

I. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

"Birinci Basamakta Yeni Yaklaşımlar"

5 Nisan 2003 / Manisa

Program ve Bildiri Özetleri

Düzenleyen

Manisa Tabip Odası
Temel Sağlık Hizmetleri
Ve Pratisyen hekim Komisyonu

Destekleyen Kuruluşlar



Manisa
İl Sağlık Müdürlüğü



Manisa
Tabip Odası



Çelal Bayar
Üniversitesi

1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

“Birinci Basamakta Yeni Yaklaşımlar”

5 Nisan 2003
Manisa

ÖZET KİTABI

Düzenleyen :
Manisa Tabip Odası
(Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu)

Destekleyen Kuruluşlar:
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Düzenleme kurulu

Dr. Bedri Bilge
Dr. Oytun Çalışkan
Dr. Fikret Çavuşoğlu
Dr. Gönül Dinç
Dr. Pınar Erbay
Dr. Koray Erdurak
Dr. Erhan Eser
Dr. Serdağ Etiz
Dr. Mürüvvet Gümüş
Dr. Uğur Hakan Halaza
Dr. Ahmet Oral
Dr. Beyhan Cenkçi Özyurt
Dr. Tümer Pala

Sekretarya

Dr. Tümer Pala
Dr. Fikret Çavuşoğlu

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Cemil Özcan
Prof. Dr. Ali Osman Karababa
Doç. Dr. Meltem Ağzıtemiz
Doç. Dr. Erhan Eser
Doç. Dr. Gönül Dinç
Doç. Dr. Ferda Özbaşaran
Yrd. Doç. Dr. Alp Ergör
Yrd. Doç. Dr. Pınar Dünder

SEMPOZYUM PROGRAMI

8:30 – 9:00	Kayıt
9:00 – 9:20	Açılış
9:20 – 9:40	Giriş Sunumu: Temel Sağlık Hizmetleri: Kavram ve süreç Konuşmacı: Doç. Dr. Erhan Eser
9:40 – 10 :00	Kahve Arası
10:00 – 11:00	Panel: Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kayıt ve Bildirim Sistemi Moderatör: Doç. Dr. Meltem Ağzitemiz Konuşmacılar: Dr. Nihat Özsoy Dr. Şefika Mutlu Dr. Serdağ Etiz
11:00 – 12:15	Sözel Bildiriler I Moderatör: Yrd. Doç. Dr. Pınar Dünder, Dr. Serdağ Etiz Bildiriler: 1. I.Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Hizmetlerin Nicelik Yönünden Değerlendirilmesi Çalışmaları 2. Birinci Basamakta Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Açısından Manisa Merkezinin Türkiye İle Karşılaştırılması 3. İzmirKarşıyaka Sağlık Grup Başkanlığı Sağlık Ocakları Otomasyon Projesi 4. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Proje Ve Uygulamaları; Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi 5. Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Bir Sağlık Ocağından Kesit; Özkanlar Sağlık Ocağı 6. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Yönetimi Eğitimi Sonuçlarının Değerlendirilmesi
12:15 – 13:00	Yemek Arası
13:00 – 13:30	Sağlık Ocakları Yarışması Ödül Töreni

13:30 – 14:30	Panel: Sağlık Ocaklarında Hizmet Sunumunda Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri Moderatör: Doç Dr. Gönül Dinç Konuşmacılar: Ebe Şadiye Aksoy Dr. Metin Öztürk Uzm. Dr. Gül Kitapçıoğlu Yrd. Doç. Dr. Alp Ergör
14:30 – 14:45	Kahve Arası
14:45 – 16:00	Sözel Bildiriler II Moderatör: Dr. PhD Tümer Pala, Uz. Dr. Koray Erdurak Bildiriler: 1. Gestasyonel Diyabet Ve Balçova Bölgesi Deneyimi 2. İzmir Konak Sağlık Grup BaşkanlığıDiyabet Çalışma Grubu Kuruluşu-Yapılanması 3. İzmir Konak Sağlık Grup BaşkanlığıDiyabet Çalışma Grubu Çalışmaları 4. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Ve Bağlı Kurumlarda S.S.K. Sosyal Güvencelilerin Tedavi Hizmeti Teminine İlişkin Çalışma 5. Manisa Kent Merkezinde Hastalanma Ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı 6. Evlilik Öncesi Tetkik Sonucu Hepatit B Taşıyıcılığı Saptanan Kişilerin Eşlerinin Hızlı İmmünizasyonu 7. Universal Hepatit B Aşılması İle İlgili Olarak Pratikte Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri
16:00	Genel Tartışma ve Öneriler Moderatör: Doç. Dr. Erhan Eser

İçindekiler

Giriş Konuşması

Temel Sağlık Hizmetleri: Kavram Ve Süreç Doç Dr Erhan Eser	1
---	---

Panel I

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kayıt Ve Bildirim Sistemi	7
Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (Tsim) Üzerine Değerlendirmeler Dr. Nihat Özsoy	9
Aşılama Ve Bulaşıcı Hastalık Çalışmalarında Kullanılan Kayıt Ve Bildirim Formları Ve Sorunlar Dr. Şefika Mutlu	12
Ev Halkı Tespit Fişi Ve Kişisel Sağlık Fişi Bilgi Formu İli : Manisa, Dr. Serdağ Etiz	15

Panel II

Sağlık Ocaklarında Hizmet Sunumunda Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri	19
1.Basamak Kurumlarda Hizmetin Sunumunda Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Dr. Metin Öztürk	21
Birinci Basamakta İş Doyumu Ve Bunu Etkileyen Etmenler Dr. Alp Ergör	26
Bornova Eğitim Ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Görev Yapan Ebelerin, İş Güçlüğüne Neden Olan Faktörler le Tükenmişlik, İş Doyumu, Ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi Dr. Gül Kitapçioğlu	33
Sözel Bildiriler	45
I.Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Hizmetlerin Nicelik Yönünden Değerlendirilmesi Çalışmaları Dr.Nihat Sadri Özsoy, Dr. Serdar Öcek, Dr. İsmail Şahin Dr. Sevil Kaya	47
Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Bir Sağlık Ocağından Kesit Özkanlar Sağlık Ocağı Dr. Ferah Nur Temiz	54

Birinci Basamakta Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Açısından Manisa Merkezinin Türkiye İle Karşılaştırılması Dr. Beyhan Cengiz Özyurt	59
Genişletilmiş Bağışıklama Programı Yönetimi Eğitimi Sonuçlarının Değerlendirilmesi Dr. Neşe Bardakçı	62
Evlilik Öncesi Tetkik Sonucu Hepatit B Taşıyıcılığı Saptanan Kişilerin Eşlerinin Hızlı İmmünizasyonu Dr. Selma Yegane Tosun ,R. Murat Yüçetürk	64
Universal Hepatit B Aşılması İle İlgili Olarak Pratikte Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Dr. Selma Yegane Tosun, Koray Erdurak,Dr. Esat Ertekin	66
Manisa Kent Merkezinde Hastalanma Ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Dr. Ahmet Murat Oral	68
Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Proje Ve Uygulamaları Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Dr. Levent Kıdak, Dr. Semra Karaca, Dr. A.Rıza Altay, Dr. Murat Saltık, Dr. Nejat Uysal, Dr. Nurdan Tekgül	70
İzmirKarşıyaka Sağlık Grup Başkanlığı Sağlık Ocakları Otomasyon Projesi (Bilgisayar Destekli Sağlık Ocağı Çalışmaları Projesi) Dr. Baha Türkyılmaz	75
Gestasyonel Diyabet Ve Balçova Bölgesi Deneyimi Dr.Sema Akalın, Dr.Türkan Günay	78
Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Ve Bağlı Kurumlarda S.S.K. Sosyal Güvencelilerin Tedavi Hizmeti Teminine İlişkin Çalışma Dr. Levent Kıdak, Dr. A.Rıza Altay, Dr. Semra Karaca, Dr. Murat Saltık, Dr. Nejat Uysal, Dr. Nurdan Tekgül	82
İzmir Konak Sağlık Grup Başkanlığı Diyabet Çalışma Grubu Kuruluşu-Yapılanması Dr. Özlem Kurt	87
İzmir Konak Sağlık Grup Başkanlığı Diyabet Çalışma Grubu Çalışmaları Dr. Elif Yöket	88

SUNUŞ

Değerli katılımcılar, sevgili meslektaşlarımız.

Toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadığı sıkıntılar, günümüzde, Temel Sağlık Hizmetlerinin önemini ve vazgeçilmezliğini artırmaktadır. Özellikle son 20 yılda ülkemiz sağlık politikalarında TSH'nin öncelenmesi ile elde edilen kazanımların yitirmeye başlanmasıyla, insanların sağlık durumu giderek gerilemiştir. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarla orantılı bir gelişme sağlanamamaktadır. TSH düşüncesinden vazgeçilme eğilimleri, daha çok para harcayarak daha az yarar sağlamaya yol açmıştır.

Bir çok ülkenin başaramadığı sağlığın sosyalleştirilmesi hedefine ulaşmış olmakla gurur duyduğumuz Türkiye, ne yazık ki sağlık hizmetleri alanındaki en değerli varlığını neredeyse terk etmek üzeredir. Sağlık Ocakları, ödenekten yoksun, sağlık çalışanlarının insanca yaşama ve çalışma olanakları ellerinden alınmıştır.

İşte bu toplantı, bu konuyu tekrar Türkiye Sağlık gündemine sokmayı, yaşanan sorunları ortaya koymayı ve her şeye rağmen çalışkanlığını ve yaratıcılığını yitirmeyen Sağlık Ocağı ekibinin deneyimlerini paylaşabilmelerine olanak yaratmayı amaçlamaktadır. Bu sempozyum, ne klasik tutucu ve ezbere söylemlerin sınırları içinde, ne de kestirmeci küresel söylem çerçevesinde kalmalıdır. Bilimsel yöntem tek yol göstericimiz olmalıdır. Bu çabanın burada kalmayacağından hiç kuşkumuz yoktur. Refik Saydamların, Nusret Fişeklerin, Nevzat Erenlerin ve daha nice emektar sosyalleştirmecilerin aydınlattığı yoldan yürüyeceğiz hep birlikte. Bu ilk sempozyuma destek verdiğiniz ve onurlandırdığınız için hepinize yürekten teşekkür ediyoruz. Yolumuz açık olsun.

Manisa Tabip Odası

Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu

GİRİŞ KONUŞMASI

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ: KAVRAM VE SÜREÇ

Dr. Erhan Eser

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Temel Sağlık Hizmetleri kavramı, daha öncesinde kullanılmış da olsa ilk kez 1978 tarihli Alma Ata Bildirgesi ile ortaya konmuştur. Bu bildirgeye yol açan, 70’li yılların dünyasında saptanan ve 21 inci yüzyılda da derinleşerek süren üç gerekçe şöyle sıralanmıştır:

1-Dünyanın genel sağlık düzeyi istenen düzeye ulaştırılamamış olması,

2-Yoksul (gelişmekte olan) ülkeler ile varsıl (gelişmiş) ülkeler arasında, sağlık düzeyi göstergeleri ve sağlığı etkileyen dolaylı değişkenler (eğitim, gelir) açısından büyük fark olması ve

3-Buna ek olarak ülkelerin önemli bir kısmında ülke içinde de bölgeler arası var olan eşitsizlikler.

Bu gün de durum giderek kötüleşmektedir. Sağlık sistemlerinde kaynakların dağılımı eşit değildir. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı raporunda belirtildiği üzere, düşük ve orta düzeyde geliri olan ülkeler dünya gelirinin %18’ini alırken global sağlık harcamalarının %11’ni oluşturmaktadır. Ancak dünya nüfusunun %84’ü bu ülkelerde yaşamakta, dünya hastalık yükünün %93’ünü yine bu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler taşımaktadırlar.

Alma Ata konferansı öncesi yapılan durum saptaması, çözüm önerilerini de birlikte getirmiş. Bu önerilerin temel çerçevesini “Temel Sağlık Hizmetleri” oluşturmaktadır.

Dünya, 20. yüzyıl boyunca birbirinin içine giren üç sağlık sistemi dönemi yaşanmıştır. Bunlardan ilki;1940-1950 li yıllarda önce zengin,daha sonra yoksul ülkelerde görülen ulusal sağlık sistemi reformudur. Ancak 1960’lı yıllara gelindiğinde bir çok ülke güçlüklerle karşılaşmıştır.Özellikle hastane kökenli hizmetlerde maliyetlerin artışı,hizmetlerin yaygınlığının

sağlanamamış olması ve fakirlerin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması sistemlerin sorgulanmasına neden olmuştur. Özellikle yoksul ülkelerde kırsal alana sağlık hizmetlerinin götürülmesinde sorunlar yaşanmıştır. Hastaneler kent merkezinde kurulmuş, hükümetlerin sağlığa ayırdıkları bütçenin neredeyse üçte ikisi bu büyük hastanelere yani nüfusun %10-20'sine harcanmıştır. Bizim ülkemizde de bu dönem, Refik Saydam sonrası yaklaşık 20 yıllık döneme uymakta, koruyucu hekimliğin yerini tedavi edici hastane hizmetleri almıştır. Bu nedenle sistemi daha ulaşılabilir, adaletli ve maliyet etkili hale getirmek için radikal değişiklikler gerekli olmuştur.

Sağlık sistemleri reformunda “ikinci nesil” uygulama, temel sağlık hizmetlerinin tüm toplum için ulaşılabilir olmasının sağlanması üzerine kurulmuştur. Türkiye’nin de içinde olduğu birçok ülkede, oldukça az bir maliyetle sadece yirmi yıl içinde doğumda yaşam beklentisini 15-20 yıl artırılabilmiştir. Bunun temelinde herkese en azından sağlık hizmetlerini ulaşılır kılmak, temiz gıda ve içme suyunu sağlamak ve uygun beslenme ve eğitim düzeyini hayata geçirmek vardır. Bu yaklaşımın sonucu olarak 1978 yılında Kazakistan’ın Alma-Ata kentinde DSÖ-Unicef işbirliğinde düzenlenen ki ‘Herkese Sağlık’ amacına yönelik strateji geliştirilmiştir. Yani dünyada ön plana çıkan ikinci dalga Temel Sağlık Hizmetleri yönelimli sağlık sistemleri olmuştur. Bu toplantının konusu olması nedeniyle Temel Sağlık Hizmeti kavramından burada biraz daha ayrıntılı söz etmek uygun olacaktır.

Temel Sağlık Hizmeti (TSH) dilimize, İngilizce’de “Primary Health Care” tanımından çevrilerek yerleşmiştir. Bunu “Birincil Sağlık Hizmeti” olarak dilimize çeviren bilim adamları da vardır. Ancak sıklıkla karıştırılan, TSH ‘nin birinci basamak sağlık hizmeti ile sınırlandırılması ve bazen de primitif (ilkel) sağlık hizmeti gibi algılanmasıdır. Burada TSH ‘nin önemli ölçüde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (ülkemizde bu kurumlar sağlık ocaklarıdır) alanına girdiğini ancak ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarda da zaman zaman TSH ‘nin sunulabildiğini de belirtmekle yetinelim ve TSH’nin ne olduğunu Alma Ata Bildirgesine dayanarak görelim.

TSH'nin dört yönü ve her bir yönün açılımı şu şekilde belirtilmiştir:

- 1- Sağlık Hizmetlerinin bütünü ilgilendiren bir GÖRÜŞ tür. Bir görüş olarak TSH,
 - ◆ Sosyal eşitlik
(sağlık doğuştan kazanılmış haktır),
 - ◆ Öz sorumluluk
(kendi sağlığının değerini bil ondan sorumlu ol)
 - ◆ Sağlık hizmetlerinin boyutu
(sektörler arası eşgüdüm)
 - ◆ Uluslararası dayanışma
- 2- Örgütlenmenin ANAHTARIDIR.
 - ◆ Toplum katılımı
 - ◆ Ekip hizmeti
 - ◆ İlk başvuru hizmet birimleri
 - ◆ Kademelei hasta sevk sistemi
 - ◆ Bütüncül hizmet
(koruma sağaltım ve rehabilitasyon bir arada)
 - ◆ Sürekli hizmet
 - ◆ Evlere ve işyerlerine ulaşan hizmet sistemi
 - ◆ Öz sorumluluğu teşvik eden model
 - ◆ Topluma uygun hizmet modeli
- 3- Temel Sağlık Hizmetlerinin İLK BASAMAĞI'dır.
- 4- En azından aşağıdaki FAALİYETLERİ içerir (minimal gereksinim):
 - ◆ Halkın sağlık eğitimi
 - ◆ Beslenme durumunun geliştirilmesi
 - ◆ Temiz su sağlanması
 - ◆ AÇS ve Aile Planlaması
 - ◆ Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama
 - ◆ Endemik hastalıkların kontrolü
 - ◆ Sık görülen hastalıkların uygun tedavisi
 - ◆ Temel ilaçların sağlanması

Temel Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’de uygulamaya konması ulusumuz açısından onur verici bir tarihsel süreçtir. TSH fikrinin tüm dünya tarafından benimsenişinden (1978 Alma Ata konferansından) tam 17 yıl önce 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Yasa ile, ilk kez Muş ilinde açılan Sağlık Ocağı ile yaşam geçirilmiş ve 1983 yılında tüm ülke birinci basamak sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Burada dönemin müsteşarı hocamız Prof. Nusret Fişek’i ve ekibini, yasanın çıkarılışı ve uygulanışı ile ilgili çabaları nedeniyle saygı ve minnetle anıyoruz.

Dünya ve Türkiye’deki bu gelişim süreci içinde TSH’nin yerine ve bu günkü duruma bir göz atmamızda yarar vardır. Gelişmeleri değerlendirmek için öncelikle başarılı bir sağlık sisteminin 3 temel amacını vurgulamalıyız. Bunlar:

- hizmet ettikleri toplumun sağlığını geliştirmek,
- kişilerin beklentilerine cevap verebilmek,
- hastalık maliyetlerine karşı korumaktır.

Bu amaçların yerine getirilmesinde yaşanan sorunlar, son on yılda Dünya Sağlık Örgütü’ nun (WHO) ‘Yeni Üiversalizm olarak adlandırdığı bir görüşü, sağlık sistemlerindeki üçüncü dalgayı gündeme getirmesine yol açmıştır. Küreselleşmenin dünya yoksulları aleyhine derinleştirdiği eşitsizlik ortamında bu yeni görüş dikkatle irdelenmeli ve yargılanmalıdır. Aslında başarısız olanın ikinci dalga – yani Temel Sağlık Hizmetleri- mi yoksa sağlığın serbest piyasaya terk edildiği küreselleşme mi tabii dikkatler irdelenmelidir. Küreselleşme ile birlikte yoksulların temel sağlık gereksinimleri artarken orta üst sosyal sınıfların sağlık hizmetlerinden beklentileri artmıştır. Düşük gelir düzeyi olan ülkelerde sağlık sisteminde çalışanlar yetersiz eğitilmiş,düşük ücretli,yetersiz olanaklar ile hizmet vermektedir. Bunun bir sonucu olarak,yetenekli ama demoralize profesyonellerde beyin göçü yaşanmakta,ya da özel çalışma alanına kaymaktadırlar. Bu durum da en çok fakir ülkelerde yaşanmaktadır. Bugün gelişmiş ülkelerin çoğunda (ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde) hükümetler sosyal politikalar ve sağlık

hizmetleri konusunda merkezde yer almaktadır. Bununla birlikte düşük gelir düzeyindeki ülkelerde sağlık hizmetlerinin dağılımı ve finansı özel sektörün elindedir ve bu ülkelerin çoğunda fakirlerin çoğu hala temel ve etkili bir sağlık hizmetinden yoksundur.

Bu yeni akım, herkese olası tüm hizmetler yerine ya da fakirlere en temel ve en basit hizmet yerine etkinlik-maliyet-sosyal kabul edilebilirlik gibi kriterler ile ifade edilmektedir. Dünya sağlık örgütü raporunda, geçen son 20 yılda ekonomik ve politik değişimlere bağlı olarak sağlık sistemlerinin içeriği de değişime uğradığı vurgulanmaktadır. Rapora göre merkezi planlamadan pazar ekonomisine geçiş, ulusal ekonomide devlet müdahalesinin azalması ,daha az hükümet kontrolü,daha çok yerinden yönetim (desantralizasyon) gibi değişimler, ideolojik olarak bireysel seçimler ve sorumluluk alma konusunu gündeme getirmiştir. Özetle ifade etmek gerekirse küresel süreç, TSH aleyhine çalışmış, ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay daha çok teknoloji ağırlıklı sağaltıcı hizmetlere yönlendirilmiş, en önemlisi de sağlık piyasa kurallarına terk edilmiştir. Nedeni ne olursa olsun günümüzde başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere TSH artık bir sağlık sisteminden beklenenlere yanıt veremez duruma düşürülmüştür. Oysa ki TSH 'nin hastalık maliyetlerine karşı koymada gösterdiği üstün başarı -ülkemizin de içinde olduğu- birçok ülkeden elde edilen rutin hizmet verileri ve bilimsel araştırmalarla ortaya konmuştur. 21 inci yüzyıl için ortaya atılan bu yeni akımın evrensel değerleri temsil ettiği ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmedeki bilimselliği şüphelidir. Ancak TSH 'ni önceleyen bir sağlık sistemi bile olsa var olan sistemi şu 5 temel göstergeye göre değerlendirmek ve sistemi buna göre güncellemek gereklidir. Bu 5 göstergelyi şöyle sıralayabiliriz:

1. Toplumun genel sağlık düzeyi
2. Sağlık düzeyinin toplumdaki dağılımı
3. Bir bütün olarak değişen koşullara yanıt verebilme veya duyarlılık (overall responsiveness)
4. Yanıt verebilirliğin toplum içindeki dağılımı (duyarlılığın dağılımı)
5. Finansal katılımın dağılımı

Şimdi bu göstergelere göre Türkiye ulusal sağlık sistemini değerlendirmek gerekirse, görülecek olan şey, bu maddelerin birçoğu açısından Türkiye ulusal sağlık sisteminde yaşanan ciddi sorunlardır. Özellikle kentsel yerleşimlerde büyük gereksinim olmasına karşın birinci basamak sağlık hizmetleri gereksinimlere yanıt verebilir durumda değildir.

Bu sempozyumun, TSH ilke ve uygulamalarına dayanan Türkiye ulusal sağlık örgütlenmesinin iyi bir analizinin yapılmasını ve ezbere söylemlerden kurtularak teknik verileri de gözden kaçırmadan çözüm önerilerine zemin hazırlamasını umut ediyorum. Ancak bu değerlendirmeleri yaparken unutulmaması gereken şey bir sağlık sisteminden beklenen şeyin, toplumun taleplerinden daha çok gerçek gereksinimlerine odaklanmak olduğudur.

Bibliyografya:

-Alma Ata 1987- Primary Health Care- Report on the International Conference on Primary Health Care, World Health Organization, Geneva, 1978.

-Zafer Öztekin, Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı yayın no:92/2, Meteksan AŞ, Ankara 1992.

-Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu 2000.

Panel Sunumları

Panel I

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kayıt Ve Bildirim Sistemi

TEMEL SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ MODÜLÜ (TSİM) ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Dr. Nihat Özsoy

Sağlık İstatistikleri ve Bilgi İşlem Şubesi, İzmir Sağlık
Müdürlüğü

1990 yılında yürürlüğe giren, I. Sağlık Projesi kapsamında yer alan Sağlık Enformasyon Sisteminin kurulması çalışmalarında, bilginin yönetimde kullanılması için yapılacak eylemler içinde, yönetimin ihtiyaç duyacağı bilgilere ulaşmasını sağlamak amacı ile veri tabanı oluşturmak, verilerin elektronik ortama aktarılması ve raporlanmasının gerçekleştirileceği modüller yer almaktadır. 1997 yılında aktif olarak kullanılmaya başlanan TSİM ilk üründür, sağlık hizmeti sunumları ile ilgili kullanılan formlarda yer alan veriler (personel sayıları dışında kaynaklar ile ilgili başka veri yoktur) bu modülde işlenmektedir. Burada sadece TSİM değerlendirilecektir, bu değerlendirme 3 bölümde dün, bugün ve yarın başlıkları altında eleştirel yaklaşımla yapılacaktır,

tsim'in dünü:

TSİM, Sağlık Enformasyon Sisteminin yerleşmesi için yapılan eğitimlerin sağladığı destekle aktif olarak kullanılmaya başlandı. Modül ayrıntılı olarak incelendiğinde, ülkemizin sağlık hizmetlerinin yönetiminde daha önce kullanılan sistemin çok az değiştiği, bilgisayar programının sağlandığı görüldü, kanımca dünün bazı hataları tekrar onaylanmıştı, bugün ve gelecekte kullanılacak bir bilgi ihtiyacı düşünülmemişti. Bilgisayar programı incelendiğinde, Yönetim Bilgi Sistemi, Veri Tabanı Tasarımı ile ilgili teorik bilgilerin pratik uygulamaya bu kadar çok eksik ve hata ile aktarılması şaşkınlık vericiydi. Mutlaka olması gerekenlerin yapılmadığı ilk yıl içinde ortaya çıktı:

- ✓ Bilgisayar programına ihtiyaç duyan kuruluş, hedef ve stratejilerine göre hangi verilere ihtiyaç duyduğunu ve nasıl çıktı, rapor istediğini açık olarak ortaya koymalıdır.

- ✓ Programcı, talep edilenleri yerine getirmelidir, veri girişini kolaylaştırıcı form tasarımı ve ekran görüntüleri yaratmalıdır, veri giriş doğruluğunu artırıcı önlemler almalıdır.
- ✓ Program sürekli desteklenmeli ve geliştirilmelidir.

Yazılım dili olarak Oracle seçilmişti, veri güvenilirliğinin sağlandığı ve veri işleme kapasitesinin yüksekliği gibi konular tercih nedeni olarak gösterildi. Bu konular tartışmalıdır, ancak tartışılmayacak açık bir konu Oracle Lisans ücretinin yüksek bir maliyet getirdiğidir.

Yazılımın raporlama fonksiyonları çok yetersizdi, tek göstergeye bağlı olarak raporlar vardı ve rapor alınma süresi kabul edilemezdi (1997 yılında zamana uygun bilgisayarlarda rapor alma süresi 24 saati geçebiliyordu !!!). Kurumlara geri bildirim imkansız yakındır.

Tüm modül için söylenebilecek son söz, SES'in projeyi yürürlüğe koyarken durum tespiti ve hedef koymada gösterdiği yüksek performansın, pratikte çok düşük bir performansa dönüştüğüdür.

tsim'in bugünü:

TSİM, sadece yazılım programı ile değil, genel veri kayıt ve bildirim sistemi olarak da Sağlık Bakanlığının veri ihtiyacının sadece bir kısmını karşılamaktadır. Kayıt dışı ekonomiden daha büyük hacimde bir veri tabanı yaratılmıştır, ikincil veri işleme sistemleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konmaktadır. Yönetimin 1998-1999 yılları için hedeflediği elektronik ortamda veri transferi hala tam anlamı ile yapılamamaktadır, yazılımın destek hizmetleri çok sınırlıdır. Raporlama hızında gelişme vardır! (gelişmiş bilgisayarlarda 5 dk.-30 dk. arası). 2003 yılında programın revize edilmiş hali yürürlüğe konacaktır.

Sağlık Bakanlığının sorunun farkında olduğu açıktır, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 2002 yılında Mayıs ayında TSİM'in kapsamlı revizyonunu, veri toplam şeklinin değişmesini ve yazılımın değişmesini (java dili, internet ortamı) hedefleyen bir çalışma planladı, ancak Bakanlık yönetiminin önceliklerine giremediği için plan aşamasında kaldı.

tsim'in yarını:

TSİM veya benzeri bir modül yarın mutlaka olacaktır, ancak karar verme zamanıdır. Veri tabanının çok geniş bir perspektifle hazırlanması, yazılımın mutlak değişmesi (Yönetim bilgi sistemini bırakın, Karar Destek Sistemi, Uzman Destek Sisteminin yaşama geçmemesi için hiçbir engel yoktur) ve en önemlisi yönetim anlayışının değişmesi gerekmektedir.

Görme, duyma, konuşma zamanı çoktan geldi, geçiyor. Bilimselliğin, bilginin, akılcılığın her alanda verimliliği artıracığı, sağlıkta temel göstergelerde iyileşmeler sağlayacağı, benim, sizin, toplumumuzun yaşam kalitesinin artacağı bir gelişen sarmalda yer almak için yapılması gereken şey görmek, duymak ve konuşmaktır.

Uzun bir rüyamı kısaca özetlemek istiyorum :

- ✓ Sağlık Bakanlığında tüm birimler form savunuculuğunu bırakırlar, birimler ihtiyaç duydukları verileri, toplanma sıklığını, raporlamaları, göstergeleri vb. nedenlerini açıklayarak Bilgi İşlem Birimine iletirler.
- ✓ Bilgi İşlem Birimi, birimlerin taleplerini değerlendirir, kayıt bildirim sistemi tekrar tasarılır. Yazılım programı hazırlanır (Yüzlerce sorun çıkacaktır ve her sorun kolaylıkla çözülecektir).
- ✓ İlk iki madde saha çalışanlarının ve bilim kuruluşlarının katkısı ile zenginleştirilir .
- ✓ Yöneticiler bilgiyi olumlu kullanırlar.

**AŞILAMA VE BULAŞICI HASTALIK
ÇALIŞMALARINDA KULLANILAN KAYIT VE
BİLDİRİM FORMLARI VE SORUNLAR**

Dr.Şefika Mutlu

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, Şube müdürü.

Birinci basamak sağlık kurumlarında kullanılan pek çok kayıt ve bildirim formlarının temeli ve oluşturulması sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 60'lı yıllara dayanmaktadır. Çok iyi bir düşünce ve mantık silsilesi, sistematik taşıyan bu kayıt ve bildirim sistemi birkaç kez revize edilmeye çalışılmıştır. Yapılan bu revizyonlarda pek köklü bir değişiklik yapılamamış hatta düzeltilen ve iyileştirilen bölümlerden daha fazla oranda bozulma olmuştur.

Aşılama Çalışmalarında Kullanılan Kayıt ve Bildirim Formları:

Form 012 A(0-4 Yaş Aşı Kayıt Formu):

Olumlu özellikler:

a) Temel aşı kayıt formu olup, kurum tarafından kişilerin aşılamalarının izlemi için kullanılmaktadır.

b) Kurumda ebe bölgesi bazında aşılama çalışmaları değerlendirilebilmekte; ayrıca tam aşılı çocuk oranı, yaşına göre tam aşılı çocuk oranı, bir yaşından önce tam aşılı çocuk oranı gibi değerlendirmeler yapılabilmektedir.

Olumsuz özellikler:

Uygun kullanılmamakta, ulusal aşı takvimi dışındaki diğer antijenler kaydedilememektedir.

Form 012 B(Beş Yaş Üzeri Aşı Kayıt Formu):

Form 012A'nın tamamlayıcısı olarak bir çocuk aynı sağlık ocağı bölgesinde doğar, okula gider, evlenir ve gebe kalır düşüncesiyle oluşturulan bu form özellikle günümüz koşullarında ve metropol alanda farklı olarak sadece okul aşılması sırasında kayıt için kullanılıyor.

Birinci basamak sağlık kurumundan aşılama hizmeti alan kişi 0-4 yaş grubu bir çocuk ise sağlık personeli bu kişinin aşılama bilgisini 4 forma kaydetmek durumundadır.

1-Çocuğun aşılama durumunun ebeveyn tarafından takibi için aşı kartına,

2-Çocuğun aşılama durumunun saha hizmeti sırasında bölge ebesi tarafından takibi için form 006 (çocuk izlem fişi)'ya

3-Çocuğun aşılama durumunun poliklinik hizmetleri sırasında hekim tarafından takibi için form 004'e (Kişisel sağlık fişi)

4-Çocuğun aşılama durumunun sağlık kurumu personeline takibi ve ebe bölgesi bazında değerlendirilmesi için (ayrıca sayısal döküm için) form 021A'ya

Bütün bunlar sağlık personeline sıkıntı vermekte ve form sayısının kısıtlanması gerektiğini düşündürmektedir..

Form 013(Aşı Sonuçları Çizelgesi):

Olumlu özellikler:

a)Kurumun o ay yaptığı aşılarda yaş gruplarına göre sayısal dökümü(dolayısıyla aşılama oranı) ve lojistiği konusunda bilgi edinilebiliyor.

b)Özellikle arka yüzü bir önceki ay ile bağlantılı olarak oluşturulduğundan lojistik izlem için çok uygun olarak hazırlanmış

Olumsuz özellikler:

a)Özellikle arka yüzün doğru doldurulması sırasında sıkıntı yaşanıyor, sağlık personeli zorlanıyor.

b)Yapılan doz sayısı ve aşı uygulanan kişi sayısı her zaman aynı değil, bu özellik BCG ve hepatit-B aşılamalarında sıkıntı yaratıyor.

c)Bölge dışı-bölge içi aşılama ayırımı yokluğu ve özel hekimde uygulanan aşı bilgisinin kaydedilememesi, kurumun bölgesinde ulaşılan aşılama oranının saptanamamasına yol açıyor.

d)Tam aşı, yaşına göre tam aşı çocuk oranı gibi değerlendirmeler yapılamıyor.

Bulaşıcı hastalık Kayıt ve Bildirim Formları:

Bulaşıcı hastalık kayıt ve bildirim formlarında, form nitelikleri açısından sıkıntı bulunmamakla birlikte sağlık personeline sürveyansın (veri toplama, analiz etme ve yorumlama) önemi,

bu formların sürveyansta kullanımının yeri gibi konularda temel eğitim verilmediğinden formların kullanımı sağlanamamaktadır.

**EV HALKI TESPİT FİŞİ ve KİŞİSEL SAĞLIK FİŞİ
BİLGİ FORMU
İLİ : MANİSA***

Dr. Serdağ ETİZ**

Dr. A. İsmet NARDAL***

Bu yazı 06.12.2000 itarihi itibarıyla hazırlanmıştır. Yazarların görevleri söz konusu tarih için geçerlidir.*

Sağlık Ocakları Şb. Md.**

Sağlık Müdürü ***

Manisa İli Sağlık Ocakları Ev Halkı Tespit Fişi kullanım durumu ile ilgili bilgiler maddeler halinde şöyle özetlenebilir:

1. Sağlık Ocağı bölgesindeki tüm haneler için güncel ev halkı tespit fişi (ETF) bulunan Sağlık Ocağı sayısı :
Merkez Sağlık Ocağı (İl/İlçe Merkezi) Sayısı : 38 (%95)
Köy Sağlık Ocağı (Belde/Köy) Sayısı : 97 (%94)
2. Sağlık Ocağı bölgesindeki tüm haneler için güncel ev halkı tespit fişi (ETF) bulunmayan Sağlık Ocağı sayısı :
Merkez Sağlık Ocağı (İl/İlçe Merkezi) Sayısı : 2 (%5)
Köy Sağlık Ocağı (Belde/Köy) Sayısı : 6 (%6)
3. ETF bulunmama nedenleri ve çözüm önerileri ?

Nedenler :

- a) Sağlık Ocağının yeni açılması
- b) Yeterli sayıda boş ETF kartı tedarik edilememesi
- c) Sağlık Ocağının rutin görevlerinin dışında İlkyardım İstasyonu, SSK hastalarına bakma zorunluluğu gibi iş yükünü arttıran ek görevlerin bulunması sonucu sağlık memuru ve mahalle ebelerinin asli görevlerinin aksaması
- d) Sağlık personelinin motivasyon eksikliği

Çözüm Önerileri:

- a) Yeterli sayıda ETF kartının zamanında temin edilerek ihtiyaç duyan kurumlara ulaştırılması
- b) Personel eksikliğinin giderilmesi

- c) Sağlık personelinin motive edilebilmesi için yapılacak eğitim toplantılarında harcanmak üzere ve katılacak personele harcırah olarak ödenmek üzere ödenek gönderilmesi.
4. Sağlık Ocağı bölgesindeki tüm kişiler için Kişisel Sağlık Fişi (KSF) bulunan ve sürekli kullanan Sağlık Ocağı sayısı
Merkez Sağlık Ocağı (İl/İlçe Merkezi) Sayısı : 13 (%32)
Köy Sağlık Ocağı (Belde/Köy) Sayısı : 52 (%50)
5. Sağlık Ocağı bölgesindeki tüm kişiler için Kişisel Sağlık Fişi (KSF) bulunmayan ve sürekli kullanmayan Sağlık Ocağı sayısı :
Merkez Sağlık Ocağı (İl/İlçe Merkezi) Sayısı : 27 (%68)
Köy Sağlık Ocağı (Belde/Köy) Sayısı : 51 (%50)
6. KSF bulunmama ve kullanmama nedenleri ve çözüm önerileri ?

Nedenler

- a) Yeterli sayıda boş KSF kartı tedarik edilememesi
b) Bazı Sağlık Ocaklarında poliklinik sayılarının yüksek olması ve yeterli personelin bulunmaması
c) Bazı Sağlık Ocaklarının fiziki yetersizlikleri
d) Bazı Sağlık Ocaklarında KSF 'lerinde yer alan bilgilerin bilgisayara kaydedilmesi nedeniyle kartlara kaydedilmemesi
e) Bazı Sağlık Ocaklarının nüfusunun yüksek olması ve sağlık ocağına başvuranların büyük bir kısmının bölge dışı olması
f) Bazı Sağlık Ocaklarının bölgelerinin değişken (göç alan – veren) nüfusa sahip olmaları
g) KSF kullanımının önemsenmemesi
h) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan personelin sağlık muayenelerinin ikamet ettikleri yere göre değil çalıştığı kurumun bağlı olduğu sağlık ocağına göre paylaşılması
i) Sağlık personelinin motivasyon eksikliği

Çözüm Önerileri:

- a) Yeterli sayıda KSF kartının zamanında temin edilerek ihtiyaç duyan kurumlara ulaştırılması
- b) Özellikle nüfusu fazla olan sağlık ocaklarında personel eksikliğinin giderilmesi
- c) Sağlık personelinin motive edilebilmesi için yapılacak eğitim toplantılarında harcanmak üzere ve katılacak personele harcırah olarak ödenmek üzere ödenek gönderilmesi.
- d) Birinci basamak sağlık personeline KSF kullanımının önemi hakkında bilgi aktarılması ve personelin dikkatinin çekilmesi

Fiziki yetersizliği olan sağlık ocaklarının eksikliklerinin giderilmesi, bu tür sağlık ocaklarının açılmasına izin verilmemesi ve hatta kapatılması.

Panel II

**Sağlık Ocaklarında Hizmet Sunumunda
Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri**

1.BASAMAK KURUMLARDA HİZMETİN SUNUMUNDA YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Dr .Metin ÖZTÜRK

Soma Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı Hekimi

1.basamak sağlık kurumlarının sorunları da hizmet çeşidine paralel olarak çok çeşitli ve karmaşıktır. Bu *sorunları* ana başlıkları ile şöyle sıralayabiliriz.

1- Eğitim sorunları

- ❖ Hekimler ve diğer sağlık personeli okullarından 1.basamakta değil hastanelerde çalışacakmış gibi eğitilmektedir. Son yıllarda bazı Tıp Fakültelerinde Halk Sağlığı kürsülerinin gerçek yerini bulması ile bu durum değişmeye başlamıştır. Ancak henüz yeterli değildir.
- ❖ Diğer sağlık personelinin eğitiminde de aynı durum söz konusudur. Sağlık meslek liselerinde Sağlık Ocağında uygulamalı eğitim mevcuttur, ancak buda orada çalışan hekimin niteliğine bağlı olduğu için beklenen verim alınamamaktadır.
- ❖ Mezuniyet sonrası eğitim çalışmaları ve Hizmet içi eğitimler uzun yıllar hiç yapılmamıştır. Ancak son yıllarda Sağlık Bakanlığının, Sağlık Müdürlüklerinin ve Tabib Odalarının kendi bünyelerinde yada Üniversitelerle işbirliği yaparak düzenlediği hizmet içi eğitimler bu alandaki açığı en azından ilimiz ve bölgemizde büyük ölçüde kapatmaktadır.

2- Finansman Sorunları

- ❖ Bütçeden sağlık için ayrılan pay % 2-2,5 dur.
- ❖ Koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların, toplam sağlık harcaması içindeki payı ise 1992 de %2.2 iken, 1998 de % 0.8'e gerilemiştir.

3- Bina, Araç, Gereç Ve Personel Sorunları

- ❖ Sağlık ocaklarının %54.6 sı kendi binasında hizmet vermektedir. Yarıya yakın kısmı standarda ve hizmete uygun olmayan kiralık binalarda hizmet vermeye çalışmaktadır.
- ❖ 224 sayılı yasa ile 1.basamak kurumların gezici hizmet vermesi programlanmış ancak bu hizmeti yerine getirebilmesi için gereken araç verilmemiştir. Sağlık Ocaklarının sadece %17'sinde araç mevcuttur. 2Araçlı olan kurumlarında ne yazık ki şöforü yoktur.
- ❖ 224 sayılı Sosyalleştirme Yasasında sağlık ocaklarında bir pratisyen hekime 5000-7000, bir ebeye 2000-2500 nüfus verilmesi öngörülmüştür. Ancak ülkemizde 2000 yılı verilerine göre ebe başına düşen nüfus 3209 hekim başına düşen nüfus ise 4435 dir. Hekim sayısı yeterli görülsede dağılım dengesizliği nedeniyle birçok yerde hekim sıkıntısı vardır. TTB Halk Sağlığı Kolunun bir çalışmasına göre 338 sağlık ocağında yapılan araştırmada sağlık ocaklarının % 4.4 ünde hekim yoktur.
- ❖ Laboratuvarı yoktur, laboratuvarı olan sağlık ocaklarının %76.6 sında laboratuvar eğitimi almış personel yoktur.

4- İşleyiş Ve Kayıtlarla İlgili Sorunlar

1.basamak ile hastaneler arasındaki sevk işlemlerinin Form 019 ile yapılması gerekmektedir. Fakat bu formu kimse doldurmamakta ve kullanmamaktadır. Bazı yerlerde 1.basamakta doldurulsa bile hastanelerdeki hekimlerce doldurulmamakta ve işletilmemektedir. Oysa 224 sayılı yasaya göre 1.basamaktan geçmeyen hiç kimse hastanelere kabul edilmemelidir. Ancak hastaneleri özel muayenehanelerin pazarı gibi gören anlayış hiçbir başvuruyu geri çevirmemekte (Son yıllarda başlanan döner sermaye uygulaması bu durumu daha da arttırmıştır) diğer yandan yığılma nedeniyle hastalara yeterince zaman ayrılmamakta ve bu hastalar muayenehanelere gitmeye zorlanmaktadır.

- ❖ Hastanelerin ve özel hekimlerin tanı koydukları her bulaşıcı hastalığı Form 014 ile bölge sağlık ocağına

yada sağlık grup başkanlıklarına bildirmesi yasa gereğidir. Ancak özel hekimler hemen hemen hiç bildirimde bulunmamakta hastanelerden gelen formlar ise ciddiye alınmazca eksik isimsiz adressesiz olmaktadır.

- ❖ Birçok 1. basamak kurumunda formların ve kayıtların önemi gereği gibi anlaşılmamaktadır. İşler yapılmakta ancak kaydetmek ve bildirmek anlamsız kırtasiyecilik gibi algılanmaktadır. Oysa 1.basamakta üretilen hizmetin görünmesi bu verilerin sağlıklı akışına bağlıdır. Çünkü 1.basamakta birçok hizmetin karşılığı ancak yıllar sonra alınabilmektedir.

5- Yönetim Zaafları İle İlgili Sorunlar

- ❖ Tüm kademelerde çalışan yöneticilerin hemen hemen tamamının yönetici misyonu yoktur. Bu konuda eğitim almamışlardır. Hatta siyasi nedenlerle bırakın yöneticiliği kurum çalışmalarından habersiz kişiler bile yönetici olabilmektedir.
- ❖ Bütün bunların yanında sanırım en önemli sorun kurumlara amir olan ancak kendini kuruma ait hissetmeyen hekimlerdir. 1.basamak kurumları geçici bir konaklama yeri gibi gören, kurum çalışmalarına bir misafir tavrıyla yaklaşan, görevini günlük polikliniğini yapmak olarak gören hekimler, buradaki zamanının hemen hemen tümünü sadece TUS'a hazırlanmak için geçirmektedir. Bu durum doğal olarak diğer personeli de etkilemekte, kurumlar kaptansız bir gemi gibi dalgaların doğal seyrine terk edilmektedir. Burada idarecilerin de büyük sorumluluğu vardır. Meslektaşlarını kırmamak gibi bir feodal kültür uzantısı anlayışla bu hekimlere iyiniyet gösterilmekte bu duruma göz yumulmaktadır. Her insanın ve de her hekimin isteği doğrultusunda mesleğini seçmek elbette hakkıdır. Ancak TUS kazanarak gitmeyi düşünen arkadaşlarımızda geride kalacaklara toplum gözünde değersizleştirilmiş, enkaza çevrilmiş kurumlar bırakmaya hakkı yoktur sanırım.

Çözüm Önerileri:

- ❖ Öncelikle çağdaş sağlık anlayışına uygun olarak sağlık sistemi Koruyucu Hekimlik temeline oturtulmalıdır. Çünkü insanların hasta olduktan sonra tedavi edilmelerinin iş gücü kaybı, sakatlıklar ve ölümler bir yana bırakılsa bile maliyeti çok yüksektir. Bu nedenle öncelikle bütçeden sağlığa ayrılan pay arttırılmalı ve bu payın büyük bir kısmı koruyucu hekimlik hizmetlerine yönlendirilmelidir.
- ❖ Sağlık personeli yetiştiren kurumlar müfredatlarında 1.basamakta çalışmaya yönelik derslere ağırlık vermeli ve bu eğitimler saha pratiği ile desteklenmelidir. Her ilde eğitim sağlık ocakları oluşturularak bölgeye yeni gelen her personel bu kurumlarda birkaç aylık eğitimden geçirildikten sonra asıl kurumlarında göreve başlamalıdır.
- ❖ Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarına ülkenin ihtiyacı olan sağlık personeli sayısı nüfusun artış hızına göre belirlenerek ve bu ihtiyacı karşılayacak şekilde öğrenci alınmalıdır. Hocasız ve donanımsız sözde kurumlar açılmamalı ve hatta bu tür mevcutlar (Özellikle Tıp Fakülteleri) kapatılmalı bunların yerine var olanların kalitesi arttırılmalıdır.
- ❖ Laboratuarsız 1.basamak kurum kalmamalıdır. Her kurumda rutin kan idrar ve dışkı tetkikleri yapılabilecek donanım ve eğitilmiş personel olmalıdır. Özellikle kırsal kesimin izlemlerinin ve aşılarının yapılabilmesi için her kuruma araç verilmelidir. İlk etapta bu yapılamıyorsa Sağlık Grup Başkanlıklarına verilecek depo araçlarla, kurumların dönüşümlü olarak kırsal kesim hizmetlerini verebilmesi sağlanmalıdır.
- ❖ Mevcut sevk sistemine kesinlikle uyulmalı Form 019 lara işlerlik kazandırılmalı, 1.basamaktan geçmeyen hiçbir hasta (Aciller dışında) hastanelere kabul edilmemelidir. Bulaşıcı hastalık bildirimini yapmayan yada eksik yapanlar hakkında cezai işlemler yapılmalıdır. Hiçbir hekimin toplum sağlığını ilgilendiren bu tür konuları savsaklama hakkı olmamalıdır.

- ❖ İdari kurumlarca aylık ve yıllık çalışmaların sonuçları kurumlara geri bildirimle ulaştırılmalı sorunlar ve eksikler tesbit edilerek başarılı çalışmalar ödüllendirilmelidir.
- ❖ Hizmet içi eğitimlerde çağdaş yönetim anlayışına yönelik eğitimlere yer verilmeli Sağlık Müdürlüklerinde ve Sağlık Grup Başkanlıklarında çalışan personelde dahil olmak üzere bu eğitimlerden geçirilmelidir. Sağlık hizmetinin bir ekip çalışması olduğunun bilincinde, astları ile birlikte sorunları tesbit eden, irdeleyen ve çözüm yaratmaya çalışan yöneticiler yetiştirilmelidir. Yöneticiliği hala astlarını eleştirmek, aşağılamak gibi algılayanlar yönetim kademelerinden uzaklaştırılmalıdır.

Bütün bunların yanında 1.basamağın önemi tüm personele diğer toplum kesimlerine anlatılmalı 1.basamak ruhu oluşturulmalıdır. Bu yazıyı hazırlarken sağlık ocağımızdaki arkadaşlarla bir toplantı yaparak onların katkılarını aldım. Bu toplantıda bir ebe arkadaşın tüm sorunların konuşulmasından sonra söylediği “Hepsinden önemlisi bize değer verin, ve bize değerli olduğumuzu bir işe yaradığımızı hissettirin” şeklindeki sözleri sanırım bu ruha ne kadar ihtiyacımız olduğunu çok iyi anlatmaktadır.

Kaynaklar:

1. Sağlık Bakanlığı – Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000 – 2001 Ankara
2. TTB Yayınları - Türkiyede Sağlık Sektörünün Durumu 2002 – Mart 2002 Ankara

BİRİNCİ BASAMAKTA İŞ DOYUMU VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLER

İnsanların sağlıksızlıkla
“çalışıp” nasıl hep sağlıklı
kalabildiklerini merak
ediyorsanız, bu sorunun yanıtı
sağlıklı kalamadıklarıdır.”
JM Stellman

Dr. Alp Ergör

Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlık ve çalışma yaşamı ilişkisi nasıl biçimlenir?

Sağlık, odak noktasında birey ya da toplumun bulunduğu çok bileşenli bir yapıdır. “Etkilenen” olarak adlandırabilecek bu kişi ya da grup yakın ya da uzak etmenlerle, sistemlerle çevrelenmiştir. Bu çevresel oluşumların birbirleri ile ve odakta yer alan birey ya da toplumla ilişkisi ve “etkilenene” ilişkin edinsel-kalıtsal özelliklerin bileşkesi “sağlık durumu” oluşturur (1,2). Kişi ya da toplumu saran, yakın çevreden başlayıp küresel dinamiklere kadar uzanan pek çok etmen ya da etmen grubu sağlığı etkiler. Toplumsal yaşamın en önemli parçalarından olan çalışma ve çalışma yaşamı da sağlığı etkileyen öğelerden biridir. Çalışma yaşamı sağlık ilişkisini tanımlanırken de, yukarıda belirtilen çok bileşenli yapı göz önünde tutulmalıdır (Şekil 1).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlık sorunları içinde iş doyumunun yeri nedir?

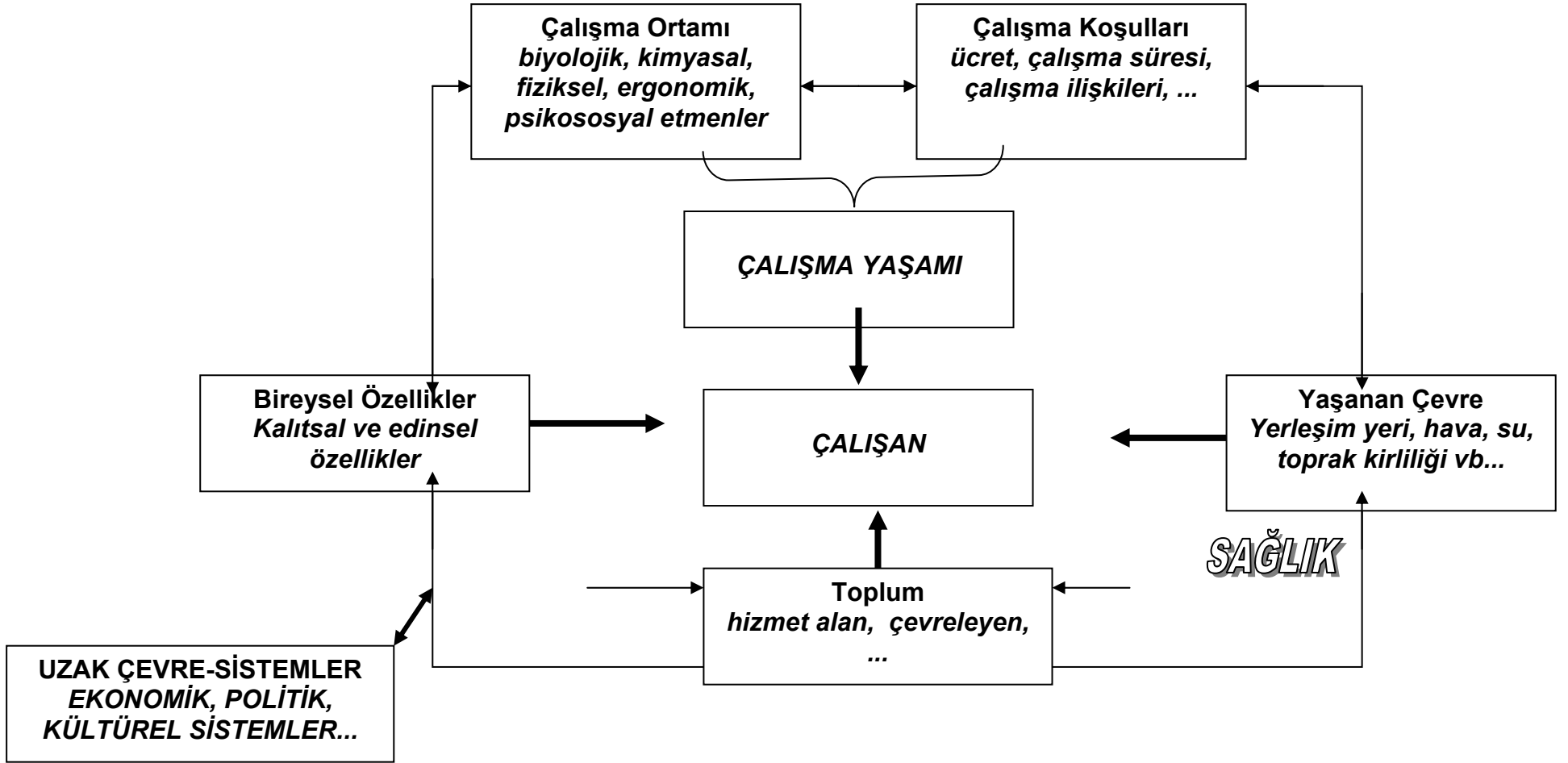
Toplumun “gerçek sağlık sorunlarını” karşılayan birinci basamaktaki sağlıkçıların çalışma yaşamından kaynaklanan sorunları, bu sorunların gerçek boyutları biliniyor mu? Sorunlar için çözüm üretebiliyor mu? Bu sorulara olumlu yanıtlar bulabilmek kolay değil. Bununla birlikte bildiklerimiz, bunlardan yola çıkarak yapabileceğimiz de var. Ülkede “sağlık çalışanlarının sağlık sorunları” konusunda yapılan çalışmalar 90’lı yılların başından günümüze artarak sürmüştür. Elimizde

ulusal düzeyde bir veri tabanı olmasa da, tanımlayıcı nitelikte pek çok araştırma sonucu literatürde yer almıştır. Birinci basamakta sağlık çalışanlarının iş doyumun irdeleyen ve çarpıcı sonuçları irdeleyen çalışmalardan bazıları tablo 1’de özetlenmiştir (3).

Genel olarak, 1. basamak sağlık çalışanının iş doyumunu ile ilgili geniş bir tanımlama yapıldığını, pratisyen hekimler ve hemşirelerin iş doyumsuzluğunun diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğunu söylemek olasıdır (4-9). Bu noktadan sonra tanımlayıcı nitelikte çalışmalar yerine nedenselliğe yönelen araştırmalarla sorunun irdelenmesi yararlı olacaktır.

İş doyumunu nasıl irdelenmelidir?

İş doyumunu çalışma koşulları, ortamı, ilişkileri, bireysel ve toplumsal beklentilerle şekillenen bir süreçtir (10-13). Yaşadığımız gerçeklikte iş doyumunu karşımıza “doyum ya da doyumsuzluk” olarak çıkmaktadır. İş doyumunu kavramının bileşenleri Tablo 2’de özetlenmiştir.



Şekil 1. Çalışma yaşamı ve sağlık ilişkisi

Tablo 1. Birinci basamak sağlık çalışanlarının iş doyumları ile ilgili araştırmalardan örnekler

Yazar-Araştırmacı	Çalışma grubu	Yayın Yılı - Dergi	İrdelenen
Yalındağ N, Şengül A	Pratisyen hekimler	1990, I. Pratisyen Hekimlik Kongresi Özet Kitabı	İş doyum, kimlik algısı
Hayran O, Aksayan S	Pratisyen hekimler	1991, Toplum ve Hekim	İş doyum
Özbek Girgin G	Pratisyen hekimler	1992, II. Pratisyen Hekimlik Kongresi Özet Kitabı, Antalya	Tükenme
Musal B	Pratisyen hekimler	1992, Tıpta uzm., DEÜTF	İş doyum
Aksayan S, Velioğlu P	Hemşireler	II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı	İş doyum (örgütsel boyut)
Musal B, Ergin S	Pratisyen hekimler	1993, Toplum ve Hekim	İş doyum
Aksayan S	Ebeler	1994, Marmara Ü. Hemşirelik Dergisi	İş doyum mesleki bilgi ilişkisi
Ergin C	1., 2. ve 3. basamak çalışanları	1995, TC SB Sağlık Projesi Koordinatörlüğü (Sağlık personelinin iş anlayışları ve tutumları araştırması)	Doyum, tükenme ve bileşenleri
Gözüm S	Hemşire ve Ebeler	1996, Doktora Tezi, Atatürk Ü. HYO, Erzurum	İş doyum, tükenmişlik, işten kalma
Aksayan S	Hemşireler	1996, Doktora tezi, İstanbul Ü. Sağlık Bil. Enst.,	İş doyum
Aslan H, Aslan O, Kesepara C ve ark.	1., 2. ve 3. basamak çalışanları	1997, Toplum ve Hekim	İş doyum, tükenme
Bodur S, Tankulu Z	Sağlık ocağı çalışanları	1998, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Adana	İş doyum
Ergüder T, Kutlu L, Esin S	1. basamak çalışanları	1999, V. Ulusal Pratisyen Hekimlik Kongresi Özet Kitabı	
Gülbüz Y	1. basamak çalışanları	1999, Bilim uzmanlığı tezi, İstanbul	İş doyum, (örgütsel) stres
Hanoğlu Uğurlu Z	Hemşireler	1999, Bil.uzm. tezi, Ege Ü. Sağlık Bil.Enst.	Görev algısı, gerçekleştirebilme serbestisi
Aksakal NF, Özkan S, Baykan Z, Aycan S	1. basamak çalışanları	1999, Sağlık ve Toplum	İşten hoşnutluk
Sarp N, Piyal B, Önder ÖR ve ark.	Sağlık ocağı çalışanları	Mayıs 2000, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara	Akıl sağlığını etkileyen etmenler
Sarp M	1. basamak çalışanları	2000, Bilim uzm. tezi, Ankara Ü. Sağlık Bil.Enst.	Akıl sağlığı ile ilgili etmenler
Gülbüz Y, Karavuş M, Cebeci D ve ark.	1. basamak çalışanları	2000, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu	İş doyum
Baran N	Hemşire, ebe ve sağlık memurları	2000, I. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi, Antalya	İşten hoşnutluk
Ergüder T, Kutlu L, Esin S ve ark.	1. basamak çalışanları	2000, Uluslar arası Katılımlı Halk Sağlığı Kongresi, İstanbul	Gereksinim, beklenti, doyum
Kitapçıoğlu G, Mandiracioğlu A	Ebeler	2001, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Ankara	Doyum, tükenmişlik, örgütsel yapı

Tablo 2. İş Doyumu ya da doyumsuzluğunu belirleyen etmenler

Çalışma Koşulları Ücret Çalışma süresi
Çalışma Ortamı Zararlı etmenler – özellikle psikososyal grup
Toplum – birey ilişkileri Toplumun çalışandan beklentileri, çalışanla ilgili algısı <u>-Onu kim olarak görüyor? Toplumsal yapılanmada nereye koyuyor?</u> Bireyin toplumla ilişkilerden beklentileri
Çalışanın algısı - beklentileri Çalışma ortam ve koşullarını algılayışı ve beklentileri Kendi konumunu algılayışı ve kendisi ile ilgili beklentileri
Çalışma ilişkileri Bireysel ya da toplu iş ilişkisi, örgütlenme ve güç İş güvencesi ya da güvencesizliği
Çalışma yaşamının yapısal özellikleri Çalışma yaşamındaki hiyerarşik yapı ve çalışanın konumu Çalışanın dönüştürebilme yetkisi, gücü, birikimi Çalışanın kendini tanımlayabilme olanağı, gücü
Mesleki eğitim Çalışanın birikimi, beklentisi Çalışma yaşamında sunulan eğitsel olanaklar, beklentiler İş öncesi eğitsel olanaklar, beklentiler
İstihdam politikaları İş güvencesi Sosyal koruma politikaları

Yukarıdaki yapıya eklenilebilecek başka çalışma yaşamı bileşenlerini de saymak olasıdır. Kısaca iş doyumu **çalışma, gerilim, başa çıkma** ve **beklentiler** olarak tanımlanabilecek 4 temel ayak üzerinde biçimlenmektedir.

Birinci basamakta çalışanların “durumu” nereye gidiyor?

İçinde bulunduğumuz toplumsal, ekonomik ve politik süreçte sağlık çalışanının sağlığını belirleyen bileşke olumlu bir yönde ilerlemiyor. Toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerinden

beklentilerini karşılayabilecek yapısal oluşumlara yatırım yapılmamaktadır. Sağlıkın ücretli biçime gelmiş, sağlık ocaklarındaki hizmet döner sermayeye bağlanmıştır, dahası koruyucu hizmetler bile ücret karşılığı sunulmaktadır. Sağlık, sağaltım ağırlıklı bir olgu biçimine dönüşmüş ve özelleştirme giderek yaygınlaşmıştır. Bu yapısal durum birinci basamağın toplumsal konumunu geriletmiş, toplumun beklentilerini de etkilemiştir.

Çok sayıda tıp fakültesinden, çok sayıda hekim mezun edilmesi sağlık işgücü alanında bir arz-talep süredurumu oluşturmuştur. Bir yandan artan hekim sayısı ve işsiz hekimler, diğer yandan hem hekim kitlesinde hem de toplumsal düzeyde yaratılan uzmanlaşma güdüsü hekimlerin toplumsal konumunu ve kendilerine yönelik algılarını olumsuz yönde etkilemiştir. Diğer sağlık personeli ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim yetersizlikleri iş doyumu ve genel olarak sağlık durumu üzerinde olumsuz etki yaratmıştır.

Sağlık personelinin ücretleri son 14 yıl içinde sürekli azalmış, alım güçleri düşmüştür. Ulusal politikaların önemli bir göstergesi olan sağlık ayrılan bütçedeki azalma da sağlık çalışanlarının bu konuda beklentilerini ve umutlarını kırmıştır.

Kuşkusuz iş doyumunu olumlu yönde etkileyecek gelişmeler de yaşanmaktadır. Pratisyen hekimlerin, hemşire ve ebelerin yıllık kongrelerinin büyük katılımlarla gerçekleşmesi sağlık çalışanlarının mesleklerine sahip çıkışları ve sorunlara yönelik çözüm arayışlarının somut göstergeleridir. Pek çok yerde sağlık grup başkanlıkları ekip çalışmasına dayalı, etkin bir üretim gerçekleştirmektedir.

İş doyumunu olumlu yönde etkileyebilecek ya da doyumsuzluğu güçlendirecek pek çok etmenin bir arada bulunduğu bir süreç yaşanmaktadır. Sonuçta, doyum ya da doyumsuzluk sağlık durumunu gösteren bir bulgudur. Bu noktada sağlığı bir bütün olarak ele almak, doyumu da bu bütünün bir parçası olarak değerlendirmek gerekir. Yeterince durum saptama çalışması yapılmış ve yaşadığımız gerçeklikle ilgili genel sınırlar belirlenmiştir. Bundan böyle, birinci basamak sağlık çalışanının sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik nedensel ilişkilerin irdelenmesi, öncelikli çözüm önerilerinin ve öncelikli girişimlerin başlaması gereklidir.

Kaynaklar:

1. Clerk JM. Introduction to working conditions and environment. Geneva: ILO, 1985: 42-99.
2. Piyal B. İş sağlığı ve eylem programı için yöntem önerisi. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 1994: 1-18.
3. Özkan Ö. Türkiye’de sağlık çalışanlarının sağlığı bibliyografisi (1985-2001). SES Genel Merkez Araştırma Yayınları Dizisi: 1. Ankara, 2003.
4. Ergin C. Sağlık personelinin iş anlayışları ve tutumları araştırması. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara; 1995.
5. Musal B, Ergin S. “Pratisyen Hekimlerde Mesleki Doyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, Toplum ve Hekim, Nisan 1993; 54; 22-25.
6. Sarp N, Piyal B, Önder ÖR, Acuner AM, Sarp M. “Etimesgut Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinin Eğitim Durumu ve Mesleklerini İlişkin Özelliklerin Genel Ruh Sağlığı Düzeylerine Etkisinin incelenmesi”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, Mayıs 2000.
7. Kitapçıoğlu G, Mandıracıoğlu A. Bornova sağlık grup başkanlığı bölgesinde görev yapan ebelerin iş doyumu, tükenmişlik, örgütsel bağlılık düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi Özet Kitabı, 16-18 Kasım Ankara, 2001.
8. Ergüder T, Kutlu L, Esin S. 1. basamakta çalışan sağlık personelinin algılamaları, memnuniyetleri, ihtiyaç ve talepleri çalışması. V. Ulusal Pratisyen Hekimlik Kongresi Özet Kitabı, 28-30 Ekim 1999.
9. Aslan H, Aslan O, Kesepara C ve ark: “Kocaeli’nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu”, Toplum ve hekim dergisi, 1997, 12(82):24-29.
10. Çelikkol A. Çağdaş iş yaşamında ruh sağlığı. Alfa Yayınları, İstanbul; 2001: 129-62.
11. Peterson CL. Stress at work: A sociological perspective. Baywood Pub.Comp.Inc. NY; 1999: 235-40.
12. Marmot M, Siegrist J, Theorell T, Feeney A. Health and the psychosocial environment at work. In: Social determinant of health, Marmot M, Wilkinson RG Editors. Oxford Univ. Press, Oxford 2001: 105-31.

**BORNOVA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA SAĞLIK GRUP
BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE GÖREV YAPAN
EBELERİN, İŞ GÜÇLÜĞÜNE NEDEN OLAN
FAKTÖRLER İLE TÜKENMİŞLİK, İŞ DOYUMU, VE
ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Dr. Gül Kitapçıoğlu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AbD

Türkiye'de 1960'lardan bu yana sağlık sektöründe önemli bazı gelişmeler sağlanmış ancak bu gelişmeler eldeki kaynaklarla orantılı ölçüde olmamıştır. Uygulanan politikalar, yürütülen çalışmalar mevcut sorunların giderilmesini sağlayamamıştır. Bu sorunların en önemli bölümünü de sağlık insan gücüne yönelik sorunlar oluşturmaktadır. Sağlık insan gücü alanındaki pek çok sorun çalışanların motivasyonunu azaltmakta, iş doyumunu düşürmekte tükenmişlik düzeyini artırmakta ve örgütsel bağlılıklarını olumsuz yönde değiştirmektedir.

Türkiye'de 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun ile Temel sağlık hizmetlerin yerine getirmekte yükümlü başlıca kuruluş sağlık ocakları olarak belirlenmiştir.

Ebeler sağlık ocakları bünyesinde Temel sağlık hizmetlerin yerine getiren en önemli iş grubudur.

İş Doyumu:

İş doyum, bireyin işine olan duygusal reaksiyonu veya kişinin kendi mesleği hakkındaki genel davranışlarının belirtisi olarak tanımlanmaktadır. Yaşam doyumunu etkileyen değişkenlerin, iş doyumunu etkilediği ve iş doyumunun, tüm yaşam doyumunun küçük bir göstergesi olduğu belirtilmektedir.

İş Doyumsuzluğu ve Sonuçları

Çalışanların işlerinde gereksinimlerini doyuramamaları önemli davranışsal sonuçlar verir. Çalışanın edilgenliğini, sorumluluktan kaçmasını, düşmanca tutumlarını, direnmesini, onun doğasına yüklemek hatadır. Gerçekte bu davranış biçimleri çalışanların rahatsızlığının belirtileri, toplumsal benlik gereksinimlerinin doyurulmamasının sonuçlarıdır. Kişiler kendileri için önemli gereksinimlerini işte doyuramazlarsa tembellik, edilgenlik,

değişime direnme, sorumluluk almama ve gerçekçi olmayan ekonomik isteklerde bulunma gibi olumsuz davranışlar göstereceklerdir.

Tükenmişlik Sendromu:

Tükenmişlik kavramı, ilk kez Freudenberg (1974) tarafından ortaya atılmış, insanların aşırı çalışma sonucu artık işin gereklerini yerine getiremez bir duruma gelişlerini ifade eden duygusal tükenme, durumu olarak tanımlanmıştır. Ancak bu gün kabul edilen modeli Maslach (1982) geliştirmiş ve tükenmişliği, duygusal tükenme, ve duyarsızlaşmada artış – depersonalizasyon ve kişisel başarı duygusunda bir azalma olarak tanımlamıştır. Maslach'ın geliştirdiği tükenmişlik ölçeği 3 alt bölümden oluşmaktadır.

1. *Duygusal tükenme:* “Yaptığı işten uzaklaşma, işin kendisini kısıtladığını düşünme” gibi işe karşı olumsuz duygulanım durumunu tanımlar.
2. *Kişisel Başarı:* “Çalışanın işinde dikkate değer sonuçlar elde etmede ve diğerlerinin yaşantısını olumlu yönde etkileme yönündeki doyum” olarak tanımlanmıştır. Tükenmişlik sürecinde bu doyum eksildiği gözlenir.
3. *Depersonalizasyon:* Maslach tarafından “Hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı ve hatta insancıl olmayan tarzda yanıt” olarak tanımlanır. Uzaklaşmanın artması ile bireylerin gereksinimlerine aldırış etmeyen bir tutum ve onların duygularına sert bir şekilde aldırma gelişir. Çalışan hizmet verdiği bireyleri kişi olarak görmekten uzaklaşmış ve daha çok eşya konumunda görmeğe başlamıştır.

Tükenmişlik düzeyinin yüksek olması; duygusal tükenmişlik ve depersonalizasyon değerlerinin yüksek ve kişisel başarı puanının düşük olmasını gerektirir.

Tükenmişlik düzeyinin düşük olması; duygusal tükenmişlik ve depersonalizasyon değerlerinin düşük ve kişisel başarı puanının yüksek olmasını gerektirir.

Örgütsel Bağlılık:

Örgütsel bağlılık kurumun amaç ve değerlerini benimseme, kurum için büyük çaba göstermeye istekli olma, kurumda kalma isteğidir.

İş doyumu doğal olarak örgütsel bağlılık ile doğrudan ilgilidir. Ayrıca örgütsel bağlılığın güç, takım çalışması, profesyonellik, güdüleme, liderlik gibi konularla da ilgili olduğu söylenebilir. Örgütsel değer ve amaçlara güçlü bir inanç ve kabullenme,

1. Örgüt adına gözle görülür bir çaba sarf etme yönünde gönüllü olma,

2. Örgütün bir üyesi olmaya devam etmek için istek taşıma.

Bu görüşe göre bireylerin örgüte bağlılık düzeyleri yükseldikçe, tükenmişlik düzeyleri azalacak, doyumları artacak ve birey örgütte kalmaya devam edebilmek için daha yüksek performans ile çalışmaya devam edecektir.

Bir sağlık çalışanı olarak önemli işlevlere sahip olan ebeler çalışma yaşamları açısından oldukça ihmal edilmiş bir konuma sahiptirler. Literatüre bakıldığında bu iş grubuna yönelik çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalar genellikle ebelerin bilgi düzeylerini ölçmeğe yönelik oldukça sınırlı araştırmalardır.

Araştırmanın Amacı:

Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Sağlık Ocakları ve AÇSAP Merkezlerinde görev yapan ebelerin,

- Sosyo demografik ve mesleklerine ait özelliklerinin belirlenmesi,
- Ebelerde iş gücüne neden olan faktörlerin,
- Ebelerin iş doyumu düzeylerinin,
- Ebelerin tükenmişlik düzeylerinin, ve
- Örgütsel bağlılık düzeylerinin belirlenmesi,
- İş gücüne neden olan faktörlerin ve belirlenen bu faktörlerin iş doyumu, iş gerilimi ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin araştırılması ,
- Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan ebelerden elde edilecek sonuçlara göre, bölgede hizmetin olumlu yönde gelişmesine katkıda bulunacak öneriler geliştirmektir.

Bulgular:

Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan ebelerin % 87,1’i sağlık ocağında, %10,9’u AÇSAP merkezlerinde ve %2,0’i

sağlık grup başkanlığında görev yapmaktadır. Ebelerin 224 sayılı yasayla tanımlanan görevleri daha çok ana- çocuk sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Sağlık grup başkanlığında sadece %2 sinin istihdam edilmesi, karar verici düzeyde planlama ve yönetsel işlevler ile kararlara katılım açısından sınırlı kalmaktadır. Ebelerin son bitirdikleri okul dağılımında % 43,5 i Meslek Lisesi, %12,9'u Meslek Yüksek Okulu, %41,6 sı Açık Öğretim Ön Lisans, % 2,0 ı Sağlık Yüksek Okulu mezunudur. Ebelerin % 56,5 i yüksek okul mezunudur. Ebelerin aldıkları yüksek eğitim uygulamadan uzak kuramsal özellikte ve geçerli mesleki uygulamadan çok gelir, statü katkısı getirmektedir. Ebelerin meslek öncesi aldıkları eğitimin yeterliliği konusundaki düşünceleri sorulduğunda % 66.3'ü eğitimi yeterli bulmadığını belirtmiştir. Yetersiz bulma oranının yüksek olması ebeler eğitiminin koruyucu bakımdan çok, hastane bakımına ve doğum evi koşullarına uygun olduğunu düşündürmektedir. Birinci basamakta çalışacak ebe eğitimi olması gerekir. Ebelerin %69,3'ü en az bir meslek içi eğitim kursuna katılmışlardır. Konulara dağılımına bakıldığında uygulamaya yönelik beceriyi artırıcı kurslar olduğu dikkati çekmektedir. Kursların yararları konusundaki düşünceleri sorulduğunda ise %75,7'si uygulamaya ait becerilerini geliştirdiklerini, %71,4'ü bilgilerini arttırdıklarını, % 24,8'i yanlışlarını düzeltmesini sağladığını belirtmiştir. Hızla değişen bir toplumun ve mesleğin koşullarını uzun süre önce görmüş oldukları öğrenim ile yürütmekte güçlük çeken personelin hizmet içinde yetiştirilmesi zorunluluğu giderek artmaktadır. Ayrıca hizmet içi eğitimin sürekliliği de önemlidir. Araştırmaya katılan ebelerin sadece %32,7'si kendi isteği ile ebeliği seçtiğini bildirmiş. Ebeler bu konuyla seçilen bir meslek değil, daha çok yönlendirilen bir meslek olmaktadır. Ebelerin sadece % 23,7'si koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli buldukları için sağlık ocağında çalışmayı tercih ediyor. Eğitimleri de koruyucu sağlık hizmetine yönelik olmadığından bu sonuç doğaldır. Çoğunluğu meslek seçerken ebeler hizmetlerinin felsefesini ve amaçlarının kavratılmamış olduklarını düşündürebilir. Böyle bir grup ebenin istenen rol ve işlevleri gerçekleştirilmede yetersiz kalmaları beklenen bir sonuçtur.

Tükenmişlik:

1. Duygusal tükenmişlik 2. Kişisel başarı, 3. Depersonalizasyon = kişisizleştirme, nesneleştirme olmak üzere 3 alt gruptan oluşmuştur. Tükenmişlik düzeyinin yüksek olması; duygusal tükenmişlik ve depersonalizasyon değerlerinin yüksek; kişisel başarı puanının düşük olmasını gerektirir. Ebelerin bütün olumsuz koşullara ve iş gücü faktörlerine rağmen Duygusal tükenmişlik puanı düşük, depersonalizasyon puanı düşük, kişisel başarı puanı yüksek, sonuç olarak ebelerin tükenmişlik düzeyi düşük bulunmuştur. Bu sonucun açıklaması özveri olabilir.

İş Doyumu:

İşinden doyum sağlayan ebelerin mesleklerine ait gelişmelere ve mesleki bilgilerini arttırmaya daha istekli oldukları söylenebilir. 1. İşin kendisine ait doyum, 2. Yönetim iş yeri politikası, 3. Ücret doyum, 4. Çalışma koşulları doyum düzeyi olmak üzere dört alt gruptan oluşmaktadır.

Ebelerin iş doyum ölçüğü alt bölümlere ait doyum puanları değerlendirildiğinde yüksek puandan düşük puana doğru çalışma koşulları puanı, yönetim işyeri politikası, işin kendisine ait doyum puanı ve en düşük olarak ücret doyum puanı sıralanmaktadır.

Örgütsel Bağlılık:

Örgütsel bağlılık çalışanın kurumuna başarılı olması için, gerekenden çok daha fazla çalışmaya hazır olması, kurumu sahiplenme duygusu ile ilişkilidir. Ebelerin örgütsel bağlılık düzeyleri orta derecede

İş Güçlüğü:

İş güçlüğü; kişinin çalışırken özel bir güç sarf ettiği durumlar olarak tanımlandığı etkenlerdir. Mental sağlık için de yüklenmeye neden olan durumlar, kişinin kendini iyi hissetme durumunun karşısı olarak da literatürde belirtilmektedir. İş güçlüğü, işi gerçekleştirme durumunda ortaya çıkan güçlük olarak tanımlandığı için aynı zamanda iş doyum ve örgütsel bağlılık üzerinde de direkt etkilidir. Çalışma ortamında insan faktörünün performansını ve sağlığını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. İnsanın yüklenmeye ve zorlanmaya karşın normal bir performans ile görevini yapabilmesi için, performansı

etkileyen olumsuz iş özelliklerinin bilinmesi bunların en aza indirgenmesi ya da kontrol altına alınması sağlanmalıdır. Bu nedenle iş sisteminde fiziksel ve mental yüklenmeye neden olabilen ve iş gücü olarak tanımlanan iş özelliklerinin belirlenmesi sorunun çözümü için önemli bir adım oluşturabilir. Yapılan araştırmalarda iş gücüne neden olabilen faktörlerin çok sayıda olduğu belirlenmiştir

Faktör1 Kurumda Amir Hekim Ve Diğer Hekimlerle İletişim Sorunları

	%
Hekimlerin bizim işlevimizi anlamaması hafife alması	
İş yerinde sorun çıktığında hekimlerin bilgi ve uygulama açısından yeterli destek olmaması	67,3
Ekip çalışması yapamamak	51,5
İş yerinde sorun çıktığında hekimlerin çözüme yönelik desteğinin yetersizliği	54,5
Amirle ilişkilerin sert ve acımasız olması	46,5
Sorumlu hekimle ilişkinin istenilen düzeyde olmaması	23,8
Birlikte çalışılan hekimlerin işin yapılması açısından yetersiz olması	26,7
İş ilişkilerinin son derece resmi olması	14,9
Sorumlu hekimin işime fazla müdahale etmesi	10,0

İş ile ilgili yetersizliklerden çok amirle ve sorumlu hekimle ilişkinin istenilen düzeyde olmaması, son derece resmi olması, öncelikli iş gücü nedeni olarak algılanmaktadır.

Faktör 1'e ait iş gücü puanı arttığında tükenmişlik puanı da paralel olarak artmaktadır.

Yönetim biçimi ve yöneticilerle olan iletişimin olumlu olması moral ve verimi yükseltmektedir.

Diğer yandan çalışma ortamındaki olumsuz insan ilişkileri ve destek yoksunluğunun neden olduğu psikolojik gerilim, iş veriminin düşmesine ve tükenmişliğe neden olmaktadır.

Ebeler çalıştıkları kurumda hizmeti bir ekip hizmeti olarak algılıyor, kendilerini ve hizmetlerini ilgilendiren kararlara katılmak istiyor, yine hizmetlerle ilgili değişiklikler ve gelişmelerden haberdar olmayı ve kurum içi iletişimin artmasını istiyor.

Ülkemizde sağlık hizmetinin ekip anlayışından uzak, geleneksel ast üst ilişkisi temelinde yükselen yönetim biçimi ile sürdüğü (bürokratik model), çalışan kişilere gelişme olanaklarının verilmesi gereği, daha fazla sorumluluk ve yetki verilmesi, kurum içinde kişiler arası ilişkilerin olumlu olması çalışanlarda doyum sağlayıcı, güdüleyici bir faktör olarak algılanmaktadır.

Faktör 2. Hizmet İçi Eğitim – Sürekli Eğitim Yetersizliği

	%
Yeni gelişmelerden haberdar olamamamız	73,3
Beklenmedik, karışık durumların ortaya çıkması olasılığı	57,4
Eğitime yeterince zaman ayırmaması	46,5
Hekimlerin ilaç ve aşılarla ilgili bilgileri paylaşmaması	44,6
Hizmet içi eğitimin yetersizliği	44,6

meslek içi eğitim kursuna katılan ebelerde kursa katılmayan ebelere göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Meslek içi eğitim kursuna katılan ebeler, hizmet içi eğitim - sürekli eğitim yetersizliği faktörünü daha yüksek iş güçlüğü etkeni olarak algılamaktadır.

Faktör 2 puanı arttığında;

Tükenmişlik , Duygusal tükenmişlik artmakta ;

İş doyumunu ortalama puanı, işin kendisine ait doyum, ücret doyumunu, çalışma koşulları doyum puanı azalmaktadır.

Faktör 3. Mesleğin Konumu Ve Özlük Haklarına Ait Olumsuzluklar

	%
Aldığım ücretin yetersizliği	87,1
İşin saygınlığının azalması	82,2
Yaptığım işin takdir edilmemesi	77,2
İşte yükselme olanaklarının eşit olmaması	71,3
Özlük haklarının engellenmesi	65,3

iş güçlüğü faktörleri içinde en yüksek iş güçlüğü nedeni Takdir edilmede, terfi ve ücret yetersizliği ile , işin saygınlığının azalması en önemli iş güçlüğü nedenleri olarak dikkati çekmektedir. İşte sorumlu olarak çalışanların bu gereksinimi daha yüksek bulunmuştur. Faktör 3 puanı arttıkça duygusal tükenmişlik puanı da artmakta, İş doyumunu, İşin kendisine ait

doyum puanı, Yönetim ve iş yeri politikası, Ücret doyum puanı ve çalışma koşullarına ait doyum puanı ve Örgütsel bağlılık puanı azalmaktadır.

Kamu sektöründeki ücret sistemi oldukça karmaşık. Ücreti performans ve arz-talep dengesine bağlayacak bir mekanizmadan yoksundur.

Sağlık personelinin özlük hakları açısından kamu sektöründe sağlanan ücret çoğu meslek grubu tarafından yetersiz bulunmaktadır

Çalışanlar kendi ücretlerini kuruluştaki diğer çalışanlarla karşılaştırarak, kendilerine verilen ücretin yetersiz ve adaletsiz olduğu duygusuna kapılabilir

Faktör 4. Yapılan İş ve İşle İlgili Yönergelerin Belirsizliği

	%
İş gereği çok fazla evrak doldurmak zorunluluğu	85,2
Ebelerin kendi işleri dışında başka işler yapması	78,2
Yapılan işin net tanımlanmaması	68,3
Yeterli sayıda ebenin olmaması	63,4
Hastaların ekonomik sorunları	55,4
Yapılan bir işin diğer bir işle çelişmesi	52,5
Diğer sağlık ocakları ve AÇSAP ile iletişimin olmaması	50,5
Günlük işimi planladığım şekilde yapamamak	48,5
İşi yaparken başkalarına danışılması gerekliliği	41,6
Bebek izlemine yönelik yönergenin açık olmaması	22,8
Gebe izlemine yönelik yönergenin açık olmaması	25,7

Sağlık ocaklarında çalışan, hekim, ebe, hemşire ve sağlık memurunun görev tanımları 1988 yılında SB tarafından belirlenmiştir. Bazı görevlerin hemen hemen hiç uygulanmadığı, ya da aldıkları eğitim ile uyumsuz olduğu ve görevlerde iş bölümünden çok aynı görevin tekrarları görülmektedir. Türkiye’de gerek birinci basamak kurumlarında, gerekse yataklı tedavi kurumlarında çalışan insan gücünün görev tanımlarının güncelleştirilmesi ihtiyacı vardır. Faktör 4 puanı arttığında; Tükenmişlik ortalama puanı, duygusal tükenmişlik artarken, İş doyum ortalama puanı, İşin kendisine ait doyum puanı, yönetim ve İş yeri politikası, çalışma koşulları doyum puanı azalır.

Faktör 5. Ebe Hemşire Çatışması

	%
Hemşirenin beni denetlemesi	21,8
Hemşire ile görev alanlarının çakışması	21,8
Hemşirenin işe fazla müdahale etmesi	20,8

Ebelerin iş güçlüğü faktörü olarak en az katıldıkları başlık olduğu dikkat çekicidir .

Sağlık ocağında çalışan ebelerde AÇSAP merkezlerinde çalışanlara anlamlı yüksektir. Sağlık ocağında ilişkilerin daha çok yatay özellikte olması bu çatışmayı görünür hale getirmiş olabilir. AÇSAP birimleri yönetiminin başhemşire, başhekim ile dikey özellik göstermesi sonucu bireyler arasında çatışmadan çok birbirine yaklaşma, dayanışma eğilimi görülmekte

Faktör 5 puanı arttıkça depersonalizasyon puanı artarken, iş doyum, işin kendisine ait doyum, yönetim ve iş yeri politikası, ücret doyum, çalışma koşulları ve örgütsel bağlılık puanı doğrusal olarak azalmaktadır.

Faktör 6. İşin Niteliği Ve Yoğunluğu

	%
Ocaktaki iş yükünün fazla olması	65,3
Hizmet verdiğimiz nüfusun kalabalık olması	60,4
Dinlenmek için yeterli zamanın olmaması	51,5
İşin monotonluğu, tekdüzeliği	48,5
Aile yaşamına yeterince zaman ayırlamaması	42,6

Türkiye’de sağlık işgücü alanında genel hemşire ebe eksigi oldukça önemli boyutlarda, hemşire ve ebeye düşen nüfus oldukça yüksektir.

Ebeler göreve başladıktan sonra bir süre belirli becerileri kazanmakta, ancak iş yükü ve çalışma koşulları ile ilgili nedenlerden dolayı meslekten erken ayrılmakta ya da erken yaşta emekli olmaktadır.

Faktör 6. puanı arttığında , ortalama tükenmişlik, duygusal tükenmişlik puanı artmakta, İş doyumu puanı ve çalışma koşullarına ait doyum puanı azalmaktadır.

Faktör 7. Mezuniyet Öncesi Eğitim Yetersizliği

	%
Öğrenciliğimde verilen mesleki becerilerin yetersizliği	46,5
Öğrenciliğimde verilen bilgilerin yetersizliği	43,6

Faktör 8. Saha Çalışmasındaki Güçlükler

	%
Başboş hayvanlar	83,2
Alanda tek başına çalışma	75,3
Görüşmenin kabul edilmemesi	74,3
Mesafenin uzak olması	68,3
Yolların kötü durumda olması	63,4
İnsanların rahatsız etmesi	57,4
Aylık formların net olmaması	51,5

Birinci Basamak sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan ebeler özellikle saha çalışması (ev ziyaretleri) sırasında, ulaşım güçlükleri, İklim koşulları, ağırlık taşımak zorunda kalmak, enfeksiyon riski ile karşı karşıya kalmak, özel hekim tarafından izlendiğinin öne sürülerek, ev ziyaretlerinde görüşmenin ret edilmesi, kapının açılmaması, stress ve anksiyete kaynağı olmaktadır.

Faktör 8 puanı arttıkça , iş doyumu puanı azalmaktadır. işin kendisine ait doyum, yönetim işyeri politikası, ücret doyumu ve çalışma koşulları puanı azalmaktadır.

Kamuda çalışan sağlık personelinin ortak sorunlarından biri de mesleğini gereği gibi yapabileceği, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları; çalışma güvenliğinin olmaması

Faktör 9.Hasta Ve Yakınları Ile İletişim Ve Duygulanım Durumu

	%
Olanakların kısıtlı olması sonucu hastalara gereken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanamamasından rahatsızlık	55,4
Hastaların ebeleri suistimale varan istekleri	52,5
Hasta yakınlarıyla ilişkilerin sorunlu olması	44,6
Hastaların yakınmalarını ifade edememesi	41,6
Hastaların sorunlarına bağlı duygusal yükler	37,6

Faktör 9 puanı arttığında; tükenmişlik puanı ve duygusal tükenmişlik artmakta, iş doyumu puanı, iş yeri politikası, çalışma koşullarına ait doyum puanı, ücret doyum puanı ve örgütsel bağlılık puanı azalmaktadır.

Faktör 10. Çalışanlar Arası Rekabet

	%
Ebeler arasında gereğinden fazla rekabet	9,0
Hekimler arasında gereğinden fazla rekabet	16,8

Düşük derecede bir işgüçlüğü faktörüdür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocakları ve AÇSAP merkezlerinde rekabet faktörünün iş güçlüğü yaratmadığı şeklinde yorumlanabilir. Ya da başka bir ifade ile birinci basamak sağlık kuruluşlarının rekabetçi bir alan olmadığı düşünülebilir.

Sonuç:

İş güçlüğü ölçeğini oluşturan 10 faktöre ait standardize puanların ortalamaları yüksek puandan düşük puana doğru sıralandığında; faktör 3. mesleğin konumu ve özlük haklarına ait olumsuzluklar ilk sırada yer alırken, faktör 8. saha çalışmasındaki güçlükler ikinci sırada ve faktör 4. yapılan iş ve işle ilgili yönergelerin belirsizliği üçüncü sırada yer almıştır. Diğer faktörler, faktör 2. hizmet içi eğitim - sürekli eğitim yetersizliği, faktör 9.hasta ve yakınları ile iletişim ve duygulanım sorunları, faktör 7. mezuniyet öncesi eğitim yetersizliği, faktör 1. kurumda amir hekim ve diğer hekimlerle iletişim sorunları, faktör 6. işin niteliği ve yoğunluğu, faktör 5. ebe hemşire çatışması ve faktör 10. çalışanlar arası rekabet olarak sıralanmıştır.

Sözel Bildiriler

I.BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA VERİLEN HİZMETLERİN NİCELİK YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMALARI

Dr.Nihat Sadri Özsoy, Dr. Serdar Öcek, Dr. İsmail Şahin
Dr. Sevil Kaya

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

İzmir İl Sağlık Müdürlüğünde 2001 yılında, süren diğer çalışmalara ek olarak, I.Basamak Sağlık Kurumlarında sunulan hizmetin değerlendirilmesi, hizmet sunumunun iyileştirilmesi için bir dizi çalışma başlatılmıştır. (*Sağlık Ocakları ve Sağlık Grup Başkanlıkları (SGB) Yıllık Çalışma Kitabı örneği oluşturulması, SGB çalışmalarının değerlendirilmesi ve izlenmesi için göstergelerin saptanması çalışmaları, “Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetleri İzleme ve Değerlendirme Panosu” oluşturulması ve kullanılması, I.Basamak Sağlık Kurumları Aylık Çalışma Bildirisi formunda yer alan veriler esas alınarak veri değerlendirme sistemi kurulması vb.*). Bu çalışmaların tümünde, İzmir İl Sağlık Müdürlüğünde ve Sağlık Grup Başkanlıklarında görevli kişiler, ortak bir amaçla birlikte çalışarak katkıda bulunmuştur.

Bu bildiride, bu çalışmalardan ikisi hakkında özet bilgi verilecektir.

1. “Koruyucu Ve Tedavi Edici Hizmetleri İzleme Ve Değerlendirme Panosu”

I.Basamak Sağlık Kurumlarında, ilk kurumdan başlayarak, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin nicelik yönünden değerlendirilmesi ve hizmetlerin planlanmasında verilerin kullanılmasının sağlanması amaçlanmıştır.

Pano, kurum bilgileri bölümü, 4 grafik ve 1 tablodan oluşmaktadır. 70 * 100 cm. boyutlarında, renkli baskı olarak hazırlanan pano, camlı çerçeve içinde yer alacaktır, cam üzerine silinebilir kalemle veriler işlenmesi amaçlanmıştır. Panonun kurum çalışanları ve ziyaretçileri tarafından görülebileceği yerlerde kullanılması sağlanmıştır.

Pano'nun, saha hizmeti veren I. Basamak Sağlık Kurumlarında, Sağlık Grup Başkanlıklarında ve Sağlık Müdürlüğünde kullanılması hedeflenmiştir. Kasım-2001 tarihinden itibaren İzmir Metropol içinde ve Kemalpaşa ilçesindeki tüm kurumlarda kullanılmaktadır (180'e yakın Sağlık Ocağı ve AÇSAP Merkezi)

Panoda :

- ✓ “Bebek ve Gebe Sayılarının Değerlendirilmesi” grafiği,
- ✓ “Bebek Nüfusa Yönelik hizmetlerin Değerlendirilmesi” grafiği ve veri tablosu
- ✓ “Ölümlerin Dağılımı” tablosu
- ✓ “Öncelikli Hizmet Grupları İzlemlerinin Değerlendirilmesi” grafiği ve veri tablosu,
- ✓ “Tedavi Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” grafiği ve veri tablosu yer almaktadır.

Veriler mevcut veri tabanı içinde yer almaktadır (I.Basamak Sağlık Kurumları Aylık Çalışma Bildirisi-*Form 023*, Aşı Sonuçları Çizelgesi-*Form 013*, Ana Çocuk Sağlığı Program Çalışmaları Formu-*Form 103* ve Nüfusun Yaş Grupları,Cinsiyet ve Yerleşim Birimleri Formu-*Form 002-003*). Verilerin tabloya, I. Basamak Sağlık Kurumlarında her ayın ilk 5.günü , Sağlık Grup Başkanlıklarında ilk 10.günü, Sağlık Müdürlüğünde ilk 20.günü işlenmesi hedeflenmektedir.

Pano'nun, saha hizmeti veren I. Basamak Sağlık Kurumlarında, Sağlık Grup Başkanlıklarında ve Sağlık Müdürlüğünde kullanılması hedeflenmiştir. Kasım-2001 tarihinden itibaren İzmir Metropol içinde ve Kemalpaşa ilçesindeki tüm kurumlarda kullanılmaktadır (180'e yakın Sağlık Ocağı ve AÇSAP Merkezi)

1.1 Uygulamalar

- ✓ Panoya işlenen formlarda yer alan verilerin standart tanımları yapıldı ve resmi yazı ile kurumlara bildirildi.
- ✓ Pano Kullanım rehberi hazırlandı.
- ✓ Pano basımı ve dağıtımı yapıldı.
- ✓ Pano'nun doğru doldurulması, amacına uygun yönetimde kullanılması için eğitimler düzenlendi. Her kurumdan iki kişinin katılımı ile yapılan 16 küçük grup toplantılarında, yönetimde veri kullanımının önemini örnekler ile açıklayan bir sunum

gerçekleştirildi (45 dk.), bir sağlık ocağı verileri ile tüm panonun doldurulması ve değerlendirilmesi uygulamalı olarak gerçekleştirildi (90 dk.).

- ✓ Pano'nun kullanımı saha gezileri ile denetlendi.

1.2 Panonun Doldurulması

Kurum bilgileri bölümünde, verilerin ait olduğu güncel yıl, kurumun adı, ETF Nüfusu, ETF Bebek Nüfusu, ETF 1-4 Yaş Nüfusu, ETF 15-49 Yaş Kadın Nüfusu, Hedef Bebek Sayısı yer almaktadır. ETF bilgileri, yıl ortası ETF sonuçları elde edildiğinde (ait olunan yılın Temmuz ayında) veriler güncellenmelidir. Hedef Bebek Sayısı, her yılın Ocak ayında Sağlık Müdürlüğü tarafından projekte edilen bebek sayısıdır.

1.2.1 Bebek Ve Gebe Sayılarının Değerlendirilmesi

Kurumda öncelikli olarak hizmet götürülmesi gereken 0-11 aylık bebek ve gebe kadın mevcut sayılarının yeterliliğinin değerlendirilmesidir.

1.2.2 Bebek Nüfusa Yönelik Hizmetlerin Değerlendirilmesi

0-11 aylık bebeklere yönelik sunulan hizmetlerin (Canlı Doğum tespiti, FKÜ Kan örneği sayısı, DBT-1 aşısı) hedeflenen bebek sayısına göre yeterliliğinin değerlendirilmesidir.

1.2.3 Ölümelerin Dağılımı

Riskli gruplarda ölümelerin sayısal büyüklüklerinin izlenmesi ve duyarlılığın artırılması için hazırlanmıştır. 0 yaş ve 1-4 yaş ölümleri, Anne Ölümleri tablonun temel bilgileridir, diğer ölümler ve toplam ölümler kurumun ölüm bilgilerinin bütünlüğü için eklenmiştir.

1.2.4 Öncelikli Hizmet Grupları İzlemlerinin Değerlendirilmesi

Riskli gruplar olarak tanımlanan 0-11 aylık bebekler, 1-4 yaş grubu çocuklar, gebe kadınlar ve 15-49 yaş kadın grubuna yönelik hizmetlerin, niceliksel olarak ay bazında yeterliliğinin değerlendirilmesidir.

1.2.5 Tedavi Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Kurumda verilen ayaktan tedavi hizmetlerinin (muayene sayısı, sevk oranı, laboratuvar oranı) değerlendirilmesi ve bir önceki yıla göre olan değişimlerin izlenmesi amaçlanmaktadır.

1.3 Kazanımlar

- ✓ Kurumlarda, verilerin ve göstergelerin görsel olarak kullanılması, kurumlarda veri, gösterge kelimelerin gerçek anlamına kavuşmasını ve yöneticilerin planlama yapmak için gerek duydukları durum saptamasını yapmalarına olanak sağladı.
- ✓ Pano verilerin zamanında oluşturulmasına katkı sağladı.

Corel Draw çizimi olarak hazırlanmış olan pano örneği, pano kullanım rehberi İzmir Sağlık Müdürlüğü web sitesinden (www.ism.gov.tr) indirilebilir. Pano eğitiminde kullanılan materyal Sağlık Müdürlüğümüzden temin edilebilir.

2. I. Basamak Sağlık Kurumları Aylık Çalışma Bildirisinin (Form-023) Değerlendirilmesi

Geri bildirim, yaşamımızın her anında önem taşıyan bir kavramdır. Yönetimde, sağlık alanında, veri değerlendirmelerinde geri bildirimlerden yeterince yararlandığımız söylenemez. Sağlık Bakanlığı kayıt ve bildirim sisteminde elektronik ortamda kurum, SGB, il bazında verilere ulaşmak, çeşitli göstergelere göre kurumu, SGB'ni değerlendirmek tam anlamıyla mümkün olmamaktadır. Bu çalışmada ek veri toplamaya ihtiyaç duyulmadan , Form-023 ile toplanan verilerin Yönetim Bilgi Sistemi (YBS) kavramlarına uygun olarak elektronik ortamda işlenmesi, çeşitli göstergeler ile değerlendirilmesi ve çok geniş olarak raporlanması, standart geri bildirim raporları ile kurum bazında 3 ayda bir geri bildirim yapılması gerçekleştirilmiştir.

2.1 Uygulamalar

- ✓ Sağlık Bakanlığı tarafında kullanılan Temel Sağlık İstatistikleri modülünden yeterince yararlanılmadığı için, yeni bir yazılım programı Bilgi İşlem Birimimiz tarafından hazırlandı (Kasım-2000'de başladı, Şubat 2001'de tamamlandı.).

- ✓ 2000 yılına ait tüm veriler yeni yazılım programına işlendi.
- ✓ 2001 yılı Ocak ayından itibaren Form-023 verileri yazılım programına işlendi.
- ✓ Nisan-2001 tarihinde tüm kurumlara (260'dan fazla) 2001 ilk 3 ayına ait geri bildirim raporu ve raporda yer alan veriler, göstergelerle ilgili açıklayıcı bilgileri gönderildi. 3 ayda bir kurum bazında geri bildirim halen düzenli olarak sürdürülmektedir. Standart geri bildirim raporunda kurumlar 3'er aylık verilerini karşılaştırmalı olarak görebilmekte, raporda yer alan ilçe ortalama değerleri ile kıyaslama yapabilmektedir.

2.2 Veri Girişi

Form-023'te yer alan bütün veriler işlenmektedir, ayrıca yıl ortası ETF nüfusu, ETF bebek sayısı (0 yaş nüfusu), 1-4 yaş nüfusu, 15/49 yaş nüfusu ve kurum hedef bebek sayısı veri kaynağı olarak işlenmektedir.

2.3 Raporlama

1. Form 023'ün icmalı olan Form 024 kurum, ilçe il bazında elde edilmektedir.
2. Kurum, ilçe, il bazında içinde bulunan yılın verilerini 3'er aylık dönemler halinde gösteren standart geri bildirim raporu (2 A4 sayfası) elde edilmektedir. Burada yer alan veriler ve göstergeler şunlardır:
 - a. Kurumun ve bir üst kurumun ETF bilgileri (nüfus, bebek-çocuk sayısı vb.)
 - b. Tedavi hizmetlerine ait bilgiler (muayene sayısı, sevk sayısı, laboratuvar sayısı, muayene/nüfus oranı, sevk/muayene oranı, laboratuvar sayısı/muayene sayısı)
 - c. Ölüm sayıları (bebek, çocuk, anne, diğer, toplam ölüm sayıları)
 - d. Ölüm oranları (yıl bazında bebek ölüm hızı, 5 yaş altı çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı, kaba ölüm hızı)
 - e. Doğumların oluş yerlerine göre dağılımı
 - f. Düşük sayısı
 - g. Riskli grup tespitleri ve hedeflerle karşılaştırılması (bebek sayıları, gebe sayıları, canlı doğum tespit

- sayıları, gebe tespit sayıları ve bu tespitlerin ETF bebek sayısı ve kurum hedef bebek sayısına göre yeterliliği, Kaba Doğum Hızı)
- h. Riskli grup tespitlerinin birbirleri ile oranlanmasından elde edilen göstergeler (Gebe/bebek oranı, çocuk/bebek oranı vb.)
- i. Bazı göstergelerin bir üst kurum gerçekleşen değerleri
3. Kurum, ilçe, il bazında aylara göre değişim izlenmektedir.
- a. Riskli grup izlemlerin aylara göre dağılımı
- b. Riskli grup tespitlerinin aylara göre dağılımı
- c. Ölümlerin risk gruplarına ve aylara göre dağılımı
- d. Doğumların oluş yerlerini ve aylara göre dağılımı
- e. Canlı doğum tespitlerinin aylara göre dağılımı
- f. Tedavi hizmetlerinin aylara göre dağılımı
- g. Ağız-Diş Sağlığı hizmetlerinin aylara göre dağılımı
4. Seçilmiş göstergelerin raporlanması yapılmaktadır (istenilen değer aralıkları içinde, istenilen dönemde, istenilen derinlikte (kurum, ilçe, il), istenilen kurum tipinde (Sağlık ocağı,AÇSAP), istenilen yerleşim dağılımına göre (metropol ve metropol dışı)).
- Göstergeler:
- a. Kaba Doğum Hızı,
- b. Muayene/nüfus
- c. Sevk oranı
- d. Laboratuvar sayısı / muayene sayısı
- e. Gebe/bebek oranı
- f. Çocuk/bebek oranı
- g. Bebek başına düşen aylık ortalama izlem sayısı
- h. Gebe başına düşen aylık ortalama izlem sayısı
- i. Çocuk başına düşen aylık ortalama izlem sayısı
- j. 15/49 yaş kadın başına düşen aylık ortalama izlem sayısı
- k. Canlı doğum tespitlerinin hedef bebek sayısına göre yeterliliği
- l. Gebe tespitlerinin hedef gebe tespit sayısına göre yeterliliği

- m. Bebek tespitlerinin hedef bebek sayısına göre yeterliliği
- 5. İlçe, il bazında kurumların seçilen parametrelere göre karşılaştırılmasını sağlayan raporlamalar

2.4 *Kazanımlar*

- ✓ Veri değerlendirme, gösterge kavramları tanıtıldı, kurumun geçmiş dönem verileri ve diğer kurumlarla kendisini kıyaslaması sağlandı.
- ✓ Kurumlarda kalıcı veri tabanı oluşmasına katkı sağlandı.
- ✓ Kurumların seçilmiş göstergelere göre performansları izlenebilir oldu.
- ✓ Veri toplama süresi kısaldı.

Yazılım programını İzmir Sağlık Müdürlüğünde incelemek olanağı vardır.

ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE BİR SAĞLIK OCAĞINDAN KESİT ÖZKANLAR SAĞLIK OCAĞI

Dr. Ferah Nur Temiz

Bornova Özkanlar Sağlık Ocağı

Sağlık ocağımız 1990 yılında açılmıştır. 1991 yılında AP kursu almış ebenin göreve başlamasıyla AP hizmetlerine başlanmıştır. 1992 yılı ortasında AP kurslu hekimin göreve başlamasıyla, AP hizmetlerinde yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. 1992'de yaklaşık 5000 kişiye hizmet veren sağlık ocağı nüfusu, 10 yıl içinde 6 kat artarak 2002 yıl ortası nüfusu 29258'e ulaşmıştır. Hekimin de danışmanlık ve jinekolojik bakı hizmeti sunmaya başlamasıyla, izleyen yıllarda kısa bir süre içinde aylık başvuru sayısı 1991'deki yıllık AP hizmeti başvuru sayısına eşitlenmiştir. Son 5 yılda AP polikliniğine, yıllık yaklaşık 3500-4000 başvuru olmaktadır. Örneğin 2002 yılı toplam AP başvuru sayısı 3662'dir. 2002 yılı 15-49 yaş kadın sayısının 9660 olduğu göz önünde bulundurulursa, kadınların 1/3'üne ulaşıldığı görülür. 2002 yılında 15-49 yaş kadınlardan % 34'ünün etkili yöntemle korunduğu tespit edilmiştir.

Kısaca geçmişini özetlediğimiz AP polikliniği, İzmir ili içinde servikal smear almaya başlayan ilk birinci basamak sağlık kurumu olmuş ve yıllarca bu özelliğini korumuştur.

Tüm başvurulara kapsamlı ve nitelikli hizmet verebilmek amacıyla yıllar içinde oluşturduğumuz bazı basamaklar vardır.

Bunlardan söz etmek gerekirse;

1- *Yöntem danışmanlığı ve yöntem uygulaması*

Tüm başvurularda genel danışmanlık verilir ve sonrasında seçilen yönteme göre;

1.1. *RİA uygulaması için*

Kanamasız dönemde jinekolojik, anemi bakısı, yakınma ya da sistosel vb. muayene bulgusu varsa TİT, TİT bakısından sonra uygunsuz RİA uygulanır. Yönteme özel danışmanlık verilerek her hastaya bir kontrol kartı ve bir kişisel sağlık fişi açılarak, izlemler

bu formlar üzerinden yapılır. Kontrollerde gerekliyse laboratuvar tetkiklerine başvurulur.

1.2. O.K. uygulaması

Kullanıma engel durum yoksa, önce kullanacağı hapın niteliği, genel olarak hapların olumlu olumsuz özellikleri, kullanım şekli, dikkat edilmesi gereken noktalar, acil durumda dikkat etmesi gerekenler anlatılır. Uygunsa aynı gün ya da daha sonraki günde muayeneye çağrılır. Muayenede jinekolojik muayene, meme muayenesi, TA ölçümü yapılır, kullanıcıya kontrol kartı ve kişisel sağlık fişi açılır. Yılda bir kez aynı işlemler / muayeneler için sağlık ocağına davet edilir. Yılda bir kez lipid profili, AKŞ, hemogram bakılır. Her ay hap almak için geldiğinde kontrol soruları ile doğru kullanıp kullanmadığı değerlendirilmektedir. Kendi kendine meme muayenesi, OK kullanan tüm kadınlara öğretilmektedir. Ayrıca varisi olanlarda klinik tabloya göre gerek duyulursa, bağış yoluyla elde ettiğimiz minidoplerle venöz geri-kaçak olup olmadığı kontrol edilmektedir.

1.3. Depo Provera uygulaması

Başlangıçta ücretsiz sunulan bu yöntem, artık reçeteyle hastalar tarafından alınmaktadır. Yönteme uygun kadınlarda her kadına ayrı bir izlem dosyası ve kontrol kartı açılmaktadır. 12 haftada bir sağlık ocağına davet edilerek enjeksiyonu yapılmaktadır. Her kontrolde TA ve kilo takibi yapılmakta, yakınma ve bulgulara göre yönleme devam edilmektedir.

Reçete ile alınan Mesigyna da sağlık ocağımızda aynı sistem içinde uygulanmakta ve izlenmektedir.

1.4. Kondom uygulaması

Bu yönleme karar veren kullanıcılara başlangıçta, mutlaka demonstrasyon yapılmaktadır. Nelere dikkat edilmesi gerektiği anlatılmaktadır.

Ayrıca diğer tüm yöntemler için de danışmanlık ve gerekiyorsa izleme sistemi oluşturulmuştur. Yöntemler konusunda özellikle partnerle birlikte görüşme yapılmasına ve eğitime özen gösterilmektedir. Evde okunmak üzere broşürler verilmektedir.

2- *CYBH ve HIV-AIDS danışmanlığı*

Başvuranların özellikle partnerle birlikte eğitime katılmasına çaba gösteriyoruz.

3- *Premenapoz ve menapoz danışmanlığı*

Yakınmayla gelen tüm kadınlara olayın fizyolojisi, yapılması gereken tetkikler anlatılmakta, servikal smear ve meme muayenesi için sağlık ocağına davet edilmekte ve her durumda kadın bilinçlendirilerek bu konuda izlem yapan ikinci basamak kurumuna sevk edilmektedir.

4- *Cinsel işlev bozukluğu danışmanlığı*

Birinci basamakta çözülebilecek sorunlar konusunda danışmanlık yapılmaktadır.

5- *Adolesan danışmanlığı*

Bu dönemdeki duyarlılıklar göz ardı edilmeden, gereken tüm danışmanlık hizmetleri(cinsel danışmanlık, genel-yönteme özgü danışmanlık,) sunulmaktadır. Adolesan grubu dışındaki daha küçük yaşlardan olup, yakınması nedeniyle aileleri tarafından getirilen kişilere de hizmet sunulmaktadır.

6- *Jinekolojik muayene*

Sadece bir yöntem başvurusunda değil, yakınması olan ve ikinci basamak sağlık kurumuna sevkı gerekmeyen her başvuru için muayene yapılmaktadır. Sadece kadın değil erkek hastaların da akıntı vb. nedenli başvurularında gereken klinik ve laboratuvar bakıları yapılmaktadır.

7- *Anal muayene*

Anal yakınması olan ve muayeneyi kabul eden tüm başvurularda rektoskopi ile bakı yapılabilmektedir.

8- *Erken tanı ve tarama hizmetleri*

8.1. *Servikal smear örneği alınması*

Lezyonu olanlardan ya da rutin kontrol amacıyla servikal smear örneği alınmaktadır. Alınan örnekler hasta tarafından Ege Üniversitesi Patoloji AD.na götürülmektedir. 1992’de AD. ile yapılan görüşme sonucunda, Özkanlar Sağlık Ocağı’ndan gelen olgularda düşük ücretli ve hızlı bakı anlaşması sağlanmıştır. 11 yıldır aralıksız bu hizmet sürmektedir. bu dönemde az sayıda da olsa CIN, öncül malign lezyonlar saptanmıştır. CIN ya da öncül malign lezyon tanısı ilk kez sağlık ocağında almış ve tedavi görerek yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdüren hastalarımız vardır. Bazı olgularda virüs tiplemesine kadar inceleme yapılmıştır.

8.2. *Meme muayenesi*

Hormonal yöntem kullanan, yakınması olan ya da kontrol amaçlı olarak başvuran tüm kadınlara uygulanmaktadır. Kendi kendine meme muayenesi bu olguların tümüne öğretilmekte, yaşına ve varsa lezyona uygun sıklıkta ve sürede meme ultrasonu ve mamografi için sevk edilmektedir.

9- *Laboratuvar*

Sağlık ocağında yapılmakta olan rutin hemogram, periferik yayma, TİT, AKŞ, postprandiyal KŞ, total kolesterol, ASO, CRP, HBsAg bakılmaktadır. Bunun yanı sıra alınan örneklerden taze preparat bakısı, KOH bakısı, gram boyama yapılmaktadır. AP polikliniğimizde özellikle hemogram, TİT, taze preparat bakısı, KOH, gram boyama yöntemleri sık kullanılmaktadır.

AP polikliniğinden ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk oranı %0 8 olarak hesaplanmıştır.

Hedeflerimiz:

- 1- Öncelikle bölgedeki etkili yöntem kullanım oranını arttırmak
- 2- Daha iyi fizik koşullara sahip olabilmek: Eğitimler için gerekli maket, materyal, yayın vb. olsa da, ayrı bir eğitim salonumuzun olmayışı, eğitimleri başvuranlara tek tek uygulamamıza neden olmakta, grup eğitimi fırsatlarımızı kısıtlamaktadır.

- 3- Başvuranların % 90'ından fazlası kadındır. Erkeklerden eskiye oranla daha fazla başvuru olsa da, bu oranı daha da yükseltmek için başvuruyu özendirme çabası içindeyiz.
- 4- Kurumumuzda sunulmayan yöntemler için de(diyafra, norplant) kurumda hizmetin başlayabilmesini sağlamak
- 5- Olabildiğince çok sayıda kadına, smear ve meme muayenesi yapmak ve malignite konusunda bilinçlendirmek. Bu çalışmaları mümkün olduğunda, bölgede yaşayan risk grubundaki tüm kadınlara uygulanabilecek tarama programlarına dönüştürebilmek.
- 6- Sağlıklı bir cinsel yaşam için, ulaşabildiğimiz kadar çok kişiye eğitim yapabilmek.

**BİRİNCİ BASAMAKTA ANA ÇOCUK SAĞLIĞI
HİZMETLERİ AÇISINDAN MANİSA MERKEZİNİN
TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Beyhan Cengiz Özyurt

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD.
Araştırma Görevlisi*

Ana ve çocuk sağlığı gelişmekte olan pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de genel sağlık sorunlarının önemli ve öncelikli konularından birini oluşturmaktadır. Bu iki yaş grubu genel nüfus içindeki payının büyüklüğü, yaşadığı fizyolojik özellikler nedeniyle sağlık açısından duyarlı olmaları ve potansiyel risk taşımalarıyla öncelikli gruplar olup sağlık hizmetlerinde önemli yer almaktadırlar. Doğum öncesi bakım annelerin ve doğacak bebeklerin sağlıklı olmalarını sağlayan en etkili sağlık hizmetidir.

Bu çalışmanın amacı, Manisa kent merkezindeki Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri düzeyini Türkiye'deki düzeyi ile karşılaştırmaktır.

Çalışmada Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD tarafından yapılan 1999 Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (1999 MNSA) sonuçları ile Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü tarafından yapılmış olan 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1998 TNSA) araştırması sonuçları kullanılmıştır.

1999 MNSA'a göre Manisa'daki annelerin %91'inin en az bir kez doğum öncesi bakım aldıkları görülmektedir. Bu oran 1998 TNSA' da Türkiye için %68, Batı illeri için %86'dır. 1999 MNSA'da hekimden alınan doğum öncesi bakım oranı %75 olarak saptanmıştır. 1998 TNSA'da bu oran Türkiye için %60, Batı illeri için %80 olarak bildirilmiştir. 1999 MNSA da 35 yaş altı kadınların 35 yaş ve üstü kadınlara göre doğum öncesi bakım almada daha istekli oldukları ve özellikle dördüncü ve daha sonraki doğumlarda doğum öncesi bakım almama oranında yükselme olduğu görülmektedir.

Bebek ve anne sağlığı açısından doğum öncesi bakım gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır. 1999 MNSA' da gebeliklerin %74'ünün dört veya

daha fazla sayıda bakım aldıkları, ortanca ziyaret sayısının ise yedi olduğu saptanmıştır. 1998 TNSA da ise dört ve daha fazla sayıda bakım alanlar Türkiye için %42 ortancası ise 4.2'dir. 1999 MNSA da gebelerin %83'ünün doğum öncesi bakımı gebelikleri altı aylıktan küçükken aldıkları, ilk ziyaret ortancasının ise iki ay olduğu belirlenmiştir. 1998 TNSA'da bu veriler sırasıyla %60 ve 3.1 ay'dır.

Gebelerin tetanos hastalığına karşı aşılınmaları ülkemizde önemli bir bebek ölüm nedeni olan "yenidoğan tetanozu"na karşı bebeği koruyacağı için özellikle önemlidir. Gebeler, gebelikleri süresince bir ay arayla en az iki kez aşılmalıdır. 1999 MNSA dan önceki beş yılda yapılan doğumların %18'inde tek doz, %60'ında iki doz tetanos toksoidi uygulandığı belirlenmiştir. 1998 TNSA'da Türkiye için bu oranlar %15 ve %29, Batı illeri için %14 ve %22 dir. Manisa'da tek doz aşı için elde edilen oranlar Türkiye verileriyle uyumluyken, iki doz tetanos toksoidi uygulama oranının iyi bir düzeyde olduğu söylenebilir.

Doğumların uygun tıbbi koşullarda yapılması ve doğuma eğitilmiş sağlık personelinin yardım etmesi anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir. 1999 MNSA verilerine göre araştırma tarihinden önceki 5 yıl içindeki doğumların %83'ünün bir sağlık kuruluşunda gerçekleştiği görülmektedir. Bu oran 1998 TNSA'da Türkiye için %73, Batı illeri için %87'dir. Doğuma yardım eden kişi açısından bakıldığında, Manisa'da doğumların %88'inin bir sağlık personeli yardımıyla yapılmaktadır. Doğumların %12'si ise herhangi bir sağlık personeli yardım olmadan yapılmaktadır. Bu oran 1998 TNSA'da Türkiye için %20, Batı illeri için %8'dir. Manisa'da doğumların %45'ini hekim yaptırırken, bu oran 1998 TNSA'da Türkiye geneli için %40, Batı illeri için ise %64 olarak bulunmuştur.

Çocuklara yaşamlarının ilk bir yılı içinde bir doz BCG, üç doz difteri-tetanos-boğmaca, üç doz ağızdan çocuk felci (polyo) ve bir doz kızamık aşısı uygulanması gereklidir. Bu aşıları olmuş çocuklar "tam aşı" kabul edilirler. 12-23 aylık çocuklarda aşılama oranlarına bakıldığında 1999 MNSA'da çocukların %75.9'unun tam aşı, %22.6'sının kısmen aşılanmış, %1.5'inin ise hiç aşı olmadığı görülmektedir. 1998 TNSA sonuçlarına göre 12-23 ay için tam aşı oranı, Türkiye için %46, Batı illeri için

%50'dir. 12-59 ay çocukların aşılama oranlarına bakıldığında 1999 MNSA'da çocukların %79.2 sinin tam aşı, %1.7'sinin hiç aşısı olmadığı görülmektedir. 12-23 aylık çocuklarda aşı devamsızlığına bakıldığında 1999 MNSA'da DBT aşı devamsızlığının %9.4, toplam aşı devamsızlığı %14.8 olarak görülmektedir. Bu hızlara bakıldığında toplam aşı devamsızlık hızının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Aşı devamsızlık hızlarının, ileri doğum sırasındaki, gecekonduda yaşayan ve eğitimi olmayan anneden doğan bebeklerde diğerlerine göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu veriler ışığında Manisa'nın doğum öncesi bakım, doğuma yardım eden kişi, gebelerde ve çocuklarda aşılama durumuna bakıldığında halen ebelik hizmetlerine önemli ölçüde gereksinim duyan bir kent olduğu anlaşılmaktadır.

GENİŞLETİLMİŞ BAĞIŞIKLAMA PROGRAMI YÖNETİMİ EĞİTİMİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Neşe Bardakçı

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi

Amaç:

İzmir Sağlık Müdürlüğünce Genişletilmiş Bağışıklama Programı Yönetimi Eğitimi kasım-2000/ aralık2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü aşılama politikaları doğrultusunda hazırlanan bu eğitim İzmir ilindeki 1. basamak sağlık kurumlarından ikişer kişi katılımı ile üçer günlük program halinde yürütülmüştür. Bu eğitimlerin öncesi ve sonrasında uygulanan 14 soruluk anketle eğitime katılan sağlık personelinin aşılarda genel özellikleri, soğuk zincir, kayıt değerlendirme ve aşı takvimi konularında bilgi düzeyi ölçülmüştür. Bu değerlendirmenin amacı sağlık personelinin bazı nitelikleri ile test sonuçlarını karşılaştırmak ve bundan sonra yapılacak eğitimlere yol gösterici olmaktır.

Metod:

GBP Yönetimi Eğitimine katılan 628 hekim ve hekim dışı birinci basamak sağlık çalışanından 542 'sinin sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. Eğitim ve değerlendirme, 7 ayrı konu grubunda yürütülmüştür. Bu konular şunlardır : 1- Aşıların genel özellikleri ve kayıt değerlendirme, 2- Soğuk Zincir, 3- Aşı Takvimi. Her bir konu grubu değerlendirmesinde kişilerin testler sonrasında aldıkları puanlar hazırlanan standart cevap anahtarı ile 100 üzerinden değerlendirilmiştir. Değerlendirmede kişilerin aldıkları puanlar bağımlı değişken, yaş, cins, meslek yılı, bağlı bulunduğu sağlık grup başkanlığı, görev unvanı bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Değerlendirme SPSS 8.0 programı ile yapılmıştır.

Bulgular:

Aşıların genel özellikleri ve kayıt değerlendirme soru grubunda hekim ve hekim dışı personelin öntest puanları arasında anlamlı

fark bulunamamış ($p>0.05$), ancak son test puanları arasında anlamlı fark görülmüş, hekim grubu son testte bu konularda daha fazla puan almıştır ($p<0.001$). Soğuk Zincir soru grubunda hekim ve hekim dışı grupta öntest ve sontest puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hekim dışı grup her iki testte de daha yüksek puan almıştır ($p<0.001$).

Aşı Takvimi soru grubunda hekim- hekim dışı personel açısından ön testte anlamlı fark vardır. Hekim dışı grup hekimlere oranla daha fazla puan almıştır ($p<0.001$). Son testler açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Gruplara kendi aralarında bakıldığında hekim grubunda öntest-sontest puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$) Hekim dışı grupta da aynı sonuç alınmıştır.

Eğitime katılan kişilerin öntest ve sontest puanları ve soru gruplarına göre aldıkları puanlar, görev unvanları dışında cinsiyet, çalışma yılı ve bağlı olunan sağlık grup başkanlığı olarak da irdelenmiştir.

Tartışma ve sonuç:

Hekim dışı sağlık personelinin hekimlere oranla belirgin olarak testlerde daha fazla puan almaları, birinci basamak sağlık kurumlarında gerek sahada gerekse kurumda aşılama hizmetlerine hekim dışı sağlık personelinin katkı ve katılımının daha fazla olması, dolayısıyla aldıkları eğitimi (gerek yüz yüze, gerekse yerinde doküman desteği vb. şekilde yapılan bilgilendirme) daha fazla kullanmaları ile açıklanabilir. Hekimlerin, bu meslek grubu ile çalışırken amir, lider, danışman ve ekip üyesi vb nitelikleri taşımalarının gerektiği düşünüldüğünde bu sonuçlar dikkat çekicidir. Hekimlerin aşılama vb. diğer konularda koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla yönelmeleri, bu konularda gerek mezuniyet öncesi gerekse hizmet içi eğitimleri ile, bu hizmetlere katkı ve katılımını artırıcı tedbirler düşünülmelidir.

EVLİLİK ÖNCESİ TETKİK SONUCU HEPATİT B TAŞIYICILIĞI SAPTANAN KİŞİLERİN EŞLERİNİN HIZLI İMMÜNİZASYONU

Dr. Selma YEGANE TOSUN¹

Dr. Murat YÜCETÜRK²

¹Moris Şinasi Çocuk Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları, MANİSA

²Turgutlu 2 No.lu Sağlık Ocağı, TURGUTLU

Amaç:

2002 yılında yürürlüğe giren yasa gereğince evlilik öncesi yapılması gereken tetkiklerden biri de hepatit B virüsle (HBV) karşılaşma ve taşıyıcılık durumunun araştırılmasıdır. Bu çalışmada evlilik raporu için başvuran kişilerden taşıyıcılık saptananların izlenmesi ve eş adaylarının hızlı aşılama şemasıyla aşılanması amaçlanmıştır.

Yöntem:

Turgutlu 2 No. lu sağlık ocağına 29 Mart 2002 ile 31-1-2003 tarihleri arasında evlilik öncesi tetkik için başvuran kişilerde HBsAg bakılmış, pozitiflik saptananların eş adayları da HBV yönünden tetkik edilerek duyarlı olduğu saptanan kişilere 0-7 ve 21. günlerde olmak üzere üç dozluk hızlı aşılama şeması uygulanmış; aşılamada Sağlık Bakanlığı aşısı (Euvax B) kullanılmıştır. Ayrıca kişiler HBV'nin bulaşma ve korunma yolları hakkında da bilgilendirilmişlerdir. Kişilerden anti HBs kontrolü için kan alımı 30 ile 45. gün arasında yapılmıştır.

Bulgular:

Çalışma süresi içinde tetkik yapılan kişi sayısı 1110 olup bunlardan 23'ü (% 2.1) taşıyıcı olarak saptanmıştır. Bu kişilerin eş adaylarının aşı şeması tamamlandıktan sonra alınan kan örneklerinin tümünde anti HBs düzeylerinin koruyucu düzey olan 10 IU/mL nin üzerinde olduğu gözlenmiştir. Kişilerin izlemi sürmekte olup hızlı aşılama şeması ile kısa sürede virüsten korunma sağlanmakla birlikte oluşan anti HBs titrelerinin daha

erken azaldığı bilindiğinden 6. ayda ve 12. ayda da kan örnekleri alınarak anti HBs düzeyleri izlenecektir.

Sonuç:

Saptanan bu sonuçlar evlilik öncesi tetkiklerde HBV taşıyıcılığının saptanmasının gerek eş adayının ve gerekse ilerde doğacak bebeklerin erken immünizasyonu açısından önemini bir kez daha göstermektedir.

UNİVERSAL HEPATİT B AŞILAMASI İLE İLGİLİ OLARAK PRATİKTE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Dr. Selma YEGANE TOSUN¹

Dr. Koray ERDURAK²

Dr. Esat ERTEKİN²

¹Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları, Moris Şinasi
Çocuk Hastanesi

²İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, MANİSA

Amaç:

Ülkemizde 1998 yılından beri uygulanmakta olan universal hepatit B aşılamaında pratik uygulamada bazı sorunlar yaşanmaktadır. Bu çalışmada Manisa ilinde universal HBV aşılamaı ile ilgili uygulamaların ve gözlenen sorunların saptanması ve çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

İlimizdeki sağlık ocaklarında 1998- 2000 yıllarında aşıları yapılmış olan bebeklerin doğum tarihleri ve aşı başlangıç tarihleri değerlendirilmiş; ayrıca sağlık ocaklarında uygulanan aşı flakonu ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır.

Bulgular:

Toplam 30.766 bebeğin doğum tarihleri ve aşı başlangıç tarihleri değerlendirilmiş ve en fazla aşılama oranının 3. ayda olduğu (% 29.7), bunu 4. ve 2. ayların izlediği belirlenmiştir. Doğumda aşılanan bebek oranı ise yalnızca % 3.5 'tür. Aşı flakonuyla ilgili olarak da yeni aşı flakonu açma aralığının sıklıkla ayda bir olduğu (% 72.3), açılan aşı flakonunun kalanının imhasında sıklıkla 1. ay sonunda (% 34.8), ve 3. günün sonunda (% 33) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç:

Ülkemizde gebelerde HBsAg taraması zorunlu olmadığından tüm bebeklerin doğumdan itibaren aşılanması ve özellikle ulaşım sorunu olmayan bölgelerde 3. ayın beklenmemesi uygun

olacaktır. Bunun yanısıra aşı flakonunun soğuk zincir kurallarına uygun şekilde saklanması ve flakonda kalan aşının hemen atılmaması, ekonomik kaybı en aza indirmek için de hepatit B aşısı için aşı günü kavramını kaldırarak açılan flakonun -soğuk zincir ve sterilizasyon kurallarına uymak koşuluyla- birkaç gün üstüste uygulanması akılcı bir yaklaşım olacaktır.

MANİSA KENT MERKEZİNDE HASTALANMA VE TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

Dr. Ahmet Murat Oral

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Bir toplumda hastalanma sıklığının, sağlık hizmetleri kullanımının ve sağlık hizmeti kullanımındaki tercihlerin bilinmesi, verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlanmasında önemli bilgiler sağlar.

Bu çalışmada Manisa kent merkezinde yaşayan kişilerin hastalanma sıklığı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Manisa kent merkezinde Eylül-Aralık 1999'da yürütülen Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması kapsamında toplumu temsil eden 7020 kişiyle görüşme yapılmıştır. Bu kişilerin son bir ayda hastalanma durumları, hangi sağlık kuruluşuna başvurdukları ve bu sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenleri sorgulanmıştır.

Son bir ayda Manisa kent merkezinde yaşayan kişilerin %11.8'inin bir sağlık sorunu olmuştur. Beş yaş altı nüfusta bu oran diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Ayrıca kentsel bölgede oturan, eğitim düzeyi daha yüksek olan ve daha üst toplumsal sınıfta olan bireylerin son bir ayda daha sık hastalandıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Hastalananlar arasında ise bir sağlık kurumuna başvurma oranı çocukluk yaş grubunda ve sosyal güvencesi olanlarda en yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu kişilerin %16.1'inin 1. basamak kamu sağlık kurumuna, %66.8'inin 2. ve 3. basamak kamu sağlık kurumuna, %7.8'inin 1. basamak özel sağlık kurumuna, %9.2'sinin 2. basamak özel sağlık kurumuna başvurduğu saptanmıştır. Kamu veya özel birinci basamak kuruluşlara başvuranların oranı %24'dür. Kamu sağlık kuruluşlarına olan başvurunun yaklaşık %19'u birinci basamak kuruluşlara, kalan %81'i de hastanelere olmuştur. Kamu birinci basamaktan alınan sağlık hizmetlerinde tercih nedeni daha çok sosyal güvence nedeni ile ilgili kuruma başvurma zorunluluğu (%44.1), yakın olması (%36.6) ve hizmetin ucuz olması (%16.1) dir. Kamu ikinci ve üçüncü basamak için ise sosyal güvencenin olması (%76.6) en çok tercih nedeni olarak bildirilmiştir. Özel

birinci ve ikinci basamakta alınan hizmetlerde ise nitelikli hizmet sunulması görüşü hakimdir.

Sonuç olarak, bölgemizde sağlık sorunları nedeni ile tedavi hizmetleri kullanımı oranının yeterli düzeyde olmadığı ve yetişkinlerde çocuklara göre, sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre sağlık hizmeti kullanımının daha az olduğu saptanmıştır. Özellikle kamu birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru oranı son derece düşüktür. Kamu tanı ve tedavi hizmetlerinin kullanımı açısından toplumda bu kurumlarda verilen hizmetlerin niteliği konusunda olumsuz görüşünün söz konusu olduğu görülmüştür.

**BORNOVA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI PROJE VE
UYGULAMALARI
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN
İYİLEŞTİRİLMESİ**

Dr. Levent Kıdak, Dr. Semra Karaca, Dr. A.Rıza Altay,
Dr. Murat Saltık, Dr. Nejat Uysal, Dr. Nurdan Tekgül

Bornova Sağlık Grup Başkanlığı

Amaç:

1. Basamak sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve kalitesini artırarak , ülkemizin birinci basamak sağlık sorununun çözülmesine katkıda bulunmak.

Hedefler:

1. Vatandaş memnuniyetini sağlamak
2. Çalışan memnuniyetini sağlamak
3. Sağlık göstergelerinde iyileştirmeler sağlamak

A. Mevcut Durum

Ülkemizdeki sağlık örgütlenmesi 1. , 2. ve 3. basamaklar olarak şekillenmiştir. Ancak şu an çok çeşitli nedenlerle uygulamada farklılıklar ve belirsizlikler ortaya çıktığından dolayı, kentsel alanda yaşayan insanlarımız hangi sağlık sorunlarının , nerede ve nasıl çözümlenebileceği konusunda açık ve net bir bilgiye sahip değildirler. Bunda, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarının uygulama farklılıkları da bir parça rol oynamaktadır. ES , Bağ-Kur , SSK , Yeşil Kart , Resmi Kurumlar , hatta özel sağlık sigortası mensupları ve bunların emeklileri, çalışanlarının eş ve çocukları gibi çeşitlilikler ile , tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrı kurumlar tarafından sunulabilmesi bu alanı iyice karmaşık hale getirmektedir.

Bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ülkemizdeki tüm insanlara Sağlık Bakanlığı tarafından verilirken, tedavi edici hizmetler için tam bir karmaşa söz konusudur. Birinci basamakta çözülebilecek bir çok sorun ikinci basamağa, aynı şekilde ikinci basamakta çözülebilecek sorunlar da , asıl işi eğitim ve araştırma olan üçüncü basamak sağlık

kurumlarına kaymakta, böylece de kaynakların verimsiz kullanımına yol açılmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kurumları , pratikte kendilerine başvuran her bireye hizmet vermektedir. Ancak, sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olarak , tedavi edici hizmetler için bu başvurular resmi anlamda kabul edilememektedir. Yani SSK lı bir ailenin bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini biz verdiğimiz halde, tedavi edici hizmetleri için kendi sağlık kurumlarına başvurmaları gerekmektedir. Milli Eğitim, İçişleri Bakanlığı vb. kendi sağlık örgütlenmesi olan kurumların mensuplarında da aynı durum söz konusu olabilmektedir. Diğer taraftan bizim kurumlarımızdan hizmet alması gerekenler de yukarıda belirttiğimiz gibi basamak atlama yolunu seçmektedirler.

Az önce bahsettiğimiz uygulama farklılıkları birinci basamak sağlık çalışanlarının verimliliğini etkilemekte, kurumlarda gereksiz ve anlamsız yığılmalara yol açmaktadır. Ancak bu yığılma her kurumda farklı şekillerde çözümlendiğinden, bazı çalışanların iş yükü yoğun; bazılarınınki de oldukça az olabilmektedir. Ya da iş paylaşımı özellikle tedavi edici hizmetlerde sıraya bindirildiğinden (her gün bir ya da birkaç hekimin poliklinik yapması) anlık iş yoğunluğu artışı , hem hizmeti verenlerde ; hem de alanlarda sıkıntı yaratmaktadır. Saha çalışanı olan hemşire ve ebelerin hekimlerle olan kurum içi iletişimde de kopukluklar olmaktadır. Ebe ya da hemşirenin izlediği bir gebeyi ya da bebeği, o gün poliklinikte olan hekime göstermesi de bu yığılmadan dolayı zorluklar içermektedir.

Birinci basamağın finansman sorunu da henüz çözülemediğinden , kurumların fiziki şartlarında da –bina ve donanım gibi- yeterli iyileştirmeler kolayca yapılamamaktadır. Bu da hizmetlerin yürütülebilmesi için vakıf gelirlerinin kullanımını gerektirmektedir. Ancak bu gelirin kısıtlı olması ve laboratuvar hizmetlerinin ancak bu yolla verilebilmesi, hizmetin niteliğinin ve çeşitliliğinin artırılmasının önünde bir engel oluşturmaktadır.

B. Çözüm Önerisi

- i. Kentsel alanda hizmet veren sağlık birinci basamak sağlık kurumlarında Bölge Tabanlı Hizmet Modeli uygulamasına geçmek.
- ii. SSK lı hastaların tedavi edici hizmetlerini de Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirmek
- iii. Kaynak Aktarımı ile finansman sorununun çözülmesi.

Bölge Tabanlı Hizmet Modeli:

Bu model Bornova Sağlık Grup Başkanlığı tarafından geliştirilip, Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli izin ve onaylar alındıktan sonra 2000 yılı başından itibaren Bornova bölgesindeki bir AÇSAP merkezi ve altı sağlık ocağında uygulanmaktadır.(1,2)

Yapılan pratik olarak sağlık ocağı içinde “küçük sağlık ocakları” oluşturmaktır. Her bir hizmet biriminde bir hekim ve ona bağlı iki ebe bölgesi yer alır. Her hizmet biriminin kendine ait bir odası vardır. Hekim ve saha çalışanları bu odada çalışmalarını sürdürürler. Hekimler kendilerine bağlı ebe bölgelerinden gelen hastalara poliklinik hizmetini bu odada , kendisine bağlı ebe-hemşirelerden birisi ile her gün öğleye kadar verir. Diğer ebe-hemşire saha çalışmasına çıkar. Polikliniğe giren ebe-hemşire de öğleden sonra saha çalışmasına çıkar. Ertesi gün ebe-hemşireler poliklinik sırasını değiştirirler. Hekim de çevre sağlığı , bulaşıcı hastalıklar vb. diğer hizmetler için öğleden sonraki çalışma saatlerini kullanır. Öğleden sonra bir poliklinik, gelen hasta ve acil başvurularını değerlendirmek üzere sırayla hizmeti sürdürür. Ancak hastalar sabahları gelmeye özendirilir. Böylece her hastanın her seferinde aynı hekime gelmesi sağlanmış olur.

Sonuçta polikliniklerde bekleme süresi azaldı ; aynı hastaya hep aynı hekim baktığı için, hasta ve hekim birbirilerini tanıdı ; hekimin her hastaya ayırdığı süre arttı ; sağlıklı çocuk-bebek izlemelerine hekim katılımı arttı ; kronik hasta izlemleri de yine aynı hekim tarafından yapılmaya başlandı.

Hekimlerin hepsine üreme sağlığı eğitimi verildikten sonra bu hizmetler de AP odasında yine bölge hekimi ve ebesi tarafından verilecektir. Bu sağlanana kadar , bir hekim ve bir sağlık personeli , tüm ocak bölgesinin üreme sağlığı hizmetlerini sürdürecektir.

Başlangıçta , bulaşıcı hastalıklar, çevre sağlığı hizmetleri , bağışıklama gibi hizmet alanlarındaki görev paylaşımı , hekimler tarafından eskisi gibi sürdürülecek ; zamanla her hekimin kendi bölgesinde tüm hizmetleri bütüncül olarak vermesi sağlanacaktır. Bu çalışma modeline başlanmadan önce tüm bölgede sıfır noktası anketi yapılarak hem bölge halkının hem de sağlık çalışanlarının “Memnuniyet Ölçümleri” yapılmıştır. Önümüzdeki aylar içinde bu anketin ikinci yıl sonuçları ölçülerek ne durumda olduğumuz daha somut olarak görülebilecektir.

SSK’ lı Hastaların Bakımı:

Bu sistemin bir ayağı da SSK lı hastalara bakmaktır. Böylece zaten koruyucu sağlık hizmetlerinin tümünü verdiğimiz bir nüfusun (Bornova için %48) tedavi edici hizmetlerini de vererek , dar alanda bütüncül sağlık hizmeti verme amacımızı gerçekleştirmiş olacağız. Sonuçta bölgemizde hizmetlerimizin tümünü sunmadığımız bir popülasyon kalmayacaktır. Bölgemizde yaşayan 210 000 SSK lı insan daha önce üç SSK dispanserinden hizmet alırken , şimdi bizim 22 kurumumuz da bu sayıya eklenmiştir. Bu proje gerekli izin ve onaylar alınıp ,iki bakanlık arasında protokol imzalandıktan sonra 1999 nisan ayından bu yana bölgemizdeki tüm kurumlarımızda uygulanmaktadır.

Finansman:

Ülkemizde bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan pay, hizmetlerin şimdiki haliyle sürdürülebilmesine zorlukla yetmektedir. Ülkemizin içinde bulunduğu koşullar göz önüne alındığında, önümüzdeki yıllarda da durumun pek değişmeyeceği ortadadır. Birinci basamağa , sürdürdüğü tedavi edici hizmetlerin karşılığı olarak, sadece sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki popülasyon için; bu sosyal güvenlik kurumlarından bir kaynak aktarılırsa ,hizmetin tümünü nitelik ve nicelik olarak kolayca geliştirebiliriz.(3) Şu an uygulamaya konulmuş olan Döner Sermaye uygulaması bu sorunun çözümünde ciddi bir adımdır. Sistemin üçüncü ayağı olan “kaynak aktarımı” da tamamlanınca ; inanıyoruz ki , ülkemizin sağlık sorununun çözümü yolunda hiçbir yasa ve yönetmelik değişikliği yapılmaksızın çok önemli adımlar atılmış olacaktır.

Kaynak aktarımı , birinci basamağın finansman sorununu çözdüğü için , donanım iyileştirilebilecek, laboratuvar hizmetleri de nicel ve nitel olarak artacaktır.

Bizim asıl üzerinde durduğumuz ve geliştirilmesini istediğimiz alan olan koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması da böylece kolaylaşacaktır.

İZMİR
KARŞIYAKA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI
SAĞLIK OCAKLARI OTOMASYON PROJESİ
(Bilgisayar Destekli Sağlık Ocağı Çalışmaları Projesi)

Dr. Baha TÜRKYILMAZ

İzmir Karşıyaka Sağlık Grup Başkanlığı

Karşıyaka Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde 1998 yılında Sağlık Ocaklarının çalışmalarını bilgisayar destekli olarak yürütmek için bir çalışma başlatıldı. Dört yılı aşan çalışmamız boyunca birçok deneyim ve gözlem sahibi olduk. Başlangıçta yalnızca bir “Sağlık Ocağı Otomasyon Programı” satın alıp ya da yaptırıp, bunu ocaklarımızda kullanmayı planladık. Ancak süreç içinde gelişmeler ve zorunluluklar işimizin bir projeye dönüşmesini sağladı. Çünkü dört ayrı kolda ilerlememiz gerekti:

1. Sağlık Ocaklarına bilgisayar donanımı sağlamak
2. Sağlık Ocaklarında optimum seviyede kullanabileceğimiz bir yazılım programı yaptırmak
3. Programı kullanacak personeli eğitmek
4. Donanımsal ve yazılımsal bakımları yürütmek.

Gerekçe:

Bilgi teknolojileri özellikle bilgisayar donanımları ve bilgisayar yazılımlarından oluşur. Sadece bilgisayar donanımlarına sahip olarak hizmette verim artışı beklenemez. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının kullanabilecekleri tam ve gelişmiş yazılımların oluşturulması gerekmektedir.

Birinci Basamakta oluşan sağlık verileri geleneksel yöntemlerle fiş ve kağıt kullanılarak kayıt altına alınmaktadır. Bu durum veriye ulaşımı zorlaştırdığı gibi tıbbi bilimsel ve istatistiksel çalışmaların oluşturulmasında aşırı zaman kaybı nedeniyle bir engel yaratmaktadır. Akademik araştırmalar için üzerinde çalışılabilecek uygun veritabanı bulunamamaktadır.

Bilgisayar kullanan Birinci Basamak Sağlık Kurumları genel olarak tercih edilen office (Excel vb. gibi) programları ile çalışmaktadırlar. Bu durum kurumlar arasında bir standardizasyon oluşturulmasını engeller. Ayrıca kullanılan bu grafik ve yazı programlarına yüksek ücretlerle sahip olunmaktadır ve bunlarla bir veritabanı oluşturmak olanaksızdır. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında kullanılacak işlevsel yazılımlar veriye ulaşım hızını ve veri işleme çeşitliliğini artırır, kırtasiye ve arşivleme maliyetini azaltır, veri güvenliği ve veri yedekleme kolaylığı sağlar. Kurumun verilerinin hızla değerlendirilmesini ve doğru bir iş planlaması yapılmasını temin eder. Çalışanların performansları daha sağlıklı değerlendirilebildiğinden onları güdüler. Bilgiye kolay ve hızlı ulaşım sayesinde Sağlık Kurumlarına başvuruların memnuniyetini artırarak hizmette kaliteyi artırır.

Amaç:

Bilgi çağını yakalamak.

Hedef:

Karşıyaka Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 18 sağlık ocağı ve 3 AÇSAP merkezine kişisel bilgisayarlar alarak, tüm personele bilgisayar eğitimi vermek ve bir "Sağlık Ocağı Otomasyon Programı" yaptırmak. Kurumlarımızın aylık ve yıllık sağlık verilerinin hızlı ve doğru olarak toplanmasını sağlamak. Bu verilerin istatistik hesaplarını hızla yapıp dijital ortamda İzmir Sağlık Müdürlüğü'ne aktarılmasını sağlamak.

Deneyimlerimiz:

1. Bir kuruma yalnızca programı verip kullanmasını beklemek olanaksızdır. Eğitim ve bakım desteği şarttır ve bu iş için bir ekip gerekmektedir.
2. Ebe hanımlar ocak programını rahatlıkla kullanabilmektedirler ve memnuniyetleri artmıştır. Ancak doktor arkadaşlarımızın büyük bir çoğunluğu programla ilgilenmemişlerdir.
3. Bilgisayara veri aktarma işlemi zaman almaktadır. "Yıl ortası nüfus tespitleri" ve "aylık çalışmalar" ın çeteleme yapılmadan birkaç dakikada alınabilmesi nedeniyle, ayrıca

programdaki kontrol sorguları ile eksik aşı ve izlemlerin hızla tespit edilmesi sonucunda, ileri günlerin iş planı yapılabildiği için bu zaman telafi edilmektedir.

4. Bu proje süreklilik göstermektedir. Durmak, gerilemek anlamına gelir.
5. Donanımsal ve programsal bozulmalar nedeniyle oluşan veri kayıplarını engellemek için programa “yedekleme” ve “bakım” mönüsü eklenmesi zorunludur.

Gereksinimlerimiz:

1. Projemizi tanıtmak ve ilerletmek
2. Bilgisayar donanımı pahalı olduğundan maddi desteğe, programın kullanımının keyfiyetten çıkartılması için idari desteğe gereksinimimiz vardır

GESTASYONEL DİYABET VE BALÇOVA BÖLGESİ DENEYİMİ

Dr.Sema Akalın¹, Dr.Türkan Günay²

¹ Balçova Korutürk Sağlık Ocağı

² Dokuz Eylül Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD.

Giriş:

Gebelikler ile diyabet iki durumda görülür. Bunlardan birincisi Tip III Diyabet olarak da bilinen Gestasyonel Diyabetes Mellitustur (GDM). GDM, ilk kez gebelik sırasında tanı konmuş olan karbonhidrat intoleransıdır. İkincisi de Pregestasyonel Diyabetes Mellitustur (Tip I, TipII) GDM olguları toplumdan topluma farklılık göstermekle birlikte, gebe kadınların % 3-5'inde görülür. GDM olgularının yaşamlarının ileriki dönemlerinde DM'a yakalanma riskleri fazladır. 5-16 yıl içinde diyabet gelişme riski %17-63 olarak belirtilmiştir.

GDM olgularında perinatal mortalite, sezaryen oranları, makrozomi riski yüksek olup ayrıca doğum travması, hipoglisemi, hipokalsemi, polisitemi ve hiperbilirubinemi gibi diğer neonatal morbiditeler de daha fazla görülür.

Takip çok iyi yapılmalı bu gebelerin izlemi sıkı bir kan glikozu kontrolü ve Fetusun iyilik halinin takibine dayanmaktadır. GDM'lu anne doğumdan 6 hafta sonra yeniden değerlendirilmelidir. Glukoz düzeyi normal ise 3 yıl aralarla, bozulmuş glukoz toleransı varsa daha sık aralıklarla değerlendirilmelidir.

Tanı:

Amerikan Diyabet Birliği (ADA), 24-28 hafta arasındaki tüm gebe kadınların tarama programına alınmasını önermektedir. Bunun yanında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gestasyonel diyabet gelişimi açısından düşük risk grubunda olan kadınlara tarama gerekmediğini belirtmektedir.

Riskli Gebeler:

- Obezite,
- Glukozüri,

- Makrosomik bebek doğurma öyküsü,
- Daha önce nedeni bilinmeyen ölü doğum yada düşük yapanlar,
- Ailesinde diyabet öyküsü olanlar,
- Daha önce >4000gr üzerinde bebek doğuranlar,
- Hipertansiyon ve hiperlipidemisi olanlar.

Gestasyonel diyabet tarama testi-GDTT:

Günün herhangi bir zamanında, son öğün zamanı önemsenmeksizin, 50gr glikoz alınımindan 1 saat sonra kan şekeri düzeylerine bakılır.

Risk faktörü taşımayan gebelerde tarama:

İnsülin direncinin arttığı 24-28. haftalar arasında, yüksek risk taşıyanlarda ilk trimester'de yapılmalıdır.

Eğer gebede poliüri, noktüri, polidipsi ya da tekrarlayan vaginal infeksiyonlar varsa test 24-28. hafta beklenmeden yapılır.

GDTT Değerlendirmesi:

50gr glikoz çözeltisi verilmesi sonrası 1.saat venöz plazma glikozu;

- >185 mgr/dl ise gebe gestasyonel diyabetik olarak kabul edilir başka teste gerek kalmaz.
- 140-185 mgr/dl ise 100gr glikoz ile OGTT yapılır.
- 120-139 mgr/dl ise 34. gebelik haftasında tarama tekrarlanır.

OGTT:

- 8-14 saatlik bir açlık periyodunu takiben açlık ve 100gr glikoz çözeltisi verilmesi sonrası 1.,2.,3. saat venöz plazma glikozuna bakılır.
- Testten önceki 3 gün herhangi bir diyet kısıtlaması yapılmaz (³150gr karbonhidrat/gün).
- Fiziksel aktivite kısıtlanmaz.
- Test boyunca gebe istirahat ettirilir ve sigara içirtilmez.

OGTT Değerlendirmesi:

Son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlanan glukoz oksidaz ve heksokinaz testlerine göre;

Üst sınırlar:

- Açlık 95 mgr/dl
- 1. saat 180 mgr/dl
- 2. saat 155 mgr/dl
- 3 saat 140 mgr/dl

Birinci Basamakta Gestasyonel Diyabet olgularının taranması:

Balçova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 2000 yılı haziran ayında uygulanmaya başlanan program ile GDTT rutin gebelik izlemelerine eklenmiştir. Gebelerin ve sağlık personelinin programa uyumu oldukça iyidir. İlk 6 ayda erken dönemde programın ilk değerlendirilmesi yapılmış buna göre test sonucuna göre sevk edilme oranı %22.3'tür ve bu sevk oranı diğer ülkelerle uyumludur (%17-%25). Bölgedeki gebelerin memnun olduğu saptanmış sevklerde yaşanan aksaklıklar için önlemler alınarak programa devam edilmiştir. Program İzmir ilinde çeşitli Grup Başkanlıklarınca da uygulanmaya konulan bir program halini almıştır.

Gestasyonel Diyabet Taraması Akış Şeması:

1. 24 hafta ve üzerindeki gebelere gestasyonel diyabet konusunda bilgi verilip Sağlık Ocağına çağrılacak. (Günün herhangi bir zamanında, son öğün zamanı önemsenmeksizin)
2. Ocağa gelen gebeye 50 gr. saf glukoz suda eritilip 1 limon suyu da dahil olmak üzere 100 cc'ye sulandırılıp, limonata şeklinde verilecektir. (ya da %50'lik dextroz çözeltisinden 100 cc)
3. Glukoz verildikten 1 saat sonra parmak ucundan glukostik ile random kan şekeri ölçülecek;
 - Random kan şekeri 135 mg/dl ve üzerinde saptanırsa GDTT (+) olarak kabul edilecek ve OGTT için hastaneye sevk edilmesi için Sağlık Ocağı hekimine bildirilecek (OGTT için aç olması gereklidir).
 - Random kan şekeri 120 – 134 mg/dl arası saptanırsa Şüpheli GDTT (+) olarak kabul edilecek ve gebeye bilgi verilerek 34 . gebelik haftasında testin tekrarlanması için tekrar Sağlık Ocağına çağrılacak.

4. Elde edilen veriler her gebenin “Gebe – Lohusa İzlem Formu”nun arkasındaki “öğütler” bölümüne yazılacak, ay sonunda da “Ebe Aylık Çalışma Formu”na eklenecektir.
5. Ana – Çocuk Sağlığı’ndan sorumlu Sağlık Ocağı Hekimi tarafından Aylık GDM Tarama Çizelgesi’ne işlenecek ve Sağlık Ocağı Aylık Çalışmaları ile birlikte Sağlık Grup Başkanlığı’na gönderilecektir.

**BORNOVA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI VE BAĞLI
KURUMLARDA S.S.K. SOSYAL GÜVENCELİLERİN
TEDAVİ HİZMETİ TEMİNİNE İLİŞKİN ÇALIŞMA**

Dr. Levent Kıdak, Dr. A.Rıza Altay, Dr. Semra Karaca,
Dr. Murat Saltık, Dr. Nejat Uysal, Dr. Nurdan Tekgül

Bornova Sağlık Grup Başkanlığı

Gerekçe :

Sağlık düzeyini etkileyen en önemli hizmet birinci basamak sağlık kurumlarına sunulan temel sağlık hizmetleridir. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan 220 00'i bulan SSK kapsamındaki nüfus gerçek anlamda birinci basamak sağlık hizmeti alamamaktadır. Bunun temel nedeni SSK 'nın birinci basamak örgütlenmesinin zayıflığıdır

Hukuki Dayanaklar :

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un (224 Sayılı) 2. Maddesi, 32. Maddesi,
Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik (154 Sayılı) 6. maddesinin j bendinin 2. Fıkrası
SSYB ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Banklığı arasında 12.03.1984 tarih 3250 sayılı genelgede yer alan protokol ve 29.05.1984 tarih ve 3270 sayılı genelge.

Amaç:

1. Bornova bölgesi nüfusuna bütüncül ve sağlıklı geliştirici hizmet sunmak,
2. Bornova bölgesinde Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerini Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarından almasının sağlanması,
3. Birinci basamak sağlık kurumlarına kaynak yaratılması.

Yöntem:

1. 1999 yılından başlayarak, Bornova SGB bölgesinde Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerini Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 19 sağlık ocağı, 3 ana-çocuk sağlığı merkezi ve 1 verem savaş dispanserinden hizmet almalarının sağlanması,
2. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarından muayene, laboratuvar, tıbbi müdahale alacak olan SSK'lı hastaların bu hizmet karşılığı masraflarının bağlı oldukları Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından ödenmesinin sağlanması,
3. SSK'lı hastaların Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında tedavileri amacıyla yazılan reçetelerin SSK eczanelerinde geçerli kılınması,
4. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarından bina ve fizik koşulları uygun olan ve sayısı ihtiyaçlara göre belirlenecek sayıda, SSK eczanelerinin açılması,
5. SSK'lı hastaların Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarından aldıkları hizmet karşılığı masraflarının belgelendirilmesi için bir sistem geliştirilmesi,
6. SSK'lı hastaların Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarından aldıkları hizmet karşılığı masraflarının Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından birinci basamak sağlık kurumlarına ödenmesinin sağlanması,
7. Pilot uygulama olarak önerilen bu modelin sonuçları alındıktan sonra ülke çapında yaygınlaştırılması için bakanlıklar düzeyinde organizasyonlarının sağlanması.

Önerilen Düzenlemenin Sağlık Hizmetlerine Katkısı:

1. Birinci basamak sağlık kurumlarının kendi finans yapıları oluşturularak finansman sorunları büyük ölçüde çözümlenmiş olacaktır.
2. Ülkemizin sağlık sistemine ilave bir mali yük getirmeden mevcut kaynaklardan yeni kaynaklar ortaya çıkarak ve bu yeni kaynakları mobilize ederek mevcut imkanları daha rasyonel kullanılabilesini sağlayacaktır.

3. Sosyal güvenlik kuruluşlarından sağlanan finansal girdiler birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini sağlayacaktır.
4. Niteliklerin ve etkinliğin artması sayesinde birinci basamak sağlık kurumları bireylerin güvenini kazanacak ve kurumların talep edilebilirliği de artacaktır.
5. Gerçek anlamda sunulabilen nitelikli birinci basamak sağlık hizmetleri, maliyetlerin düşük olması nedeniyle maliyet-fayda dengelerinin sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin lehine dönmesini sağlayacaktır.
6. Geliştirilmiş birinci basamak sağlık kurumlarından iyi ve nitelikli sağlık hizmetlerini alan bireylerin memnuniyetleri artacaktır.
7. Gelişmiş ve etkin sağlık hizmeti sunabilen kurumlarda çalışan hekim ve sağlık personelinin motivasyonu ve memnuniyetleri artacaktır.
8. Sağlık hizmetlerinde sistem karmaşıklarının yaşandığı ve farklı modellerin önerildiği ülkemizde sistem değişikliği yapmadan mevcut yapılanmanın iyileştirilmesine olanak sağlayacaktır.
9. Başta SSK olmak üzere sağlık hizmeti veren diğer kuruluşların bu amaçla sağlık kurumu tesis etmelerine gerek kalmayacak, gelişmiş ve etkin sağlık hizmeti sunan birinci basamak sağlık kurumlarından hizmet alacaklardır.
10. Sevk zincirinin uygulanması kolaylaşacak, ikinci basamak sağlık kurumlarına giden hastaların çoğu gereksinimi birinci basamak sağlık kurumlarında çözülecektir..
11. Sağlanan finansman kaynakları yerine değerlendirilecek, bölgenin özelliklerine ve önceliklerine göre yatırımlar planlanabilecektir.
12. Temel sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin gelişmesi ülkenin sağlık sisteminde önemli bir iyileşmeye neden olabilecek ve sosyal refahı arttıracaktır.
13. Sosyal güvencesi olmayan bireylerin de aynı sağlık hizmetlerini yine ücretsiz olarak eşit şekilde alması sağlanacak ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin gerçek anlamı kazandırılacaktır.

14. Verilen sağlık hizmetlerinin niteliklerindeki yükselme ve bu hizmeti alan bireylerin memnuniyeti çeşitli nedenlerle sosyal güvence kapsamına girmek istemeyen bireyler için özendirici etki yapabilecek ve ülkenin sosyal güvence ile sigortalı nüfusunda artma sağlanabilecektir.
15. Uygulama, sosyal güvenlik kuruluşlarına kısa ve uzun vadede rahatlama sağlayacaktır.
16. Sağlık sisteminde özelleştirme ve özerkleştirmenin gündemde olduğu, buna bağlı olarak da genel sağlık sigortasının sıkça konuşulduğu bu günlerde çalışma daha da önem kazanmaktadır. Çünkü birinci basamak sağlık hizmetleri şimdiye kadar yeterli desteği göremediği halde ülkemizin sağlık sorunlarının çözümünde önemli rol oynamaktadır.

Ama modelin en sağlıklı ve etkin şekilde uygulanabilmesi için esas olan ilçe sağlık grup başkanlıkları ve/veya il sağlık müdürlükleri bünyesinde döner sermaye saymanlığının kurulmasıdır.

Bulgular ve Sonuç:

Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinin 1996 yılı Yıl Ortası Nüfusu 357317 kişidir. Bu nüfusun %79,06'sı bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı iken, nüfusun %20,97'sinin herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olan nüfusun %63,21'i Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı kişilerdir (Bornova nüfusunun %49,98'i).

Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bağlı Kurumlarına 1999 yılında olan sosyal güvenceli kişi sayısı 26037 ,dan 2002 yılında 46459 a çıkmıştır. SSK güvenceli başvuruların toplam nüfusa oranı 1999 yılında 0.06 iken 2002 yılında yaklaşık iki kat artarak 0.11 'e çıkmıştır. Bun karşılık SSK protokolü dışında kalan birinci basamak kurumlarda ise başvurular 2002 yılında 1999 yılına göre azalmıştır.

1996 yılı çalışmasında; Birinci basamak sağlık kurumlarının polikliniklerine başvuran ve sosyal güvencesi olan 89225 hastanın sosyal güvenlik kuruluşlarına dağılımları incelendiğinde en çok Emekli Sandığı'na bağlı hastaların (37572-%42,11) başvurduğu saptanmıştır. Bunun nedeni Emekli

Sandığı'na bağlı kronik hastalıkları olan hastaların ilaç yazdırmak için birinci basamak sağlık kurumlarını tercih ettikleri şeklinde yorumlanmaktadır. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bölgesi S.S.K.'na bağlı olan kişilerin çoğunlukta olmasına rağmen, bu güvenlik kurumuna bağlı bireyler sağlık ocaklarını tedavi amaçlı kullanamamaktaydı. Muayeneleri sonucu reçetelerinin S.S.K. Eczanelerinden alamamaktaydılar.

1996 yılı içerisinde araştırma kapsamında yapılan değerlendirme nedeniyle bu inceleme yapılmıştı. 1999 yılında Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bağlı birinci basamak kurumlarında S.S.K. sosyal güvence kapsamında yer alan kişilerin tedavi hizmetleri de yürütülmeye başlatılmıştır. 1999 yılında önerilen bu proje uygulaması öncesi bu sosyal güvence kapsamında yer alan kişilere koruyucu sağlık hizmetleri diğer Bornova ilçesi vatandaşlarına sunulduğu gibi sunulmaktaydı. Tedavi edici hizmetler ise sunulmakta ancak S.S.K. Sosyal güvence kapsamında yer alan kişilerin ilaçlarını temini ve tetkiklerinin yapılmasında finans sorunları ortaya çıkmaktaydı. Bu proje uygulaması başladıktan sonra Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı birinci basamak kurumlarında tedavi hizmetleri sağlanan hizmetin sonunda ilaçlarını bağlı oldukları kurumun eczanelerinden temin edebilmektedir.

SSK güvencesi altındaki nüfusa da birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Ocaklarında verilmelidir. Bu hem ülkemizde sağlık harcamalarını, azaltacak hem de bütüncül sağlık hizmeti sunumuna olanak tanıyacaktır.

**İZMİR KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI
DİYABET ÇALIŞMA GRUBU KURULUŞU-
YAPILANMASI**

Dr. Özlem KURT (Diyabet Çalışma Grubu adına)

İzmir Konak Fahrettin Altay Sağlık Ocağı

Bireysel hekim çabası ile takip edilen diyabet hastalarını belirli bir standart içinde takip etmek, koruyucu sağlık hizmeti dışında tedavi edici hizmetlerde de kayıt sistemini oluşturmak, risk altındaki bireylerin erken tanı ve tedavisi planlamak, diyabetik hastaları bilinçlendirip, sıkı takip ile olası komplikasyonları geciktirmek veya önlemek amaçlarıyla 17 Şubat 2000 tarihinde Konak Sağlık Grup Başkanlığı Diyabet Çalışma Grubu kuruldu. Çalışma Grubu çalışmalarını 15 Sağlık Ocağında sürdürmektedir. Grup elemanlarının Diyabet konusunda yetkinleşmesini sağlamak üzere öncelikle eğitim çalışmalarına ağırlık verilmiş, sonrasında hasta tanı, sağaltım ve izlemine standardize edebilmek için formlar, hekim ve hemşirelere yönelik yardımcı kaynaklar geliştirilmiştir. Sağlık ocaklarındaki diyabet çalışma grubu üyeleri bu yapılanmayı kendi koşullarına uyarlayarak çalışmalarını sürdürmektedirler.

İZMİR KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI DİYABET ÇALIŞMA GRUBU ÇALIŞMALARI

Dr. Elif YOKET (Diyabet Çalışma Grubu adına)

İzmir Konak Göztepe Sağlık Ocağı

2000 Yılında kurulan İzmir Konak Sağlık Grup Başkanlığı Diyabet Çalışma Grubu bünyesinde 2002 yılında Eğitim Çalışma Grubu ve Epidemiyoloji Çalışma Grupları oluşturulmuştur. Eğitim Çalışma Grubu Hizmet içi eğitimde kullanılmak üzere Hekim Tanı Eğitim Modülü, Hekim Tedavi Eğitim Modülü, Yardımcı Sağlık Personeli Eğitim Modülü ve Halk Eğitim Modülü geliştirmiştir. Epidemiyoloji çalışma grubunun hazırladığı “Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşayan 30-64 Yaş Nüfusta Diyabet, Hipertansiyon, Dislipidemi ve Obesite Sıklığı Araştırması” sonucunda Diyabet sıklığı % 8.0, Obesite sıklığı % 30.6, Hipertansiyon sıklığı % 26.4 ve metabolik sendrom sıklığı % 2.8 bulunmuştur.

Bölgemizde yüksek sıklıkta olduğunu saptadığımız kronik hastalıklar, tek tek değil; *bir bütün içinde* değerlendirilmelidir. Genel Pratisyenler hastaları erken ve bulgular tam oturmadan görür ve süreç boyunca izler. Birinci basamak hekimi, toplumdaki kronik hastalıkların yönetimi için; bölgesel ve bireysel düzeyde risk faktörlerini belirleyebilmeli, erken tanı için olanaklarını geliştirmeli, koruyucu hizmetler çatısı altına almalı, kronik hastayı bir bütünlük içinde izleme donanımına sahip olmalı, uzmanlar ile arasında etkili bir işbirliği ve iletişimi sağlayabilmelidir. Birinci basamakta sağlık hizmeti, ilk başvuru yeri olma, sürekli, entegre, eşgüdümlü, bütüncül, ulaşılabilir, ekibe dayalı, toplum yönelimli olma özellikleri ile kronik hastalıkların önlenmesi/kontrol altına alınabilmesinde birincil öneme sahiptir.

Sağlık düzeyini etkileyen en önemli hizmet birinci basamak sağlık kurumlarına sunulan temel sağlık hizmetleridir. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan 220 00'i bulan SSK kapsamındaki nüfus gerçek anlamda birinci

basamak sağlık hizmeti alamamaktadır. Bunun temel nedeni SSK 'nın birinci basamak örgütlenmesinin zayıflığıdır.