

Ana - Çocuk Sağlığı Merkezleri

(İşlevleri ve İstanbul Kentindeki Konumları)*

**TTB MERKEZ KONSEYİ
ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI
ÇALIŞMA GRUBU**

GİRİŞ

1979 Uluslararası Çocuk Yılında (UÇY) her ülkenin çocuklarının özgül sorunları gözler önüne serilerek ve gerçekçi bir açıdan ele alınarak çalışmalar yapılmaktadır. Bu durumlarda demografik konulara ilişkin oran ve sayılar toplumun konumunu ve gerekli hizmetin niteliğini belirleyen verileri getirdikleri için önemlidirler. İşte bu amaçla yönelik olan Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Ana-Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu İstanbul'da yaşayan normal çocukların ve annelerinin ana-çocuk sağlığı bakım merkezleri açısından gördükleri hizmeti incelemiştir. Çalışmada önce Türkiye'de Ana ve Çocuklar hakkındaki genel istatistiksel veriler yer almaktadır. Sosyalist ülkelerde ve gelişmiş kapitalist ülkelerde ana ve çocuk bakım ünitelerinin konumu ve yaptıkları işin nitelikleri ele alınmıştır. Ülkemizde de Ana-Çocuk Sağlığı Kuruluşları (AÇS) yasa ve yönetmeliklere göre tüm ana ve çocuklara en nitelikli hizmeti götürmek amacıyla kurulmuşlardır. AÇS merkezlerinin kuruluş amaçları, işlevleri ve nitelikleri de gözden geçirildikten sonra bugün İstanbul kentinde Sağlık Müdürlüğü ve AÇS merkez, şube ve istasyonlarından elde edilen bilgi ve verilerden kalkılarak, hizmet gören ana ve çocukların oranları hesaplanmış ve sonuçları istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları AÇS merkezlerinin hizmetleri konusunda aydınlatıcı olacaktır.

TÜRKİYE'DE ANA VE ÇOCUKLARIN DURUMU

Anayasa'nın 49. maddesi. «Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşamasını ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla yükümlüdür.» der. Yasa sağlık hizmetlerinin bütün topluma yaygın ve eşit bir şekilde ulaştırılma sorumluluğunu getirirken, uygulamada yer yer yetersiz kaldığı da dikkati çekmektedir. 42 milyon insanın yaşadığı

(*) Bu çalışma 4-8 Ocak 1979 tarihlerinde Ankara'da toplanan Ulusal Çocuk Yılı Konferansı'nda sunulmuştur.

Türkiye'de, tüm geri bırakılmış ülkelerde olduğu gibi, genç nüfus toplumda büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Türkiye'de ortalama yaşam süresi 54 yıldır. Nüfusun % 61,4'ünü 0-24, % 34,2'sini 24-64, % 4,4'ünü ise 65'in üzerindeki yaş grupları oluşturmaktadır (3). Bu sayılar insanların ülkemizde oldukça genç yaşta öldüklerini göstermektedir. Öte yandan sosyalist ülkelerde ve gelişmiş kapitalist ülkelerde ortalama yaşam süresinin 70 yaşın üstüne çıktığı bilinmektedir (36). Nüfusumuzun % 65'inin çocuk ve doğurganlık çağındaki kadınlardan oluştuğu da bilinen istatistiksel bir gerçektir (17). Bir ülkenin gelişmesindeki önemli etmenlerden biri, topluma beden ve ruh bakımından sağlıklı çocuklar kazandırmaktadır. Bu durum kuşkusuz, çocukların yetişmesinde rol oynayan ana sağlığını da birlikte getirmektedir.

İstatistiklere göre doğurganlık çağındaki kadınların toplam nüfusumuza oranı % 22'dir (3). Gene istatistiklere göre bu kadınların 10.000'de 15'i de her yıl doğum sırasında ölmektedir (9). Ana ölüm nedenlerinin başlıcalarını kanama, infeksiyon, varküler olaylar, toksemi, anestezi sorunları olarak sıralayabiliriz. Görüldüğü gibi tüm bu ölüm nedenleri günümüzde, doğum öncesinde yapılacak iyi bir bakımla önlenebilecek niteliktedirler. Doğum öncesinde yapılacak iyi bir bakımla önlenebilecek niteliktedirler. Doğum öncesi bakımın iyi bir örgütlenmeyle yapıldığı İngiltere'de 1930'da 10.000'de 44,2 olan anne ölümü hızı 1970'de 10.000'de 2'ye düşürülmüştür (38). Ülkemizde de HACETTEPE Üniversitesi'nde pilot bölge olarak seçilen Etimesgut'ta 10 yıldır gebelere uygulanan düzenli doğum öncesi bakım sonucu ana ölüm oranı 10.000'de 6'ya, yani ülke ortalamasının yarısında altına düşmüştür (28, 29). İyi bakımla perinatal çocuk ölümlerinin büyük ölçüde azalması da konunun diğer önemli yönüdür.

Kadının özellikle kırsal bölgede, meta ve ücretsiz aile işgücü olarak görülmesinden kaynaklanan diğer bir sorun ise oldukça erken yaşta evlendirilmesidir. Kadın burada, baba ocağı için bir gelir, kocası için ise ücretsiz işgücü kaynağıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nünce 0-14 yaş olarak sınırlandırılan çocukluk döneminde bile ülkemizde, özellikle kırsal kesimlerde genç kız anne niteliğine bürünebilmektedir. Oysa, bilimsel olarak kanıtlamıştır ki, 20 yaşından küçük annelerin çocuklarında görülen ölüm oranı diğer daha yaşlı annelerden daha yüksektir. Bu da erken yaşlardaki gebelik ve doğumlar hormonlar ve uterus yenilenmesinde sorunlar yaratır (37). Ülkemizde çocuk ölümlerinin fazla olması ve sık gebelikler düşük tartılı çocuklar, prematürel sorunları, jinekolojik hastalıkların oranını arttırmaktadır. Burada doğum kontrolünün öneminin ortaya çıktığını görüyoruz. Halk sağlığı ve koruyucu hekimlik ilkeleriyle ilgili olan doğum kontrolü bir

eğitim sorunudur. Doğum kontrolü anne ve babanın istedikleri zaman ve koşullarda ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlayarak topluma en iyi bakım görmüş ve eğitilmiş kişilerin kazandırılmasıdır (14). Örgütlenmesi açısından bu konunun devlet eliyle halledilmesi gereklidir. Bazı özel kuruluşlarca doğum kontrol olgusunun denetimden uzak olarak da uygulandığı üzücü bir gerçektir.

Doğum kontrol yöntemleri öğretilmediği gibi ülkemizde kürtajın da yasaklanmış olması kadınların ya özel muayenehanelerde yetersiz ve en sağlıksız koşullarda kürtaj olup sakat kalmalarına ya da çeşitli fiziksel ve kimyasal ajanları kullanarak gebeliği sonlandırma girişimleri içinde ölümlerine neden olmaktadır.

Kadınlarımızın eğitimsizlik nedeniyle, haklarının bilincinde olmamalarından doğan bir sonuç da yasal ücretli doğum izinlerini dahi kullanmamalarıdır. Yasal olarak doğum öncesi ve sonrası toplam 12 haftalık ücretli izin hakkına sahip oldukları halde yapılan bir araştırmaya göre kadınlarımız doğum öncesi 3,5, doğum sonrası ise ancak 4 hafta izin kullanmaktadırlar (15). Yalnız sigortalı işçi kadınlara tanınan doğum izni hakkının memur ve en örgütsüz kesim olan kırsal bölge kadınlarına da tanınması bir gerekliliktir.

Dikkatler annenin genel durumundan çocuğunkine çevrildiğinde, ülkemizde çocuğun durumunun da birçok olumsuzluk taşıdığı görülr. 0-14 yaş grubu çocukların toplam nüfusumuza oranının % 43 olması, çocuklara verilmesi gereken emek, enerji ve dikkatin önemini vurgular.

Ülkelerin gelişmesinde kriter olarak alınan bebek ölüm hızı Türkiye'de çok yüksektir. Ülkemizde her yıl doğan sağlıklı 1000 çocuktan 153'ü, henüz bir yaşına gelmeden ölmektedir. Bu sayılar kırsal kesimde ortalama 1000'de 168'e, Anadolu bölgesinde 1000'de 226'ya ulaşmaktadır (15, 30).

Ülkemizdeki çocuk ölümlerini gelir dağılımı açısından incelediğimizde kişi başına aylık geliri 0-250 TL. olan kesimde 1000 çocuktan 200'ü, kişi başına aylık geliri 3000 TL. olanlarda ise 1000 çocuktan yalnız 11'i bir yaşına gelmeden ölmektedir. Ayrıca 0-5 yaş arasındaki çocuk ölümleri toplam ölümlerin % 50,9'unu oluşturmaktadır (28).

Çocuk ölümlerinin bu kadar yüksek olduğu ülkemizde beslenme yetersizliği ve dengesizliği, çevre koşullarının bozukluğu, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, annelerin eğitimsizliği gibi sosyo-ekonomik nedenler rol oynamaktadır. Bu nedenlerin içinde ağırlıklı olan beslen-

me yetersizliğidir. Beslenmenin normal insan gelişimindeki yeri tartışılmaz iken ülkemizde satın alma gücünün giderek düşmesi, hayvansal proteinin yerini karbanhidratlara dayalı beslenmenin almasını beraberinde getirmektedir.

Çocuk ölümlerinde rol oynayan hastalıkların başında gastro intestinal infeksiyonlar, pnömoniler, tetanos neonatorum, boğmaca, kızamık gibi günümüzde kolaylıkla önlenebilecek hastalıklar yer almaktadır. Bu hastalıkların ortadan kaldırılması medikal önlemlerin yanında kanalizasyon, yol, su, elektrik gibi çevre koşullarının iyileştirilmesi ile de ilgilidir.

DÜNYADA ANNE VE ÇOCUKLARIN DURUMU

Birleşmiş Milletler Örgütü 20 Kasım 1959'da «Çocuk Hakları Evrensel Beyannamesini» kabul etti. Beynamede «... çocuğun bedensel ve düşünsel bakımdan yetişkin olmadığından dolayı özel bir şekilde korunmaya ve bakılmaya gereksinimi olduğu...» vurgulanarak «insanlığın sahip olduğu en iyi değerleri çocuklara vermeğe zorunlu olduğu» belirtiliyor ve 10 tane ilk benimseniyordu. Bunlar arasında her çocuğa bedensel, düşünsel ve ruhsal gelişme, olanak ve koşullarının sağlanması; uygun beslenme, konut, sağlık hakkı, öğrenim hakkı, çocuğun cins, ırk, din, dil ayrımından, baskı ve sömürünün diğer şekillerinden korumak gibi ilkeler ele alınıyordu. Çocuğa olduğu gibi annesine de doğum öncesi ve doğum sonrası özel bakım sağlanması da benimsenen ilkeler arasındaydı (22, 38). Çocuk hakları beyannamesi kabul edildiğinden bu yana 20 yıl geçti.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre, dünyada her gün doğan 180.000 bebekten 40.000'i bir yaşına gelmeden ölmekte, bir yılda doğan 80.000.000 bebeğin 5.000.000'u aşı yokluğu nedeniyle salgın hastalığa yakalanıp yaşamını yitirmektedir (37). Yeryüzünde Asya, Afrika ve Güney Amerika ülkelerinde milyonlarca çocuk açlık ve hastalık nedeniyle gelişmemektedir (37). Yalnız Güney Amerika ülkelerinde 1976 yılında 70.000 çocuğun açlıktan öldüğü bildirilmektedir (22, 38). Venezuela'da 0-5 yaş arası çocukların % 50'sini oluşturan 6.000.000 çocuk boy, kilo ve genel gelişme açısından normal yaşlılarının çok gerisindedir (22, 38). Şili'de 150.000 çocuk 1973 faşist Pinochet rejiminin iktidarı almasından sonra sürekli açlık sonucu eskiden görülmeyen sıklıkta enfeksiyon hastalıklarına yakalanmışlardır (25). Peru'da yeni doğan her 1000 bebekten 100'u enfeksiyon hastalıklarından ölmekte; her 10.000 kadından 40 tanesi doğum sırasında veya doğuma bağlı nedenlerden yitirmektedir (37).

Federal Almanya'da 1976 yılında 0-6 yaş arası çocukların genel bir muayenesi sonucunda her dört çocuktan birinin hasta olduğu anlaşılmıştır (25). Bu ülkede toplam 365.000 çocuğun normal boy ve kilolarının gerisinde olduğu saptanmıştır (22). İngiltere'de çeşitli sosyo-ekonomik sınıflardan gelen 17.000 çocuk incelenmiştir (25, 26, 37). Elde edilen verilere göre işçi ailelerinin çocukları varlıklı aile çocuklarına göre gelişme bakımından 2 yıl geridedir (25, 26). Ülkede 700.000 çocuk ailelerinin yoksulluğu nedeniyle yeterince beslenememektedir. ABD'de tüm çocukların % 25'i hiç bir sağlık hizmeti görmez, milyonlarca çocuk standartlara uygun olmayan koşullarda yaşarken 800.000 çocuk da mevsimlik işçilerin 1/4'ünü oluşturur (22, 35).

Sosyalist ülkelerde ise ana ve çocuk sağlığı hizmetleri koruyucu hekimliğin ilk koşulu olarak ele alındığından çok önemsenmektedir. Sovyetler Birliği ve tüm sosyalist ülkelerde analık toplumsal bir işlev olarak kabul edilmiştir. Sovyetler Birliği'nde çocuğun çok yönlü gelişimini sağlamak amacıyla çocuk sağlığı ile ilgilenen bütün kurumlar (poliklinikler, kreş ve çocuk yuvaları) tek bir devlet örgütü içinde Ana-Çocuk Sağlığı Kurumu adı altında bütünsel bir sistem oluşturmaktadır. Hem kent, hem de köylerde çocuk hastalıkları ve kadın doğum uzmanlarından oluşan birimler vardır.

Ana-Çocuk Sağlığı Servisi'ne bağlı sağlık kurumları üçe ayrılmaktadır:

1. Dispanserler : Kadın poliklinikleri,
Sanayi işletmelerindeki kadın kabinleri,
Çocuk poliklinikleri.
2. Sabit Tedavi Kurumları : Doğumevleri,
Hastanelerde doğum ve jinekoloji merkezleri,
Çocuk klinikleri,
- 3 — Diğer Sağlık Kurumları : Kreş ve ana okulları.

Anneler gebeliklerinin ilk aylarından itibaren konsültasyon merkezlerinde izlenirler. Bebekler de yaşamlarının ilk 7-8 gününden itibaren profilaksi kliniklerinde kontrol edilirler. Bebekler ilk yıl her ay, 2. yıl 3 ayda bir kez, sonraki yıllarda da 6 ayda bir kez muayene olurlar. Çocuk 15 yaşını doldurana kadar AÇS merkezinde bakım görür (1, 21).

Sovyetler Birliği'nde çocuk felci 1958 yılında oranla 125 kez azalmıştır (1). Bebek ölüm oranı Çarlık Rusya'sına oranla 12 kez azalmıştır (21).

Her yıl 6.000.000 çocuğu kabul edebilecek sanatoryumlar da AÇS merkezlerine bağlanmıştır.

Küba'da 1960 yılında ortalama 50 bebeğin bir tanesinde tatenus neonatorum görülürken 1971 yılında yalnız 2 hastada saptanmıştır (25). 1961'de yılda 350 yeni çocuk felci olgusu görülürken, 1971'de tek bir olgu bile saptanmamıştır (25). Devrimin ilk yılında bebek ölüm oranı 1000'de 44 iken 1975'te 1000'de 35'e düşmüştür (22, 25). Küba'da halen doğumların % 95'i sağlık kurumlarında yapılmaktadır. Beslenme yetersizliği gösteren çocuklar AÇS merkezlerinde bakıma alınırken, annelerin yanlış alışkanlıkları eğitimle giderilmektedir. Polonya'da 1972'de doğumların % 99.9'u doktor veya ebe tarafından yaptırılmıştır. AÇS merkezleri tarafından yürütülen yaygın aşı kampanyaları nedeniyle çocuk felci ve diğer yaygın salgın hastalıklar her geçen yıl azalmaktadır (27).

Bulgaristan'da da AÇS merkezlerinin sayısı 1939'da 504 iken, 1972'de 2576'ya yükselmiştir. Bu ülkede 1939'da canlı doğan her 1000 çocuktan 139'u bir yaşına gelmeden ölürken, 1973'te bu oran 1000 canlı doğumda 25,9'a düşmüştür (3).

DÜNYADA BEBEK ÖLÜM ORANLARI (22)

Türkiye	1000'de	153
ABD	1000'de	24,9
SSCB	1000'de	23
Çekoslovakya	1000'de	21
Bulgaristan	1000'de	25,9

Tablo I.

ANA ÖLÜM ORANI (22)

Türkiye	1000'de	15
ABD	»	2,7
Kanada	»	4
İngiltere	»	2
İsveç	»	1
Küba	»	0,6

Tablo II.

0-5 YAŞ ARASINDAKİ ÖLÜMLERİN TÜM ÖLÜMLERE ORANI (22)

Türkiye	% 50,9
Demokratik Alman Cum.	% 7,7
Macaristan	% 33,3
Polonya	% 28,5
Romanya	% 39
Küba	% 35,5
İngiltere	% 17
İsveç	% 11

Tablo III.

Ülkemizde ana ile çocukların sağlık sorunları, gelişmiş kapitalist, sosyalist ve geri bırakılmış ülkelerin konumları da gözden geçirildikten sonra, aşağıda AÇS kuruluşlarının nitelikleri çalışma ilkele-ri ile amaçlanan hizmeti özellikleri üzerinde durulacaktır.

ANA VE ÇOCUK SAĞLIĞI KURULUŞLARININ GÖREVLERİ NELERDİR?

AÇS kuruluşları ülkemizde de planlandıkları şekliyle gerçek anlamda birer koruyucu hekimlik unsurlarıdır. Ana ve çocukların sağlığını korumayı amaç edinirler. Aslında sağlıklı bir bebeğe sahip olmanın ön koşulu sağlıklı bir doğum ve gebelik geçirmektir. Bu nedenle çocuk sağlığına yönelik hizmetler doğum öncesinde anne sağlığına yönelik olarak başlar. Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte anne fizik ve mental olarak etkilenir. Anne ve çocuk sağlığının temeli olan bu dönemde hem anne, hem de fetüs özel bir bakıma gereksinim gösterir.

Ana sağlığı hizmetleri 3 bölüme ayrılabilir:

- 1 — Doğum öncesi ana bakımı,
- 2 — Doğum sırasında medikal yardım,
- 3 — Doğum sonrası ana bakımı.

Doğum öncesi ana bakımının amaçları ve izlediği yöntemler şunlar olmalıdır:

- 1 — Gebelik sırasında annenin genel sağlık bilgisi düzeyinin yükseltilmesi, annede olabilecek sistemik hastalıklara (Diabet, kardiyolojik sorunlar, tbc gibi) karşı önlemler alınması, var olan hastalıkların saptanması ve tedavinin uygulanması,

2 — Gebelik komplikasyonu olarak görülebilecek hastalıklara karşı (EKLAMPSİ preeklampsi, anemi gibi) önlemler alınması tedavinin yapılması, kan ve idrar incelemelerinin arteriyalkan basıncı kontrollerinin yapılması,

3 — Anneyi tetanosa karşı bağışık kılarak yeni doğan tetanosunun önlenmesi,

4 — Fetusun gelişiminin izlenmesi, gebenin 7. aya kadar bir kez, 8. ayda 15 günde bir, 9. ayda da sürekli bakım altında bulundurulması,

Rh ve kan uyumsuzluğu sorunlarının ortaya çıkarılması ve zamanında önlemlerin alınması,

6 — Anneyi, gebelikte beslenme, beden hareketleri, dinlenme, genel gebelik hijyeni aşırı kilo almama, ağız ve diş bakımı, ilaç kullanmama konularında eğitmek,

7 — Yeni doğacak çocuğun nasıl bakılacağı ve besleneceği konusunda bilgi vermek,

8 — Doğumun nerede ve kimlerce yaptırılacağına karar verip anneye olanaklar hazırlamak.

Doğum sonrası lohusalık dönemindeki ve süt veren anneler için aralıklı sağlık denetimlerinin yapılması, annelerin eğitilmeleri AÇS kuruluşlarının görevidir. Bu dönemdeki görevler şöyle sıralanabilir:

1 — Lohusalık döneminde annenin temizliği, meme bakımı, vücut hareketleri, dinlenme ve beslenmesi konusunda anneyi eğitmek,

2 — Lohusanın sağlık denetimlerini yapmak, sistemik hastalıklar ve infeksiyon hastalıkları için önlemler almak, tedavilerini yapmak,

3 — Çocuğunu besleme, giydirme, meme verme konularında anneyi eğitmek, mama hazırlamayı öğretmek,

4 — Nüfus denetlemesi konusunda anneyi eğiterek, bu amaçla kullanılabilir araç ve gereçler konusunda bilgi vermek.

Çocuk sağlığı hizmetleri 0-6 yaş arası çocukları kapsar ve aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1 — Çocuğun uygun beslenmesinin sağlanması. Bu amaçla annenin eğitilmesi, anneye mama hazırlanmasının, süt emzirmenin öğretilmesi, mama, süt tozu gibi sosyal yardımların yapılması,

2 — Çocuğun giyimi konusunda, sağlığa uygun ısı koşullarında tutulması, barındırılması konusunda anneye bilgi verilmesi,

3 — Çocuğun temizliği, yıkanması, deri enfeksiyonlarının bakımı konusunda annenin eğitilmesi,

4 — Çocuğun uyku saati ve düzeni, oyun gereksinimleri konusunda annelere yol gösterilmesi,

5 — Çocuk ve aile arasındaki etkileşimlerin yol açtığı psikolojik sorunlara kıskançlık, iştahsızlık, hırçınlık, geceleri yatağını ıslatma gibi rahatsızlıklara çözüm yolları aramak, ailelerin bu konuda eğitilmesi,

6 — Çocuğa zamanında gerekli aşuların uygulanmasının sağlanması ve böylece bulaşıcı hastalıklardan korunması.

7 — Hastalanan çocukların erken tanı ve tedavileriyle ilgilenilmesi, gerekli sağlık merkezlerine sevk edilmesi,

8 — İlaç, biberon, çocuk çamaşırı gibi sosyal yardımlarla gerektiği zaman destek olunması,

9 — Çocuğu fizik ve mental gelişim yönünden incelemek amacıyla düzenli ve gerekli aralıklarla sağlık denetimlerinin yapılması, ilk 6 aylık sürede her ay, 6-12 ay arası 2 ayda bir kez, 2 yaşına kadar 3-4 ayda bir kez, daha sonra da 6-12 aylık aralarla bu denetlemeler yapılmalıdır (21).

AÇS hizmetlerinin yürütülmesinde eğitimin en önemli rolü oynadığı açıktır. Bu, ailenin yani annenin ve AÇS kuruluşlarında çalışan personelin eğitiminde somutlaşır.

Bu konuda halkı eğitim çalışmaları iki yönlü olmalıdır:

1 — Ev ziyaretleri sırasında,

2 — Merkezlere gelen halkın eğitimi.

Bundân anlaşıldığı gibi halkı AÇS kuruluşlarına çekmek ve AÇS konusunda aydınlatmak için evlere ziyaretlerin yapılması zorunludur. Bu da zaman ve personel gerektirir. Ziyaretlerde eğitilmiş nitelikli personel, —ebe, hemşire— düşen sorumluluklar büyüktür. Bu nedenlerdendir ki AÇS kuruluşlarında çalışan tüm sağlık elemanlarının iyi eğitim görmüş olması gerekir.

AÇS kuruluşlarının sağlık eğitimi çalışmalarındaki gelişmeler şöyledir (3) :

YIL	ZİYARET EDİLEN EV SAYISI	EĞİTİLEN ANNE SAYISI		
		Gebelik hijyeni	çocuk hijyeni	mama gösterisi
1964	172.936	61.468	146.486	68.571
1972	723.323	208.483	679.581	324.534

Tablo IV (32).

AÇS hizmetlerinde en önemli yeri alan eğitimin amaçları şöyle sıralanabilir :

- 1 — Sağlık Personeline Yönelik Eğitim,
 - Annenin doğuma hazırlanması, beslenmesi, hijyeni,
 - Yeni doğanda beslenme,
 - Çocuk ölüm nedenleri,
 - Doğum sonrası kanamaları, lohusalık hijyeni, meme iltihapları,
 - Prematürelerin özel bakımı,
 - Kan uyuşmazlığı,
 - Diş bakımı, diş çıkarma,
 - Çocuklarda aşı takvimi.
- 2 — Halka Yönelik Eğitim,
 - Gebelik ve sağlam çocuk denetlemelerinin önemi,
 - Lohusalıkta sağlık denetlemelerinin önemi,
 - Mama hazırlanması,
 - Diş bakımı, genel temizlik kuralları,
 - Aşı takvimi,
 - Evde, hastanede doğum şekilleri, nedenleri, önemi.
- 3 — Yalnız Anneye Yönelik Eğitim,
 - Gebelik bulantı ve kusmaları, gebelik toksikozu,
 - Gebelikte varis, meme hastalıkları,
 - Gebelikte kullanılmayan ilaçlar,
 - Temizlik, beslenme, giyinme, dinlenme, hareket,
 - Doğum kontrolü,
 - Gebelik ve doğum psikolojisi,
 - Çocuğun bakımı, beslenmesi, giyimi, psikolojik sorunları.

AÇS hizmetleri anne ve 0-6 yaş arası çocuğun sağlığından sorumludur. 0-14 yaş olarak kabul edilen çocukluk döneminin 6-14 yaş arası geri kalan bölümünde çocuğa yönelik hizmetler okullarda gerçekleştirilmelidir. Okul hekimliği hizmetleri geliştikçe 6-14 yaş arasındaki çocukların daha yakın medikal ilgi görecekleri umulmaktadır.

ÜLKEMİZDE AÇS HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ VE KONUMU

AÇS kuruluşlarının dünyadaki yapı işleyiş ve hizmet şekilleri incelendikten sonra ülkemizdeki yapı ve işleyişlerine eğilebiliriz.

Türkiye’de ana ve çocuk sağlığı alanındaki ilk atılımlar Cumhuriyetten önceki devirlere kadar uzanmaktadır. Bu çalışmalar önceleri gebe kadının sağlığına ve doğum bilgisinin geliştirilmesine yönelik olarak başlamıştır. 1846’da Mekteb-i Tıbbiye olarak adlandırılan Tıp Okulunda, doğum yaptıran kadınlara gerekli bilgiyi veren, iki yıl süreli bir kursun açılması ana sağlığına ilişkin koruyucu hizmetlerin ba-

şında sayılabilir. Sonraki yıllarda 1909'da İstanbul'un Kadırga semtinde ilk Ebe Okulu ve Kadın Hastalıkları Kliniği açılmıştır (18).

Cumhuriyet devrinde AÇS hizmetlerine verilen önem artmış, 1926 da Ankara ve Konya'da Doğum ve Çocuk Bakım Evleri açılmıştır.

1930'da Umumî Hıfzıssıhha Kanunu'nun 162. maddesi gereğince nüfusu 10.000'den fazla olan bölgelerin belediyeleri süt çocukları için muayene ve müşavere (yoklama ve danışma) evleri adı altında dispanserleri açmakla görevlendirilmişlerdir. Parasal sorunlar yüzünden belediyeler bunu gerçekleştirememiş, yalnız İstanbul Özel İdare Belediyesi, SSYB'dan verilen emirle Beşiktaş, Edirnekapı ve Üsküdar'da 3 dispanser açmıştır. Buralarda sağlıklı çocukların büyüme ve gelişmeleri izlenmiş, çocuklarda oluşabilecek ve oluşan hastalıkların denetim ve tedavisi yapılmıştır.

Bu hizmetlerde, özellikle bebek ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğu, toplumsal kültürel ve ekonomik yönden geri kalmış yörelere öncelik tanınması ilkesi vardır.

1937'de Balıkesir'de 1938'de Konya'da ilk ebe okulları açılmıştır.

Gerçek anlamda Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü 1952 yılında, UNICEF (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Fonu) ve WHO (Dünya Sağlık Örgütü)nün yardımlarıyla SSYB bünyesinde kurulmuş, sonraları illerde AÇS merkezleri, ilçelerde AÇS şubeleri ve köylerde istasyonları oluşturulmuştur.

1954'ten başlayarak Ankara'da ana ve çocukların sağlığını geliştirme merkezlerinin kurulması, ana ve çocuk sağlığına yönelik olumlu amaçlara hizmet niteliğini taşır.

Sağlık hizmetlerinin 1961'de sosyalleştirilmesi çalışmalarından sonra koruyucu hizmetlere daha çok önem verilmiş, AÇS hizmetleri diğer sağlık hizmetlerinin kapsamı içinde yer almıştır.

AÇS merkezlerinin her biri 30-50.000 nüfuslu bir bölgenin ana ve çocuk sağlığından sorumlu olarak kurulmuştur. Her AÇS şubesi 10-30.000, her AÇS köy istasyonu ise 2500-4000 kişinin ana ve çocuk sağlığı hizmeti görevini üzerine alır.

Sosyalleştirilen bölgelerde AÇS dispanserleri, Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri yapılmaktadır. AÇS hizmetlerinin yürütülmesi, AÇS merkez, şube ve istasyonlarınca; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde ise Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri ve AÇS dispanserlerine yerine getirilmektedir.

1972 yılına kadar 32 ilde 54 AÇS merkezi, 60 ilçede AÇS şubesi ve 712 köy grup merkezinde AÇS köy istasyonu açılmıştır. AÇS hizmetlerine katkıda bulunan doğum ve çocuk bakım evlerinin sayı ve yatak kapasiteleri gelişmektedir. 1940 yılında sayıları 10, toplam

ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI MERKEZLERİ

yatak sayıları 265 olan bu kuruluşların sayıları 1972'de 22'ye, toplam yatak kapasiteleri ise 2805'e çıkmıştır.

AÇS MERKEZ, ŞUBE VE İSTASYONLARININ SAYILARININ YILLARA GÖRE ARTIŞI

YIL	AÇS MERKEZİ	AÇS ŞUBESİ	AÇS İSTASYONU
1953	1		
1958	8	4	
1960	26	19	
1964	39	44	598
1966	39	42	650
1968	42	51	663
1970	49	54	680
1972	54	60	712

Tablo V (18).

İSTANBUL'DA AÇS HİZMETLERİ

Ülkemizde ve dünyada AÇS merkezlerinin işlevleri ve yapıları incelendikten sonra İstanbul'da bulunan AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonlarının sayısı, personelleri, sorumlu oldukları nüfus açısından ele alınmıştır. Aşağıdaki bilgiler Sağlık Müdürlüğü'nün Aralık 1977 istatistiklerinden ve ana çocuk sağlığı merkezlerindeki sorumlu başhekim ve diğer personelinden elde edilmiştir.

İSTANBUL İL SINIRLARI İÇİNDE AÇS HİZMETLERİ

MERKEZ SAYISI	ŞUBE SAYISI	İSTASYON SAYISI
7	9	18

Tablo VI (*)

MERKEZLER	SORUMLU OLDUKLARI NÜFUS	BÖLGEDEKİ ÇOCUK SAYISI
1. no. Okmeydanı, Şişli	55.000	10.270
2. no. Çapa, Fatih	58.000	10.167
3. no. Üsküdar	83.000	10.000
4. no. Gültepe	55.000	8.000
5. no. Alibeyköy	50.000	11.000
6. no. Örnektepe	30.000	12.000
7. no. Zeytinburnu	43.000	7.000

Tablo VII (*).

AÇS MERKEZLERİ PERSONEL DURUMU

	HEKİM	DIŞ TABİBİ	YARDIMCI PERSONEL
1. Okmeydanı	6	2	13
2. Çapa	4	1	12
3. Üsküdar	5	2	18
4. Gültepe	3	1	11
5. Alibeyköy	3	1	8
6. Örnektepe	2	1	7
7. Zeytinburnu	3	1	18

Tablo VIII (*).

AÇS ŞUBELERİ	SORUMLU OLDUKLARI		DIŞ	YARD.
	NÜFUS	HEKİM	TABİBİ	PER.
Tarabya	3.000	1	1	6
Avcılar	16.000	2	1	8
Ümraniye	50.000	4	1	9
Kanlıca	18.000	2	—	8
Kartal	20.000	2	1	12
Şile	4.000	—	1	9
Sait Çiftçi	5.000	1	—	5
Örnek Mahalle	?	Yeni çalışmaya başladı		
Eyüp	6.000	»	»	»

Tablo IX (*).

ARALIK 1977 İSTATİSTİKLERİNE GÖRE AÇS MERKEZLERİNDE ÜRETİLEN HİZMET

	Bakılan Gebe	Bakılan Çocuk	Aşılana Çocuk
Okmeydanı	3800	yılda 23.000 ayda 1.916	yılda 25.000
Çapa	2461	yılda 14.968 ayda 1.373	yılda 12.743
Üsküdar	5049	yılda 24.821	yılda 60.288
Gültepe	951	ayda 1.427	4.644
Alibeyköy	486	yılda 4.200	6.464
Örnektepe	770	yılda 2.066	1.244
Zeytinburnu	900	yılda 5.663	9.593

Tablo X (**).

(*) İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nden alınan bilgilere dayanarak.

(*) İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen bilgilere dayanarak.

(**) AÇS Merkezleri İstatistiklerinden elde edilmiştir.

İSTANBUL'DA AÇS MERKEZ ŞUBE VE İSTASYONLARIN TOPLAM SORUMLU OLDUKLARI NÜFUS

Merkezler	374.000
Şubeler	139.000
Istasyonlar	54.000
<hr/>	
TOPLAM	567.000

Tablo XI.

İstanbul kentinin nüfusu son gayri resmî sayılara göre 4.000.000'a ulaşmıştır. Doğurganlık çağındaki kadın ve 0-14 yaş arasındaki çocukların toplam nüfusumuza oranı % 65'tir. Doğurganlık çağındaki kadınlarla 0-6 yaş arasındaki çocukların toplam nüfusumuza oranı ise % 45 olduğu hesaplanmıştır. Başka bir deyişle AÇS merkezleri İstanbul kentinin sağlıklı nüfusunun % 45'ini izlemekle sorumludur. Sayısal olarak bu yüzde 1.800.000 şeklinde ifade edilebilir. Oysa yukarıda AÇS merkez, şube ve istasyonlarının maksimal oranda çalışabildikleri durumlarda bile ancak 567.000 nüfusa bakabilecekleri gösterilmiştir. Bu sayının toplam ana ve çocuklara oranı % 34'tür. Anlaşılmaktadır ki AÇS kuruluşları sorumlu oldukları nüfusun ancak % 34'üne bakabilecek kapasitededirler.

Türkiye'de nüfusun 1/5'i 0-6 yaş arasındaki çocuklardan oluşur. Bu sayı Anadolu'da % 21, İstanbul'da ise % 17'dir (31). İstanbul'un nüfusu ile çocuk oranı hesaplanırsa İstanbul'da 680.000 çocuk olduğu anlaşılır.

Oysa tüm İstanbul AÇS merkez, istasyon ve şubelerinin 1977 yılı kayıtları gözden geçirilip toplandığında, son bir yılda 101.008 çocuğa bakıldığı kaydedilmektedir. Bu da oran olarak tüm İstanbul kentinde yaşayan çocukların yalnız % 14'ünün AÇS hizmetlerinden yararlandıklarını gösterir.

Ülkemizde 1000 kişilik nüfustan 5'inin gebe kadın olduğu bilinmektedir. 4.000.000'lık İstanbul kentinde 20.000 gebenin bulunduğu yukarıda verilen sayılarla hesaplanabilir. AÇS kuruluşlarının 1977 yıllık istatistik cetvellerinden tüm gebelerin ancak % 10'unun bakıldığı açığa çıkmıştır.

Yukarıda görülmektedir ki AÇS merkez, şube ve istasyonlarının en yoğun olduğu İstanbul kentinde bile AÇS çalışmaları, sorumlu oldukları kitlenin yalnız küçük bir oranına hizmet götürebilmektedir.

Hizmet gören ana ve çocukların sayısının İstanbul ilinin yalnız ufak bir nüfus oranını kapsaması bunun göstergesidir. Yalnız bu oran bile AÇS çalışmalarının amaçlanan düzeyin çok dışında olduğunu gösterir.

SONUÇ

İstanbul'daki 7 AÇS merkezinin başhekimleri ile yapılan görüşmelerde ve yerinde incelemelerde bu konudaki görüşler ve sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

AÇS merkez, şube ve istasyonlarında kişisel gayret ve özveri en üst düzeyde olduğu halde parasal olanaksızlıklar çalışmaları ileri derecede sekteye uğratmaktadır. AÇS merkezlerinde gerekli sayıda nitelikli personel, mekân, ara gereç, ilaç, aşı vb. eksiklikleri hizmetin sunulmasını sınırlamaktadır. SSY Bakanlığı'nın yaptığı parasal yardım AÇS kuruluşlarının yürütülmesi için yeterli olmaktan uzaktır. Bu kuruluşlar varlıklarını ancak halkın bağışlarıyla sürdürebilmektedirler.

Personel sorununun yanında gene kişisel gayretlerle oluşturulan plan-program ve yönetim dışında Bakanlıktan gereken yol gösterici merkezi ilginin azlığı bir şikâyet konusu olmaktadır.

Ayrıca AÇS kuruluşlarının görevleri kapsamında olan çocuğun ruh sağlığı, gebelik öncesi aylık kontroller, ev ziyaretleri, lohusanın bakımı, grup eğitimi gibi hizmetler ancak en gelişmiş 1-2 merkezde kısmî olarak yerine getirilmekte diğer AÇS şube ve istasyonlarında bu hizmetler sunulmamaktadır. AÇS merkezlerinin de katıldığı yukarıdaki sonuçları niceliksel olarak verilen hizmetin yetersizliğini belirlemektedir. Bu nedenle yapılan görüşmelerde ve çıkarılan sonuçlarda nitelik açısından yorum yapılmaktan kaçınılmıştır.

Dileğimiz ulusal sağlık politikamız yeniden belirlenirken koruyucu hekimliğin temel taşı olan AÇS kuruluşlarına yardımın artırılması ve bütün yurttaki istenilen nicelik ve niteliklere kavuşturulmasıdır.

KAYNAKLAR

- 1 — Aksakoğlu Gazanfer, Dr., Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi, Toplum ve Hekim, Sayı 7-8, Temmuz ve Ağustos 1978.
- 2 — Devlet ve Çocuklar (APN), Moskova Aralık, 1978.
- 3 — D.İ.E. Türkiye İstatistik Yıllığı, 1978. Yayın No. 750, Ankara, 1976.
- 4 — Dinçsoy, M. N., «Nüfus Siyasetimizde Ana ve Çocuk Sağlığı Çalışmaları», Sağlık Dergisi, 32, S. 241, 1958.
- 5 — Durukan, Tekin, Dr., Septik Düşükler, Tob, 1977, Sayı 21.

- 6 — Eren, Nevzat, Doç., Dr., Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Önemi, Top, 1977, Sayı 23.
- 7 — Eren, Nevzat, Doç., Dr., Ulusal ve Bölgesel Düzeyde Sağlık Planlaması, Toplum ve Hekim, Kasım, 1978, Sayı 11.
- 8 — Erenus. N., Ana Sağlığının Tanınması, Sağlık Dergisi, XLIV 5-6, (1970).
- 9 — Fişek, Nusret, Prof., Dr., Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesinde en Önemli Araç: Eğitim, Toplum ve Hekim, Ağustos 1978, Sayı: 8.
- 10 — Fişek, Gürhan, Dr., Sağlıklı Yaşama Hakkında, Cahn Verilmesi Mücadelesine Eğitim Emekçilerinin Katkısı, Eğitim Kurumlarında Sağlık, İstanbul, Ekim, 1978.
- 11 — İzmir Tabip Odası Raporu (1975-1977), s. 44-48.
- 12 — İzmir Tabip Odası Raporu (1975-1977), s. 49-53.
- 13 — Kandemir, E., ve ark. Maternal Mortality, Ank. Üniv. Tıp Fak., XXII, 2, s. 256, 1969.
- 14 — Küçükyalçın, Dora, Dr., Ana ve Çocuk Sağlığı Açısından Doğurganlığın Getirdiği Sorunlar, Toplum ve Hekim, Nisan, 1978, Sayı 4.
- 15 — Küçükyalçın, Dora, Dr., İşçi Sağlığı Tüzüğüne Belirlendiği Şekille İşçi Kadınlara Tanınan Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Altışar Haftalık Ücretli İzinlerin Uygulanması Üzerine Araştırma, 1. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, Ekip, 1978, İstanbul.
- 16 — Küçükyalçın, Dora, Dr. Yetersiz Beslenme Zekâ Gelişimini Etkiler mi? Toplum ve Hekim, Ekim, 1978, Sayı 10.
- 17 — Öztekin, Zafer, Dr., Ülkemizde Çocuk Ölüm Oranları ve Nedenleri, ATOB, Kasım 1978, Sayı 2.
- 18 — Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, SSBY Yayınları, Yayın No. 422, 1973, Ankara.
- 19 — Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Hakkında Etüd, Sağlık Dergisi XXXV, s. 47, 1961.
- 20 — Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tıbbi İstatistik Yıllığı, Yayın No. 205, Gürsoy Bas. Ankara, 1961.
- 21 — SSCB'de Ana ve Çocuk Sağlığı, WHO, Public Health Papers. No. 11, 1962.
- 22 — Statistical Bulletin (USA), Vol. 47. August 1966.
- 23 — Tanyeli, Daniş, Dr., Ana Çocuk Sağlığı, Kırsal Bölgede Sağlık Görevlisi El Kitabı, 1976, İstanbul.
- 24 — TOB Sayı 6, İsveç'te Sağlık Hizmetleri, 1976.
- 25 — TOB Sayı 7, Küba'da Sağlık Hizmetleri.
- 26 — TOB Sayı 8, İngiltere'de Sağlık Hizmetleri.
- 27 — TOB Sayı 9, Polonya'da Sağlık Hizmetleri.
- 28 — TOB Sayı 21, 1977.
- 29 — TOB Sayı 26, 1977.
- 30 — Tümerdem, Yıldız, Doç. Dr. Kadın ve Ana Sağlığı, Toplum ve Hekim, Ekim, 1978, Sayı 10.
- 31 — Tüs-Der Halk Sağlığı Bürosu, Sağlık, Beslenme, Eğitim, Eğitim Kurumlarında Sağlık, Ekim 1978, İstanbul.
- 32 — Türkiye Nüfus Araştırmaları, Elde Edilen Hayati İstatistikler (1965-1966), SSBY Hıfzıssıhha Okulu, s. 53, 1967.
- 33 — Uluslararası Çocuk Yılı Bültenleri (Unicef, Türkiye Millî Komitesi Yayını). Eylül 1977 - Şubat 1978, Sayı 1-6.
- 34 — Veliçangil, Sıtkı, Prof. Dr. Koruyucu Hekimlik ve Sosyal Tıp, İstanbul, 1975.
- 35 — Williams, C.D., Reosans for MCH Services, Ders Notları, Ref B/9, 1962.
- 36 — Whits, K.L., et al, Helth Services: Conccepts and İnformation for Planning and Management, Public Health Papers, No. 67, WHO, Genevs, 1977.
- 37 — Women et vork, International Labour Offis, No. 1. 1977.
- 38 — Women of the Whole World, Uluslararası Dünya Kadınlar Federasyonu'nun Yayınları, 2/1978.
- 39 — Yörükoğlu, Atalay, Prof., Dr., Çocuk Ruh Sağlığı, Ankara, 1978.