

BİRİNCİ BASAMAK-ARAŞTIRMA**EDİRNE SAĞLIK OCAKLARININ
DONANIM, PERSONEL DURUMU VE
SUNULAN KİMİ HİZMETLER, 1996***

Galip EKUKLU**, Ahmet SALTIK***

ÖZET

Amaçlar: Halk Sağlığı A.B. Dalı olarak bölgeyi yakından tanımak ve Sağlık Müdürlüğü'nün, I. Basamak Hizmetleriyle ilgili gereksindiği bilgileri sağlamaktır. Ayrıca; S. Ocaklarının; bina, personel, laboratuvar olanakları, araç-gereç bakımından bugünkü durumlarının ortaya konulması ve Türkiye geneli ile karşılaştırılması; poliklinik kayıtlarının incelenerek ilk 10 morbiditenin ve 2., 3. Basamağa sevk oranlarının belirlenmesi; araştırma sonunda elde edilecek verilerden yararlanarak I. Basamakta nitelik ve nicelik olarak daha iyi hizmet verilebilmesi konusunda çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne hizmetlerin geliştirebilmesi konusunda destek sağlanması amaçlarıyla bu çalışma yapılmıştır.

Yöntemler: Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 51 Ocağın tümü incelemeye alınmıştır. Ocak hizmet alanı, fiziksel donanımı, laboratuvar olanakları, personel bilgileri, motorlu araç durumu, tıbbi gereç durumu ve ivedi girişim olanakları ile ilgili bilgileri toplamak amacıyla bir bilgi ve anket formu geliştirilmiş, izleyen aşamada Ocaklar ziyaret edilerek veriler yerinde toplanmıştır.

Bulgular: 51 Ocağının % 47.0'si kentsel, % 53.0'u kırsal kesimdedir. % 35.3'ü geçici ya da kiralık binalarda hizmet vermektedir. Laboratuvar Ocakların % 72.5'inde, Sağlık

Ocağı Sağlık Kurul'u ise hiçbirinde yoktur. 1996 yılında Edirne Sağlık Ocaklarına 301 446 kişi başvurmuştur. Kişi başına başvuru sayısı 0.77, her 100 polikliniğe düşen laboratuvar incelemesi sayısı 2.6, gebe başına ortalama izlem sayısı 4.7, bebek başına ortalama izleme sayısı 10.6 ve çocuk izleme sayısı ortalama 1.9'dur. Başvuruların % 24.6'sı kontrol ve reçete yinelemesi, % 20.9'u sevk amaçlıdır. Özellikle il ve ilçe merkezlerindeki Ocaklarda, insangücü dağılımı çarpıktır. Ocaklar kurulurken nüfus yoğunlukla dikkate alınmamıştır. Ocak başına düşen ortalama nüfus, kentsel alanda 11 738, kırsal alanda 3 928 kişidir. Kimi Ocaklarda bağışıklama çalışmaları, aile planlaması çalışmaları, gebe-bebek ve loğusa izlemeleri gibi temel hizmetler bile gereği gibi verilememektedir.

Sonuçlar: Edirne'de I. Basamak sağlık hizmeti sunan Ocaklar bina, donanım, personel, araç-gereç bakımından ciddi yetersizlik içindedir. Bu sorunlar güçlendirilmiş bir yönetim yapısıyla ve I. Basamağı öncelikleyen bir anlayışla çözülebilir.

Anahtar Sözcükler: I. Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı, Sağlık Ocağı, 224 Sayılı Yasa, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi.

SUMMARY

Physical Equipment, Staff, Lab. & Other Facilities of Edirne Provincial Primary Health Care Units in 1996

This study has been conducted in all Primary Health Care Units (PHCUs) of Edirne Province, in 1997.

Objectives: As the Department of Public Health Trakya University Medical School, we aimed both to recognise the district and being in close contact, to encounter the data

*Bu makale, "Edirne'de Sağlık Ocaklarında Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu" adlı tezden özetlenerek hazırlanmıştır. Teze dayalı ikinci makale, "Edirne Sağlık Ocaklarında Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu" başlığıyla (hizmet boyutu ön plana çıkarılarak), Nisan 1998'de Adana'da 6. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sunulmuştur. Konu bütünlüğü bakımından 2 makalenin birlikte değerlendirilmesi uygun olacaktır.

** Öğr. Gör., Uzm., T.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D., Edirne

*** Prof. Dr., T.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D., Edirne

requirement of Provincial Health Department in connection with the Primary Health Care which are supplied by the PHCUs. In addition:

- Assigning the facilities of PHCUs as of building, health personnel, laboratory facilities, medical equipments and comparing them with rest of Turkey.

- Revealing the quality of records and statistics in terms of accuracy and completeness which are conducted in PHCUs, setting forward The 10 Leading Causes of the Morbidity through examining the out-patient diagnoses and calculating the referral rate to the Secondary and/or Tertiary Health Care.

- At the end of the study, developing some resolutions via utilising the data collected in order to upgrade both the quality and quantity of health care supplied at the PHCUs and giving support to the Provincial Health Department for realising so mentioned upgrading purpose.

Methods: All of the 51 PHCUs affiliated to the Provincial Health Department have been covered by the study of which 24 are urban (47.0 %) and the rest 27 (53.0 %) are rural. Average population in the catchment area of the PHCUs is 3 928 in rural and 11 738 in urban. The data have been collected by visiting each PHCU covered by the study. In accordance with the order of the pre-tested questionnaire and data form; information about the catchment area of the PHCUs, building conveniences, laboratory facilities, health staff, motor-car, medical equipments, first aid and emergency intervention availabilities and medical and health services records have been gathered.

Results: The population of Edirne Province on the basis of House Hold Card arranged by the PHCUs in 1996 is 387 766 and the number of houses is 96 225, (average number of house hold person is 4). Child population of 0-6 ages is 30 188 and the count of fertile period women (15-49 years) is 109 745. 35.3 % of the PHCUs serve either in temporary buildings or in rental estates. 72.5 % of the PHCUs investigated in the survey are in lack of laboratory facilities and none of entire has established The Administrative Board of The PHCU which allows the community participation in the catchment area. Average numbers are respectively 0.026 laboratory examination for per out-patient admission, 4.7 for prenatal follow-up examination of each pregnant woman, 10.6 follow-up examination for per infant and 1.9 for per 1-6 year child. The total of out-patient admissions in 1996 is 301 446. Per capita mean number for annual admission is only 0.77. Of those, 24.6 % are recurrent visits and aiming prescription repeating and 20.9 % for referral demands to the Secondary or Tertiary HCUs. On the ground of PHCU records only, for Edirne in 1996, crude birth rate is 11.2 ‰, crude death rate is 3.6 ‰ and infant mortality rate is 17.9 ‰. Particularly in the PHCUs located in the provincial center and at the centers of townships, health manpower distribution is distorted mainly in term of health staff other than physicians. During the establishing of the PHCUs, the popu-

lation criterion has not been taken into consideration, in general. Immunisation services, family planning services, follow-up examination of the pregnant women and infants and 1-6 year age children as of the the vital essentials of PHC services cannot be rendered throughly. The required delicacy has not been presented with the appointment and the transfer of the both physicians and health staff other than physicians; and the temporary appointments have oftenly been used within the provincial borders which affect the health workers and the health services in a negative manner.

Conclusions: In Edirne, PHCUs are in severe insufficiencies in terms of physical conditions, facilities, health personnel and technical equipments. These problems seem to be easily solved by an improved health management body who will give the priority to Primary Health Care Services.

Key-words: PHC (Primary Health Care), health management, public health, health units, Socialization of Health Services, Act of Number 224.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, sağlıklı bir toplum yaratmaktır. Bu olgu başlı başına bir amaç olduğu gibi, sosyal ve ekonomik kalkınmanın da en temel araçlarından biridir. Ulusların en büyük zenginlik kaynağı, sağlıklı ve eğitilmiş insan gücüdür. Sağlıklı toplumun değeri günümüzde salt etik düzlemde tartışılmamakta, aynı zamanda ekonomik gerekçeler de yaygın olarak benimsenmektedir. Bu bağlamda, sağlık alanında kullanılmayarak tasarruf edildiği sanılan, halk sağlığından esirgenen kaynaklar aslında fazlasıyla geri ödenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar, meslek hastalıkları, iş kazaları akla gelen ilk örneklerdir. Büyük boyutlarda kaynak kullanılan sağlık alanında, artık verimli kaynak kullanımı zorunludur. Bu bağlamda sağlığın korunması ve geliştirilmesi tartışmasız biçimde öncelik almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde ise durum tam tersinedir. Sağlık hizmetleri denince akla - neredeyse bütünüyle- hasta sağaltımı gelmektedir. Bu da kaynakların sınırlı olduğu ülkemiz için son derece önemli kaynak yitkilerine neden olmaktadır (Saltık A., Özdemir C., Oktay S., Kıyak M., Eskiocak M., Yüce R., (1997), "Nasıl Bir Sağlık Sistemi." Uğur Mumcu Araştırmacı Gazetecilik Vakfı'na Sunulan Rapor). Sağlık hizmetlerine, özellikle koruyucu hizmetlere yapılacak yatırım aynı zamanda toplumun kalkınmasına yatırımdır. Sosyo-ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyi arasında 2 yönlü karşılıklı bir ilişki vardır (Fişek H.N., Halk Sağlığına Giriş (1983), Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No : 2- Dirican R., (1990), Toplum Hekimliği Dersleri).

Gelir dağılımının çarpıklığı sonucunda yoksullar ve kırsal kesimde yaşayanlar sağlık hizmetlerinden yetersiz ya da çok az düzeyde yararlanmaktadırlar. Ancak, parasal olanakların sınırlı olması kişilerin sağlık hizmetlerinden

yeterince yararlanamamalarına gerekçe olamaz. Sağlık, doğuştan kazanılmış en temel insan haklarından birisidir. Dolayısıyla eldeki kaynaklar olabildiğince akılcı kullanılmalı ve özellikle Temel Sağlık Hizmetleri herkese eşit olarak sunulabilmelidir (Dirican R., (1990), **Toplum Hekimliği Dersleri**). Kaynakların akılcı kullanımı; 1. Basamak Sağlık hizmetlerinin bu arada koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini ve sağlık sorunlarının henüz oluşmadan ya da oluşuktan sonra erken dönemde tanı konulmasını öne çıkarır. Böylelikle, sınırlı kaynaklar, sunumu daha pahalı olan 2. ve 3. Basamak hizmetlerine yersiz harcanmamış olur.

1. Basamak Sağlık Hizmetleri

1. Basamak Sağlık Hizmetleri, bir toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kabul edebilecekleri yollardan, ödenebilir bir ücret karşılığında almaları gereken esas sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler, ülkenin sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturmalı ve gerek bu sistemin, gerekse sosyal ve ekonomik kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Herkesin işbirliğini, katkısını ve toplumun benimseyebileceği yöntemlerin uygulanmasını gerekli kılan bu hizmetin maliyeti, toplumun olanaklarıyla karşılanabilir düzeyde olmalıdır (Dirican R., (1990), **Toplum Hekimliği Dersleri**). 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin amacı, toplumun belli başlı sağlık sorunlarının çözümü olmalı ve buna uygun olarak sağlığın daha iyiye götürülmesini, korunmasını, hastalıkların sağaltımını ve engelli ve/veya özürülülerin esenlendirilmesini sağlamalıdır (Dirican R., (1990), **Toplum Hekimliği Dersleri**).

AMAÇLAR

Bu çalışmada, Edirne'deki 51 Sağlık Ocağı'nın fiziksel donanımları, personel, laboratuvar ve araç-gereç durumlarının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Ayrıca;

1. Halk Sağlığı A.B.Dalı olarak hem bölgeyi tanımak, hem de Sağlık Müdürlüğü'nün Ocaklarda sunulmakta olan 1. Basamak Hizmetleriyle ilgili gereksindiği bilgileri karşılamak üzere planlanmıştır.
2. Ocakların bina, personel, laboratuvar olanakları, araç-gereç bakımından bugünkü durumlarının ortaya konulması ve Türkiye geneli ile karşılaştırılması,
3. Kayıtların incelenerek ilk 10 morbidite nedeninin ve 2., 3. Basamağa sevk oranlarının belirlenmesi,
4. Araştırma sonunda elde edilecek verilerden yararlanarak 1. Basamakta nitelik ve nicelikce daha iyi hizmet verilebilmesi için çözümlerin geliştirilmesi ve Sağlık Müdürlüğü'ne hizmetlerin geliştirebilmesi konusunda destek sağlanması... amaçlarıyla bu çalışma yapılmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Araştırma kapsamına Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 51 Ocağın tümü alınmıştır. Ocakların fiziksel donanımlarını

(bina, lojman), laboratuvar olanaklarını, personel bilgilerini, araç-gereç durumlarını ve ivedi (acil) girişim olanaklarıyla ilgili verileri toplayabilmek için bir bilgi ve anket formu geliştirilmiştir. **Ocakların tümü ziyaret edilerek veriler yerinde toplanmıştır.** Fiziksel donanım, laboratuvar olanakları, personel bilgileri, motorlu araç durumu, tıbbi gereç durumu ve ivedi girişim olanakları soruları, öncelikli olarak Ocak Sorumlu Hekimine, bulunmadığı durumlarda (3 Ocak) Tıbbi Sekretere ya da diğer kıdemli personele sorulmuştur. Poliklinik defteri bilgileri toplanmıştır (Öztek Z., Eren N., (1996) **Sağlık Ocağı Yönetimi-Saltık A., (1997) Çanakkale Tabip Odası'nca Düzenlenen "Birinci Basamakta Veri Kayıt Sistemleri ve Önemi" Konulu Seminer**). Laboratuvar olanakları ve tıbbi araç-gerecin yeterliliği konuları, hekimlerin gereksinim duydukları inceleme ve girişimleri yapıp-yapamamalarına göre değerlendirilmiştir. Hekim, poliklinikte gereksinim duymasına karşın Ocakta yapılabilecek bir inceleme için olguyu bir başka sağlık kuruluşuna göndermek durumunda kalıyorsa "laboratuvar olanakları yetersizdir" biçiminde değerlendirilmiştir. Veri toplanması, Aralık 1996-Mart 1997 tarihleri arasında yapılmıştır.

BULGULAR

1990 nüfus sayımına göre 404 599 olarak belirlenen Edirne il nüfusu, araştırmada 1996 yılı ETF (Evhalkı Tespit Fişleri) sonuçlarına göre 387 765'tir. 51 Ocağa bağlı toplam 251 köy vardır. Bu köylerden 174'ünde (% 69.3) Sağlık Evi bulunmaktadır. Ocakların 9'u (% 17.6) Edirne Merkezinde, 3'ü (% 5.9) merkeze bağlı köylerde, 15'i (% 29.5) ilçe merkezlerinde ve 24'ü (% 47.0) bunların köylerindedir. Ocak başına düşen ortalama nüfus incelendiğinde; kentsel alanda ortalama 11 738 ± 6 282 kişiye 1 Ocak düşerken (655-11 025-29 157 kişi), kırsal alanda 3 928 ± 2 226 kişiye 1 Ocak düşmektedir (662-3 533-8 544 kişi).

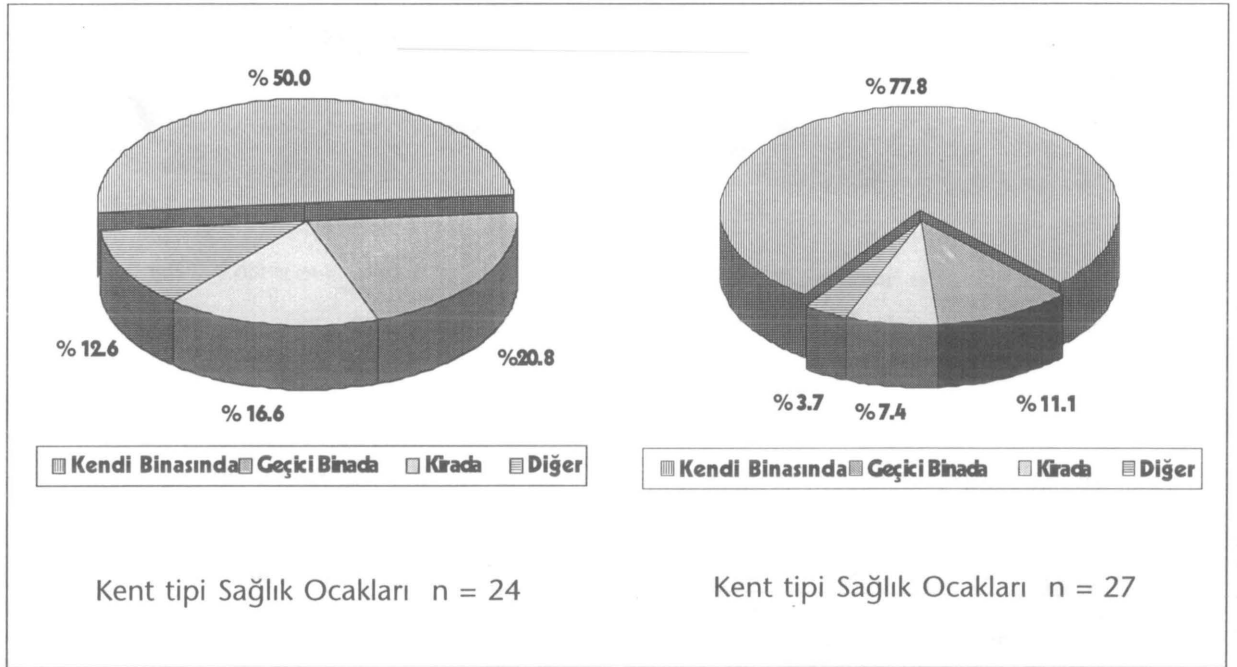
Verilerin toplandığı dönem (Aralık 1996-Mart 1997) gözönünde bulundurulduğunda Ocaklarda; 105 Pratisyen Hekim, 1 Diş Hekimi, 113 Hemşire, 289 Ebe, 49 Sağlık Memuru, 23 Çevre Sağlığı Teknisyeni (ÇST), 17 Tıbbi Sekreter, 4 Laboratuvar Teknisyeni, 2 Röntgen Teknisyeni, 12 Sıtma Savaş İşçisi, 9 Şoför ve 30 Hizmetli görev yapmaktadır. İl içi rotasyonlar dikkate alındığında bu sayılarda değişiklikler olabilmektedir.

Hekim bakımından Ocaklar incelendiğinde; 1 Ocak'ta hekim yokken, 28 Ocak'ta 1 hekim, 8 Ocak'ta 2 hekim, 4 Ocak'ta 3 hekim, 3 Ocak'ta 4 hekim, 5 Ocak'ta 5 hekim ve 2 Ocak'ta 6 hekim görev yapmaktadır. 5 Ocak'ta hemşire, 2 Ocak'ta ebe, 11 Ocak'ta sağlık memuru, 32 Ocak'ta ÇST ve 35 Ocak'ta tıbbi sekreter yoktur. 51 Ocağın 24'ü (% 47.0) kentsel (ilçe merkezlerinde), 27'si (53.0) kırsal Sağlık Ocağıdır. Ocakların % 64.7'si kendi binasında hizmet vermektedir (Şekil 1). Kendi binasında hizmet veren Ocaklardan 2'si prefabrikittir ve ilçe merkezlerindedir. Kiralık binada hizmet veren 6 Ocak, binaların giriş katındadır (Tablo 1).

Tablo 1: Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996)

Bina Durumu	Kent		Kır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendi binasında	12	50.0	21	77.8	33	64.7
Geçici binada	5	20.8	3	11.1	8	15.8
Kirada	4	16.6	2	7.4	6	11.8
Hastane binasında	2	8.4	-	0.0	2	3.9
Sağlık Merkezinde	1	4.2	-	0.0	1	1.9
Belediyeye ait binada	-	0.0	1	3.7	1	1.9
Toplam	24	100.0	27	100.0	51	100.0

Şekil 1: Edirne Sağlık Ocaklarının Bina Durumu (1996)



Özellikle prefabrik ya da Ocak binası olarak yapılmamış yerlerde mekan oldukça yetersizdir.

- Ocak binasını genel olarak nasıl değerlendirdikleri soruların 19'u (% 37.2) yeterli, 32'si (% 62.8) yetersiz yanıtını vermişlerdir. Hekimlerin 48'i (% 94.1) Ocak sorumlu hekimleridir.

- Ocakı hekimlerine poliklinik hizmetlerinde kullanılacak araç-gereç durumu (otoskop, kan basıncı ölçüm gereçleri vb.) sorulduğunda 36 Ocak'ta (% 70.6) yeterli, 15 Ocak'ta (% 29.4) yetersiz yanıtı alınmıştır. Tıbbi gereçler ise 23 Ocak'ta (% 45.1) yeterli düzeydedir.

- Ocakların 40'ında (% 78.4) ayrı bir İshal Sağaltım

Köşesi yoktur.

- 10 Ocak'ta (%19.9) bağışıklama hizmetlerinin sunumunda kullanılacak donanım (buzdolabı, aşı, şırınga vs.), 7 Ocak'ta (% 13.7) Aile Planlaması hizmetlerinin sunumunda kullanılacak gereçler (hap, kondom vb.) eksik ya da yoktur.

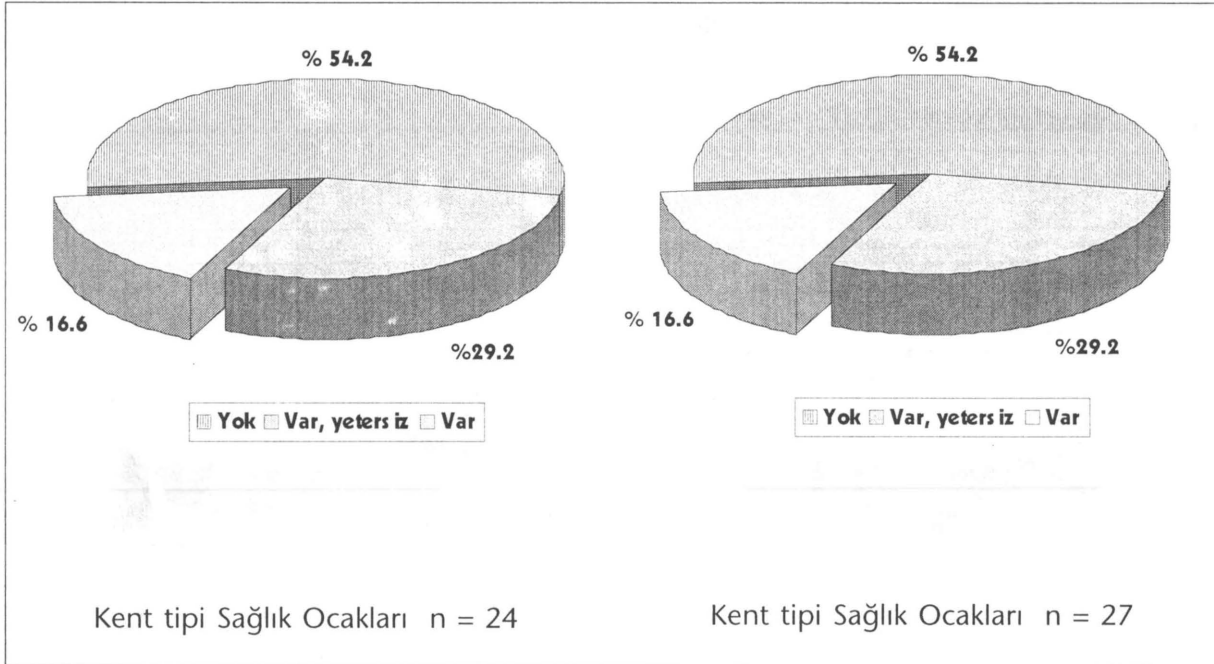
- Ocak laboratuvar olanakları yalnızca 5 (% 9.8) Ocak'ta yeterli durumdadır. 37 Ocak'ta (% 72.5) laboratuvar yoktur (Tablo 2, Şekil 2).

Uygun koşulların ve araç-gerecin sağlanması durumunda 1. Basamakta rahatlıkla yapılabilecek laboratuvar

Tablo 2: Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumları (1996)

Laboratuvar Durumu	Kent		Kır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	13	54.2	24	88.9	37	72.5
Var, yetersiz	7	29.2	2	7.4	9	17.7
Var, yeterli	4	16.6	1	3.7	5	9.8
Toplam	24	100.0	27	100.0	51	100.0

Şekil 2: Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumu (1996)



incelemeleri hem hekimlerin doğru tanı koymalarını kolaylaştıracak hem de 2. ve 3.. Basamağa gereksiz yığılmayı önleyecektir. Ancak, Edirne S. Ocaklarında, özellikle kırsalda laboratuvar olanakları yetersizdir. Laboratuvarlı Ocaklarda ise sıklıkla Hb, BK sayımı ve idrar bakısı yapılabilmektedir (Tablo 3).

Hekimlere Sağlık Ocağı ivedi girişim olanakları (yer, ilaç, serum, aşı vs.) sorulmuş ve 45 Ocak'ta (% 88.2) yetersiz yanıt alınmıştır.

Sağlık hizmetlerine toplum katılımını sağlayabilmenin yollarından olan Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları, **hiçbir Sağlık Ocağında işletilmemektedir.** Hekimlerin çoğu böyle bir Kurulun varlığından da habersizdir.

Ocakların motorlu araç konusunda oldukça sıkıntılı oldukları görülmüştür. Motorlu aracı olan Ocak sayısı 10'dur (% 19.6) (Şekil 3). Ancak motorlu aracı olan ve

bundan her zaman yararlanabilen Sağlık Ocağı sayısı yalnızca 8'dir (% 15.7) (Tablo 4).

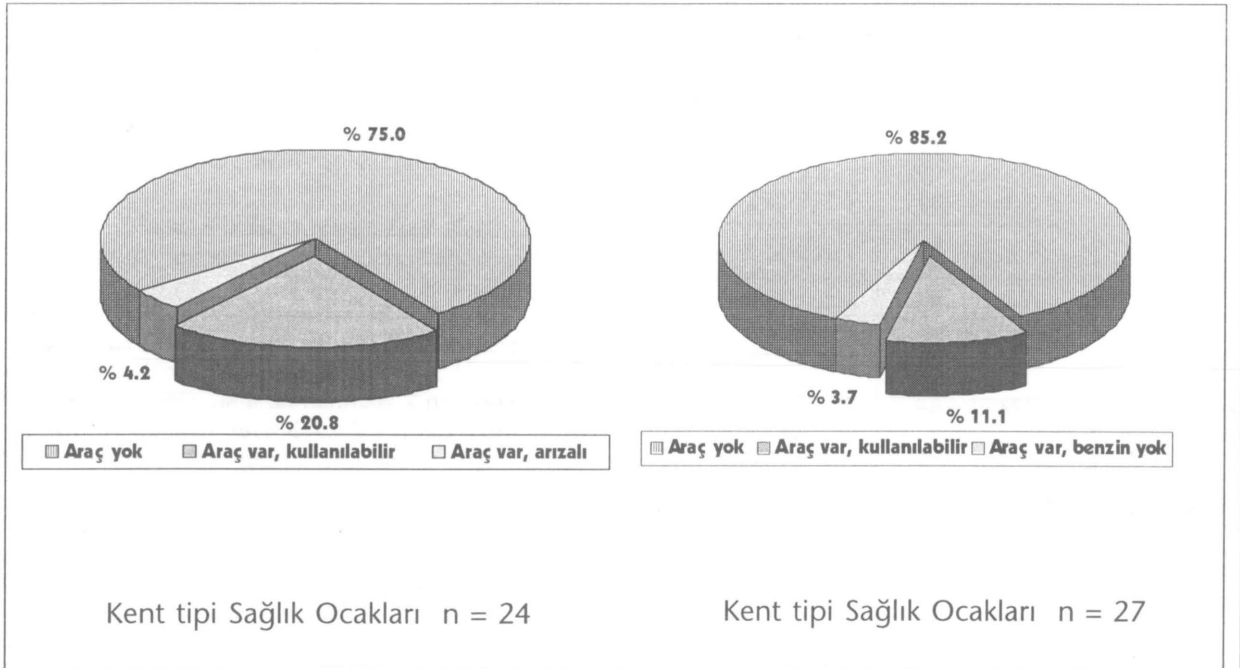
Ocak'ta bulunması gereken araç-gereçlerin varlığı ve kullanılabilir olup-olmadığı incelenmiştir. Buzdolabı, tansiyon aleti, stetoskop, jinekolojik masa, fetoskop gibi gereçlerin tüm Ocaklarda vardır; ancak mikroskop, komparatör ve EKG aygıtı gibi temel gereçler kimi Ocaklarda eksiktir. Enjeksiyon, pansuman, aşılama, çevre sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ve ivedi girişimlerde kullanılabilecek araç gereçler araştırılmış; lam, lamel, gazlı bez, tek kullanımlık şırınga, pamuk gibi çok temel kimi gereçlerin bile eksik olduğu görülmüştür. **Beden derecesi olmayan 8 Ocak vardır.** Gram boyama yalnızca 1 Ocak'ta olasıdır.

Yerleşim birimlerinin ilçe ya da il merkezine yakın olması ve coğrafyanın uygunluğu nedeniyle Ocaklara ivedi olgular gelmemekte ya da gelenler kısa sürede en

Tablo 3: Edirne Sağlık Ocaklarında Yapılan Laboratuvar Çalışmaları (1996).

	Yapılan Sağlık Ocağı					
	Kent (n=24)		Kır (n=24)		Toplam (N=51)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemoglobin ölçümü	7	29.2	3	11.1	10	19.6
Hematokrit ölçümü	4	16.7	2	7.4	6	11.8
Lökosit sayımı	6	25.0	2	7.4	8	15.7
Periferik yayma	3	12.5	-	0.0	3	5.9
İdrar mikroskopisi	6	25.0	3	11.1	9	17.6
Tam idrar	7	29.2	3	11.1	10	19.6
AKŞ ölçümü	6	25.0	3	11.1	9	17.6
Kan biyokimyası	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Dışkıda parazit/yumurtası	4	16.7	1	3.7	5	9.8
EKG çekimi	5	20.8	7	25.9	12	23.5
Düz Röntgen çekimi	3	12.5	-	0.0	3	5.9

Şekil 3: Edirne Sağlık Ocaklarının Laboratuvar Durumu (1996)



yakın sağlık merkezine ulaştırılabilmektedir. Ancak yine de bir Ocak'ta bulunması gereken araç-gereç ve ilaçlar bakımından konu incelendiğinde ilginç bulgular elde edilmiştir. Örn. 29 Sağlık Ocağı'nda (% 56.9) oksijen tüpü

varken (çoğu boş), serum ve serum seti olmayan Sağlık Ocağı sayısı 32 (% 62.8), cerrahi dikiş seti olmayan Ocak sayısı 12'dir (% 23.5). Kimi Ocaklarda ivedi durumlarda kullanılacak serum, antihistaminik, adrenalin, atropin gibi

Tablo 4: Edirne Sağlık Ocaklarının Motorlu Araç Durumları (1996)

Motorlu Araç Durumu	Kent		Kır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Araç yok	18	75.0	23	85.2	41	80.4
Araç var, kullanılabilir	5	20.8	3	11.1	8	15.8
Araç var, arızalı	1	4.2	-	0.0	1	1.9
Araç var, benzin yok	-	0.0	1	3.7	1	1.9
Toplam	24	100.0	27	100.0	51	100.0

ilaçlar da yoktur. 21 Ocak'ta (% 41.2) serum fizyolojik, 16 Ocakta (% 31.4) adrenalin ampul yoktur. Sayılanlar dışındaki ivedi girişim ilaçları da kimi Ocak'ta eksiktir. Ancak, hekimler bu eksikliği çok önemsememektedirler. İvedi olguları kolaylıkla sevk edebildiklerini ve bu konuda çok fazla sorun yaşamadıklarını belirtmektedirler.

Sağlık Bakanlığı, Edirne'nin 1996 yılı sıfır yaş nüfusu (hedef nüfus) 5 919 olarak bildirmiştir. Buna göre yapılan aşı sayıları, aşılama oranları ve bu oranların Türkiye geneli ile karşılaştırılması Tablo 5'tedir.

Tablo 5: Edirne Sağlık Ocaklarında Sıfır Yaş Grubuna Yapılan Aşılar ve Türkiye Geneli ile Karşılaştırılması (1996)

Aşı	Edirne İli Hedef Nüfus: 5 919		Türkiye Geneli Hedef Nüfus: 1 365 304	
	Sayı	%	Sayı	%
DBT-1	4 816	81	1 199 291	88
DBT-2	4 954	83	1 160 557	85
DBT-3	5 060	85	1 145 134	84
OPV-1	4 933	83	1 195 478	88
OPV-2	5 023	84	1 153 227	84
OPV-3	5 073	85	1 136 718	83
Kızamık	5 084	85	1 153 316	84
TT1	2 403	40	474 565	35
TT2 +	1 580	27	438 876	32

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü Bağışıklama Şube Md. verileri

Tablo 5'te de görüldüğü gibi, 1996 verilerine göre; Edirne DBT-1, DBT-2, OPV-1 ve TT2 oranları bakımından Türkiye genelinden kötü durumdadır. Yukarıdaki aşılar

dışında 1996 yılında yapılan DBT-R 4 328 doz, OPV-R ise 5 754 dozdur. Yalnızca 1 Ocak'ta BCG yapılmaktadır. Tetanus aşılması verileri incelendiğinde; TT1 = 2 403, TT2 = 1 580, TT3 = 778, TT4 = 51 ve TT5 = 28 olarak saptanmıştır. Birçok Ocak'ta 3., 4. ve 5. dozları kaydedilmemektedir. Ocak çalışanlarında bu konuda ikilemler yaşanmaktadır. Özellikle 15-49 yaş kadın ve gebelere yapılacak tetanus aşılması konusunda bilgi açığı vardır. Aşılama çalışmalarıyla ilgili bir diğer önemli sorun da hedef nüfustur. Sağlık Bakanlığı'nın Edirne için belirlediği 1996 yılı hedef nüfusu 5 919, Ocakların ETF kayıtlarına göre 4 674, formlarla bildirilen canlı doğum sayısı 4 282 (ölen bebek 77) ve yapılan DBT-1 dozu 4 816'dır. Görüldüğü gibi 4 farklı rakam vardır. Bu karmaşa tüm doğumların Ocaklarca saptanamadığını düşündürmektedir.

Edirne Sağlık Ocaklarıncı 1996 yılında bildirilen bildirimi zorunlu hastalıkların başında 6 030 olguyla 'Enterit ve ishal ile seyreden diğer hastalıklar' gelmektedir. Daha sonra sırasıyla, su çiçeği (91 olgu), kızamık (40 olgu), sıtma (40 olgu) ve kabakulak (31 olgu) gelmektedir.

224 Sayılı Yasa gereği Ocakların yapması beklenen çevre sağlığı çalışmaları incelendiğinde, Ocaklara bağlı yerleşim birimleri (mahalle ve köy sayıları) ve nüfus bazında, bakteriyolojik inceleme için en az 3 600 örnek alınması gerekmektedir. Alınan örnek sayısı bu kritik sayıdan fazladır (4 158). Alınan kimyasal su örneği sayısı ise alınması gerekenin 2 katından fazladır. 1996 yılında 2 494 gıda örneği alınmış, 25 513 işyeri denetimi yapılmıştır. Edirne Sağlık Ocakları çevre sağlığı hizmetleri bakımından oldukça başarılıdır.

Ocaklarda 1996 yılı içinde 67 kadına RİA uygulanmış, 5 105 kadına Hap verilmiş ve 5 497 adet kondom dağıtılmıştır. Bu 3 yöntem dışında Sağlık Ocaklarında uygulanan/ verilen başka AP yöntemi yoktur. 67 RİA uygulaması 2 Ocak'ta (% 3.9) gerçekleşmiştir. RİA eğitimi alan personel sayısı 7 kişidir (3 Doktor, 4 Ebe). Bunların dışında, toplam 18 611 gebe, 3 345 loğusa, 36 697 bebek ve 48 539 çocuk muayene edilmiştir. Bu muayenelerde sevk oranı en fazla olan (% 5.3) grup loğusalardır. Bu muayenelerin yanısıra, toplam 8 766 laboratuvar incelemesi yapılmıştır

(poliklinik başına lab. incelemesi %2.9). Edirne Sağlık Ocaklarında 1996 yılında sunulan kimi sağlık hizmetleriyle ilgili bilgiler Tablo 6'dadır.

Tablo 6: Edirne Sağlık Ocaklarında Verilen Kimi Hizmetlerin Durumu (1996).

Hizmetler	Sayı
- Adli Hizmetler	
- Verilen adli rapor sayısı	6 272
- Yapılan otopsi sayısı	23
- Muayene edilen kişi sayısı	301 446
- Sevk Sayısı	8 729
- Küçük cerrahi müdahale sayısı	672
- Laboratuvar çalışmaları	
- idrar	3 300
- kan	4 695
- dışkı	3
- sıtma kanı	21 808
- Doğumların dağılımı	
- Hekimin yaptırdığı*	3 812
- Ebelerin yaptırdığı doğum sayısı	450
- SP olmadan doğum	16
- Toplam doğum sayısı	4 342
- Düşük sayısı	129
- Canlı doğan sayısı	4 282
- Ölü doğan sayısı	64
- Ölen bebek sayısı	77
- Ölen gebe sayısı	1
- 1-4 yaş ölüm sayısı	7
- 65 yaş üzeri ölüm sayısı	886
- Toplam ölüm sayısı	1 402
- Hemşire, Ebe izlemeleri	
- Gebe	21 375
- Bebek	49 726
- Çocuk	57 212

*Salt Ocak hekimleri değil, tüm hekimlerin yaptırdığı.

Doğumların % 88'ini hekimlerce, % 10'unu ebelerce gerçekleştirilmiştir. 16 doğum ise (% 2.0) sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşmiştir. Ocaklara 1996 yılında 301 446 kişi başvurmuş, toplam 7 998 laboratuvar incelemesi yapılmıştır. Her 100 polikliniğe düşen laboratuvar incelemesi sayısı 2.6 gibi son derece küçük bir rakamdır! Gebe başına ortalama izlem sayısı 4.7, bebek başına ortalama izleme sayısı 10.6 ve çocuk izleme sayısı ortalama 1.9'dur.

Yalnızca Ocak kayıtları kullanılarak kimi sağlık düzeyi ölçütleri hesaplanacak olursa; Kaba Doğum Hızı (KDH) = % 11.2 (Türkiye verisi % 22.4), (Republic of Turkey Ministry of Health (1997), "Country Health Report 1997"). Kaba Ölüm Hızı (KÖH) = % 3.6 (Türkiye verisi % 6.6), Bebek Ölüm Hızı (BÖH) = % 17.9 (Türkiye verisi % 44) (UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu 1997) olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmada son olarak poliklinik defterlerinin dökümü çıkarılmıştır. Bu bölümde 51 Ocakın 41'inden (% 80.4) veri toplanabilmiştir. 1996 yılında Ocak polikliniklerine (poliklinik defterlerine kaydedilen) toplam 301 446 kişi başvurmuştur. Edirne nüfusu dikkate alındığında Ocakları kişi başına başvuru sayısı 0.77'dir. Toplam başvuruların 226 855'i (% 75.2) incelenebilmiş; bunların 55 779'unun (% 24.6) "kontrol ve reçete yinelenmesi" olduğu görülmüştür. Geriye kalan 171 076 poliklinik kaydının 35 869'unu (% 20.9) değişik kurumlara yapılan sevklerdir. Kontrol-reçete yinelenmesi ve sevkler dışındaki başvuruların aldıkları tanılar incelenmiş, toplanan bilgiler halen kullanılmakta olan 150 Başlıklı A Listesi'ne göre sınıflandırılmıştır (Öztek Z., Eren N., (1996) Sağlık Ocağı Yönetimi). Bulgular tablo 7'de sunulmaktadır. Ülkelerin sağlıktaki gelişmişlik ölçütlerinden biri de ilk 10 morbidite nedeni içinde infeksiyon hastalıklarının bulunup-bulunmamasıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelikler belirlenirken bu sıralamanın dikkate alınması ve uygun plan ve programların geliştirilmesi, verilecek hizmetleri oldukça olumlu etkileyecektir. Edirne Sağlık Ocaklarından elde edilen verilere göre ilk 10 morbidite nedeni incelendiğinde; 1 sırada akut solunum yolu enfeksiyonlarının geldiği, ishali hastalıkların ilk 10'a girdiği görülmektedir. Tüm poliklinik kayıtları içinde kontrol ve reçete yinelenmelerinin ilk sırada olması ilginçtir. Daha önce de değinildiği gibi Ocaklar sağlık sorunlarının çözümlendiği yerlerden çok reçete yinelenmelerinin, istek üzerine sevklerin yapıldığı (% 20.9) kurumlar durumuna indirgenmişlerdir. Toplam 35 869 sevkten 28 026'sı (% 78.1) 2. Basamağa, 7 231'i (% 20.1) 3. Basamağa, 489'u (% 1.4) SSK hastanelerine, 30'u Asker hastanelerine, 50'si Verem Savaş Dispanseri'ne, 38'i AÇS-AP Merkezi'ne, 5'i Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne yapılmıştır.

TARTIŞMA

Türkiye'de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler tıpkı diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi finansman, altyapı (teknik-fizik kapasite ve sağlık insan gücünün nitelik-nicelik düzeyi ile yurt genelinde dengesiz dağılımı), eğitim ve beslenme sorunlarıdır. Buna bağlı olarak sağlık düzeyimizin ülke çapında yükseltilmesinde en önemli kazancın TSH'nın geliştirilmesinden geçeceği de açıktır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa kapsamında kurulan Sağlık Ocağı sistemi bu amaca yönelik olup; hastalıkların tanı ve sağaltımında ileri Basamak (2. ve 3. Basamak) Sağlık Hizmetlerinin verildiği hastaneler için seçiciliği sağlayan, 1. Basamak birimleridir. Oysa günümüz Türkiye'sinde yönelme, gerek sunu (arz) gerekse istem (talep) bakımından ileri Basamak sağlık hizmetlerine, yani hastanelere olmaktadır. 1. Basamak birimleri olarak

Tablo 7: Edirne Sağlık Ocaklarında Poliklinik Kayıtlarına Göre Alınan Tanılar (1996)*

Başvuranların Aldıkları Tanılar	150 Başlıklı A Listesindeki Kodu	Sayı	%
Kontrol, reçete yinelenmesi	-	55 779	24.6
Tüm sevkler (2., 3. Basamağa)	-	35 869	20.9
1. Solunun sisteminin akut enfeksiyonları	A-89	53 294	31.1
2. Kemik-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları	A-125	8 800	5.1
3. Hipertansiyon	A-82	8 092	4.7
4. Deri ve deri altı dokusunun diğer hastalıkları	A-120	6 277	3.7
5. Solunum sisteminin diğer hastalıkları	A-96	5 352	3.1
6. Gastrit ve duodinit	A-99	5 034	2.9
7. Üro-genital sistemin diğer hastalıkları	A-111	3 734	2.1
8. Artrit ve spondilit	A-121	2 918	1.7
9. Grip	A-90	2 904	1.7
10. Enterit ve ishal ile seyreden diğer hastalıklar	A-5	2 863	1.7
11. Diğer		35 939	21.0

*Ocalara yapılan ve poliklinik defterine kaydedilen tüm başvurular

Ocaklar yeterince desteklenmemiştir. Sağlık yöneticileri, hekimler ve halk, sağlık hizmetleri denildiğinde hastaneleri düşünmektedirler. Bu anlayış hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının eğitimlerinde de ağırlıklı bir yer tutmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de hastaneler geliştirilmiştir. Donanım ve sağlık insan gücü bakımından hastanelerin gelişmiş olması nedeniyle hastaneye gitmekten başka bir seçeneği olmayan halk, hastaneleri kullanmaya özendirilmiş ve alıştırılmıştır (Aksakoğlu G., (1994) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri", Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 1994, sayı 60, s. 49).

Gelişmiş ülkeler sağlık sorunlarının % 90-95 gibi büyük bir bölümünü I. Basamak Sağlık Hizmetiyle çözmektedir. Ancak buna ulaşırken yetkin pratisyen hekimler yetiştirmekte, tanı hizmetlerini en küçük birimlere bile ulaştırabilmektedir. Türkiye'nin de halka hizmeti sağlamak için, öncelikle yeterli ve nitelikli I. Basamak sağlık hizmetini topluma sunma zorunluluğu vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında Kişisel Sağlık Sigortası'nın, hizmet sunumunda Aile Hekimliği sisteminin getirilmesi istendiği ve hastanelerin özelleştirilmesinin düşünüldüğü günümüz Türkiye'sinde, aslında düzenli uygulanabilmesi durumunda son derece gelişmiş bir model vardır. 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası özenle incelenirse, çağdaş anlamda verilmek istenen sağlık hizmetlerinin bu modelle herkese ulaştırılması olanaklıdır. Sorun uygun modelin bulunmasında değil, aksine var olan sistemin günün koşullarına göre uyarlanıp, işletilebilecek bir modele dönüştürül(e)memesindedir (TTB., (1995), "Birinci Basamak ve Aile Hekimliği (TTB Görüşü)". Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, sayı 67, s. 73-77.- Aksakoğlu G., (1994), "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri", Toplum ve

Hekim, Mart-Nisan 1994, sayı 60, s. 49). Yıllar içinde ulusal gelirden sağlığa % 2.5-4 dolayında kaynak ayıran hükümetler, ülkeyi sağlıkta istenen düzeye getirememişlerdir. Bu durum Devlet Planlama Örgütü'nün (DPÖ=DPT) VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da tüm ayrıntılarıyla belirtilmiştir (DPT., (1995) "Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)". Bütün bu saptamalar göstermektedir ki; I. Basamak Sağlık Hizmetleri ve özellikle de 224 sayılı Yasanın öngördüğü ilkeler uygulanmamaktadır. Bu yüzden yönetimde başarısız olduğu, sağlık hizmetlerinde istenen hedeflere ulaşılamadığı DPÖ tarafından da doğrulanmaktadır. Öyle ki; 655 kişinin yaşadığı bir köyde Sağlık Ocağı kurulmuş ve 3 hekim atanmıştır! Ancak kurulan bu Ocak'ta bağışıklama çalışmaları gibi çok temel sağlık hizmetleri bile verilememektedir.

Özellikle il ve ilçe merkezlerindeki Ocaklarda, başta hekim dışı sağlık çalışanları olmak üzere sağlık insan gücü dağılımı çarpıktır. Örn. kimi Ocaklarda ebe yokken merkezdeki kimi Ocaklarda ebe sayısı 16'ya dek çıkabilmektedir.

Günay ve ark. 1992'de Kayseri Sağlık Ocaklarında yaptıkları araştırmada, özellikle atamalarda adil davranılmaması ve sık yer değiştirmelerin I. Basamak hizmetlerini olumsuz etkilediğini ortaya koymuşlardır. Sonuçlar bu bakımdan bizim araştırmamızla benzerdir (Günay O., Öztürk A., Aykut M., Öztürk Y., (1994), "Temel Sağlık Örgütünde Çalışan Personelin Sorunları", IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı). İl içinde başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları kısa aralıklarla farklı Ocaklarda ya da diğer sağlık kuruluşlarında geçici görevlendirilmektedir. Hem çalışanların kurumlara uyumu, hem hizmette güdülenme (motivasyon) hem de yönetimde oluşabilecek boşluklar bakımından bu durum I. Basamak Hizmeti sunumunu olumsuz etkilemektedir. Geçici görevle

kurum değiştiren hekim ya da diğer sağlık çalışanları gittikleri yeni kuruma uyum sağlayamamakta, sorumluluk üstlenmemektedirler. Aşırı personel dönüşümü eşgüdümü bozmakta, çalışanların güdülenmesini azaltmaktadır (Nugroho G.W., Macagba R.L., Darros G.L., Weinstock A., (1997), "Challenges In Health Development" World Health Forum. Vol. 18, pp. 44-7). Edirne Sağlık Ocaklarında, kayıtlar düzensizdir, temel gereçler eksiktir.

1. Basamak Hizmetlerinin en önemli öğelerinden olan **bağışıklama** çalışmaları, aile planlaması çalışmaları, gebe-bebek ve loğusa izlemeleri kimi Ocaklarda yapılamamaktadır. Bunun başta gelen nedenleri; araç-gereç yetersizliği, motorlu taşıt yokluğu, güdülenme eksikliği ve bilgi açığıdır. Sağlık çalışanlarında genel bir güvensizlik eğilimi vardır. Araştırma sırasında konuşulan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları bu koşullarda daha iyisini yapamayacaklarını düşünmektedirler. Hekimler zamanlarının çoğunu TUS'a ayırmakta, Ocaklarıyla yeterince ilgilenmemektedirler. Birçok Ocak'ta hekimler dönüşümlü* çalışmakta ve 1. Basamak Sağlık Hizmetini yalnızca poliklinik hizmeti olarak vermektedirler.

Özellikle Merkez Ocakları sevk yapılan, reçete yinelenen kurumlar haline gelmiştir. Ocak çalışanları **siyasal baskıların** sağlık hizmetlerinde sanıldığından daha etkili olduğunu, bu konunun özellikle atamalarda ve Ocak kurulmasında ön plana çıktığını savunmaktadırlar.

Ocakların 33'ü (% 64.7) kendi binasında hizmet vermekteyken, 18'i (% 35.3) Ocak binası olarak planlanmamış geçici ya da kiralık binalarda hizmet vermektedir. Kendi binasında hizmet veren Ocakların çoğu kır tipidir. Bunun nedeni yeni açılan Ocakların çoğunlukla ilçe merkezlerinde olmasıdır. Kent tipi Ocaklar açılırken çoğunlukla geçici binalarda hizmete başlamakta, daha sonra Ocak binası yapılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuyla ilgili 1995 verileri "Ocakların % 62.3'ü kendi binasında hizmet veriyor" biçimindedir (Sağlık Bakanlığı. (1996) "Sağlık İstatistikleri 1995"). TTB'nin 17 ilde yaptığı Birinci Basamak çalışmasında ise bu oran % 54,6'dır (TTB. (1997) "TTB Pratisyen Hekim Kolu-Birinci Basamak Araştırması" IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi). Edirne bu bakımdan Türkiye genelinden biraz daha iyidir.

Sağlık hizmetlerinin niteliği açısından son derece önemli olan laboratuvar Ocaklarda yeterince yararlanılamamaktadır. Ocakların yalnızca % 9.8'inde laboratuvar olanakları ve kullanımı yeterli düzeydedir. Kent tipi Ocaklarda laboratuvar olanakları daha iyidir. Genel olarak laboratuvar konusunda hem yetişmiş personel, hem de araç-gereç sıkıntısı çekilmektedir. Kimi laboratuvar incelemelerinin yapılabilmesi bakımından TTB çalışmasının sonuçları ise % 11 ile % 52.6 arasında değişmektedir (TTB. (1997) "TTB Pratisyen Hekim Kolu-Birinci Basamak

Araştırması" IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi). Bu çalışmanın sonuçlarına göre seçilen illerdeki Sağlık Ocaklarında en yüksek oranda yapılan inceleme hemoglobinin, en az yapılabilen ise EKG'dir. Edirne Sağlık Ocaklarında ise durum, ilginç bir biçimde farklıdır. Sağlık Ocaklarının yaklaşık % 19'unda hemoglobin bakılabılırken % 23'ünde EKG incelemesi yapılabilmektedir. Ancak, Edirne Sağlık Ocakları AKŞ, idrar mikroskobisi, periferik yayma, beyaz küre gibi birçok inceleme bakımından incelenen 17 ilden kötü durumdadır. Kılıç ve ark. Ankara Gölbaşı Sağlık Ocaklarıyla ilgili çalışmalarında 9 Ocağın 6'sında hemoglobinin, 4'ünde idrar mikroskobisi ve 3'ünde beyaz küre ve gayta incelemesi yapıldığını belirtmektedirler (Kılıç B., Aygün R., (1997) "Ankara Gölbaşı Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki Sağlık Ocaklarında Durum Saptama Çalışması" IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi). Sayılan incelemeler Edirne Sağlık Ocaklarında daha az oranda yapılabilmektedir. Bu farklılığın önemli bir nedeni Gölbaşı Sağlık Ocaklarının Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde olmaları olabilir.

Eser, 1991'de Bornova Merkez S. Ocağı'nda yaptığı çalışmada, Ocak laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi ve kullanılmasıyla 1. Basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların anlamlı bir biçimde yükseldiğini ve halkın Ocaklara güveninin arttığını saptamıştır (Eser E., (1992), "Teknolojik Olanakların Halkın Sağlık Ocaklarına Olan Talebine Etkisi" III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı). Aynı sorun Edirne S. Ocaklarında da yaşanmaktadır. Özellikle merkezdeki Ocaklar istek üzerine sevklerin yapıldığı, reçetelerin yinelenen kurumlar dönmüştür. Halkın Ocağa ve hekimine güveni azalmıştır. Bu sorun, ancak nitelikli 1. Basamak hizmetiyle çözülebilecektir ve laboratuvar kullanımı çözümden belirleyicidir.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı bakımından önemli bir yere sahip olan **Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları** hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından bilinmemektedir. Bozkaya ve ark. Sivas'ta yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının ve bu arada hekimlerin Ocak Sağlık Kurullarını hiç bilmediklerini ortaya koymaları bizim çalışmamızla benzerdir (Bozkaya Ç., Hoşgeçen K., Teker N., Özdemir D., (1996), "Halkın Sağlık Hizmetlerine Katılımı Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi, Tutum ve Davranış Özellikleri-Sivas Araştırması", V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı).

Kılıç ve ark. Ankara Gölbaşı Sağlık Ocaklarında yaptıkları çalışmada, Ocakların % 33'ünde motorlu araç olduğunu saptamışlardır (Kılıç B., Aygün R., (1997) "Ankara Gölbaşı Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki Sağlık Ocaklarında Durum Saptama Çalışması" IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi). Bizim çalışmamızda bu oran yaklaşık % 20'dir. % 20 TTB'nin 17 ilde yaptığı araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında iyi gibi görünmektedir (TTB., (1997) "TTB Pratisyen Hekim Kolu-Birinci Basamak Araştırması" IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi). Edirne Sağlık Ocaklarında Ocağa uzak yerleşimlere hizmet sunulabilmesi için Merkez Ocaklarından, Kayma-

*Hekim sayısının fazla olduğu Ocaklarda her gün 1 ya da 2 hekim Ocağa gelip poliklinik hizmetlerini ve diğer yönetsel işleri yürütmekte, öteki hekimler Ocağa gelmemektedir.

kamlıktan, Belediyeden araç sağlanmaktadır. Ancak bu her zaman kolay olmamaktadır. Özellikle aşılama çalışmaları başta olmak üzere, gebe-bebek izlemeleri de aksamaktadır. Kimi Ocaklarda çalışanlar, kendi araçlarıyla gezici hizmetleri sunma özverisinde bulunmaktadırlar.

Ocakları **tıbbi araç-gereç** konusunda sıkıntılıdır. Bu bakımdan ilçe merkezlerindeki Ocaklar daha şanslıdır. Özellikle kırsal Ocaklarda çalışan hekimler ve hekimdışı sağlık çalışanları merkezle (Sağlık Müdürlüğü) iletişimin yetersiz olduğunu, araç-gereç bakımından sıkıntılı olduklarını belirtmişlerdir. Ör. Edirne Sağlık Ocaklarının 8'inde (% 16) beden termometresinin olmadığı ortaya çıkmıştır. İnanılması güç gibi görünen bu oran TTB çalışmasında da yaklaşık % 12 olarak saptanmaktadır (TTB., (1997) "TTB Pratisyen Hekim Kolu-Birinci Basamak Araştırması" IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi). Diğer araç gereçler bakımından da bizim bulgularımız TTB çalışmasıyla uyumludur.

Edirne DBT-1, DBT-2, OPV-1 ve TT2 oranları bakımından Türkiye genelinden kötü durumdadır. 15-49 yaş kadınlara ve gebelere uygulanan tetanus aşısı konusunda bilgi açığı olması nedeniyle 3., 4. ve 5. doz aşilar uygulanamamakta ya da kaydedilirken 2. doz olarak kaydedilmektedir. Hedef nüfus ile yapılan aşı dozlarında çelişkili rakamlar gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Edirne için verdiği 1996 yılı 0 yaş grubu hedef nüfusu 5 919'dur. Buna karşılık ETF kayıtlarına göre 0 yaş grubu 4 674 (fark 1245 bebek az) ve yapılan DBT-1 dozu 4 816'dır (ETF ile farkı; fazladan 142 bebek aşılanmış). Ocaklar, tüm canlı doğumları saptayamamaktadır.

Edirne'de S. Ocaklarına başvuru sayısı kişi başına yıllık 0.77'dir. Her 100 poliklinik başvurusu için yapılan laboratuvar incelemesi sayısı ise 2.6'dır. Günay, Kayseri S. Ocaklarında yaptığı araştırmada her 100 poliklinik başvurusu için yapılan laboratuvar incelemesi sayısını il merkezindeki Ocaklarda 16, ilçe ve köy Ocaklarında ise 4.5 olarak saptamıştır. Bu sayılar bizim bulduğumuzdan oldukça iyidir (Günay O., (1996), "Kayseri'deki Sağlık Ocaklarında Laboratuvar Hizmetleri", V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı)

Özcebe'nin, Etimesgut S. Ocağı'nda yaptığı araştırmada, kişi başına sağlık kuruluşuna başvuru sayısı 0.59'dur. Bu sayıya 2. ve 3.. Basamağa yapılan başvurular da dahildir. Yalnızca Ocaklara yapılan başvuruları dikkate aldığımız araştırmamızda, bu oranı 0.77 olarak saptadık (Özcebe H., Oral S.N., "Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde İyileştirici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler", II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı).

Ocaklara yapılan başvurular ve konulan tanılar incelendiğinde; kontrol ve reçete yinelenmelerinin 1. sırada olduğu, olguların % 20'sinin 2. ya da 3. Basamağa sevk edildiği görülmektedir. Ocakların başvuruların % 90-95'inin sağlık gereksinimlerini karşılaması beklenir. Edirne

Sağlık Ocaklarında bu oran beklenenin altındadır. Başvurular aldıkları tanılara göre incelendiğinde; 1. sırada solunum sisteminin akut hastalıkları yer almaktadır. İlk 10 morbiditenin öteki nedenleri arasında; kemik-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları, hipertansiyon, gastrit-duodinit, idrar yolu enfeksiyonları, artrit ve spondilit, grip, enterit ve ishal ile seyreden diğer hastalıklar yer almaktadır. Ünsal ve ark.1993'te Eskişehir S. Ocaklarında yaptıkları araştırmada; solunum yolları enfeksiyonları, hipertansiyon, idrar yolu enfeksiyonları, grip, kemik-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları, gastrit-duodinit gibi sağlık sorunlarını ilk 10 morbidite nedenleri arasında saptamışlardır. Sayılan 10 nedenin 6'sı bizim bulgularımızla benzerdir. Ünsal, aynı çalışmada Sağlık Ocaklarından sevk oranını % 16 olarak belirtmektedir (Ünsal A., Dinçer S., Ünlüoğlu İ., Bayuk E., (1994) "1993 Yılında Eskişehir'de En Çok Görülen 10 Hastalık (Sağlık Ocaklarında)". Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Sayı : 4, s. 14-27). Bizim çalışmamızda bu oran % 20'dir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hizmet Sunum Modeli Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine yeterince önem verilmemiştir. Devletin bütçeden sağlığa ayırdığı pay azdır ve bu payın önemli bir bölümü sağaltım hizmetlerine harcanmaktadır.

2. Sağlık hizmetleri denildiğinde politikacıların, sağlık yöneticilerinin, sağlık çalışanlarının ve halkın aklına sağaltım hizmetleri gelmektedir. Oysa sağlığın korunup geliştirilmesi birinci amaç olmalıdır.

3. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, finansman ve hizmet sunumunda halen yürürlükte olan 224 Sayılı Yasa ilkelerine uyulmamaktadır. Bu tutum hukuksal olarak suçtur! 224 Sayılı Yasa güncelleştirilerek Sağlık Grup Başkanlıkları yaygınlaştırılmalı, sağlık sistemi içinde pratisyen hekimliğin önemi vurgulanmalıdır.

4. Sağlık hizmetlerinin yönetim ve sunumunda siyasal tercihler etkin kılınmıştır. Oysa sağlık kuruluşlarının ve sağlık insangücünün dağılımında nüfus ve yerel gereksinimler, öncelikler temel alınmalıdır.

5. Basamaklararası sevk zinciri kötü işlemektedir.

6. Ocaklarda hizmetin planlanması ve sunumu aşamalarında halkın katılımına olanak sağlayacak Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları yasa ve yönetmeliğe karşın oluşturulmamıştır.

7. 1. Basamak kuruluşları olan Ocaklar gereği gibi işletilebilirse, gereksinimin % 90-95'i karşılanabilecektir. Böylelikle 2. ve 3. Basamak'ta işyükü azalacak, büyük merkezlerde birikim, gereksiz yüksek teknoloji kullanımı ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesi önlenilecektir.

8. BCG aşısı 51 Ocak'tan yalnızca 1'inde yapılmaktadır. VSD'nin bulunduğu ilçeler dışında halkın BCG aşısı yaptırmak için gidebileceği kuruluş yoktur. Hizmetlerin bütünlüğü ve BCG oranlarının yükseltilmesi için VSD olmayan yerlerde bu hizmet Ocaklarca yürütülmelidir. Gerekli personel ve donanım sağlanmalıdır.

Sağlık İnsan Gücü Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Yüz yüze görüşülen pratisyen hekimler, ülke sağlık sorunlarına uygun eğitim alamadıklarını, Ocak'ta verilmesi gereken I. Basamak Hizmetleri için güdülenemediklerini belirtmişlerdir. Hekimler zamanlarının önemli bir bölümünü TUS'a ayırmakta, I. Basamak hizmetini yalnızca poliklinik hizmeti olarak düşünmektedirler. 1'den çok hekimin bulunduğu Ocaklarda, bu kısır hizmetin de dönüşümlü verilmesi acı ve hızla çözümü gereken bir sorundur.

2. Hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının atama ve yer değiştirmelerinde gerekli özen gösterilememekte, özellikle il içinde tüm çalışanları ve hizmeti olumsuz etkileyen geçici görevlendirmeler sıkça yapılmaktadır.

3. Edirne'de hekim ve hekimdışı sağlık çalışanlarının merkez-taşra dağılımı dengesizdir. Kimi köy Sağlık Ocaklarında ebe, hemşire, sağlık memuru ve tıbbi sekreter bulunmazken; merkezde yığılma vardır.

4. Pratisyen hekimlik kavramı netleştirilmeli, özellikle görev alanlarının yetki ve sorumluluklarının gözden geçirilerek güncelleştirilmelidir. Ocakları başvuranlar burada çalışan hekimlere güvenmeli, diğer Basamaklardaki sağlık kuruluşlarına gerekmedikçe başvuramamalıdır.

5. Pratisyen hekimlerin ücret ve statüleri düzeltilmeli, uzmanlaşmanın ve bu bağlamda TUS'un tek çözüm olmaktan çıkarılması gerekmektedir. Halkla pratisyen hekim arasında sistemin hatalı uygulanmasıyla yaratılan yapay güven bunalımı aşılanmalıdır.

6. Hekimlere ve hekim dışı sağlık çalışanlarına yönelik hizmetiçi eğitim toplantıları daha sık yapılmalıdır. Bu konuda Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı (İllerde Sağlık Müdürlüğü) ve Tabip Odaları işbirliği yapmalı, çalışanların bilgi ve beceri açıkları giderilmeye çalışılmalıdır. Bu etkinliklere katılım kredilendirilmeli, personel atama, yer değiştirme, yükselmelerde değerlendirilmelidir.

7. Çalışanlara ve halka yönelik hizmetiçi eğitim toplantıları çoğunlukla Sağlık Müdürlüğü'nce belirlenen konularda yapılmaktadır. Bu konuda hekimler inisiyatif kullanmalı, kendi kurumlarına ve bölgelerine özgü, gereksinim duyulan konularda eğitim toplantıları düzenleyerek sağlık çalışanlarını ve halkı eğitmelidirler.

8. Geçici görevlendirmelerin sık olması yetke (otorite)

boşluğuna neden olmaktadır. Sık yer değiştirilen hekimler Ocaklarına uyum sağlayamamakta, hizmetleri ve tutulan kayıtları yeterince denetleyememektedir. Bu konuda yeni mevzuat normları ile yönetimin keyfi uygulamaları engellenmelidir.

9. Ocakları Sağlık Müdürlüğü yöneticilerince sık sık ziyaret edilmeli, çağdaş yönetim ilkeleri çerçevesinde çalışanlarla iletişim kurulup sorunlar belirlenmeli ve çözümler geliştirilmelidir.

Bina ve Teknik Donanım Bakımından Sonuç ve Öneriler

1. Ocak binaları yetersizdir. Birçoğu Sağlık Ocağı olarak planlanıp inşa edilmemiştir.

2. Kimi Ocaklarda, poliklinikte kullanılması gereken en basit gereçler (tansiyon ölçme aygıtı, stetoskop, beden termometresi vs.) bile bulunmamaktadır. Ocaklar araç-gereç, personel ve motorlu araç bakımından yoğun sıkıntı içindedir.

3. Laboratuvar olanakları bakımından, olması gereken tersine bir biçimde kırsal Ocaklar kötü durumdadır. Kentsel Ocakların bulunduğu yerleşimler de gerekli incelemelerin diğer sağlık kuruluşlarında yaptırılabilmesi olanaklıyken kırsal Ocakların bulunduğu yerleşim yerlerinde bu şans da yoktur. Kimi Ocaklarda olgular gerekli incelemeler için Devlet Hastanelerine gönderilmekte ve sonuçlar Ocak verileri gibi bildirilmektedir. Böylelikle hem Devlet Hastanesi, hem de Ocak'tan aynı sonuçlar bildirilmekte, kayıt ikilemeleri (duplikasyonlar) oluşmaktadır. Ocaklar özenle izlenmeli ve eşitsizlikler azaltılmalıdır.

4. AP hizmetleri, 2 Ocak dışında hap ve kondomla sınırlıdır. RİA uygulaması yaygınlaştırılmamıştır. Bu konuda araç-gereç ve eğitimli personel sıkıntısı çekilmektedir.

5. Aşılama hizmetlerinde kullanılan aşı ve şırınga gibi gereçler Ocaklara zamanında ulaşmamaktadır.

6. Her köye 1 Ocak açmak yerine, var olan Ocaklar araç-gereç, personel.. bakımından desteklenmelidir.

7. 1. Basamakta çalışma koşulları iyileştirilmeli, başta laboratuvar olanakları olmak üzere öngörülen standart (örn. DSÖ standartları) teknolojik olanaklar sağlanmalıdır. Ancak, var olan sınırlı teknik donanım da uygun bir biçimde kullanılmalıdır.

Finansman İle İlgili Sonuç ve Öneriler

1. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan komik pay kesin olarak artırılmak zorundadır.

2. Yalnızca bugünkü kaynakların dengeli dağıtılması

durumunda bile kısa erimde 1. Basamak hizmetlerinde düzelmeler başlayacaktır. Kaynak dağılımında 1. Basamak hizmetlerine mutlak bir öncelik verilmelidir

Sonuç olarak; Edirne'de 1. Basamak hizmeti sunan S. Ocakları bina, donanım, personel, araç-gereç bakımından ciddi yetersizlikler içindedir. Bu olumsuzluklara Ocak çalışanlarının ilgi ve bilgi eksiği de eklenince ortaya son derece olumsuz bir tablo çıkmaktadır. Özellikle hekimler 1. Basamak hizmeti sunmaya güdülenememektedirler. Bu sorunun çok nedeni vardır. Nedenlerin başında, Ocakların içinde bulunduğu olumsuz koşullar gelmektedir. Hekimler çözümü uzmanlıkta bulmakta ve Ocaklarını bu amaca ulaşmada bir basamak olarak görmektedirler. Dolayısıyla nitelikli 1. Basamak sağlık hizmeti için çaba göstermemektedirler.

Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı öncülüğünde benzer çalışmalar yapılmalıdır. Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Bakanlığı'nca yerine getirilmeyen bu işlevi üstlenmek üzere yoğun çalışma içindedir. Türkiye'nin farklı bölgelerinden seçilen illerde **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durum Analizi** adlı bir çalışmaya başlanmıştır. Çalışmamız, TTB'nin tasarladığı benzer kapsamlı araştırma için fikir verme gibi bir amaca da hizmet edebilecektir. Ayrıca verilerimizin, TTB pratisyen hekim kolu'nun başlattığı "Birinci Basamakta görev yapan pratisyen hekimin görev tanımının tekrar gözden geçirilmesi ve dernek-vakıf destekleri ile ayakta durmaya çalışan Sağlık Ocaklarının asgari donanımlarının bu tanıma göre saptanması" konulu çalışmaya da katkısı olacağını umuyoruz.

Teşekkür : Çalışmaya destek veren dönemin İl Sağlık Müdürü Sayın Dr.Armağan DİNÇBAŞ'a, Sağlık Müdürlüğü görevlilerine ve Ocak hekimleriyle çalışanlarına teşekkür borçluyuz.

KAYNAKLAR

Aksakoğlu G., (1994), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri. Toplum ve Hekim, Mart-Nisan, sayı 60, s. 49.

Birinci Basamak ve Aile Hekimliği, (1995), (TTB Görüşü). TTB. Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, sayı 67, s.73-77.

Bozkaya Ç., Hoşgeçin K., Teker N., Özdemir D., (1996), Halkın Sağlık Hizmetlerine Katılımı Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi, Tutum ve Davranış Özellikleri-Sivas Araştırması. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 224-26, İstanbul.

Country Health Report, (1997), 1997. Republic of Turkey Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit, Aydoğdu Ofset, Ankara.

Dirican R., (1990), Toplum Hekimliği Dersleri. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Dünya Çocuklarının Durumu 1997. (1997), UNICEF, Tisamat Basım Sanayii A.Ş., Ankara.

Eser E., (1992), Teknolojik Olanakların Halkın Sağlık Ocaklarına Olan Talebine Etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 72. Ankara.

Fişek H.N., (1983), Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No : 2. Ankara.

Günay O., (1996), Kayseri'deki Sağlık Ocaklarında Laboratuvar Hizmetleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 266-68, İstanbul.

Günay O., Öztürk A., Aykut M., Öztürk Y., (1994), Temel Sağlık Örgütünde Çalışan Personelin Sorunları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: s. 269-71, Didim.

Kılıç B., Aygün R., (1997), Ankara Gölbaşı Eğitim Araştırma ve Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki Sağlık Ocaklarında Durum Saptama Çalışması. IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi, Serbest Bildiri, 29 Ekim-2 Kasım, İzmir.

Nugroho G. W., Macagba R. L., Darros G. L., (1997), Weinstock A. Challenges In Health Development. World Health Forum. Vol. 18, 1997, pp. 44-7.

Özcebe H., Oral S.N., Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde İyileştirici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı.

Öztek Z., Eren N., (1996), Sağlık Ocağı Yönetimi. Düzeltilmiş Yedinci Baskı. Palme Yayınları 117, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1997), TSH Genel Müdürlüğü, Bağışıklama Şube Müdürlüğü Verileri (yayınlanmamış), Ankara.

Sağlık İstatistikleri 1995, (1996), Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. Ağustos, Ank.

Saltık A., Özdemir C., Oktay S., Kıyak M., Eskioçak M., Yüce R., (1997), Nasıl Bir Sağlık Sistemi. Uğur Mumcu Araştırmacı Gazetecilik Vakfı'na Sunulan Rapor, İstanbul.

Saltık A., (1997), Çanakkale Tabip Odası'nca Düzenlenen "Birinci Basamakta Veri Kayıt Sistemleri ve Önemi" Konulu Seminer Notları, Edirne.

"**TTB Pratisyen Hekim Kolu-Birinci Basamak Araştırması**", (1997), TTB. IV. Pratisyen Hekimlik Kongresi, İzmir).

Ünsal A., Dinçer S., Ünlüoğlu İ., Bayuk E., (1994), 1993 Yılında Eskişehir'de En Çok Görülen 10 Hastalık (Sağlık Ocaklarında). Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Sayı : 4, Ekim-Aralık, s. 14-27.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), (1995), DPT. Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Yayın ve Basım Şube Müdürlüğü, Ankara.