Atatürk Üniversitesi
Tıp Bülteni
24, (4) 965- 972, 1992

SAĞLIK HİZMETLERİNİN İSTENİLEN HEDEFE ULAŞMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Şengün TUNCEL (x)
Bil. Uz. Behice ERCİ (xx)

ÖZET :

Sağlık hizmetlerinin istenilen hedefe ulaşmasını etkileyen pek çok faktörler vardır. Bunlar sosyal yapı faktörleri ile ekonomik ve kültürel durumla ilgilidir. Daha da önemlisi verilen hizmetin toplum tarafından kabül edilebilir ve kullanılabilir olmamasıdır.

GİRİŞ :

Sağlık hakkı insanın doğarken kazandığı toplumsal haktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma temel insan haklarındandır. Anayasamız, halkımızın sağlığının korunması ve tıbbi yardım görmesi görevini devlete vermiştir. Ancak dünyadaki bir çok insan bu haktan yeterince yararlanamamaktadır. Sağlık hizmetinin amacı, hastayı tedavi etmek değil, insanların sağlıklı doğmaları, sağlıklı büyümeleri, sağlıklı yaşamalarıdır.

Dünya Sağlık Örgütünün öngördüğü temel ilkeye göre, "Bir hizmetin yeterliliğinden söz edebilmek için, onun herkese eşit iletilen ve ulaşılabilen durumda olması" gereklidir.

1960 yılında ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla yeni bir sağlık örgütü'nün kurulması plânlanmıştır.

Bu çalışmalar ile tüm vatandaşların hiç bir ayırım gözetmeksizın eşit olarak her türlü sağlık hizmetlerinden yararlanması ile tüm sağlık hizmetleri 5.1.1961 gün ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sosyalleştirilmiştir. Sosyalleştirme plânında Türkiye 16 bölgeye ayrılmıştır. Fakat personel, finansman gibi nedenlerle çelışmalar kademeli yürütülmektedir. 1961 yılından beri ülkemizin geniş bir kesimindeki sağlık hizmetleri bu kanunla belirlenen esaslara göre yürütülmektedir.

Bu yasanın Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin devletin görevi olduğunu,

(x) Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi.
(xx) Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Araştırma Görevlisi.

ilk basamak tedavi hizmetlerini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmektedi. (1) Sosyalleştirmede sağlık örgütleri ile içinde bütün olup, il sağlık müdürü, örgütlerinin amiri durumundadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleşltirilmesinde ilişkin olan bu yasa günümüzden 28 yıl, Alma-Ata toplantısından 17 yıl önce halkın sağlık hizmetlerine katılımını ve destek sağlanmasını kurula sağlamıştır. Alma-Ata Bildirgesi'nin kapsadığı tüm öneriler, ülkemizde bu bildirgeden 17 yıl önce düşünülmüş ve yasalarla yönetmeliklere konmuştur. Ancak, uygulamada tam anlamı ile işlerlik kazandığı söylenemez. Bu yasanın belirlediği örgütlenme biçiminde ilk basamak sağlık hizmeti veren temel ünite, sağlık ocakları ve sağlık evleridir. Bu ünitede koruyucu ve iyileştirici hizmetler bir arada ve bir ekip tarafından verilmektedir (1). Hizmetin yürütülmesinde ve hedefine ulaşmasında öncelikle sorumluluk sağlık ocakları ve sağlık evlerinindir. Görüldüğü gibi sağlık örgütlenmesi, "Hastanın sağlık hizmetine gelmesi" ilkesine göre değil, "Sağlık hizmetinin insana gitmesi" ilkesine göre düzenlenmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ilk kez 1963 yılında MUŞ ilinde uygulanmaya başlanmış, 1983 yılından sonra bütün iller sosyalleştirmenin kapsamına alınmıştır. (1) 1983 yılında sosyalleştirme kapsamında bulunan 49 ilde 2031 sağlık ocağı, 7402 sağlık evi ile hizmet sürdürülmüştür. 1984 yılında 67 ilde 2754 sağlık ocağı, 7452 sağlık evi hizmet vermektedir. (1)

Sağlık Ocağı; 5000-10 000 nüfusu olan yerleşim bölgelerinde kurulu. Bir ocakta, 1 hekim, 1 hemşire, 1 sağlık memuru, 2-4 köy ebesi tıbbi sekreter, şöför ve hizmetliler bulunur. (2)

Sağlık Evi; Sağlık ocaklarına bağlı olarak (kırsal) ortalama 2500 nüfusu kapsayan bölgelerde kurulur. Burada görevli olan personel "ebe" dir. Kişiye ve çevreye yönelik her türlü koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir. İlk yardım, acil tedavi, evde ve ayakta bakım ve tedavi hizmetleri hast gönderme ve sonuçlarını izleme, kişilerin sağlık kayıtlarını tutmak görevlerini de yerine getirir. (3) Sağlık ocakları tedavi hizmetleri yönünden hastanelerin polikliniği ve evde ayakta tedaviyi yürüten örgütleri olarak düşünülebilir. Ortalama 50.000 nüfusu olan bölgelerde bulunan 5-10 sağlık ocağı, bir sağlık grup başkanlığını oluşturur. Daha çok il ve ilçe merkezlerinde yer alan grup başkanlıklarına bağlı 50-100 yatakla bir hastane ve bir laboratuvar vardır.

Bu örgüt tarafından yürütülmesi öngörülen hizmetler şunlardır;

—Bulaşıcı ve paraziter hastalıkların kontrolü,
—Labratuar hizmetleri,
—Çevre sağlığı,
—Laboratuvar
—Enfeksiyon dışı hastalıkların kontrolü,
—Ana-çocuk sağlığı ve Aile Plânlaması,

—Okul sağlığı,
—İş ve meslek sağlığı,
—Akil sağlığı,
—Evde tedavi ve bakım,
—Kazaların önlenmesi ve ilk yardım,
—Halk sağlığı hemşireliği hizmeti,
—Sosyal yardım hizmetleri,
—Rehabilitasyon,
—Bu hizmetlerin yürütülebilmesi için gerekli epidemiyolojik araştırmaların yapılması, değerlendirilmesi ve ebelerin denetiminden sorumludur.

Sosyalleştirmedeki sağlık hizmetlerin örgütlenme biçimi şu şekildedir; En uçta Sağlık Evi---Sağlık Ocağı---Grup Başkanlığı (Bölge Hastanesi) ---Tam Teşekkülü Hastane (Devlet Hastanesi) ---Sağlık Müdürlüğü ---Sağlık Bakanlığı (1,2,4)

1961 Anayasasının getirdiği bu yöntem en modern ve rasyonel sistem olmasına karşın, uygulamadaki bazı aksaklıklar hizmetin beklenendüzeyde verilmesini engellemiştir. Dolayısıyla ülkemizde sağlık düzeyi istenilen seviyeye getirilememiştir. (5)

Ülkemizin sağlık düzeyini tanımlarken çeşitli göstergelerden yararlanılabilir. Bu göstergeler; Nüfus ve dağılımı, ölüm, hastalık, doğum istatistikleri, sağlık personelinin dağılımı, sağlık harcamaları, hizmetten yararlanma durumlarıdır. (1,6)

Ülkemizin yıllık nüfus artış hızı 1985 verilerine göre % 2,4 tür. Bu oranlar değişmez ise 28 yıl sonra nüfusumuz iki misli olacaktır. Sağlık düzeyi yüksek olan İsveç'de % 0,1, Yunanistan'da :0,7, Pakistan'da :3,1 Erzurumda %010,3 tür. (7,8,9,10)

Türkiye'de nüfusun % 53,5'i şehirde, % 46,5'i köylerde yaşamaktadır. (8) Türkiye'de modern sağlık hizmeti veren kuruluşlar bulunmakla birlikte nüfusun % 46.5'inin kırsal yörede yaşaması nedeniyle, sağlık hizmetleri yeterince ve zamanında halka ulaşamamaktadır. Türkiye'de eğitilmiş personel yokluğu, ulaşım, coğrafi durum, iklim koşulları gibi faktörler hem hizmetin sunuluşunu zorlamakta, hem de halkın ne tür sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu ortaya koyarak güvenilir verilerin elde edilmesini engellemektedir.

Günlük tartışmalarda sıklıkla dile getirilen "Sağlık Personeli, özellikle hemşire, ebe sayısının yetersizliği" nin yanı sıra dikkatle incelenmesi gereken husus, sağlık insan gücünü dengesiz dağılımı olgusudur. Bu nüfus içinde yapısal özellikler nedeni ile sağlık bakımından risk altındaki grupların genel nüfus dağılımı ise 0-6 yaş % 23,7, 14 yaş % 17,2, 15-59 yaş kadın % 22, 15-49 yaş erkek % 23,6, 50 yaş üstü % 14,2 'dir. (11)

Görüldüğü gibi 0-6 ile 15-49 yaş kadın nüfus genel nüfusun yaklaşık yarısını teşkil etmektedir. Bu gruplar, büyüme ve gelişme gebelik ve doğum nedenleriyle risk altındaki gruplar olarak bilinmektedir. (12)

Ülkemizdeki yıllık nüfus artış hızı gelişmiş ülkelerden hatta gelişmekte olan Yunanistan'dan daha yüksektir. (15) Nüfusun bu denli hızla artmasına karşın toplumа götürülecek sağlık hizmetleri için ayrılan para giderek azalmaktadır. Alma-Ata Bildirgesi'nin yayınlandığı 1978 yılıdan soraki 7 yıllık dönemde Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesi içindeki artışı bir yana bazı yıllarda önemli azalmalar olmuştur. 1960 yılında % 5,2 iken, 1979 yılında % 4,2, 1985 yılında Devlet Bütçesi içindeki oranı % 2,5'e düşmüştür. İsveç'te ise 1979'da Genel Bütçeden sağlığa ayrılan % 24,2 'dir. (13-14)

Son 5 yıllık kalkınma plânında sağlık yatırımına ağırlık verileceği 1989 yılına kadar bütün sağlık ocağı ve sağlık evi yatırımlarının tamamlanacağı olumlu bir gelişme olmasına rağmen hedefe ulaşılamamıştır.

Ülkemizdeki ana ve bebek ölümleri gelişmiş ülkelere göre çok yüksektir. Örneğin 1987'de bebek ölüm hızı binde 87, dir. (1989) 5 yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı binde 97 ve 1987'de ana ölüm hızı binde 208'dir. 1989'da bebek ölüm hızı binde 78'dir. İsveç'te ise bebek ölüm hızı binde 12, ana ölüm hızı da binde 11 dir. (1,5,7,15,16)

Ülkemizde ana ve çocuk ölümlerinin % 80'i önlenebilecek teshis ve tedavisi kolay nedenlerle olmaktadır. (7,25) Ülkemizde Ana bebek ve çocuk ölümlerine neden olan hastalıklar görülme sıklığına göre sıralandığında, bebek ölümlerinde birinci sırada pnömöni, takiben enterit, perinatal hastalıklar, malnütrisyon gelmektedir. Veriler bebek ölüm nedenleri arasında post neo-netal ölümlerin önemli bir yer göstermektedir. Bu ölümlerin büyük bir kısmının meydana geldiği kırsal alanlarda ve az gelişmiş yörelerde bebeğin en az 6 ay anne sütü ile beslenmesi, aşılarının zamanında yapılması, ishal ve diğer infeksiyon hastalıklarının zamanında tedavisi, hijyen kurallarına uyulması gibi oldukça kolay ve ucuz yöntemlerle kısa sürede önlenmesinin mümkün olabileceğinin göstermektedir. (17) Çocuk ölümleri ise, malnütrisyon, pnomöni, enterit ve kazalardır (1,7)

Aşılama, hedefe ilk sene ulaşıldığı halde, bu hizmet sürekli olmadığı için aşılmada da düşüş görülmektedir. Örn; 1985 sonlarında bağışıklama oranı 3 katından fazlaya yükselmiş, 4 milyondan fazla çocuk aşılanmıştır. 1988'de bağışıklama oranı düşmüştür.

Ana ölüm nedenleri, doğuma bağlı kanamalar, toksemi ve doğum sonu enfeksiyonlar gibi önlenmesi kolay, teşhis ve tedavisi basit hastalıklardır (1,7) Türkiye'de kadınlar erken yaşta evlenmektedirler. Ortalama evlilik yaşı 17,6 dır. (17).

Buna bağlı olarak prematüre doğum da çok olmaktadır. Yeterli bir doğum öncesi ve sonrası bakım, iyi beslenme, uygun çevre koşulları sağlanarak doğum sonu enfeksiyonları belirgin şekilde azaltılabilir. (18).

Günümüz Türkiye'sinde sağlıksız koşullarda ve ehil olmayan kişiler tarafından yapılan doğumlar önemli sayılara ulaşmaktadır. Bu da bebek ölümlerinin yüksekliğini açıklamaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre canlı doğumların ancak % 42'si bir sağlık kuruluşunda yer almaktadır.

Kırsal bölge kadınlarımızın % 76'sı ve doğudakilerin % 84'ü son doğumlarını sağlıksız koşullarda yapmışlardır. (17) Son canlı doğumların % 62'sinin hekim veya ebe-hemşire, % 16'sının ara ebesi % 22'si komşu veya akrabalar tarafındanyaptırılmıştır. (18) Eğitilmiş sağlık personelinin hazır bulunduğu doğum oranı kentlerde % 83, kırsal alanlarda % 43, Türkiye'nin batısında %85, doğusunda de % 34 tür. (17)

Ana ölümleri ile doğumların yapıldığı yer ve doğum yaptıran kişi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Kendi kendine doğum oranı arttıkça ana ölüm oranı da artmaktadır. Örn; Erzurum 'da kendi kendine doğum oanı % 58,5 olup buna paralel olarak ana ölüm hızı yüzbinde 290'dır. İç Anadoluda kendi kendine doğum oranı % 79,2 olup ana ölüm hızı da yüzbinde 456 dan yüksek bulunmuştur. Çubuk'da kendi kendine doğum oranı % 21, Ana ölüm hızı ise yüzbinde 76'dır. (19,20,21,18)

Ayrıca sağlık insan gücü artan nüfusa cevap verecek sayı ve nitelikte olmadığı gibi dağılımıda dengesizdir. Örn; sağlık personelinin % 57'si Ankara, İzmir, İstanbul'da görev yapmaktadır. Erzurum'da 3686 kişiye bir hekim, 4260 kişiye 1 hemşire, 1582 kişiye bir ebe düşerken Ankara'da 547 kişiye bir hekim, 837 kişiye bir hemşire, 3366 kişiye bir ebe düşmektedir. (10,22,8) Genel nüfusa göre de 1361 kişiye 1 doktor düşmektedir. (23)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1987 verilerine göre mevcut sağlık personeli sayısı hekimler 38829, hemşireler 34355, ebeler 21982, sağlık memurları 12352 kişi olarak bildirilmektedir. Hekimlerin % 34,5'i Sağlık Bakanlığında % 33'ü ise özel olarak çalışmaktadır. Ebe ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu Sağlık Bakanlığı'nd çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bir ekip hizmeti olduğu göz önüne alınırsa, bu durumda ekip bütünlüğünü sağlaması kuşkusuz zor olacaktır.

Genel olarak bir ülkenin iyi eğitilmiş sağlık personelinin % 80'i kentlerin tedavi edici kuruluşlarında çalışmaktadır. Buna karşın ülke nüfusunun % 80'ide kent dışında yaşamaktadır. Tüm ülkeler Kenstel/Kırsal değişikliklerden söz etmektedirler. Bunların nedeni sağlık personelinin halka gitmedeki isteksizliğinin yanı sıra ekonomik nedenlerle sağlık servislerinin kentsel bölgelerde kurulmuş olmalarıdır. Türkiye'de modern sağlık hizmeti veren kuruluş bulunmakla birlikte, nüfusun % 70'inin kırsal yörede yaşaması nedeni ile sağlık hizmetleri yeterince ve zamanında halka ulaşamamaktadır. hizmetin yürütülmesinde ve hedefe ulaşmasında öncelikle sorumluluk sağlık ocakları ve sağlık evleridir. Sağlık örgütlerinde temel ünite, ilk basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları ve sağlık evleridir.

Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmayı etkileyen faktörler arasında sağlık ocaklarının yaşanılan yere uzaklığı, halkın sağlık personeline olan güvensizliği, eğitilmiş personel yokluğu, coğrafi durum, iklim koşulları, eğitim düzeyi yer almaktadır. (5,24)

Yukarıda belirtelen göstergelerden de anlaşılacağı gibi ülkemizin sağlık hiz-

metleri ihtiyacı karşılacak biçimde sunulamamakta, yada hizmetin sunuluşunu zorlamakta, aynı zamanda halkın ne tür sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu ortaya koyacak güvenilir verilerin elde edilmesini engellemekte dolayısı ile sağlık düzeyide istenilen seviyeye ulaşamamıştır.

Sağlık hizmetlerinin istenilen hedefe ulaşmasını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlar sosyal yapı faktörleri, ekonomik ve kültürel durum politikalarıdır. Fakat bunlardan daha önemlisi verilen hizmetin toplum tarafından kabul edilebilir ve kullanılabilir oilmamasıdır. (6)

Oysa yıllardan beri ülkemizde sağlık hizmetleri sağlık otoriteleri tarafından plânlanarak yürütülmektedir. Hizmeti olacak kişiler şu plânlamanın dışında bırakılmıştır. Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlayan model ülkemizde sağlık ocağı kurullarıdır. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun ilkelerinden biri de her sağlık ocağı bölgesinde toplum liderleri ve ocak hekiminden sağlık kurullarının kurulmasıdır. Sağlık ocağı kurulları mevzuatta yer almış, uygluma ise gerçekleştirilememiştir. Verilen hizmetin başarılı olabilmesi için hizmeti olacak kişilerin de sağlık hizmetlerinin plânlaması ve uygulama ve katılımını sağlamaktır. Böylece hizmeti olacak kişilerin gerçek ihtiyaçları belirlenmiş olacağından halkın hizmetin sunulmasına katılımı artacak ve hizmetten daha fazla yararlanmış olacaktır.

Bir hizmetin etkinliği bu hizmeti olanların katılımının sağlanması ile artar. Bu nedenle hizmeti alacakların konuya ilişkin bilgi ve isteklerinin belirlenmesi en doğru yol olacaktır.

SUMMARY

THE FACTORS AFFECTİNG THE ACHİEVEMENTS OF HEALTH ACTİVİTES

There are many factors affecting the achievements of health activities. They are related to social factors and cultural and economic status. More over, the activities reaching the people ara not usable and acceptable by them.

KAYNAKLAR:

1- FİŞEK, N., Halk Sağlığına Giriş, Ankara, Çağ Matbaası, 1985

2- T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, No: 154 Ankara, 1965

3- ÖZTEK, Z., "Temel Sağlık Hizmetleri ve Türkiye", Toplam ve Hekim, 1985, No: 38, Ss, 8-9

4- NEVZAT- E., ÖZTEK, Z., Sağlık Ocağı Yönetimi Ankara, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği, 1. bs. 1982, Ss. 169

5- HAYRA, O. ve diğerleri, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler," Toplum ve Hekim, 1988 No: 46 S. 172.

6- EMİNOĞLU, F., "Sağlık Hizmetlerinde İstenilen Başarının Sağlanılamamasının Nedenleri, "Toplum ve Hekim, 1987, No: 43, S. 27-31

7- DERVİŞOĞLU, A., "Türkiye'de ana Ölümleri, "Toplum ve Hekim, 1987 No: 42, Ss. 8-9

8- Türkiye İstatistik Yıllığı 1987, Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 1988

9- Türkiye İstatistik Yıllığı 1985, Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 1985

10- Erzurum Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesi Kayıtları, 1987-1989

11- AKIN, A., Aile Plânlaması, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları, 1983 Ss. 1-27

12- SEVİĞ, Ü., "Ebenin Ana-çocuk Sağlığı Hizmetlerini Etkileyen Faktörler, (Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi, 1981

13- CİLASUN, Ü., Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Ankara, Meltem Matbaası, 1987

14- Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1982-1986, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1987

15- ——— "Aile Plânlaması ile Daha Sağlıklı Anne ve Çocuk" Population Reports, 198h7, Vol. 1, No0 27, S. 657-663

16- ÖZcan, C., "Bebek Ölüm Hızı ve Etkiliyen Faktörler" Sağlık Eğitim Bülteni, 1987, No: 1,-Ss, 1

17- Hacettepe Üniversitesi NÜfus Etüdleri Enstitüsü, Nüfus Bilimleri Dergisi Cilt 9, Sem Ofset matbaası, Ankara, 1987

18- UNİCEF, Dünya Çocuklarının Durumu, Oxford Üniversity Press. 1988

19- ÖZER, A., Tıp Fakültesi Eğgitim Araştırma Sağlık Ocaklarının 1985 yılı Çalışma Raporu, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları, 1985

20- BENLİ, D., ve diğerleri Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları, 1988

21- ÖZTÜRK, Y., Çubuk Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi 1977-1983 Yılları

Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Ankara, HAcettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları, 1988, Ss. 79

22- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Temel Sağlık Hizmetleri Şube Başkanlığı Kayıtları, 1987

23- DPT, Beş Yıllık Kalkınma Plânı, 1986 Yılı Proğramı, Yayın NoO 2019

24- ÖZERDEMOĞLU, A., BİLİR, N., Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Uzaklığın Etkisi: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni 1989, Sayı: 4

25- BEDÜK , T., İNANÇ, N., "Temel Sağlık Hizmeti, " Türk Hemşireler Dergisi, 1983, no: 4, Ss. 26