

# Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşireliğin Önemi

## The Importance of Nursing for Primary Health Care

ELIZABETH ANNE HERDMAN\*

### ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini herkese, her yerde, kabul edilebilir ve maliyetine katlanılabilir sağlık hizmetlerinin evrensel erişim anahtarı olarak tanımlamış; üye ülkelerin hemşirelik eğitim programlarında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine daha fazla yer vermelerini, bu hizmetleri sağlayan sağlık sistemlerinin gelişiminde rol oynamak üzere, hemşireleri planlama, yönetim, eğitim ve araştırmalarda aktif rol oynamaları yönünde teşvik etmiştir. Bu yazıda, Türkiye'nin sağlık göstergelerinin iyileştirilmesinde özellikle de anne-bebek ölümlerinin azaltılmasında mevcut sağlık hizmetleri sorgulanmakta ve burada "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"nin ve hemşireliğin önemi vurgulanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık göstergeleri; hemşirelik.

**B**irinci Basamak Sağlık Hizmetleri "uygulamalı, bilimselliği geçerli, sosyal yönden kabul edilebilir, toplumun birey ve ailelerinin kendi tam katkılarıyla her yerde kolay erişebildikleri, gelişimlerinin her aşamasında özgür iradelerini kullanarak toplum ve ülkeye uygun olan maliyetlerde sunulabilen temel sağlık hizmetleridir." Sağlık hizmetlerine ilişkin bu yeni yaklaşım, 1978'de Alma Ata'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ=World Health Organization=WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklar Fonu (UNICEF=United Nations Children's Found) uluslararası konferansında ortaya çıkmış, "Herkesin Sağlıklı" hedefine ulaşmak isteyen DSÖ üyesi ülkeler tarafından anahtar ilke olarak benimsenmiştir.<sup>[1]</sup> Sürekli ilerlemeye dayalı "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" yaklaşımı, toplumu olumsuz sağlık koşullarının sosyoekonomik nedenlerini araştırmaya ve temel insan sağlığı gereksinimlerine yanıt vermeye çağıran bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım toplum katılımını artırmakta ve sağlığı özendirilmekte; sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, akut bakım, rehabilitasyon ve palyatif hizmetleri içeren kapsamlı sağlık hizmetlerine yer vermektedir. Sağlık çalışanlarına hesap verme sorumluluğunun getirilmesi, en mağdur kesimin bakımına öncelik verilmesini ve sağlık hizmetlerinin erişilebilir, adaletli ve ekonomik açıdan herkese olanaklı kılınmasını öngörmektedir. Söz konusu yaklaşım aynı zamanda bütünleştirilmiş hizmetin önemini vurgulayarak dallar,

### ABSTRACT

The World Health Organization has identified Primary Health Care as the key to providing universal access to acceptable and affordable health care for people everywhere. In recognition of the substantial contribution made to Primary Health Care by the nursing profession the WHO urged member countries to encourage greater emphasis on Primary Health Care in nursing education curricula and to take active steps to increase the participation of nurses in planning, management, training and research in relation to the development of health systems through Primary Health Care. This article interrogates Turkish health system and emphasizes the importance of Primary Health Care and nursing to decrease mother and baby mortality rate and improve Turkey's health indicators.

**Key words:** Primary health care; health care indicators; nursing.

meslekler ve sektörler arasında ekip çalışmasını desteklemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, hemşirelik meslek grubunun "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"ne sağladığı büyük katkıya işaret ederek, üye ülkelerin hemşirelik eğitim programlarında "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"ne daha fazla yer vermelerini, bu hizmetleri sağlayan sağlık sistemlerinin gelişiminde rol oynamak üzere, hemşireleri planlama, yönetim, eğitim ve araştırmalarda aktif rol oynamaları yönünde teşvik etmiştir. Nitekim, 1985 yılında, DSÖ Genel Direktörü Dr. Mahler hemşirelerin "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"nde öncülük yapabileceğini öne sürmüştür.<sup>[2]</sup>

Sağlıkla yoksulluğun arasındaki ilişki açıkça saptanmıştır.<sup>[3]</sup> Bununla ilgili olarak, insanların sağlık durumlarında ve temel sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizliğin azaltılmasında rol oynayan ilk sağlık meslek grubu halk sağlığı hemşireleri olmuştur. Edgecombe<sup>[4]</sup> günümüzde halk sağlığı hemşirelerine duyulan gereksinimin en az 20. yüzyılın başında duyulan oranda olduğunu belirterek "tüm dünyada halk sağlığı hemşireliğinin gelişimine neden olan önemli etkenler yoksulluk, eşitsizlik, temel sağlık hizmetlerinin yokluğu, çevresel kirlilik ve mikrobik hastalıklardır" düşüncesini savunmuştur.

\* E A Herdman, Prof. Dr.  
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü  
Güzelnahçe Sok. No:20 D Blok, 34365 Nişantaşı / İstanbul  
Tel.: 0 212 311 26 01 Faks: 0 212 311 26 02  
e-posta: eherdman@ku.edu.tr

Gelişim uzmanları, giderek artan bir biçimde, üreme sağlığını diğer sosyal ve gelişim hedeflerinin temel unsuru olarak görmeye başlamışlardır. Üreme sağlığı, kadının konumu ve ekonomik gelişiminin arasındaki bağlar ilk olarak 1994 yılında Kahire’de Birleşmiş Milletler’in düzenlediği Uluslararası Nüfus ve Gelişim Konferansı’nda tanımlanmıştır. Kahire programının üreme sağlığı üzerine odaklanması bireysel sağlığı ve hakların ekonomik ve sosyal gelişiminin koşullarını sağlayacağı düşüncesine dayanmaktadır.<sup>[5]</sup> Bu programın ana ilkelerinden biri olan yoksulluğun giderilmesi “Binyıl Bildirimi”nin de başlıca hedeflerindedir. 2015 yılına kadar erişilmesi beklenen belirli hedeflerden biri bebek ve anne ölüm oranlarının azaltılmasıdır.<sup>[6]</sup> Buna rağmen, üreme sağlığına yatırım yapmak çok ender olarak bir ulusal öncelik sayılmaktadır.

Türkiye, orta düzeyli bir sosyoekonomik yapıya sahip, son 30 yıldır hızlı bir modernizasyon geçirmiş bir ülkedir. Buna karşın, bebek ve çocuk ölüm oranları bir “Türk bilmece” olarak kalmış<sup>[7]</sup> ve bu süre içerisinde kadın ve çocukların sağlık sonuçlarında bazı iyileşmeler olmakla birlikte, “günümüzde bebek ve anne ölüm oranları hala kabul edilemeyecek düzeydedir.<sup>[8]</sup>” Bir ülkenin sosyal ve ekonomik gelişimini gösteren en hassas ve yaygın göstergelerden biri bebek ölüm oranlarıdır. Türkiye ‘gelişmekte olan ülke’ statüsünü yirmi yıldan uzun süredir geride bıraktığı<sup>[9]</sup> halde, kadın ve çocuklara ait olumsuz sağlık sonuçlarının hâlâ Türkiye’nin önemli bir sağlık sorunu olarak gündemde olması şaşırtıcıdır.

Toplum sağlığı içinde biyomedikal modelin egemen kılınması, hastalık ve bireysel olarak hastalara bakış açısını kısıtlamakta ve hemşirelik de dahil olmak üzere, diğer sağlık meslek gruplarının dışlanması sonucunu doğurmaktadır.<sup>[10]</sup> Bebek ve çocuk ölüm oranları üzerinde yapılan araştırmaların odak noktası ise sağlık değişkenleri ve bunların biyomedikal belirtileri olmuştur. Böylece beslenme, emzirme ve mikrobik hastalıkların rolü üzerinde durulmuştur. Behar ve ark.,<sup>[9]</sup> bebek ve çocuk ölüm oranlarının tarih boyunca gelişim düzeyini ve sağlık politikalarının etkinliğini gösteren basit istatistiksel gösterge olarak kabul edildiklerini, ancak bu oranların kültürel tutumlar ve uygulamalarla olan ilişkisinin yeterli şekilde açıklanmamış olduğunu iddia etmektedir.

Gürsoy-Tezcan<sup>[7]</sup> ise, bebek ölüm oranlarının bir ülkenin veya toplumun yaşam biçiminin, farklı kuşaklara, yaş gruplarına ve cinsiyetlere verilen değerin ve içinde bulunulan kültürün açıkça ortaya konmamış güç dengelerinin sessiz fakat anlamlı göstergesi olduğunu belirtmiştir. Türkiye’deki “Kadınların Güçlendirilmesi Endeksi (KGE=Gender Empowerment Measure=GEM)” sonuçları, seçilmiş alanlardaki eşitsizlikleri açığa çıkartmaktadır. 2006 yılında KGE’de Türkiye, 75 ülke arasında 72. sırada yer almıştır.<sup>[11]</sup>

Kadınların Türkiye’de hukuki hakları bulunmakla birlikte, sağlık durumları sosyal konumlarıyla yakından ilişkili olup kamu ve özel alanlardaki eşitsizlikler hukuki haklarından

yararlanabilmelerini engellemektedir. Sever ve Yurdakul<sup>[12]</sup> kadının durumu ile ilgili olarak, kadın cinsinin edebiyatla uğraşan bir kültürel baskının ve kadınların cinsellik ve üretkenliklerinin denetimini sağlayan ataerkil mekanizmaların ve örflerin varlığından söz etmektedir. Aynı araştırma grubu, denetim altına alınmamış üremenin kadın ve doğurduğu çocuklar bakımından sayısız zorluklara yol açtığını da hatırlatmaktadır.”<sup>[12]</sup>

Anne-çocuk sağlığı istatistikleri Türkiye’de sosyal ve sağlık politikalarının büyük başarısızlığına işaret etmektedir. Coğrafi tutarsızlıklar (doğu-batı; kırsal kesim-kent) hastalık ve ölüm oranlarında eşit olmayan kalıpların varlığını ortaya çıkarmaktadır. Gürsoy-Tezcan<sup>[7]</sup> annenin sorunlarına odaklanan geleneksel bakış açısından çok, bebek ve çocuk ölüm oranlarının daha geniş bir kültürel bağlamda incelendiği yeni bir teorik model kullanan bir yaklaşımı önermektedir. Bebek ve çocuklar kötü beslenmenin alevlendirdiği mikrobik hastalıklardan ölmektedir. Diğer bir deyişle, Türkiye’de bebek ve çocukların ölüm ve hastalık oranlarının kaynakları önüne geçilebilir ve kontrol altına alınabilir niteliktedir. Türkiye, bir zamanlar aynı düzeyde olup büyük değişimler sağlamış ülke olarak kıyasla, başarılı olamamıştır. Aksine, gelir bölünmesinde keskin artışlar olmuştur ve toplam İnsan Gelişim Endeksi (Human Development Index=HDI) yönünden Türkiye, 2006 yılında 177 ülke arasında 92. sırada (0,757) yer almıştır. Uluslararası kıyaslamalar yapıldığında, daha düşük gelir düzeyleri olan ülkelerin daha yüksek insan gelişim düzeylerine erişebilmiş oldukları açıkça görülmektedir. Türkiye ise ekonomik gelişimini çoğu Türk insanının yaşam kalitesine yansıtamamıştır.<sup>[13]</sup>

Kadın sağlığı açısından, Türkiye sanayileşmiş dünyanın çok gerisindedir. DeJong<sup>[14]</sup> doğurganlığın azaltılmasına odaklanmış nüfus politikalarından üreme sağlığının gelişime olan katkısını kabul eden politikalara dönüş yapıldığını belirtmektedir. Türkiye’de, aile planlaması ve gelişmiş ülkelerde daha fazla görülen perinatal hizmetlerinin gelişimi, kadın ve çocuk sağlık göstergelerini iyileştirme çabalarının ana unsurlarıdır. Bu unsurlar da neonatal yoğun bakım ünitelerinde erken doğmuş ve hasta bebeklerin bakımını da içeren obstetrik teknolojinin ithalini de kapsamaktadır. Ancak, ileri teknoloji kullanan tesislerin yoksulluk ve ihmâl temeline oturmuş sağlık göstergelerinin üzerinde etkisi çok azdır. Atav’ın<sup>[15]</sup> ileri sürdüğü gibi, tıbbi teknolojideki gelişme sağlık göstergelerinde kayda değer bir etki yaratmamaktadır. Örneğin, diğer gelişmiş ülkelerden daha fazla neonatal yoğun bakım kaynaklarının bulunmasına karşın, ABD’de doğum kilosu bazında ölüm oranları diğer ülkelerdekilerden farklı değildir. Uygun insan gücü ve teknolojinin adaletli coğrafi dağılımı çok daha önemlidir.<sup>[16]</sup>

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetleri, sistemleri gelişmiş ülkelerin örgütlenmiş tıp kuruluşlarının da destekleme eğiliminde olduğu akut bakım ve hastane odaklı sistemlerini çoğunlukla taklit etmektedir.<sup>[16]</sup> Gelişmekte olan ülkelerde benimsenen bu tıbbi-iyileştirici model aslında o ülke vatandaşlarının birçok sağlık sorunlarının giderilemediğinin

nedenidir. Batı modelinde akut bakıma yönelik hastanelerin artması, eldeki kaynakların büyük bir kısmının kullanılmasına neden olmaktadır. Bu durum, savurgan bir davranış olarak nitelenmekte ve eleştirilmektedir.<sup>[17]</sup> Bu tesislerin Türkiye'nin bazı yörelerinde 19. yüzyıl sağlık koşullarıyla birlikte var olması ve sağlık personelinin ve teknolojilerin sadece birkaç büyük kentte yoğunlaşması diğer yörelerdeki kötü sağlık koşullarını yaratan baş etkindir.<sup>[16]</sup> Kısa ve ark.<sup>[18]</sup> Türkiye'de sağlık bakım hizmetlerinin öncelikli olmadığını belirtmiştir. Hükümet modernizasyon gündemini AB üyeliği uğruna hızlandırmış; ancak sosyal konulardan çok politik reformları odak noktası yapmıştır.<sup>[19]</sup> Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla, Türkiye'nin sağlık durumu en düşük düzeydedir.

Yine Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla, Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık personeli sayısı da en düşük düzeydedir.<sup>[18]</sup> Nüfusun sağlık personeline oranı, bölgelere göre değişmekte olup, en az sağlık personelinin Türkiye'nin kırsal ve doğu bölgesinde bulunduğu görülmektedir. Burada dikkat çeken konu, Türkiye'de hemşireden fazla doktorun bulunmasıdır ki, bu olgu modern sağlık hizmetleri sisteminin bir özelliği değildir. Dünya Bankası doktor-nüfus oranının 0,1'e 1000 ve hemşire-doktor oranının da nüfusun her 1000 kişi başında 0,2-0,4 olmasını önermekte ve yoksullara asgari temel hizmetlerin götürülmesini sağlamak için hemşire-doktor oranının 4/1 olmasını öngörmektedir.<sup>[20]</sup>

Türkiye'nin sağlık hizmetleri sisteminde hemşirelik ve hemşireler büyük bir oranda görünmezdir. Hemşire olmayan kişiler tarafından Türkiye'de veya hemşire olmayan Türk yazarları tarafından yazılmış sağlık hizmetleri sistem raporlarında çok ender olarak hemşireliğe ya da hemşirelere gönderme yapılmaktadır. Bunun yerine, "diğer sağlık personeli" gibi sınıflandırmalar altında bu kavramlar belirsizleştirilmektedir. Robinson ve Wharrad<sup>[21]</sup> hemşirelerin Birleşmiş Milletler bilgi analizlerinde de nasıl "görünmez" kıldıklarını anlatmaktadır. Birleşmiş Milletler, doktor ve hemşireleri nüfusun her 1000 kişilik grubu için sağlık hizmetleri girdisi olarak kabul etmektedir; ancak hemşireler çoklu regresyon analizinde ilişkili değişken olarak istatistiklerden fiilen kaybolmaktadır. Hemşireler böylelikle "doktorlar" diye adlandırılan birincil değişken içine alınmakta olup "kurumsal bazda görünmez" kılınmaktadır. Hemşirelerin yoksullara sunulan sağlık hizmetlerine olan katkılarının belgelendirilmiş gerçeği karşısında, böyle bir anlayış kabul edilebilir değildir.<sup>[21]</sup>

Türk Tabipler Birliği'nin tıp mezunları sayısının azaltılmasına yönelik çağrularına rağmen, Türkiye'de tıp fakülteleri çoğalmaya devam etmektedir.<sup>[22]</sup> Hertz ve ark.<sup>[23]</sup> tıbbi tesislerle doktor sayısındaki artışların kötü sağlık koşullarına tek başına bir çözüm getirmediğini ileri sürmüştür. Dünya Bankası sağlık koşullarının iyileştirilmesi için yoksulluğa karşı tedbirlerin alınmasını önermekle birlikte, sağlık personelinin dağılımındaki dengesizliklere; tıbbi uzmanların aşırı arzına; birinci basamak sağlık hizmeti verenlerin yokluğuna, sağlık personelinin daha fazla kentsel alanlarda yoğunlaşmasına; halk sağlığı, sağlık

politikaları ve sağlık yönetimi konularında eğitimin ihmal edilmesine; doktorların çoğunun özel sektörde çalışıp yüksek gelir olanaklarına sahip olduğu ortamlarda bir anomali diye görülebilen tıp eğitiminin desteklenmesine eleştirel gözle bakmaktadır.<sup>[20]</sup> Ancak bunların hepsi Türk sağlık sisteminin nitelikleridir.

Gwatkin<sup>[24]</sup> "Üçüncü binyıl başlarken, yoksulluk ve sağlıkta eşitlik konularına yeniden ilgi gösterildiğinden" söz etmektedir. Eser ve ark.<sup>[25]</sup> göre, Türkiye'nin sağlık düzeyinin en önemli belirleyicisinin kadının okur yazarlıkla, evlilik yaşıyla, istihdam, doğurganlık, doğum kontrol yöntemlerini kullanımı oranlarıyla ve karar vermede özgürlük derecesi ile ölçülen sosyal konumudur. 2004 AB İlhak toplantılarının Avrupa'da hemşireliğe olan etkisini değerlendirirken Keighley<sup>[26]</sup> "hemşirelerin ve hemşireliğin sağlık hizmetlerine olan katkısının kabul edilmesi için, kadının toplum içindeki konumu öncelikle değerlendirilmelidir" fikrini savunmaktadır. Münih Bildirgesi'nde DSÖ'ye mensup Avrupa Bölgesi Sağlık Bakanları "halk sağlığında, sağlık özendirilmelerinde ve toplum gelişiminde hemşire ve ebelerin rollerini artırmaya" yönelik taahhütlerini bildirmişlerdir.<sup>[27]</sup> Hemşirelik, halk sağlığının anahtarlarından biridir ve anne, bebek ve çocuk ölümlerinin engellenmesi halk sağlığının önceliklerindedir. Türkiye DSÖ'nün "2000 yılına kadar 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'yle Herkese Sağlık" hedefini desteklediği halde, bu kavramın ana unsur olan toplumsal katılım üzerinde çok az durmuştur. Türkiye'de politika üreticilerin benimsediği biyomedikal yaklaşım toplumsal katkı olanaklarını azaltmış ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine karşı bir halk sağlığı yaklaşımının olasılığını da oldukça kısıtlamıştır.<sup>[28]</sup> Türk hükümetinin hemşirelerin mesleki gelişimlerini destekleme konusundaki başarısızlığı da son günlerdeki iyileştirmelere rağmen, bebek, çocuk ve kadın sağlık göstergelerinin aynı düzeyde kalmasında en büyük etkenlerden biri olmuştur. Jensen bu durumu şöyle dile getirmiştir:

Belirli bir toplumda hemşireliğin gelişimi genellikle o toplumdaki kadının konumu ve eğitiminin iyileşmekte olduğunu göstermektedir. Nitekim, bir ülkede hemşirelik mesleğinin eriştiği düzeyin o ülkenin genel gelişim düzeyinin sağlıklı bir göstergesi olduğu dahi söylenebilir.<sup>[29]</sup>

Türkiye'de üreme sağlığının iyileştirilmesi politik irade ve kaynak gerektirmektedir.<sup>[30]</sup> Bebek, çocuk ve anne ölüm oranlarında önem taşıyan çoklu etkenlerden en fazla zarar gören kadınlar, yoksul ve güçsüz olanlardır. Bu kadınların politik gündemi etkilemeye, politikaların oluşturulmasına veya gerekli kaynaklara erişebilme güçleri bulunmamaktadır.

DSÖ "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"ni, herkese, her yerde, kabul edilebilir ve maliyetine katlanılabilir sağlık hizmetlerinin evrensel erişim anahtarı olarak tanımlamıştır.<sup>[17,31]</sup> "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" politik farkındalığı ve toplumsal uzmanlığı özendirilen yeni bir kaynak dağılımı, sosyal yapının da yeniden ele alınmasını gerektirmektedir.<sup>[32]</sup> Aynı zamanda,

bir biyomedikal yaklaşımın Türkiye'nin üreme sağlığı koşullarını iyileştirmek için yeterli olmadığını bilinci de gerekmektedir. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri"ne büyük katkı sağlayacak olan özellikle hemşirelerdir.

#### KAYNAKLAR

1. WHO. Alma Ata 1978: Primary Health Care, HFA Sr. No. 1, 1978.
2. ICN. Nursing perspectives and contribution to primary health care. Geneva, Switzerland: 2008.
3. Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization [On-line] 1998. Available: <http://www.who.dk/document/e59555.pdf>.
4. Edgecombe GA. Public health nursing past and future. A review of the literature. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe; 2001.
5. United Nations. Programme of action of the International Conference on Population and Development. New York: UN; Section 7.2, 1994.
6. Bernstein S, White E. The relevance of the ICPD Programme of Action for the achievement of the millenium development goals-and vice-versa: shared visions and common goals. New York: UN; 2005.
7. Gürsoy-Tezcan A. Infant mortality: a Turkish puzzle. Health Transit Rev 1992;2:131-49.
8. Erci B. Barriers to utilization of prenatal care servivces in Turkey. J Nurs Scholarsh 2003;35:269-73.
9. Behar C, Courbage Y, Gürsoy A. Economic growth or survival? The problematic case of child mortality in Turkey. Eur J Popul 1999;15:241-78.
10. McMurray R, Cheater F. Partnerships for health: expanding the public health nursing role within PCTs. Primary Health Care Research and Development 2003;4:57-68.
11. UNDP. Human Development Report, 2006.
12. Sever A, Yurdakul G. Culture of honor, culture of change: a feminist analysis of honor killings in rural Turkey. Violence Against Women 2001;7:964-98.
13. Gurses D. The "Capability Approach" and human development in Turkey. Journal of Third World Studies. Fall, 2006.
14. DeJong J. The role and limitations of the Cairo International Conference on Population and Development. Soci Sci Med 2000;51:941-53.
15. Atav AS. Politics of health care in Turkey: a demonstration in model development and testing. Journal of Multicultural Nursing & Health [Winter] 2001.
16. Atav AS. Issues in health policy: the case of the developing world. Journal of Multicultural Nursing & Health [Winter] 2001.
17. WHO. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. "Health for All" Series, No. 3. Geneva, Switzerland: 1981.
18. Kisa A, Kavuncubasi S, Ersoy K. Is the Turkish health care system ready to be a part of the European Union? J Med Syst 2002;26:89-95.
19. Sozen S, Shaw I. Turkey and the European Union: modernising a traditional state. Social Policy Administration 2003;37:108-20.
20. World Bank. World development report: investing in health. Washington, DC: World Bank; 1993.
21. Robinson J, Wharrad H. Invisible nursing: exploring health outcomes at a global level. Relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy. J Adv Nurs 2000;32: 28-40.
22. Aydin S, Hatirli Y, Ersoy F. Total quality management for Turkish primary care current status and suggestions. Middle East Journal of Family Medicine 2005;3:12-4.
23. Hertz E, Hebert JR, Landon J. Social and environmental factors and life expectatncy, infant mortality, and maternal mortality rates: results of a cross-national comparison. Soc Sci Med 1994;39:105-14.
24. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? Bulletin of the World Health Organization 2000;78:3-18.
25. Eser E, Dinc G, Oral AM, Ozcan C. Contrasting children and women's health and the determinants of health in a small-sized city. J Urban Health 2005;82:666-81.
26. Keighley T. Political leadership in Europe-an assessment of the impact of the 2004 EU Accession round on nursing in Europe. J Nurs Manag 2004;12:279-85.
27. WHO. Munich Declaration. Nurses and Midwives: a Force for Health. Copenhagen: WHO; EUR/00/50193096/6, 2000.
28. Tatar M. Community participation in health care: The Turkish case. Soc Sci Med 1996;42:1493-500.
29. Jensen ME. Nursing in the Arab East. Saudi Aramco World 1974;25:14-23.
30. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortayli N, Akalin AA. The quality of hospital-based antenatal care in Istanbul. Stud Fam Plann 2006;37:49-60.
31. WHO. Formulating strategies for HFA by the Year 2000. Geneva: WHO; 1979.
32. Heggenhougen HK. Will primary health care efforts be allowed to succeed? Soc Sci Med 1984;19:217-24.