

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ YAYINLARI
Supplementum No: 2

Gemlik Bölgesinde Sağlık Hizmetlerinin Analizi



PROFESÖRLÜK TAKDİM TEZİ
DR. A. HAMDİ AYTEKİN
1988

Gemlik Bölgesinde Sağlık Hizmetlerinin Analizi

A. Hamdi AYTEKİN*

ÖZET

Gemlik Eğitim Araştırma Bölgesinde (GEAB) 8 yıllık çalışmaların sonuçları, aynı amaç için kurulmuş diğer Eğitim Araştırma Bölgeleri (EAB) ile kıyaslanmış ve sonuçların sağlık hizmeti modeli ile ilişkileri araştırılmıştır. Sonuçta bütün EAB lerin özellikle ana-çocuk sağlığı, bağışıklama ölümlerin önlenilebilir olanlarının azaltılması gibi alanlarda kısa sürede büyük başarılar sağladıkları görülmektedir. Türkiye'de uygulanan yasal mevzuata göre hizmet veren bu bölgelerdeki başarı, örgütlenme içindeki personelin niteliğine, hizmet içi ilişkilere modelin tam uygulanmasına bağlanabilir.

SUMMARY

Analysis of the Health Services in Gemlik Training and Research Area

In this article, the results of eight years activities in Gemlik Training and Research Area (GEAB) are compared with the activities of the other training and research areas attached to medical schools in Turkey. In addition influences of the health services model onto the activities are investigated. It was found that almost in all the training and research areas, health services, especially mother and child health services, immunization and reduction of the preventable deaths have been greatly improved. The success of the health services in all these research and training areas are due to the proper application of rules and regulations related with the health services as well as the quality of health personnel and their good in-service relationships.

GİRİŞ ve AMAÇ

Türkiye'de sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kuruluşundan beri devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Önceleri yasalarla düzenlenen ve siyasi iktidarlarca ana niteliğini değiştirmeden ayrıntılarda farklı biçimlerde verilen bu hizmet, 1961 ve 1982 Anayasalarının hükümleri içinde kamu hizmeti olarak tanımlan-

* Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

miştir¹⁻². Sosyal bir hukuk devleti niteliğinin benimsenmesi, doğal olarak, sağlık hizmetinin de devlet tarafından düzenlenmesi ilkesini getirir.

Sağlık hizmetleri dendiğinde;³

1. Koruyucu önlemler:

- 1.1. Kişiyeye Yönelik
- 1.1.1. Aile Planlaması
- 1.1.2. Kişisel Hijyen
- 1.1.3. Erken Tanı
- 1.1.4. Sağlık Eğitimi
- 1.1.5. Yeterli Beslenme
- 1.1.6. Bağışıklama
- 1.1.7. Kemoprofilaksi
- 1.2. Çevreyeye Yönelik

2. Hasta Tedavisi:

- 2.1. Kendi Kendine Bakım
- 2.2. İlk Basamak Tedavi Hizmeti
- 2.3. İkinci Basamak Tedavi Hizmeti
- 2.4. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmeti

3. Rehabilitasyon

anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde en çok sözü edilen 224 sayılı yasadır. 1961 Anayasasına dayandırılan ve o güne kadarki uygulamalardan farklı olan bu düzenleme ile sağlık hizmetlerine, kavram, kapsam ve örgütlenme açısından büyük değişiklikler getirilmiştir. Bu yasanın getirdiği yenilikler şunlardır⁴:

1. Herkes, her çeşit sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan hizmetin bir kısmına katılmak yoluyla eşit şekilde yararlanacaktır.

2. İlk basamak tedavi hekimliği örgütlenecektir.

3. Kamu sektöründe çalışan hekimler serbest meslek icra edemeyecekler, sözleşme ile çalıştırılacaklardır.

4. Hekim kamu sektöründe görev almak zorunda olmayacaktır.

5. Silahlı Kuvvetlerinki hariç tüm sağlık hizmeti tek elde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında (SSYB) toplanacaktır.

6. Kamu sağlık kuruluşlarından yararlanmak isteyenler (acil durumlar hariç) önce Sağlık Ocaklarına başvuracaklardır.

7. Hastane uzmanları, pratisyen hekimlerin sürekli hizmet içi eğitimini sağlayacaktır.

8. Sağlık kuruluşları ile halk arasındaki ilişkiyi sağlayacak işbirliği kurulları oluşturulacaktır.

9. Sağlık Ocağı düzeyinde koruyucu hekimlik ile ilk basamak tedavi hekimliği integre edilmiş ve bir ekip hizmeti olarak örgütlenmiştir.

10. Hastalara ilaç ve tedavi araçları, bütçenin elverdiği ölçüde parasız verilecektir.

11. Uygulama kademeli biçimde 15 yılda tüm yurdu kapsayacaktır.

Bu konuların bir kısmı uygulama olanağı bulmuş, bir kısmı hiç uygulanamamış (işbirliği kurulları gibi, tek elde toplanma gibi, madde 23.8), bir kısmı daha sonra değiştirilmiştir (Hekim istihdamının koşulları gibi, madde 3 ve 26). 15 yılda

tüm ülkeyi kapsama hükmü, önce 20 yıla çıkarılmış, 1983 yılı başında da tüm ülkede uygulanmasına karar verilmiştir.

Bu yasanın çıkışından günümüze kadar, sağlık hizmetlerinin verilmesi için bazı yasal düzenlemeler yapılmışsa da temel olarak 224 sayılı yasaya dokunulmamıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasanının, 25 yıllık bir sürede Türkiye'nin sağlık sorunlarına nasıl bir etki yaptığının incelenmesi bu çalışmanın kapsamı dışına tutulmuştur.

Bu çalışmanın amacı, bu yasanın güncel şekliyle uygulandığı bir bölgede, sağlık hizmetlerinin analizini yapmaya çalışmaktır.

Adı geçen bölge, benzerleri gibi Tıp Fakülteleri öğrencileriyle, SSBY personelinin eğitim-öğretimini sağlamak amacıyla ve bir protokolle kurulmuştur.

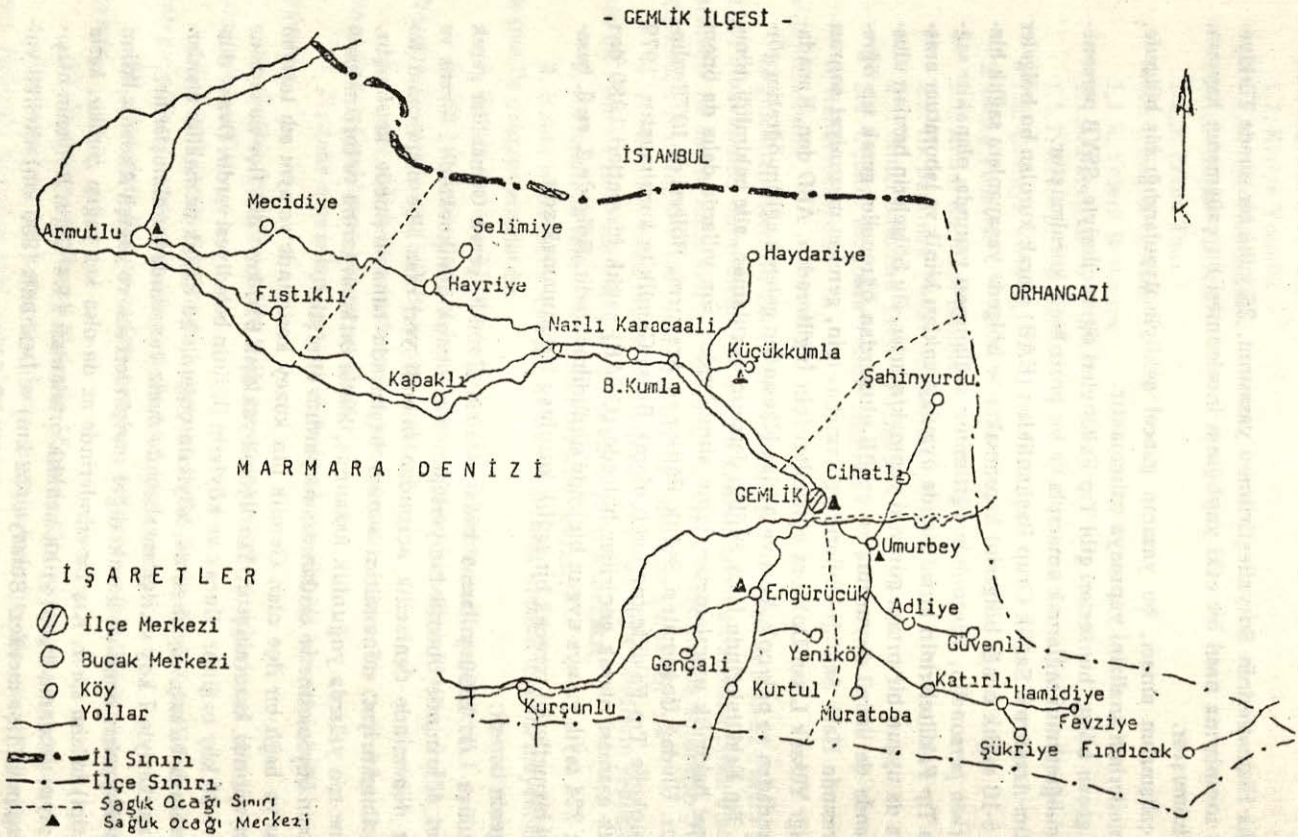
Eğitim-Araştırma Sağlık Grup Başkanlıkları (EAB) olarak kurulan bu bölgeler genellikle 5-10 sağlık ocağı bölgesini kapsamakta ve bölgede yaşayanlara sağlık hizmeti üretirken personelin, öğrencinin eğitiminin sağlanması yanında, olanaklar sağlandığında Tıp Fakültelerinin kırsal alanda uygulayacakları klinik ve laboratuvar araştırmalarına da uygun bir ortam görevini yapmaktadırlar. Bu bölgelerin bazıları uluslararası alanda da ününü duyurmuş ve çeşitli uluslardan öğrenciler gerek tıp öğrenimleri sırasında Halk Sağlığı stajları-uygulamaları için, gerekse mezuniyet sonrası Halk Sağlığı Yüksek Lisan-Doktora eğitimleri için İngiltereden, ABD den, Kanadadan, Hollandadan ve pek çok Asya ve Afrika ülkesinden gelerek eğitim-öğretim görmüşlerdir. Tıp Fakültelerinde Halk Sağlığı dersinin uygulaması, aile hekimliği döneminde kırsal hekimlik uygulamaları içine alındığından son yıllarda daha da önem kazanmıştır. Uludağ Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi de 1978 yılında bir protokolle Tıp Fakültesine bağlı olarak Bursa-Gemlik'te kurulmuştur. 1979 yılı hazırlık aşaması olarak geçirilen bölgede (GEAB) sağlık hizmetleri 1980 den başlayarak 224 sayılı yasaya uygun biçimde sürdürülmektedir. Bölgede 2. ve 3. basamak tedavi hizmetlerini verecek bir sağlık kuruluşu bulunmamaktadır.

Bölgenin tanımı:

Kuruluşu İ.Ö. 1390 yıllarına kadar uzanan Gemlik, gerek Osmanlılar gerek Cumhuriyet döneminde önemli bir yerleşim yeri olarak görülmektedir. Bizans ve Osmanlılar döneminde denizcilik açısından önemli yeri olan ilçe merkezinin bu niteliğine Cumhuriyet döneminin hemen başlarında sanayileşmede katılmıştır. Sanayileşme son yıllarda yoğunluk kazanmış, kültür bitkileri tarımı ve turizm hareketleri ilçenin büyümesine ve canlanmasına yardım etmiştir⁵.

Bursa'ya bağlı bir ilçe olan Gemlik ilin kuzey kesiminde ve aynı adı taşıyan körfezin kıyılarında kurulmuştur. Yüzölçümü yaklaşık 610 km² dir. İlçe merkezine bir bucak ve 26 köy bağlıdır. Bucak ve köylerin ikisinin belediyesi vardır. Ova ve düzlüklerde bulunan birkaç köy dışında, köylerin çoğunluğu dağlık ve makilik alanlarda, bucak merkeziyle 7 köy ve ilçe merkezi de deniz kenarında kurulmuşlardır.

Bölgede yazları sıcak ve kurak, diğer mevsimleri ılık ve yağışlı Akdeniz iklimi (Marmara tipi) hüküm sürer. Kış mevsimlerinde az da olsa kar yağışı görülür, karla örtülü gün sayısı ortalama 3 gün, yıllık sıcaklık ortalaması 14.4°C dir. Bölgenin ulaşımı çok düzgündür. İlçe merkezi Bursaya (32 km) ve İstanbula (200 km) nitelikli yollarla bağlıdır. Deniz yolu ulaşımı da etkindir (Şekil: 1).



Şekil: 1
Gemlik İlçesi

Bölgenin ekonomik yapısı zeytinciliğe dayanır. Son yıllarda sayısı çok artan sanayi kuruluşları da istihdamı olumlu yönde etkilemiştir. Ayrıca turizm sektörü önemli gelir kaynaklarından. Sebze ve meyvacılık, balıkçılık, ipek böcekçiliği, besi hayvancılığı gibi dallardan da gelir sağlanmaktadır. 1978 GSMH hesaplarına göre Bursa kişi başına Türkiye ortalamasının % 28 üstünde gelir sağlamaktadır⁶.

Bölgede 35 ilkokul, 5 ortaokul, 5 lise bulunmaktadır. Öğrenciler arasında kız/erkek oranı eşittir ve ilgili yaş grubunun hemen hepsi ilk okula gitmektedir, genel okur-yazar oranı % 87 dir.

MATERYEL ve METOD

Çalışmamızda, GEAB'de son 8 yıldır verilen sağlık hizmeti ile bazı sağlık parametrelerindeki değişimin etkileşimi incelenecektir. Sağlık hizmeti parametresi olarak:

1. Nüfus
2. Yerleşme ve konutlar
3. Sağlıkta insangücü
4. Ölümler
5. Doğumlar, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması hizmetleri
6. Hastalıklar
7. Çevre Sağlığı hizmetleri
8. Laboratuvar hizmetleri

alınmıştır.

Her bölümde, geçen 8 yıl içindeki değişimler verilecek ve bu değişikliklere neden olabilecek faktörler tartışmada irdelenecektir. Materyel, genellikle SSYB kayıtlarına esas olan yıllık çalışma formlarından, bölgede yapılan özel araştırmaların sonuçlarından toplanmış olup tanımlamalar ve oranlamalarda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği yöntemler kullanılmıştır⁷.

BULGULAR

1. Nüfus: Bölgenin 1980 yıl ortası nüfusu 42.083 dür. Bölgede yıllık nüfus tespiti çalışmaları kasım ayında yapılmaktadır. Bunun nedeni yaz aylarıyla sonbaharın başında bölgede geçici yerleşmenin (yazlıklar ve kamp yerleri) çok fazla olması ve bu nüfusun da her zaman aynı olmayıp 1-1,5 aylık dönemlerde yeni gelenlerle değişmesidir. Özellikle deniz kirlenmesine olumsuz etkisi olan yaz nüfusunun, sağlık sorunlarını artırıcı olmalarına rağmen, kalıcı olmamaları ve en çok 1. basamak tedavi hizmetlerinden yararlanmaları bunların yerleşik nüfusa dahil edilmelerini engellemektedir.

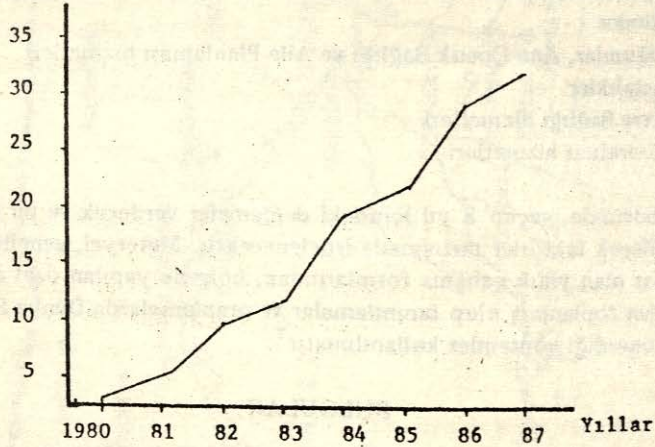
Kahçı, yerli nüfus olarak adlandırılan ve heryıl kasım ayında tespiti yapılan nüfusun 8 yıllık gelişimi Tablo I'de verilmiştir.

İncelenen süre içinde yıllık nüfus artış oranı binde 47.6 olarak bulunmuştur. Nüfus içinde yaş grupları arasında büyük değişiklikler olmamış, nüfus kompozisyonunu korumuştur. Tablonun incelenmesinden de anlaşılacağı gibi bölge nüfusu genellikle gençlerden oluşmaktadır. Tek yıllara göre nüfus artışı şekil 2'de verilmiştir. Bölgenin yıllık nüfus artış oranı Türkiyeninkinin iki katına yakındır⁹.

Tablo: I
GEAB de Nüfus Değişimi⁸

YAŞ GRUPLARI	Y I L L A R			
	1980		1987	
	Sayı	%	Sayı	%
0	822	2.0	891	1.5
1 - 4	3395	8.1	4506	7.8
5 - 6	1996	4.7	2688	4.6
7 - 14	6704	15.9	9535	16.4
15 - 24	8230	19.5	10011	17.3
25 - 44	11382	27.0	17699	30.5
45 - 64	6981	16.6	9634	16.5
65 +	2573	6.1	3143	5.4
TOPLAM	42083	100.0	58107	100.0

Nüfus Artışı
(Kümülatif, %)



Şekil: 2
GEAB de Yıllara Göre Nüfus Artış Hızı.

Nüfus çoğunluğu ilçe merkezinde oturmaktadır. Özellikle son yıllardaki göç olayları nedeniyle ilçe merkezinin tüm nüfus içindeki payı önemli ölçüde artmıştır ($x^2 = 1269.82, p < 0.005$).

Tablo: II
GEAB de Köysel-Kentsel Nüfus Dağılımı⁸

B Ö L G E	Y I L L A R			
	1980		1987	
	Sayı	%	Sayı	%
Kentsel Bölge	24.830	59.1	40.028	68.9
Köysel Bölge	17.973	41.9	18.079	31.1
TOPLAM	42.083	100.0	58.107	100.0

2. *Yerleşme ve Konutlar*: Gerek köysel bölgede gerek kentte toplu yerleşim biçimi hakimdir. Mezra, kom, ayrı mahalle tipi yerleşime dağlık bölge köylerinde bile rastlanmamaktadır. Konutlar genelde ev tipinde olup büyük çoğunluğu (% 85.0) betonarme, yığma veya ahşap malzeme ile yapılmıştır. 1980 yılında, 42803 kişi, 26 köy, bir bucak ve ilçe merkezindeki 10218 konutta yaşamaktaydı. Konut başına düşen kişi sayısı 4.1 kişi idi. 1987 yılında bu sayılar, yerleşme yerleri aynı kalmakla 14071 konutta 58107 kişi olarak değişmiş ve konut başına yine 4.1 kişi düşmüştür.

Konutların sağlıkla ilgili bazı verileri Tablo III'de sunulmuştur.

Tablo: III
GEAB Konutların Özelliklerindeki Değişmeler⁸

ÖZELLİKLER (%)	Y I L L A R			
	1 9 8 0		1 9 8 7	
	Var	Yok	Var	Yok
Mutfak	73.7	26.3	91.0	9.0
Banyo	59.4	40.6	87.4	12.6
Ev içinde su	72.8	27.2	93.0	7.0
Sağlığa uygun hela	75.3	24.7	78.8	21.2
Çöp ve gübrelikler	66.5	33.5	81.4	18.6

3. *Sağlıkta İnsan Gücü*: Bölge hizmete açıldığında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması da başlatılmıştır. Uygulama öncesinde tüm bölgede bir hükümet tabibi, bir belediye tabibi, 5 ebe, 2 sağlık memuru görev yapmaktaydı. Bunlar iki belediye, bir hükümet tabipliği kuruluşunda istihdam edilmekte olup, uygulamanın başlamasıyla birlikte SSYB kadrolarına geçmişlerdir. 1979 yılı içinde yeni modele uyum gösteremeyenler ayrılmış ve 1980 yılı itibarıyla Gemlik (üç kadrolu A tipi), Engürücük, Umurbey, Küçük Kumla ve Armutluda (köy tipi) 5 sağlık ocağı çalışmaya başlamıştır. İnsan gücü gelişimi Tablo IV'de verilmiştir.

Tablo: IV
GEAB de Sağlık İnsangücü Gelişmesi⁸

Sağlık Personeli	Y I L L A R			
	1 9 8 0		1 9 8 7	
	Sayı	Personel Düşen Nüfus	Sayı	Personel Düşen Nüfus
Hekim	7	6115	9	6456
Hemşire-Sağ. Mem.	15	2854	15	3873
Ebe	16	2675	29	2003
Nüfus (42803)				(58107)

Tablodan da anlaşılacağı gibi, geçen süre içinde sağlık personelinde sayısal artış sağlanmıştır. Hekim artış oranı % 28.5, ebe artış oranı % 81.2 dir. Hemşire-Sağ.

Memuru sayısında artma olmamıştır. Bir personele düşen nüfus açısından değerlendirildiğinde, hekim başına düşen nüfus % 5.5, hemşire-sağlık memuru başına düşen nüfus % 35.7 artmış, ebe başına düşen nüfus % 25.2 azalmıştır. Bölgede sağlık personeli olarak 2 eczacı, bir biyolog, 3 laboratuvar teknisyeni GEAB Başkanlığında istihdam edilmektedir. Ayrıca Bölge Başkanlığında hekim olarak bir başkan, bir başkan yardımcısı, biri ocak hekimi olarak da çalışan iki araştırma görevlisi bulunmaktadır. Başkanlık kadrosunda idari işlerle görevli 2 sağlık memuru, bir hemşire, 3 memur ve bir hizmetli vardır.

Bölgede tüm sağlık ocaklarının inşaatı ilk iki yıl içinde tamamlanmış olup, Gemlik merkez dahil hepsinde standart personel lojmanı vardır.

Ulaşım ve köy gezileri için 2 arazili araç ve bir minibüs yeterli düzeyde hizmet vermektedir.

4. *Ölümler:* Nüfus yapısı olarak genç bir toplum özelliği gösteren GEAB'de 1980 yılında 293 (binde 6.7), 1987 yılında 261 (binde 4.5) ölüm tespit edilmiştir. Ölümlerdeki azalma anlamlıdır ($x^2 = 26.79$, $p < 0.05$).

Bu ölümlerin yaşa göre dağılımları Tablo V'de verilmiştir

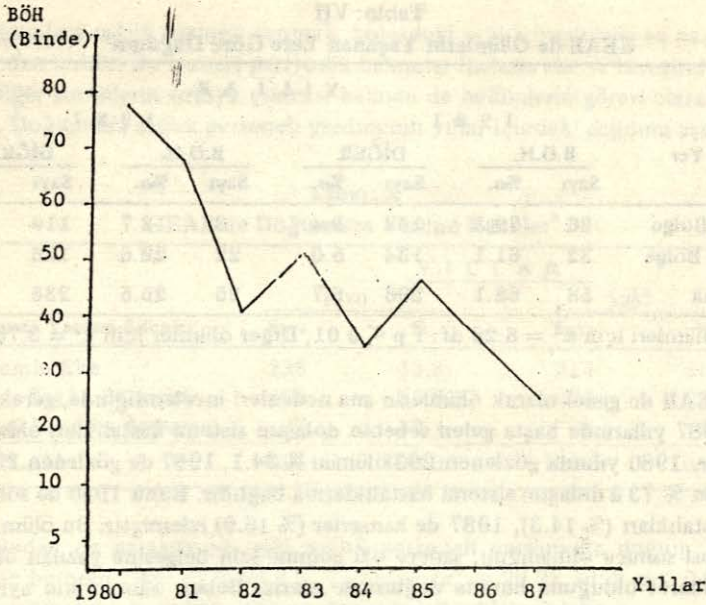
Tablo: V
GEAB de Ölümlerin Yaşa Göre Dağılımı⁸

YAŞ GRUPLARI	Y I L L A R			
	1 9 8 0		1 9 8 7	
	Sayı	%	Sayı	%
0	54	18.4	25	9.6
1 - 6	5	1.7	7	2.7
7 - 14	—	0.0	5	1.9
15 - 44	16	5.6	10	3.9
45 - 64	43	14.6	58	22.2
65 +	175	59.7	156	59.7
TOPLAM	293	100.0	261	100.0

Tüm ölümler içinde en yüksek payı daima 65 ve üstündekiler almaktadır. Bebek ölümlerinin tüm ölümler içindeki payı yüzde 18.4 den, yüzde 9.6 ya düşmüştür ($x^2 = 8.85$, $p < 0.05$).

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt olan bebek ölüm hızı⁷ (BÖH) 1980 yılında binde 77.2 olarak hesaplanmıştır. 1987 de bu hız binde 25.5 dir. Aradaki fark istatistik açıdan anlamlıdır ($x^2 = 24.36$, $p < 0.01$). Bebek ölümlerinin 8 yıllık seyri şekil 3'de gösterilmiştir.

Özellikle 0 yaş bebeklerin yaşlarının doğru belirlenemediği toplumlarda 0-5 yaş orantılı ölüm hızı, bebek ölüm hızı kadar olmasa bile yine de önemli bir gösterge olarak kullanılabilir¹⁰. Bu oran; bir bölgede tüm ölenlerin içinde 5 yaşından küçük olanların yüzde payı olarak hesaplanmaktadır. Buna göre 1980 yılında GEAB de tüm ölenlerin % 19.5'i, 1987 yılında ise % 12.3'ü, 5 yaşın altındakilerden oluşmaktadır. Aradaki fark istatistik açıdan anlamlıdır ($x^2 = 5.30$, $p < 0.05$).



Şekil: 3
GEAB de Bebek Ölüm Hızlarının 8 Yıllık Değişimi.

Bebek ölümlerinin, bebeklik dönemlerine göre ayrıntılı dökümü yapıldığında aşağıdaki tablo ortaya çıkmaktadır.

Tablo: VI
GEAB de Bebek Ölümlerinin Bebeklik Dönemlerine Göre Dağılımı⁸

Bebek Ölüm Dönemleri	Y I L L A R			
	1 9 8 1*		1 9 8 7	
	Sayı	%	Sayı	%
Perinatal	38	44.6	34	33.9
Erken Neonatal	17	20.0	10	10.2
Geç Neonatal	7	8.2	4	4.1
Yeni Doğum Sonrası	34	40.0	11	11.2

* 1980 yılı verileri güvenilmezdir.

Görüldüğü gibi bütün bebek ölüm hızlarında düşme vardır. En büyük azalma yeni doğum sonrası döneme ait bebek ölümlerinde gözlenmiştir (% 72.0).

Bebek ölümleri ve diğer ölümlerin yerleşim yerine göre analizleri de yapılmıştır.

Bebek ölümlerinde bütün yerleşme yerlerinde büyük bir düşme olmakla birlikte, geçen 7 yıl içinde köysel bölge kentsel bölgeye oranla daha iyi duruma gelmiştir.

Tablo: VII
GEAB de Ölümlerin Yaşanan Yere Göre Dağılımı⁸

Yaşanan Yer	Y I L L A R							
	1 9 8 1				1 9 8 7			
	B.Ö.H.		DİĞER		B.Ö.H.		DİĞER	
	Sayı	%o.	Sayı	%o.	Sayı	%o.	Sayı	%o.
Köysel Bölge	26	79.3	164	9.4	3	12.7	110	6.1
Kentsel Bölge	32	61.1	134	5.0	22	29.6	126	3.1
Ortalama	58	68.1	298	6.7	25	25.5	236	4.1

Bebek ölümleri için $\chi^2 = 8.28$ df: 1 $p < 0.01$, Diğer ölümler için $\chi^2 = 3.75$ $p < 0.05$

GEAB de genel olarak ölümlerin ana nedenleri incelendiğinde, gerek 1980 gerekse 1987 yıllarında başta gelen sebebin dolaşım sistemi hastalıkları olduğu görülmektedir. 1980 yılında gözlenen 293 ölümün % 34.1, 1987 de gözlenen 236 erişkin ölümünün % 73 ü dolaşım sistemi hastalıklarına bağlıdır. Bunu 1980 de solunum sistemi hastalıkları (% 14.3), 1987 de kanserler (% 16.9) izlemiştir. Bu ölüm kayıtlarının otopsi sonucu olmadığını, sadece ölü gömme izin belgesine yazılan ölüm nedeninden ibaret olduğuna burada değinmek isteriz. Bebek ölümlerinin ayırımını da 1. Basamak tedavi hizmetleriyle önlenilecek ölümler ve önlenemeyecek ölümler olarak yapıp sunuyoruz.

Tablo: VIII
GEAB de Bebek Ölümlerinin Önlenilebilirlik Durumuna Göre Dağılımı⁸

Bebek Ölümü	Y I L L A R			
	1 9 8 1*		1 9 8 7	
	Sayı	%	Sayı	%
Önlenilebilir	34	58.6	13	52.0
Önlenemez	24	41.4	12	48.0
TOPLAM	58	100.0	25	100.0

* 1980 yılı verileri güvenilir değildir.

5. Doğumlar, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri: 1980 yılı için de 699, 1987 yılı içinde 1004 doğum olmuştur. Doğumların dökümü aşağıda sunulmuştur.

Tablo: IX
GEAB de Doğumlar ve Doğumla İlgili Bazı Oranlar⁸

Doğumlar ve Hızlar	Y I L L A R	
	1980	1987
Doğum Sayısı	699	1004
Canlı Doğum Sayısı	686	980
Ölü Doğum Sayısı	13	24
Kaba Doğum Hızı (Binde)	16.6	16.9
Föetal Ölüm Hızı (Binde)	18.6	23.9

Doğumlara sağlık hizmeti sunmak, bölgedeki sağlık örgütünün en başta gelen amaçlarından biridir. Bu hizmet periyodik bakımlar halinde ebe ve hemşirelerin, hastalık ve diğer sorunların ortaya çıkması halinde de hekimlerin görevi olarak tanımlanmıştır. Doğumlara sağlık personeli yardımının yıllar içindeki dağılımı aşağıdadır.

Tablo: X
GEAB de Doğumlara Yardım Edenler⁸

Doğuma Yardım Edenler	Y I L L A R			
	1980		1987	
	Sayı	%	Sayı	%
Sorumlu Ebe	236	33.8	313	31.2
Diğer Sağlık Personeli	376	53.8	623	62.0
Kendi kendine doğuran	87	12.4	68	6.8
TOPLAM	699	100.0	1004	100.0

Tablodan da anlaşılacağı gibi sağlık personeli yardımıyla doğum 1980'de % 87.6 iken bu oran 1987 de % 93.2 ye çıkmıştır ($\chi^2 = 20.22$, sd: 2, $p < 0.01$).

Son sekiz yıllık periyotta hiç ana ölümü tespit edilememiştir.

Ebelerin, gebelik dönemi içinde tüm kadınları periyodik olarak ve belli bir şemaya göre izleme zorunluluğu vardır¹¹. Bu izlemeler gebeliğin en geç 4. ayından başlayarak her ay devam eder ve doğumu izleyen lohusalık döneminde de (6 hafta) sürer. Daha sonra ebeler bebekleri ayda bir, 2 yaşına kadar 2 ayda bir, 6 yaşına kadar 3 ayda bir izlerler. Hizmet gereği yapılan gebe, bebek ve çocuk izlemelerdeki gelişme aşağıda gösterilmiştir.

Tablo: XI
GEAB de Bazı Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri⁸

Hizmetin Türü	1980	Y I L L A R		
		(x)	1987	(x)
Gebe İzlemesi	2532	3.6	4799	4.8
Bebek İzlemesi	7136	10.4	11553	10.4
Çocuk İzlemesi	9666	1.8	14843	2.1

(x) Gebe başına gebelik boyunca, bebek ve çocuk başına bir yıllık dönemde düşen izleme sayısını göstermektedir.

Doğurganlık hızı, 1981 yılında binde 82.3, 1987 yılında binde 87.5 olarak hesaplanmıştır.

Bölgedeki gebe kadınlarda düşük sayısı 1980 de 11 (doğum başına 0.015), 1987 de 26 olarak (doğum başına 0.025) tespit edilmiştir. (1981 her 100 bilinen gebelikte 1.5, 1987 de 2.5 düşük bildirilmiştir). Düşüklerin çoğu erken dönemde gerçekleştirildiklerinden ve kadınlar tarafından gizlenme eğiliminde olduklarından tespitlerin sağlıklı olduğuna inanmak güçtür.

Bölgede aile planlaması hizmetleri etkin bir şekilde sürmektedir. Hizmet/yararlılık ölçütleri içinde durum yıllara göre aşağıdaki gibidir.

Tablo: XII
GEAB de Modern Aile Planlaması Yöntemlerinden Yararlanma⁸

Yıllar	Yöntem ve Yararlanan Kadın Sayısı			
	RİA	Oral Kontraseptif	Kondom	Diğer
1980*	—	—	—	—
1981	567	610	386	82
1982*	—	—	—	—
1983	244	507	587	50
1984	124	407	587	—
1985	159	413	(*)	—
1986	207	518	775	—
1987	272	568	889	—
Toplam				
Yararlanan kadın	1573	3023	3224	132

* Kayıtlar güvenilir değildir.

Bölgede 1980 yılından önce düzenli bir bağışıklama yapıldığına dair elde herhangi bir delil olmadığı için, 1981 de tüm çocuklar hassas yaş grubu olarak kabul edilmiş ve SSYB aşı takvimine göre ve kampanya tarzında aşılama başlanmıştır. 1980-1981 yılları içinde tüm bebek ve çocuklar aşılanmış, 1982 den başlayarak kampanya aşılama yerini periyodik aşılama bırakmıştır.

Bütün bölgede bağışıklama çağı gelmiş olan çocukların % 98'i poliomyelit, boğmaca, difteri, tetanoz ve kızamığa karşı aşılanmıştır.

BCG aşısı, temininde görülen zorluklar ve uygulama yerlerinin farklılığı (S. Ocağı, Verem Svş. Dispanseri) nedeniyle son iki yıl hariç, düzenli bir biçimde uygulanamamıştır. 1986 yılında sağlık ocaklarında 54, Verem Savaş Dispanserinde 1175 BCG (Birinci aşılama) uygulanmıştır. 1987 yılında bu sayılar 181 ve 1027 olarak bildirilmiştir. BCG aşısı, beklenenin aksine sağlık ocaklarına kaydırılmamaktadır.

6. Hastalıklar: Bölgede 1. Basamak tedavi hizmeti veren 5 sağlık ocağının ve bir Verem Savaş Dispanserinin dışında düzenli hekimi bulunmayan bir SSK Dispanseri vardır. 2. ve 3. Basamak tedavi hizmeti veren kamu ve özel kuruluş yoktur. Hastalar ya kendiliklerinden ya da sevk yoluyla, genellikle Bursadaki tedavi kurumlarına başvurumaktadırlar.

Tablo: XIII
GEAB de Hasta Muayenesi⁸

Yıllar	Muayene Edilen Hasta Sayısı	Bir Kişiye Düşen Muayene Sayısı
1980	23413	0.6
1981	30741	0.7
1982	26288	0.6
1983	27160	0.6
1984	31966	0.6
1985	28318	0.5
1986	24334	0.4
1987	28534	0.5

Bölgede yıllara göre muayene edilen hasta sayısı Tablo XIII'de verilmiştir.

Muayene edilenler içinde kadın ve çocuk hastaların oranı daha fazla bulunmuştur. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda 2. ve 3. Basamak tedavi kurumlarına sevk oranı % 5-6 arasında değişmektedir.

Bölgede en çok görülen hastalık, 8 yıllık dönemde daima birinci sırayı alan solunum sisteminin hastalıklarıdır. Bunu, yıllara göre değişmekle birlikte, sindirim sistemi hastalıkları, deri altı dokusu ve deriye ilişkin hastalıklar, ürogenital sistem hastalıkları gibi gruplar izlemektedir. Bebeklik ve çocukluk dönemine ait hastalıkların başında solunum ve sindirim sistemi hastalıkları daima en başlarda gelmektedir. Bölgede hastalıklar SSB standardına göre 17 başlıklı listeye göre sıralanmış, son yıl 50 başlıklı listeye göre tasnife geçilmiştir.

Bildirimi zorunlu hastalıklarda, kuduz şüpheli ısırıklar birinci sırada yer almıştır. Bunu, ilk iki yılda kızamık izlemiş ancak, daha sonraki yıllarda düşmüştür. Durum Tablo XIV'de verilmiştir.

Tablo: XIV
GEAB de Bildirimi Zorunlu Hastalık Morbiditelerinin Yıllara Dağılımı⁸

Nüfus	Yıllar	HASTALIKLAR (Morbidite)**					
		1.	2.	3.	4.	5.	6.
42083	1980	54.6	47.3	— *	21.6	11.1	0.9
44218	1981	33.0	80.2	19.4	21.9	11.3	— *
46128	1982	33.8	1.7	25.6	16.9	7.6	1.5
48179	1983	47.7	9.1	8.5	9.5	15.1	1.8
50261	1984	47.7	23.6	13.9	9.9	8.3	6.1
53013	1985	26.9	3.2	5.8	8.4	4.3	2.8
55331	1986	50.2	4.1	— *	4.1	13.0	3.9
58107	1987	40.7	0.3	27.3	6.3	2.4	4.8

** 10.000 kişide

1. Kuduz şüpheli ısırık, 2. Kızamık, 3. Akut gastroenterit, 4. Viral hepatit, 5. Kızıl ve streptokok anjini, 6. Tbc. (yeni vaka)

* Veriye güvenilmez.

Bölgede seyrekte olsa diğer bulaşıcı, bildirim zorunlu hastalıklara da rastlanmaktadır. Son 8 yıl içinde dizanteri (33), boğmaca (32), menenjit (7), şarbon (7), tifo (4), tetanoz (2), Bruselloz (1), sıtma (1) vakasına rastlanmıştır. Bu hastalıklardan ölüm bildirilmemiştir. Şüpheli ısırıklardan sadece biri kuduz olarak seyretmiştir. Sıtma askerlik nedeniyle, emportedir.

7. Çevre Sağlığı Hizmetleri: Nüfusun büyük kısmının ilçe merkezinde oturması, yazın kıyı şeridinde 100-125.000 dolayında bir nüfus artışının olması nedeniyle çevre sağlığı hizmetleri büyük önem taşımaktadır.

Gerek sağlık ocakları, gerek Bursa Çevre Sağlığı Başkanlığınca denetimler yapılmakta olup, burada her ikisinin sonuçları birlikte verilecektir.

Tablo: XV
GEAB de Çevre Sağlığı Hizmetleri

HİZMETİN TÜRÜ	Y I L L A R			
	1981*		1987	
	Kontrol Edilen	Sayısı	Kontrol Edilen	Sayısı
Besin hazırlama ve satış yeri kontrolü	2286	706	4653	993
Besin maddesi kontrolü	63		1593	
Gayri sıhhi kurumlar kontrolü				
I. Sınıf	62	12	72	12
II. Sınıf	255	212	456	272
III. Sınıf	156	64	703	887
İçme suyu bakteriyolojik inceleme	193		213	
İçme suyu kimyasal analizi	—		—	

* 1980 yılı verileri yetersizdir.

Çevre sağlığı hizmetleri, su örnekleri dışında Bursa Halk Sağlığı laboratuvarı ve Bursa Çevre Sağlığı Başkanlığıyla birlikte yürütülmektedir. Suyun bakteriyolojik analizinde Membran Filtre tekniği kullanılmaktadır. Gemlik ilçe merkezinde, otomatik klorlama cihazı bulunmaktadır ve şehirde özellikle yazın en uzak noktada 0,2 ppm klor olacak şekilde su klorlaması yapılmakta, ölçümler merkez sağlık ocağı çevre sağlığı teknisyenleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Diğer yerleşim yerlerinde otomatik su klorlama cihazları yoktur. Bütün köylerde iyi korunmuş kaynaktan köy içine dağıtılan şebeke suyu mevcuttur. Bu sulara zaman zaman kirlenme olmakta, sağlık ocakları tarafından sağlanan kireç kaymağı ile acil klorlama yapılmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar tablosu da hatırlanacak olursa, su ile geçen hastalıklar açısından bölgede hiçbir zaman önemli bir problem görülmemiştir. Helaların durumu oldukça iyidir. İlçe merkezindeki kanalizasyon ağı ve arıtma tesisi 1987 yılında tamamlanmıştır.

Tablo: XVI
GEAB de Laboratuvar Hizmetleri^s

Muayene Türü	Y ı l l a r	
	1981	1987
Gebelik testi	302	1620
Tam idrar tetkiki	773	1834
Dışkıda parazit	203	410
Hemoglobin	314	771
Boğaz kültürü	35	516
Dışkı kültürü*	32	68
Diğer kültürler	68	31

*1981 yılında 636 esnafa dışkı portör muayenesi yapılmış ve hepsi sağlam bulunmuştur.

8. *Laboratuar Hizmetleri:* Her sağlık ocağı kendi bünyesinde kan sayımı, dışkı-da parazit yumurtası, gebelik testi ve basit idrar muayeneleri gibi laboratuar muayenelerini yapmaktadır. Buna ek olarak 1980 yılından beri GEAB Grup Başkanlığına bağlı olarak çalışan bir laboratuarda 1. Basamak tedavi hizmetlerine yardımcı olacak biyokimyasal ve bakteriyolojik incelemeler de yapılmaktadır. Bu laboratuar SSBY tarafından bölge Entero-Bakteri teşhis laboratuvarı olarak da tescil edilmiştir. 1981 yılında tam olarak verileri toplanan bu laboratuvarın bazı hizmetleri Tablo XVI'da verilmiştir.

TARTIşMA

1. Nüfus:

Bölgedeki nüfus hareketinde göze çarpan en önemli iki özellik; artış oranı ve geçici içe göçlerdir. Genellikle yaz ve sonbahar aylarında sınırlı kalmak şekliyle geçici içe göç, kıyı bölgelerine olmakta ve 125-150.000 kişiyi bulmaktadır. Bunlar sadece 1. Basamak tedavi hizmetleri yükünü arttırmakta olup, bölge kalıcı nüfusuna katılmamaktadır. Bölgenin kalıcı nüfus artışı ise ülkemizin iki katına yakındır (1985 nüfus sayım). Normal koşullarda bölgede yıllık ölüm oranı binde 5, yıllık doğum oranı binde 16 dolayında seyretmektedir. Buna göre Gemlik bölgesinin 8 yıllık nüfus artışının 3350 kişi olması gerekirdi. Oysaki bölgenin nüfusu bunun üzerine 12674 kişi daha artarak 58107 olmuştur. Bu büyük artışın (1980 nüfusuna göre % 30.1) tek nedeni büyük bir içe göç olayıdır. Özellikle bu patlama, ilçe merkezinde görülmektedir, buranın nüfusu 1980 yılına göre 15198 kişi artmıştır, bu sayı tüm artışın % 94.8'ini karşılamaktadır. Gemliğin köy nüfuslarının Türkiye nüfus artışına göre hesaplanan nüfusunun 1987 yılında toplam 19503 kişi olması beklenirdi, oysaki 18079 da kalmıştır⁹. Köysel bölgede sayısal olarak 8 yıllık sürede görülen yüzde 0.6 lık bir artışın aslında azalma olduğu ortaya çıkmaktadır. Köy nüfusunda bu azalma köyden şehire göçle açıklanabilmektedir. Benzer hizmetlerin verildiği ve kuruluşu GEAB göre 10 yıl daha eski olan Hacettepe Tıp Fakültesi-Etimesgut Eğ. Ar. Böl. nin verileri incelendiğinde nüfus patlamasının orada da benzer şekilde gözleendiği anlaşılmaktadır^{1,2}. Türkiye genelinde de ilk defa 1985 de kentsel bölge nüfusu köysel bölge nüfusunu geçmiştir (Şehirler % 53.0, köyler % 47.0)⁹.

Nüfusun özellikle Gemlik ilçe merkezindeki bu büyük artışı birçok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bunlardan biri konuttur, genellikle meyva ve sebze bahçeleri, konut alanına çevrilmiş ve buralarda hızlı bir yapılaşmaya gidilmiştir. Elektrik, su, yol gibi alt yapısı tamam sayılacak bir bölgede hızla artan konutlar genellikle yağma tuğla yapılardır ve temel gereksinimleri karşılayacak düzeyde yapılmışlardır. Geçen sekiz yılda konut başına düşen kişi sayısında değişme olmaması, konutların niteliklerindeki düzeltilmeler, bu anormal nüfus artışının, yerleşme yeri açısından bölge karakteristiğini şimdilik bozmadığını göstermektedir. İç göçle gelenlerin çoğu bölgedeki büyük sını kuruluşlarında veya inşaat sektöründe işçi olarak çalışmaktadırlar.

Geçen süre içinde nüfus yapısının fazlaca bozulmadığını, bebek ve çocuk oranlarında hafif azalma olduğu, 65 + yaş nüfusun % 6.1 den yüzde 5.4'e düştüğu gözlenmiştir. Bu küçük değişmelerle genel bir kanıya varılmasa da genç nüfusun arttığı, içe göç olayında 25-44 yaş arasındaki nüfusun payının hakim olduğu söylenebilir.

Bu tabloya göre, genelde çekirdek aile tipinin oluşturduğu (anne-baba-2 çocuk) genç nüfuslu bir artış söz konusudur. Aynı tablo Çubuk ve Etimesgut bölgelerinde de gözlenmiştir^{1,2,13}.

2. Yerleşme ve Konutlar:

Köysel bölgelerde topluca bir nüfus azalması dışında bir özellik görülmemektedir. Yazın köysel bölgenin nüfusu artmaktadır. Kuzey Anadolu bölgesinde bir baraj gölü istismak alanına giren bir köyün büyük kısmı, daha önce afet evleri olarak yapılan bir köye yerleştirilmiş ve burası Gemliğe bağlı bir mahalle haline getirilmiştir. Özellikle Gemlik kuzey batısında son üç yıldır toplu konut tipinde büyük bir şehirleşme gözlenmektedir. Halen çoğu inşa halinde bulunan bu binaların bitmesiyle birlikte büyük bir rahatlama olacağı kuşkusuzdur. Bölge konut yapı kalitesi ve sayısı açısından incelendiğinde; kent merkezinde çok katlı, alt yapısı tamamlanmış inşaat tipi, kent kenarlarında alt yapısı kısmen tamamlanmış 1-2 katlı bahçe içinde evler çoğunluğu oluşturmaktadır. 1980 lerin başlarında görülen yazlık ev yapımı, uygun yerlerin azalması, kıyı şeridinde inşaat izinlerinin çok sıkı koşullara bağlanması gibi nedenlerle oldukça azalmıştır. Elde mevcut veriler, geçen 8 yıllık süre içinde konutların niteliklerinin oldukça düzeldiğini ve bu nedenle sağlığa olumsuz etkilerinin azaldığını doğrulamaktadır. Bölge, benzer nitelikleri olan bölgelerle karşılaştırıldığında Narlıdere SEA ve Avclar SEA ile konut nitelikleri açısından benzer olduğu buna karşılık, Çubuk, Gölbaşı, Karataş (Adana), Ulaş (Sivas) ve Abidinpaşa (Ankara) SEA dan daha iyi durumda bulunduğu görülmektedir^{1,2-20}.

3. Sağlıkta İnsan Gücü:

Bölge açıldığından beri sağlık personeli sayısında ve niteliğinde herhangi bir sıkıntı çekilmemiştir. SSYB ile yapılan protokol gereği, bölgenin hekim ve öteki sağlık personeli eksikliği hızla giderilmiş, ayrıca bu personelin nitelikli olmasına da özen gösterilmiştir. Ancak bu durum sadece GEAB için değil diğer bütün benzer bölgeler için de söz konusudur. Özellikle hekimlere zorunlu devlet hizmeti getiren yasanın uygulamaya başlanmasından sonra bölgede personel sıkıntısı hiç kalmamıştır.

224 sayılı yasa ile ve sonradan tüm ülkede sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sırasında il bazında sağlık ocağı sayısı ve yerleri saptanmıştır. 5.000-10.000 kişiye bir sağlık ocağı ve 5-10 sağlık ocağına bir grup başkanlığı esasına göre yapılan bu dağılım, nüfusa dayandırıldığı için dinamik bir nitelik taşımaktadır. Şehirsel bölgelerde görülen anormal nüfus artışı karşılığında yeni sağlık ocakları yapmaya gidilmemekte, sadece personel sayısını arttırma ile yetinilmektedir. 20 yıl önce 10 bin yada az nüfuslu olup bir sağlık ocağı binası ile yetinen bir bölgede (örneğin Ergani 10528 (1965), 33209 (1985), Gölbaşı 3603 (1965), 22153 (1985) vb.)⁹ halen aynı yapı ile hizmet vermeye çalışılmaktadır. Oysaki hizmetin niteliği gereği bu gibi yerlerde ocak sayısını da arttırmak kaçınılmazdır. Özellikle nüfus azalmasının gözlemlendiği kırsal alanlarda, sağlık ocaklarının kapsadığı köy sayısını arttırarak yani alanı genişletip nüfusu 5.000-10.000 dolayında tutarak, hizmeti aksettirmeden sağlık ocağı sayısını azaltmak personel, araç-gereç açısından yararlı sonuçlar verecektir. Bu şekilde hizmet dışı bırakılan sağlık ocakları binaları, 2-3 ebinin oturduğu sağlık evlerine dönüştürülebilir.

Gemlik bölgesinde şehirçi nüfusun hızla artışı şehirtipi bir sağlık ocağı binasının yetersiz kalmasına yol açtığından ikinci bir sağlık ocağı açılmasına gidilmiş olup, 1989 yılı içinde hizmete girecek şekilde programa alınmıştır. Sağlık personeli başına düşen nüfus incelendiğinde hekim başına Avıcılarda 10626, Karataş (Adana'da) 4321, Çubukta 3651, Narlıdere 9036, Etimesgutta 4942, Ulaş (Sivas) da 9391, Gölbaşında 5982, Abidinpaşa (Ankara) da 11517 kişi olarak hesaplanmıştır¹²⁻²⁰. Ebe başına Avıcılarda 1555, Karataşta 1689, Çubukta 1574, Narlıdere 1673, Abidinpaşa (Ankara) da 2376 kişi olarak hesaplanmıştır¹²⁻²⁰. Bölgenin sağlık personeli açısından aynı görevi üstlenmiş bölgelere göre benzer personele sahip olduğu görülmektedir. Bölgede çalışan personel hareketi en çok ebeler arasında gözlenmektedir, sık sık görev yeri değişikliği olmakta ve bu da hizmeti olumsuz yönde etkilemektedir.

4. Ölümler:

Bölgedeki ölümleri Türkiye il ve ilçe merkezlerindeki ölümlerle karşılaştırıldığında oran bakımından tam bir benzerlik görmekteyiz (Türkiye²² 1986 binde 4.8, Gemlik 1987 binde 4.5). 1980 yılında Türkiyede²³ ölüm oranı binde 6.6, Gemliğin ölüm oranı binde 6.7 idi. İl ve ilçe merkezlerindeki ölümlerin bu düşüşü, aynı ölçüde Gemliğe de yansımıştır. Kayıtları çok güvenilir olan Etimesgut bölgesinde kaba ölüm oranı 1967'de binde 10.3, 1980 de binde 6.4, 1984 yılında 5.4 olarak hesaplanmıştır¹²⁻²⁴. Çubuk bölgesinde binde 5.9 (1984)¹³, Avıcılarda¹⁹ (1985) binde 2.0, Abidinpaşa¹⁷ (1986) da binde 2.14, Narlıdere¹⁸ (1986) binde 4.2, Ulaş¹⁶ (1984) binde 8.1, Karataş¹⁵ (1985) binde 5.6, Gölbaşında¹⁴ (1984) binde 2.5 oranında kaba ölüm oranı bildirilmektedir. Kaba ölüm oranı; binde; B. Almanya'da (1984) 11.3, İngiltere'de (1983) 11.7, Fransa'da (1984) 8.4, Danimarka'da (1984) 10.1, Romanya'da (1983) 10.4, Birleşik Amerika'da (1984) 8.7, Tunus'ta (1984) 5.4, Venezuela'da (1983) 4.7, Zaire'de (1985) 15.8, Yugoslavya'da (1984) 9.3 olarak verilmektedir²⁵. Nüfus yapısı genç ve temel sağlık hizmetleri yeterli sayılabilecek ülkeler, yüksek bebek ölüm hızlarını aşılama, uygun beslenme vb. programlarla düşürdükleri zaman kaba ölüm oranlarında buna bağlı olarak düşmektedir.

Gemlikte son sekiz yılda en önemli düzelmeye bebek ölümlerinde görülen azalmadır; Bebek ölüm hızı 8 yılda binde 77.2 den binde 25.5'e inmiştir. Bu düşüş bütün ülkede gözlenmekle birlikte Gemlik, zaten iyi olan konumunu çok daha ileri götürmüştür. 1940 ların sonlarında Türkiye'de binde 260 olan bebek ölüm hızı, 1972-77 yıllarında binde 134'e inmiş, 1979-83 yıllarında binde 95 dolaylarında seyretmiştir²⁶. 1979-82 araştırmasında bebek ölüm hızının yerleşim yerine göre farklılık gösterdiği ve 10.000 nüfustan fazla nüfusu bulunan yerlerde bu hızın binde 58, küçük yerlerde ise binde 125 olduğu belirtilmektedir²⁶. Gemlik bölgesinin ilk çalışmaya başladığı yıllara denk gelen bu verilere göre, o zaman bölgemizin genel ortalaması ve kırsal alan ortalaması Türkiyeden iyi, şehir merkezi ortalaması ise Türkiyeden kötü bulunmaktaydı. Bugün, her iki bölgede de bebek ölüm hızı Türkiye ortalamasının çok altındadır. İlçe merkezinde bebek ölüm hızının köylere göre yüksekliğini açıklamak iç göç olayıyla mümkündür. Gemlik köyleri, yerleşik yapısı, artmayan hatta nisbi olarak azalan nüfusu ile yeterli ve yararlı bir sağlık hizmeti

alabilmektedir. Ulaşımın kolay olması, köy sağlık evi ve köy sağlık ocağı sisteminin iyi çalışması, halk-hizmet arz ve talebini sağlamlaştırmış, bir ölçüde standartlaştırmıştır. Oysaki ilçe merkezinde gözlenen içe göç olgusu, özellikle Doğu ve Kuzey-Doğu Anadolu bölgesinden gelenlerin fazlalığı, yeni kitlenin yanlış örf ve adetleri sağlık hizmeti taleplerinin düşük olması, hızla artan yeni mahallelerin nüfusuna yetecek ebe, ebe-hemşire sayısının enerjik bir şekilde hizmete sokulamaması, bu kesimdeki bebek ölümlerinin artmasına ve genel ortalamanın köylerden çok çıkmasına neden olmaktadır.

BÖH, gelişmiş ülkelerde binde 15 in altında olup, sağlık hizmetleri yetersiz ülkelerde binde 200'e kadar çıkmaktadır⁷.

Seçilmiş bazı ülkelerde BÖH aşağıda verilmiştir^{2 7}.

<u>Ülke Adı</u>	<u>BÖH (1985)</u>
Nepal	139
Bangladeş	128
Türkiye	92
Endonezya	84
Filipinler	51
Yunanistan	14.1
B. Almanya	9.6
Fransa	8.2
Japonya	6.2

Diğer EAB deki BÖH aşağıda verilmiştir^{1 2 -20}.

<u>Eğ. Arş. Bölgesi (Yıl)</u>	<u>BÖH (Binde)</u>
Narlıdere (1986)	43.6
Avcılar (1986)	47.7
Gölbaşı (1985)	47.6
Ulaş (1983)	138.9
Ulaş (1986)	108.7
Çubuk (1976)	159.0
Çubuk (1984)	51.6
Etimesgut (1967)	142.0
Etimesgut (1980)	70.7
Etimesgut (1984)	54.3
Gemlik (1980)	77.2
Gemlik (1987)	25.5
Abidinpaşa (1986)	27.7
Karataş (1986)	68.7

Görüldüğü gibi Eğitim Araştırma Bölgelerinin (EAB) verileri (Ulaş hariç) Türkiye ortalamasının çok altındadır. Ulaş bölgesi yeni olması, personel durumu ve bölgenin coğrafi, sosyal şartları nedeniyle henüz istenen düzeyde başarı sağlayamamıştır, ancak çok hızlı bir düşüş gözlenmektedir.

Gemlik bölgesinde bebek ölümlerinin tüm ölümler içindeki payı, 1980 de % 18.4 den 1987 de % 9.6'ya inmiştir. 1983 çalışmasına göre Türkiye'de bebek ölümleri tüm ölümlerin yüzde 33.7 sini tutmaktadır. Bu oran en iyi şartlarda bile % 15.3 ün altına düşmemiştir (Batı-kentsel bölge). En kötü dağılım Doğu-Anadoludur ve tüm ölenlerin % 53'ü bebektir²⁶. 5 yaşın altındakilerin ölümlerinin tüm ölümlere oranı da önemli bir ölçüttür¹⁰. Az gelişmiş ülkelerde bu oran % 60'lara kadar çıktığı halde, gelişmiş bazı Avrupa ülkelerinde % 2'ye kadar düşmektedir. Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde 1980 de 0-5 yaş orantılı ölüm oranı % 29.1 iken 1986'da yüzde 20.3'e düşmüştür. Gemliğin durumu Türkiye ortalamasından daha iyidir. Bu oranı hesaplayan diğer EAB de durum aşağıdaki gibidir^{8,12,13,15,18,19,20}.

Bölge (EAB)	0-4 O.Ö.O.
Etimesgut (1967)	59.0
Etimesgut (1980)	32.6
Etimesgut (1984)	28.1
Çubuk (1976)	50.1
Çubuk (1984)	30.1
Avcılar (1986)	37.3
Karataş (1986)	41.4
Ulaş (1984)	60.4
Ulaş (1986)	51.8
Narlıdere (1986)	19.1
Gemlik (1980)	19.5
Gemlik (1987)	12.3

Bu oran, bebek ölüm oranıyla sıkı sıkıya ilişkilidir ve düşük çıkması, bebek ölüm hızının da düşük olduğunu gösterir¹⁰.

Bebek ölümlerinin sayısal olarak ileri analizi bebeklik dönemlerine göre yapılmaktadır. Sağlık personelinin gebe, lohusa ve bebeklere verdiği hizmetin kalitesi bu dönemdeki ölümlere değişik etkiler yapar. Yeterli bir sağlık eğitimi, anne adayının beslenmesinin düzenlenmesi, çeşitli hastalıklardan korunmanın sağlanması, kısacası ante-natal bakım yeterliyse perinatal bebek ölümlerinde azalma görülür. Eğer uygun şartlarda doğum sağlanır ve bağışıklama, beslenme ve hastalıklar halinde 1. Basamak tedavi hizmeti hemen sağlanabilirse bu hizmetler yeni doğum sonrası ölümleri azaltır. Sağlık ocaklarında dar bölgede çok yönlü hizmet modeli öngörüldüğünden, ebe ve ebe-hemşireler özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerini bu doğrultuda yürütmekten sorumludurlar. Yukarıdaki değerlere bakıldığında hemen bütün EAB de bebek ölüm hızları Türkiye ortalamasının altında bulunmaktadır. Bu durum, sağlık ocağı hizmet modelinin ana-çocuk sağlığı hizmetleri açısından bekleneni verdiğini göstermektedir. Bebekliğin çeşitli dönemlerine ilişkin ölüm oranları ayrıntılı ve karşılaştırmalı olarak aşağıda verilmiştir.

Bölge (EAB) ^{8,12,13,18,20,25}	1	2	3
Etimesgut (1967)	36.0	29.8	17.7
Etimesgut (1980)	30.3	36.0	14.9
Etimesgut (1984)	29.0	42.8	19.6
Çubuk (1976)	26.7	37.1	(*)
Çubuk (1984)	22.7	27.7	(*)
Narlıdere (1984)	26.6	40.6	20.3
Narlıdere (1986)	29.9	44.2	28.6
Gemlik (1981)	28.2	44.6	20.0
Gemlik (1987)	14.3	33.9	10.2
Ulaş (1986)	40.1	(*)	(*)
Türkiye (1981)	48.8	(*)	(*)
Yugoslavya (1984)	14.0	19.2	(*)
Yunanistan (1983)	10.9	20.1	(*)
Kanada (1983)	5.4	10.9	(*)

1. Neonatal ölüm hızı (Binde)
 2. Perinatal ölüm hızı (Binde)
 3. Erken Neonatal ölüm hızı (Binde)
- (*) veri yoktur.

Ölüm sebeplerinin incelenmesi, erişkinler ve bebekler için ayrı ayrı yapılacaktır. Ancak ölüm sebepleri sıralanmasına gerek Gemlik için gerek diğer veriler için fazla güvenilmemesini önermekteyiz. Türkiye'de ölüm bildirimleri hekim tarafından doldurulmakla birlikte, sadece belediye olan yerlerde ve ölü gömme izin belgesi gereken durumlarda hazırlanmaktadır. Bunun dışındaki kırsal alan ölümleri, Devlet İstatistik Enstitüsünce (DİE) hesaba katılmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde köy ebeleri kırsal alandaki ölümler için ölüm fişleri doldurmaktaydılar. Bu bilgiler, DİE'ne gönderilip Türkiye'nin tümü hakkında bilgi birikimi sağlanmaktaydı. Ancak son yıllarda DİE bu alanda bilgi toplamaktan vazgeçtiği için, sağlık ocakları, kırsal alandaki ölümlerden Ev Halkı Tespiti işlemleri sırasında haberdar olmaktadır. Ebeler tarafından hemen bildirilse bile ölüm nedeni, hastanın yakınlarına yada kullandığı ilaçlara bakılarak belirlenmektedir. Ayrıca personelin bu konuya verdiği önem ve bu konudaki bilgi düzeyi çok düşük olduğu için "kalp durması", "nüüzül" gibi ölüm sebepleri fişlere yazılabilmektedir. Özel araştırmalar düzenleyerek ölüm nedenleri saptamaya çalışmak da geçici olmakta ve istenen sonucu vermemektedir. Hastanelerimizde bile otopsi alışkanlığının olmaması, ölüm sebeplerinin her zaman doğruluğuna kuşku düşürmektedir. Durum DİE tarafından istatistikleri tutulan il ve ilçe merkezlerinde de farklı değildir; 1986 verilerine göre kalp hastalıklarından ölümler şöyledir²²:

Hastalık	Ölen sayısı
Kronik romatizmal Kalp Hast.	2714
Hipertansiyon	1274
İskemik Kalp Hast.	157
Kalp hastalığının diğer şekilleri	45494
Toplam	49639

Görüldüğü gibi myokard enfarktüsünün bulunduğu gruba giren hastalıklardan ölenlerin sayısı sadece 157'dir²². En büyük grup olan "diğer kalp hastalıkları" grubuna Pulmoner Emboli, Kardiyak Disritmi, Sfilitik Aortit gibi hastalıkların girdiğini de belirtmek gerekmektedir. Oysaki gelişmiş ülke istatistiklerine bakıldığında kalp hastalıklarından ölümlerin en büyük kesiminin iskemik kalp hastalıkları grubunda olduğu gözlenmektedir.

Gemlikte en önemli ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıklarıdır, bunu 1980'de solunum sistemi, 1987'de kötü huylu urlar izlemektedir. Türkiye'de en başta gelen ölüm nedeni kalp hastalıklarıdır, 1980'de ikinci sırada doğum travmaları, üçüncü sırada solunum sistemi hastalıkları (pnömoniler) gelmektedir. Ölümlerin yüzde 15'inde (20.000 ölüm) kesin sebep belirtilmemiştir ve bu grup aslında kalp hastalıklarının hemen arkasında gelmektedir²³. 1987'de Gemlikte, başta gelen ölüm sebebi kalp hastalıklarıdır. Bunu kanserler izlemiştir. Perinatal mortalite üçüncü sıradadır. Nedeni bilinmeyen ölümlerin oranı yüzde 11.6'ya inmiştir (ikinci sırada).

Bölgelere göre başta gelen ölüm nedenleri aşağıda sunulmuştur^{8.12.13.17.18.19}.

Bölgeler (EAB)	1. Ölüm Nedeni	2. Ölüm Nedeni
Çubuk (1984)	Kalp Hastalıkları	Hipertansiyon
Narlıdere (1986)	Dolaşım-Solunum S. Hast.	Kanserler
Etimesgut (1975)	Dolaşım Sist. Hast.	Pnömoniler
Etimesgut (1984)	Kalp Hastalıkları	Kanserler
Avcılar (1986)	Kanserler	Pnömoniler
Abidinpaşa (1986)	Kalp Hastalıkları	Kanserler
Gemlik (1980)	Kalp Hastalıkları	Solunum Sis. Hast.
Gemlik (1987)	Kalp Hastalıkları	Kanserler

Ana-çocuk sağlığı hizmetinin başarı göstergelerinden biri de bebek ölümlerinin nedenleridir. Önlenebilir bebek ölümlerinin (pnömoniler, ishaller, diğer enfeksiyon ve beslenme hastalıkları, kazalar vb.), önlenemez bebek ölümlerinden (doğumsal anomaliler, metabolik hastalıklar vb.) daima az olması beklenir. Bu gösterge hizmetin kantite ve kalitesiyle yakından ilgilidir.

Gemlik bölgesinde 1981'de bu ölümlerin yüzde 58.6'sı önlenemez nedenlerden olmuştur. 1987'de bu oran yüzde 52'ye düşmüştür. Çubuk bölgesinde¹³ 1984'de 60 bebek ölümünün 44'ü (% 73.3), Etimesgut'ta (1984)¹² 91 bebek ölümünün 40'ı (% 43.9), Narlıdere'de¹⁸ (1986) 35 bebek ölümünün 14'ü (% 40.0) önlenemez nedenlere bağlanmıştır. Avcılar bölgesinde, bebek ölümlerinde ilk başta verilen iki ölüm nedeni de önlenemez hastalıklar gruplarına girmektedir¹⁹. Bu konuda, özellikle yeni doğan dönemi sonrasında yönelik hizmetlerin kalitesinin artırılması gerektiği söylenebilir.

5. Doğumlar, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri:

Bu hizmetler konusunda Gemlik bölgesinin diğer EAB ile kıyaslaması aşağıda yapılmıştır^{8.12-20.24}.

Bölgeler (EAB)	Kaba Doğum Hızı (Binde)	Fötal Ölüm Hızı (Binde)
Avcılar (1985)	19.9	26.0
Avcılar (1986)	18.6	13.8
Narlıdere (1986)	17.7	15.9
Etimesgut (1967)	35.1	12.1
Etimesgut (1984)	24.3	23.2
Çubuk (1984)	21.3	13.5
Ulaş (1982)*	22.2	17.6
Ulaş (1986)	30.9	26.1
Gölbaşı (1985)	11.9	16.9
Karataş (1985)	27.0	9.1
Abidinpaşa (1986)	14.9	14.5
Gemlik (1980)	16.6	18.6
Gemlik (1987)	16.9	23.9
TÜRKİYE (1983)	32.0	

(*) Bölge yeni kurulduğu için eksik tespit olasılığı vardır.

Kaba doğum oranlarının kentsel yapısı hakim olan bölgelerde düşük, kırsal yapısı hakim olan bölgelerde yüksek olduğu gözlenmektedir. Doğumlara sağlık personelinin yardımının ana ve çocuğun sağlığı açısından önemi tartışılmaz. Ancak özellikle kırsal bölgelerde bu yardım yeterince ulaştırılamamaktadır. Bu bölgelerde, eğer ebe köyde oturuyorsa doğuma çağırılmaktadır, kendi köyüne uzak başka bir köydeki doğum vakalarında ise, ancak zor doğumlarda hatırlanmaktadır. Bu durumlarda ise genellikle ebe de bir şey yapamamakta, gebenin hastaneye sevki gerekmektedir. Uzaklık, sağlık hizmetini olumsuz etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Kentel yerleşim özelliği gösteren bölgelerde ise durum daha iyidir ve kadınlar, doğum sırasında sağlık personelinin daha çok yararlanabilmektedirler. Doğumların oluşunda sağlık personelinin katkısı karşılaştırmalı olarak aşağıda verilmiştir^{8,12-20,24,26}.

Bölgeler (EAB)	Sağlık personeli yardımı ile (%)	Kendi kendine (%)
Etimesgut (1967)	42.0	58.0
Etimesgut (1980)	86.0	14.0
Etimesgut (1984)	89.4	10.6
Çubuk (1977)	48.0	52.0
Çubuk (1984)	70.9	29.1
Avcılar (1986)	93.2	6.8
Narlıdere (1986)	92.4	7.6
Karataş (1986)	80.1	19.9
Ulaş (1982)	46.4	53.6
Ulaş (1986)	32.6	67.2
Gölbaşı (1986)	91.0	9.0
Gemlik (1980)	87.6	12.4
Gemlik (1987)	93.2	6.8
TÜRKİYE (1983)	62.1	37.9

Hemen bütün bölgelerde, zaman içinde, ebelerin doğuma yardım oranı artmıştır. Kırsal-kentsel bölge arasındaki fark EAB nin durumunda da görülmektedir, örneğin kırsal alanın bütün olumsuz niteliklerini taşıyan Ulaş EAB de bu oran hâlâ yüksektir.

Ana ölümü açısından, uzun yıllık gözlemlere dayanan Etimesgut EAB bölgesinin verilerinden yararlanmak uygun olacaktır, bu bölgede ana ölüm hızı yüzbinde 63²⁴, Türkiye'de yüzbinde 208 olarak hesaplanmıştır²⁸. Gemlikte 8 yıllık periyotta hiç ana ölümü gözlenmemiştir.

Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin bir diğer önemli göstergesi de gebe, bebek ve çocukların ebe-hemşireler tarafından periyodik olarak izlenmesidir. Bu hizmet, sağlık hizmetlerinin düzgünlüğü açısından vazgeçilmez şart olarak kabul edilmektedir⁷.

Bu izlemeler sırasında, gerekli periyodik muayeneler (Gebelerde Hb, idrar, kan basıncı, ödem kontrolü, çocuk kalp sesleri, Leopold manevraları vb. bebeklerde beslenme ve gelişme durumu, kilo, boy, fontanel, diş kontrolü vb.) yapılmakta, herhangi bir anormal değerle karşılaşıldığında ocak hekimine haber verilmektedir. Ayrıca bu izlemeler sırasında bebeklerin periyodik aşıları (Difteri-Boğmaca-Tetanoz, BCG, Polio, Kızamık) ve özellikle kırsal alandaki annelerin tetanoz aşıları da yapılmaktadır. Gebe, bebek ve çocuk başına düşen izleme sayıları aşağıda kıyaslanmıştır.

Bölgeler (EAB) ^{8.12-20}	Gebe İzlemesi	Bebek İzlemesi	Çocuk İzlemesi
Avcılar (1985)	3.9	8.2	2.2
Avcılar (1986)	5.1	9.5	1.9
Narlıdere (1986)	6.3	12.6	3.5
Etimesgut (1967)	4.5	7.9	2.2
Etimesgut (1980)	6.4	9.2	2.5
Etimesgut (1984)	5.5	12.4	3.3
Çubuk (1984)	5.4	10.7	2.8
Ulaş (1986)	4.1	5.8	—
Gemlik (1980)	3.6	10.4	1.8
Gemlik (1987)	4.8	10.4	2.1

Bu oranlar, tespit edilen gebe, bebek ve çocuklara verilen hizmeti göstermektedir. Bu hizmetin kalite olarak iyi olması için izleme oranlarının yanı sıra, gebe, bebek ve çocuk sayılarının doğru belirlenmesi ve hepsinin hizmet içine alınması şarttır.

Bölgede düşük prevalansı ile ilgili bilgiler daha önce verilmişti. Ancak düşük olayların doğru saptamak son derece güçtür ve özel araştırmalarda ancak ortaya konabilmektedir. Bunun nedeni şudur; Ebeler kadınları gebe olarak izlemeye almaktadırlar ve bu da daha çok gebeliğin 2-4 ayları arasında olmaktadır. Bu süreden sonra istenmeyen gebelikleri düşükle sonlandırmak zordur. Genelde kadınlar istenmeyen gebeliklerini ilk bir ay içinde düşükle sonlandırmaktadırlar ve bu sırada da ebeler tarafından kayda alınmaları çok zordur. Bu nedenle düşükle genellikle ebelerin kayıtlarına girmeden gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde bu konudaki verilerin hemen hepsinin aynı gerekçeyle güvenilir olmadığı söylenebilir. Türkiye'de yapılan özel bir araştırmada (1975) kadınların geçmişte en az bir düşük yapanlarının oranı

yüzde 13.9 olarak bildirilmiştir²⁹. Gemlikte yapılan bir araştırmada (1980) her yüz gebeliğin 17'sinin düşükle sonuçlandığı ortaya konmuştur³⁰. Çocuk düşürme, istemli olduğunda en kuvvetli aile planlaması eğilimi olarak ele alınabilir. Sağlık ocakları istemli düşüklüklerde herhangi bir tıbbi yardım verememektedir. Kürtajın serbest bırakılması ile ilgili yasa, bu hizmeti yataklı tedavi kurumlarına bırakmıştır.

Aile planlaması uygulama eğilimleri, son yıllarda toplum içinde gittikçe kuvetlenmektedir. Türkiye'de 1978 yılında herhangi bir kontraseptif metod bilen kadın oranı % 88.3 iken bu oran 1983'de % 93.7'ye çıkmıştır³¹. Modern metodları kullanan kadınların oranı 1978'de % 34 iken 1983'de % 51'e çıkmıştır. Hiçbir metod kullanmayan kadın oranı 1978'de % 45, 1983'de % 29'dur³¹. Gemlikte 1981'de yapılan bir araştırmada evli kadınlar arasında kontraseptif metod kullanma oranı % 80 idi³⁰. Ancak bunların yarısından çoğu geleneksel, etkisi az metodları (Geriçekme, duş, evde yapılan ovül gibi) kullanmaktaydılar. Araştırma sırasında kadınların modern metod kullanmalarını sağlama yönünde eğitim yapılmış ve 1981'de % 17 olan modern metod kullanma sıklığı, 1983'de % 36.5'e çıkmıştır. Aile planlaması yöntemlerini kullanma, etkinliğini ölçme ve bunlara ilişkin değerler bulma sağlık ocaklarının rutin hizmetleri içinde değildir. Bunlar ancak, yapılan hizmet-yararlanan bağlantısını verebilmektedirler.

Bölgemizde Aile planlaması hizmetleri yerleşik toplum için eskiden beri önemli bir sorun değildir (Aile büyüklüğü 4.1). Ancak içe göçle gelen ve Aile planlaması hakkında fazla bilgisi olmayan ve tutumları geleneksel olan kesimde yoğun eğitim ve uygulama programı başlatılmıştır. Bu kesim de bugünkü haliyle çekirdek aile tipine uygundur. Fakat bölgede kalış süreleri uzadıkça ve ekonomik koşulları iyileştikçe çok çocuklu olma haline geçebilirler. Bu nedenle, bunlara verilen Aile planlaması hizmeti etkin bir şekilde sürdürülmelidir, aksi halde doğumlarda giderek artma görülecektir.

Aşılama hizmetleri gerek ülkemizde, gerek bütün EAB'de istenen düzeye ulaştırılmıştır. 1985 kampanyasına kalmadan Gemlikte periyodik aşılama yapılmıştır. Diğer EAB'de de, SSYB tarafından aşılar sağlandığı ölçüde bu, derhal aşılama hizmeti olarak yansıtılmaktadır.

6. Hastalıklar:

Sağlık hizmetinin halka en çok ve en etkili biçimde yansıyan yüzü tedavi hizmetleridir. İyi bir birinci basamak hizmeti tüm hastalıkların % 85-90'ında etkili olmakla birlikte, sağlık hizmetinin sunuluş biçimi özellikle ülkemizde 1. Basamak tedavi hizmetlerinde başvuruyu azaltmaktadır. Türkiye'de uzman hekim sayısının pratisyenden çok olması, uzmanların sağlık araç-gerecinin çok olduğu yerlerde toplanmaları, sağlık ocaklarının ilaç bulundurma/satma görevini bir türlü gerçekleştirememesi, hastane polikliniklerinin doğrudan hasta kabul etmeleri, sağlık ocaklarının ulaşım ağına göre durumları gibi nedenler halkın 1. Basamak tedavi hizmetleri için bile uzman hekim aramasına yol açmaktadır. Buna rağmen, iyi konumlandırılmış, personeli yeterli ve sürekli bulunan, araç-gereci gereksinime cevap veren sağlık ocaklarına başvuru tatminkâr düzeydedir³². Halkın sağlık alanında gerçek gereksinimi ile istek ve beklentileri arasında yönlendirici herhangi bir bilimsel faktör rol oynamadığından, çok basit hastalıklar için bile uzman hekim arayışı doğmaktadır. Uz-

man hekime başvuruya 224 sayılı yasanın da öngördüğü gibi bir takım barajlar getirilse, özellikle hastane çalışmalarını olumsuz yönde etkileyen poliklinik yıgılmaları önlenecektir. Ülkemizde bugün yataklı tedavi kurumlarına muayene için başvuranların sadece yüzde 7-8'i yatırılarak tedavi edilmekte diğçerleri ayaktan tedavi ile yetinmektedir ki bu kesimin gereksinimine sağık ocakları rahatlıkla cevap verebilir.

Sağık ocakları düzeyinde hizmet veren EAB de hastalıklarla ilgili veriler aşığıda sunulmuştur^{8.12-20}

Bölgeler (EAB)	Kişi başına düşen muayene	Hastaneye sevk oranı (%)
Çubuk (1984)	0.51	5.5
Etimesgut (1967)	0.64	2.0
Etimesgut (1981)	0.59	7.3
Etimesgut (1984)	0.57	4.4
Narlıdere (1986)	0.36	4.8
Avcılar (1986)	0.42	3.1
Ulaş (1984)	0.13	5.3
Karataş (1985)	0.62	8.6
Abidinpaşa (1986)	0.36	5.0
Gemlik (1980)	0.60	4.5
Gemlik (1987)	0.57	5.0

Gemlik bölgesinde bu verilerin dışında özel olarak yürütölen bir çalışmada, geöen son yıl içinde hastalanma oranının kişi başına 0.4 olduğı belirlenmiştir ki bu da verilerin doğırluğunu kanıtlayan bir bulgudur³².

Sağık ocaklarından tedavi hizmetleri açısından yararlanmayı arttırmak için; hizmet ünitesini en çok 6 km uzakta bulundurmalı³², her ocakta 20 temel ilaçtan oluşçan bir tedavi imkanı sağılanmalı⁷, ocak personelinin ocakta kadroları devamlı dolu tutacak şekilde istihdamına önem verilmelidir.

Hastalıkların tedavisi için başvuranlar arasında bütün bölgelerde kadınlar çoğunluğı almışlardır. Bütün bölgelerde solunum sistemi hastalıkları en çok görölen hastalıklar arasında başta gelmektedir. Ençok görölen öteki hastalık grupları arasında, ürogenital hastalıklar, anemiler, bildirim zorunlu olmayan enfeksiyon hastalıkları, deri ve deri altı dokusunun hastalıkları yer almaktadır.

Bildirimi zorunlu hastalıkların arasında diğçer bölgelerde de kuduz şüpheli ısırıklar, kızamık, kızıl ve streptokok anjini, viral hepatit başlarda gelmektedir. Ancak, tüm vakaların belirlendiğı, sayıların geröeğı eksiksiz yansıttığı söylenemez. Bölgelerin yıllık morbidite oranları incelendiğinde yıldan yıla değışen oranlara rastlanmaktadır. Bulaşıcı hastalık morbidite hızlarının doğıruya yakın hesaplanıp, kıyaslanabilmesi için uzun yıllar süren, düzenli kayıtlara dayalı hesaplamalar yapmak gerekmektedir. Elde mevcut bilgilerle Gemlik EAB nin Türkiye'deki bulaşıcı hastalıklar açısından oldukça düşük morbidite hızlarına sahip olduğı söylenebilir. Ancak son yıllarda görölen Tbc tırmanışı düşündürücüdür.

7. Çevre Sağlığı Hizmetleri:

Sağlık ocaklarının çevre sağlığı alanındaki görevleri daha çok besin ve su hijyeni ile sanayi kuruluşlarının yaptığı hava ve su kirlenmesinin araştırılması alanında toplanmaktadır. Son yıllarda çevre konusuna verilen önemin artması ve art arda çıkarılan yasa ve tüzüklerle bu alandaki hizmet birden çok ünite tarafından yürütülür hale gelmiştir. Sağlık ocakları sadece aldıkları örnekleri bakteriyolojik, fiziksel ve kimyasal analiz için gerekli laboratuarlara gönderirler ve gelen raporların doğrultusunda ilçelerden Belediyeler ve Kaymakamlıklar, illerde de Belediye ve Valilikler aracılığı ile yasal işlem yaptırırlar. Bunların dışında, belediye sınırları için mesken kullanma izin belgesi ve işyeri açma izin belgesi düzenlemek, sağlık ocaklarının bu alandaki görevlerine girmektedir.

Sağlık ocaklarının ülke düzeyindeki dağılımı gözönüne alınırsa (her 5.000-10.000 kişi için bir sağlık ocağı) özellikle sahada yapılması gereken çevre sağlığı hizmetleri için çok uygun bir kuruluş modeli olduğu ortaya çıkar. Her türlü sağlık hizmetini topluma götürmekle görevli olan sağlık ocakları, çevre sağlığı hizmetlerini de entegre biçimde sunabilmektedirler. Önceden belediye zabıtası ve belediye tabipliklerince yürütülen bu hizmetler, genel sağlık hizmetlerinden kopuk bir biçimde ve yetersiz düzeyde sürdürülmekteydi. Hizmetin sağlık ocaklarına aktarılmasıyla yaygınlığı ve diğer sağlık hizmetleriyle entegrasyonu sağlanmış olmaktadır. Son zamanlarda dikey hizmet görmeye yönelik, merkezi çevre sağlığı denetim birimleri kurulmuşsa da bunlar özellikle halk sağlığını yakından ilgilendiren gıda ve su kontrollerinde sağlık ocağının işlerine karışmamaktadırlar.

Halk sağlığı açısından özel önemi olan gıda satış ve imal yerlerinin denetim durumu aşağıda verilmiştir.

Bölge (EAB) ^{8.12-20}	Gıda imal-satış yeri		İşyeri başına kontrol	(%)
	Sayısı	Kontrol s.		Uygun olmayan
Etimesgut (1984)	570	3607	6.3	6.3
Narlıdere (1986)	385	1825	4.7	16.3
Gölbaşı (1985)	460	1537	3.3	6.3
Karataş (1985)	352	2746	7.8	6.5
Ulaş (1984)	58	332	5.7	6.9
Abidinpaşa (1986)	811	5018	6.2	12.6
Çubuk (1984)	413	2182	5.2	(*)
Avclar (1986)	352	711	2.0	1.1
Gemlik (1986)	993	4772	4.8	15.0

(*) Veri yoktur.

Türkiye'de yıllık gıda imal ve satış yeri kontrolü sayısı 700-800 bin dolayında olup, yaklaşık yüzde 10 örnekten uygun olmayan sonuç alınmaktadır³³.

Özellikle çevre sağlığı açısından önem taşıyan GSK ların denetim sonuçları aşağıdadır.

Bölgeler (EAB) ^{8.12-20}	Sayısı	Kontrol s.	Gayri Sıhhi Kurum (GSK)	
			İşyeri başına denetim	(%) Uygun olmayan
Avcılar (1986)	154	77	2.0	6.5
Abidinpaşa (1986)	386	1259	3.2	6.9
Karataş (1985)	95	482	5.1	2.0
Gölbaşı (1985)	215	338	1.5	9.1
Narlıdere (1986)	111	124	1.1	—
Etimesgut (1984)	582	391	0.6	19.2
Gemlik (1986)	1171	328	0.3	17.0

GSK denetimlerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Bunun en önemli nedeni açılışı izne bağlı olan GSK dan özellikle III. sınıf olanlarının kaçak çalışmaları ve kayıtlara yansımayaşdır. Ayrıca bu kurumlar daha çok çevreye dağınik olduğundan denetimler kolay yapılamamaktadır. Giderek daha çok teknik bilgiyi gerektiren I ve II. sınıf GSK denetimlerini tam yapacak araç-gereç sağlık ocaklarında yoktur.

8. Laboratuvar Hizmetleri:

Sağlık ocaklarında 1. Basamak tedavi hizmetlerine yardımcı olacak laboratuvar araç gereci standart olarak vardır. Ancak ocak hekimleri, yetişmeleri gereği laboratuvar hizmetlerinden daha yüksek düzeyde yararlanmayı beklemekte ve sağlık ocağı laboratuvarını yetersiz bulmaktadırlar. Bunun yanı sıra, uygulamada sağlık ocağında yapılabilecek laboratuvar muayenelerini de beceri ile gerçekleştirememektedirler. Bütün bunların sonucunda laboratuvar hizmetlerinden gerektiği kadar yararlanılabildiği söylenemez. Hekimlerin bu alandaki eksikliklerinin tamamlanmasının yanı sıra, yeniliklere uygun olarak bazı muayene metodlarının sağlık ocaklarına sokulması SSYB tarafından araç-gereç ve malzeme eksikliklerinin enerjik bir biçimde tamamlanması laboratuvarından efektif yararlanmayı arttıracak, ocaklara hasta başvuru oranını yükseltecek dolayısıyla hastanelere gereksiz yığılmayı önleyebilecektir. Laboratuvar hizmetlerinin ölçütü hasta başına düşen laboratuvar muayenesi sayısıdır.

Bölgelere göre hasta başına düşen laboratuvar muayeneleri sayıları aşağıda verilmiştir.

Bölgeler (EAB) ^{8.12-19}	Hasta Başına Laboratuvar muayenesi
Narlıdere (1986)	0.37
Etimesgut (1984)*	0.91
Çubuk (1983)*	0.34
Gölbaşı (1985)	0.08
Karataş (1985)	0.42
Ulaş (1983)	0.20
Ulaş (1984)	0.49
Avcılar (1986)	0.19
Abidinpaşa (1986)	0.14
Gemlik (1981)	0.06
Gemlik (1987)	0.16

* Bu bölgelerde Grup Başkanlığına bağlı Bölge Hastanesinden de laboratuvar hizmetleri için yararlanılmaktadır.

Laboratuar muayenelerinin sayısal düzeyini tartışmak için elimizde yeterli veriler yoktur. Ancak 1972'de yapılan özel bir araştırmada sağlık ocağı hekimleri kendilerine başvuran 516 hastanın sadece 6'sında (% 0.7) laboratuar muayenesi istemişlerdir, hastane ve klinik hekimlerine yapılan 117 başvuruda istenen laboratuar muayenesi 33'dür (% 14.7)^{3,4}. 1967 yılında Doğu Anadoludaki 17 ilde yapılan bir araştırmada, sağlık ocaklarında hasta başına 0.02 muayene yapıldığı anlaşılmaktadır⁵. Erzurum ilinde yapılan bir çalışmada da hasta başına 0.2 laboratuar muayenesi düştüğü bildirilmektedir⁶. Laboratuar hizmeti hastanelerin ayrılmaz parçası olduğu halde sağlık ocaklarında araç gerecin sağlanması yanı sıra personelin eğitime de gerek göstermektedir, uygulamalarda görülen, mikroskopla yapılan tüm incelemeleri genellikle hekimin yaptığı, idrar ve kanda hemoglobin muayenelerinin de hemşire ve sağlık memurlarınca da yapılabilirdiği gerçeğidir. Laboratuar için yetiştirilmiş kadrolu bir teknisyenin olmayışı, işin ağırlığını hekime yüklemekte, sonuçta bu da laboratuar hizmetlerinden sayı ve nitelik olarak yararlanmayı azaltmaktadır.

SONUÇLAR

Bu çalışmada, GEAB'nin SSYB tarafından toplanan rutin verileri, baz alınarak Türkiye'de aynı amaçla kurulmuş EAB bölgelerinin hizmetleri karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Bu bölgelerin Türkiye ortalamalarına göre daha iyi yada daha kötü durumda olanları vardır. Ancak hemen hepsinin Türkiye genelini yansıtan bir kırsal kesimleri bir gecekondü bölgeleri de vardır. Amacımız Gemlik bölgesini sadece Türkiye ortalamaları ile karşılaştırmak olmadığı için örnek seçme yoluna gidilmemiştir. Toplanan verilere göre;

1- Bu bölgelerde uygulanan sağlık hizmeti modeli, ülkenin her yerinde aynı etkinlikte sürdürülürse Türkiye'nin sağlık sorunlarını çözmeye yetecektir.

2- Bu bölgelerdeki sağlık hizmeti SSYB veya üniversiteleri tarafından normalin üzerinde desteklenmemektedir. Hatta, gerek personel, gerek araç gereçte (örneğin hizmetin ana öğelerinden olan motorlu araç açısından) eksikleri de vardır. Bölgeler, 224 sayılı yasa gereği Grup Başkanlığı düzeyinde örgütlenmişler ve sadece yöneticilerin bir kısmı, aynı zamanda Tıp öğrencisi eğitimi ile de ilgilendiklerinden üniversiteler tarafından görevlendirilmişlerdir. Başarılı olmanın nedeni; yönetici kadroların ehliyeti, personel eğitimi ve denetimiyle iyi planlama ve idaredir.

3- Sağlık düzeyine, sadece sağlık hizmetinin etki etmediği, sosyo-ekonomik, coğrafik vb. faktörlerin de buna büyük etkisi olduğu bilinmektedir. Ancak incelenen bölgeler özellikle seçilmiş Türkiye ortalamasından çok farklı yerler değildir. Bunun dışında 5-6 yıllık bir zaman sürecinde sağlık hizmetlerinde meydana gelecek olumlu ya da olumsuz değişimleri; sosyo-ekonomik bir patlama olmaksızın buna bağlamak doğru bir tutum olmayacaktır. Sağlık göstergelerindeki bu değişimler, sağlık hizmeti uygulamalarıyla yakından ilgilidir.

4- 224 sayılı yasanın eksiksiz ve yeterli kalitede uygulanmasına çalışılan bölgelerde, özellikle ana-çocuk sağlığı, bağışıklama, ölümlerin önlenilebilir olanlarında azalma gibi hizmetlerde kısa zamanda çok büyük iyileşmeler görülmüştür.

5- Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesinde, 8 yıllık çalışmalar sonucunda, sağlık düzeyi, öteki bölgelere kıyasla daha hızla düzelmiş ve bu düzelme olumsuz bazı

faktörlere karşılık (motorlu araç eksikliği, aşırı nüfus patlaması vb.) korunabilmiştir.

6- Bu çalışma sırasında elde edilen bilgileri, Türkiye ortalamaları ile kıyaslanabilecek veriler bulmakta güçlük çekilmiştir. Örneğin Türkiye'de il ve ilçe merkezleri dışında ölüm istatistikleri yoktur, hastalık istatistikleri sadece hastanelerde yatan hastalara aittir. Oysaki EAB, sadece SSYB tarafından istenen bilgileri düzenli toplayıp, periyodik biçimde yayınlarken hem kendi hizmetlerindeki değişimleri gözlemek hemde Türkiye'nin diğer yerleri ve Dünya istatistikleri ile kıyaslamak şansına sahiptirler. Bu bilgiler, EAB nin özel çalışmaları sonucu değil, sadece SSYB nin standart bilgi toplama formlarından elde edilmiştir. Buna bakarak SSYB nin de Türkiye düzeyinde bu bilgileri toplaması ve yayınlaması olasıdır.

7- Overseas Development Council (OCD)³⁷ tarafından hesaplanan ve "yaşamın fizik kalitesi indeksi" olarak tanımlanabilecek bir formülle (PQLI), Türkiye'deki benzer bölgelerin arasında, Gemliğin yerini daha iyi göstermek mümkün olacaktır. Bu formül:

$$\begin{aligned} PQLI &= (im - e - L) / 3 \\ im &= (229 - B.Ö.H) / 2.22 \\ e &= (\text{Doğuştan yaşam umudu} - 38) / 0.39 \\ L &= \text{Okur vazarlık oranı} \end{aligned}$$

Bu formüle göre bazı bölgelerle Gemliğin karşılaştırılması şöyle sonuçlanmaktadır.

Bölge (EAB) ^{8.12}	PQLI
Etimesgut (1984)	81.6
Gemlik (1986)	90.0
Türkiye (1984)	70.2

KAYNAKLAR

1. T.C. Anayasası, Kanun No: 334 R.G: 10859/ 20.7.1961 Madde: 49 (1961).
2. T.C. Anayasası, Kanun No: 2709, R.G: 18.10.1982 Madde: 56 (1982).
3. FİŞEK N.: Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, (1983).
4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, Kanun No: 224 R.G: 5.1.1961 (1961).
5. Bursa İl Yıllığı (1973).
6. ÖZÖTÜN E.: Türkiye Gayri Safi Yurt İçi Hasılası (İller itibariyle) DİE yayın No: 907, (1980).
7. WHO: Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000, WHO, Geneva, (1981).
8. GEAB Yıllık Çalışma Raporları (1980-1987), Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları, (Teksir edilmiş sekiz rapor).
9. DİE: Genel Nüfus Sayımı İdari Bölünüş, 20.10.1985, DİE Yayın No: 1211, (21.10.1986).

10. DİRİCAN M.R., AYTEKİN A.H., GÜLESEN Ö.: Sağlık Düzeyinin Belirlenmesinde 0-4 Yaş Ölüm Orantısının Değeri, T.T.B. Toplum ve Hekim Dergisi, 18, 4-9 (1979).
11. SSYB: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun, Kararname ve Protokoller (1962-1972), Ogun Kardeşler Matbaası, Ankara, (1972).
12. BENLİ D., ERDAL R., BULUT A.: Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Yayın No: 85/29, Anıl Ofset Matbaası, Ankara, (1985).
13. Çubuk EAB 1984 Yılı Çalışma Raporu, Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayın No: 85/31, (1986 Aralık).
14. Gölbaşı EAB 1985 Yılı Çalışma Raporu, SSYB Gölbaşı EASG Bşk. Yayını, Teksir edilmiş, (1986).
15. Karataş (Adana) EAB 1985 Yılı Çalışmaları (Ed. Dr. M.Akbaba), Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Teksir edilmiş, (1986).
16. Ulaş (Sivas) EAB 1982-1984 Yılları Çalışma Raporu (Ed. Dr. Servet Özgür), Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Emek Matbaası, Sivas, (1985).
17. Abidinpaşa (Ankara) EAB 1986 Yılı Çalışma Raporu, SSYB ve Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Teksir edilmiş, (1987).
18. Narlidere EASGB 1986 Yılı Çalışma Raporu, SSYB ve Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi Yayını, Teksir edilmiş, (1987).
19. Avcılar-Halkalı EASGB 1986 Yılı Çalışma Raporu (Ed: Dr. Ö. Güray, Dr. M. Kıyak, Dr. F. Çizmelioglu), İstanbul Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, İstanbul. (1987).
20. Ulaş (Sivas) EAB Çalışma Raporu (1985-1986), (Ed: Dr. Servet Özgür, Dr. Ferit Koçoğlu) Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Teksir edilmiş, (1987).
21. AKDUR R.: Konut, Sağlık ve Türkiye'de Durum, Ankara Tabip Odası Bülteni, 10, (Ekim 1987).
22. DİE: Ölüm İstatistikleri (İl ve İlçe Merkezlerinde), 1986, DİE Yayın No: 1267, (Ocak 1988).
23. DİE: Ölüm İstatistikleri (İl ve İlçe Merkezlerinde) 1980-1981, DİE Yayın No: 1069, (Nisan 1984).
24. Hacettepe Üniversitesinde Toplum Hekimliğinin İlk 15 Yılı, Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, Yayın No: 16, Ankara, Çağ Matbaası, (1981).
25. WHO: World Health Statistics Annual 1984, WHO Geneva, (1986).
26. HÜNEE: Türkiye'de Bebek Ölümleri, Temel Etkenler (Ed: Ergül Tunçbilek), HÜNEE Yayını, Ankara, Semih Ofset Matbaası, (1988).
27. Population Reference Bureau 1986, World Population Data Sheet, (1986).
28. DERVİŞOĞLU (AKIN) A.: Türkiye'de Ana Ölümleri, Toplum ve Hekim, 42, (Mart 1987).

29. TEZCAN, S., CARPENTER-YAMAN C.E., FİŞEK, N.: Türkiye'de Çocuk Düşürme, Hacettepe Üniv. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, Yayın No: 13, Demircioğlu Matbaacılık, Ankara, (1980).
30. DİRİCAN M.R., AYTEKİN A.H.: First Report on the Evaluation Survey Related to the Research on Family Planning Services Delivered at Home In Gemlik RTA, Dept. of Public Health, Bursa Medical School, (1985) (WHO project No 79047) (Teksir edilmiş).
31. HUIPS: 1983 Turkish Population and Health Survey, Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara, Turkey-Semih Ofset Matbaacılık Ltd. Şti, (1987).
32. AYTEKİN A.H., BİLGEL N., OKAN N., GÜLESEN Ö.: GEAB Kentsel Alanda yaşayanların Hastalanma Sıklıkları ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmaları, Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi, 3: 14, (1987).
33. DPT: V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu = Sağlık, DPT Yayın No: 1916, ÖİK 299, Ankara, DPT Matbaası, (1983).
34. TEKİRLİ N., WINKLER W.: Köysel Bölge Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Metodolojisi, SSYB-Johns Hopkins Üniversitesi Tisa Matbaacılık, Ankara, (1972).
35. ÖZER İ.: Sağlık Ocaklarından Beklenen Hizmetler ve Gerekli Tedbirler, Atatürk Üniv. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü, (Uzmanlık Tezi) Erzurum, Teksir edilmiş, (1969).
36. ÖZEL A.: Erzurum Kentinde Halkın Sağlığına Verdiği Önem ve Sağlık Kuruluşlarını Kullanması Üzerine Bir Araştırma, Atatürk Üniv. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Kürsüsü, (Doçentlik Tezi) Erzurum, Teksir edilmiş, (1980).
37. CERESETO S., WAITZKIN H.: Economic Development, Political-Economic System, and the Physical Quality of Life, Am. J. of Public Health 76: 6, (1986).