

# V.TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

“ Birinci Basamak Sağlık Örgütlenme ve  
Finansman Sistemleri : Farklı Yaklaşımlar ”

10-11 Mayıs 2007

Celal Bayar Üniversitesi  
Süleyman Demirel Kültür Merkezi  
MANİSA

## *Düzenleyen Kurumlar:*

Manisa Tabip Odası Temel Sağlık Hizmetleri  
Komisyonu  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı  
AD  
Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

## *Destekleyen Kuruluşlar*

Eginkan Vakfı  
İzmir Tabip Odası

## *Baskı*

Yedikardeşler Form & Ofset 5-2007

## Sempozyum Düzenleme Kurulu

### *Başkan*

Prof.Dr.Erhan Eser

### *Sempozyum Eş Başkanları*

Doç.Dr. Devrim Akseki-Manisa Tabip Odası Başkanı  
Dr.Ziya Tay-Manisa İl Sağlık Müdürü  
Prof.Dr. Kor Yereli-Celal Bayar Ü. Tıp Fakültesi Dekanı

### *Sempozyum Sekreteryası*

Uzm.Dr.Beyhan Cengiz Özyurt  
Dr.Nimet Pınar Baysan

### *Üyeler*

Bedri Bilge	Hakan Baydur
Gökben Yaslı	Mestan Emek
Leyla Seyhan	Metin Öztürk
Müjde İlgün	Pınar Dünder
Nasır Nesanır	Serdağ Etiz
Şaylan Pesen	Serol Deveci
Tümer Pala	Seval Canbaz
Yücel Demiral	Tülay Lağarlı

### *Bilimsel Danışma Kurulu*

Prof.Dr.Recep Akdur	Prof.Dr.Ayşe Akın
Prof.Dr.Gazanfer Aksakoğlu	Prof.Dr.Gül Ergör
Prof.Dr.Remzi Aygün	Prof.Dr.Hamdi Aytakin
Prof.Dr.Doğan Benli	Prof.Dr.Ayşen Bulut
Prof.Dr.Şanda Çalı	Prof.Dr.Necati Dedeoğlu
Prof.Dr.Rahmi Dirican	Prof.Dr.Çağatay Güler
Prof.Dr.Metin Hadse	Prof.Dr.A.Osman Karababa
Prof.Dr.Ferit Koçoğlu	Prof.Dr.Cemil Özcan
Prof.Dr.Servet Özgür	Prof.Dr.Zafer Öztekin
Prof.Dr.Yusuf Öztürk	Prof.Dr.Hüseyin Polat
Prof.Dr.Haldun Sümer	Prof.Dr.Reyhan Uçku
Prof.Dr.Levent Akın	Doç.Dr.Ümit Sungurtekin İnceboz
Doç.Dr.Gönül Dinç Horasan	Doç.Dr.Yeşim Bülbül Baytur
Doç.Dr.Ferda Özbaşaran	Doç.Dr.Belgin Ünal
Doç.Dr.Ayşen Esen Danacı	Doç.Dr.Alp Ergör
Yard. Doç.Dr.Bülent Kılıç	Yard. Doç.Dr.Kevser Vatansever
Yard. Doç.Dr.Hülya Demirci	Yard. Doç.Dr.Türkan Günay
Yard. Doç.Dr.Dilek Özmen	Dr.Ahmet Can Bilgin

***SEMPOZYUM PROGRAMI***

**1. GÜN**

**10 MAYIS 2007**

**08.30-09.30**

**Kayıt ve Açılış**

**09.30-10.15**

**I. Oturum (konferans)**

**Sağlık Hizmetlerinde Finansman Modellerine Genel Bakış**

**Konuşmacı:**

*Dr. Kemal Kılıçdaroğlu Milletvekili, SSK Eski Genel Müdürü*

**Yönetici:**

*Doç. Dr. Devrim Akseki Manisa Tabip Odası Başkanı*

**10.15-10.45**

**ARA**

**10.45-12.30**

**II. Oturum(Panel):**

**Sağlık Hizmetlerinde finansman ve ödeme modelleri : ülke örnekleri**

**Yönetici:**

*Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

**Konu/Konuşmacılar:**

**Birleşik Krallık (UK) örneği**

*Doç. Dr. Gönül DİNÇ*

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

**ABD ve Almanya örnekleri**

*Yrd. Doç. Dr. Bülent Kılıç*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

**İskandinavya örnekleri**

*Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

**12.30-13.30**

**ÖĞLE YEMEĞİ**

**13.30-13-45**

**Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Oyunları Ekibi Ege Oyunları gösterisi**

**13.45-14.45**

**III. Oturum :**

**Bildiri sunumları**

**Yönetici:**

*Doç. Dr. Pınar DüNDAR*

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

**14.45- 15.15**

**ARA**

**15.15- 16.30**

**IV. Oturum**

**Günümüzde Türkiye'de Birinci ve ikinci basamak Sağlık Hizmetlerinde ek ödeme modelleri**

**Yönetici:**

*Prof. Dr. Murat Lekili*

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Eski Başhekim*

**Konu/Konuşmacılar:**

**Sağlık ocaklarında ek ödeme (performans) yöntemleri ve bunun sağlık hizmetine etkileri**

*Dr. Mustafa Sertel, Manisa Sağlık Müdür Yardımcısı*

*Dr. Aylin Sena Beliner, Pratisyen Hekimlik Derneği İzmir Şubesi*

(17.00– 19.00) 2.ÇÜN 9.30 - 10.30	<p>Yönetim Kurulu Üyesi <b>Hastanelerde performans ve finansal yönetime genel bakış</b> <i>Prof. Dr. Erkan Derebek</i> <i>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği</i> <b>Sosyal Program: SPİL dağında Barbekü</b> <b>11 MAYIS 2007</b></p> <p><b>I. Oturum (Panel):</b> <b>Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesinde “Bölge” Kavramına yaklaşım</b> <b>Yönetici:</b> <i>Prof. Dr. Reyhan Uçku</i> <i>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> <b>Konu/Konuşmacılar:</b> <i>Dr. Fatma Boya ,Fahrettin Altay Sağlıkocağı, İzmir</i> <i>Prof. Dr. Reyhan Uçku</i> <i>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i></p>
10.30– 11.00 11.00 - 12.00	<p><b>ARA</b></p> <p><b>II. Oturum (Konferans):</b> <b>Doğu Avrupa ülkelerinde Sağlık Örgütlenme ve Finansman modellerinde izlenen değişimin değerlendirilmesi</b> <b>Yönetici:</b> <i>Prof. Dr. Cemil Özcan</i> <i>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> <b>Konuşmacı:</b> <i>Prof. Dr. Zafer Öztekin</i> <i>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i></p>
12.00-13.15 13.15– 14.30	<p><b>ÖĞLE YEMEĞİ</b></p> <p><b>III. Oturum</b> <b>Bildiri sunumları</b> <b>Yönetici:</b> <i>Yrd. Doç. Dr. Serol Deveci</i> <i>Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu</i></p>
14.30– 15.00 15.00 - 15.45	<p><b>ARA</b></p> <p><b>IV. Oturum:</b> <b>Birinci basamak Sağlık Örgütlenme ve Finansal Modellerinin Değerlendirilmesinde Starfield Yaklaşımı</b> <b>Konuşmacı:</b> <i>Yrd. Doç. Dr. Kevser Vatansever</i> <i>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD</i></p>
15.45-17.00	<p><b>V. Oturum:</b> <b>Türkiye’de Birinci Basamakta Performans ve Aile Hekimliği Pilot uygulamalarında varılan noktanın değerlendirilmesi</b> <b>Yönetici</b> <b>Prof. Dr. Ferit Koçoğlu</b> <i>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> <i>Düzce Tabip Odası Temsilcisi</i></p>
17.00	<p><b>(Kapanış)</b></p>

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa No</b>
<i>SEMPOZYUM PROGRAMI</i>	4
<i>İÇİNDEKİLER</i>	6
<i>SUNUŞ YAZISI</i>	8
<i>GENEL SUNULAR</i>	
Sağlık hizmetlerinde finansman ve ödeme modelleri:	
Birleşik krallık (uk) örneği	10
Sağlık Sistemlerinde Finansman Ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya örnekleri)	13
İskandinavya'da Sağlıkta Finans Ve Ödeme	24
Sağlık Ocaklarında Ek Ödeme (performans) Yöntemleri ve Bunun Sağlık Hizmetine Etkileri	28
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde 'Bölge' Kavramına Yaklaşım	35
<i>BİLDİRİLER</i>	
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları Ve Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi	40
İzmir Buca Rüştü Ünsal Polis Okulu Öğrencilerinin Travmalar, Kemik- Kas Yaralanmaları, Kanamalar Ve Şokta İlk Yardım Konusuna İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması	41
Atatürk Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanları Tarafından Öğrenci Uygulamalarının Değerlendirilmesi	42
Balıkesir Devlet Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleklerine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi	43
Balıkesir Merkez 10 Nolu Sağlık Ocağı'na Başvuran 0-5 Yaş Çocuk Sahibi Annelerin İshal Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	44
Balıkesir Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Bir Grup Ebede Motivasyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	45
Balıkesir İli Atatürk Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Adli Vakaların Bazı Temel Özellikler Yönünden İncelenmesi	46

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
Balıkesir Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Puanlama Yöntemi İle Değerlendirilmesi	47
15-49 Yaş Arası Kadınlarda Tetanoz Bağışıklamasında Kaçırılmış Fırsatlar	48
Balıkesir Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Bir Grup Öğrencinin Sigara, Alkol Kullanma Durumlarının İncelenmesi	49
Hastanelerdeki Sorunların Örnek Olay Yöntemi İle Analizi: Fırat Tıp Merkezi Örneği	50
Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Alışkanlıkları	51
Manisa Nurlupınar Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-24 Aylık Çocukların Annelerinin Anne Sütü Ve Beslenme Hakkında Bilgi Tutum Ve Uygulamaları	52
Erkeklerde Osteoporoz Risk Faktörlerinin Yaygınlığı, Bilgi Düzeyleri Ve Günlük Kalsiyum Tüketimi	53
65 Yaş Ve Üzeri Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Düşme İle Postürel Hipotansiyon Arasındaki İlişki	54
Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi	55
0-6 Yaş Çocuklarda İshal Olmayı Etkileyen Etmenler Ve Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Manisa	56
0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirme, Ek Gıda Ve Bebek Beslenmesi Konusunda Bilgi Ve Uygulamaları, Manisa	57
0-3 Aylık Bebeği Olan Kadınlarda Postpartum Depresyon İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	58
Manisa İl Merkezindeki 15-49 Yaş Anne Ve Çocuk Sağlığını Etkileyen Geleneksel İnanç Ve Uygulamalar	59
Aydın İli E Tipi Ceza İnfaz Kurumunda Barındırılan Hükümlü Ve Tutukluların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi	60
Burdur Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesine Başvuran Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Davranışları	61
Aydın İl Merkezinde Berber, Kuaför Ve Güzellik Salonlarında Çalışanların Hiv/Aids Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları	62
Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi Atatürk Mahallesinde Yaşayan 45	63

Yaş Ve Üzeri Erkeklerde Kardiovasküler Risk Faktörlerinin Saptanması Ve Kvh Riski Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi	
Manisa mesleki eğitim merkezi öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri	64
0-6 yaş grbu çocuğa sahip annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumu	65
Balıkesir Doğum Ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Tedavi Gören 0-12 Aylık Bebeklerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri Ve Beslenme Durumları	66
Manisa kent merkezinde 1. Basamakta çalışan hekim dışı sağlık çalışanlarının aşılarda konusundaki bilgi düzeyleri	67
Balıkesir Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi Rahim İçi Araç Polikliniğine Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi	68
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) Tanısı Konan Hastaların Sosyo-Demografik Ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin İncelenmesi	69
Balıkesir Doğum Ve Çocuk Bakımevi'nde Septik Servisinde Gebelik Ve Kadın Sağlığı Problemleri Sebebiyle Yatan Hastaların Bazı Özelliklerinin İncelenmesi	70
Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Ve Sağlık Memurluğu Bölümü Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarının İncelenmesi	71
İzmir Konak Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'ne İstemli Düşük Olmak Amacıyla Gelen Kadınların Özellikleri	72
Balıkesir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Ruhsal Durumlarının İrdelenmesi	73
Sağlık Çalışanlarının Hastanelerine Mesleki Uygulama İçin Gelen Öğrencileri Değerlendirmeleri	74
Balıkesir Doğum Ve Çocuk Bakım Evi'ndeki Sağlık Çalışanlarının Mesleki Demekleri İle İlgili Görüşlerinin İrdelenmesi	75
Manisa İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Çalışanlarında Anksiyete Düzeyleri Ve Etkileyen Olası Etmenlerin Belirlenmesi	76
1.basamak sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi için sık sorulan sorular	77



## **Sunuş**

### **Sevgili Temel Sağlıkçılar,**

Geçen bir yılda biz Temel Sağlıkçılar yine yoğun bir çalışma ortamı ve gündemin içinde yorgun düştük. Ancak her zaman kendi alanımızın sahibi olduk ve hiç yılmadan çalıştık durduk. Temel ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri çalışanlarının işlevinin dünyada olduğu gibi Türkiye’de de giderek hak ettiği yere ve öneme daha da yaklaşacağına olan inancımızı hiç yitirmedik. Ve şimdi yine bir sempozyumda - 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumunda- bilgilerimizi deneyimlerimizi paylaşmak ve geliştirmek için Manisa’da tekrar bir araya geleceğiz. Bu yıl, Türkiye’deki sağlık sistem arayışlarına bilimsel bir ışık tutmak ve sürece eleştirel bir yaklaşımda bulunmak amacıyla Birinci Basamak Sağlık Örgütlenme ve Finansmanında farklı ülke deneyimlerini konu olarak belirledik. Bir yandan sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili evrensel doğruları ve farklı ülke deneyimlerini öğrenirken diğer yandan birinci basamağı finansman ve örgütlenme açılarından nasıl değerlendirebileceğimizi anlamaya çalışacağız. Alternatif modelleri gördükçe diğer ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerinin aynen kopya edilemeyeceğini, her ülkenin sağlık sisteminin yalnız kendine özgü olduğunu anlayacağız.

Başarılı ve umutlu günler dileğimle saygılar sunuyorum.

**Prof. Dr. Erhan Eser**  
**Sempozyum Başkanı**

## **SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE ÖDEME MODELLERİ: BİRLEŞİK KRALLIK (UK) ÖRNEĞİ**

**Doç Dr Gönül Dinç**  
**CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.**

Birleşik Krallık'ta 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Sistemi (USH) genel vergilerle finansmanı sağlanan, sağlık hizmeti sunumu birinci basamakta genel pratisyenler ve toplum sağlığı çalışanları tarafından, ikinci basamakta kamu hastaneleri tarafından sunulan bir sistemdir. Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için kişiler öncelikle bağlı oldukları genel pratiisyene başvurmak durumundadır.

Bölge sağlık yönetimleri (Primary Care Trusts, PCTs), Ulusal Sağlık Hizmetinin yerel düzeyde yürütülmesinden sorumlu temel kurum niteliğindedirler. Bölge sağlık yönetimleri sağlık hizmetlerini sunucuları ile sözleşmeler yapar. Bu sözleşmeler şu şekilde özetlenebilir:

-Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından genel pratisyen (GP)/ GP grupları ile yapılan sözleşmeler,

-İkinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri ilgili olarak hastane yönetimleri (acute trust) ile yapılan sözleşmeler,

-Yaşlılar veya ruh sağlığı sorunu olanlar gibi özel kurum bakımı gereken hastaların bakımı ile ilgili olarak "hasta bakımı yönetimleri (care trusts)" ile yapılan sözleşmeler,

-Toplum hekimliği hizmetlerini yürütmek üzere sağlık merkezlerinde çalışan alan hemşireleri, ebeler, sağlık ziyaretçileri, fizyoterapist, mesleki rehabilitasyon uzmanı gibi sağlık çalışanları ile yapılan sözleşmeler,

-Diş hekimleri, eczacılar gibi diğer sağlık çalışanları ile yapılan sözleşmeler.

GP/ GP grupları serbest çalışan doktorlardır. Genel pratisyenler genellikle gruplar halinde çalışmaktadırlar. Sağlık merkezi olarak kullanılan yerler genellikle GP/GP gruplarına aittir. Sağlık merkezinin kira bedeli bölge sağlık yönetimi tarafından karşılanmaktadır. Sağlık merkezinde kullanılan tıbbi araç ve gereçler GP/GP grupları tarafından; bilgisayarlar, bilgisayar programı ve konu ile ilgili olarak personelin eğitimi bölge sağlık yönetimi tarafından sağlanmaktadır.

GP/ GP grupları hemşire, sekreter, idari yönetici gibi sağlık merkezinde çalışacak personeli istihdam etmektedir. GP/GP grubu ile bölge sağlık yönetimi arasında yapılan sözleşmeye göre elde edilen gelirden, GP/GP grubu tarafından ücretli olarak çalıştırılan personelin ücretleri ve sağlık merkezinin giderleri çıkarıldıktan sonra kalan gelir, çalışma süresi ve şekillerine göre GP grubunu

oluşturan bir başka deyişle sağlık merkezini işleten hekimler arasında paylaşılmaktadır<sup>1,2</sup>.

USH içinde genel pratisyenlerle yapılan sözleşmelerde ödemeler genel pratisyene bağlı kişi sayısına -yaş ve cinsiyet yapısı ve yerleşim yerinin yoksunluk indeksi göz önüne alınarak- göre yapılmaktaydı. 1989 yılında sözleşmelere aşılama oranı ve serviks kanseri tarama testi gibi bazı performans göstergeleri eklenmiştir<sup>3</sup>. 2003'de Sağlık Bakanlığı ve İngiliz Tabipler Birliği Genel Pratisyen Komitesi arasında yapılan anlaşmaya göre genel pratisyenler birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için 'Genel Sağlık Hizmetleri Sözleşmesi' yapmayı kabul etmişlerdir. Bu uygulama Nisan 2004'te başlamıştır. 2006 yılına gelindiğinde genel pratisyenlerin yaklaşık dörtte üçünün bu sözleşme kapsamında çalışmakta olduğu görülmektedir. Bu sözleşmenin farklılığı GP yerine GP grupları ile sözleşme yapılması ve kalite ve sonuç kriterleri içermesidir<sup>4,8</sup>.

Genel pratisyenlerin dörtte biri ise aynı dönemde uygulanmaya başlayan 'kişisel sağlık hizmetleri sözleşmesi' ile çalışmaktadır. Kişisel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında da GP/GP grupları kalite ve sonuç kriterlerine göre sözleşme yapabilmektedir. Kişisel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında hekimler maaşlı olarak da çalışmayı seçebilmektedir. Bu şema daha çok kırsal alan veya yoksunluk bölgeleri gibi hekim ya da diğer sağlık personelini istihdam etmenin güç olduğu yerleşim yerlerinde tercih edilmektedir. Sağlık Bakanlığı kişisel sağlık hizmetleri sözleşmesi ile farklı nedenlerle aktif olarak veya tam zamanlı olarak çalışmayan yetişmiş sağlık insan gücünden yararlanmayı da amaçlamaktadır<sup>4-8</sup>.

Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında, performans değerlendirmesinin nasıl yapılacağı ve grubun gelirinin nasıl hesaplanacağı 'kalite ve sonuç kriterleri'ne (the quality and outcomes framework) göre belirlenmektedir. Hekim grubunun gelirinin yaklaşık yarısı 'sağlık merkezi minimum gelir garantisi' olarak verilir. Bu uygulama kapsamında GP/GP grupları uygulamalarını hizmet verdikleri popülasyonun gereksinimlerine göre planlayabilmektedir. Sunulan hizmetin kalitesini yükseltmek için personelin özel konularda eğitimi, görev dağılımı ile ilgili değişiklikler, bilgi sisteminin yeterliliğinin sağlanması konusunda düzenlemeler yapılabilmektedir. Örneğin hizmet sunulan popülasyonda kalp damar hastalıkları fazla görülüyorsa, GP/GP grubu bu konuda uzmanlaşmış bir hekim ya da hemşire istihdam edebilmektedir.

Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında genel pratisyen grupları mesai dışı hizmetleri sözleşme kapsamına alıp almama konusunda serbest bırakılmıştır. GP/GP grubu bu hizmetleri sözleşme kapsamına almadığında- ki çoğu GP/GP grubu bu uygulamayı tercih etmektedir- bölge sağlık yönetimi, diğer hizmet sunucuları ile bu hizmetler için sözleşme yapar.

'Kalite ve sonuç kriterleri'ne göre GP/ GP grubunun sunduğu hizmetler için belirlenmiş performans kriterleri ve verilen hizmetin düzeyine göre ödenecek

miktarlar bellidir. Sağlık merkezlerinde kullanılan elektronik bilgi sistemi kullanılarak, kriterlere göre grubun elde edeceği gelir hesaplanır. Bu uygulama kapsamında genel pratisyen grubunun çalışmaları “klinik alan”, “yönetim alanı”, “ek hizmetler alanı” ve “hasta deneyimi alanı” şeklinde 4 ana alan içinde değerlendirilmektedir. GP/GP grubu bu alanlardan bazılarını seçme özgürlüğüne sahiptir. Klinik alanda, kalp damar hastalıkları, inme ve geçici iskemik atak, hipertansiyon, hipotiroidi, diyabet, ruh sağlığı, KOAH, astım, epilepsi ve kanser yer almaktadır. Nisan 2006’dan itibaren uygulanmak üzere bu alanlara, demans, depresyon, kronik böbrek hastalıkları, atriyal fibrilasyon, palyatif bakım, ruh sağlığı, obezite ve öğrenme bozuklukları kayıt sistemi eklenmiştir.

Her bir hastalık için de ulusal rehberlere göre belirlenmiş performans kriterleri söz konusudur. Örneğin diyabet için, klinik alan kapsamında ‘diyabetliler için bir kayıt sistemi bulunması’, ‘vücut kitle indeksinin ölçülmesi’, ‘sigara içme durumunun kaydedilmesi’, ‘sigarayı bırakma konusunda eğitim’, ‘HbA1c düzeyi ölçme oranı’, ‘HbA1c düzeyi sınır değerinin altında olanların oranı’ vb. gibi diyabetli hastaların saptanması, izlenmesi ve kontrolü konusunda genel pratisyen grubunun verdiği hizmetin kalitesini değerlendiren 18 kriter yer almaktadır.

Yönetim alanı’nda sağlık Merkezinin yeterliliği, kayıtlar ve bilgi sistemi, hasta bilgilendirme çalışmaları, personel eğitimi, ilaç yönetimi, sağlık merkezi yönetimi açısından değerlendirilmektedir. Ek hizmetler alanında serviks kanseri taraması, çocuk izlemleri, gebe ve loğusa izlemleri ve aile planlaması ile ilgili hizmetlerin yeterliliği, hasta deneyimi alanında ise hastaların muayene süresinin yeterliliği ile hasta memnuniyeti değerlendirilmektedir<sup>4-7</sup>.

#### KAYNAKLAR

1. Department of Health /About Us [.http://www.dh.gov.uk/AboutUs/fs/en](http://www.dh.gov.uk/AboutUs/fs/en)
2. NHS/ About the NHS / How the NHS Works  
<http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/Default.cmsx>
3. Maynard A. UK healthcare reform:continuity and change. In:Maynard A (ed). The Public Private Mix for Health. Oxford:Radcliffe Publishing, 2005;63-82.
4. Binley’s NHS Guide [http://www.binleys.com/pdf/NHSGuide\\_2006.pdf](http://www.binleys.com/pdf/NHSGuide_2006.pdf)
5. [DH home/ Policy and guidance/ Organisation policy/ Primary care/ Primary care contracting/ General Medical Services \(GMS\)](#) <http://www.dh.gov.uk/AboutUs/fs/en>
6. NHS employers/ Primary care contracting /  
<http://www.nhsemployers.org/primary/primary-206.cfm>
- 7- British Medical Association, General Practitioners Committee. The new GMS Contract Explained  
[http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/focusoninfo0204/\\$file/Focusaccessinfo1204.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/focusoninfo0204/$file/Focusaccessinfo1204.pdf)
8. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care British Journal of General Practice, 2004, 54, 374-381.

## **SAĞLIK SİSTEMLERİNDE FİNANSMAN ve ÖDEME BİÇİMLERİ (ABD ve ALMANYA ÖRNEKLERİ)**

**Yard. Doç. Dr. Bülent Kılıç**  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

### **I-SAĞLIK SİSTEMLERİNDE FİNANSMAN ve ÖDEME BİÇİMLERİ**

Sağlık sistemlerinde ödeme biçimleri 3 ana başlık altında, 7 ayrı ödeme biçiminden oluşur:

**1.Bütçeden Ödeme:**

- a.Maaş
- b.Bütçeleme modelleri

**2.Hizmet Başına Ödemeler:**

- a.Performansa dayalı hizmet başına ödeme
- b.Döner sermaye
- c.Olgu başına ödeme
- d.Gün başına ödeme

**3.Kişi Başına Ödemeler:**

- a>Listeleme
- b.Managed Care Organizations (Sağlık Hizmeti Organizasyonları):  
HMO (health maintenance organization), PPO, EPO vb

Kişi başına ödemeler başlığı altında verilen “Sağlık Hizmeti Organizasyonları” aslında yukardaki ödeme biçimlerinin hepsini de içerdiği için karma bir sistemdir ve bu nedenle salt kişi başına ödeme olarak sayılmamalıdır.

Her bir ödeme modelinin kendine göre avantaj veya dezavantajları vardır. Örneğin bütçeden ödeme modellerinden biri olan “maaş” ile ödemenin güçlü yanları olarak değerlendirme ve yönetiminin kolay olması, gereksiz tedavi ve girişimlere daha az yer vermesi ve maliyetin düşük olması sayılırken; zayıf yanları olarak gereğinden az hizmet verilebilmesi, sevk oranının yüksek çıkabilmesi ve hizmet sunanın her yaptığı hizmetin değerlendirilmemesi nedeniyle, çalışanın motivasyonunun düşmesi gösterilmektedir. Hizmet başına ödemelerdeyse, hizmeti veren kişinin çabasının ödüllendirilmesi ve yapılan her girişimin değerlendirilerek çalışana ödeme yapılması olumlu bir özellik olarak görülmektedir. Oysa bu ödeme biçiminin gereksiz tedavi ve girişimlere yol açarak aşırı maliyet artışına neden olması ve yapılan her işin objektif olarak değerlendirilmesinin zorluğu sıkıntı yaratmaktadır. Bu nedenle uzun zamandır Avrupa ülkelerinde uygulanmakta olan ve özellikle son on yıllarda ABD’de de gelişmeye başlayan “kişi başına ödeme” sistemleri gündeme gelmiştir. Ancak bu ödeme biçiminin de sorunlu hastaları kabul etmemesi, gereğinden az hizmet verilmesine yol açması ve bir müddet sonra çalışanda motivasyonun düşmesi gibi dezavantajları vardır. Tablo 1’de yedi ayrı ödeme biçiminin bazı temel özellikleri verilmiştir.

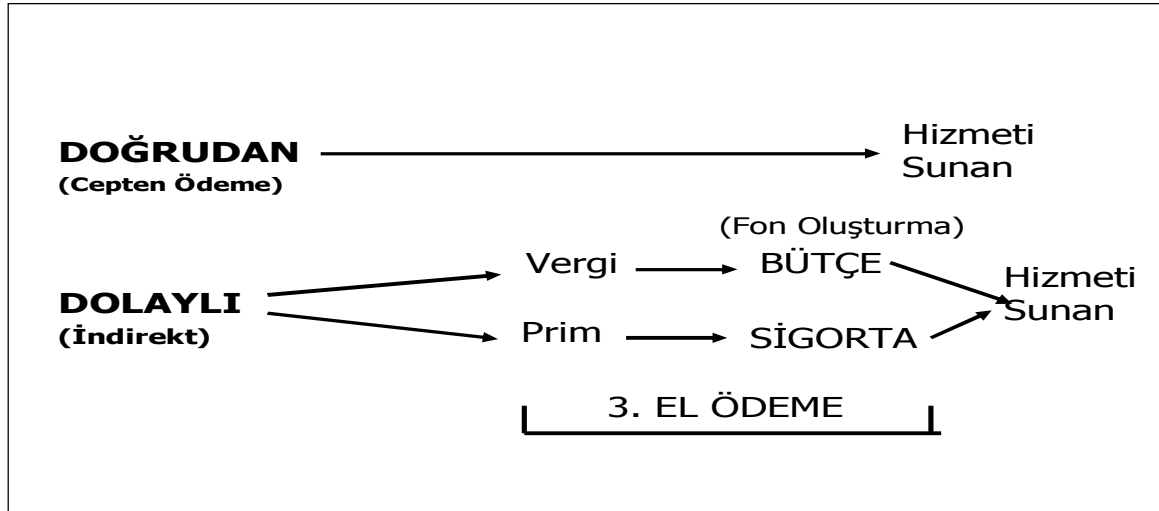
Tablo 1: Sağlık Sistemlerinde Ödeme Biçimleri

Ödeme Biçimleri	Toplam Maliyet	Hasta Sayısı	Çalışanın Ücreti	Kurumun Yararı	Hastanın Yararı
Maaş	↑	↑	↑	↑↑↑	↑
Döner Sermaye	↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑
Hizmet Başına	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	↑↑↑
Kişi Başına	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑
Olgu Başına	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑
Gün Başına	↑↑	↑	↑	↑↑	↑
Bütçeleme	↑	-	↑↑	↑↑↑↑	↑

↑: Çok az artırır    ↑↑: Artırır    ↑↑↑: Fazla artırır    ↑↑↑↑: Çok fazla artırır

Sağlık sistemlerinde finansman biçimleri ise temelde 2 gruba ayrılır; doğrudan ve dolaylı ödemeler. Doğrudan ödemeler, cepten ödeme veya direkt ödeme olarak da isimlendirilirken; dolaylı ödemeler, araya giren sigorta veya bütçe gibi üçüncü kurumlar nedeniyle üçüncü el ödeme veya indirekt ödeme olarak da isimlendirilir (bakınız Şekil 1). Günümüzde sağlıkta finansman her iki yönteminde belli oranlarda olduğu karma bir yapıdadır.

Şekil 1: Sağlık Sistemlerinde Finansman Biçimleri



Finansmanda öncelikle doğrudan harcamaların olabildiğince azaltılması gerekir. Çünkü bu harcama direkt cepten yapılan bir harcamadır ve harcamayı yapan parayı geri alamaz. Temel amacı gereksiz kullanımı azaltmaktır. İlaç harcamalarında görülen %10-20'lik katkı payları buna bir örnektir. Ancak bu tip harcamaların oranı giderek artmakta ve sağlıkta eşitsizliklere yol açmaktadır.

Dolaylı ödemedeki her iki ödeme biçiminde de (vergi ve prim) temel koşul herkesten gelirine göre prim veya vergi toplamaya dayanır. Bunun sağlanamadığı durumlar yoksulların hizmete ulaşamamasına ve sağlıkta eşitsizliklere yol açar. Günümüzde sigorta uygulamasına dayanan sağlık sistemleri, sistemin 1883 yılında ilk kurucusu olan Bismarck'ın adıyla da anılmaktadır ve tipik olarak Orta Avrupa ülkeleri (Almanya, Fransa, Hollanda vb) ve Eski Sosyalist ülkeler (Çek C., Slovakya, Polonya vb) bu gruba bir örnek olarak verilebilir. Vergi ve bütçe uygulamasına dayanan sistemler ise bu uygulamayı 1942 yılında yazdığı raporla ilk kez bir devlet uygulaması olarak gündeme getiren Beveridge'in (İngiltere) ismiyle de anılmaktadır ve tipik olarak İngiltere, İrlanda, İsveç, Finlandiya bu ülkelere örnek olarak verilebilir (İskandinav ülkelerinde vergi genellikle yerel vergi ağırlıklıdır).

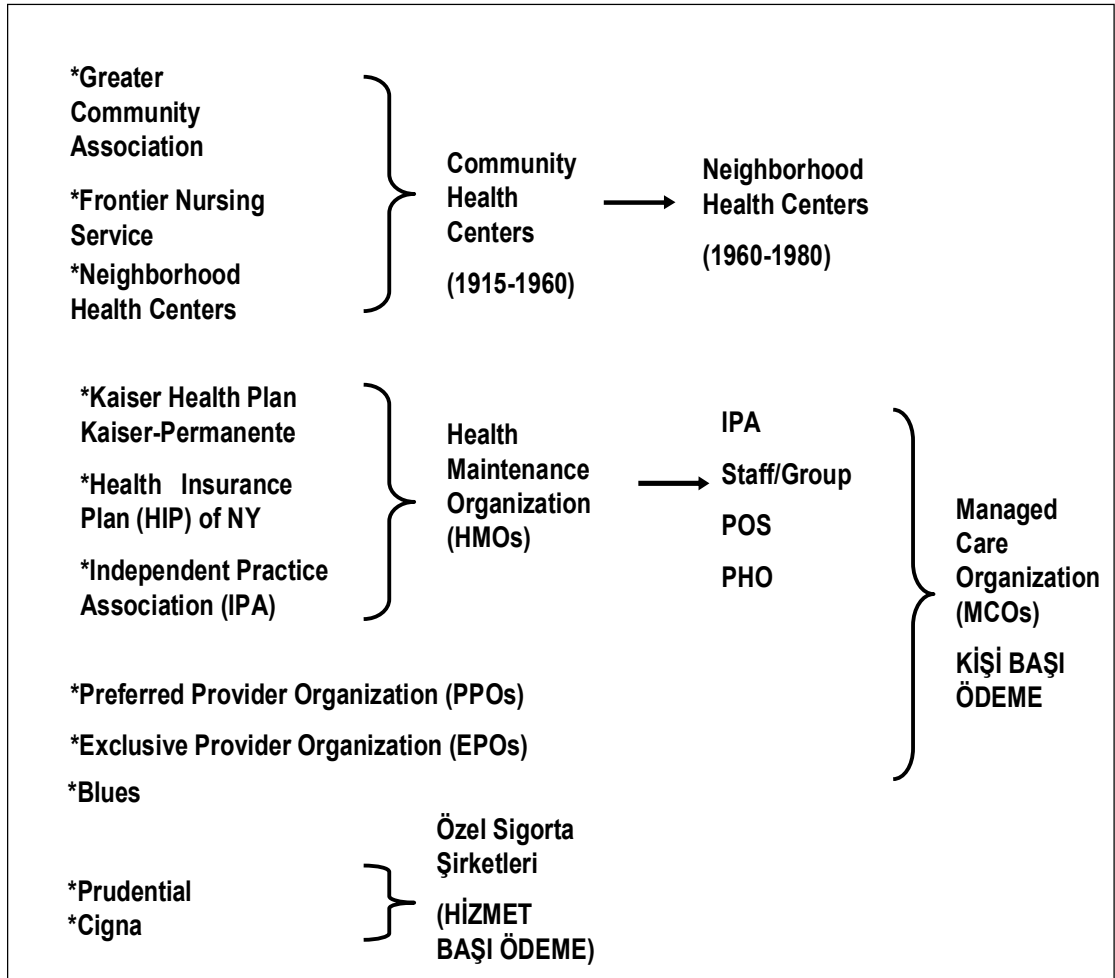
## II-ABD SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSMAN ve ÖDEME BİÇİMLERİ

Toplam nüfusu 295 milyon olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD), federal bir hükümet ve birbirinden bağımsız 52 eyaletten oluşur. Her eyaletin federal düzey dışında örgütlenmiş kendi sağlık örgütü bulunmaktadır. ABD sağlık sisteminde özel sağlık sigortaları %70'lik bir yeri kaplar ve tüm dünyada özel sağlık sigortalarının en yaygın yaşam alanı bulunduğu ülkedir. Ancak ABD vatandaşlarının %16'sı hiç bir sağlık sigortasına sahip değildir. Bu oran gelir düzeyi yüksek merkez kapitalist ülkeler içindeki en yüksek orandır. ABD'de kamuya bağlı sosyal sağlık sigortalarının oranı %24'tür. ABD'de sistemin çoğunlukla "özel" nitelikte sağlık sigortalarıyla işliyor olması hizmetin parası olanlara yani satın alabilecek güçte olanlara ulaştırılması anlamına da gelmektedir. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz kalanlara yönelik olarak düzenlenen "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir. Özellikle etnik azınlıklar, siyahlar, yoksullar ve göçmenlerin sağlık düzeyi beyaz Amerikalı'larla kıyaslandığında daha kötü durumdadır. Koruyucu hizmetlerse eyaletlerdeki halk sağlığı kurumları tarafından ve daha çok sigortası olmayan yoksullara yönelik olarak verilmektedir. Sigorta poliçesi bu tip hizmetleri kapsayanlar ise hizmeti kendi anlaşmalı kurumlarından almaktadır. ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan bir başka yönü de sigorta poliçelerinin başta dış sağlığı olmak üzere önemli hizmetleri rutin olarak içermemesidir. ABD sağlık sisteminin bir başka özelliği ise topluma geniş bir yelpazede ve değişik poliçe seçenekleri içinde sağlık hizmeti sunmasıdır.

1931 ve 1939 yılında kurulan Blue Cross (Mavi Haç) ve Blue Shield (Mavi Kalkan) sigorta şirketleri (Blues:Maviler) halen ABD'nin en yaygın iki sağlık sigortasıdır. Sağlık sigortalarının **hizmet başına ödeme** yapmaları ABD'de giderek artan boyutta sağlık harcamalarına ve çeşitli kötü kullanımlara yol açmıştır. Halen ABD kişi başına 5711 dolar sağlık harcaması ile dünyada sağlığa en çok para harcayan ülke konumundadır. Harcamaların azaltılmak istenmesi nedeniyle 1973'te Nixon döneminde hizmet başı ödeme yerine **kişi başına ödeme** yöntemine dayalı HMO'lar (Health Maintenance Organisation-Sağlığa Destek Organizasyonu) adıyla yeni bir örgütlenme biçimi yaratılmıştır. HMO'lar sisteme dahil olan belli bir nüfusa yıllık standart bir kişi başı ödeme karşılığında belli bir paket hizmet sunar. Kişilerin yıl içinde başvuru sayıları

ödemelerini artırmaz. HMO'ların giderek yaygınlaşması PPO (Preferred Provider Organisation) ve EPO (Exclusive Provider Organisation) adında 2. ve 3. kuşak HMO yapılarının gelişmesine yol açmıştır. Bu modellerin HMO'lardan temel farkı hizmet alanlara daha değişik poliçeler ve hizmet sunucu listeleri sunuyor olmalarıdır. 1993 yılında Clinton döneminde bu uygulamaların tümüne birden Managed Care Organizations (Sağlık Hizmeti Organizasyonları) adı verilmiştir (bakınız Şekil 2).

**Şekil 2: ABD'de Sağlık Organizasyonları**

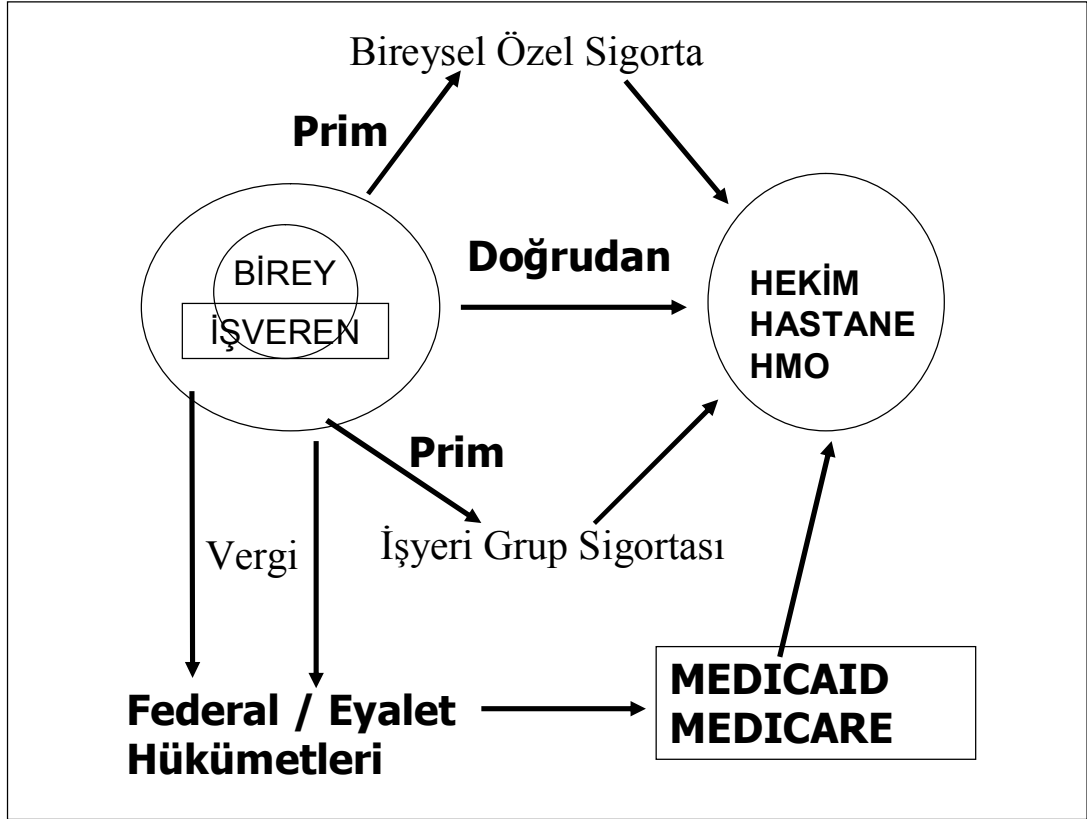


ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynayan üç ana grup vardır: Bunlar kâr amaçlı özel sigorta şirketleri (bağımsız sigorta planları, Blues/Maviler vb), kamu sigortaları (**Medicaid** ve **Medicare**) ve eyaletlerle federal hükümetin bütçesidir (bakınız Şekil 3). Yoksullar için oluşturulmuş bir sigorta olan Medicaid ancak %10'luk bir kesime; 65 yaş üstü nüfus için oluşturulan zorunlu yaşlılık sağlık sigortası Medicare ise toplumun %13'üne (o da ancak kısmen) bir



güvence sağlayabilmektedir. Bu sigortaların tüm harcamaları karşılayamaması nedeniyle Medicare'li nüfusun büyük çoğunluğunun ayrıca özel bir sağlık sigortası vardır. Medicaid'li yoksullar ise acil durumlar hariç birçok hastaneden ve sağlık hizmetinden yararlanamamaktadır.

Şekil 3: ABD'de Sağlık Finansmanı



Özel sigortaların en sık görülen uygulama biçimi Şekil 3'de verilen işyerlerine yönelik grup sigortalardır. ABD nüfusunun %62'si grup sigortasına, %8'i ise bireysel sağlık sigortasına sahiptir. Grup sigortalar kişi başına daha düşük bir prim sistemi ile çalışırlar ve işyerindeki çalışan sayısına bağlı olarak değişik hizmetleri poliçelerine ekleyebilirler. Özel sağlık sigortalarının harcamaları azaltmak için kullandıkları yöntem ise deductible (kesinti) ve co-insurance (ortak sigorta) uygulamalarıdır. Kesinti uygulamasında sigortalı her yıl belli bir rakama örneğin 200 dolara kadar olan sağlık harcamasını kendisi karşılar. Bu uygulama nedeniyle sigortalı kişiler cepten para ödemek zorunda kalırlar ayrıca para ödememek için sigortalı olduğu halde başvuru yapmayan dolayısıyla sağlık hizmeti alamayan çok sayıda kişi ortaya çıkar. Ortak sigortada ise büyük maliyeti olan hastane harcamalarında sigortalının masrafların yaklaşık %20'sini ödemesi gerekir. Tüm bu uygulamalar bireysel sorumluluk adı altında katkı paylarının giderek artmasına yol açar. Toplam sağlık harcamalarının %22'si cepten harcamalardır. Toplam sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında ise

%38 ile ilaç ve özel hastane sektörü ilk sırada gelmektedir. Yönetmelik giderlerin %6-23 arasında olması da dikkati çeken önemli bir orandır ve özel sağlık sigortası sisteminin getirdiği aşırı güvensizlik ve denetim mekanizmalarından kaynaklanmaktadır.

ABD tüm Batılı ülkeler içinde özel sektörün en yaygın olduğu ülkedir. Bu nedenle de toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı %44'te kalmıştır. Bu oran OECD ülkeleri içindeki en düşük orandır. Kamu harcamaları oranı Norveç'te %98, İsveç'te %91, İngiltere'de %87'dir. ABD'de sistemin eleştirilen alan bir diğer yönü ise sağlık harcamalarının çok yüksek boyutlara ulaşmış olmasıdır. ABD kişi başına yaptığı 5000 doları aşkın sağlık harcaması ile dünyada birinci sırada gelmektedir. Ayrıca ABD'de ulusal gelirin %15'i sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Ancak ABD harcadığı bu büyük para ile kıyaslandığında, sağlık düzeyi göstergeleri açısından diğer zengin Batılı ülkelere (İngiltere, Kanada, İsveç, Japonya vb) ve gelir düzeyi daha düşük olan Küba'dan daha kötü düzeydedir. Tüm ülkeler içinde sağlığa en çok para harcayan ülke olan ABD bu durumdan kurtulmanın yollarını aramaktadır.

Sonuç olarak ABD sağlığa çok fazla para harcayan ancak sağlık düzeyi bu harcamayla kıyaslandığında yetersiz kalan bir ülkedir. Toplam sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların fazlalığı, sağlık güvencesiz kesimin yüksekliği ve gelir dağılımının bozukluğu dikkati çekmektedir.

### III-ALMAN SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSMAN ve ÖDEME BİÇİMLERİ

Almanya 16 Eyalet ve 82,6 milyon nüfusa (2.7 milyon Türk) sahip, 672 üyeli Federal Meclis ve eyalet temsilcilerinden oluşan bir Federal Konsey tarafından yönetilir. Sağlık finansmanı zorunlu sosyal sigorta ile sağlanır. Özel sigortalar çok yaygın değildir (%9). Toplumun %99.5'unun bir sağlık sigortası vardır. Bir ve ikinci basamaklar kesin sınırlarla ayrılmıştır ve sevk zinciri işler. Ödemeler hizmet başına yapılır. Ancak Avrupalıların İsviçre'den sonra gelen en pahalı ikinci sistemi olduğu için harcamaları azaltmak amacıyla **bütçeleme** modeline geçiş vardır.

Almanya dünyada ilk sigorta uygulaması yapılan ülkedir. 1854 yılında hastalıkta mali yardım (Prusya) olarak başlayan süreç, 1860-1870'de Hastalık Fonları-Kranken Kassen (Yerel), 1881'de sigorta yasa taslağı ve 1883'te dünyada ilk kez sigorta uygulaması (Bismarck) (bazı kollardaki işçilere yönelik hastalık sigortasıdır) ile sonuçlanmıştır. 1884'te endüstriyel iş kazalarına yönelik sigorta yasası çıkmış, 1889'da kol gücü ile çalışan tüm işçiler sigortalıdır. 1903'te büro memurlarına yönelik sigorta ve 1911'de analık sigortası başlamış; 1914-18'de bakmakla yükümlü oldukları grubu da kapsamıştır.

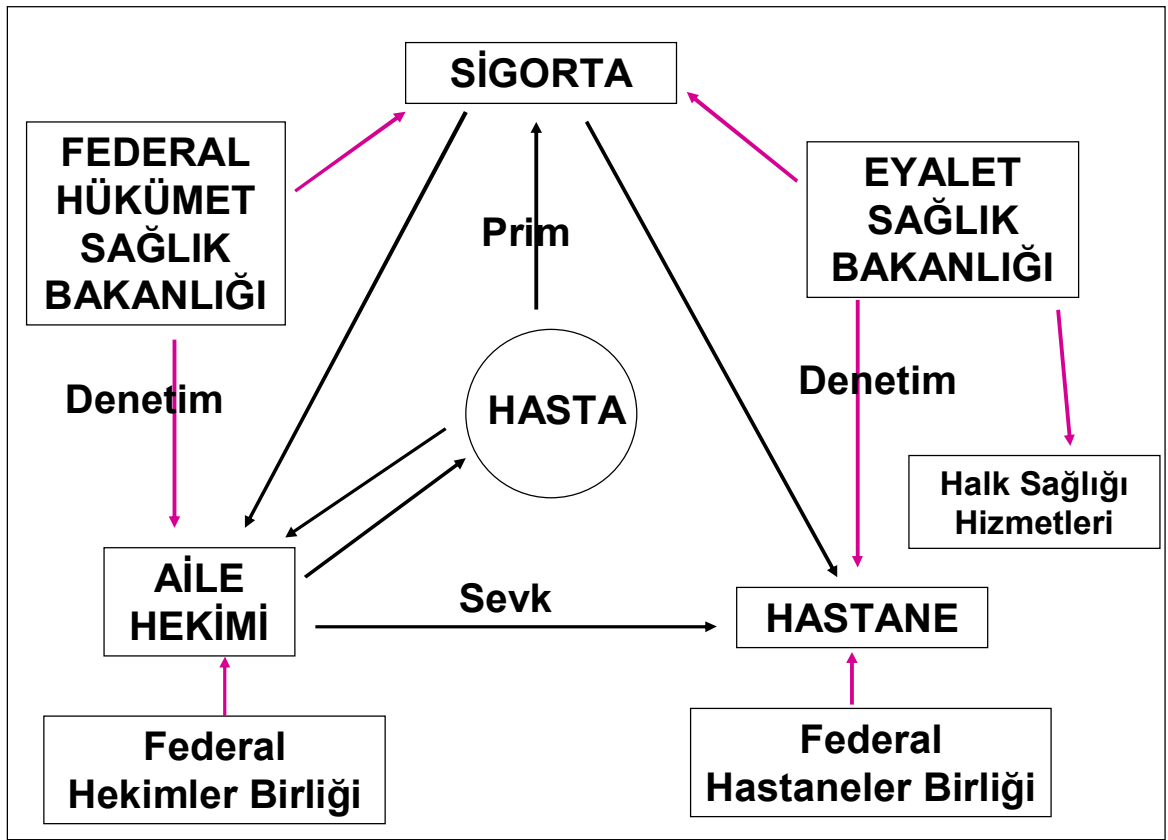
1885'te 20.000 civarında olan sigorta fonu sayısı 1960'larda 2000'e, 2004'te 372'ye ve 2006'da 240'a düşürülmüş, daha da düşürülmeye çalışılmaktadır. Belli başlı sigorta firmaları şunlardır:

- **AOK-Allgemeine Ortskrankenkassen:** 7 genel bölgesel fondur (Devlet Sigortasıdır, 1994 yılında 235 adetti, 2006'da 7'ye indirildi)
- **BKK-Betriebskrankenkassen:** Şirket Kasası, 1994 yılında 719 adetti, 318'e indirildi

- IKK-Innungskrankenkassen: Esnaf sigortası (28 adet)
- LKK-Landwirtschaftliche Krankenkassen : Çiftçi sigortası (5 adet)
- Ersatzkassen: Yedek Hastalık Kasası (12 adet)
- Bundesknappschaft:Maden işçileri kasası (1 adet)
- See-Krankenkasse:Denizcilik kasası (1 adet)

Alman sağlık sisteminin organizasyonu Şekil 4'te verilmiştir:

Şekil 4: Almanya'da Sağlık Sisteminin Organizasyonu



**Kaynak:** WHO. Health Care Systems in Transition: Germany, 2000 (değiştirilerek).

Almanya'da sigorta zorunlu sosyal sigortadır. Yıllık gelir düzeyi 45.000 € (aylık 3750 €) altında olan herkes sosyal sigortaya üye olmak zorundadır. Gelir düzeyi aylık 3750 € üzerinde olanlar ya sosyal sigortayı ya da özel sigortayı seçmek zorundadır, sonradan değiştiremezler. Özel sigortaların aylık primleri daha yüksektir (kişi başı 500€ civarındadır). Bu nedenle özel sigorta yaptıranlar sonra vazgeçenler sigortasız durumda kalırlar (bu grubun sosyal sigortaya geçme hakkı yoktur). Sosyal sigorta primi aylık gelirin %13-15'i arasındadır. Toplumun

%74'ü gelir düzeyi sınırı nedeniyle sosyal sigortaya zorunlu üyedir. Zenginlerin üyeliği ise bu sigorta için zorunlu değildir. Toplam sosyal sigortalı oranı %90, özel sigortalı oranı %9-10'dur. Sigortasız grup %0.5'tir (400.000 kişi). Sigortasız grup çoğunlukla kendi hesabına çalışan küçük işverenler ve kaçak göçmenlerdir. Sigortasız göçmenler ve kaçaklar için yardımcı olan NGO'lar bulunmaktadır. Ancak bu kurumlar polisin eline geçmemesi için hastalara ilişkin kayıt tutmazlar. Ayrıca bu grup başka sigortalıların kartını kullanarak hizmet alır ancak bu suçtur ama görmezden gelinir.

Sigortanın yarattığı büyük bir bürokrasi vardır. Toplam harcamalar içinde bu tip uygulamaların (kayıt, muhasebe, sigorta denetimi) masrafı %30 dolayındadır. Doktorların da zamanının yaklaşık %25-30'u form doldurmaya ayrılmaktadır. Her 3 ayda bir toplam uygulama puanlarını sigortaya bildirmek zorundadırlar. Tüm uygulamaların (yazılan reçete bedelleri dahil) günlük hesaplanması gerekmektedir.

Ödemeler "hizmet başına"dır. Hekim parasını sigortadan alır. Hekim her türlü hizmeti gün ve saatiyle kaydetmek zorundadır. Tanılar puanlama sistemi ile ücretlendirilir. Puanlar hastalığın ciddiyetine göre değişir. Harcamalar giderek arttığı için 3 aylık dönemler için hekimin uzmanlık dalına göre belli bir bütçeyi ve puanı aşmaması istenir. Hekim tüm tanı, tedavi ve ilaç giderlerini bu bütçeyi aşmadan kullanmak zorundadır. 3 aylık sürede puanını dolduran hekim artık isterse hasta bakmayabilir. Bütçeyi aşan harcamalar hekime yapılacak ödemedен kesilir.

Kişi başına düşen sağlık harcamasının 1999 yılındaki 2500 dolarlık tutardan, 2003 yılında 3000 dolara kadar çıkması üzerine, Almanya'da son 3 yıldır ciddi biçimde maliyet sınırlama çalışmaları yapılmaktadır. Yıllık sağlık harcaması tutarının 2005 yılından başlayarak her yıl 10 milyar Euro azaltılarak 3 yıl içinde (2007 sonunda) toplam 144 milyar Euro'dan 120 milyar Euroya geriletilmesi planlanmıştır. Bu amaçla 2003-2004 yılında hastaneler için DRG (Diagnosis Related Group) sistemine geçilmiş, aile hekimleri için sabit bütçeleme (her üç aylık dönem için belli bir bütçe), reçete edilebilecek ilaçlara sınırlama getirme ve hekimlerin her ilacı yazma serbestliğinin kaldırılması başlatılmıştır. Ayrıca ileri teknoloji kullanımına sınırlama, dış sağlığı hizmetlerinde kısıtlama ve kullanıcı ödentilerinin artırılması uygulanmaya başlamıştır. Katkı payları için getirilen artırımlar şöyledir:

- Kişi 3 ayda bir aile hekimini değiştirebilir. 3 vaydan önce hekimini her değiştirdiğinde ek olarak 10 Euro öder
- İlaç : 4-5 Euro/reçete başına
- Dış sağlığı hizmetleri: %35-50'sini öder
- Hastane yatışı : günde 9 Euro (yılda max. 14 gün öder)
- Fizik tedavi vb : %15'ini öder
- Ambulans: 13 Euro öder
- Protezler : %20'sini öder

Hekim gelirleri giderek düşmektedir. Bu nedenle hekimler zaman zaman grev ve yürüyüşler yapmaktadır. Bir pediatristin ortalama geliri her çocuk için üç aylık dönemde 30-40 €. Yapılan diğer uygulamalarla (aşı, enj vb) hekime 3 ayda bir ort. 50€ kalır. 1000 tane kayıtlı çocuğu olan bir pediatrist 3 ayda bir yaklaşık 50.000 € kazanır. Hekim tüm masraflarını (büro giderleri, hemşire-sekreter ücreti vb) kendi karşılar. 3 aylık harcama kotasını dolduran hekimin yazdığı her reçete bedeli, lab. ücretten kesilir, sigortadan muayene ücreti alamaz.

#### IV-SONUÇ

ABD, Almanya ve Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ele alındığında Almanya ve Türkiye’de sosyal sigortaların, ABD’de özel sigortaların ağırlıklı olduğu görülmektedir. Ancak sigortaların en önemli dezavantajı harcamaları artırmasıdır. Nitekim bu durum gerek Almanya gerekse ABD’de açıkça görülmektedir. ABD tüm dünyada sağlığa en çok para harcayan ülkedir, Almanya ise Avrupa’da 2. durumdadır. Türkiye de son yıllarda genel bütçe ağırlıklı finansmandan giderek sigorta ağırlıklı bir finansmana geçmiştir ve bunu daha da genelleştirmeye çalışmaktadır. Bu nedenle Türkiye’nin sağlık harcamaları da giderek artmaktadır (bakınız Tablo 2).

**Tablo 2: ABD, Almanya ve Türkiye’de Bazı Sağlık Finansmanı Göstergeleri**

ÜLKE	Kişi Başına Düşen Ortalama Gelir (PPP \$ )	Kişi Başına Ort. Sağlık Harcaması (International \$)		GSYİH Sağlığa Ayrılan Pay (%)		Toplam Sağlık Harca. Kamu Payı (%)	
	2000	2000	2003	2000	2003	2000	2003
ABD	34,142	4588	5711	13.3	15.2	44.0	44.6
Almanya	25,103	2674	3001	10.6	11.1	78.6	78.2
Türkiye	6,974	453	528	6.6	7.6	62.9	71.6

**Kaynaklar:** WHO. The World Health Report-2006  
WHO. The World Health Report-2002

Tablo 2’de dikkati çeken bir diğer bulgu ise ABD’de sağlık harcamalarında kamu payının oldukça düşük olmasıdır. Ayrıca GSYİH içinden sağlığa ayrılan payın ABD’de %15’e çıkmış olması dikkati çekmektedir.

Ödeme biçimleri açısından değerlendirme yapıldığında, gerek Almanya, gerek ABD ve gerekse Türkiye’de sağlık hizmetlerinde pahalı bir ödeme biçimi olan hizmet başına ödeme sistemlerinin kullanıldığı ancak bunun değiştirilmeye çalışıldığını görmekteyiz. Almanya’da bu değişim “bütçeleme”ye doğru; ABD’de ise “kişi başına ödeme”ye doğrudur. Türkiye’de ise değişim öncelikle maaştan “döner sermaye”ye doğru olmuştur (bakınız Tablo 3). Ancak döner sermayenin de performansa dayalı bir ödeme biçimi olması nedeniyle bu yöntem de aslında

hizmet başına ödemenin değişik bir türüdür. Bu nedenle son yıllarda hazırlanan aile hekimliği reform paketi ile öncelikle bu ödeme biçiminin hizmet başından kişi başına ödemeye doğru değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Ancak bu sistemin getireceği dezavantajların başında riskli kişilerin hizmete ulaşamaması, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az sunulması gibi durumlar gelmektedir. Ayrıca uygulandığı ülkelerde finansman konusunda her zaman başarıya ulaşamadığı dikkate alınmalıdır.

**Tablo 3: ABD, Almanya ve Türkiye’de Ödeme Biçimleri**

Ödeme Biçimleri	ABD	ALMANYA	TÜRKİYE
Maaş	↑	↑↑	↑↑↑↑
Döner Sermaye	-	-	↑↑↑↑
Hizmet Başına	↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑
Kişi Başına	↑↑	↑	-
Olgu Başına	↑↑	↑	↑↑
Gün Başına	↑	-	-
Bütçeleme	↑	↑↑↑	-

↑: Çok az kullanılır    ↑↑: Kullanılır    ↑↑↑: Fazla kullanılır    ↑↑↑↑: Çok fazla kullanılır

Sonuç olarak, Almanya, ABD ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak **sigorta tipi finansmanın** uygulandığı, ödeme biçimlerinde ise hizmet başına ödemededen giderek **kişi başına ödeme** ve **bütçeleme** modellere yönelildiği görülmektedir.

#### Kaynaklar:

**Belek İ.** Sosyal Devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politiği. Sorun yayınları, 2. basım, İstanbul, 2001.

**Belek İ.** Sağlık hizmetlerinin finansmanı. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları, No:34, İstanbul, 2006.

**Belek İ.** Hekim ödeme sistemleri. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları, No:34, İstanbul, 2006.

**Belek İ.** Hekim ücreti. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları, No:34, İstanbul, 2006.

**Belek İ.** Beveridge tipi sağlık sistemi. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları, No:34, İstanbul, 2006.

**Bodenheimer TS, Grumbach K.** Understanding Health Policy. Appleton&Lange Press, Connecticut, USA, 1995.

- Kılıç B.** ABD sağlık sistemi. Toplum ve Hekim, 1996(9)64-65:30-35.
- Kılıç B.** ABD'nin Sağlık Sistemi. Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), Nazım Kitaplığı Yayınları, No:34, İstanbul, 2006.
- Mc Kenzie, JF et all.** An introduction to community health. 4<sup>th</sup> ed. Jones and Bartlett Publishers, ON, Canada, 2002.
- Roemer MI.** National Health Systems of the World. volume 1:The Countries, Oxford University Press, NY, USA, 1991.
- WHO.** The World Health Report-2002, Changing History. Geneva, Switzerland, 2002.
- WHO.** The World Health Report-2006, Working Together for Health. Geneva, Switzerland, 2006.
- WHO.** Health Care Systems in Transition: Germany. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2000.
- WHO.** European health care reform, analysis of current strategies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997.
- WHO.** The European Health Report-2002. WHO Regional Office for Europe, No:97, Copenhagen, 2002.
- World Bank.** World development report, 1993/Investing in health", Oxford Univ. Press, New York, 1993.

## İSKANDİNAVYA'DA SAĞLIKTA FİNANS ve ÖDEME

Gazanfer Aksakoğlu

### GENEL ÖZELLİKLER

İskandinav ülkelerinin her birinin kendilerine özgü sağlık örgütlenme ve buna dayalı özgün finans modelleri olması kaçınılmaz ve doğaldır. Tarihsel ve kültürel bağları nedeniyle sağlık yaklaşımlarında çok önemli ortak paydaları olduğunu da bilmek gerekir. Genel olarak sağlık alanındaki ortak özellikleri şöyle özetlenebilir:

- Sağlık kazanılmış haktır,
- Sağlık hizmeti tüm toplumu kapsar,
- Finans temel olarak vergiye dayalıdır,
- Bazılarında zorunlu bazılarında gönüllü bir sigorta desteği vardır,
- Finans önemli ölçüde Yerel Yönetimler'ce (YY) yürütülür,
- Hizmet çocuk/genç/yoksul için ücretsiz, diğer bireyler için küçük katkı payı ödemelidir,
- Bireysel sorunlar ortaya çıktığında çözüm esnek olarak ve birey yararına uygulanır.

### FİNLANDİYA

- YY her tür sağlık hizmetinden sorumludur.
- YY Sağlık Ocaklarını oluşturur ve yürütür.
- Hastane hizmetlerini Bölge'lerden alır.

Özel sektörün sağlık alanındaki katılımı çok kısıtlıdır. Özel hizmet sunumunda önce fizyoterapistler akla gelir; 2-3 kişinin bir araya gelerek oluşturduğu 1,450 birimle özel hizmet sunarlar. Özel hekim muayenahaneleri azdır, çoğu tek hekimden oluşan 1,000 dolayında birim vardır. Özel hastaneler toplam hizmetin %3-4'ünü üretir. Sağlık giderlerinin 1999'da %43'ü YY'ce (1990'da %35), %18'i devletçe (1990'da %36), %15'i Ulusal Sağlık Sigortası'nca (1990'da %11), %24'ü özel olarak (1990'da %18), karşılanmaktadır.

YY bütçesinin yarısı vergiden, yarısı işletmelerden ve merkez bütçeden karşılanır. YY toplumdan ortalama gelirin %17.5'i kadar vergi alır. Tüm gelirinin yaklaşık %25'ini sağlık, %25'ini sosyal güvenlik harcamalarına ayırır.

Bireysel katkılar az da olsa istenir. Bazı komünlerde (YY'in sorumlu olduğu toplum) yılda kişi başına 20 avro ödenir. Bazısında ise başvuru başına 10 avro alınır, üçüncü başvurudan sonra ücret alınmaz. 15 yaş altı için hizmet tümüyle ücretsizdir. Hastane yatışlarında 18 yaş altı yılda 7 günden uzun kalırsa ücret ödemez. Hastaneye başvuruda 20 avro, yatış için günde 23 avro, yatış üç



günden uzun sürerse ek olarak günde 25 avro alınır. Gündüz cerrahisi için en çok 67 avro ödenir. Reçete başına 8 avro kişi tarafından, üstünün % 50'si USS'ndan ödenir. En yüksek yıllık ödeme 580 avro ile sınırlıdır. Süregen hastalıklarda reçetenin % 75-100'ü USS'ndan sağlanır. Yatan hasta ilaç ücreti ödemez. Ortez ve protezler tümüyle ücretsizdir. Terveyskeskus'a (Sağlık Ocağı [SO]) randevusuz gelenler acil bölüme alınır, 10 avro ödeme yapar ve birkaç saat bekletilirler. Bazı komünlerde fizyoterapinin her seansı için 6 avro alınır. Ödeme koşulları genellikle yukarıda yazılı kurallara uymaz, kişilerin ödeme yapmaksızın hizmet almaları için çaba gösterilir.

## İSVEÇ

YY'in sağlık ve sosyal güvenlikteki sorumluluğunu belirleyen yasa 1983 tarihlidir.

Finans üç aşamalıdır:

- Ulusal (destek, denetim, sübvansiyon,..)
- İl
- Yerel

Sağlık harcamalarının temel kaynağı vergidir. Vergi merkeze, İl'e ve YY'e ayrı ayrı ödenir. Ayrıca işveren çalışanların primini Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) öder. Genel olarak sağlık harcamalarını YY yapar. 2003'te bütçesinin %92'si sağlığa, %30'u yaşlı ve engelliler için ayrılmıştır.

2003'te harcamaların %72.2'si vergiden (1980'de %62.3), %3'ü hizmetten yararlanılardan sağlanmıştır. Vergi oranı İl düzeyinde %10, YY'de %20 dolayındadır. Ayrıca işveren brüt ücretin %11'ini prim olarak SGK'na öder. Komün yaşayanlarının tümü evlerinde hemşire, sosyal güvenlik elemanı ve hekim tarafından izlenir. Hastalık nedeniyle başvurularda caydırıcı olması için hekime başvuruda 11-17 avro, hastaneye başvuruda 22-34 avro (2004) alınır. Ödeme toplamı yılda 100 avroyu aşamaz. Hastanede yatışta günde 7 avro ödenir. 20 yaş altı tüm hizmetler ücretsizdir. İlaç katkı payı olarak en çok reçete başına 100 avro, yılda en çok 200 avro ödenir. Diğer İskandinavya ülkelerinin tersine iş sağlığı hizmetleri tümüyle ücretsizdir. Özel Sağlık Sigortası gönüllüdür, 2003'te toplumun yalnızca %2.3'ü kayıtlı durumdadır.

İl Kurulu 3 yılda bir seçilir, sağlık hizmetinin her aşamasından ve finansmanından sorumludur. Görev tanımı, kuralı,.. vb. yoktur, sağlık ve sosyal güvenlikte her konuda tam yetkilidir. İller Bölge'lere ayrılır, kendi kurullarıyla yönetilir. Bölgede 1 hastane, birkaç Vårdsantral (SO) alanı vardır. İl Kurulu Hastane Kurulu'nu seçer, o yönetim ve yürütmeyi oluşturur. Özel hizmet denetim altındadır. İl Kurulu ile işbirliği yapılmazsa ödemeyi sigorta değil, kişi yapar.

Gelirin %72'si vergi, %25'i merkez kaynaklardan, %3'ü cepten sağlanır (2003). Sağlık harcamaları ulusal gelirin %9.2'sidir (2002). Sağlık giderinin %85'i

kamudan karşılanır. Giderin %85'i sağlık harcamalarına yapılır; %15'i sosyal yardım, kültür, kamu taşımacılığına gider. Kimse yılda 200 avrodan harcama yapamaz. Özel sektör daha çok hastane hizmetlerinde görev alır. 2002'de sağlık harcamalarının %14.7'si özel harcamalardır (1990'da %10.1). Vergi oranı %32'dir (2004). Gelirin %56'sı vergi, %22'si merkez, %12'si hizmet ödemeleri, %10'u diğer kaynaklardandır.

## NORVEÇ

Geleneksel olarak toplumda yerleşik olan sağlık ve sosyal güvence hakkı gereği sağlık ve sosyal haklar şimdiye dek hiçbir yönetim ya da kişi tarafından tartışılmamıştır. Hizmet sunumu Lege-Senter (SO) aracılığıyla yürütülür.

Sistemin genel özellikleri şunlardır:

- Harcamalar temelde vergiye dayalıdır
- İl düzeyinde ek vergiler alınabilir ve fonlara aktarılabilir
- Finans YY düzeyinde yürütülür, ancak bu düzeyde vergi alınmaz
- Cepten ödemeler Ulusal Sigorta Sistemi (USS) tarafından karşılanır
- USS zorunludur
- 15,000 hekimin 4,000'i Aile Hekimi (AH) olarak görev yapar
- Hizmet alımında katkı payı vardır; 7/18 yaş altı, emekli, engelli ve gebeler ödemez (~5-75 avro)
- 175 avronun üzerinde ödeme yoktur (1 milyondan fazla kişi)
- Temel ilaçlar SO'nca sağlanır ya da USS'ce ödenir
- Yatarak sağaltım tümüyle ücretsizdir
- Yaşlı ve engellilerin evde bakımı ücretlidir

Kişi Başına Sağlık Harcaması 4,440 avrodur (2004).

Sağlık harcamalarının ana hatları aşağıdaki gibidir:

Yıl	<u>1980</u>	<u>1990</u>	<u>2003</u>
PPP (\$)	659	1,385	3,807
GSYH (%)	6.9	7.7	10.3
Kamu (%)	85.1	82.8	85.5

## DANİMARKA

Hizmet alımında bireyler iki seçeneğe sahiptir:

- Grup 1: 10 km çapında (Kopenhag için 5 km) bir AH seçmek zorundadır. Çocuklar için de bağımsız olarak geçerlidir. Ödemeler vergi aracılığıyla yapılır.
- Grup 2: İstedığı hekim ve hastaneye gidebilirler (Toplumun %1.7'si). Ödemelerini cepten yaparlar. Yatarak hizmet ücretsizdir.

AH ödemelerinin 1/3-1/2'si kişi başına, kalanı hizmet başına yapılır. Hizmet alımı ücretsizdir, ilaçta ve fizyoterapide katkı payı alınır. İlaç hastanede ücretsizdir. Reçetede 7 avrodan sonra subvansiyon başlar, 400 avro/yıl olunca %100'ü subvanse edilir. Gözlük ödemeleri cepten karşılanır. İşitme aygıtları ücretsizdir, ancak bekleme süresi uzun olduğundan genellikle satın alınır.

## İZLANDA

Geleneksel sağlık ve sosyal güvenlik hakkı kavramını en iyi koruyan ülke konumundadır. Finans temelde vergi ile yapılır, 2001'de %83 vergi ile ödenmiştir. Kalan %17 bakı ve dış sağlığı ile reçete katkısı olarak ödenir. Hastane ödemeleri tümüyle vergiyle karşılanır.

Hekim ücretleri maaşla ödenir. Kırsal sağlık ocaklarında hekim/hemşire/ebenin kalış ücretleri karşılanır. Özelleştirme başlamasına karşın geri dönüş eğilimi vardır. Özel hekimler Reykjavik'te toplanmış durumdadır; toplam 10 uzman hekimden oluşur. Onlara Devlet Sosyal Güvenlik Enstitüsü (DSGE)'nden hem kişi başı, hem hizmet için ödeme yapılır.

Katkı payları (€) aşağıdaki gibidir.

	<u>GP</u>	<u>Lab</u>	<u>Rad</u>	<u>en çok</u>
Erişkin	6	12	18	210
Çocuk	6	4	6	70
Yaşlı/Engelli	3	4	6	50

“En çok” olarak belirtilen sayı bir kişinin bir yılda sağlığa en çok ödeme yapacağı sınırdır, bunun üstü subvanse edilir.

## SONUÇ

İskandinav ülkelerinde Sağlıkta Reform'a uyum görüntüsü ve neoliberal saldırı izleri olmasına karşın kazanılmış haklar için sessiz bir direniş sürdürülmektedir. Özelleştirme girişimlerinde 1990'lara göre genelde gerileme gözlemlenmektedir.

## KAYNAKLAR

Aksakoğlu G. İnceleme notları, Finlandiya 1989-2003. (Yayımlanmamış)  
Aksakoğlu G. İnceleme notları, İsveç 1990-2004. (Yayımlanmamış)

- Aksakoğlu G. İnceleme notları, Norveç 1978-2006. (Yayımlanmamış)
- WHO. Health Care Systems in Transition-Denmark 2001, Copenhagen.  
<http://www.euro.who.int/document/e72967.pdf>
- WHO. Health Care Systems in Transition-Finland 2002, Copenhagen.  
<http://www.euro.who.int/document/e74071.pdf>
- WHO. Health Care Systems in Transition-Iceland 2003, Copenhagen.  
<http://www.euro.who.int/document/e82881.pdf>
- WHO. Health Care Systems in Transition-Norway 2006, Copenhagen.  
<http://www.euro.who.int/Document/E88821.pdf>
- WHO. Health Care Systems in Transition-Sweden 2005, Copenhagen.  
<http://www.euro.who.int/Document/E88669.pdf>

## Sağlık Ocaklarında Ek Ödeme (performans) Yöntemleri ve Bunun Sağlık Hizmetine Etkileri

Dr. Aylin Sena Beliner

Pratisyen Hekimlik Derneği İzmir Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi

Ek ödeme yöntemlerinden biri olan döner sermaye, kamu kesiminde bütçeden bir kez için alınan, eksiltmemek koşulu ile ve uzun süreli varlıklara bağlanmadan dönüp dolaşıp kendini çoğaltması sağlanarak kullanılan kamu sermayesine verilen isimdir. Böylece bütçeden alınan bir sermaye ile bir kamu kuruluşu ayrı bir ekonomik yapı altında para kazanır. Yani bir ölçüde özelleştirilmiş olur. Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından sağlık hizmeti üretenlerin özelleştirilmesi ve kamu kurumlarında kullanıcı ödentileri aracılığıyla özel finansmanın artırılması savunulmaktadır. Kamu hizmetlerini zayıflatacak bu girişimler, Avrupa ve Kanada gibi iyi gelişmiş sosyal refah sistemlerinde eşitliğe açık bir tehdit oluştursalar da, diğer gelişmeler orta ve düşük gelirli ülkelerin kırılgan sistemleri için daha acil tehditler oluşturmaktadır. Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların yükselişi aileleri yoksulluğa sürüklemekte ve zaten yoksul olanların yoksulluğunu arttırmaktadır. Medikal yoksulluk tuzağı olarak bilinen bu durumun boyutları ulusal hane halkı çalışmalarıyla ve yoksulluğu azaltmayı hedefleyen katılımcı çalışmalarla ortaya konmaktadır. Ana etkileri:

1. Tedavi edilmemiş hastalık
2. Sağlık hizmeti kullanımında azalma
3. Uzun dönem yoksullaşma
4. Bilinçsiz ilaç kullanımınıdır.

Sağlık finansmanının özelleştirilmesinin bir şeklini muayene olurken ve / veya ilaç alırken hastaların “cepten ödeme” yapmasıdır. Çok sayıda araştırma, muayene olma ve ilaç alma dışındaki diğer hizmet kalemlerinden de katkı payı uygulamasının başlatıldığını ya da alınmakta olan miktarların arttığını göstermiştir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirmesinden en fazla zarar görecekt olan grup yoksullar, işsizler ve düşük gelirli lerdir.

### TÜRKİYE'DE

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı içinde döner sermaye kuruluşu 1961 yılında 209 numaralı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” kanun ile (Resmî Gazete 09.01.1961 - 10702) oluşturulmuştur. 18 Mart 1976 tarihinde 209 sayılı yasa değişikliği ile kurum ve kuruluşlara verilen döner sermaye miktarı arttırılmıştır. 1989 yılında 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile döner sermaye gelirlerinin yüzde 50’sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabileceği kabul edilmiştir. 4618 sayılı yasada değişiklik ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşlara sağlık hizmeti sunumu ortadan kaldırılmış ve bu kişilerin nasıl hizmet alacakları ile ilgili yasal düzenleme yapılmamıştır. 23.01.2001 tarihinde 24296 numaralı Resmî Gazete’de yayımlanan 4618 sayılı Kanun ile bu kanunun ilgili maddelerinde bazı değişiklikler yapılmış ve döner sermaye gelirlerinden ilgili sağlık kurumlarının personeline ek ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. Yine aynı kanun ile birinci

basamak sağlık kurumlarını, ana ve çocuk sağlığı merkezlerini, halk sağlığı laboratuvarlarını kapsamak üzere her ilde bir döner sermaye işletmesi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı 18.11.2002 tarihinde 25299 sayı ile yayımladığı “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Görevli Personele Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme Hakkındaki Yönerge”yi 18.06.2003 tarihinde yenileyerek personele dağıtılacak döner sermaye gelir katkı payını personelin performansı ile ilişkilendirmiştir. 2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu’nun 49. maddesinin (k) bendine dayanarak Sağlık Bakanlığı’nın Birinci, diğeri İkinci ve Üçüncü Basamakta olmak üzere çıkarılan iki yönerge ile 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye’de performansa dayalı döner sermaye uygulaması yürürlüğe konulmuştur.

Sağlık kurumlarındaki döner sermaye işletmelerinin gelirlerinin önemli kısmını tedavi edici sağlık hizmetleri sunumu oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetin fiyatı Sağlık Bakanlığınca belirlenmektedir. Hastalar, belirlenen fiyatları ya doğrudan (sosyal güvencesi yoksa) kendileri öderler ya da bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumları geri ödeme yöntemiyle hizmet fiyatını ilgili kuruma öder. Buna karşılık, bazı sosyal güvenceli hastalardan da hizmet kullanımı anında katkı payı alınmaktadır.

Döner sermaye, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en önemli kanallardan birisi durumuna gelmiştir. Eskiden parasız sunulan ve Sağlık Bakanlığı bütçesinden finanse edilen birinci basamak tedavi hizmetleri artık döner sermaye işletmesine gelir kaydetmek üzere sosyal güvenceli ve güvencesiz hastalara para ile sunulmaktadır.

Personel ücretlerinin döner sermaye geliri ile ilişkilendirilmesi ve ileride toplam gelir içinde döner sermayeye katkı payının oranının artacak (genel bütçeden ödenen ücret artışlarının sınırlanması nedeniyle) olduğunun anlaşılması hizmet üretiminde arz yönünden kaynaklanan pek çok etik sorunların da yaşanacağını göstermektedir. Personel ve sağlık kurumları gelirlerini arttırmak için gereksiz hizmet kullandırmayı (örneğin gereksiz laboratuvar istemi) deneyecekler, bu da toplumun sağlık hakkında önemli tahribatlar yaratacaktır. Birinci basamak sağlık kurumlarında personelin performansı çok önemli oranda, personelin tedavi edici hizmetler alanındaki çalışmalarına bağlanmakta ve performans hesabında temel oluşturan puanlama iş yerindeki amir tarafından yapılmaktadır. Bebek, gebe, kadın izlemlerinde, bağışıklama ve tarama programlarının yalnızca bir önceki yılın aynı ayında yapılan izlem sayısının üstüne çıkılmasının ödemeye temel alınması, ulaşılması istenen hedeflerin dikkate alınmaması ciddi bir yanılıdır.

Türkiye’de sağlık alanında yürütülen, sağlık hizmetlerinde liberizasyon ile kendini gösteren “reform süreci” 1980’lerde başlamıştır. Günümüzde “sağlıkta reform” çalışmaları “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla sürmektedir. Bu programın ana eksenini oluşturan düzenlemelerin başlıcaları; birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık ocaklarının kaldırılarak aile hekimliği sistemine geçilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi ve döner sermaye uygulamalarıdır. Döner sermaye bir özelleştirme uygulamasıdır.

Geçmişte “eşit işe eşit ücret” anlayışı doğrultusunda bir ücretlendirme modeli uygulanmakta iken, günümüzde performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile birlikte esnek ücretlendirme mümkün hale gelmiştir. Parça başı iş yapmanın esas alındığı bu sistemde nitelik tamamen bir yana bırakılmış, nicelik esasına göre ücretlendirme gündeme getirilmiştir. Bu durum sağlık hizmet sunumunda

ekip anlayışını bozmakta, meslektaşlar arasında kabul edilemez bir rekabet anlayışı ortaya çıkmaktadır. Fiyatlandırma kaynak olarak kamusal fonlar yerine vatandaşın cebine el atan döner sermaye gibi yöntemlerin kullanılması da, “ek kazanç” görünümü altında esnekleşme çabalarına destek sağlayan bir uygulama işlevi görmektedir.

#### SAĞLIK VE SAĞLIK ÇALIŞANINA ETKİLERİ ÜZERİNE YAPILMIŞ BİR KAÇ ARAŞTIRMA:

- İzmir merkezindeki bir sağlık ocağın bölgesinde yaşayan 0 - 6 yaş çocukların sağlık hizmetine erişim ve kullanımının irdelendiği 2004 yılında yapılmış bir çalışmada yoksullar, alt sınıfsal gruplar, sosyal güvencesi olmayanlar, göçmenlerin koruyucu ve tedavi edici hizmetler için sağlık ocağını daha çok kullandıkları izlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Çocukların yüzde 55.3'ünün son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu olmasına karşın bu grubun herhangi bir sağlık kuruluşuna yüzde 57.7'sinin başvurusu olmadığı ve çocukların yüzde 61.7'sinin sağlık hizmetine erişebilmek için sosyal güvenceleri dışında ek ödeme yaptıkları gözlenmiştir. Müstakil evde oturanlar, sosyal güvencesi olmayanlar, eğitim durumu ilkökul ve altı anne ve babalar, ana dili Türkçe olmayanlar, yoksullar anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağından koruyucu hizmet almaktadır. Çocukların hizmet kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların pek çoğuyla uyumlu olarak sağlık güvencesi olmayanların hizmet kullanımlarının daha az olduğu gösterilmiştir.
- Denizli'de 2002 yılında 5 sağlık ocağında yapılmış bir çalışmada döner sermaye uygulamasına geçtikten sonra sağlık ocaklarına başvuru sayısında azalma saptanmıştır.
- İzmir'de yapılmış bir çalışmada; döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı Ocak Mayıs ayları arasında özellikle poliklinik sayılarında bir önceki yılın aynı dönemlerine göre belirgin bir azalma görülmüş, buna karşın laboratuvar tetkik oranları bir önceki yıla göre yüzde 7.5'den yüzde 12.7'ye çıkmış olduğu gözlenmiştir.
- İzmir'de sosyoekonomik durumu görece düşük bir bölge sağlık ocağında yapılmış bir çalışmada; o sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kişilerin yüzde 15'inin Nisan 2002 tarihinde sağlık hizmetine gereksinimi olduğu halde sadece yüzde 68'inin herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğu saptanmış, başvuru yapmama nedeni olarak yüzde 52 ile ekonomik gerekçeler gösterilmiştir.
- Elazığ il merkezinde 2004 yılında sağlık ocağı polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada araştırmaya katılanların yüzde 53'ü sağlık ocaklarındaki hizmetlerin, yüzde 48.5'i hastane hizmetlerinin kesinlikle devlet tarafından sunulması taraftarı olup, yüzde 68.2'si sağlık ocaklarında sunulan hizmetlerden ücret alınmasına karşı olduklarını belirtmişlerdir. Buna en büyük gerekçe yüzde 68.9 ile dar gelirli olanların hizmetten yararlanabilmeleri olarak gösterilmiştir.
- Muğla il merkezinde 2005 yılında yapılmış bir çalışmada; birinci basamakta çalışan hekimlerde uygulanan performans sisteminden ve aldıkları ücretten memnun olmayan hekimler yüzde 69.0 olarak bulunmuştur. Hekimlerin performans uygulamasının personel arası ilişkileri etkileri hakkındaki düşünceleri incelendiğinde yüzde 50'sinin diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediğini ve yüzde 53.4'ünün hekimler arasında olumsuz

rekabet ortamı yarattığını düşündükleri belirtilmiştir. Hasta ile ilgili işlemlere yansması ile ilgili görüşler analiz edildiğinde hekimlerin yüzde 34.5'inin bu sürecin hastaya olumsuz yansıdığını, yüzde 78.4'ünün etik olmayan uygulamalarda artış olduğunu düşündüklerini belirtmiştir.

- Bursa il merkezindeki sağlık ocaklarında 2004 yılında yapılan çalışanların döner sermaye ile ilgili düşüncelerine yönelik bir çalışmada; sağlık çalışanlarının döner sermaye uygulamasını yüzde 33.7'si olumlu bulurken, yüzde 27.9'u olumsuz; yüzde 36.8'i hem olumlu hem olumsuz bulmuştur. Olumlu bulanların en önemli nedeni maddi katkı sağlaması (% 78), ikinci neden olarak da yeterli hizmet verdiklerini, en az hastanedekiler kadar çalıştıklarını, tazminatı hak ettiklerini ve motive olduklarını belirtmişlerdir (% 20.4). Hem olumlu hem olumsuz görüş bildirenlerin yüzde 39.6'sı ek gelirden hoşnut olduğunu belirtmekte ancak iş yükünün artması, tazminat miktarının az olması, özlük haklarına, maaşa, emekliliğe yansımaması, rekabet ortamı yaratması ve sağlık ocağına gelen vatandaşın para alınmasından yakınmaktadır. Katılımcıların yüzde 47.1'i, döner sermaye uygulamasına geçilmesi ile ebe ev ziyaretlerinin sayısının azaldığını, yüzde 30.8'i sağlık ocağı çalışanları arasındaki ilişkilerin olumsuz etkilendiğini düşünmektedir. Döner sermaye tazminatlarının belirlenmesi ölçütlerini personelin yüzde 64.6'sı uygun bulmamıştır.

- Manisa ili merkez ve ilçe merkezinde 2005 yılında birinci basamak kurumlarında yapılan bir çalışmada; performans dayalı döner sermaye uygulamasından aldığı ücret için hekimlerin yalnızca yüzde 3.4'ü "yeterince hoşnut" olduğu anlatımını kullanmıştır. Performans sisteminin hekimler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediğini düşünenler yüzde 83.0, etik olmayan uygulamalara yol açan bir sistem olduğunu düşünenler ise yüzde 86.9 sıklıktadır. Hekimler hasta sayısının arttığını; ancak muayene süresinin kıaldığını belirtmiştir. Ankete katılan hekimlerin yüzde 20.8'i ücret ve özlük hakları ile ilgili sorunlarını Türk Tabipleri Birliği'nin, yüzde 6.5'i Sağlık Bakanlığı'nın ve yüzde 66.0'ı her iki kurumun çözmesini ve yüzde 5.2'si ise Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği ve sendikaların birlikte çözüm üretmesi istediğini belirtmişlerdir.

#### SORUNLAR:

- Sosyal güvencesi olmayanlardan ücret alınması ve bu durumda sağlık personeli ile halkın karşı karşıya bırakılarak gerilim yaşanması
- Ödeme gücü olmayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması, sağlıkta eşitsizliklerin artması, ölümlülüğün yükselmesi
- Bölgeler arası eşitsizliğin artması
- Emekli Sandığı, SSK ve Bağ - Kur için ek finansal bir yük getirmesi
- Birinci basamakta zaten hekim dışı sağlık personeli yetersiz iken; bir personelin döner sermaye işlemlerinde görevlendirilmesi
- Poliklinik hizmetinden koruyucu sağlık hizmetine yeterince zaman ayrılmaması
- Daha fazla gereksiz tetkik yapılması
- Sağlık ocaklarına gereksinimin ne olduğuna dikkat edilmeksizin teknoloji sokulması
- Gereksiz sağaltım ve girişim yapılması
- Puanı yüksek olan girişimlerin öncelenmesi



- Daha fazla poliklinik ile hastaya ayrılan sürenin azalması
- Gerek koruyucu gerekse tedavi edici hizmetlerde sadece nicel yönden değerlendirilmesi
- Sağlık çalışanları arasında yaratılan rekabet zemininin çalışma barışını bozması,
- Sağlık çalışanları arasında gelir dengesizliği
- Sağlık personeli ücretlerinin iyileştirilmesinin döner sermaye gelirlerine bağlanması
- Elde edilen gelirin özlüğe, emekliliğe yansımaması
- Süreklilik garantisi olmaması, zorunlu olarak görevlendirilmemiş eğitim süreleri, hastalık veya yıllık izinlerde ek ödeme alınmaması
- Etik dışı uygulamalara uygun ortam sağlamasıdır.

#### SONUÇ:

Son yirmi yıldır ülkemizde uygulanan sağlık politikaları, kamu sağlık hizmetlerine desteğin kesilerek kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının bu desteği yurttaştan ek ödemelerle karşılamaya çalışması ve böylelikle birer özel kuruma dönüşmesi, kamu sağlık fonlarının başka alanlara aktarılması ve sağlanan kolaylıklarla özel sektörün öne çıkarılması biçiminde özetlenebilir. Hekimler tanı ve tedavi süreçlerinde hastalarının tıbbi gereksinimleri dışında herhangi bir ölçütü dikkate almamalı, kullanılacak laboratuvar ve teknolojinin, içinde bulunulan sağlık ocağı koşullarında hastanın sorununa ne derecede çözüm getireceği dışında bir uygulama standardını kabul etmemeli, koruyucu sağlık hizmetlerini incelemeli ve sosyal güvencesi olmayan hastalardan ne olursa olsun para almamaları gerekmektedir. Yoksullar, göçmenler ve alt sınıfsal grupların sağlık hizmetine erişimlerini arttırmak ve eşitsizlikleri azaltmak için cepten ödeme sistemlerinden vazgeçilmeli ve doğrudan vergilerle oluşturulan genel bütçeden ayrılan kaynakla finanse edilen bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulmalıdır. Yıllardır ihmal edilen sosyalleştirme modelinin zaman yitirilmeden tüm kurumları ile yaşama geçirilmesi gerekmektedir.

#### SON SÖZ:

“Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz.” Prof. Dr. Nusret Fişek

#### KAYNAKLAR:

1. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile hekimliği Türkiye için uygun değildir. Toplum ve Hekim. 2003; 18(4): 251 - 257
2. Belek İ. Arzın yarattığı talep: Bir döner sermaye sorunu. Tıp Dünyası. 2001. Sayı: 84
3. Belek İ. Döner sermaye In: Eleştirel sağlık sosyolojisi sözlüğü. Ed: Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E. SoL Meclis. Nisan, 2006. İstanbul: 60 - 63
4. Bostancı M. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama Sağlık Ocaklarında döner sermayenin uygulanmasının poliklinik hizmetine yansımaları. Yayınlanmamış araştırma raporu - Haziran 2002
5. Deveci SE, Açık Y, Ögetürk A, Gülbayrak C, Ozan AT. Aile hekimliği ve sağlık hizmetlerinde özelleştirme kavramlarına halkın yaklaşımı bir ön çalışma. Toplum ve Hekim. 2005; 20(3): 172 - 176

6. Hassoy H, Çiçeklioğlu M. İzmir ili Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde 0 - 6 yaş çocukların sağlık hizmet kullanımları ve etkileyen faktörler. Toplum ve Hekim. 2005; 20(5): 361 - 371
7. Keskinöğlü P, Kılıç B, Konakçı S, Kulaç E. Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi sağlık düzeyi göstergelerine sağlık ocaklarındaki döner sermaye uygulamasının etkileri. Yayınlanmamış araştırma raporu - 2002
8. Kılıç B, Aksakoğlu G. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye uygulaması yanlıştır. Toplum ve Hekim. 2002; 17(5): 338-343
9. Konakçı S, Kılıç B, Keskinöğlü P, Kulaç E. Narlıdere İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde Nisan 2001 tarihinde sağlık hizmetleri için yapılan doğrudan harcamalar etkileri. Yayınlanmamış araştırma raporu - 2002
10. Nesanır N, Erem A, Bilge B, Saltık A. Manisa'da birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin bakış açısıyla performansa dayalı döner sermaye uygulaması. Toplum ve Hekim. 2006; 21(3): 231 - 238
11. Övretveit J. İskandinav ülkelerinde özelleştirme ve özel sağlık hizmetleri. Toplum ve Hekim.2005; 20(5): 353 - 360
12. Pala K. Sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması. Toplum ve Hekim.2005; 20(1): 72 - 74
13. Pala K, Sarısözen D, Türkan A, Günay N. Bursa merkez sağlık ocaklarında çalışanların döner sermaye ve aile hekimliği ile ilgili düşünceleri. Toplum ve Hekim. 2005; 20(3): 177 - 185
14. Sağlık Bakanlığı. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında 209 Sayılı Kanun. URL: <http://sbu.saglik.gov.tr/performans/> Erişim tarihi:28.04.2007
15. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge URL: <http://sbu.saglik.gov.tr/performans/> Erişim tarihi:28.04.2007
16. SoL Meclis Sağlık Çalışma Grubu. Sağlık alanı izleme raporu - Temmuz 2004. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye uygulaması ve performans değerlendirilmesi. URL: [http://www.solmeclis.net/raporlar/sm\\_izrap\\_saglik\\_0407.htm](http://www.solmeclis.net/raporlar/sm_izrap_saglik_0407.htm) Erişim tarihi: 20.04.2007
17. Tatlıcan S. Esneklik uygulamaları ve hekimlik. Toplum ve Hekim.2004; 19(3): 213 - 215
18. Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu. Birinci basamakta döner sermaye uygulaması. Eylül 2002, Ankara. URL: [www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr) Erişim tarihi: 20.04.2007

## BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE 'BÖLGE' KAVRAMINA YAKLAŞIM

Prof.Dr.Reyhan Uçku  
DEÜTF Halk Sağlığı AD

Sağlıkta 'bölge' kavramı birincil sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu için anahtar bir kavramdır. Bölge kavramı ülkeden ülkeye değişebilmekle birlikte, tanımlanmış bir yönetsel birim olarak belirtilebilir. Sağlık bölgesi ise toplum için gerekli olan, sağlık sisteminin tüm bileşenlerini içeren coğrafik bir alandır. Bu alan verimli bir çalışma yapılabilecek kadar büyük, toplum katılımını sağlayacak kadar küçük bir coğrafik alandır. Bölge sağlık sistemi ise bireysel sağlıkla beraber, ailesel ve toplumsal sağlığa da katkıda bulunacak tüm bileşenlerden oluşmaktadır; ulusal sağlık politikaları doğrultusunda toplumun gereksinimlerine yanıt vererek birincil sağlık hizmetlerini sunmakla sorumludur. Bölge sağlık sistemleri ilk kez 1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından açık bir şekilde belirtilmiş ve 1986 yılında DSÖ Küresel Program Komisyonu tarafından tanımlanmıştır.

Bölge sağlık sistemleri yerel gereksinimlere göre topluma sağlık hizmeti sunar; dolayısıyla yerel, toplum merkezli sistemlerdir. Hizmet sunulan toplumun gereksinimlerine göre, bölge düzeyinde oluşturulan planlar basamaklı bir sistem içinde oluşturulan sağlık birimleri tarafından gerçekleştirilir. Bu basamaklı sistemde en altta köyler ya da küçük yerleşimler için (500-1000) tek bir sağlık çalışanından, genellikle ebeden oluşan birimler yer alır (basamak A). Bu düzeyde koruyucu hizmetler sunulur. Bunun üstünde ebe, hemşire gibi birkaç sağlık çalışanından oluşan ara merkezler, sağlık istasyonları bulunabilir (basamak B1); bu birimler koruyucu ve temel iyileştirici hizmetleri 5 000-10 000 nüfusa sunar; ancak bazı ülkelerde bu düzey bulunmaz. Diğer basamak sağlık ocakları/sağlık merkezleridir (basamak B2); tanımlanmış bir bölge ve 50 000-100 000 nüfustan sorumlu olan topluma dayalı birimlerdir. Farklı sağlık meslek gruplarını içeren bir ekipleri vardır. Becerileri açısından birbirini tamamlayan ekip

bireye, aileye ve topluma bütüncül bir yaklaşımla hizmet sunar. Sağaltım, esenlendirme yanı sıra sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerini de sunan en önemli birimlerdir. Pek çok ülkede B1 ve B2 basamakları ayrı ayrı değil tek bir basamak olarak sağlık ocakları/sağlık merkezleri olarak 5 000- 10 000 nüfusa bir ekip tarafından hizmet sunan temel birimlerdir. En üstte ise (basamak C) bölge yönetim ekibi yer alır. Sağlık bölgesi 200-300 bin nüfusa hizmet verecek şekilde oluşturulur. Bölgede hizmet planlaması, yönetim, denetim, kaynakların sağlanması, araştırma ve diğer sektörlerle eşgüdüm bölge sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilir. Bu düzeyde bölge hastanesi de yer alır. Bölge hastanesi kendi başına hizmet sunan bir birim olarak değil, sağlık ocakları tarafından sevk edilen hastalara gerekli sağaltım ve esenlendirme hizmetini sunan, sağlık ocakları ve çalışanlarını eğitim ve hizmet açısından destekleyen bir birim olarak görev yapar.

Bölge sağlık hizmetleri birincil sağlık hizmetleri sunumunda en önemli yönetsel birimdir; yeterli ve iyi organize olması sunulan hizmetlere de yansiyacaktır. Bu nedenle bölge sağlık hizmetlerinde planlama çok önemlidir. Düzenli olarak yıllık, gerektiğinde daha uzun süreli bölge sağlık planları hazırlanmalıdır. Bölge ekibinin tümü planlama ve yönetimde görev almalıdır. Bölge sağlık planlarında, bölge tanıtımı, koruyucu hizmetler, ölümlülük ve hastalık ile ilgili temel veriler, sağlık alt yapısı ve gereksinimler, öncelikli sağlık sorunları ve toplumun talepleri, önceliklere göre uygun girişimler, eylem planları, çalışmaların izlemi ile ilgili hazırlıklar ve sağlık planı ile ilgili olası riskler yer almalıdır.

Basamaklı sağlık hizmeti sunumu ile ilgili yapılar ve yönetim ile ilgili yapılar bölge sağlık sistemlerinin üç temel bileşeninden ikisini oluşturmaktadır. Üçüncü bileşen ise sağlığı geliştirme yapılarıdır; bunlar toplum katılımının sağlandığı bölge sağlık kurulları, bölge geliştirme kurulları, kadın komisyonları, işçi komisyonları gibi örgütlenmelidir. Bölge düzeyinde toplum sağlığının geliştirilmesinde bu üç bileşen de önemli rol oynamaktadır.

Bölge sağlık sistemleri DSÖ tarafından tanımlanmadan önce Türkiye’de yasal düzenlemelerde yer almış ve uygulamaya başlanmıştır. 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesine Dair Yönetmelik’de tanımlanan ‘Sağlık Grup Başkanlıkları’ ile aynı yasal düzenlemelerde yer alan ve ilk kez 1964 yılında Etimesgut’ta kurulan ‘Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgeleri’ bölge sağlık sistemi kavramı içinde değerlendirilecek birimlerdir.

Sonuç olarak, ‘bölge’ kavramı toplum sağlığını geliştirilmek amacıyla, toplumun sorunlarını önceleyen, toplumu planlama ve uygulamaya katan, geliştirici, koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla, bir ekiple birlikte sunan, toplumun ulaşabileceği sağlık birimleri içinde ve diğer sektörler arasında eşgüdümü sağlayan, bu yaklaşım ve etkinliklerde planlama, organizasyon ve yönetimden sorumlu olan sağlık sistemleri olarak vurgulanabilir.

#### Kaynaklar:

1. Amonoo-Lartson R, Ebrahim GJ, Lovel HJ, Ranken JP. District Health Care. Macmillan Education Ltd. Basingstoke and London 1989
2. Kahssay AM, Oakley P. Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice. WHO. Geneva 1999
3. Kılıç B, Aksakoğlu G. Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005). Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3):7-14
4. GTZ. Ed. Görgen H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B. District Health System, Experience and Prospects in Africa. Manual for Public Health Practitioners. 2nd edition. Wiesbaden 2004.



# BİLDİRİLER

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ AYDIN SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ÖĞRENCİLERİNİN ÇEVRE SORUNLARINA YÖNELİK TUTUMLARI VE DUYARLILIKLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

*H.Nurcan EK<sup>1</sup>, Perihan ÖGDÜM<sup>1</sup>, Nimet KILIÇ<sup>1</sup>, Sibel ŞEKER<sup>1</sup>, Gülergün DÜZGÜN<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, AYDIN*

**AMAÇ:** Bu çalışma; Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (ASHMYO) öğrencilerinin çevreye yönelik tutumları, çevre sorunlarına olan duyarlılıkları ve farkındalıkları ile bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Ocak-Şubat 2007 tarihleri arasında ASHMYO'da öğrenim gören 197 öğrenciden 156 (%79.18) öğrenciye uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, çevre sorunlarına duyarlılıklarını belirleyici anket ile 21 sorudan oluşan "Çevresel Tutum Ölçeği" uygulanmıştır. Elde edilen veriler sayı ve yüzdelerle ifade edilmiş, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir

**BULGULAR:** Öğrencilerin yaş ortalaması  $19.84 \pm 2.6$  olup, % 75.6'sı kız (n=118), %24.4'ü erkek (n=38)'tir. Öğrencilerin %75.6'sı sağlık meslek lisesi mezunu olup, en uzun süre yaşadıkları yer %43.6 kasaba ya da ilçe olarak bulunmuştur. Ailesel özellikleri incelendiğinde; %75'inin gelir gidere denk ailelerden geldiği tanımlanmıştır. Öğrencilerin % 62.2'si üniversite öncesindeki eğitimlerinde çevre konulu ders aldıkları ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin çevre tutum ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması  $80.46 \pm 9.92$  (Aralık:58-105) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu programlara göre ölçekten alınan puanlar arasında fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$ ).

Duyarlılık ve farkındalıkları açısından ele alındığında öğrencilerin %12.8'inin çevre ile ilgili bir derneğe üye olup, dernekte aktif olarak çalıştıkları belirlenmiştir. %77.6'sı üniversite öncesi eğitim basamaklarında çevre ile ilgili dersin yer almasını istedikleri, çevre ile ilgili ve sorunlarına yönelik %85.9'u "yapılması gerekenleri biliyor ve dikkat ediyorum" cevabını verdiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin mezun oldukları lise ( $p < 0.05$ ), üniversite öncesi eğitim basamaklarında çevreye yönelik eğitim almaları ( $p < 0.05$ ), çevreyle ilişkili derneğe üye olmaları ve çevre sorunlarına duyarlı olduklarını ifade etmeleri ( $p < 0.05$ ) ve yapılması gerekenleri biliyor olmaları ( $p < 0.05$ ), çevre tutum ölçeğinden aldıkları puanları etkilemiştir.

**SONUÇ;** Öğrencilerin çevre sorunlarına yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarını artırmak için derslerde çevre sorunlarına yönelik konulara yer verilmeli, konferanslar ve panellerle bilgi düzeyleri artırılmalı, çevreyle ilişkili dernekler tanıtılmalı ve üye olmaları sağlanmalıdır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Üniversite, Öğrenci, Çevre sorunları, Tutum



**İZMİR BUCA RÜŞTÜ ÜNSAL POLİS OKULU ÖĞRENCİLERİNİN TRAVMALAR, KEMİK-KAS YARALANMALARI, KANAMALAR VE ŞOKTA İLK YARDIM KONUSUNA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

*Zuhal EMLEK SERT<sup>1</sup> Süheyla KILIÇ<sup>2</sup> Yurdanur EGE<sup>2</sup> Zeynep TEKİN<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi*

*<sup>2</sup> Ödemiş Sağlık Yüksekokulu 2006 Yılı Mezun Öğrencileri*

**AMAÇ:** Özellikle polis okullarında eğitim alan ve yaralılarla ilk karşılaşma oranı çok yüksek olan polis adaylarının, ilk yardım konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Bu da hayati tehlikenin ortadan kaldırılmasında oldukça etkilidir. Bu nedenle bu araştırma, İzmir Rüştü Ünsal Polis Yüksek Okulu'ndaki polis adaylarının, ilkyardım konusundaki bilgi düzeylerini ve polis adaylarının bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Araştırma tanımlayıcı tipte bir alan araştırması olarak düzenlenmiştir. Amaçlanan verilerin elde edilebilmesi için anket formu kullanılmıştır. Anket formu polis adaylarının sosyo demografik özelliklerini belirleyici sorular ve polis adaylarının ilkyardım bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik hazırlanan sorular olmak üzere iki bölüm içermektedir. Bilgi toplama formu 34 soru içermektedir. Bunlardan 20 tanesi ilk yardım konusunda bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan, 14 tanesi polis adaylarının sosyo demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktadır. Bu araştırma İzmir ili Buca ilçesinde bulunan Rüştü Ünsal Polis Meslek Yüksek Okulu'nda 2005-2006 eğitim öğretim döneminde 09.01.2006 tarihinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; 2005-2006 yılında İzmir Buca Rüştü Ünsal Polis Meslek Yüksek Okulu'nda eğitim gören 1050 polis okulu öğrencisi oluşturmaktadır araştırmanın örnekleme ise; basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak, öğrenci sınıf listelerinden seçilmiştir. Anketler 350 Polis öğrencisine uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Scientists) programı kullanılarak varyans analizi ile test edilmiştir.

**BULGULAR VE SONUÇ:** Araştırma kapsamına alınan polis adaylarının; %37.8'i 20 yaşında, %83.7'si erkek, %48.6'sı ilk yardım konusunda bilgi almamış, %90.3'ü ise ilk yardım konusunda bilgi almak istemektedir. Bilgi puan ortalaması (en yüksek oranda), %48.3 oranında düşük olarak saptanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi sonucu; polis adaylarının ilkyardım konusundaki bilgi puan ortalaması ile daha önce ilkyardımla ilgili eğitim alıp almama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 7.354, p<0.05). Polis adaylarının % 90.3'ü ilk yardımla ilgili bilgi almak istemektedir.

**ANAHTAR KELİME:** İlk yardım, sağlık eğitimi, polis okulu öğrencileri

**E-Posta:** emlekz@hotmail.com

## ATATÜRK DEVLET HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARI TARAFINDAN ÖĞRENCİ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Msc.Selma BAŞKURT<sup>1</sup> Berfu ŞENGÖZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Öğr.Gör.Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ([sbaskurt@balikesir.edu.tr](mailto:sbaskurt@balikesir.edu.tr))

<sup>2</sup> Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Son Sınıf Öğrencisi  
([berfusengoz@gmail.com](mailto:berfusengoz@gmail.com))

### GİRİŞ VE AMAÇ:

Okul hastane işbirliğinin geliştirilmesi, öğrencilerin bilgi ve uygulamalardaki eksikliklerinin saptanıp giderilmesi ve sağlık çalışanları ile öğrenciler arasındaki iletişimin güçlendirilmesi Sağlık Yüksekokullarının önemli güncel konularındandır.Sağlık çalışanlarının hastanelerine uygulama için gelen Balıkesir Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin teorik bilgileri ve pratik yetenekleri konusundaki düşüncelerinin irdelenmesi, eksiklikleri varsa giderilmeye çalışılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Kesitsel nitelikteki bu çalışma Kasım 2006-Mart 2007 tarihlerinde yapılmıştır. Araştırma grubunda toplam 220 hemşire ve 15 ebe vardır.Gerekli olan yazılı ve sözel izinler alınmıştır. Çalışmacıların hazırladığı formda öğrencilerin teorik bilgileri, tedavi ve hemşirelik bakımlarındaki el becerilerinin değerlendirilmesi sorgulanmaktadır. Anket formu mesaide olan ve çalışmaya katılmak isteyen 77 sağlık çalışanına yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak evrenin %30'una ulaşılabilmektedir.Veriler SPSS paket programında, frekans dağılımları, aritmetik ortalama ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR VE TARTIŞMA:**17 değişik serviste yapılan ve araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %16.9'u ortopedi, %15.6'sı kadın hastalıkları ve doğum salonu ve %14.3'ü dahiliye servisinde çalışmaktadır. Katılımcıların %71.4'ü hemşire, %16.6'sı ebe. %7.8'i başhemşire yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Hizmet yılları 2 ile 32 arasında değişmekte olup, ortalama 12.37±6.74 yıldır. Sağlık çalışanlarının yaşlarının ortalaması 32.51±6.73 dür. Katılımcıların %62.3'ü ön lisans ve lisans mezunudur. Çalışanların öğrencilerin teorik bilgilerini yeterli bulma oranları %96.1, ilaç tedavileri sırasındaki el becerilerini yeterli bulma oranı yine %96.1, hasta bakımı konusundaki el becerileri değerlendirildiğinde %92.2 yeterli bulmaktadır. Sağlık çalışanlarının %98.7'si öğrencilerin kendileri ile iletişimlerinin iyi olduklarını, %93.5'i saygılı olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %93 5'i kendilerinin hasta bakımı ve tedavi konularında öğrencilere yardımcı olduklarını, tamamı ise öğrencilere karşı iletişimlerinin açık olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %70.1'i kendilerinin öğrencilere iyi rol model olduklarını, %26.0'ı ise bazen iyi rol model olmadıklarını ve %3.9'u iyi model olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %98.7'sinin öğrencilerin yeni bilgiler ve hasta bakımı ile ilgili uygulamaları öğrenmeye istekli oldukları, tamamının ise öğrencilerin kendilerine verilen işlerde sorumluluklarını alabildikleri saptanmıştır. Katılımcıların hizmet yılları ile öğrencilerin hasta bakımı konularında yardımcı olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Hizmet yılları düşük olan sağlık çalışanlarının,öğrencilere kliniklerde hasta bakımı konusunda daha fazla yardımcı oldukları bulunmuştur.

**SONUÇ:** Öğrencilerin el becerileri ve hasta bakımı konusunda yeterli oldukları bulunmuştur. Öğrencilerin sağlık çalışanları ile iletişimlerinin olumlu olduğu saptanmıştır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Hastane, Öğrenci, Mesleki Uygulamalar

## BALIKESİR DEVLET HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özcan Özenç<sup>1</sup> Tülay Kavşut<sup>2</sup> Ayşegül Ekiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Öğr. Gör. Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik 3.Sınıf öğr  
ozenc@balikesir.edu.tr

**AMAÇ:** Hemşirelik; insan sevgisiyle dolu, şefkatle, sabırla yapılan kutsal ve onurlu bir meslektir. Sağlık, bireylerde, zorunlu, vazgeçilmez ve hayatın her döneminde aynı önemi koruyan temel ihtiyaçlardan biridir. Bu ihtiyaca cevap veren personel içinde en önemli meslek grubu ise hemşirelerdir. Bu çalışma, hemşirelerin mesleklerine ilişkin görüşlerini ve mesleki riskleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu çalışma, Aralık 2006 tarihlerinde Balıkesir Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 127 hemşire katılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu aracılığıyla elde edilmiştir. Toplanan veriler SPSS 10.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare yüzde ve ortalama analizi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırma grubunun yaş ortalaması 33.71±7.2 (min:18-Max:52)dir. Hemşirelerin %59.8'i önlisans mezunu, %78.0 evlidir. Hemşirelerin çalışma süreleri ortalama 13.69±7.2 (min:1-Max:31) olarak saptanmıştır. Hemşirelerin %73.2'si mesleğini severek yapmaktadır. Eğitim durumu ile mesleğini severek yapma, mesleğini gereği gibi yapma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(p>0.05). %68.7'si hemşireliğin, toplumumuzda hekimin yardımcısı gibi algılandığını, %86.4'ü hemşireliğin sadece hekim istemlerini uygulayan bir meslek olduğunu, %78.3'ü mesleki bilgi ve yeteneklerini etkin kullanmadığını %82.4'ü meslekte branşlaşmanın olması gerektiğini, %58.1 görevde dışı yerlerde çalıştıklarını, %69.5'i hak ettiği değeri göremediğini, %90.0'ı hasta hakkında karar verenin tek başına hekim olduğunu ifade etmiştir. Araştırma grubunun %88.2'si hemşirelik mesleğinin riskli olduğunu belirtmiş. Risk faktörleri olarak da stresli ortam, bulaşıcı hastalık, uzun süre ayakta kalma, şiddete maruz kalma görülmektedir.

**SONUÇ:** Hemşirelik profesyonel bir meslektir. Hastanın merkezde olmadığı, hasta hakkında karar verenin tek başına hekimin olduğu bu anlayışın değişmesi gerekiyor Hemşirelik mesleğinde yaşanan sorunlar, hemşirelik uygulamalarına; hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarından olan bakım verme ve yardım etme işlevlerini yeterince yerine getirememesi, mesleki bilgi ve yeteneklerini etkin kullanamaması şeklinde yansımaktadır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Hemşirelik,mesleğe ilişkin görüşler

**BALIKESİR MERKEZ 10 NOLU SAĞLIK OCAĞI'NA BAŞVURAN  
0-5 YAŞ ÇOCUK SAHİBİ ANNELERİN İSHAL HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN  
İNCELENMESİ**

*Nuriye KARADAĞ<sup>1</sup>, Bayram AĞAÇ<sup>2</sup>, Çetin TEKİN<sup>2</sup>, Akın ZORLU<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Öğr. Gör. Balıkesir Ün. Sağlık Yüksekokulu*

<sup>2</sup>*Balıkesir Ün. Sağlık Yüksekokulu Memurluğu 3. Sınıf Öğr.*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** İshal tüm dünyada çocukluk çağının en önde gelen morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda gerek gelişmekte olan ülkelerde gerekse gelişmiş ülkelerde ishal için benzer risk faktörleri bulunmuştur. Bunlar çeşitli kişisel, sosyal, çevresel ve nütrisyonel faktörlerdir. Çocukların ishalden korunmasında ve ishale yakalandığında erken dönemde su ve elektrolit kaybına karşı önlemler alınmasında annelere önemli görevler düşmektedir. Bu çalışma Balıkesir Merkez 10No'lu Sağlık Ocağı'na başvuran 0-5 yaş çocuk sahibi annelerin çocuklarda ishal hakkındaki bilgi düzeylerini ve ishalde yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Kesitsel nitelikteki çalışma 27 Kasım-27 Aralık 2006 tarihleri arasında sağlık ocağına farklı sağlık sorunlarıyla başvuran annelere (n=100) soru formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Uygulanan soru formu annelerin kişisel özelliklerine ilişkin sorular yanında annelerin çocuklarda ishal hakkındaki bilgi düzeylerini ve ishalde yaptıkları uygulamaları belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Toplanan veriler SPSS istatistik programında frekans dağılımları yapılarak değerlendirildi. Gruplararası karşılaştırmalarda kıkare testi kullanıldı.

**BULGULAR:** Araştırma kapsamındaki annelerin yaş ortalaması 31.00±3.8, evlilik yaş ortalaması 21.1±3.9'dur. Annelerin %75.0'inin ortaokul ve üstünde eğitim aldığı bulunmuştur. Annelerin %85.0'i ishalin çocuklar için çocuklar için öldürücü bir hastalık olduğunu, sadece %28.0'i çocuğa ilk olarak ağızdan şeker-tuz eriyiği (AŞTE) verdiğini, %83.0'ü çocuğu emzirmeye devam ettiğini belirtmektedir. Annelerin eğitim düzeyi çocuklarda ishalde yaptıkları uygulamaları etkilemekte olup; annelerin eğitim düzeyleri arttıkça ishalleri çocuğu doktora götürme ve ishalde çocuğa bol su içirme oranları artmaktadır (p<0.05). Eğitim düzeyleri azaldıkça da evdeki ilaçları verme ve anne sütünü kesme oranı artmaktadır (p<0.05).

**SONUÇ:** İshal çocuklarda çok sık rastlanan bir durumdur. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, annelerin ishal ve ishalde yapılacak uygulamalar konusundaki bilgilerinde eksiklikler olduğunu ve eğitime ihtiyaçları olduğunu ortaya koymaktadır. Annelere anne sütünün ve emzirmenin önemi hakkında eğitim yapılmasının, ishalin öldürücü bir hastalık ve anne sütünün ishale karşı koruyucu etkisinin olduğu, bulaşma yolları, tedavisi ve ağızdan şeker-tuz eriyiği verilmesinin öneminin anlatılması, ishalin önlenmesi her ne kadar sosyo-kültürel gelişme ile mümkünse de ishale neden olan faktörlerin kişisel önlemlerle de düzeltilebileceğinin annelere öğretilmesi yararlı olacaktır.

**ANAHTAR KELİME:** ishal, bebek bakımı, annelerin ishal konusundaki bilgileri

## BALIKESİR MERKEZ SAĞLIK OCAKLARINDA GÖREV YAPAN BİR GRUP EBEDENİN MOTİVASYONU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

KARADAĞ Nuriye<sup>1</sup>, ATEŞ Döndü Gül<sup>2</sup>, TOPARLAK Hülya<sup>2</sup>, ÇELİK Vildar<sup>2</sup>, ASLANTEKİN Filiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Öğretim Görevlisi, Balıkesir

<sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü 4.sınıf Öğrencisi

<sup>3</sup>Uzman, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**AMAÇ:** Çalışma hayatında motivasyon, çalışan kişilerin mevcut koşullarda işlerini daha kaliteli, daha hızlı yapmaları ve içlerinde istek uyanması için tanınan ek haklar ve ödümler olarak tanımlanabilir. Çalışanlarının fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını doğru algılayan kurumlar, çalışanlarını motive ederek kurumlarının performansını arttırabilirler. Yeterli sağlık hizmeti sunulmak isteniyorsa etkin olarak görev yapan ebeler ihtiyacı vardır. Ebeler sosyal hayatlarını yol eden, fiziksel olarak yoğun çalışmayı kapsayan, duygusal stresi yaşatan, bir ortamda çalışmaktadır. Tüm bu olumsuzluklara fiziksel koşulların yetersizliği, ödüllendirmede adaletsizlik, ilerlemenin engellenmesi gibi önlenemez faktörlerin eklenmesi ebelerde motivasyonun azalmasına dolayısıyla verilen sağlık hizmeti niteliğinin azalmasına neden olabilir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışma tanımlayıcı tipte olup ebeleri motive eden faktörleri belirlemek amacıyla; Balıkesir Merkez 1, 3, 6, 9, 11,13 ve 15 No'lu Sağlık Ocaklarında görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden ebelere (n=75) Gülten İncir tarafından geliştirilen Çalışanların İş Doyumu Değerlendirme soru listesi kullanılarak hazırlanan anket formu uygulanarak yapılmıştır. Toplanan veriler bilgisayarda yüzdeler ve kıkare testi ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR VE TARTIŞMA:** Araştırmaya katılan ebelerin %82.7'si 30 yaş ve üstü, %60.0'ı Önlisans mezunu, %73.4'ünün meslekte çalışma süresi 10 yıldan fazla olup %93.3'ü mesleğini severek yaptıklarını belirtmektedir. Ebelerin %93.4'ü manevi ödümlerin (övülme, kişiliğe saygı vb) parasal özendiriciler kadar güdüleyici olduğunu, %98.6'sı bir kurumda, ücret düşüklüğünden çok ücret adaletsizliğinin çalışanlar arasında huzursuzluk yaratacağını, çalışanların yaptıkları işin değeri olduğuna inandırılmalarını, başarılı olanlara yükselme olanaklarının sağlanması gerektiğini ifade etmektedir. Ebelerin eğitim seviyeleri arttıkça "bir kurumda görevde yükselmenin görevde gösterilen başarıya bağlı olması çalışanların daha başarılı olmasını sağlar" sorusuna verdikleri cevaplar anlamlı bulunmuştur (kikare testi, p<0.05). Ebelerin mesleğini severek yapma durumlarına göre "iş yaşamına yeni başlıyor olsaydım yine bu kurumda çalışmaktan mutluluk duyardım ve çalışabileceğim en iyi kurumun yine bu kurum olduğunu düşünüyorum" sorusuna verdikleri cevaplar anlamlı bulunmuştur (kikare testi, p<0.05).

**SONUÇ:** Ebeler manevi ödümlerin (övülme, kişiliğe saygı vb) parasal özendiriciler kadar güdüleyici olduğunu, ücret düşüklüğünden çok ücret adaletsizliğinin çalışanlar arasında huzursuzluk yaratacağını, çalışanların yaptıkları işin değeri olduğuna inandırılmalarını, başarılı olanlara yükselme olanaklarının sağlanması gerektiğini istemektedir. Sağlık yöneticilerinin bu konular üzerinde durarak gerekli önlemleri almalarının motivasyonu arttırmada yararlı olacağı düşünülmektedir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Motivasyon, ebelerde motivasyon, ebeleri motive eden faktörler.

## BALIKESİR İLİ ATATÜRK DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADLİ VAKALARIN BAZI TEMEL ÖZELLİKLER YÖNÜNDEN İNCELENMESİ

Nuriye KARADAĞ<sup>1</sup>, Celalettin ÇEVİK<sup>2</sup>, Sadık ACAR<sup>2</sup>, Yakup IŞIK<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Öğr.Gör.,Balıkesir Ün., Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Balıkesir Ün., Sağ. Y.O Sağ. Mem. 4. Sınıf Öğr.

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Harici etkenler sonucu oluşan ve kişilerin beden ve ruh sağlığının bozulmasına ya da ölüme sebebiyet veren her olay bir adli olgu olarak değerlendirilir. Hastanelerin Acil Servislerine veya Sağlık Ocaklarına müracaat eden darp, trafik kazası, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, her türlü alet yaralanması, yanık, elektrik çarpması, asfiksi, işkence ve kötü muamele, çocuk istismarı, düşme ve diğer yaralanmalar, zehirlenmeler, intihar girişimleri gibi tüm olgular adli olgu niteliği taşımaktadır. Acil servislerde görevli sağlık personelinin hastaların tedavi ve bakımı sorumluluğunun yanı sıra adli olgularda saptanan travmaları rapor etmesi ve olayı adli makamlara bildirmesi gibi çok önemli sorumlulukları da bulunmaktadır. Bu çalışma, Balıkesir İli Atatürk Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran adli olguların bazı temel özelliklerini belirlemek, kayıtların düzenli tutulmasının önemine dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışma tanımlayıcı nitelikteki bir kayıt araştırmasıdır. Balıkesir İli Atatürk Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne Ocak-Şubat 2007 tarihinde başvuran 516 adli vakaya ait doldurulmuş Adli Vaka Formları ve Acil Defteri geriye dönük olarak incelenerek veriler toplanmıştır. Ancak 71 vakaya ait (%13.7) kayıtlarda eksiklik olduğundan değerlendirme dışında tutulmuştur. Kayıtları tam olan 445 vakaya ait veriler bilgisayarda SSPS paket programında ortalama±standart hata ve frekans olarak değerlendirilmiştir. Yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi, diğer karşılaştırmalarda pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Vakaların %56.4' ü 30 yaş altında olup yaş ortalaması 31.5±14.4 dür. %87.0' si erkek, %13.0' ü kadındır, erkek olguların sayıca fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalar da erkeklerin kadınlara oranla sosyal yaşantıya daha fazla katılma nedeni ile riskin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Yapılan alkol muayenesinde %11.0'inde alkol saptanmış olup alkol miktarları 122.0±94.3 promil'dir. Literatürde acil servislere başvuran bütün olgular içinde alkol testleri pozitifliği % 13.2 ile % 16.5 arasında değişmektedir. Çalışmamızda oranın daha düşük olması iki aylık bir dönemin ele alınması nedeninden kaynaklanabilir. Adli vaka türleri incelendiğinde; ilk üç sırada %70.6 darp-cebir, %10.1 trafik kazası, %5.4 ilaç intoksikasyonu olduğu tespit edilmiştir. Acil serviste yapılan tıbbi müdahale ile iyileşenler %91.7'dir.

**SONUÇ VE ÖNERİLER:** Çalışmamız acil servislerdeki kayıtlarda eksiklikler olduğunu, bu durumun geriye dönük yapılacak araştırmalarda neden-sonuç ilişkilerinin belirlenmesinde yanlışlıklara sebep olacağını, sağlık çalışanlarının adli olgulardaki sorumluluklarını kavrayacak eğitimlerin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim sürecinde ele alınmasının gerektiğini göstermektedir.

**ANAHTAR KELİMELER:** acil servis, adli vakalar

## BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ PUANLAMA YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Nuriye KARADAĞ<sup>1</sup>, Mukadder GÜN<sup>2</sup>, İnan TAÇYILDIZ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Öğretim Görevlisi, Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Sağlık Yüzbaşı, Ankara Jandarma Hastanesi

<sup>3</sup>Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu 4.Sınıf Öğrencisi

**AMAÇ:** Beslenme; büyüme, gelişme sağlıklı ve üretken olarak yaşayabilme için gerekli olan besin gruplarının alınıp vücutta kullanılmasındır. Özellikle gençlik döneminde beslenmenin yeterli ve vücut gereksinimlerine uygun olması gerekir. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenemediği belirtilmektedir. Bu çalışma Balıkesir Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Tanımlayıcı nitelikteki çalışma, Balıkesir Üniversitesi'nde Lisans eğitimi gören öğrencilerden 286'sına ulaşılarak gerçekleştirildi. Veri toplamada, Arslan'ın beslenme alışkanlıklarını saptayabilmek için geliştirdiği puanlama sisteminden yararlanılarak geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Ankette sorulara verilen puanlar toplanarak "beslenme puanları" belirlenmiştir. Beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesinde en yüksek puan 62 olarak alınmıştır. Buna göre 35'ten az puan kötü, 35-48 arası puan orta, 48'den fazla puan iyi beslenme alışkanlığı olarak değerlendirilmiştir. Öğrenci sayısı (n=262 olarak hesaplanmış) 286 alınmıştır. Merkez kampüsteki fakülte ve yüksekokullardaki öğrenci sayısına oranlanarak anketler 08.30 - 17.00 saatleri arasında öğrenci kantinlerinde gözlem altında uygulanmıştır. Toplanan veriler bilgisayarda SSPS istatistik programında değerlendirilmiştir. Gruplar arası istatistiksel karşılaştırmalarda yüzdellik ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Öğrencilerin %44.8'i 21-23 yaş grubunda, %54.9'u erkek, %45.1'inin ailelerinin geliri 701milyon ve üstü, % 55.2'si herhangi bir burs almakta, %10.5'i de okul dışında herhangi bir gelir getiren işte çalışmakta, %42.0'i öğrenci evinde kalmaktadır. Öğrencilerin günlük tükettikleri öğün sayıları incelendiğinde günde 3 öğünden az tüketenler %50.3'dür. En fazla atlanan öğünde %35.0 ile sabah kahvaltısıdır. Öğün atlama nedenlerinde %37.4 canı istemediği için atlama ilk sıradadır. Erkek öğrencilerde sabah kahvaltısında dengesiz beslenme yüksek iken öğlen ve akşam yemeklerinde dengesiz beslenme kız öğrencilerde daha yüksek oranlardadır. Öğrencilerin üzüntülü/yorgun olduğunda %37.8'i, sevinçli/heyecanlı olduğunda da %63.3'ü yeme alışkanlığında bir değişiklik olmadığını ifade etmektedir. Psikolojik değişikliğin kız öğrencilerde yemek yemeyi etkilediği bulunmuştur. Öğrencilerin genel beslenme alışkanlığı puanlandırılarak değerlendirildiğinde %57.3'ünün kötü, %26.9'unun orta, %15.8'inin iyi olduğu belirlenmiştir. Kız öğrencilerin erkeklere oranla daha iyi puan aldıkları saptanmıştır.

**SONUÇ:** Öğrencilerin öğünlerde dengesiz beslenme oranları yüksektir. Üniversite öğrencilerinin doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olması hem kendi sağlıkları ve başarıları, hem de ileride örnek alınacak bireyler olmaları nedeniyle önemlidir. Öğrencilere beslenme bilgi ve davranışlarını geliştirecek eğitim programları düzenlenmeli, verilen burs ve kredilerin öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılayacak miktarlarda olması sağlanmalıdır.

**ANAHTAR KELİMELELER:** öğrenciler, beslenme, beslenme alışkanlıkları.....

## 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA TETANOZ BAĞIŞIKLAMASINDA KAÇIRILMIŞ FIRSATLAR

*Mete ÖNDE<sup>1</sup>, Filiz ERGİN<sup>2</sup>, Gonca ATASOYLU<sup>1</sup>, Adalet ÇIBIK<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Araş.Gör.Dr.,ADÜ Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Aydın*

*<sup>2</sup>Yrd.Doç.Dr.,ADÜ Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Aydın*

*<sup>3</sup>Dr.,4 No'lu Merkez Sağlık Ocağı,Aydın*

*E-mail: monde@adu.edu.tr*

**AMAÇ:** Tetanoz ülkemizde ve dünyada insan sağlığını tehdit eden aşı ile korunabilir hastalıklardan biridir. Kadınların tetanoza karşı bağışıklanması, hem anneyi hem de bebeği tetanozdan koruması nedeniyle son derece önemlidir. Ancak ülkemizde doğurganlık tetanoz aşılama oranları, birinci basamakta bağışıklama hizmetlerindeki yetersizliklerin yanı sıra, bu konudaki bilgi ve motivasyon eksikliği nedeniyle istenen düzeyde değildir. Birinci basamak aşılama hizmetlerinde kaçırılmış fırsat, herhangi bir sebeple sağlık ocağına veya sağlık evine gelen aşılama için uygun bir çocuk ya da kadının, gerekli aşı dozlarının herhangi birini veya hiçbirini almaması olarak tanımlanır. Bu çalışmanın amacı 15-49 yaş arası kadınların tetanoz bağışıklamasında, kaçırılmış fırsat sıklığının belirlenmesidir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Araştırma kesitsel tipte olup, Aydın İl Merkezi'ndeki 2 sağlık ocağında, 2 Kasım-14Aralık 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Sağlık ocağına herhangi bir sebeple başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 15-49 yaş arası kadınlar (n=245) çalışmaya dahil edilmiştir. Veri Sağlık Yüksekokulu öğrencileri tarafından yüz yüze anket yöntemiyle elde edilmiştir. Kadınların bağışıklama durumları aşı kartı yanında olanların aşı kartlarından, yanında olmayanların ise anamnezlerine göre yapılmıştır. Tetanoz bağışıklamasında kaçırılmış fırsatlar, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın doğurganlık çağı kadınlar için belirlediği erişkin difteri-tetanoz aşı takvimi esas alınarak değerlendirilmiştir. Veri analizinde ki-kare, Fisher'in kesin testi ile Student's t testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırmaya katılan kadınların ortalama ilk gebelik yaşı  $21,0 \pm 3,1$  (n=216), %9,4'ü (n=23) halen gebe, %83,7'sinin (n=205) en az bir çocuğu olup, ortalama çocuk sayısı  $2,1 \pm 1,3$ 'tür. Bu çalışmada 15-49 yaş grubu kadınlarda tetanoz aşısı için kaçırılmış fırsat oranı %24,5 olarak bulunmuştur. Kaçırılmış fırsat tespit edilen kadınların %73,3'ünde kaçırılmış doz 3.'sü, %25,0'inde 2.'si, %1,7'sinde 1.'sidir. Kadının gebe olmaması veya aşı kartı bulunmaması kaçırılmış fırsat görülme durumunu etkilemektedir.

**SONUÇ:** Sağlık Ocağı'na başvuran her dört kadından birinde kaçırılmış fırsat olduğu, en fazla kaçırılmış fırsatın 3. dozda görüldüğü tespit edilmiştir. Fırsatların yakalanması aşılama oranlarını yükselteceği gibi, anne ve bebek sağlığının korunması bakımından son derece önemlidir. Bu nedenle sağlık ocaklarında sağlık personelinin eğitilerek, tetanoz bağışıklaması ile ilgili farkındalığın ve duyarlılığın artırılması önemlidir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Tetanoz aşısı, kadın, bağışıklama, temel sağlık hizmeti



## BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ'NDE ÖĞRENİM GÖREN BİR GRUP ÖĞRENCİNİN SİGARA, ALKOL KULLANMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Nuriye Karadağ<sup>1</sup>, Güler Koç<sup>2</sup>, Celalettin Çevik<sup>3</sup>, Yakup Işık<sup>3</sup>, Erdoğan Şimşek<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Öğretim Görevlisi, Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Ebe, Bigadiç Yağcılar Sağlık Ocağı

<sup>3</sup>Balıkesir Ün., Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu 4. Sınıf Öğr.

**AMAÇ:** Sigara kullanımıyla ilgili mücadele programlarının hedef kitlelerinden biri de üniversite öğrencileridir. Sigara kullanımıyla başarılı bir şekilde mücadele edebilmek için, hedef kitlenin özelliklerini belirlemek gereklidir. Bu çalışma Balıkesir Üniversitesinde gerçekleştirilen Sigara ile Savaşanlar Topluluğu panelini izlemeye gelen öğrencilerin sigara, alkol kullanma durumlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı nitelikteki çalışma, paneli izlemeye gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 324 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. Veri toplamada öğrencilerin genel özelliklerini ve sigara alkol kullanma durumlarını belirlemeyi amaçlayan soruları içeren anket formu kullanıldı. Sigara kullanma durumu "sigara kullanıyor musunuz?" sorusu, alkol kullanma durumu ise "alkollü içecek kullanıyor musunuz?" sorusu ile değerlendirildi. Ayrıca sigara için günlük miktar, alkol içinse kullanım sıklığı soruldu. Alkol kullanım şiddeti CAGE ölçeği ile değerlendirildi. Toplanan veriler SPSS istatistik programında frekans dağılımları yapılarak değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda kıkare testi kullanıldı.

**BULGULAR:** Öğrencilerin yaş ortalaması 21.5±1.9'dur. Sigaraya başlama yaşı 16.0±2.1'dir. Katılanların %52.7'si kadın, %47.3'ü erkektir. Halen sigara içenlerin %53.1'si günde 10 ve daha az adet sigara içtiğini ve %46.9'u 1-3 yıldır sigara içtiğini ifade etmektedir. Öğrencilerin sigaraya başlamalarındaki etkenler incelendiğinde %54.8'i ilk sırada çevreyi, %76.9'u okul yurt ortamının sigara içme sıklığını arttırdığını, %83.5'i sigara içmesinin yaşantısını olumsuz etkilediğini, %50.4'ü en çok sağlıklarının etkilendiğini, %95.6'sı sigara içmesinin sağlığı için tehlikeli olduğuna inandığını, %38.5'i alkol kullandığını, alkol kullananların %65.2'si yalnız özel gün ve toplantılarda alkol kullandığını belirtmiştir. Cinsiyet ile alkol kullanma durumları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2$ :15.88,  $p<0.001$ ). Alkol kullandığını belirten öğrencilerin riskli alkol kullanım şiddeti CAGE ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm grubun % 33.4'ü 2 ve üzerinde puan almıştır. Bu oran erkek öğrencilerde %54.6, kız öğrencilerde %43.4 olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Fisher's Exact test,  $p>0.05$ ).

**SONUÇ:** Çalışmamızda, öğrencilerimizin sigaranın sağlığı için tehlikeli olduğuna inandığını belirtme oranları yüksek olmakla birlikte sigara içme oranının yüksek olması genel anlamda sigara ve etkileri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu düşündürmüştür. Öğrencilere sigara, alkol konusunda bilinçlenmeyi arttıracak eğitim ve sigarasız, alkolsüz daha sağlıklı yaşam tarzını teşvik edecek olanaklar sağlanmasını öneririz.

**ANAHTAR KELİME:** üniversite öğrencileri, sigara, alkol

## HASTANELERDEKİ SORUNLARIN ÖRNEK OLAY YÖNTEMİ İLE ANALİZİ: FIRAT TIP MERKEZİ ÖRNEĞİ

*Seda ÜZEL<sup>1</sup>, Ramazan ERDEM,<sup>2</sup> Cemile KUBAT<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı 2. Sınıf Öğrencisi*

*<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Üyesi*  
[suzel2404@hotmail.com](mailto:suzel2404@hotmail.com)

**GİRİŞ** Örnek olay yöntemi örgütsel sorunların anlaşılmasında kullanılan bir tekniktir. Diğer araştırma yöntemlerinden farklı olarak, yaşanan sorunlar dışarıdan bir bakış açısı ile doğal seyri içerisinde gözlemlenmekte ve olayların arka planlarında yatan sorunlar çözümlenmeye çalışılmaktadır. Örnek olay ile örgütün sorunlarının analiz edilmesi, nicel yöntemlere (anket, ölçüm vb.) göre daha gerçekçi sonuçlar verebilir. Çünkü olaylara dışarıdan bir müdahale söz konusu değildir. Olayın tarafları tavır ve davranışlarının bir araştırma için kullanılacağından habersizdirler. Örnek olaylar bazen gülünç, bazen dramatik olabilmektedir ancak her birinin arkasında farklı bir sorunun yattığı söylenebilir.

**AMAÇ** Bu çalışma ile, örnek olay yöntemi ile bir üniversite hastanesi olan Fırat Tıp Merkezi'ndeki (Elazığ) sorunların incelenmesi amaçlanmaktadır.

**GEREÇ VE YÖNTEM** Bu amaçla 2006 yılı Temmuz ve Ağustos aylarında Fırat Tıp Merkezi'nde yaz stajı uygulaması esnasında gözlemlenen olaylar not edilmiş ve her gün sonunda da araştırmacılar tarafından tartışılmıştır. 40 gün boyunca not edilen 30 örnek olaydan 10'u araştırma için bir anlam ifade etmediği için elenmiş ve 20 örnek olay değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmada her bir örnek olaya bir başlık verilmiş, içerikleri de 200 kelimeyi aşmayacak biçimde özetlenmiş ve arkasından araştırmacılar tarafından yorumlanmıştır. Örnek olaylar hastalarla ilgili, personelle ilgili, hasta-personel arasında ve diğer sorunlar olmak üzere dört kategoride ele alınmaktadır.

**BULGULAR** Araştırma incelenen örnek olaylar incelendiğinde; olaylardan yarısının personelin tutum ve davranışlarıyla ilgili olduğu görülmüştür. İlk olarak, çoğunluğu olumsuz olaylara neden olan personel tutum ve davranışları, iş arkadaşlarını ve hastaları öfkeli edebilmekte, hizmetin verimli şekilde işlenmesine engel olmaktadır. Örneğin bir hasta bakıcının bir hasta için "ölürse ölsün, bir ölen senin baban mı!" şeklindeki sözleri büyük bir kavgaya neden olmuştur. Yine hasta dosyası arşivden geç geldiği için hasta ve yakınları hastanede oturma eylemi yapmışlardır. Örnek olaylardan bir kısmı da (5 tanesi) hastanenin fiziksel yapısı ve sistemin işleyişi ile ilgilidir. Örneğin hastaneye gelen bir ambulans, hastane girişinde acil servise giden yol levhalarla tam olarak yönlendirilemediğinden acil servise ulaşımında dakikalar kaybedilmiştir. Yine hastaların bir hastane birimine ulaşmak için bir çok personele yer sordukları görülmektedir. Üçüncü gruptaki örnek olaylar hasta ve hasta yakınları kaynaklı olarak yaşanmıştır. Hastaların ya da yakınlarının bilinçsizliği, torpil yaptırma istekleri, personeli haksız yere suçlamaları gibi durumlar yaşanabilmektedir. Örneğin tarihi geçmiş bir sevkten dolayı, işlem yapılmadı diye bir hasta poliklinikteki camları yere indirmiştir. Son olarak toplumda beyaz önlüğün etkisini anlatan bir örnek olay da araştırmada yer almıştır. Araştırmacının anket sorularına hastaların ilgisi beyaz önlüklü iken farklı, beyaz önlük olmadan farklı tepkiler verdikleri gözlenmiştir.

**SONUÇ** İncelenen örnek olaylardan hareketle, hastanede personelin tutum ve davranışları olumsuz bir çok olayın nedeni olarak düşünülebilir. Bunun yanında bir personelin olumlu bir davranışı, hastalar tarafından çok büyük bir iyilik olarak da algılanabilmektedir. Hastanede çalışan personelin hasta ve yakınlarına nasıl davranması gerektiğinin bilinmesi önemlidir. Bu açıdan hastane yönetiminin çalışanlarını hasta ve hastane psikolojisi konularında eğitime tabi tutması personel ile hastalar arasında yaşanan problemlerin çözümüne katkı sağlayacaktır. Hastanede binanın büyüklüğü, birimlerin yerlerinin karmaşık olması nedeniyle hastaların zorluk yaşadığı da örnek olaylardan anlaşılmaktadır. Hastanede iyi bir fiziksel düzenleme yanında, hasta ve yakınlarına birimleri bulmada rehberlik edecek işaretlere de ihtiyaç vardır. Hastane içinde belli yerlere konulacak danışma masaları ile hastaların bilgi ihtiyacı karşılanabilir. Örnek olaylardan hareketle hastanedeki sorunların bir kısmının yönetimin herhangi bir ek kaynağa gereksinim duymadan çözülebileceği de söylenebilir.

## AYDIN SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN KİŞİSEL HİJYEN ALIŞKANLIKLARI

*Perihan Ögdüm<sup>1</sup>, Nimet Kılıç<sup>1</sup>, H.Nurcan Ek<sup>1</sup>, Gülergün Düzgün<sup>1</sup>, Sibel Şeker<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Aydın*

**AMAÇ:** Hijyen, bireyin vücudunu, giyeceklerini ve çevresini temiz tutma eylemidir. Kişisel hijyene önem verme bir uygarlık anlayışı, toplumsal sağlığın dayandığı bir temel ve sosyal yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu tanımlamalardan yola çıkarak çalışma, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin kişisel hijyen alışkanlıkları ve buna etki eden faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**YÖNTEM:** Araştırmaya Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda dört programda öğrenim gören 197 öğrenciden 133'ü katılmıştır. Çalışmada örneklem grubu seçilmemiş rastgele örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Anket formları öğrencilere derslerinde eğitimcilerinden izin alınarak gözlem altında uygulanmıştır. Anket öğrencilerin sosyo-demografik düzeylerini ölçmeye yönelik sorular ve hijyen alışkanlıklarını belirlemeye yönelik tanımlayıcı sorular olarak iki bölümden oluşmuştur. Sonuçlar SPSS paket programında yüzde ve ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya katılan öğrencilerin, %77'u(n:102) kız, %23'i(n:30) erkektir. Öğrencilerin %73'ü (n:94) Sağlık Meslek Lisesi mezunudur ve %48'i(n:62) evde arkadaşları ile kaldığını ifade etmiştir. El yıkama alışkanlıkları incelendiğinde; %94'ü(n:121) sabah kalkınca, %61'i(n:79) okuldan gelince, %89'u(n:114) yemek yedikten sonra, %98'i (n:126) tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkama ifadesini "her zaman yaparım" şeklinde yanıtlamışlardır. Ayrıca %86'sı (n:111) ellerini yıkamak için sıvı sabun tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Diş fırçalama alışkanlıkları incelendiğine; %47'si (n:61) dişlerini günde en az iki kez fırçaladığını ve %56'sı(n:72) diş fırçalarını üç ayda bir değiştirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca öğrencilerin %92'sinin(n:119) diş ipi kullanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerin %55'ü(57) tuvalet temizliğinde "su/sabun/ tuvaletkağıdı" kullandıklarını, %67'si(n:87) haftada ikiden fazla banyo yaptığını, %43'ü(n:56) her gün ayaklarını yıkadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin; %93'ünün(n:120) düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmadığı ve %86'sının (n:112) düzenli olarak diş kontrolü yaptırmadığı saptanmıştır. Öğrencilerimizin %79'unun(n:102) kişisel hijyen konusunda eğitim aldıkları ve %60'ının bu eğitimi okulda derslerde aldıkları saptanmıştır. Öğrencilerin "cinsiyetleri" ile "iç çamaşırı değiştirme sıklıkları", "kendilerine ait bir tarakları olma durumları", arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur(p<0,05). "Kişisel hijyen ile ilgili eğitim alma" durumları ile "düzenli diş kontrollerini yaptırmaları" arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür(p<0,05). Öğrencilerin "öğrenim gördükleri program" ile "kişisel hijyen konusunda eğitim alma" durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür(p<0,05)

**SONUÇ:** Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek yüksekokulu öğrencilerinin, sağlık alanında öğrenim görüyor olmalarına rağmen, kişisel hijyen alışkanlıklarının yeterli düzeyde olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca öğrencilerimizin düzenli olarak sağlık ve diş kontrollerini yaptırmadıkları da saptanmıştır. Öğrencilerimize kişisel hijyen alışkanlıkları ile ilgili sağlık davranışlarının kazandırılabilmesi için okullarda eğitim ve seminer çalışmalarına ağırlık verilmesinin etkili olacağı kanaatindeyiz.

**ANAHTAR KELİMELEER:** öğrenci, hijyen, sağlık

**MANİSA NURLUPINAR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 0-24 AYLIK ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANNE SÜTÜ VE BESLENME HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE UYGULAMALARI**

*Nimet Pınar Baysan<sup>1</sup>Pınar E. Dünder<sup>1</sup>Asiye Özgür,<sup>2</sup>Mustafa Aslan,<sup>2</sup>Serkan Manisalı<sup>2</sup>*

*\* Manisa Celal Bayar Ü.T.F.Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

*\*\* Manisa Celal Bayar Ü.T.F.6.sınıf Öğrencisi*

**AMAÇ:** Bu araştırmanın amacı; annelerin anne sütü ile bebeklerini besleme ve ek gıdaya başlama konularındaki bilgilerini, uygulamalarını ve bu konulara etki eden faktörleri belirlemektir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışma Haziran 2006 tarihleri arasında, CBÜ TF 6. dönem intörn hekimleri tarafından, Nurlupınar Sağlık Ocağı Bölgesi'nde gecekondü özelliklerini gösteren, (birisi sağlık ocağına yakın, diğeri ulaşım güçlükleri yaşayan) 2 ebe bölgesinde yapılan, kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni bu iki mahallede 0-24 aylık bebek izlem kartlarının incelenmesi sonucunda tespit edilen annelerden (n=249) oluşmaktadır. Evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın katılım oranı %89.95'tir. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini; annelerin anne sütü hakkındaki bilgileri, annelerin emzirme süresi, ek gıdaya başlama zamanı oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise; ailenin sosyodemografik özellikleri, kadının doğurganlık özellikleri , bebeğin beslenme durumu, bebeğin demir ve D-vit alımı, bebeğin aşılama durumları oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri SPSS 10.0 istatistik programı ile ki kare ve student t testi kullanılarak analiz edilmiştir.

**BULGULAR:**Annelerin yaş ortalaması 26.0±4.3'dür. Bebeklerin yaş ortalaması 11.1± 6.7 ay olup, %58.9'u erkektir. Kadınların %50.0'ı ve eşlerin %51.3' ü ilköğretim mezunu, %99 ev hanımı, eşlerin %43.8 sanayi işçisidir. Adnan Menderes mahallesi Nurlupınar 3 mahallesine göre geniş tipte aile (p=0.001), gecekondü tipi evde yaşama (p=0.000) kadınların daha eğitimsiz olduğu (p=0.000) 18 yaş ve altında evlendiği (p=0.000), eşlerin niteliksiz işlerde çalıştığı (p=0.000), kadınların sağlık sigortasının olmadığı veya yeşil kartlı olduğu (p=0.000), erken göçlerin (10 yılın altında) daha fazla olduğu (p=0.001), kadınların üçten fazla doğum yaptığı (p=0.000), doğum aralığının 2 yıldan az olduğu (p=0.000) bir mahalledir. Adnan Menderes mahaltesinde Nurlupınar 3 mahallesine göre bebeklerin emzirilme durumu (p=0.011) ve 7 ay ve üzeri süreyle emzirme daha fazladır (p=0.043). İlk 4 ay sadece anne sütü ile emzirme Adnan Menderes mahaltesine Nurlupınar 3 mahallesine göre daha azdır (p=0.000). Nurlupınar 3 mahallesinde Adnan Menderes mahaltesine göre daha fazla gebe izlemi-{ebe(p=0.000), doktor(p=0.000)}, anne sütü eğitimi (p=0.000), bir günde annelerce daha çok emzirmenin yapıldığı (p=0.000), bebek beslenmesiyle ilgili yönlendirmenin daha fazla yapıldığı(p=0.000), daha fazla D vit kullanımı(p=0.000) olduğu görülmektedir. Nurlupınar 3 mahallesindeki annelerin anne sütünün demir içermesi (p=0.000) ve aşılama daha etkin olmasını sağlaması (p=0.02) konularında daha fazla yüzdeyle doğru yanıtlamasına karşın, anne sütüyle ilgili diğer bilgi düzeyi sorularında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Her iki bölgede ek gıdaya başlama ay ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur(p=0.000) (Nurlupınar bölgesinde ek gıda başlama ay ortalaması;2.17±2.33, Adnan Menderes bölgesinde ek gıdaya başlama ay ortalaması; 3.77±1.45) .

**SONUÇ:** Bir gecekondü bölgesinde sağlık ocağına yakın, izlemlerin daha sık yapıldığı bir mahalle ile yine aynı sağlık ocağı bölgesinde ulaşımın daha güç olduğu bir diğer mahallede yapılan bu çalışmada; annelerin anne sütü konusundaki bilgi düzeyleri arasında anne sütünün demir içermesi ve aşılama daha etkin kılması bilgisi dışında diğer bilgi düzeyi sorularında fark bulunmamıştır. Annelerin ek gıdaya başlama ayları her iki mahallede önerilenden erkendir. Ancak daha iyi sağlık hizmeti alan bölgede annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirmeleri alınan eğitimin olumlu bir sonucu olarak yorumlanmıştır. Sağlık ocağında anne sütü eğitimi ve emzirme danışmanlığının daha etkin ve annelerde davranış değişimi yaratacak biçimde verilmesi gerekmektedir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** anne sütü, ek gıda

**ERKEKLERDE OSTEOPOROZ RİSK FAKTÖRLERİNİN YAYGINLIĞI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE GÜNLÜK KALSİYUM TÜKETİMİ**

*Deniz Koçoğlu<sup>1</sup>, Belgin Akın<sup>2</sup>, Nurgün Platin<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Araş. Gör., Konya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Selçuk Üniversitesi

<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr., Konya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Selçuk Üniversitesi

<sup>3</sup> Prof. Dr. Emekli öğretim üyesi

**AMAÇ:** Osteoporoz olarak nitelendirilen kemik yapının bozulması, ileri yaşlarda görülen ve yaşlanmanın ciltte kırışıklık, yağ dokusunun azalması vb. belirtileri gibi doğal olarak gelişen bir süreçtir. Ancak bu süreçle birlikte yaşanan bazı sorunların önlenmesinde doğru yaklaşım son zamanlarda sıklıkla vurgulanan ve aslında yararı oldukça sınırlı olan ilaç tedavileri yerine erken yaşlarda yeterli kalsiyum alımının sağlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesidir (Hatun 2004). İleri yaşta görülen kırıkların kadınlar gibi erkeklerde de yaşla birlikte artması belirgindir ve kırıklar erkeklerde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Akgün 1999). Bu çalışmanın amacı 30 - 65 yaş arası erkeklerin osteoporoz ile ilgili yaşam alışkanlıkları, bilgi düzeyleri ve risk faktörlerini belirlemektir.

**YÖNTEM:** Araştırma Konya Merkez ilçesi Karatay'da 8 nolu sağlık ocağı bölgesinde 6 Kasım - 30 Aralık 2006 tarihlerinde arasında sağlık ocağına başvuran 30 - 65 yaş arası 178 erkek üzerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket formu, risk tanılama formu ve Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Cindaş ve Savaş (2004) tarafından yapılmış olan "Osteoporoz Bilgi Ölçeği" kullanılmıştır.

**BULGULAR ve TARTIŞMA:** Çalışmada sorgulanan onbeş risk faktörlerine göre erkeklerin sahip oldukları ortalama risk faktörü sayısı  $4.4 \pm 1.9$ 'dur. Bireylerin risk faktörü ile ilgili özellikleri incelendiğinde en sık karşılaşılan risk faktörlerinin günde beş bardak üzerinde çay yada kahve tüketme (% 76.4), egzersiz yapmama (% 70.2), 20 yaşına kadar her gün bir bardak süt (yada bir kase yoğurt) tüketmeme (% 68.0), akrabalarda yaşlanma ile birlikte boy kısalma öyküsü (% 36.5) olduğu görülmektedir. Risk faktörüne sahip olma ile ilgili durumlar incelendiğinde gelir durumunun düşmesiyle risk faktör sayısının artması arasında kuvvetli ve negatif bir ilişki söz konusu iken ( $r = -0.72$ ), eğitim ( $r = -0.32$ ) ve osteoporozla yönelik bilgi düzeyinin ( $r = -0.12$ ) düşmesi ile zayıf ve negatif bir ilişki vardır. Çalışma grubunda yer alan erkeklerin osteoporoz bilgi puanı düşük ( $50.4 \pm 11.2$ ) bulunmuş ve osteoporoz puanı için eğitim durumu ( $R^2 = 0.12$ ,  $p < 0.05$ ) ve gelirin ( $R^2 = 0.12$ ,  $p < 0.05$ ) belirleyici olduğu saptanmıştır. Günlük alınan kalsiyum miktarının yetersiz olduğu ( $345.87 \pm 282.10$ ) ve osteoporozla yönelik bilgi durumu günlük alınan kalsiyum miktarı için bir belirleyici olarak belirlenmesine rağmen ( $R^2 = 0.10$ ,  $p < 0.05$ ); en anlamlı belirleyicinin gelir ( $R^2 = 0.55$ ,  $p < 0.05$ ) olduğu gösterilmiştir.

**SONUÇ:** Yaşlanmayla birlikte kemik yapının bozulmasının ileri yaşta ortaya çıkarabileceği sorunların önlenmesine yönelik erkeklerin farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin düşük ve kalsiyum alımının yetersiz olduğu görülmektedir.

## 65 YAŞ VE ÜZERİ EVDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE DÜŞME İLE POSTÜREL HİPOTANSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

*Tuğba Solmaz*<sup>1</sup>, *Belgin Akın*<sup>2</sup>, *Deniz Koçoğlu*<sup>3</sup>, *Selda (Yaralı) Arslan*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Selçuk Üniversitesi

<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr., Konya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Selçuk Üniversitesi

<sup>3</sup> Araş. Gör., Konya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Selçuk Üniversitesi

**AMAÇ:** Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri evde yaşayan yaşlılarda postürel hipotansiyon ile düşme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış kesitsel türde bir araştırmadır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Konya ili Karatay İlçesi'ne bağlı 15 No'lu Sağlık ocağı bölgesi Selim Sultan Mahallesinde 2006 yılı 1 Nisan-30 Haziran arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni ve çalışma grubunu 2005 yılı ETF kayıtlarına göre belirlenen 65 yaş ve üzeri toplam 142 yaşlı birey oluşturmaktadır. Veriler, yaşlı bireylerden sözlü anamlar alındıktan sonra hazırlanan anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemiyle evde doldurulmuştur. Yaşlıların tansiyon ölçümleri araştırmacı tarafından ev ortamında yapılarak kaydedilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, ki-kare testi ve logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırma sonuçlarına göre; yaşlı bireylerin % 43.0' ü 65-69 yaş grubunda yer almakta ve % 67.6'sı eş ya da çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Yaşlıların sağlık durumları ile ilgili bazı özelliklere bakıldığında, % 85. 2' sinin kronik hastalığı olup , % 85. 2'si yürümeye yardımcı bir araç kullanmaktadır. 142 yaşlı bireyin % 62.0' sinin baş dönmesi yakınması olduğu ve % 35.2' sinin postürel hipotansiyonu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin düşme öyküleri incelendiğinde ise % 40.8' inin son bir yıl içinde düşme yaşadığı ve düşme nedenini baş dönmesi olarak bildirdiği görülmektedir. Bireylerin düşme öyküleri ile düşmeye neden olan olası durumlar arasındaki ilişki  $\chi^2$  ve logistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İleri yaş, bakımını üstlenecek kişi bulunmama, postürel hipotansiyon, baş dönmesi ve yürümeye yardımcı araç kullanımı düşme için önemli risk faktörleri olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**SONUÇ:** Araştırma bulguları doğrultusunda, yaşlı bireylerde özellikle baş dönmesi ve postürel hipotansiyon durumunun düşmeler için bir risk faktörü olduğu belirlenmiş ve birinci basamakta çalışan hemşirelere önerilerde bulunulmuştur.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Evde yaşayan yaşlı, düşme, risk faktörleri, postürel hipotansiyon, baş dönmesi.

## ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ

Emel YILMAZ<sup>1</sup>, Sultan ÖZKAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu/ Manisa

<sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu/ Bandırma/ Balıkesir

**GİRİŞ:** Beslenme, canlıların yaşamlarını sürdürmeleri, büyümeleri, sağlıklarını koruyabilmeleri, gereken hareket ve işleri yapabilmeleri için besin maddelerinin yeterli ve dengeli olarak vücuda alınıp kullanılmasıdır. Yüksek öğrenim gençliğinin sağlıklı, başarılı, mutlu olmasında ve yeteneklerini geliştirmesinde iyi beslenme önem taşımaktadır.

Bu araştırma; üniversitede öğrenim gören öğrencilerin beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Bandırma Meslek Yüksekokulu Çocuk Gelişimi bölümlerinde okuyan 180 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ve çalışmaya toplam 175 öğrenci katılmıştır (katılım oranı % 97). Veriler, 08-12 Ocak 2007 tarihleri arasında öğrencilerin kişisel ve beslenme bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını saptamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bir anket formu ile toplanmıştır. Araştırma öncesinde kurumdan izin ve öğrencilerden sözel onam alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS 11.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş ve verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $20.01 \pm 1.61$ , beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması  $20.51 \pm 2.39 \text{ kg/m}^2$  dir. Öğrencilerin % 77.7'si hemşirelik bölümünde okumakta, % 32.0'ı yurttan, % 48.6'sı arkadaşları ile evde kalmaktadır. Ailelerinin % 30.3'ünün geliri giderinden düşük ve % 42.9'u harçlığını burslardan ve kredilerden karşılamaktadır. Öğrencilerin ailelerinin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; çoğunluğunun ilköğretim mezunu oldukları (anne: % 83.4, baba: % 71.4), ve % 49.1'inin ilde yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırma grubunun beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; % 90.3'ünün öğün atladığı, en fazla atlanan öğünün % 65.8 ile öğle öğünü olduğu ve % 51.3'ünün zaman bulamama nedeniyle öğün atladığı belirlenmiştir. Öğrencilerin % 69.7'si beslenme ile ilgili eğitim aldığını ve % 78.9'u sağlıklı bir şekilde beslendiğine inanmadığını bildirmişlerdir. Beslenme yeri ve şekillerine göre dağılımlarına bakıldığında; öğrencilerin % 20.6'sı öğle yemeklerini okul/yurt yemekhanesinde yediklerini ve % 77.7'si yemek seçerken temiz bir ortamda pişirilmesi ve sunulmasına dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Öğrenciler sabah, öğlen ve akşam yemeklerinde ekme, çorba, pilav ve makarna gibi karbonhidrat ağırlıklı yiyecekleri daha fazla, et ve süt gibi protein ağırlıklı besinleri daha az tükettiklerini belirtmişlerdir.

**SONUÇ:** Araştırma sonucunda; öğrencilerin sık öğün atladıkları ve dengesiz beslendikleri saptanmıştır. Öğrencilerin beslenme bilgi ve alışkanlıklarındaki yetersizlikler etkin ve sürekli verilecek beslenme eğitimi ile artırılmalı ve yaşadıkları yerlerdeki beslenme imkanları kurumlar arası işbirliği ile yükseltilmelidir.

**0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA İSHAL OLMAYI ETKİLEYEN ETMENLER VE ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ, MANİSA**

*Seval Cambaz<sup>1</sup>, Aynur Ç. Çetinkaya<sup>2</sup>, Dilek Özmer<sup>2</sup>, Alev Yalnız<sup>3</sup>, Ayşe Kaya<sup>3</sup>, Çiğdem Kavalcı<sup>3</sup>, Dudu Gül Erdi<sup>3</sup>, Fatma Gençtürk<sup>3</sup>, Fatma Kuşçu<sup>3</sup>, Halime Gencer<sup>3</sup>, Zeynep Elmas<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, MANİSA.

<sup>2</sup> Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, MANİSA.

<sup>3</sup> Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi, MANİSA.

**AMAÇ:** 0-6 yaş çocuklarda ishal olmayı etkileyen etmenlerin ve annelerin ishal konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Kesitsel bir saha çalışması olan araştırmanın evrenini; Manisa il merkezinde bulunan 11 sağlık ocağı ebe bölgesine kayıtlı Form 006- Bebek-Çocuk İzlem Fişlerinden 0-6 yaş çocuğu olan anneler oluşturmuştur (N=20 111). Örneklem büyüklüğü Epi-Info 2000 programında 0.05 hata payı ile 388 olarak hesaplanmıştır (n=388). Örneklem giren anneler, ebe bölgesine göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma verileri, örnekleme çıkan annelere çalışma hakkında bilgi verildikten ve sözlü onamları alındıktan sonra, yüz yüze görüşme tekniği ile 15 Eylül-15 Aralık 2006 tarihlerinde toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan, araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan soru formunun iki bölümü bulunmaktadır: İlk bölümde annelerin ve bebeklerin sosyo-demografik özelliklerini içeren sorular (12 Soru) ve ikinci bölümde ishal konusunda bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik sorular (31 Soru) yer almaktadır. İkinci bölüm soruları doğru / yanlış şeklinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizi; SPSS (10.0) istatistik paket programıyla sayı yüzde dağılımı ve ki kare testleri kullanılarak yapılmıştır.

**BULGULAR:** Annelerin yaş ortalaması 27.27±5.24, çocukların ay olarak yaş ortalaması 23.39±18,26' dır. Annelerin %63,4'ü ilköğretim mezunu iken, %89,7'si ev hanımıdır. Annelerin %87,9'u ishalin belirtilerinden deride büzüşmeyi, %86,9'u da kuru ağız ve dili bilmemektedir. Ancak %92,5'i çiğ besinin ishal yapabileceğini bilmektedir. Yapılan tek değişkenli analizlerde, gecekonduda oturan, gelir düzeyi düşük, tuvaleti evin dışında, şebeke suyu kullanan ailelerin çocuklarının daha sık ishale yakalandıkları ve ilköğretim mezunu ya da daha alt düzeyde eğitimi olan annelerin çocuklarının daha sık ishal geçirdikleri belirlenmiştir (p<0.05).

**SONUÇ:** Halen günümüzde ishal, çevre koşullarının sağlığı olumsuz etkilediği, besin ve su sanitasyonunun yapılamadığı ve bireylerin temel hijyen bilgisinin yetersiz olduğu yerlerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Buna karşın; bu konuda annelerin bilgi düzeyleri halen istendik düzeyde değildir.

**ANAHTAR KELİMELER:** İshal, bilgi düzeyi, 0-6 yaş çocuk, risk etmeni.



**0-12 AYLIK BEBEĞİ OLAN ANNELERİN EMZİRME, EK GIDA VE BEBEK BESLENMESİ  
KONUSUNDA BİLGİ VE UYGULAMALARI, MANİSA**

*Aynur Ç. Çetinkaya<sup>1</sup>, Seval Cambaz<sup>2</sup> Dilek Özmen<sup>1</sup>, Ayşe Açıkgöz<sup>3</sup>, Sevim Bayram<sup>3</sup>, Serpil Kılıç<sup>3</sup>, Eda Dinçer<sup>3</sup>, Selver Emre<sup>3</sup> Esin Kurt<sup>3</sup>*

*\* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, MANİSA.*

*\*\* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, MANİSA.*

*\*\*\* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi, MANİSA.*

**AMAÇ:** 0-12 aylık bebeği olan annelerin emzirme, ek gıda ve bebek beslenmesi konusunda bilgi ve uygulamalarını incelemek.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Kesitsel bir saha çalışması olan araştırma; Manisa il merkezinde bulunan 11 sağlık ocağı ebe bölgesine kayıtlı Form 006- Bebek-Çocuk İzlem Fişlerinden 0-12 aylık bebeklerin anneleri ile yürütülmüştür (N=4 644). Örneklem büyüklüğü Epi-Info 2000 programında, %95 güven sınırında 0.05 hata payı ile (beklenen prevalans %50 alınarak) 360 olarak hesaplanmıştır (n=360). Örneklem giren anneler, sağlık ocaklarına göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma verileri, örnekleme çıkan annelere çalışma hakkında bilgi verildikten ve sözlü onamları alındıktan sonra, yüz yüze görüşme tekniği ile 15 Eylül-15 Aralık 2006 tarihlerinde toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan soru formu (60 soruluk) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, SPSS (10.0) istatistik paket programı kullanılarak; sayı-yüzde dağılımları ve ki-kare testi ile yapılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalaması 26.67±5.12, çocukların ay olarak yaş ortalaması 5.70±3.22'dir. Annelerin %62.8'i ilköğretim mezunu, %85.6'sı ev hanımıdır. Annelerin %65.8'i bebek beslenmesi hakkında eğitim almış, bunların %67.1'i eğitimi sağlık personelinde almıştır. %90.6'sı 6.aya kadar sadece anne sütünün verilmesi gerektiğini, %88.3'ü emzirme tekniğini, %70.8'i ek besinlere geçme zamanını doğru bilmektedir. Ancak bebeğin ne zamana kadar emzirilmesi gerektiğini % 43.9'u bilmemektedir. Annelerin eğitim düzeyi azaldıkça, ilk 6 ay sadece anne sütünün verilmesini yanlış bilme oranları artmaktadır. Geniş ailelerde, ilk 6 ay sadece anne sütünün verilmesi gerektiğini bilme oranı, çekirdek ailelere göre daha düşüktür (p<0.05).

**SONUÇ:** Genel olarak anne sütü, emzirme ile ilgili annelerin bilgi ve uygulamaları yeterli düzeyde iken, ek gıdalar ve ilk 2 yıla kadar anne sütünün verilmesi konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları bulunmuştur.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Anne sütü, emzirme, ek gıdalara başlama, bebek beslenmesi, bilgi düzeyi.

### 0-3 AYLIK BEBEĞİ OLAN KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON İLE SOSYAL DESTEK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Seval Cambaz<sup>1</sup>, Aynur Ç. Çetinkaya<sup>2</sup>, Dilek Özmer<sup>2</sup>, Ayşegül Karaağaçlı<sup>3</sup>, Birsal Sağlam<sup>3</sup>, Dicle Özdemir<sup>3</sup>, Emine Öztürk<sup>3</sup>, Esra Güneş<sup>3</sup>, Gülşen Sarı<sup>3</sup>, Naime Ülker<sup>3</sup>, Özgül Gür<sup>3</sup>, Pelin Ağır<sup>3</sup>, Yıldız Sevim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, MANİSA.

<sup>2</sup> Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, MANİSA.

<sup>3</sup> Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi, MANİSA.

**AMAÇ:** 0-3 aylık bebeği olan kadınlarda postpartum depresyon ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Kesitsel bir saha çalışması olan araştırmanın evrenini; Manisa il merkezinde bulunan 11 sağlık ocağı ebe bölgesine kayıtlı Form 006- Bebek-Çocuk İzlem Fişlerinden 0-3 aylık bebeklerin anneleri oluşturmuştur (N=1 707). Örneklem büyüklüğü Epi-Info 2000 programında, % 95 güven sınırında 0.05 hata payı ile (beklenen prevalans %50 alınarak) 330 olarak hesaplanmıştır (n=330).Örnekleme giren anneler, sağlık ocaklarındaki ebe bölgelerinde bulunan 0-3 aylık bebek sayılarına göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlendikten sonra; rasgele örnekleme yöntemi ile araştırma grubu oluşturulmuştur.Kadınlara çalışma hakkında bilgi verildikten ve sözlü onamları alındıktan sonra, veriler kadınların evinde yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma için yazılı izin alındıktan sonra, veriler 15 Eylül-15 Aralık 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılım oranı %86.9'dur (n=287).Verilerinin toplanmasında kullanılan soru formunun ilk bölümünde sosyo-demografik bilgiler, ikinci bölümünde ise; ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği yer almaktadır.Verilerin değerlendirilmesi, SPSS (10.0) istatistik programı ile, Student t testi, Mann Whitney U testi ve ki-kare testleri ile yapılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırmaya katılan kadınların %50.2'ü ilköğretim mezunu, %84.0'ü ev hanımı, %85.0'ı çekirdek aile yapısına sahiptir. MSPSS ölçeği alt alanları puan ortalamaları; Özel İnsan 25.64±3.44, Aile 24.78±5.52, Arkadaşlar 22.20±5.48 ve Edinburg Depresyon Ölçeği puan ortalaması 6.92±5.1 olarak (kesme puanı 12.5) bulunmuştur. MSPSS alt alan puanları ile tanımlayıcı özellikler karşılaştırıldığında, doğum öncesi bakım alan kadınların daha fazla özel insan desteği gördükleri saptanmıştır (p<0.05). Kadınların depresyon puanları ile MSPSS Ölçeği Özel insan (r=-0.31, p=0.00), Aile (r=-0.17, p=0.00) alt alanı puanı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

**SONUÇ:** Sosyal destek almanın özellikle eş desteği alma durumunun, doğum öncesi bakım alma düzeyi artırıcı ve postpartum depresyonu önleyici etkisi olduğu bulunmuştur.

**ANAHTAR KELİMELER:** Sosyal destek, postpartum depresyon, loğusalık.

## MANİSA İL MERKEZİNDEKİ 15-49 YAŞ ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞINI ETKİLEYEN GELENEKSEL İNANÇ VE UYGULAMALAR

Aynur Ç. Çetinkaya<sup>1</sup>, Seval Cambaz<sup>2</sup>, Dilek Özmen<sup>1</sup>, Tuğba Atıcı<sup>3</sup>, Resmiye Aydın<sup>3</sup>, Sevda Biçer<sup>3</sup>, Tuğçe Buz<sup>3</sup>, Funda Çelik<sup>3</sup>, Esmâ Eşmel<sup>3</sup>, Dönay Günlü<sup>3</sup>, Şerife Gökçaya<sup>3</sup>, Hatice Ordu<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, MANİSA.

<sup>2</sup> Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, MANİSA.

<sup>3</sup> Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi, MANİSA.

**AMAÇ:** Manisa il merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadınların anne- çocuk sağlığını etkileyen geleneksel inanç ve uygulamaların değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** Bu araştırma, kesitsel bir saha çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini, Manisa il merkezinde bulunan 11 sağlık ocağı ebe bölgesine kayıtlı, 15-49 yaş kadın izlem fişlerinden evli ve boşanmış olan kadınlar oluşturmuştur (N= 63533). Örneklem büyüklüğü Epi Info 2000 programında, %95 güven sınırında 0.05 hata payı ile (beklenen prevalans %50 alınarak) 395 olarak hesaplanmıştır (n=395). Örnekleme giren kadınlar, sağlık ocakları ebe bölgelerindeki kadın sayılarına göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenerek her sağlık ocağından örnekleme giren kadınlar rasgele belirlenmiştir. Veriler yazılı izin alındıktan sonra 15 Eylül-15 Aralık 2006 tarihlerinde, 60 soruluk anket formu ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni kadınların anne- çocuk sağlığını etkileyen geleneksel inanç ve uygulamaları yapma durumlarıdır. Verilerin analizinde, SPSS (10.0) istatistik paket programında, ki-kare testi ve student t testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Kadınların yaş ortalaması 31.82±8.16 olup, %64.1'inin ilköğretim mezunu, %83.5'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların ifade ettikleri gebelikteki geleneksel inançlardan en fazla uygulanan, "bebeğin cinsiyetini anlamak için gebeden habersiz oturduğu yerin altına makas ve bıçak koyulur; hangisinin üstüne oturur ise cinsiyetin ne olduğu anlaşılır" (%37.2) inancıdır. Doğumu kolaylaştırmak için uygulanan inançlarda en fazla; "gebelikte yüzde oluşan lekeler geçsin diye doğum sırasında kadın saçıyla terini siler" (%14.4) inancı bulunmuştur. Loğusalıktaki geleneksel inançlarda en çok, "loğusanın 20 kırk banyosu ile kırkı uçurulur" (%71.9) uygulaması belirlenmiştir. Yeni doğan bakımıyla ilgili; "nazar değmesin diye bebeğe nazar boncuğu takılır" (%72.4) inancının en çok uygulandığı bulunmuştur. Yapılan tek değişkenli analizlerde; kadının yaşı ve eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi, aile tipi ile geleneksel inanç ve uygulamalardan herhangi birini yapma durumu arasında fark saptanmıştır (p<0.05).

**SONUÇ:** Toplumsal kültürümüzün bir parçası olan geleneksel inanç ve uygulamalar içerisinde, sağlık açısından tehlikeli olabilecek uygulamaların az olması yanında, diğer inanç ve uygulamaların oldukça yaygın olduğu dikkat çekmektedir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Geleneksel inanç, kültür, geleneksel uygulama, ana-çocuk sağlığı.

**AYDIN İLİ E TİPİ CEZA İNFAZ KURUMUNDA BARINDIRILAN HÜKÜMLÜ VE TUTUKLULARIN  
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ KONUSUNDAKİ  
BİLGİ DÜZEYLERİ VE EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ**

<sup>1</sup>HILMIYE AKSU, <sup>1</sup>BANU KARAÖZ

*1 Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu*

**AMAÇ:** Aile planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma, Aydın ili E tipi ceza infaz kurumunda barındırılan hükümlü ve tutukluların Aile Planlaması (AP) yöntemleri konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek, eğitim sonrası verilen eğitimin bilgi düzeyine etkisini araştırmak, katılımcıları AP konusunda bilgilendirmek amacıyla planlanmıştır.

**YÖNTEM:** Araştırmanın evrenini Aydın ili E tipi ceza infaz kurumunda barındırılan 450 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini aile planlaması eğitimine katılan 242 kişi oluşturmaktadır. Araştırmacılar tarafından geliştirilen 18 soruluk anket formu sosyo-demografik özellikler ve aile planlamasına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Veriler, 31/01/2006 tarihinde eğitim öncesi ve sonrası anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı-yüzde ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Katılımcıların %41.9'u 25-34 yaş grubu arasında, %66.2'si ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %54.6'sının herhangi bir sosyal güvencesi yoktur, %40'ı evli olup, %15.2'si 5 yıl ve üzeri yıldır evlidir ve %31.5'inin yaşayan çocuk sayısı 2'dir.

Katılımcıların %41'inin RİA'yı, %12.3'ünün cerrahi yöntemleri, %5.4'ünde kondomu bildiği saptanmıştır. Toplam %38.7'sinin etkili bir yöntem bildiği belirlenmiş ve %60.4'ünün etkin bir yöntem kullanmaktadır.

Eğitim öncesi cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyan yöntem olarak %30.8'inin kondom yanıtını verdiği görülmüştür. Eğitim sonrası kondom yanıt oranı %44.2'ye yükselmiştir. Eğitim öncesi haplar ile ilgili bilgileri bilme durumu %23.8 iken, eğitim sonrası %40.8, RİA ile ilgili bilgileri bilme durumu eğitim öncesi %15.4 iken, eğitim sonrası %42.5, kondom ile ilgili bilgileri bilme durumu eğitim öncesi %41.5 iken, eğitim sonrası %45.8 olarak bulunmuştur.

**SONUÇ VE ÖNERİLER:**Katılımcıların %38.7'si etkili bir aile planlaması yöntemini bildiği saptanmıştır. Yapılan birçok araştırmada etkin yöntem bilme oranı çok daha yüksek olarak belirlenmektedir. Katılımcıların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyan yöntemi bilme durumlarına bakıldığında ise %30.8'inin kondom yanıtını verdiği görülmüştür. Eğitim sonrası sonucun %44.2 olması eğitimin olumlu yönde etkisi olduğunu düşündürebilir. Buna ek olarak RİA, hap ile ilgili bilgi düzeylerinde de artış olmuştur. Aile Planlaması konusunda toplumun bilgi düzeyinin artırılması için sektörler arası işbirliği yapmak gerektiği bilinmektedir. Bu bağlamda Üniversite kapsamındaki sağlık çalışanlarının aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi gereksinimleri olan grupları belirmesi ve bu gruplara eğitim vermesi önerilebilir.

## BURDUR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİNE BAŞVURAN GEBELERİN GEBELİK SÜRECİ İLE İLGİLİ DAVRANIŞLARI

*Öğr.Gör.Gürsel Kılıç<sup>1</sup>, Öğr.Gör.Ayşe Dericioğulları<sup>2</sup>, Öğr.Gör.Şevkinaz Doğan Konak<sup>3</sup>, Öğr.Gör.Hacer Orun<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> SDÜ Burdur Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD.

<sup>2</sup>SDÜ Burdur Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

<sup>3</sup> SDÜ Burdur Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Memurluğu Bölümü

<sup>4</sup> SDÜ Burdur Sağlık Yüksekokulu Hastalıkları Hemşireliği ABD

**Email:** [cemrem@sdu.edu.tr](mailto:cemrem@sdu.edu.tr)

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı, Burdur Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran gebelerin gebelik süreci ile ilgili davranışlarını saptamaktır .

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu araştırmaya, 15 Şubat-15 Mart 2007 tarihleri arasında Burdur Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran 63 gebe kadın katılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formuyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ve ki kare testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırma kapsamına giren gebelerin % 42'si 21-26 yaşları arasındadır. Olguların %67,2'si gebeliklerini planlamış olduklarını, %51,9'u demir preparatı kullandıklarını, %37 'si vitamin kullandığını, %44'ü düzenli egzersiz ve yürüyüş yaptığını belirtirken gebelerin %56'sı düzenli egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. Gebelik süreci hakkındaki bilgiyi, %60'ı sağlık personelinin aldığı, %21'i aile büyüklerinden edindiğini, %19'u kitaplardan öğrendiğini belirtmişlerdir. Gebelerin iki doğum arasındaki süreye ilişkin bilgileri incelendiğinde, %58'i iki doğum arasındaki sürenin 4 yıl ve üzeri olması gerektiğini belirtirken %7'si sürenin önemi olmadığını ifade etmişlerdir. Gebelerin sağlık personelinin bilgi alma düzeyi ile düzenli kontrole gitmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

**SONUÇ:** Burdur Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran gebelerin çoğunun düzenli olarak sağlık kontrolüne gittikleri, beslenme ve uyku düzenine dikkat ettikleri saptanmıştır. Ancak bu araştırmanın sonuçları Burdur Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran ve Burdur ilinde yaşayan tüm gebe kadınları temsil etmemektedir.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Gebelik,Davranış,Gebelikte egzersiz.

## AYDIN İL MERKEZİNDE BERBER, KUAFÖR VE GÜZELLİK SALONLARINDA ÇALIŞANLARIN HIV/AIDS KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

*Nimet Kılıç<sup>1</sup>, H.Nurcan Ek<sup>1</sup> Perihan Öğdüm<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, AYDIN*

**AMAÇ** HIV ile karşılaşma olasılığı yüksek olan berber, kuaför ve güzellik salonlarında çalışanların HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeylerini, tutumlarını ve mesleğe ilişkin davranışlarını saptamak ve değerlendirmek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı bir araştırmadır.

**GEREÇ VE YÖNTEM** Araştırmanın evrenini Aydın ili Berberler Esnaf ve Sanatkarlar Odasına kayıtlı 327 berber, kuaför ve güzellik salonlarında çalışan işyeri sahibi, usta, kalfa, çıraklar oluşturmaktadır.

Bu evren içerisinde dörtte bir sistematik örnekleme yöntemi ile 81 adet işyeri belirlenmiş ve buralarda çalışan 135 kişiye yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Veriler SPSS paket programında yüzde ve ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**BULGULAR** Araştırma grubunun % 65.2'si erkek, %44.4'ü ilkököl ve altı eğitim alanlar,%50.3'ünü ustalar oluşturmaktadır. Kuaför ve berberlerin;HIV/AIDS'in üç temel bulaş yollarından; cinsel yolla bulaş(%91.9),kan temasıyla bulaş(%93.3) ve hasta anneden bebeğine bulaş (%77) yolları konusunda bilgi sahibi oldukları sonucuna varılmıştır.%85.9'u; jilet, makas, epilasyon iğnesiyle,%38.5'i; yiyecek ve içeceklerle, %27.4'ü; havlu, çatal, kaşık, bardakla, %34.8'i; öksürük aksırık ile,%37.8'i; aynı tuvaleti, banyoyu kullanmakla HIV/AIDS bulaşabileceğini ifade etmiştir.Bulgularımızda araştırma grubunun,%64.4'ü AIDS hastalığının tedavisinin olmadığını, %20'si bu hastalıktan aşı ile korunabileceğini ifade etmişlerdir. Araştırma grubunun "AIDS'li olduğunuzu bildiğiniz müşteriye hizmet verir misiniz?" sorusuna %66.7'si bulaşma riskinden dolayı "hayır" yanıtını vermiştir.Araştırmaya katılanların %77'si mesleklerini HIV/AIDS hastalığının bulaşması açısından riskli bulmaktadır.Eğitim durumu ile mesleklerini HIV/AIDS hastalığının bulaşması açısından riskli bulma durumu arasındaki istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır(p>005).Kişilerin iş sırasında meydana gelen kanamaları durdurmada;%43.7'si kan taşı kullanırken %40.7'si steril pansuman malzemesi, %15.6'sı ise kolonya kullanmaktadır.Çalışanların kullandığı aletleri(saç kesim makası,iğne setleri,manikür-pedikür pensi ve makası vb.)steril hale getirme yöntemlerine bakıldığında, %51.9'u ile "sterilizatör kullanımı" ilk sırada,"çamaşır suyu/zefiranlı suda bekletme" %28.9 ile ikinci sırada bulunmuştur.Cinsiyet ile kullandıkları aletleri steril hale getirme yöntemleri arasındaki istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

**SONUÇ ve ÖNERİLER** Bulgularımızda çalışanların HIV/AIDS'in bulaşma yolları ve korunmayla ilişkin bilgileri istenilen düzeyde değildir.Ayrıca bulaşma riski olmayan bazı davranışlarında kuaför ve berberler tarafından riskli olarak değerlendirildiği gözlenmiştir.HIV/AIDS dahil kan yoluyla bulaşan tüm enfeksiyon hastalıklarının kontrolünde, yapılan işin özellikleri dikkate alınarak berber ve kuaförleri de kapsayan riskli meslek gruplarına ulusal bir eğitim programı düzenlenmelidir. Bireylere bulaşma yolları açıklanmalı, kendilerini korumaları için gerekli önlemleri nasıl alacakları öğretilmelidir.Eğitimde ağırlık verilmesi gereken diğer önemli bir noktada, HIV/AIDS' lilere karşı olan yanlış tutumu değiştirmeye yönelik olması gerekliliğidir.

**ANAHTAR KELİMELER:** HIV/AIDS, kuaför, berber

**MANİSA MURADİYE SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ ATATÜRK MAHALLESİNDE YAŞAYAN 45 YAŞ VE ÜZERİ ERKEKLERDE KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI VE KVH RİSKİ ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ**

Gökben Yaslı<sup>1</sup>, Beyhan Cengiz Özyurt<sup>2</sup>, Onur ÇİFTÇİ<sup>3</sup>, Murat IRMAK<sup>3</sup>, Onur VARIŞ<sup>3</sup>, Sabahattin ANAMURLU<sup>3</sup>, Bahri Serkan AYNUR<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Araş.Gör.Dr.Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

<sup>2</sup>Uzm.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI.Öğrencisi, İntern Hekim

**AMAÇ:**Bu çalışmada Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi Atatürk mahallesinde yaşayan 45 üzeri erkeklerde kardiyovasküler hastalıkların ve risk faktörlerinin görülme sıklığını belirlemek ve bu risk faktörlerini etkileyen değişkenleri saptamak amaçlanmıştır.

**GEREÇ YÖNTEM:**Bu araştırma Aralık 2006'da Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi Atatürk mahallesinde yaşayan 45 yaş ve üzeri erkeklerde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Atatürk Mahallesinde yaşayan toplam 203 45 yaş ve üzeri erkek oluşturmuş ve örnek büyüklüğü ve örnekleme yöntemi kullanılmadan bu kişilerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmada toplam 193 kişiye ulaşılmış, katılım hızı %95 olarak gerçekleşmiştir. Veriler, oluşturulan anket formu aracılığıyla kişilerin evlerinde yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama sırasında araştırmaya katılan kişilerin bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri de alınmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin kardiyovasküler hastalık risk durumları TEKHARF puanlama sistemine göre uyarlanmış Türk yetişkinleri için koroner risk puanlaması kullanılarak belirlenmiştir. Veriler SPSS 10.0 bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırma grubunun %37.3'ünün 65 yaş ve üzeri, %64.8'inin ilkokul mezunu, %82.9'unun evli olduğu, %22,3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı ve %25.9'unda kronik hastalık varlığı belirlenmiştir. Araştırma grubunun %81.3'ünün ailesinde kronik hastalık öyküsü ve %2.6'ında 45 yaş altı kalp hastalığı bulunduğu saptanmıştır. Risk faktörlerinin sıklığına bakıldığında araştırma grubunun %63.2'sinin sigara, %33.7' sinin halen alkol kullandığı, %48.7'sinde araştırma sırasında veya daha önceden saptanmış hipertansiyonu olduğu, %33.2'sinde santral obezite saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %6.7'si diabet olduklarını belirtmişlerdir.

TEKHARF skorlamasına göre araştırma grubunun, %22.3'ünün düşük risk grubunda %34.7 sinin orta risk grubunda, %43.0'ünün yüksek risk grubunda olduğu saptanmıştır. Hiç eğitim almamış olanların, işsiz olanların ve gelir durumunu kötü olarak tanımlayanların daha fazla oranda yüksek risk grubunda oldukları saptanmıştır(p≤0.05) Beslenme durumuyla KVH riski arasında ilişki saptanmamıştır.

**SONUÇ:**Araştırma bölgesinde 45 yaş üstü erkeklerde kardiyovasküler hastalık riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık ocağı bölgesinde kronik hastalık izlemlerinin geliştirilmesi ve risk faktörlerini azaltmaya yönelik çalışmaların yapılması yerinde olacaktır.

## MANİSA MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

*Dr. Bedri BİLGE<sup>1</sup>, Dr. Ayfer CANDANOĞLU<sup>1</sup>, Ebe Türkan ÇALIŞ<sup>1</sup> Ebe Şenay ÇELEBİ<sup>1</sup>, Dr. Nasır NESANIR<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Manisa Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı AD Arş. Gör.

**AMAÇ:** Mesleki Eğitim Merkezi öğrencilerinin cinsel sağlık üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeyini ölçerek, yapılacak eğitim çalışmalarına yön vermek.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Mayıs.2006 tarihleri arasında Manisa 1 Nolu AÇSAP Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi tarafından Manisa Mesleki Eğitim Merkezi'nde öğrenim gören tüm öğrencilere (741 kişi) ulaşılmış hedeflenmiş olup %75.3'üne (558 kişi) ulaşılarak yapılan kesitsel bir çalışmadır.

**BULGULAR:** Cinsel sağlık üreme sağlığı hakkındaki en önemli bilgi kaynağının %51,62 ile arkadaşlar, en az bilgi kaynağı olarak %10,3 ile sağlık kurumu, yine aynı oranla öğretmenlerdir. Kadınlarda, annenin bilgi kaynağı olması (p=0,000) ; kitap, gazete, dergi (p=0,005) den yararlanma erkeklere göre daha fazladır. Erkeklerde babadan bilgi alma (p=0,001) ve internet (p=0,000)den yararlanma kadınlara göre daha fazladır. Araştırmaya katılanların öğrenim düzeyi yüksek olanlarında cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında arkadaşlardan bilgi alma (p=0,004) ve kitap, gazete, dergi okuma (p=0,002); öğrenim durumu düşük olanlardan daha yüksektir. Erkeklerde ergenlik döneminde cinsel gelişim özelliklerinden en fazla bilinen, % 67,6 ile cinsel organlarda büyüme ve gelişme; en az bilinen % 32,4 ile erkeklerde cinsel gelişme 9- 14,5 yaş arasında başlar.

Kadınlarda ergenlik döneminde cinsel gelişim özelliklerinden en fazla bilinen % 80,2 ile memelerde büyüme; en az bilinen % 26,7 ile seste çatallanma olmaz.

Kadın ve erkek genital organlarının işlevi ile ilgili en fazla bilinen % 88,5 ile döllenme sperm ile yumurtanın birleşmesi iken, en az bilinen %14,3 ile cinsiyeti babadan gelen tohum hücresi belirler. Kadınlar erkek tohum hücresinin üretildiği organ testistir (p=0,010), erkeklerde cinsel boşalmada milyonlarca tohum hücresi ortaya çıkar (p=0,004), cinsiyeti babadan gelen tohum hücresi belirler (p=0,045) sorularına eğitim düzeyi yüksek olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek doğru yanıt vermişlerdir.

Çalışmaya katılanların %86,0'ı hem erkek, hem de kadınlarda kısırlık görülebilir derken, %10,5'u kadında ilk cinsel ilişki sırasında kanama olabileceğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda en yüksek bilgi düzeyi %85,8 ile AIDS-HIV hastalığı gıdalarla bulaşmazken, en düşük %53,3 ile bel soğukluğu hastalığının kısırlık yapabileceği belirtilmiştir. Kadınların %72,2 si AIDS-HIV hastalığı kan yoluyla bulaşıyor derken bu oran erkeklerde %52,5dir.

Ergenlerin %80,1 Prezervatifin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyucu etkisi vardır derken erkeklerin %30,8, kadınların ise %76,0 cinsel deneyim yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

**SONUÇ** Ergenler cinsel sağlık üreme sağlığı hakkında bilgi kaynağı olarak sağlık kurumundan, öğretmenden düşük oranda yararlanmaktadır. Ergenlerin ergenlik dönemi cinsel gelişim özellikleri bilgileri açısından, genital organların fonksiyonları, mastürbasyon, cinsel ilişki, gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bazı sorulara daha yüksek oranda doğru yanıt vermelerine rağmen genel anlamda bir bilgilenme ihtiyaçları olduğu ortaya çıkmıştır.

**Teşekkür:**Manisa İzdağkur İzcilik Dağcılık Doğa Sporları Gençlik Spor Kulübü'ne teşekkür ederiz.



## 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA DURUMU

Öğr. Gör. Ayşe Dericioğulları<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Şevkinaz Konak<sup>2</sup>, Öğr. Gör. Gürsel Kılınç<sup>3</sup> Öğr. Gör. Hacer Orun Kavak<sup>4</sup>

<sup>1</sup> M.A.E.Ü Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

<sup>2</sup> M.A.E.Ü Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Memurluğu Bölümü

<sup>3</sup> M.A.E.Ü Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD

<sup>4</sup> M.A.E.Ü Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

**AMAÇ:** Bu çalışma, Burdur İli 1 No'lu Sağlık Ocağına başvuran 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Mart 2005- Ocak 2006 tarihleri arasında 1 No'lu Sağlık Ocağı'na çocuklarının izlemlerini, aşılarını yaptırmak ve çocuklarını muayene ettirmek için başvuran 100 anne değerlendirilmiştir.. Verilerin toplanmasında sosyodemografik veri formu ve Çınar tarafından geliştirilen 0-6 yaş grubu çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, 40 maddeden oluşmakta olup, Cronbach Alfa. 8205'dir. Ölçekten en düşük 40, en yüksek 200 puan alınabilir. Yüksek puan annenin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını gösterir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırmaya katılan annelerin yaşları  $28,48 \pm 5,30$ , %45 'i bir çocuğa sahip, % 49 'unun sosyal güvencesi SSK ve %44'ü ilkokul mezunudur. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği puan ortalaması  $162,67 \pm 14,42$ 'dir. Annelerin ölçekten aldıkları toplam puan ile yaşları, eğitim durumları ve çalışma durumları arasında gruplar arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Çocuk sayısı az olanlar ile çok sayısı fazla olan anneler arasında ölçekten aldıkları toplam puan açısından fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**SONUÇ:** Araştırmaya katılan 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri aldıkları saptanmıştır. Annelerin sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça çocuklarını kazalardan korumak için gerekli ev içi düzenlemeler konusunda daha bilgili oldukları belirlenmiştir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Ev kazaları, anne, 0-6 yaş grubu çocuk, güvenlik önlemi

**BALIKESİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKIMEVİ HASTANESİNDE TEDAVİ GÖREN  
0-12 AYLIK BEBEKLERİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BESLENME  
DURUMLARI**

*Nuriye KARADAĞ<sup>1</sup>, Sadık AÇAR<sup>2</sup>, Berkan AKBABA<sup>2</sup>, B. Çağrı BULUT<sup>2</sup>, Mustafa KOÇAK<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi*

*<sup>2</sup>Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu 3. Sınıf Öğrencisi*

**GİRİŞ AMAÇ:** Beslenme insan ihtiyaçlarının en kaçınılmaz olanıdır. Çocuk yaşlarda uygun beslenme, büyüme gelişme, vücut fonksiyonlarının sağlıklı olarak devamı, organizmanın yenilenmesi için gerekli besinlerin yeterince alınması ve kullanılması olarak tanımlanır. Bu çalışma Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde tedavi gören 0-12 aylık bebeklerin bazı sosyo-demografik özelliklerini ve beslenme durumlarına ilişkin olarak annelerin bilgi düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ YÖNTEM:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde tedavi gören 0-12 aylık bebeklerin beslenme durumlarına ilişkin olarak annelerin bilgi düzeylerini ve sosyo-demografik özelliklerini saptamak amacıyla 15 Mart 2006 15 Nisan 2006 tarihleri arasında anket uygulanmıştır. Hastanede çocuk servisinde bu süre içerisinde 120 anne araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdellik ve ki-kare testi uygulanmıştır.

**BULGULAR VE TARTIŞMA:** Araştırma sonucunda annelerin yaş ortalaması  $26.2 \pm 4.2$  evlilik yaşları ortalaması  $20.7 \pm 2.7$ , bebeklerini emzirme süreleri  $4.8 \text{ ay} \pm 2.8$  olarak bulunmuştur. Annelerin yaklaşık yarısının ortaokul ve üzeri eğitime sahip oldukları (%55.0), %82.5'inin sosyal güvenceye sahip oldukları, %72.5'inin gelir getiren bir işte çalışmadıkları bulunmuştur. Ayrıca bebeklerini ilk 30 dakika içinde emzirenler %75.0 olup, çocuk gelişimi ve beslenmesi konusunda eğitim alanlar %64.2, bu bilgiyi sağlık personelinde alanlar %69.2 olarak bulunmuştur. Bebeklerin büyük çoğunluğunun halen anne sütü aldıkları (%75.8), %72.5' inin normal doğum olduğu, %76.7' sinin doğum boyunun 50-55 cm olduğu, %71.7' sinin doğum kilosunun 2500-4000 gr olduğu bulunmuştur.

**SONUÇ VE ÖNERİLER:** Araştırmanın sonucunda; normal doğan bebeklerin daha çok ilk 30 dakika içinde emzirildiği, sosyal güvencesi olan annelerin daha çok tedavi imkanlarından yararlandıkları saptanmıştır. Bebeklerin doğum boyu ve doğum kilosuna ile annelerin gebelik sırasında bebek gelişimi konusunda eğitim alma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim alanların bebeklerinin doğum boyu ve doğum kilosunun daha iyi olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$  ki-kare testi). Bebeklerin emzirme süreleri ortalama 4.8 ay, ilk 30 dakika içinde emzirilmeleri %75.0 olarak bulunmuştur. Bebeklerin en az ilk 6 ay emzirilmeleri ve erken emzirmenin yararları konusunda eğitilmelerinin yararlı olabileceği söylenebilir.

**ANAHTAR KELİMELER:**0-12 aylık bebek, bebek beslenmesi .

## MANİSA KENT MERKEZİNDE 1. BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİM DIŞI SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AŞILAR KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

*Dilek ERGİN<sup>1</sup>, Nesrin ŞEN<sup>1</sup>, Seval CAMBAZ<sup>1</sup>, Cansel SAVRAN ORAL<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> C.B.Ü Manisa Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup>Manisa Sağlık Müdürlüğü

**AMAÇ:** Bu çalışma Manisa kent merkezinde 1. basamakta görev yapan hekim dışı sağlık çalışanlarının aşılar konusundaki bilgi düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kesitsel tipte olan bu çalışmada, herhangi bir örneklem yöntemi belirlemeksizin Manisa kent merkezi 1. basamakta görev yapan hekim dışı sağlık çalışanlarının tümü araştırmanın örneklemi oluşturmuştur (n=120). Araştırmaya katılım oranı %96.0 'dır. Araştırma verileri, gözlem altında veri toplama yöntemiyle Eylül- Kasım 2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anketteki bilgi sorularına doğru cevap verenlere 1 puan, yanlış cevap ve fikrim yok diyenlere ise 0 puan verilerek toplam bilgi puanı hesaplanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (10.0) istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı yüzde dağılımı ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Sağlık çalışanlarının %95.7'si sağlık ocağında çalışmakta ve %79.1'i ebelerden oluşmaktadır. Araştırma grubunun %57.4' ü ön lisans mezunu olup, meslekte çalışma yılı ortalaması 14.72± 6.52 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının %84.3'ü aşilarla ilgili eğitim aldıklarını belirtmişler ve %73.9'unun toplam bilgi puanı ortalamadan yüksek bulunmuştur. Araştırmada bilgi puanı ortalaması 32.61±5.67 olarak bulunmuştur. Tanımlayıcı bazı özelliklerle bilgi puanı karşılaştırıldığında, aşilarla ilgili eğitim alma durumu ile bilgi puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05). Ancak, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı ve şu anki kurumda çalışma yılı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**SONUÇ:** Sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşması ve gelişmesi, sağlık personelinin bilgi tutum ve yetenekleri ile sağlık örgütünün yapısına bağlıdır. Tutum ve yetenekleri değiştirip istendik duruma getirmenin en etkin yolu eğitimidir. Ülkemizde bağışıklama hizmetlerinin başarılı olması bu alanda önemli görev ve sorumluluklar alan hekim dışı sağlık çalışanlarının, hizmet vereceği gruba yönelik eğitilmesi, kendi uzmanlık alanlarında çalışmalarının sağlanması ve bunu destekleyen denetimin yapılması ile mümkündür.

**ANAHTAR KELİME:** Aşı, sağlık çalışanları, bilgi düzeyi

**BALIKESİR ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI MERKEZİ RAHİM İÇİ ARAÇ  
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*ERKANLI Elif<sup>1</sup>, İNCE Ayşe<sup>2</sup>, BAKIR Esra<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Öğretim Görevlisi Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu

<sup>2</sup>Sağlık Yüksek okulu Ebelik Bölümü 4.sınıf Öğrencisi

**GİRİŞ:** Rahim içi araç (RİA), yapılarında bakır, gümüş, plastik gibi maddeler kullanılarak elde edilmiş; Halka, T, 7 ve spiral şekillerinde, gebelikten koruyan rahim içine yerleştirilerek kullanılan korunma yöntemidir. Ülkemizde TNSA 2003 verilerine göre %20.2 ile en çok tercih edilen modern doğum kontrol yöntemlerinin başında yer alır. Bu çalışmanın amacı, Balıkesir ilinde AÇSAP Merkezine başvuran kadınların; sosyo-demografik özelliklerini, üreme sağlığı ile ilgili problemlerini, konulan tanı ve tedavi şekillerini belirlemektir

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Retrospektif nitelikteki bu çalışma, gerekli izinler alınarak 01.09.2006 - 29.12.2006 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmadaki veriler; Balıkesir AÇSAP Merkezinde RİA polikliniğine başvuran 497 hastanın tamamının poliklinik kayıt defteri incelenerek elde edildi. Veriler istatistik paket programında aritmetik ortalama, standart sapma, frekans dağılımları alınarak ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi.

**BULGULAR VE TARTIŞMA:** Polikliniğe başvuran 18-53 yaş arası kadınların yaş ortalaması  $33.4 \pm 7.8$  olup %23.5' i köyde, %70.6' sı merkezde oturmaktadır. Başvuranların %15.4' ünün okuma yazması yok, %65.6' sı ilköğretim mezundur. Başvuranların %9.5'inin yeşil kart sahibi olduğu, %15.9' unun ise sosyal güvencesinin olmadığı bulundu. Başvuran kadınların, %65.4' üne ilaç tedavisi önerildiği, %2.2 sinin Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesine sevk edildiği saptandı. Kadınların %84.7' sine RİA kontrolünün yapıldığı, %14.5 'inin RİA' sının çıkartıldığı, %0.8 ine yeniden RİA takma işlemi yapıldığı bulundu. AP polikliniğinden yararlanan kadınların %68.6' sının hiç düşük yapmadığı saptandı. Kontraseptif yöntem olarak RİA kullanan kadınlarda en sık karşılaşılan kadın sağlığı sorununun Vajinit olduğu anlaşıldı. Kadınların %46.3' ünde vulva - vajinal enfeksiyonlar, %11.3' ünde serviks ait sorunlar, %9.1'inde ağrı ve kanama ile ilgili sorunlar, %4.8' inde adet rötarı görüldü. Adet rötarı görülen RİA takılı 22 kadının gebelik testi sadece 3 kişide pozitif çıkmıştır. Başvuranların yaş ile düşük arasında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p < 0.01$ , fisher's exact test). Yaş ilerledikçe düşük sayısı artmaktadır.

**SONUÇ:** RİA kullanan kadınların önemli kısmının, üreme sağlığı ile ilgili sorunlarının fazla olduğu görüldü. Bu nedenle RİA için başvuran kadınlara, üreme sağlığı ile ilgili danışmanlık hizmetlerin verilmesinin ve gerekli sağlık kontrollerinin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Kadın sağlığı, RİA, Sağlık sorunları

## KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) TANISI KONAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAİK VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Özlem TEKİR\* Türkan ÇALIŞKAN\* Pelin ŞEVKİNLER\*\* Demet HASKAYA\*\*

\*BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

\*\*BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 2. Sınıf Öğrencisi

e-posta: otekir@balikesir.edu.tr

**AMAÇ:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ); kronik bronşit, amfizem, bronşektazi ve astıma bağlı havayolu obstrüksiyonu ile karakterize bir hastalık durumudur. KOAİ, orta ve ileriki yaştaki kişileri etkiler. Hastalar daha çok dispne ve efor kapasitesinde kısıtlamadan yakınır. Öksürük ve balgam çıkarma sık karşılaşılan diğer bulgulardır. Hastalar için temel problem bu hastalık ile birlikte yaşamak zorunluluğunu kabul edememektir. Bu çalışma ile KOAİ hastalarının sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunun yüz yüze görüşülmesiyle toplandı. Çalışma 2 Ekim 2006-5 Mart 2007 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemini Balıkesir İli Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde yatan ve gönüllü olarak görüşmeyi kabul eden 100 KOAİ hastası oluşturdu. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmadan toplanan veriler yüzdeler ve ki-kare ile ifade edildi.

**BULGULAR:** Olguların %74'ünün 56 ve üstü yaş grubunda, %58'inin kadın, %56'sının ev hanımı olduğu ve %31'inin okur-yazar olmadığı belirlenmiştir. Hastalığından önce sigara kullananların %60, hastalığını öğrendikten sonra sigara kullanmaya devam edenlerin ise %5 olduğu, %3'ünün alkol kullandığı tespit edilmiştir. Hastalardan %44'ünün ahşap evde oturduğu, %31'inin evinde rutubet olduğu, %16'sının hayvan beslediği, %97'sinin battaniye kullandığı saptanmıştır. Ailesinde KOAİ hastası olanlar %32'ydı. Olguların %49'unun ek olarak diyabet, hipertansiyon ya da kalp-damar hastalığı olduğu, %67'sinin sağlık kontrollerini düzenli yaptırdığı, %90'ının hava kirliliği, boya ve sanayi tozlarından etkilendiği, %64'ünün kış aylarında rahatsızlığının arttığı belirlenmiştir. Hastaların %37'sinin hastalığıyla ilgili bilgi aldığı, %67'sinin sağlık kontrollerini ihmal etmediği, %92'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullanma alışkanlığı olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalıktan sonra sigara kullanma ve eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000). Eğitim durumu yükseldikçe hastalıktan sonra sigara içme oranında düşüş görülmüştür.

**SONUÇ:** Araştırmamızın sonucunda, olguların daha çok ileriki yaş grubunda olduğu, hastalıklarını öğrendikten sonra sigara içenlerin sayısının azaldığı ve hastalığa ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bireysel ya da grup halindeki eğitimlerle KOAİ'la barışık hastaların sayısında artış olacağı düşüncesindeyiz.

**ANAHTAR KELİMELEER:** KOAİ, Hava Kirliliği, Eğitim

**BALIKESİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKIMEVİ'NDE SEPTİK SERVİSİNDE GEBELİK VE KADIN SAĞLIĞI PROBLEMLERİ SEBEBİYLE YATAN HASTALARIN BAZI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

*Öğr.Gör:Elif Erkanlı*

*Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu*

**AMAÇ:** Kadınların özel sağlık gereksinimleri geniş ölçüde doğurganlıkla ilgilidir. Üreme ile ilgili sorunlar, kadınların fizyolojik ve psiko-sosyal sağlığını bozan faktörlerin başında gelir. Bu çalışmanın amacı, Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Septik Servisi'nde yatan kadınların sosyo-demografik özelliklerini, üreme ile ilgili problemlerini, konulan tanı ve tedavi şekillerini belirlemektir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu çalışma 1 Ocak-31 Mart 2006 tarihleri arasında gerekli izinler alındıktan sonra Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde gebelik ve kadın hastalıkları sebebiyle hastanede yatan, 337 hastanın tamamının servise yatış defteri incelenerek elde edilen tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma SPSS 10.0 istatistik paket programında aritmetik ortalama, standart sapma, frekans dağılımları alınarak ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Serviste hasta olarak yatan 13 -78 yaş arasındaki kadınların yaş ortalaması  $30.7 \pm 10.5$  olup %23.1'i herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir. Hastaların %54.6'sı merkezde yaşamaktadır. Hastaların %30.9'u düşük tehdidi, %5.6'sı missed-abortion, %16.0'sı hyperemesis, %1.8'i erken doğum tehdidi, %1.2'si hypertension, %3.3'ü gebelik + idrar yolu enfeksiyonu, %1.2'si gebelik + üst solunum yolu enfeksiyonu, %4.2'si gebelik + fetüs izleminin gerektiği durumlar, %1.2'si lohusalık sebebiyle oluşan sorunlar, %2.4'ü ise hariçte doğum sebebiyle yatırılarak tedavi görmektedir. Kadın sağlığı problemlerin sebepleri incelendiğinde; %17.8 kanama, %4.7 enfeksiyon, %2.1 kist, %1.8 polip olarak bulunmuştur. Kadınların %51.6'sına tıbbi tedavi, %26.4'üne kürtaj, %13.6'sına endometrial biyopsi, %6.5'ine ise coitus yırıtığı tamiri, bartholin apsesi excisionu, servikal polip excisionu gibi müdahaleler yapılmıştır. Yaşları ile sosyal güvence durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.01$ , fisher's exact test). Yaş oranı arttıkça sosyal güvenceye sahip olma oranları artmaktadır.

**SONUÇ:** Çalışmanın yapıldığı Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde Septik servisi üreme sağlığı ile ilgili önemli bir ihtiyacı karşılamakla birlikte, üreme sağlığına yönelik gebelik ve kadın sağlığı problemleri ile ilgili hastaların aynı serviste tedavi edilmelerinin zorlukları bulunmakta olup üreme sağlığına yönelik ek servislerin ve danışmanlık hizmetlerinin oluşturulmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Kadın sağlığı, Üreme sağlığı, Sağlık sorunları

**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ BALIKESİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK VE SAĞLIK  
MEMURLUĞU BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARININ  
İNCELENMESİ**

*Özlem TEKİR<sup>1</sup> Türkan ÇALIŞKAN<sup>1</sup> Eda CANGÖL<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

<sup>2</sup>BAÜ Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü 3. Sınıf Öğrencisi

**e-posta:** otekir@balikesir.edu.tr

**GİRİŞ:** Dişin mine tabakasının tahrip olması sonucu dişin üzerinde patolojik kaviteilerin gelişmesi olarak adlandırılan çürükler, diş kaybının temel nedenidir. Çürükte madde kaybının dokularca tamir olanağı yoktur. Bireylerde ağız diş sağlığının devamı yaşam boyu etkili ve yeterli ağız hijyenin sağlanmasından geçer.

**AMAÇ:** Bu çalışma ile bir yüksek öğrenim kurumundaki ağız diş sağlığı uygulamalarını değerlendirmek ve bu uygulamalardaki doğruluk/yanlışlık düzeyinin ağız hijyenini ne derece etkilediğini ortaya koymak amaçlandı.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan yüksek öğrenim öğrencilerinin ağız hijyenini sağlama tercihlerini sorgulayan anket formunun denekler tarafından sınıf ortamında yaklaşık 15'er dakikalık sürede doldurmaları ile toplandı. Çalışma 3-8 Nisan 2006 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma evrenini Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu ebelik ve sağlık memurluğu bölümlerinde öğrenim gören 227 öğrenci oluşturdu. Denekler basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlendi. Araştırmada evrenin tamamına gönüllü katılım ve öğrencilerin devamsızlık hakkı kullanımı nedeniyle ulaşılamadı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışmadan toplanan veriler yüzdelerle ifade edildi.

**BULGULAR** Olguların %46.7'si sağlık memurluğu, %53.3'ü ebelik bölümü öğrencisi olup %33'ü dişetinde kanama ve hassasiyet ve %44.1'i dolgulu dişi olduğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %68.3'ünün sadece problemi olduğunda diş hekimine gittiği, %9.3'ünün her öğün sonrası, %56.8'inin sabah akşam, %52.9'unun yuvarlak daireler çizerek süpürme şeklinde dişlerini fırçaladıkları ve %63.4'ünün fırçanın üzerine mercimek tanesi kadar macun sürdüğü belirlenmiştir. Öğrencilerden %100'ünün ağız bakımı, %61.2'sinin dil temizliği yaptığı, %9.7'sinin diş ipi kullandığı, %12.3'ünün yeni macun alırken birden fazla ağız diş problemini çözücü özelliği olmasına dikkat ettikleri ve %75.3'ünün daha önce ağız bakımı ile ilgili uzman kişilerden eğitim aldığı saptanmıştır.

**SONUÇ:** Çalışmamızın sonucunda öğrencilerin hepsinin ağız bakımı yaptıkları halde çürük dişle sahip olanların sayısının fazla olduğu, bunun nedeninin ise; diş hekimine sadece problemi olduğunda gidenlerin sayısının fazla olmasından (%68.3) ve diş ipi kullananların sayısının az olmasından (%9.7) kaynaklandığını düşünüyoruz.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Çürük, Diş Kaybı, Ağız Hijyeni

**İZMİR KONAK EKREM HAYRİ ÜSTÜNDAĞ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ  
AİLE PLANLAMASI POLİKLİNİĞİ'NE İSTEMLİ DÜŞÜK OLMAK AMACIYLA GELEN  
KADINLARIN ÖZELLİKLERİ**

<sup>1</sup>Nimet Pınar BAYSAN <sup>2</sup> Dilek AKŞİT ÜNVER

<sup>1</sup>Celal Bayar ÜTF Halk Sağlığı AD. Araştırma Görevlisi

<sup>2</sup> İzmir Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hst.Doğum Hast. Uzm.Dr.

**AMAÇ:** Bu çalışmada aile planlaması kliniğine isteyerek düşük yapmak için başvuran kadınların sosyoekonomik ve doğurganlık özellikleri açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu çalışma 13 mayıs 2005 -17 haziran 2005 tarihleri arasında İzmir Konak Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'ne istemli düşük amacıyla başvuran kadınlar üzerinde yürütülmüş tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.Çalışmaya görüşülebilen 69 kadın alınmıştır. Kadınların ve eşlerinin demografik özellikleri; doğurganlık özellikleri; aile planlaması yöntem kullanımı (son kullandığı yöntem, geçmişte ap yöntem kullanımı, istemli düşük sonrası tercih edeceği yöntem) hakkında bilgiler elde edilmiştir. Çalışmanın analizleri SPSS 10.0 bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak, ki kare testi ile yapılmıştır.

**BULGULAR:** Kadınların yaş ortalaması 31,88±6,81 'dir ve %20,9 'u çalışmaktadır. Kadınların sağlık güvencelerine bakarsak %47.1'sinin sağlık güvencesi ssk ,%20 sağlık güvencesi yok,%11.6'sinin emekli sandığıdır. Kadınların %58.2'sinin eğitimi ilkokul ve altındadır. Kadınların % 49,3 'ünün daha önceden en az bir istemli düşük öyküsü bulunmaktadır. Kadınların istemli düşük isteme nedenlerine baktığımızda %26.1'i geliri az olduğundan, %46.4'ü daha fazla çocuk istemediğinden,%10.1'i hasta olduğu için,%8.7'si yeni doğum yaptığı içindir.Aile Planlaması hakkındaki bilgileri ise %17.4 Sağlık Ocağı ebesinden,%14.5 kadın doğum uzmanı, %18.8 bu klinikten, %23.2 oranında ise hastanelerin Aile Planlaması polikliniklerinden elde etmişlerdir. İstemli düşük olan kadınların %81.3'ü herhangi bir yöntemle (%61.5 i geri çekme, %21.2 kondom, %11.5 RIA) korunmakta iken gebe kalmıştır. İstemli düşük sonrası AP yöntem tercihi %59.4 RIA dir. İlk doğum yaşı 20 ve üzeri olanlar, 19 yaş ve altı olanlara göre, daha az sayıda çocuk sahibi olmaktadırlar. (p=0.000). 6 hafta ve üzerinde istemli düşük olmaya gelme durumu 3 üzeri çocuk sahibi olanlarda ,2 ve daha az sayıda çocuğu olanlara göre daha fazladır.(p=0.027) Kadınların eğitimi ilkokul üzerinde olanların ilk doğum yaşı ,eğitim durumu ilkokul altı olanlara göre daha fazla 20 yaş ve üzerinde olmaktadır.(p=0.02)Eş eğitimi ortaokul ve üzeri olanlarda ilk doğum yaşı eş eğitimi ilkokul ve altında olanlara göre 20 yaş üzerindedir. (p=0.047), eş eğitimi ortaokul ve üzerinde olan kadınların gebelik haftası ,eş eğitimi ilkokul ve altı olanlara göre 5 hafta ve altında bulunmuştur.(p=0.035)Eş yaşı 36 ve üzeri olanlar 35 ve altı olanlara göre daha fazla 6 hafta üzerinde istemli düşük istemektedirler.(p=0.026). Ev hanımı olanlar çalışan kadınlara göre daha fazla AP yöntem kullanmaktadır (p=0.041) . Doğü bölgelerinden gelenlerde 4 ve üzeri gebe kalma diğer bölgeden gelenlere göre daha fazladır(p=0.05). İzmir'de 11 yıldan fazla oturanlar 10 yıldan az oturanlara göre daha fazla AP yöntemi kullanmakta (p=0.046) ve son kürtajını 24 ay ve üzerinde olma durumu daha fazladır(p=0.02).20 yaş üzeri evlenenler 19 yaş ve altında evlenenlere göre daha fazla AP yöntem kullanmaktadır. (p=0.004)

**SONUÇ:** istemli düşük için gelen kadınların eşlerinin eğitim durumu kendi eğitim durumlarına göre gebeliğin erken haftalarında başvurma üzerinde daha etkili bulunması eşlerin AP konusundaki önemini vurgular niteliktedir. Bu klinikte istemli düşük sonrası modern AP yöntem seçme oranlarında %59.4 RIA tercihi olması da bu kliniğin İzmir ilinde AP ve danışmanlık hizmetinde önemli bir yer tuttuğunu gösterir niteliktedir.



## BALIKESİR DEVLET HASTANESİNDE YATAN HASTALARIN RUHSAL DURUMLARININ İRDELENMESİ

*Msc.Selma BAŞKURT<sup>1</sup> Feride YALVARMIS<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Öğr.Görevlisi Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (sbaskurt@balikesir.edu.tr)

<sup>2</sup> Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü4. Sınıf Öğrencisi  
(feride.manisa@mynet.com)

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Balıkesir Devlet Hastanesinde yatan bir grup hastanın ruhsal durumlarının irdelenmesi ve tespit edilen sorunların giderilmeye çalışılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma Kasım 2006- Mart 2007 tarihlerinde yapılmıştır. Yazılı ve sözel izinler alındıktan sonra, çalışmacının hazırladığı anket formu rast gele seçilen, gönüllü olarak yanıtlamak isteyen 112 hastaya yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurtulmuştur. Veriler SPSS paket programında frekans dağılımları, aritmetik ortalama ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** 19 servisten seçilen hastaların %22.3'ü dahiliye, %19.6'sı psikiyatri ve %15.2'si fizik tedavi servisinde yatmaktadır. Katılımcıların yaşları 13 ile 87 arasında olup aritmetik ortalama ve standart sapması  $49.35 \pm 16.16$ , hastanede yattıkları gün sayısının ortalaması ise  $8.58 \pm 7.34$ 'tür. Anketi yanıtlayanların %65.2'si ilçe ve köylerden gelmekte, %78.6'sı evli, %39.3'ü ev hanımı, %30.4'ünün 2 çocuğu vardır. Hastaların %42.0'nin ilk, %28.6'sının 2. yatışıdır. Katılımcıların % 59.8'inin iştah durumlarının iyi oldukları, diğerlerinin ise dönem dönem iştahsızlık yaşadıklarını, hastane yemeklerinden hoşlanmadıklarını, %76.8'inin kendilerini değerli buldukları, %78.6'sının başkaları ile iletişime açık oldukları, %97.3'ünün kişisel temizliklerine dikkat ettikleri, %72.3'ünün hastalıklarının iyileşeceğine inandıkları saptanmıştır. Hastaların %67.9'u çeşitli nedenlerden dolayı rahat uyuyamadıklarını, %70.6'sı bazen ağrı çektiklerini, sağlık elemanlarının önerilerini yerine getirmelerine rağmen ağrılarını gideremeyenlerin ağrı kesici kullandıklarını ve %55.0'ı kendilerini tam olarak mutlu hissedemediklerini belirtmişlerdir. Yatan hastaların %90.2'si hekimlerine güvendiklerini, %78.6'sı hemşirelerine güvendiklerini, kendilerine verilen tedavi ve sunulan bakımı gönül rahatlığıyla kabul ettiklerini ve %70.5'inin hastaneden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Hastaların iştah durumları ile kendilerini tedavi eden hekime güven duymaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır  $p < 0.01$  (Fisher'in kesin testi). İştahı iyi olan hastaların hekimlerine daha fazla güven duydukları belirlenmiştir. Hastaların iyileşmeyi isteme durumları ile hastaneden memnun olma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır  $p < 0.01$  (Fisher'in kesin testi). Hastane ve personelinden memnun olanların iyileşme dönemlerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir.

**SONUÇ:** Hastaların ruhsal durumları genel olarak iyi bulunmuştur. Uykusuzluk ve ağrı sorunlarının giderilmesi gerekli tedbirler alınabilir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Hastane, Hasta, Ruhsal durum

## SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANELERİNE MESLEKİ UYGULAMA İÇİN GELEN ÖĞRENCİLERİ DEĞERLENDİRMELERİ

*Msc.Selma BAŞKURT<sup>1</sup> Semihat Türker<sup>1</sup>Mürüvvet Adal<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Öğr.Görevlisi Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (sbaskurt@balikesir.edu.tr)*

<sup>2</sup>*Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü3. Sınıf Öğrencisi*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Sağlık çalışanlarının hastanelerine uygulama için gelen yüksekokul öğrencilerinin teorik bilgileri ve pratik yetenekleri konusundaki düşüncelerinin irdelenmesi, eksiklikleri varsa giderilmeye çalışılması amaçlanmıştır. Balıkesir Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu'nun ebelik ve sağlık memurluğu bölümlerinin 1.2. ve 4.sınıf öğrencileri değişik dersler için uygulamaya gitmektedirler.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışma Kasım 2006-Mart 2007 tarihlerinde yapılmıştır. Sağlık Müdürlüğünden yazılı ve kişilerden sözel izinler alındıktan sonra, çalışmacının hazırladığı anket formu gönüllü olarak yanıtlayan 41 sağlık çalışanına yüz yüze görüşme tekniği ile doldurtulmuştur. Veriler SPSS paket programında frekans dağılımları, aritmetik ortalama ve ki-kare testi uygulanarak elde edilmiştir.

**BULGULAR:** Sağlık çalışanlarının %46.3'ü kadın servisinde, %26.8'i erkek servisinde, %17.1'i özel serviste ve %9.8'i laboratuvar ve röntgende görev yapmaktadır. Katılımcıların %12.2'si yönetici hemşire kadrosunda, %73.2'si hemşire ve %14.7'si ebe ve sağlık memuru olup, %93.9'u üniversite mezunudur. Anketi yanıtlayanların yaş ortalamaları  $36.19 \pm 7.24$  (22- 49 yaş ), hizmet yılları ortalaması ise  $16.56 \pm 6.93$  ( 4-28 yıl)'tür. Katılımcıların %68.3'ü öğrencilerin teorik bilgilerinin yeterli olduğu, %31.7'si ise öğrencilerin bilgilerinin yeterli olduğu ama bazı eksikliklerinin bulunduğu görüşündedirler. Çalışanların %92.7'si öğrencilerin ilaç tedavisindeki el becerilerini yeterli, %58.5'i öğrencilerin hasta bakımı konusunda çok iyi, %39.0'ı ise bazı uygulamalarda öğrenmeleri gereken becerilerin olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %92.7'si öğrencilerin kendileri ile çok güzel iletişim kurduklarını, tamamı ise kendilerine karşı öğrencilerinin çok saygılı davrandıklarını ve %63.4'ü işlerinde çok yardımcı olduklarını, %31.7'si ise bazı işlerde yardımcı olduklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %58.5'si kendilerinin öğrencilere iyi birer rol modeli olduklarını,%29.3'ü bazı konularda rol model olmaya çalıştıklarını, %95.1'i öğrencilerin yeni bilgileri ve uygulamaları öğrenmeye istekli oldukları, tamamı ise öğrencilerin %95.1'i sorumluluk alabildiklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin işlerin sorumluluğunu alabilme durumları ile hastalara teşhislerine göre uygun bakım yapabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ( $p < 0.01$ , Fisher's exact test)

**SONUÇ:** Sağlık çalışanları öğrencilerin iletişimlerinden ve uygulamalarından çok memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışma sonucuna göre okul hastane işbirliği yapılarak uygulamalarda eksik kalan noktaların giderilmesi için gerekli çalışmaların yapılması planlanmaktadır.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Öğrenci, Mesleki uygulama,Hastane

## BALIKESİR DOĞUM VE ÇOCUK BAKIM EVİ'NDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKİ DERNEKLERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN İRDELENMESİ

Msc.Selma BAŞKURT<sup>1</sup> Semihat Türker<sup>1</sup> Gülcan Yamane<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Öğr.Görevlisi Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (sbaskurt@balikesir.edu.tr)

<sup>2</sup> Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü3. Sınıf Öğrencisi

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bilindiği gibi meslekler, toplum düzeyindeki işbirliği ve iş bölümü kavramlarından doğar. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, mesleki dernekleri konusundaki düşüncelerinin ve üyelik isteklerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma Şubat 2006- Temmuz 2006 tarihleri arasında, gerekli yazılı ve sözlü izinler alındıktan sonra, Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakım Evi'ndeki 54 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, sağlık çalışanları ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurtulup, veriler SPSS 10.0 istatistik paket programında, frekans dağılımları, aritmetik ortalama ve standart sapma, ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Katılımcıların %5.6'sı yönetici hemşire, %16.7'si hemşire, %48.1'iebe ve %29.6'sı sağlık memuru ( anestezi, laboratuvar, röntgen teknisyeni) olarak çalışmaktadırlar. Araştırmaya katılanların yaş ortalamaları 36.29± 6.4 (23-52 yaş arası) dır. Hizmet yılları ortalama 15.18± 6.34 dir. Katılımcıların %81.5'i evli, %5.6'sı bekar, %13.0'ı ise dul olduğunu belirtmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında %25.9' unun lise, %63.0'ının ön lisans, %11.1'inin ise lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. "Hemşirelerin, sağlık memurlarının ve ebelerin ayrı ayrı dernekleri var mı? " sorusuna sağlık çalışanlarının %48.1'i evet var, %20.4'ü hayır yok ve %31.5'i bilmiyorum yanıtı vermişlerdir. Katılımcıların %25.9' u mesleki derneklerine üye olduğunu, %74.1'i ise üye olmadığını belirtmiştir. herhangi bir mesleki derneğe üye olmadığını belirtenlerin %27.8'i üye olmak istediklerini, %72.2'si ise üye olmak istemediklerini belirtmişlerdir. "Balıkesir ilinde mesleki derneğinizi kurma aşamasında görev almak ister misiniz?" sorusuna katılımcıların %24.1' evet, %75.9'u hayır cevabını vermiştir. Anketi yanıtlayanların %57.4'ü mesleki sorunların çözümünde ve mesleğin saygınlığının artmasında derneğin katkıda bulunabileceğine inandığını, %42.6'sı ise inanmadığını belirtmiştir. Toplu bir güç olması açısından Ebelik ve Sağlık Memurluğu Derneği'nin eski ve bilinen bir dernek olan Türk Hemşireler Derneği çatısı altında birleşmesini isteyen sağlık çalışanlarının oranı %63.0 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %90.7'si mesleğinden memnun olduğunu belirtmiştir.

**SONUÇ:** Bu çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının mesleki dernekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Sağlık çalışanlarına mesleki dernekleri tarafından yapılacak derneği tanıtıcı çalışmaların yerinde olacağını düşünmekteyiz. Üyelik ve kuruculuk konularında yardımcı olunmalı, dernekleşme yaygınlaştırılmalı, yasa ve yönetmeliklerin düzenlenmesinde derneklerin üyeleri aktif rol almalıdır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Sağlık çalışanı, dernek, dernek üyeliği

**MANİSA İL MERKEZİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI ÇALIŞANLARINDA ANKSİYETE DÜZEYLERİ ve ETKİLEYEN OLASI ETMENLERİN BELİRLENMESİ**

S Deveci<sup>1</sup>

H Baydur<sup>2</sup>

Y Kaplan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>: Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksek Okulu

<sup>2</sup>: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Amaç:** Çalışmanın amacı, Manisa İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları çalışanlarında anlık ve sürekli anksiyete düzeylerini belirlemek ve anksiyeteyi etkileyen olası etmenlerin belirlenmesidir.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel bir türde bir çalışmadır. Araştırma, İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınarak, Mayıs-Haziran 2006 döneminde İl Merkezi'ndeki 11 Sağlık Ocağı, VSD, AÇSAP Merkezleri, Sağlık Grup Başkanlığı, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile 112 Komuta Merkezi ve İstasyonlarında çalışanlara uygulanmıştır. Bu kurumlarda çalışan ve araştırmacının evrenini oluşturan 450 kişiden 407'sine (%90.4) ulaşılabilmektedir. Veri, C.B.Ü. Manisa SYO Hemşirelik Bölümü 3. Sınıf öğrencilerinden bir grup tarafından, işyerlerinde anketle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, tanımlayıcı sorular ile anksiyeteyi etkileyebileceği düşünülen etmenlerin incelenmesine yönelik sorulardan; ikinci bölüm ise ölçekten oluşmaktadır. Ölçek, durumluk ve sürekli anksiyeteyi belirlemeye yönelik, artan ya da azalan, 1 ile 4 arası puan alan yirmişer soruluk iki bölümden oluşmaktadır. Literatür bilgilerine göre, Durumluk Anksiyete Düzeyi için 33.97; Sürekli Anksiyete Düzeyi 42.65 puan kesme noktası olarak alınmıştır. Veri Epi info bilgisayar paket programı kullanılarak derlenmiş ve tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, lojistik regresyon ile çözümlenmeler gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların (n=407) yaş ortalaması 34.9±6.9'dur. Katılımcıların %35.6'sı erkek, %64.4'ü kadın; %20.4'ü hekim, %60.7'si hekim dışı sağlık çalışanı ve %18.9'u yardımcı personelden oluşmaktadır. Çalışanların %77.9'u evli olup, ortalama hane büyüklüğü 3.5±1.2'dir. Ortalama iş deneyim süresi 12.5±6.9 yıl; çalışılan kurumdaki deneyim süresi 4.6±5.1 yıldır. Çalışanların aylık gelir ortancası 1680 YTL'dir. Katılımcıların %55.3'ünün evi ve %60.0'inin arabası bulunmaktadır. Katılımcıların %46.4'ü ayda en az bir kez sosyal etkinliğe katılmakta, %64.9'u tatil yapmaktadır. %12.8'i sağlık sorunu, %5.4'ü ruhsal sorun yaşadığını bildirmiştir. Katılımcıların %40.5'i sigara, %14.3'ü alkol kullanmaktadır.

Durumluk kaygı puanı ortalaması 40.2±9.6 (%95 G.A: 39.3-41.2); sürekli kaygı puanı ortalaması 41.8±8.3 (%95 G.A: 40.9-42.6)'tür. Buna göre, katılımcıların %72.7'si durumluk kaygılı, %45.5'i sürekli kaygılı olarak belirlenmiştir.

Tek ve çok değişkenli analizlerde, Durumluk Anksiyete Düzeyi için 33.97; Sürekli Anksiyete Düzeyi 42.65 puan kesme noktası olarak kullanılmıştır. Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre durumluk kaygıyı etkileyen etmenler: Sağlık Ocağı, VSD, AÇSAP Merkezi ya da Sağlık Grup Başkanlığı'nda çalışma, aynı mesleği yeniden seçmek istememe, sosyal etkinliklere katılmama, tatil yapamamadır (p<0.05). Sürekli kaygı düzeyini açıklayan etmenler ise hekim dışı çalışan olma, lisans düzeyinden düşük eğitilmiş olma, Sağlık Ocağı, VSD, AÇSAP Merkezi ya da Sağlık Grup Başkanlığı'nda çalışma, aynı mesleği yeniden seçmek istememe, otomobil sahibi olamama, sosyal etkinliklere daha az katılma, tatil yapamama, sağlık sorunu ve ruhsal sorun yaşama ve düşük geliri olmamasıdır (p<0.05).

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi indirgenmiş son modele göre; sürekli kaygı düzeyini etkileyen değişkenler, Sağlık Ocağı, VSD, AÇSAP Merkezi ya da Sağlık Grup Başkanlığı'nda çalışma, aynı mesleği yeniden seçmek istememe, tatil yapamama, sağlık sorunu olma ve düşük geliri olmamasıdır. Durumluk kaygı düzeyini ise Sağlık Ocağı, VSD, AÇSAP Merkezi ya da Sağlık Grup Başkanlığı'nda çalışma ve sosyal etkinliklere katılmama etkilemektedir.

**Sonuç:** Sosyal etkinliklere yeterli düzeyde katılmama ve Sağlık Ocağı, VSD, AÇSAP Merkezi ya da Sağlık Grup Başkanlığı'nda çalışma hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyini etkileyen ortak iki değişken olarak belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Birinci Basamak, sağlık çalışanları, durumluk kaygı düzeyi, sürekli kaygı düzeyi

## I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi İçin Sık Sorulan Sorular

Dr. Mustafa SERTEL

Manisa İl Sağlık Müdür Yardımcısı

12/05/2006 gün ve 26166 sayılı resmi gazetede yayımlanan yönetmelik 01/04/2006 tarihinde itibaren yürürlüğe girmiştir. Bahse konu yönetmeliğin I. basamak sağlık çalışanlarını ilgilendiren ve uygulamada önümüze sıkça getirilen taraflarını hazırda bulunanlarla paylaşmak için bir aradayız. II. ve III. basamak yataklı tedavi kurumlarındaki çalışanları ilgilendiren tarafı diğer konuşmacıların konusudur.

Şüphesiz, yönetmeliği okuyan her sağlık çalışanı konuyu en az benim kadar anlamıştır. Ancak işin uygulama tarafında olan biri olarak mesai arkadaşlarımla doğrudan ya da dolaylı olarak yönettikleri birçok sorunun var olduğu da bir vakiadır. Bunları ana başlıklar halinde burada konu etmek istiyorum.

Yönetmeliğin 4.maddesi tanımlar bölümündeki tarifler içinde yer alan serbest meslek katsayısı bu güne kadar tartışılan ve dava konusu yapılan bir uygulamadır. Bu uygulamanın doğru olup olmadığını tartışmak yerine; konuyu icra makamının buradaki amacının çalışanlarını sadece kamuda olmaya teşvik etmek olarak her fırsatta açıkladığını hatırlatarak geçmek isterim. Bu katsayı birinci basamakta 0,5 olarak belirlenmiştir. Çalışılmayan günler tanımlamasında da “Resmi İzinler ve Nöbet İzinleri dışında ...” denilmekle çok net bir tarif yapılmıştır. Yıllık izin, hastalık, refakat, meyil müddeti v.b. her türlü izin, çalışılmayan günlerden sayılmaktadır. Bilimsel toplantılara onay alınmak şartıyla katılmak ta çalışılan günden sayılmaktadır. Aktif çalışılan gün sayısı çalışılmayan günler belirlendikten sonra hesaplanan bir değerdir. Formüle edilmiş hesaplamalar için çok önemli bir parametredir.

Yönetmelikte tarifi yapılan Tavan ek ödeme tutarı da üzerinde konuşulması gereken bir kavramdır. “Personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının, bu Yönetmeliğin EK-1 inde yer alan katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutar” diye tarif edilen sayısal büyüklüğün ne kadar olduğu konusunda münakaşalar olmuştur. Bugüne kadar yayımlanmış eködeme yönergelerinin tamamında bu değere bir şekilde ihtiyaç duyulmuştur. Öteden beri memur maaş bordrosundaki maaş, ekgösterge, yanödeme, özelsizmet kalemleri bu büyüklük için alınmıştır. Çakılı kadro olarak bilinen sözleşmeli personelin maaş bordrolarında bu kalemler yoktur. Belirtilen şekilde çalışan personel için bu büyüklük emsal personel için hazırlanan bordro baz alınarak hesaplanmaktadır. Özellikle hekim dışı personel için EK-1 de belirlenen 1,5 katsayısı ile çarpılan bahse konu bu büyüklük alınabilecek eködeme miktarının tavanını belirlediğinden çok konuşulmaktadır. Dağıtılan eködeme tutarı arttıkça Tavan ek ödeme tutarını aşan personel sayısı da doğru orantılı olarak artmaktadır. Belirlenen tavan eködeme miktarını aşan tutar ilgiliye

verilmemektedir. Kurumsal performansının arttığını ama eködeme miktarının artmadığını gören personel bunu bir yanlışlık olarak önünüze getirmektedir.

Döner sermaye eködemesi olmayan bir kuruma resen görevlendirilen bir personel kadrosunun bulunduğu kurumdan eködeme alma hakkına sahiptirler. Özellikle eğitim görevleri için sağlık ocağından ayrılan personele, bu süre içinde sağlık ocağında çalışarak toplayacağı girişimsel işlemler puanı bağıl olarak hesaplandıktan sonra ek olarak il ortalamasının %10 kadarı fazla eködeme yapılmaktadır. Aynı uygulama mali konularda sorumluluk almış personel için de geçerlidir.

Açıklamaya ihtiyaç duyulan bir başka konuda S.S.K devriyle Sağlık Bakanlığına resen geçen personelin müktesebi olan tazminat haklarıdır. Çeşitli vesilelerle birçok kez açıklamaya çalıştığımız bu durumu birde burada konuşmak lazım gelmektedir. Söz konusu personelin devir işlem tarihi olan 19.02.2005 yani 2005 şubat ayı ücretlerinin tamamı yasa ile garanti altına alınmıştır. Personel o tarihte sabitlenen bu maaşının altında ücret alamaz. Devredildiği kurumda emsali ile aynı bordroda yer aldığı anda kendisine tahakkuk ettirilen net maaş tutarı ile müktesebi olan maaş tutarı arasındaki fark kendisine tazminat olarak verilir. Aradaki bu fark kapanana kadar da personele yapılan zamlar bu personel için kaydi değer olarak alınır. Buraya kadar her şey tartışmaya gerek olmayacak kadar açıktır. Ancak burada açıklanmak istenen, bahse konu personel için tahakkuk ettirilen eködeme tutarlarının fark hesabına nasıl dahil edileceğidir. Bütün tartışma bu noktada çıkmaktadır. Personel, resen atandığı kurumda hak ettiği eködeme miktarını almayacak mıdır? Tabii ki alacaktır. Ancak devirden sonra personele yapılan zamlardan nasıl kaydi olarak yararlanıp yasa ile kendilerine ödenen fark tazminatları zamana yaygın olarak azalıyor; eködemelerini de bu şekilde almaları gerekmektedir. Yani hak ettikleri eködeme miktarlarını memur maaşlarına yapılan zam gibi düşünmelidirler. Aksi halde resen devredildikleri kurumdaki emsalleri ile aralarındaki fark hiçbir zaman kapanmayacaktır. Özetle bu personel; devredildikleri kurumdan aldıkları son maaşlarını geçen her ay için bir kez yazıp topladıklarında bulacakları rakam, devredildikleri kurumda aldıkları maaş ve eködeme miktarlarından büyük olamaz. En az eşit olabilir. Küçük olması da sorun değildir. Karşılaştırmayı ay bazında yapmak karışıklığa sebep olmaktadır. Konuya Maliye Bakanlığı bir genelgeyle açıklık getirmiştir.

İcra makamının performans tarifi “bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen kavramdır” şeklindedir. Performans kişisel ve kurumsal olarak ikiye ayrılabilir. Yönetmelikte hekimlerin bireysel performansları BUT da belirlenen hizmet kalemlerine göre belirlendiği halde hekim dışı personelinki bağıl olarak hesaplanmaktadır. Bu durum hekim dışı personelin ürettiği hizmetleri önemsememek anlamına gelmemelidir. Çünkü ölçüde kolaylık bu şekildedir. Sağlık gibi çok girift bir hizmet kolunda, bunu pratik bir yaklaşım olarak görmek lazım gelir.

Üretilen hizmetlerin geri ödeme kurumlarına tahakkuk ettirilmesi halinde bireysel performansa yansıtacağını bilen personel söz konusu kayıtları eksiksiz tutmaya azami dikkat etmelidir. Bireysel performans yanında düzeltilmiş tabip sayısı da işin önemli parçasıdır. Aynı nicel sayıda işi daha az hekimle yapan

kuruluş daha çok hekimle yapan kuruluştan daha çok eködeme almaya hak kazanmaktadır.

Kurumsal performans tarafında ise hiçbir zaman göz ardı edilemeyecek koruyucu hizmetler yer almaktadır. Bunlar gebe izlem sayısı, bebek izlem sayısı, aşılama hizmetleri, tarama hizmetleridir. Ayrıca idari bölge puanları da sayılanlara eklenerek mahrumiyet bölgelerinde görev yapan personelin ayrıcalıklı olarak değerlendirilmesine çalışılmıştır. Kuruluş bazında bir önceki yılın değerlerinin alındığı sayılan ölçütlerde, sağlık ocağın sorumluluk sahasının bölgeye ortak yeni bir sağlık ocağının açılması ile sahanın paylaşılması veya az sayıda bebek, gebe izlemeye mahkûm ETF nüfusu az olan sağlık ocaklarında bu puanların hesaplanması personel tarafından sorun olarak getirilebilmektedir. Koruyucu hizmetler başlığı altında söylenecek diğer bir şey verem savaş dispanserlerinin durumudur. Bu kurumlar, sağlık ocaklarında üretilen hizmetlerden daha dar ve özel olan işlevlerini, belirlenen büyüklüklerde yaptıklarını belgeledikleri takdirde il ortalaması üzerinden ek ödeme alabilmektedirler.

Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı olmayan sağlık grup başkanı ve kuruluş çalışanları, 112 acil yardım hizmetleri çalışanları ilçe performansı, 112 komuta ve kontrol merkezi çalışanları, il halk sağlığı laboratuvarı çalışanları ile il sağlık müdürlüğü çalışanları da il performansı üzerinden bağlı olarak hesaplanan performanslarıyla ek ödeme almaktadırlar.

Yönetmelik hem kişisel performansı hem de kurumsal performansı gözeterek bir ücretlendirme yapmaktadır. Bu ücretlendirmenin hesabını belirleyen formülleri herkes yönetmelikte bulabilir. I. Basamağa ait Manisa İl Sağlık Müdürlüğü ek ödeme bordroları internette yayınlanmaktadır. Hesaplandığı anda isteyenler tarafından incelenmeye başlayan bordrolar bu işle uğraşanları büyük hatalar yapmaktan alıkoyduğu gibi uygulamanın şeffaflık ve hesap verebilme adına da iyi bir şey olduğuna inanılmaktadır.

Uygulama ile sağlık kayıtları belirgin şekilde iyileşmiştir. Uygulama ile nicel olarak iyileşme gösteren sağlık kayıtlarının niteliği nedir sorusu tam burada akla gelmektedir. Hizmetin kalitesinin ne olduğu anlamındaki bu soru için kalite ölçütleri devreye girmektedir. Bunun içinde Sağlık Bakanlığı Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi yayınlanmıştır. İl Performans ve Kalite Koordinatörü başkanlığında, yönergeyle belirlenen ölçütlere göre bulunan katsayı hesaplamalara bir parametre olarak girmektedir. Bir izleme ve değerlendirme dönemi 4 aylık süreyi tarif eder. Dönem sonunda belirlenen sayı takip eden bütün dönem için kullanılmaktadır.

Uygulamanın etkileri konusunda da kısaca; 1. basamak sağlık çalışanlarını ücret olarak ödüllendirme yanında, kayıtların eskiye oranla daha titiz şekilde tutulması, çalışılan kuruluşu ile diğer kardeş kuruluşların belirlenen ölçütler üzerinden sürekli karşılaştırılması ana başlıklar olarak sayabiliriz.

Ülkemizde, 1. basamak sağlık kuruluşlarında 2002 yılı sonlarında başlayan döner sermaye uygulamaları, buradaki personelin 2. basamak sağlık kurumlarında çalışma isteğini azaltmıştır. Herkesin önemi konusunda hemfikir olduğu temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için; 1. basamak sağlık hizmetleri

Çalışanları ellerindeki imkânları en verimli şekilde kullanarak döner sermaye, eködeme ve varsa başkaca araçlarını da ortaya koyarak, bu sahada çalışmanın mesleki tatmin açısından da yeterli olduğunu herkese göstermelidirler.

Temel sağlık hizmetlerinde çalışma cazibesi arttırıldığı oranda, bu alandaki iyileşme ivmesinin de artacağı öngörmek o kadar da zor değildir.

Saygılarımla.