

T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi  
Yrd.Doç.Dr.Muzaffer ESKİOCAK

**EDİRNE DEVLET HASTANESİ'NİN KİMİ  
POLİKLİNİKLERİNDE VERİLEN 1. BASAMAK  
SAĞLIK HİZMETLERİNİN BOYUTLARI**

86576

(Uzmanlık Tezi)

86576

Dr. Ufuk BERBEROĞLU



EDİRNE-1999

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

## **TEŞEKKÜR...**

**Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 1995-99 yılları arasındaki uzmanlık eğitimim sırasında, her zaman emeğini ve desteğini yanımda gördüğüm, çok değerli hocam, Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Ahmet SALTİK'a, tez çalışmam sırasında deneyimlerini ve katkılarını hiç esirgemeyen danışmanım Yrd.Doç.Dr.Muzaffer ESKİOCAK'a, eğitimimde emeği geçen Anabilim dalı Öğretim Üyeleri Doç.Dr.Faruk YORULMAZ ile bana sürekli yardımcı olarak yönlendiren Yrd.Doç.Dr.Galip EKUKLU'ya, Edirne İl Sağlık Müdürü Uz.Dr.Semih KOŞANOĞLU ve Edirne Devlet Hastanesi Başhekimisi Uz.Dr.Kemal HEKİMOĞLU'na, birlikte olmaktan mutluluk duyduğum Araş.Gör. arkadaşlarım Dr.Nezihe ÜZÜM, Ecz.Gülizar SALTİK, Dr.Bülent GÜLTEKİN ve Anabilim Dalı çalışanları ile tüm yaşamım boyunca bana destek olan aileme teşekkür ederim.**

**Dr.Ufuk BERBEROĞLU**

**Mart 1999, Edirne.**

## KISALTMALAR

<b>DSÖ (WHO)</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EDH</b>	: Edirne Devlet Hastanesi
<b>İHEB</b>	: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
<b>KBB</b>	: Kulak Burun Boğaz
<b>KHD</b>	: Kadın Hastalıkları ve Doğum
<b>ÇSH</b>	: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
<b>BBSH</b>	: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
<b>BBSK</b>	: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları
<b>DÖB</b>	: Doğum Öncesi Bakım
<b>DPÖ (DPT)</b>	: Devlet Planlama Örgütü
<b>GBP (EPI)</b>	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
<b>VSD</b>	: Verem Savaş Dispanseri
<b>AÇS - AP</b>	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
<b>KH</b>	: Koruyucu Hekimlik
<b>KSF</b>	: Kişisel Sağlık Fişi
<b>Örn.</b>	: Örneğin
<b>SS</b>	: Standart sapma
<b>Hb</b>	: Hemoglobin
<b>Htc</b>	: Hematokrit
<b>KK</b>	: Kırmızı Küre
<b>BK</b>	: Beyaz Küre
<b>TİT</b>	: Tam İdrar Tetkiki
<b>PY</b>	: Periferik Yayma
<b>SO</b>	: Sağlık Ocağı
<b>YİO</b>	: Yatak İşgal Oranı
<b>ARK.</b>	: Arkadaşları
<b>TSH</b>	: Temel Sağlık Hizmetleri
<b>TTB</b>	: Türk Tabipleri Birliği
<b>TUS</b>	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>TÜTF</b>	: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
<b>HÜTF</b>	: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>Teşekkür</b>	1
<b>Kısaltmalar</b>	2
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇLAR</b> .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	7
2.1. SAĞLIĞIN TANIMI.....	7
2.2. SAĞLIK HAKKI.....	7
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	8
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	8
2.3.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	8
2.3.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	8
2.3.2. Sağlık Hizmetleri.....	10
2.3.2.1. Kendi Kendine Bakım (Self Care).....	10
2.3.2.2. Birinci Basamak Sağlık Bakımı (Pprimary Medical Care).....	10
2.3.2.3. İkinci Basamak Sağlık Bakımı (Secondary Medical Care).....	10
2.3.2.4. Üçüncü Basamak Sağlık Bakımı (Tertiary Medical Care).....	10
2.3.3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri.....	10
2.4. ALMA - ATA KONFERANSI VE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ.....	11
2.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİR DÖNÜM NOKTASI :	
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ YASASI.....	12
2.5.1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenme Özellikleri.....	13
2.5.2. Basamaklandırılmış Sevk Sistemi ve 224 sayılı Yasa.....	14

## İÇİNDEKİLER (devam)

2.6. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	14
2.6.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH.....	18
2.6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması.....	18
2.7. İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	20
2.8. ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	21
2.9. ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ.....	21
2.9.1. Günümüzde Sağlık Hizmetlerinin Durumu.....	23
2.9.2. Sağlık Hizmetlerinde Temel Sorunlar.....	24
2.10. HASTANELERİN TANIMI.....	25
2.10.1. Hastanelerin Sağlık Hizmetleri İçindeki Yeri.....	26
2.10.2. Hastane Polikliniklerinde Kayıt İşlemleri.....	27
2.10.3. Hastanelerde Poliklinik Hizmetleri.....	27
2.10.4. İlk Başvuru Basamağı Olarak Hastaneler.....	27
2.10.5. Hastanelere Aşırı Yüklenme.....	29
2.10.6. Günümüzde Hastaneler.....	29
3. YÖNTEM ve GEREÇLER.....	31
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇLAR.....	68
7. ÖNERİLER.....	69
8. ÖZET (Türkçe, İngilizce).....	71
9. KAYNAKLAR.....	75
10. TABLO ve ŞEKİLLER DİZİNİ.....	79
11. EKLER.....	81
11.1. ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ.....	82

# 1. GİRİŞ ve AMAÇLAR

## 1.1. GİRİŞ

Bir ülkenin sağlık sisteminin başarılı olmasının temel varsayımı, güçlü ve işlevsel bir 1. Basamak yapılanmasıdır. Bu Basamağı gereği gibi işletmeyen hemen hiçbir ülke, verimli işleyen sağlık hizmetleri yapısına kavuşmamıştır (1) 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı “**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**”un temel çıkış noktası, sağlık hizmetlerinin verilmesindeki ve sağlık örgütlenmesindeki aksaklıkları gidermektir (2). Şöyle ki; o yıllarda kentlerde yoğun ve plansız şekilde devlet hastanelerinin açılması sonucu, kırsal alandan muayenehane ve devlet hastanelerine, çoğunlukla da ikisinin hoş olmayan bağlantısıyla hasta akışı olmaktadır. Bunun temel nedeni halkın % 60’ından fazlasının kırsal alanda yaşaması, bu alanda koruyucu hizmetlerin hiç olmayışı, sağaltıcı hekimliği ağırlıkla amaçlayan Sağlık Merkezlerinin işlevsel kılınamamasıydı (3). Yine bu Yasanın maddesi ile 1. Basamak Sağaltım Hizmetlerinin (BBSH) örgütlenme biçimi belirlenmiş ve aynı Yasanın 14. maddesi ile de *hasta sevk zincirinde basamak sistemine uyulması* öngörülmüştür (2,4).

Ülkemizde kabul edilen bu Yasadan 17 yıl sonra Alma-Ata’da yayımlanan Bildirge’nin 7 sayılı önerisiyle “*Temel sağlık hizmetlerinin sağlık örgütünün bir parçası olduğu ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracak biçimde örgütlenmesi gerektiği*” belirtilerek, aynı konuya uluslararası düzeyde değinilmiştir. Ayrıca bu Bildirge’de, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına yönelik olarak geliştirilen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamı içinde de sevk zincirine uyulmasının önemi üzerinde durulmuştur (5). Bu düşüncenin pratik bir sonucu, halkın % 90-95’e varan düzeyde sağlık gereksinimlerinin Sağlık Ocaklarında karşılanması, buralarda tanı ve sağaltımı olanaksız olan olguların bir sevk zinciri içinde 2. ve 3. Basamağa gönderilmesidir (6). Böylece bu kuruluşlar daha az sayıda kişiye, daha verimli hizmet verebileceklerdir (1-7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Komitesi’nin 1984 yılında benimsediği “**2000 Yılına Dek Herkese Sağlık**” (*HFA 2 000, Health For All by the Year 2 000, DSÖ 29. Asamble Kararları, 1977*) metninin 26 sayılı Hedefi’nde de “*1990’a dek, üye ülkeler Alma-Ata Konferansı’nda öngörüldüğü gibi Temel Sağlık Hizmetlerine dayalı olan, 2. ve 3. Basamak hizmetlerle desteklenen, sağlık hizmet sistemini geliştirmiş olmalıdır*” denilerek, Basamak sisteminin yadsınamayacak gerekliliği bir kez daha uluslararası düzeyde vurgulanmaktadır (8).

Tüm bu saptamalardan anlaşılacağı gibi, Basamak sisteminin iyi işlemesi 1. Basamağın gerektiği gibi çalışmasına 2. ve 3. Basamağın etkin bir biçimde çalışmasına bağlıdır. Hastaneler, ülkemizde sağlık sistemi hastane ağırlıklı olduğu için, önemli bir yere sahiptirler.

Ülkemizde birer 2. Basamak kuruluşları olan Devlet Hastaneleri ve SSK Hastaneleri, 1. Basamak gibi çalışmakta ve aşırı yüklenme sonucu asıl işlevlerini tam anlamıyla yerine getirememektedirler.

Hastane polikliniklerine yığılmanın önde gelen nedenlerinden biri; ilk başvuru Basamağı olan Sağlık Ocaklarının yetersiz bırakılmış olması ve dolayısıyla halkın güvenini kazanmamış olmasıdır. Sorunlarına çözümü kendisi arayan halk, hastane polikliniklerine yığılmakta ve hizmet almada zaman yitiğine neden olmaktadır.

Hastanelerin iyi bir hizmet verebilmeleri için ayakta (poliklinikte) ve yatarak sağıaltım hizmetleri arasında uygun bir denge olmalıdır. Gereksiz sayıdaki poliklinik hastası hem laboratuvar ve röntgen servislerinde sıkışıklık oluşturmakta, hem de yatması gereken hastaların poliklinik yoluyla görülüp kabul edilmesini dolayısıyla da hastanelerin çalışmasını en iyi gösteren ölçütlerden olan Yatak İşgal Oranı'nın (YİO) doyurucu olmasını engellemektedir.

## 1.2. AMAÇLAR

Bir 2. Basamak sağılık kurumu olan Edirne Devlet Hastanesi'nde (EDH) verilen BBSH'nin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca;

- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerini ilk başvuru Basamağı olarak kullanma durumunun nitel ve nicel olarak belirlenmesi,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine sevkli gelenlerin nereden geldikleri ve ne biçimde sevk edildiğinin saptanması,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine yapılan başvurulardan sevk edilenlerin gönderildikleri yerleri belirlemek,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine yapılan başvurulara yapılan işlemler ve sonuçlandırılma biçimlerini saptamak,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine yapılan başvurularda istenen laboratuvar incelemelerinin niceliğini öğrenmek,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine yapılan başvuranların, istenen incelemelere ve muayene eden hekime göre değerlendirilmesi,
- EDH'nde BBSH vermekle oluşan aşırı yüklenmenin boyutunu değerlendirmek,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine başvuranların sosyal güvence durumları belirlemek,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerini, başvurma nedenlerini saptamak,
- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine başvuranların poliklinik kayıtlarına dayalı demografik özelliklerini belirlemek,
- Bölgesel sağılık planlaması çalışmalarına katkıda bulunarak, yerel sağılık yönetimine önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlığın Tanımı

SAĞLIK, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması demek olmayıp; aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik durumudur. Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda bulunmaktadır. Ülkemiz DSÖ Anayasası'nı 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile onaylamıştır (9). DSÖ Anayasa'sında şöyle denilmektedir; “*BM Bildirgesi'ne bağlı olarak bu Anayasa'yı onaylayan ülkeler, tüm ulusların mutluluğu, uyumlu ilişkileri ve güvenliği için bu ilkelerin temel olduğunu kabul ve ilan ederler.*” Ayrıca 5 Ocak 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nda da bu tanıma yer verilmiştir. Dolayısıyla bu tanım ülkemizin yasal sağlık tanımıdır (8,9).

### 2.2. Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı doğuştan kazanılmış olan temel bir insanlık hakkıdır. Tüm insanlar; ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı gözetmeden, *erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olma temel hakkına sahiptir* [İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB), md 25, 1948]. DSÖ'nün ilkelerinde de; tüm insanların, olanakların elverdiği en üst düzeydeki sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının temel hakları olduğu belirtilmektedir. TBMM'nce de onanan bu ilkeleri içeren uluslararası hukuk metinleri yasa gücündedir (1982 Anayasası, madde 90) (8).

1961 Anayasası sağlığı temel bir hak olarak tanımlamış ve devleti bu işle görevli kılmıştır (md. 49). Bu maddede; “Herkesin sağlık hakkı vardır. Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir.” vurgusu yer almaktadır (3,9). Sağlık hakkını gerçekleştirmenin, devletin temel görevi olduğu belirtilmiştir.

Oysa; 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde, sağlık hakkı; “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*” biçiminde tanımlanmaktadır (8-10). Bu şekliyle 1982 Anayasası, 1961 Anayasası'ndan daha geridir. 1961 Anayasası sağlığı temel bir hak olarak tanımlayarak devleti bu işle görevlendirirken; 1982 Anayasamız sağlık ve çevre konusunu aynı maddede işlerken sağlık hakkını tam olarak vurgulamakta; devlete daha çok düzenleme ve denetleme gibi indirgenmiş görevler yüklemektedir (8).

Bireylerin yaş, cinsiyet, dil, din, etnik köken, politik seçim ve ekonomik durum gibi herhangi bir ayırım özetmeksizin sağlıklı yaşamalarının sağlanması, sosyal devletin yapısında bulunması gereken



en önemli bileşenlerdendir (8). Sağlık hakkı konusunda açıkça daha geri olan 1982 Anayasası bu hakkı net olarak vurgulamamakta ve devlete daha çok düzenleme ve denetleme görevi yüklemektedir (3,8,9).

### 2.3. Sağlık Hizmetleri

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında sağaltımlarını yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı kalmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne **sağlık hizmetleri** denir (11-13). Sağlık hizmetleri özünde bir kamu görevidir (4).

Tüm yuttaslara eşit sağlık hizmeti sunmak devletin en temel görevlerinden biridir. Sağlık hizmeti tüketiminin **rastlantısal** olması, *yerine başka bir hizmetin konamaması, ertelenemez olması, hizmetin boyutunu ve içeriğini başvuranın değil hekimin saptaması ve sağlık hizmetleri çıktısının paraya çevrilemez olması* gibi özellikleri, hizmet sunumunun serbest piyasa kurallarına bırakılmasını engelleyici nitelikleridir (14,15).

1983 yılında çıkarılan 181 sayılı YGK (Yasa Gücünde Kararname) ile ülkemizde Temel Sağlık Hizmetlerini (TSH) yürütmek Sağlık Bakanlığı'na (SB) bir görev olarak verilmiş ve örgüt yapısında TSH genel müdürlüğü kurulmuştur.

Yine Fişek, Sağlık hizmetlerini "*Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların sağaltımı için çalışmalar*" olarak tanımlamış ve bu hizmetleri eğitim öğretim amacıyla koruyucu hekimlik, sağaltım hizmetleri, esenlendirici hizmetler ve sosyal tıp önlemleri olarak 4 gruba ayırmıştır (9-12). Bu 4 hizmet grubunun bütüncül (integre) bir anlayışla birbirinden ayrılmadan, birbirini tamamlayacak biçimde tüm topluma eşit ve sürekli sunumunu vurgulamıştır.

#### 2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca 4 düzeyde ele alınmaktadır.

1. **Temel Koruma (Primordial Koruma)** : Sağlığı bozan etkenlerin tümden ortadan kaldırılarak yok edilmesidir. Örn. Çiçek hastalığının eradike edilerek ortadan kaldırılmasıdır.

2. **Birincil Koruma (Primer Koruma)** : Kişisel ya da toplumsal düzeyde hastalıklardan korunmak ve / veya sağlığı geliştirmek amacıyla, beslenme, dengeli beslenme ve çevrenin güvenli duruma getirilmesi için gereken önlemlerin alınmasıdır. Sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek herhangi bir etkenin, kişiyi etkilemesinden önce alınan tüm özel koruyucu önlemleri içermektedir. Örn. sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenme, kişisel hijyen önlemleri, çevre koşullarının iyileştirilmesi, aile planlaması...

\* *Rastlantısal* sözcüğü teknik bir sağlık ekonomisi terimi olup; nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamayan anlamına gelmektedir.

**3. İkincil Koruma (Sekonder Koruma) :** Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve sağaltım önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır. Hastalıkların belirtisiz (preseptomatik) dönemde tanınarak sağaltımıdır.

**4. Üçüncül Koruma (Tersiyer Koruma) :** Sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam niteliğinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Hastalık sonucu kişide oluşan anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişikliklerle ortaya çıkan zedelenmenin, engelin olumsuz etkisini en aza indirmek için yapılan uygulamalardır.

Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik olarak iki bölümde incelenebilir (2,7).

#### **2.3.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Amacı, çevrede sağlığı olumsuz biçimde etkileyebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik etmenleri yok etmektir. Bu etmenlerin, çevreyi sağlıksız duruma getirerek, kişileri olumsuz biçimde etkilemesini önlemektir. Sonuçta; çevreyi sağlığı destekleyecek biçimde korumaktır. Bu tür sağlık hizmetlerinin sunumunda bu konularda eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen vb. pekçok meslek sahipleri görev alırlar (2,7,16).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşağıdaki biçimde kümelendirilir (2,7) :

1. Besin denetimi ve güvenliği
2. Yeterli ve temiz su sağlanması
3. Hava kirliliğinin denetimi
4. Atıkların denetimi
5. Konut sağlığı
6. İş ortamında sağlığı bozabilecek etmenlerin denetimi

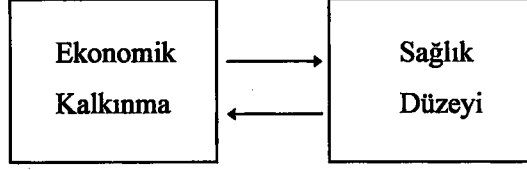
#### **2.3.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarınca verilecek olan sağlık hizmetleridir.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşağıdaki biçimde kümelendirilir (9-12) :

1. Sağlık eğitimi
2. Yeterli ve dengeli beslenme
3. Bağışıklama hizmetleri
4. Hastalıkların erken tanısı ve sağaltımı
5. İlaçla koruma (kemoprofilaksi, Seroprofilaksi)
6. Kişisel hijyen
7. Aile planlaması hizmetleri (doğam öncesi tanı dahil)

Sağlık hizmetlerine, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak yatırım, toplumun kalkınmasına yapılacak yatırımdır. Ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyi arasında iki yönlü bir ilişki vardır (Şekil 1). Sağlıklı toplum yüksek enerjili insan, o da hizmet ve üretimde artış demektir (9-12).



**ŞEKİL 1 : Ekonomik Kalkınma (Gönenç) - Sağlık Döngüsü.**

### 2.3.2. Sağlık Hizmetleri

Sağaltım hizmetlerini aşağıdaki biçimde sınıflamak olanaklıdır (9-12) :

#### 2.3.2.1. Kendi Kendine Bakım (Self Care)

Olgunun sağaltımının kendisi ya da yakınları tarafından yapılmasıdır.

#### 2.3.2.2. Birinci Basamak Sağlık Bakımı (Primary Medical Care)

Olguların ilk başvurduğu, hekim ya da hekim dışı sağlık çalışanlarınca evde ve ayakta muayene, sağaltım ve koruyucu hizmetlerin uygulandığı Basamakta verilen hizmetlerdir. Ülkemizde Sağlık Ocakları, Verem Savaş Dispanserleri (VSD), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkez ve Dispanserleri (AÇS-AP), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) İstasyonları ve Dispanserleri, İşyeri Sağlık Birimleri, Kamu Sağlığı Dispanserleri ve Muayenehaneler BBSH veren kuruluşların başlıcalarıdır.

#### 2.3.2.3. İkinci Basamak Sağlık Bakımı (Secondary Medical Care)

Olguların yataklı bir sağlık kuruluşunda uzmanlarca muayene ve sağaltımının yapılmasıdır. Devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve özel hastaneler bu tür hizmet veren kuruluşların başlıca örnekleridir.

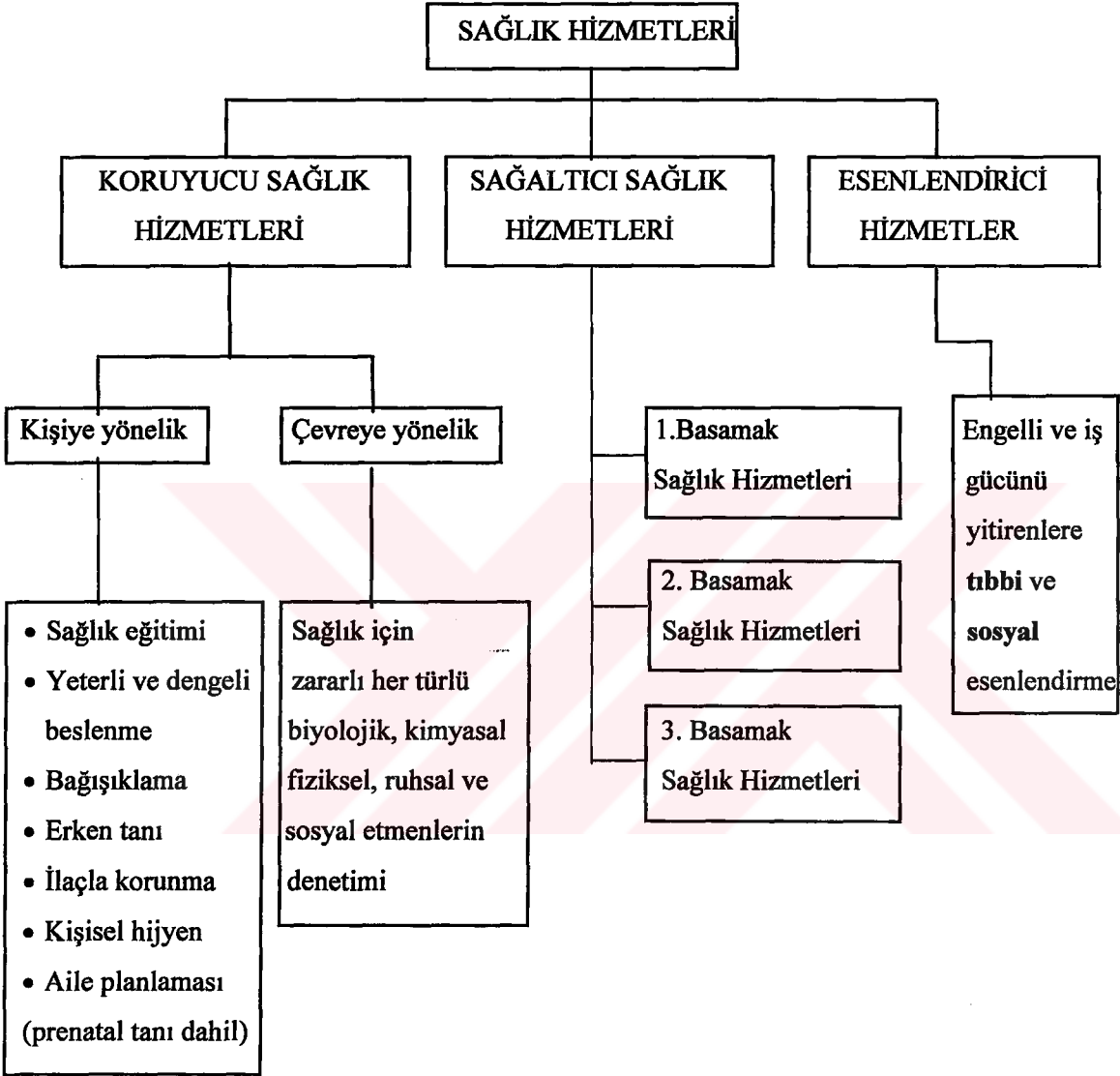
#### 2.3.2.4. Üçüncü Basamak Sağlık Bakımı (Tertiary Medical Care)

Olgunun, en üst düzeyde tıp teknolojisiyle donanmış yataklı bir sağlık kuruluşunda ve / veya özel dal hastanelerinde muayene ve sağaltımının yapılmasıdır (9-12). Örn. üniversite hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri ve özel dal hastaneleri...gibi.

### 2.3.3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri

Engelli ve çalışma gücünü değişik oranlarda yitiren kişilere, işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için hekim ve öbür sağlık çalışanlarınca yapılan tıbbi esenlendirmeye, sosyal çalışmacılar

tarafından iş bulma, işe ve topluma uyum sağlama gibi konularda yapılan sosyal esenlendirme hizmetlerinin tümünü kapsayan hizmetlerdir (Şekil 2) (9-12).



**ŞEKİL 2: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.**

[Kaynak : Eklmelerle; Özden M. Sağlık Eğitimi. Ünal Ofset, Ankara, 1991]

#### 2.4. Alma-Ata Konferansı ve Temel Sağlık Hizmetleri

1978'de düzenlenen Alma-Ata Konferansı'na DSÖ, UNICEF, Birleşmiş Milletler'den 67 örgüt temsilcisi, hükümet dışı örgütler, 134 ülke temsilcisi ve özel uzmanlık kuruluşları katılmıştır (5,15).

## **Amaçlar :**

- 2000 Yılına dek Herkese Sağlık (TSH),
- Kaynakların akılcı kullanımı,
- Soruna dikkati çekme,
- Uluslararası işbirliği,
- Kaynakları kıt ülkelere yardım,
- 2000'li yıllara doğru plan-proje ve stratejilerin saptanması,
- Uzman kuruluşların görüş alışverişinde bulunması, bilgi ve deneyim değişimi yapılmasıdır.

Alma-Ata Bildirgesi'nde verilen tanıma göre : "TSH, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam katılımları ile, ülke ve toplumca ödenebilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir."

TSH, ülkenin sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamda ekonomik ve toplumsal kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olanaklı olduğunca yakınına götürülerek bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur (5,17,18).

Yukarıdaki tanımı daha iyi yorumlayabilmek için TSH'nin 4 yönünü bilmek gerekir :

1. TSH, sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüştür;
2. TSH, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bir anahtardır;
3. TSH, sağlık hizmetlerinin ilk Basamağıdır;
4. TSH, bir etkinlikler demetidir (5,17,18).

## **2. 5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Dönüm Noktası :**

### **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası**

Türkiye'de Cumhuriyetin kuruluşundan sonra sağlık alanında birçok olumlu gelişmeler olmuştur. Bununla birlikte 1960'lı yıllara gelindiğinde, toplumdaki sosyo-politik değişimle birlikte Sağlık Hizmetlerinin de yeniden gözden geçirilmesi gereksinimi doğmuştur. Bu bağlamda, Sağlık Hizmetlerinin bütün vatandaşlara eşit olarak sağlanamadığı ve özellikle köylere dek götürülemediği, koruyucu hekimlik hizmetlerinin istenildiği biçimde yürütülemediği gözlenmiştir.

Bu olumsuzlukları aşmak amacıyla Fişek'in büyük çabalarıyla 1961'de 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa* çıkarılmıştır. *Bu Yasanın amacı*; Türkiye'de yaşayan herkesin ruh ve beden sağlığını korumak, tüm çabalara karşın yine de hasta olanlara ırk, cins, mezhep, sınıf, sosyal ve ekonomik konum (statü) farkı gözetmeksizin eşit sağlık hizmeti sunmak olarak tanımlanmıştır (4).

### 2.5.1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenme Özellikleri

1. Sağlık hizmetleri, *dar bölgede geniş kapsamlı* (çok amaçlı) bir hizmet olarak ele alınmıştır. Hizmetin temel birimi **Sağlık Ocağı**'dir. Her 5-10 bin nüfusa hizmet vermek üzere Sağlık Ocakları kurulacaktır (2,4,7,9,10). Sağlık Ocakları, sorumlu oldukları bölgedeki insanlara eşit ve ücretsiz olarak Sağlık Hizmeti götürürler. Sorumlu olunan nüfusa ve ülkenin sağlık insangücü kaynaklarına bağlı olarak, değişen sayıda sağlık çalışanı Ocakta görevlendirilir.

Sağlık Ocaklarında verilen iyileştirici hizmetler hekim tarafından ve hemşirenin yardımıyla poliklinik çalışması veya gereğinde evde yürütülür. Ocak polikliniğinde ayrıca sağlam kişi muayeneleri, basit ivedi ya da cerrahi girişimler yapılır ve aile planlaması hizmeti verilir. Gerektiğinde temel kan, idrar ve dışkı incelemeleri yapılır. Sağlık Ocağı koşullarında tanısı ya da sağaltımı yapılamayan olgular, İkinci Basamaktaki yataklı sağaltım kurumlarına gönderilir ve sonuçları izlenir. Sağlık Ocaklarında verilen sağlık hizmetleri içinde en önemli olanı **koruyucu sağlık hizmetleridir**. Hekim önderliğinde hemşire, ebe, sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyeninden oluşan bir **takım** (ekip) tarafından yürütülen bu hizmetler, Ocakta ve ev ziyaretleri yapılarak verilir.

2. Sağlık Ocaklarına bağlı olarak kırsal alanda 1 500-2 500 nüfusa bir **Sağlık Evi** kurulacaktır. Toplu kentsel bölgelerde sayı daha yüksek tutulabilir (2). Sağlık Evlerinde yalnızca ebe hizmet sunacaktır.

3. Sağlık Ocağından beklenen görevler, **çağdaş sağlık anlayışına uygun biçimde**, BBSH'ni yerine getirmek olarak özetlenebilir.

4. Nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde, genellikle her ilçenin yönetsel sınırları içinde kalan 5-10 Sağlık Ocağının bağlı olduğu bir "**Sağlık Grup Başkanlığı**" oluşturulacaktır. Bu yönetim birimine, Sağlık Ocaklarından başka, bir laboratuvarla 50-100 yataklı bir Sağlık Grup Hastanesi bağlanacaktır (2,4,9-11).

5. Nüfusu ortalama 200-500 bin olan bölgelerde, genellikle her ilin yönetsel sınırları içinde kalan 20-50 Sağlık Ocağının bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlükleri oluşturulacaktır. Her ilde, ileri uzmanlık dalları dışında tüm tıp dalları uzmanlarının görev yaptığı 200-500 yataklı İl Hastaneleri bulunacaktır (2,4,7,9,10).

Türkiye, sağlık hizmetleri yönünden 16 bölgeye ayrılacak ve her bölgede bir tıp fakültesi kurulacaktır. Tıp fakültelerinin hastaneleri, il hastanelerinin hizmetlerini ileri uzmanlık dallarının yardımını gerektiren konularda destekleyeceklerdir (2,4,7,9,10).

### 2.5.2. Basamak Sistemi ve 224 sayılı Yasa

1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı "**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**"un temel çıkış noktası, halkın % 80'inin kırsal alanda yaşaması, bu alana sağlık hizmeti



götürülememesi, kırsal kesim insanların sağlık sorunlarının çözümü için üstelik hastalandıktan sonra kentlere akın etmeleridir. Yine bu yasanın 10. maddesi ile BBSH'nin örgütlenme biçimi belirlenmiş ve aynı yasanın 14. maddesi ile de hasta sevk zincirinde *Basamak Sistemine* uyulması öngörülmüştür.

Ayrıca her Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 50-100 yataklı bölge hastaneleri (Devlet Hastaneleri)

2. Basamak sağaltım hizmetlerini vereceklerdir (1,2,4,9,12,19).

Ülkemizde kabul edilen bu yasadan 17 yıl sonra, Alma-Ata'da yayımlanan Bildirge'nin 7 sayılı önerisiyle "*TSH'nin sağlık örgütününün bir parçası olduğu ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracak şekilde örgütlenmesi gerektiği*" belirtilerek, aynı konuya uluslararası düzeyde değinilmiştir. Ayrıca bu Bildirge'de, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına yönelik olarak geliştirilen TSH kapsamı içinde de sevk zincirine uyulmasının önemi üzerinde durulmuştur.<sup>5,8</sup> Bu düşüncenin pratik bir sonucu, halkın % 90-95'e varan düzeyde sağlık gereksinimlerinin Sağlık Ocaklarıncı karşılanması, buralarda tanı ve sağaltımı olanaksız olan olguların bir sevk zinciri işleyişiyle 2. ve 3. Basamağa gönderilmesidir. Böylece bu kuruluşlar daha az sayıda kişiye, daha nitelikli hizmet verebileceklerdir.

## 2. 6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere, batı modeline ya da merkezden yönetilen hizmet örgütlenmesine uygun olarak kurulan sağlık hizmetlerinin, tüm vatandaşların temel sağlık gereksinimlerini karşılayamadığı tarihsel süreç içerisinde acı deneyimlerle anlaşılmıştır. *Yalnızca tıp teknolojisini yükselterek tüm insanların daha iyi bir sağlığa ulaşması sağlanamaz. Asıl gerekli olan, sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve yönetiminde köklü değişiklikler yapılmasıdır. Böylesi değişiklikler yapabilmeyen yolu ise; bilgi, politik ve ekonomik güç sahibi kişilerin belirgin bir tutum, davranış ve yaklaşımla sağlık hizmetlerini değerlendirmelerine bağlıdır* (9-12,19).

DSÖ, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere kendilerine özgü örgütlenme modellerini kurmaları konusunda uyarıda bulunmuştur. 1975 yılında DSÖ Yürütme Kurulu'nun aldığı kararlar arasında dikkat çeken ikisi şunlardır (10,11) :

- I. Toplumların büyük bir bölümü, özellikle az gelişmiş ülkelerin kırsal kesimlerinde yaşayanlar, sağlık hizmetlerinden ya yetersiz yararlanmakta, ya da hiç yararlanmamaktadır.
- II. Hekimlerin ve hekimdışı sağlık çalışanlarının eğitim ve öğretiminin niteliği aksatılmaksızın, ülke düzeyinde 1. Basamak Sağlık Bakımı'na (Primary Health Care) öncelik verilmesine çaba harcanmalıdır (2,9-11).

BBSH, *bir toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kabul edebilecekleri yollardan, karşılanabilir bir ücret karşılığında almaları gereken esas sağlık hizmetleridir*. Bu hizmetler, ülkenin sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturmalı ve gerek bu sistemin, gerekse sosyal ve ekonomik kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Herkesin işbirliğini, katkısını ve toplumun benimseyebileceği yöntemlerin

uygulanmasını gerekli kılan bu tür bir hizmetin maliyeti, o ülke ya da toplumun parasal olanaklarıyla üstlenilebilir nitelikte olmalıdır (2,9-11).

BBSH'nin amacı, toplumun belli başlı sağlık sorunlarının çözümü olmalı ve buna uygun olarak sağlığın daha iyiye götürülmesini, korunmasını, hastalıkların erken tanıyla etkin sağaltımını ve engelli ve / veya özürülülerin esenlendirilmesini sağlamalıdır (11,12,19).

Bu hizmetler her ülkenin ve hatta her ülkede değişik bölgelerin ekonomik, coğrafik koşullarına ve sosyal değer yargılarına bağlı olarak değişebileceği için, ülkeden ülkeye ve toplumdaki ve topluma farklılıklar gösterir. Bununla birlikte, BBSH'nin en azından şu hizmetleri kapsamaması gerekir :

- 
1. Uygun bir beslenmenin gerçekleştirilmesi,
  2. Yeter miktarda temiz su sağlanması ve çevrenin sağlıklı duruma getirilmesi,
  3. Aile planlamasını da içeren ana ve çocuk sağlığı,
  4. Önemli bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama,
  5. Yerel endemik hastalıklarla sık görülen hastalıkların ve yaralanmaların önlenmesi, iyi ve uygun bir şekilde sağaltılması,
  6. İlk yardım hizmetleri,
  7. Belirgin sağlık sorunlarının kontrolüne yönelik sağlık eğitimi,
  8. Temel ilaçların sağlanması (4,7,9-12).
- 

Olanakların elverdiği en kısa sürede *tüm toplumun* bu tür sağlık hizmetlerine kavuşabilmesi için, daha sağlıklı olabilmek konusunda toplumsal ve bireysel isteklilik ve kendilerine güven duygusunun yanısıra politik kararlılık önkoşuldur.

Bu isteklilik ve güven duygusu, BBSH'nin planlanması, örgütlenmesi ve uygulanmasında tüm toplumun işbirliği yapması ve katkıda bulunmasıyla sağlanabilir. İşbirliği ve katkıda bulunma eylemi, o toplumun gerçek sağlık sorunlarının en iyi biçimde nasıl çözümlenebileceğini öğreten ve gösteren uygun bir eğitim yoluyla gerçekleştirilebilir. Böylece toplumlar, kendileri için gerekli olan sağlık hizmetleri için doğru kararlar alabilecek konuma gelirler (11,12,19).

Bir ülkenin sağlık sisteminin başarılı olmasının temel varsayımı, güçlü ve işlevsel bir

1. Basamak yapılanmasıdır. 1. Basamağı gereği gibi işlet(e)meyen ülkeler, verimli yürüyen sağlık hizmetleri yapısına erişemezler (1). ABD bu olumsuz olgunun tipik örneğidir (7). Gerçekten; T.C. Sağlık Bakanlığı'nca 1990'da hazırlatılan Master Plan Etüdü'ne göre, ülkemizde sağlık insangücü alanında en çok gereksinim duyulan iki çalışan kategorisinden biri; 1. Basamak'ta nitelikli Temel Sağlık Hizmeti verecek hekimlerdir.



Sağlık Ocakları 224 sayılı yasa uyarınca kurulan BBSH vermesi amaçlanan birimlerdir (1,2). BBSH, kullanıcıların çeşitli nedenlerle başvurdukları ilk sağlık kurumunu ve bu kurumda üretilen hizmeti tanımlayan bir kavramdır. Kısaca “1. Basamak” olarak adlandırılan bu hizmet basamağı genellikle ayakta sunulan, uzman olmayan personelce\* yürütülen, sağlık hizmeti kullanıcılarının ilk başvurusunu karşılayan hizmet türüdür (2,7-9,20). Başvuranların muayene edildiği yer genellikle yataksız bir sağlık kurumu olmakla birlikte, kullanıcının bulunduğu yer, evi ya da başka bir yer olabilir. Dayandığı temel ilkeler şunlardır :

- 
- I. Halka en yakın konumda yer alır.
  - II. Ücretsiz (ilke olarak) hizmet sunar.
  - III. Koruyucu, geliştirici, sağaltıcı ve esenlendirici hizmetleri bütün halinde ulaştırır.
  - IV. Takım (ekip) hizmeti sunar.
  - V. Sınırları belli bir alandaki tanımlanmış nüfustan sorumludur.
  - VI. Hizmet, gerektiğinde evde ve alanda sürekli verilir.
  - VII. Herkese eşit, gereksinimi olana daha fazla, öncelikli ve özellikli hizmet sunulur.
- 

Sağlık Ocakları, 224 sayılı Yasaya göre sağlık sistemimizin belkemiği yapılar olacaktır. Tabandan tavana örgütlenmeyi vurgulamaktadırlar. En uçtan başlayarak tavana dek aşamalı bir örgütlenmeyi amaçlayan yapının uçtaki birimleridir. Burada dar bölgede, tanımlanmış bir nüfusa;

- 
- Koruyucu sağlık hizmetleri (bireye ve çevreye dönük),
  - Evde ve ayakta sağaltım hizmetleri (ambulatuvar bakım),
  - İkinci Basamakta sağaltılan hastaların sonradan evde, ayakta bakımlarını sürdürülmesi (ekstra-mural bakım)
  - Esenlendirici (rehabilite edici) hizmetlerin 3. Basamakla işbirliği içinde kimi bölümleri,
  - Çok önemsenecek biçimde toplum kalkınması hizmetleri ( bir anlamda sosyal tıp boyutu) bütüncül bir anlayışla verilecektir (4,7-12).
- 

Ülkemiz insanlarına dar kaynaklarımızla en yüksek verimlilikle sağlık hizmeti götürmenin ve bunu en uçtan başlatarak tabandan tavana örgütlemenin yolu Sağlık Ocaklarından geçmektedir. Bu birimlerin başarıları ise çok önemli ölçüde, nitelikli Sağlık Ocağı hekimlerine dayalıdır. Bu yüzden Türkiye'mizin nitelikli, Sağlık Ocağı hizmetlerini sunabilecek bilgi ve beceriyle donanmış 1. Basamak hekimlerine gereksinimi vardır (7-10).

---

\* Nusret Fişek'e göre pratisyen hekim, bilgi ve beceri bakımından geri değildir. Hizmet bölgesinde sık görülen sorunlarla başedecek yeterli bilgi ve beceriyle donanmıştır.

Günümüz yaklaşımı, özellikle sağlık hizmetlerinin 1. Basamağı'nda Genel Pratisyen ağırlıklıdır. İlk başvuruya geniş kapsamlı yanıt, ancak nitelikli bir 1. Basamak Hekimi ve takımınca verilebilir.

1. Basamak hekimi, sağlık sorunlarında başvurulacak ilk hekim olacaktır. Bu nedenle ülkesinde en çok görülen, en çok öldüren ve en çok sakat bırakan sağlık sorunlarıyla, bunların tanı ve sağaltım yollarını çok iyi bilmelidir. Bu hastalıklara -erken-tanı koymak için gerekli laboratuvar yöntemlerini -gereğinde-kendisi uygulayabilmeli, ya da daha ileri teknoloji için yakın merkezlere gönderebilmelidir. Gerek kendi çalışma biriminde gerekse çevresindeki laboratuvarlardan yararlanarak elde ettiği sonuçları değerlendirip tanı koyabilmeli ve sağaltım yapabilmelidir.

Bugün ülkemizde, ne yazık ki BBSH'ni bu düzeyde verecek çok az hekim vardır ve bunlar da çalıştıkları kuruluşlarda kendi kendilerini yetiştirmişlerdir (9,16,21). Ülkemizin tıp eğitimi politikasının kesin sınırlarının belirlenmemesi (sağlık sorunlarımızı bilen ve çözmek için hizmet üreten 1. Basamak hekimleri yetiştirilmeli), TUS'a yönelik çalışan ve herşeyi TUS'a endekslemiş öğrenci toplulukları buna yol açmış olabilir.

Halkın sağlık sorunlarının % 90-95'lik ezici bir oranının son derece ekonomik ve etkin bir biçimde Sağlık Ocaklarında çözülebileceği kanıtlanmış bir gerçektir (2,3,9,11). 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın yürürlüğe sokulduğu başlangıç yıllarında Muş'ta, Ağrı'da, Van'da kısa zamanda çok başarılı sonuçlar sağlanmıştır. Ankara'nın kırsal kesimleri Çubuk ve Etimesgut ilçeleri ve köylerinde de dünyaya örnek oluşturan parlak başarılarla ulaşılmıştır (3,7,9,11).

Kentsel ve yarıkentsel Sağlık Ocaklarında da hizmet sunan ve 224 Sayılı Yasa'nın uygulanabildiği Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlıklarının hizmet göstergeleri, kent tipi Sağlık Ocaklarında da BBSH'nin sunulabileceğini kanıtlamaktadır. Ülkemizde BBSH'nin verildiği kurumlar; Sağlık Ocakları, Kamu Sağlığı Dispanserleri, AÇS-AP Dispanserleri, VSD'ler, Sıtma-Savaş Dispanserleri, Frengi-Lepra Savaş Dispanserleri, Trahom-Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Sağlık Merkezleri, Kurum Hekimlikleri, belediye poliklinikleri, özel muayenehane ve poliklinikler, İşyeri Sağlık Birimleridir (2,3,9-11).

Yeterli bilgi ve beceriyi kazanmış 1. Basamak hekiminin, kendisine başvuranların en az % 90'ının sorunlarına çözüm bulabileceği kanıtlanmıştır. Kalan % 10 ise; 2. ve 3. Basamağa sevk edilecektir (2,3,7,21).

Ülkemiz sağlık sisteminin en temel sorunlarından biri olan 1. Basamağın işletilmesinde, orada verilen hizmetlerin niteliğinin belirleyici olduğu tartışılmaz. Bu niteliğin en önemli belirteçlerinden birisi de kuşku yok laboratuvar hizmetleridir.

DSÖ, 1. Basamak sağlık birimleri için en az 24 tür laboratuvar işlemi gerekli görmektedir. Bu işlemler çok fazla teknik ve insangücü donanımı gerektiren hizmetler değildirler. Sınırlı kaynaklarla işletilebilirler. Standart bir donanıma sahip Sağlık Ocağında yapılabilecek incelemeler şunlardır ;

---

**Kanda :** Hemoglobin (Hb), Hematokrit (Htc), Beyaz küre (BK), Kırmızı Küre (KK),

*Sedimentasyon hızı, periferik yayma, serum ayrımı*

**İdrarda :** İdrar sedimenti, pH, bilirubin, ürobilinojen, protein, yoğunluk, gebelik testi, şeker

**Dışkıda :** Direkt yayma, parazit arama, gizli kan incelemesi

---

Ayrıca, Gram boyama, Erlich Ziehl Nielsen (EZN) boyama, Giemsa boyama Ocakta yapılabilir. Akıntı, sürüntü örneği gram boyama ile değerlendirilebilir. Vajinal akıntıdan yayma yapılabilir, doğrudan mikroskopi ile değerlendirilebilir (2,3,7,9,22).

### 2.6.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH

TSH'nın en yaygın bilinen yönü budur. I. Basamak Sağlık Hizmeti demek; koruyucu hizmetler ile evde ve ayakta (ambulator) iyileştirici hizmetlerin bir arada sunulduğu hizmet Basamağı demektir. Bu, halkın “ilk başvuru Basamağıdır” ve yetersiz kaldığı durumlarda başvuran kişi bir üst Basamağa (2. Basamak) yani hastanelere sevk edilir. Bu tanıma göre, örn. Sağlık Ocakları TSH verilen yerlerdir. Alma-Ata Bildirgesi'ne göre bu Basamaktaki hizmetler, ülkenin durumuna göre meslek sahibi olmayan kişiler (layman) tarafından dahi verilebilir (17,18). Ülkemizde TSH'ni devlet adına yürüten, Sağlık Bakanlığı'dır (1983 tarihli ve 181 sayılı YGK ile).

### 2.6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması

Ülkemizin sağlık yapılanması içinde BBSH'nin verildiği temel birim Sağlık Ocağı'dır. Dar bölgede çok amaçlı ve geniş kapsamlı hizmet vermek üzere planlanmıştır. Sağlık Ocağı 5 ile 10 bin kişilik toplumun yaşadığı bir coğrafyadaki sağlık hizmetlerinin, Halk Sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü, tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Koruyucu ve 1. Basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilir. Sağlık Ocağı çalışanları bölge içinde bulunan mahalle ve köylerde gerekli sağlık önlemlerini alırlar. Sağlık Ocağı merkez kuruluşunda; ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklarla savaş, sağlık eğitimi, erken tanı, evde ve ayakta hasta sağaltımı, ilkyardım, okul sağlığı, adli hekimlik, çevre sağlığı, esnaf denetimi, gıda denetimi, *toplum kalkınmasına destek hizmetleri* yapılmaktadır (2,7,10).

Bu hizmetlere ilişkin büro işleri, gezi ve denetim, hizmetiçi eğitim, laboratuvar işleri, ilaç dağıtımı, kayıtlar gibi yönetsel hizmetler de verilir. Sağlık Ocaklarının hasta sağaltım hizmetleri Devlet Hastaneleri tarafından desteklenir, tamamlanır. Sağaltım hekimliği yönünden Ocaklar, hastanelerin bir tür polikliniği ve evde-ayakta sağaltımı yürüten uç örgütleri olarak da düşünülebilir.

Temel amacı toplumdaki tüm bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek olan BBSH, bu amacı gerçekleştirmek için şu yöntemleri uygulamalıdır :

1. Bireye, aileye ve topluma sorumluluk vermek
2. Ulusal sağlık sisteminin öbür basamaklarında hizmet yapan kuruluşlarının desteğini sağlamak
3. Gereksinimlerin saptanmasında ve bunların nasıl karşılanabileceği konularında toplumun aktif katılımını sağlamak,
4. Varolan sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarından daha etkin bir biçimde yararlanabilmek için yeniden bir görev dağılımı yaparak toplumsal ve ulusal kaynakları yerinde kullanmak, yalın ve ucuza malolan teknolojiden yararlanmak,
5. Eğitim, tarım, imar ve iskan, ulaştırma, bayındırlık, sanayi, medya ve halkla ilişkiler gibi diğer kamu ve özel sektörlerinin katkısını sağlamak (2,7-12)

**BSSH'nin temel amacı;** toplumdaki tüm insanların *sağlığını geliştirmektir*. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için aşağıdaki yöntemler uygulanmalıdır (7,9-12) :

1. *Bireye, aileye ve topluma BSSH'nde sorumluluk vermek ve bu hizmetin, ulusal sağlık sisteminin diğer düzeyde hizmet veren kuruluşları tarafından desteklenmesini sağlamak* : İnsanların sağlıklı kılınması, onlara hazır bir hizmet olarak sunulamaz. Bu amaca erişim birey, aile ve toplum olarak işbirliğiyle hastalıkların önlenmesini, denetimini ve sağaltımını gerektirir. Ulusal kalkınmada ve sağlık programlarının başarısında toplumun işbirliğinin gerekliliğine çoğunlukla yeterince önem verilmemiştir. Oysa toplumda bilgi, işgücü, araç-gereç ve parasal destek ve en önemlisi olumlu davranışlar gibi önemli kaynaklar vardır. Bu kaynakların kullanılması amaca ulaşmayı kolaylaştıracaktır. Bu konunun bir başka önemli yanı da, sunulacak hizmet konusunda görüşleri alınan bireylerin uygulanacak yöntemleri benimsemelerinin kolaylaşacak olmasıdır. Ancak, toplumun gereksinimleri belirlenirken, sağlık sorunları tanımlanırken ve çözüm yolları araştırılırken bireylere görüş bildirme olanağı verilmedikçe, onların olumlu girişimlerde bulunmaları beklenmemelidir (9-12).

2. *Gereksinimlerin saptanmasında ve bunların nasıl karşılanabileceği konularında toplumun aktif katılımını sağlamak* : BSSH'nin ulusal stratejisi saptanırken, bireylerin planlama ve hizmetin sağlanması konularında katkı ve katılımların almak unutulmaması gereken bir ögedir. Kişiler, özsorumluluk konusunda bilinçlendirilmeli, sağlıklarının yalnızca kendilerini değil tüm toplumu ilgilendirdiğini bilmelidirler. Bu olgu devlet yönetimi için de aynen geçerlidir. Bu bağlamda, iyi beslenme ve sağlıklı bir çevre oluşturma bakımından herkes çaba göstermeli, bağışıklama, aile planlaması gibi temel hizmetleri yeterince kullanabilmelidir. Sağlığı daha iyiye götürmeye yönelik çabalar kısa sürede olumlu sonuçlar vermeli ve beklenen istekleri karşılayabilmelidir. Toplumun işbirliği, o toplumun kendi insanların toplum sağlığı çalışanı olmasına değin varabilir. Gönüllü veya az bir ücretle çalışacak bu kişiler, uygun eğitim programlarından geçirilerek bu hizmetlere uygun duruma getirilebilir. Verilecek eğitim, bölge koşullarına uygun olmalı, bölgenin sağlık sorunlarını çözebilecek yöntemleri içermeli ve hizmet verilecek bölgeye yakın birimlerde yapılmalıdır (9-12).

3. *Toplumsal ve ulusal parasal kaynakların kullanımı* : Tüm toplumlara BBSH sunulduğunda, önceden varolan öteki hizmet birimlerine istek artacaktır. Bu nedenle, varolan sağlık çalışanlarından ve sağlık kuruluşlarından daha etkin bir biçimde yararlanabilmek için görev dağılımları uygun biçimde yapılmalıdır. BBSH'nin başarılı olabilmesi için, meslek eğitimi görmüş kişilerin bu tür sağlık hizmetlerinin kendi durumlarını ve sorumluluklarını zayıflatmayacağına, tersine daha da güçlendireceğine inandırılmaları gerekecektir (2,9-12).

4. *Daha basit ve daha ucuz teknolojiyen yararlanmak* : BBSH; toplum tarafından benimsenen, o toplumun ya da ülkenin ekonomik olanaklarıyla bedeli ödenebilen ve bilimsel geçerliliği olan etkin bir teknolojiyen yararlanmak zorundadır. Uygulanacak teknik, yerel görenek ve törelerle bağdaşabilmeli, toplum sağlığı çalışanları ve toplumdaki bireyler tarafından benimsenebilecek nitelikte olmalıdır.

4. *Eğitim, Tarım, Ulaştırma, Bayındırlık ve Sanayi gibi diğer kamu sektörlerinin ve medyanın BBSH'ne katkılarını sağlamak* : BBSH'nin amacına ulaşabilmesi için insanların yeterli ve temiz besin-su, sağlıklı çevre gibi yaşamın temel gereksinimlerine sahip olmaları gerekir. Yine sağlığın geliştirilebilmesi, sosyal ve ekonomik gelişmeyle yakından ilişkilidir. Tüm bu konularda öteki sektörlerin BBSH'ne çok önemli katkılarda bulunabilecekleri unutulmamalıdır. Sistem, yalnızca sağlık sektörünün çözebileceğinden daha zor ve karmaşık sorunlarla doludur (9-12).

## 2. 7. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

2. Basamak sağlık hizmeti, yatarak sağaltım olanağının da olduğu, uzman personelin çalıştığı hastanelerde verilen tıbbi bakım hizmetidir. Sağlık hizmeti kullanıcısı genellikle 1. Basamak'tan sevk edilir. Hastaneler; 224 Sayılı Yasa'ya göre 1. Basamak sağlık kuruluşlarından sevk edilen hizmet kullanıcılarının, yatırılarak veya ayakta sağaltım ve / veya esenlendirildikleri, ileri tanı ve inceleme olanaklarına sahip ikinci, üçüncü basamak yataklı sağaltım kuruluşlarıdır. Ayrıca tüm acil olgular hastanelerde sağaltım olanağına sahiptirler. Yasaya göre, sevk edilmeden gelen kullanıcılar ise hizmet bedelini ödemek koşuluyla hastanelerden yararlanabilirler (4,7,9-12).

BBSH'nin yetersiz olduğu ve belirli bir sağlık sistemine sahip olmayan ülkelerde hastaneler, toplumun çoğunlukla ilk başvuruyu yaptığı yerlerdir. Bu ülkelerde; nüfus ve coğrafya özellikleri dikkate alınmadan, plansız biçimde yapılmış hastaneler ve yetersiz sevk sistemleri vardır. 224 sayılı yasa *sevk sistemine dayalı basamaklandırılmış bir sistem* içermektedir. Buna göre sağlık hizmetleri içinde Sağlık Ocakları İlk Basamak başvuru yerleridir. Hastaneler ise 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarına (BBSK) destek olmak üzere kurulmuş ve genellikle ilçe veya il merkezlerinde yerleşmiş "Bölge Hastaneleri"dir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine göre hastanelerin en önemli işlevi, BBSK'na olan destek ve eğitim hizmetieridir. Buna göre hastanelerdeki uzman hekimlerin kendilerine



sevk edilen hastalar hakkında Sağlık Ocağı hekimine bilgi vermesi gerekir (4,7,9-12). Ayrıca belli dönemlerde pratisyen hekimler ve öbür sağlık çalışanları için eğitim toplantıları yaparlar.

## 2.8. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

3. Basamak ise; bölgesel ve ulusal düzeyde yüksek teknolojinin kullanıldığı, ileri uzmanlık dallarındaki kişilerce tıbbi bakım hizmetinin verildiği özelleşmiş yataklı sağaltım kurumlarıdır. Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya bağlı eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel dal hastaneleri (örn. Göğüs Hastalıkları Hastanesi) 3. Basamak kurumlarına örneklerdir. Buralarda en üst düzeyde tıp teknolojisi kullanılmaktadır (7,9-12).

## 2.9. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Cumhuriyet döneminin ikinci Sağlık Bakanı olan Dr.Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Kamu sağlık hizmetlerinin il düzeyinde, Sağlık Müdürlükleri, ilçe düzeyinde Hükümet Tabiplikleri biçiminde örgütlenmesini gerçekleştirmiştir. Ayrıca dikey örgütlenme anlayışına uygun olarak, başlıca sağlık sorunlarına yönelik örgütler kurmuştur (Frengi - Lepra, Trahom, Sıtma Savaş örgütleri gibi). Sağaltım hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmış, örnek olması için 6 ilde “*Numune Hastaneleri*” açılmıştır (10).

1937-50 Behçet Uz döneminde yerel yönetimlere bırakılan sağaltım hizmetleri, 1950-60 arası, Demokrat Parti döneminde Sağlık Bakanlığı'na üstlenilmiştir. 1953 yılında, özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta sağaltımının devlet işi kabul edilmesi, oldukça önemli bir değişikliktir (9). Buna bağlı olarak peş peşe devlet hastaneleri açılmış, koruyucu hizmetlerde çalışan personel hastanelere kaymıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler sağlanırken, koruyucu hizmetler gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilmemiştir. 1960 sonrası ise; planlı kalkınma dönemidir. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*” ile nüfus temel alınarak Sağlık Ocakları kurulmuştur (3,10).

Ülkemizde çağdaş sağlık anlayışının egemen kılınması, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin önündeki en büyük engelin *finansman darboğazı* olduğunu belirten Prof. Dr. Nusret H. Fişek bu konuda şöyle söylemiştir : “**Bir hükümetin halkının sağlığına verdiği değer en şaşmaz göstergesi, bu amaçla bütçesinden ayırdığı paydır.**” (9,23) Buna karşın yıllardan beri bu pay hep belirli bir düzeyde kalmıştır (Sağlık Bakanlığı bütçesi % 3 dolayında). Hükümetler değişmiş ama pay değişmemiştir. Varolan kaynaklar da akılcı kullanılmamış, sağaltıcı hekimlik hep ön plana çıkartılmıştır. Koruyucu hekimlik ve 1. Basamağın işlevi hep kadük bırakılmıştır.

Ülkemizde, politikalara yön verenler tarafından sağlık hizmetleri yalnızca sağaltıcı hizmetler olarak algılandığı ve hastaneler de bunun en önemli vitrini olarak görüldüğü için, altmışlı yıllarda

çok yoğun olarak Devlet Hastaneleri açılmış ve yatak sayısı yaklaşık 3 kat artmıştır (3,24). Bu da sağlık sistemimizin “Hastane ağırlıklı” olmasına yol açmıştır. Oysa sağlık hizmetinin en önemli aşaması BBSH’dir ki, bu da başlıca Sağlık Ocaklarında sunulmalıdır.

Hastane sayısındaki bu artıştan sonra, kırsal alandan devlet hastanelerine yoğun bir hasta akışı başlamıştır. Bunun temel nedeni, halkın % 60’ından fazlasının yaşadığı kırsal kesimde koruyucu hizmetlerin neredeyse hiç *olmamasıdır*. Bugün hastanelere gereksiz akımın bir nedeni de, yıllardır halkın buralara yönlendirilmesi ve Sağlık Ocağını tanımamasıdır. Sevk zincirini oluşturması beklenen devlet hastaneleri, kazanç kaygısıyla rakip gördükleri Sağlık Ocaklarına sırt çevirerek bu kurumların gerilemesine, körelmesine neden olmuştur (3).

1. Basamağa gereken önemin verilmemesi gerek kamu sektöründe gerek özel sektörde pratisyen hekimlerin çalışma koşullarının giderek kötüleşmesine yol açmıştır. Bu durum hekimlerin işlerine ve işyerlerine ilgisizliğine, toplumun da BBSK’na güveninin azalmasına neden olmuştur. Çalışma koşullarının bozulmasıyla başlayan süreç, 1. Basamak’ta hekim niteliğinin düşmesi, ardından da sağlık hizmetlerinin kalitesinin bozulmasını getirmiştir.

224 sayılı yasaya göre 2. ve 3. Basamaklara sevk zinciriyle bağlı bir 1. Basamak sağlık örgütlenmesi bulunmasına karşın, bu sistemin işletilememesi sonucu toplumda 1. Basamağı kullanma alışkanlığı oluşmamıştır. Bunun sonucunda da halk öncelikle sayıları artan Devlet Hastanelerine başvurma eğilimini kazanmıştır. Böylelikle, 2. Basamak kuruluşu olan Devlet Hastaneleri, asıl görevlerini yapamaz duruma gelmişlerdir. Yanlış bir uygulama olarak; devlet hastanelerinin polikliniklerinde sunulan ama niteliği açısından 1. Basamak düzeyinde olan hizmet sunumu önemli bir yere sahiptir. 1. Basamak’ta çözümlenebilecek sorunlar için bile, 2. ve 3. Basamağa doğrudan yapılan başvurular, buralarda gereksiz sağlık hizmeti kullanıcısı birikimine yol açmakta, bu da hem hekim ve öbür sağlık personelinin, hem de hastaların gereksiz zaman harcamalarına yol açmakta, bununla da kalmayıp daha çok ve daha pahalı incelemeler yapıldığından, sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmış olmaktadır. Kalabalık hastane koridorlarında bekleyen, sırası geldiğinde de, yetersiz sürede doğal olarak özensiz muayene olarak iyi bir hizmet alamayan insanların varlığı, gündemdeki yerini hep korumuştur.

### 2.9.1. Günümüzde Sağlık Hizmetlerinin Durumu

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumuna bakıldığında, öngörülen modelin işletilmediği görülmektedir. 2. ve 3. Basamakta yığılmalar nedeniyle hizmet niteliğinin düşmesi yanında, hekimlerin genelde sosyalleştirme ilkeleri, Sağlık Ocağı işleyişi ve yönetimiyle ilgili eğitim almadan yetişmeleri, salt hasta sağaltımı ile uğraşmalarına neden olmuştur. Bu da koruyucu hizmetlerin gereği gibi uygulanamamasına yol açmıştır (24).

Toplumun yataklı sağaltım kurumlarından ne oranda yararlandığının bilinmesi, sağlık hizmetlerinin planlamasında, toplumun sağlık istemlerinin saptanmasında ve sağlık gereksinimlerinin

karşılanması için önceliklerin belirlenmesinde önemli bir yere sahiptir (1). Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı sağaltım kurumlarında 1997 yılı yatak işgal oranı % 55.8 olarak gerçekleşmiştir (25). Bu da göstermektedir ki, kullanılmayan çok sayıda yatak vardır ve bu kurumlar işlevlerini tam olarak yerine getirememektedirler.

Yine bu kurumlara başvuruların % 90-95'i ayakta sağaltım almıştır. Bu sonuç, toplum sağlığı ile uğraşan bilim çevrelerinin yıllardır vurguladığı gibi *Toplumda gözlenen sağlık sorunlarının yaklaşık % 90-95'i Sağlık Ocaklarında iyi yetiştirilmiş 1. Basamak takımınca çözümlenebilir* saptamasını bir kez daha kanıtlamaktadır (26).

1. ve 2. Basamak sağaltım hizmetlerini yakından ilgilendiren bir başka sorun, kamu hastanelerinde çalışan ve büyük çoğunluğunu uzmanların oluşturduğu hekimlerin, özel muayenehane açarak hasta bakabilmeleridir. TTB'nin kesin olmayan kayıtlarına göre Türkiye'deki hekimlerin yaklaşık yarısı hem kamu hem de özel sektörü birarada kullanmaktadır (27). Bu nedenle sosyal güvencesi olan hastaların bir kısmı da kamudaki işlemlerinin daha hızlı ve sağlıklı yürüyebilmesi için önce, hem kamu hem de özel sektörde çalışan hekimin muayenehanesine gitmekte ve doğrudan kendi cebinden harcama yapmak zorunda kalmaktadır. EDH'nde görevli olan 51 uzman hekimin 45'inin (yaklaşık % 90'nın) muayenehanesi vardır. 2'si özel hastanede çalışmakta, 4'ünün ise muayenehanesi yoktur.

Günümüzde bireyler, hastalandıkları zaman sevk zincirine uymaksızın diledikleri sağlık kurumuna başvurabilmekte, bu da hastane polikliniklerinde aşırı yığılmalara neden olmaktadır. Bunun sonucunda bireyler, daha kısa süre bekledikleri ve daha iyi muayene olabildikleri özel sektörü yeğlemektedir. Sonuçta sistemin böyle yönlendirilmesi doğrudan sağlık harcamalarını artırmaktadır(27).

Hastalar, sistemin tıkanıklığını bu yolla atarak önce muayenehaneye sonra hastaneye yönlendirilmektedir. Ne yazık ki günümüzde '**turnikeden geçmeden**' kamu hastanesinde ilgi görmek oldukça güçtür.

Genel olarak ülkemizde hastanelerin yatak işgal oranları düşüktür. Yani hasta yatırmak için boş, atıl bekleyen yatak bulunmaktadır. Uzman hekim başına, bir iş gününde yatan ortalama hasta sayısı 1.6 gibi düşük bir düzeyde kalmaktadır. Bu veri, hastanede çalışan uzman hekimlerin çoğunluğunun hastaneye yeterli sayıda hasta yatırmadığını göstermektedir (28). Neden yine aynı noktada aranabilir : Başvuruların % 90 dolayında bir kesimi, esas olarak 1. Basamak olgusudur. Yani evde ve ayakta sağaltım / bakım olanaklıdır.

Sağlık hizmetlerine kadınlar erkeklerden; kentlerde oturanlar, kırsal alanda oturanlardan ve sosyal güvencesi olanlar, olmayanlardan daha fazla başvurmaktadır. Sağlık hizmetlerine başvuru en fazla 15 yaş altı gruplarda olmaktadır. Hastalandığında doktora başvurma, % 80 oranı ile en yüksek olarak 0-4 yaş grubunda gerçekleşmektedir (29).



Sosyal güvencesi olmayanlar genelde Sağlık Ocaklarına başvurmaktadır (30). Sağlık Ocağı kullanım oranının belirlenmesi çalışmaları, üzerinde en çok araştırma yapılan konulardan biridir. Ülkemizde verilen yıllık poliklinik hizmetinin yalnızca % 11'i sağlık Ocaklarında verilmektedir (31).

Çetinkaya ve ark. nın çalışmasında; Sağlık Ocağına başvuranlarda sosyal güvencesi olmayanların oranı % 59 ile hastanelere başvuranlara göre önemli ölçüde yüksektir. Sağlık Ocağı hizmetlerinin hemen hemen ücretsiz olması bunda önemli etkindir (32).

## 2.9.2. Sağlık Hizmetlerinde Temel Sorunlar

Türkiye'de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler; tıpkı öbür gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi altyapı, eğitim ve beslenme sorunlarıdır. Belki bunlardan da önce sosyal güvence yetersizliği ve hizmetlerden yararlanmada derin boyutlardaki eşitsizliktir. Buna bağlı olarak sağlık düzeyimizin ülke çapında yükseltilmesinde en önemli yolun TSH'nin geliştirilmesinden geçeceği de açıktır. 1963'te uygulamaya giren "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa" kapsamında kurulan Sağlık Ocağı sistemi bu amaca yönelik olup; hastalıkların tanı ve sağaltımında İleri Basamak (2. ve 3. Basamak) Sağlık Hizmetlerinin verildiği hastaneler için de seçiciliği, elemeyi sağlayan 1. Basamak birimleridir (10). Oysa günümüz Türkiye'sinde yönlenme, gerek sunu (arz) gerekse istem (talep) bakımından ileri Basamak sağlık hizmetlerine, yani hastanelere olmaktadır. 1. Basamak birimleri olarak Sağlık Ocaklarının yeterince desteklenmemesi ile bu yönlendirme, *bilinçli bir siyasal seçim* olmuştur (10).

Gelişmiş ülkeler sağlık sorunlarının % 90-95 gibi büyük bir bölümünü BBSH'yle çözmektedir. Ancak, buna ulaşırken yetkin pratisyen hekimler yetiştirmeyi hedef almakta, tanı hizmetlerini ise en küçük merkezlere bile ulaştırabilmektedir. Türkiye'nin de topluma hizmeti kullandırmak için, öncelikle yeterli ve nitelikli hizmeti topluma sunmaya gereksinimi vardır. Bunun denli önemli bir olgu da hizmetin ve donanımın ülkeye dengeli yayılmasıdır (2,3,7,10).

Sağlık Hizmeti uygulamaları ile ilgili tartışmaların yoğunlaştığı günümüzde, özellikle hekimlerin yarısından çoğunu oluşturan pratisyen hekimlerin sorunları güncelliğini korumaktadır. Yılda yaklaşık 5 bin hekim mezun olmakta ve 2000'li yıllarda işsizliğin hekimler için daha da belirgin bir sorun durumuna geleceği bilinmektedir. Öğretim elemanı, araç-gereç, hasta.. yetersizliğine karşın sayıları hızla artırılan tıp fakültelerinde standart bir tıp eğitimi verilememektedir. Genelde fakülte eğitiminin niteliği yüzgüldürücü değilken, mezuniyet sonrası eğitim olanaklarının da son derece sınırlı oluşu, sorunu daha ileri boyutlara vordurmaktadır (21).

Pratisyen hekimlerin, toplumda özledikleri saygınlığı bulamadıkları bilinen bir gerçektir. Tüm bu ve benzeri olumsuzluklar nedeniyle bulunduğu konumdan kurtulmak isteyen pratisyen hekimlerin çoğu umutlarını uzmanlaşmaya bağlamakta ve enerjilerinin çok büyük bir kesimini altı ayda bir yinelenen ve başarılması giderek zorlaşan Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) harcamaktadırlar.

Sonuçta pratisyen hekimlerin mesleksi verimleri azalmakta, psikolojik ve sosyal açılardan ciddi yitiklere uğramaktadırlar. Bu olgu BBSH'nin önündeki en büyük engellerden biridir (21).

Pratisyen hekimlerin bilgi ve becerilerinin, o ülke toplumunun öncelikli ve önemli sorunları ile biçimlendirilmesi gerekmektedir. Ancak bu ilke Türkiye'de yanlış uygulanarak pratisyenin bilgi ve becerilerinin sığlaştırılması yoluna gidilmektedir. Her konuda bilgi ama sığ bilgi reddedilmelidir. Konular sınırlanmalı, buna karşılık bilgi derinliği de sağlanmalıdır. Pratisyen hekim, o toplum için önemli ve öncelikli olan konularda gerekli itlemleri yapabilecek derinlik ve nitelikte bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Bu konularda gerekli teknolojiyi kullanabilmelidir (21).

Türkiye'de pratisyenlik, TUS'un bir ön aşaması haline gelmiştir. Tıpkı üniversiteye girebilmek için nasıl liseyi bitirmek gerekli ise, uzmanlaşmak için de tıp fakültesini bitirmek gereklidir (21).

Tıp fakültelerinde BBSH konusunda genellikle yeterli eğitim alamayan hekimler, iletişim kurabilecekleri ve kendilerine eğitim, denetim desteği sağlayabilecek yöneticilerin eksikliği nedeniyle Sağlık Ocaklarının işleyişi, temel sağlık sorunları ve çözümleri gibi konularda ancak kendi çabaları ile bilgi-beceri edinebilmektedirler. Bina, tıbbi araç-gereç ve hekim dışı sağlık personeli yetersizliği, sevk sisteminin işlerliğe kavuşturulamaması, Sağlık Ocağı hekimlerinin karşılaştığı bilinen sorunlarından birkaçıdır. Tüm bu olumsuzluklar nedeniyle, öbür kurumlara göre hekimlere daha fazla bağımsız çalışma ortamı sağlayan ve gerektiği gibi yapılabilirse zevkli ve doyurucu bir çalışma alanı olan Sağlık Ocaklarında, hekimlerin mesleksi doyumları beklenenden çok daha düşük düzeyde bulunmaktadır (21).

Çağdaş hekimlik yalnız hastane hekimliği değildir. Çağdaş hekimlik hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu, TSH'ni veren 1. Basamak'ta gerçekleştirilebilir. İlk başvuruya geniş kapsamlı yanıt, ancak nitelikli bir 1. Basamak Hekimi ve takımınca verilebilir (8).

## 2.10. Hastanelerin Tanımı

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlar İşletme Yönetmeliği'nde hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalık kuşkusu duyulanların ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta ve yatarak gözlem, muayene, tanı, sağaltım ve esenlendirildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle; TSH'ni yerine getiren yataklı kurumlar, sağlık merkezi ve hastanelerdir (33). Bu tanımdaki işlevler 1. Basamak ile ilişkilendirilmelidir.

DSÖ tarafından hastaneler "Gözlem, tanı, sağaltım ve rehabilitasyon şeklinde kümelenendirilen ruplandırılan sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli sağaltım gördükleri yataklı kuruluşlardır." şeklinde tanımlanmıştır (34).

Hastaneler, toplumun sağlık sorunlarını çözmek amacıyla örgütlenen önemli sağlık kuruluşlarından biridir. Toplumun en önemli gereksinmelerinden olan sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kurulmuş, sağlık hizmeti üreten hizmet işletmeleridir (34).

### 2.10.1. Hastanelerin Sağlık Hizmetleri İçindeki Yeri

Hastaneler, ülkemizde sağlık sistemi hastane ağırlıklı olduğu için önemli bir yere sahiptirler. Sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan kuruluşlardır (35). Ülkemizde sağlık hizmetleri denince neredeyse yalnızca hastaneler akla gelmektedir (36).

Çağımızın tıp alanındaki gelişmeleri, toplumun sağlık konusunda daha bilgili düzeye ulaşması, sağlığa verilen önemin artması ve ulaşım olanaklarının kolaylaşması, insanların hastanelerden yararlanma isteklerinin artmasına neden olmuştur.

Hastaneler; ülkemizde yürürlükte olan fakat uygulanamayan 224 sayılı Sosyalleştirme Yasasına göre; BBSK'ndan sevk edilerek gelen bireylerin, yatırılarak veya ayakta, sağaltım ve / veya esenlendirici hizmet aldıkları, ileri tanı ve inceleme olanaklarına sahip 2., 3. Basamak yataklı sağlık kuruluşlarıdır. Bu kurumlar, 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetleri vermesi gereken, sınırlı kaynakları optimal kullanması beklenen sağlık kuruluşlarıdır. 1. Basamakta uygun ve yeterli hizmet verilmesi, hastanelerin görevlerini daha iyi yerine getirmesine yardımcı olacaktır. Sağlık sistemimiz, hastaların ilk muayene ve sağaltım için Sağlık Ocakları ve Dispanserlere, ileri inceleme ve sağaltım için gerekirse ilçe ve il hastanelerine, daha sonra da gerekli olursa eğitim ve üniversite hastanelerine gitmeleri üzerine kurulmuştur (9-12).

224 sayılı yasa sevk sistemine dayalı *basamaklandırılmış* bir sistemi içermektedir. Buna göre, sağlık hizmetleri içinde Sağlık Ocakları ilk başvuru yerleridir. Hastaneler ise BBSK'na destek olmak üzere kurulmuş ve ilveya ilçe merkezlerinde yerleşmiş kuruluşlardır.

Yine Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine göre hastanelerin en önemli işlevi, BBSK'na olan destek ve eğitim hizmetleridir. Buna göre hastanelerdeki uzman hekimlerin, kendilerine sevk edilen (*form 019 ile*) hastalar hakkında Sağlık Ocağı hekimine bilgi vermesi gerekir (Yataklı Sağaltım Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 11. maddesi uyarınca) (1997 yılında, Sağlık Bakanlığı form 019'ları kullanımdan kaldırmıştır). Ayrıca belli periyotlarla uzman ve pratisyen hekimler eğitim toplantıları yaparlar (4,9,10). Bu şekilde sistem birbiriyle rekabet içinde değil, yardımlaşma içinde çalışan hekimler ve kuruluşlar üzerine oturtulmuştur.

Hastanelerin temel amaçları şöyle özetlenebilir :

1. Nitelikli hasta bakımı ve sağaltım hizmetlerinin, kabul edilebilir standartların altına inilmeden sunumunu sağlamak.
2. Ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma yöntemlerinin kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve sağaltımı için gerekli önlemlerin alınması.

3. Kamusal ya da özel gelir kaynaklarını en ekonomik biçimde kullanarak daha çok hastaya bakım, sağaltım ve esenlendirme hizmetlerinin sunulması (18).

### 2.10.2. Hastane Polikliniklerinde Kayıt İşlemleri

Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı sağaltım kurumlarının polikliniklerinde tutulan kayıt defterlerinde şunlar yer almaktadır : Başvuranların adı, soyadı, yaşı, adresi, resmi evraklı olma durumu ve cinsiyeti, istenen incelemeler, bulgular, tanı ve sonuç bölümleri.

### 2.10.3. Hastanelerde Poliklinik Hizmetleri

Poliklinikler, hastanelerde yatmaları gerekmeyen hastaların bakım ve sağaltımlarının yapıldığı hastane birimleridir. Poliklinik, hastane dispanseri anlamına gelmektedir. Yurt dışında “ Out-patient departmant” ve “Ambulatorium” diye anılan bölümlerdir (18).

Başvuruların hastaneye kabul edilmeden, acil olmayan olgular için sunulan muayene, inceleme, tanı ve sağaltım hizmetlerinin yapıldığı, halkın hastane ile ilk temas kurduğu yerler olan hastane polikliniklerinde yalnız sevk edilmiş olguların görülmesi esastır.

Eğer hastaneler ilk başvuru birimleri olarak çalışırsa ister istemez, çok yanlış biçimde Sağlık Ocaklarıyla rekabet içinde olur. Bu durum Sağlık Ocaklarının kötüleşmesi ve hastane polikliniklerinin aşırı kalabalıklığı ile sonuçlanır (37).

### 2.10.4. İlk Başvuru Basamağı Olarak Hastaneler

Hastaneler, basamaklandırılmış sağlık hizmetleri yetersiz olduğunda, toplumun çoğunlukla ilk başvuru yaptığı yerler durumuna gelirler (37-39). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu yetersiz olup, 1., 2., ve 3. Basamak sağlık kuruluşları arasında sevk zinciri yeterince kurulamamıştır (11).

Tüm yurttaki her yıl muayene olmak amacıyla hastane polikliniklerine başvuranların sayısı, Sağlık Ocaklarına başvuranların yaklaşık 3 katı kadardır. 1997 yılı içinde, BBSH isteminin % 79'u 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşları tarafından karşılanmıştır (24,31). Nüfusumuzun % 48.7'si ilk başvuru yeri olarak hastaneyi tercih etmektedir. Bu oran kentsel alanda % 57.6'dır (30).

Kent merkezlerinde nüfusun büyük kısmı BBSH için hastaneleri tercih etmektedir. Örneğin Antalya'da bu oran % 60'tır (24). Sevk zinciri çalışmamaktadır. Doğum öncesi bakım, bağışıklama, bebek izlemi, aile planlaması gibi 1. Basamağın temel hizmetleri bile; önce hastane ve özel hekim, sonra Sağlık Ocakları doğrultusuna zorlanmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde halkın hekime başvuru sayısı yılda ortalama 2.8 ile 12.9 arasında değişmektedir. Oysa bizde bu sayı 0.5 ile 2.7 arasında bulunmuştur. Yine ülkemizde, süregen (kronik) hastalığı olanların öbür kullanıcılardan 3.5 kat daha fazla hekime başvurdukları bilinmektedir (31).

Demirhindi ve ark.nın araştırmasında hastalanınca hekime başvurma oranı % 57-77'tir (40).

**Özcebe'nin çalışmasında hastalandığında hekime başvuranların oranını % 59.5'tir (39). Kılıç,** araştırmasında hastalandığı zaman sağlık kurumlarına başvuranların oranını % 61.2 olarak vermektedir (29). Trakya bölgesinde yıllık hekime başvuru sayısı 3.1'dir (30). 1997 yılı için Türkiye genelinde, yıllık hekime başvuru sayısı 2.44 olarak açıklanmıştır (30,41).

Sosyal güvencesi olanlar genelde hastaneye başvurmaktadır (36). Devlet Hastanelerinin polikliniklerine yıllık başvuru sayısı 80 milyon, yatan hasta sayısı ise 4 milyondur. Buna göre yatan hasta oranı % 5.3'tür. Başka bir değerlendirmeye başvuranların % 95'i ayakta bakım ve sağaltım, yani 1. Basamak hizmeti almışlardır (25).

İlginç bir örnek; bir 3. Basamak kurumu olan üniversite hastanesine başvuranların % 89'u ayakta inceleme ve sağaltım görmüş, % 11'i yatarak sağaltım almıştır. Eğer sevk sistemi iyi işleseydi; bu % 89'luk bölüm önceki Basamaklarda sağlık hizmeti alabilirdi (42).

Ülkemizde poliklinik çalışmalarının önemli bölümünü 2. ve 3. Basamak kurumu olan hastaneler gerçekleştirmektedir. Bunun en önemli nedeni 224 Sayılı Yasa gereğince işletilmesi gereken sevk sisteminin uygulanmaması ve hastanelerin ivedi (acil) olgular dışında da doğrudan başvuruya açık olmasıdır (19,43).

BBSH'nın büyük çoğunluğunu oluşturan Sağlık Ocaklarındaki teknik donanımın yetersizliği yanında, buralarda çalışan hekimlerin yeterli "1. Basamak Hekimliği" formasyonu almamış olmaları öbür önemli etmenlerdir (31). Toplumun Sağlık Ocaklarını, sağlık sorunlarında ilk başvuru noktası olarak yeterince tanımaması (42) sayılan nedenlerle birlikte Devlet Hastanelerinin gereksiz biçimde yüklenmesine yol açmakta ve hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle büyük kentlerde Sağlık Ocağı hizmetlerinin yetersiz kalması, Hastane polikliniklerine başvuran 1. Basamak hastalarının artışına neden olmaktadır.

Günümüzde bireyler, hastalandıkları zaman sevk zincirine uymaksızın diledikleri sağlık kurumuna başvurabilmekte ve bu durum hastane polikliniklerinde aşırı yığılmalara neden olmaktadır. Bir 2. Basamak sağlık kuruluşu olan devlet hastaneleri, ilk başvuru Basamağı olarak kullanılmaktadır (30). Bu durum, buralarda hem aşırı yığılmalara yol açmakta hem de yataklı kurumlarda uzman hekimlerin iş gücü ve verimlilik yitiğine yol açmaktadır.

### **2.10.5. Hastanelere Aşırı Yüklenme**

Hastaların büyük bir çoğunluğu, 1. Basamak hekiminin önerisini almadan, kendi başlarına hastane polikliniklerine başvurumaktadırlar (30). Bunun sonucunda hastalar günü erken saatlerinde polikliniklere gelmekte ve uzun kuyruklar oluşturumaktadırlar. Bu durum iyi bir hasta bakım ve sağaltımını da engelleyebilmektedir. *Basamak sistemi* işletilerek etkili uygulanabilirse, 2. Basamakta her durumdaki uzmanlar, 1. Basamak'tan seçilerek gönderilen olgulara daha geniş bir zaman ayırma olanağı bularak tanı ve sağaltımında yanığı payı en aza inecek ve bu basamağın sağlık hizmetlerine



olan katkısı artacaktır. Ayrıca 1. Basamak'taki sağlık personelinin, 2. Basamaktaki uzman hekimlerce eğitilmesi ile halka daha iyi hizmet sunumu sağlanacaktır.

Hastanelerin iyi bir hizmet verebilmeleri için, ayakta (poliklinikte) ve yatarak sağaltım hizmetleri arasında uygun bir denge olmalıdır. Gereksiz sayıdaki poliklinik hastası hem laboratuvar ve röntgen servislerinde sıkışıklık oluşturmakta, hem de yatması gereken hastaların poliklinik yoluyla görülüp kabul edilmesini dolayısıyla da eldeki kaynakların akılcı (rasyonel) kullanımının göstergesi olarak yüksek Yatak İşgal Oranı (YİO)'nın sağlanmasını engellemektedir.

Sağlık Ocaklarının bir süzgeç görevi yapması sonucu, hastanelerin hasta yükü azalır, bilimsel düzeyi yükselir. Ayrıca Sağlık Ocağından gönderilen hastalar, hastaneye yatırıldığı için devlet yatırımından her hasta eşit şekilde yararlanmış olur (10).

Gerek 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'nın oluşturduğu sistemin destekleyici etmenlerinin azlığı, gerekse de BBSK'na önem verilememesi, sistemin başarısının azalmasına neden olmuştur. Bunun sonucunda da kalabalık hastane poliklinikleri olağan görüntüler vermektedir (45).

#### 2.10.6. Günümüzde Hastaneler

1997 yılı sonu verileriyle ülkemizde 1 112 hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin kurumlara göre dağılımı aşağıda gösterilmiştir (Tablo I) (25).

**TABLO I : Türkiye'de Bulunan Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı.**

KURUMLAR	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	698	63
Özel	210	19
SSK	115	10
MSB*	42	4
Üniversite Hastaneleri	37	3
KİT ve BİT'ler**	10	1
<b>TOPLAM</b>	<b>1 112</b>	<b>100.0</b>

\* Milli Savunma Bakanlığı

\*\* Kamu ve Belediye İktisadi Kuruluşları

Sağlık Bakanlığı'na bağlı 698 hastanenin (479'u devlet hastanesi) 191'i il, 507'si ilçe merkezinde bulunmaktadır (25). Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı sağaltım kurumlarında yıllık poliklinik sayısı 48 469 993, yatan hasta sayısı 2 379 5309'tir. Yatan hasta oranı % 4.9 olarak gerçekleşmiştir (poliklinik başvuruları üzerinden hesaplanmıştır). YİO ise % 55.8 olmuştur (25).

Türkiye genelinde yatak sayısı ise aşağıda gösterilmiştir (Tablo II) (25).

**TABLO II : Türkiye’de Bulunan Hastanelerin Yatak Kapasitelerinin Kurumlara Göre Dağılımı 1997.**

KURUMLAR	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	80 297	50
SSK	25 934	16
Üniversite Hastaneleri	23 383	15
MSB*	15 900	10
Özel	11 255	7
KİT ve BİT’ler**	2 217	1
Diğer Kamu	1898	1
<b>TOPLAM</b>	<b>144 984</b>	<b>100.0</b>

\* Milli Savunma Bakanlığı

\*\* Kamu ve Belediye İktisadi Kuruluşları

On bin kişiye düşen yatak sayısı 25.7’dir. Yatak başına düşen nüfus ise 389’dur (Edirne ili genelinde toplam yatak sayısı 793, yatak başına düşen nüfus 504’tür (25). Tüm hastanelerde genel olarak yatak işgal oranı % 59.2, yatan hasta oranı % 5’tir (25). Bu oranlar Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı sağaltım kurumlarında aynı sırayla % 55.8 ve % 4.9 olarak saptanmıştır (25).

Yatak işgal oranı aşağıdaki formülle hesaplanmaktadır :

$$\text{Yatak İşgal Oranı (YİO)} = \frac{\text{Toplam Hasta Günü}}{\text{Hasta Yatağı Sayısı X 365 gün}} \times 100$$

1997 sonunda Türkiye’de 78 198 hekim bulunmaktadır. Bir hekime düşen nüfus ise 801’dir. Tüm yataklı sağaltım kurumlarında 23 453 Uzman hekim görev yapmaktadır (25). Bunun 10 565’i Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı sağaltım kurumlarında çalışmaktadır (25).

### 3. YÖNTEM ve GEREÇLER

#### 3.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Marmara bölgesinin Trakya bölümünde bulunan Edirne ili, 6 276 km<sup>2</sup> (merkez ilçe ve merkeze bağlı köyler 1 142 km<sup>2</sup>) yüzölçümüne sahip olup, Tekirdağ ve Kırklareli ile komşu olan, bir sınır kentidir. 1997 nüfus sayımına göre 398 125 olarak belirlenen Edirne ili toplam nüfusu (46), 1998 yılı ETF (Evhalkı Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765 olarak saptanmıştır (% 50.2'si erkek, % 49.8'i kadın) (47). İl merkezinin nüfusu ise, 1997'de 115 083 iken 1998'de 119 446'dır.

Edirne ilinde toplam 51 Sağlık Ocağı bulunmaktadır. Sağlık Ocaklarının 9'u (% 17.6) Edirne il merkezinde hizmet vermektedirler. Merkezde ayrıca 1 AÇS-AP Merkezi, 1 VSD, işyeri ve kurum sağlık birimleri vardır. İl genelinde 9 kamu, 2 özel olmak üzere toplam 11 hastane vardır (34). İl merkezinde 1 Devlet Hastanesi, 1 SSK hastanesi, 1 Göğüs Hastalıkları hastanesi 1 Üniversite hastanesi, 1 özel hastane, 2 özel poliklinik hizmet vermektedir (47).

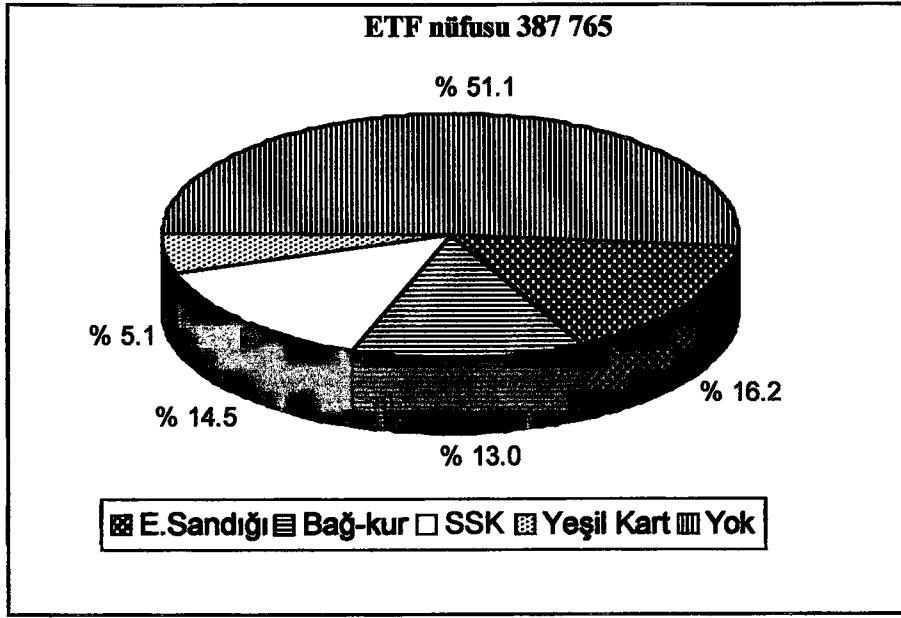
Edirne ili toplam 974 yatak kapasitesine sahiptir. Bunun 386'sı Sağlık Bakanlığı kurumlarına aittir. Yatak başına düşen nüfus 487, on bin nüfusa düşen yatak sayısı 20.5'tir. İl genelinde yataklı sağaltım kurumlarında toplam 243 uzman, 264 pratisyen hekim çalışmaktadır (25). Ocak 1999'da il genelinde toplam 300 uzman, 368 pratisyen (araştırma görevlileri dahil) hekim bulunmaktadır (47). İl genelinde Sağlık Bakanlığı yataklı sağaltım kurumlarında yıllık poliklinik sayısı 426 583 olarak gerçekleşmiştir (25). Yine il genelinde YİO % 48.8, yatan hasta oranı % 3.8'dir (poliklinikler yapılan başvurular üzerinden hesaplanmıştır) (25).

Edirne ilinde yaşayan nüfusun % 51.1'inin sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olanlarda en yüksek oran % 16.2 ile Emekli Sandığı'nın, en az oran ise; % 5.1 ile Yeşil Kart'lılarındır (Tablo III ve Şekil 3) (47,48).

**TABLO III : Edirne İl Nüfusunun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu (1997).**

SOSYAL GÜVENLİK DURUMLARI	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Emekli Sandığı	33 722	8.7	28 989	7.5	62 711	16.2
SSK	29 856	7.7	26 809	6.8	56 665	14.5
Bağ-Kur	28 753	7.4	21 634	5.6	50 387	13.0
Yeşil Kart	10 232	2.7	9 824	2.5	20 056	5.1
Yok	92 030	23.8	105 916	27.3	197 946	51.1
<b>TOPLAM</b>	<b>194 593</b>	<b>50.3</b>	<b>193 172</b>	<b>49.7</b>	<b>387 765</b>	<b>100.0</b>





### ŞEKİL 3 : Edirne Nüfusunun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu (1997).

Edirne ili toplam nüfusunun cinsiyete göre dağılımı erkekler 188 759 (% 50.17), kadınlar 187 309 (% 49.83) şeklinde belirlenmiştir (47).

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Edirne Devlet Hastanesi'nde (EDH) yürütülmüştür. Kent merkezinde yer alan EDH, 45 yıldır sağlık hizmeti sunmaktadır. EDH, 151'i serili (fiili) olmak üzere toplam 200 kadro yatağına sahiptir. Kurumda 51 uzman hekim görev yapmaktadır. Ayrıca, 10 Pratisyen hekim, 6 diş hekimi, 1 eczacı, 92 hemşire, 46 ebe, 10 lab. teknisyeni, 10 röntgen teknisyeni, 20 anestezi teknisyeni, 13 memur, 5 şoför, 29 yardımcı hizmetli görev yapmaktadır. Temizlik işleri özel bir şirket tarafından yürütülmektedir.

1997 yılında polikliniklere toplam 135 305 başvuru olmuştur (acil servis ve Diş Polikliniği dışarıda bırakılmıştır). Aylık olarak bu sayı 11 000 dolaylarındadır. Yıl boyunca toplam yatan hasta sayısı 6 467, yatan hasta oranı başvuranların % 3.3'üdür (49). Görevli 51 uzman hekimden 37'si hasta yatırabilen dallardadır. Yılda uzman başına yatan hasta sayısı;  $6\ 467 / 365 \times 37$  uzman-gün'dür. YİO % 56.9'dur (49). Edirne ili genelinde yataklı sağaltım kurumlarının polikliniklerine yapılan başvurular üzerinden hesaplanan yatan hasta oranı % 3.8'dir (25).

### 3.2. Araştırmanın Tipi

Edirne Devlet Hastanesi'nde verilmekte olan BBSH'nin boyutlarının ortaya konulması amacıyla hastane polikliniklerinde gözlemler yaparak bilgilerin toplandığı tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

### 3.3. Çalışma Yapılacak Polikliniklerin Seçilmesi

Çalışma esas olarak, tanı ve sağaltımları 1. Basamak'ta yapılabilecek olguların, çoklukla başvurduğu 4 dalın polikliniğinde, hasta ve hekim arasındaki iletişimi izlemek ve tutulan kayıtları incelemek yoluyla gerçekleştirilmiştir. Bu 4 poliklinik literatüre dayalı olarak *İç Hastalıkları, KBB, ÇSH, KHD* belirlenmiştir (25,37,38). Literatürde, sayılan dalların hastalıklarının çoğunun, standart laboratuvar donanımına sahip bir Sağlık Ocağı'nda pratisyen hekim tarafından tanınip sağaltılabileceği görüşü yer almaktadır (37,38,50). Gözlemler her hekim için 2 gün olacak şekilde, saptanan dallarda çalışma döneminde fiili olarak görevde olan tüm uzman hekimleri kapsamıştır (İç Hastalıkları 3 x 2 gün, KBB 2 x 2 gün, KHD 4 x 2 gün ve ÇSH 3 x 2 gün). Acil polikliniği ve laboratuvarlar dışarıda bırakılmış, belirtilen polikliniklere başvuran hastalar üzerinden yapılmıştır.

### 3.4. Veri Toplama Aşaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formunda, danışmanın önerdiği düzeltmeler yapıldıktan sonra İç Hastalıkları Polikliniği'nde ön deneme yapılmıştır. Daha sonra aksayan noktalar danışmanla görüşülerek giderilmiştir. Saptanan polikliniklerde, ilgili daldaki uzman hekim sayısına göre 4 - 8 işgünü içeren bir gözlem ve değerlendirme yapılmıştır. Her aşamada poliklinik kayıtlarının yanısıra, laboratuvar, röntgen ve hastane arşivindeki kayıtlar da incelenmiştir. Araştırmanın yürütümü için Başhekimlikten izin alınırken bu ayrıntılar dile getirilmiştir (veri toplama formu yöntem ve gereçlerin sonunda verilmiştir).

Araştırmacı her poliklinikte gözlem süresi boyunca muayeneleri izlemiş ve olguları '*1. ve 2. Basamak olgusu*' biçiminde ayırmıştır. Bu değerlendirme yapılırken standart Sağlık Ocağı laboratuvar donanımı ile yapılabilecek incelemelerle (kanda : hb, htc, BB, KK, sedimentasyon hızı, periferik yayma, serum ayrımı; idrarda : idrar sedimenti, ph, bilirubin, ürobilinojen, protein, yoğunluk, gebelik testi, şeker; dışkıda : yayma, parazit arama, gizli kan incelemesi, gram ve giemsa boyama; bedenden akıntı, sürüntü örneği, gram boyama ile değerlendirme, vajinal yayma yapılarak bunu mikroskop ile değerlendirme) tanı konabilecekleri 1. Basamak olgusu olarak alınmıştır (2,7,10,22,51).

Ayrıca muayeneyi yapan uzman hekimin görüşüne göre de 1. Basamak olguları belirlenmiştir. Araştırmacı hazırladığı günlük değerlendirme formuna gözlemleyeceği ve inceleyeceği her parametreyi kaydetmiş ve bunları sonunda birleştirmiştir. Daha sonra veriler kodlanarak bilgisayarda SPSS 8.0 programına girilmiştir.

Günlük değerlendirme formunda; Adı geçen polikliniklere sağlık hizmeti için başvuranların;

- Yaş, cins, meslek ve oturduğu yer gibi yalnızca poliklinik kayıtlarından elde edilecek demografik özellikleri,
- Sağlık güvence durumları ve türleri (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Yeşil Kart, Özel sigorta),
- İlk başvuru, kontrol başvurusu ya da başka bir sağlık kuruluşundan sevkli olma durumları,

- Yapılan başvuruların nedenleri (burada herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle rahatsızlık duyanların başvuru nedeni olarak "Yakınması var" tanımı kullanılmıştır. Yine daha önce herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuranların aynı sorun nedeniyle gene başvurularını "kontrol" olarak tanımlanmıştır.)
- Sevki olanların nereden sevk edildiği, sevk evrakına ilişkin ayrıntıları (resmi, pusula, sözel),
- Başvuru sonuçları (reçete, inceleme, yatış, sevk),
- İstenen incelemelerin türlerine göre dağılımı,
- Polikliniklere günlük başvuru sayısı ve muayene eden hekimin koyduğu tanı,
- Poliklinik hekimine göre; başvurulara BBSK'nda konulup konulamayacağı,
- İstenen incelemelerin, BBSK'nda standart laboratuvar donanımı ile yapılabilecek incelemelerle karşılaştırılması sonucu, konulan tanılardan olguların 1. Basamak, 2. Basamak olgusu diye ayrılması bulunmaktadır.

### 3.5. Veri Kodlanması ve İstatistiksel Analizi

Veriler kodlanarak bilgisayara girildikten sonra T.Ü Bilgi İşlem Merkezi'nde SPSS 8.0 paket programı ile analiz edilmiştir (SPSS Lisans No : 2150673) kullanılarak girilmiştir. Gerekli istatistiksel analizler, tablolar ve grafikler tez danışmanı desteğiyle, bilgisayar ortamında yapılmıştır.

### 3.6. Araştırmanın Süresi

Gözlenecek ve incelenecek parametrelerin son biçimine getirilmesi ve ön deneme çalışmalarının ardından, gözlem ve incelemeler Nisan 1998-Eylül 1998 tarihleri arasında yapılmıştır. Daha sonra veriler bilgisayara girilerek hesaplamalar ve tablolar oluşturulmuş ve tez yazılmıştır. Çalışma yaklaşık 1 yıl sürmüştür (Tablo IV).

**TABLO IV : Araştırmanın Düzenleme Planı ve Zaman Tablosu.**

AYLAR	1998-1999	Ş	M	N	M	H	T	A	E	E	K	A	O
1. PLANLAMA AŞAMASI Konuyla ilgili literatürün taranması, bilgi ve anket formlarının hazırlanması, ön denemelerin yapılması, gerekli izinin alınması													
	<b>L İ T E R A T Ü R T A R A M A S I</b>												
2. UYGULAMA AŞAMASI Veri toplama, veri işleme													
3. ANALİZ AŞAMASI Tablo, grafik yapımı, verilerin yorumlanması													
4. YAZIM AŞAMASI tezin yazılması, basılması, sunulması													

**Karar sorunu :** Türkiye’de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler, tıpkı diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi finansman, altyapı (teknik-fizik kapasite ve sağlık insangücünün nitelik-nicelik düzeyi ile yurt genelinde dengesiz dağılımı), eğitim ve beslenme sorunlarıdır. Buna bağlı olarak sağlık düzeyimizin ülke çapında yükseltilmesinde en önemli kazancın TSH’nın geliştirilmesinden geçeceği de açıktır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa kapsamında kurulan Sağlık Ocakları sistemi bu amaca yönelik olup; hastalıkların tanı ve sağaltımında ileri Basamak (2. ve 3. Basamak) Sağlık Hizmetlerinin verildiği hastaneler için seçiciliği sağlayan 1. Basamak sağlık kuruluşlarıdır.

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde yürütülememesi, bunları uygulayacak kurumların TSH’ni verecek yapıda kurulmaması, sağlıklı bir sevk zincirinin öbür sağlık kurumları ile ilişkilendirilmemesi ve Sağlık Bakanlığı merkez örgütü ile sıkı bir ilişki içinde bulunmaması sonucu devlet hastanelerine yığılma olayı ile karşı karşıya kalınmaktadır.

Günümüz Türkiye’inde yönlenme, gerek sunum gerekse istem bakımından ileri Basamak sağlık hizmetlerine, yani hastanelere olmaktadır. Birinci Basamak birimleri olarak Sağlık Ocakları yeterince desteklenmemiştir. Sağlık yöneticileri, hekimler ve halk sağlık hizmetleri denildiğinde hastaneleri düşünmektedirler. Bu anlayış hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının eğitimlerinde de ağırlıklı bir yer tutmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de hastaneler geliştirilmiştir. Donanım ve sağlık insangücü bakımından hastanelerin gelişmiş olması nedeniyle hastaneye gitmekten başka bir seçeneği olmayan halk, hastaneleri kullanmaya özendirilmiş ve alıştırmıştır.

Bir 2. Basamak sağlık kuruluşu olan EDH’nin polikliniklerinde BBSH verilir verilmediği, eğer veriliyorsa bunun niceliğini saptamak **amacıyla**, sunulan tez çalışması gerçekleştirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sırasında ve tezin yazımında karşılaşılan en önemli sınırlılık; araştırma konusunun kapsamı bakımından benzer çalışmaların az olması olmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalar daha çok hastanelere başvuranların değerlendirilmesi biçimindedir. Ayrıca tüm dallardaki polikliniklerin araştırmaya alınmaması başka bir sınırlılıktır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bütün polikliniklere yapılan başvuruların tamamını temsil etmemektedir. Hekimlerin poliklinikte başka birinin olmasına bile gösterecekleri olası tepki, bilgilendirerek ikna yoluyla aşılmaya çalışılmıştır.

Adı ve Soyadı	Yaş-Cinsi	İşi	Oturduğu Yer	Sosyal Güvence Cinsi	Başvuru Durumu	Sevki İse Edildiği Yer	Sevki Şekli	Sonuç	Tetkik Cinsi	Tanı Kod	Tetkik göre	Dr. göre
1.	..... Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		Merkez <input type="checkbox"/> İlçe, Köy <input type="checkbox"/> İl Dışı <input type="checkbox"/>	E.S. <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Ücretsiz <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	İlk başvuru <input type="checkbox"/> Sevki <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> İlaç yazd. <input type="checkbox"/>	Sağ. Ocağı <input type="checkbox"/> AÇS <input type="checkbox"/> VSD <input type="checkbox"/> Krm Hek. <input type="checkbox"/> Ask. Revir <input type="checkbox"/> Ö.Hst-mua. <input type="checkbox"/>	Form019 <input type="checkbox"/> Resmi <input type="checkbox"/> Pusula <input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/>	Reçete <input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Yatış <input type="checkbox"/> Sevk <input type="checkbox"/> Yeri... ..... Diğer.....	T.Kan <input type="checkbox"/> Sedim. <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> T.İdr.(Protein,şeker,bilirubin dahil) <input type="checkbox"/> Per.Yayma <input type="checkbox"/> Direk Mikr. <input type="checkbox"/> Kültür <input type="checkbox"/> Dışkıda Prz. <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Dışk.gi. kan <input type="checkbox"/> Ultrason <input type="checkbox"/> Diğer.....	.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
2.	..... Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		Merkez <input type="checkbox"/> İlçe, Köy <input type="checkbox"/> İl Dışı <input type="checkbox"/>	E.S. <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Ücretsiz <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	İlk başvuru <input type="checkbox"/> Sevki <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> İlaç yazd. <input type="checkbox"/>	Sağ. Ocağı <input type="checkbox"/> AÇS <input type="checkbox"/> VSD <input type="checkbox"/> Krm Hek. <input type="checkbox"/> Ask. Revir <input type="checkbox"/> Ö.Hst-mua. <input type="checkbox"/>	Form019 <input type="checkbox"/> Resmi <input type="checkbox"/> Pusula <input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/>	Reçete <input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Yatış <input type="checkbox"/> Sevk <input type="checkbox"/> Yeri... ..... Diğer.....	T.Kan <input type="checkbox"/> Sedim. <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> T.İdr.(Protein,şeker,bilirubin dahil) <input type="checkbox"/> Per.Yayma <input type="checkbox"/> Direk Mikr. <input type="checkbox"/> Kültür <input type="checkbox"/> Dışkıda Prz. <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Dışk.gi. kan <input type="checkbox"/> Ultrason <input type="checkbox"/> Diğer.....	.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
3.	..... Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		Merkez <input type="checkbox"/> İlçe, Köy <input type="checkbox"/> İl Dışı <input type="checkbox"/>	E.S. <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Ücretsiz <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	İlk başvuru <input type="checkbox"/> Sevki <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> İlaç yazd. <input type="checkbox"/>	Sağ. Ocağı <input type="checkbox"/> AÇS <input type="checkbox"/> VSD <input type="checkbox"/> Krm Hek. <input type="checkbox"/> Ask. Revir <input type="checkbox"/> Ö.Hst-mua. <input type="checkbox"/>	Form019 <input type="checkbox"/> Resmi <input type="checkbox"/> Pusula <input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/>	Reçete <input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Yatış <input type="checkbox"/> Sevk <input type="checkbox"/> Yeri... ..... Diğer.....	T.Kan <input type="checkbox"/> Sedim. <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> T.İdr.(Protein,şeker,bilirubin dahil) <input type="checkbox"/> Per.Yayma <input type="checkbox"/> Direk Mikr. <input type="checkbox"/> Kültür <input type="checkbox"/> Dışkıda Prz. <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Dışk.gi. kan <input type="checkbox"/> Ultrason <input type="checkbox"/> Diğer.....	.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
4.	..... Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		Merkez <input type="checkbox"/> İlçe, Köy <input type="checkbox"/> İl Dışı <input type="checkbox"/>	E.S. <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Ücretsiz <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	İlk başvuru <input type="checkbox"/> Sevki <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> İlaç yazd. <input type="checkbox"/>	Sağ. Ocağı <input type="checkbox"/> AÇS <input type="checkbox"/> VSD <input type="checkbox"/> Krm Hek. <input type="checkbox"/> Ask. Revir <input type="checkbox"/> Ö.Hst-mua. <input type="checkbox"/>	Form019 <input type="checkbox"/> Resmi <input type="checkbox"/> Pusula <input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/>	Reçete <input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Yatış <input type="checkbox"/> Sevk <input type="checkbox"/> Yeri... ..... Diğer.....	T.Kan <input type="checkbox"/> Sedim. <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> T.İdr.(Protein,şeker,bilirubin dahil) <input type="checkbox"/> Per.Yayma <input type="checkbox"/> Direk Mikr. <input type="checkbox"/> Kültür <input type="checkbox"/> Dışkıda Prz. <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Dışk.gi. kan <input type="checkbox"/> Ultrason <input type="checkbox"/> Diğer.....	.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
5.	..... Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		Merkez <input type="checkbox"/> İlçe, Köy <input type="checkbox"/> İl Dışı <input type="checkbox"/>	E.S. <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Ücretsiz <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	İlk başvuru <input type="checkbox"/> Sevki <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> İlaç yazd. <input type="checkbox"/>	Sağ. Ocağı <input type="checkbox"/> AÇS <input type="checkbox"/> VSD <input type="checkbox"/> Krm Hek. <input type="checkbox"/> Ask. Revir <input type="checkbox"/> Ö.Hst-mua. <input type="checkbox"/>	Form019 <input type="checkbox"/> Resmi <input type="checkbox"/> Pusula <input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/>	Reçete <input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Yatış <input type="checkbox"/> Sevk <input type="checkbox"/> Yeri... ..... Diğer.....	T.Kan <input type="checkbox"/> Sedim. <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> T.İdr.(Protein,şeker,bilirubin dahil) <input type="checkbox"/> Per.Yayma <input type="checkbox"/> Direk Mikr. <input type="checkbox"/> Kültür <input type="checkbox"/> Dışkıda Prz. <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Dışk.gi. kan <input type="checkbox"/> Ultrason <input type="checkbox"/> Diğer.....	.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>



## 4. BULGULAR

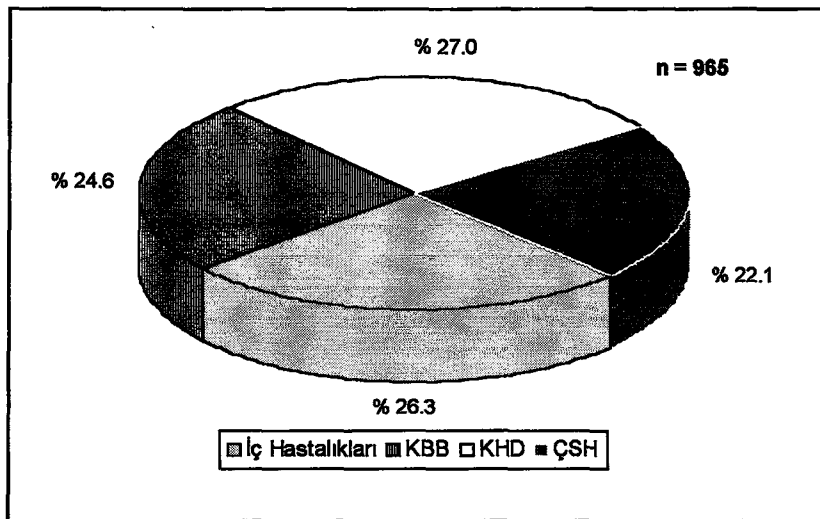
Araştırma sırasında Edirne Devlet Hastanesi'nin (EDH) saptanan polikliniklerinde yapılan gözlem ve incelemelerde elde edilen bilgiler, değerlendirilerek aşağıda sunulmuştur.

Verilerin toplandığı dönem (Nisan - Eylül 1998) dikkate alındığında, EDH'nde 51 uzman hekim görev yapmaktadır. Bunların 45'inin (yaklaşık % 90'ının) muayenehanesi vardır. 2'si özel hastanede çalışmaktadır. 4'ünün ise (yaklaşık % 8'inin) muayenehanesi yoktur. İncelemeye alınması kararlaştırılan dallarda ise; 3 İç Hastalıkları uzmanı, 4 Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) uzmanı, 2 Kulak Burun Boğaz (KBB) uzmanı ve 3 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (ÇSH) uzmanı eylemli olarak çalışmaktaydı. 1997 yılında EDH'nin toplam poliklinik sayısı 135 305 olarak gerçekleşmiştir (Acil ve dış polikliniği dışarıda bırakılmıştır) (49).

Araştırmaya alınan polikliniklere, inceleme döneminde yapılan toplam başvuru sayısı 965'tir. Bu sayının polikliniklere göre dağılımı aşağıda verilmiştir (Tablo V, Şekil 4).

**TABLO V : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Dağılımı.**

POLİKLİNİKLER	Yapılan Başvuru		Hekim Başına Başvuru Ortalaması
	Sayı	%	
KHD	261	27.0	65.2
İç Hastalıkları	254	26.3	84.6
KBB	237	24.6	118.5
ÇSH	213	22.1	71
TOPLAM	965	100.0	80.4



**ŞEKİL 4 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Bölümlere Dağılımı.**

İncelemeye alınan polikliniklere başvuranlar 1 ay ile 86 yaş arasındadır. Başvuranların, polikliniklere göre yaş dağılımı aşağıda verilmiştir (Tablo VI).

**TABLO VI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Yaşa Göre Dağılımı.**

POLİKLİNİKLER	Ortalama $\pm$ SS	Min. - Maks. (yıl)	Tepe değer ve Ortanca (yıl)
İç Hastalıkları	49.5 $\pm$ 16.8	15 - 86	45 - 52
KBB	37.3 $\pm$ 10.6	1 - 83	60 - 36
KDH	32.3 $\pm$ 10.6	15 - 68	23 - 30
ÇSH*	58.4 $\pm$ 44.5	7 - 168**	72 - 48
<b>TOPLAM***</b>	<b>39.7 <math>\pm</math> 17.9</b>	<b>1 - 86</b>	<b>28 - 39</b>

\* Ay olarak verilmiştir, \*\* Gün olarak verilmiştir, \*\*\* ÇSH başvuruları dışarıda tutulmuştur.

İncelenen polikliniklere yapılan tüm başvuruların cinsiyete göre dağılımına bakılacak olursa; erkeklerin % 46.6, kadınların % 53.4 oranında olduğu görülmektedir (Tablo VII). Erkekler Edirne nüfusunda % 50.2 oranında iken, EDH'nin incelenen polikliniklerine başvuranlar içinde % 46.6 düzeyindedirler. Bu oranlarla, erkekler anlamlı biçimde daha az başvuruda bulunmuşlardır (Evren Oranı Önemlilik Testi;  $t = 12.9$ ,  $p < 0.05$ ). Kadınlarda ise durum tersine olup, Edirne nüfusunda % 49.8 olan temsil düzeyi, poliklinik başvurularında % 53.4'e ulaşmaktadır. Aradaki fark önemli olup, kadınların değinilen hizmetleri daha fazla kullandığı gözlenmektedir (Evren Oranı Önemlilik Testi;  $t = 11,1$   $p < 0.05$ ).

**TABLO VII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Cinsiyete Göre Dağılımı.\***

CİNSİYET	Poliklinik Başvurusu		Edirne Popülasyonu	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kadın</b>	637	53.4	187 309	49.8
<b>Erkek</b>	328	46.6	188 759	50.2
<b>TOPLAM</b>	<b>704</b>	<b>100.0</b>	<b>376 068</b>	<b>100.0</b>

Evren Oranı Önemlilik Testi, kadınlar için;  $t = 11.1$ ,  $p < 0.05$   
erkekler için;  $t = 12.9$ ,  $p < 0.05$

Tüm başvuruların cinsiyet ve polikliniklere göre dağılımı Tablo 8'de verilmiştir. Bu dağılım istatistiksel olarak önemli olup, bunun kaynağı İç Hastalıkları Polikliniğidir. İç Hastalıkları Polikliniğine kadınlar daha çok başvurmaktadır (Tablo VIII).

**TABLO VIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Cinsiyete Göre Polikliniklere Dağılımı.**

CİNSİYET	POLİKLİNİKLER							
	İç Hastahkları		KBB		ÇSH		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	160	63.0	113	47.7	103	48.4	376	53.4
Erkek	94	37.0	124	52.3	110	51.6	328	46.6
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

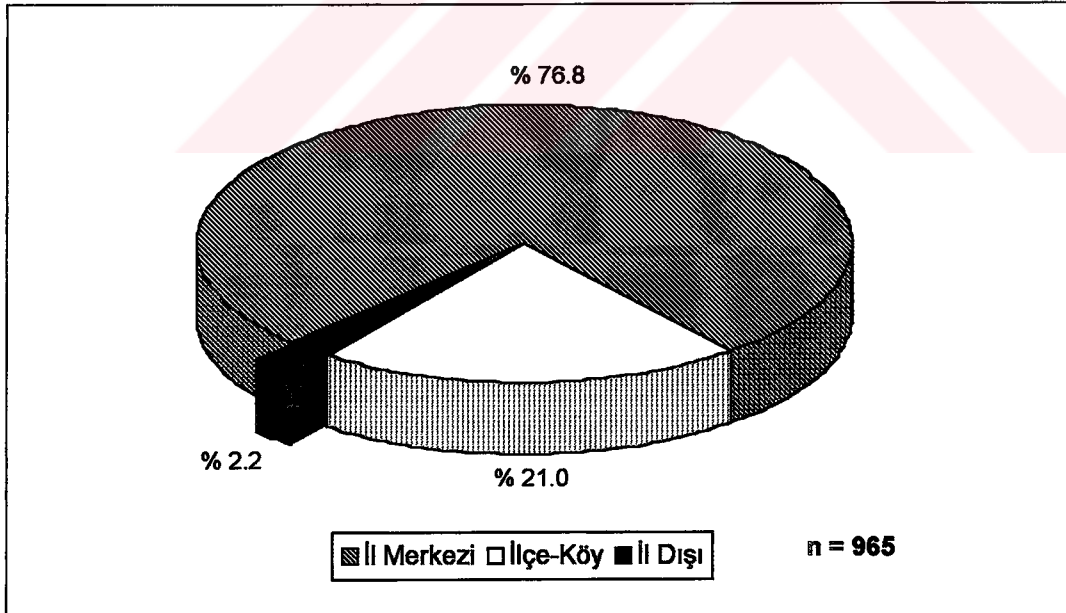
$\chi^2 = 14.685, p = 0.000$

\* KHD polikliniğine başvuran 201 kişi dışarıda bırakılmıştır.

Başvuranların % 76.8'i İl merkezinde, % 21'i İlçe ve köylerde oturduklarını bildirmişlerdir (Tablo IX, Şekil 5). Nüfusun il merkezi ve ilçe-köylere dağılımı, sırasıyla % 29,6 ve % 70,4'tür (46).

**TABLO IX : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuranların Geldikleri Yere Göre Dağılımı.**

GELDİĞİ YER	Sayı	%
İl Merkezi	741	76.8
İlçe - Köy	203	21.0
İl Dışı	21	2.2
<b>TOPLAM</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>



**ŞEKİL 5 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Başvuranların Geldikleri Yere Göre Dağılımı.**



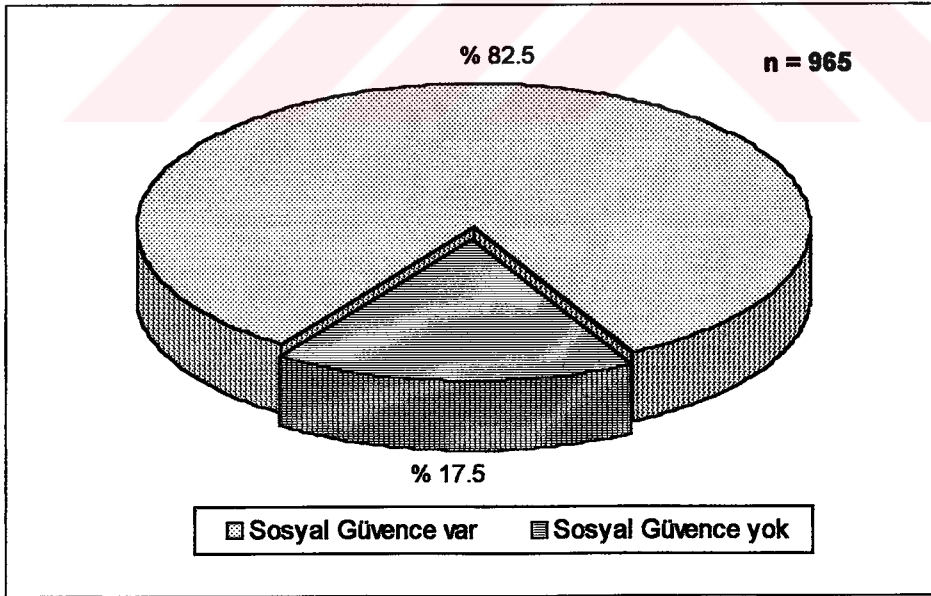
#### 4.1. Başvuruların Sosyal Güvence Durumları :

İncelenen polikliniklere başvuruların (n = 965), % 82.5'inin sosyal güvencesi vardır. Kalan % 17.5'inin hiçbir sosyal güvencesi yoktur. En yüksek oranda sosyal güvence varlığı İç Hastalıkları Polikliniğine başvuranlarda bulunmuştur. Sosyal güvence yokluğu en yüksek oranda KBB Polikliniğine yapılan başvurularda (% 19.8); varlığı ise yüksek oranda İç Hastalıkları hastalarında saptanmıştır (Tablo X, Şekil 6).

**TABLO X : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuranların Sosyal Güvence Durumları.**

SOSYAL GÜVENCE	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	219	86.2	190	80.2	215	82.4	172	80.8	796	82.5
Yok	35	13.8	47	19.8	46	17.6	41	19.2	169	17.5
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

$$\chi^2 = 3.779, \quad p = 0.286$$



**ŞEKİL 6 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Başvuranların Sosyal Güvence Durumları.**

Polikliniklere başvuranların sağlık sosyal güvence durumunun, Edirne ili geneli ile karşılaştırılması sonucu, aradaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (Evren Oranı Önemlilik Testi,  $t = 37.65$ ,  $p < 0.05$ ). EDH'ne sosyal güvencesi olanların daha çok başvurmakta olduğu görülmektedir (Tablo XI).

**TABLO XI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların ve Türkiye Genelinin Sağlık Sosyal Güvence Durumları.**

SOSYAL GÜVENCE	Poliklinik Başvurusu		Türkiye Popülasyonu	
	Sayı	%	Sayı	%
Var	796	82.5	42 182 800	67.1
Yok	169	17.5	20 682 774	32.9
<b>TOPLAM</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>	<b>62 865 574</b>	<b>100.0</b>

Evren Oranı Önemlilik Testi,  $t = 12.19$ ,  $p < 0.05$

Tablo XI'den anlaşılacağı üzere, sosyal güvence varlığı, anlamlı biçimde, EDH hizmetlerinden yararlanmayı artırmaktadır. Bir başka anlatımla, sosyal güvencesizlik, EDH'den yararlanmada önemli bir engel ve eşitsizlik kaynağıdır.

Sosyal güvencesi olanların, güvence kaynaklarına bakılırsa; Emekli Sandığı ilk sırada (% 51.9) Bağ-Kur ikinci (% 32.4), Yeşil Kart ise üçüncü (% 15.7) sırada yer almıştır. Emekli Sandığı güvencesi en yüksek oranda KHD (% 55.3), Bağ-Kur güvencesi İç Hastalıkları (% 36.1), yeşil kart güvencesi ise ÇSH Polikliniği (% 24.4) başvurularında saptanmıştır (Tablo XII).

**TABLO XII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sosyal Güvenceli Başvuranların Sosyal Güvence Kaynağı Dağılımı.**

SOSYAL GÜVENCE KAYNAĞI	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Emekli Sandığı	114	52.1	103	54.2	119	55.3	77	44.8	413	51.9
Bağ-Kur	79	36.1	66	34.7	60	27.9	53	30.8	258	32.4
Yeşil Kart	26	11.9	21	11.1	36	16.6	42	24.4	125	15.7
<b>TOPLAM</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>	<b>190</b>	<b>100.0</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>	<b>796</b>	<b>100.0</b>

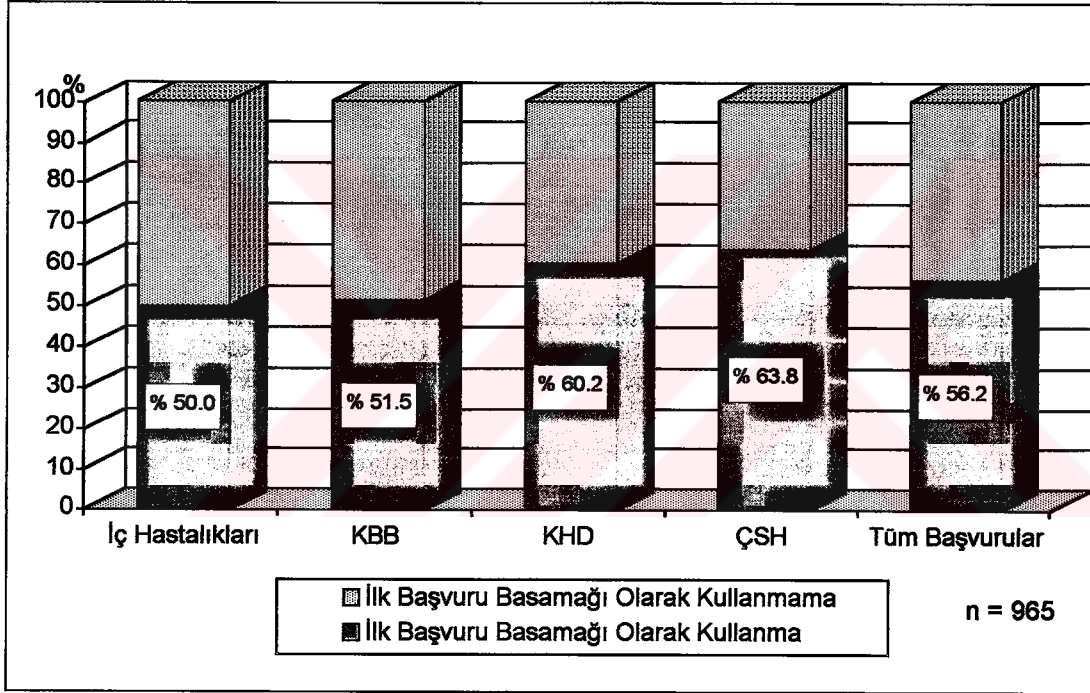
#### 4.2. Başvurma Biçimleri :

İncelenen poliklinikleri ilk başvuru basamağı olarak kullanma oranı, tüm poliklinikler dikkate alındığında % 56.2 olarak bulunmuştur. En yüksek oran ÇSH (% 63.8), en düşük oran ise İç Hastalıkları (% 50.0) Polikliniğine başvurularda gerçekleşmiştir (Tablo XIII, Şekil 7). İncelenen poliklinikler, ilk başvuru basamağı olarak kullanılma bakımından benzer dağılım göstermektedir ( $\chi^2 = 5.291$ ,  $p = 0.151$ ).

**TABLO XIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerini İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullanma Durumu.**

POLİKLİNİKLER	İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullanma		Toplam Başvuru
	Sayı	%	Sayı
KHD	157	60.2	261
İç Hastahkları	127	50.0	254
KBB	122	51.5	237
ÇSH	136	63.8	213
<b>TOPLAM</b>	<b>542</b>	<b>56.2</b>	<b>965</b>

$$\chi^2 = 5.291, \quad p = 0.151$$



**ŞEKİL 7 : Araştırmaya Alınan Poliklinikleri İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullanma Durumu.**

Araştırma yapılan polikliniklere yapılan başvuruların yalnızca % 27.5'i sevklı olarak gelmiştir. En çok sevklı gelme oranı, % 39.8 ile KHD, en az sevklı gelme oranı ise % 14.6 ile İç Hastahkları Polikliniği başvurularında olmuştur. Sevklı başvuruların polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemli düzeyde farklıdır ( $\chi^2 = 39.317, p = 0.000$ ). Bu fark İç Hastahkları ve KBB Polikliniğinde diğerlerine göre sevklı başvuruların düşük, sevksiz başvuruların yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo XIV).

**TABLO XIV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevklı Başvurma Durumu.**

POLİKLİNİKLER	Sevklı Başvuru Durumu		Sevksiz Başvuru Durumu		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KHD	104	39.8	157	60.2	261	100.0
İç Hastalıkları	37	14.6	217	85.4	254	100.0
KBB	50	21.1	187	88.9	237	100.0
ÇSH	74	34.7	139	65.3	213	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>265</b>	<b>27.5</b>	<b>700</b>	<b>72.5</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

$\chi^2 = 39.317, p = 0.000$

Sevkeden kuruluşları incelediğimizde; ilk sırada % 56.8 ile Sağlık Ocağının geldiği görülmektedir. En az oranda sevklı başvuru, % 0.4 ile VSD'den olmuştur. Sağlık Ocağı sevklı başvurular en çok (% 67.6) İç Hastalıkları Polikliniğine yapılmıştır. Ancak bu sevklerin önemli bir bölümü, salt başvuranın istemine dayalı olabilir. Özel hastane ve muayenehaneden sevkler de yine en çok İç Hastalıkları (% 8.1) Polikliniğine yönlendirilmektedir (Tablo XV).

**TABLO XV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevklı Başvuruların Geldikleri Yere Göre Dağılımı.**

SEVKEDEN YER	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Ocağı	25	67.6	27	55.1	48	49.0	46	63.0	146	56.8
Kurum Hekimi	5	13.5	11	22.4	29	29.6	23	31.5	68	26.5
Askeri Revir	-	-	8	16.3	15	15.3	2	-	25	9.7
Özel Hst.-Muay.*	3	8.1	2	-	6	6.1	2	-	13	5.1
Başka Devlet Hst.	3	8.1	1	-	-	-	-	-	4	-
AÇS-AP**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOPLAM</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>	<b>73</b>	<b>100.0</b>	<b>257</b>	<b>100.0</b>

\* Sözel ya da pusula (not) ile

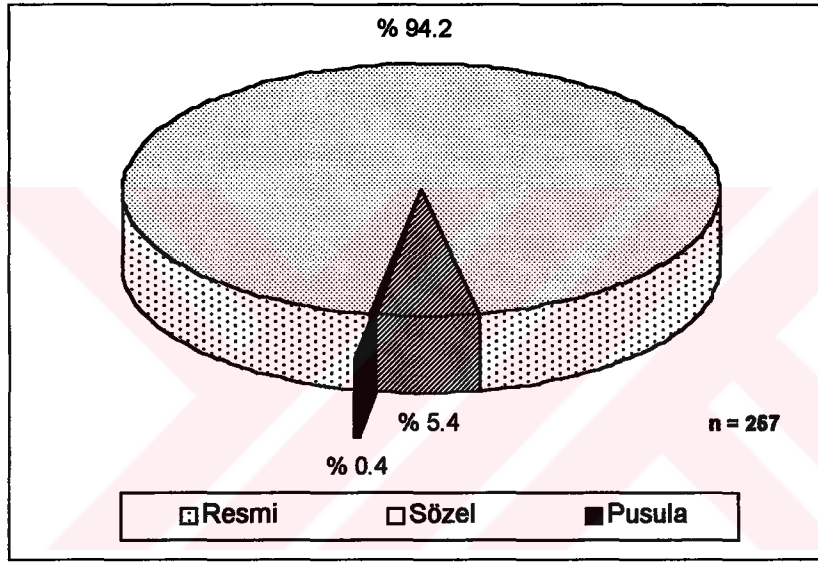
\*\* Merkezde 1 pediatri uzmanı, 1 aile hekimi, 2 pratisyen hekim görevlidir ve hiç sevk yapılmamıştır.

\*\*\* VSD tek 1 sevk yapmıştır.

İncelenen polikliniklere yapılan sevklı başvurularda resmi sevkler % 94.2 ile en yüksek orandadır. İkinci sırada % 5.4 ile sözel sevkler gelmektedir. Önemli bir nokta; AÇS-AP Merkezinden hiç sevk gelmemiş olmasıdır (Tablo XVI, Şekil 8).

**TABLO XVI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevklı Başvuruların Sevk Biçimine Göre Dağılımı.**

SEVK BİÇİMİ	POLİKLİNİKLER					
	İç Hastalıkları	KBB	KHD	ÇSH	TOPLAM	
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	%
Resmi	34	45	92	71	242	94.2
Sözel	3	3	6	2	14	5.4
Pusula	-	1	-	-	1	-
TOPLAM	37	49	98	73	257	100.0



**ŞEKİL 8 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Sevklı Başvuruların Sevk Biçimine Göre Dağılımı.**

#### 4.3. Başvuru Nedenleri :

İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların nedenleri incelendiğinde; en yüksek oranı, % 55.9 ile “yakınma” oluşturmuştur. “Yakınma” nedenli başvuru, en yüksek oranda (% 96.7) ÇSH Polikliniğinde, en düşük oranda (% 65.4) İç Hastalıkları Polikliniğinde gerçekleşmiştir. En düşük oranda olan başvuru nedeni (% 1.9), ilaç yazdırma olmuştur (Tablo XVII, Şekil 9).

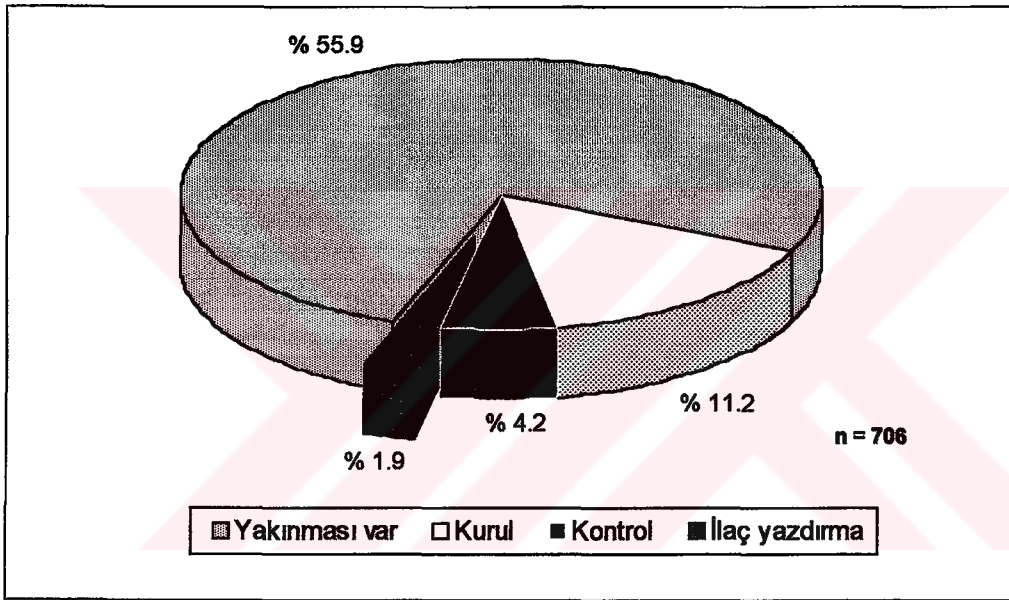


**TABLO XVII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvurma Nedenleri.\***

BAŞVURU NEDENİ	POLİKLİNİKLER							
	İç Hastalıkları		KBB		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yakınması var	166	65.4	167	70.5	206	96.7	539	76.3
Heyet	53	20.9	55	23.2	-	-	108	15.3
Kontrol	23	9.1	12	5.1	6	2.8	41	5.6
İlaç Yazdırma	12	4.7	3	1.3	2	0.5	18	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>	<b>706**</b>	<b>100.0</b>

\* Sevkiiler dışında (n = 257)

\*\* 2 başvuru değerlendirilememiştir.



\* Sevkiiler dışında (n = 257)

**ŞEKİL 9 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Başvurma Nedenleri.\***

İncelenen polikliniklere kontrol amacıyla başvuranların dağılımı incelendiğinde; en yüksek oran (% 56.5) İç Hastalıkları Polikliniğinde saptanmıştır (Tablo XVIII).

**TABLO XVIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Kontrol Nedenli Başvuruların Dağılımı.**

POLİKLİNİKLER	Kontrol Nedeniyle Başvuru	
	Sayı	%
İç Hastalıkları	23	56.5
KBB	12	29.3
ÇSH	6	14.6
<b>TOPLAM</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>



KHD Polikliniğine yapılan başvuruların nedenleri arasında en yüksek oran jinekolojik nedenlerdir. İkinci sırada % 24.9 ile gebelik testi (adet gecikmesi yüzünden) vardır. Doğum öncesi bakım (DÖB) % 24.1 oranıyla üçüncü sıradadır (Tablo XIX).

**TABLO XIX : Edirne Devlet Hastanesi'nin KDH Polikliniğine Yapılan Başvuruların Nedenlerine Göre Dağılımı.**

BAŞVURU NEDENİ	Yapılan Başvuru	
	Sayı	%
Jinekolojik Sorun	115	44.1
Adet Gecikmesi (Gebelik Testi)	65	24.9
Doğum Öncesi Bakım	63	24.1
Aile Planlaması	8	3.1
Doğum	8	3.1
İlaç Yazdırma	2	-
<b>TOPLAM</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>

\* D & C veya MR nedeniyle hiçbir başvuru yapılmamıştır.

İncelenen polikliniklere kurul raporu almak için başvuranların rapor alma nedenlerine bakılınca, % 57.4 ile *ilaç fiyat indirimi* ilk sırada yer almıştır. En düşük oranda (% 0.9) rapor alma nedeni, vatandaşlık başvurusu içindir. KHD ve ÇSH Poliklinikleri'ne, heyet raporu almak için başvuru yapılmamıştır (Tablo XX).

**TABLO XX : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Kurul Raporu Almak İçin Başvurma Nedenleri.**

BAŞVURU NEDENLERİ	POLİKLİNİKLER					
	İç Hastalıkları		KBB		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlaç Fiyatı indirimi*	29	54.7	33	60.0	62	57.4
İşe girme	6	11.3	16	29.1	22	20.4
İstirahat raporu	7	13.2	3	5.5	10	9.3
Yaşlılık aylığı İçin	5	9.4	2	3.6	7	6.5
Ehliyet almak İçin	5	9.4	1	1.8	6	5.6
<b>TOPLAM</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>108</b>	<b>100.0</b>

\* İlaç katkı payında indirimden yararlanmak için yapılan rapor istemleridir.

\*\* Vatandaşlık için kurul raporu istemiyle 1 başvuru yapılmıştır.

#### 4.4. Başvuruların Sonlanma Biçimleri :

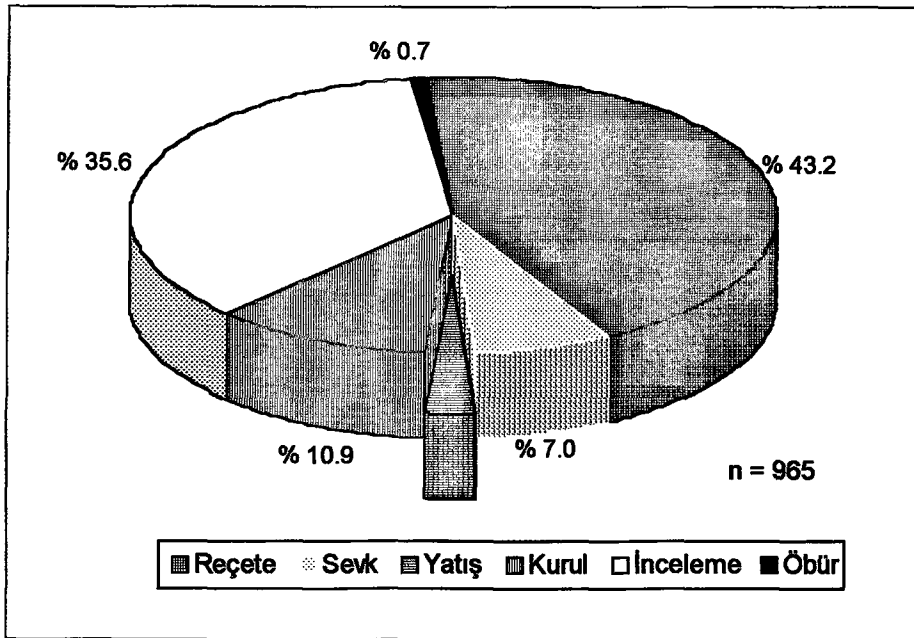
Araştırmaya alınan polikliniklere yapılan tüm başvuruların nasıl sonuçlandırıldığı incelendiğinde; % 43.2'sine *yalnızca reçete verilerek gönderildiği* saptanmıştır. Yalnızca reçete verilerek muayenenin sonlandırılması oranı, en çok KBB Polikliniğine başvuran kesimdedir (% 62.4).

Bütün başvuruların % 39.8'inden laboratuvar incelemesi istenmiştir. İncelenen polikliniklerde toplam yatan hasta sayısı; 25'tir. 12 uzman hekimle (her biriyle 2 gün çalışılmıştı) gözlem yapıldığı dikkate alınrsa; uzman başına yatan hasta sayısı,  $25 / (2 \times 12) = 1$  uzman-gün olarak bulunabilir. Bir başka anlatımla, bir uzman günde bir hasta yatırmaktadır. Tüm başvurularda yatış oranı % 2.6'dır.

En yüksek yatış oranı, % 3.6 ile İç Hastalıkları Polikliniğinde gerçekleşmiştir. İncelenen polikliniklere yapılan başvurulara % 8 oranında sevk işlemi uygulanmıştır. Sevk işlemi uygulanma oranlarına bakılacak olursa, en yüksek oran İç Hastalıkları (% 15.7), en düşük oran KHD (% 4.3) Polikliniğine başvuran kümededir (Tablo XXI, Şekil 10).

**TABLO XXI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Sonlanma Biçimi.**

Muayenenin Sonlanma Biçimi	POLİKLİNİKLER									
	İçHastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Reçete	56	22.0	148	62.4	89	34.1	124	58.2	417	43.2
İncel.+reçete	89	35.0	17	7.2	91	35.7	73	34.3	270	28.2
Kurul rap.	52	20.5	53	22.4	-	-	-	-	105	10.9
Sevk	32	12.6	13	5.5	11	4.3	11	5.2	67	7.0
İncel.+fneri	-	-	-	-	57	22.4	-	-	57	5.9
Yatış	4	1.6	1	-	8	3.1	3	-	16	1.7
Lab. İncel.	8	3.1	-	-	5	2.0	1	-	14	1.5
İncel.+sevk	8	3.1	2	-	-	-	-	-	10	1.0
İncel.+yatış	5	2.0	3	-	-	-	1	-	9	0.9
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>



**ŞEKİL 10 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Yapılan Başvuruların Sonlanma Biçimi.**

Araştırmaya alınan poliklinikler **İlk** başvuru basamağı olarak kullanıldığında, yapılan başvuruların nasıl sonuçlandırıldığı incelendiğinde; % 50.8'ine *yalnızca reçete verilerek* gönderildiği saptanmıştır. Yalnızca reçete verilerek muayenenin sonlandırılması oranı, % 82 ile KBB Polikliniğine başvuran grupta en yüksektir. Bütün başvuruların % 40.7'sinden *laboratuvar incelemesi* istenmiştir. Tüm başvurularda yatış oranı % 2.4'tür. En yüksek *yatış* oranı, % 3.9 ile İç Hastalıkları Polikliniğinde gerçekleşmiştir. Yine tüm başvurulara % 6.9 oranında *sevk* işlemi uygulanmıştır. Sevk oranı, en yüksek İç Hastalıkları (% 18.1), en düşük KHD (% 2.6) Polikliniğine başvuran kümededir (Tablo XXII).

**TABLO XXII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan İlk Başvuruların Sonlandırılma Biçimi.**

Muayenenin Sonlanma Biçimi	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Reçete	37	29.1	100	82	48	31.6	88	64.7	273	50.8
İncel.+reçete	62	48.8	13	10.7	58	38.2	41	30.1	174	32.4
Sevk	21	16.5	6	4.9	4	2.6	4	2.9	35	6.5
İncel.+öneri	-	-	-	-	34	22.4	-	-	34	6.3
Yatış	1	-	1	-	4	2.6	2	-	8	1.5
Lab. İncel.	-	-	-	-	4	2.6	1	-	5	0.9
İncel.+yatış	4	3.1	1	-	-	-	-	-	5	0.9
İncel.+sevk	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Kurul rap.	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
<b>TOPLAM</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>	<b>152</b>	<b>100.0</b>	<b>136</b>	<b>100.0</b>	<b>537</b>	<b>100.0</b>

İncelemeye alınan polikliniklerden yapılan sevklerin nerelere olduğu incelendiğinde; % 48.1'inin başka bir polikliniğe, % 51.9'unun Trakya Üniversitesi Araştırma Hastanesi'ne (3. Basamak sağlık kuruluşu) sevk edildiği görülmektedir. Hastane içinde başka bir polikliniğe sevk, en yüksek oranda (% 81.8) KHD Polikliniğinde, en düşük oranda ise (% 26.2) İç Hastalıkları Polikliniğinde olmuştur. Üniversite Hastanesi'ne sevk oranı en yüksek oranda (% 73.8) İç Hastalıkları, en düşük oranda (% 18.2) KHD Polikliniğine başvuran kesimde gerçekleşmiştir. Sevklerin polikliniklere göre dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2 = 18.060$ ;  $p = 0.000$ ). Bu fark İç Hastalıkları Polikliniğinden kaynaklanmaktadır (Tablo XXIII).

**TABLO XXIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerinden Sevk Edilenlerin Edildikleri Yere Göre Dağılımı.**

SEVK EDİNİLEN YER	POLİKLİNİKLER						
	İç Hastalıkları		KBB	KHD	ÇSH	TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	%
Üniv. Hst.	31	73.8	4	2	3	40	51.9
Başka plk.	11	26.2	10	9	7	37	48.1
<b>TOPLAM</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

$\chi^2 = 18.06$ ,  $p = 0.000$

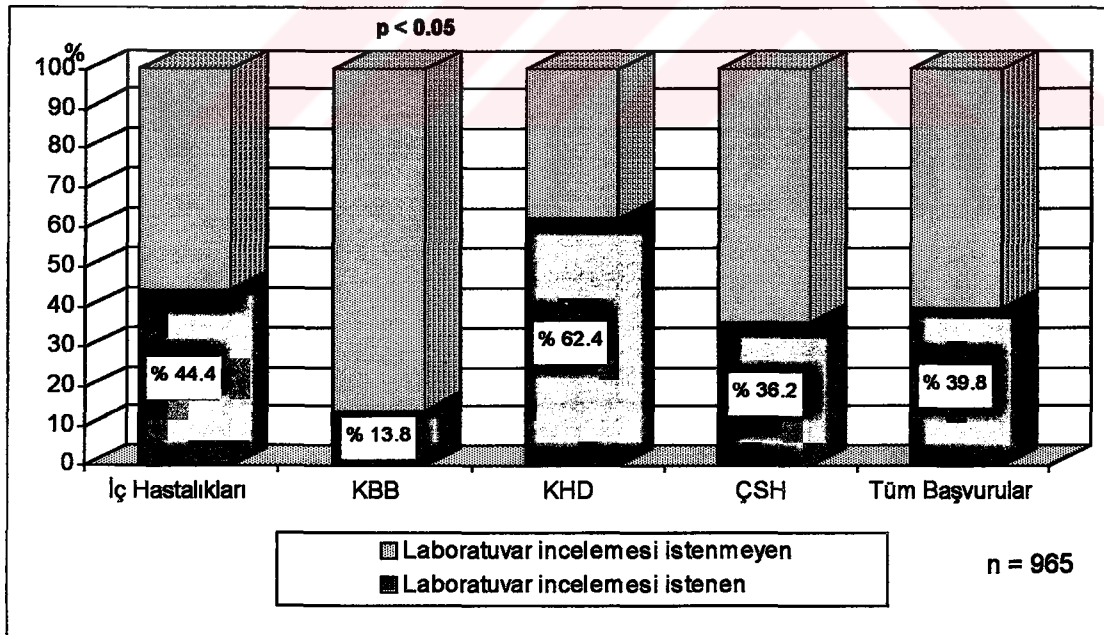
#### 4.5. Laboratuvar İncelemeleri :

Çalışma kapsamındaki polikliniklere yapılan tüm başvuruların % 60.2'sinden laboratuvar incelemesi istenmemiştir. Bu oran en yüksek KBB (% 86.9), en düşük KHD (% 37.5) Polikliniğinde gözlenmiştir. Laboratuvar incelemesi istenme oranı ise ortalama % 39.8 olarak gerçekleşmiştir. En çok inceleme % 62.4 ile KHD Polikliniğine, en az % 13.8 ile KBB Polikliniğine yapılan başvurularda istenmiştir. Bu durumun polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2 = 130.039$ ,  $p = 0.000$ ) ve fark KBB Polikliniğinden kaynaklanmaktadır (Tablo XXIV, Şekil 11).

**TABLO XXIV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuranlardan Laboratuvar İncelemesi İstenme Durumu.**

Laboratuvar İncelemeleri	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstenmeyen	141	55.5	206	86.9	98	37.5	136	63.8	581	60.2
İstenen	113	44.4	31	13.8	163	62.4	77	36.2	384	39.8
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

$\chi^2 = 130.03$ ,  $p = 0.000$



**ŞEKİL 11 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuranlardan Laboratuvar İncelemesi İstenme Durumu.**

EDH'nin incelenen polikliniklerini ilk başvuru basamağı olarak kullananların (n=542) % 58.2'sinden laboratuvar incelemesi istenmemiştir. Bu oran en yüksek KBB (% 86.9), en düşük KHD (% 37.6) Polikliniğinde gözlenmiştir. İlk başvuru basamağı olarak kullanan başvurulardan (n=542) laboratuvar incelemesi istenme oranı ise; % 41.8 olarak gerçekletmiştir. En çok inceleme % 62.4 ile KHD Polikliniğine, en az % 13.1 ile KBB Polikliniğine yapılan başvurularda istenmiştir. Bu durumun polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2 = 81.844$ ,  $p= 0.000$ ). Bunun kaynağı KBB Polikliniğidir (Tablo XXV).

**TABLO XXV : EDH'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerini İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullananlardan, Laboratuvar İncelemesi İstenme Durumu.**

Laboratuvar İncelemesi	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstenmeyen	58	45.7	106	86.9	59	37.6	92	67.6	315	58.2
İstenen	69	54.3	16	13.1	98	62.4	44	32.3	227	41.8
<b>TOPLAM</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>	<b>157</b>	<b>100.0</b>	<b>136</b>	<b>100.0</b>	<b>542</b>	<b>100.0</b>

$\chi^2 = 81.84$ ,  $p= 0.000$

Araştırmaya alınan polikliniklere yapılan tüm başvurularda istenen laboratuvar incelemelerinin türlerine bakılacak olursa; en çok istenen 3 inceleme tam kan (% 22.7), tam idrar (% 17.4) ve röntgendir (% 10.3). En az istenen 3 inceleme ise; periferik yayma (1), günlük idrar (1) ve HbA1c (2) olmuştur. İstenen tam kan incelemelerinin % 40.7'si İç Hastalıkları Polikliniğinden gerçekleşmiştir. Yine İç Hastalıkları Polikliniğinde periferik yayma hiç istenmemiştir (Tablo XXVI).



**TABLO XXVI : EDH'nin İncelemeye Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvurularda İstenen İnceleme Türlerinin Dağılımı.**

Laboratuvar İncelemesi Türü	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tam Kan	77	40.7	9	4.8	59	31.2	44	23.3	189	100.0
Tam İdrar	48	33.1	3	2.1	68	46.9	26	17.9	145	100.0
Röntgen	30	34.9	20	23.3	7	8.1	29	33.7	86	100.0
Gebelik Testi	-	-	-	-	65	100.0	-	-	65	100.0
Ultrason	6	9.4	-	-	57	89.1	1	-	64	100.0
Sedimentasyon	32	52.5	4	6.6	1	-	24	39.6	61	100.0
AKS	39	84.8	-	-	7	15.2	-	-	46	100.0
EKG	41	93.2	1	-	-	-	2	-	44	100.0
Üre	20	74.1	-	-	7	25.9	-	-	27	100.0
ASO	8	47.1	-	-	-	-	9	52.9	17	100.0
CRP	8	47.1	-	-	-	-	9	52.9	17	100.0
HBsAg	5	33.3	-	-	-	-	10	66.7	15	100.0
Kültür	3	27.3	-	-	3	27.3	5	45.5	11	100.0
Dışkıda Parazit	1	-	-	-	-	-	9	90.0	10	100.0
Kolesterol	7	87.5	-	-	1	-	-	-	8	-
Dışkı Mikr.	5	62.5	-	-	1	-	2	-	8	100.0
Vajinal Yayma	-	-	-	-	5	-	-	-	5	100.0
Toksoplazma	-	-	-	-	4	-	-	-	4	-
Dışk. Gizli Kan	2	-	-	-	-	-	1	-	3	-
HbA1c	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-
PeriferikYayma	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Günlük İdrar	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
TOPLAM	335		37		285		172		829	100.0

EDH'nin incelenen polikliniklerini ilk başvuru basamağı olarak kullananlardan istenen laboratuvar incelemelerinin türlerine bakılacak olursa; en çok istenen 3 inceleme tam kan (% 20.2), tam idrar (% 16.6) ve röntgendir (% 5.7) idi. En az istenen 3 inceleme ise; HbA1c (1), toksoplazma (2) ve vajinal yayma (4) olmuştu. Hiç istenmeyen incelemeler ise; periferik yayma, dışkıda gizli kan ve günlük idrar incelemesi idi. İstenen tam kanların % 42.7'si İç Hastalıkları Polikliniği kaynaklıdır. ÇSH Polikliniği dışında hiçbir poliklinikte periferik yayma istenmemiştir (Tablo XXVII).



**TABLO XXVII : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerini, İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullananlardan İstlenen İnceleme Türleri.**

Laboratuvar İncelemesi Türü	POLİKLİNİKLER					
	İç Hastalıkları	KBB	KHD	ÇSH	TOPLAM	
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	%
Tam Kan	47	6	33	24	110	100.0
Tam İdrar	31	2	41	16	90	100.0
Röntgen	19	11	6	13	49	100.0
Gebelik Testi	-	-	40	-	40	100.0
Ultrasonografi	5	-	32	1	38	100.0
Sedimentasyon	18	2	1	10	31	100.0
EKG	27	1	-	-	28	100.0
AKŞ	22	-	3	-	25	100.0
Üre	9	-	3	-	12	100.0
HbsAg	2	-	-	6	8	100.0
Dışkıda Parazit	-	-	-	7	7	100.0
Kültür	2	-	2	2	6	100.0
CRP	3	-	-	3	6	100.0
ASO	3	-	-	3	6	100.0
Kolesterol	4	-	1	-	5	-
Direkt Dışkı Mikr.	4	-	1	-	5	-
Vajinal Yayma	-	-	4	-	4	-
Toksoplazma	-	-	2	-	2	-
HbA1c	1	-	-	-	1	-
Periferik Yayma	-	-	-	-	-	-
Dışkıda Gizli Kan	-	-	-	-	-	-
Günlük İdrar	-	-	-	-	-	-
<b>TOPLAM</b>	<b>127</b>	<b>122</b>	<b>157</b>	<b>136</b>	<b>542</b>	<b>100.0</b>

Standart donanıma sahip olan bir Sağlık Ocağında yapılabilecek laboratuvar incelemelerinden kimileri şunlardır (1,9,19,23,55).

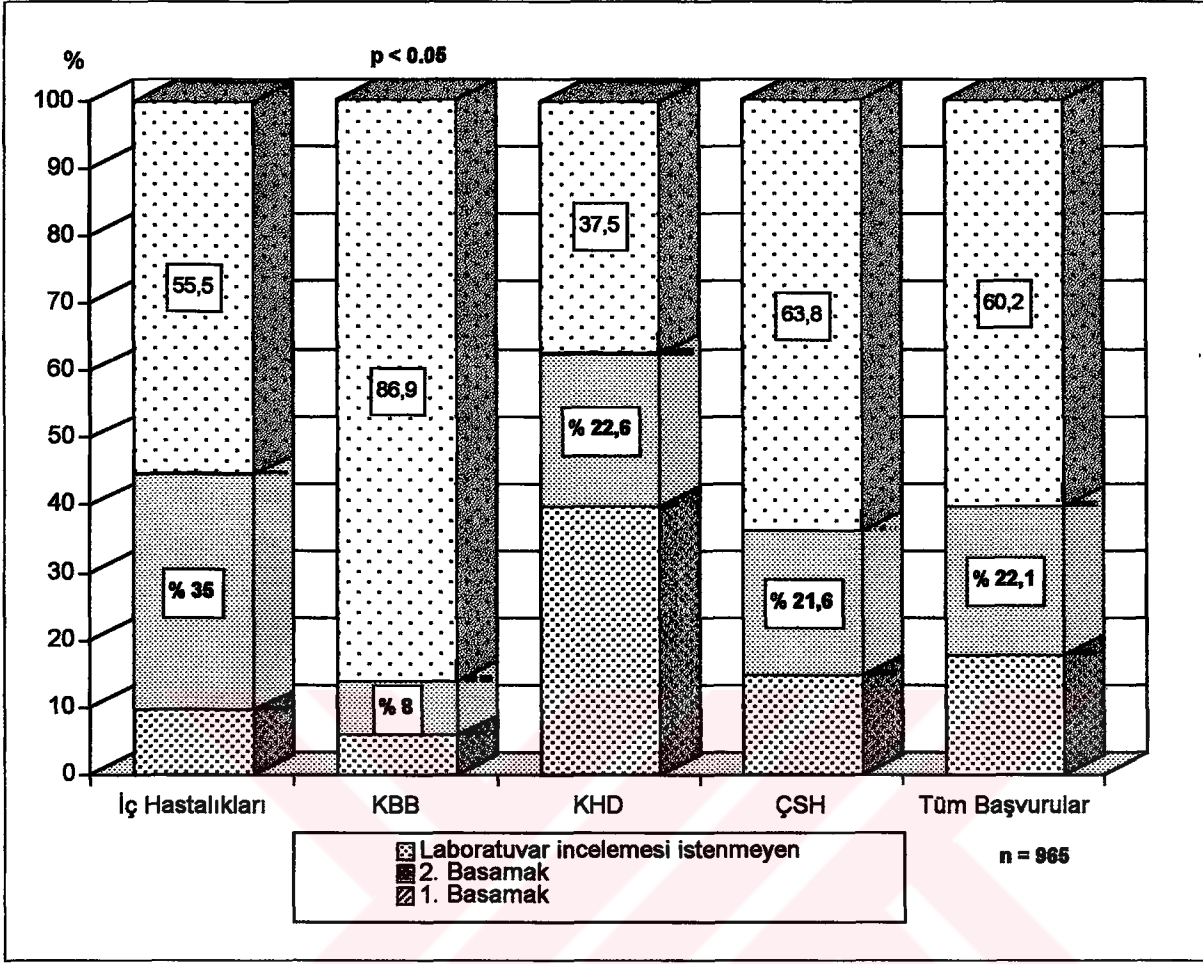
- Tam kan (Hb, Htc, KK, BK) (45,46)
- Sedimentasyon
- Periferik yayma
- Tam idrar (Dansite, Albumin, Glikoz, Bilirübin, Ürobilinojen, Sediment ) (45,46)
- Gebelik Testi
- Dışkıda parazit
- Dışkıda gizli kan
- Vajinal yayma
- Direkt mikroskopi
- Dışkıda direkt yayma

İncelemeye alınan polikliniklere yapılan başvurulardan istenen laboratuvar incelemelerine bakıldığında, başvuruların % 17.7'sine 1. Basamak sağlık kuruluşu olan Sağlık Ocaklarında da standart donanım ile yapılabilecek laboratuvar incelemeleri istenmiştir (en yüksek oran % 39.8 ile KHD, en düşük oran ise % 5.8 ile KBB'dedir). Yine başvuruların % 60.2'sinden hiç inceleme istenmemiş klinik muayene ile yetinilmiştir (en yüksek oran % 86.9 ile KBB'de, en düşük oran ise % 37.5 ile KHD'dir). Ayrıca, başvuruların yalnızca % 22.1'inden 2. Basamak'ta yapılabilen inceleme istenmiştir. Bu durumun polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2 = 228.9$ ,  $p=0.000$ ). Bu fark KHD Polikliniğinden kaynaklanmaktadır (Tablo XXVIII, Şekil 12).

**TABLO XXVIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerine Yapılan Başvuruların İstenen Laboratuvar İncelemesine Göre 1. veya 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirilmesi.**

Laboratuvar İncelemesi Türü	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastahkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Basamak	24	9.4	12	5.8	104	39.8	31	14.6	171	17.7
2. Basamak	89	35.0	19	8.0	59	22.6	46	21.6	213	22.1
İnc. İstenmeyen	141	55.5	206	86.9	98	37.5	136	63.8	581	60.2
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

$\chi^2 = 228.9$ ,  $p=0.000$



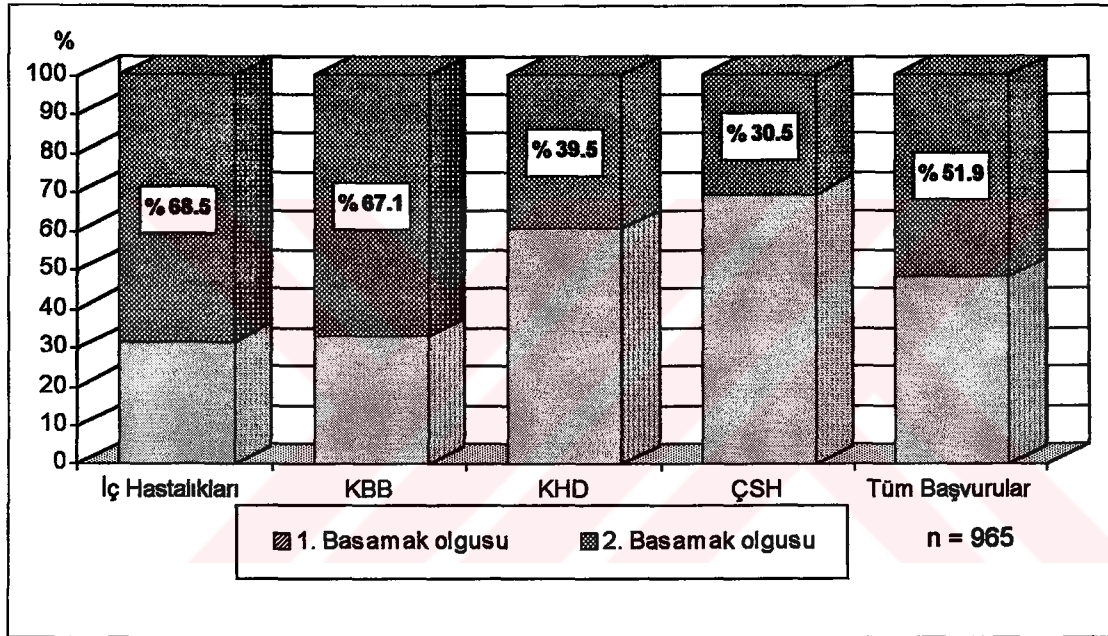
**ŞEKİL 12 : İncelenen Polikliniklere Yapılan Başvuruların İstenen Laboratuvar İncelemesi Cinsine Göre 1. veya 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirilmesi.**

İncelemeye alınan polikliniklere yapılan başvuruların, muayeneyi yapan hekime göre değerlendirilmesine bakılırsa; hekimler, başvuruların % 48.1'inin 1. Basamak'ta çözülebileceğini, % 51.9'unun ise 2. Basamak'ta çözümlenebileceğini belirtmişlerdir. Önemli bir nokta, en çok 1. Basamak olgusu oranı, % 69.5 ile ÇSH Polikliniğine başvuran küme için gerçekleşmiştir. Bu değerlendirmenin polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2 = 105.139$ ,  $p = 0.000$ ) ve fark ÇSH Polikliniğinden kaynaklanmaktadır (Tablo XXIX, Şekil 13).

**TABLO XXIX : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Muayeneyi Yapan Hekime Göre 1. veya 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirilmesi.**

HEKİME GÖRE OLGULAR	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Basamak	80	31.5	78	32.9	158	60.5	148	69.5	464	48.1
2. Basamak	174	68.5	159	67.1	103	39.5	65	30.5	501	51.9
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	<b>213</b>	<b>100.0</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

$\chi^2 = 105.1, p = 0.000$



**ŞEKİL 13 : İncelenen Polikliniklere Yapılan Başvuruların Muayeneyi Yapan Hekime Göre 1. veya 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirilmesi.**

Yapılan başvuruların hem istenen laboratuvar incelemesine, hem de muayeneyi yapan hekime göre (fizik muayeneye dayalı olarak), 1. Basamak olgusu olma oranı % 51'dir. Başka bir anlatımla, polikliniklere yapılan başvuruların % 51'inin 1. Basamak olgusu olduğu konusunda görüşbirliği vardır. Şansa bağlı olmayan, gerçek (+) uyum % 51'dir (Kohen kappa 0.51) (Tablo XXX). Buna göre 0.51 düzeyindeki kappa değeri orta düzeyde bir uyumu göstermektedir. Başka bir anlatımla, EDH'nin incelenen polikliniklerine yapılan başvuruları, 1. ya da 2. Basamak olgusu olarak ayırmada, istenen laboratuvar incelemeleri ile fizik muayeneye dayalı olarak hekimin görüşü arasında orta derecede uyumu göstermektedir.



**Tablo XXX : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerine Yapılan Başvuruların İstenen Laboratuvar İncelemesi ve Muyeneyi Yapan Hekime Göre 1. veya 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirme Uyumu.**

DEĞERLENDİRMELER		Hekime Göre		TOPLAM
		1. Basamak	2. Basamak	
İstenen İncelemeye Göre	1. Basamak	139	32	171
	2. Basamak	62	151	213
İnceleme İstenmeyen		263	318	581
TOPLAM		464	501	965

Kohen kappa = 0.51

Yapılan başvurulardan inceleme istenmeyen 581 başvurunun da, 1. Basamak olgusu olarak kabul edilmesi durumunda ise (o zaman 1. Basamak olgusu % 17.7 + % 60.2 = % 77.9'a yükselecektir), olguları ayırmada görüş birliği % 16 olarak bulunmuştur (Kohen kappa 0.16) (Tablo XXXI). Kappa değerinin 0.16 bulunması, EDH'nin incelenen polikliniklerine yapılan başvuruları 1. ya da 2. Basamak olgusu olarak ayırmada, istenen laboratuvar incelemeleri ile fizik muayeneye dayalı olarak hekimin görüşü arasında oldukça zayıf bir uyumu göstermektedir.

**Tablo XXXI : EDH'nin İncelenen Polikliniklerine Yapılan Başvuruların İstenen Laboratuvar İncelemesi ve Muyeneyi Yapan Hekime Göre 1. ya da 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirme Uyumu.**

DEĞERLENDİRMELER		Hekime Göre		TOPLAM
		1. Basamak	2. Basamak	
İstenen İncelemeye Göre	1. Basamak	402	350	752
	2. Basamak	62	151	213
TOPLAM		464	501	965

Kohen kappa = 0.16

İç Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurulara konulan tanılar içinde en yüksek oranda DM (% 15.4), hipertansiyon (% 10.5) ve ÜSYE (% 8.3) bulunmaktadır (Tablo XXXII).

**Tablo XXXII : Edirne Devlet Hastanesi'nin İç Hastalıkları Polikliniğine Yapılan Başvurulara En Sık Konulan Tanılar.**

TANILAR	Sayı	%
Diyabetes Mellitus	35	15.4
Hipertansiyon	24	10.5
ÜSYE	19	8.3
İskemik Kalp Hastalığı	15	6.6
Üriner Enfeksiyon	15	6.6
Anemi	12	5.3
Gastrit	11	4.8
Akut Gastroenterit	7	3.1
Miyalji	7	3.1
Öbür	75	36.3
TOPLAM	228	100.0

Aynı polikliniğe yapılan kontrol nedenli başvurulara konulan tanılara bakılacak olursa; en yüksek oranda Diyabetes Mellitus (% 56.5) bulunmuştur (Tablo XXXIII).

**Tablo XXXIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin İç Hastalıkları Polikliniğine Yapılan Kontrol Nedenli Başvurulara Sık Konulan Kimi Tanılar.**

TANILAR	Sayı	%
Diyabetes Mellitus	13	56.5
Hipertansiyon	3	13
Anemi	2	8.7
Diğer	5	22.5
<b>TOPLAM</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

KBB Polikliniğine yapılan başvurulara konulan tanılar içinde en yüksek oranda buşon (% 25.8), kronik otitis media (% 8.8) ve ÜSYE (% 7.4) bulunmaktadır (Tablo XXXIV).

**Tablo XXXIV : Edirne Devlet Hastanesi'nin KBB Polikliniğine Yapılan Başvurulara En Sık Konulan Tanılar.**

TANILAR	Sayı	%
Buşon	47	25.8
Kronik Otitis Media	16	8.8
ÜSYE	14	7.7
Akut Otitis Media	12	6.6
Kronik Sinüzitis	11	6
Otitis Eksterna	8	4.4
Adenoid Vejetasyon	6	3.3
Akut Farenjit	5	2.7
Öbür	63	34.7
<b>TOPLAM</b>	<b>182</b>	<b>100.0</b>

KHD Polikliniğine yapılan başvurulara konulan tanılar incelendiğinde, en yüksek oranda gebelik (% 25.3), adet gecikmesi (% 24.9) ve menopozal sendrom (% 8.3) yer almıştır (Tablo XXXV).

**Tablo XXXV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Yapılan Başvurulara En Sık Konulan Tanılar.**

TANILAR	Sayı	%
Gebelik	64	25.3
Adet Gecikmesi	63	24.9
Post Menopozal Sendrom	21	8.3
Vajinitis	16	6.3
İnfertilite	9	3.6
Adneksit	9	3.6
Over Kisti	8	3.2
Öbür	63	24.8
<b>TOPLAM</b>	<b>253</b>	<b>100.0</b>



ÇSH Polikliniğine yapılan başvurulara konulan tanılar içinde en yüksek oranda ÜS YE (% 20.6), ASYE (% 5.2) ve Parotitis (% 5.2) bulunmaktadır (Tablo XXXVI).

**Tablo XXXVI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Yapılan Başvurulara En Sık Konulan Tanılar.**

TANILAR	Sayı	%
ÜS YE	61	20.6
ASYE	11	5.2
Parotitis	11	5.2
Kriptik Anjin	10	4.7
Akut Tonsillit	9	4.2
Hepatit Koruması	9	4.2
Üriner Enfeksiyon	8	3.8
Parazitöz	8	3.8
Akut Farenjit	8	3.8
Öbür	78	43.4
TOPLAM	213	100.0

## 5. TARTIŞMA

Türkiye’de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler, tıpkı öbür gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi finansman, altyapı (teknik-fizik kapasite ve sağlık insan gücünün nitelik-nicelik düzeyi ile yurt genelinde dengesiz dağılımı), eğitim, beslenme ve çevre sorunlarıdır. Buna bağlı olarak, sağlık düzeyimizin ülke çapında yükseltilmesinde en önemli kazancın TSH’nın geliştirilmesinden geçeceği de açıktır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa kapsamında kurulan Sağlık Ocağı sistemi bu amaca yönelik olup; hastalıkların tanı ve sağaltımında ileri Basamak (2. ve 3. Basamak) Sağlık Hizmetlerinin verildiği hastaneler için seçiciliği sağlayan 1. Basamak birimleridir (2,9-11,19).

Türkiye’de koruyucu SH’nin etkili bir biçimde yürütülememesi, bunları uygulayacak kurumların TSH’ni verecek biçimde kurulmaması, sağlıklı bir sevk zincirinin diğer sağlık kurumları ile ilişkilendirilmemesi ve Sağlık Bakanlığı merkez örgütü ile sıkı bir ilişki içinde bulunmaması sonucu devlet hastanelerine yığılma olayı ile karşı karşıya kalınmaktadır (19,24,43,52).

Bunun çeşitli nedenleri vardır. Başta gelen nedenlerinden birisi ilk sevk basamağı olan Sağlık Ocaklarının, malzeme donanımı ve çalışan insan gücü bakımından yetersizliğidir (53). İlk sevk düzeyinin ortadan kalkması, Sağlık Ocakları ile devlet hastaneleri arasında gerekli iletişimin kurulamamış olması, halkın kendi sorunlarına kendilerince çare aramalarına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da 2. Basamak kurumların polikliniklerine, gereksiz yığılmalar olmakta ve hizmet almada zaman yitiğine neden olmaktadır (19,24,43,52).

Oysa günümüz Türkiye’inde yönlenme, gerek sunum gerekse istem bakımından ileri Basamak sağlık hizmetlerine, yani hastanelere olmaktadır. 1. Basamak birimleri olarak Sağlık Ocakları yeterince desteklenmemiştir. Sağlık yöneticileri, hekimler ve halk sağlık hizmetleri denildiğinde hastaneleri düşünmektedirler. Bu anlayış hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının eğitimlerinde de ağırlıklı bir yer tutmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de hastaneler geliştirilmiştir. Donanım ve sağlık insan gücü bakımından hastanelerin gelişmiş olması ve 1. Basamak birimleri olarak Sağlık Ocaklarının güdükleştirilmesi nedeniyle, hastaneye gitmekten başka bir seçeneği olmayan halk, hastaneleri kullanmaya özendirilmiş hatta zorlanmış ve alıştırmıştır (3,19).

Hekimler arasında da hastane ağırlıklı bir çalışma alanı istemi yaygındır. Şöyle ki Pratisyen Hekimlere “İdeal çalışma yeri neresidir?” diye sorulduğunda, % 45’i *hastaneler* yanıtını vermektedir. Yalnızca % 26’sı ideal çalışma yeri olarak TSH birimlerini göstermiştir (53). Pratisyenler Hekimler, Sağlık Ocaklarını geçici bir görev yeri olarak kabul etmiş, TUS’a hazırlanma dönemi olarak algılamıştır. Çünkü öyle yönlendirilmiştir (53).

Edirne ili Sağlık Ocaklarında yapılan bir çalışmada; buralarda çalışan hekimlerin % 78.8’i Sağlık Ocağının veriminin düşük olduğunu belirtmişlerdir (54). Yine aynı çalışmada, Sağlık Ocaklarına başvuranların sorunlarının çözümlenebilirliğine ilişkin verilen ortalama % 82’dir (54).

Kendi Sağlık Ocaklarında bu orana ulaşamayanlar bunu en çok teknik donanım yetersizliği (% 82.4) ile açıklamaktadırlar (54). Bu da 1. Basamağın donanım açısından desteklenmesi gereğinin hekim gözüyle gerekliliğini göstermektedir (54).

Hastaların yığılması, hastanenin potansiyeli altında çalışmasına neden olmaktadır. BBSH, verilmesi gereken birimlere bırakılmalı, hastaneler kaynaklarını 2. Basamak hizmetlere yoğunlaştırmalı, ve gerçekten gereksinimi olanlara vermelidir (53).

Gelişmiş ülkeler sağlık sorunlarının % 90-95 gibi büyük bir bölümünü BBSH ile çözmektedir. Ancak buna ulaşırken yetkin pratisyen hekimler yetiştirmeyi hedef almakta, tanı hizmetlerini ise en küçük merkezlere bile ulaştırabilmektedir (2,3,7,10). Yeterli bilgi ve beceriyi kazanmış hekimin, standart teknik donanımla 1. Basamak'ta kendisine başvuran kişilerin (hastaların) % 90'ına çözüm bulabileceği net olarak pekçok deneyimle kanıtlanmıştır (55). Türkiye'nin de halka sağlık Ocaklarının hizmetlerini kullandırmak için, öncelikle yeterli ve nitelikli BBSH'ni topluma sunma gereksinimi hatta zorunluluğu vardır.

Devlet Planlama Örgütü'nün (DPÖ=DPT) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda BBSH'nin yetersizlikleri hakkında belirtilen gerçeklerden kimileri; (56)

*“Sağlık hizmeti veren çok sayıdaki kamu kuruluşu arasında etkili koordinasyon ve işbölümü sağlanamaması, hizmet birimlerinin belirli nüfus gruplarına yönelik olarak ayrı ayrı örgütlenmesi, fiziki, mali ve beşeri kaynakların kullanılmasında verimsizliğe ve atıl kapasiteye yol açmaktadır.”*

*“Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla beraber, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, araç gereç eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklar nedeniyle mevcut kaynaklar da etkili kullanılamamaktadır.”*

*“TSH ülke gereksinimlerine yanıt verecek biçimde yeterince geliştirilememiş, 224 sayılı yasayla getirilen düzenleme kırsal alanda sağlık evleri ve Sağlık Ocaklarında gereken insangücü ve donanım gereksiniminin yeterince karşılanamaması nedeniyle uygulamada yetersiz kalmıştır.*

*1. Basamak'ta dar bölgede çok yönlü sağlık hizmeti verme anlayışına karşın, gerek Sağlık Bakanlığı gerekse diğer kamu kuruluşlarında aynı amaca yönelik sağlık hizmeti birimleri kurulmuştur.*

*Bunun sonucu olarak tümleşik (entegre) hizmet sunumu gerçekleştirilememiştir.”*

*“1. Basamak'tan başlayarak referans hastanelere dek uzanan ve bütün hizmet kademelerini kapsayan etkili bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır. Bu durum hizmet isteminin yanlış yerlere yönlenmesine, kent merkezlerinde ve büyük hastanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insangücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz artmasına neden olmuştur.”* şeklindedir (56).

Tüm bu saptamalar da göstermektedir ki; BBSH'ni ve özellikle de 224 Sayılı Yasanın öngördüğü örgütlenme ilkeleri uygulanmamaktadır. Bu durum, 2. Basamağın eldeki kıt kaynaklarının

enı ussal biçimde kullanılması gereğini, açıkça ortaya koymaktadır. 1. Basamağa gereken önemin verilerek gerekli donanımın sağlanması ve sevk zincirinin işletilmesinin, sorunların önemli bir bölümünü çözeceği açıktır.

## 5.1. BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma sırasında, belirlenen 4 dalın polikliniğinde her uzman hekim ile 2 işgünü birlikte olunmuştur. Bu süre içinde kayıt ve gözlemlerden elde edilen bilgiler, oluşturulan veri toplama formuna işlenmiştir.

İncelenen polikliniklere toplam 965 başvuru yapılmıştır. En yüksek toplam başvuru sayısı, KHD Polikliniğinde (261) saptanmıştır. Bunda gözlem sürelerinin uzunluğu etkili olmuş olabilir. En düşük toplam başvuru sayısı ise ÇSH Polikliniğinde (213) gerçekleşmiştir. Süre farklılıklarının etkisini gidermek için, hekim başına düşen başvuru sayıları incelendiğinde; en yüksek başvuru sayısı, KBB Polikliniğinde (118) belirlenmiştir. En düşük sayı ise KHD Polikliniğinde (71) bulunmuştur.

Başvuruların yaşları incelediğinde; minimum 7 gün, maksimum 86 yıl olarak saptanmıştır. Yaş ortalamaları doğal olarak en düşük ÇSH'da (58.4 ay), en yüksek İç Hastalıkları'nda (49.5 yıl) olmuştur. Kronik hastalığı olanların (*Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon gibi*) başvurması, İç Hastalıkları'nın yaş ortalamasını yükseltmektedir.

İncelenen poliklinikler yapılan tüm başvuruların cinsiyet dağılımı ile Edirne ili geneli arasında (Edirne ili genelinde cinsiyet dağılımı, erkekler % 50.2, kadınlar % 49.8'tir.) (47) önemli fark bulunmuştur (Evren Oranı Önemlilik Testi, erkekler için;  $t = 12.9$ ,  $p < 0.05$ , kadınlar için;  $t = 11.1$ ,  $p < 0.05$ ). Bu sonuçlar, kadınların EDH'nin incelenen polikliniklerine daha fazla başvurduğunu kanıtlarken, erkekler için durum tersinedir. Bu durum, ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK) tarafından yaptırılan, Health Services Utilization Survey in Turkey (Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması) bulguları ile uyumludur. Bu çalışmada da kadınların, sağlık hizmetlerini erkeklerden daha fazla kullandığı saptanmıştır (30). Kadınların sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmalarının, literatürle olan uyumu önemlidir. Çünkü, kadınlar jinekolojik obstetrik sorunları bakımından, erkeklere göre daha riskli ve hizmet kullanmaya gereksinimlidirler. Ayrıca psikosomatik sorunların, kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğuna ilişkin klasik bilgiler literatürde yer almaktadır. Türkiye'de hekime başvuru sayısı, ortalama yılda 2.44'tür (Trakya bölgesi için 3.1).

Bu sayı, kadınlarda 3.05, erkeklerde 1.6'dır (30). 1993 yılında yayınlanan OECD raporuna göre, gelişmiş ülkelerde halkın hekime başvuru sayısı yılda ortalama 2.8 ile 12.9 arasında değişmektedir. Oysa bizde bu sayı 0,5 ile 2,7 arasında bulunmuştur (57). **Pala ve ark.** genel olarak hekime başvuruyu

ortalama yılda 2.7, kadınlarda 3.3 ve erkeklerde 2.2 olarak bulmuştur (57). **Kaya** ise; hekime başvuruyu, ortalama yılda 2.7, kadınlarda 3.1 ve erkeklerde 2.4 düzeyinde bulmuştur (38).

**Özcebe**, Etimesgut Sağlık Ocağı bölgesinde yaptığı araştırmada kişi başına sağlık kuruluşuna başvuru oranını 0.59 olarak saptamıştır. Üstelik bu orana 1. ve 2. Basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular da dahildir (39). **Aksakoğlu**, hekime başvuruyu yılda ortalama 1.08 olarak bulmuştur (50). **Kılıç**, bu rakamları genel olarak 1.1, kadınlarda 1.28 ve erkeklerde 0.93 olarak vermektedir (29).

KHD Polikliniğine yapılan başvurular dışarıda bırakılarak yapılan istatistiksel analizde, polikliniklere başvuranların cinse göre dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2 = 14.685$ ,  $p= 0.000$ ). Bunun kaynağı, İç Hastalıkları Polikliniğine kadınların (% 63), KBB ve ÇSH Polikliniğine erkeklerin daha fazla başvurmasıdır ve ülke geneli ile uyumludur (30). **Turan**'ın çalışmasında da EDH'ne başvuranların % 54.7'sinin kadın olduğu saptanmıştır (58).

Yapılan başvuruların % 76.8'i il merkezinde oturmaktadır. Türkiye genelinde nüfusun Kır - Kent ayrımı 1997 nüfus sayımına göre; % 65 kent, % 35 kır biçimindedir (46). 1990 nüfus sayımında % 59 kır, % 41 kır oranlarında olan dağılım, kentler lehine değişmiştir. Edirne ili toplam nüfusu 1997 sayımına göre, De Jure<sup>6</sup> olarak 387 999'dur ( % 56 kent, % 44 kır). İl merkezi ise 115 083'tür (köyleriyle birlikte 134 400'dür) (46). ETF kayıtlarına göre toplam nüfus 376 068'dir. Bunun % 88'i kentsel, % 12'si ise kırsal kesimde yaşamaktadır (47).

Başvuranların % 82.5'inin sağlık bakımından sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence durumunun polikliniklere dağılımları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $\chi^2 = 3.779$ ,  $p= 0.286$ ). 1995 yılında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nce yaptırılan Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'na göre ülke genelinin % 47.8'inin sosyal güvencesi var, % 52.2'sinin yoktur (30). Sosyal güvenceye sahiplerin oranı, bugün % 83.6 dolaylarındadır. Sağlık kapsamı içindekilerin oranı ise % 67,1'dir (59). **Turan**, EDH'ne başvuranların % 73'ünün sosyal güvenceye sahip olduğunu bulmuştur (58). **Özcebe**, Ankara Etimesgut'ta sosyal güvence oranını % 79 olarak belirlemiştir (39). **Kocadağ** ise; Ankara Hastanesi polikliniklerine başvuranlarda sosyal güvence oranını % 72.6 olarak saptamıştır (37). **Kılıç**'ın Ankara Gölbaşı bölgesindeki çalışmasında ise bu oran % 42.3'tür (289). **Kaya**'nın Ankara'da yaptığı çalışmada ise % 67 oranı verilmiştir (38). **Çetinkaya**, Kayseri'de bu oranı % 73.5 olarak belirlemiştir (32). Engiz ise Türkiye genelinde % 56 oranını vermiştir (60). Edirne ili genelinde, sosyal güvencesi olanların oranı % 48.9'dur. Fakat bu oran yalnız sosyal güvenceyi vermektedir. Sağlık bakımından sosyal güvence sorulmadığı için, tam bir karşılaştırma yapılması olanaklı değildir (47).

Bu nedenle başvuranların sağlık bakımından sosyal güvence durumu, Edirne ili geneli ile karşılaştırılamamıştır (Edirne için yalnız sosyal güvence verileri vardır) (47). Bunun Türkiye geneli

\* de Jure, bireylerin oturdukları yere göre yapılan nüfus sayımı biçimidir.



ile (sağlık bakımından güvence kapsamında olanların oranı % 67,1'dir) (46) karşılaştırılması sonucu; aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Evren Oranı Önemlilik Testi,  $t = 12.19$ ,  $p < 0.05$ ). Bu sonuç, EDH'nin incelenen polikliniklerine başvuranların daha çok sosyal güvencesi olanlar olduğunu açıkça göstermektedir. Yine buradan, sosyal güvencesi olmayanların çok az başvurdukları çıkmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan kesimin BBSK'na gittikleri ya da muayenehanelere (Trakya bölgesinde ilk başvuru yeri olarak muayenehaneleri kullanma oranı oldukça yüksektir) (30) yöneldikleri daha olasıdır. Sağlık hizmeti almak için, hizmetin daha ucuz olduğu kamu kurumları, gereken önem verilmediği, güven duyulmadığı, olanaksızlıklar içinde oldukları ve hergün medyada da bu durum gözler önüne serildiği (belki de amaçlı olarak) için tercih edilmemektedir. Bu sonuçlar, ülkemizin sağlık alanındaki çarpıcı gerçeklerini açıkça göstermektedir.

Başvuranların sağlık bakımından sosyal güvence türlerinin polikliniklere dağılımında, ilk sırada % 51.9 ile Emekli Sandığı yer almaktadır. Bu Türkiye geneli ile uyumsuzdur. Bunun nedeni EDH'ne, SSK'lıların başvuramamalarıdır (ilde bulunan SSK hastanesine başvurumaktadırlar). Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'nda, bölgede sanayi kuruluşlarının çokluğu ve SSK'lı kesimin yoğunluğu nedeniyle, ilk sırada % 41 ile SSK gelmektedir (30). Kılıç ve Çetinkaya da, ilk sırada % 27 ve % 36 ile SSK'yı bulmuşlardır (29,32). Buna karşın, Edirne ili genelinin yalnız sosyal güvence türleri ile örtüşen saptamalara ulaşılmıştır. Şöyle ki; ilk sırada % 16.7 ile Emekli Sandığı bulunmaktadır. Onu sırası ile; SSK (% 14.5), Bağ-Kur (%13.0) ve Yeşil Kart (% 5.1) izlemektedir (47).

İncelemeye alınan poliklinikleri ilk başvuru basamağı olarak kullanma oranı % 56.2 olarak saptanmıştır. Bunun polikliniklere dağılımları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $\chi^2 = 5.291$ ,  $p = 0.151$ ). En yüksek oranda ilk başvuru basamağı olarak kullanılan poliklinik ÇSH'dir. Turan'ın çalışmasında da EDH'nin polikliniklerini ilk başvuru basamağı olarak kullanma oranı % 63.8 olarak belirlenmiştir.<sup>58</sup> Bu çalışma ile uyumlu olan bulgularımız, EDH'nin sağlık sistemine ve sevk zincirine göre uygun kullanılmadığını göstermektedir. Bunu yaratan nedenler arasında, ileri teknoloji, uzmana muayene olma isteği, BBSK'nın yetersizliği ve buralara güvenilmemesi olabilir. Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'na göre; Türkiye genelinde, halkın % 48.7'si ilk başvuru basamağı olarak hastaneleri seçmektedir. Bu oran, kırdan % 36.8, kentte % 57.6'dır (30). Trakya bölgesinde ilk başvuru basamağı olarak 1. Sırada (% 25.1) ile muayenehaneler gelmektedir (30). Bu olgu, bölge halkının sosyo ekonomik durumunun çok kötü olmayışı ile bağlantılı olabilir ya da sağlık hizmeti almak için kamu kurumlarının tercih edilmemesi nedeniyle olabilir. Daha önce de değinildiği gibi, sosyal güvenlik oranı düşüktür ve EDH hizmetlerinden yararlananların ezici bir çoğunluğu (%82,5) sağlık güvencesi olanlardır. Olmayanlar ise, parasal olanaklarını zorlayarak, muayenehanelere yönelmek durumunda kalmaktadırlar. Halkı kamu kurumlarından uzaklaştıran nedenin, hekimlerin ilgisine istem olduğunu kestirmek çok güç değildir. Çetinkaya; Kayseri'de



ilk başvuru yeri olarak hastaneyi kullanma oranını % 62.5 bularak bizimle oldukça yakın bir değer vermiştir (32). **Pala ve ark.** Bursa / Gemlik'te hastanelerin ilk başvuru noktası olma oranını % 60.6 olarak saptamıştır (57). **Özcebe** ise Ankara Etimesgut'ta bu oranı, % 34.3 olarak bulmuştur (ilk sırada % 40.2 ile Sağlık Ocağı gelmektedir) (29). **Kılıç** da, Ankara / Gölbaşı'nda **Özcebe** gibi, ilk sırada % 40 ile Sağlık Ocağını bulmuştur (29). **Kaplan** ise Ankara'da İç Hastalıkları Polikliniğinin % 31 oranında ilk başvuru basamağı olarak kullanıldığını saptamıştır (61). **Demirhindi ve ark.**, Adana / Seyhan'da ilk başvuru basamağı olarak % 57.8 oranında Sağlık Ocaklarını bulmuştur (40). Bu oranlar, *ülkemizde sevk zincirinin büyük ölçüde işlemediğini* açıkça göstermektedir. Bugün, kamu sağlık kuruluşlarının en önemli sorunlarından biri olarak, sevk zinciri sorunları gösterilmektedir (62).

İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların % 27.5'inin, sevкли geldiği görülmektedir. Bu oran en az (% 14.6) İç Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurularda belirlenmiştir. Sevкли gelen başvuruların en yüksek oranı, % 39.8 ile KHD Polikliniği başvurularında gerçekleşmiştir. Başka bir deyişle; *EDH'nin incelenen poliklinikleri ağırlıklı olarak sevsiz ve ilk başvuru basamağı olarak kullanılmaktadır*. Sevкли başvuruların polikliniklere dağılımları arasında istatistiksel bakımdan, önemli fark bulunmuştur ( $\chi^2 = 39.317$ ,  $p = 0.000$ ). Bu fark, İç Hastalıkları ve KBB Polikliniğinde öbürlerine göre sevкли başvuruların düşük, sevsizlerin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Sevкли başvuruları sevk eden kuruluşlar içinde ilk sırada, % 56.8 ile Sağlık Ocağı gelmektedir. Birer BBSK olan AÇS-AP Merkezi ve VSD'den yapılması beklenen sevklerin durumu ise son derece düşündürücüdür. Örn. AÇS-AP Merkezi'nden hiç sevk yapılmamıştır!

VSD ise yalnızca 1 sevk yapmıştır. Umulur ki, Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne gerekli sevkleri yapmış olsun... Özel hastane ve muayenehane sevklerinin en çok İç Hastalıkları Polikliniğine olduğu belirlenmiştir. Bu sevkler sözel ya da pusula aracılığı ile olmaktadır.

Sevk yolu, belirgin bir çoğunlukla (% 94.2) "Resmi" olmuştur. 224 sayılı yasaya göre sevklerde kullanılması gereken ve geri bildirim açısından son derece önemli olan, form 019'ların kullanımdan kaldırılması (Sağlık Bakanlığı'nca 1997'de kaldırılmıştır) çok yanlış bir karardır. Kısa sürede geri dönülmesi çok yerinde olacaktır. Ne yazık ki kaldırılmadan önceki dönemde form 019'lar, Sağlık Ocakları tarafından en az kullanılan formlar olmuştur. Kullanılmama gerekçesi olarak hekimler formların 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarından geri gönderilmemesini öne sürmüşlerdir (63). Oysa 2. ve 3. Basamak'taki hekimler Yataklı Sağaltım Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 11. maddesi gereği bu formları geri göndermek durumundaydılar (33). Bu durum, 224 sayılı yasaya zaman içinde, özellikle uygulamada ne denli sahip çıkıldığının (!) anlamlı bir göstergesidir.

Başvurularda, % 55.9 oranında neden, herhangi bir nedenle "yakınma" idi. EDH, kurul oluşturulabilen tam donanımlı bir kuruluş olduğu için, % 11.2 oranında kurul raporu başvurusu olmaktadır. İlaç yazdırmak için başvuru ise, % 1.9 oranında belirlenmiştir. Bu da reçete yazdırmanın

daha çok 1. Basamakta olduğunu göstermektedir. Bulgular, **Ekuklu**'nun çalışması ile uyumludur (48).

İncelemeye alınan polikliniklere yapılan kontrol nedenli başvuruların dağılımına bakıldığında: en yüksek oran, İç Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurularda (% 56.5) saptanmıştır.

KHD Polikliniğine yapılan başvurularda neden olarak, ilk sırada % 44.1 ile jinekolojik sorun gelmektedir. Sağlık Ocaklarında rahatlıkla yapılabilecek olan gebelik testi nedeniyle % 24.9'luk başvuru olması önemli bir göstergedir. **Tek bir inceleme ile yani Sağlık Ocaklarında gebelik testi yaparak, KHD Polikliniğine yapılan başvuruları % 25 oranında azaltmak olanaklı olabilecektir.** Yine KHD Polikliniğine yapılan başvuruların % 24'ünün nedeni olan DÖB'ın 1. Basamakta yapılması rahatlıkla olasıdır.

2827 sayılı nüfus planlaması yasasına göre 10 haftadan küçük istenmeyen gebeliklerin yasal olarak sonlandırılabilmesine karşın, bu istemle hiç başvuru ya da uygulama yapılmamış olması ilginçtir. Bu alanda muayenehanelerin önemli işlevler yerine getirdiğini kestirmek zor değildir.

Kurul raporu başvurularının nedenleri içinde ilk sırada % 57.4 ile ilaç katkı payı indiriminin gelmesi, halkın ekonomik durumu ile ilgili olabilir.

*Tüm başvuruların % 43.2'sine yalnızca reçete verilerek gönderilmiştir.* Bir 2. Basamak kurumu olan devlet hastanesinde, laboratuvar olanaklarının bu denli kullanılmadan tanı konularak, yalnızca reçete yazılması oldukça anlamlıdır. Tanıların laboratuvar bulgularıyla desteklenmesinin önemi açıktır. Buna karşın, 2. Basamak kurumunun bu şekilde kullanımı, eldeki uzman hekim işgücü kaynağının kötü kullanımına ironik bir örnek oluşturmaktadır. Öte yandan, laboratuvar incelemesi gereksinimi duyulmaksızın rahat tanı konabilmesi uygun ya da gerçekçi ise, bu 1. Basamakta da yürütülebilir. Laboratuvar incelemesi sonucu reçete yazılan başvuru oranı % 28.2'dir. Hastaneye yatış oranı % 2.6'dır (polikliniklere yapılan başvurular üzerinden hesaplanmıştır, inceleme + yatış da eklenmiştir). Bu rakam, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı sağaltım kurumlarında yatan hasta oranı olarak verilen % 4.9'dan düşüktür. EDH için bulunan % 3.3'lük (yıllık toplam poliklinik başvuru sayısı üzerinden hesaplanmıştır) yatan hasta oranından da düşüktür. Yine Edirne geneli için verilen % 3.8 rakamından da düşüktür (25). Aradaki fark, acil servisten yatışlar nedeniyle olabilir. Ayrıca muayenehaneden gelip doğrudan servise yatan (polikliniğe uğramadan) hastaları da dikkate almak gerekmektedir. EDH'nin YİÖ'ü % 56.9'dur. En yüksek yatış oranı İç Hastalıkları Polikliniği başvurularında belirlenmiştir.

Polikliniklere yapılan ilk başvurularda ise yatış oranı % 2.4 olarak saptanmıştır. Burada yalnızca reçete yazılan başvuru oranı daha da artarak % 50.8'e ulaşmıştır. İnceleme sonucu reçete yazılan başvuru oranı ise; % 32.4'e yükselmiştir.

Başvuruların sevk işlemine uğrayan bölümünün yaklaşık yarısı (% 48.1), hastanede başka bir polikliniğe sevk edilmiştir. % 51.9 oranında sevk ise; bir 3. Basamak kuruluşu olan Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne yapılmıştır. KDH Polikliniğinden yapılan sevkler, başka bir polikliniğe en yüksek oranda, üniversite hastanesine en düşük oranda gerçekleşmiştir. Sevk edilen yerlerin

polikliniklere göre dağılımı, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $\chi^2 = 18.060$ ,  $p= 0.000$ ). Bu fark KDH Polikliniğinde, hastane içinde başka bir polikliniğe yüksek, Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne düşük oranda sevk yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Tüm başvurularda, inceleme istenenlerin oranı % 39.8 olarak saptanmıştır. En çok inceleme % 62.4 ile KHD Polikliniğine, en az % 13.8 ile KBB Polikliniğine yapılan başvurulardan istenmiştir. Laboratuvar incelemesi istenen başvuru oranlarının polikliniklere göre dağılımı, istatistiksel olarak önemli bulunmuttur ( $\chi^2 = 130.039$ ,  $p= 0.000$ ). Önemlilik, KBB Polikliniğinde laboratuvar incelemesi istenenlerin oranının, oldukça düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Tanı koymada muayene bulgularının laboratuvar incelemeleri ile desteklenmesinin önemi oldukça açıktır (64). Buna karşın KBB Polikliniğinde inceleme isteme oranının düşük olması; devlet hastanesinde odiyoloji laboratuvarının olmaması, konulan tanıların daha çok fizik muayeneye dayalı olması nedeniyledir.

Araştırmaya alınan polikliniklerini ilk başvuru basamağı olarak kullananların % 58.2'sinden laboratuvar incelemesi istenmemiştir. Bu oran en yüksek KBB (% 86.9), en düşük KHD (% 37.6) Polikliniğinde gözlenmiştir. Laboratuvar incelemesi istenme oranı ise % 41.8 olarak gerçekleşmiştir. En çok inceleme % 62.4 ile KHD Polikliniğine, en az % 13.1 ile KBB Polikliniğine yapılan başvurularda istenmiştir ( $\chi^2 = 81.844$ ,  $p= 0.000$ ). Bu farkın kaynağı, KBB Polikliniği'nde laboratuvar incelemesi istenme oranının düşük olmasıdır. KBB dalında, her nedenle fizik muayene bulguları daha yoğun olarak önemli olabilse de, laboratuvar kullanımının bu denli düşük olması dikkat çekicidir.

İstenen laboratuvar incelemeleri içinde, en çok istenen 3 inceleme tam kan (% 22.7), tam idrar (% 17.4) ve röntgendir (% 10.3). En az istenen 3 inceleme ise periferik yayma (1), günlük idrar (1) ve HbA1c (2) olmuştur. İstenen tam kanların % 40.7'si İç Hastalıkları Polikliniğinde gerçekleşmişti. Yine İç Hastalıkları Polikliniğinde periferik yayma hiç istenmemiştir (anemi tanılarının olmasına karşın). KHD Polikliniği başvurularının % 24.1'inin nedeni, DÖB olmasına karşın, hiç HBsAg istenmemiş olması oldukça düşündürücüdür. Yine İç Hastalıkları Polikliniği başvurularında 35 adet **Diyabetes Mellitus** tanısı konulmasına karşın, yalnızca 2 başvurudan HbA1c istemiş olması da ilginçtir. KHD Polikliniğine yapılan başvurulardan % 1.9 gibi bir oranda vajinal yayma istenmesi de dikkat çekmektedir. Servikal kanserlerin erken tanısında oldukça önemli olan (65), bu incelemenin, 2. Basamak kurumunda bu denli az kullanımı dikkat çekmektedir. Bu durumun verilen hizmetin niteliği açısından da önemi büyüktür. Vajinal yayma, sterilite olgularında yumurtalık işlevlerinin incelenmesi için gereklidir (65). Bunun gebelerde de yapılması önerilmektedir (65).

Yapılan ilk başvurularda da benzer sonuçlar gözlenmiştir. Yine burada, oldukça kolay uygulanan bir inceleme olan periferik yayma hiç istenmemiştir

Yapılan başvurulardan *istenen laboratuvar incelemelerine göre* yapılan değerlendirmede, başvuruların % 17.7'si 1. Basamak olgusu olarak belirlenmiştir. Bu ölçüte göre 1. Basamak olgusu olma oranı, en yüksek (% 39.8) KHD, en düşük ise (% 5.8) KBB Polikliniğindeydi.

Bu durumun polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $\chi^2 = 228.9$ ,  $p= 0.000$ ). Bunun kaynağı, KHD Polikliniğinde laboratuvar incelemesine göre, 1. Basamak olgusu olarak değerlendirilenlerin oranının yüksek olmasıdır.

**TTB Pratisyen Hekim Kolu**'nun 1997 yılında yaptığı araştırmada, 17 ili içeren sonuçlar şöyledir : İncelenen Sağlık Ocaklarında, Hb % 52.6, tam idrar incelemesi % 45, beyaz küre % 40, periferik yayma % 32 ve Htc % 41 oranında yapılmaktadır (66). Edirne ili Sağlık Ocaklarının durumu da ülke genelinden pek farklı değildir (48). **Ekuklu**'nun çalışmasında Edirne ili Sağlık Ocaklarının % 72.5'inde laboratuvar yoktur. Laboratuvarları yeterli düzeyde olan Sağlık Ocaklarının oranı, yalnızca % 9.6'dır. Sağlık Ocaklarında Hb % 19.6, tam idrar incelemesi % 19.6, beyaz küre % 15.7, periferik yayma % 5.9 ve Htc % 11.8 oranında yapılmaktadır (48). **Kılıç**'ın Ankara Gölbaşı'nda yaptığı çalışmasında da, incelenen Sağlık Ocaklarının % 60'ında Hb, % 35'inde beyaz küre, % 42'sinde idrar mikroskopisi yapılmaktadır (67). **Gürsoy ve ark.** nın İzmir'de gerçekleştirdikleri çalışmada, incelenen Sağlık ocaklarının % 15'inde mikroskop yoktur. Hiçbir inceleme Sağlık Ocaklarının tümünde yapılmıyordu. Htc % 48, periferik yayma % 30.9, beyaz küre % 48, sedimentasyon % 50, tam idrar % 70 ve dışkıda parazit % 32 oranında bakılmaktadır (68).

Tüm bu bulgular göstermektedir ki, ülkemizde yaygın 1. Basamak kuruluşlarından olan Sağlık Ocaklarının, laboratuvar donanımı ve yapılan incelemeler bakımından durumu oldukça yetersiz hatta içler acısıdır. Son derece kolay uygulanabilecek bu incelemelerde bile yetersiz kalınması, 1. Basamağın üzerine düşen işlevleri yerine getirememesine yolaçmakta, bunun sonucunda da 2. Basamağa yönelmeyi doğurmaktadır. Bu yönelme de 2. Basamağın aşırı yoğunlaşmasına neden olmaktadır.

Sağlık Ocaklarının donanımının geliştirilmesi, ilk başvuru yeri olarak kullanımını da artıracaktır. **Eser**, 1991'de Bornova Merkez Sağlık Ocağı'nda yaptığı çalışmada, Sağlık Ocağı laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi ve kullanılmasıyla 1. Basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların anlamlı bir biçimde yükseldiğini ve halkın Sağlık Ocaklarına olan güveninin arttığını saptamıştır (63). Aynı sorun Edirne İli Sağlık Ocaklarında da yatanmaktadır. Özellikle merkezdeki Sağlık Ocakları *istek üzerine sevklerin yapıldığı, reçetelerin yinelenildiği* kurumlara dönmüştür. Halkın Sağlık Ocağına ve Sağlık Ocağı hekimine güveni azalmıştır. Bu sorun, ancak nitelikli 1. Basamak sağlık hizmetiyle çözülebilir ve laboratuvar kullanımı belirleyici bir konumdadır (48,61).

İncelemeye alınan polikliniklere yapılan tüm başvuruların, muayeneyi yapan hekime göre değerlendirilmesinde; % 48.1'inin 1. Basamak olgusu olduğu, % 51.9'unun ise 2. Basamak olgusu olduğu belirlenmiştir. Dağılımda ise; 1. Basamak olgusu olan başvurular (% 69.5 ile), en çok ÇSH Polikliniğine yapılmıştır. Bu oranların polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2 = 105.2$ ,  $p= 0.000$ ). Farkın kaynağı ÇSH Polikliniğinde 1. Basamak olgusu oranının yüksek olmasıdır. **Kocadağ**'ın Ankara'da yaptığı çalışmada, başvuran olguların % 39.2'sine pratisyen hekimin tanı koyabileceği muayeneyi yapan uzmanlar tarafından belirtilmiştir.

En yüksek oran KBB Polikliniği başvurularında saptanmıştır (37). **Rutkove ve ark.** nın çalışmasında ÇSH Polikliniğine başvuran olguların % 42.2'sinin 1. Basamak düzeyinde çözümlenebileceği belirlenmiştir (69). **Metrikin ve ark.** ise; HIV / AIDS'li hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, % 59.2'sinin 1. Basamak düzeyinde sağaltılabileceğini saptamışlardır (70). **Beghin ve ark.** da, ÇSH Hastanesi'ne kabul edilen başvuruların % 69'unun 1. Basamakta önlebilecek nedenlerden dolayı olduğunu belirlemişlerdir (71).

Araştırmaya alınan polikliniklere yapılan başvuruların, istenen laboratuvar incelemesi ve muayeneyi yapan hekime göre 1. Basamak olgusu olarak değerlendirilme uyumu incelendiğinde; raslantıya bağlı olmayan net uyum % 51 olarak bulunmuştur (*Kohen kappa = 0,51*). Bu sonuç, yapılan başvuruların % 51'inin, hem istenen laboratuvar incelemesi türüne, hem de muayeneyi yapan hekime göre, 1. Basamak olgusu olarak değerlendirildiğini göstermektedir.

Aynı şekilde, laboratuvar incelemesi istenmeyen 581 başvurunun da 1. Basamak olgusu olarak değerlendirilmesinde ise; (o zaman 1. Basamak olgusu % 17.7 + % 60.2 = % 77.9'a yükselecektir) rastlantıya bağlı olmayan net uyum (1. Basamak olgusu olarak değerlendirme konusunda görüşbirliği) % 16 bulunmuştur.

İç Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurularda en çok konulan tanılar Diyabetes Mellitus, hipertansiyon ve ÜSYE idi.

Aynı polikliniğe yapılan kontrol nedenli başvurulara konulan tanılara bakılacak olursa; en yüksek oranda Diyabetes Mellitus (% 56.5) bulunmuştur.

KBB'de ise; buşon, kronik otitis media ve ÜSYE ilk sıraları paylaşmıştır. ÜSYE'nin burada da 3. sırayı alması, bu tanının İç Hastalıkları Polikliniğinde de oldukça sık konulduğunu göstermektedir. Buşon ve ÜSYE'nin ilk sıralarda yer alması ve bunların görsel bulgu ağırlıklı tanılar olması, KBB Polikliniğinde laboratuvar incelemesi azlığına neden olmuş olabilir. Yine tanılar incelendiğinde buşon, ÜSYE, otitis eksterna gibi ağırlıklı oranda olanların, kulak lavaj enjektörü ve otoskop gibi standart donanıma sahip her Sağlık Ocağı'nda bulunan aletler ile tanı konularak çözümlenebilen tanılar olması, KBB Polikliniği'nin 1. Basamak olguları ile yersiz ve aşırı yüklendiğini göstermektedir.

KHD polikliniğinde ise, gebelik (% 25.3), adet gecikmesi (% 24.9) ve postmenapozal sendrom (% 8.3) daha sık konulan tanılardır.

ÇSH Polikliniğine yapılan başvurulara ise ÜSYE, ASYE ve parotitis sıkça konulan tanılardır. Bu tanılar polikliniklere başvuranlara konulan tanılardır. Bunların hastane, Edirne ve Türkiye geneli ile karşılaştırılmaları gerçekleştirilememiştir. Bunun nedeni de 2. Basamak kurumları olan devlet hastanelerinde tutulan istatistikler (150 Başlıklı A Listesi'ne göre) yatan hastalara konulan tanılarını içermektedir (25,31). Bundan dolayı yalnızca bizim bulgularımız verilmiştir.



## 6. SONUÇLAR

EDH'nin kimi polikliniklerine yapılan başvuruların değerlendirilmesi ile elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir :

- EDH'nin polikliniklerine kadınlar erkeklerden daha fazla başvurmaktadır (% 53.4 kadın, % 46.6 erkek).
- İl merkezinde bulunan EDH'ne, çoğunlukla merkezde oturanlar başvurmaktadır (% 76.8). İlçe ve köylerde oturanlar daha az başvurmuştur (% 21).
- Başvuranların büyük çoğunluğu sosyal güvencesi olanlardır (% 82.5). Sosyal güvencede ilk sırada % 51.9 ile Emekli Sandığı gelmektedir.
- Edirne ili genelinde sosyal güvence oranı % 48.9'dur. Polikliniklere başvuranlarda sosyal güvence oranının yüksek olması, sağlık hizmeti kullanımında sosyal güvencenin etkisini göstermektedir. Aradaki farkı oluşturan grup, harcamalarını kendi cebinden yapmaktadır.
- EDH'nin poliklinikleri, % 56.2 oranında **ilk** başvuru basamağı olarak kullanılmıştır. En yüksek oranda ( % 63.8) ilk başvuru basamağı olarak kullanılan ÇSH Polikliniğidir.
- Başvurulardan yalnızca % 27.5'i sevk zincirini izleyerek gelmiştir.
- Sevklı olanların % 56.8'i Sağlık Ocağından gelmiştir. Kurum Hekimliğinden sevk oranı ise % 26.5'tir. En az sevk yapılan yer 1 olgu ile VSD olmuştur. AÇS-AP Merkezi'nden hiç sevk yapılmamıştır.
- Sevklı gelenlerin % 94.2'si resmi evrak ile sevk edilmişlerdir. **Form 019**, kaldırıldığı için hiç kullanılmamıştır.
- Polikliniklere yapılan başvuruların % 55.9'u herhangi bir yakınma nedeniyle olmuştur. İlaç yazdırmak için gelenleri oranı, % 1.9 olarak bulunmuştur.
- KHD Polikliniğine gebelik testi için başvurular tüm başvuruların % 24.9'udur. Aynı polikliniğe % 24.1 oranında, DÖB için başvuruda bulunulmuştur.
- Polikliniklere yapılan tüm başvuruların % 43.2'si yalnızca reçete verilerek sonlandırılmıştır. % 39.8'inden laboratuvar incelemesi istenmiş, % 8'i sevk edilmiştir. Başvurularda hastaneye yatış oranı % 2.6 olarak gerçekleşmiştir. EDH'nin incelenen 4 polikliniğini **ilk** başvuru basamağı olarak kullananlarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.
- Yapılan sevklerin % 51.9'u, bir 3. Basamak kurumu olan Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne, % 48.1'i başka bir polikliniğe olmuştur.
- Poliklinikleri ilk başvuru basamağı olarak kullananların çoğunluğundan laboratuvar incelemesi istenmemiştir (% 58.2). Laboratuvar incelemesi istenenlerin oranı ise % 41.8 olarak saptanmıştır.
- Tam kan, tam idrar ve röntgen en çok istenen incelemeler olarak belirlenmiştir. Periferik yayma, HbA1c ve toplam günlük idrar incelemesi, en az istenen incelemelerdir.

- Başvuruların istenen laboratuvar incelemesine göre, % 17.7'si **1. Basamak** olgusu, % 22.1'i ise **2. Basamak** olgusudur. % 60.2'sinden ise inceleme istenmemiştir.
- Yapılan başvuruların % 48.1'i, muayeneyi yapan hekime göre, **1. Basamak** olgusu olarak değerlendirilmiştir. % 51.9'unun ise **2. Basamak** olgusu olduğu düşünülmüştür.
- Tüm başvuruların % 30'unun, hem istenen laboratuvar incelemesi cinsine hem de muayeneyi yapan hekime göre, 1. Basamak olgusu olarak değerlendirildiği belirlenmiştir.

## 7. ÖNERİLER

- Ülkemizde bulunan BBSK'nın en önemlisi olan Sağlık Ocakları gereği gibi işletilebilirse, yapılan başvuruların % 90-95'inin sorunu bu birimlerde çözülebilir. Böylelikle 2. Basamakta iş yükü azalacak ( EDH'nin belirlenen polikliniklerinde işyükü, laboratuvar incelemesine göre % 67.9, muayeneyi yapan hekimin görüşüne göre % 48.1 oranında azalacaktır), sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesi önlenebilecek, verimlilik artacaktır.
- Öncelikle BBSK personel ve donanım açısından desteklenmelidir. Ayrıca buralarda çalışma koşulları iyileştirilmeli, başta laboratuvar olanakları olmak üzere öngörülen standart (örn. DSÖ standartları) teknolojik olanaklar sağlanmalıdır. Ancak eldeki çok sınırlı teknik donanım da optimal olarak kullanılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, finansman ve hizmet sunumunda halen yürürlükte olan 224 Sayılı Yasa ilkelerine titizlikle uyulmalıdır. Bu Yasanın gereklerinden olan donanım sağlanmalı ve sevk zinciri özenle işletilmelidir. Böylelikle devlet hastaneleri üzerine binen BBSH'nin yükü, BBSK'na kaydırılmış olacak ve hastanelerin yükü azalacak, verim artacaktır. Hastane uzmanları ile Sağlık Ocağı hekimleri arasında bilgi alışverişi sağlanarak optimal hasta izlemi yapılmalıdır. Yasanın, gerekli olan yerleri düzeltilmelidir (örn. Kent tipi Sağlık Ocakları).
- Türkiye'de yetersiz bir düzeyde olan sağlık hizmeti başvurularını artırabilmek için sosyal güvenlik şemsiyesinin tüm toplumu içine alacak biçimde geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını yükseltmek için, nüfusun tamamının sosyal güvenceye kavuşturulması koşuldur.
- Sağlık kurumlarının kullanımı, toplumun sosyo-ekonomik düzeyi ile ilişkili olduğu için, önemli bir toplumsal sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Kamu sağlığı yönetimine bu konuda önemli görevler düşmektedir.

**Sağlık sistemi ve yönetimine yönelik önerileri ise şöyle sıralayabiliriz :**

- TSH içinde hastanelerin rolünü belirginleştirilmesi, 1. ve 2. Basamak arasındaki işlerliği sağlamak için yönetsel önlemlerin alınması ve Sağlık Ocaklarının donanım ve personel açısından geliştirilmesi ile ilgili kararlar alınmalıdır. Yalnızca sevkli hastaları kabul ederek iyi çalışan bir hastane polikliniği hem hastaneye hem de Sağlık Ocaklarına yardımcı olur. Hekim hastaya daha fazla zaman ayırarak daha iyi tanı koyar, sağıltım yapar. Bu veriler rutin toplanan sağılık bilgilerinden ya da basit, hızlı ve düşük maliyetli araştırmalardan elde edilebilir. Sevk sistemi oluşturulursa bu sistemi destekleyici (örn. sevksiz gelenlerden yüksek ücret alınması gibi) finansal önlemler de alınmalı, Hastaneler ve Sağlık Ocaklarının görevleri arasında ikilenme (duplikasyon) olmamalıdır.
- BBSH'nin geliştirilerek hastanelere yalnızca acil ve sevkli hastaların başvurusu yolunda çözümler geliştirilmelidir.
- Hastaların yığılması, hastanenin potansiyeyi altında çalışmasına neden olmaktadır. BBSH, vermesi gereken birimlere bırakılmalı; hastaneler kaynaklarını 2. Basamak hizmetlere yoğunlaştırmalı, bu hizmetler salt gereksinimi olanlara vermelidir.
- Uygun koşulların ve donanımın sağılanması durumunda Birinci Basamakta rahatlıkla yapılabilecek laboratuvar incelemeleri hem hekimlerin doğıru tanı koymalarını kolaylaştıracak, mesleksel doyum ve özgüvenlerini geliştirecek hem de 2. ve 3. Basamağı gereksiz yığılmayı önleyecektir. Kısa sürede toplumda da 1. Basamak Birimlerine (Sağılık Ocaklarına) güven oluşacaktır.
- BBSH, gerçey BBSK'na kaydırılmalı ve toplumun sosyal güvenlik durumu yükseltilmelidir. Kişilerin, sağılık sorunlarında en yakın BBSK'na yönlmesi için gerekli önlemler alınarak eğıitim çalışmalarını yapılmalıdır.
- Hastane başhekimlerinin, 2. Basamak kurumları olan devlet hastanelerinde çalışan uzman hekimlerin laboratuvar incelemelerine gereken önemi vermeleri için, hizmet içi eğıitim çalışmalarına ağırlık vermeleri sağılanmalıdır. Hekimlerin sürekli eğıitimi üzerinde önemle durulmalıdır.
- Olgu değıerlendirmede laboratuvar incelemelerinin önemi nedeniyle, laboratyvar yöneticileri ve uzman hekimler arasında gerekli iletişimin sağılanması zorunludur.
- Devlet hastanelerinde, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğı'nde de yer alan eğıitim toplantıları (olgu sunumları, mortalite toplantıları, etik kurul toplantıları) düzenli olarak yapılmalıdır. Yine bu toplantılarda, hastane laboratuvarının daha etkin kullanımını konusuna yer verilmelidir.

## 8. Ö Z E T

### EDİRNE DEVLET HASTANESİ'NİN KİMİ POLİKLİNİKLERİNDE VERİLEN

#### 1. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN BOYUTLARI

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dengesiz dağılımı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunan kurumların işlevlerini yeterli düzeyde yerine getirememesi gibi nedenlerle, 2. Basamak kurumlarından olan Devlet Hastanelerine aşırı yığılmalar olmaktadır. Bunun sonucunda Devlet Hastaneleri temel işlevlerini tam olarak yerine getirememektedirler. Bu araştırma, bir 2. Basamak sağlık kurumu olan Edirne Devlet Hastanesi’nin kimi polikliniklerinin, 1. Basamak (ilk başvuru Basamağı) olarak ne ölçüde kullanıldığını göstermek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

**Yöntem ve Gereçler :** Edirne Devlet Hastanesi’nin İç Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde gözlemler yapılmıştır. Muayeneyi yapan hekimle birlikte bulunularak, yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

**Tanımlayıcı ve kesitsel** nitelikte bir araştırmadır. İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların, kayıtlarda yer alan demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Tüm başvurular, istenen laboratuvar incelemesine ve poliklinikte muayeneyi yapan hekimin görüşüne göre, 1. Basamak ya da 2. Basamak olgusu olarak ayrılmıştır.

**Bulgular :** Edirne Devlet Hastanesi’nin incelenen polikliniklerine 24 günlük gözlem süresi içinde toplam 965 başvuru yapılmıştır. İncelenen polikliniklere kadınlar daha fazla başvurmuştur (% 53.4). İl merkezinde oturanlar, başvuranların % 76.8 iken % 21’i ilçe ve köylerden, % 2.2’si ise il dışından gelmektedir. Gözlem yapılan polikliniklere, sosyal güvencesi olanlar başvurmaktadır (% 82.5).

En fazla saptanan sosyal güvence türü, % 51.9 ile Emekli Sandığı olmuştur.

Yapılan başvuruların % 56.2’si, incelenen poliklinikleri **ilk başvuru Basamağı** olarak kullanmıştır. Başvuruların % 27.5’i sevklı olarak gelmiştir. Sevklı olguların % 56.8’i Sağlık Ocağından gelmiştir. Bir 1. Basamak Sağlık Kuruluşu olan AÇS-AP Merkezi’nden hiç sevk yapılmamıştır. Sevklı gelenlerin % 94.2’si resmi evraklıdır. İncelenen polikliniklere % 55.9 oranında “yakınma” nedeniyle başvurulmuştur. Kurul raporu istemiyle yapılan başvuruların (% 11.2) önemli bir bölümünü (% 57.4) ilaç katkı payı indirimi oluşturmaktadır. Kontrol nedeni başvurular (% 4.2) en fazla İç Hastalıkları Polikliniğinde (% 56.5) belirlenmiştir. İlaç yazdırmak için başvuranların oranı % 1.9’dur.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine gebelik testi nedeniyle % 24.9, doğum öncesi bakım nedeniyle % 24.1 oranında başvuru yapıldığı saptanmıştır. İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların % 43.2’si *yalnız reçete verilerek* sonlandırılmıştır. % 2.6 oranında yatış yapılmış, % 8’i ise sevk edilmiştir. Sevk edilenlerin % 51.9’unun üniversite hastanesine, % 48.1’inin ise Edirne Devlet Hastanesi’nde başka bir polikliniğe gönderildiği belirlenmiştir. Yapılan tüm başvuruların % 39.8’inden laboratuvar incelemesi istenmiştir. En çok istenen laboratuvar incelemeleri, tam kan incelemesi (% 22.7), tam idrar incelemesi (% 17.4) ve röntgen incelemesi (% 10.3) olmuştur.

İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların istenen laboratuvar incelemesine göre, % 17.7'si 1. Basamak, % 22.1'i ise 2. Basamak olgusu olarak tanımlanmıştır. Aynı biçimde, gözlem yapılan polikliniklere yapılan başvuruların % 48.1'i, muayeneyi yapan hekime göre 1. Basamak, % 51.9'u ise 2. Basamak olgusu olarak değerlendirilmiştir. İç Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurulara en sık konulan tanılar, Diyabetes Mellitus (% 15.4), Hipertansiyon (% 10.5) ve ÜSYE'dir (% 8.3). Kulak Burun Boğaz Polikliniğinde ise Buşon (% 25.8), Kronik Otitis Media (% 8.8) ve ÜSYE (% 7.7) en sık konulan tanılardır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde en sık konulan tanılar, ÜSYE (% 20.6), ASYE (% 5.2) ve Parotitis (% 5.2) olmuştur.

**Sonuçlar :** Edirne Devlet Hastanesi'nin incelemeye alınan poliklinikleri, önemli bir oranda 1. Basamak hizmeti vermektedir. Bu hizmetler 1. Basamak sağlık kuruluşlarında kolayca verilebilir ve söz konusu polikliniklere aşırı yığılmalar önenebilir. Ayrıca sağlık yöneticilerine ve politikacılara önerilerde bulunularak, sağlık sisteminin daha iyi işlemesi ve Sağlık Ocaklarının mutlaka işlevsel kılınması sağlanmalıdır.



## ABSTRACT

### DİMENSİONS OF PRIMARY HEALTH CARE RENDERED AT SOME OUTPATIENT DEPARTMENTS OF EDİRNE STATE HOSPİTAL

There is excessive accumulation in State Hospitals which are secondary health care units in Turkey, because primary care units are insufficient in serving their functions and Turkish Health Care units are distributed unbalancelly. Therefore, State Hospitals can't carry out their basic tasks entirely.

This study was planned and conducted for the purposes of indicating Edirne State Hospital which is a secondary health care unit was being used as a primary health care unit and to determine its quantity.

**Material and Methods :** Data were obtained by observations in the determined outpatient clinics of Edirne State Hospital in this definitive and sectional study. Applications were defined as cases of first or second health care according to laboratory examinations and opinions of the clinicians who examined the cases. Also demografic characteristics of the applications were evaluated from the registration cards.

**Results :** 965 admissions have been recorded to the observed outpatient departments of Edirne State Hospital within the period of 24 days observation time. Females have applied more than males to the covered outpatient sections (53.4 %). While residents of provincial center from 76.8 %, 21 % come from town and villages and the rest 2.2 % out of Edirne. To the 4 outpatient departments evaluated, those having social security have applied in general (82.5 %). Most frequent social security package is National Fund For Retirex (Emekli Sandığı) as of 51.9 %. 56.2 % of applicants have utilised related 4 departments as primary health care step. Of those, 27.5 % have applied by referral and 56.8 % have come from Primary Health Care Units (so called Sağlık Ocağı). No referral has been rendered from Maternal and Child Health Center as a primary health care units. 94.2 % of those who come by referral are on the basis of official state referral document. To the 4 outpatient departments covered, 55.9 % of the applications are based on just "some complaints". Applicants (11.2 %) who require official report by Physicians Board of Trustere in order to get reduction of the consumer participation fee on drog payment form a substantial proportion (57.4 %). Outpatient entries aiming control examination have majorly been accumulated at Internal Medicine Department (56.5 %). Proportion of the repetative perscribioners is 1.9 %. To the out patient department of Obstetrics & Gynecology, 24.9 % of admissions are for pregnancy test and some 24.1 % for prenatal care, 43.2 % all outpatient cases to the 4 covered departments have been finalised by only physical exam + prescribion. Just 2.6 % of outpatients of have been hospitalized and some 8 % have been referred to other places such as to another outpatient department at the same hospital (48.1 %) or to universty hospital (51.9%). 39.8 % of the outpatient cases have been requested for laboratory investigation. Most frequently asked

laboratory investigation are CBC (22.7 %), routine urine exam (17.4 %) and X – ray investigation (10.3 %). Considering laboratory exams, 17.7 % of the cases have been assessed to be primary health care cases while some 22.1 % secondary health care cases. By a similar discrimination, taking into consideration of the judgements of examiner physicians, above proportions are 48.1 % and 51.9 % respectively. The most frequent 3 diagnoses made at the Internal Medicine Outpatient applicants are DM ( 15.4 %), hypertension (10.5 %) URTIs (8.3 %). At the ENT Department, first 3 ranks of diagnosis are bouchon (25.8 %), chronic OM (8.8 %) and URTIs (7.7 %) once more. For the outpatient cases of Pediatrics Departments, first 3 diagnosis are URTIs (20.6 %), LRTIs (5.2 %) and surprisingly parotitidis (5.2 %).

**Conclusions :** Edirne State Hospital is serving particularly as primary health care unit. These services can be given by primary health care units easily and hospitals' outpatient clinics can be prevented from excessive accumulations of the cases. In addition, by giving some suggestions to the health sector authorities including politicians, Sağlık Ocakları as indispensable Primary Health Care Units of Turkey must strongly be emphasized.

## 9. KAYNAKLAR

1. Eren N. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. IV. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1989.
2. Öztekin Z. Eren N. Sağlık Ocağı Yönetimi. 7. Baskı, Palme Yayınevi, Ankara, 1996
3. Aksakoğlu G. Denenmeyen Model : Sosyalleştirme. Toplum ve Hekim. Ankara, 1994, 9 : 52-55.
4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi.Hakkında Kanun ve Yönerge, Kanun no : 224, Yönerge No : 154, 1961
5. From Alma-Ata To The Year 2000. World Health Organisation. Geneva, 1988.
6. Saltık A. Değişik Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi, Yayınlanmamış Ders Notları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 1998
7. Saltık A. Sağlık Ocağı Yönetimi, Yayınlanmamış Ders Notları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 1998
8. Saltık A. Çağdaş Sağlık Anlayışı, Yayınlanmamış Ders Notları, 7 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 1998.
9. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın No : 2, Çağ Matbaası, Ankara, 1985.
10. Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. I (Sağlık Yönetimi). TTB yayını. Ankara, 1997.
11. Dirican R., Bilgel N. Halk Sağlığı ( Toplum Hekimliği ), II. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993
12. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler). Güneş Kitabevi, Ankara, 1995.
13. Öztekin Z (Editör). Sağlık Hizmetlerinde Denetim. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1987.
14. Belek İ. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Ne İçin? Kim Adına. Toplum ve Hekim, Ankara, 1994, 9 : 82- 93
15. Saltık A. Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. Toplum ve Hekim, Ankara, 1995, 10 : 38-44.
16. Yorulmaz F. Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi. Çevre Sağlığı Ders Notları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Ders Notları. 1997, Edirne.
17. Saltık A. Alma-Ata Konferansı ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. Yayınlanmamış Ders Notları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 1997
18. Hayran O. Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, İstanbul, 1998
19. Dirican RM. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri. Toplum ve Hekim, Ankara, 1994, 9 : 49-51.

20. Saltık A. Değişik Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi,  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Ders Notları,  
Edirne, 1998
21. Sayek İ, Kılıç B. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu. Türk Tabipleri Birliği Yayını,  
Ankara, 1997.
22. Öztekin Z. 1. Basamak Sağlık Personeli İçin Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi.  
Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını, V. Baskı, Ankara 1996.
- 23.....Master Plan Konusunda TTB Başkanı Prof. Dr. Nusret Fişek ile Söyleşi.  
Sağlık ve Toplum, Ankara, Mart- Nisan 1990, Sayı 2 s. 7-14
24. Dedeoğlu N. Türkiye'de Kentlerde Sağlık Sorunları. Toplum ve Hekim. 1996, 11 : 54-56.
25. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri  
Genel Müdürlüğü, Yayın No : 588, Ankara
26. Uz MH. Pratisyen Hekimlerin Hizmetiçi Eğitim İhtiyacı. Sağlık Bakanlığı,  
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, 1994.
27. Soyer A. Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme. Toplum ve Hekim. 1995, 11 : 92-102.
28. Şeref B. Yataklı Tedavi Kurumlarının Bazı Hizmetler Yönünden İl Bazında  
Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Toplum ve Hekim, 1995, 10 : 6-10
29. Kılıç B. Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler.  
Toplum ve Hekim. 1996, 11 : 2-10.
30. Health Services Utilization Survey in Turkey, Ministry of Health, Health Project General  
Coordination Unit, Ankara, 1995
- 31..... Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, No : 589, Ankara, 1997
32. Çetinkaya F, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri İlinde 1., 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarına  
Başvuran 0-6 Yaş Grubu Çocukların Sevk Zinciri Açısından İncelenmesi.  
Toplum ve Hekim. 1994, 9 : 6-9.
33. — Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Sağlık Bakanlığı. Başbakanlık Basımevi,  
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No : 499, Ankara, 1983 (13 Ocak 1983 Tarih  
ve 17 927 Sayılı Resmi Gazete).
34. Menderes M. Hastanelerde Muhasebe. Maliyetleme Sorunları ve Finansal Yönetim.  
Toplum ve Hekim, Ankara, 1995, 10 : 32-46
35. Sayek F. Devlet Hastaneleri ve İyi Hekimlik. Toplum ve Hekim,  
Ankara, 1995, 10 : 58-61
36. Soyer A. Modern Hastanelerin Doğuşu. Toplum ve Hekim, Ankara, 1995, 10 : 95-98
37. Kocadağ Z. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi'nde Bazı Polikliniklere Başvuran Hastaların  
Hizmetten Yararlanmalarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Sağlık Yönetimi Bilim  
Uzmanlığı Tezi, H. Ü. Sağlık Bilimleri Ens., Ankara, 1995

38. Kaya S. Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği. Yayınlanmamış Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, Ankara, 1992
39. Özcebe H. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin saptanması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 1990
40. Demirhindi H, Akbaba M, Bahçebaşı T, Bicik Z. Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastaların Reçete Kullanımı ve Etkileyen Faktörler, 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Didim, 1994, sayfa : 247-249.
41. Kılıç B, Hamzaoğlu O. Türkiye Sağlık İstatistikleri 1997. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara, 1997.
42. Baskan S. Kurum Örnekleri, Söyleşi, Toplum ve Hekim. 1995, 10 : 75-79.
43. Eren N. Kentlerde 1. Basamak Sağlık Hizmetleri. Toplum ve Hekim, Ankara,1995, 10 : 57-59
44. Üner R., Fişek N. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını, No. 256, Ankara, 1961.
45. Kılıç B, Bilaloğlu E. Hastanelerde Reform. Toplum ve Hekim, Ankara,1995, 10 : 95-98
- 46.———DİE Kayıtları, Ankara, 1998 (İnternet adresi : <http://www.die.gov.tr>).
- 47.———Edirne Sağlık Müdürlüğü Kayıtları, Edirne, 1998.
48. Ekuklu G, Saltık A. Edirne İli Sağlık Ocaklarının Donanım, Personel Durumu ve Sunulan Kimi Hizmetler, 1996. Toplum ve Hekim, Ankara,1998, 13 : 334-346
- 49.———Edirne Devlet Hastanesi Kayıtları. 1998.
50. Aksakoğlu G. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin seçtiği Kurum ve Bu seçimi Etkileyen Etmenler Üzerine İnceleme. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Ankara, 1979
51. Arı A. Sağlık Ocağı Laboratuvarında Uygulanacak Çalışma Yöntemleri. Sağlık Bakanlığı Yayını, No. 492, Ankara, 1983.
52. Koşucu Ş. Ankara Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğinde Muayenesi Biten Hastaların Hastaneden Memnuniyetleri ile İlgili Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 1995.
- 53..... Birinci Sağlık Ocakları ve Koruyucu Hekimlik Kurultayı, T.C. Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1998.
54. Erdoğan S, Eskiocak M, Saltık A. Edirne İli Sağlık Ocaklarında Çalışan Pratisyen Hekimlerin Sağlık Ocağı Hekimliğine İlişkin Değerlendirmeleri. Sağlık ve Toplum, Ankara, 1998, 8 : 3-10.



55. Aytekin H. Sağlık Hizmetleri ve Pratisyen Hekimin Konumu. Toplum ve Hekim, Ankara, Mart-Nisan 1997, 12 : 18-20.
- 56.—Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1997 Programı. DPT, Ankara.
57. Pala K, Aytekin N, Aytekin H. Gemlik İlçe Merkezinde Kişilerin Hastalanma Sıklıkları ve Hekime Başvuruları. Toplum ve Hekim. 1997, 12 : 10-25.
58. Turan N. Trakya Üniversitesi Hastanesi ve Edirne Devlet Hastanesi'ne Başvuran Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hizmet Talepleriyle İlgili Etmenler. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 1993.
59. Maral I. Yeşil Kart. Toplum ve Hekim, Ankara, 1996, 10 : 125-128
60. Engiz O. Türkiye'de Sağlık Güvencesi Olmayan Kesim. Toplum ve Hekim, Ankara, 1996, 11 : 57-59
61. Kaplan A. Hastanelerde Poliklinik Faaliyetleri ve Karşılaşılan Problemlere İlişkin Çözüm Önerileri. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1991.
62. Ersoy K. Hastane Yönetimi : Nereden Başlamalı ? . Toplum ve Hekim, Ankara, 1996, 10 : 6-9
63. Eser E. Teknolojik Olanakların Halkın Sağlık Ocaklarına Olan Talebine Etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. Ankara, 1992.
64. Abaoğlu A. Teşhiste Temel Bilgi (Propedötik). III. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1988.
65. Kandemir E. (Editör), Propedötik (Kadın-Doğum), A.Ü.Tıp Fakültesi Yayınlarından, Yayın No : 397, Ankara, 1980.
- 66.—TTB Pratisyen Hekim Kolu, Birinci Basamak Araştırması. 4. Pratisyen Hekimlik Kongresi. İzmir, 1997.
67. Kılıç B, Aygün R. Ankara Gölbaşı Bölgesinde Yer Alan Sağlık Ocaklarının Malzeme, İnsangücü ve Hizmet Açısından Durum Analizi, 1995. Toplum ve Hekim, Ankara, 1998, 13 : 354 - 361
68. Gürsoy Ş, Saçaklıoğlu F, Çiçeklioğlu M, Yıldırım A. İzmir Sağlık Ocaklarının Koşullar, Teknolojik Donanım ve İnsangücü Açısından Değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, Ankara, 1998, 13 : 347 - 353
69. Rutkove S.B, Abdool Karim S.S, Loening W.E.K. Patterns of Care In An Overburdened Tertiary Hospital Outpatients Department. South Africa Medical Journal, 1990, 77 : 476 - 478
70. Metrikin et All. Is HIV/AIDS A Primary-care Disease? Appropriate Levels of Outpatient Care For Patients Whith HIV/AIDS. AIDS, 1995, 9 : 619 - 623
71. Beghin et All. A Versatil Approach to Health System Evaluation. World Health Forum, 1989, 10 : 37 - 40

## 10. TABLO ve ŞEKİLLER DİZİNİ

### 10.1. Tablolar Dizini

	Sayfa No
TABLO I : Türkiye’de Bulunan Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı.....	29
TABLO II : Türkiye’de Bulunan Hastanelerin Yatak Kapasitelerinin Kurumlara Göre Dağılımı.....	29
TABLO III : Edirne İl Nüfusunun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu (1997).....	31
TABLO IV : Araştırmanın Düzenleme Planı ve Zaman Tablosu.....	34
TABLO V : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Dağılımı.....	36
TABLO VI : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Yaşa Göre Dağılımı.....	37
TABLO VII : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	37
TABLO VIII : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Cinsiyete Göre Polikliniklere Dağılımı.....	38
TABLO IX : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuranların Geldikleri Yere Göre Dağılımı.....	38
TABLO X : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuranların Sosyal Güvence Durumları.....	39
TABLO XI : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuranların ve Edirne İli Genelinin Sosyal Güvence Durumları.....	40
TABLO XII : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sosyal Güvenceli Başvuranların Sosyal Güvence Cinsi Dağılımı.....	40
TABLO XIII : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerini İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullanma Durumu. ....	41
TABLO XIV : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevкли Başvurma Durumu.....	42
TABLO XV : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevкли Başvuruların Geldikleri Yere Göre Dağılımı.....	42
TABLO XVI : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevкли Başvuruların Sevk Biçimine Göre Dağılımı.....	43
TABLO XVII : Edirne Devlet Hastanesi’nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvurma Nedenleri.....	44

<b>TABLO XVIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine</b>	
<b>Kontrol Nedenli Başvuruların Dağılımı.....</b>	<b>44</b>
<b>TABLO XIX : Edirne Devlet Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine</b>	
<b>Yapılan Başvuruların Nedenlerine Göre Dağılımı.....</b>	<b>45</b>
<b>TABLO XX : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine</b>	
<b>Kurul Raporu Almak İçin Başvurma Nedenleri.....</b>	<b>45</b>
<b>TABLO XXI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine</b>	
<b>Yapılan Başvuruların Sonlanma Biçimi.....</b>	<b>46</b>
<b>TABLO XXII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine</b>	
<b>Yapılan İlk Başvuruların Sonlandırılma Biçimi.....</b>	<b>47</b>
<b>TABLO XXIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerinden</b>	
<b>Sevk Edilenlerin Edildikleri Yere Göre Dağılımı.....</b>	<b>47</b>
<b>TABLO XXIV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine</b>	
<b>Başvuranlardan Laboratuvar İncelemesi İstenme Durumu.....</b>	<b>48</b>
<b>TABLO XXV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerini</b>	
<b>İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullananlardan Laboratuvar İncelemesi</b>	
<b>İstenme Durumu.....</b>	<b>49</b>
<b>TABLO XXVI : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelemeye Alınan Polikliniklerine</b>	
<b>Yapılan Başvurularda İstenen İnceleme Türlerinin Dağılımı.....</b>	<b>50</b>
<b>TABLO XXVII : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerini İlk Başvuru</b>	
<b>Basamağı Olarak Kullananlardan İstenen İnceleme Türleri.....</b>	<b>51</b>
<b>TABLO XXVIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine</b>	
<b>Yapılan Başvuruların İstenen İncelemeye Göre Değerlendirilmesi.....</b>	<b>52</b>
<b>TABLO XXIX : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerine Yapılan</b>	
<b>Başvuruların Muayeneyi Yapan Hekime Göre Değerlendirilmesi.....</b>	<b>54</b>
<b>TABLO XXX : Edirne Devlet Hastanesi'nin Polikliniklerine Yapılan Başvuruları</b>	
<b>İstenen İncelemeye ve Muayeneyi Yapan Hekime Göre</b>	
<b>1. ya da 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirme Uyumu.....</b>	<b>55</b>
<b>TABLO XXXI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Polikliniklerine Yapılan Başvuruları</b>	
<b>İstenen İncelemeye ve Muayeneyi Yapan Hekime Göre</b>	
<b>1. ya da 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirme Uyumu.....</b>	<b>55</b>
<b>TABLO XXXII : Edirne Devlet Hastanesi'nin İç Hastalıkları Polikliniğine Yapılan</b>	
<b>Başvurulara En Sık Konulan Tanılar.....</b>	<b>55</b>
<b>TABLO XXXIII : Edirne Devlet Hastanesi'nin İç Hastalıkları Polikliniğine Yapılan</b>	
<b>Kontrol Nedenli Başvurulara Sık Konulan Kimi Tanılar.....</b>	<b>56</b>

TABLO XXXIV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
Polikliniğine Yapılan Başvulara En Sık Konulan Tanılar.....	56
TABLO XXXV : Edirne Devlet Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum	
Polikliniğine Yapılan Başvulara En Sık Konulan Tanılar.....	56
TABLO XXXVI : Edirne Devlet Hastanesi'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
Polikliniğine Yapılan Başvulara En Sık Konulan Tanılar.....	57

## 10.2. Şekiller Dizini

ŞEKİL 1 : Ekonomik Kalkınma (Gönenç) - Sağlık Döngüsü.....	10
ŞEKİL 2 : Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	11
ŞEKİL 3 : Edirne Nüfusunun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu (1997).....	32
ŞEKİL 4 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine	
Yapılan Başvuların Bölümlere Dağılımı .....	36
ŞEKİL 5 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Başvuranların	
Geldikleri Yere Göre Dağılımı .....	38
ŞEKİL 6 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Başvuranların Sosyal Güvence Durumları	39
ŞEKİL 7 : Araştırmaya Alınan Poliklinikleri İlk Başvuru Basamağı Olarak	
Kullanma Durumu .....	41
ŞEKİL 8 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Seykli Başvuların	
Sevk Biçimine Göre Dağılımı .....	43
ŞEKİL 9 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Başvurma Nedenleri.....	44
ŞEKİL 10 : Araştırmaya Alınan Polikliniklere Yapılan Başvuların Sonlanma Biçimi. ...	46
ŞEKİL 11 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine	
Başvuranlardan Laboratuvar Tetkiki İstenme Durumu .....	47
ŞEKİL 12 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine	
Yapılan Başvuların İstenen İncelemeye Göre Değerlendirilmesi .....	53
ŞEKİL 13 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine	
Yapılan Başvuların Muayeneyi Yapan Hekime Göre Değerlendirilmesi.....	54

## 11. EKLER

### 11.1. Araştırma İzin Belgesi

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
159

SAYI: Personel Şb./ 3005

EDİRNE

KONU: Tez çalışması.

Devlet Hastanesi Baştabipliğine  
Edime

İLGİ: 19.03.1998 gün ve 558 sayılı yazınız.

İlimiz Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma  
Görevlisi Dr.Ufuk BERBEROĞLU'nun ilgi sayılı yazınız üzerine Hastanenizde tez  
çalışması yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

4  
Uz.Dr.Semih KÖRÜKÇÜ  
Sağlık Müdür V.

İtil 1.4.1998 14  
286

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ