

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN KADINLARIN SAĞLIK
OCAĞINDAN HİZMET ALIMI EBE VE HEMŞİRELERİN
HİZMET SUNUMU İLE İLGİLİ YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER
VE BEKLENTİLERİ**

ELİFE KETTAŞ

156342

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. BELKIS KARATAŞ

MERSİN- 2004

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN KADINLARIN SAĞLIK
OCAĞINDAN HİZMET ALIMI EBE VE HEMŞİRELERİN
HİZMET SUNUMU İLE İLGİLİ YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER
VE BEKLENTİLERİ**

ELİFE KETTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. BELKİS KARATAŞ

TEZ NO: 05

MERSİN- 2004

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan 1-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Kadınların Sağlık Ocağından Hizmet Alımı Ebe ve Hemşirelerin Hizmet Sunumu İle İlgili Yaşadıkları Güçlükler ve Beklentileri adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 01.09.2004

Apeozcan

Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN

Mersin Üniversitesi

Jüri Başkanı

Rana Yigit

Yrd. Doç. Dr. Rana YİĞİT

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

B.K.

Yrd.Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Yukarıdaki tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 18./10.../2004... tarih ve 2004./1301 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Sanatçı

Prof. Dr. Necati ERDOĞAN
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Bu alıŐma sũresince değerli yardım ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sn. Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ'a,

Yũksek lisans õęrenimim boyunca emeği ve katkıları olan başta Mersin Őniversitesi Sağlık Yũksekokulu Mũdũrũ Sn. Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN olmak üzere, Yrd. Doç. Dr. Rana YIęIT, Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER ve diğer õęretim Őyelerine,

Yũksek lisans õęrenimim boyunca beni sũrekli destekleyen ve motive eden ME.Ő. Tıp Fakũltesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ndeki tũm mesai arkadaŐlarıma ve yũksek lisans arkadaŐlarıma, araŐtırmaya katılan tũm anne, ebe ve hemşirelere,

Hayatımın her dũneminde hep yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen ve beni sũrekli destekleyen aileme ve sevgili anneme teŐekkũr ederim.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve onay.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Temel Sağlık Hizmetleri	8
2.2. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri.....	10
2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Şekli.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	20
3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	21
3.4.1. Veri Toplama Aracı.....	21
3.4.2. Anket Formunun Uygulanması.....	21
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	64
7. KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	75
EK-I.....	75
EK-II.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	83

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Çizelge 2. Ailelerin Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumuna Göre Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olduğunda Yaptıkları İlk Davranışların Dağılımı.....	25
Çizelge 3. Ailelerin Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumuna Göre Kullandıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	26
Çizelge 4. Ailenin Aylık Gelir Durumuna Göre Kullandıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	26
Çizelge 5. Ailenin Çocuk Sayısına Göre Kullandıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	27
Çizelge 6. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Durumun Dağılımı.....	28
Çizelge 7. Ailelerin Aylık Gelirine Göre Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Durumunun Dağılımı.....	28
Çizelge 8. Kadınların İfadelerine Göre Sağlık Ocağında Verilen Hizmetlerin Dağılımı.....	29
Çizelge 9. Kadınların Sağlık Ocağında Bekleme Süresi ile ilgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	30
Çizelge 10. Kadınların Sağlık Ocağının Ulaşımı ile ilgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	31
Çizelge 11. Kadınların Sağlık Ocağının Çalışma Saatleri ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	31
Çizelge 12. Kadınların Sağlık Ocağının Fiziksel Koşulları İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	32
Çizelge 13. Kadınların Sağlık Ocağında Çalışan Personel İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	33
Çizelge 14. Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerinin Ücret Durumu İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	34
Çizelge 15. Kadınların Ebelerin Yaptıkları Ev Ziyareti İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	34
Çizelge 16. Kadınların Sağlık Ocağından Beklentilerinin Dağılımı.....	36
Çizelge 17. Kadınların Sağlık Ocağında Çalışan Personelden Beklentilerinin Dağılımı.....	37
Çizelge 18. Araştırma Kapsamına Alınan Ebe ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	38
Çizelge 19. Ebe ve Hemşirelere Göre Sağlık Ocağının Görevlerinin Dağılımı.....	39
Çizelge 20. Sağlık Ocağında Çalışan Ebelere Göre Ebeğin Görevlerinin Dağılımı.....	40
Çizelge 21. Sağlık Ocağında Çalışan Hemşirelere Göre Hemşirenin Görevlerinin Dağılımı.....	40
Çizelge 22. Ebelerin 1-6 Yaş Grubu Çocuğa Yaptığı Ev Ziyareti Sayısının Dağılımı.....	41
Çizelge 23. Ebelerin Ev Ziyaretlerinde 1-6 Yaş Grubu Çocuğa Yönelik Yaptıkları İşlemlerin Dağılımı.....	42
Çizelge 24. Ebelerin Ev Ziyareti Sırasında Verdikleri Eğitim Konularının Dağılımı	42
Çizelge 25. Ebelerin Ev Ziyareti Sırasında Karşılaştıkları Güçlüklerin Dağılımı.....	43
Çizelge 26. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında 1-6 Yaş Grubu Çocuklara Sağlık Hizmeti Verirken Karşılaştıkları Güçlüklerin Dağılımı.....	43

Çizelge 27. Ebe ve Hemşirelerin Bölge Halkından Beklentilerinin Dağılımı.....	44
Çizelge 28. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında Çalışmaktan Duydukları Memnuniyet Durumunun Dağılımı.....	45
Çizelge 29. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında Çalışmayı Kendilerinin Tercih Etmesine Göre Sağlık Ocağında Çalışmaktan Memnuniyet Durumunun Dağılımı.....	45
Çizelge 30. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında Çalışma Süresine Göre Sağlık Ocağında Çalışmaktan Memnuniyet Durumunun Dağılımı.....	46



KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Örgütü
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü



ÖZET

Araştırma; 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların sağlık ocağından hizmet alımı ebe ve hemşirelerin hizmet sunumu ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, 15.10.2002-15.04.2003 tarihleri arasında Çukurova (75. Yıl) Sağlık Ocağından hizmet alan 150 kadını, 20.04.2003- 20.10.2003 tarihleri arasında Mersin ili merkezindeki 6 Sağlık Ocağında çalışan 64 ebe, 36 hemşireyi kapsamaktadır. Verilerin hazırlanmasında literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS for Windows 10.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ve ki-kare analizi kullanılmıştır.

Kadınların %58.6'sının 24-33 yaş grubunda, %57.3'ünün okur-yazar ve ilköğretim mezunu, %26.0'ının sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin %52.0'ının 31-40 yaş grubunda, %42.0'ının sağlık meslek lisesi mezunu, %45.0'ının sağlık ocağı dışında başka bir yerde çalışmadığı belirlenmiştir.

Kadınların sağlık ocağı hizmetlerinin ücretsiz olması, sağlık ocağında uzman hekim olması, çeşitli tetkik ve tahlillerin yapılması ve 24 saat açık bulunmasına yönelik beklentilerinin olduğu saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin, kadınların sağlık ocağının verdiği hizmetlere karşı ilgisiz olması ve ailelerle dil sorunu gibi güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu sağlık ocağında çalışan ebe, hemşire ve doktorlardan ilgi, güler yüz ve duyarlı olmalarını istemektedir. Ebe ve hemşireler de kadınlardan verilen eğitime istekli olmaları ve uygulamaları, sağlık ocağı personelinin çekinmemelerini gibi beklentilerinin olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışmayı kendilerinin tercih etmeleri ile sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P=0.00$).

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygun önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sağlık Ocağı, Ebe ve Hemşire, Güçlük ve Beklenti

ABSTRACT

Research has been carried out as a descriptive one, with the aim of determining the difficulties and the expectations that the midwives and the nurses have related with getting service and determining the women', who have children between 1 and 6 years old, getting care at the village clinics. The research comprises 150 women getting service from the area of Çukurova (75. Yıl) Village Clinic between the dates 15.10.2002 and 15.04.2003, and also 64 midwives and 36 nurses working at the six village clinics at the center of Mersin between the dates 20.04.2003 and 20.10.2003. Throughout the preparation of the datum, literature search has been done and the forms of public survey prepared by the researcher have been used. The datum that have been got are evaluated with the help of a program called SPSS for Windows 10.0. The analysis of percentage and chi-square are used in the evaluation of the datum.

It has been found out that 58.6 % of the women are in the 24-33 age group, 57.3 % are literate and graduates of primary school, 26.0 % are lack of health safety. As for the midwives and the nurses, it has been designated that 52.0 % of them are in the 31-40 age group, 42.0 % are graduates of Vocational High School of Health, 45.0 % of them do not work outside the village clinic.

The village clinic services to be free, to have a specialist doctor in the village clinic, some scrutiny and analyses to be made and 24 hours to be open are expected from women has determined. Midwife and nurses, women are lack of interested in the services which is given from the village clinic has determined. Most of the women expected from the midwife, nurses and the doctors to be interested in them, smiling and sensitive to them. Also midwife and nurses expected from the women to interested in to the education which is given from them and do not hesitate to talk with them. A statistically meaningful relation has been found out between the facts of the midwives' and the nurses' choosing to work at a village clinic and of their pleasure for working at a village clinic ($P=0.00$).

Appropriate suggestions have been made in the direction of the results which were got at the end of the research.

Key Words: Village Clinic, Midwife and Nurse, Difficulty and Expectation

1. GİRİŞ

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), günümüzün sağlık politikasını “ırk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilecek en üst düzeyde sağlık hizmetinden yararlanması hakkıdır” biçiminde açıklamıştır. Bu nedenle sağlık, ülkelerin anayasalarında, vatandaşlarının temel hakları olarak ilk sırada yer alır (1,2,3,4).

Sağlık her bireyin vazgeçilmez, devredilmez ve ertelenemez temel bir gereksinmesidir. Sağlık günümüzde gittikçe gelişen, zenginleşen ancak üzerinde henüz ne kesin anlaşmaya varılmış ne de tanımlanabilmiş bir kavramdır. Çünkü her insanın kendine göre bir sağlık kavramı vardır. Bazı bireyler kendi sağlık durumunu iyi olarak tanımlamalarına rağmen gerçekte bir veya daha çok tanı konmuş hastalığa sahip olabilirler. Bunun nedeni her insanın sağlığı kendi kişisel beklentileri ve değerleri ilişkisinde tanımlamasıdır. DSÖ’ne göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir (5,6,7).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon yapmak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “Sağlık Hizmetleri” denilmektedir (1). Bir başka tanımla sağlık hizmetleri; bilgi, beceri, yetki ve sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayan ve aynı amaç için birlikte çalışan sağlık elemanlarının sunduğu hizmetlerin toplamıdır (8). Buradan da anlaşılacağı gibi sağlık hizmetleri bir ekip işidir.

1970’lerin sonlarına doğru dünyada sağlık durumu ile ilgili olarak dikkati çeken bazı olgular, sağlık sorunlarının çözümü için bazı yeni uygulamaların yapılması gereğini ortaya çıkarmıştır (9). Temel bir insan hakkı ve sosyal bir amaç olan sağlık olgusuna, tüm dünyada uygulanan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi sonucu özetle,

-Dünyada 1 milyar insanın yoksulluk, kötü beslenme ve eksik kalori alımı nedeniyle çalışamaz durumda ve geleceklere için ümitsiz olduğu,

-Gelişmekte olan ülkelerde 1-5 yaş arası çocuk ölümü binde 20-30 iken gelişmiş ülkelerde binde 1 olması, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında sağlık göstergeleri açısından büyük farkların olması,

-Gelişmekte olan ülkelerde, her yıl doğan 80 milyon çocuktan %10.0'nın hiç aşılanmaması,

-Gelişmekte olan ülkelerde sosyo-ekonomik, kültürel düzeyler ve sağlık düzeyleri arasındaki ilişkinin azalması,

-Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve örgütlenmesinde, sağlık insan gücü ve harcamalarda, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arası eşitsizliklerin olduğu saptanmıştır (9,10).

Bu olumsuzlukların 1975 yılından sonra daha da artması nedeniyle, DSÖ ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü) sağlık düzeyinin yükseltilmesi, gelişmiş, gelişmekte olan ülkeler ve bölgeler arası farklılıkların kaldırılması amacıyla 1978 yılında Kazakistan'ın Alma Ata şehrinde "Temel Sağlık Hizmetleri" (TSH) konulu uluslararası bir konferans düzenlemiştir (10,11).

Dünyada 2000 yılına kadar herkesin sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli ilkeler bu toplantıda belirlenmiş ve bireyler, aileler ve topluluklar için entegre sağlık hizmeti sağlanması ve ulusal sağlık hizmetleri sisteminin temeli olması gerekliliği kabul edilmiştir. Toplantıda sağlık kaynaklarının daha eşit ve uygun biçimde dağılımı ve sosyo-ekonomik yönden daha verimli bir yaşam sağlayarak, istenilen sağlık düzeyine kavuşmak için TSH'nin gerekliliğinin tartışılmaz olduğu ve gerçekleştirilmesi öngörülmüştür. Buna göre de her ülkenin uygulamalarını kendi sosyo-ekonomik özellikleri, sağlık statüleri, toplumlarının hastalık modelleri ve temel sağlık sorunları ile sağlık sisteminin gelişme şartları ışığında yorumlamasına ilke kararı alınmıştır. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetlerinde halkın örgütlenmiş bir biçimde katılımının gereğine olan inanç da dile getirilmiştir (8,10,12). Ülkemizin de içinde bulunduğu 134 ülkenin sağlık bakanları ya da temsilcileri bu bildirgeye imza atmışlardır.

DSÖ ve UNICEF'in belirlediği öneriler doğrultusunda bir bakım hizmet modeli geliştirilmiş, geliştirilen bu hizmet biçimi "Temel Sağlık Hizmetleri" olarak tanımlanmıştır (8). TSH, 'çağdaş sağlık hizmetini herkese eşit olarak, toplumun katılımı sağlanarak, uygun teknolojik düzeyde ve etkin olarak halka sunmaktır' (2).

TSH, bilimsel temele dayalı, uygulamaya yönelik, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilen, onların katılımı ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir ekonomik güç ve teknolojik düzeyde etkin olarak sunulan sağlık bakımı, yani çağdaş sağlık hizmetleridir. TSH, ülkenin sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturan aynı zamanda da sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüş, bir felsefedir (8,13,14,15).

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru hem toplum hem de siyasi örgütler sağlık politikalarını sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklamaktadırlar. Her ülke kendi ulusal hedeflerini belirleyerek, sağlığın kalitesini yükseltecek ve sağlıklı uzun ömürlü yaşam sürmeyi sağlayacak stratejileri uygulamaya koymuşlardır (16).

Türkiye’de ise; Alma -Ata bildirgesinden 17 yıl önce sağlık hizmetlerini halkın ayağına götürmeyi hedefleyen 224 sayılı yasa ile “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” uygulanmaya başlamıştır. 1978 yılında ortaya atılan TSH yaklaşımının bütün temel prensiplerini içeren sosyalleştirme yasası 40 yıldan uzun bir süreden beri yürürlükte olmasına rağmen bazı nedenlerden dolayı ülkemizdeki TSH istenen düzeye ulaşamamıştır (17,18). 1961 yılında kabul edilen, 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı yasa, bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık durumunun devamlılığını korumak amacını içermektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasası ile TSH yaklaşımında ortak noktalardan biri olan “Herkes Eşit Sağlık Hizmeti” hedefine ulaşmada, basamaklı sağlık örgütlenmesi modelinin esas alınması ve birinci basamak hizmetlerin sağlık hizmetlerinin odak noktası olması gerekliliği belirtilmiştir (2).

Ülkemizin sağlık örgütlenmesi içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği temel birim sağlık ocağıdır. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasa sağlık sistemini en uçtan merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler olmak üzere yapılandırır (19).

Sağlık ocakları; her türlü koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetleri entegre olarak sunarlar. “Dar alanda çok amaçlı sağlık hizmeti” vermek üzere 5000-10000 kişiye bir sağlık ocağı düşünülmüştür. Bu modele göre Türkiye’de yaşayan herkesin bir sağlık ocağı vardır. Herkes kendi sağlık ocağına başvurduğunda koruyucu

ve o sağlık ocağında sunulabilen tedavi edici hizmetlerden parasız yararlanma hakkına sahiptir (12,18,19).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşmasında ekip üyelerinin birlikte çalışması oldukça önemlidir (20). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ebe ve hemşirelere oldukça geniş boyutta görevler verilmiştir. Nitekim, 17 Haziran 2000 tarihinde yapılan Münih Deklarasyonunda; DSÖ, Avrupa'daki 6 milyon hemşire ve ebenin sağlığın gelişimi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda çok önemli rollerine ve katkılarına işaret etmektedir. Münih Deklarasyonunda, hemşire ve ebelerin toplum sağlığı sorunlarıyla uğraşmada, toplumun katılımının sağlanması kilit ve giderek önem kazanan bir rol oynadıkları vurgulanmaktadır. Ayrıca, insan haklarını ve değişen gereksinimlerini karşılayan kaliteli, ulaşılabilir, etkili sağlık hizmetlerinin ve bakımın sürekliliğinin sağlanması hemşire ve ebelerin sorumlulukları üstlendikleri belirtilmiştir (21).

Sağlık ocağının, ebe ve hemşirelerin görevleri arasında ülkemiz koşullarında ana ve çocuk sağlığı hizmetleri öncelikli olarak yer almaktadır. Bir ülkenin kalkınma düzeyini belirlemedeki klasik ölçü, ekonomik kalkınmanın göstergesi olan birey başına gayri safi milli gelir ve yıllık büyüme hızı ise de, yoksulların durumunu tam olarak ortaya koyamadığı için ulusal zenginlikteki payını tam olarak yansıtmamaktadır. Ekonomik kalkınmanın yanında sosyal kalkınmanın önemi tartışılmayacak kadar büyüktür. Sosyal kalkınmanın en güvenli göstergelerinden birisi de bebek ve çocukların ölümleri ve sağlığına ilişkin sorunların azaltılmasıdır. Sağlıklı ve mutlu kuşaklar yetiştirmek her zaman istenilen ve hedeflenen bir ilkedir. Değişen çağın olumsuz koşullarından en fazla etkilenenler bebek ve çocuklardır. Bugün 7 milyarı aşan dünya nüfusu içinde 2 milyarını çocuk nüfusu oluşturmaktadır (22,23,24,25).

Sağlığın temelleri çocukluk yaş grubunda atılmaktadır, özellikle 0-6 yaş grubu çocuklar, sağlık yönünden en duyarlı kesimini oluşturmaktadır. Çocukluk yaş grubunda görülen bir çok sağlık sorunu çözülmediği takdirde bu sorunlar değişik ve büyük boyutlarda ileriki yıllarda karşımıza çıkmaktadır (22). Anne ve çocuk sağlığı birbirleriyle yakından ilişkili olup, Dünyada ve özellikle az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde çocuklarla ilgili sağlık istatistiklerinin hiçte iç açıcı olmadığı görülmektedir. Bir toplumun sağlık düzeyini ölçmek ve çocuğa verilen sağlık hizmetlerini değerlendirmek için bazı ölçütler kullanılmaktadır. Bu ölçütlerden en

yaygın olarak kullanılan bebek ölüm hızıdır (BÖH). BÖH, bir ülkenin gelişmişliğinin de bir simgesidir. Buna göre, gelişmiş ülkelerden Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 0-1 yaş BÖH binde 7, İngiltere'de binde 6, Almanya, Fransa ve İtalya'da binde 4, İsveç'te binde 3 iken, gelişmekte olan ülkelere Nijerya'da binde 110, Mısır'da binde 35, Bulgaristan'da binde 14 olarak saptanmıştır. Dünyada 5 yaş altı çocuk ölümleri yılda her bin canlı doğumda 4'dür (1,10,26).

Gelişmekte olan ülkelere 5 yaşın altındaki 200 milyon çocuk yoksulluk düzeyinin altında yaşama mücadelesi verirken, 174 milyon 0-5 yaş grubu çocuk yetersiz beslenmekte ve bu çocuklar olması gereken vücut ağırlığının altında bulunmaktadır. Her yıl 12 milyon çocuk 15 yaşına gelmeden önce ve bu çocukların çoğunluğu da yaşamlarının ilk yıllarında hayatlarını kaybetmektedirler. Gelişmekte olan ülkelere 10 çocuktan 7'si, pnömoni, diare, kızamık, sıtma ve malnütrisyon gibi hastalıklardan ölmekte ve yine Dünyadaki her 4 çocuktan 3'ü de bu hastalıklara yakalanmaktadır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere 15 yaşına kadar yaşama oranı %75-80'dir. 20 milyondan fazla bebek yani her beş bebekten biri düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya gelmektedir. Tüm dünyada her yıl üç milyon çocuk aşı ile önlenebilir hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu hastalıklar özellikle toplumun en yoksul %5.0'lık bölümünü etkilemektedir. Oysa bağışıklama sağlık müdahaleleri içinde en ucuz ve en etkin toplum sağlığı uygulamasıdır. Gelişmekte olan ülkelere bir yaşın altındaki 30 milyon çocuk aşılanmamaktadır. Hala her yıl 900 binden fazla 5 yaş altı çocuk kızamık, 200 bin bebek tetanos, 370 bin çocuk pnömoni gibi önlenebilir bir hastalık nedeniyle yaşamlarını yitirmektedirler (25,26,27,28,29,30).

ABD'de anne- çocuk sağlığı politikası, doğum öncesinden başlayarak bebek ölümlerini azaltmak ve ana- çocuk sağlığını geliştirmektir. ABD'de 1980'den bu yana bebek ölüm hızlarında azalma olduğu, ancak canlı doğan her bin bebekten 7'sinin doğumun birinci yılında öldüğünü, her yıl iki yüz elli bin bebeğin düşük doğum ağırlıklı doğduğunu ve bunların %64.0'nın ise yaşamadıkları bildirilmiştir. Bu bulgular bize yirminci yüzyılın başında da kadın ve çocukların dünya gündemini uzun süre meşgul etmeye devam edeceğini göstermektedir. Bu nedenle ana ve çocuk sağlığı sadece gelişmekte olan ülkelere değil, gelişmiş ülkelere de rutin sağlık hizmetlerinin yanında özel programlarla desteklenmektedir (31,32).

Ülkemizdeki duruma baktığımızda, Türkiye'nin genel sağlık problemleri içinde bebeklik ve çocukluk yaş grubunun gerek nüfus içindeki payı, gerekse sağlık göstergelerinin istenilen düzeyde olmaması nedeniyle özel bir yeri vardır. Son 30 yıl içinde Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında olumlu gelişmeler olmasına ve toplumun genel sağlık düzeyinde düzelmeler gözlenmesine rağmen, özellikle çocuk ve ana sağlığı hizmetleri istenilen düzeyin altındadır (10,24).

Ülkemizin 70 milyona yakın nüfusunun üçte biri 15 yaşın altında, %10.5'i ise 5 yaşın altındaki çocuklardan oluşmaktadır. Türkiye'de BÖH 1996 yılında binde 42.2, 1997'de binde 39.5, 1999'da binde 36.3 ve 2001'de binde 36'dır. 5 yaş altı çocuk ölüm hızı 2001 yılında binde 43'dür. Bebek ölümlerinin toplam ölümler içindeki payı %33.7'dir. Yaşamın her evresinde olmakla birlikte özellikle bebeklik ve çocukluk yıllarında sağlıklı olabilmenin temel koşullarından birisi yeterli ve dengeli beslenmedir. Türkiye'de her üç çocuktan biri sağlıklı beslenemediği için büyüme ve gelişme geriliği içinde ve 5 yaş altındaki tüm çocukların yaklaşık %10'u düşük kilolu ve 5 yaşındaki çocukların yaklaşık 1/5'i kronik olarak yetersiz beslenmektedir. Doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde yalnız anne sütü alan bebek %30.0'dır. Hiç aşı olmayan çocuk oranı %4.0 iken, 12-23 aylık çocukların yalnızca %40.7'si tam aşılanmaktadır. 0-6 yaş grubu çocuk ölüm nedenlerinin başında, enterit, akut solunum yolu enfeksiyonu, malnütrisyon, pnömoni, boğmaca, kızamık gibi önlenbilir hastalıklar gelmektedir. Bebek ve çocuk izlemleri de yeterli değildir. Bebeklerin ancak %59.2'si, çocukların ise %70.2'si izlenebilmektedir (1,3,25,26,27,32,33).

Bu bilgiler, doğrultusunda; sağlam ve güçlü bir kuşağın yetişmesi için çocukların fiziksel ve ruhsal yönden gelişmelerini başarı ile tamamlamaları gerekir. Son 35 yıl içinde ülkemizin sağlık hizmetleri alanında olumlu gelişmeler olmasına ve toplumun sağlık düzeyinde düzelmeler gözlenmesine rağmen özellikle ana- çocuk sağlığı hizmetleri bu gelişme içinde henüz gereken payını almamıştır. Ana ve çocuk sağlığını korumak ve geliştirmek için annelerin doğum öncesi bakımı ile çocukların doğumdan sonra büyüme ve gelişmelerinin takip edilmesi ve annelerin bu konuda eğitilmeleri gerekmektedir. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir göstergesi sağlık kuruluşlarında verilmekte olan hizmetlerden yararlanma düzeyidir. Sağlıklı bir toplum, kendi sağlığının değerini bilen, koruyan ve ona sunulan sağlık hizmetini iyi kullanan kişilerin sayısının artması ile oluşturulabilir. İstenilen amaçlara ulaşmada

bir çok hastalıktan çocukları korumuş olacaklardır. Ayrıca 0-6 yaş grubu çocukların sağlığını geliştirip, sağlıklı nesiller oluşmasında önemli katkıları da yadsınamaz bir gerçektir.

Yaklaşık 40 yılı aşkın bir süredir yürürlükte olan 224 sayılı yasaya ve TSH doğrultusunda yapılan tüm çabalara rağmen ülkemizde halen ana ve çocuk sağlığı sorunları ilk sırada yer alıyorsa, bu hizmetlerin kullanımında ve sunumunda bazı aksaklıkların olduğu düşünülebilir. Bu doğrultuda 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların hizmet alımında yaşadıkları güçlükleri ve beklentileri ile sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin 1-6 yaş grubu çocuklara götürdükleri sağlık hizmetinde karşılaştıkları güçlükleri ve beklentileri ortaya çıkarmak gerekliliği kaçınılmazdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

6- 12 Eylül 1978 tarihinde DSÖ ve UNICEF'in işbirliği ile Kazakistan'ın Alma Ata şehrinde 'Temel Sağlık Hizmetleri' konulu uluslar arası bir konferans düzenlenmiştir. Konferansta gelişmekte olan ülkelerde yaşayan milyonlarca insanın sağlık durumlarının iyi olmadığı ve dünya nüfusunun yarısından fazlasının uygun sağlık hizmetinden yoksun olduğu bildirilmiştir. 1978 Alma Ata'da TSH'nin tanımı yapılmıştır. Çağdaş sağlık hizmetini, herkese eşit olarak, toplumun gelenek ve gereksinimlerine uygun, her basamakta bireylerin ve toplumun katılımı sağlanarak, uygun bir teknolojik düzeyde ve etkin olarak halka sunmaya **Temel Sağlık Hizmeti** denir (2,10,30,34).

Ülkelerin TSH'nin temelinde, primer sağlık bakımını genişletmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanma hakkını güvenceye almak ve toplum sağlığını geliştirmek yer alır (35).

TSH toplumun tamamını ilgilendiren, sağlığı toplumun genel gelişimi ile birlikte ele alan, koruyucu ve geliştirici, toplumun öncelikleri doğrultusunda hizmet sunumu gerektiren bir yaklaşımdır. Geçmiş 20 yılda Avrupa ve Kuzey Amerika'da bireyler, sağlık hizmetlerinin planlanması ve geliştirilmesine katılmak üzere teşvik edildi. İngiltere'de sağlık bakım kalitesinin değiştirilmesinin merkezinde birey ve aileler vardır. Birey ve ailelerin katılımını daha kolay ve kabul edilebilir hizmetlere yönlendirerek, birey ve ailelerin yaşam kalitesini ve sağlıklarını geliştirmiştir (36).

TSH, toplum içindeki faydaları ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metot ve teknoloji üzerine kurulmuş gerekli sağlık hizmetidir. TSH bir ülkenin temel çalışması ve odak noktasını oluşturur. Tüm sağlık sistemini ve aynı zamanda ülke hizmetlerini insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yakınına götürmek ve devamlı sağlık çalışmalarının ilk ögesini oluşturmak TSH'nin amacıdır ve aynı zamanda bireylerin, aile ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile ilk ilişki kuracakları bir kademedir (10,37,38,39).

TSH, sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir grtr. Bir gr olarak aağıda sunulan kavramları içerir.

a- Sosyal Eşitlik: TSH eşit olarak ve geniş bir kitle tarafından kullanılmalıdır. Herkes için gerekli ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin devamlı gelişmesini sağlayan ve en çok gereksinimi olanlara öncelik tanıyan btnlemi, yöresel ve karşılıklı destekleyici, denetim ve dayanışma sistemleri ile sürdürülmelidir.

b-öz sorumluluk: Herkes kendi sağlığından sorumlu olmalı ve değerini bilmelidir.

c- Sağlık Hizmetinin Boyutu: Sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörü tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur. Tüm hkmetler geniş çaplı ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve aynı zamanda diğer sektörlerle işbirliği yapmak için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planları yapmalıdır. Sağlık sektörüne ek olarak ulusal ve toplum kalkınmasında ilgili tüm sektörlerin birletirilmi işbirliğine ihtiyaç vardır.

d- Uluslararası Dayanışma: Bütün lkeler, halkı için gerekli temel sağlığı sağlamak için bir ortaklık ruhu ile işbirliği yapmalıdır. Hkmetler, DSÖ, UNICEF ve diğer uluslar arası örgütler tüm sağlık görevlileri ile birlikte tüm dünya toplumlarını temel sağlığa karşı ulusal ve uluslar arası yükümlülüklerini yerine getirmek için işbirliği yapmalıdır.

e- Toplum katılımlı: Tüm insanların hem bireysel, hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi ilerine katılmaları hakları ve görevleridir.

f- Ekip Hizmeti: Sağlık hizmetleri değişik meslek üyelerinden oluşan bir ekip tarafından verilmelidir. Sağlık hizmetleri hiçbir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Ekip; bilgileri, becerileri, yetkileri sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek yeleri olarak tanımlanır. Sağlık ekibi içindeki hiçbir meslek yesi diğerinden önemli olamaz. Her birinin önemli ve değerli rolü vardır. Bu sağlık ekibinin vazgeçilmez yesi olan ebe ve hemireye çok büyük sorumluluklar düşmektedir (2,15,21,37,38,39).

2.2. TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye, 1960'lı yılların başında uygulamaya konulan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile TSH yaklaşımı doğrultusunda topluma hizmet veren ilk ülkeler arasında yerini almıştır. Bu tüm dünyaca temel sağlık hizmeti kavramının kabul edildiği ve stratejilerinin oluşturulduğu 1978 Alma-Ata Toplantısından yıllarca önce erişilmiş büyük bir başarıdır. Ancak tüm başarılı örgütlenme ve planlamaya karşın bugün TSH ve temel sağlık göstergelerinde istenilen yere gelinememiş ve ülkemiz yeniden başka ülkelerin başardığı çalışmaları izler ve örnek alır duruma gelmiştir (39).

1961 yılında kabul edilen, 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun Alma Ata'da yayınlanan bildirgedeki ilkelerden pek farklı olmadığı görülmektedir. 224 sayılı yasa bir 'ilkeler yasası' olarak adlandırılabilir (40). Bu ilkeler :

Eşit Hizmet: Sağlık hizmeti; din, dil, etnik köken, sosyo- ekonomik fark olmaksızın herkese eşit hizmet olarak verilmelidir.

Sürekli Hizmet: Sosyalleştirilmiş bölge veya kurumlarda çalışan kamu personeli tam gün çalışacaktır. Herkese, her yere ve her zaman hizmet sunulabilmelidir.

Entegre Hizmet: Koruyucu ve tedavi edici bütün hizmetler aynı birim tarafından verilecektir. Dar alanda çok yönlü hizmet anlayışı vardır. Sağlık ocakları ve sağlık evleri her tür koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini entegre olarak sunacaktır.

Kademeli Hizmet: Sağlık sistemi en uçtan merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler olarak yapılandırılır. Hizmetten yararlanacaklar öncelikle bağlı oldukları sağlık evi veya sağlık ocağına başvururlar ve tıbbi bakımdan gerek görülmedikçe hastaneye sevk edilmezler. Bu sistem içinde sağlık ocakları birinci basamak, hastaneler ise yeterlilik düzeylerine göre ikinci ve üçüncü basamak kurumlar olarak tanımlanır.

Katılımlı Hizmet: Halkın hizmetin planlama, uygulama ve değerlendirilmesine katılımı sağlanmalıdır.

Ekip Hizmeti: Sağlık sorunları sadece hekimin çözemeyeceği kadar çok nedenlidir. Sağlık hizmeti ebe, hemşire, doktor, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför, hizmetliden oluşan bir ekip tarafından verilir.

Nüfusa Göre Hizmet: Hizmet birimleri ve hizmetin kapsamı nüfus dikkate alınarak planlanacaktır. Her 2500 kişiye sağlık evi, her 10000 kişiye sağlık ocağı kurulacaktır.

224 sayılı kanun sağlık hizmetlerinde çok önemli ve dünya çapında ileri örnek bir kanundur. Bu kanun Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, ilk basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi amaçlamaktadır (12,15,40,41,42).

1961 anayasasının getirdiği bu sistem en modern ve rasyonel olmasına rağmen, uygulamadaki bazı aksaklıklar hizmetin beklenen düzeyde verilmesini engellemiştir. Dolayısıyla ülkemizde sağlık istenilen düzeye getirilememiştir (41).

2.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri bir toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolayca erişebilecekleri ve yararlanabilecekleri biçimde oluşturulan bir sağlık hizmetidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri kapsar. Toplumun belli başlı sağlık sorunlarının çözümüne yönelik olmalı ve buna uygun olarak sağlığın daha iyiye götürülmesini, korunmasını, hastalıkların sağaltımını ve hastaların rehabilitasyonunu sağlamalıdır. DSÖ raporlarına göre, birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve performansı tüm sağlık sisteminin performansını etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti, halka en yakın yerde evde ve ayaktan, koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi hizmetleri ile birlikte sunulduğu hizmet basamağıdır. Birinci basamakta, poliklinik hizmetlerini, koruyucu hizmetlerden ayrı düşünmek entegre hizmetin ruhuna aykırıdır (11,17,19,43).

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık hizmet sistemlerinin iki ana hedefini karşılamak anlamında dengededir. Temel düzeyde bakım herkese eşit olarak sunulur, sağlığı ve iyilik halini en üst düzeye çıkararak toplumda yaygın olan sorunların çözümü sağlanır. Birinci basamak sağlık hizmeti ile toplumda görülen sağlık sorunlarının çoğunun çözömlenmesi hedeflenmiştir ve bu nedenle temel sağlık hizmeti sisteminin sadece bir basamağı fakat merkezi bir parçasıdır (2,45).

Gelişmekte olan ölkelerde sosyo-ekonomik durum nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetleri yeterince verilememektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti 224 sayılı kanun ile sağlık ocaklarına verilmiştir. Tüm ölkede genelinde düşünöldüğünde kişilerin sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvurabilecekleri en yakın sağlık kuruluşu sağlık ocaklarıdır (17,46,47).

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki yasaya göre, sağlık ocaklarında genel anlamda, yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan hemen her türlü sağlık hizmeti verilir ve bu hizmetleri destekleyen işler yapılır. İdeal olarak 5-10 bin nüfusa bir sağlık ocağı kurulması gerekirken, köy, ilçe ve illerde kurulan sağlık ocaklarının hizmet götürmekle yükömlü oldukları nüfus, hizmeti sunmanın kolay ve güçlüğü dikkate alınarak farklılık gösterebilir. Sağlık ocaklarına bağlı sağlık evleri kurulur ve burada ebeler görev yaparlar. Genellikle 5-10 sağlık ocağı bir ‘sağlık grup başkanlığını’ oluşturmaktadır. 200-400 bin nüfus için bölge hastanesi kurulmuştur. Bölge hastaneleri sağlık müdürlüğüne bağlıdır. Üniversite hastaneleri ileri uzmanlık isteyen konularda bölge hastanelerini desteklemekle görevlidir (15,23,48).

Birinci basamak sağlık hizmetini yerine getirmekle görevlendirilen sağlık ocaklarının görev ve sorumlulukları T.C. Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütölmesi Hakkındaki Yönerge’de ana başlıklarıyla şöyle belirtilmiştir

1- Koruyucu sağlık hizmetleri

A- Kişiye Yönelik Hizmetler

- a. bağışıklama
- b. ilaçla koruma
- c. erken tanı
- d. iyi beslenme
- e. aile planlaması

B- Çevreye Yönelik Hizmetler

- a-yeterli ve temiz içme kullanma suyu sağlanması
- b- vektör denetimi
- c- besin hijyeni
- d- atıkların yok edilmesi
- e- çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi

- f. sağlık eğitimi
g. kişisel hijyen
- f- barınak hijyeni
g-insan dışkı ve idrarının sağlık koşullarına uygun olarak yok edilmesi

- 2- Ana sağlığı hizmetleri
- 3- Çocuk sağlığı hizmetleri
- 4-Üreme sağlığı hizmetleri ve aile planlaması hizmetleri
- 5- Bulaşıcı hastalıklarla m¼cadele
- 6- Bağışıklama hizmetleri
- 7- Kronik hastalıklarla m¼cadele
- 8- Okul sağlığı hizmetleri
- 9- Yaşlı sağlığı hizmetleri
- 10- Toplum beslenmesi hizmetleri
- 11- Ruh sağlığı hizmetleri
- 12- İçme ve kullanma sularının denetimi
- 13- Gıda maddelerinin denetimi
- 14- Atıkların denetimi
- 15- Poliklinik hizmetleri
- 16- Erken tanı ve tedavi hizmetleri
- 17- İlk yardım ve acil bakım hizmetleri
- 18- Rehabilitasyon hizmetleri
- 19- Halkın sağlık eğitimi (2,15,48).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri kuruluşlarının koruyucu hizmet ağırlıklı, ayaktan tanı ve tedavi olanakları sağlanması ile ikinci ve üç¼nc¼ basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara destek sağlamaktadır (23).

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinin iyi bir şekilde verilebilmesi için sağlık örg¼tlenmesinin de bu basamaklarının çok iyi bilinmesi ve kullanılması gerekir. Bir ÷lkede sağlık hizmetlerinin örg¼tlenmesi o ÷lkenin sağlık alanında sahip olduğu insan güc¼ne bağlıdır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetini sunan sağlık mensuplarının görevlerini gözden geçirmek gerekir (49).

Sağlık hizmeti sunan ekip içinde sayısal olarak en büyük çoğunluğu ebe ve hemşireler oluşturmaktadır. Bu bağlamda sağlık ocağında çalışan bir hemşirenin Sağlık Hizmetlerinin Y¼r¼t¼lmesi Hakkındaki Y¼nerge'ye göre görevleri şunlardır:

Sağlık hizmeti sunan ekip içinde sayısal olarak en büyük çoğunluğu ebe ve hemşireler oluşturmaktadır. Bu bağlamda sağlık ocağında çalışan bir hemşirenin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre görevleri şunlardır:

- a. Hizmet götüreceği bölge ve toplumu tanımak
- b. Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak
- c. Aile Planlaması ve Aile Planlaması danışmanlık hizmetlerini yürütmek
- d. İshalli hastalıklar konusundaki programlarda görev almak
- e. Sağlıklı beslenme ve beslenme bozuklukları konusundaki programlara katılmak
- f. İş ve işçi sağlığı hizmetlerinde görev almak
- g. Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak
- h. Bağışıklama hizmetlerini yürütmek
- i. Tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde görev almak
- j. Poliklinik hizmetlerinde görev almak
- k. Enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yapmak
- l. Görevi ile ilgili istatistik kayıtları tutmak
- m. Bireysel ve grup eğitimlerine katılmak
- n. Sağlık ocağı hizmetlerinin gerektirdiği nöbet çalışmalarına katılmak
- o. Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak
- p. Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak

Sağlık ocağında çalışan bir ebe'nin görevi ise;

- a. Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak
- b. Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak
- c. Aile Planlaması ve Aile Planlaması danışmanlık hizmetlerini yürütmek
- d. 15- 49 yaş evli kadınları saptayıp mevzuatta öngörülen aralıklarla izlemelerini yapmak

- f. Doğumu uygun şekilde yaptırmak, gerekiyorsa epizyotomi yapmak, riskli durumları değerlendirmek ve sevkine karar vermek
- g. Doğum sonrası bakım ve izlemi yapmak
- h. 0-6 yaş grubu çocukların bakım ve izlemi yapmak
- i. Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak
- j. İshal ve ishaller hastalıklar konusunda risk altındaki grupları saptayarak gerekenleri yapmak
- k. Yaşlı sağlığı hizmetlerine katılmak
- l. Bireysel ve grup eğitimlerine katılmak
- m. Ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebekleri tespit etmek, düzenli aralıklarla ziyaret etmek ve izlemek
- n. Gebe, bebek ve çocuklarla ait kayıt ve formları (Form 001, Form 004, Form 005, Form 006, Form 012A, Form 012B) eksiksiz doldurmak,
- o. Bağışıklama hizmetlerinde görev almak
- p. Enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yürütmek
- q. Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak
- r. Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak (41,48).

Görüldüğü gibi birinci basamak sağlık hizmetleri tek bir kişi veya bir meslek grubu ile yürütülemeyecek kadar geniş boyuttadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı, bireyler için en üst düzeyde sağlık ortamının sağlanması olup, bunun için ulusal sağlık sistemi, merkezi ve yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, endüstri sektörü, medya ve kişilerin ortak çalışması gerekmektedir (50). Bu nedenle sağlık hizmetleri ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri bir ekip hizmetidir, bu ekibin içinde aynı amaca hizmet eden değişik meslek grupları vardır. Sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocaklarında verilen hizmetlerin en önemli parçası ana ve çocuk sağlığı hizmetleridir. Bir çocuğun sağlığı, annesinin sağlık durumu ile ilişkilidir. Bu nedenle bu iki gruba öncelikli hizmet verilmesinin en önemli gerekçelerinden biridir (44,51,52).

Dünyada ve ülkemizde olumsuz sağlık koşullarından en fazla anne ve çocuklar etkilenmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için çocuk sağlığı, sağlıklı bir nesil yetiştirilmesi yönünden önemlidir. Toplumda nüfusun yaklaşık yarısını oluşturan ve

sağlık açısından özellik ve öncelik arz eden bu iki grubun sağlığı, toplumun sağlığı açısından kuşkusuz büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de sağlık sektörü içinde genel yaklaşımın tedavi tıbbına ağırlık veren biçimde geliştiği bir gerçektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılıp geliştirilmesi ülkemiz açısından önemlidir (11,22,53). TSH’nin bir parçası olan anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, korunması, doğum öncesi ve sonrası bakımın sağlanmasında sağlık ocakları vazgeçilmezdir. Bu hizmetlerin büyük ölçüde uygulayıcıları ise, ebe ve hemşirelerdir. Sağlık ocağında yürütülen koruyucu hizmetler içinde yer alan ev ziyaretleri ise ebe ve hemşirelerin yaptıkları en önemli hizmetlerdendir (54). T.C. Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesinde, ebelerin 1- 6 yaş grubunu izlem aralıkları şu şekilde verilmiştir. Bir yılda 1 yaş grubunu 6 kez, 2 yaş grubunu 2 kez, 3 yaş grubunu 2, 4-6 yaş grubunu yılda 1 kez ziyaret yapmaları planlanmıştır. Fakat gelişmesi kötü, hasta, sosyal durumu kötü, risk grubu altındaki çocukların izleme sıklığı artırılabilir şeklinde belirtilmiştir (48).

İngiltere’de ana ve çocuk sağlığı hizmetinin elemanları ev ziyareti yapan ebe ve hemşirelerdir. Kanada’da ise gebelik öncesi ve sonrası ana ve çocuk sağlığı hizmetleri sıklıkla halk sağlığı hemşireleri tarafından yürütülür (55,56). Ebe ve hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretlerinin amacı, sağlık ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Sağlık hizmetlerini ve yaşam kalitesini geliştirmek için düzenlenen ev ziyaretleri oldukça eski bir geçmişe sahiptir (57). Son 10 yılda yapılan birçok çalışmada ebe ve hemşirelerin ev ziyaretleri irdelenmiştir. Yapılan çalışmalarla ev ziyaretleri hakkında bilgiler toplanarak ebe ve hemşirelerin faaliyetlerinin ana ve çocuk sağlığına olan katkısı kaydedilmiştir (58). Dr Olds ve ark. son 10 yıldaki yaptıkları çalışmalarda ev ziyaretlerinin ana-çocuk sağlığı ve çocuk gelişimi üzerinde ne kadar önemli olduğunu göstermişlerdir (59).

Ev ziyaretlerinde birey ve ailenin sosyal ve çevresel risk faktörlerinin, bireyin fizyolojik gereksinimlerinin bir bütün olarak belirlenmesi, değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu noktada sağlık sistemi ve diğer kuruluşlar sorumluluklarını paylaşarak, yeterli sağlık hizmeti sunarak, ana ve çocuk sağlığının sağlık sorunlarının giderilmesinde etkili olacaktır (31).

Gelişen dünyamızın sağlık gereksinimleri hızla artmakta, bu da ebe ve hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolünün daha iyi anlaşılmasını gerektirmektedir. Günümüzde tedavi merkezli bakım sisteminin yerini alan ve koruyucu hizmetleri ön

plana çıkaran sağlıklı bireye, aileye ve topluma birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaya dayanan bir sağlık sistemi üzerinde durulmaktadır. Bundan dolayı ebe ve hemşirelerin sağlık bakımındaki işlevleri artmakta; bakım, eğitim, danışmanlık yönleri ağırlık kazanmaktadır (60). Sağlık alışanlarının çalışma ortamındaki memnuniyetlerinin, hastalara yönelttikleri hizmeti olumlu yönde etkileyeceği bilinmektedir. Çalışanların sorunlarının saptanmasının, sorunlara ve beklentilere yönelik çözüm aramada ilk aşama olacağı dşnlmelidir (61).

Kaliteli bir sağlık hizmeti için hizmeti alanların ve verenlerin güçlüklerin bilinmesi, beklentilerinin karşılanması temel öğelerden biridir (62). Toplumun meslek gruplarına bakışı, algılamaları, beklentileri kuşkusuz mesleğin sosyal konumunu, prestijini ve gelişmesini etkiler. Her mesleğin doğuş amacı hizmettir, bu hizmet meslek uygulayıcısının görev yetki ve sorumlulukları içinde tanımlanır, açıklanır ve uygulanır. Verilen hizmet, hizmeti alan bireyler arasında farklı şekilde de algılanabilir ve beklentilerde bu doğrultuda değişebilir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocaklarına başvuran 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların ve bu hizmeti sunan ebe ve hemşirelerin yaşadıkları güçlük ve beklentilerinin bilinmesi gerekir (60,63,64,65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların sağlık ocağından hizmet alımı ebe ve hemşirelerin hizmet sunumu ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların sağlık ocağından hizmet alımı ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini saptamak amacıyla Mersin ili merkezindeki Toroslar Belediyesi sınırları içinde yer alan Çukurova (75.Yıl) Sağlık Ocağı'nda yapılmıştır.

Çukurova (75. Yıl) Sağlık Ocağı; Çavuşlu Mahallesi Gözne Caddesi üzerinde, şehir merkezine 5 km uzaklıkta olup, 06. 06.1998 tarihinde faaliyete başlamıştır. 2 katlı binanın 1 poliklinik, 1 aile planlaması, 1 laboratuvar, 1 aşı, 1 personel odası ve 1 mutfağı bulunmaktadır. Sağlık ocağında 10 ebe, 4 hemşire, 4 pratisyen hekim, 1 sağlık memuru, 1 laboratuvar teknisyeni ve 1 hizmetli görev yapmaktadır. Çukurova Sağlık Ocağı merkezde, Çavuşlu ve Çukurova mahalleleri ile Kerimler, Kayrakkeşlik, Çopurlu ve Çamlı Dere köyleri olmak üzere 6 bölgeye hizmet götürmektedir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Çukurova Sağlık Ocağının genel nüfusu 21061'dir. 0 yaş grubu nüfusu 375, 1-6 yaş grubu 2318'dir. Kaba doğum hızı %0 16.90, bebek ölüm hızı %0 19.66, kaba ölüm hızı %0 1.66, doğurganlık hızı ise %0 57.58'dir.

Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin 1-6 yaş grubu çocuklara hizmet sunumu ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini saptamak amacıyla ise, Mersin ili merkezinde yer alan Çukurova (75.Yıl), 2 No'lu, 3 No'lu, 4 No'lu, 5 No'lu ve 15 No'lu Sağlık Ocaklarında yapılmıştır. Bu sağlık ocaklarına ait istatistik bilgiler aşağıda tablo halinde sunulmuştur.

SIRA NO	SAĞLIK OCAKLARI	CİNSİYET	GENEL NUFUS	HANE SAYISI	HANEBAŞ. DÜŞ.NUFUS	0 YAŞ	1-4 YAŞ	5-9 YAŞ	POLİKLİNİK	15-49 YAŞ KADIN	CANLI DOĞUM	KABA DOĞUM HIZI (%0)	ÖLEN BEBEK (0-12 Ay)	BEBEKÖLÜM HIZI(%0)	ANNEÖLÜM HIZI(%000)	ÖLÜ DOĞUM HIZI(%0)	KABA ÖLÜM HIZI(%0)	DOĞURGANLIK HIZI(%0)	DOĞAL NÜFUS ARTIŞI(%0)	
1	ÇUKUROVA	E 10933	21489	4876	4.4	360	1726	2058	13625	6257	329	15.31	5	15.2	1	6.08	2.14	52.58	13.17	
		K 10556																		
2	MERSİN 2 NOLU	E 18832	37097	9756	3.8	511	2134	3333	18461	11244	445	12.00	7	15.73	0	17.98	2.08	39.58	9.92	
		K 18265																		
		E 24102	48026	13654	3.5	552	2377	3759	75953	14054	472	9.83	4	8.47	0	21.19	2.17	33.58	7.66	
3	MERSİN 3 NOLU	K 23924																		
		E 13588	27633	8014	3.4	268	1043	2061	46893	8849	224	8.11	1	4.67	0	0	1.12	25.31	6.98	
4	MERSİN 4 NOLU	K 14045																		
		E 11698	23741	3586	6.6	912	1963	3718	17919	6154	428	18.03	2	4.67	0	0	1.12	69.55	16.68	
5	MERSİN 5 NOLU	K 12043																		
		E 10084	20432	6320	3.2	226	981	1558	24714	6400	224	10.96	3	13.39	0	0	1.66	35.00	9.30	
6	MERSİN 15 NOLU	K 10348																		
		E 10084	20432	6320	3.2	226	981	1558	24714	6400	224	10.96	3	13.39	0	0	1.66	35.00	9.30	

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Mersin ili merkez ilçeye bağlı 22 sağlık ocağının hizmet verdiği bölge oluşturmaktadır. Araştırma, 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınlar ve sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşireler olmak üzere 2 ayrı grupta yapılmıştır.

1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların sağlık ocağından hizmet alımı ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini saptamak amacıyla, evrendeki 22 sağlık ocağından Çukurova Sağlık Ocağı, basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Çukurova Sağlık Ocağı, Çukurova ve Çavuşlu olmak üzere 2 mahalleye hizmet vermekte ve bu mahallelerde toplam 150 sokak bulunmaktadır. Bu sokaklardan %10'u (15 sokak) ve seçilen her sokaktan 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların 10 tanesi çocuk takip fişlerine numara verilerek basit rastgele örnekleme yöntemi ile 150 kadın örnekleme alınmıştır. Bazı kadınların görüşmeyi kabul etmeyeceği varsayımıyla 25 çocuk takip fişi yedek olarak alınmıştır. 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınlar araştırmacının uygun olduğu günlerde, 10- 17 saatleri arasında, günde ortalama 6-8 kadın ile görüşülerek 15.10.2002-15.04.2003 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin 1-6 yaş grubu çocuklara hizmet sunumu ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini saptamak amacıyla ise 22 sağlık ocağında çalışan toplam 320 ebe'nin %20'si (64 ebe), 118 hemşirenin %30'u (36 hemşire) ebe ve hemşire grubunun örneklemini oluşturmaktadır. Bu ebe ve hemşireler 22 sağlık ocağından basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 6 sağlık ocağından alınmıştır. Çukurova Sağlık Ocağından 3 hemşire, 6 ebe, 2 No'lu Sağlık Ocağından 6 hemşire, 12 ebe, 3 No'lu Sağlık Ocağından 7 hemşire, 15 ebe, 4 No'lu Sağlık Ocağından 8 hemşire, 12 ebe, 5 No'lu Sağlık Ocağından 3 hemşire, 6 ebe, 15 No'lu Sağlık Ocağından 9 hemşire, 8 ebe araştırmanın örneklemine alınmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.4.1. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmanın amacına ulaşmak için, veri toplama aracı olarak kadınlara ve ebe ve hemşirelere uygulanmak üzere araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak 2 farklı anket formu hazırlanmıştır.

1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların sağlık ocağından hizmet alımı ile ilgili yaşadıkları güçlük ve beklentileri değerlendirmek üzere oluşturulan anket formunda, kadınların tanıtıcı özellikleri, ailede herhangi bir sağlık sorunu olduğunda yaptıkları ilk davranışları, kullandıkları sağlık kurumları, sağlık ocağının hizmetleri, sağlık ocağında yaşadıkları güçlükler, ebe ve hemşirelerin 1-6 yaş grubu çocuklarına yaptıkları ev ziyaretleri ile ilgili değerlendirmeleri, sağlık ocağı ve sağlık ocağında çalışan personelden beklentilerini belirlemek amacıyla sorular yer almaktadır (Ek 1).

Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin 1-6 yaş grubu çocuklara hizmet sunumunda yaşadıkları güçlük ve beklentilerini değerlendirmek üzere oluşturulan anket formunda ise ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin görevleri, 1-6 yaş grubuna yaptıkları ev ziyaretleri, ev ziyaretlerinde karşılaşılan güçlükleri, bu güçlükleri ortadan kaldırmak için önerileri, 1-6 yaş grubuna hizmet sunumunda yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle yönelik çözüm önerileri ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek 2).

3.4.2. ANKET FORMUNUN UYGULAMASI

Anket formu uygulanmadan önce gerekli yasal izinler alınmış olup, kadınlardan ve ebe ve hemşirelerden araştırmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Veriler 15.10.2002-15.04.2003 tarihleri arasında kadınlardan, 20.04.2003-20.10.2003 tarihleri arasında ise sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerden alınmıştır. Veriler hazırlanan anket formlarıyla araştırmacı tarafından, 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınlara ev ziyareti yapılarak ve sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelere çalıştıkları sağlık ocağında, yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Kadınlara uygulanan anket formunun uygulanması ortalama 25-30 dakika sürmüştür. Veri toplama araçlarının uygulanması sırasında kadınların kendisini rahat hissetmesine dikkat edilmiştir. Ebe ve

hemşirelere çalıştıkları sağlık ocaklarında, ebeler ev ziyaretlerine çıkmadan saat 9-10 arasında, uygun oldukları zaman uygulatılmıştır.

3.4.3. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından anket formları değerlendirildikten ve kodlandırıldıktan sonra, bilgisayarda SPSS for Windows 10.0 (Statistical package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımı ve ki-kare testi uygulanmıştır.



4. BULGULAR

Çizelge 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Yaşı		
19-23	25	16.7
24-28	46	30.7
29-33	42	28.0
34 ve üstü	37	24.7
Eğitim Düzeyi		
Okur yazar değil	7	0.7
Okur yazar- ilkokul	86	57.3
Ortaokul	28	18.7
Lise	27	18.0
Üniversite	2	1.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	5	3.3
Çalışmıyor	145	96.7
Eşin Yaşı		
22-26	17	11.3
27-31	42	28.0
32-36	48	32.0
37 ve üstü	43	28.7
Eşin Eğitim Düzeyi		
İlkokul	58	39.4
Ortaokul	48	32.0
Lise	34	22.7
Üniversite	10	6.7
Eşin Çalışma Durumu		
Serbest Meslek	71	47.4
İşçi	43	28.7
Günelik işçi	25	16.7
Memur	11	7.3
Sağlık Güvencesi		
SSK	72	48.0
Bağ kur	39	16.0
Emekli Sandığı	10	6.7
Yeşil Kart	5	3.3
Sağlık güvencesi yok	39	26.0
Çocuk Sayısı		
1-3	133	88.7
4 ve üstü	17	11.3

Çizelge 1'in Devamı

Evdeki Kişi Sayısı		
3-5	124	82.7
6 ve üzeri	26	17.3
Aile tipi		
Çekirdek aile	145	90.0
Geniş aile	5	10.0
Oturulan Ev		
Kendilerine ait	106	70.7
Kendilerine ait değil	44	29.3
Aylık Gelir		
Asgari ücret ve altı	58	38.8
Asgari ücretin üstü	92	51.3
Daha Önce Yaşanılan Yer		
Sürekli Mersin merkez	127	84.7
Mersin köy-ilçe	19	12.4
Mersin dışı	4	2.7
Toplam	150	100.0

Çizelge 1'de kadınların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %30.7'sinin 24-28 yaş grubunda, %57.3'ünün okur yazar ve ilkokul mezunu olduğu, %96.7'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. Eşlerinin ise %32.0'nun 32-36 yaş grubunda, %39.4'ünün ilkokul mezunu, %47.4'ünün çiftçi, mobilyacı, bakkal sahibi gibi kendilerine ait bir işte çalıştıkları görülmektedir.

Ailelerin %48.0'nun sağlık güvencesi SSK olup, %26.0'nun ise herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı görülmektedir.

Ailelerin çoğunluğunun (%88.7) 1-3 sayıda çocuğa sahip, çekirdek aile yapısında (%90.0) ve yarıdan fazlasının (%51.3) aylık gelirlerinin asgari ücretin üstünde olduğu ve yine çoğunluğunun şimdiye kadar Mersin merkezde (%84.7) ve kendilerine ait evde oturdukları (%70.7) saptanmıştır.

Çizelge 2. Ailelerin Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumuna Göre Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olduğunda Yaptıkları İlk Davranışların Dağılımı

Sağlık Güvencesi	İlk Davranışlar						Toplam	
	Sağlık ocağına gider		Hastaneye gider		Evdeki ilaçları kullanır ve geleneksel uygulama yapar		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Var	3	2.7	38	34.2	70	63.1	111	100.0
Yok	5	12.8	8	20.5	26	66.7	39	100.0
Toplam	8	5.3	46	30.7	96	64.0	150	100.0

Ailelerin sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre herhangi bir sağlık sorunu olduğunda yaptıkları ilk davranışların dağılımı Çizelge 2’de görülmektedir. Çizelgeye göre, sağlık güvencesi olan ailelerin, %63.1’i ailelerinde herhangi bir sağlık sorunu olduğunda evdeki ilaçları kullanıp, evde geleneksel uygulama yaptıklarını, %34.2’si hastaneye, %2.7’si sağlık ocağına gittiklerini ifade etmişlerdir. Sağlık güvencesi olmayan ailelerin ise %66.7’si evdeki ilaçları kullanıp, evde geleneksel uygulama yaptıklarını, %20.5’i hastaneye, %12.8’i sağlık ocağına gittiklerini belirtmişlerdir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ailelerin sağlık güvencesine sahip olma durumu ile herhangi bir sağlık sorunu olduğunda yaptıkları ilk davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($P= 0.02$).

Kadınların eğitim durumu, ailenin aylık gelir durumu, çocuk sayısı, aile tipi ile ailede herhangi bir sağlık sorunu olduğunda yaptıkları ilk davranışlarını incelediğimizde, yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P>0.05$).

Çizelge 3. Ailelerin Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumuna Göre Kullandıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Sağlık Güvencesi	Kullandıkları Sağlık Kurumları						Toplam	
	Sağlık Ocağı		Sağlık Ocağı ile Birlikte Diğer Sağlık Kurumları		Yalnızca Diğer Sağlık Kurumları		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Var	5	4.5	28	25.2	78	70.3	111	100.0
Yok	11	28.2	22	56.4	6	15.4	39	100.0
Toplam	16	10.7	50	33.3	84	56.0	150	100.0

Ailelerin sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre kullandıkları sağlık kurumlarının dağılımı Çizelge 3’de verilmiştir.

Sağlık güvencesi olan ailelerin %4.5’i sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağını, % 25.2’si sağlık ocağı ile birlikte devlet, SSK hastanesi, özel poliklinikler gibi diğer sağlık kurumları, %70.3’ü ise yalnızca diğer sağlık kurumları kullandıkları belirlenmiştir. Sağlık güvencesi olmayan ailelerin ise sağlık sorunu olduğunda, %28.2’si sağlık ocağını, %56.4’ü sağlık ocağı ile birlikte diğer kurumları kullandıkları saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda sağlık güvencesine sahip olma durumu ile kullanılan sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.00).

Çizelge 4. Ailenin Aylık Gelir Durumuna Göre Kullandıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Aylık Gelir	Kullandıkları Sağlık Kurumları						Toplam	
	Sağlık Ocağı		Sağlık Ocağı ile Birlikte Diğer Sağlık Kurumları		Yalnızca Diğer Sağlık Kurumları		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Asgari ücret ve altı	10	17.2	24	41.4	24	41.4	58	100.0
Asgari ücretin üstü	6	6.5	26	28.3	60	65.2	92	100.0
Toplam	16	10.7	50	33.3	84	56.0	150	100.0

Aylık geliri asgari ücret ve altında olan aileler sağlık sorunu olduğunda, %17.2’si sağlık ocağını, %41.4’ü sağlık ocağı ile birlikte diğer sağlık kurumlarını

kullandıkları, aylık geliri asgari ücretin üstünde olan ailelerin ise %6.5'i sağlık ocağını, %28.3'ü sağlık ocağı ile birlikte diğer sağlık kurumlarını, %65.2'si yalnızca diğer sağlık kurumlarını kullandıkları görülmektedir (Çizelge 4).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ailenin aylık gelir durumu ile kullandıkları sağlık kurumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.01).

Çizelge 5. Ailenin Çocuk Sayısına Göre Kullandıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Çocuk Sayısı	Kullandıkları Sağlık Kurumları						Toplam	
	Sağlık Ocağı		Sağlık Ocağı ile Birlikte Diğer Sağlık Kurumları		Yalnızca Diğer Sağlık Kurumları		n	%
	n	%	n	%	n	%		
1-3	13	9.8	39	29.3	81	60.9	133	100.0
4 ve üstü	3	17.6	11	64.7	3	17.6	17	100.0
Toplam	16	10.7	50	33.3	84	56.0	150	100.0

Çizelge 5'de ailenin çocuk sayısına göre kullandıkları sağlık kurumlarının dağılımı verilmiştir. Sağlık sorunu olduğunda çocuk sayısı 1-3 arasında olan ailelerin %9.8'i sağlık ocağını, %29.3'ü sağlık ocağı ile birlikte diğer sağlık kurumlarını, %60.9'u diğer sağlık kurumlarını kullandıklarını belirtirken, çocuk sayısı 4 ve üstünde olan ailelerin ise %17.6'sı sağlık ocağını, %64.7'si sağlık ocağı ile birlikte diğer sağlık kurumlarını kullandıklarını belirtmişlerdir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ailenin çocuk sayısı ile kullandıkları sağlık kurumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.03).

Kadınların eğitim durumu ile ailede herhangi bir sağlık sorunu olduğunda kullandıkları sağlık kurumları incelendiğinde, okur yazar değil, okur yazar ve ilkökul mezunu olan kadınların %12.9'u sağlık ocağını kullanırken, lise ve üniversite mezunu olan kadınların ise %3.4'ü sağlık ocağını kullandıkları belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistik analiz sonucunda kadınların eğitim düzeyi ile ailede herhangi bir sağlık sorunu olduğunda kullanılan sağlık kurumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (P=0.45). Eşin eğitim düzeyi ile kullanılan sağlık kurumları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.01).

Çizelge 6. Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Durumunun Dağılımı*

Eğitim Durumu	Hizmetten Memnuniyet Durumu				Toplam	
	Memnun		Memnun Değil		n	%
	n	%	n	%	n	%
Okur yazar ve ilkokul	58	62.4	35	37.6	93	100.0
Ortaokul	11	39.3	17	60.7	28	100.0
Lise - Üniversite	13	44.8	16	55.2	29	100.0
Toplam	82	54.7	68	45.3	150	100.0

*Üniversite mezunu az olduğu için lise mezunu kadınlar ile birleştirilmiştir.

Çizelge 6'da kadınların eğitim düzeylerine göre sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumunun dağılımı verilmiştir. Okur yazar ve ilkokul mezunu olan kadınların yarıdan fazlası (%62.4) sağlık ocağı hizmetlerinden memnun iken, ortaokul mezunu kadınların yalnızca %39.3'ü, lise-üniversite mezunu kadınların ise %44.8'i sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan istatistik analiz sonucunda kadınların eğitim düzeyi ile sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.04).

Çizelge 7. Ailelerin Aylık Gelirine Göre Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Durumunun Dağılımı

Aylık Gelir	Hizmetten Memnuniyet Durumu				Toplam	
	Memnun		Memnun Değil		n	%
	n	%	n	%	n	%
Asgari ücret ve altı	38	65.5	20	34.5	58	100.0
Asgari ücretin üstü	44	47.8	48	52.2	92	100.0
Toplam	82	54.7	68	45.3	150	100.0

Ailelerin aylık gelirine göre sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumunun dağılımı Çizelge 7'de verilmiştir. Aylık geliri asgari ücret ve altında olan kadınların %65.5'i aylık geliri asgari ücretin üstünde olan kadınların ise %47.8'i sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da ailenin aylık gelir düzeyi ile sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (P=0.03).

Ailelerin sağlık güvencesi olması ile sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumuna bakıldığında, sağlık güvencesi olan kadınların %53.2'si sağlık ocağı hizmetlerinden memnun iken, sağlık güvencesi olmayan kadınların %59.0'ı memnun olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık güvencesine sahip olma ile sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (P=0.39).

Ailelerin çocuk sayısına göre sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumu incelendiğinde, çocuk sayısı 1-3 arasında olan ailelerin %55.6'sı, çocuk sayısı 4 ve üstünde olan kadınların da %47.1'i sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan analiz sonucunda ailenin çocuk sayısı ile sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (P=0.50).

Çizelge 8. Kadınların İfadelerine Göre Sağlık Ocağında Verilen Hizmetlerin Dağılımı/**

Sağlık Ocağında Verilen Hizmetler	N	%
Aşı hizmetleri	146	97.3
Enjeksiyon	132	88.0
Muayene (Bakı)	119	79.3
Aile planlaması	106	70.7
Pansuman	61	40.7
Tansiyon ölçme	40	26.7
Sevk işlemleri	12	8.0

* soruya birden fazla yanıt verildiği için toplam yapılmamıştır.

** yüzdeler verilen yanıtlar üzerinden alınmıştır.

Çizelge 8'de kadınların ifadelerine göre sağlık ocağında verilen hizmetlerin dağılımı verilmiştir. Kadınların verdiği ifadelerin %97.3'ü aşı hizmeti, %88.0'ı enjeksiyon, %79.3'ü muayene, %70.7'si aile planlaması, %40.7'si pansuman, %26.7'si tansiyon ölçme, %8.0'ı ise sevk işlemleri yapıldığı şeklindedir.

Kadınlara sağlık ocağında çalışan ebelerin yaptıkları işler sorulduğunda verilen yanıtların %92.7'si aşı hizmeti, %72.0'ı ev ziyareti, %51.3'ü poliklinik hizmeti, %40.0'ı aile planlaması hizmeti, %28.0'ı gebe takibi, %6.7'si de doğum yaptırdıkları şeklinde olduğu görülmüştür. Aynı şekilde kadınlara sağlık ocağında çalışan hemşirelerin

yaptıkları işler sorulduğunda ise yanıtların tamamı hemşirelerin sağlık ocağında poliklinik hizmeti verdikleri şeklindedir.

Çizelge 9. Kadınların Sağlık Ocağında Bekleme Süresi İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Bekleme Süresi ile ilgili Düşünceler	N	%
Bekleme Durumu		
Uzun Süre Bekliyor	60	40.0
Uzun Süre Beklemiyor	90	60.0
Bekleme Süresi		
5- 20 dakika	86	57.3
20- 40 dakika	57	38.0
40 dakikadan fazla	7	4.7
Bekleme Süresinin Uygunluğu		
Uygun	115	76.7
Uygun değil	35	23.3
Uzun Süre Beklediği Halde Sağlık Ocağına *		
Götürüyor	26	74.3
Götürmüyor	9	25.7
Toplam	150	100.0

*bekleme süresini uygun bulmadığını ifade edenler alınmıştır.

Kadınların sağlık ocağında bekleme süresi ile ilgili düşüncelerine bakıldığında, %40.0'ı sağlık ocağında uzun süre beklediğini, %57.3'ü 5-20 dakika, %38.0'ı 20-40 dakika arasında, %4.7'si ise 40 dakikadan fazla beklediğini belirtmişlerdir. Bekleme süresini %76.7'si uygun bulurken, %23.3'ü uygun bulmamışlardır. Bekleme süresini uygun bulmayan kadınların %25.7'si uzun süre beklediği için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 9).

Çizelge 10. Kadınların Sağlık Ocağının Ulaşımı ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Ulaşım ile İlgili Düşünceler	N	%
Uzaklık Durumu		
Uzak	29	19.3
Uzak değil	121	80.7
Ulaşımı Sağlama Durumu		
Yürüyerek	145	96.7
Araçla	5	3.3
Uzak olduğu Halde Sağlık Ocağına *		
Götürüyor	20	69.0
Götürmüyor	9	31.0
Toplam	150	100.0

*sağlık ocağının uzak olduğunu ifade edenler alınmıştır.

Kadınların %80.7'si sağlık ocağının uzak olmadığını, %96.7'si sağlık ocağına ulaşımı yürüyerek sağladığını, sağlık ocağının uzak olduğunu ifade eden kadınların ise %31.0'ı uzak olduğu için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini belirtmişlerdir. (Çizelge 10). Sağlık ocağına ulaşımı otobüs- dolmuşla sağlayan kadınların tamamı (5 kişi) aynı zamanda uzak olduğu için çocuklarını sağlık ocağına götürmeyen annelerin (9 kişi) içindedir.

Çizelge 11. Kadınların Sağlık Ocağının Çalışma Saatleri ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Çalışma Saatleri ile İlgili Düşünceler	N	%
Çalışma Saatlerini		
Biliyor	147	98.0
Bilmiyor	3	2.0
Çalışma Saatleri		
Uygun	77	51.3
Uygun değil	73	48.7
Çalışma Saatleri Uygun Olmadığı Halde Sağlık Ocağına*		
Götürüyor	6	8.2
Götürmüyor	67	91.8
Toplam	150	100.0

* çalışma saatini uygun bulmayanlar alınmıştır.

Kadınların sağlık ocağının çalışma saatleri ile ilgili düşüncelerine bakıldığında, %98.0'ı sağlık ocağının çalışma saatlerini bildiği, %48.7'si çalışma saatlerini uygun bulmadığını ifade etmişlerdir. Sağlık ocağının çalışma saatlerini uygun bulmayan

kadınların çoğunluğu (%91.8) bu nedenle çocuklarını sağlık ocağına götürmemektedirler (Çizelge 11).

Çizelge 12. Kadınların Sağlık Ocağının Fiziksel Koşulları İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Fiziksel koşulları İle İlgili Düşünceler	N	%
Bekleme Yeri		
Rahat	111	74.0
Rahat değil	39	26.0
Bekleme Yeri Rahat Olmadığı Halde Sağlık Ocağına*		
Götürüyor	32	82.1
Götürmüyor	7	17.9
Muayene Odası		
Rahat	148	98.7
Rahat değil	2	1.3
Muayene Odası Rahat Olmadığı Halde Sağlık Ocağına**		
Götürüyor	2	100.0
Götürmüyor	---	---
Toplam	150	100.0

*bekleme yerini rahat bulmayanlar alınmıştır.

**muayene odasını rahat bulmayanlar alınmıştır.

Çizelge 12’de kadınların sağlık ocağının fiziksel koşulları ile ilgili düşüncelerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların çoğunluğu (%74.0) sağlık ocağının bekleme yerinin rahat olduğunu ve yine büyük bir kısmı (% 98.7) muayene odasının rahat olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %26.0’ı sağlık ocağının bekleme yerini rahat bulmazken, yalnızca %17.9’u bekleme yeri rahat bulmadığı için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %1.3’ü de muayene odasını rahat bulmadıklarını belirtirken, muayene odasını rahat olmadığı için çocuklarını sağlık ocağına götürmeyen anne olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 13. Kadınların Sağlık Ocağında Çalışan Personel İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Personel İle İlgili Görüşler	N	%
Personele Rahat Soru		
Sorabiliyor	116	77.3
Soramıyor	34	22.7
Personele Soru Soramadığı Halde Sağlık Ocağına *		
Götürüyor	15	44.1
Götürmüyor	19	55.9
Personelden Yeterli Bilgi		
Alabiliyor	79	52.7
Alamıyor	71	47.3
Personelden Yeterli Bilgi Alamadığı Halde Sağlık Ocağına **		
Götürüyor	15	21.1
Götürmüyor	56	78.9
Personelin Davranışlarından		
Memnun	104	69.3
Memnun Değil	46	30.7
Personelin Davranışlarından Memnun Olmadığı Halde Sağlık Ocağına***		
Götürüyor	20	43.5
Götürmüyor	26	56.5
Toplam	150	100.0

*personele rahat soru soramayanlar alınmıştır.

**personelden yeterli bilgi alamayanlar alınmıştır.

***personelin davranışlarından memnun olmayanlar alınmıştır.

Kadınların sağlık ocağında çalışan personel ile ilgili görüşleri Çizelge 13'de verilmiştir. Kadınların %77.3'ü sağlık ocağının personeline rahatlıkla soru sorabildiklerini, rahat soru soramayan kadınların %55.9'u bu nedenle çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %52.7'si sağlık ocağında çalışan personelden yeterli bilgi alabildiklerini, %78.9'u personelden yeterli bilgi alamadıkları için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %69.3'ü sağlık ocağında çalışan personelin davranışlarından memnun olduklarını, %56.5'i de personelin davranışlarından memnun olmadıkları için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 14. Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerinin Ücret Durumu İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Ücret durumu İle İlgili Görüşler	N	%
Ücret		
Alınıyor	126	84.0
Alınmıyor	24	16.0
Ücret Alındığı Halde Sağlık Ocağına*		
Götürüyor	41	32.5
Götürmüyor	85	67.5
Yazılan İlaçları Sağlık Güvencesi		
Karşılıyor	33	22.0
Karşılmıyor	78	52.0
Sağlık güvencesi yok	39	26.0
Sağlık Güvencesi İlaç Ücretini Karşılamaadığı Halde Sağlık Ocağına **		
Götürüyor	6	7.7
Götürmüyor	72	92.3
Toplam	150	100.0

*ücret alındığını ifade edenler alınmıştır.

**sağlık güvencesinin ilaç ücretini karşılamadığını ifade edenler alınmıştır.

Kadınların sağlık ocağı hizmetlerinin ücret durumu ile ilgili görüşlerine bakıldığında, %84.0'ı sağlık ocağında verilen hizmetlerden ücret alındığını, %67.5'i sağlık ocağında verilen hizmetlerden ücret alındığı için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %52.0'ı sağlık ocağında yazılan ilaçları sağlık güvencesinin karşılamadığını, %92.3'ü sağlık ocağında yazılan ilaçları sağlık güvencesi karşılamadığından dolayı çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 14).

Çizelge 15. Kadınların Ebelerin Yaptıkları Ev Ziyareti İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Ev Ziyareti İle İlgili Görüşler	N	%
Ebelerin Ev Ziyareti Yapma Durumları		
Yapıyor	123	82.0
Yapmıyor	27	18.0
Ebelerin Adını Bilme Durumları**		
Biliyor	62	50.4
Bilmiyor	61	49.6
Ebelerin Yaptıkları Ev Ziyaret Sayıları**		
1-3 kez	29	23.6
4-6 kez	48	39.0
7 kez ve üstü	46	37.4

Çizelge 15'in Devamı

Ebelerin Ev Ziyaretlerinde Verdikleri Bilgiler**		
Aşı	72	58.5
Aşı ve çocuk beslenmesi	39	31.7
Beslenme	12	9.8
Kadınların Ebelerden İstedikleri Bilgiler*		
Çocuk bakımı ve ilk yardım	36	29.2
Çocuk büyüme-gelişmesi	22	17.9
Çocuk beslenmesi	15	12.2
İlk yardım	13	10.6
Çocuk bakımı	11	8.9
Çocuk hastalıkları	9	7.3
Yeterli	17	13.8
Ebelerin Ev Ziyaretlerindeki Uygulamaları**		
Aşı	107	87.3
Herhangi bir şey yapmıyor	16	13.0
Ebelerden İstenilen Uygulamalar**		
Muayene, boy-kilo ölçümü	91	74.0
Yapabilecekleri herhangi bir şey yok	26	21.1
Yeterli	6	4.9
Kadınların Ev Ziyaretlerinden Memnuniyet Durumu**		
Memnun	70	56.9
Memnun değil	53	43.1
Kadınların Ev Ziyaretleri ile İlgili Önerileri***		
Ebelerin daha çok ilgilenmesi	34	64.2
Ziyaret yapan ebe sayısının artırılması	10	18.9
Eğitim düzeyi daha yüksek ebelerin olması	9	17.0
Toplam	150	100.0

*birden fazla yanıt verilmiştir.

** ev ziyareti yapılan

*** ev ziyaretinden memnun olmayanlar

Çizelge 15'e bakıldığında kadınların %82.0'ı ebelerin kendilerine ev ziyareti yaptıklarını, ev ziyareti yapılan kadınların %50.4'ü gelen ebenin ismini bildiğini, %39.0'ı ebelerin yılda 4-6 kez ziyaret yaptıklarını belirtmişlerdir. Ev ziyareti yapılan kadınların ifadesine göre ebeler ev ziyaretlerinde çocukları ile ilgili olarak aşı (%58.5), aşı ve beslenme (%31.7) konularında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Bu kadınlar ebelerden ev ziyaretlerinde ayrıca çocuk bakımı ve ilkyardım (%29.2), büyüme ve gelişme (%17.9), çocuk beslenmesi (%12.2) gibi konularda da eğitim verilmesini istediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %13.8'i ise ebelerin ev ziyaretinde verdikleri bilgilerin yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Kadınlara ebelerin ev ziyaretlerinde yaptıkları uygulamalar sorulduğunda, çoğunluğu (%87.3) aşı uygulaması, %13.0'ı ise ebelerin ev ziyaretlerinde çocukları ile ilgili herhangi bir uygulama yapmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bu kadınların %74.0'ı ev ziyaretlerinde ebelerden çocuklarını muayene etmelerini, boy ve kilo ölçümü yapmalarını isterken, %21.1'i yapabilecekleri herhangi bir uygulama olmadığını, %4.9'u ise yaptıkları uygulamaları yeterli bulduklarını belirtmişlerdir.

Kadınların %56.9'u ebelerin yaptıkları ev ziyareti hizmetinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Ebelerin ev ziyaretleri hizmetinden memnun olmayan kadınların ev ziyaretlerinin daha iyi olabilmesi için önerilerine bakıldığında, %64.2'si ev ziyareti yapan ebelerin daha çok ilgi göstermelerini, %18.9'u ziyaret yapan ebe sayısının artırılmasını, %17.0'ı ise ebelerin eğitim düzeyinin daha yüksek olmasını istediklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 16. Kadınların Sağlık Ocağından Beklentilerinin Dağılımı

Beklentiler	N	%
Ücretsiz olması	31	20.7
SSK kurumuna da hizmet vermesi	27	18.0
Tetkik ve tahlillerin yapılması	26	17.3
Personel sayısının artırılması	16	10.7
Uzman hekimlerin bulunması	16	10.7
24 saat açık olması	15	10.0
Psikolojik danışmanlık	12	8.0
Sağlık eğitimi	7	4.7
Toplam	150	100.0

Çizelge 16'da kadınların sağlık ocağından beklentilerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %20.7'sinin sağlık ocağının ücretsiz olmasını, %18.0'ının sağlık ocağının SSK kurumuna da hizmet vermesini, %17.3'ünün sağlık ocağında ultrason, röntgen gibi radyolojik tetkik ve tahlillerin yapılmasını, %10.7'sinin sağlık ocağında pratisyen değil de özellikle çocuk, kadın-doğum, iç hastalıkları alanında uzman hekimlerin olmasını, %10.0'ının sağlık ocağının 24 saat hizmet vermesi gibi konularda beklentileri olduğu görülmektedir.

Çizelge 17. Kadınların Sağlık Ocağında Çalışan Personelden Beklentilerinin Dağılımı

Personelden Beklentiler	N	%
Ebe ve hemşireden Beklentiler		
İlgili, güler yüzlü olmaları	85	56.7
Duyarlı olmaları	27	18.0
Daha iyi iletişim kurmaları, azarlamamaları	13	8.7
Eğitim düzeylerinin daha yüksek olması	10	6.7
Herhangi bir beklentisi yok	15	10.0
Doktordan Beklentiler		
İlgili, güler yüzlü olmaları	81	54.0
Duyarlı olmaları	23	15.3
Daha iyi iletişim kurmaları, azarlamamaları	13	8.7
Daha iyi muayene etmeleri	11	7.3
Eğitim düzeylerinin daha yüksek olması	10	6.7
Herhangi bir beklentisi yok	12	8.0
Toplam	150	100.0

Çizelge 17’de kadınların sağlık ocağında çalışan personelden beklentileri yer almaktadır. Kadınların %56.7’si ebe ve hemşirelerden, %54.0’ı doktorlardan ilgili ve güler yüzlü olmalarını, %18.0’ı ebe ve hemşirelerden, %15.3’ü doktorlardan duyarlı olmalarını istemektedirler. Ayrıca yine kadınların %8.7’si ebe, hemşire ve doktorlardan daha iyi iletişim kurmalarını, kendilerini azarlamamalarını, %6.7’si ebe, hemşire ve doktorların eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %7.3’ü de doktorların daha iyi muayene etmelerini, muayeneye daha fazla zaman ayırmalarını istedikleri belirlenmiştir.

Çizelge 18. Araştırma Kapsamına Alınan Ebe ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Yaş		
21-30	32	32.0
31-40	52	52.0
41 ve üstü	16	16.0
Öğrenim Durumu		
Lisans	6	6.0
Ön lisans (Açık öğretim)	46	46.0
Ön lisans (Meslek Yüksekokulu)	6	6.0
Sağlık Meslek Lisesi	42	42.0
Medeni Durum		
Evli	88	88.0
Bekar	9	9.0
Diğer	3	3.0
Eşin Öğrenim Durumu		
Ortaokul	4	4.5
Lise	40	45.5
Üniversite	44	50.0
Eşin Mesleği		
Memur	45	51.1
İşçi	18	20.5
Özel Şirket	11	12.5
Esnaf	8	9.1
Emekli	6	6.8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	53	53.0
Gelir gidere denk	41	41.0
Gelir giderden fazla	6	6.0
Çalıştığı Kurumlar		
Sağlık Ocağı	45	45.0
Sağlık Ocağı + Devlet Hastanesi	39	39.0
Sağlık Ocağı + Diğer Kurumlar	16	16.0
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi		
1-5 yıl	27	27.0
6-10 yıl	35	35.0
11- 15 yıl	18	18.0
16 yıl ve üstü	20	20.0
Sağlık Ocağında Çalışmayı Tercih Etme Durumu		
Kendim istedim	64	64.0
Kendim istemedim	36	36.0
Toplam	100	100.0

Çizelge 18’de sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %52.0’nin

31- 40 yaş grubu arasında, %46.0'nın ön lisans açık öğretim mezunu, %88.0'nın evli olduğu görülmektedir. Eşlerinin ise %50.0'nın üniversite mezunu, %51.1'inin memur olduğunu belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %45.0'ı mezun olduğundan bu yana sağlık ocağında, %39.0'ı sağlık ocağı ve devlet hastanesinde, %35.0'ı da 6-10 yıldır sağlık ocağında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin yarısından fazlası (%64.0) sağlık ocağında çalışmayı kendilerinin tercih ettiğini belirtmişlerdir.

Çizelge 19. Ebe ve Hemşirelere Göre Sağlık Ocağının Görevlerinin Dağılımı*/**

Sağlık Ocağının Verdiği Hizmetler	N	%
Aile planlaması hizmeti	69	69.0
Ana ve çocuk sağlığı hizmeti	68	68.0
Bağışıklama hizmeti	62	62.0
Poliklinik hizmeti	55	55.0
Temel sağlık hizmeti	50	50.0
Gebe takibi hizmeti	40	40.0
15-49 yaş kadın izlemi hizmeti	13	13.0
Kayıt tutma hizmeti	11	11.0
Çevre sağlığı hizmeti	6	6.0
Laboratuvar hizmeti	4	4.0

* soruya birden fazla yanıt verildiği için toplam yapılmamıştır.

** yüzdeler verilen yanıtlar üzerinden alınmıştır.

Çizelge 19'da ebe ve hemşirelere göre sağlık ocağının görevlerinin dağılımı verilmiştir. Ebe ve hemşireler sağlık ocaklarının görevlerini, aile planlaması (%69.0), ana ve çocuk sağlığı (%68.0), bağışıklama (%62.0), poliklinik (%55.0), temel sağlık hizmeti (%50.0) ve gebe takibi (%40.0) hizmeti olarak belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşireler çalıştıkları sağlık ocağının bu görevlerin tümünü yerine getirdiğini ifade etmişlerdir.

Çizelge 20. Sağlık Ocağında Çalışan Ebelere Göre Ebenin Görevlerinin Dağılımı* /**

Ebenin Görevleri	N	%
Bağışıklama	54	84.4
Gebe izlemi	50	78.1
Bebek izlemi	50	78.1
Ana ve çocuk sağlığı hizmeti	40	62.5
Poliklinik hizmeti	39	60.9
Aile planlaması	39	60.9
15-49 yaş kadın izlemi	24	37.5
Sağlık eğitimi	19	29.7
Kayıt tutma	13	20.3
Laboratuvar hizmeti	4	6.3
Yaşlı izlemi	3	4.7

* soruya birden fazla yanıt verildiği için toplam yapılmamıştır.

** yüzdeler verilen yanıtlar üzerinden alınmıştır.

Sağlık ocağında çalışan ebeler göre ebenin görevlerinin dağılımına bakıldığında, ebelerin %84.4'ü bağışıklama, %78.1'i gebe izlemi, %78.1'i bebek izlemi, %62.5'i ana- çocuk sağlığı hizmeti, %60.9'u aile planlaması, %60.9'u poliklinik hizmeti, %37.5'i 15-49 yaş kadın izlemi, %29.7'si sağlık eğitimi, %20.3'ü kayıt tutma (gebe, bebek, çocuklara ait kayıtları, bölgenin sağlık ölçütleri, nüfus kayıtları) görevleri olduğunu ifade etmişlerdir (Çizelge 20). Ebeler bu görevlerden hangisini yapıyorsunuz diye sorulduğunda ebelerin hepsi bu görevlerin tamamını yerine getirdiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 21. Sağlık Ocağında Çalışan Hemşirelere Göre Hemşirenin Görevlerinin Dağılımı* /**

Hemşirelerin Görevleri	N	%
Poliklinik hizmeti	26	72.2
Bağışıklama	21	58.3
Aile planlaması	17	47.2
Gebe izlemi	16	44.4
Bebek izlemi	16	44.4
Sağlık eğitimi	12	33.3
Kayıt Tutma	3	8.3
Laboratuvar hizmeti	2	2.8
Yaşlı izlemi	1	2.8

* soruya birden fazla yanıt verildiği için toplam yapılmamıştır.

** yüzdeler verilen yanıtlar üzerinden alınmıştır.

Çizelge 21’de sağlık ocağında çalışan hemşirelere göre hemşirenin görevlerinin dağılımına bakıldığında, hemşirelerin %72.2’si poliklinik hizmeti, %58.3’ü bağışıklama, %47.2’si aile planlaması, %44.4’ü gebe izlemi, %44.4’ü bebek izlemi, %33.3’ü sağlık eğitimi olduğu görülmektedir. Hemşirelere bu görevlerden hangisini yapıyorsunuz diye sorulduğunda, hemşirelerin hepsi bu görevlerin tamamını yerine getirdiklerini belirtmişlerdir.

Ebelerin tamamının ev ziyareti yaptıkları, hemşirelerin ise tamamının ev ziyareti yapmadıkları saptanmıştır. Ebeler ev ziyareti yaptığınız ev halkı sizi nasıl karşılıyor diye sorulduğunda; ebelerin %85.9’u ev halkının çoğunlukla iyi, %14.1’i ise bazen iyi, bazen kötü karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 22. Ebelerin 1-6 Yaş Grubu Çocuğa Yaptığı Ev Ziyareti Sayısının Dağılımı

Bir Yıldaki Ev Ziyareti Sayısı	N	%
1 Yaş		
2-6 kez	9	14.1
7-11 kez	18	28.1
12-15 kez	37	57.8
2 Yaş		
2-6 kez	55	85.9
7-11 kez	7	10.9
12-15 kez	2	3.1
3 Yaş		
1-3 kez	45	70.3
4-6 kez	19	29.7
4 Yaş		
1-3 kez	52	81.3
4-6 kez	12	18.8
5 Yaş		
1 kez	40	62.5
2 kez	24	37.5
6 Yaş		
1 kez	33	51.6
2 kez	17	26.6
Hiç ziyaret yapmayan	14	21.9
Toplam	64	100.0

Çizelge 22’de ebelerin 1-6 yaş grubu çocuklara yaptıkları ev ziyareti sayısının dağılımı görülmektedir. Ebelerin %57.8’i 1 yaşındaki çocuğa yılda 12-15 kez, %51.6’sı 6 yaşındaki çocuğa yılda 1 kez ev ziyareti yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 23. Ebelerin Ev Ziyaretlerinde 1-6 Yaş Grubu Çocuğa Yönelik Yaptıkları İşlemlerin Dağılımı

Yapılan İşlemler	N	%
Boy-Kilo ölçümü	26	40.6
Boy- Kilo ölçümü ve aşılama	38	59.4
Toplam	64	100.0

Ebelerin ev ziyaretlerinde 1-6 yaş grubu çocuğa yönelik yaptıkları işlemlere bakıldığında, ebelerin %40.6’sı boy ve kilo ölçümü yaptıklarını, %59.4’ü ise boy- kilo ölçümü ve aşılama hizmeti verdiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 23).

Çizelge 24. Ebelerin Ev Ziyareti Sırasında Verdikleri Eğitim Konularının Dağılımı*

Eğitim konuları	N	%
Beslenme	12	18.8
Beslenme + Bağışıklama	7	26.6
Beslenme + Bağışıklama + Genel Hijyen	35	54.7
Toplam	52	100.0

*sağlık eğitimi veren ebeler

Ev ziyaretlerinde eğitim verdiğini ifade eden ebelerin %54.7’si beslenme, bağışıklama ve genel hijyen, %26.6’sı beslenme ve bağışıklama, %18.8’i ise sadece beslenme (anne sütü, ek gıda) konularında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 24). Ebelerin çoğunluğu (%96.9) ev ziyaretlerinde annelere 1-6 yaş grubu çocukla ilgili olarak sağlık eğitimi verdiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 25. Ebelerin Ev Ziyareti Sırasında Karşılaştıkları Güçlüklerin Dağılımı

Karşılaşılan Güçlükler	N	%
Ailelerde davranış değiştirme zorluğu	23	35.9
Ebeye düşen aile sayısının fazla olması	13	20.3
Güvenlik ve ulaşım sorunu	9	14.1
Dil sorunu	5	7.8
Güçlkle karşılaşmıyor	14	21.9
Toplam	64	100.0

Çizelge 25’de ebelerin ev ziyareti sırasında karşılaştıkları güçlükler yer almaktadır. Ebelerin %35.9’u ailelere davranış değişikliği yaptırmada zorlandıklarını, %20.3’ü bir ebeye düşen aile sayısının fazla olduğunu, %14.1’i ev ziyareti yaparken can güvenliklerinin olmadığını, bazen tehdit edildiklerini ve ulaşım sorunu yaşadıklarını, %7.8’i ailelerle iletişim kurmada zorluk yaşadıklarını, dil sorunu olduğunu, %21.9’da herhangi bir güçlkle karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir.

Ebelerin ziyaret ettikleri evlerin uzaklığı 50-2000 metre arasında olduğu ve ebelerin %85.9’unun bu hizmeti yürüyerek yerine getirdiği belirlenmiştir.

Ev ziyaretlerinde güçlüklerle karşılaşan ebelere, bu güçlükleri ortadan kaldırmak için sizin önerileriniz nelerdir diye sorulduğunda ebeler, sağlık ocaklarında çalışan ebe sayısının artırılmasını (%7.8), ekip işbirliği yaparak ailelerle daha iyi bir iletişim kurulmasını (%26.6), medya ile işbirliği yaparak sağlık ocaklarının halka tanıtılmasını (%12.5) ve toplumun eğitim düzeyinin artırılması (%31.3) istemektedirler.

Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin çoğunluğu (%86.0) sağlık ocağındaki ebe ve hemşire sayılarını yeterli bulurken, yine büyük çoğunluğu (%76.0) iş yoğunluklarını normal olarak değerlendirmektedirler.

Çizelge 26. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında 1-6 Yaş Grubu Çocuklara Sağlık Hizmeti Verirken Karşılaştıkları Güçlüklerin Dağılımı

Karşılaşılan Güçlükler	N	%
Kadınların verilen eğitimi uygulamamaları ve ilgisiz olması	27	27.0
Çocuklarla iletişim kurmada güçlükler	17	17.0
Sağlık ocağı binasının yetersiz olması	14	14.0
Dil sorunu	12	12.0
Bağışıklama ile ilgili sorunlar	3	3.0
Güçlkle karşılaşmayan	27	27.0
Toplam	100	100.0

Ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında 1-6 yaş grubuna hizmet verirken karşılaştıkları güçlüklerin dağılımına baktığımızda; %27.0'ı kadınların verilen sağlık eğitimlerini uygulamadıklarını ve ilgisiz olduklarını, %17.0'ı çocuklarla iletişim kurmada zorlandıklarını, %14.0'ı sağlık ocağı binasının sağlık hizmetini karşılamada yetersiz olduğunu, %12.0'ı ailelerle dil sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %27.0'ı ise sağlık ocağında 1-6 yaş grubu çocuklara sağlık hizmeti verirken herhangi bir güçlükle karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 26).

Çizelge 27. Ebe ve Hemşirelerin Bölge Halkından Beklentilerinin Dağılımı

Bölge Halkından Beklentiler	N	%
Daha anlayışlı, güler yüzlü ve ilgili olmaları	51	51.0
Verilen sağlık eğitimine istekli olmaları ve uygulamaları	24	24.0
Sağlık ocağı personelinden çekinmemeleri ve güvenmeleri	10	10.0
Her şeyi sağlık ocağından beklememeleri	9	9.0
Halkın eğitim düzeylerinin yüksek olması	6	6.0
Toplam	100	100.0

Ebe ve hemşirelerin bölge halkından beklentilerinin dağılımı Çizelge 27'de verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin %51.0'ı bölge halkından daha anlayışlı, güler yüzlü ve ilgili olmalarını, %24.0'ı verilen sağlık eğitimine istekli olmalarını ve uygulamalarını, %10.0'ı sağlık ocağı personelinden çekinmemelerini ve sağlık personeline güvenmelerini beklemektedirler.

Ayrıca ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğu (%86.0) sağlık ocağının bölge halkına verdiği hizmeti yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 28. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında Çalışmaktan Duydukları Memnuniyet Durumunun Dağılımı

Memnuniyet Durumu	N	%
Memnun	80	80.0
Memnun Değil	20	20.0
Memnun Olma Nedenleri*		
Nöbet durumunun olmaması	43	53.8
Uyumlu bir ekip ile çalışma	17	21.3
Halka bire bir hizmet sunma	12	15.0
Yoğun çalışmama	8	10.0
Memnun Olmama Nedenleri**		
Yaptıkları işten doyum alamama	16	80.0
Ev ziyaretlerini sevmeme	4	20.0

* memnun olanlar

** memnun olmayanlar

Ebe ve hemşirelerin %80.0'ı sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduklarını belirtirken, sağlık ocağında çalışmaktan memnun olma nedenleri olarak; nöbet durumunun olmamasını (%53.8), uyumlu bir ekip ile çalışmalarını (%21.3), halka bire bir hizmet sunmalarını (%15.0), çalışma ortamının yoğun olmamasını (%10.0) belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %20.0'ı ise sağlık ocağında çalışmaktan memnun olmadıklarını, memnun olmama nedenleri olarak da, yaptıkları işten doyum alamadıklarını (%80.0) ve ev ziyaretlerini sevmediklerini (%20.0) ifade etmişlerdir (Çizelge 28).

Çizelge 29. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında Çalışmayı Kendilerinin Tercih Etmesine Göre Sağlık Ocağında Çalışmaktan Memnuniyet Durumunun Dağılımı

Çalışmayı Tercih Etme Durumu	Memnuniyet Durumu				Toplam	
	Memnun		Memnun Değil		n	%
	n	%	n	%	n	%
Kendim istedim	59	92.2	5	7.8	64	100.0
Kendim istemedim	21	58.3	15	41.7	36	100.0
Toplam	80	80.0	20	20.0	100	100.0

Çizelge 29'da ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışmayı kendilerinin tercih etmesine göre sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumunun dağılımı verilmiştir. Sağlık ocağında çalışmayı kendileri isteyen ebe ve hemşirelerin büyük

çoğunluğu (%92.2) sağlık ocağında çalışmaktan memnun olurken, sağlık ocağında çalışmayı kendi istemeyen ebe ve hemşirelerin %41.7'si de sağlık ocağında çalışmaktan memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

Yapılan analiz sonucunda ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışmayı kendilerinin tercih etmesi ile sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.00).

Çizelge 30. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocağında Çalışma Süresine Göre Sağlık Ocağında Çalışmaktan Memnuniyet Durumunun Dağılımı

Çalışma Süresi	Memnuniyet Durumu				Toplam	
	Memnun		Memnun Değil			
	n	%	n	%		
1-5 yıl	5	55.6	12	44.4	27	100.0
5- 10 yıl	30	85.7	5	14.3	35	100.0
11- 15 yıl	16	88.9	2	11.1	18	100.0
16 yıl ve üstü	19	95.0	1	5.0	20	100.0
Toplam	80	80.0	20	20.0	100	100.0

Çizelge 30'da ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışma süresine göre sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumunun dağılımı verilmiştir. Sağlık ocağında 1-5 yıl arasında çalışan ebe ve hemşirelerin %55.6'sı, 16 yıl ve üzerinde çalışan ebe ve hemşirelerin %95.0'ı sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Yapılan analiz sonucunda sağlık ocağında çalışma süresi ile sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.00).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde 1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların sağlık ocağından hizmet alımı, ebe ve hemşirelerin hizmet sunumu ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini değerlendirmelerine yönelik bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %30.7'sinin 24-28 yaş grubunda, %57.3'ünün okur yazar ve ilkökul mezunu, %96.7'sinin de çalışmadığı saptanmıştır (Çizelge 1). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 2000 yılı verilerine göre, ülkemizde kadınların yaş ortalaması 24.4'dür (66). Mersin nüfusunun %49.8'i kadın olup, bunun %10.0'ı 20-24 yaş, %9.0'ı 25-29 yaş, %8.4'ü ise 30- 34 yaş grubu arasındadır (67). DİE 2000 yılı verilerine göre ülkemiz nüfusunun %49.3'ünü oluşturan kadınların %56.6'sının okur yazar olmadığı ya da ilkökul mezunu, %83.3'ünün ise ev hanımı olduğu görülmektedir (66). Bizim araştırmamıza katılan kadınların demografik özellikleri ile Türkiye kadın nüfusun demografik özellikleri benzerlik göstermektedir.

Ergin ve ark. (54) Antalya'da, Çetinkaya ve ark. (62) Kayseri'de yapmış oldukları çalışmada da kadın nüfusunun demografik özellikleri bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kadınların eşlerinin, %32.0'nin 32-36 yaş grubunda, %29.4'ünün lise ve üniversite mezunu, %47.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Eşlerin eğitim düzeyinin kadınların eğitim düzeyine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anayasamıza göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından yararlanmaları gerekmekte ve bu hakkın sağlanması için gereken her türlü tedbirin alınması görevi ise devlete verilmiştir (68). Örneklem kapsamına alınan ailelerin %74.0'nin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Ülkemiz nüfusunun ise %70.0'ı sağlık güvencesine sahip iken, yaklaşık olarak üçte biri sağlık güvencesine sahip değildir (69). Erci (41) tarafından Erzurum'da yapılan araştırmada ailelerin %23.5, Atalay ve ark.(5) Sivas'ta yapmış olduğu çalışmada da, %24.6'sının sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar ile araştırmamızda ortaya çıkan ailenin sağlık güvence durumu benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde ise, yaklaşık yarısının (%52.0) 31-40 yaş grubunda, yarıya yakınının açıköğretim önlisans mezunu (%46.0) ve şimdiye kadar yalnızca sağlık ocağında

çalıştığı (%45.0) ve %20.0'nun ise 16 yıl ve üzerinde sağlık ocağında görev yaptığı belirlenmiştir (Çizelge 18).

Ailelerin sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre herhangi bir sağlık sorunu olduğunda yaptıkları ilk davranışların dağılımı Çizelge 2'de verilmiştir. Ailede herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sosyal güvenceye sahip olan ve olmayan ailelerin ilk olarak, evdeki ilaçları kullanma ve geleneksel uygulama yapma davranışlarının (%64.0) sağlık ocağına ve hastaneye gitme davranışlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç göz önüne alınarak, ailelerin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda gereken sağlık hizmetini herhangi bir sağlık kuruluşundan alma yerine medikal olmayan yöntemleri kullanmaları, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarla, bu hizmeti alanlar arasında önemli güçlüklerin olduğunu düşündürebilir. Sağlık güvencesi olan ailelerin yalnızca %2.7'si ve sağlık güvencesi olmayan ailelerin ise %12.8'i ailede herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk olarak sağlık ocağına gittiklerini belirtmişlerdir. Yapılan analiz sonucunda sağlık güvencesine sahip olma durumu ile herhangi bir sağlık sorunu olduğunda yaptıkları ilk davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P=0.02$).

Demirhindi ve ark. (47) yapmış olduğu çalışmada, hastaların sağlık ocağına başvurmadan önce yaptıkları tedavi uygulamaları incelendiğinde, bizim çalışmamızdan daha düşük bir oranda (%42.2) ilaç ve geleneksel uygulama yaptıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da sağlık güvencesi olan ailelerin çoğunluğunun (%63.1) evdeki ilaçları kullanıp, geleneksel uygulama yaptıkları belirlenmiştir.

Ailelerin sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre kullandıkları sağlık kurumlarının dağılımına baktığımızda ise, sağlık güvencesi olmayan ailelerin sağlık güvencesi olan ailelere göre daha fazla sağlık ocağını kullandıkları belirlenmiştir. Sağlık güvencesi olan ailelerin %4.5'i, güvencesi olmayan ailelerin ise %28.2'si sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağını kullandıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 3). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda sağlık güvencesine sahip olma durumu ile kullanılan sağlık kurumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P=0.00$).

Erci'nin (41) yapmış olduğu araştırmada, annelerin sağlık güvencesine sahip olma durumu ile sağlık sorunu olduğunda başvurdukları sağlık kuruluşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonucu ile uyumlu bulunmamıştır.

Türkiye’de insanların %48.7’si ilk başvuru kurumu olarak hastaneleri tercih etmektedirler. Kırsal bölgede oturan insanların %41.5’i ve kentsel bölgede oturan insanların %14.1’i ilk başvuru yeri olarak sağlık ocaklarını kullanmaktadırlar. Kişiler sağlık ocaklarını başka seçenekleri olmadığı durumlarda daha fazla tercih etmektedirler (69).

Türeyengil (70) tarafından yapılan çalışmada, ailelerin sağlık sorunu olduğunda %20.8’i sağlık ocağını ve %56.8’inin de hastaneleri kullandıkları bulunmuştur. Balkanlı ve ark. (71) tarafından yapılan çalışmada, kadınların %19.8’i ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını, %77.5’inin ise hastaneleri tercih ettikleri belirlenmiştir. Yukarıdaki çalışmalarda da belirtildiği gibi aileler sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdukları kurumun hastaneler olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık ocağında verilmesi öngörülmüştür. Türkiye sağlık sektöründe birinci basamak kurumları ile hastaneler arasında sevk sistemi 224 sayılı yasanın da gereğidir. Buna sisteme göre sağlık ocaklarında muayenesi yapılmamış hiçbir hastanın hastanelere başvurmaması gerekmektedir. Hastaların sağlık ocağı sevki olmaksızın hastanelere başvurması yasal olarak engellenmiş olsa da uygulamada geçerliliğini koruyamadığı görülmektedir. (40,72). İnsanlar tercihlerini uzman hekim ve hastane yönünde kullanmak istemektedirler.

Ailelerin aylık gelir durumuna göre kullandıkları sağlık kurumları incelendiğinde, aylık geliri asgari ücret ve altında olan ailelerin sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağını, aylık geliri asgari ücretin üstünde olan ailelere göre, daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Aylık geliri asgari ücretin üstünde olan ailelerin çoğunluğunun (%65.2) sağlık ocağı dışındaki diğer kurumları (SSK, Devlet Hastanesi, Özel Poliklinikler) kullandığı saptanmıştır (Çizelge 4). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ailenin aylık gelir durumu ile kullandıkları sağlık kurumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P=0.01$).

Beşer’in (14) çalışmasında da ailenin gelir durumu ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gelir durumu düşük olan ailelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarını daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Beşer’in çalışma sonuçları ile bizim çalışmamızın sonuçları uyumlu bulunmuştur.

Hotchkiss ve Çelik'in (73) Türkiye'de annelerin sağlık kuruluşlarını kullanmada sosyo-ekonomik düzeyin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, annelerin eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, ev halkının gelir düzeyi sağlık kuruluşlarına başvuruyu etkilediği saptanmıştır.

Aylık geliri asgari ücret ve altında olan ailelerin ekonomik düzeylerinin kötü olması nedeniyle evlerinin yakınında bulunan, özel sağlık kuruluşları yada hastanelere göre daha az harcama yaptıkları, sağlık ocağını daha fazla tercih ettikleri düşünülebilir. Bu değerlendirme sonucunda ekonomik durumun sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen önemli bir etken olduğu söylenebilir.

Çizelge 7'de ailelerin aylık gelir durumuna göre sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumunun dağılımı verilmiştir. Aylık geliri asgari ücret ve altında olan kadınların %65.5'i, aylık geliri asgari ücretin üstünde olan kadınların ise %47.8'i sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da ailenin aylık gelir düzeyi ile sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($P=0.03$). Ailelerin gelir durumunun sağlık ocağından memnuniyet durumunu etkilediği söylenebilir.

Temel sağlık hizmetlerinin yaklaşımı, toplumun tümünü kapsayan, hizmete gereksinimi olan herkesin, herhangi bir sosyo-ekonomik ve kültürel ayırım olmaksızın, yoksulluk başta olmak üzere, toplumun öncelikleri doğrultusunda hizmet sunumu gerektiren adil bir yaklaşımdır. Türkiye 1960'ların başında uygulamaya konulan yasa ile temel sağlık hizmetleri yaklaşımı doğrultusunda topluma hizmet veren ilk ülkeler arasında yerini almıştır. Ancak tüm bu başarılı örgütlenme ve planlamaya karşın bugün temel sağlık hizmetleri istenilen yere gelememiştir. Sağlık hizmetleri ekonomik güce göre alınacak hizmet durumuna gelmiştir (39,74).

Ekonomik durumu iyi olan aileler sağlık hizmetini almak üzere farklı sağlık kurumlarını tercih edebilmektedir. Türeyengil (70) kişilerin maddi durumlarının iyi olması durumunda başvuracakları sağlık kurumlarını araştırdığında, kişilerin, %75.6'sı özel doktoru, %14.3'ü özel hastaneyi ve %6.9'u da tıp fakültesini tercih etmeyi düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bu verilere dayanarak sağlık ocaklarının kişilerin beklentilerini karşılamada yetersiz olduğu söylenebilir.

Çizelge 5’de ailenin çocuk sayısına göre kullandıkları sağlık kurumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgede görüldüğü gibi, ailede çocuk sayısı arttıkça sağlık ocağını kullanma oranı da artmaktadır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ailenin çocuk sayısı ile kullandıkları sağlık kurumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P=0.00$).

Pasinlioğlu (3) tarafından yapılan çalışmada da ailenin çocuk sayısı ile sağlık ocağına başvurma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailede çocuk sayısı arttıkça sağlık ocağına başvuru sayısında artma olmaktadır. Çocuk sayısı 1-2 arasında olan ailelerde sağlık ocağına başvuru %60.0 iken, çocuk sayısı 5 ve üzerinde olan ailelerde %75.0 olarak bulunmuştur.

Benzer olarak Erci’nin (41) araştırmasında da evde kişi sayısı arttıkça sağlık ocağını kullanma durumunda artma olduğu ve evdeki kişi sayısı ile sağlık ocağını kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yukarıdaki araştırmalarda elde edilen sonuçlar bizim çalışmamızın verilerini desteklemektedir.

Ailede çocuk sayısı arttıkça, çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesinde aksamalar, anne sağlığında bozulmalar olacağından ya da bağışıklama ve sağlam çocuk kontrolü gibi durumlarda ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine daha çok gereksinim olacaktır. Bu nedenle çocuk sayısı fazla olan ailelerde sağlık sorunu nedeniyle ocağa başvurma oranının yüksek olması doğaldır.

Çalışmamızda aynı zamanda kadınların eğitim düzeyi ile ailede herhangi bir sağlık sorunu olduğunda kullandıkları sağlık kurumları incelendiğinde, lise ve üniversite mezunu olan kadınların sağlık ocaklarını daha az (%3.4) kullandıkları görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Beşer’in (14) çalışmasında ise kadınların eğitim düzeyleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe birinci basamak sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarını görülmüştür. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumlu değildir.

Çizelge 6’da kadınların eğitim düzeylerine göre sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumunun dağılımı verilmiştir. Çizelgede kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olma durumunun azaldığı görülmektedir. Yapılan istatistik analiz sonucunda kadınların eğitim düzeyi ile sağlık

ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.04).

Akgün'ün (75) 'Hasta Memnuniyeti' üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, eğitim durumları ile sağlık hizmetlerinden memnun kalma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyleri yüksek olan kişilerin sağlık hizmetlerinden daha az memnun oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamızın sonucu ile uyumluluk göstermektedir.

Eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olduğu tartışılmaz bir olgudur (71). Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların sağlık ocağı hizmetlerinden memnun kalmamalarının nedeni birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince verilemediğini düşündürebilir. Nitekim kadınlara sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olmama nedenleri sorulduğunda %61.0'ı 'yeterli, ilgili hizmet verilmediğini ve uzman doktor olmadığı' cevabını vermiştir.

Kadınlara göre sağlık ocağında verilen hizmetler arasında ilk üç sırada aşı (%97.3), enjeksiyon (%88.0) ve muayene hizmeti (%79.3) yer almaktadır. Ayrıca kadınlar sağlık ocağında aile planlaması, pansuman, tansiyon ölçme, sevk gibi poliklinik hizmetlerinin verildiğini belirtmişlerdir. (Çizelge 8).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocaklarının önemli görevleri arasında altı yaşın altındaki çocukların büyüme ve gelişmesinin izlenmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, sağlık eğitimi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım gibi hizmetler de bulunmaktadır. Bu kapsamda düşünüldüğünde bu hizmetlerden kadınların hiç bahsetmemesi ya kadınların sağlık ocağında verilen bu hizmetlerden yeterince yararlanmadıkları için bilgilerinin olmadığını ya da unuttukları için söylemediklerini düşündürmektedir.

Çetinkaya ve ark. (62). çalışmasında kadınların %93.3'ü sağlık ocaklarında aşılama, %86.4'ü enjeksiyon, pansuman, %81.3'ü gebe ve çocuk bakım hizmetleri, %62.8'i aile planlaması hizmetinin verildiğini belirtmişlerdir. Pasinlioğlu (3) çalışmasında, ebeveynlerin sağlık ocağına en çok enjeksiyon, pansuman yaptırma, tansiyon ölçtürme ve aşılama hizmetleri için başvurduklarını belirtmiştir. Bu bulgular bizim bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Kadınlara göre, sağlık ocağının görevleri arasında poliklinik hizmetleri de ilk sıralarda yer almaktadır. Ertem (1998)'in çalışmasına göre Türkiye'de poliklinik

hizmetlerinin %11.0'nun sağlık ocakları tarafından verildiği, Buğdaycı ve ark. (17) Mersin ilinde yaptıkları çalışmada da poliklinik muayenelerinin ancak %28.3'ünün sağlık ocaklarında yapıldığı belirlenmiştir.

Çizelge 9'da kadınların sağlık ocağında bekleme süresi ile ilgili düşünceleri yer almaktadır. Kadınların %76.7'si bekleme süresini uygun bulurken, bekleme süresini uygun bulmayan kadınların %25.7'si sağlık ocağında uzun süre beklediği için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini ifade etmişlerdir.

Çiçeklioğlu'nun (2) çalışmasında sağlık ocağından memnuniyetsizlik nedenlerinin %19.8'ini sağlık ocağında bekleme süresinin oluşturduğu ve kişilerin uzun süre beklediği için (%6.0) sağlık ocağına gitmedikleri ortaya çıkmıştır. Pasinlioğlu'nun (3) çalışmasında da ailelerin %71.0'ı sağlık ocağında uzun süre bekledikleri için sağlık ocağına gitmediklerini ifade etmişlerdir. Yapılan araştırmalarda hastaların sağlık kurumlarından memnun olmama nedenleri arasında en sık bekleme süresinin uzun olması gelmektedir (62). Bekleme süresi ile ilgili duyulan memnuniyetsizlik, sağlık ocakları için de geçerlidir. Bizim çalışmamızda da kadınların %23.3'ü sağlık ocağında bekleme süresini uygun bulmamışlardır.

Kadınların %80.7'si evinin sağlık ocağına uzak olmadığını ve %96.7'si de sağlık ocağına ulaşımı yürüyerek sağladıklarını ifade etmişlerdir. (Çizelge 10).

Nemet (76) tarafından ABD'de yapılan bir çalışmada, konut yerleşimlerinin birinci basamak sağlık merkezine uzak olması, sağlık merkezine olan başvuruyu azalttığı belirlenmiştir. Beşer (14) çalışmasında evleri sağlık ocağına 2 km'den yakın mesafede bulunan kişilerin evleri 2 km'den uzak olanlara göre sağlık ocağını daha fazla kullandıklarını belirtmiştir. Çetinkaya (62) tarafından yapılan çalışmada, kadınların sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olma nedeninin %74.5'ini sağlık ocağının evine yakın olması oluşturmaktadır. Pasinlioğlu (3) çalışmasında, annelerin %43.0'ının sağlık ocağının evlerine uzak olduğu nedeniyle sağlık ocağına gitmediklerini saptamıştır. Yapılan bir başka çalışmada sağlık ocağını tercih etme nedenlerinden %23.9'unu ulaşımının kolay olması oluşturmuştur (69). Bu durumda sağlık ocağının ailelerin evlerine olan uzaklığı, sağlık ocağı hizmetlerini kullanma durumunu etkilediği söylenebilir. Nitekim çalışmamızda sağlık ocağının evlerine uzak olduğunu ifade eden (%19.3) kadınların %31.0'ı sağlık ocağı uzak olduğu için çocuklarını sağlık ocağına götürmediklerini belirtmişlerdir.

Birinci basamak sağlık kurumu ile hizmet alacak kişinin evi arasındaki mesafe uzak olmamalıdır. Kişi evinden sağlık kurumuna yürüyerek gidebilmeli ya da araç ile çok kısa bir yolculukla sağlık kurumuna ulaşabilmelidir (15).

Araştırmamıza katılan ebelerin ziyaret ettikleri evlerin sağlık ocağına en yakın mesafesinin 50- 500 metre arasında, en uzak mesafesi ise 1500- 2000 metre arasında olduğunu belirtmişlerdir. Ebelerin çoğunluğu (%85.9) evlere ulaşımı yürüyerek sağlamaktadırlar.

Çizelge 11’de kadınların yarıya yakını (%48.7) sağlık ocağının çalışma saatlerini uygun bulmadıklarını, çalışma saatlerini uygun bulmayan kadınların ise, çoğunluğu (%91.8) bu nedenle çocuklarını sağlık ocağına götüremediklerini belirtmişlerdir. Kadınların sağlık ocağının çalışma saatlerini uygun bulmama nedeni olarak da sağlık ocaklarının saat 17 ‘de kapandığını ve bu saatten sonra olabilecek acil durumlar ya da çocuklarının enjeksiyonu için sağlık ocaklarına gidemediklerini ifade etmişlerdir.

Çiçeklioğlu (2) araştırmasında kişilerin %13.4’ünün sağlık ocağı hizmetlerini kullanmama nedeni olarak sağlık ocağının çalışma saatlerini uygun bulmadıklarını göstermiştir. Araştırmamıza katılan kadınlar sağlık ocaklarının erken kapandığı için sağlık hizmetini 24 saat açık diğer kurumlardan aldıklarını belirtmişlerdir.

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 26.03.2004 tarih ve 05113 Sayılı yazısı gereğince, Mersin ilinde Merkez 2 No’lu, 4 No’lu 5 No’lu ve Mezitli 2 No’lu sağlık ocakları 24 saat hizmet vermeye başlamıştır (77).

Kadınların çoğunluğu sağlık ocağının bekleme yerini (%74.0) ve muayene odasını rahat bulduklarını (%98.7) belirtmişlerdir. Kadınların %77.3’ü sağlık ocağının personeline rahatlıkla soru sorabildiklerini ve %52.7’si sağlık ocağı personelinden yeterli bilgi alabildiklerini ifade etmişlerdir. Ancak kadınların %30.7’si sağlık ocağı personelinin davranışlarından memnun olmadıklarını ve memnun olmayan kadınların %56.5’inin bu nedenle sağlık ocağına çocuklarını götürmediklerini belirtmişlerdir (Çizelge 12, Çizelge 13).

Çiçeklioğlu’nun (2) araştırmasında da kişilerin %86.6’sı sağlık ocağının bekleme yerini, %94.4’ü muayene odasını rahat bulduklarını belirtmişlerdir. Yine kişilerin %91.8’i personele rahatlıkla soru sorabildiklerini, %77.6’sı personelden yeterli

bilgi aldıklarını, %89.7'si ise personelin davranışlarından memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 14'de kadınların sağlık ocağının ücret durumu ile ilgili düşünceleri verilmiştir. Kadınların %84.0'ı sağlık ocağında ücret alındığını ve bu nedenle %67.5'i sağlık ocağına çocuklarını götürmediklerini belirtmişlerdir. Yine kadınların %52.0'ı sağlık ocağında yazılan ilaçları sağlık güvencesinin karşılamadığını ve bu nedenden dolayı %92.3'ü sağlık ocağına çocuklarını götürmediklerini ifade etmişlerdir. Bu durumun araştırma kapsamına alınan ailelerin yarıya yakınının sağlık güvencesinin SSK olmasından (%48.0) ve sağlık ocağında SSK'lı hastaların ücretli tedavi olmasından kaynaklanmış olduğu düşünülebilir.

Sağlık ocağına erişebilirliği arttırmak için, toplumdaki kişilerin tümünü kapsayan sosyal güvence sistemine ihtiyaç vardır. Bunun dışında sağlık güvencesi SSK olanların da sağlık ocaklarından yararlanabilmeleri gereklidir. Bizim çalışmamızda veri toplama aşamasında henüz sağlık ocakları SSK'lı hastalara hizmet vermiyordu. Çalışmamız bitmeden 01.01.2004 tarihinden itibaren Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokoller gereğince sağlık güvencesi SSK olan kişiler Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almaya başlamışlardır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa, sağlık ocaklarında verilen hizmetin ücretsiz olduğunu belirtmektedir. Sağlık ocaklarında hizmetin ücretsiz olması hem sosyalizasyon yasasının ilkelerinden biridir hem de ilkelerin bir sonucudur. Hizmet bedeli kişinin birinci basamak sağlık kurumundan hizmet almasını engellememelidir. Herkes belli kurallara uymak koşulu ile sağlık hizmetlerinden para ödmeden yararlanabilmelidir (14,15,74). Araştırmamızda kadınların % 67.5'i sağlık ocağında ücret alındığı için sağlık ocağına çocuklarını götürmediklerini belirtmişlerdir.

Demirhindi ve ark. (47) çalışmasında, hastaların %66.7'sinin sağlık ocağında yazılan ilaçları paraları olmadığı için alamadıkları belirlenmiştir. Türeyengil'in (70) araştırmasında kişilerin %89.0'ı yazılan ilaçları alabildiğini, ancak %10.1'inin alamadığını, alamama nedeni olarak ta kişilerin paralarının olmadığını ileri sürmüşlerdir. neden olarak göstermişlerdir. Sağlık güvencesinin sağlık ocağında yazılan ilaçları karşılayıp karşılamaması sağlık ocağını kullanma durumunu etkilediği bizim çalışmamızda da ortaya çıkmıştır.

Sağlık ocaklarının ve sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin, diğer sağlık kuruluşlarında olmayan en önemli görevleri arasında ev ziyaretleri gelmektedir. Ev ziyaretlerinin amacı birey, aile ve toplumun sağlık ve hayat kalitesini artırmaktır. Aileler ev ziyaretinin bir parçası olmalıdırlar. Bu aşamada ailelerin sosyal ve çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi, fizyolojik fonksiyonlarının bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ev ziyareti yapan ebe ve hemşireler, aileyi yaşadığı çevrede görerek onların ihtiyaçlarını daha kolay belirleyip, yeterli sayıda ev ziyareti ile anne ve çocukların sağlık sorunlarının giderilmesinde başarıya daha kolay ulaşırlar (31,78,79).

Çizelge 15, 22, 23, 24, 25'de kadınların ve ebelerin ev ziyaretleri ile ilgili düşüncelerinin dağılımları verilmiştir.

Araştırmamızda kadınların %82.0'ı ebelerin kendilerine ev ziyareti yaptıklarını, ev ziyareti yapılan kadınların %37.4'ü ebelerin kendilerine yılda 7 kez ve üzerinde ev ziyareti yaptıklarını belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan ebelerin tamamının ev ziyareti yaptıkları, hemşirelerin ise tamamının ev ziyareti yapmadıkları belirlenmiştir. Ev ziyareti yapan ebelerin 1 yaşa yılda 12-15 kez (%57.8), 6 yaşa yılda 1 kez (%51.6) ev ziyareti yaptıkları belirlenmiştir. Ebelerin 1-6 yaş grubu çocuğa T.C. Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesinde belirttiği ziyaret sıklığından daha fazla ev ziyareti yaptıkları belirlenmiştir.

Kadınların çoğunluğu (%87.3) ev ziyaretlerinde ebelerin aşı uygulaması yaptıklarını, %13.0'ı ise ebelerin ev ziyaretlerinde herhangi bir şey yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Ebelerin ise %59.4'ü ev ziyaretlerinde; boy- kilo ölçümü ve aşılama hizmeti verdiklerini, %40.6'sı ise yalnızca boy ve kilo ölçümü yaptıklarını belirtmişlerdir. Ebeler, ev ziyaretlerinde 1-6 yaş grubuna ilişkin yaptıkları uygulamalarda boy- kilo ölçümü yaptıklarını ifade ederken, anneler ebelerin ev ziyaretlerinde çocuklarının boy ve kilo ölçümünün yapıldığını belirtmemişlerdir. Oysa T.C. Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesinde, ebelerin ev ziyaretlerinde; boy- kilo ölçümü, kol ve göğüs çevresi ölçümü ve fontanel muayenesi yapmaları ve genel bulgulara yer vermeleri istenmektedir (48). Kadınların, çocukların ve ailelerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahip olan sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşireler; bireylere danışmanlık yaparak sağlık eğitimi verme,

bilgilendirme, anne sütünün yararları, emzirme, beslenme, bağışıklama vb. konulara öncelik vermeleri beklenmektedir (54). Bizim çalışmamızda da kadınlar, ebelerin ev ziyaretlerinde %58.5'inin aşı, %31.7'sinin aşı ve beslenme konularında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Ebeler ise, ev ziyaretlerinde kadınlara beslenme, bağışıklama ve genel hijyen gibi konularda eğitim verdiklerini belirtmişlerdir.

Kadınlar ebelerden ev ziyaretlerinde kendilerine çocuk bakımı, büyüme ve gelişme, çocuk hastalıkları ve ilk yardım konularında eğitim verilmesini istemektedirler. Ergin ve ark. (54) yapmış olduğu çalışmada, kadınların ev ziyaretlerinde ebelerden çocuk sağlığı, bakımı, beslenmesi, gelişmesi, aşular, kadın sağlığı konularında eğitim verilmesini istedikleri belirlenmiştir. Bu çalışmadaki kadınların ebelerden istedikleri eğitim konuları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu eğitim konuları her iki araştırmada da talep edildiğine göre, bu konularda eğitim verilmediği ve eğitim gereksiniminin devam ettiği düşünülebilir.

Kadınların %56.9'u ebelerin yaptıkları ev ziyaretlerinden memnun olduklarını söylemişlerdir. Erci (41) çalışmasında annelerin %92.5'inin ebelerin ev ziyaretleri hizmetlerinden memnun olduklarını saptamıştır. Bu verilere göre bizim araştırmamıza katılan kadınların ev ziyaretlerinden daha az memnun oldukları söylenebilir.

Ev ziyaretinden memnun olmayan kadınlara (% 43.1) ev ziyaretleri ile ilgili önerileri sorulduğunda, çoğunluğu (%64.2) ebelerden daha fazla ilgi beklediklerini, çocukları ile ilgili çeşitli konularda eğitim verilmesini ve ziyaret yapan ebe sayısının artırılmasını istediklerini belirtmişlerdir. Erci'nin (41) araştırmasında da ebelerin ev ziyareti hizmetinden memnun olmayan anneler, ebelerin daha sık ziyaret etmesi, daha fazla ilgilenmeleri, çocuk beslenmesi ve bakımı hakkında bilgi vermelerini istemektedirler.

Gomby ve ark. (58) yaptığı çalışmada başvurdukları ailelerin %55.0'ı ev ziyaretlerini isteyerek kabul ettiklerini bildirmektedir. Ev ziyaretini istemeyenlerin bir kısmı gereksinim duymadıklarını, istemediklerini veya sağlık davranışlarını değiştirmeye gereksinim duymadıklarını ifade etmişlerdir.

Kadınların %17.0'ı ev ziyareti yapan ebelerin eğitim düzeyinin daha yüksek olmasını istemektedirler. Ergin ve ark. (54) çalışmasında ev ziyareti yapılan kadınların %76.3'ü ebelerin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin sadece %6.0'ının lisans mezunu olmasından dolayı,

kadınların ebelerin eğitim seviyelerinin yüksek olmasını istemelerinin doğal olduğu söylenebilir. Sürekli yeni gelişmelerin ve hızlı değişmelerin meydana geldiği günümüzde kişilerin mesleki fonksiyonlarını tam olarak yerine getirebilmeleri, kendi alanları ile ilgili gerekli bilgi ve becerileri kazanmaları ile mümkündür. DSÖ birinci basamak hizmetlerde çalışanların eğitimi ve yetiştirilmesi konusunda üye ülkelere sürekli önerilerde bulunmaktadır. Ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle bilgi ve becerilerinin artırılması sağlanmalıdır (80).

Ebeler, ailelere davranış değişikliği kazandırmada zorlandıklarını (%35.9), ebeye düşen aile sayısının fazla olduğunu (%20.3), ziyaret sırasında can güvenliklerinin olmadığını, zaman zaman tehdit edildiklerini, ulaşım sorunu yaşadıklarını (%14.1), dil ve ailelerle iletişim kurmada sorunlar yaşadıklarını (%7.8) ifade etmişlerdir. Ebelerin %21.9'u ise ev ziyareti yaparken herhangi bir güçlükle karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 25).

Pasinlioğlu'nun (3) çalışmasına katılan ebeler ev ziyaretlerinde yaşadıkları güçlükleri; ebelerin tamamı ebe başına düşen nüfusun fazla olduğunu, %67.0'ı ulaşım sorunu yaşadıklarını, %53.0'ı toplumun sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması nedeniyle ailelerin önerilenleri yeterince yerine getiremediklerini, %44.0'ı ailenin verdikleri hizmeti kabul etmediklerini, %24.0'ı ise dil sorunu olarak belirtmişlerdir. Seyhan ve ark. (81) ebelerin ev ziyaretleri sırasında yaşadıkları güçlükler olarak can güvenliği, ulaşım, iletişim ve personel yetersizliğini göstermişlerdir. Çalışmalarda ebelerin ev ziyaretleri sırasında yaşadıkları güçlükler ile bizim çalışmamızda ortaya çıkan ebelerin yaşadıkları güçlükler benzerlik göstermektedir.

Kadınların sağlık ocağından beklentileri Çizelge 16'da yer almaktadır. Kadınların sağlık ocağından beklentileri, sağlık ocağının ücretsiz olması, SSK kurumuna da hizmet vermesi, radyolojik ve laboratuvar tetkiklerin yapılması, sağlık ocağındaki personel sayısının artırılması, sağlık ocağında uzman hekimlerin olması ve sağlık ocağının 24 saat hizmet sunması şeklindedir.

Balkanlı ve ark. (71) çalışmasında kadınların çoğunluğunun (%77.5) sağlık kuruluşu olarak SSK hastanesini tercih etmesini, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasını en önemli etken olarak göstermiştir. Sağlık ocakları 01.01.2004 tarihinden itibaren SSK kurumunu da hizmet vermeye başlamış olması sorunun çözümünde önemli bir aşama olarak düşünülebilir.

Pasinlioğlu'nun (2) yaptığı çalışmada ailelerin sağlık ocağına başvurmama nedenleri arasında sağlık ocaklarında röntgen cihazının olmaması ve tetkiklerin yapılmaması yer almaktadır. Çetinkaya ve ark. (62) çalışmasında, araştırma grubuna alınan kadınların sağlık ocaklarından beklentileri arasında ilk sırada laboratuvar tetkiklerinin yapılması (%78.3) yer almaktadır. Benzer bulgular Edirne sağlık ocaklarında yapılan çalışmada da elde edilmiştir (4).

Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesine göre, sağlık ocaklarında, iyileştirici sağlık hizmetleri için yeterli düzeyde donanımlı bir sağlık ocağı laboratuvarında kanda; hemogloblin, hematokrit, hücre sayımı, sedimantasyon, periferik yayma, sıtma paraziti ve şeker, idrarda; idrar dansitesi, protein, şeker, keton türevleri, dışkıda; parazit, gizli kan bakılması, gebelik testi, sürüntü ve balgam incelemesinin yapılması, ihtiyaç duyulan yerlerde ve imkanlar ölçüsünde EKG, röntgen, ultrason vb. cihazlarının kullanılması öngörülmektedir (48).

Araştırmamıza katılan kadınların %10.7'si sağlık ocağında uzman hekimlerin olmasını istemektedirler. İnsanlar tercihlerini uzman hekim yönünde kullanmaktadırlar (17). Bu durumun uzman hekimlerin daha bilgili olacağı, hastalığına daha iyi tanı koyup tedavi edebileceği inancından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çizelge 17'de kadınların sağlık ocağında çalışan personelden beklentileri yer almaktadır. Kadınların büyük çoğunluğu sağlık ocağında çalışan ebe, hemşire ve doktorlardan ilgi, güler yüz ve duyarlı olmalarını istemektedir.

Hasta memnuniyetini etkileyen birçok değişken vardır. Bu değişkenden en önemli olan hizmet verenlere ilişkin özelliklerdir. Yapılan pek çok araştırma sonuçlarına göre, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayışın, kişilerin tutumlarının hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağladığını ortaya koymuştur (75). İzmir ilinde Özmen tarafından yapılan bir çalışmada, benzer biçimde hizmet alanlar hemşirelerden daha fazla ilgi, güler yüz, şefkat beklemektedirler (65). Çetinkaya'nın çalışmasında da kadınların çoğunluğu sağlık ocağı personelinden, daha iyi davranış (%70.8) ve güler yüz (%51.7) beklentisi içinde oldukları görülmektedir (62). Bu beklentiler ile bizim çalışmamızda ortaya çıkan kadınların beklentileri arasında benzerlik görülmektedir.

Pasinlioğlu'nun çalışmasında ise ailelerin sağlık ocağına başvurmama nedenleri arasında ilk iki sırada personelin kötü davranması, azarlamaları ve ilgilenmemeleri

gelmektedir (2). Hasta birey, hastalığı nedeniyle baş vurduğu sağlık kurumlarında korku ve endişe yaşamasının yanında; alışık olmadığı, kurallarının ve sınırlarının başkaları tarafından belirlendiği, yabancı bir ortama girer. Bu nedenle ebe ve hemşireler, hasta ve ailesinin içinde buldukları durumu anlayabilmek için insanı ve gereksinimlerini tanımalı; bireyi sosyal, psikolojik ve fiziksel yönleri ile bir bütün olarak ele almalıdır (63). Bu nedenle sağlık ocağında çalışan personelin tüm bireylere karşı tavır ve tutumlarında daha dikkatli olması gerekmektedir.

Ebe ve hemşireler sağlık ocaklarının görevlerini; aile planlaması, ana ve çocuk sağlığı, bağışıklama, gebe takibi, poliklinik ve temel sağlık hizmetleri olarak belirtmişlerdir (Çizelge 19).

Ebe ve hemşireler sağlık ocaklarının görevleri arasında ana ve çocuk sağlığı, bağışıklama ve aile planlaması hizmetlerini ilk sıralarda belirtmektedirler. Ülkemizin sağlık sorunları sıralaması ile bu hizmetler uygunluk göstermekle birlikte, bu hizmetlerin halka en yakın yer olan sağlık ocaklarında veriliyor olması ise memnuniyet vericidir.

T.C. Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesinde ebe ve hemşirelerin belirttiklerinin dışında, sağlık ocaklarının görevleri arasında; yaşlı sağlığı hizmetleri, kronik hastalıklarla mücadele, okul sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, içme ve kullanma sularının denetimi, erken tanı ve tedavi hizmetleri, ilk yardım ve acil bakım hizmetleri, ağız ve diş sağlığı, rehabilitasyon hizmetleri ve halkın sağlık eğitimi gibi hizmetler de yer almaktadır (48).

Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşireler görevlerini, bağışıklama, gebe ve bebek izlemi, poliklinik izlemi, aile planlaması, 15-49 yaş kadın izlemi, sağlık eğitimi, kayıt tutma ve yaşlı izlemi olarak belirtmişlerdir (Çizelge 20,21).

T.C. Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesi'ne göre sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirenin görevleri arasında; koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, iş ve işçi sağlığı, okul sağlığı hizmetleri, acil müdahale hizmetleri, kronik hastalıkları tarama ve tedavi hizmetleri de yer almaktadır (48). Ebe ve hemşireler yönergede belirtilen bu görevlerinden hiç söz etmemişlerdir.

Özsoy'un (44) sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinin temel sağlık hizmetlerine ilişkin bilgileri ile ilgili çalışmasında, çalışan sağlık personeline göre temel sağlık hizmetlerinin öncelikli hizmet alanları sıralamasında bağışıklama, ana - çocuk

sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ilk üç sırada yer almıştır. Bizim çalışmamızda da ebe ve hemşireler bu hizmetleri ilk sıralarda belirtmişlerdir.

Ebe ve hemşireler 1-6 yaş grubuna hizmet sunarken yaşadıkları güçlükler olarak, kadınların verdikleri eğitimi uygulamamalarını ve ilgisiz olmasını, çocuklarla iletişim kurmada zorlanmalarını, sağlık ocağı binasının yetersiz olmasını ve ailelerle dil sorunu yaşamalarını göstermişlerdir. Ebe ve hemşirelerin ancak %27.0'ı herhangi bir güçlükle karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 26).

Tortumluoğlu ve ark. (61) 'Erzurum İli Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin Yaşadığı Sorun ve Beklentileri' ile ilgili çalışmada hemşirelerin %38.2'si hizmet sunumunda sorun yaşamadıklarını ifade ederken, %35.3'ü iletişim yetersizliğinden kaynaklanan sorunlar yaşadıklarını, ebelerin %41.3'ü verdiği hizmetin toplum tarafından önemsenmediğini, %20.0'ı saygısız davranış ve hakaretler yaşadıklarını, %14.3'ü ebe başına düşen nüfus sayısının fazla olduğunu belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin yaşadıkları güçlükler ile bizim çalışmamızda ortaya çıkan güçlükler benzerlik göstermektedir.

Ebe ve hemşireler karşılaştıkları bu güçlükleri ortadan kaldırmak için ekip işbirliği, ailelere eğitim verme, aile ve çocukla daha uygun bir tarzda iletişim kurma önerilerini getirmişlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hangi düzeyi olursa olsun, hizmet sunan insanlardan verimlilik beklenir. Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşmasında değişik birim ve sektörlerin işbirliği yapmalarının büyük önemi vardır. Bunun amacı birey ve aileler için en iyi sağlık koşullarının sağlanmasıdır. Bunun için ulusal sağlık sistemi, merkezi ve yerel yönetim, sivil toplum örgütleri, endüstri sektörü, medya ve kişilerin ortak çalışması gerekmektedir. Bunun yanında yapılan araştırmalar ile verilen hizmetlerin değerlendirilmesi ve gereksinimlerin belirlenerek yeni projelerin yapılması gerekmektedir (9,50,82).

Sağlıklı bir toplumun temel koşulu; sağlık hizmetlerinin eşit, dengeli ve ulaşılabilir olarak sunulmasıdır. Bu da ancak sağlık personelinin yeterli ve dengeli dağılımı ile mümkündür (68). Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğu (%86.0) sağlık ocağındaki ebe ve hemşire sayılarını yeterli bulmuşlar ve iş yoğunluklarını normal olarak değerlendirmişlerdir.

Çizelge 27’de ebe ve hemşirelerin bölge halkından beklentileri yer almaktadır. Ebe ve hemşirelerin bölge halkından beklentileri; daha anlayışlı, güler yüzlü ve ilgili olmaları, verdikleri sağlık eğitimlerine istekli olmaları ve uygulamaları, sağlık personelinin çekinmemeleri ve güvenmeleri, eğitim düzeylerinin yüksek olması şeklindedir.

Tortumluoğlu ve ark. (61). çalışmasında da ebe ve hemşirelerin hizmet sunulan bireylerden verilen eğitimleri uygulamalarını bekledikleri belirlenmiştir

Ebe ve hemşirelerin %80.0’ı sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduklarını belirtirken, memnun olma nedenleri olarak; sağlık ocağında nöbet durumunun olmaması, uyumlu bir ekip ile çalışma, halkla bire bir çalışma, iş yoğunluğunun olmamasını göstermişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %20.0’ı sağlık ocağında çalışmaktan memnun olmadıklarını, memnun olmama nedenleri olarak da, aktif olarak çalışmamaya bağlı olarak işten doyum alamama, ev ziyaretlerini sevmemeyi göstermişlerdir (Çizelge 28).

Elazığ ilinde yapılan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimler ile ilgili bir çalışmada hekimlerin %30.2’si sağlık ocağında çalışmaktan memnun olmadığını, neden olarak da; yeterince doyum alamamayı (%80.8), mesleki saygınlığın olmamasını (%11.5) göstermişlerdir (83). Tortumluoğlu ve ark. çalışmasında da ebelerin %12.9’u ev ziyaretlerinin kaldırılması şeklinde önerilerde bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışmaktan memnun olmama nedenleri arasında ev ziyaretlerini sevmeme yer almaktadır (61). Seyhan ve ark. (81) çalışmasında, ebelerin %60.2’sinin başka bir kurumda çalışmak istediklerini ve sağlık ocağında çalışmaktan hoşnut olmadıklarını belirlemiştir.

Sağlık ocağında çalışmayı kendi tercih eden ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumunun çalışmayı kendi tercih etmeyen ebe ve hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 29). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda sağlık ocağında çalışmayı ebe ve hemşirelerin kendilerinin tercih etmesi ile sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (P=0.00). Bu durumda çalışma yerinin kişinin kendisi tarafından tercih edilmesinin yapılan iş ve çalışma yerinden memnun olma durumunu etkilediği söylenebilir.

Ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışma suresi arttıkça sağlık ocağında çalışmaktan memnun olma durumunun yukseldiği belirlenmiştir (izelge 30) Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çalışma suresi ile sağlık ocağında çalışmaktan memnun olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P=0.00$).

Seyhan ve ark. (81) yapmış olduğu çalışmada ebelerin çalışma suresi ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak Ozan ve ark. (83) alışmasında da benzer olarak sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin çalışma sureleri ile mesleki memnuniyet durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlarla bizim çalışmamızın sonuçları uyumluluk gostermemektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1-6 yaş grubu çocuğu olan kadınların sağlık ocağından hizmet alımı ebe ve hemşirelerin hizmet sunumu ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve beklentilerini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar;

Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun 24-33 yaş grubunda, okur yazar ve ilköğretim mezunu, ev hanımı, sağlık güvencesinin olduğu ve asgari ücretin üstünde aylık gelirleri olduğu belirlenmiştir.

Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin çoğunluğu 31-40 yaş grubunda, yarıya yakını önlisans (Açıköğretim) mezunu, yarıdan fazlasının yalnızca sağlık ocağında çalıştığı belirlenmiştir.

Sağlık güvencesi olmayan ailelerin yarıdan fazlasının ailelerinde herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk davranış olarak evdeki ilaçları kullanıp, geleneksel uygulama yaptıkları, ailede çocuk sayısı arttıkça sağlık ocağını daha fazla kullandıkları ortaya çıkmıştır.

Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet durumunu azalmaktadır. Aylık geliri asgari ücretin üstünde olan kadınların aylık gelir asgari ücret ve altında olan kadınlara göre sağlık ocağı hizmetlerinden daha az memnun kalmaktadırlar. Kadınların yarıya yakını sağlık ocağında uzun süre beklediklerini, sağlık ocağının çalışma saatlerini uygun bulmadıklarını ve yine yarıya yakını sağlık ocağının çalışma saatlerinin uygun bulmadıkları için çocuklarını sağlık ocağına götürmedikleri belirlenmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu ebelerin kendilerine ev ziyareti yaptığını, yarıdan fazla kadının ziyaret yapan ebelerin kendilerine sadece aşı konusunda eğitim verdiğini ifade etmişlerdir. Kadınlar sağlık ocağının ücretsiz olması, SSK'ya da hizmet vermesi, çeşitli tetkik ve tahlillerin yapılması, uzman hekimlerin olması, 24 saat açık olması doğrultusunda sağlık ocağından beklentileri vardır. Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerden ise ilgi, güler yüz ve duyarlı olmaları konusunda beklentileri olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebelerin tamamının ev ziyareti yaptığı, hemşirelerin ise yapmadığı saptanmıştır. Ebelerin ev ziyaretleri sırasında karşılaştıkları güçlükler olarak; ailelere davranış değişikliği yaptırmada zorlanma, bir ebeye düşen aile sayısının

fazla olması, ev ziyareti yaparken can güvenliklerinin olmaması, bazen tehdit edilmeleri ve ulaşım sorunu yaşamaları, ailelerle iletişim kurmada zorlanma ve dil sorunu yaşamalarını belirtmişlerdir.

Ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında 1-6 yaş grubuna hizmet sunarken karşılaştıkları güçlükler olarak, kadınların verdikleri eğitimi uygulamamalarını ve ilgisiz olmalarını, çocuklarla iletişim kurmada sorun yaşadıklarını, sağlık ocağı binalarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Ebe ve hemşireler bölge halkından anlayışlı, güler yüzlü, ilgili olmaları, verilen sağlık eğitimlerini uygulamaları, sağlık ocağının personeline güvenmeleri ve çekinmemeleri konularında beklentileri vardır.

Ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduğunu, memnun olma nedenleri olarak da nöbet durumunun olmamasını, uyumlu bir ekip ile çalıştıklarını, halka bire bir hizmet sunduklarını ve iş yoğunluklarının olmadığını belirtmişlerdir. Sağlık ocağında çalışmayı kendi isteyen ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışmaktan memnuniyet durumunun sağlık ocağında çalışmayı kendi istemeyen ebe ve hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışma süresi arttıkça sağlık ocağında çalışmaktan memnun olma durumunun yükseldiği belirlenmiştir .

Bu Sonuçlar Doğrultusunda;

Araştırmamızda sağlık ocakları diğer sağlık kurumlarına göre daha az kullanıldığı tespit edildiğinden, sağlık ocaklarından yararlanmayı arttırabilmek için, çeşitli laboratuvar tahlil ve tetkiklerin yapılması, 24 saat hizmet vermesi, uzman hekimlerin olması, sağlık eğitimlerin olması,

Sağlık ocağında çalışanlarının, hizmet alanlara karşı, daha ilgili, güler yüzlü ve anlayışlı olmaları, bu konuda sağlık ocağında çalışan personelin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi,

Kadınların sağlık ocağının verdiği hizmetlere karşı ilgisinin artırılması, verilen eğitimleri uygulamaları için sağlık ocağı personeli ile kadınların birlikte katılımı sağlanarak ve diğer sektörlerin işbirliği ile ortak çözümlerin oluşturulması,

Sağlık ocaklarında; bağışıklama, ana ve çocuk sağlığı ve poliklinik hizmetleri dışında, yönergede belirtilen diğer görevlerini de yerine getirilmesi, için motive edilmeleri,

Kadınların sağlık ocağının 1-6 yaş grubu çocuklara verdikleri hizmetler doğrultusunda, ev ziyaretlerindeki beklentileri ile ebe ve hemşirelerin yapabilecekleri olası değişikliklerle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin attırılması,

Sağlık ocaklarında çalışacak ebe ve hemşirelerin sağlık ocağında çalışmayı kendi tercih edenlere daha öncelik verilmesi,

Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşire sayısının arttırılması, sağlık ocaklarında çalışan tüm ekip üyelerinin bilimsel gelişmelere uygun olarak hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi,

Sağlık hizmet kalitesinin arttırılmasında, hizmeti sunan ve hizmeti alanların beklenti ve güçlüklerinin ortak değerlendirilmesi yapılarak, karşılaşan güçlüklerin çözümünde çalışanların katılımı ve sektörler arası işbirliğinin yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Can N. Avrupa Birliği İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu. Erişim: <http://www.org.un.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.HTM>. Erişim tarihi: 01.08.2002.
2. Çiçeklioğlu M. Birinci Basamak Hizmetinin Değerlendirilmesinde Bir Yaklaşım Girişimi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1997.
3. Pasinlioğlu T. Ebeveynlerin Sağlık Ocaklarının Verdiği Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1991; 7(3): 1-10.
4. Ekuklu G, Saltık A, Erdoğan S. Edirne'de Sağlık Ocaklarında Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Adana, 14-18 Nisan 1998:157-166.
5. Atalay M. Sivas İli Kızılırmak Sağlık Ocağı Bölgesi Halkının, Sağlık Kavramı İle İlgili Bilgi ve Becerilerinin Belirlenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir, 12-14 Eylül 1990:145-160.
6. Potter PA, Perry GA. Fundamentals Of Nursing Concepts, Process and Practice 4nd Ed. The United States: Mosby, 1997:4-10.
7. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentals Of Nursing Human Health and Function. 2nd Ed. New York: Lippincott, 1996:246.
8. Tuncel N, şanlı T, Perk M. *Halk Sağlığı Hemşireliği*. 5. Baskı, Eskişehir: Web-Ofset, 1997:13-35.
9. Bilir N. Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşımlar. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*, 1992; 2(1): 3-5.
10. Tümerdem Y. *Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği)*. 13.Baskı, İ.Ü. Basımevi, İstanbul: 1992.
11. Özsoy S, Bayık A. Çocuk Sağlığı Gelişiminde Toplum Katılımının Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1993; 9(3): 49-58.
12. 10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/224.html/> Erişim tarihi:31.07.2002.

13. Eytan TD. AMA Network: Research Reverberations #1:ThePrimary Care Dept. Erişim:<http://groups.google.com.tr/groups?q=primary+care&hl=tr&lr=&ie=UTF-8&oe=UTF...>
Erişim tarihi:29.07.2003.
14. Beşer E, Çan G. Temel sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. İzmir, 12-16 Eylül 1994: 244-246.
15. Bektur MN. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocaklarının Kullanımı ve Beklentiler.Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1999.
16. Ocakçı A. Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Erişim: <http://Server.Karaelmas.edu.tr> Erişim tarihi: 01.08.2002.
17. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt AÖ. Kent Merkezinde Bulunan Bir Sağlık Ocağına 2000 Yılı İçinde Yapılan Poliklinik Başvurularının İncelenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2002; 12(1): 51-56.
18. Günay O, Aykut M, Öztürk A. Temel Sağlık Örgütünde Çalışan Personelin Sorunları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. İzmir, 12-16 Eylül 1994: 269-275.
19. Erdoğan MS. Edirne İli Sağlık Ocağında Çalışan Pratisyen Hekimlerin Sağlık Ocağı Hekimliğine İlişkin Değerlendirilmeleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 1998; 8(2): 3-10.
20. Torontow J. Introduction to Community Oriented Primary Care. Erişim:<http://groups.google.com.tr/groups?q=primary+care&hl=tr&lr=&ie=UTF-8&oe=UTF...>
Erişim tarihi:29.07.2003.
21. Münih Deklarasyonu....Hemşireler ve Ebeler : Sağlık için Bir Güç Erişim: <http://www.un.org.tr/who/MUNIH.HTM>. Erişim tarihi:08.08.2002.
22. Oral SN. Çocuk sağlığına Giriş. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 2.Baskı, Ankara:Grafiker Ofset, 1997: 159-172.
23. Arslan P. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çocuk Beslenmesinin Önemi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Adana, 12-16 Nisan 1998:36-39.
24. Yayıcı M, Çivi S. 0-6 Yaş Çocukların Hastalandıklarında, Sağlık Ocaklarını kullanma ve Tedaviden Yararlanma Durumları. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*, 1994; 4(4): 28-32.

25. **Metin B, Akın A, Güngör i.** Yenibinyılın Dünya Çocukları. Dünya Sağlık Raporu 1998, T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkileri Daire Başkanlığı, Ankara, 1998.

Erişim: <http://www.cocukvakfi.org.tr/sayisal-rapor2.htm>. Erişim tarihi:01.08.2002.

26. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2002. **Kasım 2003.**

27. Reducing Mortality From Major Killers of Children

Erişim: <http://www.who.int/inf-fs/en/fcat178.html> Erişim tarihi:02.08.2002.

28. Integrated Management of The Sick Child

Erişim: <http://www.int/inf-fs/en/fact096.html>.Erişim tarihi:02.08.2002.

29. **Çiçeklioğlu M, Ergin I, Hassoy H.** Sağlık Reformları ve Bağışıklama. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Eylül-Ekim 2003; 18(5):5-6.

30. The World Health Report 2003. Erişim: www.who.int/childadolescent-health/New-publication-Child-Health. Erişim Tarihi: 10.05.2004.

31. **Persily CA.** Lay Home Visiting May Improve Pregnancy Outcomes. *Holistic Nursing Practice*, September- October 2003; 17(5): 231-240.

Erişim:http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.882004&res_dat=xri:pqd&frit_val_fmt=info...

Erişim tarihi: 05.04.2004

32. Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi

Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa> erişim tarihi:17.05.2004.

33. **Fişek N.** Yine Çocuk Sağlığı Üzerine. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **Kasım 2002**; 10(11): 406-408.

34. **Bayık A.** Temel Sağlık Hizmetlerinde Hastanelerin Değişen Rolü Göz Önüne Alınarak, Hemşirelik Hizmetlerinin Planlanması ve Bu Alanın Hemşirelik Öğretiminde Kullanımı. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir, 12-14 Eylül 1990:112-118.

35. **Perrin J, Guyer B, Lawrence JM.** Health Care Services for Children and Adolescents.

Erişim:www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=77369

Erişim tarihi 26.05.2004.

36. **Crawford MJ, Rutter D, Manley C. et all.** Systematic Review of Involving Patients in The Planning and Development of Health Care. *BMJ*, November 2002; 325(30): 1263-1264.

37. Declaration of Alma-Ata Erişim: who.int/chronic-conditions/primary-health-care/en/almaata-declaration Erişim tarihi:08.08.2002.

38. 1.Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.

Erişim: <http://lokman.cu.edu.tr/family/ah012.htm> Erişim tarihi:07.03.2004.

39. Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı ve Sağlık Projesi

Erişim: <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9406/3.htm> Erişim tarihi:25.09.2002.

40. **Kara S, Şener F, Kemaloğlu S.** Kayseri İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında Bulunan Tıbbi Cihazların Durumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2003;12(3):52-57.

41. **Erci B.** Annelerin Sağlık Ocaklarının Görevleri Hakkındaki Bilgileri ve Beklentileri. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1990.

42. **Metin B.** Türkiye'nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları.

Erişim:<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>

Erişim tarihi:01.08.2002.

43. **Gröne O, Barbero M.** Trends in Integrated Care-Reflections on Conceptual Issues.

Erişim:<http://www.euro.who.int/document/ihb>

44. **Özsoy S.** Bornova Bölgesindeki Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Çalışanlarının (Hekim, Hemşire, Ebe, Eczacı, Sağlık Memuru) Temel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bilgileri. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. İzmir, 12-16 Eylül 1994: 272-275.

45. Sağlık. Erişim: <http://www.ogretmenlersitesi.com/yasa/egitimsenhukuk04.htm>

Erişim tarihi.01.08.2002.

46. **Perry B, Gesler W.** Psysical access to Primary Health Care in Andean Bolivia. *Social Science&Medicine*, May 2000; 50(9): 1177-1188.

47. **Demirhindi H, Akbaba M, Bahçebaşı T, Bicik Z, Savaşer İH, Türkmen O.** Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastaların Reçete Kullanım Durumları ve Etkileyen Faktörler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. İzmir, 12-16 Eylül 1990: 247-249.

48. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara, 2001.

49. Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri. Erişim: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/10.htm Erişim tarihi:30.07.2002.
50. Reid j. UK Government: Experts Appointed To Help Improve Public Health. *M2 Presswire. Coventry, April 2004*: 1-3.
51. Bright Future's Children's Health Charter. Erişim:www.brightfutures.org/charter.html
Erişim tarihi:27.02.2004
52. Bulut A, Uzel N, Kutluay T, Neyzi O. İstanbul Yenibosna'da Gebelik, Doğum ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma. *Halk Sağlığı Bülteni, Ocak 1990*; 4(11): 3-6.
53. Erefe İ. Türkiye'nin Sağlık Geleceği İçinde Hemşireliğin Hedefleri ve Beklentileri. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir, 12-14 Eylül 1990: 1-9.
54. Ergin G, Demirbaş K. 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubu Kadınların Ev Ziyaretlerinden Beklentileri. *Hemşirelik Forumu Dergisi, Ocak-Şubat 2003*; 6(1): 43-48.
55. Köhler L. Child Health Services - Experiences From Sweden. 2. Ulusal Ana – Çocuk sağlığı Kongresi. İstanbul, 4-6 Haziran 2003: 26.
56. O'Connor KO, MowatD, Scott HM, et al. A Randomized Trial of Two Public Health Nurse Follow-up Programs After Early Obstetrical Discharge. *Canadian Journal of Public Health, March-April 2003*; 94(2):98-103.
57. Hanks CA, Smith Y. Implementing Nurse Home Visitation Programs. *Public Health Nursing, August 1999*; 16(4):235-245.
58. McNaughton DB. A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research. *Public Health Nursing, November- December 2000*; 17(6):405-418.
Erişim:<http://www.blacwell-synergy.com/servlet/useragent?func=synergy&synergyAction=...>
Erişim tarihi:26.05.2004.
59. Anonymous. Home Visiting / In Reply. *Pediatrics, January 2003*; 1491-1501.
Erişim:<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=8&sid=1&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=...>
Erişim Tarihi: 05.04.2004

60. Çakmakçı A, Aycan N. Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine Bakış Açıkları İle Mesleği Tercih Etme durumları; Manisa Örneği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, Ocak-Şubat 2003; 6(1): 33-38.

61. Tortumluoğlu G, Daştan A, Verep S. Erzurum ilinde Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan bir Grup Sağlık Personelinin Mesleki Beklenti, Sorun ve Önerileri
Erişim: http://www.insanbilimleri.com/makaleler/saglik_bilimleri/Saglik_Calisanlarinin.htm
Erişim tarihi: 11.07.2004.

62. Çetinkaya F, Naçar M, Öztürk Y. Kayseri’de 15-49 Yaş Kadınların Sağlık Ocağına Bakış Açıkları.
Erişim: <http://www.dicleedu.tr/m94.htm>. Erişim tarihi: 11.07.2004.

63. Cebeci F, Elbaş NÖ. Hemşirelerin Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Modern Hasta Yönetimi Dergisi*, Temmuz-Ağustos-Eylül 2002; 6(3): 47-54.

64. Aslan F, Yazıcı S, Sabuncu H. İstanbul’da Bir Üniversitede ve Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine Yönelik Karşılaştırılmalı Bir Çalışma. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir, 1990: 873-881.

65. Özmen D. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Beklentilerin Saptanması. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir, 1990: 532-538.

66. Erişim: www.die.gov.tr/tkba/istatistikler.htm Erişim tarihi: 07.06.2004

67. T.C Sağlık Bakanlığı İçel Sağlık Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2003.

68. Sağlık Bakanlığının Bir Yıllık İcraatı, 1998.

Erişim: <http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/TURKHABER/1998/20temmuz/T2.htm>
Erişim tarihi: 11.07.2004.

69. Ece NT. Türkiye’de Sağlık Ne Kadar İyi Kullanılıyor?

Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa> Erişim tarihi: 11.07.2004.

70. Türeyengil AL. Bursa Karaman Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Halkın Sağlık Hizmetlerinden Beklentilerinin Çok Yönlü Araştırılması. Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa, 1998.

71. Balkanlı M, Öztürk A, Öztürk Y. Kayseri İli SSK Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. İzmir, 12-16 Eylül 1990: 262-265
72. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Sorun mu? Çözüm mü?
Erişim: <http://www.tt.b.org.tr/7.htm> Erişim tarihi: 31.07.2002
73. Hotchkiss DR, Celik Y. The Socio-economic Determinants of Maternal Health Care Utilization in Turkey. *Social Science&Medicine*, May 2000; 50(9): 1797-1806
74. Kılıç B, Aksakoğlu G. Sağlık Bakanlığınca Aralık 2001 Tarihinde Yeniden Yayımlanan 'Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'nin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Mayıs- Haziran 2002; 17(39):202-205.
75. Akgün S. Hasta Memnuniyeti Değişimleri. *Modern Hasta Yönetimi Dergisi*, Temmuz-Ağustos-Eylül 2002; 6(3): 12-18.
76. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and Health Care Utilization Among the Rural. *Social Science&Medicine*, May 2000; 50(9): 1197-1208.
77. İçel İl Sağlık Müdürlüğü'nün 13.10.2003 tarih ve 22254 Sayılı yazısı.
78. Gomby DS. Understanding Evaluations of Home Visitation Programs. *The Future of Children*, Spring- Summer 1999; 9(1): 27-30.
79. Gomby DS. Home Visiting: Recent Program Evaluations – Analysis and Recommendations. *The Future of Children*, Spring- Summer 1999; 9(1): 4-24.
80. Aydın T, Çetinkaya F, Öztürk Y. Temel Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Ana Çocuk Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu. Kayseri, 3-5 Haziran 1998: 134-142.
81. Seyhan L, Deveci B, Baydur H, Kuşçu EA, Ertekin E. Ebelerde Çalışma Yaşantısı ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi. Erişim:<http://www.manisa.saglik.gov.tr/araştırma/ebedoyum.htm> Erişim tarihi:13.07.2004.
82. Öztürk Y. Hemşirelik-Ebelik Uygulamalarında Kalite. Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu. Kayseri, 3-5 Haziran 1998:56-63.

83. Ozan AT, Deveci E, Oğuzöncül AF, Açıık Y. Elazığ İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Mesleki Memnuniyetleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2003;17(2):113-118.



EKLER

EK I- 1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN KADINLAR İÇİN ANKET FORMU

1-Kaç yaşındasınız?

2-Eğitim durumunuz?

a-Okuryazar-İlkokul

c-Lise

b-Ortaokul

d-Üniversite

e-Okuryazar değil

3-Evinizin dışında herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

()-Evet (açıklayınız)

()-Hayır(ev hanımı)

4-Eşiniz kaç yaşında?

5-Eşinizin eğitim durumu?

a-Okuryazar-İlkokul

c-Lise

b-Ortaokul

d-Üniversite

e-Okuryazar değil

6-Eşiniz ne iş yapıyor?

7-Sağlık güvenceniz var mı?

()-Evet(hangisi)

()-Hayır

8-Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz?

9-Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

()-Çekirdek Aile

()-Geniş Aile(Kimler var?)

()-Diğer(yazınız)

10-Oturduğunuz ev kendinize mi ait? Konutun tipi.

()-Evet (konut tipi).....

()-Hayır(konut tipi).....

11-Kendinizi ekonomik-parasal açıdan nasıl değerlendiriyorsunuz?

()-iyi

()-orta

()-kötü

12-Evinize giren ortalama aylık gelir miktarı ne kadar?

13-Son 10 yıldır oturduğunuz yerler ve oturma süreleriniz;

il

ilçe/köy

oturma süresi

14-Kaç çocuğunuz var?()

Cinsiyeti

Yaşı

-1.çocuk

-2.çocuk

-3.çocuk

-4.çocuk

-5.çocuk

15-Çocuğunuz/larınızda doğuştan gelen herhangi bir hastalık/sakatlık durumu var mı?
()-Var (açıklayınız)
()-Yok

16- (1-6) yaş çocuğunuzla ilgili aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı?

Durumlar Karşılaşıp/karşılaşmadığı Karşılaştıysa ne yaptığı

-Ateş yükselmesi

-Solunum yolu enfeksiyonu.

-Bulaşıcı hastalık

-Düşme, çarpma, kanama v.s

-Kafa travması

-ishal

-

-

17-Ailenizde herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk ne yaparsınız?

18- Ailenizde herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık kuruluşuna gider misiniz?

()-Evet (hangisi, sırasıyla)

()-Hayır

19- Bağlı bulunduğunuz sağlık ocağını biliyor musunuz? Hangisi?

()-Biliyor

()-Bilmiyor

20-Bağlı bulunduğunuz sağlık ocağının telefon numarasını biliyor musunuz?

()-Biliyor

()-Bilmiyor

21-Sağlık ocağında çalışan bir ebe ne iş yapıyor ?

22-Sağlık ocağında çalışan bir hemşire ne iş yapıyor?

23-Sağlık ocağında hangi hizmetler verilmektedir?

24-Başka hangi hizmetlerin verilmesini istersiniz?

25-Sağlık ocağında verilen hizmetlerden memnun musunuz?

()-Evet (Neden)

()-Hayır (Neden)

26- (1-6) yaş çocuğunuzu herhangi bir nedenle sağlık ocağına götürdünüz mü?

()-Evet(neden)

()-Hayır(neden)

27-Sağlık ocağında hangi personelle/rlle karşılaştınız?

28-Sağlık ocağında karşılaştığınız personel/ler sizinle/çocuğunuzla ilgili olarak neler yaptı?

Karşılaşılan personel

Neler yaptı

-Hemşire

-Ebe

-Diğer

29- Sağlık ocağında (ne için gitti ise).....için beklediniz mi?

()-Evet(ne kadar süre)

()-Hayır(ne kadar süre)

30- Bu süre sizin için uygun muydu?

()-Evet(ne kadar süre)

()-Hayır(ne kadar süre)

31-Sağlık ocağında uzun süre beklediğiniz için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

()-Evet

()-Hayır

32-Bağlı bulunduğunuz sağlık ocağı evinize uzak mı?

()-Evet

()-Hayır

33-Ulaşımı nasıl sağlıyorsunuz?

()-yürüyerek

()-otobüs-dolmuşla

34-Uzak olduğu için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

()-Evet (açıklayınız)

()-Hayır

35-Sağlık ocağının çalışma saatlerini biliyor musunuz? Size uygun mu?

()-Biliyorum

-uygun

-uygun değil

()-Bilmiyorum

36-Çalışma saatleri size uygun olmadığı için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

()-Evet (açıklayınız)

()-Hayır

37-Sağlık ocağında beklediğiniz oda (yer) rahat mı?

()-Evet

()-Hayır

38-Bekleme odası rahat olmadığı için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

()-Evet (açıklayınız)

()-Hayır

39-Sağlık ocağında çocuğunuzu muayene ettirdiğiniz oda rahat mı?

()-Evet

()-Hayır

40-Muayene odası rahat olmadığı için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

()-Evet (açıklayınız)

()-Hayır

41-Sağlık ocağında çalışan personele sormak istediğiniz her şeyi rahatlıkla sorabiliyor musunuz?

- Doktor
- Hemşire
- Ebe
- Diğer

42-Sağlık ocağında çalışan personele rahatça soru sormadığınız için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

- ()-Evet (açıklayınız)
- ()-Hayır

43-Sağlık ocağında çalışan personel çocuğunuzla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?

- ()-Evet
- ()-Hayır

44-Yeterli bilgi alamadığınız için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

- ()-Evet (açıklayınız)
- ()-Hayır

45-Sağlık ocağında çalışan personelin size karşı davranışlarından memnun musunuz?

- ()-Evet
- ()-Hayır

46-Çalışan personelin davranışlarından memnun olmadığınız için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

- ()-Evet (açıklayınız)
- ()-Hayır

47-Çocuğunuzla ilgili bir nedenle sağlık ocağına gittiğinizde ücret alınıyor mu?

- ()-Evet
 - ne için
 - ne kadar ücret
 - muayene
 - aşı
 - sağlam çocuk kontrolü
 - diğer

- ()-Hayır

48-Alınan bu ücret nedeniyle çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

- ()-Evet (açıklayınız)
- ()-Hayır

49-Sağlık ocağında yazılan ilaçları (varsa) sağlık güvence sisteminiz karşılıyor mu?

- ()-Evet-hangisi
- ()-Hayır-hangisi
- Sağlık güvencesi yok

50-Sağlık güvence sisteminiz ilaç ücretini karşılamadığı için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

- ()-Evet
- ()-Hayır

51-Çocuğunuzun aşılarını yaptırmak gerekir mi?

- ()-Evet(neden)
- ()-Hayır(neden)

- 52-(Evet ise) Siz kendi çocuğunuzun aşılarını yaptırdınız mı?
()-Evet -nerede (varsa aşı kartını gör)
()-Hayır-neden
- 53-Sağlam çocukları kontrol için sağlık kuruluşuna götürmek gerekir mi?
()-Evet-neden
()-Hayır-neden
- 54-(Evet ise) Siz kendi çocuğunuzu kontrol için götürdünüz mü?
()-Evet-nereye
()-Hayır-neden
- 55-Sağlık ocağından çocuğunuzu takip için evinize gelen bir ebe ya da hemşire var mı?
()-Evet
()-Hayır (64. soruya geçiniz)
- 56- Ebe ya da hemşirenizin adını biliyor musunuz?
()-Evet (adı)
()-Hayır
- 57- Ebe ya da hemşireniz son 1 yılda kaç kez evinize ziyarete geldi?
- 58- Ebe ya da hemşireniz çocuğunuzla ilgili hangi konularda bilgi veriyor?
- 59- Ebe ya da hemşireniz eve geldiğinde çocuğunuzla ilgili başka hangi konularda bilgi vermesini istersiniz?
- 60- Ebe ya da hemşireniz eve geldiğinde çocuğunuzla ilgili neler yapıyor?
- 61- Ebe ya da hemşireniz eve geldiğinde çocuğunuzla ilgili başka neler yapmasını istersiniz?
- 62- Yapılan bu hizmet sizi memnun ediyor mu?
()-Evet
()-Hayır
- 63-(Hayır ise) Ne yapılmasını önerirsiniz?
- 64-Bağlı olduğunuz sağlık ocağından beklentileriniz nelerdir?
- 65- Sağlık ocağında çalışan kişilerden beklentileriniz nelerdir?
-Ebe
-Hemşire
-Doktor
-Diğer

EK II- SAĞLIK OCAĞINDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELER İÇİN ANKET FORMU

- 1- Yaşınız?
- 2- Mesleğiniz ?
- 3- Öğrenim Durumunuz ?
 - a- Lisans
 - b- Önlisans(Açıköğretim Meslek Yüksekokulu)
 - c- Sağlık Meslek Lisesi
 - d- Sağlık Okulu
- 4- Medeni Durumunuz ?
 - a-Evli
 - b- Bekar
 - c- Diğer
- 5- Eşinizin Öğrenim Durumu ?
 - a- ilkokul
 - b- Ortaokul
 - c- Lise
 - d- Üniversite
- 6- Eşinizin Mesleği ?
 - a- işi yok
 - b- Memur
 - c- İşçi
 - d- Esnaf
 - e- Emekli
 - f- Diğer
- 7- Gelir Durumunuz?
 - a- Gelir gidere denk
 - b- Gelir giderden fazla
 - c- Gelir giderden az
- 8- Mesleğinizde şu ana kadar nerelerde, ne kadar süre çalıştınız?
süre
 - a- Sağlık ocağı
 - b- SSK Hastanesi
 - c- Devlet Hastanesi
 - d- Özel kurumlar
 - e- Diğer
- 9- Sağlık ocağında çalışmayı kendiniz mi istediniz?
Evet (Neden?)
Hayır (Neden?)
- 10- Temel Sağlık Hizmetleri denildiğinde aklınıza neler geliyor?
- 11- Sağlık ocağında çalışan bir ebe/hemşire olarak, sağlık ocaklarının görevleri nelerdir?
- 12- Sizin sağlık ocağınız yazdığımız bu görevlerden hangilerini yerine getirebiliyor?
- 13- Sağlık ocağında çalışan ebe/ hemşirenin görevleri nelerdir?

14- Siz yazdığınız bu görevlerden hangisini veya hangilerini yerine getirebiliyorsunuz?

15- Sağlık ocağı ebe/hemşiresi olarak 1-6 yaş grubu çocuğu olan aileye ev ziyaretleri yapıyor musunuz?

a-Evet b-Hayır (23. soruya geçiniz)

16- Ev ziyaretleri yaptığınız ev halkı sizi nasıl karşılıyor?

17- 1-6 yaş grubu çocuğu olan aileye yılda kaç kez ev ziyareti yapıyorsunuz?

- 1 yaş grubuna yılda.... kez
- 2 yaş grubuna yılda.....kez
- 3 yaş grubuna yılda.....kez
- 4 yaş grubuna yılda.....kez
- 5 yaş grubuna yılda.....kez
- 6 yaş grubuna yılda.... kez

18- Ev ziyaretlerinizde 1-6 yaş grubu çocuğa sıklıkla yaptığınız işlemler nelerdir?

- boy- kilo ölçümü
- aşılama
- muayene
-

19- Bu ziyaretlerinizde eğitim veriyor musunuz?

- a-Evet (Hangi konularda)
- b-Hayır

20-1-6 yaş grubu çocuğu olan aileye ev ziyaretleri yaparken karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

21- Bu güçlükleri ortadan kaldırmak için önerileriniz nelerdir?

22- Ev ziyaretine gittiğiniz en uzak ve en yakın mesafe ne kadar? Ulaşımını nasıl sağlıyorsunuz?

- en yakın mesafe.....
- en uzak mesafe.....

Ulaşımını sağlama şekli

-
-

23- Sağlık ocağında çalışma saatleriniz nedir?

24- Sağlık ocağında çalışma saatlerinde en sık yaptığınız iş ve işlemler nelerdir?

25- Sağlık ocağında en çok zaman alan işiniz hangisidir?

26- Sağlık ocağınızda çalışan ebe/ hemşire sayısı sizce yeterli midir?

a- Evet

b- Hayır(Açıklayınız)

27- İş yoğunluğunuz hakkında neler düşünüyorsunuz?

a- Yoğun

b- Az yoğun

c- Normal

28- Sağlık ocağında 1-6 yaş grubu çocuklar için genellikle verdiğiniz hizmetler nelerdir?

29- Sağlık ocağında çalışmanız sırasında 1-6 yaş grubu çocuklara sağlık hizmeti sunarken karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

30- Karşılaştığınız güçlükleri gidermek için ne yapıyorsunuz?

31- Karşılaştığınız bu güçlüklere yönelik çözüm önerileriniz nelerdir?

Kurumdan

Bölge Halkından

Diğer

32- Sağlık ocağı olarak hizmet götürdüğünüz bölge halkından beklentileriniz nelerdir?

33- Sizce sağlık ocağınız genel olarak bölge halkına yeterli düzeyde sağlık hizmeti sunuyor mu?

a-Evet

b-Hayır

34- Sağlık ocağında çalışmaktan memnun musunuz?

a-Evet (Nedenini Açıklayınız)

b-Hayır(Nedenin Açıklayınız)

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1978 yılında Mersin’de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin’de tamamlamıştır. 1996-2000 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda lisans öğrenimi görmüş ve okulu derece ile bitirmiştir. 2000 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda yüksek lisans öğrenimine başlamıştır. 2001 yılından itibaren Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde klinik hemşiresi olarak görev yapmaya başlayan araştırmacı İngilizce bilmektedir.

