ÇOCUK ÖLÜMLERİ

Dr. Erdal ATABEK

1. ÇOCUK ÖLÜMLERİNE GENEL BAKIŞ :

Çocuklar dünyaya yaşamak için gelir. Çocuğun doğması mutlu bir olaydır. Çocuk geleceği simgeler. Geleceği yaratır, gelecekte yaşar.

Ama, çocukların yaşama şansı her yerde aynı değildir. Çocukların yaşama hakkı kâğıt üzerinde eşittir, gerçekte ise bazı çocuklar için bu hak, önceden ellerinden alınmıştır. Canlı doğan bin çocuğun bir yaşına varmadan ölüm oranı, A.B.D.'de 22, İtalya'da 29, Sovyetler Birliği'nde 26, Bulgaristan'da 30, Yunanistan'da 31 olduğu halde TÜRKİYE'de 153'dür. Ülkemizde bebek ölüm oranı, dünyadaki en yüksek oranlardan birisidir. Oysa, halkımız doğan çocuklarının yaşamasını ister. Durdu, Duran, Durmuş, Yaşar gibi adlar koyarak bu özlemini açıklar. Ama, adını Durdu koymak, Yaşar koymak, çocukları yaşatmaya yetmez.

Çocukların yaşamını belirleyen etkenler bir ülkenin sosyal ve ekonomik gerçeklerinde yatar. Onun için de, bebek ölüm oranı tüm dünyada bir «gelişmişlik ölçütü» olmuştur. Yüksek bebek ölüm oranı az gelişmişliği simgeler.

0-4 yaş arası çocuk ölümleri de, bebek ölümleri kadar önemli bir sağlık göstergesidir. Ülkemizde bu oran da çok yüksektir. TÜRKİYE'de, 0-4 yaş arası ölümlerin % 59'unu oluşturur. Oysa, bu oran İsveç'te 1.4, Kanada'da 5.5, Bulgaristan'da 6.2, Yunanistan'da 7.6, Şili'de 29.1, Meksika'da 44.2 olmaktadır.

Ülkemiz, doğurganlığın yüksek olduğu ülkelerden birisidir. Nüfusumuz gençleşen bir özellik göstermektedir. Onun için de, ana-çocuk sağlığı hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Bebek ölümleri, 0-4 yaş çocuk ölümleri sadece ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin önleyeceği bir konu değildir. Tüm etkenleriyle incelendiği zaman, yaşatamadığımız bebekler, çocuklar sorunu karşımıza gerçek boyutlarıyla çıkmaktadır. 1975 sayımına göre, ülkemizde 0-4 yaş arasında 5.403.292 çocuk bulunduğunu görüyoruz. Acaba, doğanların tümünü neden yaşatamıyoruz? Neden çocuklarımızın hepsini 4 yaşına kadar yaşatamıyoruz?

2. ÇOCUK DOĞMADAN ÖNCE :

Sağlıklı bir çocuk için, çocuk doğmadan önce yapılacak önemli işler var. Bunların başında anne adayının durumu geliyor. Anne adayının, gebe-

lik sırasında beslenmesi, bakımı, gebeliğin izlenmesi, annenin eğitimi, çocuğun sağlıklı olması bakımından büyük önem taşır.

Öncelikle, gebelik sırasında bir kadının, nasıl beslenmesi, nasıl hareket etmesi, nasıl dinlenmesi gerektiğini bilmesi zorunlu. Ondan sonra, daha da önemlisi, gerekli besin maddelerini alabilecek, bunları yiyebilecek ekonomik düzeyde olması gerekli. Gerek kentsel, gerekse kırsal kesimde, bir kadının gebelik sırasında alması gereken kalori, hayvansal protein, vitamin ve mineraller konusunda yeterli bilgisi yoktur. Bu bilgiler kendisine iletilse de, bunları ancak, ekonomik olanakları içinde gerçekleştirecektir. Halkın büyük çoğunluğunun yaşadığı orta ve alt ekonomik düzeydeki kadınlar beslenme bozukluğu içindedir. Beslenme genel olarak tahıl ürünlerine dayalıdır. Protein, özellikle hayvansal protein ve vitaminler yetersizdir. Çocuk daha doğmadan önce, annesinin bu yetersiz ve yanlış beslenmesinden etkilenecektir. Sonra da, bu yanlış beslenme modeli, doğan çocuk için de geçerli olacaktır.

Gebelik sırasında anne adayının tıbbî bakımdan izlenmesi zorunludur. Anne adayının gebelik bakımından muayenesinin yapılması, kan basıncının ölçülmesi, idrar tahlilinin yapılması, kilo alışının denetimi de gereklidir. Gebeliğin izlenebilmesi, anne adayına ve aileye gerek tıbbî gerek eğitim yardımının yapılması için halkın içinde yaşayan, ailelerin kolayca başvurabilecekleri sağlık örgütlerine, sağlık elemanlarına gereksinme vardır.

Çocuğun sağlığını etkileyen bir durum da, kalıtımla geçen hastalıklara sahip erkek ve kadınlar arasındaki evliliklerdir. Çocuğun bazı kalıtımla ilgili hastalıklara uğramaması için, kadının ve erkeğin evlenmeden önce, kalıtımla ilgili ve bulaşıcı hastalıklara sahip olup olmadığının araştırılması gerekir. Oysa, ülkemizde bu muayeneler aydınlatıcı olmadığı gibi, akrabalar arası evlilikler de sıktır. Bu konuyla ilgili tıbbî çalışmalar bütünüyle yetersizdir. Evlilik öncesi sağlık muayeneleri sadece biçimsel bir işlem olarak yapılır. Bu konuda, halkın eğitim düzeyi de düşük olduğundan, herşey rastlantıya kalmıştır.

3. ÇOCUK ÖLÜMLERİNİN TIBBİ NEDENLERİ :

Çocuk ölümlerinin tıbbî nedenleri üzerinde yapılan çalışmalar, en yüksek oranda ölüme yol açan nedenlerin pnömoni ve enteritler olduğunu göstermektedir. 0-4 yaş arasında ülkemizde ölen çocukların tümünün % 34'ü pnömoni (akciğerlerin yangılı hastalığı)'ndan, % 18'i enterit'ten (barsakların yangılı hastalığı) ölmektedir.

Çocukların hastalığını belirlemede etken iki önemli özellik bulunmaktadır. Bunların birincisi, çocukların dağışıklık düzeyi en düşük yaş diliminde bulunmalarıdır. İkincisi, çocukların yaşamının ilk yıllarında su kaybına karşı çok dayanıksız olmalarıdır. Bu iki özellik, bağışıklık düzeyinin düşüklüğü

ve su kaybına karşı dayanıksızlık, çocukların bu iki türdeki hastalıklara karşı çok duyarlı olmalarına yol açmaktadır. Onun için de, bulaşıcı hastalıklara direncin en düşük olduğu bu yaş kesiminde çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı çok dikkatle korunmaları zorunludur. Su kaybına karşı duyarlılık da, çocukların metabolizmalarının yüksek oluşu, 0-1 yaş arasında deri ve akciğerler yoluyla fazla su kaybetmeleri nedeniyle son derece dikkatli olunması gereken bir özelliktir.

Her iki olayın da temelinde sosyal, ekonomik ve eğitimsel nedenlere bağlı kötü ve yanlış beslenme yatmaktadır.

Bir çok çocuğun ölümüne yol açan pnömoni (akciğerlerin yangılı hastalığı(çoğu kez, aslında tehlikesiz bir hastalık olan çocukluk hastalıklarının, örneğin kızamık gibi, beslenmesi bozuk, direnci düşük çocuklarda ölümcül sonuçlara ulaşabilmektedir. Gene, kolaylıkla düzelebilecek olan ishalli hastalıkların, aynı nedenlere bağlı olarak direnci azalmış çocuklarda, bazı ailelerin de bilgisizlik nedeniyle çocuğa verilen suyu kesmelerinin nedenleri olarak ölüme yol açmaları, çocuk ölümlerinin salt tıbbî, bir olay olmadığını, bütün boyutlarıyla sosyal bir olay olarak ele alınmalarının zorunlu olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

4. ÇOCUK ÖLÜMLERİNİN MEDİKO-SOSYAL NEDENLERİ :

Çocuk ölümlerinin tıp-sosyal etmenleri arasında çocukların yaşamını etkileyen beslenme, konut, çevre sağlığı, ailenin eğitim durumu ön sıralarda yer almaktadır.

4.1. Çocuklarda beslenme :

Türk Tabipleri Birliği İzmir Tabip Odası, çocuk ölümleriyle beslenme arasında yaptığı bir araştırmada, hayvansal protein alımı ile çocuk ölümleri arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu saptamıştır. Araştırma sonuçlarına göre :

Kişi başına 0-250 TL. düşen ailelerde, kişi başına 4.35 gram hayvansal protein düştüğünü, bebek ölüm oranının da binde 200 olduğunu gösterir.

Kişi başına 2-3 bin TL. düşen ailelerde, kişi başına 56.79 gram hayvansal protein düşmekte, bebek ölüm oranı da binde 11 olmaktadır.

Ankara'da Etimesut bölgesinde Doç. Dr. Sevinç Oral tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre :

«Son iki gün içinde, yemek yeme çağında bulunan :

37 çocuk, hiç hayvansal protein

86 çocuk, et ya da yumurta

14 çocuk, peynir, süt, yoğurt

95 çocuk, bitkisel protein (fasulye, nohut, mercimek vb.)
96 çocuk, yeşil sebze
93 çocuk, meyve YEMEMİŞTİR.
Bunlar içinden, bir ay süresince,
31 çocuk, et ya da yumurta
3 çocuk, peynir, süt, yoğurt
29 çocuk, bitkisel protein
65 çocuk, yeşil sebze
54 çocuk, meyve YEMEMİŞTİR.»

Çocuk beslenmesinin bazı özellikleri vardır. Çocuklarda beslenme, yalnır harcanan enerjiyi karşılamak için değil, büyüme ve gelişme için de önem taşır. Çocuklarda kötü ve yanlış beslenme nedeniyle protein enerji eksikliği olduğu zaman, çocuklarda fizik gelişme engellenir. Boy ve ağırlık artışı duraklar. Mikroplu hastalıklara karşı direnç azalır. İyi beslenen bir çocukta tehlikesizce geçebilen hastalıklar, bozuk beslenen çocuklarda ölümcül sonuçlara varır. Çok önemli bir nokta da, protein-enerji yetersizliğinin zekâ duraklamasına yol açmasıdır. Bu noktada son yıllarda geliştirilen çalışmalar ortaya koymuştur ki, kötü beslenme zekâ gelişmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bilimsel verilere göre, beyin dokusunun en hızlı geliştiği dönem, doğumdan önce, ana rahmindeki dönem ve yaşamın ilk yıllarıdır. Dört yaşındaki çocuğun beyin gelişimi, daha doğru deyimle merkez sinir sistemi gelişimi, tüm gelişmenin % 80-90 oranında tamamlanıyor. Yaşamın ilk yıllarında beyin gelişimi beden gelişimine göre daha hızlı. Beyin gelişimi bakımından ilk dört yaşa kadar olan dönem «kiritik dönem» olarak adlandırılmaktadır. Böylece, ana karnındaki dönemden başlayarak 4-5 yaşına kadarki evrede annenin ve çocuğun doğru, yeterli beslenmesi çocuğun tüm yaşamında kalıcı etkiler yapmaktadır. Bu durum da, çocuğun doğumundan önce annenin bakımına, beslenmesine dikkatlerimizi bir kez daha çekmektedir. Oysa, tahıl ürünleri, et, yumurta, balık tüketiminde ülkemizin durumunu bazı dünya ülkeleriyle kıyaslarsak aşağıdaki durumu görüyoruz :

Ülke	*Tahıl*	*Et*	*Yumurta*	*Balık*
A.B.D.	66.0	95.5	18.8	4.8
F. Almanya	79.0	60.5	13.1	6.7
İtalya	134.2	30.7	9.3	5.1
Brezilya	108.9	27.5	3.4	2.6
Meksika	127.5	22.7	5.4	2.5
Yunanistan	157.1	26.3	6.8	9.2
TÜRKİYE	223.0	13.5	1.8	2.5

Ülkemizde beslenme kalıbı tahıl ürünlerinin çok, hayvansal besin maddelerini naz tüketilmesi, asıl kalori kaynağı olarak tahıl ürünlerinin kullanhlmasıdır. Ekmek, makarna, patates tüketimi yanında et, yumurta, balık gibi hayvansal protein kaynakları olan besin maddeleri giderek daha az tüketilmektedir.

Bu durumun nedenlerini gelirler-fiyatlar dengesi açıklamaktadır. Besin maddelerindeki 1979 eylül ayı fiyatlarını veren bir gazete şu rakamları açıklamaktadır :

Besin maddesi	*Bir kg. fiyatı (1979 eylül)*	*Besin türü*
Patates	12.50 L.	Tahıl
Makarna	21.00 L.	Tahıl
Buğday unu	20.00 L.	Tahıl
Bulgur	20.00 L.	Tahıl
Koyun eti	180.00 L.	Hayvansal
Sığır eti	170.00 L.	Hayvansal
Beyaz Peynir	120.00 L.	Hayvansal
Yumurta (tane)	3.75 L.	Hayvansal
Kaşar Peyniri	200.00 L.	Hayvansal
Süt	27.50 L.	Hayvansal
Kuru fasulye	55.00 L.	Bitkisel protein
Elma	30.00 L.	Meyve

(15 eylül 1979 HÜRRİYET)

Piyasa fiyatlarıyla yapılan bu değerlendirme göstermektedir ki, hayvansal besin maddeleriyle beslenme, tahıl ürünleriyle beslenmesen 6-9 kez daha pahalıdır. Oysa bundan 5 yıl önc bu fark 3-5 kadardı. Tahıl ürünleriyle hayvansal besinler arasındaki bu farkın beş yıl içinde iki katına çıkması, pratik anlamda beş yıl önceki ailelerin ancak yarısının artık hayvansal besin maddelerini yiyebildiğidir. Böylece, ülkemizde aslında bozuk ve yetersiz olan beslenme giderek daha da bozuk, daha da yetersiz duruma gelmektedir.

Bu genel beslenme içinde çocuklar, hem annelerinin kötü beslenmesi, hem de kendilerinin kötü beslenmesiyle giderk daha fazla kötü ve yetersiz beslenme içine girmektedirler. Giderek çocuklarımız, fizik ve mntal gelişmesi daha gerilemiş, hastalıklara dirençleri daha azalmış olarak yaşam savaşı vermeye çalışmakta, kuşkusuz bu savaşı da daha başından yitirmektedirler.

4.2 Konut sorunu ve çocuklar :

Çocuğun kültürümüzdeki simgesi beşiktir. Ama, çocuklar, yaşamını beşikte geçirmezler. Büyürler, yürümeye başlarlar. Odanın dışına çıkmak, evin dışına çıkmak isterler. Oynamak isterler. Güneş ışığı isterler, kırlara çıkmak isterler. Onlara vermeliyiz tüm dünya güzelliklerini. Güneşin ışığını, çimenin yeşilini, göğün mavisini onlara vermeliyiz. Kırsal kesimde, çocukların yaşayacağı doğal çevreye uygun konutlar yapmalıyız. Onların yaşadığı çevreye temiz sular getirmeliyiz. Kentlerde, çocuklarımızı sağlıklı, nemsiz konutlarda oturtmalıyız, çocuk bahçelerinde, yemyeşil parklarda oynamalarını, büyümelerini sağlamalıyız. Tüm bunlar, bir toplumun çocuklara borcudur.

Oysa, ülkemizin gerçekleri, bu özlemlerden ne denli uzak, bu gerçeklere ne denli ters bir yapı içinde olduğumuzu gösteriyor. Bazı rakamlar şöyle :

— İkinci Beş Yıllık Plân döneminde gereksinme 900.000 konut. Gerçekleşme oranı ise % 27.6.
— 40 milyar liralık 3. Beş Yıllık Plânda öngörülen konut yatırımları üst gelir grupları için lüks konut yapımına harcanıyor.
— Kent uüfusunun % 70'ini oluşturan orta-alt gelir grupları kirada.
— Kira giderleri sürekli yükseliyor. Aile gelirinin % 30'undan fazlası kiraya ödenir duruma gelmiş.
— Büyük kentlerde nüfusun % 40-65'i gecekondularda yaşıyor. Bu oran giderek de artıyor.
— Ailelerin % 82'si 1-3 odalı konutlarda oturuyor. Ortalama aile büyüklüğü 5.7 kişi. Oda başına düşen nüfus 2.42 kişi.
— Kentlerd ailelerin % 60'a yakın bölümü 1-2 odalı konutlarda yaşıyor. Oda başına 3-4 kişi düşüyor.

Bu dar, havasız, güneşsiz konutlarda büyütüyoruz çocuklarımızı. Parklar az, yeşil alanlar daraltılmış. Arsa yağmasından çocuklara bir tutam yeşillik, temiz bir kıyı parçası bırakılmamış kentlerde çocuklarımız büyümeye çalışıyor.

Bu koşulların, çocuk ölümleriyle, çocuk hastalıklarıyla ilişkisini saptayan araştırmalar sınırlı. Ama, bilinen gerçek şu ki : çocukların bulaşıcı hastalıkları bu koşullarda çabucak yayılıyor. Çocuklar nemli, güneşsiz konutlarda yeterli gelişmeyi gösteremiyor. Sık sık anjin, romatizmal hastalıklara, bu yolla çeşitli kalp hastalıklarına, mafsal hastalıklarına yol açıyor. Çocuklar renksiz, kansız, gelişmesi duraklamış olarak büyüyorlar.

4.3 Çocuklar ve çevre sağlığı :

Çocuklar için çevre sağlığı çok önemli. Çünkü çocuklar çevrede yaşar. Orada oynarlar, orada gezerler, çevredeki sularda kayık yüzdürürler, ellerini, ayaklarını sokarlar. Mikropları, bulaşıcı hastalık etkenlerini de oralar-

dan alırlar. Eve geldiklerinde yıkanmaları gerekir. Banyo yapmaları gerekir. Bunlar için su olmalıdır.

Oysa, 1960 yılında, yani bundan 19 yıl önce yapılan bir ankette, kent konutlarının % 30'unun fizikî bakımdan «kötü» durumda oldukları, bunların % 57.7'sinde banyo, % 44'ünde su, % 14.7'sinde elektrik olmadığı saptanmıştır. 19 yıl sonra ise, durum daha iyi değil, tersine daha kötüdür.

Gene T.T.B. İzmir Tabip Odası'nın sözü geçen araştırmasında bebek ölümleriyle çevre sağlığı koşulları ve gelir dağılımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmuştur :

Kişi başına ay. gelir TL.	0-250	250-500	500-bin	1-2 bin	2-3 bin	3 bin üs.
Bebek ölüm oranı (binde)	200	190	140	66	11	10
Kanalizasyon yok %	88.4	52.63	9	5.15	—	—
Suyu yok %	74.4	65.84	7	1.03	—	—
Kirli sular dışarı akıyor %	96.7	44.47	21	4.12	—	—

4.4 Çocuk ölümleri ve ailenin eğitim durumu :

Bu ilişkiyi açıklayan çarpıcı araştırma sonuçları var :

Ülkemizde okur-yazar olmayan kadınlarda bir ve daha fazla sayıda çocuğu ölen kadınların oranı % 42'dir. Üniversite bitirmiş kadınlarda bu oran % 8'e düşmektedir.

Gene ülkemizde üreme çağını dolduran kadınların % 11'i 10 ve daha fazla sayıda doğum yapmaktadır. 10 ve daha fazla doğum yapan kadınların % 92'si okur-yazar değildir.

Bu açık ilişkiler, çocuk ölümleriyle ailenin, özellikle kadının eğitimi arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bu bakımdan da, ülkemizin çocukları çok güç durumdadır. Çünkü, kendilerini yaşatacak, büyütecek ananın çeşitli çaresizliklerine de eğitim de eklenmiştir. 1975 sayımına göre, tüm nüfusun % 38'i okur-yazar değildir. Okur-yazar olmayan kadın oranı (altı yaşından yukarıdakiler olarak) % 64.5'e çıkmaktadır.

Kaldı ki okur-yazarlık çocuk yaşamı, çocuk sağlığı, çocuk büyütülmesi için bir ölçüt de değildir. Bu konularda yapılması gereken toplumun sağlık eğitimi yapılmadığından, değil okur-yazar, sırasında ileri düzeyde eğitim yapmış kadınlarımızda bile, tıp bilimine aykırı uygulamalar görebilmekteyiz. Bu anlamda bir araştırma yapılsa, sağlık eğitiminin ülkemiz kadınlarının % 90'ından az olmayan bir oranda bir çok bakımdan yetersiz olduğunu görebilirdik.

5. ÇOCUK ÖLÜMLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMAYLA İLİŞKİSİ :

Şimdiye kadar açıklanan olumsuzluklara eklenen bir etken de, ana-çocuk sağlığıyla ilgili sağlık hizmetlerinin sorunlarıdır. Bu alanda örgütlenmek, hizmet veren örgütü etkin ve verimli, çalıştırabilmek, hizmete uygun eleman yetiştirmek, bu elemanları görevlendirebilmek önemli öğelerdir.

Bu noktada «sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi» büyük önem taşımaktadır. Anne adayına en yakın sağlık elemanı «ebe»dir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde en uç birim, 2-3 bin kişinin yaşadığı yerlerde kurulan «sağlık evi»dir. Sağlık evinin sorumlu elemanı de ebedir. Sosyalleştirmede ikinci aşama, 7-10 bin kişinin yaşadığı yerde kurulan «sağlık ocağı»dır. Burada da bir pratisyen hekim, bir ebe, bir hemşire ve diğer elemanlar bulunmaktadır.

4. Beş Yıllık Plân'ın değerlendirmesine göre, sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş il sayısı 1978 yılı başlarında 37 il ve 5 eğitim bölgesiydi. Sağlık evlerinde ebe bulunma oranı % 72, sağlık ocaklarında % 103'dür. Sağlık ocaklarında pratisyen hekim kadrolarının % 36'sı doludur.

Ana-çocuk sağlığını ayrıca örgütlemek düşüncesi, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programlarından önce de vardı. Bu amaçla, AÇS (Ana-Çocuk Sağlığı) merkezleri, AÇS şubeleri ve istasyonları açılmış, Sağlık Bakanlığında bir Müdürlüğe bağlanmıştı. 1974 yılında 70 AÇS merkezi, 84 AÇS şubesi, 796 AÇS istasyonu vardı.

Ayrıca bu görevlerle Hükûmet tabipleri de yükümlüdür.

Görüldüğü gibi, AÇS hizmetlerinin örgütlenmesinde organizasyon bozukluğu ve çeşitli yetersizlikler vardır. Sağlık hizmetlerindeki yetersizlik ana-çocuk sağlığını doğrudan olumsuz etkilemektedir. Kuşkusuz, burada çocuk sağlığı yanında annenin sağlığını da düşünmek gerekir. Gebelik kadın sağlığı için özel önlemler alınmasını zorunlu kılar. Gerekli beslenme koşulları sağlanmadığı zaman, annede kansızlık, kalsiyum eksikliğine bağlı kemik bozuklukları, diş çürümeleri görülür. Ülkemiz kadınlarında sık görülen hastalıklardır bunlar.

Her yıl, çocuk düşürme ve doğum olaylarında 10 bin dolayında kadın ölümü olmaktadır.

Bu bulgular AÇS hizmetlerine verilmesi gereken önemin derecesini vurgulamaktadır.

Ebe sayısı görece kadrolarda doluluk oranı iyi olan ülkemizde 3000 kişiye bir ebe bulunmaktadır. Bu sayı, yılda 120 doğum içinyeterlidir. Ülkemizde doğumların % 70'i, sağlık personelinin yardımı olmaksızın yapılmaktadır. Böylece, sağlık hizmetinin bu alandaki örgütlenmesinin yetersizliği, dağınıklığı ve verimsizliği de ortaya çıkmaktadır.

Bunun kadar önemli bir etken de, gerek doğumla ilgili, gerekse çocuk

bakımı ve sağlığıyla ilgili sağlık hizmetinden yararlanmanın kişilerin ekonomik gücüne bağımlı olup olmayışıdır. Kuşkusuz, doğumlarını pahalı özel kliniklerde yapabilenlerin, çocuklarının bakım ve kontrolunu ücretli aile hekimlerine yaptırabilenlerin çocukları bakımından sağlık sorunları azalmaktadır. Ancak, bu rahatlık, toplumda yaşayan çok az kişinin yararlanabildiği bir olanaktır.

Oysa, sağlık hizmetinden yararlanmanın gerek anne adayları, gerekse çocuklar için tümüyle ücretsiz olması gerekir. Ebe bakımının, hekim bakımının, hastane bakımının, ilâç, kan vb. sağlık gereksinmelerinin tümünün ücretsiz verilmesi gerekir. Bu durum, gereklilikten de öte, bir zorunluluktur.

6. ÇOCUK ÖLÜMLERİ VE AİLE YAPISI :

Türkiye'de, toplum yapısının değişmekte olduğu, bu değişim nedeniyle de, kırsal kesimin özelliği olan «büyük aile»nin, kent kesiminin özelliği olan «çekirdek aile»ye dönüştüğü bilinmektedir. Kuşkusuz, olgu tümüyle böyle gelişmemiştir. Ancak, sosyo-ekonomik nedenlerle kırsal kesimden kentlere göçler, işsizlik sorununun yol açtığı genç kuşakların köylerden uzaklaşmaları, yurtdışına göçler nedeniyle aile yapısı değişmektedir.

Kırsal kesimde, geniş aileye üstünlük bağışlayan ve tarımdaki kol gücü gereksinmesini karşılayan çok çocuk, toplum kültürünün de bir parçası olmuştur. Kırsal kesimde bir kadının çocuğunun olmaması bağışlanmaz bir kusurdur.

Kent kesiminde ise, kadının giderek çalışma yaşamına daha çok girmesi geçim zorluklarının bütünüyle pazara bağımlılık nedeniyle daha da belirgin oluşu nedeniyle, çocuk sayısını sınırlama eğilimi de, bunun olanakları da artmıştır.

Gerek bunlar, gerekse yukarda belirtilen ve çocuk ölümlerine etken olan diğer öğeler nedeniyle, çocuk ölümleri kırsal bölgelerde daha çok sayıda görülmktedir.

Çocuk ölümleri arasında sayılmamakla birlikte, çocuk düşürmenin de ülkemiz için büyük bir sorun olmaya devam ettiğini anımsamak yerinde olacaktır. Özellikle ana sağlığı için çok büyük bir tehlike olan ve ülkemizde kadın ölümlerinin önemli bir nedeni durumundaki çocuk düşürme sorununun çözümünü de istemek yerinde olacaktır. Bu çözüm : ailelerin istediği zaman ve istediği kadar çocuk sahibi olma ilkesinin toplumda yaygınlaştırılması, bir yandan bu konudaki çocuk yapmadan birleşme yöntemlerini yaygınlaştırırken, diğer yandan eşlerin istemiyle yapılacak yasal kürtajın, ücretsiz olarak kamusal sağlık kuruluşlarında yapılmasının sağlanmasıdır.

7. ÇOCUK ÖLÜMLERİ VE TOPLUMSAL DEĞİŞME :

Çocuk ölümlerini bir toplum olyı olarak incelediğimiz zaman karşımıza iki açık gerçek çıkmaktadır :

7.1 Çocuk ölümleri sadece tıbbî bir olay değil, çok boyutlu toplumsal bir olaydır. Bir çocuğun ölümünün altında tek neden gibi görünen, kayıtlara tek neden gibi geçen «pnömoni» ya da «enterit» tanıları içinde, toplumdaki evlenme muayenelerine, annenin beslenmesine, annenin bakımına, çocuğun beslenmesine, konut sorununa, eğitim sorununa kadar uzanan bir zincir bulunmaktadır. Bu zinciri tümüyle incelemeden, sorunlar zincirinin tümünü dikkate almadan, bu zincirin şu ya da bu halkasını alıp «çocuk ölümleri»-nin nedeni işte budur demek, sadece yanlış değil, aynı zamanda bir yanıltmadır da. Şimdiye kadar böyle yapıldığı için de, çocuk ölümleri sorununun toplumsal çözümleri üzerinde durulmamış, soruna bireyci çözümler önerilmiş, ailelerin tek tek çözüm aramaları önerilmiştir.

Örneğin, basındaki yayınlarda, hattâ radyo-televizyon gibi kamu kuruluşlarımızda bile çocuğun beslenmesi, çocuğun bakımı konularında ailelere bilgi vermek yeterli sanılmıştır. Kuşkusuz, bu konuda ve her konuda ailelere bilgi vermek gereklidir, yararlıdır, hattâ zorunludur. Ama, bu bilgileri verirken olayın gerçek boyutlarını gözler önüne sermek, olayın toplumsal çözüm yollarını sergilemek, daha çok gereklidir, daha yararlıdır, daha zorunludur.

Çünkü, evine et sokamıyan bir aileye, et yemenin hayvansal protein bakımından önemini, yararını anlatmak, portakalın yüzünü görmeyen insanlara portakalda bulunan C vitamininin erdemlerini sıralamak, halkı eğitmek sayılmaz. Portakalda bulunan C vitamininin erdemlerini sıralarken, portakalı kimlerin neden yiyemediğini de söylemek, doğruları vermektir, eğitmektir. Karşımıza çıkan ikinci gerçek de burada yatmaktadır.

7.2 Çocuk ölümleri sınıfsal bir olgudur. Çocuk ölümlerinin nedenlerini gözden geçirdiğimiz zaman, karşımıza, beslenme, konut, eğitim, sağlık hizmetinden yararlanma gibi etkenler çıktı. Gerek çocuk ölümlerine ilişkin, gerekse bu etkenlere ilişkin rakamlar, ülkemizde sürekli olarak ortalamalar olarak verilmektedir.

Oysa «ortalama» kavramı, yanıltıcı, şaşırtıcı bir kavramdır. İnsanlar, ülkemizde «ortalama» yaşamamaktadır. Sınıflı toplumlar yapısına uygun olarak, sosyo-ekonomik dikey çizginin en üstünde yaşayanlar da vardır, üstlerinde yer alanlar da vardır, ortasında, altında, en altında yaşayanlar da vardır. Çocuklar da, içinde doğdukları ailenin sosyal yerine göre orada yerlerini almakta, oradaki yazgısını yaşamaktadır. Onun için de, tüm sağlık öğelerinde olduğu gibi, çocuk ölümlerinde de «ortalama» rakamının şaşırtıcılığı yerine, sosyo-ekonomik düzeye göre belirlenen gerçek rakamlara dayalı araştırma verileri kullanılmalıdır.

Onun için de, bu araştırmada, bilerek, millî gelir dağılımıyla ilgili araştırma verileri kullanılmıştır. Bu kullanım, somut çözüm yolları bulmak, bunları göstermek için kullanılmıştır.

7.3. Sınıfsal açıdan durum :

Yaptığımız araştırma, çözüm yollarını da birlikte getirmektedir. Bugüne kadar önerilen, «çocuk pnömonileriyle savaşım», «çocuk enteritleriyle savaşım», «çocuk ölümleriyle savaşım» kavramları, soyut, yanlış, olayı asıl boyutlarında görememekten kaynaklanmaktadır.

Gerçek çözümün başında, çocuk ölümlerinin sınıfsal yapısını görmek gerekir. Bu yapı göstermektedir ki;

7.3.1 En üst ve üst gelir gruplarında, toplumsal boyutlarında yaşanan bir çocuk ölümleri sorunu yoktur. Bu sosyo-ekonomik sınıfta yaşayan aileler, genellikle, eğitim düzeyleri de bu yapıya uygunsa, konuyu anne adaylığından başlayarak kendi olanaklarıyla çözümlemektedirler.

Anne adayı, bir aile hekimi seçmekte, gebelik döneminin bakımını, anne adayının beslenmesini, hattâ gerekli jimnastiklerine kadar yaptırmakta, doğumu özel kilinklerde özenle yaptırmakta, çocuğu da sürekli doktor bakımı altında büyütmektedirler. Tüm bu işlemleri rahatça ödedikleri ücretle özel hekim - özel hastane çerçevesinde çözümlemektedirler. Bu sınıfta yaşayanlar arasında sorun, eğer yeterli eğitimleri yoksa, bilgisizliktir.

Aslında, dergilerde, gazetelerde, hattâ TRT'de yapılan yayınlar bu sosyal sınıflar için yararlı olmaktadır.

7.3.2 Orta gelir gruplarında, olay farklı yaşanmaktadır. Bu grupta bulunan aileler, gerekli olanların bazılarını yapabilmekte, bazılarını yapamamaktadır. Genellikle, yapılmayanların başında anne adaylarının bakımı gelmektedir. Burada da, eğitim yararlı olabilir.

Doğum, genellikle bir kamusal sağlık kuruluşunda, ya da bir sağlık personelinin yardımıyla yapılmaktadır. Çocuğun yaşaması ve büyümesinde bazı olanaklar vardır. Genellikle, hayvansal proteinli besin maddeleri tüketimi bu sınıfta yaşayanlar için azalmaktadır, ama, bir oranda gene vardır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma, genellikle, kamusal sağlık kuruluşlarında olmaktadır. Çocuğun büyümesi ve gelişmesindeki fizik ve ruhsal koşullar hakkında bilgiler yeterli değildir, yanlış bilgiler de vardır.

7.3.3 Alt ve en alt gelir gruplarında yaşayanlar, bu konuda pek çok olanaktan yoksundur. Gerek beslenme, konut gibi olanakların sürekli kötülüğü, gerekse aynı zamanda bulunan eğitim eksikliği, giderilmesi çok güç kötü koşullar yaratmaktadır.

Durum böyle olunca da, çocuk ölümlerinin önlenmesi, çocuk bakımının sağlanması için Devlete büyük görevler düşmektedir. Devletin ana-çocuk sağlığı politikası, bu değerlendirmelerin ışığında tümüyle değiştirilmelidir.

Bugünkü «çocuklarından aileler sorumludur» anlayışı terkedilmeli, «çocuklardan Devlet sorumludur» anlayışı getirilmelidir.

8. ÇOCUKLARDAN DEVLET SORUMLUDUR :

Bu anlayışın gereği olarak da,

8.1 Anne adaylarının kesinlikle tıbbî bakımının yapılması, beslenmesi Devlet görevi olmalıdır. Anne adaylarına gerekli hayvansal besin maddeleri, et, süt, vitaminli besin maddelerini sağlamak Devletin görevi olmalıdır.

8.2 Çocukların belirli bir yaşa gelinceye kadar almaları gereken SÜT, Devletçe ailenin gelir durumuna göre ücretsiz, ya da az ücretle sağlanmalıdır.

8.3 Çocukların da içinde yaşadığı konut sorununun çözümü Devlet tarafından yapılmalıdır.

8.4 Çocukların içinde yaşadığı çevre, bu çevrenin sağlıklı kılınması, çocuk parkları, çocuk bahçeleri, çocukların denizden yararlanması politikaları, Devlet politikası olmalıdır.

8.5 Anne adaylarının, annelerin, çocukların tıbbî bakımdan ücretsiz ve her aşamada yararlanması Devlet görevi olmalıdır.

8.6 Ailelerin istediği zaman ve istediği kadar çocuk sahibi olmasına yardımcı olmak Devlet görevi olmalıdır. Ailelerin isteğiyle, sosyal-gerekçeli kürtaj yasallaştırılmalı, kamusal sağlık kuruluşlarında ücretsiz yapılmalıdır.

8.7 Çalışan annelerin çocuklarına kreş, ana okulu hizmetleri Devlet görevi olmalıdır.

8.8 Tüm genç kızlara, tüm kadınlara cinsel eğitim, doğum, çocukla ilgili eğitim yapılmalı, tüm anne adaylarına doğum ve çocukla ilgili eğitim zorunlu kılınmalı, bu eğitim ücretsiz Devlet görevi olmalıdır.

İşte, bütün bunlar yapılırsa, yapılabilirse, ülkemizde çocuk ölümleri bir toplumsal olay boyutundan, bir sağlık sorunu boyutuna indirgenebilir. Kuşkusuz, Devletin bu görevleri üstlenebilmesi, toplumsal değişmeyle yakından ilişkilidir. Ancak, bu gerçekleri açıklamak, çocuk ölümleri kesitinde toplumun tüm bozuk yapısını sergilemek de, ölen çocuklarımızı kurtarmak yanında, toplumu da çıkmazdan kurtarmak için gereklidir.

Çocuk ölümleri az gelişmişliğin en önemli ölçütlerinden birisidir. Ülkemizin dışa bağımlı az gelişmiş bir ülke olarak sosyo-ekonomik yapısının çok belirgin bir göstergesidir. Çocuk ölümlerinin ülkemizdeki sorumlusu da; analar, babalar değil, emperyalist-kapitalist sistem, bu sistemin sahipleri ve sürdürücüleri olan **dış ve iç** egemen sınıflardır.