

69624

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİR YAKLAŞIM
GİRİŞİMİ**

AKÇAY SAĞLIK OCAĞI'NDA 0-5 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARA SUNULAN
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YATIRIM BAKANLIĞI

Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU

**DANIŞMAN
DOÇ. Dr. ALİ OSMAN KARABABA**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
(UZMANLIK TEZİ)**

İzmir - 1997

TEŞEKKÜR

Sağlık Hizmeti kavramına geniş bir perspektifle bakmamı sağlayan bu tezi yapmış olmaktan dolayı çok mutluyum.

Genellikle tez aşaması belli bir eğitim döneminin sonunu ifade etmesine rağmen, ben bu dönemi kendi adıma bir okyanusta atılan ilk kulaç olarak kabul ediyorum. Bana bu kulacı atma cesareti ve gücünü veren değerli hocalarım, Prof. Dr. Fethi Doğan'a, Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu'na, Doç. Dr. Ali Osman Karababa'ya, Doç. Dr. Aliye Mandıracıoğlu'na ve çalışma arkadaşlarıma şükranlarımı sunarım.

Tezin ortaya çıkmasında anket hazırlanmasından, yazılmasına kadar her aşamada desteğini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu'na, kendimi çıkmazda hissettiğim zamanlarda bana yol gösteren sayın Dr. Ata Soyer'e, ilgisini ve bilimsel desteğini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu'na, moral destek vererek sonuca ulaşmamı sağlayan Dr. Meral Türk, Dr. Şafak Gürsoy, Dnt. Zeliha Uğur ve Dr. Hatice Şahin'e teşekkür ederim.

Tezin başından sonuna kadar bana güvenen ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Ali Osman Karababa'ya, araştırmanın gerçekleştiği sağlık ocağı sorumlu hekimi Dr. Can Canver'e, tezi basıma hazırlayan sevgili arkadaşım Dr. İbrahim Durak'a sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Bu dönemde yeterince ilgilenemediğim için iki kızımdan özür dilerim.

Ve Eşime , Anneme..... onlara ne söylesem az !

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ 2

ŞEKİLLER DİZİNİ 6

I-GİRİŞ 7

II-GENEL BİLGİLER 12

A-TEMEL SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI İÇİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ 12

B-BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ 18

C-SAĞLIK SİSTEMLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ 25

D-BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 32

III-AMAÇ 47

IV-GEREÇ VE YÖNTEM 48

V-BULGULAR 56

A-ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN ÇOCUKLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR 56

B- SAĞLIK OCAĞI ve HİZMET VERİLEN TOPLULUĞUN BİRBİRİNİ TANIMA DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR 67

C-SAĞLIK OCAĞININ ERİŞİLEBİLİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR 70

D-SAĞLIK OCAĞININ İLK BAŞVURU YERİ OLARAK KULLANIMI İLE İLGİLİ ANALİZ SONUÇLARI 84

E-SAĞLIK OCAĞININ SÜREKLİ KULLANIMINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR VE ANALİZ SONUÇLARI 93

F-İLK BAŞVURU YERİ VE SÜREKLİ KULLANIM SKORLARININ ANALİZ BULGULARI 102

G-SAĞLIK OCAĞINDA VERİLEN HİZMETİN KOORDİNASYONU İLE İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR 107

VI- TARTIŞMA 108

VII-ÖZET 122

VIII-SUMMARY 124

IX-KAYNAKLAR 125

TABLolar DİZİNİ

<i>Tablo V.A.1. Akçay Sağlık Ocağı (ASO) Bölgesi ve Örneklem</i>	56
<i>Grubundaki Çocukların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı</i>	56
<i>Tablo V.A.2. Çocukların Yaş Grubuna ve Cinsiyete Göre Dağılımı</i>	57
<i>Tablo V.A.3. Çocukların Anne ve Babalarının Mesleklerine Göre Dağılımı</i>	57
<i>Tablo V.A.4. Çocukların Anne ve Babalarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı</i>	58
<i>Tablo V.A.5. Çocukların Hane Reislerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı</i>	58
<i>Tablo V.A.6. Değerlendirmeye Alınan Hanelerin Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı</i>	59
<i>Tablo V.A.7. Hane Başına Düşen Kişi Sayısına Göre Dağılım</i>	60
<i>Tablo V.A.8. Çocukların Ailelerinin Akçay' da Oturma Sürelerine Göre Dağılımı</i>	60
<i>Tablo V.B.1. ETF Bilgileri ile Aile Beyanı Arasındaki Uyum Durumu</i>	68
<i>Tablo V.B.2. Çocuk İzlem Kartı ile Aşı kartı veya Beyan Arasındaki Uyum Durumu</i>	68
<i>Tablo V.B.3. Kartla Beyan Uyumuna Göre İzlem Yeterliliği</i>	69
<i>Tablo V.C.1. Sağlık Ocağından Yararlanmayı Engelleyen Faktörler</i>	72
<i>Tablo V.C.2. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Anne Çalışma Durumuna Göre Yüzde Dağılımı</i>	73
<i>Tablo V.C.3. Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Anne Çalışma Durumuna Göre Yüzde Dağılımı</i>	74
<i>Tablo V.C.4. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Yüzde Dağılımı</i>	75

<i>Tablo V.C.5. Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Anne Öğrenim Durumuna Göre Yüzde Dağılımı</i>	76
<i>Tablo V.C.6. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Baba Mesleğine Göre Yüzde Dağılımı</i>	77
<i>Tablo V.C.7. Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Baba Mesleğine Göre Yüzde Dağılımı</i>	77
<i>Tablo V.C.8. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Yüzde Dağılımı</i>	78
<i>Tablo V.C.9. Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağından Yaralanmamanın Aylık Gelir Düzeyine Göre Yüzde Dağılımı</i>	79
<i>Tablo V.C.10. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Sosyal Güvenceye Göre Yüzde Dağılımı</i>	80
<i>Tablo V.C.11. Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Sosyal Güvenceye Göre Yüzde Dağılımı</i>	81
<i>Tablo V.C.12. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Ebe Bölgelerine Göre Yüzde Dağılımı</i>	82
<i>Tablo V.C.13. Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Ebe Bölgelerine Göre Yüzde Dağılımı</i>	83
<i>Tablo V.D.1. Alınan Hizmet Türüne Göre Yapılan En Son Başvuruların Kurumlara Göre Dağılımı</i>	84
<i>Tablo V.D.2. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Annenin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı</i>	86
<i>Tablo V.D.3. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Annenin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı</i>	87
<i>Tablo V.D.4. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Babanın Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı</i>	88
<i>Tablo V.D.5. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Baba Mesleğine Göre Dağılımı</i>	89
<i>Tablo V.D.6. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Aylık Gelire Göre Dağılımı</i>	90
<i>Tablo V.D.7. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Hane Reisinin Sosyal Güvencesine Göre Dağılımı</i>	91

Tablo V.D.8. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan

<i>Sağlık Hizmeti Türü Açısından Ebe Bölgesine Göre Dağılımı</i>	<i>92</i>
--	-----------

<i>Tablo V.E.1. Çocukların Aldıkları Hizmet Türüne Göre Sağlık Ocağı Kullanım Sıklıkları</i>	<i>93</i>
--	-----------

<i>Tablo V.E.2. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Annenin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı</i>	<i>95</i>
---	-----------

<i>Tablo V.E.3. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Annenin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı</i>	<i>96</i>
--	-----------

<i>Tablo V.E.4. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Babanın Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı</i>	<i>97</i>
--	-----------

<i>Tablo V.E.5. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Baba Mesleğine Göre Dağılımı</i>	<i>98</i>
--	-----------

<i>Tablo V.E.6. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Aylık Gelire Göre Dağılımı</i>	<i>99</i>
--	-----------

<i>Tablo V.E.7. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı</i>	<i>100</i>
--	------------

<i>Tablo V.E.8. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Ebe Bölgesine Göre Dağılımı</i>	<i>101</i>
---	------------

<i>Tablo V.F.1. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı</i>	<i>102</i>
--	------------

<i>Tablo V.F.2. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Anne Öğrenimine Göre Dağılımı</i>	<i>103</i>
---	------------

<i>Tablo V.F.3. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Babanın Öğrenimine Göre Dağılımı</i>	<i>103</i>
--	------------

<i>Tablo V.F.4. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Baba Mesleğine Göre Dağılımı</i>	<i>104</i>
--	------------

<i>Tablo V.F.5. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Aylık Gelire Göre Dağılımı</i>	<i>104</i>
--	------------

<i>Tablo V.F.6. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı</i>	<i>105</i>
--	------------

<i>Tablo V.F.7. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Ebe Skoruna Göre Dağılımı</i>	<i>105</i>
---	------------



ŞEKİLLER DİZİNİ

<i>Şekil II.C.1. Batı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sistemlerine Göre Sağlık Harcamaları ve Gözlenen Bebek Ölüm Hızının Beklenen Bebek Ölüm Hızına Oranı (RİM) Arasındaki İlişkinin Gösterimi</i>	30
<i>Şekil II.D.1. Toplumun Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler</i>	32
<i>Şekil V.A.1. İlkokul ve Altında Öğrenim Gören Annelerin Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı</i>	61
<i>Şekil V.A.2. Çalışan Annelerin Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı</i>	62
<i>Şekil V.A.3. İlkokulu Bitirmiş Gören Babaların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı</i>	63
<i>Şekil V.A.4. En Düşük ve Düşük Gelir Düzeyi Olan Ailelerin Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı</i>	64
<i>Şekil V.A.5. Sosyal Güvencesi Olmayanların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı</i>	65
<i>Şekil V.A.6. Sosyal Sigortalar Kurumu' na (SSK) Bağlı Olanların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı</i>	66
<i>Şekil V.D.1. Alınan Hizmet Türüne Göre Yapılan En Son Başvuruların Kurumlara Göre Dağılımı</i>	85
<i>Şekil V.E.1. Çocukların Aldıkları Hizmet Türüne Göre Sağlık Ocağı Kullanım Sıklıkları</i>	94

I-GİRİŞ

Çağımızın sağlık politikası, İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nde ve DSÖ Anayasası'nda "İrk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanması hakkıdır" biçiminde açıklanmıştır. Ülkemizde bu hakkın sağlanmasının bir devlet görevi olduğu 1961 Anayasası'nda belirtilmiştir. Bilimsel gerçekler ve ülke koşullar gözönüne alınarak hazırlanan ve aynı yıl kabul edilen, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası herkese eşit sağlık hizmeti götürülmesi için gerekli önlemleri saptamıştır (Fişek N.,1982). Sağlığı etkileyen faktörlerden biri olan sağlık bakım hizmetinin kişi ve toplum sağlığına en fazla katkıyı sağlayabilmesi için, toplumu oluşturan kişilerin hepsi tarafından eşit kullanılabilir olması gereklidir (Kaya S.,1995). DSÖ'nün 1977 yılında toplanan 30. Genel kurulunda açıklanan "2000 yılında herkes için sağlık" bildirgesinin temel amaçlarından birisi toplumun her kesiminin ulaşabileceği bir sağlık bakım hizmetinin oluşturulmasıdır (Starfield B,1995). Bu yaklaşım 1979'da Alma-Ata'da yayınlanan bildirgede Temel Sağlık Hizmeti (TSH) olarak somutlaştırılmıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ve TSH yaklaşımında ortak olan noktalardan bir tanesi; herkese eşit sağlık hizmeti vermek hedefine ulaşmada basamaklı sağlık örgütlenmesi modelinin esas alınması ve birinci basamak sağlık hizmetinin sağlık hizmet sisteminin odak noktası olarak belirtilmesidir.

DSÖ'nün 1979' da Alma-Ata'da yayınladığı TSH yaklaşımında birinci basamak sağlık hizmetini tanımlamak için 100 sözcük kullanılmıştır. Bunlar arasında *temel, pratik, bilimsel içerikli, sosyal olarak kabul edilebilir, evrensel kabuledilebilir, maliyeti karşılanabilir, sosyal ve ekonomik gelişmenin merkezi ve ana odağı, ilk başvuru basamağı, sürmekte olan*

sağlık bakım sürecinin ilk elemanı gibi tanımlar yer almaktadır (Starfield B.,1995).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasasında ise birinci basamak sağlık hizmeti vermekle yükümlü olan sağlık ocaklarının görev ve sorumlulukları şöyle belirtilmiştir (Eren N.,1995):

1-Kişiyeye ve Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

A-Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler

α-Sağlık Eğitimi

b-Eken Tanı Hizmetleri

c-Bağıışıklama Hizmetleri

d-Beslenme Hizmetleri

B-Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler ;

α-Yeterli ve Temiz İçme ve Kullanma Suyu Sağlanması

b-İnsan Dışkı ve İdrarının Sağlık Koşullarına Uygun Olarak Yok edilmesi

c-Besin Hijyeni

d-Barınak Hijyeni

e- Atıkların Yok Edilmesi

f-Çevre ve Hava Kirlenmesi ile Savaş

g-Vektör Denetimi

2-İlk Yardım Hizmetleri

3-Acil Tedavi Hizmetleri

4-Evde -Ayaktan bakım ve Tedavi Hizmetleri

5-Hasta Gönderme (sevk) ve Sonuçlarını İzleme Hizmetleri

6-Adli Hekimlik Hizmetleri

7-Yönetime İlişkin Hekimlik Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmeti, temel sağlık hizmeti sisteminin sadece bir basamağı fakat merkezi bir parçasıdır. Sistemin diğer basamakları ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleridir. Pek çok örnekte kanıtlanmıştır ki diğer basamaklarla ilişkide olmayan birinci basamak sağlık hizmetinin başarıya ulaşması olanaksızdır (Starfield B.,1995).

Sağlık hizmet sistemindeki gelişmelerin ölçülebilmesi, başka hizmet sistemlerinden farklılıklarının ortaya konması ve değişiklik önerilerinin yapılabilmesi için sağlık hizmet değerlendirmesinin temel kavramlar çerçevesinde ve aynı standartlar kullanılarak yapılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetinin TSH yaklaşımında net olarak tanımlanamayan özellikleri, 224 sayılı yasada sağlık ocaklarının sorumlulukları ve görevleri çerçevesinde somutlaştırılmış olsa da Birinci basamak sağlık hizmetinde ciddi bir planlama için, aynı şekilde anlaşılabilen, kolay ölçülebilen, birbirini tamamlayan bir kavramlaştırmaya ihtiyaç vardır.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hızla yaygınlaşan yeni yaklaşıma göre sağlık hizmetinde planlama, yönetim ve değerlendirme basamaklarının ayrılmaz bir parçası da "*Kalite Güvencesi* "dir. Bu yaklaşım sağlık hizmetinde etkinliği artırmak için sürekli değerlendirme ve düzeltme işlemlerinin yeni adıdır. Kalite değerlendirmelerinin hedefi, hizmetin ya da programın daha etkili olmasını sağlamaktır (Turaman C, 1997).

Kaliteyi sağlamak için onu iyi ölçmek ve değerlendirmek gerekir. TSH'nin tümünü kapsayan ve halk sağlığı programlarıyla ilgili kalite çalışmaları oldukça azdır. Oysa, en uygun hizmetin, zamanında, ihtiyacı olana, en iyi şekilde, en az maliyetle verilmesi gerekir yaklaşımı TSH kavramı içinde kalite terimini açıklamak için yeterlidir. Kalite yaklaşımlarında değerlendirmeler çoğunlukla çıktı üzerinden gerçekleştirilir. Buna karşılık çıktı ölçümleri yöneticiye çıktıyı sağlayan uygulama veya işlem konusunda öngörme olanağı sağlayamaz. Bu nedenle performans ölçümleri çıktıdan çok, işleyiş göstergeleriyle ve standartlar kullanılarak yapılmaktadır. Halk sağlığı için performans göstergeleri hizmet verenle ilgilenmeksizin, hizmetin hedef toplumun tamamını ilgilendirme kriteri temel alınarak geliştirilmelidir (Turaman C,1997).

Mesleki örgütler kuruluşlar ve komisyonlar tarafından yapılan çoğu değerlendirmede birinci basamak sağlık hizmetinin olmazsa olmaz diye tanımlanan temel nitelikleri, süreklilik, kapsayıcılık, koordinasyon ve ilk başvurdur. Eğer birinci basamak sağlık hizmeti tek tek hastaların yanısıra tüm topluma bu dört temel özellik açısından ulaşmayı başarabilirse Alma Ata bildirgesinde tanımlanan hedeflere ulaşmış olur (Starfield B.,1995).

Bir sağlık sisteminin birinci basamak sağlık hizmetlerini ne derece sağlayabildiğini anlamak ,hizmet sunumunun olumlu ya da olumsuz

etkilerini değerlendirmek için birinci basamak sağlık hizmetinin temel niteliklerini ölçen yöntemlere gereksinim vardır.

Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın kabulünden bu yana birinci basamak sağlık hizmetini değerlendirmek için pek çok araştırma yapılmıştır. Fakat bunların çoğunda tedavi ile koruma hizmeti ayrı ayrı değerlendirildiği gibi herbirinde temel düzeyde farklı lme kriterleri kullanıldığı için birbirleriyle karşılaştırma yapma imkanları kısıtlı olmuştur. Varolan birinci basamak sağlık sisteminin yerine daha iyi hizmet iddiası olan yeni modellerin oluşturulmaya çalışıldığı şu dönemde; yürümekte olan hizmetin tanımlanması ve karşılaştırmaların yapılabilmesi için hizmetin değerlendirildiği standart bir modele ihtiyaç vardır.

II-GENEL BİLGİLER

A-TEMEL SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI İÇİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ

Birinci basamak sağlık hizmeti kavramını tanımlayabilmek için öncelikle Temel Sağlık Hizmeti (TSH) kavramının çok iyi anlaşılması gerekmektedir. TSH yaklaşımının oluşturulmasındaki temel amaçlardan birisi, toplumun her kesiminin ulaşabileceği bir sağlık bakım hizmetinin gerçekleştirilmesidir. 1979 yılında Alma-Ata'da yayınlanan bildirgede TSH şöyle tanımlanmıştır; "*Çağdaş sağlık hizmetini herkese eşit olarak, toplumun gelenek ve gereksinimlerine uygun, her basamakta bireylerin ve toplumun katılımı sağlanarak , uygun bir teknolojik düzeyde ve etkin olarak halka sunmaya TEMEL SAĞLIK HİZMETİ denir*" (Ebrahim G.J.,1985).

Bu tanımlama ile kısaca ifade edilen TSH'nin içerdiği kavramların farklı açılardan değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımlar şunlardır (Levine S.,1985).

1.Felsefi yaklaşım : TSH sağlık hizmetinin tümünü içeren bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temel ilkeleri şunlardır.

α- Fırsat eşitliği: Sağlık hizmeti toplumu oluşturan tüm bireylere sosyal adalet anlayışı içinde eşit olarak götürülmelidir (Öztek Z.,1992).

b- Kendi sorumluluğunu taşıma : Kişiler kendi sağlıkları konusunda sorumlu olduklarını bilmeli ve bu konuda üzerlerine düşeni yapabilmelidirler (Öztek Z.,1992). Bu da kişi ve toplumların genel eğitim düzeyinin artırılmasıyla birlikte sağlık eğitiminin de sağlanması ile gerçekleşebilir.

c- *Sağlığın sosyal ve ekonomi alanındaki değişimlerden etkilenmesi:*

Toplumdaki sosyal değişimler, ekonomik sorunlar sağlık sistemini olduğu kadar toplumdaki kişilerin sağlık düzeylerini de etkiler.

d- *Sağlığın bileşenleri* : Bilindiği gibi sağlık tanımı kişilerin sadece fiziksel olarak iyi olmalarını kapsamaz. Kişinin sağlıklı olabilmesi için sosyal ve psikolojik açıdan da sorunlarının olmaması gereklidir.

e- *Kurum içi ve kurumlar arası işbirliği:* Sağlığı etkileyen bunca etken varken toplumun sağlığını iyileştirme yönündeki tüm hizmetlerin sağlık sektörü tarafından verilebileceğini düşünmek hayalcilik olur. Bu yüzden sağlık sektörü ile ilgili diğer sektörler arasında işbirliği olmak durumundadır. Ayrıca sağlık sektörü kişilerin ve toplumun sağlığını iyileştirmek için örgütlenme yapısı içindeki tüm kurumlar arasındaki iletişimi ve eşgüdümü sağlamak zorundadır.

2-Stratejik yaklaşım: TSH yaklaşımının herkes için sağlık amacına nasıl ulaşacağını tanımlar. Stratejik olarak TSH şu ilkelere sahip olmalıdır.

a-Sektör içinde iletişim olmalıdır.

b-Sektörler arası iletişim olmalıdır.

c-Aile, kişi ve toplum bazında karar verme ve organizasyon aşamalarına katılım sağlanmalıdır.

d-Sağlık hizmeti değerlendirilebilir olmalı ve bunların sonucuna göre değişiklikler yapılabilir olmalıdır.

e-Sağlık hizmeti toplumun her kesimi tarafından kullanılabilir ve maliyeti karşılanabilir olmalıdır.

f-Toplumun gereksinimlerine ve geleneklerine uygun, değişen koşullara uyum sağlayabilecek esneklikte olmalıdır.

g-Yerinden yönetim özelliğini taşımalıdır.

3-*Aktivite alanı:* TSH'nin aktivite alanı Alma-Ata'da şöyle tanımlanmıştır:

a-Sağlık sorunları ve hastalıklardan korunma konusunda eğitim.

b-Yeterli besin sağlanması ve dağıtımı.

c-Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması, temel sanitasyon.

d-Anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması

e-Bağışıklama

f-Yöresel endemik hastalıkların tedavisi.

g-Sık görülen hastalık ve yaralanmaların tedavisi

h-Temel ilaçların sağlanması.

4-*Hizmet düzeyi:* TSH kişilerin sağlık ihtiyaçları için ilk başvurdukları yerden başlar. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti düzeylerini de kapsar.

İngiltere'de sağlık sigorta sisteminin oluşmasından sekiz yıl sonra sağlık hizmeti üç basamağa ayrılmıştır;

❖ *Birincil sağlık merkezi*

❖ *İkincil sağlık merkezi*

❖ *Eğitim merkezleri*

Bu teorik yaklaşımın ardından pek çok ülkede sağlık sistemi bu temele göre yeniden organize olmuş, basamak tıbbi hizmet kavramı çerçevesinde tanımlanıp, fonksiyon görmüştür (Starfield B.,1992).

TSH ulusal sağlık sistemi ve hizmetinin tümünü kapsayan bir çatıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti ise bu yapının tüm özelliklerini taşıyan merkezi bir parçasıdır (Levine S., 1985,Starfield B.,1992,Weiner J.,1982).

Temel Sağlık hizmeti kavramı içinde yer alan birinci basamak sağlık hizmetini daha iyi anlayabilmek için TSH kavramı içinde şimdiye kadar yanlış anlaşılan temel birkaç noktanın açıklanmasına ihtiyaç vardır. Bunların bazıları TSH temel prensipleri açısından eksik bazıları da hatalıdır (Tarimo E.,1994).

✓ TSH sadece toplum tabanlı sağlık hizmetidir : Bu görüş toplum katılımı prensibinin katı temeline dayanırken, TSH'nin tamamıyla gelişmesi için gereksinim duyulan sağlık sisteminin tüm seviyelerine ulaşması kavramını sınırlayan bir yaklaşımdır. Yalnız toplum tabanlı düzenlemeler klinik ve hastane gibi kurumların desteklenmesi şansını azaltacağı gibi, herkes için sağlık yaklaşımında kaynakların dengeli dağılımını da engelleyecektir.

✓ TSH toplumun ve kişinin sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır. Bu tanım Alma-Ata deklarasyonunda verilen TSH tanımında vardır. Alma-Ata'dan çok zaman önce birincil, ikincil, üçüncül tıbbi bakım birbirinden ayrılarak kullanılmaktaydı. TSH yaklaşımı bunların anlamını zenginleştirmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde TSH toplum sağlığı çalışanlarını çağırırken, bir çok gelişmekte olan ve gelişmiş ülkede birinci basamak sağlık hizmeti hekim, hemşire ve klinik uzmanlar tarafından verilmektedir. Gerçek payı olsa da TSH'ni birinci basamak sağlık hizmeti olarak algılamak; TSH prensipleri açısından TSH tanımı için yanlış bir sınırlama olur.

"*Birincil Tıbbi bakım*" ya da "*Birincil Bakım*" gibi farklı kavramlar Alma-Ata'da tanımlanan TSH 'nden ayrı olarak ilk başvuru yerini tanımlamak için kullanılmaktadır.

✓ TSH sadece gelişmekte olan ülkelerdeki fakir insanlara gerçek hekim olmayanlar tarafından verilen bir hizmettir : Bu TSH yaklaşımından doğan gerçek bir yaklaşımdır. Çoğunlukla Çin sağlık reformunda örneği görüldüğü gibi pek çok fakir ülkedeki deneyimlerden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte Alma-Ata'da üzerinde durulan prensipler giderek artan oranda teknoloji toplumlarında ve zengin ülkelerde de büyük yararlar sağlamaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar ve AIDS gibi yaşam şekilleri ile ilgili hastalıkların artışı, TSH'nin geniş boyutta deneyimi olduğu sektörler arası iletişimin artırılması ve kişisel etmenlerin değiştirilmesi gibi talepleri artırmaktadır.

✓ TSH, temel eleman olarak 8 bileşenden oluşan bir sağlık hizmet paketidir. Bu bakış açısı Alma-Ata'da belirtilen, her hangi bir sağlık sisteminde bulunması gereken minimum sınırların oluşturulmasından kaynaklanmaktadır. Bu TSH'nin önemli bir özelliğidir. Hatırlanması önemli

olan bir diğerk konu TSH kapsayıcı bir yaklaşım olsa da bazı konulara öncelik verilmesi gerekliliğini de gözardı etmez.

✓ TSH kırsal alanla sınırlı, basit, düşük teknoloji düzeyi ve sınırlı düzeyde eğitilmiş sağlık çalışanlarının hizmet verdiği bir alandır: TSH'nin üzerinde durduğu en önemli nokta kaynakların eşit olarak ve geniş bir kitle tarafından kullanımudur. Personel, hizmetin verildiği kurum ya da kullanılan teknoloji tipine bir karşıtlığı yoktur. Bu yaklaşım temel bakım için erişilebilirliğin olmadığı büyük çoğunluğunun önlenabilir hastalıklara maruz kaldığı fakir toplumlara eşit hizmet götürülmesini sağlayan bir yaklaşımdır. TSH yaklaşımı kaynak aktarımındaki dengesizliğin çaresi olarak değerlendirilmektedir. TSH yaklaşımı sık görülen problemlerin maliyet etkin çözümünde teknolojinin belli derecede (Soğuk zincirin sağlanmasında ısı indikatörlerinin kullanılması gibi) kullanılmasını kabul eder. Sağlık sisteminde önemli rol oynayan hastane ve uzman gibi sevk yerlerini de destekler. Bununla birlikte nadir durumlarda kullanılan pahalı hizmet ile sık sık kullanılan daha ucuz hizmet arasında uygun seçim yapmak, eşit önemi vermek gereklidir.

✓ TSH ucuzdur: 16 yıl önce TSH özellikle fakir ülkeler için sağlık sisteminin gelişiminde ucuz bir yol olarak ortaya atılmıştır. Aradan geçen zaman içinde alınan ders "ucuz" kelimesinin pek uygun olmadığıdır. Daha uygun olan terim ise "maliyet etkin" olabilir. Bu öneri alternatif sistemlerden çok TSH için uygun bir yaklaşımdır.

B-BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Her sağlık sisteminin iki temel amacı vardır. Birincisi hastalıkların nedenleri, izlenmesi, sağlığın geliştirilmesi konularında daha çok bilgi sahibi olarak tüm toplumun sağlığını geliştirmektir(Starfield B.,1992). En az birincisi kadar önemli olan ikinci amaç ise sağlık hizmeti ve sağlığın iyileştirilmesini, toplumun tüm kesimlerine eşit olarak ulaştırmaktır.

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık hizmet sistemlerinin iki ana hedefini karşılamak anlamında dengededir. Temel düzeyde bakım herkese eşit olarak sunulur, sağlığı ve iyilik halini en üst düzeye çıkararak toplumda yaygın olan sorunların çözümü sağlanır (Starfield B.,1992).

Birinci basamak sağlık hizmeti ikinci ve üçüncü basamak hizmetten önemli özellikleri açısından ayrılır. Birinci basamak sağlık hizmeti daha sık ve kolay tanımlanabilen problemlerle sağlık merkezi, okul, ev gibi toplumun içindeki alanlarda ilgilenir. Kişi koruyucu hizmet de dahil olmak üzere çeşitli problemler için sürekli olarak birinci basamak sağlık hizmetini kullanabilir, böylece kendisi için uygun bakıma doğrudan ulaşabilir (Starfield B.,1992).

TSH yaklaşımı çerçevesinde tanımlanan birinci basamak sağlık hizmeti topluma cinsiyet, hastalık ya da organ sistemi farkı gözetmeksizin, sağlık eğitimi, danışmanlık, hastalıklardan korunma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren kapsayıcı bir hizmet vermelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti ilk başvuru yeri olma özelliğini taşıırken, gerekli olduğu durumlarda sevk ve konsültasyon sürecinde koordinasyonu sağlayan sürekli bir sağlık hizmeti de sunmalıdır. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetinin olmazsa olmaz diye tanımlanabilen 4 temel özelliği vardır (Starfield B.,1994).

1-İlk Başvuru: İlk başvuru her hangi bir problem ya da problemin yeni yönü söz konusu olduğunda sağlık bakımı almak için başvuran kişinin hizmete erişebilmesi ve hizmeti kullanması anlamındadır. Kişiler sağlık hizmeti veren kurumu erişilebilir olarak kabul edip bunu kullanımlarıyla yansıtmadıkça bu kurum ilk başvuru hizmeti sağlayamaz (Weiner J.P.,1982). Pek çok kişi sağlık sorunu olduğunda teknik olarak yeterli bilgi sahibi olmadığından nereye başvuracağına karar veremez. Bu da hizmetin eşit olarak kullanımını engellediği gibi pahalıya mal olmasına da neden olur. Birinci basamak sağlık hizmetinden alınacak öneri ile en iyi hizmet verecek olan kaynağı bulmak mümkün olabilir . Ayrıca doğrudan uzmana başvurulduğunda alınacak hizmet daha pahalıya mal olabilir. Diğer yandan birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim hastayı ailesi içinde değerlendirmeye, belirti ve bulguları daha rahat yakalamaya yönelik eğitildiği için hastalığa tanı koyma açısından daha etkilidir (Starfield B.,1992).

Birinci basamağın kullanımını arttırmak için erişilebilirliğin artırılması oldukça önemlidir. Pek çok çalışma, hastanın uzman hekime başvurmadan önce birinci basamak hekiminin kontrolünden geçmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Sağlık sigorta sisteminin uygulandığı bir programda birinci basamağa uyma zorunluluğunun getirilmesinden bir yıl sonra birinci basamağa uğrayan hastaların hastanede yatış sürelerinin kısaldığı gözlenmiştir (Moore S.ve ark. 1983). Kanada'da yapılan bir çalışmada pediatristler tarafından tonsillektomi ya da adenoidektomi endikasyonu konulan hastalarda direkt kulak burun boğaz uzmanına giden hastalardan daha az postoperatif komplikasyon geliştiği gözlenmiştir (Ross N., 1979).

İki farklı hizmet tipinde başvuru ortalamalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, uzmana sevk için birinci basamağa uğramanın zorunlu olduğu

grupta uzmana başvuru böyle bir gereksinimin olmadığı gruptan daha az bulunmuştur (Starfield B., 1983).

İlk başvuru yeri olarak birinci basamağın kullanılması, hem uzman hekimin hem de acil hizmetin kullanımını azaltır. Bir çalışmada randomize seçilen iki gruptan birisinin birinci basamağa başvurmadan uzmana başvurusu sağlanırken, diğer grubun birinci basamaktan sevk edilerek uzmana ulaşması mümkün olmuştur. Bir yıllık izlemde birinci basamaktan sevkle uzmana başvuran grupta 0.3 kez daha az uzmana başvuru gözlenmiştir (Martin D., 1989). Başka bir çalışmada dört ayrı Medicaid uygulamasından tabakalı rastgele seçilen hastalarda birinci basamak hekimine uğrama zorunluluğu getirildikten sonra acil servis kullanımı çocuk hastalarda %27-37, yetişkinlerde %30-45 oranında düşmüştür (Hurley R., 1983).

Eğer kişiler uzmanın daha çok bilgi ve becerisine inanıyor ve kendi problemleri için en uygun olduğunu düşünüyorsa onları ilk başvuru için belli bir yeri kullanmaya zorlamak, en iyi bakımdan yoksun bırakıldıkları hissini yaratabilir. Uzman hekime gidişin engellenmediği durumda, kişiler uzman hekim konusunda isabetli karar vermişlerse, önce pratisyen hekime giderek harcanacak gereksiz maliyet ortadan kaldırılmış olur. Engellenmemiş uzman hekim ziyareti zaman ve problemin çözülmesi açısından daha kolay olabilir. Diğer yandan daha sık görülen semptomları değerlendirmek üzere yetiştirilmiş ilk başvuru hekimleri ilk aşamadaki belirtileri daha iyi değerlendirebilir. İlk başvuru hekimi kişiye daha yakın olduğu için semptomların değişimini daha iyi izleyebilir. Birinci basamak hekimi uygun uzmana başvuruyu sağlayabildiği gibi bu süreci de kolaylaştırabilir. Bu da uygun bakımın daha kısa sürede alınmasını sağlar (Starfield B., 1992).

2-Sürekllilik: Düzenli bir bakım kaynağının varlığı ve bunun kullanımı olarak algılanır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum uygun popülasyonu tanımlayabilmeli ve bu popülasyondaki kişilerin konsültasyonu gerektiren sorunları dışındaki tüm sağlık hizmetlerini sağlayabilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetinin başarıya ulaşabilmesi için, kişilerin bir sağlık sorunu olsun ya da olmasın sürekli bakım kaynağı olarak bu hizmeti veren bir kurumu kullanmaları gereklidir (Starfield B.,1995).

Sağlık hizmet alanında yeni uygulanmaya başlayan sosyal çalışma kavramı içinde yer alan olgu yönetimi terimi süreklilik kavramını kapsayan bir yaklaşımdır. Her iki yaklaşımda da bulunan ortak özellik belli bir dönem boyunca kişinin sağlıkla ilgili tüm gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Sürekli bakımın anlamı kişilerin sağlık hizmeti aldıkları kaynağı kendilerinin diye tanımlaması, uygulayıcı kişi ya da kurumun da hizmet verdiği kişi ya da toplumu tanımlaması, bu etkileşimin belirli bir zaman diliminde ya da değişiklik olana kadar devam etmesidir. Sürekliliğin esası bir süre boyunca devam eden kişisel ilişkilerdir. Sağlık probleminin tipine hatta varlığına bakılmaksızın hasta-hekim ya da hasta ile hekim olmayan personel arası ilişkilerdir (Starfield B.,1992). Süreklilik hasta ile hekimin birbirini anlamasını, karşılıklı güvenin sağlanmasını, uyuncun artmasını, yüksek kalitede çıktının elde edilmesini sağlar (Ejlertsson G., 1984). Bu ilişki yoluyla hekim hastasını tanır, hasta da hekimini tanır. Bu özelliğın yararı farklı yolların işleme olasılığını arttırmasıdır. Örneğın hasta telefonla sorunlarını çözdüğü için vizit sayısını azaltır hatta hastaneye yatış bile azalabilir. Tek bir hekim sürekli hizmet alınan yer olabildiğı gibi bir kurum da sürekli hizmet alınan yer olabilir. Sürekli bakım kaynağı olarak kurumları kullanan çocukların daha fazla koruyucu hizmet aldıkları ortaya konmuştur. Sürekli aynı kurumdan hizmet alan çocukların izlem için yaptıkları başvuru sayısının fazla, hastalık için yaptıkları başvuru sayısının az olduğu belirlenmiştir (Alpert J.,1976). Sürekli hizmet kaynağı olarak tek bir kurumu kullanan

kişilerde daha az acil hastaneye yatış olurken, hastanede yatış sürelerinin de azaldığı 55 yaş üzerindeki erkeklerde yapılan randomize bir çalışmada ortaya konmuştur (Wasson ve ark., 1984). Kişiler sürekli bakım aldıklarında hizmetin maliyeti düşer. Butler ve arkadaşları tarafından yapılan ulusal verilerin analizinde sürekli bakım kaynağı olan çocukların toplam bakım maliyeti, olmayanlardan %25 daha azdır (Starfield B., 1992)

Sürekli hizmet kaynağı olarak tek bir hekimin kullanılması da benzer yararlar sağlamaktadır. Sürekliliğin sağlanması sevk mekanizmasında, sevk eden hekime geri dönüşü artırmaktadır. Hasta başvuruları farklı hekimden ziyade aynı hekime olduğunda hizmet daha etkin olmaktadır. Kayıtlı tüm Medicaid hastalarından rastgele örnekleme seçilen toplum tabanlı bir araştırmada üç yıllık bir izlemde sürekli bakım kaynağının kullanılması halinde hastaneye yatışın ve maliyetin azaldığı ortaya çıkmıştır. Sürekliliğin hastaların memnuniyetinin artışıyla birlikte olduğu bir çok araştırmada gösterilmiştir (StarfieldB.,1992).

3-Kapsayıcı hizmet: Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar tüm sağlık bakım hizmetini, hatta kurum içinde veriliyor olmasa bile sağlayabilmelidir. Bu kavram ikinci basamağa konsültasyona yollamayı, üçüncü basamakta özel hastalıkların tanımlanmasını, evde bakımı ve toplum hizmetini kapsar.

Birinci basamak sağlık hizmetinde kapsayıcılık yaklaşımı en azından tıbbi bakım sürecinin dört basamağını içermelidir; gereksinimin ya da sorunun tanımlanması, tanı, izlem ve yeniden değerlendirme. Birinci basamak sağlık hizmeti tedavi edici hizmet kadar koruyucu hizmeti de kapsadığı için sorunların tanımlanması önemlidir. Koruyucu hizmetler açısından büyük sorun hangi koruyucu hizmetin gerekli olduğuna karar vermektir. Birinci basamakta sağlık sorunlarının çeşitleri diğer

basamaklardan daha geniştir. Bunun nedeni de koruyucu hizmetlerin daha geniş olmasındandır. Koruyucu hizmet gerek duyulduğunda sadece hasta kişilere ve tıbbi bakım alanlara yönelik bir çaba olmayıp, sağlıklı kişileri ve bakıma gereksinimi olanları saptamayı da içermektedir. Bu noktada en geniş hizmet yelpazesinin daha iyi hizmet sağlayacağı düşünülebilir. Fakat bu yaklaşım genelde doğru değildir. Bazı hizmet tipleri etkili olmazken, bazıları da etkili ama maliyeti yüksektir. Önemli olan uygun hizmet paketinin bulunmasıdır. Toplum düzeyinde kapsayıcılık, hizmet yelpazesinin toplumun gereksinimlerine göre belirlenmesi ve bu hizmetin topluma ulaşmasının derecesi ile ölçülür (Starfield B.,1992).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre birinci basamak sağlık hizmetinin kapsayıcı olabilmesi için tüm kalkınma etkinlikleri ile toplum ve sağlık sistemleri tarafından hedeflenen sorunlara yönelmesinde ilişki ve denge olmalıdır. Ayrıca kültürel olarak kabul edilebilir, teknik olarak uygun, yönetilebilir ve bölgesel gereksinimleri karşılayabilir olmalıdır. Tek bir amaca yönelik programlar hızla birinci basamak sağlık hizmetine entegre edilmelidir (Tarimo E., 1994).

DSÖ 1995 yılında birinci basamak sağlık hizmetinin özelliklerini sıraladığı rehberde birinci basamak sağlık hizmetinin kişilerin, ailenin ve toplumun sağlık problemlerini fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendiren tümelci bir hizmet olduğu belirtilmiştir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetinin çocuk, yaşlı, kadın, erkek ayrımı olmadan tüm nüfusa hizmet veren bir yapı olduğu da belirtilmiştir (DSÖ,1995). Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar hizmet yelpazeleri farklı olsa da hasta ve personel açısından verdikleri hizmeti tanımlamalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık personeli koruyucu hizmet kadar semptomlar ve hastalık tanıları ile de ilgilenmelidir. Sosyal, fonksiyonel ve organik her tip sorunun tanımını eşit olarak yapabilmelidir. Sosyal yaklaşım

özellikle önemlidir. Çünkü sosyal olaylar hastalıklara zemin hazırlayabildiği gibi doğrudan hastalıkların sebebi de olabilir. Kapsayıcı hizmet hastalar açısından da önemli olarak değerlendirilmektedir. Amerika'da yapılan bir araştırmada hasta çocukların ailelerinin en fazla memnuniyetsizlik duydukları konuları, tedavilerdeki yetersizlikler, kurumun yerinin uygun olmaması ve çocukların davranış problemleri ile ilgilenilmemesi olarak sıralanmıştır (Hickson G.,1988).

4- Koordinasyon : Bu kavram hekim, tıbbi kayıtlar ya da her ikisi tarafından hizmetin kesintisiz olarak sağlanmasını, böylece toplumda ya da kişide ortaya çıkan sağlık sorunlarının daha kolay ve doğru olarak ortaya çıkarılmasını içerir. Örneğin başka bir hekime yollanan hastanın bu hekimden aldığı tedaviden hastayı sevkeden hekimin haberdar olması gereklidir. Eğer hekim hastayı izlemiş ya da tıbbi kayıtlar soruna ışık tutmuşsa hastanın sorunlarının tanımlanması kolaylaşabilir. Buna göre kapsayıcılığın esası bir önceki sorun ya da alınan hizmetten haberdar olmak ve buna göre şu andaki gerksinimi belirlemektir (Starfield B.,1992) .

Koordinasyon diğer üç özelliğin başarıya ulaşabilmesi için gerekli bir özelliktir. Koordinasyon sağlanamazsa süreklilik etkinliğini kaybeder, kapsayıcılığın gerçekleşmesi güçleşir, ilk başvuru sadece uygulamada kalır, etkin olmaz.

Altı ayrı birinci basamak kurumunda yapılan bir seri çalışmada bütün başvuruların aynı hekime yapılması ile hasta ile ilgili daha fazla bilgiye ulaşıldığı, böylece sorunların tanımlanması ve tedavinin planlanmasının kolaylaştığı ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada başvurular aynı hekime yapılmasa da koordinasyonu sağlayacak kayıtların varlığında herhangi bir yere yapılan başvurunun hekim tarafından rahatlıkla değerlendirilebilmesinin mümkün olduğu belirtilmiştir (Simborg, 1978).

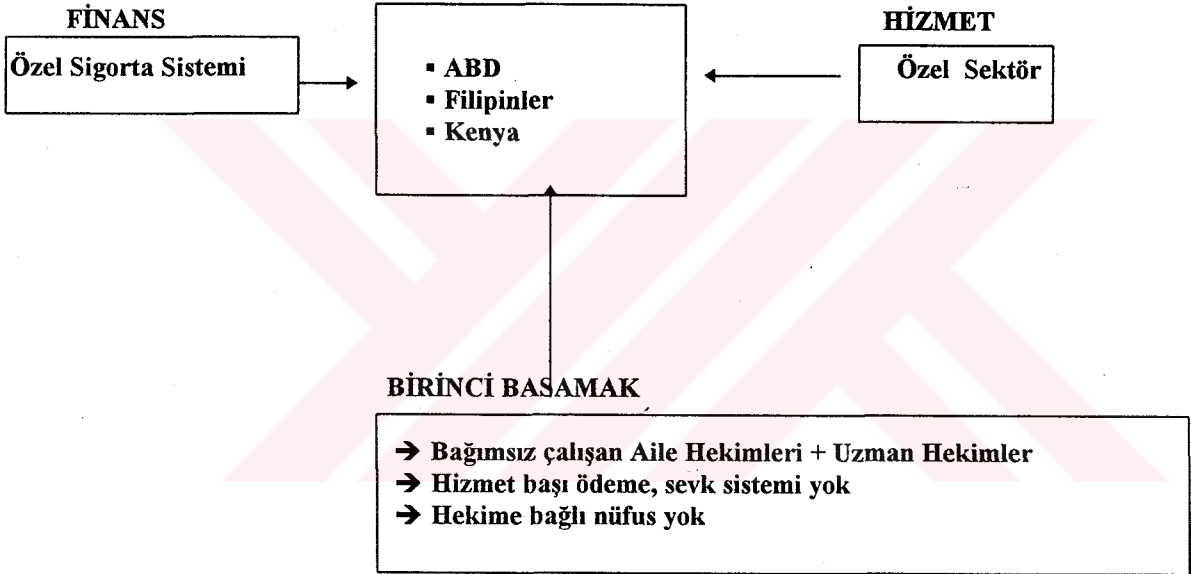
Koordinasyon kavramı birinci, ikinci ve üçüncü basamak arasındaki iletişimi sağlaması açısından bölgeselleşme kavramı ile yakından ilgilidir. Bölgeselleşme yaklaşımı ile her üç basamaktaki koordinasyonun sağlanması toplumun gereksinimlerinin belirlenmesini sağlar. Böylece topluma hizmet, gerek duyulduğu ölçüde ulaştırılmış olur.

C-SAĞLIK SİSTEMLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ

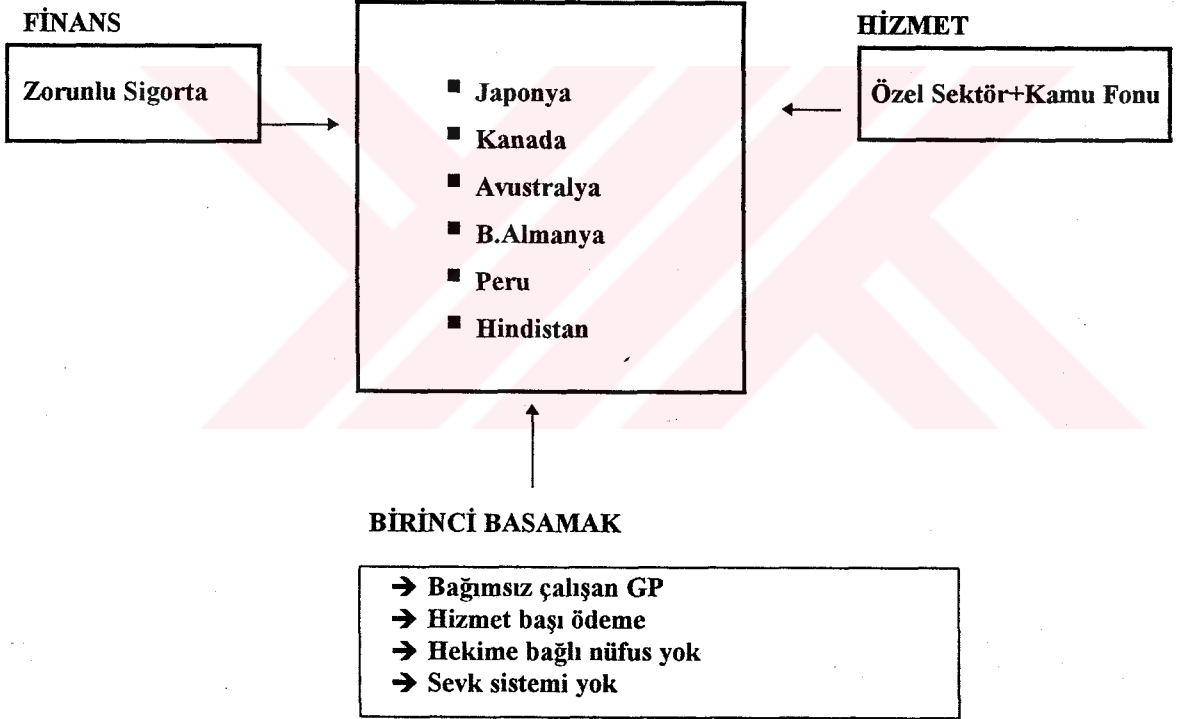
Toplum sağlığı, biyoloji, çevre, yaşam tarzı ve sağlık sistemi gibi pekçok faktör tarafından etkilenir. Kişi başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) ile ölçülebilen sosyoekonomik gelişme düzeyi, toplum sağlığının önemli bir belirleyicisidir. Gelişmiş ülkelerde yapılan karşılaştırmalarda gelir dağılımının eşit olduğu ülkelerde sağlık göstergeleri daha iyi olarak bulunmuştur. Bütün vatandaşların sağlık hizmetine eşit olarak erişmesini prensip olarak kabullenmiş Batı Avrupa ülkelerinde ana amaç sağlık sisteminin etkinliğini arttırmaktır. Burada temel sorun daha az kaynak kullanarak benzer sağlık sonucunu oluşturacak sağlık sistemlerini oluşturmaktır (Elola J.,1995). Herkes için eşit erişmeyi, sürekli ve kapsayıcı bir hizmeti hedefleyen birinci basamak sağlık hizmetininin sağlık sistemleri içindeki yerinin ve yapısının belirlenmesi sağlık sistemlerinin ve sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi açısından oldukça önemlidir.

Bu gün dünyada çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır. Aslında her ülkenin sağlık sistemi diğerlerine göre farklılıklar sergilemektedir. Taşıdıkları farklılıklara karşın, sağlık sistemlerini benzerlikleri çerçevesinde gruplayabilmek olasıdır. Ülkelerdeki farklı toplumsal, siyasal, ekonomik yapılar farklı sağlık sistemlerinin örgütlenmesi sonucunu getirmektedir Roemer 1993 te sağlık sistemlerini dört ana grupta toplamıştır (Belek İ.,1995):

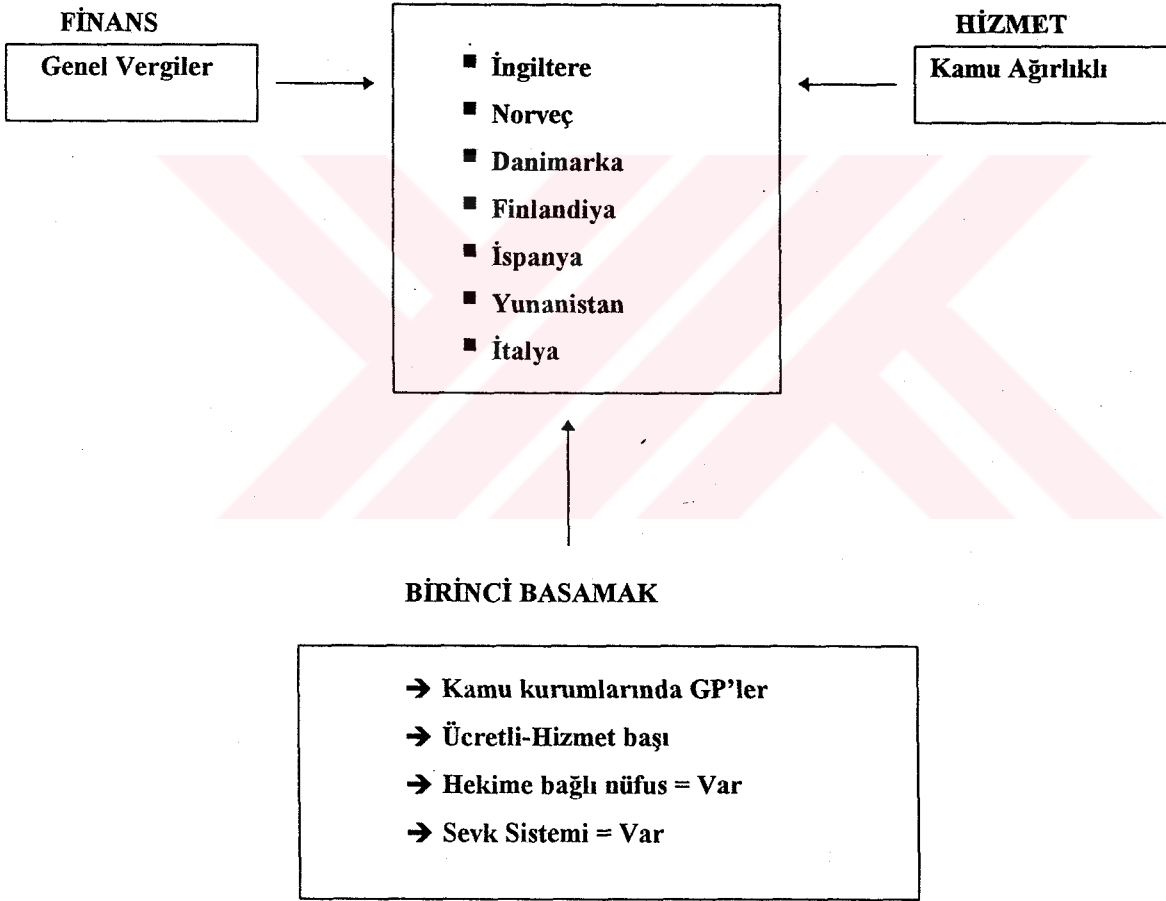
1-Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri: İleri düzeyde endüstrileşmiş ülkeler için sistemin tipik örneği ABD'dir. Hekimlerin yalnızca %15'i genel pratisyen, kalanı uzmandır. Hastane yataklarının 2/3'ü özel sektördedir. %10'u salt kar amaçlı kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının %60'ı özel sektördendir. Bunun da %50'si isteğe bağlı sigortadandır. Temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulur .



2-Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri: Çoğu Avrupa ülkesi, Kanada, Japonya, Avusturalya bu gruptadır. En tipik örneği ise B. Almanya'dır. Harcamaların %77'si hükümet programlarından, kalanı özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir. Kanada ve Avusturalya'da zorunlu sigorta fonları hükümet denetimindedir ve genel bütçeden beslenir. Almanya'da ise sigorta fonları sayıları birkaç yüzü bulan hastalık fonlarının denetiminde olup, işçi ve patron ödentilerinden oluşur .



3-Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi: Birkaç ülkede refah yönelimli olan sağlık sistemleri 2. Dünya savaşı sonrası dönemde kapsayıcı tipe doğru gelişmiştir. Sistemin tüm nüfusu kapsaması, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri bu tip için tanımlayıcıdır. İngiltere, İskandinav ülkeleri, İspanya, Yunanistan, İtalya böyledir. İngiltere'de harcamaların %87'si hükümettedir. Sistemin uygulanmaya başlanılmasından 10 yıl önce bu oran yalnızca %9 idi .



4-Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri: Başta (tarihi) Sovyetler Birliği olmak üzere bütün sosyalist ülkelerde, devrim sonrası dönemde tüm sağlık kurumları hükümet denetimine geçmiştir. Sağlık harcamalarının hemen tamamı devlet bütçesinden karşılanır. Tıp fakülteleri sağlık bakanlığı'nın akademik enstitüleri durumunu almıştır.



şekiller Boerma W.,1993'ten yararlanılarak yapılmıştır.

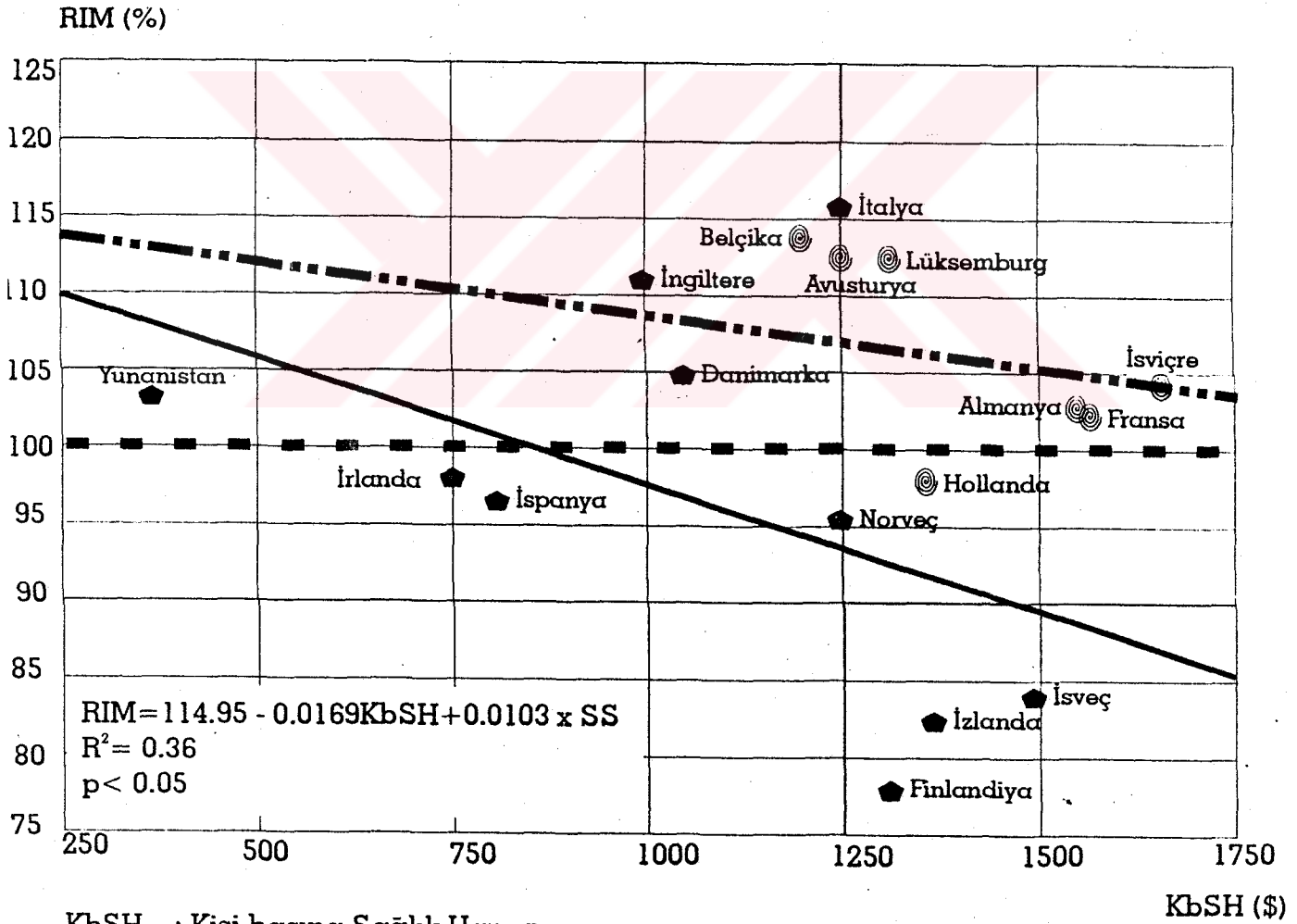
Bu sınıflamada Avrupa lkelerinin tümünün refah yönelimli ya da kapsayıcı tip sağlık sistemine sahip oldukları görülmektedir. Avrupa lkelerinin sağlık göstergelerinin karşılaştırıldığı çalışmada Batı Avrupa'daki sağlık sistemlerini iki ana kategoriye ayınlarak incelemiştir (Elola J.,1995).

1-Ulusal Sağlık Hizmetleri: Finansman genel vergilerden sağlanır, eşitlik prensibine dayanır, kamu tarafından yönetilir ve sahibi kamudur.

2-Sosyal Güvenlik sistemleri : Finansmanı çoğunlukla zorunlu ödenen primler ile karşılanan, kapsamı eşit olmayan ve sağlık hizmetlerinin özel olduğu sistemlerdir.

Bu çalışmada önemli bir sağlık göstergesi olan bebek ölüm hızının ulusal sağlık sistemi için daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde de bebek ölüm hızı düşüktür. Bununla birlikte sağlık harcamalarında aynı artışlar olsaydı ulusal sağlık sistemine sahip ülkelerde bebek ölüm hızında daha büyük azalmanın olacağı da ortaya konmuştur (Şekil II.C.1).

Şekil II.C.1. Batı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sistemlerine Göre Sağlık Harcamaları ve Gözlenen Bebek Ölüm Hızının Beklenen Bebek Ölüm Hızına Oranı (RIM) Arasındaki İlişkinin Gösterimi



KbSH : Kişi başına Sağlık Harcaması
RIM(%) : Gözlenen bebek ölüm hızının
Beklenen bebek ölüm hızına oranı
SS : Sağlık Sisteminin Tipi

● ULUSAL SAĞLIK SİSTEMLERİ ———
◎ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ - - - - -

10 gelişmiş batılı ülkenin (ABD, İngiltere, Almanya, İsveç, Kanada, Finlandiya, Belçika, Danimarka, Avusturalya, Hollanda) karşılaştırıldığı bir çalışmada ülkeler üç özellikleri açısından değerlendirilmişlerdir. Bu özellikler;

- ✓ Birinci basamak sağlık hizmet skoru,
- ✓ Sağlık düzeyi skoru,
- ✓ Memnuniyet maliyet indeksidir.

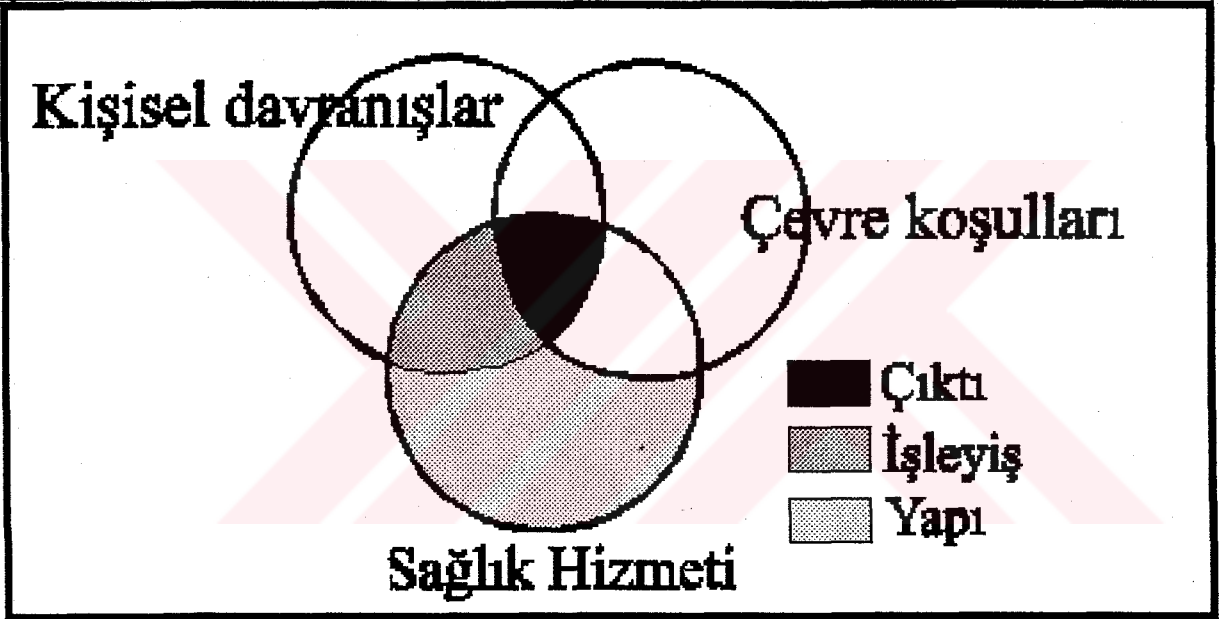
Bu değerlendirmede birinci basamak sağlık hizmet skoru açısından iki grup ortaya çıkmıştır. Birin altında skora sahip olan ülkeler (B. Almanya , Amerika ve Belçika) düşük birinci basamak skoru olarak değerlendirilirken, birin üzerinde skora sahip ülkeler (İngiltere, İsveç, Kanada, Hollanda, Finlandiya, Danimarka, Avusturalya) yüksek birinci basamak skoru olarak değerlendirilmiştir. Buradan da anlaşılacağı gibi birinci basamak sağlık hizmet skoru yüksek olan ülkeler Roemer'in sağlık sistemi sınıflamasında kapsayıcı sağlık sistemi grubunda yer alırken, Elola'nın sınıflamasında ulusal sağlık sistemlerinin geçerli olduğu gruptadırlar. Yine bu çalışmada birinci basamak skoru yüksek olan ülkelerin çoğunda sağlık göstergeleri ve memnuniyet /maliyet indekslerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir(Starfield B.,1991).

Sağlık sistemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada şu sonuca varılmıştır; sağlık düzeyi göstergeleri daha iyi olan ülkelerde, örgütlenmede birinci basamak sağlık hizmetleri, finansmanda kamu ya da sosyal güvenlik sistemleri gelişkin durumdadır (İskandinav ülkeleri, Birleşik Krallık v.b.). Ayrıca bu ve benzer ülkelerde, birinci basamak hekimliği veya genel pratisyenlik bir uzmanlık dalı haline gelmiştir (Kılıç B.,1995).

D-BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kişilerin ve toplumun sağlık durumunu etkileyen dört temel etmen; genetik faktörler, çevre koşulları, kişisel davranış biçimi ve sağlık hizmetidir. Genetik faktörler diğerlerinden farklı bir öneme ve yere sahiptir. Diğer üç faktör birbiriyle yakından ilişkilidir. Hatta bazen ilgi alanları kesişir

Şekil II.D.1 Toplumun Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler



Sağlık hizmet sistemleri konusunda yapılan araştırmalar genellikle diğer iki faktörle ortak olmayan alanlarda gerçekleştirilir. Fakat bu hiç bir zaman diğer faktörlerden etkilenmedikleri anlamına gelmez (Starfield B.,1973).

1-Sağlık hizmetleri kalite değerlendirmesinde Donabedian modeli

Sağlık hizmet sistemlerinin kalitesinin değerlendirilmesi konusunda ilk çalışmaları yapan araştırmacılardan biri olan Donabedian sağlık hizmet

sisteminin diğerk iki faktörle kesişmeyen parçasını sağık hizmet sisteminin yapısı olarak değerklendirmiştir. Donabedian'ın modelinde ikinci eleman kişi davranışları ve ile sağık hizmet sisteminin kesiştiğı alanı tanımlayan sağık hizmet sisteminin işleyişidir. Üçüncü eleman ise sağık hizmet sisteminin diğerk iki alanla kesiştiğı sağık hizmet sisteminin çıktısıdır. Sağık hizmet sistemlerinin değerklendirmesi ile ilgilenen araştırmacıların pek çoğı tarafından bu model desteklenmektedir (Starfield B.,1973).

α-Sağık Hizmetinin Yapısı

Yapı: Tıbbi hizmetin verildiğı alan ve bu hizmetin verilmesini sağlayan bütün elemanlar olarak tanımlanır. Bu elemanlar ve değerklendirmeye alınacak özellikleri şunlardır:

- ✓ Personel; sayısı, niteliğı, eğitim düzeyi ve süresi
- ✓ Bina; sayısı, özellikleri, güvenilirliğı ve standartları
- ✓ Ekipman; verilen hizmete uygun, verimli ve maliyet etkin teknoloji kullanımı
- ✓ Organizasyon; verilen sağık hizmetinin topluma ve kişiye uygunluğı, kullanılabilir olup olmadığı, sürekliliğı ve koordinasyonu
- ✓ Bilgi akış sistemleri ve kayıtlar; yeterliliğı, kullanılabilirliğı, güvenilirliğı
- ✓ Finansman; sağık hizmetinden yararlananların aldıkları hizmetin bedelini ödeme şekilleri

Yapısal elemanların hepsi sağlık sisteminin oluşturulmasında ve işletilmesindeki tüm harcamaları içerdği gibi, kişinin hizmetten yararlanmak için harcadığı zamanı ve parayı da kapsar.

b-Sağlık hizmetinin işleyişi

Sağlık hizmetinin işleyişinin sağlık hizmet değerlendirilmesinde kullanımı daha nadirdir. Sağlık hizmet sistemi ile hasta arasındaki etkileşim ve ilişkiyi yansıtır. Bu ilişkinin sağlık hizmet sistemi açısından değerlendirilen basamakları; sorunun tanımlanması, tanısal süreç, tanı, sağıaltım, izlem ve değerlendirmedir. Hasta davranışları açısından değerlendirilen ise kişinin her basamakta verilen hizmeti anlayıp, kabul ederek, kolaylıkla kullanıp kullanmadığıdır.

Teorik olarak hastalıklardan korunma, akut ve kronik sorunlar için sağlık hizmet sistemi ve kişilerin davranışları yukarda saydığımız özelliklere uygun olarak gerçekleşiyorsa etkin bir sağlık hizmeti sağlanmış olur.

c-Sağlık Hizmet Çıktısı

Sağlık hizmetinin etkinlik ve aktivitesinin en son değerlendirmesi, hastanın sağlık hedefine ulaşmasıdır. Unutulmamalıdır ki sağlık sisteminin ürünü olan çıktı, sağlık sisteminin kendisi kadar sosyal, fiziksel çevre ve kişisel davranışlardan da etkilenir.

2-Birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirme modeli

Kalite yaklaşımlarında değerlendirmeler çoğunlukla çıktı üzerinden gerçekleştirilir. Buna karşılık çıktı ölçümleri yöneticiye çıktıyı sağlayan uygulama ve ya işlem konusunda öngörü olanağı sağlayamaz. Bu nedenle performans ölçümleri çıktıdan çok, işleyiş göstergeleriyle ve standartlar kullanılarak yapılmaktadır. Halk sağlığı için performans göstergeleri hizmet

verenle ilgilenmeksizin, hizmetin hedef toplumun tamamını ilgilendirme kriteri temel alınarak geliştirilmelidir (Turaman C.,1997).

Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü tarafından önerilen birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşımlardan ilki, hizmetin erişilebilirlik, devamlılık, kapsayıcılık, koordinasyon ve ödenebilirlik özellikleri açısından araştırılmasıdır.

Birinci basamak sağlık hizmet değerlendirilmesi konusunda yoğun çalışmalar olan Starfield ise birinci basamak sağlık hizmetinin özellikleri olan ilkbaşvuru, süreklilik, koordinasyon ve kapsayıcılık açısından değerlendirilmesini önermiştir (Starfield B.,1992). Bu değerlendirmede esas alınacak olan, bu özelliklerin başarı potansiyelini ölçmekten çok şu anki düzeyini ölçmektir. Starfield bu dört temel özelliği Donabedian'ın yapı, işleyiş , çıktı modeli üzerinden değerlendirmiş ve bu bileşenleri yeniden sınıflamıştır (Starfield B.,1994).

α-Birinci basamak sağlık hizmetinin yapısal elemanları :

i-Erişilebilirlik: Varolan hizmete ulaşmak için karşılaşılan tüm sorunlar erişebilirlik kavramı içinde yer alır. Sosyal ve örgütsel erişebilirliği coğrafik erişebilirlikten ayrılmıştır (Starfield B.,1992). Sosyal ve örgütsel erişebilirlik hizmet veren kurumdan kaynaklanan ya da hizmete ulaşmaya çalışan kişilerin karşılaştıkları engelleri tanımlar. Örneğin kişinin hizmeti almak için ödeyeceği para bir engel olabilir. Genellikle açıkça gözlenmeyen diğer sosyal engeller; ırk ,yaş ya da sosyal sınıf farklılıklarıdır. Coğrafik erişebilirlik ise hizmete uzaklığı, ulaşmak için gerekli zamanı ve hizmetin hazır bulunmasını içerir. Buna göre erişebilirlik hizmet verilen yerin ulaşılabilirliği, hizmetin veriliş günleri ve saatlerinin kabul edilebilirliğinden toplum içindeki farklı popülasyonların hizmeti ne kadar erişilebilir

gördüğüne kadar uzanır. Erişilebilirlik tanımı şu başlıklar altında incelenebilir (Andersen ve Aday,1978) :

⇒ Sağlık olanaklarının ve personelinin hazır bulunması,

⇒ Bu olanaklar ve personeli kullanmanın çeşitli maliyetleri (Cepten ödenen para, hizmete ulaşmak için harcanan zaman),

⇒ Sağlık hizmetinin güncel kullanımı,

⇒ Nüfusun sağlık hizmetine olan görünürdeki gereksinimine göre sağlık hizmetinin kullanımı,

Bir başka yazar erişilebilirliği beş temel başlık altında incelemiştir (Penchansky R.,Thomas W.,1981) :

⇒ Hazır bulunma; mevcut hizmetler ve kaynakların miktarı ve türü ile hastaların sayısı ve ihtiyaçları arasındaki ilişkiyi gösterir.

⇒ Ulaşabilirlik; Hizmetin bulunduğu yer ile hastaların bulunduğu yer arasındaki ilişkidir.

⇒ Uyum; Randevu sistemleri, çalışma saatleri gibi hizmete ait özelliklere hastaların uyma yeteneğini ve bunların uygunluğunu gösterir.

⇒ Ödenebilirlik; Hizmetlerin fiyatları ile hastaların geliri, ödeme gücü ve sağlık sigortası arasındaki ilişkiyi gösterir.

⇒ Kabul edilebilirlik; Hastalarla sağlık personeli arasındaki iletişim hakkında fikir verir. Tıbbi hizmetler açısından erişilebilirliğin değerlendirildiği çalışmalarda önemli olan iki sorunun yanıtı aranmaya

alışılmıştır; bunlardan birincisi erişilebilirlikte eşitliği etkileyen faktörlerin neler olduğu, diğeri ise bu faktörlerden hangilerin değiştirilebilir olduğudur.

Erişilebilirliğin bireysel belirleyicileri hazırlayıcı, kolaylaştıcı ve gereksinim olarak sınıflandırılmıştır (Andersen R.,Aday L.,1978).

✓ Hazırlayıcı faktörler: Hastalık oluşmadan önce kişinin sahip olduğu özelliklerdir. Bunlar ; yaş, cins, medeni durum, eski hastalıkları gibi demografik özellikleri, eğitim, soy, meslek, aile büyüklüğü, ırk, din gibi sosyal yapı ile ilgili özellikleri, hastalık ve sağlıkla ilgili davranış modelleri hakkında fikir verir.

✓ Kolaylaştıcı faktörler: Kişinin sağlık hizmetini kullanma eğilimi olsa bile, bunu gerçekleştirmesi için bazı araçların bulunması gereklidir. Bu araçlar kolaylaştıcı faktörler olarak adlandırılan kişilerin gelir düzeyi, sağlık sigortası kapsamı, düzenli bakım kaynağına sahip olup olmaması, düzenli bakım kaynağının türü, sağlık personeli ve imkanları, sağlık hizmetlerinin fiyatları gibi özellikleri içerir.

✓ Gereksinim: Belirli hazırlayıcı ve kolaylaştıcı faktörlerin varlığında, kişinin sağlık hizmetini kullanması için hastalık ya da hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılaması gereklidir. Gereksinim, sağlık hizmetleri kullanımının uyarıcısı ya da doğrudan nedenidir.

Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak için sağlık politikası yoluyla değiştirilmeye çalışılan özelliklerden bazıları inanalar, sağlık sigortası kapsamı ve düzenli bakım kaynağıdır.

ii-Hizmet yelpazesi: Sağlık hizmet sisteminin verdiği her türlü sağlık hizmetini kapsar. Verilen hizmetlerin toplumun sağlık gereksinimini karşılayabilirliği, kabul edilebilirliği ve uygun teknoloji kullanımı kriterleri

açısından değerlendirilir. Hizmet yelpazesi ülkeden ülkeye hatta toplumdan topluma farklıdır, fakat her sağlık hizmet sistemi, hangi hizmeti verip hangisini vermeyeceğine yukarıda saydığımız kriterler açısından karar vermelidir.

iii-Uygun popülasyonun seçilmesi: Sağlık hizmet sisteminin sorumluluğunu aldığı toplumu, kişilerin de hizmet aldıkları yeri tanımlama becerisini içerir. Kurum hizmet verdiği popülasyonu sosyodemografik ve sağlık düzeyi açısından en iyi şekilde tanımlayabilmelidir. Kurumun tanımladığı popülasyon içindeki bireyler de aynı kurumu sürekli sağlık hizmeti aldıkları yer olarak tanımlamalı ve kurumda verilen her türlü hizmetten haberdar olmalıdır.

iv-Kesintisizlik: Verilen hizmetin kesintiye uğramadan sonuca ulaşma başarısını tanımlar. Kesintisizlik kişinin kuruma ya da kurum dışındaki bir yere yaptığı bir önceki başvurunun ve sonuçlarının hekim tarafından bilinmesiyle gerçekleşir. Bu amaca ulaşmanın temel olarak iki yolu vardır. Bunlardan birincisi kişiye her türlü sağlık hizmetinin tek bir hekim tarafından verilmesi, gerek duyulduğunda alınacak uzman bakımı için yine bu hekimin gerekli iletişimi sağlamasıdır. İkincisi ise hasta izlem kayıtlarının yeterli ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır (Starfiel B.,1992).

b-Birinci basamak sağlık hizmetinin işleyiş elemanları

i-Hizmetin Kullanılması : Sağlık hizmet kullanımı kavramı, sağlık hizmeti veren kurumun sunduğu hizmetlerin, hizmet verdiği toplum tarafından amaca uygun olarak kullanımını tanımlar. İlk defa ortaya çıkan bir sağlık sorunu için gerçekleşen başvurudan, kronik bir hastalığın izlemi ya da koruyucu hizmet almak için gerçekleştirilen başvuruya kadar tüm hizmet alımları kullanım kavramı içinde yer alır. Kullanım doğrudan hastanın

isteğiyle olabileceği gibi diğer sağlık otoritelerinin yönlendirmesi ile de gerçekleşebilir.

ii-Sorunun Tanımlanması: Sorunun tanımlanması kavramı toplumda ve kişide var olan sağlık sorunlarının ya da gereksinimlerinin ortaya çıkarılmasını kapsar. Tanısal süreçten önce gelen basamaktır. Eğer sağlık sorunu tanımlanamazsa tanısal süreç oluşmaz ya da uygun olarak gelişemez.

Birinci basamak sağlık hizmetini tanımlarken belirtilen temel özelliklerden herbirinin başarısını ölçmek için dört yapısal ve iki işlevsel elemandan birer tanesine gereksinim vardır (Starfield b.,1992).

α-İlk başvurunun değerlendirilmesi

İlk başvurunun değerlendirmesi yapısal elemanlardan erişilebilirliğin ve işleyiş elemanlarından kullanımın ölçülmesi ile sağlanır.

Erişilebilirlik toplum seviyesinde ve kurum bazında ölçülebilir. Toplum seviyesinde yapılan değerlendirmelerde kullanılan yöntemlerden birisi hizmetin kullanımındaki engellerin izlenmesidir. Bu yöntem Amerika 'da Ulusal Sağlık İzleminde kullanılmıştır. Yine toplum tabanlı olarak yapılan bir diğer çalışma ise Penchasky ve Thomas tarafından gerçekleştirilen beş temel yaklaşım açısından kişilerin erişilebilirlik konusundaki fikirlerinin sorgulanmasıdır. Bunun için öncelikle sağlık hizmetinin toplumun her kesimi tarafından sosyal ,ekonomik, kültürel ve coğrafik açıdan erişilebilirlik boyutunun incelenmesi gereklidir.

Diğer bir yöntem ise erişilebilirliğin dolaylı yoldan ölçülmesidir. Burada sağlık hizmetinin kullanıma yansıyan boyutu açısından erişilebilirlik

değerlendirilir. Aday 1980'de erişilebilirliği ölçmek için Kullanım/ İşgörmezlik günleri oranını kullanmıştır.

Bu oranın düşük olması düşük erişilebilirliği göstermektedir. Bu yaklaşımda tüm işgörmezlik durumlarında benzer tıbbi hizmetin verildiği ve farklı toplumlarda benzer işgörmezlik durumlarının olduğu varsayımları kabul edilmektedir. Temelde bu iki varsayım da yanlıştır. Bu yüzden bu ölçüm tekniği ancak karşılaştırma yapmak amacıyla kullanılabilir (Starfield B.,1992). Buna benzeyen ölçüm yöntemlerinden olan Semptom/Cevap Oranı ve Hastalık Analiz Epizodu gibi değerlendirme yöntemleri kullanılmıştır. Bu değerlendirme yöntemlerinin ortak özelliği gerekli olan başvuru gereksinimi ile gerçekleşen başvuru arasındaki farkı ortaya çıkararak erişilebilirliği ölçmektir (Andersen R.,Aday l.,1978, Andersen R.,1978).

Kurum bazında yapılan ölçümlerden birisi hizmeti verenlere erişilebilirliği değerlendirecek sorular sormaktır. Bu metod Weiner ve Starfield tarafından farklı hizmet sistemlerini karşılaştırmak amacıyla kullanılmıştır. Üçüncü yöntem ise belli standartlara uygunluğu aramaktır. Amerika'da Ulusal Tıp Enstitüsü tarafından kullanılan bu yaklaşımda araştırılan konuların bazıları şunlardır (Starfield B.,1992).

✓Birincil bakım hizmeti 24 saat haftanın 7 günü verilebiliyor mu?

✓Tıbbi acil durumların %90'ına bir saat içinde bakılabiliyor mu?

✓Akut fakat acil olmayan durumlarda hastaların %90'ına bakılabiliyor mu?

✓Programı alınmış hastaların % 90'ı için bekleme zamanı yarım saat altında mı?

✓Sağlık merkezi hastaların ulaşması açısından uygun mu?

Hem ilk başvuru hem de sürekliliği değerlendiren işleyiş elemanı "*Kullanım*" dır. İlk başvuru yeri olarak kullanımın özelliği; hizmet alınan yerin ilk başvuru yeri olarak kullanımının boyutunu yansıtmaktadır.

Birinci basamağın hizmet yeri olarak kullanımının az olduğu sağlık sistemlerinde (Amerika gibi) ilk başvuru yerinin ilk başvuru yeri olarak kullanımı kurum bazında yapılan çalışmalardan çok toplum düzeyinde yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır. Bunun nedeni kurum bazında yapılan çalışmalarda zayıf erişilebilirlik nedeniyle kuruma başvurmayanların sistematik olarak çalışma dışında kalmış olmalarındandır. İlk başvurunun kişilerin davranışına yansıyan boyutunun ölçülmesi hizmetin alındığı kurum hakkında değerli bilgiler verir. Bu bilgi kurumdaki kayıtlardan da alınabilir. Fakat bunun için kurumdaki kayıtların çok iyi olmasının yanı sıra kurumdan hizmet alması gerekli olan tüm popülasyonun da tanımlanmış olması gereklidir (Starfield B.,1992).

Hasta davranışı olarak kullanımı ölçmek amacıyla yapılan toplum tabanlı çalışmalarda ya sağlık hizmeti almak için gerçekleştirilen en son başvuru ya da belli bir zaman periyodunda gerçekleşen başvurular ilk başvuru özelliği taşıması açısından değerlendirilir (Andersen R.,Aday l.,1978, Andersen R.,1978).

b-Sürekliliğin değerlendirilmesi

Sürekliliğin değerlendirilmesinde kullanılan yapısal eleman uygun popülasyonun seçilmesi, işleyiş elemanı ise kullanımdır.

Yapısal eleman olan uygun popülasyonun değerlendirilmesinde kişilerin sürekli bakım kaynağı olarak birinci basamak sağlık hizmetini

kullanıp kullanmadığı araştırılır. Toplum düzeyinde kişilerin düzenli hizmet aldıkları bir yere sahip olup olmadıkları Ulusal sağlık İzlem görüşmeleri sırasında sorgulanabilir. Bu toplumun sürekli izlenmesini sağladığı gibi zaman içinde değişen karakterini de ortaya koyar.

Kurum düzeyinde düzenli hizmet yerinin varlığı kurumlardaki hasta listelerinin denetlenmesi şeklinde araştırılabilir. Bu yöntem hasta listelerinin olduğu birinci basamak sağlık hizmet sistemini benimseyen ülkeler için uygundur. Özellikle Amerika'da bu tür hasta listeleri pek yaygın değildir.

İşleyiş elemanı olan kullanımın değerlendirilmesinde belli bir zaman periyodunda gerçekleşen başvurular öncelikle süreklilik açısından tanımlanır, daha sonra da bunların ne kadarcasına birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruma yapıldığı incelenir. Bu bölümde tanımlanan bazı metodlar kesintisizlik ölçütü olabilir. Ama gerçekte sürekli bakımın gerçek göstergeleridir. Sürekli bakım için ortaya atılan bir standart yoktur. Burada kullanılan ölçütlerin çoğu kurumlar ya da hizmet veren kişiler arasında karşılaştırma yapmak için kullanılır (Starfield B.,1992).

Toplum düzeyinde kullanılan üç ölçüt şunlardır (Steinwich,1979):

i-Genel uygulayıcı kesintisizliği UPC (usual provider continuity): Düzenli hizmet aldığı yer yapılan başvuru sayısı, tüm başvuru sayısına bölünür. Sonuç bire yaklaştıkça süreklilik yükselir (Starfield 1976).

ii-Hizmet kesintisizliği COC (continuity of care): UPC total başvuru sayısına oldukça bağımlıdır. Örneğin kişi bir yıl boyunca sadece bir kez doktora göründü ve bu başvuruyu da sürekli hizmet aldığı yere yaptıysa UPC bir olacaktır. Bu değer süreklilik açısından en iyi sonuçtur. Daha az sayıda

başvuru UPC nin bire yaklaşmasını kolaylaştırır. COC bu sorunu ortadan kaldırır. Fakat yapılan başvurular hakkında daha detaylı bilgiye ihtiyaç vardır. COC'la yapılan hesaplamalarda belli bir periyotta yapılan her bir başvurunun hangi hekime ve kaç defa olduğu belirlenir. Sevkle başlayanlar dışındaki başvurular değerlendirmeye alınır. Böylece, toplam başvuru sayısının etkisi azaldığı gibi, yapılan diğer başvurular da süreklilik açısından değerlendirilir.

iii-Olasılıklı kesintisizlik LICON (Likelihood of Continuity): LICON total başvuru sayısından etkilendiği kadar hizmet kaynaklarının sayısından da etkilenir. Eğer bir bölgede tek hekim görev yapıyorsa kendiliğinden bu hekimin sürekliliği yüksek olacaktır. Fakat pek çok hekim ya da kurumun hizmet verdiği bir bölgede tek bir yerin sürekliliği yüksekse bu çok önemlidir. LICON bunu ortaya koyabilen bir ölçüm yöntemidir.

Bu ölçütlerin hiçbirisi, yapılan başvurunun tek bir problem için mi, yoksa tüm hizmetler için mi olduğunu ayırdetmez. Ayrıca hangi başvurunun sevkle sonuçlandığı ayrımı da yapılamaz. Bu yüzden süreklilik için kesin ölçütler değildir.

Süreklilik ölçütü olarak kullanılabilecek diğer bir model de kişilere sürekli hizmet aldıkları yerin olup olmadığı sorulur. Belli bir periyot boyunca hasta kayıtları incelenerek hastaların hizmet aldıkları yere gidiş amaçları koruyucu hizmet, yeni bir hastalık başlangıcı, kronik hastalığın izlenmesi açısından tanımlanır. Bu değerlendirmeye başka kurumlardan sevkle yapılan başvurular dahil edilmez. Eğer kayıtlarda bu bilgiler yoksa hastalar ile görüşülür. Böylece süreklilik değerlendirmesi başarıyla yapılmış olur (Starfield B.,1992).

Kurum bazında yapılan süreklilik değerlendirmelerinde aynı metodlar kullanılır. Bilgi kaynağı olarak kayıtlar ya da hastalar kuruma başvurdukları sırada yapılan görüşmeler kullanılır.

c-Kapsayıcılığın değerlendirilmesi :

Kapsayıcılığın değerlendirilmesinde yapısal eleman olan hizmet yelpazesi ve işlevsel eleman olan sorunların tanımlanması kullanılır.

Hizmet yelpazesinin değerlendirilmesinde birinci basamak sağlık hizmetinin tümelci yaklaşımı ile verilmesi gereken korunma ve tedaviye yönelik hizmetlerin ne kadar verilebildiği araştırılır.

Hizmet yelpazesinin toplum bazında değerlendirilmesi uygun bir yöntem olarak benimsenmemektedir. Hangi hizmetin kendisi için daha gerekli olduğuna ve bu hizmetin maliyetinin uygun olup olmadığına karar vermek, toplumun kendisinden çok hizmet verenlerin sorumluluğudur. Bununla beraber kapsayıcılığın ikinci komponenti olan sorunların tanımlanmasında toplumun yeri oldukça önemli ve vazgeçilmezdir.

Kurum bazında hizmet yelpazesinin değerlendirilmesinde kurumun verdiği hizmetler ve var olan standart bir hizmet yelpazesi ile ya da farklı kurumların hizmet yelpazeşiyle karşılaştırılır. Bu değerlendirme ya varolan standart bir hizmet yelpazesi ile ya da birinci basamak sağlık hizmeti veren farklı iki kurumun hizmet yelpazelerini karşılaştırmak şeklinde olabilir.

Sorunların tanımlanmasında kullanılan bir yaklaşım toplumda sık rastlanan sorunları tanımlayıp birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumun bu hastalıkları bulabilme başarısını ölçmektir. Diğer bir yaklaşım ise eşit ve kapsamlı hizmet veren sağlık kurumlarının sağlık hizmeti verdiği

kişiler arasında sağlık düzeyi açısından farklılıkların olup olmadığını ölçülmesine dayanır (Wilkins R.,1983)

d-Koordinasyonun değerlendirilmesi:

Kesintisizlik ve sağlık sorunlarının tanımlanması hizmetin koordinasyonunun değerlendirilmesinde sırayla yapısal ve işlevsel elemanlardır.

Koordinasyon açısından kesintisizlik birbirini izleyen başvurulardan ne kadarnın aynı hekime yapıldığı ya da kayıtlarda varolduğudur. Steinwich birbirini izleyen başvurulardan aynı hekime olanların oranını kesintisizlik ölçütü olarak değerlendirirken (Steinwich D.,1979) Smedby bir önceki başvuruda aynı doktorun olup olmamasına bağlı bir skora geliştirerek kesintisizliği bu skora göre değerlendirmiştir (Smedby O.,1986).

Koordinasyonun işleyiş elemanı olan sorunların saptanmasının değerlendirmesinde esas olan birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimin hastasının başka bir yerden aldığı tedavi ya da tanıdan haberdar olmasıdır. Bu bilgi direkt olarak hastalardan öğrenilebileceği gibi koordinasyonu sağlayan kayıt ve bilgi akış sistemlerinin incelenmesi ile de öğrenilebilir.

Sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirildiği pek çok çalışmada Donabedian'ın modelinde açıklanan yapı ve işleyişin çıktıyla olan ilişkileri araştırılmıştır. Fakat yapı ve işleyiş arasındaki etkileşimi bilmeden ya da bu iki bileşenin varolan durumlarını tanımlanmadan çıktıyla olan ilişkilerinin net olarak ortaya konulması oldukça güçtür. İşte bu yüzden Starfield'in modelinde irdelenen sağlık hizmet sisteminin yapı ve işleyiş arasındaki etkileşimdir. Direkt olarak çıktıyla ilgilenmediği için de kalite yaklaşımından

çok birinci basamak sağlık hizmetinin şu anki durumunu inceleyen bir değerlendirme modelidir.

Kişiyi değil tüm toplumu, hastalığı değil sağlığın devamını hedefleyen tümelci bir yaklaşım olan birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi de yine aynı yaklaşımla yapılmalıdır. Oysa pek çok kalite değerlendirmesi yaklaşımlarında belirleyici olan bireysel olarak hasta memnuniyeti ve hastalık halinin olmamasıdır. Buraya kadar incelediğimiz değerlendirme modeli ise hedef olarak toplumu, amaç olarak da sağlığı geliştirmeyi hedeflediği için birinci basamak sağlık hizmetinin anlam ve içeriğine oldukça uygundur. Bu model üzerinden yapılacak bir değerlendirme ile sistemde varolan eksiklikler ortaya ıkanlabileceği gibi aynı hizmeti veren farklı kuruluşlar da birbiriyle karşılaştırılabilir.

III-AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetini dört temel özelliğinden  açısından değerlendirme modeli uygulamarak Akçay Sağlık Ocağı'nın 0-5 yaş grubu çocuklara vermekte olduğu sağlık hizmeti değerlendirilmiştir.

Araştırmanın yakın amaçları

1-.Sağlık ocağının hizmet verdiği toplumun ocağı ve hizmetlerini ne kadar tanıdığını belirlemek.

2-Sağlık ocağının erişilebilirlik açısından değerlendirilmesi.

3-Akçay Sağlık Ocağı bölgesindeki 0-5 yaş grubu çocukların sağlık hizmeti almak üzere en son yaptıkları ilk başvuru niteliğini taşıyan başvurunun ne kadarının sağlık ocağına yapıldığını ortaya çıkarmak.

4- 0-5 yaş grubu çocuklara yönelik sağlık hizmeti alımında kişilerin sağlık ocağını sürekli bakım yeri olarak ne kadar kullanıldığını ortaya çıkarmak.

5-Sağlık ocağına ya da diğer sağlık kurumlarına yapılan en son başvuruların ne kadarından sağlık ocağının haberdar olduğunu araştırmak.

Uzak Amaç

Araştırmanın temel aldığı kavram ve yaklaşımlar üzerinde teorik çerçevede bir tartışma ortamı yaratarak ,ülkemiz için birinci basamak sağlık hizmetini değerlendirmede kullanılabilecek genel geçer bir ölçüm yöntemi oluşturulmasının ilk adımlarını atmak.

IV-GEREÇ VE YÖNTEM

A-Araştırma bölgesi

Balıkesir'e bağlı Edremit ilçesinin bir mahallesi olan Akçay'da gerçekleştirilmiştir. Edremit ilçe merkezine 8 kilometre uzaklıkta bir mahalle olan Akçay'ı, Edremit merkezinden Zeytinli Belde belediyesine ait topraklar ayırır. Batısında Güre Belediyesi, güneyinde ise Ege denizi ile komşudur. Kuzeyinde yeralan Kızılkeçili köyü aracılığı ile Çanakkale ili ile komşudur.

Bölge ekonomisi zeytinciliğe dayanır. Turizm, Akçay ekonomisinde giderek ağırlık kazanmaktadır.

Akçay Sağlık Ocağı 28 Şubat 1988 tarihinde Akçay Hudut ve Sahiller Sağlık Denetleme Merkezi Tabipliği binasının zemin katında resmen faaliyete geçmiştir. 1995 yılı başında bir apartman dairesinin birinci katı olan kendi binasına taşınmıştır. Akçay'da bir özel poliklinik dışında başka sağlık kuruluşu yoktur. Sekiz km uzaklıktaki Edremit'de ise Devlet Hastanesi, SSK Hastanesi, Verem Savaş Dispanseri, Ana -Çocuk Sağlığı Merkezi, iki tane Sağlık Ocağı bulunmaktadır.

Akçay Sağlık Ocağı görev alanının 1995 yılı yıl ortası toplam nüfusu 11792 dir. Bunun 10118'i Akçay'da, 1574'ü Kızıl Keçili Köy'ünde tesbit edilmiştir.

Akçay Sağlık Ocağı'nda dört hekim, beş hemşire, beş ebe, bir çevre sağlığı teknisyeni, iki tıbbi sekreter bulunmaktadır. Sağlık Ocağı kayıtlarına göre kişi başına düşen muayene sayısı toplam nüfusta 0.21 dir.

1- Neden Akçay Sağlık Ocağı Seçildi;

Akçay Sağlık Ocağı bölgedeki tek sağlık kuruluşu olması nedeniyle zorunlu olarak ilk başvuru yeri olma özelliğini taşımaktadır. Ayrıca ev halkı tesbit fişi (ETF) ve kişisel sağlık fişi (KSF) gibi kayıtların tutulduğu ebeler tarafından risk gruplarının iyi izlendiği bir sağlık ocağıdır. Bu özelliği nedeniyle de 1993 yılında Nusret Fişek Sağlık Hizmet ödülünü almıştır. Örgütlenme açısından kırsal bir sağlık ocağı yapısında olmasına rağmen, nüfusun sosyodemografik özellikleri nedeniyle kentsel özellikler taşımaktadır. Bu özellikleri nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi modelinin uygulanabilmesi için uygun özelliklere sahip olduğu düşünülmüştür.

B-Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırma evreni olarak Kızılkeçili köyü de dahil olmak üzere Akçay Sağlık Ocağı bölgesindeki yaşları 0-72 ay arasında olan 754 çocuk alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü ise Epiinfo-5.01 istatistik programında $\alpha=0.05$ ve çocuk yaş grubunda kesin başvuru sayısı bilinmediğinden sıklık olarak %50 kullanılarak 254 olarak hesaplanmıştır. Fakat yörenin turistik olma özelliği ayrıca hızlı nüfus hareketliliği göze alınarak %20 oranında yedek seçilmesi planlanmıştır.

Örneklem grubu sağlık ocağındaki çocuk kartlarından her yaş grubundan eşit sayıda çocuk alınmak şartıyla sistematik örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Hedeflenen 254 çocuktan dokuzunun ailesinin görüşmeyi reddetmesi nedeniyle 245' ine ulaşılmıştır. Bu sayı hedeflenen sayının %96'sını oluşturmaktadır.

Evde olmayan kişilere en az üç kez gidildikten sonra, bu kişilerin yerine yedeklerden bir tanesi seçilmiştir. Evde bulunmama nedeni genellikle göç olduğu için seçilen 52 yedeğin tümü de kullanılmıştır. Görüşmeyi reddeden kişiler yerine yedek kullanılmamıştır.

3-Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

4-Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

Bağımsız değişkenler:Yaş, cinsiyet, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin mesleği, babanın mesleği, aylık gelir, sosyal güvence, sağlık ocağının erişilebilirliği.

Bağımlı değişkenler

- Sağlık ocağının erişilebilirliği
- Sağlık ocağının ilk başvuru yeri olarak kullanımı
- Sağlık ocağının sürekli bakım yeri olarak kullanımı

5-Veri Toplama ve Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırmanın verileri ebe kartlarından örnekleme çıkan çocukların evlerine gidilip anneleri ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu 8 bölümden oluşmaktadır:

I.Bölümde; çocuk ve ailesi ile ilgili bilgiler alınmaktadır.

II.Bölümde; ilk kısmında ETF deki bilgiler aileden alınırken ikinci kısmında, sağlık ocağındaki ETF ile bilgilerin uyumlu olup olmadığı karşılaştırılmaktadır.

III.Bölümde; çocuğun aşılama durumu ile ilgili bilgiler alınırken, ikinci kısımda Sağlık ocağındaki aşı kartı ile uygunluk karşılaştırılmaktadır.

IV.Bölümde; ebe izlemleri ile ilgili bilgiler alındıktan sonra ebe kartlarıyla uyumluluğu karşılaştırılmaktadır.

V.Bölümde; kişilerin sağlık ocağından yararlanmalarını engelleyen faktörler araştırılmaktadır.

VI.Bölümde; sağlık ocağını sürekli kullanıp kullanmadıkları sorgulanmaktadır.

VII.Bölümde; kişilerin ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını kullanıp kullanmadıklarını öğrenmek için sağlık hizmeti almak üzere yaptıkları en son başvuru yerinin neresi olduğu araştırılmaktadır.

VIII.Bölümde; yapılan bir önceki başvurudan sağlık ocağının ne kadar haberdar olduğu öğrenilmeye çalışılmaktadır.

VI. ve VII. Bölümlerde; alınan sağlık hizmetleri 4 başlık altında toplanmıştır. Bunlar hastalık, acil sorunlar, aşı ve kontrol için yapılan başvurulardır. VI. Bölümde; bu hizmetlerin aynı ayı, sürekli olarak sağlık ocağından alınıp alınmadığı sorgulanmıştır. VII bölümde ise bu hizmetler için, en son nereye başvurdukları sorulmuştur.

1-Aylık gelir Gruplarının Oluşturulması

Araştırma kapsamındaki hanelerde aylık gelir ortalaması 27.012.000 TL (Haziran 1996 itibarıyla 340\$) standart sapması 14.987.000 TL 'dir. Buna göre hanelerin aylık gelirleri dört grupta toplanmıştır.

I. Grup (En düşük ev halkı geliri):

Hiç geliri olmayan ev halkı ile ortalama bir standart sapma eksik değer ($27.012.000 - 14.987.000 = 12.015.000$) arasında kalan ev halkı geliri bu grupta yer almıştır.

II. Grup (Düşük ev halkı geliri)

Birinci grubun en yüksek değerine 1.000 TL eklenmiş ve bununla (12.016.000 TL) ortalama değer (27.012.000 TL.) arasında kalan ev halkı geliri bu grupta yer almıştır.

III. Grup (Yüksek ev halkı geliri)

İkinci grubun en yüksek değerine 1.000 TL eklenmiş ve bununla (27.013.000 TL.) ortalama bir standart sapma fazla değer arasında kalan ($27.013.000 \text{ TL.} + 14.987.000 \text{ TL.} = 42.000.000 \text{ TL.}$) ev halkı geliri bu grupta yer almıştır.

IV. Grup (En yüksek ev halkı geliri)

Üçüncü grubun en yüksek değerine 1.000 TL. eklenmiş ve bununla (42.001.000 TL.) en yüksek ev halkı geliri (100.000.000) arasında yer alan ev halkı geliri bu grupta yer almıştır (Kaya S., 1992).

2-Skorların Oluşturulması:

a-Ebe Skoru:Ebenin varlığı ve adını bilme ile ilgili iki soru birleştilerek ebe skoru oluşturulmuştur. Ebe yok adını bilmiyor ise iki ebe var adını bilmiyor ise bir, ebe var adını biliyor ise sıfır skoru verilmiştir.

b-İzlem Skoru: Annelere sorularak son bir yılda yapılan izlem sayıları belirlenmiş, bunlar çocuk izlem kartlarındaki izlemlerle karşılaştırılmıştır. İzlem sayısı yaşa göre yeterli ve çocuk kartları ile uyumlu ise sıfır, izlem sayısı yaşa göre yetersiz ve çocuk kartı ile uyumlu ise bir, yaşa göre izlem yetersiz ve çocuk kartı ile uyumsuz ise üç skoru verilmiştir.

Yaşa göre izlem yeterliliği 1995 te geçerli olan ilk 40 günde üç kez, 12. aya kadar ayda bir, bir yaştan sonra yılda iki kez olarak belirlenmiştir.

c-Sürekli Kullanım Skoru: Dört sağlık hizmeti türü (hastalık, acil bakım, aşılama, kontrol) açısından sağlık ocağından sürekli hizmet alınıyorsa 0, bazen hizmet alınıyorsa bir, hiç hizmet alınmıyorsa iki skoru verilmiştir. Sağlık ocağından hiçbir hizmeti almayan bir çocuğun süreklilik skoru sekizdir.

d-İlk Başvuru Skoru:Yukardaki dört sağlık hizmeti türü açısından son başvuru sağlık ocağına yapılmışsa sıfır, sağlık ocağı dışındaki bir yere yapılmışsa bir skoru verilmiştir.

Bütün görüşmeler araştırmacı tarafından gerşekleştirilmiştir. Anketler uygulanmadan önce bir ön deneme yapılmış, anlaşılmayan sorular ve bazı seğenekler değiştirilmiştir.

F-Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows (versiyon 6.0) istatistik programı kullanılmıştır. Sayımla belirtilen karakterler bulunduğu zaman gerekli d¼zeltmeler yapılarak Ki-kare ¼nemlilik testi kullanılmıştır. İki grup arasındaki farkın ¼nemlilięi test edilirken, iki ortalama arasındaki farkın ¼nemlilik testi (t testi), ikiden fazla grup olduğunda tek y¼nl¼ varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tek y¼nl¼ varyans analizinde gruplar arasında anlamlı fark saptandığında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirleyebilmek için Duncan ileri analizi kullanılmıştır.

G-Araştırmanın S¼resi:

Araştırmanın konusunun seğimi Aralık1995 tarihinde olmuştur. Aralık 1995, Ocak, şubat, Mart 1996 aylarında literat¼r taraması yapılmış. Nisan ayında anket taslakları hazırlanmış, Mayıs ayında ¼n deneme yapıldıktan sonra, Mayıs sonunda veri toplanmaya başlamış, Haziran ayı sonunda veri toplanması tamamlanmıştır. Temmuz, Ağustos aylarında veri girişi tamamlanarak Eyl¼l ayında verilerin tutarlılık kontrol¼ yapılmıştır. Ekim, Kasım , Aralık aylarında analizler yapılmış. Ocak ayında tez yazılmaya başlanmıştır. Üç ay ara verildikten sonra Temmuz 1997'de tez tamamlanmıştır.

H-Araştırmanın Kısıtlılıkları:

Başlangıçta birinci basamak sağlık hizmetinin ilk başvuru, s¼reklilik, koordinasyon ve kapsayıcılık ¼zelliklerinin değerlendirilmesi için yola çıkılmasına rağmen kapsayıcılığın yapısal elemanı olan hizmet yelpazesinin değerlendirilmesinde karşılaştırma yapacak ya da standart

olarak kullanılacak Türkiye için tanımlanmış bir birinci basamak hizmet standardı olmadığı için kapsayıcılık özelliği değerlendirilememiştir. Ayrıca kapsayıcılık sıklıkla hizmet verilen kişiler açısından değil, kurum bazında değerlendirilen bir özelliktir (Starfield B.,1992).

Birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirme modeli daha çok aynı hizmeti veren farklı yapılarıdaki iki kurumu birbiriyle karşılaştırmak amacıyla uygulanmaktadır. Maddi yetersizlikler ve veri toplama sırasında yetersiz işgücü nedeniyle sadece bir sağlık ocağında uygulanabilmiştir.

Sağlık ocağında verilen hizmet, birinci basamak sağlık hizmetinin ilk başvuru süreklilik ve koordinasyon özelliklerini oluşturan , yapı ve işleyiş elemanları açısından ancak tanımlanabilmiştir. Değerlendirme modelinin ilk kez kullanılıyor olması ve standart geliştirme konusunda karşılaşılan güçlükler nedeniyle yapı ve işleyiş elemanları arasındaki ilişki yeterince irdelenememiştir.

V-BULGULAR

A-ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN ÇOCUKLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan ve Akçay Sağlık Ocağı bölgesindeki çocukların ebe bölgelerine göre dağılımları arasında anlamlı bir fark yoktur. ($X^2 = 2.66$ $P > 0.05$). Dağılım Tablo V.A.1'de verilmiştir.

Tablo V.A.1. Akçay Sağlık Ocağı (ASO) Bölgesi ve Örneklem Grubundaki Çocukların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı

Ebe Bölgeleri	ASO 0-72 ay Çocuk Nüfusu		Örneklem Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Oruç Reis	166	22.0	62	25.3
Atatürk	146	19.3	38	15.5
Yeni Mahalle	86	11.4	26	10.6
Plaj	128	15.8	41	16.7
Siteler	138	19.3	48	19.6
Köy	90	12.0	30	12.2
Toplam	754	100	245	100

Araştırma kapsamındaki çocukların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Tablo V.A.2. 'de, anne ve babalarının meslek durumlarına göre dağılımları Tablo V.A.3.'de verilmiştir. Hane reislerinin çoğunluğu esnaf (%46.5) ve işçidir (%33.9). Annelerin %91'i ev hanımıdır. Ebeveynlerin öğrenim durumları değerlendirildiğinde (Tablo V.A.4.) okur yazar

olmayanların tümünün anneler olduğu, anne ve babaların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo V.A.2. Çocukların Yaş Grubuna ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş	Erkek		Kız		Toplam	
Grupları (Ay)	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
1-12	24	55.8	19	44.2	43	17.6
13-24	16	36.4	28	63.6	44	18.0
25-36	24	63.2	14	36.8	38	15.5
37-48	26	61.9	16	38.1	42	17.1
49-60	24	63.2	14	36.8	38	15.5
61-72	13	32.5	27	67.5	40	16.3
Toplam	127	51.8	118	48.2	245	100

*Sadır Yüzdesi **Sütun Yüzdesi

Tablo V.A.3. Çocukların Anne ve Babalarının Mesleklerine Göre Dağılımı.

Meslek	Baba		Anne	
	Sayı	%	Sayı	%
İşçi	83	34.5	-	-
Çiftçi	2	0.8	-	-
Esnaf	114	47.1	6	2.5
Memur	24	9.9	13	5.3
YüksekÖğ. (Serbest)	14	5.8	2	0.8
Emekli	3	1.3	1	0.4
İşsiz	2	0.8	-	-
Ev Hanımı	-	-	223	91.0
Toplam	242*	100	245	100

*3 çocuk babasıyla yaşamadığı için değerdendirmeye alınmamıştır.

Tablo V.A.4. Çocukların Anne ve Babalarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.

Öğrenim Durumu	Baba		Anne	
	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	-	-	15	6.1
Okur-yazar	-	-	1	0.4
İlkokul	106	43.8	121	49.4
Ortaokul	43	17.8	26	10.6
Lise	54	22.3	58	23.7
Üniversite	39	16.1	24	9.8
Toplam	242	100	245	100

Araştırma kapsamındaki çocukların ailelerinin sosyal güvencelerine göre dağılımı (Tablo V.A.5) incelendiğinde yaklaşık üçte bir gibi önemli bir bölümünün (%32.7) sosyal güvencesinin olmadığı, SSK'lıların %38.4'lük bir yüzde ile en büyük grubu oluşturduğu saptanmıştır.

Tablo V.A.5. Çocukların Hane Reislerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	Sayı	%
Yok	80	32.7
Emekli Sandığı	26	10.6
SSK	94	38.4
Bağkur	45	18.3
Toplam	245	100

Araştırma kapsamındaki hanelerde aylık gelir ortalaması 27.012.000 TL (Haziran1996 itibarıyla 340 \$) standart sapması 14.987.000 TL, Ortancası 20.000.000 TL dir. Ev halkı aylık geliri gereç yöntem bölümünde ayrıntılı olarak anlatılan şekilde dört gruba ayrılarak incelenmiştir . Araştırma kapsamındaki hanelerin aylık gelir durumuna göre dağılımı Tablo V.A.6.'da verilmiştir.

Tablo V.A.6. Değerlendirmeye Alınan Hanelerin Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Aylık gelir	Sayı	%
En Düşük	16	6.5
Düşük	136	55.5
Yüksek	58	23.7
En yüksek	35	14.3
Toplam	245	100

Araştırma bölgesinde bir evde ortalama 4.04 ± 0.08 kişinin yaşadığı saptanmıştır.Evlerdeki kişi sayısına göre dağılım Tablo V.A.7.'de verilmiştir.

Tablo V.A.7. Hane Başına Düşen Kişi Sayısına Göre Dağılım

Kişi sayısı	Sayı	%
<4	84	34.3
4	106	43.3
>4	55	22.4
Toplam	245	100

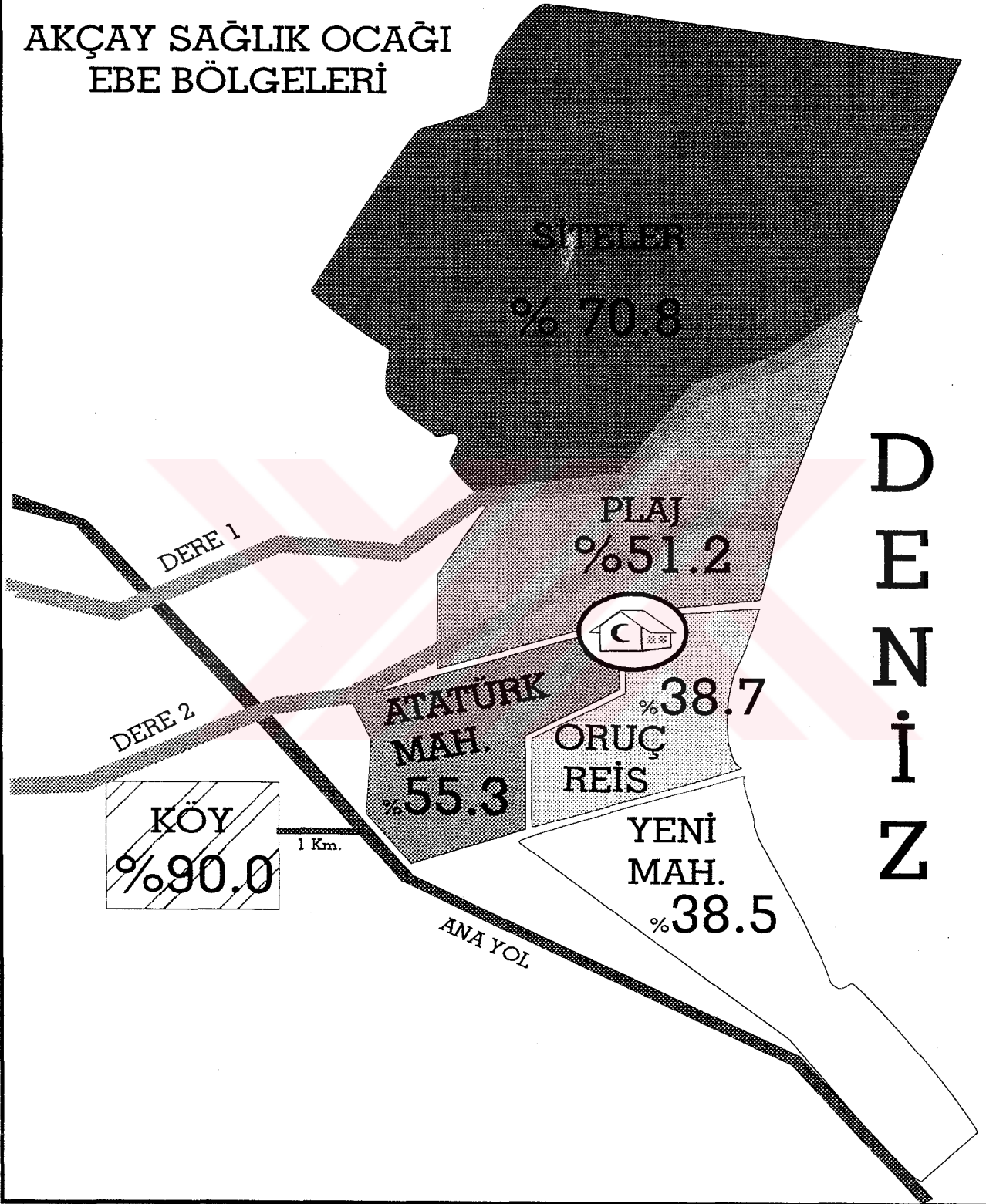
Araştırma kapsamındaki kişilerin % 53.1'nin 5-9 yıldır, %10.6 gibi bir kısmının 10 yıl ve daha fazla bir süredir Akçay'da oturduğu saptanmıştır. TabloV-A-8'de kişilerin oturma sürelerine göre dağılımları verilmektedir.

Tablo V.A.8. Çocukların Ailelerinin Akçay' da Oturma Sürelerine Göre Dağılımı

Oturma süresi (Yıl)	Sayı	%
<5	89	36.3
5-9	130	53.1
10 ve >10	26	10.6
Toplam	245	100

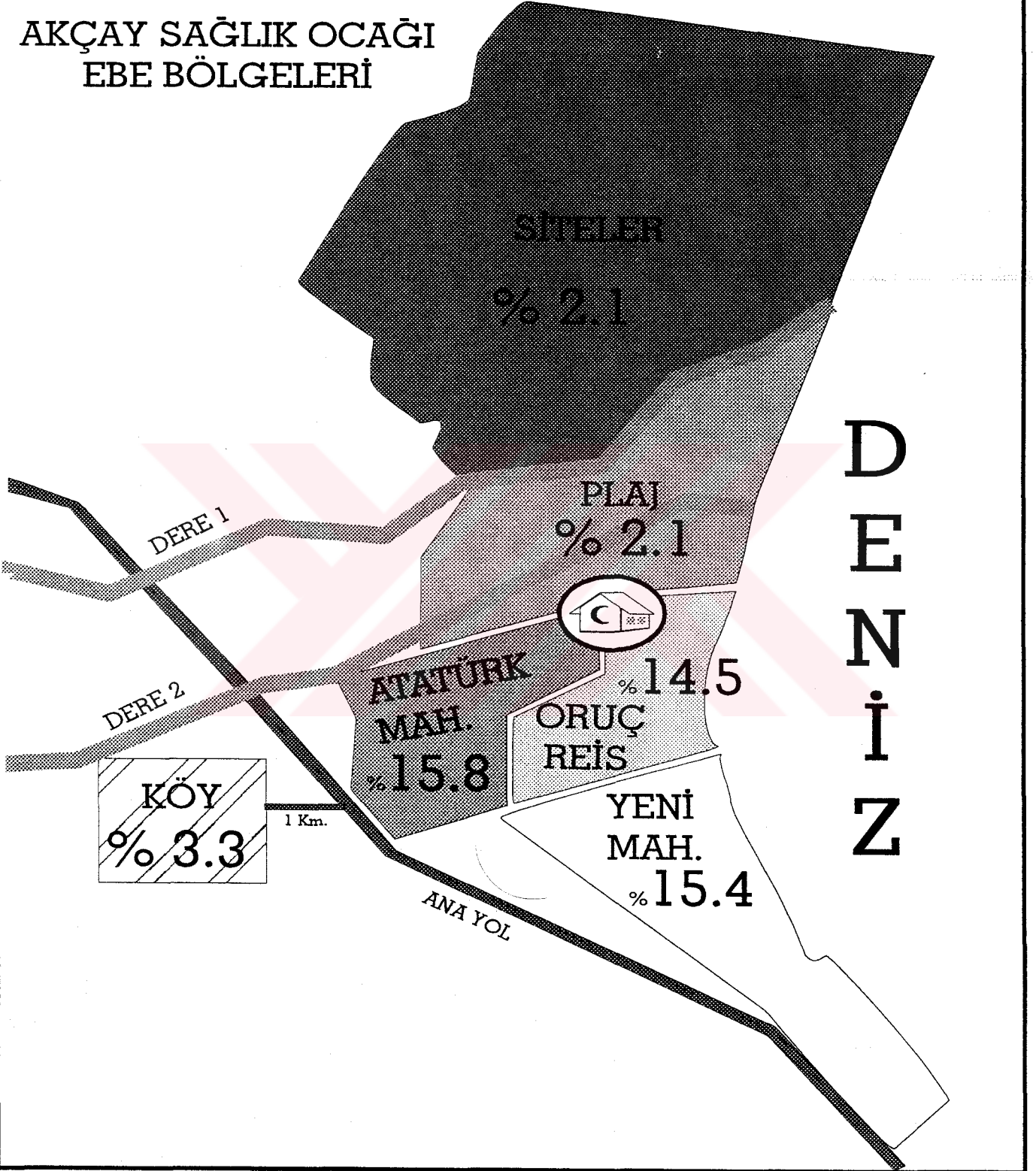
Şekil V.A.1.İlkokul ve Altında Öğrenim Gören Annelerin Ebe
Bölgelerine Göre Dağılımı

**AKÇAY SAĞLIK OCAĞI
EBE BÖLGELERİ**

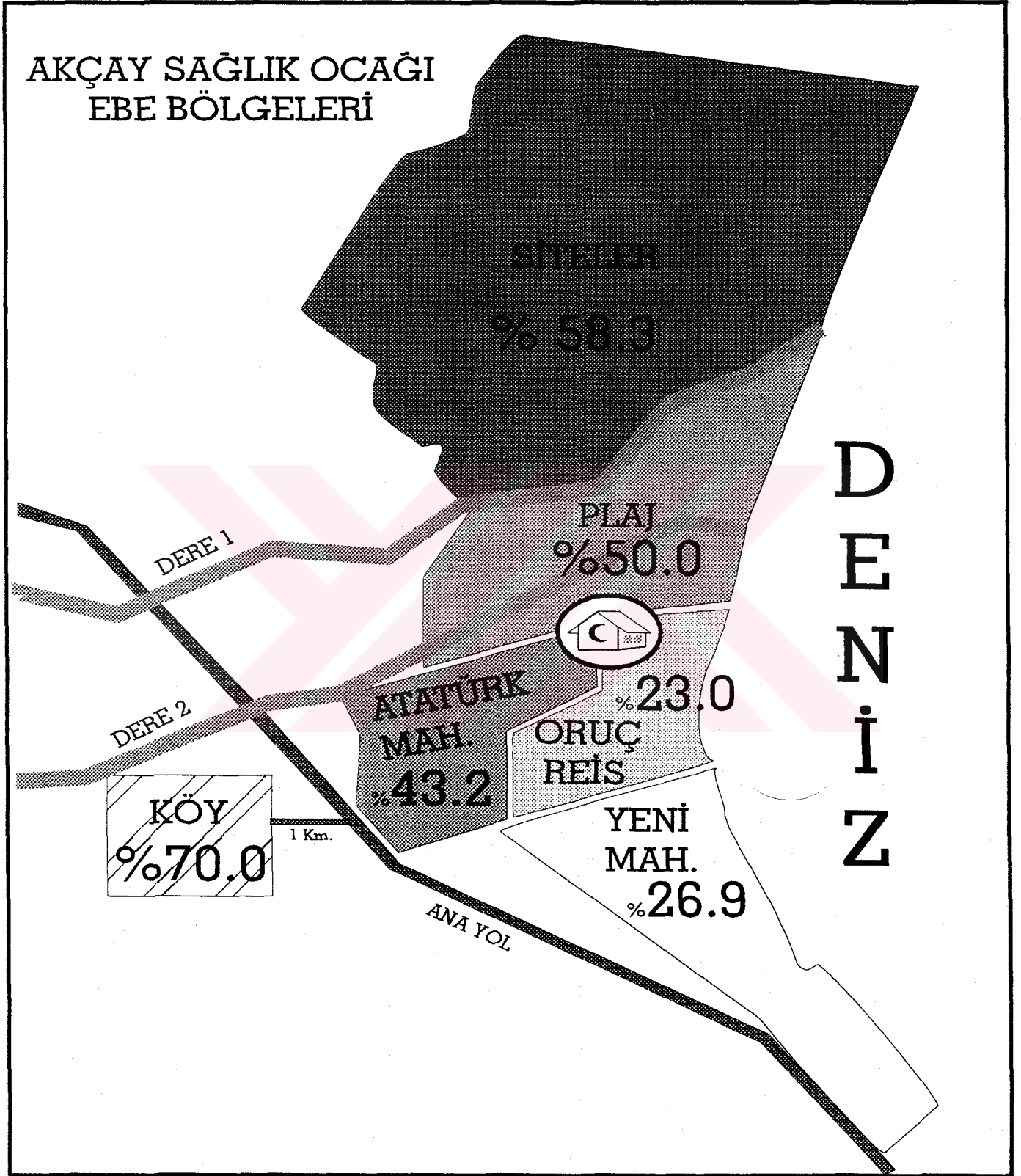


Şekil V.A.2.Çalışan Annelerin Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı

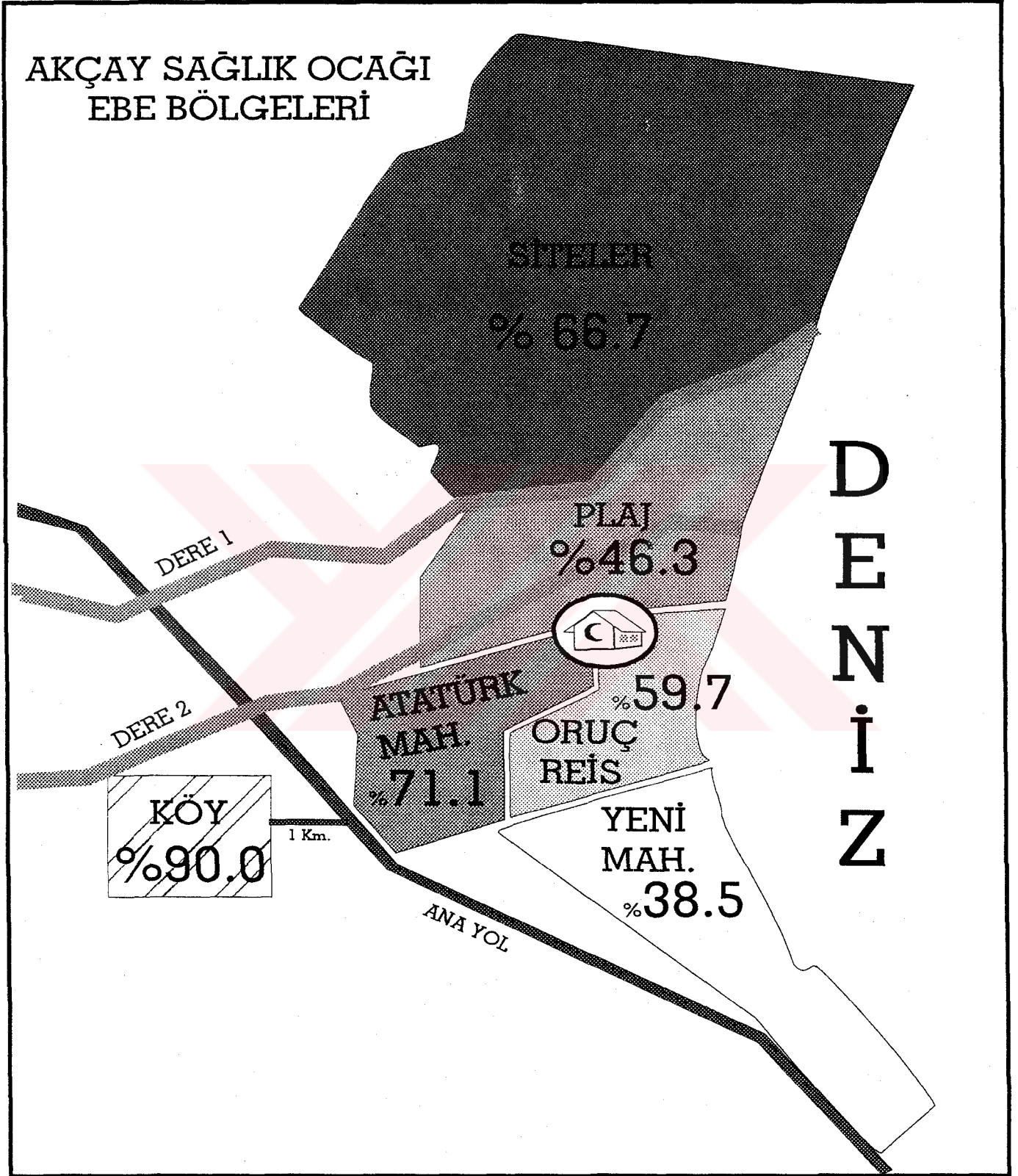
**AKÇAY SAĞLIK OCAĞI
EBE BÖLGELERİ**



Şekil V.A.3.İlkokulu Bitirmiş Babaların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı

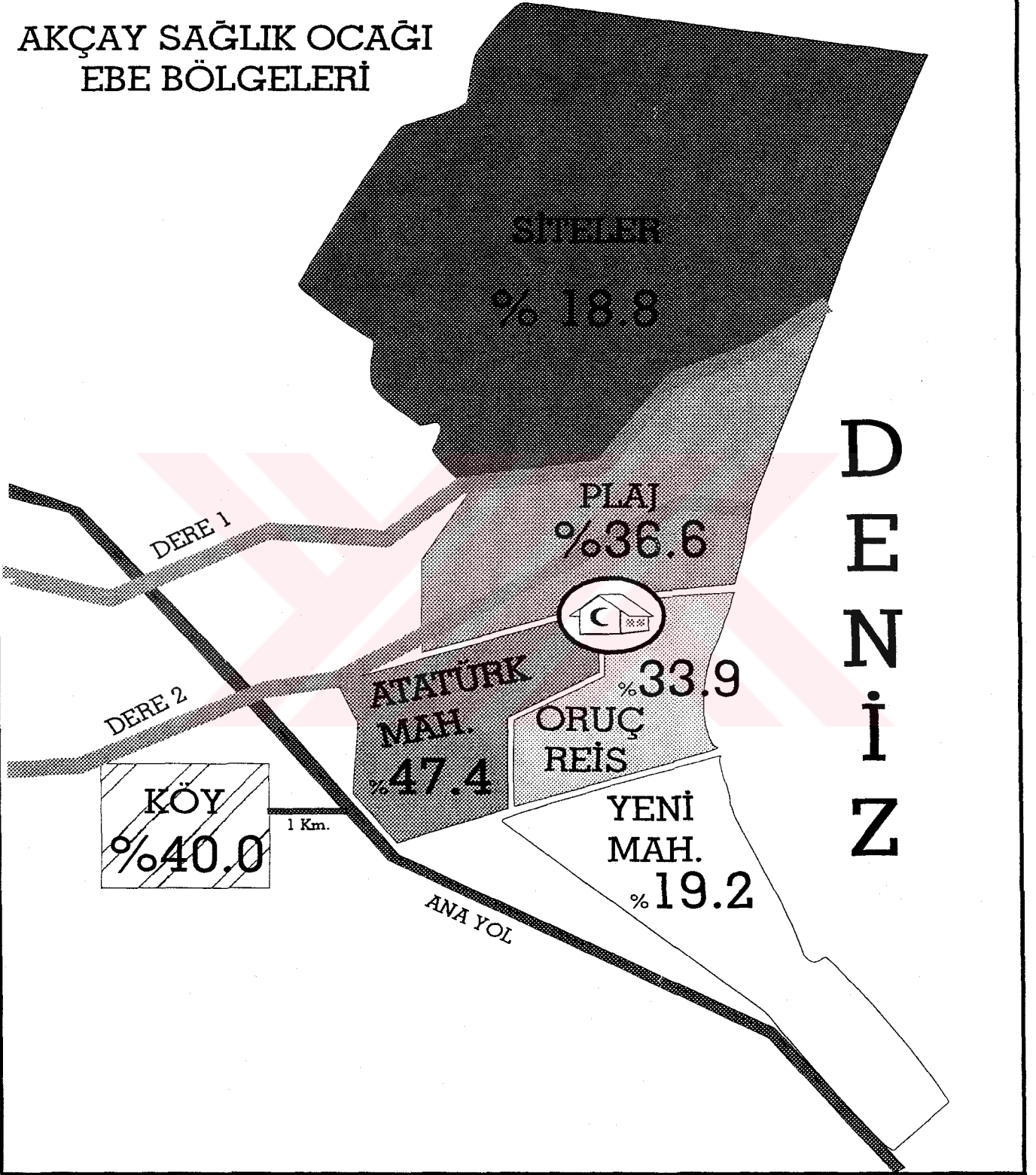


Şekil V.A.4.En Düşük ve Düşük Gelir Düzeyi Olan Ailelerin Ebe
Bölgelerine Göre Dağılımı



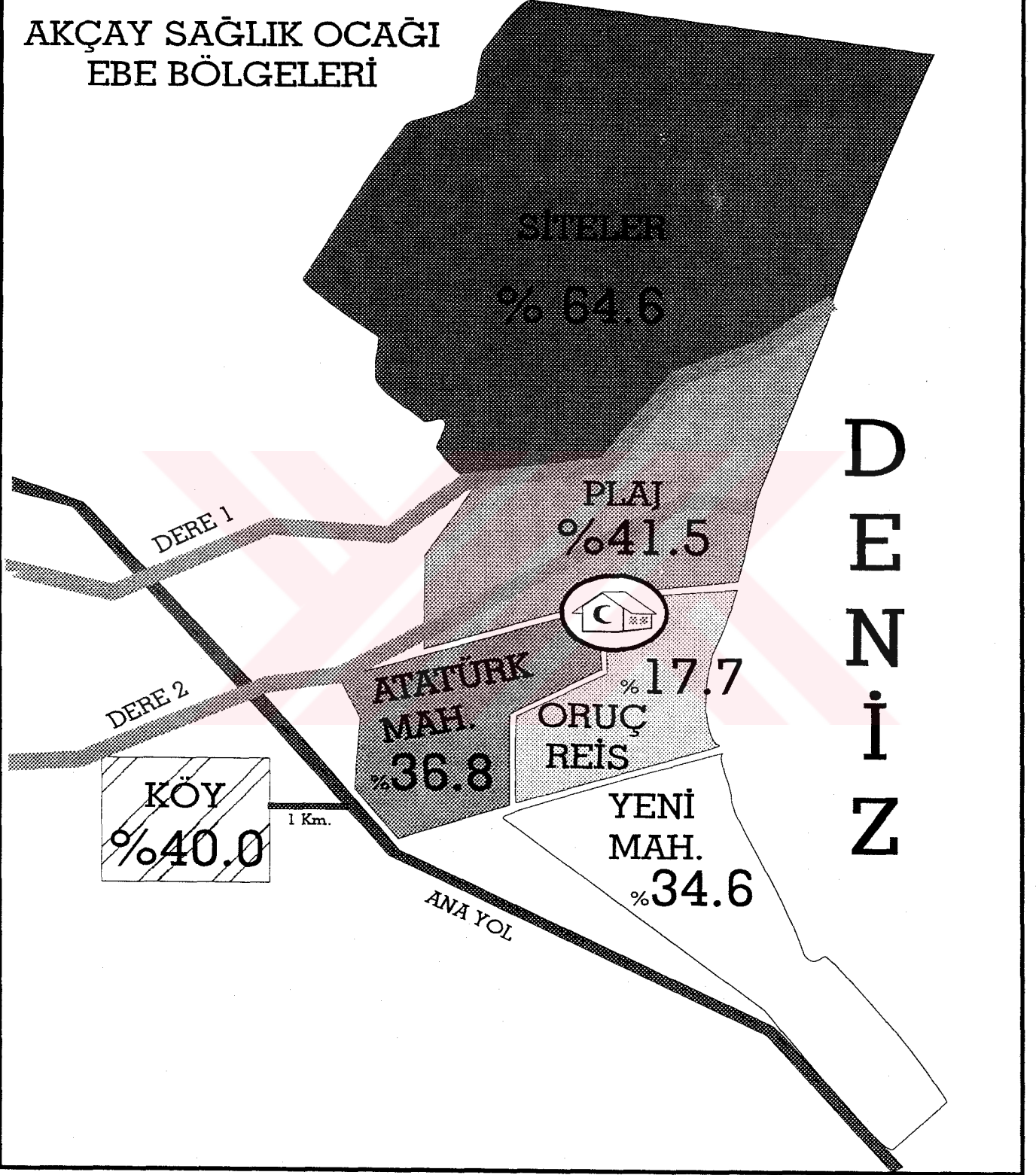
Sekil V.A.5.Sosyal Güvencesi Olmayanların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı

AKÇAY SAĞLIK OCAĞI
EBE BÖLGELERİ



Şekil V.A.6.Sosyal Sigortalar Kurumu' na (SSK) Bağlı Olanların Ebe Bölgelerine Göre Dağılımı

**AKÇAY SAĞLIK OCAĞI
EBE BÖLGELERİ**



B- SAĞLIK OCAĞI ve HİZMET VERİLEN TOPLULUĞUN BİRBİRİNİ TANIMA DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR

Hizmet verilen topluluğun sağlık ocağını tanıma kriteri olarak kişilerin sağlık ocağının yerini bilmesi, telefon numarasını bilmesi, çocuklarını takip eden ebeyi bilmeleri değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamındaki çocukların annelerinin %99.6'sının sağlık ocağını ve yerini bildiği; sadece bir annenin (%0.4) bilmediği belirlenmiştir. Annelerin %27.3'ü (67 kişi) ise sağlık ocağının telefon numarasını da bilmektedir. Annelerin %82.5'i çocuğunu takip eden bir ebenin var olduğunu belirtmiştir; %29.4'ü ise ebenin adını da bilmektedir.

Sağlık ocağının hizmet verdiği topluluğu tanıma kriteri olarak Ev Halkı Tesbit Fişi (ETF), Kişisel Sağlık Fişi (KSF), Bebek ve Çocuk Kartları değerlendirilmiştir.

Örneğe çıkan 245 çocuğun yaşadığı hanelerden 13 tanesinin (%5.3) Ev Halkı Tesbit Fişi'nin (ETF) , araştırma kapsamındaki çocukların 52 tanesinin (%21.2) Kişisel Sağlık Fişi'nin (KSF) olmadığı saptanmıştır. ETF ile aileden alınan bilgilerin uyumluluğunun karşılaştırılması Tablo V.B.1.'de verilmiştir. Araştırma grubundaki çocuklardan bir tanesi aşılama zamanı gelmediği için aşı konusundaki değerlendirmelere alınmamıştır. 244 çocuktan 110'unun (%45.0) aşı kartı görülmüştür. Diğer çocukların aşılama durumu annelerinin beyanına göre değerlendirilmiştir. Aşı kartları veya annelerinin beyanına göre alınan bilgiler uyumluluk açısından çocuk izlem kartları ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma Tablo V.B.2.'de verilmiştir.

Tablo V.B.1. ETF Bilgileri ile Aile Beyanı Arasındaki Uyum Durumu (n=232*)

ETF Bilgileri	Uyumlu	
	Sayı	%
Kişi sayısı	209	90.1
Cinsiyet	232	100
Doğum tarihi	232	100
Öğrenim durumu	227	97.8
İş	231	99.6
Sosyal güvence	199	85.8

*ETF'si olmayan 13 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo V.B.2. Çocuk İzlem Kartı ile Aşı kartı veya Beyan Arasındaki Uyum Durumu (n=245)

AŞILAR	Uyumlu	
	Sayı	%
BCG	203	83.2
DBT1	213	87.3
DBT2	212	86.9
DBT3	213	87.3
Polio1	213	87.3
Polio2	212	86.9
Polio3	213	87.3
Kızamık	207	84.8
Rapel(DBT)	199	81.6
Rapel(Polio)	199	81.6

Araştırmada son bir yılda ebeler tarafından çocukların ne sıklıkta izlendikleri sorgulanmıştır. Annelerin beyan ettikleri izlem sıklığı ile

ocuk izlem kartlarındaki izlem sıklıkları karşılaştırıldığında %72 'sinin (172) uyumlu olduğu saptanmıştır.

Bebek ve ocuk izlem kartlarındaki izlem bilgileri ve beyan edilen izlem sayıları Sağlık Bakanlığının, araştırmanın yapıldığı dönemdeki izlem standartlarıyla (ilk 40 gün içinde 3 kez , 12 ayını doldurana kadar ayda 1 ,daha sonra 6 ayda 1) karşılaştırılarak aynı aynı değerlendirilmiştir. Bebek ve ocuk izlem Kartlarına göre çocukların %64.5'i (158) yeterli izlenirken, annelerin beyanına göre çocukların %51.0'ı (125) yeterli izlenmektedir. İzlem yeterliliği ve kartla beyanın uyumu TabloV-B-3'de birlikte değerlendirilmiştir.

TabloV.B.3. Kartla Beyan Uyumuna Göre İzlem Yeterliliği

İzlem Yeterliliği	Sayı	%
Uyumlu yeterli	125	51.0
Uyumlu yetersiz	47	19.2
Uyumsuz yetersiz	73	29.8
Toplam	245	100

C-SAĞLIK OCAĞININ ERİŞİLEBİLİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu başlık altında sağlık ocağından yararlanmayı etkileyen faktörlerin tanımlayıcı bulguları ve analiz sonuçları sunulmuştur. Değerlendirmeye alınan annelere sağlık ocağına hiç gidip gitmedikleri sorulduğunda 13 kişi (%5,3) sağlık ocağına hiç gitmediğini belirtmiştir. Bu kişilerden bir tanesi Akçay'a çok kısa süre önce geldiğini ve sağlık ocağına gitmeyi gerektirecek bir sorunu olmadığını belirtmiştir. Altı kişi özel hekime gitmeyi tercih ettiğini, diğer altı kişi de sosyal güvenceleri yazılan ilacı karşılamadığı için sağlık ocağına gitmediğini belirtmiştir. Sağlık ocağının erişilebilirliğini değerlendirmek için erişilebilirliği etkileyeceği öngörülen dokuz faktör hakkında öncelikle kişilerin memnun olup olmadıkları, daha sonra da varsa memnuniyetsizliklerinin sağlık ocağına gitmeyi engelleyip engellemediği sorgulanmıştır. Tablo V.C.1.'de bu dokuz faktör açısından kişilerin görüşleri verilmiştir. Sağlık ocağına hiç gitmeyen 13 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır. Sadece sosyal güvence nedeniyle sağlık ocağını kullanmayan altı kişi sosyal güvence ile ilgili bölümde değerlendirmeye alınmıştır.

Sağlık ocağından yararlanma sırasında memnuniyetsizlik yaratan ilk beş konu şöyle sıralanmaktadır:

1-Yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesi	% 73.5
2-Sağlık ocağında verilen bilginin yetersizliği	% 22.4
3-Sağlık ocağında beklenen süre	% 19.8
4-Sağlık ocağının açık olduğu saatler	% 18.5
5-Sağlık ocağının uzaklığı	% 16.8

Sağlık ocağına gidişi engelleyen ilk 5 faktör ise şöyle sıralanmaktadır:

1-Yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesi	% 39.1
2-Sağlık ocağında yeterli bilgi verilmemesi	% 21
3-Sağlık ocağının çalışma saatlerinin uygunsuzluğu	% 13.4
4-Personelin davranışlarından memnuniyetsizlik	% 8.7
5-Sağlık Ocağındaki bekleme süresi	%6.0

Tablo V.C.1. Sağlık Ocağından Yararlanmayı Engelleyen Faktörler

Sağlık Ocağından Yararlanmayı Engelleyen Faktörler	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağı uzak mı?	36	16.8	193	83.2
Uzaklık gitmenize engel mi?	9	23.1	30	76.9
Çalışma saatleri uygun mu?	189	81.5	43	18.5
Uygun olmaması gitmenize engel mi?	31	72.1	12	27.9
Sağlık Ocağında beklenen süre uygun mu?	186	80.2	46	19.8
Uygun olmaması gitmenize engel mi?	14	30.4	32	69.6
Bekleme odası rahat mı?	201	86.6	31	13.4
Rahat olmaması gitmenize engel mi?	3	9.7	28	90.3
Muayene odası rahat mı?	219	94.4	13	5.6
Rahat olmaması gitmenize engel mi?	3	23.1	10	76.9
Rahatlıkla soru sorabiliyor musunuz?	213	91.8	19	8.2
Soramamanız gitmenize engel mi?	9	47.4	10	52.6
Yeterince bilgi veriliyor mu?	180	77.6	52	22.4
Bilgi verilmemesi gitmenize engel mi?	50	96.2	2	3.8
Personelin davranışlarından memnun musunuz?	208	89.7	24	10.3
Memnun olmamanız gitmenize engel mi?	20	83.3	4	16.7
Yazılan ilacı sosyal güvenceniz ödüyor mu?	63	26.5	175	73.5
Ödememesi gitmenize engel mi?	93	53.1	82	46.2

Erişilebilirlik ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki her bir faktör açısından değerlendirilmiştir. Annelerin çalışma durumları ile sağlık ocağından memnuniyetsizlikleri karşılaştırılmıştır (Tablo V.C.2). Sağlık ocağının açık olduğu saatlerden çalışan anneler anlamlı olarak daha fazla memnuniyetsizdir. Yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesinden ise çalışmayan anneler anlamlı olarak daha fazla memnuniyetsizdir.

TABLO V.C.2. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Anne Çalışma Durumuna Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Anne Çalışma Durumu		χ^2	p
	Çalışıyor (%)	Çalışmıyor (%)		
Uzaklık	19.0	16.6	0.0826	0.7737
Açık olduğu saatler	52.4	15.2	17.518	0.0000
Bekleme süresi	23.8	19.4	0.2303	0.6312
Bekleme Odası	19.0	12.8	0.6447	0.4220
Muayene odası	4.8	5.7	0.0309	0.8604
Soru Sorabilme	14.3	7.6	1.1412	0.2854
Bilgi verme	19.0	22.7	0.1504	0.6981
Personel davranışları	19.0	9.5	1.8855	0.1697
Sosyal Güvence (İlaç)	23.8	78.3	29.2531	0.0000
Toplam	21	211		

Çalışan annelerle çalışmayan annelerin ; sağlık ocağının uzaklığı, açık olduğu saatler ve sağlık ocağında rahatlıkla soru soramama nedeniyle olan memnuniyetsizlikleri gerekçesi ile sağlık ocağına gitmeme düzeyleri arasındaki fark anlamlıdır (Tablo V.C.3). Bu

nedenlerle sağlık ocağından yararlanmama çalışan annelerde daha fazladır.

Aradaki farklar anlamlı olmasa da sağlık ocağında bekleme süresi ve personelin davranışlarından memnuniyetsizlik ve bu nedenlerle sağlık ocağına gitmeme durumu çalışan annelerde çalışmayan annelere göre daha fazladır.

TABLO V.C.3 .Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Anne alışma Durumuna Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Anne alışma Durumu		χ^2	p
	çalışıyor (%)	alışmıyor (%)		
Uzaklık	14.3	2.8	6.705	0.009
Açık olduğu saatler	33.3	11.4	7.955	0.004
Bekleme süresi	14.3	5.2	2.7723	0.0959
Bekleme Odası	0	1.4	Analiz Yapılamaz*	
Muayene odası	0	1.4	Analiz Yapılamaz	
Soru Sorabilme	14.3	2.8	6.705	0.009
Bilgi verme	19.0	21.8	0.08564	0.7698
Personel davranışları	14.3	8.1	0.9406	0.3321
Sosyal Güvence (İlaç)	23.8	40.6	2.2547	0.1332
Toplam (Sayı)	21	211		

*Gözlerin %50sinden fazlasında beklenen değerler 5'in altında olduğu için Kikare yapılamamıştır (Dawson-Saunders B, Tropp R,1990).

Annelerin öğrenim durumları ile sağlık ocağından memnuniyetsizlikleri karşılaştırılmıştır (TabloV.C.4). Sağlık ocağının uzaklığı ve sosyal güvencenin yazılan ilacı ödememesinden dolayı ilkokul ve altı öğrenime sahip anneler anlamlı olarak daha fazla memnuniyetsizdir. Sağlık ocağının açık olduğu saatler ve bekleme

odasından ilkokul ve üstü öğrenime sahip anneler anlamlı olarak daha fazla memnuniyetsizdir.

TABLO V.C.4 .Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Öğrenim Durumlarına Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Anne öğrenim Durumu		χ^2	p
	İlkokul ve ↓ (%)	İlkokul ↑ (%)		
Uzaklık	22.1	9.9	6.106	0.013
Açık olduğu saatler	13.7	24.8	4.580	0.032
Bekleme süresi	22.9	15.8	1.787	0.1811
Bekleme Odası	8.4	19.8	6.407	0.011
Muayene odası	3.1	8.9	3.699	0.0544
Soru Sorabilme	6.1	10.9	1.736	0.1876
Bilgi verme	22.9	21.8	0.410	0.839
Personel davranışları	10.7	9.9	0.037	0.8454
Sosyal Güvence (İlaç)	83.1	60.8	14.013	0.0001
Toplam (Sayı)	131	101		

Sosyal güvence yazılan ilacı ödemediği için sağlık ocağını kullanmama durumu İlkokul ve altı öğrenime sahip annelerde, anlamlı olarak daha fazla iken, bekleme süresinden memnun olmadıkları için sağlık ocağını kullanmama durumu, ilkokul üstü öğrenime sahip annelerde anlamlı olarak daha fazladır (Tablo V.C.5).

Aralarındaki fark anlamlı olmasa da muayene odası ve soru sorabilme açısından memnuniyetsizlik ilkokul üstünde öğrenime sahip olan annelerde daha fazladır. Bu sebeplerle sağlık ocağına gitmeme düzeyi her iki grupta da aynıdır.

TABLO.V.C.5.Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Anne Öğrenim Durumuna Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından	Anne öğrenim Durumu		χ^2	p
Memnuniyetsizlik Faktörleri	İlkokul ve ↓ (%)	İlkokul ↑ (%)		
Uzaklık	3.1	5.0	0.550	0.4581
Açık olduğu saatler	9.9	17.8	3.0730	0,079
Bekleme süresi	2.3	10.9	2.0381	0.1533
Bekleme Odası	0	3.0	Analiz yapılamaz*	
Muayene odası	1.5	1.0	Analiz yapılamaz*	
Soru Sorabilme	2.3	5.9	2.0381	0,1533
Bilgi verme	21.4	21.8	0.0056	0.9402
Personel davranışları	8.4	8.9	0.019	0.8900
Sosyal Güvence (İlaç)	49.3	25.5	13.8384	0.0002
Toplam (Sayı)	131	101		

*Gözlerin %50'sinden fazlasında beklenen değerler 5'in altında olduğu için Kikare yapılamamıştır (Dawson-Saunders B, Tropp R,1990).

Baba mesleği ile sağlık ocağından memnuniyetsizlikleri karşılaştırıldığında baba mesleği işçi olanların yazılan ilacı sosyal güvencelerinin ödememesinden memnuniyetsizlikleri diğer gruplara göre anlamlı olarak daha fazladır (TabloV.C.6).

Baba mesleği ile memnuniyetsizlikleri nedeniyle sağlık ocağını kullanmama durumları karşılaştırıldığında, yazılan ilacı sosyal güvence ödemediği için sağlık ocağını kullanmama düzeyi işçi olan grupta anlamlı olarak daha fazladır (TabloV.C.7).

TABLOV.C.6. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Baba Mesleğine Göre Dağılımı

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Baba Mesleği			χ^2	p
	İşçi(%)	Memur(%)	Esnaf (%)		
Uzaklık	24.4	17.4	11.5	5.7186	0.0573
Açık olduğu saatler	14.1	30.4	18.0	3.2200	0.1998
Bekleme süresi	24.4	4.3	18.0	4.7660	0.9221
Bekleme Odası	12.8	4.3	13.1	1.4549	0.4831
Muayene odası	6.4	8.7	4.9	0.5767	0.7494
Soru Sorabilme	3.8	8.7	11.5	3.5541	0.1691
Bilgi verme	17.9	26.1	24.6	1.4046	0.4854
Personel davranışları	11.5	8.7	9.8	0.2216	0.8950
Sosyal Güvence (İlaç)	100.0	4.2	69.1	89.7177	0.0000
Toplam (Sayı)	78	23	122		

TABLOV.C.7.Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Baba Mesleğine Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Baba Mesleği			χ^2	p
	İşçi(%)	Memur(%)	Esnaf(%)		
Uzaklık	2.6	8.7	2.5	2.6059	0.2717
Açık olduğu saatler	14.1	17.4	11.5	0.7265	0.6954
Bekleme süresi	2.6	0	8.2	0.4423	0.1095
Bekleme Odası	1.3	0	1.6	0.3954	0.8205
Muayene odası	1.3	0	1.6	0.3954	0.8205
Soru Sorabilme	2.6	4.3	4.9	0.6871	0.7092
Bilgi verme	17.9	26.1	23.0	1.0208	0.6002
Personel davranışları	9.0	4.3	9.0	0.5728	0.7509
Sosyal Güvence (İlaç)	73.2	4.2	23.6	64.5989	0.0000
Toplam (Sayı)	78	23	122		

Aylık geliri en yüksek olan grup, diğer gruplara göre sağlık ocağının açık olduğu saatlerden anlamlı olarak daha fazla memnuniyetsizken, sağlık ocağında yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesinden anlamlı olarak daha az memnuniyetsizdir (TabloV.C.8).

TABLOV.C.8. Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Aylık Gelir Düzeyine Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından	Aylık Gelir Düzeyi				χ^2	p
Memnuniyetsiz Faktörleri	En Düşük (%)	Düşük (%)	Yüksek (%)	En Yüksek (%)		
Uzaklık	26.7	18.6	12.1	13.3	2.5307	0.4697
Açık olduğu saatler	13.3	11.6	22.4	43.3	17.1409	0.0006
Bekleme süresi	20.0	20.2	19.0	20.0	0.0366	0.9981
Bekleme Odası	20.0	10.1	13.8	23.3	4.3589	0.2252
Muayene odası	0	5.4	6.9	6.7	1.1455	0.7661
Soru Sorabilme	0	10.9	5.2	6.7	3.3495	0.3408
Bilgi verme	20.0	27.1	17.2	13.3	4.016	0.2597
Personel davranışları	0	10.9	10.3	13.3	2.055	0.5609
Sosyal Güvence (İlaç)	87.5	81.3	63.8	50.0	17.1661	0.0006
Toplam (Sayı)	15	129	58	30		

Ailelerin aylık geliri ile memnuniyetsizlikleri nedeniyle sağlık ocağını kullanmama durumları karşılaştırıldığında sağlık ocağının açık olduğu saatlerden ve bekleme süresinden memnuniyetsizlik nedeniyle sağlık ocağını kullanmama, aylık geliri en yüksek olan grupta anlamlı olarak daha fazladır (TabloV.C.9).

İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da aylık geliri en düşük olan grupta muayene odası, soru sorabilme, personelin davranışı

açısından memnuniyetsizlik ve bu nedenlerle sağlık ocağını kullanmama durumu hiç yoktur.

TABLO V.C.9.Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağından Yaralanmamanın Aylık Gelir Düzeyine Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Aylık Gelir Düzeyi				χ^2	p
	En Düşük (%)	Düşük (%)	Yüksek (%)	En Yüksek (%)		
Uzaklık	0	3.1	5.2	6.7	1.700	0.6368
Açık olduğu saatler	13.3	8.5	10.3	40	21.4492	0.0000
Bekleme süresi	0	3.9	6.9	16.7	8.080	0.04
Bekleme Odası	6.7	0.8	1.7	0	Analiz yapılamaz*	
Muayene odası	0	1.6	1.7	0	Analiz yapılamaz*	
Soru Sorabilme	0	3.9	3.4	6.7	1.259	0.7388
Bilgi verme	20.0	26.4	15.5	13.3	4.2305	0.2376
Personel davranışları	0	8.5	10.3	10.0	1.7078	0.6351
Sosyal Güvence (İlaç)	43.8	44.0	34.5	23.3	5.1652	0.1600
Toplam (Sayı)	15	129	58	30		

*Gözlerin %50'sinden fazlasında beklenen değerler 5'in altında olduğu için Kikare yapılamamıştır (Dawson-Saunders B, Tropp R,1990).

Sosyal güvencesi olmayanlar, diğer gruplara göre sağlık ocağının açık olduğu saatlerden anlamlı olarak daha az memnuniyetsizdir. Sosyal güvencesi olmayanlar ve SSK'ya bağlı olanlar yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesinden anlamlı olarak daha fazla memnuniyetsizdirler (TabloV.C.10).

**TABLOV.C.10.Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin
Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Sosyal Güvenceye Göre
% Dağılımı**

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Sosyal Güvence				x ²	p
	Yok (%)	SSK (%)	Em.San (%)	Bağkur (%)		
Uzaklık	17.5	19.1	16.5	10.3	1.5594	0.6686
Açık olduğu saatler	8.8	19.1	33.3	28.2	10.987	0.0117
Bekleme süresi	22.5	23.6	4.2	15.4	5.3415	0.1484
Bekleme Odası	16.3	12.4	8.3	12.8	1.1877	0.7559
Muayene odası	8.8	4.5	8.3	0	Analiz Yapılamaz*	
Soru Sorabilme	10.0	5.6	8.3	10.3	1.3537	0.7164
Bilgi verme	26.3	18.0	25.0	23.1	1.7864	0.6179
Personel davranışları	6.3	13.5	8.3	12.8	2.7538	0.4311
Sosyal Güvence (İlaç)	100.0	100.0	0	0	228.058	0.0000
Toplam	80	89	24	39		

*Gözlerin %50sinden fazlasında beklenen değerler 5'in altında olduğu için Kikare yapılamamıştır
(Dawson-Saunders B, Tropp R,1990).

Hane reislerinin sosyal güvenceleri ile memnuniyetsizlikleri nedeniyle sağlık ocağından yararlanmama durumları karşılaştırıldığında yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesi nedeniyle sağlık ocağını kullanmama düzeyi (TabloV.C.11). SSK'ya bağlı olanlarda , anlamlı olarak daha fazladır.

İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da sosyal güvencesi olmayanların diğer gruplara göre açık olduğu saatlerden memnuniyetsizlik nedeniyle sağlık ocağına gitmeme oranı daha düşüktür.

TABLOV.C.11.Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Sosyal Güvenceye Göre % Dağılımı

Sağlık Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Sosyal Güvence				x ²	p
	Yok (%)	SSK (%)	Em.San. (%)	Bağkur (%)		
Uzaklık	5.0	1.1	8.3	5.1	3.5219	0.3179
Açık olduğu saatler	6.3	14.6	20.8	20.5	6.4943	0.089
Bekleme süresi	8.8	4.5	0	7.7	3.1429	0.3701
Bekleme Odası	2.5	0	0	2.6	Analiz Yapılamaz*	
Muayene odası	3.8	0	0	0	Analiz Yapılamaz*	
Soru Sorabilme	3.8	4.5	4.2	2.6	1.1235	0.7713
Bilgi verme	23.8	25.0	18.0	23.1	1.1235	0.7713
Personel davranışları	5.0	11.2	4.2	12.8	3.5817	0.3103
Sosyal Güvence (İlaç)	1.3	96.8	0	0	213.528	0.0000
Toplam	80	89	24	39		

*Gözlerin %50sinden fazlasında beklenen değerler 5'in altında olduğu için Kikare yapılamamıştır (Dawson-Saunders B, Tropp R,1990).

Sağlık ocağının uzak olmasından Köy ve Yeni Mahallede oturanların memnuniyetsizliği anlamlı olarak daha fazladır. Sağlık ocağının açık olduğu saatler ve bilgi verilmemesinden Köyde oturanlar anlamlı olarak daha az memnuniyetsizdir (köy çıkarılarak analiz yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır). Sosyal güvencenin yazılan ilacı ödememesinden Oruç reis ve Yeni Mahalle'de oturanlar anlamlı olarak daha az memnuniyetsizdir (Tablo V.C.12) .

Sağlık ocağının açık olduğu saatlerden memnuniyetsizlik nedeniyle sağlık ocağını kullanmama açısından Köy ile diğer gruplar arasındaki fark anlamlıdır (TabloV.C.13). Köyde oturanlarda bu nedenden dolayı sağlık ocağını kullanmayan hiç kimse yoktur. Sosyal güvence yazılan

ilacı ödemediği için sağlık ocağını kullanmama açısından Oruç Reis'de oturanlar ile diğer gruplar arasındaki fark anlamlıdır. Oruç Reis'de oturanların diğer gruplara göre bu nedenden dolayı sağlık ocağını kullanmama oranı daha azdır.

TABLOV.C.12.Sağlık Ocağından Hizmet Alan Çocukların Annelerinin Memnuniyetsizlik Faktörlerinin Ebe Bölgelerine Göre % Dağılımı

Sağ. Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Ebe Bölgeleri						χ^2	p
	Oruç Reis (%)	Atatürk (%)	Yeni Mah. (%)	Plaj((%)	Siteler (%)	Köy((%)		
Uzaklık	3.5	7.9	50.0	5.0	13.6	48.1	53.119	0.0000
Açık olduğu saat	15.8	13.2	34.6	32.5	15.9	0	16.9753	0.004
Bekleme süresi	15.8	15.8	23.1	30.0	18.8	18.5	3.8551	0.5704
Bekl. Odası	14.0	15.8	15.4	17.5	13.6	0	5.04078	0.4078
Muayene odası	5.3	10.5	11.5	5.0	0	3.7	6.3085	0.2773
Soru Sorabilme	10.5	15.8	7.7	10.0	2.3	0	7.973	0.1577
Bilgi verme	22.8	39.5	15.4	30.0	18.2	0	16.6803	0.0051
Per. Davranışları	10.5	5.3	11.5	12.5	18.2	0	Analiz yapılamaz*	
Sos. Gv. (İlaç)	55.2	84.2	53.8	80.0	87.2	82.8	24.1093	0.0002
Toplam	57	38	26	40	44	27		

*Gözlerin % 50'sinden fazlasında beklenen değer beşten küçük olduğu için analiz yapılamaz.

TABLOV.C.13.Memnuniyetsizlik Faktörleri Nedeniyle Sağlık Ocağını Kullanmamanın Ebe Bölgelerine Göre % Dağılımı

Sağ. Ocağından Memnuniyetsizlik Faktörleri	Ebe Bölgeleri						x ²	p
	Oruç Reis (%)	Atatürk (%)	Yeni Mah(%)	Plaj (%)	Siteler (%)	Köy (%)		
Uzaklık	0	0	19.2	0	2.3	11.1	Analiz yapılamaz*	
Açık olduğu saat	10.5	7.9	19.2	27.5	27.5	13.6	13.2240	0.021
Bekleme süresi	7.0	7.9	3.8	10.0	4.5	0	Analiz yapılamaz*	
Bekl. Odası	0	2.6	0	2.5	2.3	0	Analiz yapılamaz*	
Muayene odası	0	2.6	3.8	2.5	0	0	Analiz yapılamaz*	
Soru Sorabilme	3.5	7.9	7.7	5	0	0	Analiz yapılamaz*	
Bilgi verme	21.1	39.5	15.4	30.0	15.9	0	17.7472	0.0032
Per. Davranışları	8.8	5.3	11.5	10.0	13.6	0	Analiz yapılamaz*	
Sos. Güv. (İlaç)	15.8	36.8	30.8	42.5	65.9	37.0	27.5533	0.0000
Toplam	57	38	26	40	44	27		

*Gözlerin %50sinden fazlasında beklenen değerler 5'in altında olduğu için Kikare yapılamamıştır (Dawson-Saunders B, Tropp R,1990).

D-SAĞLIK OCAĞININ İLK BAŞVURU YERİ OLARAK KULLANIMI İLE İLGİLİ ANALİZ SONUÇLARI

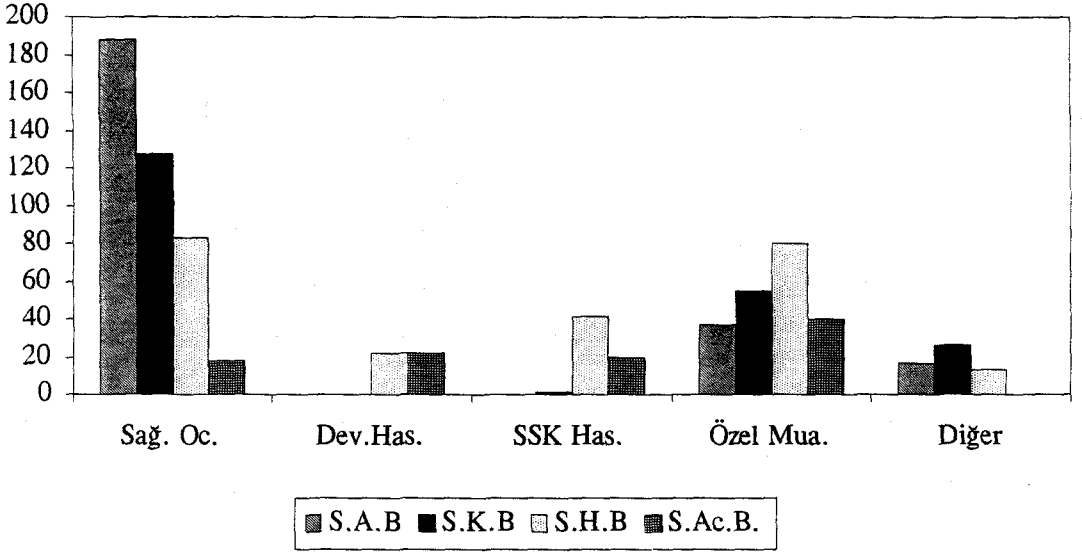
Araştırmada incelenen çocukların aşı, kontrol, hastalık ve acil gereksinimleri nedeniyle yaptıkları en son başvurularda kullandıkları yerler ilk başvuru yeri olarak değerlendirilmiştir. Sevk sonucu gerçekleştiren başvurularda sevk eden kurum ilk başvuru yeri olarak kabul edilmiştir. Aşı zamanı gelmeyen üç çocuk, kontrol amacıyla hiç başvuruda bulunmayan 35 çocuk, hastalık nedeniyle hiç doktora gitmemiş olan 6 çocuk, şimdiye kadar hiç acil bir sorunu olmayan 145 çocuk değerlendirmeye alınmamıştır. Yapılan en son başvuruların kurumlara göre dağılımı Tablo V.D.1'de verilmiştir

TABLO V.D.1. Alınan Hizmet Türüne Göre Yapılan En Son Başvuruların Kurumlara Göre Dağılımı

Hizmet Türü*	Sağ. Oc. Sayı(%)**	Dev.Has Sayı(%)**	SSK has. Sayı(%)**	Özel Mua Sayı(%)**	Diğer Sayı(%)**	Toplam
S. A.B	188(77.7)	-	-	37(15.3)	17(7.0)	242
S. K.B.	128(61.0)	-	1(0.004)	55(26.2)	26(12.8)	210
S. H.B.	83(34.7)	22(9.2)	41(17.2)	80(33.5)	13(5.4)	239
S. Ac.B	18(18.0)	22(22.0)	20(20.0)	40 (40.0)	-	100

*S.A.B: Son aşı başvurusu
S.K.B: Son kontrol başvurusu
S.H.B:Son hastalık başvurusu
S.Ac.B:Son acil başvurusu
**Satır Yüzdesi

Şekil V.D.1. Alınan Hizmet Türüne Göre Yapılan En Son Başvuruların Kurumlara Göre Dağılımı



Tablo V.D.1.'de görüldüğü gibi, aşı başvurusunda en çok kullanılan yer sağlık ocağı (%77.7) , bunu izleyen yer özel muayenehanedir (%15.3) Kontrol nedeniyle yapılan başvurularda en çok kullanılan yer sağlık ocağı (%61.0), ikinci yer ise özel hekimdir (%26.2) (Şekil V.D.1).

Hastalık nedeniyle olan başvuruların %34.7 'si sağlık ocağına %33.5'i özel muayenehaneye yapılmaktadır. Acil sorunlar nedeniyle en sık başvuru yapılan yer %40.0 ile özel muayenehane iken, en az kullanılan yer %18.0 ile sağlık ocağıdır.

Çalışan anneler çalışmayan annelere göre aşı ve kontrol için anlamlı olarak daha az sağlık ocağını kullanmaktadırlar. Çalışan anneler ile çalışmayan anneler arasında acil ve hastalık için sağlık ocağı kullanımında fark yoktur (TabloV.D.2).

**TABLO V.D.2. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının
Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Annenin
Çalışma Durumuna Göre Dağılımı**

	Çalışıyor Sayı (%)**	Çalışmıyor Sayı (%)**	Toplam Sayı (%)**	χ^2	p
Aşı					
S.O.	10(45.5)	178(80.9)	188(77.7)	14.5028	0.0001
S.O. Dışı	12(54.5)	42(19.1)	54(22.3)		
Kontrol					
S.O.	8(40.0)	120(63.2)	128(61.0)	4.0773	0.0434
S.O. Dışı	12(60.0)	70(36.8)	82(39.0)		
Hastalık					
S.O.	7(31.8)	76(35.0)	83(34.7)	0.0905	0.7635
S.O. Dışı	15(68.2)	141(65.0)	83(65.3)		
Acil					
S.O.	1(8.3)	17(19.3)	18(18.0)	0.8633	0.3528
S.O. Dışı	11(91.7)	71(80.7)	82(82.0)		

**Sütun Yüzdesi

İlkokul ve altında öğrenime sahip olan anneler aşı ve kontrol amacıyla anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını kullanmaktadır. Annenin öğrenim durumu açısından acil ve hastalık nedeniyle sağlık ocağı kullanımında fark yoktur (Tablo V.D.3).

TABLO V.D.3. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Annenin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

	İlkokul ve ↓ Sayı (%)**	İlkokul↑ Sayı (%)**	Toplam Sayı (%)**	χ^2	p
Aşı					
S.O.	117(87.3)	71(65.7)	188(77.7)	16.054	0.0000
S.O. Dışı	17(12.7)	37(34.3)	54(22.3)		
Kontrol					
S.O.	81(73.6)	47(47.0)	128(61.0)	15.614	0.0000
S.O. Dışı	29(26.4)	53(53.0)	82(39.0)		
Hastalık					
S.O.	44(33.3)	39(36.4)	83(34.7)	0.2530	0.61149
S.O. Dışı	88(66.7)	68(63.6)	156(65.3)		
Acil					
S.O.	7(19.4)	11(17.2)	18(18.0)	0.0795	0.7779
S.O. Dışı	29(80.6)	53(82.8)	82(82.0)		

**Sütun yüzdesi

**TABLO V.D.4. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının
Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Babanın
Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı**

	İlkokul Sayı (%)**	İlkokul↑ Sayı (%)**	Toplam Sayı (%)**	χ^2	p
Aşı					
S.O.	92(89.3)	93(68.4)	185(77.4)	14.691	0.0001
S.O. Dışı	11(10.7)	43(31.6)	54(22.6)		
Kontrol					
S.O.	60(70.6)	65(53.3)	125(60.4)	6.274	0.012
S.O. Dışı	25(29.4)	57(46.7)	82(39.6)		
Hastalık					
S.O.	37(35.9)	44(31.1)	81(34.3)	0.2076	0.6486
S.O. Dışı	66(64.1)	89(66.9)	155(65.6)		
Acil					
S.O.	7(20.0)	11(16.9)	18(18.0)	0.1459	0.7024
S.O. Dışı	28(80.0)	54(83.1)	82(82.0)		

**Sütun Yüzdesi

İlkokul düzeyinde öğrenimi olan babalar aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağını anlamlı olarak fazla sağlık ocağını kullanmaktadır. Babanın öğrenim durumu açısından acil ve hastalık nedeniyle sağlık ocağı kullanımında anlamlı fark yoktur (Tablo V-D-4)

Baba mesleği işçi olan grup kontrol amacıyla sağlık ocağını anlamlı olarak daha fazla kullanmaktadır. Babaların sahip oldukları meslek

grupları ile aşı, hastalık ve acil nedeniyle sağlık ocağının kullanılması arasında fark yoktur. İstatistiksel bir anlamlılık olmasa da işçi olan grubun hastalık nedeniyle sağlık ocağı kullanımının diğer gruplardan az olduğu gözlenmektedir(Tablo V.D.5).

TABLO V.D.5. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Baba Mesleğine Göre Dağılımı

	İşçi Sayı (%)**	Memur Sayı (%)**	Esnaf Sayı (%)**	Toplam Sayı (%)**	χ^2	p
Aşı						
S.O.	64(80.0)	18(75.0)	98(76.6)	180(77.6)	0.4374	0.8035
S.O. Dışı	16(20.0)	6(25.0)	30(23.4)	52(22.4)		
Kontrol						
S.O.	49(74.2)	11(52.4)	60(52.6)	120(59.7)	8.636	0.013
S.O. Dışı	17(25.8)	10(47.6)	54(47.4)	81(40.3)		
Hastalık						
S.O.	23(28.8)	10(41.7)	45(36.0)	78 (34.1)	1.8321	0.4001
S.O. Dışı	57(71.2)	14(58.3)	80(64.0)	151(65.9)		
Acil						
S.O.	5(18.5)	0	13(21.7)	18(18.4)	2.9110	0.2332
S.O. Dışı	22(81.5)	11(100)	47(78.3)	80(81.6)		

*Yukardaki meslek gruplarında yer almayan altı kişi analiz dışı bırakılmıştır.**Sütun yüzdesi

Aylık gelir düzeyi en yüksek olan grupta bulunanlar aşı ve kontrol için sağlık ocağını anlamlı olarak daha az kullanmaktadırlar. Aylık gelir

düzeyi ile hastalık ve acil sorunlar nedeniyle sağlık ocağını kullanma arasında istatistiksel bir farklılık olmasa da en düşük ve düşük düzeyde gelire sahip olan kişilerin sağlık ocağını kullanma yüzdeleri diğer gruplara göre daha fazladır(Tablo V.D.6.).

TABLO V.D.6. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Aylık Gelire Göre Dağılımı

	En düşük	Düşük	Yüksek	En Yüksek	Toplam	χ^2	p
	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**		
Aşı							
S.O.	12(75.0)	114(85.7)	47(81.0)	15(42.9)	188(77.7)	29.8789	0.0000
S.O. Dışı	4(25.0)	19(14.3)	11(19.0)	20(57.1)	54(22.3)		
Kontrol							
S.O.	8(53.3)	81(69.8)	31(67.4)	8(24.2)	128(61.0)	23.6914	0.0000
S.O. Dışı	7(46.7)	35(30.2)	15(32.6)	25(75.8)	82(39.0)		
Hastalık							
S.O.	8(57.1)	48(36.1)	18(31.6)	9(25.7)	83(34.7)	4.7158	0.1983
S.O. Dışı	6(42.9)	85(63.9)	39(68.4)	26(74.3)	156(65.3)		
Acil							
S.O.	1(16.7)	12(24.5)	38(13.0)	2(9.1)	18(18.0)	2.9713	0.3960
S.O. Dışı	5(83.3)	3(75.5)	20(87.0)	20(90.9)	82(82.0)		

**Sütun Yüzdesi

Sosyal güvence durumu ile aşı , kontrol, hastalık ve acil nedeniyle sağlık ocağı kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, sosyal güvencesi olmayan ve SSK'ya bağlı olanlar aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağını anlamlı olarak daha fazla kullanmaktadırlar. SSK'ya bağlı hastalık nedeniyle sağlık ocağını anlamlı olarak daha az kullanmaktadırlar. (Tablo V.D.7.).

TABLO V.D.7. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan Sağlık Hizmeti Türü Açısından Hane Reisinin Sosyal Güvencesine Göre Dağılımı

	Yok	SSK	Em.San	Bağkur	Toplam	χ^2	p
	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**		
Aşı							
S.O.	69(86.3)	72(79.1)	18(69.2)	29(64.4)	188(77.7)	9.1167	0.027
S.O. Dışı	11(13.7)	19(20.9)	8(30.8)	16(35.6)	54(22.3)		
Kontrol							
S.O.	43(66.2)	57(69.5)	12(52.2)	16(40.0)	128(61.0)	11.386	0.0098
S.O. Dışı	22(33.8)	25(30.5)	11(47.8)	24(60.0)	82(39.0)		
Hastalık							
S.O.	37(46.8)	20(22.2)	11(42.3)	15(34.1)	83(34.7)	11.9852	0.007
S.O. Dışı	42(53.2)	70(77.8)	15(57.7)	29(65.9)	156(65.3)		
Acil							
S.O.	8(23.5)	6(16.7)	0	4(23.5)	18(18.0)	3.9534	0.2665
S.O. Dışı	26(76.5)	30(83.3)	13(100.0)	13(76.5)	82(82.0)		

**Sütun Yüzdesi

Ebe bölgesi ile aşı, kontrol, hastalık ve acil nedeniyle sağlık ocağı kullanımı karşılaştırıldığında Oruç Reis ve Plaj oturanlar hastalık nedeniyle sağlık ocağını anlamlı olarak daha fazla kullanmaktadırlar. Aşı, acil, kontrol amacıyla sağlık ocağının kullanımı ebe bölgelerine göre fark göstermemektedir (Tablo V.D.8.).

TABLO V.D.8. İlk Başvuru Yeri Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Alınan sağlık Hizmeti Türü Açısından Ebe Bölgesine Göre Dağılımı

	Oruç Reis	Atatürk	Yeni Mah.	Plaj	Siteler	Köy	T	χ^2	p
	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**	Sayı (%)**		
Aşı									
S.O.	45(72.6)	34(89.5)	21(80.8)	31(75.6)	32(71.1)	25(83.3)	188(77.7)	5.8968	0.3163
SDış	17(27.4)	4(10.5)	5(19.2)	10(24.4)	13(28.9)	5(16.7)	54(22.3)		
Kont									
S.O.	35(59.3)	17(60.7)	12(57.1)	22(62.9)	23(57.5)	19(70.4)	128(61.0)	1.4545	0.9182
SDış	24(40.7)	11(39.3)	9(42.9)	13(37.1)	17(42.5)	8(29.6)	82(39.0)		
Hast.									
S.O.	34(55.7)	9(24.3)	4(15.4)	19(47.5)	12(26.1)	5(17.2)	83(34.7)	26.242	0.0000
SDış	27(44.3)	28(75.7)	22(84.6)	21(52.5)	34(73.9)	24(82.8)	156(65.3)		
Acil									
S.O.	8(27.6)	3(27.3)	2(13.3)	0	5(27.8)	0	18(18.0)	9.7603	0.0823
SDış	21(72.4)	8(72.7)	13(86.7)	19(100)	13(72.2)	8(100)	82(82.0)		

**Sütun yüzdesi

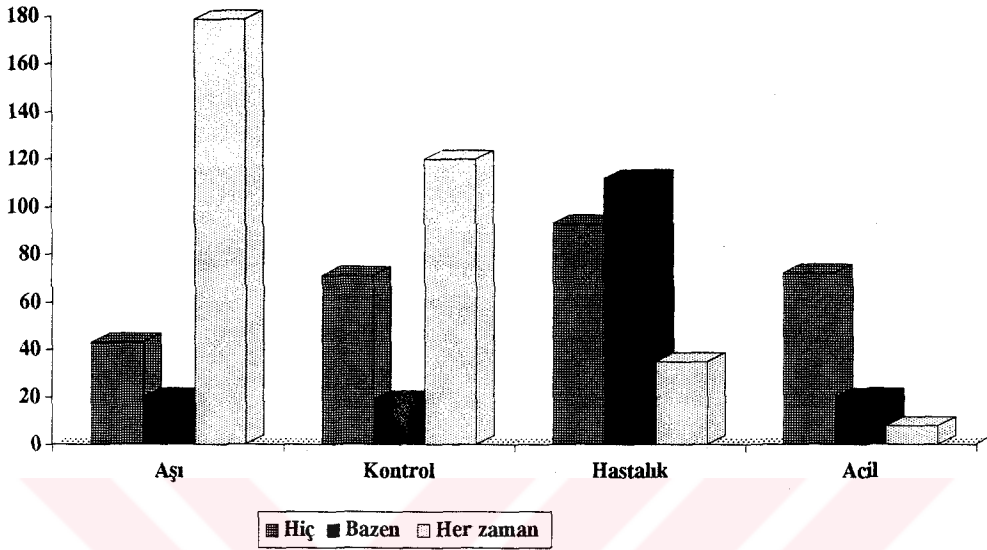
E-SAĞLIK OCAĞININ SÜREKLİ KULLANIMINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR VE ANALİZ SONUÇLARI

Alınan hizmetlerin türüne göre incelenen çocukların doğumlarından bu yana sağlık ocağını kullanımları araştırılmıştır. Çocukların aldıkları hizmet türüne göre sağlık ocağını kullanma sıklıkları Tablo V.E.1.'de gösterilmiştir.

Tablo V.E.1. Çocukların Aldıkları Hizmet Türüne Göre Sağlık Ocağı Kullanım Sıklıkları

Alınan Hizmet Türü	Hiç		Bazen		Her Zaman		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aşı	43	17.8	20	8.2	179	74.0	242
Kontrol	71	33.8	19	9.0	120	57.2	210
Hastalık	92	38.5	112	46.9	35	14.6	239
Acil	72	72.0	20	20.0	8	8.0	140

**Şekil V.E.1.Çocukların Aldıkları Hizmet TürüneGöre Sağlık Ocağı
Kullanım Sıklıkları**



Tablo V.E.1.'de görüldüğü gibi sağlık ocağının aşı amacıyla kişilerin %74.0'ı tarafından, kontrol amacıyla da %57.2'si tarafından sürekli olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki çocukların %14.6'sının hastalık, % 8 'inin acil sorunlar nedeniyle sağlık ocağını sürekli olarak kullandıkları saptanmıştır (Şekil V.E.1).

Alınan hizmet türlerine göre sürekli sağlık ocağı kullanımının, sosyodemografik özelliklere göre değişimini ortaya koymak için, sadece her zaman sağlık ocağını kullananlar sürekli hizmet alıyor olarak kabul edilmiştir. Sağlık ocağını bazen kullananlar ve hiç kullanmayanlar ise birlikte ayrı bir grup olarak değerlendirilmiştir.

Çalışan anneler aşı ve kontrol amacıyla sürekli sağlık ocağını anlamlı olarak daha az kullanmaktadırlar. Çalışan anneler ile çalışmayan anneler arasında acil ve hastalık için sağlık ocağının sürekli kullanımında anlamlı fark yoktur (Tablo.V.E.2.).

**TABLO V.E.-2.Alnan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli .
Olarak Sağlık Ocağı Kullanımının Annenin Çalışma
Durumuna Göre Dağılımı**

	Çalışıyor Sayı (%)*	Çalışmıyor Sayı (%)*	Toplam Sayı (%)*	χ^2	p
Aşı					
Sürekli	9(40.9)	170(77.3)	179(74.0)	13.7341	0.0002
Bazen-hiç	13(59.1)	50(22.7)	63(26.0)		
Kontrol					
Sürekli	7(35.0)	113(59.5)	120(57.1)	4.4256	0.0354
Bazen-hiç	13(65.0)	77(40.5)	90(42.9)		
Hastalık					
Sürekli	3(13.6)	32(14.7)	35(14.6)	0.0197	0.8883
Bazen-hiç	19(86.4)	185(85.3)	204(85.4)		
Acil					
Sürekli	0	8(9.1)	8(8.0)	1.1857	0.2761
Bazen-hiç	12(100)	80(90.9)	92(92.0)		

*Sütun yüzdesidir.

TABLO V.E.3. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Annenin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	İlkokul ve ↓ Sayı (%)*	İlkokul ↑ Sayı (%)*	Toplam Sayı (%)*	χ^2	p
Aşı					
Sürekli	118(88.1)	61(56.5)	179(74.0)	30.9688	0.0000
Bazen-hiç	16(11.9)	47(43.5)	63(26.0)		
Kontrol					
Sürekli	80(72.7)	40(40.0)	120(57.1)	22.9090	0.0000
Bazen-hiç	30(27.3)	60(60.0)	90(42.9)		
Hastalık					
Sürekli	22(16.7)	13(12.1)	35(14.6)	0.9646	0.3260
Bazen-hiç	110(83.3)	94(87.9)	204(85.4)		
Acil					
Sürekli	2(5.6)	6(9.4)	8(8.0)	0.4566	0.4991
Bazen-hiç	34(94.4)	58(90.6)	92(92.0)		

*Sütun yüzdesidir

İlkokul ve altı öğrenime sahip olan anne babaların aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağını sürekli kullanımlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. İlkokul ve altı öğrenimi olan anne babalarla, ilkokul üzeri öğrenimi olan anne babalar arasında , hastalık ve acil amacıyla sağlık ocağının sürekli kullanımında anlamlı fark yoktur (Tablo V.E.3 ve Tablo V.E.4).

TABLO V.E.4. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Babanın Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

	İlkokul ve ↓ Sayı (%)*	İlkokul ↑ Sayı (%)*	Toplam Sayı (%)*	χ^2	p
Aşı					
Sürekli	88 (85.4)	88 (64.7)	176 (73.6)	12.9766	0.0003
Bazen-hiç	15 (14.6)	48 (35.3)	63 (26.4)		
Kontrol					
Sürekli	60 (70.6)	58 (47.2)	118 (57.0)	10.8571	0.0098
Bazen-hiç	25 (29.4)	64 (52.5)	89 (43.0)		
Hastalık					
Sürekli	18 (17.5)	17 (12.8)	35 (14.8)	1.0124	0.3143
bazen-hiç	85 (82.5)	116 (87.2)	20 (85.2)		
Acil					
Sürekli	2 (5.7)	6 (9.2)	8 (8.0)	0.3822	0.53641
Bazen-hiç	33 (94.3)	59 (90.8)	92 (92.0)		

*Sütun yüzdesidir.

altında olduğu için analiz yapılamaz

**Gözlerin %50'sinden fazlasında beklenen değerler 5'in

İşçi olanlar kontrol amacıyla sürekli sağlık ocağını anlamlı olarak daha fazla kullanmaktadırlar. Babaların sahip oldukları meslek grupları arasında aşı, hastalık ve acil amacıyla sağlık ocağının sürekli kullanımında fark yoktur (Tablo.E.5.).

TABLO V.E.5. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Baba Mesleğine Göre Dağılımı

	İşçi Sayı (%)*	Memur Sayı (%)*	Esnaf Sayı (%)*	Toplam Sayı (%)*	χ^2	p
Aşı						
Sürekli	64 (80.0)	18 (75.0)	89 (69.5)	171 (73.7)	2.8071	
Bazen-hiç	16 (20.0)	6 (25.0)	39 (30.5)	61 (26.3)		
Kontrol						
Sürekli	49 (74.2)	9 (42.9)	56 (49.1)	114 (56.7)	12.578	0.0018
Bazen-hiç	17 (25.8)	12 (57.1)	58 (50.9)	87 (43.3)		
Hastalık						
Sürekli	13 (16.2)	4 (16.7)	18 (14.4)	35 (15.3)	0.1685	0.9191
Bazen-hiç	67 (83.8)	20 (83.3)	107 (85.6)	194 (84.7)		
Acil						
Sürekli	3 (10.3)	0	5 (8.6)	8 (8.2)	Analiz yapılamaz**	
Bazen-hiç	26 (89.7)	11 (100)	53 (91.4)	90 (91.8)		

*Sütun yüzdesidir.
altında olduğu için analiz yapılamaz

**Gözlerin %50'sinden fazlasında beklenen değerler 5'in

En yüksek gelir düzeyine sahip olanlar, aşı ve kontrol amacıyla sürekli sağlık ocağını anlamlı olarak daha az kullanmaktadırlar. Gelir düzeyi grupları arasında, hastalık amacıyla sağlık ocağının sürekli kullanımında anlamlı fark yoktur (Tablo V.E.6.).

TABLO V.E.6. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Aylık Gelire Göre Dağılımı

	En düşük	Düşük	Yüksek	En Yüksek	Toplam	χ^2	p
	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*		
Aşı							
Sürekli	11(68.8)	109 (82.0)	48 (82.8)	11 (31.4)	179 (74.0)	39.851	0.0000
Bazen-hiç	5 (31.3)	24 (18.0)	10 (17.2)	24 (68.6)	63 (26.0)		
Kontrol							
Sürekli	6(40.0)	78 (67.2)	29 (63.0)	7 (21.2)	120 (57.1)	24.680	0.0000
Bazen-hiç	9(60.0)	38 (32.8)	17 (37.0)	26 (78.8)	90 (42.9)		
Hastalık							
Sürekli	2(14.3)	22 (16.5)	9 (15.8)	2 (5.7)	35 (14.6)	2.677	0.4441
Bazen-hiç	12(85.7)	111 (83.5)	48 (84.2)	33 (94.3)	204 (85.4)		
Acil							
Sürekli	1(16.7)	6 (12.2)	1 (4.3)	0	8 (8.0)	Analiz yapılamaz**	
Bazen-hiç	5(83.3)	43 (87.8)	22 (95.7)	22 (100)	92 (92.0)		

*Sütun yüzdesidir.
altında olduğu için analiz yapılamaz

**Gözlerin %50'sinden fazlasında beklenen değerler 5'in

Sosyal güvencesi olmayanlar aşı ve kontrol amacıyla sürekli sağlık ocağını anlamlı olarak daha fazla kullanmaktadırlar. Sosyal güvence açısından hastalık nedeniyle sürekli sağlık ocağı kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da sosyal güvencesi olmayan grupta hastalık nedeniyle sürekli sağlık ocağı kullanımı daha fazladır (Tablo V-E-7)

TABLO V.E.7. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

	Yok Sayı (%)*	SSK Sayı (%)*	Em. San. Sayı (%)*	Bağkur Sayı (%)*	Toplam Sayı (%)*	χ^2	p
Aşı							
Sürekli	64 (80.0)	72 (69.2)	18 (69.2)	25 (55.6)	179 (74.0)	10.992	0.0117
Bazen-hiç	16 (20.0)	19 (20.9)	8 (30.8)	20 (44.6)	63 (26.0)		
Kontrol							
Sürekli	40 (61.5)	58 (70.7)	9 (39.1)	13 (32.5)	120 (57.1)	19.661	0.0002
Bazen-hiç	25 (38.5)	24 (29.3)	14 (60.9)	27 (67.5)	90 (42.9)		
Hastalık							
Sürekli	40 (61.5)	8 (8.9)	4 (15.4)	6 (13.6)	35 (14.6)	5.4191	0.1435
Bazen-hiç	25 (35.5)	82 (91.1)	22 (84.6)	38 (86.4)	204 (85.4)		
Acil							
Sürekli	5 (15.2)	2 (5.4)	0	1 (5.9)	8 (8.0)	Analiz yapılamaz**	
Bazen-hiç	28 (84.8)	35 (95.6)	13 (100)	16 (94.1)	92 (92.0)		

*Sütun yüzdesidir.
altında olduğu için analiz yapılamaz

**Gözlerin %50'sinden fazlasında beklenen değerler 5'in

Ebe bölgeleri arasında sağlık ocağının aşı, kontrol, hastalık nedeniyle sürekli kullanımı arasında fark yoktur(Tablo-V-E-8)

TABLO V.E.8. Alınan Sağlık Hizmetinin Türü Açısından Sürekli Sağlık Ocağı Kullanımının Ebe Bölgesine Göre Dağılımı

	Oruç Reis	Atatürk	Yeni Mah.	Plaj	Siteler	Köy	Toplam	χ^2	p
	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*	Sayı (%)*		
Aşı									
Sür.	43(69.4)	29(76.3)	19(73.1)	32(78.0)	33(73.3)	23(76.7)	179(74.0)	1.2821	0.9367
B-H	19(30.6)	9(23.7)	7(26.9)	9(22.0)	12(26.7)	7(23.3)	63(26.0)		
Kont									
Sür.	31(52.5)	14(50.0)	11(52.4)	21(60.0)	25(62.5)	18(66.7)	120(57.1)	2.8730	0.7195
B-H	28(47.5)	14(50.0)	10(47.6)	14(40.0)	15(37.5)	9(33.3)	90(43.9)		
Hast.									
Sür.	15(24.6)	4(10.8)	2(7.7)	6(15.0)	6(13.0)	2(6.9)	35(14.6)	7.7586	0.1700
B-H	46(75.4)	33(89.2)	24(92.3)	34(85.0)	40(87.0)	27(93.1)	204(85.4)		
Acil									
Sür.	6(22.4)	0	1(6.7)	0	1(5.3)	0	8(8.0)	Analiz yapılamaz**	
B-H	22(78.6)	10(100)	14(93.3)	19(100)	18(94.7)	9(100)	92(92.0)		

*Sütun yüzdesidir.
olduğu için analiz yapılamaz

**Gözlerin %50'sinden fazlasında beklenen değerler 5'in altında

F-İLK BAŞVURU YERİ VE SÜREKLİ KULLANIM SKORLARININ ANALİZ BULGULARI

Sağlık ocağının ilk başvuru yeri ve sürekli olarak kullanımını, alınan hizmet türleri açısından ayırım yapmadan toplu olarak değerlendirmek amacıyla gereç ve yöntem bölümünde ayrıntıları açıklanan bir skorum sistemi kullanılmıştır. Skorumda yüksek değerler daha az kullanımı ifade etmektedir. Sosyodemografik özelliklere göre ilk başvuru ve sürekli kullanım skorlarının ortalamalarını karşılaştırmak için varyans analizi yapılmıştır. Anlamlılık saptananlarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını ortaya çıkarmak için Duncan ileri analizi yapılmıştır.

Çalışan anneler sağlık ocağını hem sürekli bakım yeri hem de ilk başvuru yeri olarak anlamlı olarak daha az kullanmaktadırlar (Tablo.F.1).

Tablo V.F.1. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

Anne Mesleği	Sürekli Kullanım Skoru				İlk Başvuru Skoru			
	Ort.	St.Sp.	t	p	Ort.	St.Sp.	t	p
Çalışıyor	4,31	2,64	2,88	0,004	2,27	1,38	3,07	0.0002
Çalışmıyor	2,83	2,27			1,45	1,17		

Ort:Ortalama

St.Sp.:Standart Sapma

Ortaokul ve daha düşük düzeyde öğrenime sahip anneler, lise ve üniversite mezunu annelere göre anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını sürekli ve ilk başvuru yeri olarak kullanmaktadırlar (Tablo V.F.2.).

Tablo V.F.2. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Anne Öğrenimine Göre Dağılımı

Anne	Sürekli Kullanım Skoru				İlk Başvuru Skoru			
Öğrenimi	Ort.	St.Sap.	F	p	Ort.	St.sap	F	p
İlkokul ve↓	1,50	1,21	14,6587	0,0000	0,75	0,68	9,9103	0,0000
Ortaokul	2,26	1,87			1,24	1,01		
Lise	3,88	2,48			1,90	1,28		
Üniversite	4,29	2,77			2,12	1,51		
Toplam	2,96	2,34			1,52	1,21		

İlkokul mezunu alan babalar lise ve üniversite mezunu olan babalara, ortaokul mezunu olan babalar ise üniversite mezunlarına göre anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını sürekli kullanmaktadır.

İlkokul mezunu babalar üniversite mezunlarına göre anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını ilk başvuru yeri olarak kullanmaktadırlar(Tablo V.F.3.).

Tablo V.F.3. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Babanın Öğrenimine Göre Dağılımı

Baba	Sürekli Kullanım Skoru				İlk Başvuru Skoru			
Öğrenimi	Ort.	St.Sp	F	p	Ort.	St.sap.	F	p
İlkokul	2,37	1,96	6.5487	0.0003	1,22	1,05	5.1240	0.0019
Ortaokul	2,97	2,19			1,62	1,02		
Lise	3,33	2,65			1,75	1,34		
Üniversite	4,17	2,53			2,00	1,43		
Toplam	2,98	2,34			1,54	1,21		

Babaların meslek grupları arasında sağlık ocağının sürekli ve ilk başvuru yeri olarak kullanımı açısından anlamlı bir fark yoktur (Tablo V.F.4.).

Tablo V.F.4. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Baba Mesleğine Göre Dağılımı

Baba	Sürekli Kullanım Skoru				İlk Başvuru Skoru			
Mesleği	Ort.	St.Sap.	F	p	Ort.	St.Sap.	F	p
İşçi	2,49	2,08	2,0682	0,1051	1,34	1,09	1,3646	0,3543
Memur	3,25	2,69			1,70	1,19		
Esnaf	3,29	2,45			1,66	1,27		
Diğer	2,85	2,91			1,28	1,38		
Toplam	3,00	2,34			1,54	1,21		

Aylık gelir düzeyi en yüksek olan grup diğer gruplardan anlamlı olarak daha az sağlık ocağını sürekli ve ilk başvuru yeri olarak kullanmaktadır (Tablo V.F.5).

Tablo V.F.5. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Aylık Gelire Göre Dağılımı

Aylık Gelir	Sürekli Kullanım Skoru				İlk Başvuru Skoru			
	Ort.	St.Sap.	F	p	Ort.	St.Sap.	F	p
En Düşük	3,06	2,04	15.1832	0.0000	1,37	1,20	12.3938	0.0000
Düşük	2,55	2,11			1,29	1,09		
Yüksek	2,55	2,04			1,46	1,12		
En Yüksek	5,22	2,54			2,60	1,28		
Toplam	2,96	2,34			1,52	1,21		

Sosyal güvencesi olmayanlar Emekli Sandığı'na bağlı olanlardan anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını sürekli kullanmaktadır.

Sosyal güvencesi olmayan grup Bağ-Kur'lulardan anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını ilk başvuru yeri olarak kullanmaktadır. (Tablo V.F.6.)

Tablo V.F.6. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

Aylık Gelir	Sürekli Kullanım Skoru				İlk Başvuru Skoru			
	Ort.	St.Sap.	F	p	Ort.	St.Sap.	F	p
Yok	2,55	2,29	3,2176	0,02	1,26	1,19	2,6592	0,04
SSK	3,53	2,42			1,80	1,23		
Em. Sandığı	2,79	2,06			1,53	1,11		
Bağkur	3,73	2,72			1,82	1,37		
Toplam	2,96	2,34			1,52	1,21		

Annelerin çocuklarını izleyen ebeleri bilme durumları gereç- yöntem bölümünde açıklanan skora sistemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Annelerin aldıkları ebe skorları arasında sağlık ocağını sürekli ve ilk başvuru yeri olarak kullanım açısından arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo V.F.7).

Tablo V.F.7. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının Ebe Skoruna Göre Dağılımı

Ebe Skoru*	Sürekli Kullanım Skoru				İlk Başvuru Skoru			
	Ort.	St.Sap.	F	p	Ort.	St.Sap.	F	p
0	2,76	2,24	0.7397	0.4783	1,40	1,12	1.0192	0.3624
1	3,18	2,42			1,63	1,27		
2	2,79	2,27			1,41	1,19		
Toplam	2,96	2,34			1,52	1,21		

* 0: İzleyen ebe yok- adını bilmiyor 1: İzleyen ebe var -adını bilmiyor 2: İzleyen ebe var- adını biliyor

Ebe İzlemleri de gereç yöntem bölümünde açıklanan bir skorlama sistemine göre değerlendirilmiştir. Ebe izlem skorları arasında sağlık ocağını sürekli ve ilk başvuru yeri olarak kullanım açısından fark yoktur(Tablo V.F.8.).

Tablo V.F.8. İlk Başvuru, Sürekli Kullanım Skorlarının İzlem Skoruna Göre Dağılımı

İzlem Skoru*	Sürekli KullanımSkoru				İlk Başvuru Skoru			
	Ort.	St.Sap.	F	p	Ort.	St.Sap.	F	p
0	3.05	2.26	2.3803	0.4321	1.54	1.19	0.6914	0.4652
1	3.06	2.55			1.63	1.29		
2	2.75	2.33			1.42	1.21		
Toplam	2.96	2.34			1.52	1.21		

*0.İzlem yetersiz- kartla uyumsuz 1.İzlem yetersiz-kartla uyumlu 2.İzlem yeterli-kartla uyumlu.

G-SAĞLIK OCAĞINDA VERİLEN HİZMETİN KOORDİNASYONU İLE İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR

Kişilerin acil ve hastalık nedeniyle yaptıkları en son başvurular değerlendirildiğinde 245 başvurudan 91 tanesinin sağlık ocağına yapıldığı gözlenmiştir. Bunların %89.0'ı hastalık, %11.0'ı acil sorunlar nedeniyledir.

Sağlık ocağına yapılan 91 başvurudan %48.4'ünün kaydı kişilerin KSF'lerinde tesbit edilmiştir. %18.7'sinde ise kişilerin KSF'leri yoktur.

Sağlık ocağına yapılan 91 başvurudan %9.8'i sevkle sonuçlanmıştır. Sevk edilen 9 hastanın hiçbirisine sevk sırasında herhangi bir form verilmemiştir. Bu hastaların hiçbirisi de sevk sonucunu sağlık ocağına geri bildirimde bulunmamıştır.

Yapılan 9 sevkten 4 tanesi KSF'lerinde tesbit edilmiş, 2 tanesinin ise KSF yoktur.

VI- TARTIŞMA

Araştırmada incelenen 254 çocuk, bölgedeki 0-5 yaş grubu çocuk sayısının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. İncelenen çocuk nüfusun cinsiyete göre dağılımı % 51.8 erkek, %48.2 kız iken, Akçay Sağlık Ocağı bölgesinde 0-5 yaş grubu çocukların cinsiyete göre dağılımı %53.4 erkek % 46.6 kız olup iki grupta cinsiyete göre dağılım birbirine oldukça yakındır. Tablo V.A.1'de görüldüğü gibi örneklem grubundaki çocukların bölgelere göre dağılımı ile Akçay Sağlık Ocağı bölgesindekilerin dağılımı arasında fark yoktur.

Hane reislerinin çoğunluğu esnaf (%46.5) ve işçidir (%33.9). Annelerin %91 'i ev hanımıdır.

Anne babaların öğrenim durumları değerlendirildiğinde, toplam okur yazar olmayanların oranı % 3.08'dir ve bunların hepsi kadındır. Türkiye'de 25 yaş üzerindeki popülasyonda okur yazar olmama oranı %28.3 'dür. Marmara ve Ege bölgesinde bu oran %14.3'dür (S.B.,1995). Araştırma kapsamındaki anne ve babaların öğrenim durumu Türkiye ve bulunulan coğrafi bölge ile karşılaştırıldığında oldukça iyidir.

İncelenen nüfusun %32.7'si sosyal güvenceden yoksundur. Araştırma kapsamındaki çocukların hane reislerinin %10.6'sı Emekli Sandığı, 38.4' ü SSK, %18.4'ü Bağ-kur'a bağlıdır.

Türkiye verileriyle karşılaştırıldığında sosyal güvencesiz kesimin %32.7 ile Türkiye genelindeki %22.5'ten daha çok olduğu, SSK' ya ve Emekli sandığı'na bağlı olanların Türkiye verilerinden az olduğu, Bağ-

Kur'lularnn ise Türkiye oranlarından yüksek olduğu görülmektedir (DİE 1995)

Araştırma kapsamındaki ailelerin %62.0'ının aylık ortalama gelir olan 27 012 000TL (340\$ 1996 Haziran) daha az aylık gelire sahip oldukları görülmektedir.

Ortalama hane halkı büyüklüğü 4.04'dr. Yapılan bir araştırmada Türkiye için bu rakam 4.51, Ege -Marmara bölgesinde ise 3.70 olarak bulunmuştur (S.B.,1995). Akçay Sağlık Ocağı bölgesi, Ege -Marmara bölgesinden daha büyük, Türkiye ortalamasından daha küçük hane halkına sahiptir.

Bölgede oturma süresi 10 yıl ve üzerinde olanların oranı %10.6 dır. Buna göre bölgenin yeni gelişen ve g alan bir bölge olduğunu söylemek olasıdır.

Kişilerin sağlık ocağını tanıma durumunun göstergesi olarak sağlık ocağını ve yerini bilme kriter olarak alındığında, incelenen nüfusun %99.6'sının sağlık ocağını bildiği ortaya çıkmıştır. Kişilerin sağlık ocağını tanınması ile ilgili diğer bir kriter, sağlık ocağının telefon numarasının bilinme durumudur. Örneklem grubundaki kişilerin %27.3' sağlık ocağının telefon numarasını bilmektedir. Diğer bir kriter ise kişilerin çocuklarını izleyen ebeyi tanıma durumudur. Örneklem grubundaki kişilerin %82.5'i çocuğunu izleyen bir ebenin var olduğunu, %29.4' ebenin adını bilmektedir.

Sağlık ocağının hizmet verdiği toplumu tanıma kriterlerinden birincisi olarak Ev halkı Tesbit Fişlerinin (ETF) güvenilirliği araştırıldığında 245 haneden %5.3'ünün ETF'sinin olmadığı, %14.2'sinde sosyal güvencenin , %9.9'unda hanedeki kişi sayısının yanlış belirlendiği ortaya konmuştur.

Toplumu tanıma kriterlerinden ikincisi ise çocuk izlem kartındaki aşı bilgisi ile annelerin elindeki aşı kartları veya anne beyanlarının karşılaştırılmasıdır. DBT ve Polio aşılarında uyumsuzluk oranı %12.7-%13,1 arasında değişirken BCG'de uyumsuzluk %16.8, kızamıkta %15.2, DBT ve polio rapel aşılamaalarında ise %18.4'e çıkmaktadır. Uyumsuzluk oranlarının yüksek olmasında 134 anneden alınan bilginin aşı kartı görülmeksizin sadece beyana bağlı olması bir etken olabilir. Fakat anketlerin hepsinin araştırmacı tarafından ve ayrıntılı bir görüşme yapılarak uygulandığı ve BCG skarlarına bakılarak değerlendirildiği gözönüne alınacak olursa ebelerin çocuk izlem kayıtlarını yeterince dikkatli tutmadıkları söylenebilir.

Aynı uyumsuzluk üçüncü kriter olarak kullanılan izlem kartlarındaki izlem sıklıklarında da karşımıza çıkmaktadır. Çocuk izlem kartlarına göre çocukların %64.5'i son bir yılda yeterli izlenirken , annelerin beyanına göre çocukların ancak %51'i yeterli izlenmektedir. %13.5 oranında çocuk yeterli izlenmediği halde izleniyormuş gibi kaydedilmiştir. Çocukların %35.5'i ise hem kartlara hem de beyana göre yetersiz izlenmiştir.

Bu veriler sağlık ocağında çocukları tanımaya yönelik kayıtların yeterince düzenli tutulmadığını göstermektedir. Sağlık ocağının hizmet

verdiği toplumu, hizmet verilen kesimin de sağlık ocağını tanıması birbirinden ayrılamaz. Toplum tabanlı hizmet vermeyi hedefleyen sağlık ocaklarının bu hizmeti yerine getirebilmelerini sağlayacak en önemli nokta, hizmet verilen toplumun tanınmasıdır. Bu hedefe yönelik olarak sağlık ocaklarında toplanan verilerin doğruluğu ve yeterliliğine daha fazla önem verilmeli, elde edilen veriler amaçları doğrultusunda kullanılmalıdır.

Sağlık ocağına erişilebilirliğin değerlendirilmesinde en önemli kriter, kişilerin sosyal güvencelerinin sağlık ocağında yazılan ilacı ödememesidir. Erişilebilirlik konusunda yapılan pek çok araştırmada genel olarak sağlık hizmetinden yararlanmanın en önemli kriteri kişilerin sosyal güvencelerinin varlığı ya da kapsamıdır (Newacheck P.,1996). Sağlık ocağında verilen tedavi ve koruyucu hizmetlerin ücretsiz olması sosyal güvence ile ilgili sorunlar ilaç alma konusuna odaklanmaktadır. Değerlendirmeye alınan kişilerin % 73.5'i sağlık ocağında yazılan ilacı sosyal güvencelerinin ödememesinden memnuniyetsiz olmasına karşın, bu memnuniyetsizlikleri nedeniyle sağlık ocağını kullanmayanların oranı %39.1'dir. Sağlık ocağında yazılan ilacı sosyal güvencelerinin ödememesinden memnun olmadıkları halde yinede sağlık ocağını kullananlar hiçbir sosyal güvencesi olmayanlardır (Tablo V-C-11). Sağlık hizmetinin toplumun her kesimi tarafından eşit olarak erişilebilir olması konusunda en önemli sorunların yaşandığı sosyal güvencesi olmayan grubun sağlık hizmeti için kullandıkları yerin sağlık ocağı olması çarpıcıdır. Bu noktada dikkat edilmesi gereken önemli bir sorun da sağlık ocağında yazılan ilacı sosyal güvencelerinin ödememesinden memnun olmayan ve bu nedenle sağlık ocağını kullanmadığını belirten

bir diğerk grubun SSK'ya bağılı olmasıdır. Kayseri ilinde I.,II., III. basamak sağıık kuruluşlarına başvuran 0-6 yaşı grubu çocukların sevk zinciri açısından incelendiğı çalışmada SSK hastanesine başvuranların %85.5'inin direkt olarak hastaneye geldiğı, bu kişilerin hepsinin de ilaç parası vermemek için sağıık ocağına başvurmadıkları belirlenmiştir (Çetinkaya F.,1994). Bu veriler toplum bazında ve bölge anlayışına göre birinci basamak sağıık hizmeti veren sağıık ocakları için, hizmetin tüm topluma ulaştırılması açısından önemli bir engelin varlığını vurgulamaktadır.

Çalışmayan anneler yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesinden daha fazla oranda memnuniyetsiz iken, çalışan ve çalışmayan anneler arasında sosyal güvenceleri yazılan ilacı ödemediğı için sağıık ocağına kullanmama açısından fark yoktur.

İlkokul ve altında eğitime sahip olanlarda yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesinden memnuniyetsizlik fazla olduğı gibi bu nedenle sağıık ocağına kullanmama oranı yüksektir. İlkokul ve altında öğrenime sahip olanların çoğunun (%47.4) SSK'ya bağılı olması farkı yaratıyor olabilir.

Gelir seviyesi en yüksek olan grubun sağıık ocağında yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesinden memnuniyetsizliğı diğerk gruplara göre daha azdır. Bu da gelir düzeyi yüksek olan grupta ekonomik sorunlar daha az olacağı için beklenen bir sonuçtur.

Yeni Mahalle ve Oruç Reis'te oturanların yazılan ilacı sosyal güvencenin ödememesinden dolayı memnuniyetsizlikleri daha azdır.

Bunun nedeni özellikle Yeni Mahalle'de oturanların yüksek ve en yüksek gelir düzeyinde olmaları (%61.6) ; Oruç Reis'te oturanların %48.4'ünün, Yeni Mahalle'de oturanların %46.1'inin sosyal güvence olarak Emekli Sandığı'na ve Bağ-kur'a bağlı olmalarıdır. Bu memnuniyetsizlik nedeniyle sağlık ocağı kullanımının engellenmesi en az Oruç Reis'te , en fazla Siteler'de dir. Bunun da nedeni sitelerde oturanların çoğunun SSK'lı olmasıdır (%64.6).

Sağlık ocağından memnun kalmama nedenlerinden ikincisi ise bilgi verilmemesi ve /veya yetersiz bilgi verilmesidir. Bu nedenden dolayı sağlık ocağından memnun olmayanların (%24.4) çoğu bilgi verilmemesi ve/veya yetersiz bilgi verilmesinin sağlık ocağını kullanmalarını engellediğini belirtmiştir (%21.6). Annenin çalışması, anne eğitimi, baba işi, sosyal güvence, aylık gelir durumuna göre bilgi verilmemesinden memnuniyetsizlik açısından fark yoktur. Ankara metropolitan alanda sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin araştırıldığı çalışmada kişilerin sağlık kurumlarına yaptıkları en son başvurularda %64.4'ünün doktorun verdiği bilgiden memnun kalmadığı ortaya çıkmıştır (Kaya S.,1992). Tüm sağlık kurumlarından alınan hizmet sırasında gözlenen sağlık personelinin verdiği bilgiden memnun olmama durumundan, bu araştırmada görüldüğü gibi sağlık ocakları da nasibini almıştır.

Bilgi verilmemesinden memnuniyetsizliğin köyde oturanlarda daha az olması kentsel alandaki kişilerin beklentilerinin daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Kırsal alanda sağlık personelinin kişilere olan yakınlığının fazla olması nedeniyle hekim ile hasta arasındaki etkileşimin ve güvenin daha kolay sağlandığı düşünülebilir.

Sağlık ocağından memnuniyetsizlikler içinde 3. sırayı alan neden sağlık ocağında beklenen süredir. Kişilerin %19.8'i bu konudaki memnuniyetsizliklerini belirtmişlerdir. Kaya'nın araştırması, kişilerin %76.2' sinin en son gittikleri sağlık kurumunda bekledikleri süreden memnun kalmadıklarını ortaya koymuştur. Görüldüğü gibi bu araştırmada sağlık ocağından bekleme süresi nedeniyle memnuniyetsiz olanların yüzdesi daha azdır.

Beklenen süreden memnuniyetsizlik annenin çalışması, öğrenim düzeyi, baba mesleği, sosyal güvence , aylık gelir düzeyi ve ebe bölgelerine göre fark göstermemektedir.

Beklenen süreden memnuniyetsizlik, kişilerin ancak %6.0'ında sağlık ocağına gidişi engellemektedir. Özellikle yaz aylarında artan bölge nüfusu tek sağlık ocağı olarak çalışan kurumun hasta yükünü artırmakta bu da beklenen sürenin uzun olmasına neden olmaktadır (Akçay Sağlık Ocağı Çalışma Raporu, 1993).

Sağlık ocağının açık olduğu saatlerden memnuniyetsizlik ise 4. sırayı almaktadır. Özellikle çalışan anneler, sağlık ocağının açık olduğu saatlerde işyerlerinde oldukları için bu konudaki memnuniyetsizlikleri çalışmayan annelere göre daha fazladır ve bu nedenle sağlık ocağını daha az kullandıklarını belirtmişlerdir.

İlkokul üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlar ve gelir düzeyi yüksek olanlarda sağlık ocağının açık olduğu saatlerden memnuniyetsizlik daha fazladır. Bunun nedeni beklentilerinin diğer gruplardan daha fazla olması olabilir. Gelir düzeyi yüksek olanlarda sağlık ocağının açık

olduğu saatlerden memnuniyetsizlik nedeniyle sağlık ocağını kullanmama da fazladır. Bu da başka sağlık kurumlarını kullanabilme olanaklarının yüksek olduğu bu grup için beklenen bir sonuçtur.

Sosyal güvencesi olmayanlar ve köyde oturanların sağlık ocağının açık olduğu saatlerden memnuniyetsizliği diğer gruplardan daha azdır. Bu nedenle sağlık ocağını kullanmadığını belirtenler köyde daha az iken sosyal güvenceye göre fark göstermemektedir.

Sağlık ocağından memnuniyetsizlikler içinde 5. sırada yer alan sağlık ocağının uzak olmasından kişilerin %16.8'i yakınmaktadır. Bu nedenden dolayı sağlık ocağına gitmeyenlerin oranı ise oldukça düşüktür (%3.8).

Uzaklıktan memnuniyetsizlik anne çalışma durumuna, sosyal güvenceye, aylık gelire göre fark göstermemektedir. İlkokul altı öğrenime sahip olan annelerde bu nedenle olan memnuniyetsizlik daha fazladır. Burada rol oynayan önemli bir etmen uzaklık kavramının kişiye ve kültür seviyesine göre çok farklı algılanıyor olması olabilir.

Köy ve Yeni Mahalle'de oturanlar daha fazla sağlık ocağının uzak olmasından memnuniyetsizdir. Gerçekten bu bölgeler sağlık ocağına en uzak olan bölgelerdir.

Çalışmaya katılan kişilerin %10.3'ü personelin davranışlarından memnuniyetsizdir. Yine bu kişilerin % 8.7'si personelin davranışlarından memnun kalmadıkları için sağlık ocağına gitmemektedirler. Anlamlı bir ilişki bulunmasa da gelir düzeyi yüksek ve en yüksek olan grupta

personelin davranışlarından memnuniyetsizlik ve bu nedenle sağlık ocağına gitmeme daha fazladır. Bu da bu grubun beklentilerinin yüksek olduğunu ve başka sağlık kurumlarına gidebilme şansları olduğu için sağlık ocağını kullanmadıklarını göstermektedir.

Bekleme odası, muayene odası, rahat soru sorabilme, gibi durumlardan memnuniyetsizlikler istatistiksel olarak anlamlı olmasa da çalışan, öğrenim durumu ilköğretim üzerinde olan, sosyal güvencesi olan ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda daha fazladır. Bu nedenlerle sağlık ocağını kullanmama yüzdesi çok düşük olmakla birlikte, daha çok yukarıda sayılan gruplarda yoğunlaşmaktadır.

Sağlık ocağının erişilebilirliğini arttırmak için, toplumdaki kişilerin tümünü kapsayan sosyal güvence sistemine ihtiyaç vardır. Bunun dışında SSK'ya bağlı olanların da sağlık ocaklarından yararlanabilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

İlk başvuru yeri olarak kullanımda aşı, kontrol ve hastalık nedeniyle yapılan başvurularda en çok tercih edilen yer sağlık ocağıdır. Acil sorunlar nedeniyle olan başvurularda ise en az tercih edilen yer sağlık ocağıdır. Acil sorunlar nedeniyle kişilerin %42'si devlet hastanesi veya SSK hastanesini tercih ederken, %40'ı özel muayenehanelere gitmektedir.

Hastalık nedeniyle son iki haftada yapılan başvuruların araştırıldığı Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımı araştırmasına göre kırsal alan, Ege -Marmara bölgesi ve ülke genelinde tercih edilen kurumların sıralaması aşağıda verilmiştir.

Tablo VI.1. Türkiye’ de Sağlık Hizmeti Kullanım Araştırması’ na Göre İlk Başvuru Yeri Olarak Kullanılan Sağlık Kurumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

	1.	2.	3.	4.
Kırsal Alan	Sağlık Ocağı (32.1)	Özel Hekim (24.9)	Devlet Hastanesi (22.6)	SSK Hastanesi (8.8)
Marmara Ege Böl	SSK Hastanesi (23.5)	Devlet Hastanesi (22.6)	Özel Hekim (21.3)	Sağlık Ocağı (16.0)
Türkiye Geneli	Özel Hekim (23.2)	Devlet Hastanesi (21.6)	SSK Hastanesi (17.8)	Sağlık Ocağı (17.3)

Bu araştırmada tercih edilen kurumların sıralaması Türkiye’de Sağlık Hizmeti Kullanımı araştırmasındaki kırsal alan verileriyle uyumludur (S.B.,1995).

Türkiye’de Sağlık Hizmeti Kullanım (TSHK) araştırmasında son iki haftada yapılan başvurularda kentsel alandaki 0-6 yaş grubu çocukların %16.1’i sağlık ocağını kullanırken, kırsal alandaki %50.0’ı sağlık ocağını kullanmaktadır. Yine bu araştırmaya göre hem kırsal hem kentsel alanda sağlık ocağını en çok kullanan grup 0-6 yaş grubudur (S.B.,1995).

TSHK araştırmasında evde ortaya çıkan acil sorunlarda hangi sağlık kurumlarının tercih edileceği sorulduğunda kişilerin %39.7’si

devlet hastanesi, %26.0' sağlık ocağı, %13.5'i SSK hastanesi, %12.4'ü özel hekim diye yanıtlamışlardır(S.B.,1995). Bu çalışmada ise kişilerin %40'ı acil sorunları nedeniyle en son yaptıkları başvurunun özel hekime olduğunu belirtmişlerdir. Burada rol oynayan en önemli neden çocuklardaki acil sorunların çoğunlukla ateş gibi hastane donanımı gerektirmeyen nedenler olmasıdır. Çalışmada acil sorunlar nedeniyle sağlık ocağı kullanımının %18.0 gibi düşük olmasının nedeni sağlık ocağının açık olduğu saatlerin yarattığı bir ulaşma sorunu olabileceği gibi , sağlık ocağına bu konuda duyulan güvensizlik te olabilir.

Aşı ve kontrol amacıyla en çok kullanılan yer sağlık ocağıdır. SSK ve Devlet hastanesi bu nedenlerle hiç kullanılmazken özel muayenehaneler ikinci sırada kullanılmaktadır. Sosyodemografik özelliklere göre aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağı kullanımında farklılık vardır. Çalışan anneler, öğrenim düzeyi ilkokul üstünde olan anne ve babalar, aylık gelir düzeyi en yüksek olan grupta yer alanlar aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağını daha az kullanmaktadırlar. Buna karşılık sosyal güvencesi olmayanlar ve SSK'ya bağlı olanlar aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağını daha fazla kullanmaktadırlar. Baba mesleği işçi olanlarda kontrol amacıyla sağlık ocağı kullanımı da daha fazladır. Sağlık ocağı aşı ve kontrol amacıyla toplumun çoğunluğu tarafından yüksek oranda kullanılmakla birlikte, daha çok düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin bu hizmeti alabildikleri bir yerdir.

Hastalık ve acil sorunlar nedeniyle sağlık ocağının ilk başvuru yeri olarak kullanılmasında sosyoekonomik değişkenlere göre farklılık olmamasına rağmen, SSK'ya bağlı olanlarda hastalık nedeniyle sağlık ocağı kullanımı daha azdır. SSK'lıların aşı ve kontrol amacıyla en çok

olmamasına rağmen, SSK'ya bağlı olanlarda hastalık nedeniyle sağlık ocağı kullanımı daha azdır. SSK'lıların aşı ve kontrol amacıyla en çok sağlık ocağını kullanmalarına rağmen, hastalık nedeniyle en az kullanmalarının nedeni sağlık ocağında yazılan ilacı sosyal güvencelerinin ödememesidir.

• Sağlık ocağı aşı ve kontrol amacıyla daha fazla sürekli hizmet kaynağı olarak kullanılmasına rağmen , hastalık ve acil gibi nedenler söz konusu olduğunda sürekli hizmet alınan bir yer olarak kullanılmamaktadır. Ankara Metropolitan Alanda sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği araştırmasında sürekli bakım kaynağı olanların oranının %57.1 olduğu , sürekli bakım kaynağında belirli bir doktora gidenlerin ise %11.1 olduğu belirtilmiştir (Kaya S., 1992). Türkiye'de Sağlık Hizmeti Kullanım araştırmasında ise Türkiye popülasyonunun %96.4'ünün sürekli kullandığı bir sağlık kurumunun var olduğu, belirli bir doktora gidenler ise %14.8 olduğu saptanmıştır (S.B.,1995). İki araştırmada sürekli hizmet yeri olanlar arasındaki farkın önemli bir nedeni sürekli hizmet kaynağı tanımının net olmamasından kaynaklanmaktadır. Süreklilik için kişilerin merkezi bir bakım kaynağına sahip olması ve bu kaynağın sağlık hizmetinin çoğunun yönlendirilmesi için kullanması gerekmektedir. Tek bir hekimin, kişinin tüm sağlık bakımını ve gerekli yönlendirmeyi yapması ile süreklilik sağlanabileceği gibi, iyi bir kayıt sistemi ve kapsayıcı sağlık hizmetinin bir ekip tarafından verilmesiyle de sağlanabilir(Starfield B.,1992). Araştırmada sağlık ocağının sürekli kullanımı bu anlayışla değerlendirilmiştir. Sağlık ocağının koruyucu hizmetler açısından toplumun çoğunluğuna sürekli hizmet verdiği açıktır. Sağlık ocağının sürekli hizmet kaynağı olarak kullanımının

gerçekleşmemesinin en önemli nedeni, hastalık ve acil amacıyla sürekli kullanımın az olmasıdır.

Sağlık ocağının sürekli kullanımı ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki sağlık ocağının ilkbaşvuru yeri olarak kullanımı ile aynı özellikleri göstermektedir . Bu da beklenen bir sonuçtur.

İlkbaşvuru skoru ve sürekli kullanım skoru ile sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişki yukardaki bulguları destekler niteliktedir.

Ebe skorları ve izlem skorları ile sürekli kullanım ve ilk başvuru skorları arasında ilişkinin olmaması sağlık ocağında hizmet verdikleri toplumu tanımaya yönelik çabaların daha da artırılması gerektiğini düşündürdüğü gibi kişilerin özelliklerinin tanımlanmasını ölçmeye yönelik kullanılan bu kriterlerin yeterli bir ölçme aracı olamayacaklarını da gösteriyor olabilir. Bu konuda daha detaylı ve karşılaştırmalı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Birinci basamak sağlık hizmetinin temel özelliklerinden biri olan koordinasyonun yapısal elemanı olan kesintisizliğin değerlendirilmesinde KSF leri kullanılmıştır. KSF kullanan az sayıda sağlık ocaklarından biri olmasına karşın, araştırma kapsamındaki çocukların %21.2' sinin KSF si saptanamamıştır. En son başvurular içinde sağlık ocağını kullananların ancak %48.4'ü KSF lerine kaydedilmiştir. KSF' lerinin kullanımında büyük sorunların olduğu açıktır. Oysa sağlık ocağının ilk başvuru yeri olarak ve sürekli kullanımında en büyük etken kişilerin tek bir hekim tarafından takip edilmeleri ya da yapılan her başvurunun ve sonuçlarının düzenli şekilde

kaydedilerek izlenmesi anlamına gelen kesintisizliğin sağlanmasıdır (Starfield B,1992).

Sağlık ocağı içinde ve diğer kurumlar arasında gerekli olan koordinasyonun gerçekleşmesi için hasta izlemlerinin kesintisizliğinin sağlanmasının yanısıra, yapılan sevklerin ve sonuçlarının da kayıtlarda olması böylece kişilerde var olan sorunların daha net tanımlanması gereklidir. Araştırmada bunu değerlendirmek için sağlık ocağına yapılan en son başvurular içinde sevkle sonuçlananların kayıtlarının KSF lerinde olup olmadığı, sevk sırasında sevk edilen yeri bilgilendirmek için hastaya herhangi bir formun verilip verilmediği, sevk sonuçlarının KSF kayıtlarındaki varlığı araştırılmıştır. Yapılan 9 sevkten 4 tanesi KSF kayıtlarında vardır. Aranılan diğer özellikler sevklerin hiçbirinde yoktur. Sevk sayısı yorum yapmak için oldukça düşük olmasına rağmen koordinasyon açısından sağlık ocağının değerlendirilmesinde fikir verebilmektedir.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti, hizmeti alanların gereksinimleri dikkate alınarak, sistemin yapısı ve işleyişi birlikte algılanarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Burada hizmeti alanlar o anki hastalar değil toplumun tamamıdır. Değerlendirmenin amacı ise var olan sistemin gelişme potansiyelinin ölçülmesi değil şu anki durumunun değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme sistemi yapılacak yeni araştırmalarla geliştirilerek, hizmet veren kurumların süreç içindeki değişimlerini ölçmede kullanılabileceği gibi aynı hizmeti veren kurumları birbirleriyle karşılaştırmak amacıyla da kullanılabilir.

VII - ÖZET

Amaç: Herkese eşit sağlık hizmeti sunma hedefine ulaşmada basamaklı sağlık örgütlenmesi modelinin esas alınması ve birinci basamak sağlık hizmetinin sağlık hizmet sisteminin odak noktası olarak belirtilmesi, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ve Temel Sağlık Hizmeti (TSH) yaklaşımının ortak noktalarındadır.

Birinci basamak sağlık hizmetinin TSH yaklaşımında net olarak tanımlanmayan özellikleri, 224 sayılı yasada sağlık ocaklarının sorumlulukları ve görevleri çerçevesinde somutlaştırılmış olsa da birinci basamak sağlık hizmetinde ciddi bir planlama için , aynı şekilde anlaşılabilen, kolay ölçülebilen , birbirini tamamlayan kavramlaştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu araştırmada birinci basamak sağlık hizmetinin ; ilkbaşvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon olarak belirlenen dört temel özelliğinden kapsayıcılık dışındakiler temel alınarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede çalışmanın amacı; sağlık ocağının hizmet verdiği toplumun, sağlık ocağını ve hizmetlerini ne kadar tanıdığını belirlemek, sağlık ocağını erişilebilirlik açısından değerlendirmek, ilk başvuru niteliğini taşıyan en son başvuruların ne kadarının sağlık ocağına yapıldığını ortaya koymak, sağlık ocağının sürekli kullanımının düzeyini belirlemek ve verilen hizmeti koordinasyon açısından değerlendirmektir.

Gereç Yöntem: Araştırma Edremit ilçesinin mahallesi olan Akçay'da , Akçay Sağlık Ocağında gerçekleştirilmiştir. Sağlık ocağı bölgesinde, yaşları 0-72 ay arasında olan 754 çocuktan tabakalı örnekleme seçilen 254 çocuktan 245'ine ulaşılmıştır. Çalışma kesitsel ve analitik bir araştırmadır. Araştırma verileri, örnekleme çıkan çocukların evlerine gidilip, annelerine önceden yapılandırılmış anket formları yüzyüze uygulanarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows (versiyon 6.0) istatistik programı kullanılmıştır. Analizde Kikare, t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki çocukların babalarının çoğu esnaf (% 46.5) ve işçidir (% 33.9). Annelerin % 91'i ev hanımıdır. Çocukların % 32.7'sinin ailesinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Çalışma kapsamındaki annelerin % 99.6'sı sağlık ocağını bilmektedir. Annelerin % 82.5'i çocuklarını takip eden bir ebenin var olduğunu belirtmişlerdir. Çocuklardan % 5.3'ünün Ev Halkı Tesdbit Fişi, % 21.2'sinin Kişisel Sağlık Fişi yoktur. Bebek ve çocuk kartlarına göre çocukların %64.5'i yeterli izlenirken, annelerin beyanına göre çocukların %51.0'ı yeterli izlenmektedir. Değerlendirmeye alınan annelerini % 5.3'ü sağlık ocağına hiç gitmediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan annelerin % 73.5'i yazılan ilacı sosyal güvencelerinin ödememesi nedeniyle, % 22.4'ü sağlık ocağında verilen bilginin yetersizliği nedeniyle, % 19.8'i ise sağlık ocağında beklenen süre nedeniyle sağlık ocağından memnuniyetsiz olduğunu belirtmişlerdir. Bu annelerin % 39.1'i sağlık ocağında yazılan

ilacı sosyal güvencesi ödememesinin, % 21'i sağlık ocağında yeterli bilgi verilmemesinin, % 13.4'ü sağlık ocağının çalışma saatlerinin uygun olmamasının sağlık ocağına gidişlerini engellediğini belirtmişlerdir.

Çalışmayan, ilkokul ve altında eğitime sahip olan annelerin, işçi olan, SSK'ya bağlı olan ya da sosyal güvencesi olmayan babaların, aylık geliri düşük olanların sağlık ocağında yazılan ilacı sosyal güvencelerinin ödememesinden memnuniyetsizliği anlamlı olarak daha fazladır. Baba mesleği işçi olan ve SSK'ya bağlı olanların sağlık ocağında yazılan ilacı sosyal güvenceleri ödemediği için sağlık ocağını kullanmamaları anlamlı olarak daha fazladır. Çalışan, ilkokul üzerinde öğrenime sahip anneler, yüksek gelire sahip olanlar, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı olanlar sağlık ocağının açık olduğu saatlerden daha fazla memnuniyetsizdir ve bu nedenle sağlık ocağını daha az kullanmaktadırlar.

Çalışma kapsamındaki çocukların % 77.7'si aşılama, % 61.0'ı kontrol, % 34.7'si hastalık, % 18.0'ı acil nedeniyle yaptıkları en son başvurularında sağlık ocağını kullanmışlardır. Çalışmayan, ilkokul ve altında eğitime sahip olan anneler, sosyal güvencesi olmayan ve SSK'ya bağlı olanlar aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağını daha fazla kullanırken, yüksek gelir düzeyine sahip olanlar aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocağını daha az kullanmaktadırlar. Hastalık nedeniyle sağlık ocağı kullanımı SSK'ya bağlı olanlarda diğer gruplardan daha azdır.

Annelerin % 74.0'ı aşı, % 57.2'si kontrol, % 14.6'sı hastalık, % 8.0'ı acil gereksinimleri nedeniyle sürekli sağlık ocağını kullandıklarını belirtmişlerdir.

Acil ya da hastalık nedeniyle yapılan en son başvuruların 91 tanesi sağlık ocağına yapılmıştır. Bunların % 89.0'ı hastalık nedeniyledir. Tüm başvuruların % 48.4'ünün kaydı Kişisel Sağlık Fişinde saptanmıştır.

Sonuç: Sağlık ocaklarında hizmet verilen toplumu tanımak amacıyla toplanan kayıtların düzenli bir şekilde tutulmadığı görülmektedir. Toplum tabanlı hizmet vermeyi hedefleyen sağlık ocaklarında bu hedefe yönelik olarak toplanan verilerin doğruluğu ve yeterliliğine daha fazla önem verilmeli, elde edilen veriler amaçları doğrultusunda kullanılmalıdır.

Sağlık ocağının erişilebilirliğini artırmak için, toplumdaki kişilerin tümünü kapsayan sosyal güvence sistemine ihtiyaç vardır. SSK'ya bağlı olanların da sağlık ocaklarından yararlanabilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Aşı, kontrol, hastalık açısından en çok kullanılan yer sağlık ocağıdır. Hastalık nedeniyle özel poliklinikler sağlık ocağına yakın bir oranda kullanılırken acil amacıyla en çok kullanılan yer hastanelerdir. Aşı ve kontrol amacıyla sağlık ocakları sürekli olarak kullanılırken, hastalık ve acil gibi sorunlarda sürekli kullanım daha azdır. Hasta izlemlerinin düzenli ve yeterli yapılmıyor olması sağlık ocağının sürekli kullanımını etkileyen önemli bir nedendir.

VIII-SUMMARY

OBJECTIVES:Primary health care has emerged as a key element in the health care delivery system. Equity in health care provision is an important goal in primary health care. Social systems that are supported by and entrusted with public funds must be accountable for their performances. The aim of this study is to evaluate the delivery of primary health care services for children. This evaluation model describes the three elements of primary health care those elements are ; first contact care, longitudinality and coordination .These elements have been measured in this study.

DESIGN:This is a cross sectional descriptive study. This study has been carried out in a semiurban touristic area in western Turkey. Target group was the 0-5 years of age children. This population have been stratified according to their ages. 245 out of 754 children have been selected. The data collection based on face to face interview with the mothers of children. A precoded questionnaire have been used.

RESULT: 99.6 % of the sample population have known the place of PHC center. 73.5 % mother of these children haven't been satisfied with PHC center since their social insurance haven't afforded the cost of drugs and 39.1 % of mothers haven't used the PHC center because of this reason. 22.4 % of mothers haven't satisfied because PHC center's doctor haven't given any information about their children's illness and 21.0 % of mothers haven't used the PHC center for this reason. 19.8 % of mothers haven't been satisfied PHC center that waiting time for being examined by the doctor has been too long.

77.7 % of the sample population have used PHC centers for immunization as a first contact place. 18 % of the sample population have used PHC centers for emergency care as a first contact place. 34.7 % of the sample population have used PHC centers for acute or chronic illness as first contact place. 61 % of the sample population have used PHC centers for growth monitoring as first contact place. PHC centers were used mostly by the lowest socioeconomic class and less educated people.

CONCLUSION:In the light of these findings, this study addresses the need equity in the health services provided by PHC. In order to reach the equity in health care PHC should be supported and given by the government.

IX-KAYNAKLAR

*Akçay Sağlık Ocağı Çalışma Raporu (1993)

*Alpert R., Robertson L., Kosa J., Heagerty M., and Haggerty R.,(1976),"Delivery of Health Care For Children : Report of An Experiment", Pediatrics ,57;917 - 30

*Anderson R.,(1978)," Health Status Indices and Access to Medical Care",Am. J. Pub. Health,Vol:68,No:5 ; 458-63

*Anderson R.,Aday,(1978),"Access to Medical Care in the U.S.:Realized and Potential", Med. Care, Vol:16, No:7;533- 46

*Belek İ.,(1995),"Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor",Toplum ve Hekim, 9(64 -65) ; 14 - 26

*Boerma W., (1993),"Health Care and General Practice Across Europe " in NİVEL (çeviri: Belek İ.,(1995),"Avrupa Ülkelerinde Birinci basamak Sağlık Örgütlenmesinin Kimi Özellikleri" Toplum ve Hekim,10(67) ; 65 - 9)

*Çetinkaya F,Gün İ, Öztürk Y :Kayseri İlinde I. II. ve III. Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 0-6 Yaş Grubu Çocukların Sevk Zinciri Açısından İncelenmesi' Toplum ve Hekim, 9 (62);6-12

*Devlet İstatistik Enstitüsü (1995),"Türkiye İstatistik Yılı 1994 ' Ankara .

*Ebrahim, G.J., Ranken, J. P.,(1985)"Primary Health Care and Change" in Primary Health Care Reorienting Organizational Suppot, Mc Millan Publishers Ltd., Hong Kong

*Ejlertson G. and Berg S.,(1984),"Continuity of Care Measures: An Analytic and Emprical Comporison" , Med. Care , 22; 231 - 39

*Elola J.,Dapante A. and Navaro V.,(1995)"Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe",Am. J. Public Health, Vol:10 (çeviri :Tekbaş F., Toplum ve Hekim,11 (72) ; 51-7)

*Fişek, N.,(1982),"Önsöz", içinde , Eren ,N.,(1982),"Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmeti", Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yay. No:18, Ankara

*Hickson G., Stewart D., Altemeier W. and Perrin J., (1988),"First Steps in Obtaining Child Health Care :Selecting A Physician ", Pediatrics, 81; 333 - 38

*Hurley R., Freund D. and Taylor D.,(1983),"Emergency Room Use and Primary Care Case Management Evidence From Four Medicaid Demonstration Programs", Am. J. Public Health, 79(7);843 - 47

*Kaya,S.,(1996),"Ankara metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği",Toplum ve Hekim,11(72); 2-14

*Kaya,S.,(1992)"Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği" Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

*Kılıç B., Aksakoğlu G.,(1995),"sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına ilişkin Kuramsal Yaklaşımlar", Toplum ve Hekim, 9(64- 65); 4-14

*Levine, S.,(1985),"Primary Health Care in Peri - Urban Areas", Workshop on Housing Hygiene and Environmental Health Problems in Urban Fringes

*Martin D.,Diehr P., Price K. and Richardson W., "Effect of A Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges: A Randomized Trial ", Am. j. Public Health, 79 (12) ; 128 - 32

*Moore S.,Martin D. and Richardson W.,(1983),"Does the Primary Care Gatekeeper Control the Cost of Health Care? Lessons From the SAFECO Experience" , N. Engl. J. Med.,309;1400-04

*Newacheck P,Hughes DC,Stoddard J.J,(1996) "Children's Access to Primary Care : Differences by Race, Income, and Insurance Status". Pediatric97 (1):26-32,

*Öztek, Z., (1992),"Temel Sağlık Hizmeti" , Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, No:92/2, Meteksan A.Ş., Ankara

*Penchansky R., Thomas W.,(1981),"The Concept of Access; Definiation and Relationship to Consumer Satisfaction",Med. Care, Vol:12,No:2; 127- 40

*Roos N.,(1979),"Who Should Do the Surgery? Tonsillectomy-Adenoidectomy in One Canadian Province " , 16;73-83

*Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü,(1995),"Türkiye'de Sağlık Hizmet Kullanımı", Ankara

*Simborg D., Starfield B. and Horn S. , (1978)," Physician and Nonphysician Health Practioners: The Charecteristic of Their Relationships", Am. J. Public Health, 68 ; 44- 8

*Smedby O., Eklund G., Eriksson E. and Smedby B., (1986),"Measures of Continuity of Care: A Register-Based Corelation Study", Med. Care, 24;511- 18

*Stainwich D.,(1979),"Measuring Provider Continuity in Ambulatory Care: An Assesment of Alternative Approaches ", Med.Care, 17 ; 551- 65

*Starfield B.,(1991),"Primary Care and Health A Cross-National Comparison", JAMA, 266;2268 - 71.

*Starfield B.,(1973),"Health Services Research: A Working Model",N. Engl. J. Med., 289 ; 132- 36

*Starfield B.,(1983),"Special Responsibilities; The Role of the Pediatrician and Goals of Pediatric Education", Pediatrics, 71;1433- 40

*Starfield B.,(1995),"Assessing the Status of Primary Care Services;A Working Approach" in Grason H. and Guyer B., Eds., "Assesing and Developing Primary care for Children: Reforms in Health Systems", National Center for Education in Maternal and Child Health, Arlington, VA

*Starfield B.,Simborg D., Horn S. and Yourtee S.,(1976),"Continuity and Coordination in Primary Care:Their Achivement and Utility",Med. Care,14 ; 625 - 36

*Starfield, B.(1992),"Primary Care; Concept, Evaluation and Policy" Oxford Universty Press, New York

*Starfield, B.(1994),"Is Primary Care Essential?",The Lancet, 344(22) ;1129- 33

*Torimo E.,Webster E. G.,(1994),"Primary health Care Concept and Challenges in a Changing World Alma - Ata Reviseted,WHO / SHS / CC / 2

*Turaman C.,(1997),"Eski Törene YeniKılık: Kalite", Toplum ve Hekim, 12(77);26-33

*Wasson J.,Sauvigne A., Mogielnicki R., Frey W., Sox C.,Gaudette C. and Rockwell A.,(1984)," Continuity of Outpatient medical Care in Elderly Men; A Randomized Trial" Med. Care 252; 2413- 17

*Weiner, J.P.,Starfield, B.,(1982),"Measurement of the Primary Care Roles of Office- Based Physician",Am. J. Public Health,73 ; 666-71

*Who,(1995),"A Charter For General Practice /Family Medicine in Europe" WHO Regional Office For Europe

*Wilkins R., Adams O.,(1983),"Health Expectory in Canada, late 1970's: Demographic, Regional Social Dimensions", Am. J. Public Health, 73 ; 1073- 80

0-5 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARA VERİLEN BİRİNCİL BAKIM SAĞLIK HİZMETİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

0-5 yaş arası çocuğun Adı Soyadı:	Tarih:
Görüşme Yapılan Kişinin Adı Soyadı:	
Bulunduğu Mahalle/Köy:	
Sokak:	
Ev/Daire No:	
Telefon Numarası:	
Kişi sıra no:	

1-Çocuğun yaşı(ay olarak):	
2-Cinsiyeti: 1)Kız 2)Erkek	
3-Baba sizinle beraber mi yaşıyor?	
1)Hayır 2)Evet	
4-Babanın Öğrenim Durumu:	
1)OY Değil 2)OY 3)İlkokul	
4)Ortaokul 5)Lise 6)Üniversite	
5-Annenin Öğrenim Durumu:	
1)OY Değil 2)OY 3)İlkokul	
4)Ortaokul 5)Lise 6)Üniversite	
6-Babanın Mesleği:	
1)İşçi 2)Çiftçi/Köylü 3)Esnaf/Tüccar	
4)Memur 5)Yüksek Öğrenimli Serbest Meslek 6)Emekli	
7)İşsiz 8)Diğer	
7-Annenin Mesleği:	
1)İşçi 2)Çiftçi/Köylü 3)Esnaf/Tüccar	
4)Memur 5)Yüksek Öğrenimli Serbest Meslek 6)Emekli	
7)Ev hanımı 8)Diğer	
8-Ev Reisinin sosyal güvence durumu:	
1)Sosyal güvencesi yok 2)Emekli sandığı 3)SSK	
4)Bağkur 5)Yeşil kart 6)Özelsigorta	
7)Diğer	
9-Eve giren toplam aylık gelir: (bin olarak)	
10-Kaç senedir Akçay'da oturuyorsunuz?	
1)3aydan az 2)3-6 ay 3)7-12 ay 4) 1 yılın üzerinde (kaç yıl belirtiniz) :	

Hane Reisinden başlayarak evde yaşayanların isimleri	Cinsiyeti (E/K)	Doğum Tarihi	Öğrenim Durumu*	İşi**	Sosyal Güvence***

*3.sorudaki gibi kodlayınız**5.sorudaki gibi kodlayınız***7. sorudaki gibi kodlayınız
18.soruya geçiniz

ETF ile uygunluk

11- Kişi isimleri	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
12- Cinsiyetler	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
13-Doğum Tarihleri	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
14-Öğrenim Durumları	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
15-İşleri	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
16-Sosyal Güvenceler	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
17-Toplam Skor		

18- nın aşı kartını görebilir miyim?

- 1) kart görüldü 2) kart görülmedi (B'ye geçiniz)

A-Aşı kartındaki tarihler

BCG	0)Yok	1)Var
Polio1	0)Yok	1)Var
Polio2	0)Yok	1)Var
Polio3	0)Yok	1)Var
DBT1	0)Yok	1)Var
DBT2	0)Yok	1)Var
DBT3	0)Yok	1)Var
Kızamık	0)Yok	1)Var
Rapel (Polio-DBT)	0)Yok	1)Var

B-Sayacağım aşıları kaç kez oldu?

Sol omuzda iz bırakan verem aşısı

- 0)Hiç olmadı 1)1kez 2)2 kez 3)3 kez 4)4 kez

Ağıza damlatılan çocuk felci aşısı

- 0)Hiç olmadı 1)1kez 2)2 kez 3)3 kez 4)4 kez

Karma aşı

- 0)Hiç olmadı 1)1kez 2)2 kez 3)3 kez 4)4 kez

Kızamık aşısı

- 0)Hiç olmadı 1)1kez 2)2 kez 3)3 kez 4)4kez

28. soruya geçiniz

Sağlık Ocağındaki Aşı kartı ile uygunluk

19-BCG	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
20-Polio1	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
21-Polio2	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
22-Polio3	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
23-DBT1	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
24-DBT2	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
25-DBT3	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
26-Kızamık	0)Uyumsuz	1)Uyumlu
27-Rapel(Polio-DBT)	0)Uyumsuz	1)Uyumlu

28-Bağlı Bulunduğunuz sağlık ocağını biliyor musunuz adı nedir?

0)Bilmiyor 1)Biliyor

29-Sağlık ocağının telefon numarasını biliyor musunuz?

0)Bilmiyor 1)Biliyor

30-Çocuğunuzu takip eden bir ebeniz var mı?

1)Evet 2)Hayır

31-Adını Biliyor musunuz?

0)Bilmiyor 1)Biliyor

32-Son bir yıl içinde eve gelerek çocuğu kaç kez gördü?

0)Hiç gelmedi 1)Yılda 1 kez 2)6 ayda 1kez 3)2 ayda 1kez 4)Ayda bir kez

36. soruya geçiniz

33-İzlem Sayısı form 006 ile uyumlu mu? 0)Uyumlu 1)Uyumsuz

34-Çocuğun yaşına göre bu izlem sayısı bebek-çocuk izlem kartına göre

0)Yetersiz 1)Yeterli

35- Çocuğun yaşına göre bu izlem sayısı anne beyanına göre

0)Yetersiz 1)Yeterli

36- Şimdiye kadar hiç sağlık ocağına gittiniz mi ?

0) Hayır 1)Evet (38. soruya geçiniz)

37- Neden gitmediniz?

1)Uzak olduğu için

2)sosyal güvencem sağlık ocağında yazılan ilaçların yapılan tahlillerin ücretini ödemediği için

3)Sağlık ocağının çalışma saatleri benim için uygun değil.

4)Sağlık ocağına gitmemi gerektirecek bir sorun olmadı

5) Diğer

Teşekkür ederek görüşmeyi bitiriniz

37-Sağlık ocağı uzak mı?

0) Evet 1)Hayır (39. soruya geçiniz)

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

0)Hayır 1)Evet

39-Sağlık ocağının çalışma saatleri size uygun mu?

0) Hayır 1)Evet (41.soruya geçiniz)

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

0)Hayır 1)Evet

41-Sağlık ocağında doktorla görüşmek için bekleme odasında beklediğiniz süre sizin için uygunmu?

0) Hayır 1)Evet(43.soruya geçiniz)

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

0)Hayır 1)Evet

43-sağlık ocağında bekleme odası rahat mı?

0) Hayır 1)Evet(45. soruya geçiniz)

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

0) Hayır 1)Evet

45-Sağlık Ocağında muayene odası rahat mı?

0)Hayır 1)Evet(47. soruya geçiniz)

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

0)Hayır 1)Evet

47-Sağlık ocağında doktora her istediğinizi rahatça sorabiliyor musunuz?

0) Hayır 1)Evet(49. soruya geçiniz)

48-Doktora her istediğinizi rahatlıkla sormadığınız için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

0)Hayır 1)Evet

49-Sağlık ocağında çocuğunuzda tesbit edilen hastalık ya da tedavisi konusunda bilgi veriliyor mu?

0)Hayır 1)Evet(50. soruya geçiniz)

50-Size hastalık ya da tedavisi hakkında yeterince bilgi verilmediği için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

0)Hayır 1)Evet

51-Sağlık Ocağında personelin size karşı olan davranışlarından memnun musunuz?

0) Hayır 1)Evet(53. soruya geçiniz)

52-Personelin davranışlarından memnun olmadığınız için çocuğunuzu sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

0)Hayır 1)Evet

53-Hastalığı nedeniyle çocuğunuzu sağlık ocağına götürdüğünüzde muayene ücreti alınıyor mu?

0)Hayır(55. soruya geçiniz) 1)Evet

54-Çocuğunuz hastalandığında muayene ücreti aldıkları için sağlık ocağına götürmediğiniz oluyor mu?

0)Hayır 1)Evet

55-Aşılama ya da sağlam çocuk muayenesi (boy kilo ölçümü ya da kontrol) için ücret alınıyor mu?

0) Hayır(57. soruya geçiniz) 1)Evet

56-Alınan para sağlık ocağına bu nedenlerle olan başvurunuzu engelliyor mu?

0) Hayır 1)Evet

57-Sağlık ocağında yazılan ilaçların ücretini sosyal güvence sisteminiz (SSK, Emekli sandığı, Bağ-Kur, Yeşil kartı) ödüyor mu?

0) Hayır 1)Evet (59. soruya geçiniz)

58-Ödediğiniz para sağlık ocağına başvurunuzu engelliyor mu?

0) Hayır 1)Evet

59-Çocuğunuzu şimdiye kadar hiç sağlık ocağına götürdünüz mü?

0)Hayır 1)Evet (60. soruya geçiniz)

Hayır ise teşekkür ederek görüşmeyi kesiniz

60-Çocuğunuz doğduğundan bu yana, acil olmayan bir hastalığı nedeniyle sağlık ocağından yararlandınız mı?

0)Hayır

1)Evet ;bazen sağlık ocağından yararlandım

2)Evet; her zaman sağlık ocağından yararlandım.

61-Çocuğunuz doğduğundan bu yana aşılarını yaptırmak için sağlık ocağından yararlandınız mı?

0)Hayır

1)Evet ;bazen sağlık ocağından yararlandım

2)Evet; her zaman sağlık ocağından yararlandım.

62-Çocuğunuz doğduğundan bu yana sağlıklı çocuk muayenesi için sağlık ocağından yararlandınız mı?

0)Hayır

1)Evet ;bazen sağlık ocağından yararlandım

2)Evet; her zaman sağlık ocağından yararlandım

63-Çocunuz doğduğundan bu yana acil bir sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağından yararlandınız mı?

0)Hayır

1)Evet ;bazen sağlık ocağından yararlandım

2)Evet; her zaman sağlık ocağından yararlandım

9)Gereksiz

64-Çocuğunuzu aşılatmak için en son nereye başvurduunuz?

1)Sağlık Ocağı

2)Devlet hastanesi

3)SSK hastanesi

4) Özel Hekim

5)Diğer

9)Gereksiz

65-Ne zaman?

66-Çocuğunuzun en son sağlık kontrolünü nerde yaptırdınız?

1)Sağlık Ocağı

2)Devlet hastanesi

3)SSK hastanesi

4) Özel Hekim

5)Diğer

9)Gereksiz

67-Ne zaman?

68-Çocuğunuz hasta olduğunda götürdüğünüz en son sağlık kurumu neresi?

1)Sağlık Ocağı

2)Devlet hastanesi

3)SSK hastanesi

4) Özel Hekim

5)Diğer

9)Gereksiz

69-Ne zaman?(ay önce)

70-Bu kuruma başka bir hekim ya da sağlık kurumu önerisiyle mi gönderildiniz?

0)Hayır

1)Evet (hangi hekim ya da kurum önerdi)

71-Çocuğunuzda acil bir sağlık sorunu olduğunda en son götürdüğünüz sağlık kurumu neresi?

1)Sağlık Ocağı

2)Devlet hastanesi

3)SSK hastanesi

4) Özel Hekim

5)Diğer

9)Gereksiz

72-Ne zaman?(ay önce)

73-Bu kuruma başka bir hekim ya da sağlık kurumu önerisiyle mi gönderildiniz?

0)Hayır

1)Evet (hangi hekim ya da kurum önerdi?)

74-Sağlık Ocağına yaptığınız en son başvuru yukardakilerden hangisidir?

1)68 2)71

Yapılan son başvuru sağlık ocağı değilse görüşmeyi kesiniz.

75-Çocuğun sikayeti ne idi?

76-Sağlık ocağı ise oradan başka bir kuruma sevk edildin mi?

0)Hayır 1)Evet

77-Bu sevk sırasında sağlık ocağından çocuğun hastalığı ile ilgili bilgileri içeren bir form doldurularak size verildi mi?

0)Hayır 1)Evet

78-Sevk edilen yerde yapılan tetkik ya da verilen tedaviyle ilgili sağlık ocağına bilgi verdiniz mi?

0)Hayır 1)Evet

Teşekkür ederek görüşmeyi bitiriniz.

79-En son başvuru sağlık ocağı kayıtlarında var mı?

0)Hayır 1)Evet

80-Yapılan sevk sağlık ocağı kayıtlarında var mı?

0)Hayır 1)Evet