

22423

T. C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ GEVHER NESİBE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM ANABİLİM DALI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN 3. BASAMAK
SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Canan ŞAHİN

PROGRAM KOORDİNATÖRÜ
Doç. Dr. Mualla AYKUT
KAYSERİ — 1992

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İÇİNDEKİLER

Sayfa

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. SAĞLIĞIN ÖNEMİ,HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARI.....	4
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	5
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme İlkeleri	6
2.2. DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİN- DEKİ YAKLAŞIMLAR	8
2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ.....	10
2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Beş Yıllık Kalkınma Planları ve Hizmetin Sunuluşu... ..	11
2.3.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	12
2.3.3. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	12
2.3.4. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	13
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN BÜTÜNLEŞTİRİLMESİ VE KARŞILAŞILAN SORUN- LAR	13
2.4.1. Finansman Sorunu	14
2.4.2. İnsan Gücü, Araç-Gereç ve Program Sorunu	15
2.4.3. Yönetim ve Koordinasyon Sorunu	16
2.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR	16
2.5.1. Sağlık Bakanlığı	16
2.5.2. Sosyal Sigortalar Kurumu.....	16
2.5.3. Tıp Fakülteleri	17
2.5.4. Resmi ve Yarı Resmi Diğer Sağlık Kuruluşları	17
2.5.5. Özel Sektör	17
2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜNİVERSİTELERİN ROLÜ	17
2.7. TÜRKİYE'DE ANNE SAĞLIĞI VE SORUNLARI	18
2.7.1. 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sorunları	18
2.7.2. 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Kuruluşlarından Yararlanmalarını Etkileyen Etkenler	20
2.7.3. 15-49 Yaş Grubu Kadınlara Verilecek Sağlık Hizmetlerinde İstenen Özel- likler	21
3. MATERYAL VE YÖNTEM	23
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	24
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR	24

4.2. ARAŞTIRMA GRUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PALNALAMASINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARIYLA İLGİLİ BULGULAR	41
4.3. ARAŞTIRMA GRUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMLARI	44
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6. ÖZET.....	65
7. SUMMARY.....	67
8. KAYNAKLAR.....	69
9. EKLER (Araştırma Anketi)	72



TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1	: Sağlık Hizmetleri Arz-Talep İlişkisi	5
Şekil 2	: Sağlık Hizmetlerinde Basamaklı Piramit	14
Şekil 3	: Sağlık Kuruluşlarının Kullanılmasını Etkileyen Faktörler	20
Tablo I	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	24
Tablo II	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	25
Tablo III	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Ailelerindeki Birey Sayısına Göre Dağılımı	26
Tablo IV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Ailelerinin Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımı	27
Tablo V	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Geldikleri Yere Göre Dağılımı	28
Tablo VI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı	28
Tablo VII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların İlk Evlenme Yaşları Ortalamalarına Göre Dağılımı	29
Tablo VIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan En Az Bir Gebeliği Olanların İlk Gebelik Yaşı Ortalamaları	29
Tablo IX	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Doğurganlık Ölçütleri Ortalamaları	30
Tablo X	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan Gebe Olanların Gebeliklerinin Tesbit Edildiği Yerlere Göre Dağılımı	31
Tablo XI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Son Doğumlarını Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı	32
Tablo XII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Grupları ve Son Doğumlarını Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı	33
Tablo XIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Son Doğumlarının Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı	33
Tablo XIV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına ve Son Doğumlarının Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı	34

Tablo XV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Geldikleri Yerlere ve Son Doğumlarını Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı	34
Tablo XVI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Grupları ve Son Gebeliklerinde Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı	35
Tablo XVII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Gebelikte Sağlık Kontrollerinin Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı	36
Tablo XVIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yapılan Gebelik Kontrollerinde; dem Kontrolü, Tansiyon lm, İdrarda Protein ve Kanda Hemoglobinin Tayini Yapılma Durumlarına Göre Dağılımı	37
Tablo XIX	: Araştırma Grubunu Oluşturan ve En Az Bir Gebeliği Olan Kadınlar- dan "Gebelikte Beslenme Değişikliği Yapılmalıdır" Diyenlerin Gebelikte Fazla Yenmesini Gerekli Gördükleri Yiyecek Gruplarına Göre Dağılımı	38
Tablo XX	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Gebelikte Fazla Yenmesini Gerekli Buldukları Yiyecek Gruplarına Göre Dağılımı	39
Tablo XXI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan En Az Bir Canlı Doğum Yapanların "ocuklara Anne Sütü Ne Kadar Süre İle Verilmelidir?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	39
Tablo XXII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan En Az Bir Canlı Doğum Yapanların "Anne Sütü Emen ocuğa Ek Gıdalara Ne Zaman Başlanır?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	40
Tablo XXIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan 0-6 Yaş ocuğu Olanlarının "Son ocuğunuza Hangi Aşıları Yaptırdınız?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	41
Tablo XXIV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanmalarına Göre Dağılımı	42
Tablo XXV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanmaları ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	42
Tablo XXVI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanmaları ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo XXVII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve niversite Hastanesine Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı	45
Tablo XXVIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların niversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı	45
Tablo XXIX	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve niversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı	46
Tablo XXX	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve niversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı	46
Tablo XXXI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Geldikleri Yerlere ve niversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı	47

Tablo XXXII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların "Üniversiteye Başvurunuzdaki Harcamalarınızı Kim veya Neresi Karşılıyor?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	48
Tablo XXXIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Bu Őikayetleriyle İlgili Olarak Sağlık Ocaklarına Başvuru Durumlarına Göre Dağılımı	50
Tablo XXXIV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan İlgili Şikayetleri Nedeniyle Önceden Sağlık Ocağına Başvurmayan Kadınların Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı	50
Tablo XXXV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların 2.Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı	51
Tablo XXXVI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumlarına ve İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı	52
Tablo XXXVII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumu ve İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı	53
Tablo XXXVIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve Bir Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmedeki En Önemli Faktörlere Göre Dağılımı.	54
Tablo XXXIX	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Bir Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmedeki En Önemli Faktörlere Göre Dağılımı	54
Tablo XL	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Üniversite Hastanesine Başvurularındaki En Önemli Faktörlere Göre Dağılımı	55
Tablo XLI	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Grupları ve Üniversite Hastanesine Başvurularında En Önemli Faktörlere Göre Dağılımı.....	56
Tablo XLII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumlarına ve Üniversite Hastanesine Başvurularındaki En Önemli Faktörlere Göre Dağılımı	56
Tablo XLIII	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların "Eğer Üniversite Hastanesine Başvurmamış Olsaydınız İlk Nereye Başvurmanız Gerekirdi?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	57
Tablo XLIV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Üniversite Hastanesine Yaptıkları Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı	58
Tablo XLV	: Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Üniversite Hastanesinde Konulan İlk 10 Hastalık Tanısına Göre Dağılımı	58

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Klasik tıbbın konusu, kişinin sağlık ve hastalığı ile ilgili, biyolojik nitelikteki olgulardır. Toplum hekimliğinde ise, adından da anlaşılacağı gibi, hastalık ve sağlık sorunu bir kişi sorunu olarak değil, toplumun bir sorunu olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle toplum hekimliği görüşü ile, ilk aşamada toplum içinde sağlık sorunlarının ne olduğunu ve ne sıklıkla görüldüğünü saptamak gerekmektedir. Toplumun sağlık sorunları üzerinde yapılan araştırmalarda sosyal, kültürel ve ekonomik nedenleri, sosyal etiyolojik boyutlar çerçevesinde saptama zorunluluğu vardır. Bu sorunların çözülmesi için koşul ve olanaklara uygun tümelci (holistik) bir yaklaşım bulma ise bir başka zorunluluktur (37).

Kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanması temel haklarından biri kabul edilmekle birlikte, dünya'daki birçok insanın bu haktan yeterince yararlanamadığı, toplumun sağlık sorunları üzerinde yapılan araştırmalarda göze çarpan en önemli problemdir (1,15,34,40, 47).

Sağlık hizmetlerinden yararlanmaya ilişkin birçok etkenler vardır ve bu etkenler daha çok gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerin insanların yaşamında hissedilir ve sorun kabul edilir düzeydedir. Gelişmiş ülkelerde fertler, aileler ve toplumlar insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlere kadar hizmet götüren ulusal sağlık sistemi örgütüyle düzeyli bir sağlık hizmeti almaktadır (18).

Ülkemizde ise geçmişte bir temel sağlık politikası oluşturulamaması ve hizmetin aynı etkinlik ve verimlilikte yurt genelinde dengeli bir şekilde dağılımının sağlanamaması sebebiyle, sağlık hizmetlerinde bir karmaşa izlenmekte ve yaşanmakta, bu karmaşadan fert ve toplum olumsuz etkilenmektedir. Bu etkilenme özellikle sağlık açısından dünyada

ve ülkemizde risk grupları kabul edilen kesimler üzerinde daha yaşamsal tehlike boyutlarına ulaşmaktadır. Bunun istatistiksel sonuçları ülkemizin gündeminden hiç çıkmamaktadır.

Oysa daha önce değinildiği gibi toplumun sağlık durumu bir ülkenin gelişmişlik göstergelerinden biridir. Ülkenin gelişmesinde vazgeçilmez koşullardan birisi, sağlık alanındaki çağdaş gelişmelere ve bilimin sesine kulak vermesidir (3).

Ülkemizde sağlık alanında 1961 tarihli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair yasa, temel sağlık hizmetlerinin tüm Türkiye sathında halka ulaştırılması için gerekli alt yapıyı oluşturmuştur. Bu yasa uyarınca sağlık ocakları ve sağlık evlerinden oluşan bir ağın kurulması öngörülmüş olmakla birlikte, uygulama ülke geneline 1984 yılından sonra yaygınlaştırılmış, ancak sistemin amaçları doğrultusunda etkili çalışma henüz sağlanamamıştır (5).

Sağlık evi ve sağlık ocağı, sevk sistemi içinde ilk basamağı oluşturmaktadır. Teorik olarak koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerini sağlık ocakları yerine getirmektedir. Sevk zinciri içinde ikinci basamağı ilçe veya devlet hastanesi, üçüncü basamağı ise ihtisas hastaneleri ve tıp fakültesi hastaneleri oluşturmaktadır (38).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sürekli personel yetersizliği sorunuyla karşılaşmaktadır. Bu durumda birinci basamakta karşılanamayan hizmetlere olan talep, bir üst basamağa kaymaktadır. 1989 yılında ayakta tedavi ve danışma için hastanelere yapılan başvuru, sağlık ocaklarına yapılan başvurunun 3 katı olarak gerçekleşmiştir. Bir başka deyişle birinci basamak sağlık hizmetleri taleplerinin %79'u, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından karşılanmaktadır (45). Sağlık ocaklarından ilçe ve il hastanelerine doğru uzanan sevk zincirinin hastaneler düzeyinde aksayan yönü, ikinci basamağın hasta kabulünde sağlık ocağı sevkini esas almamasıdır (6).

Temel Sağlık Hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmada, birinci basamakta karşılaşılan sorunlar ve uygun bir hasta sevk sistemi sürecinin izlenmemesi, ikinci ve üçüncü basamakta gereksiz uygulamalara yol açmakta, bu durum halen kısır döngü içinde devam etmektedir (6).

Bu kısır döngü toplumdaki tüm bireylerin sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemekle birlikte risk gruplarını daha fazla etkilemektedir. 15-49 yaş grubu kadınlar dünya'da ve ülkemizde sağlık sorunları yoğun olan risk grupları arasında yer almaktadır. Dünya nüfusunun % 23'ünü 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır (1). Ve bunların % 75'i evli olup ana grubu olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde 15-49 yaş grubu kadınlar 1980 verilerine göre nüfusun % 22'sini oluşturmaktadır (14).

Kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin kapsamının belirlenmesinde kadınların istek ve gereksinimlerinin bilinmesinin önemi çok fazladır.

Bu nedenle araştırmanın amaçları şu şekilde belirlenebilir:

1. I. ve II.basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını araştırmak,
2. III.basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek,
3. Ana ve çocuk sağlığı ile ilgili konularda bilgi, tutum ve davranışlarının neler olduğunu saptamak,
4. Kadın-doğumla ilgili sağlık sorunlarını ortaya çıkarmak ve bu konulara ilişkin öneriler getirmek amacıyla planlanıp yürütölmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIĞIN ÖNEMİ, HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARI

İnsanın en büyük serveti sağlıktır. Kişileri sağlıklı ya da hasta olarak tanımlamak çok zaman olanak dışıdır. Bunun doğal bir sonucu olarak da sağlık ve hastalık durumlarını birbirinden ayıran kesin bir çizginin varlığından söz etme olanağı da yoktur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sağlık tanımı, hastalık ve sağlık durumlarının iç içe girmiş oluşunun açık bir belirtisidir. Bu tanım "*sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumudur*" biçimindedir. Bu tanımlamada sağlık beş koşula dayandırılmaktadır.

Kişilerin sağlıklı olması, topluluk ve toplumların dengeli ve düzenli olmalarının başta gelen etkenidir, dolayısıyla sağlık büyük önem verilmesi gereken bir konudur. Kişilerin birbirleriyle ve toplumla uyum içinde olması için bazı koşulların kişilere sağlanması gerekir. Örneğin, sağlık hizmetleri ve eğitimi, sosyal güven ve refah, sağlıklı barınak gibi. Ancak bunların hepsinden önce sağlık ve sağlık hizmetlerini birinci sıraya koymak gerekir. Çünkü sağlığı yerinde olan bir kişi bütüne uyum konusunda diğer görevlerini yerine getirebilir (20).

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Sağlık ve hastalık kavramlarının iç içe geçmiş ve sağlıklı olma tanımındaki öğelerin kapsamlarının geniş, kişiye, topluma ve zamana göre değişmekte olması, sağlık hizmetlerinin bu özellikleri taşıması sonucunu doğurmaktadır. Sağlık hizmeti kapsam olarak resmi ve resmi olmayan tüm hizmetleri kapsar (52). Bir ülkedeki sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi toplumsal, ekonomik ve yönetsel etkenlerin etkisi altında geniş bir değişiklik gösterir.

DSÖ'nün bir danışman grubunca önerilen kapsam dört bölümdür (50):

a. Uygun çevre, uygun beslenme ve fizik kültürü kapsayan ÇEVRESEL KORUYUCU HİZMETLER.

b. Aşılama, periyodik sağlık denetimleri ve sağlık eğitimini kapsayan KİŞİSEL KORUYUCU HİZMETLER.

c. Hastalık ve yaralanmaların tam olarak iyileştirilmesini kapsayan İYİLEŞTİRİCİ HİZMETLER.

d. Kişilere tam çalışma ve yaşama yeteneklerini yeniden vermeyi amaçlayan REHABİLİTASYON HİZMETLERİ.

Bu ayırımında, sayılan hizmet türleri ve kapsamlarının kamu sektöründe yerine getirilmesi gereken hizmetler olduğu göz önüne alınmalıdır. Ayrıca, hizmeti verenle halk arasında bir iletişimin kurulmuş olması önemlidir. Fakat, halka verilecek sağlık hizmetlerine ilişkin "arz-talep" ilişkisi tam anlamıyla bilinmemektedir. Bu konuda Şekil 1 yeterli bir fikir vermektedir (22).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Arz-Talep İlişkisi

Sağlık hizmetlerini, geleneksel; askeri uygulamalar; Din örgütüne bağlı sağlık kuruluşları; Endüstri, madencilik ve tarım işçileri için kurulmuş sağlık kuruluşları; Halk sağlığı programları; Sosyal güvenlik ve gönüllü kuruluşlar; Gönüllü kişisel kuruluşlar; Özel hekimlik uygulamaları ve diğer devlet programları gibi başlıklar altında toplayan bir başka danışman grubu görüşü de vardır (20).

Sağlık hizmetleri, hizmetin sunulmasındaki özelliklere bağlı olarak da KORUYUCU VE TEDAVİ EDİCİ sağlık hizmeti olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Aslında bu yapay bir ayırımdır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birbirinin tamamlayıcısıdır. Birbirinden ayrı düşünülemez. Ancak hizmetlerin sunulmasıyla ilgili özellikleri nedeniyle bir takım ayrılıkları vardır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak hastaneler tarafından verilirken, koruyucu sağlık hizmetleri daha çok birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir (7).

Sağlık hizmetlerinin kapsamı ülkemizde ve dünyamızda gelişmiş olan ülkelerle, gelişmekte olan ülkeler arasında hatta bazen bir ülkenin değişik bölgeleri arasında farklılıklar göstermekte, sunulan hizmet de ona göre olmakta, toplumun sağlık düzeyi de o nispette yükselmekte veya düşmektedir (41).

Sağlık Hizmetlerini geliştirmek için 1978 Alma-Ata konferansında, dünyadaki tüm insanlara en alt düzeyde verilmesi gereken sağlık hizmetlerini "Temel Sağlık Hizmetleri" olarak belirlemiş ve 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt tarafından onaylanmıştır (18,21,34).

"2000 yılında herkese sağlık" amacına ulaşılabilmesi için örgütlenme modelleri önerilmiştir.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konuda 16 ilkesi bulunmaktadır:

1. Toplumun katılımı sağlanmalıdır.

Bu bir zorunluluktur. Zira sağlık hizmetleri bir sosyal hizmettir. Sağlık hizmetleri ise, toplumun her bireyinin, her an gereksinim duyabileceği ve kullanmak isteyeceği hizmetlerdir. Bu tür hizmetlerin planlanmasında hizmeti alacak kişilerin talep ve beklentilerinin bilinmesi çok önemlidir. Bu açıdan toplumun katılımının sağlanması zorunludur.

2. Ekip Hizmeti (Hekim dışı personel).

Her düzeydeki sağlık hizmetinin bir ekip çalışması içinde ortaya konduğu iyi bilinmektedir. Örneğin, sağlık ocağı çalışmaları hekim ve hekim dışı personelden oluşan bir ekip çalışması şeklinde gerçekleştirilebilir.

3. Toplum İçinde Örgütlenme.

Sağlık hizmetinde istenen amaca ulaşmada toplum içinde örgütlenme zorunluluğu vardır.

4. Sevk zinciri kurulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde temel örgütlenme ilkelerinden birisi basamaklı hizmet modelidir. Kişiler sağlık sorunları olduğunda, ulaşabilecekleri en üstün sağlık hizmetini almak isteyeceklerdir. Bu doğal olarak büyük sağlık kuruluşlarında yığılmaya yol açar ve sağlık hizmetinin niteliği bozulur. O halde bir kişinin, özellikle kendisine en yakın konumda bulunan sağlık kuruluşuna başvurması ve bu kuruluşta çözülemeyen sorunların kademeli olarak daha üst kuruluşlara sevki esasına dayanan bir hizmet modelinin uygulanması zorunluluğu vardır.

5. Entegre Hizmet Kavramı.

Kişilere en yakın konumda bulunan uç (1.basamak) sağlık kuruluşları iyileştirici sağlık hizmetlerinin yanısıra koruyucu sağlık hizmetlerini de gerçekleştirirler ve böylece sağlık hizmetleri "entegre" olarak sürdürülmüş olur.

6. Hizmette süreklilik.

7. Risk yaklaşımı.

Uç birim, bölgedeki kişiler arasında daha yüksek riskli olanları değerlendirmek suretiyle bu kişilere hizmete öncelik de sağlayabilir.

8. Ülke koşullarına uygunluk.

Örgütlenme ülkenin sosyal, ekonomik vb. koşullarına uygun, kabul edilir olmalıdır.

9. Uygun teknoloji.

Çağın ve ülkenin şartlarına uygun teknoloji taşınmalıdır. Teknolojiyi kullanacak personeli beraberinde bulundurmalıdır.

10. Sektörlerarası işbirliği.

Sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşmasında her düzeyde (köy,ilçe,il,ülke) değişik birim ve sektörlerin işbirliği yapmalarının büyük önemi vardır. Örneğin, ülke düzeyinde belediyeler ve bakanlıkların işbirliği.

11. Sağlık-kalkınma ilişkisi.

12. Hizmet araştırmaları.

13. Lojistik destek.

14. İlaç savurganlığının önlenmesi.

15. Denetim-sürekli eğitim.

16. Özendirme-yoksunluk bölgeleri.

2.2. DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ YAKLAŞIMLAR

Sağlık hizmetlerinde 1980'lerde yeni bazı yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Aslında bu başlangıcı biraz daha gerilere, sağlıkta çevresel faktörlerin önemine isabet eden görüşlerin geliştiği İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllara kadar götürmek de mümkündür. 1970'lerin sonlarına doğru dünyada sağlık durumu ile ilgili olarak dikkatleri çeken bazı olgular, bazı yeni uygulamaların yapılması gereğini ortaya çıkarmıştır. Çağdaş olması gereken bu uygulamalara geçmeden önce 1970'li yıllarda dünyada sağlıkla ilgili olarak saptanan bazı noktalara değinilmesi gerekmektedir (6).

- Dünyada 1 milyar kişi yoksulluk, kötü beslenme ve hastalıklar nedeniyle çalışamaz durumdadır. Gelecekleri için ümitsizdir.

- Gelişmiş ülkelerde gıda tüketimi günde kişi başına 3400 kalori iken bu değer geliştirmekte olan ülkelerde 2000 kalori dolayındadır.

- Doğuşta beklenen yaşam süresi bazı ülkelerde 70 yılın üzerinde, bazılarında ise 50 yıl dolayındadır.

- Gelişmekte olan ülkelerde bebek ölüm hızı çok yüksektir. Doğan her 10 bebekten 2 tanesi ilk yıl içinde, 1 tanesi de sonraki 4 yıl içinde ölmekte, ancak 5 tanesi 40 yaşına ulaşabilmektedir.

- Gelişmiş ülkelerde ölümlerin yarısı kalp damar hastalıklarından, beşte biri kanserden olurken, geliştirmekte olan ülkelerde kolaylıkla korunulabilecek hastalıklar en sık ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.

- Gelişmekte olan ülkelerde her yıl doğan 100 milyona yakın çocuğun 90 milyonu aşılanamamaktadır.

- Çevre koşulları bozuktur, sanayileşme ve hızlı kentleşme bu durumu daha da bozmaktadır.

- Dünya nüfusunun üçte birisi düzenli sağlık hizmetinden yoksundur.

Bu gerçekler ortaya konduktan sonra, sağlık hizmetleri 1977 yılından beri yeni ve etkili bir şekilde ele alınmaktadır. "2000 yılında herkese sağlık" uluslararası adıyla bilinen bu yaklaşımı doğuran başlıca nedenlerden birisi hem gelişmiş ülkelerle hem de aynı ülkede farklı bölgeler ve kesimler arasında varlığı gözlenen büyük sağlık düzeyi farklılıklarıdır. Bazı ülkelerin ekonomik kalkınmalarına uyan sağlık düzeyine ulaşamamaları da, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde topluma sunulmasının gereği bu yaklaşımı doğuran bir başka nedendir.

Sağlık hizmetlerinde var olan bozukluğu giderme çabasında 4 kavramdan hareketle çalışmalar başlatılmıştır:

a. Sosyal Etkinlik Kavramı: Buna göre sağlık insanların doğuştan var olan haklarıdır ve her devlet, halkına bu konuda gerekli hizmeti, herkese eşit olarak ulaştıracak şekilde götürmelidir. Aslında sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olduğu ilkesi pek çok ülkenin anayasasında yer almıştır. Ancak sağlık hizmetinin herkese eşit bir şekilde ulaştırılması konusunda pek çok ülke yeterli başarı sağlayamamıştır.

b. Öz Sorumluluk Kavramı: Buna göre, kişinin sağlığından öncelikle kendisinin sorumlu olması gerektiğini ifade etmektedir. Kişiler bu konuda sorumluluk aldıkları ölçüde, bu kişilerin oluşturduğu toplumlar, o toplumun sağlık sorunları hakkında sorumluluk almış olurlar. Sonuçta sağlık sorunlarının çözümünde istekte bulunurlar, yapılacak planlamalara katılımda bulunurlar ve sağlık hizmetlerine sahip çıkarlar.

c. Sağlık Hizmetlerinin Boyutu Kavramı: Bu kavrama göre sağlık ve mutluluk çok yakından ilişkilidir, sağlıklı insan mutlu insandır. İnsanın mutluluğu için yapılacak her türlü çaba, aynı zamanda insanın sağlığı için yapılmış demektir. Örneğin, yol ve konut yapımı, çevre düzenlemeleri gibi yapılan uygulamalar aynı zamanda insan sağlığı bakımından da önemli rol oynar. O halde sağlık hizmetlerinin boyutu çok geniştir ve sağlık sorunlarının çözümü için birçok sektörün birarada çalışması zorunluluğu vardır.

d. Uluslararası Dayanışma Kavramı: Sağlık sorunlarının çözümünde sektörler arası işbirliği gereğinden başka uluslararası işbirliği de gereklidir. Zira günümüzde bir ülkedeki sağlık sorunları diğer ülkeleri de ilgilendirmektedir. Sağlık evrenseldir, çözümü de ancak evrensel katılım ve işbirliği ile gerçekleştirilebilir (6).

Dünya'da sağlık hizmetlerindeki ilk gelişme, sağlık hizmetlerinde yeni bir strateji hazırlamak amacıyla 1954 yılında ilk toplantısını yapan DSÖ'nün 1977 Mayıs ayında yaptığı toplantıda aldığı WHA 30.43 sayılı kararla "Herkese Sağlık" ilkesini yaşama geçirebilmek için yeni bir dönem başlatmış olmasıdır (48).

Bu karara göre "Hükümetlerin ve DSÖ'nün önümüzdeki dönemde başlıca sosyal amacı 2000 yılına kadar herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşamı sürdürebileceği bir sağlık düzeyine erişmesini sağlamaktır."

Bu kararda sözü edilen hedefe ulaşabilmek için sağlık hizmetleri nasıl sunulmalıdır? sorusunu cevaplayan "Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Uluslararası Konferansı ve Bildirgesi" ise yeni dönemle ilgili ikinci gelişmedir.

6-12 Eylül 1978 tarihlerinde Alma Ata'da yapılan ve bu isimle anılan bu konferans ve bildirme, sağlık alanında yeni hizmet ilkelerini tanımlamış ve bunu TSH adıyla DSÖ hükümetlere önermiştir. Ülke ve toplumların farklı sağlık sorunları olması nedeniyle, TSH'lerinin en azından, sağlık eğitimini, yeterli ve dengeli beslenmeyi, aile planlamasını, bağışıklık çalışmalarını, salgın hastalıkların kontrolünü, hastalık ve yaralanmaların doğru tedavi edilmesini ve gerekli ilaçların sağlanması hizmetlerini kapsamaması gerektiğini ifade etmiştir (23). Bu hizmet kapsamında, hastalanma ve ölüm riski yüksek gruplara öncelik

hakkı verilecek, yapılacak hizmet araştırmalarıyla TSH'nin etkisi ve kalitesi sürekli değerlendirilip artırılmaya çalışılacaktır. Bireyler sevk zinciri ile de uzmanlaşmış tıp hizmetine ulaşacaklardır (11).

2.3. TÜRKİYE'DE SAğLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

1921'den 1937'ye kadar aralıklı 14 yıl Sağlık Bakanlığı yapan Dr.Refik Saydam o günün koşullarına göre önemli çalışmalar yapmıştır. İkinci Dünya Savaşı yıllarından sonra ülkemiz de sağlık alanında yeni sistem arayışı girişimleri olmuş, hkmet tabipliklerinden, sağlık merkezi uygulamasına geçilmiş, 10 yıl devam eden bu sistem, aksayan yönleri düzeltilerek toplumun ihtiyaçlarına göre ynlendirilemediğinden, başta amaçlanan hedeflere ulaşılamamıştır (33).

!961 yılında kabul edilen 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasanı, sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine eşit, etkili ve birbirini tamamlayan bir ekip hizmeti olarak verilmesi amacıyla hazırlanmış ve yürürlüğe girmiştir (39).

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yalnızca sağlık ocaklarında sunulan hizmetler anlamına gelmez. Burada başlayan hizmetler 2. ve 3. basamağa uzanır. Bir başka deyişle sağlık ocakları olanakları ile vatandaşa hizmet vermek olanaklı değilse kişinin daha yukarılara sevk edilmesi gerekecektir. İşte yasanın ve ona bağlı mevzuatın getirdiği ilke sağlık ocaklarından bölge hastanelerine ve oradan da il hastanelerine, özel dal hastanelerine hasta sevkini öngörmektedir. Böylece tabandan yukarıya bir hasta akımı, bunun karşılığında da yukarıdan tabana, hastayla ilgili bir bilgi akımının olması beklenir (Feed-back) (36).

Bu ilke aynı zamanda hastanecilik hizmetlerimizin de yararınadır. Çünkü sağlık ocakları, hastanelerin önünde bir filtre görevi görmektedir. Sağlık ocaklarına başvuran 100 hastadan 5 ya da 10'unun hastanelere sevk edildiği istatiklerle bilinen gerçektir (21).

Yasanın ngrdğ finansman işbirliği ve tek elden yönetim ilkelerinin gerçekleşmesi için yeterli çaba gösterilemediğinden, yine yeni bir yasa değişikliğine gidilmiş 1987'de"Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" nun çıkarılmasına çalışılmıştır.

Sağlık düzeyini yansıtan çeşitli göstergelere göre Türkiye'nin sağlık düzeyi gelişmiş olan ülkelere göre daha kötü olmakla birlikte gelişmekte olan ülkeler ortalamasına göre iyidir. Türkiye'de yapılması gereken, 224 sayılı yasanı ve uygulamalarını gözden geçirerek eksiklerini gidermek veya günün değişen koşullarına uygun hale getirmek, hatalı uygulamaları da düzeltmek olmalıdır (6).

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Beş Yıllık Kalkınma Planları ve Hizmetin Sunuluşu

TC 1982 Anayasası herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu madde 56'da vurgulanmaktadır (44). Bunun için de ülkemizde 5'er yıllık kalkınma planları uygulanmaktadır. Son iki dönemi kapsayan planlardan kısaca söz edersek Türkiye'nin son yıllardaki sağlık politikası ve gereksinimleri daha iyi anlaşılabilir.

- BEŞİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1985-1989)

Bu plana göre (45) sağlık sektörüne ilişkin politikalar, 1984 yılı itibarıyla tüm illeri kapsamına almış olan sosyalleştirilme uygulamasında verimliliğin artırılmasına yönelik olarak biçimlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ulaştırmak temel ilke olmuştur. Temel politikası şudur:

- a. Sağlık hizmetlerinin dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması.
- b. Tedavi edici sağlık hizmetlerini sunarken koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması.
- c. Sevk zincirinin kurulması.
- d. Yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin etkili ve verimli kullanılması.
- e. Çocuk ölümlerinin azaltılması için yüksek kurul oluşturulması.
- f. Yeterli insan gücü ve sağlık sigortasına geçiş.

- ALTINCI BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1990-1994)

Bu planda (45) sağlık sektörüne ilişkin hedefler, ölçülebilir hedefler olarak belirlenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde etkinliğin sağlanmasını esas alan bu plan daha sağlıklı toplum için, aşı kampanyaları dahil, koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilmesini ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini öngörmektedir. Ayrıca Türk toplumunun temel taşı olan aileyi ekonomik, sosyal, kültürel alanda desteklemek, güçlendirmek, ana çocuk sağlığına yönelik, iyileştirici tedbirlerin alınmasını da öngörmektedir.

2.3.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care)

Bu basamak sağlık hizmetleri, fertlerin, ailelerin ve toplumların yaşadığı ve çalıştığı yere kadar hizmet götüren ulusal sağlık hizmeti ile ilk karşılaştıkları hizmet düzeyleridir ve devam eden sağlık hizmet düzeyinin ilk unsurudur (18). Eğitim, tarım, endüstri, ulaşım ve benzeri iş kollarıyla işbirliği yaparak hem sağlık hem de yaşam düzeyini yükseltmeyi amaçlar.

Temel unsurları, önde gelen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve kontrol edilmesinin eğitimi, gıda kaynaklarının artırılması, uygun beslenme, yeterli temiz su temini ve temel hijyen, aile planlamasını da içeren ana-çocuk sağlığı, bağışıklama, bölgesel endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması, tüm yaş grupları için kaza, yaralanma ve hastalıklara yönelik basit tıbbi bakım olanakları, temel ilaçların bulundurulması ve bu hizmetlerin yerine getirilebilmesi için ulaşılabilir uzatlıkta olmaları (18).

Bu hizmetin örgüt birimi sağlık evi ve sağlık ocağıdır. Ancak bu birimlerin, bir üst basamakla sağlıklı diyalog içinde çalışması esas kabul edilmiştir (49).

Birinci basamak sağlık hizmeti verilecek ülkelerde ayrı finansman düzenlemeleri yapılmalıdır. Aksi durum bu hizmetin parçalanmasına ve zayıflamasına yol açar. Bu hizmetin geliştirilmesi finansal kaynakların ve ödeneklerin artırılması ile mümkündür (3). Bu basamak sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ise hizmetleri çok amaçlı boyutlara götürecektir. Zaten hastaların % 90'ı 1.basamakta tedavi edilebilir, aile doktorluğu ile diğer basamaklara bağlayıcı olabilir. Zira toplumda sık görülen sağlık sorunları, tanı ve tedavisi kolay olan sorunlardır (43,47).

İngiliz Price-Waterhouse firmasının ülkemizde yaptığı bir araştırmaya göre sağlık ocaklarına süreklilik gösteren mali yatırımların olmaması, gerekli araç-gereç donanımının eksiklik veya eskiliği gibi nedenlerle 1.basamak hizmetleri ülkemizde oturmamıştır (3).

2.3.3. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Secondary Health Care)

Bu basamakta sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları hastanelerdir. Sağlık evi ve sağlık ocaklarında teşhis ve tedavi edilemeyen hastalıklar durumunda devlet veya kurum hastanelerine başvurulacak, hastalar o hastanenin hekimleri tarafından muayene ve tedavi edileceklerdir (33).

Sağlık ocaklarından ilçe ve il hastanelerine doğru uzanan sevk zincirinin hastaneler düzeyinde aksayan yönü ise 2.basamağın hasta kabulünde, sağlık ocağı sevkini esas almamasıdır. Birinci basamakta karşılaşılan sorunlar ve uygun hasta sevk sistemi

sürecinin izlenmemesi, ayakta tedavi hizmeti için talebin artmasına, hastane önlerinde gereksiz bir birikime yol açmaktadır (7).

2.3.4. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri (Tertiary Health Care)

Bu basamakta sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları, teknolojisi ve insan gücü gelişmiş hastanelerde verilen hizmetlerdir. Spesifik hastalıklarla ilgilenir.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çözümlenemeyen ve ileri tetkik isteyen durumlarda başvurulmaktadır. Ülkemizde bu görev referans hastaneler ve üniversite hastaneleri tarafından yerine getirilmeye çalışılmaktadır (33).

Temel sağlık hizmetlerindeki başarısızlık, olduğu gibi hastanelere yansımakta, büyük bir yük altında kalan hastaneler ne birinci ne ikinci ne de üçüncü basamak işlevini yerine getirebilmektedirler. Böylece temel sağlık hizmetine göre çok daha pahalı bir yatırım olan ikinci, hatta üçüncü basamak kuruluşlarının kaynakları boşa harcanmaktadır (3). Çünkü, ikinci ve üçüncü basamakta verilen hizmet ekstra maliyet, özel personel ve gelişmiş ünitelerin yer aldığı ek donanımları bünyesinde bulundurmamalıdır.

Sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar arasındaki geleneksel ayırımlar anlamını yitirmektedir. Hizmet basamaklarında yatak ihtiyacı uzmanlaşma dereceleri gibi kriterlerden ziyade hizmet seviyeleri arasında daha belirgin kriterler sağlanmalıdır. Kaynakların dağılımı, aşama düzenine göre, tercihen bölgesel kriterler düşünülerek karar verilmelidir. Tesis, özel personel ve araç-gereç donanımında farklı toplulukların temel gereksinimleri karşılanacak şekilde etkili ve geçerli yayılım yapılmalıdır (30).

İkinci ve üçüncü basamaktaki sağlık hizmetlerinin uygulanmasında yeni ünitelerin oluşması, ek araç-gereç satın alınması ve personel üzerindeki yükün hafifletilmesi için ekstra masrafların olması kaçınılmazdır (24).

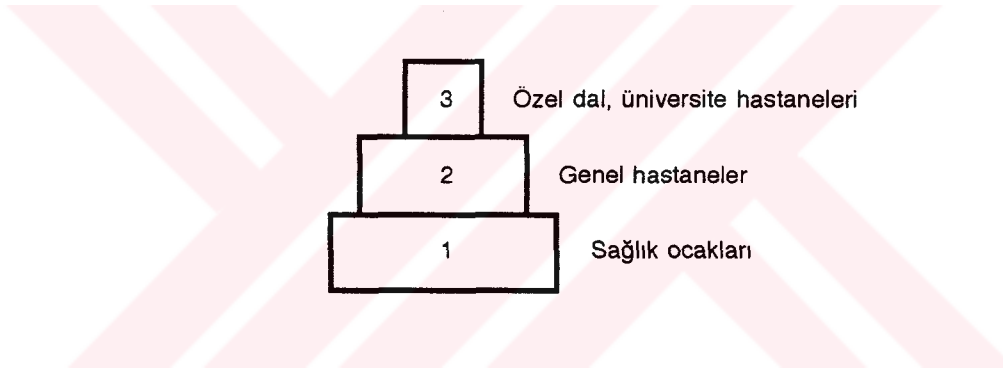
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN BÜTÜNLEŞTİRİLMESİ VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Bugün dünyada herkese sağlık hizmeti sağlamanın en geçerli yönteminin "devlet eliyle temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek" olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizdeki sosyalleştirme uygulaması, temel sağlık hizmeti anlayışına dayalı bir örgütlenme getirmişken, 30 yıla yakın bir süredir, yeterli destek göremediği için bugün işlememekte, ancak yerine ne konacağı da belirsizlik içindedir.

Sağlık Bakanlığı'nın İngiliz Price-Waterhouse firmasına yaptırdığı sağlık araştırmasında belirlendiği gibi, "Tüm tedavi hizmetlerinin etkili yürütülebilmesi için,

temel sağlık hizmetinde gözle görülür bir gelişme, en önemli koşuldur." Bugün yaşanmakta olan "Sağlık sektörü ve halk sağlığı" bunalımı nedeniyle Türkiye çeşitli ölçütlere göre orta derecede gelir ve gelişmişlik düzeyinde bir ülke olarak değerlendirilirken, sağlık hizmetlerine verilen önem, sağlık harcamaları ve sağlık düzeyini gösteren ölçütler yönünden daha geri olup, yer yer düşük gelir düzeyli ülkelerle aynı sıraları paylaşmaktadır (3).

1978'de Alma-Ata'da yapılan konferansta sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi, bireylerin sevk zinciri ile uzmanlaşmış tıp hizmetine ulaştırılması önerilmiştir. Çünkü sağlık hizmetleri bütünleştirilmezse, yataklı tedavi kurumlarıyla desteklenmeyen 1. basamak sağlık hizmetleri başarılı olamaz. Bunun tersi de doğrudur. Çoğunlukla koruyucu sağlık hizmetlerinin oluşturduğu Temel Sağlık Hizmetleri Örgütü kurulmamış, işletilmemişse, hastaneler gerçek fonksiyonlarını göremez (21). Sağlık hizmetleri Şekil 2'de görüldüğü gibi bir bütündür. Bu bütünün her bölümü önemlidir.



Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde Basamaklı Piramit (36)

Fakat sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi, 224 sayılı kanun, 154 sayılı yönerge, 144 sayılı yönetmelikte belirtildiği gibi yapılan düzenlemeler ve idari tedbirlere rağmen başarısız, bugünkü karışık tablo ortaya çıkmıştır. Bunun nedenlerini başlıca üç grupta toplayabiliriz:

- a. Finansman sorunu
- b. İnsan gücü, araç ve gereç, program sorunu
- c. Yönetim ve koordinasyon sorunu.

2.4.1. Finansman Sorunu

Türkiye'de, 1.basamak sağlık hizmetlerinin verildiği ülkelerde ayrı fon yoktur. Eskiden beri 2. ve 3.basamak sağlık kuruluşlarının kaynağından yararlanılır (49).

Çoğu ülkede sağlık harcamaları artmakta, net ulusal gelirin % 5-8'i arasında olmaktadır. Genelde 2. ve 3.basamak için azalma, 1.basamak için artma sağlanmaktadır. Sağlık harcamalarının (SH), Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'ya oranı, gelişmiş ülkelerde % 13'e değin yükselmekte ve genelde % 6-13 arasında değişmektedir. Bunun % 64-96'sını kamu harcamaları oluşturmaktadır. SH/GSMH oranı orta gelir düzeyindeki ülkelerde % 2.6-5.4, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde % 2.0-4.2 arasında bulunmaktadır. Türkiye 2.98'lik oranı ile, orta gelir düzeyindeki ülkeler arasındadır. Bu oranın ancak yarısı kamuya aittir. Geri kalanı özel sağlık harcamalarıdır.

Genel bütçeden sağlığa ayrılan pay 1980'lerde % 2.7'lerde seyretmiştir. Kişi başına ulusal geliri çok daha düşük bazı ülkeler sağlığa bizden daha çok pay ayırmakta, böylece halk sağlığını daha iyi düzeylere yükseltmektedir.

Sağlık sektöründeki bunalımı gidermeye yönelik en önemli ilk adım sağlığa ayrılan kamu harcamalarının artırılmasıdır. Dünya'nın tüm gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkesinde sağlık hizmetinin en büyük yükünü kamu sağlık sektörü çekmektedir. Başka yollarla halkın sağlık durumunu, eşitlik ilkelerine uygun olarak iyileştirmenin örneği dünyada yoktur. Bu nedenle kamu sağlık harcamalarının çağdaş düzeylere getirilmesi gereklidir. Ölçüt olarak, DSÖ'nün önerisi olan "GSMH"nın % 5'i oranı alınmalı, Sağlık Bakanlığı bütçesi % 10 oranına çıkarılmalıdır (3).

2.4.2. İnsan Gücü, Araç-Gereç ve Program Sorunu

İnsan gücü ile ilgili sorunlar hem niceliksel (sayı,dağılım), hem de niteliksel (eğitim, etik konular) konuları kapsamaktadır. Ülkemizde sağlık insan gücünün sayısı ile ilgili sorunlar vardır. Son yıllarda hekim sayısındaki büyük artışlara karşılık, hekim dışı sağlık personeli sayısı ihtiyacı karşılayacak düzeyde değildir. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Bunun ötesinde var olan insan gücünün dağılımı da dengesizdir. Doktorların yaklaşık % 60'ı nüfusumuzun % 22'lik bölümünü kapsayan üç büyük ilimizdedir (7).

Sağlık personelinin niteliği ile ilgili konuların başında, eğitim sorunları gelmektedir. Okullarda yeterli bilgi ve beceri kazanmadan mezun olan bu personel, mezuniyet sonrası da mesleki gelişmeleri izleme ve öğrenme olanağından yoksundur. Bunun sonucunda hekim ve sağlık personeli yalnızlığa itilmekte, sağlıksız bir insan gücü kitlesi meydana gelmektedir. Bu durum sağlık hizmetinin niteliğini ve başarısını etkilemekte ve yığılımı artırıcı rol oynamaktadır (7).

İnsan gücünün olduğu yerlerde tıbbi araç-gereç, taşıt donanımı yoktur, ya da eskimiştir. Yetkililerden destek ve denetim çok azdır.

Sağlık hizmetleri için güçlü programlar yapılmalı ve plan dahilinde sağlık tesislerinin ve insan gücünün yurt çapında eşit dağılımı yapılmalıdır (3).

2.4.3. Yönetim ve Koordinasyon Sorunu

Bir hizmetin başarısında iyi yönetimin çok önemli rolü vardır. İyi yönetim ise, bu konuda deneyimli, iyi yetişmiş yönetici ile sağlanabilir. Mali kaynaklar ve insan gücü sorunlarının çözüme kavuşturulmasının güç ve zaman alıcı oluşuna karşılık yönetime ilişkin sorunların çözümü daha olanaklı görülmektedir. Bu konuların çözümü Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilebilir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yönetim kademelerinde çalışmak üzere yetişmiş yeterli doktor vardır. Bu kişilerin sağlık müdürü olarak görevlendirilmesi ile sağlık hizmetlerinin başarısı artırılabilir (7).

Sağlık hizmetlerindeki koordinasyon ise, 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin yasaya rağmen sağlanamamış, bugünkü karışık tablo ortaya çıkmıştır (21).

Bu yasada sağlık hizmetlerinin tedavi hizmetleri bakımından hastaneler, sağlık kuruluşlarının en küçük birimi olan sağlık ocaklarıyla tamamlayıcı hizmet görecektir denilmektedir. Ancak kurumlar arası koordinasyon kurulamaması, hastanelere olan aşırı talep, bu kuruluşların karşılayabileceği sınırı aşmakta ve yığılmalar meydana gelmektedir. Bu durum tedavi hizmetlerinin niteliğinde düşmeye yol açmaktadır (3,21,24).

2.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR

2.5.1. Sağlık Bakanlığı

3 Mayıs 1920'de kurulan Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının geliştirilip uygulamasından resmi düzeyde sorumlu kuruluştur. Hem tedavi hem de koruyucu ve temel sağlık alanında hizmet sunmaktadır. Hizmetin yürütülmesinde sektörlerarası işbirliği ve koordinasyon yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 1990 yılı Eylül ayı ülke genelinde 137 685 yatak kapasitesine sahip 886 hastanesi vardır. Toplam yatak kapasitesinin % 51'i Sağlık Bakanlığı'nca karşılanmaktadır.

Temel sağlık hizmetleri alanında 3 476 sağlık ocağı, 11 076 sağlık evi ve 220 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ile tedavi ve koruyucu hekimlik hizmeti verilmektedir (45).

2.5.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre sigortalılara, eş, çocuk, anne, baba, dul ve yetimlerine sağlık hizmetini Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait hastaneler,

dispanserler vermektedir. Yetişemediği yerde anlaşmalı hekim ve müesseselerden hizmet satın almakta veya resmi kuruluşlara sevk yapmaktadır (45).

2.5.3. Tıp Fakülteleri

Sağlık sistemi içinde özerk çalışan kuruluşlardır. Bazı tıp fakülteleri, halk sağlığı bölümleri aracılığıyla kendi buldukları çevrelere temel sağlık hizmetleri de vermekte, sağlık ocakları ve sağlık evleri bu alanda kendilerine yardımcı olmaktadır (45).

2.5.4. Resmi ve Yarı Resmi Diğer Sağlık Kuruluşları

Milli Savunma Bakanlığı'na ait 42 hastane, 1 tıp akademisi, İçişleri Bakanlığı'na ait 1 polis hastanesi ve Milli Eğitim Bakanlığı'na ait 1 öğretmen hastanesi, ayrıca Posta Telgraf Telefon (PTT), Türkiye Devlet Demiryolları (TCDD) ve vakıfların, bankaların sağlık hizmeti veren hastaneleri vardır (45).

2.5.5. Özel Sektör

Uzman doktorların istihdam edildiği özel sektörde tanı, tedavi ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Özel hastaneler ülkedeki toplam yatak kapasitesinin % 4'üne sahiptir. Çalışma yetkileri ve denetlenmeleri Sağlık Bakanlığı'nca yapılmaktadır (45).

2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜNİVERSİTELERİN ROLÜ

Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile 1. ve 2.basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi planlanmış, 3. basamağı oluşturması gereken üniversite hastanelerinin genel sağlık sistemi içinde yerini alması ise zamana bırakılmıştır (11).

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri, Alma-Ata Konferansı'ndan 17 yıl önce ele alınmış olmasına karşın, beklenen düzeye ulaşmaması, "2000 yılında herkese sağlık" amacının çok gerisinde kalacağı izleniminin nedenlerinden biri, üniversitelerin temel sağlık hizmetlerine ilgisiz kalmasıdır. Üniversitelerin bu konuda başarılı olmaları için;

1. Üniversitemiz Temel Sağlık Hizmetleri (TSH)'ne doğrudan katılmalıdır. Bunun için de;

a. Tıp fakülteleri başta olmak üzere üniversitelerdeki tüm eğitim programları TSH göz önüne alınarak yeniden planlanmalıdır.

b. Üniversiteler, TSH'nın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine yönelik araştırmalara öncelik vermeli ve bu konuda Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yapmalıdırlar.

c. Üniversite hastaneleri, genel sağlık örgütü içindeki yerini bir an önce almalı ve bu hastaneler 3.basamak tedavi hizmetlerini vermek üzere sosyalleştirme kapsamına alınmalıdır.

d. Üniversiteler kendi bölgelerindeki tüm hekimlerin hizmet içi eğitiminde sorumlu olmalıdır.

2. 1., 2. ve 3.basamak sağlık örgütleri arasında iyi bir eşgüdüm oluşturulmalı, böylece 1.basamaktan 3.basamağa doğru hasta akımı, 3.basamaktan 1.basamağa doğru bilgi akımı sağlanmalıdır (feed-back).

3. Tıp fakültelerinde, sağlık yönetimi ile ilgili yeterli eğitim verilmeli, yönetici hekimlik çekici hale getirilmeli.

4. Üniversite ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile tıp fakültelerinin denetiminde eğitim ve araştırma bölgeleri kurulmalıdır.

5. TSH'nin hizmet birimlerinin insan, araç-gereç ihtiyacı karşılanmalıdır (34).

2.7. TÜRKİYE'DE ANNE SAĞLIĞI VE SORUNLARI

Ülke nüfusunun yarısını teşkil eden kadın popülasyonunun sağlık düzeyini ve sorunlarını incelerken, kadının hayatını evrelerine göre ele almak gerekir. Kadın hayatı genel olarak fizik ve mental büyüme gelişmenin yer aldığı 15 yaşına dek olan dönem, doğurganlıkla ilgili olayların yoğunluk kazandığı 15-49 yaş dönemi ve 50 yaşından sonraki postmenopozal dönem olmak üzere 3 evreye ayrılabilir (13).

2.7.1. 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sorunları

Türkiye'de 1990 yılı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre doğurgan çağ olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu kadınların oranı nüfusun % 23'ünü oluşturmakta ve bu grupta bulunan kadın sayısı 13.1 milyon olarak hesaplanmaktadır (16). Bunların da % 75'i evlidir (1,14).

15-49 yaş grubu kadınların özellikle evli olanların karşılaştıkları sağlık sorunları kırsal kesimlerde daha ağır yaşanmaktadır.

Bu sorunlar şöyle sıralanabilir:

a. Genç yaşta yapılan evlilikler: Genç yaştaki evlilikler, kadının sağlığı ile doğrudan ilgisi olan gebelik, doğum, lohusalık gibi anne sağlığına yönelik olayların erken yaşta ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Türkiye genelinde 1983 yılında 17.6 olan ortalama ilk

evlenme yaşı, 1988'de 18.2'ye yükselmiştir. Artışın en fazla olduğu bölge Doğu Anadolu'dur. Bu bölgede 5 yıl öncesine kadar 16.3 olan ilk evlilik yaşı, 1988'de 17.3'e yükselmiştir (28).

b. Yüksek doğurganlık Türkiye'de kaba doğum hızı binde 29.9 olup, her yıl yaklaşık 1 538 166 doğum olayı meydana gelmektedir (45). Kadınlar 35 yaşına geldiklerinde ortalama 4 çocuk, 50 yaşına geldiklerinde 6 çocuk doğurmaktadırlar. Ortalama çocuk sayısında yaşı ilerlemesi ile görülen artışlar, çocuk doğurmanın, kadının üreme çağı boyunca devam ettiğini göstermektedir. 49 yaşını bitirmiş kadınların sahip olduğu toplam çocuk sayısı kırsal-kentsel ve bölgelerarası fark göstermektedir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (HÜNEE) 1988 araştırmasına göre toplam doğurganlık hızı batıda 3.52, doğuda 4.99, kentsel kesimde 3.79, kırsal kesimde ise 4.37 dir (26).

c. İstenmeyen gebelikler ve düşükler: Doğurganlığın çok fazla olması istenmeyen gebeliklerin artmasına; bu da anne sağlığı için riskli olan düşüklerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Her 100 canlı doğumdan 37'si istenmeyen gebelikler sonucudur. 1987'de her 100 gebeden 23.6'sı isteğe bağlı düşük gerçekleştirmiştir. Üreme dönemindeki kadınların % 76.1'i artık çocuk istememektedir (13).

d. Anne ölümleri: 18 yaşından önce 35 yaşından sonraki gebelikler, 4'ten fazla gerçekleşen ve 2 yıldan az aralıklı gebelikler anne ölüm riskini artırmaktadır. Ölümün yarısı doğumda, dörtte biri gebelikte, dörtte biri ise lohusalıkta meydana gelmektedir. Kırsal alanlarda daha yüksek olmak koşulu ile ana ölüm hızınının 100 000 canlı doğumda 134'ler civarında olduğu düşünülmektedir (12).

e. Beslenme yetersizliği: Beslenme yetersizliği ile birlikte yaygın görülen erken veya geç yaşta, çok sayıda ve kısa aralıklarla olan gebelikler de anne ve çocuk için hayati tehlikesi olan bir ortam oluşur (12). Gebelik ve emzicilik döneminde protein, kalori, çeşitli vitamin ve mineral, özellikle demir ihtiyacının karşılanması gerekir. Çünkü anne ölümlerininin tıbbi nedenlerinden biri kanamadır. Doğum sırasında kanamanın karşılanması için ek demire ihtiyaç vardır (10).

1974 ulusal beslenme araştırmasına göre gebe annelerin % 73.9'unda, emzikli annelerin ise % 65.4'ünde anemi vardır.

1988 yılında Kayseri'de yapılan bir çalışmada ise gebelerde anemi oranı % 74.0, emzikli annelerde anemi oranı ise % 62.0 olarak bulunmuştur (17).

f. Eğitim eksikliği sorunu: Kişinin toplumdaki statüsünü belirleyici önemli bir faktör olan eğitim düzeyinde, kadınların aleyhine bir durum vardır. Türkiye genelinde 12-49 yaş grubu evli kadınların % 37.1'i ilköğrenimini tamamlamışlardır (14).

Eğitim durumu düşük olan kadınlar sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta, aile planlamasına katılımları az olmakta, etkili yöntem kullanmakta bilinçsiz davranmakta, bunların sonuçları aşırı doğurganlık, istenmeyen gebelikler, tekrarlayan düşükler ve bunlara bağlı yüksek morbidite ve mortalite olarak karşımıza çıkmaktadır.

g. Kadın sağlığı ile ilgili rutin taramaların yapılamaması: Ülkemizde, kadın sağlığıyla ilgili önemli bir diğer sorun da, erken tanı amacı ile üreme dönemi veya postmenopozal dönemde, özellikle üreme ve meme organlarının malign hastalıklarının ortaya çıkarılması amacıyla rutin tarama programlarının olmamasıdır (13).

2.7.2. 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Kuruluşlarından Yararlanmalarını Etkileyen Etkenler

Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında yaşları, eğitimleri, sağlık hizmeti sunan kuruluşların yakınlığı, bu kuruluşlara ve kuruluşlardaki görevlilere karşı tutumları ve değer yargıları, hizmetin algılanması, ailenin geliri gibi birçok faktörler etkili olmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinden yararlanmada çok önemli bir nokta da sağlık kuruluşlarına başvuran kişilere (kadınlara) neyi-nasıl yapacağı konusunda yardımcı olacak, yeterli bilgiyle donatılmış kişilerin görevlendirilmemiş olmasıdır. Bu nedenle hastalar sağlık kuruluşlarında zaman yitirmektedirler. Gereksiz bölümlere başvurulmakta, buralardan asıl bakılması gerekli yerlere gönderilmektedir. Bu düzensiz durum hasta ve yakınlarını şikayetçi duruma getirmekte, sağlık kuruluşlarına güvenlerini azaltmaktadır. Hastalıkların iyileştirilmelerinde hekime ve sağlık kuruluşuna güvenin verdiği psikolojik desteğin önemi göz önüne alındığında, bu konunun önemi daha iyi anlaşılmaktadır (20).



Şekil 3. Sağlık Kuruluşlarının Kullanılmasını Etkileyen Faktörler (51)

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için öncelikle sağlık kuruluşlarından halkın (kadınların) yararlanmasını etkileyen etkenler Şekil 3'de gösterilmiştir.

Hastanın karar vermesini etkileyen etkenlerden 2. ve 3.etkenlerin, kişinin sağlık kuruluşlarından yararlanmayı bilmesine bağlıdır. Bunun için halka bu konuda eğitim yapılmalıdır. Hastanın girişimde bulunmasını etkileyen etkenlerden 2 ve 3.etkenler ise, doğrudan toplumsal ve ekonomik düzeyle ilgilidir.

2.7.3. 15-49 Yaş Grubu Kadınlara Verilecek Sağlık Hizmetlerinde İstenen Özellikler (20)

I. ELDE EDİLEBİLİRLİK, ULAŞILABİLİRLİK (ACCESSIBILITY)

1. Coğrafi Ulaşılabilirlik

- a. Mesafe
- b. Ulaşma Zamanı
- c. Ulaşma Maliyeti

2. Sosyal Ulaşılabilirlik

- a. Kabul Edilebilirlik (Psikososyal,sosyal,kültürel faktörler)
- b. Ödenebilirlik (Ekonomik faktörler)

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar toplumun içinde ya da yakınında olmalıdır. Halk ondan yararlanabileceğinin farkında olmalıdır. Sağlık hizmetini, halk gerek duyduğu yerde ve zamanda bulabilmelidir. Kadınların ya da ailelerinin geliri, sosyal güvencesi, sunulan hizmetin fiyatı, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen ekonomik faktörlerdir (13).

II. NİTELİK (QUALITY)

Sağlık yöneticileri ve hekimler, sağlık hizmetlerinin niteliğinin iyi olmasına özen göstermelidirler. En son bilgileri edinmiş ve deneyimli olmalıdırlar.

III. SÜREKLİLİK (CONTINUITY)

Hizmet sürekli olmalıdır. Toplumun sağlık iletişimi sunan kişilerle sürekli iletişimde olması hizmetten en iyi şekilde yararlanmayı sağlar.

IV. KAPSAYICILIK, TÜMELCİ OLMA (COMPREHENSIVENESS)

Sağlık hizmetlerinin, hizmet verilmesi planlanan toplumun tümünü kapsaması, hizmeti herkese götürebilmesi gerekmektedir. Bunun için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi gerekmektedir.

V. UYUMLANABİLİRLİK (ADAPTIBILITY)

Sağlık yöneticileri ve örgütleri kendilerini toplumsal, ekonomik ve politik değişmelere uydurabilecek bir tutum içinde olmalılar. Böylece halkın isteklerine uygun, bilimsel verilerle desteklenmiş bir sağlık hizmeti verilebilecektir.

VI. ETKİNLİK (EFFIENCY)

Sağlık yönetimi yasa koyan ve uygulayan yetkililerle halk arasında köprüdür. Dolayısıyla yöneticilerle, halkın isteklerini dengeleştirme sağlık hizmetlerini olumlu etkiler. Bu sonucu elde edebilmek için halk sağlığı yöneticilerince eğitilmeli ve yalnız kendi isteklerini belirtmekle kalmayarak kendilerine verilen sağlık hizmetlerinin neler olduğunun ortaya konmasında etkin olmalıdır.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırmada, 15-49 yaş grubu evli kadınların 3. basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ve bunu etkileyen bazı faktörler tanımlanmaya çalışılmıştır.

Araştırma Erciyes Üniversitesi, Gevher Nesibe Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğinde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi, Tıp Fakóltesi'nin eğitim ve uygulama hastanesidir. 1976 yılında kurulmuş, ilk hizmetini bugünkü Kayseri Devlet Hastanesi binasında vermiştir. Daha sonra Talas yolu üzerinde Şehir merkezine 5 km uzaklıkta Erciyes Üniversitesi kampüsleri içine taşınmıştır. 1988 yılında son Şekli ile hizmete açılan 1000 yatak kapasiteli hastane çok katlı bina sistemindedir. Fiili yatak sayısı 800'dür. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 5 uzman ve 11 araştırma görevlisi, ayrıca 172 çeşitli dallarda uzman ve 90 araştırma görevlisi, 663 diğer hastane personeli görev yapmaktadır. Bütün Orta Anadolu'ya hizmet vermektedir.

Hastanenin kadın doğum servisi 42 yataklıdır. Polikliniğinde 1991 yılında 8888 kadına hizmet verilmiştir.

Araştırmanın örneğini, 1 Ocak-15 Şubat 1991 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın polikliniğine başvuran kadınlardan 15-49 yaş grubunda 500 evli kadın oluşturmaktadır.

Araştırma verileri anket yöntemiyle toplanmıştır. Örneği Ek-1'de görülen anket formu, araştırma grubundaki kadınlarla, kadın doğum polikliniğinde yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur. Kadınların muayene sonucu tanıları dosyalarından alınarak ankete kaydedilmiştir.

Elde edilen veriler, veri kodlama kağıdına geçirildikten sonra, bilgisayarda değerlendirilmiştir. Gerekli yerlerde istatistiksel analiz için Khi kare testi uygulanmıştır (42).

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 TANIMLAYICI BULGULAR

3.basamak sağlık kuruluşu olan üniversite hastanesinden yararlanma konusunda yapılan araştırmaya 15-49 yaş arası 500 evli kadın dahil edilmiştir. Kadınların yaş ve eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo I'de verilmiştir.

Tablo I. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	EĞİTİM DURUMU										TOPLAM	
	Okur-Yazar Değil Sayı %	Okur-Yazar Sayı %	İlkokul Sayı %	Ortaokul Sayı %	Lise ve Dengi Sayı %	Yüksekokul Sayı %	Satır Sayı %	Kolon %				
15-19	0 0.0	0 0.0	14 56.0	7 28.0	4 16.0	0 0.0	25 100.0	5.0				
20-24	1 1.0	1 1.0	49 49.0	6 6.0	36 36.0	7 7.0	100 100.0	20.0				
25-29	4 2.7	4 2.7	68 46.3	13 8.8	37 25.2	21 14.3	147 100.0	29.4				
30-34	9 7.8	3 2.6	62 53.9	5 4.4	14 12.2	22 19.1	115 100.0	23.0				
35-39	12 16.7	6 8.3	31 43.1	7 9.7	6 8.3	10 13.9	72 100.0	14.4				
40-44	5 16.7	6 20.0	14 46.7	1 3.3	0 0.0	4 13.3	30 100.0	6.0				
45-49	1 9.1	1 9.1	7 63.6	0 0.0	1 9.1	1 9.1	11 100.0	2.2				
Toplam	32 6.4	21 4.2	245 49.0	39 7.8	98 19.6	65 13.0	500 100.0	100.0				

$$\chi^2 = 112.705 \quad SD=30 \quad p < 0.001$$

Araştırma grubundaki kadınların yaş gruplarına göre öğrenim durumlarına bakıldığında, 15-19 yaş grubunda okur-yazar olmayan yoktur. Ayrıca bu grupta erken evlenme nedeniyle yüksek öğrenim gören de bulunmamaktadır. Bu grupta eğitim düzeyi, diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde farklı bulunmuştur.

Lise ve yüksek öğrenim görenler, 20-24 yaş grubunda % 43, 25-29 yaş grubunda % 39.5, 30-34 yaş grubunda % 31.3, 35-39 yaş grubunda % 22.2 ve 40-44 yaş grubunda % 13.3 olmak üzere yaşın ilerlemesiyle tedrici bir azalma görülmektedir. Yine yaşın ilerlemesiyle ilkokulu bitirmemiş (okur-yazar değil+okur-yazar) olanların oranında bir artış gözlenmektedir.

Yine Tablo I'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki kadınların yaklaşık yarısı ilkokul (% 49.0), % 40.4'ü ortaokul ve üzeri eğitim görmüşler, % 10.6'sı ise hiç okula gitmemiş, ya da ilkokulu bitirmemişlerdir.

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınların % 47.0'si ilkokul, % 5'i ortaokul ve üzeri eğitim görmüşlerdir. Yüzde 48'i ise ilkokul eğitimi görmemişlerdir (32).

Türkiye 1988 Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre (26), kadınların % 42.4'ü hiç okula gitmemiş, ya da ilkokulu bitirmemiş, % 37.1'i ilkokul, % 14.4'ü ortaokul eğitimi görmüşlerdir.

Diğer taraftan 3.basamak sağlık kuruluşu olan Ege Üniversitesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran kadınlardan % 48.6'sı ilkokul mezunu olup okur-yazar olmayan yoktur (25).

Bu bilgilerin ışığı altında 3.basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınların eğitim düzeylerinin bölge ve ülke genelindeki kadınların eğitim düzeyinden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo II. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur-yazar değil	1	0.2
Okur-yazar	4	0.8
İlkokul	119	23.8
Ortaokul	61	12.2
Lise	146	29.2
Yüksekokul	169	33.8
Toplam	500	100.0

Tablo II'de görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların eşlerinin % 1'i ilkokulu bitirmemiş, % 23.8'i ilkokul mezunu, % 75.2'si ortaokul ve üzeri öğrenim görmüşlerdir.

1988 yılında Türkiye genelinde, erkeklerin % 24.9'u ilkokulu bitirmemiş, % 24.8'i ortaokul ve üzeri öğrenim görmüşlerdir (26). Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yapılan bir çalışmada aile reislerinin % 15'inin okur-yazar olmadığı, % 12'sinin okur-yazar, % 59,6'sının ilkokul % 13,4'ünün ise ortaokul ve üzeri öğrenim gördükleri saptanmıştır (32). Buna göre, araştırma grubundaki kadınların eşlerinin öğrenim düzeyinin, hem kadınlardan ve hem de bölge ve ülke genelindeki erkeklerin öğrenim düzeyinden daha yüksektir.

Araştırma grubundaki kadınların % 79'u ev kadınıdır. Yüzde 20'si memur, % 10.2'si sigortalı işçi, % 0.2'si sigortasız işçi, % 0.6'lık bir kesim ise serbest meslek grubundadır. En büyük grubu görüldüğü gibi ev kadınları oluşturmaktadır.

Kadınların eşlerinin ise % 75.8'inin memur, % 0.6'sının emekli, % 3.3'ünün sigortalı işçi, % 2.3'ünün sigortasız işçi, % 11.0'ünün serbest meslek sahibi, % 0.6'sının çiftçi, % 4.8'inin esnaf, % 1.6'sının da işsiz olduğu saptanmıştır.

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yapılan bir çalışmada 15-49 yaş grubu kadınların eşlerinin % 19.6'sının çiftçi, % 18.6'sının sigortalı işçi, % 8.5'inin memur, % 6.1'inin esnaf, % 20.3'ünün serbest meslek sahibi, % 5.5'inin sigortasız işçi, % 5.8'inin de işsiz olduğu bulunmuştur (32).

Tablo III. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Ailelerindeki Birey Sayısına Göre Dağılımı

Ailedeki Kişi Sayısı	Sayı	%
1-3	217	43.4
4-6	252	50.4
7-8	20	4.0
9 +	11	2.2
Toplam	500	100.0

Tablo III'de görüldüğü gibi kadınların % 50.4'ünün aileleri 4-6 kişilik olup, kalabalık aile oranı düşüktür. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yapılan bir araştırma sonucuna göre (1985) ailelerin % 57.6'sı 4-6 kişilik ailelerdir (32).

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 91'i çekirdek, % 9'u da geniş aileye sahiptir. Türkiye genelinde ailelerin % 67.1'i çekirdek ailedir (41).

Araştırma grubunda çekirdek aile oranının Türkiye genelinden yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum araştırma grubunu oluşturan kadınların ve eşlerinin eğitimi, sosyal ve ekonomik yapıları ile bağlantılıdır.

Kadınların % 76.2'sinin ailesinde 1 kişi, % 22.2'sinin ailesinde 2 kişi, % 1.2'sinin ailesinde ise 3 veya daha fazla kişi para kazanmaktadır.

Tablo IV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Ailelerinin Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımı (Şubat 1991)

Aylık Gelir (TL)	Sayı	%
500 000'den az	24	4.8
501 000-999 000	182	36.4
1 000 000-1 499 000	112	22.4
1 500 000 ve daha fazla	128	25.6
Bilinmeyen	54	10.8
Toplam	500	100.0

Araştırmaya dahil edilen kadınların ailelerinin aylık gelir durumları Tablo IV'te görülmektedir. Kadınların % 25.6'sının ailesinin aylık geliri 1 500 000 TL'nin üzerinde iken, % 4.8'inin 500 000 TL'den az olup, oldukça düşük bir gelire sahip oldukları dikkati çekmektedir.

Kadınların kendi ifadelerine göre, ailelerinin ekonomik durumunu zengin olarak niteleyen olmayıp, % 36.0'ı iyi, % 61.0'ı orta, % 3.0'ı fakir olduğunu belirtmiştir.

Kadınların % 83.9'u oturdukları eve kira ödemektedir. Evlerine kira ödeyenlerin % 30.5'i 100 000 TL'den az, % 49.8'i 100 000-199 000 TL, % 16.7'si 200 000-299 000 TL, % 3.0'ı 300 000 TL ve daha fazla kira ödemekte ve % 0.6'sı da ödenen kirayı bilmemektedir.

Tablo V'de görüldüğü gibi, çoğunluğu Kayseri'den olmak üzere kadınların % 64.8'i Kayseri ve diğer il merkezlerinden (KENTSEL) ve % 35.2'si Kayseri ve dışı ilçe, kasaba ve köylerinden (KIRSAL) gelmişlerdir. Başvuruların % 78'i Kayseri ilinden, % 22'si Kayseri dışı il, ilçe, kasaba ve köylerinden olmuştur.

Tablo V. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Geldikleri Yerlere Göre Dağılımı

Geldikleri Yer	Sayı	%
Kayseri İl Merkezi	291	58.2
Kayseri İlçe	61	12.2
Kayseri Kasaba	30	6.0
Kayseri Köy	8	1.6
Kayseri Dışı İl	33	6.6
Kayseri Dışı İlçe	57	11.4
Kayseri Dışı Kasaba	13	2.6
Kayseri Dışı Köy	7	1.4
Toplam	500	100.0

1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, 15-49 yaş evli kadınların % 56.7'si kentsel, % 43.3'ü kırsal kesimde yaşamaktadırlar (26).

İzmir'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum polikliniğinde yapılan bir araştırmada, araştırma kapsamına giren kadınların % 61.5'i şehir merkezinden, % 24.1'i gecekondü, % 14.4'ü kırsal kesimden gelmişlerdir (25).

4.2. ARAŞTIRMA GRUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARIYLA İLGİLİ BULGULAR

Tablo VI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı

Evlilik Süresi (yıl)	Sayı	%
5 Yıldan az	151	30.0
5-9	114	23.0
10-14	109	22.0
15-19	72	14.0
20 ve +	54	11.0
Toplam	500	100.0

Tablo VI'da görüldüğü gibi, evlilik süresi 5 yıldan az olan kadınların oranı (% 30), diğer gruplardan yüksektir. Evlilik süresi uzadıkça bu oran azalmaktadır. Bu durum gençlerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları ve genç kadınların kadın doğumla ilgili sorunları için genellikle evlendikten sonra hekime başvurmaları ile ilişkili olabilir.

Gemlik'te yapılan bir çalışmada (19) araştırmaya katılan 15-49 yaş grubu evli kadınlardan % 17.2'sinin 5 yıldan az, % 17.9'unun 5-9 yıl, % 16.8'inin 10-14, % 13.6'sinin 15-19 ve % 34.5'inin 20 ve daha fazla yıl evli oldukları görülmüştür.

Tablo VII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların İlk Evlenme Yaşları Ortalamalarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	n	X±Sx	Sd
15-24	125	18.89±0.22	2.43
25-34	262	19.87±0.24	3.86
35 ve +	113	18.96±0.39	4.14
Toplam	500	19.47±0.37	0.163

Tablo VII'de görüldüğü gibi araştırma grubu kadınlarda ilk evlilik yaşı ortalamaları 19.47 olup, 1988 verilerine göre 18.2 olan Türkiye ortalamasından (Doğu Anadolu'da da 17.3 ile daha düşüktür) yüksektir (26).

Tablo VIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan En Az Bir Gebeliği Olanların İlk Gebelik Yaşı Ortalamaları

Yaş Grubu	n	X±Sx	Sd
15-24	108	19.60±0.27	2.787
25-34	255	21.02±0.25	3.972
35 ve +	111	20.12±0.40	4.270
Toplam	474	20.6±0.17	3.682

Araştırma grubunu oluşturan kadınlardan 474'ü (% 94.8) en az bir gebelik geçirmişlerdir. Bu kadınların ilk gebelik yaşı ortalamaları Tablo IX'da görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, ilk gebelik yaşının en küçük olduğu yaş grubu 15-24, en büyük olduğu yaş grubu 25-34 ve yukarı yaş grubudur. Türkiye'de ilk evlenme yaşı 18.2 kabul edildiğine göre, öncelikle 15-24 yaş grubunda ve daha sonra 30 yaş ve daha yukarı yaş gruplarında kadınlar evliliklerinin ilk yıllarında gebe kalmışlardır. Kadınların ilk gebelik yaşlarının küçüklüğünü kadınların eğitim düzeyleri, sosyal yapılar ve yaşadıkları yer gibi etmenlere bağlı olabileceğini düşünebiliriz.

Ankara Zekai Tahir Burak Doğumevi'nde yapılan bir araştırmada (29), annelerin % 76'sı evliliklerinin ilk yıllarında gebe kalmıştır. Bu kadınların da % 50'si ilkokul mezunu, % 23.5'i ortaokul, % 16.7'si ortaokul üstü eğitim görenlerdir.

Araştırma grubuna katılan kadınların 226'sı (% 45.2) gebedir. Bunların da % 26.5'i 0-3 aylık, % 34.1'i 4-6 aylık, % 39.4'ü 7-9 aylık gebedir.

Tablo IX. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Doğurganlık Ölçütleri Ortalamaları

Doğurganlık Ölçütleri	n	X±Sx	Sd
Toplam Gebelik	500	3.270±0.108	3.270
Toplam Düşük	500	0.364±0.034	0.775
Toplam Kürtaj	500	0.532±0.051	1.14
Toplam Canlı Doğum	500	1.824±0.079	1.77
Toplam Ölü Doğum	500	0.132±0.026	0.59
Toplam Ölen Çocuk	500	0.232±0.692	0.031
Toplam Erkek Çocuk	500	0.922±0.049	1.11
Toplam Kız Çocuk	500	0.886±0.053	1.19
Toplam Yaşayan Çocuk	500	1.732±0.075	1.68

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğurganlık ölçütleri ortalamaları Tablo IX'da görülmektedir.

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yapılan bir araştırmada (32) 15-49 yaş grubu evli kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 4.8, ortalama düşük sayısı 0.91, kürtaj sayısı 0.39, ölü doğum sayısı 0.12, canlı doğum sayısı 3.52, ölen çocuk sayısı 0.43 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 3.03 olarak bulunmuştur.

Türkiye genelinde ise, evli kadınların toplam gebelik ortalaması 4.046, ortalama düşük sayısı 0.821, ortalama canlı doğum sayısı 3.193, ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.705, ortalama ölen çocuk sayısı 0.488'dir (26).

Araştırma grubundaki kadınların ortalama kürtaj sayısı hariç doğurganlıkla ilgili diğer ortalamaları Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki kadınlarınkinden düşüktür. Bu durum araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin eğitim, ekonomik ve sosyal açıdan daha iyi bir düzeyde olmaları, daha yüksek oranda aile planlaması uygulamaları ile açıklanabilir. Kürtaj ortalamasının yüksek olmasını da, kürtajı bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmasından kaynaklanabilir.

Türkiye evli kadınlar ortalamasına göre de, ortalama düşük sayısı hariç diğer ortalamalar araştırma grubundaki kadınlarda daha düşük bulunmuştur. Ortalama düşük sayısı Türkiye ortalamalarıyla aynı değerdedir. Bu durum Türkiye genelinde de aile planlaması hizmetlerinin hedefine ulaşamadığını düşündürmektedir.

Tablo X. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan Gebe Olanların Gebeliklerinin Tesbit Edildiği Yerlere Göre Dağılımı

Gebeliğin Tesbit Yeri	Sayı	%
Sağlık Ocağı	28	12.4
Özel Dr.	14	6.2
Eczane	5	2.2
2.Basamak Hastaneler	15	6.6
Üniversite Hastanesi	124	54.9
Tahmin	40	17.7
Toplam	226	100.0

Tablo X'da görüldüğü gibi gebelik tesbitlerinin yarısından fazlası üniversite hastanesinde, % 12.4 gibi düşük bir oranda da sağlık ocağında yapılmıştır. Sağlık ocakları temel sağlık hizmetleri veren sağlık kuruluşlarıdır. Aile planlaması ve ana çocuk sağlığı temel sağlık hizmetlerinin unsurlarından biridir. Gebelik tesbiti ve gebelerin izlenmesi sağlık ocaklarının görevleridir. Ancak bu hizmetin fonksiyonel olabilmesi için sağlık ocaklarının hizmet sunabilecek kapasitede olması ve kadınların da bu hizmetten yararlanma bilincinde olması gerekir. Günümüzde sağlık ocakları sağlık kuruluşları arasında konumunu oturtamadığı için fonksiyonel olamamaktadır (5).

Ankara Zekai Tahir Burak Doğumevi'nde yapılan bir araştırmada (29) annelerin sadece % 15'inin sağlık ocaklarını bildikleri anlaşılmıştır.

Tablo XI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Son Doğumlarını Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı

Doğumun Yapıldığı Yer	Sayı	%
Evde Kendi Kendine	16	4.7
Evde Ebe İle	87	25.4
Sağlık Ocağı	17	4.9
Doğumevi	96	27.9
SSK Hastanesi	13	3.8
Özel Hastane	6	1.8
Üniversite Hastanesi	108	31.5
Toplam	343	100.0

Araştırma kapsamındaki kadınların 343 (% 68.6)'ü en az bir kez doğum yapmışlardır. Bunların % 4.7'si son doğumlarını evde kendi kendine, % 95.3'ü sağlık personeli yardımı ile yapmışlardır. Doğumların % 65'i hastanede gerçekleşmiştir. Doğumların % 90.7'si normal, % 9.3'ü müdahaleli doğum olmuştur.

Ülkemizde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri'nin 1988 yılında yaptığı araştırmada (26) Türkiye genelinde doğumların % 23.6'sının evde kendi kendine, % 76.4'ünün sağlık personeli yardımıyla gerçekleştiği ve hastanede doğum oranının % 60.9 olduğu saptanmıştır. Orta Anadolu'da ise kendi kendine doğum oranı % 20.4, sağlık personeli yardımı ile doğum % 79.6, hastanede doğum ise % 60.9 bulunmuştur.

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde de (32) doğumların % 55.3'ünün hastanede, % 19.9'unun evde ebe ile, % 24.8'inin de evde kendi kendine olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki kadınlarda kendi kendine doğum oranı Türkiye geneli, Orta Anadolu ve Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesi rakamlarına göre düşük, hastanede doğum oranı ise yüksek bulunmuştur.

Tablo XII'de görüldüğü gibi, kadınların yaş gruplarına göre doğumların yapıldığı yer arasında farklılık vardır. Kadınların yaşları arttıkça, evde kendi kendine ve ebe ile yapılan doğum ile, sağlık ocağı ve 2.basamak hastanelerde yapılan doğum artmakta, üniversite hastanesinde yapılan doğum ise azalmaktadır.

Tablo XII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Grupları ve Son Doğumlarını Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı

SON DOĞUMUN YAPILDIĞI YER										
Yaş Grupları	Evde Kendi Kendine		Sağlık Ocağı+ Evde Ebe		II.Basamak Hastaneler		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-24	1	2.4	11	26.2	13	30.9	17	40.5	42	100.0
25-34	10	4.9	53	25.9	68	33.1	74	36.1	205	100.0
35 ve +	5	5.2	40	41.7	34	35.4	17	17.7	96	100.0
Toplam	16	4.7	104	30.3	115	33.5	108	31.5	343	100.0

$$X^2=14.655 \quad SD=6 \quad p<0.05$$

Tablo XIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Son Doğumlarının Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı

SON DOĞUMUN YAPILDIĞI YER										
Eğitim Durumu	Evde Kendi Kendine		Sağlık Ocağı+ Evde Ebe		II.Basamak Hastaneler		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu Bitirmemiş*	6	13.6	16	36.4	16	36.4	6	13.6	44	100.0
İlkokul	8	4.5	64	36.0	57	32.0	49	27.5	178	100.0
Ortaokul ve üzeri	2	1.7	24	19.8	42	34.7	53	43.8	121	100.0
Toplam	16	4.7	104	30.3	115	33.5	108	31.5	343	100.0

$$*Okur-yazar değil+okur-yazar \quad X^2=28.181 \quad SD=6 \quad p<0.01$$

Tablo XIII'de görüldüğü gibi, kadınların eğitim durumuna göre, son doğumlarını yaptıkları yerlerde farklılıklar dikkat çekmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kendi kendine doğumlar ve evde ebe ile doğumlar azalmakta, üniversite hastanesinde doğumlar artmaktadır. 35 ve üzeri yaş grubu kadınlarda sağlık ocağı ve evde ebe ile doğumlar diğer gruplara göre yüksek, üniversite hastanesinde doğumlar ise düşük bulunmuştur. Aradaki farklılık istatistiksel olarak önemlidir ($X^2=28.181$, $SD=6$, $p<0.01$).

Yeni Bosna'da yapılan bir araştırmada (8) ilkokul mezunu olmayan gebelerde evde kendi kendine doğum oranı % 33 iken, ilkokul mezunu gebelerde bu oranın % 10'a

düştüğü ve hastanede doğumların oranı ilkokul bitirmeyenlerde % 37 iken, ilkokul mezunu olanlarda % 70'e yükseldiği bulunmuştur.

Tablo XIV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına ve Son Doğumlarının Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı

SON DOĞUMUN YAPILDIĞI YER										
Eşinin Eğitimi	Evde Kendi Kendine		Sağlık Ocağı+ Evde Ebe		II.Basamak Hastaneler		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu Bitirmemiş+İlkokul	8	8.4	36	37.9	32	33.7	19	20.0	95	100.0
Ortaokul+Lise	6	4.7	36	27.8	45	34.9	42	32.6	129	100.0
Yüksekokul	2	1.7	32	26.9	38	31.9	47	39.5	119	100.0
Toplam	16	4.7	104	30.3	115	33.5	108	31.5	343	100.0

$$X^2=14.266 \quad Sd=6 \quad p<0.05$$

Tablo XIV'de kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre, kadınların son doğumlarını yaptıkları yerler arasında farklılık olduğu görülmektedir. Eşlerin eğitim düzeyi yükseldikçe evde kendi kendine, evde ebe ile ve sağlık ocağında doğum azalmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe üniversite hastanesinde doğumlar artmaktadır.

Tablo XV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Geldikleri Yerlere ve Son Doğumlarının Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı

SON DOĞUMUN YAPILDIĞI YER										
Kadının Geldiği Yer	Evde Kendi Kendine		Sağlık Ocağı+ Evde Ebe		II.Basamak Hastaneler		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kayseri ve Diğer İl Merkezleri	10	4.6	44	20.4	77	35.6	85	39.4	216	100.0
Kayseri ve Diğer İllerin İlçe,Köy ve Kasabaları	6	4.7	60	47.2	38	29.9	23	18.2	127	100.0
Toplam	16	4.7	104	30.3	115	33.5	108	31.5	343	100.0

$$X^2=31.293 \quad SD=3 \quad p<0.01$$

Tablo XV'de görüldüğü gibi, araştırma grubundaki kadınlardan il merkezinden gelenlerde evde ebe ile ve sağlık ocağında doğum oranı, ilçe, köy ve kasabalardan gelenlere göre daha düşük, 2.basamak hastanelerde ve üniversite hastanesinde doğum daha yüksektir.

Tablo XVI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Grupları ve Son Gebeliklerinde Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	n	Sağlık Kontrolü Yaptıranlar	
		Sayı	%
15-24	40	36	90.0
25-34	209	181	86.6
35 ve +	94	60	63.8
Toplam	343	277	80.8

$$X^2=24.128 \quad SD=2 \quad p<0.01$$

Tablo XVI'da görüldüğü gibi, araştırma grubunda en az bir gebeliği olan kadınlardan % 80.8'i son gebeliklerinde sağlık kontrolü yaptırmışlardır.

HUNEE'nin 1988 yılındaki tesbitlerine göre, Türkiye genelinde gebelerin % 42.6'sı sağlık bakımı almakta, bu oran kırsal kesimde % 26.9'a düşmektedir (25). Çalışmamızda ise, araştırmaya alınan kadınların daha yüksek oranda sağlık kontrolünden geçtiği saptanmıştır. Bu sonucu kadınların sosyo-ekonomik düzeylerinin yüksek olması ile açıklayabiliriz. Gebeliklerinde sağlık kontrolü yaptıranların oranı 15-24 yaş grubunda en fazla olup, bunu 25-34 yaş grubu izlemektedir. Yaş ilerledikçe sağlık kontrolü yaptıranların oranı düşmektedir. Bu durum yaş ilerledikçe ve gebelik sayısı arttıkça gebeliğe verilen önemin azalması ve genç gruptaki kadınların eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Son gebeliğinde sağlık kontrolü yapılan kadınlardan % 36.1'i 1-2 kez, % 37.4'ü 3-5 kez, % 26.5'i de 6-8 kez kontrol edilmiştir. Yüzde 36.1'inin kontrol sayısı oldukça yetersizdir.

Antalya'da 1989 yılında yapılan bir çalışmada, gebelerin % 32'si yeterli sayıda sağlık kontrolünden geçmişler, % 4'ü ise hiç kontrol edilmemiştir (45).

Araştırma kapsamında en az bir gebeliği olan kadınlardan, son gebeliklerinde sağlık kontrolü yaptıranların % 18.4'ü kontrolünü sağlık ocağında, % 12.6'sı özel doktor ve

kurum doktorunda, % 13.7'si 2.basamak hastanelerde, % 55.3'ü de üniversite hastanesinde yani 3.basamakta yaptırmıştır.

Sağlık hizmetlerini sosyalleştiren 224 sayılı yasaya göre kadınların gebelikte bakım ve kontrolleri sağlık ocağı doktoru, hemşiresi ve ebesinin görevleri arasında yer almaktadır. Ancak komplikasyonlu gebeler sağlık ocağı doktoru tarafından 2.basamak hastanelerine sevk edilip orada bakılacaklar, gerekli görülürse buradan da 3.basamak sağlık kuruluşuna sevkleri yapılabilecektir. Oysa araştırma grubundaki kadınların yarısından fazlası (% 55.3'ü) gebelik kontrollerini 3.basamakta yaptırmışlardır. Bu durum aşağıdan yukarıya doğru sevk zincirinin işletilmediğini göstermektedir.

Kadınların öğrenim durumlarına göre gebelikte sağlık kontrollerini yaptıkları yerlerin dağılımı Tablo XVII'de gösterilmiştir.

Tablo XVII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Gebelikte Sağlık Kontrollerinin Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı

KONTROLLERİN YAPILDIĞI YER									
Eğitim Durumu	Sağlık Ocağı		Özel Dr + Kurum Dr.		2.Basamak Hastaneler		Üniversite Hastanesi		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlkokulu Bitirmemiş	8	33.3	6	25.0	4	16.7	6	25.0	24
İlkokul	33	24.4	20	14.8	14	10.4	68	50.4	35
Ortaokul ve üzeri	10	8.5	12	10.2	17	14.4	79	66.9	118
Toplam	51	18.4	38	13.7	35	12.6	153	55.3	277

$$\chi^2=23.26 \quad SD=6 \quad p<0.01$$

Tablo XVII'de görüldüğü gibi, kadınların eğitim durumu yükseldikçe gebelikte sağlık kontrollerini sağlık ocağında yaptırma oranı azalmakta, üniversite hastanesinde kontrol oranı artmaktadır. Birinci basamaktan 3.basamağa doğru sevk zinciri işletilmediği için eğitim düzeyi yüksek olan kadınların tıbbi imkanları daha fazla olan üniversite hastanelerine başvurmaları bu sonucu ortaya çıkarmıştır.

Tablo XVIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yapılan Gebelik Kontrollerinde Ödem Kontrolü, Tansiyon Ölçümü, İdrarda ve Kanda Hemoglobın(Hb) Tayini Yapılma Durumlarına Göre Dağılımı

Yapılan Kontroller	n	Yaptırınlar	
		Sayı	%
Ödem Kontrolü	277	236	85.2
Tansiyon Ölçümü	277	243	87.7
İdrarda Protein Tayini	277	237	85.6
Hb Tayini	277	237	85.6

Tablo XVIII'de görüldüğü gibi kadınların büyük bir kısmının ödem kontrolü, tansiyon ölçümü, idrarda protein ve hemoglobın tayinleri yapılmıştır. Ancak bu kontrollerin tüm gebelerde yapılmış olması beklenir.

Türkiye'de gebelere yapılması gereken kontrollerin hepsi yapılamamaktadır. Antalya kent merkezinde yapılan bir çalışmada (45) 863 gebeden % 94'ünün kan basıncı ölçülmüş, % 45'inin idrarı incelenmiş, % 50'sinin hemoglobinine bakılmıştır.

Araştırma grubundaki kadınlardan en az bir gebeliği olanlardan % 20.4'üne gebelikleri süresinde tetanoz aşısı yapıldığı saptanmıştır. Bu oran oldukça düşük bir aşılama oranıdır. Gebelerin tamamına tetanoz aşısı yapılmalıdır. Araştırmamızdaki tetanoz aşısı yapılmış kadınların % 75.7'sine sağlık ocağında, % 4.3'üne evde ebe tarafından, % 12.9'una 2.basamak sağlık kuruluşlarında, % 7.1'ine de üniversite hastanesinde aşıları yapılmıştır.

HUNEE 1988 araştırmasına göre (26) 1982-1988 yılları arasında son gebeliklerinde tetanoz aşısı olan kadınların oranı % 11.2, olmayanlar ise % 88.8'dir. Tetanoz yaptırınların % 77.5'u sağlık ocağında, % 9'u 2.basamak hastanelerde, % 13.4'ü diğer kuruluşlarda yaptırmışlardır. Araştırmamızdaki tetanoz aşılama oranı daha yüksektir. Bunu araştırmamıza katılan kadınların eğitim ve sosyo-ekonomik durumlarıyla açıklayabiliriz. Her iki araştırmanın sonuçlarına göre yapılan tetanoz aşılarının çoğu sağlık ocağı personeli tarafından yapılmaktadır, ancak tüm gebeler arasında aşılananların oranı düşüktür. Bu durum sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 224 sayılı yasa (39) ile aşılama hizmetlerinin verileceği sağlık ocaklarının gebe izlemleri ve dolayısıyla aşıların yeterince yapılmadığı görülmektedir.

En az bir gebelik geçiren 474 kadına yöneltilen "Bir kadın gebe kalmadan önceki beslenmesine göre değişiklik yapmalı mıdır?" sorusunu kadınların 372'si (% 78.5) evet, 56'sı (% 11.8) hayır, 46'sı (% 9.7) bilmiyorum şeklinde yanıtlamıştır.

Değişiklik yapmalıdır diyen kadınların gebelikte fazla yenmesini gerekli gördükleri yiyecek gruplarına göre dağılımları Tablo XIX'da gösterilmiştir.

Tablo XIX. Araştırma Grubunu Oluşturan ve En az Bir Gebeliği Olan Kadınlardan "Gebelikte Beslenme Değişikliği Yapılmalıdır" Diyenlerin Gebelikte Fazla Yenmesini Gerekli Gördükleri Yiyecek Gruplarına Göre Dağılımı

Yiyecek Grubu	n	Evet Diyenler Sayı	%
Et, Yumurta-Kurubaklagil	372	359	96.5
Süt ve Türevleri	372	363	97.6
Sebze-Meyve	372	353	94.9
Tahıllar	372	16	4.3
Yağ-Şeker	372	13	3.5

Tablo XIX'da görüldüğü gibi, gebelikte beslenme değişikliğini gerek gören kadınların çoğu bu değişimi et, yumurta, süt ve sebzeye ağırlık vererek yapmayı uygun bulduklarını ifade etmişlerdir.

Ancak, HUNEE 1988 araştırmasına göre (26) Türkiye'de kadınların gebelikleri sırasında günlük beslenmelerinde değişiklik yapmadıkları gözlenmiştir. Gebelerin % 94.2 sinin daha önce uyguladıkları beslenme düzenlerine devam ettikleri gözlenmiştir.

Türkiye'de kadınların gebeliklerinde gerekli besin maddelerini yeterli ve düzenli almamaları, gebe kadınların üçte ikisinde demir eksikliğinin yol açtığı aneminin görülmesine yol açmaktadır (38).

Araştırmamızın sonuçlarına göre gebelikte yiyecek gruplarında değişikliği gerekli gören kadınların oranı, HUNEE 1988 araştırması sonuçlarında görülen orana göre yüksektir. Bu sonucu araştırma grubumuzdaki kadınların eğitim ve ekonomik durumlarının Türkiye genelindeki kadınların eğitim ve ekonomik durumlarının daha iyi olması ile açıklayabiliriz.

Tablo XX'de görüldüğü gibi, kadınların eğitim durumları yükseldikçe gebelikte artırılması gereken yiyecek gruplarının seçimi de artmakta, buna karşılık tahıl ve yağ şekerde azalma olmaktadır.

Tablo XX. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Gebelikte Fazla Yenmesini Gerekli Buldukları Yiyecek Gruplarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumları	n	Et Grubu		Süt Grubu		Sebze-Meyve Grubu		Tahıl Grubu		Yağ-Şeker Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokul Bitirmemiş	53	26	49.1	26	49.1	25	47.1	2	3.8	2	3.8
İlkokul	245	163	66.5	166	67.8	158	23.7	7	2.9	5	2.0
Ortaokul ve Üzeri	202	170	84.1	171	84.7	190	94.1	7	3.5	6	3.0

Araştırma grubunu oluşturan kadınlardan 343'ü (% 68.6) en az bir canlı doğum yapmışlardır. Bu kadınların çocuklara anne sütünün verilme süresi ile ilgili düşünceleri Tablo XXI'de verilmiştir.

Tablo XXI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların En Az Bir Canlı Doğum Yapanların "Çocuklara Anne Sütü Ne Kadar Süre İle Verilmelidir?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Anne Sütü Verilmesi Düşünülen Süre (ay)	Sayı	%
1-5	14	4.0
6-12	251	72.8
13-18	44	12.8
19-24	30	8.7
Bilmiyorum	4	1.7
Toplam	343	100.0

Çocukların anne sütü ile beslenme süreleri toplumun gelişmişlik durumuna, ailenin yerleşim yerine, annelerin eğitim, çalışma durumuna göre değişiklik göstermektedir. Anne sütü üstün özellikleri nedeni ile çocuklara en az 12 ay süre ile güç koşullarda ise 6 ay verilmesi uygundur (4).

Tablo XXI'de görüldüğü gibi, kadınların % 72.8'i 6-12 ay ve % 12.8'i 13-18 ay olmak üzere toplam % 85.6'sı yeterli süre emzirmenin, % 4'ü yetersiz süre ve % 8.7'si de gereğinden uzun süre anne sütü verilmesinin uygun olduğunu ifade etmişlerdir.

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yapılan bir araştırmada (32) çocukların % 5.2'sine hiç anne sütü verilmemiş olduğu, % 18.3'üne 6 aydan az, % 42.1'ine 6-12 ay, % 4'üne 18 aydan fazla süre anne sütü verildiği saptanmıştır.

Türkiye genelinde yapılan diğer bir araştırmada ise (45) bebeklerin % 98'inin, 3. ayda % 72'sinin, 6.ayda % 63'ünün 12.ayda emzirilmeye devam ettirildikleri saptanmıştır.

Tablo XXII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan En Az Bir Canlı Doğum Yapanların " Anne Sütü Emen Çocuğa Ek Gıdalara Ne Zaman Başlanır?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Ek Gıdaya Başlama Zamanı (ay)	Sayı	%
1-3	90	26.2
4-6	189	55.1
7-12	42	12.3
13 ve Yukarı	8	2.3
Bilmiyorum	14	4.1
Toplam	343	100.0

Yeni doğan bir bebeğin dört aylık oluncaya kadar yeterli ve dengeli bir şekilde beslenmesi, ancak anne sütü ile mümkündür. Dördüncü, beşinci aydan sonra anne sütü yetersiz olmaya başlar. Bu durumda dört-altı aydan itibaren bebeğe diğer yiyecekler vermeye başlanır (4).

Tablo XXII'de görüldüğü gibi, araştırma grubumuzu oluşturan kadınlardan % 55.1'i bebek 4-6 aylık iken ek gıdaya başlamayı uygun görmekteirler. Bir yaşından sonra başlayan kadınların oranı ise % 2.3'tür.

Türkiye 1974 Beslenme Araştırması'na göre (31) ulusal düzeyde çocukların % 42.6'sına 3 ve daha önceki aylarda, % 13.4'üne 4-6 aylarda, diğerlerine ise 6. aydan sonra ek yiyecek vermeye başlandığı görülmüştür. Türksöy, Ergazi Sağlık Ocağı bölgesinde 10-12 aylık çocukların % 34.4'üne hiç ek yiyecek verilmediğini rapor etmiştir (46).

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yapılan bir araştırmada (32) kurubaklagil, sebze, et, peynir ve yumurtaya geç başlandığı saptanmıştır.

Araştırma grubumuzdaki kadınların ek gıdalara başlama zamanı ile ilgili bilgi düzeylerinin, sözü edilen araştırmalardaki kadınlara göre daha iyi olduğu görülmektedir. Bu durum, araştırma grubundaki kadınların eğitim durumlarının bölge ve ülke genelinin üzerinde olmasına bağlanabilir.

Tablo XXIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan 0-6 Yaş Çocuğu Olanlarının "Son Çocuğunuza Hangi Aşılari Yaptırdınız?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Yapılan Aşı	n	Evet	
		Sayı	%
BCG	207	189	91.3
Karna	207	185	89.4
Polio	207	185	89.4
Kızamık	207	185	89.4

Kadınlardan 207'sinin (% 41.4) 0-6 yaş çocuğu olup, Tablo XXIII'te de görüldüğü gibi bu çocukların, aşılama oranı yüksektir. En yüksek aşılama oranı % 91.3 ile BCG'dedir.

1989'da 67 ilde yapılan "Aşılama Oranlarını Saptama Araştırması" sonucunda 12-23 ay yaş grubu çocuklardan % 67'si BCG, % 86'sı DPT+polio, % 82'si kızamık aşısı ile aşıli olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubunda tam aşıli çocuk oranı % 60'tır. İç Anadolu'da ise DPT+polio aşılması % 83, kızamık aşılması % 70'tir (45).

Araştırmaya alınan kadınların çocuklarındaki aşılama oranı Türkiye'deki genel aşılama oranının üzerinde bulunmuştur.

4.2. ARAŞTIRMA GRUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Tablo XIV'de görüldüğü gibi kadınların % 44.8'i aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Gebelikten önce aile planlaması yapmış kadınlarla birlikte yöntem kullananların oranı % 55.2dir. Bunların da % 59.4'ü Ria, hap, kondom ve tupligasyonu gibi etkili yöntemler kullanmakta, % 40.6'sı ise etkisiz yöntemlerden geri çekmeyi kullanmaktadırlar. Yöntem kullanmayan kadınlardan 26'sı (% 5.2) infertildir. Dört kadın (% 0.8) ise total histerektomi geçirmiştir.

Tablo XXIV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanmalarına Göre Dağılımı

Kullanılan Yöntem	Sayı	%
Kullanmıyor	224	44.8
RIA	96	19.2
Hap	30	6.0
Kondom	28	5.6
Tupligasyonu	10	2.0
Geri Çekme	112	22.4
Toplam	500	100.0

HUNEE 1989 araştırmasına göre (26) Türkiye genelinde gebelik riski altında olan ve aile planlaması yöntemi uygulamayan kadınların oranı % 23'tür. Orta Anadolu'da ise % 19.1'dir. Türkiye geneli ve Orta Anadolu için çeşitli yöntem kullanma oranları sırasıyla; RIA % 17.1, % 17.0; hap % 7.6, % 7.9; kondom % 8.9, % 10.5; sterilizasyon kadın için % 0.2, % 0.1, erkek için % 1.6, % 2.1'dir. Diğer yöntemlerin kullanılması ise % 2.7 ve % 2.2'dir (26).

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre (32) 15-49 yaş grubu evli kadınların % 35.8'i aile planlaması yöntemi kullanmamakta, % 64.2'si kullanmaktadır. Yöntem kullananların % 38.9'u etkili yöntem, % 25.3'ü etkisiz yöntem kullanmaktadırlar. Etkili yöntem kullananların ise % 19.4'ü RIA, % 9.7'si hap, % 8.0'ı kondom, % 1.9'u diğer yöntemleri kullanmaktadır.

Tablo XXV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Grupları ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmalarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Yöntem Kullanmayan		Etkili Yöntem Kullananlar		Etkisiz Yöntem Kullananlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-24	91	72.8	17	13.6	17	13.6	125	100.0
25-34	93	35.5	108	41.2	61	23.3	262	100.0
35 ve Üzeri	40	35.4	39	34.5	34	30.1	113	100.0
Toplam	224	44.8	164	32.8	112	22.4	500	100.0

$$X^2=56.376 \quad SD=4 \quad p<0.01$$

Tablo XXV'de görüldüğü gibi, aile planlaması yöntemi kullanmayanların oranı 15-24 yaş grubunda en yüksek olup, bu kadınların yaklaşık dörtte üçü yöntem kullanmamaktadır. 25 ve üzeri yaşlarda yöntem kullanma oranı artmaktadır. Yöntem kullanma oranlarının yaş gruplarına göre gösterdiği farklılık istatistiki olarak önemli bulunmuştur. Yaş arttıkça kadınlar istedikleri çocuk sayısına ulaştıkları için daha çok aile planlamasına yönelmektedirler. Bu sonuçlar Türkiye'deki diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (27).

Araştırma grubundaki kadınlarda etkili yöntem kullanma oranı 25-34 yaş grubunda en yüksektir. 35 yaş ve üzerinde etkili yöntem kullanma oranı azalmakta, etkisiz yöntem kullanma oranı artmaktadır.

Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde, etkili yöntem kullanma oranı 30 yaşından küçük olanlarda % 60.7 iken, 30 yaş ve üzeri kadınlarda % 51'e düştüğü saptanmıştır (32).

İzmir'de yapılan bir çalışmada (2) kadınların yaşları ilerledikçe yöntem kullanma oranlarının arttığı, küçük yaşlarda ise yöntem kullanmada bir azalma olduğu görülmüştür. 1978 Türkiye doğurganlık araştırmasında yaşın yöntem seçimini etkilediği gösterilmiştir (27). Bir başka çalışmada da (2) etkin yöntem kullanmanın yaş küçüldükçe arttığı saptanmıştır.

İzmir'de yapılan bir araştırmada ise araştırma kapsamına alınan 15-49 yaş grubu evli kadınların % 30.8'i aile planlaması yöntemi kullanmamakta, % 69.2'si kullanmaktadır. Yöntem kullananların % 46.4'ü etkili yöntem, % 53.6'sı ise etkisiz yöntem kullanmaktadırlar (2).

Yukarıda sözünü ettiğimiz araştırma verileri ile karşılaştırdığımızda, araştırma grubumuzdaki kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma oranının, ülke geneline ve değişik bölgelerine göre düşük, etkili yöntem kullanma oranının da yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların toplam gebelik ve canlı doğum sayısı ortalamaları Türkiye geneline göre düşük, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyleri ise daha yüksektir. Bu durumda kadınların istedikleri çocuğa gebe kalmak için aile planlaması yöntemi kullanmamaları, yöntem kullanma oranının düşük olmasında etkili olabilir.

Aile planlamasına ilişkin araştırmalar (27,32) kadınların eğitim düzeyi arttıkça aile planlaması yöntemi ya da etkin yöntem kullanma oranının arttığını göstermektedir.

İzmir'de yapılan bir araştırmada da (2) sadece okur-yazar olmanın güvenilir yöntem üzerinde bir etkisi olmadığı gibi, ilkokulu bitirmenin de güvenilir yöntemleri seçmede etkin olmadığı, ancak ortaokul ve daha ileri eğitim görmesinin güvenilir yöntem kullanmada etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo XXVI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmalarına Göre dağılımı

Eğitim Durumları	AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ							
	Etkili Yöntem Kullananlar		Etkisiz Yöntem Kullananlar		Yöntem Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu Bitirmemiş	18	34.0	13	24.5	22	41.5	53	100.0
İlkokul	85	34.7	53	21.6	107	43.7	245	100.0
Ortaokul ve Üzeri	61	30.2	46	22.8	95	47.0	202	100.0
Toplam	164	32.8	112	22.4	224	44.8	500	100.0

$$\chi^2=1.312 \quad SD=4 \quad p>0.05$$

Tablo XXVI'da görüldüğü gibi, araştırmamızda kadınların eğitim durumu ile aile planlaması yöntemi kullanması arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum araştırma grubunun genel popülasyonu temsil etmeyip seçilmiş bir grup olmasından kaynaklanabilir.

4.3. ARAŞTIRMA GRUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMLARI

Araştırma grubunu oluşturan kadınların % 45.2'si gebelik, % 40.0'ı kadın hastalığı, % 5.2'si infertilite, % 5.0'i kontrol olmak amacıyla, % 4.6'sı da diğer nedenlerle üniversite hastanesine başvurmuşlardır. Başvurma nedenleri arasında gebelik ve kadın hastalıkları ilk sıraları almıştır.

Tablo XXVII'de görüldüğü gibi, gebelik için başvuru 15-24 yaş grubunda en fazla olup, yaşın artmasıyla azalma göstermektedir. Kadın hastalığı nedeniyle başvurular, yaşın ilerlemesiyle birlikte artış göstererek 35 ve üzeri yaş grubunda en yüksek orana çıkmıştır. Buna bağlı olarak da kontrol için başvuranlar yine bu yaş grubunda en yüksek bulunmuştur. İnfertilite nedeniyle başvurular ise en fazla 15-24 yaş grubunda olmuştur.

Üniversite hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuru nedenleri, yaş gruplarına göre farklı bulunmuştur. Bu farklılık istatistiki olarak da önemlidir ($\chi^2=107.081 \quad SD=10 \quad p<0.01$).

Tablo XXVII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve Üniversite Hastanesine Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı

Yaş Grupları	BAŞVURU NEDENLERİ										Toplam			
	Gebelik Sayı	Gebelik %	Kadın Hastalığı Sayı	Kadın Hastalığı %	İnfertilite Sayı	İnfertilite %	Kontrol Sayı	Kontrol %	Aile Planlaması Sayı	Aile Planlaması %	Diğer Sayı	Diğer %	Sayı	%
15-24	81	64.8	17	13.6	17	13.6	7	5.6	2	1.6	1	0.8	125	100.0
25-34	127	48.5	103	39.3	11	4.2	9	3.4	7	2.7	5	1.9	262	100.0
35 ve +	18	15.9	81	71.7	2	1.8	10	8.8	2	1.8	0	0.0	113	100.0
Toplam	226	45.2	201	40.2	30	6.0	26	5.2	11	2.2	6	1.2	500	100.0

$$\chi^2=107.081 \quad SD=10 \quad p<0.01$$

Ülkemizde ilk evlenme yaşının küçük olması, ilk gebelik yaşının erken olmasına neden olmaktadır. Bu durum 15-24 yaş grubunda gebelik nedeniyle başvuruların fazla olmasında etkili olabilir. Bu yaş grubunda infertilite nedeniyle başvuruların en fazla olması da, evliliği izleyen ilk yıllarda çocuk sahibi olamayan kadınların doktora başvurmaları ile açıklanabilir.

Tablo XXVIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Üniversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı

Başvuru Şekli	Sayı	%
Kendi İsteğiyle	78	15.6
Sağlık Ocağından Sevкли	44	8.8
Kurum Doktoru	355	71.0
Özel Doktordan Sevкли	4	0.8
2.Basamak Sağlık Kuruluşlarından Sevкли	19	3.8
Toplam	500	100.0

Tablo XXVIII'de görüldüğü gibi, kurum doktorundan sevкли olarak üniversite hastanesine gelen kadınlar % 71.0 gibi büyük bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Kadınların çoğunun eşleri ya da kendileri resmi kuruluşlarda çalıştıkları için ilk olarak kurum doktoruna başvurmaktadırlar. Kurum doktoru da çoğu kez hastaların isteği doğrultusunda ve kurumun müsadresi çerçevesinde 2.basamak sağlık kuruluşlarını atlayarak üniversite hastanesine sevk yapmaktadırlar. Bu uygulama araştırma grubundaki dörtte üçüne yakın kısmının kurum doktorundan sevкли olarak üniversite hastanesine gelmesine neden olmaktadır.

Kadınların % 15.6'sı herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadan 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarını da atlayarak kendi istekleriyle üniversite hastanesine başvurmuşlardır ve yine kadınların % 8.8'i ocak doktoru ve % 0.8'i özel doktor tarafından 2.basamak atlanarak 3.basamağa yani üniversite hastanesine sevk edilmişlerdir. Devlet hastanesi, doğumevi ve SSK hastanesi gibi 2.basamak sağlık kuruluşlarından sevkli gelen kadınların oranı ise sadece % 3.8'dir. Buradan; sağlık hizmetlerini sosyalleştiren 224 sayılı yasanın "1.basamaktan başlayıp 2. ve 3.basamağa doğru hasta sevk zinciri" ilkesinin işletilmediği görülmektedir (39).

Tablo XXIX. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve Üniversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı

Yaş Grupları	BAŞVURU ŞEKİLLERİ									
	Kendi İsteğiyle		Sağlık Ocağından		Kurum Dr/Özel Dr.dan		2.Basamak Hastaneden Sevk		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-24	23	18.4	9	7.2	88	70.4	5	4.0	125	100.0
25-34	36	13.7	31	11.8	186	21.1	9	3.4	262	100.0
35 ve Üzeri	19	16.8	4	3.5	85	75.3	5	4.4	113	100.0
Toplam	78	15.6	44	8.8	359	71.8	19	3.8	500	100.0

$$X^2=8.433 \quad SD=6 \quad p>0.05$$

Tablo XXIX'da görüldüğü gibi, araştırmaya alınan kadınların üniversite hastanesine başvuru şekillerinde yaş gruplarına göre bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=8.433$, $SD=6$, $p>0.05$).

Tablo XXX. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Üniversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı

Kadının Eğitimi	BAŞVURU ŞEKİLLERİ									
	Kendi İsteğiyle		Sağlık Ocağından		Kurum Dr/Özel Dr.dan		2.Basamak Hastaneden Sevk		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu Bitirmemiş	9	17.0	5	19.4	36	67.9	3	5.7	53	100.0
İlkokul	46	18.8	25	10.2	163	66.5	11	4.5	245	100.0
Ortaokul ve Üzeri	23	11.4	14	6.9	160	79.2	5	2.5	202	100.0
Toplam	78	15.6	44	8.8	359	71.8	19	3.8	500	100.0

$$X^2=9.371 \quad SD=6 \quad p>0.05$$

Tablo XXX'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki kadınların başvuru şekillerinde eğitim durumlarına göre bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo XXXI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Geldikleri Yerlere ve Üniversite Hastanesine Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı

Geldikleri Yer	BAŞVURU ŞEKİLLERİ								Toplam	
	Kendi İsteğiyle		Sağlık Ocağından		Kurum Dr/Özel Dr.dan		2.Basamak Hastaneden			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kayseri ve Kayseri Dışı İl Merkezleri	46	14.2	10	3.1	255	78.7	13	4.0	324	100.0
Kayseri ve Kayseri Dışı İlçe, Kasaba ve Köyler	32	18.2	34	19.3	104	59.1	6	3.4	176	100.0
Toplam	78	15.6	44	8.8	359	71.8	19	3.8	500	100.0

$X^2=41.526$ $SD=3$ $p<0.01$

Tablo XXXI'de araştırma grubundaki kadınların geldikleri yerlere göre başvuru şekillerine bakıldığında, il merkezinden gelenlerde kurum ve özel doktordan sevkli gelenler % 78.7 ile en yüksek orandadır. Bunu kendi isteğiyle gelenler izlemektedir. İkinci basamak hastanelerden sevk ile sağlık ocağından sevkli gelenlerin oranı ise çok düşüktür.

İlçe köy ve kasabalardan gelenlerde de Kurum doktoru ve özel doktordan sevkli gelenler en yüksek oranda bulunmuştur. Bunun arkasından sağlık ocağından sevkli gelenler ve kendi isteğiyle başvuranlar gelmektedir.

Kurum ve özel doktordan sevkli gelenlerin oranı il merkezinden gelenlerde, ilçe, kasaba ve köylerden gelenlerden daha yüksek bulunmuştur. Diğer taraftan ilçe, kasaba ve köylerden gelenlerde sağlık ocağından sevkli gelenler daha yüksek orandadır. Araştırma grubundaki kadınların geldikleri yerlere göre başvuru şekilleri farklıdır. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($X^2=41.526$ $SD=3$ $p<0.01$).

Sağlık kuruluşlarının kullanılmasında ulaşılabilirlik önemli bir faktördür. İl merkezinden gelenlerin büyük bir kısmını Kayseri il merkezinden gelenler oluşturmaktadır. Üniversite hastanesine ulaşım tabiki Kayseri merkezinde oturanlar için daha kolaydır.

Sağlık ocakları kırsal kesimde daha çok bilinmekte ve daha fazla kullanılmaktadır. İl merkezlerinde sağlık kuruluşlarının fazla oluşu sağlık ocaklarının daha az bilinmesine ve daha az kullanılmasına neden olmaktadır.

Kayseri'de yapılan bir çalışmada (35) Devlet hastanesinin dahiliye polikliniğine başvuran 40 yaş ve üzeri hastalardan, il merkezinde oturanların % 68.5'inin, ilçe, kasaba ve köylerde oturanların % 88'inin sağlık ocaklarını bildikleri ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada hastaların geldikleri yere, Devlet hastanesi arasındaki uzaklık 1 km'den az olduğunda, ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşu olarak sağlık ocağını belirtenler hiç yok iken, uzaklık 50 km'yi aştığı zaman % 34.6'ya çıkmaktadır.

Tablo XXXII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların "Üniversite Hastanesine Başvurumuzdaki Harcamalarımızı Kim veya Neresi Karşılıyor?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Harcamaların Karşıldığı Yer veya Kişi	Sayı	%
Emekli Sandığı	390	78.0
Sosyal Sigortalar Kurumu	7	1.4
Bağ-Kur	29	5.8
Kendisi	70	14.0
Diğer	4	0.8
Toplam	500	100.0

Tablo XXXII'de üniversite hastanesine başvuruda bulunan kadınların çoğunun (% 78) emekli sandığı güvencesinde oldukları görülmektedir. Bunun nedeni kendilerinin veya eşlerinin memur statüsünde ya da memur emeklisi veya eşi olmalarıdır. Diğer sosyal güvenlik kuruluşlarının kapsamında olup, harcamaları bu kuruluşlarca karşılananlar çok azdır.

Ülkemizde sosyal güvenlik kuruluşu olarak TC Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu vardır. Emekli Sandığı 2 305 000 kişiye doğrudan, aileleriyle

birlikte yaklaşık 7.1 milyon kişiye sosyal güvenlik hakları sağlamaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu aileleriyle birlikte 15.5 milyon kişinin, Bağ-Kur ise 12 747 000 kişinin sosyal güvenliğini sağlamaktadır (45).

Araştırma grubunda üniversite hastanesine sevkli olarak gelen 422 kadından % 99'u kendilerine herhangi bir tanı konmadan sevklerinin yapıldığını ifade etmişlerdir. Tanı konulan 4 kadın ise baş ağrısı, servikal erozyon gibi tanılarla sevk edildiklerini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 79'u (396 kadın) bağlı buldukları sağlık ocağını bilmektedirler.

Bağlı bulunduğu sağlık ocağını bilme durumu 15-24 yaş grubu kadınlarda % 72, 25-34 yaş grubunda % 82.4, 35 ve üzeri yaş grubunda % 79.6 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre buldukları sağlık ocağını bilme durumunda farklılık saptanmamıştır.

Kadınların bağlı buldukları sağlık ocağını bilme durumunda, eğitim düzeylerine göre de farklılık bulunmamıştır. Şöyle ki, bağlı buldukları sağlık ocağını bilme durumu, ilkokulu bitirmemiş kadınlarda % 77.4, ilkokul mezunu kadınlarda % 82.0 ve lise ve üzeri eğitim görenlerde ise % 76.2 olarak bulunmuştur.

Araştırma grubundaki kadınlardan % 21.4'ü (107 kadın) üniversite hastanesine başvurularına sebep olan şikayetleri nedeniyle önceden sağlık ocağına başvurmuşlardır. Görüldüğü gibi, 1.basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşu olan sağlık ocağına başvuru oranı oldukça düşüktür. Gölbaşı Eğitim ve Araştırma bölgesinde 1.basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ile ilgili bir araştırmada, araştırma grubundaki 15 439 kişiden % 51.3'ünün hastalandıklarında sağlık ocağına başvurmadıkları tesbit edilmiştir (47).

Araştırma grubumuzdaki kadınların sosyo-ekonomik durumlarının iyi olması nedeniyle 2. ve 3.basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanları olduğundan, sağlık ocaklarından düşük oranda yararlandıkları düşünülebilir.

İlgili şikayetleri nedeniyle önceden sağlık ocağına başvuranların oranı 15-24 yaş grubunda % 28, 25-34 yaş grubunda % 18.3, 35 ve üzeri yaş grubunda % 19.9'dur. Yaş gruplarına göre sağlık ocağına başvuranlarda istatistiki yönden önemli bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 4.651$ $SD=2$ $p>0.05$).

Tablo XXXIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumları ve Bu Şikayetleri İle İlgili Olarak Sağlık Ocağına Başvuru Durumlarına Göre Dağılımı

Kadının Eğitimi	SAĞLIK OCAĞINA BAŞVURU				Toplam
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
İlkokulu Bitirmemiş	13	24.5	40	75.5	53
İlkokul	61	24.9	184	75.1	245
Ortaokul ve Üzeri	33	16.3	169	83.7	202
Toplam	107	21.4	393	78.6	500

$$X^2=5.183 \quad SD=2 \quad p>0.05$$

Tablo XXXIII'de görüldüğü gibi, ilkokulu bitirmemiş kadınların % 24.5'i, ilkokul mezunu olanların % 24.9'u, ortaokul ve üzeri eğitim görenlerin % 16.3'ü ilgili şikayetleri nedeniyle sağlık ocağına başvurmuşlardır. Eğitim durumuna göre sağlık ocağına başvurularda istatistiki yönden önemli bir farklılık yoktur ($X^2=5.183$ $SD=2$ $p>0.05$). Sağlık ocağına başvuru durumunda eğitim düzeyine göre istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, ortaokul ve üzeri eğitim gören grupta sağlık ocağına başvuru oranı diğer gruplara göre düşüktür.

Kayseri'de yapılan bir araştırmada (35) sağlık ocağına başvuru oranı ilkokulu bitirmemişlerde % 54.1 iken, ilkokul ve üzeri eğitim görenlerde % 30'a düştüğü ortaya konmuştur.

Tablo XXXIV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınlardan, İlgili Şikayetleri Nedeniyle Önceden Sağlık Ocağına Başvurmayan Kadınların Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Başvurmama Nedeni	Sayı	%
Sağlık Ocağının Yetersiz Olması	162	41.2
Sağlık Ocağını veya Sağlık Ocağına Başvurulacağını Bilmiyor	132	33.6
Eşi veya Kendisi Üniversitede Çalışıyor	46	11.7
Gerek Görmüyor	20	5.2
Uzak	12	3.2
Özel Durum	9	2.3
Güvensizlik	7	1.5
İlgi Gösterilmiyor	5	1.3
Toplam	393	100.0

Tablo XXXIV'de görüldüğü gibi, ilgili şikayetleri nedeniyle daha önceden sağlık ocağına başvurmayan kadınların % 41.2'si sağlık ocağını yetersiz buldukları, % 33'ü sağlık ocağını bilmediklerini, % 11.7'si de eşleri veya kendileri üniversitede görevli oldukları için sağlık ocaklarına başvurmadıklarını belirtmişlerdir.

Gölbaşı Eğitim Araştırma bölgesinde yapılan bir çalışmada (47) hastalandıkları zaman sağlık ocağına başvurmayanların % 26.1'i sağlık ocağına güvenmedikleri, % 18'i de uzak olduğu için gitmediklerini ifade etmişlerdir.

Kayseri Devlet Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada ise (35) 40 yaş ve üzeri hastaların sağlık ocağından memnun olmama nedenleri arasında, gerekli tetkiklerin yapılamaması, yeterli ilgi gösterilmemesi ve ücretsiz olduğu için iyi hizmet verilmiyor düşüncesi ilk sıraları almaktadır.

Araştırma grubundaki kadınların % 11.2'sinin üniversite hastanesine başvurmadan önce aynı şikayetleri devlet hastanesi, doğumevi, SSK hastanesi gibi 2.basamak sağlık kuruluşlarına başvurdukları saptanmıştır. Kadınların büyük çoğunluğu (% 88.8'i) ise bu sağlık kuruluşlarına başvurmamışlardır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmayan kadınların başvurmama nedenleri Tablo XXXV'de verilmiştir.

Tablo XXXV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların 2.Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Başvurmama Nedeni	Sayı	%
Üniversiteyi Tercih	327	73.6
İlgi,Bakım Yok	54	12.1
Eşi veya Kendi Üniversitede Çalışıyor	46	10.4
Özel Durum	9	2.0
Diğer	8	1.9
Toplam	444	100.0

Tablo XXXV'de görüldüğü gibi 2.basamak sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların % 73.6'sı üniversite hastanesinin olduğu yerde başka bir yeri tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Yüzde 12.1'i 2.basamak sağlık kuruluşlarının yetersiz olması, bakım ve ilginin az olması nedeniyle, % 10.4'ü eşi veya kendisinin üniversitede görevli oldukları için bu kuruluşlara başvurmadıklarını ifade etmişlerdir.

Kadınlara bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği zaman ilk olarak nereyi tercih edecekleri sorulduğu zaman, % 78.4'ü üniversite hastanesini, % 8.2'si özel ve

kurum doktorunu, % 7.4'ü 2.basamak hastaneleri, % 6.0'sı sağlık ocağını tercih edeceklerini ifade etmişlerdir.

Buradan da anlaşılacağı gibi, en yüksek tercih üniversite hastanesine yapılmaktadır.

Bir sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiğinde ilk tercih edilen sağlık kuruluşunda yaş gruplarına göre önemli bir farklılık bulunmamıştır. 15-24 yaş grubundaki kadınların % 77.6'sı, 25-34 yaş grubundakilerin % 80.2'si, 35 ve üzeri yaştakilerin de % 75.2'si ilk olarak üniversite hastanesini tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Diğer sağlık kuruluşlarının tercih edilmesinde de yaş gruplarına göre bir farklılık yoktur.

Tablo XXXVI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumlarına ve İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	TERCİH EDİLEN SAĞLIK KURULUŞU								Toplam Sayı %	
	Sağlık Ocağı		Kurum Dr/Özel Dr		2.Basamak Hastaneler		Üniversite Hastanesi			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu Bitirmemiş	2	3.8	9	17.0	4	7.5	38	71.7	53	100.0
İlkokul	20	8.2	21	8.6	28	11.4	176	71.8	245	100.0
Ortaokul ve Üzeri	8	4.0	11	5.4	5	2.5	178	88.1	202	100.0
Toplam	30	6.0	41	8.2	37	7.4	392	78.4	500	100.0

$$X^2=26.722 \quad SD=6 \quad p<0.01$$

Tablo XXXVI'da görüldüğü gibi, kadınların eğitimi ortaokul ve üzerine ulaştıkça, sağlık ocaklarına ve diğer hastanelere tercih azalmakta, üniversite hastanesine ise artmaktadır. Ortaokul ve üzeri eğitim görenlerin üniversite hastanesini tercih oranı diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak da önemlidir ($X^2=26.722 \quad SD=6 \quad p<0.01$).

Araştırma grubumuzdaki kadınların eğitim düzeyleri yükselince, eşlerinden ya da kendilerinden dolayı sosyal güvenceye sahip olma durumları da yükselip, üniversite hastanesine başvurma olanakları arttığından ve hizmetin niteliğini de göz önünde bulundurarak, daha iyi hizmet alacakları düşüncesiyle üniversite hastanesine tercihleri artmaktadır.

Tablo XXXVII.Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumları ve İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı

Eşinin Eğitimi	Sağlık Ocağı		Kurum Dr/Özel Dr		2.Basamak Hastaneler		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu Bitirmemiş	0	0.0	2	40.0	0	0.0	3	60.0	5	100.0
İlkokul	8	6.7	16	13.5	10	8.4	85	71.4	119	100.0
Ortaokul ve Üzeri	22	5.9	23	6.1	27	7.2	304	80.8	376	100.0
Toplam	30	6.0	41	8.2	37	7.4	392	78.4	500	100.0

$$\chi^2=14.364 \quad SD=6 \quad p<0.05$$

Tablo XXXVII'de görüldüğü gibi, araştırma grubundaki kadınların eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe kurum ve özel doktoru tercihi azalmakta, üniversite hastanesini tercih artmaktadır. Kadınların özel ve kurum doktoru ve üniversite hastanesini tercih oranları eşlerinin eğitim durumlarına göre farklı bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur ($\chi^2=14.364 \quad SD=6 \quad p<0.05$).

Kayseri'de yapılan bir araştırmada da (9) % 41.6'sı ilkokulu bitirmemiş, % 58.4'ü ilkokul ve üzeri eğitilmiş aile reislerinin hastalandıklarında % 39.8'inin sağlık ocağını % 17.5'unun özel doktoru, % 40.3'ünün 2.basamak sağlık kuruluşlarını, % 2.4'ünün de üniversite hastanesini tercih edebilecekleri bulunmuştur.

Araştırma grubundaki kadınlara "bir sağlık kuruluşunu tercih etmede sizce en önemli faktör nedir?" sorusu yöneltildiğinde, kadınların % 48.8'i ilgi, % 22.6'sı tam teşekküllü olması, % 18.8'i temizlik, % 3.8'i güven duymak, % 3.2'si yakın olması, % 1.0'i ucuz olması, % 1.8'i de bilmiyorum şeklinde cevaplamıştır. Görüldüğü gibi bir sağlık kuruluşunu tercih etmede, kuruluşun tam teşekküllü olması, temizliği ve güven duyulması ilk üç sırayı almıştır.

Bir araştırmada (35) Kayseri Devlet Hastanesi'nin dahiliye polikliniğine başvuran 40 yaş ve üzeri kadın hastalar, bir sağlık kuruluşunu tercih etmede en önemli gördükleri faktörleri, % 20.6'sı ulaşımın kolay olması, % 24.4'ü hizmetin ücretsiz olması, % 12.9'u resmi veya Bağ-Kur'lu olup mecburi bağımlılık, % 10.8'i hasta ile iyi ilgilenilmesi ve iyi muayene yapılması şeklinde belirtmişlerdir.

Araştırma grubumuzdaki kadınların yukarıda sözü edilen araştırma grubuna göre yaşça daha genç, eğitim ve ekonomik açıdan daha iyi düzeyde olması, hasta ile

ilgilenilmesi, tam teşekküllü olması ve temizlik faktörlerinin ilk sıraları almasına, ulaşım ve para faktörünün daha arka planda yer almasına neden olmaktadır.

Tablo XXXVIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve Bir Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmedeki En Önemli Faktörlere Göre Yüzde Dağılımı

TERCİHİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER									
Kadının Yaşı	İlgi %	Tam Teş. lü Olması %	Temizlik %	Güven Duymak %	Yakın Olması %	Ucuz Olması %	Bilmiyor %	Toplam Sayı	Toplam %
15-24	52.0	19.2	20.0	2.4	4.8	1.6	0.0	125	100.0
25-34	51.5	22.9	16.0	5.0	3.4	0.0	1.2	262	100.0
35 ve +	38.9	25.7	23.9	2.7	0.9	2.7	5.2	113	100.0
Toplam	48.8	22.6	18.8	3.8	3.2	1.0	1.8	500	100.0

$$X^2=28.432 \quad SD=12 \quad p<0.01$$

Tablo XXXVIII'de görüldüğü gibi, bir sağlık kuruluşunu tercih etmedeki en önemli faktörler arasında "ilgi" dışındaki faktörlerde yaş gruplarına göre önemli bir farklılık görülmemektedir. 15-24 ve 25-34 yaş grubundaki kadınlar, 35 ve üzeri yaş grubuna göre ilgi faktörünü daha yüksek oranda ifade etmişlerdir. İlgi faktöründe yaş gruplarına göre saptanan farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2=28.432$ $SD=12$ $p<0.01$).

Tablo XXXIX. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumlarına ve Bir Sağlık Kuruluşunu Tercih Etmedeki En Önemli Faktörlere Göre Yüzde Dağılımı

TERCİHİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER									
Kadının Eğitimi	İlgi %	Tam Teş. lü Olması %	Temizlik %	Güven Duymak %	Yakın Olması %	Ucuz Olması %	Bilmiyor %	Toplam Sayı	Toplam %
İlkokulu									
Bitirme.	52.8	5.7	24.5	3.8	1.9	1.9	9.4	53	100.0
İlkokul	50.2	16.3	22.0	3.4	5.7	1.6	0.8	245	100.0
Ortaokul ve +	46.0	34.6	13.4	4.5	0.5	0.0	1.0	202	100.0
Toplam	48.8	22.6	18.8	3.8	3.2	1.0	1.8	500	100.0

$$X^2=62.826 \quad SD=12 \quad p<0.01$$

Tablo XXXIX'da görüldüğü gibi, ilgi faktörü kadının eğitim durumu ne olursa olsun tercihi etkileyen faktörler arasında ilk sırayı almaktadır.

İlgi ve temizlik faktörleri ilkokulu bitirmemiş olanlarda ve ilkokul mezunlarında, ortaokul ve üzeri eğitim görenlere göre daha fazla oranda ifade edilmiştir. Ortaokul ve üzeri eğitim görenlerde "Sağlık kuruluşunun tam teşekküllü olması" faktörü diğer eğitim grubundakileri göre daha fazla oranda ifade edilmiştir. İlkokulu bitirmemiş grupta bu oran % 5.7 iken, eğitim düzeyi arttıkça artış göstererek ilkokul mezunlarında % 16.3'e, ortaokul ve üzeri eğitim yapanlarda % 34.6'ya çıkmıştır. Burada gruplar arasındaki farklılık istatistiki olarak da önemli bulunmuştur ($X^2=62.826$ $SD=12$ $p<0.01$).

Benzer bir araştırmada (35) 40 yaş ve üzeri kişilerde bir sağlık kuruluşunu tercih etmede ilkokulu bitirmemiş grupta ulaşımın kolay olması, hizmetin ücretsiz olması, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı olup mecburi bağımlılık faktörleri ilk sıralarda yer alırken, ortaokul ve üzeri eğitim görenlerde "her branş için uzman doktor bulunması, her türlü tıbbi olanağın bulunması, hasta ile iyi ilgilenilmesi ve iyi muayene yapılması" ilk sıraları almıştır.

Tablo XL. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Üniversite Hastanesine Başvurularındaki En Önemli Faktörlere Göre Dağılımı

Faktörler	Sayı	%
Tam Teşekküllü Olma	194	38.8
İyi Bakım	110	22.0
İlgi/Özen	100	20.0
Eşi veya Kendisinin Üniversitede Çalışması	46	9.2
Güven Duyma	27	5.4
Temizlik	16	3.2
Bilmiyor	7	1.4
Toplam	500	100.0

Tablo XL'da görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların, üniversite hastanesine başvurularındaki en önemli 3 faktör; tam teşekküllü olma, iyi bakım ve ilgi-özen faktörleridir. Eşinin veya kendisinin üniversite hastanesinde çalışması, üniversite hastanesine güven duyma ve temizlik faktörleri başvuruda daha az etkili olan diğer faktörlerdir.

Tablo XLI. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına ve Üniversite Hastanesine Başvurmasındaki En Önemli Faktörlere Göre Yüzde Dağılımı

Kadının Yaşı	TERCİHİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER								Toplam Sayı	%
	Tam Teş.Oлма %	İyi Bakım %	İlgi %	Eşi veya Kendi. Ün.Çalış. %	Güven Duyma %	Temizlik %	Bilmiyor %			
15-24	41.1	18.7	20.1	11.2	3.7	3.7	1.5	134	100.0	
25-34	35.0	22.6	21.8	9.7	6.6	3.1	1.2	257	100.0	
35 ve Üzeri	44.9	24.8	15.6	5.5	4.6	2.8	1.8	109	100.0	
Toplam	38.8	22.0	20.0	9.2	5.4	3.2	1.4	500	100.0	

$X^2=9.002$ $SD=12$ $p>0.05$

Tablo XLI'de görüldüğü gibi tüm yaş gruplarında üniversite hastanesinin tercih edilmesindeki en önemli faktör, hastanenin tam teşekküllü olmasıdır. Yaş gruplarına göre, üniversite hastanesine başvuruda etkili olan faktörlerde istatistiki açıdan önemli bir farklılık bulunamamıştır ($X^2=9.002$, $SD=12$, $p>0.05$).

Tablo XLII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Eğitim Durumlarına ve Üniversite Hastanesine Başvurmasındaki En Önemli Faktörlere Göre Yüzde Dağılımı

Kadının Eğitimi	TERCİHİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER								Toplam Sayı	%
	Tam Teş.Oлма %	İyi Bakım %	İlgi %	Eşi veya Kendi. Ün.Çalış. %	Güven Duyma %	Temizlik %	Bilmiyor %			
İlkokulu Bitirmemiş	33.3	13.7	9.8	7.8	5.9	2.0	3.9	51	100.0	
İlkokul	34.8	26.5	20.5	8.7	4.9	3.8	0.8	264	100.0	
Ortaokul ve Üzeri	45.9	11.4	22.2	10.3	5.9	2.7	1.6	185	100.0	
Toplam	38.8	22.0	20.0	9.2	5.4	3.2	1.4	500	100.0	

$X^2=28.84$ $SD=12$ $p<0.01$

Tablo XLII'de görüldüğü gibi ilkokulu bitirmemiş kadınların üniversite hastanesine başvurularında "iyi bakım faktörü" ilk sırada belirtilirken, ilkokul ile ortaokul ve üzeri eğitim gören kadınlarda "hastanenin tam teşekküllü olması" en önemli faktör olarak ilk sırada belirtilmiştir. Ortaokul ve üzeri eğitim görenlerde, "tam teşekküllü olma faktörü" diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek oranda ifade edilmiştir. Aralarındaki farklılık istatistiki olarak da önemlidir ($X^2=28.84$, $SD=12$, $p<0.01$).

Tablo XLIII. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların "Eğer Üniversite Hastanesine Başvurmamış Olsaydınız İlk Olarak Nereye Başvurmanız Gerekirdi?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Sağlık Kuruluşları	Sayı	%
Sağlık Ocağı	29	5.8
Özel Dr.	29	5.8
2.Basamak Sağlık Kuruluşları	40	8.0
Bir Başka Üniversite Hastanesi	393	78.6
Bilmiyor	19	1.8
Toplam	500	100.0

Tablo XLIII'de görüldüğü gibi, kadınların çoğunluğu (% 78.6'sı) bir başka üniversite hastanesine gitmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Bu yaklaşım içinde olan kadınların gerek 1.basamak sağlık kuruluşu olan sağlık ocaklarını kullanmayı bilmediklerini ve gerekse 2.basamak sağlık kuruluşu hastaneleri kullanmadan doğrudan 3.basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanelerini ilk başvurulması gerek olan kuruluşlar olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Tablo XLII'de görüldüğü gibi, araç-gereç donanımı olduğu, iyi bakım verildiği ve ilgili buldukları için tercihlerini üniversite hastanesine yapan kadınlar (Toplam % 80.8) bu tablomuzda da üniversite hastanesine başvurmadıklarında, yine bir başka üniversite hastanesine başvurmaları gerektiğini % 78.6 oranında ifade etmişlerdir.

Ancak bu durum, Türkiye'de yaşama geçirilmeye çalışılan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle ilgili yasaya ters düşmektedir (39). Bu durum, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının önündeki hasta yığılmasını açıklamakta, 1. ve 2.basamak sağlık kuruluşlarının nitelikli sağlık hizmeti sunma gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Tablo XLIV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Üniversite Hastanesine Yaptıkları Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı

Başvuru Sayısı	Sayı	%
1.Geliş	107	21.4
2.Geliş	50	10.0
3.Geliş	40	8.0
4.Geliş	35	7.0
5.Geliş	36	7.2
6.Geliş	20	4.0
7.Geliş	12	2.4
8.Geliş	3	0.6
9.ve Üzeri	197	39.4
Toplam	500	100.0

Tablo XLIV'de görüldüğü gibi, kadınlardan 197'si (% 39.4) 9 ve daha çok kez üniversite hastanesine geldiklerini ifade etmişlerdir. İlk gelenler % 21.4'tür. Dokuz ve daha çok kez gelenlerin çokluğu (% 39'u) sağlık kuruluşlarına yapılan başvurularda tercihin daha çok üniversite hastanelerine yapıldığı görüşünü desteklemektedir.

Tablo XLV. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Üniversite Hastanesinde Konulan İlk 10 Hastalık Tanısına Göre Dağılımı

S.No	Hastalık Adı	Kodu	Sayı	%
1	Gebelik	Y 60	226	45.2
2	Servikal Erozyon	A 111-4	67	13.4
3	Kr.PID	A 111-1	34	6.8
4	İnfertilite	A 111-3	26	5.2
5	Hasta Kontrolü	Y 34	25	5.0
6	Menstrüasyon Bozuklukları	A 111-2	23	4.6
7	Myom	A 61	22	4.4
8	Mantar	A 111-4	20	4.0
9	Kanama	A 111-4	18	3.6
10	Kist	A 111-4	16	3.2
Diğer Hastalıklar Toplam			23	4.6
Toplam			500	100.0

Tablo XLV'de görüldüğü gibi, üniversite hastanesi kadın-doğum polikliniğinde 500 kadına konan tanıların en fazlası % 45.2 ile gebeliktir. Sırasıyla % 13.4 ile servikal erozyon; % 6.8 ile Kr.PID; % 5.2 ile infertilite; yine % 5.0 ile hasta kontrolü; % 4.6 adet düzensizliği, rötarı; % 4.4 ile myom; % 4.0 ile mantar; % 3.6 ile kanama ve % 3.2 ile kist gelmektedir. Toplam 23 kadına (% 4.6) diğer tanıları konmuştur. Bunlar 12 kadına (% 2.4) aile planlaması, 10 kadına (% 2) normal bulgular, 9 kadına (% 0.2) meme hastalığı tanısı şeklinde dağılmıştır.

Kadınlara konulan tanılarda en fazla gebelik tanısının olması, doğurganlığın sık görüldüğü çağ olarak kabul edilen 15-34 yaş grubu 272 kadının (% 54.4) araştırma grubuna dahil olmasıyla açıklanabilir. Ancak, sağlık hizmetlerini sosyalleştiren 224 sayılı yasaya göre ana sağlığı hizmetleri 1.basamak sağlık kuruluşu olan, sağlık ocaklarının görevleri arasındadır (39). Bu hizmeti almak için üniversite hastanesine gelen kadınların üniversite hastanesi yerine sağlık ocaklarını kullanmaları gerekirdi. Sağlık ocaklarının araç-gereç yetersizliği, personel ve uzman hekim eksikliği nedenleriyle güvensizlik duyulmakta, yasaya rağmen fonksiyonsuz duruma düşürülmektedir. Sıralamada yer alan diğer tanıları ise kadınların jinekolojik sorunlarıyla ilgilidir. Toplumda kadınlara yönelik yapılması gereken rutin taramalarla jinekolojik sorunların zamanında teşhis ve tedavisi ile kadın sağlığı için yerinde hizmet verilmiş olunacaktır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Erciyes Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 500 evli kadının dahil edildiği araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

1. Kadınların % 25'i 15-24; % 52.4'ü 25-34; % 22.6'sı 35 ve üzeri yaş grubundadır.

2. Kadınların % 10.6'sı ilkokulu bitirmemiş, % 49'u ilkokul, % 40.4'ü ise ortaokul ve üzeri eğitim görmüşlerdir. Buna göre kadınların eğitim düzeyi ülke genelindeki kadınların eğitim düzeyinden daha yüksektir.

3. Araştırma grubundaki kadınların eşlerinin % 1.0'i ilkokulu bitirmemiş; % 23.8'i ilkokul; % 75.2'si ortaokul ve üzeri eğitim görmüşlerdir. Kadınların eşlerinin eğitim düzeyi, hem kadınların ve hem de ülke genelindeki erkeklerin eğitim düzeyinden daha yüksektir.

4. Kadınların % 79.0'u ev kadını, % 20.0'si memur olup, geri kalanı işçi ve serbest meslek sahibidir. Eşlerinin ise % 75.8'i memur; % 11.0'i serbest meslek sahibi; % 0.6'sı emekli ve geri kalanı da işçi, esnaf, çiftçi ve işsizdir.

5. Araştırma kapsamındaki kadınların % 91.0'i çekirdek, % 9'u da geniş aileye sahiptir. Yüzde 43.4'ünün aileleri 1-3 kişilik, % 50.4'ünün aileleri 4-6 kişilik olup kalabalık aile oranı düşüktür.

6. Kadınların % 76.2'sinin ailesinde 1 kişi, % 22.0'sinin ailesinde 2 kişi para kazanmaktadır. Kadınlardan % 25.6'sının ailesinin aylık geliri 1.500.000 TL'nin üzerinde, % 4.8'inin ise 500.000 TL'nin altındadır.

7. Araştırma grubunu oluşturan kadınların % 64.8'i kentsel, % 35.2'si kırsal kesimden gelmişlerdir. En fazla başvuru % 58.2 ile Kayseri il merkezinden olmuştur. Kadınların % 30'unun evlilik süresi 5 yıldan az, % 23'ünün 5-9 yıl olup geri kalanı daha uzun süreli evlidirler.

8. Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 19.47 ± 0.37 olup Türkiye ortalamasından 1.2 yaş daha yüksektir.

9. Kadınlardan en az bir gebeliği olanların ilk gebelik yaşı ortalaması 20.6 ± 0.17 dir.

10. Araştırma grubundaki kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 3.270, toplam düşük sayısı ortalaması 0.364, kürtaj ortalaması 0.532, canlı doğum ortalaması 1.824, ölü doğum ortalaması 0.132, ölen çocuk ortalaması 0.232, yaşayan çocuk ortalaması 1.732'dir. Düşük ortalaması dışındaki ortalamalar, Türkiye ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur.

11. Kadınların % 45.2'si gebedir. Gebe olan kadınların yarısından fazlasının (% 54.9), gebelik tesbitleri üniversite hastanesinde % 12.4 gibi düşük bir oranda da sağlık ocağında yapılmıştır.

12. Araştırma grubunu oluşturan kadınlardan en az bir doğum yapmış olanların % 95.3'ü son doğumlarını sağlık personeli yardımı ile, % 4.7'si evde kendi kendine yapmışlardır. Doğumların % 65'i hastanede olmuştur. Kadınların yaş gruplarına, eğitim düzeylerine ve geldikleri yerlere göre son doğumun yapıldığı yerler farklı bulunmuştur. Kadınların yaşları arttıkça evde kendi kendine, sağlık ocağında ve 2.basamak hastanelerde doğum oranı artmış, üniversite hastanesinde doğum oranı azalmıştır. Eğitim düzeyleri arttıkça da kendi kendine ve evde ebe ile doğumlar azalmış, üniversite hastanesinde doğumlar artmıştır. İl merkezinden gelenlerde, üniversite hastanesinde doğumlar en yüksek oranda (% 39.4) iken, ilçe, köy ve kasabalardan gelenlerde, sağlık ocağında ve evde ebe ile doğumlar en yüksek orandadır (% 47.2).

13. Araştırma grubunda en az bir gebeliği olan kadınlardan % 80.8'i gebelikleri sırasında sağlık kontrolünden geçmişlerdir. Bunların da % 26.5'u yeterli sayıda izlenmişlerdir. Kadınların yaşı arttıkça, gebelikte sağlık kontrolünden geçme oranı azalmaktadır.

14. Gebelikte sağlık kontrolü yaptıranların çoğunluğu (% 55.3) kontrollerini üniversite hastanesinde, % 18.4'ü sağlık ocağında yaptırmışlardır. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe gebelikte sağlık kontrolünü üniversite hastanesinde yaptıranlar artmakta, sağlık ocağında yaptıranlar azalmaktadır.

15. Araştırma kapsamındaki kadınlardan en az bir gebelik geçirenlerin % 78.5'u gebelikte beslenme değişikliği yapılması gerektiğini belirtmişler, bunların da % 95 kadarı fazla alınması gereken yiyecek gruplarını doğru olarak ifade etmişlerdir.

16. Araştırmaya alınan kadınlardan en az bir canlı doğum yapmış olanların % 85.6'sı yeterli emzirme süresini, yine % 55.1'i de anne sütü alan bebeklere ek gıdaya başlama zamanını, doğru olarak ifade etmişlerdir.

17. Araştırma grubundaki 500 evli kadından % 55.2'si aile planlaması yöntemi kullanmakta olup, bunların % 32.8'i etkili yöntem kullanmaktadır.

18. Araştırmaya alınan kadınların % 45.2'si gebelik; % 40.0'ı kadın hastalığı; % 5.2'si infertilite; % 5.0'ı kontrol; % 2.4'ü aile planlaması; % 2.2'si de diğer nedenlerle üniversite hastanesine başvurmuşlardır. En fazla başvuru gebelik ve infertilite nedeniyle 15-24 yaş grubunda (% 64.8, % 13.6); kadın hastalığı ve kontrol için 35 ve üzeri yaş grubunda (% 71.7, % 18.8); aile planlaması için ise 25-34 yaş grubunda yapılmıştır.

19. Araştırmaya alınan kadınların % 15.6'sı kendi isteğiyle sevksiz olarak, % 8.8'i sağlık ocağından, % 71.8'i kurum ve özel doktordan, % 3.8'i ise 2.basamak sağlık kuruluşlarından sevklı olarak üniversite hastanesine başvurmuşlardır. Başvuru şekillerinde yaş gruplarına ve eğitim durumlarına göre bir farklılık bulunmamıştır. Kurum ve özel doktordan sevklı gelenlerin oranı, il merkezinden gelenlerde ilçe, kasaba ve köylerden gelenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer taraftan ilçe, kasaba ve köylerden gelenlerde sağlık ocağından sevklı gelenler daha yüksek orandadır.

20. Kadınların % 78'i emekli sandığı olmak üzere % 85.2'si sosyal güvenlik kuruluşlarının güvencesi altındadırlar. Ve üniversite hastanesine başvurularındaki harcamaları bu kuruluşlarca karşılanacaktır.

21. Araştırma kapsamındaki kadınların % 79'u bağlı buldukları sağlık ocağını bilmektedirler.

22. Kadınların % 21.4'ü üniversite hastanesine başvurularına sebep olan şikayetleri nedeniyle sağlık ocağına başvurmuşlardır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların oranı ise % 11.2'dir. Sağlık ocağına başvurmama nedeni olarak; kadınların % 41'i sağlık ocaklarının yetersiz olmasını, % 33.6'sı sağlık ocağına başvurulacağını bilmeme durumunu göstermişlerdir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmayan kadınların % 73.6'sı, üniversite hastanesini tercih ettikleri için bu kuruluşlara başvurmadıklarını belirtmişlerdir.

23. Kadınların % 78.4'ü bir sağlık kuruluşuna başvurmak gerektiğinde ilk olarak üniversite hastanesini tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. Kadınların ve eşlerinin eğitim durumlarının yükselmesi üniversite hastanesine tercihi artırmaktadır.

24. Kadınların bir sağlık kuruluşunu tercih etmelerindeki en önemli 3 faktör; "ilgi", "tam teşekküllü olma" ve "temizlik"tir.

25. Araştırma grubunu oluşturan kadınların üniversite hastanesine başvurularındaki en önemli faktörler; sırası ile "tam teşekküllü olma", "iyi bakım", "ilgi ve özen", "eşin veya kendisinin üniversitede çalışması", "güven duyma" ve "temizlik" tir. Üniversite hastanesinin tercih edilmesindeki faktörlerde kadınların eğitim durumuna göre farklılık olup, ortaokul ve üzeri eğitim gören grupta "tam teşekküllü olma" faktörü daha yüksek oranda ifade edilmiştir.

26. Araştırma kapsamındaki kadınların % 39.4'ü üniversite hastanesine 9 ve daha fazla kez başvurduklarını ifade etmişlerdir. % 21.4'ü ise ilk kez başvurmuştur.

27. Üniversite hastanesine bu başvurularında, kadınların % 45.2'sine gebelik, % 40.0'ına kadın hastalığı, % 5.2'sine infertilite, % 5.0'ine kontrol, % 2.4'üne aile planlaması ve % 2.2'sine diğer tanılar konmuştur. Birinci basamak sağlık ocaklarında yapılabilecek olan gebelik kontrolünün, yüksek oranda üniversite hastanesinde yapılmış olması göze çarpmaktadır.

ÖNERİLER

Çalışmadan alınan sonuçlara göre, önerilerin iki bölümde sunulması gereği duyulmuştur.

A. Kadınlara Verilecek Sağlık ve Diğer Hizmetlerin İçeriği İle İlgili Öneriler

1. Kadınların sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmaları sağlanmalı, gerekirse etkin bir mobilize sağlık hizmetleriyle kadınların yaşadığı yerlere ulaştırılmalıdır.

2. Kadınlara verilecek en önemli sağlık hizmetlerinden aile planlaması ve çocuk sağlığı üzerinde önemle durulmalıdır.

3. Kadınların daha sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri, kendileri için verilen sağlık hizmetlerini yeterince alabilmeleri için 15-49 yaş grubu kadınların eğitimine önem verilmelidir. Araştırmamızda incelenen değişkenler açısından, eğitim düzeyinin getirdiği farklılaşmalar göz önüne alındığında, kadınlarımızın eğitim düzeyinin yükseltilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Eğitimleri yükselen kadınlar sosyal ve ekonomik kimlik kazanarak, sağlık hizmetlerindeki arz-talep dengesine yeni boyutlar kazandırabileceklerdir.

4. Tüm kadınların sosyal güvenceleri sağlanmalıdır. Bu hizmet, daha çok kırsal kesimdeki kadınların sağlık kuruluşlarından yararlanmalarını sağlayacaktır.

B. Sağlık Kuruluşları ve Verdikleri Hizmetlerle İlgili Öneriler

1. Sağlık kuruluşlarının özellikle 1.basamak sağlık kuruluşlarının sağlık insan gücü, finansman ve araç-gereç eksiklikleri tamamlanmalı, eskiler yenilenmeli, yaygın ve modern sağlık kuruluşlarına sahip olmaya çalışmalıyız.

2. Sağlık hizmetlerinde "entegre" hizmet anlayışı gözden geçirilmeli ve sağlıklı bir şekilde hayata geçirilmeye çalışılmalıdır. Bu anlamda 1. ve 2.basamak sağlık kuruluşlarının kullanılması için 224 sayılı yasa ile belirlenmiş "sevk zinciri"nin amacına uygun işlerliği sağlanmalıdır.

3. Sağlık kuruluşlarının daha sistemli ve daha etkin nasıl kullanılacağı konusunda yapımıza uygun ulusal sağlık politikasının oluşturulması gerekir.

6. ÖZET

Bu çalışma, 15-49 yaş arası evli kadınların 3.basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla Erciyes Üniversitesi, Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 500 kadın üzerinde yapılmıştır.

Hazırlanan anket formu 15.1.1991 ve 15.2.1992 tarihleri arasında, hastalarla karşılıklı görüşülerek dolduruldu. Elde edilen veriler kodlandıktan sonra, gerekli istatistiksel analizler yapılarak bilgisayarda değerlendirildi.

Araştırma grubunu oluşturan kadınların % 25.0'ini 15-24, % 52.4'ünü 25-34, % 22.6'sını da 35 ve üzeri yaş grubundan kadınlar oluşturmuştur. Kadınların % 40.4'ü, eşlerinin % 75.2'sinin eğitim durumu ortaokul ve üzeri olup kadınların eğitimi eşlerinininkine göre düşük bulunmuştur.

İlk evlilik yaşları ortalaması 19.5, ilk gebelik yaşı ortalaması 20.6 olan kadınların eğitim durumlarının da bu ortalamaları etkilediği düşünülmüştür. Kadınların % 32.8'i etkin yöntemle olmak üzere % 55.2'si aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar. Kadınların % 85.2'si emekli sandığı, SSK ve Bağ-kur gibi sosyal güvenlik kurumlarının çatısı altındadır.

Üniversite hastanesine başvuran kadınlardan % 21.4'ü daha önce sağlık ocağına, % 11.2'si ise 2. basamak sağlık kuruluşlarına başvurmuşlardır. % 15.6'sı ise hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmadan doğrudan üniversite hastanesine başvurmuşlardır. % 84.4'ü sevkli gelmiştir. Sevklerin % 8.8'i sağlık ocağından, % 71.8'i, kurum doktorlarından, %

3.8'ide 2. basamak sağlık kuruluşlarından yapılmış olup, sağlık ocağından, yapılan sevklerin % 99'u tanı konulmadan yapılmıştır.

Kadınlardan, bir sağlık kuruluşu seşiminde üniversite hastanesini tercih edenlerin oranı % 78.4 tür. Üniversite hastanesine başvurmadıklarında yine diğer üniversite hastanelerinden birini tercih edeceklerini ifade edenler % 78.6 dır. Üniversite hastanelerini tercih edenler de ilk üç sırayı tam teşekküllü olma (%38.8) iyi bakım (% 22.0) ve ilgi (% 20.0) faktörleri yer almaktadır .

Yapılan muayeneler sonucunda, kadınların % 45.2'ne gebelik, % 5.2'sine infertilite, % 5.0'ine kontrol, % 40.0'ına kadın hastalıkları, % 4.6'sına da diğer tanılar konmuştur.



7. SUMMARY

This study has been done on 500 women aged between 15-49 who referred to obstetrics and gynaecology department's polyclinic of Erciyes University in order to find the usage of tertiary stage health services.

The prepared questionnaire form was filled mutually with the patients between 15.1.1991 and 15.2.1991. Having coded the obtained data and by making the necessary statistical analysis, they are evaluated on the computer.

25.0 % of the women in the research group are aged between 15-24, 52.4 % are aged between 25-34 and 22.6 % are 35 or more. Educational level of 40.4 % of the women and 75.2 % of their spouses are at least secondary school or a higher school graduate and it is found that educational level of the women lower than their spouses.

It is thought that the average age of the first marriage of the women which is 19.5 and average age of the first pregnancy which is 20.6 is affected by their level of education. 32.8 % of the women being active, 55.2 of them are using family planning methods. 85.2 % of the women are members of social security organizations (Such as Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu and Bağ-Kur).

21.4 % of the women who have referred to university hospital, previously have consulted to a primary health unit and 11.2 % of them have consulted to a secondary health centers and hospitals. 15.6 % of them have directly referred to the university hospital without consulting to any health organizations. 8.8 % of these referrals have been done by primary health units, 71.8 % of them are from their own physicians of the organizations and 3.8 % of them are from secondary health centers and hospitals and 99

% of the referrals which are done by primary health units are done without any diagnosis.

When the women are asked to make a health organization choice, 78.4 % of them have chosen the university hospital. When they have not applied to the university 78.6 % of them have stated that they would choose one of the other university hospitals. The first three reasons for them in choosing the university hospitals are well-organization (38.8 %), good-care (22.0 %) and interest factors (20.0 %).

As a result of the examinations, 45.2 % of the women are diagnosed pregnant 5.2 % of them are diagnosed with infertility, 5.0 % of them are followed-up, 40.0 % of them diagnosed with gynecological diseases and 4.6 % are diagnosed with the other.



8. KAYNAKLAR

1. Akın A: Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı. Başkent Yayınevi. Tanıt Matbaası,Ankara 1983.
2. Amato Z, Tatlıdil R: Kentsel Bir Bölgede Kontraseptif Yöntemlerin Kullanımı. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni Sayı 3,s 1, 9 Temmuz 1988.
3. Aşut Ö: Halk Sağlığı Alanında Dar Boğaz. Milliyet Gazetesi,10 Ekim 1991,s 13.
4. Baysal A: Beslenme, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, A-13,Ankara 1979.
5. Bilgin Y: 2000 yılına doğru Sağlık Hizmetlerimizde Sistem Arayışı. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı,İstanbul 1990.
6. Bilir N: Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşımlar. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1(2):3-5, Ocak 1992.
7. Bilir N: Tedavi Hizmetlerinde Sorunlar. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1(2):3-5, Nisan 1991.
8. Bulut A, Uzel N, Kutluay T, Neyzi O: Yenibosna'da Gebelik Doğum ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma. Halk Sağlığı Bülteni,Yıl 4,Sayı 11,Ocak 1990.
9. Çetinkaya F: Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanmada Aile Reisinin Eğitiminin Rolü. Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlığı Tezi,Kayseri 1989.
10. Danforth DN: "Other Complications and Disorders due to Pregnancy". Obstetrics and Gynecology, pp 475-494,Philadelphia 1982, pp 475-494.
11. Demirel N ve Diğerleri: Sağlık Mevzuatımız. Garanti Matbaası,İstanbul 1969.
12. Dervişoğlu A: "Türkiye'de Ana Ölümleri". Toplum ve Hekim Dergisi. Türk Tabipler Birliği Yayını, Sayı 42,ss 13-19,Mart 1987,Ankara.

13. Dervişoğlu A: Türkiye'de Kadın Sağlığı ve Sorunları. Jinekoloji Derneği Dergisi,Cilt 1,Sayı 1, ss 13-19,Ocak 1990,Ankara.
14. Devlet İstatistik Enstitüsü: Türkiye İstatistik Yıllığı,Yayın No 1150,Ankara 1985,s 62.
15. Devlet İstatistik Enstitüsü: Türkiye İstatistik Cep Yıllığı,Ankara 1991.
16. Devlet Planlama Teşkilatı 6.a. 5 Yıllık Kalkınma Planı Nüfus Tahminleri,Ankara,Ocak 1990.
17. Devlet Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu. Beslenme Sorunları ve Boyutları. Başbakanlık ve SHÇEK Basımevi-Ekim 1989.
18. Dünya Sağlık Örgütü: 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını,No 2940/89 Se-Tu Matbaacılık,İstanbul 1982.
19. Dirican R, AYTEKİN H: Gemlik Bölgesinde Düşük Prevelanslı. Sağlık Dergisi,SSYB,Sayı 58,ss 4-6, 5-14,1984.
20. EREN N: Ankara Kentinde Yaşayan Halkın Saptanan Sorunlarına Göre Sağlık Hizmetleri İçin Örgütlenme Önerileri. TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Yayını,Ankara 1979.
21. EREN N: Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını,Yayın No 18,Ankara 1985.
22. EREN N: Ankara İli Yenimahalle İlçesine Bağlı Sincan Bucağında Geleneksel Hekimlik Uygulamaları Konusunda Araştırma Raporu (Çoğaltılmış Araştırma Raporu).
23. EREN N: Alma Ata Bildirgesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Yıl 5,Sayı 1,Ocak 1984.
24. EP Mach&B.Abel Smith Planning The Financies of the Health Sector,Geneva 1983.
25. FADİLOĞLU Ç, YILMAZ D: Kadınların Gebelik Önleyici Yöntem Kullanma Durumları Üzerine Bir İnceleme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2: 1,ss 26-36,1986.
26. Hacettepe University Institute of Population Studies Publication (HUNEE). "1988 Turkish Population And Health Survey", Ankara 1989.
27. Hacettepe University. Nüfus Etüdleri Enstitüsü (HUNEE). 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması, Cilt II,Ankara 1980.
28. Hacettepe University Institute of Population Studies Publication (HUNEE). "1983 Turkish Population And Health Survey",Ankara 1988.
29. İNANÇ N, YURDANUR N: Gebe ve Doğum Yapmış Annelerin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Saptaması. Türk Hemşireler Dergisi,Sayı 3,ss 29-33,1983.
30. KOHN R: The Health Centre Concept In Primary Health Care,London 1983,pp 97-98.
31. KÖKSAL O: Türkiye'de Beslenme, Türkiye 1974 Beslenme Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması, Ankara 1977.
32. ÖZTÜRK Y: Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi Kuruluş Çalışmalarının Değerlendirilmesi (1985-1988) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın No 1, Kayseri 1989.
33. ÖZTÜRK Y: Sağlık Yönetimi Ders Notları 1990.
34. ÖZTÜRK Y: Temel Sağlık Hizmetlerinde Üniversitelerin Rolü. Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı 42, ss 38-43,1987.

35. Öztürk S: Kayseri Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran 45 Yaş ve Üzeri Hastaların İkinci Basamak Tedavi Hizmetlerinden Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Halk Sağlığı Bilim Uzmanlığı Tezi,Kayseri 1992.
36. Öztekin Z: Ulusal Sağlık Politikamız. Toplum ve Hekim Dergisi,Sayı 41,1986.
37. Öztekin Z: Araştırma Özetleri-Tezler (1968-1979). Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını No 111,Ankara 1980.
38. Royston E: The Prevalence of Nutritional Anemia in Women, In Countries: A Critical Review Of Available Information. World Health Statistics Quarterly 35(2),1982,pp 52-91.
39. Sağlık Bakanlığı: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Yayın No 154,Akın Matbaası,Ankara 1965.
40. Sağlık Bakanlığı: Ana Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Ders Kitabı,Ankara 1984.
41. Sezer E, Bilgin N: Toplumun Sağlık Durumuna Genel Bakış. Halk Sağlığı Bülteni,Yıl 4, Sayı 12, Nisan 1990.
42. Sümbüloğlu K: Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınevi,No 53,Ankara 1989.
43. Taylor RB: Family Medicine, Principles And Practice,New York 1978,pp 19-20.
44. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası,1982.
45. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi Ülke Programı. 1991-1995, Seri 2, Nisan 1991, Ankara.
46. Türksoy Ü: Ergazi Sağlık Ocağı Bölgesinde Büyüme Gelişme İle İlişkili Bir Araştırma. Uzmanlık Tezi,Hacettepe Üniversitesi 1978.
47. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 88 Sonuç Bildirgesi Halk Sağlığı Bülteni,3(7):Ocak 1989.
48. WHO Evaluation of the Strategy for Health for all by the Year 2000. Seventh Report On The World Health Situation. Copenhagen 1986.
49. WHO Primary Health Care In Industrialized Countries. Auro Reports and Studies 95, Bordeaux 1983,pp 10-20.
50. WHO Technical Report Series No 215,Geneva 1961,p 5.
51. WHO Statistical Indicators for the Planning and Evaluation of Public Health Programmes. Technical Report Series No 472,Geneva 1971,p 21.
52. WHO The Development of Studies in Health Man Power. Technical Report Series No 481,Geneva 1971,pp 8-10.

**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ, GEVHER NESİBE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN 3.BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
ANKET FORMU**

PROJE IDNO=CO1

Tarih: .../.../199

	<u>Kolon</u>	<u>Kod</u>
ANKET NO:	1-3	
KADININ ADI-SOYADI:		
1. Kaç Yaşındasınız?	4-5	
1. 15-49 5. 35-39		
2. 20-24 6. 40-44		
3. 25-29 7. 45-49		
4. 30-34		
2. Medeni durumunuz nedir?	6	
1. Evli 3. Eşi ölmüş		
2. Bekar 4. Eşinden ayrılmış		
3. Eğitim durumunuz nedir?	7	
1. Okur-yazar değil		
2. Okur-yazar		
3. İlkokul		
4. Ortaokul		
5. Lise ve dengi		
6. Fakülte veya Yüksekokul		
4. Mesleğiniz nedir?	8	
1. Ev kadını		
2. Memur		
3. Sigortalı işçi		
4. Sigortasız işçi		
5. Evre para getiren iş yapıyor		
6. Serbest meslek sahibi		
7. Diğer		
5. Eşiniz kaç yaşındadır?	9	
1. 15-19 5. 35-39		
2. 20-24 6. 40-45		
3. 25-29 7. 45-49		
4. 30-34 8. 50 ve üzeri		
9. Gereksiz		

6. Eşinizin eğitimi nedir? 10
1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise ve dengi
 6. Fakülte ve Yüksekokul
 7. Gereksiz
7. Eşinizin mesleği nedir? 11
1. Memur
 2. Emekli
 3. Sigortalı işçi
 4. Sigortasız işçi
 5. Serbest
 6. Çiftçi
 7. Esnaf
 8. İşsiz
 9. Gereksiz
8. Geldiğiniz yer neresidir? 12
1. Kayseri il merkezi
 2. Kayseri-ilçe merkezi
 3. Kayseri-kasaba
 4. Kayseri-köy
 5. Kayseri dışı il merkezi
 6. Kayseri dışı-ilçe
 7. Kayseri dışı-kasaba
 8. Kayseri dışı-köy
9. Geldiğiniz yer Kayseri dışı ise, hangi il? 13-14
-
10. Aile yapımız nedir? 15
1. Çekirdek aile
 2. Kalabalık aile
11. Ailenizdeki kişi sayısı kaçtır? 16
12. Ailenizde çalışıp para kazanan kaç kişi var? 17
13. Size göre ailenizin ekonomik durumu nasıldır? 18
1. Zengin
 2. İyi
 3. Orta
 4. Fakir
14. Evinize ayda ne kadar para girer? 19
1. 500 000'den az
 2. 500 000-749 000
 3. 750 000-999 000
 4. 1 000 000-1 249 000
 5. 1 250 000-1 499 000
 6. 1 500 000-ve daha fazla

15. Evinize kira ödüyör musunuz?	20
1. Evet	
2. Hayır	
16. Kira ödüyörsanız, ayda ne kadar?	21
1. 100 000'den az	
2. 100 000-199 000	
3. 200 000-299 000	
4. 300 000-399 000	
5. 400 000-499 000	
6. 500 000-ve üzeri	
17. Oturduğunuz konutun çeşidi?	22
1. Apartman dairesi	
2. Müstakil ev	
3. Gecekondu	
4. Diğer	
18. Kaç yıldır evlisiniz?	23-24
19. Kaç yaşında evlendiniz?	25-26
20. İlk gebeliğiniz kaç yaşında oldu?	27-28
21. Şu anda gebe misiniz?	29
1. Evet	
1. Hayır	
22. Gebe iseniz, kaç aylık?	30
23. Gebeliğiniz nerede tesbit edildi?	31
1. Sağlık ocağı	
2. Özel muayenehane	
3. Eczane	
4. Devlet hastanesi	
5. Doğumevi	
6. Sigorta hastanesi	
7. Tesbit edilmedi, kendim tahmin ettim	
8. Diğer	
9. Gereksiz	
24. Toplam gebelik sayınız kaç?	32-33
25. Kaç kez düşük yaptınız?	34
26. Kaç kez kürtaj oldunuz?	35
27. Kaç kez canlı doğum yaptınız?	36
28. Kaç kez ölü doğum yaptınız?	37
29. Kaç çocuğunuz öldü?	38
30. Kaç erkek çocuğunuz var?	39
31. Kaç kız çocuğunuz var?	40

32. Yaşayan kaç çocuğunuz var? 41
33. Son doğumunuz nerede oldu? 42
1. Evde kendi kendime
 2. Evde diplomalı ebe ile
 3. Sağlık ocağında
 4. Doğumevinde
 5. Sigorta hastanesinde
 6. Özel hastanede
 7. Üniversite hastanesinde
 8. Diğer (açıklayınız)
 9. Gereksiz
34. Son doğumunuz nasıl gerçekleşti? 43
1. Normal doğum
 2. Sezeryan ile
 3. Vakumla
 4. Forsepsle
 5. İndüksiyonla
 6. Diğer (açıklayınız)
 7. Gereksiz
35. Son gebeliğinizde sağlık kontrolü yapıldı mı? 44
1. Evet
 2. Hayır
 3. Gereksiz
- (35.soruya cevap "evet" ise)
36. Kaç kez yapıldı? 45
37. Gebelik kontrolleriniz nerede yapıldı? 46
1. Sağlık ocağında
 2. Devlet hastanesinde
 3. Doğumevinde
 4. Sigorta hastanesinde
 5. Özel doktorda, özel hastanede
 6. Üniversite hastanesinde
 7. Diğer (açıklayınız)
 8. Gereksiz
38. Bu kontrollerinizde nelere bakıldı? 47
- | | | | | |
|-------------|---------|----------|-----------------|----|
| 1. Ödem | 1. Evet | 2. Hayır | 3. Hatırlamıyor | 47 |
| 2. Tansiyon | 2. Evet | 2. Hayır | 3. Hatırlamıyor | 48 |
| 3. İdrar | 3. Evet | 2. Hayır | 3. Hatırlamıyor | 49 |
| 4. Kan | 4. Evet | 2. Hayır | 3. Hatırlamıyor | 50 |
39. Bakılması gereken hiç bir şeye bakılmadı 51
1. Evet
 2. Hayır

40. Gebelik döneminizde tetanoz aşısı oldunuz mu? 52
1. Evet
 2. Hayır
 3. Gereksiz
41. Tetanoz aşısı yapıldı ise, nerede yapıldı? 53
1. Evde ebe yaptı
 2. Sağlık ocağında
 3. Devlet hastanesinde
 4. Doğumevinde
 5. Sigorta hastanesinde
 6. Özel doktorda, özel hastanede
 7. Üniversite hastanesinde
 8. Diğer (açıklayınız
 9. Gereksiz
- (42.soru en az 1 gebeliği olana sorulacaktır)
42. Bir gebe kadın beslenmesinde gebe olmadan önceki beslenmesine göre değişiklik yapmalı mıdır? 54
1. Evet
 2. Hayır
 3. Bilmiyorum
 4. Gereksiz
- (42.soruya cevap "evet" ise)
43. Hangi yiyeceklerden daha fazla yemelidir? 55
1. Et,yumurta,kurubaklagiller
1. Evet
 2. Hayır
2. Süt ve süttten yapılan yiyecekler 56
1. Evet
 2. Hayır
3. Sebze ve meyveler 57
1. Evet
 2. Hayır
4. Tahıl ve ürünleri 58
1. Evet
 2. Hayır
5. Yağ ve şeker 59
1. Evet
 2. Hayır
6. Diğer 60
44. Bu bilgileri nereden aldınız? 61
0. Bilgi almadım
 1. Sağlık ocağı ebesi veya doktoru
 2. Devlet hastanesi
 3. Doğumevi
 4. Sigorta hastanesi
 5. Özel doktor
 6. Üniversite hastanesi
 7. TV,radyo,kitap,gazete

8. Arkadaş,büyükler
9. Gereksiz

(45,46,47.sorular en az 1 canlı doğumu olana sorulacaktır)

45. Çocuklara anne sütü ne kadar süre verilmelidir? 62-63
..... ay ay
46. Anne sütü emen bir çocuğa ek gıdalara kaçınıcı ayda başlanır? 64-65
(47.soru 0-6 yaş çocuğu olana sorulacaktır)
47. Son çocuğunuza hangi aşıları yaptırdınız?
- | | | | | |
|---------|---------|----------|-------------|----|
| BCG | 1. Evet | 2. Hayır | 3. Gereksiz | 66 |
| Karma | 1. Evet | 2. Hayır | 3. Gereksiz | 67 |
| Polio | 1. Evet | 2. Hayır | 3. Gereksiz | 68 |
| Kızamık | 1. Evet | 2. Hayır | 3. Gereksiz | 69 |
48. BCG aşısı yapıldı ise, nerede yapıldı? 70
- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. Sağlık ocağı | 5. Verem Savaş Dispanseri |
| 2. Özel doktor | 6. Sigorta hastanesi |
| 3. Üniversite hastanesi | 7. Doğumevi |
| 4. Devlet hastanesi | 8. Gereksiz |
49. Diğer aşıları yapıldı ise, nerede yapıldı? 71
- | |
|-------------------------|
| 1. Sağlık ocağı |
| 2. Özel doktor |
| 3. Üniversite hastanesi |
| 4. Devlet hastanesi |
| 5. Sigorta hastanesi |
| 6. Doğumevi |
| 7. Gereksiz |
50. Halen bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
(Gebe olanların gebelikten önce kullandığı yöntem nedir?) 72
- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. Hayır | 5. Geri çekme |
| 2. RIA | 6. Lavaj |
| 3. Hap | 7. Vajinal spermisid |
| 4. Tubligasyon | 8. Diğer |
| | 9. Gereksiz |
51. Bu yöntem kim tarafından veya nerede tavsiye edildi? 73
- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1. Sağlık ocağı | 6. Üniversite hastanesi |
| 2. Özel doktor | 7. Eczane |
| 3. Sigorta hastanesi | 8. Diğer (açıklayınız) |
| 4. Devlet hastanesi | 9. Gereksiz |
52. Bu yöntem kim tarafından ve nerede uygulandı? 74
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. Sağlık ocağı (Dr.,ebe) | 6. Üniversite hastanesi |
| 2. Özel doktor | 7. Eczane |
| 3. Sigorta hastanesi | 8. Diğer |
| 4. Devlet hastanesi | 9. Gereksiz |
| 5. Doğumevi | |

53. Sigara içer misiniz? 75
 1. Evet 2. Hayır 3. Braktım
54. Bu hastaneye müracaat ediş nedeniniz nedir? 76
 1. Kadın hastalığı 4. Aile planlaması
 2. Gebelik 5. İnfertilite
 3. Kontrol 6. Diğer (açıklayınız.....)
55. Müracaat ediş şekliniz nedir? 77
 1. Kendi isteğim, aile kararı ile
 2. Devlet hastanesinden sevk ile
 3. Sigortadan sevk ile
 4. Doğumevinden sevk ile
 5. Sağlık ocağından sevk ile
 6. Özel doktordan sevk ile
 7. Diğer
56. Sevk ile geldi ise, sevk eden kişi ya da kuruluşun koyduğu tanı 78
57. Bağlı olduğunuz sağlık ocağı neresidir? 79
 1. Sağlık Ocağı
 2. Bilmiyor
 (cevap seçenek 1.ise, 58.soru sorulacak)
58. Bu şikayetlerinizle ilgili olarak sağlık ocağınıza başvurduunuz mu? 80
 1. Evet 2. Hayır
 (58.soruya cevap "hayır" ise)
59. Sağlık ocağınıza neden başvurmadınız? 81

60. Devlet hastanesi, Sigorta hastanesi gibi 2.basamak sağlık kuruluşuna sevkiniz oldu ve başvurduunuz mu? 82
 1. Evet, sevk edildim ve başvurdum
 2. Evet, sevk edildim fakat başvurmadım
 3. Sevk edildim, kendi isteğimle başvurdum
 4. Sevk edildim ve başvurmadım
 (60.soruya cevap 2. ve 4.seçenekler ise)
61. Neden başvurmadınız? 83

62. Bir sağlık kuruluşuna başvurmanız gerektiğinde ilk olarak nereyi tercih edersiniz? 84
 1. Sağlık ocağı 4. Özel Dr, Özel hastane
 2. Devlet hastanesi 5. Üniversite hastanesi
 3. Sigorta hastanesi 6. Diğer (açıklayınız

63. Bir sağlık kuruluşunu tercih etmede sizce en 6nemli fakt6r nedir? 85
(.....)
64. Bu hastaneye başvurunuzda harcamalarınızı kim veya neresi karşılıyor? 86
1. Emekli Sandığı 4. Kendisi
2. SSK 5. Diğer (açıklayınız)
3. Bağ-Kur
65. 6niversite hastanesine bu başvurunuzdan 6nce kaç kez başvurdunuz? 87
(66.soru, 55.soruya kendi isteğimle, aile kararıyla cevap verenlere sorulacak)
66. Eğer 6niversite hastanesine başvurmamış olsaydınız, ilk olarak nereye 88
başvurmanız gerekirdi?
.....
67. 6niversite hastanesine başvurmanızdaki en 6nemli etken nedir? 89
.....
68. 6niversite hastanesinde konulan tanı nedir? 90
.....