

1965 VE 1980 YILLARINA AİT HASTA MATERYALİNE GÖRE 15 YILDA
İÇ HASTALIKLARI YÖNÜNDEN MEYDANA GELEN
ENSİDANS DEĞİŞİKLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Prof. Dr. Suat EFE (*)
Dr. Can DAVUDOĞLU (**)

Son yıllarda hastaneleri «Sağlık fabrikaları» gibi görenler gitgide artmaktadır. Bu görüş sahipleri, hastaların insancıl davranışlardan uzak bulundurulduklarını ileri sürmektedirler. Halkın ve aydınların büyük bir kısmı, kliniklerde tekniğin ve laboratuvarın ön plâna geçirildiğini, hastalara «insan olarak» gitgide daha az yaklaşıldığını belirtmektedirler. Bu görüşler batı ülkelerinde olduğu kadar kendi ülkemizde de güncel bir önem kazanmaktadır. İlk bakışta haklı gibi görünen bu savlara karşı klinikçiler olarak bizim yanıtımız ne olmalıdır? İşte bu araştırmada bu konuyu işlemeye çalıştık.

Türkiyede Sağlık İşlerinin Örgütlenmesi :

Ülkemizde henüz Genel Sağlık Örgütlenmesi gibi köklü ve uzun ömürlü batı örneği bir sağlık plânlanması yasallaştırılmadığı için sağlık kuruluşlarımız büyük bir dağınıklık içinde bulunmaktadır. Asıl görevi koruyucu hekimlik olan Sağlık Bakanlığı, tedavi edici hekimlik görevini de üstlenmiş bulunduğu için personel, araç, gereç yönünden olduğu kadar örgütlenme yönünden de eksikler içindedir. Hekim açığının karşılanamaması köklü tıp hizmetlerinin sistemli bir şekilde organize edilmesini önlemektedir. Son yıllardaki olumlu gelişmelere rağmen hemşire ve personel açığı da dikkat çekicidir. Memurların, emeklilerin ve Bağkur mensuplarının bakımları da Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiştir. Sağlık Kurullarının yükü de gitgide artmaktadır. Pratik olmayan bazı yönetmelikler yüzünden, belli bazı uzmanlık dallarında yeter sayıda uzman yetişmemesi de büyük bir eksiklik olarak cirtada durmaktadır. Genel bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan miktar her yıl biraz daha azalmaktadır.

(*) Şişli Etfal Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği Şefi.

(**) Şişli Etfal Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği Asistanı.

Tıp fakülteleri sayısı 1981'de 18'i bulduğu halde bunların bir kısmında eğitime henüz yeterli şekilde başlanamadığı gibi, eski fakültelerde de yeterli sayıda hekim yetiştirilememektedir. Fakültelerde bakılan hasta sayısı kısıtlı olduğundan yükün büyük bir kısmı Devlet Hastanelerine düşmektedir. Büyük kentlere olan gecekondü akımı da hastanelerin hasta materyalinin günden güne artmasına neden olmaktadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının S.S.K. Hastaneleri; Ulaşım Bakanlığının P.T.T. Hastanesi ve Denizcilik Bankası Hastanesi, T.C.D.D. Hastanesi; Milli Eğitim Bakanlığının Sanatoryum ve Dispanserleri; İç İşleri Bakanlığının Emniyet Hastanesi ve Dispanseri; Vakıflar Genel Müdürlüğünün Vakıf Gureba Hastanesi; Belediye Hastaneleri ve birçok illerimizdeki Askeri Hastaneler kendi örgütlerinin hastalarına bakmakla yükümlüdürler ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yükünü nisbeten azaltmaktadırlar. Özel hastaneler ise büyük kentlerde sayıca çok, bazı kentlerde ise azdır veya hiç yoktur. Bunlar ancak belli bir gelir düzeyindeki halka hizmet vermektedirler. Sosyalizasyon bölgelerindeki ocaklar hekim yetersizliği çekmektedir. Muayenehane hekimliği 31.12.1980 tarihli yasaya göre yeniden düzenlenmişse de henüz belli bir statüye kavuşturulmuş sayılmayacağı gibi onlar da belli bir gelir düzeyindeki hastalara hizmet vermektedirler. Özel sağlık hizmetlerinin daha ucuz ve daha disiplinli biçimde halka yardımcı olmaları için büyük kentlerde bazı iyi örneklerini gördüğümüz üzere Teşhis Kliniği adı altında kliniği, laboratuvarı ve radyolojiyi bir araya getiren kuruluşların yararlı olduğu bilinmektedir. Bunların kontrollü bir şekilde Türkiye çapında yaygınlaşmasının teşvik edilmesinde yarar görürüz. Bu arada Amerikan, Alman, İtalyan, Bulgar Hastaneleri gibi yabancı sağlık kuruluşlarının ve Rum, Yahudi ve Ermeni Hastaneleri gibi cemaat hastanelerinin de herkese açık sağlık hizmeti vermelerini de hatırlamalıyız.

Görülüyor ki, Türkiyenin bugünkü sağlık örgütlenmesi oldukça dağınık bir görünüm içindedir. Bunların bir tek otoriteye bağlanması için çalışmalar yapılmaktadır, fakat yıllardır istenilen sonuca ulaşamamıştır. Akıllı, iyi etüt edilmiş ve zaman faktörünü de ele alan köklü bir sağlık reorganizasyonuna gerçekten ihtiyaç vardır.

Batı Ülkelerindeki Sağlık Hizmetleri :

Gerek U.S.A., gerekse Avrupa ülkeleri hekim açıklarını kapamak için yabancı hekim almaktadırlar. Bu endüstri ülkeleri gerek iş-

çi kesiminin, gerekse halkın sağlık sorunlarını çözmek için hem devletin üstlendiği, hem de özel sektöre tanınan haklara dayanan pek çok sağlık sigortası şirketleri kurmuşlardır. Bildiğimize göre yalnız İngiltere'de bütün sağlık hizmetleri devletin tekelindedir. Sigorta primlerini ödeyen halk, prim miktarlarına göre derece derece sağlık hizmetlerinden yararlanmakta ve kurumlara ait yakınmalar minimuma indirgenmektedir. Ancak oralarda da hastaların tekniğe, teknolojiye ve laboratuvarların makine ve hesap gücüne feda edildiği görüşü gitgide kuvvet kazanmaktadır. Sağlık tesis, personel, araç, gereç sayısı dünya nüfusunun hızlı artışına paralel seyretmediği için hastaların insanca muamele görmediği görüşü sık sık dile getirilmektedir (10).

Tekniğin Rolü :

Tıp hizmetleri 2. Dünya Savaşında U.S.A. da başlayıp Avrupa ülkelerinde gelişen bir eğilime göre spesialleşmeye önem verir hale gelmiştir. Bunun yararı olduğu kadar zararı da vardır. Çünkü özel dal uzmanları bir yandan güç hastalık vak'alarını derinlemesine inceleme olanağını bulabilmekte öbür yandan da her hastayı özel dal vak'ası gibi görme hatasına düşebilmektedirler. Özellikle fakülte kliniklerinde hastalar uzun boylu incelemeye tabi tutulmakta, fakat bu arada tedavi konusu ihmal edilebilmektedir. Buna karşılık Genel Hastaneler hastalarına kuşbakışı diyebileceğimiz tarzda ve etraflı bakabilme olanağını elinde tutabilmekte ve ayrıntıları ihmal etmediği gibi, hastalıkları somatik ve psişik yönden bir bütün olarak ele alabilmektedirler.

Laboratuvarların insan işini gitgide makinelere yaptırır hale gelmeleri ve otomatizasyonun yaygınlaşmasına göz yummaları sonucu hata kaynakları artmakta, insan materyalinin kişiliği ortadan silinmektedir. Kolaylığı ve zaman kazandırıcılığı yanında hastayı sadece kan, idrar v.s. verici bir endividü olarak kabul eden, komplike makinelerin içine sokan bu teknik sistem, insanı makine karşısında küçültmekte, ona karşılık hekimi hasta karşısında korkunçlaştırmakta ve makinelere egemen bir varlık haline getirmektedir. Hastanın bu durumdan tedirgin olmasını anlamak zor değildir.

Hasta Psikolojisi :

Hasta hekimine bilgili bir tanrısal varlık gibi bakma eğilimindedir. Ondan şefkat, ilgi, yakınlık, derdine ortaklık ve kendisine mer-

hamet gösteren bir dostluk bekler. Hekim de şüphesiz bunları hastasına vermek ilkesini taşır. Ancak elverişsiz koşullar ve zaman azlığı hekimi bu tatlı ve zevkli görevinden çok defa uzak tutmaktadır. Hasta/hekim oranı birincinin lehine bozulsun, herşey ona göre ters gidecek demektir. Yakınmalar da bunu izleyecektir ve nitekim de öyle olmaktadır.

Denetim Konusu :

Devlet Hastaneleri bugün eski yasalarla ve yeni yönetmeliklerle yönetilmektedir. Etkin bir denetim yoktur. Otokontrol telkin edilmektedir. İşler, alışılmışın dışına çıkılmadan yürütülmektedir. Hekim ve personel yetersizliği de mevcutlarla kapatılmağa çalışılmaktadır. Eğitim fonksiyonu son yıllarda iyice aksamaktadır. Sağlık Bakanlığının bu konuda teşvik edici, destekleyici, denetleyici, ödüllendirici bir fonksiyonu vardır, fakat işlememektedir.

Sosyal Sorunlar :

Hekimlerin hastalarına, güleryüzlü olması, candan davranması, dertlerine merhametle eğilmesi, durumunu ilgiyle izlemesi herşeyden önce hekimin de bir insan olarak, bir aile reisi olarak tatmin edilmesine bağlıdır. Kendisine ve ailesine ait sosyal, parasal sorunları minimuma indirilmiş bir hekimin vereceği hizmet elbet daha verimli ve doyurucu olacaktır. Bugünkü Türkiye gerçekleri ve koşulları hekimi bu doyumdan uzak tutmaktadır. İşler yoğundur, verilen ücret yetersizdir, özellikle kamu hekiminin geçim sıkıntısı vardır.

Hastaların Yanlış Değerlendirmesi :

Gelişmekte olan ülkelerin geçim sorunları ve yanlış demokrasi anlayışı hastalarımızda bir haklılık yani doyumsuzluk psikolojisi yaratmakta, onu kendisine verilen yetersiz sağlık hizmetlerinin tek sorumlusu olarak hekimi görmeğe itmektedir. Bu noktadaki anlaşmazlık, hasta hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilemekte ve çok defa kamu hekimine karşı halkta bir tür güvensizlik yaratmaktadır.

Yayın Organlarının Rolü :

Günlük yazılı basının köklü bir araştırmaya dayanmadan ve çoğu kez hekim aleyhine yoğunlaşan yayınları insaf sahibi bir kısım halkı belki sadece rahatsız eder, fakat zaten hekime yaklaşımı olumsuz

ön yargıya dayanan bir kısım halkın ise antipatisini körükler. Radyo ve televizyon gibi sözlü ve görüntülü yayınların da sağlık konularını çoğu kez tek yönlü ele almaları hatalı sonuçlar yaratmaktadır. Açık oturumlarda genellikle tek fikrin savunucuları bir araya getirilmekte, karşıt ve uzlaştırıcı fikirlilere yer verilmemektedir. Bu da konunun bütün yönleriyle ortaya çıkmasını engellemekte ve kamuoyunda olumsuz ve hekim aleyhine bir kanıyı yaygınlaştırmaktadır.

Teşhis Olanakları :

Yüzyılımızdaki tıp ilerlemeleri teşhis olanaklarını artırdığı için yeni yeni hastalıklar bulunduğu gibi, eskiden az rastlandığı sanılan bazı hastalıkları da yıldan yıla daha sık teşhis edilir hale getirmektedir. Son yılların bronkoscopi, bronkografi, biyopsi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, diğer endoskopik incelemeler ve radyolojik metotlar gibi teşhis olanakları bu arada sayılmağa değer.

Tedavi Olanakları :

Yeni ilaç, yöntem ve görüşlerle hastaların tedavileri daha kolaylaşmakta ve kişi başına düşen ortalama gelirin artması ile de yaşam koşulları kişiler ve aileler için daha elverişli hale gelmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde bu fark çok göze çarpmakta, diğer ülkelerde ise pek dikkati çekmemektedir. Aşırı refahın getirdiği yeni hastalıklar da gözden uzak tutulmamalıdır. Psiko-somatik tıp kavramı bütün hekimlerce bilinip benimsenmelidir. Yüzyılımızın hastalığı kabul edilen ve emosyonel çevre streslerine bağlı yaygın hastalıkların azalması için topyekûn bir tıbbî yaklaşım tarzı ve davranış bütünlüğü kazanılmalıdır.

Materyal :

1. Materyalimiz Şişli Etfal Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniğinin 1965 ve 1980 yıllarına ait klinik vak'alarına dayanmaktadır.

2. Adı geçen 2 yıla ait bütün teşhisler, hastaların yaşları, cinsiyetleri ve diğer kayıtları çıkarılmıştır.

3. Kliniğin 1965 ve 1980 yıllarına ait yatak işgal kapasiteleri ve ortalama yatış süreleri saptanmıştır.

4. Bu iki yılda kliniğimizdeki uzman, asistan, hemşire, laborant ve personel sayıları çıkarılmıştır.

5. Türkiyede 1965 ve 1980 yıllarında yapılan genel nüfus sayımı sonuçları ele alınmıştır.

Metot :

1. Vak'alarımız, belli gruplara göre sınıflandırılmıştır. Oranları hesaplanmış ve dekadlara göre sıklık oranı ortaya çıkarılmıştır.
2. Ölüm oranları çıkarılmıştır.
3. 1965 ve 1980 yılları arasındaki 15 yıllık dönemde artan ve azalan hastalıkların yaş grupları ile ilişkisi incelenmiştir.
4. Hastalıkların genel nüfusla ilişkisi gözden geçirilmiştir.

Sonuçlar :

1. 1965 yılında 38 yataklı olan kliniğimize 788, 1980 yılında 30 yataklı olan yeni servisimize ise 609 hasta yatırılmıştır. Ortalama yatış süreleri 1965'te 13, 11; 1980'de ise 13, 77 gündür. 38 yatağa göre olan 788 hasta sayısı 30 yatağa göre hesaplanırsa rakam 616 eder, yani her iki yılda da yatan hasta sayısı hemen hemen birbirine eşittir.

2. Cinsiyet dağılımı şöyledir : Yatan hastalarda erkek/kadın oranı 1965'te 0,92; 1980'de ise 0,99 dur. Genel nüfus sayımına göre erkek/kadın oranı 1965'te 1,03; 1980'de ise 1,11 bulunmuştur. Türkiye nüfusuna göre erkekler daha fazla iken yatan hasta sayısı itibarıyla kadınlar daha büyük yekûn tutmaktadır.

3. Yaş bakımından dağılım şöyledir (Tablo — I) :

Tablo — I : Yaş dağılımı.				
Yaş :	1965		1980	
	Sayı :	% :	Sayı :	% :
10 - 19	77	9,77	48	8,05
20 - 29	94	11,97	63	10,57
30 - 39	139	17,63	69	11,57
40 - 49	100	12,65	69	11,57
50 - 59	151	19,16	115	19,29
60 - 69	156	19,79	117	19,61
70 - 79	59	7,48	85	14,26
80 - 89	10	1,26	20	3,35
90 - 99	2	0,25	2	0,33

Tablo — I'den anlaşıldığı üzere 10-39 yaşlar arasındaki hastaların oranı 1980'de azalmış, buna karşılık 70-89 yaşlar arasındakilerin oranı ise artmıştır.

4. Hastalarımız 14 tür sistem hastalığı olarak ele alınmış ve adı geçen yıllardaki sayı ve ensidansları Tablo — II'de bir araya getirilmiştir. Buna göre kalp hastalıklarında, sindirim sistemi hastalıklarında, karaciğer hastalıklarında, hareket sistemi hastalıklarında, damar hastalıklarında ve enfeksiyon hastalıklarında belirgin veya az belirgin bir azalış; buna karşılık solunum, endokrin, renal sistem hastalıklarında, hipertansiyonda, hematolojik, nörolojik hastalıklarda, entoksikasyonlarda ve diğer hastalıklarda az belirgin bir artış saptanmıştır.

Tablo — II : Sistem hastalıklarına göre ensidans farkları.

	1965		1980	
	Hasta sayısı	Ensidans %	Hasta sayısı	Ensidans %
Kalp hast.	307	32,04	168	27,18
Sindirim	136	14,24	74	11,97
Solunum	106	11,09	86	13,91
Karaciğer	97	10,15	41	6,63
Endokrin	53	5,54	43	6,95
Böbrek	46	4,81	37	5,98
Hipertansiyon	42	4,39	37	5,98
Hematoloji	34	3,56	28	4,53
Hareket sistemi	33	3,45	20	3,23
Sinir sistemi	32	3,35	25	4,04
Damar hast.	25	2,61	2	0,32
Enfeksiyon	22	2,30	8	1,29
Entoksikasyon	15	1,57	31	5,01
Diğer hast.	7	0,70	18	2,91
Toplam	788	99,80	609	99,21

5. 1965 ve 1980 yıllarında kliniğe yatan hastalarda en sık rastlanan 13 hastalık ele alındığında şöyle bir sonuç çıkarılmıştır : Kronik iskemik kalp hastalıklarında, konjestif kalp yetmezliğinde, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarında, romatizmal kalp hastalıklarının-

da, peptik ülserde ve safra yolları hastalıklarında belirgin azalma; buna karşılık akut kalp infarktüslerinde, üst gastro-intestinal sistem kanamalarında, diabetes mellitus'ta, hipertansiyonda, entoksikasyonlarda, karaciğer sirozunda, plörezide belirgin artış saptanmıştır.

6. Ölüm oranları şöyledir : Erkeklerde 1965'te % 8,20; 1980'de % 8,08; kadınlarda 1965'te % 7,31 ve 1980 de % 6,35. Yaşlara göre en fazla ölüm oranı 1965'te sırası ile 60-69, 50-59 ve 40-49; 1980'de ise ufak bir değişiklik ile 70-79, 50-59 ve 60-69 yaşlar arasında olmuştur. Ölüm nedenleri incelendiğinde sıklık itibariyle 1965'te konjestif kalp yetmezliği, kanser, kronik böbrek yetmezliği, kalp infarktüsü, karaciğer sirozu, serebro-vasküler aksidanlar; 1980'de ise konjestif kalp yetmezliği, kalp infarktüsü, arteriosklerotik kalp hastalığı, gastro-intestinal sistem kanaması, serebro-vasküler aksidan saptanmıştır.

7. Kliniğimizin elemanları : 1965'te 1 şef, 1 şef yardımcısı, 1 başasistan, 9 asistan, 1 hemşire ve 4 personelden ibaretti. 1980 yılında ise 1 şef, 1 şef yardımcısı, 3 asistan, 6 hemşire ve 7 personel mevcuttu. Görüldüğü gibi 1980 yılında uzman ve asistan sayısı azalmışken yardımcı personel sayısında artma meydana gelmiştir.

8. Yatak işgal kapasitesi durumu : 1965'te 788 hasta toplam 10338 gün, ortalama 13, 11 gün yatmış ve yatak işgal kapasitesi % 70, 80 olarak hesaplanmıştır. 1980 yılında ise 609 hasta toplam 8116 gün, ortalama 13, 37 gün yatmış ve ortalama yatak işgal kapasitesi % 75, 14 bulunmuştur. Buna göre 1980 yılında ortalama yatak işgal kapasitesi % 5 kadar bir artış göstermiştir.

Tartışma :

Yazımızın başlangıcında ortaya koyduğumuz soruların yanıtını ararken sadece bir tek iç hastalığı kliniğinin hasta materyalinden yararlanıldığı gözden kaçmamalıdır. Hasta sayısındaki, ortalama yatak işgal kapasitesindeki, uzman, asistan ve yardımcı sağlık personeli sayısındaki artış ve azalışları Şişli Etfal Hastanesinin 25 kliniği göz önünde tutularak değerlendirildiğinde, bizim bulduğumuz sayı ve oranların ne kadar kabarcacağı kolayca anlaşılır. Keza bu oranları büyük ve küçük kentlerdeki pek çok hastaneye uyguladığımızda ortaya çıkacak sonuçlar elbet sürpriz teşkil etmeyecektir. Prototip olarak kliniğimizin çıkardığı sonuçlar bu bakımdan değerlendirildiğinde küçümsenemeyecek bir anlam taşımaktadır. Hastanemizdeki iç hastalıkları kliniği sayısı 3 iken 1979 yılında 4'e çıkmıştır. Böylece

iç hastalıkları kliniklerine yatan hasta miktarı 4 kliniğe dağılır hale gelmiştir. Bu da, sonuçlarımızın biraz daha kabartılması gerektiği anlamına gelir. Üstelik bu çalışmamızda poliklinik sayıları ele alınmamıştır. Dört iç hastalıkları polikliniğinin yıllık muayene sayısı ortalama 85 000 civarındadır. Dört kliniğin uzman ve asistan sayısı zaman zaman değişmekle birlikte toplam 15-40 olmuştur. Buna göre hekim başına düşen poliklinik sayısı yılda 2125-5666 kadardır. Günde hekim başına 6-15 hasta düşmektedir ve ilk bakışta düşük bir sayı gibi gözükmektedir. Ancak hekimlerin nöbet, sağlık kurulu, laboratuvar, rotasyon hizmetleri ve yıllık izinleri ile hastalık nedeniyle raporlu oldukları günler de hesaba katılırsa yukarki sayıların daha yüksek çıkacağı kolayca anlaşılır. Zaman olmuş, bütün bu hizmetler bir klinikte 2 uzman ve 2 asistanla yürütülmüştür.

Şimdi sorumuzu tekrarlayalım : Hastaneler birer sağlık fabrikası mıdır? Teknik ön plâna geçerek hekimlerin hastalarla yeterince ve gereğince ilgilenmelerini önlemekte midir? Hümanite fikri yavaş yavaş ortadan silinmekte midir?

Çıkardığımız sonuçlardan anlaşıldığına göre hastanelerimizin iş kapasitesi günden güne artmakta, buna karşılık gerekli hekim ve yardımcı sağlık personeli sayısı buna paralel olarak artmamaktadır. Üstelik yaşlı hastaların, diyabetiklerin, organik kalp hastalarının, entoksikasyonluların ve nörotik vak'aların daha uzun ve yoğun bir ilgiye ihtiyaçları vardır. Oysa sağlık elemanı sayısı yeterli değildir. Ve adı geçen hastalıklar 1965'e bakarak 1980 yılında artmıştır. Özellikle nörotik sendrom dediğimiz vak'aların sayısı ülkemizde büyük bir artış göstermiştir. Bu artışı polikliniklerde ve muayehanelerde çok belirgin bir şekilde gözlemekteyiz. İşte bu hastaların çok çeşitli olan şikâyetleri, polikliniklerde yeterince dinlenemediği ve değerlendirilemediği için, hastanelerden şikâyetler artmaktadır kanaatindeyiz.

Kliniğimizde yatan hastaların cinsiyet dağılımı Türkiye genel nüfus sayımı sonuçlarına göre uyumlu değildir. Türkiyede erkek nüfus daha fazla olduğu halde kliniğe yatan hastalardan çoğu kadındır. Hastanelerdeki bakımdan en çok şikâyetçi olanların kadınlar mı olduğu sorusu ortaya çıkabilirse de bu konuda kesin bir fikir ileri sürülemez. Aynı uyumsuzluk Almanya'da da saptanmıştır (10).

Klinik vak'alarında yaşlı hastaların oranı artmaktadır. Son yıllardaki diyagnostik ve terapotik ilerlemelerin, gençlerin hastalıklarından korunmalarında bir rolü olmuştur denebilir. Aynı görüş Alman-

ya'da da ileri sürülmüştür (10). Nitekim bazı hastalıkların son 15 yıl içinde belirgin bir azalma göstermeleri de bu görüşü destekler mahiyettedir. Bunun aksine kalp infarktüsünde artma saptanmaktadır. 1981 yılında kliniğimizde yapılan genel bir taramada da aynı bulgu elde edilmiştir (16). Keza dünyanın başka ülkelerinde de bu hastalığın artmakta olduğu bildirilmektedir (2, 3, 14, 15). Burada hastalığın gitgide daha kolay tanınır hale gelmesinin de rolü bulunmaktadır. Buna karşılık kronik iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve kronik Cor pulmonale gibi hastalıklarda belirgin bir ensidans değişikliği saptanmadığı kliniğimizin bir başka araştırmasında anlaşılmışsa da (14) başka kliniklerce yapılan incelemelerde artış bulunmuştur (3, 4, 11).

Karaciğer hastalıklarında bizim materyalimiz bir düşüklük gösteriyorsa da bu, akut hepatit vak'alarının bakanlık emriyle sadece enfeksiyon kliniklerine yatırılmasından doğmaktadır. Bilyer diskinezi vak'alarını biz karaciğer hastalıkları arasına değil, nörotik kökenli kabul ettiğimiz için nörolojik sistem hastalıkları arasına sokmaktayız. Başka yayınlarda da aynı görüşe yer verilmektedir (13, 15). Akciğer hastalıklarında bizim bulduğumuz hafif artış Almanya'da da saptanmıştır (9). Tüberküloz vak'aları da ilgili göğüs hastalıkları hastanelerine başvurdukları için bizim materyalimizde düşük görülmektedir (17, 19). İlaç entoksikasyonu vak'alarımızın hemen hepsi suicid kastı ileldir. Mantar zehirlemeleri ise bilgisizliğe dayanmaktadır. İntiharların 1965'e nazaran 1980 yılında 2 misli artmış bulunması ilginçtir. Bunda son yılların sosyo-ekonomik sıkıntılarının büyük rolü olsa gerektir. Hareket sistemi hastalıklarında belirgin bir artış yoktur; bunu başka literatürde de görüyoruz (12).

Hastalıkları teker teker ele almamızın amacı, uzun ve yoğun ilgi ve bakım gerektiren hastalıkların artıp artmadıklarını saptamaktır. Görüyoruz ki bu tür hastalıklarda gerçekten bir artış vardır.

Özet

Gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde halkın hastanelerden ilgi yetersizliği konusundaki şikâyetlerinin nedenleri üzerinde durarak bazı sonuçlar elde ettik. Sağlık personeli sayısındaki artışın, genel nüfus artışına paralel seyretmemesi, sağlık personelinin sosyo-ekonomik olanaklarının yeterli olmayışı, daha yoğun ve uzun ilgi ve bakım isteyen bazı hastalıkların son yıllarda artmış bulunması, psiko-somatik

hastalık çerçevesi içine giren hastalık tablolarının yeter derecede bütün hekimlerce anlaşılmamış olması, gerek hastalarca gerekse hekimlerce zaman faktörünün iyi ayarlanamaması gibi nedenler başta gelmektedir. Eleştirilerin yoğunlaştığı bir diğer konu da teknik olanakların ve laboratuvar incelemelerinin hastayı, sıcak hekim ilgisinden gitgide uzaklaştırmasıdır. Sırf teşhise yarayan bu teknik olanakların hastada yarattığı tedirginliği hekim tedavi esnasında gidermeğe çalışmalıdır.

Summary

We have investigated the reasons of the patients complaints about the doctors' indifférent attitude to them in developed countries and our country and have reached some results. There are some important reasons, like the inadequate increase in medical staff paralel to the population growth, the insufficient socio-economic possibilities of medical staff, the recent increase in some diseases which need more intensive and longer intrest and care, the lack of sufficient understanding in the disease states which are in the psyco-somatic group by the doctors and the faults in timing by both the doctors and patients. Another problem where complaints are condensed, is the patients deprived of doctors' hot intrest because o fthe technical possibilities and laboratory investigations. Doctors must try to relieve the anxiety of the patients for this diagnostic investigations when they are treating the patients.

LİTERATÜR

1. Devlet İstatistik Enstitüsü : 1965 yılı Türkiye Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, 1968.
2. Devlet İstatistik Enstitüsü : 1980 yılı Türkiye Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, 1983.
3. Ekmekçi, A. : İskemik kalp hastalıklarının Türkiyede dağılımı. Türk Kardiyoloji Arşivi, 1974.
4. Erman, Muzaffer : Klinik Kardiyoloji. Ankara Üniv. Tıp Fak. Yayını. 3. Baskı 1982.
5. Ertürk, E. : Hipertansiyon ve komplikasyonları. Uzmanlık tezi 1978.
6. Harrison's principals of internal medicine. 8. Baskı 1977.
7. Giesen, H.K., Illig, H. ve Mangold, H. : Therapie der Asthma bronchiale, zu Hause und im Krankenhaus. Münch. med. Wschr. 116 (1974), 45.

8. İstanbul Şişli Çocuk Hastanesi : Şişli Tıp Günleri 3. simpozyumu (Akut intoksikasyonlar) 1976.
9. Illig, H. : Lungenembolien - Erscheinungsformen und Diagnose. Münch. med. Wschr. 110 (1968), 656.
10. Illig, H. : Veraenderungen bei internistischen Krankenhauspatienten 1960 und 1977. Dtsch. med. Wschr. 106 (1981), 81.
11. Küçükşu, N. : Klinik onkoloji. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayını, 1981.
12. Mason ve Curney : Clinical rheumatology. 3. Baskı, 1980.
13. Menteş, N. Kemal : Klinik Gastroenteroloji. 4. Baskı, 1981.
14. Mızrak, M.A. : Koroner kalp hastalıklarında risk faktörlerinin incelenmesi. Uzmanlık tezi, 1974.
15. Sherlock, Sheila : Diseases of the liver and biliary system. London, 1978.
16. Şenol, M. : Türkiyedeki kalp hastalıklarının insidansları hakkında mukayeseli inceleme. Uzmanlık tezi, 1981.
17. Vidinel, İhan : Akciğer Hastalıkları, Ege Univ. Tıp Fak. yayını, 1981.
18. Yazıcıoğlu, M. : Türkiyede paraproteinemi vak'alarının insidansı hakkında araştırma. Uzmanlık tezi, 1980.
19. Yazıcıoğlu, S. : Tüberküloz. Diyarbakır Üniv. Tıp Fak. Yayını.