

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticileri  
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK  
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ

**KEŞAN'DA 2011 YILI ÖLÜMLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Elif ATASEVER**

**Referans no: 10023136**

EDİRNE 2013

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticileri  
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK  
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ

**KEŞAN'DA 2011 YILI ÖLÜMLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Elif ATASEVER**

**Tez no:**

EDİRNE 2013


T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

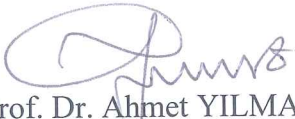
O N A Y

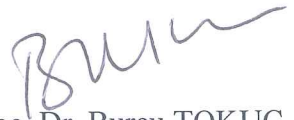
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK ve Doç. Dr. Burcu TOKUÇ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Elif ATASEVER tarafından tez başlığı “Keşan’da 2011 Yılı Ölümünün Değerlendirilmesi” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 26/12/2013 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “Yüksek Lisans Tezi” olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Faruk YORULMAZ  
JÜRİ BAŞKANI

  
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK  
ÜYE

  
Prof. Dr. Galip EKUKLU  
ÜYE

  
Prof. Dr. Ahmet YILMAZ  
ÜYE

  
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ  
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Tammam SİPAHİ  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm Yüksek Lisans eğitimim boyunca; tez çalışmamda emeğini ve her türlü desteğini cömertlikle sergileyen Danışman Hocam Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a ve Eşdanışman Hocam Doç.Dr.Burcu Tokuç'a, eğitimimde destek ve katkılarından dolayı başta Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Faruk YORULMAZ'a ve Prof. Dr. Galip EKUKLU'ya ve Anabilim Dalı çalışanlarına, bu süreçte desteğini hep hissettiğim kurum amirlerim Baştabip Yüzbaşı Kürşat GÜMÜŐ'e ve Baştabip Üsteğmen Yunus KAÇAR'a ve mesai arkadaşlarıma, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen eşim Mustafa ATASEVER'e, aileme teşekkürü borç bilirim.

Elif ATASEVER

Edirne-2013

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	4
<b>SAĞLIK KAVRAMI VE HALK SAĞLIĞI</b> .....	4
<b>TEMEL HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ</b> .....	4
<b>TOPLUMUN SAĞLIK DURUMUNUN İNCELENMESİ</b> .....	6
<b>MORTALİTE</b> .....	9
<b>DOĞUMDA YAŞAM BEKLENTİSİ</b> .....	12
<b>PREMATÜR MORTALİTE</b> .....	13
<b>TÜRKİYE'DE ÖLÜMLERİN KAYIT VE BİLDİRİMİ</b> .....	16
<b>ARAŞTIRMA BÖLGESİ</b> .....	22
<b>MORTALİTE EĞİLİMLERİ</b> .....	31
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	42
<b>BULGULAR</b> .....	48
<b>TARTIŞMA</b> .....	72
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	83
<b>ÖZET</b> .....	85
<b>SUMMARY</b> .....	86
<b>KAYNAKLAR</b> .....	88
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	95
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	99
<b>EKLER</b>	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>ADNKS</b>	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
<b>AMB</b>	: Ambulans
<b>ASE</b>	: Aile Sağlığı Elemanı
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>ATT</b>	: Acil Tıp Teknisyeni
<b>BÖH</b>	: Bebek Ölüm Hızı
<b>DİE</b>	: Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DH</b>	: Devlet Hastanesi
<b>EKG</b>	: Elektro Kardiyografi
<b>EUROSTAT</b>	: Avrupa Birliği İstatistik Genel Müdürlüğü
<b>GHE</b>	: Global Health Estimates
<b>ICD</b>	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, International Classification of Diseases
<b>İGE</b>	: İnsani Gelişme Endeksi
<b>KÖH</b>	: Kaba Ölüm Hızı
<b>MERNİS</b>	: Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
<b>OECD</b>	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
<b>ÖBS</b>	: Ölüm Bildirim Sistemi
<b>ÖH</b>	: Özel Hastane
<b>PYYK(YPLL)</b>	: Potansiyel Yaşam Yılı Kaybı,( Years of Potential Life Lost)

<b>SH/ GSYH</b>	: Sağlık Harcamaları / Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezi
<b>TTB</b>	: Türk Tabipleri Birliği
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNDP</b>	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, (United Nations Development Programme)
<b>ÜNV.H.</b>	: Üniversite Hastanesi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm, canlı doğum olayı gerçekleştiikten sonraki herhangi bir zamanda yaşamsal fonksiyonların tamamen yitirilmesidir. Doğumla başlayan yaşam süreci; çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinin ardından ya doğal nedenlere ya da başka etkenlerin ortaya çıkardığı olaylara bağlı olarak sonlanmaktadır. Doğduktan sonra yaşamın sonlanmasına kadar geçen süre ise beklenen yaşam süresidir (1).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyini gösteren ölçümlerinden birisi de ülke vatandaşlarının doğuşta beklenen yaşam süreleridir. Doğuşta beklenen yaşam süresi, bir ülkede insanların doğduktan ortalama kaç yıl sonra öleceklerinin hesaplanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin yetersiz sunulduğu geri kalmış ülkelerde beklenen yaşam süresi 2011 yılı için 50 yıl iken, gelişmiş ekonomi ülkelerinde bu süre 83 yıldır. Türkiye’de ise doğuşta beklenen yaşam süresi 2011 yılı için 73 yıldır (2,3).

Doğuşta beklenen yaşam süresinden, yani belirlenen yaş sınırından önceki ölümler prematür ölümlerdir. Kanseler, kasıtsız yaralama, intiharlar gibi dış nedenlerden meydana gelen prematür ölümler, genç nüfustaki önlenabilir ölümlere, alkol ve tütün kullanımı gibi riskli davranışları azaltacak sağlık sistemi ve yaşam tarzı faktörleri yönündeki çalışmalara dikkat çeker (4).

Ölüm, erken ölüm, doğum, intihar ve ilişkili durumlar hayati istatistikler başlığı altında toplanmaktadır. Ülkelerin sağlık düzeyinin saptanması; sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesinde güvenilir veriler ve objektif ölçütlere her zaman gerek duyulmuştur.



Çünkü bunlar ileriye dönük sağlık politikalarını etkileyeceklerinden büyük öneme sahiptirler (5).

**Tablo 1. Türkiye ve bazı ülkelerde doğuştan beklenen yaşam sürelerinin cinsiyete ve yıllara göre dağılımı (3)**

Yıllar	Erkek			Kadın			Toplam		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
<b>Ülkeler</b>									
<b>Türkiye</b>	62	67	72	67	73	77	65	70	73
<b>Azerbaycan</b>	59	62	66	66	67	70	63	64	68
<b>Bulgaristan</b>	68	68	70	75	75	77	71	72	74
<b>Ermenistan</b>	62	67	66	70	73	74	66	70	70
<b>Irak</b>	64	64	82	69	69	70	66	67	66
<b>İran</b>	60	65	70	66	70	75	63	67	73
<b>Kıbrıs</b>	74	75	78	78	79	83	76	77	81
<b>Suriye</b>	65	69	71	70	74	76	67	71	74
<b>Yunanistan</b>	75	76	78	79	81	83	77	78	80
<b>ABD</b>	72	74	76	79	80	81	75	77	79
<b>Fransa</b>	73	75	78	81	83	85	77	79	81
<b>İngiltere</b>	73	75	--	78	80	--	76	78	--
<b>İsveç</b>	75	77	79	80	82	83	78	80	81
<b>Kuba</b>	72	75	76	76	79	80	74	77	78
<b>Avrupa</b>	68	68	71	75	77	79	72	72	75
<b>Dünya</b>	62	64	66	66	68	71	64	66	68

Halk Sağlığı Bilimi'nin önde gelen kuramcılarında A. Grotjahn'a (1869- 1931) göre, bir toplum için en önemli hastalık en sık görülen ve en fazla öldüren hastalıktır. Bu yaklaşım ölümlerin ve nedenlerinin toplum sağlığı açısından ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Bir bölgedeki ölüm kayıtları hem sayısal hem niteliksel olarak değerlendirilir. Elde edilen ölüm istatistikleri ile sorun ve öncelikler saptanıp buna göre gerekli önlemler alınır ve hizmet planlanır (6).

21. yüzyılın başı itibarı ile, dünya nüfusunun önemli bölümü için güvenilir ölüm istatistiklerine ulaşılamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) ülkelere bildirilen ölüm nedeni istatistiklerinin kalitesinin, dünya nüfusunun sadece %12'sini temsil eden bölümü için "iyi" %17'lik bölümü için "orta", %5'lik bölümü için "düşük" olduğu; dünya nüfusunun %66'sı için veri bulunmadığı ifade edilmiştir. Ülkemizde de benzer sorunlarla

karşılaşmaktadır. Bu nedenle Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile ölüm istatistiklerinin iyileştirilmesine yönelik bir proje yürütülmektedir. Proje doğrultusunda 2009 yılı itibariyle ülke genelinde ölüm bildirim sistemi yenilenmiştir (7).

Bu çalışma ile Edirne ili Keşan ilçesi merkezi ve bağlı köylerinde görülen 2011 yılı ölüm olgularının incelenerek bölgenin ölüm sayısı ve ölçütleri ile yaş gruplarına göre dağılımını ortaya koyarak, prematür ölümleri saptayarak, mevcut durumun önlenebilir payına yönelik yapılabilecek girişimlere yol gösterici olması düşünülmektedir.

Keşan sağlık ortamına (İlçe Sağlık Müdürlüğü, Keşan Bld. Sağlık İşleri Md.lüğü) ölüm kayıt ve bildiri mi Keşan'daki ölümler hakkında belirlenmiş değişkenler yönünden bilgi sunmak yakın erimli amaçlar; bu ölümlerin ve nedenlerinin yaş gruplarına göre dağılımını, değişimini izleyebilmeye yönelik çalışmalara veri sunmak uzak erimli amaçlardır.

## **GENEL BİLGİLER**

### **SAĞLIK KAVRAMI VE HALK SAĞLIĞI**

1948 DSÖ Anayasasına göre “ Sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” olarak tanımlanmıştır (8,9).

CEA Winslow’a göre Halk Sağlığı; “ Hastalıkları önlemenin bilimi ve sanatı, daha uzun yaşam süresi, çevre sağlığının korunması için örgütlü toplum çabaları ile ruhsal ve fiziksel sağlığın ve verimliliğin iyileştirilmesi, bulaşıcı enfeksiyon denetimi, kişilerin kişisel hijyen hakkında eğitilmesi, erken tanı ve hastalıkların koruyucu tedavisi için tıp ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık kazancı için her kişiye uygun yaşam standardını sağlayacak sosyal mekanizmaların gelişimi, böylece bu yararların her vatandaşın kendisinin doğuştan hakkı olan sağlık ve uzun yaşama hakkının ayırdına varmasını sağlayacak biçimde düzenlenmesidir” (9,10).

Dünya Sağlık Örgütü yönetim kurulu üyesi olan Sir Donald Acheson halk sağlığını “bir toplumun organize gayretleri yoluyla hastalıkların önlenmesi, insan ömrünün uzatılması ve sağlığın teşvikini hedefleyen bilim ve sanat olarak tanımlamıştır (11).

### **TEMEL HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ**

Temel halk sağlığı hizmetleri DSÖ’nün liderliği ve desteği ile, ülkelerin uyumu ve birlikte çalışmaları sonucunda planlanabilir. On adet Temel Halk Sağlığı Hizmetleri vardır. Bu hizmetler dikey programlar yerine, etkili ve verimli bütüncül yaklaşım yöntemleri ile sunulur.

Bu hizmetlerin merkezi, hizmet sunumunun üç ana alanı etrafındadır:

1. Sağlığın korunması
2. Hastalıkların önlenmesi
3. Sağlığın geliştirilmesi

### **Temel Halk Sağlığı Hizmet Sunumu**

1. **Monitör:** Toplumun sağlık sorunlarını saptayabilmek için sağlık durumunun ve sağlık düzeyinin izlenmesi
2. **Teşhis etme ve araştırma:** bulaşıcı hastalıklar ve diğer sağlık sorunlarının izlenmesi, risklerin zamanında değerlendirilmesi ve bu sorunlara acil yanıtın planlanması
3. **Bilgilendirme, eğitime ve güçlendirme:** Sağlığı iyileştirme ve geliştirme için medya savunuculuğu ve sosyal pazarlama gibi sağlık haberleşme planları ve faaliyetleri, erişilebilir eğitim kaynakları ile insanların bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve güçlendirilmesi
4. **Mobilize:** Sağlık sorunlarının tanımlanması ve çözümü için potansiyel paydaşların ve tarafların belirlenmesi, halk sağlığının değeri konusunda bilinçlendirilmesi ve harekete geçirilmesi
5. **Politika geliştirme ve planlama:** Sağlık alanında ortaya çıkacak bireysel ve toplumsal çabaları destekleyecek, halkın sağlığını koruyacak, sağlığın geliştirilmesi için sistematik bir toplum düzeyi oluşturacak plan, halk sağlığı uygulamaları rehberi ve politikaları geliştirme
6. **Düzenlemelerin ve yasaların uygulanması:** Sağlığı korumak için tasarlanmış yasa ve yönetmeliklerin incelenmesi, değerlendirilmesi ve revizyonu. Bu yasalara uymakla yükümlü kişi ve kuruluşların eğitimi.
7. **İletişim:** Sağlık hizmetlerine erişimde engeli olan nüfusun belirlenmesi, bu nüfusun engellerinin ortadan kaldırılarak kendilerine uygun sağlık hizmetleri almaları sağlanması
8. **Sağlık insan gücü temini:** Kamu sağlık hizmetleri için toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak ve tüm üyelerinin sürekli kalite gelişimi ve yaşam boyu öğrenme programlarını benimseyecek sağlık iş gücünün sağlanması
9. **Değerlendirme:** Bireysel ve/veya toplum tabanlı sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik, etkinlik ve nitelik bakımından değerlendirilmesi

**10. Araştırma:** Sağlık sorunlarının çözümünde yararlanılabilecek geliştirici ve yenilikçi yöntemler için araştırmalar yapmak (12-15).

### **Halk Sağlığı Hizmetlerinin Planlanması**

Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren etmenlerin yok edilmesi, toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, tedavi ve rehabilitasyon işlemleri için yapılan planlı çalışmaların tümüdür. Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişileri hastalıklardan korumaktır. Bu hizmetler iki grupta ele alınır:

1. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler
2. Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetler (9,15)

Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler; bağışıklama, erken tanı, seroprofilaksi, kemoprofilaksi, sağlık eğitimi, yeterli beslenme, aile planlaması ve kişisel hijyen hizmetlerini içermektedir.

Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetler; atıkların zararsız duruma getirilmesi, vektörlerin kontrolü, temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi ve gıda kontrolü gibi hizmetler ile çevremizdeki olumsuz faktörleri yok ederek kişilerin sağlığını koruyan hizmetlerdir (9,15).

Bütün bu hizmetlerin yerine getirilmesi, sağlık politikaları belirleyicilerinin ve yöneticilerinin halk sağlığı hizmetlerini planlamaları ile gerçekleşir. Halkın sağlık sorunlarını, yukarıda bahsi geçen konularda öncelikli ihtiyaçlarını belirleyip, bu ihtiyaçları karşılayabilmek amacıyla kaynakları bulmak, halk sağlığı hizmetlerinin amaç ve standartlarını gerçekçi ve uygulanabilir bir biçimde tayin edip bu hedeflere varmak için yapılması gereken işleri bir yönetim programı olarak belirleyerek planlamış olurlar. Sağlık insan gücünün eğitiminden, örgütlenmeye kadar tüm işlemlerin yerine getirilerek hizmetlerin yürütülmesi sağlanır.

Ülkemizde halk sağlığı hizmetleri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yürütülmektedir.

### **TOPLUMUN SAĞLIK DURUMUNUN İNCELENMESİ**

Hasta kişi bir klinisyene başvurduğunda; yakınmaları, öyküsü, fizik muayene bulguları ve çeşitli laboratuvar testleri yardımı ile hastalığı belirlenir ve klinik tanısı konulur. Kişinin sağlık durumu saptanmış olur. Aynı şekilde toplumun da sağlık sorunlarına toplumsal tanı konulabilir, toplumun sağlığını etkileyen olayların, çeşitli faktörlerin etkilerinin sayısal olarak ölçülüp belirtilmesi mümkün kılınabilir. Toplumsal tanı ölçütlerine bakılarak: a) İncelenen

olayın toplumlarda ne boyutlarda olduğu, b) Belirli bir zaman süresinde ne gibi değişiklikler gösterdiği doğru biçimde yorumlanabilir, c) Toplumlar arası karşılaştırmalar yapılabilir (16).

Sağlık düzeyini belirleyen üç türlü ölçüt (gösterge) vardır: Hız (rate), oran (ratio) ve orantı (proportion):

Hızlar, bir sağlık olayının toplum içindeki görülme sıklığını veya yakalanma olasılığını belirlemek için kullanılırlar. Burada pay, bir sağlık sorunu ile karşılaşanların sayısını, payda ise risk altındaki toplumu içerir. “Risk altındaki toplum”, bir hastalığa yakalanma veya bir sağlık olayı ile karşılaşma olasılığı yüksek olanlardır. Pay ve paydada yer alan sayılar aynı zaman kesitinde elde edilmiş olmalıdırlar. Her hız bir katsayı (100, 1000, 10 000, 100 000 vb.) ile ifade edilir. Sağlık sorunu sık görülüyorsa küçük, seyrek görülüyorsa büyük katsayı kullanılır.

Oran, bir sağlık olayının diğerine göre ne boyutta olduğunu ifade eder. Pay ve paydada yer alan olaylar farklıdır. Örneğin doğumda erkek/ kadın oranı.

Orantı ise bir sağlık olayının toplam olay içindeki yerini genellikle yüzde olarak ifade eder. Örnek olarak yaşa ve nedene özel orantılı ölüm oranları verilebilir (15-17).

### **Sağlık Düzeyi Ölçütleri**

Bir toplumun sağlık düzeyini saptamak için çok sayıda sağlık ölçütü geliştirilmiştir. Sağlık ölçütleri toplumu sağlık, hastalık, ölüm, doğurganlık, sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi değişik yönleri ile tanımlarlar. Bu ölçütler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

#### **I. Ölüm (Mortalite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler**

1. Kaba Ölüm Hızı
2. Özel Ölüm Hızları
  - a. Yaşa- Özel
  - b. Cinse- Özel
  - c. Yerleşim yerine- Özel
  - d. Nedene- Özel
3. Fatalite Hızı
4. Orantılı Ölüm Hızları
  - a. Nedene- Özel
  - b. Yaşa- Özel
5. Bebek Ölüm Hızları
  - a. Yenidoğan (neonatal) dönemi (erken, geç)

b. Yenidoğan (postneonatal) sonrası dönem

6. Perinatal Ölüm Hızı
7. 1- 4 Yaş Çocuk Ölüm Hızı
8. 5 Yaş Altı Ölüm Oranı
9. Ölü Doğum Hızı
10. Ölü Doğum Oranı
11. Ana Ölüm Hızı

II. Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler

III. Hastalık Düzeyini Belirleyen Ölçütler

IV. Diğer Ölçütler (15-17)

### Türkiye’de Toplumun Sağlık Durumu

Türk Tabipler Birliği (TTB) bazı değişkenler kullanarak Sağlık Düzeyi Ülkeler Sıralaması Çalışması’nı yürütmüştür. Yüzaltmışdokuz ülkenin, ortalama yaşam süresi, bebek, çocuk, anne ölümleri, ölüm nedenlerinin hastalıklara göre dağılımı, hastalıklara göre yaşam yılı kayıpları gibi çok sayıda veri analiz edilmiştir. Tablo 2’de en yüksek puanı alan ülkenin + 22.75 ile İsviçre olduğu görülmektedir. Türkiye’nin puanı ise -11.98’dir (18).

**Tablo 2. Türk Tabipler Birliği sağlık düzeyi çalışması ülkeler sıralaması (18)**

Ülke	Sağlık Düzeyi	Sıra
İsviçre	22.75	1
Fransa	21.17	10
ABD	18.16	22
Yunanistan	18.07	23
Küba	15.23	29
Suriye	-7.41	75
Türkiye	-11.98	87

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından yayımlanan İnsani Gelişme Endeksi (İGE) insani gelişmeyi, gelirin yanı sıra eğitim ve sağlığa ilişkin göstergeleri de dikkate alarak ölçmeyi hedefleyen bir endekstir. Türkiye’nin İGE değeri 2010 yılında 0.679 olup, bu değer ile Türkiye 169 ülke arasında 83. sırada yer almaktadır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü’nün (OECD) İGE değeri ise ortalama 0.879 düzeyindedir.

Türkiye için 2010 yılı İGE değeri hesaplanır iken kişi başına gayri safi milli gelir 13.359 ABD doları ve doğumda beklenen yaşam süresi de 72.2 yıl olarak kullanılmıştır. Tablo 3'te Türkiye'nin sağlık eğilimleri görülmektedir (19).

**Tablo 3. Türkiye, sağlık eğilimleri, 2011 (20)**

Türkiye 2011 yılı nüfusu	74.724.269
0-14 yaş nüfus oranı	% 25.3
65 yaş ve üzeri nüfus oranı	% 7.3
Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama	75 yıl
Ulusal fakirlik çizgisi altındaki nüfus	% 18.1
Sağlık harcamaları / gayri safi yurt içi hasıla (SAGP, %)	5.1
2011 yılı her 1000 nüfus başına düşen doğum sayısı (kaba doğum hızı)	17.3
Kaba ölüm hızı binde	6.3
Bebek ölüm hızı binde	7.7
5 yaş altı ölüm hızı binde	11.3
Anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda	15.5
Tüm doğumların içinde sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı	% 94
Antenatal bakım (en az bir ziyaret)	% 95
10000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı	26
Aile Hekimi başın düşen nüfus	3.696
100.000 kişiye düşen toplam hekim (uzman, asistan ve pratisyen) sayısı	169

### **MORTALİTE**

Fransız bilim adamı Emanuella Fodere'ye göre ölüm; “Temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının irreversibl kaybıdır” (21).

Sağlık, hastalık ve ölüm kavramları daima çağrışım yapmaktadır. Hekimlere göre hastalık, doku ve hücrelerde normal olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin yarattığı haldir. Bireylerin kendilerini ne zaman hasta diye tanımlamaları farklılık gösterebilir. Klinisyenlerin uyguladıkları tetkikler neticesinde buldukları hastalık tanıları da değişebilir. Oysa ki ölüm de tanımı da tektir, ve ölüm bir kez yaşanır, ötesi yoktur (22).

Mortalite, bir nüfustaki ölümlerin düzeyini karakterize eden demografik bir olaydır. Ölümlülük göstergeleri sağlık hizmetlerinin planlanmasında kullanılan verilerin en önemlisidir (23). Sağlık bilgi sisteminin çekirdeği niteliğinde olan mortalite istatistikleri sağlık bakım sistemlerinin işlemedeki etkililik derecesini ve ihtiyaç düzeyini gösterir (24).



## Mortalite Düzeyini Belirleyen Ölçütler

**Kaba ölüm hızı:** En sık kullanılan kolay elde edilen bu hız, toplumdaki çeşitli yaş, cinsiyet gruplarının ölüm açısından riskini tam olarak yansıtmayan, ölüm boyutu hakkında genel fikir veren bir ölçüttür. Şöyle hesap edilir:

$$\text{Kaba Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir toplumda bir takvim yılında meydana gelen toplam ölüm sayısı}}{\text{Aynı toplumun o yıla ait yıl ortası nüfusu}} \times 1000$$

**Özel ölüm hızları:** Cinsiyet, yaş, yerleşim yeri, ölüm nedeni gibi özelliklere göre hesap edilen, daha duyarlı ölüm ölçütleridir.

Cinsiyete özel ölüm hızı: Ölümlerin cinsiyete göre hangi boyutlarda olduğunu saptamada kullanılır. Örneğin kadınlar için şöyle hesap edilir:

$$\text{Kadınlarda ölüm hızı} = \frac{\text{Bir toplumda belirli süre içinde ölen kadın sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süre içinde kadın nüfusu}} \times 1000$$

Yaşa özel ölüm hızları: Belirli yaş gruplarında ölümlerin ne düzeyde olduğunu gösterir. Bir toplumda belirli bir bölgede, incelenen yaş ya da yaş grubunda belirli bir süre içerisinde meydana gelen ölüm sayısının, aynı zaman dilimindeki aynı yaş grubu yıl ortası nüfusuna bölünmesi ile elde edilir. Sıklıkla 0, 1- 4 yaş grupları kullanılır. 0 yaş grubunun özel ölüm hızı “bebek ölüm hızı” olarak adlandırılır.

Bebek ölüm hızı: Anne ve çocuk sağlığı düzeylerinin en önemli göstergesidir. Bebeklik dönemi doğumdan itibaren yaşamın ilk 365 günüdür. Bu dönemin tamamında ölüm riski ve nedenleri aynı değildir. Bu nedenle, hız doğumdan sonraki ilk 7 gün, 8- 28 günler ve 29- 365 günler için ayrı ayrı hesap edilir.

$$\text{Bebek Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda canlı doğup 0- 365 günlük iken ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumda o yılda meydana gelen canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

Yerleşim yerine özel ölüm hızı: Çeşitli yerleşim yerlerindeki (kırsal- kentsel) ölüm boyutunu tespit etmek için kullanılır. Örneğin kırsal alana özel ölüm hızı, bir yılda kırsal alanlarda meydana gelen ölüm sayısının, aynı yılda kırsal alanların nüfusuna bölünmesi ile elde edilir. Bir ülkenin farklı bölgeleri, illeri vb. içinde hesap edilebilir.

Nedene özel ölüm hızları: Ölümlerin nedenlerini ve boyutunu belirlemede kullanılır. Böylece bir toplumda en çok öldüren ilk 5 veya 10 nedenin neler olduğu saptanır. Şöyle hesap edilir:

$$\text{"X" Nedenine Özel Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir yılda "X" nedenine bağlı ölüm sayısı}}{\text{Toplumun aynı yıl içindeki nüfusu}} \times 1000$$

**Fatalite hızı:** Belirli bir hastalığın ne kadar öldürücü olduğunu saptamak için kullanılır. Çeşitli yaş grupları ve cinsiyetler için ayrı ayrı hesaplanabilir. Bir toplumda belirli bir süre içinde "A" hastalığından ölenlerin sayısının, aynı toplumda aynı süre içinde "A" hastalığına yakalananların sayısına bölünmesi ile elde edilir (katsayısı 100).

### **Orantılı Ölüm Hızları**

Yaşa- özel orantılı ölüm hızı: Bir toplumun genel sağlık düzeyini gösteren anlamlı bir ölçüttür. 5 yaş altı ve 50 yaş üzerinde olmak üzere iki yaş grubu için hesap edilir.

$$\text{5 Yaş Altı Orantılı Ölüm hızı} = \frac{\text{Bir toplumda belirli bir sürede 0-4 yaş ölüm sayısı}}{\text{Aynı sürede aynı toplumun toplam ölüm sayısı}} \times 100$$

Nedene- özel orantılı ölüm hızı: Tüm ölümler içinde belirli bir nedenden ölenlerin oranını verir. Genellikle nedene- özel mortalite hızının hesap edilemediği, toplumun yıllık nüfusunun bilinemediği durumlarda kullanılır. Bir toplumda belli sürede "A" hastalığından ölenlerin sayısının, aynı toplumda aynı sürede meydana gelen toplam ölüm sayısına bölünmesi ile ( $\times 100$ ) elde edilir.

**Perinatal ölüm hızı:** Ana sağlığı düzeyini, doğum öncesi bakımın yeterli ve doğumun sağlıklı koşullarda olup olmadığını gösteren önemli bir göstergedir. Pay erken yenidoğan dönemi ölümlerini ve ölü doğumları birlikte içerir. Bir yılda ölü doğan veya canlı doğup, 0- 7 günlük iken ölen bebek sayısının, bir yıldaki toplam (canlı+ ölü) doğum sayısına bölünmesi ile elde edilir (katsayısı 1000).

**Ana ölüm hızı:** Ana sağlığı düzeyini en iyi yansıtan ölçüttür. Şöyle hesap edilir:

$$\text{Ana Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir yılda gebelik, doğum ve lohusalık döneminde meydana gelen kadın ölümü sayısı}}{\text{Bir yıldaki canlı doğum sayısı}} \times \frac{10.000 \text{ veya } 100.000}{100.000}$$

## **DOĞUMDA YAŞAM BEKLENTİSİ**

Ölümlülük durumunu belirtmede kullanılan diğer ve ayrıntılı bir yöntem olan doğumda yaşam beklentisi, herhangi bir toplumda, mevcut sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar içinde, bir kuşağın doğumda ve doğumu izleyen değişik yaş basamaklarının her birinin başında, daha kaç yıl yaşama şansına sahip olduğunu gösteren bir ölçümdür (25,26).

Eğer geçerli ölüm oranları değişmezse, bir yenidoğanın ortalama yaşayabileceği yıl sayısıdır. Ancak herhangi bir doğum kohortundaki gerçek yaşa özel ölüm hızı önceden bilinemez. Ölüm oranları düşer ise, fiili yaşam süresi, güncel ölüm oranları hesaplanarak kullanılan yaşam beklentisinden daha yüksek olacaktır (27).

Yaşam süresi hesaplamak için kullanılan metodoloji ülkeler arasında değişiklik gösterebilir, yılın bir bölümünde ülkelerin tahminlerine göre değişebilir. Toplam nüfus için doğumda beklenen yaşam süresi, Türkiye'nin de dahil olduğu tüm OECD ülkeleri için OECD sekreterliği tarafından hesaplanmaktadır (27).

OECD ülkelerinde, doğumda yaşam beklentisi, dikkat çekici bir şekilde artmakta, tüm yaş gruplarındaki ölüm oranlarında keskin bir azalma gözlenmektedir. Uzun ömürlülükteki bu kazanımlar, yükselen yaşam standartları dahil olmak üzere, gelişmiş yaşam tarzı, daha iyi eğitim ve kaliteli sağlık hizmetlerine daha kolay erişim gibi bir dizi faktöre bağlanabilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha iyi beslenme, sanitasyon ve konut tipi de bu değişimde etken olabilir (27).

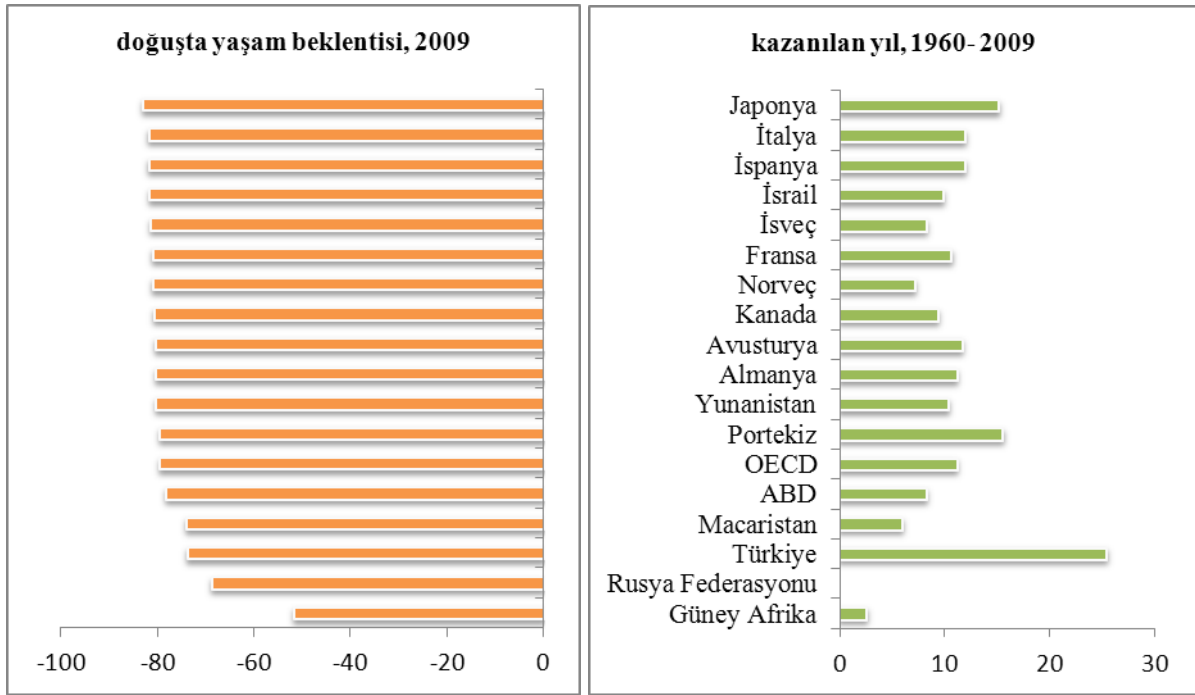
OECD ülkeleri genelinde doğumda beklenen yaşam süresi, 1960 yılından bu yana 11 yıl kazanç sağlayarak, 2009 yılında bütün nüfusta 79.5 yıla ulaştı. Japonya'da büyük bir grup ( 34 OECD ülkesinin üçte ikisi dahil olmak üzere) doğumda beklenen yaşam süresinin 80 yıl ya da daha üzerine çıkmasına neden olmuştur (27).

Portekiz, Amerika Birleşik Devletleri, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin dâhil olduğu ikinci grupta doğumda beklenen yaşam süresi 75 ve 80 yıl arasındadır. OECD ülkeleri arasında en düşük doğumda beklenen yaşam süresi Türkiye ve Macaristan'dadır. Bununla

birlikte, Macaristan'da yaşam beklentisinin 1960 yılından bu yana ılımlı yükselmesi ve Türkiye'de hızla artması, ülkemizi ve Macaristan'ı OECD ortalamalarına yaklaştırmaktadır.

Doğumda yaşam beklentisindeki cinsiyetler arasındaki fark, 2009 yılında OECD ülkelerinde ortalama 5.5 yıl civarındadır. Yaşam beklentisi erkeklerde 76.7 yıl, kadınlarda ise 82.2 yıldır. Yaşam beklentisinde cinsiyet eşitsizliği 1960 ve 1970 yıllarında birçok ülkede önemli ölçüde artarken, son 30 yıldır daralmış, erkekte kadından daha fazla kazanımlar yansımıştır. Bu daralma kısmen de olsa, erkeklerde kalp hastalıklarından ölüm oranlarının azalmasına, sigara içme gibi riskli davranışlardaki farklılıklara atfedilebilir.

Yüksek milli gelir ve kişi başına düşen yüksek sağlık harcamaları genel olarak daha yüksek doğumda yaşam beklentisi ile ilişkilidir. Bu ilişki Şekil 1'de görülmektedir (27).



Şekil 1. Doğumda yaşam beklentisi 2009 ve kazanılan yıllar, 1960-2009

## PREMATÜR MORTALİTE

Bir toplumdaki genel mortalite oranları, genç nüfusun ölüm eğilimlerini yansıtmazlar. Bu oranlar, ölümlerin çoğunun ileri yaşlarda olması nedeniyle, yaşlıların ölüm deneyimi üzerinde yoğunlaşırlar. Nüfusun genç yaş grupları arasında olan ve çoğunlukla önlenilebilir erken ölümler yeterince incelenememektedir (28,29).

Prematür mortalite, seçilen bir yaş sınırından önce meydana gelen ölümü tanımlar ve üretken (20-64 yaş) yaşam yılı kaybını ifade eder. Prematür ölümün tanımı üzerine tartışmalar devam etmekte, değişik kaynaklarda 65, 70 ya da 75 yaş öncesi ölümler ya da doğuşta

beklenen yaşam süresinden önceki ölümler olarak tanımlanmaktadır. Çalışmaların çoğunda 65 yaş sınırı kullanılmakta, 65 yaşından önceki ölümler, prematür ölüm olarak tanımlanmaktadır (30).

### **Potansiyel Yaşam Yılı Kaybı**

Kaba ölüm hızları prematür ölüm nedenlerine yeterince odaklanmaz, ölüm nedenlerinin genç yaş gruplarında değerlendirilmesini olanaklı kılmaz. Bu nedenle son yıllarda prematür ölümleri özetleyen “potansiyel yaşam yılı kaybı (PYYK)” ölçütü kullanılmaya başlanmıştır. PYYK, bir kişi erken öldüğünde yaşamamış olduğu potansiyel yaşam yıllarının sayısını ifade eder (28).

Potansiyel yaşam yılı kaybı, yaşam süresi için bir sınır belirlenir ve prematür ölüm durumunda tanımlanan sınırdan ölüm yaşının çıkarılması ile hesaplanır. Örneğin 5 yaşında meydana gelen bir ölümden, PYYK 60 yıl sayılır (27).

Potansiyel yaşam yılı kaybı değerleri ağırlıklı olarak bebek ölümlerinden, çocukları ve genç yetişkinleri etkileyen yaralanmalar ve hastalıklar nedeniyle meydana gelen ölümlerden etkilenir. Prematür mortalite, bebek ölümleri ve kalp hastalıklarını önleme çabalarıyla ilgili tıp teknolojisindeki gelişmelerden, yaralanmalara ve bulaşıcı hastalıklara bağlı zamansız ve önlenemez ölümlerin azaltılmasından etkilenebilir. Kişi başına düşen gayri safi milli hasıla, iş durumu, alkol ve tütün kullanımı gibi bir dizi faktörde yine önlenemez prematür ölümler ile ilişkilendirilmiştir (27).

### **Mortalite İstatistikleri İçin Veri Kaynakları**

Dünya’da, yıllık 57 milyon ölümün üçte ikisi hala kayıtlı değildir. Dünya nüfusunun % 15’ini temsil eden 34 ülke yüksek kaliteli ölüm verileri üretmektedir. Neredeyse bu ülkelerin tümü Avrupa’da ve Amerika’dadır. Türkiye’de ise kalite ve kapsayıcılığı düşük ölüm verileri üretilmektedir (3).

Bir çok ülkede doğum, ölüm, evlenme ve boşanma gibi hayati olayları kayıt etmek için kullanılan sivil bir kayıt sistemi vardır. Bu kayıtlar bir ülkenin hayati istatistikleri sisteminin temelini oluşturan verileri sağlarlar (24). İrlanda, İngiltere gibi kayıt sistemi gelişmiş birçok ülkede hayati olayların kayıt ve değerlendirme işlemlerini tek bir örgüt yürütmektedir (31). Ülkemizde ise doğum, evlenme ve ölüm kayıtları İçişleri Bakanlığı’na bağlı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü’nce tutulmakta, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından değerlendirilmektedir (32).

**Kayıtlar:** Ülkemizde tüm Türkiye’yi temsil edecek ölümlere ilişkin bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle ölümleri kayıtlardan incelemek mümkün değildir. Ölüm bildirimlerinin yasal süre içerisinde ve tam olarak yapılmaması, bunun sebeplerindedir (32,33).

Türkiye’deki ölümler ile ilgili birincil veri kaynakları TÜİK’ten elde edilen il ve ilçe ölüm istatistikleridir. 1957- 2008 yılları arasında il ve ilçe merkezleri için ölüm istatistikleri ayrı bir yayın olarak sunulmuştur. 2009 yılına kadar ölüm istatistikleri ile birlikte üretilen ölüm nedeni istatistikleri, 2009 yılından itibaren ayrı bir istatistik olarak yayınlanmaya başlamıştır. 2009 yılında yeni ölüm belgesinin kullanımı ile ölüme sebebiyet veren hastalık listesi ve sürelerinin yanı sıra, bebek ölümlülüğüne ait bilgiler de derlenmeye başlanmıştır (34,35).

Türkiye İstatistik Kurumu, İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü ile imzaladıkları protokol çerçevesinde MERNİS veri tabanından elde edilen ölüm verisi ile TÜİK tarafından derlenen ölüm nedeni verisini kullanarak Türkiye geneli için ölüm verisi yayınlamaktadır. MERNİS’in dinamik bir yapıya sahip olması nedeniyle ölüm istatistikleri geriye dönük olarak güncellenmektedir (36).

**Araştırmalar ve nüfus sayımları:** Nüfus araştırmaları ve nüfus sayımları faydalı veriler sağlayabilmektedir. Buna karşın araştırmalar ekonomik değildir, sürekli yapılamazlar. Veri güncelliğini kaybedebilir. Yine de düzenli kayıt sistemi olmayan ülke ya da bölgelerde araştırmalar tek veri kaynağıdır.

Ülkemizde nüfus yapısı ve sorunları üzerine yapılan araştırmalar ile de ölüm olayları hakkında bilgi toplanabilmiştir. Bu araştırmalar, 1965-66 ve 1966-67 yıllarında Hıfzıssıhha Okulu tarafından yapılan “ Türkiye Nüfus Araştırması” ve 1968 yılından itibaren 5 yılda bir gerçekleştirilen 2013 yılında onuncusu yapılması beklenen Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Araştırmalarıdır (32, 36).

### **Ölüm Kayıt Sisteminin Gelişimi**

Ölümlere ilişkin bilinen ilk kayıtlar M.Ö. 578-534 yıllarında Roma’da tutulmaya başlanmıştır. M.S. 1532 yılında Londra’da görülen veba ölümlerinin sayısını saptamak amacıyla ölü gömme kayıtları tutulmuş. Doğum, ölüm ve evlenmeleri kaydeden ilk resmi kayıt bürosu 1617 yılında İrlanda’da kurulmuştur (37).

İlk etkin çalışma ise 17. yy’ın sonunda İngiltere’de John Graunt’un hazırlamış olduğu ölüm verileri ile ilgili “London Bills of Mortality” adlı çalışmadır. Graunt bu çalışmasında,

ölüm kayıtlarında ölen kişilerin yaşlarının yazılmadığı tarihlerde altı yaşında ölen çocukların oranını hesaplamaya çalışmış ve o günün koşullarına göre oldukça iyi bir tahminde bulunmuştur. Graunt bu hesaplamayı yaparken, ölüm nedenlerinin çocuklar arasında benzer olduğu varsayımından hareket etmiştir (37,38).

### **Türkiye’de Ölüm Kayıt Sisteminin Gelişimi**

Ülkemizde hayati istatistiklerin tutulması Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde başlamıştır. 1884 yılında “ Dahiliye Nezareti” içinde “Nüfus- u Umumiye Müdüriyeti” kurulmuş, 1889 yılında “ Sicili Nüfus Ahali İdare- i Umumiyesi” adı ile genel müdürlüğe çevrilmiştir. Cumhuriyetin kurulmasından sonra 1930 yılında İçişleri Bakanlığı ve buna bağlı olarak Nüfus İşleri Genel Müdürlüğü yeniden düzenlenmiştir (39).

Ölümlere ait istatistikler 1931 yılında derlenmeye başlanmış, 1949 yılına kadar sadece nüfusun yoğun olduğu 25 il merkezinde değerlendirme yapılmıştır. 1957 yılından itibaren ise tüm il ve ilçelerden gelen veriler değerlendirmeye alınmıştır. Köylerde ölü gömme izin kağıtları kullanılamamış, köy ölümleri istatistiki bilgilere yansıyamamıştır. 1969 yılında köy ölümleri için ölüm fişi düzenlenmiş, 224 sayılı yasa gereği köydeki ölümleri izlemek ve derlemek ile görevli sağlık personelinin olmasına rağmen istenilen seviyeye ulaşılamamıştır (37,40).

1982 yılından itibaren bucak ve köylerde meydana gelen ölümler hakkındaki bilgilerde toplanmaya başlanmış, ancak bu yerleşim birimlerinden gelen verilerin çok eksik olması nedeniyle genel değerlendirmede yayınlanamamıştır. Bu nedenle bucak ve köylerden ölüm istatistikleri derlenmesine sistem kuruluncaya kadar 10 Ocak 1986 tarihinde son verilmiştir (33,35).

### **TÜRKİYE’DE ÖLÜMLERİN KAYIT VE BİLDİRİMİ**

Ülkemizde ölümle ilgili iş ve işlemler 19.01.2010 tarihli ve 27467 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “ Mezarlık Yerlerinin İnşası İle Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkındaki Yönetmelik” çerçevesinde yürütülmektedir (Dördüncü bölüm, madde 16- 20).

Ölüm resmi sağlık kurumlarında gerçekleşmiş veya cenaze resmi sağlık kurumuna getirilmiş ise, gömme izin belgesi sağlık kurumunca düzenlenir ve kurumun müdür veya baştabibi tarafından tasdik edilir.

Ölüm, özel sağlık kuruluşlarında gerçekleşmiş ise, ölüme sebep olan hastalık esnasında tedavi eden tabibin verdiği gömme izin belgesi varsa bu belge belediye tabibi, yoksa toplum sağlığı hekimi veya aile hekimi tarafından tasdik edilmek şartıyla geçerli olur.

Ölümün sağlık kurumları dışında gerçekleşmesi durumunda gömme izin belgesi cenazenin bulunduğu yerdeki belediye tabibi tarafından, belediye tabibi bulunmayan yerlerde toplum sağlığı hekimi veya aile hekimi tarafından, bunların bulunmaması halinde gömme izin belgesi görevlisi tarafından verilir. Gömme izin belgesi görevlisi bulunmayan yerlerde ise bu belge jandarma karakol komutanları veya köy muhtarları tarafından verilir.

Belediye tabibi veya hükümet tabibi bulunmayan yerlerde mahallin en büyük mülki idare amiri tarafından o mahalde görev yapan sağlık personeli, yoksa diğer kamu görevlilerine eğitim verilir. Nitekim yakın geçmişte ülkemizde 01.05.2010 tarih ve 2000/ 41 sayılı ölü defin ruhsatları ile ilgili genelge gereğince her ilin toplum sağlığına bağlı köylerinde defin ruhsatı verecek görevliler (köy muhtarları) belirlenmiş, eğitim programlarından geçirilerek 17.05.2010 tarihinden itibaren köylerinde ölüm gerçekleştiğinde defin ruhsatı düzenlemişlerdir (34,35).

Gömme izin belgesi görevlisinin görev yaptığı yerlerde belediye tabibi veya birinci basamakta bir hekimin göreve başlaması durumunda, gömme izin belgesi görevlisinin görevi kendiliğinden sona erer (34,35).

Ölümün şekli doğal olmayan yollardan ise gömme izin belgesi verme yetkilisi, adli makamları ya da sağlık birimlerini haberdar eder. Bu birimler tarafından ölü muayenesi yapılır, gömme izin belgesi verilir ve defnin talimatlarına uygun olarak yerine getirilmesi sağlanır (34,35).

Ölümler, ölüm olayının meydana geldiği tarihten itibaren 10 gün içinde gömme izin belgesini düzenleyenler tarafından nüfus müdürlüğüne bildirilir. Nüfus Müdürlüğü ölüm verilerini (Ek-1) Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) ile kayıt altına alır. 2001 yılından itibaren kullanılan bu çevrim-içi uygulama ile ölüm istatistiklerinin bu veri tabanından elde edilmesine karar verilmiştir (34,35).

Ölüm bildirimlerinin doğru yapılması, güvenilirliğinin artırılması ve sağlık istatistiklerinin kaliteli biçimde kullanıma sunulması amacıyla 2008 yılında TÜİK ile Sağlık Bakanlığı arasında ortak bir çalışma başlatılmıştır. Bu çalışma ile OECD, DSÖ, Avrupa Birliği İstatistik Genel Müdürlüğü (EUROSTAT) gibi uluslararası kurumların standartlarına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma kapsamında; DSÖ standartlarında yeni bir “ Ölüm Belgesi” geliştirilmiştir. Yeni ölüm belgesinin uygulanabilirliğini test amacı ile pilot çalışmalar yürütülmüş ve ölüm belgesi doldurmakla yükümlü hekimlere dört aşamada belgeleme eğitimi verilmiştir. Her ilden en az ikişer il referans hekimine eğitim verilmiş, bu



hekimlerinde buldukları kurumdaki diğer hekimlere eğitim vermeleri sağlanmıştır. Her kurum için bir referans hekim olur (34).

Ölüm belgesi (Ek-2) üç nüsha düzenlenir. Referans hekim kendi kurum hekimi tarafından doldurulan ve kurum onayı alınan belgenin 1. ve 3. nüshalarını alır. Belgenin 1. nüshasını eksiklikler yönünden kontrol eder. Varsa ilgili hekime ileterek düzeltilmesini sağlar. Düzeltmeler sadece 1. nüshada yapılır. Kurum referans hekimi, takip eden ayın 6'sına kadar ölüm belgelerinin 1. nüshalarını resmi üst yazı ile İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderir. Sağlık Müdürlüğü sorumlu hekimi kendisine gelen ölüm belgelerini kontrol edip gerekli düzeltmelerin yapılmasını sağladıktan sonra aynı ayın 20'sine kadar bulunduğu ilden sorumlu olan TÜİK Bölge Müdürlüğü'ne resmi üst yazı ile iletir. Belgenin 3. nüshası referans hekim tarafından muhafaza edilir. 2. nüsha ise defin ruhsatı olarak cenaze sahibine verilir.

Merkezi nüfus idaresi sistemi ölüm tutanağı da üç nüsha doldurulur ve bir nüshası dolduran kurumda kalır, diğer iki nüshası ise Nüfus İl Müdürlüğü'ne gönderilir. Bunlardan biri nüfus müdürlüğünde kalır, bir nüshası da İçişleri Bakanlığı'na gönderilir.

Merkezi nüfus idaresi sistemi ölüm tutanağında; TC kimlik no, doğum tarihi, cinsiyet, medeni hal, adres, ölüm tescil yılı, ölüm yeri, ölüm tarihi, ölüm nedeni ve ölümü tespit eden kurum bilgileri yer almaktadır. Diğer bölümlerde ise geri alınan nüfus cüzdanının; seri nosu, tarih ve kayıt tarihi bilgileri ile bu cüzdanı imha eden memurun adı, soyadı, imha tarihi ve imzası yer almaktadır. Bildirimin düzenlendiği yer, kayıt tarihi, kayıt no, düzenleyen memurun adı soyadı, unvanı, tarih ve imzası ile onaylayan yetkilinin bilgileri yer alır. Son bölümde tescil yapan nüfus müdürlüğü kayıt tarihi ve numarası ile tescil eden memurun ve onaylayan yetkilinin bilgileri yer alır.

2012 yılı son çeyreğinde Sağlık Bakanlığı tarafından tek veri tabanında bir yazılım geliştirilmiştir. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü ve TÜİK ile veri alışverişini, ölen kişilere ait bilgilerin elektronik ortama aktarılmasını ve verilerin ortak bir havuzda toplanmasını sağlayan “ Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) “ 1 Ocak 2013 tarihinden itibaren ülke genelinde kullanılmaya başlanmıştır (41).

2012/ 05 sayılı genelgeye göre köy muhtarlarının defin ruhsatı verme görevleri sona ermiştir. İlçeler bölgeleştirilerek hekim nöbet listeleri oluşturulmuş, internet bağlantılı bilgisayar, yazıcı ve şoförlü araç desteğiyle köydeki ölümlerin bildirimleri planlanmıştır (41).

## **Ölüm Raporu Yazılması ve Ölüm Nedenlerinin Sınıflandırılması**

Ölüm Nedeni Belgesi, en eski ve en kapsamlı halk sağlığı sörveyans sistemlerinin temelini oluşturan ölüm istatistiklerinin kaynağıdır. Çünkü insan sağlığı ve ölüm ile ilgili genel eğilimleri açıklamak ve ölüme neden olan durumları incelemek için temel oluştururlar. Ölüm istatistikleri ölümün esas nedeni üzerine odaklanır. Ölüm verileri, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık durumunu karşılaştırmak ve ölçmek için kullanılan en önemli göstergedir, çünkü tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde düzenli ve yaygın olarak toplanmaktadır (42).

Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü'nün 23. Maddesine göre:

**Ölüm nedeni tanımı:** Ölüm nedeni olan veya katkısı olan hastalıklar veya yaralanmalar ve bu tip yaralanmaya yol açan kaza veya şiddet vakaları.

**Ölümün altta yatan nedeni tanımı:** Doğrudan ölüme neden olan hastalıklı durumların başlamasına yol açan hastalık veya yaralanma ya da ölümcül yaralanmayla sonuçlanan kaza veya şiddet vakaları (43).

Bir de “**katkıda bulunan nedenler**” vardır. Bunlar ölüme yol açan olaylar zincirinin parçası olmayan ancak ölüm belgesini dolduran kişiye göre ölüme katkıda bulunmuş olan hastalıklar veya durumlardır (42).

Ölüm istatistiklerinde güvenilirlik ve tutarlılık, ölüm nedenlerinin, özellikle de altta yatan ölüm nedeninin mümkün olduğu kadar belirli ve tam bir şekilde rapor edilmesi ile mümkündür. Ölüme neden olan olaylar zinciri üç aşamada incelenir:

**Son neden,** kişiyi ölüme götüren hastalık/ olay

**Ara neden,** ölüm olayında sorumlu olan temel neden tarafından ortaya çıkarılan ve son nedene yol açan durum

**Temel neden,** varsa ara nedeni ortaya çıkaran, ölüme yol açan asıl hastalık veya durum

Eğer ölüm tek nedenden oluşmuşsa bu sadece temel neden olarak belirtilir. Temel neden en alt bölüme (c ya da d'de), son neden en üst (a) bölüme yazılmalıdır. Ölüm raporunun ölüm nedeni bölümü Şekil 2'de görülmektedir.

<b>Ölüm Nedeni</b>		Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
<b>Bölüm 1</b> Doğrudan ölüme sebep Olan hastalık veya Durum*	a)----- <b>Bağlı olarak</b>	
<b>Önceki nedenler</b> Eğer yukarıda verilen Nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	b)----- <b>Bağlı olarak</b> c)----- <b>Bağlı olarak</b> d)-----	
<b>Bölüm 2</b> Ölümün gerçekleşmesine Etkisi olan, fakat ölüme Neden olan hastalık veya Durumla ilgili olmayan diğer Önemli durumlar yazılacaktır	-----	
*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.		

## Şekil 2. Uluslararası ölüm nedeni tıbbi belgesinin ölüm nedeni bölümü

Ölüm nedenlerinin aşamaları örnekle açıklanabilir:

Son neden: Kronik karaciğer yetmezliği

Ara neden: Sekonder malign karaciğer neoplazmı

Sekonder malign aksiler lenf nodu neoplazmı

Temel neden: Göğsün santral kısmında malign neoplazm

Ölüm nedenlerine yönelik önlemler alınırken, uluslararası hastalık sınıflamaları yapılırken temel nedenler dikkate alınır, DSÖ tarafından hazırlanan ICD kodlamaları temel nedene göre yapılır.

### Uluslararası Hastalık Sınıflamaları

Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakkında idari ve klinik süreçleri içeren, değişik amaçlı kullanımlar için birçok veri toplanmaktadır. Bu verilerin bilgiye dönüştürülmesi ve niceliksel çalışmalar yapılabilmesi için sınıflandırılması ve kodlanması gerekmektedir. Bilgi sistemlerinin önemli bir bölümünü hastane bilgi sistemleri ile hastalık ve ölüm istatistikleri oluşturmaktadır. Sayıları binleri bulan bu hastalıkların her birinin teker teker incelenmesi ve istatistiksel veri olarak sunulması olanaksız olduğundan çalışmayı kolaylaştırmak için hastalıklar ve travmaların standart bir şekilde sınıflandırılmaları gerekmektedir. Hastalıkların uluslararası sınıflaması bu iki amaçla pek çok ülkede kullanılmakta olan bir kodlama sistemidir (32,44).

Sınıflandırma benzer hastalıkların ve prosedürlerin aynı grupta toplanmasıdır. Kodlama hastalıkların, yaralanmaların ve prosedürlerin nümerik veya alfanümerik yapıda ifade edilmesidir (32,44).

Hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması ile ilgili gelişmeler 18. yy 'da başlamıştır. Bugünkü mevcut sınıflamanın yapısı büyük ölçüde İngiltere genel kayıt bürosundaki, ilk tıbbi istatistik uzmanı olarak çalışan William Farr'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Uluslararası İstatistik Enstitüsü 1891 yılında ölüm nedenleriyle ilgili yeni bir sınıflama hazırlanması için bir komite kurmuştur. 1900 yılında Fransa hükümetinin çağrısıyla ölüm nedeni uluslararası sınıflamasının revizyonu yapılmış bu girişim yaklaşık on yılda bir yapılan revizyon konferansları serisini başlatmış ve bugünkü onuncu revizyon olan ICD- 10'a kadar ulaşılmıştır (32,44).

“Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması” uluslararası düzeyde İngilizce olarak “International Classification of Diseases” ya da kısaca “ICD” olarak kullanılan tanımlamanın dilimizdeki karşılığıdır. Aslında “Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması” tanımı da bir kısaltmadır. Tam şekli ise “Hastalıkların Ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması” dır. (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (32,44).

1948 yılında kurulan DSÖ 6. Konferanstan bu yana hastalıkların uluslararası sınıflamasından sorumlu olmuştur. 1955 yılında yedinci ( ICD-7), 1968 yılında sekizinci (ICD-8), 1975 yılında dokuzuncu (ICD-9) 1992 yılında onuncu revizyonunu hazırlayarak yayımlamıştır. Önceleri sadece ölüm nedenlerini kapsayan sınıflamaya hastalık nedenleri de dahil edilmiştir (32,44).

Ülkemizde 1965 yılındaki sekizinci uluslararası ICD konferansından sonra hazırlanmış olan sekizinci versiyon 2005 yılına kadar kullanılmıştır. 1977- 78 yıllarında çıkarılan 9. Versiyon ülkemizde kullanıma geçmemiştir. ICD- 10 Sağlık Bakanlığı tarafından 1995 yılında DSÖ'den satın alınmış ve Türkçeye çevirisi yapılmıştır. İlk defa 2006 yılından itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Çünkü bu tarihe kadar eşleştirme ve terminoloji birlikteliği sağlama çalışmaları devam etmiştir (32,44).

Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması- 10 Alfanümerik kodlama yapısına sahiptir. İlk basamakta bir harf ve diğer iki basamakta 0- 9 arasında yer alan rakamlardan oluşan bir yapıdadır. Örneğin A03, A08.1. Hastalıkların genel olarak sınıflandırıldığı 21 bölümden oluşur (32,44).

Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması- 10'un ölümler ile ilgili kısaltılmış listeleri:

- 103 Başlıklı kısaltılmış genel ölüm listesi
- 80 Başlıklı genel ölüm- seçilmiş liste
- 67 Başlıklı bebek ve çocuk ölümü kısaltılmış listesi
- 51 Başlıklı bebek ve çocuk ölümü- seçilmiş liste
- 298 Başlıklı hastalıklar için sıralı liste

## **ARAŞTIRMA BÖLGESİ**

Edirne ili Keşan ilçesi ve bağlı 44 köy, 5 belde ve 9 mahallede ikamet eden kişilerden oluşan 2011 yılı ölüm vakaları araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınan ölümler ikamet tabanlı olarak ele alınmıştır.

## **Coğrafi Yapı**

Keşan, Edirne'ye 112 km. uzaklıktadır. Meriç Nehrine kadar uzanan bir ovanın doğu kenarında kuruludur. Kuzeyde Uzunköprü İlçesi (47 km), doğuda Tekirdağ ili Malkara ilçesi (26 km) güneydoğuda Çanakkale ili Gelibolu ilçesi (60 km), güneyde Saros Körfezi (45 km), batıda Enez ilçesi (70 km) ve İpsala İlçesi (30km) ile çevrilidir.

Yüzölçümü 1087 km<sup>2</sup>'dir. İlçe merkezi 17.5 km<sup>2</sup> olup, köy ve kasabaları 1069.5 km<sup>2</sup> yüzölçümlüdür (45). İlçenin deniz seviyesinden ortalama yüksekliği 150 m'dir (46). İlçe arazisinin büyük bir bölümü genellikle düzlük ve hububat tarlası ile kaplıdır. Bundan başka yüksek olmayan tepelerin birleşmesi ile meydana gelen güney ve güneydoğu bölgeleri orman ile kaplıdır.

## **İklim**

İlçede Akdeniz ikliminin Marmara tipi egemendir. Sonbahar ve kış ayları soğuk ve yağışlı, yaz ayları kurak geçer. Saros Körfezine kıyısı bulunan bölgede iklim daha ılımandır. Özellikle İlbahar ve sonbahar mevsimleri yağmur, kış mevsimi kar yağışlı geçer (45).

Yıllık ortalama sıcaklık 13,7 °C, en yüksek sıcaklık 44,1 °C ile Temmuz ayında (22.07.2007), en düşük sıcaklık -19 °C ile Şubat ayında (21.02.1985) gerçekleşmiştir. Aylık toplam yağış miktarı ortalaması 49,1 kg/m<sup>2</sup>'dir (47).

## **Nüfus – Demografi**

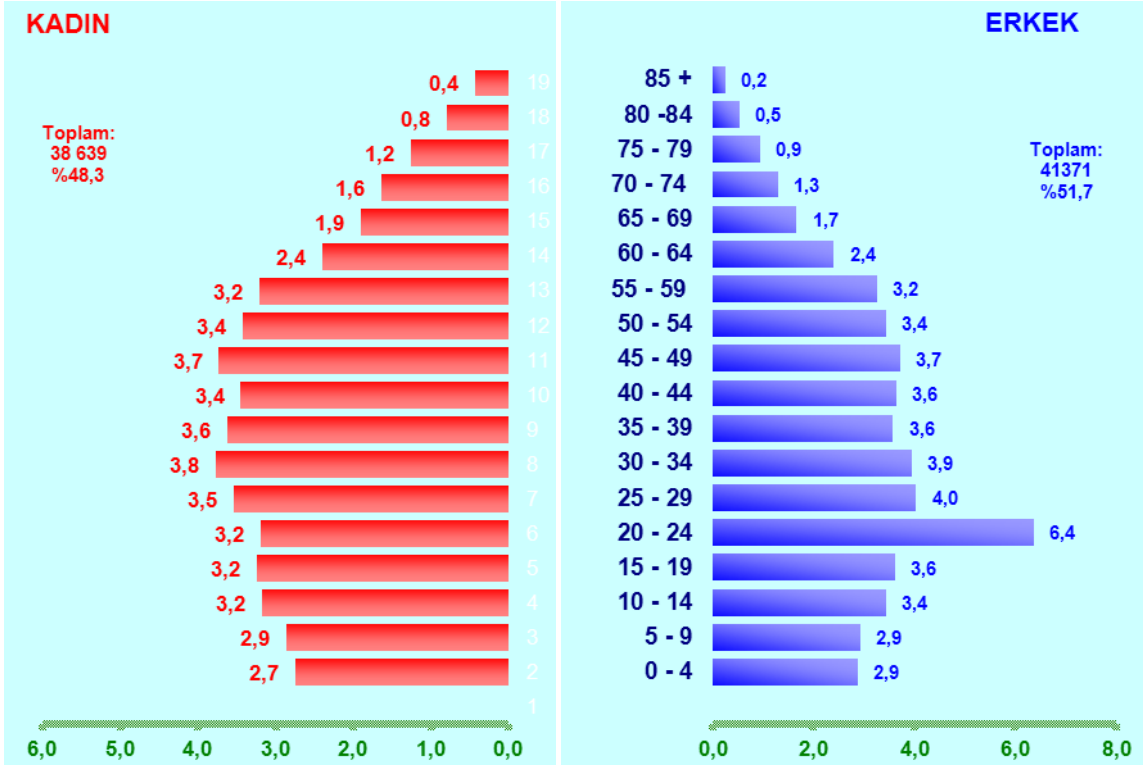
Keşan idari olarak merkezde 9 mahalle, 5 belde ve 44 bağlı köyden oluşmaktadır.

**Tablo 4. 2011 yılı Keşan ilçesi nüfus ve dağılımı (48)**

	<b>Toplam</b>	<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>
<b>Keşan merkez</b>	57.195	29.997	27.198
<b>Beğendik beldesi</b>	2.678	1.345	1.333
<b>Çamlıca beldesi</b>	1.026	511	515
<b>Mecidiye beldesi</b>	936	442	494
<b>Paşayığıt beldesi</b>	1.429	720	709
<b>Yenimuhacir beldesi</b>	2.045	1.043	1.002
<b>Köyler</b>	14.701	7.313	7.388
<b>Toplam</b>	80.010	41.371	38.639

Tablo 4’te de görüldüğü gibi Keşan ilçesi merkezinin 2011 yılı nüfusu Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) veri tabanına göre 57.195 kişidir. Edirne’nin en kalabalık ilçesidir. Araştırma kapsamında olan ilçe merkezine bağlı belde ve köylerin toplam nüfusu 22.815 kişidir. Dolayısıyla araştırma kapsamımıza giren nüfus miktarı 80.010’dur (48). Keşan’ın nüfusu mevsim özelliklerine bağlı olarak değişkenlik göstermekte özellikle yaz aylarında 250.000 kişiye ulaşmaktadır.

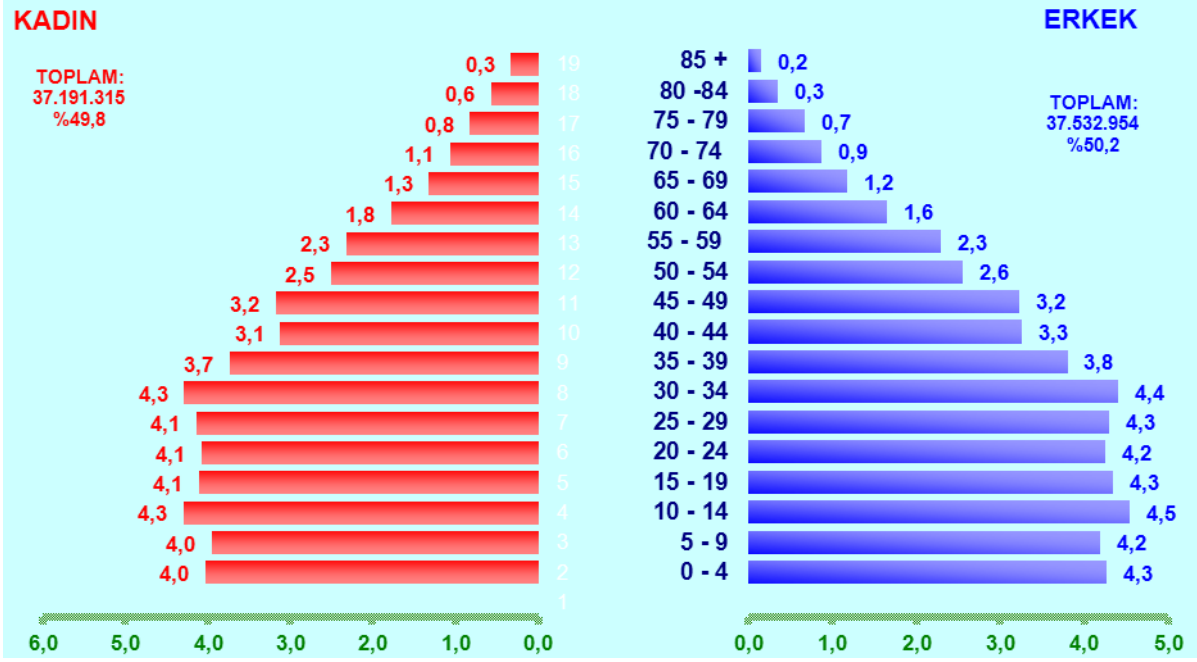
Keşan ilçe merkezi yüzölçümü belde ve köy yüzölçümünden 61 kat küçüktür. İlçe merkezinde 1 km<sup>2</sup>’ye 3268 kişi düşerken, belde ve köylerde ise 1 km<sup>2</sup>’ye 21 kişi düşmektedir. İnsanların modern sosyal donatıya sahip yerleşim yerlerini tercih etmeleri kırsal nüfusun azalmasının nedenlerindedir. Kırsalda yaşayan genç nüfus daha iyi yaşam koşullarına sahip olabilmek amacı ile ilçe merkezine göç etmekte, kırsalda ağırlıklı olarak yaşlı kesim kalmaktadır. Demografik yapı da bu değişimler yönünde etkilenmektedir (49).



**Şekil 3. Keşan İlçe Merkezi ve Köylerinin Nüfus Piramidi, 2011, N=80010**

Şekil 3'te 2011 yılı için çalışma evrenimizi oluşturan Keşan İlçe Merkezi ve köylerinin nüfus piramidi verilmiştir (48).

Keşan ilçesinin nüfus artış hızı 2012 verilerine göre 2007- 2012 yılları arası nüfusu hesaplanarak toplamda binde 5.8'dir. Edirne il merkezi için ise bu sayı binde 14.6'dır. Söz konusu yıllarda Edirne ve yalnızca Keşan ilçesinde nüfus artış hızı artılarda iken diğer tüm ilçelerde nüfus artış hızları eksilerdedir (50). Keşan 2010- 2011 yıllık nüfus artış hızı binde 35.16'dır. Edirne'de ise binde 38.07'dir (50,51)



Şekil 4. Türkiye Nüfus Piramidi, 2011, N= 74.724.269

Şekil 4’te çalışma evrenimiz ile Türkiye nüfusu arasında karşılaştırma yapabilmek, farklılıkları yorumlayabilmek için 2011 yılı Türkiye geneli nüfus piramidi gösterilmiştir (48).

### Ekonomi

İlçedeki arazinin büyük bir kısmının tarıma elverişli olması dolayısıyla genellikle halk çiftçilikle geçimini sağlamaktadır. Bölgede bitkisel üretimde en büyük payı tarla bitkileri almaktadır. Ekilebilir ürünlerin başında buğday, ayçiçeği, arpa, mısır, şeker pancarı, çeltik ve değişik türdeki sebzeler gelmektedir. Son yıllarda bağcılık ve meyvecilik de yeni ürün deseni olarak tarım faaliyetlerinde yerini almış olsa da bölge potansiyelinin çok altında üretim değerlerine sahip olduğu gözlenmektedir (49).

- \* Tarım Alanı: 561.002 Dekar (Da)
- \* Çayır ve Mera: 58.788 Da
- \* Ormanlık ve Fundalık: 386.634 Da
- \* Tarım Dışı Arazi: 180.935 Da (45)

Çiftçilerin Türkiye ortalamasının üzerinde bir tarımsal makine kullanma alışkanlığının olduğu tarımsal üretim istatistiklerinde görülmektedir (52). Bu durum modern tarımda mekanizasyonun gerekliliğine ve çiftçiler için tarım makinelerinin sosyal statü göstergesi kabul edilmesine bağlanabilir.



İlçede 1 baraj (Kadıköy) ve 20 gölet bulunmaktadır. Mevcut gölet ve barajlar; Yağmur suları ile dolun özelliğinde olup, toplamda yıllık 100 milyon metreküp su toplama kapasitesine sahiptir. Onbeş köydeki toplulaştırma çalışması tamamlandığında Hamzadere Barajı ile sulu tarıma açılacak alanlar 146.000 Da olacaktır. İlçede sulu tarım alanlarının tamamının 247.000 Da olduğu göz önünde bulundurulduğunda, toplam tarımsal alanın %44’de sulu tarım yapılı hale gelecektir. Mevcut sulanan alan (Yeraltı–Yerüstü) 101.000 Da’dır (45).

İlçede; büyükbaş 24.600 adet, küçükbaş 55.425 adet, kanatlı 35.969 adet, arı varlığı 23.070 (kovan) bulunmaktadır (45).

İlçede faaliyet gösteren 3 adet un fabrikası, 7 adet çeltik fabrikası, 1 adet hazır çorba fabrikası mevcuttur (45).

Ayrıca 1 adet konsantre sanayi, 7 adet mandıra, 4 adet hazır giyim işletmesi, 4 adet hazır beton üretimi, 23 adet kömür ocağı, 6 adet taş ocağı da İlçenin ekonomik kaynakları arasında sayılabilir. Cumartesi günleri kurulan ilçe pazarı geniş bir bölge pazarı niteliğindedir. Yalnız komşu ilçelerden değil Yunanistan’dan gününbirlik Pazar alışverişi için çok sayıda Yunan vatandaşı da gelmektedir. Ticari hayatın bir başka göstergesi olan borsa işlemleri Keşan Ticaret Borsasında yine özellikle tarım ve hayvancılık ürünleri üzerinde gerçekleşmektedir (45).

Ayrıca Keşan ilçe sınırları içerisinde bulunan Saros Körfezi kıyı şeridi ekolojik yapısı yanında kültürel ve tarihi özellikleri de dikkate alınmak suretiyle, eko- argo turizm, kıyı turizmi, doğa sporları, kuş gözlemciliği, şarap ve yeme- içme turizmi ve arkeoloji turizmi ile ekonomik unsurlar arasına girmektedir (49).

### **Sağlık**

Keşan’da Aile Hekimliği Uygulamasına 1 Aralık 2006 tarihinde geçilmiştir. Aile hekimliği öncesinde varolan 10 sağlık ocağından 6’sı ASM olarak hizmete devam etmiş, 2’si kapatılmış (Mecidiye ve Suluca S.O.), ve 2’si de sağlık evine dönüştürülmüştür (Beğendik ve Yenimuhacir S.O.) . Bunlara ek olarak, ilçe merkezinde 3 ASM daha açılmış, hizmet veren ASM sayısı 9’a yükselmiştir (53).

**Tablo 5. Keşan sağlık evlerinde görevli ebe sayısı (53)**

Aile hekimliği Öncesi dönem	24 Sağlık Evinde	7
Aile hekimliği Uygulaması sonrası	8 Sağlık Evinde	7

Tablo 5’te Aile hekimliği sistemi öncesinde 24 sağlık evinde 7 ebinin hizmet verdiğini görüyoruz. Şu anda açık olan 8 sağlık evinden binanın hasarlı olması sebebiyle (Altıntaş Sağlık Evi) 1’i aktif değildir. Aktif sağlık evlerinde ebe çalışmakta, Altıntaş Sağlık Evi’ndeki görevli ebe ise Toplum Sağlığı Merkezinde (TSM) görevlendirilmiştir. Keşan’da 1 Toplum Sağlığı Merkezi, 3 Acil Sağlık Hizmeti İstasyonu, 1 Verem Savaş Dispanseri, 1 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Dispanseri, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı ve 1’de Diyaliz Merkezi sağlık hizmeti vermektedir. Ayrıca Erikli sahilinde sezonluk Erikli Semt Polikliniği de hizmete açılmıştır (53).

Aile sağlık merkezlerinde toplam 23 aile hekimi, 14 ebe, 4 hemşire, 3 ATT ve 2 sağlık memuru hizmet vermektedir. 2011 Aralık verilerine göre aile hekimine kayıt olmuş kişi sayısı 78.368’dir. Kayıtlı olmayan 1.642 kişi nüfusun yaklaşık % 2’sini oluşturmaktadır. Aile hekimine bağlı nüfus sayılarına bakıldığında ise 2.500 ile 4.000 arasında değişmektedir. Genel olarak bakıldığında 3.478 kişiye 1 aile hekimi ve 1 ASE düşmektedir (53). Edirne’de ise 3.860 kişiye 1 aile hekimi ve 1 ASE düşmektedir (48,54).

**Tablo 6. Keşan, Toplum Sağlığı Merkezi personel durumları, 2007, 2011**

Yıl	Pratisyen Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	Çevre sağlık Teknisyeni	Laboratuar Teknikeri	Hizmetli
2007	1	2	14	11	5	-	1
2011	3	7	23	8	6	1	1

Tablo 6’da Keşan TSM’nin 2007 yılı ve 2011 yılı personel durumları görülmektedir. Diş hekimi, radyoloji teknikeri ve şöfor kadroları boştur (53).

**Tablo 7. Türkiye, Edirne ve Keşan, görevli başına düşen hekim, hemşire ve ebe sayıları, 2011 (49)**

	Hekim	Hemşire	Ebe
<b>Keşan</b>	851	824	833
<b>Edirne</b>	361	451	885
<b>Türkiye</b>	593	598	1440

(Edirne ve Türkiye sayıları kaynaktan alınırken, Keşan ile ilgili olanlar ilçe sağlık müdürlüğünden alınan görevli sayıları ve 80010 nüfusa göre araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.)

Tablo 7’de sağlık görevlisi başına düşen kişi sayıları verilmiştir. Keşan’da bir hekime 851 hasta düşmekte, Edirne’ den de Türkiye ortalamasından da geri durumda olduğu görülmektedir.

Keşan nüfusuna hizmet eden, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane yatak sayısı 175, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olmayan hastane yatak sayısı 46’dır (53). Keşan’da yüz bin kişi başına düşen yatak sayısı 276, Edirne’de 477, Türkiye’de ise bu sayı 252’dir (49). (Edirne ve Türkiye sayıları kaynaktan alınırken, Keşan ile ilgili olanlar ilçe sağlık müdürlüğünden alınan yatak sayıları ve 80010 nüfusa göre araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.)

**Tablo 8. Türkiye, Edirne ve Keşan, sağlık göstergeleri, 2011 (53,55)**

Gösterge	Türkiye	Edirne	Keşan
Bebek lm Hızı	11,7	7,4	4,3
Kaba lm Hızı	5,1	8,1	6,2

Tablo 8’de Keşan ‘da bebek ölüm hızının (BH) Edirne ve Türkiye ortalamalarının altında olduğunu görüyoruz. Diğer temel ölümlülük göstergesi olan kaba ölüm hızı (KH) ise Edirne verilerinden düşük, Türkiye verilerinden yüksek seyretmiştir. Tablo 9’da Keşan, Edirne ve Türkiye’nin bazı sağlık göstergeleri görülmektedir.

**Tablo 9. Keşan, Edirne ve Türkiye, bazı sağlık göstergeleri, 2007- 2012 (53)**

Gösterge	2007	2008			2009			2010			2011			2012
	Keşan	Keşan	Edirne	Türkiye	Keşan	Edirne	Türkiye	Keşan	Edirne	Türkiye	Keşan	Edirne	Türkiye	Keşan
Bebek ölüm oranı (Binde)	15.9	15.6	9.8	17	6.1	7	13.1	9.8	15.3	10.9	4.2	7.6	7.7	6.8
Anne ölüm oranı (Yüzbinde)	0	0	24.3	19.4	0	25.9	18.4	0	52	16.4	106.8	50	15.5	0
Çocuk ölüm oranı (binde)	0.55	1.06	2.25	24	0	1.1	17	0	1	13	0	1.6	11.3	0.2
Düşük doğum ağırlıklı Bebek oranı (yüzde)	3.1	1.3	1.7	-	3.7	2.4	-	4.7	2.3	-	3.5	3.7	-	4.3
AP. Etkin Yöntem Kullanım oranı (yüzde)	52.5	40	42	46	44.2	44	73	44.7	35	76	45.7	43.7	73	40.8

## **Sosyal Durum**

Rumeli'nin birçok noktasından Keşan ilçesine göç olayı olmuş, halk yaşayış özelliklerini de beraberlerinde getirmiştir. Bu göçmenlere toprak verildiği için çoğu çiftçilikle uğraşmış geçimini topraktan sağlamışlardır. Göçmenler hala Keşan'ın birçok köyünde ve merkezde yaşamaktadırlar.

Keşan'da günümüzde ise iki farklı göç dinamiği görülmektedir. Bunlar kırsaldan sanayi ve kent merkezlerine olan göç ile bölge dışından yaşanan göçlerdir. Tarım ekonomisine bağlı Keşan, Edirne gibi yerleşimlerden ağırlıklı olarak bölgenin doğusunda yer alan sanayi merkezlerine göç yaşanmaktadır.

Keşan'da son yıllarda hızlı bir yapılaşma göze çarpmaktadır. Kooperatif ve özel kişiler hızla bu yapılaşmayı sürdürmektedirler (56). Özellikle modern, güvenli ve zengin sosyal donatıya sahip konutların giderek rağbet görmesi, yeni yerleşim yerlerinin ortaya çıkması ve buna bağlı inşaat sektöründeki hareketlilik gözlemlenen önemli eğilimlerdendir.

Keşan ilçesinin bulunduğu Trakya Bölgesi mevcut durumda ülkemizin sosyo-ekonomik gelişmişlik göstergeleri açısından önde gelen bölgeleri arasındadır. 2012 yılında Kalkınma Bakanlığı tarafından Türkiye genelinde yapılan illerin sosyo-ekonomik gelişmişliklerine ilişkin araştırmada Edirne 12. sırada yer almıştır. Ayrıca Edirne sosyal gelişmişlik açısından diğer Trakya illerinden önemli ölçüde farklılık göstermektedir (57).

Keşan'da deniz kültürü çok baskındır. Mayıs ayından itibaren yazlıklara gidilmektedir. Saros sahil şeridi ve burada yer alan Erikli, Mecidiye gibi sayfiye yerleri deniz- orman- piknik tipi yaz turizmi merkezlerindendir (56).

## **Eğitim**

Türkiye İstatistik Kurumu ADNKS 2011 yılı veri tabanına göre Keşan'da okur yazar oranı %92,5 'tir. Bitirilen eğitim düzeylerine bakacak olursak ilçe merkezinde ilkokul mezunu oranı %24, lise ve dengi mezunu %21, üniversite mezunu ise %10'luk payı oluşturmaktadır. Belde ve köylerinde ise bu oranlar sırası ile %43, %11, %2,8'dir (48).

Erkekler ve kadınlar arasında eğitime katılımında farklılıklar vardır. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha az eğitimidirler. Merkezde yaşayanların, belde ve köylerde yaşayanlara göre eğitime katılımları daha yüksek ve eğitimde kalma süreleri daha uzundur.

Keşan'ın yalnızca 5 belde ve 4 köyünde ilkokul olması nedeniyle taşınmalı eğitim yapılmaktadır. Geriye kalan 40 köyde ilkokul bulunmamaktadır. 12 lise ve dengi okul, özel okul, ana okulları, etüt merkezleri, kütüphane ve sürücü kursları Keşan'da eğitimin diğer unsurlarıdır (58).

### **Keşan'da Ölüm Kayıt ve Bildirimi**

Ölüm bir hastanede gerçekleşirse, ilgili bölümün hekiminin bildirimini ile başhekimlik tarafından ölüm kaydı tutulur. Ölüm beldelerde evde gerçekleşiyse, ya da ölü bulundu ise, adli vaka değil ise kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından kayıt altına alınır. Köylerde ise ölüm vakaları muhtarlar tarafından kayıt altına alınır. Ölümlerin Keşan İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirimini defin belgesini düzenleyen kurum ya da yetkili tarafından sağlanır. Adli (şüpheli, beklenmedik ya da kaza, cinayet ve yaralama sebebi ile) ölümlerin bildirimini ise otopsi ve muayene işlemlerinden sonra savcılık tarafından gerçekleştirilir (53).

Ölüm kayıtlarına, defin belgesini düzenleyen kurum ve yetkililerin kayıtlarından ulaşabiliriz. Bunlar hastane, muhtarlık, belediye sağlık işleri, aile hekimliği, mezarlık, sağlık müdürlüğü arşivi ve adli tabiplik kayıtlarıdır.

## **MORTALİTE EĞİLİMLERİ**

### **Dünya'da Mortalite Eğilimleri**

Dünya liderleri on yıldan daha uzun sürede Binyıl Kalkınma Hedeflerini benimsedi. Çocuk ve anne ölümlerinin azaltılmasında, beslenmenin geliştirilmesinde ve sıtma, tüberküloz ve HIV enfeksiyonundan ölümlerin ve hastalıkların azaltılmasında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Buna rağmen son yıllarda pek çok ülkede mortalite oranlarında artış gözlenmiş, hem ülkelerin kendi içinde hem de ülkeler arasında farklılıklar devam etmiştir (59).

Küresel olarak 5 yaşından küçük çocukların ölüm düzeylerinin azaltılmasında önemli bir ilerleme kaydedilmiştir. 1990-2011 yılları arasında 5 yaş altı mortalite tahmini olarak 1000 canlı doğumda 87 ölümden, 51 ölüme gerileyerek % 41 oranında azalmıştır (59).

Beş yaş altı çocuk ölümleri tahmini tüm ölümlerin % 35'ini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin altta yatan nedeni yetersiz beslenmedir. Gelişmekte olan ülkelerde 1990-2011 yılları arasında düşük kilolu çocukların oranı % 28'den % 17'ye gerilemiştir. Bu ilerlemelere

ve hedeflenen oranlara yakın olmasına rağmen yine ülkeler içinde ve bölgeler (DSÖ'nün belirlediği 6 bölge) arasında önemli farklılıklar devam etmektedir (59) .

Düşük gelirli ülkelerde 1990- 2011 periyodunda 5 yaş altı ölüm oranı 1000 canlı doğumda 164'ten 95'e, yüksek gelirli ülkelerde ise 1000 canlı doğumda 12'den 6'ya inmiştir. Afrika Bölgesi'nde 5 yaş altı ölüm oranı 1990'da 1000 canlı doğum başına 175 iken 2011'de 107'dir. Avrupa Bölgesi'nde aynı periyotta bu rakamlar 32'den 13'e gerilemiştir (59) .

Neonatal (doğumu izleyen ilk 28 gün) ölümlerin toplam sayısı 1990 yılında 4.4 milyon iken, 2011 yılında 3.0 milyona gerilemiştir. Neonatal ölüm oranları 1000 canlı doğumda 32 ölümden 22 ölüme düşmüştür. Toplam çocuk ölümlerindeki yavaş düşüşün sebebi, 5 yaş altı özellikle yenidoğan döneminde meydana gelen ölümlerin 1990 yılında % 36 iken 2011'de % 43'e yükselmesidir. Yenidoğan ölümlerinin önde gelen nedeni olan prematürite, 5 yaş altı ölümlerin nedenleri arasında ikinci sıradadır (59).

Küresel olarak her yıl 585000 kadın gebelik ile ilgili nedenler yüzünden ölmektedir ve bu ölümlerin çoğu önlenemez ölümlerdir. Anne ölümleri ve hastalıklarındaki hemen görünürdeki neden anneye gebelik ve doğum sırasında yeterli bakımın sağlanamamasıdır (60).

Anne ölümlerinde önemli ölçüde düşüş meydana gelmiştir. 1990 yılında 543000 ölümden 2010'da tahmini 287000 ölüme gerileyerek yıllık % 3.1'lik azalma gözlenmiştir (59).

Dünya Sağlık Örgütü mevcut bilgilerine göre, 2011 yılında tüm dünyada meydana gelen 54 milyonu aşkın ölümün yaklaşık üçte birini enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve enfeksiyonları ile sindirim sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Şekil 5'te toplam ölümlerin % 30.4'ü kardiyovasküler hastalıklar ve % 14.7'si kanser türleri yüzünden gerçekleştiği görülmektedir (61). Tablo 10'da bazı ülkelerde yetişkin ve bebek ölüm hızları, Tablo 11'de ise bazı ülkelerde 5 yaş altı, anne ölüm hızları ve ölü doğum oranları görülmektedir.

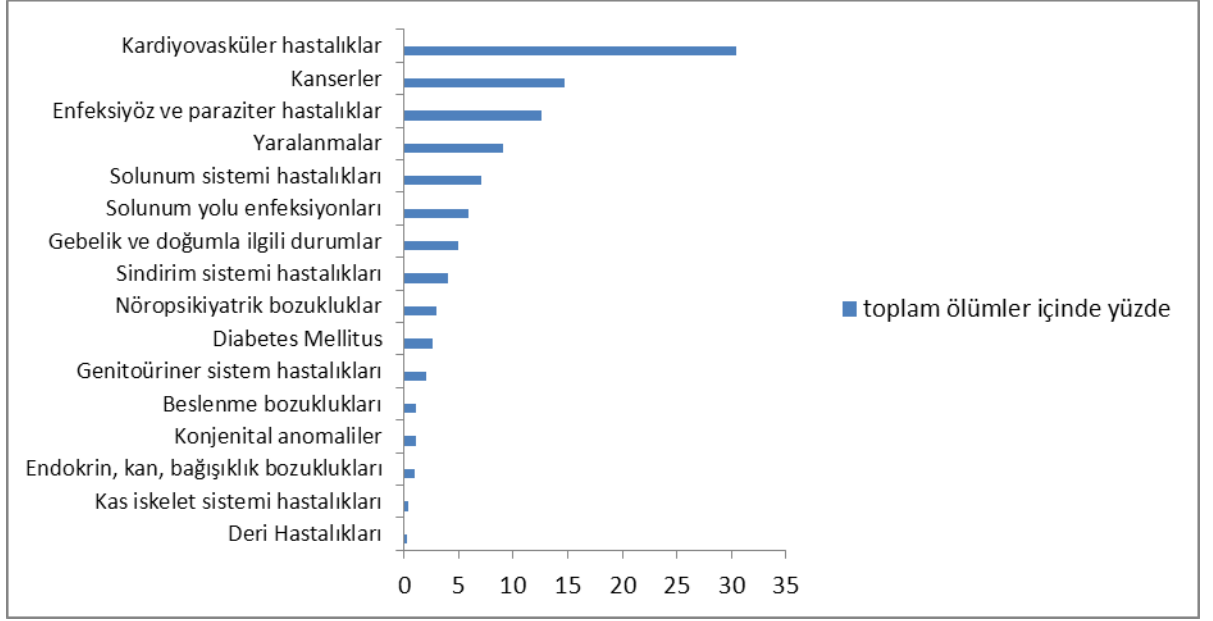
**Tablo 10. Bazı ülkelerde 15- 60 yaş ve bebek ölüm hızları, 1990- 2011 (59)**

Ülkeler	Bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 1 yaşına gelmeden ölme olasılığı			1000 nüfus başına 15- 60 yaş arası ölme olasılığı			
				Erkek		Kadın	
	1990	2000	2011	1990	2011	1990	2011
<b>Bulgaristan</b>	19	18	11	216	194	97	86
<b>Kanada</b>	7	5	5	132	84	71	53
<b>Çin</b>	39	29	13	171	112	125	81
<b>Küba</b>	11	7	5	155	119	111	75
<b>Mısır</b>	63	36	18	232	141	178	85
<b>Fransa</b>	7	4	3	162	113	67	53
<b>Almanya</b>	7	4	3	157	96	77	51
<b>Yunanistan</b>	12	7	4	117	102	56	43
<b>İtalya</b>	8	5	3	129	73	60	40
<b>Rusya</b>	23	18	10	318	351	117	131
<b>İsveç</b>	6	3	2	114	71	66	44
<b>Amerika</b>	9	7	6	172	131	91	77
<b>Türkiye</b>	60	28	12	209	123	144	68
<b>Dünya</b>	61	51	37	240	190	166	129

**Tablo 11. Bazı ülkelerde 5 yaş altı, anne ölüm hızları ve ölü doğum oranları, 1990- 2011 (59)**

Ülkeler	Toplam 1000 doğum başına ölü doğum	100000 canlı doğum başına anne ölümü	1000 canlı doğum başına 5 yaş altı ölüm
	2009	1990- 2011	1990- 2011
<b>Japonya</b>	3	5	3
<b>Mısır</b>	13	66	21
<b>S.Arabistan</b>	8	24	9
<b>Libya</b>	10	58	16
<b>İtalya</b>	3	4	4
<b>İspanya</b>	3	6	4
<b>İzlanda</b>	2	5	3
<b>İsveç</b>	3	4	3
<b>Danimarka</b>	2	12	4
<b>Rusya</b>	10	34	12
<b>Fransa</b>	4	8	4
<b>Almanya</b>	2	7	4
<b>Somali</b>	30	1000	180
<b>Küba</b>	8	73	6
<b>Türkiye</b>	11	20	15
<b>USA</b>	3	21	8
<b>Dünya</b>	19	-	51

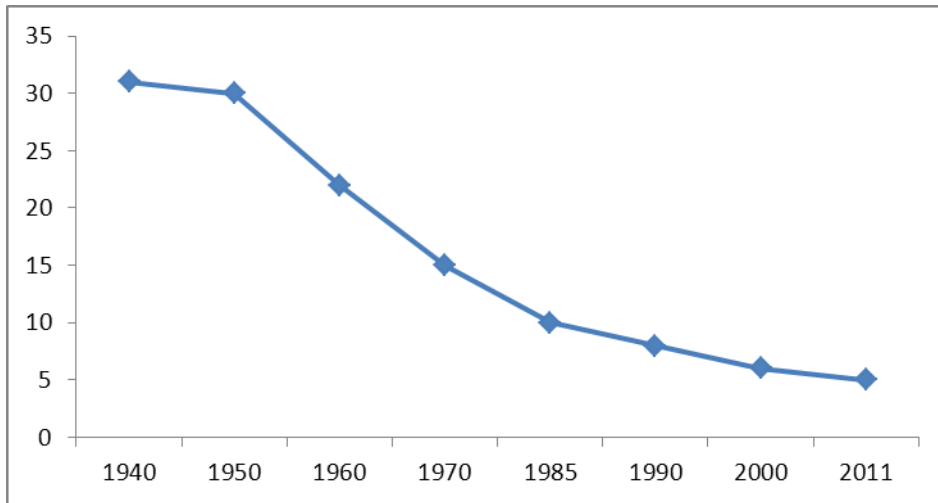




**Şekil 5. 2011 yılı küresel ölüm nedenleri (61)**

### **Türkiye’de Mortalite Eğilimleri**

Türkiye’de sağlık düzeyinde önemli gelişmeler sağlanmıştır. Yüksek ölümlülük seviyelerinden, düşük ölümlülük seviyelerine geçerek yaşadığı demografik dönüşüm şeklinde net olarak görülmektedir. Kaba ölüm hızı 1940 yılından sonra sürekli azalma eğilimi içindedir. 2000’li yıllarda nüfusun yaşlanmasının etkisi ile KÖH’nda kısmi bir yükselme görülmektedir. 2000’li yılların başında ‰ 6 olan KÖH’nın 2023 yılında ‰ 7 seviyesine yükseleceği öngörülmektedir Şekil 6’da Türkiye’nin kaba ölüm hızları yıllara göre dağılımı görülmektedir (62).



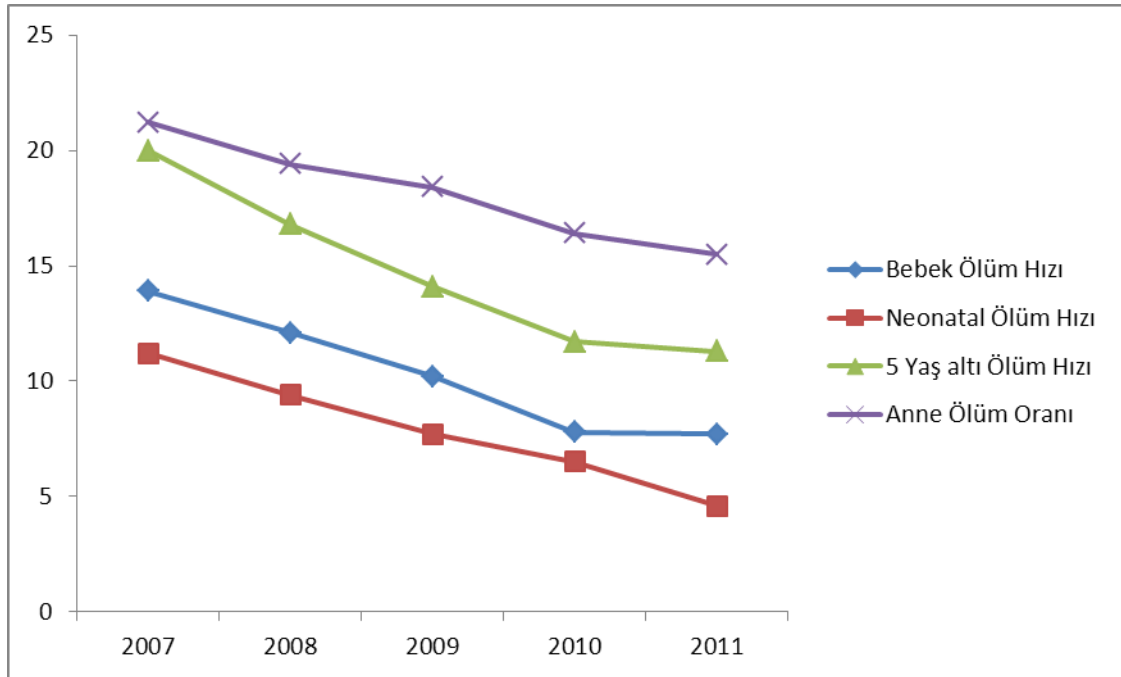
**Şekil 6. Türkiye, kaba ölüm hızları (binde),1940- 2011**

Türkiye’de BÖH’nın saptanmasına yönelik yapılan ilk araştırma Hıfzıssıhha Enstitüsü tarafından 1966-67 yıllarında yapılmıştır. Daha sonra Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında BÖH tahminlerini sağlayan veriler toplanmaktadır. Türkiye’de Cumhuriyetin ilk kurulduğu yıllarda her iki canlı doğumdan birisinin 1 yaşını doldurmadan ölümle sonlandığı bilinmektedir.

Türkiye’de 1935 yılları için tahmin edilen BÖH binde 273 olup 1993-98 döneminde binde 42.7’dir. 1935-50 yıllarında BÖH’de azalma az olup 1950 yıllarından itibaren artmaya başlamış ve 1985’ten itibaren ise gerileme daha da hızlanmıştır (62).

Tüm ülke genelinde 1988 yılında binde 97.4 olan 5 yaş altı ölüm hızı 1998 yılında binde 52.1’e gerilemiştir. 2007 yılında binde 20 olan 5 yaş altı ölüm hızı son yıllarda azalma eğilimindedir. Yine de hala bölgesel farklılıklar mevcuttur. Şekil 7’de Türkiye’de bebek, neonatal, 5 yaş altı ve anne ölüm hızları görülmektedir (62).

Ana ölüm hızı 1974 yıllarında bir çalışmada yüz bin canlı doğumda 208 olarak belirlenmiş. 1989 yılında DİE tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, ana ölüm hızı 1981 yılı için yüz bin canlı doğum 132 olarak bulunmuştur (62).



**Şekil 7. Türkiye, bebek, neonatal, 5 yaş altı ve anne ölüm hızları, 2007- 2011**

Ülkemizde ölüm nedenleri incelendiğine ilk sırada kalp hastalıkları, ikinci sırada maligniteler yer almaktadır. Tablo 12’de 2011 yılı ölümlerinin %38.8’ini dolaşım sistemi

hastalıkları, % 21.1'ini kötü huylu tümör türlerinin oluşturduğu görülmektedir. Tablo 13'te nedenlerine ve cinsiyete göre ölümler yer almaktadır.

**Tablo 12. Türkiye 2011 yılı ölüm nedenleri dağılımı (63)**

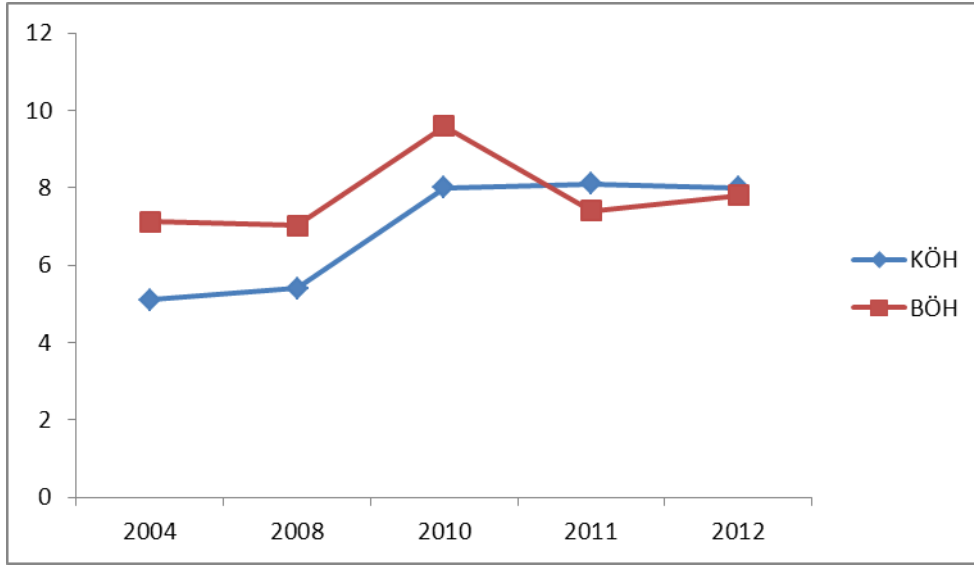
Ölüm nedeni	Yüzde
Dolaşım sistemi hastalıkları	38.8
Kötü huylu tümörler (malign neoplazmlar)	21.1
Solunum sistemi hastalıkları	10.1
Endokrin (iç salgı bezi) beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	6.3
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	3.7
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	4.1
Diğer (enfeksiyon, paraziter hst.lar, mental ve davranışsal bzk.lar, kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları)	15.9
<b>Toplam</b>	100

**Tablo 13. Nedenlerine ve cinsiyete göre ölümler, Türkiye, 2011 (64)**

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD 10 Kodu	Erkek	Kadın	Toplam
Dolaşım sistemi hastalıkları	I00-I99	60153	61001	121154
Kanserler	C00-D48	43751	23695	67446
Solunum sistemi hastalıkları	J00-J99	19229	12154	31383
Perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar	P00-P96	2859	2239	5098
Sinir sistemi hastalıkları	G00-G99	5522	6098	11620
Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış	R00-R99	7221	5381	12602
Genitoüriner sistem hastalıkları	N00-N99	5260	4831	10091
Sindirim sistemi hastalıkları	K00-K93	4247	3669	7916
Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları	E00-E90	8257	11374	19631
Enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	A00-B99	2672	2243	4915
Hastalık ve ölümün dış sebepleri	V01-Y98	8946	3755	12701
Konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri	Q00-Q99	2170	2058	4228
Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ile immun sistemin bazı hastalıkları	D50- D89	638	741	1379
Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	M00-M99	458	829	1287
Gebelik , doğum ve lohusalık	O00-O99	-	58	58
Mental ve davranışsal bozukluklar	F00-F99	260	253	513
Deri ve deri altı dokunun hastalıkları	L00-L99	91	136	227
<b>TOPLAM</b>		171734	140515	312249

### Edirne’de Mortalite Eğilimleri

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 yılı verilerine göre KÖH Türkiye için binde 5.1’dir. TÜİK 2011 verilerine göre Edirne ilinde toplam ölüm sayısı 3108’dir. Bu ölümlerin % 57’si erkek % 43’ü kadındır. Edirne’de BÖH 2004 yılında 7.12 iken 2010 yılında 9.6 ya yükselmiştir. BÖH’nın son üç yıldır yavaş düşüş ile azalma eğiliminde olduğu Şekil 8’de görülmektedir. Edirne 2011 yılı ölümlerinin cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 14’te, ilçelere ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 15’te görülmektedir.



Şekil 8. Edirne’de, kaba ölüm ve bebek ölüm hızları (55)

Tablo 14. Edirne, ölümlerin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı, 2011 (48)

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam
0	12	18	30
1-4	7	2	9
5-14	7	4	11
15-24	19	8	27
25-34	23	11	34
35-44	60	23	83
45-54	194	76	270
55-64	346	115	461
65-74	399	243	642
75+	702	839	1541
<b>Toplam</b>	<b>1769</b>	<b>1339</b>	<b>3108</b>

**Tablo 15. Edirne, ölümlerin ilçe ve cinsiyete göre dağılımı, 2011(48)**

Yerleşim yeri	Erkek	Kadın	Toplam
Merkez	532	396	928
Enez	66	44	110
Havsa	112	103	215
İpsala	154	107	261
Keşan	333	245	578
Lalapaşa	38	32	70
Meriç	118	89	207
Uzunköprü	378	292	670
Süloğlu	38	31	69
Toplam	1769	1339	3108

### Keşan'da Mortalite Eğilimleri

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2011 yılı Keşan nüfusu 80.010'dur. 2011'de ‰6.25 olan KÖH'na göre, ilçede 500 ölüm meydana gelmesi beklenirken TÜİK verilerine göre 578 ölüm gerçekleşmiştir. Tablo 16'da bazı yıllara ait Keşan ilçesi nüfusları ve ölüm sayıları verilmiştir.

**Tablo 16. Keşan, ölüm ve nüfus sayılarının cinsiyete göre dağılımları (48,55)**

Yıl	Ölüm sayıları			Nüfus sayıları			KÖH (%)
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	
2007	162	121	<b>283</b>	40159	37283	<b>77442</b>	3,6
2008	153	115	<b>268</b>	39885	37159	<b>77044</b>	3,4
2009	358	244	<b>602</b>	38855	37751	<b>76606</b>	7,8
2010	358	249	<b>607</b>	39109	38137	<b>77246</b>	7,8
2011	333	245	<b>578</b>	41371	38639	<b>80010</b>	7,2

KÖH: Kaba ölüm hızı.

Keşan ilçesinde 2007-2012 periyodunda BÖH düşüş ve artış eğilimleri sergilemiş, binde 15.9'dan, binde 6.8'e gerilemiştir. Anne ölüm oranları ve çocuk ölüm oranları Tablo 17'de görülmektedir.

**Tablo 17. Keşan' da, bebek, çocuk ve anne ölüm hızları, 2007- 2012 (53)**

Gösterge	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bebek ölüm oranı (Binde)	15.9	15.6	6.1	9.8	4.2	6.8
Anne ölüm oranı (Yüzbinde)	0	0	0	0	106.8	0
Çocuk ölüm oranı (binde)	0.55	1.06	0	0	0	0.2

## **Dünya’da Prematür Mortalite Eğilimleri**

Prematür mortalite oranları, bütün ülkelerde erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. OECD 2009 yılı ortalamalarına göre 100.000 kadın başına 2419 yıl kaybı yaşanırken, erkeklerde bu kayıp neredeyse iki katıdır (4689 yıl). Bu farkın başlıca nedenleri prematür erkek ölümlerinin büyük bir kısmının kazaların dahil olduğu dış nedenlerden ve şiddet (% 29), kanserler (% 20) ve dolaşım sistemi hastalıkları nedenlerinden meydana gelmesidir. Kadın prematür ölümlerinin başlıca nedenleri ise kanser (% 31), dış nedenler (% 17) ve dolaşım sistemi hastalıklarıdır (% 12) (27).

2009 yılı prematür mortalite oranlarının en düşük seviyede olduğu ülkeler, erkekler için İzlanda ve İsveç iken, kadınlar için İzlanda ve Lüksemburg olmuştur. En yüksek prematür mortalite oranları ise erkekler için Meksika ve Estonya’da, kadınlar için ise Meksika ve Macaristan’da rapor edilmiştir (27).

Amerika’da prematür mortalite oranları OECD ortalamalarından kadınlar için % 50, erkekler için % 30 yaklaşık olarak daha fazladır. Amerika erkeklerinde bu oranların fazla olması, cinayet, intihar ve kazalar dahil olmak üzere dış nedenlere atfedilebilir. Amerika’da erkek için cinayet nedenli prematür ölüm, OECD ortalamalarından 5 kez daha fazladır (27).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü ülkelerinde prematür mortalite oranları, 1970’li yıllardan bu yana yarı yarıya azalmıştır. 1970 ile 1990 yıllarını kapsayan azalma eğilimi kadınlarda, erkeklerden daha çabuk olmuştur. Bu azalmaya bebek ölümlerindeki düşüş eğilimi önemli katkı sağlamıştır. Buna karşın PYYK, erkek ve kadında aynı oranda azalmaktadır. Son zamanlarda yetişkinlerdeki kalp hastalıklarından ölümlerin azalması, ülkelerdeki prematür ölümlerin genel olarak azalmasına önemli katkıda bulunmuştur (27).

Portekiz, Lüksemburg ve İtalya’da prematür ölüm oranları hem erkeklerde hem de kadınlarda 1970 yılı değerlerinin üçte birinden daha düşük seviyededir. Oranların hala yüksek olmasına rağmen, Meksika’da da çarpıcı bir düşüş görülmüştür. Sebebi bebek ölüm oranlarının bariz azalma eğiliminde olmasıdır (27).

Buna karşılık prematür ölümler Macaristan’da özellikle erkekler arasında daha yavaş azalmıştır. Bu durum büyük ölçüde dolaşım sistemi hastalıklarından (şu anda OECD ortalamasının 2 katı) ve karaciğer hastalıklarından (OECD ortalamasından üç kat fazla) meydana gelen ısrarlı yüksek düzeydeki ölümlere atfedilebilir. Macaristan’da PYYK’taki bu yavaş düşüş, kısmen sağlıksız yaşam tarzlarını yansıtmakta, özellikle erkekler arasında aşırı miktarda alkol ve sigara tüketimi, ve yüksek intihar oranları bu yavaş düşüşe katkı sağlamaktadır (27).

### **Türkiye’de Prematür Mortalite Eğilimleri**

2011 yılında Türkiye nüfusu 74.724.269 milyondur. Nüfusun % 92.5’ini 65 yaş altı nüfus oluşturmaktadır. KÖH binde 5’tir. 2011 yılında meydana gelen tüm ölümlerin % 33.7’si prematür ölümlerdir. Prematür ölümlerden % 64.5’i erkek ölümü, % 35.5’i kadın ölümüdür. Prematür ölümlerden kaynaklanan PYYK verisine ulaşamamıştır (55).

Prematür ölümlerin büyük bir kısmı kaza, intihar, şiddet gibi dış nedenlerden meydana gelmektedir. Yüzbin nüfus başına düşen intihar sayısını ifade eden kaba intihar hızı, 2012 yılında 4.29’dur. İntihar edenlerin % 72’sini erkekler, % 28’ini kadınlar oluşturmaktadır. Tüm yaş gruplarında erkek intiharlarının, kadın intiharlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki farklılığın en yüksek olduğu yaş grubu “55-59” , en az olduğu yaş grubu “15-19” dur. Bu iki yaş grubu da prematür ölümler arasındadır (65).

### **Edirne’de Prematür Mortalite Eğilimleri**

2004 yılında Edirne’de prematür ölüm oranları, % 34.9, 2008 yılında % 35.5’tir. Prematür ölümlerin 2004 yılında % 69.9’u, 2008 yılında % 65.8’i erkek ölümleridir. 2011 yılında Edirne nüfusu 399.316 kişidir. Nüfusun % 93.6’sını 65 yaş altı nüfus oluşturmaktadır KÖH binde 8’dir. 2011 yılında meydana gelen tüm ölümlerin % 29.7’si prematür ölümlerdir. Prematür ölümlerden % 72.2’si erkek prematür ölümleri, % 27.8’i kadın prematür ölümleridir (66). Tablo 18’de Edirne’de, prematür ölümlerin cinsiyete göre dağılımı, Tablo 19’da prematür ölümlere bağlı PYYK görülmektedir.

**Tablo 18. Edirne’de, prematür ölümlerin cinsiyete göre dağılımı, 2004-2011**

Yıl	Erkek		Kadın		Prematür ölüm/ Toplam ölüm n (%)
	n	%	n	%	
2004	181	69.9	78	30.1	259/ 743 (% 34.9)
2008	196	65.8	102	34.2	298/ 840 (% 35.5)
2011*	668	77.2	257	27.8	925/ 3108 (% 29.7)

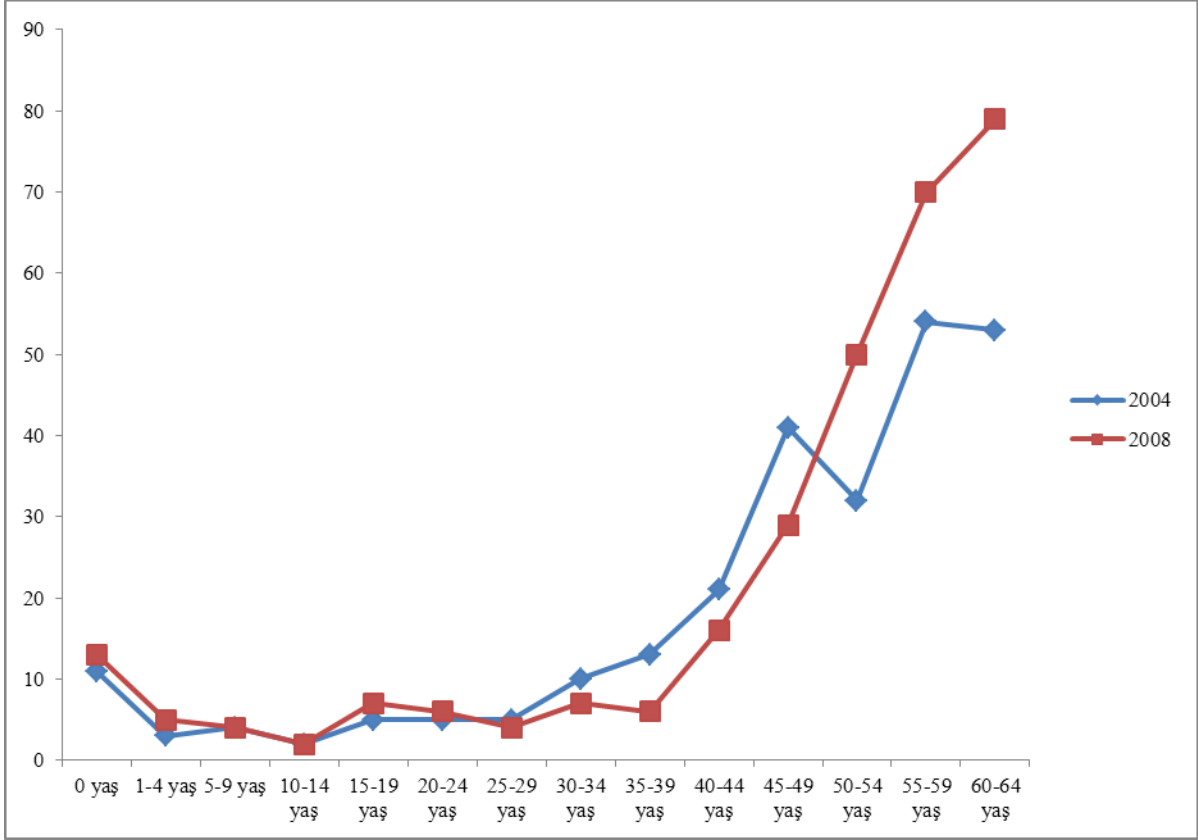
\*Bu yıla ait veriler Edirne genelini, diğer yıllar Edirne merkezini kapsamaktadır.

**Tablo 19. Edirne merkez ilçede prematür ölümlere bağlı potansiyel yaşam yılı kaybı, 2004 ve 2008**

Yıl	PYYK	65 yaş altı PYYK ( 100.000 nüfus için)
2004	4809	3613.5
2008	4929	3483.8

**PYYK:** Potansiyel yaşam yılı kaybı.

Edirne’de en çok prematür ölüm 2004 yılında 55-59 yaş grubunda, 2008 yılında ise 60-64 yaş grubunda gözlenmiştir. Bu, Şekil 9’da net olarak görülmektedir.



Şekil 9. Edirne’de, prematür ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı



## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Çözümleyici (analitik) ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

### Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Bu araştırma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul 23.03.2012 tarihli, Edirne Valiliği 20.03.2012 tarihli, Keşan Kaymakamlığı 27.03.2012 tarihli, İlçe Sağlık Grup Başkanlığı'nın 28.03.2012 tarihli ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 15.11.2012 tarihli izinleri ile Keşan'da yürütülmüş olup Ekim 2013'te tamamlanmıştır.

### Araştırmanın Evreni

Keşan merkez ve ilçeye bağlı köylerinde ikameti olanlar arasından 2011 yılı içinde ölenler araştırmamızın evrenini oluşturmuştur. İkamet adresi Keşan ve köyleri olmayan nakil ölümler değerlendirme dışında bırakılmıştır. İkamet süresi en az 6 ay olanlar çalışma kapsamına alınmıştır. 2011 yılında ikameti Keşan dışı olan ölümlerin sayısı 97'dir. Evrene ilişkin kimi özellikler:

2011 yılı çalışma evreni nüfusu	: 80.010
2011 yılı beklenen ölüm sayısı (KÖH: %0 6,25 )	: 500
2011 yılı tespit edilen ölüm sayısı	: 577
Anket bilgilerine ulaşılan ölüm sayısı	: 476
Nüfus Müd. Tescilleri ( Ocak- Aralık '2011)	: 511
Nüfus Müdürlüğü 2012 yılında 2011'e ait ölüm tescili	: 5

### **Örneklem Seçimi**

Araştırma evreninin tamamı, örneklem seçmeden araştırmaya katılmıştır.

### **Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **Bağımsız değişkenler:**

Yaş, cinsiyet, ölüm yeri, sosyoekonomik düzey, ölüm nedeni ve medeni hal.

#### **Bağımlı değişkenler:**

Ölüm, prematür ölüm.

### **Veri Toplama Süreci**

Ölenlerin adres bilgilerinden yakınlarına ulaşılmış, birebir görüşme yöntemi ile toplanan veriler danışman ve araştırmacı tarafından hazırlanan ankete kaydedilmiştir. Yakınlarına vefat edenin kökeni sorulmuş, kendilerini nasıl tanımladıkları öğrenilmiştir.

### **Hastane Kayıtları**

Çalışma için Keşan Kaymakamlığı ve Trakya Üniversitesi Etik Kurul izinleri alınıp öncelikle Keşan Devlet Hastanesi (DH) kayıtları, daha sonra Özel Keşan Hastanesi (ÖH) kayıtları incelenmiştir. MERNİS ölüm tutanaklarından 2011 yılı kayıtları incelenerek gerekli bilgiler alınmıştır. Keşan merkez ve bağlı köyleri ikamet adresi olarak bildirilen kayıtlar çalışmaya alınmak üzere önceden oluşturulmuş Ölüm Vakalarının Tespiti İçin Veri Toplama ve Anket Formu (Ek-5)'na kaydedilmiştir.

### **Belediye Kayıtları**

Keşan Belediyesi'nde Sağlık İşleri Müdürlüğü birimi ve burada görevli tabip olmadığı öğrenildi. Fen İşleri Müdürlüğü'ne bağlı bir paramedik görevlisinin çalıştığı görüldü. Bu paramedik çalışanın sağlık kuruluşu ve ev dışında ölüm gerçekleştiğinde oraya gittiği, Adli Tabiplik ile beraber hareket ettiği öğrenildi. Ölümü, düz elektro kardiyografi (EKG) çizgisini görerek doğrulayan paramedik çalışanın 112 hekimini aradığı ölümü haber verdiği öğrenildi. Ve ölümün gerçekleştiğini 112 hekimi de gelip onayladıktan sonra Adli Tabipliğin defin belgesini düzenlediği bilgisine ulaşıldı. Sonuç olarak Keşan Belediyesi'nde ölüm ile ilgili kayıtlar bulunmadığı öğrenildi.

### **Savcılık Kayıtları**

Adli ölümlerin kayıtları, savcılık ve adli tabiplik tarafından yapılmaktadır. Keşan Cumhuriyet Başsavcılığı'ndan 04.07.2012 tarihinde adli ölümleri incelemek için izin talebinde bulunuldu. 09.10.2012 tarihinde Başsavcılık tarafından izin talebi reddedilmiştir. Araştırmacı otopsi kayıtlarına ulaşamamış, yalnızca nüfus müdürlüğü, köy muhtarlıkları ve mezarlık kayıtlarından öğrendiği adli ölüm bilgilerini kayıt altına alabilmiştir.

### **Mezarlık Kayıtları**

Keşan ilçesinde üç ayrı mezarlık bulunmaktadır. Kayıtlar Keşan Belediyesi Park ve Bahçeler Müdürlüğü'nde tutulmaktadır. Sadece 2011 yılına ait ölümlerin belgeleri Asri Mezarlıktadır. Görevli defin belgelerini arşivlemiştir. Buradaki kayıtlar ile hastanelerden ve diğer kurumlardan alınan kayıtlar karşılaştırılmıştır. Gözden kaçan ölümlerin tespiti yapılmaya çalışılmıştır.

### **Köy Muhtarlık Kayıtları**

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 19 Ocak 2010 tarih ve 27467 sayılı Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkındaki Yönetmeliği'nde gömme izin belgesini köy muhtarlarının da verebileceği bildirilmiştir. Araştırmacının kendi imkânları ile ulaştığı köy muhtarlıklarından, köyde yaşayıp da herhangi bir sağlık kuruluşunda ya da belediye sınırları içinde ölenler değil, yalnızca köyde ölenlere verilen adli olmayan ölümlerin MERNİS belgeleri ve Ölüm Belgelerinin üçüncü nüshaları (sarı nüsha) incelenmiştir. Bunların dışında köyde ölümü gerçekleşmediği halde köy mezarlığına defnedilen ve ikameti Keşan olan ölümlerin de bilgileri alınmıştır. Köy mezarlıklarının kaydının tutulmadığı, köy imamının da sadece üçüncü nüshaları arşivlediği görülmüştür.

### **Nüfus Müdürlüğü Kayıtları**

Bir ölüm gerçekleştiğinde en geç on gün içerisinde nüfus müdürlüklerinde tescil ettirilmelidir. Keşan İlçe Nüfus Müdürlüğü'nde 2011 yılı ölümlerinin bulunduğu klasör incelenmiştir. 2011 yılı ölüm tescillerinden 1'i 2010 yılına, 18 tescil diğer geçmiş yıllara, 12 tescil yurt dışından nakledilenlere, 86 tescil de ikamet dışı olanlara aittir. Geriye kalan  $(1+18+12+86=117)$  511- 117= 394 ölüm tescili, incelenen ölümlerdir. Keşan İlçe Nüfusunda kaydı olmayan 2011 yılı ölümleri kontrol edilebildiği kadarıyla 82'dir. 2012 yılındaki İlçe

Nüfus Müdürlüğü ölüm tescilleri toplam sayısı 400, bunlardan 29'u önceki yıllara ait ölümlere, 5 tescilde 2011 ölümlerine ait tescillerdir.

### **Aile Hekimliği Kayıtları**

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 19 Ocak 2010 tarih ve 27467 sayılı Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkındaki Yönetmeliği'ne göre, gömme izin belgesi düzenlenmesinde Aile Hekimleri de görevlendirilmiştir. Belediye tabibi olmayan ilçelerde, ölüm evde gerçekleştiğinde gömme izin belgesini ölen kişinin kayıtlı olduğu aile hekiminin düzenleyeceği bildirilmiştir. Aile hekimlerine kayıtlı olmayan kişilerin ölüm belgelerini toplum sağlığı merkezi hekimleri vermektedir. Hekimler MERNİS Ölüm Tutanağı düzenleyerek 10 gün içinde nüfus müdürlüklerine doğrudan ulaştırılmasından sorumludur.

Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerinin düzenledikleri defin belgeleri anket formlarına geçirildi. Ölenlerin aile sağlığı merkezlerinden yararlanma durumlarını öğrenmek için aile hekimine ölen kişinin son başvuru zamanı, nedeni ve aldığı tanıları soruları soruldu. Bu bilgilerde ankete kaydedildi.

### **Verilerin İşlenmesi Ve Analizi**

#### **Verilerin Bilgisayar Ortamına Aktarılması**

Toplanan veriler Ölüm Vakalarının Tespiti İçin Veri Toplama Ve Anket Formu (Ek-5)'na yazıldığından bu veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 sürümü istatistik programında oluşturulan veri tabanına geçirilmiştir. Ölüm nedenleri, birincisi defin belgelerinde yazan şekliyle, ikincisi sadece temel nedeni ve üçüncüsü ICD- 10'un genel listesine göre araştırmacı tarafından kodlanmış olmak üzere üç şekilde SPSS'e girilmiştir. Kayıtlarda ölüm nedeni olarak yalnızca dolaşım yetmezliği, kardiyopulmoner arrest ve solunum yetmezliği olanlar ile 60 yaş altı ve ilave ölüm nedeni olmayan sadece kalp yetmezliği ölüm nedeni yazılan 19 ölüm verisi ICD- 10 bölüm 18'e göre, başka yerde sınıflanmamış belirtiler, bulgular ve anormal klinik ve laboratuvar verileri olarak kodlanmıştır. Defin belgesi vermeye yetkisi bulunan köy muhtarlarının düzenlediği, ölenin önceden tanısı konmuş bir hastalığı olsa bile, ölüm nedeni olarak "nedeni bilinmeyen, ecel" yazmışlardır. Köydeki tüm "ecel" nedenli ölümlerde 60 yaşın altında ise bu sınıfta kodlanmıştır. 60 yaşın üzerindeki ölümlerden, ecel ve kalp yetmezliği ölüm nedenlerine ek bir

tanı yoksa yetersiz tanımlanmış ve bilinmeyen ölüm nedenleri olarak kodlanmıştır. Bu şekilde kodlanan ölüm sayısı 122'dir. Defin belgesinde örneğin kalp kapak bozukluğu, hipertansiyon ve kalp yetmezliği gibi tanılar olması durumunda, ölüm nedenleri temel, ara ve son nedenlerine göre sıralandırılmış, kodlama temel nedene göre yapılmıştır. Çoklu organ yetmezliği, multi organ yetmezliği, sepsis ve disemine intravasküler koagülasyon nedeni yazılan tanılar ise diğer bakteri hastalıkları olarak kodlanmıştır. Defin belgeleri ile MERNİS ölüm tutanağındaki ölüm nedenleri arasında bazen farklılıklar gözlenmiştir. Ölümü belgeleyen nüfus görevlisi kimi zaman tanıyı yanlış yazmış, kimi zaman da tanılar içerisinde yalnızca birini yazmıştır. Bu şekilde olan defin belgeleri, ilçe sağlık müdürlüğü kayıtları ile karşılaştırılarak, hekimin düzenlediği defin belgesindeki tüm ölüm nedenlerine ulaşılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmelerde Ki-kare ( $\chi^2$ ) ve t testi kullanılmıştır. Mortalite ölçütleri genel bilgilerde verilen formüllerle hesaplanmıştır.

Yerleşim yerleri, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2011 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda yer alan 20.000 ve altı nüfusa sahip yerleşim yerlerinin kır, 20.000 ve üzeri nüfusa sahip yerleşim yerlerinin kent olarak adlandırıldığı tanıma göre sınıflandırılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Global Health Estimates (GHE), dünyanın tüm bölgeleri için hastalıklar ve yaralanmalar nedeniyle sağlık kayıplarının ve mortalitenin, kapsamlı ve karşılaştırılabilir değerlendirilmesini sağlar. 2012 yılında yaptığı bir sınıflama ile ölüm nedenlerini 3 ana başlıkta toplar. Grup 1 Bulaşıcı hastalıkları, Grup 2 Bulaşıcı olmayan hastalıkları ve Grup 3'de Yaralanmaları içerir. Bu sınıflamada, ICD-10 da bulunan R00- R99 kodlu "semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış" tanımına uyan bir sınıflama yoktur. Bu nedenle araştırmacı, ölüm verilerini GHE kodlarına göre düzenlerken, 147 ölümü eşleştirememiştir. Diğer 329 ölüm verisi GHE kategorilerine göre sınıflandırılabilmiştir.

### **Verilerin Sunulması**

Tabloların sunumunda içerik olarak sıralama, sayı ve yüzde olarak en fazla olandan en az olana doğru verilmiştir.

### **Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Ölüm kayıtları düzenli tutulmaktadır. Fakat ölüm raporuna ölüm nedeni yazımında sorunlar bulunmaktadır. Köydeki ölümlere "bilinmeyen, ecel" nedenleri ile rapor verilmesi, hekimlerin bazılarının ölüm nedenleri sınıflamasına girmeyen "arrest" tanısı yazmaları

sebebiyle birçok ölümün asıl nedenine ulaşamamıştır. Keşan'da meydana gelen adli ölüm olgularının incelenmesine izin verilmemesi nedeniyle, bu ölümlerin bilgisine ulaşamamış, Keşan'ın adli olguları değerlendirilememiştir. Aile Hekimlerinin kullandıkları bilgisayar programlarının değişmesi, Bakanlığın ölenlerin bilgilerini sistemden silmesi nedenleri ile ölenlerin kayıtlı olduğu aile hekimlerinden son 1 yıl içerisinde sağlık hareketleri bilgisine ulaşamamıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamında Nüfus Müdürlüğü'nde, İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde, Devlet Hastanesinde ve özel hastanede toplam 499 defin ruhsatı ve MERNİS tutanağı incelendi. Köy muhtarlık kayıtları ve mezarlık kayıtlarında, Nüfus Müdürlüğü'nde olmayan 78 ölüm (%13.5) tespit edildi. Toplam 577 ölüm kaydı olduğu görüldü. Bu ölümlerden 85'inin (%14.7) çevre ilçelerde ikamet edenler arasında olduğu ve geriye kalan 476 ölümün (%82.5) araştırma kapsamına girdiği tespit edildi. Kaba ölüm hızı ‰ 5.9 olarak hesaplandı.

Ölümler yaşa göre değerlendirildiğinde en çok ölümün görüldüğü yaş grubu 151 (% 31.7) kişi ile 75- 84 yaş grubudur ve bu yaş grubuna özel ölüm hızı ‰ 53.9'dur. Ölenlerin 273'ünün (% 57.4) erkek, 200'ünün (% 42) kadın olduğu belirlenmiştir. Erkekler için ölüm hızı ‰ 6.6 iken, kadınlara özel ölüm hızının Tablo 21'de ‰ 5.18 olduğu görülmektedir. 35-74 yaş grubu ölümlerinde erkek ölümü sayısının kadın ölümü sayısından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Keşan'da tespit edilen ölümlerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 20'de, yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 22'de ve Şekil 10'da görülmektedir.

**Tablo 20. Keşan'da, ölümlerin cinsiyete göre dağılımı, 2011**

Cinsiyet	2011	
	Sayı	%
Erkek	273	57.4
Kadın	200	42.0
Bilinmeyen	3	0.6
<b>Toplam</b>	<b>476</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 21. Keşan’da, cinsiyete göre kaba ölüm hızları, 2011**

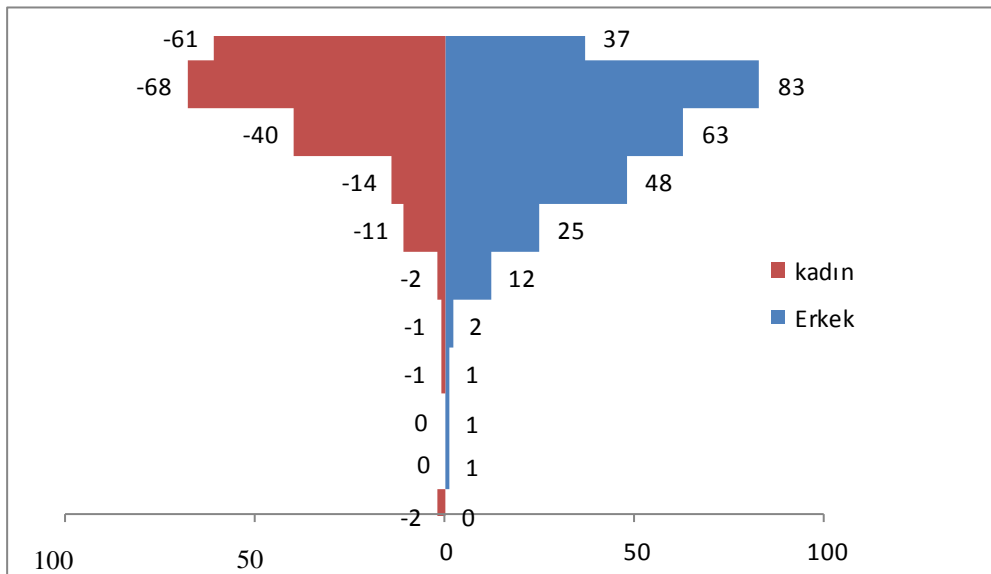
Cinsiyet	Nüfus	Ölen sayısı	KÖH (‰)
Erkek	41371	273	6.6
Kadın	38639	200	5.2
<b>Toplam</b>	<b>80010</b>	<b>473</b>	<b>5.9</b>

KÖH: Kaba ölüm hızı.

**Tablo 22. Keşan’da, ölümlerin cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı ve ölüm hızları, 2011**

Yaş Grupları	Kadın	Kadına özel Ölüm hızı (%)	Erkek	Erkek nüfusa özel ölümhızı(‰)	Toplam
0	2 (1.0)*	-	0*	-	5 (1.1)
1-4	0	-	1 (0.4)	0.5	1 (0.2)
5-14	0	-	1 (0.4)	0.2	1 (0.2)
15-24	1 (0.5)	0.2	1 (0.4)	0.1	2 (0.4)
25-34	1 (0.5)	0.2	2 (0.7)	0.4	3 (0.6)
35-44	2 (1.0)	0.4	12 (4.4)	2.1	14 (2.9)
45-54	11 (5.5)	2.0	25 (9.2)	4.4	36 (7.6)
55-64	14 (7.0)	3.2	48 (17.6)	10.7	62 (13.8)
65-74	40 (20.0)	14.2	63 (23.1)	26.9	103 (21.6)
75-84	68 (34.0)	41.6	83 (30.4)	71.2	151 (31.7)
85+	61(30.5)	178.9	37 (13.6)	189.8	98 (20.6)
<b>Toplam</b>	<b>200 (100)</b>		<b>273 (100)</b>		<b>476 (100)</b>

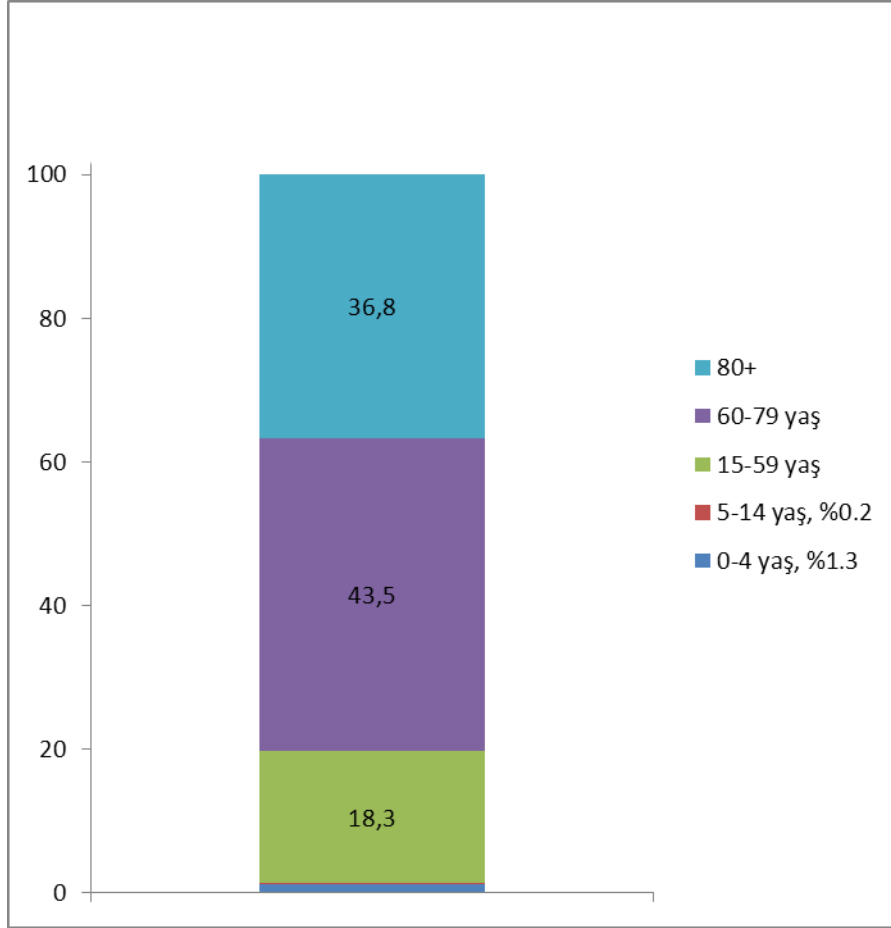
\*3 cinsiyet bilinmeyen, kolon yüzdeleri verilmiştir.



**Şekil 10. Keşan’da, ölümlerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011**



Yaş aralıkları, Birleşmiş Milletler'in Ölüm Raporu'ndaki sınıflamada olduğu gibi daha geniş tutulduğunda en fazla ölümün Şekil 11'de görüldüğü gibi 60-79 yaş grubunda gerçekleştiği tespit edilmiştir. 15-60 yaş grubundaki yetişkin ölümleri hızı cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde 15-60 yaş arasında 1000 nüfus başına 2.1 ölüm, kadınlarda ise 1.0 ölüm hesaplanmıştır.



**Şekil 11. Keşan'da, ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı, 2011**

Ölüm nedenlerinin ICD tanı gruplarına göre dağılımı Tablo 23'de verilmektedir. Ölüm nedenleri sıralamasında ilk sırayı 150 ölüm ile (% 31.5) dolaşım sistemi hastalıkları almaktadır.

**Tablo 23. Keşan’da, ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına göre dağılımları, 2011**

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD 10 Kodu	Sayı n	Yüzde %
Dolaşım sistemi hastalıkları	I00-I99	150	31.5
Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış	R00-R99	148	31.1
Kanserler	C00-D48	89	18.7
Solunum sistemi hastalıkları	J00-J99	27	5.7
Hastalık ve ölümün dış sebepleri	V01-Y98	17	3.6
Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları	E00-E90	15	3.2
Genitoüriner sistem hastalıkları	N00-N99	10	2.1
Sinir sistemi hastalıkları	G00-G99	8	1.7
Sindirim sistemi hastalıkları	K00-K93	5	1.1
Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları	S00-T99	3	0.6
Gebelik , doğum ve lohusalık	O00-O99	3	0.6
Enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	A00-B99	1	0.2
<b>TOPLAM</b>		476	100

ICD: Hastalıkların uluslararası sınıflaması.

273 erkek ölümünden 75’i (% 27.5) dolaşım sistemi hastalıklarından, 66’sı (%24.2) kanser türlerinden olmuştur. Kadın ölümlerinde ise bu rakamlar sırası ile 75 (% 37.5), 23 (% 11.5) olarak tespit edilmiştir. Bu durum Tablo 24’de görülmektedir.

**Tablo 24. Keşan’da, ölümlerin ICD- 10 ana tanı grupları ve cinsiyete göre dağılımı\***

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD 10 Kodu	Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
Dolaşım sistemi hastalıkları	I00-I99	75	27.5	75	37.5
Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış	R00-R99	78	28.6	70	35.0
Kanserler	C00-D48	66	24.2	23	11.5
Solunum sistemi hastalıkları	J00-J99	18	6.6	9	4.5
Hastalık ve ölümün dış sebepleri	V01-Y98	15	5.5	2	1.0
Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları	E00-E90	5	1.8	10	5.0
Genitoüriner sistem hastalıkları	N00-N99	6	2.2	4	2.0
Sinir sistemi hastalıkları	G00-G99	3	1.1	5	2.5
Sindirim sistemi hastalıkları	K00-K93	3	1.1	2	1.0
Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları	S00-T99	3	1.1	0	0
Enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	A00-B99	1	0.4	0	0
<b>TOPLAM</b>		273	100.0	200	100.0

ICD: Hastalıkların uluslararası sınıflaması.

\*Kolon yüzdesi verilmiştir, 3 cinsiyet belirlenememiştir.

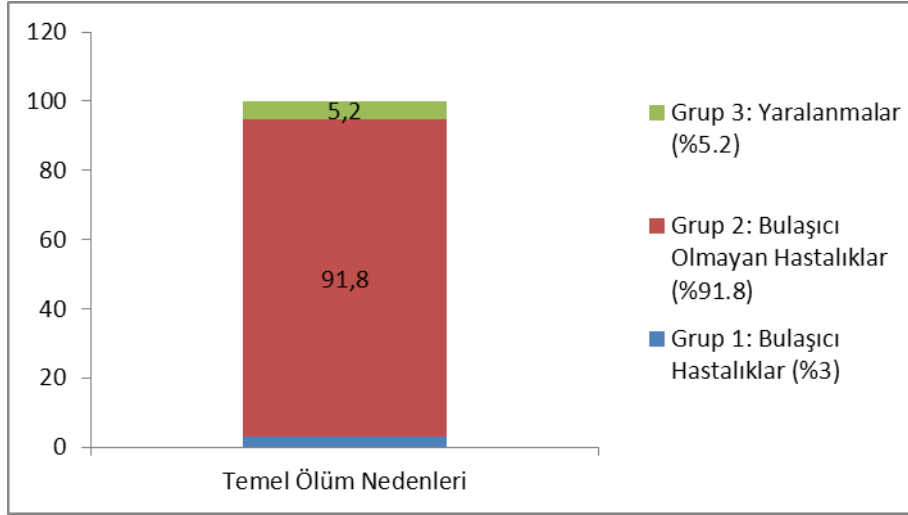
Tablo 25’de görüldüğü gibi ölüm nedenleri yaş gruplarına göre incelendiğinde, 45- 54 ile 55- 64 yaş gruplarında meydana gelen ölümlerin sırasıyla 14’ü (% 15.7) ve 23’ünün (% 25.8) kanser türlerinden meydana geldiği tespit edilmiştir.

**Tablo 25. Keşan’da, ölümlerin ICD-10 ana tanı ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011**

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD Kodları	Yaş grupları											Toplam
		0	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	
Dolaşım sistemi hastalıkları	I00-I99	0	0	0	0	1 (0.7)	5 (3.3)	7 (4.7)	15 (10.0)	27 (18.0)	58 (38.7)	37 (24.7)	150 (100.0)
Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış	R00-R99	1 (0.7)	0	0	0	0	4 (2.7)	7 (4.7)	10 (6.8)	30 (20.3)	52 (35.1)	44 (29.7)	148 (100.0)
Kanserler	C00-D48	0	0	0	0	0	3(3.4)	14(15.7)	23 (25.8)	26 (29.2)	18 (20.2)	5 (5.6)	89 (100.0)
Solunum sistemi hastalıkları	J00-J99	1 (3.7)	0	0	0	0	0	3 (11.1)	3 (11.1)	8 (29.6)	6 (22.2)	6 (22.2)	27 (100.0)
Hastalık ve ölümün dış sebepleri	V01-Y98	0	0	1 (5.9)	2 (11.8)	1 (5.9)	2 (11.8)	2 (11.8)	3 (17.6)	2 (11.8)	2 (11.8)	2 (11.8)	17 (100.0)
Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları	E00-E90	0	0	0	0	0	0	2 (13.3)	1 (6.7)	6 (40.0)	6 (40.0)	0	15 (100.0)
Genitöüriner sistem hastalıkları	N00-N99	0	0	0	0	0	0	0	2 (20)	3 (30)	4 (40)	1 (10)	10 (100.0)
Sinir sistemi hastalıkları	G00-G99	0	1 (12.5)	0	0	0	0	1 (12.5)	2 (25.0)	0	3 (37.5)	1 (12.5)	8 (100.0)
Sindirim sistemi hastalıkları	K00-K93	0	0	0	0	1 (20)	0	0	1 (20)	0	1 (20)	2 (40)	5 (100.0)
Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları	S00-T99	0	0	0	0	0	0	0	2 (66.7)	1 (33.3)	0	0	3 (100.0)
Gebelik , doğum ve lohusalık	O00-O99	3 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 (100.0)
Enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	A00-B99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	0	1 (100.0)
<b>Toplam</b>		5(1.1)	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.4)	3 (0.6)	14 (2.9)	36 (7.6)	62 (13.0)	103 (21.6)	151 (31.7)	98 (20.6)	476 (100.0)

ICD: Hastalıkların uluslararası sınıflaması.

Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılında ölüm nedenlerini, Global Health Estimates (GHE) başlığı altında Grup 1 Bulaşıcı hastalıklar, Grup 2 Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve Grup 3 Yaralanmalar şeklinde sınıflandırmıştır. ICD- 10 ana tanı gruplarından R00- R99 kodu verilen 147 ölüm, GHE kategorisi ile eşleştirilememiştir. Bu ölümler dağılımdan çıkarıldığında geriye kalan ölümlerin GHE kategorilerine göre dağılımı Şekil 12’de görülmektedir.



**Şekil 12. Keşan, ölümlerin Global Health Estimates kategorilerine göre dağılımı, 2011**

Ölümleri yerleşim yerlerine göre sınıflandırdığımızda 243’ünün (% 51.1) köy ve beldelerde, 233’ünün (% 48.9) ilçe merkezinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Kırsal alana özel kaba ölüm hızı ‰ 10.6, kentsel alana özel kaba ölüm hızı ise ‰ 4 olarak hesaplanmıştır. Tablo 26’da ölümlerin yerleşim yerine göre dağılımı ve yerleşim yerine özel hızları görülmektedir.

**Tablo 26. Keşan’da, ölümlerin yerleşim yerine göre dağılımı, 2011**

Yerleşim Yeri	2011		
	Nüfus	Ölen Sayısı	Kaba Ölüm Hızı (‰)
<b>Kır</b>	22815	243	10.6
<b>Kent</b>	57195	233	4
<b>Toplam</b>	80010	476	6

Dolaşım sistemi hastalıkları tanılı 150 ölümün, 48’i (% 19.8) kırsal alanda, 102’si (%43.8) kentsel alanda meydana geldiği tespit edilmiştir. Ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı Tablo 27’de görülmektedir.

**Tablo 27. Keşan’da, ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2011**

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD 10 Kodu	Kır	Kent	Toplam
Dolaşım sistemi hastalıkları	I00-I99	48 (19.8)	102 (43.8)	150 (31.5)
Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış	R00-R99	129 (53.1)	19 (8.2)	148 (31.1)
Kanserler	C00-D48	29 (11.9)	60 (25.8)	89 (18.7)
Solunum sistemi hastalıkları	J00-J99	14 (5.8)	13 (5.6)	27 (5.7)
Hastalık ve ölümün dış sebepleri	V01-Y98	10 (4.1)	7 (3.0)	17 (3.6)
Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları	E00-E90	3 (1.2)	12 (5.2)	15 (3.2)
Genitoüriner sistem hastalıkları	N00-N99	2 (0.8)	8 (3.4)	10 (2.1)
Sinir sistemi hastalıkları	G00-G99	4 (1.6)	4 (1.7)	8 (1.7)
Sindirim sistemi hastalıkları	K00-K93	1 (0.4)	4 (1.7)	5 (1.1)
Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları	S00-T99	3 (1.2)	0	3 (0.6)
Enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	A00-B99	0	1 (0.4)	1 (0.2)
<b>TOPLAM</b>		243 (100.0)	233 (100.0)	476 (100.0)

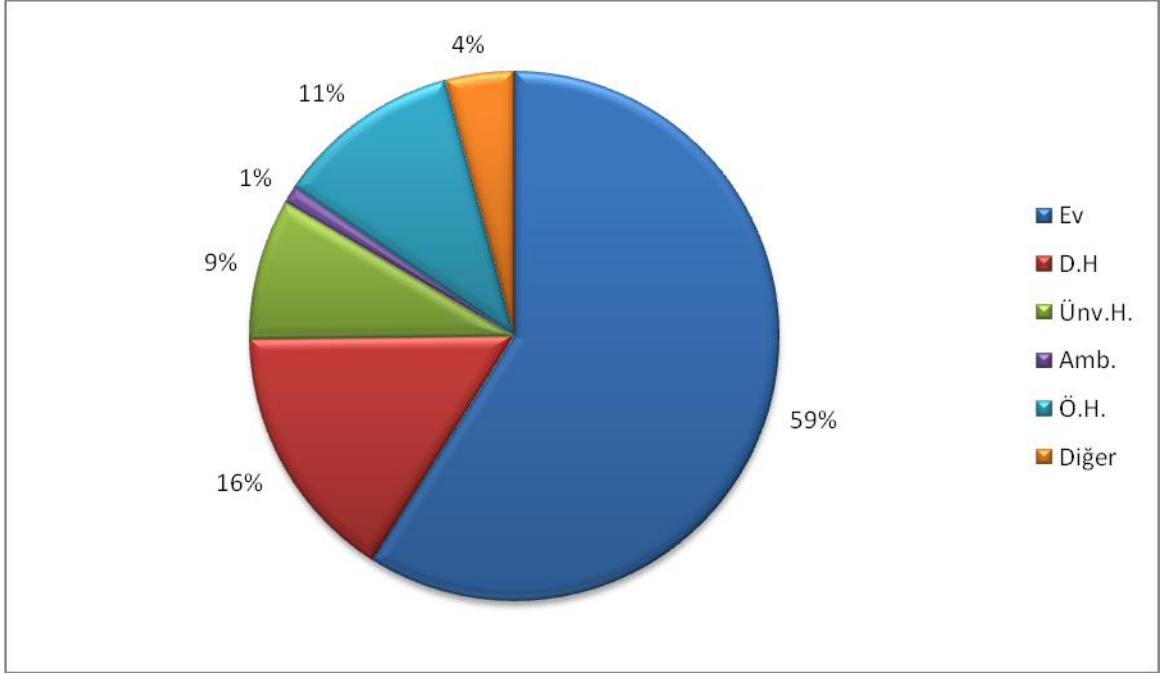
ICD: Hastalıkların uluslararası sınıflaması.

Tablo 28’de ve Şekil 13’de görüldüğü gibi ölümler, meydana geldiği yere göre incelendiğinde toplam 172 (% 36.3) ölüm bir sağlık kurumunda gerçekleşmiştir. Evde meydana gelen ölüm sayısı ile sağlık kuruluşunda meydana gelen ölüm sayısı arasında fark yoktur. Ev ve diğer yerde ölümler ile, hastaneler ve sağlık kuruluşlarını birleştirdiğimizde sağlık kuruluşunda ölüm sayısı toplam 273 erkek ölümden 109, 200 kadın ölümden de 63 olarak tespit edilmiştir.  $\chi^2 = 3.542$ ,  $p = 0,02991$  anlamlı fark vardır. Ölümlerin sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi açısından kadınlar ile erkekler arasında, kadınların aleyhine fark vardır. Kadınlar erkeklere göre daha çok sağlık kuruluşu dışında ölmektedir.

**Tablo 28. Keşan’da, ölümlerin olduğu yere göre dağılımı, 2011**

		Ev	D.H.	Ünv.H.	Amb.	Ö.H.	Diğer	Toplam
<b>Erkek</b>	Sayı (n)	145	46	28	3	32	19	273
	Yüzde (%)	53.1	16.8	10.3	1.1	11.7	7.0	100.0
<b>Kadın</b>	Sayı (n)	136	26	13	2	22	1	200
	Yüzde (%)	68.0	13.0	6.5	1.0	11.0	0.5	100.0
<b>Toplam</b>	Sayı (n)	281	72	41	5	54	20	*473
	Yüzde (%)	59.4	15.2	8.7	1.1	11.4	4.2	100.0

\*Devlet hastanesindeki 0 yaş ölümlerinden 3’ünün cinsiyeti bilinmeyen



**Şekil 13. Keşan, ölümlerin olduğu yere göre dağılımı, 2011**

Tablo 29’da görüldüğü gibi 5 yaş altı ölümlerin çoğu devlet hastanesinde, 35-54 yaş grubundaki ölümlerin çoğu da üniversite hastanesinde meydana gelmiştir ( $\chi^2 = 161.642$  p=0.000).

**Tablo 29. Keşan’da, ölümlerin olduğu yere ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011**

		0 yaş	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Toplam
<b>DH</b>	Sayı (%)	3 (60)	-	-	-	1 (33.3)	-	6 (16.7)	9 (14.5)	17 (16.5)	34 (22.5)	5 (5.1)	75 (15.8)
<b>Ünv Hst</b>	Sayı (%)	-	1 (100)	-	-	1 (33.3)	4 (28.6)	8 (22.2)	9 (14.5)	10 (9.7)	6 (4.0)	2 (2.0)	41 (8.6)
<b>Ambulans</b>	Sayı (%)	-	-	-	-	-	-	1 (2.8)	2 (3.2)	-	1 (0.7)	1 (1.0)	5 (1.1)
<b>ÖH</b>	Sayı (%)	-	-	-	-	-	2 (14.3)	-	9 (14.5)	13 (12.6)	22 (14.6)	8 (8.2)	54 (11.3)
<b>Ev</b>	Sayı (%)	2 (40)	-	1 (100)	-	1 (33.3)	5 (35.7)	18 (50.0)	26 (41.9)	59 (57.3)	88 (58.3)	81 (82.7)	281 (59.0)
<b>Diğer</b>	Sayı (%)	-	-	-	2 (100)	-	3 (21.4)	3 (8.3)	7 (11.3)	4 (3.9)	-	1 (1.0)	20 (4.2)
<b>Toplam</b>		5 (100)	1 (100)	1 (100)	2 (100)	3 (100)	14 (100)	36 (100)	62 (100)	103 (100)	151 (100)	98 (100)	476 (100)

Ölümleri, tespit eden kurumlara göre incelediğimizde ilk sırada 130 ölüm tespitiyle (%27.3) ASM, ikinci sırada 97 ölüm (% 20.4) tespitiyle köy muhtarlıkları gelmektedir. Yaş gruplarına göre ölümü tespit eden kurumlarda 5 yaş altı ölümlerde devlet hastanesi, 35-74 yaş

gruplarında ise aile hekimliği birinci sıradadır. Ölümlerin, yaş gruplarına ve tespit eden kurumlara göre dağılımı Tablo 30’da görülmektedir.

**Tablo 30. Keşan’da, ölümlerin tespit eden kurumlara ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011**

		0 yaş	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Toplam
<b>TSM</b>	Sayı (%)	-	-	-	-	-	-	-	4 (26.7)	4 (26.7)	3 (20)	4 (26.7)	15 (3.2)
<b>D.H.</b>	Sayı (%)	4 (5.1)	-	-	1 (1.3)	-	1 (1.3)	7 (8.9)	8 (10.1)	16 (20.3)	35 (44.3)	7 (8.9)	79 (16.6)
<b>Ö.H.</b>	Sayı (%)	-	-	-	-	-	2 (3.7)	-	9 (16.7)	13 (24.1)	22 (40.7)	8 (14.8)	54 (11.3)
<b>Ünv. Hst.</b>	Sayı (%)	-	1 (2.5)	-	-	1 (2.5)	4 (10)	8 (20)	8 (20)	10 (25)	6 (15)	2 (5)	40 (8.4)
<b>Bld. S.İş. md.</b>	Sayı (%)	-	-	-	-	-	1 (2.2)	2 (4.4)	4 (8.9)	8 (17.8)	16 (35.6)	14 (31.1)	45 (9.5)
<b>Adli Tabiplik</b>	Sayı (%)	-	-	1 (6.3)	1 (6.3)	2 (12.5)	1 (6.3)	3 (18.8)	4 (25)	3 (18.8)	1 (6.3)	-	16 (3.4)
<b>Köy Muhtarlığı</b>	Sayı (%)	-	-	-	-	-	2 (2.1)	6 (6.2)	7 (7.2)	19 (19.6)	36 (37.1)	27 (27.8)	97 (20.4)
<b>ASM</b>	Sayı (%)	1 (0.8)	-	-	-	-	3 (2.3)	10 (7.7)	18 (13.8)	30 (23.1)	32 (24.6)	36 (27.7)	130 (27.3)
<b>Toplam</b>		5 (1.1)	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.4)	3 (0.6)	14 (2.9)	36 (7.6)	62 (13.0)	103 (21.6)	151 (31.7)	98 (20.6)	476 (100)

Keşan’da meydana gelen 476 ölümden, 344’ünün göçmen kökenli olduğu tespit edilmiştir. Etnik kökenin, ölmeden önce profesyonel yardım almayı etkileyip etkilemediği değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunamamıştır. Ölenlerin kökenlerine göre dağılımı Tablo 31’de, köken ve profesyonel yardım alma durumu da Tablo 32’de verilmektedir.

**Tablo 31. Keşan’da, ölenlerin kökenlerine göre dağılımı, 2011**

<b>Köken</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Türk</b>	69	14.5
<b>Roman</b>	56	11.8
<b>Göçmen</b>	344	72.3
<b>Çerkez</b>	1	0.2
<b>Laz</b>	4	0.8
<b>Kürt</b>	1	0.2
<b>Diğer</b>	1	0.2
<b>Toplam</b>	476	100

**Tablo 32. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun ölenin kökenine göre dağılımı**

Köken	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Türk</b>	43	62.3	26	37.7	69	100.0
<b>Roman</b>	26	46.4	30	53.6	56	100.0
<b>Göçmen</b>	168	48.8	176	51.2	344	100.0
<b>Çerkez</b>	1	100.0	0	0.0	1	100.0
<b>Laz</b>	3	75.0	1	25.0	4	100.0
<b>Kürt</b>	1	100.0	0	0.0	1	100.0
<b>Toplam</b>	242	50.9	233	49.1	475	100.0

İlçede meydana gelen ölümlerin % 5’inin (24’ünün) adli ölüm olduğu saptanmıştır. Adli ölüm nedenlerinde 7 ölüm ile ilk sırayı trafik kazaları (% 25) almaktadır. Ölümlerin türüne göre dağılımı Tablo 33’de, ve adli ölümlerin nedenlerine göre dağılımları Tablo 34’de görülmektedir.

**Tablo 33. Keşan’da, ölümlerin türüne göre dağılımı, 2011**

Ölüm türü	Sayı	%
<b>Adli</b>	24	5
<b>Tıbbi</b>	452	95
<b>Toplam</b>	476	100

**Tablo 34. Keşan’da, adli ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına göre dağılımı, 2011**

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD 10 Kodu	Sayı (n)	Yüzde(%)
<b>Hastalık ve ölümün dış sebepleri</b>	V01-Y98	17	70.8
<b>Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış</b>	R00-R99	4	16.7
<b>Dolaşım sistemi hastalıkları</b>	I00-I99	2	8.3
<b>Solunum sistemi hastalıkları</b>	J00-J99	1	4.2
<b>TOPLAM</b>		24	100

ICD: Hastalıkların uluslararası sınıflaması.

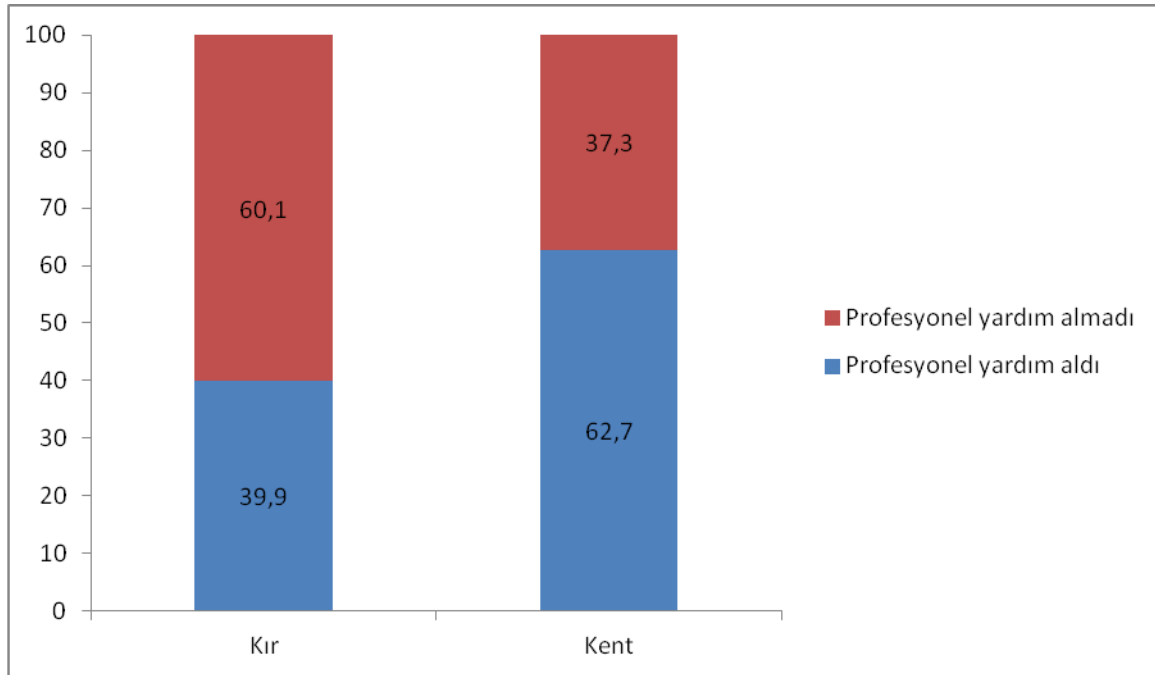
Keşan merkez ve bağlı köylerinde görülen ölümlerde ölmeden önceki son 24 saat içinde profesyonel yardım alıp almama durumları incelendiğinde 243 kişinin (% 50.7) profesyonel yardım aldığı, 233 kişinin de (% 49.3) almadığı tespit edilmiştir. Yerleşim yerine



göre ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı alanların oranı, Tablo 35’de ve Şekil 14’de görüldüğü gibi kentte yaşayanlarda kırdaki yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $\chi^2$  : 24.621 p: 0.000).

**Tablo 35. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun yerleşim yerine göre dağılımı, 2011**

Yerleşim yeri	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kır</b>	97	39.9	146	60.1	243	100.0
<b>Kent</b>	146	62.7	87	37.3	233	100.0
<b>Toplam</b>	243	51.1	233	48.9	476	100.0

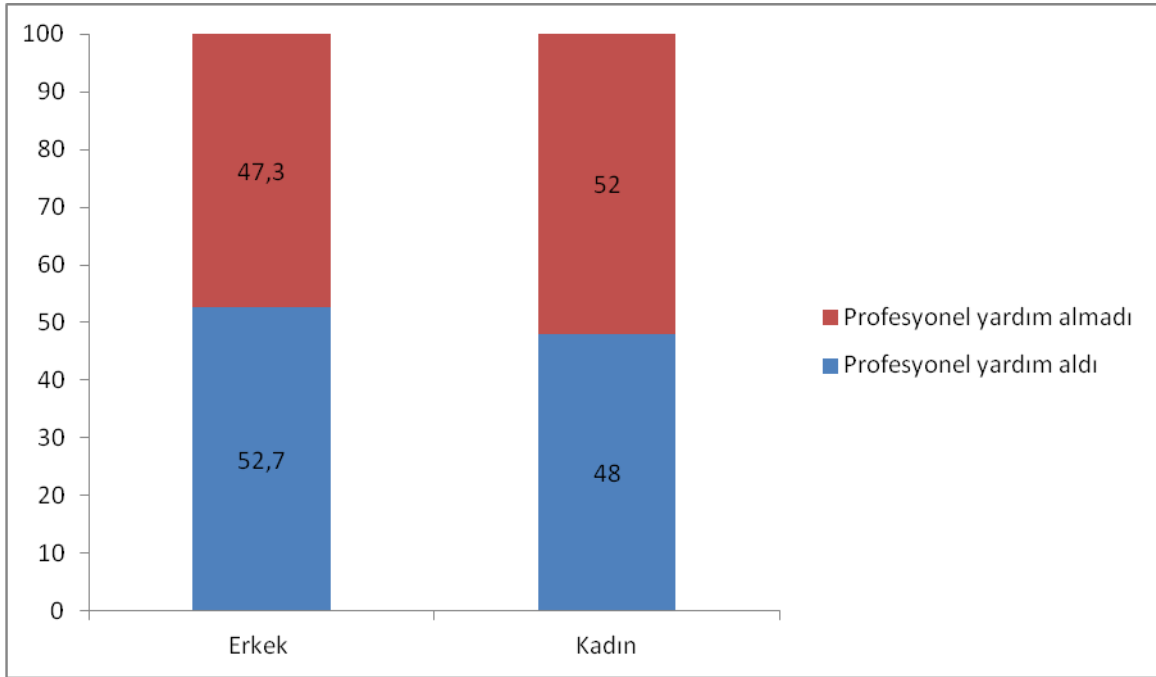


**Şekil 14. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun yerleşim yerine göre dağılımı, 2011**

Cinsiyete göre ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı alma durumu değerlendirildiğinde kadın ve erkek ölümleri arasında anlamlı bir fark yoktur ( $\chi^2$  : 1.41 p:0.308). Bu durum Tablo 36’da ve Şekil 15’de görülmektedir.

**Tablo 36. Keşan’da, cinsiyete göre ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun dağılımı, 2011**

Cinsiyet	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Erkek</b>	144	60	129	55.4
<b>Kadın</b>	96	40	104	44.6
<b>Toplam</b>	240	100.0	233	100.0



**Şekil 15. Keşan’da, cinsiyete göre ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun dağılımı, 2011**

Ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı alanların sosyal güvenceleri incelendiğinde 2022’li (üç aylık fakir maaşı), yeşil kartlı ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlarda, ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı almayanların sayısı daha fazla tespit edilmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (  $\chi^2$  : 28,227 p: 0,000). Profesyonel yardımın alındığı kurumlar incelendiğinde 76 (% 31.7) ölüme müdahale eden devlet hastanesi ilk sıradadır. Ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı sağlayan kurumlara göre dağılım Tablo 37’de, sosyal güvenceye göre dağılım da Tablo 38’de görülmektedir.

**Tablo 37. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alınan kurumlara göre dağılım, 2011**

<b>Kurum</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>DH</b>	76	31.7
<b>ÖH</b>	54	22.5
<b>112 Acil</b>	47	19.6
<b>Ünv.Hst.</b>	41	17.1
<b>Belediye Sağ. İşleri</b>	2	0.8
<b>ASM</b>	17	7.1
<b>Diğer</b>	3	1.3
<b>Toplam</b>	240	100.1

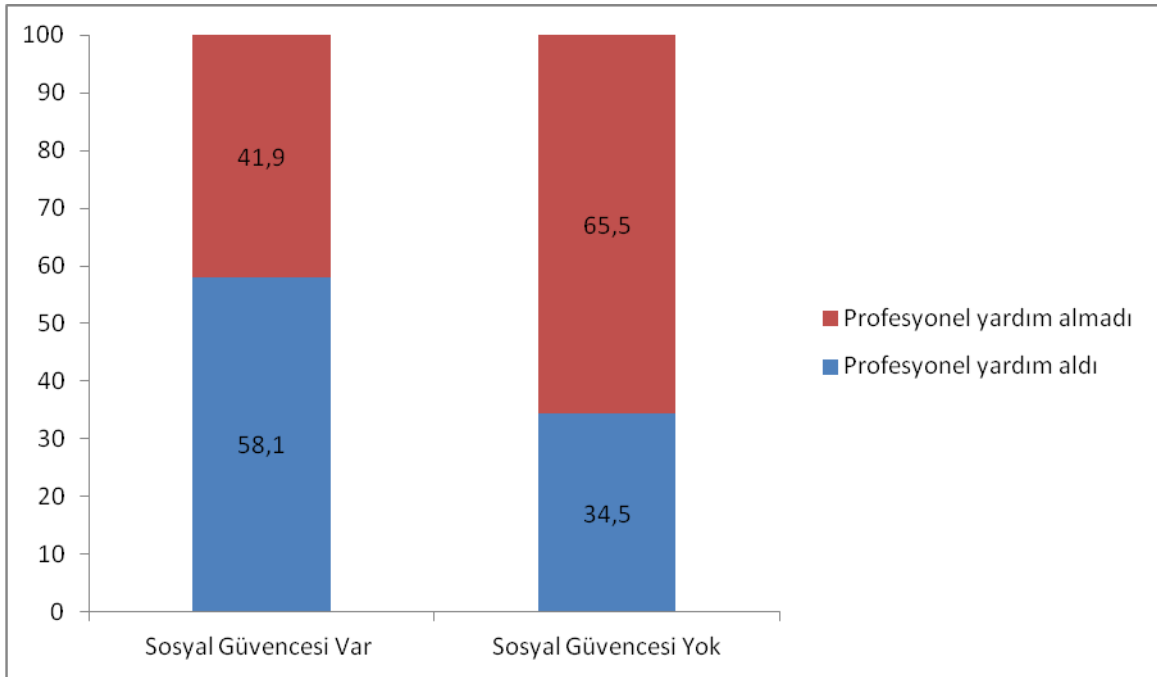
**Tablo 38. Keşan’da ölmeden önce profesyonel yardım almanın sahip olunan sosyal güvenceye göre dağılımı**

<b>Sosyal güvence türü</b>	<b>Profesyonel Yardım Aldı</b>		<b>Profesyonel Yardım Almadı</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>EMS</b>	32	13.2	19	8.2	51	10.7
<b>SSK</b>	53	21.8	27	11.6	80	16.8
<b>Bağ-kur</b>	109	44.9	94	40.3	203	42.6
<b>2022</b>	13	5.3	36	15.5	49	10.3
<b>Yeşil kart</b>	21	8.6	34	14.6	55	11.6
<b>Yok</b>	15	6.2	23	9.9	38	8.0
<b>Toplam</b>	243	100.0	233	100.0	476	100.0

Emekli Sandığı- SSK- özel sigorta ve Bağkur’u sosyal güvence sayıp, diğerleri bunun dışında bırakıldığında yine aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2$ : 22,164 p: 0,000). Sosyal güvencesi olmayanlarda, profesyonel yardım almayanların sayısı fazladır. Sağlık güvencesinin olup olmadığı sorgulandığında, (yeşil kart, 2022 maaşı sağlık güvencesi olarak sayıldığında) yeşil kartının olmasının profesyonel sağlık yardımı alma oranını değiştirmedeği, sağlık yardımı almama oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2$ : 2,215 p: 0,137). Ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı alanların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı Tablo 39’da ve Şekil 16’da, sağlık güvence durumlarına göre dağılımı Tablo 40’da görülmektedir.

**Tablo 39. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın sahip olunan sosyal güvenceye göre dağılımı**

Sosyal Güvence	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Var</b>	194	58.1	140	41.9	334	100.0
<b>Yok</b>	49	34.5	93	65.5	142	100.0
<b>Toplam</b>	243	51.1	233	48.9	476	100.0



**Şekil 16. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın sahip olunan sosyal güvenceye göre dağılımı**

**Tablo 40. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın sağlık güvencesi durumuna göre dağılımı**

Sağlık Güvencesi	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Var</b>	228	52.1	210	47.9	438	100.0
<b>Yok</b>	15	39.5	23	60.5	38	100.0
<b>Toplam</b>	243	51.1	233	48.9	476	100.0

Ölümü tespit için, otopsi yapılan ölümler incelendiğinde 23 ölümün (% 4.9) otopsisinin yapıldığı tespit edilmiştir. Otopsi yapılan ölüm sayıları Tablo 41’de görülmektedir.

**Tablo 41. Keşan’da, ölümlerin otopsi yapılma durumuna ve cinsiyete göre dağılımı, 2011**

Ölüm nedenini tespit için otopsi	Erkek		Kadın		Toplam Sayı	*Yüzde (%)
	Sayı	%	Sayı	%		
Yapılmadı	253	92.7	196	98.0	449	94.9
Yapıldı	19	7.0	4	2.0	23	4.9
Dış Muayene	1	0.4	-	-	1	0.2

\*Tüm ölümlerdeki payı, 3 cinsiyet bilinmeyen

Ölenlerin sahip oldukları meslekler incelendiğinde 194’ünün ( % 40.8) ev hanımı, 142’sinin (% 29.8) bir kurumdan emekli olduğu, maaşlı olarak bir yerde çalışan ise 12 kişi (% 2.5) olarak saptanmıştır. Ölmeden önce gelir getirici bir işte çalışıyor olmanın, ölmeden önce profesyonel yardım almayı etkileyip etkilemediği sorgulandığında ise anlamlı fark bulunamamıştır ( $\chi^2$ : 2,128 p: 0,145). Ölenlerin mesleklerine göre dağılımı Tablo 42’de, ölmeden önce çalışma durumları Tablo 43’de ve gelir getirici işte çalışma durumunun profesyonel yardım alınmasına göre dağılımı da Tablo 44’de verilmiştir.

**Tablo 42. Keşan’da, ölenlerin mesleklerine göre dağılımı, 2011**

Meslekler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ev hanımı	194	40.8
Emekli	142	29.8
Öğrenci	3	0.6
Çocuk	6	1.3
Diğer	131	27.3
<b>Toplam</b>	<b>476</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 43. Keşan’da, ölenlerin ölmeden önce bir işte çalışma durumları, 2011**

Çalışma durumu	Sayı (n)	Yüzde* (%)
Kendi hesabına çalışıyor	48	10.1
Maaşlı (ücretli ) çalışıyor	12	2.5
Yevmiyeli (mevsimlik) işçi	4	0.8
İşveren	7	1.5
Ölmeden önce Çalışmıyor	405	85.1
<b>Toplam</b>	<b>476</b>	<b>100</b>

\*Tüm ölümlerdeki pay

**Tablo 44. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın çalışma durumuna göre dağılımı**

Çalışma durumu	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışıyor /gelir getiriyor	43	17.7	30	12.9	73	15.3
Çalışmıyor /gelir getirmiyor	200	82.3	203	87.1	403	84.7
<b>Toplam</b>	243	100.0	233	100.0	476	100.0

Ölenlerin son aldığı sağlık hizmetinden, yakınlarının etkilenme durumları incelendiğinde 8’inin (% 1.7) sağlık harcamalarını karşılamak için sahip oldukları eşyayı sattıkları tespit edilmiştir. Aynı durum Roman kökenli ölümlerde yakınları için incelendiğinde ise, sağlık harcamasından hiç etkilenmedim diyenlerin oranı, romanlarda % 14.3 iken roman olmayanlarda % 44.8’dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2$ : 18.947 p: 0,000). Bu durum Tablo 45’de net olarak görülmektedir.

**Tablo 45. Keşan’da, ölen için son alınan sağlık hizmetinden etkilenme durumunun Roman ve Roman olmayanlarda dağılımı, 2011**

Son alınan sağlık hizmetinden etkilenme durumu	Roman		Roman olmayan		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç etkilenmeme	8	14.3	188	45.0	196	41.2
Biraz etkilenme bazı harcamaları erteleme	21	37.5	145	34.7	166	34.9
Çok etkilenme bazı harcamaları iptal etme	25	44.6	64	15.3	89	18.7
Borçlanmak zorunda kalma	2	3.6	13	3.1	15	3.2
Eşya- mal- mülk satmak zorunda kalma	0	0	8	1.9	8	1.7
<b>Toplam</b>	56	100	418	100	474	99.6*

\*2 kayıt bilinmeyen (0.4)

Kanser türlerinden ölümlerin dağılımı incelendiğinde ilk sırayı akciğer kanserinin (31 kişi) içinde bulunduğu solunum organları ve intratorasik organ neoplazmları (33- % 37) oluşturduğu saptanmıştır. Kansere özel ölüm hızı % 1.1 olarak hesaplanmıştır. Ölümlerin kanser türlerine göre dağılımı Tablo 46’da görülmektedir.

**Tablo 46. Keşan’da, kanser ölümlerinin ICD-10 tanı gruplarına göre dağılımı, 2011**

ICD-10 Tanı Grupları		Sayı (n)	Yüzde (%)
Solunum organları ve İntratorasik organlar	C30-C39	33	37
Sindirim organları	C15-C26	29	32.6
Lenfoid,hematopoetik ve ilgili dokuların primer veya primer olduğu tahmin edilen	C81-C96	8	9
İdrar yolu	C64-C68	4	4.5
Erkek genital organları	C60-C63	3	3.3
Göz –beyin ve merkezi sinir sistemi diğer kısımları	C69-C72	3	3.3
Sınırları belirsiz sekonder ve tanımlanmamış yerlerin malign neoplazmı	C76-C80	3	3.3
Meme	C50	2	2.3
Kadın genital organları	C51-C58	2	2.3
Deri	C43-C44	1	1.2
Mezotelyome	C45-C49	1	1.2
<b>Toplam</b>		<b>89</b>	<b>100.0</b>

Tablo 47’de görüldüğü gibi kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarından meydana gelen ölümlerin dağılımı değerlendirildiğinde birinci sırada 47 ölüm ile (% 31.6) kalp hastalıklarının diğer şekilleri, ikinci sırada ise serebrovasküler hastalıklar ( 46 ölüm, % 30.9) gelmektedir. Dolaşım sistemi hastalıklarına özel ölüm hızı ise % 1.8’dir.

**Tablo 47. Keşan’da, dolaşım sistemi hastalıkları ile ilişkili ölümlerin ICD- 10 tanı gruplarına göre dağılımı, 2011**

ICD-10 Tanı Grupları		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kalp hastalıklarının diğer şekilleri	I30- I52	47	31.6
Serebrovasküler hastalıklar	I60- I69	46	30.9
Hipertansif hastalıklar	I10- I15	27	18.1
İskemik kalp hastalıkları	I20- I25	24	16
Akciğer kalp hastalığı ve akciğer dolaşım hastalıkları	I26- I28	3	2
Kronik romatizmal kalp hastalıkları	I05- I09	2	1.3
Arter, arteriyol ve kapiller hastalıkları	I70- I79	1	0.7
<b>Toplam</b>		<b>150</b>	<b>100.6</b>

Keşan’da bir yaş altı bebek ölümü sayısı 5 olup, bu ölümlerin 3’ünün erken neonatal dönemde, 2’sinin postneonatal dönemde meydana geldiği tespit edilmiştir. Bunlardan biri adli ölümdür. Buna göre BÖH % 5.4 olarak hesaplanmıştır. Bebek ölümlerinden biri adli ölüm olarak kayıtlara geçmiştir. Ölüm türüne ve nedenlerine göre bebek ölümleri Tablo 48’de görülmektedir.

**Tablo 48. Keşan’da, nedenlerine göre bebek ölümleri, 2011**

<b>Bebek ölüm nedenleri</b>	<b>Sayı (n)</b>
Solunum yetmezliği	1
Yetersiz tanımlanmış ve bilinmeyen ölüm nedenleri	1
Fetüs ve amnion boşluğu ve olası doğum problemleriyle ilgili anne bakımı	1
Eylem ve doğum komplikasyonları	2
<b>Toplam</b>	<b>5</b>

Bebek ölümleri ikamet yerlerine göre incelendiğinde tümünün Keşan ilçe merkezi ikametli olduğu, 4’ünün Roman’ların çoğunlukta olduğu mahallelerde yaşadığı, 1’inin de evinin gecekondu olduğu tespit edilmiştir. Bebek ölümlerinden 2’si evde, 3’ü hastanede meydana gelmiş, yalnızca 2 bebeğin cinsiyet bilgilerine ulaşılmıştır. Ölen bebeklerin ailelerinin sosyal güvenceleri değerlendirildiğinde 2’sinin SSK’lı, 3’ünün yeşil kartlı olduğu, babalarının meslekleri incelendiğinde ise 2’sinin hamal, 2’sinin de ağır işçi olarak çalıştıkları tespit edilmiştir. Aile hekimliği kayıtlarından ölen bebeklerin annelerinden ikisinin kaydına ulaşılabilmiş ve gebelik öncesi kontrollere geldikleri tespit edilmiştir.

Oyun çocukluğu döneminde (1- 4 yaş) 1 ölüm belirlenmiş, 1- 4 yaş ölüm hızı ‰ 0.3 olarak hesaplanmıştır. 1- 4 yaş grubu ölümleri, tüm ölümlerin ‰ 0.2’sini oluşturmaktadır. 1- 4 yaş çocuk ölümünün nedeni serebral palsy, yerleşim yeri Keşan merkez, ölümün olduğu yer Trakya Üniversitesi Hastanesi ve cinsiyeti erkek olarak tespit edilmiştir. Beş yaş altı orantılı ölüm hızı ‰ 1.2 olarak hesaplanmıştır.

Anne ölümlülüğü değerlendirildiğinde, Keşan’da doğum sırasında kalp yetmezliği temel nedenli 1 anne ölümü gerçekleşmiş, ana ölüm hızı 100.000’de 108.2 olarak hesaplanmıştır.

65 yaş öncesinde meydana gelen ölümler prematür ölümler olarak değerlendirilmiş ve prematür ölüm sayısı 124 kişi (%26.1) olarak bulunmuştur. Prematür ölüm nedenleri arasında ilk sırayı kanser türleri (% 32.3), ikinci sırayı dolaşım sistemi hastalıkları (% 22.6) almaktadır. Prematür ölümlerin nedenlerine göre dağılımı Tablo 49’da görülmektedir.



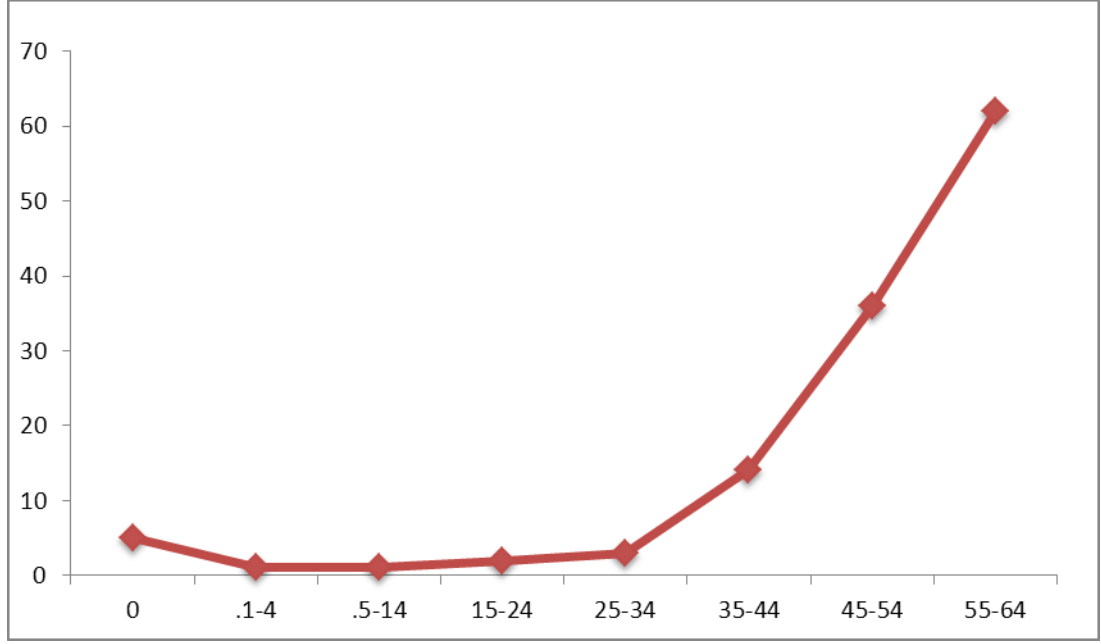
**Tablo 49. Keşan’da, prematür ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına göre dağılımı, 2011**

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD 10 Kodu	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kanserler</b>	C00-D48	40	32.3
<b>Dolaşım sistemi hastalıkları</b>	I00-I99	28	22.6
<b>Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış</b>	R00-R99	22	17.7
<b>Hastalık ve ölümün dış sebepleri</b>	V01-Y98	11	8.9
<b>Solunum sistemi hastalıkları</b>	J00-J99	7	5.6
<b>Sinir sistemi hastalıkları</b>	G00-G99	4	3.2
<b>Gebelik , doğum ve lohusalık</b>	O00-O99	3	2.4
<b>Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları</b>	E00-E90	3	2.4
<b>Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları</b>	S00-T99	2	1.6
<b>Genitoüriner sistem hastalıkları</b>	N00-N99	2	1.6
<b>Sindirim sistemi hastalıkları</b>	K00-K93	2	1.6
<b>TOPLAM</b>		124	100.0

Keşan 2011 yılı 65 yaş altı erkek nüfusu 37.664, kadın nüfusu 33.837 kişidir. 65 yaş altı 124 ölümün 90’ının erkek (% 72.6) olduğu tespit edilmiştir. En çok ölüm (% 50) 55- 64 yaş grubunda görülmektedir. Prematür ölümlerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 50’de ve yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 17’de görülmektedir.

**Tablo 50. Keşan’da, prematür ölümlerin cinsiyete göre dağılımı, 2011**

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Erkek</b>	90	72.6
<b>Kadın</b>	31	25.0
<b>Bilinmeyen</b>	3	2.4
<b>Toplam</b>	124	100.0



**Şekil 17. Keşan'da, prematür ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı, 2011**

Prematür ölümler, ölümün olduğu yere göre incelendiğinde 53 (% 42.7) ölümün evde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Ölümün prematür olup olmasının, ölmeye önce profesyonel sağlık yardımı almada etken olup olmadığına ilişkin değerlendirme yapıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ( $\chi^2$ : 2,545 p: 0,111). Prematür ölümlerin, ölümün olduğu yere göre dağılımı Tablo 51'de, ölümün maturasyonuna göre profesyonel yardım alma durumu da Tablo 52'de görülmektedir.

**Tablo 51. Keşan'da, prematür ölümlerin, ölümün olduğu yere göre dağılımı, 2011**

Ölümün olduğu yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ev	53	42.7
D.H	19	15.3
Ünv. Hst.	23	18.5
Amb.	3	2.4
Ö.H.	11	8.9
Diğer	15	12.1
<b>Toplam</b>	<b>124</b>	<b>99.9</b>

**Tablo 52. Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın ölümün prematür oluşa göre dağılımı, 2011**

Ölümün Maturasyonu	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Prematur ölüm	72	29.6	54	23.2	126	26.5
Premature değil	171	70.4	179	76.8	350	73.5
<b>Toplam</b>	243	100	233	100	476	100

Prematür ölümlerden 69’u (%55.6) göçmen, 27’si (% 21.8) Türk ve 26’sı (%21.0) roman kökenlidir. Prematür ölümlerin kökenlerine göre dağılımı Tablo 53’de görülmektedir.

**Tablo 53. Keşan’da, prematür ölümlerin kökenlerine göre dağılımı, 2011**

Köken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Türk	27	21.8
Roman	26	21.0
Göçmen	69	55.6
Laz	1	0.8
Kürt	1	0.8
<b>Toplam</b>	124	100

Potansiyel yaşam yılı kaybının kökene göre dağılımı Tablo 54’de değerlendirildiğinde, romanlar için 580 yıl (26 kişi), roman olmayanlar için 1296 yıl (98 kişi) olarak hesaplanmıştır. Roman olanlar ile roman olmayanların PYYK’larının ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (t değeri 10.62, p= 0.000).

**Tablo 54. Potansiyel yaşam yılı kaybının romanlara ve roman olmayanlara göre dağılımı, 2011**

Köken	Ölen sayısı	Toplam PYYK (yıl)	Ortalama PYYK
Roman	26	580	22.31 ± 4.72
Roman olmayan	98	1296	13.22 ± 3.63

PYYK: Potansiyel yaşam yılı kaybı.

Prematür ölümlere bağlı en çok yaşam yılı kaybının 1159 yıl ile erkeklerde olduğu tespit edilmiştir. Tablo 55’de görüldüğü gibi kanser türlerine bağlı ölümler, kadınlarda 155 yıl, erkeklerde 260 yıl potansiyel kayba neden olmuştur. 65 yaş altı nüfus sayısı ile (71.501 kişi) 1876 yıl potansiyel kaybın 100.000’e orantılanması ile bulunan kaybedilen toplam yaşam yılı 2623.74 olarak bulunmuştur. Kaybedilen toplam yaşam yıllarının cinsiyete dağılımı Tablo 56’da görülmektedir.

**Tablo 55. Keşan’da, prematür ölümlere bağlı potansiyel yaşam yılı kaybı, cinsiyete ve ICD- 10 tanı gruplarına göre dağılımı, 2011**

ICD 10 Ana Tanı Grupları	Kodlar	Sayı (n)	Yüzde (%)	PYYK	PYYK Kadın	PYYK Erkek
<b>Kanserler</b>	C00-D48	40	32.3	415	155	260
<b>Dolaşım sistemi hastalıkları</b>	I00-I99	28	22.6	338	80	258
<b>Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış</b>	R00-R99	22	17.7	323	143	180
<b>Hastalık ve ölümün dış sebepleri</b>	V01-Y98	11	8.9	287	45	242
<b>Solunum sistemi hastalıkları</b>	J00-J99	7	5.6	135	65	70
<b>Sinir sistemi hastalıkları</b>	G00-G99	4	3.2	92	22	70
<b>Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları</b>	E00-E90	3	2.4	29	12	17
<b>Gebelik , doğum ve lohusalık</b>	O00-O99	3	2.4	195		195
<b>Sindirim sistemi hastalıkları</b>	K00-K99	2	1.6	40		40
<b>Genitoüriner sistem hastalıkları</b>	N00-N99	2	1.6	14		14
<b>Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları</b>	S00-T99	2	1.6	8		8
<b>Toplam</b>		124	99.9	1876	522	1159

PYYK: Potansiyel yaşam yılı kaybı.

**Tablo 56. Keşan’da, prematüre ölümlere bağlı toplam potansiyel yaşam yılı kaybı ve cinsiyete göre dağılımı, 2011**

Erkek	Kadın	Toplam Nüfus	Kaybedilen yaşam yılı (yıl)	Kaybedilen toplam yaşam yılı (100.000’de)	Erkeklerde kaybedilen yaşam yılı (100.000’de)	Kadınlarda kaybedilen yaşam yılı (100.000’de)
41371	38639	80010	1876	2623.74	3077.2	1542.67

Prematür ölümlerin 17’sinin (% 13.7) adli, 107’sinin (% 86.3) tıbbi ölüm olduğu, prematür ölümlerin 71’inin ilçe merkezinde (%57.3) ikamet edenlerde, 53’ünün (% 42.7)

kırsal alanda ikamet edenlerde meydana geldiği tespit edilmiştir. Tablo 57’de prematür ölümlerin cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı görülmektedir.

**Tablo 57. Keşan’da, prematür ölümlerin cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2011**

Cinsiyet	Kır		Kent		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Erkek</b>	39	73.6	51	75.0	90	74.4
<b>Kadın</b>	14	26.4	17	25.0	31	25.6
<b>Toplam</b>	53	100.0	68*	100.0	121*	100.0

\*3 cinsiyet bilinmeyen

Prematür ölümlerde kişinin gelir getirici bir işte çalışma durumuna bakıldığında prematür ölümlerin % 41.1’inin çalıştığı Tablo 58’de görülmektedir.

**Tablo 58. Keşan’da, Prematür ölümlerin ölmeden önce gelir getirici bir işte çalışma durumları, 2011**

Çalışma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kendi hesabına çalışıyor</b>	32	25.8
<b>Maaşlı (ücretli ) çalışıyor</b>	12	9.7
<b>Yevmiyeli (mevsimlik) işçi</b>	2	1.6
<b>İşveren</b>	5	4.0
<b>Ölmeden önce Çalışmıyor</b>	73	58.9
<b>Toplam</b>	124	100.0

Prematür ölümlerde gelir getirici bir işte çalışmanın, ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı almayı etkileyip etkilemediği değerlendirildiğinde, profesyonel yardım alanların %48.6’sının gelir getirici bir işte çalıştığı, profesyonel yardım almayanların %64.8’inin ölmeden önce çalışmadığı tespit edilmiştir. Tablo 59’da bu durum görülmektedir.

**Tablo 59. Keşan’da, prematür ölümlerde ölmeden önce profesyonel yardım almanın çalışma durumuna göre dağılımı, 2011**

Çalışma durumu	Profesyonel Yardım Aldı		Profesyonel Yardım Almadı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Çalışıyor /gelir getiriyor</b>	34	48.6	19	35.2	53	42.7
<b>Çalışmıyor /gelir getirmiyor</b>	36	51.4	35	64.8	71	57.3
<b>Toplam</b>	70	100.0	54	100.0	124	100.0

Ölümleri yaş grupları ve yerleşim yerine göre incelediğimizde, 35-44 yaş grubu ölümlerin % 64.3'ünün kentsel alanda, % 35.7'sinin kırsal alanda meydana geldiği Tablo 60'da görülmektedir.

**Tablo 60. Keşan'da ölümlerin yaş gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2011**

Yerleşim yeri		0 yaş	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Toplam
<b>Kırsal</b>	Sayı (%)	0	0	1 (100.0)	1 (50.0)	0	5 (35.7)	16 (44.4)	30 (48.4)	49 (47.6)	88 (58.3)	53 (54.1)	243 (51.1)
<b>Kentsel</b>	Sayı (%)	5 (100.0)	1 (100.0)	0	1 (50.0)	3 (100.0)	9 (64.3)	20 (55.6)	32 (51.6)	54 (52.4)	63 (41.7)	45 (45.9)	233 (48.9)
<b>Toplam</b>	Sayı (%)	5 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	2 (100.0)	3 (100.0)	14 (100.0)	36 (100.0)	62 (100.0)	103 (100.0)	151 (100.0)	98 (100.0)	476 (100.0)

“Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflanmamış” grubunda yer alan 148 ölüm verisini çıkardığımızda, geriye kalan olguların ICD- 10 ana tanı gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı Tablo 61’de görülmektedir.

**Tablo 61. Ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı**

ICD-10 Ana Tanı Grupları	ICD 10 Kodu	Kır	Kent	Toplam
<b>Dolaşım sistemi hastalıkları</b>	I00-I99	48 (42.2)	102 (47.7)	150 (45.8)
<b>Kanserler</b>	C00-D48	29 (25.5)	60 (28.3)	89 (27.3)
<b>Solunum sistemi hastalıkları</b>	J00-J99	14 (12.3)	13 (6.3)	27 (8.4)
<b>Hastalık ve ölümün dış sebepleri</b>	V01-Y98	10 (8.8)	7 (3.4)	17 (5.3)
<b>Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları</b>	E00-E90	3 (2.6)	12 (5.8)	15 (4.6)
<b>Genitoüriner sistem hastalıkları</b>	N00-N99	2 (1.7)	8 (3.9)	10 (3.1)
<b>Sinir sistemi hastalıkları</b>	G00-G99	4 (3.5)	4 (1.9)	8 (2.5)
<b>Sindirim sistemi hastalıkları</b>	K00-K93	1 (0.8)	4 (1.9)	5 (1.6)
<b>Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları</b>	S00-T99	3 (2.6)	0	3 (1.0)
<b>Enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar</b>	A00-B99	0	1 (0.7)	1 (0.4)
<b>TOPLAM</b>		114 (100.0)	214 (100.0)	328 (100.0)

## TARTIŞMA

Ölüm bildirimlerinin eksik olması, geç bildirimlere, bu işi bir yük olarak gören köy muhtarlarının yılda az sayıda düzenlediği formların nasıl doldurulacağını unutmalarına bağlanabilir. Köy muhtarlarının birçoğu bilgisayar kullanmayı bilmemekte, ölüm kaydı için ilçe merkezinde bulunan muhtarlar derneğine gelip, işlerini buradaki görevli ile yürütmektedirler.

Ölümlerin tümünün sağlık personeli tarafından kayıt altına alınmasını sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı ölüm bildirim sistemini 2012 yılı son çeyreğinde yenilemiş, muhtarlardan defin belgesi verme yetkisini almıştır. Köyde ölüm gerçekleştiğinde, internet bağlantılı bilgisayar, yazıcı ve şoförlü araç desteğine sahip olan hekim, köydeki ölümlerin bildirimini düzenleyecektir. Bu yapılan değişikliğin, güvenilir istatistik elde etmeye katkısı olup olmayacağı daha sonraki çalışmalarla açığa çıkacaktır.

Keşan İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde 399 ölüm kaydı bulunmaktadır. Ölümlerin bir kısmının kayıtlara yansımadağı (% 16.2) görülmektedir. Isparta'da 2002 yılında yapılan bir araştırmada kentsel bölgede meydana gelen ölümlerin % 29.8'inin sağlık müdürlüğü kayıtlarına yansımadağı belirlenmiştir (37). Gemlik'te 1999 yılında kırsal alanda yapılan bir çalışmada da, ölümlerin % 66.7'sinin sağlık grup başkanlığı kayıtlarında olmadığı tespit edilmiştir (67). Bulgularımıza göre Keşan'da ölümler Isparta ve Gemlik'ten daha çok kayıt altındadır. Bu durum kayıtlar üzerinden yapacağımız değerlendirme için güçlülük kaynağıdır.

Ölüm kayıtlarındaki bir diğler sorun ölüm nedeni konusundadır. Araştırma kapsamındaki ölüm kayıtlarında yazılı olan ölüm nedenlerinin 116'sında (% 24.4) DSÖ tarafından belirlenen hastalık ve temel ölüm nedenleri sınıflamasına girmeyen kardiyak arrest

ve pulmoner arrest gibi nedenler yazmaktadır. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde 1998 yılında yapılan bir çalışmada ölüm nedenlerinin % 52.55'inin aslında temel neden olmayan kardiyopulmoner arrest şeklinde yazıldığı tespit edilmiştir (39).

İnandı ve ark. doğu bölgesinde bir üniversite hastanesinde yaptıkları bir çalışmada konulan tanılarının bir kısmının ölüm nedeni olamayacak türden olduğu görülmüştür (68). Hekimlerin defin ruhsatı düzenlemeleri ile ilgili yapılan bir çalışmaya göre, ölüm nedeni olarak hekimlerin % 51.1'i ölüme neden olan asıl tanı yazılmalı derken, % 48.9'u arrest tanısının yazılması gerektiğini belirtmişlerdir. Defin ruhsatının düzenlenme nedenini ise hekimlerin % 89.1'i ölüyü gömmek, % 10.1'i ise ölüyü gömmek ve beraberinde istatistiksel veriler elde etmek olarak gördüklerini belirtmişlerdir (69). Hekimlerin çoğu ölümün nedenini "son neden" olarak görmektedirler. Bu yanlışlığı çözmek, sağlık bilgi sistemi içinde görev yapan tüm çalışanların eğitilmesi ile ölümün "temel, ara, son neden" kavramları üzerinde yoğunlaşılması ile mümkündür.

Adnan Menderes Hastanesinde yapılan ölüm nedenleri çalışmasında 2008 yılında erişkinlerde 72 (% 36.4) ve çocuklarda 19 (% 65.5) olmak üzere tüm ölümlerin 91'i (% 40.1) "kardiyak arrest/ kardiyopulmoner arrest" olarak bildirilmiştir (23). Yine defin ruhsatlarında yazan ölüm nedenlerinin incelendiği bir araştırmada, 166 (% 52) olgunun kardiyopulmoner arrest ile birinci sırayı aldığı belirlenmiştir (70). Bulgularımıza göre ölüm nedenleri yazımında Keşan için saptadığımız görece iyilik halinin atıfta bulunulan çalışmaların üzerinden geçen sürenin de göz önüne alınması ile dikkatle değerlendirilmesi gerekir.

Keşan için KÖH % 5.9 olarak hesaplanmıştır. KÖH erkeklerde % 6.5, kadınlarda ise % 5.1'dir. TÜİK tarafından 2012'de yayınlanan ölüm istatistiklerine göre ise Türkiye 2011 yılı KÖH % 5.1'dir. Türkiye'de ölümlere ilişkin en önemli veri kaynağı olan TÜİK ölüm istatistiklerinin sürekli güncellenerek rakamların değiştirilmesi, eksik ve yanlış yapılan ölüm bildirimlerine bağlanabilir. Araştırmamızda Nüfus Müdürlüğü'nün, mezarlık kayıtlarının ve diğer kurumlardan gelen kayıtlar ile TÜİK verilerinin birbirini tutmaması, Keşan dışında ölümün gerçekleşmesi fakat belgenin sadece mezarlığa ulaştırılması gibi nedenlerle olasıdır.

Edirne'de 2004 yılında ölümlerin değerlendirildiği bir tez çalışmasında, Türkiye KÖH % 6.2 iken, daha sonra tescil ettirilen ölümler nedeniyle bilgilerin güncellendiği KÖH'nın % 6.4 olarak değiştirildiği, Edirne Merkez İlçe Nüfus Müdürlüğü'nde de 2004 yılında tescil edilen 606 ölümden 13'ünün aslında 2003 yılı ölümlerine ait olduğu tespit edilmiştir (71). Bizim çalışmamızda da 2012 yılında 2011 yılına ait 5 tescil, 2011 yılında da geçmiş yıllara ait 19 tescil tespit edilmiştir. Bir ölüm gerçekleştiğinde en geç on gün içerisinde Nüfus



Müdürlüğü'ne bildirim zorunluluğu olduğu halde gecikmeli tescillerin olması düşündürücüdür.

Ölenlerin % 57.4'ü erkek, % 42'si kadındır. Yapılan bir çok çalışmada mortalitenin erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Cinsiyetteki bu farklılık biyolojik, çevresel ya da sosyokültürel faktörlerden kaynaklanmış olabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 yılı verilerine göre Türkiye'de ölenlerin % 54.9'u erkek, % 45.1'i kadındır. 2011 TÜİK verilerine göre Keşan ilçesinde erkek ölümlülüğü % 57.6'dır. Bu oranlar bizim sonuçlarımızla benzerdir (63).

Keşan ilçesine ait ölümlerin yaş dağılımına bakıldığında, 5 yaş altı ölümler tüm ölümlerin % 1.3'ünü oluşturmaktadır. Ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, en çok ölüm 75 yaş ve üzerinde gerçekleşmiştir. 2008 TÜİK ölüm istatistikleri yaş gruplarına göre ölüm oranlarında da en fazla ölüm 75 yaş ve üzerinde gerçekleşmiştir (72). Bursa'da 2003 yılında yapılan bir çalışmada yaş gruplarına göre ölüm oranına bakıldığında ölümlerin % 45.4'ü 65 yaş ve üzerindedir (73). Ölümlerin yaş grubuna dağılım örüntüsündeki bu benzerlik olumlu değerlendirilmelidir.

Araştırmamızda ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımlarını, DSÖ'nün ölüm raporu verileri ile karşılaştırdığımızda, bizim bulgularımızın gelişmiş bölgelerin 1980- 85 periyodu ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. 15-60 yaş grubundaki yetişkin ölümleri hızı, cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde 15-60 yaş arasında 1000 nüfus başına 2.1 ölüm, kadınlarda ise 1.0 ölüm hesaplanmıştır. Bu oranlar yine aynı raporda 2010- 2015 yılları için bölgelere göre tahmin edilen 1000 nüfus başına yetişkin ölümlülüğü ile karşılaştırıldığında Güney Avrupa ve Güney Amerika Bölgeleri ile benzerlik göstermektedir (2).

Araştırmamızda ölüm nedenleri incelendiğinde, “kalp hastalıkları” birinci, “semptomlar başka yerde sınıflanmamış haller” ikinci, “kanserler” üçüncü, “solunum sistemi hastalıkları” dördüncü ve “dış sebepler” beşinci ölüm nedenidir (Tablo 23 ). Isparta'da 2002 yılında yapılan ölümlerin değerlendirilmesi çalışmasında ise bu sıralama, kalp hastalıkları, kanserler, serebro vasküler hastalık (SVH), motorlu taşıt kazaları ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) şeklindedir (37). Atıfta bulunulan çalışmada ilk 5 neden içinde semptomlar ve iyi tanımlanamayan durumların yer almaması dikkat çekicidir.

2008 yılı TÜİK verileri incelendiğinde ölümlerin nedenlerine göre dağılımında ilk beş hastalığın sıralaması; kalp hastalıkları, kanserler, semptomlar iyi tanımlanamayan durumlar, SVH ve bütün diğer hastalıklar ile kazalar şeklindedir (72). Dünya'da, 2011 yılında oluşan ölümlerin birinci sıradaki nedeni iskemik kalp hastalıkları, ikinci inme, üçüncü alt solunum

yolu enfeksiyonları, dördüncü KOAH ve beşinci sırada ishaller hastalıklardır (74). Ülkemizde de ICD kodlamaları kullanıldığı halde ilk beş ölüm nedeninin farklı olması, bizim kodlamalarımızın güvenilirliğini sorgulamalıdır. Her çalışmada muhakkak karşımıza çıkan “semptomlar, tanımlanamayan durumlar”, binlerce veri bildirimini neticesinde düzenlenen küresel ilk beş ölüm nedeni içerisinde bile bulunmamaktadır.

Ölüm nedenlerinin cinsiyete dağılımına bakıldığında, erkek ölümlerinin de kadın ölümlerinin de birinci sebebi dolaşım sistemi hastalıklarıdır (Tablo 24). Bizim bulgularımız ile TÜİK'in ölümler ile ilgili genel açıklamasında yer alan sıralama benzerdir. En çok öldüren ikinci hastalık sıralamasına bakıldığında, kadın ve erkek için farklı hastalık görülmektedir. 23 Kadın kanserden hayatını kaybederken, erkeklerde 66 kişi kanserden yaşamını yitirmiştir. Edirne'de 2008 yılında yapılan ölümlülük araştırmasında nefes borusu, trakea, bronşlar ve akciğerlerin habis ularlarından yaşamını yitiren 69 kişiden 44'ü erkektir (71). Kanser nedeni erkek ölümlerinin kadınlardan fazla sayıda olmasını, tütün kullanımına bağlayabiliriz. Çünkü kansere bağlı ölümlerin tanılarına göre dağılımında ilk sırayı solunum organlarının habis uları almaktadır.

Ölüm nedenlerinin, Global Health Estimates (GHE) sınıflamasına göre dağılımında (Şekil 12) , bizim verilerimiz Doğu Avrupa Bölgesi verileri ile benzerlik göstermektedir. Küresel verilere baktığımızda bulaşıcı hastalıklar oranı küresel verilerden daha az, bulaşıcı olmayan hastalıklar oranı daha fazla, yaralanmalar ise yine fazladır (75).

Keşan'da kırsal alana özel ölüm hızı ‰ 10.6, kentsel alana özel ölüm hızı ‰ 4 olarak tespit edilmiştir (Tablo 26). Bu 1000 nüfus başına düşen kırsal alandaki ölümün, kentsel alandaki ölümden 2.5 kat fazla olması demektir. Manisa Soma'da ölümlerin değerlendirildiği bir çalışmada 2005 yılı kente özel KÖH ‰ 3.4, kırsal alana özel KÖH ise ‰ 3.1 olarak hesaplanmıştır (76). Türkiye için 2008 yılı kırsal alana özel ölüm hızı ‰ 2.2 iken, kente özel ölüm hızı ‰ 4'tür (72). Ölümlerin Kır-kent dağılımı açısından, bulgularımız farklı bir örüntü göstermektedir, olası nedenlerine yönelik araştırmalara gereksinim vardır.

Ölümlerin olduğu yere bakıldığında Keşan'da evde (Tablo 28) ölüm oranı % 63.2'dir. Edirne'de yapılan ölümlülük çalışmasında evde ölüm oranı 2004 yılında % 56.8, 2008 yılında % 53.5'tir (71). Isparta'da yapılan çalışmada 2002 yılında il merkezinde ev ölümlülük oranı % 54.7'dir (37). Kayseri İli Hacılar İlçesinde yürütülen bir çalışmada, ölümlerin meydana geldiği kuruluşlar incelendiğinde hastanelerde olan ölümlerin tüm ölümlerin onda birini oluşturduğu ( % 11.0) ve yıllara göre fazla değişmediği tespit edilmiştir (77). Bizim bulgularımızda ise 170 ölüm (% 35.8) hastanede gerçekleşmiştir. Diğer % 64.2'lik payı

oluşturan ölümlerin çoğu ileri yaşta ve beklenen ölümler olması, bu ölümlerin çoğunun evde gerçekleşmesinin nedeni olabilir.

Ölümlerin 175'i (% 36.8) bir sağlık kuruluşunda meydana gelmiş, en fazla ölüm Devlet Hastanesi'nde gerçekleşmiştir. Yaş gruplarına göre ölümün olduğu kurumlar incelendiğinde 5 yaş altında Devlet Hastanesi'nin, 35- 54 yaş arasında Üniversite Hastanesi'nin, 65-84 yaş arasında Devlet Hastanesi'nin ve 85 yaş üzeri ölümlerde özel hastanenin ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Tablo 29). 85 yaş üzeri özel hastane ölümlerini, Devlet Hastanesi'nde anne-babasının hastalığına çare bulamayan ve ekonomik durumları iyi olan hasta yakınlarının, son çare olarak özel hastaneyi düşünmüş olmalarına bağlayabiliriz.

Ölüm raporu veren kurumların dağılımına bakıldığında ise 5 yaş altında Devlet Hastanesi'nin, 35- 74 yaş arasında ve 85 yaş üzerinde aile hekimlerinin, 75- 84 yaş arasında ise köy muhtarlıklarının birinci sırada olduğu tespit edilmiştir (Tablo 30). Isparta ölümlülük çalışmasında ise yaş gruplarına göre ölüm raporu veren kurumlar incelendiğinde 5 yaş altında ve 44- 59 yaş grubunda tıp fakültesi, 5- 44 yaş arasında adli kurumlar ve 60 yaş üzerinde ise bizim çalışmamızla benzer durum olan sağlık ocakları tarafından verilen raporlar ilk sırada yer almaktadır (37). Beklenmedik ölümlerin raporlarının hastaneler tarafından verilmesi beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Ölümlerin 243'ü (% 50.7) ölmeden önceki son 24 saat içinde profesyonel sağlık yardımı almıştır. Yerleşim yerine göre dağılımına bakıldığında ise kentte yaşayanlarda, kırdaki yaşayanlara göre profesyonel sağlık yardımı alma oranı istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur (Tablo 35 ) (  $\chi^2$ : 24.621 p: 0.000). Bu durum, İlçe merkezinde bulunan hastanelere 40 dakikaya kadar uzaklıkta köylerin bulunmasına bağlanabilir. Diğer bir açıklama kırsal alanda yaşlı nüfusun fazla olması, yakınlarının ölümlerini doğal ve beklendiği karşılamaları yönünde olabilir. Alınan profesyonel sağlık yardımını cinsiyete göre değerlendirdiğimizde ise kadın ve erkek ölümlülüğü arasında anlamlı fark (  $\chi^2$  : 1.41 p: 0.308) yoktur (Tablo 36). Edirne ölümlülük çalışmasında ise 2004 yılında ölen erkeklerden % 54.3'ü, kadınlardan ise % 61'i ölmeden önce profesyonel sağlık yardımı almamıştır. 2008 yılında ise ölen erkeklerden % 48'i, kadınlardan % 59'u profesyonel sağlık yardımı almamıştır. Profesyonel yardım alma yönünden kadınlardaki dezavantaj istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (71). Kadınlar erkeklere göre daha çok evde ölmektedirler.

Araştırma kapsamındaki ölümlerin % 5'inin adli ölüm olduğu saptanmıştır (Tablo 33). Adli ölüm nedenlerinde % 25 ile trafik kazaları birinci sıradadır. Adnan Menderes Üniversite

Hastanesi'nde yapılan ölümlülük çalışmasında ölümlerin % 2.1'i yaralanma ve zehirlenmelerden, % 0.4'ü hastalık ve ölümün dış sebeplerinden meydana gelmiştir (23). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bir araştırmada adli olguların ölüm nedenlerinin % 41.7'sinin kardiyopulmoner arrest, % 16.7'sinin ateşli silah yaralanması ve kardiyak arrest, % 16.7'sinin genel vücut travması, % 16.7'sinin beyin içi kanama, % 8.3'ünün de ölü duhul olduğu belirtilmiştir (70). Gazi Üniversitesi Hastanesinde yapılan bir çalışmada trafik kazası sonucu ölüm sayısı 39 (%2.9) olarak bildirilmiştir (78). Adli olgulardaki bu farklılıkları ölümlerin olduğu yerleşim yerlerini düşünerek değerlendirebiliriz. Keşan İlçe olmasına rağmen çok kalabalıktır ve gezilecek bir çok yeri vardır. Gerek ilçe merkezinde gerekse çevre yolundaki yoğun trafik, kazaları da beraberinde getirmektedir.

Kanser türlerinden ölümlerin dağılımına bakıldığında % 34.8'inin akciğer kanseri, % 11.2'sinin pankreas kanseri, % 8.8'inin lenfoid, hematopoetik dokuları tümörleri, % 7.9'unun kolon kanseri, % 6.7'sinin karaciğer ve karaciğer içi safra yollarının habis urları, % 3.4'ünün mide kanseri ve % 27.2'sinin de diğer kanserler olduğu tespit edilmiştir ( Tablo 46). Akar ve ark. kanserlere bağlı ölümlerin bizim çalışmamızla benzerlik göstererek % 23.6'sını akciğer kanseri, %19.8'ini lenfoid ve hematopoetik dokunun tümörleri, % 11.4'ünü beyin tümörleri, % 8.1'ini meme kanseri, % 6.5'ini kolon kanseri, % 4.9'unu pankreas kanseri, % 3.4'erlik eşit dağılımla böbrek, over ve mide kanserleri, % 2.3'ünü mesane kanseri ve % 13.2'sini diğer kanser türlerinin oluşturduğunu belirtmişlerdir (79).

Sağlık istatistikleri yıllığında 2009 yılı hastane ölümlerinin % 15'inden, tüm ölümlerin % 21.12'sinden neoplazmların sorumlu olduğu görülmektedir (20, 80). Bizim çalışmamızda ölümlerin %18.7'si kanser nedenlidir. Türkiye verileriyle yakındır.

Tüm ölümlülük araştırmalarında dolaşım sistemi hastalıkları ölüm nedenlerinde ilk sıradadır. Bizim çalışmamızda kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarından meydana gelen ölümlerin dağılımı (Tablo 47) değerlendirildiğinde birinci sırada (% 31.6) kalp hastalıklarının diğer şekilleri, ikinci sırada serebrovasküler hastalıklar (% 30.9), üçüncü sırada (% 18.1) hipertansif hastalıklar, dördüncü sırada (% 16) iskemik kalp hastalıkları, beşinci sırada (% 2.0) akciğer kalp hastalığı ve akciğer dolaşım hastalıkları, son olarak da (% 2.0) kronik romatizmal kalp hastalıkları ile arter ve arteriyollerin hastalıkları gelmektedir. Akar ve ark. dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin % 27.1'inin kardiyak arrest, %19.8'inin SVH, % 18.8'inin iskemik kalp hastalıkları, % 13.6' sının damar patolojilerine bağlı intrakraniyal kanamalar, % 7'sinin kalp yetmezliği, % 3.8'inin pulmoner tromboemboli, % 1.5'lerinin eşit yüzde ile kardiyomyopati, kapak hastalıkları ve hipertansiyon, % 1.3'ünün mezenter iskemisi,

% 4.1'inin de diğ er dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle meydana geldiğini belirtmişlerdir (79).

Onat ve ark.'nın TEKHARF çalışmasına göre 2011 taramasında ölenlerin % 41.3'ünün koroner hastalık, % 10.9'unun SVH, % 2.2'sinin aort darlığı ve % 2.2'sininde (ani ölüm) iki taraflı dal fibrozu nedeniyle gerçekleştiğini belirtmişlerdir. 1990 yılından bu yana koroner kökenli ölümlerin giderek yavaşça düşme eğilimi gösterdiğine dikkat çekmişlerdir (81). Bizim alışmamızda ise 150 dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümden 24' (% 16) koroner kökenli olup, yadsınamayacak seviyededir.

Araştırma kapsamında 5 bebek ölümü tespit edilmiş, ölen bebeklerin ikisi kız olmakla birlikte nn cinsiyet bilgilerine ulaşılamamıştır. Bebek ölümlerinin 2'si evde 3' devlet hastanesinde gerçekleşmiş, ikamet yerleri olarak Keşan Merkez belirlenmiştir. Keşan'da Roman ailelerinde, ocuk yaşta evlilikler ve gebeliklerin yaşanması, uygun olmayan koşullarda yaşam sürmeleri, yeterli ve dengeli beslenememeleri ölen 5 bebekten 4'ünün Roman vatandaşı olması ile ilişkili olabilir.

Ulusoy lkemizdeki TNSA verilerini incelemiş, 1978 yılından bu yana bebek ölüm hızında büyük dş eğilimi olduğuna dikkat çekmiştir. BH, 1978'de ‰ 176 iken, 2008 yılında ‰ 17'ye düşmüştür. Sağlık sisteminin kalitesini gösteren BH'n düşmesi istenen bir durumdur. Ancak bu göstergelerin güvenilir olması için gebelik ve doğumla ilgili bilgilerin eksiksiz kaydedilmesi gerekmektedir. Keşan İlçe Sağlık Müdürlüğü kayıtlarında canlı doğum sayısı 924 ve 936 olmak üzere iki farklı şekildedir. Hayati istatistiklerle ilgili kayıtlarda tutarsızlıklar göze çarpmaktadır. Bu tutarsızlıklar verilerin güvenilir olmadığını göstermektedir (82).

Aydın'da yapılan bebek ölümlülüğü çalışmasında erken neonatal mortalite hızı ‰ 13.7 olarak tespit edilmiştir. Bebek ölümlerinin zamanına bakıldığında % 43'ünün erken neonatal dönemde, % 14'ünün geç neonatal dönemde, % 43'ünün de post neonatal dönemde meydana geldiği belirtilmiştir. Bebek ölümlerinin % 50.4' erkek, % 46'sı kız bebek olarak belirlenmiş (% 3.6 bilinmeyen), % 61.9'unun kırsal alanda, % 36.7'sinin kentsel alanda meydana geldiği saptanmıştır. Bebek lmleri, yerine göre incelendiğinde % 95'inin ölüm yeri tespit edilmiş olup % 19.4' evde, % 71.9'u hastanede ve % 5'inin de ölüm yerinin bilinmediği şeklinde kayıtlara geçmiştir (83). Bizim bulgularımıza göre BH ‰ 5.4 olarak hesaplanmıştır. Keşan İlçesi BH Türkiye ortalamalarının (‰ 11.7, 2011) altındadır. Erken neonatal mortalite hızı ‰ 3.2, postneonatal mortalite hızı ‰ 2.2 olarak bulunmuştur. Bu göstergeler atıfta bulunan çalışma verilerinden düşüktür.

Bebek ölüm hızı, anne ve babanın eğitim seviyesinden, ekonomik durumdan, kötü çevre koşullarından, aile planlaması hizmet kullanımından, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi daha bir çok faktörden etkilenen, bir toplumun gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli ölçütlerden biridir. Araştırmamızda annelerin yaşına bakıldığında 19- 21'li yaşlarda bebeğini 1 yaşına gelmeden kaybeden anneler görülmüştür. Bu annelerin, gebeliklerini Keşan'ın en olumsuz çevre koşullarının hakim olduğu Karanlıkdere sokakta geçirdikleri öğrenilmiştir. Doğumdan sonraki 7 gün içerisinde meydana gelen ölümlerin altta yatan nedeni perinatal nedenler olarak değerlendirilmektedir. Bebeklerin 3'ü doğdukları gün ölmüşlerdir. 1 tane de ölü doğum tespit edilmiştir.

Gölbaşı merkez ve bağlı köylerinde yapılan bir vaka- kontrol çalışmasına göre 38 bebek ölümü tespit edilmiş, 16'sı erken neonatal dönem, 19'u postneonatal dönem ölümleri olarak belirtilmiştir. Annelerin yaş grupları değerlendirildiğinde 15- 19 yaş grubu kadınlardan 36'sı, 20- 24 yaş grubu kadınlardan da 113'ü 0-1 yaşında bebeği olan annelerdir. Özkan ve ark. göre doğumun sağlık personeli ile yapılması, sağlık kontrollerine gidilmesi, emzirme, annenin doğum sayısı bebek ölümlülüğünü etkilemektedir ( 84). Bizim çalışmamızdaki bebek ölümleri gebelik takiplerini yaptıran ve ASM hizmetlerinden yararlanan fakat sosyo ekonomik düzeyi düşük, yaşam standartları normallerin altında ki ailelerde meydana gelmiştir.

Bebek ölümlerinin nedenlerine bakıldığında (Tablo 48) eylem ve doğum komplikasyonları ( % 40), fetüs ve amnion boşluğu ve olası doğum problemleri ile ilgili anne bakımı (% 20), yetersiz tanımlanmış nedenler (% 20), ve solunum yetmezliği (% 20) tespit edilmiştir. Hatay'da yapılan bir çalışmada BÖH % 13.4 tespit edilmiş, bebek ölümlerinin nedenlerine bakıldığında birinci sırada prematürite, ikinci sırada konjenital anomaliler, ve bunları takip eden konjenital kalp hastalıkları, aspirasyon sendromu, respiratuar distres sendromu, sepsis ve alt solunum yolu enfeksiyonları ( 85).

Korkmaz ve ark.'nın bebek ölümlülüğü çalışmasına göre erken neonatal ölüm hızı 2001 yılında % 14.7, 2002 yılında % 17.4, 2003 yılında % 6.4, 2004 yılında % 6.9, 2005 yılında % 19.4 ve 2006 yılında ise % 17.6 olarak belirtilmiştir (86).

Ölen bebeklerin ailelerinin sosyal güvencelerine bakıldığında 2'si SSK, 1'i BağKur, 3'ü ise yeşil kart sahibidirler. Konya'da yapılan bir çalışmada ise, ölen 444 bebekten % 14'ünün ailesinin sosyal güvencesi olmadığı bildirilmiştir (87). Bebek ölümlülüğü sosyal ve ekonomik özelliklere göre farklılık göstermektedir. Araştırmamızda ki ölen 5 bebeğin

ailesinin sosyal güvencesi var görünmektedir. Fakat her ne kadar yeşil kart sahibi olursa da cebinde parası olmadığı için sağlık hizmeti almada sıkıntı yaşamış olduklarını düşünebiliriz.

Araştırmamızda 1-4 yaş arası ölüm sayısı 1'dir, ölüm hızı % 0.3 olarak hesaplanmıştır. 5 yaş altı ölüm hızı ise % 1.3 olarak bulunmuştur. Türkiye'de 5 yaş altı ölüm hızı 2009 yılında % 17 (20), 2010 yılında % 22 (88), 2011 yılında ise % 11.3 'tür (20). 5 yaş altı ölümün nedeni serebral palsidir, ölüm yeri Üniversite Hastanesi'dir. 5 yaş altı ölümlerin büyük bir kısmını 0 yaş ölümleri oluşturmakta, 12. aydan sonra ölümler azalmaktadır.

Erzurum'da yapılan bir çalışmada, 5 yaş altında meydana gelen 365 ölümden % 34.8'inin 12. aydan sonra meydana gelmesi bu durumu doğrulamaktadır. Ölümlerden % 71.8'i evde, % 28.2'sinin hastanede olması sağlık hizmetlerine erişim hakkında bize fikir verebilir. Bebeklerin ölüm nedenlerine bakıldığında ise sepsis, prematürite, bronkopnömoni, perinatal nedenler, AGE, bulaşıcı hastalıklar, doğumsal anomaliler, diğer nedenler görülmektedir. Bizim 5 yaş altı ölüm nedenimizde bu çalışmada görülen ölümler arasında yer almaktadır (89).

Türkiye'deki çocuk ölümlerinin ise yaklaşık % 42'si kalp hastalıkları ile perinatal mortalitenin diğer nedenlerinden, % 10.2'si meningokok enfeksiyonundan, % 8.2'si doğuştan gelme anomalilerden kaynaklanmaktadır (72).

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasında en çok görülen ölüm nedenleri gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinden kaynaklanan komplikasyonlardır. Anne ölümlülüğü sağlık hizmetleri kalite göstergelerindedir. Birleşmiş Milletler anne ölüm oranlarının azaltılmasını Binyıl Kalkınma Hedeflerinden birisi olarak belirtmiştir. Bizim araştırmamızda anne ölümlülüğü değerlendirildiğinde bir anne ölümü tespit edilmiş, ana ölüm hızı 100.000'de 108.2 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de 1998 yılında (100.000 canlı doğumda) 70 olan anne ölüm oranı, 2009 yılında 18.4'e düşmüştür (80).

Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına göre, gebeliğe bağlı ölümlerin nedenlerine bakıldığında % 58.4'ü doğrudan nedenlerden, % 2.4'ü gebeliğe bağlı ancak bilinmeyen nedenlerden, % 23.2'si tesadüfi ve % 15.8' de dolaylı nedenlerden meydana gelmiştir (90). Bizim çalışmamızda gebelikte meydana gelen yalnızca bir ölümün nedeni "kalp yetmezliği" olarak görünmektedir.

Araştırma kapsamında 65 yaş öncesinde meydana gelen ölümler prematür ölümler (%26.0) olarak değerlendirilmiştir. Prematür ölümlerde % 72.6'sı erkek, % 25'i kadın, % 2.4'ü bilinmeyen olarak tespit edilmiştir (Tablo 50). Prematür ölümlerin % 50'si, 55- 64 yaş

grubundadır. Kazalar, intiharlar gibi prematür mortalite oranlarının artmasını sağlayan dış nedenlerden ölümler daha çok genç yaş gruplarında görülmektedir.

Cinayet ve şiddet olayları 1998 yılında tüm dünyada prematür ölümler ve özürllülüğe bağlı sağlık kayıplarının % 10'unundan sorumlu tutulmuştur (91). Araştırma kapsamındaki prematür ölümlerin % 13.7'sinin adli ölüm olduğu tespit edilmiştir .

Edirne'de yapılan prematür ölüm çalışmasında erken ölümlerin tüm ölümlere oranı 2004 yılında % 34.9, 2008 yılında % 35.5 olarak gözlenmiştir. Bizim araştırmamız sonuçlarından yüksek düzeydedir. Edirne verileri ilçe merkezine ait iken, bizim çalışmamızdaki veriler, yaşlı nüfusun yüksek olduğu bağlı köyleride kapsamaktadır. Prematür ölümlerin yaş gruplarına dağılımına bakıldığında yine bizim çalışmamızdan farklı olarak 2004 yılında en fazla 55-59 yaş grubunda, 2008 yılında da en fazla prematür ölüm 60-64 yaş grubunda gözlenmiştir (%33).

Prematür ölümlerin birinci sıradaki nedeni % 32.3 ile kanserler, ikinci sırada % 22.6 ile dolaşım sistemi hastalıkları, üçüncü sırada % 17.7 ile semptomlar, tanımlanamayan durumlar, dördüncü sırada % 8.9 ile hastalık ve ölümün dış nedenleri, beşinci sırada % 5.6'lık pay ile solunum sistemi hastalıkları ( Tablo 49) yer almaktadır. Edirne çalışmasında ise 2004 yılında prematür ölüm nedenlerinden ilk sırada % 30.5 dolaşım sistemi hastalıkları, 2008 yılında % 31.9 kanserler bulunmaktadır (66).

Prematür ölümlerin % 42.7'si kırsalda gerçekleşmiştir. Edirne çalışmasında ise 2004 yılında prematür ölümlerin % 14.3'ü, 2008 yılında % 8.1'i kırsalda gerçekleşmiştir (66). Keşan ilçesi bağlı köylerinin, merkezdeki hastanelere uzaklığı göz önüne alınırsa ve merkeze en uzak köyün yaklaşık 40 dakika mesafede olduğu düşünülürse kırsaldaki ölümlerin % 42.7'lik payı açıklanabilir. Edirne çalışmasını değerlendirdiğimizde ise Edirne ili ile Keşan ilçesi arasında nüfusun kır kent dağılımında farklılık vardır. Edirne nüfusunun % 91'i merkezde yaşamaktadır. Bu nedenle ölümlerin çoğunun kentte olması doğaldır.

Çoğunlukla etkili ve zamanında tıbbi bakım alınarak önlenebilecek prematür ölümlerin, % 42.7'sinin evde gerçekleşmiş olması düşündürücüdür.

Prematür ölümlere bağlı kaybedilen toplam yaşam yılı sayıları değerlendirildiğinde, en çok yaşam yılı kaybının 1159 yıl ile erkeklerde olduğu görülmüştür. Genç yaşta oluşan ölümlere dikkat çeken PYYK'da dışsal nedenler başlıca ölüm nedenleridir. Edirne çalışmasında erkek PYYK, kadınlardan daha yüksektir. Kadınlarda en önemli PYYK nedeni kanser türleridir (66). Bizim çalışmamızda da her iki cinsiyet için ilk sıradaki PYYK nedeni kanser türleridir. Hırvatistan'da yapılan çalışma sonucunda da toplam PYYK kadınlarda,



erkeklerden daha az bulunmuş, kadınlarda en önemli PYYK nedeninin kanserler olduğu bildirilmiş bizim bulgularımızla benzerlik göstermiştir. Erkeklerde ise ilk sırayı kazalara bağlı ölümlerin aldığı sonucuna ulaşılmıştır (29). Yine İsrail’de yürütülen bir çalışmada da toplam PYYK kadınlarda, erkeklerden daha az bulunmuştur. PYYK nedenleri sıralamasına bakıldığında iskemik kalp hastalıkları, kanserler ve kazalara bağlı ölümlerin eşit oranlarda olduğu tespit edilmiştir (92). Prematür ölüm oranlarının erkeklerde kadınlardan daha yüksek olmasının nedenleri; bu ölümlerin büyük bir kısmının kazaların dahil olduğu dış nedenlerden ve şiddetten, kanserler ve dolaşım sistemi hastalıklarından meydana gelmesidir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamındaki kurumlarda, toplam 499 defin ruhsatı ve MERNİS tutanağı incelenmiş ve toplam 476 ölümün bilgilerine erişilebilmiştir. Köy muhtarlık kayıtları ve mezarlık kayıtlarından nüfus müdürlüğünde olmayan farklı 78 ölüm belgesi ile karşılaşılmıştır. İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde ise 399 MERNİS tutanağı bulunmakta, ölüm kayıtlarının bir kısmının bu kayıtlara yansımadağı görülmektedir. Ölüm kayıtlarındaki eksiklikler, elektronik ortamda düzenlenen yeni ölüm bildirim sistemi ile azalabilir.

Ölüm kayıtlarında yazılı olan ölüm nedenlerinin 116'sında (% 24.4) DSÖ tarafından belirlenen hastalık ve temel ölüm nedenleri sınıflamasına girmeyen "kardiyak arrest" ve "pulmoner arrest" gibi nedenler yazmaktadır. Ölüm nedeni istatistiklerinin güvenilir olması ile sağlık hizmetleri planlaması daha etkin olacaktır. Hekimler defin ruhsatı verirken gerçek ölüm nedenini yazmaya çalışmalı, sadece ölüyü gömmek değil de, bu işlemin yanında istatistik kayıtlarının da önemli olduğunu hatırlamaları gerekmektedir.

Ölenlerin hastalık geçmişini öğrenebileceğimiz kurumlardan birisi olan aile hekimliği kayıtlarında, ölenlerinde bilgilerine erişilebilmeli, özellikle adres bilgilerine daha detaylı yer verilmelidir.

Ülkemizde erken ölümlülük ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Erken ölümlerin nedenlerinin başında trafik kazaları ve şiddet gelmektedir. Zamanında müdahale edilirse önlenilecek bu ölümlere önem verilmeli, ülke düzeyinde prematür ölüm haritaları çıkarılmalıdır.

Erken ölümlülüğün ağırlıklı bir diğer etkeni de bebek ölümleridir. Araştırmamızda 5 bebek ölümünden 4'ünün Roman ailelerde meydana geldiği tespit edilmiştir. Bebek ölümlerini önleme, sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelere aile planlaması ve gebelik

izlemlerinin önemi hakkında bilgi verme çabaları, çoğunlukla önlenebilen bu ölümlerin önüne geçebilecektir. Özellikle 0-1 yaş bebek izlemlerinin etkinliği takip edilmeli, anneler aşılama ve diğer bakım konularında eğitilmelidir. Romanlardaki erken ölümlere yönelik detaylı incelemeler yapılmalı, önlemler alınmalıdır.

Yaralanmalara ve bulaşıcı hastalıklara bağlı, yine zamansız ve önlenebilir ölümlerin azaltılması, ülke ekonomisi ile, iş olanaklarının artması ve alkol-tütün kullanımının azalması gibi bir dizi faktör ile ilişkilendirilebilir.

Kanser ve türlerinin neden olduğu erken ölüm olguları da hatırı sayılır şekilde fazladır. Toplumda; kanserden korunma, sağlıklı beslenme, erken tanı konularında farkındalık oluşturulmalıdır.

Üretken çağda meydana gelen prematür ölümler, toplumun sorumluluğunu daha fazla üstlenen insanlar arasında görülmektedir. Toplumsal açıdan bu denli önemli prematür ölümlerin, PYYK ile ölçülmesi, sağlık yöneticileri için önemli bir göstergedir. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, hayati istatistiklere önem verilmeli, ülke düzeyinde ölüm verilerinin güvenilirliği sağlanmalı, PYYK ile sunulabilmesi planlanmalıdır. Erken ölümlerin önlenmesi konusunda farkındalık oluşturulmalıdır.

## ÖZET

Doğum, ölüm, evlenme gibi kayıtlar hayati istatistikleri oluştururlar. Hayati istatistiklerden biri olan ölümlülük göstergeleri ise, bir ülkenin sağlık sistemi hakkında bilgi verir. Ölüm kayıtları, sağlık bilgi sisteminin çekirdeği niteliğindedir.

Bu çalışmada, Keşan İlçesi Merkezi ve köylerinde 2011 yılında meydana gelen toplam 476 ölümün nedenleri, yaş, cinsiyet, prematüre oluşu gibi parametrelerle olan ilişkisinin ortaya konması ile istatistiksel kayıt tutulmasının önemini vurgulanması amaçlanmıştır. Bu amaçla Keşan İlçe Merkezi ve köylerinde 2011 yılında görülen 476 ölüm olgusuna ait ölüm belgeleri sağlık kurumlarında incelenmiştir. Bu olgulara ait çeşitli dağılımlar bulgular bölümünde sunulmuştur.

Ölüm hızı ‰ 5.9 olarak bulunmuştur. Erkeklerle özel ölüm hızı ‰ 6.5, kadınlara özel ölüm hızı ‰ 5.1 olarak bulunmuştur. Kırsal alana özel ölüm hızı (‰ 10.6), kente (‰ 4) göre yüksektir. Genelde erkeklerin ölümlerdeki payı 85 yaş ve sonrası hariç kadınlara göre yüksektir. Ölümlerin % 26.1'ini prematür ölümler oluşturmaktadır. Prematür ölümlerin nedenlerine göre ilk sırada kanserler (% 32.3) yer almaktadır. Prematür ölümlerin % 50'si 55-64 yaş grubunda görülmüştür. Ölüm raporlarının % 24.4'ünde geçerli olmayan ölüm nedeni yazmaktadır. Yetişkin ölümlerinde dolaşım sistemi hastalıkları (% 31.5), kanserler (% 18.7), solunum sistemi hastalıklarının (% 5.7) başlıca ölüm nedenleri olduğu belirlenmiştir.

Ölüm kayıtlarının düzenlenmesinde sorunlar olduğu tespit edilmiştir. Daha güvenilir hayati istatistikler için ölüm kayıtları doğru düzenlenmeli ve önem verilmelidir. Özellikle, üretken çağda meydana gelen prematüre ölümlerin önlenmesi için sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi gerekliliği ortaya konmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** İstatistik, ölüm, prematür ölüm, ölüm kayıtları, Keşan.

## **ANALYSIS OF DEATHS FROM THE CENTER OF KEŞAN IN 2011**

### **SUMMARY**

Birth, mortality, marriage statistics are vital. One of the vital statistics mortality indicators provide information on a country's health system. Mortality statistics are the core of the health information system.

This study was carried out in order to define the 476 deaths occurred during the year 2011 in Keşan province of Turkey by reason, age, gender and occurrence month, and to emphasize the importance of recording. So, death certificates of 476 death events, which occurred in the center of Keşan and its villages in 2011 and the data from these records, which were obtained from hospitals and health care institutions, were examined. Several distributions of these deaths are shown in the results section of this study.

Death rate found as 5.9 per thousand. Specific mortality rate was 6.5 ‰ men, women-specific mortality rate found as 5.1 ‰. Specific death rate in rural areas (10.6 ‰) is higher than city (4 ‰). Generally the death rate of men is higher than women except 85 years old and over. Premature deaths are 26.1 % of total deaths. According to the causes of premature deaths in the first cancers (32.3%) are situated. 50% of premature deaths was observed. In the age group 55-64. 24.4 % causes of the deaths were reported invalid. The main causes of adult deaths are determined as diseases of the circulatory system (31.5%), cancer (18.7%), respiratory diseases (5.7%).

Insufficiency on reporting system was determined. For more reliable mortality statistics death records should be organized and should be given importance. Especially for the

prevention of premature deaths occurring in productive age, the need to improve health care services have been introduced.

**Keywords:** Statistics, death, premature death, mortality records, Keşan.

## KAYNAKLAR

1. Beğer T, Yavuzer H. Geriatri, Klinik Gelişim. İstanbul Tabip Odası Süreli Yayını. 2012; 25(3): 4-1.
2. World Mortality Report, 2011  
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/worldMortalityReport2011.pdf> (erişim tarihi: 30.03.2012)
3. WorldHealthStatistics,2012  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en) (erişim tarihi: 01.02.2013)
4. United Kingdom Premature deaths. Poverty indicators key points 2009  
<http://www.poverty.org.uk/60/index.shtml?7> (erişim tarihi: 01.04.2012)
5. TÜİK Ölüm İstatistikleri 2008
6. Fişek AG, Gökbayrak Ş. Sosyal Hekimlik Politikaları İçinde Doğum Hekimliği ve Eğitimin Yeri. Ankara: Fişek Enstitüsü, 2005.  
<http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=51> (erişim tarihi: 02.07.2013)
7. Atasoylu G, Deveci S, Altun D, Ovayurt T, Sertel M, İşlek D. Manisa İlinde 2011 Yılına Ait Ölüm Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2012.
8. The Constitution of World Health Organisation.  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (erişim tarihi: 02.07.2013)
9. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Çağ Matbaası; 1985. s. 1-2.
10. Heggenhougen HK, Quah R. International Encyclopedia of Public Health. s. 3389.
11. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011.

- <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6z%C3%BCk.pdf> (erişim tarihi: 02.07.2013)
12. Essential Public Health Operations, WHO.  
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations> (erişim tarihi: 01.08.2013)
  13. CDC NPHPS  
<http://www.cdc.gov/nphpsp/essentialservices.html> (erişim tarihi: 01.08.2013)
  14. American Public Health Association home programs  
<http://www.apha.org/programs/standards/performancestandardsprogram/resexentialservices.htm> (erişim tarihi: 01.08.2013)
  15. Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi; 2012. s. 2-17.
  16. Tezcan S. Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. s.172- 74.
  17. Tezcan S. Epidemiyoloji. Bertan M, Güler Ç (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler'de. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995.
  18. Sağlık Düzeyi Ülkeler Sıralaması Çalışması, TTB.  
<http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/ulkeler.doc> (erişim tarihi: 01.08.2013)
  19. Türkiye'nin İnsani Gelişme Endeksi ve Endeks Sıralamasının Analizi. TC Kalkınma Bakanlığı, 2011.  
<http://www.kalkinma.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FCF4C276712E1CA915> (erişim tarihi: 01.08.2013)
  20. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2011.
  21. Koç S, Can M. Ölüm Kavramı ve Ölü Muayenesi Birinci Basamakta Adli Tıp. Klinik Gelişim Dergisi 2009; 18- 37.
  22. Cirhinlioğlu Z. Sağlık Sosyolojisi. Ankara: Nobel Yayınevi; 2001. s.14- 23.
  23. Okyay P, ve Ark. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi 2008-2009 Yılı Ölüm Nedenleri İstatistiklerinde Değişim: Bir Müdahale Çalışması. ADÜ Tıp Fak Derg 2011; 12(1): 1- 10.
  24. Improving the Quality and Use of Birth, Death and Cause-of-Death Information: Guidance for a Standards-Based Review of Country Practices, WHO.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44274/1/9789241547970\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44274/1/9789241547970_eng.pdf) (erişim tarihi: 20.11.2012)
  25. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T (Çeviri: N. Bilgel). Temel Epidemiyoloji. Bursa: Nobel& Güneş Tıp Kitabevi; 1997: s.15- 29.



26. Otlu Gözükara H, Yoloğlu S. 1980-2000 Yılları arasında Malatya ve Türkiye’de beklenen yaşam süreleri değişiminin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 11(2) 79-83.
27. Health Glance, OECD 2011  
[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011\\_health\\_glance-2011-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en) (erişim tarihi: 05.08.2013)
28. Weerasinghe DP, Yusuf F, Parr NJ. Life lost due to premature deaths in New South Wales, Australia. Int J Environ Res Public Health 2009; 6: 108-120 .
29. Semerl JS, Sesok J. Years of Potential Life Lost and valued Years of of Potential Life Lost in Assessing Premature Mortality in Slovenia. Croatian Med. Journal 2002; 43(4): 439-45.
30. Lee W-C. Quantifying the future impact of disease on society: Life table- based measures of potential life lost. Am J Public Health. 1997; 87(9): 1456-60.
31. Bilir N. Türkiye’ de Standartlaştırılmış Ölüm Oranları 1931-1976 (Tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü; 1982.
32. Sumbüloğlu K, Sumbüloğlu V. Sağlık Enformasyon Sistemleri. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1998. s.47-49.
33. Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet Etkililik Projesi, 2004.
34. Ölüm Nedeni İstatistikleri Genel Açıklamalar  
[http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=15847&tb\\_id=4](http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=15847&tb_id=4) (erişim tarihi:19.07.2013)
35. Ölüm İstatistikler Hakkında Genel Açıklama  
[http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=15848&tb\\_id=3](http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=15848&tb_id=3) (erişim tarihi:23.07.2013)
36. Nüfus Araştırmaları  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma.shtml>
37. Kırbıyık S. Isparta İli 2002 Yılı Mortalite Kayıtlarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2004.
38. Dündar C. Samsun Merkez İlçe ve Köylerinde 1982-1986 Yılları Arasındaki Ölümünün Yaş Grupları ve Ölüm Nedenlerine Göre Dağılımı (Uzmanlık Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1990.
39. Vehid S, Köksal S, Aran S N, Kaypmaz A, Sipahioğlu F, Özbal A N. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde 1998 yılında meydana gelen ölümlerin dağılımının incelenmesi. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2000.
40. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 224 Sayılı  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> (erişim tarihi: 20.01.2012)

41. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın Ölüm Bildirim Sistemi Hakkında 2012/ 25 sayılı Genelgesi,2012.
42. Ölüm Nedenleri Eğitim Dokümanı, TÜİK.  
[http://www.bsm.gov.tr/docs/3\\_Olum\\_Nedeni\\_Istatistikleri\\_Egitim\\_Materyali.pdf](http://www.bsm.gov.tr/docs/3_Olum_Nedeni_Istatistikleri_Egitim_Materyali.pdf) (erişim tarihi: 01.12.2012)
43. Ölümler ile İlgili Tanımlar  
<http://istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/icd/tan%C4%B1mlama.pdf> (erişim tarihi:23.07.2013)
44. Sağlık Bakanlığı Uluslar arası Hastalık Sınıflandırması Versiyon 10  
[www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bsi/verigiris/icd.asp](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bsi/verigiris/icd.asp) (erişim tarihi: 23.07.2013)
45. Keşan Kaymakamlığı Resmi Web Sitesi. [www.kesan.gov.tr/default\\_b0.aspx?content=195](http://www.kesan.gov.tr/default_b0.aspx?content=195) (erişim tarihi; 09.07.2013).
46. Keşan Ticaret Borsası Web Sitesi  
[www.kesantb.org.tr/web/7/kesanin-tarihcesi.html](http://www.kesantb.org.tr/web/7/kesanin-tarihcesi.html) (erişim tarihi, 10.07.2013).
47. Meteoroloji Genel Müdürlüğü Web Sitesi, [www.dmi.gov.tr/veridegerlendirme/il-ve-ilceler-istatistik.aspx?m=EDIRNE](http://www.dmi.gov.tr/veridegerlendirme/il-ve-ilceler-istatistik.aspx?m=EDIRNE) (erişim tarihi 10.07.2013).
48. TÜİK ,Dinamik Sorgulama <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> (erişim tarihi:23.07.2013)
49. Trakya Bölgesi 2014- 2023 Bölge Planı Taslağı, Kalkınma Bakanlığı  
<http://www.trakya2023.com/uploads/docs/trakya20142023.pdf> (erişim tarihi:23.07.2013)
50. Edirne Valiliğı Resmi Sitesi  
[www.edirne.gov.tr](http://www.edirne.gov.tr) (erişim tarihi:23.07.2013)
51. Edirne Detaylı Nüfus Bilgileri  
[http://www.edirne.gov.tr/ortak\\_icerik/edirne/d%C3%B6k%C3%BCmanlar/planlama/12-demografi.pdf](http://www.edirne.gov.tr/ortak_icerik/edirne/d%C3%B6k%C3%BCmanlar/planlama/12-demografi.pdf) (erişim tarihi:23.07.2013)
52. Tarım İstatistikleri, TÜİK  
[http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=13&KITAP\\_ID=50](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=13&KITAP_ID=50) (erişim tarihi:23.07.2013)
53. Keşan İlçe Sağlık Müdürlüğü  
<http://www.kesansaglik.gov.tr> (erişim tarihi: 05.05.2013)
54. Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü  
<http://www.edirnehalksagligi.gov.tr/hsm/default.asp> (erişim tarihi:23.07.2013)
55. Ölüm İstatistikleri Dinamik Sorgulama  
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/demografiapp/olum.zul> (erişim tarihi:23.07.2013)
56. Güngör E. Örgütlerde İş Analizi ve Keşan Belediyesinde Örnek Bir Uygulama (Yüksek Lisan Tezi). Balıkesir : Balıkesir Üniversitesi; 2006.

- <http://www.belgeler.com/blg/13pn/orgutlerde-is-analizi-ve-kesan-belediyesi-nde-ornek-bir-uygulama-job-analysis-in-organisations-and-a-sample-application-in-kesan-municipality> (erişim tarihi: 02.03.2012)
57. Türkiye’de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Araştırması, 2012  
[http://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/ar\\_03\\_2012.pdf](http://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/ar_03_2012.pdf) (erişim tarihi: 06.08.2013)
58. Keşan İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü  
<http://kesan.meb.gov.tr/> (erişim tarihi:23.07.2013)
59. World Health Statistics, 2013.  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2013\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf)  
(erişim tarihi:23.07.2013)
60. Uluslararası hastalık sınıflaması: onkoloji ege üniversitesi kanserle savaş merkezi 1992.  
(erişim tarihi:23.07.2013)
61. WHO disease and injury regional mortality estimates for 2000- 2011  
[http://www.who.int/entity/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GHE\\_DthGlobal\\_2000\\_2011.xls](http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE_DthGlobal_2000_2011.xls) (erişim tarihi:23.07.2013)
62. Hacettepe Üniversitesi Türkiye’nin Demografik Dönüşümü  
[www.hips.hacettepe.edu.tr/turkiyenindemografikdegisimi.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/turkiyenindemografikdegisimi.pdf) (erişim tarihi: 04.08.2013)
63. TÜİK Ölüm İstatistikleri  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847> (erişim tarihi: 04.08.2013)
64. Türkiye İstatistik Yıllığı, 2012
65. İntihar İstatistikleri, TÜİK  
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/demografiapp/intihar.zul> (erişim tarihi: 04.08.2013)
66. Eskiocak M, Tokuç B, Karakaya M. Edirne Merkez İlçede prematür ölümler 2004 ve 2008. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri, Trabzon; 2011.
67. Pala R, Aydın N, İrgil E. Gemlik’te kırsal alanda 1999 yılında meydana gelen ölümlerin Sağlık Grup Başkanlığı kayıtları ile karşılaştırılması. Sağlık ve Toplum Dergisi 2001; 11(3).
68. İnandı T, Vançelik S, Akşit B. Bir Hastanede Tutulan Ölüm Notları. Sted Dergisi 1996  
<http://www.ttb.org.tr/STED/sted1000/5.html> (erişim tarihi: 04.04.2012)
69. Bilgin NG, Mert E. Hekimlerin defin ruhsatı düzenlerken karşılaştıkları sorunlar: bir anket çalışması. Adli Tıp Bülteni 2003; 8(1): 15-19
70. Bütün C ve Ark. Defin ruhsatlarında belirtilen ölüm nedenlerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniv Tıp Fak Derg 2006; 28(3): 79- 83.
71. Karakaya M. Edirne Merkez İlçe ve Köylerinde 2004 ve 2008 Yılları İçinde Oluşan Ölümlerin Yaş Grupları ve Ölüm Nedenlerine Göre Dağılımının Karşılaştırılması (Yüksek

Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı; 2011.

72. TÜİK Ölüm İstatistikleri İl ve İlçe Merkezleri, 2008
73. Osman E, Çetin Seçkin R. Bursa İli Nilüfer İlçesinde 2003 yılında meydana gelen ölümlerin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006; 5 (4).
74. WHO, The Top 10 Causes of Death  
<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> (erişim tarihi: 09.09.2013)
75. UN, Changing Levels and Trends in Mortality: The Role of Patterns of Death by Cause, 2012.
76. Yörük S. Manisa İli Soma İlçesinde Meydana Gelen Ölümün Sözel Otopsi Yöntemi İle Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2006.
77. Öztürk M, Kırbıyık S. Kayseri İli Hacılar İlçesindeki on yıllık (1986- 1995) ölüm kayıtlarının değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniv Tıp Fak Derg 2003; 10(1): 10-16.
78. Demirel B, Demircan A, Akar T, Keleş A, Bildik F. Ülkemizde trafik kazalarında ölenlerin gerçek sayısı nedir?. Pam Tıp Dergi 2010; 3(2): 70-76.
79. Akar T, Demirel B, Demircan A, Bildik F. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bir yıl içinde meydana gelen ölümlerin değerlendirilmesi. Gazi Tıp Dergisi 2007; 18(4) : 177- 81.
80. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2009.
81. Onat A, Aydın M, Köroğlu B, Örnek E, Altay S, Çelik E ve Ark. TEKHARF 2011 Taraması: Ölüm ve uzun vadeli takipte performans. Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2012; 40(2) : 117- 21.
82. Ulusoy M. Ülkemizdeki bebek ölüm hızı ve toplam doğurganlık hızı göstergelerindeki iyileşme üzerine bir değerlendirme. Toplum ve Hekim 2011; 26 (6): 473-76.
83. Okyay P, Atasoylu G, Meteoglu D, Demiröz H, Çobanoğlu M, Beşer E. Aydın İlinde 2004 yılı bebek ölümleri ve ölü doğumlar: bildirim sorunları, tanımlayıcı özellikleri ve nedenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 7(2) : 3-12.
84. Özkan S, Bakar C, Maral I, Bumin M A. Bebek ölüm nedenleri üzerine bir araştırma. Gazi Tıp Dergisi 2009; 20 (4): 169- 72.
85. Çelik T, Altun A B, Kerkez B, Tatlı S, Özer C. Hatay İlinde 2009 ve 2010 yıllarında bebek ölüm hızları ve nedenleri. Ege Tıp Dergisi 2012; 51 (2): 111- 16.
86. Korkmaz A ve Ark. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi 2001-2006 dönemi perinatal mortalite analizi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010; 53: 175- 88.

87. Bodur S, Durduran Y, Küçükkendirici H, Doğan C. Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımını ve demografik özelliklerle ilişkisi: vaka-kontrol çalışması. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36 (4) : 288- 93.
88. World Health Statistics, 2010.
89. Evren E. Erzurum’da 0- 6 yaş çocukların hastalık ve ölüm nedenlerinin tesbiti üzerine bir araştırma. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni 1994; 26 (3-4): 527- 37.
90. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005.
91. Subaşı N, Akın A. Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları. HÜKSAM 2003; 231-47.
92. Rennert G. Premature Mortality, Israel 1986. Isr J Med Sci 1992; 28: 442-446.

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Tablolar Dizini

<b>Tablo 1.</b> Türkiye ve bazı ülkelerde doğuştan beklenen yaşam sürelerinin cinsiyete ve yıllara göre dağılımı.....	2
<b>Tablo 2.</b> TTB Sağlık düzeyi çalışması ülkeler sıralaması.....	8
<b>Tablo 3.</b> Türkiye, sağlık eğilimleri, 2011 .....	9
<b>Tablo 4.</b> 2011 yılı Keşan ilçesi nüfus ve dağılımı .....	23
<b>Tablo 5.</b> Keşan sağlık evlerinde görevli ebe sayısı.....	26
<b>Tablo 6.</b> Keşan, toplum sağlığı merkezi personel durumları, 2007, 2011 .....	27
<b>Tablo 7.</b> Türkiye, Edirne ve Keşan, görevli başına düşen hasta sayıları, 2011 .....	27
<b>Tablo 8.</b> Türkiye, Edirne ve Keşan, sağlık göstergeleri, 2011.....	28
<b>Tablo 9.</b> Keşan, Edirne ve Türkiye, bazı sağlık göstergeleri, 2007- 2012.....	29
<b>Tablo 10.</b> Bazı ülkelerde 15- 60 yaş ve bebek ölüm hızları, 1990- 2011 .....	33
<b>Tablo 11.</b> Bazı ülkelerde 5 yaş altı, anne ölüm hızları ve ölü doğum oranları, 1990-2011 .....	33
<b>Tablo 12.</b> Türkiye 2011 yılı ölüm nedenleri dağılımı.....	36
<b>Tablo 13.</b> Nedenlerine ve cinsiyete göre ölümler, Türkiye ,2011 .....	36
<b>Tablo 14.</b> Edirne, ölümlerin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı, 2011 .....	37
<b>Tablo 15.</b> Edirne, ölümlerin ilçe ve cinsiyete göre dağılımı, 2011(48) .....	38
<b>Tablo 16.</b> Keşan, ölüm ve nüfus sayılarının cinsiyete göre dağılımları .....	38
<b>Tablo 17.</b> Keşan' da, bebek, çocuk ve anne ölüm hızları, 2007- 2012.....	38
<b>Tablo 18.</b> Edirne'de, prematür ölümlerin cinsiyete göre dağılımı, 2004-2011 .....	40
<b>Tablo 19.</b> Edirne merkez ilçede prematür ölümlere bağlı PYYK, 2004 ve 2008.....	40

<b>Tablo 20.</b> Keşan’da, ölümlerin cinsiyete göre dağılımı, 2011 .....	48
<b>Tablo 21.</b> Keşan’da, cinsiyete göre kaba ölüm hızları, 2011 .....	49
<b>Tablo 22.</b> Keşan’da, ölümlerin cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı ve ölüm hızları, 2011 .....	49
<b>Tablo 23.</b> Keşan’da, ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına göre dağılımları, 2011 .....	51
<b>Tablo 24.</b> Keşan’da, ölümlerin ICD- 10 ana tanı grupları ve cinsiyete göre dağılımı.....	51
<b>Tablo 25.</b> Keşan’da, ölümlerin ICD-10 ana tanı ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	52
<b>Tablo 26.</b> Keşan’da, ölümlerin yerleşim yerine göre dağılımı, 2011 .....	53
<b>Tablo 27.</b> Keşan’da, ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2011.....	54
<b>Tablo 28.</b> Keşan’da, ölümlerin olduğu yere göre dağılımı, 2011 .....	54
<b>Tablo 29.</b> Keşan’da, ölümlerin olduğu yere ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	55
<b>Tablo 30.</b> Keşan’da, ölümlerin tespit eden kurumlara ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	55
<b>Tablo 31.</b> Keşan’da, ölenlerin kökenlerine göre dağılımı, 2011.....	56
<b>Tablo 32.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun ölenin kökenine göre dağılımı .....	57
<b>Tablo 33.</b> Keşan’da, ölümlerin türüne göre dağılımı, 2011 .....	57
<b>Tablo 34.</b> Keşan’da, adli ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	57
<b>Tablo 35.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun yerleşim yerine göre dağılımı, 2011 .....	58
<b>Tablo 36.</b> Keşan’da, cinsiyete göre ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun dağılımı, 2011 .....	59
<b>Tablo 37.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alınan kurumlara göre dağılım, 2011 .....	60
<b>Tablo 38.</b> Keşan’da ölmeden önce profesyonel yardım almanın sahip olunan sosyal güvenceye göre dağılımı.....	60

<b>Tablo 39.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın sahip olunan sosyal güvenceye göre dağılımı.....	61
<b>Tablo 40.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın sağlık güvencesi durumuna göre dağılımı .....	61
<b>Tablo 41.</b> Keşan’da, ölümlerin otopsi yapılma durumuna ve cinsiyete göre dağılımı, 2011 .....	62
<b>Tablo 42.</b> Keşan’da, ölenlerin mesleklerine göre dağılımı, 2011 .....	62
<b>Tablo 43.</b> Keşan’da, ölenlerin ölmeden önce bir işte çalışma durumları, 2011.....	62
<b>Tablo 44.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın çalışma durumuna göre dağılımı .....	63
<b>Tablo 45.</b> Keşan’da, ölen için son alınan sağlık hizmetinden etkilenme durumunun Roman ve Roman olmayanlarda dağılımı, 2011 .....	63
<b>Tablo 46.</b> Keşan’da, kanser ölümlerinin ICD tanı gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	64
<b>Tablo 47.</b> Keşan’da, dolaşım sistemi hastalıkları ile ilişkili ölümlerin ICD- 10 tanı gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	64
<b>Tablo 48.</b> Keşan’da, nedenlerine ve ölüm türüne göre bebek ölümleri, 2011 .....	65
<b>Tablo 49.</b> Keşan’da, prematür ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	66
<b>Tablo 50.</b> Keşan’da, prematür ölümlerin cinsiyete göre dağılımı, 2011 .....	66
<b>Tablo 51.</b> Keşan’da, prematür ölümlerin, ölümün olduğu yere göre dağılımı, 2011 .....	67
<b>Tablo 52.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın ölümün maturasyonuna göre dağılımı, 2011 .....	68
<b>Tablo 53.</b> Keşan’da, prematür ölümlerin kökenlerine göre dağılımı, 2011.....	68
<b>Tablo 54.</b> PYYK’nın romanlara ve roman olmayanlara göre dağılımı .....	68
<b>Tablo 55.</b> Keşan’da, prematür ölümlere bağlı PYYK, cinsiyete ve ICD- 10 tanı gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	69
<b>Tablo 56.</b> Keşan’da, prematur ölümlere bağlı toplam PYYK ve cinsiyete göre dağılımı.....	69
<b>Tablo 57.</b> Keşan’da, prematür ölümlerin cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2011 .....	70
<b>Tablo 58.</b> Keşan’da, Prematür ölümlerin ölmeden önce gelir getirici bir işte çalışma durumları, 2011 .....	70



<b>Tablo 59.</b> Keşan’da, prematür ölümlerde ölmeden önce profesyonel yardım almanın çalışma durumuna göre dağılımı, 2011 .....	70
<b>Tablo 60.</b> Keşan’da ölümlerin yaş gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2011 .....	71
<b>Tablo 61.</b> Ölümlerin ICD- 10 ana tanı gruplarına ve yerleşim yerine göre dağılımı.....	71

### **Şekiller Dizini**

<b>Şekil 1.</b> Doğumda yaşam beklentisi 2009 ve kazanılan yıllar, 1960- 2009 .....	13
<b>Şekil 2.</b> Uluslararası ölüm nedeni tıbbi belgesinin ölüm nedeni bölümü.....	20
<b>Şekil 3.</b> Keşan İlçe Merkezi ve Köylerinin Nüfus Piramidi, 2011 .....	24
<b>Şekil 4.</b> Türkiye Nüfus Piramidi, 2011 .....	25
<b>Şekil 5.</b> 2011 yılı küresel ölüm nedenleri.....	34
<b>Şekil 6.</b> Türkiye, kaba ölüm hızları, 1940- 2011 .....	34
<b>Şekil 7.</b> Türkiye, bebek, neonatal, 5 yaş altı ve anne ölüm hızları, 2007- 2011 .....	35
<b>Şekil 8.</b> Edirne’de, kaba ölüm ve bebek ölüm hızları .....	37
<b>Şekil 9.</b> Edirne’de, prematür ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı.....	41
<b>Şekil 10.</b> Keşan’da, ölümlerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı, 2011.....	49
<b>Şekil 11.</b> Keşan’da, ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	50
<b>Şekil 12.</b> Keşan, ölümlerin GHE kategorilerine göre dağılımı, 2011 .....	53
<b>Şekil 13.</b> Keşan, ölümlerin olduğu yere göre dağılımı, 2011 .....	55
<b>Şekil 14.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun yerleşim yerine göre dağılımı, 2011 .....	58
<b>Şekil 15.</b> Keşan’da, cinsiyete göre ölmeden önce profesyonel yardım alma durumunun dağılımı, 2011 .....	59
<b>Şekil 16.</b> Keşan’da, ölmeden önce profesyonel yardım almanın sahip olunan sosyal güvenceye göre dağılımı.....	61
<b>Şekil 17.</b> Keşan’da, prematür ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı, 2011 .....	67

## ÖZGEÇMİŞ

Elif ATASEVER, 1981 yılında İzmit/Kocaeli’de doğdu. Ortaöğrenimini Derince Ecz. M. Kazım DİNÇ Sağlık Meslek Lisesi’nde tamamladıktan sonra 1999 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu’nda üniversite öğrenimine başladı. 2003 yılında mezun oldu. Staj eğitimini 1 yıl GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yaptıktan sonra, 2004 yılında Ardahan Asker Hastanesi’ne atandı. Burada 3 yıl klinik ve poliklinik hemşiresi olarak çalıştıktan sonra 2007 yılında Girne Asker Hastanesi’ne atandı. 1 yıl ameliyathane hemşiresi, 2 yıl enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak görev yaptı. 2009 yılında Süloğlu/Edirne Askeri Reviri’ne atandı ve 2 yıl görev yaptı. 2010-2011 Öğretim Yılı Bahar Döneminde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans sınavını kazandı ve Şubat 2011’de Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2011 yılında Keşan/Edirne Birinci Basamak Aile Sağlığı ve Muayene Merkezine atandı ve 2 yıl görev yaptı. 2013 yılında Tunceli Birinci Basamak Aile Sağlığı ve Muayene Merkezine atandı. Halen BBMM’de çalışmaktadır. Elif ATASEVER, evli ve bir çocuk annesidir.

## **EKLER**

## Ek 1

### Mernis Ölüm Tutanağı

T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI Nüfus Ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü		<b>MERNİS ÖLÜM TUTANAĞI</b>			VGF No	
					Özel Kütük Sıra No	
					Tescil Yılı	
1 T.C. Kimlik No	0	2 Cinsiyeti	0	3 Kodu	0	
4 İlçe Adı	0	5 Köy/Mah. Adı	0			
6 Cilt No	0	7 Aile S.N.	0	8 B.S.N	0	
9 Adı	0	10 Soyadı	0			
11 Baba Adı	0	12 Anne Adı	0			
13 Doğum Yeri	0	14 Medeni Hali	0	15 Kodu	1	
16 Doğum Tar.(Rakamla)	00.01.1900	17 Dini	0			
18 Ölüm Yeri	00.01.1900	19 Ölüm Yeri Türü	KIRSAL	20 Kodu	2	
21 Ölüm Tarihi (Rakamla)	0			22 Saati		
23 Ölüm Tarihi (Yazı İle)	0					
24 Ölüm Nedeni	00.01.1900	25 Kodu	01	26 Sağlık Kur. Geliş Ned.		27 Kodu
28 Hastalık		29 Kodu		30 Ölüm Nd.Ts.Ed.Krm.	0	31 Kodu
<b>İKAMETGAH BİLGİLERİ</b>						
32 İlçe Adı	00.01.1900	33 İlçe Kodu	1560			
34 Köy/ Mah. Adı	00.01.1900	35 Bulvar/ Cadde/ Sokak	0			
36 Site-Blok		37 Bina Dış Kapı No	0	38 İç Kapı No		
39 İkamete Geliş Tarihi		40 Posta Kodu				
<b>BİLDİRİMDE BULUNAN</b>			<b>ADRES</b>			
Adı	00.01.1900	00.01.1900				
Soyadı						
Doğum Tarihi	0					
T.C. Kimlik No	0	TARİH	17.11.2013	İmza		
<b>GERİ ALINAN NÜFUS CÜZDANININ</b>		<b>İMHA EDEN MEMUR</b>		<b>ONAYLAYAN YETKİLİNİN</b>		
Tarih	00.01.1900	Adı		Adı		
Seri No	00.01.1900	Soyadı		Soyadı		
Kayıt Tarihi No	0	Ünvanı		Ünvanı		
Verildiği yer	00.01.1900	Tarih		Tarih		
		İmza		İmza		Mühür
<b>BİLDİRİMİN DÜZENLENDİĞİ YER :</b>		Kayıt Tarihi				
		Kayıt No				
<b>DÜZENLEYEN MEMUR</b>			<b>ONAYLAYAN YETKİLİ</b>			
Adı	0	Adı	0			
Soyadı	0	Soyadı	0			
Unvan	0	Ünvanı	0			
Tarih	17.11.2013	Tarih	17.11.2013			
İmza		İmza		Mühür		
Kayıt Tarihi ve No						
<b>ONAYLAYAN(VALİ/KAYMAKAM)</b>						
Adı		Tarih				
Soyadı						
Unvan		İmza				
<b>TESCİL EDEN MEMUR</b>			<b>ONAYLAYAN YETKİLİ</b>			
Adı		Adı				
Soyadı		soyadı				
Ünvanı		Ünvanı				
Tarih		Tarih				
İmza		İmza		Mühür		
<b>AÇIKLAMALAR:</b>						

## Ölüm Belgesi



## ÖLÜM BELGESİ



Bu nüsha istatistik amaçlı kullanılacaktır.

S1

Form no: 000000001

İl	.....	<input type="text"/>	Belde ya da köy	.....	<input type="text"/>
İlçe	.....	<input type="text"/>	Kurum adı	.....	<input type="text"/>

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ	
Kimlik numarası	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok
Uyruğu	<input type="checkbox"/> TC
	<input type="checkbox"/> Diğer .....
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	<input type="text"/>
Aile sıra no*	<input type="text"/>
Birey sıra no*	<input type="text"/>
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	.....
İlçe	.....
Belde ya da köy	.....
Yurtdışı	.....

C Ölümün şekli		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?	
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır → Bölüm E'ye geçiniz
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Tarihi:	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Yaralanmanın yeri:	.....
<input type="checkbox"/> Evde	<input type="checkbox"/> Spor alanı
<input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş	<input type="checkbox"/> Cadde ve otoyol
<input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik)	<input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı
<input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri	<input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	.....

E Otopsi yapıldı mı?	
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır → Bölüm F'ye geçiniz
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?	
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır → Bölüm F'ye geçiniz
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?	
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

B	
Ölüm tarihi	Ölüm Saati <input type="text"/> Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Ölüm yeri	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/> İşyeri
	<input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diğer taşıt <input type="checkbox"/> Diğer

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur.  
Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

## BİLGİYİ VEREN

Adı ve Soyadı :  
Telefon :  
Yakınlık derecesi:  
İmza :

## FORMU DOLDURAN HEKİM

Adı ve Soyadı :  
Unvanı:  
Tarih:  
İmza:  
Kaşe:

KURUM ONAYI

F	
Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bebek ölümü	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Doğum Saati	<input type="text"/>
} Bölüm G'ye geçiniz	
Annenin TC No	<input type="text"/>
Annenin yaşı	<input type="text"/>
Gebelik süresi	<input type="text"/>
Doğum sırası	<input type="text"/>
Doğum ağırlığı	<input type="text"/>

G	
Kadın ise,	<input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti
	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Anne ölümü değil

H	
Ölüm Nedeni	
Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre	
Bölüm I	
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) ..... Bağlı olarak
Önceki nedenler	b) ..... Bağlı olarak
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	c) ..... Bağlı olarak
	d) .....
Bölüm II	
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	.....

\*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.

Açıklamalar için arka sayfaya bakınız.

Ek 3

Etik kurul izni

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2012/83				
	PROTOKOL ADI	Keşan'da 2011 Yılı Ölümlerin Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜN VANI / ADI	Prof. Dr. Muzaffer ESKİOÇAK				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 08/ 07	Tarih: 14.03.2012				
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Görevli Prof. Dr. Muzaffer ESKİOÇAK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Elif ATASEVER'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E-	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KOSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. T. Erhan EGE  
Dekan

Ek 4

Valilik izni

T.C.  
KEŞAN KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı :B.05.4.VLK.0.22.43.01-491-831  
Konu :Araştırma ve Anket İzni

27/03/2012

*İlaç Sağlık Grup BSK'na*

İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü'nün 26.03.2012 gün ve 1598 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 20.03.2012 tarih ve 5861 sayılı yazısı ve ekleri ilgi sayılı yazı ekinde alınarak ilişikte gönderilmiştir.

Bu nedenle; Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Elif ATASEVER'in "Keşan'da 2011 yılı Ölümlerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasında yapacağı araştırma ve anket çalışmasında yardımcısı olunması hususunda gereğini rica ederim.

*[Signature]*  
Ahmet NARİNOĞLU  
Kaymakam

EK :  
7 adet yazı

DAĞITIM :

Gereği:  
Keşan Belediye Başkanlığına  
Keşan İlçe Sağlık Grup Başkanlığına  
44 Köy Muhtarlığına

Bilgi:  
Edirne Valiliğine  
(İl Yazı İşleri Müdürlüğü)

*28.06.2012  
Hastane*

GELEN EVRAKIN	
Tarihi	<i>28.03.2012</i>
Numarası	<i>909</i>
Dosya No	<i>İs. Tıbbi Bilimi</i>

KAYIT	TARİH
	<i>28.6.2012</i>
SAYI	
	<i>2973</i>
GEREĞİ	

*EDİT, Özel İlaç AA.*

*[Signature]*  
*[Signature]*  
*[Signature]*

Not: Bu evrak 5070 Sayılı Kanun gereğince E-İMZA ile imzalanmıştır.

Hükümet Konağı 22800 /KEŞAN  
Telefon :0(284) 714 10 53 Faks :0(284) 714 24 10  
www.kesan.gov.tr


Bilgi İçin: VHKI Nebahat DALKILIC  
e-posta : info@kesan.gov.tr


## Ek 5

1-Ölenin Mezarlık Kayıtları		2-Mernis Ölüm Formu Kayıtları	
Adı soyadı:	Ölüm türü: 1)Adli 2)Tıbbi		
TC Kimlik No:	Trafik kazası ( ) Doğal ölüm ( ) Bilinmeyen ( ) İntihar ( ) İş Kazası ( ) Diğer ( ) Cinayet( ) Diğer Kazalar( ) Araştırma Aşamasında ( )		
Adresi:	Ölüm Nd. Ts. Ed. Kur.:		
Ölen ya da Aile Reisi:	1)TSM 2)D.H. 3) Ö.H.		
Aile Sağ. Merk. :	4) 112 5) Ün. Hst 6)Bld. S. İş.Md. 7)Adli Tabiplik 8)Muht. 9)ASM		
Yaşı:	Medeni Hali:		
Yıl Ay Gün Doğ. Tarihi	Ölüm Yeri: 1) Ev 2) D.H. 3) Ün. Hst.		
Cinsiyeti:	4)Mua. 5) Amb. 6)Ö.H. 7)Diğer..... 8)ASM		
Ölüm Tarihi:	Sağlık Kur. Geliş Nd.:		
Ölüm Nedeni:	Ölüm Nedeni:		
Temel Neden:	Temel Neden:		
Ara Neden:	Ara Neden:		
Son Neden:	Son Neden:		
Hastalık:			
Ölümü Tespit Eden Kurum: : 1)D.H. 2) Ö.H. 3) 112 4) Ün. Hst 5)Bld. S. İş.Md. 6)Adli Tabiplik 7)Muht. 8)ASM 9)Top. Sağ. Mrkz.			
Defin Ruhsatı Veren Kurum: 1)D.H. 2) Ö.H. 3) 112 4) Ün. Hst 5)Bld. S. İş.Md. 6)Adli Tabiplik 7)Muht. 8)ASM 9)Top. Sağ. Mrkz.			
3	Ölü Doğum : 1) Evet 2)Hayır	Annenin T.C. No:	
		Annenin Yaşı: Doğum Aralığı:	
	Bebek Ölümü: 1) Evet 2)Hayır	Gebelik Süresi: Doğum Sırası:	
4	Ölen 1)Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti 2)Ölüm doğum esnasında gerçekleşti	Kadın ise: 3) Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti 5)Anne ölümü değil 4)Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti 6)Son 1 yılda gebelik olmuş mu : (nasıl sonlanmış)	
<b>5-(AHBS Kayıtları)</b>			
Son Başvuru zamanı:			
Son Başvuru nedeni:			
Son 1 yılda Aile hekimliğine başvuru sayısı:			
Tanı(lar):			
Öğrenim Durumu: 1) Okl. Çağ. Değil 2) Ok. Yz. Değil 3) Okr. Yzr. 4)İlk. Ok. 5) Ort. Ok. 6)Lise 7)Yük-Fk.			
Telefon No:			
Medeni Hali: 1)Çocuk 2) Bekar 3)Evli 4) Dul 5)Boşanmış			
Konut Tipi: 1)Gcknd- Prefab. 2)Mü.Ahşp.- Kerpiç Yerevi 3)Mü.-Betonarme 4)Apt. Dair 5)Apt.			
Isınma Aracı: 1)Kalorifer 2)Odun-Köm. 3)Petrol Ür. 4)Doğ. Gz. 5)Elekt. 6)LPG 7)Diğer.....			
Sosyal Güvencesi: 1) EMS 2)SSK 3)B- K 4) 2022 {uç aylık fakir maaşı} 5)Yşl. Krt. 6)Öz Sig. 7)Yok			
<b>6-Ölenin Yakınlarından Alınan Bilgiler</b>			
Ölen Kişiye Yakınlığı:.....		Yaşı: Cinsiyeti:	
Yakının Eğitim Durumu: 1)O Y Değil 2)Okr. Yzr. 3)İlk. Ok. 4)Ort. Ok. 5)Lise 6)Yük.-Fak.			
Ölenin Mesleği: 1)EvH 2)Emk 3)Öğrn 4)Çoc 5)Diğer			
Ölmeden Önce Gelir Getirici Bir İşte Çalışıyor muydu?: 1)Evet 2)Hayır			
Evet ise: 1)Kendi Hesabına Çalışan 2) Ücretli ya da maaşlı 3) Yevmiyeli (mevsimlik işçi) 4)İşveren 5)Ücretli Aile İşçisi 6)Emekli			
Aile Reisi: 1)Kendi Hesabına Çalışan 2) Ücretli ya da maaşlı 3) Yevmiyeli (mevsimlik işçi) 4)İşveren 5)Ücretli Aile İşçisi 6)Emekli			
Ölen Çalışıyor idiyse: 1)Kendi Mesleği 2)Ek İş			
Ölüm Nedenini Söyler Misiniz? :			
Ölümü Tespit İçin Otopsi: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı 3)Dış Muayene			
Ölmeden Önce Profesyonel Sağlık Yardımı: 1)Aldı 2)Almadı			
Aldı İse: : 1)D.H. 2) Ö.H. 3) 112 4) Ün. Hst 5)Bld. S. İş.Md. 6)Muay. 7) Ev 8)ASM 9)S.E. 10)Diğer.....			
Ölenin Kökenini Nasıl Tanımlarsınız?	1)Türk 2)Roman 3)Göçmen: {Arnavut 4)Çerkez 5)Laz 6)Kürt {Pomak 7)Diğer..... {Boşnak		
Ölen İçin Son Aldığınız Sağlık Hizmeti İçin Yaptığınız Harcamalardan Etkilenme Durumunuz	1)Hiç Etkilenmedim 2)Biraz Etkilendim bazı harcamalarımı erteledim 3)Çok etkilendim bazı harcamalarımı iptal ettim 4)Borçlanmak zorunda kaldım 5)Eşya- mal- mülk satmak zorunda kaldım (neyi?.....)		



Trakya Üniversitesi Çalışma İzni

 T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

 2012  
EDİRNE

Sayı : B.30.2.TRK.0.42.00.00./ 302.14-251  
Konu :


16 MART 2012

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**

İLGİ : Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığının 14/03/2012 tarih ve B.30.2.TRK.0.42.11.11 /302.08.14-74 sayılı yazısı.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Muzaffer ESKİOÇAK danışmanlığında yüksek lisans programı öğrencisi Elif ATASEVER'e Keşan'da 2011 Yılı Ölümlerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması verilmiştir.

Adı geçen öğrenciye tez çalışmasını Keşan Belediyesi Mezarlıklar Müdürlüğü, Keşan Devlet Hastanesi, Keşan Özel Hastanesi ve 44 Köy Muhtarlığında konuya ilişkin araştırma ve anket yapmak üzere Edirne Valiliğinden izin alınması hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

  
Prof.Dr.Levent ÖZTÜRK  
Müdür

**EKLER:**  
EK - 1 Anabilim Dalı Başkanlığının yazısı (2 sayfa)  
EK - 2 Tez Planı (3 sayfa)

Posta Adresi : Trakya Üniversitesi Balkan Yerleşkesi 22030/EDİRNE  
Telefon : (0-284) 235 30 98 Fax : (0-284) 235 76 55  
e-posta : [sagbl@trakya.edu.tr](mailto:sagbl@trakya.edu.tr) Elektronik Ağ : [www.sbe.trakya.edu.tr](http://www.sbe.trakya.edu.tr)

## **KEŞAN, 2011 YILI ÖLÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu araştırma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul 23.03.2012 tarihli, Edirne Valiliği 20.03.2012 tarihli, Keşan Kaymakamlığı 27.03.2012 tarihli, İlçe Sağlık Grup Başkanlığı'nın 28.03.2012 tarihli ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 15.11.2012 tarihli izinleri çerçevesinde yapılmış olup, toplanan verilerdeki ölenlere ve yakınlarına ait kişisel ve kimlik bilgileri araştırma yayımlansa bile kesinlikle gizli tutulacak edinilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

**Elif ATASEVER**

**SBE. YL. Öğrencisi**

**Prof.Dr. Muzaffer ESKİOCAK**

**SBE. Halk Sağ.AbD. Öğretim Üyesi**