

II. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

7 - 8 Mayıs 2004 / MANİSA

Düzenleyen Kurumlar



Manisa İl Sağlık Müdürlüğü



Manisa Tabip Odası



Celal Bayar Üniversitesi

İşbirliği Yapılan Kurumlar

* Halk Sağlığı Uzmanları Derneği * Tıp Kurumu

Yer: Celal Bayar Üniversitesi
Süleyman Demirel Kültür Merkezi

Emek Matbaacılık-Yayıncılık

San. ve Tic. Ltd. Şti.

1. Anafartalar Mh. 3. Sk. No:8/A Tel:231.13.01 MANİSA

*Sempozyum kitabının basımı **MOPAK**'in katkılarıyla gerçekleştirilmiştir.
Teşekkür ederiz...*

MOPAK

www.mopak.com.tr

Fabrika ve Satış Müdürlükleri: TR - 35170 Kemalpaşa İzmir Kirovası Mevkii P.K. 10
Tel: +90 (0-232) 877 02 35 (pbx) Fax: +90 (0-232) 877 02 30

II. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

7-8 Mayıs 2004

Süleyman Demirel Kültür Merkezi
MANİSA

Düzenleyen Kuruluşlar
TTB Manisa Tabip Odası
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık Müdürlüğü

İşbirliği Yapılan Kurumlar
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Tıp Kurumu

Sempozyum Düzenleme Kurulu

Başkan

Erhan Eser

Sekreteryaya

Gönül Dinç
Koray Erdurak
Bedri Bilge

Sayman

Tümer Pala

Üyeler

Hakan Baydur
Seval Cambaz
Fikret Çavuşoğlu
Oytun Çalışkan
Tansu Dere
Pınar Erbay Dünder
Mestan Emek
Serdağ Etiz
Mürüvet Gümüş
Nasır Nesanır
Metin Öztürk
Beyhan Cengiz Özyurt
Gül Saatli
Cansel Savran
Müjde Şerifhan
Şaylan Pesen Vural

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof Dr Recep AKDUR
Prof. Dr. Ayşe AKIN
Prof Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU
Prof Dr Remzi AYGÜN
Prof Dr Hamdi AYTEKİN
Prof. Dr. Doğan BENLİ
Prof Dr. Şanda ÇALI
Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU
Prof Dr Rahmi DİRİCAN
Prof Dr Ferit KOÇOĞLU
Prof Dr. Cemil ÖZCAN
Prof Dr Servet ÖZGÜR
Prof Dr. Zafer ÖZTEK
Prof Dr Yusuf ÖZTÜRK
Prof Dr Hüseyin POLAT

SEMPOZYUM PROGRAMI

I. GÜN	
8:30 – 9:30	Kayıt
9:30 – 9:45	Açılış
9:45 – 10:30	I. Oturum Temel Sağlık Hizmeti Nedir, Türkiye’de Nasıl Uygulanır? Konuşmacı: Prof. Dr. Necati Dedeoğlu
10:30 – 10:45	Kahve Arası
10:45 – 12:30	II. Oturum Oturum Başkanı: Doç. Dr. Erhan Eser Türkiye’de Sayılarla Temel Sağlık Hizmetlerinde Durum, Sağlık Bakanlığının Bakış Açısı, Projeksiyonlar, Hedefler Konuşmacılar: Dr Reşat Doğusan Türkiye’de Anne Ve Çocuk Sağlığının Durumu Dr Tanju Taşyürek Birinci basamakta Döner Sermaye uygulamalarının Temel Sağlık Hizmetine Yansıması Konuşmacılar: Manisa İl Sağlık Müdürlüğü İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
12:30 – 13:15	Yemek Arası
13:15 – 14:00	III. Oturum Küreselleşmenin Temel Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi: Küresel Ve Ulusal Boyut Konuşmacı: Prof. Dr. Ahmet Saltık
14:00 – 14:15	Çalışma Gruplarına Ayrılma
14:15 – 15:30	IV. Oturum Çalışma Grupları I. GRUP: Temel Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi ve Finansmanında Arayışlar Ve Değişim Baskıları Oturum yöneticisi:Prof. Dr. Zafer Öztek 2. GRUP: Temel Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Geliştirme Oturum yöneticisi:Prof. Dr. Ahmet Saltık 3. GRUP: 1. Basamakta Risk Gruplarının İzlemi : Sorunlar ve Öneriler Oturum yöneticisi:Prof. Dr. Şanda Çalı 4. GRUP: Temel Sağlık Hizmetleri Sağlık İnsangücü İstihdamı, Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Oturum yöneticisi:Prof. Dr. Recep Akdur
15:30 - 15:45	Kahve Arası
15:45 – 17:00	V. Oturum Çalışma Grupları Raporlarının Sunumu ve Tartışma

SEMPOZYUM PROGRAMI

II.GÜN	
09:15 – 11:30	I. Oturum Dünden Bugüne, Üniversiteden Sahaya Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri Ekolü Oturum Başkanı: Prof. Dr. Cemil Özcan Dünya’da TSH Ekolünün Gelişimi Ve Günümüzdeki Durumu Prof. Dr. Recep Akdur Türkiye’de TSH Ekolünün Doğuşu Prof. Dr. Doğan Benli Türkiye’de TSH Ekolünün Gelişimi: Başarılar, Başarısızlıklar Prof. Dr. Zafer Öztekin Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri Uygulamalarının Türkiye’de TSH Anlayışının Gelişimine Etkisi Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu
11:15 – 11:30	Kahve Arası
11:30 – 12:30	II. Oturum Bildiri Sunumları Moderatör:Prof Dr Reyhan Uçku Bildiriler: 1.Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2.Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumları 3.Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi Sağlık Ocaklarında Yöneyim Araştırması (1999-2002) 4.Manisa’da Çalışan Ebelerin İş Güçlükleri 5.Bir Hizmet ve Destek Birimi olarak AÇSAP Kemalpaşa Deneyimi
12:30 – 13:00	Yemek Arası
13:00 – 13:30	Poster Başında Yazarlarla Buluşma

SEMPOZYUM PROGRAMI

II.GÜN	(devamı)
13:30 – 14:30	III. Oturum Bildiri Sunumları Moderatör: Prof Dr Gül Ergör Bildiriler: 1.Manisa İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlananların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetin Belirlenmesi 2. Sosyoekonomik Düzey Göstergelerinin Hane Bireylerinin, Sağlık Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirliği Üzerine Etkisi 3.Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi 1999-2001 Yılları Sağlık Düzeyi Göstergeleri 4.Ilıca Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi 5.Talasemi Hastalığının Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla İzlenmesi Konya Örneği
14:30 - 14:45	Kahve Arası
14:45 – 15:45	IV. Oturum Bildiri Sunumları Moderatör: Prof Dr Gül Ergör Bildiriler: 1.Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi Aylık Bülteni: Seyir Defteri 2.Kemalpaşa İlçesi Bebek Dostu Stratejisi 3.Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Bir Salgın İncelemesi 4.Konuralp Sağlık Ocağı Bölgesinde 12-59 Aylık Çocuklarda Aşılama Hizmetlerinin Değerlendirilmesi 5.Kızamık Aşılması Sonrası Saptanan Aşı Sonrası İstenmeyen Etkilerin (ASİE) Araştırılması Ve Değerlendirilmesi
15:45 – 16:45	V. Oturum Manisa Örnek Sağlık Ocağı Ödül Töreni Kapanış: Sempozyumun Değerlendirilmesi Gelecek Yıl İçin Öneriler

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
SEMPOZYUM PROGRAMI	III
İÇİNDEKİLER	VI
SUNUŞ	VIII
GENEL SUNULAR	IX
Türkiye'de Sayılarla Temel Sağlık Hizmetlerinde Durum, Sağlık Bakanlığı'nın Bakış Açısı, Projeksiyonlar, Hedefler	IX
Türkiye'de Anne Ve Çocuk Sağlığının Durumu	XI
Küreselleşmenin Temel Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi: Küresel Ve Ulusal Boyut	XIII
Dünya'da TSH Ekolünün Gelişimi Ve Günümüzdeki Durumu	XVII
Eğitim-Araştırma Bölgeleri Uygulamalarının Birincil Sağlık Hizmeti Anlayışının Gelişimine Katkısı	XIX
SÖZEL BİLDİRİLER	1
Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	1
Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumları	2
Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi Sağlık Ocaklarında Yöneylem Araştırması (1999- 2002)	3
Manisa'da Çalışan Ebelerin İş Güçlükleri	4
Bir Hizmet ve Destek Birimi olarak AÇSAP Kemalpaşa Deneyimi	5
Manisa İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlananların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetin Belirlenmesi	6
Sosyoekonomik Düzey Göstergelerinin Hane Bireylerinin, Sağlık Düzeyi, Sağlık Davranışları Ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirliği Üzerine Etkisi	7
Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi 1999-2001 Yılları Sağlık Düzeyi Göstergeleri	8
Ilıca Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	9
Talasemi Hastalığının Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla İzlenmesi Konya Örneği	10
Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi Aylık Bülteni: Seyir Defteri	11
Kemalpaşa İlçesi Bebek Dostu Stratejisi	12
Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Bir Salgın İncelemesi	13
Konuralp Sağlık Ocağı Bölgesinde 12-59 Aylık Çocuklarda Aşılama Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	14
Kızamık Aşılması Sonrası Saptanan Aşı Sonrası İstenmeyen Etkilerin (ASİE) Araştırılması Ve Değerlendirilmesi	15
POSTER BİLDİRİLER	16
Balıkesir İl Merkezindeki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri Yönetimine Bakış	16
Balıkesir Doğum Ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Yeni Doğum Yapan Annelerin Bebek Beslenmesi Konusundaki Yaklaşımları	17
Balıkesir Doğum Ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde 2001 Yılı'nın İlk Altı Ayında Yapılan Sezaryenlerin Kişi Özelliklerine Ve Endikasyonlarına Göre Dağılımı	18
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Elektronik Sağlık Kayıtları	19
Temel Sağlık Hizmetlerinde Halk Sağlığı Eğitiminin Önemi Ve Hemşirelerin Eğitimci Rolü	20
Balıkesir Devlet Hastanesi Çocuk Servisinde Yatan Çocukların Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri Ve Çocuk Sağlığına Etkileri	21
Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Çevre Sorunları Konusundaki Farkındalık Ve Duyarlılıkları	22
Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Gebe Ve 0-6 Yaş Bebek-Çocuk İzlem Kartlarının Değerlendirilmesi	23

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
Toplumun İyot Eksikliği İle İlgili Bilgi Düzeyi ve İyotlu Tuz Kullanımı	24
Adli Tıp ve Halk Sağlığı İlişkisi	25
Adli Tıp ve Tıp Etiği İlişkisi	26
Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Yetişkinlerin Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi	27
Genel Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması	28
Bebeklerin Ve Çocukların Aşı Kartlarının Saklanması İlişkin Annelerin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi	29
0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanınması	30
Kan Basıncı Ölçümü Konusunda Bilgi, Davranış Ve Kullanılan Kan Basıncı Ölçerlerin Güvenilirliği Araştırması	31
Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Engellenebilir Körlük (Ambliopi) Çalışması	32
Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşayan 40-69 Yaş Arası Nüfusta Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) Sıklığı Araştırması	33
Gebelerde Ve Annelerde Tetanoz Aşılmasının Araştırılması	34
Bebeklerin Ve Çocukların Aşı Kartlarının Saklanması İlişkin Annelerin Bilgi Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi	35
Kemalpaşa İlçesi Bebek Dostu Kurum Çalışmaları	36
Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığınca Geliştirilen Ve Rutinde Kullanılan Formlar	37
Birinci Basamak Koşullarında Nebülize Ventolin Uygulaması	38
Soma Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebe Eğitimi Ve Anne Sütü Devam Durumu Değerlendirmesi (Ön Sonuçları)	39
Türkiye'deki Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümlerinin Eğitim Programlarının Karşılaştırılması	40
Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi Gebe Ve 0-24 Aylık Bebek-Çocuk Annelerinin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Ve Hizmetlerden Memnuniyetinin Değerlendirilmesi	41

SUNUŞ

Geçtiğimiz yıl düzenlediğimiz ilk sempozyumda refleksimizin sonucunun olumlu olduğunu gördük ve umutlandık. O toplantıya katılanlar anımsarlar, bir çok birinci basamak çalışanı, hekimi, ebesi, sağlık memuru, hemşiresi, toplam 250 katılımcı önemli bir heyecanı paylaştılar. Sanki “çokları artık umursamasa da biz bu işin peşindeyiz” der gibiydiler. Üstelik Sağlık Bakanlığı taşra örgütü yöneticileri de dahil herkes bu duyguyu paylaştı. O ilk toplantı, ilkesel ve kavramsal yaklaşımların yanında önemli bir deneyim paylaşımı olanağı da sundu bizlere. Gördük ki alanda çalışanlar her türlü olumsuz gelişmeye karşın sürekli bir arayış ve bilimsellikten asla sapmadan hizmeti değişen koşullara uyarlamaya çalışmaktadırlar.

İşte bu yıl bizi tekrar bir araya getiren ateşleyicimiz bunlardı. Bu yıl programı iki güne çıkarmayı düşündük. Çünkü gördük ki herkesin söyleyeceği çok şey var. Ancak ülkemizde koşullar o denli hızlı değişiyor ki, bunların etkilerini öngörmek çok güç. Örneğin geçtiğimiz yıl olmayan ama bu yıl etkisi önemli ölçüde hissedilen performansa dayalı döner sermaye uygulaması, koruyucu sağlık hizmetlerine yaptığı olumsuz etkiyi ikinci sempozyuma katılım açısından da yapacak mı belirsiz.

İkinci sempozyumda genel güncel sorunlar yanında örneğin yıllardır halk sağlıkçılar dışında –hoş onlar arasında da olduğu tartışma götürür ya- TSH ortamında hemen hiç tartışılmamış olan “ekol veya gelenek” sorunu, “araştırma geliştirme sorunu” üzerinde çalışacağız. Tartışma gruplarında, ülkemizde sağlık hizmetleri üzerinde neredeyse bir çocuk sakarlığı ile sakinmeden uygulanmaya çalışılan örgütlenme ve finansman deneyini irdeleyecek, belki de yan yollara saparak Türkiye sosyal güvenlik kurumlarının çökertilme operasyonuna değineceğiz. Bu konularda burada ürettiklerimizi sağlık kamuoyuna ve yönetim kademelerine ulaştırmaya çalışacağız. Temel Sağlık Hizmetleri ve daha dar anlamıyla birinci basamak sağlık hizmetinin sorunları ve geleceğini bazen çuvaldızı kendimize de batırarak irdelemeye çalışacağız. Birinci basamak sağlık çalışanlarının gerek “hizmet içi” gerekse “yaşam içi” durumunu iki gün için bile olsa tekrar düşünecek ve belki de bu sorunu hep dışsallaştırdığımızı fark edeceğiz.

Ülkemiz ve yoksul dünya üzerinde baskıların giderek arttığı bu dönemde, ulusal bilinçle kendi sorunumuzu çözebilme irademizin bir adımı daha olsun istiyoruz bu toplantının. İyisinin de kötüsünün de Sağlık Bakanlığı ile gerçekleştirildiğini; bakanlığın bizim, hepimizin bakanlığı olduğunu, alanda ve yönetici olarak görev yapanların bizim insanlarımız olduğunu hiç aklımızdan çıkarmadan, onların sorunlarını paylaşarak, bilimsel yöntemler ışığında hep birlikte çalışma arzumuzu paylaşacağımız bir sempozyum olmasını diliyoruz.

Sağlık ve umutla...

Saygılarımla

Erhan Eser
Sempozyum Başkanı

TÜRKİYE'DE SAYILARLA TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE DURUM, SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN BAKIŞ AÇISI, PROJEKSİYONLAR, HEDEFLER

Uzm. Dr. A. Reşat DOĞUSAN

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genel Müdür Yardımcısı

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre, ülke sınırları içinde yaşayan herkesin, sağlıklı bir çevrede yaşayabilmesi ve sürekli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi bir devlet görevidir. Sağlık Bakanlığı, bu görevi yerine getirmek için, sağlık hizmetlerini planlamak, uygulamak ve değerlendirmekle görevli en üst kurumdur.

Sağlık Bakanlığı'nın, kurulduğu 1920 yılından bu yana, üretmiş olduğu hizmetlerin bir sonucu olarak, toplumun sağlık düzeyinde çok önemli gelişmeler sağlandığı bir gerçektir. Öte yandan, toplumun halen çözüm bekleyen bir çok sağlık sorunu ile karşı karşıya olduğu diğer bir gerçektir.

Türkiye'de nüfus sayımının ilk kez yapıldığı 1927'de 13,7 milyon olan ülke nüfusu, 2000 yılında 67.803.927 olarak tespit edilmiştir. Ülke nüfusunun yüzde 65'i kentsel alanlarda yaşamaktadır.

Nüfus artış hızı yıllar itibariyle azalmakla birlikte gelişmiş ülkelere kıyasla hala yüksek olup binde 15'dir. Türkiye'de son verilere göre kaba doğum hızı binde 20,5, kaba ölüm hızı binde 6,4'dür.

Ölüm istatistiklerinde yıllar içinde giderek iyileşme görülmekle birlikte, mevcut hızlar Türkiye'nin ekonomik kalkınmışlık düzeyi ile uyumsuzdur. Bebek ölüm hızı binde 33,0; dür. Ana ölüm hızı ise yüzde 49'dur.

Ülkede sağlık ocaklarında çalışan sağlık personeli başına nüfus; hekim başına düşen ortalama nüfus 4 708, hemşire başına düşen ortalama nüfus 6 196, ebe başına düşen ortalama nüfus 3 672 ve sağlık memuru başına düşen ortalama nüfus 11 181'dir.

Bebek başına ortalama izlem sayısı 3,4, çocuk başına ortalama izlem sayısı 0,7, gebe başına ortalama izlem sayısı 1,7, lohusa başına ortalama izlem sayısı 0,7'dir.

Kişi başına ortalama poliklinik sayısı 0,79, poliklinik başına ortalama laboratuvar sayısı 0,07, sevk hızı ise yüzde 16,73'dür.

Rutin veri toplama sisteminden elde edilen verilere göre; 2002 yılında ülke genelinde ulaşılan aşılama oranları; DBT3 için %78, OPV3 için %78, Kızamık için %82 ve gebe TT2 için %37'dir.

Ülkede Mart 2004 sonu itibarı ile 5976 faal sağlık ocağı ve 11675 sağlık evi mevcuttur.

Türkiye nüfusunun sağlık durumunun, hem mutlak olarak hem de aynı gelir düzeyine sahip diğer ülkelerle karşılaştırıldığında iyi düzeyde olmadığı bir gerçektir.

Çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde

- organize edilmesi,
- finansmanının sağlanması ve
- sunulmasının temin edilmesidir.

Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabileceği bir aile doktorunun olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelmektedir.

Toplumun tüm bireylerine ulaşılabilmesi için, ülke gerçekleri doğrultusunda, eğitimli ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri için yeniden yapılanma ihtiyacı gündeme gelmiştir. Aile doktorluğunun hedefi,

birinci basamak sağlık hizmetlerini, profesyonel bir ruhla ve toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmaktır.

TÜRKİYE'DE ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU

Dr. Tanju Taşyürek

T.C. Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yirmi birinci yüzyılın başlangıcında, bütün dünyada her yıl 200 milyona yakın kadının gebe kaldığını, yılda yaklaşık 120 milyon umudun doğduğunu, ancak bunlardan 10 milyona yakınının daha beş yaşına gelmeden söndüğünü görüyoruz. Yine her yıl bu umudu yeşertmek için didinen yaklaşık 585.000 anneyi kaybediyoruz.

Bu bulgular bize; yirmi birinci yüzyılın başında da kadın ve çocukların dünya gündemini uzun süre meşgul etmeye devam edeceğini göstermektedir.

Bu nedenle ana ve çocuk sağlığı sadece gelişmekte olan ülkelerde değil, gelişmiş ülkelerde de rutin sağlık hizmetlerinin yanında özel programlarla desteklenmektedir.

Ülkemizde de her yıl 2 milyona yakın (1.958.501) kadının gebe kaldığını, yılda 1.481.000 umudun canlı olarak doğduğunu, ancak bunlardan 48.280'inin bir yaşına bile gelmeden öldüğünü görüyoruz. Yine her yıl bu umudu yeşertmek için didinen 700'den fazla anneyi kaybediyoruz.

Bu nedenle ana ve çocuk sağlığı rutin sağlık hizmetlerinin yanında özel programlarla desteklenmektedir ve desteklenmeye de devam edecektir.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir göstergesi sağlık kuruluşlarında verilmekte olan hizmetlerden yararlanma düzeyidir.

Hem anne hem de doğacak bebeğin sağlığının geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım temel hizmetlerdir. Annelerin, bu hizmetlerden yararlanmalarında birçok unsur rol oynamaktadır.

Bunların hem bebek ölümlerine, hem de annenin genel sağlık düzeyine etkilerinin incelenmesi, gerçekleştirilen başarıların yanı sıra başarısızlıklar, hizmet ihtiyacı olan risk gruplarının belirlenmesi ve öncelikli konuların vurgulanması, uygulanabilir eylem planı geliştirmesi ve başarılı sağlık yönetimi için gereklidir.

Türkiye'de yılda 1.958.501 gebeliğin olduğu ve bunlardan yaklaşık 284.000'inin isteyerek olmak üzere 454.373'ünün düşük ile sonlandığı, 29.378'inin ölü doğum olduğu, 465.000'inin gebelikleri süresince hiç doğum öncesi bakım almadığı, 436.526 kadının tek, 156.324 kadının ise birden fazla gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA) tespit edilmiştir. Ayrıca, 1998 TNSA sonuçlarına göre son beş yılda gerçekleşen doğumların % 26,7'sinin evde yapıldığı, % 19,4'ünün sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleştiği belirlenmiştir. Anne ölümlerinin nedenlerine yönelik yaptığımız son araştırmada 53 ilin 615 hastanesinde tespit edilen anne ölümü 323 olup, 656.446 canlı doğuma göre; anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 49,2, orantılı anne ölüm hızı % 5,06'dır. Obstetrik olmayan anne ölümleri hesaplama dışında bırakılır ise araştırma kapsamındaki hastanelerde anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 46,7'dir. Anne ölümlerinin kadın ölümleri içindeki payı ise yüzde 4,8'dir. Kadının üreme çağı boyunca toplam gebe kalma ihtimali ile gebe kaldığında gebeliğe bağlı nedenler ile ölüm ihtimallerinin toplamını ifade eden "yaşam boyu risk" hesaplanmaktadır. Yaşam boyu ana ölüm riski, Avrupa'da 2000 gebelikte bir iken, Türkiye'de 570 gebelikte birdir.

Anne ölümlerinin nedenlerine baktığımızda % 30,3 ile kanamaların ilk sırayı aldığı, bunu % 15,5 ile toksemilerin, %9,6 ile enfeksiyonların, % 4 ile düşük komplikasyonlarının takip ettiği görülmektedir.

Bebek ve çocuk izlemleri de yeterli değildir. Bebeklerin ancak % 59,2 si, çocukların ise % 70,2 si izlenebilmektedir.

Türkiye'de bebek ölümleri de yüksektir. Doğan 1000 bebekten yaklaşık 33'ü bir yaşını tamamlamadan ölmektedir. Buna göre, Ülkemizde her yıl 1.481.000 bebek dünyaya gelmekte, bir yaşın altında 48.280 bebek ölmektedir. Bu bebeklerin 19.119'u post-neonatal dönemde 29.161' i neonatal dönemde kaybedilmektedir. Bebek ölüm nedenleri içinde perinatal nedenler, zatürre ve ishal gibi önlenemez hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır. Her gün yaklaşık 133 bebek kaybedilmektedir.

Neonatal bebek ölümlerinin nedenlerine yönelik ülke genelini kapsayan yeni bir araştırma olmamakla birlikte Türk Neonatoloji Derneği'nin Çok Merkezli Çalışma Grubunun yaptığı araştırmada perinatal ölüm nedenlerinin % 44'ünün ölü doğumlar, % 26'sının prematüre, 14'ünün konjenital malformasyonlar ve % 11'inin perinatal asfiksi olarak sıralandığı görülmektedir.

Anne ölüm nedenleri araştırmasında ölümlerin % 52.5'inin yöredeki mevcut koşullarda, % 20.4'ünün gelişmiş hastane koşullarında önlenabilir olduğu saptanmıştır.

Yine Türk Neonatoloji Derneği'nin Çok Merkezli Çalışma Grubu'nun yapmış olduğu araştırmada da perinatal ölüm hızının azaltılması için doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın iyileştirilmesi ve prematüreliliğin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Kaçırılmış fırsatları yakalanmış fırsatlar haline dönüştürebilsek basit ve ucuz yöntemlerle pek çok anne ve çocuğun hayatını kurtarabiliriz. Örneğin 20 yaş altındaki ve 35 yaşın üstündeki annelerin, doğum aralığı iki yıldan kısa olan annelerin ve sık doğum yapan annelerin, kendi sağlıkları bozulduğu gibi, bu durum doğan çocuklarını da etkilemekte ve bebek ölüm oranlarını önemli oranda artırmaktadır.

Halbuki, topluma verilecek eğitimler ve danışmanlık hizmetleri, etkili bir doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri ve bunları takiben kaliteli bir aile planlaması hizmeti verdiğimizde, doğum yaşını 20-29 yaş arasına çekmemiz, doğum aralıklarını 24 ayın üzerine çıkarmamız ve bebek ölümlerini büyük oranda azaltmamız mümkündür.

Bir diğer örnek : Her 4 canlı doğuma karşılık 1 isteyerek düşük olmaktadır. Düşüklerin çok az bir kısmı güvensiz koşullarda yapılmaktadır. İsteyerek düşük ile sonlandırılan gebelikleri takiben geleneksel yöntem ile korunma eğilimi yüksektir. Bu ise yeniden istenmeyen gebelik riskini artırmaktadır. Bu tür sık düşük ve sık doğumlar gebelerde görülen anemiyi derinleştirmektedir. Bu da doğum sırasında az da olsa meydana gelen kanamanın anne hayatını tehdit eden boyutlara ulaşmasına neden olmaktadır. Doğumların % 80'inin, isteyerek düşüklerin tamamının da sağlık kuruluşlarında yapıldığı göz önünde tutulursa doğum ve düşük sonrası dönem aile planlaması yöntem için iyi bir fırsat olarak kabul edilmelidir. Özellikle isteyerek düşük sonrası yöntem almadan klinikten ayrılan kadın kaçırılmış fırsat olarak görülmelidir.

KÜRESELLEŞMENİN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ'NE ETKİSİ : KÜRESEL VE ULUSAL BOYUT

Prof. Dr. Ahmet SALTİK

Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD, Edirne
profsaltik@tnn.net

S A Ğ L I K; *ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin, doğuştan kazanılan TEMEL bir haktır. Hükümetler, kendi halklarının sağlığından sorumludur.*

DSÖ ANAYASASI, 1947

Temel Sağlık Hizmetleri Kavramına Ulaşım : 2000'lere girerken, 20. yy'ın son çeyre-ğinde sağlık göstergelerinin, genel sosyo-ekonomik gelişmenin gerisinde kaldığı görüldü. DSÖ ve UNICEF önlem almayı düşündüler ve 1978'de Alma-Ata Konferansı toplandı. Küresel toplumun *temel düzeyde* ivedileşen sağlık hizmeti gereksinimi tanımlandı ve içeriklendirildi :

- "**Temel Sağlık Hizmeti** (TSH), bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam katılımı ile, ülke ve toplumca ödenebilir bir harcama karşılığında onlara götürülen *esas sağlık hizmetidir*"
- Konferansta, "**TSH**, ülke sağlık hizmetlerinin ve genel anlamda ekonomik-toplumsal kalkınmanın vazgeçilmez özüdür. TSH; ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olanaklı olduğunca yakınına götürülerek kişilerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasıdır." dendi ve 8 ana başlık sayıldı :

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

"Sağlık durumunun düzelmesi, sosyo-ekonomik kalkınmaya bağlıdır. Hükümetler kentsel ve kırsal kalkınma programlarını dengeli bir biçimde düzenlemeli, TSH'lerini geliştirip pekiştirecek planları da, **kalkınma planları içine** almalıdır." önermesiyle ulusal planlama kurumu DPT'yi yükümlendirmektedir.

Evrensel Hedef : 2000 Yılında Herkese Sağlık :

TSH'nin yürütülmesi için "*.. hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdığı ödenekleri her yıl artırmaları*, uygun durumlarda toplulukların görev almalarını, **sosyal sigortalar ve kooperatifler** de içinde olmak koşulu ile TSH'nin paraca desteklenmesini tüm sektörlerdeki çalışmaların verimini artırıcı çabalar göstermeleri.. " hükümlere önerilmiştir.

Bildirge'nin 19. önerisinde "**Temel Sağlık Hizmetleri Ulusal Stratejisi**"ne değinilmektedir : Hükümetlerin en kısa zamanda ulusal stratejilerinin iyi belirlenmiş amaçlarını açıklığa çıkarması ve *en büyük önceliği çok az hizmet alan bölge ve kesimlere verecek* TSH'nin tüm topluma yayılmasını sağlamaları önerilmiştir. Konferans Bildirgesi, birbirini tamamlayan 22 öneri içermektedir..

Öte yandan emperyalizm, 70'li yıllar başlarında girdiği son ve en uzun bunalımından çıkabilmek için; bilişim, ulaşım, iletişim vb alanlarda sağlanan bilimsel-teknolojik gelişmelerden de yararlanarak, küresel boyutta girişimler içindedir ve bu ölçekte kaldıraçlar (manivelalar) kullanmaya başlamıştır.

Böylece, özellikle Batı Avrupa'da komünizmin de seçenek baskısıyla iyi kötü bedenlenmeye başlayan sosyal devletten, yeniden yabanıl kapitalizme, neo-liberalizm yaftasıyla savrulma başladı.

Küre'nin simetrisi bozuldu, tek kutuplaşmaya koyuldu. Prof. Stiglitz bu olguya Nobel ödülü aldı..

İnisivatif DSÖ, UNICEF, ILO'dan; DB, IMF, Dünya Ticaret Örgütü'ne Geçti :

Yapısal Uyum Programları (YUP) başlıca post-modern kumanda ya da değiştirme-dönüştürme araçlarından.. YUP ile tüm kamu hizmetlerinde olduğu gibi sağlıkta da özelleştirmenin pek çok örneği yaşanmaktadır. Bunlar, TSH Konferansı'nda benimsenenin tam tersine, sağlığın bir meta (mal) durumuna getirilme düzeneklerine birer örnek olarak gösterilebilir. Bütçeden sağlığa ayrılan payın planlı ve sürekli olarak azaltılması, Kamu hastanelerini önce özerkleştirme, ardından ticarileştirme, sür-time, part-time çalışma, altışverişe devir (taşeronlaştırma), bölümsel özelleştirme, hizmet alımı ve sonunda özelleştirme.. Yönetimde esneklik, yönetim, Sözleşmeli personel çalıştırma, Pazara yönelik hizmet verme, Sağlık hizmeti alanların, sosyal güvenceleri olsa bile ek para ödemeye zorlanması, Sağlık hizmeti dağılımını dengesizleştirme bu süreçte kullanılan kimi post-modern silahlar. (*Saltık A, Varol G: Küreselleşme kavramı ve süreci bağlamında ülkemiz sağlık hizmetlerine ilişkin temel saptamalar. Müdafaa-i Hukuk. Ocak 2002*)

Yeni Dünya Düzeni'nde (YDD), TSH'nin ayrılmaz parçalarından olan "eğitim"de de ciddi bir çöküş yaşanmaktadır. Okula gitme olanağından yoksun çocukların sayısı, ilkokul çağında 130, ortaokul çağında 275 milyona varmıştır. BM'in hesaplamalarına göre beslenme, eğitim, sağlıklı içme suyu, en az koşullarda doğum ve çocuk sağlığı hizmetlerinin (TSH!) 1996'dan 2000'e dek karşılanması için 300-400 milyar \$'a gereksinim vardır. Bu miktar çok görünmesine karşın, silahlanma giderlerinin ¼'üne eşittir. (*Prof. Dr. Alparslan Işıklı, Dünya Bankası'nın Laik İmparatorluğu'nda Kumarhane Kapitalizmi*)

Ulusal ve Uluslararası Hukuk Metinlerinin İçinin Boşaltılması :

- "Tüm insanlar özgür; onur ve haklar bakımından eşit doğar." (İHEB md. 1)
- "Herkesin, ülkesinin kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı vardır." (İHEB md. 21)
- Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetimi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. (İHEB md. 25)
- 1961 Anayasamızın 49. maddesi: Sağlık hizmetlerini yurttaşa hak, devlete görev sayan düzenleme.
- Avrupa Sosyal Konvansiyonu, Ottawa Şartı (Chart), BM Anayasası, ILO merinleri, Kyoto Protokolü..

Küreselleştirmeciler, insanlığın oluşturduğu uluslararası hukuk metinlerini; başta İHEB, BM ve DSÖ Anayasaları, ILO Sözleşmeleri, Avrupa Sosyal Konvansiyonu.. çığnıyorlar. Kendi eylemsel (*de facto*) hukuklarını (!?) dayatıyorlar.. Yaşamı hem kuralsızlaştırıyorlar, hem de kendi kurallarını dayatıyorlar.

Serbest Piyasa kutsanan bir fetiş.. Devlet, Ulus Devlet gece bekçisine indirgenecek, kamu hizmeti kaldırılarak **Çok Uluslu Şirketlere** ve onların yeni ortaklarına hemen tüm alanlar sınırsız açılacak.:

Her şey özelleştirilecek; ülke Pazar, Devlet tüccar olacak; yurttaşlar da Müşteri'liğe terfi edecekler.

- "Türkiye bu özelleştirme aldatmacası ile açıkça, kökü dışarıda bir ideolojinin tezgahladığı süreçler-le, yeni e m p e r y a l i z m i n kucağında, güçsüz ve zavallı bir ülke haline getirilmek istenmektedir. Bunun adı, yabancıların, boyunduruklarındaki

yerli işbirlikçilerle yürütecekleri 'yeni kapitülasyon'dur. Cumhuriyet döneminde tohumlanıp yetiştirilmiş yüce çınarlar böylece birer birer yok edilmiş olacaktır. Bu eylemlerde rol alanların Cumhuriyet'in yetiştirdiği kadrolardan gelmiş olmaları ise herhalde bu sürecin en hüzün verici yanı olarak anımsanacaktır." (Aybay A, Cumhuriyet, 17.06.03)

IMF, DB ve DTÖ'nden Yepyeni Küresel Hukuk Üretimi = Sermaye'nin Gerçek Yasaları :

DTÖ, Küreselleştirmenin anayasasını kendilerinin hazırladığını, çok uluslu şirketlerin neler ka-zandıklarının ayırda olmadıklarını vurgulamaktadır (Genel Sekreter R. Ruggerio, 1997) Üye devletler DTÖ hukukuna, üyelikle bağımlı kılınmaktadır. MAI anlaşmalarıyla şunlar bağlanmıştı :

- "Emeğin mal oluşunun düşürülmesi için her türlü sosyal güvenlik ve yardımın yanı sıra, örgütlenmesinin de önüne geçilmesi.."
- "Anlaşmayı imzalayan devletler, 5 yıl süre ile anlaşmadan çıkamayacak ve çıktuktan sonra da 15 yıl süre ile tüm anlaşma kurallarını uygulamak zorunda bırakılacaklardır.." Türkiye bağlanmıştır..

Yine YUP ile şu hegemonik küresel normlar konmuştur, Türkiye de imza ile yüküm almıştır :

Yönetimde *esneklik, yönetim, Sözleşmeli personel* çalıştırma, Pazara yönelik hizmet verme, Sağlık hizmeti alanların sosyal güvenceleri olsa bile ek para ödemeye zorlanması, Sağlık hizmeti dağılımını dengesizleştirme.. Örn. özel hastanelerin yarısından çoğunun İstanbul'da kurulması gibi.

DB, ünlü 1993 "World Development Report'unda şu dayatmayı öne sürmektedir :

- Kamu hizmeti dayanışma kökenlidir; bu yüzden kaldırılmalı, rekabet olmalıdır.
- **Sağlık** özel bir sorundur ve sağlık hizmeti özel bir metadır.

BM İnsansal Gelişim Raporu 2003 verileri çarpıcıdır : Türkiye gerile-til-meye devam etmektedir..

TR 2002'de 85. sıradaydı.. Kamu harcamaları azaltılıyor... *Devlet küçültülüyor, Türkiye Küreselleş-tiriliyor.. hızla, emperyalist siyasal çıkarlara bağlı kılınıyor. 175 ülke arasında 96. sıraya savruluyor..*

Bu sonuçta, çok geri olan sağlık düzeyi göstergelerinin ağırlıklı bir payı olduğu bizzat raporda vurgulanmaktadır (UN-HDR 2003 Raporu, www.hdr.org).

BM İnsan Hakları Komisyonu'nun 2001 Raporu da çok düşündürücüdür : IMF reçetelerini, 20 yıl-dan beri uygulayan ülkelerde toplumsal (sosyal) çöküş hızlanmış, kredi borçlarını ödeme pahasına, milyonlarca insanın ekonomik, sosyal ve kültürel hakları rafa kaldırılmış, Bu halklar, yoksulluğun

pençesine terk edilmiştir.

Prof. Stglitz'in ele geçirip yayınladığı ve ABD Hazine Bakanlığı'nca yalanlanamayan bir gizli belgedeki açıklamalar olağanüstü çarpıcı, dehşet verici niteliktedir :

" Satışlar çok güzeldi ve Yeltsin'in yeniden seçilmesi istendi. Bunun hileli bir seçim olup olmadığı ise o noktada hiç önemli değildi. İşin acı yanı, tüm bunların sonu, Rusya'nın endüstriyel varlıklarının ABD destekli Rus oligarşilerinin eline geçmesi oldu. Böylece Rusya'nın ulusal geliri yarı yarıya azaldı."

Sonuç :

Ekonomik iyileşmelerin kendiliğinden ve doğrudan sağlıkta da koşut gelişmeler doğuracağı yargısı-nın yanlışlığı son 30 yılda iyice netleşmiştir. Hele bu yansımanın orantılı olacağını savlamak iyice yersizdir. Nitekim, dünyanın *küresel* ekonomik göstergeleri anlamlı büyümeler göstermişken; sağlık düzeyi aynı oranlarda düzelmek bir yana, **sürgit krizlerle** karşı karşıyadır. Ancak şunun altını çizmek gerekir ki, 1970'ler başından bu yana yürürlüğe konan *Küreselleştirme (Emperyalizm) süreci* veya YDD, gelir dağılımındaki ve sağlıktaki

eşitsizlikleri alabildiğine derinleştirmiştir. Kuzey-Güney ayrış-ması çarpıcı boyutlardadır. Oysa kişi başına küresel yıllık gelir ortalama 5 000 Dolar dolayındadır ve bu rakam dengeli dağıldığında, tüm Dünyanın gönenci için yeterlidir. Yadsınan **sosyal devlet** olgusu, ülke içinde *eşitsizlikleri iyice artırmaktadır* 3. Binyıl için en çok gereksinim duyulanın, yukarıda vurgulanan sakıncaları giderecek **yepyeni bir felsefe ve değerler kümesi** olduğu düşünülmektedir. Gerçek anlamda uygarlaşmanın başkaca bir anahtarı olmayıp; ötesi -21.Yüzyılda Herkes için Sağlık He-defleri dahil- bir dizi yaldızlı, karmaşık önermeler demeti olma ve oyalamanın ötesine geçemeyecektir.

Neo-liberalizmin, 3. binyılın eşiğinde yeniden şahlanmış ile insanlığın çok uzun uğraşlarla elde ettiği sosyal haklar geriletilmemelidir. KüreselleşTİRİLen hastalıklar, sakatlıklar, erken ve önlenebilir ölümler değil; sağlık, sosyal güvence, barış, gönenc, kalkınma, paylaşım.. olmalıdır..

İnsanlık, 2. Binyılın son çeyreğinde, çok umut bağladığı, hatta bir anlamda “**Uluslararası Yemin**” olarak nitelediği “**2000 Yılında Herkese Sağlık**” ülküsünü gerçekleştiremeyerek umutlarını 3. Binyıl başlarına ertelemiştir. Artık yeni adıyla “*Uluslararası toplum*” olarak çağrılan dünyamız insanlığının kolektif öznesinin, Alma-Ata deneyiminin başarısızlığından gerekli dersleri çıkarması beklenmektedir. Bunun en belirgin göstergesi ise, **herkesin doğuştan kazandığı bir insanlık hakkı olan sağlıklı yaşamın** gerçekleşmesi için, gereken **vazgeçilmez devlet desteğinin** sağlık sistemine, ülkelerin farklı yapılarına göre şu ya da bu biçimde ama mutlaka verilmesi olacaktır. Ters durumda; uzayda, biyo-teknolojide, elektronikte, bilişimde, genetikte... nerdeyse tansıklar (mucizeler) yaratan ve yaratacak olan insanlık; anlaşılma ve hak etmediği biçimde sağlıksız yaşamayı *-eğer uğursuz bir pandemi benzeri terslik olmazsa-* onulmaz derinlikteki çelişkisiyle bütünleşmiş olarak devam edecektir.

Bu olgu, uygarlık tarihi bakımından da neden ve niçinleri ile derin bir merak ve araştırma konusu olsa gerektir. “*İnsan odaklı olmayan, felsefesiz kalmış, dolayısıyla yozlaşmış ve kazanç hırsı bukağısı ile özüne yabancılaşmış; son çözümlemede aslında küresel makro ekonomik ölçekte asla verimli de olmayan anlaşılma bir histeri..*” tanımlamaları, böylesi bir yapı ve işleyiş için korkarız er ya da geç kullanılacaktır. Ağustos 2003’te İstanbul Uluslararası Küreselleşme Kongresi’nde vurgulandığı üzere :

- **Küreselleşme**, insanlığın binlerce yıllık uygarlık birikiminin yüzyüze geldiği, tüm zamanların en ciddi tehdididir..
- Liberalizmin babası A. Smith’in buyurduğu üzere, sözde yeni-liberallerin de “biatı” gereken gerçek; “Sağlık hizmetleri, serbest piyasaya bırakılamayacak denli önemli, kritik bir alandır.

Küreselleşme, özelleştirme süreçleri dayatsa da, Sağlık ve sosyal güvenlik kamusal bir alan olarak korunmalıdır, korunmak zorundadır. TSH, insanlığın erinç ve gönencinin en temel güvencesidir.

TSH ayrıca Cumhuriyet^’in esenliği ve geleceği bakımından da stratejik bir önem ve öncelik taşımaktadır. **Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK**’ün aşağıda çok büyük bir isabet ve öngörüyle vurguladığı gibi :

- “ **Kendine devrimin ve devrimciliğın çeşitli ve yaşamsal görevler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde dikkatle durulacak ulusal sorunumuzdur.**”

DÜNYA'DA TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ EKOLÜNÜN GELİŞİMİ VE GÜNÜMÜZDEKİ DURUMU

Prof Dr Recep Akdur

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Öğretim Üyesi

Sağlık hizmetlerinin geçmişinin, insanlığın var oluşu ile birlikte başladığı söylenir. İlk hekimin, Mısır Firavunu Djoser'in hekimliğini de yapmış olan, İmhotep (2718-2600) olduğu ve bir meslek olarak hekimliğin onunla başladığı kabul edilir. Temel Sağlık Hizmetleri kavramının uluslararası kabul görmesi ise çok yeni, yani İS 1978 yılında Alma Ata Konferansı iledir.

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kavram ve anlayışının / ekolünün gelişmesinde; 1) bilimsel gelişim, 2) insan hakları ve sosyal devlet anlayışındaki gelişim, 3) sanayileşme / kentleşme ve 4) halk sağlığı / toplum hekimliğindeki gelişim belirleyici dinamiklerdir.

TSH ekolünün oluşmasını hazırlayan tüm dinamiklerin esas belirleyicisi bilimsel gelişmedir. Bu dinamiğe özellikle tıp bilimi bağlamında bakıldığında; bilimsellik yoluna ilk girişin İmhotep ile olduğu kabul edilir. Daha sonra; Hipokrat (İÖ 460-377), Bergamalı Galen (İS 130-201), William Harvey (İS 1578-1657), Bernardino Ramazzini (1633-1715), Charles Darwin (1809-1882), Louis Pastör (1822-1895), Alexander Fleming (1881-1955) bu yoldaki önemli kilometre taşlarını ya da dönemeçleri oluşturmuştur. Burada başlıcaları anılan bilim insanlarının çaba ve katkıları ile her türlü bilim dışı kirliliklerinden arındırılarak günümüzdeki niteliğine kavuşmuştur.

Kavram ve bu anlamdaki hareketlerin tarihinin çok daha eskilere dayanmasına karşın, insan hakları hareketinin 1215 Magna Carta Libertatum ile yolculuğuna başladığı kabul edilir. 1514 Tübingen Antlaşması, 1689 İnsan Hakları Bildirgesi (Bill of Right) 1776 Virjinya Haklar Bildirgesi gibi önemli kazanımlarla yoluna devam eden insan hakları hareketi 1789 Fransız Devrimi ile birinci evresini tamamlamış ve "köle / ümmet" insandan "özgür vatandaş" çıkarmıştır.

İnsan hakları hareketinin yolculuğuna başından beri eşlik eden bir başka kavram ya da hareket daha vardır ki; o da sosyal devlet kavramı / hareketidir. Sir Thomas More'un (1477-1535) yazdığı Ütopya adlı kitap ile, günümüzdeki anlam ve boyutuna bürünen bu hareket, insan hakları hareketini de kavrayan / içeren bir nitelik kazanmıştır. Bunun bir sonucu olarak 1789 Fransız devrimi ile başlayan ve 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile sonuçlanan insan hakları hareketinin ikinci evresi tamamen sosyal adalet, sosyal refah ve sosyal güvenlik gibi kavram ve hakların mücadelesi ile geçmiştir. Hareketin etkileyebildiği tüm devletlerde bir nitelik değişimi yaşanmış ve bunlar "sosyal devlet" niteliğine kavuşmuştur. İnsan haklarının 1948'den günümüze sürüp giden üçüncü evresinin temel alanı ise; kürenin korunması, küresel eşitlik ve uluslararası dayanışmadır.

Genelde halk sağlığı özelde ise TSH ekolünün oluşmasında, sanayileşme / kentleşmenin özel bir yeri vardır. Bu nedenle de bazı yazarlar tıp ve sağlık hizmetlerini a) sanayileşme öncesi b) sanayileşme süreci ve c) sanayileşme sonrası olarak üç dönemde incelerler. Bu bağlamda, 1776'da James Watt'ın buhar motorunu bularak üretimde kullanılmaya başlamasından sonra, 1800-1900 yılları arasında hızlı bir sanayileşme ve kentleşme yaşanmaya başlanmıştır. Bunun bir sonucu olarak; kentlerde sefalet içinde yaşayan kitlelerdeki toplu ölümler ve epidemiler / pandemiler bu dönemin sağlık açısından temel karakteristiğini oluşturmuştur. 1831- 1832 büyük kolera epidemisi, 1854-1856 Kırım savaşında ölen binlerce askerin %70'inin tifo, tifüs ve koleradan, 1897 Osmanlı Yunan Savaşı'ndaki 40 bin asker ölümünden, 28 bininin bulaşıcı hastalıktan meydana gelmesi bu tablonun tipik örneklerindedir.

TSH ekolünün oluşmasını hazırlayan dinamiklerden dördüncüsü, özgün olanı, birbirinden ayırt edilesi zor olanı, halk sağlığı / toplum hekimliği hareketinin gelişimidir. Bu hareketin başlangıcı da daha eskilere götürülebilir ise de, belirgin olarak başladığı yıllar 1800'lü yıllar, yani hızlı sanayileşme / kentleşmenin ve kitlesel ölümlerin yaşandığı yıllardır. Bu tablonun bir sonucu olarak; Almanya'da Dr Peter Frank (1748-1841), İngiltere'de Avukat Edwin Chadwick (1800-1890), Fransa'da Jules Rene Guerin (1801-1886) tarafından başlatılan halk sağlığı /

toplum hekimliği hareketi Daha sonra John Simon, Rudolf Virchow gibi bilim adamlarınca da daha da genişletildi. Özellikle Rudolph Virchow'un 1848'de yazdığı Hekimlikte Reform (Medizinische Reforma) konuyu derli toplu olarak ele alan ilk eser oldu.

1913 yılında, Harward'dan Milton Joseph Rosenau'nun yazdığı Preventive Medicine and Higiene bu alandaki temel kaynaklardan biri haline geldi, 1923 yılında yine Harward'dan Dr. Francis Weld Peabody (1881-1927) hekimlerin insanı bir kulak, akciğer ve uterus olarak görmesine yani aşırı uzmanlaşmasına karşı çıkararak bütüncül (holistik) yaklaşımı ve genel pratisyenliği gündeme getirdi.

İngiltere'de, 1946 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanın tamamen genel bütçeden karşılanması uygulamasına geçildi ve 1948 yılında Birinci Halk Sağlığı Kanunu çıkarıldı. Amerika'da, dünyada ilk kez, sosyal hekimlik profesörlüğüne atanan Dr. John A. Ryle 1948 yılında "sosyal tıp" adlı kitabını yazdı. 1950 yılı tüm dünyada hekimlik anlayışının değişimi için dönüm noktası oldu. Yine ABD'de 1960 yılında Kentucy Tıp Fakültesinde, ilk "Toplum Hekimliği" kürsüsünü kurdu ve 1965 yılında İngiltere'de 1966 yılında ise ABD'de "genel pratisyenlik" uygulamasına geçildi. Nihayet 1978 yılında Alma Ata Konferansında genel pratisyenlik ve TSH kavramı tüm dünyaca kabul edilen bir kavram ve anlayış haline geldi.

Tüm bu gelişmeler toplu olarak gözden geçirildiğinde, genelde halk sağlığının / toplum hekimliğinin özelde ise TSH'nin 1800-1900 arasındaki yıllarda gelişmesini tamamladığını, 1900-1970 yılları arasında altın yıllarını yaşadığını, 1970 yılından sonra ise duraklama / gerileme evresine girdiği söylenebilir.

1970'li yıllara gelindiğinde, gelişmiş ülkelerde bir yandan geleneksel çevre sorunları (su gıda, konut hijyeni, atıklar vb) çözülmüş, öte yandan toplumların gönenç düzeyi yükselerek beslenme sorunları azalmıştır. Meslek ve iş kazaları toplumda infial yaratmayacak düzeylere düşmüştür. Bu durum halk sağlığına / TSH'ne olan ilgiyi azaltmıştır. Gelişen neoliberal akım bu ortamı çok iyi değerlendirerek, genelde sosyal devlete özelde ise TSH'ne karşı ideolojik bir saldırıya geçmiştir. Bu saldırıda kullanılan temel gerekçeler / bahanelerin başlıcaları; TSH'nin, devlete ağır yük getirmesi, merkeziyetçi olması, rekabete / performansa dayalı rekabete kapalı olması, personelde motivasyon sağlayamaması, hekim ve kurum seçme hakkını engellemesi, kaliteyi düşürmesi, hizmet alanların da verenlerinde memnun olmaması, kurum olarak birinci basamağın kişi olarak pratisyen hekimin kredi kaybetmesi, sevk sisteminin işlememesi şeklinde sıralanabilir. Bu gerekçelerden / usa vurmaldan yola çıkılarak sağlık hizmetlerinde "reform" yapılarak sektör TSH anlayış ve yapısından uzaklaştırmak istemektedir. Bu durum bir yandan tüm dünya'da TSH'ni savunmada / zor durumda bırakırken öte yandan da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan milyonlarca insanın bu tür etkili ve ekonomik hizmetlerden yararlanmasına engel olmaktadır. Bundan daha da kötüsü geleneksel çevre sorunları, beslenme yetersizliği ve meslek hastalıkları, iş ve ev kazalarının hala önemini koruduğu gelişmekte olan ülkelerde TSH kolayca üstesinden gelebileceği nedenlerden dolayı binlerce can kaybedilmektedir.

EĞİTİM-ARAŞTIRMA BÖLGELERİ UYGULAMALARININ BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİ ANLAYIŞININ GELİŞİMİNE KATKISI

Prof Dr Gazanfer Aksakoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Başkanı

(Örneklerin sunulduğu slaydlarla desteklenecektir)

Sağlık eğitim-araştırma bölgeleri (EAB); birincil sağlık hizmeti anlayışının gelişimi açısından sayılamayacak denli çok ve büyük boyutlu yararlar sağlamıştır.

Sağlık hizmetinin planlanmasında ve sunulmasında üç temel kurumun işbirliği ve ortak çalışmasına gerek vardır:

- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar (Sağlık Bakanlığı, SSK, vb.)
- Sağlıkçıyı yetiştirmekle yükümlü kuruluşlar (Akademi)
- Sağlıkçıyı çalıştırmakla görevli kuruluşlar (Meslek kuruluşları: TTB, THD, vb.)

Üç kurumun sunduğu hizmeti alan ve aynı zamanda denetlemekle yükümlü olan tek bir kurum vardır:

- Toplum.

Sayılan kurumların EAB'nden sağladığı yararların bir kısmı aşağıda özetlenmiştir.

Sağlık hizmeti sunucusu:

Kuramsal bilgi edinilmesi : Toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi yöntemleri, gereksinmeye yönelik hizmet sunumu, sağlık örgütlenmesi, teknik gelişmeler... konularında akademik kuruluşlardan kuramsal bilgi edinir.

Veri çözümlenmesi ve yorumunun öğrenilmesi : Alanda düzenli ve sürekli veri toplanması, toplanan verinin çözümlenmesi, elde edilen sonuçların hizmete yansıtılması... öğrenilir.

Hizmet düzeyinin geliştirilmesi : Öğrenilenler ve birlikte hizmet sunumu sonucu hizmet düzeyinin geliştirilmesi sağlanır.

Yetiştiren kuruluşlar:

EAB'nden sağlanan yararlar salt öğrencilere yönelik değildir. Toplumsal koşulların ve hizmet niteliğinin irdelenmesiyle en üst düzeydeki akademik elemanlar da en az öğrenciler denli yararlanır.

Toplumun tanınması : Demografik yapı, yaşam biçimi, toplumsal göstergeler, var olan sağlık sorunları... algılanır. (Örnek: Çubuk'ta nüfusun saptanması sırasında belirlenen çocuk gebelikleri)

Sağlık kavramının tanınması : Toplumun sağlık algısı, sağlığı etkileyen toplumsal koşullar ve etmenler, iyilik ve hastalık değerlerinin öğrenilmesi, toplumun sağlık hizmetinden yararlanması ve katkısı... algılanır. (Slayd: Van'da Anne Ölümü: Multigravida, antenatal bakım almama, preklampsi/eklampsi, prematürite; Narlıdere'de cenaze masrafı olmaması için bahçeye gömülen bebekler)

Sağlık kurumlarının tanınması : Akademik çevrelerce bilinmeyen hizmet düzeyi ve koşulları, var olan ve olmayan olanaklar... tanınır. (Örnek: Altındağ Doğumevi'nde pnömni ve enteritin öğrenilmesi; Etimesgut'ta kırsal alanda yabancı cisim sorununun tanınması)

İletişim ve paylaşımın öğrenilmesi : Akademik çevreler yabancı oldukları toplum katmanları (kırsal alan yaşayanları, bürokratlar...) ile iletişim kurmayı ve birlikte çalışmayı öğrenirler.

Öğretim elemanlarının eğitimi : Toplumla ve hizmet birimleri ile birlikte çalışılması sonucu öğrenilen koşullarla akademik davranış değişimi sağlanır. (Örnek: Etimesgut'ta Sağlık Evi ebесinin Sifilis'li genç erişkin erkeği sağaltıma ve evlenmemeye ikna etmesi)

Öğrenici eğitimi : Sayılanların tümü. (Slayd: Kesim evinde kist hidatik ile tanışan internler)

Çalıştırmakla ödevli kuruluşlar:

Meslek kuruluşlarından oluşur. Henüz sistemde almaları gereken yeri ve işlevi almış değillerdir. Demokrasi eksikliği gibi, sistemin temel açıklarındandır.

Toplum:

Sağlık sorunlarının doğru saptanması : Gizli kalan sağlık sorunlarının ortaya çıkması sağlanır. (Örnek: Güzelbahçe'de endemik guatr, nedenleri, kretenizm)

Gerekli çözümlerin bulunması : Sorunların doğru saptanması, doğru çözümler bulunmasına olanak verir. (Örnek: Çubuk'ta ebelerin RIA uygulamasında eğitilmesi ve Sağlık Bakanlığı'na görevlendirilmesi)

Sağlık düzeyinin iyileştirilmesi : Tüm etkinliklerin ortak sonucu. (Örnek: Etimesgut'ta bebek ölümlerinde ve toplam doğurganlıkta azalma; Narlıdere'de yaşam süresinin uzaması; Narlıdere'de bağışıklama hızlarındaki artış)

Toplumun elde ettiği yararlar olmasına karşın, ülkede demokrasi anlayışı konusundaki eksikler ve yanlışlar ve toplumun hizmete gerçek katkısı olan toplumsal denetimin oluşmaması nedeniyle yetersizdir. Demokrasi toplumun hizmeti edilgen olarak aldığı bir işleyiş değildir. Toplumun hizmeti kendi karar ve hizmet organlarıyla üretmesi gerekir.

ÇÖZÜM :

I.
Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar,
sağlıkçıyı yetiştirmekle yükümlü kuruluşlar,
sağlıkçıyı çalıştırmakla görevli kuruluşlar,

arasında tam işbirliği sağlanması.

II.
Toplumsal denetim işleyişine ulaşacak demokratik yapılanmanın oluşturulması.

TÜRKİYE VE AVRUPADA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Uz. Dr. Oya Özdemir, Uz. Dr. Esin Ocaktan, Prof. Dr. Recep Akdur

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Avrupa ülkelerindeki birinci basamak (BB) sağlık örgütlenmesi ve işleyişi ile Türkiye'nin bu alandaki değişim çabalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Türkiye'de BB sağlık örgütlenmesinde yapılan ve yapılmakta olan değişimlerin planlayıcı ve uygulayıcılarınca referans olarak gösterilen Avrupa ülkelerindeki mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılanması ve işleyişini net olarak ortaya koyabilmek için, bu alanda yayınlanmış literatürler ve ülke raporları incelenmiştir.

Bulgular: Türkiye'de BB sağlık hizmeti sunanlar da, hizmet alımı için başvuranlar da genel olarak memnuniyetsizdir. Toplumda kendilerine atfedilmiş olan değer, uzmanlaşmaya özendirme politikaları, motivasyon eksikliği, düşük ücretle çalışma durumu, sağlık ocaklarının olumsuz fizik koşulları gibi faktörler BB doktorlarının; bekleme süresi uzunluğu, yeterli ilgi ve iletişimin yokluğu gibi faktörler de başvuranların memnuniyetsizlik nedenlerinden bazılarıdır. Zaten mevcut olan 224 sayılı yasanın iyi işletilmesi ile aşılabilecek sağlık sektörünün pek çok sorununun giderilmesi için ise, Sağlık Bakanlığı son 20 yıldır sürekli reform arayışı içindedir. Son dönemde başlatılan bazı uygulamalar ile bazı reformların gerçekleştirilmeye başlandığı görülmektedir. Bu süreç yaşanırken yapılan ve düşünülen reformların referans noktası olarak Avrupa ülkeleri gösterilmektedir. Oysa, sağlık sektöründeki pek çok bileşen, hemen hemen her Avrupa ülkesinde farklı yapılanmıştır. Örneğin, Avrupa ülkelerinin bir kısmında sevk sistemi işlerken, bir kısmında ise doğrudan uzman doktora başvurmak mümkündür. BB Sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek kişilerin belirlenmesinde, kimi Avrupa ülkelerinde halen Türkiye'de olduğu gibi kişilerin ikamet ettikleri bölge belirleyici iken, kimi ülkelerde ise aile veya kişisel liste dikkate alınmaktadır. Finansman yönünden bakıldığında, Avrupa ülkelerinin bir kısmında sağlık hizmetlerinin genel bütçeden karşılandığı, büyük çoğunluğunda ise ülke içinde farklı sigortalama türlerinin mevcut olduğu görülmektedir. Doktorların ücretlendirilmesi konusunda da farklılıklar göze çarpmaktadır. Bir kısım ülkede genel bütçeden maaş sistemi ile ücretlendirme yapılırken, bir kısım ülkede de kişi veya hizmet başına ödeme sistemi uygulanmaktadır.

Tartışma: Avrupa ülkeleri sanıldığı ya da gösterilmeye çalışıldığı gibi, genelde sağlık politikaları özelde de sağlık örgütlenmesi, finansmanı ve insan gücü açısından zaten kendi içinde farklılıklara sahiptir. Genel pratisyenlik/aile hekimliği açısından ise ülkelerin büyük çoğunluğu Türkiye'nin halihazırda sahip olduğu pratisyen hekim ve koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı bir yapıya sahiptir. Buna karşılık, Türkiye'de son dönemde reform adı altındaki bazı uygulamalar ve bu uygulamaların sonucunda koruyucu sağlık hizmetlerinin aldığı konum, gelecek için iyi çağrışımlar yapmaktan uzaktır. Salt misyon nedeni ile örgütlenmenin toptan değiştirilmesi, 224 sayılı yasanın işletilmemesi sonucu şu an var olan sorunların daha da karmaşıklaşmasına, yeni finans sorunlarının yaşanmasına ve sözleşmeli çalışma-performans değerlendirmeleri gibi uygulamaların sağlık hizmeti sunumu amacının saptırılmasına yol açmaktadır. Türkiye'de var olan sosyalleştirilmiş hizmetlerin desteklenmesi daha verimli, ekonomik ve kolay olacaktır.

ABİDİNPAŞA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN HASTA HAKLARI KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI

Uz. Dr. Esin Ocaktan, Öğr. Gör. Dr. Ayşe Yıldız, Uz. Dr. Oya Özdemir

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve hasta memnuniyetinde tartışılmaz bir öneme sahip olan hasta hakları konusu son yıllarda çeşitli platformlarda tartışılan ve önemsenen bir konu olmuş, çoğu sağlık kuruluşunda hasta haklarını gözeten bir yönetim anlayışı benimsenmiştir. Bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, 2003 yılı Mayıs ayında Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan toplam 175 sağlık personeline yürütülmüş kesitsel tipte bir araştırmadır. Sağlık personeline bazı sosyodemografik bilgiler, hasta hakları, sağlık çalışanlarının hakları, medyanın sağlık konusunda tutumu gibi konuları içeren bir anket formu uygulanmış, araştırmaya 157 kişi katılmıştır (katılım oranı %89.7). İstatistiksel değerlendirmede Student t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 33.10 ± 5.01 (min:24-max:50) olup, %82.8'i kadın, %27.2'si erkektir. Meslek dağılımına bakıldığında, %45.2'sini hekimler, %54.8'ini hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Hasta hakları konusunda bilgisini yeterli bulanlar %63.5, hasta hakları konusunda sorun yaşayanlar %65.6, hastalarından, kendisi hakkında şikayet alanların oranı ise %40.8 olarak saptanmıştır. Hasta hakları ile tutum örnekleri skorlanarak çeşitli sosyodemografik değişkenler, çalışma süresi, çalışma koşulları, kendisinde veya yakınlarında kronik hastalık varlığı, meslekten memnuniyet, hasta hakları konusunda bilginin yeterli hissedilmesi, bir sağlık kurumunda bu anlamda bir sıkıntı yaşama veya kendisine yönelik şikayet alma yönünden istatistiksel olarak karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır. Verilen tutum örnekleri içinde en çok kabul edilenler (%100) mahremiyetin korunması ve hastanın uygulanan tedavinin alternatifleri konusunda bilgilendirilmesinin gerekliliğidir. Sağlık çalışanlarının hakları kapsamında, çalışma koşulları ile ücretlendirmenin düzenlenmesi gerektiğini dile getirenlerin oranı %89.8'dir. Medyanın sağlık konusunda tutumunu çalışma grubunun %82.1'i olumsuz olarak değerlendirmektedir.

Tartışma: Araştırma sonucunda, Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları genellikle olumlu olarak değerlendirilmiş, birinci basamakta çalışan sağlık personelinin, bu konuda duyarlı olduğu düşünülmüştür. Ancak sağlık personelinin %36.5'u, hasta hakları konusunda bilgisinin yetersiz olduğunu ve bu konuda yürütülecek eğitim programlarına gereksinim olduğunu bildirmektedir. Sağlık çalışanlarının hakları ile medyanın sağlık konusunda tutumu yönünden, kırgın ve toplumda kendine atfedilen değeri yetersiz bulan, mesleğinden memnuniyetsiz bir sağlık personeli profili ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmak için konuya ilişkin eğitim programları düzenlenmesi, sağlık kurumlarının yönetim anlayışının hasta haklarını gözetmesi ve sağlık çalışanlarının daha kaliteli hizmet verebilmesi için kendi gereksinimlerinin de göz önüne alınması önerilmektedir.

**NARLIDERE EĞİTİM ARAŞTIRMA VE SAĞLIK BÖLGESİ SAĞLIK
OCAKLARINDA YÖNEYLEM ARAŞTIRMASI (1999-2002)**

*Bülent Kılıç**, *Türkan Günay**, *Belgin Ünal**, *Pembe Keskinoglu***, *Serap K.Konakçı***,
*Serpil Koç***, *Sibel Kıran***, *Murat Civaner***, *A.Can Bilgin***, *Banu Ulusel***, *Yücel Demiral**

*Y.Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Doktora Öğrencisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Sağlık ocaklarında (SO) durum saptama çalışması yapmak ve çözümler geliştirebilmek bir sağlık bölgesinde yönetimin en önemli basamaklarından.

Amaç: Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge (EASB) Başkanlığı'na bağlı SO'ların sundukları hizmetlerin saptanması ve eksikliklere müdahale edilmesidir.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında 1998 yılında imzalanan protokole bağlı olarak Haziran 1999 tarihinde bir durum saptama çalışması gerçekleştirilmiş ve daha sonra her yıl bu çalışma yinelenerek 2002 yılına kadar 4 kez tekrarlanmıştır. Araştırma bölgedeki sorunları saptama, strateji geliştirme, uygulama (müdahale etme) süreçlerini de içeren bir "yöneylem araştırması"dır (operations research). Araştırmanın evreni, Narlıdere EASB Başkanlığı içinde yer alan 18 SO'dır. Veriler standart bir envanter formu yardımıyla, SO'da personelle yüz yüze görüşme ve kayıtları inceleme yoluyla toplanmıştır.

Bulgular: Narlıdere EAS Bölgesi'nde 1999 yılında herhangi bir ebe tarafından izlenmeyen bölgesi ya da mahallesi olan SO sayısı 5 (%29) iken 2002 yılında ebisi olmayan bölge kalmamıştır. Yıllara göre yapılan karşılaştırma sonuçları ise şöyledir: Yıllık SO çalışma raporu olan kurum oranı %29'dan %94'e; bölge haritası olan SO oranı %41'den %94'e; ölüm ve doğum defteri kullanma oranı %29'dan %89'a; RİA takma oranı %65'ten %88'e; 016 nolu form kullanımı %65'ten %89'a, penisilin yapan SO oranı ise %41'den %72'ye çıkmıştır. En az artış oranları BCG aşısı (%59'dan %61'e) ve Kişisel Sağlık Fişi kullanımında olmuştur (%12'den %22'ye).

Mikroskopu olmayan 2 SO'na da mikroskop sağlanmıştır.

Tartışma: Bir çok hizmet 3 yıl içinde ilerlerken Kişisel Sağlık Fişi kullanımının artırılamaması ilgili kartların eksikliğine (bastırılmaması veya alınmaması) bağlanmıştır. Kart sağlandığı takdirde kullanım oranı çok daha fazla artırılabilir. BCG aşısı yapan SO oranının artırılamaması eğitime gönderilecek uygun personelin bulunamaması nedeniyledir. Çalışma raporu hazırlama, formların kullanımı vb konularda ise özel eğitimler yapılmıştır.

Sonuç: Düzenli olarak yapılan durum saptama çalışmaları ve müdahaleler ile bölge yönetiminde yıllık çalışma planları ve hedefleri düzenli ve gerçekçi olarak belirlenmiş ve sağlık ocağı hizmetlerindeki bir çok eksiklik bu sayede giderilebilmiştir.

MANİSA'DA ÇALIŞAN EBELERİN İŞ GÜÇLÜKLERİ

Leyla Seyhan¹, Yeter Baydur¹, Banu Deveci¹, Hakan Baydur²

¹ Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

² CBÜ Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışmanın amacı Manisa ilinde görev yapan ebelerin karşılaştıkları iş güçlüklerini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma 2003 yılı Nisan ayında Manisa ilinde çalışan ebeler üzerinde yapılmış tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Araştırma tarihinde Manisa'da çalışan ebe evreni 860 kişidir. Araştırma posta yoluyla uygulanmış ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya 538 ebe katılmış ve katılım oranı %61.6 olarak belirlenmiştir. Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu temel sosyodemografik değişkenler ve karşılaşılan iş güçlüklerinden oluşmaktadır. İş güçlükleri yanıtlayıcılara açık uçlu olarak sorulmuş ve yanıtlamaları istenmiştir. Elde edilen bulgular tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan ebelerin %62.3'ü birinci basamak, %37.7'si ikinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapmaktadır. Ebelerin kurum düzeyinde çalışma alanları dağılımı incelendiğinde %49.8'inin sağlık ocağında, %20.3'ünün devlet hastanesinde, %6.3'ünün sağlık evinde, %5.8'inin SSK hastanesinde ve %4.5'inin doğum evinde çalıştığı belirlenmiştir. İş deneyim süresi, ildeki deneyim süresi ve halen çalıştıkları kurumdaki deneyim süresi ortalaması sırasıyla 12.6±6.1 yıl, 8.2±5.6 yıl ve 5.6±4.6 yıldır. Araştırmaya katılan ebelerin eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde %1.9'unun lisans, %54.5'inin ön lisans, %43.1'inin meslek lisesi ve %0.4'ünün sağlık okulu mezunu olduğu bulunmuştur. Ebelik mesleğinin hangi düzeyde eğitim alması gerektiği sorulduğunda katılımcıların %76.6'sı lisans, %13.0'ü ön lisans ve %9.3'ü meslek lisesi düzeyinde olması gerektiğini belirtmiştir. Halen yürüttükleri mesleği kendilerinin tercih ettiğini belirtenlerinin oranı %65.1'dir.

Ebelerin çalışma yaşantılarında karşılaştıkları iş güçlükleri incelendiğinde ilk sırada belirtilen iş güçlüğü %30.7 ile sahada karşılaşılan güçlüklerdir. Bunlar hasta/halkla olan iletişim sorunları, haneye ulaşamamak, halkın ilgisizliği, duyarsızlığı, eğitimsizliği ve olumsuz bakış açıları içeren bileşenlerden oluşmaktadır. İkinci sırada %24.0 ile bina, araç-gereç ve ulaşım olanaklarının yetersizliği yer almaktadır. Üçüncü sırada yer alan güçlük ise %16.4'lük bir pay ile can güvenliği ile ilgili sorunlardan oluşmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin ilk üç sırada belirttikleri iş güçlükleri %37.3 ile sahada karşılaşılan güçlükler, %32.8 ile bina, araç-gereç ve ulaşım olanaklarının yetersizliği ve %23.3 ile can güvenliği ilgili sorunlardır. İkinci basamak hizmetlerde çalışan ebelerin ilk üç sırada yer alan iş güçlükleri ise nöbetler (%19.7), hasta ve hasta yakınları ile olan sorunlar (%19.7) ve ücret, özlük hakları ve sosyal olanaklar ile ilgili sorunlardan (%15.3) oluşmaktadır.

Sonuç: Ebelerin karşılaştıkları iş güçlükleri çalışma alanları ve yaptıkları işe göre farklılaşmaktadır. Bu çalışma ile ebelerin çalışma yaşamında karşılaştıkları temel iş güçlükleri belirlenmiş; iş güçlüklerinin dağılımına ve çözümüne yönelik önemli ipuçları elde edilmiştir.

BİR HİZMET VE DESTEK BİRİMİ OLARAK AÇSAP: KEMALPAŞA DENEYİMİ

ÖĞÜZ Tevfik*, EMEK Mestan*, GÜNAY İlker**

* Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı, ** Kemalpaşa AÇSAP Merkezi

Amaç: Birinci basamak sağlık organizasyonu; koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve idari hizmetlerin iç içe geçtiği bir çalışma düzenindedir. Bu yapılanma içinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri gerek görev tanımları ve gerekse üstlendikleri işlevler açısından ilden ile farklılıklar gösterebilmektedir. Sağlık sisteminde yeri tartışmalı olan AÇSAP Merkezleri, belirli açılardan uygulamada avantajlar da sağlayabilmektedir. Kemalpaşa ilçesinde bulunan AÇSAP Merkezi için, yerel sorunlara yönelik çözümler üretme konusunda Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) ile bir çalışma modeli oluşturulmuş ve bu işbirliğinden olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Yöntem: Kemalpaşa SGB-AÇSAP Merkezi tarafından oluşturulan "hizmet sunum stratejisi geliştirme ve uygulama çizelgesi" aşağıda yer almaktadır. Ana çocuk sağlığı kapsamına giren bir konuda izlenen yol; veri toplama, sorun saptama, çözüm üretme, rutin uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır.

Veri toplama, genelde varolan rutin verilerin değerlendirilmesi ile sağlanmaktadır. Ancak bu yolla ulaşılamayan veriler söz konusu ise, uygun biçimde düzenlenmiş bir araştırma ile veri toplanmaktadır. Örneğin anemi taraması ve tedavisi konusunda 1998'de başlatılan bir uygulamada anemi durumunu saptamak amacıyla aylık bildirimlerden yararlanıldı. Buna karşılık bebek dostu çalışmaları başlamadan önce emzirme durumu konusunda toplanması gereken veri bir araştırmayla elde edildi.

İkinci aşama olan sorun saptama evresinde sorunun niteliği ve boyutları ortaya konulmaktadır. Bu amaçla ilçedeki kurumlarla iletişim ve etkileşim etkin biçimde sağlanmaktadır. Kurum ziyaretleri, rutin toplantılar ya da eğitimler ve çalışma toplantıları gibi konuya özel etkinlikler bu amaçla kullanılmaktadır. Kemalpaşa AÇSAP Merkezi'nin küçük de olsa bir bölgesinin olması ve ilçede hastane olmaması, bu konuda avantaj sağlamaktadır. Bölgede sık görülen bronşiyolit ve astım hastalarını akut atak sırasında tedavi amacıyla nebulizörle beta agonist uygulanmaktadır. Bu uygulama önce AÇSAP Merkezi'nde başlatılmış, ardından ilçedeki birçok kurumda kullanılmaya başlanmıştır.

Çözüm üretme aşaması, katılımın yoğun olarak sağlanmaya çalışıldığı bir süreçtir. Bu yöntem, kalıcı çözümler üretmenin garantisidir. Kaynak tarama, beyin fırtınası, uzman görüşüne başvurma gibi yöntemlerle ve bölge sağlık çalışanlarının katılımıyla çözüm seçenekleri bulunmaktadır. Bölgede bugün tüm kurumlarda uygulanan gestasyonel diyabet taraması, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ile yapılan bir ortak çalışma sonrası ilçenin gündemine girmiştir. Belirli konularda çalışma grupları oluşturulmakta, bu gruplardaki sağlık çalışanlarına yüksek düzeyde inisiyatif verilmektedir. Anemiyi önleme çalışmalarında, 1998 yılında ilçedeki sağlık çalışanları tarafından geliştirilen bir akış çizelgesi kullanılmaktadır.

Oluşturulan çözümlerin rutin uygulamaya geçirilmesinde yine AÇSAP Merkezi'nin önemli katkıları olmaktadır. Yeni uygulamalar genellikle AÇSAP Merkezi'nde ya da AÇSAP Merkezi'nin de aralarında yer aldığı kurumlarda başlatılmaktadır. Çözümlerin hizmet uygulamalarına dönüşmesi sırasında gereken hizmet içi eğitim konusunda da AÇSAP Merkezi'nin önemli katkıları olmaktadır. Bebek Dostu Kurum çalışmalarının ön hazırlıkları AÇSAP Merkezi'nde başlatılmış, eğitim materyali ve eğitim programının hazırlanmasında da AÇSAP Merkezi'nin önemli katkıları olmuştur. Uygulamanın yaygınlaştırılması ve yaygın uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi, sürecin son basamağını oluşturmaktadır. Bu aşamada yine rutin verilerden ya da araştırma sonuçlarından yararlanılarak yaygınlaştırma yöntemi ve yaygın uygulama için gereken düzenlemeler belirlenmektedir. Kurumlardan elde edilen geribildirimler de bu aşamada değerlendirilmektedir.

Tartışma: Modelin işlerliği ve üretkenliğine katkı sağlayan önemli unsurlar; katılımçılık, açıklık, duyarlılık, motivasyon ve destek olarak sıralanabilir. Sağlık Grup Başkanlığı geleneksel yönetici işlevlerinin yanı sıra hizmet üretimine katılmış, karar verme mekanizmalarına kurumların katılımını sağlamıştır.

Sonuç olarak AÇSAP Merkezleri konumları ve işlevleri tartışılan kurumlar olmakla birlikte, bölgesel gereksinimler ve olanaklar göz önüne alınarak gerçekleştirilen uygulamalarla yüksek verimlilikle temel sağlık hizmetlerine katkı sağlayan kurumlara dönüşebilmektedir. Bu amaçla bölgeye uygun stratejiler geliştirilmeli, uygun planlama ve organizasyonlar gerçekleştirilmelidir.

MANİSA İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANANLARIN ALDIKLARI HİZMETTEN MEMNUNİYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Semra AY **Nurgül GÜNGÖR ***Ferda ÖZBAŞARAN

*Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Öğr.Gör.
**Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Arş.Gör.
***Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, Doç.Dr.

Giriş: Sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde, hasta memnuniyeti önemli faktörlerden biridir.

Amaç: Araştırma, Manisa il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlananların aldıkları hizmetten memnuniyetin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç Ve Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir. Manisa İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarına 10 Mart-10 Nisan 2004 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden (n= 680) bireyler ile yürütülmüştür. Araştırmada örnekleme yöntemi kullanılmamıştır.

Araştırmanın verileri anket formu ile toplanmıştır. Formda başvuranların sosyo-demografik özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu bağımsız değişkenleri; hasta memnuniyeti ile ilgili sorularda bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

Verilerin analizi SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde sayı-yüzde, ortalama, ki-kare testi, çok değişkenli analizde ise multiple lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık Ocağına başvuranların; yaş ortalaması 36.3 ± 15.3 , %62.2' si kadın, %69.7' si evli, %92.2' si okur-yazar, %76.9' u sosyal güvenceye sahip, %75.9' u ev hanımı, öğrenci ve işsiz olup, %62.1' i ulaşım kolaylığı nedeniyle sağlık ocağını tercih etmektedir.

Sonuçlar: Yapılan tekli analiz sonucunda; medeni durum ile sağlık ocağından alınan hizmetten memnuniyet, sağlık ocağına ilk kez gelme durumu, sağlık ocağına her zaman gelme memnuniyet durumu ve sağlık ocağını başkalarına önerme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş ile sağlık ocağına ilk kez gelme durumu ve aile planlaması hizmetinden memnuniyet durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Sosyal güvence ile sağlık ocağına ilk kez gelme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaptığı meslek ile sağlık ocağından alınan hizmetten memnuniyet durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Eğitim durumu ile tedavi memnuniyeti, enjeksiyon-pansuman uygulama memnuniyeti, diğer sağlık ocağı hizmetlerinden (eğitim, ev ziyaretleri vb.) memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Sağlık ocağının tekrar tercih etme ve başkalarına önerme durumu ile işsiz olanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çoklu analiz sonucunda; evli olanlar ile sağlık ocağından alınan hizmetten memnuniyet ve sağlık ocağını başkalarına önerme, 33 yaşın altında olan ve sosyal güvenceye sahip olanlar ile sağlık ocağına ilk kez başvuranlar ve işsiz olanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

SOSYOEKONOMİK DÜZEY GÖSTERGELERİNİN HANE BİREYLERİNİN, SAĞLIK DÜZEYİ, SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞILABILİRLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ

Nasır Nesandır¹, Haluk Düzkalır², Gökay Göktolga², Fırat Ekin², S.Cem Ersin², Erhan Eser³

¹Araştırma görevlisi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

²İntörn, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Doçent Dr, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

AMAÇ: Sosyoekonomik düzey göstergelerinin hane bireylerinin, sağlık düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği üzerine etkisini saptamak.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma 5-9 Ocak 2004 tarihleri arasında Manisa ili 5 no'lu Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde hane bazında yapılmış kesitsel bir çalışmadır. 2003 ETF kayıtlarına göre 3130 hane evreni oluşturmaktadır. Çalışma örnekleme çıkan 203 hane üzerinde yürütülmüştür.. Örnek seçiminde basit sistematik ve küme örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Görüşmeler hanelerdeki kadınlarla evlerde yüz yüze yapılmış ve sorulara verilen yanıtlarla anketler doldurulmuştur. Çalışmaya katılım %100 olarak gerçekleşmiştir. Toplanan veriler SPSS 10.0 programında analiz edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde kapa ve ki kare, çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon kullanılmıştır.

Araştırmada, dayanıklı tüketim malı indeksi, annenin eğitimi, algılanan gelir-gider durumu, aile reisinin işi ve sosyal güvencesi bağımsız değişken olarak alınırken sağlık düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik bağımlı değişken olarak alınmıştır.

BULGULAR:Araştırma grubu hanelerde erkeklerin yaş ortalaması 42.3±12.1, kadınlarıki ise 37.4±11.3'tür ve kadınların %26.2'si okur-yazar değil, %50.3'ü ilkokul mezundur; bu oranlar erkeklerde sırasıyla %2 ve %65.52dir. Erkeklerin %9'u işsiz, %63 marjinal ve niteliksiz işçi; kadınların ise %86.7'si ev kadınıdır. Aile reisinin %49.5'i sosyal güvenceli %29'u yeşil kartlıdır. Nüfusun %44.8'i göçle gelmiştir. Etkili AP yöntemi kullanım oranı %602dir Nüfusun %20.2'si sağlık hizmetlerine kolay ulaşabildiğini %53.7'si de ulaşmakta zorlandığını ifade etmektedir. Ailede kronik hastalığı olanların sayısı %43.8, bir ay içinde sağlık sorunu olanların sayısı %47.8'dir. 5 yaş altı çocukların %40.6'sı eksik aşı, 5 yaş altı çocuk ölümü %4.4, ölü doğum oranı %11.3'tür. Geliri giderinden az diyenler %67.53tir

Annenin eğitim düzeyi, aile reisinin sosyal güvencesi ve algılanan gelir-gider durumu, 5 yaş altı bireylerin aşı durumu, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik algısı, her hangi bir sağlık sorununda baş vurulan yer, kronik hastalığı olanların doktora baş vurma, aile planlaması yöntemi kullanması, annenin ölü doğum öyküsü, 5 yaş altı ölüm varlığı, akraba evliliği ve doğum aralığı ile istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Annenin eğitim düzeyi, aile reisinin sosyal güvencesi, her hangi bir sağlık sorununda baş vurulan her, kronik hastalığı olanların doktora baş vurma, doğum aralığıyla annenin eğitimi, hanede özürlü sayısı, düşük öyküsü ile istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Algılanan gelir-gider durumu, ise 5 yaş altı doğumların yapıldığı yer, hanede özürlü birey sayısı ile aile reisin işi, 5 yaş altı bireylerin aşı durumu, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik ve düşük öyküsü ile ve son olarak dayanıklı tüketim malı indeksi de sağlık hizmetine ulaşılabilirlik, her hangi bir sağlık sorununda baş vurulan her ve akraba evliliğiyle istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur

SONUÇ: Hane bireylerinin sağlık düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik üzerindeki en etkili gösterge annenin eğitim düzeyidir. Bunu sırasıyla; aile reisinin sağlık güvencesi, algılanan gelir-gider durumu, aile reisinin işi ve dayanıklı tüketim malı indeksi izlemektedir.

NARLIDERE EĞİTİM ARAŞTIRMA VE SAĞLIK BÖLGESİ 1999-2001 YILLARI SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

*Bülent Kılıç**, *Canan Kaynak***, *Türkan Günay**, *Hürşen Kaya****, *Netice İçel****,
*Belgin Salamaş Işık****, *Pembe Keskinoglu***, *Serap K.Konakçı***, *Ayhan Şahin****

*Y.Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
**Araştırma Görevlisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
*** Sağlık Bakanlığı Personeli, Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı

Giriş: Eğitim, Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (EASB) hizmet verdikleri bölgelerde sağlık düzeyini yükselten çalışmalar yapmışlardır. EASB'lerin yaptığı çok önemli bir hizmet de sağlık verilerinin düzenli olarak toplanması ve değerlendirilmesi olmuştur.

Amaç: Bu bildirinin amacı Narlıdere EASB Başkanlığı'nın 1999-2001 yılları arasındaki sağlık düzeyi göstergelerini sunmaktır.

Yöntem: Narlıdere EASB Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı ile Dokuz Eylül Üniversitesi arasında 1982 yılında imzalanan bir protokol ile kurulmuştur. Bölgede 1997 yılına kadar 2 Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) ve 4 sağlık ocağı (SO) bulunurken, 1999 yılından itibaren genişleyerek 4 SGB ve 18 SO içermeye başlamıştır. Genişleme dönemine ait veriler Narlıdere EASB'de 4'ü Sağlık Bakanlığı personeli olan 9 kişilik bir ekip tarafından değerlendirilmiştir.

Bulgular: 1999-2001 yılları arasında Narlıdere EASB'de 18 SO'da 211 sağlık personeli çalışmıştır. Bölgenin 2001 yılı toplam nüfusu 116,816 kişidir. Yıllık nüfus artış hızı %3.7'dir. 1999 yılından 2001 yılına kadar geçen sürede gebe izlemleri gebe başına 4.9'dan 5.8'e; kadın izlemleri 1.1'den 1.6'ya; bebek izlemleri 8.8'den 10.9'a; çocuk izlemleri 1.5'den 2.4'e; kişi başı yıllık baki 2.1'den 2.3'e; laboratuvar oranı %5.6'dan %10.5'e; sevk oranı %11.7'den 11.9'a çıkmıştır. 1999-2001 yıllarında bebek ölüm hızı sırasıyla binde 17.6; binde 19.7 ve binde 21.0 olarak gerçekleşmiştir. En sık görülen bebek ölüm nedeni %29.6 ile prematürite, %19.8 ile konjenital anomaliler ve %19.8 ile enfeksiyonlardır. Söz konusu 3 yılda Kaba Doğum Hızı binde 12.0'dan binde 12.6'ya; Toplam Doğurganlık Hızı ise kadın başına 1.4'ten 1.5'e çıkmıştır. En sık görülen bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar kuşku ısırtıklar (onbinde 42), B hemolitik streptokok (onbinde 30) ve influenzadır (onbinde 18). İlk üç ölüm nedeni ise kalp hastalıkları (%48), maligniteler (%18) ve kazalardır (%7.5).

Tartışma: Bölgede 3 yıllık süre içinde tüm izlemlerin arttığı görülmektedir. Buna karşın çocuk, kadın ve gebe izlemleri hedeflenen rakamlardan halen daha düşüktür. Bebek ölüm hızının ve doğurganlık hızlarının artışı ise daha güvenilir veri toplanmasına bağlanmıştır.

Sonuç: SO aylık çalışmalarının düzenli olarak değerlendirilmesi, hizmetin geliştirilmesi için en başta gelen koşullardan birisidir.

ILICA SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Pembe Keskinoglu**, *Hatice Giray**, *Nuriye Ergül Karakuş**, *Reyhan Uçku***, *Cengiz Çil****

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Araştırma Görevlisi

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Öğretim Görevlisi

***Ilica Sağlık Ocağı, Sorumlu Hekim

Giriş: Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı tarafından, yaşlı nüfus risk grubu olarak değerlendirilerek, izleme yönelik yaşlı izlem fişi oluşturulmuştur. Yaşlı izlem fişinde adres, demografik ve sosyal güvence bilgileri, ölçüm değerleri, yakınma ve alışkanlıklarla ilgili sorgulama, tanı konmuş kronik hastalıklar, ebe ve hekim tarafından yapılacak izlem bölümü yer almaktadır.

Amaç: Ilica Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşlı izleminin değerlendirilmesi ve yaşlı sağlığı hizmetini yürüten ebe-hemşireler ve hekimlerin uygulama ile ilgili sorunlarını, görüş ve önerilerinin saptanmasıdır.

Yöntem: Tanımlayıcı çalışmadır. Evren, Ilica Sağlık Ocağı'ndaki 904 yaşlıya ait kayıtlar ve yaşlı izleminden sorumlu 5 ebe ve 5 hekimdir. Örnek seçilmeyip, tüm kayıtlar değerlendirilip, tüm ebe ve hekimlerle görüşülmüştür. Kayıtlara ilişkin değişkenlerde kaydın niceliği ETF ile Yaşlı İzlem Fişi arasındaki sayısal uyumluluk, izlenen yaşlı oranı ile değerlendirilirken, izlemin içeriği de değişken olarak alınmıştır. Çalışanlarla ilgili yaş, eğitim, iş yaşamı öyküsü, yaşlı izleminin gerekliliği, evde izlemin nasıl yapılacağı ile ilgili görüşler ve öneriler sorulmuştur.

Bulgular: 2003 yılı ETF'sine göre yaşlı nüfus 904(%6.48)'tür. 730(%80.8)'unun yaşlı izlem fişi çıkartılmıştır. 559(%76.6)'una izlem yapılmış, 18(%2.5) kişi izlemi reddetmiş, 153(%21.0) kişiye ulaşamamıştır. İzlenenlerin 447(%61.2)'sinin kan basıncı ölçülmüş, 434(%59.5)'ünün Beden-Kütle-İndeksi hesaplanmıştır. İki ebe bölgesinde izlemler sağlık ocağına gelenlerde, diğerlerinde evlerinde yapılmıştır.

Ebelerin yaş ortalaması 37.2, çalışma süreleri ortalaması 16.6 yıl, bu sağlık ocağında çalışma süreleri ortalaması 6.0 yıldır. Aldıkları eğitim alanda yaşlı izlemi ile ilgili görüşlerinde farklılık oluşturamamıştır. Tüm ebeler evde yaşlı izleminin yapılması gerektiğini bildirmiştir. Bu konuda alacakları eğitimin ve hizmetin ekip çalışmasıyla verilmesi gerekliliğini belirtmişlerdir. Evde bakımın üstlenilmesine olumsuz yaklaşmışlardır.

Tüm hekimler yaşlının izlenmesi gerektiğini bildirmiştir. Birisi hizmetin ekip ile alanda, ikisi alanda ebenin izlem yapması, hekimin denetlemesi gerektiğini bildirmiş, 2 hekim görüş belirtmemiştir.

Tartışma Ve Sonuç: Ilica Sağlık Ocağı Bölgesi'nde, ilk kez yapılan yaşlı izlemi çalışması, sürekliliğinin belirsizliği, eğitim eksikliği ve hizmetin nitelik ve niceliğinin orta düzeyde olması gibi olumsuzluklarına rağmen, bu hizmetin planlanıp, başlatılması önemlidir. Birinci basamakta bu hizmeti yürüten çalışanların, hizmetin gerekliliğini belirtmesi de en önemli sonuçtur.

TALASEMİ HASTALIĞININ COĞRAFI BİLGİ SİSTEMİ YARDIMIYLA İZLENMESİ: KONYA ÖRNEĞİ

Fatih KARA¹, Yasemin DURDURAN¹, S.Savaş DURDURAN², Said BODUR³

¹İl Sağlık Müdürlüğü,

²S.Ü.Müh.-Mim. Fak. Jeodezi ve Fot. Müh. Kampüs/KONYA

³S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Coğrafi Bilgi Sistemi yardımıyla konumsal bir harita üzerinde Talaseminin görüldüğü yerler, görülme sıklığı ve hastaların kolay izlenmesi için bilgi teknolojilerinden yararlanarak Konya ili hasta ve taşıyıcı haritasının çıkarılması amaçlandı.

Yöntem: Konya'da, il merkezi ve ilçelerde, yeni evlenecek çiftlerin ve daha önce evlenmiş fakat şu anda gebe olan veya gebelik planlayan veya ailesinde Talasemi hastalığı bulunan kişilerin Talasemi taşıyıcısı veya hastası olup olmadığı HPLC Elektroforez yöntemiyle belirlenmektedir. Bu çalışmalara ilişkin bilgiler, Coğrafi Bilgi Sistemi mantığına uygun olarak konumsal bir harita üzerine işlenerek ilişkilendirildi.

Bulgular: Talasemi hastalığı ve taşıyıcılığının tespiti, Talasemili bebek doğumunun önlenmesi ve ailelere danışmanlık hizmeti verilmesi amacıyla yapılan çalışmalar sırasında, elde edilen bilgilerin sayısal altlıklarla ilişkilendirilmesi sonucunda hastalığın ve taşıyıcılığın konumu ve daha çok nerelerde görüldüğü sorgulama ve analizlerle elde edildi. Hem basılı ortam için hem de elektronik ortamda aktif ve güncellenmeli haritalar oluşturuldu.

Sonuç: Bu sorunu çözmek amacıyla ilimizdeki taşıyıcı ve hasta tespit çalışmaları Coğrafi Bilgi Sistemi ile desteklenerek oluşturulan Talasemi haritası; hem ileride yapılacak çalışmalara altlık olacak hem de taşıyıcı ve hasta sayısının bilinmesi ve bölgesel yoğunlukların saptanmasına yarar sağlayacaktır.

NARLIDERE EĞİTİM ARAŞTIRMA VE SAĞLIK BÖLGESİ AYLIK BÜLTENİ: SEYİR DEFTERİ

*Bülent Kılıç**, *Türkan Günay**, *Belgin Ünal**, *Canan Kaynak***, *Hürşen Kaya****,
*Belgin S. Işık****, *Netice İçel****, *Ayhan Şahin****, *Pembe Keskinoglu***, *Serap K.Konakçı***,
*Erol Gürpınar***, *Ozan Pabuçcuoğlu***, *Okan Badilloğlu***

*Y.Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Araştırma Görevlisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

*** Sağlık Bakanlığı Personeli, Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı

Giriş: Eğitim, Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (EASB), sağlık ocağı (SO) aylık çalışmalarının düzenli olarak analiz edildiği ve değerlendirildiği üst yönetim birimleridir. Verilerin değerlendirilmesi kadar SO'larına yazılı geri bildirimde bulunulması da önem taşımaktadır.

Amaç: Bu bildirinin amacı Narlıdere EASB Başkanlığı'nın 2000-2001 yıllarında SO aylık çalışmalarını özetlediği "Seyir Defteri" isimli aylık iletişim bültenini tanıtmaktır.

Yöntem: Narlıdere EASB Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı ile Dokuz Eylül Üniversitesi arasında 1982 yılında imzalanan bir protokol ile kurulmuştur. Bölgede 2000-2001 yıllarında 4 Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) ve 18 SO bulunmaktadır. SO'larına ait aylık veriler Narlıdere EASB'de 4'ü Sağlık Bakanlığı personeli olan 13 kişilik bir ekip tarafından aylık bültenlere dönüştürülmüştür. Bültenler her ayın 15'inde Dokuz Eylül Hastanesi matbaasında 100 adet çoğaltılarak SO, SGB'ler ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilmiştir.

Bulgular: Seyir Defteri aylık bülteni, A5 boyutunda ve 24 sayfadır. SO aylık çalışmaları standart 11 tabloda özetlenmiştir. Tablolar SO'larına göre bebek, gebe, kadın, çocuk izlemlerini; aşı oranlarını; doğumların, ölümlerin dağılımını, muayene, sevk, laboratuvar, küçük cerrahi girişim, bulaşıcı hastalıklar, sık görülen hastalıklar, çevre sağlığı ve aile planlaması yöntem dağılımlarını göstermektedir. Ayrıca her sayıda "ayın konusu" başlığı ile hizmet içi eğitim etkinliği; "biz bize" başlığı ile SO çalışanlarının tanıtımı ve "araştırmalar" başlığı ile bölgede yapılan araştırmaların sonuçları yayımlanmıştır.

Tartışma: Bölge yönetimi ile SO ve SGB'ler arasında olabilecek iletişim kopukluğu ve özellikle SO'ları arasındaki iletişim eksikliği bu yöntemle giderilmeye çalışılmıştır. Aylık bültenler hem üst yönetim ile sağlık çalışanları arasında bir köprü oluşturmuş, hem de SO çalışanlarının kendilerini ve diğer SO'larının çalışmalarını kıyaslamalarını sağlamıştır. 2000 yılında başlayan uygulama 2 yıl sürmüş, 2002 yılında Sağlık Müdürlüğü tarafından SO aylık çalışmalarının Bölge Başkanlığı'na iletilmesinin engellenmesi üzerine yarım kalmıştır.

Sonuç: SO aylık çalışmalarının değerlendirilmesi kadar aylık bir bültenle yazılı geri bildirim yapılmasının da önemli ve etkin bir iletişim aracı olduğu görülmüştür.

KEMALPAŞA İLÇESİ BEBEK DOSTU STRATEJİSİ

*OĞUZ Tefrik**, *GÜNAY İlker***

* Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı

** Kemalpaşa AÇSAP Merkezi

Amaç: Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'nda 2002-2003 yıllarında sürdürülen çalışmaların sonucunda Ekim 2003'de ilçemiz Bebek Dostu İlçe plaketini aldı. Konuyla ilgili çalışmaların başlangıcından ödül törenine dek geçen süreçte izlenen yöntem, karşılaşılan sorunla ve çözümleri bu çalışmada aktarılmaya çalışıldı.

Uygulama: Bebek Dostu Kurum (BDK) çalışanları, Sağlık Grup Başkanlığı'nda (SGB) alınan bir kararla başladı. Bu aşamada izlenecek yöntem konusunda çalışmalar yapmak, eğitim materyalini hazırlamak, kurumları değerlendirmek gibi konularla ilgilenecek bir çalışma grubu oluşturuldu. Çalışma grubunun ilk kararı ilçedeki tüm kurumların bebek dostu kurum çalışmalarını yürüterek Bebek Dostu plaketini alabilir düzeye gelmesi yönünde oldu. Bu yöndeki kurumsal kararlılık 2002 Nisan ayında kurum sorumlu hekimlerine iletilti. Bunun ardından 2002 yılı hedefleri belirlendi ve bu plan uyarınca öncelikle eğitim stratejisi belirlendi. Belirlenen strateji, kritik konularda eğitimlerin SGB tarafından verilmesi, diğer konuların kurumların kendi olanaklarıyla, kendi koşullarına uygun yöntemler kullanılarak tamamlanması şeklindeydi. Eğitim materyali hazırlığı da BDK çalışma grubu tarafından gerçekleştirildi. Hizmet içi eğitimlerin tamamlanmasının ardından halk eğitimlerine başlandı. Bu arada her lohusaya emzirme değerlendirmesi, rutin olarak uygulanmaya başlandı. Ulaşılan düzeyi saptamak ve çalışmalara yön vermek amacıyla Eylül 2002 ve Ocak 2003'te bakanlık değerlendirmesi standartlarında değerlendirmeler yapıldı. Tüm kurumların BDK koşullarını büyük ölçüde gerçekleştirdiğinin görülmesi üzerine de Mart 2003'te İl Sağlık Müdürlüğü değerlendirme için davet edildi. Bu değerlendirmenin ardından Ulusal Değerlendirme ekibi de bir değerlendirme gerçekleştirdi ve Kemalpaşa'nın tüm kurumları Bebek Dostu Kurum, Kemalpaşa da Bebek Dostu İlçe plaketini almaya hak kazandı. Bebek Dostu sürecinin diğer getirileri de artan izlem ve tespitler, kurumlar arasında etkin bir iletişim ve etkileşim oldu.

Sonuç: Kemalpaşa'da Bebek Dostu Kurum çalışmalarının başarıya ulaşmasında en önemli etken, ilçede bulunan sağlık kurumlarının tümünün, sağlık çalışanlarının da hemen hepsinin çalışmalara aktif ve gönüllü katılımı olmuştur. Bu süreçte kazandığımız en önemli deneyim, birinci basamak sağlık çalışanlardan yüksek verim elde edilebilecek bir modelin oluşmasıydı. Sağlık çalışanları inandığı, ne olduğunu anladığı bir görevi büyük bir istekle kabul ettiler. Bu görevin yerine getirilmesinde çok basit bazı olanaklar sağlanması ve inisiyatif verilmesi durumunda da özverili bir biçimde çalışarak sonuca ulaşabildiklerini gösterdiler.

KEMALPAŞA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE BİR SALGIN İNCELEMESİ

EMEK Mestan*, ŞEVKEN Sema*, GÜNAY İlker**, OĞUZ Tevfik*

* Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı, ** Kemalpaşa AÇSAP Merkezi

Amaç: Kemalpaşa ilçesinde 2004 yılı Mart ayında makülopapüler döküntüyle seyreden salgın incelenmiştir.

Yöntem: 3 Mart 2004 tarihinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi, Sağlık Grup Başkanlığı'na (SGB) kızamık benzeri döküntüleri olan bir olgu görüldüğünü bildirdi. Bu bildirim üzerine olgunun görüldüğü okulda yapılan incelemede iki olgu daha olduğu saptandı. Olgular AÇSAP merkezine tedavileri için yönlendirildi. Telefon zinciri ile ilçedeki tüm sağlık kuruluşları olaydan haberdar edilerek kızamık kuşkulu olgularını AÇSAP Merkezi'ne yönlendirmeleri ve SGB'na da bilgi vermeleri istendi. Tüm olgular AÇSAP Merkezi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından muayene edildi ve tedavileri düzenlendi. Tüm olgular için "Kızamık Olgu İnceleme Formu" dolduruldu. Şikayetlerin başlangıç tarihine göre indeks olgu saptandı.

İzmir Hıfzısıhhasa Enstitüsü ile iletişim kurulup kızamık kuşkulu olgular olduğu bildirildi ve kesin tanı için hangi parametrelerle çalışılması gerektiği görüşüldü. Kızamık IgM, Kızamıkçık IgG ve Kızamıkçık IgM incelemeleri için Hıfzısıhhasa Enstitüsüne gerekli örnekler gönderildi.

İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü de aranarak olay ile ilgili bilgi verildi ve Kemalpaşa'daki diğer okullarda da buna benzer olgular olursa AÇSAP Merkezi'ne yönlendirilmeleri ve konu ile ilgili olarak okul idarelerine ve öğretmenlere bilgi aktarılmaları istendi.

İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü'ne telefonla bilgi verildi.

Tüm olguların kızamık aşı durumları araştırıldı. Okul çağında olanlarda Kızamık Okul Aşı günlerinde yapılan aşılardan lot numaraları bulundu.

Bulgular: 03-23 Mart tarihleri arasında makülopapüler döküntülü toplam 12 olgu saptandı. Olgular 3-10 yaş arasındaydı. En çok olgu 9 yaş grubunda saptandı. Bunların 5 tanesi kız, 7 tanesi erkekti. 11 olgu ilçe merkezinde, 1 olgu ise merkeze 10 km uzaklıkta olan bir belde yaşamaktaydı. Bu 12 olgunun tümünün serolojik çalışmaları yapıldı.

Olgulardan ikisine bir doz, 1 olguya 4 doz, 9 olguya da 3'er doz kızamık aşısı uygulandı saptandı.

Yapılan fizik bakıda bir olguda otit, üç olguda ise ishal saptandı.

Tüm olgularda Kızamık Ig M negatif olarak saptandı. Yedi olguda Kızamıkçık IgM pozitif, 5 olguda ise Kızamıkçık IgM indetermine olarak rapor edildi. Kızamıkçık IgM pozitif olan olguların 3'ünde IgG pozitif, Kızamıkçık IgM indetermine 5 olgunun 1 tanesinde ise Kızamıkçık IgG pozitif bulundu.

SGB tarafından bu bir kızamıkçık salgını olarak değerlendirildi. Bu olgularla epidemiyolojik bağlantısı olabilecek diğer olgular gelişirse kızamıkçık olarak değerlendirilebileceği hakkında sağlık ocakları bilgilendirildi. Kızamıkçık konjenital rubella sendromuna yol açabileceği için bu olguların ailelerine özellikle ilk üç aydaki gebelerle hasta çocuklarının temas ettirilmemeleri konusunda uyarılarda bulunuldu. İlk olgunun görüldüğü tarihten bir hafta sonra olguların tanılarını kesinleştirilmişti.

Tartışma: Ülkemizde kızamık eliminasyonu hedefi benimsenmiş, bunun ilk ayağı olarak 8-26 Aralık 2003'de Kızamık Okul Aşı Günleri yapılmıştır. Okul aşı günlerinden kısa bir süre sonra kızamık benzeri olguların görülmesi aşı üzerine bir spekülasyona yol açabilecekken doğru ve zamanında müdahale ile kızamıkçık kesin tanısının konması, aşı üzerindeki kuşku bulutlarını dağıtmıştır. Kızamık ve kızamıkçık klinik olarak birbirine çok benzemekte, ayırım ancak laboratuvar testleri ile yapılmaktadır. Hasta çocukların en yoğun biçimde görüldüğü birinci basamak kurumlara sağlanacak laboratuvar desteği kızamık-kızamıkçık ayırımında görüldüğü gibi yalnızca basit bir ayırıcı tanı yöntemi olmamakta, yüksek beklentilerle yürütülmekte olan bir programa olumlu katkılar da sağlayabilmektedir. Bu salgının ve çözümünün kazandırdığı önemli bir deneyim de kurumlar arası iletişim ve etkileşimin önemidir. Geniş kitleleri ilgilendiren sağlık sorunları karşısında kurumlar arasında hızlı ve etkin bir işbirliğinin sonuçları olumlu olmaktadır.

KONURALP SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 12-59 AYLIK ÇOCUKLARDA AŞILAMA HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Berna Ayakta Şerifi*, Hüseyin C. Halhallı**, Sonay Şahan**, Sare Mersin**, Talat Bahçebaşı***, Nuray Yeşildal***

* Uzman Dr, AİBÜ Düzce Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Konuralp, Düzce 81620

** İnt. Dr., AİBÜ Düzce Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Konuralp, Düzce 81620

*** Yrd.Doç.Dr., AİBÜ Düzce Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Konuralp, Düzce 81620, e-mail: nyesildal@myonet.com

Amaçlar: Konuralp Kamil Furtun Sağlık Ocağı Bölgesinde 12 -59 aylık çocuklarda aşılama durumunu saptamak, aşıların etkinliklerini saptamak ve aşılama hizmetlerinin başarısızlıklarının nedenlerini saptamak amacıyla kesitsel bir çalışma planlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın veri toplama aşamasında, A.İ.B.Ü. Düzce Tıp Fakültesi'nden 3 intern doktor ve Konuralp Kamil Furtun Sağlık Ocağı tarafından sağlanan bir araçla, 30 küme örneklem yöntemine göre belirlenmiş 20 köy ve 2 merkez mahalleden 15 köy ve 2 merkez mahalle alınarak, her kümeden 7 olmak üzere 12-59 aylık 210 çocuğun anneleri ile görüşülerek, yüz yüze anket uygulama yöntemiyle Ağustos 2003'de anket yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubundaki 12-23 aylık çocukların %85.5'i, 24-35 aylık çocukların %87.5'i, 36-47 aylık çocukların %51.6'sı, 48-59 aylık çocukların % 45.7'si tüm çocukların ise % 69'u tam aşıdır. Kızamık aşısı etkinliği 24-35 aylık çocuklarda %93 diğer yaş gruplarında %100 bulunmuştur. Aşı başarısızlık nedenleri 3 kişide kontrendikasyonlar hakkında yanlış bilgilendirme, 5 kişide başka bir tarihe erteleme, 2 kişide annenin çok meşgul olmasıdır.

Sonuç: Aşılama hizmetlerinin sürekliliği sağlanmalıdır ve saklamada soğuk zincir kurallarına uyulmalıdır. Anneler aşılar, aşı takvimi ve aşı kartlarının saklanması konusunda bilgilendirilmelidir. Sağlık personelinin hizmet içi eğitiminde süreklilik sağlanmalıdır.

KIZAMIK AŞILAMASI SONRASI SAPTANAN AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİLERİN (ASİE) ARAŞTIRILMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Selma TOSUN¹, Dr. Leyla SEYHAN², Doç. Dr. Nermin TANSUĞ³, Uzm. Dr. Ümit ATMAN⁴, Prof. Dr. Ali ONAĞ³

- 1-Moris Şinasi Çocuk Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ,
- 2-Müdür Yardımcısı -İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi,
- 3-Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi -Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD ,
- 4- Moris Şinasi Çocuk Hastanesi, Halk Sağlığı uzmanı- MANİSA

Amaç: Kızamık aşılması sonrası gözlenebilen aşı sonrası istenmeyen etkilerin araştırılması.

Yöntem: Manisa il merkezindeki ve ilçelerdeki tüm ilköğretim okul öğrencilerine 8-26 Aralık 2003 tarihleri arasında uygulanan kızamık aşılması sırasında ve sonrasında gözlenen aşı sonrası istenmeyen etkilerin belirlenebilmesi için geliştirilen bir anket formu İl Milli Eğitim Müdürlüğü aracılığıyla tüm ilköğretim okullarına iletilmiş ve sınıf öğretmenleri tarafından doldurulması istenmiş, doldurulan formlar aşı kampanyasının bittiği tarihten bir hafta sonrasında toplanmıştır.

Bulgular: Aşılanan toplam 152.648 çocuğun aşılması sırasında ve sonrasında gelişen istenmeyen etkiler değerlendirildiğinde en sık gözlenen istenmeyen etkinin aşı yapılan kolda ağrı olduğu ve aşılanan çocuklardan 9836'sında (% 6.44) bu bulgunun saptandığı gözlenirken ikinci sıklıkta saptanan istenmeyen etkinin başağrısı olduğu (% 3.5) gözlenmiş ve bunu sırasıyla ateş (%3.3), aşı yapılan kolda şişlik (% 2.35), bulantı-kusma (% 1.85), aşı yapılan kolda kızarma (% 1.37), döküntü (% 0.34), aşı sonrası senkop geçirme (% 0.39 ve aşı öncesi korkudan senkop geçirme (% 0.05) izlemiş, aşılanan çocukların % 0.3'ünde de yukarıda belirtilenlerden farklı değişik belirtiler saptanmıştır. Aşılama sırasında ve sonrasında anafaksi, ölüm ve ensefalit olgusu saptanmamıştır.

Sonuç: Kızamık aşılması oldukça güvenilir ve etkin bir aşı olup aşığı uygun koşullarda saklama ve doğru teknikle uygulama kurallarına uyulduğu takdirde genel olarak ciddi bir sorun oluşmamakta ve aşı sonrası gözlenebilen istenmeyen etkilere çoğunlukla hafif atlatılan ve çocuklar tarafından kolay tolere edilebilen etkiler olmaktadır.

BALIKESİR İL MERKEZİNDEKİ HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNE BAKIŞ

Selma BAŞKURT¹, Nuriye KARADAĞ¹

¹ BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu, Öğretim Görevlisi

Yaşama ve sağlık temel bir insanlık hakkıdır. Balıkesir İl Merkezindeki Hastanelerde görev yapan yönetici hemşirelerin yönetim konularındaki durumlarını irdelemek, bakış açılarını değerlendirmek ve performans geliştirmede eğitim ihtiyaçlarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada yönetici konumundaki 36 katılımcı ile yüz yüze görüşülerek anket formları doldurtulmuş olup, elde edilen veriler bilgisayarda Epi-5 info istatistik programında ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %55.6'sı sorumlu hemşire olduğunu, %77.8'inin önlisans mezunu olduklarını, %66.7'si hemşirelik yönetimi konusunda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Yöneticilerimizin %60.7'sinin hemşirelik kanununun tarih ve sayısını tam bilemedikleri, %76.5'inin hasta bakım planı hazırlamadıkları görülmüştür. Yönetici hemşirelerin %41.9'u hemşirelik rolünün en zengin olduğu bakım, sunum ve sistemlerinin vaka yöntemi olduğunu, %94.3'ü hastanelerinde hemşirelerin görev tanımlarının yazılı olarak bulduklarını belirtmişlerdir. Katılımcılarımızın görevleriyle bağımsız karar alabilmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ki kare testi $p<0.05$.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaptıkları hemşirelik işlevlerini tam olarak kayıt etmedikleri, rapor tutmadıkları bulunmuştur. Buna karşın hemşirelik yönetimi konusunda herhangi bir kurs yada seminer düzenlense gitmek istedikleri saptanmıştır. Başhemşirelerin en az lisans mezunu olmaları, hatta hemşirelik yönetimi konusunda eğitim alanların tercih edilmesini, hemşirelikte örgütlenmenin ve hemşirelik yasının günün koşullarına göre en kısa zamanda çıkarılmasının sağlanması önerilmektedir.

BALIKESİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİ HASTANESİNDE YENİ DOĞUM YAPAN ANNELERİN BEBEK BESLENMESİ KONUSUNDAKİ YAKLAŞIMLARI

Semihat TÜRKER, Nuriye KARADAĞ

BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Öğretim Görevlisi

Amaç: Günümüzde bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenmelerinin son derece önemli olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışma Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde yeni doğum yapan annelerin bebek beslenmesi konusundaki yaklaşımlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma üç aylık bir süre içerisinde yüz yüze anket yöntemiyle yapılmıştır. Veriler SPSS istatistik programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Antenatal dönemde bilgi alanlar %58.6, bu bilgiyi sağlık personelinde alanlar %46.9'dur. Eğitim durumu, evlilik süresi ve gelir düzeyi arttıkça bilgi alma durumu artmaktadır (ki-kare testi, $p < 0.05$). Bilgi alma durumu arttıkça da colostrumun verilmesi gerektiğini bilme, meme temizliğinin yapılması gerektiğini bilme, doğru olarak meme temizliğini yapma ve beslenme sonrası bebeğini doğru olarak yatırma durumu artmaktadır.

Sonuç: Bebek beslenmesi ve emzirme eğitiminin danışmanlık hizmeti şeklinde sürekli ama ağırlıklı olarak da antenatal dönemde verilmesi önemlidir.

BALIKESİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİ HASTANESİNDE 2001 YILININ İLK ALTI AYINDA YAPILAN SEZARYENLARIN KİŞİ ÖZELLİKLERİNE VE ENDİKASYONLARINA GÖRE DAĞILIMI

Semihat TÜRKER¹, Nuriye KARADAĞ¹, A. Nesimi KİŞİOĞLU²,

¹ BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu, Öğretim Görevlisi

² SDÜ Tıp Fakültesi, Yardımcı Doçent Doktor

Amaç : Son yıllarda sezaryen gerek doktorların gerekse anne adaylarının önemli ölçüde tercih ettiği ve kullandığı bir doğum yöntemi haline gelmiştir. Bu çalışma Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde 01.01.2001-30.06.2001 tarihleri arasındaki 6 aylık dönemde yapılan 611 sezaryen olgusundaki kişi özelliklerini ve sezaryen endikasyonlarına göre dağılımını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Belirtilen tarihler arasındaki sezaryen operasyonlarına ait yatış dosyaları arşivde retrospektif olarak tarandı ve araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formlarına kaydedilerek SPSS istatistik programında değerlendirildi.

Bulgular: Yaş grupları incelendiğinde %83.7'sinin 20-34 yaş grubunda olduğu, %56.6'sının ilçe ve köylerde yaşadığı, %82.3'ünün çalışmadığı, %36.8'inin sosyal güvencesi olmadığı, %42.1'inin ilk gebelikler olduğu, %46.6 ile ilk doğumların ilk sırayı aldığı ve çoğunluğunun (%87.6) 1-2 çocuğa sahip oldukları bulunmuştur. İncelenen sürede, tüm doğumlar içerisinde sezaryen oranı %22.9'dur. Sezaryen endikasyonlarında %26.8 ile eski sectio, %20.0 ile baş-pelvis uygunsuzluğu, %19.5 ile fetal distres ilk üç sıradadır.

Sonuç: Sezaryen oranının giderek arttığı, “ bir kere sectio, daima sectio” prensibinin değer kazandığı, ülkemizin sosyo-ekonomik durumu dikkate alındığında ise bu oranın düşürülmesi gerektiği ve sezaryen operasyonunun selim bir girişim olmayıp mutlaka gerekiyorsa yapılması konusunda toplumun ve hekimlerin bilinçlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARI

Öğr. Gör. Kamer Gür, Öğr. Gör. Ayşe Ergün

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D.

Günümüzde hepimizin izlediği ve içinde yaşadığı sosyal, ekonomik, bilimsel ve teknolojik gelişmeler, tüm insanlığı, giderek artan bir hızla küresel bir bilgi toplumu olmaya doğru götürmektedir.

TSH'nin sunumunda tüm bireyleri daha sağlıklı kılmamanın ve daha etkin ve nitelikli bakım sağlamasının ön şartı, doğru sağlık bilgisine gereken yerde ve gereken zamanda ulaşılabilmesi ile mümkündür.

Sağlık hizmetlerini hızlandırmak ve kalitesini yükseltmek, araştırma yapmak ve toplum sağlığını yakından izleyebilmek için bilişim teknolojisinden yararlanmanın gerekliliği ortadadır. Ancak ülkemizde ve bizim gibi gelişme sürecini geriden takip eden ülkelerde göze en çok çarpan gerçeklerden biri düzgün ve tutarlı kayıt sistemindeki eksikliklerdir.

Bu durum Tababet Ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun'un (TŞİDK) 72. maddesinde açıkça belirtilmiştir: "Sağlık hizmeti sunan özel ya da tüzel kişiler, ister kamu kurumu ister özel kurum olsun kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Bu başvuruların tanı veya tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur." (Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun , KanunNumarası: 1219 ResmiGazete Tarih: 14.4.1928; Sayı: 863)

Günümüzde ise bu konu biraz şekil ve içerik değiştirerek hala tartışılmaktadır. 23-24.Mart.2000 tarihinde Lizbon'da yapılan Avrupa Konseyi Toplantısında, 15 AB Ülkesinin Hükümet ve Devlet Başkanları, Avrupa'nın gelecek 10 yılda "dünyanın en rekabetçi ve en dinamik bilgi tabanlı ekonomisi" haline gelmesi hedefini ortaya koymuştur. Türkiye bu konudaki Ulusal Programını da 24. mart .2001 tarih, mükerrer 24352 sayılı Resmi gazetede yayınlamıştır. Söz konusu programa ülkemizin katılımı ile ilgili Mutabakat Zaptı 27. Kasım 2002 tarihinde imzalanmış 19. Mart . 2003 tarih ve 25053 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. 2003-2008 yıllarını kapsayacak programda " Sağlık Enformasyon ve Bilgisinin Geliştirilmesi" Eylem başlığı altında "Sağlığın izlenmesi için bir sistem geliştirilmesi ve işletilmesi" hedefi ile konunun önemi vurgulanmıştır(T.C. S.B.Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004). 2003-2004 dönemini kapsayan bu "Kısa Dönem Eylem Planı" taslağında, Birinci basamak sağlık kurumlarında elektronik sağlık kaydı oluşturulması için bu yıl 1 milyon 250 bin Dolar'lık harcama öngörülmüştür (www.dpt.gov.tr)

Ülkemizde bu çalışmalar örgütlü olarak son 1-2 yılda yoğunlaşmıştır ve elektronik sağlık kayıtlarının tanımı şu şekilde yapılmıştır; "Elektronik sağlık kaydı, kişilerin geçmişteki, şu andaki ve gelecekteki fiziksel, mental sağlık veya hastalıklar ile ilgili elektronik sistemler kullanılarak elde edilen, saklanan, iletilen, çağrılan, ilişkilendirilen ve manipüle edilen her türlü enformasyon olarak tanımlanabilir. Elektronik Sağlık Kayıtlarıyla bireylerin ile ilgili tüm bilgilere tek bir kayıt numarası ile ulaşılabilir. Sisteme girilen tüm bilgilere kurumun her yerinden ve diğer kurumlar tarafından ulaşılabilir, tüm sağlık bakım süreci kaydedilebilir, değerlendirilebilir ve sağlık verileri entegrasyonu sağlanabilir, ödemeler hızlanabilir ve kaçaklar önenebilir. Kısacası bireylerin yaşamları boyu, gerek sağlıklarının sürdürülmesi ve geliştirilmesi, gerekse hastalandıklarının sağaltımlarının en etkin biçimde yapılabilmesi için kolay ve hızlı veri sağlar. Tüm bu nedenle Elektronik Sağlık Kayıtlarına, Yaşam Boyu Sağlık Dosyası (Lifetime Health Record) adı da verilir.(Musoğlu, T.C. S.B.Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004).

Anadolu M.Ö. 6000 yıllarında Sümer kil tabletleri ile kayıt tutmaya başlamış ise de bugün onların yararlığı üzerinde yükselen Türkiye Cumhuriyeti sağlık sisteminde düzgün, güvenilir ve etkin bir sağlık kaydından söz etmek olası değildir. Dünyada gelişmiş ülkelerde kısmen çözülmüş olan bu sorun şu anda ülkemiz sağlık sisteminin sorunlarından biridir. Elektronik sağlık kayıtları bu problemi çözmeye çalışanların günümüz için bulabildiği en uygun çözüm olacaktır. (Sincan M)

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİNİN ÖNEMİ VE HEMŞİRELERİN EĞİTİMCİ ROLÜ

*Seyran SERBEST**, *Arife ÖZKAN**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale

Bir toplumun en değerli kaynağı insandır. Sağlıklı bireylerden oluşan toplumlar; üretkenliğe, verimliliğe, gelişmeye, kalkınmaya hazır demektir. Çağımızda bilim ve teknolojiye ilerlemeler, sağlık mesleklerinde ve bakımda önemli değişiklikler ortaya çıkarmıştır. Hızla gelişen bilimsel bilginin hemşirelik alanına yansıtılması gerekliliği, yaşam boyu öğrenimi ve sürekli eğitimi hemşireler için zorunlu kılan önemli bir etkidir.

Sağlık eğitimi ile desteklenmiş sağlık hizmetlerinin başarısı; bir toplumda daha az hastalık ve daha az sakatlık, tıbbi bakım için az masraf, tedavi edici sağlık hizmetleri yerine koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapabilme imkanı demektir. Sağlıklı insanlardan oluşan toplumda üretim artar, gelir sahibi insanlar çoğalır, gelir sahibi insanların koruyucu sağlık hizmetlerine katılımı artar. Böylece toplum ekonomik olarak gelişmiş, sağlık gereksinimlerini daha fazla karşılamış, koruyucu sağlık giderlerine daha fazla pay ayırmış olur.

Etkin bir sağlık eğitimi düşünce ve kavramda değişiklik yapmayı, inanç ve eğitim değişikliği sağlamayı, davranış ve yaşam biçimi değişikliğini amaçlar. Değişimin değiştirilemeyecek bir yaşam felsefesi olduğuna inanmamız gerekir.

Hemşireler; kişi ve toplumu sağlık konularında eğitebilecek, temel sağlık hizmetlerini kapsamlı ve bağımsız bir şekilde verebilecek, sağlık plan ve programlarının stratejilerinin saptanması, yönetilmesi ve değerlendirilmesinde rol alabilecek en önemli ve etkin meslek üyeleridir.

BALIKESİR DEVLET HASTANESİ ÇOCUK SERVİSİNDE YATAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Özcan Özenç, Öğr.Gör.

Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu

Giriş ve Amaç: Anne sütünün verilmesi en az ilk 4 – 6 ay boyunca bebeğin gelişiminde gerekli olan biyolojik ve psikolojik tüm gereksinimleri karşılar. Çocuğun gereksinimlerinin anne baba tarafından karşılanması ve çocuğun korunması temel güveni oluşturur.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma Balıkesir Sağlık Yüksekokulu 3.Sınıf öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dersi kapsamında Balıkesir Devlet Hastanesi Çocuk servisinde yatan 140 çocuğun ailesiyle görüşülerek anket formu doldurulmuştur. Bunların içinden 0 –12 aylık 71 çocuk ve ailesinin özellikleri Statistical Packages Of Social Sciences (SPSS) istatistik programında frekans dağılımları yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma grubundaki annelerin %80.3'ü (57) ilköğretim mezunu olup, ailelerin %33.8'i (24) yeşil kart, %31.0'ı (22) herhangi bir sosyal güvenceden faydalanmadıklarını belirtmişlerdir. Ailelerin %43.7'si (31) köyde, %32.4'ü (23) şehirde oturmakta olup, annelerin %45.1 'i (32) bebeğini anne sütü ile beslediğini belirtmektedir. Çocuk sağlığı açısından, ilk 6 ay sadece anne sütü ve emzirmenin önemi düşünüldüğünde bu oranın artırılması için emzirme eğitimlerine daha fazla önem verilmesi gerektiği söylenebilir. Annelerin %73.2'si (52) bebeğinin bakımıyla kendilerinin ilgilendiğini belirtmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler: Çocuk beslenmesinde yararları yönünden anne sütüyle beslenme desteklenmelidir. Çocuğun bakımı, ruhsal ve bedensel gelişimi yönünden anneye duyulan gereksinim önemlidir. Annenin çocuk yetiştirmedeki ve çocuk sağlığının korunmasındaki önemi düşünüldüğünde, çalışan annelere yeterli olanakların verilmesi gerekmektedir.

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ÇEVRE SORUNLARI KONUSUNDAKİ FARKINDALIK VE DUYARLILIKLARI

Uz. Dr. Oya Özdemir, Uz. Dr. Ayşe Yıldız, Uz. Dr. Esin Ocaktan, Dr. Özlem Sarışen

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada, sağlık hizmet sunumunun gelecekteki aktörleri olan Dönem I ve Dönem VI tıp fakültesi öğrencilerinin, çevre sorunları ile ilgili olarak farkındalıkları ile duyarlılıklarının saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2002-2003 öğretim yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve Dönem VI öğrencilerine kırk bir soruluk anket formu uygulanmıştır. Yüz yüze uygulanan anket formu ile; öğrencilerin sosyokültürel durumları, kendilerine göre çevre ile ilgili en önemli sorunlar ve verilen otuz adet tutum örneği hakkındaki düşünceleri sorgulanmıştır. Likert skalası biçiminde hazırlanan tutum örnekleri, "1" en düşük, "5" ise en yüksek olmak üzere puan verilerek değerlendirilmiş; her bir öğrencinin tüm tutum örnekleri için verdiği puanlar toplandığında elde edilen puan ne kadar yüksek ise o kadar duyarlı olduğu düşünülmüştür. Her tutum örneği için tüm öğrencilerin verdiği puanlar toplanarak o konudaki grup puanı saptanmış ve grup duyarlılığı incelenmiştir. Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde ki-kare ve t-testi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan 301 öğrencinin yaş ortalaması 21.29 ± 3.03 olup (min:17, max:36); %55.1'i kızdır ve %54.2'si Dönem I öğrencisidir. Öğrencilerin %59.5'inin öğrenim hayatlarının herhangi bir döneminde çevre konusunda ders aldığı ve %6.3'ünün çevre konusu ile ilgilenen herhangi bir gönüllü bir kuruluş veya organizasyona üyeliğinin bulunduğu görülmüştür. Öğrencilere göre, dünyada çevre ile ilgili en önemli üç sorun; hava kirliliği, atıklar ve ormanların azalmasıdır. Öğrencilerin %17.9'unun yapılması gerekenleri bildiği ancak dikkat etmediği ve %19'unun bu konuyu bilmediği veya bu konuyla ilgilenmediği görülmüştür. Kız öğrencilerin erkeklere göre çevre konusunda daha fazla oranda bilgilerinin olduğu ve dikkat ettiklerini belirttikleri ($p=0.019$); yurttan kalanların, daha fazla oranda bilgileri olmasına rağmen yaptıklarına dikkat etmediklerini belirttikleri ($p=0.031$); herhangi bir gönüllü bir kuruluş veya organizasyona üye olmayanların davranışlarına dikkat etmediklerini belirttikleri ($p=0.038$); 21 yaş ve daha genç olanların çevresel duyarlılık puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0.026$); çevresel duyarlılık puan ortalamaları yönünden, Dönem I ve Dönem VI öğrencileri arasında fark olmadığı, kız öğrencilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu ($p=0.0001$) bulunmuştur.

Tartışma: Dünyada küresel düzeyde yaşanan çevre sorunlarının farkındalık düzeylerinin, geleceğin doktorlarından beklenebilecek olan seviyeden oldukça düşük bulunduğu söylenebilir. Bu çalışmada, öğrencilerin dünyada çevre ile ilgili önemli buldukları sorunlar, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi öğrencileri, Finlandiya'da tıp öğrencileri, Helsinki, Moskova ve Talin'deki 13-18 yaş grubu öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonuçlarına benzer bulunmuştur. Yine benzer şekilde, Sağlık Eğitim Fakültesi ile Gazi Eğitim Fakültesi araştırmalarında kız öğrencilerin çevresel duyarlılık puan ortalamaları daha yüksek olarak bildirilmiştir. Danimarka'da mezun olmuş doktorların halen eğitimleri süren tıp öğrencilere göre daha az oranda çevresel risklerle ilgilendikleri bildirilmiştir. ABD'de Dönem III tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da, öğrencilerin teorik olarak anamnez alırken hastaların meslek ve oturduğu çevre sorgulamalarının önemli olduğunu belirtmelerine rağmen, uygulamada çevresel öykülerine aynı önemi göstermedikleri saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin, küresel ve yerel çevre sorunları ve çevrenin sağlık üzerindeki etkileri ile korunma yolları yönünden bilinçli ve yeterli mezun olmaları sağlanmalıdır.

PARK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE GEBE ve 0-6 YAŞ BEBEK-ÇOCUK İZLEM KARTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

*Özlem Sarışen *, Deniz Çalışkan***

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Araştırma Görevlisi

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Yardımcı Doçent Doktor

Amaç: Çalışmada Park Eğitim Sağlık Ocağı(PESO) bölgesinde gebe, bebek ve çocuk izlemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan çalışma Ankara İli, Mamak İlçesi Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı PESO bölgesinde 1-29 Kasım 2002 tarihlerinde yürütülmüştür. On bir sağlık evine ait 88 gebe, 222 bebek kartının tamamı, 1229 çocuk izlem kartı için ise kura yöntemi ile belirlenen 2'si apartman ve 2'si gecekondu bölgesi 4 sağlık evi'ne ait 452(%36.8) kart gözden geçirilmiş 83(%94.3) gebe kadına, 196(%88.3) 0-1 yaş arası bebeğe ve 428(%94.7) 1-6 yaş arasındaki çocuğa ait izlem kartı değerlendirmeye alınmıştır. Veri girişi ve analizi SPSS paket programında ki-kare ve tek yönlü ANOVA testleri kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamında ele alınan 83 gebenin yaş ortalaması 25.19 ± 5.74 olup, %17.1'i ilk, %30.3'ü ikinci, %52.6'sı üçüncü trimestredir. İlk tesbit-ziyaret grubun %48.2'sinde ilk 3 ay içerisinde yapılmıştır. Ortalama izlem sayısı 2.47'dür. Gebelerde iki doz olma oranı %22'dir. Her izlemde yapılmış olması düzenli ölçüm olarak kabul edildiğinde %19.3 ile kan basıncı ölçümü ilk sırada, %6.0 ile idrarda protein incelemesi son sırada yer almıştır. Bir yaşını doldurmuş 196 bebeğin %61.0'i erkek, %39.0'u kızdır. Bebeklerin %25.2'si 0-3 aylık, %31.2'si 4-6 aylık, %22.9'u 7-9 aylık ve %20.7'si 10-12 aylıktır. Ortalama izlem sayısı 4.67 ± 2.66 'dır. Bir-beş yaş grubu 428 çocuğun %52.1'i erkek, %47.9'u kızdır. Çocukların %21.5'si 1, %38.2'i 2, %20.3'i 3, %16.8'i 4, %3.0'ü 5 yaşındadır. Ortalama izlem sayısı 1-6 yaş grubu için 8.39 ± 6.63 'tür. Her ziyarette ağırlık ve boy takibi yapılan bebeklerin oranı %7.2-6.1 iken bu oran 1-6 yaş çocuklarda %0.2'ye düşmektedir. Ayına göre tam aşıli bebek oranı BCG, DBT, oral polio, kızamık ve hepatit-B aşısı için sırasıyla %81.8, %59.0, %57.0, %50.0, %44.8'dir. 1-6 yaş grubunda tam aşıli yüzdeleri aynı sıralama ile %87.4, %81.3, %73.2 ve %57.1'dir.

Tartışma: Bu bulgular ışığında Ankara İli'nde yarı-kentsel bir bölgede hizmet sunmakta olan PESO'nda gebe, bebek ve çocuk izlemlerinin nicelik ve nitelik açısından istenen düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu noktada hizmetin nicelik ve niteliğini artırmaya yönelik, hizmeti sunan ekip ve hizmeti alan grupları da kapsayan çalışmaların yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

TOPLUMUN İYOT EKSİKLİĞİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VE İYOTLU TUZ KULLANIMI

Kader AYVAZ¹, Fatih KARA², Yasemin DURDURAN², Said BODUR³

¹S.Ü. SBE Halk Sağlığı Hemşireliği YL Öğrencisi,

²İl Sağlık Müdürlüğü

³S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Bu çalışma, toplumun iyot eksikliğinin yol açtığı sağlık sorunları ile ilgili bilgi düzeyi ve iyotlu tuz kullanımı konusundaki davranışını belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışma 2002 yılında Konya'da yapıldı. Çalışma evreni; Konya ilinin tümündeki sağlık ocaklarına başvuran yetişkin kişilerdi. Örneklem, tabakalı küme örnekleme ile belirlendi. Örnek büyüklüğü, bilinen parametreler, % 95 güven düzeyi, % 10'luk sapma, % 90'lık güç ve düzeltme etkisi dikkate alınarak hesaplandı. Örneğe alınan toplam 26 sağlık ocağı bölgesinden her kümede 20 kişi alınarak 520 evli kişi ile görüşüldü.

Bulgular: Araştırmaya katılanların % 86.3'ü kadın, % 44.4'ü 30 yaşın altındaydı. Eşlerden en az birinin ortaokul ve üzerinde öğrenim görme oranı % 52.7 olup ekonomik yönden % 21.5'i iyi, % 12.5'i kötü durumda olduğu ifade edildi. İyotlu tuz kullanım oranı % 66.9 iken, iyodun niçin önemli olduğunu bilme oranı % 10.2 idi. İyot yetersizliğinin fetüs ve yenidoğana etkisini bilenlerin oranı % 12.7 iken, çocuk ve yetişkinlere etkisini bilenlerin oranı % 31.7 idi. İyot yetersizliğinin etkisi ve iyotlu tuz kullanımı konusundaki bilgi düzeyi ile öğrenim düzeyi, meslek ve ekonomi pozitif; hane halkı sayısı ise negatif ilişkiye sahipti.

Sonuç: Toplumda iyotlu tuz kullanma oranı çok düşük olmamasına rağmen, bilinçli olarak kullanma oranı düşüktür. Kullananların çoğu iyodun önemi, tuzun saklama koşulları ve kullanma zamanını bilmemektedir. İyot alımının önemi ve iyotlu tuz kullanım koşulları konusunda topluma bilgi verilmesi, toplumun genel öğrenim düzeyinin artırılması sorunun çözümüne önemli katkı sağlayacaktır.

ADLİ TIP VE HALK SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

Metin Pıçakçıfe*

*Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı

Hekimlik uygulamalarında yaşanan sıkıntıların önemli bir kısmı adli hekimlik sürecinde yaşanmaktadır. Adli hekimlik uygulamalarında ortaya çıkan eksik bilgiler ve yerleşmiş yanlış kalıplar hem birinci basamakta çalışan, hem adli tıp alanında çalışan hekimleri, daha da çok hakkında adli raporların düzenlediği insanları olumsuz yönde etkilemektedir. Adli bir olgunun bileşenleri olan hakkında raporların düzenlendiği insanların ve raporu düzenleyen hekimlerin haklarının korunması için içerikli ve nitelikli bilgilenme sürecine ihtiyaç duyulmaktadır. Bir halk sağlığı sorunu olan insan hakları ihlalleri(işkence ve kötü davranış iddiaları.....vs.) gibi çok duyarlı konular halen gündemdedir. Görünüşe bakılırsa bu İddiaların bir süre daha devam edeceği ve gündemdeki yerini koruyacağı bir dönemde adli hekimlik ve bilirkişilik hizmeti veren Adli Tıp Kurumunun, kurumsal yapısının, uygulamalarının, ilişkili olduğu kurumların ve özellikle halk sağlığı ile ilişkisinin belirlenmesinin yukarıda değinilen içerikli ve nitelikli bilgilenme sürecine aynı zamanda adli hekimlik uygulamalarında ortaya çıkan eksik bilgilerin ve yerleşmiş yanlış kalıpların giderilmesine katkı sağlayabilir. Şu başlıklarla Adli Tıp ve Halk Sağlığı ilişkisi irdelenmeye çalışılmıştır: Adli Tıp'ın Halk Sağlığını İlgilendiren Yönü, Adli Tıp'ın Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Kullandığı Araçlar, Halk Sağlığı İle Adli Tıp'ın Eklemlendiği Noktalar (Sağlık Ocağı Hekimi İle Adli Tıp Hekiminin Ortak Görevleri, Halk Sağlığı İle Adli Tıp Hekimlerinin Ortak Bulunduğu Kurul, Adli Tıp İhtisas Kurullarının Halk Sağlığı İle İlgili Özel Görevleri, Adli Tıp Ve Halk Sağlığı'nın İlgilendiği Ortak Sağlık Sorunları).

ADLI TIP VE TIP ETİĞİ İLİŞKİSİ

Metin Pıçakçefe*

*Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı

Türkçe’de Tıp Etiği terimi daha çok batı dillerinde medical ethics (tıp ahlak kurallarını içeren bilim dalı) terimine karşılık olarak kullanılmaktadır. Tıp Etiği’nin yani tıp ahlakının şöyle bir tanımı yapılabilir: Tıp uğraşının değişik yönlerinin yürütülmesi sırasında ortaya çıkan değer sorunları ve çatışmaların araştırıldığı, tartışıldığı ve çözümlerin araştırıldığı bir etkinlik ve disiplindir. Ahlak kuralları toplumsal yaptırımlarla korunan kurallardır. Hukukun bir tanımı da “ hukuk asgari ahlaktır” şeklindedir . Adli Tıp tıbbi bilgilerin hukuka uygulanışını ve hekimlerle ilgili yasal noktaları ele alan bir tıp dalıdır. Adli Tıp, tıp ve hukuk bilimlerinin ortak alanıdır.Tıp Etiği ise hukukla içicedir. Bu nedenlerle Adli Tıp ve Tıp Etiği’nin birlikteliği kaçınılmazdır. Her mesleğin olduğu veya olması gerektiği gibi Adli Tıp çalışanı olan hekimlerinde uymak zorunda olduğu uluslararası ve ulusal hukuk ve etik kuralları vardır. Hatta bu kurallar insan hakları ihlalleri, işkence iddiaları, beden bütünlüğünün ve kişisel verilerin korunması, gerçek dışı rapor düzenleme, mesleki hata ve ihmal , gebeliğin yasadışı sonlandırılması....vb. gibi Tıp Etiği’nin de yakından ilgilendiği konularda bilirkişilik görevi üstlenen Adli Tıp çalışanları için daha fazla öneme sahiptir. Bir adli olgu üzerinden Adli Tıp ve Tıp Etiği ilişkisini irdelemek, ilişkinin varlığını ortaya çıkarılmasını kolaylaştırabilir ve ilişkinin daha net anlaşılmasının sağlayabilir. Adli olgu olarak yaralamalı trafik kazası seçilmiştir. Tıbbi Etik Yönü ise verilen gerçek dışı rapor ile sorgulanmıştır. Yaralamalı trafik kazasından dolayı gerçek dışı rapor verme, Adli Tıp ve Tıp Etiği ilişkinin daha kolay anlaşılmasını sağlamak için yaşanmamış ancak yaşanması yüksek olasılıklı olan bir olay üzerinden kurgulanmıştır.

ANKARA İLİ GÖLBAŞI İLÇESİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

*Yrd. Doç. Dr. Fatma AKINCI**, *Öğr. Gör. Filiz HİSAR***, *Yrd. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN***

*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Sağlık Yüksekokulu

** Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma, Ankara ili Gölbaşı ilçe merkezinde oturan yetişkinlerin sağlığın geliştirilmesine yönelik bireysel sağlık davranışlarını tanımlamak ve sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyebilecek bireysel özellikleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Gölbaşı ilçesi belediye sınırları içindeki 1 ve 2 No'lu Sağlık Ocaklarının hizmet alanında bulunan, 18 yaşından büyük, 22155 kişi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünde %95 anlamlılık düzeyi, 0.05'lik yanılma payı alınmış, 382 kişi belirlenmiş, örnekleme yöntemi olarak küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma 347 kişiye ait verilerin (%90.8) toplanmasıyla tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmış, Anket Formu demografik özellikler ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'den oluşmuştur. Verilerin istatistiksel çözümlemesi SPSS 10.0 paket programında, yüzdeler, ANOVA ve t testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalamasının 31.83 ± 10.93 (min:18-max:67 yaş), % 70.0'inin kadın, % 65.1'inin 21-40 yaş grubunda, % 66.9'unun evli, % 48.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, % 65.1'inin çalışmadığı (öğrenci, ev hanımı, emekli, işsiz), çalışanların % 47.1'inin işçi olarak çalıştığı, %44.4'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu; % 66.9'unun orta sosyoekonomik düzeyde olduğu ve %32.6'sının şişman (BKİ:30 \uparrow kg/m²) olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda erkeklerin, 20 yaşından küçüklerin, üniversite mezunlarının, bekarların ve işçilerin egzersiz puanlarının; kadınların ve çalışmayanların beslenme puanlarının; üniversite mezunlarının sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanlarının; üst sosyoekonomik düzeydeki bireylerin kendini gerçekleştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının; 61 yaş üzeri kişilerin stres yönetimi puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir.

Öneriler: Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlığı geliştirme programlarına başlarken hedef bölgenin ya da bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi; kadınlara, 41-60 yaş grubundakilere, herhangi bir okul bitirmemişlere, çalışmayanlara yönelik fiziksel egzersiz programlarının düzenlenmesi; yeterli ve dengeli beslenme konusunda erkeklerle ve serbest meslek mensubu kişilere yönelik program düzenlenmesi; sağlığı geliştirmenin ruh sağlığı boyutunun ele alınması ve risk gruplarına (yoksul, işsiz, öğrenim görmemiş) yönelik ruh sağlığını geliştirici programların düzenlenmesi; düzenlenen programların etkinliğinin belirli izlenmesi, farklı eğitim programlarının etkinliğinin deneysel olarak araştırılması, önerilebilir.

GENEL KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

*Uzm. Dr. Selma TOSUN*¹, *Dr. Leyla SEYHAN*², *Uzm. Dr. Ümit ATMAN*³, *Doç. Dr. Ümit İNCEBOZ*⁴

- 1-Moris Şinasi Çocuk Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ,
- 2-Müdür Yardımcısı -İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi,
- 3- Moris Şinasi Çocuk Hastanesi , Halk Sağlığı uzmanı
- 4-Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD MANİSA

Amaç: Genel kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin araştırılması.

Yöntem: Manisa il merkezindeki ve ilçelerdeki genel kadınlara bir ön test sonrası uygulanan anketle aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi düzeyleri araştırılmıştır.

Bulgular: Yaşları 18-62 arasında değişen toplam 58 genel kadına uygulanan anketlerin sonucunda doğum kontrol yöntemi olarak yaşı 46 olan bir kadın dahil olmak üzere toplam 12 çalışan oral kontraseptif , 11'inin prezervatif kullandığı, beşinin menapozda olduğu, üçüne tüp ligasyonu yapılmış olduğu, ikisinde RIA (rahim içi araç) olduğu, ikisinin yöntem kullanmaya gerek duymadığı ve diğerlerinin vaginal duş yaptıkları belirlenmiştir. RIA ile ilgili olarak anket uygulanan genelev kadınlarının halen büyük oranda RIA'nın çok ağrı ve kanama yaptığı, erkeğin RIA varlığını hissettiği ve karın içine kaçtığı şeklindeki yanlış inanışlara sahip olduğu gözlenmiş ve "koşullar uygun olsa RIA istermiydiniz " sorusuna çalışanların yarısından fazlası olumsuz yanıt vermiştir. Prezervatif kullanımını kadınların % 90'ı istemekte ancak müşterilerin isteği nedeniyle genellikle kullanmadıklarını ifade etmektedirler. Oral kontraseptiflerin hangi yaşlarda ve ne koşullarda kullanılabileceğine ilişkin bilgi düzeyleri de oldukça yetersiz bulunmuştur.

Sonuç: Genel kadınların aile planlamasına ilişkin bilgileri oldukça yetersiz olup rutin muayeneler sırasında bu konular hakkında da bilgilendirilmeleri ve en azından yılda bir kez bir Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı tarafından bu muayenelerin ve bilgilendirmenin yapılması uygun olacaktır.

BEBEKLERİN VE ÇOCUKLARIN AŞI KARTLARININ SAKLANMASINA İLİŞKİN ANNELERİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Selma TOSUN¹, Öğr. Gör. Hems. Dilek ERGİN², Araş. Gör. Nesrin ŞEN², Uzm. Dr. Ümit ATMAN³

- 1-Moris Şinasi Çocuk Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ,
- 2- Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Meslek Okulu
- 3- Moris Şinasi Çocuk Hastanesi, Halk Sağlığı uzmanı MANİSA

Amaç: Bu çalışmada bebek ve çocuklara ait aşı kartlarının önemine ve saklanması ile ilişkili olarak annelerin bilgi düzeylerinin ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bir anket formu hazırlanarak Moris Şinasi Çocuk Hastanesi'nde Şubat-Mart aylarında yatarak sağaltım gören çocuklarla muayene için polikliniğe getirilen çocukların annelerine yüzyüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Özellikle çocukların yaşları, aşı kartının saklanıp saklanmadığı ve annenin kartı yanında taşıması ve eğitim düzeyi ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır.

Bulgular: Çalışma süresi içinde toplam 341 anneyle yapılan görüşme sonucu sadece 62 annenin (% 18.2) bebeğinin aşı kartının yanında bulunduğu belirlenmiş olup 197 anne (% 57.7) bebeğinin/çocuğunun aşı kartının evde olduğu ifade etmiş; bunun yanı sıra 26 annenin (% 7.6) aşı kartını attığı, 17 annenin (% 5) aşı kartının nerede olduğunu hatırlamadığı, 7 bebeğinin (% 2) aşı kartının kayıp olduğu, 6 bebeğinin (% 2) hiç aşı kartının olmadığı belirlenmiş; 24 anne (% 7) ise kendilerinden istendiğinde aşı kartlarını evden getirmişlerdir. Aşı kartı yanında olan annelerin bebeklerinin genellikle 2 yaşın altında oldukları gözlemlenmiş olup anket uygulanan annelerin sadece 118'ine (% 34.6) sağlık ocağı ebesi veya hemşireleri tarafından aşı kartının saklanması gerektiğinin söylendiği, diğerlerine bu konuda hiçbir bilgi verilmediği öğrenilmiştir. Aşı kartı yanında olan veya kartını halen saklayan annelerin büyük çoğunluğunun önceden kartı saklamaları konusunda bilgilendirilen anneler olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç: Aşı kartları bebeklerin aşılama durumunu göstermesi ve sağlık çalışanları tarafından görüldüğünde olası kaçırılmış fırsatların yakalanmasına olanak tanınması açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda annelerin aşı kartlarının önemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları ve kartları yanlarında taşıma eğilimleri olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle aşıyı uygulanan sağlık çalışanlarının anneleri aşı kartının önemi ve saklanması konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir.

0-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİN TANILANMASI

Dilek Özmen, Dilek Ergin,* Nesrin Şen**

* Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağında görülen kazalara bağlı ölümler ve sakatlıklar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Ülkemizde kazalar nedeniyle olan ölümler 0-4 yaş grubu çocuk ölümleri arasında 5. sıradadır. Bu nedenle çocukluk çağı kazaları, üzerinde önemle durulması gereken bir toplum sağlığı sorunudur. 0-6 yaş çocuklar kendilerini kazalardan koruyabilecek gelişimsel özelliklere henüz yeterince sahip olmadıklarından, kendileri için güvenli bir çevrenin oluşturulması ve kazalardan korunmada bir yetişkinin yardımına gereksinim duyarlar. Bu yetişkinde çoğunlukla çocuğun annesidir. Bu yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında anneler tarafından çocuğun fiziksel ve sosyal çevresinin düzenlenmesi önemlidir.

Bu çalışmada 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarından korunmaya yönelik uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 7 No'lu Sağlık Ocağına her hangi bir nedenle başvuran, 0-6 yaş grubu çocuğu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 200 çocuğun annesi ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri 15 Kasım 2003-30 Mart 2004 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak sosyo-demografik bilgi formu ve "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" kullanılmıştır. Sosyo-demografik bilgi formu 20 sorudan oluşmaktadır. "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" ise 40 maddeli, 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çınar (1998) tarafından yapılmıştır, Crocbach alfa katsayısı 0.82'dir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 200'dür. Verilerin analizinde SPSS 10.0 for Windows kullanılmıştır. İstatistik değerlendirmede sayı-yüzde dağılımları, ki-kare ve student t testi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 26.60 ± 4.97 'dir. Çocukların yaş ortalaması 17.21 ± 17.46 ay, ailedeki çocuk sayısı ortalaması 1.65 ± 0.87 'dir. Ailelerin %87'si çekirdek aile yapısına sahiptir. Annelerin %56.5'i ilkokul mezunu, %89'u ev hanımıdır. Annelerin "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği"nden aldıkları puan ortalaması 65.81 ± 14.23 'dür. Annelerin %15'i (30) çocukların her hangi bir ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Kaza geçiren çocukların yaş ortalaması 2.41 ± 7.40 aydır. Kaza geçiren çocukların %60'ı (18) erkek, %40'ı (12) kızdır. Kazaların %36.6'sı haşlanarak yanmalardan oluşmuştur. Çocukların kaza geçirme durumu ile annelerin ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, kaza geçirmeyen çocukların annelerinin ölçekten daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$).

Sonuç: Elde edilen sonuçlar araştırmaya katılan annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik alınacak önlemler konusunda yeterince duyarlı olmadıklarını düşündürmektedir.

KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ KONUSUNDA BİLGİ, DAVRANIŞ ve KULLANILAN KAN BASINCI ÖLÇERLERİN GÜVENİLİRLİĞİ ARAŞTIRMASI

*Filiz ESTÜRKLER**, *Serhat Sami ÇENGEL**, *Hüseyin ÇETİNEL**, *Serap KÜLEY**, *Aynur TOKSUN**, *Asuman GÜZELANT**, *İbrahim PADIR**, *Güngör POLAT***, *Tevfik ÖLÇERLER***

*İzmir Konak Sağlık Grup Başkanlığı

**Ege Üniversitesi Ege Meslek Yüksekokulu Biomedikal Cihazlar Teknolojisi Program Koordinatörü

Amaç: Sağlık çalışanlarının kan basıncı(KB) ölçümü işlemi konusunda bilgi, davranış özelliklerini ve kan basıncı ölçerlerin(KBÖ) güvenilirlik düzeylerini belirlemek.

Yöntem: Konak Sağlık Grup Başkanlığı(KSGB)'na bağlı 49 adet birinci basamak sağlık kuruluşundan rastgele seçilen 22'sinde çalışan ve KB ölçümü yapan hekim, hemşire, ebeler çalışmaya davet edilmiş, KB ölçümü hakkında 15 soruluk bilgi değerlendirme formunu doldurmaları, gözlemci eşliğinde KB ölçümü yapmaları istenmiştir. Gözlemciler yapılandırılmış gözlem formu doldurmuş, her iki form 100 üzerinden değerlendirilmiştir.

KBÖ'lerin kontrolü için eğitilen 3 personel, KSGB'nin tüm kurumlarında bulunan aletlerin tüm parçalarının sağlamlığını değerlendirmiştir. Cıvalı KBÖ'in 240-180-120-60mmHg düzeylerinde yapılan paralel ölçümlerde iki düzeyde $\pm 3\text{mmHg}$ 'dan fazla fark olduğunda KBÖ'nin yanlış ölçtüğü kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 85'i hekim, 56'sı hemşire, 82'si ebe olmak üzere 223 sağlık çalışanı katılmıştır. Gözlem puanı ortalaması $56.8 \pm 22.4(6.0-100.0)$, sırasıyla hekimlerde 60.7, hemşirelerde 55.9, ebelerde 55.3'tür($p=0.097$). En sık gözlemlenen hatalar; kolluk basıncı yükseltirken nabız kontrolü yapmama(%77.7 $n=164$), ölçüm öncesi ibrenin sıfır kontrolü yapmama(%60.5 $n=127$), palpasyonla a.brakialis'in yerini belirlememe(%56.5 $n=126$)'dir. İki koldan ölçüm yapanlar 23 kişidir(%12.7). Bilgi puanı ortalaması $60.8 \pm 13.0(13.3-86.7)$ dür. Bilgi puan ortalamaları ebelerde daha düşüktür(sırasıyla 63.0, 62.7, ve 58.6)($p= 0.027$).

303 KBÖ'in(274 erişkin, 29 çocuk tipi) halen kullanımda olan 165'inin(%54.5), %57.6'sı($n=95$)i sağlam, %4.2'si($n=7$) onarılamaz, 61 tanesi onarım sonrası kullanılabilir durumdadır. Kullanım dışı olan 138 KBÖ'in(%45.5) %26.8'i($n=37$) sağlam, %31.2'si($n=43$) kullanılamaz, %39.9'u($n=55$) onarım sonrası kullanılabilir durumdadır. KBÖ'lerin %27.7'sinin($n=84$) kullanılamaz olduğu, %9.9'unda($n=30$) hatalı ölçtüğü, %61.7'sinde($n=187$) doğru ölçtüğü saptanmıştır. Yanlış ölçen 30 KBÖ'den halen kullanımda olanların sayısı 11 (%36.7)'dir.

Sonuç: KB ölçümü kolay uygulanabilir, maliyeti düşük ve etkin ancak hatalara açık bir tanı aracıdır. Hataları en aza indirmek için sürekli eğitim ve denetim gereklidir.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA ENGELLENEBİLİR KÖRLÜK (AMBLİOPİ) ÇALIŞMASI

Yüccetin N¹, Padır İ¹, Berk T², Ergör G³, Erbezci M⁴

¹Konak Sağlık Grup Başkanlığı, İzmir

²Prof.Dr., Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları A.D., İzmir

³Prof.Dr., Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., İzmir

⁴Uz.Dr., Bostanlı Rotary Klübü, İzmir

Amaçlar: Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çocuklarda kırma kusuru ve şaşılık prevalansını saptamak ve bu konuda pratisyen hekimlerin bilgi ve becerilerini arttırmak.

Yöntem-Gereçler: : Konak Sağlık Grup Başkanlığı (KSGB) bölgesindeki 13 kurumda Şubat 2001'de başlamış, 2002 Şubat'ta tamamlanmış, kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. KSGB'na bağlı bölgesi olan 45 kurumdaki sistematik örnekleme yöntemiyle 13 sağlık ocağı ve AÇSAP Merkezi seçilmiştir. Seçilen kurumlardan iki hekime göz muayenesi konusunda kuramsal ve uygulamalı eğitim verilmiştir. Kuramsal eğitim, katılacak tüm hekimlere toplu halde verildikten sonra, uygulamalı eğitim küçük gruplar halinde Dokuz Eylül Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda verilmiştir. Hedef grup olarak 4 yaş grubu çocuklar seçilmiştir. Toplam 1300 çocuğun (1430 yedekle birlikte) örneğe girmesi planlanmıştır. Her sağlık ocağından sistematik örnekleme 100' er çocuk alınması planlanmıştır. Çocuklar belirlenip ocağa çağrılmış, muayeneleri yapıp formlar doldurulduktan sonra tanımlanan patolojiler bulunduysa göz hastalıkları uzmanına sevk edilmiştir. Muayeneler sırasında standart "E" eşeli, Lang Stereo test ve ışık kaynağı kullanılmıştır. Patoloji bulunan hastadan bir sonra muayene edilen çocuk da sevk edilmiştir. (Pratisyen hekimlerin muayenelerinin duyarlılık ve seçiciliğini belirlemek için). Göz hekimi muayenesini kör olarak gerçekleştirmiştir.

Bulgular: Sağlık ocağına çocukların 1075'i başvurmuş ve 158 çocuk göz hekimine sevk edilmiştir. Sevk edilenlerden 91'i muayene için göz hekimine başvurmuş ve bunlardan 24 tanesi hasta, 65 tanesi sağlam olarak değerlendirilmiştir. Pratisyen hekimler hastaların % 92.6'sını tanı koyabilmişler, sağlamların % 68.8'ine sağlam demişlerdir. Pratisyen hekimlerin hasta dediklerinin % 55.6'sı hasta, sağlam dediklerinin % 95.7'si sağlam bulunmuştur. Çalışmada çocuklarda göz tembelliği sıklığı % 1.5 olarak saptanmıştır.

Sonuçlar: Pratisyen hekimler erken tanı koyarak önlenebilen hastalıkların saptanmasında istatistiksel olarak anlamlı oranda başarılı olmuşlardır.

**KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 40-69 YAŞ ARASI
NÜFUSTA KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI(KOAH) SIKLIĞI
ARAŞTIRMASI**

*Uzm.Dr. Asuman GÜZELANT, *Dr. Ülkü GÜNDOĞDU, *Dr. Cem AR,
*Dr. Aylin Sena BELİNER, **Uzm. Dr. Mehmet BÖNCÜ, *Dr. İbrahim PADIR

*Konak Sağlık Grup Başkanlığı

**İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Konak ilçesinde yaşayan 40 - 69 yaş arası nüfusta KOAH sıklığını ve risk faktörleri ile ilişkilerini belirlemek.

Yöntem: Bu kesitsel, tanımlayıcı, toplum tabanlı araştırmada Konak ilçesinde yaşayan 40-69 yaş grubu 260.942 kişilik evrende çalışılmış; %95 GA, \pm %1,5 hata payı ve %10 beklenen sıklık ile 1.537 kişi hesaplanan örneklem hacmine ulaşabilmek için %40 fire payı katılmıştır. Bölgedeki 49 kurumdan tabakalama ile belirlenen 14'ünden rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 2.100 kişi davet edilmiştir. Antropometrik ölçümler sonrasında yapılandırılmış anket formu doldurulmuş ve ATS-ERS onaylı spirometre ile solunum fonksiyon testi uygulanmıştır. Araştırmanın çıktı değişkeni GOLD kriterlerine göre KOAH sıklığıdır. Şubat-Mayıs 2003 arasında toplanan verilerin girişi ve analizi için Excel-2002 ve SPSS 8.0 kullanılmıştır.

Bulgular: Kapsayıcılık %91,4(n=1.404) olup, kadın/erkek oranı 1.45(831/573)tir. Araştırmadaki yaş gruplarının dağılımı Konak ilçesi nüfusundan farksızdır(p>0.05). GOLD sınıflamasına göre KOAH sıklığı %10,2(kadınlarda %7,3, erkeklerde %13,3) bulunmuştur. KOAH olgularının; %40,0'ı Evre 0, %13,1'i Evre 1, %33,1'i Evre 2a, %10,0'u Evre 2b, %3,8'i Evre 3'dür. Toplumda Evre 0 olgu sıklığı %4,2(kadınlarda %3,4, erkeklerde %5,0)dir. Evre 0 olguların %78,8(41/52)'i KOAH tanısı aldığından habersizdir. Anamneze göre KOAH tanısı alanlar %3,7(n=52)dir.

Örnekleme sigara içme hızı %35,0(erkeklerde %51,5, kadınlarda %23,7)dir. Pasif içici olanların sıklığı %20,4 olup, kişilerin %75,1'inin evinde en az 1 kişinin sigara içtiği saptanmıştır. KOAH sıklığı halen sigara içenlerde %14,4(n=71), içmiş bırakmışlarda %8,8(n=23), hiç içmemişlerde %5,6 (n=36)'dır (p<0,001). KOAH tanısı alanların(n=130) %54,6'sı halen sigara içmekte, %17,7'si içmiş bırakmış ve %27,7'si hayatı boyunca hiç içmemiştir. Hayatı boyunca hiç sigara içmemiş olan 36 KOAH hastasının 17(%47,2) tanesi geçmişlerinde ortalama 16 yıl tozlu-dumanlı işyerlerinde çalışmışlar, 21(%58,3)'i ise pasif içici durumundadır.

Sonuç: KOAH birinci basamakta tanınması, tedavi edilmesi ve koruyucu önlemler geliştirilmesi gereken öncelikli bir sağlık sorunudur. KOAH ile savaşta en önemli adım sigaraya karşı savaşı güçlendirmek ve Evre O hastaların tanınarak hastalığın ilerlemesini önlemektir.

GEBELERDE VE ANNELERDE TETANOZ AŞILAMASININ ARAŞTIRILMASI

Uzm. Dr. Selma TOSUN¹, Öğr. Gör. Dilek ERGİN², Araş. Gör. Nesrin ŞEN²

1-Moris Şinasi Çocuk Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ,
2- Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Amaç: Gebelerde tetanoz aşılmasının düzenli olarak yapılıp yapılmadığının araştırılması.

Yöntem: Moris Şinasi Çocuk Hastanesi'nde yatarak sağaltım gören çocuklarla muayene için polikliniğe getirilen çocukların annelerine ve çocuklarını muayene için getiren gebelere bir anket uygulanarak gebelik sırasında tetanoz aşısı yapılma durumları sorgulanmıştır.

Bulgular: Toplam 169 anne ve 38 gebenin yapılan sorgulamasında sağlık ocağına hiç gitmemiş olan iki gebe, aşısını bilerek yaptırmayan iki anne, aşı durumunu bilmeyen bir gebe ve yine aşı durunu hatırlamayan dört anne dışında diğer kadınlar gebelikleri sırasında sağlık ocağında en az bir doz tetanoz aşısı yaptıklarını ifade etmişlerdir. Tetanoz aşısı yapıldığını ifade eden tüm anneler ve gebelerin gebelikleri sırasında sağlık ocağında izlendikleri belirlenmiştir. Ancak hiçbirinde aşı kartı olmadığı gözlenmiştir.

Sonuç: Çalışma grubunda tetanoz aşılmasının oldukça yüksek oranda yapılmakta olduğu gözlenmiş olup saptanan bu sonuç, gebeler sağlık ocağına başvurduklarında tetanoz aşılmasının titizlikle yapıldığını göstermektedir. Ayrıca anket uygulanan annelerin büyük çoğunluğunun son 1-2 yıl içinde doğum yapmış olması da aşı durumlarını net olarak hatırlamalarına kolaylaştırmış olabilir. Bu nedenle anne adaylarının gebelik sırasında sağlık ocağına en az bir kez başvurmasının sağlanması ve aşının öneminin kişilere vurgulanması oldukça önemlidir.

BEBEKLERİN VE ÇOCUKLARIN AŞI KARTLARININ SAKLANMASINA İLİŞKİN ANNELERİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Selma TOSUN¹, Öğr. Gör. Dilek ERGİN², Araş. Gör. Nesrin ŞEN², Uzm. Dr. Ümit ATMAN³

- 1-Moris Şinasi Çocuk Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ,
- 2- Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Meslek Okulu
- 3- Moris Şinasi Çocuk Hastanesi, Halk Sağlığı uzmanı MANİSA

Amaç: Bu çalışmada bebek ve çocuklara ait aşı kartlarının önemine ve saklanması ilişkin olarak annelerin bilgi düzeylerinin ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bir anket formu hazırlanarak Moris Şinasi Çocuk Hastanesi'nde Şubat-Mart aylarında yatarak sağaltım gören çocuklarla muayene için polikliniğe getirilen çocukların annelerine yüzyüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Özellikle çocukların yaşları, aşı kartının saklanıp saklanmadığı ve annenin kartı yanında taşıması ve eğitim düzeyi ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır.

Bulgular: Çalışma süresi içinde toplam 341 anneyle yapılan görüşme sonucu sadece 62 annenin (% 18.2) bebeğinin aşı kartının yanında bulunduğu belirlenmiş olup 197 anne (% 57.7) bebeğin/çocuğun aşı kartının evde olduğu ifade etmiş; bunun yanı sıra 26 annenin (% 7.6) aşı kartını attığı, 17 annenin (% 5) aşı kartının nerede olduğunu hatırlamadığı, 7 bebeğin (% 2) aşı kartının kayıp olduğu, 6 bebeğin (% 2) hiç aşı kartının olmadığı belirlenmiş; 24 anne (% 7) ise kendilerinden istendiğinde aşı kartlarını evden getirmişlerdir. Aşı kartı yanında olan annelerin bebeklerinin genellikle 2 yaşın altında oldukları gözlenmiş olup anket uygulanan annelerin sadece 118'ine (% 34.6) sağlık ocağı ebesi veya hemşireleri tarafından aşı kartının saklanması gereğinin söylendiği, diğerlerine bu konuda hiçbir bilgi verilmediği öğrenilmiştir. Aşı kartı yanında olan veya kartını halen saklayan annelerin büyük çoğunluğunun önceden kartı saklamaları konusunda bilgilendirilen anneler olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Aşı kartları bebeklerin aşılama durumunu göstermesi ve sağlık çalışanları tarafından görüldüğünde olası kaçırılmış fırsatların yakalanmasına olanak tanınması açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda annelerin aşı kartlarının önemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları ve kartları yanlarında taşıma eğilimleri olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle aşıyı uygulanan sağlık çalışanlarının anneleri aşı kartının önemi ve saklanması konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

KEMALPAŞA İLÇESİ BEBEK DOSTU KURUM ÇALIŞMALARI

*MERMER Nihat**, *ŞEVKEN Sema***, *OKYAY Abdullah***, *OĞUZ Tefrik***, *GÜNAY İlker**

* Kemalpaşa AÇSAP Merkezi

** Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı

Emzirme, özellikle ilk 6 ay içinde bebek sağlığı açısından en önemli ve öncelikli konulardan biridir. Emzirmenin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla bir dizi etkinlik gerek resmi kurumlar, gerekse sivil toplum örgütleri tarafından yürütülmektedir. Bebek dostu hastane ve bebek dostu kurum çalışmaları bu konudaki yaygın ve kapsamlı bir çalışmadır.

İlçemiz Kemalpaşa'da bu çalışmalar başarılı bir biçimde yürütülmüş ve sonuçta "Bebek Dostu İlçe" plaketiyle ödüllendirilmiştir. Ancak Bebek Dostu plaketi almak, bir dizi çalışmanın son basamağı değil, çok daha kapsamlı ve yoğun bir çalışmanın başlangıç noktası olmaktadır. Bu düşünceden hareketle Kemalpaşa'da Bebek Dostu Kurum değerlendirmeleri sonrasında da bir izleme-değerlendirme sistemi oluşturulmuş ve kullanılmaya başlanmıştır.

Kemalpaşa ilçesinde Bebek Dostu Kurum çalışmalarına Nisan 2002'de Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) bünyesinde oluşturulan 3 kişilik bir çalışma grubu ile başlanmıştır. Çalışma grubu tarafından oluşturulan eylem planında öncelikli olarak eğitim programı ve eğitim materyali hazırlığı yer almıştır. İzleyen aşamalarda gerek çalışmalara yön vermek, gerek eksikleri saptamak ve kuruma özel geri bildirim verebilmek üzere bir izleme değerlendirme sistemi oluşturulmuştur. Değerlendirmeler Bebek Dostu Kurum değerlendirmeleri sona erip ilçemiz Bebek Dostu İlçe plaketi aldıktan sonra da sürdürülmüş ve böylelikle yılda 2 kez düzenli olarak yapılır olmuştur.

Kurum değerlendirmeleri için Bebek Dostu Kurum değerlendirme formları kullanılmıştır. Kurumlarımızın 2002 Eylül-2003 Eylül arasında gösterdiği gelişim ve değişimler, değerlendirilen 8 madde ışığında incelenmiştir. Buna göre tüm kurumlar yazılı politika ile ilgili 1. maddeyi Ocak 2003'te tamamlamışlardır. Eğitimlerle ilgili 2. maddenin gerekleri Aralık 2002'de tamamlanmış, izleyen dönemde de her yıl Mart ayında güncelleme ve yeni gelen personelin eğitimi şeklinde sürmüştür. Gebe ve annelerin emzirme konusundaki bilgi ve becerilerinin değerlendirildiği 3, 4, 5 ve 6. maddelerle ilgili koşullar Ocak 2003'te sağlanmıştır. Bu konudaki düzeyin Eylül 2003'te yapılan değerlendirmede de korunduğu gözlenmiştir. Kurumlar arası işbirliği (Madde 7), her kurumun bölgesindeki özelliklere göre farklılıklar göstermiştir. Değerlendirme sürecine kadar minimum gerekler tüm kurumlarca sağlanmış, ancak hedeflenen tüm okullara ve eczanelere eğitim ve işbirliği gibi konuların tamamlanması 2004 Ocak ayını bulmuştur. Hazır mama tanıtımıyla ilgili 8. madde ilk tamamlanan madde olmuş ve Kasım 2002'de tüm kurumlarca gerçekleştirilmiştir.

Sonuç: Bebek Dostu çalışmalarının olumlu sonuçlar vermesi, örgütlenme, kurumsallaşma, sürdürülebilirlik ve izlenebilirlik ile gerçekleşmiştir. İlçe genelindeki çalışmalar için tüm sağlık kurumları ve çalışanları ortak bir hedef çevresinde ancak kişisel ve yerel özelliklerini de koruyarak birleştiler. İlgili tüm kişi ve birimlerin gönüllü katılımı, çalışmaların kurumsallaşmasını sağladı. Kurulan sistem kendini sürekli denetlediğinden ve oluşan sorunları birkaç farklı yönden çözebildiğinden, ulaşılan sonuç belirli bir dönem çalışma sonunda gelinmiş bir nokta değil, sürekli gelişen ve değişen bir sistem olmuştur. Sistemin sürdürülebilirliğinin önemli bir etkeni de gelişimi ve potansiyel sorunları saptamaya yarayan izleme değerlendirme araçları olmuştur. Sonuç olarak gelinen nokta, sağlık çalışanlarının ve bölge halkının ortaklaşa ürettikleri, günlük çalışmanın ve yaşamın doğal bir parçası haline gelmiş bir uygulama oldu.

KEMALPAŞA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINCA GELİŞTİRİLEN VE RUTİNDE KULLANILAN FORMLAR

*İSTANBULLU Nedim**, *OĞUZ Tevfik**, *ŞEVKEN Sema**, *EMEK Mestan**, *GÜNAY İlker***

* Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı

** Kemalpaşa AÇSAP Merkezi

Amaç: Temel sağlık hizmeti sunumunda veri toplama, sistemin önemli bir parçasıdır. Bu amaçla birinci basamak kurumlar tarafından görev alanına giren konularda gerekli veriyi üst kurumlara ulaştırabilmek amacıyla bir dizi form değişen sıklıklarda hazırlanmakta ve Sağlık Grup Başkanlıkları'na gönderilmektedir. Zaman içinde hizmet çeşitliliğinin artması ya da bölgesel özellikler, rutinde toplanmayan verileri alıp hizmet planlaması ve sunumu için kullanabilme gereksinimini doğurmuştur. Ayrıca hizmetin yürütülmesi sırasında iş akışını kolaylaştıracak formları da oluşturmak gerekebilmektedir. Oluşan gereksinimi karşılamak üzere Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı tarafından bölgede kullanılmak üzere hazırlanmış olan formlar bu çalışmada incelenmiştir.

Yöntem: Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde geliştirilen ve kullanılan formlar 15-49 yaş Kadın Sağlığı Hizmetleri Formu, Bebek Sağlığı Hizmetleri Formu, Emzirme Değerlendirme Formudur.

15-49 yaş Kadın Sağlığı Hizmetleri formu rutin formlarda elde edilemeyen (Poliklinik, Danışmanlık ve Eğitim, Laboratuvar gibi) verilerin elde edilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ayrıca aynı form içinde bölgede meydana gelen düşüklerin sayıları ve özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır. Form kurumlarca aylık olarak düzenlenip Sağlık Grup Başkanlığı'na bildirilmektedir.

Bebek Sağlığı Hizmetleri Formu: Bebeğin doğumundan itibaren FKÜ, emzirmenin izlenmesi, anemi kontrolü, ek gıdaya geçiş ve büyümenin izlenmesi gibi bir çok veriyi kapsayan bir formdur. Ayrıca K vitamini yapılıp yapılmadığı bilgisi bu formda yer almaktadır. Bunlarla birlikte bebeğin sağlam çocuk polikliniğinde hekim tarafından izlenmesi amacına yönelik bir bölüm de bulunmaktadır.

Her ebe, bölgesindeki tüm bebekleri tespit ettiği anda kartını çıkarmanın yanında aynı zamanda bu forma da kaydeder. Form kurumda kalmakta, aylık olarak değerlendirilmektedir.

Emzirme Değerlendirme Formu: Bebek Dostu Kurum çerçevesinde yapılan eğitimlerin bir geri bildirim şeklidir. Form annenin lohusalık ve sonraki döneminde yapılan emzirme değerlendirmesi sonuçlarını içermektedir. Form ebe veya hemşire tarafından doldurulur. Emzirme değerlendirmesi, kurumda izlenen bir bebek için yapılmışsa bebek kartının arkasına iliştilerle saklanır. Doğumdan sonra ilk izlemede bu uygulama başlatılır ve değerlendirmeye göre birer hafta aralıklarla tekrarlanır. Ayrıca polikliniğe başvuran ve çeşitli gerekçelerle emzirme değerlendirmesinin yapıldığı durumlarda da kullanılır ve dosyalarla saklanır.

Tartışma: Kadın Sağlığı hizmetleri formu 15-49 yaş kadın sağlığı hizmetleriyle ilgili detaylı veri içermekte, hizmet değerlendirme ve planlamasında süreklilik ve bütünlük sağlamaktadır.

Bebek Sağlığı formunun kullanılmasıyla bebeğin sağlığıyla ilgili sorunlar zamanında saptanmakta, çözüme yönelik tedavi ve eğitimler hızlı bir şekilde uygulanabilmektedir. Bu form bebek izlem kartında yer almayan veya kolay ulaşılamayan bilgileri içermekte ve izlemlerin eksiksiz yapılabilmesinde ebe ve hekimlere büyük bir kolaylık sağlamaktadır.

Emzirme değerlendirme formunun kullanılmasıyla emziren annelerin emzirme konusunda yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları belirlenmekte ve doğru emzirme teknikleri konusunda gerekli bilgileri almaları sağlanmaktadır. Böylelikle emzirme sorunları çok erken dönemde saptanarak kolaylıkla çözülebilmektedir.

BİRİNCİ BASAMAK KOŞULLARINDA NEBÜLİZE VENTOLİN UYGULAMASI

TABAK Tuğba, DURSUN Solmaz, MERMER Nihat, GÜNAY İlker

Kemalpaşa AÇSAP Merkezi

Amaç: Bronşiyolit ve astım, çocukluk çağıının önemli ve sık görülen hastalıklarındandır. Mortalitetleri fazla olmamakla birlikte morbiditeleri yüksektir. İlçemiz Kemalpaşa da bu grup hastalıkların sık görüldüğü bir bölgedir. İlçemizde 2000 yılında toplam 123417 poliklinik başvurusunun %26.79'u akut solunum yolu hastalıkları nedeniyle olmuştur. Akut solunum yolu sorunları nedeniyle başvuran 33054 hastanın 13784 tanesi (%41,71) 14 yaş altı gruptandır. Bu olguların %2.55'i bronşiyolit ya da astım nedeniyle başvurmuştur.

Kemalpaşa Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi yaklaşık 70000 nüfuslu ilçede hastane bulunmaması nedeniyle ayaktan hasta için başvuru merkezi olarak çalışmaktadır. Kurumumuzda 1998 yılından bu yana bronkokonstriktif sorunları olan hastalara nebulizörle ventolin verilerek akut atak tedavisi uygulanmaktadır. Bronşiyolit-astım hastalarımız 2001 yılı sonbaharından bu yana da dosya sistemi ile izlenmektedir. Bu çalışmada 3 yıllık verilerimiz incelenmiştir.

Bulgular: Kurumumuzda 2001-2003 yıllarında poliklinik başvurularındaki 2001 yılı toplam hasta sayısı 8506'dır. 2001 yılında polikliniğe başvuran hastaların 350'si bronşiyolitli, 36'sı pnömonili hastalardan oluşmaktadır. Yıl içinde görülen bronşiyolitli olgu yüzdesi %4.12, pnömonili olgu yüzdesi %0.43 olarak hesaplanmıştır.

2002 yılında toplam hasta sayımız 7230'dur. Bunun 6644'ü hasta çocuk, 586'sı da sağlam çocuk polikliniğine başvurmuştur. Bronşiyolitli hasta sayımız 2002 yılında 210, pnömonili hasta sayımız 21 tane dir. Yıl içinde görülen bronşiyolitli olgu yüzdesi %2.91, pnömonili olgu yüzdesi %0.29 olarak hesaplanmıştır.

2003 yılında toplam hasta sayımız 7375'dir. Bunun 7019'u hasta çocuk, 356'sı sağlam çocuk polikliniğine başvurmuştur. 2003 yılında toplam 238 bronşiyolitli (%3.23) ve 55 pnömonili (%0.75) çocuk hastamız olmuştur.

Kurumumuzda, ilk kez ya da diğer ataklarında gelen hastalara uyguladığımız nebulize ventolin, oksijen, steroid ve adrenalinimiz vardır. Hasta çocuk polikliniği dışında bu tedavileri uygulayacağımız ayrı bir hasta izlem odamız vardır. Tüm bronşiyolitli hastalar aynı protokolle değerlendirilmektedir. Bu protokole göre hisiltılı solunum, öksürük, solunum sıkıntısı gibi şikayetlerle gelen hastanın subkostal çekilme, solunum sayısı, akciğer seslerine göre değerlendirilmesi ve solunum skorunun hesaplanması ilk adımdır. Hastanın bu kriterleri değerlendirildikten sonra hastaya kilosuna ve atak şiddetine göre 0.1-0.2 mg/kg/doz ventolin nebulize verilir. Nebulize ventolin verildikten sonra hasta klinik bulgular yönünden değerlendirilir. Eğer gerekiyorsa ventolin 20 dakika ara ile 3 kez tekrarlanır. İlk 2 ventolin dozu ile hemen açılmayan ya da art arda birkaç gün süren ataklarda 1 mg/kg/doz steroid intramusküler olarak yapılır. 3 doz nebulize ventolin ve steroid uygulaması sonrasında yeterli düzelleme sağlanmayan hasta hastaneye sevk edilir.

Kurumumuzda 3 yıllık toplam izlenen bronşiyolit-astım hasta sayımız 242 tane dir. Yıllara göre toplam izlenen hasta sayıları ise 2001 yılında 148, 2002 yılında 92, 2003 yılında 73'dür. 2001 yılında 119, 2002 yılında 56, 2003 yılında da 42 yeni olgu çocuk polikliniğimize başvurmuştur. İzlediğimiz olgularda toplam atak sayısı 365 ve toplam uygulanan ventolin dozu 481 olmuştur.

Kemalpaşa ilçesinde AÇSAP Merkezi dışında toplam 9 sağlık ocağı bulunmaktadır. AÇSAP Merkezi'nde 1999 yılında nebulizör kullanımının başlamasının ardından Yukarıkızılca'da 2001; Merkez 2 No'lu, Merkez 1 No'lu, Bağyurdu 2002 ve Ulucak 2004 yılında nebulizör kullanımına başlamıştır.

Sonuç: Astım-bronşiyolit akut atağı sırasında sağlık ocaklarında nebulize ventolin uygulaması, hastalar açısından hem zaman hem de maliyet açısından önemli katkı sağlayan bir uygulama olmuştur. En yakın hastanenin İzmir merkezde olduğu ve günde 2-3 uygulamanın gerekebileceği düşünüldüğünde uygulamanın hastalara kazandırdıkları daha iyi anlaşılacaktır. Birinci basamak kurumların tedavi edici hizmetlerin niceliğinden çok niteliğini arttırmaları önemli bir hedefdir ve nebulize ventolin uygulaması bu yönde atılmış olumlu bir adımdır.

SOMA MERKEZ 1 NOLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE GEBE EĞİTİMİ VE ANNE SÜTÜ DEVAM DURUMU DEĞERLENDİRMESİ (Ön Sonuçları)

Soma Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı Araştırma Ekibi (*)

Amaç: Bu çalışmanın amacı Soma merkez 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde gebe eğitimi ve anne sütü durumunun belirlenmesi ve değerlendirilmesidir.

Yöntem: Soma merkez 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde annelerin gebelik döneminde eğitim alma durumları ile anne sütüne devam durumlarının değerlendirildiği bu çalışma iki aşamalı olarak yürütülmüştür. İlk aşamada Kasım 2002 tarihinde gerçekleştirilmiş kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın bu bölümünde Ocak 2001 ile Ekim 2002 tarihleri arasında doğan, sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı olan ve rasgele seçilen 184 bebeğin annesi ile görüşülmüş ve anket uygulanmıştır. Ankette annelerin bebeklerini emzirme durumları ve gebelik döneminde aldıkları eğitimler sorulmuştur. Araştırmanın bu bölümü sağlık ocağının bebek dostu kurum çalışmalarına başlamadan önceki mevcut durumunu göstermektedir. Araştırmanın ikinci aşaması Aralık 2002 ile Aralık 2003 tarihleri arasında doğan bebeklerde uygulanmakta olup, sağlık ocağı bölgesinde doğan bu bebekler bir yıl boyunca anne sütü alım durumu açısından izlenmektedir. Ayrıca annelere araştırmanın birinci aşamasında uygulanan anket formunun aynısı uygulanmıştır. Bebeklerin izlem süreci 2004 yılı sonunda tamamlanacaktır. Araştırmanın bu bölümü sağlık ocağının bebek dostu kurum seçildikten sonraki hizmetlerinin etkinliğini gösterecektir. Şu ana kadar anne sütü alım süresi açısından izlemi tamamlanan toplam 151 bebek vardır. Araştırmada izlem sona ermediği için anne sütü alım süresi açısından kesitsel çalışmadan elde edilen bulgular ile izlem sonuçlarının anne sütü alım süresi açısından karşılaştırmalı bir değerlendirmesi yapılamamıştır. Elde edilen bulgular SPSS for Windows programında işlenmiş ve çözümlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 335 anne ve bebek alınmıştır. Araştırmaya alınan bebeklerin ortalama doğum kilosu 3330 ± 484 gr.'dır. Anne yaşı ortalaması 27 ± 5.4 'tür. Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %78.2'sinin ilköğretim, %12.8'inin lise, %3.3'ünün yükseköğretim eğitime sahip olduğu görülmektedir. Araştırmanın kesitsel bölümünden elde edilen anne sütü alım süresi ortalaması 4.4 ± 2.2 aydır. Ek gıdalarla birlikte anne sütü alım süresi ortalaması 11.8 ± 2.3 aydır. Araştırmanın kesitsel bölümünden elde edilen bulgulara göre gebelik döneminde eğitim alan annelerin oranı %37.0, anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alanların oranı %76.6'dır. Gebelik döneminde eğitim alanları %61.2'si ve anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alanların %80.9'u bu eğitimi sağlık ocağından almıştır. Araştırmanın izlem bölümüne katılan ve izlemi tamamlanan 151 annenin eğitim ile ilgili durumları incelendiğinde, %96.0'sinin gebelik döneminde, %97.4'ünün anne süte ve bebek beslenmesi konusunda eğitim aldıkları bulunmuştur. Gebelik döneminde eğitim alanların %91.4'ü, anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alanların %93.4'ü bu eğitimi sağlık ocağından almıştır. Hem gebelik dönemi hem de anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alma durum açısından araştırmanın kesitsel ve izlem bölümleri arasında anlamlı düzeyde farklılığın olduğu gözlenmektedir ($p < 0.000$).

Sonuç: Soma merkez 1 nolu sağlık ocağının bebek dostu seçilmesinden sonra gebelik dönemi eğitim hizmetleri, anne sütü ve bebek beslenmesi eğitim hizmetlerinde anlamlı düzeyde gelişmenin olduğu görülmektedir. Araştırmanın izlem bölümü sonuçlandığında ise anne sütü alım süresi ile ilgili karşılaştırmalı kesin sonuçlar elde edilecektir.

(*) *Dr. Tuncer Ermaner, Dr. Metin Öztürk, Kader Aydın, Sibel Özmen, Hatice Kaya, Gülcan Bozalan, Sevim Emran, Hatice Akay, Hürriyet Dursun, Ayşe Başar, Selma Özel, İmren Topaç, Ayten Özlek, Emine Gökmen, Nahide Arslan, Ayşe Yavaş, Aşime Özkan, Özlem Tatlı, Fatma Eren, Tülay Kocabıyık, Gönül Duyar, İlkur Özdemir, Ayşe Kara, Birsen Derin, Mehmet Güder, Hasan Akdeniz, Hakan Baydur*

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU SAĞLIK MEMURLUĞU BÖLÜMLERİNİN EĞİTİM PROGRAMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hakan BAYDUR, Cemil ÖZCAN***

*Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

** Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: Ülkemizdeki Sağlık Memurluğunun tarihsel gelişimine bakıldığında temel sağlık hizmetlerine yönelik etkinlikleri yürüten bir meslek olduğu görülmektedir. Osmanlı'nın son dönemlerinde ve genç Cumhuriyetin ilk yıllarında Anadolu'da önemli görevler üstlenmiştir. Sosyalizasyondan bu yana ise bir anahtar olarak Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde örgütlenme ve hizmet alanında ülkenin sağlık hizmetlerine önemli katkılarda bulunmuş ve bulunmaktadır. Yasal yetki ve sorumluluk tanımlamasının ötesinde hizmetin yürütülmesine yönelik birinci basamak işlevlerinin hemen tümünde çalışmaktadır. Aynı zamanda ikinci basamak sağlık hizmetlerinin de (başta ilk yardım ve acil bakım hizmetleri olmak üzere) önemli bir ekip üyesi durumundadır. Buna karşın asıl hizmet alanı Temel Sağlık Hizmetlerinin yürütüldüğü kuruluşlardır.

Daha önceleri Meslek Lisesi düzeyinde öğrenim gören Sağlık Memurluğu eğitimi 1996 yılından bu yana dört yıllık Lisans düzeyinde Üniversitelerce verilmektedir. Ülkemizdeki değişik kamu üniversitelerinde kurulan toplam 79 adet Sağlık Yüksekokullarının bünyesinde bir bölüm olarak eğitim etkinliklerini sürdürmektedir. Başlangıçta (1996'da) az sayıdaki Sağlık Yüksekokulunda Sağlık Memurluğu Bölümü eğitime başlanmış iken bu gün toplam 17 Sağlık Yüksekokulu içerisinde Sağlık Memurluğu eğitimi verilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye'de Lisans düzeyinde Sağlık Memuru yetiştiren Yüksekokulların Eğitim Programlarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Ülkemizde Sağlık Memurluğu eğitimi veren Sağlık Yüksekokullarının eğitim programlarına bağlı buldukları üniversitelerin web adreslerinden ulaşılmış ve eğitim programları ile ders içerikleri incelenmiştir. Elde edilen eğitim programları karşılaştırmalı olarak incelenmiş ve aralarındaki farklılıklar gösterilmiştir.

Bulgular: Ülkemizde 14 kamu üniversitesine bağlı 17 Sağlık Yüksekokulunda Sağlık Memurluğu eğitimi verilmektedir. Bu yüksekokulların 9'unun eğitim programlarına web üzerinden ulaşılmış ve incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre Sağlık Memurluğu bölümlerinin eğitim programlarının tamamında temel tıp bilimleri ve klinik bilimlere yönelik derslerin ortak olduğu görülmektedir. Bunların teorik, laboratuvar, uygulama ve kredilerinde küçükte olsa farklılaşmalar bulunmuştur. Bunun dışında Sağlık Memurluğunun hizmet alanına yönelik olarak ayrıntılı ders dağılımı yapan iki sağlık yüksekokulu dikkati çekmektedir. İlki Balıkesir Sağlık Yüksekokuludur. Diğer sağlık yüksekokullarından farklı olarak Çevre Sağlığı dersine zorunlu ve uygulamalı olarak, iş sağlığı dersine ise seçmeli olarak eğitim programlarında yer vermektedir. İkincisi ise Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokuludur. Bu yüksekokulun sağlık memurluğu eğitim programında diğer yüksekokullardan farklı olarak büro yönetimi, yazışma teknikleri, çevre sağlığı, iş sağlığı, sağlık mevzuatı, adli tıp gibi sağlık memurluğunun hizmet alanlarına yönelik derslerin yer aldığı görülmektedir.

Gözlenen bir diğer önemli nokta ise bir çok sağlık yüksekokulu sağlık memurluğu bölümünün hizmet alanı, görev, yetki ve sorumluluk dikkate alınmaksızın hemşirelik bölümü eğitim programının aynısını uyguluyor olmasıdır.

Sonuç: Halen ülkemizde eğitim etkinliklerini sürdüren sağlık yüksekokulu sağlık memurluğu bölümlerinin temel ve klinik bilimlere yönelik derslerin dışında, sağlık memurunun hizmet alanı, görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik eğitim programlarına ağırlık vermeleri gerekmektedir. Bunun için ilgili kişi ve kuruluşların bir araya gelerek sağlık memuru eğitiminde gerekli standartları oluşturmaları önerilir.

MURADIYE SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ GEBE VE 0-24 AYLIK BEBEK-ÇOCUK ANNELERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞILABİLİRLİK VE HİZMETLERDEN MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Müjde ŞERİFHAN², Mesut PINAR¹, Ayşenur İNCİ¹, Özgür YILDIRIM¹, Ali YÜCETAŞ¹, Erhan ESER²

¹ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencileri

² Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç:Çalışmada Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi'nde ebeler tarafından takip edilen gebeler ve 0-24 aylık bebek-çocuk sahibi kadınların ebe ve sağlık ocağı hizmetlerine ulaşılabilirliği ve hizmetten memnuniyeti etkileyen etmenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem:Kesitsel tipteki çalışma, 10-15 Mart 2004 tarihleri arasında Muradiye Sağlık Ocağı'na bağlı iki mahalle ve bir sağlık evi bölgesinde yürütülmüştür.

İzlem kartlarından belirlenmiş olan 0-24 aylık bebek sahibi 105, ve gebe 28 olmak üzere toplam 133 kadın örneklem seçilmeden çalışmaya alınmış ve çalışmanın sonucunda ulaşılabilirlik oranı %90.90 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya alınan kadınlara yüz yüze görüşme yöntemi ile 37 soruluk bir anket formu uygulanmış ve veriler SPSS-10.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular:Çalışmada ; tuvaletin içeride olması, hanede yaşayan kişi sayısının 4 ve altında olması, ailenin gelir düzeyinin fazla olması, babanın çok gelir getiren bir işe sahip olması, kadının sağlık güvencesinin olması, kadının ilk evlilik yaşının 20 ve üstünde olması, kadının "erkek kadını dövebilir", "kadın tartışmamalıdır", "erkek dışarı çıkabilir" fikirlerine katılmıyor olması, evde son bir ay içinde sağlık sorunu olan kimsenin olmaması ve sağlık ocağına son üç ay içinde gelmiş olması ile sağlık hizmetlerine kolay ulaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmada sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet oranı %84 olarak bulunmuştur. Son üç ay içinde ebe ziyaretlerinin yapıldığı kadınların %81'i ebe hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Ev ziyareti sıklığı arttıkça ebe ziyaretlerinden memnuniyet artmaktadır.

Sağlık güvencesi olanların %72.30'u, sağlık güvencesi olmayanların ise %42.10'i sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmektedir. Benzer şekilde ailenin gelir düzeyinin fazla olması, babanın çok gelir getiren bir işe sahip olması, kadının evde söz sahibi olması gibi sosyoekonomik düzey göstergelerini değerlendirerek , ekonomik düzeyin artması ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin kolaylaştığı yorumu yapılabilmektedir

Sağlık ocağına son üç ay içinde gelmiş olması, kendisi ile ilgilenen ebenin adını biliyor olması ve sağlık ocağı ve ebe hizmetlerinden memnuniyet arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Ayrıca hanede yaşayan kişi sayısının az olması, ilk evlilik yaşının ileri yaşlarda olması da sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği kolaylaştıran nedenler arasında yer almaktadır

Sonuç:Bölgede halkın önemi bir çoğunluğu sağlık ocağı ve ebe hizmetlerinden memnundur. Sosyoekonomik göstergeler sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği etkilemektedir.

Öneriler:Sağlık hizmeti sunumunda alt sosyoekonomik düzeydeki hanelere öncelik verilmelidir. Ayrıca ebe hizmetlerine özel bir önem verilmeli, ebelerin hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili eğitici, lojistik ve özlük sorunları çözümlenmelidir.