

TC
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
(HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROĞRAMI)
YÜKSEK LİSANS TEZİ

74336

İLK BAŞVURU YERİ OLARAK
SAĞLIK OCAKLARININ
KULLANIMI
VE
BEKLENTİLER

74556

MEHMET B.N.BEKTUR

DANIŞMAN

PROF.DR.ÖMÜR ÖZMEN

İZMİR
1998

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "İlk başvuru yeri olarak sağlık ocaklarının kullanımı ve beklentiler" adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

10/12/1998

Mehmet B.N.BEKTUR

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 24.12.1998 tarih. 26 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliğinin 9. Maddesi gereğince Enstitümüz İşletme (Hastane ve Sağlık Kuruluşları) Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nuri Bülent BEKTUR'un "İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocaklarının Kullanımı Eledeğerliler" konulu yüksek lisans tezi incelemiş, ve adaya 5.12.1999 tarih ve saat 16.30'de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 75 dakikalık sürede Jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından, sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna ☒ OY BİRLİĞİ ☒
DÜZELTME yapılmasına ☐* OY ÇOKLUĞU ☐
RED edilmesine ☐** ile karar verilmiştir.

..... tarih
iğinin
ehmet
itiler"
a jüri

Bu halde adaya 3 ay süre verilir
* Bu halde adayın kaydı silinir.

.....
ndan
tezin
di.

Prof. Dr. Ömür Özmen
Prof. Dr. Ömür ÖZMEN
BAŞKAN

Prof. Dr. Ömer HARMANCIOĞLU

Prof. Dr. Sevin Ergin
Prof. Dr. Sevin ERGİN
ÜYE

	Evet	Hayır
Tez, burs ödül veya Teşvik pog (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir	☒	☒
Tez, mutlaka basılmalıdır.	☐	☒
Tez, mevcut hali ile basılabilir.	☐	☒
Tez, gözden geçirildikten sonra basılabilir	☒	☐
Tezin, basımının gerekliliği yoktur.	☐	☒

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DÖKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ FORMU

Tez No:

Konu Kodu:

Üniv.Kodu:

Tezin Yazarının

Soyadı : Bektur

Adı : Mehmet B.N.

Tezin Türkçe Adı : İLK BAŞVURU YERİ OLARAK SAĞLIK OCAKLARININ
KULLANIMI VE BEKLENTİLER

Tezin Yabancı Dildeki Adı :AS FIRST CONTACT PLACE,USING "SAĞLIK OCAĞI"
AND EXPECTANCIES

Tezin Yapıldığı

Üniversite: Dokuz Eylül Üniversitesi Enstitü: Sosyal Bilimler Enstitüsü Yıl : 1998

Diğer Kuruluşlar :

Tezin Türü :

1- Yüksek Lisans

*

2- Doktora

3- Tıpta Uzmanlık

4- Sanatta Yeterlilik

Dili : Türkçe

Sayfa Sayısı : 112

Referans Sayısı : 33

Tez Danışmanlarının

Ünvanı : Prof Dr.

Adı : Ömür

Soyadı : Özmen

Türkçe Anahtar Kelimeler:

İngilizce Anahtar Kelimeler :

1- Sağlık Ocağı

2- İlk Başvuru

3- Toplum Katılımı

4- Birincil Sağlık Hizmeti

5-

1-Sağlık Ocağı

2-First Contact

3-Public Participation

4-Primary Health Care

5-

Tarih : /12/1998

İmza :

ÖZET

Birincil sağlık hizmeti, bir ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur. Toplumsal ve ekonomik anlamdaki kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. Ulusal sağlık sistemi, birincil sağlık hizmetini insanların çalıştığı ve yaşadığı yerlerin mümkün olduğunca yakınına götürür. Birincil sağlık hizmeti, bireylerin, ailelerin ilk başvuru yeridir ve sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur. Sağlık ocakları ülkemizde birincil sağlık hizmetinin verildiği kurumlardır. 1961 yılında 224 sayılı sosyalizasyon kanunu ile devlet, sağlık ocakları ile sağlık hizmetini yaygınlaştırmayı ve herkesin sağlık hizmetinden yararlanmasını öngörmüştür. Sağlık hizmetinin bir elden yönetimi ve halkın katılımını sağlamak, ulusal sağlık sistemimizin diğer önemli amaçları olmuştur.

“İlk başvuru” birinci basamak sağlık hizmetinin temel özelliğidir. İlk başvuru yeri olarak kullanılmayan sağlık hizmeti, birinci basamak sağlık hizmeti sayılamaz. Ülkemizde sağlık ocağı ilk başvuru yeri olmak durumundadır. Sağlık ocağının ilk başvuru yeri olmasının, ülke ekonomisine, birey sağlığına, toplum sağlığına ve sağlık sistemine katkısı çoktur.

Günümüzde: Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin durumu etkili değildir. Sağlık hizmetlerinde önemli derecede finans sıkıntısı çekilmektedir. Toplumun istek ve beklentileri sürekli değişmektedir. Sağlık kurumları bunları karşılayamamakta ve toplumun istek ve gereksinimlerini dengeleyecek hizmeti verememektedir.

Bu çalışmada toplumun, sağlık hizmetine gerek duyduğunda ilk nereye başvurduğu araştırılmaya çalışılmıştır. Bireylerin demografik özellikleri ile ilk başvuru yeri arasında ilişki bulunmuştur. Sosyo-ekonomik düzeyi yükselen birey ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını kullanmamaktadır.

Bir işletme olarak sağlık ocaklarının birinci amacı varlığını sürdürmesidir. Kaliteli hizmet, sürekli kalitesini geliştiren hizmet, örgütlenme özellikleri ve ilkeleriyle sağlık ocaklarından verilebilir. Bunun için de sağlık ocağı toplumu tanımalıdır. Hizmet verdiği kesim hakkında sağlıklı ve güncel bilgiye sahip olmalı ve bu bilgiye ulaşacak çalışmaların periyodik olarak yapılmasını sağlamalıdır. Sağlık ocağı, verdiği hizmete toplum katılımını sağlamalıdır.

ABSTRACT

Primary health care is the seed of a country health care. Primary health care cannot be separated from economics and social development. National health care system presents health service as possible as nearer where people lives or stays. Primary health care is the first contact place of families and individuals.

“Sağlık Ocakları” (Health Units) are the organizations where the primary health care is provided in Turkey. In 1961 socialization law with numbered 224, government aimed sağlık ocakları become widespread and taken by everyone. The another aim is to manage from one point and to get participation of people to management.

First contact is the characteristic property of primary health care. “Sağlık Ocağı” is the first contact care organization. This logic is useful for country economics, individual health, public health and health system.

Today, in Turkey health care system is not efficient. The system has financial problems. Expectancy of public is continuously changing so the health care system cannot answer these changing expectancies and desires perfectly.

The objective of this study is to research where people contacts when they need health care. It is found that the first contact place is related to one's demographic characteristics. As people socio-economic situation is increasing doesn't contact “Sağlık Ocağı” care.

As a business, the first aim of “Sağlık Ocağı” is to maintain its activities. Quality of health system care is possible with modern organizational and managerial approaches. In order to get this goal “Sağlık Ocağı” has to try understand public behaviour. “Sağlık Ocağı” has to success public participation to management .

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

İnsanların ihtiyaç duyduğu ekonomik mal ve hizmetlerin üretimini üstlenen kurum ve kuruluşlara işletme adı verilir. İşletmeler mal ve hizmetlerin üretimi yanında, bunların tüketicilere ulaşması veya pazarlanması faaliyetlerini de yürütür.

Bu tanımdan yola çıkarak ülkemizde sağlık hizmetlerini vermek amacıyla binlerce irili ufaklı işletme vardır. Sağlık evi, sağlık ocağı, hastane bu tanıma göre işletme olarak kabul edilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan kurumlar kar elde etmek gibi kuruluş amacı olmayan ve olmaması gereken işletmelerdir. Bu kurumların kuruluş amacı: üretimini yaptıkları hizmetlerle toplumu oluşturan bireylerin sağlık gereksinimlerini karşılamaktır.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarının, bu hizmetten yararlananlar tarafından ne ölçüde tanındığı ve ilk başvuru yeri olarak kullanımı ölçülmek istenmiştir. Yönetici işletme faaliyetlerinin en iyi şekilde örgütlenmesini sağlar, insan ögesini örgütler, nezaret eder, işlerini çalışanlara benimsetir. (Doğan.1995:8)

Sağlık sistemimizin en büyük eksiği, sağlık birimlerine yönetici eksikliğidir. Bu bağlamda "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi" programı isabetlidir. Gelişerek ve genişleyerek misyonunu sürdürmelidir.

Bu program sırasında öğrenimimimde bana emeği geçen tüm öğretim üyelerine, bu tezin hazırlanmasında bana danışmanlığını esirgemeyen Sn Prof.Dr. Ömür ÖZMEN'e anketlerin yapılmasında yardımcı olan sağlık çalışanlarının hepsine, tüm sevimliliği ile bana moral veren kızım EYLÜL ve eşime teşekkür ederim.

İzmir 1998

Dr. Mehmet B.N. BEKTUR

İÇİNDEKİLER

Tablolar Dizini	III
Grafikler, Şekiller Dizini	VII
Özet	VIII
Abstract	X
BİRİNCİ BÖLÜM	
1.1.Giriş	1
1.2.Çalışmanın Amacı	3
1.3.Çalışmanın Önemi	3
İKİNCİ BÖLÜM	
BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİ	
2.1. “Sağlık” Ve “Birincil Sağlık Hizmeti” nin Tanımı	5
2.2.Birincil Sağlık Hizmetinin Örgütlenmesi	8
2.3.1.Örgütlenmenin İlkeleri	8
2.3.2.Örgütlenmenin Özellikleri	11
2.3.Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi	13
2.3.1 İlk Başvuru	14
2.3.2.Süreklilik	18
2.3.3.Kapsayıcılık	19
2.3.4.Koordinasyon	21
2.4.Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Genel Görünümü	
Ve Durumu	22
2.5.Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında	
Kalite Kavramı	24
2.5.1.İstek-Gereksinim-Hizmet Dengesi	25
2.5.2.Hizmetin Geliştirilmesinde Öncelikler	29
2.5.3.Sosyalizasyon Uygulamalarında Kalite	
Yaklaşımı	31
2.5.4.Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı	35
2.5.5.Toplum Katılımını Sağlama Yöntemleri	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA VE BULGULAR

3.1.Araştırma Bölgesinin Kapsamı	39
3.2.Araştırma Yöntemi	40
3.2.1.Araştırmanın Örneklemi	41
3.2.2.Veriler Toplamı Aracı	41
3.2.6.Verilerin Analizi	43
3.3.Veriler	44
3.3.1.Çalışma Bölgesinin Tanımlayıcı Özellikleri	44
3.3.3.1.Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	44
3.3.1.2.Tedavi Hizmetleri	48
3.3.1.3.Nöbet Hizmetleri	49
3.3.1.4.Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	50
3.4.Buca Bölgesinin Bazı Sağlık Göstergeleri	54
3.5.Bulgular	
3.5.1.Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri	56
3.5.2.Araştırmaya Katılanların İlk Başvuru Yerleri	60
3.5.3.Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlk Başvuru Yerleri Arasındaki İlişki	77

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1.Sonuç	95
4.2.Öneriler	97
KAYNAKÇA	99
EK-1 Anket Formu	101

TABLÖLAR

Tablo 1	Araştırılan Sağlık Ocaklarının Ve Buca Bölgesinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	44
Tablo 2	Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Tedavi Hizmetleri	48
Tablo 3	Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Doğum.Bebek, Aşı Sayıları	52
Tablo 4	Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Bağışıklama Durumu	53
Tablo 5	Halk Sağlığının Korunması İle İlgili Yerler.	54
Tablo 6	Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Bazı Sağlık Göstergeleri	55
Tablo 7	Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeyleri	56
Tablo 8	Araştırmaya Katılanların Gelir düzeyleri	56
Tablo 9	Araştırmaya Katılanların Meslek Dağılımları	57
Tablo 10	Araştırmaya Katılanların Bağlı Oldukları Sağlık Ocağını Tanıma Ve Kullanması	57
Tablo 11	Araştırmaya Katılanların Mesai Saati Dışında Başvurabilecekleri Sağlık Ocağını Tanımaları	58
Tablo 12	Araştırmaya Katılanların Mesai Saati Dışında Açık Sağlık Ocağını Kullanmaları	58
Tablo 13	Araştırmaya Katılanların Sağlık Ocağı Hizmetini Paralı Algılaması (Sağlık ocağında verilen hizmet paralı mı?)	59
Tablo 14	Araştırmaya Katılanların Hizmet Aldıkları Sağlık Ocakları'nın Giderlerine Ne Kadar Katkıda Bulunacakları	59
Tablo 15	Araştırmaya Katılanların Yaş Grupları	60
Tablo 16	Ciltte Yüzeysel Kesi Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı	60
Tablo 17	Ciltte Derin Kesi Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı	61
Tablo 18	Çocukta İshal Olduğunda İlk Nereye Başvuracağı	62
Tablo 19	Çocukta Kanlı İshal Olunca İlk Nereye Başvurulacağı	62
Tablo 20	Çocuk Ateşlenince İlk Nereye Başvurulacağı	63

Tablo 21	Çocuk Çok Öksürmeye Başladığında İlk Nereye Başvurulacağı	64
Tablo 22	Çocuk Çok Öksürmeye Başladığında İlk Nereye Başvurulacağı	64
Tablo 23	Çocukta Döküntülü Hastalık Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı	65
Tablo 24	Ciltte Kaşıntılı Yara Olunca İlk Nereye Başvurulacağı	65
Tablo 25	Kırık Olunca İlk Nereye Başvurulacağı	66
Tablo 26	.Kalp Çarpıntısı Olunca İlk Nereye Başvurulacağı	66
Tablo 27	Nefes Darlığı Olunca İlk Nereye Başvurulacağı	67
Tablo 28	Mide Ağrısı Durumunda İlk Nereye Başvurulacağı	67
Tablo 29	Burun Kanaması Olunca İlk Nereye Başvurulacağı	68
Tablo 30	Eklemde Romatizmal Ağrı Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı	68
Tablo 31	Kafa Üstü Düşme Veya Kafa Bir Yere Çarpınca İlk Nereye Başvurulacağı	69
Tablo 32	Kalp Krizi Geçirince İlk Nereye Başvurulacağı	69
Tablo 33	Aspirinle Geçmeyen Başağrısı Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı	70
Tablo 34	Erişkin Kişi Ateşli Hastalık Geçirince İlk Nereye Başvurulacağı	70
Tablo 35	Normal (Sağlıklı) Çocuk İzlemi İçin İlk Nereye Başvurulacağı	71
Tablo 36.	Aşılama İçin İlk Nereye Başvurulacağı	71
Tablo 37	İdrar Sondası Takılması Gerekliyorsa İlk Nereye Başvurulacağı	72
Tablo 38	İdrarda Yanma Sızlama Varsa İlk Nereye Başvurulacağı	72
Tablo 39	İğne Yaptırmanız Gerekliyorsa İlk Nereye Başvurulacağı	73
Tablo 40.	Tansiyon Ölçtürmek İçin İlk Nereye Başvurulacağı	73
Tablo 41.	Spiral Taktırmak İçin İlk Nereye Başvurulacağı	74
Tablo 42.	Kondom Almak İçin İlk Nereye Başvurulacağı	74

Tablo 43.	Doğum kontrol Hapı Almak İçin İlk Nereye Başvurulacağı	75
Tablo 44	Gıda Tükettiğiniz Yerden Şikayetiniz Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı	75
Tablo 45.	Gebelik Kontrolü İçin İlk Nereye Başvurulacağı	76
Tablo 46.	Gebelik Testi Yaptırmak İçin İlk Nereye Başvurulacağı	76
Tablo 47.	Araştırmaya Katılanların Meslekleriyle Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki:	77
Tablo 48	Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarını Algılamalarıyla Eğitim Düzeyleri	77
Tablo 49	Araştırmaya Katılanların Çocuk Ateşlenince Eğitim Düzeylerine Göre İlk	78
Tablo 50	Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Çocukta Döküntülü Hastalık Olduğunda Eğitim	78
Tablo 51.	Düzeylerine Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Ciltte Kaşıntılı Yara Olduğunda: Eğitim Düzeylerine	79
Tablo 52.	Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Kemikte Kırık Olduğunda. Eğitim Düzeylerine Göre	79
Tablo 53.	İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Burunda Kanama Olduğunda. Eğitim Düzeylerine	80
Tablo 54.	Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların İğne Yaptırması Gereğinde. Eğitim Düzeylerine	80
Tablo 55	Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların İdrar Yaparken Yanma Olduğunda Tanı Ve Tedavi	81
Tablo 56.	İçin. Eğitim Düzeylerine Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların İdrar Sondası Takılması Gereğinde. Eğitim	81
Tablo 57	Düzeylerine Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Aşı Yaptırma Gereğinde Eğitim Düzeylerine Göre	82
Tablo 58.	İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Sağlıklı Bebek İzlemi İçin Eğitim Düzeylerine Göre	82
Tablo 59.	İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Kalp Krizinin Tedavisi İçin Eğitim Düzeylerine	83
Tablo 60	Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Tansiyon Ölçtürmek İçin Eğitim Düzeylerine Göre	83
Tablo 61	İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Spiral Taktırmak	84
Tablo 62	İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Kondom Almak	84
Tablo 63	İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Basvuru Yerleri Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Doğum Kontrol Hapı	85
	Almak İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Basvuru Yerleri	

Tablo 64	Araştırmaya Katılanların Kendilerinin Veya Eşlerinin Gebelik İzlemleri İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	85
Tablo 65	Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Gebelik Testi İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	86
Tablo 66	Araştırmaya Katılanların Çocuklarında Oluşan İshalin Tedavisi İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	86
Tablo 67	Araştırmaya Katılanların Çocuklarında Oluşan Öksürüğün Tedavisi İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	87
Tablo 68	Araştırmaya Katılanların Sağlıklı Bebek İzlemi İçin Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	87
Tablo 69	Araştırmaya Katılanların Aşı Yaptırmak Gereğinde Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	88
Tablo 70	Araştırmaya Katılanların İğne Yaptırmak Gereğinde Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	88
Tablo 71	Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Yada Kendilerinin Gebelik İzlemi İçin Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	89
Tablo 72	Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Gebelik Testi Yapma Gereğinde Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri	89
Tablo 73	Araştırmaya Katılanların Çocuklarının İzlemleri İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri	90
Tablo 74	Araştırmaya Katılanların Aşı Yaptırmak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri	90
Tablo 75	Araştırmaya Katılanların Tansiyon Ölçtürmek İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri	91
Tablo 76	Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Spiral Taktırmak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri	91
Tablo 77	Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Kondom Almak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri	92
Tablo 78	Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Doğum Kontrol Hapı Almak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri	92
Tablo 79	Araştırmaya Katılanlardan Sağlık Ocağını Paralı Olarak Algılayanların Aşı Yaptırmak İçin İlk Başvuru Yerleri	93
Tablo 80	Araştırmaya Katılanlardan Sağlık Ocağını Paralı Olarak Algılayanların İğne Yaptırmak İçin İlk Başvuru Yerleri	93
Tablo 81	Araştırmaya Katılanlardan Sağlık Ocağını Paralı Olarak Algılayanların Kendilerine Yada Eşlerine Doğum Kontrol Hapı Almak İçin İlk Başvuru	94

Grafikler

Grafik 1	Buca Bölgesinin Medeni Haline Göre Dağılımı	46
Grafik 2	Buca Bölgesinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	47
Grafik 3	Buca Bölgesinde Aile Planlaması Açısından Kadınların Dağılımı	50
Grafik 4	Aile Planlaması Etkili Yöntem Kullananların Dağılımı	51
Grafik 5	Buca Bölgesinde Doğum Yapılan Yerlerin Dağılımı	52

Şekiller

Şekil 1.1	Yetersiz Denge	27
Şekil 1.2	Tatmin Edici Denge	27
Şekil 1.3	İdeal Denge	28
Şekil 1.4.	Hizmetin Geliştirilmesinde Öncelikler..	28

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1.GİRİŞ

“Tüm insanların hem bireysel hem toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlamaları ve hizmetlerin yürütülmesi işine katılmaları hakları ve görevleridir” düşüncesinden hareketle, temel sağlık hizmetleri içerisinde “toplum katılımı” kavramı tanımlanmıştır. Toplum katılımı bireyler ve ailelerin, kendileri ve toplumun sağlık ve refahı için sorumluluk üstlenmeleri ve yönetime katkıda bulunmalarıdır. Buna paralel olarak toplum, sağlık durumunun saptanması, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi süreçlerine de katılmalıdır. Böylece kişiler ve toplum, gelişmeleri için yapılan yardımların pasif bir yararlanıcısı olmaktansa, kendi gelişmeleri üzerinde aktif olarak söz sahibi olabilirler. Kişiler ve toplum, kendilerine uygun olmayan alışılmış çözümleri kabul etmeye alışkın değildirler, kendilerine daha uygun çözüm yolları yaratabilirler.

Bu kavramla göre toplumlar, kendi yaşamlarını etkileyecek kararları alma ve uygulama gücüne sahip olmalıdır. Bu güç onların adına karar veren dış kurum ve kuruluşlardan gelmemelidir.

Toplum Katılımı Üç Düzeyde Gerçekleşebilir.

1. Sunulan Sağlık Hizmetinin Kullanımı: Bu gerçek bir katılım değil, daha çok katılımın bir önkoşuludur. Kullanım olmadan katılım olamaz.
2. Yapılan Planlamalara Dışardan Katkı: Bu katkılar faaliyetlerin yürütmesine yardım etmek için işgücü, para, araç ve malzeme katkısı olabilir.
3. Planlama ve Yönetim Faaliyetlerine Katılım: Bu, gerçek toplum katılımıdır. Gerçek toplum katılımının önkoşulu, yöneticiler ve sağlıkçıların karar verme yetkilerini katılımcılara yeterince devretmesidir. Fakat buradaki sorun yeterince yetki devretmenin içinde bulunulan ortam ve geleneklere göre dengesinin kurulmasıdır. Toplum temel sağlık hizmetlerine her aşamada katılmalıdır. Fakat ilk olarak içinde bulunulan durumun değerlendirilmesi, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi aşamasında katılabilir. Daha sonra, temel sağlık hizmetleri faaliyetlerinin planlamasına yardımcı olup, bu faaliyetlerin yürütülmesinde tam bir

işbirliği sağlanmalıdır. Buna ek olarak yukarıda sayılan işgücü ve diğer kaynaklarla temel sağlık hizmetlerine katkıda bulunabilir.

Toplum katılımının birçok tipi tanımlanmıştır. Bunlar, tüm inisiyatifin toplumun elinde olduğu durumdan, dışarıdan bir kurum ve kuruluşun esas rol oynadığı, topluma sadece danışıldığı duruma kadar değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde toplum katılımının, genellikle toplumun dışında yeralan bir kurum veya kuruluş tarafından planlama ve başlatılma eğilimi vardır. Bu durumda toplum katılımı, topluma danışma şeklinde başlamaktadır.

Topluma danışma aşamasında toplumun hissettiği gereksinimleri ve beklentileri belirlenmelidir. Bu belirlenen gereksinimler ve beklentiler, toplumun sağlık açısından gerçek gereksinimi ile uyarlandırılmalıdır.

Toplumla yapılan görüşmelerde sadece onların hissettikleri gereksinimleri ve beklentilerinin belirlenmesi yanında, bu gereksinimlerin giderilmesinde onların da kabul edecekleri ve destekleyebilecekleri yöntemin seçimine çalışılmalıdır. (T.C Sağlık Bakanlığı 1995)

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, çalışmanın amacı ve önemi anlatılmaktadır. İkinci bölümde, birincil sağlık hizmetinin ve sağlığın tanımı, birincil sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, ülkemizde sağlık hizmetlerinin genel görünümü, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, sosyalizasyon uygulamalarında kalite kavramı, sağlık hizmetlerine toplum katılımı ve katılımı sağlama yöntemi tartışılmaktadır. Üçüncü bölümde, İzmir İli'nin Buca İlçesi'nde yapılan araştırma, araştırma bulguları ve sonuçları yer almıştır.

1.2.ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın ana amacı toplumun, sağlık ocaklarının hangi hizmetlerini tanıdığı ve bu hizmetlerin hangilerinden yararlandığını araştırmaktır. “Sağlık ocağından faydalanan kitle toplumun tanımlanabilecek bir kesimi midir?”, “Bireyin eğitim durumu ya da sosyoekonomik durumu hizmeti tanımak yada kullanmakta etkili midir?” sorularına yanıt aranmaya çalışılmaktadır.

Bu çalışmada diğer bir amaç; sağlık ocağının çalışma şekli, örneğin çalışma saatleri ve verilen hizmetten para talep edilmesinin birey ya da ailelerin sağlık ocaklarından beklentilerini ne düzeyde etkilediğinin belirlenmesidir.

Toplum beklentilerine göre sağlık ocaklarının görev tanımları ve görev tanımlarına göre coğrafi örgütlenmesi tekrar gözden geçirilmelidir. Sağlık ocağına fiziksel ulaşılabilirlik, hizmet verilen bölgedeki hastalığa yakalanma hızları, nüfus artış hızı, çevre sağlığı risk yüksekliği vb etkenlerin değerlendirilmesi gereklidir.

1.3.ÇALIŞMANIN ÖNEMİ

Sağlık hizmet sektörünün ülkemiz toplum sağlığı ve ekonomisi içinde taşıdığı önem gözönünde tutulacak olursa, hem hizmet üreticisi hem de tüketicisi olarak, insanların refah ve mutluluğunda, dolayısıyla toplumsal kalkınmada kaliteli hizmet üretmenin gerekliliği dikkat çekmektedir.

Sağlık ocakları geniş kadrosu ve örgütlenmesi ile toplum sağlığı için çalışmaktadır. Daha iyi yapılması gereken hizmetlerin neler olduğu tespit edilmelidir. Sağlık ocakları mutlak ilk başvuru yerleridir. Sağlık ocaklarını ilk başvuru yeri olarak kullanılmıyorsa nedeni araştırılmalıdır. İlk başvuru yeri olarak kullanmayanlara gerekli bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Kullanmama nedeni örgütten de kaynaklanabilir; gerekli araştırmalar yapılmalı yönetsel önlemler alınmalıdır.

Bu çalışma yönetsel önem alınması yada eēitim-bilgilendirme çalışmaları yapacakları rehber olması bakımından önemlidir.

Çalışma dört bölümde oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmanın önemi ve amacı yer almaktadır. İkinci bölümde birincil saēlık hizmetinin tanımı, deēerlendirilmesi aktarılmaya çalışılmıştır. Ayrıca bu bölümde birinci basamak saēlık hizmetlerinde kalite üzerinde durulmuştur ve istek-ihtiyaç-^{Wizmet}gereksinin kavramları, saēlık hizmetine toplum katılımı açıklanmaya çalışılmıştır. nc bölümde araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri, araştırma yapılan bölgelerde bulunan saēlık ocaklarının tanımlayıcı özellikleri, saēlık ocaēını tanınması ve algılanması yanında ilk başvuru yeri olarak saēlık ocaēını kullanma durumları üçüncü bölümde üzerinde durulan diēer konulardır. Dördüncü bölümde çalışmanın sonucu ve öneriler yer almaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİ

Bu bölümde sağlık ve birincil sağlık hizmetinin tanımı ve değerlendirilmesi ayrıca birincil sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, birincil sağlık hizmetlerine toplum katılımı konuları incelenmiştir.

2.1. “SAĞLIK” VE “BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİ”NİN TANIMI

“Sağlık” kavramını Dünya Sağlık Örgütü “bedensel, ruhsal, ve toplumsal bakımdan tam iyilik durumu” şeklinde tanımlamıştır.(Fişek,1993:11)

Bu tanıma göre : “Sağlık, yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil, bedence, ruhça ve sosyal açıdan tam iyilik durumudur”.

Sağlık tanımındaki “sosyal iyilik” kavramını açmak gerekir. Bu terim çağımızda “toplum hekimliği” olarak bilinen anlayışın temel ilkesini oluşturmaktadır. Bu anlayış“Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisi” ile açıklanmıştır.Bu anlayışın başlıca noktaları şunlardır:

- Sosyal Eşitlik: Toplumdaki herkese sosyal adalet anlayışı içinde eşit olarak götürülmelidir.
- Çevreyle Bütünlük: Kişi çevresinden soyutlanamaz. Onun sağlığı ve hastalığı ile ilgili her önlemede, sağlığı etkileyen çevre faktörleri de gözönünde bulundurulmalıdır.
- Yaşamın Bütünlüğü: İnsan yaşamı doğum öncesinden ölüme dek bir bütündür. Yalnızca hasta iken değil, sağlıklı dönemlerinde de kişiler sağlık hizmeti görebilmelidir.
- Sosyal Etmenler:Hastalıkların temelinde yalnızca fizik ve biyolojik nedenler değil, sosyal ve kültürel nedenler de vardır. Kişilerin inançları, yaşam koşulları, ekonomik

güçleri, sağlıkları ile doğrudan ilişkilidir. Bu faktörler ele alınmadan sağlık sorunları tam olarak çözülemez.

- Hizmetin Boyutu: Sağlık hizmetleri yalnızca “sağlık sektörü” tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur ve birçok başka sektörü de ilgilendirir. Eğitim, tarım, belediyeçilik vb sektörler arasında eşgüdüm kaçınılmazdır.
- Korumaya Öncelik: Hastalıkların oluşmasını ya da ilerlemesini önlemek, onları tedavi etmekten daha etkili, daha kolay ve daha ucuzdur.
- Risk Gruplarına Öncelik: Kaynakların sınırlı olduğu yerlerde herkese yetersiz hizmet vermektense, o hizmetlere daha fazla gereksinimi olan, bebekler ve yetersiz beslenen çocuklar, çok doğum yapmış kadınlar gibi hastalıklara yakalanma olasılıkları daha fazla olan gruplara öncelikle ve özellikle hizmet götürülmelidir.
- Önemli Hastalıklara Öncelik: Bir toplumda sık görülen, çok sayıda ölüm, sakatlık ve işgücü kayıplarına neden olan hastalıklara “önemli hastalık” denir. Sağlık hizmeti sunulurken bu hastalıklar öncelikle ele alınmalıdır.
- Entegre Hizmet: Koruyucu, iyileştirici ve sağlığı geliştirici hizmetler bir bütünlük içinde ele alınmalı planlanmalı ve sunulmalıdır.
- Ekip Hizmeti: Sağlık hizmeti değişik alanlarda, eğitim görmüş, dolayısıyla değişik bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan bir ekip tarafından verilebilecek kadar geniş boyutludur.
- Sağlık Kalkınma İlişkisi: Kalkınmışlık toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine yol açacağı gibi, sağlıklı bir toplumda kalkınmaya olumlu etki yapar.
- Öz Sorumluluk: Herkes kendi sağlığını bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır. Bunun için bireyler de eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir.
- Halkın Katılımı: Eğer halk sağlık hizmetinin sunuluşunu bilmiyor, beğenmiyor ya da benimsemiyorsa hizmette başarı elde edilemez. Sağlık hizmetinin toplum tarafından daha verimli olarak kullanılmasını sağlamanın bir yolu da hizmeti planlama ve uygulama sıralarında toplumdaki kişilerin düşüncelerine başvurmak ve onları hizmetin oluşmasında pay sahibi yapmaktır.
- Evrensellik: Sağlık her ülkenin sorunudur ve işbirliği kaçınılmazdır.
- Koşullara Uygunluk: Bir bölgede başarı ile uygulanan bir model, başka bir bölgenin koşullarına her zaman uymayabilir.

Sağlık hizmetlerinin kapsamı; “bireyin sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması. hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (rehabilitasyon) için, yapılan tıbbi ve teknolojik faaliyetlerden” oluşur.(WHO, 1981:3.Yeğinboy 1993:18)

Sağlık, eğitim, beslenme, konut, çevre, yaşam koşulları gibi sosyal ve ekonomik olaylar ile ilgili olduğu için sağlık hizmetlerinin temel amaçları:

- Hizmet ettikleri toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi.
- Toplumdaki bireylerin sağlıklarının korunması,
- Hastalananların iyileştirilmesi,
- Bireylerin sağlığının bozulmasına neden olabilecek hastalıkların yayılmasının önlenmesi ve tedbirlerinin alınması,
- Toplumda yaşayan bireylerin ömürlerinin uzatılması biçiminde belirtilir.(WHO,1981:5.DPT, Eylül-1991:89,Yeğinboy.1993:18)

1977 yılında Dünya Sağlık Örgütü "2000 yılından önce herkese sağlık hizmeti" kampanyası başlatmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF girişimi ile 12 Eylül 1978 de Alma Ata' da "Primary Health Care" (PHC) konferansı toplanmıştır.

Alma Ata Bildirgesinde verilen tanıma göre : " Birincil sağlık hizmeti, bir toplumdaki birey ve aileleri tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak hizmete katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Birincil sağlık hizmeti, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. Birincil sağlık hizmeti , ulusal sağlık sisteminin insanların çalıştığı ve yaşadığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur. (Starfield ,1994)

2.2. BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

1961 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, birincil sağlık hizmetlerini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin birlikte yürütülmesini, kamu kesiminde sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini ve halkın katılımını öngörmektedir. (Fişek,1983:113). Bu yasa ile getirilen örgütlenme modeliyle herkese çağdaş bir sağlık hizmeti sunulması planlanmıştır. Sağlık ocakları bu örgüt modeli içerisinde yerini almıştır. Anayasamızda yer alan temel bir ilke Alma-Ata Bildirisinde de belirtilmiştir. "Sağlık, doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır." Anayasamızdaki bu ilke doğrultusunda örgütlenmenin ilkeleri ortaya konmuştur.

2.2.1. Örgütlenmenin İlkeleri

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak bir hak olduğuna göre, ülke sınırları içerisinde yaşayan herkesin bu hizmetleri eşit olarak almalarını sağlamak devletin görevidir. Herkesin sağlık hizmetinden yararlanabilme olanağı ve şansı eşit olmalıdır. Kişilerin sağlık düzeyinin ve sağlık hizmetlerine olan gereksiniminin eşit olmaması nedeniyle, bu hizmetleri farklı miktarlarda kullanmaları gereği de açıktır.

Kişilere sağlık hizmetinin hakkaniyet ölçüleri içerisinde, yeterli ve verimli biçimde verilebilmesini sağlamak için aşağıda belirtilen ilkelere uyma gerekliliği, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilmektedir.

1. **Hizmetlerin var olması (availability):** Sağlık hizmetlerinin bir insan hakkı olduğunu kabul eden bütün devletler, ki bunun aksini savunan devlet yoktur, bu hizmetlerini bütün yurttaşlarına ulaştırmak zorundadır. Sağlık hizmetleri, nerede yaşarlarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakında ve gereksinim

duydıkları her anda erişebilecekleri biçimde örgütlenmelidir. Yani sağlık hizmetleri herkese, her yerde ve her zaman verilmelidir.

(Öztek ,1983)

2. **Hizmetin kabul edilebilir olması (acceptability):** Sağlık hizmetlerinin var olması, kişilerin o hizmeti kullanacakları anlamına gelmez. Hizmet modelini ve verilişini uygun bulmayan ve benimsemeyen kişiler (ve toplumlar) o hizmetleri kullanmazlar. Onun yerine beğendikleri, kabullendikleri, alıştıkları hizmetleri tercih ederler. Sağlık hizmetlerini sunarken, toplumsal ve kültürel özellikleri de göz önünde bulundurmak ve halkın hizmetleri yeterince kullanmalarını sağlayıcı stratejiler uygulamak gerekir. Bunun en iyi yolu, halkı sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katmaktır.
3. **Entegre sağlık hizmetleri:** İkinci dünya savaşından önceki dönemlerde, geniş bölgelerde tek amaçlı hizmetler biçiminde örgütlenmek, genel bir anlayıştı. Ülkemizde sıtma, verem, trahom, frengi, lepra savaş örgütleri ile ana-çocuk sağlığı hizmetleri bu tür örgütlenme modeline örnek olarak verilebilir. İkinci dünya savaşından sonraki görüş ise dar bölgede çok yönlü hizmet veren sağlık örgütleri kurmaktır. Yani günümüzdeki anlayış, eskiden ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan hizmetleri bir tek kuruluşa verilecek biçimde toplamak, entegre etmektir. Böylece örgütün karmaşıklığı giderilebilir, hizmetlerdeki duplikasyonlar (tekrarlanmalar) önlenebilir, paradan ve personelden tasarruf sağlanabilir, kişiler ve aileler bir bütünlük içerisinde ele alınabilir. Entegre hizmetlerin halk tarafında kullanımı da kolaydır. Çünkü, vatandaşın karşısında her türlü sağlık sorununda başvuracağı tek bir kuruluş vardır.
4. **Kademeli hizmet anlayışı:** Yataksız sağlık kuruluşlarına birinci basamak, genel hastanelere ikinci basamak ve özel dal hastanelerine ise üçüncü basamak sağlık kuruluşları denilir. Hastaların, öncelikle birinci basamağa başvurmaları çağdaş örgütlenme anlayışının en temel ilkelerindendir. Buralarda teşhis ve tedavi imkanı olmayanların ikinci basamaktaki hastanelere, oralarda da tedavi edilmeyenlerin üçüncü basamaktaki hastanelere sevk edilmeleri gerekir. Böylece hastanelerin önünde filtre görevi yapan birinci basamakta, başvuranların yaklaşık %90 sorunları çözülebilecek, geri kalan az miktardaki hastanın ise hastanelere gitmeleri gerekecektir. Sonuç olarak, hastane bakımı gerekmeyen kişilerin, gereksiz yere

hastane önünde yığılmaları önlenecek, hastanelerin daha verimli çalışması sağlanmış olacaktır. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşları halkın yaşadığı yerlere daha yakın olduğundan, sağlık hizmetleri daha geniş bir alana yayılmış ve ailelerin mümkün olduğu kadar yakınlarına ulaştırılmış olunacaktır. Bunun sonucu olarak, hastalar hastalıklarının daha erken dönemlerinde hekime başvurma şansını elde etmiş olacaklardır. Ayrıca hizmetler daha ucuza mal olacak, hastalar çevreleri ile birlikte değerlendirilecek ve tedavileri daha etkili olabilecektir.

5. **Ekip anlayışı:** Sağlık hizmetleri hiç bir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Bu hizmetler ancak bir ekip tarafından yürütülebilir. Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayarak, aynı amaç için birarada çalışan farklı meslek üyeleri olarak tanımlanabilir. Sağlık ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden önemli olamaz. Her birinin önemli ve değerli rolü vardır.

(ÖZTEK.1995)

Ülkemize bakıldığında Alma-Ata'da yayınlanan bildirgedeki ilkelerin gerçekte 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" daki (224 sayılı yasa) ilkelerden pek farklı olmadığı görülmektedir.(Eren. 1982)

224 sayılı yasa aslında bir "ilkeler yasası" olarak adlandırılabilir. Bu ilkeler şu şekildedir.(Eren ve Öztekin,1993)

1. Sağlık hizmeti herkese eşit olarak verilecektir.(224 sayılı yasa 2.madde 7.fıkra)
2. Herkes belli kurallara uymak koşulu ile sağlık hizmetinden para ödemediği takdirde yararlanacaktır. Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı bazı hizmetler için kişinin doğrudan ödeme yapmasını isteyebilir.(224 sayılı yasa 1.madde 7.fıkra,14. madde)
3. Muayene ve tedavi ücretini ödeme koşulu ile kişi istediği hekimi seçmekte özgürdür. (224 sayılı yasa 3.ve 4. madde)
4. Hekimler özel hekimlik yapmak yada kamu sektöründe görev seçmekte özgürdür. Kamu sektöründe çalışan hekimler ücret karşılığı özel hasta bakamazlar. (224 sayılı yasa 3. ve 4. madde.)(Bu madde daha sonra yürürlükten çıkarılmıştır.)
5. İlk basamak sağlık hizmetlerini herkese eşit sunmak için sağlık ocakları kurulmuştur.(224 sayılı yasa 10.madde)

6. Sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birarada yürütülecektir. (224 sayılı yasa 10.madde)
7. Sağlık hizmeti küçük ekiplerden (sağlık ocağında) oluşan bir ekip hizmeti olarak ele alınmıştır.(224 sayılı yasa 10.ve 11. madde)
8. Tedavi hizmetine disiplin getirilmiştir.(224 sayılı yasa 10..12..13. maddeler)
9. Halkın hizmetin planlama, uygulama, ve değerlendirilmesine katılımı sağlanmıştır. (224 sayılı yasa 23.madde)
- 10.Sağlık hizmetleri Milli Savunma Bakanlığına bağlı olanlar dışında tek elde toplanacaktır. (224 sayılı yasa 8.ve 30. maddeler)
- 11.Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden ya da halktan toplanacak olan primlerle karşılanacaktır. Kişinin de kendisine yapılan hizmet harcamalarının bir bölümüne katılması istenebilir. (224 sayılı yasa 2. madde 7.fıkra)

2.2.2. Örgütlenmenin Özellikleri

224 sayılı yasa ile getirilen örgütlenmenin başlıca özellikleri aşağıdaki gibi belirtilebilir. (Eren ve Öztekin,1993)

- a) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi örgütlenme modeli "dar alanda kapsamlı hizmet" ilkesine dayanmaktadır.
- b) Kırsal alanda her 5-10 bin nüfusa (kentsel bölge için nüfus ölçeği 50 bindir) bir sağlık ekibi kurulacaktır.Ekibin görev yapacağı ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin temeli olan örgüt birimi " sağlık ocağı" dır
- c) Sağlık ocaklarına bağlı olarak sağlık evleri kurulur.Yalnız ebeler hizmet görürler. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri, hijyen, beslenme, sağlık eğitimi, aşılama,doğum ve ölüm kayıtlarının tutulması görevleridir.
- d) Çağdaş hekimlik anlayışına göre yapılan bir düzenleme uyarınca, sağlık ocakları birinci basamak yada temel sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevlendirilmişlerdir.Bu görevler özetle şunlardır:

- I. Koruyucu Sağlık Hizmetleri
 - A. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
 1. Bağışıklama
 2. Erken tanı
 3. Beslenmenin düzeltilmesi
 4. Aile planlaması
 5. Sağlık eğitimi
 6. Kemo ve sero-profilaksi
 - B. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
 1. Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması
 2. İnsan dışkı ve idrarının sağlık koşullarına uygun olarak yok edilmesi
 3. Vektör denetimi
 4. Barınak hijyeni
 5. Besin hijyeni
 6. Doğanın ve çevrenin korunması
 7. Atıkların yok edilmesi
 8. Çevre ve hava kirlenmesi ile savaş
 9. İonizan ışıklardan korunma vb.
- II. İlk yardım hizmetleri
- III. Acil tedavi hizmetleri
- IV. Evde-ayakta bakım ve tedavi hizmetleri
- V. Hasta gönderme (sevk) ve sonuçlarını izleme hizmetleri
- VI. Adli hekimlik hizmetleri
- VII. Yönetimle ilgili hekimlik hizmetleri

e) Genellikle 5- 10 sağlık ocağı bir "sağlık grup başkanlığını" oluşturmaktadır.(50-100 bin nüfus)

f) 200-400 bin nüfus için bölge hastanesi kurulmuştur. Bölge hastaneleri sağlık müdürlüğüne bağlıdır.

g) Üniversite hastaneleri ileri uzmanlık isteyen konularda bölge hastanelerini desteklemekle görevlidirler.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde verilebilmesi için sağlık örgütlenmesinin de bu basamaklarının çok iyi bilinmesi ve kullanılması gerekir. Sağlık ocaklarında başlayan hizmet gerekirse ikinci ve üçüncü basamağa kadar uzanır. Sağlık ocakları olanakları ile kişilere yeterli hizmet verilemiyorsa kişinin daha yukarılara sevk edilmesi gerekecektir. Böylece tabandan yukarı bir hasta akımı. bunun karşılığında da hastane uzmanlarının, hastanın hekimlerine hastalığı ile ilgili bilgi vererek yukarıdan tabana bilgi akımını sağlamalıdır. Böylece sağlık ocakları hastaneleri önünde bir filtre görevi görecektir. hastanelerdeki hasta yığılmaları azalacak ve hastanedeki uzmanların hastalarına ayıracak zaman da artacaktır. (Öztek, 1986)

Sağlık ocağının sağlık hizmetlerini başarılı bir şekilde yürütebilmesi için halkın hizmete sahip çıkması hizmetin başarısını olumlu yönde etkiler. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında her kademedede halkın görüşüne başvurmak, halkla birlikte çalışmak bir ilke olmalıdır.

2.3.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Birinci basamak sağlık hizmeti ikinci ve üçüncü basamak hizmetinden önemli özellikleri açısından ayrılır. Birinci basamak sağlık hizmeti daha sık ve kolay tanımlanabilen problemlerle sağlık merkezi, okul, ev gibi toplumun içindeki alanlarla ilgilenir. Kişi koruyucu hizmet de dahil olmak üzere çeşitli problemler için sürekli olarak birinci basamak sağlık hizmetini kullanabilir, böylece kendisi için uygun bakıma doğrudan ulaşabilir. (Starfield, 1992)

Birinci basamak sağlık hizmet değerlendirilmesi konusunda yoğun çalışmaları olan Starfield birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri olan ilk başvuru, srekliplik, koordinasyon ve kapsayıcılık açısından değerlendirilmesini önermiştir. Birinci basamak sağlık hizmetinin verimliliği ve kalitesi ilk başvuru, srekliplik, kapsayıcılık ve koordinasyon özellikleri ile değerlendirilebilir.

2.3.1. İlk Başvuru

Pek çok kişi sağlık sorunu olduğunda teknik olarak yeterli bilgi sahibi olmadığından nereye başvuracağına karar veremez. Bu da hizmetin eşit olarak kullanımını engellediği gibi pahalıya mal olmasına da neden olur. Birinci basamak sağlık hizmetinden alınacak öneri ile en iyi hizmet verecek olan kaynağı bulmak mümkün olabilir. Ayrıca doğrudan uzmana başvurulduğunda alınacak hizmet daha pahalıya mal olabilir. Diğer yandan birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim, hastayı ailesi, bulunduğu koşullar içerisinde değerlendirmeye, belirti ve bulguları daha rahat yakalamaya yönelik eğitildiği için hastalığa tam koymak açısından daha etkilidir. (Starfield, 1992)

İlk başvuru her hangi bir problemi ya da problemin yeni yn söz konusu olduğunda sağlık bakımı almak için başvuran kişinin hizmete erişebilmesi ve hizmeti kullanması anlamındadır. Kişiler sağlık hizmeti veren kurumu erişilebilir olarak kabul edip bunu kullanımlarıyla yansıtmadığı bu kurum ilk başvuru hizmeti sağlayamaz. (Weiner, 1982)

Eğer kişiler uzmanın daha çok bilgi ve becerisine inanıyor ve kendi problemleri için en uygun olduğunu düşünüyorlarsa, onları ilk başvuru için belli bir yere zorlamak, en iyi bakımdan yoksun bırakıldıkları izlenimini yaratabilir. Uzman hekime gidişin engellenmediği durumda, kişiler uzman hekim konusunda isabetli karar vermişlerse, önce pratisyen hekime giderek harcanacak gereksiz maliyet ortadan kaldırılmış olur. Engellenmemiş uzman hekim ziyareti zaman ve problemin çözümlenmesi açısından daha kolay olabilir. Diğer yandan daha sık görülen semptomları değerlendirmek üzere

yetiştirilmiş bir ilk başvuru hekimi ilk aşamadaki belirtileri daha iyi değerlendirebilir. İlk başvuru hekimi kişiye daha yakın olduğu için semptomların değişimini daha rahat izleyebilir. Birinci basamak hekimi uygun uzmana başvuruyu sağlayarak bu süreci kolaylaştırabilir. Bu da uygun bakımın daha kısa sürede alınmasını sağlar. (Starfield,1992)

İlk başvuru yeri olarak birinci basamağın kullanılması, hem uzman hekimin hem de acil hizmetin kullanılmasını azaltır. Bir çalışmada randomize seçilen iki gruptan birisinin birinci basamağa başvurmadan uzmana başvurması sağlanırken, diğer grubun birinci basamaktan sevk edilerek uzmana ulaşması mümkün olmuştur. Bir yıllık izlemde birinci basamaktan sevkle uzmana başvuran grupta 0.3 kez daha az uzmana başvuru gözlenmiştir (Martin, 1989).

İlk başvurunun değerlendirilmesi erişilebilirlik ve kullanımın ölçülmesi ile sağlanır.

a) Erişilebilirlik

Hizmetin hazır olması : Hizmete gereksinim olduğunda iyi bir hizmet alabileceğinden ne düzeyde emin olduğunu sorgular. Mevcut hizmetler ve kaynakların miktarı ve türü ile hastaların sayısı ve gereksinimleri arasındaki ilişkiyi gösterir.

Ulaşılabilirlik: Hekime ulaşmanın ne kadar kolay olduğunu belirtir. Hizmetin bulunduğu yer ile hastanın bulunduğu yer arasındaki ilişkidir.

Randevu:Hekime ulaşmak için ne kadar beklendiğini sorgular.

Ödeme gücü: Hizmetlerin bedeli ile hastanın ödeme gücü arasındaki ilişkiyi gösterir.

Kabul edilebilirlik:Hastalarla sağlık personeli arasındaki iletişim hakkında fikir verir. (Starfield,1992)

a) Erişilebilirlik

Kişinin hizmete ulaşmasını engelleyen etken olmamalıdır. Kişinin aldığı ilk başvuru hizmetinin bedeli ödenebilir olmalıdır. Hizmet bedeli kişinin birinci basamak sağlık kurumundan hizmet almasını engellememelidir.

Birinci basamak sağlık kurumu, hizmet almaya gelen insanlar arasında ayırım yapmamalıdır. Hizmet alanın sosyal sınıfı ve yaşı aldığı hizmeti etkilememelidir.

Birinci basamak sağlık kurumu ile hizmet alacak kişinin evi arasındaki mesafe uzak olmamalıdır. Coğrafi ulaşılabilir olmalıdır. Kişi evinden sağlık kurumuna yürüyerek gelebilmeli ya da araç ile çok kısa bir yolculukla sağlık kurumuna ulaşabilmelidir.

Sağlık ocağına erişilebilirliği arttırmak için, toplumdaki kişilerin tümünü kapsayan sosyal güvence sistemine ihtiyaç vardır. Bunun dışında SSK'ya bağlı olanların da sağlık ocaklarından yararlanabilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.(Çiçeklioğlu, 1997:116)

Hizmet hazır olmalıdır. Hizmetin hazır olması: hizmete gereksinim olduğunda iyi bir hizmet alabileceğinden ne düzeyde emin olunduğunu sorgular. Mevcut hizmetler ve kaynakların miktarı ve türü ile hastaların sayısı ve gereksinimleri arasındaki ilişkiyi gösterir.

Ulaşılabilirlik iyi düzeyde olmalıdır. Ulaşılabilirlik; hekime ulaşmanın ne kadar kolay olduğunu belirtir. Hizmetin bulunduğu yer ile hastanın bulunduğu yer arasındaki ilişkidir.

Randevu; hekime ulaşmak için ne kadar beklendiğini ifade eder. Hasta kendi durumuna çözüm bulabilmek için erken randevu isteyecektir. Hekime ulaşmak uzun zaman almamalıdır.

Ödeme gücü; hizmetlerin bedeli ile hastanın ödeme gücü arasındaki ilişkiyi gösterir.

Hizmet kabul edilebilir olmalıdır. Kabul edilebilirlik; hastalarla sağlık personeli arasındaki iletişimi hakkında fikir verir. (Starfield,1992)

Hekime başvuran sayısı ile hekime başvurmayla gereksinim duyanların sayısının farkının hekime başvurmayla gereksinim duyanların sayısına oranı ne kadar büyükse erişilebilirlik o kadar iyidir.

b) Kullanım (hizmet birimine gereksinim olduğunda)

Bu işleyiş bileşkesi, gerek ilk başvuru, gerekse süreklilik için göz önüne alınmalıdır.

Bu "ilk başvuru" açısından, düzenli kullanılan bir hizmet kaynağının yeni bir sorun ortaya çıktığında "ilk tercih edilen yer" olmasıdır.

Süreklilikte ise sorunun tipine veya derecesine bakılmaksızın (sevk ile gönderilme dışında) her zaman aynı hizmet kaynağının kullanılması demektir.

Ülkemiz gibi insanların 1.basamak kurumlara fiili olarak yönlendirilmediği ülkelerin sistemlerinde, kullanım yönünde ilk başvuru hizmetinin ölçümü "Toplum düzeyinde " yapılmalıdır. Bunun nedeni -çok açıktır ki- insanların bazı kurumlara ulaşabilmesinde ki güçlük çekmesi ve kayıtların düzensiz olması ve güven vermemesidir. Özet olarak bu "toplum tabanlı" olarak (insanlara sorularak) ölçülmelidir. Diğer taraftan kurumlardaki kayıtlarda değerlendirmeye alınmalı ama güvenilmemelidir.(Starfield ,1992)

Türkiye’de ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağının kullanımı ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. İlk başvuru yeri olarak kullanımda aşı, kontrol ve hastalık nedeniyle yapılan başvurularda en çok tercih edilen yer sağlık ocağıdır. Acil sorunlar nedeniyle olan başvurularda ise en az tercih edilen yer sağlık ocağıdır. Acil sorunlar nedeniyle kişilerin %42’ si devlet hastanesi veya SSK hastanesini tercih ederken, %40’ı özel muayenehanelere gitmektedir. (Çiçeklioğlu,1997:116)

Hastalık nedeniyle son iki haftada yapılan başvuruların araştırıldığı Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımı araştırmasına göre kırsal alan, Ege-Marmara bölgesi

ve ülke genelinde tercih edilen kurumların sıralaması çıkartılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bu çalışmaya göre; kırsal alanda sağlık ocağı %32.1, Marmara ve Ege Bölgesi'nde %16 ve Türkiye genelinde %17.3 ile ilk başvuru yeri olarak kullanılmaktadır. (Çiçeklioğlu, 1997:116)

Türkiye' de Sağlık Hizmeti Kullanım (TSHK) araştırmasında son iki haftada yapılan başvurularda kentsel alandaki 0-6 yaş grubu çocukların %16.1'i sağlık ocağını kullanırken, kırsal alandaki %50.0'ı sağlık ocağını kullanmaktadır. Yine bu araştırmaya göre hem kırsal hem kentsel alanda sağlık ocağını en çok kullanan grup 0-6 yaş grubudur.

2.3.2.Süreklilik

Bir kaynağın her sorun için birim zamanda düzenli kullanımudur. Her türlü sağlık sorunu olduğunda aynı sağlık kurumuna başvurmaktır.Sürekliliğin değerlendirilmesi uygun nüfusun seçimi ve kullanımın ölçümü ile yapılır.

a) Uygun nüfus

Toplum düzeyinde, süreklilik "Ulusal Sağlık Araştırmaları" ile ölçülür.Toplumu temsil eden bir örnek üzerinde yığılan bu araştırmalar sonucu insanların sağlık hizmetini düzenli bir kaynaktan alıp almadıkları saptanır.

Sağlık birimi düzeyinde, süreklilik birinci basamak sağlık kurumlarındaki hasta kayıt defteri ve kartlardır.

b) Kullanım

Genel hizmet sürekliliği: (usual provider continuity-UPC)

Hizmeti sürekli kullananların ziyaret sayısı, toplam ziyaret sayısının oranı bire yaklaştıkça süreklilik yükselir.(Starfield, 1976)

Bakımın sürekliliği: (Continuity of care-COC)

UPC puanı, ziyaretlerin toplam sayısına çok duyarlıdır. Örneğin bir birey yılda bir kez hekime gitmişse ve gittiği yerde hizmeti sürekli kullandığı bir yere UPC=1

olacaktır. Yani vizit sayısı ne kadar azsa yüksek UPC puanı elde etmek o kadar kolay olacaktır. Böyle bir sorunda COC kullanılmalıdır. Bu puanlamada başka bir hekimden sevkle muayene olan değerlendirilmeye alınmaz. Belli bir peryotta yapılan her bir başvurunun hangi hekime ve kaç defa olduğu belirlenir.(Bice and Boxerman 1977-Starfield 1992)

Süreklilik Olasılığı : (likelihood of continuity-LICON)

Bu ölçüt varolan kaynakların (hizmet kurumlarının) ve toplam vizit sayılarının etkisini düzeltmeye yarar. Var olan kaynak sayısı ne kadar çoksa, sürekli hizmet veren kurum veya hekimlere gidiş olasılığı o kadar fazla olacaktır. (Steinwachs 1979-Starfield 1992)

Yukardaki üç ölçüt de belirli bir zaman biriminde (örn. yıl) sürekli kaynağın kullanılma düzeyini göstermektedir. Ayrıca yapılan vizitin sevk sonucu olup olmadığını belirleyemezler.

Diğer bir ölçüt ise *hizmetin verildiği sorunun doğasını da hesaba katan* bir ölçüttür. İnsanlar kişisel görüşme veya hasta kayıtları kullanılarak hizmete başvuru nedenleri. ve çoğunlukla da bunun açık bir ifadesi olan *tanı* lar elde edilir. Bu tanının nerede konulduğu saptanır. Çeşitli sorunlar için sevk dışındaki vizitlerin sürekli hizmet alınan yerden alınma oranı sürekliliğin bir ölçütüdür.

Sağlık birimi düzeyindeki süreklilik, hizmet birimindeki kayıtlar yardımıyla ölçülür. Böyle olunca da yalnız bu kurumu kullananlarla ilgili bilgi edinilebilir.

2.3.3.Kapsayıcılık

Hizmetlerin kapsayıcılığı , geniş bir hizmet yelpazesi ile birlikte, bu hizmetlerin uygulanabilirliği açısından durumun farkına varılmasıdır. Yani hizmet yelpazesinin genişliği, ancak buna gereksinim olduğunun farkına varılması ile mümkün olacaktır.

Temel sağlık hizmetlerine kapsayıcı yaklaşımla, en azından medikal prosesteki 4 basamağı içermelidir.(Starfield 1992)

1. Sorunların veya gereksinimlerin farkında olunması
2. Tanı
3. Yönetim (çözüm üretme)
4. Tekrar değerlendirme

Tıbbi hizmet türlerinin tümü, hatta uzmanlık hizmeti, tüm bu basamakları içerir. Fakat sorunların farkında olunması birincil sağlık hizmeti için geniş bir sorumluluktur. Çünkü hem koruyucu hem sağaltıcı hizmeti içerir.Koruyucu hizmet salt hastalarla değıl, sağlamlarla da ilgilenmeyi gerektirir. (kendi kendine bakımın özendirilmesi, ev ziyaretleri vb.)

Kapsayıcılığın değerlendirilmesinde yapısal eleman olan hizmet yelpazesi, işlevsel eleman olan gereksinimlerin farkında olması kullanılır.

a) Hizmet yelpazesi:

Toplum düzeyinde, toplumun gereksinimi hizmet yelpazesini belirler. Burada kapsayıcılık, bu hizmet yelpazesinden toplumun yararlanabilmesidir. Kapsayıcılık tek amaçlı programları içermez. Bir temel sağlık hizmetinin kapsayıcı olması için gelişimsel etkinliklerinin tümünün, toplum için en yüksek önceliğe sahip, kültürel olarak kabul edilebilir, teknolojik açıdan uygun, yönetilebilir olacak şekilde birbirleri ile dengeli bir şekilde ilişkili olmalıdırlar. Buradan da anlaşılacağı gibi, her toplum için hizmet yelpazesi farklıdır ve bunu net olarak ortaya koyabilecek bir yöntem olmalıdır.(Tarimo,1994)

Hizmet Birimi Düzeyinde: hizmet yelpazesi, çeşitli tipteki sağlık planlamasının veya sağlık örgütlenmesinin yararlanım paketlerinin birbiriyle karşılaştırılması ile ölçülebilir veya farklı sağlık birimlerindeki gereçler, verebileceğı hizmet yelpazesinin genişliğı açısından karşılaştırılabilir. Buna ek olarak kurumda çalışan sağlık personelinin sorular yelpazesine yanıt verebilme becerisi veya personelin birimde sunulmayan hizmeti elde etmede bunu başka bir yerden sağlamak için yapacağı sistematik yaklaşım becerisi de ölçümde veya kurumların birbiri ile karşılaştırılmasında kullanılabilir.(Starfield, 1992)

b) Gereksinimlerin Farkında Olunması:

Toplum Düzeyinde."hizmet birimleri toplumun gereksinimlerini ne düzeyde karşılayabiliyorlar?" sorusuna yanıt aranır.

Kanada'da bir grup araştırmacı, hayati istatistiklerden,nüfus büyüklüğü gelir düzeyi farklı beş bölge olarak, erkek ve kadınlarda yaşam beklentisini hesaplamıştır. Her iki hesap açısından da farklı gelir grupları arasında sistematik farklılıklar gözlenmiştir. Kanada sistemi, halkın hizmetlere erişebilmesinde finansal engelleri ortadan kaldırmış bir sistem olduğu için farklılığın erişilebilirlikten çok. hizmetlerin daha fakir olan insanların gereksinimlerini karşılayamamasına dayandırılmıştır.

Hizmet birimi düzeyinde, kurumda veya hekimde, toplumun sorunları ve konulan tanılarının tipleri hakkında yeterli bilgi bulunmalıdır.

Aynı toplumda çalışan birimlerde saptanan sorunların sıklığı farklı ise (bu farklılık gerçekten kanıtlanmadı ise), bu birimlerin kapsayıcılığı farklı demektir.

2.3.4.Koordinasyon

Bu kavram; hekim, tıbbi kayıtlar yada herikisi tarafında hizmetin kesintisizliği olarak tanımlanır. Böylece toplumda ya da kişide ortaya çıkan sağlık sorunlarının daha kolay ve daha doğru olarak ortaya çıkarılmasını içerir.

a)Hizmetin Kesintisizliği (Continuity): Bu kavram "süreklilik-longitudunality" kavramından farklıdır. Temel sağlık hizmetlerinin bir bileşeni olan süreklilik sağlık sorununun ne olduğuna bakılmaksızın, kişinin her türlü sağlık sorununda ve ziyaretinde aynı hekimi kullanmasıdır. "Kesintisizlik-Continuity" ise, aynı sağlık sorununun çözümünde farklı hekimlerle de olsa sorunun kesintisiz yönetimidir. Yani biri olmadan diğeri olabilir. Örneğin kişisel sağlık fişinde kişinin o sağlık sorunu ile ilgili yaptığı tüm hekim ziyaretlerinin bilgisi işlenmiştir. Belkide hasta sürekli aynı kurumu kullanmasına rağmen farklı hekimlerce görülür. Bu durumda kesintisizlik (continuity) tamdır, süreklilik(longitudunality) yoktur.

Diğer taraftan kişi aynı hekime gidiyorsa, ama hekim hastanın önceki sorunları hakkında bilgi tutmuyorsa "Longitudinality" (süreklilik) var "Continuity" (kesintisizliği) yoktur.

2.4. ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL GÖRÜNÜMÜ VE DURUMU

Ülkemizde sağlık hizmetleri oldukça karmaşık ve sorunludur. Halen uygulanan sağlık politikası devlete büyük sorumluluklar ve yetkiler vermektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlananlar bakımından yeknesaklık ve genellik yoktur. Devlet memurları, diğer kamu görevlileri ve bunların emeklilerine (emekli sandığı), işçilere, ücretli çalışanlara (sosyal sigortalar kurumu-SSK) ; esnaf ve sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) aktif ve pasif sigortalıları ile bunların dışında kalan vatandaşlara farklı tedavi rejimleri uygulanmaktadır. (Sözer ve Demirbilek, 1994)

I. Sosyal Sigortalar kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri:

- A. Sosyal sigortalar kurumunca sağlanan sağlık hizmetleri: Devlet bütçesinden hiçbir katkı almadan, işçi ve işveren primleri ile yürütülmekte olan sosyal sigortalar kurumu nüfusun % 33.4 üne sağlık yardımı götürmüştür. Üyelerine sağlık hizmetini kendine bağlı sağlık kuruluşları ile çözer.
- B. Esnaf ve Sanatkarlar ve diğer çalışanlar sosyal sigortalar kurumunca (BAĞ-KUR) sağlanan sağlık hizmetleri: Nüfusun % 16.8 ine sağlık hizmeti sunmuştur. Kurum üyelerine kamu ve özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alır.
- C. T.C. Emekli Sandığı'na sağlanan sağlık hizmetleri: Nüfusun 18.5 inin sağlık hizmetini karşılar. Giderler genel bütçeden karşılanır. Hizmet kamu kuruluşlarına ait hastanelerden satın alınır.

II. Sosyal tazmin kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri:

- A. Askerlere yönelik sosyal tazmin kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri
 - B. Kamu görevlilerine yönelik sosyal tazmin kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri
 - C. Sivillere yönelik sosyal tazmin kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri
- III. Sosyal yardım kapsamında karşılanan sağlık giderleri
- A. Muhtaç vatandaşların sağlık giderlerinin karşılanması
 - B. Muhtaç yaşlı, malül, ve sakatlara sağlanan sağlık hizmetleri
- IV. Sosyal hizmet kapsamında sunulan sağlık hizmetleri
- A. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunca sağlanan sağlık hizmetleri:(Korunmayamuhtaç çocuklar, sakatlar, yaşlılar, kadınlar, aileler, kişilerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlamakla görevlidir.)
 - B. Sağlık Bakanlığınca sunulan sağlık hizmetleri:
 - C. Belediyelerce sunulan sağlık hizmeti

Özet olarak Ülkemiz vatandaşlarının %68.7 si Sosyal Sigorta Kurumları tarafından sağlık güvencesine alınmıştır. Ülkemizde sosyal sigorta kurumları dışında kalan %31.3 lük nüfusa sağlık hizmeti olanağı sağlayan birden fazla kurum vardır. Hukuksal olarak sağlık hizmetlerinin dışında kalan bir kesimden söz edilemez. Fiilen kapsam dışında kalan kesimin varlığı kurum yokluğundan değil, varolan kurumların finans kaynaklarının yetersizliğidir.

Öte yandan, Sağlık Bakanlığınca sunulan hizmetlerle ilgili olarak düzenlemeler çok çeşitlidir. Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğine göre, yoksullar ayakta ve yatakta tedavisinde bedel ödemez, harcamalar bakanlık bütçesinden karşılanır. 224 sayılı kanun gelir ayrımı yapmaksızın tüm vatandaşları bedelsiz olarak sağlık hizmeti kapsamına almaktadır. 3359 sayılı kanun ise, prim karşılığı hizmet esasını getirirken son olarak yürürlüğe giren 3816 sayılı kanun belirli bir gelir düzeyinin altında kalanlara sadece yataklı tedavilerinde bedelsiz hizmet sunulacağını söyler. Anılan düzenlemeler birbirinden farklı modelleri oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığının sunduğu hizmetlerin

bağlı olduğu esaslar bakımından bir kaostan veya mevzuat çöplüğünden söz edilebilir. (Sözer ve Demirbilek, 1994)

2.5. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA KALİTE KAVRAMI

Kalite; üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu, gereksinimine uygunluğu ve beğenilmesi demektir.

Kalite güvencesi ise ürün veya hizmetin önceden belirlenmiş gereksinimleri ve istekleri karşılaması ve böylece yeterli güvenin verilmesi için yapılması yapılması gereken işlemler bütünü olarak düşünülebilir. Bir işletmede kalite güvencesinden bahsedebilmek için müşterilerin önceden belirlenen isteklerinin tam olarak karşılanması gerekli ve şarttır. (ÖZTEK,1995)

Kalite güvencesi bir hizmetin sunumunda mevcut performansın ölçülmesi ve bunun beklenen yada normatif performans ile karşılaştırılması olarak da tarif edilebilir.(Uz, 1995)

Kalitenin sürekli iyileştirilmesi; kalite güvencesinde kullanılan yöntemlere başvurularak hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi, gelişmesi amaçlanır.

Toplam Kalite Yönetimi;Toplam kalite yönetiminin temelinde bir işyerinin birbirine bağlı ve birbirini tamamlayan dokuz kriterle değerlendirilmesi yatmaktadır. Bu dokuz kriter yönetim, insan yönetimi, politika ve stratejiler, kaynaklar, süreçler, çalışanların tatmini, müşteri tatmini, toplumsal etki ve iş sonuçlarıdır.

Toplam Kalite Kontrolü; yönetimin işletmenin tamamını daha az maliyetle müşterilere (hastalara) daha iyi tatmin sağlama yolunda belirli prensip ve metodlardan oluşan genel bir strateji çerçevesinde yönlendirilmesidir şeklinde tanımlanabilir.(Atayeter,1994:399)

Özellikle kalite kontrol gruplarının dayandığı en önemli kavram katılımdır. Bu kavrama göre bir sağlık kuruluşunda kalite ile iste teknik, ister hizmetle ilgili bir konu olsun başhekimden hizmetliye kadar her düzeyde çalışanın sorunlarının çözüme katılması gerektiğine ve kalitenin oluşturulmasıyla ilgili sorumlulukların örgütün tüm üyeleri tarafından paylaşılması gerektiğine inanılmaktadır. (Atayeter.1994:401)

Kalitenin temel öğelerinden biride ölçümlemedir. Ölçümleme kalite geliştirme faaliyetlerinin temel taşıdır. Çalışanların hatasını bulmaya yönelmez. Ölçümleme nerede, ne kadar geliştirmeye ihtiyaç var bunun tespitinin yapılmasına yardımcı olur. Ölçümleme kurumlara önceliklerin değerlendirilmesinde ve sağlıklı iletişim sağlanmasında yardımcı olur. Ölçümlemenin önemini belirtmek için bazı kişiler “ölçülemeyen hizmet gerçekleştirilmesi gereksiz hizmettir.” Diyecek kadar ileri gitmişlerdir. (Kiymir.1994:317)

2.5.1.İstek-Gereksinim-Hizmet Dengesi:

Toplumun gereksinimlerini belirlemek genellikle güç bir iştir. Toplum tarafından belirtilen isteklerin bazıları onların gerçek gereksinimleri olmayabilir. Onların istekleri ile hizmeti sunanların görüşleri her zaman benzeşmeyebilir. Toplumun arzu ettiği işlerin önceliği ile uzmanların ya da öncelikleri aynı olmayabilir. Toplumun gerçekleri en iyi biçimde saptanmış olsa bile bunları karşılamak her zaman mümkün olmayabilir. Gereksinimler karşılanmış olsa bile, toplum, kendi beklentilerine cevap vermeyen bu hizmetleri benimsemeyebilir; bu hizmetlerden tatmin olmayabilir.

Önemli olan, toplumun istekleri, ihtiyaçları ve onlara götürülecek hizmetler arasında kabul edilebilir bir denge sağlayabilmektedir.

Sağlık hizmetleri gözönüne alındığında, toplumun istekleri, gerçek gereksinimlerinden daha fazladır. Gereksinimlerin tamamını hizmetlerle karşılamak ise genellikle mümkün olamaz. O nedenle, bu üçlü arasında şöyle bir görünüm vardır:

İstek > Gereksinim > Hizmet

Hizmetlerin sınırını belirleyen bir faktörde sunulan hizmetlerin halk tarafından kullanılmasıdır. Sunulan her hizmet halk tarafından kullanılmayabilir. Bazı hizmet türlerinin kullanım oranları yüksek olsa da sunulan hizmetlerin tamamı dikkate alındığında “kullanım oranı” genellikle sunulan hizmet miktarından azdır. Bu durumda şöyle bir dengeden söz edilebilir:

İstek > Gereksinim > Hizmet > Kullanım

İdeal olan, halkın gereksinimlerinin tamamını karşılayabilmek, sunulan hizmetlerin mümkünse tamamının halk tarafından kullanılmasını sağlamaktır. Ancak uygulamada, bu imkansızdenilecek kadar güçtür. Çünkü, özellikle sağlık çok değişken ve dinamik bir kavramdır. Zaman içinde, halkın sağlıkla ilgili beklentileri de gereksinimleri de değişir. Bu değişiklik, fizik ve kültürel değişimlere bağlı olabildiği gibi, tıptaki gelişmelerde bağlıdır. Çağımızdaki toplum beklentileri ve gereksinimleri ile, bundan otuz yıl öncesinin toplumsal beklentileri ve gereksinimleri aynı değildir. Günümüzdeki tıp uygulamaları da çok farklılaşmıştır. O nedenle, bundan otuz yıl önceki uygulama ve hizmetlerle günümüzdeki hizmetlerin farklı olması doğaldır. İlerideki hizmetler de bugünden farklı olacaktır. Önemli olan, toplumun isteklerini, gereksinimlerini ve hizmete dönüştürülebilecek bilimsel ve teknolojik gelişmeleri yakından izleyebilmek ve hizmetleri bunlara göre yeniden biçimlendirebilmektir.

Bu nedenle, değişen koşullara, isteklere ve gereksinimlere paralel olarak hizmetlerin de sürekli gözden geçirilmesi ve güncelleştirilmesi gerekir. Yönetimlerin hedefi, verilen hizmetlerin mümkün olduğu kadar toplumun gereksinimlerini karşılayabilmesidir.

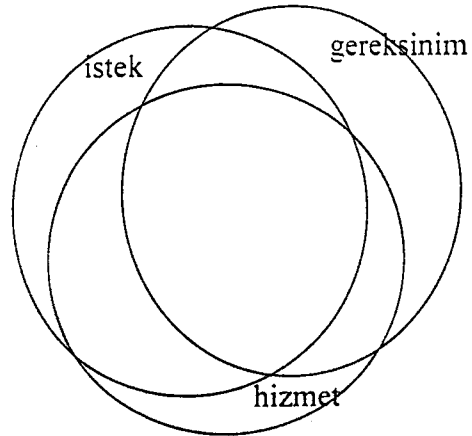
Tanımlanan gereksimler toplumun beklentilerine ne kadar yakın olursa ve verilen hizmetler toplumun gereksinimlerinin ne kadar çoğunu karşılırsa toplum o kadar tatmin olur. Bu aynı zamanda hizmetlerin topluma uygunluğunun da göstergesidir.

Şekil 1.1 Yetersiz Denge



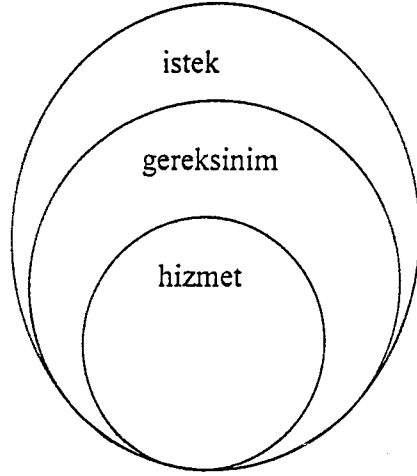
Toplum tatmini yeterli sağlanamaz çünkü verilen hizmet gereksinimleri ve istekleri yeterli düzeyde karşılamamaktadır.

Şekil 1.2. Tatmin Edici Denge



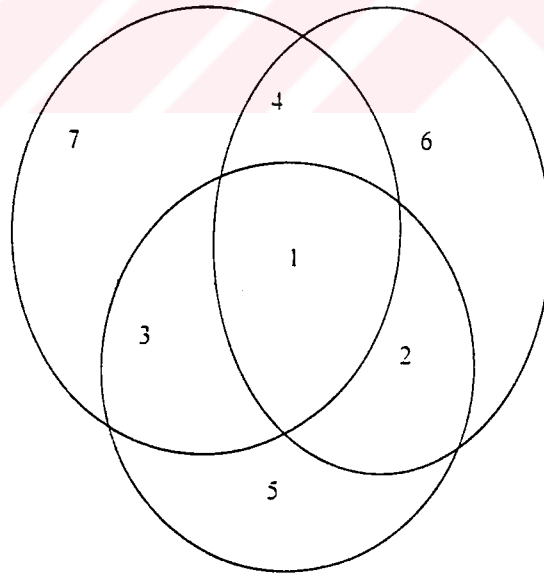
Verilen hizmet, istek ve gereksimler dengesi toplumu tatmin edecek düzeydedir.

Şekil 1.3 İdeal Denge



Verilen hizmet, istek ve gereksinimlerle ideal olarak bu şekilde olmalıdır.

Şekil 1.4. Hizmetin Geliştirilmesinde Öncelikler



2.5.2.Hizmetin Geliştirilmesinde Öncelikler

Hangi hizmete öncelik verileceğinin yanıtı yine hizmet-istek-gereksinim dengesinin iyi irdelenmesi ile verilebilir. İrdeleme Şekil 1.4 e göre yapılabilir.

- (1) numara ile belirtilen alan, hem toplumun isteklerini, hem onun gereksinimlerini, hem de verilmekte olan hizmetleri temsil etmektedir. Bir diğer anlatımla, bu alanda ifade edilen işlerin yapılması en uygun olanlarıdır. Bu işler toplumun isteklerine cevap verdiği için onlarca benimsenir, gereksinimlerine cevap verdiği için de yararlı sonuçlar elde edilebilir. Bu alandaki sorunlara örnek olarak poliklinik hizmetleri verilebilir. Toplum, hastaların muayene olmasını ister; buna gerek duyar; bu gereksinim hizmet olarak da karşılanmaktadır.
- (2) numara ile belirtilen alan ise, toplumun ihtiyacı olup karşılanan hizmet alanını ifade etmektedir. Fakat bu hizmetler toplumun beklediği işler değildir. Daha doğrusu toplum bu hizmetlere ihtiyacı olduğunun farkında değildir. Burada yapılması gereken, bu hizmetlere devam etmek, aynı zamanda toplumun bu hizmetleri benimsemesi için eğitim yapmaktır. Bu alandaki hizmetlere örnek olarak içme sularının klorlanması verilebilir. Klorlama bir ihtiyaçtır, fakat, toplumun bir kesimi klorlu suyun tadını beğenmediği için bu işlemi istememektedir.
- (3) numara ile gösterilen alanda verilmekte olan hizmetler toplumun isteklerine cevap vermektedir. Fakat, bu hizmetler toplumun gerçek gereksinimlerine yönelik değildir. Toplum tatmin olmaktadır, ama bu hizmetlerin toplumun sağlık düzeyini yükseltici bir amaç taşıdığı söylenemez. Bu durumda, kaynakların yetersiz kullanımından sözedilebilir. Olsa olsa toplumun tatmin olması bir yarar olarak kabul edilebilir. Eğer, bu hizmetleri almak toplum için vazgeçilmez ise, bu alandaki hizmetlerin verilmesine devam edilmesi düşünülebilir. Değilse bu hizmetlerden vazgeçmek akılcı olacaktır. Ancak, bu yapılırken toplum eğitilerek inandırılmalıdır. Bu tür hizmetlere örnek olarak gerekmediği halde kişilerin aşırı isteği üzerine yapılan hasta sevkleri ya da nüfusu çok az olan yörelere sağlık ocakları açmak, personel sayısını sırf toplum istediği için arttırmak gösterilebilir.

- (4) numara ile gösterilen alan, toplumun gerçekten gereksinimi olan, aynı zamanda onlar tarafından verilmesi istenildiği halde verilmeyen hizmetleri tanımlamaktadır. Bu hizmetlerin verilmeyişi bir eksikliktir. Hizmetin geliştirilmesi için öncelikli işler bunlar olmalıdır. Üstelik onların toplum tarafından benimsenmesi ve yüksek oranda kullanılma olasılığında yüksektir. Bu alanda kalan işler, yönetimin en fazla eleştiriye uğradığı ve bir an önce gerçekleştirilmesi için baskı yapılan işlerdir. Muayene için beklenen sürelerin kısaltılması, her köye bir ebe atanması , evde hasta bakım hizmetlerinin verilmesi gibi örnekler verilebilir.
- (5) numara ile gösterilen alanda verilen hizmetler gereksiz yere kaynak israfının örneğidir. Bu alandaki işler, ne toplum tarafından istenmektedir, ne de onların ihtiyaçlarına yanıt vermektedir. Muhtemelen, bu hizmetler ya geçmiş dönemlerde gerekli olan , fakat, zaman içinde gereği kalmayan işlerdir, ya da yanlış verilmiş kararların sonuçlarıdır. Bu hizmetlerden bir an önce vazgeçmek en akılcı yoldur. Örneğin, gereksiz bürokratik işlemler ne bir ihtiyaçtır ne de halk tarafından istenilmektedir.
- (6) numara ile belirtilen alan ise, toplumun ihtiyacı olduğu halde karşılanamayan işleri göstermektedir. Bu alanda kalan hizmetlerin verilmeyişi, toplum tarafından farkedilmektedir, çünkü toplum bu hizmetlerin gerekliliğin farkında değilse, bu işler hiç bir zaman yapılmayacak demektir. Bu alandaki hizmetleri düşünebilmek ve önerebilmek uzmanlık ister. İşte, yönetim kadrolarında görev alan teknik kadroların ve aydınların üzerine düşen önemli görevlerden biri de hizmetlere dikkati çekmek ve verilmelerini sağlayabilmektedir.
- (7) numara ile gösterilen alan ise, toplum tarafından istenilen, fakat gerçekte ihtiyaç olmayan işleri kapsamaktadır. Aslında, bu alandaki hizmetler verilmediği için sorun yok gibi görülmektedir. Ancak, bunlar politik baskılara son derece uygun isteklerdir. Yalnızca toplumu tatmin etmek isteyen ya da bu yolla politik çıkar uman çevreler, bu işlerin gerçekleştirilmesi için baskı yapabilirler. İyi yöneticilerin, bu baskılar karşısında mantıklı bir direniş göstermeleri gerekir. Aksi durumda, (3) numara ile gösterilen alanda kalan va kaynakların israfına naden olan işler artar.

2.5.3.Sosyalizasyon Uygulamalarında Kalite Yaklaşımı:

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğuştan kazanılmış kişisel haktır; herkese her yerde her zaman verilmesi gerekir. Hizmetleri topluma sunmak yetmez. Önemli olan, bu hizmetlerin, hizmetleri alması gereken kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmasıdır. Toplumun kültürüne ve beklentilerine uygun olmayan hizmetler, toplum tarafından benimsenmez ve kullanılmaz. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde toplumun antropolojik özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesi ve bunların dikkate alınması, hizmetlerin kullanımı ve verimini artırır. (ÖZTEK, 1995)

1960 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine" dair kanun ile buna ilişkin çıkarılan mevzuatta öngörülen esaslar ve istenilen uygulamalar, o yıllarda özellikle hizmet sektöründe bugünkü kadar yerini almamış olmasına rağmen kaliteden söz edilmesi ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi için yaptırım getirmesi hayranlık vericidir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanuna dayalı çıkarılan mevzutta uygulama esasları gösterilmiş ve veri-bilgi odaklı yaklaşım benimsenerek yeni bir yapılanma ve sistem oluşturulmaya çalışılmıştır. Hizmet kalitesinin artırılmasına ilişkin bu programda getirilen uygulamalar şu şekilde özetlenebilir.

1. Veri kaynağı sağlamak için kayıt sistemi yeni esaslara göre kurulmuştur.
2. Veri bilgi akışı sağlamak için hizmete özel form ve formatlar geliştirilerek uygulamaya konulmuştur.
3. Her basamak sağlık kurumu düzeyinde veri-bilgi yönetimi yaklaşımı benimsenmiştir. 154 sayılı yönergede sağlık göstergelerinin nasıl hesaplanacağını belirten gösterge formüllerine yer verilmiştir. Bunun yanı sıra o yıllara ait ülke değerleri de gösterilerek sağlık personelinin kendi görev alanındaki değerlerle karşılaştırma yapması istenmiştir.
4. Eğitime özel önem verilmiş, iş başında ve sürekli eğitim, eğitim denetimi ile program çerçevesinde hizmet içi eğitim öngörülmüştür.

5. Mali kaynakların en verimli şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin arttırılması, verilen hizmetin ucuza maledilmesi için il düzeyinde sağlık organizasyonlarının entegre edilmesi düzenlenmesi getirilmiştir.
6. Proğramda ekip çalışması öngörölmüş, ekip lideri kavramı ilk kez bu yaklaşımla dile getirilmiş ve ekibin çalışma esasları, kalite çemberi çalışmalarına benzer bir şekilde oluşturulmuştur.
7. Hizmet almaya gelen kişilere "güleryüzle ve nazik muamele yapılması " özellikle istenerek "vatandaşların hizmetlerden şikayetçi olmaması " ifadesi 154 sayılı yönergede aynen yer almıştır. Bu yaklaşık Toplam Kalite Yönetiminde hedeflenen müşteri memnuniyeti prensibine pek benzemese de hizmet alanların ilk kez önemsenmesi açısından değerlidir.
8. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı öngörölmekle beraber bu katılımın tanımlanması tam olarak yapılamamıştır.
9. "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görevli olan üst düzey kademedan en alt kademeye (sağlık müdüründen köy ebesine)dek hizmet ortaklaşa ve bölümsüzdür." ifadesi 154 sayılı yönergede aynen yer almış olup Toplam Kalite Yönetimindeki hizmet bütünlüğü felsefesine denk bir yaklaşım oluşturmuştur.

Toplumun (müşterinin) sağlık hizmetleri ilgili tutumunu, planlama döneminde, hizmetlere karar verme aşamasında belirlemek esastır. Söz konusu tutumu gösteren bir kriter de, hizmeti kullananların o hizmetten ne kadar memnun olduklarının saptanmasıdır. Müşterinin tatmin olması yada olmaması hizmetlerin gözden geçirilip geliştirilmesi açısından çok önemli bir göstergedir.(ÖZTEK, 1995)

Toplumun anlayışı ile hizmeti sunanların sağlık hizmetine bakışı farklı olabilir. Aradaki bu uyumsuzluk, hizmetlerin toplum tarafından yeterli kullanımını engelleyebilir. Öte yandan hizmeti sunan (iç müşteri) sağlık ekibinin üyeleri arasında kültürel farklılıklar ve sağlık hizmetine bakış açıları yönünden ayrılıklar olması doğaldır. Bu farklılıkların mümkün olduğu kadar giderilmesi ve hizmetin hedefleri ve işleyişi konularında uymun sağlanması bir süreyi gerektirecektir. Önemli olan, bu konuda çaba göstermektir. Hizmeti sunanlar açısından bunun sağlanması, görev tanımlarının açık seçik

belirlenmesiyle personel toplantıları ile hizmet öncesi adaptasyon ve hizmet içi eğitimleri ile, etkili koordinasyon ve denetimle sağlanabilir.

Hizmeti sunanlarla alanlar arasındaki iletişim ise toplumun sağlık hizmetlerine katılımı ile sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki çağdaş anlayışa göre, hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi sırasında, hem hizmeti sunan hem de kullanacak olanların, karar mekanizmalarına katılmaları ve beklentilerini dile getirmeleri bir ilke olmalıdır. Buna toplumun katılımı ilkesi denir. Toplumun katılımı, merkezden en uç noktadaki sağlık kuruluşuna kadar, hizmetlerin her kademesinde olmalıdır. Halkın katılımı ile ilgili model, her ülkenin kendi kültürel ve demokratik yapısına ve olanaklarına uygun olarak belirlenmelidir. Ancak söz konusu katılım, tahmin edileceği gibi, kolay değildir. Hiçbir ülkede toplumun katılımı konusunda mükemmel bir sistem geliştirilememiştir. (ÖZTEK, 1995)

Toplumumuzun hizmetlere katılım konusundaki isteksizliği, deneyimsizliği ve kültürel özellikleri de ülkemizde toplumumuzun sağlık hizmetlerine katılımını engelleyen unsurlardır.

Türkiye'deki mevcut temel sağlık hizmeti sunum modelinin sahip olduğu şartlar göz önüne alındığında Kalitenin sürekli iyileştirme programının oluşturulması ve sistematik bir yaklaşım sergileyebilmek için bir çok önkoşul karşılanmalıdır. (Uz, 1995)

- **Mevcut Kalite Düzeyinin Ölçülmesi:** Bir hizmetin kalite düzeyinin belirlenebilmesi için çeşitli yöntemlere başvurulabilir. Mevcut kayıt ve raporların incelenmesi, özel değerlendirme çalışmalarının yapılması, kişiye ve topluma yönelik araştırmalar bunlardan bazılarıdır. Hizmetin kalitesinin ölçülebilmesi için öncelikli olarak o hizmetin amacının, standartların ve bunların kriterlerinin ortaya konması gerekir. Roemer ve Montoya-Aguilar ' a göre kalite sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir. Kalite klasik üretim şeması (girdi - süreç - ara çıktı - son çıktı.) gözönünde tutularak ölçülebilir. (Uz, 1995)

- **Kalite Düzeyinin Sürekli İyileştirilmesi:** Kalitenin sürekli iyileştirilmesi kavramının mantığı gereği mevcut kalite düzeyinin tespit edilmesi ardından bu düzeyin sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için problem belirleme (balık kılçığı gibi.) ve çözme yöntemlerine ekip anlayışı içinde sıfır hata yaklaşımıyla başvurulmalıdır. Problemleri alanlara yapılan müdahalelerin ve ortaya çıkan ya da çıkması beklenen yeni kalite düzeyinin eski standart ve kriterlere göre tespitinin ardından mevcut standart ve kriterlerin gözden geçirilerek yeni kalite düzeyine göre yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Böylece sürekli bir şekilde hizmetin kalitesi iyileştirilmiş olacaktır.
- **Dinamik Bir Süreç:** Seçilen bir hizmetin gerek kalite düzeyinin ölçülmesi, gerek bu düzeye göre müdahalelerin saptanıp, uygulamaya konması gerekse yeni kalite düzeyinin ve yeni hizmet hedeflerinin tespit edilmesi sürekli bir dinamizm gerektirmektedir. Bu devamlı süreç planlamanın klasik spiralini uygulamalara da benzetilebilir. Aynı adlı işlevler (ölç, planla, uygula, değerlendir, yeniden planla) bir ahenk içinde birbiri ardına tekrarlanmakta, fakat ileriye doğru hareketliliği göstermek için bir halkanın etrafı yerine bir spiralin her bir katında yer almaktadır.
- **Mevcut Temel Sağlık Hizmetlerine Entegrasyon:** Kaliteyi sürekli iyileştirme kavramının gerektirdiği faaliyetler halen yürütülmekte olan temel sağlık hizmetlerinin sunumu modelindeki uygulamalara ters düşmeyecek şekilde ve ek bir kaynak kullanımını gerektirmeyecek şekilde hayata geçirilmelidir. Planlamacılar ve sahadaki hizmet sunucuların konu ile ilgili faaliyetleri bazılarının isteğini yerine getirmek değilde günlük yaptıkları rutin işlerin doğal bir parçası olarak görmeleri şarttır.
- **Bölgesel Farklılıklar:** Kişilerin ve toplumun ihtiyaç duyduğu temel sağlık hizmetlerinin türü, amacı, veriliş şekli ve hizmet sunumunun gerektirdiği kaynakların tipi, miktarları ve maliyetleri birbirinden farklılık göstereceğinden standartların ve kriterlerin sapmasında bölgelere, illere ve hatta gerektiğinde aynı ildeki farklı yerleşim bölgelerine göre farklılıkların olmasına dikkat edilmelidir. Ancak bu farklılığın ulusal düzeyde saptanmış olanlarla uyumlu olması sağlanmalıdır. Bu nedenle tüm Türkiye için geçerli olacak kriter ve standartların hizmetin asgari

düzeydeki boyutlarını yansıtması bölgesel farklılığın ortaya konması açısından faydalı olacaktır.

- Sahadan Merkeze Doğru Akan Faaliyetler Dizisi: Kaliteyi sürekli iyileştirme yaklaşımının sahada çalışan kişi, kurum ve kuruluşların faaliyetlerinde başlatılması ve bunun durgun suya atılmış bir taşın oluşturduğu devamlı dalgalar, fakat ters yönde ilerleyen, merkezdeki yönetime ulaşması çalışmanın başarısı için önemlidir. Kaliteyi sürekli iyileştirme de önemli olan sahadaki personelin yukarıdan güdümlü çeşitli kontrol ve mevzuat mekanizmaları tarafından değil kendilerinin bizzat kendilerini değerlendirmesi ve yönlendirmesidir.
- Merkezden Sahaya Tam Destek: Ülkemizde yönetim anlayışı merkeziyetçi bir temele oturtulmuş durumdadır. Merkezi yönetimin tam desteği olmadan yapılan bir kaliteyi sürekli iyileştirme çalışmasının olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır. Her ne kadar kaliteyi sürekli geliştirme uygulamalarının sahadan başlaması daha uygun olursa da öncelikle merkez yönetimin en üst kademesinden başlayarak ilgili tüm personelin konu hakkında ki bilgilendirilmesi, konunun gerekliliği açısından duyarlılaştırılması ve uygulamaları teşvik etmesi sağlanmalıdır.
- Sorumluluk ve Aktivitelerin Paylaşımı: Temel sağlık hizmetlerinde kaliteyi sürekli iyileştirme yaklaşımının benimsenmesi başarıyla uygulanabilmesi için hizmetlerin sunumunda gerek karar verici, politika belirleyici ve program yapıcı konumdaki üst düzey yöneticilerin gerekse sahada hizmetlerin verilmesinde görevli personelin tüm sorumlulukları paylaşması gereklidir.
- Hastanın/Toplumun ve Sağlık Personelinin Memnuniyeti
- Toplumun Bilinçlenmesi
- İşbirliği

2.5.4.Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı

“Tüm insanların hem bireysel hem toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlamaları ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir” düşüncesinden hareketle, temel sağlık hizmetleri içerisinde toplum katılımı; kavramı tanımlanmıştır. Toplum katılımı bireyler ve ailelerin, kendileri ve toplumun sağlık ve refahı için sorumluluk

üstlenmeleri ve katkıda bulunmalarıdır. Buna paralel olarak toplum, sağlık durumunun saptanması, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi süreçlerine de katılmalıdır. Böylece kişiler ve toplum gelişmeleri için yapılan yardımların pasif bir yararlanıcısı olmaktansa, kendi gelişmeleri üzerinde aktif olarak söz sahibi olabilirler. Kişiler ve toplum, kendilerine uygun olmayan alışılmış çözümleri kabul etmeye alışkın değildir, kendilerine daha uygun çözüm yolları yaratabilirler.

Bu kavrama göre toplumlar, kendi yaşamlarını etkileyecek kararları alma ve uygulama gücüne sahip olmalıdır. Bu güç onların adına karar veren dış kurum ve kuruluşlardan gelmemelidir. Devlet ise bireylerin, ailelerin, ve toplumun kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenebilmesi için doğru bilgilendirme , okur-yazarlığın artırılması ve gerekli kurumsal değişikliklerin yapılmasını destekleyerek tam bir toplum katılımı sağlanmalıdır.

Toplum Katılımı Üç Düzeyde Gerçekleşebilir.

1. Sunulan sağlık hizmetinin kullanımı: Bu gerçek bir katılım değil, daha çok katılımın bir önkoşuludur. Kullanım olmadan katılım olamaz.
2. Yapılan planlamalara dışardan katkı: Bu katkılar faaliyetlerin yürütmesine yardım etmek için işgücü, para, araç ve malzeme katkısı olabilir.
3. Planlama ve yönetim faaliyetlerine katılım: Bu, gerçek toplum katılımıdır. Gerçek toplum katılımının önkoşulu, yöneticiler ve sağlıkçıların karar verme yetkilerini katılımcılara yeterince devretmesidir. Fakat buradaki sorun yeterince yetki devretmenin içinde bulunulan ortam ve geleneklere göre dengesinin kurulmasıdır. Toplum temel sağlık hizmetlerine her aşamada katılmalıdır. Fakat ilk olarak içinde bulunulan durumun değerlendirilmesi, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi aşamasında katılabilir. Daha sonra, temel sağlık hizmetleri faaliyetlerinin planlamasına yardımcı olup, bu faaliyetlerin yürütülmesinde tam bir işbirliği sağlanmalıdır. Ek olarak yukarıda sayılan işgücü ve diğer kaynaklarla temel sağlık hizmetlerine katkıda bulunabilir

Toplum katılımının birçok tipi tanımlanmıştır. Bunlar, tüm inisiyatifin toplumun elinde olduğu durumdan, dışarıdan bir kurum ve kuruluşun esas rol oynadığı, topluma sadece danışıldığı duruma kadar değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde toplum katılımının,

genellikle toplumun dışında yeralan bir kurum veya kuruluş tarafından planlama ve başlatılma eğilimi vardır. Bu durumda toplum katılımı, topluma danışma şeklinde başlamaktadır.

Topluma danışma aşamasında toplumun hissettiği gereksinimleri ve beklentileri belirlenmelidir. Bu belirlenen gereksinimler ve beklentiler, toplumun sağlık açısından gerçek gereksinimi ile uyandırılmalıdır.

Toplumla yapılan görüşmelerde sadece onların hissettikleri gereksinimleri ve beklentilerinin belirlenmesi yanında, bu gereksinimlerin giderilmesinde onların da kabul edecekleri ve destekleyebilecekleri yöntemin seçimine çalışılmalıdır.

2.5.5.Toplum Katılımını Sağlama Yöntemleri

Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlama yöntemleri şu şekilde sıralanabilir.

1. Sağlık eğitimi
2. Toplumnu tanıma
3. Liderliği belirleme ve geliştirme
4. Sağlık kurullarının kullanılması
5. Sektörlerarası işbirliği
6. Kitle iletişim araçlarının kullanımı

Toplum katılımını sağlama uzun bir süreçtir. Toplumun sağlık hizmetlerine katılabilmesi için . kendi sağlığını geliştirmek amacıyla sorunlarını tanımlaması, önceliklerini belirlemesi ve bunlara uygun planlama yapabilmesi için belirli bir bilgi, bilinç ve beceri düzeyine ulaşması gereklidir. Öncelikle devletler, toplumun gelişmesi için gerekli olanakları sunmakla yükümlüdür. Sağlık sektörü ise toplumun sağlık

konusunda karar alacak kadar bilinçlenmesi için topluma yönelik sağlık eğitimi vermek zorundadır.

Sağlık eğitimi, sağlık sorunlarının çok yönlü bir yaklaşımla incelenip belirlendiği bir sağlık sürecidir. Eğitimin amacı davranışsal değişiklikler yapmaktır. Sağlık personelinin alışılmış biçimde topluma tek taraflı bilgi aktarması yerine istenilen değişimi yaratabilecek katılımcı yöntemleri tercih etmesi gereklidir.

Toplumu tanıma, toplumun sağlık durumunu, sorunlarını, kaynaklarını ve sağlıkla ilgili davranış biçimlerini saptama, bunları bütün halinde değerlendirilerek sonuca varmak olarak tanımlanabilir. Toplum tanısı, toplum düzeyinde planlama, hizmet verme, değerlendirme ve iletişim için bir temel oluşturur.

Toplumu tanıma birçok yerde kullanılabilir:

1. Toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesi
2. Toplumun sağlık düzeyinde etkili olan nedenlerin belirlenmesi
3. Sağlıkla ilgili gereksinimlerin belirlenmesi
4. Sağlıkla ilgili önceliklerin belirlenmesi
5. Sağlık sorunları ve gereksinimlere uygun çözümlerin belirlenmesi
6. Hizmet önceliklerinin saptanması
7. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi

Toplumu tanıma, sağlık personelinin bireyi ele almasından farklı değildir. Sağlık personeli, kendisine başvuran kişinin şikayetleri ve muayene bulguları yanında, o kişinin içinde yaşadığı ortam, sağlıkla ilgili geçmişi, sağlıkla ilgili davranışları hakkında bilgi edinmek ister.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA VE BULGULAR

Bu bölümde toplumun ilk başvuru yerinin neresi olduğu, başvurunun ilk olarak sağlık ocağına yapılmasını etkilemesi olası etmenler konusunda yapılan araştırmaya ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Bu amaçla ilk olarak araştırma bölgesinin sağlık düzeyi tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre, araştırma kapsamına alınacak bölgeler seçilmiş ve araştırmaya geçilmiştir.

3.1.Araştırma Bölgesinin Kapsamı

Araştırma İzmir'in metropol ilçelerinden biri olan Buca'da yapılmıştır. Buca bölgesinde onüç sağlık ocağı ve iki adet ana çocuk sağlığı ve aile planlaması kurumu bulunmaktadır. 1998 yılında bir verem savaş dispanseri açılmıştır.

Bölgede devlet hastanesi yoktur. SSK hastanesi taşınmış olup, binası onarım halindedir. SSK sadece poliklinik hizmetlerini Buca'da sürdürmektedir ve sadece sosyal güvencesi SSK olan hastalara hizmet vermektedir.

Araştırmacı Buca Sağlık Grup Başkanlığı'nda hekim olarak çalışmaktadır. Bölgeye hakim olunması araştırmanın Buca' da yapılmasının en önemli nedenidir. Buca bölgesi üç bölüme ayrılabilir. Birinci bölge: kent yaşamının hakim olduğu, genellikle ekonomik durumu iyi, sosyal güvencesi olan, eğitim düzeyi yüksek Şirinyer bölgesidir. (Şirinyer 1 no lu Sağlık Ocağı bu bölgeye hizmet vermektedir.) İkinci bölge kent yaşamına henüz alışan, çok önceleri göç ederek gelmiş ya da yakın zamana kadar kırsal yaşamı içinde olan Buca'nın yerlilerinin oturduğu bölgedir.(Buca 1 no lu Sağlık Ocağı ve Buca 2 no lu Sağlık Ocağı bu bölgelere hizmet vermektedir.) Üçüncü bölge yakın zamanda farklı bir ilden göç ederek bu bölgeye yerleşmiş kişilerin yoğun olduğu gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük, sosyal güvencesi kısıtlı olan insanların yaşadığı bölgedir. (Şirinyer 2 no lu Sağlık Ocağı ve Göksu Sağlık Ocağı bu bölgede hizmet vermektedir.)

Böylesine farklı kitlelerin sağlık kurumu, sağlık ocağı, sağlık beklentisi tanımlarının farklı olması beklenmektedir. Bu farklılıklar araştırmanın amacına hizmet etmektedir. Bu özellikleri ile Buca bölgesi araştırma için uygun bulunmuştur.

Bölgesel farklılıkların açıkça ortaya konması amacıyla yukarda tanımlanan üç ayrı bölgeye hizmet veren beş sağlık ocağı bölgesi araştırma kapsamına alınmıştır. Bu sağlık ocaklarının hepsi on yıldan fazla süredir hizmet vermektedir.

3.2.Araştırmanın Yöntemi

Daha önce de belirtildiği gibi, çalışmanın amacı toplumun; sağlık ocaklarının hangi hizmetlerini tanıdığı ve bu hizmetlerin hangilerinden yararlandığını araştırmaktır. Bu amaca ulaşabilmek için, sağlık ocağından faydalanan kitlenin tanımı yapılmaya çalışılmıştır.

Bunun için öncelikle toplumun sağlık kurumuna başvurma nedenlerinin ilk akla gelenleri sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti isteyenlerle yüzyüze görüşmeler yapılarak belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu görüşmeler sonrası, kişilerin sosyo-demografik özelliklerine göre başvuru yerlerinin, sağlık ocağının algılanan özelliklerine göre bu hizmeti almayı beklediği yerlerin farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Beş sağlık ocağının hizmet verdiği nüfus oranlanıp 1100 kişi örnekleme alınmıştır. Seçilen örnekleme dağıtılan anketlerin 875 tanesi değerlendirmeye uygun bulunmuştur.

Araştırma: kesitsel, tanımlayıcı ve analitik tipte planlanmıştır.

3.2.1 Araştırmanın Örneklemi:

Buca bölgesinde yer alan sağlık ocakları arasından araştırma bölgesinin özelliklerini yansıtacağı düşünülen beş adet sağlık ocağı seçilmiştir. Sözü edilen beş sağlık ocağı on yıldan fazla süredir hizmet veren sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocaklarının hizmet verdiği veya vermekle görevlendirildiği bölgelerde ikamet eden insanlar evreni oluşturmaktadır. Bu sayı 152126 dır. Yapılan görüşmelere yaş sınırı konulması uygun bulunmuştur. Görüşmelerin 15 yaşından büyüklerle yapılmasına karar verilmiştir. Araştırma evreninden 15 yaşından küçük olanlar çıkartıldığında evren %27 oranında düşmüştür. Görüşmelerde her haneden bir kişiyle görüşme planlanmıştır Hane sayısı 38476 dır.(Buca SGB, 1998). Araştırma bölgelerinde hane sayısına düşen insan sayısı Buca 1 no lu Sağlık Ocağı'nda 4.01, Buca 2 no lu Sağlık Ocağı'nda 4.03, Şirinyer 1 no lu Sağlık Ocağı'nda 3.22, Şirinyer 2 no lu Sağlık Ocağı'nda 5.02, Göksu Sağlık Ocağı'nda 4.54 bulunmuştur. Bu ortalamalara göre her haneden bir kişiyle konuşulacağı düşünülmüştür. Araştırma evreni 28164 bulunmuştur. Örneklem sayısı olarak evrenin % 5 i hedeflenmiştir. Ancak 1100 anket yapılabilmiş, bunlardan 875 i değerlendirmeye uygun bulunmuştur. Geri dönüş oranı % 80 dir.

3.2.2 Veri Toplama Aracı

Araştırmanın amacına ulaşmak için veri toplama aracı olarak soru formundan yararlanılmıştır.(EK 1) Veriler bu şekilde elde edilmiştir.

Araştırmada kullanılan soru formu altı bölümden oluşmaktadır.

1.Bölümde araştırmaya katılanlarla ilgili demografik bilgileri içeren üç adet soru sorulmuştur. Bu bölümde kişilerin yaşı açık uçlu olarak sorulmuş ve buna göre de üç yaş grubu istatistiksel olarak belirlenmiştir.

Kişilerin meslekleri "yok, evhanımı, işçi, memur, emekli, esnaf, diğer" sınıflamalarına yerleştirilmiştir.

Araştırmaya katılanların gelir durumlarını nasıl algıladıkları “çok düşük, düşük, orta, iyi, çok iyi” şeklinde sorulmuştur. Bu şekilde daha güvenilir veri elde edileceği düşünülmüştür.

2.Bölümde kişinin bağlı bulunduğu sağlık ocağını tanıması ve kullanmasına ilişkin bilgiler araştırıldığı üç adet soru sorulmuştur. Araştırmaya katılanların bağlı bulundukları sağlık ocağını tanıması, hanelerinin bulunduğu adres ve bağlı bulundukları sağlık ocağının karşılaştırması ile tespit edilmiştir. Sağlık ocaklarının hizmet vermekle görevlendirdiği bölgeler Buca Sağlık Grup Başkanlığı’ndan alınmıştır. Araştırmaya katılanlara sağlık ocağının hangi hizmetlerini tanıdıkları sorulmuştur. Kişilerin kullanmakta olduğu ya da daha önce en az bir kez kullandıkları hizmetleri bildikleri sonucuna varılmıştır. Gebelikten korunmaya gerek duymayan genç bir bayanın aile planlaması hizmetlerini saymadığı, bebeği olmamış bir ailenin yada araştırmaya katılanın bu hizmeti yanıtlamadığı görülmüştür ve değerlendirilmeye katılmamasına karar verilmiştir.

3.Bölümde sağlık ocağının hizmet tanımları ve farklı olarak ne yapılabileceği araştırılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılanların tanıdıkları hizmetlerden başka verilmesine gerek duydukları hizmetler sorulmuştur. Araştırmaya katılanların hemen hepsi teknolojik yapılanma istemektedirler. Açık uçlu olan bu soru da farklı grup gelmediği için değerlendirilmemiştir.

4.Bölümde mesai saati dışında ulaşabileceği sağlık ocağının bilinmesi ve kullanılıp kullanılmadığının incelendiği soruları içermektedir. 24 saat açık olan sağlık ocağının bilinmesi “var” yada “yok” şeklindeki yanıtlarla değerlendirilmiştir. Açık olan bu sağlık ocağını kullanıp kullanmadığı “evet” yada “hayır” şeklinde değerlendirilmiştir.

5.Bölümde araştırmaya katılanların sağlık ocağı hizmetini para karşılığı alıp almadıkları ve para ödemeyi isteyip istemediklerinin sorulduğu iki soru yer almaktadır. Araştırmaya katılanların sağlık ocağı hizmetini paralı algılayıp algılamadıkları sorusu “evet paralı” yada “hayır parasız” şeklinde değerlendirilmiş ve para vermekte ne kadar gönüllü

oldukları, bulunmak istedikleri katkı miktarıyla değerlendirilmiştir. Sağlık Ocağı giderlerine ne kadar katkıda bulunacağı “hiç bulunmam” “olabildiğince az bulunurum” “yarısına katkıda bulunurum” “hepsini karşılarım” yanıtlarıyla değerlendirilmiştir.

6.Bölümde sorulan sağlık hizmetlerini nereden almayı bekledikleri araştırılmaktadır. Araştırmaya katılanların sayılan sağlık sorunlarına ilk başvuru yerleri Sağlık ocağı, Özel poliklinik, özel hekim, hastane, diğer, hiçbir yer şeklinde gruplara ayrılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin aşağıda sıralanan durumlarda ilk başvuru yerleri sorulmuştur. (EK 2)

Ciltte yüzeysel kesi, ciltte derin kesi, çocukta ishal, çocukta kanlı ishal olduğunda, çocuk ateşlendiğinde, çocuk çok öksürmeye başladığında, çocuk havale geçirdiğinde, çocukta döküntülü hastalık olduğunda, ciltte kaşıntılı yara olduğunda, kırık olduğunda, kalp çarpıntısı olduğunda, nefes darlığı olduğunda, mide ağrısı durumunda, burun kanaması olduğunda, eklemde romatizmal ağrı olduğunda, kafa üstü düşme veya kafa bir yere çarpıldığında, kalp krizi geçirildiğinde, aspirinle geçmeyen baş ağrısı olduğunda, erişkin kişi ateşli hastalık geçirdiğinde, normal (sağlıklı) çocuk izlemi için, aşılama için, idrar sondası takılması gerektiğinde, idrarda sızlama ve yanma olduğunda, iğne yaptırılması gerektiğinde, tansiyon ölçtürmek, spiral taktırmak, kondom almak, doğum kontrol hapi almak için, gıda tüketilen yerden şikayetiniz olduğunda, eşiniz yada sizin gebelik kontrolü için, gebelik tespiti için hangi kurumdan hizmet aldıkları ya da hizmet bekledikleri sorulmuştur.

3.2.4 Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for WINDOWS (version: 6.0) istatistik programı kullanılmıştır. Bağımsız grup oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare önemlilik testi kullanılmıştır.

3.3.VERİLER

3.3.1.ÇALIŞMA BÖLGESİNİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Buca bölgesinde onüç sağlık ocağı ve iki adet ana çocuk sağlığı ve aile planlaması kurumu bulunmaktadır. Tanımlayıcı özellikler araştırmanın yapıldığı kurumları ve “Buca Genel” adıyla tüm kurumların toplamını göstermektedir.

3.3.1.1.Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 1.Araştırılan Sağlık Ocaklarının Ve Buca Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

KURUM	0-11 AY	1-4 YAŞ	5-14 YAŞ	15-49 YAŞ	50-64 YAŞ	65- YAŞ	TOPLAM
Buca 1 No lu Sağlık Ocağı	504 (%2)	2185 (%7)	5098 (%17)	17589 (%59)	3218 (%11)	1125 (%4)	29719 (%100)
Buca 2 No lu Sağlık Ocağı	571 (%2)	2341 (%7)	6187 (%17)	20769 (%58)	3842 (%11)	1843 (%5)	35553 (%100)
Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı	483 (%1)	2004 (%5)	5733 (%15)	23468 (%60)	5137 (%13)	2204 (%6)	39029 (%100)
Şirinyer 2 No lu Sağlık Ocağı	411 (%2)	1848 (%9)	4490 (%23)	11415 (%58)	1075 (%6)	303 (%2)	19542 (%100)
Göksu Sağlık Ocağı	588 (%2)	2309 (%8)	6018 (%21)	16941 (%60)	1910 (%7)	517 (%2)	28283 (%100)
Araştırılan Sağ. Oc. Toplamı	2557 (%2)	13244 (%9)	27526 (%20)	90182 (%60)	15182 (%10)	5992 (%4)	152126 (%50)*
Buca Genel	4833 (%2)	17750 (%6)	50413 (%17)	167077 (%55)	32026 (%11)	13112 (%4)	303448 (%100)

* Araştırılan sağlık ocaklarının nüfusunun, Buca Genel nüfusuna oranı

(Yıl Ortası Nüfus 1998, Buca SGB)

- Bölgenin %26 sını 0-14 yaş grubu oluşturmaktadır. 1990 nüfus sayımında Türkiye'nin %35'inin bu yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

- Bölgenin %3.5 i 65 yaş üzerindedir. %74 ü 40 yaş altını oluşturmaktadır.

- Bölgenin yaş ortalaması 25 ile 29 yaş grubu arasına girmektedir.

- Hane halkının %33 ü 4 den daha fazla nüfusludur

- Toplam bağımlılık oranı %29.5 dur. Bunun %26 sını genç bağımlı grup oluşturmaktadır.

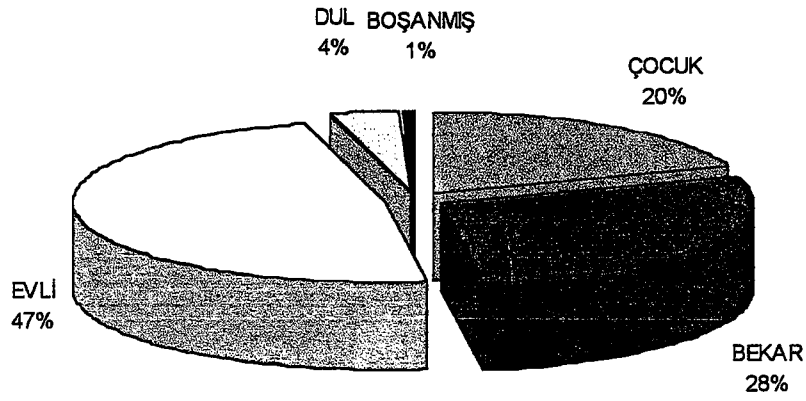
- Kaba doğum hızı binde 16 ile İzmir ilindeki kaba doğum hızıyla uyumludur. (TNSA'ya göre Türkiye'de binde 22 dir)

- Nüfus artış hızı 1995 ETF si ile karşılaştırıldığında binde 52 dir. Yüksek olmasının nedeni bölgenin çok göç almasıdır.

- Buca Bölgesi'nin %51 i erkektir. Bölgesel dağılıma uyumlu olarak değerlendirilmiştir..

- Buca Bölgesi'nin %26 sı 14 yaşının altındadır. Göksu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde (%29) (yoğun göç alan, ekonomik durumu düşük. gecekondü yoğun bölge) çocuk sayısı fazla iken, Şirinyer 1 Sağlık Ocağı (%14) Bölgesi çocuk sayısı az olan bölgelerdir.

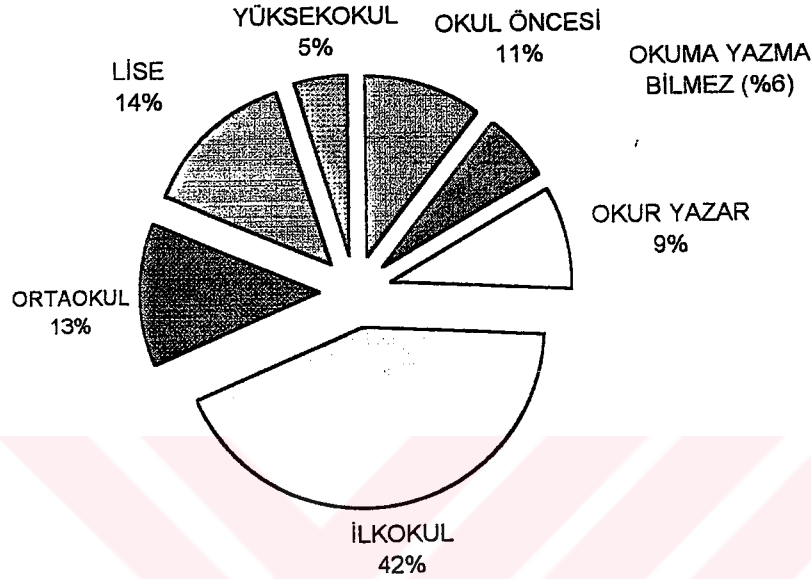
(Ev Halkı Tespit Fişleri Raporu Buca SGB 1998)



- Buca bölgesinin %28 i bekar olarak saptanmıştır. Şirinyer 1 Sağlık Ocağı Bölgesi %32 ile bekar sayısının en fazla olduğu yer olarak göze çarpmaktadır.
- Buca bölgesinde %4 ü dul yaşıyor. Buca 2 bölgesinin %7 si dul olarak yaşamaktadır.(2304 kişi)
- Genel olarak Buca bölgesinin % 11 i okul öncesi çağıdadır ve %6 sı okuma yazma bilmemektedir. Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı Bölge'sinde okuma yazma bilmeyenlerin oranı düşüktür. (%2). Şirinyer 2 No lu Sağlık Ocağı Bölge nüfusunun %12 si okuma yazma bilmemektedir.
- Buca bölgesinde yaşayan nüfusun %43 ü ilkokul bitirmiştir. İlkokul bitirenler en fazla Göksu (%52) Sağlık Ocağı'nın bölgesindedir. Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı bölgesi en az ilkokul, en fazla lise (%26) ve en fazla yüksekokul bitirmiş (%14) kişilerin yaşadığı bölgedir.

(Ev Halkı Tespit Fişleri Raporu Buca SGB 1998)

Grafik 2: Buca Bölgesinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı



- Buca bölgesinde yaşayanların %13 ü ortaokul mezunu, %14 ü lise mezunu, %5 i yüksekokul mezunudur. Şirinyer 2 Sağlık Ocağı (%1) ve Göksu Sağlık Ocağı (%1) bölgelerinde en az yüksekokul mezunu yaşamaktadır. Şirinyer 1 Sağlık Ocağı (%8) bölgesinde, diğer bölgelere göre en fazla yüksekokul bitirmiş kişi yaşamaktadır.
- Buca bölgesinin %72 si kömür, %9 u odun, %9 u petrol ürünü, %8 i elektrik ile ısınmaktadır.

(Ev Halkı Tespit Fişleri Raporu Buca SGB 1998)

3.3.1.2. Tedavi Hizmetleri

Araştırma kapsamına alınan sağlık ocaklarının hizmetleri aynen yazılırken, “Buca Genel” bölümünde bu bölgedeki 15 kurumun toplam hizmeti belirtilmiştir.

Tablo 2 Araştırılan Sağlık Ocakları ve Buca Genelinin Tedavi Hizmetleri

KURUM ADI	NÜFUS	TOPLAM POLİKLİNİK	HASTA SEVK SAYISI	SEVK ORANI	HEKİM BAŞINA DÜŞEN POLİKLİNİK SAYISI	CERRAHI MÜDAHALE	SAĞLIK OCAĞI KULLANMA ORANI
Buca 1	29719	17781	1622	0.09	2540	724	0.59
Buca 2	35553	68056	5042	0.07	4537	11209	1.86
Şirinyer 1	39029	26319	1610	0.06	4387	947	0.65
Şirinyer 2	19542	13430	2335	0.17	2686	1501	0.61
Göksu	28283	17551	2504	0.14	3510	1087	0.58
BUCA GENEL	303448	234237	18464	0.08	40166	19833	0.80

(Çalışma Raporu Buca SGB 1997)

* “Sağlık Ocağını Kullanma Oranı” poliklinik hizmetlerinde sağlık ocağının kendisine ait olan bölge nüfusundan polikliniğe başvuranların bölge nüfusuna oranlanması ile bulunmuştur. “Buca Genel” satırında “Sağlık Ocağını Kullanma Oranı” bölge ayrımı yapılmaksızın sağlık ocaklarının polikliniklerin sayısının nüfusa oranlanması ile bulunmuştur.

Kurumlar içinde Buca 2 no lu Sağlık Ocağı'nın hekime başvuru sayısı birden fazladır. Bunun nedeni Buca 2 no lu sağlık ocağının alt yapısının iyi durumda olması, 24 saat açık olması ve merkeze yakın olması nedeniyle ulaşılabilir olmasıdır.

Hasta bakım hizmet sayılarına bakıldığında, sağlık ocağının altyapısının tamamlanması, uygun yerde inşa edilmesi önem taşımaktadır.

Hasta sevk oranları ise Buca genelinde istenilen düzeyde olmasına rağmen bazı kurumların yüksektir. Sevk oranının yüksek olduğu bölgeler gecekondu yerleşiminin yoğun olduğu yerlerdir. Bu bölgelerde hastalar hekime zamanında başvurmamaktadır. Başvurunun gecikmesi tedavinin yataklı kurumdan alınmasına neden olmaktadır.

Hasta bakım hizmetlerinde hekim başına düşen sayının yüksek olduğu ve hekim sayısının eksik olduğu düşünülmektedir. (Çalışma Raporu Raporu Buca SGB 1996,1997)

3.3.1.3.Nöbet Hizmetleri

Buca 2 nolu sağlık ocağında kesintisiz 24 saat hizmet verildiği için Poliklinik ve cerrahi girişim sayısı yüksektir.

16:00 ile 08:00 saatleri arasında kurumda 8 hekim çalışmaktadır. 1996 yılında kurumda yapılan polikliniğin yaklaşık üçte biri nöbet saatlerinde yapılmıştır. Bu rakam 21374 dür. Cerrahi girişimlerin 3560 ı nöbet saatlerinde yapılmıştır. Bu rakam yapılan cerrahi girişimlerin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır.

Çalışma saatleri dışında kurumun açık olması çok olumludur. Hizmetin kolay ulaşılabilir olması, hastaya daha fazla zaman ayrılabilmesi hizmetten yararlananı tatmin etmektedir. Çalışma saati dışındaki (16:00 ile 08:00 saatleri) başvuru 1996, 1997 yılı içerisinde istikrarlı bir şekilde artmıştır. (Çalışma Raporu Buca SGB 1996)

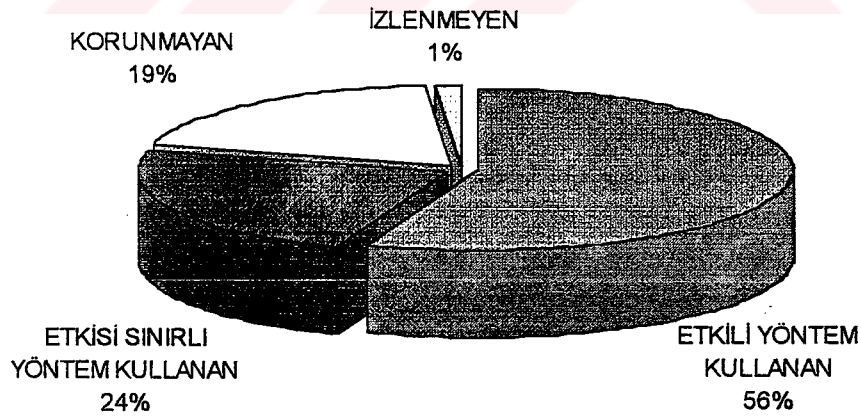
3.3.1.4.Kişiye Yönelik Koruyucu Hekimlik Hizmetleri

- AİLE PLANLAMASI

Buca bölgesinde 15-49 yaş kadınların aile planlaması kullanma hızları 1993 TNSA verilerine göre yüksektir. TNSA verileri %71 iken bölgede %80 dir.

Bölgede etkili korunma yüzdeleri de yüksektir. TNSA verilerinde etkili yöntemin %34 olduğu anlaşılırken, bölgede % 56 dır (Çalışma Raporu Raporu Buca SGB 1997,1998)

Grafik 3 Buca Bölgesinde Aile Planlaması Açısından Kadınların Dağılımı



Etkili Yöntem: Ria,Hap,Depo Provera, Norplant, Kondom, Cerrahi

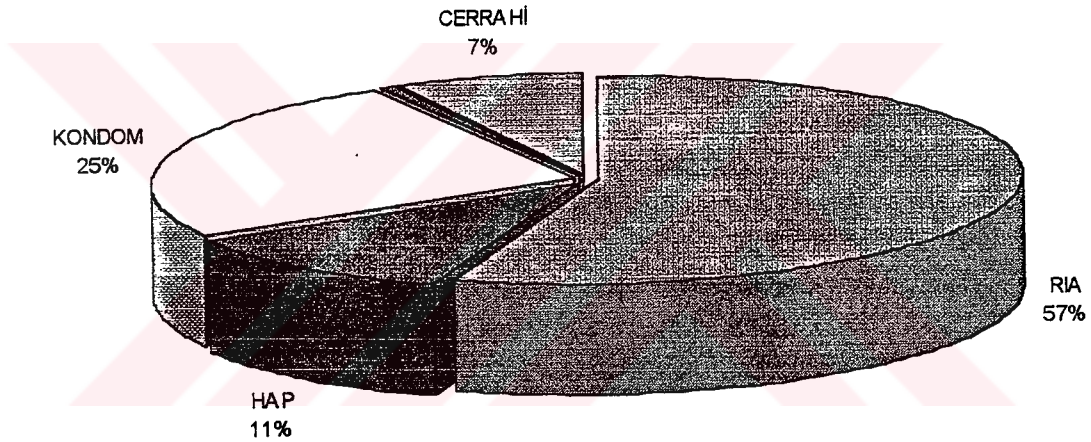
Etkisi Sınırlı Yöntem: Geri Çekme,Fitil,Takvim

Korunmayan: Gebe,Emzikli,Diğer

Bölgedeki kadınlar korunma yöntemi olarak en çok rahim içi aracı tercih etmektedir. Sağlık ocaklarında rahim içi aracın yaygın ve ücretsiz olması, hizmete çok kolay ulaşılması ve çok etkili olması tercih edilme nedenidir.

Bölgemizde etkisi sınırlı yöntem kullanan kadınlar TNSA verilerine göre daha az sayıdadır. TNSA verilerinde %28 iken bölgede % 19 dur.

Grafik 4.Aile Planlaması Yöntemlerinden Etkili Yöntem Kullananların Dağılımı

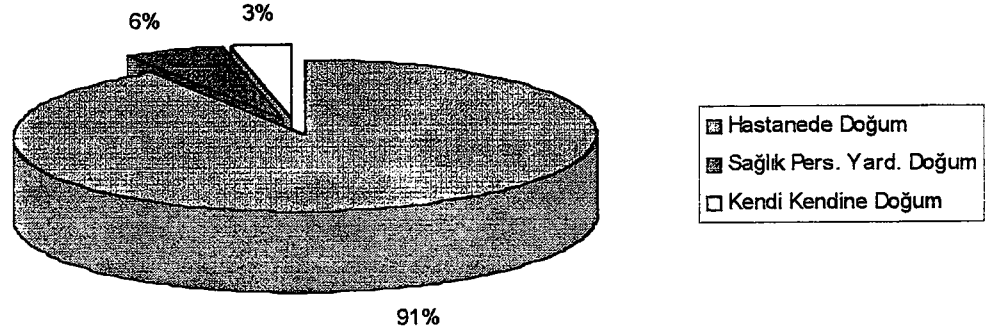


TNSA 1993 e göre ; nüfusun % 62.7 si aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Buca bölgesinde bu oran % 80 dir. Buca'da etkili yöntem kullananlar nüfusun yarısından fazladır.

Çalışan evli kadın kitlesi sağlık ocağınca yeterince izlenenemektedir. Çalışan evli kadın sayısının fazla olduğu Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı buna örnektir.

Korunmayan kesim ise nüfusun %20 ye yakın bir bölümü oluşturmaktadır.

Grafik 5 Buca Bölgesinde Yapılan Doğum Yerlerinin Dağılımı



Doğumların tercih edildikleri yerler bölgesel olarak değişmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyini düşük kabul ettiğimiz yerlerde kendi kendine doğum oranlarının arttığı gözlenmektedir. (Çalışma Raporu Raporu Buca SGB 1997,1998)

Tablo 3 Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Doğum, Bebek, Aşı Sayıları

KURUM	NÜFUS	BEBEK SAYISI	CANLI DOĞUM SAYISI	DBT1+ OPV1 AŞI SAYISI	FKÜ KAN ÖRNEĞİ	ÇOCUK SAYISI
Buca 1	30274	465	427	453	486	2133
Buca 2	36590	558	448	616	627	2440
Şirinyer 1	40314	458	326	373	355	1797
Şirinyer 2	21992	515	414	541	436	2019
Göksu	30203	662	633	696	242	2456
TOPLAM*	291318	4588	3965	4524	4367	18614

OPV:Oral Polio Virus

DBT:Difteri Boğmaca Tetanoz

*Toplam:Buca genelinde hizmet veren 15 kurumun toplamı belirtilmiştir.

Yıllık canlı doğum başına düşen gebe izlemi (5.7) Beklenen rakama (6.0) yakın bir rakamdır. Türkiye ortalaması ise 4.7 dir. Sahada çalışan ebe-hemşirenin iş yüklerine dikkat edilmeli ve bu iş yükleri kurumu değerlendirme verilerinden biri olmalıdır. (Çalışma Raporu Raporu Buca SGB 1997,1998)

•BAĞIŞIKLAMA

Tablo 4 Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Bağışıklama Durumu

KURUM	DBT OPV1	1- OPV2	2- OPV3	3- OPV R	DBT R- KIZAMIK	BCG
Buca 1	0.98	1.08	1.14	0.78	0.91	0.82
Buca 2	0.98	1.01	1.15	0.77	1.03	0.92
Şirinyer 1	0.89	0.89	0.90	0.69	0.88	0.82
Şirinyer 2	1.17	1.23	1.11	0.95	1.09	0.77
Göksu	0.99	1.03	1.15	0.80	0.90	0.97
BUCA GENEL	0.96	1.01	1.08	0.79	0.98	0.82

OPV:Oral Polio Virus

DBT:Difteri Boğmaca Tetanoz

Araştırma yapılan sağlık ocaklarının hizmetleri aynen yazılırken “Buca Genel” bölümüne Buca bölgesinde hizmet veren 15 kurumun oranları belirtilmiştir.

• GIDA SATIŞ VE HALK SAĞLIĞININ KORUNMASI İLE İLGİLİ YERLER

Tablo 5 Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Gıda ve Halk Sağlığının Korunması ile İlgili Yerler.

YERLER	BAKKAL MANAV	KASAP	HAL PAZAR	ÇAY HANE MEŞRUBAT	LOKANTA PASTANE	OTEL HAN	HAMAM BANYO	UMUMİ YERLER	MESKEN	ÇOPLUK GÜBRELIK	KUAFÖR BERBER	DİĞER
Sayısı	829	62	8	351	183	0	1	2957	1225	0	202	2
								9				
Kontrol Edilen	82	12	2	49	27	0	0	6	40	0	46	2
Uygun Değil	6	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

3.4.BUCA BÖLGESİNİN BAZI SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Bebek ölüm hızı Türkiye’de binde 42 dir (TNSA 1993). Buca’da binde 15.7 dir. 5 yaş altı çocuk ölüm hızı Türkiye’de binde 4.8 dir (TNSA 1993).Buca’da binde 3.74 dir.Aynı araştırmayla kaba ölüm hızı binde 7 dir. Buca’da binde 2.70 dir.

İzmir’de kaba ölüm hızı %0.5, çocuk ölüm hızı % 0.9 , bebek ölüm hızıysa binde 40 dir.

Tablo 6 Araştırılan Sağlık Ocakları Ve Buca Genelinin Doğum Bebek Aşı Sayıları

	BUCA 1	BUCA 2	ŞİRİNYER 1	ŞİRİNYER 2	GÖKSU	BUCA GENEL
BEBEK ÖLÜM HIZI	18.7	9.0	9.2	21.6	20.7	16.2
NEONATAL ÖLÜM HIZI	7.0	4.5	6.1	7.2	12.7	8.1
PERİNATAL ÖLÜM HIZI	20.8	17.7	6.1	12.0	26.6	17.2
5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM HIZI	21.5	10.8	6.6	17.5	25.7	17.2
ANNE ÖLÜM HIZI	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
KABA ÖLÜM HIZI	2.7	2.3	0.9	1.5	2.4	1.9
ÖLÜ DOĞUM SAYISI	6	8	2	2	12	48
CANLI DOĞUM SAYISI	427	444	326	416	628	3962
0-11 AY BEBEK	465	558	458	515	662	4588
NÜFUS	30274	36590	40314	21992	30203	303448
ERKEN NEONATAL ÖLÜM HIZI	7.0	0.0	0.0	7.2	8.0	5.3

(Buca SGB 1997)

Neonatal Ölüm Hızı: $0-27 \text{ Günlük İken Ölen Bebek Sayısı} / (\text{Canlı Doğum Sayısı}) * 1000$

Perinatal Ölüm Hızı: $(\text{Bir Yıl İçinde Ölü Doğan Bebek Sayısı}) + (0-6 \text{ Günlük İken Ölen Bebek Sayısı}) * 1000$

3.5. BULGULAR

3.5.1. Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılanların eğitim ve gelir düzeyleri, mesleklerinin özelliklerini, sağlık ocaklarını tanıma ve kullanmalarını, sağlık ocağına katkıları ve yaş grupları gibi tanımlayıcı özellikleri üzerinde durulmuştur.

Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeyleri

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
YOK	4.5	6.6	4.1	13.7	11.2
İLKOKUL	57.4	53.3	38.9	61.2	56.7
ORTAOKUL	14.2	18.2	17.2	13.1	12.9
LİSE	18.7	17.5	27.6	8.2	14.6
YÜKSEKOKUL	5.2	4.4	12.2	3.8	4.5
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Şirinyer 1 Sağlık Ocağı'nın bölgesinden araştırmaya katılanların eğitim düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu tablo Buca Sağlık Grup Başkanlığı'nın ETF çalışma raporuyla uyumludur.

Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Gelir Düzeyleri

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
ÇOK DÜŞÜK	2.6	4.4	5.1	6	6.2
DÜŞÜK	14.8	19.7	20.9	25.1	15.7
ORTA	71	46.7	53	51.4	60.7
İYİ	9	28.5	17.2	12.6	16.9
ÇOK İYİ	1.9	0.7	3.7	4.9	0.6
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Araştırmaya katılanlar gelir düzeylerinde genelde orta olarak algıladıklarını belirtmektedirler.

Tablo 9.Araştırmaya Katılanların Meslek Dağılımları.

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
YOK	10.3	0	16.7	5.5	2.2
EV HANIMI	58.1	78.1	50.9	72.1	78.7
İŞÇİ	8.4	4.4	4.5	3.3	0
MEMUR	7.1	10.9	16.2	4.9	6.7
EMEKLİ	3.2	1.5	4.5	1.1	3.4
ESNAF	9	4.4	4.1	9.8	6.2
DİĞER	3.9	0.7	2.7	3.3	2.8
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Araştırma gündüz saatlerinde yapılmıştır. Hanelerde o anda genellikle ev hanımlarıyla karşılaşmıştır. Bu nedenle çalışmaya katılanların %66.5 i ev hanımıdır. Şirinyer 1 no lu Sağlık Ocağı bölgesi ve Buca 1 no lu Sağlık Ocağında bu oran ev hanımları aleyhine azalmaktadır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Bağlı Oldukları Sağlık Ocağını Tanıma Ve Kullanması

n=875

	BUCA 1(%)	BUCA 2(%)	ŞİRİNYER 1(%)	ŞİRİNYER 2(%)	GÖKSU (%)
BİLİYOR KULLANIYOR	76.8	91.2	91	95.1	88.2
BİLMİYOR KULLANMIYOR	11	5.8	2.3	3.8	1.7
BİLİYOR KULLANMIYOR	2.6	2.9	2.3	0.5	3.4
BİLMİYOR KULLANIYOR	9.7	0	4.5	0.5	6.7
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Araştırmaya katılanların adreslerinden bağlı bulundukları sağlık ocağı tespit edilmiş ve anket formunda verilen yanıtlarla karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Buca 1 no lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinde sağlık ocağını kullanmama oranı diğerlerinden yüksektir. Bu yükseklik konutların yerleşimine ve hizmet performansına bağlanabilir.

Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Mesai Saati Dışında Başvurabilecekleri Sağlık Ocağını Tanımları

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
VAR	16.8	93.4	27	13.7	24.2
YOK	83.2	6.6	73	86.3	75.8
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

24 saat açık olan ve sağlık hizmeti veren kurum Buca 2 No lu Sağlık Ocağı'dır. Buca 2 No lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinden araştırmaya katılanların % 93.4 ü kendi kurumlarının 24 saat açık olduğunu bilmektedir. Diğer bölgelerde yaşayanlar arasında Buca 2 No lu Sağlık Ocağı'nın 24 saat açık olduğunu bilenlerin oranı azdır. Diğer bir yaklaşımla; sağlık ocaklarından birisinin 24 saat açık olması beklenmemektedir. Araştırmaya katılanların büyük bir kısmı mesai saatleri dışında yataklı tedavi kurumlarının acil servislerinden hizmet aldıklarını belirtmektedirler. Bu sonuçlardan anlaşıldığı gibi 24 saat açık olan sağlık ocağının duyurulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu duyuru Buca bölgesinin diğer kurumları tarafından yapılmalıdır.

Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Mesai Saati Dışında Açık Sağlık Ocağını Kullanmaları

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
EVET	4.5	55.5	9	7.1	15.7
HAYIR	95.5	44.5	91	92.9	84.3
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Mesai saati dışındaki başvurular 1997 yılında 1996 yılında yapılandan fazladır. (Buca SGB 1997 Çalışma Raporu)

Tablo 13.Araştırmaya Katılanların Sağlık Ocağı Hizmetini Paralı Algılaması (Sağlık ocağında verilen hizmet paralı mı?)

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
EVET	70.3	97.8	92.8	81.4	84.3
HAYIR	29.7	2.2	7.2	18.6	15.7
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Araştırmaya katılanlar sağlık ocağını paralı olarak algılamaktadır. Sağlık ocaklarına bakım, onarım, yatırım amacıyla ödenek gelmemektedir. Sağlık ocağı yönetiminin hemen hemen tek kaynağı kuruma yapılan bağışların bir bölümüdür. Sağlık ocaklarının bakım-onarım teknolojik yenileme gibi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla: yöneticiler "sağlık ocağında hizmet ücretsizdir" kuralına rağmen hizmet bedeli karşılığında bağış toplamak zorunda kalmaktadırlar. Toplanan bağışların kendilerine düşen bölümlerini (toplanan bağışın %70'i), kurum yöneticileri kendi kurumlarının bakım-onarım, teknolojik yatırımları vb işlerinde kullanmaktadırlar. Geri kalan %30 ise vakfın il merkezine aktarılmaktadır. Aktarılan bu paranın %10' u Sağlık Bakanlığına, %20'si İl Sağlık Müdürlüğü'nce kullanılmaktadır.

Tablo 14.Araştırmaya Katılanların Hizmet Aldıkları Sağlık Ocakları'nın Giderlerine Ne Kadar Katkıda Bulunacakları

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
HİÇ	19.4	60.6	57.7	23.8	44.4
OLABİLDİĞİNCE AZ	71	28.5	30.2	36.5	38.2
YARISINA	8.4	10.9	5.4	25.4	10.1
HEPSİNE	1.3	0	6.8	14.4	7.3
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Araştırmaya katılanların çoğu kurum giderlerine katkıda bulunmak istemektedir. Önemli oranda araştırmaya katılan ise % 41.6 katkıda bulunmak istemediklerini belirtmektedirler.

Devletin var olan durumu gözden geçirmesi ya yasayı değiştirmesi ya da kurum giderlerine sahip çıkması gerekmektedir.

Tablo 15. Araştırmaya Katılanların Yaş Grupları

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
15-25 YAŞ	0.45	0.34	0.23	0.42	0.46
26-35 YAŞ	0.38	0.46	0.49	0.42	0.35
36-75 YAŞ	0.17	0.20	0.28	0.16	0.19
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Araştırma yapılan bölgedeki yaş ortalaması 25-29 arasındadır. Buca SGB çalışma raporu 1997) Araştırmaya katılanların %79 u 35 yaş ve altındadır. Seçilen örneklemin yaş ortalaması ile bölge nüfusunun yaş ortalaması uyumludur.

3.5.2. Araştırmaya Katılanların İlk Başvuru Yerleri

Bu bölümde araştırmaya katılanların belirtilen hastalık durumlarında ilk başvuru yeri olarak hangi kurumdan hizmet bekledikleri araştırmaya çalışılmıştır.

Tablo 16. Ciltte Yüzeysel Kesi Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	81.3	90.5	78.8	94	96.1
Özel Hekim	0.6	0	0.9	0.5	0.6
Özel Polikl.	0.6	0	0.5	0	0
Hastane	12.9	5.8	16.2	3.8	3.4
Hiçbiryer	0	2.9	0.9	0	0
Diğer	3.9	0.7	2.7	1.6	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ciltte yüzeysel kesi nedeni kişi tarafında bilinen, kolay iyileşebilecek bir durumdur. Araştırmaya katılanların çoğunluğu böyle bir durumda hizmeti sağlık ocağından beklemektedir.

Tablo 17. Ciltte Derin Kesi Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	52.3	43.1	14	85.8	88.2
Özel Hekim	0.6	0	0.9	1.1	0
Özel Polikl	0.6	0	1.4	0	0
Hastane	46.5	56.9	83.8	13.1	11.8
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Şirinyer 1 no lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinden araştırmaya katılanların çok azı böyle bir hizmeti sağlık ocağından beklemektedir. Bu bölgede eğitim düzeyi yüksek çıkmıştır. Bu bölge araştırmacıya göre ekonomik durumu en iyi olan bölgedir. Yerleşik kent düzeninin olduğu bölgedir. Bu bölgeden araştırmaya katılanların %83.8 i hastaneye başvurdıklarını ya da başvuracaklarını belirtmişlerdir.

Şirinyer 2 ve Göksu Sağlık Ocakları'nın ve Buca 1 ve Buca 2 Sağlık Ocakları'nın bölgelerinden katılanların hizmet bekledikleri yerlerin benzerliği dikkat çekmektedir. Her iki bölge, yerleşim şekli, eğitim düzeyi, gelir durumu, bulaşıcı hastalıkların hızları, çocuk sayıları vb özellikleri ile birbirlerine benzemektedir.

Şirinyer 2 ve Göksu sağlık ocaklarının bölgesinden katılanlar sağlık ocağından hizmet beklerken, Şirinyer 1 no lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinden katılanlar çok yüksek bir oranda ciltte derin kesi durumunda hizmeti hastanelerden beklemektedir.

Tablo 18. Çocukta İshal Olduğunda İlk Nereye Başvuracağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2(%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	83.2	86.1	52.3	97.8	93.8
Özel Hekim	1.9	0.7	1.8	0.5	0.6
Özel Polikl	0	0	0	0	0
Hastane	14.8	9.5	45.5	1.6	5.6
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0.7	0.5	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Bölgeler tek tek ele alındığında, araştırmaya katılanların büyük kısmı çocukta ishal olduğunda sağlık ocağına başvuracaklarını belirtmişlerdir.

Tablo 19. Çocukta Kanlı İshal Olunca İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	45.2	54	19.4	90.2	83.1
Özel Hekim	2.6	2.2	2.7	0.5	0.6
Özel Polikl	0.6	0	0	0	0
Hastane	51.6	43.8	77.9	9.3	16.3
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Çocukta ishal olmasının yanına kanama eklenince, Buca 1 ve 2 No lu sağlık ocakları ile Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde hizmet beklenen yerler arasında hastanelerin

de ifade edildiği görülmektedir. Yoğun göç alan ve gecekondu alanın çok olduğu Şirinyer 2 ve Göksu Sağlık Ocaklarındaki oranların değişmesi önemli düzeyde değildir .

Tablo 20.Çocuk Ateşlenince İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2(%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	80.6	89.1	40.1	96.7	86.5
Özel Hekim	1.9	0	0.9	0.5	0.6
Özel Polikl.	0.6	0	0	0	0
Hastane	16.8	8	57.7	2.7	10.7
Hiçbiri	0	2.9	0.9	0	0
Diğer	0	0	0.5	0	2.2
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Çocuk ateşlendiğinde ilk nereye başvurulacağı sorulduğunda, Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinden araştırmaya katılanların %57.7 sinin ilk olarak hastaneye %40.1'nin sağlık ocağına başvuracaklarını belirmeleri dikkat çekicidir. Buca 1 No lu, Buca 2 No lu, Şirinyer 2 No lu Sağlık Ocağı ve Göksu Sağlık Ocağı bölgelerindeki dağılımlar birbirine benzerdir ve büyük çoğunluk sağlık ocağını ilk başvuru yeri olarak ifade etmiştir.

Tablo 21. Çocuk Çok Öksürmeye Başladığında İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA1 (%)	BUCA2 (%)	ŞİRİNYER1 (%)	ŞİRİNYER2 (%)	GÖKSU(%)
Sağlık Ocağı	65.8	82.5	29.7	96.2	88.8
Özel Hekim	3.2	2.9	2.7	1.1	0.6
Özel Polikl	0.6	0	0.9	0	0
Hastane	30.3	11.7	66.2	2.7	10.7
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0.5	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Çocuk sık öksürmeye başladığı durumlarda Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı'nı bölgesinden araştırmaya katılanlar ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını daha az tercih ederken Şirinyer 2 ve Göksu Sağlık Ocakları ilk başvuru yerleri olarak belirtilmektedir.

Tablo 22.Çocuk Havale Geçirince İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	31	47.4	14.4	91.3	84.8
Özel Hekim	2.6	0.7	1.8	1.1	0.6
Özel Polikl	0.6	0	0.9	0	0
Hastane	65.8	51.8	82.9	7.7	14.6
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Havale durumunda Buca 1 ve Buca 2 No lu sağlık ocaklarının bölgesinden araştırmaya katılanlar ilk başvuru yerinde sağlık ocağından uzaklaşmaktadır ve ilk başvuru yeri olarak diğer iki kurumun (Şirinyer 2 ve Göksu) sağlık ocağı olarak başvuru oranları yüksektir.

Tablo 23.Çocukta Döküntülü Hastalık Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	63.2	87.6	34.2	91.3	86.5
Özel Hekim	2.6	1.5	1.8	1.1	0.6
Özel Polikl.	0.6	0	0	0	0
Hastane	33.5	8	64	7.7	12.9
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Özellikle tamamen yerleşik şehir yaşamının olduğu Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı'nın bölgesindeki katılanların sağlık ocağından böyle durumlarda hizmet beklentileri çok düşüktür. Buca 1 No lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nden araştırmaya katılanların %33.5'i de hastaneyi tercih edeceklerini ifade etmektedirler.

Tablo 24.Ciltte Kaşıntılı Yara Olunca İlk Nereye Başvurulacağı

	BUCA1 (%)	BUCA2 (%)	ŞİRİNYER1 (%)	ŞİRİNYER2 (%)	GÖKSU(%)
Sağlık Ocağı	63.9	81.8	31.1	92.9	88.8
Özel Hekim	4.5	0.7	0.9	1.1	0.6
Özel Polikl.	0.6	0	0	0	0
Hastane	31	14.6	68	6	10.7
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nden araştırmaya katılanların, ciltte kaşıntılı yara olma durumunda %68 i ilk başvuru yeri olarak hastaneyi tercih edeceklerini ifade etmektedirler.

Tablo 25.Kırık Olunca İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	14.8	11.7	5	82.5	66.3
Özel Hekim	0.6	0	0.9	0.5	0
Özel Polikl.	0.6	0	0	0	0
Hastane	83.9	88.3	94.1	16.9	32.6
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kırık durumunda Şirinyer 2 ve Göksu sağlık ocaklarının bölgelerinden araştırmaya katılanların büyük bir bölümü sağlık ocağını ilk başvuru yeri olarak görmektedir.

Tablo 26.Kalp Çarpıntısı Olunca İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	20.6	26.3	13.1	83.1	73
Özel Hekim	1.3	2.9	0	1.1	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	78.1	70.8	86.9	15.8	27
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kalp çarpıntısı durumunda Şirinyer 1, Buca 1 ve Buca 2 No lu sağlık ocağının bölgesinden katılanlar hastaneyi kullanırken, diğer iki kurum sağlık ocağından hizmet beklemektedir.

Tablo 27. Nefes Darlığı Olunca İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	20	38.7	11.3	82	71.9
Özel Hekim	1.3	2.9	0	1.1	0
Özel Polikl	0	0	0	0	0
Hastane	78.7	58.4	88.7	16.9'	28.1
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kemikte kırık, kalp çarpıntısı, nefes darlığı gibi tedavisi toplum tarafından da zor ve uzun olarak kabul edilen hastalıklarda dahi Şirinyer 2 ve Göksu sağlık ocaklarının bölgesinden araştırmaya katılanlarının tercihinin değişmemesi, sağlık ocağından hizmet beklemesi çarpıcıdır.

Engellenmemiş uzman hekim ziyareti zaman ve problemin çözümü açısından daha kolay olabilir. Diğer yandan daha sık görülen semptomları değerlendirmek üzere yetiştirilmiş bir ilk başvuru hekimi ilk aşamadaki belirtileri daha iyi değerlendirebilir. (Starfield 1992) Böyle bir örgütlenme hızır acil servis adı altında kurulabilir.

Tablo 28. Mide Ağrısı Durumunda İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	44.5	81.8	21.6	85.2	77
Özel Hekim	1.9	0.7	0	1.1	0
Özel Polikl.	0.6	0	0	0	0
Hastane	52.9	14.6	78.4	13.7	23
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 29.Burun Kanaması Olunca İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	71	92.7	25.2	94	82.6
Özel Hekim	1.3	0	0	1.1	0
Özel Polikl.	0.6	0	1.4	0	0
Hastane	26.5	4.4	72.5	4.9	17.4
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0.6	0	0.9	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Şirinyer 1 No lu sağlık ocağının burunda kanama olduğunda sağlık ocağından beklediği hizmet diğerlerine oranla düşüktür.

Tablo 30.Eklemden Romatizmal Ağrı Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	39.4	78.1	19.4	88.5	80.9
Özel Hekim	1.3	0	0.9	0.5	0
Özel Polikl.	0.6	0	1.4	0	0
Hastane	58.7	19	78.4	10.9	19.1
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı'nın eklemden romatizmal ağrı durumunda ilk başvuru yeri olmadığı görülmektedir. Diğer kurumlar ise önemli oranlarda ilk başvuru yeridir.

Tablo 31.Kafa Üstü Düşme Olduğunda Veya Kafa Bir Yere Çarpınca İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	16.8	27	7.7	85.5	75.3
Özel Hekim	0.6	0	0	0.5	0
Özel Polikl	0	0	1.8	0	0
Hastane	82.6	73	90.5	13.7	24.7
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 31 ve 32 birarada incelendiğinde, kafa üstü düşme ve kalp krizi durumunda Şirinyer 2 ve Göksu Sağlık Ocağından hizmet beklentisinin yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 32. Kalp Krizi Geçirince İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	9	12.4	6.8	80.9	68
Özel Hekim	0.6	0	0	0.5	0
Özel Polikl.	0.6	0	0	0	0
Hastane	89.7	84.7	93.2	18.6	32
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 33.Aspirinle Geçmeyen Baş ağrısı Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	49.7	67.9	15.3	89.6	78.1
Özel Hekim	1.3	0.7	0	1.6	0
Özel Polikl.	1.3	0	0	0	0
Hastane	47.1	28.5	81.1	8.7	21.9
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0.6	0	3.6	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Aspirinle geçmeyen baş ağrısı olduğunda ve erişkin kişi ateşli hastalık geçirdiğinde, başvurulacak yerler incelendiğinde Buca 1 bölgesinin oranlarının Şirinyer 1 bölgesine benzeme eğiliminde olduğu söylenebilir. Diğer üç kurumun bölgesinde ilk başvuru yeri sağlık ocağıdır.

Tablo 34.Erişkin Kişi Ateşli Hastalık Geçirince İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	29.7	74.5	20.3	89.1	79.2
Özel Hekim	0.6	1.5	0.9	0.5	0
Özel Polikl	1.3	0	0	0	0
Hastane	68.4	24.1	78.8	10.4	20.8
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Erişkin kişinin ateşli hastalık geçiriyor olması durumunda, Şirinyer 2, Göksu, Buca 2 sağlık ocaklarının bölgesinden araştırmaya katılanların büyük bir bölümü, ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını tercih ettiklerini ifade etmektedirler.

Tablo 35.Normal (Sağlıklı) Çocuk İzlemi İçin İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	95.5	92.7	94.1	96.7	93.8
Özel Hekim	0.6	2.9	1.8	1.1	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	3.9	4.4	4.1	2.2	6.2
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Sağlıklı çocuk izlemi hizmeti sağlık ocağından yüksek oranlarda beklenmektedir.

Tablo 36.Aşılama İçin İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA1 (%)	BUCA2 (%)	ŞİRİNYER1(%)	ŞİRİNYER2(%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	99.4	97.1	93.7	98.9	96.6
Özel Hekim	0	0	2.7	1.1	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	0.6	0	3.6	0	3.4
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Aşılama için hizmet sağlık ocağından beklenmektedir. Sağlık ocağı fiili olarak aşılama hizmetini iyi yapmaktadır. (bak:kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri-3.Bölüm Araştırma Bölgesinin Tanımlayıcı özellikleri)

Tablo 37.İdrar Sondası Takılması Gerekliyse İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	67.1	79.6	48.2	94.5	87.6
Özel Hekim	0	0	0.9	0.5	0
Özel Polikl.	0	1.5	3.2	0.5	0
Hastane	32.9	16.1	47.7	3.3	12.4
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 38.İdrarda Yanma Sızlama Varsa İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU(%)
Sağlık Ocağı	63.2	87.6	57.2	94	94.4
Özel Hekim	0	2.9	1.8	1.1	0
Özel Polikl.	0.6	0	0	0.5	0
Hastane	36.1	9.5	41	4.4	5.6
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 37 ve 38 e göre idrarda yanma sızlama olduğunda ya da idrar sondası takılması gereğinde sağlık ocağına başvurunun Buca 1 ve Şirinyer 1 No lu sağlık ocağı bölgelerinde araştırmaya katılanlar birbirine yakın oranlarda sağlık ocağı ve hastaneyi tercih ettiklerini ifade etmektedirler.

Tablo 39.İğne Yaptırmanız Gerekliyse İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	96.8	96.4	94.1	99.5	98.9
Özel Hekim	0	0.7	0	0	0
Özel Polikl.	0	0	1.4	0	0
Hastane	2.6	0	4.5	0.5	1.1
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0.6	2.9	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Enjeksiyon ve tansiyon ölçmek daha az tıbbi bilgiyle gerçekleşebilmektedir. Toplum basit gördüğü bu hizmetleri sağlık ocaklarından beklemektedir.

Tablo 40.Tansiyon Ölçtürmek İçin İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	99.4	94.9	94.1	99.5	98.9
Özel Hekim	0	0	0	0	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	0	0	3.6	0.5	1.1
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0.6	5.1	2.3	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 41.Spiral Taktırmak için İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	91	96.4	93.2	95.6	97.8
Özel Hekim	1.3	3.6	1.8	0.5	0
Özel Polikl.	0.6	0	0	0.5	0
Hastane	7.1	0	5	1.1	2.2
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	2.2	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 42.Kondom Almak için İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA1 (%)	BUCA2 (%)	ŞİRİNYER1 (%)	ŞİRİNYER2 (%)	GÖKSU(%)
Sağlık Ocağı	94.2	94.2	95.9	97.8	98.3
Özel Hekim	0.6	0	0	0.5	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	3.2	0	3.6	0	1.7
Hiçbiryer	1.3	0	0	0	0
Diğer	0.6	5.8	0	1.6	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Buca Sağlık Grup Başkanlığı raporuna göre; aile plalaması hizmetleri sağlık ocaklarında başarılıdır. Toplumun bu hizmete ilişkin beklentisi sağlık ocaklarındandır.

Tablo 43. Doğum kontrol Hapı Almak İçin İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	94.2	92.7	94.1	99.5	98.9
Özel Hekim	0.6	0	0	0.5	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	3.9	0	4.5	0	1.1
Hiçbiryer	0	0	0	0	0
Diğer	1.3	7.3	1.4	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Doğum kontrol hapı, kondom sağlık ocaklarından ücretsiz olarak dağıtılmaktadır. Doğum kontrol hapı almak için araştırmaya katılanlar sağlık ocağını tercih ettiklerini ifade etmektedirler.

Tablo 44. Gıda Tükettiğiniz Yerden Şikayet Olduğunda İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA1 (%)	BUCA2 (%)	ŞİRİNYER1 (%)	ŞİRİNYER2 (%)	GÖKSU(%)
Sağlık Ocağı	76.8	74.5	86.9	80.9	96.6
Özel Hekim	0	0	0	0	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	3.9	0	5.4	0	1.1
Hiçbiryer	11.6	10.9	4.5	13.1	0.6
Diğer	7.7	14.6	3.2	6	1.7
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Gıda üretimi ve satış yerlerinden şikayetçi olması halinde, ilk başvuru yeri önemli oranda sağlık ocağıdır. Yasal düzenlemeler sağlık ocağını yetkili kılmaktadır. Tablo 44'ten de dağılımında bu düzenlemelere uygun biçimde seyrettiği görülmektedir.

Tablo 45. Gebelik Kontrolü İçin İlk Nereye Başvurulacağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	94.2	83.2	89.6	100	98.9
Özel Hekim	0.6	10.9	5.9	0	0
Özel Polikl.	0	0	0	0	0
Hastane	4.5	1.5	4.5	0	1.1
Hiçbiryer	0.6	4.4	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Bebek ve gebe izlemleri sağlık ocağının temel hizmetlerindendir. Araştırmaya katılanların bebek izlemlerinde olduğu gibi gebe izlemlerinde de sağlık ocağından hizmet beklentisi yüksektir.

Tablo 46. Gebelik Testi Yaptırmak İçin İlk Nereye Başvuracağı

n=875

	BUCA 1 (%)	BUCA 2 (%)	ŞİRİNYER 1 (%)	ŞİRİNYER 2 (%)	GÖKSU (%)
Sağlık Ocağı	97.4	91.2	95	100	98.9
Özel Hekim	0	2.9	0.9	0	0
Özel Polikl.	0	0	0.5	0	0
Hastane	2.6	2.9	3.6	0	1.1
Hiçbiryer	0	2.9	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

3.5.3.Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlk Başvuru Yerleri Arasındaki İlişki

Bu kısımda araştırmaya katılanların demografik özellikleri ile başvuru yeri tercihleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tablo 48.Araştırmaya Katılanların Gelir Durumlarını Algılamalarıyla Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki:

n=875

	YOK.İLKOKUL	ORTAOKUL. LİSE	YÜKSEKOKUL	TOPLAM
ÇOK DÜŞÜK.DÜŞÜK	157 (%74)	48(%22)	7(%3)	212(%100)
ORTA	295(%60)	168(%34)	27(%5)	490(%100)
YÜKSEK. ÇOK YÜKSEK	73(%44)	70(%42)	22(%13)	165(%100)

$\chi^2:41.25$

$p=0.00000$

Eğitim düzeyi ile gelir durumunu algılamalarının farklılık göstereceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanlardan eğitim durumları yüksek olanlar anlamlı şekilde diğerlerine göre gelir durumlarını daha yüksek algılamaktadırlar.

Araştırmaya katılanlardan yüksek okul bitirmiş olanların %13 ü gelir durumunu yüksek yada çok yüksek algılamaktadır. Yine bu grubun sadece % 3 ü gelir durumunu düşük yada çok düşük olarak algılamaktadır.

Araştırmaya katılanlardan ilkokul bitirmiş yada hiç okula gitmemişlerin gelir durumunu yüksek yada çok yüksek algılayanların sayısı 73 kişidir. 73 kişi, ilkokul bitirmiş yada okula gitmemişlerin %14 lük bölümüdür.

Gelir durumunu düşük olarak algılayanların %74 ü ilkokul bitirmiş yada hiç okula gitmemişlerdir.

Tablo 49 Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Çocuk Ateşlenince İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK.İLKOKUL	433(%82)	98(%18)	531(%100)
ORTAOKUL,LİSE	203(%71)	84(%29)	287(%100)
YÜKSEKOKUL	31(%55)	25(%45)	56(%100)

$\chi^2:26.59$

P=0.00000

Eğitim düzeyleri düştükçe çocuklarının ateşli durumunun tedavisi için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklayanların sayısı artmaktadır.

Tablo 50 Araştırmaya Katılanların Çocukta Döküntülü Hastalık Olduğunda Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	403(%76)	128(%24)	531(%100)
ORTAOKUL,LİSE	182(%63)	105(%37)	287(%100)
YÜKSEKOKUL	29(%52)	27(%48)	56(%100)

$\chi^2:23.65$

p=0.00001

Araştırmaya katılanlardan, eğitim düzeyleri düştükçe çocuklarının döküntülü hastalıklarının tedavisi için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklayanların sayısı anlamlı derecede yükselmektedir.

Tablo 51. Araştırmaya Katılanların Ciltte Kaşıntılı Yara Olduğunda, Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	405 (%76)	126 (%24)	531(%100)
ORTAOKUL,LİSE	179 (%62)	108 (%38)	287(%100)
YÜKSEKOKUL	23 (%41)	33 (%59)	56(%100)

$\chi^2:39.68$

$p=0.00000$

Eğitim düzeyleri düştükçe ciltte kaşıntılı yaranın tedavisi için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklayanların sayısı anlamlı derecede artmaktadır.

Tablo 52..Araştırmaya Katılanların Kemikte Kırık Olduğunda, Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	HASTANE	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	242 (%46)	289 (%54)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	68 (%24)	219 (% 76)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	9 (%16)	47 (%84)	56 (%100)

$\chi^2:49.26$

$p=0.00000$

Araştırmaya katılanlar, kemikte kırığın tedavisi için eğitim düzeyleri düştükçe anlamlı derecede fazla sayıda sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 53. Araştırmaya Katılanların Burunda Kanama Olduğunda, Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	408 (%77)	123 (%23)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	180 (%63)	107 (%37)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	24 (%43)	32 (%57)	56 (%100)

χ^2 :38.73

p=0.00000

Araştırmaya katılanlardan, eğitim düzeyleri düştükçe burun kanamasının tedavisi için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını ifade edenlerin sayısının anlamlı derecede yükseldiği görülmektedir.

Tablo 54. Araştırmaya Katılanların İğne Yaptırması Gereğinde, Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	521 (%98)	10 (%2)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	279 (%97)	8 (%3)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	48 (%86)	8 (%14)	56 (%100)

χ^2 :27.05

p=0.00000

Araştırmaya katılanlar, eğitim düzeyleri düştükçe iğne yaptırmak için anlamlı derecede fazla sayıda sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Aralarında anlamlı fark olmasına rağmen eğitim düzeyi yüksek olanların büyük bölümü enjeksiyon hizmetini sağlık ocağından beklemektedir.

Tablo 55 Araştırmaya Katılanların İdrar Yaparken Yanma Olduğunda Tanı Ve Tedavi İçin, Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	459 (%86)	72 (%14)	531 (%100)
ORTAOKUL, LİSE	195 (%68)	92 (%32)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	30 (%54)	26 (%46)	56 (%100)

$\chi^2:58.90$ $p=0,00000$

Araştırmaya katılanlar, eğitim düzeyleri düştükçe idrar yaparken yanma olduğunda tanı ve tedavi için anlamlı derecede fazla sayıda sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 56. Araştırmaya Katılanların İdrar Sondası Takılması Gereğinde, Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	434 (%82)	97 (%18)	531 (%100)
ORTAOKUL, LİSE	185 (%64)	102 (%36)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	29 (%52)	27(%48)	56 (%100)

$\chi^2:44.59$ $p=0,00000$

Araştırmaya katılanlar, eğitim düzeyleri düştükçe idrar sondası takılması için anlamlı derecede fazla sayıda sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 57 Araştırmaya Katılanların Aşı Yaptırma Gereğinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	523 (%98)	8 (%2)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	277 (%97)	10 (%3)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	47 (%84)	9 (%16)	56 (%100)

$\chi^2:36,12$

$p=0,00000$

Eğitim düzeylerine göre aşı yaptırmak için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklayanların sayısı anlamlı derecede farklılık göstermektedir.

Tablo 58. Araştırmaya Katılanların Sağlıklı Bebek İzlemi İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	514 (%97)	17 (%3)	531(%100)
ORTAOKUL,LİSE	270(%94)	17 (%6)	287(%100)
YÜKSEKOKUL	43 (%77)	13 (%23)	56(%100)

$\chi^2:40,12$

$p=0.00000$

Sağlıklı bebek izlemi almak için sağlık ocağına başvuracakların sayısı eğitim düzeylerine göre anlamlı derecede farklılık göstermektedir.

Tablo 59. Araştırmaya Katılanların Kalp Krizinin Tedavisi İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	HASTANE	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	237 (%45)	294 (%55)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	71 (%25)	216 (%75)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	7 (%12)	49 (%88)	56 (%100)

$\chi^2:46.37$

$p=0.00000$

Eğitim düzeyleri düştükçe daha fazla kişi kalp krizi tedavisi için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını ifade etmektedir.

Tablo 60. Araştırmaya Katılanların Tansiyon Ölçtürmek İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	525 (%99)	6 (%1)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	277 (%97)	10 (%3)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	48 (%86)	8 (%14)	56 (%100)

$\chi^2:33.70$

$p=0.00000$

Araştırmaya katılanların, eğitim düzeyleri düştükçe tansiyonlarını ölçtürmek için sağlık ocağının hizmetine başvurdukları görülmektedir.

Tablo 61 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Spiral Taktırmak İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	518 (%98)	13 (%2)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	266 (%93)	21 (%7)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	44 (%79)	12 (%21)	56 (%100)

 $\chi^2:40.22$

p=0.00000

Araştırmaya katılanlardan daha fazla kişi eğitim düzeyleri düştükçe kendilerine veya eşlerine spiral uygulamak için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamaktadırlar.

Tablo 62 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Kondom Almak İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK,İLKOKUL	520 (%98)	11 (%2)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	271 (%94)	16 (%6)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	50 (%89)	6 (%11)	56 (%100)

 $\chi^2:14.22$

p=0.00082

Araştırmaya katılanlardan eğitim düzeyleri düştükçe kendilerine veya eşlerine kondom almak için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklayanların sayısı artmaktadır.

Tablo 63 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Doğum Kontrol Hapı Almak İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK.İLKOKUL	520 (%98)	11 (%2)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	271 (%94)	16 (%6)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	48 (%86)	8 (%14)	56 (%100)

$\chi^2:22.40$

$p=0.00001$

Eğitim düzeyleri düştükçe kendilerine veya eşlerine doğum kontrol hapı almak için anlamlı derecede fazla sayıda kişi sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamaktadırlar.

Tablo 64 Araştırmaya Katılanların Kendilerinin Veya Eşlerinin Gebelik İzlemleri İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK.İLKOKUL	509 (%96)	22 (%4)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	263 (%92)	24 (%8)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	45 (%80)	11 (%20)	56 (%100)

$\chi^2:22.34$

$p=0.00001$

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri düştükçe kendilerine veya eşlerinin gebe izlemleri için sağlık ocağının hizmetine başvurdukları görülmektedir.

Tablo 65 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Veya Eşlerine Gebelik Testi İstediklerinde Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK.İLKOKUL	518 (%98)	13 (%2)	531 (%100)
ORTAOKUL.LİSE	277 (%97)	10 (%3)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	50 (%89)	6 (%11)	56 (%100)

$\chi^2:10.83$

$p=0.00446$

Araştırmaya katılanların, eğitim düzeyleri düştükçe kendilerine veya eşlerinin gebelik testlerini yaptırmak için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını ifade edenlerin sayısı anlamlı derecede artmaktadır.

Tablo 66 Araştırmaya Katılanların Çocuklarında Oluşan İshalin Tedavisi İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK.İLKOKUL	454 (%85)	77 (%15)	531 (%100)
ORTAOKUL.LİSE	218 (%76)	69 (%24)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	37 (%66)	19 (%34)	56 (%100)

$\chi^2:10.57$

$p=0.00005$

Araştırmaya katılanların çocuklarında oluşan ishalin tedavisi için sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını ifade edenlerin sayısı eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 67. Araştırmaya Katılanların Çocuklarında Oluşan Öksürüğün Tedavisi İçin Eğitim Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
YOK.İLKOKUL	412 (%78)	119 (%22)	531 (%100)
ORTAOKUL,LİSE	177 (%62)	110 (%38)	287 (%100)
YÜKSEKOKUL	26 (%46)	30 (54)	56 (%100)

$\chi^2:39.08$

$p=0,00000$

Araştırmaya katılanlar, eğitim düzeyleri düştükçe çocuklarında oluşan öksürüğün tedavisi için anlamlı derecede fazla sayıda sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Yaş ile iki değişken dışında ilk başvuru yeri arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. 12-25 Yaş grubunun gebelik tespiti ve gebelik kontrolü için sağlık ocağından beklentisi anlamlı şekilde düşüktür.

Tablo 68 Araştırmaya Katılanların Sağlıklı Bebek İzlemi İçin Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
ÇOK DÜŞÜK, DÜŞÜK	207 (%98)	5 (%2)	212 (%100)
ORTA	461 (%94)	29 (%6)	490 (%100)
YÜKSEK, ÇOK YÜKSEK	152 (%92)	13 (%8)	165 (%100)

$\chi^2:6.05$

$p=0.04835$

Araştırmaya katılanların gelir düzeyleri azaldıkça çocuklarının izlemi için sağlık ocağının hizmetine başvuracakların sayısı anlamlı derecede artmaktadır.

Tablo 69 Araştırmaya Katılanların Aşı Yaptırmak Gereğinde Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
ÇOK DÜŞÜK, DÜŞÜK	210 (%99)	2 (%1)	212 (%100)
ORTA	475 (%97)	15 (%3)	490 (%100)
YÜKSEK, ÇOK YÜKSEK	155 (%94)	10 (%6)	165 (%100)

$\chi^2:8.06$

$p=0.01775$

Algıladıkları gelir düzeyleri azaldıkça aşı yaptırmak için sağlık ocağının hizmetine başvuracakların sayısının anlamlı derecede arttığı görülmektedir.

Tablo 70 Araştırmaya Katılanların İğne Yaptırmak Gereğinde Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
ÇOK DÜŞÜK, DÜŞÜK	207 (%98)	5 (%2)	212 (%100)
ORTA	479 (%98)	11 (%2)	490 (%100)
YÜKSEK, ÇOK YÜKSEK	155 (%94)	10 (%6)	165 (%100)

$\chi^2:6.57$

$p=0.03737$

Araştırmaya katılanların, algıladıkları gelir düzeylerine göre, iğne yaptırmak için başvuru yerleri farklılık göstermektedir. Sağlık ocağının hizmetine başvuracakların sayısı artmaktadır.

Tablo 71 Araştırmaya Katılanların Eşlerinin Yada Kendilerinin Gebelik İzlemi İçin Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
ÇOK DÜŞÜK, DÜŞÜK	204 (%96)	8 (%4)	212 (%100)
ORTA	460 (%94)	30 (%6)	490 (%100)
YÜKSEK, ÇOK YÜKSEK	148 (%90)	17 (%10)	165 (%100)

$$\chi^2:6.75 \quad p=0.03420$$

Araştırmaya katılanlar, algıladıkları gelir düzeyleri azaldıkça iğne yaptırmak için anlamlı derecede fazla sayıda sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 72 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Gebelik Testi Yapma Gereğinde Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
ÇOK DÜŞÜK, DÜŞÜK	210 (%99)	2 (%1)	212 (%100)
ORTA	480 (%98)	10 (%2)	490 (%100)
YÜKSEK, ÇOK YÜKSEK	150 (%91)	15 (%9)	165 (%100)

$$\chi^2:24.71 \quad p=0.00000$$

Araştırmaya katılanların, algıladıkları gelir düzeyleri azaldıkça kendilerine ya da eşlerine gebelik testi yaptırmak için daha fazla sayıda kişinin nıamlı derecede fazla sayıda sağlık ocağının hizmetine başvurdukları görülmektedir.

Tablo 73 Araştırmaya Katılanların Çocuklarının İzlemleri İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Ev Hanımı	561 (%96)	21 (%4)	582 (%100)
Diğer	266 (%91)	26 (%9)	292 (%100)

$\chi^2:10.71$

$p=0.0106$

Tablo 73 ve 74 , araştırmaya katılanlardan ev hanımları diğer meslek gruplarına göre çocuk izlemi ve aşı yaptırmak için anlamlı derecede fazla sayıda. sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını ifade ettiklerini göstermektedir.

Tablo 74 Araştırmaya Katılanların Aşı Yaptırmak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Ev Hanımı	570 (%98)	12 (%2)	582 (%100)
Diğer	277 (%95)	15 (%5)	292 (%100)

$\chi^2:6.14$

$p=0.01320$

Tablo 75 Araştırmaya Katılanların Tansiyon Ölçtürmek İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Ev Hanımı	574 (%99)	8 (%1)	582 (%100)
Diğer	276 (%95)	16 (%5)	292 (%100)

$\chi^2:12.26$

$p=0.00046$

Araştırma örneklemini içindeki ev hanımları katılanlardan ev hanımları diğer meslek gruplarına göre tansiyon ölçtürmek için daha fazla sayıda sağlık ocağı hizmetine başvurumaktadırlar.

Tablo 76 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Spiral Taktırmak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Ev Hanımı	570 (%98)	12 (%2)	582 (%100)
Diğer	258 (%88)	34 (%12)	292 (%100)

$\chi^2:35.80$

$p=0.00000$

Araştırmaya katılanlardan ev hanımları diğer meslek gruplarına göre kendilerine spiral taktırmak için anlamlı derecede fazla sayıda, sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 77 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Kondom Almak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Ev Hanımı	570 (%98)	12 (%2)	582 (%100)
Diğer	271 (%93)	21 (%7)	292 (%100)

$\chi^2:14.08$

$p=0.00018$

Ev hanımlarının eşlerine kondom almak için anlamlı derecede fazla sayıda, sağlık ocağının hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 78 Araştırmaya Katılanların Kendilerine Yada Eşlerine Doğum Kontrol Hapı Almak İçin Meslek Durumlarına Göre İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Ev Hanımı	568 (%98)	14 (%2)	582 (%100)
Diğer	271 (%93)	21 (%7)	292 (%100)

$\chi^2:11.58$

$p=0.00066$

Araştırmaya katılanlardan doğum kontrol hapı almak için sağlık ocağına başvuran ev hanımlarının sayısı diğer meslek gruplarına göre anlamlı şekilde daha fazladır.

Tablo 79 Araştırmaya Katılanlardan Sağlık Ocağını Paralı Olarak Algılayanların Aşı Yaptırmak İçin İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Evet	668 (%98)	17 (%2)	685 (%100)
Hayır	180 (%95)	10 (%5)	190 (%100)

$\chi^2:3.84$

$p=0.04981$

Araştırmaya katılanlardan sağlık ocağını paralı algılayanlar aşı yaptırmak için anlamlı şekilde daha fazla sayıda, sağlık ocağı hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 80 Araştırmaya Katılanlardan Sağlık Ocağını Paralı Olarak Algılayanların İğne Yaptırmak İçin İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Evet	669 (%98)	16 (%2)	685 (%100)
Hayır	180 (%95)	10 (%5)	190 (%100)

$\chi^2:4.42$

$p=0.03550$

Araştırmaya katılanlardan sağlık ocağını paralı algılayanlar aşı yaptırmak için anlamlı şekilde daha fazla sayıda sağlık ocağı hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

Tablo 81 Araştırmaya Katılanlardan Sağlık Ocağını Paralı Olarak Algılayanların Kendilerine Yada Eşlerine Doğum Kontrol Hapı Almak İçin İlk Başvuru Yerleri

n=875

	SAĞLIK OCAĞI	DİĞER	TOPLAM
Evet	664 (%97)	21 (%3)	685 (%100)
Hayır	176 (%93)	14 (%7)	190 (%100)

$\chi^2:7.17$

$p=0.00741$

Araştırmaya katılanlardan sağlık ocağını paralı algılayanlar kendilerine yada eşlerine doğum kontrol hapı almak için anlamlı şekilde daha fazla sayıda, sağlık ocağı hizmetine başvuracaklarını açıklamışlardır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1.SONUÇ

Araştırmanın amacı toplumun sağlık ocağı hizmetini tanımlarını ve ilk başvuru yeri olarak sağlık ocaklarının kullanımını ölçmektir. Araştırmanın bir diğer amacı da: bireyin demografik özelliklerinin sağlık ocağı hizmetlerini bilme veya ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını kullanma sıklığı ile ilişkisini saptamaktır. Bu amaca ulaşabilmek için araştırma kapsamına İzmir'in metropol ilçelerinden Buca alınmıştır. Buca Bölgesi kendi içerisinde, yeni göç, eski göç, kentli nüfusun olduğu alt bölgelere ayrılmıştır. Daha doğru bir tanımla gecekonduların yoğun olduğu, altyapısı henüz tamamlanmış (eğitim, sağlık, ulaşım vb) ve son olarak alt yapısının tamamlanmış olduğu kabul edilebilecek bölgelerde araştırma yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri arasında anlamlı ilişkiler çıkmıştır. Eğitim düzeyinin yükselmesi ile meslek sahibi olarak bir yerde çalışmaları arasında anlamlı ilişki vardır. Eğitim düzeyi düşük olanlar özellikle kadınlar mesleklerini yok yada ev hanımı olarak belirtmişlerdir. Eğitim düzeyiyle gelir durumunu algılama arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu yükseldikçe kişiler gelir düzeylerini daha yüksek algılamaktadır.

Daha önce yapılan çalışmalarda da (Aksakoğlu, 1979 Özmen,1990) kişilerin sağlık ocaklarına başvurmada, kişilerin yaşlarının etkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmalarda sağlık ocağını kullananların 5-9 yaş grubu olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmalarda kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık ocağından yararlanmanın azaldığı saptanmıştır.

Buca Sağlık Grup Başkanlığı verilerine göre, Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinde eğitim düzeyi yüksek olan dolayısıyla gelir düzeyi yüksek meslekleri nedeniyle sosyal güvencesi olan insanlar oturmaktadır. Bu bölgede aile planlaması yöntemi kullanımının ileri

düzyde olduğu görölmektedir. Hane başına düşen insan sayısı 3.22 dir. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altında olduğu da verilerden anlaşılmaktadır.

Şirinyer 2 No lu Sağlık Ocağı ve Göksu Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği kitlenin okuma yazma oranı, eğitim düzeyi düşüktür. Gelir düzeyinin de düşük olduğu bu bölgede işsizlik problemleri vardır. Aile planlaması uygulanmasının iyi olmadığı Buca Sağlık Grup Başkanlığı çalışmalarından anlaşılmaktadır. Bu çalışmaya göre; Şirinyer 2 No lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinde hane başına düşen insan sayısı 5.02; Göksu Sağlık Ocağı bölgesinde 4.54 dür. Bulaşıcı hastalıklar sık olarak görölmektedir. Bebek ölüm hızı diğer bölgelere göre daha yüksektir.

Buca 2 Nolu ve Buca 1 No lu Sağlık ocaklarının hizmet verdiği kitle eski göç olarak kabul edilebilir. Eğitim düzeyi yüksek olan bu bölgenin demografik özellikleri Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği kişilere benzemektedir.

24 saat açık olan Buca 2 No lu Sağlık Ocağı kendi bölgesine mesai saatleri dışında da ulaşabilmektedir. Sağlık ocağı hizmetine gerek duyanlar Buca 2 bölgesinde, sağlık ocağının 24 saat açık olduğunu bilmektedir. 24 saat açık olması ilk başvuru yerinin erişilebilirlik özeliğinin başında gelmektedir.

Sağlık ocaklarının hizmeti ücretsizdir. Hizmetin ücretsiz olması hem sosyalizasyon yasasının ilkelerinden biridir hem de ilkelerinin bir sonucudur. Sağlık ocakları bir işletmedir. Gelir ve giderleri vardır. Sosyalizasyon yasasına göre kurum giderleri devlet tarafından karşılanmalıdır. Giderlere örnek olarak bina, donanım bakımı verilebilir. İşletmelerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri uzun dönemli temel amaçtır. Bu kurumların yaşamlarını devam ettirebilmeleri, faaliyetlerini etkili bir şekilde sürdürebilmeleri için suyunun akması, elektrik enerjisinin olması, ısınması, teknolojik gelişmeleri hizmete yansıtması gerekir.(donanım.yayın vb)Fiili olarak devlet sağlık ocaklarının giderlerini karşılamamaktadır ya da çok azını karşılamaktadır. Bu durum çalışanları ve hizmet bekleyenleri zor duruma sokmaktadır. Sağlık ocaklarının çalışanları durumu farklı olarak uygulamaktadır. Hizmet verdiği kişilerden küçük miktarlarda para toplayarak, bu parayı yönetmekte, ya da yasal

durumun uygulanması için devletten yakınmaktadır. Buca bölgesinde sağlık ocağı ücretli olarak algılanmaktadır. Hizmetin ücretli olmasıyla ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağının seçilmesi arasında anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir. Hizmeti alırken giderlere katkıda bulunmak yada ücret ödemek isteyenlerin oranı %56 dır.

Şirinyer 2 ve Göksu bölgesinde ilk başvuru yeri her durumda sağlık ocağı olmuştur. Buca 1 ve Buca 2 bölgesinde semptomu göre tercih yapılmaktadır. Bazı hastalık durumlarında hastane ilk başvuru yeri olarak ilk sırada yer alırken, bazılarında sağlık ocağı ilk sırada yer almıştır. Şirinyer 1 No lu Sağlık Ocağı'nın bölgesinde araştırmaya katılanlar tedavi hizmetlerinde ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını tercih etmemekte, koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık ocağından hizmet beklemektedir. Burada önemle belirtilmesi gereken bir nokta sağlık ocaklarının hepsinde verilen hizmetlerin kalitesinin aynı kabul edilmesidir. Sağlık ocağının etkililiğinin ilk başvuru yeriyle ilişkisi araştırılmamıştır.

4.2.ÖNERİLER

Özetlenen bulgulara dayanılarak aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

1. Sağlık ocaklarının hizmetlerine kent bölgesinde ve gecekondu bölgesinde toplum beklentisi değişmektedir. Kent bölgesinde sağlık ocağının fiili olarak üstlendiği görevler toplum beklentileri doğrultusunda farklıdır. Yöneticiler bunu gözönünde bulundurmalıdır. Kaliteli hizmet sunmak toplumun istek ve beklentilerini iyi belirlemekle olur.
2. Yöneticiler toplumun sağlık beklentilerinin değişip değişmediğini kollamalı, beklentilerini etkileyen faktörleri belirlemeli ve hızlı uyum sağlamalıdır.
3. Merkezi yönetimin Sağlık ocağının paralı olup olmadığına karar vermesi gereklidir. Hizmetin ücretsiz olması durumunda sağlık ocaklarına ödenek ayrılmalı ya da ödenekler arttırılmalıdır. Sağlık ocakları belge düzenleyerek özel veya devletin sigorta şirketlerinden hizmetin bedelini alabilmelidir. Finans sorunu giderilirse sağlık ocakları donanım ve bilgi yatırımlarını kendileri yapabilir ve her seviyedeki beklentiye karşılayabilir

4. Gecekondu bölgelerinde sağlık ocakları hizmeti daha fazla önemlidir. Buralar hem büyük oranda ilk başvuru yeridir hem de aile planlaması, bağışıklama ve halk eğitimi hizmetleri burada daha önemlidir.
5. İlk başvuruda tercih edilen sağlık ocaklarındaki pratisyen hekimlerin hizmet içi eğitimleri çok önemlidir. Bu bölgelerde hizmet içi eğitime önem verilmelidir. Yeterli olmadığı tespit edilirse eğitim hastanelerinde ek eğitim verilebilmelidir.
6. Acil durumlarda da bu bölgedeki sağlık ocaklarının ilk başvuru yeri olduğu düşünülürse hızlı servisle sağlık ocaklarının koordineli çalışması kaçınılmazdır.



KAYNAKÇA

- Akbulut T., “İşçi Sağlığı Prensip ve Uygulamaları”,1994,İstanbul
- Aksakoğlu G.,Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin Seçtiği Sağlık Kuruluşları Ve Bu Seçimi Etkileyen Etmenler Üzerine Bir İnceleme “,Uzmanlık Tezi ,1979
- Atayeter C., “Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi- Toplam Kalite Kontrolü” , 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu.1994,Kuşadası
- Bozyaka Ç., Teker N., “Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı”, Sağlık Bakanlığı,1995,Ankara
- Çiçeklioğlu M., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesinde Bir Yaklaşım Girişimi” , Doktora Tezi, 1997,İzmir
- Çoruh M., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Sempozyumu, 1995. Ankara.
- Doğan M., İşletme Ekonomisi ve Yönetimi. 1995. İzmir.
- Eren N., “Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmeti” Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yay. No: 18. 1982.Ankara
- Eren N., “Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti”, Toplum ve Hekim. C:10 S:68.Ankara
- Eren N., Öztekin Z., Sağlık Ocağı Yönetimi , 1993. Ankara
- Fişek N., Halk Sağlığına Giriş 1983, Ankara
- Hayran M.,Özdemir O., Bilgisayar İstatistik ve Tıp ,1995, Ankara
- Karababa A.O., “Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Oturanların Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarının Değerlendirilmesi” E.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi,Cilt 28, Sayı 5. 1989 İzmir
- Kiyim B., “Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi-Toplam Kalite Yöntemi” , 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu,1994,Kuşadası
- Martin D., Diehr P., Price K. And Richardson W., “Effect of a Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges: A Randomized Trial” , Am j. Public Health, 79 (12): 128-32
- Özmen D., “Narlıdere Sağlık Ocağı Bölgesinde Halkın Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmasını Etkileyen Etmenler.”,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,1990,İzmir

Öztek Z., "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı"

1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Sempozyumu, 1995,
Ankara.

Öztek Z., "Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi", Sağlık Bakanlığı, 1995, Ankara

Öztek Z., "Ulusal Sağlık Politikamız", Toplum ve Hekim, 1986. Sayı:41 Ankara

Pala T., "İnönü Sağlık Ocağı Bölge Halkı ve Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Tarafından
Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi." Doktora Tezi, 1997. İzmir

Starfield. B., "Primary Care; Concept, Evaluation and Policy" Oxford University
Press, New York, (1992)

Starfield. B. (1994). "Is Primary Care Essential?" The Lancet. 344(22) :1129-33

Uyguç N., "Hizmet Kalitesi Olgusunun Analitik Bir Yaklaşımla İncelenmesi", Doktora
Tezi, 1992, İzmir

Weiner J.P., Starfield. B., (1982). " Measurement of the primary Care Roles Of Office-
Based Physician " . Am.J.Public Health. 73; 666-71

Yeğinboy Y.E., Yeğinboy E.A., "Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin
Türkiye Açısından İrdelenmesi", Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi 2,
Temmuz 1993. İzmir.

Yeğinboy Y.E., "Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", Sağlık
Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi No.1, 1993, İzmir.

DİĞER

AÇS-AP Genel Müdürlüğü, "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993" Hacettepe
Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ekim 1994, Ankara.

Buca Sağlık Grup Başkanlığı Çalışma raporu (1996)

Buca Sağlık Grup Başkanlığı Çalışma Raporu (1997)

Buca Sağlık Grup Başkanlığı, Yıl Ortası Nüfus Tespit Raporu (1998)

DİE 1995, Türkiye İstatistiği Yıllığı Ankara

SSYB, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi İle İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik
ve Protokoller", 1978, Ankara

WHO-UNICEF, "Alma-Ata 1978", Temel Sağlık Hizmetleri, 1980, Ankara

ANKET FORMU

SOKAK NO : YAŞI :
EĞİTİM DURUMU : MESLEĞİ:
GELİR DURUMU : A) ÇOK DÜŞÜK B) DÜŞÜK C) ORTA D) İYİ
E) ÇOK İYİ

1. BAĞLI OLDUĞUNUZ SAĞLIK OCAĞININ ADI? :

2. SAĞLIK OCAĞINDA HANGİ HİZMETLER VERİLİYOR? :

3. SAĞLIK OCAĞINIZIN SİZE BUNLARDAN BAŞKA SUNMASINI İSTEDİĞİNİZ HİZMETLER NELERDİR?

4. AİLENİZDEN HERHANGİ BİRİ SAĞLIK OCAĞININ HERHANGİ BİR HİZMETİNİ KULLANDI MI?:

A) EVET (6. SORUYU OKUMA)

B) HAYIR

5. SİZ VEYA AİLENİZDEN BİRİ SAĞLIK OCAĞININ HANGİ HİZMETİNDEN YARARLANDI?

6. NEDEN YARARLANMADINIZ?

7. YAKININIZDA MESAI SAATİ DIŞINDA (17:00-08:00) AÇIK OLAN SAĞLIK OCAĞI VAR MI?

A) EVET

B) HAYIR (8. SORUYU OKUMA)

8. MESAI SAATİ DIŞINDA HİÇ KULLANDINIZ MI?

A) HAYIR

B) EVET ÇÜNKÜ:

9. SAĞLIK OCAĞINDAKİ HİZMETLER PARALI MI?

A) EVET

B) HAYIR

10. SAĞLIK OCAĞI GİDERLERİNE NE KADAR KATKIDA BULUNMAK İSTERSİNİZ?
PERSONEL GİDERLERİNİN DIŞINDAKİ:

A) HİÇ KATKIDA BULUNMAK İSTEMEM ÇÜNKÜ:

B) OLABİLDİĞİNCE AZINA KATKIDA BULUNURUM ÇÜNKÜ:

C) YARISINA KATKIDA BULUNURUM ÇÜNKÜ:

D) HEPSİNİ KARŞILARIM ÇÜNKÜ:

EC. YÜKSEK EĞİTİM KURULU
DOKÜMAN İÇİN MERSİSİ

AŞAĞIDA YAZILI OLAN DURUMLARDA İLK NEREYE BAŞVURURSUNUZ?

1. CİLTTE YÜZEYEL KESİ :
2. CİLTTE DERİN KESİ :
3. ÇOCUKTA İSHAL OLUNCA :
4. ÇOCUKTA KANLI İSHAL OLUNCA :
5. ÇOCUK ATEŞLENİNCE :
6. ÇOCUK ÇOK ÖKSÜRMEYE BAŞLARSA :
7. ÇOCUK HAVALE GEÇİRİNCE :
8. ÇOCUKTA DÖKÜNTÜLÜ HASTALIK OLUNCA :
9. CİLTTE KAŞINTILI YARA OLUNCA :
10. KIRIK OLUNCA :
11. KALP ÇARPINTISI OLUNCA :
12. NEFES DARLIĞI OLUNCA :
13. MİDE AĞRISI DURUMUNDA :
14. BURUN KANAMASI OLUNCA :
15. EKLEMDE ROMATİZMAL AĞRI OLUNCA :
16. KAFA ÜSTÜ DÜŞME VEYE KAFA BİR YERE ÇARPINCA :
17. KALP KRİZİ GEÇİRİNCE :
18. ASİRİNLE GEÇMEYEN BAŞ AĞRISI OLUNCA :
19. ERİŞKİN KİŞİ ATEŞLİ HASTALIK GEÇİRİNCE :
20. NORMAL (SAĞLIKLI) ÇOCUK İZLEMİ İÇİN :
21. AŞILAMA İÇİN :
22. İDRAR SONDASI TAKILMASI GEREKİYORSA :
23. İDRARDA SIZLAMA YANMA VARSA :
24. İĞNE YAPTIRMANIZ GEREKİYORSA :
25. TANSİYON ÖLÇTÜRMEK İÇİN :
26. SİRİAL TAKTIRMAK İÇİN :
27. KONDUM ALMAK İÇİN :
28. DOĞUM KONTROL HAPI ALMAK İÇİN :
29. GIDA TÜKETTİĞİNİZ YERDEN ŞİKAYETİNİZ OLDUĞUNDA :
30. EŞİNİZ YADA SİZİN GEBELİK KONTROLÜNÜZ İÇİN :
31. GEBELİK TESPİTİ İÇİN :