

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA İLİNE AİT SAĞLIK DÜZEYİ
GÖSTERGELERİ: YILLARA GÖRE SAĞLIK
OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI (2003-2012)**

Celalettin ÇEVİK

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

İZMİR-2013

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2010970030

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA İLİNE AİT SAĞLIK DÜZEYİ
GÖSTERGELERİ: YILLARA GÖRE SAĞLIK
OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI (2003-2012)**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

Celalettin ÇEVİK

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Bülent KILIÇ

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2010970030

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı**,
Halk Sağlığı Doktora programı öğrencisi **Celalettin ÇEVİK** 'MANİSA İLİNE
AİT SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ: YILLARA GÖRE SAĞLIK OCAĞI VE
AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI (2003-2012)' konulu
Doktora tezini 29.07.2013 tarihinde oybirliği ile **başarılı** olarak tamamlamıştır.


BAŞKAN

Doç. Dr. Bülent KILIÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.


ÜYE

Prof. Dr. Gül ERGÖN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.


ÜYE

Doç. Dr. Türkan GÜNAY
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.


ÜYE

Prof. Dr. Erhan ESER
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.


ÜYE

Prof. Dr. Belgin Ünal Toğrul
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	ii
TABLO DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	xii
KISALTMALAR	xv
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amaçları	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ulusal ve Uluslar arası Düzenlemelerde Sağlık Hakkı	5
2.2. Sosyalleştirme ve Sağlık Ocakları	6
2.2.1. Sağlık Ocaklarında Verilen Ana Hizmetler	6
2.3. Aile Hekimliği Kanunu ve Aile Hekimliği	7
2.3.1. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	8
2.4. Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemleri Arasındaki Farklar	9
2.5. Yasal Düzenlemelerin Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri	11
2.6. Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı İçinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti değerlendirmesi	14
2.6.1. İlk Başvuru Yeri	14
2.6.2. Süreklilik	15

2.6.3. Kapsayıcılık.....	15
2.6.4.Ulaşılabilirlik.....	15
2.6.4.1.Ulaşılabilirliğin Bireysel Belirleyicileri.....	15
2.6.5. Entegrasyon, Koordinasyon	15
2.7. Temel Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Son Gelişmeler	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın tipi	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.3.1.Hekimlerin Seçilmesi.....	18
3.3.2.Ebe-Hemşirelerin seçilmesi	18
3.3.3.Hizmet Kullanıcıların Seçilmesi	18
3.3.4.Sağlık Yöneticilerinin Seçilmesi	18
3.4. Çalışma Materyali	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5.1. Kalitatif Veriler İle İlgili Değişkenler	18
3.5.2. Kantitatif Veriler İle İlgili Değişkenler	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	21
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	24
3.10. Etik Kurul Onayı.....	24
3.11.Tezin Bütçesi.....	25

4. BULGULAR.....	26
4.1. KALİTATİF BULGULAR.....	26
4.1.1. Yöneticiler.....	26
4.1.2. Doktorlar.....	33
4.1.3. Ebe-Hemşireler.....	39
4.1.4. Hastalar.....	45
4.2. KANTİTATİF BULGULAR.....	49
4.2.1 Doğurganlık.....	49
4.2.1.1. Kaba Doğum Hızı.....	49
4.2.1.2. Genel Doğurganlık Hızı.....	50
4.2.1.3. Doğumun yapıldığı yer.....	51
4.2.1.4. Ölü doğum hızı ve düşük hızı.....	51
4.2.2. İzlemler.....	52
4.2.2.1. Bebek İzlemi.....	52
4.2.2.2. Çocuk İzlemi.....	53
4.2.2.3. Gebe İzlemi.....	54
4.2.2.4. Loğusa İzlemi.....	55
4.2.2.5. Kadın İzlemi.....	56
4.2.3. Ölümler.....	57
4.2.3.1. Kaba Ölüm Hızı.....	57
4.2.3.2. Bebek Ölüm Hızı.....	58
4.2.3.3. Erken Neonatal Ölüm Hızı.....	59
4.2.3.4. Geç Neonatal Ölüm Hızı.....	60
4.2.3.5. Postneonatal Ölüm Hızı.....	61
4.2.3.6. Çocuk Ölüm Hızı.....	62
4.2.3.7. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı.....	63
4.2.3.8. Anne Ölüm Hızı/Oranı.....	64
4.2.4. Aşılama Durumu.....	65
4.2.4.1. BCG AŞISI Aşılama Durumu.....	65
4.2.4.2. Karma Aşı Birinci Doz Aşılama Durumu.....	66
4.2.4.3. Karma Aşı İkinci Doz Aşılama Durumu.....	67
4.2.4.4. Karma Aşı Üçüncü Doz Aşılama Durumu.....	68
4.2.4.5. Hepatit B AŞISI Birinci Doz Aşılama Durumu.....	69

4.2.4.6. Hepatit B Aşısı İkinci Doz Aşılama Durumu.....	70
4.2.4.7. Hepatit B Aşısı Üçüncü Doz Aşılama Durumu.....	70
4.2.4.8. Kızamık Aşılama Durumu	72
4.2.5. Ayakta tanı tedavi ve Sık Görülen Hastalıklar.....	73
4.2.5.1. Ayaktan Tanı ve Tedavi.....	73
4.2.5.2. Laboratuvar Hizmetlerindeki Değişim	74
4.2.5.3. Aile Planlaması Hizmetleri	74
4.2.5.4. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	75
4.2.5.5. Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	76
4.2.5.6. Akut Gastroenterit	77
4.2.6. Kronik Hastalıklar	78
4.2.6.1. Diyabetes Mellitus	78
4.2.6.2. Hipertansiyon	79
4.2.6.3. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	80
4.2.6.4. Anemi.....	81
4.2.6.5. Guatr	82
4.2.7. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar.....	83
4.2.7.1. Bruselloz	83
4.2.7.2. Kabakulak	84
4.2.7.3. Akut Kanlı İshal	85
4.2.7.4. Hepatit A	86
4.2.7.5. Hepatit B	87
4.2.7.6. Kızamık	88
4.2.7.7. Kızamıkçık	89
4.2.7.8. Kuduz Riskli Temas.....	90
4.2.7.9. Sifilis	91
4.2.8. Ölüm Nedenleri	92
4.2.8.1. Kalp Hastalarına Bağlı Ölümler	92
4.2.8.2. Malignitelere Bağlı Ölümler	92
4.2.8.3. Hipertansiyon ve Karaciğer Sirozuna Bağlı Ölümler	93
4.2.8.4. Anoksi-Hipoksi ve Malnütrisyonla Bağlı Ölümler.....	93
4.2.8.5. İntihar ve Bilinmeyen Nedenlere Bağlı Ölümler.....	94

4.2.9. Fizik/Altyapı ve Personel Durumu	94
4.2.9.1. Sağlık Kurumu Sayısı, İnternet, Bilgisayar Olanakları	94
4.2.9.2 Personel sayısındaki değişim	95
4.2.9.3. Personel Başına Düşen Nüfus	95
4.2.9.4. Mobil Hizmet	96
5. TARTIŞMA.....	99
6. SONUÇ	111
7.ÖNERİLER	113
8. KAYNAKLAR.....	114
9. EKLER	119
Ek 1. Etik Kurul ve Kurum Onayları	119
Ek 2. Yıllara Göre Kaba Doğum Hızı ve Genel Doğurganlık Hızı	122
Ek 3.Yıllara Göre Bebek, Çocuk Gebe, Lohusa, Kadın İzlemleri	125
Ek 4.Aylara Göre Bebek, Çocuk Gebe, Lohusa, Kadın İzlemleri	125
Ek 5.Yıllara Göre Kaba Ölüm Hızı, Neonatal Ölüm Hızı, Postneonatal Ölüm Hızı, Bebek Ölüm Hızı, Çocuk Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Ölüm Hızı	129
Ek 6.Yıllara Göre Aşılama Durumu.....	132
Ek 7.Yıllara Göre Ayaktan Tanı Tedavi, Sık Görülen Hastalıklar	135
Ek 8. Yıllara Göre Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar.....	138
Ek 9.Yıllara Göre Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	139
Ek 10. Hizmeti Kullananlar Anket Formu.....	144
EK 11. Hekim Anket Formu.....	150
EK 12. Hemşire Anket Formu	158

Ek 13. Sağlık Yöneticisi Anket Formu	166
Ek.14. Bebek İzlemi Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı.....	174
Ek.15. Bebek Ölüm Hızı Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı	175
Ek.16. BCG aşısı aşılama durumu Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı	176
Ek.17. Ayaktan Tanı Tedavi Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı.....	177
Ek.18. Celalettin Çevik Özgeçmişı	178

TABLolar DİZİNİ**Sayfa No**

Tablo 1. Sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinin karşılaştırılması.....	10
Tablo 2. 2003-2012 yılları arasında sağlık mevzuatında yaşanan değişimler	13
Tablo 3. Sağlık ocağı ve aile hekimliği döneminde çalışan personelin dağılımı	17
Tablo 4. Kaba doğum hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	49
Tablo 5. Genel doğurganlık hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	50
Tablo 6 Yıllara göre doğumun yapıldığı yerlerin değişimi	51
Tablo 7. Yıllara göre ölü doğum hızı ve düşük hızındaki değişimin incelenmesi.....	51
Tablo 8. Bebek izleminde zaman içindeki değişiminin incelenmesi	52
Tablo 9. Çocuk izleminde zaman içindeki değişiminin incelenmesi	53
Tablo 10. Gebe izleminin zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	54
Tablo 11. Loğusa izleminin zaman içindeki değişiminin incelenmesi	55
Tablo 12. Kadın izleminin zaman içindeki değişiminin incelenmesi	56
Tablo 13. Kaba ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	57
Tablo 14. Bebek ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	58
Tablo 15. Erken neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	59
Tablo 16. Geç neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	60
Tablo 17. Postneonatal ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	61
Tablo 18. Çocuk ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	62
Tablo 19. Beş yaş altı ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	63
Tablo 20. Yıllara göre anne ölüm hızı/anne ölüm oranındaki değişimin incelenmesi.....	64
Tablo 21. BCG aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	65
Tablo 22. Karma aşı birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki	

değişiminin incelenmesi	66
Tablo 23.Karma aşı ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki	
değişiminin incelenmesi	67
Tablo 24.Karma aşı üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki	
değişiminin incelenmesi	68
Tablo 25.Hepatit B aşısının birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki	
değişiminin incelenmesi	69
Tablo 26.Hepatit B aşısının ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki	
değişiminin incelenmesi	70
Tablo 27. Hepatit B aşısının üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki	
değişiminin incelenmesi	71
Tablo 28.Kızamık aşısının üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki	
değişiminin incelenmesi	72
Tablo 29. Ayaktan tanı tedavi başvuru ortalamasının zaman içindeki değişiminin	
incelenmesi	73
Tablo 30. Yıllara göre laboratuvar hizmetlerindeki değişim.....	74
Tablo 31. Aile planlaması yöntem kullanım durumu.....	74
Tablo 32. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişiminin incelenmesi..	75
Tablo 33. Alt solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişiminin incelenmesi ..	76
Tablo 34. Akut gastroenterit olgularının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	77
Tablo 35. Diyabetes Mellitus sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	78
Tablo 36. HT sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	79
Tablo 37. KOAH sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	80

Tablo 38. Anemi sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	81
Tablo 39. Guatr sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	82
Tablo 40. Bruselloz görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	83
Tablo 41. Kabakulak görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	84
Tablo 42. Akut kanlı ishal görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi ..	85
Tablo 43. Hepatit A görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi	86
Tablo 44. Hepatit B görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	87
Tablo 45. Kızamık görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	88
Tablo 46. Kızamıkçık görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	89
Tablo 47. Kuduz riskli temas sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	90
Tablo 48. Sifilis görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi.....	91
Tablo 49. Yıllara göre tüm ölümler içindeki kalp yetmezliği ve iskemik kalp hastalığına bağlı ölümlerin değişimi	92
Tablo 50. Yıllara göre tüm ölümler içindeki malignitelere bağlı ölümlerin değişimi	92
Tablo 51. Yıllara göre tüm ölümler içindeki hipertansiyon ve karaciğer sirozuna bağlı ölümlerin değişimi	93
Tablo 52. Yıllara göre tüm ölümler içindeki anoksi-hipoksi ve malnütrisyonla bağlı ölümlerin değişimi	93
Tablo 53. Yıllara göre tüm ölümler içindeki intihar ve bilinmeyen nedenlere bağlı ölümlerin değişimi	94
Tablo 54. Yıllar içinde fizik/altyapıdaki değişim	94
Tablo 55. Yıllar içinde personel durumundaki değişim	95
Tablo 56. Yıllar içinde personel başına düşen nüfusun değişimi	95

Tablo 57. Yıllar içinde mobil hizmet/gezici hizmet sunumundaki değişim.....	96
Tablo 58.Sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinde hızlarda ve izlemlerde kırılma ve eğimler	97
Tablo 59. Sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinde aşı verilerinde kırılma ve eğimler.	97
Tablo 60. Sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinde morbidite verilerinde kırılma ve eğimler	98

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Derinlemesine görüşme için örnek seçimi.....	18
Şekil 2. Kaba doğum hızının zaman içindeki değişimi.....	49
Şekil 3. Genel doğurganlık hızının zaman içindeki değişimi.....	50
Şekil 4. Bebek izleminin zaman içindeki değişimi.....	52
Şekil 5. Çocuk izleminin zaman içindeki değişimi.....	53
Şekil 6. Gebe izleminin zaman içindeki değişimi.....	54
Şekil 7. Logusa izleminin zaman içindeki değişimi.....	55
Şekil 8. Kadın izleminin zaman içindeki değişimi.....	56
Şekil 9. Kaba ölüm hızının zaman içindeki değişimi.....	57
Şekil 10. Bebek ölüm hızının zaman içindeki değişimi.....	58
Şekil 11. Erken neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişimi.....	59
Şekil 12. Geç neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişimi.....	60
Şekil 13. Postneonatal ölüm hızının zaman içindeki değişimi.....	61
Şekil 14. Çocuk ölüm hızının zaman içindeki değişimi.....	62
Şekil 15. Beş yaş altı ölüm hızının zaman içindeki değişimi.....	63
Şekil 16. BCG aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	65
Şekil 17. Karma aşı birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	66
Şekil 18. Karma aşı ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	67
Şekil 19. Karma aşı üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	68
Şekil 20. Hepatit B aşısı birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	69
Şekil 21. Hepatit B aşısı ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	70
Şekil 22. Hepatit B aşısı üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	71

Şekil 23. Kızamık aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.....	72
Şekil 24. Ayaktan tanı tedavi ortalamasının zaman içindeki değişimi	73
Şekil 25. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişimi	75
Şekil 26. Alt solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişimi.....	76
Şekil 27. Akut gastroenterit olgularının zaman içindeki değişimi.....	77
Şekil 28. Diyabetes mellitus sıklığının zaman içindeki değişimi	78
Şekil 29. Hipertansiyon sıklığının zaman içindeki değişimi	79
Şekil 30. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı sıklığının zaman içindeki değişimi.....	80
Şekil 31. Anemi sıklığının zaman içindeki değişimi	81
Şekil 32. Guatr sıklığının zaman içindeki değişimi	82
Şekil 33. Bruselloz sıklığının zaman içindeki değişimi	83
Şekil 34. Kabakulak sıklığının zaman içindeki değişimi	84
Şekil 35. Akut kanlı ishal sıklığının zaman içindeki değişimi	85
Şekil 36. Hepatit A sıklığının zaman içindeki değişimi.....	86
Şekil 37. Hepatit B sıklığının zaman içindeki değişimi	87
Şekil 38. Kızamık görülme sıklığının zaman içindeki değişimi	88
Şekil 39. Kızamıkçık görülme sıklığının zaman içindeki değişimi	89
Şekil 40. Kuduz riskli temas görülme sıklığının zaman içindeki değişimi	90
Şekil 41. Sifilis görülme sıklığının zaman içindeki değişimi	91

KISALTMALAR

AH	Aile Hekimliği
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MERNİS	Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
MNSA	Manisa Nüfus Sağlık Araştırması
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SO	Sağlık Ocağı
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TSİM	Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UAÖÇ	Ulusal Anne Ölümleri Çalışması
UHY-ME	Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması
WHO	World Health Organization

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın kurumlarında yürütülmesine izin veren Manisa İl Halk Sağlığı Müdürü Dr. Ziya Tay'a, katkılarını esirgemeyen sayın Dr. Mustafa Sertel'e, sayın İsmail Yıldırım'a, sayın Dr. Tolga Ovayurt'a ve Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün tüm çalışanlarına desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Tezimin gelişim aşamasının her noktasında bana yol gösteren, bunu yaparken de kendi yolunu bulmama fırsat veren, bu yaklaşımıyla akademik kimliğimin çok önemli belirleyicilerinden biri haline gelen, olumlu enerjisiyle bana güç veren tez danışmanım Doç. Dr. Bülent Kılıç'a, tezimin çözümlemesinde katkılarından dolayı Uz. Dr. M. Kaan Sözmen'e, tez izleme komitemdeki değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Gül Ergör'e ve tezimin kavramsal çerçevesinin gelişmesini sağlayan, yüksek lisans eğitimimden bu yana üzerimde emeği bulunan değerli hocam Prof. Dr. Erhan Eser'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimime ve bilgi birikimime değerli katkıları olan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD başkanı Prof. Dr. Belgin Ünal Toğrul, öğretim üyeleri Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu, Prof. Dr. Reyhan Uçku, Doç. Dr. Türkan Günay, Prof. Dr. Alp Ergör, Prof. Dr. Yücel Demiral ve adını burada saymadığım bütün hocalarıma; yüksek lisans eğitimimden bu yana desteğini esirgemeyen Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.'nın değerli öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Son olarak, bu güne kadar ne başarabildiysem bunları öncelikle aileme borçluyum. Bana güvenini hiç yitirmeyerek, beni büyük özveriyle destekleyen sevgili aileme ve Esra Bakır'a sevgilerimi sunuyorum.

Celalettin ÇEVİK

MANİSA İLİNE AİT SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ: YILLARA GÖRE SAĞLIK OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI (2003-2012)

Celalettin ÇEVİK, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

ÖZET

Amaç: Türkiye’de sağlık ocağı (SO) ve aile hekimliği (AH) dönemlerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı Manisa ilinde SO (2003-2007) ve AH (2008-2012) dönemindeki uygulamaların ve sağlık düzeyi göstergelerinin yıllar içindeki değişiminin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Araştırma kesitsel ve analitik tipte bir çalışmadır ve kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sağlık düzeyi göstergeleri, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü istatistik yıllıklarından ve Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden elde edilmiştir. İki dönem arasındaki regresyon eğrilerinin kesişim noktaları ve eğimlerine ait beta katsayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı “Segmented regresyon analizi” ile Stata 11.0 istatistik programı kullanılarak incelenmiştir. Kalitatif veriler ise hem SO hem de AH sisteminde çalışan sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları ve hizmet kullanıcılar ile 2012 yılında yapılan derinlemesine görüşmeler yoluyla elde edilmiştir.

Bulgular: Her iki dönemde de çalışmış personele ve hizmet almış halka göre SO dönemi ekip çalışması, ev gezileri, çevre sağlığı, aile planlaması ve filyasyon çalışmaları açısından AH dönemine göre daha iyidir. AH dönemi ise hastalara ilgi gösterme, aynı hekim tarafından izlenme, bilgisayar, internet olanakları açısından SO döneminden daha iyidir. Kentsel alanda halk özellikle bekleme süresinin azalması ve her gittiğinde aynı hekime ulaşmaktan ötürü memnundur. Segmented regresyon analizlerinde bebek, çocuk, gebe ve kadın izlemlerinin AH döneminde, SO dönemine göre anlamlı olarak azaldığı ($p<0.05$), muayene sayılarının ise AH döneminde SO dönemine göre anlamlı olarak arttığı ($p<0.05$) saptanmıştır. Aşılama oranlarının ve ölüm hızlarındaki değişimin ise (kırılma ve eğimler) her iki dönemde benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Sonuç: SO dönemi topluma yönelik hizmet sunumu ve izlemler açısından daha iyiysen, AH dönemi hekime daha rahat ulaşabilmek açısından daha iyidir.

Anahtar sözcük: Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği, Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Prog.

ABSTRACT

HEALTH INDICATORS IN MANISA: A YEARLY COMPARISON BETWEEN HEALTH CENTER AND FAMILY PHYSICIAN PERIODS (2003-2012)

Celalettin Çevik, Dokuz Eylül University, Institute of Health Sciences, İzmir.

Objective: There are very few studies in Turkey, comparing two periods of practice through Health Centers (HC) and Family Physicians (FP). This study aims to compare health indicators in the city of Manisa during the period of HCs (2003-2007) and FPs (2008-2012) to determine the changes on a yearly basis.

Method: This study is an analytical study with quantitative and qualitative (mixed) methodologies both utilized. Health indicators have been gathered from Manisa's Provincial Health Directorate through their yearly statistics as well as Family Physicians' Information DataBank. Through use of Stata 11.0 statistical software, a segmented regression analysis has been completed to establish the intersections between regression lines from both periods as well as beta values of the regression line slopes with statistically significant results. Qualitative portion of the study included in depth interviews completed in 2012, with the HC and FP staff, managers and users (patients) who are able to compare both periods.

Results: When we compare the staff and patient impressions with experiences in both systems, HC period was more successful in teamwork, home visits, environmental health, family planning and filiation of communicable diseases than the FP period. However, FP period seems to be better in terms of dealing with patients, ability to see the same physician, and computer and internet access (for the staff). In urban area, the public is happy with the shorter wait times and ability to see the same physician. Segmented regression analysis showed that infant, child, women and pregnancy care under the FP system is decreased and this change is statistically significant ($p < 0.05$). Number of outpatients under the HC system is increased and this is statistically significant ($p < 0.05$). Vaccinations and mortality rates changes between the two periods were similar both in terms of the segmentation and the slope of the regression lines ($p > 0.05$).

Conclusion: Study concludes that the HC period was better in terms of community health and follow-up services while FP period made it easier to reach the family physicians.

Key words: Health Center, Family Physician, Health Policy, Health Transformation Prog.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık düzeyi ile ilgili verilerin elde edilmesi ve yıllara göre oluşan değişimin incelenip karşılaştırılması, sağlık yönetiminde son derece önemlidir. Bu sayede bölgesel düzeyde yapılacak sağlık yönetimi eylemlerinin ilk aşaması olan durum saptama gerçekleştirilmiş olur. Diğer tüm eylemler (öncelik belirleme, amaç belirleme, planlama, uygulama vb.) bu basamağın üzerine inşa edilir. Bu nedenle Türkiye’de birinci basamak hizmet sunumunda yaşanan örgütlenme değişikliğinin ve Sağlık Ocağı (SO) yerine Aile Hekimliği (AH) sisteminin getirilmesinin bilimsel açıdan izlenmesi gerekmektedir.

Türkiye’de SO sistemi 1961 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile 1963 yılında ilk olarak Muş ilinde başlatılmıştır (1). 1984 yılında Manisa’nın da içinde bulunduğu illerin katılımı ile sosyalleştirme artık tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır. AH uygulaması ise 2004 yılında çıkarılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile Düzce ilinde başlamış, 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır (2).

Tüm bu değişiklikler, sağlık personelinin ve sağlık çıktılarına hem olumlu hem olumsuz yönde etkilemiştir. Örneğin; aile hekimlerinin ücretleri artarken iş yükleri de artmıştır. Elektronik kayıt sistemleri geliştirilmiş ancak tüm kayıtlar güvenilir ve eksiksiz bir hale getirilememiştir. Sözleşmeli çalışma başlatılmış, aile hekiminin iş güvencesi azalmış ve çalışma süreleri esnetilmiştir. Uygulamalar Sağlık Bakanlığı tarafından üstten alta bir emir komuta zinciriyle gerçekleştirilmiş sağlık personelinin görüşleri yeterince dikkate alınmamıştır. AH döneminde Performansa dayalı çalışma getirilmiş ve bu doğrultuda aşı uygulamaları gibi bazı hizmetlerin göstergeleri iyileşmiştir. Ancak performans uygulaması dışında kalan aile planlaması, bulaşıcı olmayan hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar gibi hizmetler göz ardı edilmiştir. Ayrıca bu uygulamalarla ilgili olarak üniversitelerin, sendikaların ve Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) görüşleri yeterince dikkate alınmamıştır. AH, sağlık örgütlenmesi üzerine yapılan “politik” bir girişimdir ve bu girişimin sonuçlarının “bilimsel” olarak izlenmesi ve sağlık çalışanlarının da “ayrıntılı” olarak görüşlerinin alınması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı bunu yeterince yapmamıştır. Bu nedenle sağlıkta dönüşümün bütün boyutları ve bileşenleri üniversiteler tarafından mutlaka izlenmelidir.

1.2. Araştırmanın Amaçları

Bu çalışmanın amaçları Manisa ilinde 2003-2012 yılları arasında;

- a) SO (2003-2007) ve AH (2008-2012) dönemindeki sağlık düzeyi göstergelerinin yıllar içindeki değişiminin karşılaştırılmasıdır.
- b) Hem SO hem AH döneminde çalışan sağlık personelinin (hekim, hemşire/ebe), sağlık yöneticilerinin ve her iki sistemi de kullanmış hastaların bu iki dönem hakkındaki görüşlerinin saptanmasıdır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H0: Manisa ilinde 2008 yılında AH dönemine geçilmesi sonrasında geçen 5 yıllık dönemde sağlık düzeyi göstergeleri bakımından ve hizmet sunan ve hizmeti kullananların görüşleri açısından SO dönemine göre anlamlı bir fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ulusal ve Uluslar arası Düzenlemelerde Sağlık Hakkı

1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesinde; ilk olarak "Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir" denilmektedir. İkinci olarak "Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar" diyerek en temel hak olan "yaşam hakkı" çerçevesinde sağlık hakkına yer verilmiştir. Burada görüldüğü üzere sağlık hakkı ile sosyal güvenlik hakkı bir arada düzenlenmiştir (3).

İkinci önemli belge olarak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin bir devamı ve onu açıklayan bir belge niteliğinde olan ve devletlerin kabul ve imzasıyla o ülkeye ait bir "ulusal iç hukuk kuralı" haline gelmiş bulunan "Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi"nin 12. maddesi de sağlık hakkını "Sağlık standardı hakkı" başlığı altında şöyle düzenlemiştir: "1)Bu Sözleşmeye taraf devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır. 2)Bu Sözleşmeye taraf devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağıdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir: a)Var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması; b)Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme; c)Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü; d)Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması". Görüleceği üzere bu düzenleme ile sağlık hakkı başlı başına bir hak olarak açıkça tanımlanmıştır (4).

Türkiye Cumhuriyeti hukukunda ise; 1982 Anayasası tıpkı İnsan hakları Evrensel Bildirgesi'nde olduğu gibi yaşam hakkını temel alan bir düzenlemeyi 17. maddesinde yapmıştır. "Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz." Buna göre tüm yurttaşların yaşama hakları devlet güvencesi ve onun pozitif yükümlülüğü kapsamı içinde koruma altındadır. Görüldüğü gibi çeşitli ulusal ve uluslararası

belgelerde sağlık hakkı devletin bir yükümlülüğü olarak dile getirilmektedir. Bu açıdan devletlerin sağlık örgütlenme yapıları ve sağlık hizmet sunumları önem taşımaktadır (5).

2.2. Sosyalleştirme ve Sağlık Ocakları

Sosyalleştirme yasası Nusret Fişek tarafından İngiltere'deki genel pratisyenlik uygulamaları ile İsveç'teki bölge kavramı ilkelerine göre hazırlanmış ve Türkiye'nin kırsal bölge özellikleri ile birlikte Cemalettin Or zamanındaki "numune sağlık merkezi" uygulamaları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bu ilkeler; herkesin yararlanabileceği (eşitlik), finansmanın devlet bütçesinden sağlandığı, kamuda çalışan hekimin özelde çalışamadığı, SO hastane arası işbirliğinin olduğu, kamu sağlık kuruluşlarının tek elden yönetildiği, sağlık örgütünün il içinde amirinin sağlık müdürü olduğu, halkın katılacağı kurulların olduğu ve uygulamanın aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacağı öngörülerek planlanmıştır (6). Sosyalleştirme yasasına göre, sağlık örgütünün temeli sağlık ocaklarıdır. Sağlık hizmetlerinin ucuza mal edilmesi için, sağlık örgütünün birleştirilmesi gerekmektedir. Hizmetler tek elden yürütüldüğu zaman bir hekime yeterli sayıda sağlık personeli verilse bile, 5-10 bin nüfustan fazla bir bölge verilirse hizmetin yeter derecede yürütülmesi zor olduğu için, modern ilkelere uygun olan nüfusa dayalı örgütlenme sağlanmıştır. Sosyalleştirme ilk olarak 1963 yılında Muş'ta on dokuz sağlık ocağı, on iki uzman ve on dokuz pratisyen hekimle uygulanmaya başlanmıştır. Sonrasında 1963-68 yılları arasında yirmi iki ilde 725 SO 1806 sağlık evi kurulmuştur. Sağlık ocağının temel özellikleri; 1)Ekip hizmeti (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru), 2)Çok amaçlı hizmet (koruma, geliştirme, tedavi, rehabilitasyon), 3) Gezici hizmet sunumudur (7).

2.2.1. Sağlık ocaklarında verilen ana hizmetler:

a) Sağlık hizmetleri, b) Adli hekimlik hizmetleri, c) Yönetim işleri, d) Diğer hizmetlerdir.

Sosyalleştirme yasasına göre sunulan bu hizmetler, sağlık ocaklarında bir bütün olarak ve ekip anlayışı ile verilmesi, bunlar içinde koruyucu ve birinci basamak iyileştirici sağlık hizmetleri öncelik taşımaktadır. Koruyucu hizmetler, kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, sero ve kemoproflaksi (ilaç ve serumla koruma), erken tanı, ana sağlığı, çocuk sağlığı, aile planlaması, beslenmenin düzeltilmesi ve sağlık eğitimi hizmetleri ile çevreye yönelik olarak yapılan fiziksel, biyolojik ve sosyal çevrenin kontrolü ve iyileştirilmesi çalışmalarıdır. Birinci basamak iyileştirici hizmetler ise, poliklinik çalışmaları ile ev ve işyeri ziyaretlerinde yürütülen evde ve ayakta tedavi hizmetleridir. Koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin birbirinden

kesin sınırlarla ayrılmadan yürütülmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle bu hizmetler bir arada, iç içe ve sağlık ocağı bölgesinde yaşayan sağlam ya da hasta herkese verilen hizmetlerdir. Özet olarak bu hizmetler; ana sağlığı hizmetleri, çocuk sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla savaşım, bulaşıcı olmayan hastalıklarla savaşım, bağışıklama hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, yaşlı sağlığı hizmetleri, toplum beslenmesi hizmetleri, akıl sağlığı hizmetleri, sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla savaşım, içme ve kullanma sularının denetimi, gıda maddelerinin denetimi, gayrisihhi müesseselerin denetimi, çalışanların (esnaf) denetimi, atıkların denetimi, poliklinik hizmetleri, erken tanı ve tedavi hizmetleri (filyasyon arama ve hastalık taramaları), laboratuvar çalışmaları, ilk yardım ve acil bakım hizmetleri, hasta sevki, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, halkın sağlık eğitimi, adli hekimlik hizmetleridir (1).

2.3. Aile Hekimliği Kanunu ve Aile Hekimliği

Aile hekimliği kanunu; 2004 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireyin gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlere ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenleme amacıyla çıkarılmıştır. Uygulama ilk olarak Düzce ilinde 2005 yılında uygulanmaya başlanmış, sonrasında diğer illerin de katılımı ile 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de aile hekimliğine geçilmiştir. AH sisteminde hizmet bir hekim ve bir aile sağlığı elemanı tarafından sunulmaktadır. Aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olarak tanımlanmıştır. Aile hekimliği birimi, bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı, Aile sağlığı elemanı ise, aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini, Aile sağlığı merkezi, bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu ifade etmektedir. Aile hekimliği döneminde ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Sağlığı merkezleri (ASM)

ve Toplum Sağlığı Merkezlerince (TSM) sürdürölmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde bireye yönelik toplum sağlığı merkezleri ise topluma yönelik hizmet sunmaktadırlar. Bu açıdan bu iki kurumun koordine olması gerektiği vurgulanmıştır.

2.3.1.Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları: Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütölen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürötmekle yükümlüdür. Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar. Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde; a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapılması, b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirilmesi, c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunması veya kişiler ile iletişime geçilmesi, ç) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verilmesi, d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapıp, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verilmesi, e) Periyodik sağlık muayenesi yapılması, f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapılması, g) Evde takibi zorunlu olan özörlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yüröülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verilmesi, ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması, h) Tetkik hizmetlerinin verilmesi, ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtların tutulması ve bildirimleri yapılması, i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarının güncellenmesi, j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapılması, k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapılması, l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörölen her

türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlenmesi, m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır, n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapan kişi olarak tanımlanmıştır (8-11).

2.4. Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemleri Arasındaki Farklar

1963 yılında uygulanmaya başlanan ve 1984 yılında tüm Türkiye’de yaygınlaşan SO uygulaması ile 2005 yılında uygulanmaya başlanan ve 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de uygulamaya geçen AH uygulaması arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar; 224 sayılı yasaya göre, birinci basamakta yürütölen sağlık hizmetleri; ekip hizmeti ile (hekim, ebe, hemşire, evre sağlık teknisyeni, tıbbi sekreter, şoför), dar alanda geniş kapsamlı hizmet anlayışı ile entegre (iyileştirici+koruyucu - kişiye, topluma ve çevreye yönelik) ve sınırları belli coğrafi bir alanda (sağlık ocaklarında) sunulmaktadır. AH uygulamasında; ekip iki kişiye düşmüştür (Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı). Koruyucu hizmetler kişiye yönelik ve topluma yönelik olarak parçalanmıştır. ASM: Kişiye yönelik koruyucu ve iyileştirici, TSM: Topluma yönelik koruyucu hizmet sunmaya başlamıştır. Koruyucu hizmetler farklı kurumlar tarafından sunulmakta kurumlar arası koordinasyon problemleri yaşanmaktadır. Bölge kavramı ortadan kaldırılmıştır. Birinci basamakta özelleştirme süreci başlamıştır. (Bireysel alışan hekim, rekabete dayalı sağlık hizmet sunumu, hekimin ücretini kendisinin ödediği 2. bir personel alıştırması). SO sisteminde toplum katılımını esas alan bir hizmet sunumu var iken AH döneminde yerini birey katılımlı hizmet sunumuna bırakmıştır. Aile hekimliği sistemi fiziksel teknik olanaklar, altyapı açısından desteklenirken SO döneminde sağlık ocaklarına yeterli kaynak ayrılmamıştır (Bkz Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinin karşılaştırılması

Sağlık Ocağı	Aile Hekimliği
Bölge / nüfus tabanlı hizmet	Hasta listesi uygulaması
Bölgedeki herkese hizmet	Sadece kayıtlı olana ve gelene hizmet
Koruyucu hizmetlerin birey ve topluma yönelik olarak tek elden yürütülmesi	Koruyucu hizmetlerin birey ve topluma yönelik olarak parçalanması (ASM, TSM)
Gezici hizmet yaygın	Gezici hizmet sınırlı (bağlı kırsal alan varsa sadece belli günlerde mobil hizmet)
Ekip hizmeti gelişkin	Ekip hizmeti zayıf (2 kişiden oluşan ekip)
Kırsal ağırlıklı örgütlenme	Kentsel ağırlıklı örgütlenme
Toplum yönelimli hizmet sunumu	Birey yönelimli hizmet sunumu
Koruyucu sağlık hizmetine öncelik	Tedavi ağırlıklı hizmet
Sektörler arası işbirliği	Sektörler arası işbirliğinin olmaması
Basamaklı hizmet ve sevk sistemi	Sevk sistemi yok
Toplum katılımı esas	Birey katılımı
Devlet Memurluğu ağırlıklı	Sözleşmeli çalışma ağırlıklı
Hekimler arası dayanışma temelli	Hekimler arasında rekabete dayalı çalışma
Sistematik sürekli eğitim var	Sürekli eğitim sistematik değil
Maaşa dayalı çalışma	Performansa dayalı çalışma
Düşük ücretle çalışma	Yüksek ücretle çalışma
Ücretsiz hizmet temelli	Katılım payı temelli (ilaç, reçete katılım payı)
Vergiye dayalı finansman	Prime dayalı finansman
Hizmet sunumu ve finansmanın tek elden yürütülmesi	Hizmet sunan ve finanse eden kurumların ayrılması
Fiziksel altyapının yetersiz olması	Fiziksel altyapının yeterli olması
Teknolojik olanakların yeterli olmaması	Teknolojik olanakların yeterli olması

2.5. Yasal Düzenlemelerin Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri

Türkiye’de 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sonrası birinci basamak sağlık hizmet sunumunu etkileyen önemli yasal düzenlemeler olmuştur. Bu değişikliklerin sağlık düzeyi göstergelerine olumlu etkileri olduğu gibi olumsuz etkileri de olmuştur. 2003 yılında personelin çalışma şartlarını belirlemek ve hizmet sunumunu teşvik etmek amacıyla birinci basamak kuruluşlarda çalışanlara ek ödeme yönergesi ve 2006 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik çıkarılmıştır (12). Bu yönetmelik ve yönerge sonrası; puanlama sistemine (Muayene ve girişimsel işlemler puanı ve koruyucu sağlık hizmetler puanı) göre ek ödeme getirilmiş, girişimsel işlemlerde her işlem başına puan toplanmaya başlanmıştır. 2006 yılındaki yeni performans kriterleri sonrası koruyucu sağlık hizmetlerin puanlamasında değişikliğe gidilerek performansa çocuk, lohusa izlemleri ile aşılardan eklenmiştir. İzlem sayıları gebe başına 4 izlem, lohusa başına 2 izlem, bebek başına 6 izlem, çocuk başına 4 izlem olarak belirlenmiştir. Gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında genelge ile ana çocuk sağlığı, bağışıklama hizmetleri, çevre sağlığı ve üreme sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin köy ve evlerde yürütülmesi amaçlanmıştır (13). Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2006 yılında sağlık sistemindeki en önemli değişikliklerden biri olup on sekiz yaşın altındaki kişilerin ve gebelerin sağlık yardımı alması sağlanmış kapsayıcılık, artmıştır. 2011 yılında çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği ile hastaların yakındığı konuların başında gelen katılım payı uygulaması başlatılmış, reçete yazdırılarak reçete ile eczanelere başvurulması halinde 3 kutuya kadar (3 kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1TL katılım payı alınmaya başlanmıştır (17, 18). 2006 yılında evde sağlık hizmetlerinin uygulanması hakkında yönerge ile bakıma muhtaç hastalara yönelik hizmet sunumu öncelenmiş, bu durum da hasta memnuniyetinin artmasında etkili olmuştur (14). Anne ölümleri veri sistemi genelgesi ile UAÖÇ sonrası anne ölümlerinin saptanma oranı artmış, anne ölümleri inceleme komisyonları oluşturularak veri niteliğinin iyileştirilmesi adına olumlu adımlar atılmıştır (15). Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği yayınlanmış, 2011 yılında çerçevesi genişletilip antimikrobik direnç ve sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların bildirimini kapsama alınmıştır. RSHM bünyesinde salgın yönetimi koordinatörlüğü kurulmuş; sürveyans ve salgın araştırmaları konusunda çalışmaktadır. Bununla birlikte aile hekimliğine geçilmesi bölge tabanlı hizmet anlayışının

bırakılması, aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezleri arasındaki koordinasyon eksikliği, bulaşıcı hastalıkların belirlenmesini, filyasyonunu güçleştirmiştir (16). 2008 yılı Ocak ayında Manisa ilinde aile hekimliğine geçilmiş, 01.07.2008 tarihinden itibaren negatif performans uygulaması başlamıştır. İzlem sıklıkları gebe izlem 4, bebek izlem 7 olarak belirlenmiştir. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında 2006 yılından itibaren aşı takvimine üç yeni antijen (Kızamıkçık, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b) eklenmiş, 2008 yılı başından itibaren DaBT-İPA-Hib beşli aşısının ve 2008 yılı Kasım ayından itibaren de Konjuge Pnömonokok aşısının kullanımı başlatılmıştır (19). Bebek ölümlerinin izlenmesi genelgesi ile ölümlerin belirlenmesi, değerlendirilmesi, kayıtlılığın artırılması amaçlanmaktadır. Bu çerçevede hem kamu kurumlarında hem de özel kurumlardaki bebek ölümleri bildirilmeye başlanmıştır (20). 2009 yılında TUIK ölüm formu ve 2012 yılındaki Ölüm bildirim sistemi genelgesi ile de daha önce sadece kent ölümleri TÜİK Formu ile bildirilirken tüm ölümler sisteme dahil edilmiş ve ölüm formu AB normlarına uygun hale getirilmiştir (21). 2010 yılında aile hekimliği uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ile sözleşme usul ve esasları hakkında yönetmelik ile negatif performans uygulamasında değişikler olmuş çalışma koşulları ve performans dahilindeki göstergeler çerçevesinde sözleşme esasları belirlenmiştir (11). (Bkz Tablo 2).

Tablo 2. 2003-2013 yılları arasından sağlık mevzuatında yaşanan değişimler

Tarih	Yasal Düzenleme
01.04.2003	Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge
01.01.2004	Sağlık Bakanlığı, SSK ve Maliye Bakanlığı arasında Tesislerin Ortak Kullanımı Protokolü.
06.01.2005	Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun.
30.11.2006	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi:1-83. KKK ve HiB aşıları takvime eklendi.
01.04.2006	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik
01.07.2006	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi
01.12.2006	Birinci Basamakta Yeni Performans Kriterlerine Geçiş Genelge
13.06.2006	Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge
01.10.2006	Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası
05.04.2007	Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi
30.05.2007	Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği
01.01.2008	Manisa İlinin Aile Hekimliğine Geçışı
01.01.2008	Ölümler MERNİS'ten alınmaya başlanması
25.02.2008	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi DaBT-İPA-HiB ve KPA aşıları takvime eklendi
01.07.2008	Aile Hekimliğinde performans Uygulamalarına Geçiş (Negatif Performans) Yapılması gereken en az izlem sayıları yeniden belirlendi (gebe izlem 4, bebek izlem 7)
01.01.2009	ICD 10 Bazlı Yeni TÜİK Ölüm Bildirim Sistemine Geçiş
13.03.2009	Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (Daimi Genelge)
04.05.2009	Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi Genelgesi
30.12.2010	Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
24.02.2011	Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
02.11.2011	663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname
05.11.2011	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. İlaç, reçete katkı payı alınması
01.05.2012	Ölüm Bildirim Sistemi Genelgesi
23.05.2012	Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün kurulması
25.01.2013	Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

2.6. Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri tanımı ilk kez 1920’de İngiltere’de yayınlanan Dawson Raporu’nda kullanılmıştır. Bu rapor ülke çapında, bölge merkezli ve basamaklı bir hizmet sunum modelini önermektedir (22). Alma Ata konferansında temel sağlık hizmetleri tanımı yapılmış bütüncül bir kavram dile getirilmiştir. Bu toplantıda tanımlanan temel sağlık hizmetleri özelliklerine bakıldığında süreklilik, kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, katılım ve sevk zinciri gibi birçok özelliğin tanımın kapsamı içinde yer aldığı görülmektedir (23,24). Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), Alma-Ata Bildirgesi 6. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: “TSH, pratik ve bilimsel temellere oturmuş, bilimsel ve sosyal açıdan kabul edilebilir yöntemler ve teknoloji ile toplumda bireylere ve ailelere onların tam katılımı ve kabul edebilecekleri bir maliyetle sunulan ve evrensel düzeyde ulaşılabilir, esas/temel sağlık hizmetleridir. Ülkenin hem sağlık sistemine entegre olmuş hem de sosyal ve ekonomik kalkınabilirliğine odaklanmış olmalıdır. TSH, bireylerle ilk temas noktasıdır ve aileye ve topluma onların yaşadığı ve çalıştığı yerlerde, onlara olabildiği kadar yakından ve ulusal sağlık sistemi aracılığıyla sağlık hizmetlerinin ilk elemanı olarak ve sürekli bir sağlık hizmeti sunumunu sağlar. Alma-Ata Bildirgesinde geçen tüm terimler alt alta sıralandığında TSH sağlık hizmetlerinin koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici boyutuyla, sürekli, entegre, öncelikli, ulaşılabilir, kabul edilebilir, ekip hizmetine ve sevk zincirine dayalı, sektörler arası işbirliğini ve toplum katılımını da içerecek şekilde, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde, onlara en yakın ve ilk temas noktası olarak en az 8 hizmetin (ana çocuk sağlığı, aile planlaması, aşı, gıda, su, eğitim, bulaşıcı hastalıklar ve tedavi) sağlanması şeklinde tanımlanabilir. Bu özellikler içinde ilk temas noktası, süreklilik, kapsayıcılık, entegrasyon, sektörler arası işbirliği ve toplum katılımı konuları özellikle ön plana çıkmaktadır (24-27).

2.6.1. İlk Başvuru Yeri: Herhangi bir sağlık sorunu ya da var olan bir sağlık sorununun yeni bir yönü için ilk başvuru yeri. Birinci basamağın ilk başvuru yeri olarak kullanılması için erişilebilir olması gerekir. Çünkü kişiler sağlık hizmeti veren kurumu erişebilir olarak kabul edip bunu kullanımlarıyla yansıtmadıkça, kurum ilk başvuru hizmeti sağlayamaz. İlk başvuru yeri olarak birinci basamağın kullanılması; maliyetin azalmasına, hastanın doğru yere sevk edilme olasılığının artmasına, uygun hizmetin daha kısa sürede alınmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca doğru tanıya ulaşma olasılığı artmaktadır. Dolayısıyla acil hizmetler ve uzman hekim hizmetleri daha verimli kullanılmaktadır.

2.6.2. Süreklilik: Düzenli bir hizmet kaynağının varlığı ve bunun kullanımınıdır. Sürekli hizmet, kişilerin sağlık hizmeti aldıkları kaynağı tanıması, benimsemesi, uygulayıcı kişi ya da kurumun da hizmet verdiği kişi ya da toplumu tanıması ve bu etkileşimin belli bir zaman diliminde devam etmesidir. Sağlık probleminin tipine hatta varlığına bakılmaksızın hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişkilerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşabilmesi için, kişilerin bir sağlık sorunu olsun ya da olmasın sürekli hizmet kaynağı olarak kurumu kullanmaları gerekir. Sürekliliğin sağlanması ile hasta ve sağlık personeli birbirini tanır, anlar, karşılıklı güven duygusu oluşur, farklı yollarla iletişim olanağı sağlar. Uyum, çıktının niteliği, koruyucu hizmetlerden yararlanma, hastalık nedeniyle değil izlem nedeniyle başvuru oranı artmaktadır. Bununla beraber acil hastaneye yatış ve hastanede yatış süreleri, maliyet azalmaktadır.

2.6.3. Kapsayıcılık: Kapsayıcı yaklaşımın üç boyutu vardır (24,26). a)Nüfusun kapsanması, b)Finansal kapsayıcılık c)Hizmetlerin kapsanması. Evrensel kapsayıcılık için bu üç boyutun tamamının kapsanması gerekir. Ayrıca gereksinimlerin belirlenmesi, hizmet yelpazesinin toplumun gereksinimlerine göre belirlenmesi ve bu hizmetin topluma ulaşmasının derecesi ile de ölçülmektedir. Kapsayıcı hizmet toplumun sağlık sorunlarını biyolojik, fiziksel, kimyasal, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendiren tümelci bir hizmettir.

2.6.4.Ulaşılabilirlik: Sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirlik fiziksel (coğrafi mesafe), ekonomik, sosyal açılardan olmak üzere üç çeşittir. Sosyal ulaşılabilirlik kültür, gelenek, görenek, din ve dil gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine olan ulaşılabilirliği tanımlar (24).

2.6.4.1.Ulaşılabilirliğin Bireysel Belirleyicileri: *Hazırlayıcı Faktörler;* hastalık oluşmadan önce kişiyi sahip olduğu özelliklerdir. Yaş, cins, medeni durum, hastalık geçmişi, demografik özellikleri, eğitim, meslek, aile büyüklüğü, ırk, din, sosyal yapı, hastalık ve sağlıkla ilgili davranış modellerini içermektedir. *Kolaylaştırıcı Faktörler;* gelir düzeyi, sosyal güvencesi düzenli hizmet kaynağı varlığı sağlık personeli, sağlık hizmetinin maliyeti kolaylaştırıcı faktörlerdir. *Gereksinim;* sağlık hizmetinin kullanımının uyarıcısı ya da doğrudan hedefidir. Hastalık ya da hastalığın ortaya çıkma olasılığının algılanmasıdır.

2.6.5. Entegrasyon: Entegrasyon birinci basamakta birden fazla hizmetin birbirine entegre edilmesidir. Örneğin ana-çocuk sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla savaş gibi hizmetler aynı anda sunulursa bu hizmetler entegre edilmiş olur.

2.6.6. Koordinasyon: Koordinasyon sağlık hizmeti sunumunda bir önceki sorun ya da alınan hizmetten haberdar olunması ve buna göre gereksinimin belirlenmesidir. Koordinasyon

sağlanamazsa süreklilik etkinliğini kaybeder, kapsayıcılığın gerçekleşmesi güçleşir, ilk başvuru sadece uygulamada kalır, etkin olmaz. Birinci, ikinci, üçüncü basamak hizmetin uyumunu ve etkinliğini sağlar.

2.7. Temel Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Son Gelişmeler

1990'lı yıllara gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1980'lerde belirlenen 2000 yılı hedeflerinin çok gerçekçi olmadığı ortaya çıkmıştır. 2000 yılına az bir süre kalmış, eşitsizlikler giderek artmış, hedeflere ulaşmak zorlaşmıştır. Bu nedenle 1991 ve 1995 yıllarında takvim belli hedeflere göre 2005, 2010 ve 2020 yıllarına uzatıldı. 1997 yılında hedefler revize edilerek 26'ya indirildi. Bir yıl sonraysa 1998'de hedefler 21. yüzyılın ismine atfen 21'e indirildi (24, 28, 29). 2000 yılında devreye tekrar giren Birleşmiş Milletler'in (BM) teşviki ile yapılan toplantıda 1978'de açıklanan TSH kavramı artık sert bir şekilde tartışmaya açılmıştır. 1990'lı ve 2000'li yılların TSH'nin tartışılarak geçirildiği bu dönemde gelinen nokta DSÖ dokümanlarından kısaca şöyle özetlenebilir (24):

- a) TSH bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, evrensel ulaşılabilirlik, toplumsal ve bireysel katılım, sektörler arası işbirliği, uygun teknoloji kullanımı ve maliyet etkili yaklaşımı içerir.
- b) TSH sadece ilk temas yeri değildir (sadece birinci basamak değildir). Her basamağı içerir.
- c) TSH sadece 1978'de sayılan minimum 8 hizmeti içermez. Bir hizmet listesi yapılmamalıdır.
- d) TSH sadece yoksul ve geri kalmış ülkelere yönelik değildir.
- e) TSH sadece toplum tabanlı hizmetleri değil, hastane hizmetlerini ve diğer hizmetleri de içerir.

DSÖ yetkilileri yaklaşmakta olan 30. yıl dönemini (2008 yılı) önemli bir fırsat olarak görmüş, bu nedenle 2008 yılı DSÖ raporu TSH konusunu içermiş ve 2008'de ikinci bir Alma-Ata toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda evrensel kapsayıcılık başta olmak üzere bazı konular ön plana alınmış ve hedeflenen duruma ulaşmayı bir nebze olsun artırmak için reformlar önerilmiştir (24,25).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma tipi

Araştırma kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Kalitatif bölüm derinlemesine görüşmelere dayalıdır. Kantitatif bölüm kesitsel ve analitiktir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Manisa ilinde yürütülmüştür. Manisa ilinde SO ve AH dönemlerinin beşer yıllık değerlendirme sürecini (2003-2007 ve 2008-2012) kapsamaktadır. 2012 yılı TÜİK verilerine göre Manisa ili nüfusu 1.346.112'dir (30). Araştırmanın kantitatif verileri 2003-2012 yıllarını kapsamaktadır. Araştırmanın Kalitatif verileri Şubat-Nisan 2012 tarihlerinde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları

Araştırmanın kalitatif bölümü için evren hem sağlık ocağı dönemi hem de aile hekimliği döneminde çalışan hekim, ebe-hemşire, sağlık yöneticisi ve hizmet alan kişilerdir.

Tablo 3. Sağlık ocağı ve aile hekimliği döneminde çalışan personelin dağılımı

	Sağlık Ocağı (2003-2007)	Aile Hekimliği (2008-2012)	Her iki dönemde de çalışan
Hekim	400	378	263
Ebe + Hemşire	650	334	320

Araştırmada yan tutmayı en aza indirmek için triangulasyon (3 açılı değerlendirme) yapılarak, hekim, ebe ve hemşireler (hizmeti sunanlar), hastalar (hizmeti kullananlar) ve sağlık yöneticileri (politika yapıcılar/yöneticiler) ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılacaklar; en uzun çalışma süresi, cinsiyet ve kırsal/kentsel durumuna göre dengeli bir şekilde seçilerek belirlenmiştir. Kentsel alan Manisa İl Merkezi, kırsal alan Akhisar ve Saruhanlı ilçeleri ve köyleri olarak seçilmiştir.

3.3.1.Hekimlerin Seçilmesi: Derinlemesine görüşme için koşullara uyan 4 kırsal alan ve 4 kentsel alandan toplam 8 hekim ile görüşülmesi planlanmıştır. Her iki dönemde de en uzun

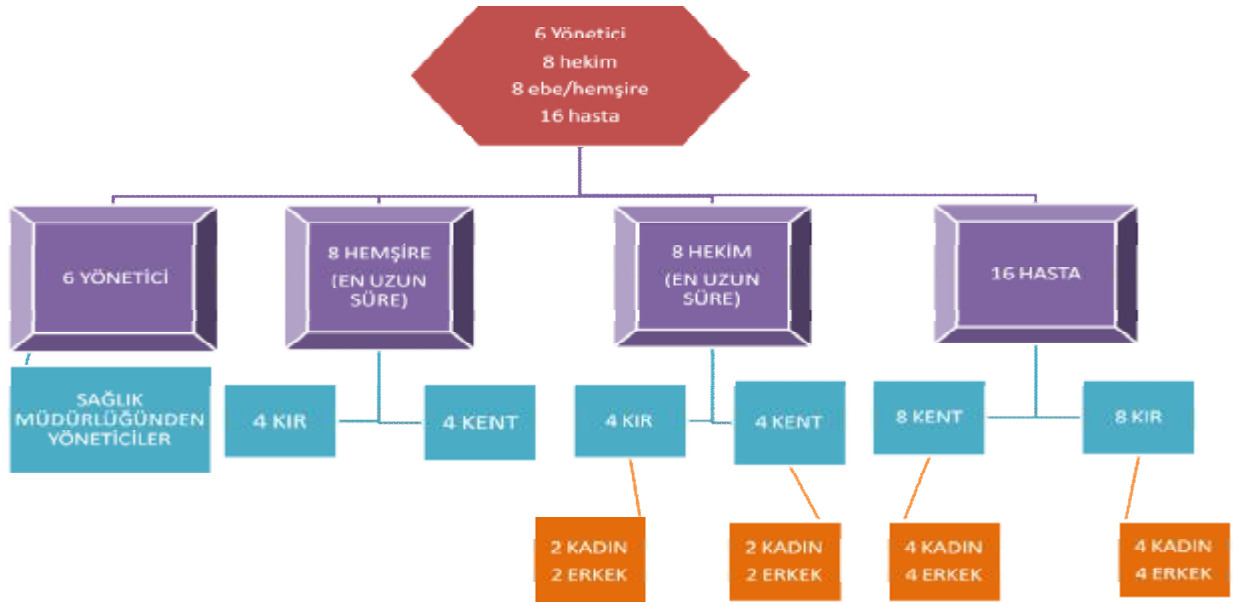
süre çalışan hekimler içinden cinsiyet dağılımına dikkat edilerek (4 kadın, 4 erkek) 8 hekim görüşmeye alınmıştır.

3.3.2.Ebe-Hemşirelerin Seçilmesi: Derinlemesine görüşme için hekimlere benzer şekilde sekiz ebe-hemşire ile görüşülmesi planlanmıştır. Ebe/hemşirelerden her iki dönemde de en uzun süre çalışanlar ve kır/kent ayrımı yapılarak alınmıştır (4 kırsal alan, 4 kentsel alan) .

3.3.3.Hizmet kullanıcıların Seçilmesi: Bölgede yaşayan kişiler ile kır/kent ve cinsiyet ayrımı yapılarak toplam 16 kişi ile görüşülmesi planlanmıştır. Hastalar seçilirken her bir aile hekimi bölgesinden (8 aile hekimi bölgesi içinden) 1 kadın ve 1 erkek ile görüşülmesi planlanmıştır (8K+8E:16 kişi).

3.3.4.Sağlık Yöneticilerinin Seçilmesi: Aile hekimliği ve sağlık ocağı döneminde uzun süre görev yapan yöneticiler içinden birinci basamak hizmetler konusunda deneyimli olan 6 yönetici ile görüşülmesi planlanmıştır (3 kadın, 3 erkek). Sağlık yöneticileri Sağlık Müdürlüğü'nden 4 kişi Sağlık Grup Başkanlığı veya TSM yöneticilerinden 2 kişi olarak seçilmiştir. Yöneticilerde cinsiyet dağılımının eşit olmasına dikkat edilmiştir (Bkz Şekil1).

Şekil 1: Derinlemesine Görüşme İçin Örnek Seçimi



3.4. Çalışma Materyali

Belirtilen kriterlere göre hizmeti kullananlar (16 kişi), hekimler (8 kişi), ebe-hemşireler (8 kişi) ve sağlık yöneticileri (6 kişi) ile Şubat-Nisan 2012 tarihlerinde derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine görüşmeler araştırmacının doğrudan gözlemleyemeyeceği şeyler hakkında katılımcıların düşüncelerini, duygularını, niyetlerini anlamak amacıyla yapılır. Görüşülen kişi için o konuda neyin önemli olduğunu anlamak, araştırılan konuyu nasıl gördüğü ve yaşadığını öğrenmek amacını taşır. Bu çalışmada yapılandırılmış anket formları yardımıyla konuya odaklı görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler araştırmacı tarafından izin alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Kayıtlar görüşmeye uygun ve izole bir ortamda yapılmış, ortalama 1 saat sürmüştür. Hastalar dışındaki kişiler ile yapılan görüşmeler (sağlık çalışanları) önceden randevu alınarak, yapılmıştır. Araştırmacı 9-13 Ocak 2012 tarihleri arasında “Niteliksel araştırmalar” eğitimi almıştır.

Araştırmanın kantitatif verileri ise SO dönemine ait veriler için Manisa İl Sağlık Müdürlüğü istatistik yıllıklarından ve Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) verilerinden, AH dönemine ait veriler ise Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden (AHBS) elde edilmiştir. 2010 yılı sonrası tüm veriler ilgili yıl bitiminden iki ay sonra alınmıştır. Çalışmanın ilk dönemini oluşturan sağlık ocağı dönemine (2003-2007) ait veriler (yıllıklar) hem elektronik ortamda Excel dosyaları olarak hem de basılı materyal olarak (Sağlık Müdürlüğü Yıllığı) alınmıştır. Çalışmanın ikinci bölümü olan AH (2008-2012) dönemine ait verilerin tamamı elektronik ortamda alınmıştır. AH dönemi için basılı (yıllık) dokümanlar ise sadece 2008-2009 ve 2010 yılı için alınabilmiştir (2010 yılından sonra ise Sağlık Müdürlüğü Yıllığı olarak basılı doküman bulunamamıştır). Tüm veriler aylara göre alınmış ancak ölü doğumlar, anne ölümleri, laboratuvar verileri, AP çalışmaları ve ölüm nedenleri aylara göre değil yıllara göre elde edilebilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Kalitatif veriler ile ilgili değişkenler

a) Sağlık Hizmetleri: Hasta-hekim ilişkileri, koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler, izlemler (riskli gruplar, kronik hastalığı olanlar), bulaşıcı hastalıklar, salgınla mücadele, çevre sağlığı uygulamaları

b) Sağlık Örgütlenmesi: Bölge uygulamasının kalkması, sevk zinciri uygulaması, mevzuatla ilgili düşünceleri, aile hekimliği sistemi ve sağlık ocağı sistemi karşılaştırması, sistemle ilgili düşünceleri, aile hekimliğini seçme nedenleri

c) Çalışma Koşulları: Ekip çalışması, esnek çalışma/uzun süre çalışma, sözleşmeli çalışma rekabet, hekim başına düşen nüfus, denetim

d) Eğitim: Hizmet öncesi eğitim, hizmet içi eğitim/sürekli eğitim, eğitim konuları

e) Kayıtlar: Kayıtların niteliği (ulaşılabilirlik, içerik zenginliği), kayıtların güvenilirliği elektronik kayıtlar (AHBS, TSİM)

f) Finansman: Performansa dayalı çalışma, ücretler, sosyal güvence sistemi

g) Fizik-Teknik Alt Yapı: Fiziksel koşullar, teknik donanım, laboratuvar, internet

3.5.2. Kantitatif veriler ile ilgili değişkenler

a) Doğurganlık: Kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı

b) Tedavi hizmetleri: Kişi başı başvuru sayısı, laboratuvar hizmetleri, sık görülen hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar. Hastalık sayıları birinci basamağa yapılan başvuru kayıtlarına dayalıdır. Sayılar prevalans ve insidansı göstermez, sadece başvuru sayısını göstermektedir.

c) Bulaşıcı hastalıklar: Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar, sürveyans/filyasyon çalışmaları. Hastalık sayıları birinci basamağa yapılan başvuru kayıtlarına dayalıdır. Sayılar prevalans ve insidansı göstermez, sadece başvuru sayısını göstermektedir.

d) Ölümler: Kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, ana ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm oranı

e) Koruyucu hizmetlerin dağılımı: İzlem çalışmaları: Yıllık bebek başına düşen izlem ortalaması, yıllık çocuk başına düşen izlem ortalaması, yıllık gebe başına düşen izlem ortalaması, yıllık kadın başına düşen izlem ortalaması, *Aşı hizmetleri:* Bebeklik dönemi aşuları, *Aile planlaması hizmetleri:* Etkili yöntem kullanımı, etkisi sınırlı yöntem kullanımı, korunmayan / izlenmeyen kadınlar, *Gezici hizmet:* Mobil hizmet (köyler, evler vb).

f) Fiziksel ve teknik altyapı: Sağlık ocağı sayısı, sağlık evi sayısı, ASM ve AHB sayıları, TSM sayısı, sağlık grup başkanlığı sayısı, internete bağlı kurum sayısı, bilgisayarlı kurum sayısı, ortalama poliklinik odası sayısı, diğer teknik/fizik olanaklar.

g) *İnsan gücü*: Aile hekimi sayısı, aile hekimi başına düşen nüfus, pratisyen hekim sayısı, hekim başına düşen nüfus, hemşire sayısı, hemşire başına düşen nüfus, ebe sayısı, ebe başına düşen nüfus, sağlık memuru sayısı, sağlık memuru başına düşen nüfus.

3.6. Veri Toplama Araçları

Kalitatif çalışmanın veri toplama formları sağlık çalışanlarına, sağlık yöneticilerine ve hizmeti kullananlara yönelik olmak üzere 3 değişik formdan oluşmaktadır. Veri toplama formları özgün formlar olmakla birlikte EUROPEP (Patient Evaluate General Family Practice) birinci basamak değerlendirme ölçeği ve PCAT (Primary Care Assessment Tool) birinci basamak değerlendirme ölçeklerinin sorularından da yararlanılarak oluşturulmuştur.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:

a) Kantitatif çalışma zaman çizelgesi (2010-2013)

Yıllar	2010		2011				2012				2013	
Aylar	2-6	7-12	1-2	2-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6
Konu Seçimi												
Kaynak İnceleme												
Hazırlık-Ön çalışma												
Veri Toplama												
Veri Girişi												
Çözümleme												
Yazım												

b) Kalitatif çalışma zaman çizelgesi (2011-2013)

Yıllar	2011				2012				2013
	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-6
Konu Seçimi									
Kaynak İnceleme									
Hazırlık-Ön çalışma									
Veri Toplama									
Veri Girişi									
Çözümleme									
Yazım									

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Kantitatif veri analizinde, sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerine göre değişim karşılaştırılmıştır. Verilerin tanımlayıcı ölçütlerini hesaplamada sayımla elde edilen veriler için sayı ve yüzde dağılımları, ölçümle elde edilen veriler için hız ve ortalama değerlerin dağılımı verilmiştir. Kantitatif veriler aylık ve yıllık olarak elde edilmiştir. Ancak doğumun yapıldığı yer, ölü doğum hızı, düşük hızı, anne ölüm hızı/oranı, laboratuvar hizmetleri, aile planlaması yöntem kullanımı aylık bazda veri olmadığı için analiz yapılamamış, yıllara göre sunulmuştur. Bunların dışındaki diğer göstergeler aylık bazda alınmış hızları hesaplanıp segmented regresyon analizleri yapılmıştır. Aylık hızlar hesaplanırken aylık hipertansiyon tanısı alan kişi sayısı, muayene edilip tanı konulan hastalar, vb gibi aylık toplam olgu sayısı yıl ortası nüfusun on ikiye bölünmesiyle elde edilen aylık hedef nüfusa bölünüp ilgili katsayıyla (100, 1000, 10000) çarpılarak elde edilmiştir.

$$\text{Aylık hız} = \frac{\text{Aylık olgu sayısı}}{(\text{Yıl ortası nüfus, Hedef nüfus}) / 12} \times 100, 1000, 10000$$

Aylık bazda elde edilen tüm veriler, SPSS programına girilerek Stata 11.0 programına uygun olarak dta uzantılı olarak kaydedilmiş ardından Stata 11.0 programında “segmented regresyon” analizi yapılmıştır. Stata 11.0 istatistik programı kullanılarak tüm verilerin **ay bazında** ve iki ayrı regresyon eşitliği ile (2003-2007 ve 2008-2012);

- Ø İki döneme ait regresyon eşitliklerinin kesişim noktaları arasında istatistiksel anlamlı kırılma olup olmadığı,
- Ø İki dönemin eğimlerine ait beta katsayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı, aylık ne kadar artış ve azalış olduğu “segmented regresyon analizi” ile incelenmiştir.

Segmented regresyon analizi; politikalardaki değişimin etkisini, girişimlerin uzun süreli etkilerini değerlendirmeye yarayan güçlü tasarımlardır. Çünkü segmented regresyon analizi kesitsel çalışmalar ve gözlemsel çalışmaların aksine girişim öncesi veri ve çıktılar kontrol edilebilir. Böylece girişimin etkisi ölçülebilir. Segmented regresyon analizinde kırılma hesaplanırken model interceptleri (aylık hız) kullanarak her iki döneme özgü başlangıç ve bitiş noktaları öngörür (31). Örneğin ilk dönem için tüm interceptler kullanılarak SO döneminin son ayı olan 2007 yılı Aralık ayı için ve AH döneminin ilk ayı olan 2008 yılı Ocak ayı için değerler öngörür. Böylece girişim öncesi, sonrasında anlamlı kırılma olup olmadığı hesaplanır. Bağımlı değişkene ait regresyon eğrileri hesaplanırken, girişim öncesi, girişim sırasındaki ve girişim sonrasındaki değerler her bir bağımsız değişken için regresyon katsayısı ile çarpılması ve bu değerlerin regresyon sabiti ile toplanması sonucu elde edilir (32).

$$Y_T = B_0 + B_1 * \text{time} + B_2 * \text{intervention} + B_3 * \text{time after intervention}$$

Y_T = Bağımlı değişken

B_0 = Regresyon sabiti

B = Her bir bağımsız değişken için regresyon katsayısı

Time, İntervention, Time after intervention= Bağımsız değişkenin değeri (Girişim öncesi, girişim ve girişim sonrası zaman)

Kalitatif veri analizinde; derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler, kalitatif araştırma yöntemlerinden biri olup insanların fikirlerini, düşüncelerini,

duygularını, değerlerini anlamının yollarından biridir. Bir başka deyişle amaçlı bir konuşmanın, yarı veya tam yapılandırılmış ve odaklı soruların, görüşmeci ve katılımcının partner olduğu, doğrudan gözlemlemeyeceğimiz şeyler hakkında katılımcının düşüncelerini, duygularını, katılımcı için neyin önemli olduğunu anlamamıza yarayan görüşmelerdir.

Bu araştırmada katılımcılar ile yapılan tüm derinlemesine görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ses kayıtları araştırmacı ve ücret karşılığında çalışan iki sekreter tarafından metne çevrilmiştir. Metinler araştırmacı tarafından okunarak ve kodlanarak çözümlenmiştir. Metin analizleri önceden belirlenmiş olan “kodlar” ve “alt kodlar” ile değerlendirilmiştir. Kodlardan yola çıkılarak “temalar” oluşturulmuş ve temalar arası ilişkiler analiz edilmiştir. Araştırma öncesinde belirlenen on bir kod şunlardır: Kapsayıcılık, süreklilik, ekip çalışması, iletişim, katılım, kayıtlar, sevk zinciri, yönetim, mevzuat, eğitim, finansman.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada sistemde kaydı olmayan kişilere ulaşamama genel bir kısıtlılıktır. Bunun dışında özellikle veri eksikliği nedeniyle (bazı ölçütlerin performans dahil olmaması nedeniyle) bazı değişkenlere (aile planlaması, çevre sağlığı, filyasyonlar vb) ilişkin tüm veriye ulaşamama, özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında ise kayıtların güvenilirliği en büyük kısıtlılık olmuştur.

Kalitatif boyutta ise bazı kişilerin araştırmaya katılmayı reddetmesi, katılımcıların görüşmeye yeterince zaman ayırmak istememeleri ve kişilere sağlık ocağı dönemi için 5 yıl öncesinin sorulmuş olması nedeniyle bellek sorunları araştırmanın kısıtlılıkları olarak nitelendirilebilir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Etik kurulun 22.03.2012 tarih 221 sayılı,112-İÖÇ protokol numaralı, 2012/11-14 karar numaralı “ Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012)” adlı projenin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca bulunmamıştır (Bkz Ek-1).

Manisa Sağlık Müdürlüğünün 17.06.2010 tarih ve 14707 no’lu izinleri ve 07.12.2011 tarih ve 36687 no’lu izin yazıları gereği araştırmanın yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir (Bkz Ek-1).

3.11. Tezin Bütçesi

Tezde kullanılan basılı materyaller için (ses kayıt cihazı, çeviri ücreti, kağıt, toner, basım giderleri vb.) harcanan tutar 1070.00 TL.'dir. Bu tutar araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Tez araştırmacı tarafından yürütüldüğü için girişimin insan gücü maliyetleri ve diğer işletme giderleri tezin bütçesi içerisinde hesaplanmamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Kalitatif Bulgular

4.1.1.Yöneticiler

Sağlık yöneticilerine göre, ilk başvuru yeri AH döneminde aile sağlığı merkezleridir (ASM). Yöneticiler ASM'lerin sıklıkla hekimin ilgilenmesi ve hekime duyulan güven nedeni ile daha çok tercih edildiğini, SO döneminde ise sağlık ocaklarının birinci basamak olarak daha az tercih edildiğini ifade etmişlerdir. SO'larının tercih nedeni olarak aynen ASM'lerde olduğu gibi daha çok koruyucu hizmetler ve muayeneler olduğunu belirtmişlerdir. Ancak yöneticilere göre reçete yazdırma SO'larında ASM'lere göre daha fazladır.

Sağlık yöneticilerine göre, ASM'lere ulaşılabilirlik, SO'larına ulaşılabilirlikten daha fazladır. Yöneticilere göre burada etkili neden SO'ları döneminde hekim sayısının özellikle kırsalda az olması, poliklinik sayısının az olması, nüfusun çok olması, çalışanların sorumluluk almamasıdır. Burada dikkati çeken nokta, SO'larında 2004 yılında uygulanmaya başlanan döner sermaye uygulaması ile birlikte kısmen ulaşılabilirliğin artmış olması iddiasıdır. Sağlık yöneticilerine göre ASM'lerde ulaşılabilirliği engelleyen nedenler iş yükünün fazla olması, hekimin izinde olması ve nüfusun fazla olmasıdır. Bekleme süresi her iki dönemde de uzun, muayene süreleri kısadır. Sağlık yöneticilerine göre muayene süresi her iki dönem içinde benzer iken bekleme süresi SO döneminde daha fazladır. Ayrıca SO döneminde ulaşılabilirliği etkileyen bir diğer etken olarak hekimin cinsiyeti belirtilmiştir. AH döneminde vatandaşın hekimini istediği cinsiyetten seçebilmesi bir avantaj olarak görülmektedir.

“İşte bir hekim orada (SO) poliklinik yaparken tabii ki zor oluyordu. Herkes sıraya giriyordu. Saatlerce bekliyordu, ondan sonra hizmet alıyordu. Şimdi herkese belirli bir nüfus bağlandı Böyle olunca vatandaşın hizmet alabilmesi hizmete ulaşabilmesi aşamalı olarak iyileşti.”

Yönetici, Erkek

AH döneminde hekime telefonla ulaşabilme SO dönemine göre çok önemli ölçüde fazladır. AH döneminde hastalar sıklıkla aynı hekime muayene olurken, SO döneminde çoğunlukla aynı hekime muayene olamamaktadırlar. Buna gerekçe olarak yöneticiler, poliklinik sayısının az olmasını ve doktorun alana çıkmasını göstermişlerdir. Sağlık yöneticilerine göre AH

döneminde internet/bilgisayar olanaklarının daha iyi olması hastayı tanımayı kolaylaştırmaktadır. SO döneminde ise özellikle kırsal alanda çalışan hekimlerin hastalarını daha iyi tanıdığı belirtilmiştir. Sağlık yöneticilerine göre hekimlerin hastalarına zaman ayırması açısından AH ve SO dönemi arasında fark yoktur. AH döneminde hekim seçmek avantajlı bir durum olarak belirtilmekle birlikte sistem uygulanmaya başladıktan bir süre sonra hekimlerin kendi aralarında anlaşarak hastaları bölüşmelerinin hekim seçme hakkını ortadan kaldırdığı vurgulanmıştır. SO döneminde ise hekimini seçememek bir sorun olarak görülmüştür.

“Mesela ben A köyünde oturuyorum, annem yatalak ve A köyünün hekiminden hizmet almak istemiyorum... Bu hekim bana umduğum hizmeti vermemiş. Ama o köyde de tek o hekim var. Ben ilçeye çok yakın bir köydeyim. Geliyorum diyorum ki şuradan hizmet alayım... Ama hekim benim bu tür problemlerim olduğunu öğrenince beni kaydetmek istemiyor”.

Yönetici, Kadın

Sağlık yöneticilerine göre AH döneminde ASM’ler ile TSM’ler ve Sağlık Müdürlüğü ile TSM’ler arasında bir koordinasyon eksikliği olduğu vurgulanmıştır.

“TSM’nin görev tanımı burada daha netleşmeli bence. Aile hekimlerine de net bir bağlantı kurulmalı. Biz onları denetliyor pozisyondayız. Ama hiçbir yaptırımımız olmadığı kanaatindedeler..... Farklı yerlerde çok daha katı denetimler çok daha etkin ilişkiler söz konusu. Bizde hoş görü biraz amacından sapmış noktada. Biraz daha TSM yaptırım anlamında güçlendirilmeli.”

Yönetici, Kadın

AH döneminde performans uygulaması ve hasta kaybetme korkusu olduğundan hekimler hastalar ile daha fazla ilgilenirken, SO döneminde ücretlerin düşük olduğu için daha az ilgilenme olduğu dile getirilmiştir. Benzer şekilde AH döneminde hekimler hastaları daha fazla sahiplenirken bu durum hasta kaybetme korkusuna bağlanmıştır. SO döneminde ise hekimin resmi davranması aynı hekime muayene olamama durumu ile ilişkilendirilmiştir. Toplum katılımı açısından bakıldığında AH’liği ve SO döneminde benzer şekilde toplum katılımı azdır ancak halk eğitimi ve toplumu bilinçlendirme çabaları SO döneminde daha

fazla yapılmaktadır. AH döneminde ise iş yükü ve personel sayısının az olması gibi nedenlerle eğitimler çok yapılamamaktadır.

“Ben kendi sağlık ocağım için konuşayım... Eğitimlere gidiyorduk. Bu konuda bizim sağlık ocağı iyiydi. Şuan o eğitimler yapılıyor mu bilmiyorum. O tarz eğitimler kalmadı. Birebir anlatılabiliyor. O dönem biz gittik ama yine bu şeye bağlı gönüllülük esası... Şu an o tür eğitimler aile hekimine gelirlerse yapılıyor.”

Yönetici, Kadın

AH dönemi için yöneticiler sevk zincirinin olması gerektiğini savunurken sevk zinciri olmadığı için maliyetin arttığını, ikinci basamakta yığılmalar olduğunu ve hastanın takip edilemediğini belirtmişlerdir. SO döneminde uygulanan sevk sisteminin ise teorikte kaldığını sevk sonrası hastaların takip edilemediğini belirtmişlerdir. Sağlık yöneticilerine göre AH'leri birey yönelimli, SO hekimleri ise toplum yönelimli hizmet sunmaktadır. Yöneticiler AH döneminde ise toplum yönelimli hizmetlerin TSM'ler tarafından sunulduğunu, personel sayılarının az olması ve iş yükü nedeni ile aile hekimlerinin toplum yönelimli hizmet sunamadığını belirtmiştir. AH döneminde uygulanan hasta listesi uygulaması yöneticilerin bir kısmını memnun ederken farklı bölgelerden hastalar kayıt olduğundan hastanın takibi zorlaştığı için bir diğer kısmı memnun değildir.

Yöneticiler, SO döneminde uygulanan bölge uygulamasından hasta listesi uygulamasına göre daha çok memnundurlar ve kısmi olarak da olsa korunması gerektiğini düşünmektedirler.

“Yani oradaki bölge çok geniş tutulmuştu ama bölge de çok önemli unsur. Eğer topluma yönelik hizmet veriyorsanız mutlaka geniş anlamda işte su nerden çıkıyor, ne kadar hijyeniktir, sosyo-ekonomik durumu nedir bunlar bölge bazında çok değişebilen şeyler. Bölge mutlaka olmalı. Ulaşılabilirlik açısından en azından olmalı”.

Yönetici, Kadın

SO döneminde ev ziyaretleri AH dönemine göre daha sık yapılmakta olup, AH sisteminde personel sayısının az olması ve yerine bakacak kimse olmadığı için ev ziyaretlerinin az olduğu belirtilmiştir. Koruyucu hizmetler ve tedavi edici hizmetler her iki dönem için de benzer olmakla birlikte AH döneminde koruyucu hizmet sunumunun iyi olması performans

uygulanmasının olması ile açıklanmıştır. İzlemler her iki dönemde de iyi olmakla birlikte AH döneminde kronik hastalıkların izlemi konusunda, performansa dayalı olmayan izlemler konusunda eksikliklerin olduğu SO döneminde ise izlemlerin niteliğinin az olduğu vurgulanmıştır.

“.....Sağlık ocakları şu gün olsaydı bilgisayar ve takip sistemi olsaydı aynı aile hekimliğindeki gibi bu iş başarılı bir şekilde yürütebilirdi. Koşullarla ilgili olduğunu düşünüyorum.”

Yönetici, Kadın

AH döneminde izlem çalışmaları konusunda üzerinde durulan bir nokta ise izlemlerde riskli olan kişilerin izlenmesi olmakla birlikte kronik hastalık izlemlerinde eksiklerin olduğudur. Ayrıca performansa dahil olmayan izlemlerin düşük olduğu vurgulanmıştır. Sağlık yöneticileri SO döneminde bulaşıcı hastalık hizmetleri, çevre sağlığı hizmetlerinin daha iyi yürütüldüğünü, AH döneminde ise bu hizmetlerin TSM’ler tarafından yerine getirildiğini söylemiştir.

“ASM pek yapmıyor o işleri TSM yapıyor. Öbür tarafta sağlık ocağı bu işleri yürütebiliyordu. TSM şu anda her yere bakıyor. SO kendi bölgesine bakıyordu. SO döneminde topluma yönelik hizmetler daha iyi yönetiliyor olabilir bu yüzden.”

Yönetici, Erkek

SO ve AH dönemi için hizmetleri bir arada verilmesi açısından bir fark yok iken entegre hizmet sunumu SO döneminde daha fazladır. ASM’lerin fiziksel koşullarının SO’larından daha iyi olduğunu buna etkenin ise devletin sorumluluğu aile hekimlerine devretmesinin ve gruplandırmanın olmasını gerekçe göstermişlerdir. Yöneticilere göre SO’larının fiziksel koşulları gibi yeterince desteklenmediği, önemsenmediği için teknik donanımı, laboratuvar olanakları ve bilgisayar/internet olanaklarının da kısıtlı olduğu belirtilmiştir. Sağlık yöneticileri ayrıca AHBS’nin hizmet sunumunu kolaylaştırdığını belirtmişlerdir.

Sağlık yöneticilerine göre aile hekimleri aile hekimliğini çoğunlukla yüksek ücret, mecburiyet, hekimlik statüsünün iyileşmesi gibi nedenler ile seçmiştir. Yöneticiler hastaların hekim seçimini engellediği gerekçesi ile esnek çalışmanın olmamasını savunmuşlardır.

“Esnek mesaide (AH) kişiler ASM’ye geldiler birilerini buldular, açık. İyi de benim hekimim orda olmayabilir. Şimdi bu aile hekimliği ile örtüşen bir şey mi? değil. Peki, ben aile hekimi aile sağlığı elemanımı bir şekilde bulamadım. Ne yapacağım çocuğumun aşısı var. Diğer ebe hanım yapacak. Hastayım tahlil sonucu getirdim kontrol için yani çok saçma bir şey aslında aile hekimliğine uygun değil bence.”

Yönetici, Kadın

Sağlık yöneticileri, sözleşmeli çalışmanın ise olması gerektiğini savunmuşlardır. Sağlık yöneticileri AH dönemi için nüfusun fazla olduğunu SO dönemi için nüfusun ise fazla olmakla birlikte hekim başına düşen belirli bir nüfusun olmadığını belirtmişlerdir. Denetimlerin AH döneminde daha sık ve nitelikli olduğunu, TSM ve AHBS denetiminin olduğunu SO döneminde ise kartlar üzerinden denetleme yapıldığı belirtilmiştir.

“SO döneminde şimdiki gibi denetim yoktu. Formlarımız vardı formlar gidiyordu. Geri bildirim yoktu. Hani eğer bu geri bildirimler bu kontroller olsaydı bana göre bu sistem iyi olabilirdi. Şimdi AH döneminde performans kesintileri var. Hekimi diri tutuyor bunlar.”

Yönetici, Kadın

AH döneminde çalışanların görev tanımının SO döneminden daha geniş olduğu, birinci basamak sınırların ise AH döneminde daha dar olduğu vurgulanmıştır. Sağlık yöneticileri AH sisteminin rekabet gerektiren bir sistem olduğunu belirtmişlerdir. Nitekim ilk geçilmesi ile birlikte hasta kapmaların yaşandığını, her hekimin kendisine yetecek bir nüfusun olduğunu fark etmesi ile birlikte hasta kapmaların azaldığını, hekimlerin aralarında anlaşıklarını belirtmişlerdir.

“AH sistemi çalışanlar arasında bir rekabeti öngörmekte.. Ama nedense hekimler bunu ortadan kaldırmaya çalışıyorlar. Centilmenlik anlaşması yapıyoruz diyorlar. Bunlar sistemin özüne de aykırı.... Hem birlikte çalışmayı gerektiren hem de rekabet etmeyi gerektiren bir durum işte bunun ortasını dengesini bulmak lazım. Öncelikle uzak yerlerde kavga ve tartışma meselesi bile olabiliyor.”

Yönetici, Erkek

Yöneticiler göre AH döneminde ekip çalışması yoktur. AH döneminde 2 kişiden oluşan bir ekip yapısı olmakla birlikte SO döneminde ekip çalışmasının olduğu vurgulanmıştır. Ancak SO döneminde iş yükünün bazen belli kişilerde olmasından memnun olmadıklarını, ayrıca meslek grupları arasında bir ekip çalışmasının az olduğu dile getirilmiştir.

“SO döneminde ekip daha kolay bir araya gelebiliyordu. Rekabet yoktu. Son dönemdeki hasta performansı dışında. O zaman, bir işin parçalarını farklı kişilerce yüklenmiş oluyordunuz. Dolayısıyla bir paylaşım söz konusuydu. Ama rekabet işin içine girdikten sonra ve herkes birey olarak yaptıklarından sorumlu tutulduğu süreçte bu entegrasyon biraz daha zorlaştı. Aile hekimliğinde o nedenle biraz daha zor yol alıyoruz”.

Yönetici, Kadın

Hizmet öncesi eğitimlerin her iki dönem için de yetersiz olduğu söylenmiş, hizmet içi eğitim açısından AH’leri yerine bakacak kimse olmadığından hizmet içi eğitimlere katılamadıklarını belirtmişlerdir. Kayıtların niteliği AH döneminde daha yeterli iken bu durum internet bilgisayar olanaklarının olması, AHBS’nin olması ve sık denetimler ile açıklanırken SO döneminde bürokrasi, evrak işlerinin çokluğu nedeniyle AH döneminde olduğu gibi bilgilere hemen ulaşılamadığı belirtilmiştir. Ancak AHBS’deki hasta bilgilerinin ev ziyareti düzenli olmadığından güncel olmadığı belirtilmiştir.

“Bu sistem (AH) uygulanırsa çok güzel ama uygulamada zorluklar var. Kişi gebe tespiti yapılmamış. Biz hekime soruyoruz bu gebeyi neden tespitini yapmadınız. Gidip bakılmamış normalde ev tespitlerinin yapılması lazım ev tespitinde telefonu şeyi bir sürü bilgileri var onların güncellenmesi gerekiyor.”

Yönetici, Kadın

Çoğu yönetici, internet bilgisayar olanaklarının olması nedeniyle kayıtların AH döneminde SO döneminden daha güvenilir olduğunu belirtmiştir. Sağlık yöneticileri AH döneminde performansa dayalı çalışma olmasını özellikle pozitif performans olmasını savunmuşlardır. Ancak performans nedeniyle aşılardan önceden yapılmasının bir dezavantaj olduğunu belirtmişlerdir.

“Performans sistemi olmalı bence. Mesela bu performans dahil olan işlemlerde her ay istenildiği gibi yapıldığı halde performans sisteminde yer almayan mesela çocuk izlemi, aile planlaması, 15-49 yaş izlemleri gibi hizmetler olması gerekenin yarısı gibi yapılıyor... Ama öte yandan negatif performansın verdiği olumsuz imaj var... Bazı işlemlerde pozitif performans olarak konulmalı bunları yapanlara artı vereceğiz demeli. O zaman daha sağlıklı olacak. Sırf negatif performans olmamalı, pozitif performans da olmalı.”

Yönetici, Erkek

Hekimlere verilen ücretler açısından ise AH döneminde ücretlerin SO döneminden daha iyi olduğu vurgulanmıştır. Sosyal güvence sistemi açısından AH döneminde sosyal güvence sisteminin daha iyi olduğu, genel anlamda her iki dönem için de (AH/SO) ücretsiz sağlık hizmeti sunulması gerektiği ifade edilmiştir.

Sağlık yöneticileri AH mevzuatının gecikmeli ve eksik olduğunu, iş yükünün artmasından endişe ettiklerini söylerken, SO döneminde sosyalleştirmeye sahip çıkılmadığını, ayrıca yönetim istikrarının olmadığı için politikaların kararlı bir şekilde yürütülemediğini belirtmişlerdir.

“Son çıkan düzenlemeler hep iyileştirme yolunda. Yani birkaç handikap var içerisinde. Zamanla onların düzeleceğine inanıyorum biz iletiyoruz çünkü. Ama önceden yoğun çalıştaylar yapılıyordu. TSM'nin fikri alınıyordu. Fakat şimdi bu çalıştaylara bir süredir ara verildi. Saha koordinatörleri hep periferin nabzını tutuyordu. Biraz periferin nabzını tutma noktasında iş durdu gibi görüyorum.”

Yönetici, Kadın

4.1.2. Doktorlar

Hekimlere göre AH döneminde birinci basamak kurumlar daha çok tercih edilmektedir. ASM'lerin tercih edilmesinde en çok yakınlık, koruyucu hizmetler, küçük sağlık sorunları, hekime güven duyma, laboratuvar olanaklarının olması ve pansuman, iğne yaptırmak etkili

iken, SO'ları daha çok koruyucu hizmetler, aile planlaması hizmetleri, küçük sağlık sorunları ve pansuman, iğne yaptırma gibi nedenler ile tercih edilmektedir.

Hekimler hastaların ASM'ye SO'larından daha rahat ulaştığını, ancak mesai dışında ulaşamamanın bir sorun olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlere göre AH döneminde telefon ile ulaşabilme SO dönemine göre daha fazladır. Ulaşılabilirlik açısından, bekleme süresi SO döneminde daha fazladır. Muayene süresinin ise her iki dönem içinde yeterli olduğu belirtilmiştir. Hastalar AH döneminde SO dönemine göre daha çok aynı hekime muayene olmaktadır. Ancak SO döneminde kırsal alanda aynı hekime muayene olabilirken kentsel alanda, poliklinik sayısının az olması ve personelin sürekli olmaması nedeni ile farklı hekimlere muayene olduğu belirtilmiştir.

“Belli nüfusa kanunda düşünüldüğü gibi 2500 kişilik sağlık evleri o düşünce tarzı teorik olarak iyiydi. Şehirde de 30-40 tane hekim çalışıyordu ama çalışma ortamları imkanları yoktu. Adı ne olursa olsun kırsal bölgede hekimler sağlık ocağı hizmetini şu an da sürdürüyor bence. Sadece teknoloji eklenmiş halinde. Teknolojiyi aradan çıkarırsak yapılan uygulamalar, tedaviler aynı.”

Hekim, Erkek

Hekimler, AH döneminde hastalarını SO döneminden daha fazla tanıdığı söylemiştir. Burada AHBS ve bilgisayarın olmasının tanımayı kolaylaştırdığını belirtmişlerdir.

“..hasta kapıdan girdiğinde sosyal, ekonomik durumu, ailevi durumu ve soydan gelen kronik hastalıklar hemen gözümüzün önüne geliyor. Bu konuda bilgisayarlar en büyük yardımcımız aile hekimliği sayfamızda bununla ilgili notlar, tanılar ilaç kayıtları mevcut.. Bunları biliyor olmak çok büyük avantaj.”

Hekim, Erkek

Aile hekimlerine göre hekim seçebilmek bir avantaj olmakla birlikte hekimlerin de hasta seçebilme hakkı olmasını istemektedirler. SO döneminde hastaların istediği hekime başvurdukları için hekim seçememenin bir sorun olmadığını belirtmişlerdir. Ancak hekimin cinsiyeti SO döneminde hekim tercihinin etkileyebilecek bir etken olarak dile getirilmiştir.

“Şimdi bir bayan hasta bir hekime gidiyor, sırtı ve memesi açılıyordu. Şimdi aile hekimliğinde hekimini seçebiliyor, daha rahat. Eski sistemde 5 kişi var bir poliklinik var. Daha önce geldiği doktora nasıl denk gelecek? Şimdiki sistem bu yüzden daha iyi”.

Hekim, Erkek

AH döneminde hekimlerin hastalarla ilgilenmesi SO döneminden daha fazladır. AH ve SO döneminde hastalar ile iletişim açısından bir fark yoktur. SO döneminde toplum katılımı AH döneminden daha fazladır. AH ve SO döneminde hastalara zaman ayırma ve eğitim bilinçlendirme açısından bir farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca AH döneminde hekimler hastalarını sahiplenirken SO döneminde performansın olmaması nedeniyle hastalara resmi bir yaklaşım gösterildiği belirtilmiştir.

“Aile hekimliği döneminde, doktor iyi davrandı mı oda iyi davranıyor. İlişkiler daha iyi. Yani milletin cebine para girdimi mutlu oluyor. Eskiden ayaklarım gelmiyordu. Öğlenleri fabrikaya bakıyordum vesaire devletin verdiğiinden daha fazlasını veriyordu. Bir mutsuzluk vardı şimdi maaşlar yükselince bir mutluluk var bu vatandaşa da yansıyor. Para önemli yani”.

Hekim, Erkek

Hem AH hem de SO döneminde hekimler baş edemedikleri sorunlarda hastaları sevk ettiklerini belirtirken AH döneminde iş yükünü artıracığı endişesi ile sevk zincirinin uygulanmaması gerektiğini belirtmişlerdir. AH döneminde birey yönelimli hizmet sunulduğu, SO döneminde ise daha çok toplum yönelimli hizmet sunulduğu belirtilmiştir. AH döneminde toplum yönelimli hizmet sunulmaması zaman ayıramamakla, iş yükünün çok olması ile ilişkilendirilmiştir.

“SO döneminde birey yönelimli bakış açısı yoktu. Toplumsal bir bakış açısı vardı. Toplumsal bakınca zaten bireye de bakmış oluyorsun. Topluma iyi hizmet gidince bireye de iyi hizmet gitmiş oluyor.”

Hekim, Erkek

Hekimler bölge uygulamasının olmasını savunmuşlardır. Ev ziyaretlerinin SO döneminde daha sık olduğunu şimdi ise gerektiğinde ev ziyaretleri yapıldığının belirtmişlerdir. Koruyucu

ve tedavi edici hizmetlerin benzer şekilde iyi olduğu, AH döneminde performans, bilgisayar/internet olanakları olmasının olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir.

“Bence önceden de iyiydi şimdi de iyi oldu. Bebeğini biliyorsun, gebeni biliyorsun. Bir de şu bilgisayar sistemine geçilmesi ile önceki aşuları falanda takip edebiliyorsun... Hepsi zaten aşı kartını mutlaka kaybederler mutlaka biz burada kayıtlara da geçtiği için o da bir büyük avantaj yani. Hastada şaşırtıyor zaten şu ay doğmuşsun falan diyoruz o da iyi bir şey “.

Hekim, Kadın

“SO döneminde aile planlaması çalışması yapılıyordu, aşulamalar yapılıyordu, çevre sağlığı çalışmaları yapılıyordu. O konuda bir eksiklik yoktu... Bu sistemin içine girdim çok farklı değil benim görüşümce. Ama aile hekimliği sistemine ayrılan finansman ve imkân daha fazla olduğundan aile hekimliği sistemi daha baskın. Bir aile hekimi olarak ben çok rahat ilaç yazabilirim, hastamı sevk edebilirim, diyebilirim”.

Hekim, Erkek

AH döneminde çevre sağlığı hizmetleri ve bulaşıcı hastalık hizmetlerinin SO döneminden farklı olarak TSM tarafından sunulmaktadır. Ancak hekimler AH döneminde SO dönemine göre eskisi kadar filyasyon yapılmadığını belirtmişlerdir.

“Eskiden (SO) filyasyon vardı. Şimdi filyasyon kalktı. Ben filyasyon yapmıyorum. Ama o zaman filyasyon daha mı çok oluyordu bilmem. Ama şimdi kim yapıyor bilmiyorum”.

Hekim, Kadın

Çevre sağlığı hizmetlerinin ASM’ tarafından sunulmasını istediklerini belirtmişlerdir. AH döneminde SO döneminden farklı olarak evde sağlık hizmeti sunulduğu söylenmiştir. Ayrıca çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar konusunda TSM’ler ile koordine olunamadığı ifade edilmiştir.

“SO döneminde bulaşıcı hastalık hizmetleri daha iyiydi. Bir sağlık ocağı hekimi olarak her şeyden haberdar oluyordum... Bir kuduz konusunda köpeğin veterinerine gitmesinden, takibinden hep haberdar oluyorduk. Şu anda öyle bir şey yok bir hastamız kuduz olasılığıyla karşılaşırsak aşıları devlet hastanesinde oluyor. Biz sadece haberdar oluyoruz”.

Hekim, Erkek

AH döneminde hizmetlerin bir arada verilmesi ve entegre hizmet SO döneminden daha iyi olduğunu, SO döneminde, SO'larına sahip çıkılmadığı belirtilmiştir. Fiziksel koşullar gibi teknik donanım, laboratuvar, internet/bilgisayar olanakları açısından SO'larının eksikleri olduğunu ama aile planlaması malzeme bulundurma açısından SO döneminde AH döneminden daha iyi olanaklar olduğu belirtilmiştir.

“Tabi daha iyi oldu şimdi. O zaman devletten bir şey bekliyorduk. Şimdi devlet bize yapmadığı şeyleri yaptırıyor. Yapmazsan da senin gruplandırmanı düşürüyor. Diyor ki burayı ısıtacaksın, şunu yapacaksın bunu yapacaksın, temizliğini sağlayacaksın. Şu kadar personelin olacak. Önceden sağlamadığı şeyleri şimdi sağlıyor”.

Hekim, Kadın

Aile hekimliğini seçme nedenleri arasında; mecburiyet, geçici görevlendirme korkusu, 1.basamakta çalışıyor olmak ve toplumla ilişkilerin iyi olması gösterilmiştir. Hekimler AH döneminde esnek çalışmanın olmamasını savunurken iş kaybı endişesi taşıdıkları için sözleşmeli çalışmanın da olmamasını da belirtmişlerdir. Hekim başına düşen nüfus her iki dönemde de (AH/SO) fazla olmakla birlikte SO döneminde ebelerin bir nüfusu olduğunu hekimlerin kendilerine ait belirli bir nüfusun olmamasının olumsuz yönleri olduğunu ifade etmişlerdir. AH döneminde denetimlerin daha sık olduğunu AHBS ve TSM tarafından denetlendiklerini belirtmişler bir kısmı da denetim yapanlar (TSM) ile denetlenenler arasında maaş farkı olduğu için denetimlerinin nitelikli olmadığını, başka kişiler tarafından denetlenmeleri gerektiğini belirtmişlerdir.

“Şimdi (AH) bir zorunluluk mecburiyet denetim var. O zaman herkes her şeyi yaptığı için işi yapıyorduk. Şimdi ise vaktim olmadığından performans verilirse yapıyorum. O dönemde ise arkadaşın işi çıkıyordu. Onun yerine lokantaya denetime ben gidiyordum, yani birbirimize yardımcı oluyorduk.”

Hekim, Kadın

Her iki dönemde de (AH/SO) çalışanların görev tanımının geniş olduğu belirtilirken birinci basamak sınırlarında benzer olduğu söylenmiştir. Aile hekimleri AH döneminde rekabetin olmasından memnun olmadıklarını, hasta çalmaların olduğunu belirtmişlerdir.

“AH’de rekabet hoş bir şey değil. Onun 4 bin kişisi var, benim 3 bin kişim var. Ben ondan 3-5 kişi falan çalayım hoş değil. Rekabet çok kötü. Hasta çalmak kötü.”

Hekim, Erkek

SO döneminde ekip çalışmasının daha fazla olduğunu şu anda ise iki kişiden oluşan bir ekip olduklarını belirtmişlerdir.

“Ekip çalışması yok sadece doktor ve ebe başka yok. Sağlık memuru yok, çevre sağlık teknisyeni yok. Ekip çalışması sağlık ocağında vardı. AH’de ekip dediğin iki kişiyiz elimizden geldiği kadar şoförü de benim. AH’de her türlü işi bize fazla para vererek yaptırıyorlar”

Hekim, Erkek

Aile hekimleri AH ve SO döneminde hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. AH döneminde bilgisayar/internet olanakları olduğu için, AHBS olduğu için kayıtların niteliğinin SO döneminden daha iyi olduğunu, SO döneminde internet/bilgisayar olanakları olmadığından, bürokrasi/evrak işlerinin çokluğundan, ebelerin az denetlenmesi nedeniyle kayıtların daha az güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca AH döneminde AHBS’nin olmasından memnun olduklarını söylemişlerdir.

“Bilgisayar geldi (AH). Her türlü kayıt yapılıyor artık. Çok daha iyi aile hekimliğinde de ama bu bilgisayardan kaynaklanıyor aile hekimliği sisteminden değil”

Hekim, Erkek

Aile hekimleri performansa dayalı çalışma olmasından çoğunlukla memnun olduklarını, ücretlerinin de SO döneminden daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Sosyal güvence açısından AH döneminde sosyal güvence sisteminin daha iyi olduğunu, her iki dönemde de (AH/SO) hastalardan katkı payı alınması gerektiğini belirtmişlerdir.

AH mevzuatından iş yükünün artacağı endişesi, personelin düşünülmeden hareket edilmesi nedeniyle memnun olmadıklarını belirtmektedirler. SO döneminde ise sosyalleştirmeye sahip çıkılmadığı vurgulanmıştır.

“Teorik olarak SO sistemi o dönem için Türkiye koşullarına uygun bir sistem. Değiştirilebilirdi, geliştirilebilirdi... Belki de finansman yoktu bilmiyorum. Şu anda (AH) 3500 kişilik bir saham var bebekleri aşıyorum gebeleri takip ediyorum.... Belki de bir zorunluluktan bu sisteme geçiş. Ben baştan beri karşıydım ama şu anda içindeyim.”

Hekim, Erkek

“AH sistemi biraz daha iyi olabilir... Çok fazla sağlık personeli düşünülerek yapılmış bir sistem değil... Personel memnuniyeti maddi olarak biraz daha iyi ama onun dışında ekstra bir memnuniyet getirmedi bize. Yani mevzuatla ilgili şeyler biraz daha iyi yapılabilir bizi biraz daha kollayıcı olabilir”.

Hekim, Kadın

4.1.3. Ebe-Hemsireler

Ebe-hemşirelere göre AH döneminde birinci basamak kurumlar SO dönemine göre daha çok tercih edilmektedir. ASM'lerin tercih edilmesinde koruyucu hizmetler, yakınlık, reçete yazdırma, sıra beklememe, katkı payı alınmaması, muayene, laboratuvar olanaklarının olması, ilgilenme, doktoru tanıma etkili olurken, SO'ları koruyucu hizmetler, reçete yazdırma, sıra beklememe, küçük sağlık sorunları, pansuman, iğne yaptırmak için tercih edilmektedir.

Ebe-hemşireler, hastaların hem SO hem de AH döneminde birinci basamak kurumlara rahatça ulaşabildiğini belirtirken AH döneminde mobil hizmete çıktığında ulaşabilme konusunda sıkıntı yaşadığını ifade etmişlerdir. Telefon ile ulaşılabilirlik AH döneminde SO döneminden daha fazladır. Bu durumu performans ile ilişkilendirmişlerdir. Şöyle ki hem herkesin cep

telefonunun olması hem de hekimlerin hasta kaybetme endişesi nedeniyle telefon ile hekime ulaşma AH döneminde SO dönemine göre daha fazladır.

“O zamanlar kimsenin telefonu da yoktu numaralarımız da yoktu. İletişim daha azdı. Şimdi performans da var. İzlemi kaçırdığın an doktordan da senden de para kesiliyor. Eskiden mesela doktorlar aşılar ve gebeler ile hiç ilgilenmezdi hep ebeler yapardı. Şu anda ilgilenmelerinin sebebi para”.

Ebe, Taşra

Ulaşılabilirlik açısından, bekleme süresinin AH döneminde daha az olduğu belirtilirken bu durum SO'larında poliklinik sayısının az olması ve yoğunluk ile ilişkilidir.

“Yığılma vardı o zamanlar (SO). Hekim sayısı fazla değildi her şeyden önce. Artı herkese bir poliklinik yoktu sırayla poliklinik oluyordu. 3 hekim sabahtan 3 hekim öğleden sonra giriyordu. Şu andaki gibi 8 tane polikliniğimiz yoktu”.

Ebe, Merkez

Muayene süresi açısından ise her iki dönemde de benzer şekilde muayene süresinin yeterli olduğu belirtilmiştir. AH döneminde sosyokültürel açıdan AH ulaşabilme konusunda hekimin cinsiyetinin etkili olduğu da dile getirilmiştir. Hemşireler, AH döneminde hastaların daha çok aynı hekime muayene olabildiğini ve aile hekimlerinin hastaları SO döneminden daha çok tanıdıklarını belirtmişlerdir. Bu durum SO döneminde SO'larının daha kalabalık olması ile açıklanmıştır. AH döneminde hekim seçmenin hastaların izlenebilmesi açısından avantaj olarak değerlendirilmiştir.

“Hekim seçebilme tabi ki avantaj. Memnun olmayan hemen gidiyor. Memnun etmek zorundayız... Böyle suratımızı asamıyoruz. Astığımız zaman gidiyor insanlar başka hekim seçiyorlar... Aslında ben aile hekimliğinden çok memnun değilim çok iş, az para bizimki. Maaşlar yeterli değil önceden kaç kişiydik 5 tane ebe vardı onların yaptığı işi şu anda ben yapıyorum. Çok yoruluyorum... Zor oluyor aslında.”

Ebe, Taşra

AH döneminde hekimlerin hastalarına SO döneminden daha fazla zaman ayırırken, SO döneminde yoğunluk ve poliklinik sayısının az olması nedeniyle yeterince zaman ayıramadığı belirtilmiştir. AH döneminde performans olduğu için hastalarla SO döneminden daha çok ilgilendiğini dile getirmişler,

“AH döneminde ilişkiler daha iyi. Ucunda para var çünkü. Nüfusun kaçmaması için daha fazla ilgileniyorlar. Nüfus doktorları da bizi de etkiliyor ama onları daha çok etkiliyor”.

Ebe, Taşra

SO ve AH döneminde hastalar ile iletişim açısından fark olmamakla birlikte katılım açısından SO döneminde toplum katılımının daha fazla olduğu vurgulanmıştır. Halkın eğitimi ve bilinçlendirilmesi açısından ise her iki dönem için de fark olmadığı belirtilmiştir Ebe-Hemşireler hastalara ilgili davranılmasına rağmen hastaların AH döneminde saygısız davrandıklarını belirtmişlerdir.

“Hasta hekim ilişkileri eskisi gibi değil. Ben çok iyi olduğumu düşünmüyorum. Hastalar çok laubali, lakayt davranıyorlar. Hâkimiyet kendilerinde ne isterse yapmak zorundasınız. Aşıya getirmezssem performanstan yiyeceksin diyor. Hastalar artık saygılı davranmıyorlar”.

Ebe, Taşra

Ebeler, AH döneminde yoğunlukla iş yükünü artıracak endişesi ile sevk sisteminin olmamasını, sevk açısından AH döneminde hastalarla SO dönemine göre daha çok görüş alışverişinde bulduklarını belirtmişlerdir.

AH döneminde birey yönelimli hizmet sunulduğu, zaman ayıramadığı, yerine bakacak kimse olmadığı için toplum yönelimli hizmet sunulmadığı söylenmiştir. SO döneminde ise toplum yönelimli hizmet sunulduğu belirtilmiştir.

*“Zamanı olsa daha fazlası da yapılır ama zaman ayıramıyoruz işin yoğunluğundan. Dışarıdaki hastalara bile o kadar çok gidip gelemiyoruz. O yüzden topluma yönelik hizmet sunamıyoruz. Buraya gelenlere sadece hizmet sunuluyor. Buraya gelirlerse oluyor.”****Ebe, Taşra***

Ebeler, AH döneminde uygulanan hasta listesi uygulaması ile karşılaştırıldığında SO döneminde uygulanan bölge uygulamasından daha çok memnun olduklarını ifade ederken bölge uygulaması sayesinde toplumun yaşadığı yeri görme fırsatının olduğunu dile getirmişlerdir.

“SO döneminde bölge uygulaması daha iyiydi. Bölge uygulamasında hastayı tanıyorsunuz. Sahaya çıktığınızda nerde nasıl bulabileceğini biliyorsunuz. Şu an hastalar sürekli yer değiştirdikleri için hastaya ulaşmak zor. Eskiden devrediyordunuz bir başka arkadaşınız hastaya bakıyordu. SO döneminde daha iyiydi.”

Ebe, Taşra

“Bu (Hasta listesi uygulaması) aslında uygulanması zor. Hastaya ulaşmak zor bir kere. Mesela Manisa merkezden, İzmir’den bile hastalarımız var. Hastayı takip etmek ulaşmak zor. Hastaya telefonla ulaşabiliyoruz sadece”.

Ebe, Taşra

Ebeler SO döneminde ev ziyaretlerinin yapıldığını AH döneminde ise gerektiğinde ev ziyareti yapıldığı söylenmiştir.

“Sağlık ocağında çok ilgileniyorduk önceden... Daha çok kapı kapı geziyorduk, şimdi gezmeye fırsat yok. Zaten bir kişi çalışıyoruz daha çok buraya çağırıp hizmet veriyoruz... Ben mahalleye çıksam burada çalışacak olan kimse yok. Önceden daha iyi çalışıyorduk evlerini tanıyorduk. 3.5-4 yıl olacak çoğu insanın evini bilmem ben. Ama telefonları vardır. Telefonla çağırınca gelirler”.

Ebe, Taşra

Koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve izlemler açısından her iki dönem için de fark yoktur.

“Hizmetler aynıydı değişen bir durum yok. Çünkü nüfus aynı şekilde bağlantıyor ebelere. Ebelere bağlı yani. Ebeler o dönemde de düzgün çalışıyordu şimdi de”.

Ebe, Taşra

Koruyucu hizmetler ve izlemler AH döneminde performans uygulamasının olmasından olumlu etkilenmiştir.

“AH döneminde gebe izlem sayısı düşürüldü. Riskli gruplar daha sık izleme alınıyordu... Gebeyi 4 kere görmek yeterli değil aslında. Bakanlık öyle uygun görmüş. Hiç görmemektense 4 kere daha iyi diye düşünmüş olabilirler. “

Ebe, Taşra

SO döneminde bulaşıcı hastalık hizmetleri ve çevre sağlığı hizmetleri sağlık ocağı tarafından sunulurken, AH döneminde bu hizmetlerin TSM tarafından sunulduğu, filyasyonların eskiden olduğu gibi olmadığı dile getirilmiştir. AH döneminde evde bakım hizmeti sunulmasının da önemli olduğu belirtilmiştir. SO'larında hizmetin bir arada verilmesi ve entegre hizmet sunumu AH dönemine göre daha fazladır. Bu durum AH sisteminde iş yükünün fazla olması ile açıklanmıştır. Fiziksel koşulların, devletin sorumluluğu aile hekimlerine devretmesi nedeniyle SO'larından daha iyi olduğu, fiziksel koşullar gibi, teknik donanımın, internet/bilgisayar olanaklarının ve laboratuvar olanaklarının ASM'lerde daha iyi olduğu, bilgisayar internet olanaklarının hizmet sunumunu kolaylaştırdığı vurgulanmıştır. Ebelere göre aile planlaması malzeme bulundurma durumu SO döneminde AH dönemine göre daha iyidir.

“O zaman da (SO) donanımlıydı ama bu kadar değil. Bu kadar malzeme yoktu. Müdürlük karşılıyordu. Şimdi AH karşıladığı için genelde kendine ne gerekiyorsa elinin altında. O zaman (SO) ister olsun ister olmasın şeklindeydi”.

Ebe, Taşra

Ebeler ASE olarak çalışmayı, mecburiyet, birinci basamakta çalışıyor olmak, yüksek ücret, doktoru tanıma gibi nedenlerle seçmişlerdir. SO döneminde esnek çalışmanın olmadığını, AH döneminde de olmamasını savunmuşlar, iş kaybı endişesi ile sözleşmeli çalışmanın olmaması gerektiğini dile getirmişlerdir.

*“Sözleşmeli çalışma aslında hoş bir şey değil. Sanki insanlar birbirlerine mecburmuş gibi oluyor. Atamalı gelmek avantaj... Atamalyken daha rahat hissediyor insan kendini. Sözleşmeliyken sanki mecburmuş gibi, ben bu sistemden memnun değilim de eski sistemden daha memnundum”.****Ebe, Taşra***

Ebelere göre burada AH ve SO dönemi ile ilgili bir diğer nokta hekimlerin hizmet sunumuna karışmamaları sadece reçete ve poliklinik hizmetlerini yürütmeleridir. Aile sağlığı elemanları her iki dönem içinde hekim başına düşen nüfusun çok olduğunu, SO dönemi dağılımının iyi olmadığını, hekim başına düşen belli bir nüfusun olmadığını belirtmişlerdir.

“Nüfus fazla... Önceden 2500 nüfus vardı.. Şimdi 3500 kişiyle uğraşıyoruz. Şimdi iş yükü anormal derecede arttı... Ebenin nüfusu derleyip toplamadaki en büyük yardımcısı bilgisayar ve AHBS programı. Keşke SO döneminde de böyle şeyler olsaydı.”

Ebe, Taşra

Ebeler AH döneminde çalışanların görev tanımlarının ve birinci basamak kavramların geniş olduğunu, SO döneminde ise dar olduğunu belirtirken SO döneminde bir kişinin üzerinde iş yığılmasının olabildiğine değinmişlerdir. AH döneminde TSM ve AHBS tarafından sık denetim yapıldığı, SO döneminde de denetimlerin sık olduğu kartların incelendiği belirtilmiştir.

“SO döneminde denetimle oluyordu. Sağlık müdürlüğü tarafından bebek kartı çocuk kartı takip ediliyordu. Daha çok kart üzerine çalışılıyordu. Şimdi daha rahat bilgisayar işi olduğu için. O dönem kırtasiye işleri çok oluyordu”.

Ebe, Merkez

AH döneminde çalışanların görev tanımı geniş iken SO döneminde dar olduğu ancak iş yükünün belli kişilerde olduğu vurgulanmıştır. AH döneminde birinci basamak sınırların daha geniş olduğu, rekabetin olduğu, hasta çalmaların olduğu ve bu durumdan memnun olunmadığı belirtilmiştir.

*“Hırsızlar çoğaldı, saygısızlık arttı. Hasta çalıyorlar. Bizim köyün birini çaldılar mesela, komple nüfus Akhisar’a kaydı. Tek hekimle çalışan kırsal bölgelerde ASM’ler darlık ve zorluk içinde... Bu sistemde çok doktor olan ASM’lerde saadet zinciri var. Nüfus fazla sürekli göç alıyor. Gebe, bebek sayısı çok. Para çok. Sistem kırsala darbe vuruyor. En çok hizmet götürülmesi gereken yer kırsal ise yatırım kırsala yapılmalı. Bizde sistem ters”.****Ebe, Taşra***

SO döneminde ekip çalışmasının AH döneminden daha fazla olduğu AH döneminde 2 kişiden oluşan bir ekip olduğu dile getirilmiştir.

“AH döneminde teke tek çalışıyoruz. Bir AH bir ASE. Ekip içinde falan değil. Büyük ASM’lerde de yok öyle ekip. Herkes kendi doktoru ile çalışıyor yardımlaşma olabilir arada ama ekip çalışması değil bu”.

Ebe, Taşra

Her iki dönem içinde benzer şekilde hizmet öncesi eğitimlerin, hizmet içi eğitimlerin yeterli olduğu, ancak AH dönemi için eğitim konularının ağır olması nedeniyle uygun olmadığı belirtilmiştir. AH döneminde internet/bilgisayar olanakları olduğu, SO döneminde olduğu gibi bürokrasi/evrak işleri olmadığı için kayıtların niteliğinin ve güvenilirliğinin daha iyi olduğu ifade edilmiştir.

“O zaman (SO) bilgisayar yoktu. Daktilo işi vardı. Elle yazışma vardı. Yani düzgün işlemiyordu iş. O zaman bilgisayar olsaydı çalışanlara da kolaylık olurdu, işlerimiz de yolunda giderdi. Belki o zaman da Aile hekimliği olmazdı. Bu olanaklar olsaydı AH’ne geçilsin istenmezdi.”

Ebe, Taşra

Ebeler AH döneminde AHBS’den memnun olduklarını ancak kartlara devam etmekten memnun olmadıklarını dile getirmişlerdir. Hemşireler çoğunlukla performansa dayalı çalışmadan memnun olduklarını ancak negatif performanstan memnun olmadıklarını belirtirken, ücretlerin AH döneminde daha iyi olduğunu söylemişlerdir. Sosyal güvence sisteminin AH döneminde daha iyi olduğunu, katkı payının ise alınması gerektiğini belirtmişlerdir.

Mevzuat açısından AH mevzuatından hak kaybı endişesi ile memnun olmadıklarını, sosyalleştirmenin uygulanamadığını, SO’larına sahip çıkılmadığını belirtmişlerdir.

“Bir karışıklık var, her an her şey olabilir diye tedirgin durumdayız bir belirsizlik var açıklığa kavuşsa iyi olacak valla. Ne olacak özelleşecek mi eski görev yerine dönebilecek miyiz? Bunlar netleşmeli”.

Ebe, Merkez

4.1.4. Hastalar

Hastaların sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yeri olarak her iki dönemde de hastaneleri ve birinci basamağı benzer sıklıkta kullandığı dikkati çekmektedir. Fakat her iki dönem için de AH ve SO'larının tercih edilme nedeni; daha çok reçete yazdırma ve küçük sağlık sorunlarıdır. Hastalar birinci basamağı reçete yazdırmak için SO ve AH dönemlerinde aynı oranda kullanırken küçük sağlık sorunları için kentsel alandaki aile hekimleri SO dönemine göre biraz daha fazla tercih edilmektedir. Hastalar tarafından telefonla doktora ulaşılabilme avantajı AH döneminde daha fazla dile getirilirken SO dönemi için bu durum hiç belirtilmemiştir. Her iki dönemde de hemşireler hastalara gerektiğinde telefon ile ulaşmaktadır. Mesai dışında hekime ulaşabilme avantajı ise SO dönemi için daha fazla oranda belirtilirken AH dönemi için daha az belirtilmiştir. Hastalar kentsel bölgede SO döneminde AH dönemine göre muayene öncesinde daha çok beklerken, kırsal alanda bir farklılık yoktur. Ancak her iki dönemde de muayene için ayrılan süre yeterli olmakla birlikte AH döneminde muayene süresi SO dönemine göre daha fazladır. Hastalar bu durumu SO döneminde yoğunluğun çok olmasına ve hekim sayısının azlığına bağlamıştır. SO döneminde hastaların vurguladıkları noktalardan biri de o dönemde hastaların daha az bilinçli olmasıdır. Hastalar hekimin cinsiyetinin hekim tercih etmeyi etkilediğini dile getirmişlerdir. Özellikle AH döneminde hem kentsel hem kırsal alanda hekimin cinsiyeti ön plana çıkmıştır. Hekimin cinsiyeti tercih edilmesinde önemli bir faktördür.

“Ben daha çok bir bayan olduğum için bu döneme bakıldığında (AH), ben daha samimi bir diyalog içinde olduğumdan, çekinmeden daha rahat hastalığımı, sıkıntımı anlatabiliyorum. Ama SO döneminde sürekli farklı hekimle karşılaştığımız için ister istemez bir çekince oluyor. Kendinizi nasıl ifade edeceğinizi bilmiyorsunuz”.

Hasta, 24 yaşında, Kadın, Kırsal Alan

Hastalar, AH döneminde SO dönemine göre daha sık aynı hekime muayene olduklarını ve hekimin AH döneminde hastayı daha yakından tanıdığını belirtmişlerdir.

“O zamanda bilgisayar yoktu şimdi aile hekimliğinde bilgisayar var ve her şeyi orda var. Kayıt oluyor geldiğimizde hepsini buluyorlar ve daha önce hangi ilacı kullandığımız çıkıyor ve daha iyi yani ne zaman ne yapıldığı biliniyor ve kayıt altında tutuluyor”.

Hasta, 24 yaşında, Kadın, Kırsal Alan

AH döneminde doktorunu seçebilmek ve beğenmediğinde değiştirebilmek kırsal alanda önemli bir avantaj getirmezken kentsel alanda önemli bir avantaj olarak gösterilmiştir. Bunun nedeni olarak kırsal bölgelerdeki hastalar her iki dönemde de aynı hekime muayene olmalarını gerekçe göstermişlerdir. AH döneminde hastayı tanıma / yakınlık ise SO döneminden daha fazla olarak dile getirilmiştir. Hastayla ilgilenme düzeyininse AH ve SO döneminde benzer düzeyde olduğu belirtilmiştir. Ancak doktorla hasta arasındaki iletişimin AH döneminde daha iyi olduğu söylenmiştir. Ayrıca kentsel bölgede SO döneminde sağlık personelinin daha resmi davrandığını belirtmiştir. Toplum katılımı açısı SO döneminde daha fazla olmakla beraber kentte daha fazla toplum katılımı olmaktadır. Eğitim ve bilinçlendirme çabaları AH döneminde SO döneminden daha fazla olmakla birlikte aslında hastalar bu konuda AH döneminde TV-Bilgisayar, SO döneminde ise broşürlerden yararlandıklarını belirtmişlerdir. AH ve SO döneminde koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve izlemler açısından benzer olmakla birlikte evde sağlık hizmetlerinin AH döneminde daha iyi verildiği belirtilmiştir. Ayrıca hemşirelerin SO döneminde AH dönemine göre daha çok ev ziyareti yaptığı dile getirilmiştir.

“Bebekler çocukla gebeler o zamanda izleniyordu. Yaşlılar evde bakıma gelinip bakımı yapılıyordu. Yaşlıların izlenmesi Aile hekimliğinde daha iyi. Sağlık ocağı döneminde tabi daha çok ebe olduğun için daha sık ev ziyaretleri yapılıyordu. Aile hekimliğinde o kadar sık ev ziyaretleri yapılmıyor. Çünkü 1 tane ebe var”.

Hasta, 24 yaşında, Kadın, Kırsal Alan

AH döneminde ekip çalışmasının olmadığı, SO döneminde daha iyi olduğunu, söylenmiştir. Hastalara göre, aile planlaması (AP) hizmetlerinin ise SO döneminde daha iyi olduğu vurgulanmıştır. Bu durum kırsal alanda daha belirgindir. Hastalar kimi zaman malzeme bulamadıklarını yöntem değiştirmek zorunda kaldıklarını, özel kurumlardan malzeme aldıklarını ifade etmişlerdir.

“Aile planlaması hizmetleri SO döneminde daha iyiydi... Şu anda yok her şey hastaya bırakılmış durumda. Kondom vs dağıtılıyordu hatırlıyorum”.

Hasta, 24 yaşında, Erkek, Merkez

AH döneminde çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlarla mücadele gibi konularda SO dönemine göre yetersizlikler olduğu söylenmiştir.

“Mesela SO döneminde beni denetliyorlardı (Seyyar köfteci.) Kahveleri denetliyorlardı. Şimdi denetlemiyorlar. Tarım bakanlığına geçtiğinden dolayı galiba. Ama bu eğer sağlıkla ilgiliyse buna sağlık kuruluşlarının bakması lazım. Denetimi yapılması. Burada devletin bir yanlışı oldu bence. O zaman sağlık ocakları ilgileniyordu daha güzeldi bence”.

Hasta, 62 yaşında, Erkek, Kırsal Alan

Sevk zinciri bakımından SO döneminde daha fazla olmak üzere her iki dönem için de kişiler sevk sisteminin olmasını savunmuşlardır. Bunun nedeni gidilecek uzman doktorun birinci basamak hekimi tarafından daha iyi seçileceği inancıdır. Kurumların fiziksel özelliklerinin, bilgisayar-internet olanaklarının AH hekimliği döneminde daha iyi olduğu belirtilmiştir.

“Bilgisayar vardı ama internet fazla bilinmiyordu yaygın değildi kesinlikle olsaydı daha iyi olurdu. Şimdi artık internet çok yaygın kullanılıyor. Çok iyi bir şey bir tıkla her şey elinin altında. Belki o zamanların şartlarında doktorlarımız da ne çekmişizdir diyorlardır”.

Hasta, 35 yaşında, Erkek, Kırsal Alan

Kentsel alanda laboratuvar olanakları açısından bir fark yok iken kırsal alanda SO sisteminde laboratuvar olanaklarının daha iyi olduğu vurgulanmıştır.

“O dönemde (SO) gebelik testi şeker ölçümü gibi idrar tahlil bazı kan sayımı yapıyorlardı şimdi yapılmıyor onlar hastaneye gidiyoruz şimdi”.

Hasta, 24 yaşında, Kadın, Kırsal Alan

Finansman açısından temel olarak şikayet edilen nokta, AH dönemindeki muayene ve ilaç katkı payı ödemeleridir. AH döneminde SO dönemine göre daha fazla katkı payı alınmaktadır. Hastalar ayrıca ilaçtan alınan katkı payından memnun olmadıklarını dile getirmişlerdir.

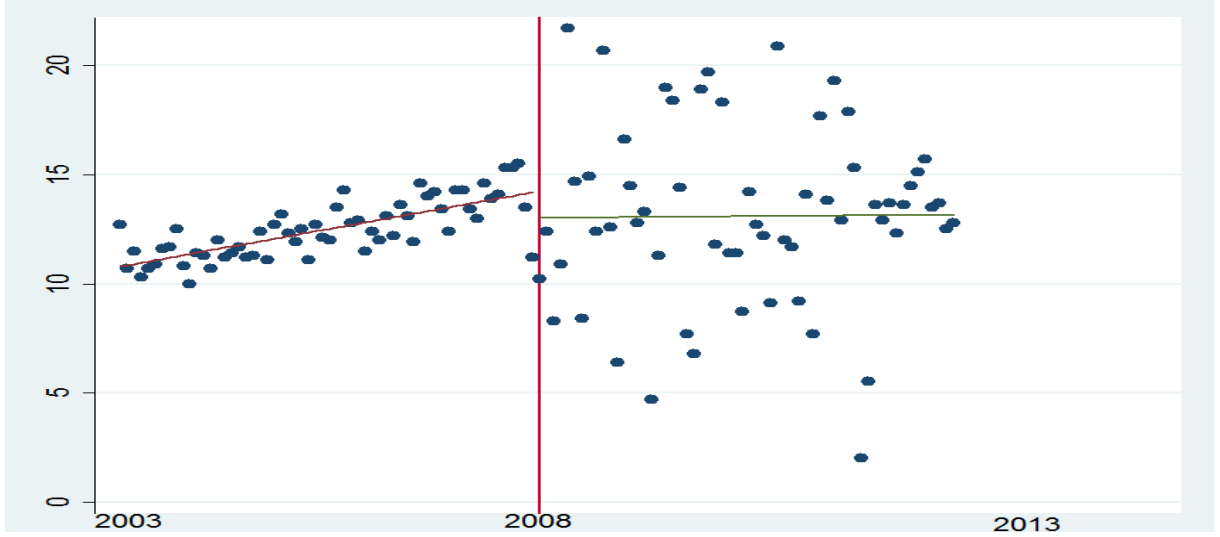
“Valla o çok iyi değil ondan da şikâyetçiyiz. Aile hekimine gidiyoruz eczane para alıyor, özele gidiyoruz para, celal Bayar’a gidiyorsun para, devlet hastanesine gidiyorsun oraya da para veriyorsun. Kesintiler maaşından yapılıyor”.

Hasta, 56 yaşında, Kadın, Merkez

4.2. Kantitatif Bulgular

4.2.1 Doğurganlık

4.2.1.1. Kaba Doğum Hızı (KDH)



Şekil 2. Kaba doğum hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin KDH için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (ortalama KDH) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (ortalama KDH) daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.05'lik, 2008-2012 yılları arasında aylık 0.01'lik bir artış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4. Kaba Doğum Hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	14.26	12.7, 15.8	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.05	0.01, 0.10	0.011
İkinci döneme ait regresyon sabiti	13.02	11.49, 14.53	0.001
İkinci döneme ait eğim	0.01	-0.04, 0.04	0.912
Sabitler arası fark	-1.24	-3.42, 0.93	0.260
Eğimler arası fark	-0.05	-0.11, 0.00	0.084

4.2.1.2. Genel Doğurganlık Hızı (GDH)



Şekil 3. Genel doğurganlık hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin GDH için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (ortalama GDH) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (ortalama GDH) daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$)

2003-2007 yılları arasında aylık ortalama 0.26'lık artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.03'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 5. Genel Doğurganlık Hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	53.67	47.80, 59.54	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.26	0.08, 0.42	0.003
İkinci döneme ait regresyon sabiti	48.28	42.56, 54.02	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.03	-0.13, 0.21	0.647
Sabitler arası fark	-5.38	-13.58, 2.82	0.197
Eğimler arası fark	-0.21	-0.45, 0.02	0.072

4.2.1.3. Doğumun Yapıldığı Yer

Tablo 6. Yıllara göre doğumun yapıldığı yerlerin değişiminin incelenmesi

Yıllar	Hastanede (%)	Diğer (SO, ASM, Evde) (%)	Canlı Doğum Sayısı
2003	78.8	4.7	16458
2004	83.7	4.3	16718
2005	90.4	2.6	17017
2006	92.5	1.7	17438
2007	92.9	1.2	18111
2008	106.9	1.5	16049
2009	95.9	1.0	17083
2010	94.6	0.6	17639
2011	103.3	0.5	16532
2012	101.1	0.6	17804

Yıllar içinde doğumun yapıldığı yerlerdeki değişime bakılırsa, doğumun ağırlıklı olarak hastanelerde yapıldığı, son yıllarda bu oranın giderek arttığı görülmektedir. 2008 ve 2011 yıllarında hastanede yapılan doğum oranının yüzde yüzün üzerindedir. Bu durum doğum sonrası hastanelerden ve özel kurumlardan bildirilen doğum verileri sonucu gebelerin tam olarak tespit edilemediğini, hastanede doğum yapanların bir kısmının bölge dışındaki aile hekimine kayıtlı olabileceğini düşündürmektedir.

4.2.1.4. Ölü Doğum Hızı ve Düşük Hızı

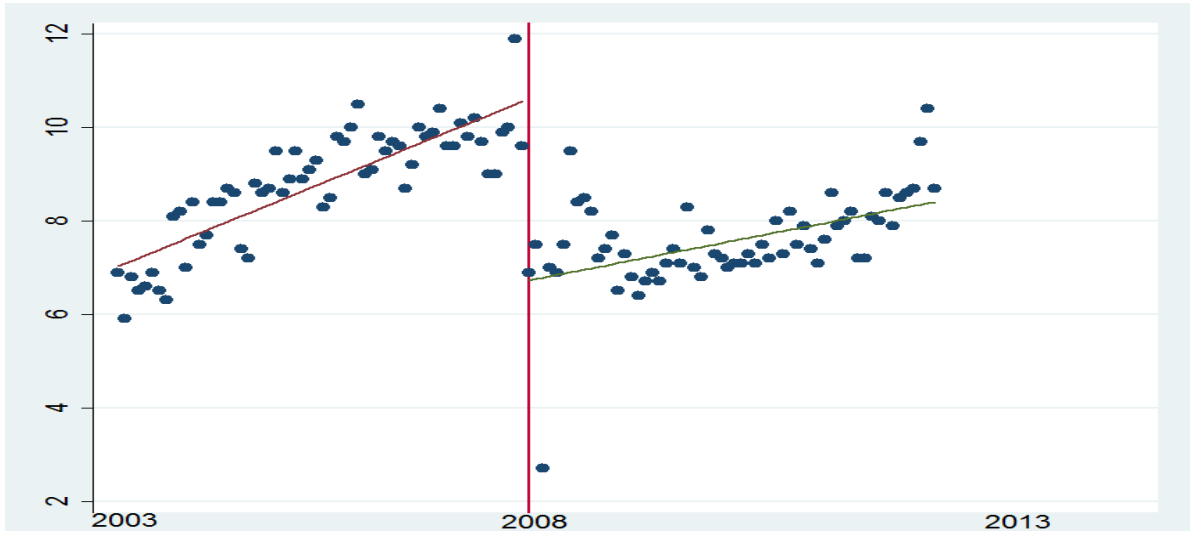
Tablo 7. Yıllara göre ölü doğum hızı ve düşük hızındaki değişim (Yüzde).

Yıllar	Canlı doğum sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Ölü Doğum Hızı	Düşük sayısı	Düşük hızı
2003	16458	153	9.30	426	2.6
2004	16718	169	10.11	466	2.8
2005	17017	147	8.64	524	3.1
2006	17438	160	9.18	634	3.6
2007	18111	174	9.61	690	3.8
2008	16049	180	11.22	1917	11.9
2009	17083	177	10.36	1954	11.4
2010	17639	170	9.64	2227	12.6
2011	16532	185	11.19	1881	11.4
2012	17804	316	17.75	2367	13.3

Ölü doğum ve düşük hızı artmaktadır. Bu artış özellikle 2008 yılı sonrasında belirgindir. Bu durum kayıtların daha iyi tutulmasıyla bağlantılı olabilir. Ancak veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.2. İzlemler

4.2.2.1. Bebek İzlemi



Şekil 4. Bebek izlem ortalamasının zaman içindeki değişimi.

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin bebek izlemi için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (bebek izlem ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (bebek izlem ortalaması) anlamlı olarak daha yüksektir($p<0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.60'lık, 2008-2012 yılları arasında aylık ortalama 0.29'luk bir artış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$).

Tablo 8. Bebek izleminde zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	10.62	10.21, 11.03	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.60	0.05, 0.07	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	6.73	6.33, 7.13	0.001
İkinci döneme ait eğim	0.29	0.48, 0.71	0.001
Sabitler arası fark	-3.89	-4.46, -3.32	0.001
Eğimler arası fark	-0.03	-0.05, 0.01	0.001

4.2.2.2. Çocuk İzlemi



Şekil 5. Çocuk izlem ortalamasının zaman içindeki değişimi

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin bebek izlemi için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (çocuk izlem ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (çocuk izlem ortalaması) anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$). Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem de benzer artış olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 9. Çocuk izleminde zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	2.38	2.152, 2.61	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.01	0.70, 1.15	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.92	0.70, 1.15	0.001
İkinci döneme ait eğim	0.01	0.01, 0.02	0.017
Sabitler arası fark	-1.46	-1.79, -1.13	0.001
Eğimler arası fark	-0.01	-0.01, 0.01	0.742

4.2.2.3. Gebe İzlemi



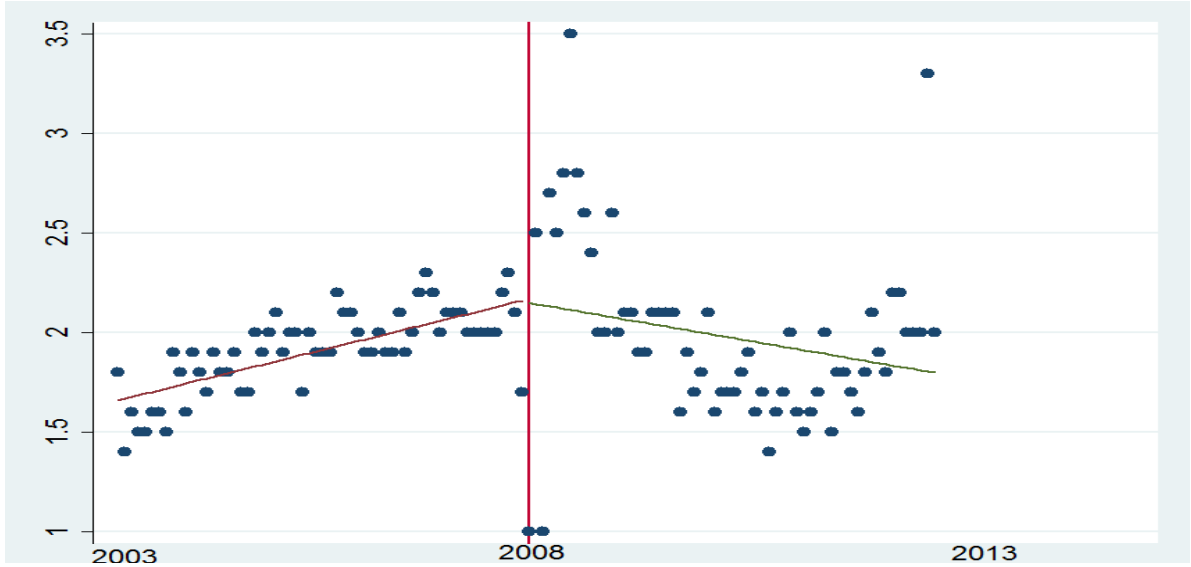
Şekil 6. Gebe izlem ortalamasının zaman içindeki değişimi

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin gebe izlemi için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (gebe izlem ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (gebe izlem ortalaması) anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$). 2003-2007 yılları arasında, aylık 0.04'lük artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık 0.01'lik bir azalış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 10. Gebe izleminde zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	6.59	6.34, 6.84	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.04	0.03, 0.05	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	5.66	5.42, 5.90	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, -0.01	0.001
Sabitler arası fark	-0.93	-1.28, -0.58	0.001
Eğimler arası fark	-0.05	-0.06, -0.04	0.001

4.2.2.4. Loğusa İzlemi



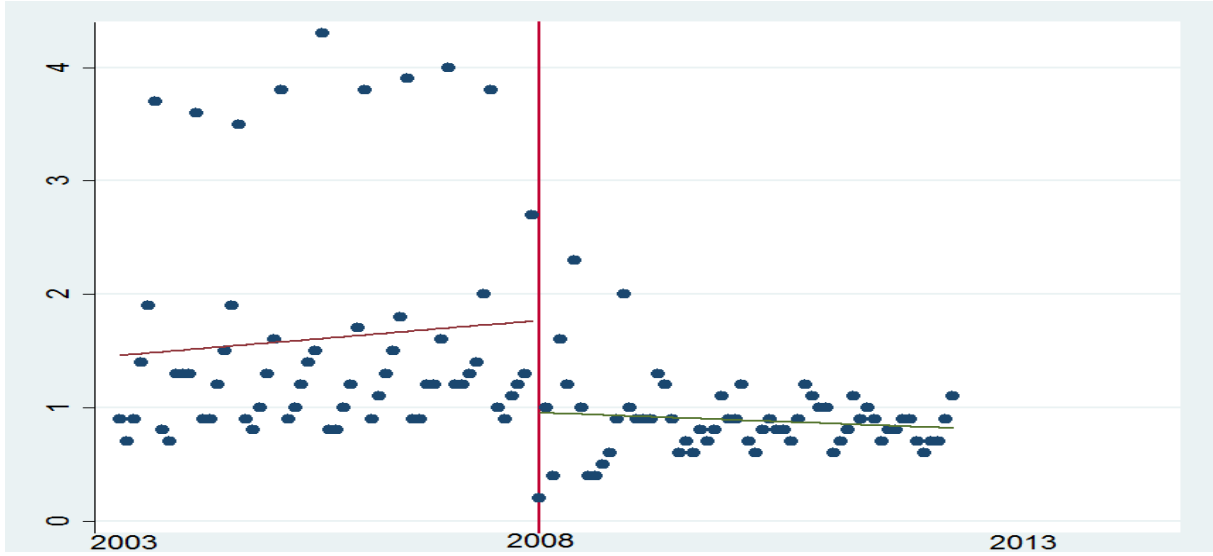
Şekil 7. Loğusa izlem ortalamasının zaman içindeki değişimi

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin loğusa izlemi için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (loğusa izlem ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (loğusa izlem ortalaması) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). 2003-2007 yılları arasında aylık ortalama 0.01 artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01 azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 11. Loğusa izleminde zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	2.17	2.00, 2.34	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.01	0.00, 0.01	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	2.15	1.98, 2.32	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, -0.01	0.018
Sabitler arası fark	-0.02	-0.03, 0.22	0.864
Eğimler arası fark	-0.01	-0.02, -0.01	0.001

4.2.2.5.Kadın İzlemi



Şekil 8. Kadın izlem ortalamasının zaman içindeki değişimi.

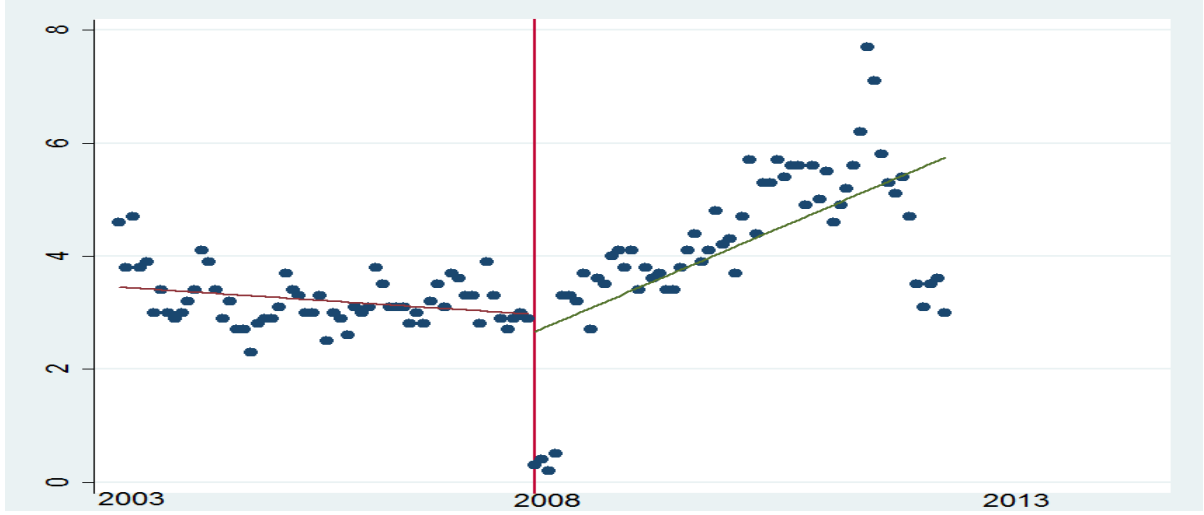
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin kadın izlemi için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (kadın izlem ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (kadın izlem ortalaması) anlamlı olarak daha yüksektir($p<0.05$). 2003-2007 yılları arasında aylık ortalama 0.01 artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01 azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

Tablo 12. Kadın izleminde zaman içindeki değişiminin incelenmesi(Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	1.77	1.38, 2.15	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.01	-0.01, 0.02	0.363
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.95	0.57, 1.33	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, 0.02	0.682
Sabitler arası fark	-0.82	-1.36, -0.27	0.004
Eğimler arası fark	-0.01	-0.02, 0.01	0.351

4.2.3. Ölümler

4.2.3.1. Kaba Ölüm Hızı



Şekil 9. Kaba ölüm hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin kaba ölüm hızı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (kaba ölüm hızı ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasıyla (kaba ölüm hızı ortalaması) benzerdir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.01'lik azalma, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.05'lik bir artış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 13. Kaba ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	2.97	2.52, 3.42	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, 0.01	0.216
İkinci döneme ait regresyon sabiti	2.67	2.23, 3.11	0.001
İkinci döneme ait eğim	0.05	0.04, 0.06	0.001
Sabitler arası fark	-0.30	-0.93, 0.33	0.347
Eğimler arası fark	0.06	0.42, 0.08	0.001

4.2.3.2. Bebek Ölüm Hızı



Şekil 10. Bebek ölüm hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

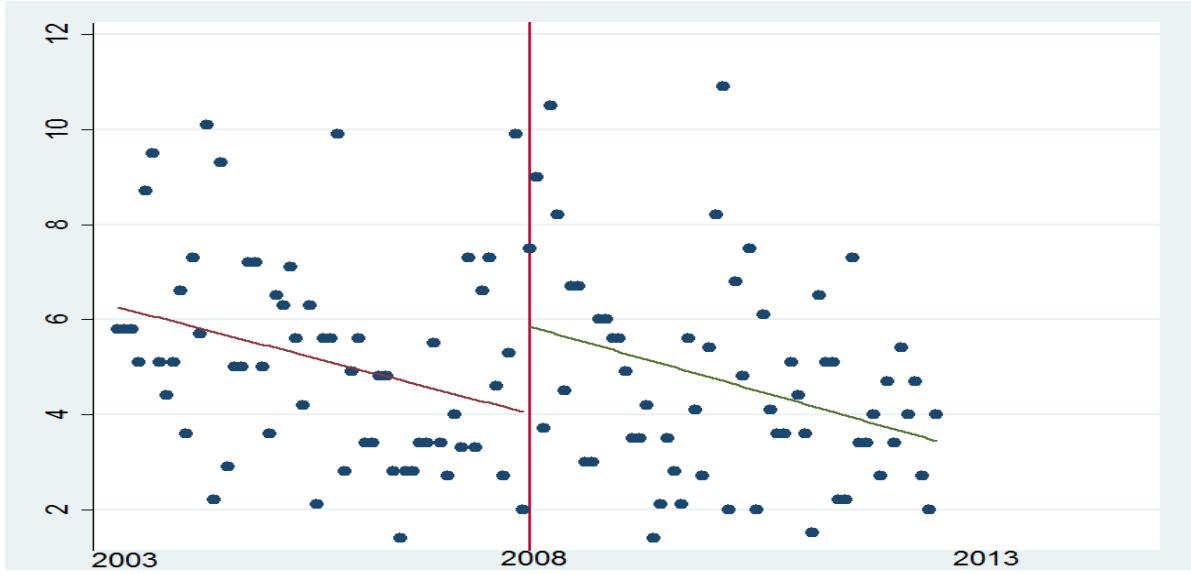
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin bebek ölüm hızı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (bebek ölüm hızı ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (bebek ölüm hızı ortalaması) yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.08'lik, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.12'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 14. Bebek ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	9.10	7.52, 10.67	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.08	-0.13, -0.04	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	14.53	13.00, 16.07	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.12	-0.16, -0.07	0.001
Sabitler arası fark	5.44	3.23, 7.64	0.001
Eğimler arası fark	-0.04	-0.10, 0.03	0.268

4.2.3.3. Erken Neonatal Ölüm Hızı



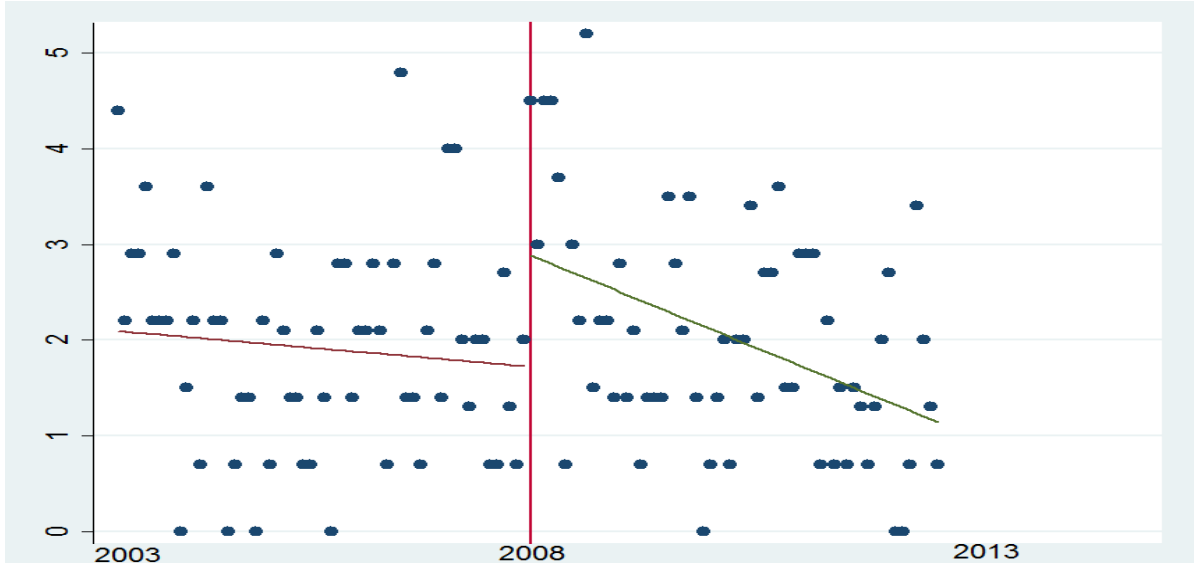
Şekil 11. Erken neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin erken neonatal ölüm hızı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (erken neonatal ölüm hızı ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (erken neonatal ölüm hızı ortalaması) anlamlı olarak daha düşüktür ($p < 0.05$). 2003-2007 ve 2008-2012 yılları arasında benzer şekilde, aylık ortalama 0.04'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 15. Erken neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	4.02	2.96, 5.07	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.04	-0.07, -0.01	0.015
İkinci döneme ait regresyon sabiti	5.85	4.82, 6.88	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.04	-0.07, -0.01	0.008
Sabitler arası fark	1.83	0.36, 3.30	0.015
Eğimler arası fark	-0.01	-0.05, 0.04	0.876

4.2.3.4. Geç Neonatal Ölüm Hızı



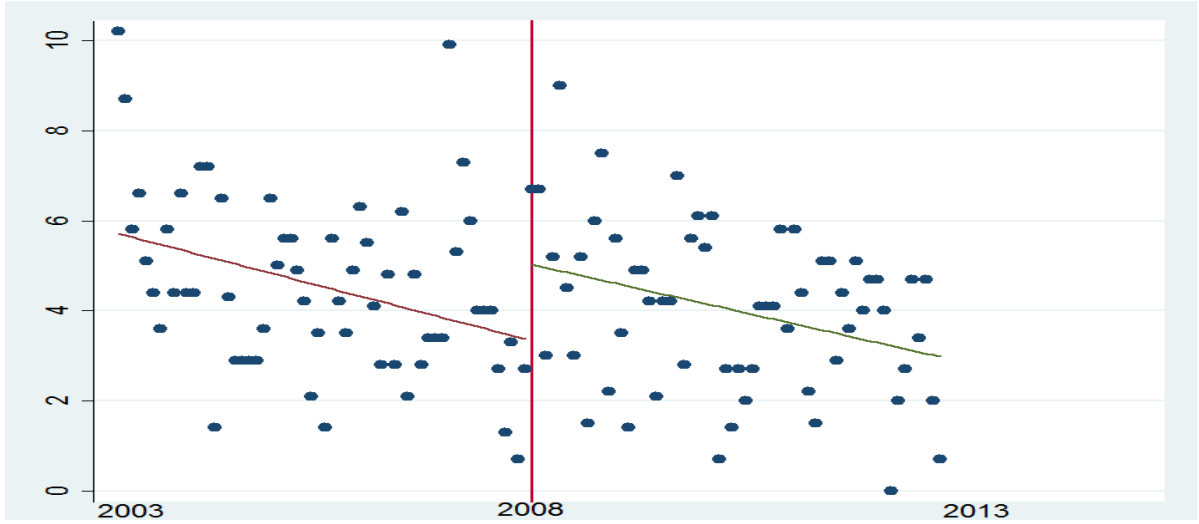
Şekil 12. Geç neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin geç neonatal ölüm hızı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (geç neonatal ölüm hızı ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (geç neonatal ölüm hızı ortalaması) anlamlı olarak daha düşüktür ($p < 0.05$). 2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.01'lik, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.03'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 16. Geç neonatal ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	1.72	1.15, 2.29	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, 0.01	0.448
İkinci döneme ait regresyon sabiti	2.88	2.33, 3.44	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.03	-0.05, -0.01	0.001
Sabitler arası fark	1.16	0.37, 1.96	0.004
Eğimler arası fark	-0.02	-0.05, -0.01	0.046

4.2.3.5. Postneonatal Ölüm Hızı



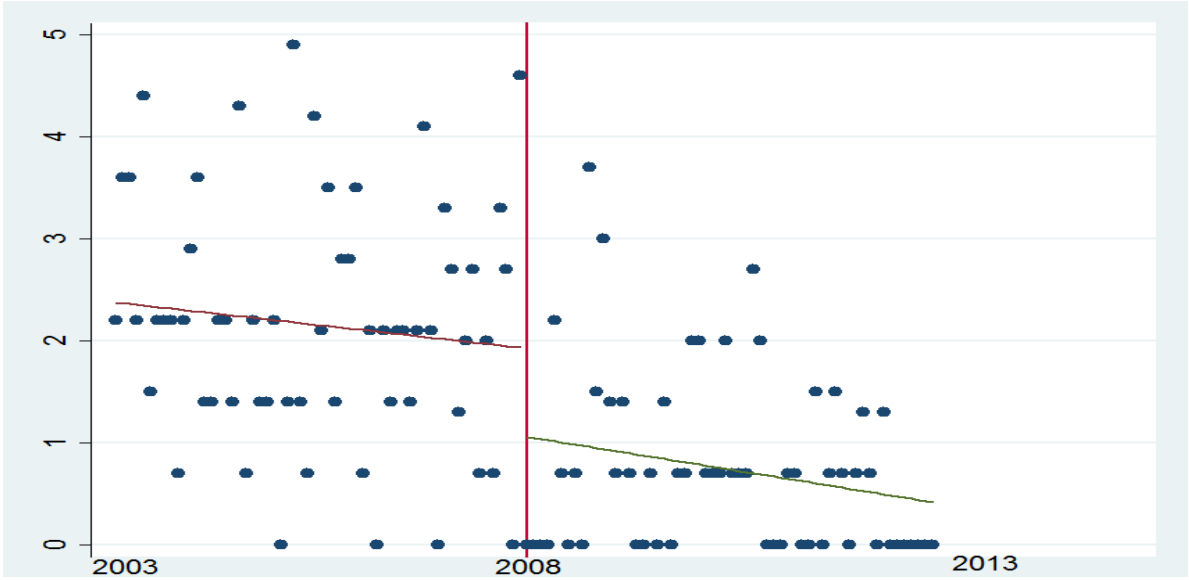
Şekil 13. Postneonatal ölüm hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin postneonatal ölüm hızı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (postneonatal ölüm hızı ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (postneonatal ölüm hızı ortalaması) anlamlı olarak daha düşüktür ($p < 0.05$). 2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.04'lük, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.03'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 17. Postneonatal ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	3.33	2.40, 4.26	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.04	-0.07, -0.01	0.004
İkinci döneme ait regresyon sabiti	5.02	4.11, 5.93	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.03	-0.06, -0.01	0.011
Sabitler arası fark	1.70	0.40, 2.99	0.011
Eğimler arası fark	0.01	-0.03, 0.04	0.792

4.2.3.6.Çocuk Ölüm Hızı



Şekil 14. Çocuk ölüm hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin çocuk ölüm hızı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (çocuk ölüm hızı ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (çocuk ölüm hızı ortalaması) yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). 2003-2007 ve 2008-2012 yılları arasında gebe izlem ortalamasında benzer şekilde aylık ortalama 0.01’lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 18. Çocuk ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi(Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	1.92	1.39, 2.46	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, 0.01	0.332
İkinci döneme ait regresyon sabiti	1.06	0.53, 1.58	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.03, 0.01	0.163
Sabitler arası fark	-0.87	-1.62, -0.12	0.024
Eğimler arası fark	-0.01	-0.02, 0.02	0.762

4.2.3.7. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı



Şekil 15. Beş yaş altı ölüm hızının zaman içindeki değişimi (Binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin çocuk ölüm hızı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (beş yaş altı ölüm hızı ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (beş yaş altı ölüm hızı ortalaması) düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.09'lük, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.13'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 19. Beş yaş altı ölüm hızının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	10.99	9.36, 12.62	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.09	-0.14, -0.05	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	15.61	14.02, 17.20	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.13	-0.18, -0.08	0.001
Sabitler arası fark	4.61	2.33, 6.89	0.001
Eğimler arası fark	-0.04	-0.10, 0.03	0.246

4.2.3.8. Anne Ölüm Hızı/Oranı

Tablo 20. Yıllara göre anne ölüm hızı/anne ölüm oranındaki (AÖO)* değişim (Yüz binde).

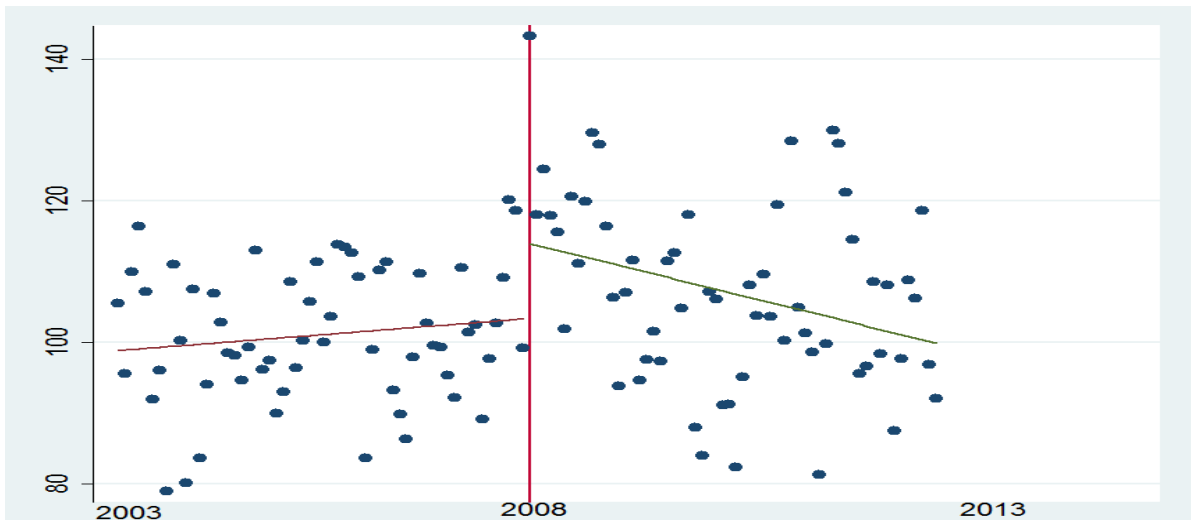
Yıllar	Anne Ölüm Oranı			Yüz binde
	Canlı doğum sayısı	Bir yıl içinde ölen anne sayısı	Tesadüfi nedenlere bağlı ölümler	
2003	16458	6	-	36.5
2004	16718	10	-	59.8
2005	17017	8	-	47.0
2006	17438	6	0	34.4
2007	18111	1	0	5.5
2008	16049	7	2	43.6
2009	17083	3	1	17.6
2010	17639	4	1	22.7
2011	16532	4	0	24.2
2012	17804	3	0	16.9

*2005 sonrası AÖO olarak hesaplanmıştır

Yıllara göre anne ölüm hızı/anne ölüm oranındaki değişime bakılırsa, 2008 yılına kadar yüksek bir hız görülmektedir (2007 hariç). 2009-2012 yılları arasında ise hız daha düşüktür. Bu durum 2005 sonrası AÖO hesaplama yönteminin değişmesine ve tesadüfi anne ölümlerinin dışlanmasına bağlı olabilir. Ancak veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.4. Aşılama durumu

4.2.4.1. BCG Aşısı Aşılama Durumu



Şekil 16. BCG aşılama durumunun zaman içindeki değişimi.

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin BCG aşısı aşılama durumu için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (BCG aşılama ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (BCG aşılama ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.08'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.24'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$).

Tablo 21. BCG aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi(Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	103.35	97.59, 109.11	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.08	-0.09, 0.24	0.362
İkinci döneme ait regresyon sabiti	113.92	108.30, 119.54	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.24	-0.40, -0.07	0.005
Sabitler arası fark	10.58	2.53, 18.62	0.010
Eğimler arası fark	-0.31	-0.55, -0.08	0.008

4.2.4.2. Karma Aşı Birinci Doz Aşılama Durumu



Şekil 17. Karma aşı birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi (Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin karma aşının birinci dozu için aşılama durumu 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (karma aşının birinci doz aşılama ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (karma aşının 1. doz aşılama ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). 2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.04'lük artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.16'lık bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 22. Karma aşı birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	102.56	96.33, 108.80	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.04	-0.14, 0.22	0.657
İkinci döneme ait regresyon sabiti	112.91	106.82, 118.99	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.16	-0.34, 0.01	0.070
Sabitler arası fark	10.35	1.64, 19.05	0.020
Eğimler arası fark	-0.20	-0.46, 0.05	0.111

4.2.4.3. Karma Aşı İkinci Doz Aşılama Durumu



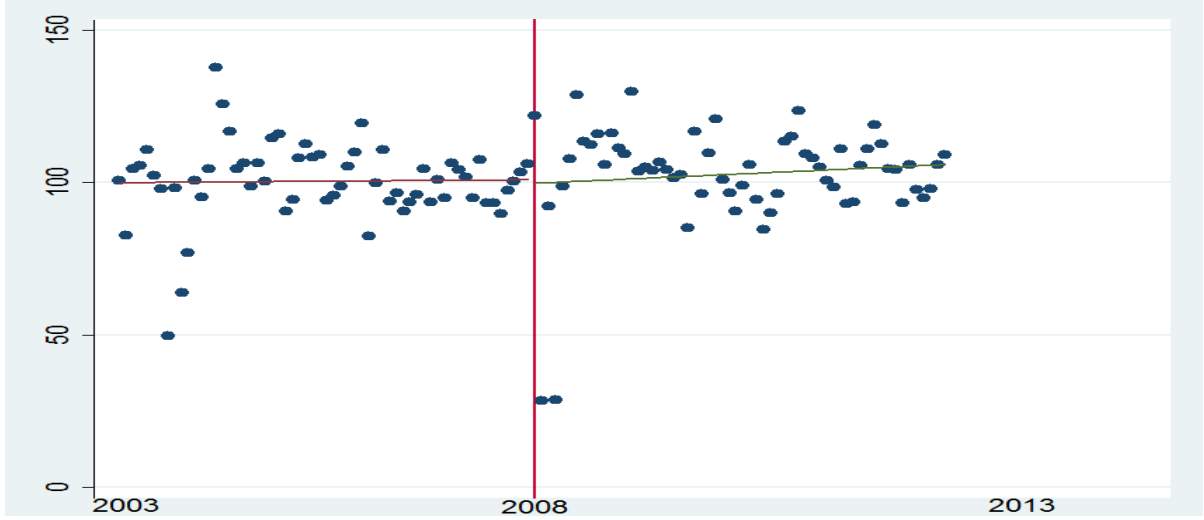
Şekil 18. Karma aşı ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi (Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin karma aşının ikinci dozu için aşılama durumu 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (karma aşının ikinci doz aşılama ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (karma aşının ikinci doz aşılama ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). 2003-2007 yılları arasında 0.02'lik artış, 2008-2012 yılları arasında aylık ortalama 0.01'lik bir artış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 23. Karma aşı ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	100.48	93.46, 107.50	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.02	-0.18, 0.22	0.875
İkinci döneme ait regresyon sabiti	104.99	98.14, 111.84	0.001
İkinci döneme ait eğim	0.01	-0.19, 0.21	0.955
Sabitler arası fark	4.51	-5.30, 14.32	0.364
Eğimler arası fark	-0.01	-0.29, 0.27	0.943

4.2.4.4. Karma Aşı Üçüncü Doz Aşılama Durumu



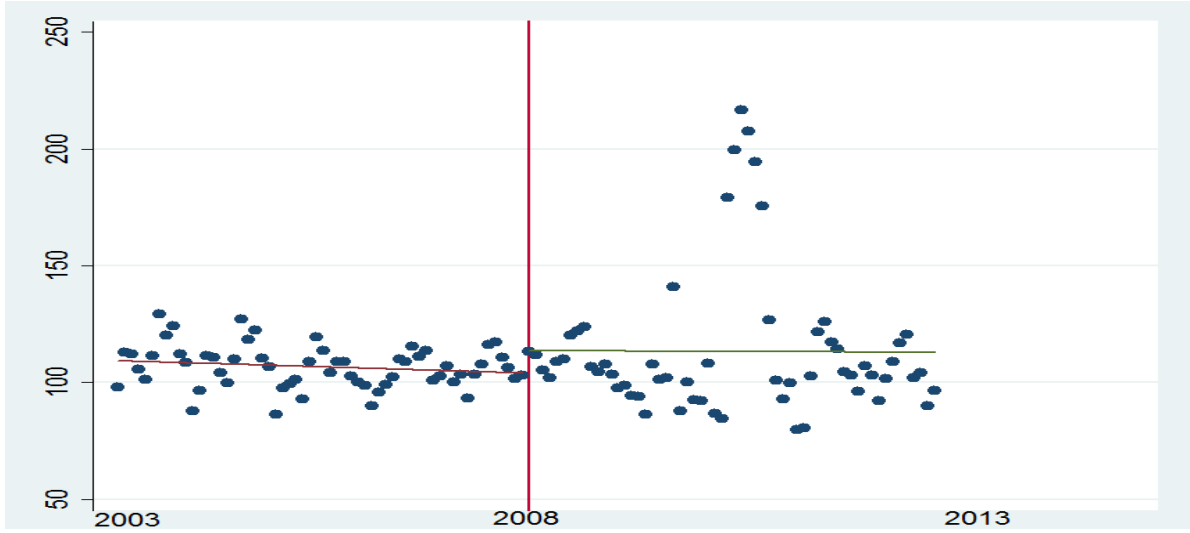
Şekil 19. Karma aşı üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi (Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin karma aşının üçüncü dozu için aşılama durumu 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (karma aşının 3. doz aşılama ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktası (karma aşının 1. doz aşılama ortalaması) ile benzerdir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). 2003-2007 yılların arasında aylık ortalama 0.01'lik, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.10'luk bir artış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 24. Karma aşı üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	100.88	92.98, 108.78	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.01	-0.21, 0.24	0.889
İkinci döneme ait regresyon sabiti	99.76	92.06, 107.47	0.001
İkinci döneme ait eğim	0.10	-0.12, 0.33	0.364
Sabitler arası fark	-1.12	-12.15, 9.92	0.842
Eğimler arası fark	0.09	-0.23, 0.41	0.587

4.2.4.5. Hepatit B Aşısı Birinci Doz Aşılama Durumu



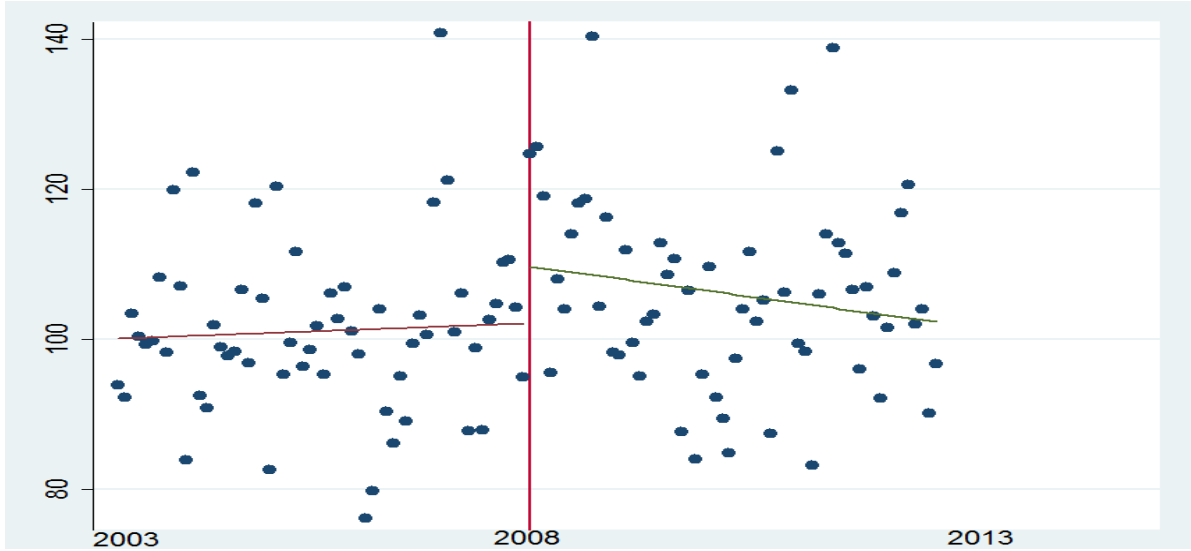
Şekil 20. Hepatit B aşısı birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi (Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin hepatit B aşısının birinci dozu için Aşılama durumu 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (hepatit B aşısının birinci doz ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (hepatit B aşısının birinci doz ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). 2003-2007 yılları arasında aylık ortalama 0.09'luk 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 25. Hepatit B aşısının birinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	103.95	92.23, 115.67	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.09	-0.42, 0.25	0.599
İkinci döneme ait regresyon sabiti	113.58	102.15, 125.00	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.35, 0.32	0.946
Sabitler arası fark	9.62	-6.75, 25.99	0.247
Eğimler arası fark	0.08	-0.39, 0.55	0.745

4.2.4.6. Hepatit B Aşısı İkinci Doz Aşılama Durumu



Şekil 21. Hepatit B aşısı ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi (Yüzde).

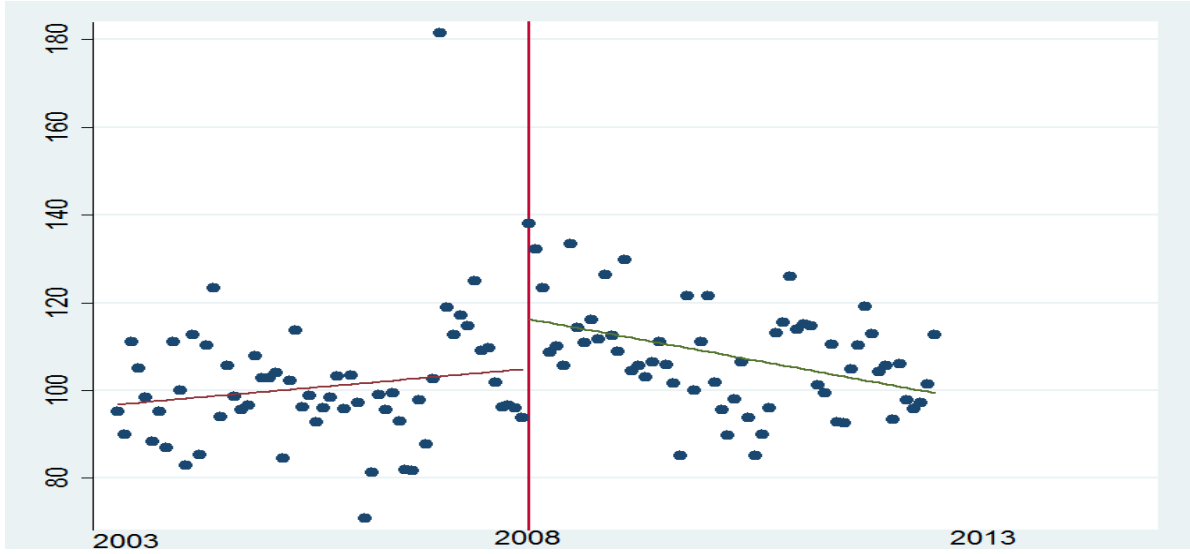
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin hepatit B aşısının ikinci dozu için Aşılama durumu 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (hepatit B aşısının ikinci doz ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (hepatit B aşısının ikinci doz ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.03'lük artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.12'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 26. Hepatit B aşısının ikinci doz aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	102.08	95.90, 108.26	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.03	-0.14, 0.21	0.702
İkinci döneme ait regresyon sabiti	109.66	103.64, 115.68	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.12	-0.30, 0.51	0.161
Sabitler arası fark	7.58	-1.05, 16.21	0.085
Eğimler arası fark	-0.16	-0.41, 0.09	0.207

4.2.4.7. Hepatit B Aşısı Üçüncü Doz Aşılama Durumu



Şekil 22. Hepatit B aşısı üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki değişimi (Yüzde). Birinci döneme ait regresyon eğrisinin hepatit B aşısının üçüncü dozu için Aşılama durumu 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (hepatit B aşısının üçüncü doz ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (hepatit B aşısının üçüncü doz ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.13'lük artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.28'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 27. Hepatit B aşısının üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	104.96	98.20, 111.73	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.14	-0.06, 0.33	0.166
İkinci döneme ait regresyon sabiti	116.26	109.66, 122.86	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.29	-0.48, -0.09	0.004
Sabitler arası fark	11.30	1.85, 20.75	0.019
Eğimler arası fark	-0.42	-0.69, -0.15	0.003

4.2.4.8. Kızamık Aşılama Durumu



Şekil 23. Kızamık aşılama durumunun zaman içindeki değişimi(Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin kızamık aşılama durumu için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (kızamık aşılama ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (kızamık aşılama ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.13'lük, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.29'luk bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

Tablo 28. Kızamık aşısının üçüncü doz aşılama durumunun zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	89.89	80.92, 98.86	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.13	-0.39, 0.12	0.305
İkinci döneme ait regresyon sabiti	114.82	106.07, 123.57	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.29	-0.55, -0.04	0.026
Sabitler arası fark	24.93	12.40, 37.46	0.001
Eğimler arası fark	-0.15	-0.52, 0.20	0.387

4.2.5. Ayaktan Tanı Tedavi ve Sık Görülen Hastalıklar

4.2.5.1 Ortalama Muayene Sayısı



Şekil 24. Ayaktan tanı tedavi ortalamasının zaman içindeki değişimi.

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin ortalama muayene sayısı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (ayaktan tanı tedavi ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (ayaktan tanı tedavi ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). 2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.29'luk artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık 0.01'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 29. Ayaktan tanı tedavi ortalamasının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	2.87	2.69, 3.05	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.29	0.02, 0.03	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	3.26	3.08, 3.44	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, 0.01	0.321
Sabitler arası fark	0.38	0.14, 0.64	0.003
Eğimler arası fark	-0.03	-0.04, -0.02	0.001

4.2.5.2. Laboratuvar Hizmetlerindeki Değişim

Tablo 30. Yıllara göre laboratuvar hizmetlerindeki değişim

Yıllar	Toplam		Kan + seroloji		İdrar		Dışkı		Gebelik		Direkt bakı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2003	143538	100.0	108948	75.90	12232	8.52	1119	0.78	14107	9.83	7132	4.97
2004	259184	100.0	205324	79.22	26523	10.23	1669	0.64	14515	5.60	11153	4.30
2005	493149	100.0	403021	81.72	53839	10.92	1954	0.40	23182	4.70	11153	2.26
2006	728411	100.0	587197	80.61	74279	10.20	1867	0.26	28113	3.86	36955	5.07
2007	882830	100.0	739088	83.72	85406	9.67	3547	0.40	32369	3.67	22420	2.54
2008	529616	100.0	455716	86.05	39421	7.44	395	0.07	13979	2.64	20105	3.80
2009	750490	100.0	672715	89.64	51884	6.91	253	0.03	19869	2.65	5769	0.77
2010	1626265	100.0	1474912	90.69	112851	6.94	1	0.00	38343	2.36	155	0.01
2011	1372408	100.0	1273703	92.81	76325	5.56	0	0.00	22380	1.63	0	0.00
2012	572937	100.0	533976	93.20	31875	5.56	18	0.00	6745	1.18	323	0.06

Yıllar içinde laboratuvar hizmetlerindeki değişime bakılırsa, kan+ seroloji testlerinin en çok sunulan hizmetler olduğu, gebelik testinin yıllar içinde azaldığı da görülmektedir. Ancak veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.5.3. Aile Planlaması Hizmetleri

Tablo 31. Aile planlaması yöntem kullanım durumu.

Yıllar	Etkili yöntemler						Etkisi sınırlı yöntemler	Korunmayanlar (Gebe, emzikli, yöntem kullanmayan)	Toplam
	RIA	Hap	Kondom	Tüp Lig	Diğer	Toplam			
2003	16.0	4.4	12.8	3.4	0.4	37.1	22.3	40.6	100.0
2004	16.0	4.1	14.0	3.8	0.5	38.5	21.1	40.6	100.0
2005	15.8	4.0	14.9	4.1	0.5	39.3	20.6	40.0	100.0
2006	15.7	4.0	16.5	4.3	0.6	41.1	19.9	39.0	100.0
2007	15.6	4.0	17.3	4.5	0.7	42.2	20.0	37.8	100.0
2008	14.9	3.9	17.8	4.1	0.6	41.3	20.2	38.4	100.0
2009	15.6	3.8	18.0	4.0	0.6	42.1	19.3	38.6	100.0
2010	15.7	4.2	17.2	4.7	0.6	42.5	19.4	38.1	100.0

Aile planlaması verilerinde eksiklikler vardır. 2011 ve 2012 yıllarına ait veri bulunmamaktadır. Ayrıca veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.5.4. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları



Şekil 25. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişimi (Yüzde).

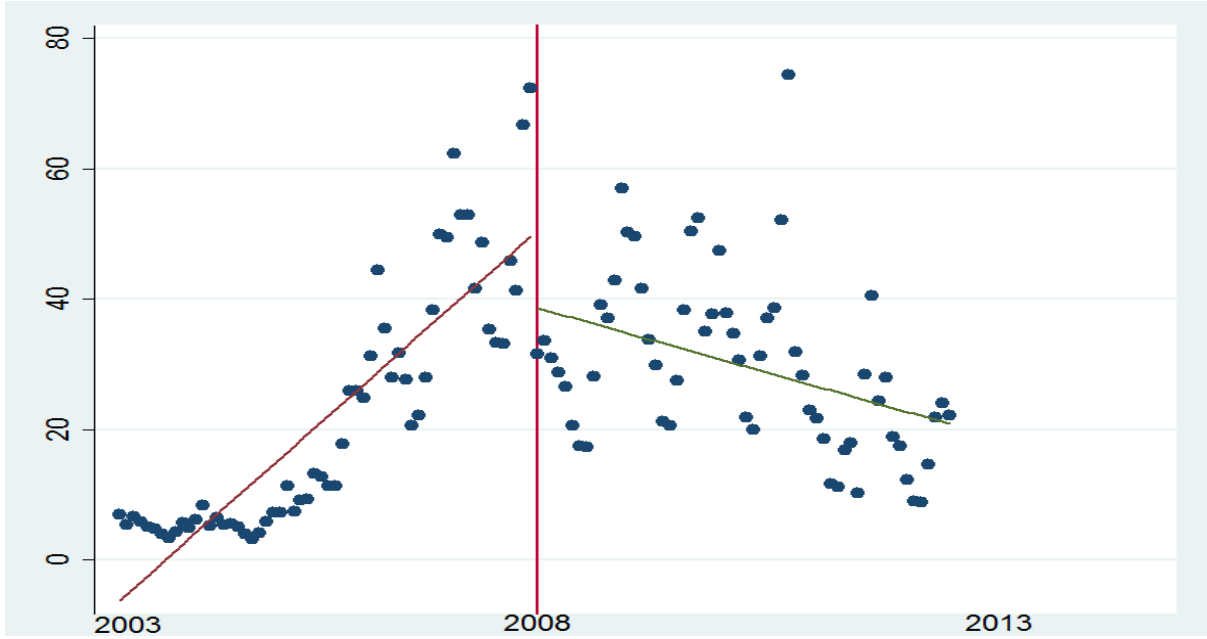
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin ÜSYE sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (ÜSYE görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (ÜSYE görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.08'lik, 2008-2012 yılları arasında ise aylık 0.04'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 32. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	15.43	12.67, 18.20	0.001
Birinci döneme ait eğim	-0.08	-0.15, 0.01	0.062
İkinci döneme ait regresyon sabiti	7.98	5.28, 10.68	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.04	-0.11, 0.04	0.376
Sabitler arası fark	-7.45	-11.31, -3.59	0.001
Eğimler arası fark	0.03	-0.07, 0.15	0.481

4.2.5.5. Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları



Şekil 26. Alt solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişimi (Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin ASYE sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (ASYE görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (ASYE görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.95'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık 0.30'luk bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 33. Alt solunum yolu enfeksiyonlarının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	50.60	444.96, 56.25	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.95	0.78, 1.11	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	38.66	33.16, 44.17	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.30	-0.46, -0.14	0.001
Sabitler arası fark	-11.93	-19.82, -4.05	0.003
Eğimler arası fark	-1.25	-1.47, -1.02	0.001

4.2.5.6. Akut Gastroenterit



Şekil 27. Akut gastroenterit olgularının zaman içindeki değişimi (Yüzde).

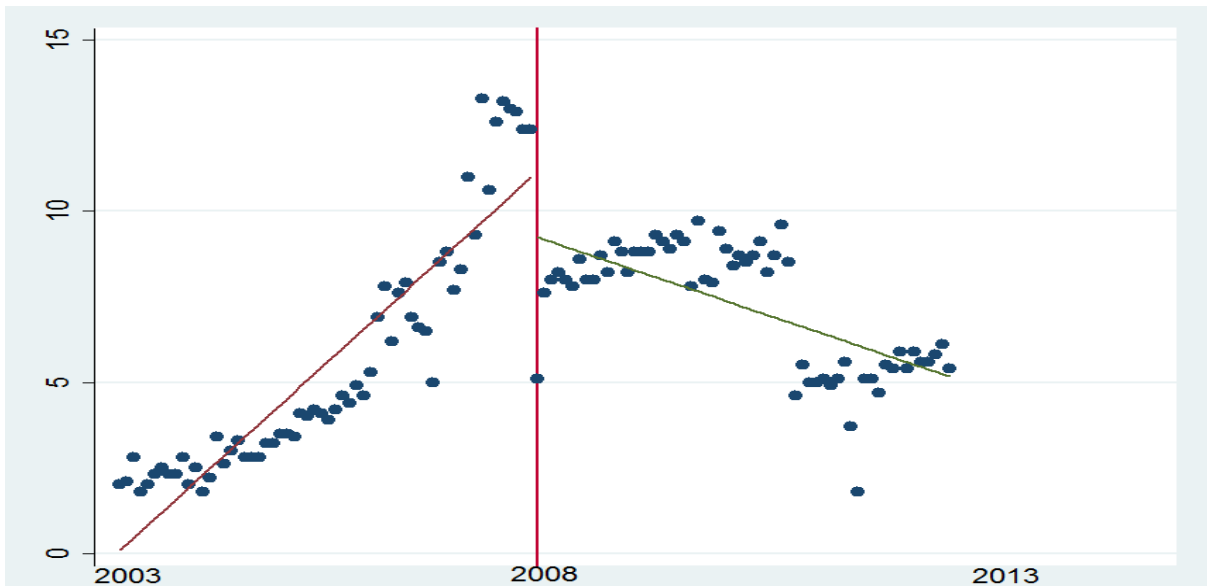
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin AGE sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (AGE görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (AGE görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). 2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.05'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık 0.01'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 34. Akut gastroenterit olgularının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	4.10	3.81, 4.39	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.05	0.05, 0.06	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	1.74	1.46, 2.02	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, 0.01	0.021
Sabitler arası fark	-2.35	-2.76, 1.95	0.001
Eğimler arası fark	-0.06	-0.08, 0.05	0.001

4.2.6. Kronik Hastalıklar

4.2.6.1. Diyabetes Mellitus



Şekil 28. Diyabetes Mellitus olgularının zaman içindeki değişimi (Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin DM sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (DM görülme sıklığı) ikinci regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (DM görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.18'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.07'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 35. DM sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	11.18	10.44, 11.92	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.18	0.16, 0.21	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	9.23	8.51, 9.96	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.07	-0.09, 0.05	0.001
Sabitler arası fark	-1.94	-2.98, -0.91	0.001
Eğimler arası fark	-0.25	-0.28, 0.22	0.001

4.2.6.2. Hipertansiyon



Şekil 29. Hipertansiyon sıklığının zaman içindeki değişimi(Yüzde).

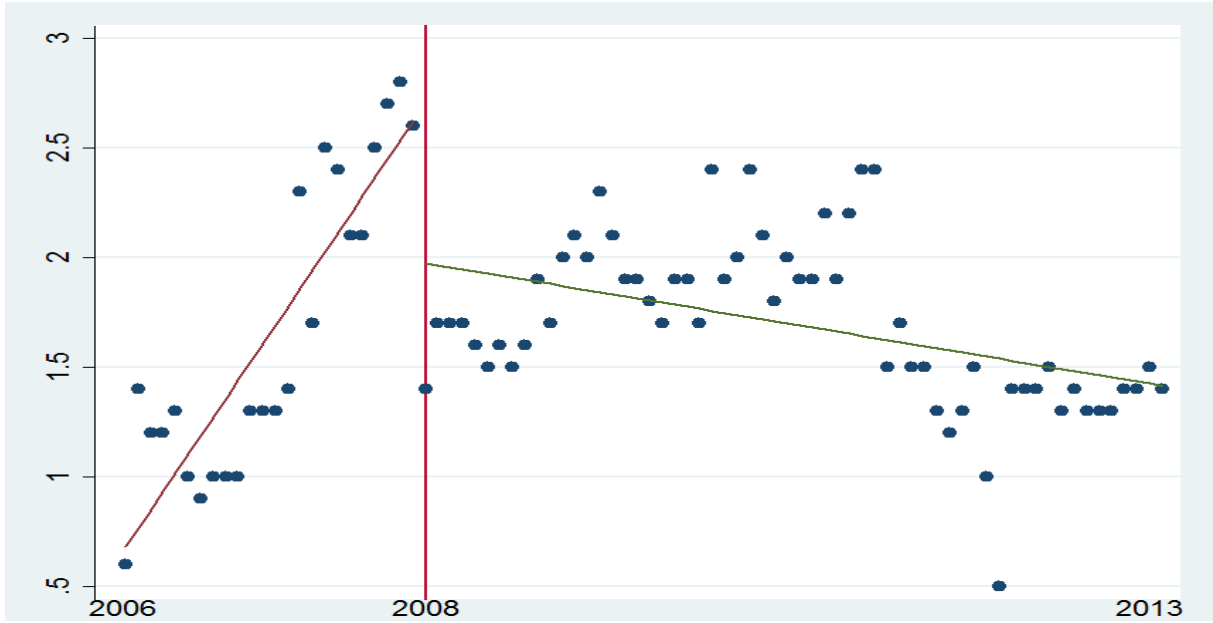
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin HT sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (HT görülme ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (HT görülme ortalaması) daha yüksektir. **Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0.05$).**

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 1.06'lık, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.41'lik bir artış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

Tablo 36. HT sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	31.72	20.71, 42.74	0.001
Birinci döneme ait eğim	1.06	0.29, 1.84	0.007
İkinci döneme ait regresyon sabiti	26.28	19.62, 32.95	0.001
İkinci döneme ait eğim	0.41	0.21, 0.61	0.001
Sabitler arası fark	-5.44	-18.31, 7.43	0.403
Eğimler arası fark	-0.65	-1.44, 0.14	0.106

4.2.6.3. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı



Şekil 30. Kronik obstruktif akciğer hastalığı sıklığının zaman içindeki değişimi (Yüzde).

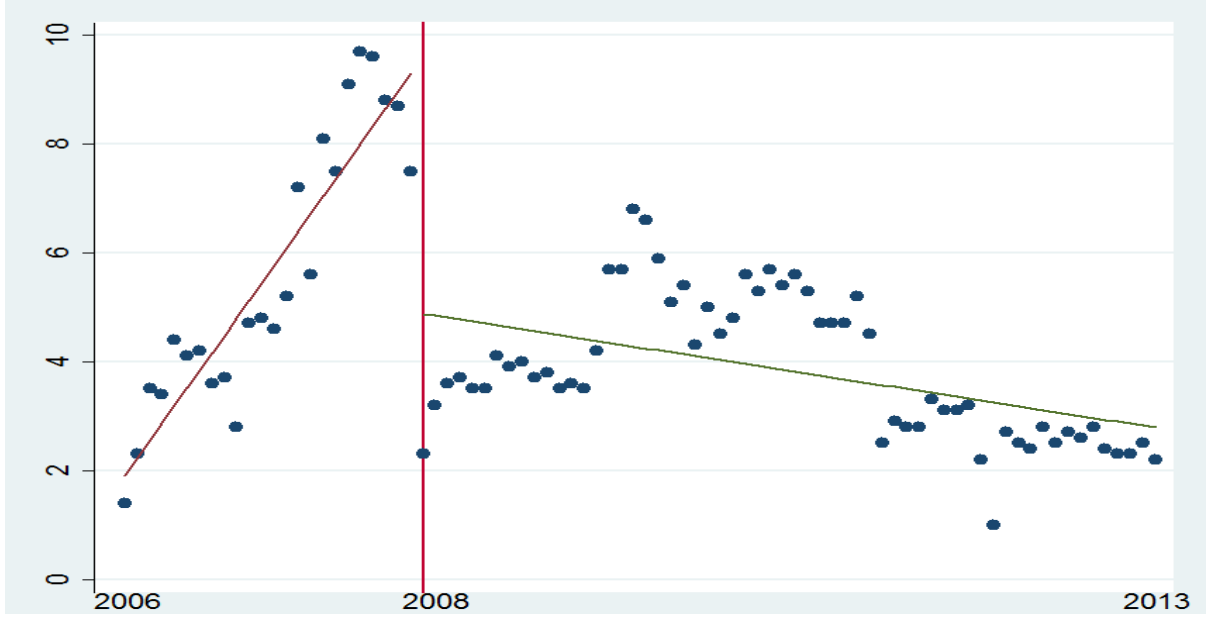
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin KOAH sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (KOAH görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (KOAH görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.08'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık 0.01'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 37. KOAH sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	2.70	2.42, 2.99	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.08	0.06, 0.10	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	1.97	1.80, 2.14	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, 0.01	0.001
Sabitler arası fark	-0.72	-1.06, 0.40	0.001
Eğimler arası fark	-0.09	-0.11, 0.07	0.001

4.2.6.4. Anemi



Şekil 31. Anemi sıklığının zaman içindeki değişimi (Yüzde).

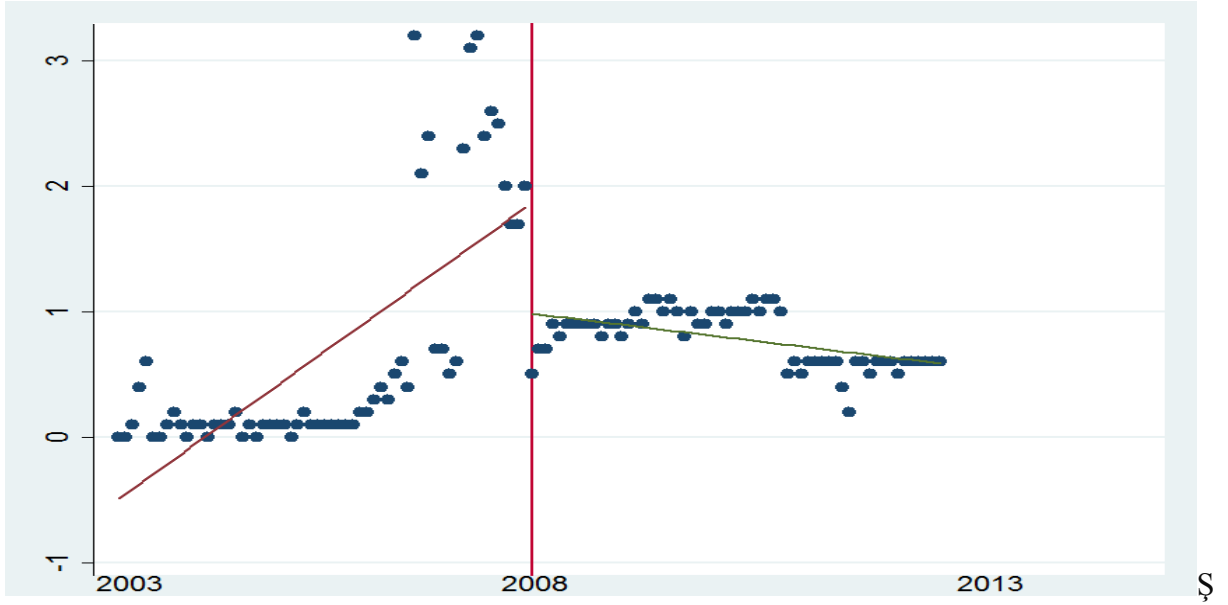
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin anemi sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (anemi görülme sıklığı) ikinci regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (anemi görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.32'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.04'lük bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$).

Tablo 38. Anemi sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	9.61	8.67, 10.56	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.32	0.25, 0.38	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	4.88	4.31, 5.45	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.04	-0.05, 0.02	0.001
Sabitler arası fark	-4.73	-5.84, -3.64	0.001
Eğimler arası fark	-0.36	-0.42, -0.29	0.001

4.2.6.5. Guatr



ekil 32. Guatr olgularının zaman içindeki değişimi (Yüzde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin guatr sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (guatr görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (guatr görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).

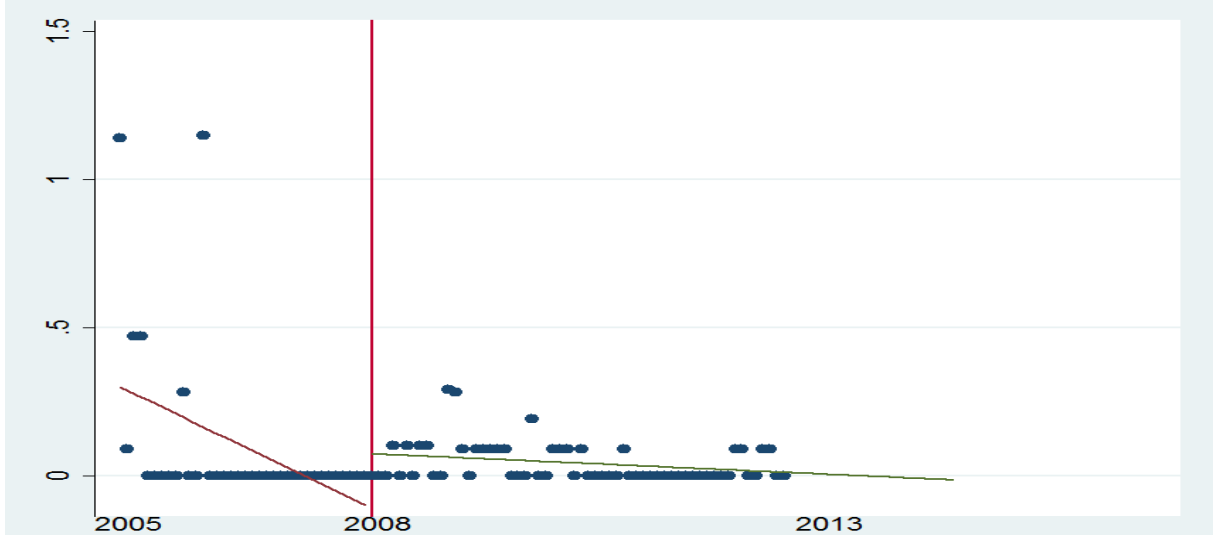
2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.04'lük artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01'lik bir azalma olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$).

Tablo 39. Guatr sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	1.87	1.62, 2.13	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.04	0.03, 0.05	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.99	0.73, 1.24	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.03, 0.05	0.072
Sabitler arası fark	-0.89	-1.25, 0.53	0.001
Eğimler arası fark	-0.05	-0.06, 0.04	0.001

4.2.7. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

4.2.7.1. Bruselloz



Şekil 33. Bruselloz sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

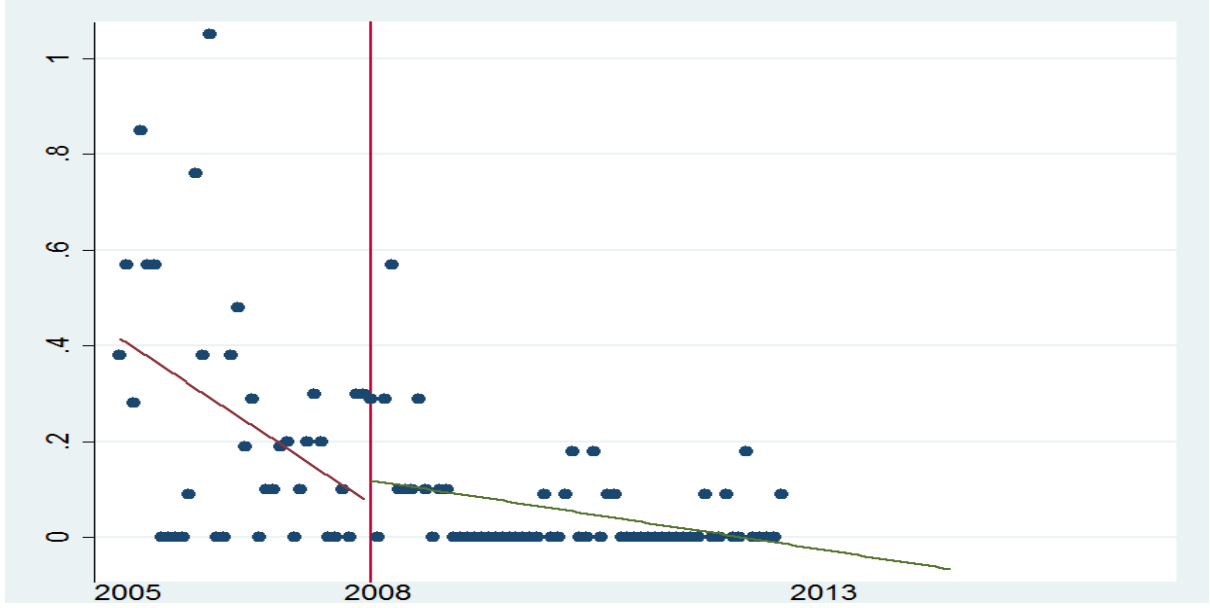
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin bruselloz sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (bruselloz görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (bruselloz görülme sıklığı) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 ve 2008-2012 yılları arasında, her iki dönemde de aylık ortalama 0.01'lik azalış, olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 40. Bruselloz görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	-0.11	-0.22, 0.01	0.053
Birinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, -0.01	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.07	-0.01, 0.15	0.086
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, 0.01	0.391
Sabitler arası fark	0.18	0.04, 0.32	0.011
Eğimler arası fark	0.01	0.01, 0.02	0.001

4.2.7.2.Kabakulak



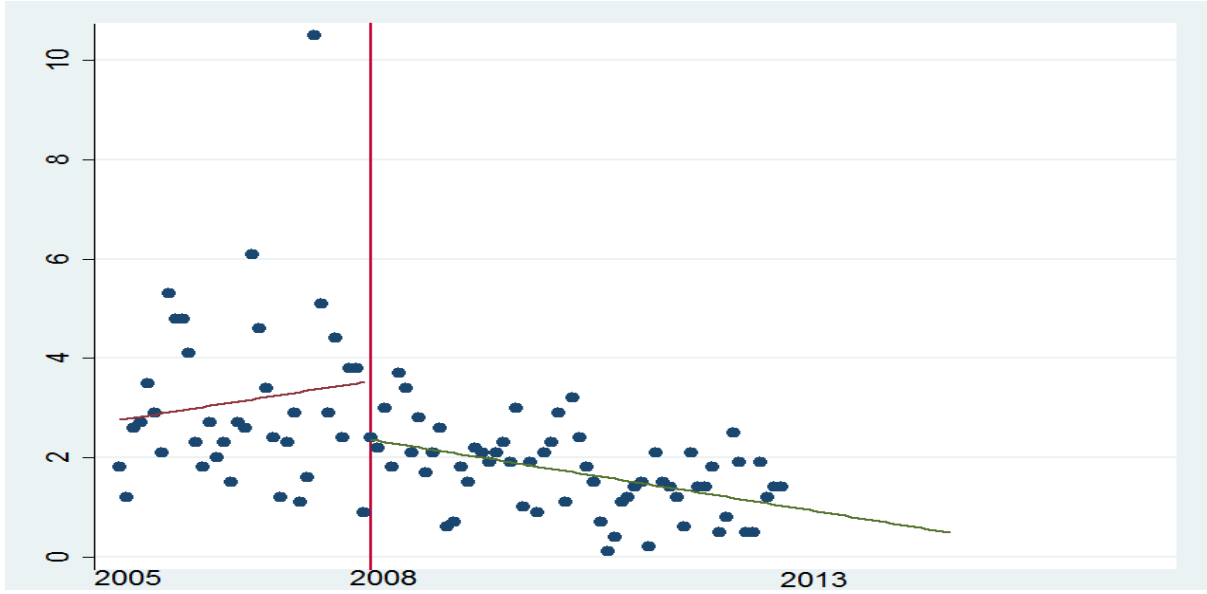
Şekil 34. Kabakulak sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin kabakulak sıklığı için 2007 yılı aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (kabakulak görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (kabakulak görülme sıklığı) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). 2003-2007 ve 2008-2012 yılları arasında, aylık ortalama 0.01’lik azalış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 41. Kabakulak görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	0.07	-0.04, 0.19	0.226
Birinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, -0.00	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.12	0.33, 0.21	0.007
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, 0.00	0.083
Sabitler arası fark	0.05	-0.10, 0.19	0.505
Eğimler arası fark	0.01	0.01, 0.02	0.001

4.2.7.3. Akut Kanlı İshal



Şekil 35. Akut Kanlı İshal sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

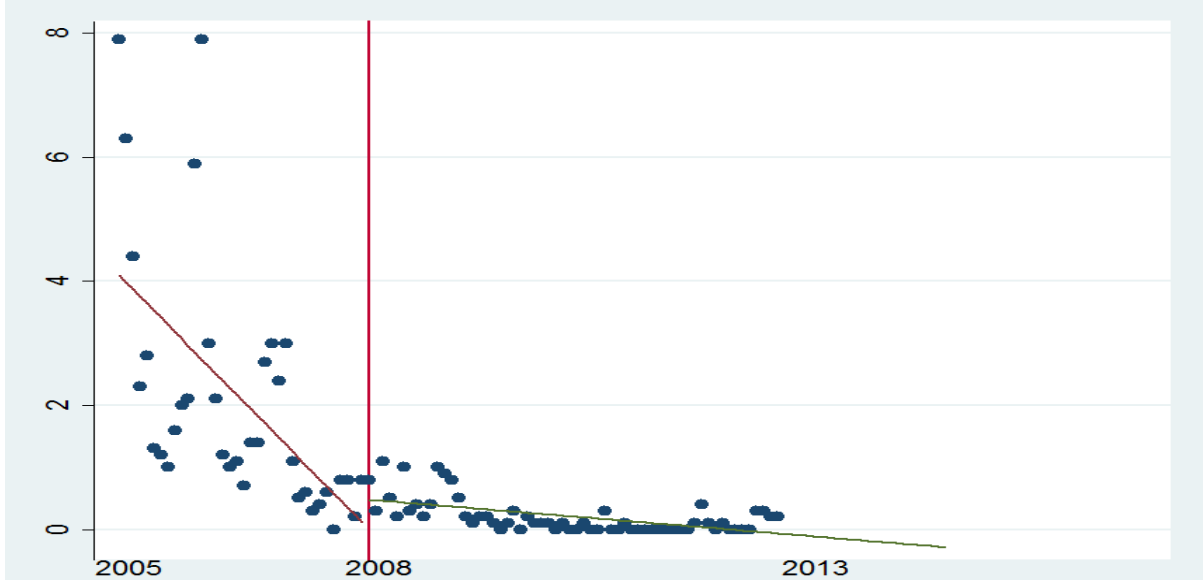
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin a.kanlı ishal sıklığı için 2007 yılı aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (akut kanlı ishal görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (akut kanlı ishal görülme sıklığı) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.02'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.02'lik bir azalış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 42. Akut kanlı ishal görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	3.54	2.70, 4.39	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.02	-0.02, 0.06	0.280
İkinci döneme ait regresyon sabiti	2.36	1.73, 2.99	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.02	-0.04, -0.01	0.018
Sabitler arası fark	-1.19	-2.24, -0.13	0.028
Eğimler arası fark	-0.04	-0.09, -0.01	0.048

4.2.7.4. Hepatit A



Şekil 36. Hepatit A sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin Hepatit A sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (Hepatit A görülme sıklığı) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (Hepatit A görülme sıklığı) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.11'lik, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01'lik bir azalış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 43. Hepatit A görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	0.01	-0.69, 0.70	0.992
Birinci döneme ait eğim	-0.11	-0.15, -0.08	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.48	-0.04, 1.00	0.071
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, -0.01	0.232
Sabitler arası fark	0.48	-0.39, 1.34	0.280
Eğimler arası fark	0.10	0.07, 0.14	0.001

4.2.7.5. Hepatit B



Şekil 37. Hepatit B sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

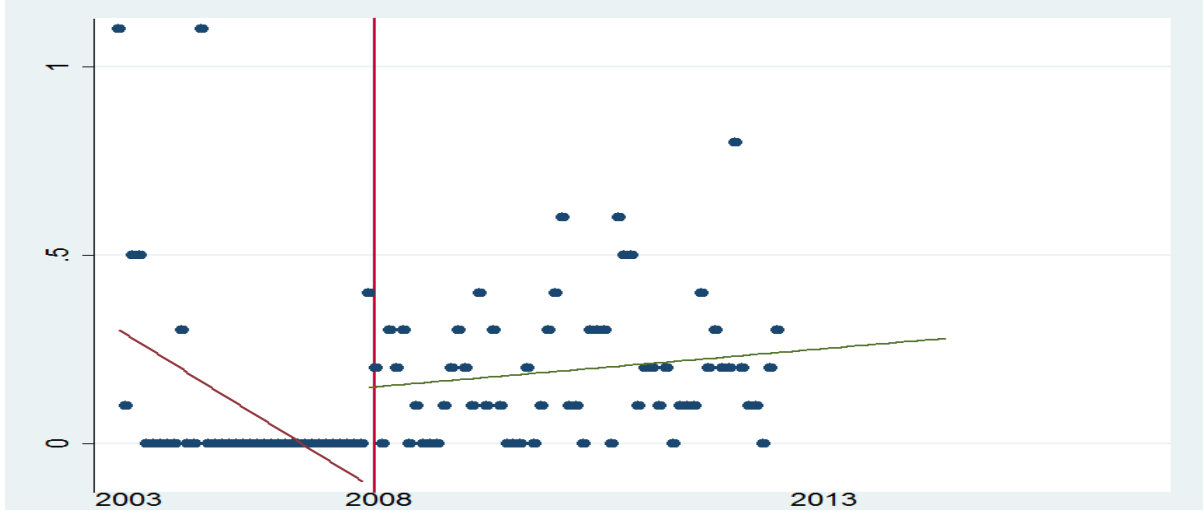
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin Hepatit B sıklığı için 2007 yılı Aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (Hepatit B görülme ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı Ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (Hepatit B görülme ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.02'lik, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01'lik bir azalış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 44. Hepatit B görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	0.11	-0.07, 0.29	0.239
Birinci döneme ait eğim	-0.02	-0.03, -0.02	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.71	0.58, 0.85	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, -0.00	0.001
Sabitler arası fark	0.61	0.37, 0.83	0.001
Eğimler arası fark	0.01	0.01, 0.02	0.025

4.2.7.6. Kızamık



Not: 2008-2012 yılları arasında kızamık olgularının biri dışında diğerleri olasıdır. Olgular tetkik sonrası dışlansalar bile, klinik olası tanı aldıklarından forma kaydedilmektedir.

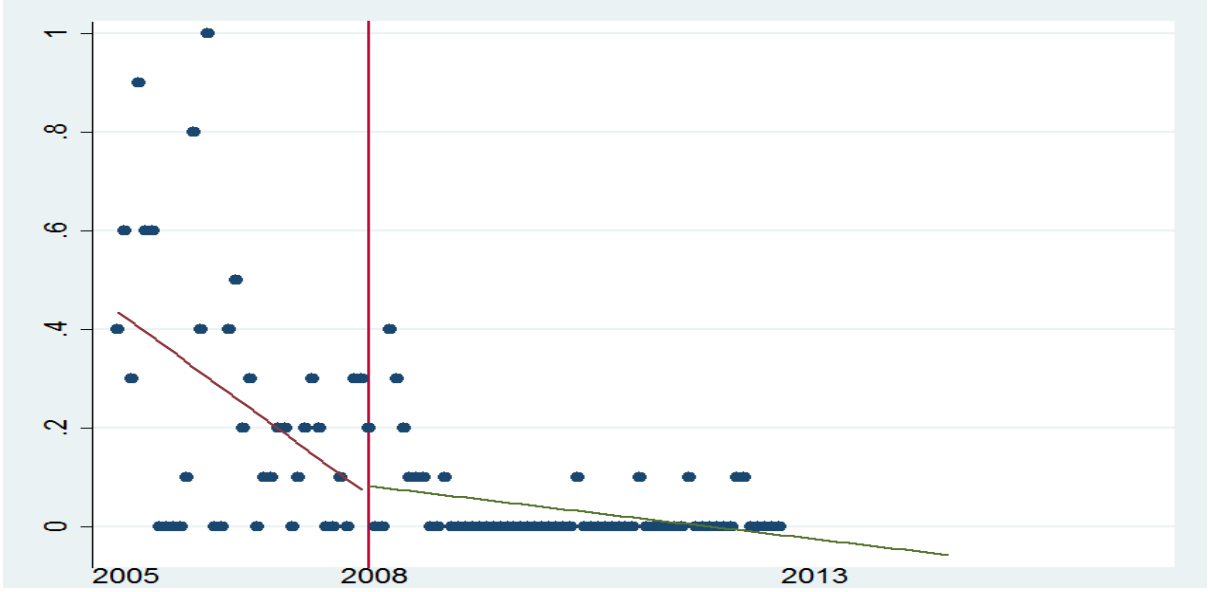
Şekil 38. Kızamık görülme sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin kızamık sıklığı için 2007 yılı aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (kızamık görülme ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (kızamık görülme ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). 2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.01'lik azalış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01'lik bir artış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 45. Kızamık görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	-0.11	-0.25, 0.03	0.114
Birinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, -0.01	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.15	0.04, 0.25	0.006
İkinci döneme ait eğim	0.01	-0.01, 0.01	0.310
Sabitler arası fark	0.26	0.09, 0.43	0.004
Eğimler arası fark	0.01	0.01, 0.02	0.001

4.2.7.7. Kızamıkçık



Şekil 39. Kızamıkçık görülme sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin kızamıkçık sıklığı için 2007 yılı aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (kızamıkçık görülme ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (kızamıkçık görülme ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

2003-2007 ve 2008-2012 yılları arasında benzer şekilde aylık 0.01'lik bir azalış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 46. Kızamıkçık görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	0.06	-0.05, 0.18	0.252
Birinci döneme ait eğim	-0.01	-0.02, -0.01	0.001
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.08	-0.01, 0.16	0.052
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, 0.01	0.175
Sabitler arası fark	0.18	-0.12, 0.15	0.793
Eğimler arası fark	0.02	0.00, 0.01	0.004

4.2.7.8. Kuduz Riskli Temas



Şekil 40. Kuduz riskli temas görülme sıklığının zaman içindeki değişimi (On binde).

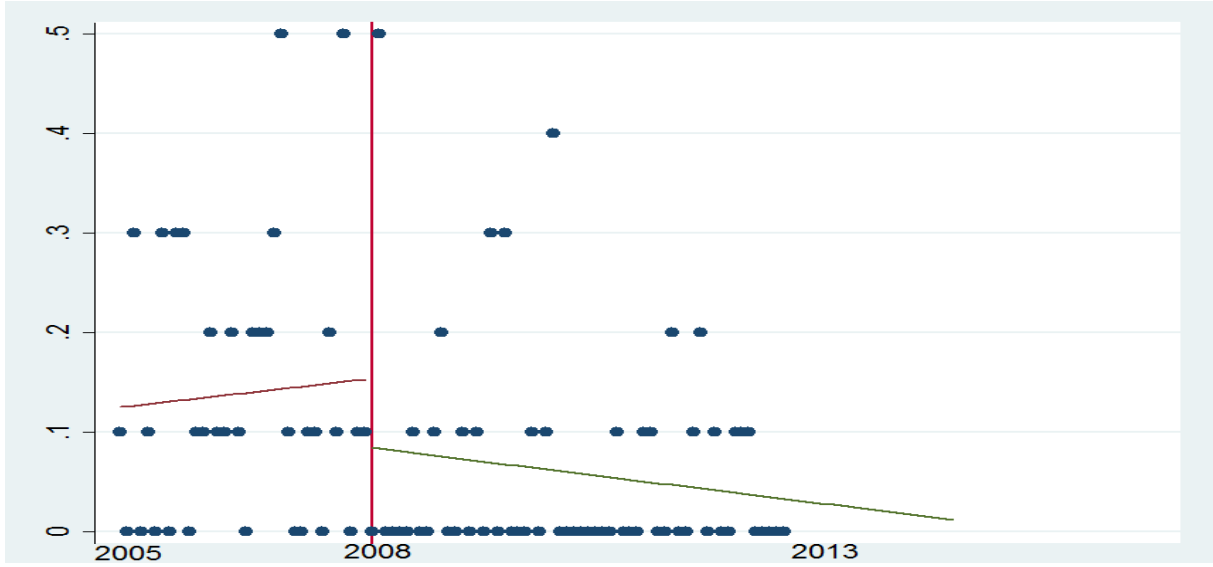
Birinci döneme ait regresyon eğrisinin kuduz riskli temas sıklığı için 2007 yılı aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (kuduz riskli temas görülme ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (kuduz riskli temas görülme ortalaması) daha düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.52'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.16'lık bir azalış göstermektedir. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır($p<0.05$).

Tablo 47. Kuduz riskli temas sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi(Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	32.68	25.15, 40.22	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.52	0.17, 0.88	0.004
İkinci döneme ait regresyon sabiti	36.71	31.07, 42.36	0.001
İkinci döneme ait eğim	-0.16	-0.33, 0.01	0.051
Sabitler arası fark	4.03	-5.38, 13.45	0.397
Eğimler arası fark	-0.69	-1.08, -0.30	0.001

4.2.7.9. Sifilis



Şekil 41. Sifilis görülme sıklığının zaman içindeki değişimi.

Birinci döneme ait regresyon eğrisinin sifilis sıklığı için 2007 yılı aralık ayında öngördüğü kesişim noktası (sifilis görülme ortalaması) ikinci döneme ait regresyon eğrisinin 2008 yılı ocak ayı için öngördüğü kesişim noktasından (sifilis görülme ortalaması) daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

2003-2007 yılları arasında, aylık ortalama 0.08'lik artış, 2008-2012 yılları arasında ise aylık ortalama 0.01'lik bir azalış olmuştur. Her iki dönemdeki β katsayıları arasındaki farka baktığımızda her iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 48. Sifilis görülme sıklığının zaman içindeki değişiminin incelenmesi (Segmented regresyon analizi)

Ölçütler	Test Değeri	%95 Güven Aralığı	P
Birinci döneme ait regresyon sabiti	0.15	0.07, 0.23	0.001
Birinci döneme ait eğim	0.01	-0.01, 0.01	0.671
İkinci döneme ait regresyon sabiti	0.08	0.02, 0.14	0.006
İkinci döneme ait eğim	-0.01	-0.01, 0.01	0.321
Sabitler arası fark	-0.07	-0.17, 0.03	0.164
Eğimler arası fark	-0.01	-0.01, 0.01	0.422

4.2.8. Ölüm Nedenleri

4.2.8.1 Kalp Hastalıklarına Bağlı Ölümler

Tablo 49. Yıllara göre tüm ölümler içindeki kalp yetmezliği ve iskemik kalp hastalığına bağlı ölümlerin değişimi (Yüzde).

Yıllar	Kalp hastalıkları					
	Kalp yetmezliği			İskemik kalp hastalığı		
	Toplam ölüm	Olgu sayısı	%	Toplam Ölüm	Olgu sayısı	%
2003	4310	865	20.1	4310	334	7.7
2004	3928	723	18.4	3928	385	9.8
2005	3912	767	19.6	3912	338	8.6
2006	3978	774	19.5	3978	228	5.7
2007	3886	680	17.5	3886	217	5.6
2008	3254	486	14.9	3254	220	6.8
2009	5127	772	15.1	5127	519	10.1
2010	6276	1218	19.4	6276	860	13.7
2011	7216	1376	19.1	7216	1468	20.3
2012	6469	1432	22.1	6469	1250	19.3

Kalp yetmezliği yıllar içinde ölüm nedenlerinin yaklaşık olarak %20'sini oluştururken, iskemik kalp hastalığına bağlı ölümlerin payı SO döneminde yaklaşık olarak %10'unu oluştururken AH döneminde %20'sini oluşturmaktadır. Ancak veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.8.2. Maligniteler Bağlı Ölümler

Tablo 50. Yıllara göre tüm ölümler içindeki malignitelere bağlı ölümlerin değişimi (Yüzde).

Yıllar	Maligniteler		
	Toplam ölüm	Olgu sayısı	%
2003	4310	739	17.1
2004	3928	652	16.6
2005	3912	706	18.0
2006	3978	660	16.6
2007	3886	689	17.7
2008	3254	459	14.1
2009	5127	681	13.3
2010	6276	837	13.3
2011	7216	682	9.5
2012	6469	716	11.1

Ölümlerin içinde Malignitelere bağlı ölüm nedenlerinin segmented regresyon analizi veriler aylara göre elde edilemediğinden yapılamamıştır.

4.2.8.3. Hipertansiyon ve Karaciğer Sirozuna Bağlı Ölümler

Tablo 51. Yıllara göre tüm ölümler içindeki hipertansiyon ve karaciğer sirozuna bağlı ölümlerin değişimi (Yüzde).

Yıllar	Hipertansiyon			Karaciğer sirozu	
	Toplam ölüm	Olgu sayısı	%	Olgu sayısı	%
2003	4310	65	1.5	28	0.6
2004	3928	75	1.9	23	0.6
2005	3912	70	1.8	21	0.5
2006	3978	68	1.7	38	1.0
2007	3886	66	1.7	31	0.8
2008	3254	23	0.7	25	0.8
2009	5127	576	11.2	21	0.4
2010	6276	181	2.9	18	0.3
2011	7216	127	1.8	35	0.5
2012	6469	150	2.3	16	0.2

Hipertansiyona bağlı ölümlerin payı yıllar içinde artarken, karaciğer sirozuna bağlı ölümler 2008 yılı itibariyle azalmıştır. Ancak veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.8.4. Anoksi-Hipoksi ve Malnütrisyonla Bağlı Ölümler

Tablo 52. Yıllara göre tüm ölümler içindeki anoksi-hipoksi ve malnütrisyonla bağlı ölümlerin ölümlerin değişimi (Yüzde).

Yıllar	Anoksi-Hipoksi			Malnütrisyon	
	Toplam ölüm	Olgu sayısı	%	Olgu sayısı	%
2003	4310	30	0.7	7	0.2
2004	3928	14	0.4	4	0.1
2005	3912	25	0.6	7	0.2
2006	3978	20	0.5	5	0.1
2007	3886	19	0.5	5	0.1
2008	3254	49	1.5	5	0.2
2009	5127	68	1.3	64	1.2
2010	6276	37	0.6	152	2.4
2011	7216	29	0.4	226	3.1
2012	6469	20	0.3	149	2.3

Anoksi-Hipoksiye bağlı ölümler tüm ölümlerin için yaklaşık olarak %0.5'lik bölümü oluştururken Malnütrisyonla bağlı ölümler artmış 2012 yılında tüm ölümlerin %2.3'ünü oluşturmuşlardır. Ancak veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.8.5. İntihar ve Bilinmeyen Nedenlere Bağlı Ölümler

Tablo 53. Yıllara göre intihar ve bilinmeyen nedenlere bağlı ölümlerin değişimi (Yüzde).

Yıllar	İntihar			Bilinmeyen nedenler	
	Toplam ölüm	Olgu sayısı	%	Olgu sayısı	%
2003	4310	18	0.4	66	1.5
2004	3928	10	0.3	32	0.8
2005	3912	20	0.5	42	1.1
2006	3978	19	0.5	59	1.5
2007	3886	18	0.5	82	2.1
2008	3254	2	0.1	17	0.5
2009	5127	0	0.0	5	0.1
2010	6276	0	0.0	30	0.5
2011	7216	0	0.0	37	0.5
2012	6469	1	0.0	24	0.4

Tüm ölümlerin içinde intihara ve ölüm nedeni bilinmeyen olguların sayısına bakılırsa yıllar içinde bir azalma olmuştur. Ancak veriler aylara göre elde edilemediğinden segmented regresyon analizi yapılamamıştır.

4.2.9. Fizik/Altyapı ve Personel Durumu

4.2.9.1 Sağlık Kurumu Sayısı, İnternet, Bilgisayar Olanakları

Tablo 54. Yıllar içinde fizik/altyapıdaki değişim

Yıllar	Sağlık ocağı sayısı	Sağlık evi sayısı	ASM sayısı	AHB sayısı	SGB/TSM	İnternete bağlı kurum sayısı	Bilgisayarlı kurum sayısı	Poliklinik oda sayısı
2003	151	654	-	-	16	-	15	218
2004	155	668	-	-	16	-	17	300
2005	158	118	-	-	16	-	25	327
2006	148	59	-	-	16	124	124	353
2007	151	124	-	-	16	125	125	328
2008	-	124	146	378	17	378	378	378
2009	-	124	145	378	17	378	378	378
2010	-	124	145	378	16	378	378	378
2011	-	125	154	378	16	383	383	378
2012	-	125	157	391	16	386	386	391

Tablo 54'de sağlık evi sayısının yıllar içinde azaldığı, SO'nun yerini alan ASM sayılarının SO ile benzer olduğu ancak AH döneminde internete bağlı kurum sayısının, bilgisayarlı kurum sayısının, poliklinik oda sayısının SO dönemine göre daha fazla olduğu görülmektedir.

4.2.9.2 Personel sayısındaki değişim

Tablo 55. Yıllar içinde personel durumundaki değişim (Yüzde).

Yıllar	Pratisyen Hekim		Aile Hekimi		AH+Prt. Hekim		Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2003	411	29.1	-	0.0	411	29.1	226	16.0	635	44.9	141	10.0	1413	100.0
2004	405	28.5	-	0.0	405	28.5	205	14.4	644	45.3	167	11.8	1421	100.0
2005	432	30.2	-	0.0	432	30.2	202	14.1	652	45.6	143	10.0	1429	100.0
2006	378	26.0	-	0.0	378	26.0	290	19.9	664	45.6	124	8.5	1456	100.0
2007	443	33.1	-	0.0	443	33.1	218	16.3	523	39.1	154	11.5	1338	100.0
2008	132	9.9	378	28.2	510	38.1	235	17.5	490	36.6	105	7.8	1340	100.0
2009	108	8.5	378	29.6	486	38.1	250	19.6	464	36.4	75	5.9	1275	100.0
2010	112	8.1	383	27.8	495	35.9	334	24.2	474	34.4	76	5.5	1379	100.0
2011	109	7.8	383	27.4	492	35.2	360	25.8	471	33.7	73	5.2	1396	100.0
2012	113	8.1	386	27.6	499	35.6	347	24.8	482	34.4	72	5.1	1400	100.0

Yıllar içinde değişime bakılırsa özellikle 2008 yılından sonra birinci basamakta çalışan hekim ve hemşire sayısının arttığı, ebe ve sağlık memuru sayısının azaldığı görülmektedir.

4.2.9.3. Personel Başına Düşen Nüfus

Tablo 56. Yıllar içinde personel başına düşen ortalama nüfusun değişimi

Yıllar	SO/Aile Hekimi			Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru	
	Nüfus	Hekim sayısı	Ortalama nüfus	Hemşire sayısı	Ortalama nüfus	Ebe sayısı	Ortalama nüfus	Sağ.Mem. sayısı	Ortalama nüfus
2003	1261643	411	3070	226	5582	635	1987	141	8948
2004	1259300	405	3109	205	6143	644	1955	167	7541
2005	1267493	432	2934	202	6275	652	1944	143	8864
2006	1257232	378	3326	290	4335	664	1893	124	10139
2007	1215465	443	2744	218	5576	523	2324	154	7893
2008	1252581	510	2456	235	5330	490	2556	105	11929
2009	1295388	486	2665	250	5182	464	2792	75	17272
2010	1304722	495	2636	334	3906	474	2753	76	17167
2011	1317917	492	2679	360	3661	471	2798	73	18054
2012	1325270	499	2656	347	3819	482	2750	72	18407

Yıllar içindeki değişime bakılırsa, SO/AH ve hemşire başına düşen ortalama nüfusun azaldığı, ebe ve sağlık memuru başına düşen nüfusun arttığı görülmektedir.

4.2.9.4. Mobil Hizmet

Tablo 57. Yıllar içinde mobil hizmet/gezici hizmet sunumundaki değişim

Yıllar	Gezici hizmet			Nüfus
	Köy	Muayene	Lab.	
2003	957	7108	114	65000
2004	796	4381	82	180000
2005	782	4320	76	226730
2006	751	4300	75	290626
2007	751	48703	76	290626
2008	768	292434	-	285772
2009	768	328833	-	255431
2010	767	181144	-	253070
2011	768	-	-	248554
2012	759	-	-	212315

*2011 ve 2012 yılına ait veri bulunmamaktadır.

Yıllar içinde gezici hizmet sunumuna bakılırsa AH döneminde SO dönemine göre muayene sayısının arttığı ancak mobil hizmette laboratuvar hizmetlerinin sunulmadığı görülmektedir.

Bu araştırmada SO ve AH dönemleri incelendiğinde AH dönemi başlangıcında (2008 yılı) bazı sağlık düzeyi göstergelerinde istatistiksel olarak anlamlı kırılmalar olduğu saptanmıştır. 2008 yılında bebek, çocuk, kadın, gebe ve loğusa izlemlerinde anlamlı düşüşler vardır. Aynı zamanda bebek, gebe ve loğusa izlemlerinde eğim anlamlı şekilde negatife dönmüştür (izlemler azalmaktadır). Çocuk ve kadın izlemlerinde ise eğimlerde değişiklik yoktur. KDH ve GDH iki dönemde de benzer olup istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Ölüm hızlarına bakıldığında BÖH ve tüm bileşenlerinde AH dönemine geçişte anlamlı bir yükselme görülmektedir. Düşüş hızları ise eğimlere bakıldığında sadece GNÖH için AH döneminde anlamlı bir negatif eğime sahiptir. Diğer bebek ölüm hızlarındaki eğimler arasında bir fark yoktur. Çocuk ölüm hızı AH döneminde anlamlı bir kırılma ile düşüş gösterirken, KÖH tam tersine AH döneminde anlamlı şekilde giderek artmıştır. Bu bulgular bir tablo ile özetlenmiştir (bakınız Tablo-58)

Tablo 58. SO ve AH dönemlerinde hızlarda ve izlemlerde kırılma ve eğimler

GÖSTERGELER	KIRILMA			EĞİM		
	P>0.05	P<0.05	Yorum	P>0.05	P<0.05	Yorum
KDH	√			√		
GDH	√			√		
Bebek İzlem		√	AH↓		√	SO artış; AH yavaş artış
Çocuk İzlem		√	AH↓	√		
Gebe İzlem		√	AH↓		√	SO artış; AH azalış
Loğusa İzlem	√				√	SO artış; AH azalış
Kadın İzlem		√	AH↓	√		
KÖH	√				√	AH dönemi artış
BÖH		√	AH↑	√		
ENÖH		√	AH↑	√		
GNÖH		√	AH↑		√	AH daha hızlı azalış
PNÖH		√	AH↑	√		
Çocuk ÖH		√	AH↓	√		
Beş Yas Altı ÖH		√	AH↑	√		

AH↓ =SO döneminin son ayında(12, 2007) AH döneminin ilk ayından (01, 2008) daha yüksektir.

AH ↑=SO döneminin son ayında(12, 2007) AH döneminin ilk ayından (01, 2008) daha düşüktür.

AH döneminde BCG, Karma aşı-1, Kızamık ve Hep B aşısının 3. dozunda aşı oranlarının %100'ün üzerine çıktığı görülmektedir. Bunun nedeni SO döneminde hedef nüfusların doğru saptanamaması olabilir. Bu bulgular aşağıda bir tablo ile özetlenmiştir (bakınız Tablo-59)

Tablo 59. SO ve AH dönemlerinde aşı verilerinde kırılma ve eğimler

GÖSTERGELER	KIRILMA			EĞİM		
	P>0.05	P<0.05	Yorum	P>0.05	P<0.05	Yorum
BCG		√	AH↑		√	AH azalış
Karma 1		√	AH↑	√		
Karma 2	√			√		
Karma 3	√			√		
Hepatit B 1	√			√		
Hepatit B 2	√			√		
Hepatit B 3		√			√	AH azalış
Kızamık		√	AH↑		√	AH azalış

AH↑ :SO döneminin son ayında(12, 2007) AH döneminin ilk ayından (01, 2008) daha düşüktür.

SO döneminde muayene sayıları giderek artarken AH başladığında anlamlı bir kırılma ile artış devam etmiş ancak SO dönemindeki gibi yüksek bir artış eğimi göstermemiştir. Sık rastlanan hastalıklar açısından ise solunum yolu enfeksiyonları ve ishallerde anlamlı bir düşüş görülmektedir. Bulaşıcı hastalıklarda ise (kızamık, bruselloz, Hep B) tam tersine SO döneminde düşüş varken AH döneminde bu düşüş görülmemektedir. Bu bulgular aşağıda bir tablo ile özetlenmiştir (bakınız tablo 60).

Tablo 60. SO ve AH dönemlerinde morbidite verilerinde kırılma ve eğimler

GÖSTERGELER	KIRILMA			EĞİM		
	P>0.05	P<0.05	Yorum	P>0.05	P<0.05	Yorum
Ayaktan tanı tedavi		√	SO↓		√	SO artış
ÜSYE		√	SO↑	√		
ASYE		√	SO↑		√	SO artış AH azalış
Ak. Gastro Enterit		√	SO↑		√	SO artış AH azalış
DM		√	SO↑		√	SO artış AH azalış
Hipertansiyon	√			√		
KOAH		√	SO↑		√	SO artış AH azalış
Anemi		√	SO↑		√	SO artış AH azalış
Guatr		√	SO↑		√	SO artış AH azalış
Bruselloz		√	SO↓		√	SO azalış AH daha yavaş azalış
Kabakulak	√				√	SO azalış AH daha yavaş azalış
A.Kanlı İshal		√	SO↑		√	SO artış AH azalış
Hepatit A	√				√	SO azalış AH daha yavaş azalış
Hepatit B		√	SO↓		√	SO azalma AH daha yavaş azalış
Kızamık		√	SO↓		√	SO azalış AH artış
Kızamıkçık	√				√	SO azalış AH daha yavaş azalış
Kuduz Riskli Temas	√				√	SO artış AH azalış
Sifilis	√			√		

SO↑ = SO döneminin son ayında(12, 2007) AH döneminin ilk ayından (01, 2008) daha yüksektir.
SO↓ SO döneminin son ayında(12, 2007) AH döneminin ilk ayından (01, 2008) daha düşüktür.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, Manisa iline ait sağlık düzeyi göstergeleri yıllara göre SO (2003-2007) ve AH (2008-2012) dönemleri temel alınarak incelenmiştir. Türkiye’de 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulanması ile birlikte birinci basamak hizmet sunumunda önemli değişiklikler olmuştur (33, 34, 36). Bu nedenle gözlenen değişikliklerin SO ve AH dönemlerinde nasıl olduğu, hem kantitatif hem de kalitatif olarak bir arada incelenmeli, gözlenen değişimlerin diğer bölgelerde ve aile hekimliği uygulanan diğer uluslarda nasıl olduğu da tartışılmalıdır.

KDH ve GDH açısından dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. KDH ve GDH’nın SO dönemindeki durumu Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması/TNSA 2003 (37), Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 (38), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri (39), SB 2011 verisi (40) ve Manisa Nüfus Sağlık Araştırmasına 2005 (MNSA 2005) (41) ile de örtüşmektedir. Doğumun yapıldığı yer her iki dönemde de yüksek oranda hastane olmakla birlikte bazı yıllarda hastanede yapılan doğum oranının yüzde yüzün üzerindedir. Bu farkın nedeni olasılıkla AH döneminde gebelerin eksik tespit edilmesi olabilir.

Bebek, çocuk, gebe, loğusa ve kadın izlemleri AH döneminde anlamlı düzeyde azalmıştır. Bunun temel nedeni SO dönemindeki performans uygulaması ve izlem şemalarının AH döneminden olan farklılığıdır. SO döneminde izlemler bir önceki aya göre değerlendirilmekte ve artması durumunda sorun yok olarak değerlendirilirken, AH döneminde yıllık en az yapılması gereken izlem sayısı üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Ayrıca AH döneminde yapılan değişikliklerle bebek izlemleri 9 izlemde en az 6’ya, gebe izlemleri 12 izlemde en az 4’e, çocuk izlemleri 8 izlemde en az 4’e düşürülmüştür (12). Bu durumda AH döneminde izlem ortalamalarında anlamlı bir şekilde düşme olması normaldir. Ancak gebe ve loğusa izlemlerinin az da olsa negatif eğimde olması önemli bir uyarı olarak alınmalıdır. Nitekim AH döneminde gebe ve loğusaların artık aile hekimlerince daha az izlendiğini gösteren yayınlar olmakla birlikte (35) tam tersini iddia eden yayınlar da vardır (34,36). Bu nedenle burada artık esas tartışılması gereken izlemlerin niteliğidir. Ayrıca eğer gerekli girişimler yapılmazsa gebe ve loğusa izlem ortalamaları daha da kötüye gidebilir. Kadın izlemleri ise performans dahil olmaması nedeniyle daha da büyük bir azalma riski altındadır. AH’nin performans dahil olmayan uygulamalarda daha az izlem yapma eğiliminde olması nedeniyle AH döneminde kadın izlemleri azalmıştır. Ancak daha önemlisi izlemler daha da azalma eğilimindedir. Bu

nedenle AP uygulamalarında da benzer bir sonuçla karşı karşıya kalınabilir. AP uygulamalarının son 2 yıl verilerine hiç ulaşılabilmesi de bu anlamda ciddi bir uyarıdır. Nitekim MNSA 2005 çalışmasında ve 2011 yılında Kilis'te yürütülen bir çalışmada benzer şekilde AP hizmetlerinin düşük olduğu görülmektedir (41, 48). TÜİK'in 2011 yılı verilerine bakıldığında AÇSAP merkezlerinin azaldığı görülmektedir (49). AÇSAP merkezlerinin sayısının azalması da hizmetin aksamasında etkili olabilir.

Eldeki veriler son 2 yıl hariç tutulursa AP verilerinin AH döneminde fazla değişmediğini göstermekle birlikte, kadın izlemlerinin giderek azalması, AP verilerinin güvenilir olmadığını ya da kadınların AP hizmetleri için AH dışında başka kurum ve hekimleri kullandığını göstermektedir. Nitekim ebe-hemşirelerle yapılan görüşmelerde izlemlerin daha çok telefonlarla yapıldığı, ev ziyareti yapılmadığı, izlemlerin "gerektiğinde" randevu verilerek ASM'de yapıldığı ifade edilmiştir. Bu bulgular izlemlerin az yapılması kadar niteliğinin de sorgulanması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca kadın doğum uzmanlarınca yapılan izlemler de AH tarafından birinci basamakta yapılmış gibi kayıtlara geçmektedir. Yapılmadan yapılmış gibi gösterilen izlemlerin temel nedeni ise ebe-hemşirelerin ifade ettiği gibi negatif performans uygulaması nedeniyle yapılan kesintiler ve tüm sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin de ifade ettiği gibi aşırı iş yükü nedeniyle zaman azlığıdır.

Araştırmaya göre ölü doğum hızı ve düşük hızı AH döneminde SO dönemine göre daha yüksektir. Bu durum olası olarak daha iyi kayıt tutulmasına veya bebek ölümlerinin ölü doğum gibi kayıt edilmesine bağlı olabilir. Nitekim TNSA 2008 ile karşılaştırıldığında düşük hızının SO döneminde çok düşük olduğu, AH döneminde ise TNSA 2008 ve DSÖ verisiyle benzer olduğu görülmektedir (38, 42). Bu durum AH döneminde ölü doğum ve istemsiz düşüklere yönelik daha iyi veri tutulduğunu düşündürmektedir. AH döneminde daha iyi kayıt tutulmasının temel nedeni ise 2008 ve 2009 yıllarında çıkartılan genelgelerdir. Bu genelgelerle ölüm bildirimleri, bebek ölümleri ve ölü doğum bildirimleri için özel izlem sistemleri ve formlar kullanılmaya başlanmıştır.

KÖH aile hekimliği döneminde sağlık ocağı dönemine göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu durum olası olarak yaşlanan bir toplum olduğumuz için ve 2009 yılında ölüm bildirim sisteminde yapılan düzenleme paralelinde ölümlerin daha iyi saptanıyor olmasına bağlı olabilir. Nitekim TÜİK verileri ile bizim çalışmamızın verileri tutarlıdır (43). Ancak SB 2011 yılı verisine göre 2003 yılı KÖH ve 2011 KÖH arasında bir değişiklik olmamıştır (40).

BÖH'nin, AH dönemi başlangıcında SO dönemine göre anlamlı olarak yükselmesi olası olarak 2007 yılında aile hekimliğine geçilmesi öncesi SO kayıtlarındaki eksikliklere bağlı olabilir. SB 2011 yılı verilerine bakılırsa bebek ölüm hızı 2003 yılında binde 29.0, 2011 binde 7.7 olduğu görülmektedir (40). Manisa ili verilerine göre ise binde 14.4'ten binde 8.8'e düşmüştür. Manisa'da Türkiye geneline göre daha yavaş bir düşüş olduğu görülmektedir. OECD Health Data 2013 verisine göre BÖH 2004 yılında binde 20.5 olduğu 2010 yılında binde 10.1'e düştüğü görülmektedir (44). Ancak OECD ülkeleri içindeki durumuna bakılırsa BÖH diğer ülkelere göre halen yüksektir.

Neonatal ölüm hızı ve postneonatal ölüm hızı SO ve AH döneminde TNSA 2003, TNSA 2008 ve OECD verisine gibi (28, 34, 36, 37) zamanla yavaş bir azalma göstermiştir. Çocuk ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı, TNSA, SB ve DSÖ verisi gibi SO döneminde daha anlamlı olmayan biçimde yüksektir (22, 23, 25 27). Anne ölüm hızı/oranı, SO dönemi ve AH dönemi tesadüfi nedenlere bağlı ölümler çıkarıldığında UAÖÇ ile tutarlı olarak benzerdir (45). AÖO SB verisi (2003;yüz binde 61 2011; yüz binde 15.5) (40) DSÖ verisi (2010; yüz binde 20) (42), OECD 2013 verisi; (2005; yüz binde 28.5, 2010; yüz binde 16.4) (46) ile benzerdir. Ancak Dünya bankası ve DSÖ anne ölümleri inceleme verisine göre anne ölümleri açısından Türkiye'nin kayıtların iyi tutulmadığı ülkeler arasında olması bir handikaptır (47).

Bildirimi zorunlu hastalıklar, 2005 yılından 2012 yılına değin anlamlı olarak azalmıştır. Bu veriler SB ve TÜİK verisi ile uyumludur (40, 43). Ancak SO dönemine göre AH döneminde filyasyonların eskiden olduğu gibi yapılamaması önemli bir sorundur. Nitekim Manisa iline ait 2009 yılı sonrası bu konuda veriye ulaşamadığı için bu çalışmada filyasyonlar incelenememiştir. Bu konuda hekimler ve ebe-hemşireler de SO dönemine göre daha az sayıda filyasyon yapıldığını ifade etmişlerdir. Bunun temel nedenleri arasında ASM ve TSM'lerin koordinasyon sorunları, TSM'lerin görev tanımlarının çok net olmaması, TSM'lerin yönetim ve insangücü açılarından yeterince desteklenmemesi ve ASM'lerde bölge tabanlı hizmetin sunulmaması gibi nedenler sayılmaktadır. Nitekim sağlık çalışanları da bu yönde görüş bildirmiştir.

BCG aşılama oranı AH döneminde, Hepatit B üçüncü doz aşılama oranının da SO döneminde istatistiksel olarak daha iyi olduğu görülmektedir. Karma aşılar, Hepatit B ve kızamık aşılama oranlarının her iki dönemde de birbirine benzer olduğu görülmektedir. Ulusal çalışmalara bakacak olursak aşılama oranları MNSA 2005, TNSA 2008'den (38) ve TUIK ve DSÖ

verisine göre farklı olarak çok yüksektir (%100'ün üzerindedir)(38,41, 42, 43). Bu durum olası olarak Manisa'ya gelen tarım işçilerinin aşılması ya da sadece aile hekimine kayıtlı kişilerin hedef nüfusu oluşturuyor olmasına, bağlı olabilir. Bu nedenle burada bölge tabanlı bölge tabanlı hizmet sunumunun önemi ortaya çıkmaktadır.

AH döneminde ayaktan tanı tedavi ortalaması anlamlı olarak SO döneminden daha fazladır. Bu durum olası olarak, 2004 yılında birinci basamakta döner sermaye uygulamasının başlatılması, 2005 yılında üç önemli sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altında toplanması, aynı yıl bir başka düzenleme ile tüm resmi ve özel kurumlara başvurabilme hakkı elde edilmesi, sevk sisteminin uygulanmıyor olmasıyla ilişkili olabilir Nitekim SB verisine ve yürütülen çalışmalarla bu durum finansal kapsayıcılığın artması, teknolojik ve personel olanaklarının artması ile açıklanmıştır (34, 36). Nitekim araştırmamızın kalitatif bölümünde de AH döneminde finansal desteğin fazla olması ve performans sisteminin başvuruları olumlu etkilediği ifade edilmiştir. AH döneminde ortalama muayene sayısının durağanlığı toplumun hizmet kullanımını aynı şekilde sürdürmesi, özel kurumlara başvurması olabilir. Nitekim MNSA 2005 ve SB verisinde de bu durum görülmektedir (25,26). Laboratuvar hizmetlerine bakılırsa, yıllar içinde kan+seroloji testlerinin kullanımının arttığı, gebelik testinin yıllar içinde azaldığı da görülmektedir. Özellikle kırsal alanda aile sağlığı merkezlerinin laboratuvar hizmetlerini sağlık ocağı dönemine göre daha kısıtlı sunuyor olması, kırsalda ulaşımın daha güç olması, hastanelerin özel kurumların tercih edilmesine bağlı olabilir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasından diyabetes mellitus, anemi ve kronik obstruktif akciğer hastalığı sağlık ocağı döneminde daha sık görülmekle beraber aile hekimliği döneminde anlamlı olarak daha az görülmektedir, hipertansiyon ise SO dönemi ile benzer oranlarda kalmış aynı eğimde artmaya devam etmiştir. Ancak özellikle DM'un azalma bulgusunun tersine son yıllarda bu hastalığın arttığı bilinmektedir. Nitekim SB, TÜİK ve Ulusal Hastalık Yüklü Maliyet-Etkililik çalışması, MedCHAMPS çalışmasında da bu artış görülmektedir (25, 43, 50, 51). Bu artışlar göz önünde tutulunca AH döneminde hastalık sıklığındaki azalma bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili kayıtların iyi tutulmamasına bağlı olabilir.

Ölüm nedenlerine bakılırsa SO döneminde ölüm nedenleri içinde iskemik kalp hastalıklarına bağlı ölümler yıllar içinde artış göstermiştir. Nitekim bu durum SB ve TÜİK verisi ile uyumludur (40, 43). Fizik altyapıdaki değişime bakılırsa, 2003 yılı sonrası AH dönemine geçilene kadar SO sayılarının özellikle sağlık evi sayısının hızla azaldığı, ASM sayısının

arttığı görülmektedir (43, 49). Bu durum bize AH döneminde SO dönemine göre finansal olarak daha fazla kaynak ayrıldığını göstermektedir (52, 53). Ayrıca bu dönemde çalışanların ücretlerinin iyileşmiştir (54). Bilgisayarlı kurum sayısı SO döneminde AH dönemine göre çok azdır. 2006 yılında Manisa’da uygulanmaya başlanan geliştirilmiş sağlık ocakları projesi kapsamında bilgisayarlı kurum sayısı, poliklinik oda sayısı artış göstermiştir. Nitekim SB verisine göre 2003 yılında SO muayene oda sayısı 8200 iken 2008 yılında 15632, 2011 yılında 20216 olmuştur (40). AH döneminde SO dönemine göre birinci basamakta çalışan pratisyen hekim ve hemşire sayısının arttığı, ebe ve sağlık memuru sayısının azaldığı görülmektedir. Bu değişime paralel olarak, pratisyen hekim ve hemşire başına düşen nüfusun azaldığı başka çalışmalarla uyumlu olarak göze çarpmaktadır (25, 30, 55, 56, 57). Ebelerin ev ziyaretleri yapma durumu araştırmanın kalitatif bölümünde değinildiği gibi sağlık ocağı döneminde daha fazladır. Bu durum Robert L ve ark. Çalışmasında da dile getirilmiştir. Nitekim ev ziyaretlerinin yapılması sayesinde riskli gebelerin daha iyi izlendiği, doğumla ilgili komplikasyonların daha iyi belirlendiği, bu dönemde aile planlaması yöntem kullanımında da bir artış olduğu görülmektedir (58).

Sağlık çalışanlarının aile hekimli sistemini tercih etme nedenine bakılırsa çalışanlar aile hekimliği sisteminin içinde zorunlu olarak bulunulduğu ifade etmişlerdir. Sisteme geçilmeden önce çalışanların düşünceleri sisteme uyum sağlama açısından önemlidir. Nitekim Kanada’da yürütülen bir çalışmada sistem öncesinde çalışanlardan geri bildirim alınmasının sistemin işlerliği açısından önemli olduğu vurgulanmıştır (59). Ancak Türkiye’de düşünce alınması bir yana pilot uygulama sonrası hızlı bir şekilde tüm illerde uygulanmaya başlanmıştır. Bunun sonucu olarak halen bazı aksaklıklar sürmektedir. Bu aksaklıklar bir çalışmada sistemin ticari bir girişim olarak sürdüğü, tedavi odaklı olduğu, performansa dayalı çalışmanın çalışanlar arası rekabeti artırdığı (60) bir başka çalışmada, performansın çalışan ve hasta memnuniyetini artırdığı belirtilmiştir (34). Dünya Bankası tarafından desteklenen Haiti’de yürütülen bir çalışmada performansa dayalı ödeme ile hizmetlerin iyileştiği, özellikle bebek ve çocuk ölümlülüğünün azaldığı ifade edilmektedir (61). Kanada’da yürütülen bir başka çalışmada ise performansa dayalı ödeme ile hizmet kalitesinin arttığı, pap smear taraması yapma durumunda ve aşılama oranında artış olduğu belirtilmiştir (62). Nitekim bu durum bizim çalışmamızın kalitatif bölümünde hekim ve hemşirelerin görüşleri ile de örtüşmektedir. Performans sonucu rekabete dayalı ekip çalışmasını içermeyen bir hizmet sunumu vardır. Mollahaliloğlu ve ark. çalışmasında yöneticiler, performans temelli ödemenin yararlı olduğunu, tek parti iktidarının

sistemin uygulanmasında etkili olduğunu, SO'larının tek parti dönemlerinde bu denli desteklenmediği ifade edilmiştir (60). Bizim çalışmamızda da yöneticiler, hekimler ve hemşireler benzer durumları ifade etmişlerdir. Sağlıkta dönüşüm programı gereği yürütülen hasta merkezli, başvuruya dayalı hizmet etkili, kaliteli bir hizmet sunumu değildir. Nitekim Küba'da yürütülen bir çalışmada Küba'daki birinci basamak sağlık sisteminin toplum temelli ve kapsamlı olduğu için geliştirmekte olan ülkelerin ekonomilerine göre iyi çıktılar verdiği, bu nedenle ABD'de uygulanan aile hekimliği sisteminden daha iyi olduğu görülmektedir (63). Hindistan'da yürütülen bir çalışmada ise birinci basamakta başarı için güçlü bir toplum katılımının olması gerektiğine, multidisipliner yaklaşımın olması gerektiğine vurgu yapılmıştır (64). Benzer bulgular Türkiye'de yürütülen bir çalışmada SO döneminde birinci basamakta toplum temelli, multi-disipliner ve ekip çalışmasına dayalı hizmet sunumu var iken AH döneminde özelleşme yapısı görüldüğü ifade edilmiştir (57). Türkiye'de yürütülen bir başka çalışmada ise hizmet sunumunun toplum temelli, ekip çalışmasına dayanan, çeşitli meslek gruplarını içinde barındıracak şekilde yürütülmesi gerektiği, halk sağlığı ve toplum sağlığı konularının sadece toplum sağlığı merkezinin görevi gibi algılanıp aile hekimleri tarafından bu konuların göz ardı edilmesinin bir handikap olduğu vurgulanmıştır (56).

Araştırmanın kalitatif boyutu üzerinden her iki dönem değerlendirilirse,

Hekim seçebilme: Hekim seçebilme yöneticiler, hekimler, hemşireler ve hastalar tarafından hastanın izlenebilmesi açısından avantaj olarak dile getirilmektedir. Ancak yöneticiler hekimlerin son dönemde kendilerine yeterli nüfusun düştüğünü fark etmeleri ile birlikte hastanın kabul ve yönlendirilmesi konusunda diğer hekimler ile anlaşıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum AH sisteminin temel özelliği olarak dile getirilen hekim seçme hakkını ortadan kaldırmaktadır. Benzer olarak ifade edilen bir diğer konu ise AH döneminde uygulanan esnek çalışmadır. Esnek çalışma olan yerlerde de hastalar her zaman istediği hekime muayene olamamaktadır. Ek olarak o zaman süresince hizmet almayı kendi aile hekiminin gelmesini beklemektedirler bu durumda hastanın hekim seçmesini engellemektedir. Hekim seçebilme konusunda, yöneticiler ve hemşirelerce dile getirilen bir diğer nokta ise çok farklı bölgelerden hasta kaydının yapılmasıdır. Bu durum hastanın izlenmesi, yaşadığı yerde görülmesini engellemektedir. Bu hizmet anlayışı ile ancak sağlık kurumuna başvuran kişiler hizmet alabilmektedir. Hekim seçebilme kır-kent bakış açısı ile değerlendirildiğinde hastalar kırsal alanda aile hekimini seçebilmenin bir avantaj olmadığını çünkü yakın sağlık kurumu

tercih etme eğilimi olduğundan yaşadığı yerdeki aile hekimine gittiklerini ifade etmişlerdir. Kentte ise hastalar memnun olmadıklarında başka bir aile hekimini seçebilmekten memnun olduklarını söylemişlerdir.

İlk Başvuru Yeri: Araştırma grubundaki tüm kişilere göre, ilk başvuru yeri, AH döneminde ASM'ler SO döneminde ise SO'larıdır. Ancak, SSK'lıların SO döneminde her kuruma başvuramaması, teknoloji eksikliği, performansın olmaması ve aile hekiminin sağlık ocağı dönemindeki özel muayenehane doktorlarının yerini alması gibi nedenlerle AH döneminde birinci basamağa başvurular SO dönemindeki birinci basamağa başvurulardan biraz daha fazladır. ASM'ler yöneticilere, hekimlere, hemşirelere ve hastalara göre sıklıkla koruyucu hizmetler, reçete yazdırma ve muayene için tercih edilirken hekim ve hemşirelere göre ASM'lerin tercih edilmesinde yakınlık da etkilidir. Nitekim Tanır ve ark. Adana'da yürüttüğü bir çalışmada da a da aynı sonuçlar bulunmuştur (65). SO'ları yöneticilere, hekimlere, hemşirelere ve hastalara göre koruyucu hizmetler, reçete yazdırma, muayene ve küçük sağlık sorunları nedeniyle tercih edilmekteydi.

Ulaşılabilirlik (ekonomik, fiziksel, aynı hekime ulaşma, bekleme süreleri): Hizmeti kullananlar her başvuru nedeniyle katkı payı alınmasından (eczanelere reçeteyle yaptıkları başvuru sırasında) yakınmışlardır. Bu durum hizmete ulaşılabilirliği engelleyen ciddi bir sorun olarak ele alınmalıdır. Ancak Bakanlık istatistikleri ve yayınları tersini iddia etmektedir (33, 34, 36). Öte yandan yöneticiler, hekimler, hastalar AH döneminde ulaşılabilirliğin daha yüksek olduğunu belirtirken hemşireler ulaşılabilirliğin benzer olduğunu ancak aile hekimlerine mobil hizmette ve mesai dışında ulaşamadığını söylemişlerdir. Mesai dışında ulaşamama yürütülen başka çalışmalarda da sorun olarak dile getirilmiştir (65). Tüm katılımcılar AH döneminde telefonla ulaşılabilirliğin SO dönemine göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bekleme süresi yöneticiler, hekimler ve hemşirelere göre SO döneminde AH döneminden daha fazladır. Burada poliklinik sayısının az olması ve yoğunluk ön plana çıkmaktadır. Yöneticilere göre 2004 yılı öncesi dönemde muayene süresi, normal iken 2004 yılında döner sermaye uygulaması ile hekimlerin polikliniklere daha sık girmeye başladığı ve daha çok hasta muayene etme amacıyla daha hızlı hasta baktıkları ve hastaları daha az belettikleri ifade edilmiştir. Araştırma grubuna göre hastalar AH döneminde SO dönemine göre daha fazla aynı hekime muayene olabilmektedir. SO döneminde, kentsel alanda poliklinik sayısının az olması ve farklı hekimlerin poliklinik yapması nedeniyle aynı kişiye

muayene olmaktadır. Poliklinik oda sayısının ve teknolojik olanakların artması aynı hekime muayene olmayı ve memnuniyeti artırmıştır (34, 36, 66). Ama kırsal alanda SO ve AH dönemi arasında bir fark yoktur. Çünkü kırsal alanda hastalar hekim seçemedikleri için genellikle aynı hekime muayene olabilmektedir. Araştırma grubuna göre aile hekimleri kendilerine ait belirli bir nüfusun olması, bilgisayar ve AHBS olanaklarının olması nedeniyle çoğunlukla hastaları tanımaktadırlar. Hekimler ve hemşireler kendilerinden hizmet alan hastaları kişisel olarak tanıma ve izleme olanağını sistemin en olumlu özelliği olarak tanımlamışlar, ancak aile hekimleri listelerinde yer almalarına rağmen, kendilerinden hiç hizmet almayan hastaları ile ilgili hiçbir fikirlerinin olmadığı açıklamışlardır. Bu durum Çiçeklioğlu ve ark., Özdemir ve ark. yürüttüğü çalışmada da benzer bulunmuştur (67, 68). Aynı hekime muayene olabilmeye olduğu gibi SO döneminde kırsal alanda hastalar hekimlerini tanımaktadır.

Hizmet çeşitliliği: Araştırmaya katılan tüm gruplar; SO döneminde toplum yönelimli hizmet, AH döneminde ise ASM'lerin birey yönelimli hizmet sunduğunu, toplum yönelimli hizmet sunumunun iş yükü, yerine bakacak kimse olmaması, personel sayısının az olması gibi nedenlerle TSM tarafından sunulduğunu dile getirmişlerdir. Hekim, hemşire ve yöneticiler SO döneminde bölge tabanlı hizmetlerin olmasından memnun iken en azından kısmi olarak da olsa bölge uygulamasının korunmasını savunmuşlardır. İzmir'de yürütülen bir çalışmada da bölge tabanlı hizmet sunumunun önemine vurgu yapılmıştır (68). SO döneminde ev ziyaretleri sıkça yapılırken, yöneticilere, hekimlere ve hemşirelere göre AH döneminde gerektiğinde yapılmaktadır. İş yükünün fazla olması ve yerine bakacak personel olmadığı için hastalar sağlık personeli tarafından yaşadıkları yerde değil sıklıkla sağlık kurumuna başvurduğunda görülebilmektedir. Çalışanların toplumu tanıma olanağı ve yeterli oranda AÇSAP hizmeti verememeleri önemli bir sorundur (68). Kayseri'de, Adana'da, Manisa'da İzmir'de yürütülen çalışmalarda da hizmet kullanıcılar SO döneminde ev ziyaretlerinin daha çok olduğunu belirtmişlerdir (68, 69, 70, 71, 72, 73).

Her iki dönemde koruyucu, tedavi edici hizmetler ve izlemler açısından fark olmamakla birlikte bu hizmetler AH döneminde performans sistemi, SO döneminde ise çalışanların kendi gayretiyle yürütülmektedir. İzmir'de yürütülen bir çalışmada da gebe, bebek izlemleri ve aşılama durumunun negatif performans nedeniyle yüksek olduğu belirtilirken, prematür doğumlardaki aşı gecikmeleri nedeniyle bile performans cezası alınabildiği, bunun da

hekimleri bazı hilelere başvurmak zorunda bıraktığı belirtilmiştir (54). Kayseri’de yürütülen bir çalışmada da her iki dönem açısından hizmetlerde bir fark olmadığı vurgulanmıştır (55).

Sağlık yöneticileri, hekimler ve hemşireler izlem sayılarının azaldığı, özellikle kronik hastalık izlemlerinde sıkıntılarının olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca performansa dahil olmayan izlemler konusunda da problemler vardır. Ankara’da yürütülen çalışmada AP hizmet sunumu, Düzce’de yürütülen çalışmada ise kadın izlemleri düşük bulunmuştur (55, 68, 70, 73). Bulaşıcı hastalık ve çevre sağlık hizmetleri açısından başka çalışmalar ile uyumlu olarak gereken filyasyon ve çevre, iş yeri denetimi yapılmadığı görülmektedir (74, 75). AP hizmetleri açısından da SO’ları döneminde etkin bir hizmet sunulurken şu anda AH döneminde bu konuda malzeme sıkıntısı yaşanmaktadır Bu durum diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (65, 76).

İletişim: Yöneticiler, hemşireler ve hastalar AH döneminde hastalara hasta kaybetme korkusu ve performans sistemi nedeniyle daha çok zaman ayırmakta ve sahiplenmektedirler. Ancak hekimler ve hemşirelere göre AH döneminde hastaların saygısız davranmaya başladığını, hasta kaybetme korkusunun farkında olduklarından bu durumu kullandıkları dile getirilmektedir. SO döneminde ise daha resmi bir ilişkinin olduğu, SO döneminde hastalar farklı hekimlere muayene olduğundan, yoğunluktan, hastaların az tanınmasından, hekimlere verilen ücretlerin azlığından, performans sisteminin olmamasından dolayı ilgilenme de AH dönemine göre daha azdır. Adana’da yürütülen bir çalışmada da AH’lerinin daha ilgili olduğu sonucuna varılmıştır (65).

Katılım ve Kabul edilebilirlik: Hekimler ve hemşireler toplum katılımının SO döneminde daha fazla olduğunu belirtirken sağlık yöneticileri bir fark olmadığını toplumun genellikle katılımında bulunmadığını dile getirmişlerdir. Hastalara göre ise SO döneminde daha fazla olmakla beraber kentte daha fazla toplum katılımı olmaktadır. Eğitim bilinçlendirme açısından hastalara ve hekimlere göre bir fark yok iken hemşireler ve yöneticiler iş yükünün fazla olması nedeniyle SO döneminde daha iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışma Koşulları: AH ve ASE tercih edilmesinin nedeni sıklıkla mecburiyet olmakla birlikte bunu yüksek ücret takip ederken hekimler geçici görevlendirme korkusunun olmasını da ifade etmişlerdir. Düzce’de ve İstanbul’da yürütülen çalışmalarda da tercih nedeni, mecburiyet ve yüksek ücrettir (48, 55, 69, 77, 78). Yöneticiler, hekimler, hemşireler AH

döneminde ücretlerin SO döneminden daha iyi olduğunu belirtirken, bu durum Nesanır'ın yürüttüğü çalışma ile de örtüşmektedir (55). Yöneticiler, hekimler ve hemşireler esnek çalışmanın olmaması konusunda hem fikirken, sözleşmeli çalışma konusunda yöneticiler hemşireler ve hekimlerden farklı olarak hizmetin yürütmesi için sözleşmeli çalışmanın olması gerektiğini savunmuşlardır (48). Ancak bu durum, hekimler ve hemşirelerde iş, hak kaybı korkusu, belirsizliğin olduğu bir ortamda olmalarına neden olmaktadır. Benzer şekilde Kayseri'de yürütülen bir çalışmada da çalışanlar sözleşmeli olarak çalışmaktan memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir (79).

Ekip Çalışması: Tüm katılımcılara göre SO dönemde ekip çalışması varken AH döneminde ekip çalışması yoktur. AH ve ASE'nin 2 kişiden oluşan zorunlu bir ekip olduğu bu nedenle yerinden ayrılamadıkları dile getirilmiştir. Manisa'da, Kayseri'de ve yurt genelinde yürütülen başka çalışmalarda da ekip çalışmasının azaldığı dile getirilmiştir (48, 69, 70, 80, 81). Yöneticiler sistemin özünün rekabet olduğunu, bu nedenle rekabet yaşandığını ancak son dönemlerde aile hekimlerinin kendilerine yeten bir nüfus olduğunu fark etmeleri ve kendi aralarında anlaşmaları nedeniyle rekabetin azaldığını dile getirirken, hekimler ve hemşireler rekabetten memnun olmadıklarını hasta kapmaların yaşandığını dile getirmişlerdir.

Nüfus Kapsayıcılığı: Tüm katılımcılara göre hem AH hem de SO dönemde hekim başına düşen nüfus fazladır. Manisa'da, illere göre çeşitliliğin sağlanmaya çalışıldığı bir başka çalışmada da nüfusun ve iş yükünün fazla olduğu belirtilmiştir (68, 71). Yöneticiler, hekimler ve hemşirelerin SO döneminde üzerinde durduğu bir diğer nokta SO döneminde ebeler için bir nüfusun olmasıdır. O dönemde hekimlere belli bir nüfus verilmemesi eleştirilmiştir. Yöneticiler, hekimler ve hemşireler AH döneminde kayıtların niteliğinin ve güvenilirliğini AHBS ve bilgisayar olanakları nedeniyle iyi olduğunu düşünürken yöneticilerin bir kısmı yeterince ev ziyaretleri yapılmadığı için AH döneminde tüm kayıtların güncel olmadığını ifade etmiştir. SO döneminde evrak işlerinin çokluğu, teknolojik olanakların olmaması AH sisteminde kayıt açısından daha olumlu bir görüntü çizmektedir.

Finansal Kapsayıcılık: Tüm araştırma grubu AH döneminde sosyal güvence bakımından kurumların tek çatı altında toplanmasından, SSK'ların diğer kurumlara başvurabilmesinden Adana'da yürütülen bir çalışmada olduğu gibi memnunnardır (34, 36, 67). Hastalar AH döneminde ilaca, muayeneye ve özel kurumlara katkı payı verilmesinden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimler ve hemşireler iş kaybı, hak kaybı konusunda

endişe taşımakta bu anlamda gelecekle ilgili bir belirsizlik olduğunu düşünmektedirler. Nitekim başvuru sayısı artmıştır. Sevk sistemi de olmadığı ve katkı payları da alındığı için sağlık harcamalarında on yıl öncesine göre ciddi artışlar olmuştur (36).

Koordinasyon: Sağlık yöneticileri, hekimler ve hemşireler kurumlar arası koordinasyon eksikliği olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Manisa’da, İzmir’de yürütülen çalışmalarda da koordinasyon eksikliğine değinilmiştir (68, 74, 81). Kurumlar arasında bulaşıcı hastalık, çevre sağlığı hizmetleri ile ilgili sorunlar vardır. Toplumu ilgilendiren bir sorun olduğunda aile hekimi yeterince sahaya çıkamadığı için, gereken bildirimleri de başka kurumlardan her zaman alamadığı için bir bilgi karmaşası yaşanmaktadır. Diğer bir öne çıkan konu ise yöneticiler TSM’nin yaptırımlarının az olmasından, hekimler ise kendilerinden daha az ücret alan TSM çalışanlarının kendilerini denetlemesinden memnun değillerdir.

Hizmet içi eğitim: Hekimler ve yöneticiler AH döneminde hizmet öncesi eğitimin yetersiz olduğunu, kısa özet bir eğitimin olduğunu, SO döneminde ise lisans eğitimi sırasında saha deneyimlerinin, mevzuat bilgilerinin eksik olması nedeniyle mesleğe başladıklarında sıkıntı yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Hemşireler ise hizmet öncesi eğitimlerin yeterli olduğunu düşünmektedirler. Hizmet içi eğitim konusunda da hekimler ve yöneticiler eksik yetersiz olduğunu ifade ederken hemşireler yeterli olduğunu söylemişlerdir. Burada ortaya çıkan bir diğer konu da personel sayısının az olması nedeniyle hekim ve hemşirelerin eğitime katılamamasıdır. Benzer şekilde Kayseri’de yürütülen bir çalışmada da çalışanlar personel azlığı nedeniyle eğitime katılamadıklarını ifade etmişlerdir (69).

Mevzuat: Tüm çalışanlar mevzuat açısından AH mevzuatının eksik ve gecikmeli olduğunu ifade ederken hekim ve hemşireler iş kaybı korkusu yaşadıklarını, personelin yeterince düşünülmediğini ifade etmektedir. İstanbul’da ve Kayseri’de yürütülen bir çalışmada çalışanlar gelecek ile ilgili kaygılarının olduğunu belirtmiştir (48, 78, 80). SO döneminde ise sosyalleştirme mevzuatının o dönemde iyi, güzel bir mevzuat olduğunu ancak yeterince sahip çıkılmadığını bu nedenle de yeni bir sisteme geçilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Sevk: Sağlık yöneticileri ve hastalar sevk zincirinin uygulanmasını isterken hekimler ve hemşireler iş yükünün artacağı endişesi ile sevk zincirinin uygulanmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde yürütülen bir çalışmada kişiler sevk uygulaması yürürlüğe

girdiği takdirde sistemin tamamıyla çökeceği konusunda tüm katılımcılar görüş birliği içindedir (67).

Fizik - Teknik koşullar: AH döneminde AHBS ve bilgisayar olanakları bu hizmetlerin yerine getirilmesinde çalışanlara oldukça kolaylık sağlamaktadır. Benzer sonuçlar 28 ilde ASE ile görüşülerek yürütülen çalışmada da fizik- teknik koşulların AH döneminde daha iyi olduğu, AH döneminde daha fazla ödenek ayrıldığını belirtmişlerdir (34, 36, 48). Tüm çalışanlar ve yöneticiler bu durumdan memnuniyetlerini dile getirmişlerdir ve bunu destekleyen başka çalışmalar da vardır (70). SO fiziksel koşullarının yetersiz olması benzer şekilde Narlıdere’de yürütülen bir çalışmada da ortaya konulmuştur (73). Ancak internet, bilgisayar, cep telefonu gibi teknolojik gelişmelerin AH döneminde daha fazla yaygınlaşması nedeniyle SO dönemine bu anlamda bir haksızlık yapılmamalıdır. Fiziksel koşullar, teknik donanım, laboratuvar olanakları açısından görüşülen tüm gruplar AH döneminde koşulların daha iyi olduğunu belirtirken özellikle kırsalda yaşayan hastalar laboratuvar olanaklarının SO döneminde daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum şu anda AH’nin ilçe devlet hastaneleri, sağlık müdürlüğü ile yapılan anlaşmalar kapsamında ilçe ve il düzeyinde verilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bireylerin hizmet almak için ilçeye gitmesi gerekmekte, bu anlamda bir ulaşılabilirlik sorunu yaşamaktadırlar. Sağlık çalışanları ayrıca fiziksel özellikler ve teknik donanım açısından devletin kendi sorumluluğunu aile hekimlerine devrettiğini ve daha önceki dönemde SO’larına gereken desteğin sağlanmadığını bu durumun SO’larını yetersizliği dolayısıyla sistemin değişimine sürüklediğini ifade etmişlerdir.

6. SONUÇ

Manisa’da yapılan bu araştırma sonucunda SO ve AH dönemleri kantitatif ve kalitatif olarak kıyaslandığında bazı alanlarda birbirlerine üstün oldukları saptanmıştır.

Genel olarak bakıldığında Aile Hekimliğinin üstün yanları şöyle özetlenebilir:

- Ø Her iki dönemde de çalışmış personele ve hizmet almış halka göre AH’leri hastalara ilgi gösterme, aynı hekim tarafından izlenme, hekime güven duyma vb nedenlerle SO hekimlerinden daha iyidir.
- Ø Bu nedenle AH’lerinin ilk başvuru yeri olarak kullanılmaları da artmıştır. Hastaların bekleme süreleri ise eskisinden daha azdır.
- Ø AH’leri kayıt tutma, bilgisayar, internet, telefon olanakları açısından da SO’larından daha iyidir
- Ø Çalışanlar performans uygulamasının hizmeti artırdığını ifade etmişlerdir.

Genel olarak bakıldığında Sağlık Ocağı döneminin üstün yanları şöyle özetlenebilir:

- Ø Her iki dönemde de çalışmış personele ve hizmet almış halka göre ev gezileri, çevre sağlığı çalışmaları ve aile planlaması çalışmaları SO döneminde daha iyidir.
- Ø Her iki dönemde de çalışmış personele göre SO’ları ekip çalışması açısından, topluma yönelik hizmet sunumu açısından ve bulaşıcı hastalık filyasyon çalışmalarında AH’den daha iyidir.
- Ø Kırsal alanda yaşayan halka göre kırsal SO uygulamaları (lab, gezi, ulaşım vb) AH döneminden daha iyidir. Kentsel alanda ise halk bekleme süresinin azalması ve aynı hekime ulaşmaktan memnundur. Halkın katkı paylarından yakınması ise AH döneminde daha çoktur.
- Ø Çağdaş sağlık hizmetleri ile geleneksel hizmetleri birbirinden ayıran en önemli özelliklerden birisi, çağdaş sağlık hizmetlerinin ekip anlayışı içinde sunulmasıdır. Oysa AH döneminde geleneksel hizmet anlayışında olduğu gibi hizmet daha çok hekim üzerinden yürütülmekte, yanında tek bir sağlık elemanı çalışmaktadır. Bu durum SO dönemindeki üstün ekip hizmetinin yerini tutmamaktadır.

Her iki dönemin benzer yanları ise şöyle özetlenebilir:

- Ø Küçük sağlık sorunları ve reçete yazdırmak için ilk başvuru yeri olması
- Ø Hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması
- Ø Sevk zincirinin çalışmaması

Aile hekimliğinin bu çalışmamızda bireyselleşme, özgürlük (istediği hekimi seçebilme), yüksek teknoloji kullanımı ve performans gibi kavramlarla birlikte tanımlandığı saptanmıştır. Uluslararası gelişmeler de göz önüne alındığında bu araştırmadan çıkan ilk tema küreselleşmedir. Ayrıca bir başka tema “temel sağlık hizmetleri” olarak ortaya çıkmıştır. Hizmetin sürekliliği, çeşitliliği, ulaşılabilirlik gibi temel kavramlar bu temayı beslemektedir. Dolayısıyla küreselleşmenin getirdiği dayatmalar ve halk sağlığı yaklaşımı bu çalışmanın sonucunu oluşturmaktadır.

7.ÖNERİLER

AH sistemi hasta seçimine dayalı, toplum katılımının ve ekip çalışmasının az olduğu hasta merkezli bir uygulamadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri bölge tabanlı, toplum katılımı ve ekip çalışması, toplum temelli hizmet sunumunu esas almalıdır. Manisa ilindeki web tabanlı AHBS programı aile hekimliği sisteminin gelişimi adına önemli katkılar sunan yararlı bir programdır. Ancak kayıtlı kişilerin sadece yaş ve cins verisi bulunmaktadır. Bu nedenle gerekirse TÜİK ile entegre bir veri tabanı oluşturularak daha kapsamlı veriye ulaşım sağlanabilir. Aile hekimliği sisteminde kayıtların özellikle azalma gösteriyor gibi görülen kronik hastalıklar konusunda daha düzenli tutulması sağlanmalıdır. Personel çeşitliliği ve ekip çalışmasının oluşması sağlanmalıdır. Etkili ve kademeli sevk zincirinin uygulanması gerekmektedir. AH döneminde uygulanan hasta listesi uygulaması hastaların takibini güçleştirmektedir. Çalışanların iş yükünün fazla olması nedeni ile ev ziyaretleri yapamadıkları için ancak sağlık kurumuna başvuranlar hizmet alabilmektedir. Aile hekimi başına düşen nüfus yüksektir. Aile hekimi başına düşen nüfus azaltılırsa, koruyucu hizmetler, kronik hastalıkların takibi daha iyi yapılabilir. Sistemin özellik kırsal alanda başarılı olması kırsal alanda SO sisteminin uygulanması gerektiğini bize düşündürmektedir. AH sistemi araştırma grubuna göre hem hükümetçe hem de teknolojik olanaklar tarafından desteklendiği için farklı görünmektedir. Aslında hizmet açısından bir şey değişmemiştir. Performans uygulaması bazı göstergelerin iyi olduğunu göstermekle birlikte performansın içinde olmayan parametrelerin durumunun ne olduğu belirsizdir. Öneriler kısaca şöyle özetlenebilir:

- Ø AH'nin nüfusu azaltılmalıdır. Böylece koruyucu hizmetlerin risk gruplarının izlemlerinin iyileştirilmesi sağlanabilir.
- Ø İzlemler, toplumu tanıma açısından bölge tabanlı hizmet sunumu esas alınmalıdır.
- Ø AH sisteminde bir ekip çalışması sağlanmalıdır. Ekip genişletilmeli ve iş yükü azaltılmalıdır.
- Ø AH'nin aile planlaması çalışmaları yapması sağlanmalıdır.
- Ø AH'nin bulaşıcı hastalık filyasyon çalışmaları yapması sağlanmalıdır.
- Ø AH sisteminde topluma yönelik hizmet sunumu ve çevre sağlığı çalışmaları yeniden ele alınmalıdır.
- Ø Kırsal alanda AH uygulamaları (lab, gezi, ulaşım vb) yeniden ele alınmalıdır.
- Ø Halkın katkı paylarından yakınması dikkate alınmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı (1961) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12.01.1961 tarih 10705 sayılı Resmi Gazete.
2. Sağlık Bakanlığı (2004) 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. 9.12.2004 tarih 25665 sayılı Resmi Gazete.
3. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. Erişim Tarihi: 10.10.2012 http://www.ihd.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=156:insa-n-haklari-evrensel-beyannames&catid=37
4. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi. Erişim Tarihi: 10.10.2012 http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=70_0&Itemid=36
5. T.C. 1982 Anayasası. Erişim Tarihi: 12.10.2012 <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>
6. Türk Tabipleri Birliği. Prof.Dr. Nusret FİŞEK'in Kitaplaşmamış Yazıları I. Erişim Tarihi: 10.10.2012 http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/23.html
7. Türk Tabipleri Birliği. Türkiye'de sosyalleştirmenin 50 yılı. Erişim tarihi 18.10.2012. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf>
8. Sağlık Bakanlığı (2013) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Erişim tarihi 20.03.2013 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>
9. İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu (2013) Aile hekimliği uygulama yönetmeliği hakkında. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h-1TEgjxjFsJ:www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/ahyonetmelik25.01.2013.pdf+&cd=4&hl=tr&ct=clnk&gl=tr>
10. Sağlık Bakanlığı (2005) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. 06.07.2005 tarih 25867 sayılı Resmi Gazete.
11. Sağlık Bakanlığı (2010) Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 30.12.2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazete.
12. Sağlık Bakanlığı (2005). Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge.19.03.2004 tarih ve 1112 sayılı makam onayı.
13. Sağlık Bakanlığı (2006). Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.13.10.2006 tarih ve 11465 sayılı makam onayı.
14. Sağlık Bakanlığı (2011). Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı yönerge.
15. Sağlık Bakanlığı (2007). Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi.05.04.2007 tarih ve 1397 sayılı genelge.
16. Sağlık Bakanlığı (2007). Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. 30.05.2007 tarih ve 26537 sayılı Resmi Gazete.
17. Sağlık Bakanlığı (2008). Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası.31.05.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete.
18. Sağlık Bakanlığı (2013). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği.01.08.2013 tarih ve 28725 sayılı Resmi Gazete.
19. Sağlık Bakanlığı (2009). Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (Daimi

- Genelge) 13.03.2009 tarih ve 2009/17 sayılı genelge.
20. Sağlık Bakanlığı (2009). Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi Genelgesi. 04.05.2009 tarih ve 2009/31 sayılı genelge.
 21. Sağlık Bakanlığı (2012). Ölüm Bildirim Sistemi Genelgesi. 01.05.2012 tarih ve 2012/05 sayılı genelge.
 22. Socialist Health Association 26 April, 2011 erişim tarihi 19.09.2012.
 23. Alma-Ata Bildirgesi. Erişim tarihi: 11.10.2012
http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html
 24. Kılıç B. "Alma-Ata'dan 30 yıl sonra gelinen nokta: Temel sağlık hizmetleri kavramı değişti" VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Sempozyum kitabı içinde, sayfa:2-7, İzmir (2009).
 25. World Health Organisation (1997) Primary health care concepts and challenges in a changing world, Alma-Ata revisited. Current Concerns ARA paper no7, WHO/ARA/CC/97.1, Geneva, Switzerland.
 26. The World Health Report 2008. Primary Health Care (Now More Than Ever) Erişim tarihi:20.09.2012 <http://www.who.int/whr/2008/en/>
 27. Aydın S. Alma-Ata'dan günümüze temel sağlık hareketi. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri. 1. Baskı. Sağlık Bakanlığı yay. Ankara, 2008;24-47.
 28. Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second pres. UK.Radcliffe Pub; 2003;23-26.
 29. Aksakoğlu G. Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor Toplum ve Hekim, 2002; 17:91-100.
 30. Türkiye İstatistik Kurumu. 2012 Manisa Nüfusu. Erişim Tarihi: 21.06.2013 http://www.manisa.gov.tr/default_B0.aspx?content=217
 31. UCLA Institute For Digital Research and Education. How can I run a piecewise regression in Stata. Erişim tarihi: 16.05.2013 <http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/faq/piecewise.htm>
 32. Wagner AK, Somerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 2002; 27; 299-309.
 33. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı. Erişim tarihi: 11.06.13 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>
 34. Baris, Enis, Salih Mollahaliloglu, and Sabahattin Aydin. Healthcare in Turkey: from laggard to leader. BMJ, 2011;342;579-582.
 35. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E. ve ark. Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. Dicle Tıp Dergisi. 2012;39:227-233
 36. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet, 2013;382;65-99.
 37. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003. Erişim tarihi: 11.06.13 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.html>
 38. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. HÜ Hastanesi Basımevi. Erişim tarihi 12.06.2013 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor-tr.pdf%E2%80%8E

39. Türkiye İstatistik Kurumu. Doğurganlık İstatistikleri. Erişim tarihi: 11.06.13
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/demografiapp/dogum.zul>
40. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Erişim tarihi: 10.11.2012
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-16345/saglik-istatistikleri-yilligi-2011.html>
41. Dinç G, Cambaz S, Nesanır N, Şerifhan M, ve ark. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1. Baskı, Manisa, CBÜ matbaası. 2007;35-79.
42. World Health Organisation Turkey Health Profile. Erişim tarihi 15.06.2013.
<http://www.who.int/gho/countries/tur.pdf>
43. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Yıllığı 2011. Erişim tarihi 12.06.2013
http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1
44. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Country Statistical Profile: Turkey 2013. Erişim tarihi 15.06.2013. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-turkey_20752288-table-tur
45. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005, Ankara. Erişim tarihi: 09.06.2013
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC2005-OzetRapor.pdf
46. Organisation for Economic Co-Operation and Development Countr. Health Status. Erişim tarihi 15.06.2013
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
47. Hogan, Margaret C., et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. The Lancet, 2010; 375;1609-1623.
48. Özdemir AR. Sağlıkta dönüşüm programında aile hekimliği uygulaması ve hasta memnuniyet düzeyi: kilis örneği. Pamukkale Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Denizli, 2012.
49. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistikî göstergeler 1923-2011. Erişim tarihi: 10.06.2013.
http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=158
50. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkililik Çalışması. 2002-2003. Erişim tarihi: 10.06.2013.
http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_maliyetetkililikTR.pdf
51. Türkiye’de kalp damar hastalıkları ve diyabet kontrolünde var olan durum ve politika önerileri. MedCHAMPS. Erişim tarihi: 06. 06.2013
<http://research.ncl.ac.uk/media/sites/.../medchamps/MedchampsRapor.pdf%E2%80%8E>
52. Pala K. Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? Erişim tarihi: 07.06.2013
http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf
53. Akdeniz M, Yaman H, Senol Y. et al. Family practice in Turkey: views of family practice residents. Akdeniz University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, 2011, Antalya.
54. Kisa Sezer, Kisa A. National health system steps in Turkey: concerns of family physician residents in Turkey regarding the proposed national family physician system. The Health Care Manager 2006;25:254-262.
55. Nesanır N. Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010;9:493-504

56. Güneş E, Yaman H. Transition to family practice in Turkey. Journal of continuing education in the health professions. 2008;28:106-112.
57. Yasar Gulbiye. Health transformation programme'in Turkey: an assessment. The International journal of health planning and management, 2011;26:110-133.
58. Bertera RL, Green LW. Cost-effectiveness evaluation of a home visiting triage program for family planning in Turkey. American Journal of Public Health, 1979;69:950-953.
59. Scanlan, A, Zyzanski SJ, Flocke, SA. et al. A comparison of US and Canadian family physician attitudes toward their respective health-care systems. Medical care, 1996; 34:837-844.
60. Akinci F, Mollahaliloğlu S, Gürsöz H, et al. Assessment of the Turkish health care system reforms: a stakeholder analysis. Health Policy. 2012;107:21-30.
61. Eichler R, Auxila P, Pollock J. Performance-based payment to improve the impact of health services: evidence from Haiti. World Bank Institute Online Journal, 2001;1-11.
62. Kaczorowski J, Goldberg O, Mai V. Pay-for-performance incentives for preventive care: views of family physicians before and after participation in a reminder and recall project (P-PROMPT). Can Fam Physician. 2011;57:690-6.
63. Dresang LT, Brebrick L, Murray D. et al. Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. The Journal of the American Board of Family Practice, 2005;18: 297-303.
64. Biswas R, Joshi A, Joshi R. et al. Revitalizing primary health care and family medicine/primary care in India—disruptive innovation?. Journal of evaluation in clinical practice, 2009;15: 873-880.
65. Tanır F. Adana'da aile hekimliği uygulamalarına bakış. 6. Temel sağlık buluşması: sf 26, 2010, İzmir.
66. Aktürk Z. Report from Turkey. EQUIP Meeting, Istanbul, April 26–29, 2006. Erişim tarihi:21.06.2013
<http://www.aile.net0equip0raporlar0EQUIP0raporuIstanbul06.pdf>.
67. Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Özdemir R, Yücel U. Ve ark. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyiş özellikleri açısından aile hekimliği.5.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı: sf 140, Bursa.
68. Özdemir R, Yücel Ü, Çiçeklioğlu M, Öcek ZA. Aile sağlığı elemanları çalışma ortamları ve özlük hakları hakkında ne düşünüyor? Geleceğe nasıl bakıyor? 15.ulusal halk sağlığı kongresi, bildiri özet kitabı: sf120, 2012, Bursa.
69. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, Öksüzkaya A. Kayseri ilindeki aile hekimlerinin aile hekimliği sistemi ile ilgili düşünceleri ve uygulamaları.15.ulusal halk sağlığı kongresi bildiri özet kitabı: 2012, Bursa.
70. Atasoylu G. Manisa ilinde Aile Hekimleri tarafından sunulmakta olan bazı koruyucu hizmetlerin değerlendirilmesi. 6. Temel sağlık buluşması: sf45, 2010, İzmir.
71. Özyurt B, Dündar P. Manisa kent merkezinde aile sağlığı birimlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulamaları ile ilgili değerlendirmeleri. 13.ulusal halk sağlığı kongresi, bildiri özet kitabı: sf 68, 2010, İzmir.
72. Saltuk Demir L. Aile hekimliği uygulamasına, bebek, gebe, köy ve ev ziyaretlerine genel bir bakış. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı: sf 72, 2010, İzmir.

73. Kılıç B, Günay T, Demiral, Y. at all. Narlıdere eğitim araştırma bölgesi sağlık ocaklarında yöneylem araştırması (1999-2002). TAF preventive medicine bulletin, 2007; 6
74. Eser E. Teknik rapor Manisa ilinde bir yıllık aile hekimliği pilot uygulamasının değerlendirilmesi. Manisa tabip odası Temel sağlık hizmetleri komisyonu, 2009, Manisa.
75. Eskiocak M, Kandemir B, Yorulmaz F. Edirne’de toplum sağlığı merkezlerinin Personel ve Kimi işlevler açısından değerlendirilmesi. 13.ulusal halk sağlığı kongresi, bildiri özet kitabı: sf 74, 2010, İzmir.
76. Özcan C. Aile Hekimliği Sisteminde Performans Değerlendirme Ölçütleri. 6. temel sağlık buluşması: sf 68, 2010, İzmir.
77. Erkman N. Düzce ili aile hekimliği birimlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği sistemi hakkındaki görüşleri. 12. ulusal halk sağlığı kongresi: sf 69 2008, Ankara.
78. Kalafat C, Torlak F, Bircan I. İstanbul’da aile hekimliği sistemi öncesi sağlık çalışanlarının değerlendirilmesi. 13.ulusal halk sağlığı kongresi, bildiri özet kitabı: sf10, 2010, İzmir.
79. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünalın D. Sağlık çalışanları bakış açısı ile sağlık ocağından aile hekimliği sistemine geçiş: kayseri ili develi ilçesi örneği. 2. uluslar arası sağlıkta performans ve kalite kongresi: sf 345-359, 2010, Ankara.
80. Çetinkaya A, Özmen D, Tunca A. Aile hekimliği uygulaması ile ekip anlayışının yok oluşu. 6. Temel sağlık buluşması: sf48, 2010, İzmir.
81. Lağarlı T. Bir kentsel bölgede bazı yapılandırılmış ölçüm gereçleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. CBÜ. Uzmanlık tezi, Manisa, 2011.

9. EKLER

Ek 1. Etik Kurul ve Kurum Onayları

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/11-14	Tarih: 22.03.2012				
	Doç.Dr.Balcan KILIÇ'ın sorumlusu olduğu "Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri:Yıllara Göre Değişim ve Karşılaştırma"(2005-2010) isimli klinik araştırmaya ait araştırması tarafından gönderilen 15.03.2012 tarihli yazıya ilişkin; -Çalışma başlığını "Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri:Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemleriyle Karşılaştırılması (2003-2012)" olarak değiştirilmesi, -Araştırma yöntemine eklenen kalitatif bölüm incelenerek uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Bacem ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Beati ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Rayhan LÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Adnan MENDERES	Plastik Cerrahi	DEU Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayşe Ayşen ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İşıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Meltem Karlı GÖRSEL	Hukuk	D.E.U Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yard.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri Şube Müdürlüğü)

SAYI : B104ISM4450012/042/
KONU : İstatistikli Sağlık Kayıtları Talebi

T.C. MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BİLGİ İŞLEM SB. Eki :
Tarih : 17.06.2010 14:46:33 No : 14707

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığına)

İlgi: 17.06.2010 tarih ve 23578 sayılı dilekçe

İlgi dilekçe ile Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında gerçekleştirilecek "Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Değişim ve Karşılaştırma (2005-2010)" adlı doktora çalışmasında kullanılmak üzere AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) verilerine ve yıllar itibarı ile Manisa Sağlık Müdürlüğü'nün istatistikli bilgilerine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir.

Manisa Sağlık Müdürlüğü'nün istatistikli bilgilerinin ve AHBS sağlık kayıtlarının kişisel özellikleri çıkarıldıktan sonra, tüm sağlık data kayıtlarının sözkonusu akademik çalışmada değerlendirilmek üzere kullanılması, Sağlık Müdürlüğümüz tarafından temini ve ilgili kişiye verilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr. Mustafa SERTEL
Sağlık Müdürü A.
Sağlık Müdür Yardımcısı
İl Veri Temsilcisi



T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri Şube Müdürlüğü)

T.C. MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BİLGİ İŞLEM ŞB. FİG:
Tarih: 07.12.2011 09:40:08 No: 36687

SAYI : B104ISM4450012/042/
KONU : Niteliksel (Kalitatif) Araştırma
Görüşme İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığına)

İlgi(a): 17.06.2010 tarih ve 23578 sayılı dilekçentiz.
İlgi(b): 17.06.2010 tarih ve 14707 sayılı yazımız.

İlgi (a) ile Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında gerçekleştirilecek "Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Değişim ve Karşılaştırma" adlı doktora çalışmasında kullanılmak üzere Sağlık Müdürlüğü verileri ve istatistik bilgileri talep edilmiş, İlgi (b) yazımız ile istatistik bilgilerin ve sağlık kayıtlarının kişisel özellikleri çıkarıldıktan sonra tüm sağlık veri kayıtlarının söz konusu dilekçeye konu akademik çalışmada değerlendirilmek üzere temini ve ilgili kişiye verilmesi uygun görüşle bildirilmiştir.

Çalışmanın Niteliksel (Kalitatif) araştırma görüşmeleri bölümünde, ilgili sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri ve ilgili AHB bölgesi hastalar ile ses kayıt cihazı kullanılarak görüşmelerin gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinizi arz ederim.

Dr. Ziya TAY
İl Sağlık Müdürü

EK
Liste (1 Sayfa A4)

Ek 2. Yıllara Göre Kaba Doğum Hızı ve Genel Doğurganlık Hızı'ndaki Değişim

Yıl	Ay	KDH (binde)	GDH (binde)
2003	1	12.7	46.3
	2	10.7	37.5
	3	11.5	40.6
	4	10.3	36.1
	5	10.7	37.7
	6	10.9	38.4
	7	11.6	41.0
	8	11.7	41.2
	9	12.5	43.9
	10	10.8	37.9
	11	10.0	35.3
	12	11.4	40.2
2004	1	11.3	41.4
	2	10.7	39.2
	3	12	44.1
	4	11.2	41.0
	5	11.4	41.8
	6	11.7	42.8
	7	11.2	40.9
	8	11.3	41.6
	9	12.4	45.4
	10	11.1	40.5
	11	12.7	46.5
	12	13.2	48.2
2005	1	12.3	45.4
	2	11.9	43.9
	3	12.5	46.1
	4	11.1	40.9
	5	12.7	46.9
	6	12.1	44.6
	7	12.0	44.3
	8	13.5	49.7
	9	14.3	52.5
	10	12.8	46.9
	11	12.9	47.4
	12	11.5	42.4
	1	12.4	46.0

	2	12.0	44.7
	3	13.1	48.7
	4	12.2	45.3
	5	13.6	50.6
	6	13.1	48.8
	7	11.9	44.3
	8	14.6	54.2
	9	14.0	52.2
	10	14.2	52.7
	11	13.4	49.7
	12	12.4	46.3
2007	1	14.3	53.2
	2	14.3	53.3
	3	13.4	50.1
	4	13.0	48.6
	5	14.6	54.6
	6	13.9	51.8
	7	14.1	52.6
	8	15.3	57.1
	9	15.3	57.0
	10	15.5	58.0
	11	13.5	50.2
	12	11.2	41.7
2008	1	10.2	38.0
	2	12.4	46.1
	3	8.3	30.8
	4	10.9	40.3
	5	21.7	80.4
	6	14.7	54.5
	7	8.4	31.2
	8	14.9	55.4
	9	12.4	46.0
	10	20.7	76.8
	11	12.6	46.6
	12	6.4	23.8
2009	1	16.6	62.2
	2	14.5	54.4
	3	12.8	48.0
	4	13.3	49.8

	5	4.7	17.8
	6	11.3	42.3
	7	19.0	71.3
	8	18.4	68.9
	9	14.4	53.9
	10	7.7	28.8
	11	6.8	25.5
	12	18.9	70.9
2010	1	19.7	74.7
	2	11.8	44.8
	3	18.3	69.5
	4	11.4	43.1
	5	11.4	43.2
	6	8.7	32.9
	7	14.2	53.8
	8	12.7	48.2
	9	12.2	46.1
	10	9.1	34.4
	11	20.9	79.3
	12	12.0	45.4
2011	1	11.7	44.7
	2	9.2	34.9
	3	14.1	53.8
	4	7.7	29.5
	5	17.7	67.4
	6	13.8	52.4
	7	19.3	73.7
	8	12.9	49.2
	9	17.9	68.2
	10	15.3	58.3
	11	2.0	7.7
	12	5.5	21.1
2012	1	13.6	51.9
	2	12.9	49.2
	3	13.7	52.3
	4	12.3	47.1
	5	13.6	51.9
	6	14.5	55.3
	7	15.1	57.5

8	15.7	60.1
9	13.5	51,7
10	13.7	52,3
11	12.5	47,7
12	12.8	49,1

Ek 3.Yıllara Göre Bebek, Çocuk Gebe, Lohusa, Kadın İzlemlerindeki Değişim

Yıllar	Bebek izlem ortalaması	Çocuk izlem ortalaması	Gebe izlem ortalaması	Loğusa izlem ortalaması	Kadın izlem ortalaması
2003	7.0	1.8	4.1	1.6	1.5
2004	8.3	2.1	4.9	1.9	1.6
2005	9.3	2.3	5.5	2.0	1.6
2006	9.5	2.2	5.8	2.0	1.7
2007	9.9	2.2	6.2	2.1	1.6
2008	7.3	1.4	5.9	2.3	0.9
2009	7.1	0.9	5.0	2.0	1.0
2010	7.2	1.0	5.2	1.7	0.8
2011	7.8	0.9	5.5	1.7	0.9
2012	8.5	2.0	5.1	2.1	0.8

Ek 4. Aylara Göre Bebek, Çocuk Gebe, Lohusa, Kadın İzlemlerindeki Değişim

Yıl	Ay	Bebek izlem	Çocuk izlem	Gebe	Loğusa izlem	Kadın izlem
2003	1	6.9	1.8	3.9	1.8	0.9
	2	5.9	1.3	3.5	1.4	0.7
	3	6.8	1.7	4.0	1.6	0.9
	4	6.5	1.7	4.0	1.5	1.4
	5	6.6	1.8	4.2	1.5	1.9
	6	6.9	2.0	4.4	1.6	3.7
	7	6.5	1.6	3.9	1.6	0.8
	8	6.3	1.5	3.7	1.5	0.7
	9	8.1	2.0	4.4	1.9	1.3
	10	8.2	2.0	4.6	1.8	1.3
	11	7.0	1.7	3.8	1.6	1.3
	12	8.4	2.0	4.8	1.9	3.6
	1	7.5	1.9	4.3	1.8	0.9
	2	7.7	2.0	4.5	1.7	0.9
	3	8.4	2.1	5.3	1.9	1.2

	4	8.4	2.0	5.0	1.8	1.5
	5	8.7	2.2	5.3	1.8	1.9
	6	8.6	2.3	5.4	1.9	3.5
	7	7.4	1.7	4.4	1.7	0.9
	8	7.2	1.7	4.3	1.7	0.8
	9	8.8	2.2	5.1	2.0	1.0
	10	8.6	2.3	5.1	1.9	1.3
	11	8.7	2.3	5.2	2.0	1.6
	12	9.5	2.3	5.5	2.1	3.8
2005	1	8.6	2.0	4.8	1.9	0.9
	2	8.9	2.0	5.4	2.0	1.0
	3	9.5	2.4	5.7	2.0	1.2
	4	8.9	2.9	5.6	1.7	1.4
	5	9.1	2.4	6.0	2.0	1.5
	6	9.3	2.6	5.9	1.9	4.3
	7	8.3	1.9	5.1	1.9	0.8
	8	8.5	1.9	5.0	1.9	0.8
	9	9.8	2.4	5.5	2.2	1.0
	10	9.7	2.3	5.5	2.1	1.2
	11	10.0	2.4	5.6	2.1	1.7
	12	10.5	2.4	6.0	2.0	3.8
2006	1	9.0	1.8	5.1	1.9	0.9
	2	9.1	2.1	5.8	1.9	1.1
	3	9.8	2.3	6.0	2.0	1.3
	4	9.5	2.3	6.1	1.9	1.5
	5	9.7	2.5	6.3	1.9	1.8
	6	9.6	2.5	6.3	2.1	3.9
	7	8.7	1.8	5.4	1.9	0.9
	8	9.2	1.9	5.4	2.0	0.9
	9	10.0	2.3	5.7	2.2	1.2
	10	9.8	2.3	5.8	2.3	1.2
	11	9.9	2.5	5.9	2.2	1.6
	12	10.4	2.3	6.3	2.0	4.0
2007	1	9.6	2.2	5.9	2.1	1.2
	2	9.6	2.3	6.1	2.1	1.2
	3	10.1	2.3	6.7	2.1	1.3
	4	9.8	2.3	6.4	2.0	1.4
	5	10.2	2.3	6.8	2.0	2.0
	6	9.7	2.4	6.4	2.0	3.8

	7	9.0	2.0	6.0	2.0	1.0
	8	9.0	1.9	5.6	2.0	0.9
	9	9.9	2.2	6.1	2.2	1.1
	10	10.0	2.3	6.2	2.3	1.2
	11	11.9	2.2	6.2	2.1	1.3
	12	9.6	2.1	5.9	1.7	2.7
2008	1	6.9	1.8	4.1	1.0	0.2
	2	7.5	2.3	7.2	2.5	1.0
	3	2.7	0.7	6.2	1.0	0.4
	4	7.0	1.9	5.9	2.7	1.6
	5	6.9	1.9	6.0	2.5	1.2
	6	7.5	1.4	5.9	2.8	2.3
	7	9.5	1.6	6.6	3.5	1.0
	8	8.4	1.3	6.2	2.8	0.4
	9	8.5	1.1	6.3	2.6	0.4
	10	8.2	0.9	5.9	2.4	0.5
	11	7.2	0.9	5.2	2.0	0.6
	12	7.4	0.7	5.3	2.0	0.9
2009	1	7.7	1.2	5.6	2.6	2.0
	2	6.5	1.0	5.0	2.0	1.0
	3	7.3	0.9	5.3	2.1	0.9
	4	6.8	1.2	5.4	2.1	0.9
	5	6.4	0.8	5.2	1.9	0.9
	6	6.7	0.8	5.5	1.9	1.3
	7	6.9	0.7	5.5	2.1	1.2
	8	6.7	0.7	5.0	2.1	0.9
	9	7.1	0.8	4.8	2.1	0.6
	10	7.4	1.0	5.0	2.1	0.7
	11	7.1	0.8	4.5	1.6	0.6
	12	8.3	0.8	3.8	1.9	0.8
2010	1	7.0	0.8	6.5	1.7	0.7
	2	6.8	1.0	4.9	1.8	0.8
	3	7.8	1.2	5.6	2.1	1.1
	4	7.3	1.1	5.1	1.6	0.9
	5	7.2	1.1	5.1	1.7	0.9
	6	7.0	1.0	5.3	1.7	1.2
	7	7.1	0.8	5.3	1.7	0.7
	8	7.1	0.9	4.9	1.8	0.6
	9	7.3	0.9	5.2	1.9	0.8

	10	7.1	0.9	4.6	1.6	0.9
	11	7.5	0.9	4.8	1.7	0.8
	12	7.2	0.8	5.0	1.4	0.8
2011	1	8.0	0.9	5.4	1.6	0.7
	2	7.3	0.9	5.3	1.7	0.9
	3	8.2	1.1	5.8	2.0	1.2
	4	7.5	0.9	5.2	1.6	1.1
	5	7.9	1.0	5.6	1.5	1.0
	6	7.4	0.9	5.7	1.6	1.0
	7	7.1	0.8	5.3	1.7	0.6
	8	7.6	0.8	5.6	2.0	0.7
	9	8.6	1.0	5.9	1.5	0.8
	10	7.9	1.0	5.3	1.8	1.1
	11	8.0	0.9	5.4	1.8	0.9
	12	8.2	0.9	5.5	1.7	1.0
2012	1	7.2	0.9	5.2	1.6	0.9
	2	7.2	0.9	5.3	1.8	0.7
	3	8.1	1.0	5.5	2.1	0.8
	4	8.0	2.3	5.1	1.9	0.8
	5	8.6	3.0	5.6	1.8	0.9
	6	7.9	2.7	5.2	2.2	0.9
	7	8.5	1.8	5.2	2.2	0.7
	8	8.6	1.5	4.7	2.0	0.6
	9	8.7	2.2	4.7	2.0	0.7
	10	9.7	3.1	5.1	2.0	0.7
	11	10.4	2.7	5.5	3.3	0.9
	12	8.7	2.1	4.7	2.0	1.1

Ek 5.Yıllara Göre Ölüm Hızlarındaki (Kaba Ölüm Hızı, Neonatal Ölüm Hızı, Postneonatal Ölüm Hızı, Bebek Ölüm Hızı, Çocuk Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Ölüm Hızı) Değişim (Binde)

Yıl	Ay	KÖH	Erken NÖH	Geç NÖH	Post NÖH	BÖH	Çocuk ÖH	5 yaş altı ÖH
2003	1	4.6	5.8	4.4	10.2	20.4	2.2	22.6
	2	3.8	5.8	2.2	8.7	17.5	3.6	21.1
	3	4.7	5.8	2.9	5.8	14.6	3.6	18.2
	4	3.8	5.1	2.9	6.6	14.6	2.2	16.8
	5	3.9	8.7	3.6	5.1	17.5	4.4	21.9
	6	3.0	9.5	2.2	4.4	16	1.5	17.5
	7	3.4	5.1	2.2	3.6	10.9	2.2	13.1
	8	3.0	4.4	2.2	5.8	12.4	2.2	14.6
	9	2.9	5.1	2.9	4.4	12.4	2.2	14.6
	10	3.0	6.6	0.0	6.6	13.1	0.7	13.8
	11	3.2	3.6	1.5	4.4	9.5	2.2	11.7
	12	3.4	7.3	2.2	4.4	13.8	2.9	16.8
2004	1	4.1	5.7	0.7	7.2	13.6	3.6	17.2
	2	3.9	10.1	3.6	7.2	20.8	1.4	22.3
	3	3.4	2.2	2.2	1.4	5.7	1.4	7.2
	4	2.9	9.3	2.2	6.5	17.9	2.2	20.1
	5	3.2	2.9	0.0	4.3	7.2	2.2	9.3
	6	2.7	5	0.7	2.9	8.6	1.4	10.1
	7	2.7	5	1.4	2.9	9.3	4.3	13.6
	8	2.3	7.2	1.4	2.9	11.5	0.7	12.2
	9	2.8	7.2	0.0	2.9	10.1	2.2	12.2
	10	2.9	5.0	2.2	3.6	10.8	1.4	12.2
	11	2.9	3.6	0.7	6.5	10.8	1.4	12.2
	12	3.1	6.5	2.9	5.0	14.4	2.2	16.5
2005	1	3.7	6.3	2.1	5.6	14.1	0.0	14.1
	2	3.4	7.1	1.4	5.6	14.1	1.4	15.5
	3	3.3	5.6	1.4	4.9	12.0	4.9	16.9
	4	3.0	4.2	0.7	4.2	9.2	1.4	10.6
	5	3.0	6.3	0.7	2.1	9.2	0.7	9.9
	6	3.3	2.1	2.1	3.5	8.5	4.2	12.7
	7	2.5	5.6	1.4	1.4	8.5	2.1	10.6
	8	3.0	5.6	0.0	5.6	11.3	3.5	14.8
	9	2.9	9.9	2.8	4.2	16.9	1.4	18.3

	10	2.6	2.8	2.8	3.5	9.2	2.8	12.0
	11	3.1	4.9	1.4	4.9	11.3	2.8	14.1
	12	3.0	5.6	2.1	6.3	14.1	3.5	17.6
2006	1	3.1	3.4	2.1	5.5	11.0	0.7	11.7
	2	3.8	3.4	2.8	4.1	10.3	2.1	12.4
	3	3.5	4.8	2.1	2.8	9.6	0.0	9.6
	4	3.1	4.8	0.7	4.8	10.3	2.1	12.4
	5	3.1	2.8	2.8	2.8	8.3	1.4	9.6
	6	3.1	1.4	4.8	6.2	14.5	2.1	16.5
	7	2.8	2.8	1.4	2.1	6.2	2.1	8.3
	8	3.0	2.8	1.4	4.8	8.3	1.4	9.6
	9	2.8	3.4	0.7	2.8	8.3	2.1	10.3
	10	3.2	3.4	2.1	3.4	7.6	4.1	11.7
	11	3.5	5.5	2.8	3.4	11.7	2.1	13.8
	12	3.1	3.4	1.4	3.4	8.3	0.0	8.3
2007	1	3.7	2.7	4.0	9.9	16.6	3.3	19.9
	2	3.6	4.0	4.0	5.3	13.3	2.7	15.9
	3	3.3	3.3	2.0	7.3	12.6	1.3	13.9
	4	3.3	7.3	1.3	6.0	14.6	2.0	16.6
	5	2.8	3.3	2.0	4.0	9.3	2.7	11.9
	6	3.9	6.6	2.0	4.0	12.6	0.7	13.3
	7	3.3	7.3	0.7	4.0	11.9	2.0	13.9
	8	2.9	4.6	0.7	2.7	8.0	0.7	8.6
	9	2.7	2.7	2.7	1.3	6.6	3.3	9.9
	10	2.9	5.3	1.3	3.3	9.9	2.7	12.6
	11	3	9.9	0.7	0.7	11.3	0.0	11.3
	12	2.9	2.0	2.0	2.7	6.6	4.6	11.3
2008	1	0.3	7.5	4.5	6.7	18.7	0.0	18.7
	2	0.4	9.0	3.0	6.7	18.7	0.0	18.7
	3	0.2	3.7	4.5	3.0	11.2	0.0	11.2
	4	0.5	10.5	4.5	5.2	20.2	0.0	20.2
	5	3.3	8.2	3.7	9.0	20.9	2.2	23.2
	6	3.3	4.5	0.7	4.5	9.7	0.7	10.5
	7	3.2	6.7	3.0	3.0	12.7	0.0	12.7
	8	3.7	6.7	2.2	5.2	14.2	0.7	15.0
	9	2.7	3.0	5.2	1.5	9.7	0.0	9.7
	10	3.6	3.0	1.5	6.0	10.5	3.7	14.2
	11	3.5	6.0	2.2	7.5	15.7	1.5	17.2
	12	4.0	6.0	2.2	2.2	10.5	3.0	13.5

2009	1	4.1	5.6	1.4	5.6	14.8	1.4	16.2
	2	3.8	5.6	2.8	3.5	14.0	0.7	14.7
	3	4.1	4.9	1.4	1.4	8.4	1.4	9.8
	4	3.4	3.5	2.1	4.9	10.5	0.7	11.2
	5	3.8	3.5	0.7	4.9	13.3	0.0	13.3
	6	3.6	4.2	1.4	4.2	11.2	0.0	11.2
	7	3.7	1.4	1.4	2.1	7.0	0.7	7.7
	8	3.4	2.1	1.4	4.2	9.8	0.0	9.8
	9	3.4	3.5	3.5	4.2	11.9	1.4	13.3
	10	3.8	2.8	2.8	7.0	14.0	0.0	14
	11	4.1	2.1	2.1	2.8	10.5	0.7	11.2
	12	4.4	5.6	3.5	5.6	15.4	0.7	16.2
2010	1	3.9	4.1	1.4	6.1	11.6	2.0	13.6
	2	4.1	2.7	0.0	5.4	8.2	2.0	10.2
	3	4.8	5.4	0.7	6.1	12.2	0.7	12.9
	4	4.2	8.2	1.4	0.7	10.2	0.7	10.9
	5	4.3	10.9	2.0	2.7	15.6	0.7	16.3
	6	3.7	2.0	0.7	1.4	4.1	2.0	6.1
	7	4.7	6.8	2.0	2.7	11.6	0.7	12.2
	8	5.7	4.8	2.0	2.0	8.8	0.7	9.5
	9	4.4	7.5	3.4	2.7	13.6	0.7	14.3
	10	5.3	2	1.4	4.1	7.5	2.7	10.2
	11	5.3	6.1	2.7	4.1	12.9	2.0	15.0
	12	5.7	4.1	2.7	4.1	10.9	0.0	10.9
2011	1	5.4	3.6	3.6	5.8	13.1	0.0	13.1
	2	5.6	3.6	1.5	3.6	8.7	0.0	8.7
	3	5.6	5.1	1.5	5.8	12.3	0.7	13.1
	4	4.9	4.4	2.9	4.4	11.6	0.7	12.3
	5	5.6	3.6	2.9	2.2	8.7	0.0	8.7
	6	5.0	1.5	2.9	1.5	5.8	0.0	5.8
	7	5.5	6.5	0.7	5.1	12.3	1.5	13.8
	8	4.6	5.1	2.2	5.1	11.6	0.0	11.6
	9	4.9	5.1	0.7	2.9	8.7	0.7	9.4
	10	5.2	2.2	1.5	4.4	8.0	1.5	9.4
	11	5.6	2.2	0.7	3.6	6.5	0.7	7.3
	12	6.2	7.3	1.5	5.1	13.8	0.0	13.8
	1	7.7	3.4	1.3	4.0	8.8	0.7	9.4
	2	7.1	3.4	0.7	4.7	8.8	1.3	10.1
	3	5.8	4.0	1.3	4.7	10.1	0.7	10.8

4	5.3	2.7	2.0	4.0	8.8	0.0	8.8
5	5.1	4.7	2.7	0.0	7.4	1.3	8.8
6	5.4	3.4	0.0	2.0	5.4	0.0	5.4
7	4.7	5.4	0.0	2.7	8.1	0.0	8.1
8	3.5	4.0	0.7	4.7	9.4	0.0	9.4
9	3.1	4.7	3.4	3.4	11.5	0.0	11.5
10	3.5	2.7	2.0	4.7	9.4	0.0	9.4
11	3.6	2.0	1.3	2.0	5.4	0.0	5.4
12	3.0	4.0	0.7	0.7	5.4	0.0	5.4

Ek 6.Yıllara Göre Aşılama Durumundaki Değişim (Yüzde)

Yıl	Ay	BCG	Karma 1	Karma 2	Karma 3	Hep. B 1	Hep. B 2	Hep. B 3	Kızamık
2003	1	105.5	101.2	96.1	100.8	97.8	93.8	95.3	100.9
	2	95.5	96.0	91.3	82.7	113.1	92.2	90.0	79.5
	3	109.9	115.4	111.7	104.6	112.3	103.4	111.0	105.6
	4	116.3	102.0	112.2	105.5	105.5	100.4	105.0	100.7
	5	107.1	99.8	97.5	110.9	101.2	99.3	98.3	105.6
	6	91.8	91.3	97.8	102.4	111.6	99.8	88.4	89.5
	7	96.0	96.6	94.8	98.0	129.2	108.2	95.2	94.5
	8	78.9	51.5	46.0	49.7	120.0	98.3	86.9	70.8
	9	111.0	135.5	95.6	98.1	124.1	119.9	111.1	125.8
	10	100.2	71.3	83.6	63.9	112.0	107.0	100.1	107.9
	11	80.0	80.8	80.3	77.0	108.4	83.8	82.9	81.6
	12	107.5	105.0	100.7	100.7	87.8	122.2	112.7	113.8
2004	1	83.6	111.4	99.1	95.3	96.3	92.4	85.4	76.7
	2	94.0	109.8	113.6	104.6	111.3	90.8	110.3	91.5
	3	106.9	114.1	130.7	137.9	110.6	101.9	123.3	109.1
	4	102.8	111.6	113.7	125.8	104.0	98.9	94.0	107.6
	5	98.5	102.4	104.2	116.7	99.7	97.8	105.6	104.5
	6	98.1	101.5	103.3	104.5	109.9	98.3	98.6	98.4
	7	94.6	98.6	102.4	106.5	127.2	106.6	95.6	98.4
	8	99.3	103.2	98.7	98.8	118.2	96.8	96.6	94.4
	9	113.0	116.1	107.3	106.5	122.3	118.1	107.8	108.8
	10	96.1	104.2	109.8	100.3	110.3	105.4	102.8	108.1
	11	97.3	99.9	106.9	114.7	106.8	82.6	102.8	92.6
	12	90.0	113.4	102.1	116.1	86.4	120.3	104.1	109.8
	1	93.0	95.3	89.5	90.6	97.5	95.3	84.5	85.7
	2	108.5	104.7	96.8	94.4	99.2	99.4	102.3	101.4

	3	96.3	101.3	115.7	108.1	101.1	111.6	113.6	112.8
	4	100.2	100.4	108.6	112.7	92.7	96.3	96.1	114.1
	5	105.7	99.4	105.4	108.3	108.9	98.6	98.9	95.5
	6	111.3	101.3	97.8	109	119.3	101.7	92.7	92.0
	7	100	94.6	93.4	94.1	113.6	95.3	95.9	88.4
	8	103.6	100.5	99.7	95.8	104.3	106.1	98.4	100.3
	9	113.8	105.2	100.1	98.7	108.7	102.6	103.2	107.5
	10	113.5	109.3	103.5	105.2	109	106.9	95.8	105.2
	11	112.6	106.9	112.4	109.9	102.8	101.1	103.4	102.0
	12	109.2	100.9	110.4	119.5	100.1	98.0	97.3	101.7
2006	1	83.6	95.1	93.0	82.5	98.8	76.1	70.9	27.2
	2	99.0	96.8	97.0	99.8	90.0	79.7	81.3	9.4
	3	110.1	98.6	109	110.9	95.8	104.0	98.9	8.1
	4	111.4	90.5	93.9	93.8	98.9	90.4	95.5	58.4
	5	93.2	106.3	96.2	96.5	102.3	86.1	99.4	81.8
	6	89.8	116.5	99.2	90.4	109.8	95.0	93.1	95.7
	7	86.2	110.9	93.0	93.6	108.8	89.0	82.0	96.4
	8	97.9	101.8	103.5	96.0	115.3	99.4	81.7	101.5
	9	109.6	107.0	104.9	104.5	110.9	103.2	97.7	112.0
	10	102.6	106.3	104.3	93.5	113.6	100.6	87.8	98.5
	11	99.5	100.3	98.6	100.9	100.7	118.2	102.6	113.7
	12	99.2	97.7	95.6	94.9	102.6	140.7	181.4	91.6
2007	1	95.3	91.9	108.3	106.3	107.1	121.1	119.0	98.5
	2	92.2	88.9	89.6	104.2	100.3	100.9	112.7	94.4
	3	110.5	111.3	98.1	101.7	103.4	106.0	117.0	99.9
	4	101.3	100.5	101.6	94.8	93.2	87.7	114.7	87.7
	5	102.4	97.1	103.1	107.4	103.3	98.7	124.9	98.5
	6	89.1	86.0	87.9	93.3	107.6	87.9	109.2	92.1
	7	97.7	93.8	86.8	93.4	116.2	102.5	109.7	95.4
	8	102.7	100.8	94.2	89.7	117.2	104.6	101.9	99.5
	9	109.2	103.3	96.8	97.4	110.5	110.1	96.2	106.8
	10	120.2	113.0	97.3	100.3	106.3	110.6	96.6	106.0
	11	118.6	110.9	112.7	103.4	101.6	104.2	95.9	95.5
	12	99.1	103.6	102	106.2	103.1	94.9	93.7	86.4
	1	143.2	134.3	103.3	122.0	113.2	124.7	138	136.7
	2	118.0	118.1	26.1	28.3	111.8	125.6	132.2	119.2
	3	124.5	127.9	112.6	92.1	105.4	119.1	123.3	110.4
	4	117.9	116.4	119.4	28.7	101.9	95.4	108.7	104.4
	5	115.5	115.2	124.4	98.7	108.8	108.0	110.0	109.4

	6	101.9	103.4	117.2	107.7	110.0	104.0	105.6	108.9
	7	120.6	119.2	115.5	128.8	120.1	114.0	133.4	135.5
	8	111.1	111.1	105.7	113.6	121.9	118.0	114.2	122.7
	9	119.8	120.0	106.1	112.3	123.9	118.7	110.9	119.8
	10	129.5	130.2	126.0	116.0	106.6	140.3	116.2	137.8
	11	127.9	127.1	116.5	106.0	104.3	104.3	111.7	111.0
	12	116.4	117.6	124.2	116.3	107.9	116.2	126.3	105.2
2009	1	106.3	105.4	120.9	111.3	103.6	98.2	112.5	118.5
	2	93.8	93.7	101.0	109.3	97.7	97.9	108.8	105.7
	3	107	109.3	114.6	130.0	98.6	111.9	129.7	110.9
	4	111.5	111.5	97.5	103.7	94.2	99.4	104.4	100.9
	5	94.6	95.2	103.7	104.9	94.0	95.0	105.6	97.3
	6	97.5	98.9	105.8	103.9	86.4	102.3	103.0	104.1
	7	101.5	102.3	101.1	106.7	107.8	103.3	106.4	119.1
	8	97.3	99.3	97.7	104.2	101.1	112.8	111.0	117.4
	9	111.4	112.2	96.2	101.6	102.0	108.5	105.8	116.4
	10	112.6	112.2	102.0	102.5	141.1	110.7	101.7	106.7
	11	104.8	105.0	94.7	85.0	87.6	87.6	85.1	93.8
	12	118	118.1	130.3	116.8	100.2	106.5	121.6	115.1
2010	1	87.9	88.2	105.1	96.2	92.4	84.0	100.1	95.9
	2	83.9	83.7	99.0	109.7	92.2	95.2	111.0	99.9
	3	107.1	108.3	100.2	121.0	108.2	109.6	121.6	102.7
	4	106.1	105.7	88.0	101.0	86.7	92.2	101.9	96.7
	5	91.1	91.6	102.9	96.7	84.5	89.3	95.6	94.2
	6	91.2	91.9	107.3	90.5	179.1	84.8	89.7	101.6
	7	82.2	84.6	88.5	99.1	199.6	97.4	98.0	92.7
	8	95.0	96.3	93.2	105.9	216.8	104.0	106.5	97.8
	9	108.1	108.0	85.6	94.4	207.4	111.6	93.7	101.2
	10	103.7	106.8	93.7	84.7	194.3	102.3	85.1	83.5
	11	109.6	108.4	108.2	90.0	175.5	105.1	90.0	87.2
	12	103.6	104.4	110.4	96.3	126.7	87.4	95.9	79.0
2011	1	119.4	114.7	122.3	113.6	100.7	125.0	113.1	114.3
	2	100.2	113.0	115.0	115.2	92.7	106.2	115.5	112.6
	3	128.4	127.7	118.7	123.5	99.7	133.2	126.1	115.5
	4	104.9	117.6	107.0	109.5	79.6	99.4	113.9	98.5
	5	101.3	104.1	112.3	108.1	80.4	98.3	115.0	99.4
	6	98.6	99.6	99.0	105.2	102.6	83.2	114.7	103.9
	7	81.2	82.6	98.4	100.6	121.6	106.0	101.2	105.6
	8	99.7	101.6	92.2	98.6	126.1	113.9	99.4	112.5

	9	130.0	130.8	94.2	111.1	117.3	138.8	110.5	129.8
	10	128.0	127.7	106.2	93.1	114.4	112.8	92.7	111.8
	11	121.1	121.8	123.9	93.6	104.6	111.3	92.6	105.0
	12	114.5	114.7	129.0	105.5	103.1	106.5	104.8	102.0
2012	1	95.6	94.6	94.6	111.0	96.0	96.0	110.2	97.4
	2	96.6	96.7	96.7	118.9	106.9	106.9	119.1	95.6
	3	108.5	106.5	106.5	112.7	103.0	103.0	112.9	95.4
	4	98.4	98.9	98.9	104.5	92.1	92.1	104.3	86.9
	5	108.1	105.9	105.9	104.1	101.5	101.5	105.6	86.5
	6	87.5	88.8	88.8	93.3	108.8	108.8	93.5	95.7
	7	97.6	99.7	99.7	105.9	116.8	116.8	106.1	114.2
	8	108.8	110.7	110.7	97.6	120.5	120.5	97.7	116.6
	9	106.1	105.7	105.7	95.0	102.0	102.0	95.8	102.5
	10	118.6	120.4	120.4	97.9	104.0	104.0	97.2	107.5
	11	96.8	125.2	125.2	105.9	90.0	90.0	101.4	109.1
	12	92.1	94.2	94.2	109.2	96.6	96.6	112.7	95.8

Ek 7.Yıllara Göre Ortalama Muayene Sayısı, Sık Görülen Hastalıklardaki Değişim (Yüzde)

Yıl	Ay	Ayaktan tanı tedavi ortalaması	ÜSYE	ASYE	Gastro enteritler	GUATR	DM
2003	1	1.5	18,8	7,0	0,9	0,0	2,0
	2	1.0	18,2	5,4	0,9	0,0	2,1
	3	1.2	16,6	6,6	1,0	0,1	2,8
	4	1.3	14,6	5,9	1,0	0,4	1,8
	5	1.2	14,0	5,1	1,2	0,6	2,0
	6	1.2	11,2	4,7	1,2	0,0	2,3
	7	1.3	9,4	3,9	1,7	0,0	2,5
	8	1.4	8,4	3,4	1,9	0,1	2,3
	9	1.4	13,5	4,3	1,7	0,2	2,3
	10	1.4	19,5	5,7	1,6	0,1	2,8
	11	1.0	17,0	4,9	1,1	0,0	2,0
	12	1.6	22,9	6,2	1,1	0,1	2,5
	1	1.7	35,8	8,3	1,0	0,1	1,8
	2	1.3	20,7	5,2	1,0	0,0	2,2
	3	1.7	25,9	6,5	1,3	0,1	3,4
	4	1.5	19,3	5,4	1,3	0,1	2,6
	5	1.5	18,4	5,5	1,7	0,1	3,0

	6	1.5	15.4	5.0	1.9	0.2	3.3
	7	1.3	11.1	3.9	2.5	0.0	2.8
	8	1.3	11.0	3.2	2.4	0.1	2.8
	9	1.5	17.2	4.2	2.3	0.0	2.8
	10	1.5	22.8	5.9	2.5	0.1	3.2
	11	1.6	28.1	7.3	2.5	0.1	3.2
	12	1.7	30.7	7.3	1.7	0.1	3.5
2005	1	1.7	30.2	11.3	1.6	0.1	3.5
	2	1.8	30.7	7.4	1.3	0.0	3.4
	3	2.3	35.6	9.2	1.7	0.1	4.1
	4	2.1	31.0	9.3	1.6	0.2	4.0
	5	2.1	20.3	13.2	2.3	0.1	4.2
	6	2.0	13.8	12.7	2.5	0.1	4.1
	7	1.7	8.8	11.4	2.9	0.1	3.9
	8	1.8	8.8	11.4	3.0	0.1	4.2
	9	2.2	13.7	17.7	3.2	0.1	4.6
	10	2.3	18.7	25.9	2.6	0.1	4.4
	11	2.3	17.9	25.9	2.1	0.1	4.9
	12	2.3	16.7	24.8	2.0	0.2	4.6
2006	1	2.1	22.4	31.3	1.8	0.2	5.3
	2	2.4	33.2	44.5	2.0	0.3	6.9
	3	2.5	23.9	35.5	2.1	0.4	7.8
	4	2.2	18.7	27.9	2.2	0.3	6.2
	5	2.4	18.0	31.8	3.4	0.5	7.6
	6	2.2	11.9	27.7	4.0	0.6	7.9
	7	2.0	7.7	20.6	3.5	0.4	6.9
	8	2.0	8.1	22.1	4.1	3.2	6.6
	9	2.2	11.6	27.9	3.5	2.1	6.5
	10	2.3	15.8	38.3	4.6	2.4	5.0
	11	2.5	18.0	49.9	3.0	0.7	8.5
	12	2.6	17.0	49.4	2.1	0.7	8.8
2007	1	2.9	18.2	62.4	2.7	0.5	7.7
	2	2.6	16.0	52.9	3.0	0.6	8.3
	3	2.8	17.0	52.9	3.7	2.3	11.0
	4	2.6	13.1	41.7	4.8	3.1	9.3
	5	2.8	13.3	48.7	6.5	3.2	13.3
	6	2.4	9.5	35.4	4.3	2.4	10.6
	7	2.5	8.1	33.3	4.4	2.6	12.6
	8	2.6	8.7	33.1	4.3	2.5	13.2

	9	2.8	13.2	45.9	3.5	2.0	13.0
	10	3.1	17.6	114.3	3.4	1.7	12.9
	11	3.0	16.7	66.8	3.0	1.7	12.4
	12	2.5	19.0	72.3	2.9	2.0	12.4
2008	1	2.7	7,1	31,6	0,9	0,5	5,1
	2	3.1	7.9	33.6	1.3	0.7	7.6
	3	4.2	7.1	31.0	1.7	0.7	8.0
	4	3.0	6.7	28.7	1.7	0.9	8.2
	5	3.0	6.0	26.6	1.8	0.8	8.0
	6	2.8	4.3	20.6	1.4	0.9	7.8
	7	2.8	3.0	17.5	1.8	0.9	8.6
	8	2.7	3.3	17.3	1.7	0.9	8.0
	9	3.0	5.9	28.2	2.0	0.9	8.0
	10	3.3	8.8	39.1	1.6	0.9	8.7
	11	3.1	7.7	37.1	1.7	0.8	8.2
	12	3.1	9.3	42.8	1.2	0.9	9.1
2009	1	3.6	11.7	57.0	1.2	0.9	8.8
	2	3.3	10.7	50.2	1.2	0.8	8.2
	3	3.7	11.6	49.6	1.4	0.9	8.8
	4	3.5	8.9	41.6	1.6	1.0	8.8
	5	3.2	7.2	33.8	1.5	0.9	8.8
	6	3.4	6.2	29.9	1.7	1.1	9.3
	7	3.2	3.8	21.2	1.8	1.1	9.1
	8	3.0	3.8	20.6	1.8	1.0	8.9
	9	3.2	5.8	27.5	2.1	1.1	9.3
	10	3.4	8.6	38.4	3.0	1.0	9.1
	11	3.3	11.8	50.4	1.9	0.8	7.8
	12	3.8	12.8	52.5	1.7	1.0	9.7
2010	1	2.9	8.4	35.1	1.1	0.9	8.0
	2	3.0	8.1	37.7	1.2	0.9	7.9
	3	3.6	10.3	47.5	1.4	1.0	9.4
	4	3.3	8.4	37.8	1.7	1.0	8.9
	5	3.3	7.5	34.7	1.7	0.9	8.4
	6	3.3	6.3	30.7	1.8	1.0	8.7
	7	2.9	4.4	21.8	1.9	1.0	8.5
	8	3.0	3.8	19.9	1.8	1.0	8.7
	9	3.3	6.8	31.2	1.7	1.1	9.1
	10	3.2	9.2	37.1	1.7	1.0	8.2
	11	3.3	9.0	38.6	1.6	1.1	8.7

	12	3.9	11.3	52.2	1.7	1.1	9.6
2011	1	4.1	13.8	74.4	1.3	1.0	8.5
	2	3.4	8.1	31.9	1.0	0.5	4.6
	3	3.7	7.6	28.3	1.2	0.6	5.5
	4	3.3	6.2	22.9	1.3	0.5	5.0
	5	3.3	5.8	21.7	1.2	0.6	5.0
	6	3.2	4.8	18.5	1.4	0.6	5.1
	7	2.7	2.7	11.7	1.3	0.6	4.9
	8	2.7	2.6	11.2	1.3	0.6	5.1
	9	3.2	4.6	16.9	1.6	0.6	5.6
	10	2.4	5.1	17.9	1.1	0.4	3.7
	11	1.3	3.0	10.2	0.6	0.2	1.8
	12	3.6	8.2	28.4	1.4	0.6	5.1
2012	1	3.9	11.0	40.5	1.0	0.6	5.1
	2	3.2	7.2	24.4	1.0	0.5	4.7
	3	3.7	8.1	27.9	1.1	0.6	5.5
	4	3.1	5.4	18.8	1.1	0.6	5.4
	5	3.3	5.2	17.4	1.2	0.6	5.9
	6	2.8	3.4	12.3	1.0	0.5	5.4
	7	2.7	2.2	9.0	1.2	0.6	5.9
	8	2.6	2.6	8.9	1.1	0.6	5.6
	9	2.9	4.7	14.7	1.1	0.6	5.6
	10	3.2	6.7	21.8	1.3	0.6	5.8
	11	3.3	7.2	24.1	1.3	0.6	6.1
	12	3.0	6.5	22.2	1.1	0.6	5.4

Ek 8. Yıllara Göre Anemi, Kronik Hastalık Sıklığındaki Değişim (Yüzde)

Yıl	Ay	Anemi	KOAH	HT
2006	1	1.4	0.6	5.4
	2	2.3	1.4	9.2
	3	3.5	1.2	12.1
	4	3.4	1.2	10.5
	5	4.4	1.3	13.8
	6	4.1	1.0	13.8
	7	4.2	0.9	12.7
	8	3.6	1.0	10.6
	9	3.7	1.0	12.1
	10	2.8	1.0	10.7
	11	4.7	1.3	16.3
	12	4.8	1.3	16.4
	1	4.6	1.3	14.8

	2	5.2	1.4	15.1
	3	7.2	2.3	21.7
	4	5.6	1.7	18.1
	5	8.1	2.5	28.4
	6	7.5	2.4	24.3
	7	9.1	2.1	26.9
	8	9.7	2.1	29.7
	9	9.6	2.5	29.4
	10	8.8	2.7	30.9
	11	8.7	2.8	29.7
	12	7.5	2.6	29.4
2008	1	2.3	1.4	7.9
	2	3.2	1.7	34.2
	3	3.6	1.7	30.5
	4	3.7	1.7	34.2
	5	3.5	1.6	28.0
	6	3.5	1.5	22.5
	7	4.1	1.6	29.6
	8	3.9	1.5	18.7
	9	4.0	1.6	10.8
	10	3.7	1.9	33.2
	11	3.8	1.7	14.6
	12	3.5	2.0	25.4
2009	1	3.6	2.1	38.5
	2	3.5	2.0	44.9
	3	4.2	2.3	5.5
	4	5.7	2.1	31.8
	5	5.7	1.9	22.5
	6	6.8	1.9	45.2
	7	6.6	1.8	39.7
	8	5.9	1.7	20.8
	9	5.1	1.9	28.8
	10	5.4	1.9	36.0
	11	4.3	1.7	37.8
	12	5.0	2.4	60.8
2010	1	4.5	1.9	80.8
	2	4.8	2.0	35.9
	3	5.6	2.4	32.5
	4	5.3	2.1	37.5
	5	5.7	1.8	31.0
	6	5.4	2.0	27.7
	7	5.6	1.9	36.2
	8	5.3	1.9	40.6
	9	4.7	2.2	43.5
	10	4.7	1.9	21.7
	11	4.7	2.2	30.9
	12	5.2	2.4	42.6

2011	1	4.5	2.4	61.6
	2	2.5	1.5	45.0
	3	2.9	1.7	87.5
	4	2.8	1.5	59.9
	5	2.8	1.5	52.8
	6	3.3	1.3	62.9
	7	3.1	1.2	48.0
	8	3.1	1.3	35.3
	9	3.2	1.5	75.1
	10	2.2	1.0	41.5
	11	1.0	0.5	49.0
	12	2.7	1.4	30.7
2012	1	2.5	1.4	33.8
	2	2.4	1.4	21.3
	3	2.8	1.5	42.7
	4	2.5	1.3	37.4
	5	2.7	1.4	62.2
	6	2.6	1.3	31.2
	7	2.8	1.3	47.6
	8	2.4	1.3	74.0
	9	2.3	1.4	27.3
	10	2.3	1.4	43.5
	11	2.5	1.5	27.4
	12	2.2	1.4	44.5

Ek 9.Yıllara Göre Bazı Bildirimi Zorunlu Hastalıkların Sıklığındaki Değişim(On Binde)

Yıl	Ay	Bruselloz	Kabakulak	A.K.İshal	Hep. A	Hep. B	Kızamık	Kızamıkçık	Kuduz Riskli Temas	Sifilis
2005	1	0.8	3.3	1.8	7.9	0.9	1.1	0.4	10.3	0.1
	2	1.4	3.3	1.2	6.3	1.0	0.1	0.6	9.7	0.0
	3	1.8	6.3	2.6	4.4	1.0	0.5	0.3	9.8	0.3
	4	1.6	2.3	2.7	2.3	0.9	0.5	0.9	12.5	0.0
	5	3.3	0.9	3.5	2.8	1.0	0.0	0.6	16.8	0.1
	6	2.1	0.1	2.9	1.3	0.8	0.0	0.6	20.3	0.0
	7	2.5	1.3	2.1	1.2	0.7	0.0	0.0	22.2	0.3
	8	2.5	1.0	5.3	1.0	0.5	0.0	0.0	22.7	0.0
	9	2.8	0.3	4.8	1.6	0.6	0.0	0.0	16.3	0.3
	10	1.6	0.3	4.8	2.0	1.2	0.3	0.0	18.6	0.3
	11	0.4	0.0	4.1	2.1	0.4	0.0	0.1	15.8	0.0
	12	0.4	0.2	2.3	5.9	0.4	0.0	0.8	42.1	0.1
	1	0.8	3.3	1.8	7.9	0.9	1.1	0.4	10.4	0.1

	2	0.1	0.1	2.7	3.0	0.6	0.0	1.0	12.2	0.2
	3	0.4	0.1	2.0	2.1	0.7	0.0	0.0	18.3	0.1
	4	0.1	0.1	2.3	1.2	0.7	0.0	0.0	17.4	0.1
	5	2.2	0.0	1.5	1.0	0.1	0.0	0.4	20.2	0.2
	6	1.0	0.0	2.7	1.1	1.3	0.0	0.5	34.7	0.1
	7	1.0	0.0	2.6	0.7	0.9	0.0	0.2	27.4	0.0
	8	0.9	0.0	6.1	1.4	0.9	0.0	0.3	29.1	0.2
	9	0.3	0.0	4.6	1.4	0.6	0.0	0.0	35.6	0.2
	10	0.0	0.0	3.4	2.7	0.1	0.0	0.1	20.9	0.2
	11	0.1	0.0	2.4	3.0	0.5	0.0	0.1	27.3	0.3
	12	0.0	0.0	1.2	2.4	0.5	0.0	0.2	20.1	0.5
	2007	1	0.3	0.0	2.3	3.0	0.1	0.0	0.2	18.2	0.1
2		0.1	0.0	2.9	1.1	0.4	0.0	0.0	13.7	0.0
3		1.1	0.0	1.1	0.5	0.3	0.0	0.1	22.7	0.0
4		0.3	0.0	1.6	0.6	0.3	0.0	0.2	24.2	0.1
5		0.3	0.0	10.5	0.3	0.5	0.0	0.3	36.2	0.1
6		2.6	0.0	5.1	0.4	0.3	0.0	0.2	29.4	0.0
7		1.8	0.0	2.9	0.6	0.2	0.0	0.0	31.3	0.2
8		1.1	0.0	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0	34.2	0.1
9		1.8	0.0	2.4	0.8	0.3	0.0	0.1	34.5	0.5
10		1.3	0.0	3.8	0.8	0.0	0.0	0.0	29.1	0.0
11		1.1	0.0	3.8	0.2	0.1	0.0	0.3	35.8	0.1
12		0.7	0.0	0.9	0.8	0.2	0.0	0.3	26.0	0.1
2008	1	4.3	4.1	2.4	0.8	1.1	0.4	0.2	34.7	0.0
	2	6.3	3.1	2.2	0.3	1.7	0.2	0.0	42.3	0.5
	3	10.0	6.0	3.0	1.1	0.1	0.0	0.0	52.0	0.0
	4	12.2	8.5	1.8	0.5	1.0	0.3	0.4	56.6	0.0
	5	13.6	8.6	3.7	0.2	0.8	0.2	0.3	74.6	0.0
	6	18.2	5.5	3.4	1.0	0.3	0.3	0.2	49.6	0.0
	7	19.8	0.8	2.1	0.3	0.9	0.0	0.1	35.9	0.1
	8	16.9	0.6	2.8	0.4	1.1	0.1	0.1	47.2	0.0
	9	12.0	1.2	1.7	0.2	0.3	0.0	0.1	24.1	0.0
	10	10.7	5.3	2.1	0.4	0.9	0.0	0.0	14.1	0.1
	11	9.2	15.4	2.6	1.0	1.4	0.0	0.0	62.7	0.2
	12	7.1	6.8	.6	0.9	0.6	0.1	0.1	21.4	0.0
	1	8.3	2.2	0.7	0.8	0.5	0.2	0.0	24.4	0.0
	2	7.8	2.4	1.8	0.5	0.5	0.3	0.0	24.4	0.1
	3	9.6	2.8	1.5	0.2	0.3	0.2	0.0	26.8	0.0
	4	10.7	4.2	2.2	0.1	0.3	0.1	0.0	35.2	0.1

	5	9.6	2.6	2.1	0.2	0.2	0.4	0.0	35.4	0.0
	6	14.6	0.6	1.9	0.2	0.2	0.1	0.0	42.1	0.3
	7	16.9	0.7	2.1	0.1	0.4	0.3	0.0	45.8	0.0
	8	16.1	0.4	2.3	0.0	0.1	0.1	0.0	34.8	0.3
	9	11.1	0.4	1.9	0.1	0.5	0.0	0.0	30.4	0.0
	10	11.0	0.5	3.0	0.3	0.2	0.0	0.0	34.8	0.0
	11	8.3	0.8	1.0	0.0	0.2	0.0	0.0	5.9	0.0
	12	8.2	0.8	1.9	0.2	0.4	0.2	0.0	13.9	0.1
2010	1	5.9	0.1	0.9	0.1	0.1	0.0	0.0	18.3	0.0
	2	8.0	0.6	2.1	0.1	0.1	0.1	0.0	17.6	0.1
	3	6.8	5.2	2.3	0.1	0.0	0.3	0.0	24.4	0.4
	4	7.7	3.5	2.9	0.0	0.0	0.4	0.0	30.9	0.0
	5	9.0	1.1	1.1	0.1	0.4	0.6	0.0	32.5	0.0
	6	11.1	0.7	3.2	0.0	0.6	0.1	0.0	31.5	0.0
	7	10.1	0.4	2.4	0.0	0.3	0.1	0.1	30.1	0.0
	8	9.8	0.4	1.8	0.1	0.1	0.0	0.0	25.1	0.0
	9	7.4	0.2	1.5	0.0	0.1	0.3	0.0	27.9	0.0
	10	8.6	0.6	0.7	0.0	0.2	0.3	0.0	25.6	0.0
	11	7.4	0.3	0.1	0.3	0.0	0.3	0.0	21.9	0.0
	12	6.4	9.1	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0	13.7	0.1
2011	1	6.6	5.1	1.1	0.0	0.2	0.6	0.0	17.7	0.0
	2	5.1	0.8	1.2	0.1	0.2	0.5	0.0	20.0	0.0
	3	5.1	0.6	1.4	0.0	0.1	0.5	0.0	23.4	0.0
	4	6.4	1.5	1.5	0.0	0.3	0.1	0.1	28.1	0.1
	5	6.6	0.8	0.2	0.0	0.1	0.2	0.0	28.5	0.1
	6	8.5	0.2	2.1	0.0	0.0	0.2	0.0	37.6	0.0
	7	8.9	0.3	1.5	0.0	0.1	0.1	0.0	34.6	0.0
	8	10.2	0.4	1.4	0.0	0.2	0.2	0.0	34.7	0.2
	9	8.5	0.3	1.2	0.0	0.2	0.0	0.0	39.0	0.0
	10	5.9	0.6	0.6	0.0	0.3	0.1	0.0	25.4	0.0
	11	2.8	0.4	2.1	0.0	0.3	0.1	0.1	26.2	0.1
	12	6.5	1.0	1.4	0.1	0.0	0.1	0.0	23.3	0.2
2012	1	4.9	0.7	1.4	0.4	0.1	0.4	0.0	22.6	0.0
	2	5.1	0.7	1.8	0.1	0.0	0.2	0.0	17.7	0.1
	3	5.0	0.6	0.5	0.0	0.1	0.3	0.0	30.0	0.0
	4	6.9	0.7	0.8	0.1	0.1	0.2	0.0	30.9	0.0
	5	6.3	0.7	2.5	0.0	0.0	0.2	0.0	38.2	0.1
	6	5.8	0.5	1.9	0.0	0.2	0.8	0.1	34.7	0.1
	7	6.2	0.2	0.5	0.0	0.3	0.2	0.1	45.1	0.1

	8	6.8	0.6	0.5	0.0	0.0	0.1	0.0	32.1	0.0
	9	5.3	0.4	1.9	0.3	0.3	0.1	0.0	71.3	0.0
	10	5.0	0.5	1.2	0.3	0.1	0.0	0.0	32.0	0.0
	11	5.3	0.6	1.4	0.2	0.0	0.2	0.0	25.3	0.0
	12	2.9	0.4	1.4	0.2	0.1	0.3	0.0	25.6	0.0

Ek 10. Hizmeti Kullananlar Anket Formu

MANİSA İLİ SAĞLIK OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, “Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması” amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi tarafından gerçekleştirilmektedir. Araştırmayla ilgili Manisa il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmanız sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerine ilişkin yapılacak çalışmalara önemli katkı sağlayacaktır. Bu çalışma ayrıntılı bir görüşme olacağı için görüşleriniz ses kayıt cihazı aracılığıyla kayıt edilecektir. Sizden elde edilecek bilgiler araştırma dışında kullanılmayacak ve görüşülen kişinin isim, çalıştığı yer, vb. şahsi bilgilerinin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Katılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacılar Celalettin ÇEVİK, MPH Doç. Dr. Bülent KILIÇ

Bu bölgede ne zamandır oturuyorsunuz?..... yılından beri.

Dikkat: 2005 yılı ve daha öncesi tarihe sahip kişiler araştırmaya alınacaktır.

Adı Soyadı	
Aile hekimini kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> ¹ Evet <input type="checkbox"/> ² Hayır
Sağlık ocağı döneminde SO hekimini kullanıyor muydu?	<input type="checkbox"/> ¹ Evet <input type="checkbox"/> ² Hayır
Yaş	.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> ¹ Kadın <input type="checkbox"/> ² Erkek
Meslek	.....
Sosyal güvence	.....
Eğitim durumu	.....

İLK BAŞVURU (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 1. Aile hekimliği başladığından beri bir sağlık sorununuz olduğunda hangi sağlık kurumuna gidersiniz?

Neden?

AH Soru 2. Aile hekiminizi hangi hizmetler için kullanıyorsunuz?

Neden?

İLK BAŞVURU (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 1. Sağlık ocağı döneminde bir sağlık sorununuz olduğunda hangi sağlık kurumuna giderdiniz?

Neden?

SO Soru 2. Sağlık ocağını hangi hizmetler için kullanıyordunuz?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 3. Aile hekiminize rahat ulaşabilme (yerinde bulma) konusundaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 4. Bekleme salonunda bekleme süresi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 5. Muayene süresi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 6. Gereksiniminiz olduğunda aile hekiminizden **tıbbi bakım alabilmeniz** zor oluyor mu?
AH Soru 7. Sizce hekiminizi **seçebilmemiz** bir avantaj mı?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 3. Sağlık ocağı hekimine **ulaşabilme**, yerinde bulma konusundaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 4. Bekleme salonunda **bekleme süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 5. **Muayene süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 7. Gereksiniminiz olduğunda sağlık ocağı hekiminizden **tıbbi bakım alabilmeniz** zor oluyor muydu?

Neden?

SO Soru 7. Sağlık ocağı döneminde **hekim seçememeniz** bir sorun muydu?

Neden?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 8. Aile hekimine gittiğiniz zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor musunuz? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 9. Aile hekiminiz sizi herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor mu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 10. Aile hekiminizin, söylediklerinizi veya sorularınızı anladığını düşünüyor musunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 11. Doktorunuz sorduğunuz sorulara sizin anlayabileceğiniz şekilde cevap veriliyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 12. Bir sorunuz olduğunda aile hekiminizi telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor musunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 13. Aile hekiminiz görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 14. Aile hekiminiz özel durumunuzla ilgilenir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 15. Aile **hekim-hasta ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 16. Aile hemşiresinin tutum, davranışları hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 17. Aile hekiminizin size sunduğu **eğitim ve bilinçlendirme** çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 8. Sağlık ocağına gittiğiniz zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor muydunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 9. Sağlık ocağı hekiminiz sizi herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 10. Sağlık ocağı hekiminin, söylediklerinizi veya sorularınızı anladığını düşünüyor muydunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 11. Sağlık ocağı hekimine sorduğunuz sorulara sizin anlayabileceğiniz şekilde cevap veriliyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 12. Bir sorunuz olduğunda sizi en iyi tanıyan doktor veya hemşireyi telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor muydunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 13. Sağlık ocağı hekiminiz görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 14. Sağlık ocağı hekiminiz özel durumunuzla ilgilenir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 15. Sağlık ocağı döneminde **hasta-hekim ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 16. Sağlık ocağı döneminde personel tutum, davranışları hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 17. Sağlık ocağı döneminde sunulan eğitim ve bilinçlendirme çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 18. Aile hekiminiz size bir uzman hekime gitme önerisinde bulunuyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 19. Aile hekiminiz sizin sorunuzla ilgili olarak gidebileceğiniz (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında sizinle görüş alışverişinde bulunur mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 20. Aile hekimliği döneminde sevk zinciri uygulaması hakkında görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 18. Sağlık ocağı hekimi size bir uzman hekime gitme önerisinde bulunur muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 19. Sağlık ocağı hekimi sizin sorunuzla ilgili olarak gidebileceğiniz (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında sizinle görüş alışverişinde bulunur muydu?

SO Soru 20. Sağlık ocağı döneminde sevk zinciri uygulaması hakkında görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 21. Aile hekiminiz tedavi ve izlem planlarken sizin düşünce ve önerilerinizi alır mı? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 22. Aile hekiminiz yardımcı olabileceğini düşündüğünüz için aile üyelerinden birisiyle görüşür mü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 21. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz tedavi ve izlem planlarken sizin düşünce ve önerilerinizi alır mıydı? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 22. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz yardımcı olabileceğini düşündüğünüz için aile üyelerinden birisiyle görüşür müydü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 23. Aile hekimliği döneminde bölge uygulaması yerine her aile hekiminin kendisini seçenlere ait bir **listesi olması (hasta listesi)** uygulamasına geçilmesi hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 24. Aile hekiminiz veya yanında çalışan hemşiresi hiç ev ziyaretleri yapar mı? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 25. Aile hekiminiz, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, insanların düşünce ve önerilerini alır mı? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 26. Aile hekiminizin sunduğu **koruyucu hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (**Aşılama AP, taramalar**)

Neden?

AH Soru 27. Aile hekiminizin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 28. Aile hekiminizin sunduğu izlemler (**riskli gruplar** (yaşlılar, çocuklar, gebeler), **kronik hastalığı olanlar**) hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 29. Aile hekiminizin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar, salgınla mücadele hizmetleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 30. Aile hekimliği döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 23. Sağlık ocağı döneminde uygulanan **bölge uygulaması** ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 24. Sağlık ocağınızdan birisi hiç **ev ziyaretleri** yapar mıydı? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 25. Sağlık ocağı hekimi, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, **insanların düşünce ve önerilerini** alır mıydı? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 26. Sağlık ocağı hekiminin sunduğu **koruyucu hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (**Aşılama AP, taramalar**)

Neden?

SO Soru 27. Sağlık ocağı hekiminin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 28. Sağlık ocağı hekiminin sunduğu **izlemler (riskli gruplar** (yaşlılar, çocuklar, gebeler), **kronik hastalığı olanlar**) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 29. Sağlık ocağı hekiminin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar, salgınla mücadele hizmetleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 30. Sağlık ocağı döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 31. Sağlık ocağı döneminde **çevre sağlığı uygulamaları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 32. Aile hekiminiz tedavi hizmeti vermenin yanı sıra sağlığını koruyucu uygulamalar (aşı, aile planlaması, sigaradan korunma vb) ve eğitimler veriyor mu? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Neden?

AH Soru 33. Aile hekiminiz tedavi hizmeti vermenin yanı sıra tedavi sonrasında hastalık tam iyileşmemişse rehabilitasyon hizmeti (fizik tedavi, evde bakım vb) veriyor mu? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Neden?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 32. Sağlık ocağı hekimi tedavi hizmeti vermenin yanı sıra sağlığını koruyucu uygulamalar (aşı, aile planlaması, sigaradan korunma vb) ve eğitimler veriyor muydu? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 33. Sağlık ocağı döneminde **entegre hizmet** var mıydı? Birden fazla hizmet bir arada veriliyor muydu? (AÇS-AP + Bul.Ol Hast hizmeti) bir arada var mıydı?

Neden?

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 34. Aile hekiminiz gereksinimlere göre size bazı hizmetleri **öncelikli** verir mi? (örneğin AP hizmeti, kanser taraması vb gibi)

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 34. Sağlık ocağı hekimi gereksinimlere göre bazı hizmetleri **öncelikli** verir miydi? (AP hizmeti gibi) Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SAĞLIK EKİBİ(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 35. Aile hekiminiz sizce bu hizmeti bir **ekibin üyesi** olarak mı sunuyor?

Neden?

AH Soru 36. Aile sağlığı merkezinde hekim dışı personelin hastalara olan tutumu nasıl? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

SAĞLIK EKİBİ (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 35. Sağlık ocağı döneminde hizmet bir **ekip** tarafından mı sunuluyordu? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 36. Sağlık ocağı döneminde hekim dışı personelin yardımı nasıldı? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

KABUL EDİLEBİLİRLİK (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 37. Aile hekiminizin muayene odası ve genel olarak aile sağlığı Merkezinin **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 38. Aile sağlığı Merkezinin **teknik donanım** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 39. Aile sağlığı Merkezinin **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 40. Aile hekiminizin **aile planlaması ve malzeme bulundurma durumu** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 41. Aile hekimliği döneminde **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

KABUL EDİLEBİLİRLİK(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 37. Sağlık ocağı hekiminin muayene odası ve genel olarak sağlık ocağı **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 38. Sağlık ocağının **teknik donanımı** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 39. Sağlık ocağının **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 40. Sağlık ocağı hekiminin **aile planlaması, malzeme bulundurma durumu** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 41. Sağlık ocağı döneminde **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

GENEL OLARAK KARŞILAŞTIRMA

Soru 42. Sağlık ocağı ve aile hekimliği sistemini karşılaştırır mısınız? Sistemle ilgili düşünceleriniz nelerdir?

EK 11. Hekim Anket Formu

MANİSA İLİ SAĞLIK OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, “Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması” amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi tarafından gerçekleştirilmektedir. Araştırmayla ilgili Manisa il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmanız sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerine ilişkin yapılacak çalışmalara önemli katkı sağlayacaktır. Bu çalışma ayrıntılı bir görüşme olacağı için görüşleriniz ses kayıt cihazı aracılığıyla kayıt edilecektir. Sizden elde edilecek bilgiler araştırma dışında kullanılmayacak ve görüşülen kişinin isim, çalıştığı yer, vb. şahsi bilgilerinin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Celalettin ÇEVİK, MPH

Doç. Dr. Bülent KILIÇ

Adı Soyadı	.....
Yaş	.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> ¹ Kadın <input type="checkbox"/> ² Erkek
Meslek	.....
Sosyal güvence	.....
Eğitim durumu	.....

İLK BAŞVURU (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

Soru 1. Sizce hastalar bir sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna gidiyor?

Neden?

Soru 2. Sizce hastalar aile sağlığı merkezini hangi hizmetler için kullanıyor?

Neden?

İLK BAŞVURU (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

Soru 1. Sizce hastalar bir sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna gidiyordu?

Neden?

Soru 2. Sizce hastalar sağlık ocağını hangi hizmetler için kullanıyordu?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 3. Hastaların aile hekimine rahat ulaşabilmesi (yerinde bulma) konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 4. Hastaların bekleme salonunda bekleme süresi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 5. Hastaların **muayene süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 6. Sizce hastaların gereksinimi olduğunda aile hekiminden **tıbbi bakım** alabilmesi zor oluyor mu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 7. Sizce hastaların aile hekimliği döneminde **hekim seçebilmesi** bir avantaj mı?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 3. Hastaların sağlık ocağına rahat **ulaşabilmesi** (yerinde bulma) hakkında ne düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 4. Hastaların bekleme salonunda **bekleme süresi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 5. Hastaların **muayene süresi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 6. Sizce hastaların gereksinimi olduğunda sağlık ocağından/sağlık ocağı hekiminden **tıbbi bakım** alabilmesi zor oluyor mu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 7. Sizce hastaların sağlık ocağı döneminde **hekim seçememesi** bir sorun muydu?

Neden?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 8. Sizce hastalar aile hekimine gittiği zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor mu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 9. Sizce aile hekimleri hastaları herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor mu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 10. Sizce hastalar aile hekimlerinin, söylediklerini veya sorularını anlıyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 11. Sizce aile hekimleri hastaların sordukları sorulara anlayabilecekleri şekilde cevap veriyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Soru 12. Sizce hastalar bir sorunu olduğunda aile hekimlerini telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 13. Sizce aile hekimleri hastalar ile görüşmeleri sırasında yeterli zamanı olduğunu hissettirir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 14. Sizce aile hekimleri hastaların özel durumuyla ilgilenir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 15. Aile hekimliği döneminde **hasta-hekim ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 16. Aile hekimliği döneminde **personel tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 17. Aile hekimlerinin hastalara yönelik sunduğu **eğitim ve bilinçlendirme** çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 18. Aile hemşirelerinin hastalara yönelik **tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 8. Sizce hastalar sağlık ocağı hekimine gittiğiniz zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor muydu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 9. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaları herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor muydu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 10. Sizce hastalar sağlık ocağı hekimlerinin, söylediklerini veya sorularını anlıyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 11. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların sordukları sorulara anlayabilecekleri şekilde cevap veriyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 12. Sizce hastalar bir sorunu olduğunda sağlık ocağı hekimlerini telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 13. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastalar ile görüşmeleri sırasında yeterli zamanı olduğunu hissettirir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 14. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların özel durumuyla ilgilenir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 15. Sağlık ocağı döneminde **hasta-hekim ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 16. Sağlık ocağı döneminde **personel tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 17. Sağlık ocağı hekimlerinin hastalara yönelik sunduğu **eğitim ve bilinçlendirme** çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 18. Sizce aile hekimleri hastalarına bir uzman hekime gitme önerisinde bulunuyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 19. Sizce aile hekimleri hastaların sorunu ile ilgili olarak gidebileceği farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında hastalar ile görüş alışverişinde bulunur mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 20. Aile hekimliği döneminde **sevk zinciri uygulaması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 18. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaları bir uzman hekime gitme önerisinde bulunuyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 19. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların sorunu ile ilgili olarak gidebileceği farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında hastalar ile görüş alışverişinde bulunur muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 20. Sağlık ocağı döneminde sevk zinciri uygulaması hakkında görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 21. Sizce aile hekimleri **tedavi ve izlem** planlarken hastaların düşünce ve önerilerini alıyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 22. Sizce aile hekimleri hastalara yardımcı olabileceğini düşündüğü için aile üyelerinden birisiyle görüşür mü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 21. Sizce sağlık ocağı hekimleri tedavi ve izlem planlarken hastaların düşünce ve önerilerini alıyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 22. Sağlık ocağı hekimleri hastalara yardımcı olabileceğini düşündüğü için aile üyelerinden birisiyle görüşür müydü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 23. Sizce aile hekimleri **birey yönelimli hizmet** (bireyin öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet, bireysel danışmanlık vb) sunabilir mi? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

AH Soru 24. Sizce aile hekimleri **toplum yönelimli hizmet** (toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet) sunabilir mi? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

AH Soru 25. Aile hekimliği döneminde sağlık hizmetlerinin planlanmasında **toplum katılımı** konusundaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 26. Aile hekimliği döneminde bölge uygulaması yerine, **hasta listesi uygulamasına** geçilmesi hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 27. Aile hekimliği döneminde **ev ziyaretlerinin yapılması** konusunda görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 28. Aile hekimlerinin sunduğu **koruyucu hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (Aşılama AP, taramalar)

Neden?

AH Soru 29. Aile hekimlerinin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 30. Aile hekimlerinin sunduğu **izlem çalışmaları** (riskli gruplar, kronik hastalığı olanlar) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 31. Aile hekimlerinin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar ve salgınla mücadele hizmetleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 32. Sizce aile hekimleri, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, **insanların düşünce ve önerilerini** alıyor mu? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 23. Sizce sağlık ocağı hekimleri **birey yönelimli hizmet** (bireyin öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet, bireysel danışmanlık vb) sunuyor muydu? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 24. Sizce sağlık ocağı hekimleri **toplum yönelimli hizmet** (toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet) sunuyor muydu? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 25. Sağlık ocağı döneminde sağlık hizmetlerinin planlanmasında **toplum katılımı** konusundaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 26. Sağlık ocağı döneminde uygulanan **bölge uygulaması** ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 27. Sağlık ocağı döneminde **ev ziyaretlerinin yapılması** konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 28. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **koruyucu hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (Aşılama AP, taramalar)

Neden?

SO Soru 29. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 30. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **izlem çalışmaları** (riskli gruplar, kronik hastalığı olanlar) hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 31. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar ve salgınla mücadele hizmetleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 32. Sağlık ocağı hekimi, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, **insanların düşünce ve önerilerini** alır mıydı? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

Soru 33. Sağlık ocağı döneminde **çevre sağlığı uygulamaları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 34. Sizce aile hekimler **tedavi, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon** bir arada veriyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 35. Sizce Aile hekimleri **entegre hizmet** sunuyor mu? Birden fazla hizmet bir arada veriliyor mu? (AÇS-AP + Bul.Ol Hast. hizmeti) bir arada var mı?

Neden?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 34. Sizce sağlık ocağı döneminde **tedavi, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon** bir arada veriliyor muydu?

Neden?

SO Soru 35. Sizce sağlık ocağı hekimi **entegre** hizmet sunuyor muydu? Birden fazla hizmet bir arada veriliyor muydu? (AÇS-AP + Bul.Ol Hast hizmeti) bir arada var mıydı?

Neden?

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 36. Sizce aile hekimleri gereksinimlere göre bazı hizmetler **öncelikli** sunuluyor mu? (AP hizmeti gibi) Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 36. Sizce sağlık ocağı hekimleri gereksinimlere göre bazı hizmetler **öncelikli** sunuluyor muydu? (AP hizmeti gibi) Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SAĞLIK EKİBİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 37. Aile hekimliğini **seçme nedenleriniz** nelerdir?

AH Soru 38. Aile hekimliği döneminde **esnek çalışma/uzun süre çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 39. Aile hekimliği döneminde **sözleşmeli çalışma** durumu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 40. Aile hekimliği döneminde **aile hekimi başına düşen nüfus** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 41. Aile hekimliği döneminde **denetim** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 42. Aile hekimliği döneminde çalışanların **görev tanımları** nasıldır? (**geniş/dar**)

AH Soru 43. Aile hekimliği döneminde birinci basamak **kavram ve sınırlar** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 44. Aile hekimliği döneminde çalışanlar arasında **rekabet** konusu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 45. Aile hekimliği döneminde **ekip çalışması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 46. Aile hekimliği döneminde sizce aile hekimi bu hizmeti bir **ekip içinde** mi sunuyor?

SAĞLIK EKİBİ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 37. Sağlık ocağı döneminde **esnek çalışma/uzun süre çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 38. Sağlık ocağı döneminde **hekim başına düşen nüfus** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 39. Sağlık ocağı döneminde **denetim** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 40. Sizce sağlık ocağı döneminde hekimlerin **görev tanımları** nasıldır? (**geniş/dar**)

Neden?

SO Soru 41. Sağlık ocağı döneminde **birinci basamak kavram ve sınırlar** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 42. Sağlık ocağı döneminde **ekip çalışması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 43. Sağlık ocağı döneminde hizmet bir **ekip** tarafından mı sunuluyordu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

EĞİTİM (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 47. Sizce aile hekimlerinin hizmet **öncesi eğitimleri** nasıldır? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 48. Sizce aile hekimlerinin **hizmet içi eğitim/süreklili** eğitimleri nasıldır? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 49. Sizce aile hekimlerinin **eğitim konuları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

EĞİTİM (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 47. Sağlık ocağı hekimlerinin **hizmet öncesi eğitimler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 48. Sizce sağlık ocağı hekimlerinin **hizmet içi eğitim/sürekli eğitimleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 49. Sizce sağlık ocağı döneminde **eğitim konuları** nasıldı? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

KAYITLAR (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 50. Aile hekimliği döneminde **kayıtların niteliği** (ulaşılabilirlik, içerik zenginliği) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 51. Aile hekimliği döneminde **kayıtların güvenilirliği** konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 52. Aile hekimliği döneminde **elektronik kayıtlar** (AHBS, TSİM) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

KAYITLAR (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 50. Sağlık ocağı döneminde **kayıtların niteliği** (ulaşılabilirlik, içerik zenginliği) nasıldı? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 51. Sağlık ocağı döneminde **kayıtların güvenilirliği** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 52. Sağlık ocağı döneminde **elektronik kayıtlar** (TSİM) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

FİNANSMAN (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 53. **Performansa dayalı çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir? (cezalandırma/ödüllendirme)

Neden?

AH Soru 54. Aile hekimlerine verilen **ücretler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 55. Aile hekimliği döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

FİNANSMAN(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 54. Sağlık ocağı hekimlerine verilen **ücretler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 55. Sağlık ocağı döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KABUL EDİLEBİLİRLİK(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 56. Aile hekimlerinin muayene odası ve genel olarak aile sağlığı merkezinin **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 57. Aile sağlığı merkezinin **teknik donanımı** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 58. Aile sağlığı merkezinin **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 59. Aile sağlığı merkezinin **aile planlaması, malzeme bulundurma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 60. Aile sağlığı merkezinin **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KABUL EDİLEBİLİRLİK(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 56. Sağlık ocağı hekiminin muayene odası ve genel olarak sağlık ocağının **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 57. Sağlık ocağının **teknik donanımı** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 58. Sağlık ocağının **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 59. Sağlık ocağının **aile planlaması, malzeme bulundurma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 60. Sağlık ocağının **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

MEVZUAT

AH Soru 61. Aile hekimliği yeni **mevzuat hükümleri** ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

SO Soru 62. Sağlık ocağı döneminde uygulanan **sosyalleştirme yasanı mevzuatı** ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

GENEL OLARAK

Soru 63. Sağlık ocağı ve aile hekimliği sistemini karşılaştırır mısınız? Sistemle ilgili düşünceleriniz nelerdir?

EK 12. Ebe-Hemşire Anket Formu

MANİSA İLİ SAĞLIK OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, “Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması” amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi tarafından gerçekleştirilmektedir. Araştırmayla ilgili Manisa il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmanız sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerine ilişkin yapılacak çalışmalara önemli katkı sağlayacaktır. Bu çalışma ayrıntılı bir görüşme olacağı için görüşleriniz ses kayıt cihazı aracılığıyla kayıt edilecektir. Sizden elde edilecek bilgiler araştırma dışında kullanılmayacak ve görüşülen kişinin isim, çalıştığı yer, vb. şahsi bilgilerinin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Celalettin ÇEVİK, MPH

Doç. Dr. Bülent KILIÇ

Adı Soyadı	
Yaş	.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> ¹ Kadın <input type="checkbox"/> ² Erkek
Meslek	.....
Sosyal güvence	.....
Eğitim durumu	.....

İLK BAŞVURU (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 1. Sizce hastalar bir sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna gidiyor?

Neden?

AH Soru 2. Sizce hastalar aile sağlığı merkezini hangi hizmetler için kullanıyor?

Neden?

İLK BAŞVURU (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 1. Sizce hastalar bir sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna gidiyordu?

Neden?

SO Soru 2. Sizce hastalar sağlık ocağını hangi hizmetler için kullanıyordu?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 3. Sizce hastaların aile hekimine rahat ulaşabilmesi (yerinde bulma) konusundaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 4. Hastaların bekleme salonunda bekleme süresi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 5. Hastaların **muayene süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 6. Sizce hastaların gereksinimi olduğunda aile hekiminden **tıbbi bakım** alabilmesi zor oluyor mu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 7. Sizce hastaların aile hekimliği döneminde **hekim seçebilmesi** bir avantaj mı?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 3. Hastaların sağlık ocağına rahat **ulaşabilmesi** (yerinde bulma) hakkında ne düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 4. Hastaların bekleme salonunda **bekleme süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 5. Hastaların **muayene süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 6. Sizce hastaların gereksinimi olduğunda sağlık ocağından/sağlık ocağı hekiminden **tıbbi bakım** alabilmesi zor oluyor mu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 7. Sizce hastaların sağlık ocağı döneminde **hekim seçememesi** bir sorun muydu?

Neden?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 8. Sizce hastalar aile hekimine gittiği zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor mu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 9. Sizce aile hekimleri hastaları herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor mu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 10. Sizce hastalar aile hekimlerinin, söylediklerini veya sorularını anlıyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 11. Sizce aile hekimleri hastaların sordukları sorulara anlayabilecekleri şekilde cevap veriyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 12. Sizce hastalar bir sorunu olduğunda aile hekimlerini telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 13. Sizce aile hekimleri hastalar ile görüşmeleri sırasında yeterli zamanı olduğunu hissettirir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 14. Sizce aile hekimleri hastaların özel durumuyla ilgilenir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 15. Aile hekimliği döneminde **hasta-hekim ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 16. Aile hekimliği döneminde **personel tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 17. Aile hekimlerinin hastalara yönelik sunduğu **eğitim ve bilinçlendirme** çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 18. Aile hemşirelerinin hastalara yönelik **tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 8. Sizce hastalar sağlık ocağı hekimine gitti zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor muydu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 9. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaları herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor muydu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 10. Sizce hastalar sağlık ocağı hekimlerinin, söylediklerini veya sorularını anlıyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 11. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların sordukları sorulara anlayabilecekleri şekilde cevap veriyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 12. Sizce hastalar bir sorunu olduğunda sağlık ocağı hekimlerini telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 13. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastalar ile görüşmeleri sırasında yeterli zamanı olduğunu hissettirir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 14. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların **özel durumuyla** ilgilenir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Soru 15. Sağlık ocağı döneminde **hasta-hekim ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 16. Sağlık ocağı döneminde **personel tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 17. Sağlık ocağı hekimlerinin hastalara yönelik sunduğu **eğitim ve bilinçlendirme** çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 18. Sizce aile hekimleri hastalarına bir uzman hekime gitme önerisinde bulunuyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 19. Sizce aile hekimleri hastaların sorunu ile ilgili olarak gidebileceği (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında hastalar ile görüş alışverişinde bulunur mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 20. Aile hekimliği döneminde **sevk zinciri uygulaması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 18. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaları bir uzman hekime gitme önerisinde bulunuyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 19. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların sorunu ile ilgili olarak gidebileceği (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında hastalar ile görüş alışverişinde bulunur muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 20. Sağlık ocağı döneminde sevk zinciri uygulaması hakkında görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 21. Sizce aile hekimleri tedavi ve izlem planlarken hastaların düşünce ve önerilerini alıyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 22. Sizce aile hekimleri hastalara yardımcı olabileceğini düşündüğü için aile üyelerinden birisiyle görüşür mü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 21. Sizce sağlık ocağı hekimleri tedavi ve izlem planlarken hastaların düşünce ve önerilerini alıyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 22. Sağlık ocağı hekimleri hastalara yardımcı olabileceğini düşündüğü için aile üyelerinden birisiyle görüşür müydü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 23. Sizce aile hekimleri **birey yönelimli hizmet** (bireyin öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet, bireysel danışmanlık vb) sunabilir mi? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

AH Soru 24. Sizce aile hekimleri **toplum yönelimli hizmet** (toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet) sunabilir mi? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

AH Soru 25. Aile hekimliği döneminde sağlık hizmetlerinin planlanmasında **toplum katılımı** konusundaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 26. Aile hekimliği döneminde bölge uygulaması yerine, **hasta listesi uygulamasına** geçilmesi hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 27. Aile hekimliği döneminde **ev ziyaretlerinin yapılması** konusunda görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 28. Aile hekimlerinin sunduğu koruyucu **hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (Aşılama AP, taramalar)

Neden?

AH Soru 29. Aile hekimlerinin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 30. Aile hekimlerinin sunduğu **izlem çalışmaları** (riskli gruplar, kronik hastalığı olanlar) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 31. Aile hekimlerinin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar ve salgınla mücadele hizmetleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 32. Sizce aile hekimleri, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, **insanların düşünce ve önerilerini** alıyor mu? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 23. Sizce sağlık ocağı hekimleri **birey yönelimli hizmet** (bireyin öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet, bireysel danışmanlık vb) sunuyor muydu? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 24. Sizce sağlık ocağı hekimleri **toplum yönelimli hizmet** (toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet) sunuyor muydu? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 25. Sağlık ocağı döneminde sağlık hizmetlerinin planlanmasında **toplum katılımı** konusundaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 26. Sağlık ocağı döneminde uygulanan **bölge uygulaması** ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 27. Sağlık ocağı döneminde **ev ziyaretlerinin yapılması** konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 28. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **koruyucu hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (Aşılama AP, taramalar)

SO Soru 29. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 30. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **izlem çalışmaları** (riskli gruplar, kronik hastalığı olanlar) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 31. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar ve salgınla mücadele** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 32. Sağlık ocağı hekimi, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, **insanların düşünce ve önerilerini** alır mıydı? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 33. Sağlık ocağı döneminde **çevre sağlığı uygulamaları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 34. Sizce aile hekimler tedavi, **koruma, geliştirme ve rehabilitasyon hizmetlerini** bir arada veriyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 35. Sizce Aile hekimleri **entegre hizmet** sunuyor mu? Birden fazla hizmet bir arada veriliyor mu? (AÇS-AP + Bul.Ol Hast. hizmeti) bir arada var mı?

Neden?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 34. Sizce sağlık ocağı döneminde **tedavi, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon hizmetlerini** bir arada veriliyor muydu?

Neden?

SO Soru 35. Sizce sağlık ocağı hekimi **entegre** hizmet sunuyor muydu? Birden fazla hizmet bir arada veriliyor muydu? (AÇS-AP + Bul.Ol Hast hizmeti) bir arada var mıydı?

Neden?

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 36. Sizce aile hekimleri gereksinimlere göre bazı hizmetler **öncelikli** sunuluyor mu? (AP hizmeti gibi) Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 36. Sizce sağlık ocağı hekimleri gereksinimlere göre bazı hizmetler **öncelikli** sunuluyor muydu? (AP hizmeti gibi) Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SAĞLIK EKİBİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 37. Aile sağlığı elemanı olarak çalışmayı **seçme nedenleriniz** nelerdir?

AH Soru 38. Aile hekimliği döneminde **esnek çalışma/uzun süre çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 39. Aile hekimliği döneminde **sözleşmeli çalışma** durumu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 40. Aile hekimliği döneminde **aile hekimi başına düşen/ebe-hemşire başına nüfus** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 41. Aile hekimliği döneminde **denetim** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 42. Aile hekimliği döneminde çalışanların **görev tanımları** nasıldır? (**geniş/dar**)

Neden?

AH Soru 43. Aile hekimliği döneminde birinci basamak **kavram ve sınırlar** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 44. Aile hekimliği döneminde çalışanlar arasında **rekabet** konusu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 45. Aile hekimliği döneminde **ekip çalışması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 46. Aile hekimliği döneminde sizce aile hekimi bu hizmeti bir **ekip içinde** mi sunuyor?

Neden?

SAĞLIK EKİBİ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 37. Sağlık ocağı döneminde **esnek çalışma/uzun süre çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 38. Sağlık ocağı döneminde **aile hekimi başına düşen/ebe-hemşire başına nüfus** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 39. Sağlık ocağı döneminde **denetim** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 40. Sizce sağlık ocağı döneminde hekimlerin **görev tanımları** nasıldır? (**geniş/dar**)

Neden?

SO Soru 41. Sağlık ocağı döneminde **birinci basamak kavram ve sınırlar** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 42. Sağlık ocağı döneminde **ekip çalışması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 43. Sağlık ocağı döneminde hizmet bir **ekip** tarafından mı sunuluyordu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

EĞİTİM (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 47. Sizce aile hekimlerinin hizmet **öncesi eğitimleri** nasıldır? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 48. Sizce aile sağlığı elemanlarının **hizmet içi eğitim/sürekli eğitimleri** nasıldır? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 49. Aile hekimliği döneminde **eğitim konuları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

EĞİTİM (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 47. Sağlık ocağı hekimlerinin **hizmet öncesi eğitimler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 48. Sizce aile sağlığı elemanlarının **hizmet içi eğitim/sürekli eğitimleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 49. Sizce sağlık ocağı döneminde **eğitim konuları** nasıldı? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

KAYITLAR (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 50. Aile hekimliği döneminde **kayıtların niteliği** (ulaşılabilirlik, içerik zenginliği) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 51. Aile hekimliği döneminde **kayıtların güvenilirliği** konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 52. Aile hekimliği döneminde **elektronik kayıtlar** (AHBS, TSİM) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

KAYITLAR (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 50. Sağlık ocağı döneminde **kayıtların niteliği** (ulaşılabilirlik, içerik zenginliği) nasıldı? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 51. Sağlık ocağı döneminde **kayıtların güvenilirliği** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 52. Sağlık ocağı döneminde **elektronik kayıtlar** (TSİM) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

FİNANSMAN (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 53. **Performansa dayalı çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir? (cezalandırma/ödüllendirme)

Neden?

AH Soru 54. Aile hekimlerine verilen **ücretler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 55. Aile hekimliği döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

FİNANSMAN(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 54. Sağlık ocağı hekimlerine verilen **ücretler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 55. Sağlık ocağı döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KABUL EDİLEBİLİRLİK(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 56. Aile hekimlerinin muayene odası ve genel olarak aile sağlığı merkezinin **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 57. Aile sağlığı merkezinin **teknik donanımı** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 58. Aile sağlığı merkezinin **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 59. Aile sağlığı merkezinin **aile planlaması, malzeme bulundurma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 60. Aile sağlığı merkezinin **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KABUL EDİLEBİLİRLİK(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 56. Sağlık ocağı hekiminin muayene odası ve genel olarak sağlık ocağının **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 57. Sağlık ocağının **teknik donanımı** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 58. Sağlık ocağının **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 59. Sağlık ocağının **aile planlaması, malzeme bulundurma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 60. Sağlık ocağının **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

MEVZUAT

AH Soru 61. Aile hekimliği yeni **mevzuat hükümleri** ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

SO Soru 62. Sağlık ocağı döneminde uygulanan **sosyalleştirme yasası mevzuatı** ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

GENEL OLARAK

Soru 63. Sağlık ocağı ve aile hekimliği sistemini karşılaştırır mısınız? Sistemle ilgili düşünceleriniz nelerdir?

Ek 13. Sağlık Yöneticisi Anket Formu

MANİSA İLİ SAĞLIK OCAĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, “Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması” amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi tarafından gerçekleştirilmektedir. Araştırmayla ilgili Manisa il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılmanız sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerine ilişkin yapılacak çalışmalara önemli katkı sağlayacaktır. Bu çalışma ayrıntılı bir görüşme olacağı için görüşleriniz ses kayıt cihazı aracılığıyla kayıt edilecektir. Sizden elde edilecek bilgiler araştırma dışında kullanılmayacak ve görüşülen kişinin isim, çalıştığı yer, vb. şahsi bilgilerinin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Celalettin ÇEVİK, MPH

Doç. Dr. Bülent KILIÇ

Adı Soyadı	
Yaş	.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> ¹ Kadın <input type="checkbox"/> ² Erkek
Meslek	.....
Sosyal güvence	.....
Eğitim durumu	.....

İLK BAŞVURU(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 1. Sizce hastalar bir sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna gidiyor?

Neden?

AH Soru 2. Sizce hastalar aile sağlığı merkezini hangi hizmetler için kullanıyor?

Neden?

İLK BAŞVURU(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 1. Sizce hastalar bir sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna gidiyordu?

Neden?

SO Soru 2. Sizce hastalar sağlık ocağını hangi hizmetler için kullanıyordu?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 3. Hastaların aile hekimine rahat ulaşabilmesi (yerinde bulma) konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 4. Hastaların bekleme salonunda bekleme süresi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 5. Hastaların muayene süresi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 6. Sizce hastaların gereksinimi olduğunda aile hekiminden **tıbbi bakım** alabilmesi zor oluyor mu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 7. Sizce hastaların aile hekimliği döneminde **hekim seçebilmesi** bir avantaj mı?

Neden?

İLK BAŞVURU –ULAŞILABİLİRLİK (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 3. Hastaların sağlık ocağına rahat **ulaşabilmesi** (yerinde bulma) hakkında ne düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 4. Hastaların bekleme salonunda **bekleme süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 5. Hastaların **muayene süresi** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 6. Sizce hastaların gereksinimi olduğunda sağlık ocağından/sağlık ocağı hekiminden **tıbbi bakım** alabilmesi zor oluyor muydu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 7. Sizce hastaların sağlık ocağı döneminde **hekim seçememesi** bir sorun muydu?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 8. Sizce hastalar aile hekimine gittiği zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor mu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 9. Sizce aile hekimleri hastaları herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor mu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 10. Sizce hastalar aile hekimlerinin, söylediklerini veya sorularını anlıyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 11. Sizce aile hekimleri hastaların sordukları sorulara anlayabilecekleri şekilde cevap veriyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 12. Sizce hastalar bir sorunu olduğunda aile hekimlerini telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 13. Sizce aile hekimleri hastalar ile görüşmeleri sırasında yeterli zamanı olduğunu hissettirir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 14. Sizce aile hekimleri hastaların özel durumuyla ilgilenir mi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 15. Aile hekimliği döneminde **hasta-hekim ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 16. Aile hekimliği döneminde **personel tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 17. Aile hekimlerinin hastalara yönelik sunduğu **eğitim ve bilinçlendirme** çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 18. Aile hemşirelerinin hastalara yönelik **tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 8. Sizce hastalar sağlık ocağı hekimine gittiği zaman her seferinde aynı doktor ya da hemşireden hizmet alabiliyor muydu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 9. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaları herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor muydu? Bu durumu nasıl karşılıyorsunuz? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 10. Sizce hastalar sağlık ocağı hekimlerinin, söylediklerini veya sorularını anlıyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 11. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların sordukları sorulara anlayabilecekleri şekilde cevap veriyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 12. Sizce hastalar bir sorunu olduğunda sağlık ocağı hekimlerini telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 13. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastalar ile görüşmeleri sırasında yeterli zamanı olduğunu hissettirir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 14. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların özel durumuyla ilgilenir miydi? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 15. Sağlık ocağı döneminde **hasta-hekim ilişkileri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 16. Sağlık ocağı döneminde **personel tutum, davranışları** hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 17. Sağlık ocağı hekimlerinin hastalara yönelik sunduğu **eğitim ve bilinçlendirme** çabaları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 18. Sizce aile hekimleri hastalarına bir uzman hekime gitme önerisinde bulunuyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 19. Sizce aile hekimleri hastaların sorunu ile ilgili olarak gidebileceği (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında hastalar ile görüş alışverişinde bulunur mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 20. Aile hekimliği döneminde **sevk zinciri uygulaması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KOORDİNASYON VE SEVK ZİNCİRİ (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 18. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaları bir uzman hekime gitme önerisinde bulunuyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 19. Sizce sağlık ocağı hekimleri hastaların sorunu ile ilgili olarak gidebileceği (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında hastalar ile görüş alışverişinde bulunur muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 20. Sağlık ocağı döneminde **sevk zinciri uygulaması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 21. Sizce aile hekimleri **tedavi ve izlem planlarken** hastaların düşünce ve önerilerini alıyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 22. Sizce aile hekimleri hastalara yardımcı olabileceğini düşündüğü için aile üyelerinden birisiyle görüşür mü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AİLE MERKEZLİ HİZMET (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 21. Sizce sağlık ocağı hekimleri **tedavi ve izlem planlarken** hastaların düşünce ve önerilerini alıyor muydu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 22. Aile hekimleri hastalara yardımcı olabileceğini düşündüğü için aile üyelerinden birisiyle görüşür müydü? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 23. Sizce aile hekimleri **birey yönelimli hizmet** (bireyin öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet, bireysel danışmanlık vb) sunabilir mi? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

AH Soru 24. Sizce aile hekimleri **toplum yönelimli hizmet** (toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet) sunabilir mi? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

AH Soru 25. Aile hekimliği döneminde sağlık hizmetlerinin planlanmasında **toplum katılımı** konusundaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 26. Aile hekimliği döneminde bölge uygulaması yerine, **hasta listesi uygulamasına** geçilmesi hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 27. Aile hekimliği döneminde **ev ziyaretlerinin yapılması** konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 28. Aile hekimlerinin sunduğu **koruyucu hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (Aşılama AP, taramalar)

AH Soru 29. Aile hekimlerinin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 30. Aile hekimlerinin sunduğu **izlem çalışmaları** (riskli gruplar, kronik hastalığı olanlar) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 31. Aile hekimlerinin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar, salgınla mücadele hizmetleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 32. Sizce aile hekimleri, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, **insanların düşünce ve önerilerini** alıyor mu? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

TOPLUM KAPSAYICILIĞI VE KATILIMI(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 23. Sizce sağlık ocağı hekimleri **birey yönelimli hizmet** (bireyin öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet, bireysel danışmanlık vb) sunuyor muydu? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 24. Sizce sağlık ocağı hekimleri **toplum yönelimli hizmet** (toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik hizmet) sunuyor muydu? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?

Neden?

SO Soru 25. Sağlık ocağı döneminde sağlık hizmetlerinin planlanmasında **toplum katılımı** konusundaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 26. Sağlık ocağı döneminde uygulanan **bölge uygulaması** ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 27. Sağlık ocağı döneminde **ev ziyaretlerinin yapılması** konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 28. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **koruyucu hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir? (Aşılama AP, taramalar)

Neden?

SO Soru 29. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **tedavi edici hizmetler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 30. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **izlem çalışmaları** (riskli gruplar, kronik hastalığı olanlar) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 31. Sağlık ocağı hekimlerinin sunduğu **bulaşıcı hastalıklar, salgınla mücadele hizmetleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 32. Sağlık ocağı hekimi, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için, **insanların düşünce ve önerilerini** alır mıydı? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 33. Sağlık ocağı döneminde **çevre sağlığı uygulamaları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 34. Sizce aile hekimler **tedavi, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon** bir arada veriyor mu? Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 35. Sizce Aile hekimleri **entegre hizmet** sunuyor mu? Birden fazla hizmet bir arada veriliyor mu? (AÇS-AP + Bul.Ol Hast. hizmeti) bir arada var mı?

Neden?

HİZMETİN ÇOK YÖNLÜLÜĞÜ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 34. Sizce sağlık ocağı döneminde **tedavi, koruma, geliştirme ve rehabilitasyon** bir arada veriliyor muydu?

Neden?

SO Soru 35. Sizce sağlık ocağı hekimi **entegre** hizmet sunuyor muydu? Birden fazla hizmet bir arada veriliyor muydu? (AÇS-AP + Bul.Ol Hast hizmeti) bir arada var mıydı?

Neden?

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 36. Sizce aile hekimleri gereksinimlere göre bazı hizmetler **öncelikli** sunuluyor mu? (AP hizmeti gibi) Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

ÖNCELİKLİ HİZMET(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 36. Sizce sağlık ocağı hekimleri gereksinimlere göre bazı hizmetler **öncelikli** sunuluyor mu? (AP hizmeti gibi) Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SAĞLIK EKİBİ (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 37. Sizce Aile hekimlerinin Aile hekimliğini seçme nedenleri nelerdir?

AH Soru 38. Aile hekimliği döneminde **esnek çalışma/uzun süre çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 39. Aile hekimliği döneminde **sözleşmeli çalışma** durumu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 40. Aile hekimliği döneminde **aile hekimi başına düşen nüfus** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 41. Aile hekimliği döneminde **denetim** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 42. Aile hekimliği döneminde çalışanların **görev tanımları** nasıldır? (**geniş/dar**)

Neden?

AH Soru 43. Aile hekimliği döneminde birinci basamak **kavram ve sınırlar** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 44. Aile hekimliği döneminde çalışanlar arasında **rekabet** konusu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 45. Aile hekimliği döneminde **ekip çalışması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 46. Aile hekimliği döneminde sizce aile hekimi bu hizmeti bir **ekip içinde** mi sunuyor?

Neden?

SAĞLIK EKİBİ(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 37. Sağlık ocağı döneminde **esnek çalışma/uzun süre çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 38. Sağlık ocağı döneminde **hekim başına düşen nüfus** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 39. Sağlık ocağı döneminde **denetim** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 40. Sizce sağlık ocağı döneminde hekimlerin **görev tanımları** nasıldır? (**geniş/dar**)

Neden?

SO Soru 41. Sağlık ocağı döneminde **birinci basamak kavram ve sınırlar** hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 42. Sağlık ocağı döneminde **ekip çalışması** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 43. Sağlık ocağı döneminde hizmet bir **ekip** tarafından mı sunuluyordu? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?

EĞİTİM (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 47. Sizce aile hekimlerinin hizmet **öncesi eğitimleri** nasıldır? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 48. Sizce aile hekimlerinin **hizmet içi eğitim/sürekli** eğitimleri nasıldır? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 49. Sizce aile hekimlerinin **eğitim konuları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

EĞİTİM (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 47. Sağlık ocağı hekimlerinin **hizmet öncesi eğitimler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 48. Sizce sağlık ocağı hekimlerinin **hizmet içi eğitim/sürekli eğitimleri** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 49. Sizce sağlık ocağı döneminde **eğitim konuları** nasıldı? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

KAYITLAR (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 50. Aile hekimliği döneminde **kayıtların niteliği** (ulaşılabilirlik, içerik zenginliği) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 51. Aile hekimliği döneminde **kayıtların güvenilirliği** konusunda görüşleriniz nelerdir?

Neden?

AH Soru 52. Aile hekimliği döneminde **elektronik kayıtlar** (AHBS, TSİM) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

KAYITLAR (BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 50. Sağlık ocağı döneminde **kayıtların niteliği** (ulaşılabilirlik, içerik zenginliği) nasıldı? Bu konu hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 51. Sağlık ocağı döneminde **kayıtların güvenilirliği** hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

SO Soru 52. Sağlık ocağı döneminde **elektronik kayıtlar** (TSİM) hakkında görüşleriniz nelerdir?

Neden?

FİNANSMAN (BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 53. **Performansa dayalı çalışma** hakkında görüşleriniz nelerdir? (cezalandırma/ödüllendirme)

Neden?

AH Soru 54. Aile hekimlerine verilen **ücretler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 55. Aile hekimliği döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

FİNANSMAN(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 54. Sağlık ocağı hekimlerine verilen **ücretler** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 55. Sağlık ocağı döneminde **sosyal güvence sistemi** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KABUL EDİLEBİLİRLİK(BU SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

AH Soru 56. Aile hekimlerinin muayene odası ve genel olarak aile sağlığı merkezinin **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 57. Aile sağlığı merkezinin **teknik donanımı** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 58. Aile sağlığı merkezinin **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 59. Aile sağlığı merkezinin **aile planlaması, malzeme bulundurma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

AH Soru 60. Aile sağlığı merkezinin **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

KABUL EDİLEBİLİRLİK(BU SORULAR SAĞLIK OCAĞI DÖNEMİ İÇİN SORULACAKTIR)

SO Soru 56. Sağlık ocağı hekiminin muayene odası ve genel olarak sağlık ocağının **fiziksel koşulları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 57. Sağlık ocağının **teknik donanımı** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 58. Sağlık ocağının **laboratuvar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 59. Sağlık ocağının **aile planlaması, malzeme bulundurma** hakkında görüşleriniz nelerdir?

SO Soru 60. Sağlık ocağının **internet/bilgisayar olanakları** hakkında görüşleriniz nelerdir?

MEVZUAT

AH Soru 61. Aile hekimliği yeni **mevzuat hükümleri** ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

SO Soru 62. Sağlık ocağı döneminde uygulanan **sosyalleştirme yasası mevzuatı** ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

GENEL OLARAK

Soru 63. Sağlık ocağı ve aile hekimliği sistemini karşılaştırır mısınız? Sistemle ilgili düşünceleriniz nelerdir?

Ek 14. Bebek İzlemi Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı

```
. generate ay1 = (ay - 61) . replace ay1 = 0 if ay >= 61(59 real changes made)
. generate ay2 = (ay - 61) . replace ay2 = 0 if ay < 61 (60 real changes made)
. generate int1 = 1. replace int1 = 0 if ay >= 61 (60 real changes made)
. generate int2 = 1 . replace int2 = 0 if ay < 61(60 real changes made)
. regress Bebekizlem int1 int2 ay1 ay2, hascons
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	120
-----+-----					
Model	124.132018	3	41.3773394	F(3, 116) =	66.34
Residual	72.3478984	116	.623688779	Prob > F =	0.0000
-----+-----					
Total	196.479917	119	1.65109174	R-squared =	0.6318
-----+-----					
				Adj R-squared =	0.6223
				Root MSE =	.78974

Bebekizlem	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
int1	10.62345	.2064857	51.45	0.000	10.21448 11.03242
int2	6.732568	.2013872	33.43	0.000	6.333696 7.131441
ay1	.0598944	.0058872	10.17	0.000	.0482341 .0715547
ay2	.028444	.0058872	4.83	0.000	.0167837 .0401043

```
. predict yhat (option xb assumed; fitted values) . twoway (scatter Bebekizlem ay)
(line yhat ay if ay <61, sort) (line yhat ay if ay >=61, sort), xline(61)
. lincom int2 - int1 ( 1) - int1 + int2 = 0
```

Bebekizlem	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
(1)	-3.890878	.2884323	-13.49	0.000	-4.462154 -3.319602

```
. lincom ay2 - ay1 ( 1) - ay1 + ay2 = 0
```

Bebekizlem	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
(1)	-.0314504	.0083257	-3.78	0.000	-.0479406 -.0149602

Ek 15. Bebek Ölüm Hızı Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı

```
. replace ay1 = 0 if ay >= 61          (59 real changes made)
. generate ay2 = (ay - 61) . . replace ay2 = 0 if ay < 61(60 real changes made)
. generate int1 = 1. . replace int1 = 0 if ay >= 61(60 real changes made)
. generate int2 = 1. replace int2 = 0 if ay < 61(60 real changes made)
. regress BOH int1 int2 ay1 ay2, hascons
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	120
-----+-----				F(3, 116) =	14.29
Model	397.153809	3	132.384603	Prob > F	= 0.0000
Residual	1074.62586	116	9.26401601	R-squared	= 0.2698
-----+-----				Adj R-squared =	0.2510
Total	1471.77967	119	12.3678964	Root MSE	= 3.0437

BOH	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
int1	9.098418	.7958032	11.43	0.000	7.522229 10.67461
int2	14.53443	.7761534	18.73	0.000	12.99716 16.0717
ay1	-.0839316	.0226894	-3.70	0.000	-.1288709 -.0389924
ay2	-.1196416	.0226894	-5.27	0.000	-.1645809 -.0747023

```
. predict yhat (option xb assumed; fitted values). twoway (scatter BOH ay)
(line yhat ay if ay <61, sort) (line yhat ay if ay >=61, sort), xline(61)
```

```
. lincom int2 - int1 ( 1) - int1 + int2 = 0
```

BOH	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
(1)	5.436008	1.111628	4.89	0.000	3.234289 7.637728

```
. lincom ay2 - ay1 ( 1) - ay1 + ay2 = 0
```

BOH	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
(1)	-.0357099	.0320877	-1.11	0.268	-.0992637 .0278438

Ek 16. BCG aşısı aşılama durumu Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı

```
. generate ay1 = (ay - 61) . replace ay1 = 0 if ay >= 61(59 real changes made)
. generate ay2 = (ay - 61) . replace ay2 = 0 if ay < 61 (60 real changes made)
. generate int1 = 1 . replace int1 = 0 if ay >= 61 (60 real changes made)
. generate int2 = 1 . replace int2 = 0 if ay < 61 (60 real changes made)
. regress BCG int1 int2 ay1 ay2, hascons
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	120
-----+-----				F(3, 116) =	5.81
Model	2155.18143	3	718.393811	Prob > F	= 0.0010
Residual	14349.4962	116	123.702553	R-squared	= 0.1306
-----+-----				Adj R-squared =	0.1081
Total	16504.6776	119	138.69477	Root MSE	= 11.122

BCG	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
int1	103.3472	2.908007	35.54	0.000	97.58752 109.1069
int2	113.9234	2.836203	40.17	0.000	108.3059 119.5409
ay1	.0758152	.0829112	0.91	0.362	-.0884009 .2400314
ay2	-.2382284	.0829112	-2.87	0.005	-.4024446 -.0740122

```
. predict yhat(option xb assumed; fitted values) . twoway (scatter BCG ay)
(line yhat ay if ay <61, sort) (line yhat ay if ay >=61, sort), xline(61)
```

```
. lincom int2 - int1 ( 1) - int1 + int2 = 0
```

BCG	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
(1)	10.57621	4.062087	2.60	0.010	2.530732 18.62168

```
. lincom ay2 - ay1 ( 1) - ay1 + ay2 = 0
```

BCG	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
(1)	-.3140436	.1172542	-2.68	0.008	-.5462803 -.0818069

Ek 17. Ortalama Muayene Sayısı Stata 11.0 Programı Analiz Çıktısı

```
. generate ay1 = (ay - 61) . replace ay1 = 0 if ay >= 61 (59 real changes made)
. generate ay2 = (ay - 61) . replace ay2 = 0 if ay < 61 (60 real changes made)
. generate int1 = 1 . replace int1 = 0 if ay >= 61 (60 real changes made)
. generate int2 = 1 . replace int2 = 0 if ay < 61 (60 real changes made)
. regress Ortalamamumuayenesayisi int1 int2 ay1 ay2, hascons
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	120
-----+-----					
				F(3, 116) =	165.50
Model	60.0134161	3	20.004472	Prob > F	= 0.0000
Residual	14.0212505	116	.120872849	R-squared	= 0.8106
-----+-----					
				Adj R-squared =	0.8057
Total	74.0346667	119	.622140056	Root MSE	= .34767

Ortalamamu~i	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
int1	2.871695	.0909014	31.59	0.000	2.691653	3.051737
int2	3.259563	.0886569	36.77	0.000	3.083967	3.435159
ay1	.0295638	.0025917	11.41	0.000	.0244305	.034697
ay2	-.0025841	.0025917	-1.00	0.321	-.0077173	.0025492

```
.predict yhat (option xb assumed; fitted values.twoway scatter Ortalamamumuayenesayisi ay)
(line yhat ay if ay <61, sort)(line yhat ay if ay >=61, sort), xline(61) .
lincom int2 - int1 ( 1) - int1 + int2 = 0
```

Ortalamamu~i	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
(1)	.3878679	.1269768	3.05	0.003	.1363745	.6393614

```
. lincom ay2 - ay1 ( 1) - ay1 + ay2 = 0
```

Ortalamamu~i	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
(1)	-.0321478	.0036652	-8.77	0.000	-.0394073	-.0248883

Ek.18. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ CELALETTİN ÇEVİK

TC Kimlik No / Pasaport No:	14240595684
Doğum Yılı:	1984
Yazışma Adresi :	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. 35340 İzmir/Türkiye
Telefon :	05443928349
e-posta :	celalettin_cevik@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Celal Bayar Üniversitesi	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	HALK SAĞLIĞI	Yüksek Lisans	2010
Türkiye	Balıkesir Üniversitesi	BALIKESİR SAĞLIK Y.O.	SAĞLIK MEMURLUĞU	Lisans	2007

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Sağlık Bakanlığı	Türkiye	Balıkesir	Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi-Acil Servis	Sağlık Personeli	2005-

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Halk Sağlığı
Sağlık Politikaları, Eşitsizlikler

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergiler dışındaki diğer dergilerde yayımlanan makaleler

Çevik C, Ünal B. Adım Adım Kronik Hastalık Risk Faktörlerinin Sürveyansı, Niçin Sürveyans? TTB Sürekli Tıp Eğitim Dergisi.2013(4):28
--

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Çevik C, Kılıç B. Diabetes Mellitus and Hypertension Prevalences According To Urban and Rural Areas In Manisa Between 2008-2012 Years (Uluslararası Sempozyum, Doğu Akdeniz Ülkelerinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Sosyal Belirleyicileri) 6-7 Mayıs 2013, İstanbul.
Çevik C, Tarı K. Perception Of The Quality Of Life In Female Healthcare Personnel, Who Work In The Some Special Units Of A State Hospital II. Uluslararası Katılımlı Kadın ve Sağlık Kongresi.13-16 Mayıs 2013, Sakarya.
Çevik C, Tarı K. Examination Of The Causes Of Deaths Occured and Social Determinants In Balıkesir Atatürk State Hospital(Uluslararası Sempozyum, Doğu Akdeniz Ülkelerinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Sosyal Belirleyicileri) 6-7 Mayıs 2013, İstanbul.

Sözlü sunum. <u>Çevik C</u> , Kılıç B. Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması: Kalitatif Bir Çalışma Ege Bölgesi Halk Sağlığı Müdürlükleri ve Üniversiteler Arası Eğitim-Araştırma Sempozyumu 7. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması. 3 Mayıs 2013, Manisa.
<u>Çevik C</u> , Kılıç B. Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Kalitatif Olarak Karşılaştırılması: Hizmeti Kullananlarla Derinlemesine Görüşme Sonuçları. XV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2-6 Ekim 2012, Bursa.
Sözlü Sunum. Tarı K, <u>Çevik C</u> , Karataş G. İstanbul'da Bir Yataklı Tedavi Kurumunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Şiddete Uğrama Sıklıkları. XV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2-6 Ekim 2012, Bursa.
Tarı K, <u>Çevik C</u> , Karataş G. Balıkesir İlinin Bir İlçesinde 2.Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı. III. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi. 18-20 Ekim, 2011, Ankara.
Sözlü Sunum. Tarı Kevser, <u>Çevik C</u> , Karataş G, Mercan Y. İstanbul'da Bir Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Son 12 Aylık Bel Ağrısı Prevalansı ve İlişkili Etmenler. III. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi. 18-20 Ekim, 2011 Ankara.
Tarı K, Karataş G, <u>Çevik C</u> . Yakacık'ta Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Delici/Kesici Aletlerle Yaralanma Sıklığı. III. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi. 18-20 Ekim 2011 Ankara.
<u>Çevik C</u> , Sarıkaya H, Dinç G, Özcan C. Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Kişilerde Ayakta Tanı Ve Tedavi Hizmeti Kullanımı Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. XIV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. (Bildiri-Özet Metni) 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
Sarıkaya H, <u>Çevik C</u> , Dinç G, Özcan C. Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Kişilerde Yatarak Tanı Ve Tedavi Hizmeti Kullanımı Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. XIV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. (Bildiri-Özet Metni) 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
Deveci S, Cambaz S, Altıparmak S, Sarıkaya H, <u>Çevik C</u> , Dinç G. Manisa İl Merkezindeki Erişkin Kişilerde Sigara Kullanım Sıklığı. XIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. (Bildiri-Özet Metni) 18-22 Ekim 2010, İzmir.
Deveci S, Cambaz S, Altıparmak S, Sarıkaya H, <u>Çevik C</u> , Dinç G. Manisa İl Merkezinde Yaşayan Kişilerde Kronik Hastalık Sıklığı. XIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. (Bildiri-Özet Metni) 18-22 Ekim 2010, İzmir.
Deveci S, Cambaz S, Altıparmak S, Sarıkaya H, <u>Çevik C</u> , Dinç G. Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Kişilerde Son On Yıllık Dönemde Kronik Hastalık Sıklığındaki Değişimin Değerlendirilmesi. XIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. (Bildiri-Özet Metni) 18-22 Ekim 2010, İzmir.
Başkurt S, Bakır E, İnce A, <u>Çevik C</u> . Sağlık Çalışanlarında Mesleki Örgütlenme. VII. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. (Bildiri-Özet Metni). 25-27 Haziran 2008, İstanbul.
Bakır E, İnce A, <u>Çevik C</u> , Başkurt S. Psikiyatri Hastalarının Özellikleri ve Hemşirelerine Bakış Açılıarı. VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Kitabı. (Bildiri-Özet Metni) 26-29 Temmuz 2007, İstanbul.
<u>Çevik C</u> , Başkurt S, Erkanlı E. Sağlık Çalışanlarının Derneklerine Bakış Açılıarı. VI. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Kitabı. (Bildiri-Özet Metni) 26-29 Temmuz 2007, İstanbul.
Karadağ N, Koç G, <u>Çevik C</u> , Işık Y, Şimşek E. Balıkesir Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Bir Grup Öğrencinin Sigara, Alkol Kullanma Durumlarının İncelenmesi. V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Bildiri Kitabı(Bildiri-Özet Metni) 10-11 Mayıs 2007 Manisa.
Karadağ N, <u>Çevik C</u> , Acar S, Işık Y. Balıkesir İli Atatürk Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Adli Vakaların Bazı Temel Özellikler Yönünde İncelenmesi. V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Bildiri Kitabı. (Bildiri-Özet Metni) 10-11 Mayıs 2007, Manisa.