

TÜRKİYE HALKININ SAĞLIK SORUNLARINA GENEL BİR BAKIŞ : (1)

Ellibeş yıllık Cumhuriyet döneminde sağlık alanında gerçekleştirilen tüm gelişmeler, bugün Türkiye'nin toplum sağlığı açısından yeryüzünün en geri ülkeleri arasında yer almasını önleyememiştir. İyileştirici sağlık hizmetlerinin yurttaşlara iletilmesinde, iller, ilçeler ve büyük yerleşim merkezlerinin dışına hâlâ çıkılamamıştır. Kırsal bölgelere sağlık hizmetlerini iletmek amacıyla yürütülen çalışmalar sonuçsuz kalmıştır. Gerçekten de Cumhuriyetin kuruluş yıllarından bu yana geçen süre içinde, geniş ölçüde toplum sağlığını tehdit eden, Verem, Trahom, Sıtma, Cüzzam-Frengi gibi **sosyal hastalıklar** özel olarak bu hastalıklarla savaşan örgütler bulunmasına karşın hâlâ ortadan kaldırılabilmemiş değildir. Bu bölümde burjuva iktidarlarının toplumsal sağlık siyasetlerindeki bilinçli ihmallerini ve bu ihmalin kitlelerin yaşamında somutlaşmış tahribatını çeşitli göstergeleriyle kısaca sergileyeceğiz.

I — TÜRKİYE'DE TOPLUM SAĞLIĞI GERİLİK VE YETERSİZLİK KOŞULLARINDAN ÇIKARTILAMAMIŞTIR. KİTLELER ARASINDA YAYGIN, GİZLİ AÇLIK VARDIR.

Yaşam süresi bakımından Türkiye kırsal ortalamasının Asya, Afrika ve Orta Amerika'dan alınan üç geri kapitalist ülkeyle benzerlik

TABLO 1 — Ülkelere göre ortalama yaşam süresi: 1977

Ülke	Ortalama yaşam süresi
A.B.D.	70 yıl
Fransa	71 yıl
İngiltere	71 yıl
Federal Almanya	69 yıl
Dem. Alman Cum.	72 yıl
Bulgaristan	71 yıl
SSCB	69 yıl
Hindistan	32 yıl
Kongo	39 yıl
Meksiko	39 yıl
Türkiye	54 yıl (kırsalda 38 yıl)

(1) Bu yazı, Türk Tabipleri Birliği Demokratik Haklar ve Özgürlükler Çalışma Komisyonu'nun 1979'da hazırladığı Giriş bölümünü geçen sayımızda verdiğimiz «Türk Tabipleri Birliği Antiemperyalist-Antifaşist Nitelikte Bir Demokratik Meslek Odaları Birliğidir» yazısının birinci bölümüdür.

göstermesi ilgi çekicidir. Diğer taraftan yüzlerce yıldan beri devam edegelen emperyalist sömürüyle beslenen gelişmiş kapitalist devletlerin ancak ulaştığı sağlık düzeyini, sosyalist ülkelerin 30-40 yılda aşmış olmaları, toplumsal sağlık sorunlarının yürürlükte bulunan ekonomik ve sosyal sistemle bağlantısını göstermesi bir yana, çözüm yollarını da aydınlatmaktadır.

Kapitalist ve sosyalist sistemler içerisinde yer alan ülkelerden elde edilen verilerden yararlanılarak hazırlanan bir tabloda, bebeklerde ve yetişkinlerde görülen ölüm oranı bakımından Pakistan'la Türkiye'nin benzer sıralarda bulunduğu görülmektedir.

TABLO 2 — Çeşitli ülkelere ilişkin nüfusa ilişkin göstergeler

Ülke	Yetişkin ölüm oranı	Bebek ölüm oranı
ABD	9,4	18,5
BULGARİSTAN	9,8	25,8
İNGİLTERE	11,9	28,0
İSVEÇ	10,4	11,1
PAKİSTAN	18,0	142,0
SSCB	8,2	22,6
TÜRKİYE	15,3	119,0
YUNANİSTAN	8,3	27,0

Dünya Sağlık Örgütü'nün saptamalarına göre Türkiye'de 500-600 kişiye bir tıp doktoru düşmesi gerekirken 1978 yılı verilerine göre ortalama 1700 (2) yurttaşına 1 doktor düşmektedir. Doktorların yurt düzeyindeki dağılımında gözlemlenen eşitsizlik çok açıktır. Buna göre toplumun 40.000 doktora daha gereksinmesi vardır. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi salt kişi başına doktor sayısı açısından bile Türkiye, sağlık hizmetleri düzeyinin en geri olduğu ülkeler arasında dır.

TABLO 3 — Ülkelere göre bir doktora düşen nüfus

Ülke	Bir doktora düşen nüfus
ABD	502
JAPONYA	691
KANADA	657
FRANSA	642
İTALYA	577
TÜRKİYE	1700
SSCB	439
BULGARİSTAN	490
ÇEKOSLOVAKYA	405
DEM. ALMAN CUM.	615

Diğer yandan sağlıklı bir yaşa için protein, yağ, karbonhidrat, vitaminler gibi temel besin maddelerinin yeterli, dengeli ve düzenli olarak alınması gerektiği bilinmektedir. Biyolojik anlamda sağlıklı olmanın ön koşulları arasında beslenme, konut ve giysiden de önce gelmektedir.

Bu açıdan bakıldığında Türkiye toplumunun çok büyük bir çoğunluğunun yetersiz beslenme ve gilzi açlık koşullarında yaşadığı anlaşılmaktadır. Düzenli ve sağlıklı bir yaşam için yeterli gelir düzeyinden yoksun emekçi halk kitlelerinde görülen beslenme bozukluklarının ve bu bozukluğun doğurduğu hastalıkların maddî temeline indiğimizde başlıca iki besin maddesi somutunda şu sonuçlarla karşılaşılır :

TABLO 4 — Fert başına düşen günlük hayvansal protein miktarı (ortalama gerekli miktar 40 gram)

Ülke	Fert başına protein
FRANSA	60
FED. ALMANYA	52
YUNANİSTAN	43
TÜRKİYE	16

Türkiye'de toplumun tükettiği ortalama protein miktarı biyolojik açıdan tüketilmesi gerekenin ancak % 40'ına ulaşabiliyor.

Burada sözü edilen 16 gr. lık ortalama protein tüketiminin düşük gelir grupları tarafından (satın alma gücü düşürülmüş işçi, emekçi ve köylü kitleleri) daha düşük düzeyde tüketiliyor olması kaçınılmazdır. Bu açıdan emekçi kitlelerdeki protein açığının sanıldığından daha yoğun olduğu kolaylıkla anlaşılabilir.

Bu konuda yayınlanan bir araştırmanın sonuçlarına göre, protein tüketimi İstanbul'da bir işçi semti olan Rami'de günde 2,5 gramı, kırsal bölge İstranca'da ise, 5 gramı geçmemektedir (3).

Diğer taraftan kitleler yalnızca proteinli besinlerden değil, dengeli beslenmenin diğer olanaklarından da yoksundur. Karbonhidratlarla beslenme olgusu bu dengesizliği yansıtmaktadır.

TABLO 5 — Fert başına yıllık buğdaygil tüketimi (1977)

Ülke	Bir ferdin yıllık buğdaygil tüketimi
ABD	67 kg
İNGİLTERE	85 kg
FRANSA	110 kg
MISIR	188 kg
TÜRKİYE	268 kg

(kaynak: F.A.O.)

Karbonhidratlardan zengin bir beslenme rejimi yalnızca neden olduğu ya da zeminini oluşturduğu hastalıklar açısından değerlendirilmemelidir. Geniş halk yığınlarını karbonhidratlarla beslenmeye zorlayan etkenler, adaletsiz bir gelir dağılımı, yetersiz üretim sorunları ve bu sorunların sürüp gitmesinde sınıfsal çıkarları olan egemen yönetici sınıflardır.

Tablolarla sunulan veriler henüz ayrıntılara inmeye gerek kalmaksızın Türkiye halkının temel besin maddeleri bakımından ne denli yanlış ve yetersiz beslenme koşullarında yaşadığını kanıtlamaya olanak verecektir kanısındayız.

II — SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN, KIRLARLA KENTLER VE BÖLGELER ARASINDAKİ DENGESİZLİK YOĞUNLAŞARAK DEVAM ETMEKTEDİR.

Türkiye kırları bütün tarihsel geçmişi boyunca bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele dışında koruyucu ve iyileştirici nitelikte bir sağlık hizmeti görmemiştir. 1977 yılı verilerine göre, bir sanayi bölgesi olan ve aynı zamanda kırlarında kapitalist ilişkilerin gelişip güçlendiği Trakya bölgesinde bir doktora 556 yurttaş düşerken, iç, güneydoğu ve doğu Anadolu bölgesinde 12.000 yurttaşına bir doktor düşmektedir.

TABLO 6 — Bölgelere göre nüfus ve doktor dağılımı (4)

Bölgeler	Toplam nüfus (bin)	Doktor sayısı	Bir doktora düşen nüfus
1 — Edirne-İstanbul Tekirdağ-Kırklareli	4980	8954	556
2 — Diyarbakır-Mardin Siirt-Urfa	2187	434	5039
3 — Kayseri-Sivas Tokat	2039	303	6729
4 — Bitlis-Hakkâri Muş-Van	1020	85	12000

Türkiye düzeyinde kapitalizmin eşitsiz gelişmesine paralel olarak, sağlık hizmetlerinin eşitsiz bir biçimde dağıldığı görülmektedir. Ekonomik gücü düşük olan kır emekçileri sağlık hizmetlerinden neredeyse hiç yararlanamamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin düzeyi açısından Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinin Türkiye'nin diğer bölgelerinden daha büyük bir ge-

(4) Türkiye İstatistik Yıllığı, 1977.

rilik ve yetersizlik içinde bulunduğu görülmektedir. Başlıca üretim aracı olarak büyük toprakların ve hayvancılığın ağalar ve feodal kalıntıların mülkiyetinde bulunuyor olması (bir çok demokratik hakları için olduğu gibi) yaşamak ve sağlıklı kalmak haklarından da bölge emekçilerinin yararlanamamaları sonucunu doğurmaktadır. Burjuva iktidarlarının desteklediği şeyhlik, dedelik ve ağalık kurumlarıyla iç-içe geçmiş dinsel otoritenin baskısı, sömürü ve yoksulluğun yanısıra sağlıksızlığı dayanılmaz ölçülere çıkarmıştır. Siyasal iktidarların emekçi köylü kitlelerinin sağlığına karşı umursamaz tavırlarıyla, mistik, metafizik kökenli yerel tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması üst-üste çakışmaktadır. Bu bilinçli ihmalin doğal sonucu olarak doğu ve güneydoğu bölgelerinde hâlâ bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar hüküm sürmektedir. Bu yüzden yılın her ayında kitlesel ölümler görülmektedir.

Türkiye’de bölgesel dengesizlikleri ortaya koyan bir diğer gösterge olarak illere göre doktor başına düşen nüfus tablo 5’de gösterilmiştir. Tablonun kanıtladığı şudur: Doktorlar, kapitalizmin gelişmiş olduğu kentlerde ve bu kentlere yakın bölgelerde, belirli merkezlerde yoğunlaşmışlardır. Sağlık hizmetlerinin pazarlamasında en önemli kişi doktordur. Doktorların dağılımını da elbette ki pazar ekonomisinin kendine özgü kuralları belirleyecektir.

TABLO 7 — Çeşitli illerde doktor başına düşen nüfus (1977)

İller	Doktor başına düşen nüfus
ANKARA	500
İSTANBUL	490
İZMİR	690
SİNOP	17690
ADIYAMAN	15870
GÜMÜŞHANE	14170
NIĞDE	17150
TÜRKİYE ORTALAMASI	1880

III — KORUYUCU HEKİMLİĞİN YETERSİZLİĞİYLE BULAŞICI VE SALGIN HASTALIKLARIN ARTIŞI ARASINDA DOĞRUDAN BİR İLİŞKİ VARDIR.

Bilimsel bir sağlık plânlamasından yoksunluk, bunun yanında yönetici egemen sınıfların göz göre göre yürüttükleri iki yüzlü sağlık siyasetleri, toplumsal sağlık sorunlarının çözülmesinde, zamanla ana hedeflerin bile gözden kaçırılması sonucunu doğurmaktadır.

Yıllar önce kökü kazınmış sayılan sıtmanın son yıllarda yüzbinlerle yeniden ortaya çıktığı, tifo, paratifo, kolera'nın her yıl andemik veya epidemik tarzda salgınlar yaptığı görülüyor. Bulaşıcı hastalıklarda görülen bu alevlenme, toplumun sağlık düzeyinden nesnel bir düşüşle atbaşı birlikte gitmektedir. Bugün hâlâ Türkiye kırlarında ve gecekondu yerleşim bölgelerinde ölüm nedenleri arasında birinci sırayı bulaşıcı hastalıklar almaktadır. Banyo, tuvalet, kanalizasyon, kent-suyu şebekesi gibi sağlık altyapısı hizmetlerinin yetersizliği ya da yokluğu, eğitim düzeyinin genel düşüklüğü, kitlelerin sağlık bakımına ve temizliğe olanak bulamamasına, ve çevre kirlenmesi nedeniyle dış etkenlerle savaşıma olasılığının azalmasına neden olmaktadır. Koruyucu ve iyileştirici sağli khizmetlerinin kitlelere ulaştırılamaması, bulaşıcı hastalıklara yakalanma olasılığını artırmaktadır. Bilindiği üzere bulaşıcı hastalıkların en önemli özelliği, hastalıktan korunmanın ve hasta olursa bile ölümden korunmanın kolay olmasıdır. Çevre koşullarının düzeltilmesi, aşılama, yeterli ve dengeli beslenme bu hastalıkların neden olduğu ölümleri önleyebilmekte ve bunları «**önlenebilir ölümler**» olarak tanımlanmasına olanak vermektedir.

Oysaki, günümüz koşullarında, Türkiye'de 1 yaşını doldurmadan ölen bebeklerin % 40'ının, 1-4 yaş arası ölen çocukların % 78'inin ölüm nedeni bulaşıcı hastalıklardır. Yani Türkiye'de her yıl ölen çocukların dörtte üçünden fazlası «**önlenebilir ölümler**» nedeniyle yaşamını yitirmektedirler. 1977 Türkiye istatistiğinden aktardığımız aşağıdaki bilgiler, bulaşıcı hastalıklarda, önemli artışlar görüldüğünü kanıtlar niteliktedir. Bütün ölüm olaylarının resmî kurumlara yansıtılmadığı veya istatistiklere geçirilmediği düşünüldüğünde, bulaşıcı hastalıklardaki gerçek sayısal artışın daha da yüksek olması beklenmelidir.

- Türkiye'de **sıtma** tedavisi gören yurttaşların sayısı 1969 yılında 2173 iken, bu sayı 1976 yılında 37.320 ye çıkmış, 1978'de yüzbini aşmıştır. Bu yıllar arasında sıtma olasılığı nedeniyle koruyucu tedaviye alınan bölgelerde yaşayan yurttaşların sayısı 36.689 dan 2.470.755 e yükselmiştir.

- 1969 yılında resmî kayıtlara geçen «**bulaşıcı sarılık**», sayısı 7.862 iken 1976 da 12.103 e çıkmıştır.

- 1969 yılında 384 olarak bildirilen çocuk felci, 1976 yılında 500'e yükselmiştir.

- Türkiye'de tifo, paratifo, kolera, kızamık, boğmaca, tüberküloz, cüzzam, difteri ve menenjit gibi bulaşıcı hastalıkların halen önü alınabilmiş değildir. Her yıl bu hastalıklardan bir ya da birçoğu kitlesel ölümlere yol açan salgınlara neden olmaktadır. Oysaki bulaşıcı

ci hastalıklar çabuk tedavi edilebilen ve **İstenirse** salgın yapma niteliği ortadan kaldırılabilen hastalıklardır.

Bulaşıcı ve salgın yapıcı hastalıklarda görülen bu artışın temel nedenleri yalnızca hekim ve diğer sağlık emekçilerinin yetersizliğiyle ve dengesiz dağılımıyla açıklanamaz, sorun Türkiye'nin gerçeği olan kapitalizmin ekonomik ve sosyal yapısının ürünüdür. Bilindiği gibi yapısal sorunlar da yapısal çözümleri gerektirir. Bu nedenle bulaşıcı hastalıkların son yıllarda artışı, sağlık alanındaki eksikliklerle birlikte, siyasal iktidarların bu sorunu çözmek isteğinden ve gücünden yoksun bulunmasıyla açıklanabilir.

IV — TÜRKİYE'DE ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI İLKEL DÜZEYİNİ SÜRDÜRMEKTEDİR.

Ana-çocuk sağlığı hizmetleri; gebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası bakımlarını yapmak, doğumların sağlıklı sonuçlanmasını sağlamak, doğan bebeği hastalıklardan korumak, 0-6 yaş grubu çocukları ilzemet, aşılama olarak özetlenebilir. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde temel sağlık personeli ebedir. Güncel aşamada ana-çocuk sağlığı hizmetleri, esas olarak yalnızca Sağlık Bakanlığının bazı kuruluşlarınca yürütülmektedir. Ana-çocuk sağlığı için ayrı bir genel müdürlük kurulmuştur. Genel müdürlük, A.Ç.S. örgütünü geliştirme çalışmaları içerisindedir. 1974'te 70 A.Ç.S. (Ana-Çocuk Sağlığı) merkezli, 84 AÇS şubesi, 769 AÇS istasyonu kurulmuş görülmektedir. Ancak bu kuruluşlar beklenen koruyucu hekimlik çalışmalarını yürütecek yerde, hasta çocukları muayene eden sağlık merkezleri haline gelmişlerdir. Ülkemizde Ana-çocuk sağlığı hizmetlerindeki yetersizliğin boyutları ancak bilinçli bir ihmal politikasıyla açıklanabilir. Bu alandaki verilerin ve bilgilerin belirsizlik ve çarpıtma nedeniyle güvenilirliği yoktur. Örnek olarak 1977 istatistik yıllığı verilerine göre 1967-1978 yılları arasında düşük nedeniyle bir tek anne ölümü bile görülmemiştir. Yılıktaki rakamlara göre yeni doğan ve süt çocuğu evresinde her türlü nedenlerle ölen bebeklerin sayısı 1974 yılında 10.541, 1975 yılında ise 16.030 olarak görülmektedir. Oysa bu sayının yaklaşık olarak 100.000 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de ortalama yaşam süresinin kısalığı yanında süt çocuğu ölüm oranı yüksekliği de dikkati çekmektedir. Ulusal gelirin bölüşümündeki adaletsizlik, sağlıksız konut, yetersiz beslenme, aydınlatma ve ısınma olanaklarının sınırlılığı ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamanın doğal sonucu olarak süt çocuğu ölümleri yüksek bir düzeydedir. Egemen sınıflarca yürütülen sosyal sağlık siyasetlerinin sonucu olarak her 1.000 çocuktan 153'ünün yaşama hakkı daha doğar-

ken elinden alınmakta, toplumun hem bu gününe hem de geleceğine el konulmaktadır.

TABLO 8 — Ülkelere göre süt çocuğu ölümü (1977)

Ülke	Ölüm oranı (Binde)
ABD	22
İTALYA	29
SSCB	23
BULGARİSTAN	26
YUNANİSTAN	31
TÜRKİYE	153 (kırsal 168, kentsel 113)

Bir toplumda hangi yaş grubu daha büyük oranlarda ölümle yüze yüze geliyorsa, buna o ülkede toplum sağlığına gösterilen ilgi ve öznen nesnel bir anlatım biçimi olarak bakabiliriz. Toplumsal sağlık düzeyi yüksek olan ülkelerde ölenler genellikle yaşlılardır. Ülkenin sağlık düzeyi düştükçe en çok etkilenen sosyal grup da çocuklar olmaktadır. Bu anlamda, bebek ölüm hızı dışında diğer önemli bir ölçüt 0-4 yaş grubunda ölenlerin, tüm yaş, gruplarında ölenlere oranıdır. Buna göre Türkiye'de ölen her iki kişiden biri çocuktur. Oysa sağlık düzeyi yüksek olan ülkelerde ölen her yüz kişiden ancak 2-5'i çocuktur.

TABLO 9 — Türkiye'de ve öteki ülkelerde çocuk ölümleri (1970)

Ülkeler	0-4 yaş grubunda ölenlerin tüm ölenlere oranı
TÜRKİYE : Kırsal	54.9
Kentsel	38.8
Toplam (Kır-kent ortalaması)	50.9
İSVEÇ	1.4
KANADA	5.5
BULGARİSTAN	6.2
YUNANİSTAN	7.6
MEKSİKA	44.2
ŞİLİ	29.1

Ana-çocuk sağlığı incelenirken hâkim sınıfların ve iktidarlarının yalnızca kâr amacına yönelik olan yatırım siyasetlerinin toplumsal sonuçları çarpıcı bir biçimde açığa çıkmaktadır: Çocuklara ve analara yönelik sağlık yatırımlarının azlığı! Bu olguyu açıklayacak olan ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bu iki sosyal kategoriye ulaştırılmasını engelleyen başlıca neden, nüfusun bu iki kesiminin de örgütlü ve üretken olmayışından başka ne olabilir?

V — BİLİM DIŞI HEKİMLİK (GELENEKSEL HALK HEKİMLİĞİ) VARLIĞINI VE ETKİNLİĞİNİ TÜRKİYE DÜZEYİNDE SÜRDÜRMEKTEDİR.

Halen Türkiye'nin kırsal bölgelerinde, kentleri çevreleyen gecekondu ve bir ölçüde kentlerde, bilimsel olmayan yöntemlerle kitlelere her türlü «tıbbî yardım» ve «tedavi hizmetleri» sunulmakta ve bu «hizmetler» kitlelerce yaygın olarak tüketilmektedir :

● Yaklaşık olarak her yüz doğumdan 70'i doğum evleri ve hastaneler dışında, genellikle hiçbir eğitim görmemiş halk ebeleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Oysa örneğin Bulgaristan'da hamilelerin hastahanelerde doğum yapma oranı % 95'tir.

● Bilindiği gibi hamilelik, doğum ve lohusalık sırasında analar, yüksek düzeyde hastalık ve ölüm tehlikelerine açık durumdadırlar. 1977 istatistik yılına inanmak gerekirse 1974-75 yıllarında hamilelik ve doğum nedeniyle ölen anaların sayısı sırasıyla 119 ve 165'tir. Hastahaneler dışında halk ebelerinin gözetimindeki doğum sayısının yüksekliği bu rakamları güvenilmez kılmaktadır. Ayrıca bilindiği gibi lohusaların ve yeni doğan bebeklerin sağlık hizmetleri ve bakımı da halk ebelerinin geleneksel yükümlülükleri arasındadır.

● Yine bilindiği üzere, kürtajın yasal olarak yasaklanmasından doğan engeller, istenmeyen hamileliği önlemek amacıyla pek çok «çocuk düşürme» yönteminin gelişmesi sonucunu doğurmuştur. Bu işlemler halk arasında «bilgili ve deneyli» olduğu umulan halk ebelelerine yönetilmektedir.

● Kırık çıkık ve iskelet sistemine ilişkin hastalıkların tedavisinde doktor olmayan ama bu işlerin uzmanı olduğu varsayılan halk hekimlerinin, önemli bir sosyal konumu ve sayısal olarak ortopedi uzmanlarını aşan bir hasta çevresi vardır.

● Bugün hâlâ Türkiye kırsalında ve kentlerinde, romatizmayı, sıtmayı, sarılık ve deri hastalıklarını ve daha bir çok hastalığı iyileştirecek manevî güce sahip olduğu varsayılan onbinlerce (ocak), yani «halk hekimi» tedavi çalışmalarını kesintisiz olarak sürdürmektedirler. Halk hekimlerinde bulunduğu varsayılan bu gizli güç, inanişe göre atadan çocuklarına kan yoluyla geçmektedir.

● Bilinç düzeyi düşük kitleler, ruhsal hastalıkların genellikle sağlık bilimlerinin uğraş alanı dışında kaldığını düşünmektedirler. Bu

sorunlar hâlâ metafizik bir âlemin sorunları olarak algılandığı için bir çok «halk hekimi» de bu alanda uzmanlaşmıştır.

● Bilindiği gibi bazı din görevlileri, ve kitlelerin dinsel konulardaki boş inançlarından yararlanan «cinci», «üfürükçü», «muskacı» ve «büyücü» ler anılan nedenlerle akıl hastalıklarının tedavisinde hâlâ önemli bir işlev görmektedirler.

Birinci bölümün son konusu olarak ele aldığımız «Bilim dışı hekimlik», deneysel ya da geleneksel halk hekimliğinin varlığını ve etkinliğini yurt düzeyinde sürdürülmesinin nesnel nedenlerine baktığımızda şunları görüyoruz. Türkiye'de bugünkü sağlık örgütlenmesinin kentlerde sona ermesi ve kır emekçilerinin sağlıklarını satın alabilmek için kentlere gidecek parasal olanaklardan yoksun bulunmaları bilim dışı hekimliği besleyen iki ana kaynağı oluşturmaktadır. Alttaki tabloda sunduğumuz 3 büyük ilimizdeki hekim dağılımı ile daha çok kırsal alanlardaki yerleşme bölgelerini içeren, nüfusu 400.000 den aşağı 26 ili kapsayan bölgelerdeki hekim dağılımının incelenmesiyle çıkan sonuç; kırsal alanlardaki ilkel tedavi yöntemlerinin öncelikle, hekim açısından ve hekimlerin dengesiz dağılımından kaynaklandığına ilişkin görüşümüzü doğrulamaktadır.

TABLO 10 — Türkiye'de Bazı Bölgelere İlişkin Hekim Dağılımı (*)
1975

Yerleşme Bölgeleri	Toplam nüfus	Hekim sayısı	Hekim başına Düşen nüfus
Üç Büyük İl (Ank., İst., İzmir)	8.2 milyon	15.513	700
Seçilmiş 26 İl (**)	7.2 milyon	1.104	6400

(*) Tablo 1977 Türkiye İstatistik Yıllığı Verilerinden faydalanılarak çıkarılmıştır.

(**) Seçilen 26 İl, kırsal alandaki nüfusu 400.000 den aşağı olan ülkemizdeki tüm illeri kapsamaktadır. Bu iller; Adıyaman, Ağrı, Amasya, Artvin, Bilecik, Bingöl, Bitlis, Burdur, Çanakkale, Çankırı, Edirne, Erzincan, Gümüşhane, Hakkâri, Isparta, Kırklareli, Kırşehir, Muş, Nevşehir, Rize, Siirt, Sinop, Tekirdağ, Tunceli, Uşak, Van'dır.

(Devam Edecek)