

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Zekeriya AKTÜRK

**EDİRNE ŞEHİR MERKEZİNDE HALKIN SAĞLIK
HİZMETİ TERCİHLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER
VE KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU SAĞLIK
HİZMETLERİNİN KULLANIMI**

10 3196

(Uzmanlık Tezi)

103196

Dr. Özlem Öztürk ŞAHİN

EDİRNE-2001

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

TEŐEKKÜR

Tez çalıŐmalarım esnasında yapmış olduğu yardımlarından dolayı tez hocam sayın Dr. Zekeriya Aktürk'e ve sayın Dr. Nezih Dağdeviren ile Anabilim Dalı'mızda görevli asistan arkadaşlarıma, asistanlık eğitimim esnasında yetiŐmemde emeği geçen pediatri ve psikiyatri anabilim dallarında görevli sayın hocalarım ile sayın Dr. Erdal Eskiğlu ve Dr. Ömer Cengiz'e; ve tüm desteğinden ötürü sevgili eŐime teŐekkür ederim.

Dr. Özlem Öztürk ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	01
GENEL BİLGİLER	
SAĞLIK VE HASTALIK	03
SAĞLIK HAKKI	04
SAĞLIK HİZMETLERİ	06
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK BAKIMI	07
AİLE HEKİMLİĞİ	09
KORUYUCU SAĞLIK BAKIMI	15
SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	20
ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ	24
GEREÇ VE YÖNTEMLER	34
BULGULAR	39
TARTIŞMA	86
SONUÇLAR	106
ÖZET	109
İNGİLİZCE ÖZET	110
KAYNAKLAR	111
EKLER	116

KISALTMALAR

AAFP: AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (AMERİKAN AİLE HEKİMLERİ AKADEMİSİ)

AÇSAP: ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI

AH: AİLE HEKİMİ

BBSB: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK BAKIMI

BBSH: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

CA: KARSİNOM

CYBH: CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR

DM: DIABETES MELLITUS

ES: EMEKLİ SANDIĞI

GP: GENEL PRATİSYEN

HT: HİPERTANSİYON

PK: POLİKLİNİK

SED: SOSYO EKONOMİK DURUM

SO: SAĞLIK OCAĞI

SS: STANDART SAPMA

SSK: SOSYAL SİGORTALAR KURUMU

TC: TÜRKİYE CUMHURİYETİ

WONCA: WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES AND ACADEMIES OF GENERAL PRACTICE / FAMILY PHYSICIANS (DÜNYA ULUSAL GENEL PRATİSYEN/AİLE HEKİMLİĞİ AKADEMİLERİ BİRLİĞİ)

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION (DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ)

yy: YÜZYIL

GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp teknolojilerindeki hızlı gelişme, çeşitli hastalık ve rahatsızlıkların tedavilerindeki iyileşmelerle toplumun hızla değişen yaş ve hastalık dağılımları, etkisi gittikçe daha fazla hissedilen tüketici hakları ve kalite kavramları, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri ve bu ihtiyaçları gidermedeki tercihlerini sürekli değiştirmektedir. Tıp pratiği de bu değişime uymakta ve yenilenmektedir. Günümüz sağlık bakımının temel amacı tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmaktır.

Sağlık hizmetlerini seçmede insanların tercihlerini etkileyen faktörleri bilmek, hizmetleri planlamanın ana halkalarından biridir. Ülkemiz sağlık sektörü içinde kendine yeni yer bulmakta olan aile hekimliği bu alanda yeni bir hizmet tanımı ve buna dayalı yeni bir hizmetler bütünü oluşturacaktır.

Aile hekimlerinin de bir parçası oldukları birinci basamak sağlık hizmetleri, belirlenmiş nüfus için temel olarak koruyucu sağlık hizmetleri, bunun yanında tedavi edici ve esenlendirici hizmetleri kapsar. Birinci basamak, insanların sağlık örgütlenmesi ile ilk karşılaştığı yer ve sağlık sistemi içine giriş kapısıdır. Sağlık ve sosyal hizmet görevlilerini içeren bir ekip tarafından sağlanır ve kişilere sürekli, kapsamlı, erişilebilir ve kabul edilebilir bir hizmet sunar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli tanımlayıcılarından birisi, belirlenmiş toplum kesiminin sağlık ihtiyaçlarını tanımlayıp bunları karşılayabilmesidir (1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu hizmetler; sağlık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile oturmuş kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesini içerir. Bu temel amaçlara çeşitli ulusal ve uluslararası

kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri yoluyla ulaşılır. Ayrıca kişilerin sağlıklarının iyileştirilmesi için kişisel ve toplumsal destek sistemlerinin en verimli kullanımı sağlanır (2).

Bu çalışmanın amacı örneklenen Edirne şehir nüfusunda, sağlık hizmetlerinin kullanımını nicel ve niteliksel olarak ortaya koymak, kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını etkileyen faktörleri belirlemek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin hangi grup ya da topluluklara ne oranda ulaştığını belirlemek ve aile hekimliği standartlarıyla üretilecek birinci basamak sağlık hizmetinin kabul edilebilirliğini saptamaktır.

Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ülkemizde ilk kurulanlardan biridir ve halen açık olanlar içinde en eskisidir. Bölüme bağlı polikliniğin açılmasıyla eğitim ve araştırma çalışmalarına ek olarak topluma yönelik sağlık hizmeti de üretilmeye başlanmıştır. Üretilen hizmetin hedef toplumu, bu çalışmayla örneklenen, Edirne şehir merkezinde yaşayanlar olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmayla anılan hizmet bölgesinin ve bu bölgede yaşayanların sağlık hizmeti ihtiyaçları belirlenecek ve üretilen hizmetin bu ihtiyaçlarla örtüşmesi sağlanacaktır.

Toplumların temel sağlık ihtiyaçları karşılandıkça ve refah düzeyi yükseldikçe koruyucu sağlık hizmetleri de daha fazla bireyselleşmektedir. Bireyselleştirilmiş koruyucu sağlık hizmetleri için kabul edilen yöntem, maalesef ülkemizde hak ettiği değer bu güne kadar verilmeyen periyodik sağlık muayeneleridir. Bu çalışmada Amerikan Aile Hekimliği Akademisi standartları üzerinden (3), uluslararası kabul görmüş ve ülkemiz için de standart olabilecek değerlendirmeler, uygun yaş, cinsiyet ve risk grupları için sorgulanarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin topluma ulaşma durumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu hizmetlere hangi kurum veya kişiler üzerinden ulaşıldığı da ortaya konacaktır. Bu veriler hem Aile Hekimliği polikliniği hizmetleri için temel oluşturacak hem de bölgedeki diğer birinci basamak sağlık kurumları ile sağlık yöneticilerine kaynak oluşturacaktır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK VE HASTALIK

Sağlık da hastalık da insanla birlikte var olmuştur. Bu iki kavramla birlikte doktorluk mesleği de çağlar boyunca farklılaşarak varlığını hep korumuştur. Günümüz hekimleri tarih öncesi çağlara ait toplumlardaki iyileştiricilerin (healer), şamanların, kabile büyücülerinin, çeşitli dinlere ait ruhbanların mirasını taşımaktadırlar ve toplumda işgal ettikleri yüksek statü da bunun eseridir. Tıp son yüzyılda pozitif bilimlerdeki inanılmaz ilerleme sonucunda kendini yeniden tanımlamış ve şimdi bize çok alışıldık gelmekte olan bu son halini almıştır.

Tıp hep sosyal bir bilim olmuştur ve öyle de kalacaktır. Son yıllardaki tıp pratiği teknoloji bağımlı hale geldikçe insana yabancılaşmaktadır. Ancak yüzyılın son çeyreğiyle birlikte artan çabalar, tıbbi ve hekimleri, oyuncakları haline gelmiş olan insanla tekrar barıştırmaya dairdir. Ancak bireylerin hekime uzaklığı da genlere işleyecek kadar kuvvetli bir tarihsel mirastan köken alır. İnsanlar hep hekimleri kendinden yüksekte görmüş, anlamadıkları ölçüde ondan korkmuş, güçlü olup kendi zayıflıklarını giderdiği ölçüde de ona bağımlı kalmışlardır. Günümüz toplumunda hekimin çabası ise hastasına danışmanlık yapmak, hastasına kendi sağlığı hakkındaki kararları verebilmesi için eldeki seçenekleri açıklamakla yetinmek, kısaca hastasını güçlendirmek üzerinedir.

Sonuçta tıp hep iyileştirmeye çalışsa da insanların eksiklikleri, kayıpları, bozuklukları üzerine kurulmuş bir bilimdir. İnsanlar sağlıklarını, kaybıyla anlar ve tanımlarlar. Bireyin algıladığı deneyim onun rahatsızlığıdır ve tıp bilimi bireyin bu algısını elde ettiği sınıflandırma sistemi içinde kategorize ederek hastalığı oluşturur.

Rahatsızlık ve hastalık arasındaki kuramsal ayrım önemlidir. Rahatsızlık, hastanın tüm algıları ve bozukluğun tüm zorlukları olarak tanımlanabilir. Hastalık ise doktorun, hastanın rahatsızlığını tarif etmek için kullandığı teorik bir kurgudur. Hastalıkla rahatsızlık iki ayrı evrene aittir, biri teorilerin dünyası diğeri ise deneyimlerin. Hasta rahatsızlığı yaşar, doktorsa hastalık tanısını koyar (2).

Sağlığı tanımlama çabaları günümüzde genel kabul gören Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) ait şu önermeye ulaşmıştır: “sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik halidir” (4). Bu haliyle biyolojik, psikolojik ve sosyal varlığıyla bireyin bütün zorlukları, eksiklikleri, rahatsızlıkları, sıkıntıları, ızdırapları, huzursuzlukları, yakınmaları, özürleri söylenmese de tanım içine alınmış ve yokluklarıyla sağlığı belirlemişler demektir.

SAĞLIK HAKKI

İnsan, toplum denilen sosyal çevre içerisinde doğar, yaşar ve ölür. Tek tek insanlar geçici olsalar da toplumlar kalıcıdır. Toplumda yaşayan insan, diğer insanlarla değişik ilişkiler içerisinde. İnsanın diğer insanlarla kurduğu bağlılık ve ilişkilerine sosyal ilişki denir. Toplu yaşamda insan, kendini belli yetkilerle donatılmış veya bir takım yükümlülük ve ödevlerle bağlılık içerisinde görür. Sosyal ilişkilerde beliren ödevler ve yükümlülükler toplumsal bir güce sahiptir. Toplum hayatında diğer bazı yükümlülük ve ödevler vardır ki, bunların yerine getirilmemesi daha sert tepkilere yol açar ve toplumu temsil eden otoritelerin yani devletin harekete geçmesine neden olur.

İşte devlet tarafından desteklenmiş olsun veya olmasın, toplum halinde yaşamaktan doğan ve sosyal ilişkilerimize bağlı olan bu yükümlülük ve ödevlere ‘sosyal ödevler’ denmektedir. Bunlar gelişigüzel olmayıp belli bir düzene ve kurallara bağlıdır. ‘Sosyal düzen kuralları’ adını alan bu kurallar toplum halinde yaşama zorunluluğundan doğmakta ve toplum içi ilişkileri düzenleyerek bir arada yaşamayı sağlamaktadır (5).

İnsanı hayvandan ayıran en belirgin özellik doğanın sunduğu ile yetinmeyip, onu şekillendirmesi ve egemen olmaya çalışmasıdır. İnsanın yaratılıştan bu yana meydana getirdiği ve sürekli geliştirdiği uygarlıkla birlikte, daha sağlıklı yaşama şansı da artmıştır. Yaşamın doğa koşullarınca sınırlandığı ilkel toplumlara göre günümüz insanı oldukça şanslıdır. En azından dünyaya geldiği andan itibaren çeşitli kurumların güvencesi altındadır ya da olmalıdır. Gelişen bilim, teknik, sosyal kurallar ve buna bağlı sosyal yapılanma insanın daha sağlıklı ve uzun yaşamasını mümkün kılmaktadır. Sağlıklı bir yaşam, dünyaya gelen her

bireyin en doğal ve tartışılmaz hakkıdır. Bu hakkın hangi kurumlar tarafından ve ne şekilde yerine getirileceği bütün dünya ülkelerinde ve ülkemizde de tartışılmaktadır.

Özellikle II Dünya Savaşı sonrası sağlık kavramlarındaki hızlanan değişim sağlık hizmetlerinin kişinin temel hakkı ve devletin temel görevlerinden sayılmaya başlanmasını sağlamıştır. Bu çerçevede başlatılan çalışmalar İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile meyve vermiştir. Bildirinin 25. maddesi; 'Herkesin, gerek kendisi, gerek ailesi için, yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır. Ana ve çocuk, özel bakım ve yardım görmek hakkına sahiptir. Bütün çocuklar, evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı sosyal korumadan yararlanırlar' demektedir (5). Bu bildirme ile herkesin 'elde edilebilecek en yüksek sağlık düzeyinde yaşaması' bir insan hakkı olarak ortaya konmuş ve kişilerin bu haktan yararlanmaları görevi hükümetlere verilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü 1970 yılında bu hakkı geliştirerek 'sağlıklı yaşamın doğuştan kazanılmış bir hak' olduğunu kabul etmiştir. Aynı örgüt tüm toplumlar için olabilecek en üst düzeyde sağlıklı yaşamın sağlanmasını uzun süreli amaçlarından biri olarak duyurmuştur (6).

Hem bir üyesi olduğumuz Dünya Sağlık Örgütü kararları hem de İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi TBMM'nce onaylanmışlardır ve yasa gücündedirler. Sağlık hakkı bu uluslararası sözleşmeler dışında anayasalarımızda da yer almıştır. 1982 Anayasası'nın 56. maddesi içeriği şöyledir: 'Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırmak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir'(5).

1982 anayasası bir önceki 1961 anayasasına göre sağlık hakkının tanımı açısından geri olmakla eleştirilmiştir (7). 1961 anayasasınının 48. maddesi 'devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir' biçiminde vurgu yapmaktadır. 1982 anayasasındaki 56. maddeye, sağlık ve çevre konusunu aynı maddede işleyip sağlık hakkı ve devletin görevini tam vurgulamaması, devletin görevini düzenleme ve denetlemeye indirgemesi eleştirileri getirilmektedir (7).

Sağlık hizmetinden yararlanmak ve sağlıklı yaşamak bir hak olup, devlet bu hakkı sağlamakla yükümlüdür. Anayasa, bu ana görev ve işlevi devlete vermiştir.

SAĞLIK HİZMETLERİ

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak ve düzeltmek için sağlanan hizmetlere sağlık hizmetleri denmektedir. Bu hizmetler klasik anlamda 3 ana başlıkta incelenmektedir (4):

- I. Koruyucu sağlık hizmetleri
- II. Sağıaltıcı (tedavi edici) sağlık hizmetleri
- III. Esenlendirici (rehabilitasyon edici) sağlık hizmetleri.

Yine klasik tanıma göre koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye yönelik olarak ikiye bölünmektedir (4). Çevre sağlığı hizmetleri olarak besin denetimi ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, atık denetimi, çevre kirliliği ile mücadele, konut sağlığı ve vektör denetimleri ilk akla gelenlerdir (8). Bunlar toplum sağlığı ve sağlık politikası geliştirilmesi noktasındaki önemlerinin ötesinde sağlık bilimleri içerisinde, fakat tıp doktorluğunun ana ilgi alanı dışındaki konulardır ve her biri ayrı bir bilim ve meslek dalı haline gelmişlerdir. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bir başka başlık altında ayrıntılı olarak incelenecektir.

Sağıaltıcı sağlık hizmetleri ya da diğer söyleyişle tedavi edici hizmetler tıp bilimi açısından aynı olsalar dahi hizmet sunumunun organizasyonu bakımından basamaklandırılmış ve üçe bölünmüştür (4):

- I. Birinci basamak sağlık hizmetleri
- II. İkinci basamak sağlık hizmetleri
- III. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri.

Bu üçlü içerisinde; ayrı bir başlık altında ayrıntısıyla incelenecek olan birinci basamak sağlık hizmetleri kendine has koşulları ve özellikleri nedeniyle ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul görmekte ve değerlendirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki ayrım ise hizmetin verildiği kurumların büyüklüğü ve bir miktar da kullanılan teknoloji ile açıklanmaya çalışılmakta ise de bu farklılıklar birinci basamakla olanın yanında çok küçük ve ihmal edilebilir düzeydedir ve genelde sadece sağlık politikaları ile ilgili tartışmaların konusudur.

Esenlendirici sağlık hizmetleri hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını

sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetler tıbbi esenlendirme, sakat ya da özürlü bireylerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılanlara ise sosyal esenlendirme denmektedir (4).

Esenlendirici sağlık hizmetlerine tıp biliminin tam sağlığa ulaştıramadığı hastalara yönelik hizmetler olarak özetlenebilir ve her ne kadar sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yekün oluştursa dahi, pek çok bilim ve mesleği içeren esenlendirici hizmetlerin bir alt başlığıdır.

Birinci Basamak Sağlık Bakımı

İsmi her ne kadar sağaltıcı sağlık hizmetlerinin bir alt başlığı olarak ortaya çıkmış olsa da birinci basamak sağlık bakımı günümüzde artık ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul görmektedir. Çeşitli ülkelerde farklı tarihi süreçler ve farklı ulusal organizasyon şemaları nedeniyle değişik isimleri olsa bile bütün dünyadaki birinci basamak sağlık bakımı uzmanları aynı örgütler altında birliklerini kurmuş, bilim olmanın gereklerini çoktan yerine getirmiş, insanlığa ve bilime katkılarını kurumsallaştırmışlardır.

Aslında birinci basamak hekimliği tıbbın en eski şeklidir. Yirminci yüzyıldaki bilimsel ve teknik gelişmelerin hekimler üzerinde bölünme ve branşlaşma baskısı oluşturması ve bu eğilimin gitgide bir moda dönüşmesi, tıbbın bu en temel şeklini yani bir doktorun hastasının bütün sağlık ihtiyaçları ile ilgilenmesini eski moda saydırap bir köşeye bıraktırmıştır. Bununla birlikte insana bir makine gibi yaklaşarak anlaşılamayacağı geç de olsa fark edilmiştir.

Sonuçta birinci basamak sağlık bakımının kendine özgü bilgi ve beceri gerekliliğinden de hız alarak bu dalın da bir uzmanlık olarak örgütlenmesine girişilmiştir. Birçok Batı Avrupa ülkesindeki genel tıp doktorlarına ait örgütlerin bu örgütlenme içerisine girmesiyle bugün artık asgari müşterekler belirlenmiştir. Avrupa ülkelerinde Genel Pratisyenlik (General Practice), Yeni Dünya ülkelerinde ise Aile Hekimliği (Family Practice) diye isimlendirilen birinci basamak hekimliği artık tıp fakültesinden mezuniyeti takiben çeşitli ülkelerde iki ile yedi yıllık uzmanlık eğitimini gerektiren bir uzmanlık ve bilim dalıdır (1-2).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık bakımının ayrı bir bilim olarak kabul edilmesi kendiliğinden olmuş değildir. Birinci basamak sağlık bakımının kendine özgü olduğunu belirleyen birçok özelliği tanımlanmıştır. Birinci basamak, öncelikle insanların sağlık örgütlenmesi ile ilk karşılaştığı yer ve sistem içine giriş kapısıdır. Bu, bir açıdan örgütlenme için gereklilik ve

yeterlilikleri belirlerken bir yandan da burada çalışacak doktor için başka hiçbir uzmanlık dalının ki ile örtüşmeyen, yeni “sık rastlanan sorunlar” listeleri oluşur. Olaya tıbbi pratik açısından bakmadan önce birinci basamak örgütlenmesi ile ilgili veriler incelenecektir.

Birinci basamak sağlık hizmeti erişilebilirlik, süreklilik, kapsamlılık, eşgüdüm ve ödenebilirlik açılarından incelenir (9-11). Bu kavramların her biri hizmeti tanımlamak yanında verilmekte olan hizmetin yeterliliğini de belirleyecektir.

Hizmetin erişilebilirliği, coğrafi yakınlık başta olmak üzere hizmete ihtiyaç duyanın karşısına çıkabilecek bütün fiziki ve sosyokültürel engelleri içerir. Birinci basamak hizmeti planlanırken, nüfus yoğunluklarına ve yerleşim yerlerinin birbirlerine göre konumlarına dikkat edilmelidir. Ancak kapısının dibindeki hizmet de bazen insanlar için ulaşılabilir değildir. Örneğin SSK’lı olduğu için ilaçlarını yazdırma şansı olmayan bir hasta için sağlık ocağının yeri hiç anlamlı değildir. Verilen hizmetin kültürel etkileşimleri, hizmet verenlerin farklı kültürlerden olanlara yaklaşımları da uzun erimde hizmetin ulaşılabilirliğini etkilerler.

Verilen hizmetin sürekliliği de birinci basamak sağlık bakımının temel öğelerinden biridir. Birinci basamak hekimlik pratiği hastalarla uzun süreler birlikte olmakla edinilebilecek bazı deneyimler içerir. Yani kastedilen sadece binaların sürekliliği değil ekibin de sürekliliğidir. Birinci basamak sağlık bakımı içerisinde üretilen hizmet, o hizmeti üretenlerle anlam kazanır. Personelin atamayla ve iş doyumundaki yetersizlikler nedeniyle çok fazla yer değiştiriyor olması, ülkemiz birinci basamak hizmetlerini –aksatmıyor görünse dahi- sürekliliğini engelleyerek beklenen kaliteden uzaklaştırmakta ve içini boşaltmaktadır.

Kapsamlılık, birinci basamak sağlık bakımının diğer basamaklardan en kolay belirlenebilen farkıdır. Birinci basamak şartlarında sağlık hizmeti almak için başvuranlara, yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik veya kültürel durum, rahatsızlık veya şikayetlerin kaynağı, köken aldığı organ ya da organ sistemlerinden bağımsız olarak sağlık hizmeti verilir. Üretilen hizmet ve bu hizmeti verenler her yaş ve cinsiyetten insanların sorunlarına biyopsikososyal açılardan yeterli ve hazırlıklı olmalıdırlar.

Günümüz devlet örgütlenmeleri içinde hizmet üreten birçok kurum bulunmaktadır. Her devlette bunlar farklı örgütlenmişlerdir. Yine devlet örgütlenmesi dışında sivil inisiyatifler gittikçe daha fazla konuda hizmet vermektedirler. Çok basitçe ülkemizde devlete ait üç farklı sosyal güvenlik kurumu mevcuttur ve bu kurumlara dahil hastaların sağlık hizmetlerine ulaşmaları farklı biçimlerde düzenlenmiştir. Ancak birinci basamak tüm bu örgütlenmenin üzerinde olmak ve bütün nüfusu kapsamak zorundadır. Bu noktada eğer hizmetler tek elde toplanamıyorlarsa, ki bunun sağlanabildiği bir örnek yoktur, eşgüdüm içinde çalışmalarını sağlamalıdır. Bu konu sadece bir organizasyon sorunu da değildir. Kaliteli bir sağlık hizmeti

için doktorun hastasına gerekli bilgileri ve olanakları göstermesi ve kararı ona bırakması gereklidir. Bu, ancak bilgi ile gerçekleştirilebilir. Birinci basamak hekimi hastasına uygun kalitede hizmet üretebilmek için bu kurumları ve hizmetlerini iyi bilmeli ve kullanabilmelidir.

Ödenebilirlik, kendi başına birinci basamak sağlık hizmetlerinden veya genel anlamda sağlık hizmetlerinden yararlanılabilirliğin en kesin ve güçlü belirleyicilerindedir. Ödenebilirlik alt başlığı altında doğrudan hizmetin karşılığı olan para yanında hizmete ulaşım ve kullanım için harcanacak zaman da değerlendirilir.

Yine geniş kabul görmüş başka bir görüşe göre birinci basamak sağlık hizmetleri; tüm toplum için ulaşılabilir olmalı, hizmet verilen toplum tarafından kabul edilebilir olmalı, toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirleyip kapsamalı ve kaynakları en verimli ve maliyet-etkin (cost-effective) şekilde kullanabilmelidir (12).

İnsanlar gerek duyduklarında hekimlerini veya başka bir hekimi görebilmeli, ihtiyaç olduğunda telefonla randevu veya danışma alabilmelidirler. Sağlık merkezi hastaya mümkün olduğunca yakın olmalı, eğer hasta merkeze ulaşamıyorsa hizmet ona ulaşabilmelidir. Bu hastanın ambulansla taşınması veya evde bakım verilmesi yoluyla olabilir. Ayrıca hasta ve uzman personelin etkin iletişimini sağlamaya yönelik tüm çaba harcanmalıdır.

Hizmetin kabul edilebilirliği hem hizmeti alan hem de veren açısından değerlendirilmelidir. Tanımlama her iki tarafın da memnuniyetinin ölçülmesi ile yapılabilir. Hem hasta hem sağlık çalışanının hak ve sorumlulukları her iki tarafça iyi bilinir hale getirilmelidir. Toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirlemek birinci basamak kurumlarındaki verilerin iyi kayıt ve değerlendirilmesiyle sağlanacaktır. Stratejik kararlar için bu veriler ve bunlara dayalı araştırmalar temel alınmalıdır. Kısıtlı kaynakların en iyi kullanımını sağlamak için istekler değil ihtiyaçlar göz önüne alınmalıdır.

Aile Hekimliği

Ayrıntılı tanımlaması verilen birinci basamak sağlık hizmetleri çeşitli sağlık ve sosyal hizmet çalışanları tarafından verilirken ekibin doktor üyesinin de bu konu için uzmanlaşmış olması beklenmektedir. Ülkemizde 'Aile Hekimliği' ismi benimsenen bu uzmanlığın tanımı şu şekildedir:

"Yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kişiler, aileler ve belirli bir topluluğa kişisel, birinci basamak, sürekli ve devamlı bakım veren lisanslı tıp doktorudur. Bu fonksiyonların bir sentezini yapması onu diğer uzmanlık dallarından ayırır. Hastalarına; muayenehanesinde, evde ve bazen bir klinik ya da hastanede bakar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine fiziksel, psikolojik ve sosyal

faktörleri de dahil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri hakkında bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olan hastalarının devamlı bakımını üstlenir. Hastasıyla uzun süreli ilişki kurması, her hastası için tekrarlayan zamanlarda profesyonel olarak kullanabileceği bilgiler toplayabilmesi ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurması anlamına gelir. Diğer medikal ve paramedikal uzmanlarla birlikte çalışır. Hastalarının ve ailelerinin sağlığını arttırabilmek için tedavi, koruma ve eğitim hizmetleri arasında nasıl ve ne zaman geçiş yapılacağını bilir. Topluma karşı da profesyonel sorumluluğu olduğunu unutmaz." (13)

Aile Hekiminin Tanımı

Aile hekimliği aile hekimlerinin karşılaştıkları sorunlar hakkındaki bilgi kitlesi olarak tanımlanabilir. Diğer klinik branşlarda olduğu gibi aile hekimliğini oluşturan bilgi kitlesi de teorik bilgi yanında beceri ve teknikleri de kapsar. Bundan dolayı aile hekimliğini tanımlamada aile hekimlerinin hareket şekillerini belirleyen prensipleri açıklayarak başlamakta yarar vardır (1-2, 12):

• Aile hekimleri özel bir bilgi, hastalık grubu, veya özgül bir teknikten çok kişiye yönelmişlerdir. Bu yönelim sağlık probleminin tipi ile kısıtlı değildir. Aile hekimleri her cins ve yaşta kişilerin bütün sağlık sorunları için hazırdırlar. Hastasını özel bir bakım için referans etmesi gerektiğinde dahi başlangıç değerlendirmesi yanında bakımın koordinasyonundan da sorumludur. Aile hekimlerinin hastalarıyla olan bağlantıları için bir son nokta tanımlanmamıştır. Bu ilişki hastalığın iyileşmesi, tedavinin sonuçlanması veya hastalığın tedavi edilemeyeceğinin saptanması durumlarında bitmez. Birçok durumda bu ilişki kişi sağlıklıyken, hiçbir sağlık sorunu yokken başlar. Yani aile hekimliği tüm diğer klinik tıp dallarının aksine kendisini hastasıyla olan ilişkisi aracılığıyla tanımlar.

• Aile hekimi hastalık kapsamını belirlemeye çalışır. Birçok hastalık kendi kişisel, aile ve sosyal çevresi içinde görülmezlerse tam olarak anlaşılabilirler.

• Aile hekimi hastasıyla her kontakta koruyucu sağlık uygulamaları, sağlığını iyileştirilmesi ve sağlık eğitimi için bir fırsat olarak görür. Bu koruyucu sağlık hizmetleri için zengin bir kaynak sağlar.

• Aile hekimi hem kişisel hem toplumsal düşünmek, sağlık risklerini belirlemek ve onlarla mücadele etmekle yükümlüdür. Pek çok hekim için olduğu gibi görüşmeler dışında hastasıyla olan ilişkisi sona ermez. Hizmet verdiği topluluğun üyelerinin sağlıklarını korumaya kendisi ile görüşmeye gelsinler veya gelmesinler devam eder.

• Aile hekimi kendisini ülke çapındaki sağlık ve sosyal hizmetler ağının bir parçası olarak görür. Bütün toplumlar, resmi veya değil, sosyal destek örgütlerine sahiptir fakat bu sistemler çoğunlukla koordine değildir. Sistemin içinde yer alanlar çoğunlukla sistemi bir bütün olarak görmekten acizdirler. Aile hekimleri toplumlarındaki kaynakları bilip onları etkin bir şekilde hastalarının yararına kullanırlar.

• Aile hekimleri hastalarını evinde de görürler. Ev; doğmak, ölmek, ciddi hastalıklara yakalanmak ve onlardan iyileşmek gibi en önemli yaşam olaylarının gerçekleştiği yerdir. Bu olaylar sırasında aileyle birlikte olmak aile hekimlerine hastaları ve aileleri hakkındaki en önemli bilgileri sağlar.

• Aile hekimi iyi bir kaynak yöneticisidir. Birinci basamak hekimi olarak sistemin sahip olduğu bir çok kaynağı, reçeteleri yazmak, sevkleri yapmak, araştırmaları yönlendirmek, hastaneye yatışlar gibi kilit basamaklardan kontrol eder. Kaynaklar her yerde kısıtlıdır. Bu nedenle aile hekimleri bu kısıtlı kaynakları hastaları ve toplum yararına kullanma sorumluluğunu taşırlar.

• Kendini ilişki terimleriyle tanımlayan bir disiplin için doktorla hasta arasındaki ilişkinin sürekliliği temeldir. Sürekliliğin beş boyutu tanımlanmıştır; kişiler arası, kronolojik, coğrafi, disiplinler arası ve bilgisel (kayıtların sürekliliği). Süreklilik hastanın değişik tıbbi ihtiyaçlarına ait bütün, doğrudan ve koordine sorumluluk algısıdır. Buradaki anahtar kelime sorumluluktur. Açıktır ki doktor her zaman hazır olamaz ve hastanın bütün ihtiyaçlarını kendi başına taşıyamaz. Aile hekimi hizmetin sürekliliğini sağlayarak sorumluluğunu yerine getirir.

Aile Hekimliği Pratiği

Tıbbın çeşitli branşlarında kullanılan klinik problem çözme yöntemleri benzer olsa da her birinin bunları kullanma şekilleri farklıdır. Disiplinler arasındaki bu farklılıklar karşılaştıkları problemlerdeki ve sağlık sisteminde yüklendikleri rollerdeki farklılara bağlıdır. Aile hekimliğinin problem çözme stratejileri, aile hekimliğinin özgül özelliklerine cevaben gelişmişlerdir (14).

Aile hekimliği pratiğindeki hastalıklar toplum ortalamasına yakın dağılımdadır. Bu akut, kısa süreli hastalıkların fazla olması, çoğunun geçici ve kendini sınırlayıcı olması, kronik hastalıklar ve davranış bozukluklarının sık görülmesi anlamına gelir. Genel görüşün aksine insanlar fiziksel ve davranışsal sorunları bir arada doktorlarının karşısına çıkarırlar. Sorunların çoğunda fiziksel, psikolojik ve sosyal öğeler karışmış haldedir.

Aile hekiminin problem çözme stratejileri ağır, hayatı tehdit eden durumları hafif ve geçici olanlardan ayırmalı, rahatsızlıkların fiziki, sosyal ve psikolojik boyutlarını kapsamalıdır. Hasta aile hekimine ilk geldiğinde hastalığı ayırmamış ve organize olmamıştır. Ayırmamış rahatsızlıkla daha önce bir doktor tarafından değerlendirilmemiş, kategorize edilmemiş, sınıflandırılmamış ve isimlendirilmemiş rahatsızlıklar kastedilmektedir.

Aile hekimi her tür sorun için hazır olduğundan karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bir ön belirleme yapılamaz. Bu yüzden problem çözme stratejileri her tür sağlık sorununa uygun olmalıdır. Aile hekiminin, benim konum, benim konum değil ayrımını yapma şansı yoktur. Aile hekiminin hastayla ilişkisi sürekli ve hastalık epizotlarının ötesindedir. Günümüz aile hekimi sorunlarla baş etme stratejilerini geliştirme, hemen verilmesi gereken kararlara odaklanabilme, bu kararlara ulaşabilecek en etkili yolları seçebilme ve sorunlarla baş etmede uzun dönem planları düşünüp bulmak zorundadır.

Aile hekimlerinin kullandığı yöntemler doğuştan kazanılmamıştır, öğrenilmelidirler. Yanlış şekilde hastanelerde ilerlemiş hastalıklarla öğrenilmiş klinik metotların aile hekimliğinde karşılaşılan sorunlara uygulanabileceği düşünülmektedir. Deneysel psikolojiden elde edilen tüm deliller bu transferin olmayacağını söylemektedir. Öğrenme, pratiğin geçeceği ortama benzer bir ortamda olmalıdır. Yıllarca aile hekimlerinin kullandıkları yöntemlerin, tıbbın diğer alanlarında kullanılan daha saf ve daha tam yöntemlerden türediği düşünülmekteydi. Şimdi biliyoruz ki, aile hekimliğinin yöntemleri aile hekimliği pratiğinde rastlanan sorunlara mükemmel bir uyum gösterir (14).

Aile Hekimliğinin Gelişimi

Ondokuzuncu yy boyunca Avrupa ve Kuzey Amerika'da genel pratisyenlik yaygındı. Özellikle Kuzey Amerika'da yaygın olan çiraklıktan yetişme iyileştiriciler de tıp eğitiminin gittikçe yaygınlaşması ve yetkinleşmesiyle ortadan kalkmışlardır. Yüzyılın sonlarına doğru ise özellikle hekimlerin çocuk hastalara bakmayı reddetmeleri ile pediatri bir branş olarak yerleşmeye başlamıştır. Genel pratisyenler o zamanlarda bir zanaat olarak görülen cerrahi müdahaleleri yapmaktan kaçınıyor, bir çeşit ticaret sayılan hastalara ilaç sağlamayı kendi görevleri dışında görüyorlardı. On dokuzuncu yüzyıl İngiltere'sinde cerrahi ve eczacılık kendi bilimlerini oluşturmuşlardı. İngiltere'de genel pratisyenlerden cerrahi, eczacılık ve sonrasında ebelik sınavlarını vermiş olmaları bekleniyordu. Genel pratisyenlik ismi 18. yy'da Kuzey Amerika'da ortaya atılmış 19. yy'da İngiltere ve kıta Avrupa'sına yayılmıştır (2).

Yirminci yüzyılın ilk yarısı majör tıp branşlarının ortaya çıkışına sahne olmuş ve branşlaşmaya verilen önem sonrasında 1930'lardan itibaren genel pratisyen sayıları düzenli

olarak düşmeye başlamıştır. Bu eğilim II. dünya savaşı sonrası genel pratisyenlerin tıp fakültelerinden yok olmasıyla hızlanmıştır. 1950'lerle birlikte majör dallarda da branşlaşmalar görülmeye başlanmıştır. Bu uzmanlaşma çağı sona yaklaştığında artık yeni bir genel tıp branşına da ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Fakat bu yeni hekimin eski genel pratisyenden bazı farkları olacaktır. Bu hekimler mesleğin, basitçe özel eğitim almamak ve kalifiye olmamakla tanımlanabilecek ayrılaştırılmamış yükündense iyi tanımlanmış bir role ve beceri listesine sahiptirler (2).

Genel pratisyenlikteki gerilemeye bir tepki de bir kısım ülkede 1960'larda oluşturulan akademi ve kolejlerdir. Bunu mezuniyet sonrası (uzmanlık) eğitimlerinin kurulması ve müfredatın belirlenip sınavların kurgulanması izlemiştir. Aynı sıralarda ilk akademik kadrolar kurulmuş ve aile hekimliği temel tıp eğitimi ile de tanışmıştır. 1972'de Ulusal Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Akademileri ve Kolejleri Dünya Birliği (WONCA) kuruldu (1).

Tıp bilimsel, teknolojik ve sosyal alanlardaki etkilerle değişime uğramaktadır. Aile Hekimliği tıp tarihi boyunca ortaya çıkmış pek çok tıp branşından biridir. Yeni branşlar çeşitli yollarla oluşurlar. Cerrahi ve obstetri gibi bazıları eski zanaatlardan köken almışlardır. 19. yy'da kulak burun boğaz ve 20. yy'da anesteziyolojide olduğu gibi bazıları yeni teknolojilerle birlikte oluşmuşlardır. Diğerleri ise diğer branşların ihmal etmesiyle ortaya çıkan pediatri gibi ihtiyaçlardan ortaya çıkmıştır. Bu sayılan etkilerin hepsi de aile hekimliğinin oluşumunda yer almışlardır. Sosyal değişiklikler, uzmanlaşma ve yeni hastalık şekilleri yeni bir doktor tipini zorlamıştır. Bilim aile hekimlerine, diğer branşların aile hekimliğinde görülen sorunları ihmal etmelerinin de etkisiyle, eski hastalıklara yeni bir yaklaşım geliştirme şansı vermiştir (2).

Aile hekimliği eski bir dal olan genel pratisyenliğin değişimiyle oluşmuştur. Bu değişimde kilit olay hastalık şekillerindeki değişim olmuştur. Tifo, pnömoni veya difteri gibi akut infeksiyon hastalıklarının yerini kronik hastalıklar, gelişim bozuklukları, davranış bozuklukları, kazalar ve farklı bir grup infeksiyon hastalıkları almıştır. Bu yeni hastalık tipi genel pratisyenin rolünde de değişimi getirmiştir. Büyük ölümcül infeksiyonlardan birine yakalanmış kişi ya ölecek ya da nispeten kısa bir sürede iyileşecektir. Kronik hastalığı olan biri ise bunu uzun süre taşıyacağından çevresiyle yeni bir uyum geliştirmek zorundadır. Günümüz doktorları da akut ölümcül olaylarla uğraşmaktan çok kronik hastalık veya özürülü hastalarının uyumlarına yardımcı olmakla uğraşmak zorundadırlar.

Doktorların karşılaştıkları sorunların çoğu fiziksel ve davranışsal sorunların karışımı olduğundan fiziksel ve mental hastalıklar arasındaki geleneksel ayırım da anlamını yitirmiştir. Koruyucu hekimlik de şekil değiştirmiş ve toplum sağlığının yerini kişisel yaklaşımlar almıştır. Toplumun sağlığı yasalar ve yasaklamalardan daha çok sigara kullanımı, aile

planlaması ve aşılama gibi konularda milyonlarca kişinin tek tek kararına daha fazla bağımlıdır. Bu kararları etkilemede hekimin eğitici rolü daha fazla önem kazanmaktadır. Bu, toplum sağlığı hizmetlerinin önemlerini yitirdikleri anlamını taşımaz. Temiz su, dengeli beslenme ve barınma hala sağlığın önemli belirleyicileridir. Hala endüstriyel kazalar, sigara kullanımı, çevre kirlenmesi ve trafik kazaları konularında yasal düzenlemeler toplum sağlığı açısından önemlerini sürdürmektedirler. Fakat sağlığımıza tehdit eden konuların çoğu yasal düzenlemelerin ulaşabileceği konularda değildir. Bu konuların önemi toplumların gelişmişlik düzeylerine bağımlı olarak da çok farklılıklar taşımaktadır ve aile hekimliği pratikleri de bu farklılıklara uyum göstermektedirler.

Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Durumu Ve Gelişimi

Türkiye'deki aile hekimliği eğitimi 1985 yılından bu yana Ankara, İstanbul ve İzmir'deki eğitim veren devlet hastanelerinde sürdürülmektedir. Üniversitelerdeki aile hekimliği bölümleri ise 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumu'nun kararıyla dahili tıp bilimleri bölümüne bağlı bir anabilim dalı olarak kurulmuştur (15). Aile hekimliği anabilim dalları halen 26 üniversitede kurulmuş ve Çukurova, Marmara, Osman Gazi, Ankara, Kocaeli, Adnan Menderes, Trakya, Dicle, Cumhuriyet, Erciyes Üniversitelerinde ise aktif olarak çalışmaya başlayarak eğitim faaliyetleri içindeki yerlerini almışlardır. Bu bölümler hem temel hem de mesleki tıp eğitimi konularında çalışmalar yapmaktadırlar (16).

Ülkemizde 1988 yılından başlayarak günümüze kadar 600 civarında aile hekimliği uzmanı yetiştirilmiştir; halen 400 civarında da aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan hekim vardır (16).

1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği kurulmuştur. Derneğin 2001 yılı itibarıyla 700'ü aşkın üyesi; Ankara, İstanbul, Bursa ve İzmir'de şubeleri vardır. Bu güne kadar dört ulusal kongre düzenlenmiştir. Ayrıca 1998 yılı içinde, Bakanlar Kurulu'nun izniyle dernek adına "Türkiye" kelimesi eklenmiş ve böylece ülkemizi yurtdışı organizasyonlarda temsil hakkını da elde etmiştir. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği şu anda Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA), Avrupa Topluluğu fonlarından doğrudan destek alan WONCA-Europe'a ait Avrupa Aile Hekimleri Akademisyenleri Birliği (EURACT), Avrupa Aile Hekimliğinde Araştırma Topluluğu (EGPRW) ve Avrupa Aile Hekimleri Kalite Çalışma Grubu (EQUIP)'nda konsül düzeyinde temsil edilmektedir.

Koruyucu Sağlık Bakımı

Geleneksel olarak koruyucu sağlık bakımı üçlü derecelendirmeye tanımlanır (4).

I. Birincil koruma; kişilerin hastalıklardan uzak kalmalarını sağlamaktır.

II. İkincil koruma; hastalığın kendisi veya başlangıcına ait delillerin erken dönemde saptanarak geri dönüşümsüz hasar oluşmadan kontrol altına alınmasıdır.

III. Üçüncül koruma ise saptanmış hastalığın, kronik hasarını en aza indirmek üzere tedavisini kapsar. Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınacak önlemlerdir. Bu aşama bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Bütün bu aşamalar kişisel koruyucu hizmetleri oluşturur. Koruyucu sağlık bakımının diğer bölümü topluma yönelik hizmetleri içerir ki; bunlar arasında temiz su, gıda güvenliği, sanitasyon, çöplerin idaresi, kirlilik kontrolü, kazalardan korunma gibi fizik koşullarla ilgili hizmetlerle fakirliğin engellenmesi, çocukların korunması ve sağlık hizmetlerine ulaşmanın kolaylaştırılması gibi sosyal hizmetler sayılabilir. Tüm toplumların bu sayılan topluma yönelik koruyucu hizmetler için örgütlenmeleri olsa da birinci basamak hekiminin hastaları yoluyla bu konularla ilgili sorumlulukları da sürer.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin üç basamaklı tanımlaması çeşitli hastalıklara uygulanmak üzere kurgulanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından bakılınca bu sınıflamanın bazı eksiklikleri olduğu gözlenebilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından daha fonksiyonel bir sınıflandırma sağlığın iyileştirilmesinin tanımlanması ile yapılabilir (2). Sağlığın iyileştirilmesi kişinin genel direnç kaynaklarının artırılmasıdır. Sağlık; sağlıklı bir çevre, dengeli beslenme ve fiziksel uyum yanında başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, benlik saygısı, kendine güven ve benlik kontrolüne de ihtiyaç duyar.

Koruyucu hizmetlerin daha ayrıntılı sınıflandırılması için Kanada Tıp Birliği şu şemayı önermiştir (2):

I. Sağlığın geliştirilmesi; danışmanlık ve bilgilendirme.

II. Risklerden kaçınma; düşük riskli bireylerin düşük riskli kalmalarını sağlama.

Örneğin aşılama, kazalardan korunma.

III. Risklerin azaltılması: hastalıklar için yüksek riskli bireylerin, risklerinin düşürülmesinin sağlanabilmesi için belirlenmesi.

IV. Hastalıkların presemptomatik evrede erken tanısı (ikincil korumaya denktir).

V. Oturmuş hastalığı olanlarda komplikasyonların azaltılması (üçüncül korumaya denktir).

Birinci basamak hekiminin birinci görevi hastalarının sağlıklarının sağlanması ve korunmasına yardımcı olmaktır. Aile hekimlerinin hasta vizitlerinin bir çoğu sağlıklı insanlarla yapılır. Aile hekimliği pratiği sağlık danışmanlığı ve hastalıkların ve sağlık risklerinin belirlenmesi için çok uygun bir ortam sağlar. Hastaları ve onların aileleri hakkındaki bilgileri aile hekimlerine hastalarının iç ve dış kaynaklarını bilme ve bu kaynakları en ekonomik şekilde kullanma şansı verir. Bu kaynaklar hastalıklardan iyileşmeyi sağlarlar. Aile hekimleri ikincil korumada da vaka saptanmasından sorunun çözümüne kadar tüm aşamalarda görev yaparlar.

Sağlığın İyileştirilmesi

Sıklıkla kullanılmakta olan sağlığın iyileştirilmesi modellerinden biri Tannahill'in modelidir (Şekil 1) (12). Bu modele göre sağlığın iyileştirilmesi birbirinin içine geçmiş üç çemberden oluşmaktadır; sağlık eğitimi, sağlığın korunması, önleyici sağlık bakımı. Bu iç içe geçmiş çemberlerle sağlığın iyileştirilmesinin yedi ana belirleyicisi aşağıda özetlendiği gibi tanımlanmaktadır.

1. **Önleyici sağlık hizmetleri:** Aşılama, servikal sürüntü ile tarama, hipertansiyon vakalarının saptanması, özürlülüğe sebep olan konjenital bozuklukların taranması, büyüme-gelişmenin izlenmesi, sigaranın bırakılmasına yardımcı olmak için nikotin sakızının kullanılması gibi örneklenebilir.

2. **Önleyici sağlık eğitimi:** Daha sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmak için yapılan sağlık eğitimini kapsar, örneğin sigarayı bırakmak için bilgilendirme ve eğitim verme

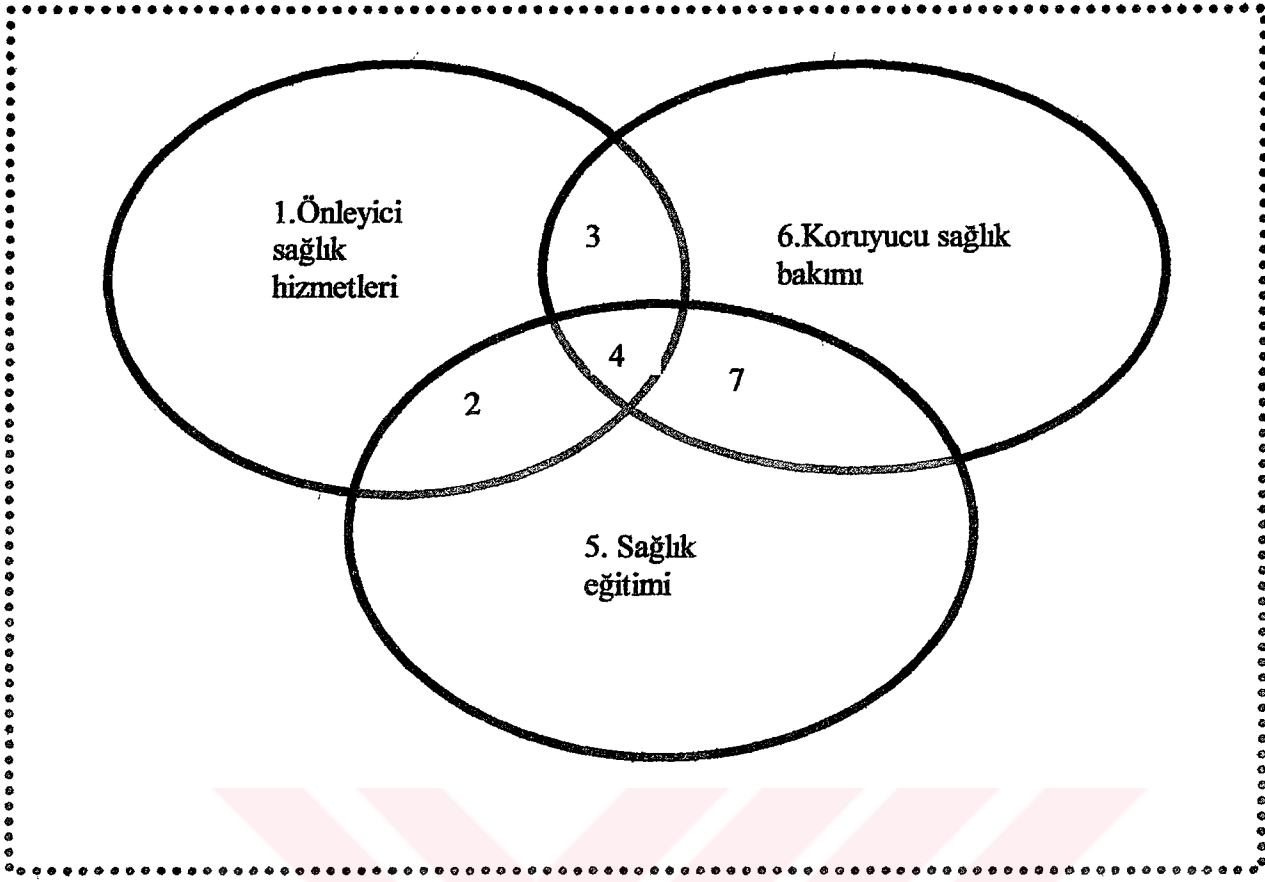
3. **Koruyucu sağlık önlemleri (preventive health protection):** Su kaynaklarına flor katılması

4. **Koruyucu sağlık önlemleri için sağlık eğitimi:** Emniyet kemeri yasası için lobi oluşturmak

5. **Pozitif sağlık eğitimi:** Bireylere, gruplara veya kamuya yönelik sağlık becerileri

6. **Koruyucu sağlık bakımı:** Çalışma yerindeki sigara politikası

7. **Koruyucu sağlık bakımına yönelik pozitif sağlık eğitimi:** Koruyucu sağlık bakımını desteklemek, bilinçlendirme çabaları; örneğin tütün reklamlarının yasaklanması için lobi oluşturmak



Şekil 1: Tannahil'in sağlığın iyileştirilmesi modeli (12)

Sağlığın iyileştirilmesi bir uçta çevresel ve sosyal politikalarda diğer uçta iyi klinik uygulamalara değin uzanır. Sağlığın çevresel belirleyicileri kişisel bazdaki sağlığın iyileştirilmesi şartlarını belirlerler. Sağlık ve hastalığın güçlü belirleyicileri arasında sosyal sınıf da bulunur. Sağlık hizmetlerine evrensel ulaşım sağlayan ve iyi bir sosyal güvenlik ağına sahip ülkelerde dahi düşük gelir ve sosyal statü kötü sağlıkla ilişkilendirilmiştir (17-18). Bu, sosyal statünün beslenme, barınma, çevre kalitesi, eğitim, iş doyumu, kişinin hayatı üzerindeki kontrolü, koruyucu önlemlere karşı tutum gibi sağlığın önemli belirleyicileri üzerindeki etkisine bağlanmıştır. Aile hekimleri birer klinisyen olarak çevre sağlığı hizmetlerinden sorumlu değil gibi görünseler de gelişmiş ülkelerde dahi hastaları dolayısıyla sağlık sorunlarının belirlenmesi ile önemli işlev görürler. Ülkemiz gibi temel halk sağlığı hizmetlerinin istenen düzeyde olmadığı ülkelerde ise daha doğrudan görevlerde bulunurlar.

Yelpaze, bireye ait direnç kaynaklarının saptanması ve güçlendirilmesi ile devam eder. Bunu da sağlık risklerinin değerlendirilip azaltılması takip edecektir. Koruyucu önlemler bu noktadan sonra presemptomatik devrede klinik tanı ve değerlendirme, erken tanı, hastalık yönetimi ve rehabilitasyonu ile sürer. Sağlığın iyileştirilmesi çabaları bu yelpazenin bir bölümüne sınırlı değildir. Örneğin genel direnç kaynakları hem sağlığın sürdürülmesi hem de

hastalıktan iyileşmede işe yararlar. Bu yüzden genel direnç kaynaklarının değerlendirilmesi hasta merkezli tıp uygulamalarının bir parçasıdır (2).

Risk faktörlerinin saptanması ya tedavi (örneğin hipertansiyon) ya da davranış değiştirme danışmanlığı (örneğin sigarayı bırakma) ile sonuçlanır. Sağlık eğitimi genelde sağlığı iyileştirecek bilgi ve danışmanlıkları içerir. Buna doğum öncesi danışmanlık, aile planlaması, trafik ve ev kazalarının önlenmesi, alkollü araç kullanmama ve emniyet kemeri kullanımının özendirilmesi, yaşlılarda düşmelerin önlenmesi gibi pek çok önlem sayılabilir. Sağlık eğitimi birinci basamak sağlık bakımını sağlayan sağlık ekibinin tümünün görev aldığı bir çalışmadır. Çalışmalar broşürler, posterler, ve her tür basılı veya diğer görsel-ışitsel malzeme ile desteklenmelidir (19).

Tarama (screening), seçilmemiş topluluklara hastalar veya hastalık riski taşıyanları saptamak amacıyla yapılan işlemlerdir. Örneğin bir kasaba hipertansiyon açısından taranabilir. Vaka saptanmasında (case finding) ise bireylerin hasta veya hastalık riski altında olup olmadıkları doktorları tarafından ortaya çıkarılır. Örneğin cilt enfeksiyonu nedeniyle gelmiş birinin yüksek tansiyonu ortaya çıkarılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişi ile uyum halinde olanın vaka saptanması olduğu açıktır. Birinci basamak hekimi bozukluğu tanımlamak, araştırmak, tedavi ve takip etmekten sorumludur (2).

Bir tarama veya vaka saptama çalışmasına girilmesi için şu ön şartlar karşılanmalıdır:

1. Tartışılan hastalık ciddi bir sağlık sorunu oluşturmaktadır.
2. Semptomatik safha ile karşılaştırıldığında tedavinin hastalık seyrini daha iyi etkileyebileceği presemptomatik bir devre bulunmalıdır.
3. Kullanılan tarama yöntemi ve tedavi toplumca kabul edilebilmelidir.
4. Yöntemin geçerlilik ve güvenilirliği yeterli olmalıdır.
5. Yöntem ve tedavi maliyetleri makul ve maliyet-etkin olmalıdır.

Ağır hipertansiyon bu şartları karşılar, çünkü; tedavisiz bırakılırsa inme ve kalp hastalıkları mortalitesini artırır, saptama yönteminin geçerlilik ve güvenilirliği yüksektir ve uç-organ hasarı oluşmadan tedavi edildiğinde hayatta kalma oranlarının iyileştiği yeterli klinik delille desteklenmiştir. Öte yandan prostat-spesifik antijen prostat kanseri taraması için bu kriterleri dolduramaz çünkü; erken karsinomda prostatektominin hayatta kalım oranlarını arttırdığına dair yeterli klinik delil yoktur (20).

Üzerine tarama yöntemlerinin oturtulacağı en güvenilir deliller; son nokta olarak hayatta kalış sürelerindense mortalite oranlarını kullanan, randomize, kontrollü klinik çalışmalarla elde edilenlerdir. Her gün daha fazla tarama yönteminin kullanıma girmesi, tarama yöntemleri

ile ilgili kararların eldeki delillerin çok yoğun tartışılmasından sonra verilmesini gerekli kılmaktadır.

Tıbbi bilgi miktarının çokluğu her doktorun kendi pratiği için literatür takip etmesi ve delillerle ilgili kritik kararlar vermesini imkansız kılmaktadır. Bu ihtiyaç dolayısıyla tanısal yöntemler, hastalıkların yönetimi ve koruyucu hekimlik uygulamalarıyla ilgili profesyonel gruplar ve akademik kuruluşlar öneri ve kılavuzlar oluşturup yayınlamaktadırlar. Bu konuda en iyi bilinen iki örnek Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da bu amaçla oluşturulmuş çalışma gruplarıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması için önerilen yöntem ise periyodik sağlık muayeneleridir.

Periyodik Sağlık Muayeneleri

Periyodik sağlık muayeneleri ya bir hastalık için var olabilecek riski belirlemek ya da bir hastalığı erken semptomsuz döneminde tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmış bir grup görevden oluşur. Aşılamalar, hastalıktan koruma veya sağlığın sürdürülebilmesi için danışmanlıklar gibi diğer bazı yöntemler de tanımın içerisinde (21-23).

Periyodik sağlık muayeneleri için Kanada Çalışma Grubu, periyodik sağlık değerlendirmeleri önerileri yapabilmek için klinik-epidemiyojik bir yaklaşım oluşturmuştur (24). Bu yaklaşım Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu tarafından da kabul edilip kullanılmıştır (25). Kullanılan kurgu ve yöntemin metodolojik gücü bazında önlemlerin etkinliğine ait delillerin sıralanmasını sağlayan basit bir yöntem kullanılmıştır. En yüksek seviyeli deliller randomize kontrollü çalışmalarla ilişkilendirilirken konu hakkında uzman görüşleri en düşük seviye delil olarak algılanmıştır (Tablo I). Birkaç yıla uzayabilen tartışmalar sonrası ulaşılan uzlaşma çalışma grubu raporları olarak bilimsel kullanıma sunulmuşlardır. Her bir madde için aşağıdaki 5 seviyeden birine karar verilmektedir (26):

- A. Uygulama için çok güçlü olumlu deliller
- B. Uygulama için vasat olumlu deliller
- C. Olumlu ya da olumsuz karar için yetersiz deliller. Araştırmada öncelikli konu.
- D. Uygulama için vasat olumsuz deliller
- E. Uygulama için çok güçlü olumsuz deliller

Derecelendirilmiş öneriler mevcut bilimsel verilere göre farklı periyodik değerlendirmeler için farklı kesinlik dereceleri sağlamaktadır. Böylece doktorların pratiklerinde önceliklerini saptamalarına yardımcı olunmaktadır. Çalışma grupları belli aralıklarla toplanıp yeni bulgular ışığında önerilerini gözden geçirmekte ve gerektiğinde dereceleri değiştirmekte ve yayınladıkları raporlarla bunları duyurmaktadırlar.

Tablo I: Delil Kuralları (26)

I	En az bir iyi kurgulanmış randomize kontrollü klinik çalışmadan elde edilmiş deliller
II-1	Randomize olmayan iyi kurgulanmış kontrollü klinik çalışmalardan elde edilmiş deliller
II-2	Tercihen birden fazla merkez veya çalışma grubundan gelen iyi kurgulanmış kohort veya analitik vaka kontrol çalışmalarından elde edilmiş deliller
II-3	Müdahaleli veya değil; zaman veya yer açısından karşılaştırmalardan gelen deliller. Kontrolsüz deneylerden alınan dramatik sonuçlar da bu kategoriye alınabilir (penisilin tedavisindeki gibi)
III	Saygı duyulan otoritelerin klinik deneyim, tanımlayıcı çalışma veya uzman komitelerinin raporlarına dayanan görüşleri

Tablo II'de bu çalışmanın oluşturulmasında da kullanılan Amerikan Aile Hekimleri Akademisi tarafından derlenen periyodik sağlık değerlendirmeleri önerilerinden bazı örnekler verilmiştir (3).

SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hastalık davranışını etkileyen bir çok faktör mevcuttur. Zaman içinde ve farklı kültürlerde de hastalık davranışının değiştiği söylenebilir. Kendini iyi hissetmeyen kişinin hasta olduğuna karar verdikten sonra ne yapması gerektiği konusu bir karar verme ve çare arama süreci gerektirmektedir. Ayrıca çağımızda sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri lehine gözlenen değişim de sağlık bakımı arama davranışları üzerine etki yapmaktadır.

Kişinin rahatsızlığı karşısında profesyonel sağlık bakımı arama kararını vermesinde etkili iki aşama tanımlanabilir. Bu aşamalar kişinin şu iki soruya verdikleri yanıtlarla belirlenir:

'Bakım aramalı mıyım?'

'Bakım arayabilir miyim?'

Bu iki soru arasındaki çizgi çok incedir ve bu aşamalar çok nadiren bilinç düzeyine yükselirler (27).

TABLO II: AAFP'ye göre yetişkin genel topluma pozitif periyodik sağlık muayenesi önerileri (3)

İşlem	Zaman/hedef kitle	Konu
Aşı	Aşı takvimine göre	Tetanoz, difteri
	65 yaşından sonra her yıl	İnfluenza
	65 yaşından sonra her yıl	Pnömonokok
Danışmanlık	Her başvuruda	Sigara içmenin çocuk sağlığına etkileri
	Her başvuruda	Sigara içmenin zararları
	Her başvuruda	Beslenme
	Her başvuruda	Fizik aktivite
	Her başvuruda	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
	Her başvuruda	Kazalar
	40-59 yaş bayan	Meme muayenesi ve mammografinin risk ve faydaları
	Peri menopozal bayan	Hormon replasman tedavisi
11 yaş üzeri bayan her başvuruda	Yeterli kalsiyum alımı	
Muayene	Her başvuruda	Kilo ve boy ölçümü
	16 yaşından sonra her başvuruda	Tansiyon ölçümü
	Yaşlılar	Snellen görme testleri
	Yaşlılar	İşitme testi
Test	40-59 yaş arası bayan 1-2 yılda bir	Meme muayenesi
	>50 yaş her yıl	GGK, sigmoidoskopi, kolonoskopi veya baryumlu enema
	35-65 yaş arası erkek her yıl	Kolesterol ölçümü
	45-65 yaş arası kadın her yıl	Kolesterol ölçümü
	Cinsel aktif bayanlar 3 yılda bir	Pap smear
	50-59 yaş arası bayanlar 1-2 yılda bir	Mammografi
	Gebe kalma ihtimali olan bayanlar	Rubella immunitesi

Bireyin sağlık hizmetlerine girme kararını etkileyen üç grup etken belirlenmiştir (27). Bunlardan ilki yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, etnik köken, eğitim, meslek gibi kişiye özgü özelliklerdir. İkinci grup etkenler kişinin hastalık algısı ile ilgilidirler. Son grup etkenler ise sosyal durum olarak özetlenebilir. Örneğin semptomların hafta içi veya hafta sonu ortaya çıkması ya da semptom ortaya çıkışında diğer kişilerin varlığına göre hastalık davranışları değişir. Bireyin sağlık bakımı ile ilgili kararında etkili olan beş sosyal harekete geçirici olduğu belirtilmiştir (27):

- i. Fiziksel veya mesleki işlevlere etkisi
- ii. Sosyal veya kişisel ilişkilere etkisi
- iii. Şikayetlerin zamanla ilişkisi
- iv. Aile ve arkadaşların tutumu
- v. Şikayetlerin yarattığı kişisel kriz.

Kişilerin sağlık hizmetleri kullanımının; sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin verildiği sistem, hizmetlerin sunumu, hizmet verilen toplumun özellikleri ve hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (28).

Sağlık politikalarının temel amacı birçok durumda hizmet kullanılabilirliğinin artırılmasıdır. Bu amaçla çeşitli finans, eğitim, insan gücü ve sağlık bakımı yeniden planlama programları ele alınır.

Sağlık sistemlerinin başlıca iki temel bileşeni vardır: Kaynaklar ve organizasyon. Kaynaklar sağlık sistemine ayrılan işgücü ve paradır. Sağlık çalışanları, sağlık bakımı ve eğitiminin içinde yapıldığı yapı, sağlık hizmetleri için kullanılan ekipman ve malzeme ile tıbbi kaynakların dağılım şekli ve hacmi de bu kapsam içinde değerlendirilir. Organizasyon ise hizmet sırasında kaynakların kullanımı ve dağıtımını ile ilgilidir. Sağlık hizmeti için personel ve fizik yapıların koordinasyonu ve kontrol edilme biçimini kasteder.

Hizmetlerin sunumu, bireylerin sisteme girişleri (gidilecek yol, bekleme süresi, sevk zinciri gibi) ve sistem içine girdikten sonra ne olduğunu belirleyen yapı özellikleri (kiminle nasıl görüştüğü, nasıl davranıldığı, nasıl tedavi edildiği gibi) ile belirlenir.

Hizmet verilen toplumun özellikleri eğilim, olanak ve gereksinim öğeleri ile incelenir. Eğilim, yaş, cinsiyet, kültürel ve sosyal değerler gibi bireylerin hizmeti kullanma yatkınlığını tanımlayan değişkenleri kapsar. Bireyin hizmetleri kullanma eğilimi olduğu durumlarda bunun gerçekleşmesi; bireysel ve aile kaynakları, gelir ve sigorta durumu, kırsal ya da kentsel köken, yaşanan bölge gibi olanaklarla ilişkilidir. Gereksinim ise sağlık hizmeti kullanım ihtiyacını ortaya çıkaran rahatsızlık düzeyini belirtir.

Hasta memnuniyeti, ise sağlık hizmetini kullanan bireylerin sisteme karşı tutumunu yansıtır.

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, hizmete gerçekten ihtiyaç duyan kişilerin bu hizmeti alıp almaması olarak özetlenebilir. Sağlık hizmeti kullanımı, hizmetin türü, yeri, amacı ve zaman aralığı açasından karakterize edilebilir.

Sağlık hizmeti kullanımındaki kişisel özelliklerle ilgili formüle edilmiş davranışsal bir modele göre hizmet kullanımı kişinin eğilimine, hizmete ulaşabilirliğine ve gereksinimlerine bağlıdır (28).

Hazırlayıcı faktörler olarak da anılan eğilim, bireyin hizmete başvurmadan var olan kişilik özelliklerini kapsar ve üç başlıkta incelenir: Yaş, cinsiyet, medeni durum, hane halkı sayısı gibi demografik değişkenler; eğitim, ırk, din, gelir gibi sosyal yapı değişkenleri ve sağlık ve hastalık ile ilgili değer ve bilgiler, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri kullanım eğilimi gibi tutum ve inanç değişkenleri.

Ulaşılabilirlik, kolaylaştırıcı faktörler olarak da isimlendirilirken aile ve toplumla ilgili olarak ikiye ayrılırlar. Aileyle ilgili kolaylaştırıcı faktörler ailenin geliri, sağlık sigortası, düzenli hizmet kaynakları gibi başlıkları kapsar. Toplumun sağlık hizmeti olanakları, personel sayısı, hizmetin sürekliliği gibi etkenler ise toplumla ilgili kolaylaştırıcı faktörler arasında sayılabilir.

Kişi tarafından algılanan hastalık (şikayet, rahatsızlık, sakatlık, vb) ile doktor tarafından tanı almış hastalıklar ise gereksinim değişkenlerini oluştururlar.

Gereksinim hizmet kullanımının acil nedeni ve temel belirleyicisiyken hazırlayıcı (eğilim) ve kolaylaştırıcı (ulaşılabilirlik) etkenler direk neden olmasalar dahi hizmet kullanımında farklılıklar oluştururlar.

Bu model bazı konuların anlaşılmasında temel oluştursa bile toplumdaki bazı alt grupların daha az ya da daha çok sağlık hizmeti kullanmalarını açıklamakta yetersiz kalabilir. Bunu anlayabilmek için daha çok sosyal-psikolojik bir yaklaşım gereklidir. Bu yolla oluşturulmuş bir modele göre sağlık hizmeti kullanımı üç faktörle açıklanır (27):

- Kişinin harekete geçmek için hazır oluşu: kişinin rahatsızlığının sonuçlarının ciddiyetini algılayışı ile belirlenir.
- Belirli bir eylemin yararlılığına ilişkin inancı ve bu inancın boyutu
- Uygun eylemi yapmak için bir dürtü veya öncül hizmeti gören bir faktör. Bu faktör şikayetler gibi içsel olabilir ya da kişilerarası etkileşim gibi dışsaldır.

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Günümüzde bir çok ülkede birinci basamak sağlık hizmeti sunumu konusundaki tartışmalar halen sürmektedir. Avrupa ülkelerinde tek başına ve/veya grup halinde çalışan genel pratisyenlere dayalı bir takım düzenlemeler bulunmaktadır.

Birinci basamak hekimleri Bulgaristan, Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İsrail, Litvanya, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç ve Türkiye’de coğrafi açıdan tanımlanmış nüfusa hizmet vermektedir. Bulgaristan, İsrail, Portekiz, İspanya gibi ülkelerde ise hasta listesi mevcuttur. Hasta listelerinin oluşturulmasındaki temel amaç; kişi başı ücretlendirme ve birinci basamak hekimlerinin sevk sistemindeki rolünü artırmaktır. Danimarka, İrlanda, İtalya, Hollanda ve İngiltere de her genel pratisyenin hasta listesi vardır ve hizmet tanımlanmış coğrafya içindeki nüfusa verilmektedir. Genel pratisyenlere bağımsız sözleşmeler yoluyla kişi başı ödeme yapılmaktadır.

Bir çok ülkede birinci basamak hekimi sağlık hizmetlerine giriş kapısı rolü oynar, yani hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk edilmeden doğrudan ulaşmasını engeller. Hekimler üstlendikleri bu rol ile hastalarının temsilcileri gibi davranırlar, bakım ve tedavi esnasında hastanın sorumluluğunu ne zaman ve kime devredeceklerine dair takdir yetkileri vardır.

Ülkelerin hasta sevkini gerektiren durumları arasında da bazı farklılıklar vardır. Örneğin İtalya’da hastalar göz, diş, kadın doğum hizmetlerine GP tarafından sevk edilmeden doğrudan ulaşabilmektedir. Hollanda’da acil durumlarda hastalar genel pratisyenlerinin sevki olmaksızın uzman hekime başvurabilmektedirler. İspanya ve Norveç’te uzman hekimler sadece genel pratisyenler tarafından sevk edilmiş hastaları kabul edebilirler ve genel pratisyenler de hastaları sadece coğrafi açıdan belirlenmiş bir uzman hekime ya da hastaneye sevk edebilirler. Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çekoslovakya, Fransa,, Yunanistan, Polonya, Slovakya, İsveç, İsviçre ve Türkiye gibi ülkelerde hastaların uzman hekimlere doğrudan kabulü söz konusudur. Belçika, Fransa, Lüksemburg, İsviçre’de hastalar GP ve uzman hekimlerini; aynı zamanda özel ve/veya kamu kuruluşlarına ait ayaktan ve yatarak tedavi veren kuruluşları da özgürce seçebilmektedirler. Almanya’da hastalar hastane tedavisi için ofis hekimlerinden (GP veya uzman hekimden) sevk almak zorundadır (10).

İngiltere'nin Sağlık Sistemi

Sistemin en üst noktasında Sağlık Bakanlığı vardır; merkezi planlamayı yapar, sistemin performansını ölçer ve kaynak dağılımını yapar. Sağlık Bakanlığı'nın altında her birinin içinde en az bir üniversite hastanesi olacak şekilde sınırları belirlenmiş 9 adet "Bölge Sağlık İdaresi" (Regional Health Authority) vardır. Görevleri bölgesel öncelikleri belirlemek, bölgesel planlama yapmak, kaynak dağılımı yapmak, daha alt birimlerin koordinasyonunun sağlamak ve önemli sağlık tesislerinin inşaatları ile ilgilenmektir. Yaklaşık 20 kadar olan üyeleri Sağlık Bakanlığı tarafından atanır ve ücret almazlar. Bölge sağlık idarelerinin altında toplam 201 tane olmak üzere mahalli sağlık idaresi (District Health Authority) vardır ve sistemin en alt birimi ve yürütücü organıdır. Her türlü sağlık personelinin istihdamını ve sağlık sisteminin yürütümünü sağlarlar. Bir başkan ve 16 üyeden oluşur, üyeleri bölge sağlık idaresi tarafından atanır.

İngiltere'de ikamet eden herkes sağlık güvencesi kapsamı altındadır. Temel finansman kaynağı vergiler, kamu gelirleridir.

Aile hekimi/genel pratisyen, dişçiler, gözlükçüler ve eczacılar ile anlaşma yapan aile hekimleri komitesi (The Family Practitioner Committees) mahalli sağlık idaresine bağlı olarak çalışır. Her ferdin bağlı olduğu bir GP vardır. Kişiler hekimini seçmekte serbesttir. Diğer uzman hekim veya hastane tedavisi ancak GP'nin sevkı ile mümkündür.

İngiltere'de aile hekimliği uygulamaları 1601 yılından itibaren gelişmiştir. Gerçek anlamda GP uygulamaları 1947 yılında başlamıştır. 1952 yılında "Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji" (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur. Aile hekimliği ya da İngiltere'de adlandırıldığı şekliyle genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi, 2 yıl hastanede, 1 yıl ise sahada, eğitici aile hekiminin yanında çalışarak tamamlanmaktadır. Kişiler kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadığı sürece ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar. GP'lere temelde kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakla birlikte hizmet başına ödeme de (fee for service) yapılmaktadır. Hastanede çalışan hekimlere maaş verilmektedir. Sağlık hizmetinin çoğu vergiden finanse edilmektedir. Kendi bütçesi olan GP'ler de vardır. Bunlar hizmetleri kamu ve özel sunuculardan rekabet ortamı içinde satın almaktadırlar (9).

Almanya'nın Sağlık Sistemi

Gelişmiş bir sağlık sigortası sistemidir. İlk basamağını yerel sandıklar, işletme sandıkları, yardım sandıkları ve meslek sandıkları adı altındaki hastalık sandıkları oluşturur. Bütün hastalık sandıkları Hastalık Sandıkları Konfederasyonu adı altında birleşmiştir. Sağlık

sigortasının denetimi ve gözetimi ise Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından yapılır. Hastalık sandıkları işçi ve işveren tarafından seçilen temsilciler tarafından yönetilir. Sağlık sigortası primlerinin toplanması, sağlık yardımlarının ve nakdi yardımların dağıtımı hastalık sandıkları tarafından yapılır.

Nüfusun %90'ı kamu sağlık sigortası kapsamı altındadır. Yıllık geliri belirli tavanı aşanlar hariç sağlık sigortasına giriş mecburidir. Sağlık sigortası primleri çalışanlar ve işverenler tarafından birlikte ödenir. Kendi hesabına çalışanlar primlerin tamamını kendileri öder. Öğrenciler, işsizler, kursiyerlerin primleri devlet tarafından ödenir. Emeklilerin aylıklarından kesinti yapılır. Sağlık hizmetlerinden bütün sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri faydalanır.

Hastalık Sandıkları Konfederasyonu tarafından uygun görülen hekimler bölgesel ve milli düzeyde bir araya gelerek Hastalık Sandıkları Hekimler Birliklerini oluştururlar. Sigortalılar bu hekimler arasından seçim yaparlar. Hekime yapılan ödemelerin tümü hastalık sandıkları tarafından Hastalık Sandıkları Hekimler Birliklerine yapılır, birlik bağlı hekimlere bu ödemeleri dağıtır. Hizmet başına ödeme yapılmaktadır.

İlk başvuru yeri Hastalık Sandıkları Hekimler Birliğine bağlı aile hekimidir. Aile hekimliği/genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi mezuniyet sonrası 4 yıldır. Eğer aile hekimi gerekli görürse hastaneye sevk eder. Sigortalı anlaşmalı hastanelerden istediğini seçebilir. Hastane ödemeleri sandıklar tarafından yapılır (9).

Amerika Birleşik Devletleri'nin Sağlık Sistemi

Düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. ABD'deki hekimlerin %40'ı birinci basamak hizmeti verirler. Bu hizmeti verme hakkı, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın doğum ve aile hekimliği uzmanlarına tanınmıştır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi kendileri de bir başka hekime ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimler listesi ile sınırlıdır.

ABD'nin sağlık alanında kar amacı taşımayan bazı özel nitelikli sağlık örgütleri vardır. Bunlardan en çok bilineni Sağlık Bakım Örgütü (Health Maintenance Organizations) ve Tercihli Hizmet Örgütüdür (Preferred Provider Organizations).

Sağlık bakımı örgütü kişi başına ödeme sistemine dayanır. Primler özel sigortalar aracılığıyla toplanır. En sık görülen beş tipi; Kadrolu Hekim Modeli (hekimler sağlık bakım örgütü merkezinde kadrolu çalışır ve belirli aylık alırlar); Grup Modeli (birden çok uzmanın çalıştığı özel bir hekim grubu ile anlaşan Sağlık bakım örgütü grubun bakmakla olduğu

nüfusa göre bir ödeme yapar); Ağ Modeli (birden fazla özel grupla anlaşma yapılır); Bireysel Hizmet Modeli (sağlık bakım örgütü tek çalışan özel hekim ya da özel grupla anlaşma yapar, ödeme hizmet başına ya da kişi başına yapılır) ve Açık Uçlu Model (hastalar sağlık bakım örgütünün anlaşmalı olmadığı hekimlere de gidebilirler)'dir. Tercihli hizmet örgütlerinin sağlık bakım örgütlerinden en önemli farkı kendisine kayıtlı hastaları hekim seçiminde biraz daha serbest bırakmasıdır.

ABD'de AH/GP uzmanlık eğitimi 6 yıllık tıp eğitiminin ardından 3 yıldır ve mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi zorunludur (10).

Çin Halk Cumhuriyeti

Çin, 1949'daki devriminden itibaren yaptığı sağlık organizasyonu ile kısa zamanda büyük gelişmeler kaydeden kalabalık bir ülkedir. 1950 yılında yapılan 1. Ulusal Sağlık Konferansı'nda belirlenen ilkeler "işçilere, çiftçilere ve askerlere hizmette öncelik, koruyucu tıbbı öncelik" doğrultusunda 1970'lere kadar kırsal alanda "çıplak ayaklı hekimler" görevlendirilmiştir. Fabrika ve çiftliklerde işçi sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili merkezler açılmış, eğitim kurumlarında zorunlu fiziksel egzersiz kursları başlatılmıştır. Tüm bu görünümüyle koruyucu hizmetlere öncelik verilen, ulaşılabilir ve ücretsiz kamu sağlık sistemi, Çin sağlık sisteminin temel özelliği olmuştur. Olumlu bu gelişmelere rağmen 1980'lere gelindiğinde kaynak ve hizmet dağılımında kır-kent eşitsizliği, sağlık kurumlarında üretkenliğin ve hizmet kalitesinin yeterli olmaması, sağlık maliyet artışlarının önemli düzeylere yükselmesi gibi önemli sorunların olduğu görülmüştür. Bu sorunları aşmak amacıyla sağlık yönetiminin desantralizasyonu, üretkenliği ve kaliteyi artırmak için çalışma oranında ücret artışı, kırsal bölge sağlık hizmet ve altyapısının desteklenmesi, sağlık sigortası sisteminde reforma gidilmesi gündemin ön sıralarındadır.

Günümüzde Çin'de BBSH kırsal kesimde köy doktorlarının (çıplak ayaklı hekim) hizmet verdiği sağlık istasyonları, kentte ise mahallelerdeki sokak doktoru ve halk sağlığı çalışanının oluşturduğu sağlık istasyonu aracılığıyla verilmektedir. Sokak hekimi işçi ve memurların ailelerine bakarken, işçi ve memurun sağlığından işyeri hekimi sorumludur. Sokak hekimi gerekli gördüğü vakaları uzman hastanesine sevk eder. Çinde BBSH kalitesinin artırılması amacıyla, kırsal kesimdeki çıplak ayaklı doktorların eğitim düzeyleri yükseltilmeye başlanmıştır. 1995 yılında alınan bir başka kararla da özellikle kentsel alanlarda birinci basamakta uzmanlaşmış AH/GP'lerin kullanılması planlanmıştır. Bu amaçla Çin hükümeti WONCA'ya başvurarak eğitici uzman istemiş ve Dünya Bankasından kredi talebinde bulunmuştur (29).

Küba

Hükümetin sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir. 3 hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyi vardır. Merkezde Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırmaları yürütür, bilgi toplar, dağıtır. İl düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunar (hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları, kütüphaneler, vs.). Yerel düzey, kır sağlık evlerinde, hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunar, doğum evlerini de yönetir. Kırsal alan "canabas"da hekimler, hemşireler, yardımcı ve diğer destek personelle bir poliklinikte görev yapmakta, tüm temel uzmanlık dallarında hizmet vermektedir. Kronik hastalar ve yaşlılar evlerinde aile hekimince ziyaret edilmektedir. Şu anda Küba sağlık sisteminin bel kemiğini özel eğitimden geçmiş, koruyucu ve tedavi edici hizmet veren uzman birinci basamak hekimleri olan aile hekimleri oluşturmaktadır. 1980'lerin ikinci yarısında başlatılan bu çalışma giderek tüm ülkeyi kapsamıştır (29).

İsrail

Ülkede Sağlık Bakanlığı ve bazı yerel sağlık otoritelerinin önyak olduğu genel bir sağlık sigortası sistemi vardır ve nüfusun %96'sını kapsar. BBSH kırsal kesimde ya bir AH/GP ile hemşirenin görev yaptığı küçük sağlık birimleri tarafından ya da daha büyük yerleşimlerde 2000-3000 kişiye hizmet veren, daha kalabalık bir ekibin görev yaptığı sağlık merkezleri tarafından verilir. Kentte ise 5000-20000 kişiye hizmet veren laboratuvar ve röntgen olanakları bulunan, bazı dal uzmanlarında desteklediği büyük sağlık merkezleri bulunur. Hizmet kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici multidisipliner ekip hizmetidir. Ayrıca özel çalışan AH/GP'ler de kontrat yaparak bu sisteme dahil olabilirler. Tüm hizmetler ücretsiz olup, prim kesintisi ve vergiler ile finanse edilir. Tıp Fakültelerindeki AH/GP'lik kursüleri kendilerine bağlı eğitim ve uygulama merkezlerinde 4 yıl süren AH/GP'lik eğitimi vermektedirler (29).

Norveç

Sağlık hizmetleri sosyal hizmetlerdende sorumlu olan "Sosyal Güvenlik Bakanlığı"na bağlı Sağlık Müdürlüğü tarafından yürütülür. BBSH her bir sağlık bölgesinde (ülke 19 ile, illerde sağlık bölgelerine bölünmüştür) sağlık merkezi ile temsil edilir. Sağlık merkezi içinde yerel yönetimle kontrat yapmış olan AH/GP, diş hekimi, ev hemşiresi, ebe, fizyoterapist, laboranttan oluşan ekip kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri vermekle yükümlüdür. Nüfusu az olan bazı yerlerde tek başına AH/GP'ler bulunabilir. Ücretlendirme hasta başınadır. Sevk zinciri ile hasta ya yerel hastaneye, ya da illerdeki daha büyük

hastanelere sevk edilebilir. Ulusal sağlık enstitüsü sağlık hizmetlerinin finansmanını %30'unu çalışanlardan, %55'ini işverenlerden, %15'ini ise devletten alarak oluşturur. 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi sonrasında 21 aylık (6 ayı birinci basamakta) internlik eğitimi de tamamlandıktan sonra AH/GP uzmanlık eğitimi 5 yıldır (29).

Ülkemizde Durum

Türkiye'de sağlık sektörünün teşkilatlanması karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri standart kuruluşlar tarafından ve aynı nitelikte üretilmemektedir. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluşlar sağlık hizmeti üretmektedir. Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Sosyal Sigortalar kurumu, Tıp Fakülteleri, Milli Eğitim Bakanlığı, Belediyeler, TCDD (Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları) sağlık hizmeti veren başlıca kamu kuruluşlarıdır. Bunlara ilaveten çeşitli vakıflar, kar amaçlı özel sektör kuruluşları, serbest hekimler de sağlık hizmeti vermektedir. Ülkemizde genel olarak sağlık sigortası uygulamasında üç önemli kuruluş mevcuttur. Sosyal Sigortalar Kurumu hastalık sigortası, Emekli Sandığı sağlık yardımları ve Bağkur sağlık sigortası (30).

Sosyal Sigortalar Kurumu 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile İşçi Sigortaları Kurumunun adı değiştirilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip ve tüzel kişiliğı olan bir kamu kurumudur. Denetimi Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu ve Türkiye Büyük Millet Meclisince yapılır. Bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar sigortalı sayılır. SSK hastalık sigortasının kapsamına sigortalılar, sigortalıların geçindirmekle mükellef oldukları eş, çocuk, ana ve babaları, aylık ve gelir almakta olanlar, aylık gelir almakta olanların eş, çocuk, ana ve babaları girer.

Sosyal Sigortalar Kanunu ile kurulmuş olan sigorta kolları hastalık sigortası, analık sigortası, iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası, malütlük sigortası, yaşlılık sigortası ve ölüm sigortasıdır. Hastalık sigortası kapsamında yürütülen sağlık yardımları için herhangi bir şart aranmamaktadır, belirli bir süre prim ödeme ve sigortalı olma şartı yoktur. Ancak sigortalının sağlık yardımlarından yararlanabilecek aile fertleri yani sigortalının eşi, çocukları, anne ve babasının sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için sigortalının hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması gerekir. Sigortalılık niteliğinin yitirildiğı tarihten itibaren altı ay daha sağlık yardımlarından faydalanılabilir.

SSK Hastalık Sigortası tarafından sigortalılara ve bağımlılarına sağlanan ve SSK hastaneleri tarafından üretilen sağlık hizmetleri şunlardır; hekime muayene ettirme, hekimin lüzum görmesi halinde yapılan klinik ve laboratuvar muayeneleri, teşhis ve tedavi için sağlık

tesislerine yatırılması, gerekli ilaç ve iyileşme araçlarının sağlanması, protez araç ve gereçlerinin sağlanması. Sigortalıya yapılan sağlık yardımları arasında ayrıca gerekirse muayene ve tedavi için yurtiçine başka bir yere veya yurtdışına gönderilmesi de mevcuttur.

SSK hastalık sigortasının toplam prim oranı sigortalının prime esas kazancının %11'i olup bunun %5'i sigortalı, %6'sı da işveren payıdır. Sigortalılık niteliğini yitirmiş olmakla beraber kendisine sürekli iş görmezlik geliri, malîlülük ya da yaşlılık aylığı bağlanmış olanlar ile bunların geçindirmekle mükellef oldukları eş, çocuk, ana ve babaları veya sigortalının ölümü halinde kendilerine gelir bağlanan kişiler yani pasif sigortalılar ise prim ödemeksizin sağlık yardımlarından yararlanırlar (31).

TC Emekli Sandığı 1949 yılında 5434 sayılı kanun ile kurulmuş, tüzel kişiliğe sahip bir kamu kuruluşudur. Tam bir sosyal sigorta özelliğinde değildir. Esas olarak emekli aylığı, malîlülük aylığı ile dul ve yetim aylığı sağlayan bir kurumdur. Sağlık yardımları ise, aylık bağlanmış olanlar ile bunların bağımlılarına verilmekte, fiilen çalışan iştirakçiler (aktif sigortalılar) ve bağımlıların sağlık yardımları çalışmakta oldukları kurumları tarafından karşılanmaktadır.

Emekli Sandığı'ndan aylık alanlara ve bunların bağımlılarına, 1965 tarih ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamına girenler ile bunların bağımlılarına sağlanan sağlık yardımları şunlardır; hekime muayene ettirme, hekimin lüzum görmesi halinde yapılan klinik ve laboratuvar muayeneleri, teşhis ve tedavi için sağlık tesislerine yatırılması, gerekli ilaç ve iyileşme araçlarının sağlanması, protez araç ve gereçlerinin sağlanması, sağlık yoluğu giderleri, içmece ve kaplıca tedavisi, ve sadece memurlara ve bağımlıları için gerekli hallerde yurtdışı tedavisi.

Sağlık yardımları pasif sigortalılara ve bağımlılarına Emekli Sandığı tarafından karşılıksız olarak sağlanır, ilgililer herhangi bir prim ödemesinde bulunmadığı için Emekli Sandığı sağlık yardımları uygulaması sağlık sigortası özelliği göstermez. Sağlık yardımları için memurların aylığından herhangi bir kesinti yapılmamakta ve memurlar çalıştıkları sürece, kendileri ve bağımlıları sağlık yardımlarından faydalanmaktadır, sağlık yardımları giderleri kamu kuruluşları bütçelerine konan ödenekten karşılanmaktadır. Devlet memurları ve bağımlıları için sağlanan sağlık yardımları ilgililerin prim ödemesi söz konusu olmadığı için tam bir sağlık sigortası sayılmaz (30).

Bağkur 1971 tarih ve 1479 sayılı "Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu" ile kurulan, özel hukuk hükümlerine tabi, idari ve mali özerkliğe sahip kamu tüzel kişiliğidir. Denetimi Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu ve Türkiye Büyük Millet Meclisince yapılır. Bağkur'a zorunlu sigorta olanlar kanunla veya

kanunun verdiği yetkiye dayanarak kurulmuş sosyal güvenlik kuruluşları kapsamı dışında kalan ve herhangi bir işverene hizmet akdi ile bağlı olmaksızın kendi adı ve hesabına bağımsız olarak çalışanlardır.

Bağkur Kanununa 1985 tarih ve 3235 sayılı kanun ile yapılan ilavelerle 1.1.1986 tarihinden başlamak üzere kademeli olarak ve 1.1.1989 tarihinden itibaren bütün yurtda sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Sağlık sigortası yardımlarından 1479 sayılı kanuna göre sigortalı olanlar, yaşlılık ve malütlük aylığı almakta olanlar ile eş ve çocukları ve bakmakla yükümlü oldukları ana ve babaları ile ölüm aylığı almakta olanlar faydalanır. Sigortalının sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için en az sekiz ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olması, aylık almakta olanların aylıklarından en az sekiz ay sağlık sigortası primi kesilmiş olması ve sigortalının hiçbir prim borcu bulunmaması gerekir. Sigortalının sigortalılık vasfını kaybettiği tarihten itibaren doksan gün daha sağlık yardımları devam eder.

Sağlanan sağlık hizmetleri hekime muayene ettirme, hekimin lüzum görmesi halinde yapılan klinik ve laboratuvar muayeneleri, teşhis ve tedavi için sağlık tesislerine yatırılması, gerekli ilaç ve iyileşme araçlarının sağlanmasıdır.

Sigortalıların yürürlükteki basamak gösterge tutarlarının katsayı ile çarpılması sonucu bulunan rakamın %12'si sağlık sigortası primi olarak alınır. Aylık alanların aylıklarından on yıl süre ile Bakanlar Kurulunca her yıl için %5 ile 10 arasında belirlenen orandan sağlık sigortası primi kesilir (30).

Söz konusu tüm bu kuruluşlar genelde tedavi edici sağlık hizmeti üretirken, sağlık bakanlığı hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmeti vermektedir. Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık politikasının belirlenmesi ve uygulamalarından resmen sorumlu olmakla beraber, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi oldukça sınırlıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi söz konusu olmadığı gibi, koordinasyonu da yapılamamaktadır. Bir çok kuruluşun birbirinden habersiz sağlık hizmeti üretiminden dolayı varolan kaynaklar verimli kullanılamamaktadır. Sağlık bakanlığı dışında kalan bütün kuruluşların genellikle tedavi edici sağlık hizmeti verdiği, sınırlı ve belirli guruplara hitap ettiğinden dolayı Türkiye'de sağlık teşkilatının temel çatısını Sağlık Bakanlığı oluşturmaktadır. Ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili kuruluşta Sağlık Bakanlığıdır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri; 224 sayılı "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" yasasına göre yürütülmektedir. 1962 yılında İngiliz sağlık örgütlenmesi esas alınarak ülkemiz koşullarına göre hazırlanan yasa o yıllar için reform sayılabilecek iyileştirmeler içermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma-Ata konferansında belirlediği önceliklerle çok iyi örtüşen ve bu sebeple o konferansta büyük övgüler alan yasa, uygulamada

ortaya çıkan pek çok sorun nedeniyle teorideki gücünün gerisinde kalarak günümüz koşullarında ülkemiz için yetersiz kalmıştır. Bu sonuçlarda yasanın geçen yıllar boyunca dünyadaki gelişmelere uydurulması için hiçbir iyileştirilmeye tabi tutulmamasının da rolü vardır.

Bu yasanın oluşturulması ve yıllar içindeki gelişimine göz atacak olursak, yasa 1961 anayasından sonraki ortamda geliştirilmiştir. 1961 Anayasasının 48. ve 49. maddelerinin devlete sağlık konusunda eskiye göre daha da ağır sorumluluklar yüklediğini görüyoruz. Bu anlayışın gereği olarak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi için ana ilke ve hedefler saptanmıştır. Bunların başında halkın sağlık seviyesini yükseltmek, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem vermek ile tedavi edici sağlık hizmetlerini, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir unsuru olarak kabul etmek ve yürütmek geliyordu. İşte bu ana ilke ve hedefler doğrultusunda 5 Ocak 1961 tarihinde adından çok söz ettiren ve tartışması hala süren 224 sayılı -sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi- adlı sağlık hizmetlerinin bölge bölge uygulama ile 15 yıl içinde ulusallaştırılmasını öngören kanun çıkarılmıştır.

Bu kanun ile özellikle kırsal alana daha çok ve kaliteli hizmet sağlanması amaçlanmış ayrıca sağlık hizmetlerinin devlet görevi olduğu kabul edilmiştir. Plana göre sosyalleştirme kademeli olarak 15 yıl içinde tüm ülkeyi kapsamına alacak ve o gün için ülkemizde sağlık alanında en elverişsiz koşullara sahip doğu illerimizden başlayacaktı, her yıl hangi illerin sosyalleştirmeye gireceğine Sağlık Bakanlığı'nın önerisiyle Bakanlar Kurulu karar verecekti.

Sosyalleştirme ancak 1 Ağustos 1963'te pilot bölge olarak seçilen Muş ilinde başlayabildi. Uygulamada plan hedeflerinin gerisinde kalsada 1968'e kadar belirli bir tempo ile sürdürüldü, doğu illeri sosyalleştirme kapsamına alındı. O tarihten sonra sosyalleştirme hızı düşmeye başladı. 1975'e kadar sadece 3 il daha kapsam altına alındı ve uygulama canlılığını büsbütün yitirdi. Sosyalleştirme programının tamamlanması için öngörülen 15 yıllık sürenin 1978'de bitmesi gerekirken sınır 1981'e kadar uzatıldı. 1981'e gelindiğinde toplam 45 ilde, 59 bölgede sosyalleştirme gerçekleşmişti (32). 1983 yılında hiç bir altyapısal hazırlık gerçekleştirilmeden geriye kalan illerinde sosyalleştirme kapsamına alındığı ilan edilmiştir. Bu konudaki son durum için 1996 rakamlarına bakacak olursak Türkiye genelinde 5167 sağlık ocağı ve 11.877 sağlık evi bulunmaktadır, sağlık ocakları kırsal alanda 5000-10.000 nüfusa hizmet vermektedir, kentsel bölgelerde ise bu nüfus 50.000'e dek çıkmaktadır (33).

Bu kanuna göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan sağlık müracaat zincirinin birinci basamağını sağlık evi ve/veya sağlık ocağı oluşturmaktadır. 2500-3000 nüfusa göre oluşturulan sağlık evlerinde bir ebe çalışmakta olup ağırlıklı olarak ana-çocuk sağlığı

hizmetleri yürütülmektedir. Sağlık ocakları ise 5000-10.000 nüfusa hizmet verecektir. Bu sağlık ocaklarında en az bir pratisyen hekim, bir hemşire, bir ebe, bir sağlık memuru ve tıbbi sekreter görevlidir (8).

Sağlık evi ve sağlık ocakları dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren AÇSAP, verem savaş dispanserleri, sifiliz-lepra'ya yönelik sağlık birimleri gibi çeşitli sağlık merkezleri mevcuttur. Tüm bunlar ülkemiz de birinci basamak sağlık hizmetlerinin dikey örgütlenmesine örnek oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri giderleri sağlık bakanlığı bütçesinden karşılanmaktadır ve sosyal güvencesi ne olursa olsun ilaçlar dışında tüm vatandaşlar için ücretsizdir (15).



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne şehir merkezinde yaşayan bireylerin sağlık hizmeti kullanımları ve sağlık tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesini amaçlayan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Araştırma Edirne şehir merkezinde gerçekleştirilmiştir. Edirne şehir nüfusu 1999 ev halkı tespit fişlerine göre 114937 kişidir ve 34528 haneden oluşmuştur.

Edirne şehir merkezinde 9 sağlık ocağı, bir AÇSAP merkezi, bir verem savaş dispanseri ile belediye, valilik, beden terbiyesi gibi çeşitli kamu kuruluşlarına ait sağlık birimleri ve çeşitli özel sağlık işletmeleri bulunmaktadır. Yataklı sağlık kuruluşları olarak da devlet hastanesi, SSK hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi ve üniversite hastanesinin yanında 2 özel hastane bulunmaktadır.

Örneklem 1999 ev halkı tespit fişlerine dayanarak, hane sayısı üzerinden küme örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Örneklem hazırlandığı sırada hazır olan en son veriler olduğundan 1999 ev halkı tespit fişleri kullanılmıştır. Coğrafi sınırları ve hane sayıları belirlenen 30 alt kümeden, en küçük kümeden 7 örnek seçilecek şekilde hane sayılarına göre ağırlıklandırılarak çalışmaya alınacak hane sayıları belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen haneler belirlenmiş kümelere ait coğrafi bölgelerden araştırmacı tarafından raslantısal olarak seçilmiştir. Araştırma kümelerinin belirlenmesinde sağlık ocaklarının ev halkı tespit fişi çalışmalarında kullanılan ve bu nedenle nüfusları ve hane sayıları belirlenebilen sınırlar kullanılmıştır. Küme nüfuslarının birbirine yakın olmasına çaba harcanmıştır.

Araştırma evreni 34528 hane ve 114397 kişidir. Araştırma örneklemini 407 hane ve 1360 kişidir. Örneklem hane sayısı üzerinden belirlenmiştir ve evrenin %1,18'ini oluşturmuştur.

Evren birey nüfusunun %1,19'u örnekleme dahil olmuştur. Çalışmada kullanılan kümelerle bunların hane sayıları ve örnekleme temsil edilen sayıları Tablo 3'de verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen 407 hanede toplam 1360 kişi yaşamaktaydı ancak bunlardan 27'si ile görüşülemedi (Sarıcapaşa kümesinden 3 kişi, Mithatpaşa 1 kümesinden 3 kişi, Mithatpaşa 2 kümesinden 5 kişi, Şükrüpaşa kümesinden 4 kişi, Dilaverbey kümesinden 12 kişi), toplam 1333 kişi ile görüşüldü. Çalışmada hedeflenen örnekleme ulaşma oranı hane sayısı olarak %100, kişi sayısı üzerinden %98 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmacı tarafından rastgele seçilen hanelere gerekli açıklama yapıldıktan sonra sözlü onayları istenmiştir. Çalışmaya dahil olmayı kabul eden hanelerde yaşayanların 15 yaş üstünde ve görüşmeyi sürdüremeyecek kadar debilize olanlar hariç tümüyle görüşülmüş, gerekli hallerde görüşmeyi tamamlamak için farklı zamanlarda birden fazla ziyaret gerçekleştirilmiştir. 15 yaş altı çocuklar hakkında, bu grup için özel olarak hazırlanan sorularla, ebeveynlerden biri, tercihen anne ile ve görüşmeyi sürdüremeyecek durumdaki hastalar hakkında, yine bunlar için hazırlanmış sorularla, bakımında sorumluluğu bulunanlardan biri ile görüşülmüştür.

Verilerin toplanması için bu araştırma için geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket 4 ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm tüm denekler için ortak olan demografik bilgilerin sorgulandığı bölümdür. İkinci kısım anketin ana gövdesini oluşturan sorulardır ve çocuklar ve debilize hastalar dışındaki herkese uygulanmıştır. Üçüncü bölüm çocuklar, dördüncü bölüm debilize hastalar için belirlenen sorulara ait bölümlerdir. Anketin bir örneği EK 1'de görülebilir.

Çalışma için araştırmacı ve danışman tarafından hazırlanan anket formu 10 örnek üzerinde denenmiş elde edilen bilgiler ışığında revize edilmiştir. Deneklere yapılacak açıklamalar açısından yardımcı araştırmacıları da kapsayan standardizasyon çalışması yapılmıştır.

Anket yüzyüze görüşme ile görüşmeci tarafından doldurulmuştur. Deneklerin sorulara yanıt verirken yararlanmaları için çeşitli sağlık kurumlarını içeren bir liste seçimlerinde kullanabilmeleri için verilmiştir. Ayrıca bir soru için cevap şıklarını içeren listeden yararlanılmıştır (EK 1). Elde edilen cevaplar görüşmeci tarafından anket üzerine işaretlenmiştir.

Çalışmaya alınan deneklerden yazılı onay alınmamıştır. Deneklere sözlü açıklama yapılmış ve soruları yanıtlamaları onay verdiklerinin delili olarak kabul edilmiştir. Buna rağmen başlangıçtaki açıklamaya olumlu yanıt vermelerine rağmen sorular tamamlanmadan

devam etmek istemediklerini belirten 2 örnek çalışmadan çıkarılmış ve yerlerine başka denekler alınmıştır.

Tablo III . Çalışmanın yürütüldüğü kümeler

Küme adı	Hane sayısı	Örneklem (hane)	Kişi sayısı (ulaşılan)
1)Abdurrahman	1986	23	90
2)Babademirtaş	1424	17	62
3)Barutluk + Menzilahir	2788	33	116
4)Çavuşbey	1545	18	56
5)Dilaverbey	1867	22	66*
6)Yıldırım Hacısarraf	679	8	30
7)Karaağaç	1038	12	44
8)Medrese Alibey	579	7	24
9)Mithatpaşa 1	673	8	22**
10)Mithatpaşa 2	1095	13	36***
11)Nişancıpaşa	1617	19	60
12)Sabuni	561	7	23
13)Sarıcapaşa	1457	17	47**
14)Talatpaşa	2195	26	89
15)Yancıkçı Şahin	1400	16	47
16)Yeni İmaret	906	11	43
17)Yıldırım Beyazıt	883	10	42
18)Umurbey+Meydan	1576	19	58
19)Dr Rifat Osman	483	7	24
20)Beşyüzevler 1	618	7	28
21)Beşyüzevler 2	1120	13	46
22)Kocasinan	1548	18	51
23)Fatih	749	9	21
24)Kutlutaş	1036	12	33
25)Kooperatif evleri	846	10	36
26)Kavgaz	553	7	19
27)Şükrüpaşa	804	9	21****
28)Esentepe+Binevler	1032	12	39
29)Özserhat	782	9	32
30)İstasyon	688	8	28
Toplam	34528	407	1333

* 12 kişiye ulaşamadı. ** 3 kişiye ulaşamadı. *** 5 kişiye ulaşamadı. **** 4 kişiye ulaşamadı.

Çeşitli sağlık hizmetlerinin alındığı sağlık kuruluşları istatistiki analizlerde kullanılmak üzere gruplandırılmışlardır. Bu gruplamaya göre sağlık ocakları, kurum hekimleri, AÇSAP merkezi, verem savaş dispanseri ve TÚTF Aile Hekimliği Polikliniği birinci basamak sağlık kuruluşları olarak belirlenmişlerdir. Muayenehaneler, özel hastaneler ve polikliniklerle buraların hekimleri özel sağlık hizmetleri olarak gruplanmıştır. SSK, devlet ve üniversite hastaneleri ise hastaneler başlığı altında toplanmıştır. Bazı hizmetlerle ilgili sorgularda

rastlanan eczane, hemşire, sağlık memuru gibi hekim dışı sağlık çalışanları ile komşu, tanıdık, arkadaş gibi sağlık sektörü harici kimseler bu sınıflamaya dahil edilmeyip ayrı gruplar olarak bırakılmıştır.

Eğitim durumu çeşitli analizlerde eğitim yılı olarak kullanılmıştır. Gruplamaya gidildiğinde ise diploma esasına göre tasnif yapılmıştır. Okur-yazar olmayanlar ile okula gitmeden okuma yazma öğrenmişler ayrı gruplarda toplanırken 1-4, 5-7, 8-10 yıl eğitim almışlar aynı gruplara alınmışlardır. Lise mezunları (11 yıl) bir grup oluştururken lise üzeri eğitim alanlar aynı grupta sınıflanmışlardır.

Çalışmamızda sağlık hizmetleri kullanım miktarını belirlemek amacıyla son altı aydaki başvuru sayıları sorulmuştur. Başvuruların yapıldığı kurumların belirlenmesi için ise son bir ay içindeki başvurular esas alınmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilgi İşlem Merkezi'ne ait SPSS paket istatistik yazılımı (Lisans No:105192) kullanılarak bilgisayar ortamına geçirilmiş ve aynı program yardımıyla işlenmişlerdir. Sonuçların oluşturulmasında frekans tabloları ve çapraz tablolar yanında çeşitli parametrik ve parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Çalışmanın planlama aşaması Nisan-Temmuz 2000 tarihlerinde tamamlanmıştır. Bu sürede çalışma için literatür araştırmaları yapılmış, örneklem seçimi ile ilgili veriler toplanmış ve anketin hazırlanması ile ilgili işler tamamlanmıştır. Temmuz 2000- Mart 2001 tarihleri arasında 9 ayda veriler toplanmıştır. Mart-Mayıs 2001 tarihlerinde ise verilerin analizi yapılmış ve tez yazılmıştır. Çalışma yaklaşık 14 ay sürmüştür.

Bu tez çalışması Trakya Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın en büyük sınırlılığı sadece Edirne şehir merkezini temsil edebilmesidir. Araştırma evreni çalışma amaçları ile uygun belirlenmiş olsa da bu yoğunluktaki bir çaba ile ülke genelini temsil gücünde çalışma yapılması olağandır.

2. Araştırma küme örneklem yöntemiyle yapılmıştır. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü standartlarına göre davranılmış olsa da örneklem tekniğinin kendine özgü kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklemin evreni temsil edebilmesi için kümelerin homojen dağılımı olması gereklidir. Çalışmada kümeler coğrafi bölgelere göre belirlenmişlerdir ve bunun hedeflenmiş olan sosyoekonomik düzey açısından homojenliği sağladığı kabul edilmiştir.

3. Kişilerin tercihlerinin sorularla belirlenmesinin yapısal bazı kısıtlılıkları vardır. Aynı kişilerin tutumları verdikleri cevaplarla örtüşmeyebilir. Ancak davranışların verilen cevaplarla ne kadar örtüştüğünü saptamak bu çalışmanın olanaklarının ötesindedir.

4. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ülkemiz için standartları saptanmamış olduğundan uluslararası verilerden uygun bir seçim yapılmak zorunda kalmıştır. Yapılan seçimler önemli bilimsel dayanakları olsa da ülkemiz için saptanacak standartlardan az ya da fazla olma riskini taşırlar.

5. Kişilerin sosyoekonomik durumlarını saptamak için bilinen bir altın standart yoktur. Muhtemel pek çok yöntem içinden araştırmacılar kullanımına alışkın oldukları ölçeği tercih etmişlerdir.

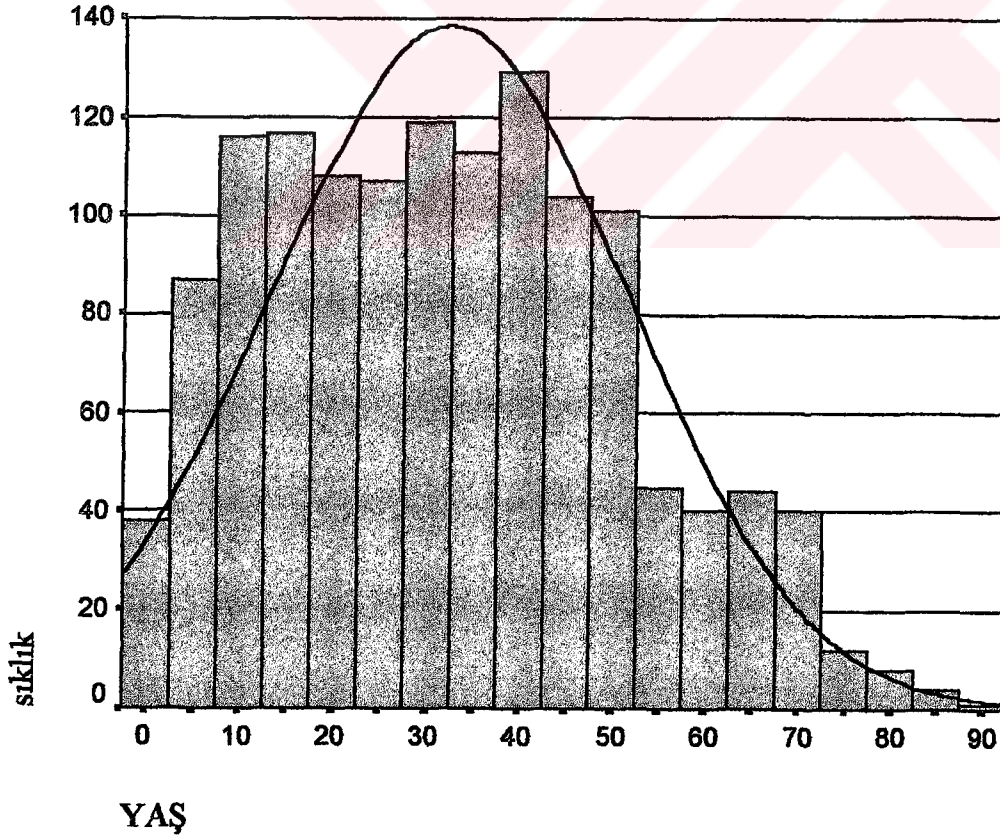
6. Araştırmada verilerin toplanması, çalışmanın gerektirdiği işgücünün fazlalığı nedeniyle uzun sürmüştür. Bu süre içinde çalışmanın yapıldığı evrende araştırılan veriler açısından bir değişiklik olmayacağı kabulü ile çalışma yürütülmüştür.



BULGULAR

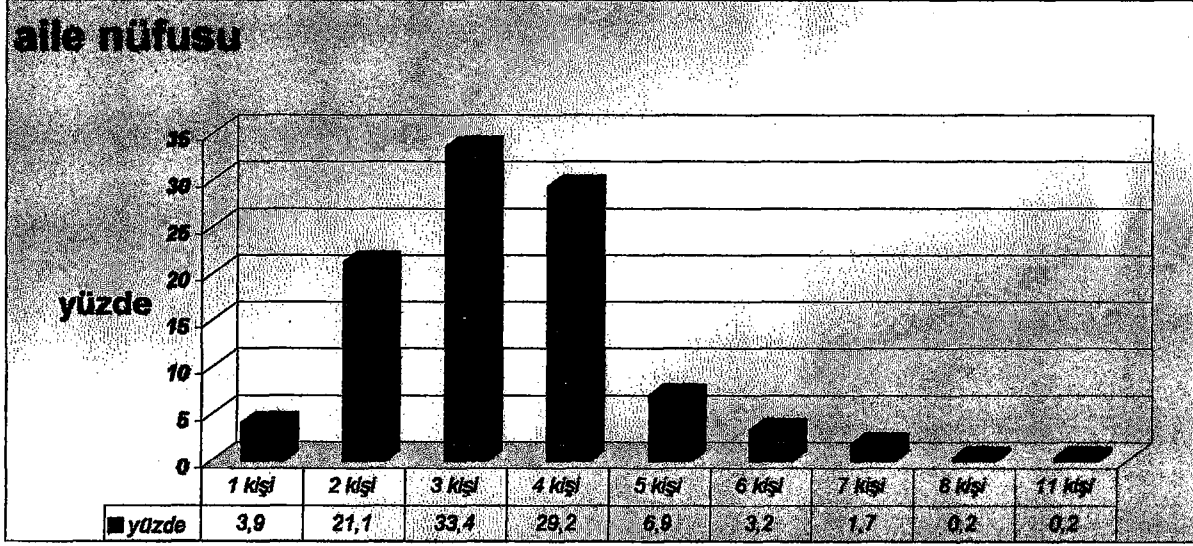
DEMOGRAFİK VERİLER

Araştırmaya 0-90 yaş arası 1333 kişi dahil edildi. Bunların 688'i kadın (%51,6), 645'i erkek (%48,4) idi. Ortalama yaş $32,29 \pm 19,16$ idi (Şekil 2). Görüşülen 1333 kişinin 308'i 15 yaş altı çocuk idi, bunların ebeveynlerinden bilgi alındı. 17 kişi görüşme yapılamıyacak kadar rahatsızdı, bunların bakımlarıyla ilgilenen yakınları ile görüşüldü. Geriye kalan 1008 erişkin ile görüşme yapıldı. Bunların 532'si kadın (%52,8), 476'sı erkekti (%47,2).



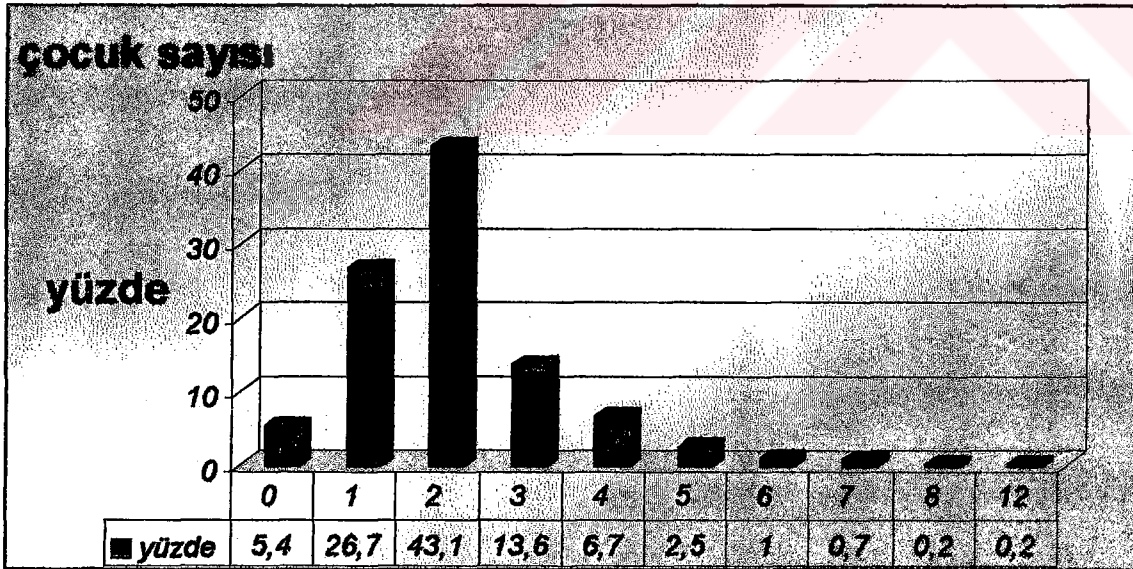
Şekil 2: Yaş dağılımı

407 hanede en az 1 en çok 11 kişi yaşıyordu ve ortalama hane nüfusu $3,34 \pm 1,27$ (mod:3, medyan:3) kişiydi (Şekil 3).



Şekil 3: Hanelerde yaşayan kişi sayısı

3 öğrenci evi hariç tutulduğunda kalan 404 hanede ailelerin ortalama çocuk sayısı $2,09 \pm 1,34$ (mod:2, medyan:2; min:0, max:12) idi (Şekil 4).



Şekil 4: Çocuk sayısı

Ailelerden 340'ı (%83,5) anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek ailelerdi. 67 ailede (%16,5) ise 80 çekirdek aile dışı birey yaşıyordu (Tablo IV).

Tablo IV: Ailede anne, baba, çocuklar dışında yaşayan kişiler

	Sıklık	Yüzde
Nine	30	37,5
Torun	16	20,0
Kardeş	11	13,8
Dede	8	10,0
Gelin	8	10,0
Yeğen	6	7,5
Damat	1	1,2
Toplam	80	100,0

Görüşme yapılan 407 aileden 48'inde (%11,8) en az bir okuma-yazma bilmeyen birey vardı (Tablo V). Toplam 55 okur-yazar olmayan bireyin okul çağına gelmemiş çocuklar haricindeki nüfus (1229 kişi) içerisindeki ağırlığı %4,5'di. Bu oran kadınlarda %7,2 (46/638 kişi) ve erkeklerde %1,5'di (9/591 kişi).

Tablo V: Evde okuma yazma bilmeyen

	Sıklık	Yüzde
Anne	33	60,0
Nine	13	23,6
Baba	9	16,4
Kadın	46	83,6
Erkek	9	16,4
Toplam	55	100,0

3 öğrenci ailesi hariç toplam 404 ailede anne eğitimi ortalama $6,38 \pm 3,67$ yıldır (min:0, max:17 yıl). Eğitim süresi için medyan ve mod değerleri 5 yıldır. Babanın bulunduğu 388 ailede ise baba eğitimi ortalama $8,06 \pm 3,87$ yıldır (min:0, max:17 yıl) ve medyan değeri 8 yıl, mod değeri ise 5 yıldır (Tablo VI).

Tablo VI: Anne ve baba eğitim durumları

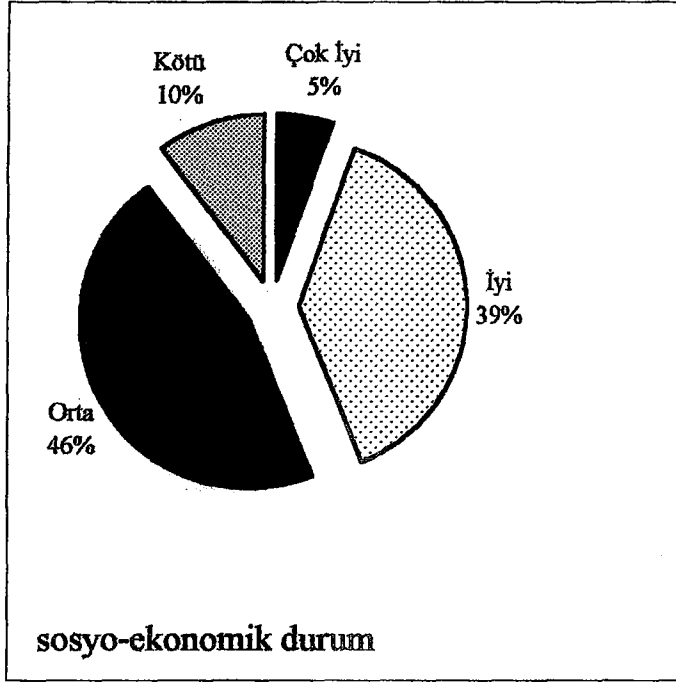
Eğitim	ANNE		BABA	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okur yazar değil	33	8,2	9	2,3
Okur yazar	6	1,5	5	1,3
1-4 yıl	14	3,5	13	3,4
İlkokul mezunu (5-7 yıl)	222	55,0	193	42,0
Ortaokul mezunu (8-10 yıl)	30	7,4	44	11,3
Lise mezunu (11 yıl)	71	17,6	100	25,8
Yüksek okul (11 yıl üstü)	28	6,9	54	13,9
Toplam	404	100,0	388	100,0

Annelerin %74'ü ev hanımı (299), % 26'sı (105) çalışan veya emeklidir. Babaların meslek dağılımları Tablo VII'de verilmiştir.

Tablo VII: Babanın mesleği

Meslek grubu	Sıklık	Yüzde
İşsiz	23	5,9
Kalifiye olmayan işçi	63	16,2
Üretim işçileri	51	13,1
Hizmet işçileri	25	6,4
Satışla ilgili işler	41	10,6
Büro ve eğitim hizmetleri	60	15,5
Silahlı kuvvetler	18	4,6
Kalifiye işçi, serbest meslek	84	21,6
Yüksek okul mezunu	18	4,6
Yönetici, işadamı	5	1,3
Toplam	388	100,0

Çalışmaya alınan 407 aileden 21'i (%5,2) çok iyi ve 158'i (%38,8) iyi sosyo-ekonomik durumdaydılar. Orta sosyo-ekonomik durumda 186 (%45,7), kötü sosyo-ekonomik durumda se 42 (%10,3) aile bulunuyordu (Şekil 5).



Şekil 5: Sosyo-ekonomik durum

Bireylerin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olma oranları %82'dir. Bu sosyal güvencelerin dağılımı Tablo VIII'de verilmiştir.

Tablo VIII: Sosyal güvence

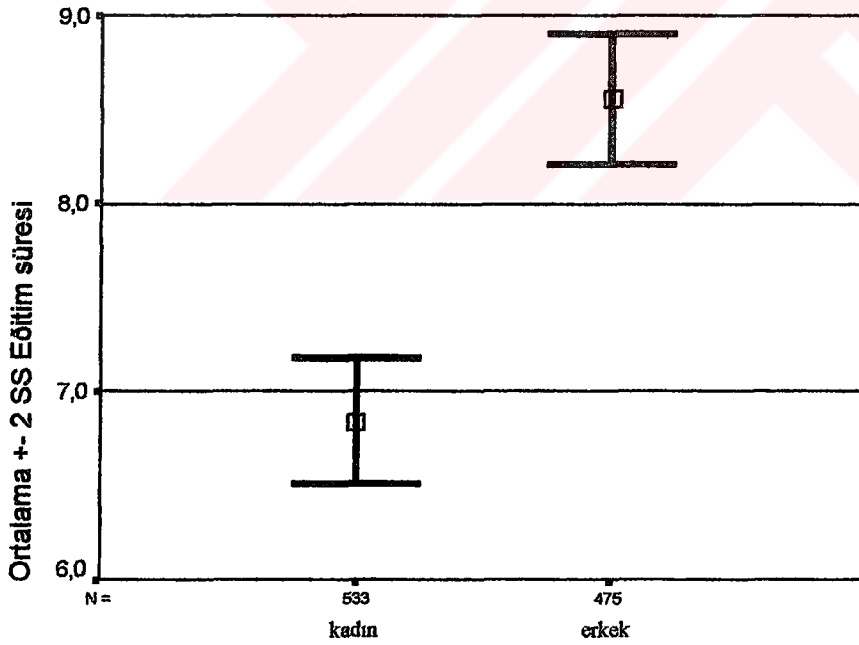
Sosyal güvence	Sıklık	Yüzde
Yok	240	18,0
Emekli sandığı	329	24,7
SSK	522	39,2
Bağ-Kur	201	15,1
Özel sağlık sigortası	11	0,8
Yeşil kart	30	2,3
Toplam	1333	100,0

Kendisiyle görüşme yapılan, 15 yaş üstü ve görüşmeyi sürdürebilecek denli ağır hastalıkları bulunmayan 1008 kişinin eğitim aldıkları süre ortalama $7,65 \pm 3,87$ yıl (min:0, max:17 yıl)'dir. Tüm grupta mevcut olan 55 okur-yazar olmayan kişiden 3'ü görüşmeyi sürdüremeyecek denli ağır hastalıkları bulunanlar arasındadırlar. Eğitim durumlarına ait dağılım Tablo IX'da verilmiştir.

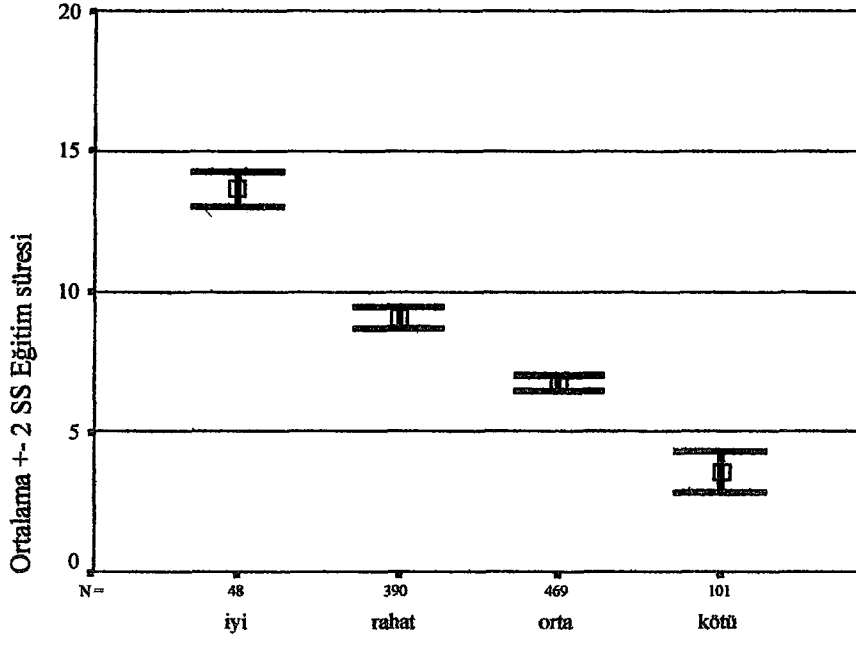
Tablo IX: Eğitim durumu

	Sıklık	Yüzde
Okur yazar değil	52	5,2
Okur yazar	14	1,4
1-4 yıl	23	2,3
5-7 yıl	425	42,2
8-10 yıl	125	12,4
11 yıl	248	24,6
12 yıl ve üzeri	121	12,0
Toplam	1008	100,0

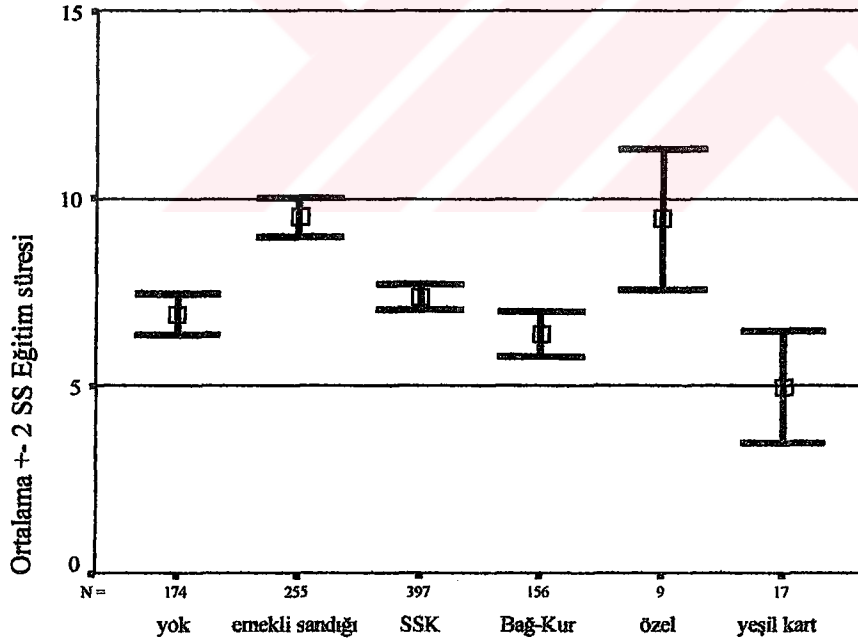
Ortalama eğitim süresi cinsiyetle ($F=51,744$, $p<0,001$), sosyoekonomik durumla ($F=20,566$, $p<0,001$) ve sosyal güvence ile ($F=145,442$, $p<0,001$) anlamlı farklılık göstermekteydi (Şekil 5, 6, 7 ve 8). Ayrıca yaşla eğitim süresi arasında güçlü negatif korelasyon mevcuttu ($R=-0,372$, $p<0,001$).



Şekil 6: Cinsiyetle eğitim süresinin değişimi



Şekil 7: Sosyo-ekonomik durumla eğitim süresinin değişimi



Şekil 8: Sosyal güvence ile eğitim süresinin değişimi

Çalışmaya alınan yetişkinlerin meslek dağılımları Tablo X'de verilmiştir.

Tablo X: Meslek dağılımı

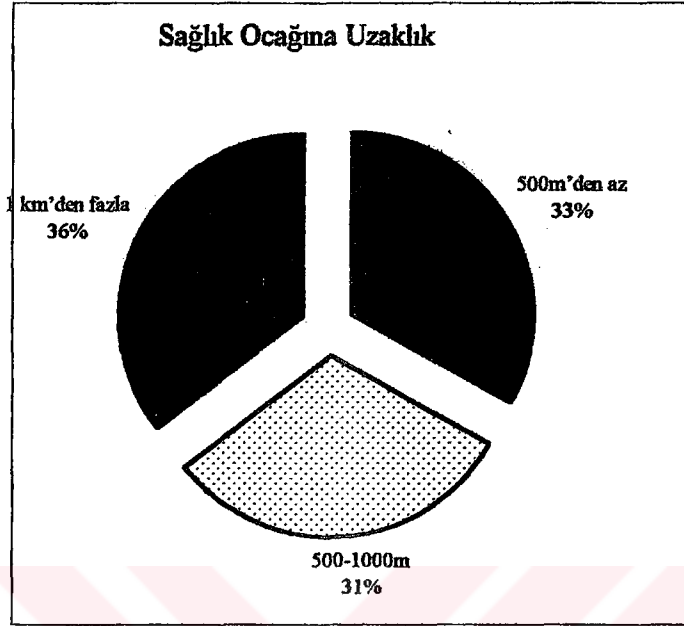
Meslek grubu	Kadın	Erkek	Toplam	Yüzde
İşsiz, ev hanımı, öğrenci	383	72	455	45,1
Kalifiye olmayan işçi	48	73	121	12,0
Üretim işçileri	23	58	81	8,0
Hizmet işçileri	9	28	37	3,7
Satışla ilgili işler	8	50	58	5,8
Büro, eğitim ve sağlık hizmetleri	45	63	108	10,7
Ordu mensubu, polis ve güvenlik elemanları	2	21	23	2,3
Kalifiye işçi, serbest meslek	12	89	101	10,0
Yüksek okul mezunu	2	17	19	1,9
Yönetici, işadamı	0	5	5	0,5
Toplam	532	476	1008	100,0

Çalışma sırasında anket uygulaması yapılan 407 aileden 1008 yetişkinin Edirne şehir merkezinde bulunan 9 sağlık ocağına dağılımları ve bağlı buldukları sağlık ocağını bilip bilmeme durumlarına ait dağılım Tablo XI'de verilmiştir.

Tablo XI: Kişiler hangi sağlık ocağına bağlı olduklarını biliyorlar mı?

	Bilen	Bilmeyen	Toplam
Yeni imaret SO	28(%96,6)	1(%3,4)	29
Yıldırım SO	50(%98,0)	1(%2,0)	51
Karaağaç SO	36(%100,0)	-	36
Ayşe Kadın SO	88(%51,2)	84(%48,8)	172
Gazimihal SO	97(%49,7)	98(%50,3)	195
Binevler SO	109(%74,1)	38(%25,9)	147
Emin Tuzcu SO	63(%54,3)	53(%45,7)	116
Kirişhane SO	81(%60,9)	52(%39,1)	133
Muradiye SO	96(%74,4)	33(%25,6)	129
Toplam	648(%64,3)	360(%35,7)	1008

Çalışmaya alınan 407 ailenin yaşadıkları evin bağlı oldukları sağlık ocağına uzaklıkları Şekil 9'de verilmiştir. 500 metreden daha yakın olan 135, 500-1000 metre arası olan 127 ve 1000 metreden uzak olan 145 aile bulunmaktadır.



Şekil 9: Evlerin sağlık ocağına uzaklıkları

1333 kişinin 356'sında 1 veya 1'den fazla kronik hastalık mevcuttu. En sık saptanan 10 hastalık Tablo XII, hastalıkların sistemlere göre tam listesi Tablo XIII'de verilmiştir.

Tablo XII: En sık görülen kronik hastalıklar

Hastalık	Sayı	Yüzde*
Hipertansiyon	137	13,4
Diyabet	34	3,3
Hiperkolesterolemi	26	2,5
Migren	19	1,9
Koroner arter hastalığı	14	1,4
Osteoartrit	14	1,4
Osteoporoz	12	1,2
Hepatit B	15	1,1**
Menapoz	10	1,0
Anemi	10	0,7**

* 1026 erişkin için

**çocuk ve erişkinde (1333 kişi)

Tablo XIII: Sistemlere göre kronik hastalıklar

Hastalık	Sayı	Yüzde*
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	167	12,5
Metabolizma ve endokrin sistem hastalıkları	84	6,3
Sinir sistemi hastalıkları	53	3,9
Kas iskelet sistemi hastalıkları	50	3,7
Ürogenital sistem hastalıkları	24	1,8
Solunum sistemi hastalıkları	24	1,8
Gastrointestinal sistem hastalıkları	20	1,5
Psikiyatrik hastalıklar	20	1,5
Enfeksiyon hastalıkları	17	1,2
Hematolojik sistem hastalıkları	11	0,8
Cilt hastalıkları	8	0,6
Göz hastalıkları	7	0,5
Meme hastalıkları	5	0,3

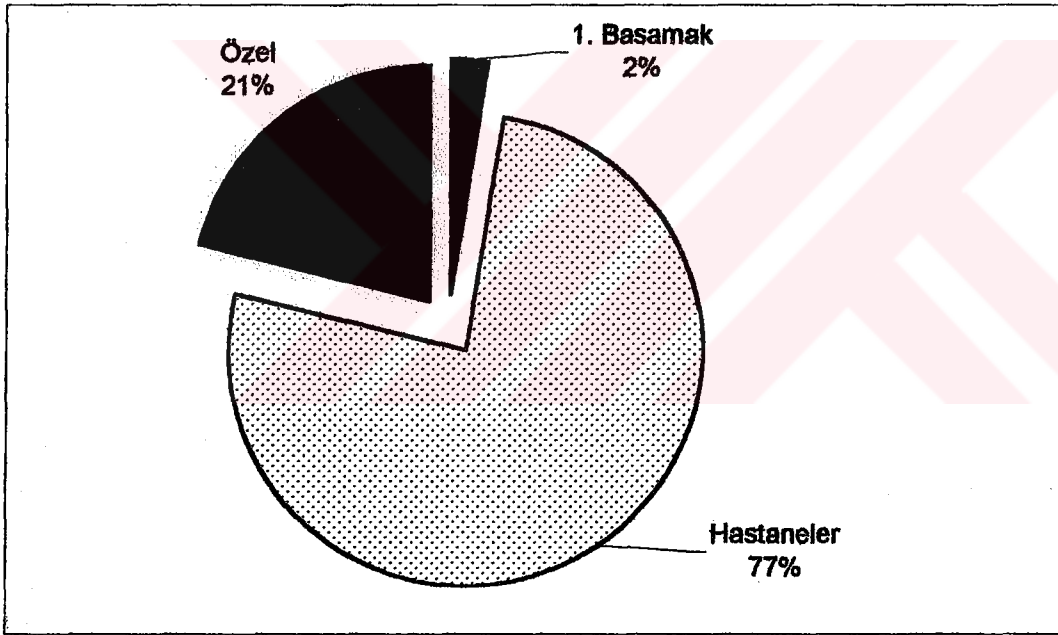
* 1333 kişide

Kronik hastalığı olanların %11,2'sinin (40 kişi) düzenli başvurduğu bir hekim yoktu. Kronik hastalığı olanların başvurdukları sağlık kuruluşları Tablo XIV'de verilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşları kronik hastalıklarda sadece %2,2 için hizmet sağlamaktadırlar (Şekil 10). Kronik hastalığı olan 356 kişinin 234'ü (%65,7) hekimlerinden hastalıkları ile ilgili eğitim aldıklarını belirtirken 122'si (%34,3) herhangi bir eğitim almamıştı. Kronik hastalığı için sürekli başvurduğu bir hekim olduğunu söyleyen ancak bu konuda hekiminden herhangi bir eğitim almadığını söyleyenlerin sayısı 83 idi (%26,3).

Tablo XIV: Kronik hastalıkta başvuru sağlık kuruluşları

	Sıklık	Yüzde
Yok	40	11,2
Sağlık ocağı	3	0,8
Kurum hekimi	5	1,4
Muayenehane	71	19,9
SSK hastanesi	97	27,2
Devlet Hastanesi	61	17,1
Üniversite hastanesi	99	27,8
2. ve 3. basamağa ait birden fazla seçenek	2	0,6
Toplam (kişi sayısı)*	356	100,0

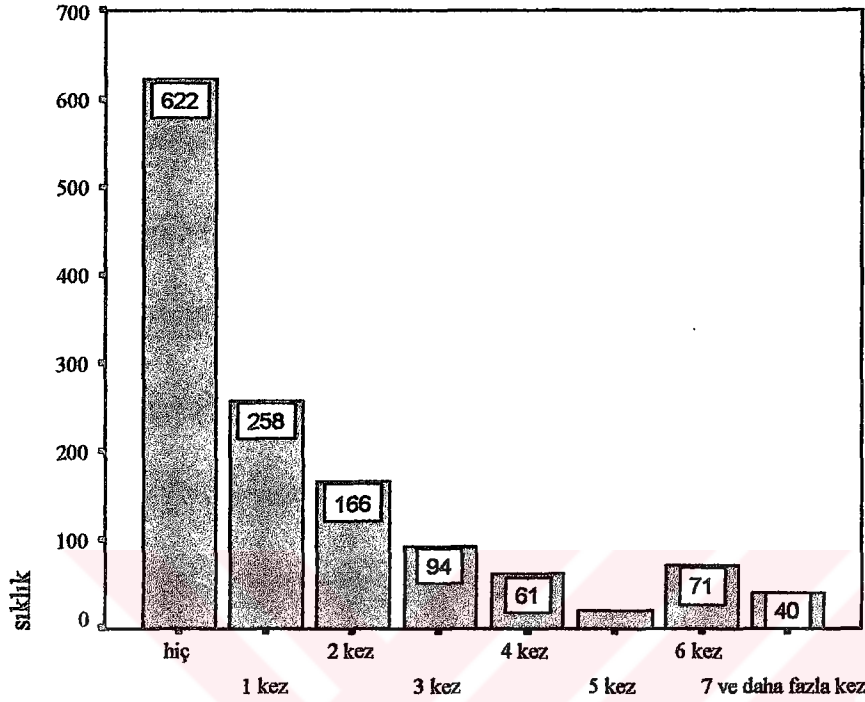
*bir kişi için birden fazla başvuru mümkündür



Şekil 10: Kronik hastalıkta başvuru kuruluşlarının dağılımı

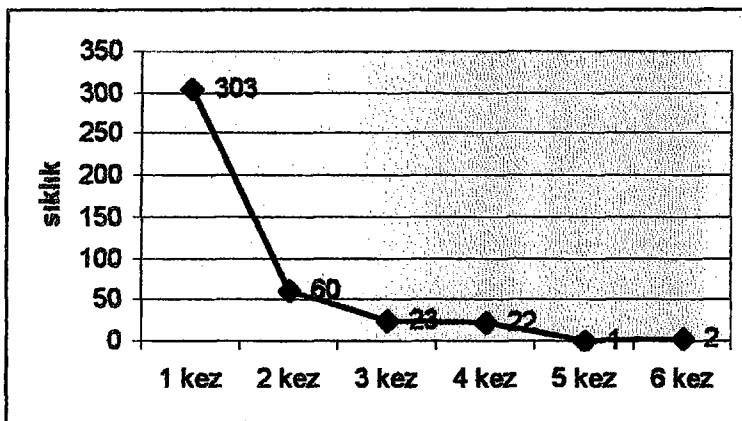
SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Görüşme yapılan 1333 kişinin son altı ayda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sayısı ortalama $1,57 \pm 2,44$ (min:0, max:20) idi (Şekil 11).



Şekil 11: Son 6 ayda sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı

Görüşme yapılan 1333 kişiden son bir ay içinde en az bir kez herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuranlar toplam 411 (%30,1) kişiydi ve toplam 597 başvuru yapmışlardı. Son bir ay içinde ortalama sağlık başvurusu sayısı $0,45 \pm 0,84$ (min:0, max:6) idi (Şekil 12).



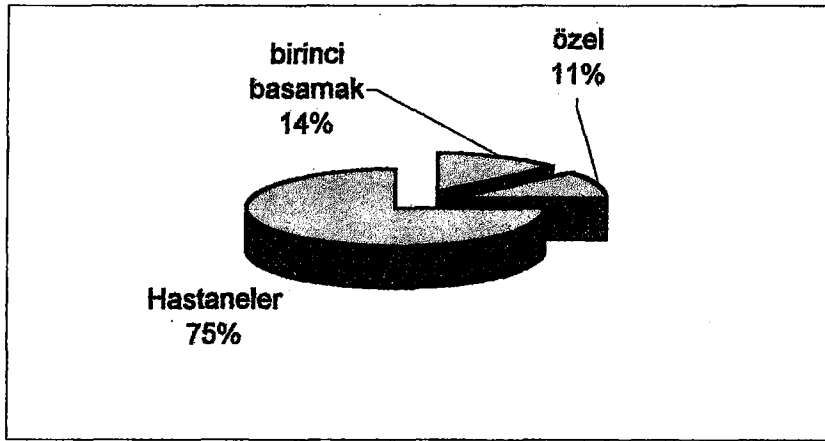
Şekil 12: Son 1 ayda sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı

6 aylık ortalamaya göre senelik sağlık kuruluşuna başvuru sayısı projeksiyonu 3,14/yıl; bir aylık ortalamaya göre ise 5,40/yıldır.

Son bir ayda yapılan 597 başvurunun sağlık kuruluşlarına dağılımları Tablo XV’de verilmiştir. Bu başvuruların çeşitli basamak sağlık kuruluşları ve özel sağlık hizmetleri arasındaki paylaşımı ise Şekil 13’de çıkarılmıştır. Kişilerin 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını yoğun şekilde kullandıkları görülmektedir. Son 1 ayda belirlenmiş 597 sağlık başvurusunun tıp branşları ve çeşitli birinci basamak hekimleri arasındaki dağılımı ise Tablo XVI’da görülebilir.

Tablo XV: Son bir ayda yapılan başvuruların sağlık kurumlarına dağılımı

Kurum	Sıklık	Yüzde
SSK hastanesi	195	32,7
Devlet hastanesi	134	22,4
Üniversite hastanesi	117	19,6
Muayenehane	55	9,2
Sağlık ocağı	45	7,5
Kurum hekimi	31	5,2
Özel hastane/plk	13	2,2
TÜTF Aile Hekimliği Plk	6	1,0
Verem savaş dispanseri	1	0,2
Toplam	597	100,0



Şekil 13: Son 1 aydaki başvuruların dağılımı

Tablo XVI: Son bir ayda yapılan başvuruların dağılımı

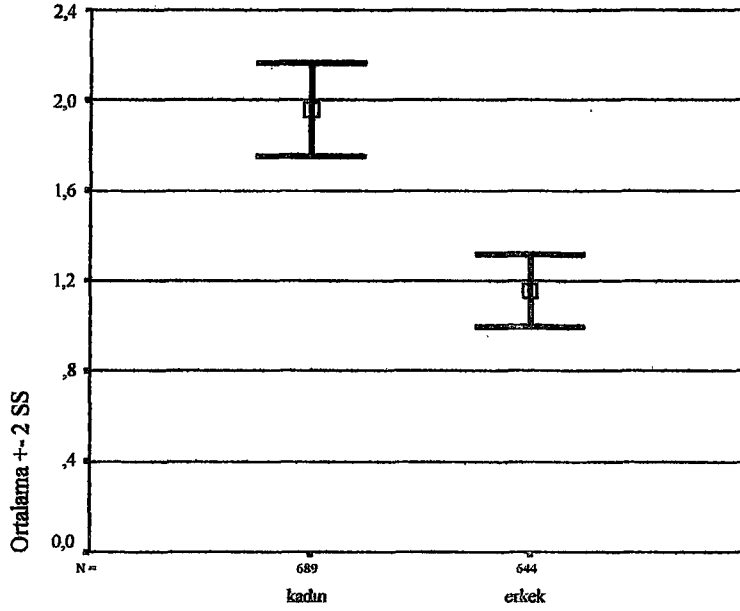
	Sıklık	Yüzde
Çocuk hastalıkları uzmanı	108	18,1
İç hastalıkları uzmanı	107	17,9
Sağlık ocağı hekimi	45	7,5
Kadın-doğum uzmanı	41	7,0
Kurum hekimi	31	5,2
Psikiyatri uzmanı	15	2,5
Genel cerrahi uzmanı	12	2,0
Aile hekimliği uzmanı	6	1,0
Bilinmiyor	64	10,7
Diğer	168	28,1
Toplam	597	100,0

Cinsiyet son 6 ayda sağlık başvuru sayısında kadınların lehine anlamlı fark oluşturmaktaydı (Tablo XVII). Kadın cinsiyet lehine olan bu eğilim 15 yaş altı ($F=3,972$, $p=0,047$) ve 5 yaş altı ($F=7,256$, $p=0,009$) çocuklarda da farklı ağırlıklarda devam etmektedir. Cinsiyet ile son 6 ayda yapılan sağlık başvuru sayılarının ilişkisi Şekil 14'de verilmiştir.

Tablo XVII: Cinsiyet ile son 6 ayda sağlık başvurusu sayısı ilişkisi

Cinsiyet	Vaka sayısı	Ortalama	SS
Kadın	689	1,96	2,68
Erkek	644	1,16	2,07
Toplam	1333	1,57	2,44

$F=36,951$, $p<0.001$



Şekil 14: Cinsiyetin son 6 aydaki sağlık başvurusu sayısına etkisi

Kişilerin eğitim süreleriyle son altı ayda sağlık hizmeti kullanma sayısı arasında korelasyon yoktur ($R=0,007$, $p=0,833$). Anne ve baba eğitim süreleri ile 15 yaşa kadar çocukların son altı ayda doktora götürülme sıklıkları arasında korelasyon yoktu ($R=-0,026$, $p=0,652$; $R=0,040$, $p=0,486$).

Sosyo-ekonomik durum kişilerin sağlık başvuruları üzerinde anlamlı farklılık yaratmaktadır (Tablo XVIII). 15 yaş üzeri bireylerde bu farklılık daha belirgindir ($F=8,333$, $p<0,001$). Sağlık başvuruları orta SED'dakilerde en düşükken kötü grupta ortalamadan yüksek, iyi ve çok iyi gruplarda ise ortalamaya daha yakındır. Çocuk yaş grubunda (15 yaş altı) ise sosyoekonomik durum ile son altı ayda doktora gitme sıklığı arasında anlamlı ilişki yoktur ($F=0.642$; $p=0.589$).

Tablo XVIII: Sosyoekonomik durum ile son 6 ayda doktora gitme sıklığı ilişkisi*

SED	Vaka sayısı	Ortalama	SS
En iyi	58	1.62	2.07
İyi	522	1.61	2.33
Orta	621	1.37	2.28
Kötü	132	2.33	3.42
Toplam	1333	1.57	2.44

* $F=5.691$; $p=0.001$

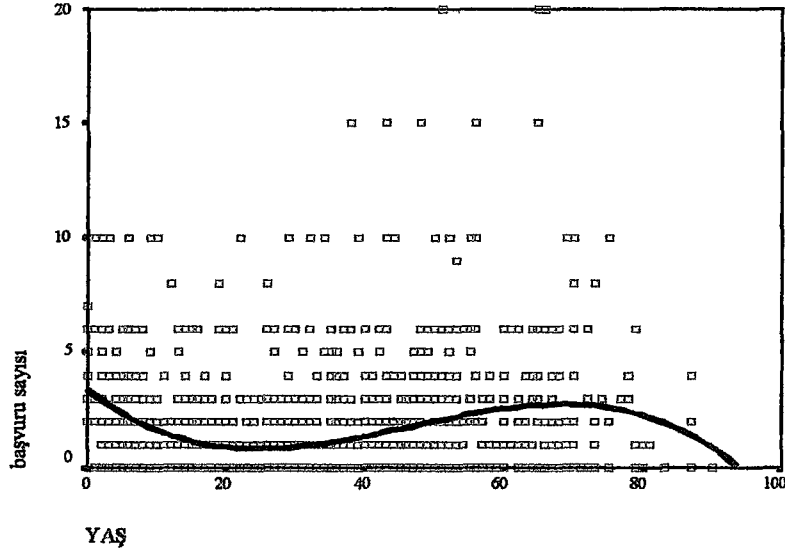
Hane nüfusları kişilerin son 6 ayda sağlık hizmeti kullanma sayılarında anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($F=6,841$, $p<0,001$). Farklı hane nüfuslarında sağlık başvurusu ortalamaları Tablo XIX’da verilmiştir. Bu fark en çok hane sayısının 3’den fazla veya 3 ve 3’den az olmasıyla gözlenmektedir ve hane sayısı az olanlar anlamlı daha fazla sağlık başvurusu yapmaktadırlar ($t=-5,566$, $p<0,001$). Hane nüfusunun 7’den itibaren artışıyla sağlık başvurularında gözlenen artış vaka sayısının düşüklüğü nedeniyle analiz edilmemiştir.

Tablo XIX: Hane nüfusunun sağlık başvuru sayısına etkisi

Hane nüfusu	Vaka sayısı	Ortalama	SS
1 kişi	15	4,87	5,84
2 kişi	172	2,27	3,22
3 kişi	402	1,50	2,29
4 kişi	466	1,30	2,06
5 kişi	135	1,53	2,26
6 kişi	76	1,24	2,00
7 kişi	48	1,42	2,06
8 kişi	8	2,13	1,89
11 kişi	11	2,91	3,05
Toplam	1333	1,57	2,44

Son 6 ayda sağlık hizmeti kullanım miktarı yaşla anlamlı pozitif korelasyon göstermekte ($R=0,079$, $p=0,004$) ve bu korelasyon 15 yaş üzerinde daha da kuvvetlenmektedir ($R=0,209$, $p<0,001$). 0-14 yaş çocuklarda ise yaşla güçlü negatif korelasyon mevcuttur ($R=-0,337$, $p<0,001$). Sağlık başvurularının yaşla dağılımı Şekil 15’de görülmektedir.

Farklı sosyal güvenceleri olan bireylerin son 6 ayda sağlık kuruluşlarına yaptıkları başvuru sayıları anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo XX). Sosyal güvencesi olmayanlar daha az sağlık başvurusu yaparken yeşil kart sahipleri ve emekli sandığına bağlı olanlar ortalamadan daha fazla sağlık başvurusu yapmaktadırlar.



Şekil 15: Yaşla sağlık başvuru miktarının ilişkisi

Tablo XX: Farklı sosyal güvence sahiplerinde sağlık başvuruları*

Sosyal güvence	Vaka sayısı	Ortalama	SS
Yok	179	0,63	1,39
Emekli Sandığı	256	1,81	2,50
SSK	404	1,63	2,74
Bağ-Kur	159	1,48	2,26
Yeşil Kart	18	3,28	4,51
Özel Sigorta	9	1,50	0,83
Toplam	1025	1,50	2,49

*F=7,650, p<0,001

Kronik hastalık varlığı kişilerin sağlık başvurularında anlamlı artışa yol açmaktadır (Tablo XXI). Benzer ilişki çocuk ve erişkin nüfus grupları için de sözkonusudur (F=9.423, p=0.02; F=179,455, p<0,001).

Tablo XXI: Kronik hastalık varlığı ile son 6 ayda sağlık başvuru sayısı ilişkisi

	Vaka sayısı	Ortalama	SS
Kronik hastalık yok	977	1.08	1.76
Kronik hastalık var	356	2.91	3.38
Toplam	1333	1.57	2.44

F=165,040 p<0.001

Çalışan-çalışmayan kadınların son altı ayda sağlık hizmeti kullanma sayıları arasındaki fark anlamlı değildir (F=0,809;p=0,369).



İLK BAŞVURU

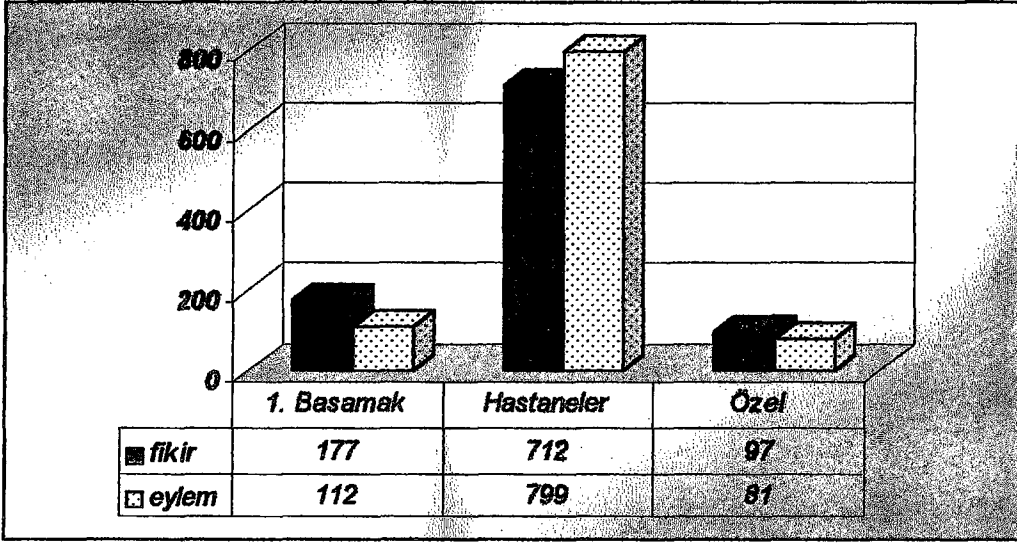
Kişilerin ilk başvuru kurumu olarak algıladıkları sağlık kuruluşlarını belirlemek amacıyla sorulan düşünce ve eylem sorularına alınan yanıtlar Tablo XXII ve XXIII'de verilmiştir. Cevapların sağlık kuruluşlarına dağılımları gruplanmış halde Şekil 16'da görülebilir. Bu iki sorunun yanıtları birbirinden anlamlı farklıdır ($X^2=764,478$; $p<0.001$).

Tablo XXII: İlk başvuru yeri olarak görülen sağlık kuruluşları

	Sıklık	Yüzde
Fikrim yok/bilmiyorum, kendim, eczane	19	1,9
Sağlık ocağı	141	14,0
Kurum hekimi	39	3,9
Muayenehane	97	9,6
SSK Hastanesi	279	27,7
Devlet Hastanesi	260	25,8
Üniversite Hastanesi	100	9,9
2. ve 3. basamağa ait birden fazla seçenek	42	4,2
1. ve 2. basamaklara ait birden fazla seçenek	31	3,1
Toplam	1008	100,0

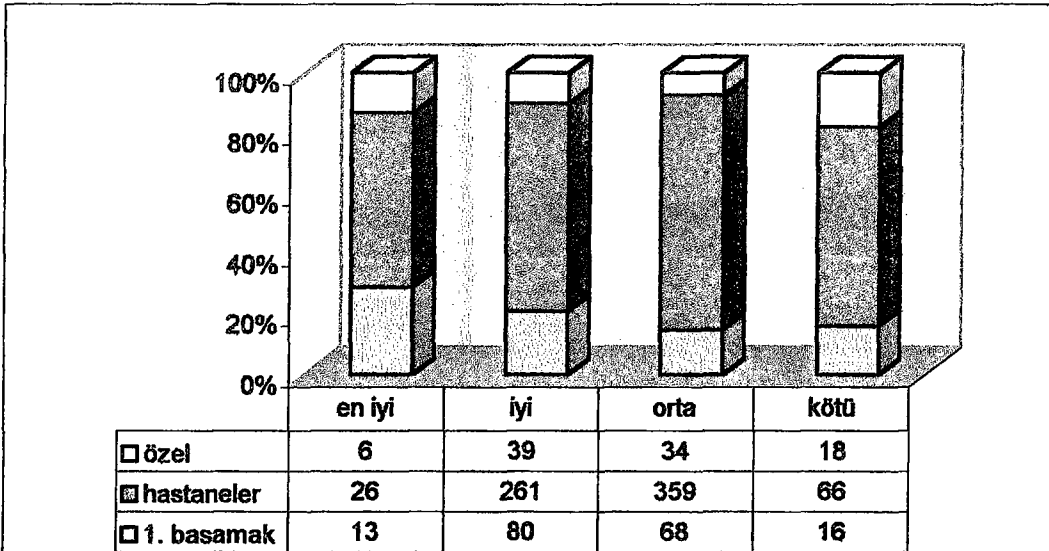
Tablo XXIII: İlk başvuru yeri olarak kullanılan sağlık kuruluşları

	Sıklık	Yüzde
Fikrim yok/bilmiyorum, kendim, eczane	16	1,6
Sağlık ocağı	58	5,7
Kurum hekimi	54	5,4
Muayenehane	81	8,0
SSK Hastanesi	360	35,7
Devlet Hastanesi	280	27,8
Üniversite Hastanesi	103	10,2
2. ve 3. basamağa ait birden fazla seçenek	26	2,7
1. ve 2. basamaklara ait birden fazla seçenek	30	3,0
Toplam	1008	100,0

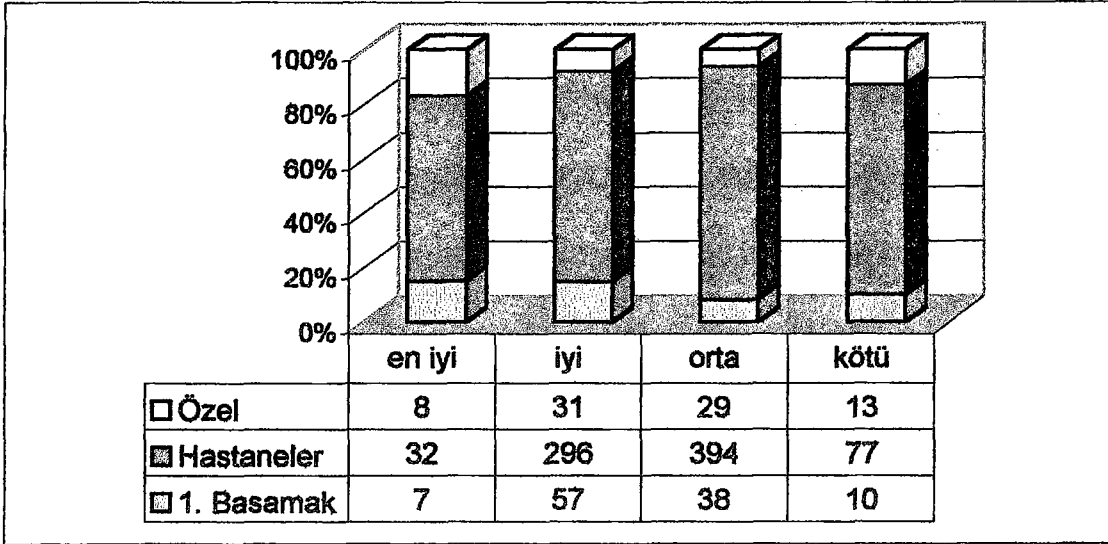


Şekil 16: İlk başvuru yeri tercihleri

Cinsiyet deneklerin ilk başvuru kurumu olarak düşündükleri ($X^2=3,863$, $p=0,415$) veya kullandıkları sağlık kuruluşları üzerinde anlamlı fark oluşturmamaktaydı ($X^2=3,436$, $p=0,179$). İlk başvuru kurumu olarak düşünülen veya kullanılan sağlık kuruluşlarının yaş ve eğitimle ilişkisi incelendiğinde de yaş ortalamaları ($F=0,617$, $p=0,540$; $F=1,235$, $p=0,291$) ve eğitim süresi ortalamaları ($F=1,015$, $p=0,363$; $F=1,080$, $p=0,340$) arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Sosyo-ekonomik durumu farklı olanların bu konudaki düşünce ($X^2=22,655$, $p=0,001$) ve eylemleri ($X^2=21,159$, $p=0,002$) ise anlamlı farklar göstermektedir (Şekil 17 ve Şekil 18).

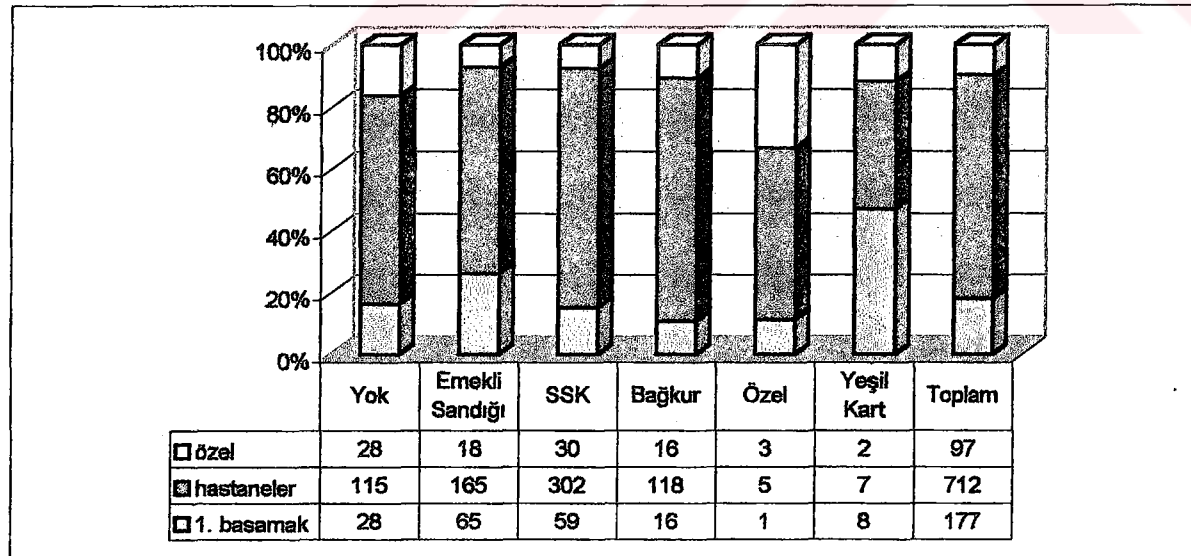


Şekil 17: İlk başvuru kurumu olarak düşünülen kuruluşların sosyoekonomik durumla değişimi

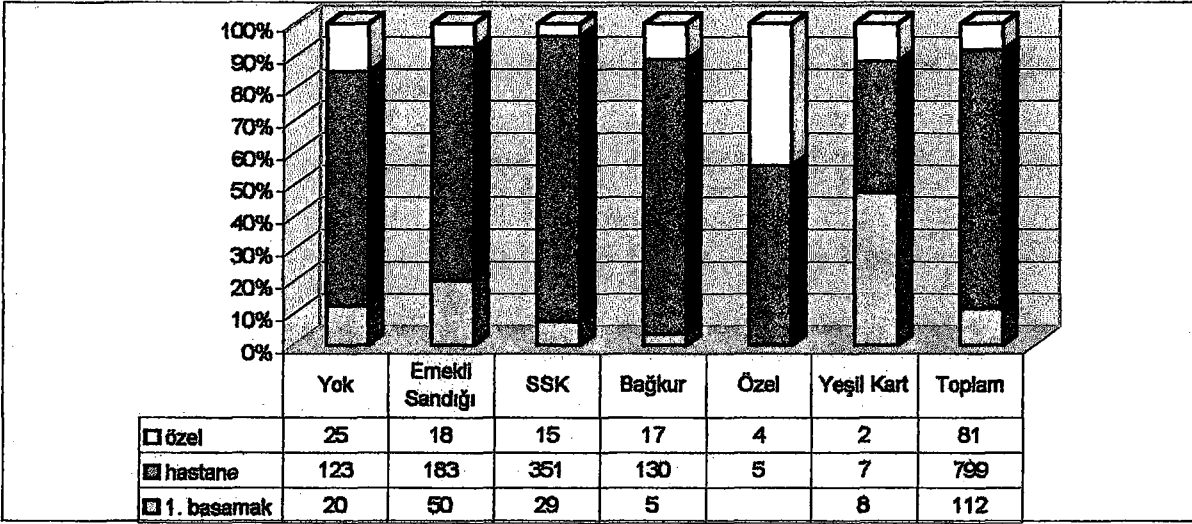


Şekil 18: İlk başvuru kurumu olarak kullanılan kuruluşların sosyoekonomik durumla değişimi

Deneklerin sahip oldukları sosyal güvenceler ilk başvuru kurumu olarak düşündükleri ($X^2=46,859$, $p<0,001$) veya kullandıkları sağlık kuruluşları üzerinde anlamlı fark oluşturmaktaydı ($X^2=97,018$, $p<0,001$). Birinci basamak kullanımının emekli sandığı veya yeşil kart sahiplerinde daha yoğun olduğu izlenmektedir (Şekil 19 ve Şekil 20). Kişilerde kronik hastalık varlığı veya yokluğu ise ilk başvurulacak sağlık kuruluşu ile ilgili düşünce ($X^2=0,329$, $p=0,848$) veya eylemlerinde ($X^2=1,127$, $p=0,569$) anlamlı fark oluşturmuyordu.



Şekil 19: İlk başvuru kurumu olarak düşünülen kuruluşların çeşitli sosyal güvencelerle değişimi



Şekil 20: İlk başvuru kurumu olarak kullanılan kuruluşların çeşitli sosyal güvencelerle değişimi

Yaşanan evin sağlık ocağına uzaklığı, kişilerin hastalandıklarında ilk başvurulacağı düşünüldükleri veya başvurdukları sağlık kuruluşları arasında anlamlı fark oluşturmuyordu ($\chi^2=2,775$, $p=0,598$; $\chi^2=4,478$, $p=0,345$).

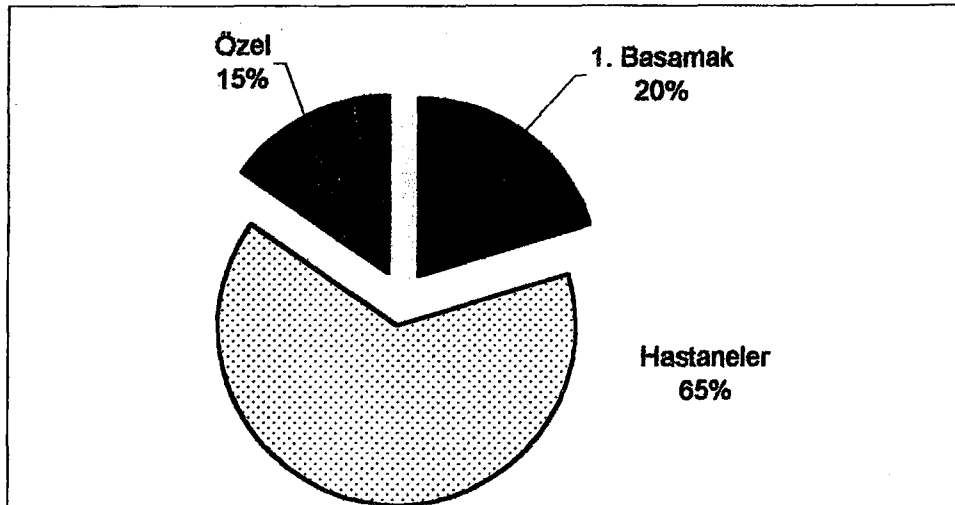
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ

Sorgulanan 1008 kişinin %72,9'u (735 kişi) sağlıklıyken de belli aralıklarla doktor kontrolünden geçmeyi gerekli görürken bunların sadece 98'i (%13,3) bu hizmeti alabilecekleri bir sağlık kuruluşu olduğunu belirtmişlerdir (Şekil 21). Kadınlar erkeklere oranla istatistiki anlamlı oranda daha fazla düzenli doktor kontrolüne gerek olduğunu düşünmektedirler (Tablo XXIV). Ayaktan tedavilerle ilgili bakım alınabilecek sağlık kurumu %51,9 için belirli değildir. Kişisel psikososyal sorunları için hizmet alabileceğini söyleyenlerse 56 kişidir (%5,8). Düzenli doktor kontrolü, ayaktan sağlık bakımı ve kişisel psikososyal sorunlar için sağlık bakımı hizmetlerini verdiği düşünülen sağlık kuruluşlarının dağılımları Tablo XXV ve Şekil 22'de verilmiştir.

Tablo XXIV: Düzenli doktor kontrolünün gerekliliği sorgusuna alınan yanıtların dağılımı

	Kadın	Erkek	Toplam	Yüzde
Fikrim yok	35	37	72	7,1
Hayır	48	153	201	19,9
Evet	449	286	735	72,9
Toplam	512	476	1008	100,0

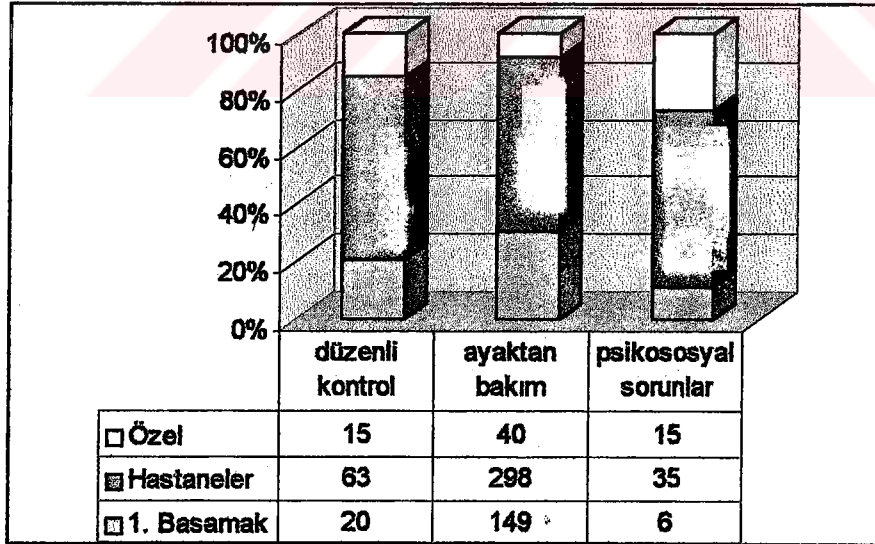
$X^2= 88,216, p<0,001$



Şekil 21: Düzenli doktor kontrolü hizmetini verdiği düşünülen kuruluşlar

Tablo XXV: Çeşitli hizmetleri verdiği düşünülen kuruluşlar

Hizmet verdiği düşünülen kurum	Düzenli doktor kontrolü hizmeti	Ayaktan sağlık bakımı hizmeti	Kişisel psikosozal sorunlar
Sağlık ocağı kurum hekimi	7	91	1
Muayenehane	13	58	5
SSK hastanesi	15	40	15
Devlet Hastanesi	15	158	11
Üniversite hastanesi	12	107	11
2. ve 3. basamağa ait birden fazla seçenek	35	26	12
1. ve 2. basamaklara ait birden fazla seçenek	1	5	1
Toplam	98	487	56



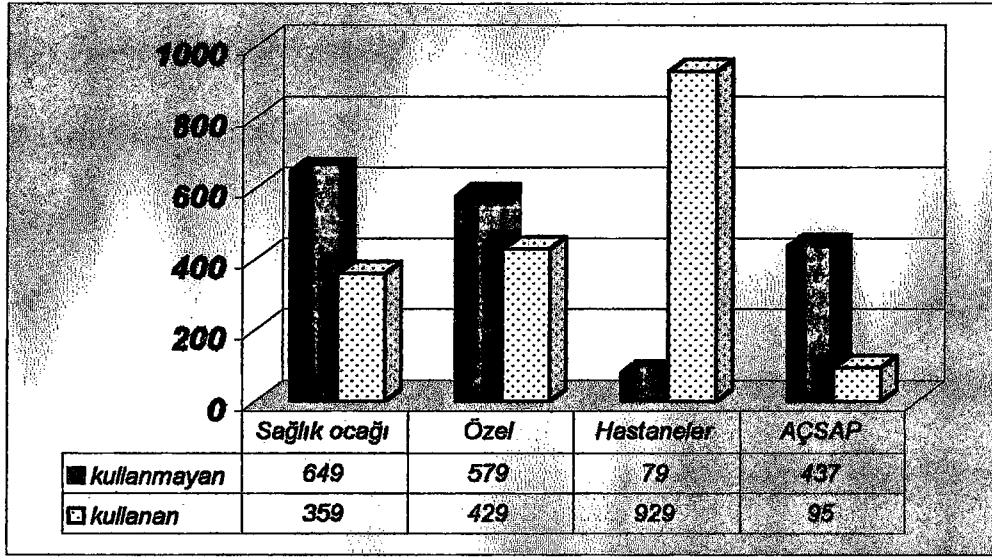
Şekil 22: Çeşitli hizmetleri verdiği düşünülen kurumlar

SAĞLIK KURULUŞLARINDAN FAYDALANILMA DURUMLARI

Hizmetlerinden en çok faydalanılan sağlık kuruluşu hastanelerdi (%92,2) ve bu hizmetin sürekliliği için de geçerliydi (%65,9). Sağlık ocakları nüfusun %64,4'ü, AÇSAP merkezi ise kadınların %82,1'i tarafından hiç kullanılmamaktaydı. Nüfusun %42,6'sı muayenehanelerden faydalanmaktaydı (Tablo XXVI, Şekil 23). Sağlık ocağı, muayenehaneler, ve hastanelerden faydalanılma durumları cinsiyet (sırasıyla $X^2=37,890$, $p<0,001$; $X^2=47,015$, $p<0,001$; $X^2=30,646$, $p<0,001$) ve kronik hastalık bulunması (sırasıyla $X^2=36,054$, $p<0,001$; $X^2=51,249$, $p<0,001$; $X^2=29,984$, $p<0,001$) ile anlamlı farklılık göstermekteydi.

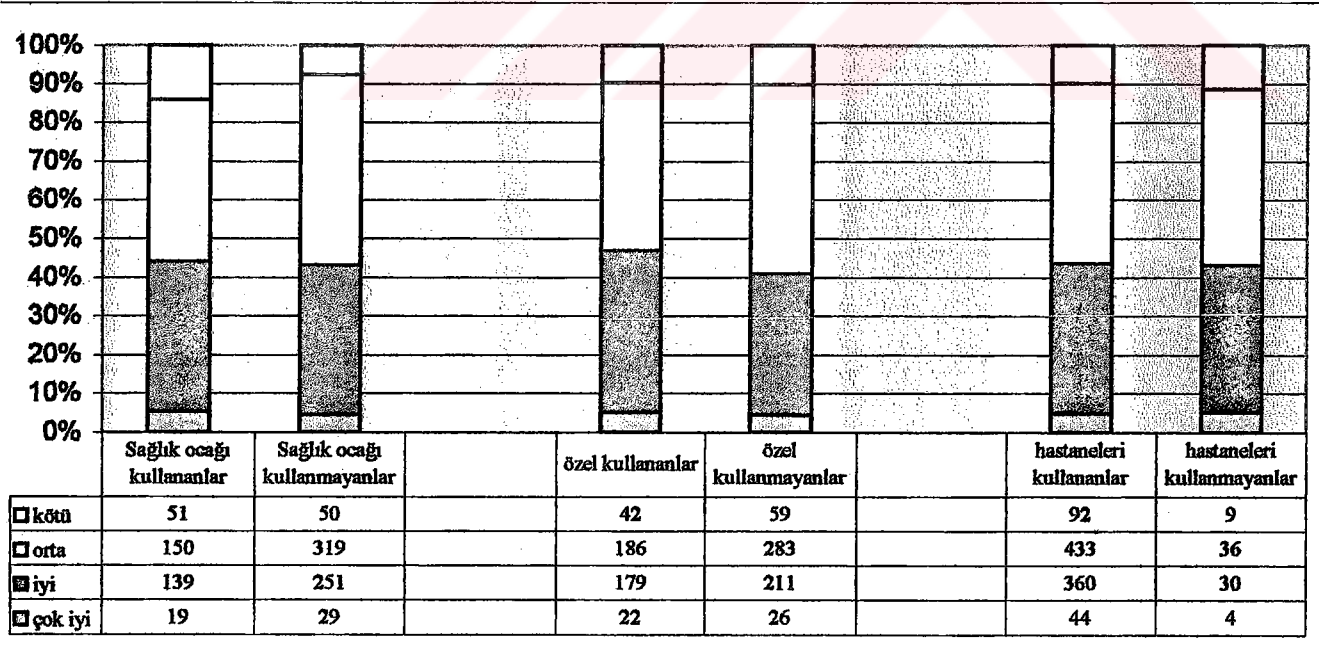
Tablo XXVI: Çeşitli sağlık kuruluşlarının faydalanılma durumları

		Sıklık	Yüzde
Sağlık ocağı	Hiç	649	64,4
	Bazen	320	31,7
	Hep	39	3,9
	Toplam	1008	100,0
Muayenehane	Hiç	579	57,4
	Bazen	364	36,1
	Hep	65	6,5
	Toplam	1008	100,0
Hastaneler	Hiç	79	7,8
	Bazen	265	26,3
	Hep	664	65,9
	Toplam	1008	100,0
AÇSAP	Hiç	437	82,1
	Bazen	95	17,9
	Hep	-	-
	Toplam	532	100,0



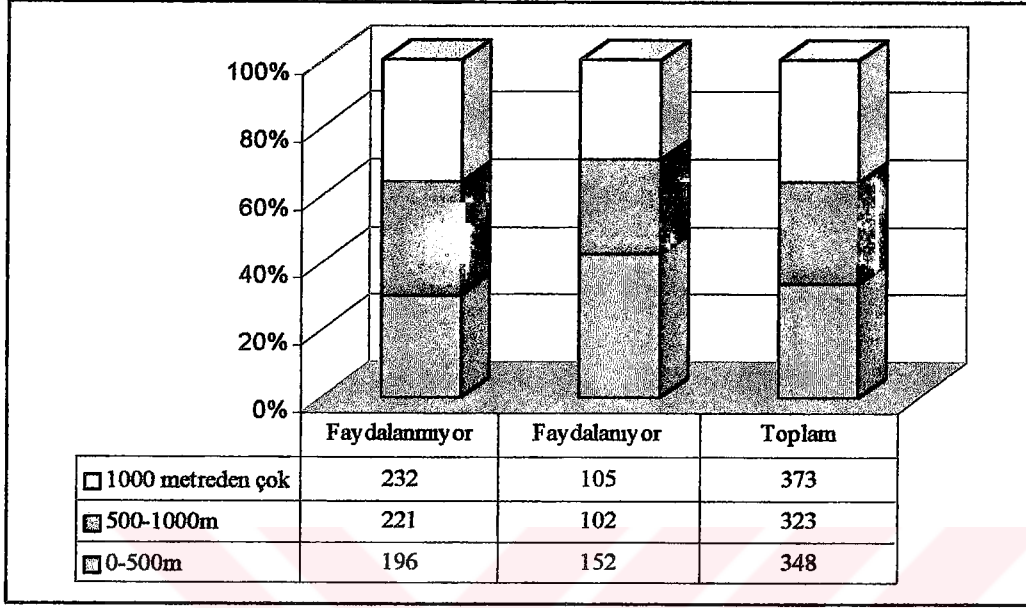
Şekil 23: Çeşitli sağlık kuruluşlarının kullanım durumları

SED farkları sağlık ocağı kullanımı üzerine anlamlı fark oluşturuyordu ($X^2=12,780$, $p=0,005$). Fakat muayenehane ($X^2=3,641$, $p=0,303$), hastane ($X^2=0,206$, $p=0,977$) ve AÇSAP merkezi ($X^2=5,850$, $p=0,119$) kullanımları üzerinde anlamlı fark oluşturmuyordu (Şekil 24).



Şekil 24: Çeşitli sağlık kuruluşları kullanımlarının SED ile değişimi

Sağlık ocağından faydalanma durumu evin sağlık ocağına uzaklığı ile anlamlı değişiyordu ($X^2=15,042$, $p<0,001$). Evi sağlık ocağına 500 metreden daha yakın olanların sağlık ocağı kullanımının yüksek olduğu göze çarpılmaktaydı (Şekil 25).



Şekil 25: Sağlık ocağı kullanımının evin sağlık ocağına uzaklığı ile değişimi

Sağlık ocağı kullanımı sağlık hizmeti kullanımı yüksek olanlarda daha fazlaydı ayrıca sağlık ocağı kullananlar kullanmayanlara kıyasla daha yaşlıydılar ancak eğitim süresiyle anlamlı bir fark yoktu (Tablo XXVII).

Tablo XXVII: Sağlık ocağı kullanımı ile bazı değişkenlerin ilişkisi

Sağlık ocağı	Yaş (yıl)		Eğitim süresi (yıl)		Son 6 ayda sağlık hizmeti kullanım sayısı	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Kullanmıyor	37,37	14,47	8,80	8,75	1,13	2,17
Kullanıyor	42,44	16,16	9,43	14,90	2,15	2,86
Toplam	39,18	15,28	9,02	11,32	1,49	2,48
ANOVA F	26,086		0,713		40,492	
P	<0,001		0,399		<0,001	

AÇSAP merkezi kullananlar kullanmayanlara kıyasla daha gençler ancak sağlık hizmeti kullanımı ve eğitim süresiyle anlamlı bir fark yoktu (Tablo XXVIII).

Tablo XXVIII: AÇSAP merkezi kullanımı ile bazı değişkenlerin ilişkisi

AÇSAP	Yaş (yıl)		Eğitim süresi (yıl)		Son 6 ayda sağlık hizmeti kullanım sayısı	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Kullanmıyor	39,59	16,47	8,45	12,19	1,93	2,71
Kullanıyor	35,71	8,75	7,78	10,00	1,83	2,83
Toplam	38,90	15,45	8,33	11,62	1,91	2,73
ANOVA F	4,980		0,254		0,104	
P	0,026		0,615		0,747	

Muayenehane kullanımı sağlık hizmeti kullanımı yüksek olanlarda daha fazlaydı ve daha yaşlılar tarafından tercih edilmekteydi; eğitim süresindeki fark ise istatistiki anlamlılık sınırında değildi (Tablo XXIX).

Tablo XXIX: Muayenehanelerin kullanımı ile bazı değişkenlerin ilişkisi

Muayenehaneler	Yaş (yıl)		Eğitim süresi (yıl)		Son 6 ayda sağlık hizmeti kullanım sayısı	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Kullanmıyor	37,92	15,28	9,59	12,42	1,05	1,82
Kullanıyor	40,88	15,14	8,26	9,62	2,09	3,07
Toplam	39,18	15,28	9,02	11,32	1,49	2,48
ANOVA F	9,331		3,374		44,751	
P	0,002		0,067		<0,001	

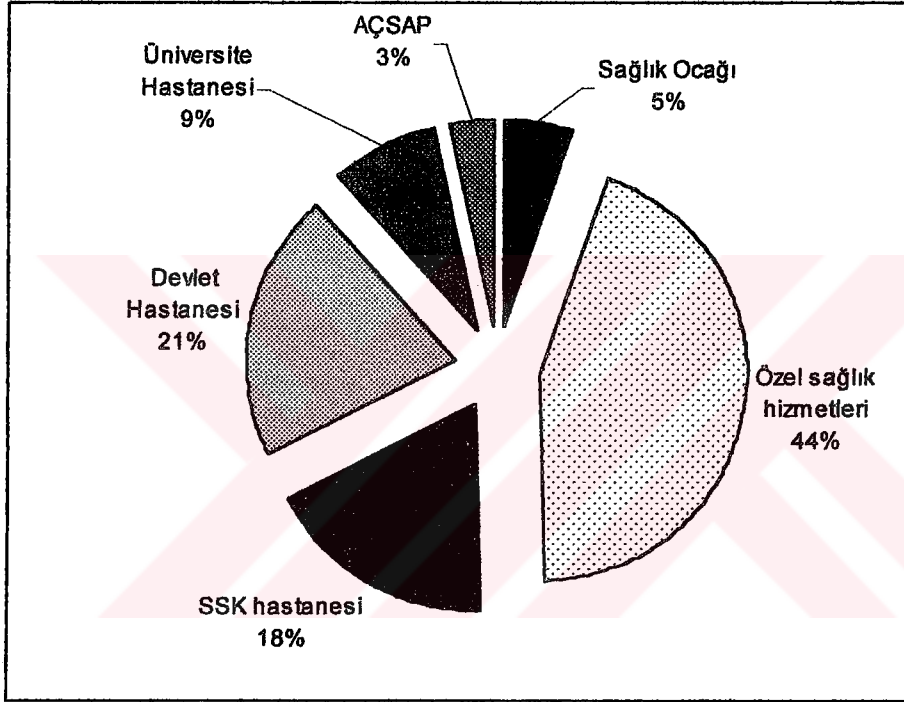
Hastaneler sağlık hizmeti kullanımı yüksek olanlar tarafından daha fazla kullanılmaktaydı ve kullananların yaş ortalamaları daha yüksekti, eğitim süresi ise anlamlı farkı değildi (Tablo XXX).

Tablo XXX: Hastanelerin kullanımı ile bazı değişkenlerin ilişkisi

Hastaneler	Yaş (yıl)		Eğitim süresi (yıl)		Son 6 ayda sağlık hizmeti kullanım sayısı	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Kullanmıyor	35,29	14,59	8,11	3,50	0,29	0,91
Kullanıyor	39,51	15,30	9,10	11,75	1,59	2,55
Toplam	39,18	15,28	9,02	11,32	1,49	2,48
ANOVA F	5,565		0,533		20,393	
P	0,019		0,457		<0,001	

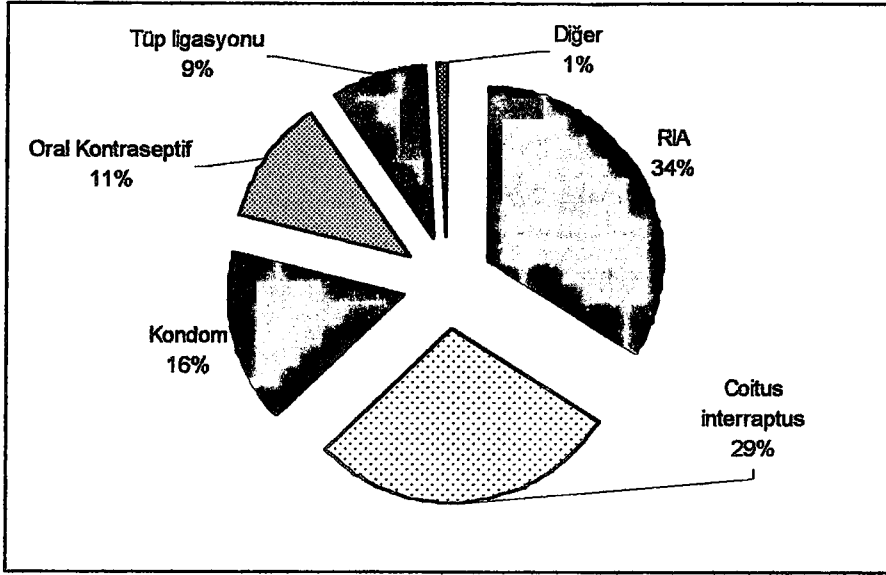
KADIN SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ

Araştırmaya dahil 532 kadından 411'i 15-49 yaş arasındaydı. Bunların evli olan 307'sinden 17'si hiç gebe kalmamıştı, 43'üne (%14,8) son gebeliği boyunca hiç takip yapılmamıştı, takip yapılan 247 kişi gebeliği boyunca ortalama $6,65 \pm 3,21$ (min:1, max:20) kez kontrole gitmişti. Gebelik kontrollerinde kullanılan sağlık kuruluşları Şekil 26'da verilmiştir. Toplam 290 gebe kalmış kadından 184'üne ebeler hiç ev ziyaretinde bulunmamıştı (%63,4). Ebeler kalan 106 kadına ortalama $4,48 \pm 3,07$ (min:1, max:10) kez ev ziyareti gerçekleştirmişlerdir.



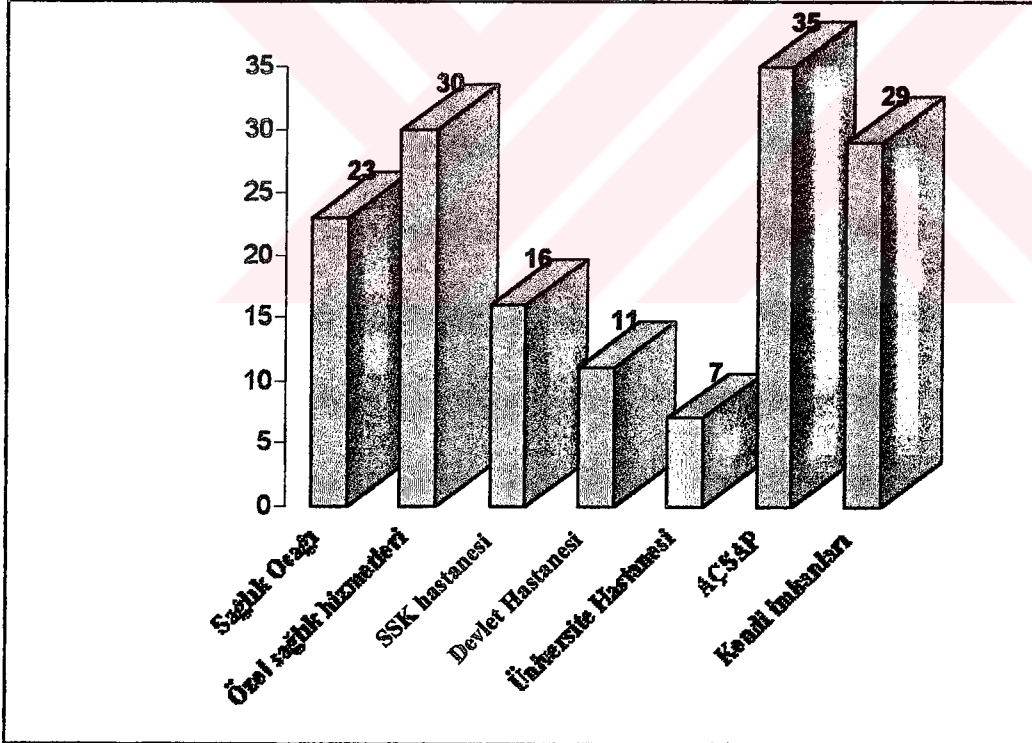
Şekil 26: Gebelik takibinde kullanılan sağlık kuruluşları

15-49 yaş arası 411 kadından 295'i aile planlaması yöntemi hakkındaki sorumuza yanıt vermiştir. Bunlardan 19'u menapozda, 3'ü histerektomili, 213'ü yöntem kullanıyor, 60'ı yöntem kullanmıyordu. Kullanılan yöntemlerin dağılımı Şekil 27'de verilmiştir.



Şekil 27: Kullanılan doğum kontrol yöntemleri

Güvenli aile planlaması yöntemi kullanan 151 bayanın bu hizmeti aldıkları kurumlar Şekil 28’de verilmiştir.



Şekil 28: Doğum kontrolü yöntemlerine ulaşma

ÇOCUKLARA VE DEBİLİZE HASTALARA AİT VERİLER

Örnekleme dahil 0-14 yaş arası 307 çocuğun ebeveynlerden biri ile görüşülerek elde edilmiş sonuçlar incelendiğinde 80 (%26,1) çocuğun sürekli bakım aldığı bir hekim olduğu görüldü. Sürekli sağlık bakımı aldıkları bir hekim 0 yaş çocukların %92,3'ünde, 1-5 yaş çocukların %49,4'ünde ve 6-14 yaş çocukların %13,8'inde bulunmaktaydı (Tablo XXXI). Böyle bir hekimin olup olmaması çocuğun içinde bulunduğu yaş grubuyla anlamlı farklılık göstermekteydi ($X^2=68,544$, $p<0,001$).

Tablo XXXI: Çocukların sürekli sağlık bakımı aldıkları hekim varlığı

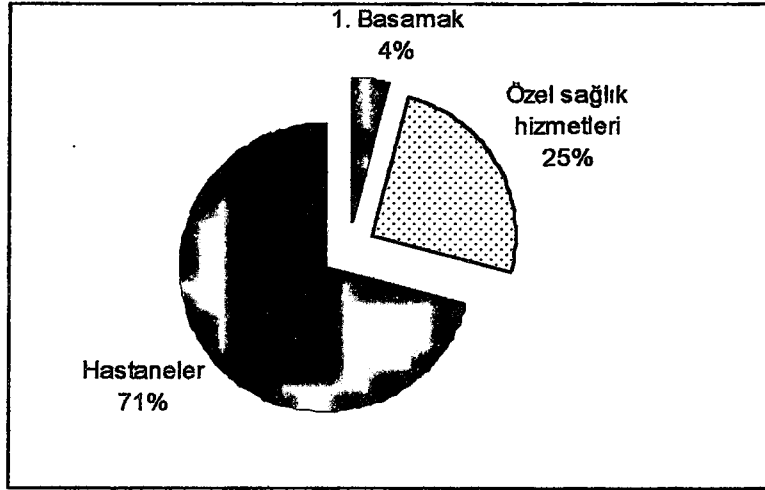
	0 yaş	1-5 yaş	6-14 yaş	Toplam
Var	12	38	30	80
Yok	1	39	188	228
Toplam	13	77	217	307

Çocukların sürekli sağlık bakımı aldıkları sağlık kuruluşlarının dağılımı Tablo XXXII ve Şekil 29'da görülebilir. (Bu dağılımda varsayımlar karşılanamadığından istatistik analiz yapılamamıştır)

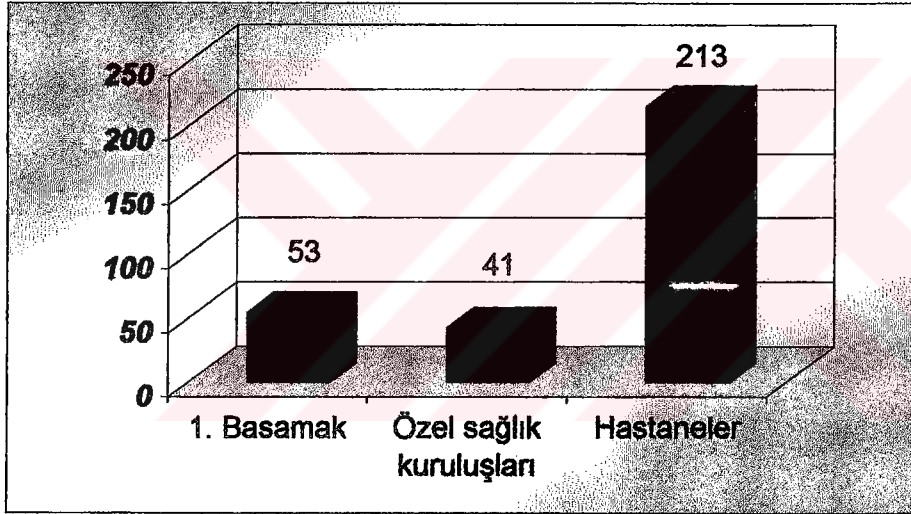
Tablo XXXII: Sürekli sağlık bakımı için başvuru alan sağlık kuruluşlarının dağılımı

	0 yaş	1-5 yaş	6-14 yaş	Toplam
Sağlık ocağı	1	5	2	8
Özel sağlık hizmetleri	3	14	11	28
SSK hastanesi	4	10	10	24
Devlet Hastanesi	2	1	2	5
Üniversite Hastanesi	2	8	5	15
Toplam	12	38	30	80

Görüşülen 307 ebeveynin 203'ü (%66,1) çocuklarının rahatsızlıklarında ilk başvuru yeri olarak hastaneleri görmekteydiler. Birinci basamak sağlık kuruluşlarını ilk başvuru yeri olarak görenler ise %17,3'tü (Şekil 30)



Şekil 29: Çocukların sürekli sağlık bakımı için kullanılan sağlık kuruluşları



Şekil 30: Çocuklar için ilk başvuru kuruluşları

0 yaş 13 çocuktan 12'sinin (%92,3), 1-5 yaş grubu 77 çocuktan 43'ünün (%55,8) ve 6-14 yaş grubu 218 çocuktan 27'sinin (%12,4) düzenli boy kilo ölçümleri yapıyordu (Tablo XXXIII). Bu hizmetin alındığı sağlık kuruluşları yaş gruplarında farklı değildi ($X^2=1,975$, $p=0,740$)

Tablo XXXIII: Çocukların boy-kilo ölçümlerinin yapıldığı kuruluşların dağılımı

	0 yaş	1-5 yaş	6-14 yaş	Toplam
1. basamak	6	15	9	30
Özel sağlık hizmetleri	2	13	10	25
Hastaneler	4	15	8	27
Toplam	12	43	27	82

0 yaş 13 çocuktan 11'inin (%84,6), 1-5 yaş grubu 77 çocuktan 60'mun (%77,9) ve 6-14 yaş grubu 218 çocuktan 149'unun (%68,3) ebeveyni çocuklarını yetiştirirken sağlık çalışanlarından çocuk beslenmesi hakkında öneriler aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo XXXIV). Bu hizmetin alındığı sağlık kuruluşları yaş gruplarında farklı değildir ($X^2=3,676$, $p=0,452$)

Tablo XXXIV: Çocukların beslenmesi için öneri alınan kuruluşların dağılımı

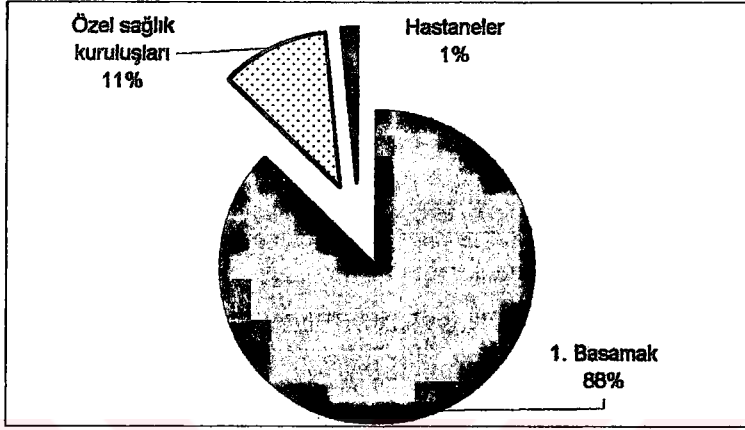
	0 yaş	1-5 yaş	6-14 yaş	Toplam
1. basamak	2	13	27	42
Özel sağlık hizmetleri	2	20	62	84
Hastaneler	7	27	60	94
Toplam	11	60	149	220

0 yaş 13 çocuktan 11'inin (%84,6), 1-5 yaş grubu 77 çocuktan 63'ününün (%81,8) ve 6-14 yaş grubu 218 çocuktan 159'unun (%72,9) ebeveyni çocuklarını yetiştirirken sağlık çalışanlarından anne sütü ile beslenmenin önemi hakkında bilgi ve öneriler aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo XXXV). Bu hizmetin alındığı sağlık kuruluşları yaş gruplarında farklı değildir ($X^2=2,898$, $p=0,575$).

Tablo XXXV: Anne sütü hakkında bilgi ve öneri alınan kuruluşların dağılımı

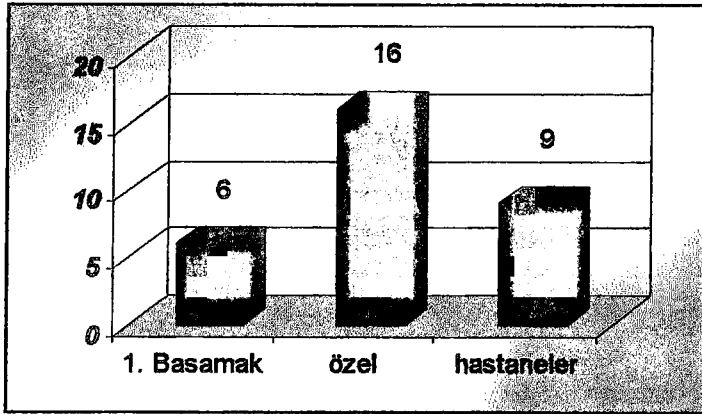
	0 yaş	1-5 yaş	6-14 yaş	Toplam
1. basamak	3	13	31	47
Özel sağlık hizmetleri	2	22	66	90
Hastaneler	6	28	62	96
Toplam	11	63	159	233

Araştırma kapsamında ebeveynleri ile görüşülen 308 çocuktan aşı programı henüz başlamamış 3 bebek (%1,0) dışındaki tüm çocukların aşı olduğu belirtildi. Aşılamalar 256 çocukta (%83,9) sağlık ocaklarında, 34 çocukta (%11,1) muayenehane hekimlerince, 2 çocukta (%0,7) üniversite hastanesinde ve 13 çocukta (%4,3) AÇSAP merkezinde yapıldığı öğrenildi (Şekil 31).



Şekil 31: Aşıların yapıldığı kuruluşlar

0-14 yaş 308 çocuğun 31'inin (%10,1) ebeveyni çocuklarını yetiştirirken sağlık çalışanlarından çocuğun başına gelebilecek kazalar hakkında bilgi ve öneriler aldıklarını belirtmişlerdir. Bu hizmetin alındığı sağlık kuruluşları 6 çocukta (%19,4) birinci basamak sağlık kuruluşları, 16 çocukta (%51,6) özel sağlık kuruluşları, kalan 9 çocukta (%29,0) ise çeşitli hastane hekimleridir (Şekil 32).



Şekil 32: Kazalardan korunma danışmanlığı veren kurumlar

Çalışma sırasında toplam 17 debilize hasta ile karşılaşıldı ve bu hastalar hakkında bakımlarına katılan yakınlarından birinden bilgi alındı. Bu hastaların 12'sinin (%70,6) bakımı ile ilgilenen düzenli bir hekimleri yoktu. Düzenli hekimi olan 5 hastanın (%29,4) 3'ünün hekimi muayenehanede çalışmaktayken diğer ikisi hastane çalışanlardı. Hiç bir hastada bakım veren hekimler evde hasta ziyareti yapmamışlardı. Hastaların bakımları tüm örneklerde hasta yakınları tarafından sağlanıyordu. Bakımı sağlayan doktora telefonla ulaşılma sıklığı % 23,5 (4 vaka) olarak saptandı.

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM YOĞUNLUĞU

Çalışma sırasında birinci basamak sağlık hizmetinin çeşitli oranlarda içinde bulunan 16 ayrı hizmetin kişilere ulaşma durumu ve bu hizmetleri sağlayan kurumlar sorgulandı. Üç grupta incelenecek olan sonuçların ilk bölümünde birinci basamak sağlık kuruluşların, esas olarak da sağlık ocaklarının mevcut işleyişi içinde yer aldığı bilinen 6 hizmet başlığına ait sonuçlar Tablo XXXVI'da verilmiştir. Özellikle çevre sağlığı hizmetlerinin kişilere hiç ulaşmadığı gözlenmektedir. Pansuman, enjeksiyon işlemlerinde herhangi bir kuruma bağlı olmayan yardımcı sağlık çalışanları önemli işlev görmektedirler. Tansiyon ölçümünde ise hizmetin yarından fazlasının akraba, arkadaş, komşu, tanıdık gibi tanımlanan sağlık dışı kişilerce üretildiği anlaşılmaktadır.

Tablo XXXVI: Çeşitli sağlık hizmetlerinin sağlayıcıları (A)

	1. basamak	Özel sağlık kuruluşları	Hastaneler	Hemşire, sağlık memuru	Eczane	Sağlık sektörü dışı	Toplam*	
Pansuman, enjeksiyon	168	11	249	75			503	%49,9
Tansiyon ölçümü	141	8	82	30	23	234	518	%51,4
Sevk hizmetleri	96	-	88				184	%18,3
Reçete tekrarı	195	7	253				455	%45,1
Basit cerrahi müdahaleler	13	8	157				178	%17,7
Çevre sağlığı hizmetleri	13	-	-				13	%1,3

* 1008 kişide

Aynı başlık altında ikinci grupta, birinci basamak sağlık bakımının temel hizmetlerinden olup ülkemizde istenen düzeyde verilemediği düşünülen 5 hizmet incelenmiştir (Tablo XXXVII). Sağlık danışmanlığı ve sağlıklı insan takipleri ya da diğer söyleyişle periyodik sağlık muayenelerinin henüz ülkemiz pratiğine girmedikleri anlaşılmaktadır. Evde hasta ziyareti ve muayenesi başlığına ebe ziyaretlerinin de dahil olduğunun bilinmesi yararlıdır.

TABLO XXXVII: Çeşitli sağlık hizmetlerinin sağlayıcıları (B)

	1. basamak	Özel sağlık kuruluşları	Hastaneler		Toplam*
Sağlıklı insan takibi	4	6	8	18	%1,8
Sağlık kayıtlarının tutulması	9	8	75	92	%9,1
Evde hasta ziyareti ve muayenesi	91	5	16	112	%11,1
Hastalık eğitimi	9	15	65	89	%8,8
Sağlık danışmanlığı	4	3	13	30	%3,0

* 1008 kişide

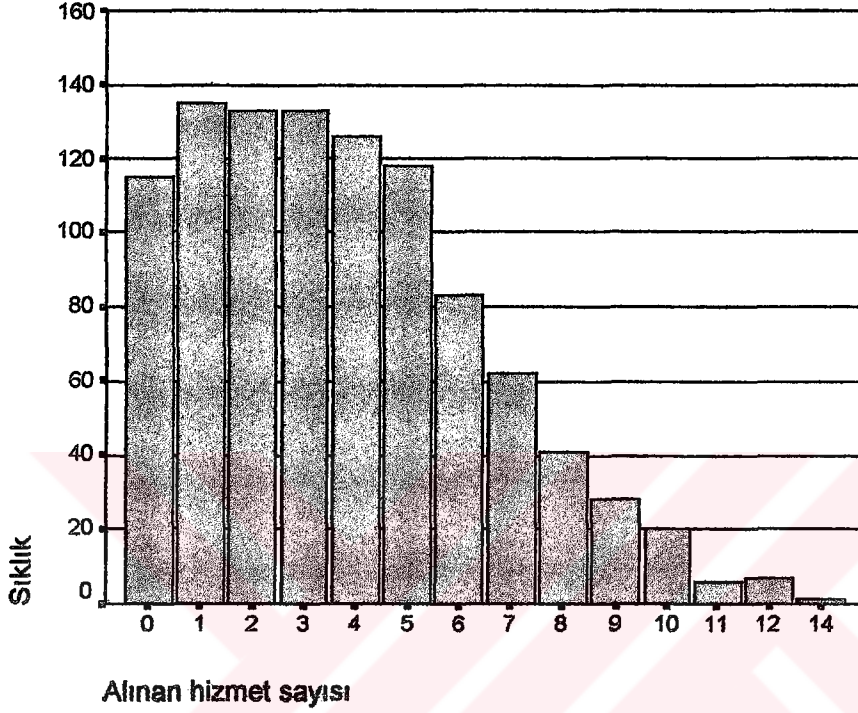
İncelenen üçüncü grup hizmet tedavi edici hizmet başlıklarını kapsamaktadır (Tablo XXXVIII). Bu hizmetlerin tümünün büyük oranda hastaneler tarafından üretildiği görülmektedir

TABLO XXXVIII: Çeşitli sağlık hizmetlerinin sağlayıcıları (C)

	1. basamak	Özel sağlık kuruluşları	Hastaneler		Toplam*
Ruh sağlığı hizmetleri	5	15	60	80	%7,9
Kadın hastalıkları ve doğum hizmetleri	9	47	244	300	%29,8
Deri hastalıkları hizmetleri	5	8	177	190	%18,8
İlk ve acil yardım hizmetleri	16	17	364	397	%39,4
Tetkikler	19	36	550	605	%60,0

* 1008 kişide

Sorgulanan 16 sağlık hizmetinden kişilerin kaç tanesini aldıkları analiz edilerek sağlık hizmeti kullanım yoğunluğunu gösterecek bir ölçek oluşturuldu. Bu ölçeğin ortalama puanı $3,7 \pm 2,74$ (medyan=3, mod=1) olarak saptandı (şekil 33).



şekil 33: Sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeği

Bu ölçeğin çeşitli değişkenlerle ilişkisi analiz edildi (Tablo XXXIX). Ölçeğin cinsiyette kadın lehine; sosyoekonomik durumda kötü ve en iyi grupları lehine; sosyal güvencede emekli sandığı ve yeşil kart lehine ve kronik hastalık varlığı lehine bir anlamlı yoğunluk gösterdiği belirlendi. Ayrıca sağlık hizmeti kullanım yoğunluğunun, yaş ile anlamlı güçlü pozitif korelasyon varken ($R=0,197$, $p<0,001$), eğitim süresiyle korelasyonu olmadığı görüldü ($R=-0,056$, $p=0,074$).

Tablo XXXIX: Sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeğinin bazı değişkenlerle ilişkisi

		Hizmet kullanım yoğunluğu			Analiz	
		Vaka sayısı	Ortalama	SS	ANOVA	Anlamlılık düzeyi
Cinsiyet	Kadın	533	4,50	2,76	F=94,124	P<0,001
	Erkek	475	2,90	2,50		
	Toplam	1008	3,74	2,74		
SED	En iyi	48	4,02	2,30	F=97,734	P<0,001
	İyi	390	3,96	2,72		
	Orta	469	3,26	2,55		
	Kötü	101	5,00	3,07		
	Toplam	1008	3,74	2,74		
Sosyal güvence	Yok	114	2,86	2,54	F=6,623	P<0,001
	ES	255	4,10	2,75		
	SSK	397	3,80	2,71		
	Bağ-Kur	156	3,83	2,79		
	Özel	9	2,33	1,58		
	Yeşil kart	17	5,52	3,00		
	Toplam	1008	3,70	2,74		
Kronik hastalık	Yok	689	3,10	2,54	F=141,389	P<0,001
	Var	309	5,19	2,61		
	Toplam	1008	3,74	2,74		

Sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeğinin çeşitli sağlık kuruluşlarının kullanımlarıyla ilişkileri Tablo XL'da verilmiştir. Ölçek tüm kurumların kullanımlarıyla anlamlı artış göstermektedir.

Tablo XL: Sağlık hizmeti kullanım yoğunluğunun bazı sağlık kuruluşlarının kullanım durumlarıyla ilişkisi

		Hizmet kullanım yoğunluğu		Analiz	
		Ortalama	SS	ANOVA	Anlamlılık düzeyi
Sağlık ocağı	Kullanmıyor	3,01	2,45	F=148,252	P<0,001
	Kullanıyor	5,06	2,76		
	Toplam	3,74	2,74		
AÇSAP merkezi	Kullanmıyor	4,35	2,68	F=7,216	P=0,007
	Kullanıyor	5,17	2,82		
	Toplam	4,50	2,70		
Özel sağlık hizmetleri	Kullanmıyor	2,98	2,49	F=116,662	P<0,001
	Kullanıyor	4,77	2,74		
	Toplam	3,74	2,74		
Hastaneler	Kullanmıyor	0,67	1,24	F=119,978	P<0,001
	Kullanıyor	4,00	2,68		
	Toplam	3,74	2,74		

KİŞİLERİN SAĞLIK TERCİHLERİNE ETKİ EDEN KURUMSAL FAKTÖRLER

Kişilerin sağlık tercihlerine etki eden kurumsal faktörleri belirleyebilmek için sağlık hizmetini sağlayan doktor ve sağlık kuruluşuna ait önceden saptanmış 19 madde için, kişilerden tercihlerini 0-3 arası bir skala yardımıyla olumlu yönde ne kadar etkileyeceğini belirtmeleri istendi. Her sorunun en çok 3 olabilen ölçekten aldıkları skorların ortalamaları, en yüksek skordan itibaren sıralanarak Tablo XLI'de verilmiştir.

Tablo XLI: Sağlık tercihini etkileyen kurumsal faktörler

	Ortalama puan	SS
Tetkiklerimin yapılabilir olması	2,88	0,39
Sağlık sigortasının geçerli olması	2,88	0,42
İşlemlerin kısa sürede yapılabilmesi	2,87	0,43
Günün her saati ulaşılabilir olması	2,80	0,59
Telefonla ulaşılabilir olması	2,79	0,59
Sağlık kayıtlarının tutuluyor olması	2,79	0,59
Yeterli zaman ayırması	2,79	0,62
Gerektiğinde evde hasta ziyareti ve muayenesi	2,72	0,69
Hastalık hakkında açıklayıcı bilgi vermesi	2,72	0,72
Kişiyi ve ailesini tanıması	2,48	1,00
Ücretsiz hizmet verilmesi	2,45	1,04
Her çeşit sağlık sorunuyla ilgilenmesi	2,39	1,13
Her başvuruda aynı doktorun bulunabilmesi	2,34	1,11
Ailenin tüm fertlerine yönelik olması	2,33	1,11
Uzman olması	2,22	1,20
Çalışma yerinin eve yakın olması	2,16	1,22
Doç. ya da Prof. olması	1,90	1,33
Devlet görevlisi olması	1,76	1,37
Özel muayenehanede çalışması	1,16	1,38

KİŞİSEL KORUYUCU HİZMETLER

Kişisel koruyucu hizmetlerin bireylere ulaşma durumunu belirleyebilmek için 14 maddelik bir araştırma yapıldı. Vaka saptanmasına yönelik 6 başlıkta kolon CA taraması, serviks CA taraması, mamografi, meme muayenesi, kolesterol ölçümü ve tansiyon ölçümü yer aldı (Tablo XLII).

Tablo XLII: Vaka saptamaya yönelik kişisel koruyucu hizmetler

		Sayı	Yüzde
Kolon CA taraması	Evet düzenli	12	5,3
	Evet düzensiz	2	0,9
	Hayır	227	94,2
	Toplam	241	100,0
Cervix CA taraması	Evet düzenli	39	9,4
	Evet düzensiz	17	4,1
	Hayır	357	86,4
	Toplam	413	100,0
Mamografi	Evet düzenli	8	11,1
	Evet düzensiz	6	8,3
	Hayır	52	80,6
	Toplam	72	100,0
Meme muayenesi	Evet düzenli	25	14,0
	Evet düzensiz	16	9,0
	Hayır	137	77,0
	Toplam	178	100,0
Kolesterol ölçümü	Evet düzenli	80	20,5
	Evet düzensiz	67	17,1
	Hayır	244	62,4
	Toplam	391	100,0
Tansiyon ölçümü	Evet düzenli	318	31,5
	Evet düzensiz	219	21,7
	Hayır	471	46,7
	Toplam	1008	100,0

Erişkin immünizasyonuna ait ikinci bölüm influenza ve pnömokok aşılarnı kapsıyordu (Tablo XLIII). Son bölüm ise egzersiz, diet, sigara, alkol, ev kazaları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ait danışmanlıkları kapsıyordu (Tablo XLIV).

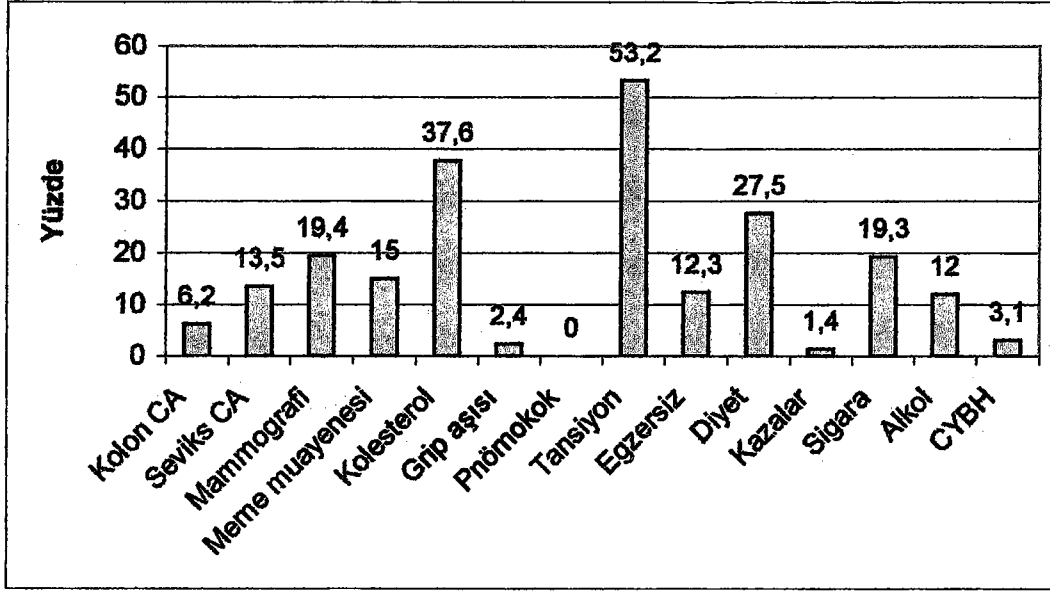
Tablo XLIII: İmmünizasyonu içeren kişisel koruyucu hizmetler

		Sayı	Yüzde
İnfluenza aşısı	Evet	2	2,4
	Hayır	80	97,6
	Toplam	82	100,0
Pnömokok aşısı	Evet	0	0,0
	Hayır	82	100,0
	Toplam	82	100,0

Tablo XLIV: Danışmanlık içeren kişisel koruyucu hizmetler

		Sayı	Yüzde
Egzersiz danışmanlığı	Evet	124	12,3
	Hayır	884	87,7
	Toplam	1008	100,0
Diet danışmanlığı	Evet	277	27,5
	Hayır	731	72,5
	Toplam	1008	100,0
Ev kazaları	Evet	14	1,4
	Hayır	994	98,6
	Toplam	1008	100,0
Sigara danışmanlığı	Evet	195	19,3
	Hayır	813	80,7
	Toplam	1008	100,0
Alkol danışmanlığı	Evet	121	12,0
	Hayır	887	88,0
	Toplam	1008	100,0
CYBH	Evet	31	3,1
	Hayır	977	96,9
	Toplam	1008	100,0

14 koruyucu hizmetin kişilere ulaşma durumları Şekil 34'de özetlenmiştir.



Şekil 34: Kişisel koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik

Kişilerin belirtilen koruyucu hizmetlere hangi kaynaklardan ulaştıkları Tablo XLV ve Tablo XLVI'da verilmiştir.

Tablo XLV: Kişisel koruyucu sağlık hizmetlerini sağlayan kurumlar (A)

	Kolon ca	Cervix ca	Mamografi	Meme muayenesi	Kolesterol	Tansiyon	Grip aşısı
Birinci basamak	-	-	-	2	5	135	
Özel sağlık kuruluşları	2	20	1	5	25	12	1
Hastaneler	12	36	13	34	117	78	
Hemşire, sağlık memuru						35	
Eczane						19	1
Sağlık sektörü dışı						258	
Toplam	14	56	14	41	148	537	2

Tablo XLVI: Kişisel koruyucu sağlık hizmetlerini sağlayan kurumlar (B)

	Egzersiz	Diet	Ev kazaları	Sigara	Alkol	CYBH
Birinci basamak	13	28	9	39	26	24
Özel sağlık kuruluşları	35	75	4	51	36	4
Hastaneler	76	174	1	106	59	3
Toplam	124	277	14	196	121	31

Hiç uygulanmamış olan pnömokok aşısı ve mamografi dışında ($X^2=0,871$, $P=0,647$) tüm koruyucu sağlık hizmetleri kronik hastalık varlığında anlamlı daha fazla oranlarda uygulanmışlardı (tansiyon ölçümü $X^2=204,046$, $p<0,001$; egzersiz danışmanlığı $X^2=47,512$, $p<0,001$; diet danışmanlığı $X^2=195,821$, $p<0,001$; sigara danışmanlığı $X^2=45,658$, $p<0,001$; alkol danışmanlığı $X^2=16,025$, $p<0,001$; kolesterol ölçümü $X^2=76,279$, $p<0,001$; kolon CA taraması $X^2=9,177$, $p=0,010$; serviks CA taraması $X^2=7,687$, $p=0,021$; meme muayenesi $X^2=9,827$, $p=0,007$).

AİLE HEKİMLİĞİNİN TANINMA DURUMU

Görüşme yapılan 1008 yetişkin denekten 631'i (%62,6) "aile hekimi kimdir?" sorusuna karşılık bir açıklama getirememiştir. Kalan 337 kişinin verdikleri yanıtların sınıflandırılması sonrası elde edilen sonuçlar Tablo XLVII'de görülebilir.

Tablo XLVII:Aile hekimliği tanımlamaları

	Sıklık	Yüzde
Ailedeki tüm fertlerin sağlık sorunlarıyla ilgilenir	184	54,6
Yurtdışında örnekleri var	73	21,7
Sürekli gidilen, kayıtlı olunan hekimdir	69	20,5
Koruyucu hekimlik yapar	34	10,1
Kolay ulaşılır	30	8,9
Tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir	28	8,3
İlk başvuru hekimidir	28	8,3
İlgisiz yanıtlar	69	20,5

TARTIŞMA

Ülkemizde BBSH ile ilgili bir tartışma sürmektedir. 1988'de başlayan aile hekimliği uzmanlığı bu tartışmanın içinde hep var olsa da henüz ülkemiz birinci basamak hizmetlerini üstlenebilecek niceliğe ulaşamamıştır. Oysa aile hekimleri nitelik olarak ülkemiz şartlarının çok üzerinde hizmet üretmeye hazırdılar. Bunu akademik gelişimleri ile kanıtlamaktadırlar (16).

Birinci basamak sağlık bakımının ayrı bir tıp uzmanlığı olarak kabul edilmesi farklı bir hizmet tanımı oluşturmuştur. Dünyada birçok ülkede yerleşmiş, birçoğunda ise çeşitli yoğunlukta değişikliklerle oturtulmaya çalışılan bu çağdaş hizmetin ülkemiz insanına hangi düzeyde verildiği ise bilinmemektedir. Araştırmamız bu eksikliği giderme amacından yola çıkmıştır. Bahsedilen çağdaş uygulamaların örneklerle somut olarak ortaya konması hem insanların sağlıkla ilgili beklentileri hem de karar vericilerin önceliklerinin değişmesine yardım edecektir. Üniversite hastanesine bağlı şehir merkezinde açılan aile hekimliği polikliniği bölgemiz için örnek çağdaş birinci basamak hizmeti üretmeye adaydır. BBSH'ni tanımlayan özelliklerden biri belirlenmiş nüfusun sağlık ihtiyaçlarını tanımlayıp ona uyum sağlamasıdır (1,12). Bu da çalışmanın ikinci gerekliliğini oluşturmaktadır.

Çalışmamızda çeşitli sorgu ve analizlerle evrenimizi oluşturan Edirne şehir merkezindeki nüfusun tanımlanması, sağlık hizmetleri kullanım özellikleri ve tercihlerinin ortaya çıkarılması, çeşitli kişisel koruyucu hizmetlerin nüfusa ulaşma durumu belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmada Edirne il merkezindeki hanelerin %1,18'ine (407/34528) gidilerek toplam nüfusun %1,19'una (1333/114397) ulaşılmış ve 1333 kişi hakkında bilgi toplanmıştır. Toplam 1008 erişkin ile yüzyüze görüşülmüş, 308 çocuğun ebeveyninden ve görüşme yapılamayacak

kadar rahatsız 17 kişininse bakımını yürüten yakınından bilgi alınmıştır. Araştırma grubunun %51,6'sı kadın, %48,4'ü erkektir.

Ulaşılan 407 hanede yaşayan ortalama kişi sayısı $3,34 \pm 1,27$ 'dir. Bu rakam Sağlık Bakanlığı tarafından 1995'te yayımlanmış olan raporda (34) Trakya bölgesi için 4,02 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları sadece şehir merkezini yansıtmaktadır ve hane nüfusunun şehir merkezinde kırsala göre daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Ulaşılan ailelerin %83,5'i çekirdek ailedir. Edirne genelindeki bazı sağlık ocaklarına başvuruların dahil edildiği çalışmada bu oran %71,9 olarak verilmiştir (35). Bu bulgularla Edirne şehir merkezinde çekirdek aile tipinin daha yaygın olduğu görülmektedir. Geniş ailelerde çekirdek aileye eklenen kişi en sıklıkla ninedir (%37,5). Ailelerin ortalama çocuk sayısı $2,09 \pm 1,34$ 'dür ve bulgularımız bu açıdan Türkiye geneli için Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen 3,01 rakamından düşüktür. (34).

Araştırmamızda okur-yazar olmama durumu 7 yaş altı nüfus çıkarıldığında %4,5'tir (kadınlarda %7,2; erkeklerde %1,5) ve bu oran Sağlık Bakanlığı araştırmasında tüm Türkiye için 7 yaş altı çocuklar çıkarıldığında verilen %18,8'lik orana kıyasla oldukça düşüktür (34). Aynı çalışmada Sağlık Bakanlığının Trakya bölgesi için vermiş olduğu oran %14,3'dür ancak bu orana 7 yaş altı çocuklar da dahildir. Benzer şekilde çalışmamızda il merkezimizde kişilerin eğitim aldıkları süre $7,65 \pm 3,87$ yıl olarak bulunmuştur ve aynı çalışmada Sağlık Bakanlığının Trakya bölgesi için verdiği 6,6 yıldan daha iyi durumdadır. Bu farklar çalışma evreninin sadece kentsel yerleşimi kapsamamasından gelmektedir.

Bu sonuçlar Edirne şehir merkezimizde eğitim durumunun Türkiye geneli ve Trakya bölgesine kıyasla daha iyi olduğunu göstermektedir. Özellikle erkeklerin, sosyoekonomik durumu daha iyi olanların ve gençlerin eğitim durumunun yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Emekli sandığı sosyal güvencesi altında olanların eğitim durumunun da daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Gençlerin eğitiminin yaşlılardan daha yüksek olması, eğitim süresinin zamanla artmakta olduğunu gösterir. Bu ülkemiz için olumlu bir sonuçtur. Bizim bulgularımızın da desteklediği gibi eğitim süresi artışıyla daha iyi sosyoekonomik düzeye kayma beklenmektedir. Ancak halen kadınlarımız erkeklerimizden daha az eğitim almaktadır. Çalışmamızda kadınların %74'ünün ev hanımı olduğunun tesbit edildiği de göz önüne alındığında kadınlarımızın ne yazık ki daha az eğitim alıp evlerinde oturdukları ve fiiretime katılmadıkları anlaşılmaktadır. Oysa erkeklerle birlikte kadınlarımızın da eğitim düzeyinin yükselmesi daha iyi sağlık koşullarını da beraberinde getirecektir.

Araştırmamızda ulaşılan haneler Neyzi'nin SED ölçeğine göre (36) en iyi, iyi, orta ve kötü sosyoekonomik durumda olarak sınıflandırıldığında bölgemizdeki ailelerin çoğunun iyi

ve orta grupta olduğu (%38,8 ve %45,7) ve en iyi (%5,2) ve kötü (%10,3) grubun daha az olduğu görülmüştür. Kullandığımız ölçek kişileri meslekleri ve eğitim durumlarına göre değerlendirmektedir ve bu ölçeğe göre kalifiye olmayan işçiler, hizmetle ilgili işçiler (temizlik işçisi, kapıcı) üretim işçileri en az okur yazar olmaları durumunda orta sosyoekonomik sınıfa girmektedir. Memur ve ordu mensupları, teknisyen, sanatkar usta kalifiye işçi ve serbest meslek elemanları ise en az ilkokul mezunu olduklarında iyi sosyoekonomik sınıfa girmektedir. Tüm bunlar tartışılabilir ve günümüz koşulları değerlendirildiğinde ölçeğin eski tarihli olması nedeniyle var olan sosyoekonomik katmanları ayırtmakta yetersiz kaldığı iddia edilebilir. Ancak, geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş daha iyi bir ölçek bulunamadığından bu ölçek kullanılmıştır.

Ulaşılan kişilerin sosyal güvence durumları sorgulandığında en büyük grubun SSK'lı (%39,2), daha sonra ES (%24,7) ve Bağkur'lu (%15,1) olduğu ve %18'inin sosyal güvencesi olmadığı, Yeşil Kart oranının ise (%2,3) çok düşük olduğu görülmektedir. Edirne Sağlık Müdürlüğü 1998 kayıtlarına göre (7) Edirne il genelinde %16,2 ES, %14,5 SSK, %13 Bağkur ve %5,1 Yeşil Kartlı bulunmakta ve %51,1'in hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Trakya bölgesinde sosyal güvencesi olmayan grup %39,2'dir, Türkiye genelinde %25,8 ile SSK'lılar en kalabalık gruptur (34). Bu veriler Edirne şehir merkezinde il geneline göre sosyal güvencesi olanların çoğunlukta olduğunu ve şehir merkezinde daha çok çalışan işçi ve işçi emeklisi ailelerin ikamet ettiğini göstermektedir. Benzer şekilde araştırmaya dahil edilen ailelerde hane reisinin işi göz önüne alındığında %35,7'sinin işçi (kalifiye olmayan işçi+üretim işçisi+hizmet işçisi) olduğu görülmektedir.

Araştırmaya dahil edilen hanelerin bağlı buldukları sağlık ocaklarına uzaklıkları 500 m'den yakın, 500-1000m ve 1000 m'den uzak olarak sınıflandırıldığında her üç gruba yakın sayıda hane girmiştir. Deneklerin %64,3'ü hangi sağlık ocağına bağlı olduğunu bilmekte, %35,7'si bilmemektedir. Bu oranlar İzmir ilinde çeşitli bölgelerde sırasıyla %62,5 ve %37,5 olarak bulunmuştur (27). İlimizin büyük şehirlere göre daha iyi olması beklenen bir sonuçtur. Daha fazla sayıda mahallenin bağlı bulunduğu Ayşe Kadın, Gazi Mihal gibi sağlık ocaklarında bilmeyen kişi oranının arttığı, Karaağaç, Yeni İmarat, Yıldırım gibi nisbeten daha az nüfusa hizmet veren ve sınır, ırmak gibi kapalı coğrafi sınırları olan mahallelerde bilen kişi oranının %96-100'lere ulaştığı dikkat çekmektedir. Bu sonuçlar sağlık ocağı sisteminin nüfusu daha az olan ve coğrafi sınırları daha belirgin olan kırsal bölgelerde halk tarafından daha iyi tanınacağı ve kullanılacağını düşündürmektedir.

Debilize hastaların yakınları, çocukların ebeveynleri ve yüzyüze görüşülen tüm deneklerin kendileri sorgulanarak, kullandıkları ilaçlar, sağlık raporları, sağlık karneleri,

tetkik sonuçları gözden geçirilerek kronik hastalıklar tespit edilmiştir. Toplam 356 kişide 88 çeşit kronik hastalık belirlenmiştir. Bunların erişkin yaş grubunda en sık rastlanılanı %13,4 ile hipertansiyon; %3,3 ile Diabetes Mellitus ve %2,5 ile hiperkolesterolemidir. TEKHARF çalışmasında (37) ülkemizde bu hastalıkların sıklıklarının DM için %3.4, HT için erkeklerde %36.2, kadınlarda %43.1 olduğu; hipertansif erkeklerin %31'inin , kadınların ise %42'sinin hastalık tanısı alıp tedavi altında olduğu bulunmuştur. Bu rakamlar saptamış olduğumuz rakamlara paraleldir. Toplam kronik hastalığı olan kişi oranı ise %26,7 olarak bulunmuştur. Bu oran Sağlık Bakanlığının 1995 yılında yapmış olduğu çalışmada (34) Trakya bölgesi için vermiş olduğu %8.6 oranından oldukça yüksektir. Sağlık bakanlığı çalışmasında sadece 15 çeşit kronik hastalık sorulmuştur. Oranlardaki bu farkın iki çalışmadaki kronik hastalık tanımlamalarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca HT ve DM açısından çalışmamız ve başka çalışmalarda ülkemiz için bulunan sıklıklar toplam kronik hastalık oranının sağlık bakanlığı çalışmasında düşük kaldığını düşündürmektedir (37-40).

Kronik hastalığı olanların %11,2'sinin düzenli başvurdukları hekim ya da sağlık kuruluşu yoktur ve düzenli tedavi almamaktadırlar. Düzenli başvurdukları bir hekim ya da sağlık kuruluşu olanlarında %26,3'ü hastalıkları hakkında sağlık çalışanlarından herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. İzmir'de yapılan bir çalışmada (27) kronik hastalığı olanların %25'inin tedavi görmediği saptanmıştır. Bizim bölgemizde bu oran daha düşük saptanmış olsa da hala çok yüksektir. Kronik hastalıkların takibi, komplikasyonların ve oluşabilecek hasarların önlenmesi üçüncül korumaya örnektir ve koruyucu sağlık bakımının dolayısıyla birinci basamak sağlık bakımının önemli görevlerindedir. Hasta eğitimi de koruyucu sağlık bakımının, temel sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık bakımının önemli bir ögesidir. Ülkemizde BBSH vermekle sorumlu sağlık ocaklarının görevleri arasında bu önemli başlıklara yer verilmemektedir (41). Çalışmamızda halkımızın kronik hastalıkları için oldukça düşük oranda birinci basamağa başvurduğu ve birinci basamak hekimlerinden kronik hastalıkları hakkında eğitim almadıkları açıkça gözlenmektedir. Halkın sağlık ocaklarına bu hastalıkları nedeniyle başvurmamasının büyük oranda halkın sağlık ocaklarından böyle bir hizmet beklentisinin olmamasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Aybar'ın çalışması (42) halkın sağlık ocaklarından beklentilerinin pansuman, enjeksiyon, aşılama, çevre sağlığı, çocuk sağlığı, aile planlaması, ve daha az sıklıkta sağlık danışmanlığı ile hasta muayenesi olduğunu göstermiştir. Bu bulguyu açıklayan diğer neden de başka sebeplerle sağlık ocağına başvurulduğunda (örneğin kronik hastaların reçete yazdırması gibi) hekimlerin hastalarına bu hizmetleri sunmamaları olabilir.

Düzenli başvurdukları bir hekimi olanların %26,3'ü hastalıkları hakkında eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Bu hastaların %98'i birinci basamak dışı kurumlara başvurmuşlardır. Yani hasta eğitimi birinci basamakta sürdürülmediği gibi başvurdukları ikinci basamak hekimlerince de yapılmamaktadır. Bu sonuçlar ülkemizde hekimlerin bu konuda eğitim almadıklarını göstermektedir. Belki de bundan daha önemli bir sebep, özellikle hastane polikliniklerinde çalışırken hastalarına açıklama yapacak zamanlarının kalmamasıdır. Hastane polikliniklerinde hasta başına düşen muayene süresinin kısa olduğu bilinmektedir (7). Bu da hekime hastaya açıklama yapmak için yeterince zaman bırakmamaktadır. Tüm bunların altında yatan esas sebepse ülkemizde tersine dönmüş olan 2.basamak/1. basamak poliklinik oranıdır. Birinci basamak kuruluşlarının etkin çalışması ve sevk sisteminin işlemesi durumunda 1/9 olması beklenen bu oran ülkemizde 1996 yılında 1,3 olarak hesaplanmıştır (33). Kısacası tersine dönmüş olan bu oran birinci basamakta hasta bakılmadığı için hastanelere yığılma olduğunu göstermektedir. Bu da hastanedeki hekimin iş yükünü artırmakta, hasta başına ayırdığı süreyi kısaltmakta ve kronik hastalığı olanların dahi hastalıkları hakkında bilgilendirilmemesi gibi sonuçlara yol açmaktadır.

Kişilerin hangi sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri ve 1. basamaktaki ve 2. basamaktaki çeşitli sağlık kuruluşlarını kullanma durumlarının ayrıca sorgulandığı çalışmamızda ek olarak son 1 ayda hangi sağlık kuruluşlarına başvurdukları da sorgulanmıştır. Hafıza faktörünün daha güvenilir olduğunu düşündüğümüz bu zaman periyodunda kişilerin tercihlerinden öte gerçekten ne oranda birinci basamağı ve diğer kuruluşları kullandığı bulunmaya çalışılmıştır (43). Bu sorunun kısıtlılığı daha az kişiye ait bilgi sağlaması, az bir zaman dilimini değerlendiriyor olması dolayısıyla sağlık hizmetlerini daha az kullananları yakalama şansının az olmasıdır. Unutulma ihtimalinin en az olduğu bu dönemde kullanılan hizmetler ve hizmeti sağlayan kuruluşlar hakkında net ve gerçek bilgiler sağlaması ise üstünlüğüdür.

411 kişinin cevaplarının değerlendirildiği bu soruda yapılan toplam 597 başvurunun sadece %14'ünün birinci basamak kuruluşlarına olduğunu görmekteyiz. Sağlık ocaklarının kullanılma oranı ise sadece %7.5'dir. Sağlık bakanlığının çalışmasında son 15 günde yapılmış olan başvurular değerlendirildiğinde sağlık ocağının ilk başvuruda en son seçenek olduğu bulunmuştur (34).

Çalışmamızda kişilerin yoğun biçimde 2. ve 3. basamak kuruluşu olan çeşitli hastaneleri kullandığı belirlenmiştir (%75). 3. basamak sağlık kuruluşu olan ve asıl görevi ilk başvuru basamağı olarak ayaktan hasta bakımı yapmak olmayan üniversite hastanesinde oldukça fazla kullanıldığı dikkati çekmektedir. Teknik donanım açısından sağlık ocakları ile eşdeğer sayılabilecek özel muayenehaneler dahi sağlık ocaklarından daha çok kullanılmıştır.

Bu rakamları Sağlık Bakanlığı'nın tüm Türkiye'de 1996 yılı için 1,3 olarak vermiş olduğu hastane/sağlık ocağı poliklinik sayılarıyla kıyaslırsak (33) bölgemizde bu oranın 10/1 gibi çok yüksek rakamlara ulaşmış olduğunu görmekteyiz. Bu rakamın aslında 1/9 olmasının beklendiği de göz önüne alınırsa bölgemizde sağlık ocaklarının artık işlevini yapamadığı görülmektedir. Sonuçlarımızın Türkiye genelinden oldukça farklı olmasında aynı çalışmada Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilmiş olduğu gibi Trakya bölgesinde sağlık ocaklarının Türkiye genelinden daha az kullanılıyor olmasının ve Türkiye genelinde sağlık ocaklarının kırsal kesimde kentsel bölgelerden daha fazla kullanılıyor olmasının da etkisi vardır. Edirne ilindeki tüm sağlık ocaklarının incelendiği bir çalışmada (44) toplam polikliniklerin %24,6'sının kontrol ve reçete yinelenmesi %15,8'inin sevk olduğu bildirilmiştir. Olması gerekenin oldukça altında olan başvuruların da yarısına yakınının sevk ve reçete yinelenmesinden oluşması olumsuz ve düşündürücü bir sonuçtur.

Son bir ayda yapılan başvuruların tıp branşlarına dağılımı incelendiğinde en fazla başvurunun çocuk hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanlarına yapıldığı görülmektedir. İlginçtir ki, bu uzmanlıklar ABD'de ve bazı Avrupa da ülkelerinde AH/GP'ler dışında 1. basamakta çalışma izni verilen diğer uzmanlık dallarıdır (29,45). Bu ülkelerde 1. basamak hekimleriyle ilgili asıl tartışma konusu birinci basamak uzmanı olan GP/AH'leriyle diğer birinci basamakta çalışma izni verilen uzman hekimlerin hizmet sunumu, kaynak kullanımı, maliyet, kalite, hasta memnuniyeti ve diğer pek çok açıdan karşılaştırılmasıdır (46-49). Bu tartışmaların çoğu birinci basamağın kendine has özellikleri nedeniyle birinci basamak uzmanlığının diğer uzmanlık dallarından daha iyi hizmet ürettiği sonucuna varmaktadır. Sonuçta birinci basamak uzmanlığı olan ülkelerde birinci basamakta AH/GP uzmanlığı gittikçe diğer uzmanlıklardan daha çok tercih edilmeye başlanırken (45), bu uzmanlığın henüz olmadığı diğer dünya ülkelerinde ise AH/GP yetiştirmeye ve kullanmaya olan eğilim gittikçe artmaktadır (29). Ülkemizde halen yeterli sayıda olmayan AH uzmanlarının birgün bu sağlık sistemleri gelişmiş ülkelerdeki gibi birinci basamakta en çok tercih edilen uzmanlık dalı haline gelmesinin ülkemiz birinci basamağına ait çoğu sorunun çözümüne katkıda bulunacaklarını düşünüyor ve umuyoruz. Birinci basamak uzmanlığının ülkemiz için gerekli olduğu görüşünün yavaş yavaş kabul görmeye başlamış olduğunu görmek de sevindiricidir (50-51).

Sağlık hizmetleri kullanımının sorgulanması, son 6 aydaki başvuru sayısı ve son bir ayda başvuru kurumlarının belirlenmesi ile yürütülmüştür. Konu hakkındaki çalışmalar 40 hafta civarındaki kritik süreden sonra hastaneye yatış sayıları gibi insan hayatında önemli etkileri olan ve unutulması beklenmeyen konular bile sorgulandığında unutmama oranının %10'un altındaki değerlerden %40'ın üzerine çıktığını söylemektedir (43). Bu bilgi ile

değerlendirildiğinde son 6 aydaki sağlık başvurusu sayısının yeterli güvenlikle elde edilebileceği düşünülmüştür. Son altı aydaki başvurularda sağlık kuruluşlarını sorgulamaksa insan hafızasına fazla güvenmek olurdu. Bu nedenle son 1 aydaki sağlık başvurularının hangi kuruluşlara olduğu sorgulanmıştır. Süre kısaltıkça sağlık hizmeti kullanıcıları az olanların temsil oranları da düşecektir. Bu nedenle son 1 ayın uygun denge noktası olduğu düşünüldü. Elde edilen sonuçlarda 1 yıla projekte edilen sağlık başvurusu sayıları son 1 ay değerlendirmesine göre son 6 aydakinden yüksek çıkmıştır. Bu son altı ayda sorgulanan sayılarda kayıpların fazla olabileceği kuşkusunu doğurmaktadır. Ancak analizlerde bu kuşkuya rağmen 6 aya ait veriler kullanılmıştır çünkü son 1 ayda sağlık başvurusu olanların oranı son 6 aydakine göre çok düşüktür.

Son altı ayda herhangi bir sağlık kuruluşuna toplam başvuru sayısı ortalama $1,57 \pm 2,44$, son bir ayda ise ortalama $0,45 \pm 0,84$ bulunmuştur. Aynı rakamların yıllık projeksiyonu ise $3,14/\text{yıl}$ ve $5,40/\text{yıl}$ 'dır. Önemli bir sağlık düzeyi göstergesi olan kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı açısından ülkemiz için verilen sayı $2,4/\text{yıl}$ 'dır (31). Her ne kadar bölgemizdeki rakamlar bu sayının üstünde gözükmekte ise de çoğu gelişmiş ülkeden düşüktür. Bu sayı çeşitli Avrupa ülkelerinde 4 ile 11 arasında değişmektedir (31).

Çalışma sırasında BBSH'ni de çeşitli oranlarda kapsayan 16 ayrı hizmeti kişilerin son yıllarda hiç kullanıp kullanmadığı sorgulanmıştır. Bu 16 sağlık hizmetinden kişilerin kaç tanesini aldıklarını belirleyerek sağlık hizmeti kullanım yoğunluğunu gösterecek bir ölçek oluşturuldu. Bu ölçeğinde son altı ayda yapılan başvuru sayısı gibi sağlık hizmeti kullanımının bir başka açıdan göstergesi olduğu düşünülerek çeşitli değişkenlerle ilişkisi analiz edildi. Bundan sonraki bölümlerde bu geliştirmiş olduğumuz sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeğinin de çeşitli değişkenlerle ilişkisi diğer faktörlerle birlikte tartışılacaktır.

Kadınların yıllık başvuru sayısının erkeklerden anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeğimizde kadınların ortalama sağlık hizmeti kullanım sayısının erkeklerden anlamlı yüksek olduğunu göstermektedir. Bu beklenen bir sonuçtur ve kadınların tüm sağlık hizmetlerini daha fazla kullanması çeşitli çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (7, 27, 34.). Kadın cinsiyet lehine olan bu fark 15 yaş altı ve 5 yaş altı çocuklarda da daha az da olsa devam etmektedir ve Sağlık Bakanlığının Türkiye genelinde erkek çocukların daha çok doktora götürüldüğünü bulduğu çalışmanın sonuçlarıyla uyumsuzdur (34). Türkiye geneliyle olan bu uyumsuzluğun bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı ve doğu bölgelerinde erkek çocuklara daha fazla önem verilmesine bağlı olduğu düşünülmüştür. Bu tür yaklaşımların bölgemizde olmadığını görmek sevindiricidir. Bölgemizde anne-baba eğitim süreleriyle 15 yaş altı çocukların doktora götürülme sıklığı

arasında fark bulunmamıştır. Bunun nedeni ülke geneli ve Trakya bölgesine göre bölgemizde eğitim düzeyinin daha yüksek olmasıdır. Ancak çok düşük eğitim seviyelerinde bu durumun fark yaratacağı düşünülmektedir.

Eğitim süresi ile yıllık başvuru sayısı ilişkisi hakkında çeşitli çalışmalara ait farklı sonuçlar bulunmaktadır. Sağlık bakanlığının çalışmasında üniversite mezunlarının ve okur yazar olmayanların yıllık başvuru sayısının diğer gruplardan yüksek olduğu bulunmuştur (34). Akdöl'ün çalışmasında (27) ortaokul ve üzerinde öğrenim görmüş olanların daha az sıklıkta sağlık kuruluşuna başvurduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda eğitim süresi ile yıllık başvuru sayısı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Geliştirmiş olduğumuz sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeği ile eğitim süresi arasında da korelasyon yoktur. Ancak çok düşük eğitim düzeylerinin sağlık hizmeti kullanımı üzerinde fark oluşturacağını; bizim grubumuzun eğitim sürelerinin Türkiye geneline göre daha iyi durumda olduğu için böyle bir fark saptanmamış olduğunu düşünüyoruz.

Sosyoekonomik durum kişilerin sağlık başvuruları üzerine anlamlı farklılık yaratmaktadır. Sosyoekonomik durumu kötü olanların en çok, orta olanların ise ortalamadan düşük ve en az sayıda sağlık hizmeti kullandığı görülmektedir. İyi ve çok iyi gruplar ise ortalamaya daha yakın durmaktadır. Sosyoekonomik durumu kötü olanların daha kötü sağlık düzeyi nedeniyle daha çok sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı, ayrıca bu grupta sağlığın daha kötü algılanarak daha çok başvuru yapılacağı beklenir. Farklı bir sosyoekonomik durum sınıflandırması kullanılan Belek'in çalışmasında (52) gelir düzeyi en düşük iki grubun diğer gruplara göre algılanan sağlık durumunun daha kötü olduğu bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında ise (34) algılanan sağlık düzeyinin kötüleştikçe sağlık hizmeti kullanımının arttığı bulunmuştur. Bellon'un çalışmasında (53) sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmanın en önemli belirleyicisinin sağlığını kötü hissetmek olduğu bildirilmiştir. Tüm bunlardan farklı olarak sosyoekonomik durum arttıkça sağlık olanaklarının da artması nedeniyle daha fazla sağlık hizmeti kullanılacağını düşünmekteydik ancak son altı ayda sağlık hizmeti kullanım sayılarıyla yaptığımız analiz bunu desteklememektedir. Geliştirmiş olduğumuz sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeği ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki analiz edildiğinde ise kullanılan sağlık hizmeti sayısının kötü ve en iyi gruplar lehine anlamlı farklılık oluşturduğunu görüyoruz.

Çalışmamızda diğer çalışmalarla uyumlu olarak son altı ayda sağlık hizmeti kullanım miktarının yaş arttıkça anlamlı derecede arttığı bulunmuştur (27, 34). Bu ilişki sadece 15 yaş üzerindeki bireyler değerlendirildiğinde daha da güçlenmektedir, çünkü 0-14 yaş grubunda yaş küçüldükçe sağlık hizmeti kullanımı artmaktadır. Yaşla birlikte kronik hastalıkların

artması, gene erken çocukluk dönemlerinde daha fazla tıbbi bakım ihtiyacının olması gibi bilinen sebeplerle bu sonuç ortaya çıkmaktadır. Geliştirmiş olduğumuz sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeği ile yaş arasında da anlamlı pozitif korelasyon vardır.

Hane nüfusu az olanların fazla olanlardan anlamlı düzeyde daha çok sağlık başvurusu yaptıkları bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında da Türkiye geneli için aynı durum sözkonusudur (34). Bu durumun hane nüfusu az olan ailelerin daha yaşlı grubu oluşturmasından ve yaşla sağlık hizmeti kullanımının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Son altı ayda yapılan başvuru sayısının değişik sosyal güvencesi olan gruplarda farklı olduğu göze çarpmaktadır. En çok yeşil kart ve emekli sandığı olanların, en az ise sosyal güvencesi olmayanların başvuru yaptığı bulunmuştur. Bu bulgular Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasıyla uyumludur (34). Geliştirmiş olduğumuz sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeği ile sosyal güvence arasındaki ilişki analiz edildiğinde ise kullanılan sağlık hizmeti sayısının ES ve yeşil kartlılar lehine anlamlı farklılık oluşturduğunu görüyoruz.

Diğer sosyal güvenlik kuruluşlarıyla kıyaslandığında ES'na mensup olanlar daha kolay sağlık hizmetine ulaşabilmekte, mevcut kuruluşların çoğundan faydalanabilmekte (örneğin üniversite hastanesi, devlet hastanesi, sağlık ocağı) bu yüzden de daha çok başvuru yapmaktadırlar. Daha önce de üzerinde durduğumuz gibi son bir ayda başvurulmuş olan sağlık kuruluşlarının içinde üniversite hastanesi oldukça yüksek oranda kullanılmaktadır. Bunun altında yatan sebeplerden biride emekli sandığına mensup olanların ilk başvuru yeri olarak burayı seçme özgürlüklerinin olmasıdır.

Ülkemizde yeşil kart uygulaması genellikle kişilerin herhangi bir hastalıkları nedeniyle hastaneye yatırılması, hastane masraflarını ödeyememesi, ardından yeşil kart çıkartması şeklinde işlemektedir. Yani mevcut yeşil kartlıların çoğunun aslında kronik hastalıkları olan kişiler olduğu açıktır. Bu nedenle yeşil kartlılar gerçekten daha çok hizmete ihtiyacı olan, daha çok sağlık sorunu olan dolayısıyla daha fazla sağlık hizmeti kullanan grubu oluşturmaktadır (54).

Sosyal güvencesi olmayanlar ise daha düşük sosyoekonomik sınıfta, aslında daha çok sağlık hizmeti ihtiyacı olan, ancak imkanları olmadığı için bunu kullanamayan grubu oluşturmaktadır.

Kronik hastalık varlığı hem çocuk hem de erişkinlerde sağlık başvurularında anlamlı artışa yol açmaktadır. Sağlık bakanlığı çalışmasında kronik hastalığı olanların olmayanlardan 3.5 kat daha fazla sağlık hizmeti kullandığı bulunmuştur (34). Bellon'un çalışmasında (53) sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmanın en önemli belirleyicisinin sağlığını kötü hissetmek,

ardından kronik hastalık varlığı olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalığı olanların daha çok sağlık ihtiyacı olmaları nedeniyle daha çok başvuruları beklenen bir sonuçtur. Geliştirmiş olduğumuz sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeği ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki analiz edildiğinde ise kullanılan sağlık hizmeti sayısının kronik hastalık varlığında anlamlı artış gösterdiğini görüyoruz.

Kişilere ilk başvuruda hangi sağlık kuruluşuna gidilmesi gerektiğini düşündüklerini ardından da kendilerinin ilk başvuru kuruluşu olarak hangi kuruluşu seçtikleri sorulduğunda her iki soruya verilen cevapların anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür. Her iki sorunun cevaplarında da hastaneler en yoğunluktadır. Aslında özel kuruluşlar ve 1. basamak kuruluşlarına gidilmesi gerektiğini düşünenlerin de başvurularını hastanelere yaptıklarını görüyoruz. Kişilerin ilk başvuruda sağlık ocaklarını oldukça düşük oranda kullandıkları çeşitli çalışmalarda da gösterilmiştir (34, 55). İlk başvuru yeri olarak sağlık ocağının en fazla kullanıldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (42, 56). Bizim çalışmamızda kişilerin ilk başvuru kuruluşu olarak hastaneleri hem tercih ettikleri hem de kullandıkları görülmüştür. Bulgularımız birinci basamağın etkin olduğu ve çalıştığı ülkelerde 1/9 olan 2.basamak/1.basamak poliklinik oranının ülkemizde tersine dönüşü ile uyumludur (33).

Birinci basamağın etkin olduğu ve çalıştığı ülkelerde hastaların tümü önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve sorunlarının %90'nuna burada çözüm bulunmaktadır. Sadece %10'u diğer dal uzmanlarına sevk edilmektedir (57). Ülkemizde ise hastalar direkt 2. basamak hekimleriyle karşı karşıya gelmektedir. Bu durum hem hasta hem de hekim açısından sorunlara neden olmaktadır. İş yükü ağırlaşan hekim hastane polikliniklerinde bir günde bakamayacağı sayıdan daha fazla sayıda hastaya bakmaya zorlanmaktadır. Hasta başına düşen zaman kısalmaktadır. Bu kısıtlı sürede biyopsikososyal yaklaşım geliştirilememekte, neticede hastanın sorunlarını çözmek ve memnuniyetini sağlamak birarada yürümektedir. Hekim çok fazla yorulmakta, hasta ise verilen hizmetten memnun kalmamaktadır. Ancak ikinci basamak kurumlarına gitmeyi sürdürmektedir. Çünkü sosyal güvencesi bu kurumlarda geçerlidir ve sosyal güvence kişilerin ilk başvuru kurumunu tercih etmeleri ve bu kuruluşa gitmelerinde önemli fark oluşturmaktadır.

Hastanelere gidilmesinin sürmesinin diğer bir sebebi de ikinci basamakta bu sorunları yaşamasına rağmen birinci basamağın ülkemizde daha da sorunlu olmasıdır. Birinci sorun ülkemizde birinci basamağın görev tanımında yatmaktadır. Sağlık ocaklarının görev tanımı günümüz koşullarıyla örtüşmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 154 sayılı yönergesine göre (41) sağlık ocaklarının görevleri arasında bulaşıcı hastalık gruplarının izlemlerini yapmak, sağlık eğitimi vermek ve çevre sağlığı yer almaktadır. Bulaşıcı hastalık kontrolü ile çevre sağlığı

tarihsel olarak halk sağlığı alanında çekirdek bir role sahiptir ve ülkemiz de dahil pek çok ülkede halk sağlığı çalışmaları bu iki geleneksel işleve yöneliktir (58). Ancak bu başlıkların altına bakıldığında bahsedilen frengi, lepra, trahom gibi hastalıkların zamanında ülkemizin öncelikli sorunları olsa da vaka sayılarına bakıldığında artık öncelikli sorunlarımızın bunlar olmadığını, bunların yerini başka hastalıkların almış olduğunu görmekteyiz. Aynı yönergede bahsedilen sağlık eğitimi başlığının altında ise kırsal bölgede yaşayan kadınlara verilmesi gereken temizlikle ilgili eğitimlerden bahsedilmektedir. Oysa eğer sağlık ocakları kentlere de kuruluyorsa değişen yaşam koşullarıyla birlikte kentli kadının farklı konularda eğitime ihtiyacı olduğu açıktır. Bölgemizdeki sağlık ocaklarının görev tanımında belirtilenlerden daha farklı sağlık eğitimi hizmetlerini yürütmesine ihtiyaç duyulduğu gözlenmiştir. Sağlık eğitimi her zaman birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlığın iyileştirilmesinin ana başlıklarındandır. Sadece eğitim başlıkları günümüz koşullarında değişmiştir. Sağlık ocağına verilen diğer görevler ana çocuk sağlığı, gebe ve çocuk izlemi, aile planlaması, aşılama gibi hizmetlerdir. Oysa birinci basamak sağlık hizmetleri sadece bu hizmetlere indirgenemez, tüm bu hizmetler elbette çok önemlidir ancak BBSB bu hizmetleri yürütürken diğer yaş gruplarını, diğer koruyucu hizmetleri kapsam dışı bırakmamalıdır. Bu tür spesifik gruplara hizmet sunumunun, yani birinci basamakta dikey hizmet sunumunun düşük kalite hizmet ortaya çıkardığı artık kabul edilmiştir ve halk sağlığı hizmetlerinin gittikçe artan bir biçimde diğer temel sağlık hizmetleri ile birleştirilmesi ve entegre BBSH modelleri geliştirme eğilimi öne çıkmaktadır (58). Anlaşılacağı üzere kapsamlı bir birinci basamak sağlık hizmeti tanımlanmadıkça ülkemizde birinci basamağın işletilmesi mümkün görünmemektedir.

Kişilerin ilk başvuru kuruluşlarını seçmede cinsiyetin, yaşın, eğitimin bir etkisi olmadığı, sadece sosyoekonomik durum ve sosyal güvencenin bu seçimde etkili olduğu saptandı.

Hastaneler her durumda en çok seçilen ve kullanılan kurum olma özelliğini korurken özel kuruluşların tercih edilme ve kullanılma yüzdesinin kötü sosyoekonomik durumda arttığı görülmektedir. Bu bulgu kişilerin sosyal güvenceleri olmadığı için nasılsa kendi paralarını ödeyerek alacakları hizmet için yoğun olan hastaneleri tercih etmemeleriyle açıklanabilir. Diğer bir sebep ise bu kişilerin sağlıklarını daha kötü algılamaları nedeniyle daha çok güven duyulan özel kuruluşlara başvurmaları olabilir (52). Sağlık bakanlığının araştırmasında özel kuruluşların seçilme nedeninin en çok güven olduğu bulunmuştur (34).

İlk başvuruda birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımının emekli sandığı ve yeşil kartlılarda diğer gruplara göre daha yoğun olduğu izlenmektedir. ES'na bağlı olanların kurum hekimlerine yaptıkları başvuruların bu orana katkısı olduğu düşünölmektedir çünkü bizim

birinci basamak sınıflandırmamızda sağlık ocaklarının yanında kurum hekimleri de yer almaktadır. Her iki grup içinde geçerli olabilecek diğer bir sebep ise bu grupların sağlık ocaklarını kullanabilmesi ve tanınması olduğunu düşünüyoruz. Bilindiği gibi ES'na bağlı olanlar reçetelerini sağlık ocaklarında yazdırabilmektedir. Ayrıca yeşil kartlılar sevk için sağlık ocaklarına gitmek zorundadır. Bu noktada belirtmek gerekirken ülkemizde sevk sistemi sadece yeşil kartlılar için işlemektedir ve onların da önce ikinci basamağa başvurup ardından birinci basamağa sevk için geri döndüğünü görüyoruz (54). Ülkemizde mevcut olan tek sevk sisteminin de böyle tersten işlemesi birinci basamağın sorunlarının sadece zorunlu sevk sistemi getirmekle çözülemeyeceğini göstermektedir.

Sağlık bakanlığının araştırmasında Trakya bölgesinde özel hekimlerin ilk başvuruda en yüksek oranda tercih edildiği bulunmuştur (34). Bizim bulgularımız şehir merkezi için bu sonucu desteklememektedir. Bu farkın kırsalda yaşayan, sosyal güvencesi olmayan, bu sebeple özel hekimleri en çok kullanan ve Trakya bölgesinde yoğun olan çiftçi nüfustan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşanan evin sağlık ocağına uzaklığı kişilerin ilk başvuru tercihlerini ve davranışlarını değiştirmiyordu. Sağlık ocağına yakın olmak sağlık ocağı hizmetlerini kullananların sayısını artırmaktadır. Ancak kişiler yakın olsa da ilk başvuruda sağlık ocaklarını tercih etmemektedirler.

Çalışmamızda hastaneler, sağlık ocakları, özel muayenehaneler ve AÇSAP merkezlerinden faydalanılıp faydalanılmadığı da ayrıca sorgulanmıştır. En yüksek oranda hastanelerden (%92) ,ardından özel hekimlerden (%42,6), ardından sağlık ocaklarından (%35,6) en az da AÇSAP merkezinden (%17,9) faydalanıldığı bulunmuştur. Geliştirmiş olduğumuz sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ölçeği ile sağlık ocağı, özel muayenehaneler ve hastanelerden faydalanılma durumu arasındaki ilişki analiz edildiğinde ise kullanılan sağlık hizmeti sayısının artmasıyla tüm kurumların kullanımlarında anlamlı artış olduğu gösterilmiştir.

Sağlık ocakları oldukça az oranda kullanılmaktadır. Edirne ili genelindeki tüm sağlık ocağı başvurularının incelendiği bir çalışmada toplam başvuruların yarısına yakınının reçete yinelenmesi ve sevk için olduğunun gösterilmeside şehir merkezimizdeki sağlık ocaklarımızın işlevselliğini sorgulamaktadır (44). Kılıç ve Aygün'ün çalışmasında (59) sağlık ocağından faydalananların oranı %82, hiç faydalanmayanların oranı %18 saptanmıştır. Aybar'ın çalışmasında (42) sağlık ocağından hiç faydalanmayanların %25, faydalananların %75 olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan çok farklı olan bu sonuçların nedeninin bölgesel farklar

olduğu düşünölmektedir. Sağlık bakanlığının çalışmasında da Türkiye'de %25.9 olan sağlık ocağını tercih etme oranı Trakya bđlgesi için %6.1 olarak verilmiştir (34).

Kadınlar, kronik hastalığı olanlar, sosyoekonomik durumu kđtö olanlar, sağlık ocağına yakın oturanlar, tüm sağlık hizmetlerini daha fazla kullananlar ve yaşlılar sağlık ocaklarını daha çok kullanmaktadır. Türeyenil'in çalışmasında (55) ekonomik durumu kđtö olan ve sağlık ocağına ulaşım olanakları iyi olanların sağlık ocağından faydalandığı bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında eğitim düzeyi düşük olanların, sosyal güvencesi olmayanların sağlık ocaklarından faydalandığı bulunmuştur (34). Aybar'ın çalışmasında (42) kadınların, sosyal güvencesi olmayanlar ile ES ve Bağkura bağlı olanların sağlık ocaklarını kullandıkları bildirilmiştir. Tüm bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur. Kadınlar, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar tüm sağlık hizmetlerini fazla kullandıkları için sağlık ocaklarından da daha fazla faydalanmaları beklenen bir sonuçtur. Sosyoekonomik durumu kđtö olanlar ücretsiz olduğu için sağlık ocaklarını seçiyor olabilir. Sağlık bakanlığının çalışmasında sağlık ocaklarının seçilme nedeninin %23 ucuz olmaları, %20 kolay ulaşma olduğu bulunmuştur (34).

AÇSAP merkezinin şehir merkezimizde düşük oranda kullanıldığını (%17.9) görüyoruz. Ancak bđlgemizde 9 tane sağlık ocağı ve 1 tane AÇSAP merkezi olduğu göz önünde bulundurulursa aslında bu oranın oldukça yüksek olduğu bile düşünölebilir. Aile planlaması hizmetleri için en çok AÇSAP merkezinden faydalandığı görölmektedir. AÇSAP merkezini daha genç kadınlar kullanmaktadır. Yoğun olarak aile planlaması hizmetleri için kullanıldığı düşünöülürse bu beklenen bir sonuçtur.

Özel muayehanelerin bđlgemizde oldukça yüksek oranda (%42.6) kullanılmaktadır. Sağlık bakanlığının araştırmasında Trakya bđlgesi için ilk başvuruda ilk tercih oldukları bildirilen özel muayehanelerin şehir merkezimizde ilk tercih olmadığı çalışmamızda gösterilmiş ve kırsal kesimlerin ilk başvuruda daha çok tercih ettikleri düşünölmüştür. Çalışma bđlgemizde ilk başvuruda en çok tercih edilen ve araştırma grubumuzdaki yetişkinlerin %92.2'si tarafından kullanılan hastanelerden sonra özel muayehaneler ikinci sıklıkta ve hemen hemen halkın yarıya yakını tarafından kullanılmaktadır.

Özel muayehaneler sağlık hizmeti kullanımı fazla olanlar ve daha yaşlılarca daha fazla tercih edilmektedir. Bu da kronik hastalığı olanların, sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyanların özel hekimleri seçtiğini düşöndürmektedir. Sosyoekonomik düzeyi yani maddi durumu daha iyi olanların özel muayehaneleri kullanacağı düşünölebilir, bunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (60). Ancak çalışmamızın sonuçları bunu desteklememektedir. Daha öncede bahsettiğimiz gibi ölkemizde ikinci basamak kurumlara olan yığılmalar, hekimin

hastasına ayırdığı zamanı daraltmaktadır. Hastalıkları hakkında açıklama duymak isteyen hastalar kendilerine kısıtlı zaman ayıran hekimden bunu alamamaktadır. Bu da iyi tedavi görmedikleri duygusunu uyandırmaktadır. Kronik hastaların bile yüksek oranda hastalıkları hakkında bilgilendirilmediği çalışmamızda bulunan diğer bir bulgudur (%34,3). Hastalar en doğal hakları olan bu hizmetlere ulaşamayınca bunu alabileceklerini düşündükleri özel muayenehanelere yönelmektedirler. Özel muayehanesinde hastaya daha fazla zaman ayıran ve daha açıklayıcı davranan hekim hastada güven duygusu uyandırmaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında özel muayehanelerin en çok seçilme nedeninin güven olduğu bulunmuştur (34). Bir diğer sebep ise hastanedeki yığılma nedeniyle saatlerce muayene olmak, ardından tetkik yaptırmak için bekleyen hastaların bu işlemleri biraz çabuklaştırmak, hekimin kendisiyle daha iyi ilgilenmesini sağlamak için o hastane hekiminin muayenehanesine başvurması olabilir. Böylece yığılmaların olduğu ikinci basamağa muayehaneler kolay bir giriş kapısı açmaktadır. Öyle ki bu özel muayehanelere başvurmadan sorunlarına çözüm bulunamayacağını, hastalıklarının tedavi edilmeyeceğini düşünenlerin oldukça fazla olduğu saha çalışmamız esnasında gözlenmiştir. Bu nedenle sosyoekonomik durum özel muayehane kullanımını etkilememekte, sağlıkları için başvurmak zorunda olduklarını düşünen insanlar sosyoekonomik durumu ne olursa olsun özel muayehanelere başvurmaktadır. Hekimlerimizi bu nedenlerle suçlayan büyük bir halk kesimi mevcuttur. Bu konu uzun yıllar tartışma konusu olmuş, çıkarılan çeşitli kanunlarla zaman zaman yasaklanarak karşılığında hekim ücretleri arttırılmış ancak piyasa değeri çok yüksek olan bir emek gücünü devletin düşük ücretle elde tutabilmek için bulduğu bu yol hiç terkedilememiştir (32).

Çalışmamıza katılanların %92,2'si hastaneleri kullanmaktadır. Bu da sağlık sorunuyla karşılaşan hemen hemen tüm bireylerin hastanelere başvurduğunu düşündürmektedir. Hastaneleri sağlık hizmeti kullanımı yüksek olanlar ve yaşlılar daha fazla kullanmaktadır. Hastanelerin en çok seçilme sebebinin sosyal güvence olduğu gösterilmiştir (34). Özellikle SSK'nın durumu göz önüne alınırsa; Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız hizmet üreten bu kuruma mensup olanlar kendi hastanelerinden başka hiç bir kuruluşa başvuramamaktadır (31). Çalışmamıza katılanların %39,2'sinide SSK'lılar oluşturmaktadır. Tüm bunlar nedeniyle grubumuzda hastane kullanımının bu kadar yüksek olduğunu düşünüyorum.

Çalışma sırasında BBSH'nin çeşitli oranlarda kapsayan 16 ayrı hizmeti kişilerin son yıllarda kullanıp kullanmadığı ve eğer kullandıysa bu hizmeti hangi kurumdan aldığını sorguladık. Bunlardan esas olarak sağlık ocaklarının mevcut işleyişi içinde yer aldığı bilinen hizmetler sorgulandığında sevk hizmetleri dışında tümünün sağlık ocaklarından daha fazla

oranlarda diğer sağlık kuruluşlarından karşılandığını saptadık. Bu bulgularımız sağlık ocaklarının bölgemizde sağlık hizmeti sunumunda çok az bir yer kapladığını desteklemektedir. Birinci basamak sağlık bakımının temel hizmetlerinden olupta ülkemizde istenen düzeyde verilmediği düşünülen hizmetler sorgulandığında halkımızın çoğunun bu hizmetlere ulaşamadığı saptanmıştır. Burada en çok ulaşılan hizmet evde hasta ziyareti ve muayenesi olarak görülmektedir, bu başlığın altında verilen orana ebe ziyaretleri dahildir. Bu da bize tekrar başka bir açıdan bölgemizdeki evlerin ne kadar az bir kısmına sağlık ocağı ebelerinin ziyarette bulunduğunu ve vermekle yükümlü oldukları hizmeti veremediklerini göstermektedir. Birinci basamağın da aslında vermekle görevli olduğu çeşitli tedavi edici sağlık hizmetleri sorgulandığında bu hizmetlerinin tümünün hastaneler tarafından verildiğini saptadık. Tedavi edici hizmetlerin sağlanmasında birinci basamağın bölgemizde artık yeri kalmamıştır. Oysa bir HT hastasını düşünecek olursak, bu hastanın tedavisini yürütmek birinci basamak hekiminin görevidir çünkü HT hastasını tedavi etmeyen bir birinci basamak hekimi hastasını bu hastalığın oluşturduğu kardiyovasküler ve serobrovasküler risklerden koruyamayacak dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olan üçüncül koruma görevini yerine getiremeyecektir.

Tüm bu bulgularımız diğer bulgularımızı destekler yöndedir ve şehir merkezimizde birinci basamak kurumlarının yükümlü oldukları sağlık hizmetlerini üretmediklerini ve bu boşluğun ikinci basamak ve özel kuruluşlarca doldurulduğunu göstermektedir.

Kişilere ayrıca sağlık tercihlerine etki eden kurumsal faktörleri sordüğümüzda ve bu faktörlerin en çok puan alanlarını sıraladığımızda en çok tercih sebeplerinin “tetkiklerimin yapılabilir olması”, “sağlık sigortasının geçerli olması” ve “işlemlerin kısa sürede yapılabilir olması” olduğunu belirledik. Bu sonuçlar bize ülkemizin sağlık sorunları hakkında yapmış olduğumuz saptamaların doğruluğunu göstermektedir. Yani birinci basamağı çalışmayan, ayaktan hasta bakımının hastane polikliniklerinde yapıldığı ülkemizde kişiler kendilerine sunulan hizmetleri sunulduğu şekliyle kabul etmekte ve istekleri varolan sistemin daha iyi işlemesi doğrultusunda olmaktadır. En önde gelen istekleri hastanelerde işlemlerinin kısa sürede yapılabilmesi, aynı kurumda tetkiklerinin tamamlanabilmesidir. Öyle ki sağlık kayıtlarının tutulması, günün her saati ulaşabileceği bir hekim olması, gerektiğinde evde bakım da yapan bir hekim olması, her başvuruda aynı doktorun bulunabilmesi gibi iyi çalışan birinci basamağı olan ülkelerde halkın tümüne ulaştırılabilen ve kuşkusuz oldukça önemli ve hasta memnuniyetini artırıcı oldukları gösterilmiş faktörler bile bunlardan sonraki sırayı almaktadır (61). Kısacası halkımız bu hizmetler kendisine hiç ulaştırılmadığı için mevcut sisteme ait isteklerini en önde sıralamaktadır. Çağdaş BBSH üreten bir örnek

üretilemedikçe bu taleplerin bireylerce oluşturulması beklenmemelidir. Daha önceki bulgularımızla uyumlu olarak sağlık sigortasının geçerli olması kurum seçiminde en önde gelmektedir. En az etkili olan özel muayehanedeki çalışması olurken devlet görevlisi olması bundan biraz daha fazla puan almakla beraber tercihlerin sonunda yer almaktadır. Hekimlerimizin hem özel muayehanedeki hemde devlet görevlisi olarak çalışması nedeniyle kişilerin bu konuda kafasının karışık olduğu düşünülmektedir.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için birinci basamak sağlık bakımında olması gereken kapsamlılık özelliğiyle ilgili kişilerin fikirlerini sorguladığımızda “sizce hasta olmadığımız halde her yaşta belli aralıklarla doktor kontrolüne gitmek gerekir mi?” sorusuna %72,2 oranında evet yanıtını aldık. Yürütmeyi düşündüğümüz aile hekimliği çalışmalarımızın bir parçası olan düzenli sağlık kontrolleri hakkında Edirne şehir merkezini temsil eden örneklemimizde yüksek oranda olumlu düşünülmesi bizim için sevindirici bir sonuç olmuştur. Kadınlar istatiki anlamlı oranda erkeklerden daha fazla düzenli doktor kontrolüne gerek olduğunu düşünmektedirler. Bizim çalışmamızda ve diğer pek çok çalışmada gösterilmiş olduğu gibi kadınların tüm sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmasının bu durumla uyumlu olduğunu düşünüyoruz (7, 27, 34). Tüm bunlar kadınların genel olarak sağlıkları hakkında daha duyarlı olmalarından ve erkeklerin algılanan sağlık durumlarının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Kişilerin çoğu düzenli sağlık kontrollerini gerekli bulurken ancak %13,3’ü birinci basamağın kapsamlılık özelliklerini yansıtan bu hizmeti alabilecekleri bir sağlık kuruluşu olabileceğini ve bu hizmeti büyük oranda hastanelerin verebileceğini düşünmüşlerdir. Ülkemizde bu tür bir hizmetin kimlere, ne kadar verilebileceği ayrı bir tartışmanın konusudur ancak kişilerin birinci basamağın sorumluluğunu ülkemizde yine diğer durumlarda olduğu gibi ikinci basamaktan beklediğini görmek üzüntü vericidir.

Ayaktan tedavi hizmetleri de temelde birinci basamak kuruluşları tarafından üretilmelidir. Oysa kişiler bu hizmetleri en çok ikinci basamaktan alabileceklerini düşünmektedirler. İdealde herkes mutlaka 1. basamaktan geçmeli ve başvuruların %90’ı burada tedavi edilmelidir (1).

Birinci basamağın bir diğer özelliği hastalarına biyopsikososyal yaklaşım sunmasıdır. İyi bir birinci basamak hekimi hastasının sadece fiziksel rahatsızlıklarıyla uğraşmamalıdır, hastasını sosyal ve psikolojik yönleriyle de değerlendirebilmelidir. Günümüzde sağlık “ruhsal, sosyal ve psikolojik açıdan tam iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır (4). Hastaları doktora getiren rahatsızlıkların altında büyük oranda sosyal ve psikolojik sorunların yattığı bilinmektedir (2). Kişilerin daha çok beden diliyle etraflarıyla iletişim kurabildiği

ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde hekimin hastasını tüm bu yönleriyle kapsamlıca değerlendirmesi daha da önem kazanmaktadır (62). Hastalar kişisel sorunlarını da hekimleriyle paylaşabildiklerinde fiziksel şikayet ortaya çıkarma gereksinimleri azalmakta, böylece sorunun asıl kaynağına hekim-hasta beraber daha kolay inebilmektedir (57). Bu tür kişisel sorunları olduğunda başvurabilecekleri bir hekim olduğunu düşünenler çalışma grubumuzdaki yetişkinlerin sadece %5.8'ini oluşturuyordu ve bu hizmeti de ikinci basamaktan alabileceklerini düşünüyorlardı.

Ülkemizde yeterince iyi işleyen bir birinci basamak olmadığı için bu sonuçlar bizi çok şaşırtmamaktadır ancak birinci basamak hizmetlerin kapsamlılığının benzer sorularla sorgulandığı yabancı çalışmaların sonuçlarıyla kıyaslanamayacak durumdadır (46).

Ülkemizde BBSH'ni vermekle yükümlü olan sağlık ocaklarına ana çocuk sağlığı, aile planlaması gibi hizmetleri yürütme görevi verilmiştir (41). Bu hizmetleri şehir merkezimizde yaşayanların ne ölçüde kullandığını belirlemek amacıyla araştırma grubumuzdaki tüm 15-49 yaş arası kadınlar bu konularda sorgulanmıştır. Bunlardan gebelik geçirenlerden %14,8'ine son gebeliği boyunca herhangi bir takip yapılmadığı, gebelik takibi yapılanların ise bu hizmeti en çok özel muayenehanelerden, daha sonra hastanelerden, en az oranda da sağlık ocakları (%5) ve AÇSAP (%3) merkezinden aldığı saptanmıştır. Şehir merkezimizdeki kadınların çoğunun bu önemli sağlık hizmetini alması bölgemiz açısından sevindiricidir ancak bu hizmetin sağlanmasında 1. basamak kuruluşlarının payı çok azdır. Bölgemizdeki kadınlar bu hizmeti almak için kendileri çeşitli sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır ve bu evlere ebe ziyareti uygulamalarının en azından evrenimiz açısından çok gerekli olmadığını düşündürmektedir. Zaten verilerimiz bölgemizde gebeler için ev ziyareti gibi hizmetlerin pek gerçekleşmediği şeklindedir. Son gebelikleri boyunca ebelerin kendilerini evde ziyaret ettiğini bildirenlerin oranı sadece %36,6'dır. Ebeler bu gebelere ortalama 4,48 kez takip yapmışlardır ki bu da olması gerekenin altında bir rakamdır. Bizim bu rakamlarımızla benzer şekilde Ekuklu'nun çalışmasında Edirne ilinde ebelerin gebe başına ortalama 4,7 izlem yaptığı bildirilmiştir (44). Türkiye geneli için bu rakam 1996 yılında 2.0'dır (33). Ancak bu gebe başına izlemler değerlendirilirken tek başına sağlık ocakları kayıtlarının kullanılmasının doğru olmadığını düşünmekteyiz. Çünkü çalışmamızın Ekuklu'nu çalışmasıyla kıyaslandığında görüldüğü gibi sadece sağlık ocağı kayıtlarını kullanarak izlenen gebelerin izlem oranları doğru bulunsa bile gebelerin ne kadarının izlenmediğini ortaya çıkarmayacaktır ki bu oran hiç de azımsanmayacak şekilde çalışmamızda %63,4 bulunmuştur.

Kullanılan aile planlaması yöntemleri sorulduğunda ilk sırayı RIA ve coitus interruptusun aldığı görülmektedir. Etkin yöntem kullanma oranı bölgemizde %56'dır. Türk

Tabipler Birliği sağlık istatistiklerine göre Türkiye genelinde modern yöntem kullanma oranı kentlerde %39'dur (63). Türkiye ortalamasından yüksek olsa bile bu oranın yetersiz olduğunu düşünmekteyiz. Güvenli yöntem kullanan kadımlar bu hizmeti birbirine yakın oranlarda AÇSAP merkezi, sağlık ocağı, özel hekimler ve hastanelerden almaktadır. Birinci basamak bu hizmet için en çok kullanılan sağlık kuruluğu olmuğu da hastaneler azımsanmayacak oranda bu hizmetleri vermektedir. Birinci basamakta ücretsiz verilirken hala st basamaklar ve özel sağlık kuruluşlarının tercih ediliyor olması sağlık hizmeti tercihlerinde cretlendirme şeklinin birinci öncelikte olmadığını vurgulamaktadır. Nitekim buna dair yapılan sorguda hizmetin ücretsiz olması sağlık hizmeti tercihini etkileyen kurumsal değişkenler arasında oldukça gerilerde bulunmuştur.

ocuk izlemleri sağlık ocağının görevleri arasında yer almaktadır. Çalışmamızda 0-1 yaş çocukların %92'sine, 1-5 yaş çocukların % 49,4'ne düzenli sağlık bakımının yapıldığı belirlenmiştir. Özellikle bebek yaş grubunda oranlar iyi durumdadır ancak bu hizmet sağlık ocaklarında verilmemektedir. Grubun bu konuda da kendi inisiyatifi ile hareket ettiği görülmektedir. Sağlık ocakları sürekli sağlık bakımı için çocukların götürüldüğü yerler arasında %10 ile en son sırayı almaktadır. İlk başvuru açısından ebeveynler sorgulandığında ise birinci basamak kuruluşlarına başvuruların %17,5 ile en son sırada yer aldığı görülmektedir. Buradaki 1. basamak kuruluşlarına AÇSAP merkezi ve kurum hekimleri de dahildir. Bölgemizde sağlık ocaklarının tanımlanmış görevlerini de yerine getirmedeği ve bunun yarattığı boşluğun diğer sağlık kuruluşlarınca doldurulduğu görülmektedir. Benzer şekilde aşılama konusunda bile %11 oranında özel hekimlerin, %1 oranında hastanelerin devreye girdiği görülmektedir. Çocukların boy ve kilo takiplerinde 1. basamak, özel sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından yaklaşık aynı oranlarda yapılmaktadır. ocuk beslenmesi, anne stntn faydaları hakkındaki danışmanlıkların da en az birinci basamak tarafından verildiği gözlenmiştir. Bizim bulgularımıza benzer şekilde AÇSAP merkezleri ve sağlık ocaklarından yararlanan ocuk sayısının nüfusa oranla çok düşük olduğunu gösteren çalışmaların yanısıra sağlık ocaklarının ilk başvuru yeri olarak kullanımda, kontrol ve hastalık nedeniyle yapılan başvurularda en çok tercih edilen kurum olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (64, 65). Bunun bölgesel farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Sonuçlarımız sağlık ocaklarının görevlerinin diğer sağlık kuruluşlarınca verildiğini göstermiştir. Tanımlanmış görevlerini dahi yeterince yerine getiremeyen sağlık ocaklarının bölgemizdeki işlevselliği sorgulanır hale gelmiştir.

Erişkin yaş grubunda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bireylere ulaşma durumunu saptayabilmek için AAFP'nin yetişkin genel topluma pozitif periyodik sağlık

muayenesi önerilerinden bir kısmını çalışma grubumuzdaki erişkinlerde sorguladık. Bu öneriler immunizasyon, vaka saptamaya yönelik hizmetler ve sağlık danışmanlığını içeriyordu. Ülkemizde birinci basamağın görevleri arasında erişkinlere yönelik koruyucu sağlık bakımı tanımlanmamıştır. Ancak, özellikle danışmanlıklar gibi uygulanması için mutlaka eğitim gerektiren ancak uygulaması diğer başlıklara göre daha kolay ve maliyet etkin olan yöntemlerin böyle bir görev tanımı yapılırsa kolaylıkla ülkemizde uygulanabileceğini düşünüyoruz.

Vaka saptamaya yönelik koruyucu hizmetlerden en fazla tansiyon ölçümü ve kolesterol ölçümünün yapıldığını, diğer hizmetlerin ise oldukça az oranda erişkinlerimize ulaştığını saptadık. Yetişkin immunizasyonunu içeren kişisel koruyucu hizmetlerin hemen hemen hiç uygulanmadığını söyleyebiliriz. Danışmanlıklardan ise en çok diyet danışmanlığı verilmekteydi. Ancak tüm bu hizmetler kronik hastalık varlığında anlamlı oranda daha fazla uygulanmaktadır. Herhangi başka bir sebeple doktorun karşısına çıktığında; yani kişilerin o andaki hastalıklarıyla ilişkili olan testlerin yapılması veya DM veya HT hastalarına diyet önerileri gibi durumlarda bu hizmetler yetişkinlere ulaşıyordu. Kısacası kişiye yönelik koruyucu sağlık bakımının bir parçası şeklinde uygulanmamaktadır. Bu hizmetlerin üretilmesinde birinci basamağın payı oldukça azdır.

Sağlığın iyileştirilmesinin öncelikle kişilerin sağlığını korumaktan geçtiği unutulmamalıdır. Ülkemizde ağırlık kazanmış olan tedavi edici hizmetlerin yerine aslında daha önemli ve yapılması daha kolay olan koruyucu hizmetlerin geçmesi ve bunu uygulamakla yükümlü birinci basamağın bir an önce işlerlik kazanması gerektiği açıktır.

Bu çalışmada halkın çeşitli sağlık hizmetlerine ne oranda ulaştığı ve hangi sağlık kuruluşlarından hizmet aldığı saptanmaya çalışılmıştır. Şehir merkezimizde çoğu hizmetin birinci basamak tarafından sağlanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Şehir merkezimizde ve genel olarak ülkemizde birinci basamağın artık işlerliğini kaybetmiş olduğu gerçeği uzun süredir bilinmekte ve çeşitli tartışmaların konusu olmaktadır. Bunun sebebinin de önemli ölçüde birinci basamak hekimiyle ilgili sorunlardan kaynaklandığı göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim çeşitli çalışmalarda hekimlerimizin birinci basamakta çalışmaktan mutsuz olduğu, pratisyen hekimliği uzman olmaktan önceki bir basamak olarak gördüğü, eğitimlerini yetersiz bulduğu, tüm bu nedenlerle birinci basamakta çalışırken kendini işine vermediği gösterilmiştir (44, 50, 63 ,66). Oysa birinci basamak bu şekilde önemsenmeden çalışılabilecek bir yer değildir, sağlık hizmetlerinin en önemli parçasıdır. Ama ne yazık ki tüm bunlar ülkemizde zaten işlemeyen birinci basamağın aleyhindedir.

Birinci basamak sağlık bakımının kendine has özellikleri nedeniyle ayrı bir uzmanlık dalı olduğu artık dünyada kabul görmüştür. Birinci basamak hekimi mesleğin, basitçe özel eğitim almamak ve kalifiye olmamakla tanımlanabilecek ayrılaştırılmamış yükündense iyi tanımlanmış bir role ve beceri listesine sahiptir (2). Ülkemizde ise 1988 yılından başlayarak günümüze kadar 600 civarında aile hekimliği uzmanı yetiştirilmiştir; halen 400 civarında da aile hekimliği asistan eğitimi almakta olan hekim vardır (16). Ülkemizde yeni olan bu uzmanlık dalının halk tarafından ne ölçüde tanındığını saptamak amacıyla çalışmamızdaki erişkinleri sorguladığımızda %37,4'ünün bu konuda bilgisi olduğunu, en çok yapılan tanımlamaların ise “ailenin tüm fertlerinin sorunlarıyla ilgilenir”, “yurtdışında örnekleri var” ve sürekli gidilen, kayıtlı olunan hekimdir” şeklinde olduğunu gördük. Henüz ülkemiz BBSH'lerini devralabilmek için yeterli sayıya ulaşmayan aile hekimi uzmanlığı hakkında halkın yapmış olduğu bu doğruya yakın tanımlamalar çoğunun kafasında bir fikir oluşmuş olmasını göstermektedir ve bunun ülkemiz için olumlu gelişmeler olduğunu düşünmekteyiz. Aile hekimliği uzmanlığı modern birinci basamak hizmetlerine giden yolu açacaktır. Halkımız bu hizmetleri hak etmektedir ve bu hizmetler ulaştırıldığında kabul edecek bilinçtedir.

SONUÇLAR

Halkın sağlık hizmeti tercihlerine etki eden faktörler ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının araştırıldığı çalışmamızda Edirne şehir merkezinde saptamış olduğumuz sağlık hizmeti kullanım miktarı ve yoğunluğu, ilk başvuruda tercih edilen sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çeşitli özelliklerinin mevcut durumu, çeşitli sağlık kuruluşlarından faydalanılma durumları, kadın sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile çocuk yaş grubuna ulaştırılması gereken sağlık hizmetlerinin durumu, sağlık tercihlerine etki eden kurumsal faktörler ve koruyucu sağlık hizmetlerinin durumu ile ilgili sonuçlar aşığıda özetlenmiştir:

1. Kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı 3,14/yıl'dır ve çoğu gelişmiş ülkeden düşüktür. Kadınların yıllık başvuru sayısının erkeklerden anlamlı olarak daha fazladır. Sosyoekonomik durumu kötü olanlar en çok, orta olanlar ise ortalamadan düşük ve en az sayıda sağlık hizmeti kullanmaktadır. Sağlık hizmeti kullanım miktarı yetişkinlerde yaş arttıkça anlamlı derecede artmaktadır. 0-14 yaş grubunda ise yaş küçüldükçe sağlık hizmeti kullanımı artmaktadır. Hane nüfusu az olanlar fazla olanlardan anlamlı düzeyde daha çok sağlık başvurusu yapmaktadır. En çok yeşil kart ve emekli sandığı olanlar, en az ise sosyal güvencesi olmayanlar başvuru yapmaktadır. Kronik hastalık varlığı hem çocuk hem de erişkinlerde sağlık başvurularında anlamlı artışa yol açmaktadır.

2. Son 1 ayda sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların %14'ünün birinci basamak kuruluşlarına olmuştur. Sağlık ocaklarından faydalanılma oranı ise sadece %7.5'dir. Yoğun biçimde 2. ve 3. basamak kuruluşu olan çeşitli hastanelerden faydalanıldığı belirlenmiştir (%75).

3. Son bir ayda yapılan başvuruların tıp branşlarına dağılımı incelendiğinde en fazla başvurunun çocuk hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanlarına yapıldığı görülmektedir.

4. Kişilerin ilk başvuruda gidilmesi gerektiğini düşündükleri ve seçtikleri sağlık kuruluşları arasında hastaneler ilk sırayı almaktadır. Aslında özel kuruluşlar ve 1. basamak kuruluşlarına gidilmesi gerektiğini düşünenler de başvurularını hastanelere yapmaktadırlar. Sosyal güvence kişilerin ilk başvurdukları sağlık kurumu tercihlerinde önemli fark oluşturmaktadır. Özel kuruluşların tercih edilme ve kullanılma yüzdesi kötü sosyoekonomik durumda artmaktadır. İlk başvuruda birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımının emekli sandığı ve yeşil kartlılarda diğer gruplara göre daha yoğun olduğu izlenmektedir.

5. Çalışmamıza katılan erişkinlerin, %92'si hastaneleri, %42,6'sı özel hekimleri, %35,6'sı sağlık ocaklarını, %17,9'u AÇSAP merkezini kullanmaktadır.

6. Deneklerin %64,3'ü hangi sağlık ocağına bağlı olduğunu bilmekte, %35,7'si bilmemektedir. Daha fazla sayıda mahallenin bağlı bulunduğu Ayşe Kadın, Gazi Mihal gibi sağlık ocaklarında bilmeyen kişi oranının arttığı, Karaağaç, Yeni İmarat, Yıldırım gibi nisbeten daha az nüfusa hizmet veren ve sınır, ırmak gibi kapalı coğrafi sınırları olan mahallelerde bağlı olduğu sağlık ocağını bilen kişi oranının %96-100'lere ulaştığı dikkat çekmektedir.

7. Kadınlar, kronik hastalığı olanlar, sosyoekonomik durumu kötü olanlar, sağlık ocağına yakın oturanlar, tüm sağlık hizmetlerini daha fazla kullananlar ve yaşlılar sağlık ocaklarını daha çok kullanmaktadır.

8. Sağlık ocaklarının görevleri arasında bulunan 6 ayrı hizmet içinden sevk hizmetleri dışında tümünün sağlık ocaklarından daha fazla, diğer sağlık kuruluşlarından karşılandığını saptanmıştır. Birinci basamağın vermekle görevli olduğu çeşitli koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde de durum aynıdır.

9. Araştırma grubumuzdaki 15-49 yaş arası kadınlardan gebelik geçirenlerin %14,8'ine son gebeliği boyunca herhangi bir takip yapılmadığı, gebelik takibi yapılanların ise bu hizmeti en çok özel muayenehanelerden, daha sonra hastanelerden, en az oranda da sağlık ocakları (%5) ve AÇSAP (%3) merkezinden aldığı saptanmıştır. Son gebelikleri boyunca ebelerin kendilerini evde ziyaret ettiğini bildirenlerin oranı %36,6'dır.

10. Araştırma grubumuzdaki 15-49 yaş arası kadınlardan güvenli yöntem kullananlar bu hizmeti birbirine yakın oranlarda AÇSAP merkezi, sağlık ocağı, özel hekimler ve hastanelerden almaktadır.

11. Sağlık ocakları ilk başvuru açısından ve sürekli sağlık bakımı için çocukların götürüldüğü yerler arasında en son sırayı almaktadır. Aşılama konusunda bile %11 oranında özel hekimlerin, %1 oranında hastanelerin devreye girdiği görülmektedir. Çocukların boy ve kilo takiplerinde 1. basamak, özel sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından yaklaşık aynı

oranlarda yapılmaktadır. Çocuk beslenmesi, anne sütünün faydaları hakkındaki danışmanlıkların da en az birinci basamak tarafından verildiği belirlenmiştir.

12. Kronik hastalığı olanların %11,2'sinin düzenli başvurdukları hekim ya da sağlık kuruluşu yoktur ve düzenli tedavi almamaktadırlar. Düzenli başvurdukları bir hekim ya da sağlık kuruluşu olanların da %26,3'ü hastalıkları hakkında sağlık çalışanlarından herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

13. Kişilerin sağlık tercihlerine etki eden kurumsal faktörler arasında en çok tercih sebepleri “tetkiklerimin yapılabiliyor olması”, “sağlık sigortasının geçerli olması” ve “işlemlerin kısa sürede yapılabiliyor olması” olmuştur. Sağlık kayıtlarının tutulması, günün her saati ulaşabileceği bir hekim olması, gerektiğinde evde bakım da yapan bir hekim olması, her başvuruda aynı doktorun bulunabilmesi gibi birinci basamağa özgü özellikler bunların gerisinde kalmışlardır.

14. Kişilerin çoğu düzenli sağlık kontrollerini gerekli bulurken ancak %13,3'ü bu hizmeti alabilecekleri bir sağlık kuruluşu olabileceğini ve bu kuruluşunda büyük oranda hastaneler olabileceğini düşünmüşlerdir. Temelde birinci basamak kuruluşları tarafından üretilmesi gereken ayaktan tedavi hizmetlerini de kişiler en çok ikinci basamaktan alabileceklerini düşünmektedirler. Kişisel sorunları olduğunda başvurabilecekleri bir hekim olduğunu düşünenler çalışma grubumuzdaki yetişkinlerin sadece %5.8'ini oluşturmaktadır ve bu hizmeti de ikinci basamaktan alabileceklerini düşünüyorlardı.

15. Erişkin yaş grubunda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden vaka saptamaya yönelik olanlardan en fazla tansiyon ölçümü ve kolesterol ölçümü yapılmaktadır. Yetişkin immunizasyonunu içeren kişisel koruyucu hizmetleri hemen hemen hiç uygulanmamaktadır. Danışmanlıklardan ise en çok diyet danışmanlığı verilmektedir. Ancak tüm bu hizmetler kronik hastalık varlığında anlamlı oranda daha fazla uygulanmaktadır. Herhangi başka bir sebeple doktorun karşısına çıktığında; yani kişilerin o andaki hastalıklarıyla ilişkili olan testlerin yapılması veya DM veya HT hastalarına diyet önerileri gibi durumlarda bu hizmetler yetişkinlere ulaşmaktadır. Kısacası kişiye yönelik koruyucu sağlık bakımının bir parçası şeklinde uygulanmamaktadır. Bu hizmetlerin üretilmesinde birinci basamağın payı oldukça azdır.

ÖZET

Çağdaş birinci basamak sağlık hizmeti için örnek oluşturmak üzere Edirne’de verilmeye başlanan aile hekimliği hizmetleri için hedef nüfusun tanımlanması amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Çalışmada nüfusun çeşitli sağlık kuruluşlarını hangi kişisel ve kurumsal faktörlerle tercih ettikleri ve çeşitli birinci basamak uygulamalarının kişilere hangi oranda ulaştığı araştırılmıştır.

Çalışma evreni olarak, polikliniğin hedef nüfusunu oluşturan Edirne şehir merkezi alınmıştır. Evreni temsil etmek üzere küme örneklem tekniğiyle oluşturulan çalışma grubuna yüzyüze görüşme tekniğiyle hazırlanan anket uygulanmıştır.

Son 1 ayda sağlık başvurularının %14’ünün birinci basamak kuruluşlarına yapıldığı saptanmıştır. 2./1. basamak başvuru oranı 10/1’dir. Kişilerin her türlü sağlık hizmetinde hastaneleri kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür. Kişilerin sağlık tercihlerine etki eden kurumsal faktörler arasında en güçlüleri “tetkiklerimin yapılabiliyor olması”, “sağlık sigortasının geçerli olması” ve “işlemlerin kısa sürede yapılabiliyor olması” olmuştur. Kişisel koruyucu sağlık hizmetlerinin hiç birinin bireylere yeterli yoğunlukta ulaşmadığı görülmüştür.

Mevcut birinci basamak sağlık kuruluşları Edirne şehir merkezinde istenen çağdaş hizmetleri üretebilmekten uzaktırlar. Birçok temel sağlık hizmetinde ülke geneline göre var olan iyiliğin sağlık hizmetlerindeki kaliteden çok bireysel inisiyatiflere bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Halen yeterli kantiteye ulaşmamış olsa da Aile hekimliği istenen kalitede birinci basamak hizmetini üretmeye hazırdır.

SUMMARY

FACTORS INFLUENCING THE HEALTH SERVICE SELECTION OF THE PUBLIC, AND THE UTILIZATION DEGREE OF INDIVIDUALIZED PREVENTIVE HEALTH CARE IN EDIRNE

Contemporary family practice services are now available in Edirne. The aim of this study was to assess the constitution and the needs of the target population for the planned health care. The study aimed to evaluate the individual and institutional factors effecting health service selection, and in what degree the presented health services reach the population.

The universe of the study was the municipality region of Edirne, which is also the target population for the family practice services. A questionnaire prepared for this study was applied by face-to-face interview to a representative sample of 407 families.

Primary health care utilization rate during the last one-month period was 14 %. The ratio of secondary versus primary health care utilization was 10/1. Hospitals were the mostly preferred institutions for getting health service. Most powerful institutional determinants of health preference were 'availability of tests', 'health insurance coverage', and 'time spent for the services'. The presentation as well as utilization of all kinds of preventive services was found to be insufficient.

This study has revealed that, primary health care institutions are not in the desired quality and quantity with resulting underutilization of their services in Edirne municipality region. Although many of the basic health care indicators are better than the country average, we concluded the reason of this to be personal initiatives rather than the quality of the services. Family practice, which is lacking the currently required quantity, is hope promising with regard to the quality of the proposed primary health care services.

KAYNAKLAR

- . Rakel RE: The Family Physician. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1995:3-19
- . McWhinney IR: A Textbook of Family Practice. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1997:3-29, 37-104, 179-229
- . AAFP American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimliği Akademisi) Periyodik sağlık muayeneleri önerileri. <http://www.aafp.org/exam/>
- . Fişek NH: Halk sağlığına giriş. Ankara: Çağ matbaası, 1983:115-166
- . Dağlı F: Sosyal devlet anlayışında anayasalarımızda sağlık hakkı (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1992
- . Eren N: Doğuştan kazanılmış bir hak olarak sağlık. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 1980;1(1-2):1-2
- . Berberoğlu U: Edirne devlet hastanesinin kimi polikliniklerinde verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin boyutları (tez). Edirne: T. Ő. Tıp Fak.;1999
- . Eren N, Őztek Z: Sağlık Ocağı Yönetimi. Genişletilmiş altıncı baskı. Ankara: Palme Yayınevi,1993:2-28, 115-130, 171-201
- . Őzçelik H: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 1995
- . Yüksel İ: Türkiye’de aile hekimliği politikası ve uygulanabilirliği konusunda hekimlerin tutumu üzerine bir araştırma (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999
- l. Çiçekçioğlu M: Sağlık hizmet araştırmalarında farklı bir yaklaşım. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1998;13(5):328-333

2. Stephenson A: A Textbook of General Practice. London: Arnold, 1998:16-25, 156-185
3. 2nd European Conference on the Teaching of Family Physicians / General Practitioners Çalışma Grubu Raporu. Leeuwenhorst, Hollanda; 1974
4. McWhinney IR: Clinical Problem Solving in Family Practice. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1995:303-316
5. Başak O, Saatçi E: The development of general practice/family medicine in Turkey. European J Gen Pract 1998;4:126-129
6. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H: Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. Aile Hek Derg 1997;1(1):44-49
7. Schalick LM, Hadden WC, Pamuk E, Navarro V, Pappas G; The widening gap in death rates among income groups in the United States From 1967 to 1986. International Journal of Health Services 2000;30(1):13-26
8. Rahkonen O, Arber S, Lahelma E, Martikainen P, Silventoinen K: Understanding income inequalities in health among men and women in Britain and Finland. International Journal of Health Services 2000;30(1):27-47
9. Kelly RB, Falvo DR: Patient Education. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1995:278-290
10. Taylor RB: Manual of Family Practice. New York: Little, Brown Co., 1997:3-28
1. Battista RN, Beaulieu MD, Feightner JW, Mann KV, Owen G: The periodic health examination: 3. An evolving concept. Can Med Assoc J 1984;130:1288-1292
2. Katz A: Canadian task force on the periodic health examination. Canadian Family Physician 1996;42:1637-1650
3. Han PKJ: Historical changes in the objectives of the periodic health examination. Ann Intern Med 1997;127:910-917
4. CTFPHE Canadian Task Force for Periodic Health Examinations (Periyodik Sağlık Muayeneleri İçin Kanada Çalışma Grubu). <http://www.ctfphc.org/>
5. USPSTF United States Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu). <http://158.72.20.10/pubs/guidecps/>
6. Feightner JW, Renaldo NB, Dingle JL: Periodic Health Examination. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1995:165-191
7. Akdöl Y: Örnekköy sağlık ocağı bölgesinde yaşayan insanların sağlık problemleri karşısındaki davranışları ve etkileyen faktörler (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 1998

8. Anderson R, Kravits J, Anderson OW: Equity in health services empirical analyzes in social policy. Cambridge: Balinger Publishing Co., 1990:35-51, 153-163
9. Çağlayaner H: Cep üniversitesi Aile Hekimliği. İstanbul: İletişim Yayınları, 1995:49-66
0. Köksal İ: Türk sosyal güvenlik sistemi içinde genel sağlık sigortası sisteminin kurulması ve bir model denemesi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1992
1. Hayram O, Sur H: Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayınları, 1998:33-41, 271-301
2. Karaibiş M: Sağlık hizmetlerinin önemi ve Türkiye'de sağlık sektörü (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1990
3. Belek İ, Belek H: Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri. Finansman, kurumlar, insangücü ve hizmet açısından genel bir değerlendirme. Toplum ve Hekim 1998;13(5):322-327
4. Ministry of Health, Turkey. Health Project General Coordination Unit: Health Services Utilization Survey in Turkey. Ankara: Ministry of Health; 1996:43-264
5. Üzümlü N: Edirne ili sağlık ocaklarına hizmet almak için başvuranların beklentileri ve doyumları (tez). Edirne: T. Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 1999
6. Neyzi O, Alp H, Orhon A. Sex maturation in Turkish girls. Annals of Human Biology 1975;2:49-59
7. Onat A: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı Risk Profili ve Kalp Hastalığı. İstanbul: Ohan Matbaacılık, 2000:47-50, 71-75
8. Türkay C, Polat HH, Çetin İ, Yılmaz T: Sivas belediyesi çalışanlarında hipertansiyon ve kalp hastalıklarında erken tanı çalışması. In: Karababa AO, Uçku R (Eds.) IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 1994 12-16 Eylül; Didim, Türkiye. İzmir: 1994, 617-620
9. Öztaş D, Aycan S: Gölbaşı eğitim ve araştırma bölgesinde 50 yaş üzeri erkeklerdeki hipertansiyon sıklığı ve bazı demografik özelliklerle olan ilişkisi ile ilgili bir çalışma. In: Karababa AO, Uçku R (Eds.) IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 1994 12-16 Eylül; Didim, Türkiye. İzmir: 1994, 614-616
0. Uçku R, Erbay P, Aksakoğlu G: Narlıdere bölgesinde erişkinlerde diabetes mellitus prevalansı ve risk faktörleri. In: Karababa AO, Uçku R (Eds.) IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 1994 12-16 Eylül; Didim, Türkiye. İzmir: 1994, 621-622
1. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönerge (154 sayılı yönerge). Aile Hek Derg 1997;1(2):117-125
2. Aybar E: Sağlık ocaklarının hizmet bölgesindeki imajı (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1997

3. Foddy W: Constructing Questions For Interviews and Questionnaires. Hong Kong: Cambridge University Press, 1993:90-101
4. Ekuklu G, Saltık A: Edirne sağlık ocaklarının donanım, personel durumu ve sunulan kimi hizmetler. Toplum ve Hekim 1998;13(5):334-346
5. Groves T, Roberts J: Primary care in United States. BMJ 1996;313(7063):955-956
6. Grumbach K, Selby JV, Schmittdiel JA, Quesenberry CP: Outcomes and specialty. Health Serv Res 1999;34(2):485-502
7. Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP, Schmittdiel JA, Truman AF: Differences in resource use and costs of primary care in a large HMO according to physician specialty. Health Serv Res 1999;34(2):503-518
8. O'Connor PJ: Commentary: Practice environment, specialty and primary care. Health Serv Res 1999;34(2):518-524
9. Franks P, Clancy CM, Nutting PA: Defining primary care. Empirical analysis of the national ambulatory medical care survey. Med Care 1997;35(7):655-668
10. Erdoğan MS, Saltık A: Birinci basamakta genel pratisyenlik. Toplum ve Hekim 1998;13(3):183-184
11. Neyzi O: Kadın ve çocuk sağlığı açısından aile hekimliği. Aile Hek Derg 1997;1(1):7-10
12. Belek İ: Antalya'nın iki mahallesinde sınıfsal sağlık eşitsizliklerinin değişimi. Toplum ve Hekim 2000;15(3):114-122
13. Bellon JA, Delgado A, De Dios Luna J, Lardelli P: Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. Psychological Medicine 1999;29:1347-1357
14. Doğan BG, Şahin EM, Öner S, Yılmaz S: Altındağ merkez sağlık ocağına başvuran yeşil kartlı hastaların değerlendirilmesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 1997;18(4):1-7
15. Türeyengil ANL: Bursa Karaman sağlık ocağı bölgesinde yaşayan halkın sağlık hizmetlerinden beklentilerinin çok yönlü araştırılması (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998
16. Bektur MBN: İlk Başvuru yeri olarak sağlık ocaklarının kullanımı ve beklentiler (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1998
17. Lieberman AJ, Stuart MR: Practicing Biopsychosocial Medicine. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1995:55-61
18. Saltman BR, Figueras J: Avrupa Sağlık Reformu. Mevcut Stratejilerin Analizi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998:65-79, 233-239

9. Kılıç B, Aygün R: Ankara Gölbaşı bölgesinde yer alan sağlık ocaklarının malzeme insangücü ve hizmet açısından durum analizi. Toplum ve Hekim 1998;13 (5):354-361
10. Khalil M: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda özel muayeneyi tercih nedenleri: Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi'nde bir uygulama (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1996
1. Lambrew JM, DeFriese GH; Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK: The effects of having a regular doctor on access to primary care. Med Care 1996;34(2):138-151
2. Şahin EM, Özer C, Dağdeviren N, Şahin Ö, Aktürk Z: Birinci basamakta somatizasyon bozukluğuna yaklaşım. STED 2001;10(1):12-14
3. Çetin S: Konya ilinde kent ve köy tipi sağlık ocaklarındaki kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılaştırılması (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 1999
4. Özdemir S: Birinci basamak sağlık kurumlarında ana-çocuk sağlığına yönelik bakım hizmetlerinin incelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1995
5. Çiçekçioğlu M: 0-5 yaş grubu çocuklara sunulan birinci basamak sağlık hizmetinin ilk başvuru ve sürekli kullanım açısından değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999;14(5):322-331
6. Ertem M, Saka G, Ceylan A: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim: Diyarbakır ilinde çalışan bazı hekimlerin bilgi tutum ve davranışları. Toplum ve Hekim 1999;14(2):96-100

EK 1. ANKET

AİLEYLE İLGİLİ SORULAR

Anketör kendi doldurur

1. Aile No:.....
2. Ailenin nüfusu kaç kişi?.....
3. Kaç çocuğunuz var?.....
4. Evde anne, baba ve çocuklar dışında yaşayan var mı?
0. Hayır
Evet Belirtiniz:.....
5. Evin sağlık ocağına uzaklığı ne kadar?
1. 500 metreden az
2. 500-1000m
3. 1 km'den çok
6. Evde okul çağında olmayan çocuklar dışında okuma yazma bilmeyen var mı?
0. Hayır
1. Evet Belirtiniz:.....
7. Annenin eğitimi:yıl
8. Annenin mesleği:.....
9. Babanın eğitimi:yıl
10. Babanın mesleği:.....
11. Sosyoekonomik durum:.....(Neyzi)

DENEĞİN AĞZINDAN DOLDURULACAK

12. Kaç yaşındasınız?.....
13. Ailedeki yeriniz:.....
14. Cinsiyetiniz?
0. Kadın
1. Erkek
15. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı mısınız?
0. Sosyal güvencem yok
1. Emekli sandığı
2. SSK
3. Bağkur
4. Özel sağlık sigortası
5. Yeşil kart
16. Son 6 ay içerisinde kaç kez sağlık kuruluşuna gittiniz?.....
17. Son bir ay içerisinde herhangi bir doktor veya sağlık kuruluşuna başvurduysanız nereye başvurduunuz?
0. başvurmadım
liste
18. Kronik (sürekli, müzmin) bir hastalığınız var mı?
0. Hayır
Evet. Belirtiniz:.....

21. SORUYA GEÇİNİZ

19. Kronik (müzmin) bir hastalığınız varsa bunun için hangi hekime başvuruyorsunuz?
0. Başvurduğu bir hekim yok
Liste çocuklar 52. soruya geçecek

20. Kronik (müzmin) hastalığınız hakkında herhangi bir doktor, sağlık çalışanı ya da sağlık kuruluşundan eğitim aldınız mı?

0. Hayır
1. Evet. Kimden: **liste**

21. Eğitim durumunuz?.....yıl

0. okur yazar değil
99. okur yazar

debilize hastalar 59'uncu

soruya

22. İşiniz?.....

23. Hangi sağlık ocağına bağlısınız?

0. Bilmiyorum

Biliyorum.Lütfen adını belirtiniz.....

24. Sizce hastalandığı ya da sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda ilk olarak hangi kişi ya da sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır?

Liste

25. Siz hastalandığınızda ya da sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda hangi kişi ya da sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?

Liste

26. Sizce hasta olmadığınız halde (her yaşta) belli aralıklarla doktor kontrolüne gitmek gerekir mi?

0. Fikrim yok
1. Hayır
2. Evet

27. Aşağıda sıralanan sağlık hizmetlerinden eğer son 1-2 yıl içinde faydalandınızsa bunları hangi sağlık kuruluşu ya da sağlık görevlisinden aldınız?
(ALMADIĞI HİZMETLER BOŞ BIRAKILACAK)

- | | |
|--|--------------|
| 1. Reçete repetasyonu | liste |
| 2. Sağlıklı insanların takibi | liste |
| 3. Sağlık kayıtlarının tutulması | liste |
| 4. Ruh sağlığı ve hastalıkları | liste |
| 5. Kadın hastalıkları ve doğum | liste |
| 6. İlk ve acil durumlara müdahale | liste |
| 7. Basit cerrahi müdahaleler (dikiş,sünnet,tırnak çekme) | liste |
| 8. Deri hastalıkları (cildiye) | liste |
| 9. Evde hasta ziyareti ve muayenesi | liste |
| 10. Çevre sağlığı hizmetleri | liste |
| 11. Hastalıklar hakkında eğitim | liste |
| 12. Pansuman, iğne yaptırmak | liste |
| 13. Çeşitli tahliller | liste |
| 14. Tansiyon ölçümü | liste |
| 15. Sağlık danışmanlığı | liste |
| 16. Sevk işlemleri | liste |

28. Sağlık ocağından faydalanma durumunuz nedir?

0. Hiç faydalanmam.
1. Hastalandığımda daima tercih etmekle beraber sağlıklı iken de belli aralıklarla kontrole giderim
2. Düzenli olarak faydalanmam. Bazen başka kuruluşları tercih ederim.
3. Hastalandığımda daima ilk önce buraya başvururum.

29. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezinden faydalanma durumunuz nedir? (Kadınlara sorulacak)

0. Hiç faydalanmam.

1. Hastalandığımda daima tercih etmekle beraber sağlıklı iken de belli aralıklarla kontrole giderim ederim.

2. Düzenli olarak faydalanmam. Bazen başka kuruluşları tercih ederim.

3. Hastalandığımda daima ilk önce buraya başvururum.

30. Özel muayenehanesi olan hekimlere başvurma durumunuz nedir?

0. Hiç faydalanmam.

1. Hastalandığımda daima tercih etmekle beraber sağlıklı iken de belli aralıklarla kontrole giderim ederim.

2. Düzenli olarak faydalanmam. Bazen başka kuruluşları tercih ederim.

3. Hastalandığımda daima ilk önce buraya başvururum.

31. Hastanelerden faydalanma durumunuz nedir?

0. Hiç faydalanmam.

1. Hastalandığımda daima tercih etmekle beraber sağlıklı iken de belli aralıklarla kontrole giderim ederim.

2. Düzenli olarak faydalanmam. Bazen başka kuruluşları tercih ederim.

3. Hastalandığımda daima ilk önce buraya başvururum.

32. Hastaneye yatırılmadan ayaktan tedavi edilebilecek hastalıklar için hangi hekim ya da sağlık kuruluşuna başvurabileceğinizi düşünüyorsunuz?

0. Başvurabileceğim bir kuruluş yok liste

33. Belli aralıklarla düzenli sağlık muayenesi için başvurabileceğiniz hekim ya da sağlık kuruluşu var mı?

0. Hayır

Evet. liste

34. Depresyon, aile krizi veya işteki sorunlar gibi yeni kişisel bir sorunuz varsa başvurabileceğiniz hekim ya da sağlık kuruluşu var mı?

0. Hayır

Evet. liste

35. Lütfen aşağıdakilerden herbirinin ilk başvuracağınız sağlık kurumunu ya da sağlık personelini seçmekte tercihinizi olumlu yönde ne kadar etkileyeceğini derecelendiriniz

Bilmiyorum, fikrim yok(9)

Çok etkili olur(3);kısmen etkili olur(2);az etkisi olur(1);hiç etkisi olmaz(0)

1. Uzman olması

2. Doçent veya profesör olması

3. Hastalığım hakkında bilgi vermesi

4. Yeterli zaman ayırması

5. Her başvuruda aynı doktorun bulunabilmesi

6. Beni ve ailemi tanıyor olması

7. Ailenin tüm fertlerine yönelik olması

8. Özel muayenehanede çalışması

9. Devlet görevlisi olması

10. Ücretsiz olması

11. Telefonla ulaşılabilir olması
12. Günün her saati ulaşılabilir olması
13. Her çeşit sağlık sorunuyla ilgilenmesi.
14. Sağlı kayıtlarımın tutuluyor olması
15. Gerekğinde evde hasta ziyareti ve muayenesi yapması
16. Çalışma yerinin evime yakın olması
17. Sağlık sigortamın geçerli olması
18. İşlemlerimin kısa sürede yapılabilmesi
19. Tetkiklerimin yapılabiliyor olması

36. (15-49 yaş arası evli bayanlara sorulacak) Son gebeliğinizde gebelik takibi yapıldı mı?

- a. Hiç gebe kalmadım.
- b. Son gebeliğimde herhangi bir takip yapılmadı
- c. Evet yapıldı.
 - i) Kaç kez?.....
 - ii) Hangi kurum veya doktorda:.....liste
- d. Ebeler evde ziyaret etti.....kez

37. (15-49 yaş arası evli bayanlara sorulacak) Aile planlaması ve doğum kontrol yöntemlerini kullanma durumunuz nedir?

0. Herhangi bir yöntem kullanmıyorum
1. Evet kullanıyorum.
 - i. Yöntem.....
 - ii. Kurum veya doktorunuzu belirtiniz:..... liste

38. (50 yaş üstü bireylere sorulacak)Bağırsak kanseri taraması amacıyla gaitada (büyük abdest) gizli kan testi, barsaklara tüple bakılması veya barsaklara ilaçlı film çekilerek bakılması gibi herhangi bir tetkik yapıldı mı?

0. Hayır
1. Evet her yıl düzenli olarak yaptırırım. Hekim veya kurumunuzu belirtiniz: liste
2. Evet yaptırdım ama her yıl düzenli olarak yaptırmam.Hekim veya kurumunuzu belirtiniz: liste

39. (Evli bayanlara sorulacak) Rahim ağzı kanseri (serviks) taraması yapılması amacıyla rahim ağzından sürüntü alındımı?

0. Hayır
1. Evet 3 yılda bir düzenli olarak yaptırırım. Hekim veya kurumunuzu belirtiniz: liste
2. Evet yaptırdım ama düzenli olarak yaptırmam. Hekim veya kurumunuzu belirtiniz: liste

40. (50-59 yaş arası bayanlara sorulacak) Kanser taraması amacıyla meme röntgeniniz (Mammografi) çekildi mi?

0. Hayır
1. Evet 1-2 yılda bir düzenli olarak yaptırırım. Hangi doktor veya kurumda? liste
2. Evet yaptırdım ama düzenli olarak yaptırmam. Hangi doktor veya kurumda? liste

41. (40-59 yaş arası bayanlara sorulacak) Meme muayeneniz hiç yapıldı mı?

0. Hayır

1. Evet her yılda düzenli olarak yaptırırım. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

2. Evet yaptırdım ama her yıl düzenli olarak yaptırmam. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

42. (35-65 yaş arası erkekler ve 45-65 yaş arası bayanlara sorulacak) Kontrol amacıyla kan kolesterol seviyeniz ölçüldü mü?

0. Hayır

1. Evet her yıl düzenli olarak yaptırırım. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

2. Evet yaptırdım ama her yıl düzenli olarak yaptırmam. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

43. (65 yaş üzerindekiilere sorulacak) İnfluenza (grip) aşısı yapıldı mı?

0. Hayır

1. Evet her yıl düzenli olarak yaptırırım. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

2. Evet yaptırdım ama her yıl düzenli olarak yaptırmam. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

44. (65 yaş üzerindekiilere sorulacak) Pnömonokok (zatüre) aşısı yapıldı mı?

0. Hayır

1. Evet her yıl düzenli olarak yaptırırım. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

2. Evet yaptırdım ama her yıl düzenli olarak yaptırmam. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

45. Kontrol amacıyla tansiyonunuzu ölçtürürdünüz mü ?

0. Hayır

1. Evet düzenli olarak ölçtürürüm. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

2. Evet yaptırdım ama düzenli olarak ölçtürmem. Hangi doktor veya kurumda? **liste**

46. Egzersiz hakkında herhangi bir doktordan öneri aldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

47. Diyet hakkında herhangi bir doktordan öneri aldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

48. Kazalar (ev kazaları) hakkında herhangi bir doktordan öneri aldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

49. Sigara içmenin sağlığa etkileri hakkında herhangi bir doktor tarafından uyarıldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

50. Alkol kullanımının sağlığa etkileri hakkında herhangi bir doktor tarafından uyarıldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

51. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında herhangi bir doktordan danışmanlık aldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

ÇOCUKLARLA İLGİLİ SORULAR

Anne, baba veya en yakın kişiye sorulacak

52. Çocuğunuzun sürekli sağlık bakımı için gittiğiniz bir hekim var mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurum? **liste**

53. Çocuğunuzun düzenli boy ve kilo ölçümleri yapıyor mu?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurum tarafından? **liste**

54. Çocuğunuzun beslenmesi hakkında herhangi bir hekim tarafından öneri aldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

55. Anne sütünün faydaları hakkında herhangi bir hekim tarafından bilgi aldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

56. Çocuğunuzun aşıları hangi sağlık kurumunda yapıldı ?

0. Düzenli aşılanmamıştır

20. Aşı programı başlamamış bebekler

1. **liste**

57. Çocuğunuz hastalandığında ilk başvuruda hangi hekim veya kurumu tercih ediyorsunuz?

liste

58. Çocuğunuzun başına gelebilecek kazalar (ev kazaları, ilaç kutularının çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanması gibi) hakkında herhangi bir doktordan öneri aldınız mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurumdan? **liste**

DEBİLİZE HASTALAR İÇİN SORULAR

Yakınları tarafından cevaplanacak

59. Düzenli doktor kontrolü altında mı?

0. Hayır

1. Evet. Hangi hekim veya kurum? **liste**

60. Bakımını yürüten doktor evde hasta ziyareti ve muayenesi yapar mı?

0. Hayır

1. Evet

61. Rehabilitasyonu kimin tarafından yapılıyor?

1. Yakınları tarafından

2. Hemşiresi var

3. Arada bir rehabilitasyon uzmanı görüyor

4.

Diğer.....

62. Bakımını yürüten doktora telefonla ulaşabiliyor musunuz ?

0. Hayır

1. Evet

TÜM DENEKLERE SORULACAK

63. Sizce aile hekimi kimdir?

.....

.....

.....



LİSTE

0. Bilmiyorum, fikrim yok
1. Sağlık ocağı (hekim)
2. Kurum hekimi
3. Muayehane hekimi
 - 3.1. Kadın doğum uzmanı
 - 3.2. Genel cerrahi uzmanı
 - 3.3. İç hastalıkları uzmanı
 - 3.4. Çocuk hastalıkları uzmanı
 - 3.5. Psikiyatri uzmanı
 - 3.6. Diğer
4. SSK hastanesi (doktoru)
 - 4.1. Kadın doğum uzmanı
 - 4.2. Genel cerrahi uzmanı
 - 4.3. İç hastalıkları uzmanı
 - 4.4. Çocuk hastalıkları uzmanı
 - 4.5. Psikiyatri uzmanı
 - 4.6. Diğer
5. Devlet hastanesi (doktoru)
 - 5.1. Kadın doğum uzmanı
 - 5.2. Genel cerrahi uzmanı
 - 5.3. İç hastalıkları uzmanı
 - 5.4. Çocuk hastalıkları uzmanı
 - 5.5. Psikiyatri uzmanı
 - 5.6. Diğer
6. Üniversite hastanesi (doktoru)
 - 6.1. Kadın doğum uzmanı
 - 6.2. Genel cerrahi uzmanı
 - 6.3. İç hastalıkları uzmanı
 - 6.4. Çocuk hastalıkları uzmanı
 - 6.5. Psikiyatri uzmanı
 - 6.6. Diğer
7. Özel hastane (doktoru)
8. Özel poliklinik
9. AÇSAP, ana çocuk sağlığı merkezi (doktoru)
10. Verem savaş dispanseri (doktoru)
11. Ebe, hemşire, sağlık memuru
12. Eczane
13. Komşu, arkadaş, tanıdık
14. Kendim
91. TÜTF Aile Hekimliği Polikliniği
92. Sadece 1. basamak sağlık kuruluşlarını kapsayan birden fazla yanıt
93. Sadece 2. basamak sağlık kuruluşlarını kapsayan birden fazla yanıt + 2. ve 3. basamağı kapsayan birden fazla yanıt
94. 1. ve 2. basamağı kapsayan birden fazla yanıt
95. Okul (okul psikoloğu, okula gelen hekim, rehber öğretmen)
99. Fark etmez

LİSTE

1. Sağlık ocağı (hekim)
 2. Kurum hekimi
 3. Muayehane hekimi
 - 3.1. Kadın doğum uzmanı
 - 3.2. Genel cerrahi uzmanı
 - 3.3. İç hastalıkları uzmanı
 - 3.4. Çocuk hastalıkları uzmanı
 - 3.5. Psikiyatri uzmanı
 - 3.6. Diğer
 4. SSK hastanesi
 5. Devlet hastanesi
 6. Üniversite hastanesi
 7. Özel hastane
 8. Özel poliklinik
 9. AÇSAP, ana çocuk sağlığı merkezi
 10. Verem savaş dispanseri
 11. Ebe, hemşire, sağlık memuru
 12. Eczane
 13. Komşu, arkadaş, tanıdık
 14. Kendim
-

ÇOK ETKİLİ OLUR

KISMEN ETKİLİ OLUR

AZ ETKİSİ OLUR

HİÇ ETKİSİ OLMAZ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MENKUL