

DOSYA**TIP EĞİTİMİ AÇISINDAN
TÜRKİYE'NİN SAĞLIK ÖNCELİKLERİ***Dr. Ahmet TOPUZOĞLU*, Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU**, Dr. Bülent KILIÇ******1- Giriş**

Bir sağlık sisteminin, hizmet verdiği toplumun sağlık sorunlarını çözmedeki başarısı öncelikleri iyi saptayabilmesine bağlıdır. Toplumun sağlık öncelikleri; örgütlenme şeklini, kaynakların kullanımını, personelin eğitimini yönlendirmelidir. Bu temel nokta gözden kaçırıldığında, büyük yatırımlara ve eğitilmiş insan gücüne rağmen ulusal gereksinimler karşılanamayacaktır. Bu olumsuz durum oluşmasını engellemek için toplumun sağlık sorunlarını belirlemek buna uygun örgütlenmek, işgücü planlaması yapmak ve eğitim programları oluşturmak gereklidir.

Bugün ülkemizde yaşanan sağlık karmaşasının temel nedeni önceliklerin unutulması ya da göz ardı edilmesidir. Bunun en çarpıcı sonuçları sağlık göstergelerine yansımıştır, yanısıra sağlık personeli bir kimlik bunalımına sürüklenmiştir. Doktorlar eğitimleri süresince çalışacakları sistemin dışında ve toplumun sağlık sorunlarının uzağında tutulmaktadırlar. Mezuniyet sonrasında ise süreç içinde oluşan yabancılaşma, meslekten soğuma ve çalışma alanlarından kaçmaya yol açmaktadır. Tüm bu olup bitene sağlık sisteminin içerdiği olumsuzlukların katkısı büyüktür. Yalnızca tıp eğitiminin idealize edilerek ulusal gereksinimleri karşılayan bir eğitimin sağlanması sorunları çözmeyecektir, hedefinden şaşmış sağlık sistemini toplumun öncelikli gereksinimlerine yönlendirmek, finans kaynaklarını bu yönde harcamak gerekmektedir. Üniversiteler sağlık işgücünün önemli bir kısmını yetiştiren kurumlar olarak "**Toplum Sağlığına Dayalı Tıp Eğitimi**" kavramını hayata geçirmekle sorunların çözümünde önemli bir adım atabilirler. Böylelikle sağlık sistemini toplumun önceliklerine göre düzenleyen politikalar da gündeme girmiş olacaktır. İdeal tıp eğitimi sağlık sistemi ile amaç birliği yapmış olan eğitimidir. İdeal sağlık sistemi ise toplum sağlığı sorunlarına çözüm olabilen sistemdir.

* Arş. Görv., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

** Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

*** Halk Sağlığı Uzmanı, TTB Halk Sağlığı Kolu

Bu konuda en önemli ipucu toplumun sağlık sorunları ve öncelikleridir. Sağlık sisteminin ve bu sistem için personel yetiştiren tıp eğitiminin öncelikleri ne olmalıdır? İşte bu yazının amacı, bu soruya bir ölçüde yanıt verebilmektir. Saptanan önceliklerin Türkiye'de tıp eğitiminin de önceliklerini oluşturması umut edilmektedir.

2- Türkiye ve Çeşitli Ülkelerle İlgili Genel Bir Değerlendirme:

Türkiye sahip olduğu sağlık sorunları açısından birçok ülkeden farklıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerle bizim ülkemiz arasında ölüm hızları, doğum hızları, aşılar ve yaşam beklentisi gibi temel sağlık göstergeleri açısından önemli farklılıklar vardır (bakınız **Tablo-1**).

Tablo 1'deki ülkeler arasında İran ve Yunanistan gibi komşu ülkelerimiz de dahil olmak üzere bebek ölüm hızı en yüksek ülke olarak Türkiye dikkati çekmektedir. 1 yaş altı kızamık aşı oranlarında da en düşük rakam gene Türkiye'ye aittir.

Bir örnek olması amacı ile tabloya konulan komşu ülkemiz İran hariç tutulduğunda toplam doğurganlık hızı ve nüfus artış hızlarında da en yüksek rakamlara Türkiye sahiptir. Doğuştan beklenen yaşam oranlarında da Türkiye'de yaşayan insanların gelişmiş ülkelerden ortalama 10 yıl daha az yaşadıkları dikkati çekmektedir.

3- Nüfus Sorunu:

Türkiye nüfus artış hızının fazlalığı nedeniyle önemli sorunlarla karşı karşıyadır. 1965 yılından 1990 yılına kadar geçen 25 yıllık sürede yıllık Nüfus Artış Hızı % 2.5 ile 2 arasında değişmiş ve bir türlü % 1'lere çekilememiştir. Oysa bu oran çoğu gelişmiş ülkede %1'in de altındadır. Türkiye'de nüfusun hızlı artışı bağımlı nüfusun artışının yanısıra, her yıl artan nüfusa karşılık aynı hızla iş olanakları yaratılmadığı için işsizliğe de yol açmaktadır. 1990 yılı

Tablo 1: Türkiye ve Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Göstergeleri (1995)

	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	5 Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)	Toplam Doğur- ganlık Hızı	Yıllık Nüf. Artış Hızı (1980-95) (Yüzde)	Doğuşta Yaşam Beklentisi (Yıl)	1 Yaş Altında Kızamık Aşısı Oranı (%) (1992-95)
Türkiye	44	50	3.2	2.2	68	42
İran	35	40	4.8	3.6	69	95
Romanya	29	23	1.5	0.2	70	93
Küba	9	10	1.8	0.9	76	100
ABD	8	10	2.1	1.0	76	89
Yunanistan	8	10	1.4	0.5	78	70
İngiltere	6	7	1.8	0.2	77	92
Japonya	4	6	1.5	0.5	80	68
İsveç	4	5	2.1	0.4	79	96

Kaynak: UNICEF (1997) "The State of The World's Children"

rakamları ile 0-14 yaş arası bağımlı nüfus oranı % 58; 65 ve üzeri yaş bağımlı oranı % 7 olmak üzere Türkiye'de toplam bağımlı nüfus oranı % 65'tir.

Nüfus artış hızı yükseldikçe zincirleme olarak işsizlik, köyden kente göç, gecekondulaşma, alt yapı sorunları, sağlıklı içme suyu olmayışı, bulaşıcı hastalıklar ve ölümler de artmaktadır.

4- Aşırı Doğurganlık Sorunu:

1993 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de kadınlar doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2,7 doğum yapmış olacaktır.

Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. En yüksek toplam doğurganlık hızı Doğu Anadolu Bölgesi'nde (kadın başına 4,4 doğum), en düşük hız ise Batı Anadolu Bölgesi'ndedir (kadın başına 2,0 doğum). Doğurganlık, kentsel ve kırsal yerleşim bölgelerine göre de farklılık göstermektedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar kentsel alanlarda yaşayanlara göre yaklaşık bir fazla çocuğa sahip olmaktadır.

5- Aile Planlaması:

Türkiye'de modern olmayan doğum kontrol yöntemi kullanımı ve istemeden gebe kalma oranları hayli yüksektir. Çiftlerin kullandığı doğum planlaması yöntemlerinin 1963-1993 yılları arasındaki değişimi Tablo-2'de verilmiştir:

Kontrasepsiyon oranlarına bakıldığında son 30 yılda özellikle erkek bağımlı modern yöntemlerin yeterince kullanılmadığı dikkati çekmektedir. Kadın bağımlı yöntemlerde ise başta RIA olmak üzere modern yöntem oranının kısmen artırılabilirliği görülmektedir. Aile planlaması hizmetlerindeki bu eğitim açığı (hizmeti veren ve alan açısından) kapatılmalı daha çok çiftin modern

Tablo 2: Çiftlerin Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemleri (1963-93)

	1963 (%)	1993 (%)
Erkek Bağımlı		
Geri çekme	38	42
Kondom	16	11
Alt Toplam (erkek bağımlı)	53	52
Kadın Bağımlı		
RIA	0	30
Hap	4	8
Sterilizasyon	0	5
Diyafram, köpük, jel	5	2
Yıkama, blokaj	38	3
Alt Toplam (kadın bağımlı)	47	48
Bir Yöntem Kullanma Yüzdesi	28	63
Modern Yöntem	?	35
Geleneksel Yöntem	?	28

Kaynak: DİE (1995) "Türkiye Nüfusu 1923-1994", s:29

yöntemlerden yararlanması sağlanmalıdır.

Evli kadınların yüzde 63'ünün gebeliği önleyici bir yöntem kullanıyor olmasına rağmen, sadece üçte biri modern bir yöntem kullanmaktadır. Evli kadınların % 12'si için bir hizmet-talep açığı söz konusudur. Hizmet-Talep açığını oluşturan kadınlar, halen gebeliği önleyici yöntem kullanmayan, doğurganlığını sonlandırmak isteyen kadınlar (% 8) ile bir sonraki doğumunu en az iki yıl sonra yapmak isteyen kadınlardır (% 4).

Evli kadınların üçte ikisinden fazlası başka çocuk istememekte, yüzde 14'ü ise bir sonraki doğumlarını en az iki yıl geciktirmek istemektedirler. İstenmeyen tüm doğumlar önlenilseydi, doğurganlık çağını tamamlayan

bir kadın ortalama 1,8 doğum yapacaktı. Bu hesaplanan doğurganlık hızına göre yaklaşık bir çocuk daha azdır. İstenen doğurganlık ile gerçek doğurganlık arasındaki fark, yerleşim yerlerine ve bölgelere göre farklılaşmaktadır. Bu fark, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda (1,1 çocuk) ve Doğu Anadolu'da yaşayan kadınlarda (2,1 çocuk) en yüksek düzeyine ulaşmaktadır. Evli kadınların üçte ikisi sahip olduklarından başka çocuk istememektelerdir.

İsteyerek düşük oranı her yüz gebelikte 18 olup oldukça yüksek bir orandır. İsteyerek düşük yapmaya bu kadar yüksek oranda başvurulması aile planlamasına duyulan gereksinimin ve hizmet yetersizliğinin bir başka göstergesidir. 1994 yılında yapılan "Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Durum Analizi" araştırmasında gebelik sonlandırması için başvuruların % 87'sinin artık çocuk istemediği, çocuk isteyenlerin %58'inin ise bundan sonraki gebeliklerini 3 yıl sonra planladıkları saptanmıştır. Buna karşın bu gruplarda geleneksel yöntemlerden geri çekme yöntemi (%64) halen en sık kullanılan yöntemdir. Bunun da ötesinde isteyerek düşük sonrası başvurular bir yöntem verilmenden gönderildiği saptanmıştır. Bu durum bir anlamda sağlık personelinin bir başarısızlığı olmaktadır. Tüm bunlar birinci basamakta aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin yetersiz olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre hizmet sunan personelin yaklaşık %80'i aile planlaması danışmanlık eğitimi almamıştır ve bilgileri standart ve istenen düzeyde değildir. Bu nedenle tıp fakültelerinde aile planlaması konusunda daha nitelikli bir eğitime gereksinim vardır.

6- Doğum Hizmetleri:

Türkiye'de doğum öncesi hizmetlerde de bir yetersizlik söz konusudur. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre gebelerin % 37'si doğum öncesi hiçbir bakım almazken; % 58'inde tetanoz aşısı yapılmamıştır. Türkiye'de doğumların % 40'ı evde yapılmaktadır. Bu oran Doğu Bölgelerinde % 70, Batı Bölgelerinde % 20'dir. Doğumların % 24'ü de sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştirilmektedir. Tüm bu bulgular mezuniyet öncesi tıp eğitiminde üreme sağlığı hizmetlerinin ağırlıklı olarak verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

7- Bebek Ölümleri:

Nüfus artış hızı yükseldikçe anne ve bebek ölümleri de artmaktadır. Oysa istenmeyen tüm doğumlar önlenileseydi, doğurganlık hızları yeterince azalacak, böylelikle anne ve bebek ölümlerinde düşüş gözlenecekti. Türkiye anne ve bebek ölümü açısından gelişmiş ülkelerle karşılaştırılmayacak boyutta kötü durumdadır, bu nedenle doğum öncesi bakım, doğum ve bebek izlemleri son derece önemlidir. Bu sorunların çözümü, işleyen sağlık ocakları ve toplum sağlığına hizmet etmek için yetişmiş sağlık personelinin emeğiyle mümkün olabilir.

Bebek ölüm hızı, 1993 yılı için bin canlı doğumda 53 olarak hesaplanmıştır. Aynı dönemde canlı doğan bin çocukta 61'i beş yaşından önce ölmüştür. Bebek ölüm hızı kırsal yerleşim yerlerinde kentsel yerleşim yerlerindeki 1,5 katı olarak bulunmuştur. Bebek ölüm hızı Batı ve Kuzey Anadolu Bölgeleri'nde ülke ortalamasının altında iken, Doğu Anadolu ülke ortalamasından % 15 daha fazladır. Çocuğun hayatta kalma şansı, annesinin eğitim düzeyi ile yakından etkilidir. Anneleri eğitimsiz çocuklar arasında bebek ölüm hızı, anneleri en az ilköğretim mezunu olan çocuklara göre 1,6 kez daha fazladır. Kısa doğum aralığından sonra doğan çocukların ölme riski, uzun doğum aralığından sonra doğanlara göre daha fazladır.

DiE ve UNICEF verilerine göre 1991 yılında 5 yaş altı çocuk ölümlerinin başlıca nedenleri %48 ile doğum travmaları ve perinatal mortalite nedenleri olup, 2. sırada akut solunum yolu enfeksiyonları ve enteritler (%18) gelmektedir.

Aşılama oranlarındaki yetersizlik, beslenme yetersizliği, büyüme gelişme yetersizliği ve ishaller de ölümleri artırıcı önemli sorunlardır. UNICEF verilerine göre Türkiye'de 1 yaş altı çocuklarda 1992-95 yılları arasında BCG %42; DBT-Polio %51; Kızamık %42 oranlarında yapılabilmektedir. 12-23 aylık çocuklarda da tam aşı olma oranı ancak % 70'tir.

Her ne kadar çocukların ilk yılda tam aşılanmaları önerilmekte ise de, 12-23 aylık çocukların sadece % 59'unun bir yaşından önce aşılarını tamamladıkları saptanmıştır. Aşıların bir yaşından önce yapılıp yapılmadığı gözönüne alındığında tam aşı çocukların oranı % 65'tir. 12-23 aylık çocukların % 89'u BCG aşısını, % 78'i ise kızamık aşısını almışlardır. 12-23 aylık çocukların % 93'ünden fazlası DBT ve Polio aşılarının ilk dozlarını; yaklaşık % 88'i ikinci dozlarını ve % 77'si de üçüncü dozlarını almışlardır. DBT ve polio aşılarının ilk dozları ile ikinci ve üçüncü dozları arasındaki fark, aşılama programlarında gözönüne alınması gereken önemli bir noktadır.

8- Anne Ölümleri:

Ülkemizde yapılan tahminlere göre bir yılda her yüzbin canlı doğumda yaklaşık yüz anne hayatını kaybetmektedir. Bunun anlamı her yıl gerçekleşen yaklaşık 1 400 000 canlı doğuma karşılık 1 500 dolayında kadının gebelik, doğum veya lohusalık döneminde öldüğüdür. Bu da tüm gelişmiş ülkelerin toplam ana ölümü rakamının yarısı kadardır.

Hastane istatistiklerine göre 1991 yılında anne ölümlerinin ilk nedeni düşüklükler (%28), 2. nedeni kanamalar (%12), 3. nedeni ise gebelik toksemileridir (%8). Tüm bu nedenler yeterli bir sağlık bakımı, erken tanı ve tedavi ile önlenilecek hastalıklardır.

9- Tüm Ölümler:

Gene DİE verilerine göre 1993 yılında en çok görülen ölüm nedeni % 43 ile kalp hastalıkları, %11 ile kanserler ve % 7 ile serebrovasküler hastalıklardır (bakınız **Tablo 3**). Tüm bu hastalıklar önemli morbidite ve mortalite sebebi olabilen kronik hastalıklardır. Bu hastalıkların tanısı ve tedavisi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılırken, birinci basamakla diğer basamaklar arasındaki geri bildirim eksikliği, sağlık ocaklarının bu hizmetleri verebilmesi için personel, malzeme ve eğitim desteğinin sağlanmaması gibi nedenlerden, tedavinin izlemi ve esenlendirme hizmetleri verilememektedir. Bunun anlamı hastaların yaşadıkları süre boyunca hastalıkları ile başbaşa bırakılmalarıdır.

10- Bulaşıcı Hastalıklar:

Bulaşıcı hastalıklar önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir. Rakamlar buz dağının görünen kısmıdır. Bağışıklama, alt yapı sorunlarının giderilmesi ve toplumun eğitimi bu hastalıklarla savaşın temel ilkeleridir. Bu hizmetlerin sürekli ve yaygın olarak verilmesi gerekmektedir. Tıp fakültesinden mezun olan hekimler bu savaşın kazanılması gerektiğinin bilincinde olmalı ve daha öğrenciyken bunun provasını yapmalıdırlar. Sağlık sistemimizde bulaşıcı hastalıkların bildirimindeki eksiklikler sayılardaki değişiklikleri yorumlamayı güçleştirmektedir. Elde edilebilen verilere baktığımızda, en sık görülen bulaşıcı hastalık **enteritler, sıtma ve infeksiyöz hepatittir**. Bunu **kızamık, tüberküloz, dizanteri ve tifo** izlemektedir. En çok öldüren bulaşıcı hastalıklar **enteritler ve tüberküloz** olmuştur. Öldürücülüğü en yüksek olan hastalık ise **epidemik menenjit**tir. **Sıtma, enterit, dizanteri, tifo ve brusella** sayısı son yıllarda giderek artmıştır (bakınız **Tablo-4**).

Tüberküloz ve sıtma hâlâ Türkiye'nin kontrol altına alınamamış sorunlarıdır. Ancak tıp fakültelerinde sanki ortadan kaldırılmışlar gibi anlatılmaktadır. Bu hastalıklarla dikey örgütlenme yoluyla mücadele edildiğinden birçok hekim veremi ve sıtmayı tanımamakta, tedavi edememektedir (bakınız **Tablo-5**).

11- Kayıt ve Bildirim Eksikliği:

Ülkemizde sağlıkla ilgili kayıtlarda önemli derecede eksiklikler bulunmaktadır. Özellikle hastalık tanıları ve ölüm nedenlerinin yanlış bildirilmesi son derece yanıltıcı olabilmektedir. Örneğin DİE'nin ölüm nedenleri sıralamasında kalp hastalıkları en sık görülen neden olarak en başta gelmektedir. Oysa bunun gerçek nedeni hekimlerin birçok ölümü, ölüm nedeni ne olursa olsun kardiyak arrest veya kalp durması olarak nitelendirmeleridir. Bunun yanı sıra ölüm ve doğum istatistiklerinin sadece il ve ilçe merkezlerinde toplanması, köylerde ise tutulmaması önemli bir eksiklik kaynağı olmaktadır. Özellikle birinci basamaktaki bu kayıt ve istatistik yetersizlikleri nedeniyle hizmetin planlanması ve değerlendirilmesi de yeterince yapılamamaktadır. Bu nedenle bu konunun tıp eğitimi içinde daha ağırlıklı olarak işlenmesi gerekmektedir.

12- Sonuç:

Türkiye az gelişmiş ülkelerin ve gelişmiş ülkelerin yaşamakta olduğu sağlık sorunlarını bir arada yaşamakta olan bir ülkedir. Öncelik az gelişmişlik sorunlarının çözülmesindedir. Çünkü bunlar gerçekten önlenebilir sağlık sorunlarıdır. Bu sorunlar birinci basamak sağlık hizmetleriyle önemli ölçüde çözülebilir. Toplumda sık görülen kalp hastalıkları kanserler ve serebrovasküler hastalıkların tanısı, tedavi uygulaması ve takibi konusunda pratisyen hekimler donanımlı olmalıdırlar. Bu hastalıklarla savaş için bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi sürekli ve yaygın bir sağlık hizmeti gerekir.

Ülkemizdeki sağlık sorunlarının çözümüyle görevli kurumların, yetersiz ve yanlış yönlendirilmiş çözüm önerileri ve uygulamaları, onları sağlık sorunlarının bir parçası haline getirmiştir. Sağlıkta özelleştirme çalışmaları yanısıra, aile hekimliği sistemi önerileri, sorumluların yürürlükteki sistemin kazanımlarını yok saymalarına yol açmakta, eksiklerin düzeltilmesi ve yeni yatırımların yapılması engellenmektedir. Topluma yeni yükler getirecek bir sistemin hayata geçmesi uğruna, kamu sağlık kuruluşları ve çalışanları dumura uğratılmaktadırlar. Türkiye'nin tamamına yayılmış sağlık örgütü ve pilot bölgelerde, yanısıra bugün ka-

Tablo 3: Başlıca Nedenlere Göre Ölümler

Ölüm nedeni	1990	1991	1992	1993
Kalp hastalıkları	58 019	59 378	63 672	67 540
Kanserler	15 164	15 114	16 888	17 114
Semptomlar ve iyi tanımlanamayan durumlar	17 452	17 843	14 641	12 751
Serebrovasküler hastalık	11 227	11 124	11 011	10 951
Perinatal mortalitenin diğer nedenleri	8 610	6 741	7 424	8 162
Pnömoni	4 113	3 432	4 030	3 120
Doğum travması, güç doğum, anoksi, hipoksi	4 354	4 611	3 516	3 626
Enterit ve diyareli diğer hastalıklar	1 941	1 690	1 634	1 528
Bütün diğer hastalıklar ve kazalar	29 412	30 992	32 290	32 531

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, (1996), "Türkiye İstatistik Yıllığı-1995"

Tablo 4: Bazı Bulaşıcı Hastalıklarda Olgu ve Ölüm Sayıları (1990-95)

Hastalık Adı		1990	1991	1992	1993	1994	1995
Enterit	Olgu	306 501	329 914	298 045	330 220	441 398	435 168
	Ölüm	1 941	1 690	1 634	1 528	*	*
Sıtma	Olgu	8 680	12 218	18 676	47 210	84 345	82 096
	Ölüm	*	*	*	*	*	*
İnf. Hepatit	Olgu	33 282	24 342	19 518	16 671	31 347	27 133
	Ölüm	63	47	39	34	75	*
Kızamık	Olgu	11 372	22 521	24 626	34 285	23 733	13 544
	Ölüm	15	23	11	15	17	*
Tüberküloz	Olgu	24 941	25 166	25 455	23 601	23 639	22 127
	Ölüm	1670	*	*	901	*	*
Dizanteri	Olgu	7 103	8 186	10 207	12 419	18 790	22 141
	Ölüm	11	13	17	14	15	*
Tifo	Olgu	10 052	10 001	11 402	14 347	17 498	20 960
	Ölüm	22	5	13	9	17	*
Brusellozis	Olgu	5 003	4 658	6 197	6 795	8 383	8 184
	Ölüm	2	4	-	2	-	*
Kızıl	Olgu	4 556	5 974	6 480	7 110	6 072	4 307
	Ölüm	2	3	1	16	-	*
Epi. Menenjit	Olgu	2 030	1 878	1 685	1 479	1 195	1 054
	Ölüm	151	117	93	90	73	*

* Veri elde edilememiştir.

Kaynaklar: Devlet İstatistik Enstitüsü, (1996), "Türkiye İstatistik Yıllığı-1995"
Sağlık Bakanlığı (1996) "Sağlık İstatistikleri-1995"

Tablo 5: Verem Savaş Dispanserlerinde Yıllara Göre Yeni Saptanan Olgular ve İlaç Yardımı Alanlar

Tbc'li hastalar	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Yeni saptananlar	24 941	25 166	25 455	23 601	23 639	22 127
İlaç yardımı alanlar	257 780	254 871	297 755	269 772	202 503	?

Kaynaklar: Devlet İstatistik Enstitüsü, (1996), "Türkiye İstatistik Yıllığı-1995"
Sağlık Bakanlığı (1996) "Sağlık İstatistikleri-1995"

patılmış olan tıp fakülteleri araştırma bölgelerinde başarıyla gözlenmiş "Sosyalleştirilmiş Sağlık Sisteminin" yok edilmesine yönelik çabalar asıl toplum sağlığı sorunumuzu oluşturmaktadır.

Türkiye'nin sağlık sorunları birinci basamak sağlık hizmetleriyle önemli ölçüde çözülebilir. Toplumda sık görülen kalp hastalıkları kanserler ve serebrovasküler hastalıkların tanısı, tedavi uygulaması ve takibi konusunda pratisyen hekimler donanımlı olmalıdırlar. Bu hastalıklarla savaş için bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi sürekli ve yaygın bir sağlık hizmeti gerekir.

Tüm bu hastalıklarla mücadelede esas olan sağlık sistemi ile toplum arasında bir köprü kurabilmektedir. Bunun için de hekim adayları tıp fakültelerine ayak bastıkları andan itibaren toplumu tanımayı öğrenmeliler ve toplum sağlığı kavramını özümsemelidirler.

Temel amaç toplumun sağlık sorunlarını çözmek ve

sağlık göstergelerini gelişmiş bir ülkenin göstergelerine dönüştürmekse, bunun nasıl yapılacağı büyük ölçüde "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"da vardır.

KAYNAKÇA:

Devlet İstatistik Enstitüsü, (1996), "Türkiye İstatistik Yıllığı-1995"

Devlet İstatistik Enstitüsü (1996), "Türkiye Çok Göstergeli Küme Araştırması" Ön Rapor.

SB (1995) "Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu"

SB (1996) "Sağlık İstatistikleri-1995"

SB AÇSAP, H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc. (1994) "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1993"

SB AÇSAP, Gazi HSAD, AVSC, PC (1995) "Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması-1994"