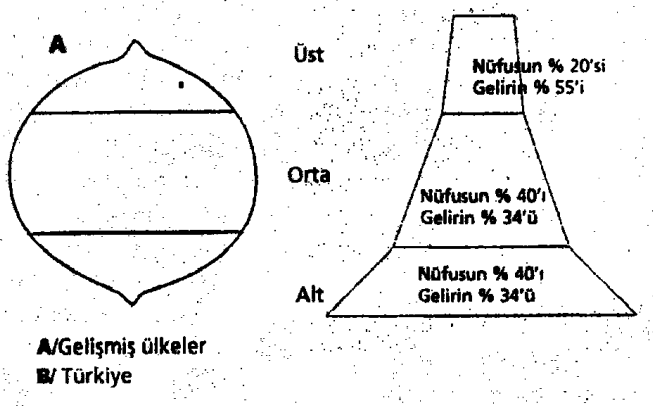
Annenin Eğitim Düzeyi	BÖH (%)	Babanın Eğitim Düzeyi	BÖH (%)
İlkokul ya da üstü	**96.8**	İlkokul ya da üstü	**92.0**
İlkokul diploması yok	**111.1**	İlkokul diploması yok	**147.6**
Göreli risk	1.1	Göreli risk	1.6

OECD 1986 raporunda Türkiye vergi gelirleri en düşük ülkeler arasındadır.[2] Üretimin arttırılması, gelir dağılımının (**7. şekil**) düzeltilmesi gerekiyor. Devletin ekonomiyi denetleyebilmesi için tapu kadastro gerekli; toprakların yarısının tapu kadastrosu yok, olan da güvenilir değil. Türkiye daha endüstri (üretim) toplumu olmadan tüketim toplumu olmaya yönelmiş gibi. Türk toplumu bu politikaların bedelini yüksek enflasyonla ödüyor.[2]
Sosyal Yapı ile ilgili Bazı Eğilimler:
- Doğu-batı farkı artıyor
- Kır-kent farkı ortadan kalkıyor
- Kadın-erkek farkı azalıyor
- Yöneten-yönetilen farkı azalıyor
- Genç-yaşlı kuşaklararası ilişkiler demokratikleşiyor
- Varlıklılarla yoksul sınıflar arasındaki uçurum büyüyor
- Beyaz gömlek-mavi gömlek farkı mavi gömlekliden yana düzeliyor. Çalışma (emek) barışını koruyalım derken, mavi gömlekli emekçilerin beyaz gömlekli teknik adamlardan daha iyi duruma geçtiği de görülüyor.

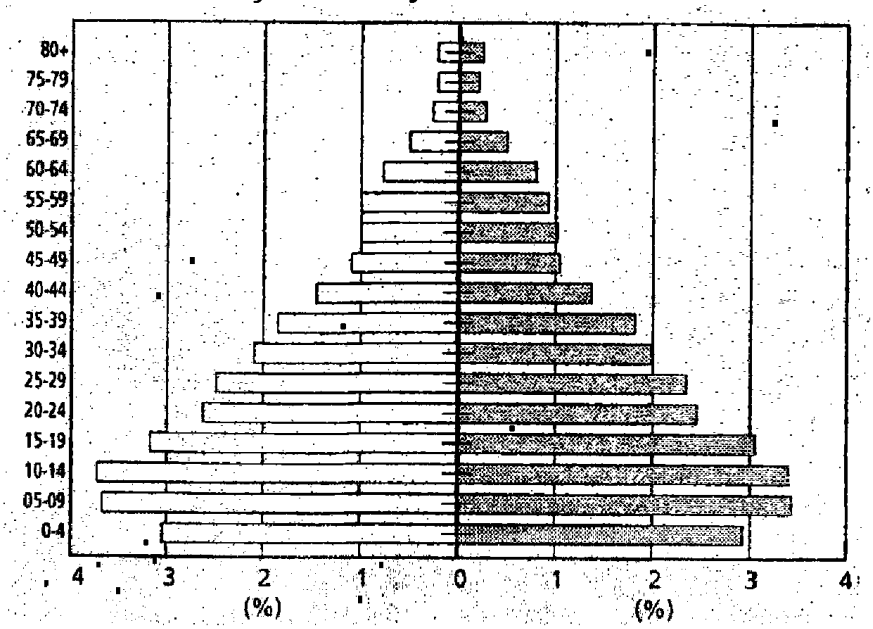
6. ŞEKİL: Türkiye Nüfusunun Eğitim Düzeyi (1994) [10]



7. ŞEKİL: Gelişmiş Ülkelerdeki ve Türkiye'deki Gelir Dağılımı Sosyal Tabakalaşma Piramidi (*)



8. ŞEKİL: Türkiye Nüfus Piramidi[11]



- Bu genel tablo, cemaat (topluluklar) yapısından çağdaş anlamda millet (ulus) yapısına geçildiğini gösteriyor. Kuşkusuz Gellner'in (1983) yıllar önce işaret ettiği gibi, tek veya örnek bir ulusal kimlik özdeşiminden söz etmek için vakit henüz çok

erkendir. Ancak toplumsal değişmelerle gelişmelerin genel bileşkesi sanki bu yönde ilerlemektedir.[2]

Nüfusun
- %10,54'ü [0- 4] yaşındaki çocuklar,
- %24,41'i [5-14] yaşındaki çocuklar,
- %20.60'ısı [15-39] yaşındaki kadınlardan meydana geliyor:[11]

Doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklar nüfusun % 55,55'ini oluşturuyor (1990).

Bu dağılım birinci basamak sağlık hizmetlerinde önceliğin ana-çocuk sağlığında olacağını açıkça göstermektedir. Ancak ayrıntılı bir sağlık stratejisinin belirlenebilmesi için yaş gruplarına göre ölüm nedenleri de bilinmelidir. 1986 ve izleyen dönemdeki DİE yıllıklarında ölüm nedenlerinin yaş gruplarına göre dağılımı yer almamakta; 1986 ve sonrasındaki verilerden yaş gruplarına yönelik önceliklerin belirlenmesinde yararlanılamamaktadır.

Bu nedenle 1977-84 dönemi, il ve ilçe merkezleri kayıtlarını içeren DİE verilerini esas alarak her yaş grubunda en çok görülen ölüm nedenlerini saptadık: **(11. Tablo A)**. Veriler 50 nedeni kapsayan uluslararası sınıflandırmayı esas almaktadır.

0-1 ve 1-4 yaş grubu çocuklardaki ölüm nedenleri konusunda başvurulabilecek bir diğer kaynak ta SHMD'da 1983-86 dönemi hastane ölümleri sınıflamasıdır: **(11. Tablo C)**. Bu tabloda 50 başlıklı uluslararası sınıflanmaya uyulmamış, benzer nedenler bir grup altında toplanmıştır; (doğum travması ile perinatal mortalitenin diğer nedenleri v.d. gibi).

DİE verilerinde ***semptomlar ve iyi tanımlanamayan haller*** ile ***diğer hastalıklar*** hemen her yaş grubunda **ilk 5 neden arasındadır**; bu kategoriler sağlık önceliklerini saptamaya yardım etmemektedir. Kezâ, **35 yaş üzerindeki ilk ölüm nedeni** olan ***kalp hastalıkları*** da tartışmalıdır; "Ülkemizdeki ölüm istatistikleri gerçeği göstermekten uzaktır. Bildirilen ölümlerin çoğunun gerekli muayene yapılmadan kalp hastalığına bağlanmaktadır."[13]

11. TABLO: A) 1977-1984 Döneminde Ölümlerin Neden ve Yaş Gruplarına Dağılımı (%)[11]

	0-1	1-4	5-14	15-24	25-34	35–44	45-54	55-64	65-74	≥ 75
1	Doğum tr. **29.4**	Zatürre **37**	Sempt. **17.4**	Sempt. **21**	Sempt. **20.7**	Kalp h. **25.7**	Kalp h. **18.6**	Kalp h. **43.0**	Kalp h. **48.0**	Kalp h. **49.4**
2	Zatürre **22.4**	İshal **11.8**	Diğer k. **12.5**	Diğer k. **16.7**	Kalp h. **15.3**	Sempt. **17.3**	Kanser **7.8**	Sempt. **12.2**	Sempt. **28.1**	Sempt. **24.5**
3	Diğer h. **14.6**	Sempt. **11.3**	Zatürre **12.3**	Diğer h. **11.9**	Diğer h. **11.9**	Habis h. **13.9**	Sempt. **6.2**	Habis h. **15.7**	Habis h. **11.2**	Habis h. **9.8**
4	İshal **13.4**	Diğer h. **6.8**	Diğer h. **10.7**	Kalp h. **11.1**	Diğer k. **11.7**	Diğer h. **10.9**	Diğer h. **4.3**	Diğer h. **8.8**	Beyin-d. h.**9.3**	Beyin-d. h.**8.1**
5	Sempt. **4.2**	Diğer k. **6.0**	Trafik k. **7.6**	Trafik k. **7.6**	Habis h. **8.3**	Beyin-d. h.**6.6**	Beyin-d.h. **3.7**	Beyin-d. h.**8.5**	Diğer h. **8.9**	Diğer h. **7.2**

Kısaltmalar: **Doğum tr.** : Doğum travması, **Diğer h.** : Diğer hastalıklar, **Diğer k.** : Diğer kazalar, **Kalp h.** : Kalp hastalıkları, **Sempt.** : Semptomlar ve iyi tanımlanamayan haller, **Beyin-d. h.** : Beyin damarlarının hastalıkları.

Dönem içindeki ölümlerin % 0.37'sinin yaşı saptanamamıştır: Bu ölümlerin % 45,3'ü semptomlar ve iyi tanımlanamayan hallere, % 20,7'si diğer kazalara, % 8,1'i diğer hastalıklara, % 4,8'i habis hastalıklara, % 4,7'si beyin damar hastalıklarına bağlıdır.

11. TABLO: B) 1991 Yılı Ölümlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı[11]

Yaş Grubu	Sayı	%	Bağımlı yaş grubu ölümleri toplamı (%)
0 – 4 yaş	**20.216**	**13.0**	**13.0**
5 – 14 yaş	**2.782**	**1.8**	
15 – 24 yaş	**3.745**	**2.5**	
25 – 34 yaş	**4.838**	**3.2**	
35 – 44 yaş	**7.745**	**5.1**	
45 – 54 yaş	**13.401**	**8.9**	
55 – 64 yaş	**26.166**	**17.3**	
≥ 65 yaş	**68.743**	**45.5**	**71.1**
Yaş Grubu Bilinmeyen	50	0.03	
Gelişmiş Ülkelerde 0-4 ve ≥45 yaş Ölümlerinin Tüm Ölümlere Oranı (%)[12]			
0 – 4 yaş			**5**
≥ 45 yaş			**85-90**

11. TABLO)C) Hastanelerde Meydana Gelen Çocuk Ölümlerinin Nedenleri (1982-1986)[6]

Yaş	Ölüm Nedenleri		%
0-1	Doğum travması, güç doğum, anoksi ve diğer perinatal mortalite nedenleri		**54,9**
	Akut solunum yolu enfeksiyonları (zatürre, bronşit)		**13.1**
	İshal		**9.3**
	Meningogok enfeksiyonları ve diğer menenjitler		**6.2**
	Doğumsal kalp hastalıkları ve diğer nedenler		**11.2**
	TOPLAM	23.226	100.0
1-4	Akut solunum yolu enfeksiyonları (zatürre, bronşit vd.)		**22.2**
	Doğumsal ve romatizmal kalp hastalıkları		**14.5**
	İshal		**13.3**
	Meningogok enfeksiyonları ve diğer menenjitler		**11.0**
	Kazalar		**8.4**
	Beyin-damarlarının hastalıkları		**3.5**
	Diğer nedenler		**24.8**
	TOPLAM	3.773	100.0

12. TABLO: Türkiye'de Nüfus Başına Düşen Hekim Sayısı (1995)[14]

Bir hekime düşen nüfus	**62.526.000÷67.200=930**
Uzman hekim sayısı	**28.900**
Pratisyen hekim sayısı	**38.300**
Bir pratisyen hekime düşen nüfus	**1.633**
Hedeflenen toplam hekim sayısı	78.300
Hedeflenen hekim başına nüfus	780

13. TABLO: Bölgelere Göre Hekim Başına Düşen Nüfus (1992)[14]

3 büyük il	1.076
Kalkınmada 1. derecede öncelikli iller	3.249
Kalkınmada 2. derecede öncelikli iller	2.428
Diğer iller	2.264
Ülke ortalaması	1.866

14. TABLO: Türkiye OECD Karşılaştırması[8]

	Türkiye	OECD Ortalaması
Doğumda yaşam beklentisi (yıl)	**65**	**75**
Sağlık hizmetinin ağırlıkla karşılandığı basamak	Çoğunlukla ikinci basamak (sayısal veri yok)	%90 birinci basamak
Aile hekimlerinin uzman hekimlere oranı	**%45**	**%70**
Bir hekime düşen nüfus	**1.290**	**500**
Her tedavi yatağına düşen nüfus	**409**	**100**
Yatak doluluk oranı	**%57**	**%75**
Temel sağlık hizmet birimini ziyaret sayısı	**1.9***	**6.1**

*: Bir SSK'lının sağlık kurumuna başvurma sıklığını gösterir; genel nüfus için daha da düşük olmalıdır.

Türkiye'de birinci basamak hekimlerinin tüm hekimlere oranı %57'ye ulaşmıştır. Kalkınmada 1. derecede öncelikle illerde dahi bir pratisyen hekime 3.249 kişi düşmektedir. (Bu sayı bir

aile hekimi için öngörülen azamî 3.000 kişiye çok yakındır). *Toplum ve Hekim Dergisi*'nin adı geçen yazısında SB APK verilerinden yararlanarak hastane ve sağlık ocaklarındaki poliklinik sayıları hesaplanmıştır: Buna göre 1993'te hastanelerde 34.732.761, sağlık ocaklarında 24.962.133 poliklinik muayene yapılmıştır, hastane/sağlık ocağı oranı 1,4'tür: Bir başka deyişle toplam poliklinik hizmetinin %41,8'inin sağlık ocaklarında verildiği gibi bir sonuca ulaşılmaktadır. Bu oran iki yönden eleştirilebilir:

1) Yalnızca Bakanlık verilerini kapsamaktadır; önemli sayıda poliklinik hizmeti veren SSK ile diğer kamu kuruluşları, özel hekimler, Ana Çocuk Sağlığı, Verem Savaş Dispanseri, Semt Polikliniklerı burada yer almamaktadır.

2) Sağlık ocağına başvuranların ne kadarının sağlık sorunu çözümlenmiştir? Bu konuda sayısal verilere sahip değiliz.

1967'de sosyalleştirme kapsamına alınan Trabzon'un 1986 verilerini inceleyen Hayran ve arkadaşları "her üç kişiden en az birinin ocak hekimine tedavi dışı amaçla (sevk yaptırmak, reçete yazdırmak ya da rapor almak için)geldiğini" saptamışlardır;.[15]

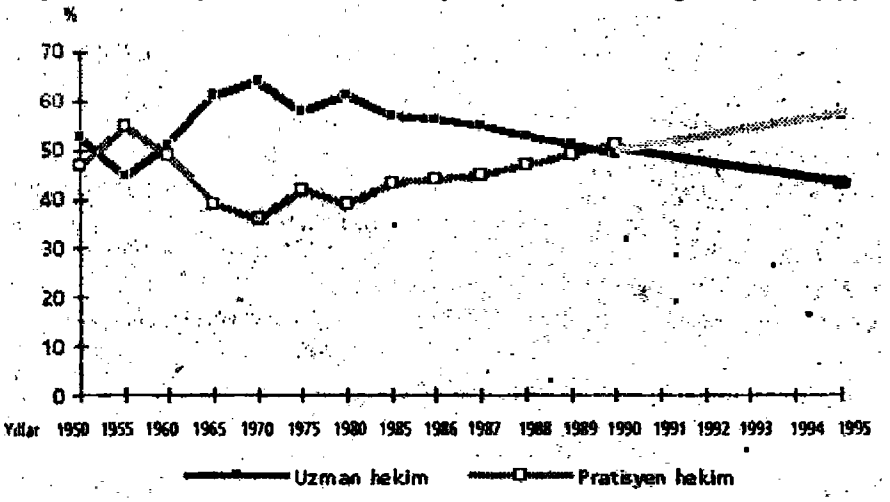
Üç büyük ilde 1 sağlık ocağına 33.000 kişi düşmektedir: Bir sağlık ocağının 4.000 ilâ 10.000 kişi ile ilgilenebilmesi için yalnızca istanbul ilinde 300 yeni sağlık ocağı açılması gerekir. [16]

Eğer seçmenlerden ciddî bir talep gelseydi bu sağlık ocaklarının en azından bir bölümünün açılacağına şüphe yoktur. Ancak şehir sağlık ocakları hakkındaki genel kanı bu kurumların "reçete repete edilen, resmî evrak düzenlenen yerler" olduğu yolundadır.

Çözüm, 1. basamak hekiminin çevre, adlî tababet ve yönetimle ilgili görevlerinden ve anonim hasta hekim ilişkisinden sıyrılarak aileye kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmeti sunmasmdadır.

2.Kutuda yer alan DSÖ Avrupa Bölgesi yönelmek ancak bu perspektifle sağlanabilir.

9. ŞEKİL: Türkiye'de Uzman/Pratisyen Hekimlerin Dağılımı (1995) (*)[4]



*: Yıllık verilerin saptanamadığı 1991-94 dönemi eğilim olarak gösterilmiştir.

Çevre ile ilgili sorunların önemi dünden bugüne azalmamış, artmıştır. Hızla artmayı sürdürmektedir, kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle çevre sorunlarının bir arada ele alınması birinci basamak sağlık hizmetlerinde günümüze kadar süren başarısızlığa yol açmıştır.

Kişiye yönelik hizmetler ancak çevre sağlığa elverişli olduğunda anlam kazanır, yoksa delik bir kabı suyla doldurmaya çalışmak gibi beyhude bir çaba olarak kalırlar: Kitabımızın **4. Bölümü** çevre sorunlarının boyutları, önemi ve âciliyeti hakkında bir fikir vermeyi hedeflemektedir.

2. KUTU

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
"2000 YILINDA HERKESE SAĞLIK"
AVRUPA BÖLGESİ HEDEFLERİ[4]

Hedef 1: 2000'de, mahrumiyet içindeki grupların ve ulusların sağlık düzeyleri yükseltilerek ülkeler arası ve ülke içi sağlık düzeyi farklılıkları en az % 25 azaltılmalıdır.

Hedef 2: 2000'de herkese, sağlığını geliştirme, sağlığı, sosyal ve ekonomik olarak iyi bir yaşama erişmede kullanma fırsatı verilmelidir.

Hedef 3: 2000'de sakatlar, en azından sosyal ve ekonomik yönden doyurucu, ruhsal yönden yaratıcı bir yaşam sürebilmeleri için gerekli fiziksel, toplumsal ve ekonomik koşullara kavuşturulmalıdır.

Hedef 4: 2000'de kişilerin, belli başlı hastalıklara yakalanmadan sürdürdükleri ortalama ömür en az % 10 oranında uzatılmalıdır.

Hedef 5: 2000'de **yerli kızamık, çocuk felci, yenidoğan tetanozu, doğmalık kızamıkçık, kuşpalazı, doğmalık frengi** ve **yerli sıtma** vakası bulunmamalıdır.

Hedef 6: 2000 yılında bölgede, doğumda beklenen yaşam süresi en az 75 yıl olmalıdır.

Hedef 7: 2000'de, bebek ölüm hızı ‰20'nin altında olmalıdır.

Hedef 8: 2000'de, ana ölüm hızı en az 100.000 canlı doğumda 15'in altında olmalıdır.

Hedef 9: 2000'de, 65 yaş altında dolaşım hastalıklarına bağlı ölümler en az % 15 azaltılmalıdır.

Hedef 10: 2000'de, 65 yaş altında kansere bağlı ölümler en az %15 oranında azaltılmalıdır.

Hedef 11: 2000'de, trafik, ev ve iş kazalarına yönelik yoğun çabalarla kazalara bağlı ölümler en az % 25 oranında azaltılmalıdır.

Hedef 12: 2000'de, intihar ve intihar girişimlerindeki mevcut artış tersine döndürülmelidir.

Hedef 13: 1990'da sektörler arası işbirliğini destekleyici ve kişilerin sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için gereken kaynakların ayırımını sağlayacak bütün sosyal, yönetsel ve ekonomik işlemler tamamlanmış, halkın böyle politik kararların alınmasına her kademede etkin biçimde katılmaları sağlanmış olmalıdır.

Hedef 14: 1990'da sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmek ve sürdürebilmek için ailelerin ve diğer toplum gruplarının etkin rol almalarını sağlayıcı özel programlar hazırlamış olmalıdır.

Hedef 15: 1990'da, sağlıklı olma ve sağlıklı kalma konularında kişileri güdüleyecek, onlara bilgi ve beceri kazandıracak eğitim programları hazırlanmış olmalıdır.

Hedef 16: 1995'te dengeli beslenme, sigara içmeme, uygun spor yapma (fiziksel hareketlilik) ve ruhsal baskı unsurlarını kontrol edebilme gibi sağlığa ilişkin olumlu davranışlarda belirgin bir gelişme olmalıdır.

Hedef 17: 1995'te, sağlığı bozan aşırı alkol alımı, yasaklanmış ilaç ve zararlı kimyasal madde kullanımı ile tehlikeli araç kullanma ve şiddete başvurma gibi davranışlarda belirgin bir azalma sağlanmalıdır.

Hedef 18: 1990'da, sağlığı bozabilecek olumsuzluklardan çevreyi etkili bir biçimde korumak için ilgili bütün sektörleri kapsayan, toplumu eğitici ve katılımı sağlayıcı, konusunda birden fazla ülkeyi ilgilendiren çevre kirliliği konularında uluslararası çabaları destekleyici politikalar belirlenmiş olmalıdır.

Hedef 19: 1990'da zehirli olabilecek kimyasal maddeler, radyasyon, zararlı tüketim maddeleri ve biyolojik etkenler dahil olmak üzere insan sağlığını tehdit eden çevresel tehlikeleri izleyici, değerlendirici ve kontrol edici yeterli mekanizma kurulmuş olmalıdır.

Hedef 20: 1990'da halkın tamamı yeterli ve temiz içme suyuna kavuşmuş olmalı, 1995'te nehir, göl ve deniz kirliliği insan sağlığını tehdit etmemelidir.

Hedef 21: 1995'te halk, hava kirliliğinin bilinen tehlikelerden etkin bir biçimde korunmalıdır.

Hedef 22: 1990'da bulaşmış gıdalardan doğan tehlikeler belirgin biçimde azaltılmış, tüketiciyi zararlı katkı maddelerinden koruyucu bütün önlemler uygulamaya konmuş olmalıdır.

Hedef 24: 2000'de, halk, sağlıklı ve emniyetli bir çevresi olan konut ve yerleşimlerde yaşama imkanına daha fazla sahip olmalıdır.

Hedef 25: 1995'te halk, iş hayatının doğurduğu sağlık tehlikelerinden etkin bir biçimde korunuyor olmalıdır.

Hedef 26: 1990'da Alma-Ata Konferansında özetlenen etkin toplum katılımlı, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri ile desteklenen temel sağlık hizmetlerini (birinci basamak) esas alan bir sistem geliştirilmelidir.

Hedef 27:	1990'da hizmet altyapısı, kaynakların gereksinmelere göre dağıtımını sağlayacak biçimde örgütlenmeli, hizmet fizik ve ekonomik yönden kullanılabilir, kültürel yönden kabul edilebilir olmalıdır.
Hedef 28:	1990'da temel sağlık hizmetleri sistemi, yetersiz hizmet alan, tehlike altındaki kişi ve grupları özellikle göz önünde bulundurmalı, toplumun bütün temel gereksinmelerini karşılamalı ve destekleyici hizmetlerden oluşan geniş bir alanı kapsamalıdır.
Hedef 29:	1990'da temel sağlık hizmeti, sağlık personeli, birey, aile ve toplum grupları arasında işbirliği ve ekip çalışmasını esas alacak şekilde düzenlenmelidir.
Hedef 30:	1990'da, sağlık hizmeti sunan bütün sektörlerin, toplum düzeyinde ve temel sağlık sistemi için işbirliği sağlanmalıdır.
Hedef 31:	1990'da sağlık sisteminde kaliteli hizmet sunulmasını sağlayacak mekanizmalar kurulmalıdır.
Hedef 32:	1990'da "herkese sağlık" çalışmalarına gerekli bilgileri uygulama ve yaygınlaştırmaya katkıda bulunacak araştırmaları teşvik edici stratejiler belirlenmiş olmalıdır.
Hedef 33:	1990'da sağlık politika ve stratejilerinin "herkese sağlık" ilkesine uygunluğu sağlanmalı mevzuat, bu ilke ve stratejileri bütün sektörlerde etkin bir biçimde gerçekleştirmeye elverir duruma getirilmelidir.
Hedef 34:	1990'da "herkese sağlık" amacını gerçekleştirmeye yönelik, toplumun ve sağlıkla ilgili bütün sektörlerin katıldığı, kaynakları önceliklere göre dağıtan, sağlık hizmetlerini geliştiren yönetim mekanizması kurulmuş olmalıdır.
Hedef 35:	1990'da ulusal "sağlık" stratejilerini destekleyebilecek bilgi akımı sistemi kurulmalıdır.
Hedef 36:	1990'da sağlık personelinin planlanması, eğitimi ve kullanımı, temel sağlık hizmetleri yaklaşımına ağırlık verilerek "herkese sağlık" politikasına uygun duruma getirilmelidir.
Hedef 37:	1990'da ilgili bütün sektörlerdeki personel eğitimi, ülkedeki "herkese sağlık" politikaları, programları ve bunların kendi sektörlerindeki uygulamaları hakkında yeterli bilgileri sağlayıcı duruma getirilmelidir.
Hedef 38:	1990'da sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı, yararlılık, verimlilik, emniyet ve kabul edilebilirliklerinin yanı sıra ulusal sağlık politikalarına ekonomik koşullara uygunluklarını sağlayacak düzeni kurmalıdır.

DİPNOTLAR/KAYNAKLAR

1. Ayrıntılı bilgi için bkz. *Türkiye'de Atatürk Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Toplantısı 26.5.1981* Yön. Unat EK. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. 1982.
2. **Güvenç B.** *Türk Kimliği Kültür Tarihinin Kaynaklan* Kültür Bakanlığı Ankara 1993; 241-2, 273, 236-7, 275-6.
3. **Behar C.** *İki boyutlu bir demografik geçiş süreci: Türkiye nüfusunun bugünü ve yarını.* Görüş, Ocak 1993; 53-56.
4. *SHMD* 1992; 44, 49, 57, 120, 23-5
5. *2000 Yılında Herkes İçin Sağlık DSÖ* IÜCTF Yayını 1982; 19. GAP gibi coğrafî ve meteorolojik değişikliğe yol açan projeler sağlıkla ilgili sonuçlara da yol açar; Mısır'da Asuan Barajı'nın yapımından sonra bir tür parazit enfestasyonun artışı bunun örneğidir. Kanalizasyon ve sulama kanalları yumuşakçalara, barajların boşaltma yolları ise karasinek larvalarına yaşama yeri sağlamaktadır. Sağlık plânlaması bu tip muhtemel sonuçlar karşısında yapılacakları da kapsamalıdır.
6. Karşılaştırmaların 1993 yılı için geçerli olduğu unutulmamalıdır: *İran'da Nüfusa Fren* başlıklı, doğrulanması gereken bir gazete haberinde şu bilgiler yer almaktadır: "İran, dinî lider Humeyni'nin Batı'ya karşı zafer silahı olarak kabul ettiği "*çok çocuk projesi*"ni terketti. Nüfusu 60 milyonu geçen ülkede, Tahran'ın güneyindeki Kartyr Caferî Sağlık Merkezinde Çinli bir doktor lazer tekniğiyle erkekleri kısırlaştırıyor. Uygulamayla, %4 olan nüfus artış hızı %1,8'e düştü." Milliyet, 14.09.1995.
7. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus Tahminleri DPT S.P.B Akt. Kongar B. *Türkiye'de Sağlık* TÜSES; 1989; 48.
8. *PW*; 61-2, 25.
9. **Hatun Ş.** *Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürü Prof. Dr. Ayşe Akın İle Söyleşi: Çocuk Sağlığı İçin Umutlu Bir Yoldayız* STED TTB IV/4, Nisan 1995; 137-9. (Sayısal veriler Sağlık Bakanlığı AÇS/AP GM, HÜNEE ve Macro'nun 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na dayanmaktadır.)
10. Kaya YK. Çağdaşlaşma Yolunda Deve Dikenleri. Ankara. Bilim Yayınevi, 1994. MEB APK Yayınları Ankara 1994. akt.: Çağdaş Eğitim Vakfı. (7. bölümdeki DİE 1994 Yıllığı'na dayanan tablo ile ihmal edilebilir farklılıklar taşır.)
11. **Eldem S.** *Sosyoloji* Fil Yayınevi 1994; 69 Türkiye piramidi Dünya Çocuklarının Durumu 1994; 64'teki (1980-91) gelir dağılımı verileri ile yeniden şekillendirilmiştir.
11. *Devlet İstatistik Enstitüsü Yıllığı 1994*; 62-3, 69,
12. **Tezcan S.** *Sağlık Düzeyi Ölçütleri* Sağlık Ocağı Yönetimi'nde. Ed. Eren N. Öztek Z. H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü. Ankara 1982; 210.
13. *I. USK Dolaşım Sistemi Hastalıkları Grubu 1992*; 257.
14. SB. TSH Gn. Md. Eylül 1994 akt. *Toplum ve Hekim Derg* Mayıs Haziran 1995/67; 39
15. **Hayran O, Seymenoğlu S, Eren AF.** *Tedavi Edici Hizmetler ve Kent Sağlık Ocakları* İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 1991/12; 23-4.
16. Çıray A. *Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Sağlıkta Reform Arayışları Paneli*'ndeki konuşması İstanbul 10.02.1995.

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- **Köroğlu E.** *Sağlık Personelini İlgilendiren Sağlık Kuralları Sağlık Mevzuatı*, Hacettepe Yayın Birliği, Ankara 1984, Genel Hukukî çerçeveyi veren kaynak; güncel durumu anlayabilmek için meydana gelen mevzuat değişikliklerini izlemek gerekir.
- *Ulusal Sağlık Politikası* TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Taslak Doküman Sağlık Bakanlığı, Ankara, Mayıs 1992.
- *Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Dünya Sağlık Teşkilâtının Görüş ve Önerileri.* Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 1992.
- **Tokat M. Kısaer H.** *Hastanelerde Maliyet, Etkinlik ve Performans Analizi.* Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları. Ankara;1991.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK VE ÇEVRE

Halûk Çağlayaner

3. KUTU

İNSAN-DOĞA İLİŞKİSİ[1]

Türk insanının doğaya halâ tükenmez bir hazine gibi baktığı, sahip çıkmadığı, onu yakıp-yıkanlara karşı kesin tavır almadan seyirci kaldığı, çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Çimenlere basılmaması, çiçeklerin koparılmaması, bereket, sağlık simgesi geleceğimizin güvencesi ormanlarımızın kesilip yakılmaması, doğal ya da kültürel varlıkların korunması yönünde çok sayıda güzel sözler üretmekle, bunları dağlara taşlara yazmakla birlikte, bitki, çiçek yetiştirmeyen, hayvan beslemeyen Türk halkının doğayı fazlaca sevdiği, saydığı söylenemez. Doğayla, korumayla ilgili güzel sözler, doğa ile "tanışma öncesi" romantik ilişkiler düzeyinde bulunduğumuzu göstermektedir. Kendisini ötekine karşı savunmak zorunda kalan kişinin doğaya ayıracak zamanı azalıyor.

Bozkurt Güvenç

4. KUTU

TARİH BOYUNCA ANADOLU'DA TABİATIN DEĞİŞİMİ[2]

	M.Ö. 10.000 yılında%	Günümüzde %
Orman	75	22
Bozkır	14	35
Alpin Kuşak	5	4
Sulak sahalar	6	1
Tarım	-	31
Yerleşme ve diğer alanlar	-	7

Giriş

Kitabımızın başlangıcında sağlık hizmetinin basamaklarından söz etmiştik. Etkili bir sağlık hizmetinin sunulabilmesi etkili birinci basamak hizmetinden geçmektedir. Bu hizmetin bütün dünyada kabul görmüş çağdaş şekli aile hekimliğidir.

Sağlık hizmetinin etkili olabilmesi ancak sağlam bir zemin üzerinde yer almasıyla mümkündür. Bu zemin de sağlıklı çevredir.

Bugün çevre ile ilgili yetkiler birçok kuruluş arasında bölünmüştür. Çevre ile ilgili mevzuat sonuç almayı imkânsız kılacak kadar dolambaçlı yetki dağılımı sorunun hemen her zaman askıda kalmasına yol açacak kadar karmaşıktır. Bu görevi sürdürecek birçok uzmanlık dalının tanımı yasalarda yer almamaktadır ya da bir standarta kavuşturulmamıştır.
Hâlen geçerli yasalara göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde çevre ile görevli ilk birim sağlık ocağıdır. Bir başka deyişle sağlık ocağı da çevre konusundaki belirsizliğin bir parçasıdır. Ocakta görev yapan hekim yönünden ele alındığında, çevre, uzmanlık alanı dışında kalan, eğitim süresince ihmâl edilmiş, el atıldığında iş sahipleri ve diğer kamu personeli ile sürtüşmelere yol açabilecek bir konudur. Kişilere sağlık hizmeti vermek, acı dindirmek takdir gören bir davranıştır, oysa çevreye zarar veren kişileri uyarmak, hatta yaşamları ve kazanç şekilleri ile ilgili kısıtlamalar getirmek hoş karşılanmaz. Bu görevler sağlık ocağı bünyesinde birleştirilirken hekimin hastaları üzerindeki otoritesinden yararlanmak istenilmişti.
Ancak günümüzün çevre sorunları bu boyutları çoktan aşmıştır. Çevre sorunlarının önce **müsteşarlık (1978)** daha sonra da bir **bakanlık (1991)** çatısı altında ele alınması bu durumun bir sonucudur.

5. KUTU

TÜRKİYE GİDEREK ÇÖL OLUYOR!

NASA'nın 1985 raporuna göre ülkemiz giderek ÇÖL OLUYOR! 1992 Rio Dünya Çevre Zirvesi de ülkemizin hızla çölleştiğini doğruladı. Ülkemiz her gün 150.000 kamyon dolusu, her yıl 500 milyon ton, başka bir deyişle Kocaeli ve Bursa illerini 10 cm kalınlıkta kaplayabilecek verimli toprağını erozyonla kaybediyor!

Türkiye'de erozyon Avrupa'dan 17, Kuzey Amerika'dan 6 kat daha şiddetli.

TEMA

DSÖ Avrupa Bölgesinin 1980 yılı için belirlediği dört ana faaliyet alanından biri (1) çevreyi etkileyen risk faktörleridir; [diğerleri (2) yaşam biçimi ve sağlık, (3) sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi ve (4) bu üç alanda arzulanan değişiklikler için gerekli siyasi, idari, teknik işgücü ve araştırma desteklerinin sağlanması].[4]
Sağlık ve çevre ilişkisi I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri'nde bu temel görüş doğrultusunda **hava, su, gıda, atıklar, yerleşim alanları ve konut, çalışanların sağlığı ve güvenliği başlıkları altında incelenmiştir**. Sağlıklı bir çevrenin oluşturulması konusunda herkesin ve bütün sektörlerin katılımını sağlamadan yapılabilecekler son derece sınırlıdır. Etkili bir sağlık hizmeti için vazgeçilmez önkoşul olan sağlıklı çevrenin korunması ve geliştirilmesi ancak kamuoyunun konuyu izlemesi, farklı bakanlıklara dağılmış yetki ve sorumlulukların tek elde toplanması ile gerçekleşebilir.
Bu konuda ağırlıkla PW (1989) I. (1992) ve II. (1993) Ulusal Sağlık Kongresi çalışma grupları raporlarına dayanarak bazı noktaları vurgulayacağız:

4.1 Hava

Hava kirliliğinin iki temel nedeni hızlı ve kontrolsüz kentleşme ve sanayileşmedir.[5] En yoğun hava kirliliği yaşanan 20 il **15. Tablo**da gösterilmiştir. Hava kirliliği 68 ildeki 136 cihazla (kükürt dioksid ve asılı partikül maddeler yönünden) izlenmektedir. Kullanılan bazı değerler DSÖ'nün belirlediği standartların üzerindedir. Azot oksidleri, karbon monoksid, reaktif hidrokarbonlar ve ozon v.d. kirleticiler henüz ölçülmemektedir (1992). Sınaî tesisler, yasal olarak teknik emisyon raporu hazırlamak zorunda olmakla birlikte şu an için [1989] İzmir ve Ankara üniversiteleri dışında bu değerlendirmeyi yapabilecek odak yoktur. Bu nedenle birçok tesis kanunî olarak lisanssız çalışmaktadır.[5]

Ankara'da yakın zamanlarda kömürlü ısıtma sistemleri üzerine getirilen sınırlamalar, artan trafiğin doğurduğu kirlilik ve daha yüksek kalite yakıttan dizel petrolüne dönüşüm nedeniyle pek etkili olamamıştır. Avrupa'nın diğer ülkelerinde atmosferde kurşun birikimi nedeniyle kurşundan arınmış petrol kullanımı ağırlık kazanmış, ancak bu durum Türkiye'de henüz söz konusu olmamıştır.[5] Otomotiv Sanayicileri Derneği 1996'dan başlayarak bütün araçlarda katalitik konvertör kullanma kararı almıştır. (1995) O tarihe kadar yalnızca motor hacmi 1.800cm^3'ün üzerindeki araçlarda katalitik konvertör kullanılacaktır Araç başına maliyet yaklaşık 1.100 dolardır.

"Hava kirliliği Türkiye'deki bu konudaki en belli başlı sorunundan, yani sigara içme alışkanlığından söz etmeden ele alınamaz. Tüm toplu alanlarda yaygın olarak sigara içilmesi, sadece içenleri değil, dumana maruz kalan pasif içiciler için de önemli bir sağlık tehdididir. Şu anda bazı toplu yerlerde ve iç hat uçaklarında sigara içmek yasaklanmıştır. Bu yasağı banka, lokanta, dükkân, otobüs ve tren gibi diğer toplu alanlarda yaygınlaştırmak sağlık açısından büyük yararlar sağlayacaktır. İlk adım olarak, yasak, tüm hastane ve sağlık tesislerinde uygulanmalıdır. Bazı başhekimlerin uygulamaya koyduğu yasağın yararları hemen görülmüştür. Sağlık Bakanlığı kendi içinde sigara içmeyi yasaklayarak, yasağı Bakanlığın tüm dairelerinde uygulayarak ülkeye örnek olabilir".[5]

15. TABLO Hava Kirliliği (1993 Ortalaması)[6]

KÜKÜRT DİOKSİT (mikrog./m^3)		PARTİKÜL MADDE (DUMAN) (mikrog./m^3)	
Muğla (Yatağan)	320	Ağrı	232
Erzurum	276	Van	209
Ağrı	265	Bayburt	181
Çorum	249	Erzurum	159
Sivas	229	Diyarbakır	158
Kütahya	228	Sivas	156
Karaman	225	Kahramanmaraş	112
İstanbul	204	Kayseri	109
Kahramanmaraş	194	Tokat	103
Kırıkkale	183	Rize	103
Bolu (Düzce)	182	Adıyaman	102
Kayseri	182	Bolu (Düzce)	101
Bayburt	173	İzmir	100
Çankırı	171	Antalya	89
Eskişehir	166	İstanbul	87
Balıkesir	161	Kütahya	87
Nevşehir	158	Bursa (İnegöl)	85
Van	153	Aksaray	83
Adıyaman	152	Denizli	81
		Ankara	80
DSÖ Standardı	**125**	DSÖ Standardı	**70**

4.2 Su

Gelişmiş ülkelerde günlük su tüketimi kişi başına 200 litredir. Ülkemizdeki ortalama daha düşüktür, son yıllarda büyük kent ve turistik yörelerde bu rakama ulaşmaktadır. DSİ ve İller Bankası planlamaları bu değeri esas almaktadır. Ülkemizdeki yağış miktarı dünya ortalamasının altındadır.[4] 1982-1986 döneminde yapılan bakteriyolojik ve kimyasal içme suyu analizleri % 20 azalmış (103.680'den 82.616'ya), dönem boyunca incelenen örneklerin % 30 kadarı tatminkâr bulunmamıştır.[5] İçme sularımızın kirlilik ve sağlığa olumsuz etkileri konusunda yeterli istatistik bilgi yoktur.[7] Kent nüfusunun – farklı çalışmalara göre – %86[7] ilâ 97'si[7] şebeke suyundan yararlanmaktadır, kırsal kesimde şebeke suyu kullanımı halâ çok

sınırlıdır. [5] Çoğu yerde su halk tarafından doğrudan kuyu, çay ya da dereden çekildiğinden klorlanmamaktadır. Belediye ve köy yönetimlerinin sağlıklı su sağlama ve denetleme görevlerini yeterince yaptıklarını söyleme olanağı bugün için yoktur.[7]

4.3 Gıda

Türkiye'de sudan sonra çevre ile ilgili ikinci büyük sorun gıda temizliğidir. Sağlık kurumlan dahil birçok kamu kuruluşunda, halka örnek olacak şekilde yeterli temizlik standartları tesis edilememiştir.[5]

Gıda kontrolü, laboratuvar ve saha denetimi**nde 18 (on sekiz) farklı meslek grubu çalışmaktadır**:

- Kimya mühendisi,
- ziraat mühendisi,
- gıda mühendisi,
- veteriner hekim,
- eczacı,
- tabip,
- tıbbi teknolog,
- gıda teknikeri,
- kimyager,
- mikrobiyolog,
- biyolog,
- veteriner sağlık teknisyeni, s
- sağlık yüksekokulu mezunu,
- kimya sanat okulu kökenli laborant,
- tamamlama programı mezunu laborant,
- çevre sağlığı teknisyeni,
- beşeri ve veteriner sağlık memuru,
- çevre mühendisi. [7]

Gıda işletmelerinde - *hammaddede* böcek öldürücü ilaç, veterinerlik ilaçları, hormon, anabolizan, yem ve gübre bulaşması,
depolamada haşere, parazit, mikrobiyolojik bozulmaya bağlı toksin oluşumu,
mamul üretiminde katkı, yardımcı madde, türev kalıntısı,
paketlenmiş gıdada ambalaj maddesi ve katkıların yer değiştirmesi, yanlış ve eksik etiket beyanı,
toplu tüketimde gıda hazırlamada sağlık bilgisi eksikliği, serviste sağlık koşulları- na özen göstermeme başlıca sorunlardır. [7]

Standartlar Enstitüsü ve Tarım Bakanlığına bağlı laboratuvarlar dışında yöntem standardizasyonu yoktur. [7]

Gıda davalarının *ceza mahkemeleri*nden *sûlh hukuk mahkemeleri*ne kaydırılması davalarda devlet adına savcıların veya kamu kuruluşları adına davacıların yer al(a)mamasına yol açmıştır. Satıştan ancak bir hafta menedilen şüpheli ürün, dava bu denli kısa sürede tamamlanamadığından tekrar tüketime sunulmaktadır.[7]

Besin güvenliği - **[7 bakanlık]** (Sağlık, Ziraat, Orman, Köyişleri, Sanayi ve Ticaret, Maliye ve Gümrük, Adalet, İçişleri)
- **[2337]** belediye,
- **TSE**,
- **Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı'**nın sorumluluğundadır.[7]

Bütün bu kuruluşların kendi laboratuvar, bina, ekipman ve personeli vardır. Kaynak israfi çok büyük boyutlarda olmalıdır. [5]

4.4 Atıklar

16. TABLO: Evsel Katı Atıklar[5]

	Kanalizasyon	Septik çukur	Helâ çukuru
Kent	<%80	% 15	% 2
Kır	%15	%72	% 13

Uygulamaların bilimsel yöntemlerle izleme ve değerlendirmesi yapılamamakta, planlama için bilimsel veriler bulunmamaktadır, katı atık yönetimi kurumlaşmamıştır. İmar yönetmeliklerinde ve nâzım plânlarda bertaraf alanları ve transfer istasyonları yer almamaktadır. [5]

6. KUTU

İSTANBUL'UN DIŞKIYLA KİRLENMESİ

İstanbul'un şimdiki nüfusu (**1990**) yaklaşık 6.100.000'dir. **Bir insanın çıkardığı günlük dışkı miktarı** ortalama 200g kabul edilirse İstanbul'u pisleten **günlük dışkı miktarı 1.220*ton; yani 1970'tekinin iki** katıdır. DiE verilerine göre İstanbul'da binaların **%16'sında kanalizasyon, %21,6'sında fosseptik** vardır; %1,58'inde ise pis su tesisatı yoktur. **Buna göre İstanbul denizlerine her gün ≈1.000 ton*** dışkı karışmaktadır

Dışkı İstanbul'da çeşitli şekillerde yayılmakta, denizi, **toprağı, yeraltı sularını, meyve ve sebzeleri,** barınakları... kirletmektedir. **Bulaşma araçları olarak dışkıyla pislenmiş su, toprak, eller ve tırnaklar,** sebzeler, meyveler, kaplar, çamaşırlar, **helalar, hela muslukları, tuvalet kağıdı, kapı tokmakları,** ayakkabılar, karasinekler... devreye girmektedir... **Patlayan kanalların pis suları etrafı kirletmekte,** buralarda çocuklar oynayabilmektedir. **Vidanjörlerin boşaltıldığı bazı yerlerde dışkı yağmur sularıyla** etrafa yayılabilmektedir.

Ekrem Kadri Unat

*:Bu miktar **1995**'te 8.781.982 x 200g. = **1.756 ton** olmuştur.

Endüstriyel Katı Atıklar

Endüstriyel atıkların kontrolü 1986'da başlamıştır. "*Dışarı akan ve atık sular üzerinde yapılan testler sonucunda tatminkâr olmayan sonuçlar elde edilmesine karşın, personele lisans vermeleri için dışarıdan baskı yapılmaktadır. Lisans almak için personele rüşvet ve tehdit gibi yöntemler uygulanmakta ve bunlarla temas hâlindeki personel bu gibi durumlara karşı direnirken, çoğu zaman üstlerinden yeterli destek görmedikleri inancında olabilmektedirler.*"[5]
Endüstriyel atıkların firma ve üretim bazındaki nitelik ve miktarı, nasıl biriktirilip bertaraf edildiği bilinmemektedir. Bertaraf yerlerine ait envanter yoktur. Atıkların toplanması ve uzaklaştırılması sorumsuz ve yetersiz kişilerce yapılmaktadır. Arıtma tesislerinin atık çamurları için alan ve yöntem belirlenmemiştir.

Hastane Atıkları

Hastane atıklarının evsel atıklarla birlikte toplanması insan, hayvan ve çevre sağlığını tehdit etmektedir. [5]

Tehlikeli Atıklar
Tehlikeli atıkların taşınması ile ilgili iç mevzuat yokluğu yasadışı atık trafiğine ve ülke içinde kontrol ve denetim yapılamamasına neden olmaktadır. Bu konudaki olası riskler için sorumluluk ve tazminatlar belirlenmemiştir. Tehlikeli ve nükleer atıkların biyolojik yapıda yol açabileceği bozuklukların boyutu bilinmemektedir. [5]

4.5 Yerleşim Alanları ve Konut

Nüfus artış hızı %2'nin üzerindedir. Kırdan kente hızlı bir göç vardır. Yüksek ekolojik üretkenliği olan alanlar kentsel yapılaşmaya açılmaktadır. [7]
Altyapısız ve imarsız yerleşim vardır.[7] Konut alanları hava akımına imkân veren, güneş ışığı alabilen, doğal afetlere karşı risksiz alanlarda planlanmalıdır. Sağlık koşullarına uygun olmayan yapılarda bulaşıcı hastalıklar, psikolojik bozukluklar, ev kazaları daha kolay oluşmaktadır.[16] Konutlar ve yakın çevreleri yaşlı, çocuk ve özürlülerin kullanımını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmemiştir.[7]
Gayri sıhhî kuruluşların ruhsatlandırılmasında ölçütler belirsizdir, yetki ve sorumluluk kargaşası bulunmaktadır.[7] Ağır sanayi kuruluşları ya da 1. sınıf gayri sıhhî kuruluşlar yerleşim alanları yakınında bazen de belediye hudutları içinde kalmaktadır. Belediyeler bu kurumları ekonomik kaynak olarak görmektedirler.[7]
Kentleşmeyi denetleyecek yetişmiş eleman yoktur. 4 yıllık "*Kent Denetçisi Kolejleri*" kurulmalı ve belediye zabıtasının yerini almalıdır.[7]
Kanalizasyon sorununu halleden kentlerimizin oranı %4,2 (dört onda iki)'dir. Bu durum sindirim yoluyla bulaşan salgın hastalıkları kolaylaştırıcı bir etkendir.[7]
Halledilmemiş ulaşım sorununun yol açtığı zaman kaybı ve gürültü de büyük kentlerimizdeki önemli sorunlardandır. Otopark alanlarının yetersizliği bu sorunları daha da karmaşık hâl'e getirmektedir.

4.6 Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği
ILO ve AT'nun benimsediği, sanayi, tarım ve hizmet sektörlerinde kendi adına çalışanlarla, kol ve fikir çalışanları dahil, bütün aktif nüfusu kapsayan "*çalışanların sağlığı*" deyimi tercih edilmiştir. [4]

Çalışanların sağlığından
- **[7] bakanlık** (Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Enerji ve Tabii Kaynaklar, Sanayi ve Ticaret, Bayındırlık, Milli Savunma, Millî Eğitim),
- **[118] işçi sendikası** (1994),
- **[54] işveren sendikası** (1994),
- **Atom Enerjisi Kurumu**
- **[56] üniversite** (1995),
- **sosyal güvenlik kurumları** (SSK, Bağ-Kur) ile
- **2337 belediye** (1992) **sorumludur.**[7]

"*Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği*" konusunda *tek bir yasa* çıkarılmalı, demokratik ve katılımcı (çalışan, çalıştıran ve devletin katılımını sağlayan) yöntemlerle yönetilen, malî ve idarî bakımdan özerk bir "*Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği*" *kurumu* oluşturulmalıdır.[7]
Türkiye'de, ölümle sonuçlanan iş kazaları gelişmiş ülkelerden 2,5 ilâ 26 kat daha fazladır.[4] Meslek hastalıklarının sayısı ise beklenilenin çok altındadır. Zira çalışma ortamındaki zararlı etkenleri, alınan önlemleri, denetimleri, çalışanların sağlığı ile ilgili bilgileri (işe giriş muayenesi, periyodik muayene, iş kazaları ve meslek hastalığı bilgileri gibi) elde etmek

mümkün değildir. İş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili tek kaynak SSK istatistik yıllıklarıdır. Sadece sigortalı işçileri kapsayan bu veriler de yetersiz ve eksiktir.[7]
İşyeri hekimlerinin işçi sağlığı konusundaki bilgileri azdır; yaklaşımları tedavi ağırlıklıdır, işe giriş ve periyodik muayeneleri, diğer koruyucu işçi sağlığı görevlerini yeterince yansıtmamaktadırlar. Gerekli teknik ve laboratuvar desteğinden yoksundurlar.[26] İşyeri hijyenisti, iş hemşiresi, iş psikologu, iş sosyologu gibi personel eksiktir.[4] İşyeri hekiminin iş güvencesinin yokluğu işçi-işveren arasında tarafsızlık konumunu zedelemektedir. İşçi sağlığı hizmetleri yeterince bütünleşmemiştir. İşyeri hekimliği ve tedavi birimleri (SSK) arasındaki bağlantı zayıftır. Sevk zinciri işlemleri ve karşılıklı bilgi alışverişi yetersizdir.[4]

7. KUTU

ÇEVRE DUYARLILIĞI

1992'de 74 il sağlık müdürü ile 2.337 belediye başkanına mektup yazılarak, 1930 tarihli *Umumî Hıfzıssıhha Kanunu*'nun güncelleştirilmesi hakkındaki görüş ve önerileri sorulmuştur. Yerine ulaşan 2.381 mektuptan 174*ü cevaplanmış [106 belediye başkanı (%4,5), 68 sağlık müdürü (% 85,1)], en fazla ele alınan konu [belediye başkanlarında (% 38,8) sağlık müdürlerinde (% 26,6) ile] besin sağlığı olmuştur. Alınan cevaplardan bazıları şöyledir:

-"Mevcut kanunla yetiniyoruz!"
-"Bu konudaki her türlü çalışmalarınızı olumlu buluyor ve sizi destekliyoruz!"
-"Değişiklik gerekmemekte, önemli bir değişiklik yaparsanız bize de haber verin!"

Serdar Savaş, Hulki Uz[9]

DİPNOTLAR/KAYNAKLAR

1) **Güvenç B.** *Türk Kimliği Kültür Tarihinin Kaynakları*. Kültür Bakanlığı Ankara, 1993; 277.
2) **Gürpınar T.** *Çevre ve İnsan Dergisi*; 1993; 35 Çevre Genel Müdürlüğü
3) Türkiye Erozyonla Mücadele, Ağaçlandırma ve Doğal Varlıkları Koruma Vakfı'nın aynı adlı broşürü.
4) *I. USK* Savaş BS. *Başlarken, 99-100*
5) *PW;* 186-7, 182-4
6) *Istatistik Yıllığı 1994* Devlet İstatistik Enstitüsü Ankara 1995
7) *II. USK.* 71-4, 90-5, 78, 81, 80
8) **Unat EK** *İstanbul'un Dışkıyla Bulaşan Hastalıklar Sorunu* 1987; 1-2.
9) **Savaş BS, Uz H.** *Umumi Hıfzısıhha Kanunu Hakkında Belediye Başkanlıkları ve Sağlık Müdürlükleri'nin Görüş ve Önerileri Üzerine Bir Araştırma* Sağlık Bakanlığı SPGK tarihsiz; 2, 4, 22-3.

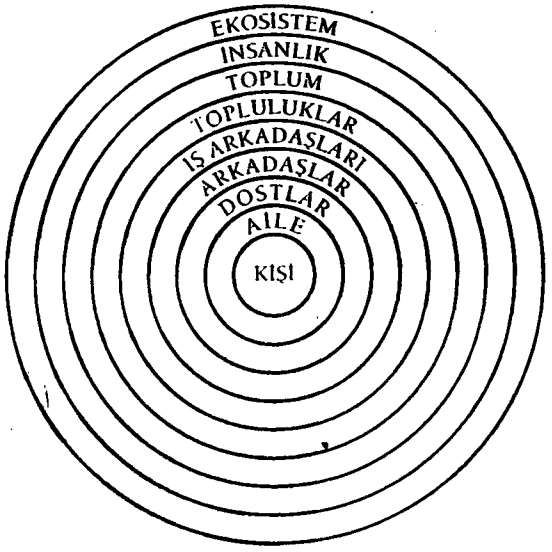
BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIĞIN SOSYO-EKONOMİK, KÜLTÜREL, PSİKOLOJİK YÖNLERİ

Halûk Çağlayaner

"Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil,
bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hâlidir."
Dünya Sağlık Örgütü

10. ŞEKİL: Kişi ve Çevresi



Kişi çevresiyle bir bütün oluşturur. Hastalık yalnızca biyolojik bir süreç değil, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olgudur.[1]
Hastalık, kişi ya da ailenin canlı ve cansız çevre ile ilişkilerindeki bozukluğun sonucu olarak ele alınabilir. Bütün bu etkileşimler zaman boyutunda meydana gelir.

5.1 Sağlığın Sosyal ve Ekonomik Yönleri

- Gelir düzeyi
- Eğitim düzeyi
- İş
- Oturulan evin fiziksel ve çevresel özelikleri
- Toplum tarafından kişiye verilen değer

birlikte kişinin sosyo-ekonomik statüsünü (SES) oluştururlar.[2]
SES, kültürel sistem ve ruhsal yapı ile birlikte kişinin sağlığını ve hastalıklarla başa çıkma yollarını belirler.

SES sağlık düzeyini etkileyen en önemli faktördür. SES ile hastalığa yakalanma ve ölüm düzeyleri arasında ters orantılı bir ilişki bulunur.[3] ABD ve 12 AT ülkesindeki araştırmalara göre, gelir düzeyi ile beklenen yaşam düzeyi doğru orantılıdır.[3] 20. yüzyılın başında Batı toplumlarında bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin azalması antibiyotiklerin kullanıma girmesinden önce, yaşama koşullarının düzelmesiyle ortaya çıkmıştır. Bu hastalıkların artışı da (örneğin ülkemizde sindirim yoluyla bulaşan hastalıkların artışı) kişi, aile, canlı ve cansız çevre arasındaki sorunların bir işaretidir.

Koroner arter hastalığı, kanser ve inme gibi yüksek SES'le bağlantılı olduğu düşünülen hastalıklar dahi alt sosyo-ekonomik sınıflarda daha çok sayıda erken ölüme yol açmaktadır.[4] Perinatal ve neonatal mortalite ile düşük gelir düzeyi, ailenin parçalanmış olması ve eğitim eksikliği arasında güçlü bir bağ saptanmıştır.[4] Bütün dünyada, bulaşıcı hastalıkların, beslenme bozukluklarının, intiharların, kazaların düşük SES gruplarında daha fazla olduğu belirlenmiştir (DSÖ 1986).[4] Meme kanseri, SES-hastalık sıklığı ilişkisinin önemli bir istisnasını oluşturmaktadır; meme kanseri yüksek SES'deki gruplarda daha sık görülür.[3] SES ile sağlık düzeyinin yetersizliği arasındaki ilişki 1) eğitimi daha az olanların daha tehlikeli işlerde çalışmak zorunda kalmalarına, 2) düşük SES'lü çevrenin daha tehlikeli (yeterli ve temiz su, besin, barınma imkânları ve sağlıklı çevrenin bulunmaması, konut ve çevresinin kazaları kolaylaştırması) olması ile açıklanmaktadır.[4] Cinayet, intihar, madde bağımlılığı ve kazaların düşük SES'ye sahip gençlerin toplumla ilgili başlıca sorunları olduğu saptanmıştır.[4]

Kişinin sağlık hizmetine ulaşabilme imkânı da SES ile bağlantılıdır: Sağlık hizmetinden yararlanmayı etkileyen en önemli etkenler kişinin ekonomik gücü, hizmeti kullanma alışkanlığı ve hizmetin sunulduğu yerin kişinin konutuna uzaklığıdır.[1] Meksika'nın kırsal kesiminde yapılan bir araştırma, ulaşım güçlüklerinin halkın hekimlik eğitimi görmemiş kişilerin uyguladığı halk tababetine yönelmesine yol açtığını göstermiştir.[4] Yapılacak çalışmaların ülkemizde de benzer sonuçlar vermesi beklenir; ulaşım sorunu olmayan yerlerde dahi halkımız sağlık eğitimi bulunmayan kimselere yaygın olarak başvurmaktadır.

Kırsal kesimde halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmasını belirleyen etkenlerin inceleyen bir çalışma, sağlık kuruluşuna 5 km'den daha uzakta oturanların hizmeti daha az kullandıklarını, ocak hekimine güvensizliğin de hizmetten yararlanmayı azaltan önemli bir etken olduğunu, hane reislerinin yarıdan fazlasının, "iyi olmayan hekimlerin sağlık ocağına atandığına" inandıklarını ortaya koymuştur.[5]

Kentte yapılan benzer bir çalışma halkın birinci basamak örgütü olarak en çok SSK Dispanserini (%38.2) en az sağlık ocağını (%15.9) seçtiğini, her türlü olanağın sağlanması durumunda araştırmaya katılanların %81.3'ünün özel hekimi tercih edeceği saptanmıştır.[6]

Eğitim eksikliği, bireyleşmenin yetersizliği, problem tanımlama ve aktarmada karşılaşılan iletişim sorunları da sağlık yardımı istemeyi güçleştirmektedir.

Sosyal desteğin varlığı kişiyi hastalanmaktan koruduğu gibi, yokluğu ya da eksikliği de hastalığın oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Kanser, yüksek kan basıncına bağlı inme, koroner arter hastalığı, sindirim sistemi ülserleri, depresyon, alkolizm, erken doğum ve kazaların oluşumunun sosyal desteğin varlığı ya da yokluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır.[4] Kişinin kendini değerli hissetmesi toplumsal streslere karşı sanki bir tampon görevi üstlenmektedir, örnek vermek gerekirse göründüğü kadarıyla kişinin koroner arter hastalığına karşı direncini artırmaktadır.[4] İş güvenliğinin bulunmaması özsaygıyı tehdit edebilir, çalışma arkadaşları ve eşten alman sosyal destek iş stresi tarafından tüketilebilir; bu süreçler fakir ailelerin kırılganlığını artırır.[4] Sosyal destek, yalnızca kişinin akraba ve yakın arkadaşları tarafından değil, aynı zamanda kişinin sosyal ilişkiler ağının bütünü tarafından sağlanır. Bizim gibi tarım toplumundan sanayi toplumuna hızla yönelen ülkelerde bu ilişkiler ağının sürdürülmesinde güçlüklerle karşılaşılabilir, bu durum bir kimlik sorununa (ya da krizine) dönüşebilir. Kimlik **10. Şekil**'de gösterdiğimiz katmanlardan oluşur. Böyle bir kimlik krizi farklı katmanlara dağılması gereken duygusal yatırımların tek bir katmana; -siyasî ya da dinî bir topluluğa-

yönelmesine neden olabilir. Toplum→kişi→toplum eksenindeki bu süreç, toplumsal düzeyde, ancak bireylerdeki büyük tahribatlar pahasına çözülebilir.[7]
Öte yandan, kişi, ilişkiler ağına, kendisini destekleyecek duygusal ve sosyal yatırımı yapmamışsa hastalandığında insanlarla olan etkileşimini sürdürmekte zorlanabilir. Böylece biyolojik rahatsızlığın yol açtığı izolasyon toplum ilişkilerinde de sorun yaratabilir.

5.2 Sağlığın Kültürel ve Psikolojik Yönü

8. KUTU

SAĞLIĞIN DEĞERİ[8]

Sağlığın, kişiler için çok önemli olduğu görüşü yaygındır. Bu görüşte olanlar sık sık Kanuni Sultan Süleyman'ın iki dizeli deyişini aktarırlar:

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi,
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi,"

Bu görüş hasta kişilerin acılarını dindirme ve yaşamlarını sürdürme güdülerinin yanlış yorumlanmasıdır. Kanunî, o koşuğu hasta iken yazmıştır. Sağlam kişilere sağlık eğitimi yapanlar bu yanılgıya düşmemelidir. Toplumbilimcilerin yaptığı araştırmalara göre, kişiler için en önemli şeyler önem sırasına göre,

1) Besin bulma,
2) Barınak bulma,
3) Zevk alma güdüsünün doyurulmasıdır.- Sağlıklı bir kişinin sayılan bu üç şey ile "sağlığının korunması için yapması gereken işler arasında bir tercih yapmak durumunda kalınca, sağlığını korumaya öncelik vermesi olasılığı çok azdır. Aç ve evsiz kalan bir hastanın besin ve barınak bulabilmek için çaba harcaması olmayacak bir davranış değildir. Değil sağlam bir kişi, bir kalp hastası bile sigaranın sağlığa zarar verdiğini bilmesine karşın sigara içme zevkinden vazgeçmeyebilir.

Nusret Fişek

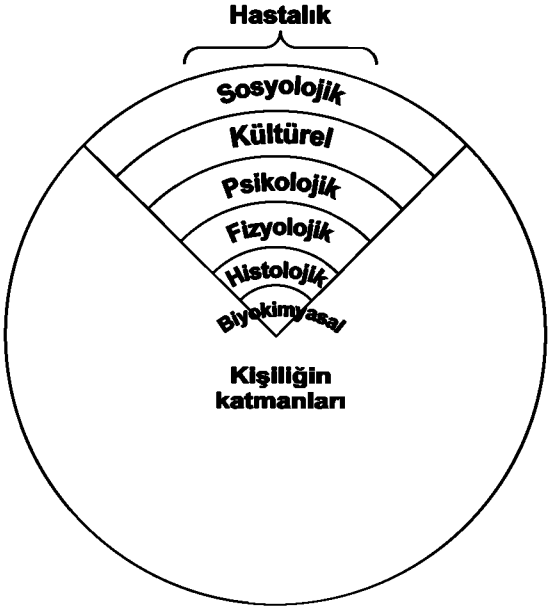
Gelenekler, âdetler, inançlar, değer yargıları, toplumsal kurumlar ve politik sistem kişinin içinde bulunduğu kültürel sistemi oluşturur. Kültürün 164 farklı tanımı yapılmıştır[8]. Wells'e göre "*Kültür, bilerek ya da farkında olmaksızın başka insanlardan öğrendiklerimizdir. Özellikle de, kuşaklar arasında aktarılan bilgi birikimi ve bütünleşmiş davranış örüntüleri* olduğunu söyleyebiliriz".[9]
Engel'in biyopsikososyal modeline göre, hastalık, bir zaman aralığında, farklı düzeyler arasında bulunması gereken uyumun (armoni) bozulması olarak tanımlanabilir **(11. Şekil)**.

5.2.1 Hasta-hekim ilişkisinde kültürün rolü

Tıp, vücudun yapısının ve işleyişinin incelenmesinden elde edilen bilimsel verilere dayanır. Ancak bu verilerin belirli bir toplumda "sağlığı korumak" ya da "iyileştirmek" gibi belirli bir amaçla uygulanması kişilerin değer yargılarını, inançlarını gündeme getirir, konu, böylece bir yönüyle kültür sahasına girer.
Kişi daha hekime başvurmadan muhtemel rahatsızlığı konusunda kendi yorumunu yapmıştır. Hastalığının ne anlama geldiğini, ne şekil alabileceğini, hastalığı konusunda neler yapabileceğini düşünmüştür. Güçlükler, hekimlerin bu konularda uygun olmayan değerlendir-

meleriyle başlar.[4] Bu gibi durumlarda hastalar genellikle gördükleri tıbbî bakımdan tatmin olmazlar, hekimler de çok zaman ve emek harcadıklarını düşünürler.[4]

11. ŞEKİL: Çok Katmanlı Hastalık Analiz Modeli Engel'in (1977) önerdiği biyopsikososyal modele göre çok katmanlı hastalık analiz modeli. Üst katmanlarda katmanlararası etkileşim de daha karmaşık bir hâle gelmektedir.



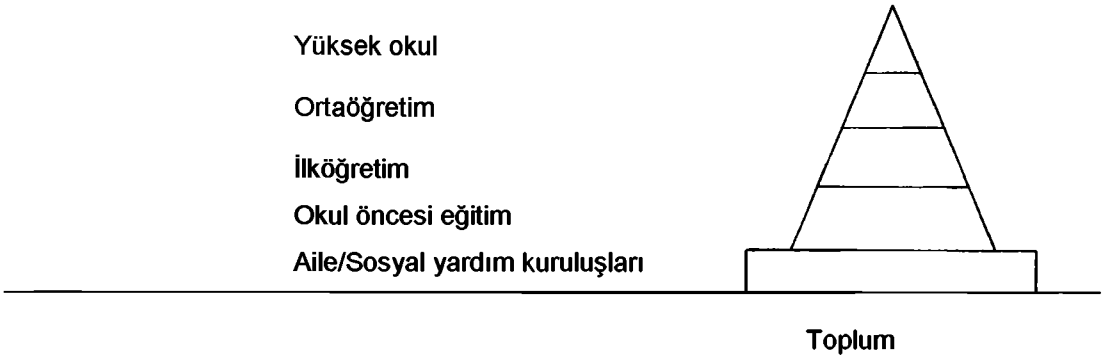
Sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmak ve tedavi girişimlerine uyum sağlamak için ideal olan sağlık hizmeti sunan kişi ile hastanın aynı kültürü paylaşmasıdır. Pratikte yapılması gereken ise tam olarak aynı görüşü paylaşmasalar da hasta ve hekimin birbirlerinin hastalıkla ilgili inançlarını kabul edip saygı göstermeleridir.[4] Bazı hastalar fizyolojik açıklaması olmayan belirtilerden yakınabilirler; muayenede her hangi bir bulgu saptanamaz. Vücut diline dönüştürme dediğimiz bu durumla ülkemizde sık karşılaşılır; kas ağrısı, nefesin sonunu getirememe, bir kalp rahatsızlığı olmaksızın ortaya çıkan çarpıntı gibi.
Çağdaş hekimin klinik yaklaşımında kullandığı hastalık tanımı endüstri devriminin getirdiği değer ve inançlara dayanır.[4] Ancak hastalığın yalnızca fiziksel ya da fizyolojik yönünü ele alan hekimin kendi toplumunun bireylerine yapabileceği yardım dahi sınırlı kalacaktır.

5.2.2 Okul öncesi eğitim, bireyleşme ve sağlık

Aile yapımız büyük ölçüde çekirdek aileye dönüşmüş olmakla birlikte (bkz. **6. Bölüm**) bireyleşme süreci tamamlanamamıştır. Türkiye'de ailelerin önemli bir bölümünde kişilerarası sınırlar belirsizdir. İçice (sembiyotik) bir yaşam söz konusudur. İletişimle ilgili ve diğer problemlerin çözümündeki ilk adım problemi tanımlamaktır. Ülkemizde aile bireylerinin kimlikleri birbiri içinde eridiğinden problemlerin kime ait olduğu belirsizdir, bu nedenle problemlerin tanımlanması da yetersiz kalmaktadır.
Problemlerin tanımlanamaması nüfusun büyük bölümünün eğitiminin yetersiz olması ve eğitim sisteminin yetersiz olması ile de (**7. Bölüm 17. Kutu**) ilgilidir. Bireyler arası sınırların belirlenmesi ve problem tanımlama yetileri ise büyük ölçüde okul öncesi dönemde kazanılabilecek becerilerdir. Okul öncesi eğitim aile içi eğitimin bir parçası ve uzantısı olup bütün diğer eğitimlerin temelidir. Ülkemizde okul öncesi okullaşma oranı çok düşüktür; **17. Tablo**.
Eğitim de sağlık hizmetleri gibi bir piramitle sembolize edilebilir (**12. Şekil**). Eğitimin oturacağı zemin toplum yapısıdır. Eğitim piramidinin kaidesi ailedir. Bunlardan sonra gelen ve en önemli örgün eğitim basamağı okul öncesi eğitimdir.
Okul öncesi eğitim ülkemizde daha çok anne babası çalışan, gün içinde bakacak kimsesi olmayan çocukların yuvaya gönderilmesi şeklinde anlaşılmaktadır. Okul öncesi eğitim kurumlarımızın önemli bir bölümüne de bu anlayış hâkimdir. Oysa okul öncesi eğitim bireyin

toplum içinde ailesinden bağımsız olarak hayatını sürdürmeyi, kendi ihtiyaçlarını karşılamayı ve bağımlılıktan kurtulmayı öğreneceği basamaktır. Bu temel davranış kalıbının edinilmesi ülkemizde ya yaşamın daha ileri yıllarına sarkmakta, ya da hiç tamamlanamamaktadır.

12. ŞEKİL: Eğitimin Basamakları



17. TABLO: Bazı Ülkelerde Okul Öncesi Okullaşma Oranı (1993) [10]

Ülke	Yaş Grubu	%
Almanya	3 - 5	91
Fransa	2 - 5	83
ABD	3 - 5	63
Birleşik Krallık	3 - 4	49
Nijerya	5 - 6	2
Tunus	3 - 5	7
Mısır	4 - 5	6
Türkiye	3 - 6	3,2
Türkiye	5 - 6	7,3

Aile içi birçok sorun bağımlı kişilik özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bağımlı olma, iç içe yaşama ile bağlılık fark kavramlardır. Sağlıklı ilişkiler ancak kişilik sınırları belirgin bireyler arasında gelişebilir.

Ailenin gelişim dönemlerini (bkz. **6. Bölüm**) izleyen aile hekimi psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı, okul öncesi ve okul eğitimcileri, aile terapisti ve psikiyatrist ile işbirliği yaparak sağlıklı bir aile yapısının oluşumuna katkıda bulunabilir.

Öte yandan, bağımsız bireyin gelişimi, kişinin sağlığını korumak için üzerine düşeni yapmasının da önkoşuludur. Sürekli başkalarından bir şeyler bekleyen bağımlı kişi aynı tutumu sağlığı konusunda da sürdürecektir. Sürekli başkalarının sorumluluğunu üzerine alan kişi de bir yandan kendi sağlığını ihmâl ederken öte yandan diğer aile bireylerinin kendi bedenleriyle, sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarının farkına varmalarını engelleyecektir.

5.2.3 Beden dili ve şiddet

Sosyal psikologlar tarafından gerçekleştirilen çok sayıdaki araştırma insanların birbirleriyle yüz yüze kurdukları ilişkilerde sözsüz mesajların etkisinin %90'a ulaştığını ortaya koymuştur, iletişimin %90'ını oluşturan beden dilini doyurucu bir şekilde inceleyen Türkçe kaynaklar bulunmaktadır.[11] Burada çeşitli nedenler sonucunda beden dilinin sözlü iletişimi tamamen devre dışı bırakmasına değineceğiz. Konuyu bütün yönleriyle ele almak kitabımızın boyutlarını aşmaktadır.

Ruhsal sıkıntı doğuran bir olaydan sonra bayılma "büyük histeri" adıyla tanınır ve 19. yüzyılda Avrupa'da oldukça sık görülürdü. Öztürk "Çağdaş Anglo-Amerikan kitaplarında artık pek yer verilmeyen histeri nöbetlerinin ülkemizde sık görülmesi[nin] üzerinde durmak gerekir."[12] demektedir. Bu durum, belki de kişilik sınırlarının belirsiz, sorun tanımlama yeteneğinin zayıf olduğu, bireyleşme sürecinin devam ettiği ülkemizde duygu ve düşüncelerin konuşma yoluyla değil de beden diliyle ifadesine bağlıdır.

Ülkemizde duygu ve düşüncelerin beden diliyle ifadesi konusunda *Aile Araştırma Kurumu*na sunulan rapor da bir fikir verebilir; (**9. Kutu**).

Şiddet kullanımı, özellikle aile üyesi ve yakın çevredeki kadınlara karşı şiddet kullanımı son 20 yıldır dikkati çeken bir konudur.[13] Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre ABD'de her yıl -yaklaşık- 100.000 tecavüz vakası bildirilmekte, 2.000.000'den fazla kadın ağır şekilde dayak yemekte, 1.000'den fazla kadını şimdiki ya da eski erkek arkadaşı öldürmektedir.[13] Tecavüze uğrayan erişkin kadın çoğu kez, bir yabancıdan çok eşi, eski eşi ya da bir yakınının saldırısına uğramaktadır. ABD'de, kadınlarda en sık yaralanma nedeni ev içi şiddettir.[13] Aynı ülkedeki gözlemler, herhangi bir nedenle iç hastalıkları ya da acil kliniğine başvuran kadınların %15-20'sinin ev içi şiddete maruz kaldığını göstermiştir.[13]

9. KUTU

TÜRKİYE'DE AİLE İÇİ ŞİDDET[14]

Erkek	Kadın	Çocuk
-Şiddeti evliliğin doğal uzantısı olarak görüyor	-**%9,7** sorunun çözümü için aktif çaba gösteriyor	Dayak yiyen kadınların **%72**'si çocuklarını dövüyor
-**%37,5**'u çevre ve ailenin şiddeti kışkırtıcı mesajlarından etkileniyor -Şiddet kullananların **%85**'i şiddet kullanmayı sürdürüyor Dayaktan sonra ilişkinin normale dönüşü çoğunlukla kocanın özür dilemesi ile oluyor	-**%21,7** kendini korumasız ve çaresiz hissediyor -**%25,7** durumun düzeleceğini umut ediyor -**%38,7** şiddeti kabul ediyor. -**%56**'sı suskun kalıyor -**%66**'sı üzüntü, kırgınlık yaşıyor	Aileler uyarı ve "eğitim" unsuru olarak çocuğa şiddet uyguluyor

Erkek ve Kadının Şiddetle İlgili Atasözlerini Destekleme Oranı (%)

Erkek	Kadın	Atasözü
13,6	11,6	Erkektir sever de, döver de
27,4	25,1	Dayak cennetten çıkmadır
44,5	39,6	Kadının karnından bebeği, sırtından köteği eksik etmeyeceksin
76,8	79,9	Kızını dövmeyen dizini döver

Ülkemizde bu konuda sayısal veri bulunmamaktadır: **9. Kutu**daki veriler şiddet kullanımının toplumun temeli olan aile içinde belirli bir meşruiyete sahip olduğunu düşündürmektedir.

1992 yılı verileri esas alınarak (nüfus: ABD 255.200.000, Türkiye 58.500.000) ABD nüfusu ile tamamen aynı şart ve özelliklerine sahip ancak nüfusu Türkiye kadar olan bir ülke varsaydığımızda şu sonuçlar elde edilir; yılda 22.000 tecavüz, 460.000 ağır dayak, 230 öldürme. (*Bu değerler hiç bir şekilde hesaplamalar ya da değerlendirmeler için temel alınamaz. Sadece sayısal büyüklük hakkında bir fikir vermek için belirtilmiştir).*

5.2.4 Kişinin kendisini tam olarak gerçekleştirememesinin bir diğer sonucu: Madde bağımlılığı

Madde bağımlılığı da tıpkı şiddet kullanımı gibi ancak aile temelinde ele alındığında bütün boyutları kavranabilecek ve çözüm yollan aranabilecek bir sorundur. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması bütün toplumu kapsayan bir bilgi ağının oluşturulmasını ve

farklı yerleşim birimlerindeki, farklı kültürel özelliklerdeki ailelere ait verilerin toplanarak çözüm stratejilerinin geliştirilmesini mümkün kılacaktır.

Alkol tüketiminin en yüksek olduğu ülke kişi başına yılda 22 litre ile Fransadır. Karaciğer sirozu ABD'de 10. Fransa'da ise 4. sıradaki ölüm nedenidir.[15] Batı dünyasında erkeklerin %10'unda, kadınların ise %3 ilâ 5'inde alkolle ilgili günlük yaşamı aksatan sürekli sorunlar (alkolizm) bulunduğu hesaplanmıştır.[16] ABD'de alkoliklerin yalnızca %5'ten daha küçük bir bölümü evsizlerdendir.[16]

Türkiye nüfusunun (1988) %43,6'sı (erkeklerde % 62,8, kadınlarda % 24,3) sigara içmektedir[17]. Hekimler arasında erkeklerin %55, kadınların %40'ının sigara içtiği ortaya konmuştur[17]. Öğretmenler arasında yapılan yerel bir araştırmada sigara içme oranı %77 bulunmuştur[17]. Sigaraya başlama yaşı ortalama 11'dir.[17] Gelişmiş ülkelerdekinin aksine Türkiye'de sigara içme oranı artmaktadır. Batıda sigarayı bırakanlar nedeni ile yılda 2 milyon müşterisini kaybeden çok uluslu sigara endüstrisi yeni pazarlarını aralarında Türkiye'nin de bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde yaratmaktadırlar.[18]

10. KUTU

NİKOTİN BAĞIMLILIĞI[19]

ABD'de erişkinlerdeki sigara içme oranı %52'den (1965) %28'e (1990) düştüğü hâlde, sigara içmek **en önemli önlenebilir ölüm nedenidir: Her 6 ölümden biri** (390.000 ölüm/yıl) sigara içme ile ilgilidir.

ABD'de	kalp damar hastalıklarına bağlı	≈ 500.000 ölümün ≈ %20'si
"	beyin damar "	≈150.000 ölümün ≈ %18'i
"	akciğer kanserine "	≈143.000 ölümün ≈ %85'i
"	solunum yetersizliğine	≈ 70.000 ölümün ≈ %82'si sigara ile ilgilidir.
Sigara içmek,	gırtlak, ağız boşluğu, yemek borusu ve mesane kanserine yol açar.	
Sigara içmek,	böbrek, pankreas, mide, rahim ağzı kanserleri ile bir çeşit kan kanserinin (miyelositer lösemi) gelişimine katkıda bulunur.	

Harrison's Principles of Internal Medicine 1994

Alkol ve uyuşturucu konusunda İçişleri Bakanlığı ve AMATEM'in (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) sınırlı verileri dışında, Türkiye'de mevcut durumu gösterir bilgi yoktur. Bu kurumların verdikleri bilgilere ve gözlemlere göre risk altındaki grup ergenlik ve üniversite çağı gençliğidir. Risk altındaki başlıca yerleşim bölgeleri ise İstanbul, Diyarbakır, İzmir gibi metropollerdir.[18]

Elimizdeki veriler diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki alkol kullanımı oranının düşük olduğu izlenimi edinilmektedir. DİE verilerine göre alkol üretiminin %75'ini bira oluşturmaktadır. Alkol için risk grubu üniversite çağı ve çalışma yaşamı başlangıcıdır.[18] Son yıllarda hızla yayılan tiner ve yapıştırıcı koklama da, haklarında hiç bir sayısal veriye sahip olmadığımız diğer zararlı alışkanlıklardır.

5.2.5 Farkındalık düzeyinin sağlığı korumadaki rolü

Sağlığın kültürel boyutlarından biri de farkındalık düzeyidir. Kişinin kendi bedeni ve çevresini ne ölçüde algıladığı sağlığın korunmasında kritik bir önem taşır. Bedeni hakkında asgarî bilgilere sahip olmayan kişi sağlığını izleyemez. Kişinin yalnızca idrar ve dışkısına bakması ve kokusuna dikkat etmesi önemli ipuçları verecektir, idrarın çay rengi olması, dışkının katran gibi siyah, ya da beyaza yakın açık renk olması, kötü kokulu olması v.d. gibi.

Vücut ağırlığının belirli aralıklarla ölçülmesi ve kaydedilmesi de sağlığı izleme yönünden önemlidir.
Kişinin bir sağlık dosyasına sahip olması, kendisi ve ailesinin sağlığıyla ilgili bilgileri buraya kaydetmesi, yapılan muayene, laboratuvar araştırmaları ve verilen reçetelerin de burada saklanması muhtemel tanı ve tedavileri kolaylaştıracaktır. Bu dosya aile hekiminin yanı sıra diğer uzmanlara da yardımcı olacaktır. Hekim değiştiğinde ya da bir başka semte/kente taşınıldığında bakımın sürekliliği sağlanacaktır.

5.3 Sağlığın Organizasyonunda Kültürün ve İletişimin Rolü

"Bizde fikri takib yoktur."
Ziyaeddin Fahri Fındıkoğlu[20]

11. KUTU

OCAK HEKİMİNDEN ADRESİ BELİRSİZ MEKTUP[21]

tamam ağabey
senin anabolizan hormonunu
ve de kortizon ampulünü
ve de serumunu tetanoz
altı ay önce aşıladığım
her bir yanı ağlayan
teyzeye
yapalım

tamam ağabey
"gelirsen alırsın ayağının altına"
gelirsen
"kulaklarımdan çivilersin"
gelirsen
"fena yaparsın"

tamam ağabey
sen büyük hastanenin
kent hastanesinin
büyük doktorusun
ama ağabey
kulun kölen olayım ağabey
ellerinden öpeyim
ağabey
bir yılda gönderdiğim
otuz dokuz "F019"dan
birini cevaplandır "hayrına"

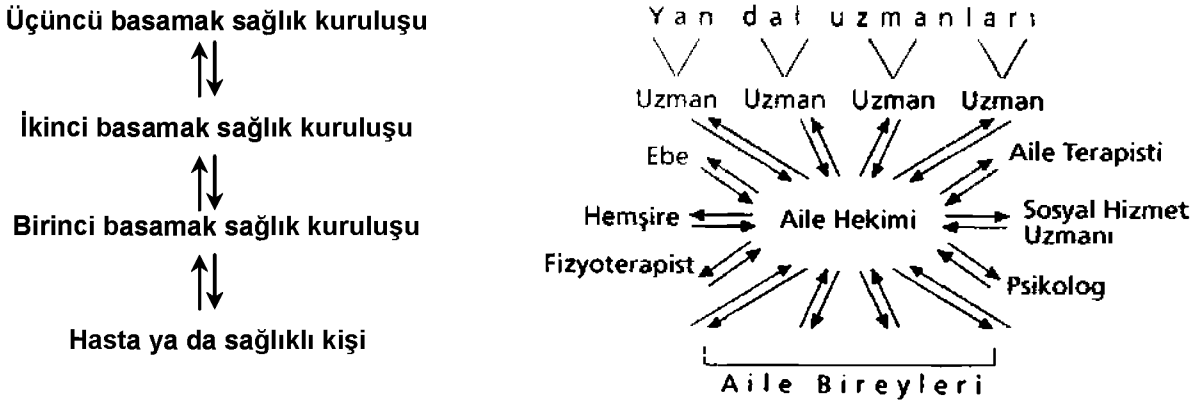
Dr. Çağatay Güler Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Kasım 1994

F019: Hastaneye sevk formu.

Trafik sinyalizasyonu bir sistemdir. Yaya ve sürücülerin çoğunluğu sistemin kurallarına uymadığı takdirde bu sistemin işlemesi beklenemez.
Eğitimde kredili ders geçme yöntemi bir sistemdir. Gerekli mekân ve personel altyapısı yoksa bu sistemin de işlemesi beklenemez.
Birinci basamak sağlık hizmeti de bir sistemdir, bu konudaki eksiklikler, olanaklar ve çözüm yolları bu kitabın diğer bölümlerinde ele alınmıştır. Birinci basamak, şüphesiz, sağlık hizmetlerinin bütününden ve bütünündeki organizasyon sorunlarından (**12. Bölüm; 31. Tablo**) ayrılamaz. Ancak her şey makro düzeydeki bu kararlardan ibaret değildir ve birinci basamak hekiminin önüne koyması ve çözümü için çaba göstermesi gereken daha "mütevazı" problemler de bulunmaktadır. İletişim sorunu bunlardan biridir. Birinci basamak sağlık

hizmeti toplumun bireyleri ve ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmeti verenler ile iletişim içinde var olabilir. Bu deyiş pek beylik gözükmekle birlikte bu iletişimin yokluğu diğer organizasyon kusurları ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkemizdeki etkisizliğinin de başlıca nedenlerinden biridir.

13. ŞEKİL: Sağlık Hizmetlerinde Biçimsel ve İşlevsel İletişim



A) Biçimsel iletişim (sevk zinciri)

Hedef: Sağlık hizmeti basamaklarının atlanmasını önlemek.

B) İşlevsel iletişim

Hedef: Ailenin bedensel, ruhsal ve sosyal tam iyiliğin sürdürülmesi için işbirliğini sağlamak.

İletişim sorunu eski sağlık ocakları sisteminde "sevk zinciri" adıyla anılır... **11. Kutu**da işaret edildiği gibi sevk zinciri hemen hemen hiç işlemez. Çok sayıda kişi ve kuruluşun işbirliğini gerektiren bir iletişim sisteminde, sisteme katılanlanların tümünün işleyişinin gereğine inanması ve yararını görmesi gereklidir. Sistem işlemediğine göre, oluşturan kişilerin (sağlık hizmeti almak isteyenler, birinci basamak hekimi, ikinci ve üçüncü basamak hekimleri) bir bölümü (belki de hepsi) ya sistemin gereğine inanmamakta ya da yararını görmemektedirler. Yakınlarına ayrıcalık sağlayarak birinci basamağı atlayıp "*hastanede bakılmayı*" sağlayan nüfuzlu kişi hemen akla gelecek ve bazıları için sistemin işlemeyiş nedenini açıklamakta yeterli görünecek bir unsurdur. Ancak insanların "nüfuzlu kişi"den böyle bir talepte bulunmaları da sistemde bir tıkanıklık bulunduğunun göstergesidir. Birinci basamak sağlık hizmetinin gerekliliğini öğrenmiş ve yararını günlük hayatlarında yaşayarak görmüş kişiler böyle bir talepte bulunmazlardı. Öte yandan şimdiki sevk zincirinin çalıştırılması da yararlı bir iletişimin varlığını göstermeyecektir. Zira bu biçimsel iletişimin hedefi sağlık hizmeti basamaklarının atlanmasını önlemekle sınırlıdır. İletişim önünde sonunda insanlar arasında olacaktır. Bu konuda merkezî otoritenin "gereken herşeyi hemen yapması"nı beklemekten ziyâde birinci, ikinci ve üçüncü basamak hekimlerini bünyesinde barındıran kuruluşların yapacağı çalışmalar atılacak ilk adım olabilir.

12. KUTU

ŞİFAHİLİK İLLETİMİZ[22]

Feodal/ümmet toplumunda yazıp çizmek halka değil ulemaya aittir. Üstelik bu yalnız 'Şarka, mahsus sayılamaz; çünkü [Batıda da] okuma yazmanın 'gündelikleşmesi', sanayi devriminden sonra gerçekleşiyor; yani feodal/ümmet toplumu, yerini burjuva/millet topluma bırakınca! Bizde de

öyle olması doğal sayılmamalı mı? Okuma gündelikleşmesi, milletin 'şifahîlikten' kurtulması için, sanayi devrimini başaracaksın!
Orada bir engelle karşılaşmışız ki, önemi küçümsenemez! Gelişmiş ülkeler o geçiş aşamasındayken, en güçlü iletişim aracı olarak, ellerinde kitap ve gazete var, ikisi de yazılı; oysa bizim gibi 'geçiş aşamasına' biraz tehirli gelenler, radyo, teyp, televizyon, video gibi daha müthiş media'lara sahip oluyorlar; bunlar, yapıları gereği, 'şifahî'; Mac Luhan'ın deyimiyle, alfabenin dışında! Ne dersiniz, milletçe okuma yazmayı pek ciddiye almayışımızda, bunun da etkisi olmasın? Çünkü kitabı pahalı bulanlar, bakıyorsun renkli televizyonu, videoyu sırtlamış, evine götürüyor.

Atilla İlhan

5.4 Ailenin Sağlığa ve Hastalığa Etkisi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun en küçük yapı taşı olan aileyi ele aldığı ölçüde etkili olabilir.

Aile ve sağlık ilişkisi konusundaki bilgi birikimi hızla çoğalmaktadır. Ancak geçmişi on-yirmi yılı aşmayan bu alanda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

ABD'de antihipertansif tedaviye uyumun unsurlarını inceleyen bir resmî rehber ilacı her gün almak, uygun kiloyu korumak, alınan tuz miktarını azaltmak, egzersizi arttırmak, alkol tüketimini azaltmak gibi davranış değişikliklerinin tümünde aile desteğinin önemini vurgulamaktadır.[23] ABD'deki başlıca ölüm nedeni olan koroner arter hastalığının önlenmesine yönelik sağlık davranışlarını (diyet, sigara ve egzersiz) ailenin güçlü bir şekilde etkilediği saptanmıştır.[23] Kalp damar hastalıkları ile ilgili risk faktörlerinin bir ailenin bireylerinde yoğunlaştığını gösteren[23] bir çok çalışma yapılmıştır. Framingham çalışması, *kan basıncı, kan kolesterol, trigliserid düzeyleri, açlık kan şekeri, sigara içme, akciğer kapasitesi* değişkenlerinde eşler arasındaki konkordansın beklenenin üzerinde olduğunu göstermiştir.[23]

Aile bireyleri birbirlerinin yaşam biçimlerini ve sağlık alışkanlıklarını etkilerler. Ana babası, büyük kardeşi sigara içen çocuğun sigara içme olasılığının 5 kez daha yüksektir.[23]

Aileler genellikle **aynı beslenme şeklini uygular,**
aynı miktarda tuz,
kalori,
kolesterol ve doymuş yağ alırlar.[23]

Vücut ölçülerini koruma ve egzersiz yapma genellikle aile tarafından benimsenen bir değerdir. Ana-babanın egzersiz alışkanlıkları, tutumları çocuklarını yakından etkiler.[23]

5.4.1 Eş seçimi

Aynı özellikleri ve davranışları taşıyan biri ile evlenme "*uygun eş seçimi (assortative mating)*" adı ile anılır; sigara içen sigara içenle evlenme eğilimindedir.[23] Eşler gün içinde aynı sayıda sigara içme eğilimindedirler.[23] Şişman erkekler, şişman kadınlarla evlenmek eğilimindedirler, eşler birbirlerini diyet ve egzersiz alışkanlıklarına göre seçebilirler.[23]

5.4.2 Sağlıkla ilgili tutumlarda ailenin rolü

Diğer aile bireyleri tarafından paylaşılan bir kardiyovasküler risk faktörünü değiştirmek daha zordur. Ailede sigara içen başka kimse yoksa sigaranın bırakılması daha kolaydır.[23] Eşin desteklediği egzersiz programlarındaki başarı oranının iki kez daha yüksek olduğu saptanmıştır.[23] Eşin desteklediği sigarayı bırakma programları daha başarılı sonuç vermiştir.[23]

Yeme davranışı bir çok ailede iç ortamın dengesini koruyan önemli bir işlev taşır.[23] Bugünkü toplumda yeme içmenin işlevi beslenmenin çok ötesindedir.[24] Yeme alışkanlıklarını inceleyen bir çalışma, ailelerin %25'inin besinleri ödüllendirme, %10'unun ise cezalandırma amacıyla kullandığını göstermiştir.[23] Ailenin çocuğu yemeye özendirmesi ile çocuk şişmanlığı ilişkilidir.[23]

Stuart ve Davis (1972) eşleri şişman olan erkeklerin %91'inin eşlerinin zayıflamasını istediğini, %49'unun bu konuda eşlerine yardım edebileceğini söylediğini %53'ünün ise eşinin zayıflamasının evliliklerini olumsuz etkileyebileceğini düşündüğünü ortaya koymuştur.[23] Son grupta yer alanlar, birlikte yemek yeme etkinliğinin son bulacağını, evlilik içi çatışmalarda güç yitireceklerini düşünmektedirler. Çalışma kapsamındaki çiftlerin sofra konuşmaları banda kaydedilmiştir. Son gruptaki erkeklerin diyet döneminde, öncesine kıyasla yemekler hakkında 7 kez daha fazla konuştukları, eşlerine 4 kez daha fazla yemek ikram ettikleri, diyet yapan eşlerine yönelttikleri eleştirilerin övgülerinin 12 katı olduğu saptanmıştır.[23]
Eşin zayıflama programını desteklemesi başarıyı anlamlı ölçüde artırmaktadır. Eşin katkısı kilo verme ile sınırlı kalmamakta, uygun kilonun korunmasına da yardımcı olmaktadır.[23]

5.4.3 Sosyal destek kaynağı olarak aile

Ailenin en önemli sosyal destek kaynağı olduğu saptanmıştır.[23] Yukarıda **5.1.**'de ayrıntılı olarak gösterildiği gibi, sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisi büyüktür. Sosyal desteğin (evlilik durumu, çocuk sayısı) gibi yapısal bileşenlerinin sağlık üzerinde doğrudan etkili olduğu, fonksiyonel ya da algılanan sosyal desteğin ise (örneğin ilişkilerin niteliği) stresleri tamponlayarak dolaylı bir etki gösterdiği belirlenmiştir.[23]
Mortalite (ölümlülük) somut ve nesnel özelliğiyle en önemli sağlık ölçütlerinin başında yer alır. 9 yıl boyunca 6.000 erişkini izleyen bir araştırma toplumsal ilişkiler ağının SES, önceki sağlık durumu ve sağlık uygulamalarından bağımsız olarak mortaliteyi etkilediğini ortaya koymuştur. Toplumsal açıdan en yalıtılmış grubun mortalitesi, en az yalıtılmış grubun mortalitesinin iki katı idi.[23] İsveç'te 17.433 kişiyi 6 yıl boyunca izleyen bir çalışmada en yalıtılmış gruptaki mortalite, en yoğun ilişkilere sahip olanların üç katı idi.[23] Yaşlıları kapsayan diğer iki çalışmaya göre, sosyal desteği zayıflamış olanlarda mortalite iyi desteğe sahip olanların iki-üç katı idi.[23] Bu çalışmalarda, gençlerin aksine, mortalite ile evlilik durumu arasında ilişki bulunmamıştır; hayatta kalmanın en güçlü göstergesi yaşayan çocukların varlığı ve sayısı idi. Bulgular, ileri yaşlarda erişkin çocukların en önemli sosyal destek kaynağı haline geldiklerini düşündürmektedir.

5.4.5 Hastalığa yatkınlıkta ailenin etkisi

Stresin hastalıklara yol açtığı herkes tarafından kabul edilmekle birlikte bu etkinin kanıtlanması güçtür.[23] Holmes ve Rahe (1967) konuyu ölçülebilir kılmak için bir "*Yaşam Olayları Skalası*" meydana getirmişlerdir.[25] Çeşitli araştırmalar, son bir yıl içinde, stres puanı en yüksek 10-15 olaya maruz kalan ailelerde hastalıkların ve hastane yatışlarının arttığını ortaya koymuştur. Eşin ölümü en yüksek stres puanına sahip yaşam olayıdır. Klasikleşmiş bir izleme çalışmasında, eşin ölümünü izleyen 6 ay içinde dul erkeklerin mortalitesinin genel nüfustan %40 daha yüksek olduğu belirlenmiştir.[24] Boşanma sonrasında da ruh ve beden sağlığının zayıfladığını, ölüm oranının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.
"Yaşam Olayları Skalası" son yıllarda listedeki olayların herkes için geçerli olmadığı, puanlamada olayın birey tarafından nasıl algılandığının hiç dikkate alınmadığı, yaşam olayları ile sağlık sorunları arasında ilişki olsa da bunun zayıf bir ilişki olduğu, bu olayların günlük yaşama nasıl etki yaptığının belirlenmediği gibi noktalarda eleştiriye uğramıştır. Yaşam olayları varsayımı "büyük ve etkileyici değişiklikler" fikri üzerine temellendirilmiştir. Ancak çoğu streslerin, kronikleşmiş ve tekrarlayan olaylara bağlı olduğu da bilinmektedir. "Psikolojik stres ne kişinin içinde bulunduğu durumdan, ne de bireyin kendisinden kaynaklanır. Stres, bu ikisinin birbirleriyle etkileşimine bağlıdır. Bireyin belli bir olayı nasıl yorumladığı ve ona nasıl uyum sağladığı ile ilişkilidir."[26] Ölçek ve skalalar kişiler hakkında bir fikir edinmede yardımcı olsalar da klinik gözlem birikiminin yerini tutamazlar. Bu birikimi sağlamada en mükemmel konuma sahip olan kişi de aile hekiminden başkası değildir.

5.5 Birinci Basamak Hekimi ve Aile

Birinci basamak hekiminin başarısı yalnızca biyolojik tıp bilgilerini uygulayabilmesine değil, hizmet verdiği kişileri toplumla karşılıklı etkileşimleri çerçevesinde ele almasına bağlıdır .Bu yaklaşımı savunduğum bölümü İngiliz insanbilimci Wells'in sözleriyle noktalamak istiyorum: "Bütün toplumsal gruplar içinde en önemlisi, insan yaşamındaki çeşitli temel işlevleri karşılaması bakımından, aile birimidir. Söz konusu temel işlevlerden burada yalnızca dördünü sayacağız: 1) Aile, kendisini oluşturan erkek ve kadın arasında işbölümü ve işbirliği, kısacası rol başkalaşımına olanak sağlar; ki bunun da amacı; 2) Çocukların bakım ve yetiştirilmesidir; 3) Kültür birikiminin kuşaktan kuşağa aktarılmasında anahtar rol oynar; 4) Kadın erkek cinsel ilişkilerinde toplum tarafından onaylanan bir birim oluşturur.

Bu türden [evlilik bağına dayanan] bir ailenin kendi kendisini gerçekleştirmesi ve uyumlu bir birim niteliğini kazanması uzun yılları gerektiren bir süreçtir. Öte yandan, ailenin çekirdeği sürekli olarak küçük kalır, ancak çocuklar büyüdükçe aile içinde daha etkili olurlar. Çocuklar kendi ailelerini kurmak üzere evden ayrıldığında, aile parçalanır ve gücünden çok şey kaybeder. Eşlerden birini ya da her ikisinin ölümü üzerine evlilik bağının kopmasıyla, aile birimi de geçerliliğini yitirmiş olur".[9]

Eğer sağlık ve hastalığın yalnızca biyolojik birer fenomen olarak ele alınmalarının eksik bir anlayış olduğu yolundaki görüşümüz doğru ise ailenin Wells tarafından veciz bir şekilde özetlenen işlevlerinin ve gelişiminin daha geniş olarak ele alınması gerekecektir; işte kitabımızın **6. Bölümü** bu konuya hasredilmiştir.

DİPNOTLAR/KAYNAKLAR

1) **Fişek N.** *Halk Sağlığına Giriş* Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü. Ankara 1985; 1, 117-8.
2) **Last JM.** *Social and Behavioral Determinants of Health* Public Healt and Human Ecology'de Appleton and Lange 1987; 212.
3) **Ernster LV.** *The impact of social factors on disease* Harrison's'da 1994; 10-12.
4) **Gray Berg Asp, Culhane-Pera** *Sociocultural Influences on Medicine and Health* Rakel's Family Medicine 1982; 285-8.

5) **Hayran O, Nuhoğlu A, İnan A.** *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler* Toplum ve Hekim Mart 1988; 17-21.
6) **Hayran O, Aksayan, S, Kayhan M, İşler D, Akı B, Tahmaz E.** *Kentsel Bir Bölgede Halkın Sağlık Kuruluşlarını Seçimini Etkileyen Etkenler* Klinik Gelişim 1991/4; 1052-5.
7). Bu konuyu ele alan bir inceleme: **Güleç C.** *Türkiye'de Kültürel Kimlik Krizi.* Verso Yayınları. Ankara. 1992.
8). **Fişek N.** *Sağlık Eğitimi* Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü. Ankara 1988; 14.
9). **Wells. C.** *Sosyal Antropoloji Açısından İnsan ve Dünyası.* Remzi Kitabevi, 3. Baskı. 1994; 43, 86-7.
10) **Doğan T.** *Demokratik Eğitim Projesi.* Cumhuriyet Gazetesi. 25.09.1995.
11). **Baltaş Z**, Baltaş A. *Bedenin Dili Bedenimizin Sessiz Dili.* Remzi Kitabevi, Istanbul 1992.
12). **Öztürk MO.** *Histerik Nevroz* Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda. Ankara 1983; 211.
13). **Komaroff LA, Woo B.** *Women's Health* Harrison's Principles of Internal Medicine'de 1994; 16
14). *Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Zet Nielsen Raporu.* Cumnuriyet Gazetesi. 12.05.95.
15) Velicangil S. *Koruyucu ve Sosyal Tıp* Sermet Matbaası İstanbul 1975; 703.
16). **Schuckil MA.** *Alcohol and Alcoholism* Harrison's Principles of Internal Medicine'de 1994; 2420.
17). *USP*; 43
18) *I. USK* Zararlı Alışkanlıklar Çalışma Grubu Raporu; 131
19) Harrison's Principles of Internal Medicine 1994
20) 1902-1974 Türk sosyolog. Durkheim'cı sosyolojinin izleyicilerindendir.
21) **Güler Ç.** Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Kasım 1994
22) İlhan A. Ulusal Kültür Savaşı Özgür Yayınevi 1973; 139
23) Campbell TL, Treat DF. *The Family Influence on Health* Rakel's Family Medicine'de 1994; 101-4.
24). **Morris D.** *Beslenme* Çıplak Maymun'da. Sander Yayınları İstanbul 1980; 193-203.
25). Bu konuda ayrıntılı bilgi veren Türkçe bir kaynak: *Stres ve Başaçıkma Yolları* **Baltaş A,. Baltaş Z.** İstanbul 1986.
26). **Lazarus RS.** *Küçük Sıkıntılar da Tehlikeli Olabilir* Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım'da Sistem Yayıncılık ve Türk Psikologlar Derneği 1995; 40-1.

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- **Güvenç B.** *Türk Kimliği; Kültür Tarihinin Kaynakları.* Kültür Bakanlığı Ankara 1993, Ülkemiz ve ülkemiz insanı hakkındaki bilgilerini artırmak isteyen herkes için başvuru kaynağı.
- **Türkdoğan O.** *Kültür ve Salık Hastalık Sistemi Doğu'da Bir Kasabanın Tıbbî Sosyoloji Açısından İncelenmesi.* Milli Eğitim Bakanlığı, İstanbul 1991, 178 s. 1964-1965 yıllarında Erzurum'un Ilıca kasabası ve çevresindeki 37 köy üzerinde halk tababeti, modem tıp, doktor, hastane, hasta ve hastalık sistemi karşısındaki tutum, değer yargıları ve inanç sistemlerini inceleyen çalışma. Kaynakça bölümleri bu konu ile ilgili geniş yerli ve yabancı literatürü kapsamaktadır.
- **Öztek Z.** *Halk Dilinde Sağlık Deyişleri Sözlüğü* Türk Dil Kurumu Yayınları Ankara 1992 Düşünceleri, inanışları, değer yargılarını daha iyi anlamak, düşünceleri daha iyi anlatmakta yardımcı sağlıkla ilgili 9.000 halk deyişi.
- **Shorter F.** *Aile* Dünden Bugüne İstanbul Ansiklopedisi I/139-45 Tarih boyunca İstanbul'da ailenin evrimini inceleyen, ilginç veriler içeren bir çalışma.

ALTINCI BÖLÜM

SAĞLIKLI BİREY İÇİN AİLE YAPISI VE AİLE İÇİ İLETİŞİMİN ÖNEMİ

Alev Önder

Giriş

Aile hekimlerinin kişileri yalnızca birer birey olarak değil, üyesi bulundukları aile ile birlikte ele aldıklarında, daha başarılı sonuçlar elde edebilecekleri kabul edilmektedir.[1] O halde, aile hekimlerinin, ailenin yapısı, işleyişi ve ilgili problemler konusunda kapsamlı bilgilerle donatılmış olmaları önemlidir. Bu nedenle, kitabın bu bölümünün aile yapısı ve aile içi iletişim konusuna ayrılmasının anlamlı ve işlevsel olacağı düşünülmüştür.

Ailenin yapısının incelenmesinde ilk adım, aile tiplerini ve işlevlerini gözden geçirmektir. Batı toplumlarında, özellikle endüstri devrimi ve kentleşmeyle birlikte, karı, koca ve evlenmemiş çocuklardan oluşan çekirdek aile tipinin yaygınlaştığı bilinmektedir. Bu toplumlarda endüstrileşmeden önce de çekirdek ailelerin bulunduğu ileri sürülmüştür.[2] Daha çok tarım toplumlarına özgü olan, yakın akrabaları da içinde barındıran geniş (ataerkil) aile tipi, endüstrileşme ile birlikte yaygınlık ve etkisini yitirmeye başlamıştır. Ülkemizde de 1960'lı yıllardan beri hızla gerçekleşen, kırdan kente göç ve endüstrileşme, çekirdek aile tipini yaygınlaştırmıştır. Daha 1970'te, Türkiye'deki ailelerin %60'ı, çekirdek aile idi.[3] Türkiye'de çekirdek aile oranı, kırda ve kentte hızla artmaktadır. Kırsal bölgelerde çekirdek aile oranı %54,4'ten (1983) %**58,1**'e (1988), kentlerde %67,4'ten (1983), %**73,1**'e (1988) yükselmiştir.[4] Bu konuda ilginç olan, birçok geniş ailenin sonradan, baba evinden ayrılmayla çekirdek aileye dönüşmesidir. Geniş ailelerin çoğu, zamanla çekirdek aileye dönüşmektedir, bu değişimde, kırdan kente göçü hızlandıran ekonomik sıkıntılar ve akrabalar arası geçimsizlik etkili olabilir.[3]

Endüstri ülkelerinde ve bizim gibi hızla endüstrileşen ülkelerde en çok rastlanan aile tipini, çekirdek aileyi tanımlamak yerinde olacaktır: Keller'e göre (1974)[5], ideal çekirdek aile; evli kadın, erkek ve bağımlı çocuklardan oluşur, bağımsız bir evde oturur (evin mülkiyetine sahip olmaları gerekmez) ekonomik varlığını erkeğin geliri ile sürdürür, kadının eve ve ev işlerine ağırlık vermesiyle duygusal bütünlüğünü koruyan sosyal birimdir. Zamanına göre modern olan, günümüzde ise oldukça geleneksel kalan bu tanımlamanın işaret ettiği aile yapısı, günümüzün tüm çekirdek ailelerini kapsamaz.

1980'lerde bu tanımın dışında kalan, modern yaşamın etkisiyle oluşan ve sayıca artan diğer aile tiplerinin varlığı kabul edilmiştir. Schlesinger (1979) şu aile tiplerini tanımlamıştır:

a. Karı, koca ve çocuklardan oluşan çekirdek aile.

b. Karı ve kocadan oluşan çocuksuz çiftler.

c. Tek ebeveynli aileler. Eşini ölüm nedeni ile yitiren dullar, boşanmış kadın ya da erkek, terkedilmiş eşler, evlenmemiş anneler gibi...

d. Evlat edinilen çocuklar ve karı kocadan oluşan aileler.

e. Yeniden kurulmuş aileler. İkinci kez evlenen kadın ve erkeklerin oluşturduğu ailelerdir.

Bu tip aileler de kendi içinde çeşitlilik gösterir:

1. Boşanmış erkek, bekar kadın
2. Boşanmış erkek, dul (eşi ölmüş) kadın
3. Boşanmış erkek, boşanmış kadın
4. Bekar erkek, dul kadın
5. Dul erkek, bekar kadın
6. Dul erkek, dul kadın
7. Dul erkek, boşanmış kadın

Yukarıdaki aile tiplerine ek olarak, evliliğe kadın ya da erkek tarafından getirilen önceden doğmuş çocukların varlığına dayanan diğer aile tipleri de vardır.

8. Ortak aileler: Aile grupları, çocuklar ve bazı bekar yetişkinlerin bir arada yaşadığı kalabalık grupların oluşturduğu sosyal birimler.

Elimizde istatistik veriler olmasa da ortak aileler dışındaki tüm aile tiplerinin Türkiye'de görüldüğü söylenebilir. Ülkemizde 1991'de evlenen 865.414 kişiden (428.367 erkek, 347.047 kadın), 16.760'ı (5.694 erkek, 11.066 kadın) boşanmış kişilerle evlenmiştir (DİE, 1991; 14-5). Aynı yıl içinde dul kişilerle evlenenlerin sayısı ise 5.102'dir (897 erkek ve 4205 kadın).

Yukarıda sözü edilen tüm aile tipleri (ortak aileler hariç) temelde çekirdek ailedir. Ancak bireylerin önceki tarihçeleri, aile içi ilişkilerde özel sorunlar yaratabilir; bu nedenle her tip ayrıca ele alınmalıdır. Buradaki amacımızı aşan söz konusu inceleme burada ele alınmayacaktır.

Günümüz Türkiye'sinde eğitim düzeyi yükselen kadınların ev dışında çalışarak gelir elde ettikleri, ev içi etkinliklerle yetinmedikleri görülmektedir. Özellikle okuryazar kadın oranının hızla arttığı izlenebilmektedir: Okuryazar kadınların oranı **1935**'te **%9.81** iken, 1965'te %32.83'e, 1980'de %54.65'e, **1990**'da ise **%71.95**'e ulaşmıştır.[6]

Bu bölümde, ailenin yapısı, gelişimi, işleyişi ve aile içi iletişim incelenirken, ortalama çekirdek aile göz önüne alınmıştır. Bunun en önemli nedeni, istatistiklerin gösterdiği gibi ülkemizde çekirdek aile tipinin yaygınlaşmasıdır. Bir geçiş toplumu olan günümüz Türkiye'sinde ekonomik ve toplumsal koşullar, çekirdek aileye geçişi hızlandırmakta, öte yandan geniş aile değerleri varlıklarını sürdürmektedir. Ne var ki, nesnel koşullar, toplumsal değerler sistemini ister istemez değişikliğe uğratmaktadır: Geniş aileye özgü değerlerin zamanla değişime boyun eğmesi kaçınılmaz görünmektedir. Bu nedenle, çekirdek aile yapısına yol açan nesnel koşullara uygun insan ilişkilerinin ve insan modelinin (bağımsız, duyarlı...) desteklenmesi ile ilgili bilgilere sahip olmak, aile üyelerinden birine ya da tümüne yardımcı olmaya çalışan her meslekten kişiler için anlamlıdır.

6.1 Ailenin İşlevleri

Aile'nin yapısını incelerken üzerinde durulması gereken bir boyut da ailenin işlevleridir. Çünkü ailenin işlevlerini ele almadan yapısını anlayabilmek mümkün değildir.

Ailenin en görünür ve hemen herkesin kabul ettiği işlevi, insan topluluklarının varlığını sürdürebilmesi için çocuk yetiştirilmesidir. Günümüz toplumunun varlığı da, çocuk yetiştiren ve onları sosyalleştiren; toplum içinde yaşamaya hazırlayan aile birimine dayanır. Toplum, çocuğun daha ileri düzeyde sosyalleşmesi için okullar sistemi, gençlik kulüpleri, rehberlik servisleri, yaz kampları gibi kurumları, devlet ya da özel girişimciler aracılığı ile düzenler. Ancak çocuğun topluma kazandırılmasında ailenin yeri halâ çok önemlidir.

Ailenin önemli işlevlerinden biri çiftlerin duygusal ve cinsel ihtiyaçlarını karşılıklı ve legal, yani toplumca onaylanır biçimde giderilmesidir. Uygun biçimde giderilmediğinde toplumda gerginliklere, kargaşaya, şiddete yol açabilen cinsel enerjinin boşalabilmesi için aile sınırlarının mahremiyeti ve güvenliği yüzlerce hatta binlerce yıldan beri gerekli görülmüştür.

Ailenin bir diğer işlevi de, üyelerine her türlü psikolojik desteği veren bir güvenlik ortamı sağlamasıdır. Karmaşık, tehlike ve risklerle dolu dış çevrenin beklentilerine uygun davranabilmenin yolu, insanın zaman zaman sığınabildiği, destek göreceğinden emin olduğu

bir üsse, yani sığınağa sahip olmasından geçer. Bireyin psikolojik sağlığı ile bedensel sağlığı arasındaki yakın ilişki bilindiğine göre, hem bedensel hem de psikolojik sağlığın korunmasında ve sağlanmasında ailenin bütün bir birim olarak ele alınması gerekir.
Ailenin diğer önemli bir işlevi de ekonomiktir. Geçmişte ve günümüzde iki kişinin (kadın ve erkek) emeklerini ve diğer ekonomik kaynaklarını evlenme yoluyla birleştirerek, yaşam standartlarını yükseltmeye çalıştıkları görülmektedir. Aile bir anlamda ekonomik dayanışma birimidir. Ailenin ekonomik işlevi, bireylerin refahının sağlanmasından sorumlu olan toplumsal organların (hükümet, devlet) işini kolaylaştırır. Özellikle son yıllarda ekonomik krizlerden etkilenen gelişmiş ülkelerde, bütçeleri daraltılan sosyal güvenlik sistemleri zayıflarken ailenin adeta "yeniden" keşfi tesadüf değildir. Özetle, ailenin, üyelerinin yaşaması için gerekli asgari koşulları sağlayacak ekonomik olanaklara sahip olması beklenir.

6.2 Ailenin Gelişimi

Günümüz ailesinin yapısının anlamak için, işlevlerinin yanı sıra, gelişimi de incelenmelidir. Burada en yaygın aile tipi, iki ebeveynin de bulunduğu, çocuk yetiştirmeyi amaçlayan ailenin gelişimi ele alınacaktır. ancak Bu, anne-babadan birinin, herhangi bir nedenle ortamda bulunmadığı sosyal birimlerin ye da çocuksuz çiftlerin aile sayılamayacakları anlamına gelmez.[7] **Ailenin gelişimi**, *çiftin tanışmasından başlayarak, geçirdikleri yaşam aşamalarını* tanımlar.[89] Bu aşamaları yakından incelemek, aileyi ve sorunlarını anlamakta yararlı olacaktır.

6.2.1 Flört aşaması

Ailenin gelişiminin, evlenecek çiftin flörtüyle başladığını kabul eden görüşe göre, her iki taraf ilişkiye, kendi değer sistemlerini, kişiliklerini ve duygusal özelliklerini, sevebilmeye, verici olmaya ve paylaşmaya dayalı ilişki kurma yeteneklerini getirirler.[8] Her iki tarafın gereksinimleri vardır; diğer tarafın bu gereksinimleri karşılaması beklenir.

6.2.2 Ailenin yaşam dönemleri

Ailenin yaşam dönemleri, ailenin gelişim aşamaları olarak da adlandırılabilir. Ailenin gelişim aşamaları, Carter ve McGoldrick[10] ile Reichelt'in[11] görüşleri çerçevesinde aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. aşama evli çift haline gelinmesidir. Farklı ailelerde büyümüş, kültürleri, alışkanlıkları farklı olan iki kişinin bir arada yaşamaya başlaması yeni bir durumdur: Bu yeni duruma uymak bir süre alır. Yeni akrabalarla ilişkilerin düzenlenmesi çözülmesi gereken bir problemdir.

2. aşama çocuğun doğmasıdır. Böylece aile içinde kadın ve erkek yeni işlevler kazanırlar. Çocuğun bakımı, yeni işbölümü ve iş yükü getirir. Anne çalışıyorsa yükü iki katına çıkar. Baba rolündeki erkek artık eşinin tek ilgi odağı değildir. Her şey çocuğa göre ayarlanmaya çalışılır. Çocuğun yaşamının ilk yıllarında annesi ile geliştirdiği yakın ilişkinin önemi geleneksel olarak çok vurgulanmıştır. Ancak, artık baba ile çocuk arasındaki ilişkinin de önemli olduğu kabul edilmektedir.

3. aşama çocuğun okul öncesi eğitime başlamasıdır. Birbirinden ayrılmak anneye de çocuğa da zor gelir. Özellikle, çalışan annelerde, çocuğa karşı suçluluk duygusu gelişebilir; bu nedenle çocuk şımartılabilir. O zamana kadar adeta evin yıldızı, kahramanı muamelesi gören çocuk, bu dünyada kendi gibi, hatta kendinden üstün başka yıldızlar ve kahramanlar olduğunu farkedip düş kırıklığı yaşayabilir. Çocuğa çok yatırım yapılan, çocuğun çok sevildiği ülkemiz kültüründe, bazı anne babaların çocuklarının çok zeki, çok özel olduğunu sürekli vurgulayarak, çocuğun da kendisini böyle algılamasına yol açtıkları ileri sürülebilir. Ancak okul öncesi eğitime başlayan çocuk, girdiği yeni ortamda en az kendisi kadar hatta kendinden de yetenekli çocuklarla karşılaştığında, hırçınlaşabilmektedir.

4. aşama çocuğun temel eğitime başlamasıdır. Çocuk, temel eğitime başlamasıyla kendinden beklenen standartların ciddileştiğini, ağırlaştığını fark eder. Okul başarısı hem çocuk, hem de anne-baba için önemli hale gelir. Okuldaki arkadaşlık ilişkileri de önem kazanır.
5. aşama çocuğun ergenlik dönemine erişmesidir. Bu aşama hem genç hem de anne-baba açısından zorluklar taşır. Anne-baba özellikle de anne, çocuğun artık büyüdüğünü kabul etmekte zorlanırlar. Genç ise bedenindeki değişikliklere uyum gösterme ve cinsiyetine uygun davranışlar kazanma konusundaki standartlara uymakta zorlanabilir. Özerklik peşindeki genç anne babası ile çatışabilir.
6. aşama gencin yüksek öğretim kurumu ve meslek seçimi yönünden sorunlar taşır. Bir çok durumda gencin amaçları ile anne-babanın beklentileri çatışabilir.
7. aşama çocuğun evden ayrılmasıdır. Başka bir kente eğitim görmeye gitmesi ya da evlenerek ayrılması anne-babayı tekrar yalnız bırakır. Genç için ise yeni roller ve bu rollerin gereklilikleri güçlükler yaratabilir. Anne babanın gence psikolojik ve ekonomik desteklerini sürdürmeleri gerekebilir.
8. aşama evlenen çocuğun, çocuk sahibi olmasıdır. Anne ve babanın; anneanne, babaanne, dede, ya da büyükbaba rollerinden birini üstlenmeleri gerekir.

6.3 Ailede Stres Kaynakları

Görüldüğü gibi ailenin geçirdiği gelişim aşamalarının her biri, çözülmesi gereken problemleri de beraberinde getirir. Aile üyeleri, bu problemlerle bir şekilde başa çıkmak zorundadırlar. Sözkonusu aşamalardan geçilirken yaşanan bazı olaylar ve sorunlar, önemli stres kaynaklarıdır. Örneğin; eşler arasındaki geçimsizlik, aile içi şiddet, akrabalarla anlaşamama, hastalık, işsizlik, ensest (nikâh düşmeyen yakın akrabalar arasında cinsel ilişki), alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, ekonomik güçlükler, emeklilik, boşanma olasılığı, boşanma ve aile üyelerinden birinin ölümü gibi... Sözkonusu stres kaynaklarının bireyin sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri oldukça eskiden beri bilinmektedir.[12]

6.4 Aile İşleyişinin Temel Unsurları

Ailenin üyelerinin ihtiyaçlarının yeterli bir oranda karşılanabilmesi, ailenin sağlıklı olarak varlığını sürdürebilmesi, sosyal-psikolojik bir birim olarak işlemesine bağlıdır. Bir ailenin işleyişi için gerekli unsurlar şunlardır (Barker, 1984):

6.4.1 Problem çözme:

Aile içindeki problemlerin nasıl ele alındığı, nasıl çözülmeye çalışıldığı, aile üyeleri arasındaki ilişkileri belirler. Problemlerin tanımlanmaları ve dile getirilmeleri yerine örtbas edilmeleri, bastırılmaları sonradan daha çok büyümelerine ve çözümlerinin güçleşmesine yol açabilir. Problemlerin çözülmesinde demokratik, otokratik ya da umursamaz yaklaşımların uygulanması, aile için farklı sonuçlar ve çocuk kişilikleri geliştirebilir. Örneğin problemlerin daha çok otokratik biçimde çözüldüğü aile ortamında, sürekli olarak anne-baba tarafından yönlendirilen adeta güdümlenen, söz hakkı tanınmayan çocukta dıştan denetimli kişilik gelişir.[13]

6.4.2 Kişilerarası iletişim:

Aile ortamında iletişimin yeterli olup olmaması, karşılıklı yani iki yönlü olup olmaması, sözlü ve sözsüz mesajların birlikte kullanılıp kullanılmaması, duyguların ifade edilme derecesi, empatik anlayış, mesajların yeterince açık olup olmaması, doğrudan ya da dolaylı iletişimin tercih edilmesi gibi nitelikler üyeler arasındaki ilişkileri ve ailenin işleyişini belirler.

6.4.3 Roller:

Her sosyal yapıda olduğu gibi ailede de farklı roller vardır: Anne, baba ve çocuk rolleri. Roller bazı ailelerde çok katı, bazılarında ise daha esnektir. Günümüz koşullarında roller açık ve kesin olmalı, ancak esnek te olabilmelidir. Anne ve baba rolleri günümüzde birbirine bazı yönlerden yaklaşmıştır. Ancak anne-baba ve çocuk rolleri birbirine karıştırılmamalıdır. Anne, anne rolünü, çocuk da çocuk rolünü yerine getirmelidir. Anneanne, anne rolünü oynamamalıdır. Çocuk iki arada kalabilir, şımarık davranışlar geliştirebilir. Çok zorunlu kalmadıkça büyük kardeş, küçüğüne anne rolü takınmamalıdır. Özellikle bir abla ya da ağabeyin küçük kardeşe kural koyması, kuralı uygulamaya kalkması, disiplin uygulamaya yeltenmesi, kardeşler arasında ciddi sorunlara yol açabilir. Şımarıklık, tahakküm etme, kıskançlık ve çatışma gibi... Aile üyeleri arasında net ve belirgin sınırlar olmalıdır. Sınırlar tamamen ortadan kalktığında kişiler benliklerini yitirip mutsuz olabilirler. Ailede kadının rolü sadece anne olmak değildir. Kadının, bir yetişkin olarak başka rolleri, kendine özgü zevkleri, kendine ayırdığı zamanı olmalıdır. Kimse bütün benliği ve varlığı ile birisine ait olmamalıdır. Gösterilen fedakarlığın sınırları olmalıdır. Fedakarlık ve omuzlanacak yükler açısından sorumluluk paylaşılmalıdır. Kimse kimsenin uzantısı değildir. Kimse bir başkasının hayatını tamamen kaplayamaz. Sonunda, engellenme, genel mutsuzluk hali ve gerginlikler yaşanabilir. Çocuğun da kendine özgü bir yaşam ve mahremiyet alanı olması gerekir. Örneğin kapısı kapalı ise çocuğun odasına kapısı vurularak girilmelidir. Kendi ihtiyacını kendi görebiliyorsa tuvalete girdiğinde kapısı kapatılır ve rahatsız edilmez. Böylece çocuğun başkalarının özel alanlarına karşı duyarlılık geliştirmesi de sağlanmış olur.

6.4.4 Duygusal davranışlar:

Aile içinde aşk, mutluluk, neşe, korku, kaygı, düşkırıklığı gibi duyguların yoğunluğu, ifade edilmesi ve bu duygularla başa çıkılması, üyeler arasındaki ilişkilerin niteliğini ve üyelerin psikolojik sağlığını belirler.

6.4.5 Duygusal ilgi:

Ailede diğer üyelere ilgi eksikliği, sadece kendi ilgi ve ihtiyaçlarını öne çıkarma, aile içindeki ilişkileri bozabilir.

6.4.6 *Davranış kontrolü:*

Aile ortamında istenmeyen davranışların kontrolü, aile üyeleri arasındaki ilişkilerde önemli rol oynar. İstenmeyen davranışların belirlenmesi, kuralların kararlaştırılması, kurallara uyulmadığında meydana gelecek sonuçlar, ödül, onay, onaylamama, ceza, çevre değişikliği gibi uygulamalar, anne babanın örnek olması gibi konular, davranış kontrolü ile ilgili unsurlardır.

Bir ailenin, tüm üyeleri için doyurucu, güvenli ve sağlıklı bir sosyal yapı olarak varlığını sürdürebilmesi, çocukların sağlıklı bir şekilde gelişmesi ve yetiştirilmesi, buraya kadar değinilen unsurların nasıl işlediğine bağlıdır.

Yukarıda sözü edilen unsurlardan aile içi iletişim, aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Özellikle kentleşme ve endüstrileşmeyle birlikte eğitim düzeyi yükselen, aile dışındaki ekonomik etkinliği ile aile bütçesine katkısı artan, yeni bir statü edinen kadın, erkeğin karşısında eskiden olduğu kadar teslimiyetçi değildir. Diğer yandan, gün geçtikçe karmaşıklaşan toplumsal yapı ve hızla değişen toplumsal değerler nedeniyle çocuk yetiştirmede, geleneksel yöntemlerin el yordamı ile uygulanması yeterli olmaktan çoktan çıkmıştır. Her iş alanında giderek artan ve sertleşen rekabetin yanı sıra, işini kaybetme kaygısını eskiye oranla daha çok hisseden, aile üyelerinin nitelik ve nicelikleri hızla değişen ihtiyaçlarının karşılanmasında, kendini hâlâ birinci derecede sorumlu gören günümüz erkeğinin rolü de hiç kolay değildir, işte tüm bu gelişmeler aile içi iletişimin önemini arttırmaktadır. Aile içi ilişkilerin daha sağlıklı olması, üyeler arasındaki iletişimin kalitesine

bağlıdır; tüm kişilerarası ilişkilerde olduğu gibi aile üyeleri arasındaki ilişkilerin temeli de yüz yüze iletişime dayanmaktadır. Buradan hareketle, kişilerarası iletişim açısından aile üyelerine hangi davranışların kazandırılması gerektiği, üzerinde durulacak önemli bir konudur.

6.5 Aile İçi İletişim

Tüm insan ilişkilerinin kurulmasını ve sürdürülmesini sağlayan araç iletişimdir, denilebilir. Kişilerarası iletişim en az iki kişi arasında sözlü ve sözsüz mesajların aktarılmasıdır. Sözlü mesajlar konuşarak aktarılan duygu, düşünce, denetleme ile ilgili bilgilerdir. Sözsüz mesajlarda ise aynı bilgiler, bedenin bir kaç bölümü ya da bütünü ile aktarılır. Ailedeki önemli iletişim boyutları şunlardır:

6.5.1 İletişim sıklığı

Anne ile babaya da ana-baba ile çocuklar arasındaki iletişimin her şeyden önce ne derece sık ve yoğun olduğu önemlidir. Bu konuda anne ve babanın kişiliklerine bağlı olarak aileden aileye farklılıklar görülür. Bazı ailelerde iletişim yoğundur. Üyeler birbirleri ile sözlü ve sözsüz olarak yani bedensel olarak daha zengin bir şekilde iletişim kurarlar. Birbirlerine yaşantılarını anlatır, bilgi verir, soru sorar, açıklamada bulunur ve birbirlerine dokunup kucaklarlar. Bazı ailelerde ise bu tür iletişim tarzları çok daha az kullanılır. Baba eve gelir gelmez gazetesini açar, tüm aile televizyon karşısında sus pus oturur. Hem anne-baba hem de anne-baba ve çocuklar arasında dokunma, kucaklaşma yolu ile iletişim çok seyrektir. Ailede, üyeler arasındaki ilişkilerin kalitesi, iletişim sıklığına ve zenginliğine bağlıdır. Sık iletişimin olduğu yerde insanlar önemsendiklerini, değer verildiklerini algılarlar, problemler erken farkedilir ve çözülür. İletişimin sık olması kadar olumlu olması da önemlidir kuşkusuz. Sürekli olarak başvurulan eleştiriler, yakınmalar, suçlamalar, bedensel şiddet gibi olumsuz iletişimler, aile üyeleri arasındaki ilişkilerde problem belirtileridir.

6.5.2 Tekyönlü - ikiyönlü iletişim

Ailede gerek eşler, gerekse anne-baba ve çocuk arasındaki iletişim karşılıklı, yani iki yönlü olmalıdır. Eşlerden birinin sürekli anlattığı ya da "direktif" verdiği, diğerinin ise sürekli dinlediği *tek yönlü iletişim ortamı*, dengesiz ve sağlıksız ilişkilere zemin hazırlar. Ayrıca, çocuğun düşünce ve duygularını anne ve babası ile paylaşması, onlara danışması için, anne-babanın çocukla diyalog halinde olması gerekir. İletişim tek yönlü ise, yani anne baba daha çok konuşuyor, eleştiriyor, emir veriyor ve çocuk daha fazla dinliyor ama kendi düşünce, duygu ve yaşantılarını ifade edemiyorsa, çocuk, kendini ifade etme becerisini geliştiremediği gibi onun hakkında gerçek bilgiler de edinilemez. Günümüzde giderek karmaşıklaşan dünyada, birçok yeni durum ve olayla karşılaşan çocuğun merak ettiği her şeyi anne-babasına sorabilmesi, ifade edebilmesi gerekir. Böylece tehlikelerden korunabilir.

Çocukla anne baba arasında kurulması gereken iki yönlü iletişimin önkoşulu bu karşılıklı iletişim için zaman ayrılmasıdır. İletişim bir yandan televizyon seyrederek, gazete okuyarak ya da yemek hazırlayarak değil, çocukla karşılıklı oturarak, onu dinleyerek kurulmalıdır. Çocuk, tıpkı bir yetişkin gibi ciddiye alınmalıdır; ciddiye alındığını hisseden çocuk yaşantılarını, duygu ve düşüncelerini anlatarak, merak ettiklerini soracaktır. Bunu elde edebilmek için tüm aile üyelerinin sadece iletişimde bulunmak üzere bir araya geldikleri ortamlar hazırlanmalı, toplantılar düzenlenmelidir.

Çocuğun kendini ifade etmesi, anlatması için teşvik edici sözler kullanmak gerekir. Örneğin: *"Anlatmak ister misin? Sen ne dersin? Senin düşüncen nedir? Senin ne hissettiğini, ne düşündüğünü merak ediyorum"* gibi sözler çocuğu konuşmaya teşvik edicidir. Anlatması için çocuğu sıkıştırmak, zorlamak, korkutmak ve sorgular gibi "Niçin yaptın? Neden öyle yaptın?" gibi sorular sormak, anlattıkları için çocuğu yargılamak çocuğun içe kapanmasına yol açar.

Bu durumda çocuk iletişimden kaçınır. Kaçamak, doğru olmayan cevaplar verir. Yalan söylemeye alışabilir.

6.5.3 Kendilik saygısını koruyucu iletişim

Her insanın, kendine verdiği değer ve önemle tanımlanan bir kendilik saygısı vardır. İnsanın kendilik saygısı, diğer insanların o kişiye yönelik davranışlarından etkilenebilir. Aile üyeliği gibi sürekli yakın ilişkiler, bazen aşırı oranda teklifsiz ve özensiz olabilir. Örneğin; "Şu Allahın belası kapıyı kapatmanı kaç kere söyleyeceğim?" ifadesi ile "Şu kapıyı kapatır mısın lütfen" ifadesi arasında, karşıdaki kişinin kendilik saygısını etkileme açısından büyük fark vardır. Birinci ifade tarzı, yöneldiği kişi tarafından, çoğunlukla kendilik saygısına bir saldırı olarak algılanır. Bu nedenle, iletişimde özenli olmak gerekir.

6.5.4 Birbiri ile çelişen açık olmayan mesajlar

Kişilerarası iletişimde birbiri ile çelişen mesajlar özellikle aile ortamında belirsizliğe ve güvensizliğe yol açabilir. Birbiri ile çelişen mesajlara aşağıdaki örnekler verilebilir:
Anne ya da baba, çocuğa, onu sevdiğini söylediği hâlde, beden dili ilgisizlik ve soğukluğu yansıtan bir mesaj verebilir. Örneğin çocukla sevgi dolu bedensel temas kurmaz, tam tersine çocuğu kendinden uzak tutan bir davranış gösterebilir. Bu durumda çocuk hangi mesajı dikkate alacağını şaşırır. Bir başka örnekte ise, anne ya da baba sigara içmenin çok kötü ve zararlı olduğunu söyler ama kendisi sigara içer.
Bazen birbirine zıt olan sözel mesajlar çok kısa ara ile verilir. "Seni aslında seviyorum ama adam olasın diye dövüyorum" gibi.
Ayrıca, birbiri ile çelişen, sözel olmayan mesajlar verildiği de olur. Anne-baba çocuğun bir davranışını cezalandırır. Ancak hemen sonrasında acıma duygusu ile çocuğu kucağına alıp avutur.

6.5.5 Çocuklarla konuşurken kullanılan dil

Ailede anne baba ile çocuk arasındaki iletişimde, özellikle ana-babaların dikkat etmeleri gereken bir boyut ta kullandıkları dildir: Çocukla konuşurken onun anlayabileceği düzeyde sözcük ve ifadeler, deyimler kullanılmalı, çocuğun henüz anlayamayacağı soyut kavramlardan kaçınılmalıdır. Örneğin okul öncesi yaştaki bir çocukla konuşurken "mütemadiyen" sözcüğü yerin "hep, her zaman, daima" sözcüklerinden biri kullanılmalıdır. Çocuğa "yaramazlık yapma, uslu çocuk ol, güzel otur" gibi çok genel ve davranış tanımı vermeyen ifadelerle seslenmek daha az etkilidir. En iyisi ona istenen ya da istenmeyen davranış tarif edilmelidir. Örneğin: "Yaramazlık yapma" yerine, "Ortalığı dağıtma, her-şeyi yerlere saçma, kardeşini uyandırma" gibi açık tanımlar verilmelidir.

6.5.6 *Duyguların ifade edilmesi*

Aile içi ilişkiler gibi sürekli ilişkilerde duyguların ve duyguların ifade edilmesinin önemi açıktır. Uzun süreli ilişkilerde zaman zaman yoğun ve çeşitli duygular yaşanır. Kızgınlık, sevgi, düşkırıklığı, umutsuzluk, kıskançlık, sevinç gibi... Önemli olan bu duyguları zamanında ve yerinde ifade etmektir. Her türlü duygu uygun davranışlarla, ama mutlaka ifade edilmelidir. Bir çok erişkin ve çocuk, duygularını gereği gibi ifade edemez ve bu nedenle de kendini engellenmiş hisseder. Engellenme, başkaları tarafından kabul edilebilir tarzda çözümlenmezse, hırçınlığa, öç almaya, saldırganlığa yol açabilir. Bu nedenle, aile üyelerinin sevgi, kızgınlık ve düşkırıklığı gibi duygularını birbirlerine, sözlü ve sözsüz mesajlarla iletmeleri önemlidir. Çocuğa karşı kızgınlık duyan anne-babanın şu şekilde düşünebilmesi gerekir:[8] Çocukların bizi kızdırması kaçınılmaz bir gerçektir. Suçluluk veya utanç duymadan öfke duyabiliriz. Kızgınlık çocuğun kişilik ve karakterine bir saldırı olmayacak şekilde boşaltılabilir.

Öfkenin yatıştırılmasında ilk aşama, onun sözel olarak tanımlanmasıdır. Bu, karşıdaki kişiye aşağıdan alması ya da kendini toparlaması için bir ihtar yerine geçer:
-"Çok canım sıkıldı"
-"Çok rahatsız oldum"
-"Çok kızıyorum"
-"Artık tahammülüm kalmadı" gibi...
Bazen duyguların dile getirilmesi başka açıklamaya gerek kalmadan çocukta istenen değişikliği sağlar. Bazen de açıklama yapmak gerekir. Örneğin: "Ayakkabıları, çorapları yerlerde görünce kızıyorum" ya da "Kardeşini rahatsız ettiğini görünce çok kızıyorum" gibi...

6.5.7 Aile içi iletişimde önyargılar

İnsanların birbirlerini algılarken ve değerlendirirken başvurdukları kalıplaşmış ve genelleşmiş yargılara önyargılar denir. Önyargılar kişinin başkalarından neler bekleyeceğini, başkalarına nasıl davranacağını, nasıl yaklaşacağını belirleyebilir ve sınırlayabilir. "Bütün uzun saçlılar şöyledir', ya da "Falan kentten olanlar işe yaramaz" gibi. Aile ortamındaki önyargılar kadının, erkeğin ve çocuğun (çocukların) kişilik yapıları, rolleri ve değerleri ile ilgilidir. Önyargılar aileden aileye değişiklik gösterebilir. Ancak belirli bir kültürde önyargılar açısından aileler arasında benzerlikler de görülür.

6.5.8 Aile içinde ittifaklar

Tüm sosyal kurumlarda, insanlar arasında görülen ittifaklar, sosyal bir kurum olan ailede, kendine özgü biçimler alabilir. Örneğin; anne ile çocuk arasında babaya karşı bir ittifak kurulabilir. Özellikle sert, hoşgörüsüz, her şeyi eleştiren mükemmelci bir baba ve koruyucu bir anne söz konusu ise, çocuk ile anne arasında bir yakınlaşma oluşur. Ender de olsa tam tersi olabilir; yani baba ile çocuk anneye karşı birleşirler. Ailede ittifaklar çoğunlukla uyumsuzluğa ve sorunlara yol açtığından olumsuzdur.[8] İttifakın karşı olduğu taraf kendini yalnız ve dışlanmış hissedip hırçınlaşabilir, ittifak halinde olanlar arasında ise zamanla sınırlar kaybolur. Durum, özellikle çocuk açısından zordur: Sadakat sorunu ortaya çıkar. Hem anneye hem babaya bağlanması gerekirken, yalnız bir tarafa bağlanması, öbür tarafa karşı biraz suçluluk, biraz da soğukluk hissetmesine yol açar. Bu çocuk için bir kayıptır. Çünkü onun hem annesine hem de babasına bağlanmaya ihtiyacı vardır.
Diğer yandan anne-baba arasında çocuğa karşı ittifak halini almış bir anlaşma da olumsuzdur. Anne-babanın çocuk eğitiminde sözbirliği etmesi, aynı şekilde davranması kuşkusuz gerekir. Ancak adeta çocuğu karşılarına alan bir ittifak kurmaları durumunda, çocuk kendini yalnız ve çaresiz hisseder.
Anne-babanın her ikisinin birden çocuğu kendi tarafına çekmeye çalışması da olumsuzdur. Çocuk yine bir sadakat sorunu yaşar. Suçluluk duyguları hisseder, ana-babaya saygısı azalır. Suçluluk duygusu ise pasif, aşırı alıngan, kendini değersiz hisseden, güvensiz bir kişilik geliştirmesine yol açabilir.
İki çocuklu ailelerde bazen görülen "Küçük benim, büyük senin" ya da "Kız benim oğlan senin", "Anasının kızı" "Babasının oğlu" gibi yakıştırma ve paylaşmalar da olumsuzdur. Her çocuğun daima bir anneye ve babaya sahip olması ve ikisine de bağlılık geliştirmesi gerektiği unutulmamalıdır.

6.5.9 Televizyon ve aile içi iletişim

Ülkemizde, televizyon kanallarının giderek artması ve televizyon seyretmeye ayrılan sürenin uzaması, aile üyeleri arasındaki iletişimin nitelik ve sıklığını bozmaktadır. Televizyon seyretmenin bilinçle ele alınması, çocuklar ve erişkinler tarafından seyredilecek programların önceden ve özenle seçilmesi gerekir. Ev ortamında televizyonun sürekli açık kalması gerekmez. Bir ailenin televizyon dışında zamanı değerlendirme ya da eğlenme yollarını arayıp

bulması gerekir. Ayrıca çocuklarla, seyrettikleri film ve programlardan ne algıladıkları, ne öğrendikleri konusunda iletişimi sürdürmek, yanlış algılamaları ve öğrenmeleri farkedip, tedbir almak açısından önemlidir. En iyisi, mümkün olduğu kadar televizyonu çocukla beraber seyretmektir. Unutulmamalıdır ki "*televizyon çocuk bakıcısı değildir*".

Aile üyelerinin yaşam kalitesini yükseltmenin yolunun, aralarındaki iletişimi gerçekleştirmekten geçtiği görüşü temel alınırsa, onlara bu konuda rehberlik edebilecek uzmanlarla işbirliği içinde bulunacak bir sağlık organizasyonu olarak aile hekimliği gözönüne alınmalıdır. Ayrıca kendilerine başvuran hastaların, özel yaşam koşullarını oluşturan aile içi etmenleri, stres kaynaklarını değerlendirme ve anlama çabası, aile hekimlerinin tedaviye yönelik çalışmalarına önemli katkılarda bulunabilir.

KAYNAKLAR:

1. **Ramsey CN, Lewis JJM.** *Family Structure and Functioning.* In..
2. **Laslet P.** *Household and Family in the Past.* Cambridge University Press, Londra 1972.
3. **Timur S.** *Türkiye'de Aile Yapısı.* HÜNEE Ankara. 1972.
4. **Erel SS.** *Türk Ailesinin Durumu.* I. Aile Şurası Bildirileri. Reyhan Basım Yayın. Ankara. 1990.
5. **Keller S.** *Does the family hava a future?* The Family: It's Structure and Functions'da. Ed. Coser RL 2. Baskı. St. Martin's Press, New York. 1974.
6. DİE, *Türkiye Ekonomisi İstatistik ve Yorumlar.* DİE Matbaası. Ankara 1995; 328.
7. **Schlesinger B.** *Families: Canada.* McGraw-Hill Ryer and Son, Montreal. 1979.
8. **Barker P.** *Basic Family Therapy.* Granada, Londra. 1983.
9. **Duvall EM.** *Marriage and Family Development* 5. Baskı Lippincott. Philadelphia. 1977.
10. **Carter EH, Mc Goldrick M.** *The Family Life Cycle: A framework for family therapy.* Gardner Press, New York. 1980.
11. **Reichelt S.** *En Familieorientert Tilnaerming.* Klinisk Barneepsykologi. Ed. Nielsen G. Universitetslaget. Oslo. 1985.
12. **Holmes TH, Rahe RH.** *The social readjustment rating scale.* J. Psychosom. Res. 1967/II; 213-8.
13. **Cüceloğlu D.** *İçimizdeki Çocuk.* Remzi Kitabevi. İstanbul. 1992.

BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- **Cüceloğlu D.** *İnsan İnsana* Remzi Kitabevi, İstanbul 1995, İnsan ilişkilerinin getirdikleri ve götürdükleri üzerine ufuk açıcı bir kaynak.
- **Cüceloğlu D.** *Yetişkin Çocuklar* Sistem Yayıncılık, İstanbul 1994, Aile Ortamı ve Çocuk Yetiştirme Üzerine.
- **Kağıtçıbaşı Ç.** *İnsan, Aile, Kültür* Remzi Kitabevi, İstanbul 1991, Türkiye'de ailenin sosyalleşmedeki rolü ve diğer ülkelerle karşılaştırılması.
- **Bloch S.** *Psikoterapilere Giriş* Cerrahpaşa Yayın Birliği, İstanbul 1989. Özellikle içerdiği "Evlilik Terapisi, Cinsel Terapi, Aile Terapisi ve Çocuk Psikoterapisi" bölümleri ile birinci basamak hekimlerine yararlı bir kaynak.
- **Aydoğmuş K, Baltaş A, Baltaş Z, Davaslıgil Ü, Güngörmüş, Konuk E, Korkmazlar Ü, Köknel Ö, Navaro L, Oktay A, Razon N, Yavuzer H.** *Ana Baba Okulu* Remzi Kitabevi, İstanbul 1994, Çocukla iletişim konusunu çeşitli açılardan ele alan önemli bir derleme