

58646

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

**EDİRNE'DE SAĞLIK OCAKLARINDA VERİLEN  
I. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU**

T 58646

Dr. Galip EKUKLU

HALK SAĞLIĞI

Uzmanlık Tezi

Danışman : Prof. Dr. Ahmet SALTİK

T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM BAKANLIĞI  
EDİRNE EKSPERTİZ MERKEZİ

EDİRNE-1997

## TEŞEKKÜR

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmamda her zaman büyük desteğini ve emeğini gördüğüm çok değerli Hocam Prof. Dr. Afimet SALTİK'a, Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Faruk YORULMAZ'a ve Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a; Edirne İl Sağlık Müdürü Dr. Armağan DİNÇBAŞ'a, eğitimim boyunca büyük destek ve özveri gösteren eşim Dr. Zerrin EKUKLU'ya Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanlarına teşekkür ederim.*

**Dr. Galip EKUKLU**

**Edirne, 1997**

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>AP</b>	: Aile Planlaması
<b>APK</b>	: Araştırma Planlama Koordinasyon
<b>bkz.</b>	: Bakınız
<b>BÖH</b>	: Bebek Ölüm Hızı
<b>ÇST</b>	: Çevre Sağlığı Teknisyeni
<b>DPÖ (DPT)</b>	: Devlet Planlama Örgütü
<b>DSÖ (WHO)</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>E<sub>0</sub></b>	: Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi
<b>ETF</b>	: Evhalkı Tespit Fişi
<b>GBP (EPI)</b>	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
<b>KDH</b>	: Kaba Doğum Hızı
<b>KH</b>	: Koruyucu Hekimlik
<b>KÖH</b>	: Kaba Ölüm Hızı
<b>KSF</b>	: Kişisel Sağlık Fişi
<b>NOUG</b>	: Net Olmayan Ulusal Gelir (GSMH=Gayri Safi Milli Hasıla)
<b>Örn.</b>	: Örneğin
<b>ORS</b>	: Oral Rehidratasyon Sıvısı
<b>RİA</b>	: Rahim İçi Araç
<b>SAİG</b>	: Sağlık İnsangücü
<b>SO</b>	: Sağlık Ocağı
<b>SP</b>	: Sağlık personeli
<b>SSYV</b>	: Sağlık Sosyal Yardım Vakfı
<b>TOYIG</b>	: Toplam Yurtiçi Gelir
<b>TSH</b>	: Temel Sağlık Hizmetleri
<b>TTB</b>	: Türk Tabipleri Birliği
<b>TUS</b>	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>UNICEF</b>	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

# İÇİNDEKİLER

Teşekkür	i
Kısaltmalar	ii

	Sayfa No
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇLAR</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. SAĞLIĞIN TANIMI	3
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	3
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	3
2.2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	3
2.2.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
2.2.2. Sağlık Hizmetleri	4
2.2.2.1. Kendi Kendine Bakım (Self Care)	4
2.2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (PPrimary Medical Care)	4
2.2.2.3. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Secondary Medical Care)	4
2.2.2.4. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri (Tertiary Medical Care)	4
2.2.3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri	4
2.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	7
2.4. 224 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ YASASI	12
2.4.1. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri	12
2.4.2. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenme Özellikleri	13
2.4.3. Sağlık Ocaklarından Beklenen Hizmetler	16
2.4.4. Sağlık Ocağı Hekiminin Görevleri	16
2.5. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ (TSH)	17
2.5.1. Dünya'da Sağlık	17
2.5.2. Alma-Ata Bildirgesi : Uluslararası Bir Sağlık Sözleşmesi	17

# İÇİNDEKİLER (devam)

	Sayfa No
2.6. ALMA-ATA KONFERANSI	17
2.6.1. Alma-Ata Konferansı'na Nasıl Gelindi ?	18
2.6.2. Alma-Ata Konferansı ve Temel Sağlık Hizmetleri	19
2.6.2.1. Bir Görüş Olarak TSH	20
2.6.2.2. Bir Örgütlenme Anahtarı Olarak TSH	21
2.6.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH	21
2.6.2.4. Etkinlikler Olarak TSH	22
2.6.3. Alma-Ata Bildirgesi'nin TSH İle İlgili Önerileri	23
2.6.3.1. Sağlık Hizmetleri ve Kalkınma	24
2.6.3.2. Sağlık Hizmetlerine Toplum Katılımı	26
2.6.3.3. Toplum katılımı bakımından Türkiye'de durum	27
2.6.3.4. Sektörlerarası İşbirliği	28
2.6.3.5. Bütüncül (Entegre) Hizmetlerin Herkese Ulaştırılması	29
2.6.3.6. Hekimdışı Sağlık Personeli Kullanımı ve Takım (Ekip) Anlayışı	31
2.7. Geleneksel Tıbbi Bakım Anlayışı İle Çağdaş Sağlık Anlayışı Arasındaki Farklar.	32
2.8. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Kimi Veriler	32
• Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları ve Sağlık Bakanlığının Payı.	33
• Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin Net Olmayan Ulusal Gelir İçindeki Payı.	34
• Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin Genel Bütçeye Oranı.	34
• Sağlık Bakanlığı 1996 Yılı Bütçesinin Birimlere Dağılımı.	35
• Sağlık Çalışanlarının Yıllara Göre Değişimi.	35
• Sağlık Ocakları ve Sağlık Çalışanları Durumu, 1995.	36
• Yıllara Göre Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı.	36
• Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Köy Sağlık Evi Sayıları.	37
• Sağlık Ocaklarının Bölgelere Dağılımı, 1995.	37
• Sağlık Ocakları Bina Durumu, 1995.	37
• Yıllara Göre Köy Sağlık Evlerinin Bina Durumu.	38
• Yıllara Göre Bildirimi Zorunlu Hastalık Sayıları.	38
• Türkiye'de Yıllar İçinde Doğumların Gerçekleşme Biçimine Göre Dağılımı.	39
• Yıllara Göre Sağlık Ocaklarının Evde ve Ayakta Sağlık Hizmetleri.	39

# İÇİNDEKİLER (devam)

	Sayfa No
• Yıllara Göre Akut Solunum Yolu Hastalıklarının Denetimi Programı Çalışmaları.	39
• Türkiye Genelinde Yıllara Göre 0 Yaş Aşılama Oranları.	40
<b>3. YÖNTEM ve GEREÇLER</b>	41
<b>4. BULGULAR</b>	45
<b>5. TARTIŞMA</b>	72
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	83
<b>7. ÖZET (Türkçe, İngilizce)</b>	88
<b>8. KAYNAKLAR</b>	92
<b>9. TABLO ve ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	95
<b>10.ÖZGEÇMİŞ</b>	97
<b>11.EKLER</b>	99
11.1. Araştırmada Kullanılan Bilgi Toplama ve Anket Formu	99
11.2. Araştırma İzin Belgesi	108

# 1. GİRİŞ ve AMAÇLAR

## 1.1. GİRİŞ

Herkes; ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı gözetmeden, *erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olma temel hakkına sahiptir* (İHEB md 25, 1948)

*Sağlık hizmetlerinin temel amacı*, sağlıklı bir toplum yaratmaktır. Bu olgu başlıbaşına bir amaç olduğu gibi, sosyal ve ekonomik kalkınmanın da en temel araçlarından biridir. Günümüzde ulusların en büyük zenginlik kaynağı, sağlıklı ve eğitilmiş insangücü olarak kabul edilmektedir.

Sağlıklı toplumun değeri günümüzde salt etik düzlemde tartışılmamakta, aynı zamanda ekonomik gerekçeler de yaygın olarak benimsenmektedir. Bu bağlamda, sağlık alanında kullanılmayarak tasarruf edildiği sanılan, halk sağlığından esirgenen kaynaklar aslında fazlasıyla geri ödenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar, meslek hastalıkları, iş kazaları bu konuda ilk akla gelen örneklerdir. Büyük boyutlarda kaynak kullanılan sağlık alanında, artık verimli kaynak kullanımı tartışılmaktadır. Bu bağlamda sağlığın korunması ve geliştirilmesi tartışmasız biçimde ciddi olarak öncelik alması gereken bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde ve bu arada ülkemizde durum tam tersinedir. Sağlık hizmetleri denince akla - neredeyse bütünüyle- hasta sağaltımı gelmektedir. Bu da kaynakların kıt olduğu söylenen ülkemiz için son derece önemli kaynak yitiklerine neden olmaktadır.<sup>(1)</sup>

## 1.2. AMAÇLAR

Edirne'de 51 Sağlık Ocağı'nda verilmekte olan Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin durumunun ortaya konulması **amaçlanmaktadır**. Ayrıca;

1. Tıp fakülteleri, buldukları bölgede sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunmak için bölgenin sağlık sorunlarını bilmek, yapılacak bilimsel araştırmalarla diğer sağlık kuruluşlarına destek sağlamak durumundadırlar. Bu araştırma; Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak hem bölgeyi tanımak, hem de yakın ilişkiler içinde bulunan Edirne Sağlık Müdürlüğü'nün Sağlık Ocakları'na sunulmakta olan I. Basamak Sağlık Hizmetleriyle ilgili gereksinim duyduğu bilgileri karşılamak üzere planlanmıştır. Bu amaçla; Edirne Sağlık Ocaklarında Sunulan I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu ve Edirne Sağlık Ocaklarında Çalışan Pratisyen Hekimlerin Sağlık Ocağı Hekimliğine İlişkin Görüşleri adlarıyla iki farklı araştırma planlanmıştır. İlerleyen dönemde hekimdışı sağlık personelinin de incelenmesiyle *I. Basamağın profili* önemli ölçüde ortaya konulmuş olacaktır.
2. Yukarıdaki genel amaçlar dışında; Sağlık Ocakları'na verilmesi gereken Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yasal sınırlarının tanımlanması,
3. Edirne'de Sağlık Ocaklarında verilen I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin bugünkü durumunun ve beklenenden sapmaların ortaya konulması,

4. Sağlık Ocaklarının; bina, personel, laboratuvar olanakları, araç-gereç bakımından bugünkü durumlarının ortaya konulması ve Türkiye geneli ile karşılaştırılması,
5. Sağlık Ocakları'nda kullanılan kayıt ve istatistiklerin doğru ve tam tutulup tutulmadığının ortaya konulması,
6. Sağlık Ocağı poliklinik kayıtlarının incelenerek ilk 10 morbidite nedeninin ve II., III. Basamak sağlık kuruluşlarına sevk oranlarının ortaya konulması,
7. Araştırma sonunda elde edilecek verilerden yararlanarak I. Basamakta nitelik ve nicelik olarak daha iyi Sağlık Hizmeti verilebilmesi konusunda çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne hizmetlerin geliştirebilmesi konusunda destek sağlanması amaçlarıyla bu çalışma yapılmıştır.





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. SAĞLIĞIN TANIMI

Sağlık, çoğunlukla hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Ancak bu tanımlama bugünkü görüşlerin gerisinde kalmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur” diye tanımlanmıştır. Sağlıkla ilgilenen herkesin, özellikle yöneticilerin ve politikacıların bu tanımı bütün boyutları ile kavraması gerekir. Bu tanımın en ilginç yönü, sağlığın sosyal iyilik durumu ile koşullanmasıdır.<sup>(2)</sup>

Sağlık ve hastalık kavramları daima birbirini çağırıştır. Bu nedenle sağlık ile birlikte hastalığı da tanımlamak gerekir. Hastalığın tıbbi tanımı şöyledir: “Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve/veya işlevsel ve normal olmayan değişimlerin yarattığı durumdur.” Ancak bu tanım yalnızca biyolojik yönden doğrudur. Hastalıklarda sosyal ve kültürel etmenlerin rolleri de unutulmamalıdır. Bir toplumda hastalık sayılabilecek bir durum, bir başka ülkede hastalık sayılmayabilir.<sup>(2)</sup>

### 2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

DSÖ Sağlık Hizmetlerini (health services), “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık çalışanlarından yararlanılarak, toplumun gereksinim ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştiren ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu sağaltıcı (tedavi edici) etkinliklerle ülke çapında ele alan **kalıcı bir sistem**” olarak tanımlamaktadır.<sup>(3)</sup>

Fişek, sağlık hizmetlerini “genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların sağaltımı için yapılan çalışmalar” biçiminde tanımlamış ve bu hizmetleri eğitim ve öğretim amacıyla; koruyucu hekimlik hizmetleri, sağaltım hizmetleri ve esenlendirme (rehabilitasyon) hizmetleri olarak üç gruba ayırmıştır (bkz Şekil 1).<sup>(2)</sup>

#### 2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik olarak iki bölümde incelenebilir.<sup>(2)</sup>

**2.2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri :** Amacı, çevrede sağlığı olumsuz biçimde etkileyebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik, sosyal ve ekonomik etmenleri yok ederek, ya da bu etmenlerin kişileri olumsuz biçimde etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu duruma getirmek ve çevreyi sağlığı destekleyecek biçimde korumaktır. Bu tür sağlık hizmetlerinin sunumunda bu konularda eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen vb. meslek sahipleri görev alırlar.<sup>(2,4)</sup>

**2.2.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri :** Hekim ve hekim dışı sağlık personeline verilecek hizmetlerdir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşağıdaki biçimde gruplandırılır: <sup>(2)</sup>

1. Sağlık eğitimi
2. Beslenmenin düzenlenmesi
3. Bağışıklama hizmetleri
4. Hastalıkların erken tanısı ve sağaltımı
5. İlaçla koruma (kemoprofilaksi-seroprofilaksi)
6. Kişisel hijyen
7. Aile planlaması hizmetleri

Sağlık hizmetlerine, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak yatırım toplumun kalkınmasına yapılacak yatırımdır. Ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyi arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Sağlıklı toplum yüksek enerjili insan, o da hizmet ve üretimde artış demektir (bkz. Şekil 2). <sup>(2,5)</sup>

## **2.2.2. Sağaltım Hizmetleri**

Sağaltım hizmetlerini aşağıdaki biçimde sınıflamak olanaklıdır: <sup>(2)</sup>

**2.2.2.1. Kendi Kendine Bakım (Self Care) :** Olgunun sağaltımının kendisi ya da yakınları tarafından yapılmasıdır.

**2.2.2.2. Birinci Basamak Sağaltım Hizmetleri (Primary Medical Care) :** Olgunun, ilk başvurduğu hekim ya da hekim dışı sağlık personeline evde ve ayakta muayene ve sağaltımıdır.

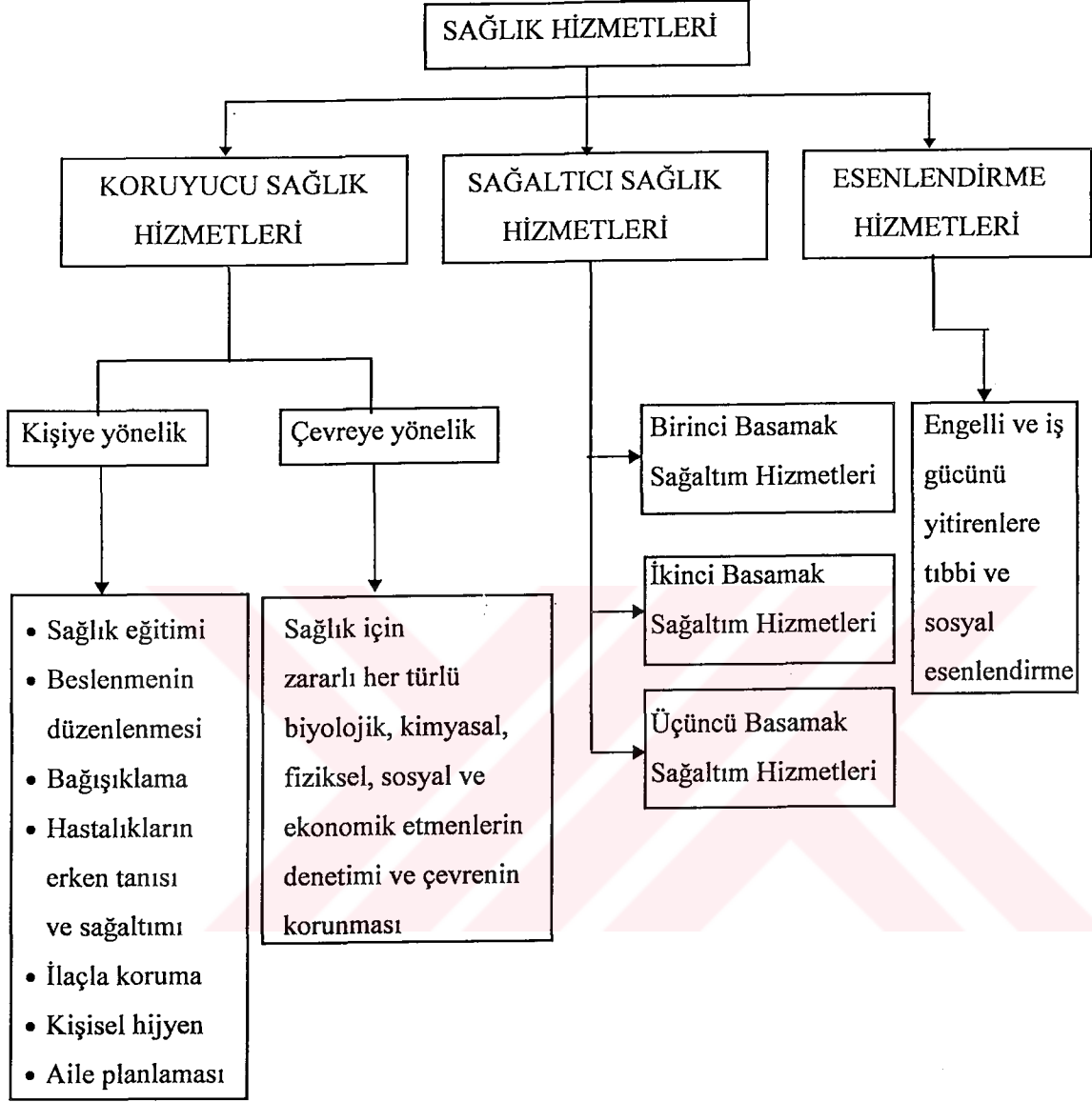
**2.2.2.3. İkinci Basamak Sağaltım Hizmetleri (Secondary Medical Care) :** Olgunun, yataklı bir sağlık kuruluşunda uzmanlarca muayene ve sağaltımının yapılmasıdır.

**2.2.2.4. Üçüncü Basamak Sağaltım Hizmetleri (Tertiary Medical Care) :** Olgunun, en üst düzeyde tıp teknolojisiyle donanmış yataklı bir sağlık kuruluşunda ve/veya özel dal hastanelerinde muayene ve sağaltımının yapılmasıdır. <sup>(2)</sup>

## **2.2.3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri**

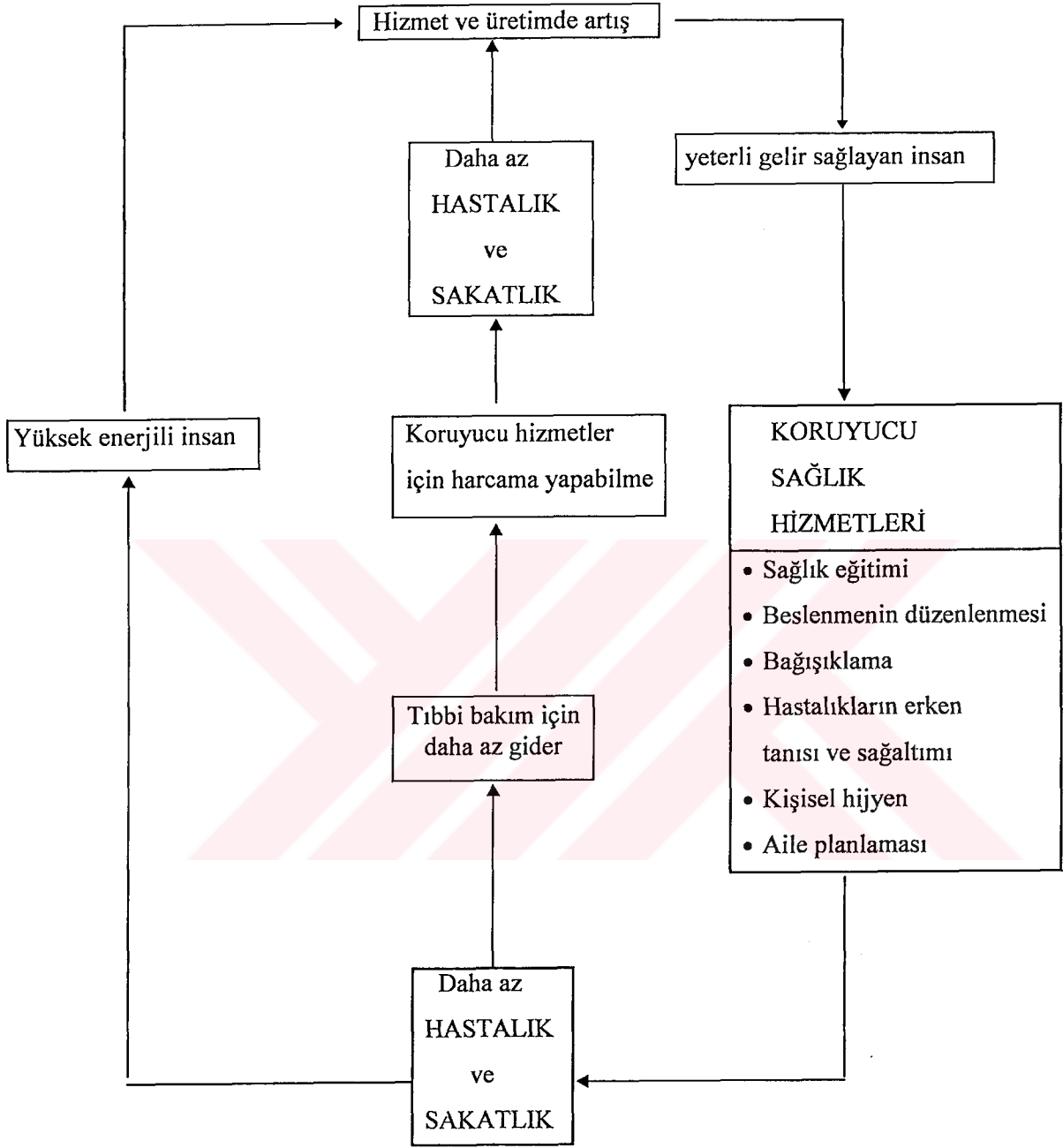
Engelli ve çalışma gücünü yitiren kişilere, işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için hekim ve diğer sağlık çalışanlarınca yapılan tıbbi esenlendirmeyle, sosyal çalışmacılar tarafından iş bulma, iş uyum ve sağaltım gibi konularda yapılan sosyal esenlendirme hizmetlerinin tümünü kapsayan hizmetlerdir. <sup>(2)</sup>

**ŞEKİL 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.**



[Kaynak : Özden M. Sağlık Eğitimi. Ünal Ofset, Ankara, 1988]<sup>5</sup>

ŞEKİL 2 : Koruyucu Sağlık Hizmetleri-İnsana Yatırım İlişkisi.



[Kaynak : Özden M. Sağlık Eğitimi. Ünal Ofset, Ankara, 1988]<sup>5</sup>

## 2. 3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık durumu ülkeden ülkeye, hatta aynı ülkenin değişik bölgelerinde farklılık gösterir. Sosyoekonomik bakımdan gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık durumunun iyi olmadığı anlaşılır. Örn. gelişmiş ülkelerde bebek ölüm hızı binde 5-9, 1-4 yaş ölüm hızı binde 1-2 ve doğumda beklenen ortalama yaşam süresi ( $E_0$ ) 72-79 yıl olmasına karşın, diğer ülkelerde bebek ölüm hızı binde 50-160 ve doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 42-70 yıl'dır. Doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin kısalığının nedeni, beş yaşından küçük çocukların ölüm oranlarının fazla olmasıdır (gelişmiş ülkelerde binde 7-10 iken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde binde 20 ile 283 arasında).<sup>(3)</sup>

Gelişmiş ülkelerle diğer ülkeler arasında yalnızca sağlık göstergeleri bakımından değil, sağlık sorunlarının niteliği, nüfus yapısı ve nüfusun yerleşme yerleri bakımından da farklılıklar vardır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlıklı bir fiziksel çevre sağlanamamıştır, beslenme düzeyleri yetersiz ve dengesizdir. Bu nedenlerle başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere kişiler yaşamlarının önemli bir bölümünü hastalıklarla savaşarak geçirmektedirler (**düşük yaşam niteliği**). Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yarıya yakını 15 yaşından küçük ve yalnızca % 5 kadarı 65 yaşından büyüktür.<sup>(3)</sup>

Gelişmiş ülkelerde de fizik çevre, gelişen teknoloji ve onun atıklarıyla kirlenmektedir. Yine aşırı beslenme insan sağlığını bozan önemli etmenlerdendir. Nüfusun yaklaşık dörtte biri 15 yaşından küçük ve yaklaşık % 12'si 65 yaşından büyüktür. Nüfusun yüzde 70'inden fazlası kentlerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde hem yaşam süresi uzundur, hem de hastalıklarla savaşım içinde geçen yaşam süresi (*yüksek yaşam niteliği*) az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre daha düşüktür (yaşamın otuzda biri).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin kırsal kesimlere yeterince ulaştırılmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Ülkeler bu sorunu çözmek için 1950'li yıllarda DSÖ'nün önerileriyle belirli bir bölgeye hizmet verecek sağlık merkezleri kurmuş, ancak zaman içinde bu tür yerel modellerin başarılı olamayacağı ortaya çıkmıştır. Kaynakların sınırlı olması nedeniyle çok geniş bölgelere hizmet verebilecek merkezler öngörülmüş, ancak bunlar da beklenen verimi sağlamamışlardır. Bu arada koruyucu sağlık hizmetleri savsaklanmış, toplumun sosyo-kültürel yapısıyla bağdaşmayan uygulamalar nedeniyle halk bu sağlık merkezlerini benimsememiş ve amaca ulaşılamamıştır.<sup>(3)</sup>

1960'larda DSÖ uzmanları başta olmak üzere, gelişmiş ülkelerde başarılı olmuş danışmanların önerileriyle, Yerel Sağlık Hizmetlerinin yerine Temel Sağlık Hizmetleri (TSH=Primary Health Care) yeni bir örgütlenme modeli olarak ortaya konulmuştur. Bu model; ana ve çocuk sağlığı, bağışıklama, endemik hastalıkların önlenmesi, sık görülen hastalık ve yaralanmaların sağaltımı hizmetlerini kapsayan; ancak sağlık eğitimi, beslenme, çevre sağlığı gibi işlevleri hizmet alanları dışında sayan bir modeldir. Bu örgütlenme modeli de az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle nüfusun büyük bölümünün yaşadığı kırsal alanlarda beklenen başarıyı sağlayamamıştır.<sup>(3)</sup>

1970'li yıllara gelindiğinde, hükümetlerin ve uluslararası kuruluşların çabalarına karşın dünya nüfusunun büyük bir bölümünün temel sağlık gereksinimlerinin karşılanamadığı gerçeği anlaşılmıştır. <sup>(3)</sup>

Birçok ülkede kırsal bölgelerde yaşayan nüfusun ancak yüzde 15'i sağlık hizmetlerinden yararlanabilmiştir. Daha da önemlisi, olumsuz çevrelerde yaşayanlar ve yoksullar hastalıklara daha fazla yakalanmışlardır. Bu kesim, sağlık sorunları ve nedenleri konusunda da bilgisizdirler. Bu olumsuzluklar karşısında az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin büyük çoğunluğu hizmet stratejilerini saptamaya çalışmış ve bu arada gelişmiş ülkeleri örnek almışlardır. Ancak sorunların farklı olması, nüfusun yapı ve yerleşim olarak farklılığı, sosyo-ekonomik farklılıklar nedeniyle doğal olarak başarısız olmuşlardır. Bu modellerde, sağlık merkezleri büyük kent ve kasabalarda kurulmuş ve daha çok sağıltım hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Bu arada yapılan bazı araştırmalarda (Nijerya, Guatemala vb.) çok üst düzey olmayan sağlık modelleriyle çok başarılı sağlık hizmetleri sunulabileceği, örn. sağlık eğitimi ve beslenmenin düzeltilmesiyle bile birçok hastalığın önlenilebileceği ortaya konulmuştur. Ancak, uygun modelleri bulmak yine de zaman almıştır. <sup>(3)</sup>

**Özet olarak;** az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, batı modeline ya da merkezden yönetilen hizmet örgütlenmesine uygun olarak kurulan sağlık hizmetlerinin, tüm vatandaşların temel sağlık gereksinimlerini karşılayamadığı tarihsel süreç içerisinde acı deneyimlerle iyice 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 yapabilmeyin yolu ise; bilgi, politik ve ekonomik güç sahibi kişilerin belirgin bir tutum, davranış ve yaklaşımla sağlık hizmetlerini değerlendirmelerine bağlıdır.* <sup>(3)</sup>

Sağlık hizmetlerinin yeni bir yaklaşımla değerlendirilmesi gereğini ortaya çıkaran nedenler şöyle özetlenebilir: <sup>(3)</sup>

1. Bugüne değin yürütülen modeller *herkese eşit sağlık hizmeti* yaklaşımını sağlayamamıştır. Özellikle daha fazla sağlık hizmetine gereksinimi olan yaşlılar, çocuklar, yoksullar, özürümler, sağlık kuruluşlarına coğrafya olarak uzak yaşayanlar, sosyal düzeyi düşük kesimler gibi *risk gruplarına* yeterince sağlık hizmeti sunulamamıştır.
2. Sağıltım hizmetleri ön plana çıkmış, kaynaklar yeterince verimli kullanılamamıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir. Bunun sonucunda doğa intikamını acımasızca almış, toplumlar özellikle bulaşıcı hastalıklara yenik düşmüştür.
3. Hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının eğitimleri ülke koşullarına göre planlanıp yapılamamıştır. Yaşanılan toplumun *çok görülen, çok öldüren ve çok sakat bırakan* sağlık sorunları yerine sağıltımı pahalı, ileri teknoloji gerektiren, az görülen sağlık sorunları öğretilmiş; eğitimde ülke koşulları dikkate alınmamıştır.
4. Sağlık hizmetlerinin planlanma, sunum ve denetimi aşamalarında halkın katılımı yeterince sağlanamamıştır. Sürece katılmayan halka sağlık hizmeti sunmak zorlaşmıştır.

5. Sağlık çalışanlarının hizmetiçi eğitimleri ve denetimleri yeterince yapılamamıştır. Tıp alanındaki gelişmeler çalışanlara zamanında aktarılamamış, hizmet sunumunda oluşan aksamalar saptanıp gerekli önlemler alınamamıştır.
6. Sağlık hizmetleri için çok önemli olan “*halka sağlık eğitimi*” verilememiştir. Eğitimsiz halk, sağlık hizmetlerini yeterince istememiş, sunulan hizmetleri de kolay kabul etmemiştir. <sup>(3)</sup>

Bu olumsuz gelişmeler ışığında DSÖ, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere kendi örgütlenme modellerini kurmaları konusunda uyarıda bulunmuştur. 1975 yılında DSÖ Yürütme Kurulu'nun aldığı kararlar arasında dikkat çeken ikisi şunlardır : <sup>(3)</sup>

- 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 **Birinci Basamak Sağlık Bakımı**'na (Primary Health Care) öncelik verilmesine çaba harcanmalıdır. <sup>(3)</sup>

1975 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, DSÖ ve UNICEF'i (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kavramının geliştirilmesiyle görevlendirmiştir. Bu örgütlerin çabalarıyla 1978 yılı Eylül ayında, Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da yapılan 134 ülkenin ve sağlıkla ilgili 67 uluslararası uzman kuruluşun katıldığı toplantıda 2000 yılından önce dünyadaki tüm insanların sağlık düzeyini, onların ekonomik ve sosyal durumlarının daha iyi olmasına yardım edecek biçimde yükseltmek bir amaç olarak benimsenmiş ve bu amaca Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini örgütleyerek varılabileceği kabul edilmiştir. <sup>(3)</sup>

*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, 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 karşılanabilir nitelikte olmalıdır. <sup>(3)</sup>

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin amacı, toplumun belli başlı sağlık sorunlarının çözümü olmalı ve buna uygun olarak sağlığın daha iyiye götürülmesini, korunmasını, hastalıkların sağaltımını ve engelli ve/veya özürlülerin esenlendirilmesini sağlamalıdır. Bu hizmetler her ülkenin ve hatta her ülkede değişik bölgelerin ekonomik, coğrafik koşullarına ve sosyal değer yargılarına bağlı olarak değişebileceği için, ülkeden ülkeye ve toplumdan topluma farklılıklar gösterebilecektir. 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 varlığı önkoşuldur. Bu isteklilik ve güven duygusu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin 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. (3)

Ulusal Sağlık Sisteminin diğer düzeydeki hizmet birimleri, örneğin II. Basamak ve III. Basamak Sağlık Hizmetleri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini teknik bilgi, eğitim, danışmanlık, denetim, yasal destek, araç-gereç sağlanması, bilgi ve kaynak aktarımı konularında destekleyebilecek biçimde örgütlenmelidir. (3)

Ülkenin sağlık sisteminin ve kalkınmasının ayrılmaz bir parçası olan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, değişik düzeyde hizmet sunan sağlık kuruluşları ve ülkenin kalkınmasında önemli katkıları olan diğer sektörlerle işbirliği ve eşgüdüm içinde olmalıdır. (3)

*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin temel amacı;* toplumdaki tüm insanların *sağlığını geliştirmektir.* Bu amacın gerçekleştirilmesi için aşağıdaki yöntemler uygulanmalıdır: (3)

1. *Bireye, aileye ve topluma Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde 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 kendi başarılarına olumlu girişimlerde bulunmaları pek beklenmemelidir. (3)
2. *Gereksinmelerin saptanmasında ve bunların nasıl karşılanabileceği konularında toplumun aktif katılımını sağlamak:* Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ulusal stratejisi saptanırken, bireylerin planlama ve hizmetin sağlanması konularında katkı ve katılımlarını almak unutulmaması gereken bir ögedir. Kişiler, öz sorumluluk konusunda bilinçlendirilmeli, sağlıklarının yalnızca kendilerini değil tüm toplumu ilgilendirdiğini bilmelidirler. Bu kapsamda, 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 insanlarının toplum sağlığı çalışanı olmasına değin varabilir. Gönüllü ya da 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.<sup>(3)</sup>

3. *Toplumsal ve ulusal parasal kaynakların kullanımı:* Tüm toplumlara Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunulduğunda, önceden varolan diğer hizmet birimlerine istek artacaktır. Bu nedenle, varolan sağlık çalışanlarından ve sağlık kuruluşlarından daha etkin bir biçimde yararlanabilmek için görev dağılımları uygun biçimde yapılmalıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin başarılı olabilmesi için, meslek eğitimi görmüş kişilerin bu tür sağlık hizmetlerinin kendi durumlarını ve sorumluluklarını zayıflatmayacağına, tersine daha da güçlendireceğine inandırılmaları gerekecektir.<sup>(3)</sup>
4. *Daha basit ve daha ucuz teknolojiden yararlanmak:* Birinci Basamak Sağlık Hizmeti; toplum tarafından benimsenen, o toplumun ya da ülkenin ekonomik olanaklarıyla bedeli ödenebilen ve bilimsel geçerliliği olan bir teknolojiden yararlanmak zorundadır. Uygulanacak teknik, yerel görenek ve törelerle bağdaşabilmeli, toplum sağlığı çalışanları ve toplumdaki bireyler tarafından benimsenebilecek nitelikte olmalıdır.
5. *Eğitim, Tarım, Ulaştırma, Bayındırlık, Sanayi ve Halkla İlişkiler gibi diğer kamu sektörlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine katkılarını sağlamak:* Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin 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 diğer sektörlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine çok önemli katkılarda bulunabilecekleri unutulmamalıdır. Sağlık sistemi, yalnızca sağlık sektörünün çözebileceğinden daha zor ve karmaşık sorunlarla doludur.<sup>(3)</sup>

Günümüzde gelir dağılımının çarpıklığı sonucunda yoksullar ve kırsal kesimde yaşayanlar sağlık hizmetlerinden yetersiz ya da çok az düzeyde yararlanmaktadırlar. Ancak, parasal olanakların sınırlı olması bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına gerekçe olamaz. Sağlık, doğuştan kazanılmış en önemli insan haklarından birisidir. Dolayısıyla eldeki kaynaklar olabildiğince akılcı kullanılmalı ve *gereksinimi olan herkese* sağlık hizmeti özellikle de *Temel Sağlık Hizmetleri eşit olarak sunulabilmelidir*. Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde toplumların öz kaynakları yeterli olamayabilir. Bu gibi durumlarda, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetler merkezi otoritelerce desteklenmelidir.<sup>(3)</sup>

DSÖ uzmanlarına göre, eğer bir ülkede Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri etkin ve başarılı bir biçimde uygulanabilirse, o ülkedeki herkes 2000 yılına değin sağlıklı bir yaşama kavuşacaktır.

"2000'e Dek Herkes İçin Sağlık" hedefinin içeriği şöyle özetlenebilir:<sup>(3)</sup>

1. Herkes için sağlık, eşitlik demektir. Bu nedenle ülkelerarası ve ülke içindeki *bölgesel farklılıklar olabildiğince azaltılmalıdır*.
2. Amaç; fiziksel, zihinsel ve duygusal yeteneklerinden tam olarak yararlanabilmeleri için insanlarda bir sağlık kavramı oluşturabilmektir. *Dolayısıyla sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmaya ağırlık verilmelidir*.

3. Kişilerde *öz sorumluluk ve sağlık bilinci geliştirilmeli* bu arada sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında bireylere sorumluluk yüklenilmelidir.
4. Herkes için sağlık, *ilgili tüm sektörlerin işbirliği* ile sağlanabilecektir.
5. Sağlık sisteminin *odak noktası Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri* olmalıdır.<sup>(3)</sup>

## 2. 4. 224 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ YASASI

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 statü farkı gözetmeksizin **eşit sağlık hizmeti** sunmak olarak tanımlanmıştır.<sup>(6)</sup>

Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin uygulanmasına, 1963'te Muş'ta başlanmış ve hizmet, çeşitli aksaklıklarla 1983 yılında tüm ülkeye yayılmıştır. Bu Yasanın çıkmasını, uygulanmasını ve örgütlerin kurulmasını gerçekleştiren ve uygulamanın ilk beş yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak görev yapan Prof.Dr.Nusret H. Fişek döneminde çok verimli ve başarılı hizmet sunan bu örgütlenme, bir süre sonra özellikle Fişek müsteşarlıktan ayrıldıktan sonra, bir duraklama ve yozlaşma dönemine girmiştir.<sup>(3)</sup>

### 2.4.1. SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL İLKELERİ

- Sağlık hizmetleri **herkese eşit** olarak götürülecektir (md. 2).<sup>(3,7,8)</sup>
- Herkes belli kurallara uymak koşuluyla sağlık hizmetinden **para ödemedен** yararlanacaktır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı), bazı hizmetler için kişinin doğrudan ödeme yapmasını isteyebilir (md.1-7. fıkra, ayrıca 14. madde).
- Muayene ve sağıaltım ücretini ödemek koşuluyla kişi istediğı hekimini seçebilir (md. 5).
- Hekimler özel hekimlik yapmak ya da tam gün çalışma koşuluyla kamu sektöründe görev almakta özgürdür. Kamu sektöründe çalışan hekimler ücret karşılığı özel hasta bakamazlar (md. 3, 4)\* .
- Yabancı uyruklular sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanırlar (md. 6).
- İlk Basamak sağlık hizmetini herkese eşit sunmak için **Sağlık Ocakları** kurulmuştur.

\* Bu madde yürürlükten kaldırılmıştır.

- Özel nitelikli sağlık hizmeti gerektiren yerler (işyerinde İşyeri Sağlık Birimi gibi) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur (md. 9).
- Sağlık Ocaklarında koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetleri **birlikte** yürütülecektir.
- Hasta sağaltım hizmetinde Sağlık Ocaklarıyla hastaneler işbirliği yapacaktır.
- Sağlık hizmeti bir **takım** (ekip) hizmeti olarak ele alınmıştır.
- Hekim de içinde olmak koşulu ile tüm çalışanların **sürekli hizmetiçi eğitimi** planlanmıştır.
- Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için **sağlık fişleri** tutulacaktır.
- Sağlık personelinin, hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve sağaltım hizmetlerine disiplin getirilecektir (örn. sevk zinciri).
- Halk, hizmetin planlama, uygulama ve değerlendirilmesine katılacaktır.
- Sağlık örgütü il içinde bağımsız bir bütün olacak ve İl Sağlık Müdürü bu örgütün yöneticisi olacaktır.
- Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında, sağlık hizmetleri **tek elde** toplanacaktır.
- Belediyesi olan yerleşme birimlerinde çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi belediyelerin görevi olacak, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar bu hizmetlerin denetiminden sorumlu olacaktır.
- Sağlık Bakanlığı'na görüş bildirmek, önerilerde bulunmak ve değişik kurumlar arasında işbirliğini sağlamak amacıyla **Sosyalleştirme Genel Kurulu** oluşturulacaktır.
- Hekimlere ödenecek ücret **sözleşmeyle** saptanacaktır. Ücreti saptanmasında, serbest çalışan hekimlerin kazanç düzeyleri ve çalışma koşulları gözönüne alınacaktır.
- Kamu sektöründe görevli sağlık çalışanlarına yansız ve adaletli bir atama, yer değiştirme ve yükseltme yöntemi uygulanacaktır (md. 24).
- Bu yasanın tıp fakültelerinde uygulanması, fakülte yönetimlerine bırakılmıştır.
- Sağlık hizmetlerinin **finansmanı** esas olarak **genel bütçeden**, kısmen de halktan toplanacak olan primlerle karşılanacaktır.
- Kişiden, kendisine verilen hizmetlerin bir bölümüne finansal katkısı istenebilir. <sup>(3,7,8)</sup>

## 2.4.2. SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENME ÖZELLİKLERİ

1. Sağlık hizmetleri, *dar bölgede geniş kapsamlı* (çok amaçlı) bir hizmet olarak ele alınmıştır. Hizmetin temel birimi **Sağlık Ocağı**'dır. Kırsal alanlarda her 5-10 bin nüfusa, kentsel alanda her 50 bin nüfusa hizmet vermek üzere Sağlık Ocakları kurulacaktır. Sağlık Ocakları, sorumlu oldukları bölgedeki insanlara **eşit ve ücretsiz** olarak Sağlık Hizmeti götürürler. Sorumlu olunan nüfusa ve ülkenin sağlık insangücü potansiyeline 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 tarafından yürütülen bu hizmetler, Ocakta ve ev ziyaretleri yapılarak verilir.

2. Sağlık Ocaklarına bağlı olarak kırsal alanda 2000-3000 nüfusa bir **Sağlık Evi** kurulacak . Toplu kentsel bölgelerde sayı daha yüksek tutulur.<sup>(7)</sup> Sağlık Evlerinde yalnızca ebe hizmet sunacaktır.
3. Sağlık Ocağından beklenen görevler, **çağdaş sağlık anlayışına** uygun biçimde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini 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 Grubu Hastanesi bağlanacaktır.
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.
6. 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.<sup>(3)</sup>

Türkiye’de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler; tıpkı diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi altyapı, eğitim ve beslenme sorunlarıdır. Buna bağlı olarak sağlık düzeyimizin ülke çapında yükseltilmesinde en önemli kazancın 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 Birinci Basamak birimleridir.<sup>(9)</sup>

Oysa günümüz Türkiye’inde yönlendirme, gerek sunu (arz) gerekse istem (talep) bakımından ileri Basamak sağlık hizmetlerine, yani hastanelere olmaktadır. Birinci Basamak birimleri olarak Sağlık Ocaklarının yeterince desteklenmemesi ile bu yönlendirme bilinçli bir siyasal seçim olmuştur.<sup>(9)</sup>

Gelişmiş ülkeler sağlık sorunlarının % 90-95 gibi büyük bir bölümünü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle çözmektedir. Ancak, buna ulaşırken yetkin pratisyen hekimler yetiştirmeyi hedef almakta, tanı hizmetlerini ise en küçük merkezlere bile ulaştırabilmektedir. Türkiye’nin de topluma hizmeti kullanırmak için, öncelikle yeterli ve nitelikli hizmeti topluma sunmaya gereksinimi vardır.<sup>(9)</sup> Bunun denli önemli bir olgu da hizmetin ve donanımın ülkeye dengeli yayılmasıdır.<sup>(10)</sup>

Sağlık Hizmeti uygulamaları ile ilgili tartışmaların yoğunlaştığı günümüzde, özellikle hekimlerin yarısından çoğunu oluşturan pratisyen hekimlerin sorunları güncelliğini korumaktadır. Yılda yaklaşık beş 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.<sup>(11)</sup>

Pratisyen hekimlerin toplumda gereken 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 mesleksel verimleri azalmakta, psikolojik ve sosyal açılardan ciddi yitiklere uğramaktadırlar. Bu olgu I. Basamak Sağlık Hizmetleri'nin önündeki en büyük engellerden biridir.<sup>(11)</sup>

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.. Konular sınırlanmalı, buna karşılık bilgi derinliği de sağlanmalıdır. Pratisyen hekim, o toplum için önemli ve öncelikli olan konularda her türlü işlemi yapabilecek derinlik ve nitelikte bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Bu konularda gerekli teknolojiyi kullanabilmelidir.<sup>(11)</sup>

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.<sup>(12)</sup>

Tıp fakültelerinde **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri** 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 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, diğer kurumlara göre hekimlere daha fazla bağımsız çalışma ortamı sağlayan ve gerektiği gibi yapılabilirse zevkli ve doyurucu bir çalışma alanı olan Sağlık Ocaklarında, hekimlerin mesleksel doyumları beklenenden çok daha düşük düzeyde bulunmaktadır.<sup>(13)</sup>

Tüm bu olumsuzluklar gözönüne alınarak, Sağlık Ocağından beklenen hizmetler ve Sağlık Ocağı hekiminin görevlerini incelemek önemlidir.



### 2.4.3. SAĞLIK OCAKLARINDAN BEKLENEN HİZMETLER

Sağlık Bakanlığı, 154 Sayılı Yönerge çok eskidiğinden Sağlık Ocaklarından beklenen hizmetlere koşut olarak "Sağlık Ocağı Hekiminin Görev Analizi" adı altında 1988 yılında yayınladığı bir çalışmada, Sağlık Ocağı hekiminin görevlerini aşağıdaki gibi belirlemiştir :<sup>(6)</sup>

### 2.4.4. SAĞLIK OCAĞI HEKİMİNİN GÖREVLERİ

1. Ocakta *yönetim hizmetlerini yürütmek,*
2. Hizmet götürülecek **bölge ve toplumu tanımak,**
3. Hizmet **plan ve programı yapmak,**
4. 15-49 yaş evli kadınları izlemek,
5. Doğum öncesi bakım ve izleme yapmak,
6. Doğum yaptırmak, doğum sonrası bakım ve izleme yap(tır)mak,
7. Sık görülen kadın hastalıklarının denetim ve izlemine yapmak,
8. Aile planlaması hizmetlerini yürütmek,
9. Evlilik öncesi ve evlilikte danışmanlık hizmetlerini yürütmek,
10. Yenidoğan ve bebeklik dönemi bakım ve izlemeleri yapmak,
11. 1-6 yaş çocuk izleme ve bakım çalışmalarını yürütmek,
12. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin izlemine yapmak,
13. Önemli çocuk hastalıklarının izlemine ve sağaltımını yürütmek,
14. Okul sağlığı hizmetlerini yürütmek,
15. Çevre sağlığı ve çevre denetimi hizmetlerini yürütmek,
16. Bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek,
17. İshalli hastalıkların denetimini yürütmek,
18. Sosyal hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek,
19. Bağışıklama hizmetlerini yürütmek,
20. Laboratuvar hizmetlerini yürütmek,
21. İlk yardım ve ivedi girişim hizmetlerini yürütmek,
22. Küçük cerrahi girişim, pansuman, enjeksiyon yapmak,
23. Süregen hastalık gruplarını izlemek,
24. Ruh sağlığı ve geriyatri hizmetlerini yürütmek,
25. Adli tabiplik ve bilirkişilik hizmetlerini yürütmek,
26. Kayıtları tutmak, istatistiksel değerlendirmeler yapmak,
27. Halka ve çalışma ekibine sağlık eğitimi vermek,
28. Toplum kalkınması hizmetlerinde önderlik ve işbirliği yapmak.<sup>(6)</sup>

## 2.5. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ (TSH)

“Temel Sağlık Hizmetleri” (TSH) denildiğinde akla, “Alma-Ata Bildirgesi” gelir. Bir kavram olarak TSH, ayrıntılarıyla bu Bildirge’de açıklanmıştır.<sup>(14)</sup>

TSH’ni tam olarak kavrayabilmek için, Alma-Ata Bildirgesi’nin tamamını incelemek gerekir. Çünkü bu kavramda en küçük ayrıntı bile önemlidir. Alma-Ata Bildirgesi dikkatli bir gözle incelenemezse, TSH birçok kişi tarafından sözde bilinen, birçok ülkede uygulanan, önemli bir özelliği olmayan bir kavram gibi algılanabilir.<sup>(14)</sup> TSH deyişi, Alma-Ata Konferansı’ndan önce de kullanılmıştır. Ancak, TSH kavramını formüle eden Alma-Ata Bildirgesi dikkatle incelendiğinde bu kavramın yalın görünümüne karşılık, geleneksel sağlık hizmetleri uygulamalarına benzemeyen birçok yeniliği içerdiği görülür. Alma-Ata Bildirgesi sağlık hizmetleri bakımından yeni düzenlemeleri gerektirecek öneriler içermektedir.<sup>(14)</sup>

### 2.5.1. DÜNYA’DA SAĞLIK

Alma-Ata Konferansı, dünyada sağlık hizmetlerindeki sorunlarla ilgili çözüm önerilerinin tartışıldığı bir toplantıdır. Böyle bir tartışmaya ve toplantı sonunda yayınlanan Bildirge’ye temel oluşturan gerekçe, 1970’li yıllarda Dünya’da sağlık düzeyinin özlenenin gerisinde oluşudur. 1973-1977 yılları sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı yıllar olmuştur. Bu dönemde hazırlatılan raporlarda ve yapılan tartışmalarda hem gelişmekte, hem de gelişmiş ülkelerde sağlığa ilişkin göstergelerin iaçıcı olmadığı vurgulanmıştır.<sup>(14)</sup>

## 2.6. ALMA-ATA KONFERANSI

### 2.6.1. ALMA-ATA BİLDİRGESİ : ULUSLARARASI BİR SAĞLIK SÖZLEŞMESİ

Alma-Ata Konferansı olarak bilinen toplantı, sağlık hizmetlerini geliştirmek ve dünyadaki bütün insanların sağlık düzeylerini iyileştirmek için düşünülen çözüm önerilerinin tartışıldığı bir toplantıdır. Bu toplantı sonunda yayınlanan Bildirge de bir **öneriler paketidir**. Ancak 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisinin imzaladığı bir Bildirge, yalnızca bir öneriler listesi olarak kabul edilmemelidir. Alma-Ata Bildirgesi’nin asıl önemi, TSH kavramı ve uygulamaları konusunda hemen hemen bütün dünya ülkelerince imzalanmış bir **“uluslararası sağlık sözleşmesi”** oluşudur. Bu metni imzalayarak her ülke, TSH görüşünü benimsediğini ve diğer bütün ülkelere önerdiğini ilan etmiştir.<sup>(14)</sup>

Alma-Ata Konferansı’na, 70 ülke sağlık, 40 ülke ise Maliye, Eğitim ya da Tarım Bakanları ile katılmıştır. Toplantıda Türkiye’yi, zamanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı başkanlığında bir kurul

temsil etmiştir. Dolayısıyla Türkiye, toplantı sonunda yayınlanan Bildirge'ye uyacağını bir hükümet üyesinin imzasıyla 134 ülke, 67 uluslararası örgüt temsilcisinin huzurunda yükümlenmiştir. Bu güvencenin ne olduğunu bilmek ve TSH görüşü altında yatan felsefeyi iyi kavramak gerekir.<sup>(14)</sup>

## 2.6.2. ALMA-ATA KONFERANS'INA NASIL GELİNDİ?

2000'lere girerken sağlık göstergelerinin genel sosyoekonomik gelişimin gerisinde kaldığı görüldü. DSÖ ve UNICEF buna karşı bir önlem almayı düşündü. Dünyanın o dönemdeki sağlık durumuyla ilgili saptamalar aşağıdadır.<sup>(14)</sup>

1. Yaklaşık 1 milyar kişi yoksulluk, kötü beslenme ve hastalıklar nedeniyle çalışamaz, kendi kendine yetmez derecede güçsüz ve gelecekleri için ümitsizdir.
2. Kimi ülkelerde doğuştan beklenen yaşam süresi 72 yıl iken, kimilerinde 55 yıl dolayındadır. Bu süre, kimi Afrika ve Güney Asya ülkelerinde 50 yılın altındadır.
3. Gelişmekte olan kimi ülkelerde doğan her 100 bebekten 2'si birinci yaş gününü, 1'i beşinci yaş gününü göremeden ölmektedir. Her 100 bebekten 5'i kırkıncı yaşlarını kutlayabilmektedir.
4. Gelişmekte olan ülkelerde insanlar, kolaylıkla korunulabilecek nedenlerden ölmektedir. Öte yandan, gelişmiş ülkelerin sorunları olarak bilinen kalp-damar hastalıkları, kanser ve kazalara bağlı ölümler de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır.
5. Gelişmekte olan ülkelerde her yıl doğan 80 milyon bebekten 72 milyonu, hiçbir hastalığa karşı aşılammaktadır.
6. Dünya'da 1.2 milyar kişi, sıtma kuşağında yaşamaktadır. Yalnızca Afrika'da her yıl 1 milyon çocuk sıtma nedeniyle ölmektedir.
7. Gelişmiş ülkelerde, kişi başına günde ortalama 3 400 kilokalorilik aşırı miktarda gıda tüketilmesine karşın, gelişmekte olan ülkelerde ortalama 2 000-2 400 kilokalori tüketilmektedir.
8. Çevre koşulları bozuktur. Endüstrileşme ve hızlı kentleşme bu durumu özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha da bozmaktadır.
9. Kişilerin eğitim durumları ile sağlık düzeyleri arasında çok yakın bir ilişki olmasına karşın, dünyada 900 milyon yetişkin okuma-yazma bilmemektedir.
10. Bütün bu zorluklara karşın dünya nüfusunun yaklaşık üçte ikisi sürekli sağlık hizmetinden yoksundur. Özellikle gelişmekte olan kimi ülkelerde 100 000 kişiye 50'den az sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu oran gelişmiş ülkelere göre 15 kat daha azdır.<sup>(14)</sup>



Özetle, 1970’li yıllarda yapılan değerlendirmeler sonucunda şunlar söylenebilir: <sup>(14)</sup>

- Dünya’da sağlık düzeyi özlenenin çok altındadır.
- Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır.
- Kimi ülkelerde bölgelerarasında da eşitsizlik vardır.

Yukarıda özetlenen değerlendirmeyi yapan DSÖ Yürütme Kurulu (WHO Executive Board) 1973 yılında şu sonuca varmıştır :<sup>(14)</sup>

- ◆ Birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki gelişme gerek nicelik, gerekse nitelik olarak toplumun gelişmişliğine uymamaktadır (onun gerisindedir).
- ◆ Toplumlar ülkelerindeki sağlık hizmetlerinden hoşnut değillerdir. Bu hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir. <sup>(14)</sup>

DSÖ, bu durumun hızla iyileştirilmesi için bir dizi kararlar almıştır.

Bu kararlardan ilki, **HEDEF** belirlenmesidir. DSÖ’nün 1977 yılında toplanan 30’uncu Genel Kurulu’nda (Asamble) kararlaştırılan hedef, “**2000 Yılında Herkese Sağlık**”tır. <sup>(14)</sup>

Bundan bir yıl sonra, 6-12 Eylül 1978’de, Alma-Ata’da toplanan TSH Konferansı’nda bu hedefe varmak için izlenecek **İLKELER** kararlaştırılmıştır. Bir başka deyişle Alma-Ata Konferansı dünyada sağlık hizmetlerini geliştirme ve sağlık düzeyini iyileştirme ile ilgili politikaların belirlendiği bir toplantı olmuştur. <sup>(14)</sup>

Alma-Ata Konferansı’ndan 1 yıl sonra 1979’da toplanan 32. DSÖ Genel Kurulu ise, “**2000 Yılında Herkese Sağlık**” stratejisini belirlemiştir. <sup>(14)</sup>

DSÖ’nün kararları ülkeleri bağlayıcı nitelikte olmayan “öneriler”dir. Ancak TSH, zamanımızda bütün ülkelerin tercihi haline gelmiştir. Pek çok ülke TSH konusunda başardığı gelişmeleri kıvançla açıklamaktadır. TSH yalnızca DSÖ’nün değil, başta UNICEF olmak üzere birçok uluslararası kuruluşun da benimsediği ve savunduğu bir görüş olmuştur. <sup>(14)</sup>

### **2.6.3. ALMA-ATA KONFERANSI ve TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ**

Alma-Ata konferansına DSÖ, UNICEF, özel uzmanlık kuruluşları, Birleşmiş Milletler’den 67 örgüt temsilcisi ve hükümet dışı örgütler katılmıştır. <sup>(14)</sup>

#### **Amaç :**

- 2000 Yılında Herkese Sağlık (Temel Sağlık Hizmetleri),
- 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.

## TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Alma-Ata Bildirgesi'nde verilen tanıma göre : "Temel Sağlık Hizmetleri 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."<sup>(14,15)</sup>

Yukarıdaki tanımı daha iyi yorumlayabilmek için TSH'nin dört yönünü bilmek gerekir:<sup>(14-19)</sup>

1. **Temel Sağlık Hizmetleri**, sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren **bir görüştür;**
2. **Temel Sağlık Hizmetleri**, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde **bir anahtardır;**
3. **Temel Sağlık Hizmetleri**, sağlık hizmetlerinin **ilk basamağıdır;**
4. **Temel sağlık hizmetleri**, bir etkinlikler demetidir.

### 2.6.3.1. Bir Görüş Olarak TSH

TSH'nin en önemli özelliği, sağlık hizmetlerinin bütünü ile ilgili bir görüş, bir felsefe oluşudur. Bu görüşün temelini aşağıdaki dört ana nokta oluşturur :

**Sosyal Eşitlik** : Sağlık hizmetleri, doğuştan kazanılmış bir insanlık hakkıdır ! Bu hizmetler, yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara ve kentlerde oturanlara değil, toplumdaki *herkese* ve en uzak yerleşim yerinde oturanlara da sosyal adalet anlayışı içinde, *eşit* olarak götürülmelidir. Unutmamak gerekir ki; burada sözü edilen mutlak bir eşitlik değildir. "**Herkese biraz ama gereksinimi olana daha çok**" yaklaşımı sağlıkta eşitsizlikleri giderebilecek olan tek yaklaşımdır.<sup>(14,19)</sup>

**Öz Sorumluluk** : Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır. Bu amaçla bireyler eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir. Bunun doğal sonucu olarak toplumların sorumluluk duygusu içinde sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve halka sunulduğunda söz sahibi olması, yani sağlık hizmetlerine *katılımı* gereği ortaya çıkar.<sup>(14,15)</sup>

**Sağlık Hizmetlerinin Boyutu :** Sağlık, sosyal bir olgudur. İnsan ve onun mutluluğu için olan her şey, aynı zamanda onun sağlığı içindir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri yalnızca “sağlık sektörü”nce yürütülemeyecek denli geniş kapsamlıdır. *Sektörlerarası işbirliği* kaçınılmazdır. <sup>(14,15)</sup>

**Uluslararası Dayanışma :** Dünya küçülmüştür. Sağlık düzeyi yönünden ülkelerarası eşitsizlikler, çözümü gerekli ekonomik, politik ve sosyal eşitsizlikler yaratmaktadır. Dolayısıyla sorun bütün ülkeleri ilgilendirmektedir. Uygur dünyanın onurlu üye ülkeleri, gelişmekte olan ülkelerin sorunlarının çözümünde dayanışma içinde olmalıdırlar. <sup>(14,15)</sup>

### 2.6.3.2. Bir Örgütlenme Anahtarı Olarak TSH

Bir ülkede TSH felsefesinin uygulamada olup olmadığını anlamak için o ülkedeki sağlık örgütlenmesinde kimi ilkelere uyulup uyulmadığına bakmak gerekir. Bunlar aşağıda kısaca belirtilmiştir :

- a. Toplum, sağlık hizmetlerinin planlanmasına ve yürütümüne katılmakta mıdır ?
- b. Sağlık hizmetleri değişik meslek üyelerinden oluşan bir takım tarafından mı verilmektedir ?
- c. Toplum içinde halkın “ilk başvuruları” için hizmet birimleri örgütlenmiş midir ?
- d. Sağlık sistemi içinde kademeli bir hasta sevk zinciri işletilmekte midir ?
- e. Korunma, sağaltım, esenlendirme ve sağlığı geliştirici hizmetler birlikte, -bir bütün olarak- ele alınmakta mıdır ? (entegrasyon)
- f. Hizmetler sürekli midir ?
- g. Sağlık yönünden risk altındakileri belirlemek amacıyla evlere ve işyerlerine değin uzanan bir sistem oluşturulmuş mudur ?
- h. Kurulan hizmet modeli kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler nitelikte midir ?
- i. Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve koşullarına uygun mudur ? <sup>(14)</sup>

### 2.6.3.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH

TSH'nın en yaygın bilinen yönü budur. I. Basamak Sağlık Hizmeti demek; koruyucu hizmetler ve 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 da verilebilir. <sup>(14,15)</sup>

### 2.6.3.4. Etkinlikler Olarak TSH

Alma-Ata Bildirgesinde “**En Az Bakım (Minimal Care)**” kavramından söz edilmektedir. Bu kavramda 8 etkinlik yer almaktadır. Tüm ülkeler, olanakları ne olursa olsun, “**olmazsa olmaz**” bu sekiz hizmeti halkına verecektir. En az bakım kavramında yer alan hizmetler şunlardır: <sup>(14,15,20)</sup>

1. Beslenme durumunun geliştirilmesi,
2. Halkın sağlık eğitimi,
3. Temiz su sağlanması ve sanitasyon,
4. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması,
5. Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama,
6. Endemik hastalıkların denetimi,
7. Sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun sağaltımı,
8. Temel ilaçların sağlanması.

Bir ülkede yukarıdaki 8 hizmetin sunuluyor olması TSH'nin var olduğu anlamına gelmez. Önemli olan bu hizmet sunumuyla birlikte TSH'nin diğer ilkelerine de uymaktır. <sup>(15)</sup>

Alma-Ata Bildirgesi'nde tanımlandığı biçimiyle TSH, yalnızca gelişmekte olan ülkeler için ortaya atılmamıştır. Bildirge'nin, gelişmekte olan ülkelere ağırlık verilerek kaleme alındığı doğrudur. Ancak TSH kavramı ister gelişmekte, ister gelişmiş olsun her ülke için geçerlidir. DSÖ Avrupa Bölge Başkanlığı (WHO-EURO) bu nokta üzerinde özellikle durmaktadır. <sup>(14)</sup>

Sağlık düzeyi göreceli bir kavramdır. Her ülke sağlık düzeyini daha ileriye götürmeye çalışmalıdır. Bunu yaparken de TSH ilkelerine uymalıdır. Oysa pek çok ülkede ve özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve halka sunuluşunda “geleneksel tıbbi bakım” anlayışı egemendir. Bu durumun değiştirilerek sağlık hizmetlerinin TSH= Çağdaş Sağlık Anlayışı görüşüne göre yeniden ele alınması zorunluluğu vardır.

**Dünya Bankası** 1993 Raporu sağlık konularına özgülenmiştir. Rapora göre “**Minimum Sağlık Paketi**” yaklaşımı ağırlıklı bir önem kazanmıştır. Paketin içeriği 2 ana başlıkta incelenebilir. <sup>(14,15,21)</sup>

#### I. Kamu Sağlığına İlişkin Eylem Planı.

- Genişletilmiş **Bağışıklama** Programı'nın sürdürülmesi.
- **Okul Sağlığı** Hizmetlerinin geliştirilmesi.
- **Tütün ve alkol** kullanımının sınırlandırılması.
- **AIDS** önleme çalışmalarının etkinleştirilmesi.
- Toplum **Aile Planlaması** hizmeti verilmesi.

- *Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması.*
- Halka *sağlık eğitimi* verilmesi.
- Sağlık ve sağlıkla doğrudan / dolaylı ilgili diğer hizmetlerin topluma sunulması.

## II. Klinik Hizmetlere İlişkin Eylem Planı.

- *Tüberkülozun* kısa dönem kemoterapisi.
- *Hasta çocukların* sağaltımı (özellikle parazitik hastalıkların sağaltımı).
- Tümüleşik prenatal bakım ve doğum hizmetleri.
- *Klinik Aile planlaması hizmetlerinin* verilmesi (tüp ligasyonu, vazektomi, deri altı implantlar ve diğer invazif yöntemlerin uygulanması ve izlenmesi).
- *Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla* savaş (HIV / AIDS'e karşı kondom dağıtımı gibi).
- Temelde yetişkine yönelik sınırlı sağlık bakımı.

Görüldüğü gibi çağdaş sağlık anlayışı TSH ile büyük ölçüde örtüşmektedir. Dünya Bankası'nın belirlediği eylem planı büyük ölçüde enaz bakım içeriğindeki hizmetleri kapsamaktadır. Bu çerçevede, pek çok gelişmekte olan ülkenin sağlık planlarında yeni düzenlemeler yapmaları gerekecektir.<sup>(15)</sup>

### 2.6.4. ALMA ATA BİLDİRGESİ'NİN TSH ile İLGİLİ ÖNERİLERİ

Alma-Ata Bildirgesi'nde öneriler 22 maddede ele alınmıştır. Bunların herbiri önemlidir. Ancak, öneriler arasında TSH görüşünü belirleyen 6 temel saptama vardır :<sup>(15)</sup>

1. Sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmanın temel ögesidir (md. 1).
2. Toplum, sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katılmalıdır (md. 2).
3. Sağlık hizmetlerinde sektörlerarası işbirliği temeldir (md. 3 ve 4).
4. Sağlık hizmetleri, toplumda herkese, onların kabul edebilecekleri biçimde ve bütüncül olarak verilmelidir (md. 6).
5. Takım anlayışı içinde, hekimdışı personel kullanımına önem, gerekirse öncelik verilmelidir (md. 9, 10).
6. Hizmetlerin her kademesinde, o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır (md. 12).

### 2.6.4.1. Sağlık Hizmetleri ve Kalkınma

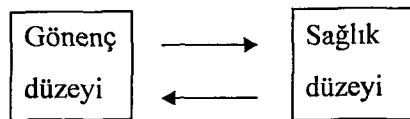
Sağlık hizmetleri ile ilgili yatırımlar kimi planlama ve ekonomi uzmanlarınca “nüfus yatırımları” (demografik yatırımlar) olarak kabul edilir. Yani bu yatırımlara yapılan harcamalar kısa sürede geri dönmez. Bu nedenlerle, özellikle kaynakları sınırlı olan gelişmekte olan ülkelerde ekonomik gelişmeyi planlayanlar, sağlık hizmetleri ile ilgili yatırımlara olanaklı olduğunca az kaynak ayırmak eğilimindedirler, kaynakların çoğunu üretici alanlara ayırırlar. Bu görüşlerini savunurken “sağlık düzeyinin ekonomik kalkınmışlıkla yakından ilgili olduğunu” söylerler. Onlara göre; “bir toplum ekonomik olarak kalkınırsa o toplumun sağlık düzeyi de buna koşut olarak gelişir. Bu nedenle ülkeler bütün güçlerini ekonomik kalkınmaya harcamalıdır.”<sup>(14,15)</sup>

Alma-Ata Bildirgesi'nin 1. maddesinde bu görüşün tersine, sağlık hizmetlerinin kalkınma içindeki önemi vurgulanmıştır. Bildirge'de, her ülkenin kalkınma planlarında TSH'nin ulusal kalkınma ile uyumlu bir biçimde ele alınarak geliştirilmesi önerilmiştir. Bildirge'nin gerekçelerinin açıklandığı bölümde, ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyi arasında çift yönlü bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Yani, kalkınmışlık toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine yol açacağı gibi, sağlıklı bir toplum da kalkınmaya olumlu bir itki verecektir (bkz. Şekil 3). Disraeli'nin dediği gibi, “bir ülkenin ekonomisinin sağlıklı oluşu, önce halkının sağlıklı oluşuna bağlıdır.”<sup>(14,15)</sup>

Sağlığa yeterli kaynak ayırmayarak insan sağlığına gereken önemi vermeyen ekonomistler, yaşamın temel anlamını ve kalkınmanın gerçek amacını gözden kaçırmaktadırlar. O da şudur: Dünyada her şey insan içindir. Üretim de, kalkınma da insanların daha mutlu yaşamalarını sağlamak içindir. Eğer bunlar insanı daha rahat, daha mutlu yaşatmayacak olursa, ne üretime ne de kalkınmaya gerek olurdu.<sup>(14,15)</sup>

Sağlık düzeyinin yükselmesi için tek etmen ekonomik kalkınmışlık değildir. Örn. Sri Lanka oldukça yoksul bir ülke olmasına karşın, sağlık düzeyi bakımından kendisinden daha zengin ülkelere iyi durumdadır. Bu nedenle, doğrudan sağlığa yönelik yatırımlar ve harcamalar gereklidir. Bu cümleden olarak, sağlık sektörüne devlet bütçesinden ayrılan payın da artırılması gerekir.<sup>(2)</sup>

**ŞEKİL 3 : Gönenç- Sağlık Döngüsü.**



Alma-Ata Bildirgesi'nin sağlığa kaynak ayrılması ile ilgili önerisi TSH kavramının temel öğelerindedir. Türkiye'de bu önerinin gerektiği gibi yerine getirildiği söylenemez. Her şeyden önce, Alma-Ata Bildirgesi'nin yayınlandığı 1978 yılından sonraki dönemde Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesi içindeki oranında artış bir yana, kimi yıllarda ciddi azalmalar olmuştur. Örn. 1961 yılında Sağlık



Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesi içindeki oranı % 5.27 iken, 1970'te % 3.08, 1980'de % 4.21, 1990'da % 4.12'ye düşmüştür. Yıllar içinde azalan bu oran, 1996'da % 2.76'ya inmiştir. <sup>(22)</sup>

Bu konuda çarpıcı olan bir başka nokta da, sağlık hizmetleri kaynaklarının altsektörlere paylaştırılmasıdır. Örn. ülkemizde Sağlık Bakanlığı bütçesinin % 2-3 kadarı Temel Sağlık Hizmetlerine ayrılmaktadır. Bütçenin çok önemli bölümü personel giderleri ve sağaltım hizmetlerine ayrılmaktadır. 1990 yılında İngiliz Price-Waterhouse Firması'na Sağlık Bakanlığı'nca hazırlattırılan Master Plan Raporu'nda TSH ve Türkiye'deki sağlık örgütlenmesiyle ilgili ilginç saptamalar olmuştur. Bu rapordan bazı alıntılar aşağıdadır: <sup>(23)</sup>

- Sağlık sektöründe, bir yönetim (management) yapısından çok idari yapı (administrasyon) vardır (s. 6).
- Yöneticiler, kendi örgütlenmeleri hakkında yeterli bilgiye sahip değillerdir.
- Türkiye'de sağlık hizmetleri için ayrılan para, orta gelir düzeyindeki bir ülke için düşüktür (s. 6).
- Sağlık harcamaları içinde Devletin payı olması gerekenden azdır harcamaların önemli bir bölümü sağaltım hizmetlerine gitmektedir (s. 22).
- Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı eleştirilmekte ve Temel Sağlık Hizmetleri'ne öncelik verilmesi istenmektedir (s. 37 ve 39).
- En çok gereksinim duyulan personel, TSH verecek hekimler ve çağdaş yönetim becerileriyle donanmış sağlık yöneticileridir (s. 23).
- Bir başvuru zinciri, ancak Sağlık Ocağı'nda (SO) sağlanan bakım düzeyinin kabul edilebilir olmasıyla çalışabilir. Bu durum hem köy, hem kent SO için geçerlidir (s. 30). Etkin bir sevk zinciri sisteminin uygulanmasındaki temel anahtar, temel sağlık sisteminin iyileştirilmesinden geçmektedir.
- Hekimlerin pek çoğu SO'da terk edilmişlik duygusu ve mesleki kaygılar yüzünden depresyon içindedir. Buna karşın SO'da hizmetleri nasıl yürüteceğini bilmeyen değil, Tıp Fakültesinde SO adını bile duymamış hekimler vardır (s.200).
- Koruyucu hekimlik (KH) anlayışı yalnızca tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminin temeli olarak kalmamalı; KH eğitim ve becerileri Sağlık Bakanlığı'ndaki üst düzey hekimlik görevlerini üstlenenler için de zorunlu olmalıdır. Üst düzey görevliler, KH'in bir uzmanlık olmadığı ve KH ile sağaltım hizmetlerinin tümüyle aynı olduğu görüşündedirler (s. 145).
- Halen tıp öğrencilerine verilmekte olan eğitim Halk Sağlığı ve toplum hekimliği bakımından yeterli değildir. Doktorlar özellikle kırsal alanlarda karşılaştıkları sorumluluklarla baş edecek biçimde yetiştirilmemişlerdir (s. 210).
- Sağlık İnsangücü (SAİG), sağlık hizmetlerinin en önemli parçasıdır. Sağlık çalışanlarının ülkede dağılımı dengesizdir. Personelin fonksiyonel yapısı, hizmetin etkili bir biçimde yürütülmesi için yetersizdir. Sağlık yönetimi konusunda eğitilmiş çok az personel vardır. Eğitimde nitelik yerine çok öğrenci yetiştirilmeye önem verilmektedir (s. 310).

- Türkiye için SAİG hedef normlarını saptarken AB (Avrupa Birliği) istihdam düzeylerini kullanmak yanıltıcı olabilir (s. 262).<sup>(23)</sup>

Rapordaki değerlendirmeler de sağlık hizmetlerinin bir kamu görevi olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu görüş aynı zamanda çağımızın sağlık anlayışının da bir gereğidir. Bu amaçla kamu gelirlerinden sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli pay ayrılmalı ve sağlık hizmetleri içinde öncelik Temel Sağlık Hizmetleri'ne verilmelidir.<sup>(23)</sup>

#### 2.6.4.2. Sağlık Hizmetlerine Toplumun Katılımı

Sağlık hizmetleri topluma doğrudan götürülen sosyal hizmetlerdir. Bu özelliği ile örn. tapu, gümrük... gibi hizmetlerden ayrılır. Çünkü, bu sayılan hizmetleri toplumdaki her bireye götürmek gerekmez. Oysa, sağlık hizmetlerinin toplumdaki her kişiye, yaşanan her yerde ve günün her dakikasında verilmesi gerekir.<sup>(14)</sup>

Sosyal hizmetler söz konusu olduğunda, hizmeti alanlar hizmeti verenler ölçüsünde önemlidir. Eğer hizmeti alanlar bu hizmetin ne olduğunu bilmiyorlarsa; hizmetin verilmiş biçimini beğenmiyorlarsa, hizmetle ilgili olarak güdülenmemişlerse hizmeti verenler ne denli çaba gösterirlerse gösterebilirler o hizmeti halka ulaştıramazlar. Öyleyse, sosyal hizmetlerin topluma uyması ve toplum tarafından kabul edilip olması gerekmektedir. Bunu sağlamanın en iyi yolu, hem hizmeti planlama hem de uygulama sırasında bu hizmetleri alacak kişilere danışmak ya da o kişilerle birlikte çalışmaktır. Bu işbirliğine “toplumun sağlık hizmetlerine katılımı” denir.<sup>(14,15,24,25)</sup> Toplum katılımı sağlanabildiğinde planlama aşamasında halkın hizmetle ilgili istemi değerlendirilebilir. Elbette bu istemlerin hepsi karşılanamaz. Ancak, toplumun gerçek gereksinimlerini bilebilmek için bu istemler de gözönüne alınmalıdır.<sup>(14,15)</sup>

Daha önce de belirtildiği gibi, sağlık hizmetleri ile ilgili yatırımlar kimi uzmanlara göre nüfus yatırımlarıdır ve başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere, pek çok ülke nüfus yatırımlarına fazla kaynak ayıramamaktadır. Bu kaynak yetersizliğini gidermenin bir yolu da halkın parasal katkısı olabilir. Bu katkı da toplumun sağlık hizmetlerine katılımı içinde ele alınmaktadır. Bu destek, parasal olabileceği gibi işgücü katkısı biçiminde de olabilir.<sup>(14)</sup>

White, toplumun sağlık hizmetlerine katılımını destekleyen on neden/yarar ileri sürmektedir. Sağlık Hizmetlerine toplumun katılımı sağlanabilirse;<sup>(14)</sup>

1. **Daha fazla kişi hizmetlerden yararlanacaktır.** Çünkü, eğer halk hizmete sahip çıkarsa bunun toplumdaki herkese yayılması için çaba harcayacaktır.
2. **Hizmetler daha ucuza mal olacaktır.** Çünkü, halkın parasal desteğinin yanında birçok ülkede halk arasından seçilmiş kişiler (gönüllüler) hizmet sunacaklardır.
3. **Toplumsal mutluluk duygusu doyurulacaktır.** Hizmete katılan ve bunun mutluluğunu duyan halkta birlik duygusu gelişecek ve birlikte davranma isteği artacaktır.



4. **Hizmet gelişecektir.** Çünkü halk, sağlık hizmetlerinin gelişmesinde destekleyici rol alacaktır.
5. **Sorumluluk duygusu gelişecektir.** Hizmetin planlanmasında ve yürütülmesinde pay sahibi olan halk, kendi sağlığından sorumlu olmanın gereğini benimseyecektir.
6. **Hizmetler hızlanacaktır.** Çünkü halk, sağlık hizmetlerinin sunumunda ek bir kaynak oluşturacaktır.
7. **Hizmetin sunulduğunda gerçek gereksinimlere dayanılacaktır.** Çünkü gerçek gereksinimleri öğrenmenin en iyi yolu, hizmeti alanlara danışmaktır.
8. **Yerel bilgiler ve deneyimler değerlendirilecektir.** Özellikle son yıllarda “Toplum Hekimliği” konusu önem kazanmaktadır. Halkın katılımı yoluyla bu alandaki bilgiler modern uygulamalara kazandırılabilir.
9. **Meslek gruplarına bağımlılıktan kurtulunabilir.** Halkın katılımı ile halk arasından seçilmiş personel kullanılacağından, özellikle sağlık hizmetlerinin hekimlere bağımlı olmasından kurtarılması olasıdır.
10. **Halk eğitilir.** Hizmetlere katılmakla halk, gerçekleri görür ve bundan sonra devletten neleri istemesi gerektiğini öğrenir.<sup>(14)</sup>

Toplumun sağlık hizmetlerine katılımı kavramını incelerken, DSÖ tarafından önerilen kendi kendine bakım (self care) kavramını da birlikte ele almak gerekmektedir. Kendi kendine bakım kavramı, “kişilerin kendi sağlıklarından ve birbirlerinin sağlığından sorumlu olması gerektiği” anlayışıdır.<sup>(14,15)</sup> Bu anlayışa göre, sağlık hizmetleri evde başlar, toplumda ve sağlık kuruluşlarında sürer. Bir başka deyişle, hastalanma ve yaralanma gibi durumlarda sağlık kuruluşlarına başvurmadan önce, evde ya da toplumda komşular ve toplumun diğer bireyleri tarafından yapılabilecek işler vardır. Bunun gibi, korunma, hastaların izlenmesi gibi konularda da bireylerin katkıları olabilir. İşte bu işlerin yapılması da toplumun sağlık hizmetlerine katılımı demektir.<sup>(15)</sup>

Alma-Ata Bildirgesi’nde bütün ülkelere, toplumun yerel ve ülke genelinde planlama, uygulama ve denetleme dahil, her aşamada sağlık hizmetlerine katılımlarının sağlanması önerilmiştir. Bunu sağlamak için Bildirge’de toplumun eğitilmesi, özendirilmesi, örgütlenmesi ve okur-yazarlık oranının yükseltilmesi önerilmektedir. Kuşkusuz, toplumun sağlık hizmetlerine nasıl katılacağına model, o ülkenin siyasal, kültürel, ekonomik ve coğrafya durumlarıyla ilgilidir. Bu nedenle toplumun katılımı konusunda her ülkede farklı bir model uygulanmalıdır. Bir ülkedeki uygulamayı, bir başka ülkede aynen uygulamak söz konusu olamaz.<sup>(14,15)</sup>

### 2.6.4.3. Toplum Katılımı Bakımından Türkiye’de Durum

Alma-Ata Bildirgesi’nden 17 yıl önce, 1961 yılında çıkartılan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa’nın” ilkelerinden biri de Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları’nın oluşturulmasıdır. Buna göre, her Sağlık Ocağı bölgesinde Ocak hekiminin başkanlığında bir “Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu” kurulur.<sup>(7)</sup> Bu Kurulun üyeleri kırsal ve kentsel kesimde farklı kişilerden oluşmaktadır.

Söz gelimi kırsal kesimde bu Kurul, Ocak hekiminin başkanlığında o bölgedeki köylerin muhtarları, imamları, öğretmenleri ve her köyden halk tarafından seçilmiş birer kişinin katıldığı bir gruptur. Bu Kurulun en az 3 ayda 1 kez toplanması gerekir. Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları'nın işlevi, hizmeti alan kişilerle hizmeti verenlerin üç ayda bir de olsa biraraya gelerek hizmetleri tartışmalarıdır. Görüldüğü gibi, Sağlık Kurulları üyeleri olarak öngörülen kişiler aynı zamanda toplum önderleri olarak bilinen kişilerdir. O halde Sağlık Kurulu toplantıları, aynı zamanda önder eğitimi olarak da kabul edilebilir. Ocak hekimleri bu önderler aracılığı ile köylüye kimi bilgileri aktarabilirler ve kimi hizmetlerin gerçekleştirilmesini sağlayabilirler.<sup>(24,25)</sup>

Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları yasal düzenlemelerde yer almış olmasına karşılık uygulamada işletilememiştir. Ancak, Alma-Ata Bildirgesi'nin ilgili önerisini Türkiye'de uygulamak için yeni bir yasal düzenlemeye gerek yoktur. Yukarıda açıklanan Kurullara işlerlik kazandırılması, toplum katılımına birinci adım olabilir.<sup>(14)</sup>

Bildirge'de “**Toplum Katılımı**” (Community participation) denilmekte ise de, “**toplumun katkı ve katılımı**” biçiminde kullanımı daha uygun ve yaygındır. Bunun nedeni, toplumun düşünce olarak katılımı ile parasal katkısını birbirinden ayırt edebilmektir.<sup>(14)</sup>

Ülkemizde toplumun sağlık hizmetlerine katkısı gözardı edilemeyecek düzeylerde dir. Örn. özellikle kırsal kesimde sağlık kuruluşlarının arsaları, motorlu araç gereksinimleri toplum tarafından başlanabilmektedir.<sup>(14)</sup>

#### 2.6.4.4. Sektörlerarası İşbirliği

DSÖ sağlığı, “yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil, **fiziksel, ruhsal ve sosyal** yönden tam iyilik durumu” olarak tanımlamaktadır. Son yıllarda bu tanıma bir de “manevi sağlık” (spiritual health) eklenmiştir. Bu tanımdan da görüldüğü gibi sağlık çok boyutlu ve geniş bir kavramdır.<sup>(14)</sup>

Sağlık hizmetleri de çok yönlü ve yaygın hizmetlerdir. Bu nedenle sağlık hizmetleri, yalnızca sağlık sektörü olarak adlandırılan Sağlık Bakanlıkları tarafından verilemez. Bu hizmetlerin başarısındaki etmenlerden biri de, sağlıkla ilgili hizmetleri veren bütün sektörlerin planlı ve uyumlu bir biçimde çalışarak, aynı amaca varmak için çaba göstermeleridir. Bu konuda birkaç örnek vermek gerekirse; eğitim Milli Eğitim Bakanlığı'nın görevidir. Ancak söz konusu olan, okullarda sağlık eğitimi olduğunda bu Bakanlık ile Sağlık Bakanlığı birlikte çalışmak zorundadır. Kentlerin temizliği, esnafın denetimi, gıda denetimi gibi hizmetler belediyelerin görevleri arasındadır. Ancak bu hizmetleri sunarken belediyelerle Sağlık Bakanlığı birlikte çalışmalıdır. Aile planlaması, çevre sağlığı ve aşılama hizmetleri gibi kimi konularda halkın direnci yeryer dinsel önderler aracılığı ile kırılabilir. İşte bu noktada, Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın ortak çalışması son derece olumlu sonuçlar verebilir. Beslenme hizmetlerinde, Tarım Bakanlığı ile, ekonomik konularda Maliye Bakanlığı ile, haberleşme konularında Ulaştırma

Bakanlığı ile, halk eğitimi konusunda TRT ve özel televizyon ve diğer medya kuruluşları ile Sağlık Bakanlığı'nın ortak çalışmaları kaçınılmazdır.<sup>(14)</sup>

Sağlık Bakanlığı dışındaki sektörlerin desteği olmadan, sağlık hizmetlerinde başarı söz konusu olamaz. İlk bakışta, akla yatkın ve kolay gibi görünen bu işbirliğini pratikte uygulamak çok güçtür. Yalnızca ülkemizde değil, pek çok ülkede sektörler kendi içlerine kapanmış ve yalnızca kendi görevlerini yürüten yapılar durumuna gelmişlerdir. Böyle bir yapı içinde genel amaç unutulmuş, halka hizmetteki “bütünlük” anlayışı yitmiştir. Unutulmamalıdır ki, sektörler bir orman içinde yalnızca birer ağaçtır.<sup>(14)</sup>

Güç olmasına karşılık sektörlerarası işbirliği gerçekleştirilmelidir. İşte, Alma-Ata Bildirgesi bu konuda bütün ülkelere gereken çabayı göstermelerini önermektedir.

Diğer önerilerde olduğu gibi, sektörlerarası işbirliğinde de model, o ülkeye özgü olacaktır. Ülkemizde merkez, il, ilçe ve köy düzeyinde yatay ve dikey işbirliğinden söz edilebilir. Ülkemizde il ve ilçe düzeyinde sektörlerarası işbirliğini sağlamak görece kolaydır. Çünkü İller İdaresi Yasası bu konuda kolaylıklar sağlamaktadır. Valiler ve kaymakamlar buldukları yerlerde tüm Bakanlıkların temsilcileri olduklarından, farklı bakanlıklararası hizmetleri eşgüdümleyebilirler. Köy düzeyindeki işbirliği de kaymakamlar tarafından sağlanabilir.<sup>(14)</sup> Bu durum genel yönetim ile sağlık yönetiminin ayrı olamayacağı gerçeğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de bugüne değin merkez düzeyinde sektörlerarası işbirliği değişik sektörlerin karşılıklı iyi niyetleri ile yürütülmüştür. 1985 yılında çocuk sağlığı düzeyini yükseltme çalışmaları çerçevesinde ilgili bakanlık ve diğer kamu kuruluşlarının üst düzey yöneticilerinden oluşan bir Sektörlerarası Kurul kurulmuştur. Program çerçevesinde yapılan aşı kampanyasında öğretmenlerin aşı ekibinde görev almaları, diğer sektörlerin motorlu araç ve benzin desteğinde bulunmaları, kimi illerde PTT'nin sağlık örgütünün telefonlarından ücret almaması, Başbakanlık ile Milli Eğitim, Gençlik ve Spor Bakanlığı'nca yayınlanan genelgelerde Sağlık Bakanlığı çalışanlarına tüm desteğin verilmesinin istenmesi, TRT'nin ilgili yayınları artırması, Diyanet İşleri Başkanlığı'nın yaklaşık 71 000 camide aynı anda aşılama konusunda hutbelerin okunmasını sağlaması ülkemizde sektörlerarası işbirliğine iyi bir örnek olmuştur.<sup>(14,15)</sup> Ancak her zaman bu denli geniş katılımlı işbirliğini sağlamak kolay değildir.<sup>(14)</sup>

#### 2.6.4.5. Bütüncül (Entegre) Hizmetlerin Herkese Ulaştırılması

İkinci Dünya Savaşı'ndan önceki dönemde, geniş bölgelerde tek amaçlı (monovalan) hizmetler biçiminde örgütlenme genel bir anlayıştı. Ülkemizde, bu biçimdeki örgütlenmeye sıtma, trahom, verem, frengi ve lepra savaş örgütleri ile ana-çocuk sağlığı hizmetleri örnek olarak verilebilir. Zamanımızda artık “dar bölgede çok yönlü hizmet” yaygın bir görüştür. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de bu görüşe uygun bir modeldir. Bir başka deyişle, önceki görüşle sonraki görüş arasındaki fark; birisinin “vertikal=dikey”, diğerinin “horizontal=yatay” örgütlenmeyi öngörmesidir. *Dikey örgütlenmede*, merkez düzeyde bir genel müdür, il düzeyinde bir il sorumlusu ve hizmet düzeyinde bir hizmet birimi ya da

çalışanı vardır. Örn. Bakanlıkta bir “Sıtma Savaş Genel Müdürü”, ilde bir “Sıtma Savaş Başkanı” ve uç noktada sıtma savaş ekipleri.<sup>(14,15)</sup>

Sosyalleştirme modelinde ise, “**entegresyon**” söz konusudur. Yani, Sağlık Ocaklarında verem, trahom, sifiliz, lepra, sıtma, ana-çocuk sağlığı gibi her türlü sağlık hizmeti bir arada ve aynı takım (ekip) tarafından verilir.<sup>(14)</sup>

Bütüncül hizmetin bazı üstünlükleri vardır. Bu tür hizmetlerde kişi değil, aile veya toplumun tümü söz konusudur. Yine bu tür hizmetlerde kişinin ve toplumun her türlü sağlık sorunu bir bütün olarak ele alınır. Bütüncül hizmetlerin halk tarafından kullanımı da kolaydır. Çünkü vatandaşların başvuracağı bir tek kuruluş vardır.<sup>(14)</sup>

Dikey örgütlenmede vatandaş, alacağı hizmetin türüne göre değişik kurumlara başvurmak durumundadır. Yatay örgütlenmede ise vatandaş, her türlü sağlık hizmetini almak için aynı kuruluşa, yani Sağlık Ocağına başvurmak durumundadır.<sup>(14)</sup>

Bütüncül hizmetler, hizmeti sunanlar bakımından da bazı kolaylıklar getirir : Zamandan, personelden, araç-gereçten ve paradan tasarruf sağlar.<sup>(2)</sup>

Günümüzde birçok dünya ülkesi, monovalan (tekil) hizmetleri polivalan (çoğul) hizmetlere dönüştürmeye çalışmaktadır. Ancak, bu konuda çok hızlı davranıldığı söylenemez. Geçiş aşamasında kimi güçlükler söz konusudur. Bunlardan biri, yöneticilerin tutuculuğudur. Monovalan hizmetlere alışmış kişileri yeni bir model olan polivalan hizmetlere alıştırmak bazı güçlükler içermektedir. Polivalan hizmetlerde çalışacak personelin eğitimi ve kadroların oluşturulması da ayrı bir güçlüktür. Bu nedenlerle, bazı ülkelerde ikilemler söz konusudur. Bu ülkeler arasında Türkiye de sayılabilir. Ülkemizde, 1961’den bu yana sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarına karşın, monovalan hizmetlerin kalıntılarına rastlamak olasıdır. Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Savaş Dispanserleri (VSD) bunun tipik örnekleridir. Alma-Ata Bildirgesi’nin 6. maddesi bu geçişin hızlandırılmasını bütün ülkelere önermektedir.

Aynı madde ve 11. maddede çok önemli diğer bazı noktalara da değinilmiştir. Bunlardan biri, “*hizmetlerin ülke içinde dengeli dağılımı*” konusudur. Sağlık bir hak olduğuna göre, vatandaşlara bu haklarını vermek hükümetlerin görevidir. Bu görevlerini yerine getirirken hükümetlerin, vatandaşın yaşadığı her yerleşim yerini gözetmek zorunlulukları vardır. Hizmetleri yalnızca kentlere götürmek dengeyi sağlamaz. Sağlık sorunları kırsal kesimlerde yoğunlaşmaktadır. Buna karşılık bu kesimlerde yaşayan halkın sağlık hizmetlerini yeterince kullanma alışkanlığı da yoktur. Unutulmamalıdır ki, sağlık bakımından, hizmeti kullanmayanlar hizmeti kullananlara göre daha fazla risk altındadır.<sup>(14)</sup>

Öte yandan, bu hizmetleri vatandaşın yanıtına kadar götürmek konuyu çözmeye yetmez. Bu hizmetlerin aynı zamanda hizmeti alacakların, yani toplumların kültürüne uygun, onların benimseyebilecekleri ve kullanabilecekleri biçimde verilmesi de gereklidir.

Bildirge'nin 10. önerisi, yukarıda belirtilen süreçlerin her ülkeye özgü ulusal stratejilerle sağlanabileceğini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetlerinde örgütlenme, personel ve teknoloji kullanımı gibi

konular için her ülke kendi koşullarına uygun yöntemler geliştirmelidir. Başka ülkelerden sistem aktarımlarının uygun olmayacağı Alma-Ata bildirgesinin birçok maddesinde yinelenmiştir.<sup>(15)</sup>

Yukarıda belirtilen, “*dar bölgede çok yönlü hizmet*” modeli ülkemizdeki sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri zincirinin birinci halkası olan Sağlık Ocaklarında uygulanan modeldir. İyileştirici hizmetler bakımından Sağlık Ocaklarında evde ve ayaktan bakım hizmetleri verilir. Ancak, bazı olguların İkinci Basamak -hastane- bakımına gereksinimleri olacağı açıktır. O nedenle, bu tür hizmet modellerinin uygulandığı yerlerde bir “hasta sevk sistemi” oluşturulmalıdır. Yani, Sağlık Ocağı-bölge hastanesi-il hastanesi ve özel dal hastaneleri arasında kademeleşmiş bir sevk zinciri kurulmuş olmalıdır.<sup>(14,15)</sup>

#### 2.6.4.6. Hekim dışı Sağlık Personeli Kullanımı ve Takım (Ekip) Anlayışı

Ülkelerin sağlık sorunları incelendiğinde, pek çok ülkede sağlık insangücünün yetersiz olduğu görülür. Gelişmekte olan bazı ülkelerde 100 000 nüfus için 50 sağlık çalışanı bulunmasına karşılık, gelişmiş kimi ülkelerde 100 000 nüfusa 750 sağlık çalışanı düşmektedir. Yani, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında sağlık insangücü bakımından yaklaşık 15 kat fark vardı. Bu gerçeğe karşın, gelişmekte olan bir çok ülkede sağlık hizmetleri hekime dayalı olarak kurulmuştur ve hekim yetiştirilmesi ve kullanımı konusunda çabalar gösterilmektedir. Oysa, hekim eğitimi uzun, masraflı ve güç bir konudur.<sup>(14)</sup>

Öte yandan, “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefine ulaşabilmek için bazı önlemler geç kalınmadan alınmalıdır. Personel bakımından bu önlemlerden biri de hekim olmayan yerlerde hekim dışı ya da kısa sürede eğitilmiş sağlık personelinden yararlanmaktır. Aslında akılcı olan bu yöntem birçok ülkede uzun bir süredir uygulanmaktadır. Bu konudaki en iyi örnek Çin’deki “**çıplak ayaklı doktorlar**”dır. Ayrıca İran’daki “**behyarlar**”, kimi Afrika ülkelerindeki “**hekim yardımcıları**”, Bulgaristan’daki “**felçerler**” örnek olarak sayılabilir.<sup>(14,15)</sup>

Bu tür uygulamalarda halk arasından seçilen uygun kişiler kısa bir eğitimle, en sık görülen, en sık öldüren sağlık sorunları konusunda eğitilmekte ve içinde yaşadıkları topluma sağlık hizmeti götürmeleri sağlanmaktadır. Örn. çıplak ayaklı doktorlar denilen kişiler, yaklaşık 6 aylık bir eğitimden geçirilerek kimi hastalıkların sağaltımı ve bazı koruyucu hizmetler konusunda yetiştirildikten sonra yine yaşadıkları bölgeye geri gönderilmektedirler. Bu kişiler, asıl mesleklerini (çiftçilik, öğretmenlik vs.) uygularken, gerek duyulduğu zamanlarda sağlık hizmeti de vermektedirler. Kendilerini aşan bir durumla karşılaştıklarında kişiyi en yakın sağlık kuruluşuna sevk etmektedirler. Bir başka deyişle, çıplak ayaklı doktorlar uç noktada Birinci Basamak sağlık hizmetlerini sunan kişiler olmaktadır.<sup>(14)</sup>



## 2.7. GELENEKSEL ve ÇAĞDAŞ SAĞLIK ANLAYIŞI ARASINDAKİ BAŞLICA FARKLAR.

Geleneksel Tıbbi Bakım Anlayışı ile Çağdaş Sağlık Hizmetleri Anlayışı arasında derin farklılıklar vardır. Bu farklılıklar tablo 1’de özetlenmektedir. <sup>(2,4,10, 16)</sup>

**TABLO 1 : Geleneksel ve Çağdaş Sağlık Anlayışı.**

Geleneksel Anlayış	Çağdaş sağlık Anlayışı
◆ Hastalıkların sağaltımına öncelik verilmesi	◆ Sağlığın korunması ve geliştirilmesinin öncelik alması
◆ Hastaya hizmetin asıl olması	◆ Herkese sürekli hizmet
◆ Belirli sorunlara ağırlık verme	◆ Geniş boyutlu sağlık hizmeti sunma anlayışı
◆ Hekim ağırlıklı hizmet sunumu	◆ Takım anlayışı
◆ Uzman kullanımına ağırlık verme	◆ Genel pratisyenlere ağırlık verilmesi
◆ Edilgen (pasif ) toplum olgusu	◆ Toplumun hizmetlere katılımı
◆ Yalnızca sağlık sektörü sorumludur	◆ Sektörlerarası işbirliği asıldır

Günümüzde tüm gelişmiş ülkelerin ve uluslararası kuruluşların benimsediği sağlık anlayışı çağdaş sağlık anlayışıdır. Ülkeler yukarıda da belirtildiği gibi sağlık örgütlenmelerini bu bilgiler ışığında yeniden gözden geçirmektedirler. Sağlık hizmetlerinde hedefe ulaşmak, istenen düzeye gelebilmek için ülkeler bu alana daha fazla kaynak ayırmalı, örgütlenme politikalarını daha dikkatli yapmalıdırlar. 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Yasa bugünkü anlamda çağdaş sağlık hizmetlerini sunabilecek örgütlenme yapısını 36 yıl önce tanımlamış bir yasadır. 1978’de uluslararası Alma-Ata Konferansı’nda alınan kararlar neredeyse bire-bir olmak üzere 17 yıl sonrasında bu yasayla örtüşmektedir. Ancak başlangıç yıllarından sonra yasa ve getirdiği örgütlenme modelini uygularken yanlışlıklar yapılmış ve hizmet sunumunda yasanın öngördüğü ilkelere uyulmamıştır. <sup>(10)</sup>

## 2.8. I. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİYLE İLGİLİ KİMİ VERİLER

Yıllar içinde küçük farklılıklar olmakla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 15-20'si dolayında seyretmektedir. Toplam sağlık harcamaları ile ilgili en son veri 1994 yılına aittir ve oran % 19.1'dir (Tablo 2).

**TABLO 2 : Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları  
ve Sağlık Bakanlığının Payı (Milyon TL).**

Yıllar	Nüfus (× 1000)	Sağlık Bakanlığı Harcamaları*	Toplam Sağlık Harcaması
1980	44 438	31 823	187 400
1981	45 540	55 432	251 600
1982	46 688	50 099	325 600
1983	47 864	75 227	433 200
1984	49 070	100 107	684 000
1985	50 506	137 462	1 033 900
1986	51 433	192 763	1 462 700
1987	52 561	304 420	2 239 900
1988	53 715	564 990	3 895 000
1989	54 893	898 995	7 743 700
1990	56 203	2 633 217	13 919 600
1991	57 305	4 433 762	23 378 900
1992	58 401	9 783 005	43 199 600
1993	59 491	18 184 911	85 000 000
1994	60 576	30 639 327	160 000 000
1995	61 644	48 741 551	-
1996	62 697	98 064 400	-

\* Sağlık Bakanlığı öngörülen bütçesi içine 3418 Nolu Yasa gelirleri dahil değildir.\*  
[Kaynak : Belek İ, Ermiş H. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Durum]<sup>26</sup>

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan kaynaklardan biri de Sağlık Bakanlığı Bütçesidir. yıllar içinde değişiklik göstermekle birlikte NOUG'den Sağlık Bakanlığına ayrılan pay, % 0.38 ile % 0.91 arasında değişmektedir. En fazla payın ayrıldığı yıl 1993 yılıdır (Tablo 3).

\* 3418 Sayılı Yasa, birçok yasada yapılan değişikliklerle akaryakıt, alkollü içki, sigara gibi kimi maddelerden eğitim-sağlık fonuna para aktarılması ile ilgilidir.

**TABLO 3 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin Net Olmayan Ulusal Gelir İçindeki Payı (Milyar TL) .**

YIL	NOUG	SB. BÜTÇESİ	%
1980	5 303	31.82	0.60
1985	35 350	137.46	0.39
1986	51 185	193.76	0.38
1987	75 019	304.42	0.41
1988	129 175	564.99	0.44
1989	230 370	899.00	0.39
1990	397 178	2 633.22	0.66
1991	634 393	4 433.76	0.70
1992	1 103 605	9 783.01	0.89
1993	1 997 323	18 184.91	0.91
1994	3 887 903	30 639.33	0.79
1995 <sup>a</sup>	7 614 206	48 741.55	0.64
1996 <sup>b</sup>	13 500 050	98 064.40	0.73

\* Sağlık Bakanlığında 3418 Sayılı Yasa geliri dışardadır.

a,b DPÖ kestirimleridir.

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. SB APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>

Yıllar içinde genel bütçeden sağlığa ayrılan pay % 3-5 dolayında olmuştur. 1961'deki % 5.27'lik paydan sonra bu oran giderek azalmış ve % 3'lere düşmüştür (Tablo 4).<sup>(26)</sup>

**TABLO 4 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı. \***

YILLAR	%	YILLAR	%
1923	2.21	1980	4.21
1925	2.64	1985	2.54
1940	3.05	1990	4.12
1945	3.12	1991	4.21
1950	4.08	1992	4.71
1955	5.18	1993	4.56
1961	5.27	1994	3.72
1965	4.10	1995	3.70
1970	3.08	1996	2.76
1975	3.54	1997	3.27

\* Sağlık Bakanlığında 3418 Sayılı Yasa geliri dışardadır.

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. SB APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>



Sağlık Bakanlığı'na ayrılan payın önemli bir bölümü sağaltım hizmetlerine harcanmaktadır. Maliyetlerin daha pahalı olduğu bu hizmet birimi, çoğunlukla birimler arasında en yüksek payı almaktadır. Buna karşın mutlaka verilmesi gereken hizmetler olarak bilinen TSH'ne ve bu arada koruyucu hekimliğe ayrılan pay olması gerekenin altındadır ve ülkemizle benzer koşullara sahip birçok ülkeden (Mısır, Sri Lanka, Zimbabve..) düşüktür (Tablo 5).<sup>(10,23,27)</sup>

**TABLO 5 : Sağlık Bakanlığı 1996 Yılı Bütçesinin Birimlere Dağılımı.**

<i>BİRİMLER</i>	<i>Bakanlık Bütçesindeki Oranı (%)</i>
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü	50.02
TSH Genel Müdürlüğü *	29.53
AÇ-SAP Genel Müdürlüğü	5.89
Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü	4.13
Sıtma Savaş Daire Başkanlığı	1.63
Verem Savaş Daire Başkanlığı	1.51
Refik Saydam Hıfz. Mrk. Bşk.	0.74
Diğer	6.55

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>  
\* TSH genel müdürlüğüne ayrılan payın tamamıdır (personel giderleri, hizmet harcamaları vb.)

Sağlık çalışanları sayısının yıllar içindeki değişimi incelendiğinde hekim sayısının hızla arttığı, buna karşılık, özellikle I. Basamak sağlık kuruluşlarında gereksinim duyulan hekim dışı sağlık çalışanı sayısının yeterince artmadığı görülmektedir (Tablo 6).

**TABLO 6 : Sağlık Çalışanlarının Yıllara Göre Değişimi.**

ÇALIŞANIN ÜNVANI	YILLAR				
	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Hekim</b>	50 639	53 264	56 985	61 050	65 832
<b>Uzman</b>	24 900	25 110	25 587	26 322	27 564
<b>Pratisyen</b>	25 739	28 154	31 398	34 728	38 268
<b>Diş hekimisi</b>	10 514	10 623	10 703	11 069	11 457
<b>Eczacı</b>	15 792	16 002	16 593	17 696	18 366
<b>Sağlık Memuru</b>	21 547	23 813	24 160	28 776	30 811
<b>Hemşire</b>	44 984	47 540	50 456	54 268	56 280
<b>Ebe</b>	30 415	33 724	35 096	36 263	35 604

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>

Sağlık Ocakları temel alınarak sağlık çalışanlarının durumu incelendiğinde, hekim sayısının belirlenen standart kadronun üzerinde olduğu gözlenirken, hekimdışı sağlık çalışanı sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. En önemli eksiğin laboratuvar teknisyeni sayısında olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 7).

**TABLO 7 : Sağlık Ocakları Sağlık Çalışanları Durumu (1995).**

UNVANI	Standart Kadro	Mevcut
Pratisyen Hekim	11 625	12 183
Diş Hekimi	1 750	222
Eczacı	1 750	125
Sağlık Memuru	10 064	6 317
Hemşire	10 064	8 863
Ebe *	33 352	25 060
Çevre Sağlığı Teknisyeni	3 498	2 872
Laboratuvar Teknisyeni	1 750	255

\* Sağlık Evi Ebeler dahildir.

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]

1992'de başlatılan Yeşil Kart uygulamasıyla yataklı sağıltım hizmetleri bakımından güvenceye kavuşturulan kişi sayısı 1996 sonunda yaklaşık 5.5 milyona ulaşmıştır (Tablo 8). Ancak sözkonusu uygulama için yeterli ve sağlam finansman sağlanamamış ve önemli aksaklıklar ortaya çıkmıştır. <sup>(28)</sup>

**TABLO 8 : Yıllara Göre Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı.**

Y I L L A R	Sayı
1992	365 509
1993	1 845 832
1994	1 460 111
1995	1 159 712
1996*	595 513
<b>Toplam</b>	<b>5 426 677</b>

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. SB APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]  
\* Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1997 Programı. DPT, Ankara. <sup>(28)</sup>

Ülkede Sağlık Ocağı sayısı hedeflenen sayıya ulaşamamıştır. Hem sayı hem de dağılım bakımından dengesizlik vardır. 1995 yılı sonunda hedeflenen 5 581 Sağlık Ocağı sayısına ulaşılammış, planlanan 651 Sağlık Ocağı yapılamamıştır (Tablo 9).

**TABLO 9 : Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Köy Sağlık Evi Sayıları.**

Yıllar	Sosyalize İl Sayısı	Eğitim Bölgesi Sayısı	Sağlık Ocağı Sayısı	Köy Sağlık Evi Sayısı
1963	1	0	19	37
1965	12	1	416	970
1970	25	3	851	2 231
1975	26	4	995	3 243
1980	45	12	1 467	5 776
1985	67	18	2 887	8 464
1990	73	17	3 454	11 075
1991	74	17	3 672	11 262
1992	76	17	3 901	11 490
1993	76	17	4 226	11 630
1994	76	17	4 575	11 878
1995	79	17	4 927	11 888

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]

Yıllar içinde Sağlık Ocağı sayısı artmakla birlikte bölgelerarası dengesizlik sürmektedir. Sağlık Ocaklarının % 11'i 3 büyük ilde kurulmuş durumdadır (Tablo 10). Oran olarak üç büyük ilde toplanmakla birlikte, bu illerde de Sağlık Ocağı sayısı yetersizdir.<sup>(27)</sup>

**TABLO 10 : Sağlık Ocaklarının Bölgelere Dağılımı (1995).**

Bölgeler	Planlanan	Gerçekleşen	Gerçekleşme %'si
3 Büyük İl	617	512	82.98
I. Öncelikli İller	849	734	86.45
II. Öncelikli İller	902	804	89.14
I. + II. Öncelikli İller	1 751	1 538	87.84
Diğer İller	3 213	2 877	89.54
TOPLAM	5 581	4 927	88.28

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>

1995 sonuna göre halen Sağlık Ocaklarının % 37.7'si geçici binalarda hizmet vermektedir (Tablo 11). Hizmet sunumunu olumsuz etkileyen bu etmen yıllar içinde çözülemeyen bir sorun olarak sürmektedir.

**TABLO 11 : Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1995).**

BİNA DURUMU	Sayı	%
Kendi Binasında	3 068	62.3
Geçici Binada	1 859	37.7
TOPLAM	4 927	100.0

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>

**TABLO 12 : Yıllara Göre Köy Sağlık Evlerinin Bina Durumu.**

Yıllar	Toplam	Binalı		Binatsız	
		Sayı	%	Sayı	%
1983	7 055	2 216	31.4	4 839	68.6
1984	8 086	2 237	27.7	5 849	72.3
1985	8 464	2 320	27.4	6 144	72.6
1986	9 040	2 406	26.6	6 634	73.4
1987	10 045	2 646	26.3	7 399	73.7
1988	10 531	2 828	26.9	7 703	73.1
1989	10 687	2 964	27.7	7 723	72.3
1990	11 075	3 094	27.9	7 981	72.1
1991	11 262	3 263	29.0	7 999	71.0
1992	11 490	3 839	33.4	7 651	66.6
1993	11 630	4 359	37.5	7 271	62.5
1994	11 878	4 712	39.7	7 166	60.3
1995	11 888	5 065	42.6	6 823	57.4

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]

**TABLO 13 : Yıllara Göre Bildirimi Zorunlu Hastalık Sayıları.**

Hastalıklar	Y I L L A R				
	1991	1992	1993	1994	1995
Boğmaca	289	712	692	442	342
Difteri	16	8	49	49	4
Kızamık	22 521	24 626	34 285	23 733	13 544
Polio	31	25	24	32	32
Tetanus	102	110	95	105	63
A. dizanteri	6 743	8 493	10 862	16 587	19 457
B. dizanteri	1 443	1 714	1 557	2 203	2 684
Enterit	329 914	298 045	330 220	441 398	435 168
Hepatit A	21 896	16 967	14 395	28 248	24 772
Hepatit B	2 455	2 551	2 276	3 099	2 361
Kızıl	5 974	6 480	7 110	6 072	4 307
Menenjit	1 878	1 685	1 479	1 195	1 054
Paratifo	892	649	551	810	475
Tifo	10 001	11 402	14 347	17 498	20 960
Kuduz	9	5	4	1	1
Brusella	4 658	6 197	6 795	8 383	8 184
Kanser	28 015	21 962	22 079	20 100	-
Sıtma	12 218	18 676	47 210	84 345	82 096
Tüberküloz	25 166	25 455	23 601	23 639	22 127

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. SB APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>



Sağlık Ocaklarınınca saptanan doğumlar gerçekleşme biçimine göre incelendiğinde yaklaşık % 90'ının sağlık personeli yardımıyla gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 14). Ancak Sağlık Bakanlığı verileri yılda 400-500 bin dolayında doğuma göre verilmiştir. Oysa yaklaşık %22'lik kaba doğum hızıyla 1 200 000 dolayında doğum olması beklenir. Dolayısıyla "doğumların % 90'ı sağlık personelinece gerçekleşmektedir" verisi dikkatle değerlendirilmelidir.

**TABLO 14 : Türkiye'de Yıllar İçinde Doğumların Gerçekleşme Biçimine Göre Dağılımı.**

Yıllar	DOĞUMLAR				
	Toplam	SP Yardımıyla		Kendi Kendine	
		Sayı	%	Sayı	%
1990	508 634	428 257	84.2	80 377	15.8
1991	538 397	452 730	84.1	85 667	15.9
1992	542 994	460 238	84.8	82 756	15.2
1993	557 464	480 541	86.2	76 923	13.8
1994	591 559	523 351	88.4	68 208	11.6
1995	577 703	511 214	88.5	66 489	11.5

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. SB APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>

**TABLO 15 : Yıllara Göre Sağlık Ocaklarının Evde ve Ayakta Sağlık Hizmetleri.**

Yıllar	Poliklinik Sayısı	LABORATUVAR HİZMETLERİ				Küçük Cerr. Girişim
		İdrar	Kan	Diğer	Sıtma kanı	
1990	17 666 984	229 023	192 777	49 953	564 418	353 433
1991	21 234 626	324 158	296 552	55 145	620 124	401 649
1992	22 118 741	368 223	387 102	57 118	651 839	430 501
1993	24 990 285	422 353	470 886	58 605	613 401	475 839
1994	27 173 586	496 280	543 636	76 922	678 462	490 484
1995	30 698 580	558 421	630 440	68 331	681 940	539 632

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>

**TABLO 16 : Yıllara Göre Akut Solunum Yolu Hastalıklarının Denetimi Programı Çalışmaları.**

Yıllar	Yaş Grupları			Zatürre'den ölüm sayısı	ASYE'den ölüm sayısı	Sevk sayısı
	0 Yaş	1-4 Yaş	5 + Yaş			
1991	72 099	112 082	321 696	.....	213	11712
1992	94 674	144 916	412 628	.....	379	16028
1993	114 397	165 740	522 402	416	458	28924
1994	117 871	180 516	625 171	441	734	32150
1995	284 522	460 899	1 601 331	492	658	56563

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara]<sup>22</sup>

- 1995 yılı itibariyle 4 927 Sağlık Ocağından 2 116'sının (% 42.9) taşıtı varken, 2 811'inin (% 57.1) taşıtı yoktur.

**TABLO 17 : Türkiye Genelinde Yıllara Göre Sıfır Yaş Aşılama Oranları.**

Yıllar	DBT-1		DBT-2		DBT-3		Polio-1		Polio-2		Polio-3		Kızamık		TT1	TT2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	%	%
1986	853514	67	628147	49	580911	41	853727	53	676506	45	576625	41	431214	34	-	-
1987	1083400	74	1052145	71	1052145	71	1070407	74	1046528	71	1042455	71	738042	50	-	-
1988	1229526	80	1129454	73	1046292	68	1230566	80	1138674	74	1054528	68	910862	59	-	-
1989	1183120	79	1134499	76	1109792	74	1230566	80	1138674	76	1054528	74	997039	67	-	-
1990	1197274	78	1149531	75	1119359	73	1199464	78	1149388	75	1117852	73	1040095	68	-	-
1991	1178233	87	1127685	83	1098030	81	1178297	87	1126884	83	1096487	81	996327	73	33	23
1992	1134899	84	1094187	81	1057737	78	1135019	84	1094893	81	1058800	78	1002907	74	34	24
1993	1128717	83	1072797	79	1028620	76	1130051	83	1073208	79	1031707	76	978126	72	34	24
1994	1184484	87	1139167	84	1105470	81	1179263	87	1133680	83	1101853	81	1026679	76	39	29
1995	1060017	78	967713	71	901352	66	1065098	78	970733	71	909810	67	885166	65	36	29
1996*	1199291	88	1160557	85	1145134	84	1195478	88	1153227	84	1136718	83	1153316	84	35	32

Sayı : 0-11 aylık bebeklere yapılan doz sayısıdır.

% : Beklenen hedef nüfusa göre aşılama oranıdır

[Kaynak : Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı, 1996, Ankara.]<sup>22</sup>

\* 1996 yılı verileri SB TSH Genel Müdürlüğü Bağışıklama Şubesi'nden elden alınan yayınlanmamış verilerdir. <sup>29</sup>

### 3. YÖNTEM ve GEREÇLER

#### 3.1. ARAŞTIRMA BÖLGESİNİN TANITILMASI

Edirne il nüfusu 1990 sayımına göre 404 599, 1996 yılı ETF (Evhalkı Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765'tir ve -merkez ilçe dışında- 8 ilçesi bulunmaktadır. 51 Sağlık Ocağına bağlı toplam 251 köy vardır. Sağlık Ocaklarının 9'u (% 17.6) Edirne Merkezinde, 3'ü (% 5.9) merkeze bağlı köylerde, 15'i (% 29.5) ilçe merkezlerinde ve 24'ü (% 47.0) bunların köylerinde hizmet veren Sağlık Ocaklarıdır. Araştırmaya Edirne ilindeki 51 Sağlık Ocağı'nın tamamı alınmıştır.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Edirne'de 51 Sağlık Ocağı'nda verilmekte olan Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin Amaçlar başlığı altında belirlenen durumunun ortaya konulması **amacıyla** Sağlık Ocağı kayıt ve istatistiklerinin incelendiği, hazırlanan bilgi ve anket formu aracılığıyla Sağlık Ocağı donanım ve bina bilgilerinin toplandığı **tanımlayıcı ve kesitsel** bir araştırmadır.

#### 3.3. ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİLMESİ

Araştırma kapsamına Edirne İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 51 Sağlık Ocağı'nın tümü (sensus) alınmıştır. Örneklemeye gidilmemiştir. Sağlık Ocaklarının 24'ü (% 47.0) kentsel (ilçe merkezlerinde), 27'si (53.0) kırsal Sağlık Ocağıdır. Sağlık Ocaklarının kırsal ve kentsel alanda bulunmaları dikkate alınarak Sağlık Ocağı başına düşen ortalama nüfus incelendiğinde; kentsel alanda ortalama  $11\ 738 \pm 6\ 282$  kişiye 1 Sağlık Ocağı düşerken (minimum = 655, medyan = 11 025, maksimum = 29 157 kişi), kırsal alanda  $3\ 928 \pm 2\ 226$  kişiye 1 Sağlık Ocağı düşmektedir (minimum = 662, medyan = 3 533, maksimum = 8 544 kişi).

#### 3.4. VERİ TOPLAMA AŞAMASI

Başlangıç olarak, I. Basamak Sağlık Hizmeti veren Sağlık Ocaklarının hizmet alanları ile ilgili bilgileri, fiziksel donanımlarını (bina, lojman), laboratuvar olanaklarını, çalışanların soğuk zincir kurallarına uyma düzeylerini, personel bilgilerini, Sağlık Ocaklarının araç-gereç durumlarını, ivedi (acil) girişim olanaklarını ve Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri ile ilgili bilgileri toplayabilmek için bir bilgi ve anket formu tarafımızdan geliştirilmiştir. Araştırmayla ilgili olarak İl Sağlık Müdürlüğü'nün görüşleri sorularak gerekli izin alınmış ve geliştirilen bilgi ve anket formu iki merkez, bir ilçe Sağlık Ocağında sınanmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son biçimi verilmiştir.



İzleyen aşamada araştırma kapsamına alınan Sağlık Ocaklarının tamamı, araştırmacının kendi olanaklarıyla tek tek ziyaret edilerek veriler yerinde toplanmıştır. Bu amaçla yaklaşık 2 600 km yol alınmıştır. Geliştirilen bilgi ve anket formundaki akışa göre Sağlık Ocağı hizmet alanı ile ilgili bilgiler, Sağlık Ocağı fiziksel donanımı, laboratuvar olanakları, personel bilgileri, motorlu araç durumu, tıbbi malzeme durumu ve ivedi girişim olanakları ve Sağlık Ocağından yapılan sevklerde Hasta Sevk Formu (Form 019) kullanılması gibi sorular öncelikli olarak Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimine, hekim bulunamadığı durumlarda (3 Sağlık Ocağı) Tıbbi Sekretere ya da diğer kıdemli Ocak personeline sorulmuştur. Daha sonra Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Bu bölümde, Ocak 1996-Aralık 1996 tarihleri arasında Sağlık Ocağında doldurulması gereken; Aşı Sonuçları Çizelgesi (Form 013), Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formu (Form 017), Çevre Sağlığı Kontrol Çizelgesi (Form 020), Halk Sağlığı Eğitimi Aylık Çalışma Formu (Form 022), Sağlık Ocağı Aylık Personel ve Çalışma Çizelgesi (Form 023), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Aylık Çalışma Bildirim Formu (Form 101), Aile Planlaması Aylık Çalışma Formu (Form 102), İshal, Zatürre ve Sekmama Aylık Bildirim Formu (Form 103) ve Aşı Kayıt Fişleri (Form 012 A-B), Sosyal Durum Tabloları, Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Form 002-003) formlarının tamamı; Ebe Aylık Çalışma Bildirisi (Form 008), Sağlık Memuru Aylık Çalışma Bildirisi (Form 009), Hemşire Aylık Çalışma Bildirisi (Form 010), Ocak Hekimi Aylık Çalışma Bildirimleri (Form 011) % 25 örnekleme; 15-49 Yaş Evli Kadın İzleme Formu, Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde yaşayanlara ait Kişisel Sağlık Fişleri (Form 004), Gebe ve Loğusa İzlem Fişleri (Form 005), Bebek ve Çocuk İzlem Fişleri (Form 006) bilgileri % 10 örnekleme incelenmiştir. Sağlık Ocağı poliklinik defteri bilgileri yıllık poliklinik sayısının az olduğu Sağlık Ocaklarında araştırmacı tarafından, diğer Sağlık Ocaklarında ise Sağlık Ocağı çalışanlarının yardımlarıyla toplanmıştır.<sup>(8,30)</sup>

#### **Hazırlanan bilgi ve anket formunda;**

- Sağlık Ocağı hizmet alanı ile ilgili bilgiler,
- Sağlık Ocağı fiziksel donanımı (bina, lojman) bilgileri,
- Sağlık Ocağı binasının yeterliliğiyle ilgili Ocak hekiminin (öncelikle sorumlu hekim) görüşleri,
- Sağlık Ocağı laboratuvar olanakları,
- Çalışanların soğuk zincir kurallarına uyup-uymadıkları konusunda Ocak hekimlerinin görüşleri,
- Sağlık Ocağı personel bilgileri
- Sağlık Ocağı motorlu araç durumu
- Sağlık Ocağı tıbbi malzeme durumu
- Sağlık Ocağı ivedi girişim olanakları
- Alınan su ve gıda örnekleri

- Sağlık Ocağı kayıt ve istatistiklerinin durumu incelenmiştir. Bu kapsamda :
  - Sağlık Ocağı ve bağlı yerleşim birimlerinin Sosyal Durum Tabloları,
  - Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Form 002-003),
  - Sağlık Ocağı hizmet bölgesinde yaşayanlara ait Kişisel Sağlık Fişleri (Form 004),
  - Gebe ve Loğusa İzlem Fişleri (Form 005)
  - Çocuk İzlem Fişleri (Form 006)
  - Ebe Aylık Çalışma Bildirisi (Form 008)
  - Sağlık Memuru Aylık Çalışma Bildirisi (Form 009)
  - Hemşire Aylık Çalışma Bildirisi (Form 010)
  - Ocak Hekimi Aylık Çalışma Bildirisi (Form 011)
  - Aşı Kayıt Fişleri (Form 012 A-B)
  - Aşı Sonuçları Çizelgesi (Form 013)
  - Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formu (Form 017)
  - Hasta Sevk Formu (Form 019)
  - Çevre Sağlığı Kontrol Çizelgesi (Form 020)
  - Halk Sağlığı Eğitimi Aylık Çalışma Formu (Form 022)
  - Sağlık Ocağı Aylık Personel ve Çalışma Çizelgesi (Form 023)
  - Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Aylık Çalışma Bildirim Formu (Form 101)
  - Aile Planlaması Aylık Çalışma Formu (Form 102)
  - İshal, Zatürre ve Sekmama Aylık Bildirim Formu (Form 103)
  - 15-49 Yaş Evli Kadın İzleme Formu bilgileri incelenmiştir.

Bilgi ve anket formu oluşturulurken, Sağlık Ocaklarınınca düzenli olarak doldurulması gereken formlar ve bunların doldurulma biçimiyle ilgili olarak; geçmişte yapılan araştırmalarda kullanılan yöntemler incelenen parametreler, 154 Sayılı Yönerge, Türk Tabipleri Birliği'nce (TTB) Türkiye genelinde örnekleme yöntemiyle yapılması düşünülen I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durum Analizi bilgi-anket formundan yararlanılmıştır.

### 3.5. VERİ KODLANMASI ve İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Veriler kodlanarak bilgisayara girilmiştir. Gerek duyulan analizler, tablolar ve grafikler tez danışmanı yardımıyla paket programlar kullanılarak yapılmıştır. Kayıt ve istatistik formları, Sağlık Ocağının ziyaret edildiği güne değin tüm aylara ait formlar bulunduğu "tam", herhangi bir ayın formu eksik olduğunda "eksik", hiçbir aya ait form yoksa "yok" biçiminde değerlendirilmiştir. Laboratuvar olanakları ve tıbbi araç gerecin yeterliliği konuları, hekimlerin gereksinim duydukları inceleme ve girişimleri yapıp-yapamamalarına göre değerlendirilmiştir. Hekim, poliklinikte gereksinim duymasına karşın

Sağlık Ocağında yapılabilecek bir inceleme için olguyu bir başka sağlık kuruluşuna gönderiyorsa "laboratuvar olanakları yetersizdir" biçiminde değerlendirilmiştir. İzleme kartlarında tüm bilgilerin doldurulduğu kartlara "tam", eksik doldurulanlara "eksik", boş bırakılanlara "doldurulmamış" denilmiştir.

### 3.6. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Formların son biçimine getirilmesi ve sınanması çalışmalarının ardından, veri toplanması Aralık 1996-Mart 1997 tarihleri arasında yapılmıştır. Daha sonra veriler bilgisayara girilerek hesaplamalar ve tablolar oluşturulmuş ve tez yazılmıştır.

**Araştırmanın Düzenleme Planı ve Zaman Tablosu.**

AYLAR	K	A	O	Ş	M	N	M	H	T	A	E	E	K
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													

1. Kasım 1996, 26. Kasım 1997

### 3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sırasında ve tezin yazımında karşılaşılan en önemli kısıtlılık; araştırma konusunun kapsamı bakımından benzer çalışmaların az olması olmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalar daha çok Sağlık Ocağı hizmetlerinin bir bölümünün ayrıntılı bir biçimde incelenmesi biçimindedir. Bizim araştırmamız; Sağlık Ocaklarının bina ve donanımından, kayıt ve istatistiklere, çalışanların hizmetlere ilişkin görüş ve önerilerine değin geniş bir kapsamda gerçekleşmiştir. Bu nedenle ülkenin diğer bölgeleri ya da illerindeki çalışmalarla karşılaştırma olanağı sınırlı olabilmıştır. Sınırlılıklardan bir diğeri, toplanan verilerin Türkiye geneliyle karşılaştırılmasındaki sıkıntıdır. Bunun nedeni; Sağlık Ocaklarınc kullanılan veri toplama formlarında DİE ve DPÖ gibi kuruluşların kullandığı kimi standartların dikkate alınmamış olmasıdır. Örn. işsizlik oranları, nüfusun evlilik durumu gibi kimi bilgiler uygun yaş gruplarına ait verilerin olmaması nedeniyle sayılan kurumların verileriyle karşılaştırılamamıştır.

Araştırma sırasında yararlanılan Sağlık Ocağı kayıt ve istatistik formları bilgilerinin çalışanlarca doğru ve bilinçli bir biçimde kaydedildiği varsayılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırma sırasında Edirne'deki toplam 51 Sağlık Ocağı'nın tamamına gidilmiş ve hazırlanan bilgi toplama ve anket formuyla elde edilen bilgiler değerlendirilerek aşağıda sunulmuştur.

1990 nüfus sayımına göre 404 599 olarak belirlenen Edirne nüfusu, araştırmada 1996 yılı ETF (Evhalkı Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765 olarak saptanmıştır. İl merkezinin nüfusu ise, 1990'da 102 345 iken 1996'da 119 446'dır. 51 Sağlık Ocağına bağlı toplam 251 köy vardır. Bu köylerden 174'ünde (% 69.3) Sağlık Evi bulunmaktadır. Sağlık Ocaklarının 9'u (% 17.6) Edirne Merkezinde, 3'ü (% 5.9) merkeze bağlı köylerde, 15'i (% 29.5) ilçe merkezlerinde ve 24'ü (% 47.0) bunların köylerinde hizmet veren Sağlık Ocaklarıdır.

Verilerin toplandığı dönem (Aralık 1996-Mart 1997) gözönünde bulundurulduğunda Sağlık Ocaklarında; 105 Pratisyen Hekim, 1 Diş Hekimi, 113 Hemşire, 289 Ebe, 49 Sağlık Memuru, 23 Çevre Sağlığı Teknisyeni (ÇST), 17 Tıbbi Sekreter, 4 Laboratuvar Teknisyeni, 2 Röntgen Teknisyeni, 12 Sıtma Savaş İşçisi, 9 Şoför ve 30 Hizmetli görev yapmaktadır. İl içi rotasyonlar dikkate alındığında bu sayılarda değişiklikler olabilmektedir.

Pratisyen hekim bakımından Sağlık Ocakları incelendiğinde; 1 Sağlık Ocağı'nda hekim yokken, 28 Sağlık Ocağı'nda 1 hekim, 8 Sağlık Ocağı'nda 2 hekim, 4 Sağlık Ocağı'nda 3 hekim, 3 Sağlık Ocağı'nda 4 hekim, 5 Sağlık Ocağı'nda 5 hekim ve 2 Sağlık Ocağı'nda 6 hekim görev yapmaktadır. 5 Sağlık Ocağı'nda hemşire, 2 Sağlık Ocağı'nda ebe, 11 Sağlık Ocağı'nda sağlık memuru, 32 Sağlık Ocağı'nda ÇST ve 35 Sağlık Ocağı'nda tıbbi sekreter bulunmamaktadır (Tablo 18).

**TABLO 18 : Sağlık Ocakları Personel Durumu.**

Sayı	Hekim	Hemşire	Ebe	SM	ÇST	T. Sekr.	Şoför	Hizm.
0	1	5	2	11	32	35	42	24
1	28	18	7	32	15	15	9	23
2	8	13	5	7	4	1	-	3
3	4	3	5	1	-	-	-	1
4	3	6	4	-	-	-	-	-
5	5	2	7	-	-	-	-	-
6 ≤	2	4	21	-	-	-	-	-
<b>Toplam</b>	<b>105</b>	<b>113</b>	<b>289</b>	<b>49</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>30</b>

Sağlık personelinin Sağlık Ocaklarına dağılımı incelendiğinde; Sağlık Ocaklarında minimum sıfır, maksimum 6 hekim; minimum sıfır, maksimum 7 hemşire; minimum sıfır, maksimum 16 ebe; minimum sıfır, maksimum 3 sağlık memuru; minimum sıfır, maksimum 2 ÇST, minimum sıfır, maksimum 2 tıbbi sekreter; minimum sıfır, maksimum 1 şoför ve minimum sıfır, maksimum 3 hizmetli bulunmaktadır.



Ziyaret edilen Sağlık Ocaklarında Form 002-003'lerin incelenmesi sonucunda bölgeyle ilgili sosyo demografik bilgiler toplanmıştır. Elde edilen kimi bilgiler aşağıdaki tablolarda sunulmaktadır.

**TABLO 19 : Evhalkı Tespit Fişleri Sonuçlarına Göre Edirne İlinin Bazı Demografik Özellikleri ve 1990 Yılına Göre Değişimi.**

Demografik Özellikler	1996 Araştırma verileri		1990 nüfus sayımı verileri *		1996/1990 oranı
	Sayı	%	Sayı	%	
Hane Sayısı	96 225	-	86 876	-	1.10
Toplam Nüfus	387 765	-	404 599	-	0.95
Erkek Nüfus	194 593	50.2	213 966	52.9	0.91
Kadın Nüfus	193 172	49.8	190 633	47.1	1.01
Bebek Nüfusu (0-12 ay)	4 674	1.2	5 504	1.4	0.85
1-6 Yaş Çocuk Nüfusu	30 188	7.8	36 097	8.9	0.84
15-49 Yaş Kadın Nüfusu	109 745	28.3	101 483	25.1	1.08
65 Yaş ve Üzeri Nüfus	30 125	7.8	24 048	5.9	1.25

[\* Kaynak : 1990 Genel Nüfus Sayımı. Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, Edirne İli. DİE Matbaası, Yayın No : 1603, Ankara, 1993]<sup>31</sup>

Ziyaretlerde incelenen formlardan biri de Sosyal Durum Tablosu'dur. Her yıl Haziran ayında gözden geçirilen ETF'lere göre düzenlenip Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilen bu formlardan elde edilen kimi sonuçlar Tablo 20'de sunulmaktadır.

**TABLO 20 : Edirne İl Nüfusunun Yaptığı İşe Göre Dağılımı (1996).**

İŞİ	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Memur	19 576	11.0	8 983	5.1	28 559	8.1
İşçi	22 744	12.8	6 471	3.7	29 215	8.2
Çiftçi	58 207	32.9	23 955	13.6	82 162	23.3
Evhanımı	-	-	94 056	53.8	94 056	26.7
Serbest Meslek	24 380	13.7	2 302	1.3	26 682	7.5
Esnaf	9 590	5.3	875	0.5	10 465	2.9
Öğrenci	38 970	21.9	36 622	20.9	75 592	21.5
İşsiz	4 126	2.3	2 046	1.1	6 172	1.7
<b>TOPLAM</b>	<b>177 593</b>	<b>50.3</b>	<b>175 310</b>	<b>49.7</b>	<b>352 903</b>	<b>100.0</b>

\* Mesleklerin oranı hesaplanırken 18 yaş altı nüfus dikkate alınmamış, yalnızca 0-6 yaş grubu dışarıda bırakılmıştır.

Ekonomik kalkınmışlık bakımından ülke genelinde üst sıralarda yer alan Edirne’de nüfusun % 11.4’ü okuryazar değildir. Yüksekokul mezunu olan nüfus ise yalnızca % 3.9’dur (Tablo 21)

**TABLO 21 : Edirne İl Nüfusunun Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı (1996).**

ÖĞRENİM DURUMU	ERKEK (n=194 593)		KADIN (n=193 172)		TOPLAM (N= 387 765)	
	Sayı	% <sup>1</sup>	Sayı	% <sup>1</sup>	Sayı	% <sup>1</sup>
0-6 Yaş	17 819	4.5 <sup>2</sup>	17 043	4.4 <sup>2</sup>	34 862	8.9 <sup>2</sup>
Okuryazar değil	14 702	8.3	25 834	14.7	40 536	11.4
Yalnızca okuryazar	20 435	11.6	19 124	10.8	39 559	11.2
İlkokul bitirmiş	92 587	52.3	89 846	51.0	182 433	51.7
Ortaokul bitirmiş	18 427	10.4	16 683	9.4	35 110	9.9
Lise bitirmiş	22 396	12.7	18 997	10.8	41 393	11.7
Yüksekokul bitirmiş	8 227	4.6	5 645	3.2	13 872	3.9

<sup>1</sup> Öğrenim durumu %'leri, 7 yaş üstü toplam nüfusa göre dir.

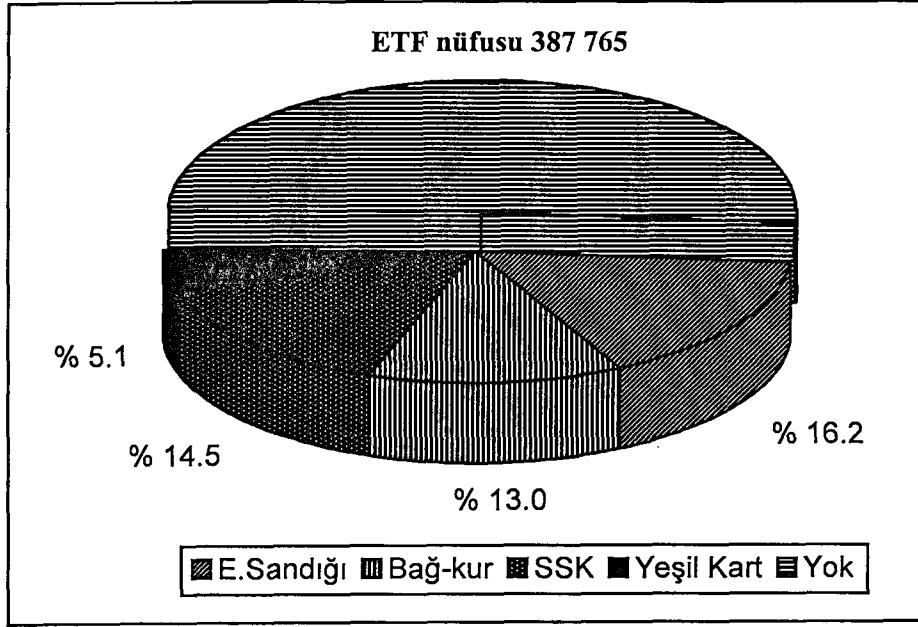
<sup>2</sup> 0-6 yaş grubunun toplam nüfus içindeki oranıdır.

Sosyal Durum tablosunun incelenmesiyle elde edilen bulgulara göre Edirne nüfusunun % 51.1’i herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir (Tablo 22, Şekil 4). Bu konudaki bir başka önemli nokta da; nüfusun yaklaşık 1/5’inin çiftçi olmasına karşın verilerin toplanması aşamasında bu insanlara Tarım İş Yasası kapsamında olup-olmadıklarının sorulmamasıdır.

**TABLO 22 : Edirne İl Nüfusunun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu (1996).**

Sosyal Güvenlik Kuruluşu	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
BAĞKUR	28 753	7.4	21 634	5.6	50 387	13.0
YEŞİLKART	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 4 : Edirne Nüfusunun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu (1996).



Edirne’de yaşayan aileler sahip oldukları çocuk sayısına göre incelendiğinde; 406\* aile (% 0.5) çocuksuz, 23 548 aile (% 28.1) 1 çocuklu, 34 745 aile (% 41.5) 2 çocuklu, 15 521 aile (% 18.5) 3 çocuklu, 6 290 aile (% 7.5) 4 çocuklu ve 3 275 aile (% 3.9) 5 ve daha fazla çocuğa sahiptir (Tablo 23). Ortalama hanehalkı sayısı 4 kişidir.

**TABLO 23 : Edirne Nüfusunun Hanehalkı Büyüklüğü Bakımından Dağılımı (1996).**

Hanehalkı sayısı	Sayı	%
2 kişi	406	0.48
3 kişi	23 548	28.1
4 kişi	34 745	41.5
5 + kişi	25 086	29.9
Toplam.	83 785	100.0

Sağlık Ocağı kayıtlarına göre nüfus, cinsiyet ve evlilik durumu bakımından incelendiğinde nüfusun % 49.4’ü evli olarak görülmektedir (Tablo 24). DİE verileri incelendiğinde evlilik durumunun 12 ve üzeri yaş grubu için hesaplandığı dikkat çekmektedir. Oysa Sağlık Ocaklarında evlilik durumu 14 yaş üzerine göre değerlendirilmektedir. Bu farklılık nedeniyle Edirne nüfusu evlilik ve cinsiyet bakımından Türkiye geneli ile karşılaştırılmamıştır.

\* Bu bölüm formlarda olmadığı için veriler 1 Sağlık Ocağına aittir



**TABLO 24 : Edirne Nüfusunun Cinsiyet ve Evlilik Durumuna Göre Dağılımı (1996).**

Evlilik Durumu	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-14 Yaş Nüfus	-	-	-	-	87 432	22.5
Evli	96 121	24.8	95 578	24.6	191 699	49.4
Hiç Evlenmemiş	46 812	12.1	37 136	9.6	83 948	21.7
Boşanmış	1 989	0.5	2 202	0.6	4 191	1.1
Eşi Ölmüş	7 460	1.9	13 035	3.4	20 495	5.3
TOPLAM	152 382	39.3	147 951	38.2	387 765	100.0

Toplam 96 225 hane, evdeki oda sayılarına göre incelendiğinde; 3 376 hane (% 3.5) 1 odalı, 23 075 hane (% 23.9) 2 odalı, 40 129 hane (% 41.8) 3 odalı, 24 534 hane (% 25.5) 4 odalı ve 5 111 hane (% 5.3) 5 ve daha fazla odalıdır.

Haneler kullanılan hela tipine göre incelendiğinde, 55 272 hane (% 57.5) kanalizasyona bağlı hela, 35 317 hane (% 36.7) tek çukurlu hela, 4 590 hane (% 4.8) fosseptiğe bağlı hela, 952 hane (% 0.9) çukursuz hela kullanırken 94 hanede (% 0.1) ilginç olarak hela yoktur.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik bakımından Türkiye genelinde 18. sırada, kişi başına ulusal gelir bakımından 21. sırada olan Edirne'de <sup>(32)</sup> hanelerin % 84.5'i içme ve kullanma suyu olarak şebeke suyu kullanmaktadırlar. İçme ve kullanma suyu bilgileri Tablo 25 ve Tablo 26'da sunulmaktadır.

**TABLO 25 : Kullanılan İçme Suyu Tipine Göre Hanelerin Dağılımı (Edirne, 1996).**

Şebeke suyu		Çeşme		Kuyu	Akarsu	Artezien	Kaynak	Diğer	
Sayı	%	Sayı	%	%	%	%	%	Sayı	%
81 310	84.5	11 224	11.7	1.1	0.2	0.1	0.3	2 045	2.1

**TABLO 26 : Kullanma Suyu Tipine Göre Hanelerin Dağılımı (%) (Edirne, 1996).**

Şebeke suyu	Çeşme	Kuyu	Akarsu	Artezien	Kaynak	Sarnıç	Diğer
84.5	11.7	1.9	0.4	0.3	0.4	0.003	0.8

Isınma aracı olarak 82 428 hanede (% 85.7) sobadan yararlanılırken 13 797 hanede (% 14.3) kalorifer kullanılmaktadır. Bu hanelerin 95 882'si (% 99.6) aydınlanmada elektrik kullanırken 343 hane (% 0.4) aydınlanmada gaz kullanmaktadır !

Çevre sağlığı bakımından son derece önemli olan ahır ve gübrelikler dikkate alındığında; toplam 35 452 hanede (% 36.8) ahır bulunmaktadır. Ahırların 27 730'unun (% 78.2) ayrı bina biçiminde yapılmış olduğu, kalan 7 722'sinin ise (% 21.8) oturlan evin altında ya da yanında olacak biçimde

sağlıksız olarak yapıldığı kaydedilmiştir. Buralarda oluşan gübrelerin % 71.7'sinin (25 404) sağlıksız, % 28.3'ünün (10 048) sağlıklı bir biçimde toplandığı ya da uzaklaştırıldığı saptanmıştır.

Beslenme koşulları bakımından önemli göstergelerden olan ayrı mutfak 84 521 hanede (% 87.8) vardır. 11 704 hanede (% 12.2) ayrı bir mutfak düzenlenmemiştir.

Sosyal Durum Tablolarından elde edilen bilgilere göre, üretilen çöpler 61 837 hanede (% 64.3) sağlıklı bir biçimde toplanıp uzaklaştırılırken, 34 388 (% 35.7) hanenin çöpleri sağlığa zararlı olacak biçimde toplanıp uzaklaştırılmaktadır.

Sağlık Ocağı kayıplarından 51 Sağlık Ocağı bölgesinde; 1 anaokulu, 258 ilkokul, 72 orta okul, 31 lise olmak üzere toplam 362 okul olduğu anlaşılmıştır. Bu konuda İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre ise; 167 ilkokul, 53 ilköğretim okulu, 28 ortaokul, 20 genel lise, 14 mesleki okul ve 1 anaokulu olmak üzere toplam 283 okulun olduğu ortaya çıkmıştır.

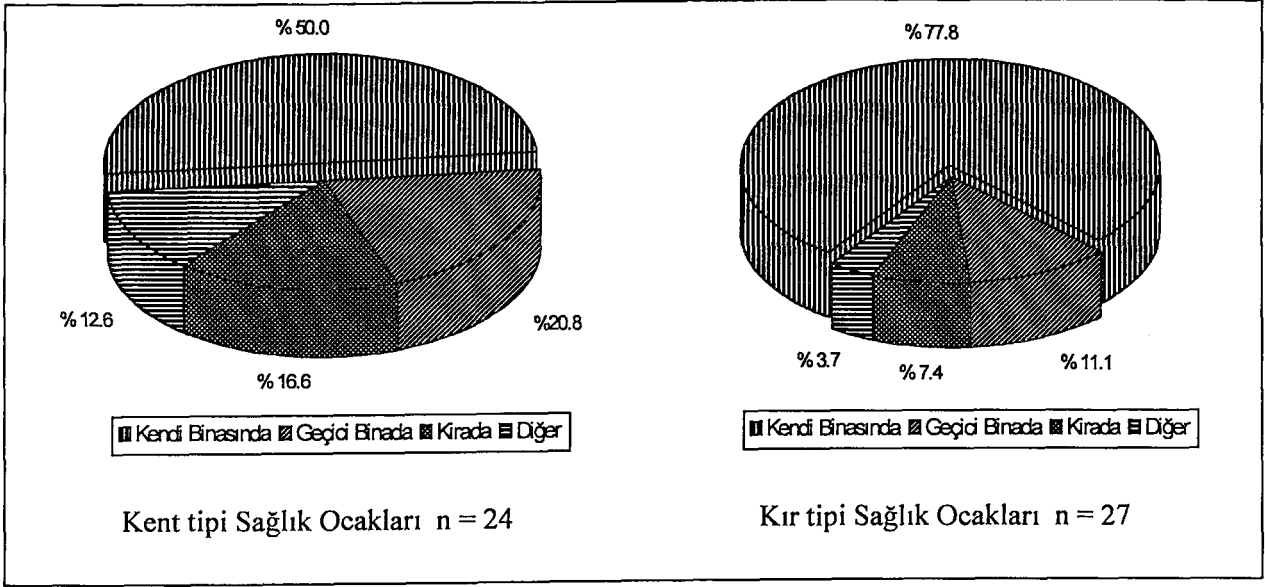
Sağlık Ocaklarına bağlı yerleşim birimleri ve yaşayanlarla ilgili sosyo-demografik bilgilerden sonra Ocak binaları, personel ve donanım ile ilgili bilgiler toplanmıştır.

51 Sağlık Ocağı'nın 24'ü (% 47.0) kentsel (ilçe merkezlerinde), 27'si (53.0) kırsal Sağlık Ocağıdır. Sağlık Ocakları bina bakımından incelendiğinde % 64.7'sinin kendi binasında hizmet verdiği görülmüştür (Şekil 5). Kendi binasında hizmet veren Ocaklardan 2'si prefabrik binadadır ve ilçe merkezlerindedir. Kiralanmış binada hizmet veren 6 Sağlık Ocağı binaların giriş katındadır (Tablo 27).

**TABLO 27 : Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996).**

Bina Durumu	KENT		KIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendi Binasında	12	50.0	21	77.8	33	64.7
Geçici Binada	5	20.8	3	11.1	8	15.8
Kirada	4	16.6	2	7.4	6	11.8
Hastane binasında	2	8.4	0	0.0	2	3.9
Sağlık Merkezinde	1	4.2	0	0.0	1	1.9
Belediyeye ait binada	0	0.0	1	3.7	1	1.9
<b>TOPLAM</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>27</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

**ŞEKİL 5 : Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996).**



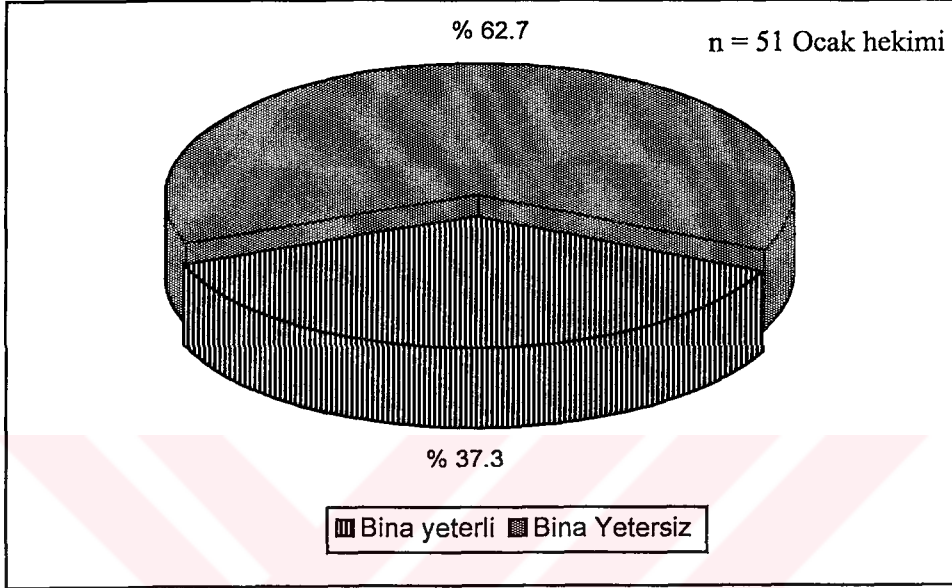
Sağlık Ocağı binaları mekan olarak incelendiğinde kimi Ocaklarda sağlık çalışanları için yeterince oda ayrılmadığı, bazı odaların hem doktor hem de poliklinik odası olarak kullanıldığı, Ocaklarda RİA (Rahim İçi Araç) uygulaması ve ivedi girişimler için oda ayrılmadığı görülmüştür. Bu tür Sağlık Ocakları prefabrik binalarda hizmet veren Ocaklar ya da Sağlık Ocağı olarak inşa edilmemiş geçici binalardaki Ocaklardır. Sağlık Ocağı binalarıyla ilgili bilgiler Tablo 28’de sunulmuştur.

**TABLO 28 : Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Mekan Durumları (1996).**

Sağlık Ocağı Binasında Bulunan	Sayı	%
Doktor odası	51	100.0
Hasta bekleme salonu	51	100.0
Ayrı hasta muayene odası	50	98.0
Ebe ve Hemşireler için ayrılmış ayrı oda	39	76.5
ÇST ve Sağlık Memurları için ayrı oda	37	72.5
Ayrı doğum odası	27	52.9
Ayrı laboratuvar odası	19	37.2
Sekreteryaya için ayrı oda	16	31.4
Ayrı acil yardım odası	15	29.4
Hastalar için ayrı tuvalet	11	21.6
RİA uygulaması odası	5	9.8
Hizmetiçi eğitim için ayrılmış oda	4	7.8

- Sağlık Ocağı binasını genel olarak nasıl değerlendirdikleri sorulan hekimlerin 19'u (% 37.2) yeterli, 32'si (% 62.8) yetersiz yanıtını vermişlerdir (Şekil 6). Hekimlerin 48'i (% 94.1) Sağlık Ocağı sorumlu hekimleridir.

**ŞEKİL 6 : Sağlık Ocağı Hekimlerine Göre Binaların Yeterlik Durumu (Edirne, 1996).**



- Sağlık Ocağı poliklinik odalarının yeterliliği sorusuna 27 hekim (% 52.9) yeterli, 24 hekim (% 47.1) yetersiz yanıtı vermiştir.
- İncelenen Sağlık Ocaklarının tamamında binada su vardır. Binanın ısıtılması bakımından Sağlık Ocakları değerlendirildiğinde; 38 Sağlık Ocağı (% 74.5) soba ile ısıtılırken, 13 Sağlık Ocağında (25.5) ısınmada kaloriferden yararlanılmaktadır. Ziyaret edilen Sağlık Ocaklarından 2'si prefabrik binada hizmet vermektedir.
- Sağlık Ocağı hekimlerine poliklinik hizmetlerinde kullanılacak araç-gereç durumu (otoskop, kan basıncı ölçüm gereçleri vb.) sorulduğunda 36 Sağlık Ocağında (% 70.6) yeterli, 15 Sağlık Ocağında (% 29.4) yetersiz yanıtı alınmıştır. Tıbbi malzeme ise 23 Sağlık Ocağında (% 45.1) yeterli düzeydedir.
- Sağlık Ocaklarının 40'ında (% 78.4) ayrı bir İshal Sağaltım Köşesi bulunmamaktadır.
- 10 Sağlık Ocağında (%19.9) bağışıklama hizmetlerinin sunumunda kullanılacak donanım (buzdolabı, aşı, şırınga vs.) eksik ya da yoktur.
- "Sağlık Ocağında çalışanların soğuk zincir kurallarına uyumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna 50 hekim (% 98.0) "yeterli", 1 hekim "yetersiz" yanıtı vermiştir.
- 7 Sağlık Ocağında (% 13.7) Aile Planlaması hizmetlerinin sunumunda kullanılacak malzeme (hap, kondom vb.) bulunmamaktadır.

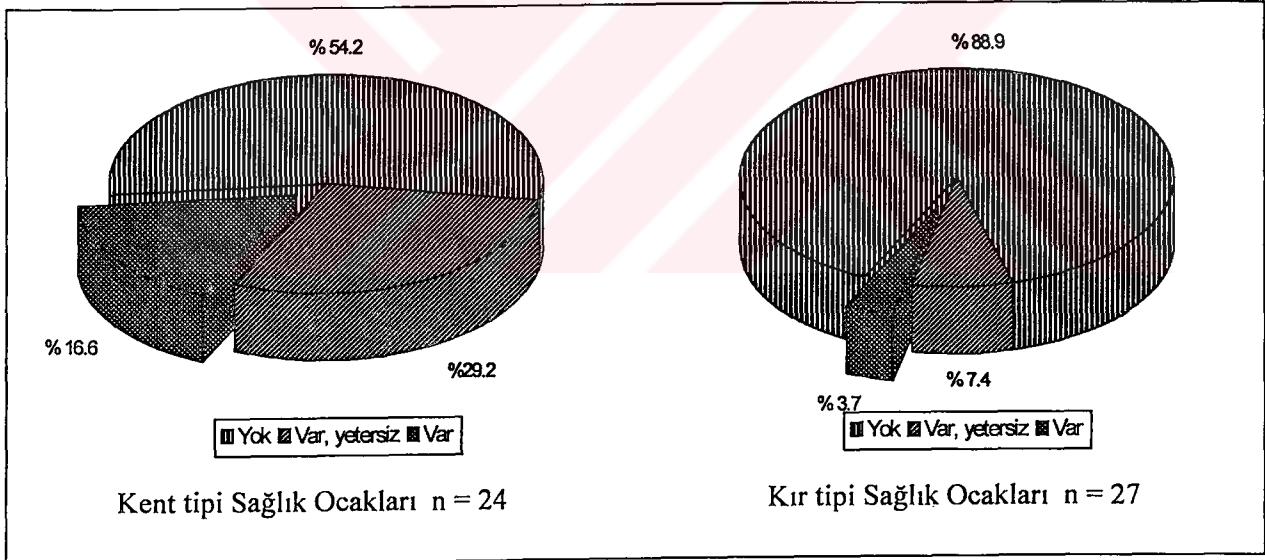
- Sağlık Ocağı laboratuvar olanakları yalnızca 5 (% 9.8) Ocakta yeterli durumdadır. 37 Sağlık Ocağında (% 72.5) laboratuvar yoktur (Tablo 29, Şekil 7).

**TABLO 29 : Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumları (1996).**

LABORATUVAR DURUMU	KENT		KIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	13	54.2	24	88.9	37	72.5
Var, yetersiz	7	29.2	2	7.4	9	17.7
Var	4	16.6	1	3.7	5	9.8
Toplam	24	100.0	27	100.0	51	100.0

Laboratuvar olanakları kent Sağlık Ocaklarının % 16.6'sında varken (4 Sağlık Ocağı), bu oran kır Sağlık Ocaklarında % 3.7'dir (1 Sağlık Ocağı). Toplam 9 Sağlık Ocağında (% 17.7) laboratuvar için gerekli donanım tam değildir.

**ŞEKİL 7 : Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumu (1996).**



- Hekimlere Sağlık Ocağı ivedi girişim olanakları (yer, ilaç, serum, aşı vs.) sorulmuş ve 45 Ocakta (% 88.2) yetersiz yanıtı alınmıştır.
- Sağlık hizmetlerine toplum katılımını sağlayabilmenin yollarından olan Sağlık Ocağı Sağlık Kurullarının varlığı sorulmuş, hiçbir Sağlık Ocağında bu Kurulun olmadığı ortaya çıkmıştır. Hekimlerin çoğu böyle bir Kurulun varlığından da habersizdir.
- Yalnızca 2 Sağlık Ocağı'nda (% 3.9) 1995 yılına ait Sağlık Ocağı Çalışma Raporu hazırlanmıştır.
- 51 Sağlık Ocağının 4'ünde (% 7.8) Sağlık Ocağı Derneği olduğu belirtilmiştir.
- "Sağlık Ocağına başvurularda herhangi bir makbuz kullanarak kişilerden ücret alıyor musunuz?" sorusuna; 47 Sağlık Ocağı "evet SSYV (Sağlık Sosyal Yardım Vakfı) makbuzu kullanıyoruz",



- 1 Sağlık Ocağı “hayır herhangi bir ücret almıyoruz-makbuz kullanmıyoruz” yanıtını verirken 3 Sağlık Ocağında “yanıt yok” denilmiştir.

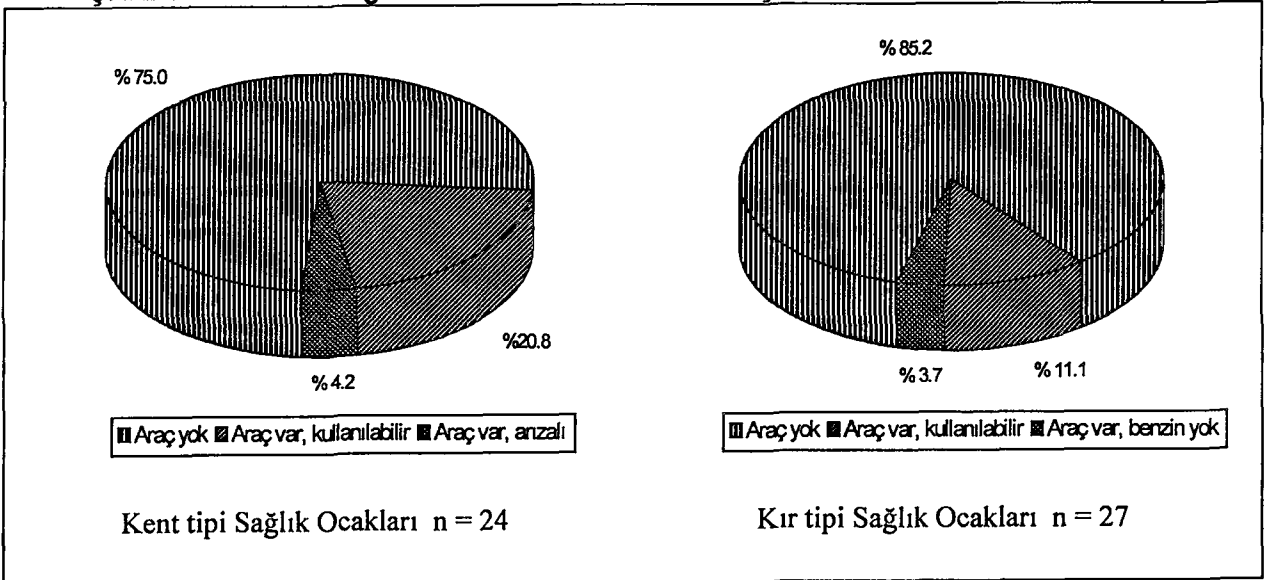
Sağlık Ocaklarının motorlu araç konusunda oldukça sıkıntılı oldukları görülmüştür. Motorlu aracı olan Sağlık Ocağı sayısı 10’dur (% 19.6) (Şekil 5). Ancak motorlu aracı olan ve bundan her zaman yararlanabilen Sağlık Ocağı sayısı yalnızca 8’dir. Sağlık Ocaklarına bağlı uzak yerleşim birimlerine hizmet sunulmamasında en önemli sorun olarak gösterilen motorlu taşıt konusuyla ilgili bilgiler Tablo 30’da sunulmaktadır.

**TABLO 30 : Edirne Sağlık Ocaklarının Motorlu Araç Durumu (1996).**

Motorlu Araç Durumu	KENT		KIR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Araç yok	18	75.0	23	85.2	41	80.4
Araç var, kullanılabilir	5	20.8	3	11.1	8	15.8
Araç var, arızalı	1	4.2	0	0.0	1	1.9
Araç var, benzin yok	0	0.0	1	3.7	1	1.9
TOPLAM	24	100.0	27	100.0	51	100.0

Sağlık Ocağının gezi hizmetleri için 8 Sağlık Ocağı (% 15.7) kendi araçlarını kullanırken, 29 Sağlık Ocağı (% 56.8) başka kurumdan araç almaktadır. 6 Sağlık Ocağının (% 11.7) gezici araçtan yararlanma olanağı hiç yokken 8 Sağlık Ocağı (% 15.7) kendilerine bağlı köy olmadığı ya da bu köyler yakın olduğu için araca gereksinim duymamaktadır. Başka kurumlardan araç sağlayan Sağlık Ocakları bu amaçla; Merkez Sağlık Ocakları, Belediyeler ve Kaymakamlıklarla işbirliği yapmaktadırlar. Bazı durumlarda çalışanlar bu amaçla kendi araçlarını kullanabilmektedirler.

**ŞEKİL 8 : Edirne Sağlık Ocaklarının Motorlu Araç Bakımından Durumu (1996).**



Sağlık Ocağında bulunması gereken araç gereçlerin varlığı ve kullanılabilir olup-olmadığı sorumlu hekimlere ya da depo ve ayniyat işlerine bakan kıdemli sağlık personeline (3 Sağlık Ocağında) sorulmuş, elde edilen bilgiler Tablo 31’de sunulmuştur. Sunulan bilgiler Sağlık Ocaklarına ve bağlı bulunan Sağlık Evlerine aittir.

**TABLO 31 : Edirne Sağlık Ocaklarında Varolan Araç-Gereçlerin Durumu (1996).\***

Araç-Gereçler	Kullanılabilir	Bozuk
Buzdolabı	50	7 (7)
Kan basıncı ölçüm aygıtı	143	68 (31)
Stetoskop	192	3 (2)
Mikroskop	31	0
İdrar santrifüjü	31	2 (2)
Thoma lamı	25	0
Jinekolojik masa	112	3 (3)
Vajinal spekulum	101	0
Tenekulum (tek dişli pens)	5	0
Ring forseps (tampon pensi)	5	0
EKG aygıtı	12	6 (6)
Trommel	99	0
Fetoskop	113	0
Tartaç (Baskül)	110	0
Bebek tartacı	103	0
Sterilizatör (kaynatma aygıtı)	82	4 (2)
Atel	1	0
Komparatör (suda klor için)	27	2 (2)
Bilgisayar ve yazıcı	3	0

\* Parantez içi rakamlar ilgili Sağlık Ocağı sayısıdır.

Sağlık Ocaklarında enjeksiyon, pansuman, aşılama, çevre sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ve ivedi girişimlerde kullanılabilecek araç gereçlerin olup-olmadığı araştırılmış ve Tablo 32’deki sonuçlar elde edilmiştir. Çok kolay ve kullanışlı olması bakımından önemli olan Gram boyama yalnızca 1 Sağlık Ocağı’nda (% 1.9) yapılabilmektedir. Sağlık Ocaklarının hiçbirinde kültür tüpü ve Wright boyası yoktur.

Vücut ısısını ölçebilecek termometresi olmayan 8 Sağlık Ocağı vardır.



**TABLO 32 : Edirne Sağlık Ocaklarında Varolan Tıbbi Araç-Gereç Durumu (1996).**

Tıbbi Araç-Gereçler	VAROLAN SAĞLIK OCAKLARI					
	KENT (n=24)		KIR (n=27)		TOPLAM (N= 51)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lam	23	95.8	25	92.6	48	94.1
Lamel	22	91.7	20	74.1	42	82.3
Termometre	20	83.3	23	85.2	43	84.3
Kullan-at (tek kullanımlık) şırınga	23	95.8	21	77.8	44	86.3
Gazlı bez	20	83.3	23	85.2	43	84.3
Pamuk	24	100.0	27	100.0	51	100.0
Plaster	20	83.3	23	85.2	43	84.3
Dezenfektan çözelti	19	79.2	20	74.1	39	76.5
Antiseptik çözelti	22	91.7	22	81.4	44	86.3
Bistüri	22	91.7	23	85.2	45	88.2
Klor çözeltisi	18	75.0	13	48.1	31	60.8
Ortoluidin çözeltisi	17	70.8	11	40.7	28	54.9
Bakteriyolojik analiz için su örnek şişesi	23	95.8	20	74.1	43	84.3
Giemsa boyası	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gram boyama malzemesi	1	4.2	0	0.0	1	1.9
Kullan-at (tek kullanımlık) dil basacağı	20	83.3	11	40.7	31	60.8
Steril eldiven	20	83.3	14	51.8	34	66.7
Steril olmayan temiz eldiven	23	95.8	20	74.1	43	84.3

Yerleşim birimlerinin ilçe ya da il merkezine yakın olması ve coğrafyanın uygunluğu nedeniyle Sağlık Ocaklarına ivedi olgular gelmemekte ya da gelen olgular kısa sürede en yakın sağlık merkezine ulaştırılabilmektedir. Ancak yine de bir Sağlık Ocağında bulunması gereken araç-gereç ve ilaçlar bakımından konu incelendiğinde ilginç bulgular elde edilmiştir. Örn. 29 Sağlık Ocağı'nda (% 56.9) oksijen tüpü vardır (Tablo 33). Hekimler ve diğer sağlık çalışanları bu tüplerin çoğunun boş olduğunu ve kontrol edilmediklerini belirtmişlerdir.

**TABLO 33 : Edirne Sağlık Ocaklarında İvedi Girişim Gereçlerinin Durumu (1996).**

Araç - Gereçler	VAROLAN SAĞLIK OCAKLARI					
	KENT (n=24)		KIR (n=27)		TOPLAM (N= 51)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Havayolu (Airway)*	9	37.5	4	14.8	13	25.5
Ambu	13	54.2	11	40.7	24	47.0
Laringoskop	4	16.7	1	3.7	5	9.8
Nazal maske	4	16.7	6	22.2	10	19.6
Aspiratör	6	25.0	1	3.7	7	13.7
Endotrakeal tüp	2	8.3	1	3.7	3	5.9
Oksijen tüpü	13	54.2	16	59.2	29	56.9
Serum ve seti	11	45.8	8	29.6	19	37.2
Nazogastrik sonda	6	25.0	6	22.2	12	23.5
İdrar sondası	6	25.0	7	25.9	13	25.5
Cerrahi dikiş gereçleri	17	70.8	22	81.4	39	76.5

\* 3 Sağlık Ocağında var olup-olmadığı bilinmiyor.

Bazı Sağlık Ocaklarında ivedi durumlarda kullanılacak serum, antihistaminik, adrenalin, atropin gibi gereçlerin olmadığı saptanmıştır. Sağlık Ocaklarındaki araç-gereç ve ilaç durumlarıyla ilgili bilgiler tablo 34'te sunulmaktadır.

**TABLO 34 : Edirne Sağlık Ocaklarında İvedi Girişimlerde Kullanılabilecek İlaçlarının Durumu (1996).**

İlaçlar	V A R					
	KENT (n=24)		KIR (n=27)		TOPLAM (N= 51)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Adrenalin ampul	24	100.0	11	40.7	35	68.6
Atropin ampul	21	87.5	12	44.4	33	64.7
Steroid ampul	21	87.5	12	44.4	33	64.7
Antihistaminik ampul	21	87.5	12	44.4	33	64.7
Aminofilin ampul	21	87.5	12	44.4	33	64.7
Digoksin ampul	20	83.3	10	37.0	30	58.8
Morfin ampul	4	16.7	2	7.4	6	11.8
Largaktıl ampul	16	66.7	4	14.8	20	39.2
Biperidin laktat ampul	17	70.8	0	0.0	17	33.3
Serum fizyolojik ampul	20	83.3	10	37.0	30	58.8
% 5 Dekstroz (poşet, şişe)	20	83.3	7	25.9	27	52.9
Sodyum bikarbonat ampul	20	83.3	10	37.0	30	58.8
Diazepam ampul	20	83.3	10	37.0	30	58.8
Methergin ampul	20	83.3	18	66.7	38	74.5
Nifedipin kapsül	21	87.5	8	29.6	29	56.9
İsosorbit dinitrat dilatı tablet	21	87.5	8	29.6	29	56.9

Uygun koşulların ve araç-gerecin sağlanması durumunda Birinci Basamakta rahatlıkla yapılabilecek laboratuvar incelemeleri hem hekimlerin doğru tanı koymalarını kolaylaştıracak hem de II. ve III. Basamağa gereksiz yığılmayı önleyecektir. Ancak, Edirne Sağlık Ocaklarında laboratuvar olanakları yetersizdir (Tablo 35). Örn. hemoglobün ölçümü yalnızca 10 Sağlık Ocağında, lökosit sayımı 8 Sağlık Ocağında, idrar bakısı 10 Sağlık Ocağında yapılabilmektedir. Hiçbir Sağlık Ocağında boğaz, idrar, dışkı, kan kültürü için materyal alınmamaktadır. Olanakları yeterli olan Sağlık Ocaklarında da laboratuvar hizmetleri yeterince işletilememektedir.

**TABLO 35 : Edirne Sağlık Ocaklarında Yapılan Laboratuvar Çalışmaları (1996).**

LABORATUVAR İNCELEMESİ	Yapılan Sağlık Ocağı					
	KENT (n=24)		KIR (n=27)		TOPLAM (N= 51)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemoglobün ölçümü	7	29.2	3	11.1	10	19.6
Htc ölçümü	4	16.7	2	7.4	6	11.8
Lökosit sayımı	6	25.0	2	7.4	8	15.7
Periferik yayma	3	12.5	0	0.0	3	5.9
İdrar mikroskopisi	6	25.0	3	11.1	9	17.6
Tam idrar	7	29.2	3	11.1	10	19.6
AKŞ ölçümü	6	25.0	3	11.1	9	17.6
Kan biyokimyası	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dışkıda parazit/yumurtası	4	16.7	1	3.7	5	9.8
EKG çekimi	5	20.8	7	25.9	12	23.5
Düz Röntgen çekimi	3	12.5	0	0.0	3	5.9
İdrar kültürü alımı	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Boğaz kültürü alımı	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kan kültürü alımı	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dışkı kültürü alımı	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Sağlık Ocaklarıyla ilgili yukarıdaki temel bilgiler elde edildikten sonra kayıt ve istatistiklerle ilgili veriler toplanmıştır. Bu bölümde; rutin olarak her ay Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilmesi gereken formlar, Sağlık Ocağında doldurulması gereken form ve izleme kartları ve KSF'lerden oluşan kayıt ve formlardan yaklaşık 11 000'i incelenmiştir.

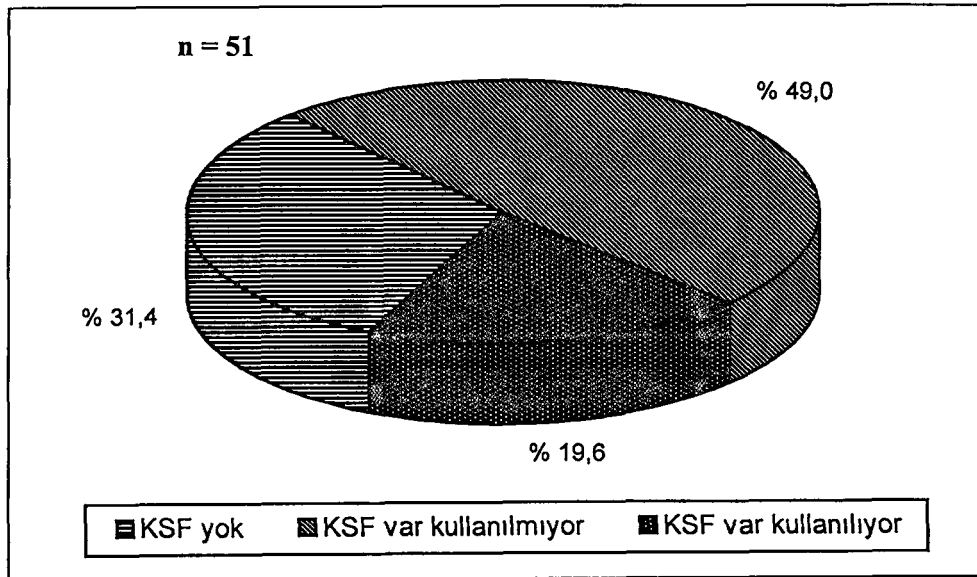
Bu amaçla ilk olarak bölgede yaşayanlara ait Kişisel Sağlık Fişlerinin (KSF) olup olmadığı sorulmuştur.

51 Sağlık Ocağının 16'sında (% 31.4) hiç KSF olmadığı, 25'inde (% 49.0) KSF'lerin olduğu ancak hiç kullanılmadığı, 10 Sağlık Ocağında ise (% 19.6) KSF'lerin olduğu ve kullanıldığı belirtilmiştir (Şekil 9). KSF olduğu söylenen 35 Sağlık Ocağında KSF'lerin düzenli ve doğru kullanılıp kullanılmadığını saptayabilmek için KSF'lerden % 10 örneklem çekilerek (yaklaşık 3 600 KSF) kartlar incelenmiş ve Tablo 36'da sunulan sonuçlar elde edilmiştir.

**TABLO 36 : Edirne Sağlık Ocaklarında Kişisel Sağlık Fişlerinin Kullanımıyla İlgili Bilgiler (1996).**

İncelenen Özellik	KSF Kullanılan 35 S.O. Bazında	
	Sayı	%
• Aşılarla ilgili bölümün doldurulması		
Yok	9	25.7
Eksik	24	68.6
Tam	2	5.7
• Özgeçmişle ilgili bölümün doldurulması		
Var	7	20.0
Yok	28	80.0
• Tanıların kodlanması bölümünün doldurulması		
Tam	0	0.0
Eksik	0	0.0
Yok	35	100.0

**ŞEKİL 9: Edirne Sağlık Ocaklarında Kişisel Sağlık Fişlerinin Kullanımı (1996).**





Sağlık Ocağı çalışanlarının düzenli olarak doldurmaları gereken ve planlı-programlı çalışmayı sağlayacak olması bakımından önemli olan Doktor, Sağlık Memuru, Hemşire ve Ebe Aylık Çalışma Bildirim'leri incelenmiş ve 21 Sağlık Ocağında (% 41.2) bu formların tam olduğu, 26 Sağlık Ocağında (% 50.9) eksik olduğu, 4 Sağlık Ocağında ise (% 7.9) hiç olmadığı görülmüştür. Formların bulunduğu 47 Sağlık Ocağında % 10 örnekleme çekilen formlar incelenmiş ve Tablo 37'de sunulan sonuçlar elde edilmiştir.

**TABLO 37 : Edirne Sağlık Ocaklarında Aylık Çalışma Bildirimlerinin Doldurulmasıyla İlgili Bilgiler (1996).**

İncelenen Özellik (47 Sağlık Ocağı'nda)	Sayı	%
• Yapılan program		
Günlük	10	21.3
Haftalık	2	4.3
Aylık	35	74.4
• Yapılan programa uyulup-uyulmadığı		
Uyulmuyor	34	72.3
Uyuluyor	13	27.7

Bağışıklama çalışmalarının yürütülmesi sırasında gerekli olan ve bölgede aşılması gereken bebek ve çocukların kaydedilerek aşılanıp aşılanmadıklarını izlemeye kullanılan Form 012-A ve B'ler incelendiğinde; 50 Sağlık Ocağında (% 98.0) bu formların bulunduğu, 1 Sağlık Ocağında bulunmadığı görülmüştür. Formların bulunduğu Sağlık Ocaklarının % 90'ında (46 Sağlık Ocağı) kullanım düzenlidir. Ebe ve hemşirenin bulunmadığı bir Sağlık Ocağında bu formları hekim düzenlemektedir.

Sağlık Ocağı bölgesinde ay içinde yapılan bağışıklama çalışmalarının sonuçlarının yazıldığı Aşı Sonuçları Çizelgesi (Form 013) incelenmiş, formlar 45 Sağlık Ocağında (% 88.2) tam, 4 Sağlık Ocağında (% 7.8) eksik olarak saptanmış 2 Sağlık Ocağında (% 4.0) bu formlar bulunamamıştır. Sağlık Ocağına gidilen güne dek her ayın (1996 yılı) form 013'ü bulunduğu "tam" denilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nca Edirne'nin 1996 yılı sıfır yaş nüfusu (hedef nüfus) 5 919 olarak bildirilmiştir. Buna göre yapılan aşı sayıları, aşılama oranları ve bu oranların Türkiye geneli ile karşılaştırılması Tablo 38'de verilmiştir.

**TABLO 38 : Edirne Sağlık Ocaklarında Sıfır Yaş Grubuna Yapılan Aşılar ve Türkiye Geneli ile Karşılaştırılması (1996).**

A Ş I	Edirne İli (Hedef Nüfus : 5 919)		Türkiye geneli (1996)* (Hedef Nüfus : 1 365 304)	
	Sayı	%	Sayı	%
DBT-1	4 816	81	1 199 291	88
DBT-2	4 954	83	1 160 557	85
DBT-3	5 060	85	1 145 134	84
OPV-1	4 933	83	1 195 478	88
OPV-2	5 023	84	1 153 227	84
OPV-3	5 073	85	1 136 718	83
Kızamık	5 084	85	1 153 316	84
TT1	2 403	40	474 565	35
TT2 +	1 580	27	438 876	32

[\* Kaynak : Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü Bağışıklama Şube Md. verileri]<sup>29</sup>

Tablo 38'de de görüldüğü gibi, Edirne DBT-1, DBT-2, OPV-1 ve TT2 oranları bakımından Türkiye genelinden kötü durumdadır. Yukarıdaki aşilar dışında 1996 yılında yapılan DBT-R 4 328 doz, OPV-R ise 5 754 dozdur. Yalnızca 1 Sağlık Ocağında BCG yapıldığı (80 doz) bildirilmiştir. Tetanus aşılması verileri incelendiğinde; TT1 = 2 403, TT2 = 1 580, TT3 = 778, TT4 = 51 ve TT5 = 28 olarak saptanmıştır. Ancak bu verilerde Form 013 ile Form 101 arasında tutarsızlık vardır. Birçok Sağlık Ocağında 3., 4. ve 5. dozların kaydedilmediği görülmüştür. Sağlık Ocağı çalışanlarında bu konuda bazı ikilemlerin yaşandığı anlaşılmıştır. Özellikle 15-49 yaş kadın ve gebelere yapılacak tetanus aşılması konusunda bilgi açığı olduğu izlenmiştir. Aşılama çalışmalarıyla ilgili bir diğer önemli sorun da hedef nüfus konusunda yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın Edirne için belirlediği 1996 yılı hedef nüfusu 5 919, Sağlık Ocaklarının ETF kayıtlarına göre hedef nüfus 4 674, formlarla bildirilen canlı doğum sayısı 4 282 (ölen bebek 77) ve yapılan DBT-1 dozu 4 816'dır. Görüldüğü gibi bu konuda 4 farklı rakam vardır. Bu karmaşa tüm doğumların Sağlık Ocaklarınca saptanamadığını düşündürmektedir.

Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Çizelgelerinin (Form 017) incelenmesi sonucunda; bu formun 41 Sağlık Ocağında (% 80.4) tam, 7 Sağlık Ocağında (% 13.7) eksik olduğu görülmüş, 3 Sağlık Ocağında (% 5.9) Form 017'lerin olmadığı saptanmıştır. Bu formlarla bildirilen bildirimi zorunlu hastalıkların olgu sayıları Tablo 39'da sunulmaktadır.



**TABLO 39 : Edirne Sağlık Ocaklarında 1996'da Saptanan Bildirimi Zorunlu Hastalık Sayıları.**

Bulaşıcı Hastalık	Olgu sayısı
Enterit ve ishal ile seyreden diğer hastalıklar (A-5)	6 030
Su Çiçeği (A 29-0)	91
Kızamık (A 25)	40
Sıtma (A 31)	40
Kabakulak (A 29-1)	31
Kızıl (A 17)	15
Uyuz (A 44-8)	10
Hepatit A (A 28)	7
Streptokoksik anjin (A 17)	7
Tüberküloz (A 6)	6
Kızamıkçık (A 29-4)	4
Brusella (A 13)	3
Hepatit B (A 104-3)	3
Tifo (A 2)	3
Sifiliz, B. dizanteri, zona, Meningokoksik menenjit (A 37) (A 4) (A 29-5) (A 19)	1'er

\* Parantez içinde 150 Başlıklı A Listesi kodları tarafımızdan eklenmiştir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın temel ilkelerinden olan "sevk zincirinin işletilmesi," olguların I. Basamaktan diğer kurumlara sevkinde "Hasta Sevk Formu (Form 019)"nın kullanılmasıyla verimli hale gelebilecektir. Bu formun doldurulması, hem sevki yapan I. Basamak hekiminin olguyla ilgili görüşlerini sevk ettiği kuruma bildirebilmesini, hem de sevk edilen kurumlarda düşünülen son tanıyı ya da sonuçları sevki yapan hekimin öğrenerek bir bakıma kendi kendini sınamasına yardımcı olacaktır. Çoğunlukla kullanılmadığı düşünülen bu formun Edirne Sağlık Ocaklarındaki durumu incelendiğinde; 43 Sağlık Ocağında (% 84.3) bu formun kullanılmadığı gözlenmiştir. 7 Sağlık Ocağında (% 13.7) bazı olgular için form 019 doldurulurken, 1 Sağlık Ocağında (Süloğlu Sağlık Ocağı) (% 2.0) tüm sevklerde form 019 kullanıldığı belirtilmiştir. Formun doldurulduğu 8 Sağlık Ocağından 6'sına (% 75.0) geri bildirim yapılmazken, 2'sine (% 25.0) kısmen geri bildirim yapıldığı belirtilmiştir. Gönderilen tüm formlara geri bildirim alındığı Sağlık Ocağı sayısı sıfırdır.\* Oysa bu forma yanıt, Yataklı Sağlık Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 11. maddesi uyarınca 2. Basamak uzmanlarının görevlerindedir.<sup>(33)</sup>

\*Yataklı Sağlık Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 11. maddesi uyarınca 2. Basamak uzmanları Form 019'u geri göndermek zorundadır.<sup>(33)</sup>

224 Sayılı Yasa gereği Sağlık Ocaklarının yapması beklenen çevre sağlığı çalışmaları ile ilgili sonuçların bulunduğu “Çevre Sağlığı Kontrol Çizelgelerinin” (Form 020) sonuçları Tablo 40’ta sunulmaktadır.

**TABLO 40 : Edirne Sağlık Ocaklarıncı Verilen Çevre Sağlığı Çalışmalarının Durumu (1996).**

Yapılan Çevre Sağlığı Çalışmaları	Sayı
Bakteriyolojik su incelemesi	4 158
Kimyasal su incelemesi	1 617
Toplam su incelemesi	5 775
Gıda incelemesi	2 494
İşyeri denetimi	25 513

Sağlık Ocaklarına bağlı yerleşim birimleri (mahalle ve köy sayıları) ve nüfus dikkate alındığında, bakteriyolojik inceleme için en az 3 600 örnek alınması gerekmektedir. Alınan örnek sayısı bu kritik sayıdan fazladır. Kimyasal su örneği sayısının ise en az 780 olması gerekmektedir.

Sağlık Ocaklarında tanı konulan ishelli, pnömonili olguların yaş gruplarına dağılımlarının ve Sağlık Bakanlığı’na sağlanan ORS (Oral Rehidrasyon Sıvısı) ve prokain penisilinlerin verildiği olgu sayılarının bildirimini yapıldığı “İshal, Zatürre ve Sekmama Aylık Bildirim Formları (Form 103)” incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir :

Formlar 42 Sağlık Ocağında (% 82.3) tam, 7 Sağlık Ocağında (% 13.7) eksik, 2 Sağlık Ocağında (% 4.0) yoktur. Formlarla bildirilen ishelli olguların yaş gruplarına dağılımları, ishal nedeniyle ölüm sayısı ve yaş gruplarına dağılımlarıyla, olgulara verilen ORS paket sayıları Tablo 41’de; zatürre olgularının, hastaneye sevk edilen olguların yaş gruplarına dağılımları ve prokain penisilin verilen olgu sayıları Tablo 42’de sunulmaktadır.

**TABLO 41 : Edirne Sağlık Ocaklarında Saptanan İshal Olgularının, Dağıtılan ORS Paketlerinin ve İshalden Ölümlerin Yaş Gruplarına Dağılımı (1996).**

G ö z l e m l e r	0 Yaş	1-4 Yaş	5 Yaş +	TOPLAM
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı
Saptanan ishal olgusu	972	1693	3365	6030
Dağıtılan ORS paket sayısı	351	589	1174	2114
Olgu başına ortalama ORS	2.7	2.8	2.8	2.8
İshal nedeni ile ölüm	0	0	0	0

**TABLO 42 : Edirne Sağlık Ocaklarında Bildirilen Zatürre Olgularının Kimi Özelliklerine Göre Yaş Gruplarına Dağılımı (1996).**

Yaş Grupları	Toplam olgu sayısı	prokain penisilinle sağaltımı yapılan olgu sayısı	Sevk sayısı ve %'si
0-11 ay	1 627	35	598 (% 36.7)
12-59 ay	3 658	52	38 (% 1.0)
5-14 yaş	6 072	98	37 (% 0.6)
15 yaş +	9 741	113	48 (% 0.5)
Toplam	21 098	298	721 (% 3.4)

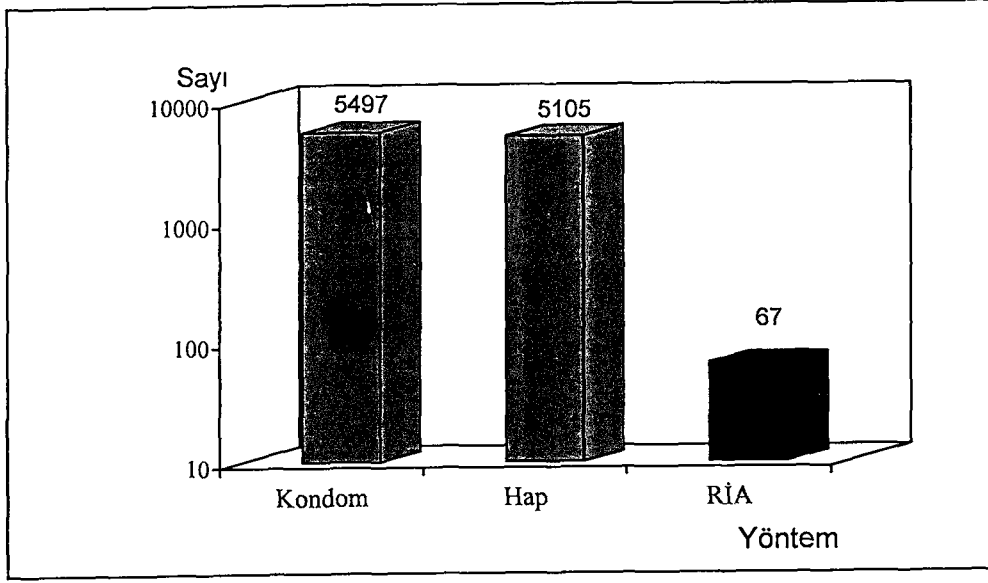
Sağlık Ocaklarında sunulan Aile Planlaması (AP) Hizmetlerinin bildiri Aile Planlaması Aylık çalışma Formu (Form 102) ile yapılmaktadır. Form 102'ler incelendiğinde 3 Sağlık Ocağında (% 5.9) bu formların bulunmadığı, 9 Sağlık Ocağında (% 17.6) ise kimi aylara ilişkin formların eksik olduğu gözlenmiştir. 39 Sağlık Ocağında (% 76.5) bu formlar ziyaret edilen ay bazında eksiksiz olarak bulunmuştur. Yapılan incelemede; 67 kadına RİA uygulandığı, 5 105 kadına Hap verildiği ve 5 497 adet kondom dağıtıldığı saptanmıştır (Tablo 43, Şekil 10). Bu 3 yöntem dışında Sağlık Ocaklarında verilen başkaca AP hizmeti yoktur. 67 RİA uygulaması 2 Sağlık Ocağında (% 3.9) (Enez Merkez ve Havsa Merkez I No'lu Sağlık Ocakları) gerçekleşmiştir. RİA eğitimi alan personel sayısı 7 kişidir (3 Doktor, 4 Ebe). Formun "muayene olan kişi sayısı" bölümü hiçbir Sağlık Ocağında doldurulmamaktadır.

**TABLO 43 : Edirne Sağlık Ocaklarında Verilen Aile Planlaması Hizmetleri (1996).**

Verilen aile planlaması hizmeti	Sayı
Hap	5 105
Kondom*	5 497
RİA	67

\* Dağıtılan toplam kondom sayısıdır

**ŞEKİL 10 : Edirne Sağlık Ocaklarında 1996 Yılında Yapılan Aile Planlaması Çalışmaları.**



Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Aylık Çalışma Bildirim Formu (Form 101) aynı zamanda Sağlık Ocaklarında da doldurulmakta olan bir formdur. Toplam beş bölümden oluşan bu formun araştırma sırasında üç bölümü incelenmiştir (Ana-Çocuk Sağlığı, Laboratuvar ve Tetanus Aşısı Yapılan Gebe Sayısı bölümleri..).

Formlar incelendiğinde 41 Sağlık Ocağında (% 80.4) tam, 7 Sağlık Ocağında (% 13.7) eksik, 3 Sağlık Ocağında ise (% 5.9) olmadıkları saptanmıştır. Form 101'lerin içerikleriyle ilgili bilgiler Tablo 44'te sunulmaktadır.

**TABLO 44 : Ana Çocuk Sağlığı Konularında Edirne Sağlık Ocaklarında Yapılan Çalışmalar (1996).**

İşlemler	15-49 YAŞ KADIN			ÇOCUK		
	Gebe	Loğusa	Diğer	0-11 ay	12-59 ay	5 yaş ≤
Toplam muayene	18 611	3 345	5 752	36 697	36 618	11 921
Sevk sayısı	607	189	747	37	485	338
Sevk oranı %	3.1	5.3	11.4	0.1	1.3	2.7

**TABLO 45 : Edirne Sağlık Ocaklarında Ana-Çocuk Sağlığı Alanında Yapılan Laboratuvar İncelemeleri (1996).**

LABORATUVAR	15-49 Yaş	0-6 Yaş	Diğer	TOPLAM
	Kadın	çocuk		
İdrar bakısı	1 988	223	451	2 662
Kan bakısı	2 709	382	1 051	4 142
Gebelik testi	1 213	-	-	1 213
Diğer inceleme	-	-	-	121
EKG çekimi	-	-	-	628
Poliklinik başına lab. incelemesi	0.21	0.007		0.029

Form 101'lerdeki bir başka bölüm de gebelere yapılan tetanus aşısı bölümüdür. Bu bölümün incelenmesinde TT1'in 2 316 doz, TT2'nin ise 1 796 doz olduğu görülmüştür.

Ziyaretlerde ebelerin çalışmalarıyla ilgili bilgilenmek amacıyla "Gebe-Loğusa İzlem Fişleri" de incelenmiştir. Gidilen Sağlık Ocağında tüm gebe-loğusa kartları istenmiş, % 10 örnekleme rastgele seçilen kartlarda (yaklaşık 450 kart) kimi özellikler incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 46'da sunulmaktadır.

**TABLO 46 : Edirne Sağlık Ocaklarında Gebe-Loğusa İzlem Kartları Bilgileri (1996).**

İncelenen Özellik	Sayı	%
• Gebelikle ilgili bölüm		
Tam doldurulmuş	31	65.9
Eksik doldurulmuş	16	34.1
Doldurulmamış	0	0.0
• Doğum ve doğan bebekle ilgili bölümler		
Tam doldurulmuş	26	55.3
Eksik doldurulmuş	19	40.2
Doldurulmamış	2	4.5

Araştırma sırasında Gebe-Loğusa İzlem Fişlerinin incelenmesinde olduğu gibi tüm çocuk izleme kartlarından % 10 örnekleme rastgele seçilenlerde (yaklaşık 2500 kart) kimi özellikler incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 47'de sunulmaktadır.

**TABLO 47 : Edirne Sağlık Ocaklarında Çocuk İzlem Kartları Bilgileri (1996).**

İncelenen Özellik (n = 49 Sağlık Ocağı)	Sayı	%
• Anne ile ilgili bölümün doldurulması		
Doldurulmamış	1	2.1
Eksik doldurulmuş	30	61.2
Tam doldurulmuş	18	36.7
• Aşılarla ilgili bölümün doldurulması		
Doldurulmamış	0	0.0
Eksik doldurulmuş	30	61.2
Tam doldurulmuş	19	38.8
• İzlemlerin düzenli yapılıp yapılmaması		
Düzensiz	24	49.0
Düzenli	25	51.0
• Ağırlık çizelgesinin doldurulması		
Doldurulmamış	17	34.7
Eksik doldurulmuş	25	51.0
Tam doldurulmuş	7	14.3
• Ağırlık çizelgesi-eğitim ve öğütlerarası tutarlılık		
Tutarlılık yok	40	81.6
Tutarlılık var	9	18.4
Kartlarda doktor imzası		
Var	2	4.1
Eksik	29	59.2
Yok	18	36.7

“15-49 Yaş Kadın İzleme Formları” Bilgileri incelendiğinde 14 Sağlık Ocağında (% 27.4) bu formların bulunmadığı, form yerine defterlerin ya da düzensiz kağıtların kullanıldığı görülmüştür. Formların bulunduğu 37 Sağlık Ocağının 9’unda (% 24.3) düzensiz ve eksik kullanım gözlenmiştir. Oysa bu formlar AP ve erken antenatal bakım açısından temel bir işlev yükledürler.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti verilen Sağlık Ocaklarında Halk Sağlığı Eğitimi ve sağlık çalışanlarının hizmetiçi eğitimi son derece önemli bir konudur. Hizmetin aksadığı alanlarda çalışanların eksiklerinin giderilmesi, sağlık sorunlarıyla ilgili halkın bilgilendirilmesi ve hizmetlerle ilgili geri bildirimlerin alınması bu eğitim toplantılarıyla sağlanabilecektir. Ancak Halk Sağlığı Eğitimi Aylık Çalışma Formları (Form 022) olan 48 Sağlık Ocağında (% 94.1) bu formların incelenmesiyle Sağlık Ocaklarının 25’inde (% 52.1) hizmetiçi eğitim programlarının düzenlendiği anlaşılmıştır. Sağlık Ocaklarının yarıya



yakınında bu eğitim toplantıları yapılmamaktadır. Bunun yanında 41 (% 80.3) Sağlık Ocağında halk sağlığı eğitim toplantıları sırasında eğitim araç ve gereçleri kullanılmamıştır. Araç gereç kullanan 7 Sağlık Ocağı (% 19.7) toplam 250 broşür, 110 afiş ve 5 video kasetten yararlanmıştır. Verilen sağlık eğitiminin niteliği sorunu önemli boyutlardadır.

Hizmetiçi eğitim toplantıları düzenleyen Sağlık Ocaklarında çoğunlukla Sağlık Müdürlüğü'nün bildirdiği konular işlenmiştir. Bu konular:

- Hijyen ve Çevre Sağlığı,
- Beslenme
- Çocuk Sağlığı ve Çocukluk Dönemi Hastalıkları
- İlk Yardım ve Kazalardan Korunma
- Bulaşıcı Hastalıklar (korunma, aşılar ve serumlar)
- Özel gün ve haftalar (7 Nisan Dünya Sağlık Günü, Verem, Kanser Haftası gibi)
- Aile Planlaması
- Madde bağımlılığı
- AIDS vb. dir.

Araştırma kapsamında incelenmesi amaçlanan bir başka form “Sağlık Ocağı Aylık Personel ve Çalışma Çizelgesi (Form 023)”dir. Form 023, birçok veriyi içermesi bakımından son derece önemli bir form olmasına karşın; 2 Sağlık Ocağında (% 3.9) bu formların hiç olmadığı, 4 (% 7.8) Sağlık Ocağında eksik olduğu görülmüştür. Form 023’lerden elde edilen bilgiler Tablo 48’de sunulmaktadır.

**TABLO 48 : Edirne Sağlık Ocaklarında Verilen Kimi Hizmetlerin Durumu (1996).**

HİZMETLER	Sayı
• Adli Hizmetler	
– Verilen adli rapor sayısı	6 272
– Yapılan otopsi sayısı	23
• Muayene edilen kişi sayısı	301 446
• Sevk Sayısı	8 729
• Küçük cerrahi müdahale sayısı	672
• Laboratuvar çalışmaları	
– idrar	3 300
– kan	4 695
– dışkı	3
– sıtma kanı	21 808
• Doğumların dağılımı	
– Hekimin yaptırdığı *	3 812
– Ebelerin yaptırdığı doğum sayısı	450
– SP olmadan doğum	16
– Toplam doğum sayısı	4 342
• Düşük sayısı	129
• Canlı doğan sayısı	4 282
• Ölü doğan sayısı	64
• Ölen bebek sayısı	77
• Ölen gebe sayısı	1
• 1-4 yaş ölüm sayısı	7
• 65 yaş üzeri ölüm sayısı	886
• Toplam ölüm sayısı	1 402
• Hemşire, Ebe izlemeleri	
– Gebe	21 375
– Bebek	49 726
– Çocuk	57 212

\* Salt Sağlık Ocağı hekimleri değil, tüm hekimlerin yaptırdığı.

Bu formun önemli bilgilerinden olan, doğumların gerçekleşme biçimlerine göre dağılımları incelendiğinde; % 88'inin hekimler tarafından, % 10'unun ebeler tarafından gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır. 16 doğum ise (% 2.0) sağlık personeli olmadan gerçekleşmiştir. Hekimler tarafından

gerçekleştirilen doğumlarda sözü edilen yalnızca Sağlık Ocağı hekimi değildir. Sağlık Ocaklarında 1996 yılında yapılan toplam laboratuvar incelemesi 7 998'dir. Poliklinik sayısı dikkate alındığında her 100 polikliniğe düşen laboratuvar incelemesi sayısı 0.026'dır.

Form 023'lerdeki izlemeler incelendiğinde; gebe başına ortalama izleme sayısı 4.7, bebek başına ortalama izleme sayısı 10.6 ve çocuk başına ortalama izleme sayısı 1.9'dur.

Yalnızca Sağlık Ocakları kayıtları kullanılarak bazı sağlık düzeyi ölçütleri hesaplanacak olursa; Kaba Doğum Hızı (KDH) = % 11.2 (Türkiye verisi % 22.4),<sup>(34)</sup> Kaba Ölüm Hızı (KÖH) = % 3.6 (Türkiye verisi % 6.6), Bebek Ölüm Hızı (BÖH) = % 17.9 (Türkiye verisi % 44)<sup>(35)</sup> olarak ortaya çıkmaktadır.

Araştırmada son olarak poliklinik defterlerinin dökümü çıkarılmıştır. Bu bölümde 51 Sağlık Ocağının 41'inden (% 80.4) veriler toplanabilmiştir. 1996 yılında Edirne Sağlık Ocakları polikliniklerine (poliklinik defterlerine kaydedilen) toplam 301 446 kişi başvurmuştur. Edirne nüfusu dikkate alındığında Sağlık Ocaklarına kişi başına başvuru sayısı 0.77'dir. Toplam başvuruların 226 855'i (% 75.2) incelenebilmiş; bunların 55 779'unun (% 24.6) "**kontrol ve reçete yinelemesi**" olduğu görülmüştür. Geriye kalan 171 076 poliklinik kaydının 35 869'unu (% 20.9) değişik kurumlara yapılan sevkler oluşturmaktadır. Kontrol-reçete yinelemesi ve sevkler dışındaki başvuruların aldıkları tanılar incelenmiş, toplanan bilgiler halen kullanılmakta olan 150 Başlıklı A Listesi'ne göre sınıflandırılmıştır.<sup>(8)</sup> Bulgular tablo 49'da sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde ilk on morbiditenin bilinmesi çok önemlidir. Bunun nedenleri; ülkelerin sağlıktaki gelişmişlik ölçütlerinden biri de ilk 10 morbidite nedeni içinde enfeksiyon hastalıklarının bulunup-bulunmaması ya da bulunuyorsa kaç hastalığın olduğudur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelikler belirlenirken bu sıralamanın dikkate alınması ve uygun plan ve programların geliştirilmesi verilecek hizmetleri oldukça olumlu etkileyecektir. Edirne Sağlık Ocaklarından elde edilen verilere göre ilk on morbidite nedeni incelenecek olunursa; birinci sırada akut solunum yolu enfeksiyonlarının geldiği, ishalli hastalıkların ilk 10'a girdiği görülmektedir. Tüm poliklinik kayıtları içinde kontrol ve reçete yinelemelerinin ilk sırada olması da ilginçtir. Daha önce de değinildiği gibi Sağlık Ocakları sağlık sorunlarının çözümlendiği yerlerden çok reçete yinelemelerinin, istek üzerine sevklerin yapıldığı (% 20.9) kurumlar durumuna gelmişlerdir. Toplam 35 869 sevkten 28 026'sı (% 78.1) II. Basamak sağlık kuruluşlarına, 7 231'i (% 20.1) III. Basamak sağlık kuruluşlarına, 489'u (% 1.4) SSK hastanelerine, 30'u Asker hastanelerine, 50'si Verem Savaş Dispanserlerine, 38'i AÇS-AP Merkezlerine, 5'i Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne yapılmıştır.

**TABLO 49 : Edirne Sağlık Ocaklarında Poliklinik Kayıtlarına Göre Alınan Tanılar (1996).\***

Başvuranların aldıkları tanılar	150 Başlıklı A listesindeki kod karşılığı	Sayı	%
Kontrol, reçete yinelenmesi	-	55 779	24.6
Tüm sevkler (II., III. Basamak sağlık kuruluşlarına)	-	35 869	20.9
1. Solunun sisteminin akut enfeksiyonları	A-89	53 294	31.1
2. Kemik-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları	A-125	8 800	5.1
3. Hipertansiyon	A-82	8 092	4.7
4. Deri ve deri altı dokusunun diğer hastalıkları	A-120	6 277	3.7
5. Solunum sisteminin diğer hastalıkları	A-96	5 352	3.1
6. Gastrit ve duodinit	A-99	5 034	2.9
7. Üro-genital sistemin diğer hastalıkları	A-111	3 734	2.1
8. Artrit ve spondilit	A-121	2 918	1.7
9. Grip	A-90	2 904	1.7
10. Enterit ve ishal ile seyreden diğer hastalıklar	A-5	2 863	1.7
11. Mide ülseri	A-98	2 700	1.6
12. Deri ve deri altı dokusu enfeksiyonları	A-119	2 391	1.3
13. Sinir bozukluğu-nevrozlar-kişilik bozuklukları ve psikoza bağlı olmayan diğer akıl bozuklukları	A-70 c	2 127	1.2
14. Bronşit, amfizem ve astma	A-93	2 000	1.1
15. Şekerli diyabet-diyabetes mellitus	A-64	1 965	1.1
16. Diğer virüs hastalıkları	A-29 c	1 660	0.9
17. Anemiler	A-67	1 583	0.9
18. Orta kulak iltihabı ve mastoiditis	A-78	1 249	0.7
19. Kalbin diğer hastalıkları	A-84	1 233	0.7
20. İltihaplı göz hastalıkları	A-75	1 115	0.6
21. Trematod, Sestod enfeksiyonları ve diğer bağırsak kurtları	A-43	1 059	0.6
22. Diğer (kuduz kuşkuğu ısırık, yumuşak doku yaralanmaları, arı-böcek sokması, migren, hemoroid vb.	-	16 857	9.8

\* Sağlık Ocağına yapılan ve poliklinik defterine kaydedilen tüm başvurular.

## 5. TARTIŞMA

Türkiye’de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler tıpkı diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi finansman, altyapı (teknik-fizik kapasite ve sağlık insangününün 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 Ocağı sistemi bu amaca yönelik olup; hastalıkların tanı ve sağaltımında ileri Basamak (2. ve 3. Basamak) Sağlık Hizmetlerinin verildiği hastaneler için seçiciliği sağlayan Birinci Basamak birimleridir.

Oysa günümüz Türkiye’inde yönelme, gerek sunu (arz) gerekse istem (talep) 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 alıştırılmıştır.<sup>(36)</sup>

Gelişmiş ülkeler sağlık sorunlarının % 90-95 gibi büyük bir bölümünü I. Basamak Sağlık Hizmetleriyle çözmektedir. Ancak buna ulaşırken yetkin pratisyen hekimler yetiştirmeyi hedef almakta, tanı hizmetlerini ise en küçük merkezlere bile ulaştırabilmektedir. Türkiye’nin de halka hizmeti kullandırmak için, öncelikle yeterli ve nitelikli I. Basamak sağlık hizmetini topluma sunma gereksinimi hatta zorunluluğu vardır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmak istendiği, hizmet sunumunda Aile Hekimliği sisteminin getirilmek istendiği ve hastanelerin özelleştirilmesinin düşünüldüğü günümüz Türkiyesinde, aslında düzenli uygulanabilmesi durumunda son derece gelişmiş bir model vardır. 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası dikkatli incelenecek olunursa, çağdaş anlamda verilmek istenen sağlık hizmetlerinin bu modelle herkese ulaştırılması olanaklıdır. Sorun uygun modelin bulunmasında değil, aksine varolan sistemin günün koşullarına göre uyarlanıp, işletilebilecek bir modele dönüştürül(e)memesindedir.<sup>(36,37)</sup> Yıllar içinde ulusal gelirinden sağlığa % 2.5-4 dolayında kaynak ayıran hükümetler ülkeyi sağlıkta istenen düzeye getirememişlerdir. Bu durum Devlet Planlama Örgütü’nün (DPÖ=DPT) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da tüm ayrıntılarıyla belirtilmiştir.<sup>(38)</sup> Rapordan bazı alıntılar aşağıdadır:

“Büyük bölümü önlenabilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, çocukların sağlıklı gelişimlerini ve temel eğitimlerini engelleyen sorunların giderilmesi ve korunmalarını amaçlayan kurumsal yapının etkinliğinin artırılması ihtiyacı devam etmektedir.”

“Bebek ölümleri, 5 yaş altı çocuk ölümleri, anne ölümleri, bağışıklama oranı gibi temel sağlık düzeyi göstergelerinde yeterli iyileşme sağlanamamıştır...” (s.13)

“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.” (s.14)

“Temel Sağlık Hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, gerekli olan altyapı ve insangücü eksiklikleri giderilememiş ve daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir.” (s.14)

“Sağlık sektöründe insan kaynakları etkili kullanılmamış, çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tam olarak belirlenmemiş, sağlık insangücününün mesleki, fonksiyonel ve coğrafi bakımdan dengeli dağılımı sağlanamamıştır.” (s.14)

“Sağlık sigortası bütün nüfusu kapsayacak biçimde genişletilememiş ve varolan sigorta uygulamaları arasında standart birliği sağlanamamıştır.” (s.14)

“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 kullanılmamaktadır...” (s. 42)

“Temel Sağlık Hizmetleri ülke gereksinimlerine yanıt verecek biçimde yeterince geliştirilememiş, 224 sayılı Yasa’yla getirilen düzenleme kırsal alanda sağlık evleri ve Sağlık Ocaklarında gereken insangücü ve donanım gereksiniminin yeterince karşılanamaması nedeniyle uygulamada yetersiz kalmıştır.... Birinci Basamakta 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.” (s.42)

“Birinci Basamaktan başlayarak referans hastanere 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 insangücününün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz artmasına neden olmuştur.”

Bütün bu saptamalar da göstermektedir ki; Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve özellikle de 224 Sayılı Yasanın öngördüğü örgütlenme ilkeleri uygulanmamaktadır. Bunların uygulanmadığı, yönetimde başarısız olduğu, sağlık hizmetlerinde istenen hedeflere ulaşılamadığı DPÖ tarafından da doğrulanmaktadır.



## 5.1. BULGULARIN TARTIŞILMASI

Edirne’de Sağlık Ocaklarının kurulmasında 224 Sayılı Yasanın getirdiği temel ilkeler göz ardı edilmiştir. Örn. 655 kişinin yaşadığı bir köyde (Musabeyli) Sağlık Ocağı kurulmuş ve 3 hekim atanmıştır. Ancak kurulan bu Sağlık Ocağında bağışıklama çalışmaları gibi çok temel sağlık hizmetleri bile verilememektedir.

Özellikle il ve ilçe merkezlerindeki Sağlık Ocaklarında başta hekimdışı sağlık çalışanları olmak üzere sağlık insangücü dağılımı çarpıktır. Örn. kimi Sağlık Ocaklarında ebe yokken merkezdeki kimi Sağlık Ocaklarında ebe sayısı 16’ya dek çıkabilmektedir.

**Günay ve ark.** 1992’de Kayseri ili Sağlık Ocaklarında yaptıkları araştırmada, özellikle atamalarda adil davranılmaması ve sık yer değiştirmelerin Birinci Basamak sağlık hizmetlerini olumsuz etkilediğini ortaya koymuşlardır. Sonuçlar bu bakımdan bizim araştırmamızla benzerdir. <sup>(39)</sup>

İl içinde başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları kısa aralıklarla farklı Sağlık Ocaklarında ya da diğer sağlık kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilmektedirler. Hem çalışanların kurumlara uyumu, hem hizmette güdülenme (motivasyon) hem de yönetimde oluşabilecek boşluklar bakımından bu durum Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumunu olumsuz etkilemektedir. Nitekim kayıt ve istatistiklerin eksik olduğu ya da hiç bulunmadığı Sağlık Ocakları bu tür Sağlık Ocaklarıdır. Geçici görevle kurum değiştiren hekim ya da diğer sağlık çalışanları gittikleri yeni kuruma uyum sağlayamamakta, sorumluluk üstlenmemektedirler. Aşırı personel sirkülasyonu eşgüdümü bozmakta, çalışanların motivasyonunu azaltmaktadır. <sup>(40)</sup>

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin en önemli öğelerinden olan bağışıklama çalışmaları, aile planlaması çalışmaları, gebe-bebek ve loğusa izlemeleri bazı Sağlık Ocaklarında yapılamamaktadır. Bunun başta gelen nedenleri arasında; araç-gereç yetersizliği, motorlu taşıt olmaması, güdülenme eksikliği, bilgi açığı sayılabilir. Kayıt ve istatistikler çalışanlarca yeterince ciddiye alınmamaktadır. Bunun en önemli göstergelerinden birisi, özellikle Sağlık Müdürlüğüne gönderilmeyen, Sağlık Ocağında kalan kayıtların eksik olmasıdır.

Sağlık çalışanlarında genel bir güvensizlik eğilimi vardır. Araştırma sırasında konuşulan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları bu koşullarda daha iyisini yapamayacaklarını düşünmektedirler. Pratisyen hekimler zamanlarının çoğunu Tıpta Uzmanlık Sınavı’na ayırmakta, Sağlık Ocaklarıyla yeterince ilgilenmemektedirler. Birçok Sağlık Ocağında hekimler dönüşümlü\* çalışmakta ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetini yalnızca poliklinik hizmeti olarak vermektedirler.

Özellikle Merkez Sağlık Ocakları sevklerin yapıldığı, reçetelerin yinelendiği kurumlara dönüşmüştür. Sağlık Ocağı çalışanları siyasal baskıların sağlık hizmetlerinde sanıldığından daha etkili olduğunu, bu konunun atamalarda ve Sağlık Ocağı kurulmasında daha belirgin olduğunu belirtmektedirler.

\* Özellikle hekim sayısının fazla olduğu Sağlık Ocaklarında hergün bir ya da iki hekim Ocağa gelip poliklinik hizmetleri ve diğer yönetsel işleri yürütmekte, diğer hekimler Sağlık Ocağına gelmemektedir.

1990 nüfus sayımına göre toplam 404 599 olan Edirne nüfusu, 1996 yılı ETF (Evhalkı Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765 olarak saptanmıştır.

51 Sağlık Ocağına bağlı toplam 251 köy vardır. Bu köylerden 174'ünde (% 69.3) Sağlık Evi mevcuttur. Toplam 51 Sağlık Ocağından 9'u (% 17.6) Edirne Merkezinde, 3'ü (% 5.9) merkeze bağlı köylerde, 15'i (% 29.5) ilçe merkezlerinde ve 24'ü (% 47.0) köylerde hizmet vermektedir. Nüfusa göre Sağlık Ocağı yoğunluğu incelendiğinde; yaklaşık olarak 7 603 kişiye bir Sağlık Ocağı düşmektedir. Bu oran kent tipi Sağlık Ocaklarında ortalama 11 738 kişiye 1 Sağlık Ocağı iken, kır tipi Sağlık Ocaklarında 3 928 kişiye 1 Sağlık Ocağı biçimindedir. Bağlı nüfus dikkate alındığında en az nüfusun bağlı olduğu Musabeyli Sağlık Ocağı 655, en fazla nüfusun bağlı olduğu Binevler Fatih Sağlık Ocağı 29 157 kişinin bağlı bulunduğu Sağlık Ocaklarıdır. Bu rakamlardan da anlaşıldığı gibi Sağlık Ocağı açılırken nüfus yoğunluğu pek dikkate alınmamaktadır.

Sağlık çalışanları bakımından Sağlık Ocakları incelendiğinde; toplam 51 Sağlık Ocağında 105 Pratisyen Hekim, 1 Diş Hekimi, 113 Hemşire, 289 Ebe, 49 Sağlık Memuru, 23 Çevre Sağlığı Teknisyeni, 17 Tıbbi Sekreter, 4 Laboratuvar Teknisyeni, 2 Röntgen Teknisyeni, 12 Sıtma Savaş İşçisi, 9 Şoför ve 30 Hizmetli görev yapmaktadır.

Sağlık çalışanları birimler özelinde incelendiğinde; 1 Sağlık Ocağı'nda hekim yokken, 5 Sağlık Ocağı'nda hemşire, 2 Sağlık Ocağı'nda ebe, 11 Sağlık Ocağı'nda sağlık memuru, 32 Sağlık Ocağı'nda ÇST ve 35 Sağlık Ocağı'nda tıbbi sekreter bulunmamaktadır. Sağlık Ocaklarının 33'ü (% 64.7) kendi binasında hizmet vermekteyken, 18'i (% 35.3) Sağlık Ocağı binası olarak planlanmamış geçici ya da kiralık binalarda hizmet vermektedir. Sağlık Ocakları kent-kır ayırımı yapılarak incelendiğinde; kendi binasında hizmet veren Sağlık Ocaklarının kır tipi Sağlık Ocaklarında daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni yeni açılan Sağlık Ocaklarının çoğunlukla ilçe merkezlerinde olmasıdır. Kent tipi Sağlık Ocakları açılırken çoğunlukla geçici binalarda hizmete başlamakta, daha sonra Sağlık Ocağı binası yapılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuyla ilgili 1995 verileri "Sağlık Ocaklarının % 62.3'ü kendi binasında % 37.7'si geçici binalarda hizmet veriyor" biçimindedir.<sup>(22)</sup> Edirne bu bakımdan Türkiye genelinden biraz daha iyidir.

Sağlık Ocağı binalarının 32'si (% 62.7) hekimlerce yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Burada en önemli etmen binaların Sağlık Ocağı binası olarak planlanmaması, geçici binalarda hizmet sunulmasıdır. Örn. 24 Sağlık Ocağının (% 47.1) poliklinik odaları bile hekimlerce yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Bina bakımından sıkıntılı olan Sağlık Ocakları, polikliniklerde kullanılan basit muayene gereçleri bakımından da yetersizlik içindedir. Bu donanım eksikliği, 15 Sağlık Ocağında (% 29.4) çözülmesi gereken bir sorun olarak bildirilmiştir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunan Sağlık Ocaklarının en önemli hizmet alanlarından birisi de bağışıklama çalışmalarıdır. Yapılan incelemede 4 (% 7.8) Sağlık Ocağı'nda bağışıklama hizmetlerinin sunumunda kullanılacak en temel teknik donanımın (buzdolabı, aşı, şırınga vs.) olmadığı ya da eksik olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle aşuların Sağlık Ocaklarına zamanında ulaşmadığı vurgulanmıştır.

Bu konuda bir başka önemli nokta olan soğuk zincir kurallarına sağlık çalışanlarının uyumu sorusuna, Sağlık Ocağı hekimlerinin % 98.0'i (48'i sorumlu hekim) olumlu yanıt vermiştir.

Sağlık Ocaklarında önemli sayılabilecek bir başka eksiklik de aile planlaması çalışmalarıdır. Bu konuda verilen hizmetler hap, kondom dağıtılması biçimindedir. RİA yalnızca 2 (% 3.9) Sağlık Ocağı'nda uygulanmaktadır. RİA eğitimi almış sağlık çalışanı sayısı 7'dir. Bunlardan 3'ü hekim, 4'ü ebedir. Bu alandaki sıkıntılardan biri eğitim almış personel yetersizliğidir. Hap ve kondom dağıtılabilen diğer Sağlık Ocaklarının 7'sinde (% 13.7) malzeme sıkıntısı çekilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde tanı koyma, hekimi yönlendirme bakımından son derece önemli olan laboratuvarın Sağlık Ocaklarında yeterince yararlanılamamaktadır. Sağlık Ocaklarının 37'sinde (% 72.5) laboratuvar yokken, yalnızca 5'inde (% 9.8) laboratuvar olanakları ve laboratuvar kullanımı yeterli düzeydedir. 9 Sağlık Ocağında ise (% 17.6) laboratuvar için ayrılmış bir mekan varken, teknik laboratuvar donanımı ya da eğitilmiş sağlık çalışanı olmadığı için kullanım kısıtlıdır. Sağlık Ocakları kırsal ayırımı yapılarak incelendiğinde, kent tipi Sağlık Ocaklarında laboratuvar olanaklarının daha iyi olduğu ortaya çıkmaktadır. Laboratuvar konusunda genel olarak hem yetişmiş personel, hem de araç-gereç sıkıntısı çekilmektedir. Laboratuvar hizmeti veremeyen kimi Sağlık Ocaklarında olgular laboratuvar incelemesi için en yakın Devlet Hastanelerine gönderilmekte, ancak bundan beklenen yarar sağlanamamaktadır. Laboratuvar konusunda hekimlerin yeterince istekli olmadıkları dikkat çekmiştir. Örn. kimi Sağlık Ocaklarında laboratuvar gereçleriyle ilgili sorulara hekimler yanıt verememiş, Ocağın ambarındaki laboratuvar gereçlerinden haberdar olmadıkları gözlenmiştir.

**Eser**, 1991'de Bornova Merkez Sağlık Ocağı'nda yaptığı çalışmada, Sağlık Ocağı laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi ve kullanılmasıyla I. Basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların anlamlı bir biçimde yükseldiğini ve halkın Sağlık Ocaklarına olan güveninin arttığını saptamıştır.<sup>(41)</sup> Aynı sorun Edirne Sağlık Ocaklarında da yaşanmaktadır. Özellikle merkezdeki Sağlık Ocakları istek üzerine sevklerin yapıldığı, reçetelerin yinelendiği kurumlara dönmüştür. Halkın Sağlık Ocağına ve Sağlık Ocağı hekimine güveni azalmıştır. Bu sorun, ancak nitelikli I. Basamak sağlık hizmetiyle çözülebilecektir ve laboratuvar kullanımı çözümde belirleyici bir konumdadır.

Yetersiz de olsa laboratuvarın kullanılabilirdiği 14 Sağlık Ocağının 10'unda hemoglobin, 9'unda idrar mikroskopisi, 8'inde lökosit ve 5'inde dışkıda parazit bakılabilmektedir.

Sağlık Ocağı ivedi girişim olanakları (ayrı oda, ilaç, serum, aşı vs.) 6 (% 11.8) Sağlık Ocağında yeterlidir. Ancak bölgenin özelliği gereği ulaşımın sorun olmaması ve ilçelerde Devlet Hastanelerinin varlığı nedeniyle bu alanda fazla sıkıntı çekilmediği belirtilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı bakımından önemli bir yere sahip olan **Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu** hiçbir Sağlık Ocağında oluşturulmamıştır. Hekimlerin büyük çoğunluğu böyle bir Kurulun varlığından habersizdir.

**Bozkaya ve ark.** Sivasta yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının ve bu arada hekimlerin Sağlık Ocağı Sağlık Kurullarını hiç bilmediklerini ortaya koymaları bizim çalışmamızla benzerdir.<sup>(42)</sup>

Sağlık Ocaklarının 41'inde (% 80.4) motorlu araç yoktur. Sağlık Ocağına uzak yerleşim birimlerine hizmet sunulabilmesi için Merkez Sağlık Ocaklarından, Kaymakamlıktan, Belediyeden araç sağlanmaktadır. Ancak bu her zaman kolay olmamaktadır. Özellikle aşılama çalışmaları başta olmak üzere, gebe-bebek izlemeleri de aksamaktadır. Kimi Sağlık Ocaklarında çalışanlar, kendi araçlarıyla gezici hizmetleri sunma özverisinde bulunmaktadırlar.

Sağlık Ocaklarının gazlıbez, plaster, dezenfektan çözelti, şırınga, eldiven gibi kimi tıbbi araç-gereç konusunda sıkıntılı oldukları gözlenmiştir. Örn. 20 (% 39.2) Sağlık Ocağında tek kullanımlık dil basacağı, 17 (% 33.3) Sağlık Ocağında steril eldiven, 50 (% 98.0) Sağlık Ocağında Gram boyası gereçleri yoktur. Tıbbi araç-gereç bakımından kır-kent karşılaştırması yapıldığında; ilçe merkezlerindeki Sağlık Ocaklarının bu konuda daha şanslı oldukları görülmektedir. Özellikle kır tipi Sağlık Ocaklarında çalışan hekimler ve hekimdışı sağlık çalışanları merkezle (Sağlık Müdürlüğü) iletişimin yetersiz olduğunu, araç-gereç ve tıbbi malzeme bakımından sıkıntılı olduklarını belirtmişlerdir.

Sağlık Ocaklarının sıkıntılı oldukları bir başka konu da ivedi girişim araç-gereçleridir. Örn. 32 Sağlık Ocağında (% 62.7) serum, 22 Sağlık Ocağında (% 43.1) oksijen tüpü ve 12 Sağlık Ocağında (% 23.5) cerrahi dikiş gereçleri yoktur. İvedi girişim gereçleri bakımından da kent tipi Sağlık Ocakları daha iyi durumdadır. Ancak oksijen tüpü bakımından durum farklıdır. Kır tipi Sağlık Ocaklarının 16'sında (% 59.2) oksijen tüpü varken, bu sayı kent tipi Sağlık Ocaklarında 13'tür (% 54.2). Sağlık Ocaklarındaki bu oksijen tüplerinin kullanılmadığı, sık kontrol edilmediği ve çoğunun boş olduğu belirtilmiştir. İvedi girişim ilaçları çoğunlukla hekimlerce sağlanmaktadır. 16 Sağlık Ocağında (% 31.4) adrenalin, 18 Sağlık Ocağında (% 35.3) atropin, 18 Sağlık Ocağında (% 35.3) antihistaminik, 21 Sağlık Ocağında (% 41.2) diazepam, 21 Sağlık Ocağında (% 41.2) serum fizyolojik ve 22 Sağlık Ocağında (% 43.1) nifedipin yoktur. İlaçlar bakımından da kent tipi Sağlık Ocakları daha iyi durumdadır.

Sağlık Ocaklarındaki "Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Form 002-003) Formları"nın incelenmesi sonucunda Edirne ilinde Sağlık Ocaklarına bağlı hane sayısı 96 225, toplam nüfus ise 387 bin 765 olarak saptanmıştır. Nüfusun 194 593'ü (% 50.2) erkek, 193 172'si (% 49.8) kadındır. Bebek sayısı 4 674 (% 1.2), 1-6 yaş çocuk sayısı 30 188 (% 7.8), 15-49 yaş kadın sayısı 109 745'tir (% 28.3).

Sosyal Durum Tabloları incelendiğinde; nüfusun %8.1'i memur, % 8.2'si işçi, % 23.3'ü çiftçi, % 26.7'si ev hanımı, % 7.5'i serbest meslek sahibi, % 2.9'u esnaf, % 21.5'i öğrenci ve % 1.7'si işsiz'dir. Bu bulgulardan da anlaşıldığı gibi meslekler bakımından ev hanımlığı ilk sırayı alırken, çiftçilik ikinci sıradadır. İşsizlik oranı hesaplanırken 0-18 yaş grubu bilinmediğinden yalnızca 0-6 yaş grubu dışarıda bırakılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nca bilgi toplama formları oluşturulurken ülke içinde ve ülkelerarası standart sağlanabilmesi için DİE'nin kayıt ve formları dikkate alınmalıdır. DİE işsizlik oranının hesaplanmasında 18 yaş üzerini dikkate almaktadır. Formlardaki bu eksiklik nedeniyle Edirne verileri Türkiye geneli ile karşılaştırılamamıştır. Sosyal Durum Tablosu formundaki bir başka sorun, nüfusun cinsiyet ve evlilik durumuna göre dağılımını gösteren bölümde göze çarpmaktadır. DİE evlilik durumunu incelerken 12 ve üzeri yaş grubunu değerlendirmektedir. Oysa Sağlık Ocaklarında toplanan verilerde

14 yaş üzeri dikkate alınmaktadır. Bu da Edirne ile ülke genelini bu parametre bakımından karşılaştırabilme olanağını ortadan kaldırmaktadır.

Sosyal Durum Tablosu'ndan elde edilen bir başka bulgu da nüfusun öğrenim durumudur. Edirne nüfusunun % 11.4'ü okuryazar değildir. Nüfusun % 51.7'si ilkokul mezunuyken, yüksekokul okuyanların oranı % 3.9'dur. Okuryazar olmayanların % 63.7'si kadınlardır. Toros, 1990 yılı itibariyle Türkiye'de okur-yazarlık oranını erkekler için % 88.4, kadınlar için 71.2 olarak vermektedir.<sup>(43)</sup> Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında erkeklerde % 91.7 ve kadınlarda % 85.3'lük okur yazarlık oranıyla Edirne daha iyi durumdadır. Ancak Türkiye gerçeğinden farklı olmayan durum, kadınların okuma yazma oranlarının erkeklere göre daha düşük olmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini etkileyen önemli etmenlerden biri olan sosyal güvenlik bakımından Edirne ili incelendiğinde; nüfusun % 51.1'inin sosyal güvenliğe sahip olmadığı anlaşılmaktadır. Ülkemiz geneli için bu oran 1993 verilerine göre % 21.8'dir.<sup>(38)</sup> Sosyal güvenlik kapsamındaki % 48.9'luk nüfusun ne kadarının sağlık hizmetleri bakımından güvence altında olduğu bilinmemektedir (DPÖ verilerine göre 1993 itibariyle sigorta kapsamındaki nüfus oranı % 78.2 iken, sağlık bakımından sigorta kapsamındaki nüfus % 60.1'dir).<sup>(38)</sup> Sağlık Ocaklarınınca verilerin toplanması aşamasında bu konuda ayrıntılı bilgi toplanmamaktadır. Nüfusun % 21.5'inin çiftçi olması sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun Türkiye geneline göre daha düşük olmasının bir nedeni olabilir. Ancak veri toplama aşamasında bu kesime Tarım-İş Yasası kapsamında olup olmadıkları sorulmamaktadır. Bu nedenle tarımsal nüfusun sosyal güvenlik bakımından durumları bilinmemektedir. Güvencesi olmayanların % 53.5'i (105 916 kişi) kadındır. Sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun bağlı bulunulan kurumlara dağılımı incelendiğinde; Emekli Sandığı % 16.2, Bağkur % 13.0, SSK % 14.5 ve Yeşilkart % 5.1'lik pay almaktadır.

Edirne'de yaşayan aileler sahip oldukları çocuk sayısına göre incelendiğinde; ailelerin yaklaşık % 70'inin 2 ve daha az çocuğa sahip oldukları görülmüştür. Ortalama hanehalkı büyüklüğü 4 kişidir.

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre bu sayı Türkiye için 4.5 kişidir (kır 5, kent 4.2).<sup>(44)</sup>

Sağlık Ocaklarıyla ilgili bu temel bilgiler elde edildikten sonra kayıt ve istatistiklerle ilgili veriler incelenmiştir. Bu amaçla ilk olarak bölgede yaşayanlara ait Kişisel Sağlık Fişlerinin olup olmadığı araştırılmıştır.

Sağlık Ocaklarının yaklaşık % 80'inde KSF'ler kullanılmamaktadır. KSF olduğu söylenen 35 Sağlık Ocağında KSF'lerinin çoğunlukla eksik doldurulduğu, tanıların kartlara yazılmadığı görülmüştür. Eksiklik, özellikle aşı ve özgeçmiş bölümlerinin doldurulmaması biçimindedir.

İnceleme sırasında dikkati çeken bir başka eksiklik de; Doktor, Sağlık Memuru, Hemşire ve Ebe Aylık Çalışma Bildirim'lerinin Sağlık Ocaklarının % 60'ında eksik doldurulması ya da doldurulmamasıdır. Özellikle hekim bildirimleri doldurulmamaktadır.



Ebe Aylık Çalışma Bildirimlerinde saptanan önemli bir eksiklik, küretajla (istemli düşük) ilgili bilgilerin yazılabileceği bir bölümün olmamasıdır. Bu eksiklik, düşük ve gebe sayılarının sağlıklı bildirilememesine neden olmaktadır. Gebe izleme kartlarının çıkarılabilmesi için ebeler 3-4. ayı beklemektedirler. İlk 3-4 ay içerisinde diğer yöntemlerle (ultrasonografi, idrar incelemeleri vb.) gebelik tanısı konan kadınlar kayıtlara girmemektedir. Herhangi bir nedenle bu dönemde hastanede ya da özel muayenehanede küretaj yaptıran kadınlar gebe olarak kayıtlara girmezken, küretaj kayıtlarına girebilmektedir. Böylece saptanan gebelik sayısı eksik kalırken, gebelikler içerisinde küretajın oranı yüksek görülmektedir. Oysa ilk 3 ay izlemi ve gebelik öncesinde danışma hizmetleri önemsenmelidir (planlı gebelik).

Bağışıklama çalışmalarının yürütülmesi sırasında gerekli olan ve bölgede aşılınması gereken bebek ve çocukların kaydedilerek aşılınıp aşılınmadıklarını izlemede kullanılan Form 012-A ve B'ler Sağlık Ocaklarının % 98'inde düzenli olarak kullanılmaktadır. Sağlık çalışanları uygulamada kendilerine kolaylık sağladığını belirterek bu formların doldurulmasına özen göstermektedirler.

Edirne DBT-1, DBT-2, OPV-1 ve TT2 oranları bakımından Türkiye genelinden kötü durumdadır. 15-49 yaş kadınlara ve gebelere uygulanan tetanus aşısı konusunda bilgi açığı olması nedeniyle 3., 4. ve 5. doz aşılar uygulanmamakta ya da kaydedilirken 2. doz olarak kaydedilmektedir. Bağışıklama çalışmaları konusunda hedef nüfuslar ile yapılan aşı dozlarında çelişkili rakamlar gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Edirne için verdiği 1996 yılı 0 yaş grubu hedef nüfusu 5 919'dur. Buna karşılık ETF kayıtlarına göre 0 yaş grubu 4 674 (fark 1245 bebek az) ve yapılan DBT-1 dozu 4 816'dır (ETF ile farkı; fazladan 142 bebek aşılınmış). Bu rakamlar, Sağlık Ocaklarının tüm canlı doğumları saptayamadıklarını düşündürmektedir. BCG aşısı yalnızca 1 Sağlık Ocağında (Meriç Merkez Sağlık Ocağı) yapılmaktadır.

Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Çizelgelerinin (Form 017) incelenmesi sonucunda ; bu formun 41 Sağlık Ocağında (% 80.4) tam, 7 Sağlık Ocağında (% 13.7) eksik olduğu görülmüş, 3 Sağlık Ocağında (% 5.9) Form 017'lerin olmadığı saptanmıştır. Poliklinik kayıtlarıyla karşılaştırıldığında Form 017'lerin her zaman özenle düzenlenmedikleri görülmüştür.

Olguların I. Basamaktan diğer kurumlara sevinde kullanılması gereken "Hasta Sevk Kağıdı (Form 019)" Sağlık Ocaklarında en az kullanılan formdur. Kullanılmama gerekçesi olarak hekimler formların II. ve III. Basamak sağlık kuruluşlarından geri gönderilmemesini öne sürmüşlerdir. Oysa II. ve III. Basamaktaki hekimler Yataklı Sağaltım Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 11. maddesi gereği bu formları geri göndermek durumundadırlar.<sup>(33)</sup>

Sağlık Ocağı kayıtlarının düzenli tutulması, örn. KSF'lerin uygun kullanılması, sevk formlarının her olgu için düzenlenmesi, bildirimlerin doğru ve düzenli yapılması, çevre sağlığı hizmetlerinin gerektiği gibi yapılması durumunda I. Basamak sağlık hizmetleri daha verimli olabilecektir.

**Boztok ve ark.** nın Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 1987'de yaptıkları değerlendirmede, yukarıda sözü edilen işlemlerin düzenli yapılması durumunda, I. Basamak sağlık



kuruluşlarına olacak başvuruların yaklaşık % 90 oranında sorunlarının çözülebileceğini önesürmüştür.<sup>(45)</sup>

Sağlık Ocakları Aile Planlaması Hizmetleri olarak yalnızca hap ve kondom dağıtabilmektedirler. Bu konuda eğitilmiş sağlık çalışanı ve donanım yetersizliği nedeniyle yalnızca 2 (% 3.0) Sağlık Ocağı RİA uygulayabilmektedir.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Aylık Çalışma Bildirim Formu (Form 101) aynı zamanda Sağlık Ocaklarında da doldurulmakta olan bir formdur. Toplam beş bölümden oluşan bu formun araştırma sırasında üç bölümü incelenmiştir (Ana-Çocuk Sağlığı, Laboratuvar ve Tetanus Aşısı Yapılan Gebe Sayısı bölümleri..). İnceleme sonunda Form 101'lerin kullanılmasında yeterince özen gösterilmediği, özellikle gebe-loğusa ve çocuk muayene ve sevk bölümlerinin boş bırakıldığı saptanmıştır. Buna neden olarak, hem muayene ve sevk sayılarının, hem de laboratuvar incelemelerinin aynı zamanda Form 023'lere de kaydedilmesi gösterilmektedir.

Form 101'lerdeki bir başka bölüm de gebelere yapılan tetanoz aşısı bölümüdür. Bu bölümün incelenmesinde I. doz tetanoz aşısının 2 316, II. doz aşısının ise 1 796 olduğu görülmüştür. Bu bölümdeki bilgiler Form 013 bilgileriyle tutarsızdır. Örn. Form 101'lerle 2 316 olarak bildirilen TT1 Form 013'lerle 2 403 olarak, 1 796 olarak bildirilen TT2 ise Form 013'lerle 1 580 olarak bildirilmiştir.

Ziyaretlerde ebelerin çalışmalarıyla ilgili bilgilendirme amacıyla Gebe-Loğusa İzlem Fişleri ve 0-6 yaş Çocuk İzlem Kartları da incelenmiş, gebe-loğusa izleme fişlerinde özellikle doğan bebekle ilgili bölümlerinin eksik olduğu görülmüştür. Çocuk izleme kartlarında ise anne bilgileri, aşı bölümü, ağırlık çizelgesi bölümlerinin eksik kaydedildiği saptanmıştır. Hem gebe-loğusa hem de çocuk izleme kartlarında hekim imzalarının büyük oranda eksik olduğu görülmüştür. Bu sonuç ebelerin denetlenme yollarından biri olan bu kartların hekimler tarafından yeterince incelenmediğini ortaya koymaktadır.

“15-49 Yaş Kadın İzlem Formları” Bilgileri incelendiğinde 14 Sağlık Ocağında (% 27.4) bu formların bulunmadığı, form yerine defterlerin ya da kağıtların kullanıldığı görülmüştür. Formların bulunduğu 37 Sağlık Ocağının 9'unda (% 24.3) düzensiz ve eksik kullanım gözlenmiştir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti verilen Sağlık Ocaklarında, Halk Sağlığı Eğitimi ve sağlık çalışanlarının hizmetiçi eğitimi son derece önemli bir konudur. Hizmetin aksadığı alanlarda çalışanların eksiklerinin giderilmesi, sağlık sorunlarıyla ilgili halkın bilgilendirilmesi ve hizmetlerle ilgili geri bildirimlerin alınması bu eğitim toplantılarıyla sağlanabilecektir. Ancak Halk Sağlığı Eğitimi Aylık Çalışma Formları (Form 022) olan 48 Sağlık Ocağında (% 94.1) bu formların incelenmesiyle Sağlık Ocaklarının yarıya yakınında bu eğitim toplantılarının yapılmadığı anlaşılmıştır. Eğitim yapılan Sağlık Ocaklarında bir yıl içerisinde toplam 250 broşür, 110 afiş ve 5 video kaset kullanılmıştır.

Hizmetiçi eğitim toplantıları düzenlenen Sağlık Ocaklarında yalnızca Sağlık Müdürlüğü'nün bildirdiği konular işlenmiştir.

Sağlık Ocaklarının en temel formlarından olan “Sağlık Ocağı Aylık Personel ve Çalışma Çizelgesi (Form 023)” incelenmiş, 2 (% 3.9) Sağlık Ocağında bu formların hiç olmadığı, 4 (% 7.8) Sağlık

Ocağında eksik olduğu görülmüştür. Formlarda muayene edilen kişi sayısı bölümünde kimi Sağlık Ocaklarının bölge içi/bölge dışı ayırımını yaptıkları, sevk sayılarını belirttikleri gözlenirken, kimilerinde yalnızca muayene edilen kişi sayılarının bildirildiği gözlenmiştir. Bu konuda bir standart belirlenmelidir. Doğumların dağılımı incelendiğinde toplam 4 342 doğumun 4 326'sı (% 99.6) sağlık çalışanlarınca yaptırılmıştır. 16 doğum (% 0.4) sağlık personeli olmadan gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı'na göre Türkiye geneli için bu oran 1995'de % 11.5'tir.<sup>(46)</sup> Sağlık personeli olmadan gerçekleşen doğumlar bakımından Edirne Türkiye genelinden daha iyi durumdadır.

Toplam gebelik sayısı 4 475 olarak ele alındığında; düşük sayısı 129 (% 2.9), ölü doğan sayısı 64'tür (% 1.4). Türkiye için bu oranlar sırasıyla; 100 gebelikte 21.4 düşük ve 100 gebelikte 1.5 ölü doğum biçimindedir. Edirne Sağlık Ocakları verileri, ölü doğumlar bakımından Türkiye geneline benzerdir. Ancak, düşükler bakımından Türkiye rakamlarına göre yaklaşık 10 kat daha iyi durumdadır.<sup>(44)</sup>

Yalnızca Sağlık Ocağı verileri kullanılarak kimi sağlık düzeyi ölçütleri hesaplandığında elde edilen rakamların Türkiye genelinden büyük farklılıklar gösterdiği gözlenmektedir. Örn. KDH % 11.2 olarak saptanmıştır. Türkiye geneli için bu rakam % 22.4'tür.<sup>(34)</sup> kaba doğum hızının bu denli düşük olması canlı doğumların tamamının saptanamadığını, kayıtlara geçmediğini düşündürmektedir. Aynı durum KÖH ve bebek ölüm hızı için de geçerlidir. 1996 rakamlarıyla Türkiye için % 44 olan BÖH,<sup>(35)</sup> Edirne Sağlık Ocaklarının verilerine göre % 17.9; Türkiye geneli için % 6.6 olan KÖH Edirne verilerine göre % 3.6 olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar kayıtların yeterince doğru olmadığını, doğum ve ölümlerin tam olarak saptanamadığını düşündürmektedir. Oysa Sağlık Ocakları hangi kurumda olursa olsun tüm doğum ve ölümleri saptayıp bildirmekle yükümlüdür.

Edirne'de Sağlık Ocaklarına başvuru oranı kişi başına yıllık 0.77'dir. Her 100 poliklinik başvurusu için yapılan laboratuvar incelemesi sayısı ise 2.6'dır.

**Günay**, Kayseri Sağlık Ocaklarında yaptığı araştırmada her 100 poliklinik başvurusu için yapılan laboratuvar incelemesi sayısını il merkezindeki Sağlık Ocaklarında 16, ilçe ve köy Sağlık Ocaklarında ise 4.5 olarak saptamıştır. Bu oranlar bizim araştırmamızda bulduklarımızdan oldukça farklıdır.<sup>(47)</sup>

**Özcebe**, Etimesgut Sağlık Ocağı bölgesinde yaptığı araştırmada kişi başına sağlık kuruluşuna başvuru oranını 0.59 olarak saptamıştır. Üstelik bu orana II. ve III. Basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular da dahildir. Yalnızca Sağlık Ocaklarına yapılan başvuruları dikkate aldığımız araştırmamızda bu oranı 0.77 olarak saptadık.<sup>(48)</sup>

Sağlık Ocaklarına yapılan başvurular ve konulan tanılar incelendiğinde; kontrol ve reçete yinelemelerinin 1. sırada olduğu, olguların % 20'sinin II. ya da III. Basamağa sevk edildiği görülmektedir. Sağlık Ocaklarının başvuruların % 90-95'inin sağlık gereksinimlerini karşılaması beklenir. Edirne Sağlık Ocaklarında bu oran beklenenin altındadır.

Başvurular aldıkları tanılara göre incelendiğinde; 1. sırada solunum sisteminin akut hastalıkları yer almaktadır. İlk 10 morbidite diğre nedenleri arasında; kemik-kas sistemi ve bağ dokusunun diğere hastalıkları, hipertansiyon, gastrit-duodinit, idrar yolu enfeksiyonları, artrit ve spondilit, grip, enterit ve ishal ile seyreden diğere hastalıklar yer almaktadır.

**Ünsal ve ark.** 1993'te Eskişehir Sağlık Ocaklarında yaptıkları araştırmada; solunum yolları enfeksiyonları, hipertansiyon, idrar yolu enfeksiyonları, grip, kemik-kas sistemi ve bağ dokusunun diğere hastalıkları, gastrit-duodinit gibi sağlık sorunlarını ilk 10 morbidite nedenleri arasında saptamışlardır. Sayılan 10 nedenin 6'sı bizim bulgularımızla benzerdir. Ünsal, aynı çalışmada Sağlık Ocaklarından sevk oranını % 16 olarak belirtmektedir. Bizim araştırmamızdaki sevk oranı ise % 20'dir.<sup>(49)</sup>



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Benzer yöntemlerle Türkiye genelinde çalışmalar yapılmasında ve bu süreçte öncülüğü Sağlık Bakanlığı'nın yapmasında büyük yarar görülmektedir. Nitekim Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanlığı'nca yerine getirilmeyen bu işlevi üstlenmek üzere yoğun çalışma içindedir. Bu amaçla Türkiye'nin farklı bölgelerinden seçilecek illerde I. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durum Analizi adlı bir çalışma planlanmış ve veriler yerel Tabip Odalarının katkılarıyla toplanmaya başlanmıştır. Çalışmamız TTB'nin tasarladığı benzer kapsamlı araştırma için fikir verme gibi bir amaca da hizmet edebilecektir.

### 6.1. Hizmet Sunum Modeli Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. I. Basamak Sağlık Hizmetlerine yeterince önem verilmemiştir.
2. Devletin bütçeden sağlığa ayırdığı pay azdır ve bu payın önemli bir bölümü sağaltım hizmetlerine harcanmaktadır.
3. Sağlık hizmetleri denildiğinde politikacıların, sağlık yöneticilerinin, sağlık çalışanlarının ve halkın aklına sağaltım hizmetleri gelmektedir. Oysa sağlığın korunup geliştirilmesi *birinci amaç* olmalıdır.
4. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, finansman ve hizmet sunumunda halen yürürlükte olan 224 Sayılı Yasa ilkelerine uyulmamaktadır.
5. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve dağıtımında siyasal tercihler etkin kılınmıştır. Sağlık kuruluşlarının ve sağlık insan gücünün dağılımında nüfus ve yerel gereksinimler, öncelikler temel alınmalıdır.
6. Basamaklararası sevk zinciri kötü işlemektedir.
7. Sağlık Ocaklarında hizmetin planlanması ve sunumu aşamalarında halkın katılımına olanak sağlayacak Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları yasa ve yönetmeliğe karşı oluşturulmamıştır.
8. I. Basamak sağlık kuruluşları olan Sağlık Ocakları gereği gibi işletilebilirse, sağlık gereksiniminin % 90-95'i karşılanabilecektir. Böylelikle II. ve III. Basamaktaki iş yükü azaltılabilecek, insanların büyük merkezlerde birikmesi, gereksiz yüksek teknoloji kullanımı ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesi önlenebilecektir. Oysa günümüzde Sağlık Ocakları ağırlıklı olarak poliklinik hizmetlerinin verildiği, reçete yinelenmelerinin yapıldığı ve sorgulamadan, muayene edilmeden ileri Basamaklara "istek üzerine" sevklerin yapıldığı kurumlar durumuna getirilmiştir. Bu durum, hem sağlık çalışanlarını, hem de halkın Sağlık Ocaklarına bakışını olumsuz etkilemektedir. Edirne Sağlık Ocaklarında poliklinik kayıtlarının yaklaşık % 20'sini sevkler oluşturmaktadır.
9. BCG aşısı 51 Sağlık Ocağından yalnızca 1'inde yapılmaktadır. VSD'nin bulunduğu ilçeler dışında halkın BCG aşısı yaptırmak için gidebilecekleri sağlık kuruluşu yoktur. Hizmetlerin bütünlüğü (entegrasyonu) ve BCG oranlarının yükseltilmesi bakımından VSD olmayan yerleşim yerlerinde bu hizmet Sağlık Ocaklarıncaya yürütülebilmelidir. Bunun için gerekli olan eğitilmiş personel ve donanım sağlanmalıdır.

10. 224 Sayılı Yasa güncelleştirilerek Sağlık Grup Başkanlıkları yaygınlaştırılmalı, sağlık sistemi içinde pratisyen hekimliğin önemi vurgulanmalıdır. İşletilecek Sağlık Grup Başkanlıkları ile yerinde denetim ve destek sağlanabilecektir.

## 6.2. Sağlık İnsangücü Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Yüz yüze görüşülen pratisyen hekimler, ülke sağlık sorunlarına uygun eğitim alamadıklarını, Sağlık Ocağında verilmesi gereken I. Basamak Sağlık Hizmetleri için güdülenemediklerini belirtmişlerdir. Hekimler zamanlarının önemli bir bölümünü TUS'a ayırmakta, I. Basamak sağlık hizmetini yalnızca poliklinik hizmeti olarak düşünmektedirler. 1'den çok hekimin bulunduğu Ocaklarda bu kısır hizmetin de dönüşümlü verilmesi acı ve hızla çözümü gereken bir sorundur.
2. Hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının atama ve yer değiştirmelerinde gerekli özen gösterilememekte, özellikle il içinde tüm çalışanları ve hizmeti olumsuz etkileyen geçici görevlendirmeler sıkça yapılmaktadır.
3. Edirne'de hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının merkez-taşra dağılımında dengesizlikler vardır. Kimi köy Sağlık Ocaklarında ebe, hemşire, sağlık memuru ve tıbbi sekreter bulunmazken; merkez Sağlık Ocaklarında yığılmalar vardır.
4. Pratisyen hekimlik kavramı netleştirilmeli, özellikle görev alanlarının yetki ve sorumluluklarının gözden geçirilerek güncelleştirilmelidir. Sağlık Ocaklarına başvuranlar burada çalışan hekimlere güvenmeli, diğer Basamaklardaki sağlık kuruluşlarına gerekmedikçe başvurmamalıdır.
5. Pratisyen hekimlerin ücret ve statüleri düzeltilmeli, uzmanlaşmanın ve bu bağlamda TUS'un tek çözüm olmaktan çıkarılması gerekmektedir. Halkla pratisyen hekim arasında sistemin hatalı uygulanmasıyla yaratılan *yapay güven bunalımı* aşılmalıdır.
6. Hekimlere ve hekim dışı sağlık çalışanlarına yönelik hizmetiçi eğitim toplantıları daha sık yapılmalıdır. Bu konuda Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı (İllerde Sağlık Müdürlüğü) ve Tabip Odaları işbirliği yapmalı, çalışanların bilgi ve beceri açıkları giderilmeye çalışılmalıdır. Bu etkinliklere katılım kredilendirilmeli, personel atama, yer değiştirme, yükselmelerde yararlanılmalıdır.
7. Çalışanlara ve halka yönelik hizmetiçi eğitim toplantıları çoğunlukla Sağlık Müdürlüğü'nce belirlenen konularda yapılmaktadır. Bu konuda hekimler inisiyatif kullanmalı, kendi kurumlarına ve bölgelerine özgü, gereksinim duyulan konularda eğitim toplantıları düzenleyerek sağlık çalışanlarını ve halkı bilgilendirmelidirler.
8. Geçici görevlendirmelerin sık olması yetke (otorite) boşluğuna neden olmaktadır. Özellikle sık yer değiştiren hekimler Sağlık Ocaklarına uyum sağlayamamakta, sunulan hizmetleri ve tutulan kayıtları yeterince denetleyememektedirler. Bu konuda yeni mevzuat normları ile yönetimin keyfi uygulamaları önlenmelidir.

9. Sağlık Ocakları Sağlık Müdürlüğü yöneticilerince sık sık ziyaret edilmeli, çağdaş yönetim ilkeleri çerçevesinde çalışanlarla iletişim kurulup sorunlar belirlenmeli ve çözümler geliştirilmelidir.

### 6.3. Bina ve Teknik Donanım Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Sağlık Ocakları bina bakımından yetersizdir. Birçok bina, Sağlık Ocağı binası olarak planlanıp inşa edilmemiştir.
2. Kimi Sağlık Ocaklarında, poliklinikte kullanılması gereken en basit gereçler (tansiyon ölçme aygıtı, stetoskop, beden termometresi vs.) bile bulunmamaktadır.
3. Sağlık Ocakları araç-gereç, tıbbi malzeme, personel ve motorlu araç bakımından yoğun sıkıntı içindedir.
4. Sağlık Ocağı laboratuvar olanakları son derece yetersizdir. Kimi Sağlık Ocaklarında olgular gerekli incelemeler için Devlet Hastanelerine gönderilmekte ve sonuçlar Sağlık Ocağı verileri gibi bildirilmektedir. Böylelikle hem Devlet Hastanesi, hem de Sağlık Ocağından aynı sonuçlar bildirilmekte, kayıt ikilemeleri (duplikasyonlar) oluşmaktadır.
5. AP hizmetleri 2 Sağlık Ocağı dışında hap ve kondomla sınırlıdır. RİA uygulaması yaygınlaştırılamamıştır. Bu konuda araç-gereç ve eğitilmiş personel sıkıntısı çekilmektedir.
6. Aşılama hizmetlerinde kullanılan aşı ve şırınga gibi gereçlerin zamanında Sağlık Ocaklarına ulaştırılmadığı belirtilmektedir.
7. Her köye bir Sağlık Ocağı açmak yerine, varolan Sağlık Ocakları araç-gereç, donanım, eksik personel ve motorlu araç bakımından desteklenmelidir.
8. I. Basamakta çalışma koşulları iyileştirilmeli, başta laboratuvar olanakları olmak üzere öngörülen standart (örn. DSÖ standartları) teknolojik olanaklar sağlanmalıdır. Ancak, varolan teknik donanım da uygun bir biçimde kullanılmalıdır.
9. Sağlık Ocakları kent-kır bakımından incelendiğinde; kır tipi Sağlık Ocaklarının araç-gereç, tıbbi malzeme ve laboratuvar olanakları gibi konularda kent tipi Sağlık Ocaklarına göre daha yetersiz oldukları ortaya çıkmıştır. Bu alanlarda Sağlık Ocakları daha özenle incelenmeli ve gerekli destek sağlanarak eşitsizlikler azaltılmalıdır.

### 6.4. Kayıt ve İstatistikler Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Kayıt ve istatistikler gereksiz işyükü olarak algılanmamalıdır. Bu durumda bölgenin ve ülkenin sağlık düzeyini ortaya koymak, öncelikleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak olanaksız duruma gelmektedir.
2. Sağlık Ocağı çalışanları kayıt ve istatistiklere yeterince özen göstermemektedirler. Özellikle hekimler bu konuyu -yeterince- önemsememekte, kayıt ve istatistik konularını sağlık memuru ve sekreterlere bırakmaktadırlar.



3. KSF amacına uygun kullanılmamakta, tanıların kodlanması, özgeçmiş ve aşı bölümleri boş bırakılmaktadır.
4. Sağlık Ocaklarının çoğunda aylık gezi programı yapılmamaktadır.
5. Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilmesi zorunlu olan formların bile kimi Sağlık Ocaklarında eksik olduğu görülmüştür.
6. Kürtajlar kayıtlara düşük olarak yansıtılmakta ya da hiç kaydedilmemektedir. Ebeler çocuk kalp sesleri (ÇKS) saptanana değin (yaklaşık 4. ay) gebelere izleme kartı çıkarmamaktadır. Bu yanlışlık nedeniyle hem gebe sayısı eksik saptanmakta, hem de 2. ve 3. Basamaklardan yapılan kürtaj bildirimleri nedeniyle toplam gebelikler içindeki kürtaj oranları yüksek çıkmaktadır. Ayrıca antenatal bakımın en önemli dönemlerinden olan 1. trimesterde izlem yapılamamaktadır.
7. Sağlık Ocaklarında toplanan veriler, örn. Sosyal Durum Tablosu ile bildirilen veriler ülke geneli ile karşılaştırma yapmaya uygun değildir. Bu tür formlar geliştirildiğinde DİE ve diğer kuruluşların görüşü alınmalı ve kullanılabilir bilgiler toplanmalıdır.
8. Sağlık Bakanlığı'nca geliştirilen yeni Veri-Kayıt Enformasyon Sistemi, Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla Sağlık Ocaklarına ayrıntılı bir biçimde tanıtılmalı, olabilecek yanlışlıklar erken dönemde önlenmelidir. Bu kapsamda hızla Sağlık Ocaklarına bilgisayar donanımı sağlanmalı ve ulusal standart bir Sağlık Ocağı yazılımı ve merkezle çevrim içi (on line) bağlantı kurulmalıdır.
9. Poliklinik başvurularında tanıların uygun biçimde kodlanması gerekir. Bu kodlama sağlık kuruluşları arasında bir standart sağlayacak ve ülke geneliyle ilgili veriler daha kolay toplanabilecektir. Halen uygulamada olan 150 Başlıklı A Listesi çok sınırlı ve yetersiz bir kodlama yöntemidir. Birçok hastalık aynı başlıkta kodlanabilmektedir. Örn. yaklaşık 15 farklı virüs kaynaklı hastalık A-29 kodu ile kodlanmaktadır. Bu durumda özel bir viral hastalık hakkında bilgi alınmaya çalışıldığında böyle bir şans ortadan kalkmaktadır.
10. Yukarıda sayılan sakıncaların ortadan kaldırılabilmesi ve gerektiğinde daha ayrıntılı bilgilere ulaşılabilmesi için, ülkelerarası karşılaştırmalarda sorun yaşanmaması için kısa zamanda 999 Başlıklı Listeye (ICD-X) geçilmelidir.

## 6.5. Finansman İle İlgili Sonuç ve Öneriler

1. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay artırılmalıdır.
2. Yalnızca bugünkü kaynağın dengeli dağıtılması durumunda bile kısa erimde I. Basamak Sağlık hizmetlerinde düzelmeler başlayacaktır. Yani kaynak dağılımında I. Basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir (Örn. 1996 yılı rakamlarına göre, Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık % 50'si Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ayrılmıştır).

**Sonuç olarak;** Edirne'de I. Basamak sağlık hizmeti sunan Sağlık Ocakları bina, donanım, personel, araç-gereç bakımından yetersizlikler içindedir. Bu olumsuzluklara Sağlık Ocağı alışanlarının ilgi ve bilgi eksiği de eklenince ortaya son derece olumsuz bir tablo çıkmaktadır. Özellikle hekimler I. Basamak sağlık hizmeti sunmaya motive olamamaktadırlar. Bu sorunun birden fazla nedeni vardır. Nedenlerin başında, Sağlık Ocaklarının içinde buldukları olumsuz koşullar gelmektedir. Hekimler çözümlü uzmanlıkta görmekte ve Sağlık Ocaklarını bu amaca ulaşmakta bir basamak olarak görmektedirler. Dolayısıyla hizmetin sunulması, kayıt ve istatistiklerin düzenli tutulması ve denetlenmesi, halkın gereksinimlerinin saptanması gibi konularda çok fazla gayret göstermemektedirler.



## 7. Ö Z E T

**Araştırmanın amacı ;** Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak hem bölgeyi tanımak, hem de yakın ilişkiler içinde bulunulan Edirne Sağlık Müdürlüğü'nün Sağlık Ocaklarınınca sunulmakta olan I. Basamak Sağlık Hizmetleriyle ilgili gereksinim duyduğu bilgileri karşılamaktır. Ayrıca;

- Sağlık Ocaklarının; bina, personel, laboratuvar olanakları, araç-gereç bakımından bugünkü durumlarının ortaya konulması ve Türkiye geneli ile karşılaştırılması,
- Sağlık Ocakları'nda kullanılan kayıt ve istatistiklerin doğru ve tam tutulup tutulmadığının ortaya konulması, poliklinik kayıtlarının incelenerek ilk 10 morbiditenin ve II., III. Basamak sağlık kuruluşlarına sevk oranlarının ortaya konulması,
- Araştırma sonunda elde edilecek verilerden yararlanarak I. Basamakta nitelik ve nicelik olarak daha iyi Sağlık Hizmeti verilebilmesi konusunda çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne hizmetlerin geliştirebilmesi konusunda destek sağlanması amaçlarıyla bu çalışma yapılmıştır.

**Yöntem ve Gereçler :** Araştırma kapsamına Edirne İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 51 Sağlık Ocağı'nın tümü alınmıştır. Sağlık Ocaklarının 24'ü (% 47.0) kentsel, 27'si (53.0) kırsal Sağlık Ocağıdır. Sağlık Ocağı başına düşen ortalama nüfus, kentsel alanda 11 738 kişi, kırsal alanda 3 928 kişidir.

Araştırma kapsamına alınan Sağlık Ocaklarının tamamı, **tek tek ziyaret edilerek veriler yerinde** toplanmıştır. Geliştirilen bilgi ve anket formundaki akışa göre Sağlık Ocağı hizmet alanı ile ilgili bilgiler, Sağlık Ocağı fiziksel donanımı, laboratuvar olanakları, personel bilgileri, motorlu araç durumu, tıbbi malzeme durumu, ivedi girişim olanakları ve Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri ile ilgili bilgiler toplanmıştır.

**Bulgular :** Edirne nüfusu, 1996 ETF (Ev halkı Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765, toplam hane sayısı 96 225, bebek nüfusu 4674, çocuk nüfusu 30 188 ve 15-49 yaş kadın nüfusu 109 745 olarak saptanmıştır. Ailelerde ortalama hane halkı sayısı 4 kişidir.

Sağlık Ocaklarının % 35.3'ü geçici ya da kiralık binalarda hizmet vermektedir. İncelenen Ocakların % 72.5'inde laboratuvar olmadığı, % 100'ünde Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu olmadığı ortaya çıkmıştır.

Sağlık Ocaklarında her 100 polikliniğe düşen laboratuvar incelemesi sayısı 0.026, gebe başına ortalama izleme sayısı 4.7, bebek başına ortalama izleme sayısı 10.6 ve çocuk izleme sayısı ortalama 1.9'dur.

Yalnızca Sağlık Ocakları kayıtları kullanıldığında; Edirne için Kaba Doğum Hızı (KDH) = % 11.2 Kaba Ölüm Hızı (KÖH) = % 3.6, Bebek Ölüm Hızı (BÖH) = % 17.9'dur.

1996 yılında Edirne Sağlık Ocaklarına 301 446 kişi başvurmuştur. Kişi başına başvuru sayısı 0.77'dir. Başvuruların % 24.6'sı kontrol ve reçete yinelemesi, % 20.9'u sevtir.

Özellikle il ve ilçe merkezlerindeki Sağlık Ocaklarında, başta hekimdışı sağlık çalışanları olmak üzere sağlık insan gücü dağılımı çarpıktır. Sağlık Ocaklarının kurulmasında nüfus yoğunlukla dikkate alınmamıştır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin en önemli öğelerinden olan bağışıklama çalışmaları, aile planlaması çalışmaları, gebe-bebek ve loğusa izlemeleri bazı Sağlık Ocaklarında gereği gibi verilememektedir.

Hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının atama ve yer değiştirmelerinde gerekli özen gösterilememekte, özellikle il içinde tüm çalışanları ve hizmeti olumsuz etkileyen geçici görevlendirmeler sıkça yapılmaktadır.

**Sonuç olarak;** Edirne'de I. Basamak sağlık hizmeti sunan Sağlık Ocakları bina, donanım, personel, araç-gereç bakımından yetersizlikler içindedir. Sağlık Ocağı kayıt ve istatistikleri genel olarak düzensiz tutulmaktadır. Söz konusu sorunlar güçlendirilmiş bir yönetim yapısıyla çözülebilecektir.

**Anahtar Sözcükler :** Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Ocağı

## S U M M A R Y

This study has been conducted in all Primary Health Care Units (PHCUs) of Edirne Province, in 1997.

**Objectives :** As the Department of Public Health Trakya University Medical School, we aimed both to recognise the district and being in close contact, to encounter the data requirement of Provincial Health Department in connection with the Primary Health Care which are supplied by the PHCUs. In addition :

- Assigning the facilities of PHCUs as of building, health personnel, laboratory availabilities, medical equipments and comparing them with rest of Turkey.
- Revealing the quality of records and statistics in terms of accuracy and completeness which are conducted in PHCUs, setting forward The 10 Leading Causes of the Morbidity through examining the out-patient diagnoses and calculating the referral rate to the Secondary and/or Tertiary Health Care.
- At the end of the study, developing some resolutions via utilising the data collected in order to upgrade

both the quality and quantity of health care supplied at the PHCUs and giving support to the Provincial Health Department for realising the so mentioned upgrading purpose.

**Materials and methods :** All of the 51 PHCUs affiliated to the Provincial Health Department have been covered by the study of which 24 are urban (47.0 %) and the rest 27 (53.0 %) are rural. Average population in the catchment area of the PHCUs in rural is 3 928 and 11 738 in urban.

The data have been collected by visiting each PHCU covered by the study. In accordance with the order of the pre-tested questionnaire and data form; information about the catchment area of the PHCUs, building conveniences, laboratory facilities, health staff, motor-car, medical equipments, first aid and emergency intervention availabilities and medical and health services records have been gathered.

**Findings :** The population of Edirne Province on the basis of House Hold Card arranged by the PHCUs in 1996 is 387 766 and the number of houses is 96 225, child population of 0-6 ages is 30 188 and the count of fertile period women (15-49 years) is 109 745. The average number of house hold person is 4.

35.3 % of the PHCUs serve either in temporary buildings or in rental estates. 72.5 % of the PHCUs investigated in the survey are in lack of laboratory facilities and none of entire has established. The Administrative Board of The PHCU which allows the community participation in the catchment area.

Average number of laboratory examination for per out-patient admission is 0.026, average number of prenatal follow-up examination for per pregnant woman is 4.7, average number of follow-up examination for per infant is 10.6 and 1.9 for per 1-6 year child. The total of out-patient admissions in 1996 is 301 446.

Per capita number for annual admission is only 0.77. Of those, 24.6 % are recurrent visits and aiming prescription repeating and 20.9 % for referral demands to the Secondary or Tertiary HCUs.

On the ground of PHCUs records only, for Edirne in 1996, crude birth rate is 11.2 ‰, crude death rate is 3.6 ‰ and infant mortality rate is 17.9 ‰.

Particularly in the PHCUs located in the provincial center and at the centers of townships, health manpower distribution is distorted mainly in term of health staff other than physicians. During the establishing of the PHCUs, the population criterion has not been taken into consideration, in general. Immunisation services, family planning services, follow-up examination of the pregnant women and infants and 1-6 year age children as of the the vital essentials of PHC services cannot be rendered throughly.

The required delicacy has not been presented with the appointment and the transfer of the both physicians and health staff other than physicians; and the temporary appointments have oftenly been used within the provincial borders which affect the health workers and the health services in a negative manner.

**Conclusions :** In Edirne, PHCUs are in severe insufficiencies in terms of physical conditions, facilities, health personnel and technical equipments. The health records and statistics are mainly irregular. These problems seem to be easily solved by an improved health management body.

**Key-words :** PHC (Primary Health Care), health management, public health, health services, health units.



## 8. KAYNAKLAR

1. Saltık A, Özdemir C, Oktay S, Kıyak M, Eskiocak M, Yüce R. Nasıl Bir Sağlık Sistemi. Uğur Mumcu Araştırmacı Gazetecilik Vakfı'na Sunulan Rapor, İstanbul, 1997.
2. Fişek HN. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No : 2. Ankara, 1983.
3. Dirican R. Toplum Hekimliği Dersleri. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1990.
4. Yorulmaz F. Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi. Çevre Sağlığı Ders Notları, (yayınlanmamış), 1997, Edirne.
5. Özden M. Sağlık Eğitimi. Ünal Ofset, Ankara, 1988.
6. Pala K. Sağlık Ocaklarından Beklenen Sağlık Hizmetleri ve Bu Hizmetlerin Sunumunu Etkileyen Faktörler. Toplum ve Hekim, Eylül-Ekim 1994, Cilt 9, Sayı 63, s. 38
7. Köroğlu E. Sağlık Mevzuatı. Hacettepe Yayın Birliği. Güneş Kitabevi, Ankara, 1987.
8. Öztekin Z, Eren N. Sağlık Ocağı Yönetimi. Düzeltilmiş Yedinci Baskı. Palme Yayınları 117, Ankara, 1996.
9. Dizdar Y. Türkiye Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebinde Yanlış Yönelim İçindedir. Toplum ve Hekim, Ankara, Şubat 1993, Sayı 53, s. 21, 22.
10. Saltık A. Çağdaş Sağlık Anlayışı. İşyeri Hekimliği Ders Notları İçinde. s. 13. TTB Yayını, Ankara, 1996.
11. Özbek F. Ülkemiz Tıp Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı Eğitimi ile Öğrencilere Kazandırılan Bilgi ve Becerileri Mezuniyet Sonrası Gereksinimleri Karşılama Düzeyi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne, 1996.
12. Akdur R. Pratisyen Hekimlikte Statü Kaybı Temel İnsangücünün Ara İnsangücüne Dönüşmesi. Türk Tabipler Birliği I. Pratisyen Hekimlik Kongresi, s. 48, Ankara, 1990.
13. Musal B. Ergin S. Pratisyen Hekimlerde Mesleki Doyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Toplum ve Hekim, Ankara, Nisan 1993, s. 22-25.
14. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri. İkinci Baskı. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No : 92/2, Ankara, 1992.
15. Saltık A. Alma-Ata Konferansı ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. Halk Sağlığı Ders Notları. (Yayınlanmamış), Edirne, 1996.
16. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara, 1995. .
17. Tümerdem Y. Halk Sağlığı I. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi. Üniversite Yayın No : 3625, İstanbul, 1990.
18. Tümerdem Y. Halk Sağlığı II. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi. Üniversite Yayın No : 3626, İstanbul, 1990.

19. Baykan N, Sungur C, Bilgin Y. Toplum Hekimliği. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Sayı 379, Ankara, 1979.
- 20.----- From Alma-Ata To The Year 2000: Reflections At The Midpoint. WHO, Geneva, 1988.
- 21.----- World Development Report 1993. The World Bank. Oxford University Press, New York, 1993.
- 22.----- Sağlık İstatistikleri 1995. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. Ağustos 1996, Ankara.
23. Saltık A. Sağlık Ekonomisi. Halk Sağlığı Ders Notları. (Yayınlanmamış), Edirne, 1996.
24. Tatar M. Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımının Vazgeçilmez Ögesi: Toplum Katılımı. Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, sayı 67, s. 52-61.
25. Akalın A. Sağlık Hizmetlerine Toplum Katılımı. Toplum ve Hekim, Mayıs 1993, sayı 54, s. 18-19.
26. Belek İ, Ermiş H. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Durum. Toplum ve Hekim. Mayıs-Haziran 1995, 10; 67 (35-43).
27. Soyer A. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri (1980-1995). TTB, Ankara, 1995.
- 28.----- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1997 Programı. DPT, Ankara.
- 29.----- Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü, Bağışıklama Şube Müdürlüğü Verileri (yayınlanmamış), Ankara, 1997.
30. Saltık A. Çanakkale Tabip Odası'nca Düzenlenen "Birinci Basamakta Veri Kayıt Sistemleri ve Önemi" Konulu Seminer Notları, Edirne 1997.
- 31.----- 1990 Genel Nüfus Sayımı. Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, Edirne İli. DİE. DİE Matbaası, Yayın No : 1603, Ankara, 1993.
- 32.----- Sayıların Dili. Toplum ve Hekim, Ankara, Ocak-Şubat 1997, Cilt 12, Sayı 77, s. 73-75.
- 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.----- Country Health Report 1997. Republic of Turkey Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1997.
- 35.----- Dünya Çocuklarının Durumu 1997. UNICEF, Tisamat Basım Sanayii A.Ş., Ankara, 1997.
36. Aksakoğlu G. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri. Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 1994, sayı 60, s. 49.
- 37.----- Birinci Basamak ve Aile Hekimliği (TTB Görüşü). TTB. Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, sayı 67, s. 73-77.
- 38.----- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). DPT. Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Yayın ve Basım Şube Müdürlüğü, Ankara, 1995.
39. Günay O, Öztürk A, Aykut M, Öztürk Y. Temel Sağlık Örgütünde Çalışan Personelin Sorunları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 269-71, Didim, 1994.

- 40.Nugroho G W, Macagba R L, Darros G L, Weinstock A. Challenges In Health Development. World Health Forum. Vol. 18, 1997, pp. 44-7.
- 41.Eser E. Teknolojik Olanakların Halkın Sağlık Ocaklarına Olan Talebine Etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 72. Ankara, 1992.
- 42.Bozkaya Ç, Hoşgeçin K, Teker N, Özdemir D. Halkın Sağlık Hizmetlerine Katılımı Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi, Tutum ve Davranış Özellikleri-Sivas Araştırması. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 224-26, İstanbul, 1996.
- 43.Toros A. Türkiye’de Nüfus Konuları. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
- 44.----- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü-Demographic And Health Surveys Macro International Inc., Ankara, 1993.
- 45.Boztok D, Akmansu H, Polat N, Pehlivan Z. Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Temel Sağlık Hizmetleri İçindeki Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetlerle Erişilen Sağlık Düzeyi Ölçütleri. I. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 11-12.
- 46.----- Çalışma Yılı 1994-1995. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 1997.
- 47.Günay O. Kayseri’deki Sağlık Ocaklarında Laboratuvar Hizmetleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 266-68, İstanbul, 1996.
- 48.Özcebe H, Oral SN. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde İyileştirici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı.
- 49.Ünsal A, Dinçer S, Ünlüoğlu İ, Bayuk E. 1993 Yılında Eskişehir’de En Çok Görülen 10 Hastalık (Sağlık Ocaklarında). Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Sayı : 4, Ekim-Aralık 1994, s. 14-27.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESEL MERKEZİ  
Etiler/Beşiktaş/İstanbul

## 9. TABLO ve ŞEKİLLER DİZİNİ

### 9.1. Tablolar Dizini

TABLO 1 : Geleneksel ve Çağdaş Sağlık Anlayışı.

TABLO 2 : Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları ve Sağlık Bakanlığı'nın Payı.

TABLO 3 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin Net Olmayan Ulusal Gelir İçindeki Payı.

TABLO 4 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı.

TABLO 5 : Sağlık Bakanlığı 1996 Yılı Bütçesinin Birimlere Dağılımı.

TABLO 6 : Sağlık Çalışanlarının Yıllara Göre Değişimi.

TABLO 7 : Sağlık Ocakları Sağlık Çalışanları Durumu (1995).

TABLO 8 : Yıllara Göre Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı.

TABLO 9 : Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Köy Sağlık Evi Sayıları.

TABLO 10 : Sağlık Ocaklarının Bölgelere Dağılımı (1995).

TABLO 11 : Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1995).

TABLO 12 : Yıllara Göre Köy Sağlık Evlerinin Bina Durumu.

TABLO 13 : Yıllara Göre Bildirimi Zorunlu Hastalık Sayıları.

TABLO 14 : Türkiye'de Yıllar İçinde Doğumların Gerçekleşme Biçimine Göre Dağılımı.

TABLO 15 : Yıllara Göre Sağlık Ocaklarının Evde ve Ayakta Sağaltım Hizmetleri. –

TABLO 16 : Yıllara Göre Akut Solunum Yolu Hastalıklarının Denetimi Programı Çalışmaları.

TABLO 17 : Türkiye Genelinde Yıllara Göre Sıfır Yaş Aşılama Oranları.

TABLO 18 : Sağlık Ocakları Personel Durumu.

TABLO 19 : Evhalkı Tespit Fişleri Sonuçlarına Göre Edirne İlinin Bazı Demografik Özellikleri ve 1990 Yılına Göre Değişimi.

TABLO 20 : Edirne İl Nüfusunun Yaptığı İşe Göre Dağılımı (1996).

TABLO 21 : Edirne İl Nüfusunun Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.

TABLO 22 : Edirne İl Nüfusunun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu (1996).

TABLO 23 : Edirne Nüfusunun Hanehalkı Büyüklüğü Bakımından Dağılımı (1996).

TABLO 24 : Edirne Nüfusunun Cinsiyet ve Evlilik Durumuna Göre Dağılımı (1996).

TABLO 25 : Kullanılan İçme Suyu Tipine Göre Hanelerin Dağılımı (Edirne, 1996).

TABLO 26 : Kullanma Suyu Tipine Göre Hanelerin Dağılımı (%) (Edirne, 1996).

TABLO 27 : Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996).

TABLO 28 : Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Mekan Durumları (1996).

TABLO 29 : Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumları (1996).

TABLO 30 : Edirne Sağlık Ocaklarının Motorlu Araç Durumu (1996).

TABLO 31 : Edirne Sağlık Ocaklarında Varolan Araç-Gereçlerin Durumu (1996).

- TABLO 32 : Edirne Sağlık Ocaklarında Varolan Tıbbi Araç-Gereç Durumu (1996).
- TABLO 33 : Edirne Sağlık Ocaklarında İvedi Girişim Gereçlerinin Durumu (1996).
- TABLO 34 : Edirne Sağlık Ocaklarında İvedi Girişimlerde Kullanılabilecek İlaçlarının Durumu (1996).
- TABLO 35 : Edirne Sağlık Ocaklarında Yapılan Laboratuvar Çalışmaları (1996).
- TABLO 36 : Edirne Sağlık Ocaklarında Kişisel Sağlık Fişlerinin Kullanımıyla İlgili Bilgiler (1996).
- TABLO 37 : Edirne Sağlık Ocaklarında Aylık Çalışma Bildirimlerinin Doldurulmasıyla İlgili Bilgiler (1996).
- TABLO 38 : Edirne Sağlık Ocaklarında Sıfır Yaş Grubuna Yapılan Aşılar ve Türkiye Geneli İle Karşılaştırılması (1996).
- TABLO 39 : Edirne Sağlık Ocaklarında 1996'da Saptanan Bildirimi Zorunlu Hastalık Sayıları.
- TABLO 40 : Edirne Sağlık Ocaklarında Verilen Çevre Sağlığı Çalışmalarının Durumu (1996).
- TABLO 41 : Edirne Sağlık Ocaklarında Saptanan İshal Olgularının, Dağıtılan ORS Paketlerinin ve İshalden Ölümlerin Yaş Gruplarına Dağılımı (1996).
- TABLO 42 : Edirne Sağlık Ocaklarında Bildirilen Zatürre Olgularının Kimi Özelliklerine Göre Yaş Gruplarına Dağılımı (1996).
- TABLO 43 : Edirne Sağlık Ocaklarında Verilen Aile Planlaması Hizmetleri (1996).
- TABLO 44 : Ana Çocuk Sağlığı Konularında Edirne Sağlık Ocaklarında Yapılan Çalışmalar (1996).
- TABLO 45 : Edirne Sağlık Ocaklarında Ana-Çocuk Sağlığı Alanında Yapılan Laboratuvar İncelemeleri (1996).
- TABLO 46 : Edirne Sağlık Ocaklarında Gebe-Loğusa İzlem Kartları Bilgileri (1996).
- TABLO 47 : Edirne Sağlık Ocaklarında Çocuk İzlem Kartları Bilgileri (1996).
- TABLO 48 : Edirne Sağlık Ocaklarında Verilen Kimi Hizmetlerin Durumu (1996).
- TABLO 49 : Edirne Sağlık Ocaklarında Poliklinik Kayıtlarına Göre Alınan Tanılar (1996).

## 9.2. Şekiller Dizini

- ŞEKİL 1 : Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.
- ŞEKİL 2 : Koruyucu Sağlık Hizmetleri-İnsana Yatırım İlişkisi.
- ŞEKİL 3 : Gönenç- Sağlık Döngüsü.
- ŞEKİL 4 : Nüfusun Sosyal Güvenlik Bakımından Durumu.
- ŞEKİL 5 : Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996).
- ŞEKİL 6 : Sağlık Ocağı Hekimlerine Göre Binaların Yeterlik Durumu (Edirne, 1996).
- ŞEKİL 7 : Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumu (1996).
- ŞEKİL 8 : Edirne Sağlık Ocaklarının Motorlu Araç Bakımından Durumu (1996).
- ŞEKİL 9 : Edirne Sağlık Ocaklarında Kişisel Sağlık Fişlerinin Kullanımı (1996).
- ŞEKİL 10 : Edirne Sağlık Ocaklarında 1996 Yılında Yapılan Aile Planlaması Çalışmaları.

## 10. Ö Z G E Ç M İ Ş

Galip EKUKLU 1965 yılında Susuz/Kars'ta doğdu.

İlk öğrenimini Kars'ta tamamladıktan sonra orta öğrenimini İstanbul Kocasinan Lisesi'nde tamamladı. 1982-1983 öğretim yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yüksek öğrenimine başladı.

1989 yılında eğitimini tamamlayarak bu okuldan tıp doktoru olarak mezun oldu.

1989 yılında zorunlu hizmetini yapmak üzere Çankırı-Ilgaz-Musaköy Sağlık Ocağı'na atandı. Burada yaklaşık 3.5 yıl Sağlık Ocağı hekimi olarak çalıştı.

1993 yılında Edirne-Keşan Merkez 3 no'lu Sağlık Ocağı'na atandı. Keşan'da Devlet Hastanesi Acil Poliklinik hekimi ve Sağlık Ocağı Hekimi olarak yaklaşık 7 ay çalıştı.

Eylül 1993 TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olmaya hak kazandı. 1 Şubat 1994'te buradaki görevine başladı. Halen Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.

Galip EKUKLU evli ve bir çocuk babasıdır.

Saygılarımla.

Kasım 1997, EDİRNE

Galip EKUKLU'nun bazı bilimsel çalışmaları aşağıdadır:

1. Saltık A, Yaşar Z, Güzelant A, Ekerbiçer H, **Ekuklu G**, Gündoğdu Ş., T.Ü.T.F. Öğrencileri. Edirne Merkezinde Evli Çiftlerin Aile Planlaması ve Doğurganlığa İlişkin Bilgi-Tutum-Davranışları ve Bunları Koşullayan Bazı Etmenler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim-1994 (Poster)
2. Erdoğan S., **Ekuklu G**. Almanya Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim. Kasım 1994-Şubat 1995, 9 : 64-65, 64-75.
3. **Ekuklu G**, Saltık A. Tüberküloz Epidemiyolojisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Cilt 5, Sayı 2, Şubat 1996, 41-43.



4. **Ekuklu G**, Saltık A. Tüberküloz Savaşım İlkeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Cilt 5, Sayı 3, Mart 1996, 96-99.
5. **Ekuklu G**, Ekerbiçer H, Erdoğan S, Üzüm N, Berberoğlu U, Saltık A. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları, Edirne-1996. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Ekim 1996, İstanbul (Poster).
6. **Ekuklu G**, Eskiocak M, Küçük M, Berberoğlu U, Saltık A. I. Basamakta Çalışan Sağlık Bakanlığına Bağlı Hekimlerin II. Ulusal Aşı Günleriyle (UAG) İlgili Bilgi ve Tutumları, Edirne-1996. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Ekim 1996, İstanbul (Poster).
7. **Ekuklu G**, Berberoğlu U, Saltık A. TTB Halk Sağlığı Kolu, 1995 Yılı Gezici Eğitiminin İşçi Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Ekim 1996, İstanbul (Poster).
8. Ekşi A, Özlü Y, **Ekuklu G**. Kanser Tanısı İle Hastanede Yatan Çocuklar ve Annelerinde Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi. 6. Özel Eğitim Günleri, 12-14 Kasım 1996, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. (Poster).
9. Kutlu K, Özlü Y, **Ekuklu G**, Çınar E, Bozdereli H. Trakya Üniversitesi Zihin ve Hareket Özürlü Çocuklar İçin Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne Devam Eden Zihin ve Hareket Özürlü Çocukların Ailelerinde Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi. 6. Özel Eğitim Günleri, 12-14 Kasım 1996, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (Serbest Tebliğ).
10. Yılmaz Ş, Özlü Y, **Ekuklu G**. Trakya Üniversitesi Zihin ve Hareket Özürlü Çocuklar Merkezi'ndeki Mental Retarde Çocukların Verilen Bir Dış Eğitiminden Önce ve Sonra Muayene ve Profilaksi Sırasında Gösterdikleri Tepkilerin İncelenmesi, Edirne-1997 (Türk Dişhekimleri Birliği 4. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ne Bildiri Olarak Sunuldu).

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KURULU  
EDİRNE SAĞLIK MERKEZİ

## 11. EKLER

### 11.1. Araştırmada Kullanılan Bilgi Toplama ve Anket Formu

#### SAĞLIK OCAĞI BİLGİLERİ

Sağlık Ocağına Bağlı Mahalle Sayısı	
Sağlık Ocağına Bağlı Köy Sayısı	
Sağlık Ocağına Bağlı Sağlık Evi Sayısı	
Sağlık Ocağı Binası	Kendisine ait..... Kira.....
Isınma Durumu	Kaloriferli..... Sobalı.....
Ayrı Doktor Odası	..... adet
Ebe ve Hemşireler İçin Ayrı Oda	..... adet
ÇST ve Sağlık Memurları İçin Ayrı Oda	..... adet
Sekreteryaya için ayrı oda	..... adet
Ayrı hasta muayene odası	..... adet
Ayrı hasta bekleme salonu	..... adet
Ayrı RİA uygulama odası	..... adet
AP hizm. sunumunda gerekli gereçler (yok =1, var = 2, yetersiz = 3)	
Ayrı laboratuvar odası	..... adet
Sağlık Ocağı laboratuvar olanakları ve laboratuvar kullanımı (yok = 1, yeterli =2, yetersiz = 3)	
Ayrı doğum odası	..... adet
Ayrı ivedi yardım odası	..... adet
Sağlık Ocağı ivedi girişim olanakları (yer, ilaç, serum, aşı vs.) (yeterli =1, yetersiz = 2)	
Ayrı eğitim odası	..... adet
Hastalar için ayrı tuvalet	..... adet
Sağlık Ocağında akarsu	var <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/>
Lojman durumu (yok=1, yetersiz=2, yeterli=3)	
Bina (yeterli = 1, yetersiz =2)	
Poliklinik (yeterli = 1, yetersiz =2)	
Sağlık Ocağı poliklinik hizmetlerinde kullanılacak gereç durumu (otoskop, TA ölçüm gereçleri vb.) (yeterli =1, yetersiz = 2)	
Sağlık Ocağı tıbbi malzeme durumu (yeterli =1, yetersiz = 2)	
Sağlık Ocağı İshal Birimi (var =1, yok = 2)	
Sağlık Ocağı'nda bağışıklama hizmetlerinin sunumunda kullanılacak donanım (buzdolabı, aşı, şırınga vs.) (var =1, yok = 2, yetersiz = 3)	
Sağlık Ocağında Soğuk Zincir kurallarına uyum (yok = 1, var yetersiz = 2, var yeterli = 3)	
♦ Sağlık Ocağında Soğuk Zincir kurallarına uyumda karşılaşılan sorunlar ve öneriler .....	

- ♦ Yukarıdaki formlarla ilgili karşılaşılan sorunlar ve öneriler .....
- ♦ Birinci Basamak Sağlık Hizmeti İle İlgili öneriler.....

## Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)

### PERSONEL DURUMU

ÇALIŞAN	Filen Çalışan Personel Durumu
Pratisyen Hekim	
Diş Hekimi	
Hemşire	
Ebe, Ebe-Hemşire	
Sağlık Memuru	
Çevre Sağlığı Teknisyeni	
Tıbbi Sekreter	
Laboratuvar Eğitimi Almış Personel	
Laboratuvar Teknisyeni	
Şoför	
Hizmetli	
Diğer	
RIA Eğitimi Almış Personel	Hekim....., Ebe/Hemşire.....
BCG Uygulayabilecek Personel	
Hekimlerin Kaçı Sağlık Ocağı'ndaydı ?	

#### • Sağlık Ocağı Motorlu Araç Durumu

Var, kullanılabilir..... Var, arızalı..... Var, benzin yok..... Yok.....

#### • Sağlık Ocağının Gezi Hizmetleri İçin

Kendi araçlarını kullanıyorlar....

Başka kurumdan ayda.... gün araç alınıyor (Kurum adı.....)

Gezici araçtan yararlanma olanağı hiç yok....

#### Sağlık Ocağı Malzeme Durumu

GEREÇ	Kullanılabilir	Bozuk	GEREÇ	Kullanılabilir	Bozuk
Buzdolabı			EKG aygıtı		
Tansiyon aleti			Trommel		
Stetoskop			Fötoskop		
Mikroskop			Baskül		
Santrifüj aleti			Bebek tartacı		
Thoma lamı			Sterilizatör		
Jinekolojik masa			Atel		
Vaj. spekulum			Komparatör		
Tenekulum (tek dişli pens)			Bilgisayar		
Halka forseps (tampon pensi)			yazıcı		

**Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)**

GEREÇ	Var	Yok	GEREÇ	Var	Yok
Lam			Klor çözeltisi		
Lamel			Ortotoluidin		
Termometre			Bakteriyolojik su örneği şişesi		
Tek kullanımlık şırınga			Giemsa boyası		
Gazlı bez			Gram boyama malzemesi		
Pamuk			Kültür tüpü		
Plaster			Wright boyası		
Dezenfektan çözelti			Tek kullanımlık dil basacağı		
Antiseptik çözelti			Steril eldiven		
Bistüri			Steril olmayan temiz eldiven		

**İvedi Girişim İçin**

GEREÇ	Var	Yok	GEREÇ	Var	Yok
Havayolu			Oksijen tüpü		
Laringoskop			Serum ve seti		
Nazal maske			Nazogastrik sonda		
Aspiratör			İdrar sondası		
Endotrakeal tüp			Dikiş gereçleri		

**İvedi İlaçlar**

İLAC	Var	Yok	İLAC	Var	Yok
Adrenalin			Piperidin laktat ampul		
Atropin			SF		
Steroid amp.			Dekstroz		
Antihistaminik			Sodyum bikarbonat		
Aminokardol			Diazepam		
Dijital			Methergin		
Morfin			Nifedipin kap.		
Largaktil			İzosorbit di nitrat dil altı tableti		

İnceleme	yapılıyor	yapılmıyor	İnceleme	yapılıyor	yapılmıyor
Hemoglobin			Dışkıda parazit		
Htc			EKG		
Lökosit sayımı			Röntgen		
Periferik yayma			İdrar kültürü		
İdrar mikroskopisi			Boğaz kültürü		
Tam idrar			Kan kültürü		
AKŞ			Dışkı kültürü		
Kan biyokimyası					

Yapılan bakteriyolojik su incelemesi	..... adet
Yapılan kimyasal su incelemesi	..... adet
Yapılan gıda incelemesi	..... adet
Yapılan işyeri denetimi	..... adet
Bir önceki yılın Raporu Hazırlanmış mı ?	Evet ..... Hayır.....
Sağlık Ocağı Kurulu var mı ?	Var.... Yok.... Var, düzensiz çalışıyor....
Sağlık Ocağı Derneği var mı ?	Var.... Yok....
Vakıf makbuzu kullanılıyor mu ?	Evet..... Hayır....

## Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)

.....SAĞLIK OCAĞI

TOPLAM NÜFUS : ..... HANE SAYISI : .....

ERKEK NÜFUS : ..... KADIN NÜFUS : .....

BEBEK NÜFUSU : ..... ÇOCUK NÜFUSU (1-6 YAŞ) : .....

15-49 YAŞ KADIN : ..... 65 YAŞ ÜZERİ NÜFUS : .....

### SOSYAL DURUM TABLOSU

İŞİ	Memur		İşçi		Çiftçi		Evhanımı	Serbest		Esnaf		Öğrenci		İşsiz	
	E	K	E	K	E	K	K	E	K	E	K	E	K	E	K
ÖĞR. Durumu	0-6 YAŞ		OYD		OY		İO		OO		LİSE		Y.OKUL		
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	
BAĞLI OLDUĞU SG KUR.	EMEKLİ SAND.		BAĞ-KUR		SSK		YEŞİL KART		YOK						
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K			
ÇOCUKLU AİLE DURUMU	1 ÇOCUKLU		2 ÇOCUKLU		3 ÇOCUKLU		4 ÇOCUKLU		5 +						
CİNSİYET EVLİLİK DURUMU	0-14 Yaş Nüf.		Evli		Hiç evlenmemiş		Boşanmış		Eşi ölmüş						
			E	K	E	K	E	K	E	K					
EVDE ODA SAYISI	1 ODALI		2 ODALI		3 ODALI		4 ODALI		5 + ODALI						
Kullanılan hela tipi	Kanalizasyona bağlı		Tek Çukurlu		Fosseptiğe bağlı		Çukursuz		Helasız						
İçme suyunun durumu	ŞEBEKE SUYU		ÇEŞME		KUYU		AKARSU		DİĞER						
Kullanma suyunun durumu	Şebeke	Kaynak	Çeşme	Kuyu	Sarnıç	Dere, Çay Irmak	Deniz Göl	Rez. su havuzu							
KULLANILAN ISINMA ARACI	KALORİFER				SOBA				DİĞER						
AHIR	EV ALTINDA-YANINDA				AYRI BİNADA				YOK						
GÜBRELİK	SAĞLIKLI				SAĞLIKSIZ				YOK						
EVDE AYRI MUTFAK	VAR				YOK										
AYDINLATMA TİPİ	ELEKTRİK				GAZ										
ÇÖP TOPLAMA	SAĞLIKLI				SAĞLIKSIZ										
OKUL SAYISI	İLK		ORTA		LİSE		YÜKSEKOKUL								

## Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)

### FORM 013 BİLGİLERİ

TAM

EKSİK

YOK

#### Aşılar,

Her gün yapılabiliyor.....

Haftanın belirli günleri yapılabiliyor.....

Haftada bir gün yapılabiliyor.....

Hiç yapılmıyor.....

	DBT <sub>1</sub>	DBT <sub>2</sub>	DBT <sub>3</sub>	DBT <sub>R</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>	P <sub>R</sub>	K	TT <sub>1</sub>	TT <sub>2</sub>	TT <sub>3</sub>	TT <sub>4</sub>	TT <sub>5</sub>
Topl.														

### FORM 017 BİLGİLERİ

TAM

EKSİK

YOK

BULAŞICI HASTALIK	OLGU SAYISI	ÖLEN SAYISI

### ASYE BİLGİLERİ

TAM

EKSİK

YOK

Yaş	Toplam olgu sayısı	S.B.'nin gönderdiği ilaçla sağaltım		Sevk sayısı	Ölüm
		Kotrimaksazol	Prokain penisilin		
0-11 ay					
12-59 ay					
5-14 yaş					
15 yaş +					
Toplam					



## Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)

### İSHALLİ HASTALIK BİLGİLERİ

TAM EKSİK YOK 

	0 yaş	1-4 yaş	5 yaş +	Toplam
Saptanan ishal olgusu				
Dağıtılan ORS paket sayısı				
İshal nedeni ile ölüm sayısı				

### AİLE PLANLAMASI AYLIK ÇALIŞMA FORMU BİLGİLERİ

TAM EKSİK YOK 

Yararlanan kişi sayısı	RİA	HAP	Kondom	Tüp Lig.	Vazektomi	Rahim tahliyesi	muayene olan kişi sayısı

### FORM 101 BİLGİLERİ

TAM EKSİK YOK 

TOPLAM MUAYENE SEVK	15-49 YAŞ KADIN				ÇOCUK			
	Gebe	Loğusa	Diğer	Toplam	0-11 ay	12-59 ay	5 Yaş +	Toplam
LABORATUVAR	15-49 YAŞ KADIN				0-6 YAŞ ÇOCUK		DİĞER	TOPLAM
İDRAR								
KAN								
GEBELİK TESTİ								

### KSF BİLGİLERİ

Var kullanılıyor.....

Var kullanılmıyor.....

Eksik.....

YOK .....

İncelenen Özellik	
• Aşılarla ilgili bölümün doldurulması	
Yok	
Eksik	
Tam	
Yanlış	
Doğru	
• Özgeçmişle ilgili bölümün doldurulması	
Yok	
Eksik	
Tam	
• Tanıların kodlanması bölümünün doldurulması	
Yok	
Eksik	
Tam (Hekim <input type="checkbox"/> Hekim dışı personel <input type="checkbox"/> )	

## Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)

### “Gebe-Loğusa İzlem Fişleri” Bilgileri

TAM

EKSİK

YOK

İncelenen Özellik	
• Gebelikle ilgili bölümün doldurulması	
Yok	
Eksik	
Tam	
• Doğum ve doğan çocukla ilgili bölümler	
Yok	
Eksik	
Tam	

### Doktor, Sağlık Memuru, Hemşire ve Ebe Formları Bilgileri

TAM

EKSİK

YOK

İncelenen Özellik	
• Yapılan program	
Günlük	
Haftalık	
Aylık	
• Yapılan programa uyulup-uyulmadığı	
Uyulmuyor	
Uyuluyor	

### Form 012-012 A Bilgileri

TAM

EKSİK

YOK

İncelenen Özellik	
• Formlar	
Yok	
Var	
♦ Formların doldurulması	
Düzensiz	
Düzenli	

### “15-49 Yaş Kadın İzlem Formları” Bilgileri

TAM

EKSİK

YOK

• Formaların kullanımı	
Düzensiz	
Düzenli	
Yanlış	
Doğru	

## Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)

### Çocuk İzlem Fişleri Bilgileri

TAM

EKSİK

YOK

İncelenen Özellik	
• Anne ile ilgili bölümün doldurulması	
Boş	
Eksik	
Tam	
• Aşılarla ilgili bölümün doldurulması	
Boş	
Eksik	
Tam	
Yanlış	
Doğru	
• İzlemlerin düzenli yapılıp yapılmaması	
Düzensiz	
Düzenli	
• Ağırlık çizelgesinin doldurulması	
Boş	
Eksik	
Tam	
• Ağırlık çizelgesi-eğitim ve öğütler arası tutarlılık	
Yok	
Var	

### TETANUS AŞISI BİLGİLERİ

DOZ	GEBE	DİĞER
1. DOZ		
2. DOZ		
3. DOZ		
4. DOZ		
5. DOZ		

### Form 022 Bilgileri

TAM

EKSİK

YOK

• Eğitimde malzeme kullanımı	VAR.....	YOK.....
• Eğitimde kullanılan malzeme türü ve sayıları		
• Hizmetiçi eğitim programları	VAR .....	YOK.....
• Hizmetiçi eğitim konuları ve sayıları		

## Bilgi Toplama ve Anket Formu (Devam)

### Poliklinik Defteri Bilgileri

İncelenen Özellik	Sayı	%
• Poliklinik sayısı		
Tanılar		
1.		
2.		
.		
.		
10.		
• Sağlık Ocağından sevklerin yapıldığı kurumlar		
II. Basamak		
III Basamak		
AÇS		
VSD		
Diğer		
Sevlerde Form 019 kullanımı	Her olgu için.....	Kimi olgular için.....
kullanılmıyor.....		Hiç
• Form 019'ların geri bildirimi	var.....	kısmen.....
		yok.....

### FORM 023 BİLGİLERİ

TAM

EKSİK

YOK

• Muayene edilen kişi sayısı	
Bölge içi	
Bölge dışı	
• Küçük cerrahi müdahale	
• Laboratuvar çalışmaları	
idrar	
kan	
dışkı	
Sıtma kanı	
Seroloji	
• Doğum, Gebe, Bebek, Çocuk B.	
Hekimin yaptırdığı	
SP olmadan doğum	
• Hemşire, Ebe izlemeleri	
Gebe	
Bebek	
Çocuk	
• Düşük sayısı	
• Canlı doğan sayısı	
• Ölü doğan sayısı	
• Ölen bebek sayısı	
• 1-4 yaş ölüm sayısı	
• 65 + yaş ölüm sayısı	
• Toplam ölüm sayısı	

11.1. Araştırma İzin Belgesi

T. C.  
EDİRNE İLİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : K.S.M.ve S.O.Şb.- 13525

EDİRNE

KONU : Araştırma için Görevlendirme

27.11.1996

VALİLİK MAKAMINA  
EDİRNE

T.Ü.Tıp Fakültesi Halksağlığı Ana Bilim Dalı, Müdürlüğümüz organizasyonunda, Edirne ilinde mevcut Sağlık Ocaklarının genel durum , çalışma durumu ve sorunlarını inceleyen bir araştırma yapmak istemektedir.

Çalışmanın genel çerçevesi ek'te sunulmuştur.

T.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalında görevli Dr.Galip ERUKLU ve Dr.Sarper ERDOĞAN'ın görevlendirilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Gereğini takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Dr.Armağan DİNÇBAŞ  
Sağlık Müdür V.

EKİ : 1 Adet.

O L U R

27/11/1996

Nihat ÖNER

Vali a.

Vali Yardımcısı

T.C. VÜ  
DOKÜMANTASYON MENKELİ