



**TEMEL ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN BİRİNCİ
BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAYAN
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ
GEREKSİNİMİ: KARABÜK İLİ ÖRNEĞİ**

**2023
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK**

Sibel DİKMEN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**TEMEL ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAYAN
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ: KARABÜK İLİ
ÖRNEĞİ**

Sibel DİKMEN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Haziran 2023**

Sibel DİKMEN tarafından hazırlanan “TEMEL ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAYAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ: KARABÜK İLİ ÖRNEĞİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

.....

Tez Danışmanı, Ebelik Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 21/06/2023

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK (BAÜN)

.....

Üye : Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇUVADAR (KBÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Müslüm KUZU

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Sibel DİKMEN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

TEMEL ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAYAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ: KARABÜK İLİ ÖRNEĞİ

Sibel DİKMEN

**Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Haziran 2023, 85 sayfa

Bu çalışmada, Karabük'te yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerinin saptanması ve temel özellikleri açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesini amaçlamıştır. Kesitsel çalışmanın evrenini, Karabük'te yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlar (n=60544) oluşturdu. Örnek büyüklüğü, Epi-İnfo-7 StatCalc Programı'nda %95 Güven Aralığı, hata payı %5, desen etkisi iki ve prevalans %50 alınarak 764 olarak hesaplandı. Çalışmanın değişkenleri kadınların sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri, sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini yansıtan değişkenlerdir. Veriler Ortalama±Standart Sapma ve yüzde dağılım biçiminde özetlenmiş olup, analizlerde Ki-kare testi uygulandı. Son bir yıl içinde kadınların %77,3'üne 15-49 yaş izlemi yapılmamıştır. Halen evli kadınların %16,2'sinin karşılanmayan aile planlaması gereksinimi vardır. Kanser taramalarında,

40 yaş ve üstü (n=257) kadınların %66,1'i hiç mamografi çekirtmemiş, 30 yaş ve üstü (n= 488) kadınların %75,8'i hiç Pap Smear/HPV DNA testi yaptırmamıştır. Yaklaşık her üç kadından birisinin (%29,4) herhangi bir sağlık sorunu için, her on kadından birisinin (% 10,1) ise jinekolojik/obstetrik bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi vardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri temel özelliklerini istenilen düzeyde karşılayamamaktadır. Çalışma birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin güçlendirilmesini vurgular.

Anahtar Sözcükler : Birinci basamak sağlık hizmeti, ilk başvuru yeri, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi.

Bilim Kodu : 10104.01

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES IN TERMS OF BASIC FEATURES AND UNMET NEEDS FOR PRIMARY HEALTH CARE: THE CASE OF KARABÜK PROVINCE

Sibel DİKMEN

**Karabük University
Institute of Graduate Programs
Department of Midwifery**

Thesis Advisor:

Assoc. Prof. Dr. Raziye ÖZDEMİR

June 2023, 85 pages

In this study, it was aimed to determine the unmet health care needs of women aged 15-49 living in Karabuk and to evaluate primary health care services in terms of basic characteristics. The population of the cross-sectional study consisted of women aged 15-49 living in Karabuk (n=60544). The sample size was calculated as 764 using the 95% Confidence Interval, 5% margin of error, two pattern effect, and 50% prevalence in Epi-Info-7 StatCalc Program. The variables of the study are women's sociodemographic and fertility characteristics, health care use, unmet health care needs, and variables reflecting the basic characteristics of primary health care services. The data were summarized as Mean±Standard Deviation and percent distribution, and the Chi-square test was used in the analyses. In the last year, 77.3% of women between the ages of 15-49 were not followed up. 16.2% of currently married women have unmet family planning needs. In cancer screenings, 66.1% of women aged 40 and over

(n=257) have never had a mammogram, and 75.8% of women aged 30 and over (n=488) have never had a Pap Smear/HPV DNA test. Approximately one out of every three women (29.4%) has an unmet health service need for any health problem, and one out of every ten women (10.1%) for a gynecological/obstetric health problem. Primary health care services cannot meet their basic features at the desired level. The study emphasizes the strengthening of services provided in primary health care facilities.

Key Word : Primary health care, the first contact, continuity, comprehensiveness, coordination, use of healthcare, unmet healthcare need.

Science Code : 10104.01

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecinde bana çalışma etiğini benimseten, tezimin planlama ve yürütölme aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle araştırmama yön veren ve çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli hocam Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR'e,

Öğrenim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen ve daima yanımda olup beni cesaretlendiren, benden sevgi ve anlayışla desteğini eksik etmeyen babam Şaban DİKCE'ye, annem Selver DİKCE'ye ve canım kardeşim Berkcan DİKCE'ye,

Süreç boyunca sevgiyle, sabırla ve bilgisiyle yanımda olarak her aşamada bana destek olan sevgili eşim Berkay DİKMEN'e,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
BÖLÜM 2	4
GENEL BİLGİLER	4
2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ (BBSH)	4
2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	5
2.1.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	9
2.1.3. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında 15-49 Yaş Grubu Kadınlara Verilen Hizmetler ve Ebelerin Sorumlulukları	15
2.2. KARŞILANMAYAN SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ.....	17
BÖLÜM 3	19
GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	19
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	19
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	19
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	21
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler	21
3.4.2. Doğurganlık Özellikleri	22
3.4.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı	23

	<u>Sayfa</u>
3.4.4. Karşılanmayan Sağlık Hizmeti Gereksinimi	24
3.4.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	25
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	29
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	29
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER.....	29
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	29
3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	30
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	30
BÖLÜM 4	31
BULGULAR.....	31
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	31
4.2. DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ.....	33
4.3. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI	35
4.4. KARŞILANMAYAN SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ.....	39
4.5. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ	50
BÖLÜM 5	54
TARTIŞMA	54
BÖLÜM 6	655
SONUÇ VE ÖNERİLER	655
6.1. SONUÇLAR	655
6.2. ÖNERİLER	666
KAYNAKLAR	688
EK AÇIKLAMALAR A. ANKET SORU FORMU.....	766
EK AÇIKLAMALAR B. YASAL İZİNLER	822
ÖZGEÇMİŞ	855

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü (6 Eylül 2018 sonrası).....	11
Şekil 1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü (2018 dönemi) (Prof. Dr. Bülent Kılıç). ..	12
Şekil 3.1. Karşılanmayan AP gereksinimi kriterleri.	25
Şekil 4.1. Halen evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanımı, Karabük, 2022.	44

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.1. Birinci basamak hizmetlerin özellikleri.	5
Çizelge 2.2. İzlem formunda yer alan 15-49 yaş kadın bilgileri.	16
Çizelge 3.1. Karabük'ün 15-49 yaş grubu kadınların yerleşim yerine göre dağılımı.	19
Çizelge 3.2. Çalışmada ulaşılmaması planlanan örnek popülasyonun yerleşim yerine göre dağılımı.	20
Çizelge 3.3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri olma özelliği... 26	26
Çizelge 3.4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin süreklilik özelliği..... 26	26
Çizelge 3.5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık özelliği. 27	27
Çizelge 3.6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşgüdüm özelliği. 27	27
Çizelge 3.7. Araştırmanın değişkenleri, değişkenlerin tanımları ve incelenen popülasyon. 28	28
Çizelge 4.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri, Karabük, 2022. 32	32
Çizelge 4.2. Çalışma grubundaki evlenmiş veya halen evli kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı (n= 530), Karabük, 2022..... 34	34
Çizelge 4.3. Çalışma grubundaki kadınların sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı, Karabük, 2022..... 36	36
Çizelge 4.4. Son bir yıl içinde aile sağlığı merkezlerinde 15-49 yaş izlemi sıklığı ve izlemlerde yapılan işlemler, Karabük, 2022. 37	37
Çizelge 4.5. Kadınların herhangi bir sağlık kuruluşunda meme ve servikal kanser taramalarına katılımı ve jinekolojik muayene yaptırma durumları, Karabük, 2022. 38	38
Çizelge 4.6. Kadınların doğum ile sonuçlanan son gebeliklerinde tetanoza karşı aşılama ve vitamin/mineral desteği alma durumu, Karabük, 2022. 39	39
Çizelge 4.7. Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu ve jinekolojik/obstetrik sorunlar için karşılanmayan hizmet gereksinimi, alınamayan hizmetin türü ve nedeni, Karabük, 2022. 40	40
Çizelge 4.8. Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ile ilişkili faktörler, Karabük, 2022. 41	41
Çizelge 4.9. Son bir ay içinde jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ile ilişkili faktörler, Karabük, 2022..... 42	42
Çizelge 4.10. Halen evli kadınların AP yöntemi kullanımı, Karabük, 2022. 43	43
Çizelge 4.11. Halen evli kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi, Karabük, 2022..... 44	44

Çizelge 4.12. Herhangi bir yöntemle göre karşılanmayan AP gereksinimi ve sosyodemografik özellikler ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük, 2022.	45
Çizelge 4.13. Herhangi bir yöntemle göre karşılanmayan AP gereksinimi ile doğurganlık özelliklerinin ilişkili olduğu faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük, 2022	46
Çizelge 4.14. Modern yöntemlere göre karşılanmayan AP gereksinimi ile sosyodemografik özellikler ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük, 2022.	47
Çizelge 4.15. Modern yöntemlere göre karşılanmayan AP gereksinimi ile doğurganlık özelliklerinin ilişkili olduğu faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük. 2022.	49
Çizelge 4.16. Birinci basamak sağlık hizmetinin ilk başvuru yeri olma özelliği, Karabük, 2022.	50
Çizelge 4.17. Birinci basamak sağlık hizmetinin süreklilik özelliği, Karabük, 2022.	51
Çizelge 4.18. Birinci basamak sağlık hizmetinin kapsayıcılık özelliği, Karabük, 2022.	52
Çizelge 4.19. Birinci basamak sağlık hizmetinin eşgüdüm özelliği, Karabük, 2022.	533

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KISALTMALAR

AÇS	: Ana-Çocuk Sağlığı
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AP	: Aile Planlaması
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BBSH	: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
ÇEKÜS	: Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM	: Topluk Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Bireylerin ve toplumun sağlık gereksinimleri karşılamak ve sağlık standartlarını yükseltmek amacıyla koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon etkinliklerinin tümü sağlık hizmeti kapsamındadır (Dirican ve Bilgel, 1993). Sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH), sağlık örgütlenmesinin en kritik aşamasıdır. Bireylerin sağlık sorunlarında ilk başvuru yeri olan birinci basamak sağlık kuruluşları, toplumun hastalıklardan korunması, sağlık düzeyinin geliştirilmesi, toplumda ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının tanınması, ayaktan tedavilerinin yapılması ve gerekli durumlarda uygun yerlere sevk edilmesi gibi önemli hizmetler sunan kuruluşlardır (Shi L ve Starfield, 2000).

BBSH sunumunu ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden ayırt eden önemli özellikleri, kişilerin tüm ihtiyaçlarında sisteme ilk başvurularını sağlayan, sağlığın sosyal bileşenlerini değerlendiren ve daha çok koruyucu sağlık hizmetleri veren hizmet sunmasıdır. BBSH daha sık tanımlanabilen sorunlarla toplum içindeki alanlarla ilgilenir. Bireyler sağlıkları ile ilgili çeşitli gereksinimleri karşılamak için sürekli olarak BBSH'yi kullanarak, kendisi için uygun bakıma doğrudan ulaşabilir (Starfield et al. 2005; Shi L et al. 2003). Sunulan tüm bu hizmetler BBSH'nin uygulama özellikleri ilk başvuru yeri olma, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm olarak sınıflandırılmıştır (Öcek ve Soyer, 2007).

Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmetlerine ulaşımın bir kanıtı olarak değerlendirilse de asıl ulaşılabilirlik, sağlık sistemleri içinde sağlık hizmeti gereksiniminin karşılanabilir olmasıdır (Wagstaff ve Doorslaer, 2000). Sağlık hizmetlerine erişimi değerlendirmek için genellikle karşılanmamış gereksinim ifadesi kullanılmaktadır (Yetim ve Çelik, 2020). Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi, bireyin tedavi veya bakıma ihtiyaç duyduğu bir sağlık sorununa yönelik sunulan hizmetler ile bireyin aldığı sağlık hizmetleri arasındaki fark olarak nitelendirilmektedir (Vahedi et al.

2021). Çalışmalarda karşılanmayan sağlık hizmeti gereksiniminin ortaya çıkmasında genellikle bireysel, sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin yanı sıra sağlık kurumlarının ve sağlık sistemlerinin yapısal özellikleri de etkili olmaktadır (Genç ve Kurutkan, 2021; Celik ve Hotchkiss, 2000). Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi, sağlıkta eşitsizliklerin bir yansımasıdır ve bireylerin ve toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir (Genç ve Kurutkan, 2021).

Sağlık hizmeti gereksinimi, özellikle üreme sağlığı açısından kadınların doğurganlık dönemlerinde (15-49 yaş) daha çok artmaktadır. Bu dönemde birinci basamağın koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda tutulması, kadınların doğurganlıkları üzerindeki kontrollerini sağlaması, gebelik ve doğumlarda yaşanan anne ve bebek morbidite ve mortalitenin azalması ve kadınların yaşam kalitesinin artırılması gibi önemli konularda fayda sağlamaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; Uğurlu vd, 2012). Sağlık Bakanlığı tarafından üreme çağındaki kadınlara sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin temel alındığı 15-49 yaş grubu kadın izlemleri aile sağlığı merkezlerinde (ASM) uygulanmaktadır. Mevcut program ile uygulanan 15-49 yaş izlemlerin sonucunda kadınların aile planlaması (AP) kullanımının artmasıyla birlikte istenmeyen gebeliklerin azalmasını, kanser vakalarının erken dönemde teşhis edilmesini ve tetanoz bağışıklamanın artması gibi olumlu sonuçların alınması planlanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

BBSH’de uzun dönemli, köklü ve temelden değişikliklerin yapıldığı, yeni sağlık yapılanmalarının ortaya çıktığı ülkemizde bu süreçlerin ve neden olduğu etkilerin takip edilmesi gereklidir. Ayrıca toplumların zamanla ortaya çıkan demografik ve epidemiyolojik değişiklikleri de BBSH’yi toplumun yeni sağlık ihtiyaçlarına adapte olmasını zorunlu kılmakta bu nedenle bu hizmetlerin devamlı olarak değerlendirilmesi daha da önemli hale gelmektedir. Özellikle birinci basamakta hizmet özelliklerinin (ilk başvuru yeri olma, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm) uygulanma durumu, toplum sağlığına etkileri açısından önemlidir. Aynı zamanda verilen hizmetlerin toplum üzerinde ne kadarının karşılanıp karşılanmaması BBSH’nin yeterliliği ve işleyişini göstermektedir. Toplumda özellikle üreme çağındaki kadınlar hastalık ve ölümler açısından risk altındadır ve gebelik/doğum gibi durumlarda daha fazla sağlık hizmeti gereksinimi vardır. Hem risklerin önlenabilir olması hem de yaşam kalitesinin

iyileştirilmesi için gerekli sağlık hizmetinin alınmasında BBSH'nin önemi büyüktür. BBSH ne kadar iyi organize edilir ve temelleri sağlam olursa, o toplum için sağlık sorunları o ölçüde çözümlenmiş demektir.

Bu çalışmanın amacı, 15-49 yaş grubu kadınlarda karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerinin saptanması ve BBSH'nin ilk başvuru yeri olma, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm özellikleri açısından değerlendirilmesidir. Karabük'te gerçekleştirilen bu çalışma, mevcut bilgimize göre ilde BBSH'yi değerlendiren ve 15-49 yaş grubu kadınlarda karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerini saptamayı amaçlayan ilk çalışma olacaktır. Bu çalışma, yerel düzeyde hizmet planlamalarına ve hizmetlerin niteliğinin geliştirilmesine katkı sunabilecek nitelikte bir çalışmadır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler bölümü iki ana başlıktan oluşmaktadır. BBSH başlığı altında BBSH'nin özellikleri, Türkiye'de BBSH, birinci basamak sağlık kuruluşlarında 15-49 yaş grubu kadınlara verilen hizmetler ve ebelerin sorumlulukları ile ilgili bilgiler sunulmuştur. İkinci başlıkta karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ile ilgili bilgiler yer almıştır.

2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ (BBSH)

Sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık standartlarını yükseltmek için sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için gerçekleştirilen aktiviteleri kapsar (Dirican ve Bilgel 1993; Silacı, 2018). BBSH yapılan bu aktivitelere yönelik gereksinimini karşılamak üzere ilk başvuru yeri olan topluma en yakın yerde konumlanan sağlık kuruluşlarıdır (Starfield, 1992).

BBSH terimi 1920 yılında Birleşik Krallık'ta yayımlanan Dawson Rapor'unda ilk kez kullanılmıştır. Bu raporda BBSH sunan merkezlerin ülke çapında yaygınlaştırılması gerektiğinden bahsedilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) öncülüğünde 1978 yılında gerçekleştirilen Alma Ata Konferansında BBSH, “evrensel ve toplumsal olarak kabul görmüş, bilimsel, uygulamalı, toplumsal ve ekonomik gelişmeye odaklanan, karşılanabilir maliyetli ve sağlık bakım hizmetleri sürecinin devamında temel bileşen olan ilk başvuru noktası” tanımlanmıştır (Alma-Ata, 1978; Tunç, 2015). BBSH, toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sağlık sistemidir (Eren ve Öztekin, 1993). Toplumda ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin tanı ve tedavilerinin yapılması ve gerekli durumlarda uygun yerlere sevk edilmesi için geliştirilen BBSH her sağlık sisteminin zorunlu olan ilk halkasıdır.

BBSH bireye ve topluma odaklanarak asıl amacının koruyucu sağlık hizmetleri olduğu ve bununla birlikte kapsayıcı sağlık hizmetlerinin de sunar. Sağlık sorunlarına yönelik erken tanı ve tedavinin daha ekonomik olmasını sağlar ve kronik hastalık izleminde uzman hizmetlerin yükünü hafifletir. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetine erişimi arttırarak eşitsizlikleri azaltır (Eser, 2008).

2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

BBSH'nin özellikleri yapısal ve uygulama özellikleri olmak üzere iki başlık altında incelenir (Öcek ve Soyer, 2007) (Çizelge 2.1). Bu özellikler aşağıda açıklanmıştır.

Çizelge 2.1. Birinci basamak hizmetlerin özellikleri.

Birinci Basamak Hizmetlerinin Özellikleri	
Yapısal Özellikler	1. Alt yapı ve insan gücü dağılımı
	2. Finansman
	3. Birinci basamak hizmeti sunan sağlık çalışanı
Uygulama Özellikleri	1. İlk başvuru yeri olma
	2. Kapsayıcılık
	3. Süreklilik
	4. Eşgüdüm

A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin üç yapısal özelliği vardır. Bunlardan birincisi alt yapı ve insan gücü dağılımı, ikincisi finansman ve üçüncüsü birinci basamak hizmeti sunan sağlık çalışanıdır.

Alt Yapı ve İnsan Gücü Dağılımı

Nitelikli BBSH, birinci basamak insan gücünün, alt yapısının ve diğer kaynakların toplumun tamamına eşit dağılımını amaçlayan örgütlenme politikaları ile mümkündür. Bu politikalar ile sağlık hizmeti sunumunda eşitlik sağlanırken, nüfusa göre örgütlenmede birinci basamak ekibinin toplumun sorunları ile ilgili bilgi sahibi olması ve çözüm sağlamasıyla topluma daha fazla katılmasını sağlar (Starfield, 1998).

Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansman şekilleri temel olarak vergi, kamu/özel sigorta ve cepten ödemelerdir. BBSH'nın vergi yoluyla finansmanı, diğer modellere göre daha eşitlikçidir (Deppe, 2005). Cepten ödeme uygulaması, toplumda tecrübe edilmiş durumlar sonucunda toplumun sosyal açıdan dezavantajlı bölümünü oluşturan bireylerin haklarından yararlanmada konusunda sorunlarla karşılaştıklarını göstermektedir (Öcek ve Soyer, 2007).

Birinci Basamak Hizmeti Sunan Sağlık Çalışanı

BBSH sunumu ile ilgili iki temel model istihdam tipi vardır. Birinci modelde hizmet, bağımsız olarak özel kliniğinde çalışan ve yanında istediği sayı ve nitelikte personel çalıştıran hekimler tarafından sunulur. İkinci modelde ise hizmet, kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında kamu personeli olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından sunulur (Boerma, 2003). Kamu sağlık merkezlerinde çok disiplinli birinci basamak ekibinde ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, sosyal çalışmacı, psikolog, diş hekimi, eczacı ve fizyoterapist gibi sağlık çalışanları yer alır. Kamuda hekim bu üyelerden birisidir. Farklı sağlık profesyonellerin katılımı birinci basamakta psikolojik, sosyal ve tıbbi becerilerinin ortak kullanımını sağlar. Bunun sonucunda da hastalara yönelik hizmet çerçevesinin genişletilmesini, problemlerin kapsayıcı bir bakış ile değerlendirilmesini, hastane sevklerinin azalmasını, bakımın sürekliliğini, entegre hizmet sunumunu ve maliyetlerin azalmasını sağlar. Ekip çalışması hekimlerin iş yükünü azaltarak hastalara daha fazla zaman ayırmalarına imkân sağlar (Öcek ve Soyer, 2007). Özel hekim kliniklerinde ise hizmet hekim merkezlidir. Diğer sağlık çalışanları sadece yardımcı personel niteliğindedir. Hekim ile diğer çalışanlar arasında istihdam tipi ve gelir düzeyi bakımından önemli farklar bulunmaktadır (Boerma, 2003).

B. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin dört uygulama özelliği vardır. Bunlar ilk başvuru yeri olma, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdümdür.

İlk Başvuru Yeri Olma

İlk başvuru yeri olma, bireylerin herhangi bir sağlık sorununda, problemin aciliyetine de bağlı olarak, gerekli olan sağlık hizmetine ulaşabilmesi ve hizmeti kullanmasıdır (Çiçeklioğlu, 1998). İlk başvuru, BBSH’de kişilerin ilk giriş kapısı olma özelliğini taşımaktadır. Bu özelliği sayesinde bireylerin uygun basamaklara yönlendirilmesi de gerçekleştirilmektedir. İlk başvuru özelliğinin gerçekleşmesi için bireylerin sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunda gerekli kurumun ulaşılabilir olması gerekmektedir. İlk başvuru hizmeti değerlendirilirken; sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda aile hekimini tercih etme durumu, en son başvurunun aile hekimine yapılması, ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumu ve BBSH’nin haneye uzaklığı gibi durumlar göz önünde bulundurulabilir (Bambal vd, 2010; Karakoç, 2014).

Süreklilik

Süreklilik, bireylerin ihtiyaç duyduğunda her türlü sağlık gereksinimini karşılayabildiği, sağlık hizmeti alabildiği düzenli bir kaynağın bulunmasıdır (Eser, 2008). Hizmet sürekliliğinin genel tanımı bir muayeneden diğer bir muayeneye kadar izlem, takip olarak yapılmaktadır (Tunç, 2015). Thornicroft ve Tansella’nın tanımına göre süreklilik, bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin hem sağlık hizmeti sunucuları arasında uyumunun olmasını hem de uzun dönemli hasta ve sağlık hizmeti sunucusu arasında kesintisiz bir ilişkidir (Thornicroft ve Tansella, 2003). Tek bir hekim esas alınarak, hekim-hasta arasındaki ilişkiyi ifade eder. Sürekliliği sağlayabilmek için erişilebilirliğin sağlanması gerekmektedir (Haggerty et al. 2003). Süreklilik özelliğinin gerçekleştirilebilmesi için hizmet sunulan nüfusun tanımlı olması kritiktir. Hizmet, hastalık odaklı olmaktan çok zaman içinde sürmelidir (Starfield, 1998). Sürekliliğin değerlendirilmesinde; ilk olarak bireylerin BBSH alıp almadığı, aile hekimini ve aile sağlığı elemanını bilme durumu, belirli bir sürede birinci basamağa ne kadar başvuru yaptığı ve arka arkaya yapılan iki başvurunun ne kadarının aile hekimine yapıldığı, kişilerin hekim ile olan iletişimi ve memnuniyet durumu ile sorgulanmaktadır (Çiçeklioğlu, 1998; Shi L et al. 2003; Bambal vd. 2010; Lağarlı vd. 2011).

Kapsayıcılık

Kapsayıcılık kavramı toplumun sık görülen sağlık gereksinimlerini karşılayabilecek yeterlikteki geniş bir hizmet yelpazesinin kullanılabilir olması olarak tanımlanmaktadır (Kringos et al. 2010). BBSH'de kapsayıcılık; koruyucu hizmetler, hastalıkların tanı ve tedavisi, sağlığın geliştirilmesi, akut ve kronik sağlık sorunlarının izlenmesi, rehabilitasyon, palyatif bakım ve sosyal hizmetler gibi durumları içermektedir (Levesque, 2012). Kapsayıcılık tüm sağlık ihtiyaç türlerinin geniş dağılımına uygun cevap veren hizmet sunumu olarak da tanımlanmaktadır (Eser, 2008). Sağlık hizmet sunucularının da yetenekleri, kapasiteleri ve diğer kurumlar ile bağlantıları, kullanılan araç ve gereçler, kurumlar önemli rol oynamaktadır (Haggerty et al. 2011). Kapsayıcılık genel olarak değerlendirilirken; sağlıkla ilgili konularda, kadın sağlığı ve hastalıklarında, çocuk sağlığı ve hastalıklarında ve acil bir sorunda danışmanlık alma durumu, sağlıkla ilgili merak edilen konularda yanıt alabilme durumları göz önünde bulundurulabilir (Bambal, 2010).

Eşgüdüm

Eşgüdüm, birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi paylaşımının gerçekleşmesini tanımlar (Starfield, 1998). Eşgüdümün birinci basamakta tanımı, hizmet sunucusu ile uzman hizmeti arasındaki karşılıklı işbirliğidir. Yapılan sevklerin koordinasyonu olarak da açıklanabilir (Weiner ve Starfield, 1982). BBSH seviyesinde eşgüdüm özelliği sağlık sisteminin bir bütün olarak yanıt vermesinde anahtar özelliktir. Birinci basamak, sağlık hizmetlerine giriş noktası olmasından ve diğer basamaklar için geçit denetleyicisi olması nedeniyle önemlidir (Shi L et al. 2003). Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel şart gerekmektedir. Birinci şart kapı tutuculuk uygulamasıdır. Diğer şartlar ise birinci, ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm verilerin kaydedilmesi ve bu verilerin birinci basamağa aktarılmasının resmi yönergelerle zorunlu tutulmasıdır (Starfield, 1998). Eşgüdüme bağlı potansiyel sorunlar birinci ve ikinci basamak arasındaki veya tedavi edici hizmetler ile koruyucu hizmetler arasındaki arabirimlerde görülmektedir (Starfield ve Donald, 1976). OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development) ülkelerindeki sağlık hizmetlerini değerlendiren bir çalışmada, eşgüdümün uygulanmasının zor olması

nedeniyle, diğ er birinci basamak özellikleri açısından başarılı olan ülkelerde bile eş güdümün yetersiz kaldığı bildirilmiştir (Macinko et al, 2003).

2.1.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de BBSH Cumhuriyet döneminde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda ve aile hekimliğine geçiş modelinde geçmişten günümüze kadar olan süreçte sürekli bir değişim ve gelişim içerisindedir.

Cumhuriyetin kurulmasından sonra ilk Sağlık Bakanı olarak atanan Dr. Refik Saydam, birinci basamağa ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermiş, doğrudan merkezi hükümet tarafından üstlenilmiş genel bütçe olanakları sağlayan bir politika izlemiştir. Tedavi hizmetlerini ise hükümet görevi olarak ele almamış, daha çok belediye ve özel idareler ile yürütülmüştür (Fişek, 1983; Akdur, 2000; Altındağ ve Yıldız, 2020). Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere daha yüksek ücret vererek, koruyucu hizmet birimlerinde çalışmalarını çekici hale getirilmiştir (Akdur, 2005). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde; tek bir hastalık ile mücadelede “dikey örgütlenme”, hastane görevleri ve dikey örgütlenme dışındaki her türlü sağlık hizmetinde “hükümet tabipliği” birimleri kabul edilmiştir. Hükümet tabipliği koruyucu hizmetler, çevre ve okul sağlığı, yoksul hastalara ücretsiz muayene gibi sağlık hizmetlerinin verilmesi ile dönemin birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk örneği olmuştur. Refik Saydam 1937 yılına kadar sağlık bakanı olarak görev yapmıştır (Fişek, 1983; Öztekin, 2020).

Refik Saydam’dan sonraki dönemde; 1952 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş ve dikey örgütlenmeye Ana-Çocuk Sağlığı (AÇS) hizmetleri eklenmiştir. Yataklı tedavi edici hizmetler 1950-1960 yılları arasında sağlık bakanlığının sorumluluğuna geçmesiyle birlikte hastane hizmetleri artarken, koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliği azalmıştır. Uzman hekimlerin, pratisyen hekimlere göre daha fazla ücret almaya başlaması ile kırsal alanlarda koruyucu sağlık hizmeti sunan hekimler kentlerdeki hastanelere yönelmiştir (Fişek, 1983; Akdur, 1999; Akdur, 2000; Öztekin, 2020). Bu gelişmelerin beraberinde 1946-1947 yıllarında sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz tarafından bir sağlık planı hazırlanmıştır. Plana göre, köylerde, yaklaşık 20000 kişiye bir “sağlık merkezi” kurulması planlanarak, adında “sağlık” kavramı

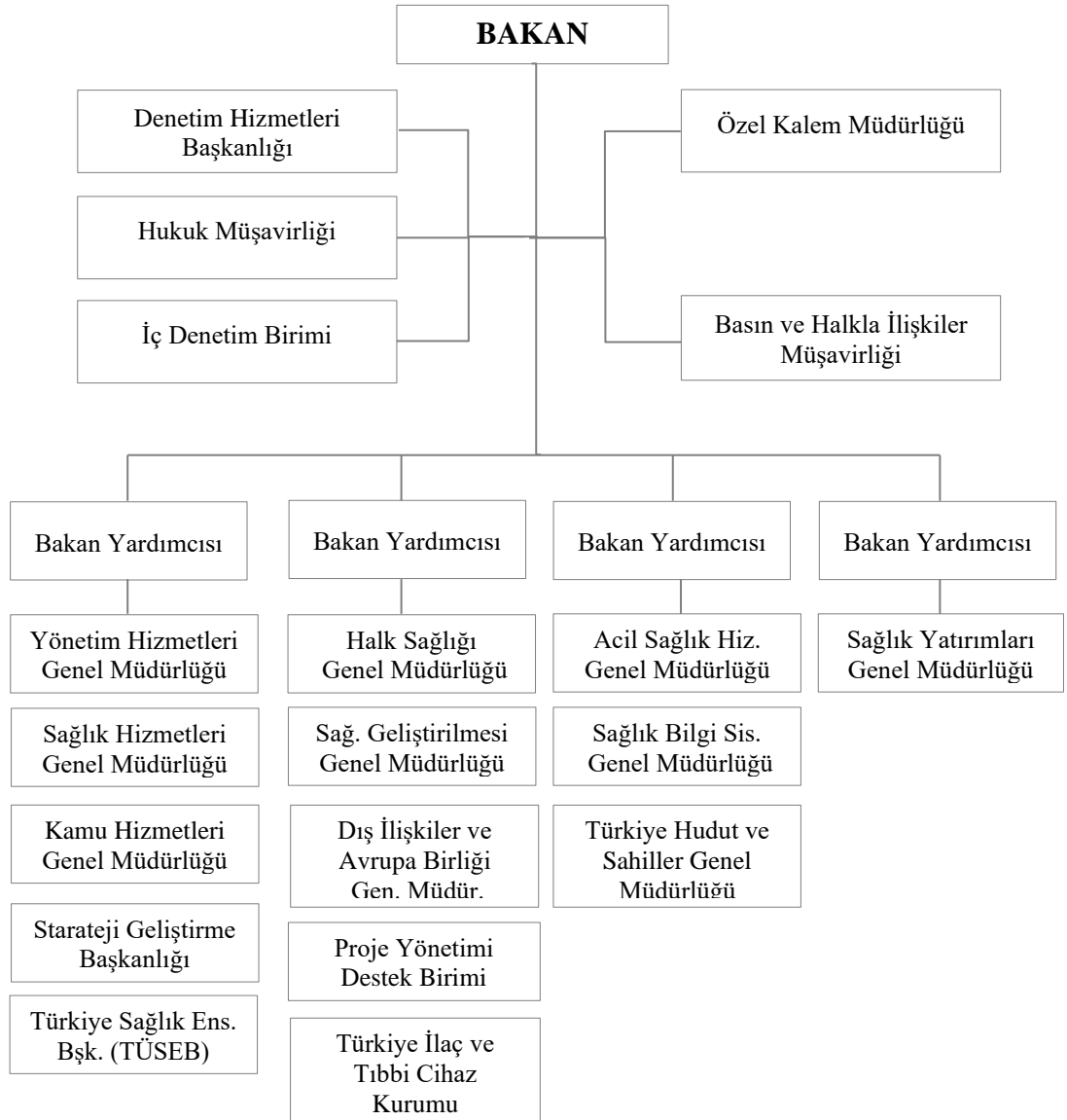
geçen ilk birinci basamak sağlık kuruluşu oluşturmuş ve bu kuruluşlarda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin beraber verilmesini tasarlamıştır (Çağlayaner ve Saatçi, 2007; Akdur, 2005). Ancak bu plan uygulanamamış olmakla birlikte Türkiye’de ilk kez nüfusa göre örgütlenme ilkesi gündeme gelmiştir (Öztek, 2020).

Silahlı kuvvetlerin 1960 yılında yönetime el koymasının ardından Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek’in önderliğinde 5 Ocak 1961 yılında hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) ile sağlık hizmetleri yeniden düzenlenerek, 1963 yılında Muş ilinde başlatılarak kanun uygulanmaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003; Akdur, 2005). Kanun ile Türkiye’de 15 yıl içinde bir senede 300, 5 senede 1500 sağlık ocağı açılması hedeflenmiş, ancak sadece 561 tanesi hizmete girebilmiştir (Akalin, 2011). Ebeler bu uygulamada sağlık evinde ikamet edecekler ve köy ve evleri gezerek hizmet vereceklerdi (Çağlayaner ve Saatçi, 2007). Zamanla sağlık hizmetlerinden toplumun en iyi şekilde yararlanması için sağlık ocakları ile sağlık evlerinin sayılarının artırılması hedeflenmiştir (DPT, 1985). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi 1984 yılının başı itibariyle Türkiye’nin her yerinde uygulanmaya başlamıştır (Öztek, 2020).

“Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen, 6 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planında temel hedefler belirtilmiştir. Bu hedefler içerisinde aile hekimliği uygulamasına, koruyucu hekimliğin artması ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi ve geçilmesi yer almıştır. Bu hedeflerin ardından, ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hazırlanmış ve 2003 yılı başında Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur (İleri vd. 2016). Sağlıkta Dönüşüm’ün temel bileşenlerinden olan BBSH’nin dönüştürülmesinde Sağlık Bakanlığı Birinci Ulusal Sağlık Kongresi’nde bu konu ele alınmış ve 2004’te Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun kabul edilerek uygulanmaya başlanmıştır (TTB Merkez Konseyi, 1995; Belek, 2012).

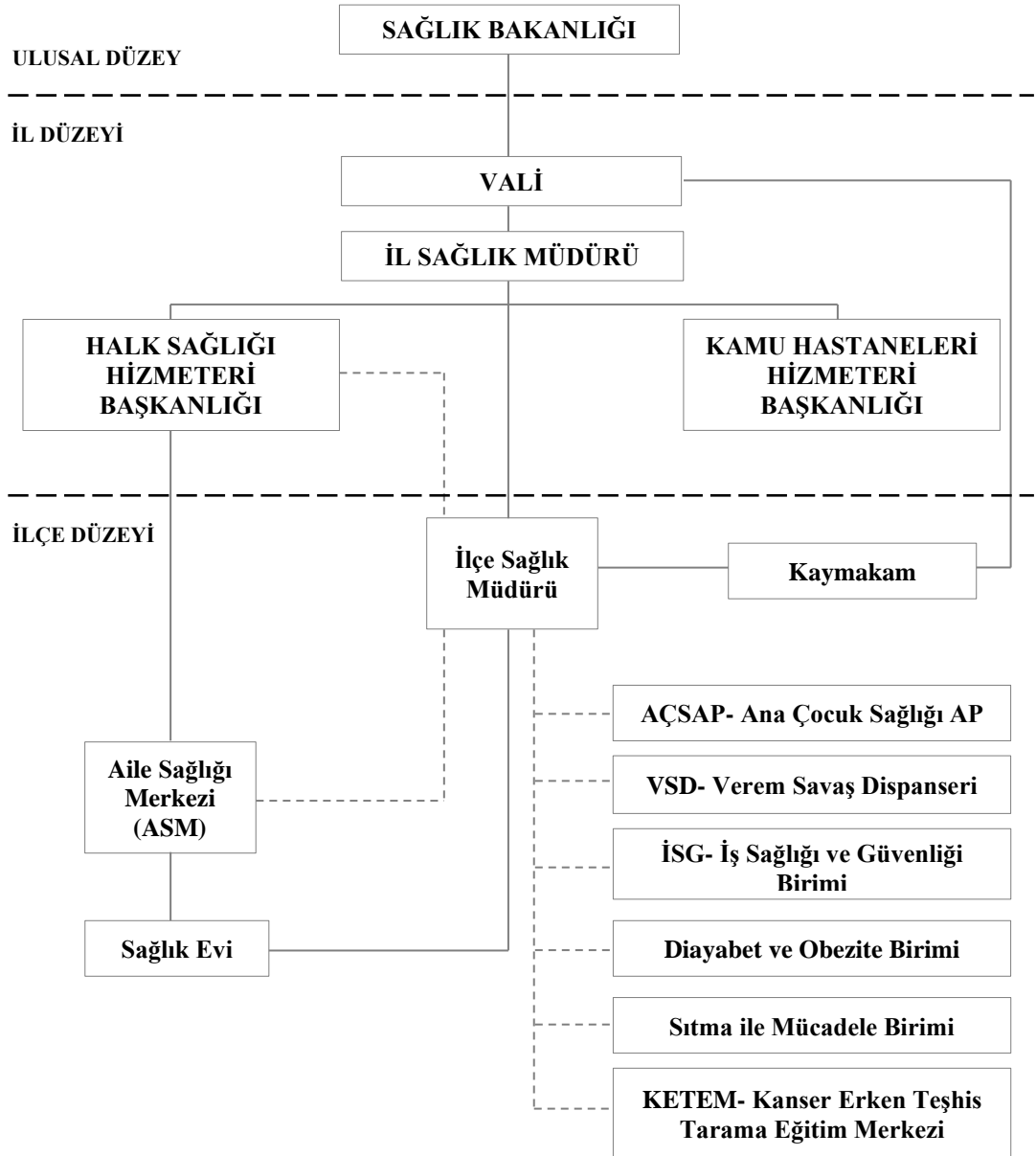
Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmasından itibaren günümüze kadar bakanlığın örgütlenmesinde değişimler meydana gelmiştir. Sağlık Bakanlığının günümüzdeki örgütlenmesi en son 2018 yılında yayınlanan 703 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede (KHK) yapılan değişiklikler ile son halini almıştır (Resmi

Gazete, 2018). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı teşkilat yapılanması, merkezi teşkilat (Sağlık Bakanlığı) ve taşra teşkilatı (İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Örgütleri) olmak üzere iki gruptadır. Merkez teşkilatı, gerekli politikaları hazırlama, planlama, yürütme, eşgüdüm sağlama, diğer birimlere ulaştırma ve gelen verilerin analiz edilmesi gibi faaliyetleri yürütür (Balcı, 2005). Yıl 2018 sonrası Sağlık Bakanlığı merkez örgütü bakan ve bakan yardımcılara bağlı birimlerden oluşmaktadır (Durmuş ve Durmuş, 2019) (Şekil 1.1).



Şekil 1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü (6 Eylül 2018 sonrası).

Taşra örgütü, bakanlıkların merkez örgütü dışında kalan tüm birimlerin genel adıdır. Bakanlıkların taşra örgütlerinin yürütülmesindeki temel yasa 5442 Sayılı İl İdaresi Kanunu'dur (Resmi Gazete, 1949). Sağlık Bakanlığının illerdeki temsilcisi ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu kişi validir. Kaymakamlar ise valilerin ilçelerdeki temsilcisi ve ilçelerde sağlık hizmetlerinden sorumlu kişidir. BBSH il düzeyinde Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına bağlı olarak yürütülmektedir. İlçe düzeyinde BBSH İlçe Sağlık Müdürü ve bağlı birimler ile birlikte ASM ve sağlık evlerinde verilmektedir (Şekil 1.2) (Öztek, 2020).



Şekil 1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü (2018 dönemi) (Prof. Dr. Bülent Kılıç).

A. Aile Hekimliği Modeli

Aile hekimliği modeli birinci basamakta hastalarla topluma hizmet veren, kişisel sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilen, hekimlerin sunduğu entegre, erişimi olan, sağlık hizmeti merkezli, ilk başvurunun ve zamansal devamlılığın olduğu, kapsayıcı ve sağlık sisteminin diğer bölümleriyle eşgüdümü sağlayan bir modeldir (Saraçlı, 2010; Tunç, 2015). Türkiye’de aile hekimliği ile ilgili çıkarılan ilk düzenleme 24.11.2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”, Resmi Gazete’de yayınlanmış ve Türkiye birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yeni bir döneme girmiştir (Resmi Gazete, 2004). Yapılan düzenlemeler kapsamında aile hekimliği pilot uygulaması ilk olarak Düzce’de 2005 yılında hayata geçirilmiştir. Ardından, 2010 yılında tüm Türkiye’de aile hekimliğine geçilmiştir. 81 ilde BBSH kapsamında aile hekimliği sistemi günümüzde de uygulanmaktadır (Dünya Bankası, 2013). Günümüzde aile hekimliği modeli uygulanırken başlangıçta bireylerin aile hekimine ilk kaydı, yaşadıkları bölgeye göre, ilgili müdürlükler tarafından yapılmaktadır. Daha sonra bireyler bölge sınırlaması olmadan istedikleri aile hekimini seçebilmektedir. Zorunlu haller dışında üç aydan önce aile hekimi değiştirilememektedir (Resmi Gazete, 2013).

Aile hekimliği uygulamasında hizmetin verildiği en küçük birim; bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimidir. Bir ve daha çok aile hekimliği biriminden oluşan ve aile hekimliği uygulamalarının yapıldığı merkezlere de ASM denilmektedir (Resmi Gazete, 2013). “ASM’ler, taşıdığı standart bazı özelliklere göre (bazı fiziki şartlar, esnek mesai uygulaması, teknik donanım, ek personel sayısı gibi) A, B, C, D grubu şeklinde gruplandırılmaktadır. ASM’lerin gruplandırılmasında en asgari düzey olan D sınıfıdır” (Resmi Gazete, 2013). Tetkik ve tahlil işlemlerinde, aile hekimi basit görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini imkân varsa kendi çalıştığı birimde yapmaktadır. Diğer laboratuvar hizmetleri İl Sağlık Müdürlüğü’nün uygun gördüğü sağlık kuruluşunda yaptırılmaktadır (Saraçlı, 2010).

Kanun ve yönetmelik esas alınarak Bakanlığın belirlediği şartlara uygun eğitim alan uzman hekim ya da hekimler aile hekimi olabilmektedir (Dinçer, 2006). Aile hekimlerinin görevleri ASM’yi yönetmek, koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte anne

çocuk sağlığı hizmetlerini ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, kendisine kayıtlı kişilerle iletişime geçerek belli aralıklarla değerlendirilmesini yapmak ve ihtiyacına yönelik sağlık hizmeti sunmak, sağlık kayıtlarını tutmak, diğer sağlık kuruluşları ile kordinasyonu sağlamak ve evde sağlık hizmeti sunmaktır (Resmi Gazete, 2013). Sağlık Bakanlığınca belirlenen yönetmeliğe göre bebek ve gebe izlemleri, sevk ve aşılama oranları saptanarak ücretlendirme esas alınmaktadır (Resmi Gazete, 2021). “Aile sağlığı elemanı olarak aile hekimi tarafından belirlenen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni çalışabilir” (Resmi Gazete, 2013). Aile sağlığı elemanlarının görevleri hayati bulguları ölçmek, ilaç uygulamak, yara bakımı yapmak, poliklinik hizmeti, gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmaktır (Resmi Gazete, 2013).

Türkiye’de ASM dışında BBSH’yi sunan sağlık kuruluşları 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği çerçevesinde düzenlenen yönetmeliğe göre bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğu ve toplum sağlığı merkezi (TSM)’dir (Resmi Gazete, 2022). Nüfusu 15000’e kadar olan ilçelerde ve 15000-30000 arasında olan ilçelerde, ilçe sağlık müdürlüğu kurulmamış ise TSM kurularak hizmet sunması sağlanmaktadır. Nüfusu 30000 ve üstü olan ilçeler ile ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerde TSM kurulmamaktadır. TSM’nin olmadığı ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğu, ilçe sağlık müdürlüğünün de olmadığı yerlerde ise ilçe devlet hastaneleri mevcut hizmetleri vermektedir (Resmi Gazete, 2018).

TSM; bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun koruyucu sağlık hizmetlerini sunan, sağlık hizmetlerini organize eden, koordinasyonu sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezidir (Sağlık Bakanlığı, 2015). TSM’nin en önemli görevleri arasında sağlık çalışanlarına ve topluma yönelik eğitimler vermek yer almaktadır (Resmi Gazete, 2018; Pala, 2015). “TSM bünyesinde sağlık evi, diyabet, göçmen sağlığı merkezi, sağlıklı hayat merkezi (SHM), kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (KETEM), çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı (ÇEKÜS), ana çocuk sağlığı ve AP (AÇSAP), enfeksiyon kontrol ve iş sağlığı ve güvenliği (İSG) olarak duruma yönelik yoğun hizmetler sunan birimler açılabilir” (Resmi Gazete, 2018).

2.1.3. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında 15-49 Yaş Grubu Kadınlara Verilen Hizmetler ve Ebelerin Sorumlulukları

Doğurganlık çağında (15-49 yaş) kadınların hizmet gereksinimleri artmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşları bir program kapsamında 15-49 yaş grubu kadınların rutin takiplerini uygulayarak koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamaktadır. Uygulanan sağlık hizmeti, kadınların doğurganlıkları üzerinde kontrollerini arttırmasıyla beraber, anne ve bebek sağlığına ve kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi nedeniyle önemli bir müdahale olmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; Uğurlu vd, 2012). Sağlık Bakanlığı birinci basamak hekimlerini, 15-49 yaş grubu kadınları Ocak-Haziran dönemi bir defa, Temmuz-Aralık dönemi bir defa olmak üzere yılda iki kez izlemekle görevlendirmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017). Bununla birlikte 15-49 yaş izlemleri performans dayalı sisteme dahil değildir (Resmi Gazete, 2021). Yürütülmekte olan bu program kapsamında kadınlar, ASM'lerde çalışan sağlık personelleri tarafından 15-49 yaş kadın izlem formu ile izlenmekte ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kaydedilerek kadınların sağlık açısından değerlendirilmeleri yapılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; Yüksel ve Davas, 2016). Bu formda kadınların bilgileri sorgulanmaktadır (Çizelge 2.2). Yapılan izlemlerde ise kadınların sağlık öyküsü alınmakta, sistemik fizik muayenesi yapılmakta, kan ve idrar tetkiki yapılmakta, yaşam bulgularına bakılmakta, EKG çekilmekte, PAP Smear, meme muayenesi ve varis muayenesi yapılmaktadır. Bunlarla birlikte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulgusu, verilen üreme sağlığı danışmanlıkları, kullanılan AP yöntemi, AP yöntemi kullanmama nedeni sorgulanır ve izlem formuna kaydedilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

Çizelge 2.2. İzlem formunda yer alan 15-49 yaş kadın bilgileri.

İzlem Formunda Yer Alan 15-49 Yaş Kadın Bilgileri	
Sosyodemografik Özellikleri	Kadının; doğum tarihi, öğrenimi, mesleği, sosyal güvencesi, kan grubu, eşinin; öğrenimi, mesleği, akrabalık derecesi ve kan grubu
Cinsel Sağlık Bilgileri	İlk adet yaşı, dismenore, adet düzeni (sıklığı, süresi), adetten kesilme yaşı, ilk evlilik yaşı, ilk doğum yaşı ve talasemi taşıyıcılığı
Sistemik Hastalıkları	Kadının kardiyovasküler (hipertansiyon, kalp kapak hastalıkları, koroner arter hastalıkları ve tromboflebit gibi), endokrinolojik (diabetes mellitus, hipertroidi gibi) serebrovasküler ve nörolojik (anevrizma, fistül ve epilepsi gibi), solunum sistemi (astım bronşiale, KOAH gibi), hematopoetik sistem (anemi, lenfoma, lösemi gibi) ve psikiyatrik hastalıkları, neoplazmları ve geçirilmiş ameliyatları Hastalıkların sağlığa etkileri, seyri, tedavileri ve bakım uygulamaları
Doğurganlık Bilgileri	Toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, isteyerek düşük sayısı, kendiliğinden düşük sayısı ve ölen çocuk sayısı
Gebelik Öyküsü	Doğumun veya düşüğün gerçekleştiği tarih, doğumdaki veya düşüktteki gebelik haftası, doğum şekli ve doğumun gerçekleştiği yer
Ahışkanlıkları	Sigara, alkol, madde ve kullandığı ilaçlar
Tetanoz Aşı Tarihleri	Doğurganlık çağındaki kadınlara tetanoz aşısı (Gebeliğin 4. ayında birinci doz, birinci dozdan 4 hafta sonra ikinci doz, ikinci dozdan en az 6 ay sonra üçüncü doz, üçüncü dozdan en az bir yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte dördüncü doz, dördüncü dozdan en az bir yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte beşinci doz olmak üzere toplam beş doz olmak üzere uygulanır.)
Göç Halinde	Göç edilen tarih ve yer
Ölüm Halinde	Ölüm halinde ölüm tarihi ve nedeni

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017

Üreme çağındaki kadınların izlem süreçlerinde gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) dönemde gebeliğe hazırlık, gebelik döneminde izlem ve muayeneler ile sürecin takibi, doğum anına hazırlık, doğumdan sonraki süreçte lohusa izlemleri, emzirme ve bebek bakımı eğitimi olarak kadınların ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşları sunmaktadır. İzlemlerde kadınların sağlığını tehlikeye atacak, yaşam kalitesini düşürecek riskli durumların tespiti yapılmaktadır. Doğurganlığın ön planda olduğu bu zaman diliminde kadınlar bu izlemlerden faydalanarak doğurganlık davranışları ile ilgili bilgi edinir, gebe kalmak istemediğinde AP yöntemleri hakkında danışmanlık alır, erken dönemde gebeliğin tespiti sağlanır, gebelikleri arasındaki süre ayarlanır ve istenmeyen gebeliklere engel olunmaktadır. Aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıklar önlenmektedir. Jinekolojik hastalıkların ve kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisi sağlanmaktadır. Menopoz gibi özel dönemlerde kadınlar danışmanlık hizmeti almaktadır. İnfertil aileler yardım alabilmektedir. Zamanında ve yeterli sayıda yapılan izlemler kadın sağlığı ve beklenen yaşam süresinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; Yüksel ve Davas, 2016).

Kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan izlemlerde kadınlar ile sürekli iletişim halinde olan ebelerin görev ve sorumlulukları bu aşamada önemlidir (Hacıvelioğlu ve Demirci, 2022). Ebeler, mevcut yasal düzenlemeleri olan, belli bir süreçte eğitim alan donanımlı sağlık profesyonelleridir. Ebelerin sorumlulukları özellikle kadınların üreme çağındaki süreçlerini daha sağlıklı yönetebilmeleri üzerinedir. Türkiye’de ebelerin kadınlar için görev ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığı Personeli İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte tanımlamıştır. Bu yönetmeliğe göre birinci basamak sağlık kuruluşlarında ebeler, kadınların üreme sağlığı açısından izlemini ve kadınlara ait taramaları yapmaktadır. Gebelik ncesi dönemde danışmanlık vermektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte anne ve bebek sağlığı için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektedir. Ebeler, riskli olmayan gebelik izlemlerini ve gerekli muayenelerini yapmaktadır. Gebelikte riskli durumları ise erken dönemde belirleyerek gerekli önlemleri alır ve uzmana yönlendirmektedir. Üreme ağındaki kadınlara AP hizmeti verir ve gebelerin bağışıklanmasında görev almaktadır (Resmi Gazete, 2014). DSÖ, BBSH’de ebe liderliğindeki sağlık hizmetlerinin artışı, ikinci ve nc basamakta verilen tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yükünü azaltacağını ve maliyetin dşlebileceğini belirtmiştir (World Health Organization, 2013). Halk sağlığı açısından yeterli beceri ve uzmanlığa sahip ebeler görev ve sorumluluklarını etkin bir şekilde yerine getirerek kadının sağlığı ile birlikte aile ve toplumun sağlığını da korur ve geliştirir (Hacıvelioğlu ve Demirci, 2022).

2.2. KARŞILANMAYAN SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ

Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi, bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda gerekli bakımı alamaması olarak tanımlanmaktadır (Yoon vd., 2019). Bununla birlikte karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi, sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin tıbbi bakımının ya da hizmetin yetersiz veya eksik olduğu durumu, sağlık hizmeti sunan kuruluşlara erişimin değerlendirilmesini ve farklı sağlık sistemleri arasındaki ulaşımın karşılaştırılmasını ifade edmektedir (Yoon vd., 2019; Genç ve Kurutkan, 2021).

Karşılanmayan sağlık hizmetinin kritik aşaması olan erişim, kişilerin doğuştan sahip olduğu bir haktır ve bir ülkenin ekonomik ve sosyal yaşantısına etkisi büyük olan bir alandır. Bu nedenle ülkelerin özellikle yönetimde ve oluşturulan politikalarda öncelikleri arasında yer almaktadır (Budak, 2019; Vongmongkol, 2021). Karşılanmayan sağlık hizmetinde erişim bireysel, coğrafi ve ekonomik nedenlerden etkilenmektedir (Vongmongkol, 2021). Sağlık hizmetine erişimi engelleyen faktörler bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma durumu, sağlık hizmeti alımında yüksek fiyatlandırma, sağlık sigortasının olmaması ve dil konusunda yaşanan iletişim problemleridir. Erişimi engelleyen faktörler sonucunda sağlık hizmeti alımında gecikme, önlenebilecek hastane yatışlarında artma, koruyucu sağlık hizmetlerini alamama ve karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ortaya çıkmaktadır (Budak, 2019). Sağlık harcamalarının düşük olduğu ülkelerde sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olması engellilik ve ölümlerle sonuçlanan sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır (Vongmongkol, 2021).

Sağlık hizmetlerinden yararlanırken bireyler arasında her zaman bir eşitsizlik söz konusudur. Bu eşitsizlik toplumda dezavantajlı grupları (işsiz, gelir seviyesi düşük, sağlık güvencesi olmayan) daha çok etkilemektedir. Kadınlar bu dezavantajlı gruba dahildir. Sağlık hizmetlerini kullanımında kadın ve erkek arasında fark olmasının en temel nedeni kadınların üreme biyolojisidir (Bertakis et al., 2000). Bununla birlikte toplumda kadınların iş ve aile sorumluluklarının, sağlık konusunda tutum ve davranışların farklı olması ve cinsiyete bağlı olarak hastalığa yakalanma risklerinin fazla olması nedeniyle karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi erkeklere göre daha fazladır (Bertakis et al., 2000; Genç ve Kurutkan, 2021). Bu nedenle kadınların özellikle doğurganlık çağında daha fazla koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermeleri gerektiğini göstermektedir (Bertakis et al., 2000). Mevcut sistemde kadınların kendileri için sunulan sağlık hizmetlerine, erişimin sağlanması ve bu hizmetlerden fayda sağlamanın artırılması kadınların geliştirilmesine bağlıdır. Bu aşamada kadınlar ile sürekli iletişim halinde olan birinci basamak sağlık personellerinin rolü büyüktür (Altay, 2009).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma, kesitsel tipte tasarlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma, Karabük ilinde Ocak 2021-Haziran 2023 yılları arasında yürütüldü.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, Karabük'te yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2020 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne göre Karabük'te 15-49 yaş grubu kadın sayısı 60544'tür. Nüfusun %85'i (n= 51441) il ve ilçe merkezlerinde, %15'i (n= 9103) köylerde yaşamaktadır (Çizelge 3.1) (TÜİK 2020).

Çizelge 3.1. Karabük'ün 15-49 yaş grubu kadınların yerleşim yerine göre dağılımı.

İl merkezi ve ilçeler	Yerleşim yeri					
	Kent		Kır		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Merkez	33698	94,4	1991	5,6	35689	58,9
Safranbolu	13670	80,1	3396	19,9	17066	28,2
Eskipazar	1425	64,7	778	35,3	2203	3,6
Yenice	2010	54,0	1714	46,0	3724	6,2
Eflani	526	37,1	890	62,9	1416	2,3
Ovacık	112	25,1	334	74,9	446	0,7
Toplam	51441	85,0	9103	15,0	60544	100,0

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020) *sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

Çalışmada çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnek grup dört aşamada belirlenmiştir.

Birinci aşamada, ulaşılması gereken 15-49 yaş grubu kadın sayısı hesaplandı. En küçük örnek büyüklüğü, Epi-İnfo-7 StatCalc Programı'nda %95 Güven Aralığı, hata payı %5, desen etkisi iki ve prevalans %50 alınarak 764 olarak hesaplanmıştır.

İkinci aşamada, örnek popülasyon yerleşim yerine göre orantılı olarak dağıtıldı. Kentsel alanlardan (il ve ilçe merkezleri) 649, kırsal alanlardan (köyler) 115 kadına ulaşılması planlandı (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Çalışmada ulaşılması planlanan örnek popülasyonun yerleşim yerine göre dağılımı.

Yerleşim yeri	n	%
Kent	649	85,0
Kır	115	15,0
Toplam	764	100,0

Üçüncü aşamada, verilerin toplanacağı mahalle ve köyler belirlendi. Karabük'ün merkezine bağlı 28 mahalle ve 37 köy; beş ilçeye bağlı 52 mahalle ve 240 köy vardır. Toplamda Karabük ilinde 80 kentsel mahalle ve 277 köy vardır. Her bir yerleşim yerinin kentsel ve kırsal alanlarında ulaşılacak mahalle ve köyler kura yöntemiyle seçilmiştir. Kentsel nüfusu temsilen il merkezinden üç mahalle, her bir ilçeden iki mahalle seçilerek toplam 13 mahalle araştırmaya dahil edilmiştir. Kırsal nüfusu temsilen ise sekiz köy seçilmiştir. Sonuç olarak 13 mahalle ve sekiz köy toplam 21 yerleşim yeri araştırma kapsamına alınmıştır.

Son aşamada, görüşme yapılacak haneler belirlendi. Mahalle ve köylerdeki hane sayılarına ilişkin bilgi elde edilemediği için sistematik örnekleme aralığı beş kabul edilerek, hedef hanelere ulaşıldı.

Araştırmanın veri toplama aşamasında yaşanan ulaşım zorlukları nedeniyle nüfusu en az olan iki ilçeye (Eflani ve Ovacık) gidilememiş, veriler dokuz mahalle ve altı köy olmak üzere 15 yerleşim yerinden toplanmıştır. Mahalle ve köylerde bir sokak

başından rastgele seçilen bir haneden başlanarak bulunan sistematik örnekleme aralığı ile seçilen hanelerde görüşmeler gerçekleştirildi ve her haneden yalnızca bir kişi ile görüşüldü. Belirlenen hanede hedef yaş grubundan birey bulunmaması ya da kabul etmemesi halinde yan binaya geçildi. Çalışmada toplam 793 kadına ulaşıldı, 45 kadın veri toplama esnasında uygun olmadığı için çalışmaya katılmayı kabul etmedi.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Çalışmanın değişkenleri beş başlık altında toplanmıştır. Birincisi kadınların sosyodemografik özellikleri, ikincisi kadınların doğurganlık özellikleri, üçüncüsü sağlık hizmeti kullanımı, dördüncüsü karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ve beşincisi BBSH'nin temel özellikleri açısından değerlendirilmesi olarak sunulmuştur.

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler

Yaş: Kadınların tamamlamış olduğu yaşı ifade eder. Açık uçlu sorgulanmıştır.

Yerleşim yeri: İkamet edilen yerleşim yeri il merkezi, ilçe ve köy olarak sorgulanmıştır.

Medeni durum: Kadınların şu anki evli, bekâr ve dul/boşanmış olma durumları sorgulanmıştır.

Öğrenim düzeyi: Kadının tamamlamış olduğu öğrenim düzeyini ifade eder. Öğrenim düzeyi: okur-yazar değil, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite olarak beş grupta sorgulanmıştır.

Aile tipi: Bu sınıflamada aileyi oluşturan üye sayısı ve akrabalık ilişkileri esas alınmaktadır. Çekirdek aile ve geniş aile şeklinde iki grupta sınıflandırılmıştır.

Hanede yaşayan kişi sayısı: Hane halkı sayısı, aynı kaptan yemek yiyenlerin sayısına göre sorgulanmıştır. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

Mevcut adresinde ikamet süresi: İkamet ettikleri yerde ne kadar süredir yaşadıklarını ifade etmektedir. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

Gelir getiren bir işte çalışma durumu: Kadının herhangi bir işte çalışma durumudur. Kamu çalışanı (sürekli), özel sektör çalışanı (sürekli), kendi hesabına çalışan, süresiz işlerde çalışan işçi, öğrenci, emekli ve çalışmayan olarak yedi grupta sorgulanmıştır.

Haneye giren aylık gelir miktarı: Haneye giren aylık toplam gelir miktarıdır. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

Gelir algısı: Haneye giren aylık gelir miktarının algısını ifade eder. Geçinebiliyorum, zorlukla geçinebiliyorum ve geçinemiyorum olarak üç kategoride sorgulanmıştır.

3.4.2. Doğurganlık Özellikleri

Evlilik yaşı: Kadının ilk evlendiği yaşı ifade etmektedir. Açık uçlu olarak yaşı sorgulanmıştır.

İlk gebelik yaşı: Kadının ilk gebe kaldığı yaşı ifade etmektedir. Açık uçlu olarak yaşı sorgulanmıştır.

Toplam gebelik sayısı: Kadının şu ana kadar düşük, küretaj, ölü doğum ve canlı doğum olmak üzere toplam gebelik sayısını ifade etmektedir. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

Toplam doğum sayısı: Normal ya da sezaryen doğum ile canlı olarak dünyaya gelen bebek sayısını ifade eder. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

Yaşayan çocuk sayısı: Halen yaşayan çocuk sayısıdır. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

İstemli küretaj: Kadının kendi isteğiyle gebeliğini sonlandırmak için yaptırdığı küretaj sayısıdır. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

Tıbbi küretaj: Kadının tıbbi nedenlerle gebeliğini sonlandırmak zorunda kalarak yaptırdığı küretaj sayısıdır. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

Spontan düşük: Kadının kendiliğinden gerçekleşen düşük sayısıdır. Açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

3.4.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı

Sağlık hizmeti kullanımı dört alt başlık altında incelenmiştir. Bunlar sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili genel özellikler, son bir yıl içinde 15-49 yaş izlem sıklığı ve izlemlerde yapılan işlemler, meme ve servikal kanser taramalarına katılım ve jinekolojik muayene ve son olarak son gebelikte bağışıklama ve vitamin/mineral kullanımınıdır.

A. Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili genel özellikler: Kadınların son bir ay içinde sağlık hizmeti almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna ve ASM'ye başvurmaları ve başvuru nedenleri sorgulanmıştır. Aynı zamanda genellikle başvurulmuş sağlık kuruluşu, sıklıkla başvurulmuş hekim ve ASM'ye en sık başvuru nedenleri de sorgulanmıştır.

B. Son bir yıl içinde 15-49 yaş izlem sıklığı ve izlemlerde yapılan işlemler: Kadınlara son bir yıl içinde ASM tarafından 15-49 yaş izlemi yapıp yapılmadığı ve izlemlerde yapılan işlemler sorgulanmıştır.

C. Meme ve servikal kanser taramalarına katılım ve jinekolojik muayene: Tüm kadınların şimdiye kadar mamografi yaptırmadığı ve Pap Smear/HPV DNA testi yaptırmadığı sorgulanmıştır. Ayrıca şu anda Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Tarama Programı'ndaki hedef yaş grupları temel alınarak 40 yaş üstü gruba son iki yıl içinde mamografi yaptırmadığı, 30 yaş üstü gruba da son beş yıl içinde Pap Smear/HPV DNA testi yaptırmadığı sorgulanmıştır. Kadınların son bir yıl içinde jinekolojik muayene yaptırmamaları da sorgulanmıştır.

D. Son gebelikte bağışıklama ve vitamin/mineral kullanımı: Kadınların son gebeliklerinde en az bir doz tetanoz aşısı yaptırmadıkları ve gebeliklerinde demir, folik asit ve D vitamini kullanımları sorgulanmıştır.

3.4.4. Karşılanmayan Sağlık Hizmeti Gereksinimi

Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi üç başlık altında incelenmiştir. Bunlar jinekolojik/obstetrik sorun dışında herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan gereksinim, jinekolojik/obstetrik sorunlar için karşılanmayan gereksinim ve karşılanmayan AP gereksinimidir. Karşılanmayan AP gereksinimi herhangi bir yöntem için ve modern yöntemler için olarak iki grupta incelenmiştir.

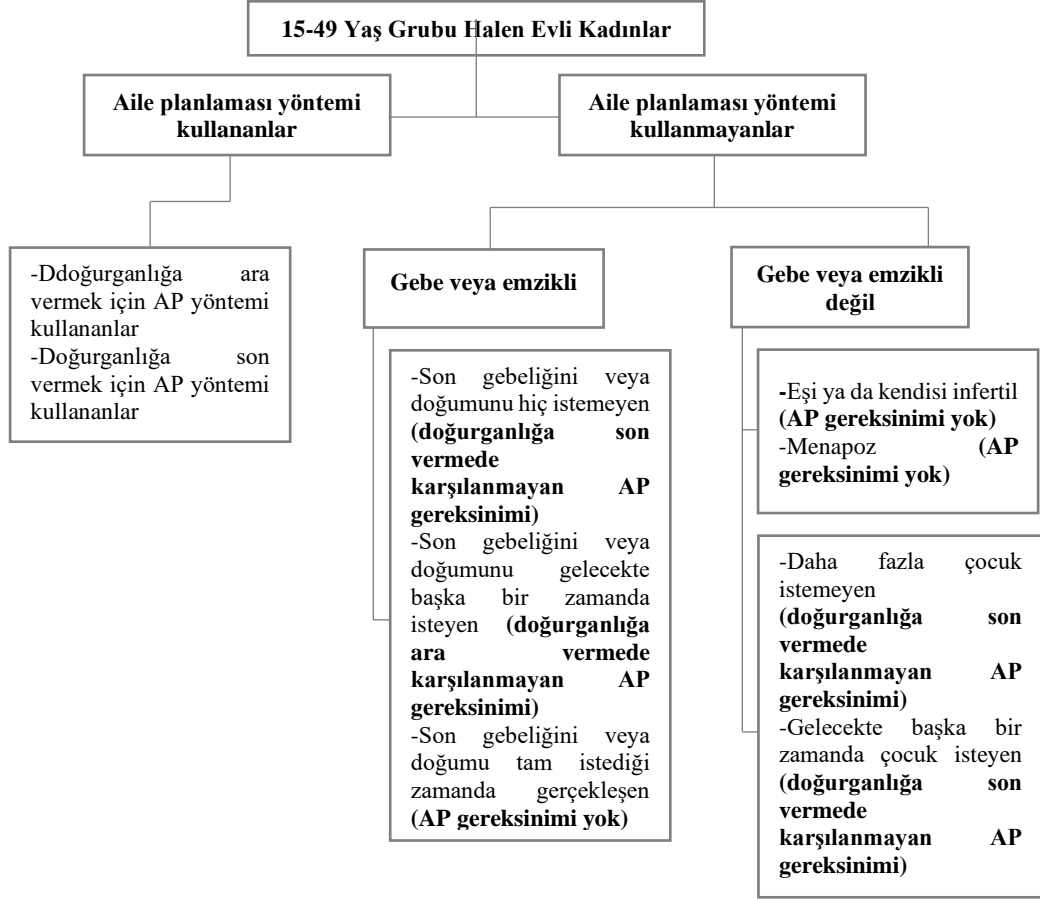
A. Jinekolojik/obstetrik sorun dışında herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan gereksinim: Kadınların son bir ay içinde jinekolojik/obstetrik sorun dışında herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan hizmet gereksinimi sorgulanmıştır. Kadınlara “Son 1 ay içinde herhangi bir sağlık sorununuz olduğu halde ya da sağlığınız ile ilgili bir öneri almak istediğinizde sağlık hizmeti alamadığınız oldu mu?” sorusu yöneltirerek belirlenmiştir. Daha sonra alamadığı hizmetin türü ve neden hizmet alamadığı sorgulanmıştır.

B. Jinekolojik/obstetrik sorunlar için karşılanmayan gereksinim: Kadınların son bir ay içinde jinekolojik/obstetrik bir sağlık sorunu için karşılanmayan hizmet gereksinimi sorgulanmıştır. Kadınlara “Son 1 ay içinde jinekolojik/obstetrik bir sağlık sorununuz olduğu halde ya da üreme sağlığınız ile ilgili bir öneri almak istediğinizde sağlık hizmeti alamadığınız oldu mu?” sorusu yöneltirerek belirlenmiştir. Daha sonra alamadığı hizmetin türü ve neden hizmet alamadığı sorgulanmıştır.

C. Karşılanmayan AP gereksinimi: Karşılanmayan AP gereksinimi, doğurganlığa ara vermek ya da doğurganlığı sonlandırmak istediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmayan kadınlar ile istenmeyen gebelik veya doğum sonrası dönemde olup son gebeliğini veya son doğumunu istemeyen evli kadınlar olarak tanımlanmıştır (TNSA, 2018). Çalışmada karşılanmayan AP gereksinimi halen evli kadınlar için hesaplanmış olup, herhangi bir yöntem için karşılanmaya AP gereksinimi ve modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi Şekil 4.1'deki kriterlere uyan kadınlara göre belirlenmiştir. Çalışmada modern yöntemler, kadının tüplerinin bağlanması (tubal ligasyon), erkeğin kanallarının bağlanması (vazektomi), RİA, kondom, emzirme, hap

ve enjektabl kontraseptifler; geleneksel yöntemler ise takvim yöntemi ve geri çekme yöntemleri olarak alınmıştır (TNSA, 2018).

Şekil 3.1’de 15-49 grubu halen evli kadınlar için karşılanmayan AP gereksinimi kriterleri sunuldu.



Şekil 3.1. Karşılanmayan AP gereksinimi kriterleri.

3.4.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

BBSH ilk başvuru yeri olma, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm olmak üzere dört temel özellik açısından incelenmiştir.

A. İlk başvuru yeri olma özelliği: İlk başvuru yeri olma özelliği Çizelge 3.3’te olduğu gibi 11 soru ile değerlendirilmiştir. İlk sorunun cevabı ASM ve diğer olarak, diğer

soruların cevabı evet, bazen, hayır ve fikrim yok olarak verilen cevaplara göre değerlendirilmiştir (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri olma özelliği.

İlk Başvuru Yeri Olma Özelliği (n=793)

1. Hasta olduğunuzda veya sağlığınızla ilgili tavsiye almak istediğinizde genellikle hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?
 2. Bağlı olduğunuz ASM'yi biliyor musunuz?
 3. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?
 4. Aile sağlığı elemanınızı tanıyor musunuz?
 5. Genel bir sağlık kontrolünden geçmek istediğinizde başka bir uzman hekime ya da sağlık kuruluşuna gitmeden önce aile hekiminize gider misiniz?
 6. Yeni bir sağlık sorunuz olduğunda başka bir uzman hekime ya da sağlık kuruluşuna gitmeden önce aile hekiminize gider misiniz?
 7. ASM'ye yürüyerek ulaşım sağlayabiliyor musunuz?
 8. Kayıtlı olduğunuz ASM açık olduğu zamanlarda hastalandığınızda aynı gün içinde aile hekiminize muayene olabiliyor musunuz?
 9. Kayıtlı olduğunuz ASM açık olduğu zamanlarda bir öneriye ihtiyacınız olursa telefonla onlara ulaşip hemen cevap alabiliyor musunuz?
 10. ASM'ye gittiğinizde hizmet almak için uzun süre beklemek zorunda kalıyor musunuz?
 11. İhtiyacınız olduğunda ASM'den tıbbi bakım alabilmeniz zor oluyor mu?
-

B. Süreklilik özelliği: Süreklilik özelliği Çizelge 3.4'te olduğu gibi 15 soru ile değerlendirilmiştir. İlk sorunun cevabı evet aile hekimi, evet diğer ve hayır olarak, diğer olarak, diğer soruların cevabı evet, bazen, hayır ve fikrim yok olarak verilen cevaplara göre değerlendirilmiştir (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin süreklilik özelliği.

Süreklilik Özelliği (n=793)

1. Sizi kişisel olarak çok iyi tanıyan ve sürekli gittiğiniz bir hekim var mı?
 2. ASM'ye gittiğiniz zaman her seferinde aynı aile hekiminden hizmet alabiliyor musunuz?
 3. ASM'ye gittiğiniz zaman her seferinde aynı aile sağlığı elemanından hizmet alabiliyor musunuz?
 4. Aile hekiminizin söylediklerinizi veya sorularınızı anlıyor mu?
 5. Aile hekiminize sorduğunuz sorulara sizin anlayabileceğiniz şekilde cevaplıyor mu?
 6. Aile hekiminiz endişeleriniz ve sorunlarınız hakkında konuşabilmeniz için yeterli zaman ayırıyor mu?
 7. Aile hekiminiz endişe ve sorunlarınızdan söz ederken kendinizi rahat hissediyor musunuz?
 8. Aile hekiminiz evde birlikte yaşadığınız kişileri biliyor mu?
 9. Aile hekiminiz geçirdiğiniz hastalıkları ve sizin için en önemli sorunların neler olduğunu biliyor mu?
 10. Aile hekiminiz ne işle uğraştığınızı biliyor mu?
 11. İhtiyaç duyduğunuz ilaçları elde etmekte veya ödemekte sıkıntı çekseniz aile hekiminiz bunu bilir miydi?
 12. Aile hekiminiz kullandığınız ilaçların neler olduğunu bilir mi?
 13. Aile hekiminizi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?
 14. Ailedeki diğer aile bireyleriyle aynı aile hekimine mi kayıtlı mısınız?
 15. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız tarafından hiç evde ziyaret edildiniz mi?
-

C. Kapsayıcılık özelliği: Kapsayıcılık özelliği Çizelge 3.5'te olduğu gibi 9 soruya verilen biliyorum, bilmiyorum cevaplarına göre değerlendirilmiştir (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık özelliği.

Kapsayıcılık (n=793)

Bağlı olduğunuz ASM'de kadın sağlığı içeren sağlık hizmetlerinin verilir verilmediğini biliyor musunuz?

-
1. Herhangi bir jinekolojik soruna yönelik muayene
 2. Jinekolojik sorunu olmaksızın rutin jinekolojik sağlık kontrolü
 3. Aile planlaması ile ilgili danışmanlık
 4. Jinekolojik sağlık sorunlarına yönelik takip
 5. Aile planlaması yöntem temini
 6. Gebe izlemi
 7. Lohusa izlemi
 8. Vitamin ve mineral destekleri (demir, folik asit...)
 9. Psikososyal sorunlar
-

D. Eşgüdüm özelliği: Eşgüdüm özelliği Çizelge 3.6'da olduğu gibi 5 soruya verilen evet, bazen, hayır ve fikrim yok olarak verilen cevaplarına göre değerlendirilmiştir (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşgüdüm özelliği.

Eşgüdüm (n=793)

-
1. Aile hekiminiz sizin sorunuzla ilgili olarak gidebileceğiniz (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında sizinle görüş alışverişinde bulunuyor mu?
 2. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız (hemşire, ebe, sekreter, sağlık memuru) uzman hekimden randevu alabilmeniz için size yardımcı oluyor mu?
 3. Aile hekiminiz uzman hekime gönderirken, sizi neden gönderdiği hakkında elinize yazılı bir belge/rapor verir mi?
 4. Aile hekiminiz uzman hekimden dönüşte uzmana gittiğinizde neler olduğunu sorar, sizden bilgi alıyor mu?
 5. Aile hekiminize gittiğinizde tıbbi kayıtlarınızı (laboratuvar sonuçları vb.) görebiliyor musunuz?
-

Çizelge 3.7'de araştırmanın değişkenleri, değişkenlerin tanımları ve incelenen popülasyon sunuldu.

Çizelge 3.7. Araştırmanın değişkenleri, değişkenlerin tanımları ve incelenen popülasyon.

Bölmeler	Değişkenler ve tanım	Popülasyon
1. Sosyodemografik Özellikler	Yaş, yerleşim yeri, medeni durum, öğrenim düzeyi, aile tipi, hanede yaşayan kişi sayısı, mevcut adresinde ikamet süresi, gelir getiren bir, işte çalışma durumu, haneye giren aylık gelir miktarı, gelir algısı	Tüm çalışma grubu (n= 793)
2. Doğurganlık Özellikleri	Evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, istemli küretaj, tıbbi küretaj, spontan düşük	Evlenmiş ve halen evli kadınlar (n=530)
3. Sağlık Hizmeti Kullanımı		
Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili genel özellikler	Son bir ay içinde sağlık hizmeti almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna ve ASM başvurusu ve başvuru nedenleri, genellikle başvuru yapılan sağlık kuruluşu, sıklıkla başvuru yapılan hekim ve ASM'ye en sık başvuru nedenleri	Tüm çalışma grubu (n= 793)
15-49 yaş izlemi sıklığı ve izlemlerde yapılan işlemler	Son bir yıl içinde ASM tarafından 15-49 yaş izlemi yapıp yapılmadığı ve izlemlerde yapılan işlemler	Tüm çalışma grubu (n= 793)
Meme ve servikal kanser taramalarına katılım ve jinekolojik muayene	Şimdiye kadar meme ve serviks kanseri taramasına katılım Son iki yıl içinde mamografi çekimi Son 5 yıl içinde Pap Smear/HPV DNA testi Son bir yıl içinde jinekolojik muayene	Tüm çalışma grubu (n= 793) 40 yaş ve üstü (n= 257) 30 yaş ve üstü (n= 488) Tüm çalışma grubu (n= 793)
Son gebeliklerinde aşılama ve vitamin/mineral alma	Son gebeliklerinde en az bir doz tetanoz aşısı yaptırmayıp yapmadıkları ve gebeliklerinde demir, folik asit ve D vitamini kullanımları	Gebelik geçirenler (Son gebelikler için sorgulandı.) (n=470)
4. Karşılanmayan Sağlık Hizmeti Gereksinimi		
Herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi	Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi (Son 1 ay içinde herhangi bir sağlık sorununuz olduğu halde ya da sağlığınız ile ilgili bir öneri almak istediğinizde sağlık hizmeti alamadığınız oldu mu?)	Tüm çalışma grubu (n= 793)
Jinekolojik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi	Son bir ay içinde jinekolojik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi (Son 1 ay içinde jinekolojik bir sağlık sorununuz olduğu halde ya da üreme sağlığınız ile ilgili bir öneri almak istediğinizde sağlık hizmeti alamadığınız oldu mu?)	
Karşılanmayan AP gereksinimi	Herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP hizmeti gereksinimi	
Modern yöntemler için karşılanmayan AP hizmeti gereksinimi	Doğurganlığına ara vermek ya da doğurganlığını sonlandırmak istediği halde herhangi bir AP yöntemi kullanmayan halen evli kadınlar Doğurganlığına ara vermek ya da doğurganlığını sonlandırmak istediği halde modern bir AP yöntemi kullanmayan halen evli kadınlar	Halen evli kadınlar (n=474)
5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri	İlk başvuru yeri olma özelliği Süreklilik özelliği Kapsayıcılık özelliği Eşgüdüm özelliği	Tüm çalışma grubu (n= 793)

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada anket formu kullanılarak veri toplanmıştır. Anket formunda kadınların sosyodemografik özellikleri ve doğurganlık özellikleri, sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ve birinci BBSH'nin temel özelliklerinin değerlendirilmesini içeren 78 sorudan oluşmaktadır (EK A).

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmada veriler, kadınların evlerinde ziyaret edilmesi yoluyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Araştırma sonuçlarına göre verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı veriler yüzde dağılım ve Ortalama±Standart Sapma ($\bar{x}\pm SS$) şeklinde özetlendi. Sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimleri ve BBSH'nin temel özelliklerinde veriler sıklık ve yüzde dağılımına göre değerlendirildi. Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimleri ile ilişkili faktörlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulandı. P değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizler, SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmanın uygulanabilmesi için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (Tarih 15.12.2021, No: 2021/747) (EK B.1). Etik Kurul onayının alınmasının ardından Karabük Valiliği ve Karabük İl Emniyet Müdürlüğü'nden de izinler alındı (EK B.2). Çalışma kapsamındaki tüm kadınların gönüllü katılımlarına dair sözlü onay alındı.

3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

AraŐtırmada sorulan anket formunun kadınların gerçek dűŐüncelerini yansıtacak biçimde yanıtladıkları kabul edilmiŐtır.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın tasarımında veri toplamak için gidilmesi gereken iki ilçeye (Eflani ve Ovacık) yaşanan ulaşım zorlukları nedeniyle gidilememiŐtır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Bu çalışmada, Karabük'te 15-49 yaş grubu kadınların karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerinin saptanması ve BBSH'nin ilk başvuru yeri olma, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm özellikleri açısından değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışmada, Karabük'te ikamet eden 15-49 yaş grubu toplam 793 kadına ulaşıldı. Çalışmadan elde edilen bulgular sosyodemografik özellikler, doğurganlık özellikleri, sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ve BBSH'nin temel özellikleri açısından değerlendirilmesi olarak beş başlıkta toplandı.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışma grubundaki kadınların yaş ortalaması $33,3\pm 9,9$ 'dur. Katılımcılar çoğunlukla il merkezi (%42,6) ve ilçe merkezinde (%42,9) yaşamakta olup, büyük bölümü üniversite (%46,2) mezunudur. Kadınların %59,8'i (n= 474) halen evli ve büyük bir kısmı çekirdek aileye (%93,4) sahiptir. Hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması $3,3\pm 1,3$ (minimum 1, maksimum 10)'tür. Mevcut adreslerinde ikamet sürelerinin ortalaması $9,8\pm 9,9$ yıl (minimum 1, maksimum 49)'dır. Kadınların %22,6'sı kamu çalışanı ve %18,8'i öğrencidir. Yaklaşık her üç kadından birisi (%32,2) çalışmamaktadır. Haneye giren ortalama gelir miktarı $12565,82\pm 8052,1$ olup (minimum 1700, maksimum 68000), katılımcıların %44,3'ü zorlukla geçinebildiğini düşünmektedir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri, Karabük, 2022.

Değişken	n	%
Yaş grubu		
15-19	55	6,9
20-24	149	18,8
25-29	101	12,7
30-34	117	14,8
35-39	116	14,6
40-44	108	13,6
45-49	147	18,5
Yerleşim yeri		
İl merkezi	338	42,6
İlçe merkezi	340	42,9
Köy	115	14,5
Medeni durum		
Evli	474	59,8
Bekâr	263	33,2
Dul/boşanmış	56	7,1
Öğrenim düzeyi		
Okur-yazar değil	3	0,4
İlkokul	107	13,5
Ortaokul	67	8,4
Lise	250	31,5
Üniversite	366	46,2
Aile tipi		
Çekirdek aile	741	93,4
Geniş aile	52	6,6
Hanede yaşayan kişi sayısı		
1-2	199	25,1
3-4	468	59,0
≥ 5	126	15,9
Mevcut adresinde ikamet süresi (yıl)		
1-4	296	37,3
5-9	197	24,8
10 ve üzeri	300	37,8
Gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Kamu çalışanı (sürekli)	179	22,6
Özel sektör çalışanı (sürekli)	76	9,6
Kendi hesabına çalışan	92	11,6
Süreksiz işlerde çalışan işçi*	32	4,0
Öğrenci	149	18,8
Emekli	10	1,3
Çalışmayan**	255	32,2
Haneye giren aylık gelir miktarı		
<5 bin	62	7,8
5-9 bin	264	33,3
10-14 bin	180	22,7
15-19 bin	132	16,6
≥20 bin	155	19,5
Gelir algısı		
Geçinebiliyorum	248	31,3
Zorlukla geçiniyorum	351	44,3
Geçinemiyorum	194	24,5
Toplam	793	100,0

* İş buldukça ara işlerde çalışanlar, mevsimlik işçiler, tarım işçileri **İş bulamayan ve ücretsiz ev işçileri

4.2. DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan evlenmiş ve halen evli kadınların (n= 530) ilk evlilik yaşı ortalaması $23\pm 4,2$ (minimum 14, maksimum 40) ve ilk gebelik yaşı $24,4\pm 4,7$ (minimum 14, maksimum 40)'dir. Kadınların %14,5'i 18 ve daha küçük yaşta evlenmiştir. Her on kadından birisi (% 10,4) ilk gebeliğini adölesan dönemde gerçekleştirmiştir. Kadınların %3,5'i ileri yaşta (35 ve üstü) ilk kez gebelik yaşamıştır. Kadınların toplam gebelik sayılarının ortalaması $2,1\pm 1,3$ (minimum 0, maksimum 8) olup, toplam doğum ve yaşayan çocuk sayılarının ortalaması $1,7\pm 1$ (minimum 0, maksimum 6)'dir. Kadınların %5,5'inin toplam gebelik sayısı, %1,3'ünün ise toplam doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı 5 ve üzeridir. En az bir kez isteyerek küretaj yaptıran %6,6, tıbbi nedenli küretaj yaptıran %5,1 ve kendiliğinden düşük yaptığını belirten %12,6 kadın bulunmaktadır. Kadınların %2,6'sının iki ve daha fazla düşüğü vardır (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Çalışma grubundaki evlenmiş veya halen evli kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı (n= 530), Karabük, 2022.

Değişken	n	%
İlk evlilik yaşı		
≤ 18	77	14,5
19-23	218	41,1
24-28	188	35,5
29-34	40	7,5
≥ 35	7	1,3
İlk gebelik yaşı		
≤ 18	35	7,2
19-23	191	39,1
24-28	181	37,0
29-34	65	13,3
≥ 35	17	3,5
Toplam gebelik sayısı		
Yok	41	7,7
1-2	309	58,3
3-4	151	28,5
≥ 5	29	5,5
Toplam doğum sayısı		
Yok	60	11,3
1-2	374	70,6
3-4	89	16,8
≥ 5	7	1,3
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	64	12,1
1-2	372	70,2
3-4	87	16,4
≥ 5	7	1,3
İstemli küretaj		
Yok	488	92,1
1	35	6,6
≥ 2	7	1,3
Tıbbi küretaj		
Yok	496	93,6
1	27	5,1
≥ 2	7	1,3
Spontan düşük		
Yok	449	84,7
1	67	12,6
≥ 2	14	2,6
Toplam	530	100,0

4.3. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili genel özellikler, son bir yıl içinde 15-49 yaş izlemi sıklığı ve izlemlerde yapılan işlemler, meme ve servikal kanser taramalarına katılım ve jinekolojik muayene ve son gebelikte bağışıklama ve vitamin/mineral kullanımı olarak dört alt başlıkta sunulmuştur.

A. Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Genel Özellikler

Çalışma grubunda her dört kadından birinin (%25,1) kronik hastalığı vardır. Kadınların sağlık hizmetini karşılamak için genellikle başvurdukları sağlık kuruluşlarında ilk sırada devlet hastanesi (%41,2), ikinci sırada ise ASM (%29,9) yer almaktadır. Her üç kadından birisi (%34,7) aile hekiminin kendisini iyi tanıdığını ve sıklıkla başvurduğunu ifade etmektedir. Son bir ay içinde kadınların yarısı (%51,1) sağlık hizmeti almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru yapmıştır. En çok başvuru yapma nedenleri sırasıyla hekim muayenesi (%53,3) ve ilaç yazdırmadır (%21). Son bir ay içinde yaklaşık her beş kadından sadece birisi (%18) sağlık hizmeti almak için ASM'ye başvuru yapmıştır. ASM'ye en fazla başvuru nedeni ilaç yazdırmadır (%34,3). Benzer şekilde yaklaşık her üç kadından birisi (%32,9) genel olarak ASM'ye en sık başvuru nedenlerinden biri yine ilaç yazdırmadır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Çalışma grubundaki kadınların sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı, Karabük, 2022.

Değişken	n	%
Kronik hastalık (n= 793)		
Var*	199	25,1
Yok	594	74,9
Sağlık sorunu olduğunda genellikle başvurulan sağlık kuruluşu (n= 793)		
Devlet hastanesi	327	41,2
Aile sağlığı merkezi	237	29,9
Üniversite hastanesi	156	19,7
Özel Hastane/poliklinik	73	9,2
Kendisini iyi tanıyan ve sıklıkla başvuru alan hekim (n= 793)		
Var, aile hekimi	275	34,7
Var, uzman hekim (kadın hastalıkları ve doğum)	19	2,4
Var, uzman hekim (diğer uzmanlık alanları)	88	11,1
Yok	411	51,8
Son 1 ay içinde sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşu başvurusu (n= 793)		
Evet	405	51,1
Hayır	388	48,9
Son 1 ay içinde yapılan sağlık kuruluşu başvurusunun nedeni (n= 405)		
Hekim muayenesi (Jinekolojik sağlık sorunu dışında hastalık)	216	53,3
İlaç yazdırma	85	21,0
Enjeksiyon, pansuman, tansiyon ölçümü	34	8,4
Hekim muayenesi (Jinekolojik sağlık sorunu)	29	7,2
Doğum öncesi/doğum sonu izlem	26	6,4
Sağlık raporu	13	3,2
Kontraseptif temini	2	0,5
Son 1 ay içinde sağlık hizmeti almak için aile sağlığı merkezi başvurusu (n= 793)		
Evet	143	18,0
Hayır	650	82,0
Son 1 ay içinde yapılan aile sağlığı merkezi başvurusunun nedeni (n= 143)		
İlaç yazdırma	49	34,3
Hekim muayenesi (Jinekolojik sağlık sorunu dışında hastalık)	44	30,8
Enjeksiyon, pansuman, tansiyon ölçümü	31	21,7
Sağlık raporu	7	4,9
Doğum öncesi izlem	6	4,2
Hekim muayenesi (Jinekolojik sağlık sorunu)	4	2,8
Kontraseptif temini	2	1,4
Aile sağlığı merkezine en sık başvuru nedeni (n= 793)		
İlaç yazdırma	261	32,9
Hekim muayenesi (Jinekolojik sağlık sorunu dışında hastalık)	246	31,0
Enjeksiyon, pansuman, tansiyon ölçümü	104	13,1
Bebek/çocuk izlemi/sağlık sorunu	73	9,2
Sağlık raporu	54	6,8
Hekim muayenesi (Jinekolojik sağlık sorunu)	18	2,3
Doğum öncesi/doğum sonu izlem	17	2,1
Kontraseptif temini	2	0,3
Hiç başvurmayan	18	2,3

*Kardiyovasküler hastalık (n= 58), diyabet (n= 33), astım (n= 23), hiper/hipotroid (n= 27), romatizmal hastalık (n= 6), anemi (n= 5), lenfoma (n= 2), diğer (n= 45).

B. Son Bir Yıl İçinde 15-49 Yaş İzlemi Sıklığı ve İzlemlerde Yapılan İşlemler

Çalışma grubundaki kadınların %77,3'üne son bir yıl içinde hiç 15-49 yaş izlemi yapılmamıştır. Son bir yıl içinde izlem yapılanların yalnızca %18,5'i ASM'de yapılmış, %4,2'sine ise telefonla izlem yapılmıştır. ASM'de 15-49 yaş izlemleri için kadınların %53,7'sine kan tetkiki, %52,4'üne tansiyon ölçümü ve %50,3'üne kilo ölçümü yapılmıştır. Telefon izlemlerinde ise fiziksel özellikler (boy, kilo, yaş), kullanılan AP yöntemi, bebek/çocuk boy ve kilosu, gebe olup olmadığı ve meme ve serviks kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı sorulmuştur (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Son bir yıl içinde aile sağlığı merkezlerinde 15-49 yaş izlemi sıklığı ve izlemlerde yapılan işlemler, Karabük, 2022.

15-49 yaş izlemlerine ilişkin özellikler	n	%
Son 1 yıl içinde 15-49 yaş izlemi		
Aile sağlığı merkezinde izlem	147	18,5
Telefon izlemi	33	4,2
İzlenmeyen	613	77,3
Aile sağlığı merkezindeki izlemlerde yapılan işlemler (n=147, birden fazla seçenek işaretlendi)		
Kan tetkiki	79	53,7
Tansiyon ölçümü	77	52,4
Kilo ölçümü	74	50,3
Boy ölçümü	70	47,9
Sağlık eğitimi	70	47,6
İdrar tetkiki	60	40,8
Fizik muayene	51	34,7
Pap Smear	4	0,5
Meme muayenesi	3	0,4
Telefon izleminde sorulan sorular (n= 33)		
Fiziksel özellikler (boy, kilo, yaş)	11	33,3
Kullandığı aile planlaması yöntemi	4	12,1
Bebeğinin/çocuğunun boyu ve kilosu	4	12,1
Gebelik olup olmadığı	3	9,1
Gebe olup olmadığı, kontraseptif kullanımı	3	9,1
Meme ve serviks kanseri taraması yaptırıp yaptırmadığı	3	9,1
Diğer*	5	15,1

*Menstrual öykü, adres bilgisi, kan tetkiki yaptırıp yaptırmadığı

C. Meme ve Servikal Kanser Taramalarına Katılım ve Jinekolojik Muayene

Son iki yıl içinde 40 yaş ve üstü (n= 257) mamografi çektiren kadın düzeyi %23,7'dir. Kadınların 40 yaş ve üstü hiç taranmayanların düzeyi %66,1'dir. Çalışma kapsamındaki tüm kadınların (n= 793), %15,9'u şimdiye kadar en az bir kez mamografi çektirmiştir (Çizelge 4.5).

Son beş yıl içinde 30 yaş ve üstü Pap Smear/HPV DNA testi (n= 488) yaptıran kadın düzeyi %20,9'dur. Kadınların 30 yaş ve üstü hiç test yaptırmayanların düzeyi %75,8'dir. Çalışma kapsamındaki kadınların (n= 793), yalnızca %16,8'i en az bir kez Pap Smear/HPV DNA testi yaptırmıştır (Çizelge 2.3).

Son bir yıl içinde kadınların %7,3'ü en az bir kez jinekolojik muayene yaptırırken, %86,4'ü hiç jinekolojik muayene yaptırmamıştır (Çizelge 2.3).

Çizelge 4.5. Kadınların herhangi bir sağlık kuruluşunda meme ve servikal kanser taramalarına katılımı ve jinekolojik muayene yaptırma durumları, Karabük, 2022.

İşlem	n	%
Şimdiye kadar mamografi çekimi (n= 793)		
Evet	126	15,9
Hayır	667	84,1
Son iki yıl içinde mamografi çekimi (n= 257, 40 yaş ve üstü)		
Evet	61	23,7
Hayır	26	10,1
Hiç taranmayan	170	66,1
Şimdiye kadar Pap Smear/HPV DNA testi (n= 793)		
Evet	133	16,8
Hayır	660	83,2
Son 5 yıl içinde Pap Smear/HPV DNA testi (n= 488, 30 yaş ve üstü)		
Evet	102	20,9
Hayır	16	3,3
Hiç taranmayan	370	75,8
Son bir yıl içinde jinekolojik muayene (n= 793)		
Evet	58	7,3
Hayır	50	6,3
Hiç muayene olmayan	685	86,4

D. Son Gebelikte Bağışıklama ve Vitamin/Mineral Kullanımı

Son gebelikleri doğum ile sonuçlanan kadınların %14,9'u hiç tetanoz aşısı yaptırmamış, %12,3'ü demir desteği, %13,8'i folik asit desteği ve %14,5'i D vitamini desteği almıştır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Kadınların doğum ile sonuçlanan son gebeliklerinde tetanoza karşı aşılama ve vitamin/mineral desteği alma durumu, Karabük, 2022.

Aşılama ve destek	n	%
Tetanoz aşısı (en az bir doz)		
Evet	400	85,1
Hayır	70	14,9
Demir desteği		
Evet	412	87,7
Hayır	58	12,3
Folik asit desteği		
Evet	405	86,2
Hayır	65	13,8
D vitamini desteği		
Evet	402	85,5
Hayır	68	14,5
Toplam	470	100,0

4.4. KARŞILANMAYAN SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ

Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi son bir ayda karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ile AP yöntem kullanımı ve karşılanmayan AP gereksinimi olarak iki alt başlıkta sunulmuştur.

A. Son Bir Ayda Karşılanmayan Sağlık Hizmeti Gereksinimi

Son bir ay içinde yaklaşık her üç kadından birisinin (%29,4) herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi vardır. Herhangi bir sağlık sorunu için en fazla alınamayan hizmetin türü muayene (sağlık yakınması) (%27,2) hizmetidir. Sağlık hizmetinin en fazla alınamama sebebi ise randevu bulunamamasıdır (%88).

Son bir ay içinde her on kadından birisinin (%10,1) jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi vardır. Jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için en fazla alınamayan hizmetin türü muayene (sağlık yakınması) (%52,5) hizmetidir. Sağlık hizmetinin en fazla alınamama sebebi ise randevu bulunamamasıdır (%85) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu ve jinekolojik/obstetrik sorunlar için karşılanmayan hizmet gereksinimi, alınamayan hizmetin türü ve nedeni, Karabük, 2022.

Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi	n	%
Herhangi bir sağlık sorunu için (jinekolojik/obstetrik sorunlar dışında)		
Karşılanmayan gereksinim (son bir ay içinde) (n= 793)		
Evet	233	29,4
Hayır	560	70,6
Alınamayan hizmetin türü (n= 233)		
Muayene (Sağlık yakınması)	216	27,2
Kontrol muayenesi	11	1,4
Tetkik	2	0,3
Acil sağlık sorunu	4	0,5
Hizmet alamama nedeni (n= 233)		
Randevu bulamama	205	88,0
Sağlık personeli ilgisizliği/iletişim sorunları	11	4,7
Sağlık kuruluşunun uzaklığı	8	3,4
Ödeme güçlüğü	3	1,3
Kendisinin iş yoğunluğu/iş yerinden izin alamama	3	1,3
Sağlık kuruluşunun yoğunluğu	2	0,9
Kötü bir tanı alma korkusu	1	0,4
Jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için		
Karşılanmayan gereksinim (son bir ay içinde) (n= 793)		
Evet	80	10,1
Hayır	713	89,9
Alınamayan hizmetin türü (n= 80)		
Jinekolojik muayene	42	52,5
Jinekolojik sağlık kontrolü	22	27,5
Obstetrik hizmet	16	20,0
Hizmet alamama nedeni (n= 80)		
Randevu bulamama	68	85,0
Sağlık kuruluşunun uzaklığı	7	8,8
Ödeme güçlüğü	2	2,5
Yanlış tedavi uygulandığı düşüncesi	2	2,5
Sağlık kuruluşunun yoğunluğu	1	1,3

Herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi il merkezinde (%35,8) yaşayan ($p= 0,001$) ve yaş grubu 45-49 olan (%39,5) kadınlarda ($p= 0,027$) daha fazladır. İlkokul mezunu (%42,7) olan kadınların diğer öğrenim düzeylerine göre daha fazla karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi olduğu saptanmıştır ($p= 0,008$). Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi herhangi bir işte çalışmayan (%36,5) kadınlarda daha fazla iken kamu işinde çalışan (%20,1) kadınlarda daha azdır ($p= 0,002$). Haneye giren aylık toplam geliri 5000 altı olan kadınların, geliri 5000 ve üzeri olan kadınlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi olduğu saptanmıştır ($p= 0,009$). Çalışma grubundaki kadınların kronik hastalığı olanların (%36,7) kronik hastalığı olmayanlara (%26,9) göre daha fazla karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi vardır ($p= 0,009$) ($p<0,05$) (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Son bir ay içinde herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ile ilişkili faktörler, Karabük, 2022.

Değişken	Herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan gereksinim			Ki-kare	p
	n	Var %	Yok %		
Yaş grubu					
15-19	55	18,2	81,8	14,230	0,027
20-24	149	30,2	69,8		
25-29	101	20,8	79,2		
30-34	117	28,2	71,8		
35-39	116	29,3	70,7		
40-44	108	29,6	70,4		
45-49	147	39,5	60,5		
Yerleşim yeri					
İl merkezi	338	35,8	64,2	13,270	0,001
İlçe merkezi	340	26,2	73,8		
Köy	115	20,0	80,0		
Medeni durum					
Evli	474	28,9	71,1	4,075	0,130
Bekâr	56	41,1	58,9		
Dul/boşanmış	263	27,8	72,2		
Öğrenim düzeyi					
İlkokul	110	42,7	57,3	11,702	0,008
Ortaokul	67	31,3	68,7		
Lise	250	27,6	72,4		
Üniversite ve üzeri	366	26,2	73,8		
Aile tipi					
Çekirdek aile	741	29,3	70,7	0,052	0,82
Geniş aile	52	30,8	69,2		
Hanede yaşayan kişi sayısı					
1-2	199	28,6	71,4	0,609	0,737
3-4	468	30,3	69,7		
5 ve üstü	126	27,0	73,0		
Gelir getiren bir işte çalışma durumu					
Kamu çalışanı (sürekli)	179	20,1	79,9	19,367	0,002
Özel sektör çalışanı (sürekli)	76	28,9	71,1		
Kendi hesabına çalışan	92	35,9	64,1		
Süreksiz işçi/ emekli	42	35,7	64,3		
Öğrenci	149	22,8	77,2		
Çalışmayan	255	36,5	63,5		
Haneye giren aylık gelir miktarı					
<5000	62	38,7	61,3	13,650	0,009
5-9 bin	264	34,5	65,5		
10-14 bin	180	27,8	72,2		
15-19 bin	132	28,8	71,2		
20 bin ve üstü	155	19,4	80,6		
Gelir algısı					
Geçinebiliyorum	248	25,4	74,6	5,531	0,063
Zorlukla geçiniyorum	351	28,8	71,2		
Geçinemiyorum	194	35,6	64,4		
Kronik hastalık					
Var	199	36,7	63,3	6,826	0,009
Yok	594	26,9	73,1		
Toplam	793	29,4	70,6		

Jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi evli olan kadınlarda (%12) bekâr ve dul/boşanmış kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (p= 0,029). Aynı zamanda geniş aile (%19,2) tipine sahip olan kadınlarda çekirdek aile (%9,2) tipine sahip kadınlara göre jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi fazladır (p= 0,024) (p<0,05) (izelge 4.9).

Çizelge 4.9. Son bir ay içinde jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ile ilişkili faktörler, Karabük, 2022.

Değişken	Jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan gereksinim			Ki-kare	p
	n	Var %	Yok %		
Yaş grubu					
15-19	55	7,3	92,7	1,653	0,949
20-24	149	9,4	90,6		
25-29	101	9,9	90,1		
30-34	117	12,0	88,0		
35-39	116	12,1	87,9		
40-44	108	9,3	90,7		
45-49	147	9,5	90,5		
Yerleşim yeri					
İl merkezi	338	11,8	88,2	3,052	0,217
İlçe merkezi	340	7,9	92,1		
Köy	115	11,3	88,7		
Medeni durum					
Evli	474	12,0	88,0	7,078	0,029
Bekâr	56	1,8	98,2		
Dul/boşanmış	263	8,4	91,6		
ğrenim düzeyi					
İlkokul	110	8,2	91,8	3,832	0,28
Ortaokul	67	6,0	94,0		
Lise	250	12,8	87,2		
Üniversite	366	9,6	90,4		
Aile tipi					
Çekirdek aile	741	9,4	90,6	5,128	0,024
Geniş aile	52	19,2	80,8		
Hanede yaşayan kişi sayısı					
1-2	199	9,0	91,0	0,698	0,705
3-4	468	10,0	90,0		
5 ve st	126	11,9	88,1		
Gelir getiren bir işte çalışma durumu					
Kamu alışanı (sürekli)	179	11,7	88,3	6,392	0,27
Özel sektör çalışanı (sürekli)	76	9,2	90,8		
Kendi hesabına alışan	92	10,9	89,1		
Süreksiz işçi/ emekli	42	16,7	83,3		
Öğrenci	149	5,4	94,6		
Çalışmayan	255	10,6	89,4		

Çizelge 4.9. (devamı).

Değişken	n	Var %	Yok %	Ki-kare	p
Haneye giren aylık gelir miktarı					
<5000	62	3,2	96,8	7,913	0,095
5-9 bin	264	13,3	86,7		
10-14 bin	180	7,2	92,8		
15-19 bin	132	9,8	90,2		
20 bin ve üstü	155	11,0	89,0		
Gelir algısı					
Geçinebiliyorum	248	10,1	89,9	0,016	0,992
Zorlukla geçiniyorum	351	10,0	90,0		
Geçinemiyorum	194	10,3	89,7		
Kronik hastalık					
Var	199	7,5	92,5	1,905	0,167
Yok	594	10,9	89,1		
Toplam	793	10,1	89,9		

B. Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi

a) Aile Planlaması Yöntem Kullanımı

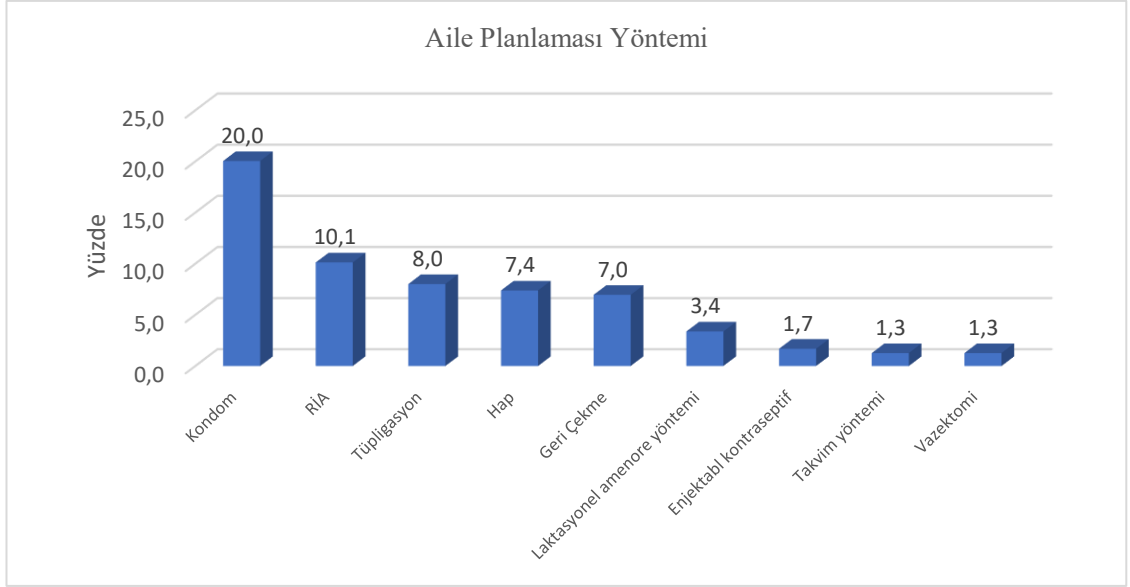
Çalışma grubundaki halen evli kadınlardan %60,1'i yöntem kullanmaktadır, %39,9 ise yöntem kullanmamaktadır. Yöntem kullanmayanların %14,8'i halen gebedir. Yöntem kullanan kadınların %51,9'u modern yöntem, %8,2'si geleneksel yöntem kullanmaktadır (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Halen evli kadınların AP yöntemi kullanımı, Karabük, 2022.

Aile planlaması yöntemi kullanımı	n	%
Evet	285	60,1
Modern	246	51,9
Geleneksel	39	8,2
Hayır*	189	39,9
Toplam	474	100,0

*Yöntem kullanmayanların 28'i (%14,8) halen gebedir.

Çalışmada halen evli her beş kadından biri kondom (%20), her on kadından biri RİA (%10,1) yöntemini kullanmaktadır. En çok kullanılan geleneksel yöntem ise geri çekme (%7) yöntemidir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Halen evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanımı, Karabük, 2022.

b) Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi

Kadınlarda herhangi bir AP yöntemine göre doğurganlığa ara vermede karşılanmayan gereksinim %2,5, doğurganlığa son vermede karşılanmayan gereksinim %13,7'dir. Modern yöntemler için doğurganlığa ara vermede karşılanmayan gereksinim %4,9, doğurganlığa son vermede karşılanmayan gereksinim %19,6'dır (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Halen evli kadınlarda karşılanmayan AP gereksinimi, Karabük, 2022.

Gereksinim kategorisi	n	%
Herhangi bir yöntem		
Karşılanmayan gereksinim		
Ara vermede	12	2,5
Son vermede	65	13,7
Karşılanan gereksinim		
Ara vermede	66	13,9
Son vermede	203	42,8
Gereksinimi yok*	128	27,0
Modern yöntemler için		
Karşılanmayan gereksinim		
Ara vermede	23	4,9
Son vermede	93	19,6
Karşılanan gereksinim		
Ara vermede	55	11,6
Son vermede	175	36,9
Gereksinimi yok*	128	27,0
Toplam	474	100,0

*Gebelik isteyen (n= 55 , %15,4), halen isteyerek gebeliği olan (n= 23 , %4,9), halen isteyerek son doğumunu yapmış olan (n= 12 , %2,5), doğurgan olmayan (menapoz döneminde ve hysterotomi olmuş) (n= 38, %8,0)

Çalışmada öğrenim düzeyi ortaokul (%32) olan kadınların diğer öğrenim düzeylerine göre herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi daha fazladır ($p= 0,001$). Haneye giren aylık gelir miktarı 5-9 bin (%26,6) arasında olan kadınlarında karşılanmayan AP gereksinimi daha fazla olduğu saptanmıştır ($p\leq 0,001$) ($p<0,05$) (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. Herhangi bir yöntemle göre karşılanmayan AP gereksinimi ve sosyodemografik özellikler ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük, 2022.

Değişken	Herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi			Ki-kare	p
	n	Var %	Yok %		
Yaş grubu					
15-19	1	0,0	100,0	4,084	0,665
20-24	15	20,0	80,0		
25-29	57	12,3	87,7		
30-34	92	15,2	84,8		
35-39	97	13,4	86,6		
40-44	96	15,6	84,4		
45-49	116	21,6	78,4		
Yerleşim yeri					
İl merkezi	211	11,8	88,2	5,467	0,065
İlçe merkezi	199	20,1	79,9		
Köy	64	18,8	81,3		
Öğrenim düzeyi					
İlkokul	91	22,0	78,0	16,246	0,001
Ortaokul	50	32,0	68,0		
Lise	126	15,1	84,9		
Üniversite ve üzeri	207	10,6	89,4		
Aile tipi					
Çekirdek aile	442	16,5	83,5	0,354	0,552
Geniş aile	32	12,5	87,5		
Hanede yaşayan kişi sayısı					
1-2	90	15,6	84,4	0,039	0,981
3-4	311	16,4	83,6		
5 ve üstü	73	16,4	83,6		
Mevcut adresinde ikamet süresi (yıl)					
1-4	156	15,4	84,6	0,647	0,724
5-9	130	18,5	81,5		
10 ve üzeri	188	15,4	84,6		
Gelir getiren bir işte çalışma durumu					
Kamu çalışanı (sürekli)	140	13,6	86,4	4,943	0,423
Özel sektör çalışanı (sürekli)	41	12,2	87,8		
Kendi hesabına çalışan	62	11,3	88,7		
Süresiz işçi/ emekli	19	21,1	78,9		
Öğrenci	1	0,0	100		
Çalışmayan	211	19,9	80,1		

Çizelge 4.12. (devamı).

Değişken	n	Var %	Yok %	Ki-kare	p
Haneye giren aylık gelir miktarı					
<5000	19	0,0	100,0	23,328	0,000
5-9 bin	154	26,6	73,4		
10-14 bin	112	17,0	83,0		
15-19 bin	87	8,0	92,0		
20 bin ve üstü	102	9,8	90,2		
Gelir algısı					
Geçinebiliyorum	164	14,6	85,4	1,919	0,383
Zorlukla geçiniyorum	203	15,3	84,7		
Geçinemiyorum	107	20,6	79,4		
Toplam	474	15,1	84,9		

Çalışmada ilk evlilik yaşı (%26,2) (p= 0,016) ve ilk gebelik yaşı (%30) (p= 0,009) 18 ve altı olan kadınların herhangi bir yöntem için AP gereksinimi daha fazla olduğu saptanmıştır. Toplam doğum (%26,5) (p= 0,010) sayısı ve yaşayan çocuk sayısı (%25,9) (p= 0,013) 3 ya da 4 olan kadınlarında herhangi bir yöntem için AP gereksinimi daha fazladır (p<0,05) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Herhangi bir yönteme göre karşılanmayan AP gereksinimi ile doğurganlık özelliklerinin ilişkili olduğu faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük, 2022.

Değişken	Herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi			Ki-Kare	p
	n	Var %	Yok %		
Son 1 yıl içinde 15-49 yaş izlemi					
Aile sağlığı merkezinde izlem	97	22,7	77,3	3,835	0,147
Telefon izlemi	17	17,6	82,4		
İzlenmeyen	360	14,4	85,6		
İlk evlilik yaşı					
≤ 18	65	26,2	73,8	12,176	0,016
19-23	200	19,0	81,0		
24-28	165	9,7	90,3		
29-34	38	15,8	84,2		
≥ 35	6	0,0	100,0		
İlk gebelik yaşı					
≤ 18	30	30,0	70,0	13,506	0,009
19-23	172	22,1	77,9		
24-28	159	10,1	89,9		
29-34	59	16,9	83,1		
≥ 35	16	6,3	93,8		
Toplam gebelik sayısı					
Yok	38	7,9	92,1	5,958	0,114
1-2	272	14,3	85,7		
3-4	139	20,9	79,1		
≥ 5	25	24,0	76,0		

Çizelge 4.13. (devamı).

Değişken	n	Var %	Yok %	Ki-Kare	p
Toplam doğum sayısı					
Yok	55	5,5	94,5	11,282	0,010
1-2	330	15,5	84,5		
3-4	83	26,5	73,5		
≥ 5	6	16,7	83,3		
Yaşayan çocuk sayısı					
Yok	58	5,2	94,8	10,853	0,013
1-2	329	15,8	84,2		
3-4	81	25,9	74,1		
≥ 5	6	16,7	83,3		
İstemli küretaj					
Yok	439	16,4	83,6	2,038	0,361
1	29	10,3	89,7		
≥ 2	6	33,3	66,7		
Tıbbi küretaj					
Yok	441	16,6	83,4	1,235	0,539
1	27	14,8	85,2		
≥ 2	6	0,0	100,0		
Spontan düşük					
Yok	407	15,7	84,3	2,104	0,349
1	54	16,7	83,3		
≥ 2	13	30,8	69,2		
Toplam	474	15,5	83,5		

Modern yöntemlere için karşılanmayan AP gereksinim ile sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.14. Modern yöntemlere göre karşılanmayan AP gereksinimi ile sosyodemografik özellikler ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük, 2022.

Değişken	n	Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi		Ki-kare	p
		Var %	Yok %		
Yaş grubu					
15-19	1	0,0	100,0	3,376	0,760
20-24	15	33,3	66,7		
25-29	57	22,8	77,2		
30-34	92	19,6	80,4		
35-39	97	22,7	77,3		
40-44	96	27,1	72,9		
45-49	116	27,6	72,4		
Yerleşim yeri					
İl merkezi	211	22,3	77,7	2,599	0,273
İlçe merkezi	199	28,1	71,9		
Köy	64	20,3	79,7		

Çizelge 4.14. (devamı).

Değişken	n	Var %	Yok %	Ki-kare	p
Öğrenim düzeyi					
İlkokul	91	26,4	73,6	3,345	0,341
Ortaokul	50	34,0	66,0		
Lise	126	23,0	77,0		
Üniversite ve üzeri	207	22,2	77,8		
Aile tipi					
Çekirdek aile	442	24,7	75,3	0,125	0,723
Geniş aile	32	21,9	78,1		
Hanede yaşayan kişi sayısı					
1-2	90	18,9	81,1	2,001	0,368
3-4	311	25,4	74,6		
5 ve üstü	73	27,4	72,6		
Mevcut adresinde ikamet süresi (yıl)					
1-4	156	24,4	75,6	0,089	0,957
5-9	130	25,4	74,6		
10 ve üzeri	188	23,9	76,1		
Gelir getiren bir işte çalışma durumu					
Kamu çalışanı (sürekli)	140	26,4	73,6	1,531	0,909
Özel sektör çalışanı (sürekli)	41	24,4	75,6		
Kendi hesabına çalışan	62	19,4	80,6		
Süresiz işçi/ emekli	19	26,3	73,7		
Öğrenci	1	0,0	100,0		
Çalışmayan	211	24,6	75,4		
Haneye giren aylık gelir miktarı					
<5000	19	15,8	84,2	7,087	0,131
5-9 bin	154	31,2	68,8		
10-14 bin	112	25,0	75,0		
15-19 bin	87	20,7	79,3		
20 bin ve üstü	102	18,6	81,4		
Gelir algısı					
Geçinebiliyorum	164	22,0	78,0	1,011	0,603
Zorlukla geçiniyorum	203	25,1	74,9		
Geçinemiyorum	107	27,1	72,9		
Toplam	474	23	77		

Çalışmada toplam doğum sayısı (%33,7) ($p= 0,023$) ve yaşayan çocuk sayısı (%34,6) ($p= 0,012$) 3 ya da 4 olan kadınların modern yöntemlere göre karşılanmayan AP gereksinimi daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Modern yöntemlere göre karşılanmayan AP gereksinimi ile doğurganlık özelliklerinin ilişkili olduğu faktörlerin değerlendirilmesi, Karabük, 2022.

	Modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinim			Ki-Kare	p
	n	Var %	Yok %		
Son 1 yıl içinde 15-49 yaş izlemi					
Aile sağlığı merkezinde izlem	97	33,0	67	5,276	0,071
Telefon izlemi	17	29,4	70,6		
İzlenmeyen	360	21,9	78,1		
İlk evlilik yaşı					
≤ 18	65	29,2	70,8	4,779	0,311
19-23	200	27,0	73,0		
24-28	165	20,6	79,4		
29-34	38	23,7	76,3		
≥ 35	6	0,0	100,0		
İlk gebelik yaşı					
≤ 18	30	30,0	70,0	5,275	0,260
19-23	172	29,7	70,3		
24-28	159	20,8	79,2		
29-34	59	27,1	72,9		
≥ 35	16	12,5	87,5		
Toplam gebelik sayısı					
Yok	38	13,2	86,8	4,065	0,255
1-2	272	23,9	76,1		
3-4	139	27,3	72,7		
≥ 5	25	32,0	68,0		
Toplam doğum sayısı					
Yok	55	10,9	89,1	9,525	0,023
1-2	330	24,5	75,5		
3-4	83	33,7	66,3		
≥ 5	6	16,7	83,3		
Yaşayan çocuk sayısı					
Yok	58	10,3	89,7	10,931	0,012
1-2	329	24,6	75,4		
3-4	81	34,6	65,4		
≥ 5	6	16,7	83,3		
İstemli küretaj					
Yok	439	25,1	74,9	2,125	0,346
1	29	13,8	86,2		
≥ 2	6	33,3	66,7		
Tıbbi küretaj					
Yok	441	24,9	75,1	2,071	0,355
1	27	22,2	77,8		
≥ 2	6	0,0	100,0		
Spontan düşük					
Yok	407	23,3	76,7	2,435	0,296
1	54	29,6	70,4		
≥ 2	13	38,5	61,5		
Toplam	530	23,1	76,9		

4.5. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

A. İlk Başvuru Yeri Olma Özelliği

Çalışma grubundaki yaklaşık her üç kadından birisi (%29,9) herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyaçlarında ilk olarak ASM'ye başvurmuştur. Kadınların %4'ü bağlı oldukları ASM'yi bilmediği; %8,8'i aile hekimini ve %31,7'si aile sağlığı elemanını tanımadığı saptanmıştır. Kadınların %34,2'si genel bir sağlık kontrolünde, %41,9'u yeni bir sağlık sorununda öncelik olarak ASM dışındaki sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Kadınların kayıtlı oldukları ASM'den açık olduğu zamanlarda %4,2'si aynı gün içinde hizmet alamamakta, %12,2'si telefonla ulaşım sağlayamamaktadır. ASM'ye giden kadınların %11,2'si sağlık hizmeti almak için uzun süre bekletilirken, %12,2'si tıbbi bakım almakta zorlanmaktadır (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16. Birinci basamak sağlık hizmetinin ilk başvuru yeri olma özelliği, Karabük, 2022.

İlk Başvuru Yeri Olma Özelliği (n=793)				
1. Hasta olduğunuzda veya sağlığınızla ilgili tavsiye almak istediğinizde genellikle hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?	ASM	Diğer		
	%	%		
	29,9	70,1		
	Evet	Bazen	Hayır	Fikrim Yok
	%	%	%	%
2. Bağılı olduğunuz ASM'yi biliyor musunuz?	95,6	-	4,0	0,4
3. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?	90,4	-	8,8	0,8
4. Aile sağlığı elemanınızı tanıyor musunuz?	67,1	-	31,7	1,3
5. Genel bir sağlık kontrolünden geçmek istediğinizde başka bir uzman hekime ya da sağlık kuruluşuna gitmeden önce aile hekiminize gider misiniz?	50,1	14,5	34,2	1,3
6. Yeni bir sağlık sorunuz olduğunda başka bir uzman hekime ya da sağlık kuruluşuna gitmeden önce aile hekiminize gider misiniz?	45,4	11,2	41,9	1,5
7. ASM'ye yürüyerek ulaşım sağlayabiliyor musunuz?	80,2	17,4	-	2,4
8. Kayıtlı olduğunuz ASM açık olduğu zamanlarda hastalandığınızda aynı gün içinde aile hekiminize muayene olabiliyor musunuz?	84,9	6,8	4,2	4,2
9. Kayıtlı olduğunuz ASM açık olduğu zamanlarda bir öneriye ihtiyacınız olursa telefonla onlara ulaşım hemen cevap alabiliyor musunuz?	56,7	9,0	12,2	22,1
10. ASM'ye gittiğinizde hizmet almak için uzun süre beklemek zorunda kalıyor musunuz?	11,2	17,0	68,1	3,7
11. İhtiyacınız olduğunda ASM'den tıbbi bakım alabilmeniz zor oluyor mu?	12,2	8,4	71,5	7,8

B. Süreklilik Özelliği

Kadınlar ASM'ye her gittiklerinde %4,3'ü aynı aile hekiminden, %6,6'sı aynı aile sağlığı elemanından hizmet almamaktadır. Kadınların %4,4'ü aile hekimlerinin kendisini anlamadığını, %5,3'ü aile hekiminden anlayabileceği şekilde cevap alamadığını ifade etmektedir. Kadınların %6,3'ü aile hekiminin kendisine yeterli zaman ayırmadığını, %7,2'si aile hekimine kendilerini ifade ederken rahat hissetmediğini bildirmektedir. Yaklaşık her dört kadından birisi (%24,2), aile hekimlerinin evde birlikte yaşadığı kişileri bilmediğini ifade etmektedir. Her beş kadından birisi (%20,9) ise, aile hekimlerinin hangi ilaçları kullandığını bilmediğini belirtmiştir. Kadınların %13'ü aile hekimini değiştirmeyi düşünmektedir. Çalışma grubunun %74'8'i diğer aile bireyleri ile aynı aile hekimine kayıtlıdır. Kadınların %85,6'sı aile hekimi veya aile sağlığı elemanı tarafından hiç evde ziyaret edilmemiştir (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.17. Birinci basamak sağlık hizmetinin süreklilik özelliği, Karabük, 2022.

Süreklilik Özelliği (n=793)	Evet, aile hekimi		Evet, diğer		Hayır	
	%	%	%	%	%	%
1. Sizi kişisel olarak çok iyi tanıyan ve sürekli gittiğiniz bir hekim var mı?	34,7	13,5	51,8			
	Evet	Bazen	Hayır	Fikrim Yok		
	%	%	%	%		
2. ASM'ye gittiğiniz zaman her seferinde aynı aile hekiminden hizmet alabiliyor musunuz?	83,1	8,6	4,3	4,0		
3. ASM'ye gittiğiniz zaman her seferinde aynı aile sağlığı elemanından hizmet alabiliyor musunuz?	68,6	13,5	6,6	11,3		
4. Aile hekiminizin söylediklerinizi veya sorularınızı anlıyor mu?	84,2	7,6	4,4	3,8		
5. Aile hekiminize sorduğunuz sorulara sizin anlayabileceğiniz şekilde cevaplıyor mu?	82,2	7,8	5,3	4,7		
6. Aile hekiminiz endişeleriniz ve sorunlarınız hakkında konuşabilmeniz için yeterli zaman ayırıyor mu?	80,5	9,5	6,3	3,8		
7. Aile hekiminiz endişe ve sorunlarınızdan söz ederken kendinizi rahat hissediyor musunuz?	79,2	9,2	7,2	4,4		
8. Aile hekiminiz evde birlikte yaşadığımız kişileri biliyor mu?	63,2	-	24,2	12,6		
9. Aile hekiminiz geçirdiğiniz hastalıkları ve sizin için en önemli sorunların neler olduğunu biliyor mu?	46,5	8,7	34,2	10,6		
10. Aile hekiminiz ne işle uğraştığınızı biliyor mu?	48,4	-	40,5	11,1		
11. İhtiyaç duyduğunuz ilaçları elde etmekte veya ödemekte sıkıntı çekseniz aile hekiminiz bunu bilir miydi?	32,2	-	45,5	22,3		

Çizelge 4.17. (devamı).

	Evet %	Bazen %	Hayır %	Fikrim Yok %
12. Aile hekiminiz kullandığınız ilaçların neler olduğunu bilir mi?	60,9	7,2	20,9	11,0
13. Aile hekiminizi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?	13,0	5,5	75,4	6,1
14. Ailedeki diğer aile bireyleriyle aynı aile hekimine mi kayıtlısınız?	74,8	-	20,1	5,2
15. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız tarafından hiç evde ziyaret edildiniz mi?	12,5	1,9	85,6	-

C. Kapsayıcılık Özelliği

Çalışmada kadınların yarısından fazlası (%53,2) ASM’de herhangi bir jinekolojik soruna yönelik muayene hizmetlerinin verildiğini bilmemektedir. ASM’den kadınların %39,8’i AP danışmanlık hizmeti verildiğini ve %41,7’si AP yöntem temini yapıldığını bilmemektedir. Kadınların %41,6’sı ASM’de doğum öncesi izlem yapıldığını, %54,4’ü doğum sonrası izlem yapıldığını bilmemektedir. Kadınların %62,2’si psikososyal sorunlar için destek alınabildiğini bilmemektedir (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. Birinci basamak sağlık hizmetinin kapsayıcılık özelliği, Karabük, 2022.

Kapsayıcılık (n=793)			
Bağlı olduğunuz ASM’de kadın sağlığı ile ilgili aşağıdaki hizmetlerin verilir verilmediğini biliyor musunuz?	Biliyorum %	Bilmiyorum %	
1. Herhangi bir jinekolojik soruna yönelik muayene	46,8	53,2	
2. Jinekolojik sorunu olmaksızın rutin jinekolojik sağlık kontrolü	46,5	53,5	
3. Aile planlaması ile ilgili danışmanlık	60,2	39,8	
4. Jinekolojik sağlık sorunlarına yönelik takip	46,5	53,5	
5. Aile planlaması yöntem temini	58,3	41,7	
6. Gebe izlemi	58,4	41,6	
7. Lohusa izlemi	45,6	54,4	
8. Vitamin ve mineral destekleri (demir, folik asit...)	54,0	46,0	
9. Psikososyal sorunlar	37,8	62,2	

D. Eşgüdüm Özelliği

Çalışmada her dört kadından birisinin (%25,1), aile hekimi farklı uzman hekim ve hastaneler hakkında görüş bildirmemektedir. Kadınların %36,2’si aile hekimlerinin uzman hekimden randevu almak için kendilerine yardımcı olmadığını ifade etmektedir. Kadınların %27,7’si aile hekimlerinin uzman hekime yönlendirirken yazılı

bir belge/rapor vermediğini ve %31,7'si uzman hekim dönüşünde bilgi almadıklarını bildirmektedir (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.19. Birinci basamak sağlık hizmetinin eşgüdüm özelliği, Karabük, 2022.

Eşgüdüm (n=793)	Evet %	Bazen %	Hayır %	Fikrim Yok %
1. Aile hekiminiz sizin sorunuzla ilgili olarak gidebileceğiniz (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında sizinle görüş alışverişinde bulunuyor mu?	43,0	16,8	25,1	15,1
2. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız (hemşire, ebe, sekreter, sağlık memuru) uzman hekimden randevu alabilmeniz için size yardımcı oluyor mu?	31,9	13,1	36,2	18,8
3. Aile hekiminiz uzman hekime gönderirken, sizi neden gönderdiği hakkında elinize yazılı bir belge/rapor verir mi?	41,6	9,5	27,7	21,2
4. Aile hekiminiz uzman hekimden dönüşte uzmana gittiğinizde neler olduğunu sorar, sizden bilgi alıyor mu?	36,2	10,8	31,7	21,3
5. Aile hekiminize gittiğinizde tıbbi kayıtlarınızı (laboratuvar sonuçları vb.) görebiliyor musunuz?	82,1	4,8	4,2	9,0

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Karabük'te 15-49 yaş grubu kadınların sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerinin saptanması ve BBSH'nin temel özellikleri açısından değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma, birinci basamak sağlık kuruluşlarında doğurganlık çağı kadınlara verilen hizmetlerin niteliği konusunda önemli bulgular sunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, bulgular bölümünde sunulan çerçeveye uygun olarak sosyodemografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi ve BBSH'nin temel özellikleri başlıkları altında tartışılmıştır.

A. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada kadınların yaş ortalaması $33,3\pm 9,9$ 'dur. Kadınlar çoğunlukla il merkezi (%42,6) ve ilçe merkezinde (%42,9) yaşamakta olup, büyük bölümü üniversite (%46,2) mezunudur. Kadınların %59,8'i (n= 474) halen evli ve büyük bir kısmı çekirdek aileye (%93,4) sahiptir. Hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması $3,3\pm 1,3$ 'dir. Mevcut adreslerinde ikamet sürelerinin ortalaması $9,8\pm 9,9$ yıldır. Kadınların %22,6'sı kamu çalışanı ve %18,8'i öğrencidir. Yaklaşık her üç kadından biri (%32,2) çalışmamaktadır. Haneye giren ortalama gelir miktarı $12565,82\pm 8052,1$ olup, katılımcıların %44,3'ü zorlukla geçinebildiğini düşünmektedir. Naçar ve ark.'nın (2004) Kayseri ilinde 15-49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $32,21\pm 9,01$ 'dir. Katılımcıların %23,8'inin öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeridir. Kadınların %86,4'ü evli olup, %75,9'u çekirdek aileye sahiptir. Çalışma grubunun büyük çoğunluğu (%89,7) çalışmamaktadır (Naçar vd, 2004). Altay'ın (2009) Samsun'da 15-49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada yaş ortalaması $31,98\pm 8,08$ 'dir. Kadınların çoğunluğunun (%62,5) öğrenim durumu ilkököl ve altıdır (Altay, 2009). Cangül'ün (2010) Lalapaşa merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu

kadınlara yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $31,7\pm 9,9$ 'dur. Katılımcıların %70,7'si evlidir. Kadınların yaklaşık yarısı (%48,4) ilkokul mezunu olup %80,6'sı çalışmamaktadır. Katılımcıların %57,5'i çekirdek aileye sahiptir (Cangül, 2010). Çubukçu'nun (2018) Samsun'da 15-49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $32,61\pm 7,42$ 'dir. Katılımcıların çoğu (%38,39) ilkokul mezunu olup, %6,7'si üniversite mezunudur. Kadınların %54,52'si evlidir ve %55,19'u gelir algısında gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir (Çubukçu, 2018). Çetinkaya'nın (2018) Pınarhisar'da bir ASM bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $33,52\pm 7,13$ 'tür. Katılımcıların %45,0'ı üniversite mezunu olup, %49,5'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kadınların %73,6'sı evli ve %85,5'i çekirdek aileye sahiptir. Kadınların %47,3'ü evde 2-3 kişi ile birlikte yaşamaktadır. Çalışma gurubun %53,4'ü gelirini orta düzeyde algıladığını ifade etmektedir (Çetinkaya, 2018). Gözüyeşil ve ark.'nın (2019) Kahramanmaraş'ta ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada yaş ortalaması $33,81\pm 9,3$ 'tür. Kadınların %23,1'i üniversite mezunu olup çoğunluğu (%40,7) lise mezunudur. Kadınların %75,3'ü herhangi bir işte çalışmamakta ve %72,0'ı gelirinin giderine denk olduğunu ifade etmiştir (Gözüyeşil vd, 2019). Temürlenk'in (2019) Edirne merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlara yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $35\pm 8,1$ 'dir. Kadınların %77,7'si evli olup çoğunluğu (%33,2) üniversite mezunudur. Kadınların %40,8'ı çalışmamaktadır (Temürlenk, 2019). Literatürde 15-49 yaş grubu kadınlar için yapılan çalışmalar ile bu çalışmada kadınların yaş ortalaması, medeni durumu ve aile tipi benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda kadınların çalışmama durumları diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Kadınların eğitim durumları ise coğrafi konuma ve çalışmaların yapıldığı yıllara göre farklılık göstermektedir. TÜİK 2022 verilerine göre 25 yaş ve üzeri her beş kadından biri (%20,9) yükseköğretim mezunu olup yıllar içinde artış göstermiştir (TÜİK, 2022). TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş grubu kadınların %41'i lise ve üzeri eğitimi tamamlamıştır ve kentsel alanlarda yaşayan kadınların okuryazarlık düzeyi kırsal alanlarda yaşayanlara göre daha fazladır (TNSA, 2018).

B. Doğurganlık Özellikleri

Çalışmaya katılan evlenmiş ve halen evli kadınların (n= 530) ilk evlilik yaşı ortalaması $23\pm 4,2$ ve ilk gebelik yaşı $24,4\pm 4,7$ 'dir. Kadınların %14,5'i 18 ve daha küçük yaşta evlenmiştir. Her on kadından birisi (%10,4) ilk gebeliğini adölesan dönemde gerçekleştirmiştir. Kadınların %3,5'i ileri yaşta (35 ve üstü) ilk kez gebelik yaşamıştır. Kadınların toplam gebelik sayılarının ortalaması $2,1\pm 1,3$ olup, toplam doğum ve yaşayan çocuk sayılarının ortalaması $1,7\pm 1$ 'dir. Kadınların %5,5'inin toplam gebelik sayısı, %1,3'ünün ise toplam doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı 5 ve üzeridir. En az bir kez isteyerek küretaj yaptıran %6,6, tıbbi nedenli küretaj yaptıran %5,1 ve kendiliğinden düşük yaptığını belirten %12,6 kadın bulunmaktadır. Kadınların %2,6'sının iki ve daha fazla düşüğü vardır. Polat ve ark.'nın (2000) Elazığ'da bir devlet hastanesinin AP polikliniğine başvuran doğurganlık çağındaki kadınlara yaptığı çalışmada ortalama gebelik sayısı 3,7, toplam doğum sayısının ortalaması 2,9, toplam yaşayan çocuk sayısının ortalaması 2,7'dir. Kadınların ortalama düşük sayısının ortalaması 0,8'dir. Katılımcıların %27,4'nün doğum sayısı dört ve üzeri, %47,0'nın düşük sayısı bir ya da daha fazladır. Kadınların %24,4'nün son gebeliği isteyerek düşükle gerçekleşmiştir (Polat vd, 2000). Cangül'ün (2010) yaptığı çalışmada kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması $21,6\pm 3,4$ olup, %30'u adölesan gebelik geçirmiştir. Çalışma grubunun yarısından fazlası (%58,7) iki çocuğa sahip olduğunu bildirmiştir. Kadınların %2,2'si kendiliğinden düşük yapmıştır (Cangül, 2010). Karaçalı'nın (2016) Karabük'te 15-49 yaş grubu evli kadınlara yaptığı çalışmada ilk evlilik yaşı ortalaması $20,9\pm 3,4$, ilk gebelik yaşı ortalaması $21,6\pm 5,6$ 'dır. Kadınların %23,7'si adölesan gebelik yaşamıştır. Çalışma grubunda kadınların %76,6'sının toplam gebelik sayıları ve yaşayan çocuk sayıları en fazla bir veya üçtür. Kadınların %18,7'sinin en az bir kendiliğinden düşüğü vardır. Katılımcıların %19,7'sinin de en az bir isteyerek düşüğü veya küretajı vardır. Bu değer bizim çalışmamızdaki düşük ve küretaj (%24,3) toplamından düşüktür (Karaçalı, 2016). Çetinkaya'nın (2018) ASM'ye kayıtlı doğurganlık çağındaki kadınlara yaptığı çalışmada ilk evlilik yaşı ortalaması $23,14\pm 3,90$, ilk gebelik yaşı ortalaması $24,36\pm 4,19$ 'dur. Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması $1,43\pm 1,27$, toplam doğum sayısı ortalaması $1,13\pm 1,06$ 'dır. Yaşayan çocuk ortalaması ise $1,78\pm 0,76$ 'dır. Kadınların %12,2'si kendiliğinden düşük, %10,9'u isteyerek düşük yaşamıştır. Kadınların %9,6'sı en az bir kez küretaj

yaptırmıştır (Çetinkaya, 2018). TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş grubu kadınların ilk evlilik yaşı %21,4, ilk gebelik yaşı 23,3'tür. Kadınların doğum sayılarının ortalaması 2,4, yaşayan çocuk sayılarının ortalaması 2,3'tür. Evlenmiş kadınların %22'si en az bir kez kendiliğinden düşük yapmıştır. Kadınların %15'i isteyerek düşük yapmıştır (TNSA, 2018). Temürlenk'in (2019) yaptığı çalışmada kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 21,54±4,02'dir. Kadınların %17,7'sinin toplam gebelik sayısı dört ve üzeri, %78,0'ı bir veya iki çocuğa sahiptir (Temürlenk, 2019). TÜİK 2022 verilerine göre kadınların ilk evlenme yaşı 25,6'dır (TÜİK, 2022). Yapılan çalışmalarda üreme çağındaki kadınların doğurganlık özellikleri, çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

C. Sağlık Hizmeti Kullanımı

Çalışma grubunda her dört kadından birinin (%25,1) kronik hastalığı vardır. Kadınların sağlık hizmetini karşılamak için genellikle başvurdukları sağlık kuruluşlarında ilk sırada devlet hastanesi (%41,2), ikinci sırada ise ASM (%29,9) yer almaktadır. Her üç kadından birisi (%34,7) aile hekiminin kendisini iyi tanıdığını ve sıklıkla başvurduğunu ifade etmektedir. Karakoç'un (2014) Konuyaaltı ve Kepez'de yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınlara yaptığı çalışmada ilk tercih edilen sağlık kuruluşu ASM (%39,0) iken, ikinci tercih edilen sağlık kuruluşu devlet hastanesidir (%30,3) (Karakoç, 2014). Çakır'ın (2017) Bursa kırsal alanlarda kadın ve erkeklere yaptığı çalışmada devlet hastanesine (%44,5) başvuranlar ilk sırada, ASM'ye (%39,4) başvuranlar ise ikinci sırada yer almıştır. Kadın ve erkeklerde ilk sıranın devlet hastanesi olması değişmemiş ancak kadınlarda ASM'den hizmet alımı daha fazla olduğu saptanmıştır (Çakır, 2017). Cangül'ün (2010) çalışmasında son altı ayda başvuru yapılan sağlık kuruluşu sorgulanmıştır. Kadınların %97,8'i en sık ASM'ye başvurduğunu bildirmiştir (Cangül, 2010). Kılınçkaya'nın (2018) Gölbaşı ilçesinde ASM'lere başvuru yapan 18 yaş ve üstü bireylere yapılan çalışmada yeni bir sağlık sorununda katılımcıların %34,0'ı ilk olarak ASM'ye başvurmuştur. En çok tercih edilen sağlık kuruluşu ise devlet hastaneleridir (Kılınçkaya, 2018). Temürlenk'in (2019) çalışmasında kadınların sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu sağlık kuruluşu devlet hastanesi (%59,4), ikincisi ASM (%18,9)'dir (Temürlenk, 2019). Kütükoğlu'nun (2020) İstanbul'da eğitim araştırma hastanesine ve ASM'ye başvuru

yapan kadın ve erkeklere yapılan çalışmada katılımcıların herhangi bir sağlık sorununda ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşu ASM (%42,8), ikinci tercihleri devlet hastanesidir (%18,1). İlk tercih edilen sağlık kuruluşun ASM olması ile kadın cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmuş ve kadınlarda bu oran daha yüksek saptanmıştır (Kütükoğlu, 2020). Mevcut çalışmalar incelendiğinde sağlık sorunları için ilk tercih edilen sağlık kuruluşları ASM ve devlet hastaneleridir. Çalışmalarda cinsiyete göre bakıldığında, kadınların birinci basamak hizmetlerini erkeklere göre daha fazla kullandığı görülmektedir. Çalışmamızın ağırlıklı olarak Karabük kentsel alanlarda yapılması ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşların yakınlığı ile uzman doktora ulaşımın olması, ASM'lerin tercih edilmede ikinci sırada yer almasına sebep olarak gösterilebilir.

Son bir ay içinde kadınların yarısı (%51,1) sağlık hizmeti almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru yapmıştır. En çok başvuru yapma nedenleri sırasıyla hekim muayenesi (%53,3) ve ilaç yazdırmadır (%21). Son bir ay içinde yaklaşık her beş kadından sadece birisi (%18) sağlık hizmeti almak için ASM'ye başvuru yapmıştır. ASM'ye en fazla başvuru nedeni ilaç yazdırmadır (%34,3). Benzer şekilde yaklaşık her üç kadından birisi (%32,9) genel olarak ASM'ye en sık başvuru nedenlerinden biri yine ilaç yazdırmadır. Karakoç'un (2014) çalışmasında ASM'ye en sık başvuru nedenleri sırasıyla muayene olmak (%40,4) ve ilaç yazdırmak (%32,9) olarak saptanmıştır (Karakoç, 2014). Kütükoğlu'nun (2020) çalışmasında son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri laboratuvar tahlili (%60,7), ileri tetkikler (BT, MR) (%30,6), ilaç yazdırmak (%27,0) ve ilaç raporu yazdırmak (%23,0) olarak saptanmıştır. Son bir yıl içinde ASM'ye en çok başvuru nedenleri sırasıyla ilaç yazdırmak (%47,4), laboratuvar tahlili yaptırmak (%38,9) ve sağlık raporu almak (%17,8) olarak saptanmıştır (Kütükoğlu, 2020). Yapılan çalışmalarda kadınların aile hekimliğine başvuru nedenleri çoğunlukla tedavi edici sağlık hizmetleridir. Bu durum aile hekimlerinin asıl amacı olan koruyucu sağlık hizmetlerini geri planda tutmaktadır.

Çalışma grubundaki kadınların %77,3'üne son bir yıl içinde hiç 15-49 yaş izlemi yapılmamıştır. Son bir yıl içinde izlem yapılanların yalnızca %18,5'i ASM'de yapılmış, %4,2'sine ise telefonla izlem yapılmıştır. Telefon izlemlerinde kadınların fiziksel özellikler (boy, kilo, yaş), kullanılan AP yöntemi, bebek/çocuk boy ve kilosu,

gebe olup olmadığı ve meme ve serviks kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı bilgileri sorulmuştur. Çevik ve ark.'nın Manisa ilçesinde yaptığı çalışmada kadınların 2008-2012 yılları arasında bir yılda takip sıklığı 1,0'dır (Çevik vd, 2017). Yüksel ve Davas'ın (2016) İzmir'de bir hastanede jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların %49,6'sının davet üzerine veya ASM'ye başka amaçla başvurduklarında en az bir kez 15-49 yaş izlemi yapılmıştır. Katılımcıların %88,0'ı 15-49 yaş izlemi için telefonla da davet edilmediğini ifade etmiştir (Yüksel ve Davas, 2016). Karabük'te 2016 yılında yapılan çalışmada son bir yılda 15-49 yaş izlemi yapılan kadınların sıklığı %15'dir (Karaçalı, 2016). Karabük'te yedi yıl arayla yapılan iki araştırmada telefon izlemleri dışında sonuçlar birbirine benzer çıkmıştır. Bu konuda herhangi bir gelişim ve değişim söz konusu değildir. Mevcut çalışmalar, birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından koruyucu hizmet olarak sunulan 15-49 grubu kadın izlemlerinin yeteri kadar yapılmadığını göstermektedir.

Son iki yıl içinde 40 yaş ve üstü (n= 257) mamografi çektiren kadın düzeyi %23,7'dir. Kadınların 40 yaş ve üstü hiç taranmayanların düzeyi %66,1'dir. Çalışma kapsamındaki tüm kadınların (n=793), %15,9'u şimdiye kadar en az bir kez mamografi çektirmiştir. Son beş yıl içinde 30 yaş ve üstü Pap Smear/HPV DNA testi (n= 488) yaptıran kadın düzeyi %20,9'dur. Kadınların 30 yaş ve üstü hiç test yaptırmayanların düzeyi %75,8'dir. Çalışma kapsamındaki kadınların (n= 793), yalnızca %16,8'i en az bir kez Pap Smear/HPV DNA testi yaptırmıştır. Son bir yıl içinde kadınların %7,3'ü en az bir kez jinekolojik muayene yaptırırken, %86,4'ü hiç jinekolojik muayene yaptırmamıştır. Sönmez ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada 20 yaş ve üzeri kadınların yalnızca %7,8'i Pap-smear yaptırmış, 40 yaş ve üzeri kadınların ise %3,2'si mamografi çektirmiştir (Sönmez vd, 2012). Demir'in (2017) Edirne'de yaşayan 18-65 yaş arası kadınlara yaptığı çalışmada kadınların %37,6'sı düzenli jinekolojik muayene yaptırdığını ifade etmiştir. Kadınların %28,7'si en az bir kez Pap Smear/HPV DNA testi yaptırdığını bildirmiştir (Demir, 2017). Çakır'ın (2017) Bursa'da yaptığı çalışmada 40-69 yaş grubu kadınların %26,3'ü mamografi çektirmiş, 30-65 yaş grubu kadınların % 25,0'ı Pap Smear/HPV DNA testi yaptırmıştır (Çakır, 2017). Babaoğlu ve ark.'nın (2021) İzmir'de yaptığı çalışmada son iki yıl içinde 40-69 yaş grubu mamografi çektiren kadın düzeyi %52,3, son beş yıl içinde 30 yaş üstü Pap Smear/HPV DNA yaptıranların düzeyi ise %51,7'dir (Babaoğlu vd, 2021). Kanseri

taramaları ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir ve genel olarak kanser taramaları istenilen düzeyde yapılmamaktadır.

Çalışmada son gebelikleri doğum ile sonuçlanan kadınların %14,9'u hiç tetanoz aşısı yaptırmamıştır. Çalışmamızda kadınların %12,3'ü demir desteği, %13,8'i folik asit desteği ve %14,5'i D vitamini desteği almıştır. TNSA 2018 verilerine göre doğum öncesi dönemde kadınların %19'u tetanoza karşı aşı olmamıştır (TNSA, 2018). Demir ve Özdemir'in (2021) Erzincan'da 2018 yılında doğum yapan tüm kadınların %6,4'ü tetanoz aşısı yaptırmamıştır. Çalışmada kadınların %35,9'u demir desteği, %55,1 folik asit ve %29,5'i D vitamini desteği almıştır (Demir ve Özdemir, 2021). Çalışmamıza göre Demir ve Özdemir'in çalışması olumlu anlamda farklılık göstermiştir. Bunun sebebi doğumdan sonra kadınlarla hemen iletişime geçilmesi nedeniyle hafıza faktörü sebep olarak gösterilebilir.

D. Karşılanmayan Sağlık Hizmeti Gereksinimi

Çalışmada karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi kadınların son bir ayda alamadıkları sağlık hizmeti için sorgulanmıştır. Çalışmada yaklaşık her üç kadından birisinin (%29,4) herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi vardır. Üreme sağlığı açısından değerlendirildiğinde her on kadından birinin (%10,1) jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi vardır. Çalışmada herhangi bir sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi il merkezinde (%35,8) yaşayan, yaş grubu 45-49 olan (%39,5), eğitim seviyesi ilkokul mezunu (%42,7) olan, çalışmayan (%36,5), haneye giren aylık toplam geliri 5000 altı olan kadınların karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi fazla olduğu saptanmıştır. Jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi evli olan kadınlarda (%12) daha fazla olduğu saptanmıştır. Yetim ve Çelik'in (2020) TÜİK tarafından 2016 yılında Türkiye Sağlık Araştırmaları veri seti kullanılarak yapılan araştırmada Türkiye'de altı ay ya da daha uzun süren veya sürmesi beklenen bir hastalığı olan kişilerin, son 12 ay içinde ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti alamama durumunda ortaya çıkan karşılanmayan sağlık ihtiyaçları düzeyi %13,2 seviyelerindedir. Özellikle kadınlarda ve daha düşük eğitim ve düşük gelir düzeyindekilerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha fazla olduğu

saptanmıştır. Karşılanmamış sağlık ihtiyacı düzeyi en düşük olan bireyler 15-24 yaş arası ve 65 yaş üstü, en fazla olan bireyler ise 35-54 yaş grubundadır. Boşanmış, eğitim almamış ve gelir düzeyinin de 0-1264 TL arasında olan bireylerde karşılanmamış sağlık ihtiyacı fazladır. Çalışan ve çalışmayan bireylerde karşılanmamış sağlık ihtiyaçları düzeyleri ise birbirine yakın olarak bulunmuştur (Yetim ve Çelik, 2020). Her iki çalışmanın kriterleri farklı olsa da karşılanmayan sağlık gereksinimi için ilişkili faktörleri benzerlik göstermektedir.

a) AP Yöntemi Kullanımı

Çalışma grubunda yöntem kullanan kadınların %51,9'u modern yöntem, %8,2'si geleneksel yöntem kullanmaktadır. En çok kullanılan geleneksel yöntem ise geri çekme (%7,0) yöntemidir. Her beş kadından biri kondom (%20,0), her on kadından biri RİA (%10,1) yöntemini kullanmaktadır. Her dört kadından biri ise (%25,8) yöntem kullanmamaktadır. Gürkaş ve Kiraz'ın (2013) Gaziantep'te ASM'ye başvuran doğurganlık çağındaki evli kadınların %74,3'ü herhangi bir AP yöntemi kullanmakta olup; %59,5'i modern, %14,8'i geleneksel yöntemi kullanmaktadır. Evli kadınların kullandıkları modern yöntemler kondom (%36,0), RIA (%9,4), oral kontraseptif (%7,8), tüp ligasyonu (%5,6), enjeksiyon yöntemi (%0,7) olarak sıralanmıştır. Geleneksel yöntemler ise geri çekme (%13,2) ve takvim yöntemi (%1,6) olarak tesbit edilmiştir. Karakoç'un (2014) çalışmasında 15-49 yaş grubu evli kadınların %68,9'u herhangi bir yöntem kullanmakta olup, %31,1'i ise kullanmamaktadır. Katılımcıların %69,9'u modern , %11,1'i geleneksel yöntem kullanmaktadır (Karakoç, 2014). Yüksel ve Davas'ın (2016) yaptıkları araştırmada 15-49 yaş grubu kadınların %35,7'si modern yöntem, %11,'i geleneksel yöntem kullanmakta; %53,2'si ise yöntem kullanmamaktadır. Modern yöntem kullanan 128 kişinin %45,3'ü kondom, %19,5'i RİA kullanmaktadır (Yüksel ve Davas, 2016). Demir'in (2017) 18-65 arasındaki kadınlara yaptığı çalışmada katılımcıların %37,50'si herhangi bir AP kullanmakta olup, %62,50'si kullanmamaktadır. Kullanılan AP yöntemleri sırasıyla kondom (%29,0), oral kontraseptif (%22,0), geri çekme (%19,0), RİA (%18,0), vazektomi (%11,0) ve enjeksiyon kullanımı (%1,0) olarak tespit edilmiştir (Demir, 2017). Çetinkaya'nın (2018) doğurganlık çağındaki kadınlara yaptığı çalışmada katılımcıların %52,7'si herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Kadınların %41,5'i modern

yöntem, %11,3'ü ise geleneksel yöntem kullandığı bildirmiştir. Çalışma grubunda modern yöntemin en çok kullanılanlarda tercih sırası kondom (%15,8), RİA (%9,6), tüp ligasyonu (%8,7) olarak tespit edilmiştir (Çetinkaya, 2018). TNSA 2018 verilerine göre ise halen evli kadınların AP yöntemi kullanımını sırasıyla geri çekme (%58), kondom (%49), RİA (%35) ve hap (%30)'tır (TNSA, 2018). Yapılan çalışmalarda en çok tercih edilen AP yöntemleri çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

b) Karşılanmayan AP Gereksinimi

Kadınlarda herhangi bir AP yöntemine göre doğurganlığa ara vermede karşılanmayan gereksinim %2,5, doğurganlığa son vermede karşılanmayan gereksinim %13,7'dir. Modern yöntemler için doğurganlığa ara vermede karşılanmayan gereksinim %4,9, doğurganlığa son vermede karşılanmayan gereksinim %19,6'dır. Karakoç'un (2014) çalışmasında herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi %15,0 olup, çalışmamıza yakın bir düzeydedir (Karakoç, 2014). Karaçalı'nın (2016) Karabük'te yaptığı çalışmada karşılanmayan AP gereksinimi %9,7'dir (Karaçalı, 2016). Bu sonuç çalışmamızdan düşüktür. TNSA 2018 verilerine göre doğurganlığa ara vermede karşılanmayan gereksinim %4,0, doğurganlığa son vermede karşılanmayan gereksinim %8,0'dır (TNSA, 2018). TNSA'ya göre çalışmamızda doğurganlığa ara vermede karşılanmayan AP gereksinimi daha az iken, doğurganlığa son vermede karşılanmayan AP gereksinimi daha fazladır.

E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri ilk başvuru yeri olma özelliği açısından incelendiğinde, çalışmada kadınların %4,0'ı bağlı oldukları ASM'yi bilmediği; %8,8'i aile hekimini ve %31,7'si aile sağlığı elemanını tanımadığı saptanmıştır. Katılımcıların %80,2'si ASM'ye yürüyerek ulaşabildiğini ifade etmektedir. Kadınların %34,2'si genel bir sağlık kontrolünde, %41,9'u yeni bir sağlık sorununda öncelik olarak ASM dışındaki sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Kadınların kayıtlı oldukları ASM'den açık olduğu zamanlarda %4,2'si aynı gün içinde hizmet alamamakta, %12,2'si telefonla ulaşım sağlayamamaktadır. ASM'ye giden kadınların

%11,2'si sağlık hizmeti almak için uzun süre bekletilirken, %12,2'si tıbbi bakım almakta zorlanmaktadır. Karakoç'un (2014) yaptığı çalışmasında 15 yaş ve üzeri kadınların %85,7'si aile hekimini, %20,8'i ise aile sağlığı elemanını tanımamaktadır. Çalışmada kadınların %70,1'i ASM'ye yürüyerek ulaşım sağlayabilmektedir. Kadınların %4,9'u hizmet alırken çok fazla beklediğini düşünmektedir (Karakoç, 2014). Yüksel ve Davas'ın (2016) alışmasında kadınların %5,0'ı ASM'de kaydı olmadığını ifade etmektedir (Yüksel ve Davas, 2016). akır'ın (2017) kırsal alanlarda yaptığı kadın ve erkeklerin olduğu çalışma katılımcıların %28,9'u aile hekiminin, %80,1'i ise aile sağlığı elemanının adını bilmemektedir. Bu çalışmadaki bulguların çalışmamıza göre yüksek olmasının nedeni yapılan çalışmalarda kadınların BBSH'yi daha fazla kullandıkları göz önünde bulundurulursa çalışmada erkeklerinde yer alması ve araştırmanın kırsal alanlarda yapılması bulguların yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir (akır, 2017). Kılınçkaya'nın (2018) 18 yaş ve üstü bireylere yapılan çalışmada yeni bir sağlık sorununda katılımcıların %34,0'ı ilk olarak ASM'ye başvurmaktadır (Kılınçkaya, 2018). Kütükoğlu'nun (2020) alışmasında katılımcıların %97,6'sı ASM'ye kayıtlı olmadığı, %1,2'sinin sisteme kayıtlı olup olmadığını bilmediği ve %1,2'sinin de sisteme kayıtlı olmadığı tespit edilmiştir (Kütükoğlu, 2020). Yapılan alışmalarda BBSH'nin ilk başvuru özelliği ile ilgili bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri sreklielik özelliği açısından incelendiğinde, çalışmada kadınlar ASM'ye her gittiklerinde %4,3' aynı aile hekiminden, %6,6'sı aynı aile sağlığı elemanından hizmet almamaktadır. Kadınların %4,4' aile hekimlerinin kendisini anlamadığını, %5,3' aile hekiminden anlayabileceği şekilde cevap alamadığını ifade etmektedir. Kadınların %6,3' aile hekiminin kendisine yeterli zaman ayırmadığını, %7,2'si aile hekimine kendilerini ifade ederken rahat hissetmediğini bildirmektedir. Yaklaşık her dört kadından birisi (%24,2), aile hekimlerinin evde birlikte yaşadığı kişileri bilmediğini ifade etmektedir. Kadınların %13' aile hekimini değiştirmeyi düşünmektedir. Çalışma grubunun %74'8'i diğer aile bireyleri ile aynı aile hekimine kayıtlıdır. Kadınların %85,6'sı aile hekimi veya aile sağlığı elemanı tarafından hiç evde ziyaret edilmemiştir. Karakoç'un (2014) alışmasında %23,4'ünün aile hekimi kadınların mesleğini bilmemektedir. Kadınların %9,0'ı aile hekimini değiştirmeyi düşünmektedir. Kadınların %93,7'si

hanede yaşayan diğer aile bireyleri ile aynı aile hekimine kayıtlıdır (Karakoç, 2014). Yüksel ve Davas'ın (2016) araştırmasında 15-49 yaş kadın izlemi için kadınların %98,2'si evde hiç ziyaret edilmemiştir (Yüksel ve Davas, 2016).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık özelliği aısından değerlendirildiğinde, çalışmada kadınların yarısından fazlası (%53,2) ASM'de herhangi bir jinekolojik soruna yönelik muayene hizmetlerinin verildiğini bilmemektedir. ASM'den kadınların %39,8'i AP danışmanlık hizmeti verildiğini ve %41,7'si AP yöntem temini yapıldığını bilmemektedir. Kadınların %41,6'sı ASM'de doğum öncesi izlem yapıldığını, %54,4'ü doğum sonrası izlem yapıldığını bilmemektedir. Altay'ın (2009) Samsun'da doğurganlık çağındaki kadınlara yaptığı çalışmada, kadınlar sağlık ocağında sırasıyla en fazla muayene hizmetlerinin verildiğini (%100,0), aşılama hizmetlerinin verildiğini (%99,2), bebek izlemlerinin yapıldığını (%97,7), gebe izlemlerinin yapıldığını (%93), AP hizmetlerinin verildiğini (%85,9) ve sağlık eğitim hizmetlerinin (%40,6) verildiğini bilmektedir (Altay, 2009). Bu çalışmada ki bulgular bizim çalışmamıza göre yüksektir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Çalışmada kadınların yaş ortalaması $33,3 \pm 9,9$ 'dur. Kadınlar çoğunlukla il merkezi (%42,6) ve ilçe merkezinde (%42,9) yaşamakta olup, büyük bölümü üniversite (%46,2) mezunudur.
2. Çalışma grubunda evlenmiş ve halen evli kadınların (n= 530) %14,5'i 18 ve daha küçük yaşta evlenmiştir. Her on kadından birisi (%10,4) ilk gebeliğini adölesan dönemde gerçekleştirmiştir. Kadınların %3,5'i ileri yaşta (35 ve üstü) ilk kez gebelik yaşamıştır.
3. Çalışma grubunda her dört kadından birisinin (%25,1) kronik hastalığı vardır. Kadınların %41,2'si sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak için genellikle ilk sırada devlet hastanesine, ikinci sırada ASM'ye (%29,9) başvurduğunu bildirmiştir.
4. Yaklaşık her üç kadından birisinin (%32,9) genel olarak ASM'ye en sık başvuru nedenlerinden biri ilaç yazdırmadır.
5. Çalışma grubundaki kadınların %77,3'üne son bir yıl içinde hiç 15-49 yaş izlemi yapılmamıştır. Son bir yıl içinde yaklaşık her beş kadından yalnızca birisinin (%18,5) izlemi ASM'de yapılmıştır. Kadınların %4,2'sine ise telefonla izlem yapılmıştır.
6. Çalışma grubunda 40 yaş ve üstü (n=257) kadınların %66,1'i hiç mamografi çektilmemiştir. Otuz yaş ve üstü kadınların (n= 488), %75,8'i hiç Pap Smear/HPV DNA testi yaptırmamıştır.
7. Son gebelikleri doğum ile sonuçlanan kadınların %14,9'u hiç tetanoz aşısı yaptırmamıştır. Kadınların %12,3'ü demir desteği, %13,8'i folik asit desteği ve %14,5'i D vitamini desteği almıştır.

8. Son bir ay içinde yaklaşık her üç kadından birisinin (%29,4) herhangi bir sağlık sorunu için, her on kadından birisinin (%10,1) ise jinekolojik/obstetrik sağlık sorunu için karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi vardır.
9. Çalışma grubundaki halen evli kadınların (n= 474) herhangi bir yöntem için karşılanmayan AP gereksinimi %16,4, modern yöntemler için karşılanmayan AP gereksinimi %24,9'dur.
10. Çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri ilk başvuru yeri olma özelliği açısından değerlendirildiğinde, çalışmada kadınların %34,2'si genel bir sağlık kontrolünde, %41,9'u yeni bir sağlık sorununda ilk başvuru yeri olarak ASM dışındaki sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Kadınların %80,2'si ASM'ye yürüyerek ulaşabildiğini ifade etmektedir.
11. Çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri süreklilik özelliği açısından değerlendirildiğinde, çalışmada kadınların %13'ü aile hekimini değiştirmeyi düşünmektedir. Çalışma grubunun %85,6'sı aile hekimi veya aile sağlığı elemanı tarafından hiç evde ziyaret edilmemiştir. Kadınların %74'8'i diğer aile bireyleri ile aynı aile hekimine kayıtlıdır.
12. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık özelliği açısından değerlendirildiğinde, kadınların %39,8'i ASM'de AP danışmanlık hizmeti verildiğini ve %41,7'si AP yöntem temini olduğunu bilmemektedir. Kadınların %41,6'sı ASM'de gebelik izlemi ve %54,4'ü lohusa izlemi yapıldığını bilmemektedir.
13. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşgüdüm özelliği açısından değerlendirildiğinde, çalışmada her dört kadından birisinin (%25,1) aile hekimi, kadınlara farklı uzman hekim ve hastaneler hakkında görüş bildirmemektedir. Kadınların %36,2'si aile hekimlerinin uzman hekimden randevu almak için kendilerine yardımcı olmadığını ifade etmektedir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre aşağıda bazı öneriler sunulmaktadır.

1. Kadınların bilinçlendirilmesi ve statülerinin yükseltilmesi sorunlara yönelik köklü ve kalıcı çözümler sağlayacaktır. Ayrıca sağlık okuryazarlığını eğitim durumundan

bağımsız olarak geliştirmek ve yükseltmek için politikalar oluşturulmalıdır. Oluşturulan politikalarda kadınlar için eğitim sistemi, sağlık sistemi ve kültürel alt yapı birlikte ele alınmalıdır.

2. Aile hekimi başına düşen nüfus azaltılarak ve aile hekimlerinin sayısı artırılarak koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla zaman ayırılmalı ve belli aralıklarla ev ziyaretleri yapılmalıdır. Ev ziyaretleri ile kadınlara ASM hizmetlerinin tanıtımı yapılmalı, birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilgili bilgileri artırılmalı ve güven duygusu artırılarak kadınların birinci basamak kullanımının teşvik edilmesi gerekmektedir.
3. ASM’de görev alan aile hekimi ve aile sağlığı elemanların üreme sağlığı konusunda bilgi ve becerilerini arttıracak mesleki eğitim ve gelişim programları, uzmanlık eğitimleri yapılmalı ve belli aralıklarla güncel eğitimler verilmelidir.
4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırması, koruyucu sağlık hizmetlerin daha fazla uygulanabilmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yükünü hafifletmek ve eşgüdümün daha iyi sağlanabilmesi için sevk sisteminin sağlanması gereklidir.
5. Kanser tarama hizmetlerinde özellikle riskli gruplara aile hekimleri danışmanlık vermeli ve KETEM’e yönlendirmelidir. Taramalara erişimin sağlanarak devamlılığı takip edilmelidir.
6. ASM’den hizmet alan bireylerin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için beklenti, memnuniyet ve etkinliğinin araştırmaları yapılmalıdır. Bunun için BBSH’de bölgesel verileri sürekli denetlemelerini sağlayabilecekleri prosedürler oluşturulmalıdır.
7. Ebeler, kadınlara 15-49 yaş izlemlerinin içeriğini ve önemini belirten eğitimler vermelidir. Kadınların izlemler konusunda bilgileri artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

Akalın M. A., “Sosyalleştirmenin İdeolojisi”, *Fusun Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye’de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci baskı*. Ankara, 1:19-27 (2011).

Akdur R., “Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de sağlık politikaları” *Türkiye Bilimler Akademisi Yayını*, Ankara (1999).

Akdur R., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması” Ankara, Güncellenmiş veri, 1-37 (2005). http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf, Erişim tarihi: 20.05.2021).

Akdur R., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, *Ankara Üniversitesi Basımevi*, (Üçüncü Baskı). Ankara (2000).

Alma-Ata, 1978, “Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care”, *Alma-Ata, USSR*, 6-12, September, (1978).

Altay B., “15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme ve Kullanma Durumları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 2 (2009).

Altındağ Ö. ve Yıldız A., “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü”, *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1): 157-184 (2020).

Babaoğlu A. B., Büyüközmen E ve Can F. E., “İzmir’de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler”, *Med J West Black Sea*, 5(2): 173-181 (2021).

Balcı, A., “Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim”, *Atlas Yayın Dağıtım*, İstanbul (2005).

Bambal Ö., Lağarlı T., Eser E., Filibeli M., Bilecenoğlu T. ve Çivi G., “Manisa Merkez Yarı Kentsel Bölgede Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı Kadınlarda Bazı Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 8(3): 176-90 (2010).

Belek İ., “Sağlıkta dönüşüm: halkın sağlığına emperyalist saldırı”, *Yazılama Yayınevi. 1. Baskı*, İstanbul, 9-58 (2012).

Bertakis, K.D., Azari, R. and Callahan, E.J., “Gender Differences in the Utilization of Healthcare Services”, *The Journal of Family Practice*, 49 (2): 147-152 (2000).

Boerma W., “Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners”, *Utrecht Netherlands: NIVEL*, (2003).

Budak F., “Sağlık ve Sağlık Statüsü Belirleyicileri”, içinde F. Budak (Ed.), Sağlık Statüsü Belirleyicileri, (ss. 23-40), *1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi*, (2019).

Cangül S., “Lalapaşa Merkez İlçe’de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları”, Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Edirne, (2010).

Celik Y. and Hotchkiss, D. R., “The Socio-Economic Determinants Of Maternal Health Care Utilization In Turkey”, *Social science medicine*, 50(12): 1797-1806 (2000).

Çağlayaner H. ve Saatçi E., “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Adlandırılması”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 11(3): 129-34 (2007).

Çakır R., “Kırsal Mahallelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Bursa İli Örneği”, Uzmanlık Tezi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Bursa, (2017).

Çetinkaya M., “Pınarhisar’da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri”, Yüksek Lisans Tezi, *Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Programı*, Kırklareli, (2018).

Çevik C., Sözmen K. ve Kılıç B., “How primary care reforms influenced health indicators in Manisa district in Turkey: Lessons for general practitioners”, *European Journal of General Practice*, 24:1, 74-83 (2018).

Çiçeklioğlu M., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 13(5): 328-33 (1998).

Çubukçu M., “Samsun İli 15-49 Yaş Grubu Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanım Dağılımı”, *Ankara Med J*, (2): 207-14 (2018).

Demir Ç. ve Özdemir R., “Doğum Öncesi İzlemlerin Niceliksel ve Niteliksel Yeterliliği: Erzincan İlinde Hastane Tabanlı Araştırma”, *Sted*, 30 (5): (2021).

Demir F., “Edirne’de Kadınların Serviks Kanseri Riski ve Serviks Kanseri Taramaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve İnançları”, Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Edirne, 2017.

Deppe H.U., “Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland”, *3. aktualisierte Auflage. Verlag für akademische Schriften*, Frankfurt, (2005).

Dinçer M., “Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenlerinden Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Doktor Beklentileri ve Bir Uygulama”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara (2006).

Dirican R. ve Bilgel N., “Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi”, *İkinci Baskı*, Bursa, (1993).

DPT, “Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985–1989”, Yayın No: 1974, Ankara DPT, 150-154 (1985).

Durmuş A. ve Durmuş M N., “Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı”, *Usaysad Derg*, 5(2): 216-229 (2019).

Dünya Bankası, TÜRKİYE- Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması –Tasarım ve Kazanımlar, Rapor No: 77029-TR, s:12-55, 15 Şubat (2013).

Eren N. ve Öztekin Z., “Sağlık Ocağı Yönetimi, Palme Yayınları”, *Altıncı Baskı*, Ankara, (1993).

Eser E., “Toplum Hekimliği Bülteni”, 3(27): 1-12 (2008).

Fişek N., “Halk Sağlığına Giriş”, *Hacettepe Üniversitesi– Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını*, No:2, Ankara, (1983).

Genç G. ve Kurutkan M. N., “Eşitsizlik Bağlamında Karşılansınmayan Sağlık İhtiyacı: Türkiye Sağlık Araştırması Verilerinden Kanıtlar”, *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(1): 34-51 (2021).

Gözüyeşil E., Taş F. ve Arıöz Düzgün A., “15-49 Yaş Kadınlarda Meme Kanseri Endişesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörleri”, *Cukurova Med J*, 44(4): 1215-1225 (2019).

Gürkaş E. ve Kiraz M.,” Gaziantep İstasyon Aile Sağlığı Merkezi Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi”, *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(2): 1-3 (2013).

Hacıvelioğlu D. ve Demirci H., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin Kadın Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Eğitimi Etkinlikleri”, *Sağlık ve Toplum*, 32(2) (2022).

Haggerty J. L., Reid R. J., Freeman G. K., Starfield B. H., Adair C.E. and McKendry R., “Continuity of care: a multidisciplinary review”, *BMJ*, 22: 327(7425) (2003).

Haggerty J., Burge F. and Gass D., “Validation of Instruments to Evaluate Primary Healthcare from the Patient Perspective: Overview of the Method”, *Healthcare Policy Vol, 7* Special Issue, (2011).

İleri H., Seçer B. ve Ertaş H., “Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, Sayı: 12, ss. 176-186 (2016).

İnternet: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)”, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/> (2018).

İnternet: Sağlık Bakanlığı, “Tarihçe – Sağlık Bakanlığının Tarihçesi”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce> (2015).

İnternet: TÜİK Sağlık Araştırması, Doğum İstatistikleri, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673>, (2022).

Karaçalı M., “Karabük İlinde Doğurganlık Çağındaki Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişiminin ve Hizmetlerin Sürekliliğinin Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, *Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Karabük, (2016).

Karakoç Y., “Aile Hekimliğinin İkinci Yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Uzmanlık Tezi, *T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Antalya, (2014).

Kılınçkaya A., “Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi”, Uzmanlık Tezi, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Ankara, 2018.

Kringos D., Boerma W. ve Bourgueil Y., “The European Primary Care Monitör: Structure, Process and Outcome Indicators”, *BMC Family Practice*, (11): 81-89 (2010).

Kütükoğlu F. M., “Bireylerin Sağlık Hizmeti Alma Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, *Tc. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği*, İstanbul, (2020).

Lağarlı T., Eser E., Akdeniz M., Aydoğdu B., Baklaya Ü. ve Fıra C., “Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1): 16-32 (2011).

Levesque J.F., Haggerty J., Beninguissé G., Burge F., Gass D. and Bealieu M., “Mapping The Coverage Of Attributes İn Validated Instruments That Evaluate Primary Healthcare From The Patient Perspective”, *BMC Family Practice*, 8 (2012).

Macinko J., Starfield B. and Shi L.,” The Contribution Of Primary Care Systems To Health Outcomes Within Organization For Economic Cooperation And Development (OECD) Countries”, *1970-1998. Health Services Research*, 38: 3 (2003).

Naçar M., Çetinkaya F. ve Öztürk Y., “Kayseri İli’nde 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağından Yararlanma Durumu ve Beklentileri”, *Sted*, 13(3): 106-109 (2004).
Öcek Z. ve Soyer A., “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı”, *Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Türkiye Fotoğrafı Birinci Baskı, Aralık, (2007).

Öcek Z., Çiçeklioğlu M., Yücel Ü., Özdemir R., Türk M. ve Taner Ş., “Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?”, *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Birinci Baskı, Ankara (2013).

Öztek Z., “Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar”, *Bireklam Arısı*, Ankara, (2017).

Öztek Z., “Dr. Behçet Uz’un Sağlık Planı: Sağlıkta Altın Olaylar – Genişletilmiş 2. Bakı”, *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını*, Ankara, (2017).

Pala K., “Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı”, *Palme Yayıncılık*, Ankara, s. 3-139, 331-357 (2015).

Polat A., Açık Y. ve Gürateş B., “Elazığ Devlet Hastanesi Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemi”, *Turgut Özal Tıp Merkezi*, 7(3) (2000).

Resmî Gazete, 25 Ocak 2013, 28539 Sayılı, “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” (2013).

Resmi Gazete, 18 Ocak 2014, 28886 Sayılı, “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, (2014).

Resmi Gazete, 25 Mayıs 2018, 30431 Sayılı, “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”, (2018).

Resmi Gazete, 25 Mayıs 2022, 31934 Sayılı, “5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun”, (2022).

Resmi Gazete, 30 Haziran 2021, “Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği”, (2021).

Resmi Gazete, 18 Haziran 1949, 5442 Sayılı, “İl İdaresi Kanunu”, (1949).

Resmi Gazete, “Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası arasında İkraz Anlaşması”, (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi), Tarih 17.12.1997, Sayı 23203, İkraz No:4201 TU. RG, 2-19 (1997).

Resmi Gazete, Tarih 24 Kasım 2004, 25665 Sayılı, “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”, (2004).

Resmi Gazete, 9 Temmuz 2018, 30473 Sayılı, “Kanun Hükmünde Kararname”, (2018).

Sağlık Bakanlığı, “Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın Ve Üreme Sağlığı İzlem Ve Danışmanlığı”, *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı*, s12-20 (2017).

Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm”, Ankara. SB:10 (2003).

Saraçlı T. S., “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi : İzmir İli Pilot Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İzmir (2010).

Shi L. and Starfield B., “Primary Care, Income Inequality, And Self-Rated Health In The United States: A Mixed-Level Analysis”, *International Journal Of Health Services*, Volume 30;(3): 541–555 (2000).

Shi L., Macinko J., Starfield B., Wulu J., Regan J. and Politzer R., “The Relationship Between Primary Care”, *Income Inequality, and Mortality in US States 1980–1995*” JABFP, 16(5): 412-22 (2003).

Shi L., Starfield B. And Xu J., “Validating the Adult Primary Care Assessment Tool”, *J Fam Pract*, 50 (2001).

Silacı O. Y., “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hekimlerin Sürdürülebilir Hizmet İçi Eğitimlerinin Yönetimi Üzerine Bir Alan Araştırması”, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, (2018).

Sönmez Y., Nayir T., Köse S., Gökçe B ve Nesimi Kişioğlu A., “Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları”, *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 19(4): 124-130 (2012).

Starfield B. and Donald W., “Continuity And Coordination In Primary Care: Their Achievement And Utility”, *Medical Care*, 14: 625–636 (1976).

Starfield B., “Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology”, **New York: Oxford University Press** (1998).

Starfield B., “Primary Care; Concept, Evaluation and Polly”, **Oxford Universty Press**, New York, (1992).

Starfield B., Shi L. And Macinko J., “Contribution Of Primary Care To Health Systems And Health”, **Johns Hopkins University; New York University. The Milbank Quarterly**, Vol. 83, No.3, 457–502. (2005).

Temürlenk S., “Edirne Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumu”, Yüksek Lisans Tezi, **Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı**, Edirne, (2019).

Thornicroft G. And Tansella M., “What Are The Arguments For Community-Based Mental Health Care?”, **Copenhagen, WHO Regional Office for Europe**, Annex, 2: (2003).

TTB Merkez Konseyi, “Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği: TTB Tezleri” (1995).

Tunç B., “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kurum Düzeyinde Kişiyeye Yönelik Hizmet Kapsayıcılığını Değerlendirme Ölçeği”, Yüksek Lisans Tezi, **Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi**, Manisa, (2015).

Uğurlu M., Eğici M.T., Yıldırım O., Örnek M. ve Üstü Y., “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları-2”, **Ankara Medical Journal**, 12(1): 04-10 (2012).

Vahedi S., Torabipour E., Takyan E H., Mohammadpur S., Olyaeemanesh S., Kiani M.M. and Mohamadi E., “Socioeconomic Determinants Of Unmet Need For Outpatient Services In Iran: A National Cross-Sectional Study”, **BMC Public Health**, 6;21(1):457 (2021).

Vongmongkol V., Viriyathorn S., Wanwong Y., Wangbanjongkun W. and Tangcharoensathien V., “Annual Prevalence Of Unmet Healthcare Need In Thailand: Evidence From National Household Surveys Between 2011 And 2019”, **Int J Hisse Sağlığı**, 20: 244 (2021).

Wagstaff A. and Van Doorslaer E., “Equity In Health Care Finance And Delivery”, **Handbook of health economics**, 1: 1803-1862 (2000).

Weiner J. P. and Starfield B., “Measurement of the Primary Care Roles of Office-Based Physicians”, **Am J Public Health**, (73): 666-671 (1982).

Yetim, B. ve Çelik, Y., “Sağlık Hizmetlerine Erişim: Karşılanmamış İhtiyaçlar Sorunu”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2): 423-440 (2020).

Yoon Y. S., Jung B., Kim D. and Ha I. H., “Factors Underlying Unmet Medical Needs: A Cross-Sectional Study”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13): 1-19 (2019).

Yüksel M. ve Davas H A., “İzmir’de Bir Üniversite Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Kadınların Birinci Basamakta İzlem Sıklığı ve Niteliği”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 15(6): 492-500 (2016).

EK AÇIKLAMALAR A.

ANKET SORU FORMU

**TEMEL ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAYAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ
GEREKSİNİMİ: KARABÜK İLİ ÖRNEĞİ**

Sayın Katılımcımız,

Bu anket çalışması, Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yapılacak olan bir yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmıştır. Çalışmada Karabük ilinde 15-49 yaş grubu kadınlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri açısından değerlendirilmesi ve karşılanmayan birinci basamak sağlık hizmeti gereksinimi sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılımınız bu amaca katkıda bulunacaktır. Bu çalışmada kimlik bilgileriniz sorgulanmayacak, verdiğiniz tüm yanıtlar yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırmada güvenilir sonuçların elde edilebilmesi için lütfen soruları eksiksiz ve gerçek düşüncelerinizi yansıtacak şekilde cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Sibel Dikce, Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Raziye Özdemir, Danışman Öğretim Üyesi

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı

Anket Tarihi:

Anket No:

İlçe:

Mahalle:

Köy:

1.DSÖ. Yaşınızı söyleyebilir misiniz? Bitirdiğiniz yaş kaçtır?

2.DSÖ. Medeni durumunuz nedir?

- A) Evli, yalnızca resmi nikâhlı b) Evli, yalnızca imam nikâhlı c) Evli, resmi ve imam nikâhlı
d) Bekâr e) Dul- boşanmış

3.DSÖ. Hanenizde birlikte yaşadığınız kişiler kimdir? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.

- a) Eşim b) Çocuklarım (.....) c) Annem d) Babam
e) Eşimin annesi f) Eşimin babası g) Kardeşim h) Diğer.....

4.DSÖ. Hanenizde yaşayan kişi sayısı kaçtır?.....

5.DSÖ. Şu anda ikamet ettiğiniz yerde ne kadar süredir yaşıyorsunuz?ay/yıl

Aşağıda tabloda yer alan öğrenim durumunuz, çalışma durumunuz ve mesleğiniz ile ilgili soruları yanıtlayınız.

6.DSÖ. Öğrenim düzeyiniz nedir?	a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar, ama ilkokulu bitirmemiş c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üzeri	7.DSÖ. Çalışma durumunuz nedir?	a) İşsiz b) Ücretli devlet işinde çalışıyor c) Ücretli özel sektörde çalışıyor d) Kendi hesabına (esnaf, patron, çiftçi) e) İş buldukça ara işlerde çalışıyor (temizlik vb.) f) Mevsimlik işçi olarak çalışıyor g) Tarım işçisi (başkasının tarlasında) h) Emekli i) Diğer.....
8.DSÖ. Mesleğiniz nedir?.....			

9.DSÖ. Hanenize giren aylık toplam gelir miktarınız nedir?TL

10.DSÖ. Gelirinizi göre geçiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Geçinebiliyorum b) Geçimimi idare edebiliyorum c) Geçinemiyorum

11.DSÖ. Sağlık sigortanız var mı?

- a) Var, SGK (Bağkur, Emekli Sandığı, SSK) b) Var, özel sigorta
c) Var, SGK ve özel sigorta d) Yok

MEDENİ DURUMU “BEKÂR” OLANLAR TABLODAKİ D.Ö. SORULARINI GEÇİNİZ.

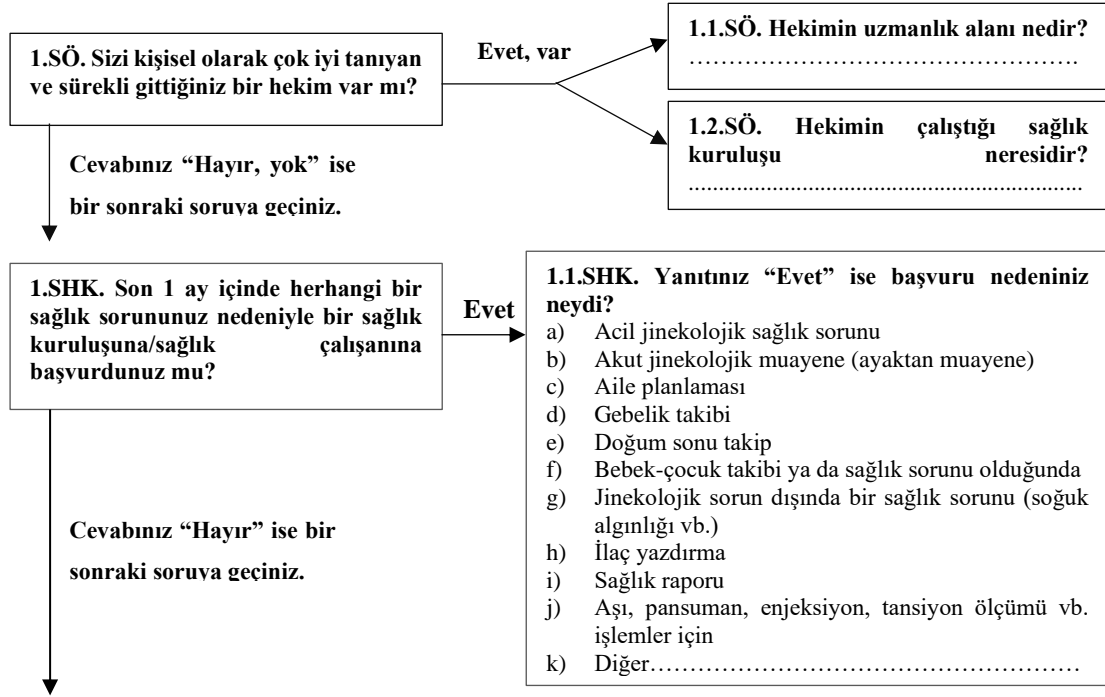
D.Ö. Aşağıdaki tabloda verilen doğurganlık özellikleri ile ilgili soruları cevaplayınız.	
1.DÖ. Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?
2.DÖ. İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?
3.DÖ. Toplam gebelik sayısını kaçtır?
4.DÖ. Toplam doğum sayınızı kaçtır?
5.DÖ. Yaşayan çocuk sayısını kaçtır?
6.DÖ. Gebeliğinizi istemediğiniz için kürtaj oldunuz mu? Eğer olduysanız sayısı kaçtır?
7.DÖ. Bebeğinizde herhangi bir anomali varlığı ya da size ait bir sağlık problemi nedeniyle gebeliğinizi sonlandırdığınız oldu mu? Eğer olduysa sayısı kaçtır?
8. DÖ. Kendiliğinden gerçekleşen düşüğünüz oldu mu? Eğer olduysa sayısı kaçtır?

9.SD. Sürekli ilaç kullanmanızı ya da diyet yapmanızı gerektiren doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı?

- a) Hipertansiyon b) Diyabet c) Astım d) Kalp hastalıkları e) Yok f) Diğer.....

1.İBÖ. Hasta olduğunuzda veya sağlığınızla ilgili tavsiye almak istediğinizde genellikle hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?

- a) Aile Sağlığı Merkezi b) Devlet Hastaneleri c) Üniversite Hastaneleri
d) Özel Hastaneler e) Özel Poliklinikler f) Diğer.....



4. SHK. Son 1 yıl içinde jinekolojik bir sorun nedeniyle hiç yatarak tedavi aldınız mı? Aldıysanız sorunuz neydi?

- a) Evet..... b) Hayır

2.SHK. Aile Sağlığı Merkezi’ne en son ne zaman gittiniz?.....gün/ay/yıl önce

2.1.SHK. Aile Sağlığı Merkezi’ne en son gittiğinizde başvuru nedeniniz neydi?

- a) Acil jinekolojik sağlık sorunu b) Akut jinekolojik muayene (ayaktan muayene)
c) Aile planlaması d) Gebelik takibi
e) Doğum sonu takip f) Bebek-çocuk takibi ya da sağlık sorunu
g) Jinekolojik sorun dışında bir sağlık sorunu (grip vb.) h) İlaç yazdırma
i) Aşı, pansuman, kan tahlili, tansiyon ölçümü vb. j) Sağlık raporu
k) Diğer.....

3.SHK. Aile Sağlığı Merkezi'ne en fazla hangi sağlık hizmetini almak için başvurursunuz?

- a) Acil jinekolojik sağlık sorunu
b) Akut jinekolojik muayene (ayaktan muayene)
c) Aile planlaması
d) Gebelik takibi
e) Doğum sonu takip
f) Bebek-çocuk takibi ya da sağlık sorunu
g) Jinekolojik sorun dışında bir sağlık sorunu (grip vb.)
h) İlaç yazdırma
i) Aşı, pansuman, kan tahlili, tansiyon ölçümü vb.)
j) Sağlık raporu
k) Hiç başvurmam
l) Diğer.....

2.KÖ. Bağlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi'nde jinekolojik sorun ya da kadın sağlığı ile ilgili hangi hizmetler veriliyor? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.

- a) Herhangi bir jinekolojik problem
b) Jinekolojik sorunu olmaksızın rutin jinekolojik sağlık kontrolü
c) Aile planlaması ile ilgili bilgi
d) Jinekolojik sağlık sorunlarına yönelik takip
e) Aile planlaması yöntem temini
f) Gebe izlemi
g) Lohusa izlemi
h) Vitamin ve mineral destekleri (demir, folik asit...)
i) Psikolojik problemler
j) Diğer.....
k) Hepsisi

3.KÖ. Siz Aile Sağlığı Merkezi'nde bu hizmetler dışında hangi sağlık hizmetlerinin verilmesini isterdiniz?

.....

5.SHK. Son 1 yıl içinde herhangi bir sağlık sorununuz olmadığı halde bağlı olduğunuz aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız tarafından 15-49 yaş izlemi için (jinekolojik bir şikâyet, aile planlaması, gebelik takibi, doğum sonu takip, kadın sağlığı ile ilgili konularda bilgi almak gibi) çağırıldınız mı? Çağırıldıktan sonra gittiniz mi veya çağırılmadan gittiğiniz oldu mu? Ya da sadece aranarak size ait bir bilgi (boy, kilo v.b.) soruldu mu?

- a) Evet, çağırıldım ve gittim (Kaç kez gittiniz?.....)
b) Evet, çağırıldım ama gitmedim
c) Hayır, çağırılmadım ve gitmedim
d) Çağırılmadan kendim gittim (Kaç kez gittiniz?.....)
e) Aradılar ve benimle ilgili bilgiler sordular

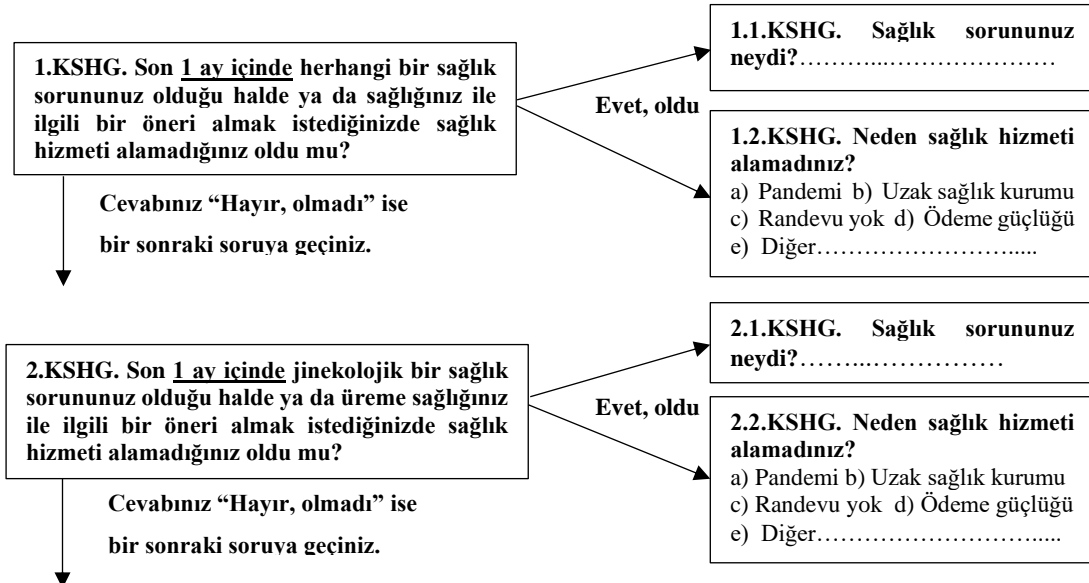
5.1.SHK. Eğer cevabınız "e" şıkkı ise size ait hangi bilgileri sordular?.....

1.KÖ. 15-49 yaş izlemine gittiyseniz size hangi uygulamalar yapıldı?

- a) Tansiyon, nabız, ateş vb. ölçümlerin yapılması
b) Boy ölçümünüz
c) Kilo ölçümünüz
d) Fizik muayenesi (EKG, varis muayenesi, KKMM)
e) Kan tahlili
f) İdrar tahlili
g) İsteddiğiniz ya da ihtiyaç duyduğunuz konularda (beslenme, aile planlaması, evlilik öncesi, gebelik öncesi, menopoz, ergen sağlığı, genel menstrual ve hijyen) bilgi alınması
h) Diğer.....

6.SHK. Aşağıdaki kanser taramalarından hangileri şu ana kadar kaç kez ve ne kadar zaman önce yapıldı?

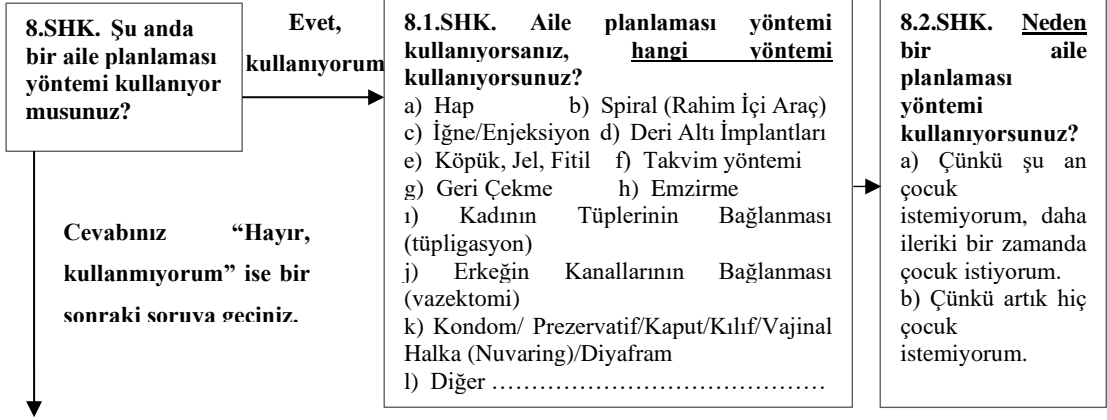
- a) Doktor tarafından meme muayenesi.....kez, en son.....ay/yıl önce.
b) Mamografi/USG.....kez, en son.....ay/yıl önce.
c) Jinekolojik muayene.....kez, en son.....ay/yıl önce.
d) PAP Smear/HPV DNA testi.....kez, en son.....ay/yıl önce.
e) Diğer.....kez, en son.....ay/yıl önce.
f) Hiç yapılmadı.



DAHA ÖNCE GEBELİK DURUMU OLMAYANLAR TABLODAKİ “7.SHK” SORULARINI GEÇİNİZ.

7.SHK. Tabloda son ve bir önceki gebeliğiniz için Tetanoz aşısının yapıp yapılmadığını ve Demir, Folik Asit ve D vitamini kullanıp kullanmadığınızı sorgulayan sorular vardır. “Evet” ve “Hayır” olarak cevaplarınızı belirtiniz.	7.1.SHK. Son Gebelikte		7.2.SHK. Sondan Önceki Gebelikte	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
a) Tetanoz aşısı yapıldı mı?				
b) Demir kullandınız mı?				
c) Folik asit kullandınız mı?				
d) D vitamini kullandınız mı?				

CİNSEL HAYATI AKTİF OLAN BİREYLER AŞAĞIDAKİ AİLE PLANLAMASI İLE İLGİLİ SORULARI YANITLAYINIZ. AKTİF OLMAYANLAR BİR SONRAKİ SAYFAYA GEÇİNİZ.



Gebe

3.KSHG. Eğer şu anda gebe iseniz, gebeliğiniz ile ilgili verilen seçeneklerden size uygun olan hangisidir?

a) Daha fazla çocuk istemediğim halde gebe kaldım. Gebeliğim plansız gerçekleşti.
b) Gebeliği daha ilerideki bir zamanda istemişim. Gebeliğim plansız gerçekleşti.
c) İsteyerek gebe kaldım. Gebeliğim tam istediğim zamanda gerçekleşti.

Lohusalık/doğum sonu dönem

4.KSHG. Eğer şu anda lohusalık/doğum sonu döneminde iseniz, son doğumunuzla ilgili verilen seçeneklerden size uygun olan hangisidir? (Adet görmüyor ise doğumdan sonraki ilk altı aya kadar doğum sonu dönem kabul ediniz).

a) Daha fazla çocuk istemediğim halde doğum yaptım. Son doğumum plansız gerçekleşti.
b) Son doğumumu daha ilerideki bir zamanda istemişim, plansız gerçekleşti.
c) İsteyerek gebe kaldım ve doğum yaptım. Son doğumum tam istediğim zamanda gerçekleşti.

5.KSHG. Gelecekte başka çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?

a) Evet, istiyorum.
b) Hayır, kesinlikle istemiyorum.
c) Gebe kalmam mümkün değil (eşi veya kendisi kısır)
d) Bilmiyorum, kararsızım.

Evet, istiyorum → **6.KSHG. Şu andan itibaren ne kadar zaman sonra çocuk sahibi olmak istersiniz?**

a) Hemen
b)ay sonra
c)yıl sonra

7. KSHG. “Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi” tablosu araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Bir sonraki tabloda yer alan soruları yanıtlayınız.

Karşılanmayan Aile Planlaması Gereksinimi	
VAR (.....)	YOK (.....)
(.....) Doğurganlığına ara vermede karşılanmayan gereksinim	(.....) Aile planlaması yöntemi kullanıyor
(.....) Doğurganlığına son vermede karşılanmayan gereksinim	(.....) Gebe kalmak istiyor
	(.....) Halen gebe
	(.....) Halen lohusa (Laktasyonel amenoreik)
	(.....) Eşi ya da kendisi infertil

Tabloda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri olma, süreklilik ve eşgüdüm özellikleri ile ilgili sorular bulunmaktadır. Size uygun olan cevabı “Evet”, “Bazen”, “Hayır” ve “Fikrim Yok” olarak belirtiniz.	Evet	Bazen	Hayır	Fikrim Yok
2.İBÖ. Bağlı olduğunuz ASM’yi biliyor musunuz?				
3.İBÖ. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?				
4.İBÖ. Aile sağlığı elemanınızı tanıyor musunuz?				
5.İBÖ. Genel bir sağlık kontrolünden geçmek istediğinizde başka bir uzman hekime ya da sağlık kuruluşuna gitmeden önce aile hekiminize gider misiniz?				
6.İBÖ. Yeni bir sağlık sorunuz olduğunda başka bir uzman hekime ya da sağlık kuruluşuna gitmeden önce aile hekiminize gider misiniz?				
7.İBÖ. ASM’ye yürüyerek ulaşım sağlayabiliyor musunuz?				
8.İBÖ. Kayıtlı olduğunuz ASM açık olduğu zamanlarda hastalandığınızda aynı gün içinde aile hekiminize muayene olabiliyor musunuz?				
9.İBÖ. Kayıtlı olduğunuz ASM açık olduğu zamanlarda bir öneriye ihtiyacınız olursa telefonla onlara ulaşip hemen cevap alabiliyor musunuz?				
10.İBÖ. ASM’ye gittiğinizde hizmet almak için uzun süre beklemek zorunda kalıyor musunuz?				
11.İBÖ. İhtiyacınız olduğunda ASM’den tıbbi bakım alabilmeniz zor oluyor mu?				
2.SÖ. ASM’ye gittiğiniz zaman her seferinde aynı aile hekiminden hizmet alabiliyor musunuz?				
3.SÖ. ASM’ye gittiğiniz zaman her seferinde aynı aile sağlığı elemanından hizmet alabiliyor musunuz?				
4.SÖ. Aile hekiminizin söylediklerinizi veya sorularınızı anlıyor mu?				
5.SÖ. Aile hekiminize sorduğunuz sorulara sizin anlayabileceğiniz şekilde cevaplıyor mu?				
6.SÖ. Aile hekiminiz endişeleriniz ve sorunlarınız hakkında konuşabilmeniz için yeterli zaman ayırıyor mu?				
7.SÖ. Aile hekiminiz endişe ve sorunlarınızdan söz ederken kendinizi rahat hissediyor musunuz?				
8.SÖ. Aile hekiminiz evde birlikte yaşadığınız kişileri biliyor mu?				
9.SÖ. Aile hekiminiz geçirdiğiniz hastalıkları ve sizin için en önemli sorunların neler olduğunu biliyor mu?				
10.SÖ. Aile hekiminiz ne işle uğraştığınızı biliyor mu?				
11.SÖ. İhtiyaç duyduğunuz ilaçları elde etmekte veya ödemekte sıkıntı çekseniz aile hekiminiz bunu bilir miydi?				
12.SÖ. Aile hekiminiz kullandığınız ilaçların neler olduğunu bilir mi?				
13.SÖ. Aile hekiminizi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?				
14.SÖ. Ailedeki diğer aile bireyleriyle aynı aile hekimine mi kayıtlısınız?				
15.SÖ. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız tarafından hiç evde ziyaret edildiniz mi?				
1.EÖ. Aile hekiminiz sizin sorunuzla ilgili olarak gidebileceğiniz (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında sizinle görüş alışverişinde bulunuyor mu?				
2.EÖ. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız (hemşire, ebe, sekreter, sağlık memuru) uzman doktordan randevu alabilmeniz için size yardımcı oluyor mu?				
3.EÖ. Aile hekiminiz uzman hekime gönderirken, sizi neden gönderdiği hakkında elinize yazılı bir belge/rapor verir mi?				
4.EÖ. Aile hekiminiz uzman doktordan dönüşte uzmana gittiğinizde neler olduğunu sorar, sizden bilgi alıyor mu?				
5.EÖ. Aile hekiminize gittiğinizde tıbbi kayıtlarınızı (laboratuvar sonuçları vb.) görebiliyor musunuz?				

**DSÖ - Demografik Ve Sosyoekonomik Özellikler

**DÖ - Doğurganlık Özellikleri

**SD - Sağlık Durumu

**SHK - Sağlık Hizmeti Kullanımı

**KSHG - Karşılanmayan Sağlık Hizmeti Gereklinimi

**İBÖ - Birinci Basamağın İlk Başvuru Yeri Olma Özelliği

**SÖ - Birinci Basamağın Süreklilik Özelliği

**KÖ - Birinci Basamağın Kapsayıcılık Özelliği

**EÖ - Birinci Basamağın Eşgüdüm (Koordinasyon) Özelliği

EK AÇIKLAMALAR B.

YASAL İZİNLER

EK B.1. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: E-77192459-050.99-88149
Konu: 2021/747 Nolu Karar

15.12.2021

Sayın Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**TEMEL ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILANMAYAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ GEREKSİNİMİ: KARABÜK İLİ ÖRNEĞİ**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BS4KMZKKJE

<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BS4KMZKKJE&eS=88149>

Belge Doğrulama Adresi :

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

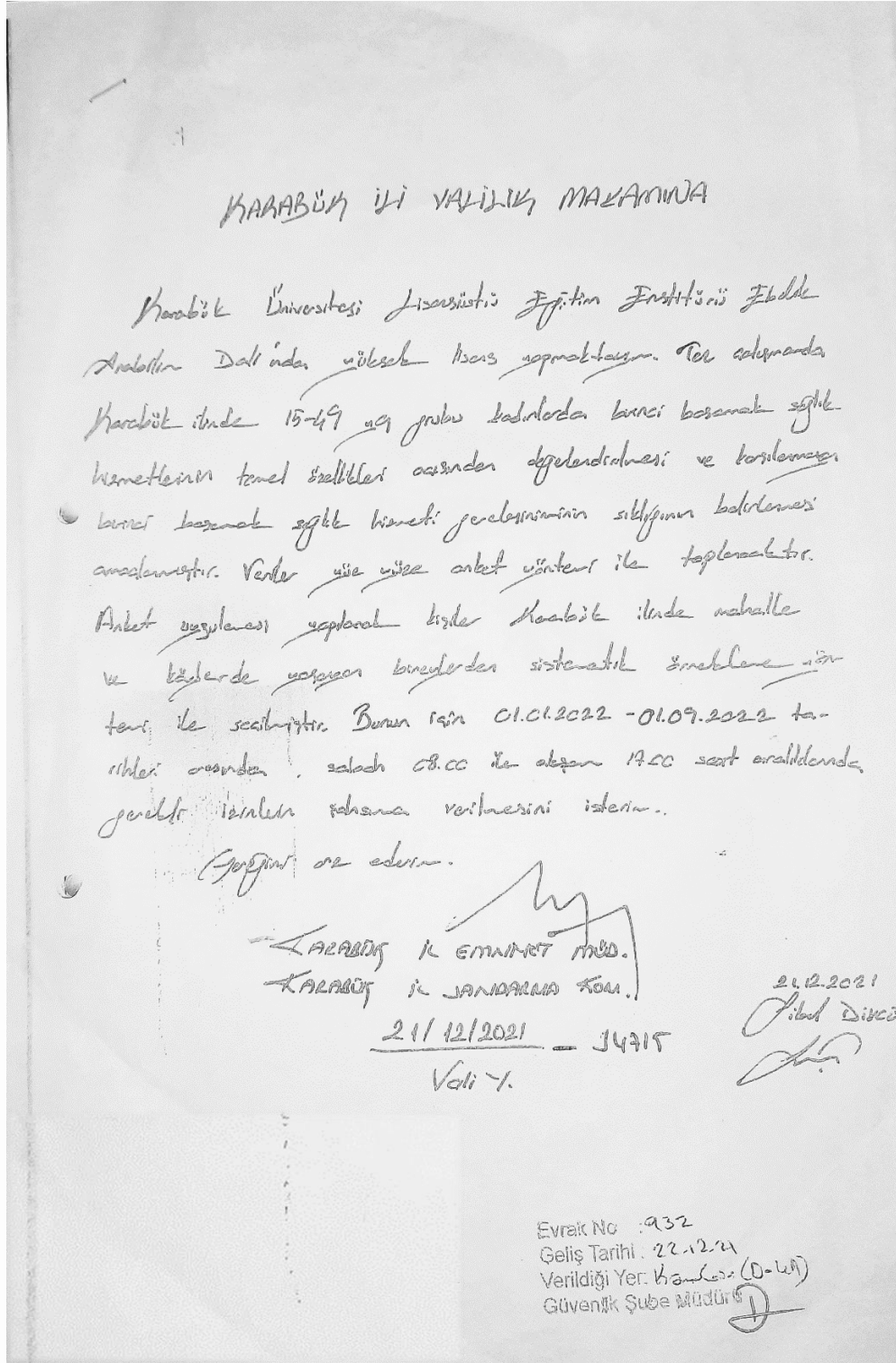
Bilgi için: Songül DOYMUŞ

Telefon: (370) 418 9446 Unvanı: Sürekli İşçi e-Posta: giroletik@karabuk.edu.tr
karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/giroletik> Kep Adresi:



EK B.2. Karabük Valiliği ve Karabük İl Emniyet Müdürlüğü'nden Alınan İzinler



Şekil Ek B.2. Karabük Valilik ve Karabük İl Emniyet Müdürlüğü'nden Alınan İzin

ÖZGEÇMİŞ

Sibel DİKMEN ilk, orta ve lise öğrenimini Bursa ve Çankırı şehirlerinde tamamladı. 2015 yılında Karabük Üniversitesi Ebelik Bölümü'nde öğrenime başlayıp, 2019 yılında mezun oldu. Yıl 2020'de Özel Medikar Hastanesi'nin doğumhane biriminde ebe olarak işe başladı. Aynı zamanda Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans programına da başladı. Bir süre Özel Medikar Hastanesi'nde çalıştıktan sonra 2022 yılında Ankara Lokman Hekim Hastanesi'nde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalıştı. Yüksek lisans eğitimini 2023 yılında tamamladı.