T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜSKÜDAR İLÇESİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI KONULARINDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDAN YARARLANMA DURUMLARI

Dr. YILMAZ YALTI

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2016

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜSKÜDAR İLÇESİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI KONULARINDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDAN YARARLANMA DURUMLARI

Dr. YILMAZ YALTI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. GÜLRU PEMRA ÜNALAN

İSTANBUL 2016

ÖNSÖZ

.

Yılmaz YALTI

Mart- 2016

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınlar, doğurganlıklarıyla insan soyunun sürekliliğini sağlarken, üretkenlikleriyle de yaşam sürecine katkıda bulunurlar. Anne ölümlerinin yüksek, istenmeyen gebeliklerin fazla, CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması, gençlerin cinsel sağlık bilgi düzeylerinin düşük olması gibi sorunların çözülebilmesi için kadınların aile hekimine ulaşabilmesi ve yeterli hizmetin birinci basamak sağlık sunumu ilkelerine uygun olarak veriliyor olması gerekmektedir. Bu nedenle çalışmamızda 15-49 yaş arası kadınlarda üreme sağlığı konularında birinci basamak sağlık kurumlarından yaralanma durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız İstanbul Üsküdar ilçesinde yapılmış olup tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmaya alınacak katılımcı sayısı için örneklem hesabı yapılmış olup, katılımcılar tabakalı örneklem seçimi ile özel hastaneler, birinci basamak sağlık kuruluşları ve sağlık bakanlığına bağlı hastanelerden seçilmiştir. Kurumlardan seçilecek katılımcı sayısının dağılımında ülkemizde sağlık kuruluşlarına başvuru oranları temel alınmıştır. Sağlık kuruşların kendi içinde seçimi yapılırken birbirlerine olan mesafeleri dikkate alınmış olup birbirine yakın kuruluşlar çalışmaya alınmamıştır.

BULGULAR

Katılımcılar birinci basamağı en az kontrasepsiyon hizmetleri için kullanırken, en çok gebelik izlemleri için kullanmıştır. En sık başvuru nedenleri adet gecikmesi, gebelikteki problemler, doğum zamanı ve lohusalık dönemindeki kontroller ve dizüridir. Ancak bundan sonra yapmayı düşündükleri birinci basamak (BB) başvuru nedenleri arasında farklı olarak çocuğunun gelişimini öğrenme isteği bulunmaktadır. Bekarlarda, gençlerde (33.0±9.0), lise altı eğitim düzeyine sahip olanlarda, herhangi bir işte çalışmayanlarda BB kullanım oranları daha düşük bulunmuştur. BB'yi kullanmayı tercih etmeyenlerde en sık kullanmama nedenleri "Aile hekimleri (AH) yeterince bilgi sahibi değil", "uzmanlıkları yok" ve "kadın doğum uzmanı varken AH'ye başvurmam" düşünceleridir

SONUÇ

Bahsedilen önyargılara yönelik bilgilendirilme yapılması, BB kullanımının teşviki, çalışan hekimlere üreme sağlığına yönelik eğitim verilmesi BB kullanımını artırabilir.

Anahtar sözcükler: Birinci Basamak, Üreme Sağlığı, İstanbul, 15-49 Yaş, Kadın

ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIM

The women who are irreplaceable members of society provide continuity of humankind with their fertility while they also contribute to life process with their reproductivity. It is mandatory for women to be able to get access to family physician and also sufficient service be provided according to primary care health service principles in order to solve health problems such as high maternal mortality rates, high unwanted pregnancy numbers, rise in STD/HIV/AIDS rates and low level of reproductive health knowledge of the youth. With this fact taken into consideration we aimed to study the usage of primary care facilities by women between15 to 49 years of age at our research.

MATERIAL AND METHOD

Our study has been carried at Uskudar county and is a descriptive one in nature. Sample size of the number of participants who will be included has been calculated and the participants have been selected with the method of stratified sampling from private hospitals, primary care units and from hospitals affiliated to the ministry of health. Referral rates to health facilities in the country has been used as base in distribution of participants selected from institutions. While similar health institutions were being selected, the distance to each other has been taken into consideration and any close ones have been excluded from the study.

RESULTS

Primary care units were used for antenatal care most and for contraception least. Common reasons of admittance to primary care were delay of menstruation, pregnancy problems, control visits during gestation, post term care, and dysuria. For the future visits to primary care participants also mentioned that child development knowledge and counselling should be one of their admittance reason additionally. Among the single, young (33.0±9.0) highly educated (high school and above), and unemployed participants' usage of primary care services are relatively low. The reasons for not using primary care services are: 'lack of knowledge of family

physicians', 'not having a specialist degree' and 'preferring obstetric and gynaecology specialists in place of family physicians'.

CONCLUSION:

In order to increase usage of primary care services education targeting prejudices, introducing incentives and continuous education on reproductive health for physicians are recommended

Key words: Primary Care, Reproductive Health, Istanbul, 15-49 Age, Women

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i

ÖZET ii

ABSTRACT iv

İÇİNDEKİLER vi

TABLOLAR İNDEKSİ viii

1. GİRİŞ ve AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Üreme Sağlığı Ve Üreme Hakları Kavramları 4

2.1.1. Yaşama hakkı: 5

2.1.2. Özgürlük hakkı: 6

2.1.3. Eşitlik hakkı: 6

2.1.4. Mahremiyet hakkı: 7

2.1.5. Düşünce özgürlüğü hakkı: 7

2.1.6. Bilgilenme ve eğitim hakkı: 8

2.1.7. Evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı: 8

2.1.8. Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı: 8

2.1.9. Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı: 9

2.1.10. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı: 10

2.1.11. Toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı: 10

2.1.12. İşkence ve kötü muameleden özgür olma hakkı: 10

2.2. Dünyada Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi 11

2.2.1. Adolesan ve gençler 13

2.3. Türkiye'de Durum 15
2.4. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları ve Etkileri 20
2.5. Üreme Sağlığı Hizmetleri ve Birinci Basamak 24
3. GEREÇ ve YÖNTEM 30
4. BULGULAR 33
5. TARTIŞMA 48
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 59
7. KAYNAKLAR 61
8. EKLER 67

TABLOLAR İNDEKSİ

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 33

Tablo 2: Katılımcıların genel sağlık durumu göstergeleri 34

Tablo 3: Katılımcıların ASM'yi kullanma durumu ile demografik özellikleri arasındaki karşılaştırmaları 35

Tablo 4: Katılımcıların obstetrik öykü ve özellikleri 36

Tablo 5: Katılımcıların kontrasepsiyon konusunda Aile Hekimini kullanma ve yöntem seçimi davranışları 37

Tablo 6: Katılımcıların gebelikten korunma konularında başvurmuş oldukları sağlık kuruluşlarının dağılımı 38

Tablo 7: Katılımcıların genitoüriner sistemle ilgili konularda aile hekimine başvuru sıklıkları 39

Tablo 8: Katılımcıların doğum ve sonrası dönemdeki konularda başvurmuş oldukları sağlık kuruluşlarının dağılımı 39

Tablo 9: Katılımcıların daha önce aile hekimlerine en sık başvurma nedenleri ile bundan sonra hangi nedenlerle başvurmayı düşünecekleri 40

Tablo 10. Katılımcıların gelecekte "gebelik sırasındaki problemler nedeniyle aile hekimine başvurma" düşüncesi ile diğer özelliklerinin karşılaştırılması 41

Tablo 11. Katılımcıların gelecekte "adet gecikmesi nedeniyle" aile hekimine başvurma düşüncesi ile diğer özelliklerinin karşılaştırılması 42

Tablo 12. Katılımcıların "Doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemler nedeniyle" aile hekimine başvurma düşüncesi ile diğer özelliklerinin karşılaştırılması 43

Tablo 13: Belirtilen üreme sağlığı hizmetlerini almak için aile hekimine başvurmayacağını belirten katılımcıların başvurmama nedenlerinin dağılımı 45

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Üreme sağlığı hizmetleri üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve çözerek üreme sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetler dizisi olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili tanımlayıcı, tedavi edici ve danışmanlık hizmetlerini değil, yaşamı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmeyi amaçlayan cinsel sağlığı da içermektedir (1, 2). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramları, IV. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (1994 Kahire, Mısır) ele alınarak geliştirilmiştir. Konferans çıktısı olarak üreme sağlığının tanımı şu şekilde kabul edilmiştir; "Üreme sağlığı, üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir (2, 3).

Toplumun vazgeçilemez üyesi olan kadınlar, doğurganlıklarıyla insan soyunun sürekliliğini sağlarken, üretkenlikleriyle de yaşam sürecine katkıda bulunurlar. Toplumun sürekliliği için, kadınların sağlıklarının korunmasının, sosyal ve kültürel yapılarının güçlendirilmesinin yaşamsal önemi büyüktür (4). Üreme Sağlığını etkileyen faktörler kadının statüsü ve üreme sağlığı ilişkisi son yılların tartışma konularını oluşturmaktadır. Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmektedir, ancak bunun tersi de doğrudur. Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısıyla ölçüldüğü toplumlarda, doğurganlığını kontrol etme ve sınırlama gücü olmamaktadır. Araştırmalar kadın eğitiminin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda ülkemizin cinsel sağlık/üreme sağlığı açısından öncelikli sorunları arasında olan anne ölümlerinin yüksek olması istenmeyen gebeliklerin fazla olması, CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması, gençlerin CS/ÜS bilgi düzeylerinin düşük olması gibi sorunlar tespit edilmektedir. Bu nedenle Türkiye'de de bu sorunlarla baş edebilmek için; aile hekiminin ulaşılabilir olması ve

yeterli hizmetin birinci basamak sağlık sunumu ilkelerine uygun olarak veriliyor olması gereklidir.

Birinci basamak, sağlık sistemi içinde en geniş ve kapsamlı hizmetin sunulduğu alandır. *Birinci basamak hizmet sunucuları tarafından sağlanan Birinci Basamak hizmetlerinin kapsamlılığını belirleyen, dört temel alan şunlardır*:(5)

1) Tüm akut sağlık sorunları için ilk temas noktası olarak hizmet verilmesi;

2) Küçük cerrahi veya tetkik amaçlı girişimler gibi işlemlerin ne ölçüde yapılabildiği;

3) Akut veya kronik sorunları olan bireylerde hastalık yönetimi;

4) Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminin ne ölçüde verilebildiği

Kringos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamağın (BB)sağlık hizmetinde ilk temas noktası olarak en çok, kapı tutuculuk işlevinin aile hekimi tarafından yerine getirildiği Avrupa ülkelerinde işlev gördüğü gösterilmiştir. Aynı çalışmada BB hemşirelerinin tıbbi teknik işlemleri ancak sınırlı sayıda ülkede uygulayabildikleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise çalışmaya katılan ülkelerin çoğunda aile hekimleri de dahil olmak üzere çok geniş bir hizmet sunucu grubu tarafından verildiği ortaya konmuştur. Bu çalışmada Türkiye'nin BB'da hizmet kapsamlılığı anlamında çoğu ülkenin gerisinde olduğu görülmüştür (6, 7). Ancak bu değişim süreci nitelikli hizmet sunumu ve koordinasyonu, insan kaynak kullanımı, ulaşılabilirlik, süreklilik ve kapsamlılık anlamında Birinci Basamak yönelimli görünmemektedir. Birinci basamakta iş gücü niteliğini artıracak ve hizmet kalitesini yükseltecek evrensel aile hekimliği ilkeleri ve görev tanımı ile uyumlu uygulamaların çoğaltılmasına ihtiyaç vardır (8, 9).

Üreme Sağlığına yönelik hizmetlerin toplum tabanlı olarak sunulabilmesi için ikinci basamak, hatta üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmesi gerekirse de birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında mutlaka ele alınması gerekmektedir (10). Bugün gelinen noktada; tüm ülkelerin, uygun yaştaki bireylere en kısa sürede, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamında ele alınmak koşuluyla, çok geniş bir hizmet alanı olarak "Üreme Sağlığı Hizmetleri"ni ulaşılabilir kılmaları önerilmektedir (11-13). Birinci Basamak sağlık hizmet sunumunda iyileştirici düzenlemelerin yapılması ile eş zamanlı olarak bu hizmetlerin BB'tan istenmesi yönündeki talep de artacaktır. Bu nedenle üreme sağlığı hizmetlerinin hangi sağlık

kuruluşundan talep edildiği, talepler içinde BB sağlık kuruluşları ve özellikle ASM'ler ve Aile Hekimlerinin yeri ve bu hizmetlerin birinci basamaktan talep edilmesinin önündeki engelleri belirlemek amacıyla aşağıdaki çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı Ve Üreme Hakları Kavramları

1994 Kahire Konferansında Üreme Sağlığı kavramının tanımlanmasının ardından bu konferansın sonuçları 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması, kız çocuklar, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur. Eylem Programı'nda ayrıca, aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan "Üreme Sağlığı" içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur (14).

Eylem Programı'nda ayrıca, aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan "Üreme Sağlığı" içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) "üreme sağlığı" tanımından da anlaşılabileceği gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu bir kez daha önemle vurgulanmaktadır. DSÖ, bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adolesanların ve kadınların sağlığını geliştirici-destekleyici programları gündeme getirmektedir (15, 16).

Bu toplantı sonrasında, Dünya Sağlık Örgütü ve konu ile ilgili pek çok uluslararası kuruluş tarafından cinsellik tanımı tekrar irdelenerek yeni yaklaşımlar tanıma eklenmiştir: "Cinsellik, insan yaşamının merkezinde yer alan öğelerden

biridir ve seksi, toplumsal cinsiyet kimliklerini ve rollerini, cinsel yönelimi, erotizmi, zevki, yakınlığı ve üremeyi kapsar. Cinsellik, düşüncelerde, fantezilerde, arzularda, inançlarda, tutumlarda, değerlerde, davranışlarda, uygulamalarda, kimlik ve ilişkilerde yaşanır ve ifade edilir. Cinsellik bu boyutların hepsini içerse de bunların hepsi yaşanmaz veya ifade edilmez. Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, siyasi, kültürel, hukuki, tarihsel, dini ve ruhsal etkenlerin etkileşiminden etkilenir.

Kahire konferansında ele alınan kavramlardan biri de "Üreme hakları" olmuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet ve baskı ve ayırımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adolesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır. Kadınların gebelik dönemlerini ve doğumlarını güvenli koşullarda gerçekleştirmelerini sağlayacak uygun sağlık hizmetlerinden yararlanabilme hakkı da üreme hakları arasında yer almaktadır. Günümüzde üreme sağlığı alanında (cinsel sağlık ve aile planlamasını da içine alacak şekilde) hükümetlerin ve toplum katılımlı politika ve programların, "herkes için" bu haklar temelinde olması önerilmektedir.

Uluslararası kabul edilen ÜREME HAKLARI aşağıda listelenmiştir .

2.1.1. Yaşama hakkı:

Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye atılmamalıdır. Bu hak, önlenebilecek ölümlere özellikle de çok erken(18 yaş altı), çok geç(35 yaş üzeri), çok sık aralarla(bir yıldan az) ya da çok fazla sayıda(beş ve daha üzeri) olduğu için yüksek risk taşıyan gebeliklerde risk etkenlerinin azaltılmasına ilişkindir. Hiçbir çocuğun yaşamı, özellikle cinsiyeti yüzünden tehlikeye atılamaz.

Hiç kimsenin yaşamı sağlık hizmetlerine, cinsel sağlık ya da üreme sağlığı hizmetlerine ya da bilgi ve danışmanlığa ulaşamama nedeniyle tehlike altında

kalmamalıdır. Genç kızlar yaşamlarını tehlikeye atan gebeliklerden korunma hakkına sahiptir.

Tüm kız bebeklerin, öldürülme (infanticide) riskinden korunma hakkı vardır.

2.1.2. Özgürlük hakkı:

Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir. Tüm bireyler üreme ve cinsel sağlıkları konusunda, tam, özgür ve bilinçli rızaları dışındaki tüm tıbbi müdahalelerden korunma hakkına sahiptir.

Tüm kadınlar, cinsel organlarının sakatlanmasına yönelik her tür müdahaleden korunma hakkına sahiptir.

Tüm bireyler cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse başka bir kişi tarafından (eşi dahil) cinsel ilişki için zorlanamaz.

Tüm bireyler, cinsel isteklerini önleyen ya da cinsel yaşamlarını zorlaştıran korku, utanç, suçluluk duygusu ve yanlış inançların empoze edilmesinden ya da diğer ruhsal etkenlerden korunma hakkına sahiptir.

Tüm bireyler, kendi istemleri dışında zorla gebe bırakılmaya, kısırlığa ve gebeliğin sonlandırılmasına (düşük) karşı korunma hakkına sahiptir. Genç insanlar başkalarının haklarına saygı göstererek, cinsel ve üreme yaşamlarından hoşlanma ve kontrol etme hakkına sahiptir.

2.1.3. Eşitlik hakkı:

Hiç kimse, cinsel ve üreme yaşamında, sağlık bakımı ya da sağlık hizmetlerinden yararlanmada ırk, renk, cinsiyet ya da cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, varlık, doğum ya da diğer bir konum nedeniyle, ayrımcılığa tabi tutulamaz. Tüm bireyler; ırk, renk, yoksulluk, cinsiyet, cinsel tercih, medeni durum, aile konumu, yaş, dil, din, siyasi ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, zenginlik, doğum ya da diğer konumları ne olursa olsun, üreme sağlığı, cinsel sağlık ve haklarına ilişkin bilgi, danışmanlık hizmetlerini de kapsayan sağlık ve refahlarını güvence altına alacak bilgi ve eğitime ulaşmakta eşit haklara sahiptir.

Tüm kadınlar ve kız çocuklar, yaşamları süresince uygun beslenme ve bakım hakkına, geleneksel, önyargılı, cinsiyetlerden birinin diğerinden üstün olduğu görüşünden, ya da geleneksel erkek-erkek rollerine dayalı ve ayrımcılıkla sonuçlanan

diğer uygulamalardan özgür olma hakkına sahiptir. Hiçbir kadın, başka bir kişinin olurunun gerektiği öne sürülerek, gelişimi ya da cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarıyla ilgili olan ve doğurganlığı düzenleme hizmetlerini de kapsayan eğitim, bilgi ve/veya hizmetlerden mahrum bırakılamaz. Hiç kimse, belli gruplar arasında ayrımcılık etkisi yapan herhangi bir cinsel sağlık ve üreme sağlığı programına tabi tutulamaz.

Tüm bireyler; ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyası ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, doğum ya da diğer konumlar nedeniyle uygulanacak her tür şiddetten korunma hakkına sahiptir.

Hiçbir kadın, sosyal, yaşamda ev işlerinde ya da iş çevresinde gebelik ya da analık nedeniyle ayrımcılığa uğratılamaz.

Hiç kimseye karşı yaşamı boyunca, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, hakları ve gereksinimlerine ilişkin bilgi, bakım ve hizmetlerden yararlanmada, cinsiyet, yaş, cinsel tercih ya da zihinsel ya da fiziksel yetersizlik nedeniyle ayırımcılık yapılamaz.

2.1.4. Mahremiyet hakkı:

Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır. Tüm kadınların, gebeliğin güvenli sonlandırılması (düşük) de dahil olmak üzere, üremeyle ilgili seçimler yapma hakkı vardır. Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygılı olmak şartıyla, yargılanmak, özgürlüğüne karşı çıkmak ya da sosyal müdahaleye maruz kalmak korkusu olmaksızın, güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşam için, cinsel tercihini ifade etme hakkına sahiptir. Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri bireylere ve çiftlere, özellikle de gençlere, mahremiyet ve gizlilik haklarına sadık kalarak ulaştırılmalıdır.

2.1.5. Düşünce özgürlüğü hakkı:

Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğüne sahiptir. Tüm bireyler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında eğitim ile bilgiye ulaşmada düşünce, vicdan ve inanç nedeniyle herhangi bir kısıtlamaya karşı korunma hakkına sahiptir. Profesyonel sağlık personeli, doğum kontrolü ve gebeliği sonlandırma (düşük) hizmetini sunmayı bilinçli olarak reddetme hakkına ancak hizmete başvuranı, bu hizmeti hemen sunmayı isteyen bir başka profesyonele

sevk etme koşuluyla sahiptir. Hayati risk taşıyan acil durumlarda böyle bir hak yoktur. Tüm bireylerin; cinsel sağlık, üreme sağlığı hizmetleri ve diğer konulardaki düşünce özgürlüğünün kısıtlanması amacı ile dini metinlerin, inançların, felsefi görüşlerin ya da geleneklerin sınırlı bir biçimde yorumlanmasından özgür olma hakkı vardır.

2.1.6. Bilgilenme ve eğitim hakkı:

Tüm bireylerin, cinsel sağlık, üreme sağlığı, hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargıdan uzak, yansız ve çoğulcu bir şekilde sunulan eğitime ve doğru bilgiye ulaşma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamlarına ilişkin kararlarını tam, özgür ve bilinçli karar vermelerini sağlayacak yeterli eğitim ve bilgiyi edinme hakkına sahiptir.

Tüm bireyler, doğurganlığı düzenleyen bütün yöntemlerin ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin görece yararları, riskleri ve etkililiği konularında tam bilgi edinme hakkına sahiptir.

2.1.7. Evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı:

Tüm bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse hiç bir nedenle zorla evlendirilemez. Evlenme veya beraber yaşama kararı özgürce alınmalıdır. Kısır olanlar ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle doğurganlığı aksamış olanlar da dahil olmak üzere tüm bireyler, üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.

2.1.8. Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı:

Tüm kadınların, üreme sağlığının korunması, güvenli anneliğin sağlanması ve 9 gebeliğinin güvenli sonlandırılması (düşük) için gereken ve tüm kullanıcılar için ulaşılabilir, kabul edilebilir, kullanışlı ve ödeyebilecekleri bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşma hakkı vardır.

Tüm bireyler güvenli, etkili ve kabul edilebilir doğurganlığı düzenleme yöntemlerinden olabildiğince çoğuna ulaşabilme hakkına sahiptir.

Tüm bireyler, istenmeyen gebeliklerden korunma yöntemleri içinden kendileri için güvenli ve kabul edilebilir olanı özgürce seçmek ve kullanmak hakkına sahiptir. Çocuk sayısına karar verme kararı özgürce ve sorumlulukla alınmalıdır.

2.1.9. Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı:

Tüm bireyler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil, bütün bakım hizmetlerinde ulaşılabilecek en yüksek nitelikte hizmet alma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu hizmet, gebeliğin güvenli sonlandırılması (düşük) dahil, doğurganlığı düzenleyen tüm yöntemler ile kısırlığın ve AIDS de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanısı ve tedavisini de içerir.

Tüm bireyler, özellikle de kadınlar ve kız çocukları, sağlığa zarar veren geleneksel uygulamalardan korunma hakkına sahiptir.

Tüm kadınlar yansız olarak sunulan bilgilere dayanarak kendi kararlarını vermelerini sağlayacak kısırlık ve gebelik danışmanlığı alma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, ilk basamak sağlık bakımının bir parçası olarak cinsel ve üreme sağlığına ilişkin bakım hakkına sahiptir. Bu içerikteki hizmetler kapsamlı, parasal ve coğrafi açıdan ulaşılabilir, özel mahremiyete ve bireyin onuruna ve rahat olmasına saygılıdır.

Tüm kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım ve gebelik ile emzirme sırasında yeterli beslenme hakkına sahiptir.

Tüm bireyler çalışma koşullarında sağlığının korunması ve güvenliğinin sağlanması hakkına sahiptir; buna üreme fonksiyonunun korunması da dahildir. Tüm çalışan anneler, ücretli ya da yeterli sosyal güvenlik hakları sağlanmış doğum izni hakkına sahiptir.[16]

Her birey, aşağıdaki hakları kapsayan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini alma hakkına sahiptir.

Bilgilenme: Aile planlamasının yararları ve hizmetlerin varlığı konusunda bilgilenme.

Ulaşabilme: Cinsiyet, ırk, renk, medeni durum, yerleşim yeri farkı gözetilmeksizin hizmetten yararlanma.

Seçme: Aile planlamasına ve hangi yöntemi uygulayacağına karar vermede özgür ve bilinçli seçim.

Güven Duyma: Etkin ve güvenli aile planlaması yöntemi uygulayabilme.

Mahremiyet: Danışmanlık ve hizmet sunumunda mahremiyet sağlayan ortam.

Gizlilik: Kişisel bilgilerin gizliliğinden emin olma.

Onurun Korunması: Hizmet sunumunda saygı ve ilgi görme.

Rahatlık: Hizmetleri alırken kendini rahat hissetme. Hizmette Süreklilik: Aile planlaması hizmet ve araçlarının gereksinim duyulduğu sürece alabilme.

Görüş Bildirme: Sunulan hizmet hakkında görüş bildirme

2.1.10. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı:

Tüm bireyler, kısırlık, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını (düşük) da kapsayan konularda üreme sağlığı teknolojisinden yararlanma hakkına sahiptir.

Tüm bireylerin, üreme sağlığıyla ilgili teknolojinin sağlık ve iyilik hali üzerinde olabilecek herhangi bir olumsuz etkisi konusunda bilgi alma hakkı vardır. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti alan tüm müracaatçılar, üremeyle ilgili güvenli ve kabul edilebilir her türlü teknolojik yöntemlerden yararlanma hakkına sahiptir.

2.1.11. Toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı:

Tüm bireyler toplanarak cinsel sağlık, üreme sağlığı ve haklarını savunma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, cinsel ve üreme sağlığının savunulması amacıyla birlik oluşturma hakkına sahiptir. Tüm bireyler, cinsel sağlık, üreme sağlığı haklarına öncelik tanınması için hükümetleri etkileme yollarını arama hakkına sahiptir.

2.1.12. İşkence ve kötü muameleden özgür olma hakkı:

Tüm çocuklar, her türlü sömürüden, özellikle cinsel sömürüden, çocuk fahişeliğinden ve her tür cinsel istismar, taciz ve saldırıdan, yasa dışı cinsel etkinliklere, fahişelik ya da diğer yasa dışı cinsel sömürü uygulamalarına katılmaktan ve pornografik gösteri ya da yayınlar için sömürüden korunma hakkına sahiptir.

Hiç kimse, kendi tam, özgür ve bilinçli oluru alınmaksızın, cinsellik veya doğurganlığı düzenleme yöntemleriyle ilgili tıbbi araştırmalar ya da deneylerde kullanılamaz.

Tüm kadınlar, kadın ticaretinden ya da fuhuş için sömürülmekten korunma hakkına sahiptir.

Her vatandaş, kadın ya da erkek silahlı çatışmalarda, cinsellikleri ya da üremeleriyle ilgili aşağılayıcı davranışlardan ve şiddetten korunma hakkına sahiptir.

Tüm bireyler, tecavüz, cinsel saldırı, cinsel istismar ve cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir.

Tanımından da anlaşılabileceği gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu bir kez daha önemle vurgulanmaktadır. DSÖ, bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adolesanların ve kadınların sağlığını geliştirici-destekleyici programları gündeme getirmektedir (17).

Üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamında: Sorumlu üreme ve cinsel davranış; sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme -eğitim- iletişim; yaygın aile planlaması hizmetleri; aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık; etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme; genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesi ve AIDS ile mücadele; infertilitenin önlenmesi ve tedavisi; güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması; üreme organları malignensilerinin önlenmesi ve tedavisi; beslenme; bebek ve çocuk sağlığı; adolesan sağlığı ve cinselliği; sağlıklı yaşam biçimi; çevresel faktörlerin düzenlenmesi; sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi konularının tamamı yer alır (18).

Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Adolesan dönem, doğurganlıkla ilgili olayların en yoğun yaşandığı üreme dönemi, postmenopozal ve yaşlılık dönemlerinin kendine özgü sorunları mevcuttur ve hizmetlerin bu sorunlara paralel düzenlenmesi gerekmektedir.

2.2. Dünyada Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi

Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünya 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna odaklanmaya başlamıştı. 1970'lerde demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise, artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştı. Günümüzde dünya çapında, yoksulluğun

giderek yaygınlaşması ve süreklilik kazanması, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, aşırı nüfus artışı, çevresel kirlenme gibi temel sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar bütün ülkeleri ilgilendiren ortak sorunlar olarak ortaya çıkmakta ve nüfus konusuna yönelik uluslararası işbirliğinin artırılması konusunda ortak bir görüş giderek yaygınlık kazanmaktaydı.

Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları incelendiğinde Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4000 kadarı gelişmiş ülkelerde, geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Son 20 yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, hala her yıl 10.5 milyon bebek ölümü olmakta, bunların da büyük bir çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir(10). 1980 yılında yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması; kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını %60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam şansını ise %50 azalttığını ortaya koymuştur. 20 yaşından küçük annelerden doğan bebeklerin ilk ay içinde ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki annelerden doğanlara göre, yüzde 24 daha fazladır.

Dünyada 40-60 milyon; başka bir deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir ve çok sayıda gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır. Anne ölümlerinin 1/4 - 1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır. Dünya nüfusunun yüzde 25'i (52 ülke) oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu arttırmaktadır. Bununla birlikte, sadece istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için değil, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine bugün dünyada 300 milyon çift ulaşamamaktadır (19).

Ayrıca, günümüzde cinsel yolla bulaşan bakteriyel ve viral enfeksiyonlar epidemi düzeyine ulaşmıştır. AIDS pandemisi yaş, cinsiyet, sosyal durum ve cinsel davranış özelliği gözetmeden milyonlarca insanı etkilemektedir. 1990 yılında DSÖ tahminlerine göre 100 milyon kişi HIV ile enfektedir (17). Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan gonore, sifiliz ve şankroid gibi venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde azalırken, tespit ve tedavisi daha zor olan klamidya, herpes virus,

papillomavirus ve HIV gibi yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır. Hızla artan adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri de özel dikkat gerektirmektedir.

Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (20).

Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. İnfertilite prevalansının büyük kısmını sonradan gelişen(sekonder) infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni; cinsel yolla bulaşan hastalıklara, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır. İnfertilite tedavisinde son yıllarda büyük gelişmeler olmasına rağmen, bunun etik, moral ve yasal yönü konusundaki tartışmalar halen devem etmektedir.

Üreme sağlığı kavramı, hem kadının hem de erkeğin gereksinimlerini içermektedir. Kadınların olduğu kadar erkeklerin de toplumlardaki statü ve rolleri üreme sağlığında önemlidir

2.2.1. Adolesan ve gençler

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı tanımları ile üreme hakları ve cinsel haklar kavramları 20. Yüzyılın sonlarına doğru yeniden gözden geçirilmesi sırasında "adolesan ve gençler" cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından önemli hedef gruplar arasında yer almıştır. Bütün bu gelişmeler, uluslararası ve ulusal boyutlarda gençlerin üreme ve cinsel sağlık çalışmalarına farklı bir ivme katmıştır (20).

Adolesan ve genç tanımları için farklı alanların kitaplarında farklı yaş grupları tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, adolesan ve genç tanımlarını standardize ederek karşılaştırma yapabilmeyi önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 10-19 yaş grubunu "adolesan dönem" (ergenlik dönemi), 15-24 yaş grubunu "gençlik dönemi" olarak tanımlamaktadır; adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaş gruplarının kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu "genç insanlar" olarak

değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım ile genel olarak adolesan ve gençlere yönelik yaklaşımların birleştirilmesini önermektedir

Gençlik döneminde olan bir bireyin, fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişme sürecinde çocukluk döneminden beri alışılageldiği beden yapısında önemli değişimler oluşur. Gençlerin bir kısmı bu değişimleri kolaylıkla kabul ederken, bazıları ise kabul etmekte zorlanmaktadırlar. Erkek ve kız çocukların beden yapılarında cinsiyete özgü değişimleri, genç, sahip olduğu sosyal örüntüye göre, farklı olarak algılayabilmektedir. Gençlerin bedensel yapıdaki değişimlerin kabulünü etkileyen pek çok bireysel ve toplumsal etmen bulunmaktadır. Gencin yaşı, öğrenim durumu, farklı kültürel etkinliklere katılma durumu, gencin sahip olduğu iletişim araçları, arkadaş çevresi, ailenin sosyal yapısı, yaşanılan bölgenin sosyal örüntüsü, medyanın yaklaşımı, ülkenin gençlere yönelik politikaları ve sunduğu hizmetler gibi mikro düzeyden makro düzeye kadar pek çok etmen gençlerin değişime gösterdikleri tepkileri etkilemektedir.

Bu değişimi etkileyen en önemli etmenler arasında gençlere yönelik gelişim süreci ile ilgili "bilgilendirme" hizmetleri yer almaktadır. Üreme ve cinsel sağlık konularında bilgilendirme, aslında aile içinde erken çocukluk döneminin içinde 3-4 yaş civarında "cinsiyet" kavramının öğretilmesi ile başlamaktadır. Fizyolojik olarak kadın ve erkek arasındaki farkın öğretilmesinin yanı sıra "toplumsal cinsiyet" rollerinin temelleri de ailede atılmaktadır. Çocuğun okul öncesi öğretim kurumlarına devamı ile eğitimcilere "toplumsal cinsiyet" ve "cinsel sağlık ve üreme sağlığı" kavramlarının oluşturulmasında pek çok sorumluluk düşmektedir. Erken ergenlik döneminde fiziksel ve cinsel büyüme ile gelişme sürecine ilişkin bilgilendirmenin yapılması gerekmektedir. Yine öğretim kurumlarına bu konuda büyük sorumluluk düşmektedir. Öğretim kurumlarının yanı sıra çocukluk döneminde büyüme ve gelişmenin izlemesinde önemli sorumluluğu olan sağlık sektörünün ergenlik dönemdeki değişimler hakkında gencin bilgilendirmesinde de sorumluluğu bulunmaktadır. Eğitim ve sağlık çalışanları tarafından yapılan bilgilendirme, gençlerin ergenlik döneminde bedensel ve cinsel gelişimleri daha kolaylıkla kabul etmelerini sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık izlemeleri sırasında yapılan bilgilendirme ve danışmanlık, gençlerin, bedenlerinde olan değişimlerin "normal" olup olmadığı

konusunda karar vermelerini, normal gelişim sürecinde olan gelişim süreci hakkında "endişe" duymamalarını sağlayacaktır (20).

DSÖ üreme sağlığı programlarının hedefleri olarak; bireylerin, sağlıklı, eşit ve sorumlu ilişkiler ve cinsellik ve sağlıklı cinsel gelişme ve olgunlaşma için kapasitelerini geliştirebilmelerinin, bireylerin üreme ile ilgili kararlarını (çocuk sayısı ve çocuklarının zamanlamasını) güvenli ve sağlıklı bir şekilde uygulayabilmelerinin sağlanmasını belirtmektedir. Ayrıca; bireylerin, cinsellik ve üremeye bağlı hastalık ve sakatlıklardan korunma ve ihtiyaç duyduğunda uygun danışmanlık, bakım ve rehabilitasyon alabilmelerinin sağlanmasını hedefleri içinde belirtmektedir.

2.3. Türkiye'de Durum

Ülkemizde durum Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuş ve Cumhuriyetin kuruluşundan sonra da yeni bir statü kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla birlikte önemle üzerinde durulan konulardan biri de ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmuştur. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi görevi Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

Ülkemizde ana çocuk sağlığı sorunu, özellikle 1950 yılından sonra aşırı doğurganlığın ve güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşüklerin artması ve anne ölümlerine neden olması biçiminde ortaya çıkmıştır. 1952 yılında yapılan çalışmalarla ele alınan bu sorunun çözümü için Bakanlık bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların yardımı ile 1953'de Ankara'da Ana Çocuk Sağlığı Tekamül Merkezi kurulmuştur. 1963 yılında bağımsız bir müdürlük olan bu birim, 1965 yılında çıkarılan 665 Sayılı Kanun ile kuruluşunu tamamlamış ve yine bu kanunla ana çocuk sağlığını korumak için planlı ve programlı çalışmayı düzenlemek, gerek gebeliklerinin devamı süresince ve gerekse doğumdan sonra ana ve çocuk sağlığını takip etmek görevi, Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü'ne verilmiştir.

Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulmasıyla birlikte, 1960'lı yıllarda aşırı doğurganlık sorunun çözümlenmesi ele alınmış ve antenatal nüfus politikası uygulanmaya başlanmıştır. Bunu takiben 1965yılında 557 Sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" çıkarılmış ve aile planlaması (AP) hizmetlerini yürütmek üzere Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Antinatalist politikaların izlenmesiyle birlikte Türkiye 1960'larda nüfus planlaması kavramı ile tanışmıştır. Ardından, nüfus planlamasının bir aracı olarak doğum kontrolu ve aile planlaması kavramlarına kadın sağlığı kavramı da eklenmistir.

Ana ve Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ile Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü 27/02/1982 tarih ve 814334 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi ile birleştirilerek "Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü" adını almıştır. Genel Müdürlüğün adı 1983'de "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü" olmuştur.

2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun 1983'de yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun ile gönüllü cerrahi sterilizasyon ve gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı gebeliğin sona erdirilmesi yasal hale getirilmiştir.

Özellikle 1990'lı yılarda kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı uluslararası platformlarda gerçekleştirilen konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de değişmiştir. Ülkemizde üreme sağlığı ve aile planlaması konuları doğurganlık ve annelik ile bağdaştırıldığından buna ilişkin grup olarak 15-49yas arasındaki kadınlar ele alınmaktaydı (21).

Aynı amaca yönelik olarak hizmet veren Ana ve Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ile Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü 1982 yılında Bakanlar Kurulu Kararnamesi ile birleştirilerek Aile Planlaması ve Ana-çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü adını almıştır. 1983 yılında genel müdürlüğün adı Ana-çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü olarak değiştirilmiştir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de ana-çocuk sağlığı konusu, başlangıçta 15-49 yaş grubu kadınları ve 0-6 yaş çocukları kapsamakta iken son yıllarda dünyadaki gelişmeler, *Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansında ülkemizin de kabul etmiş olduğu üreme sağlığı tanımı doğrultusunda hizmetlerin kapsamı şu şekilde genişletilmiştir:(2)*

1. Merkeze başvuran kadınlara, gebelere ve lohusalara Bakanlığın belirlediği standartlara uygun hizmet vermek,
2. Riskli gebelikleri tespit etmek, bu konuda Bakanlıkça belirlenen tedbirleri almak; bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
3. Kadın ve ana sağlığı gibi konular hakkında bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek,

4. Doğum sonrası ve düşük sonrası aile planlaması hizmetlerini tanıtmak ve uygulamak,
5. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve meme kanseri, serviks kanseri gibi konularda erken teşhis için taramalar yapmak,
6. Merkezdeki poliklinik birimlerinde 15 yaş üzerindeki kadınlara üreme sağlığı ile ilgili ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri vermek,
7. Gebelere bağışıklama hizmeti vermek,
8. Sağlık personeline hizmet içi eğitim hizmetlerini vermek,
9. Kadın ve özellikle ana sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak, sorumluluk bölgesinin ihtiyaçları ve şartlarına göre Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimleri ile hazırlanmış olan programları uygulamak,
10. Kadın sağlığına yönelik hizmet sunan diğer birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlar ile işbirliği yaparak hizmetlerin sunumunda koordinasyon sağlamak,
11. Diğer birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların sevk ettiği kadınlara hizmet vermek,
12. Kadın sağlığı konusunda verilen diğer görevleri yapmak.

Aile Planlaması Hizmetleri:

a) Başvuranlara (kadın-erkek) aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık hizmeti vermek,
b) Bakanlıkça kabul edilmiş bütün aile planlaması yöntemlerine ilişkin hizmet vermek,
c) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı mevcut olmak şartı ile Merkezlerde 8 haftaya kadar olan gebelik sonlandırma hizmetlerini MR yöntemi ile vermek,
d) Başvuranları (kadın-erkek), Merkezde uygulanamayan aile planlaması yöntemleri için ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk etmek.

Tüm bu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında mutlaka ele alınması gereken üreme sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetler, mutlaka ikinci basamak, gerektiğinde de üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir. Bugün gelinen noktada; tüm ülkelerin, uygun yaştaki bireylere en kısa sürede, Temel

Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamında ele alınmak koşuluyla, çok geniş bir hizmet alanı olarak "Üreme Sağlığı Hizmetleri"ni ulaşılabilir kılmaları önerilmektedir.

Temel Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) kavramının 1990'larda gelişmesiyle Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Komisyonu arasındaki ortaklık kapsamında 2003-2007 yılları arasında Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) yürütülmüştür. Üreme sağlığı hizmetleri; anne sağlığı, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, 7 aile planlaması hizmetlerinin yanısıra genital yol enfeksiyonları ve cinsel yolla geçen hastalıkları, genital organların malign hastalıklarının tanı ve tedavi hizmetlerini, ayrıca adolesan yaş gruplarında cinsel sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerini de içermektedir. 2 Kasım 2011'de yürürlüğe giren 663 KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulduktan sonra Türkiye genelinde bulunan 201 AÇS/AP Merkezinin Toplum Sağlığı Merkezleri ile entegrasyonu yapılmıştır. Bu merkezlerden fizik ve teknik altyapısı güçlü olan 92 AÇS/AP merkezinin hizmet sunum kapasitesi genişletilerek Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi'ne (ÜSEM) dönüştürülmüştür. Bu merkezler, illerinde göreve yeni başlayan sağlık personelinin adaptasyon eğitimi, üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri, üreme sağlığı konusunda halkın bilgilendirilmesi için halk eğitimi ve üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık personelinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve işbaşı eğitimlerini yapmaktadır. ÜSEM'lerden 14 tanesi Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi (ÜSBEM) olarak hizmet vermektedir. Bu merkezler ÜSEM'lerin sunmuş olduğu hizmetlerin yanı sıra ayrıca ÜSEM'lere eğitimci yetiştirmektedir (21, 22).

Bugün, Türkiye'de Cinsel sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetlerinin uluslararası düzeyde onaylanan gerekli öğelerinin hemen tamamı mevcuttur. Bu hizmetlerin kalite standartları, birbirine entegre edilmesi gibi konularda çalışmalar süreklilik arz etmektedir 15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar; doğurganlık davranışlarına dair bilgi edinmek, riskli durumları saptamak, erken dönemde gebeliği tespit edebilmek, aile planlaması yöntem kullanımları hakkında bilgi sahibi olmak, kadın sağlığı ve aile planlaması ile ilgili konularda danışmanlık yapıp yerinde eğitim amacıyla yılda en az iki kez birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından izlenmesi ve değerlendirilmesi istenmektedir.

Üreme sağlığı hem kadınları hem de erkekleri kapsayan bir kavramdır. Ancak kadınlar için yaşamlarını doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Gebelik, doğum ve

düşüğe bağlı sağlık sorunları sadece kadınları etkilemektedir, kadınlar cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma yönünden daha yüksek riske sahiptirler, genital yol enfeksiyonları kadınlarda daha ciddi geç komplikasyonlara neden olmaktadır ve HIV/AIDS gibi annedeki enfeksiyonların bebeklere bulaşması söz konusudur. Gençlere yönelik bütüncül yaklaşımda yukarıda sayılan gerekçelerin göz önüne alınması gereklidir. Üreme sağlığı cinselliği de kapsayan bir bütün olarak ele alınmalı, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün bireylerin temel hakkı olarak kabul edilmelidir

Aile Planlamasından Üreme Sağlığına geçiş son 30 yıllık dönemde, sağlık alanında önemli gelişmeler sonucunda; beklenen yaşam süresi artmış, anne ve çocuk ölümlerinde azalma kaydedilmiştir. Ülkemizde anne ölümleri 1970'lerde yüz binde 200'lerden 2010 yılında yüz binde 16'lara(2014 de yüz binde 19), bebek ölümleri ise 1998'de binde 42.7 iken 2010 yılında binde 10'lara inmiştir (2014 yılında binde 11.1dir). Ancak, bu olumlu gelişmelerden tüm insanlar eşit şekilde yararlanamamıştır, halen de yararlanamamaktadır. Bölgelerarası ve kır-kent farklılığının yanı sıra, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksullar, sağlık riski en yüksek grubu oluşturmaktadır (23).

Birlikte düşünülmesi gereken kadın sağlığının belirleyicisi olan faktörler şunlardır:

- Ailede ve Toplumda Kadının Yeri,
- Eğitim, Meslek, Gelir, Sosyal ve Yasal Özerklik
- Toplumda Ailenin yeri
- Aile geliri, bulunulan yer, ailedeki diğer bireylerin eğitimi ve meslekleri. Toplumun yeri
- Toplam ekonomik düzey
- Toplumun mevcut kaynakları

Kadının Sağlık Durumu şunlarla da doğrudan ilgilidir:

Beslenme durumu (anemi, boy, ağırlık) enfeksiyonlar ve paraziter hastalıklar, diğer kronik koşullar (diyabet, hipertansiyon) geçmişte gebelik komplikasyonları ile ilgili öyküsü, doğurganlık durumu, gebelikteki yaşı, gebelik sayısı, evlilik durumu, sağlık hizmetlerinin varlığı, hizmetlerin yeri, aile planlaması, temel ve kapsamlı

obstetrik hizmetler dahil veriliyor olması, bu hizmetlerin yaygınlığı ve ulaşılabilirliği, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin niteliği ve kabul edilebilirliği aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin kullanımı.

Sonuçta kadın, bütün bu belirleyici faktörlerin durumuna ve etkileşme derecesine göre, ya sağlıklı olarak yaşamını sürdürecek ya da akut veya kronik hastalıklar ve bunların sakatlık/ölüm gibi olumsuz sonuçları ile karşı karşıya gelecektir

Genel olarak, fertil dönemdeki bireyler üreme, cinsellik, aile planlaması ve sağlığı hakkında çok az bilgiye sahiptir (16).Üreme sağlığı ile ilgili konuların rahatça konuşulamaması, yeterli bilgi verilmemesi ya da yanlış bilgilerin olması üreme sağlığı sorunları riskini arttırmaktadır (3).

2.4. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları ve Etkileri

Bu hizmetlerin amaçları;

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
- Erkeklerin katılımını artırmak,
- Emzirmeyi teşvik etmek,
- Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak,
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmak şeklindedir

Dünyada ve Türkiye'de CS/ÜS kümesinde yukarıda da listelenen alanlar ve sorunlar incelendiğinde geniş bir müdahale sahası görülmektedir. *Müdahale etkinlikleri daha özgün olarak sıralandığında aşağıdaki konular ortaya çıkmaktadır:(24)*

- Güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler dahil olmak üzere)
- Aile planlaması
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE, HIV/AIDS)
- Adolesan cinsel ve üreme sağlığı
- Erkeklerde CS/US ile ilişkili sorunlar
- İnfertilite
- Postmenopozal durumlar
- Yaşlılıkta CS/US
- Üreme sistemi kanserleri (meme ve serviks kanseri basta olmak üzere)
- Kadın ticareti, paralı seks
- Cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddet
- Göçmen, mülteci, vb. gruplarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı

Toplumun vazgeçilemez üyesi olan kadınlar, doğurganlıklarıyla insan soyunun sürekliliğini sağlarken, üretkenlikleriyle de yaşam sürecine katkıda bulunurlar. Toplumun sürekliliği için, kadınların sağlıklarının korunmasının, sosyal ve kültürel yapılarının güçlendirilmesinin yaşamsal önemi büyüktür.

Üremeye ilişkin hastalıkların sonuçları iki cinsiyet arasında oldukça eşitsiz olarak dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların çoğu kadınlarda daha ciddi sekellere yol açmaktadır. İnfertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir. Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pek çok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik hüküm sürmektedir. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti (genital mutilasyon) bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça

invaziv bir işlem olmasının yanı sıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini artırmaktadır.

Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Kadının statüsü ve üreme sağlığı ilişkisi son yılların tartışma konularını oluşturmaktadır. Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmektedir, ancak bunun tersi de doğrudur. Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısıyla ölçüldüğü toplumlarda, doğurganlığını kontrol etme ve sınırlama gücü olmamaktadır. Araştırmalar kadın eğitiminin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir. Günümüzde kadınların sağlık gereksinimleri artık sadece "anne" olarak değil, "kadın" olarak yaşamın her alanında ele alınması gerekmektedir. Bunların yanı sıra, sosyo-ekonomik durum da üreme sağlığının belirleyicisi olmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik koşullardan öncelikle gebeler ve çocuklar etkilenmektedir. Dünyada bugün bir milyarın üzerinde insan yoksulluk koşullarında yaşamaktadır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü 1990 yılında yeterli gıda üretiminin olduğunu bildirmiştir, ancak bunun dağılımı eşit değildir. Gıda eksikliğinden de yine ilk 5 Sorun Aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi olan çift İnfertil çift Anne ölümleri(yılda) Ciddi maternal hastalık(yılda) Perinatal bebek ölümü(yılda) HIV/AIDS'li yetişkin Yeni HIV enfeksiyonu vakası(yılda) Sağlıksız koşullarda düşük(yılda) Tedavi edilebilir Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık vakası(yılda) İnvaziv servikal kanserli kadın Yeni servikal kanser vakası(yılda) Genital mutilasyonlu kadın Boyutu 120 milyon 60-80 milyon 585 bin 20 milyon 7,2 milyon 20,1 milyon 2,75 milyon 20 milyon 333 milyon 2 milyon 450 bin 85-110 milyon olarak kadın ve çocuklar etkilenmektedir. Dünyada bugüne kadar kaydedilen gelişmelere rağmen, 1.5 milyar insan yeterli ve temiz suya, 2 milyar insan ise yeterli sanitasyona sahip değildir. Sağlıksız çevre koşullarından öncelikle yoksullar etkilenmektedir. Birçok toplumda kadınlar ve çocuklar yoksullar içinde en yoksul kesimi oluşturmaktadır. Üreme sistemi çevre koşullarının olumsuz etkisine son derece duyarlıdır. Bu durumda; düşük, doğumsal özürler, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riski artmaktadır (25).

Üreme sağlığında yaşamboyu yaklaşımı sadece annelikle sınırlı değildir. Bu yaklaşımın kapsamında adolesanlar ve genç kızların sağlığı ile ileri yaştaki postmenopozal kadınlar da girmektedir. Belirtilen bu dönemlerde bireylerin

sağlığının geliştirilmesi koruyucu hekimlik uygulamaları konusunda etkili müdahaleler ile mümkündür. Üreme sağlığında yaşamboyu yaklaşımı intrauterin dönemden başlar. Doğumdan sonra neonatal ve postnatal dönemler, çocukluk, 10-19 yaşlar arası "adolesan dönemi", 15-24 yaşlar arası "gençlik dönemleri" kadın sağlığının temel taşlarıdır. 15- 49 yaş "doğurganlık dönemi" ise gebelik ve doğumla ilgili olay ve komplikasyonların en fazla yaşandığı dönemdir. 50 yaş ve sonrasında ise "postmenopozal dönem" ve "yaşlılık dönemi" gelir.

Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin kullanımı azaldıkça kadın sağlığının morbidite ve mortalite yönünde ne ölçüde olumsuz etkileneceği de ortadadır. Özetle, kadın cinsiyetinin "toplumsal cinsiyet" bağlamında yaşadığı eşitsizlikler, ayrımcı uygulamalar onun yaşama hakkını bile kullanamaması ortamını hazırlamaktadır. Sağlık hizmeti verenlerin ve toplumun bizzat kendisinin, politika, strateji ve uygulamalara "toplumsal cinsiyet eşitliği" perspektifinden bakabilmesi gerekmektedir. Çoğu kez bu bakış açısının gelişmemiş olması toplumsal olaylarda tanıyı ve korunma önlemlerini, çözümleri geciktirmektedir. Dünyanın değişik yerlerinde durum farklı olmasına rağmen sağlık hizmeti elde etmede cinsiyet farklılığının olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Sağlık bakımına girişte global bir bakış açısından en acil ele alınması gereken konu yeterince parası olmayanların tıbbi yardım almadığıdır. Örneğin; ABD gibi zengin ülkelerde bile fakir kadınlar aynı sosyal gruptaki erkeklerden daha az sağlık bakımına ulaşmaktadırlar. Sağlık bakımında kişi başına düşen harcama, yılda, İngiltere'de 1039 $ iken Bangladeş'te 7$ dır. Bu durum her iki cinsiyeti de olumsuz olarak etkilemektedir. Ancak yinede aynı yoksulluk seviyesinde olan kişiler arasında bile kadınlar sağlık bakımından daha az faydalanmaktadırlar.

Dünyanın belirli bölgelerinde kadın ve kızlar için aile üyelerinin daha az sağlık harcaması yaptığını bilmekteyiz. Bu sonuçta onların hem düşük sosyal statülerini hem de karar verme güçlerinin yetersizliğini yansıtır. Parayı genellikle erkekler kontrol eder. Bu sağlık bakımına ulaşmada ve harcama yapmada kadınları engeller. Sağlık bakımına ulaşmada bu finansal zorlukların yanında gelenek ve kültürel değerlerin de etkisi vardır. Bu ekonomik, sosyal ve kültürel engellerin yanı sıra kadınların kendilerinin duygusal ve kognitif kapasiteleri de onların sağlık bakımına ulaşmasını engeller. Birçok kültürde kadınlar acı çekmenin bir kader

olduğuna inanmışlardır. Örneğin; baş ağrısı ya da vajinal akıntı gibi problemlerin normal olduğu düşünülür. Düşük özgüven kadınların talep etme yeteneklerini kısıtlar ve bu, eğer toplumun uygun görmediği bir problem ise mahcubiyet ile pekiştirilebilir.

Eğitim eksikliği özgüveni olumsuz olarak etkilediği gibi aynı zamanda kadının kendisine olan saygısını da azaltarak kadının kendi vücudunu tanıyarak sağlık bakımı ihtiyaçlarını doğru bir şekilde saptamasını engeller. Geleneksel olarak kadın sağlığı hizmetleri özellikle kadınların üreme çağlarında özellikle kontrasepsiyon ve güvenli/sağlıklı doğuma odaklanmıştır. Bu yaklaşım ana- çocuk sağlığı sorunlarının yoğun, ölüm oranlarının yüksek olduğu bölgelere uygun bir yaklaşımdır. Ancak bu milyonlarca genç kadının ve postmenopozal dönemdeki kadınların sağlık ihtiyaçlarının göz ardı edildiği anlamına da gelmektedir. Kadın sağlığındaki çağdaş yaklaşım, yaşam boyu, bütün yaş gruplarını ve etkileyici bütün faktörleri göz önüne alan kapsamlı bir yaklaşımdır (26).

Yapılan çalışmalarda tespit edilen, ülkemizin Cinsel sağlık/üreme sağlığı açısından öncelikli sorunları arasında olan Anne ölümlerinin yüksek olması, istenmeyen gebeliklerin fazla olması, CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması, Gençlerin CS/üS bilgi düzeylerinin düşük olması gibi sorunlarda, bu populasyonun aile hekimine ulaşılabiliyor olması ve yeterli hizmeti birinci basamak sağlık sunumu ilkelerine uygun olarak veriliyor olması gerekmektedir.

2.5. Üreme Sağlığı Hizmetleri ve Birinci Basamak

"Politikaların oluşturulmasında ne yapılacağını bilmek birçok açıdan işin en kolay tarafıdır. Ancak bunun iyi uygulanmasını garantilemek konunun daha güç yönüdür."World Development Report, 2007

Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda 2008 Dünya Sağlık Raporunda sağlık sistemlerinin olması gerektiği gibi çalışmadığına dikkat çekilerek, temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile değişen dünyanın ihtiyaçlarına daha iyi ve daha hızlı yanıt veren bir

sağlık sistemi oluşturulabileceği vurgulanmıştır. Aynı raporda sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt veren bir sağlık hizmetinin topluma ulaştırılması gerekliliği dile getirilirken, birinci basamakta insan merkezli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve yapılacak sağlık reformlarının bu hedefleri gözetmesi önerilmiştir

Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı'nın bittiği yıllarda bireyin ihtiyaçlarını ön plana çıkaran ve üreme, kadın sağlığı, aile planlaması gibi kavramları birleştiren 'cinsel sağlık ve üreme sağlığı' (CS/ÜS) kavramı ortaya çıkmıştır. CS/ÜS ise aslında, nüfus ve kalkınma ve toplumsal cinsiyet tanım kümeleri ile birlikte üçlü sacayağının bir parçasıdır

Ülkemizdeki aile sağlığı merkezleri, kadın sağlığı ve aile planlamasında önemli bir yere konumlanmıştır. Bir sorunun öncelikli olması için bu sorunun hastalık yükünün yüksek olması (burden of disease) yani geniş bir kitlenin sağlığını (biyo-psiko-sosyal acıdan iyi olma halini) olumsuz etkilemesi veya yaşamını sonlandırması veya yüksek iş gücü kaybı yaratması gerekir. Önceliklerin tespitinde sadece sorunlar değil, çözümler de göz önünde bulundurulmalıdır. Tespit edilen sorunun öncelikli müdahale edilecekler arasında yer alması için yapılacak müdahalenin sorunu giderme gücüne sahip olması, düşük maliyetle yüksek etki yaratması yani maliyet-etkili olması gereklidir (6). Bu bağlamda birinci basamakta çalışan hekim sayısı 2002'den 2010'a kadar %11 artarken, aynı dönemde birinci basamakta görülen hasta sayısı 2,5 kat artmıştır. Bu durum hekim başına gerçekleşen görüşme sayısında ve dolayısıyla iş yükünde önemli artış olduğunu ortaya koymaktadır. Bu artış öyle bir noktaya varmıştır ki 2011 yılında kişi başına düşen yıllık poliklinik başvuru sayısı 8,2 olmuştur. Bu rakam aynı yılın OECD ülke ortalaması olan 6,4'ün çok üzerindedir. Türkiye'de sınırlı bir hekim gücüyle OECD ülke ortalamasından çok daha fazla hasta müracaatının karşılandığı göz önüne alındığında, sağlık hizmet sunum kalitesinden taviz verilmek durumunda kalındığı sonucuna varılabilir. Bu nedenle sayısal verilerin yanında niteliksel verilerin de eş zamanlı değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktası sevk zincirinin olmamasıdır. Sevk zinciri olmadan etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsedilemez. Aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısı olması beklenir. Sevk zinciri olmadığında aile hekiminin sağlık hizmetinin koordinasyonunu tam

olarak sağlaması güçtür. Kringos'un çalışmasında (7) uygulama özellikleri itibarıyla Türkiye Birinci Basamak sağlık hizmet sunumunun zayıf kategorisinde yer almasına neden olan önemli etkenlerden birisi koordinasyon işlevini yerine getirememesidir

Birinci basamak, sağlık sistemi içinde en geniş ve kapsamlı hizmetin sunulduğu alandır. *Birinci basamak hizmet sunucuları tarafından sağlanan Birinci Basamak hizmetlerinin kapsamlılığını belirleyen, dört temel alan şunlardır*:

- Tüm akut sağlık sorunları için ilk temas noktası olarak hizmet verilmesi;
- Küçük cerrahi veya tetkik amaçlı girişimler gibi işlemlerin ne ölçüde yapılabildiği;
- Akut veya kronik sorunları olan bireylerde hastalık yönetimi;
- Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminin ne ölçüde verilebildiği (14).

Kringos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamağın (BB) sağlık hizmetinde ilk temas noktası olarak en çok, kapı tutuculuk işlevinin aile hekimi tarafından yerine getirildiği Avrupa ülkelerinde işlev gördüğü gösterilmiştir. Aynı çalışmada BB hemşirelerinin tıbbi teknik işlemleri ancak sınırlı sayıda ülkede uygulayabildikleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise çalışmaya katılan ülkelerin çoğunda aile hekimleri de dahil olmak üzere çok geniş bir hizmet sunucu grubu tarafından verildiği ortaya konmuştur. Bu çalışmada Türkiye'nin BB'da hizmet kapsamlılığı anlamında çoğu ülkenin gerisinde olduğu görülmüştür (2).

Özellikle 2003 yılından itibaren Dünya Sağlık Örgütünün de etkisiyle Türkiye'de sağlıkta dönüşüm projesi(SDP) başlatılmış ve sağlık sitemindeki değişiklikler topyekûn bir yapıda ele alınmış ve sektörde örgüt yapısı, insan kaynakları ve süreçlerde radikal değişim ve dönüşümler gerçekleştirilmiştir. Bu değişikliklere örnek olarak, Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği, Hastanelerin Birleştirilmesi, Performansa Göre Ücret Ödenmesi, Kalite Sistemleri, Referans İlaç Politikaları vb. verilebilir.

Türkiye'de son 10 yılda birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda köklü bir değişim gerçekleştiren *Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak sağlık ve hastane sisteminde yapılan bazı değişikler özetle şöyledir:*

Haziran 2003'ten itibaren kamu çalışanlarının özel sağlık kuruluşlarında da tedavi edilmelerine olanaklı hale gelmiştir.

2004 yılında ilaçta "Referans Fiyat" uygulamasına geçilmiştir. 2004 yılında Performansa dayalı ek ödeme sistemi kurulmuştur.

2005 itibarıyla, "Sağlıkta Dönüşüm" reformu çerçevesinde SSK bünyesindeki tüm sağlık hizmet işletmeleri ile kamu kurumlarınca işletilen sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

2005 itibarıyla, SSK'ya bağlı çalışanların reçeteli ilaçlarını anlaşmalı eczanelerden temin etmelerine olanak verilmiştir.

Mayıs 2006 itibarı ile sosyal güvenlik kurumlarının 5502 sayılı Kanun çerçevesinde tek bir "Sosyal Güvenlik Kurumu" çatısı altında bir araya getirilmiştir.

2005 yılında pilot illerde başlatılan Aile hekimliği sistemi 2010 yılı itibariyle Tüm ülkede uygulamaya konulmuştur.

2004 yılında Hasta hakları uygulamaları pilot hastanelerde başlatılmış olup, sonra bütün hastanelere yaygınlaştırılmıştır.

2004 yılında hastalara hekim seçme olanağı sağlayan düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.

2005 yılından itibaren, Tam Gün çalışma sistemi hayata geçirilmiş ve halen çeşitli düzenlemelerle bu uygulama devam etmektedir. Tam Gün çalışan hekim sayısı 2003'te %11'den 2008'de %73'e yükselmiştir. 2003 yılından itibaren yardımcı sağlık personelinin mesleki eğitim ve yeniden yapılandırma çalışmaları gerçekleştirilmeye başlamıştır. Sektörde, özel hastanelerin payı artmıştır. Sağlık istatistikleri ve ekonomik analizlerde standardizasyon sağlanması için bütün hastanelerde uluslararası hastalık kodları uygulamaları başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi kesintisiz sürekli çalışır hale gelmiştir.

2008 yılında Genel Sağlık Sigortası sistemi hayata geçirilerek Sigorta sistemleri tek çatı altında toplanmıştır.

2009 yılında Türkiye Ulusal Sağlık Enformasyon Sistemi(USES-T) geliştirilerek elektronik kayıt sistemlerine geçilmiştir. Haziran 2010 tarihinde kamu hastanelerinin %99'u ve özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin %71'i hasta elektronik sağlık kayıtlarının günlük beslemeleri ile USES-T' ye bağlanmıştır.

2011 yılında Kamu Hastane Birliği ve Teşkilat yasası yürürlüğe girmiştir.

Ancak bu değişim süreci nitelikli hizmet sunumu ve koordinasyonu, insan kaynak kullanımı, ulaşılabilirlik, süreklilik ve kapsamlılık anlamında Birinci Basamak yönelimli görünmemektedir. Birinci basamakta iş gücü niteliğini artıracak ve hizmet kalitesini yükseltecek evrensel aile hekimliği ilkeleri ve görev tanımı ile uyumlu uygulamaların çoğaltılmasına ihtiyaç vardır.

Sağlık sisteminin iskeletini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturduğunda daha düşük maliyetlerle daha olumlu sağlık çıktıları elde etmek mümkündür. Sağlıkta Dönüşüm Projesi sürecindeki reformlar ve uygulanış biçimleri uzmanlaşma ve teknoloji odaklı ve önceliği birinci basamağa verebilen görüntü sergilemelidir. Aksi halde bu durum birinci basamağın sağlık sisteminin adeta "sosu" haline dönüşerek işlevsizleşmesi ve sağlık maliyetlerinin artması riskini içinde taşımaktadır (7, 25).

Ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulması gereksiz girişimleri, uzmanlık hizmetlerinin aşırı kullanımını, hastanede yatış süresini ve ilaç kullanımını azaltmaktadır. Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın 2009/85 sayılı genelgesiyle 1 Temmuz 2009'dan itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu ertelenmiştir. Ayrıca Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nde yapılan değişiklikle devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin herhangi bir basamaktaki kamu ve özel sağlık kuruluşlarına serbestçe başvurusu olanaklı hale gelmiştir.

Bu gelişmeler sonucunda 2002 ve 2010 yılları arasında Türkiye genelinde yıllık başvuru sayıları birinci basamakta %330, ikinci basamakta %216, özel sağlık kuruluşlarında %837 artış gösterirken; birinci basamaktan yapılan sevk oranları %17'den, %0.4'e gerilemiştir. Devlet hastanelerinde görüşülenlerin %56'sı ilk başvuru tercihinin yine devlet hastaneleri, %38'i de ASM olduğunu belirtirken; özel hastanede ve ASM'lerde görüşülenlerin ilk tercihi ASM (%48,%69) olmuştur.

TÜİK'in 2010 ve 2011 yılı araştırmalarında başvuru tercihi sıralaması devlet hastaneleri için %58'den %55'e düşerken, birinci basamak %23'den, %28'e yükselmiştir. ASM'ler geçen beş yıllık süreçte bulgularda da belirtildiği gibi eve

yakın olma özelliği dışında tanı ve tedavi, yeterli bilgi, nezaket gibi konularda hizmet verdikleri nüfusun güvenini kazanmış görünmektedirler.

Ülkemizin en eski, en büyük ve kapsamlı hastanelerinin yer aldığı Üsküdar, sağlık alanında da önemli bir merkez konumundadır. Özellikle Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üsküdar Devlet Hastanesi ve Validebağ Polikliniği kapasiteli tedavi kurumlarıdır. Ayrıca Haydarpaşa Numune Hastanesi, Başkent Üniversitesi Hastanesi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Özel Üniversal Çamlıca Hastanesi'nde organ ve doku nakli gerçekleştirilmektedir. İlçemizde sağlık hizmeti veren 585 kurum yer almaktadır. 10 özel hastane, 5 devlet hastanesi ve 2 üniversite eğitim-araştırma hastanesi olmak üzere 17 hastane bulunmaktadır. Aile hekimliği ve poliklinik hizmetleri veren, 43 adet "Aile Sağlığı Merkezi" ve özel olarak hizmet veren bir adet madde bağımlıları hastanesi de Üsküdar sınırları içinde bulunan sağlık kurumlarındandır (25).

Yapılan incelemelerde her ne kadar bu sorunlarla ilgili olarak bölgeler ve yerleşim birimleri arasında eşitsizlikler ön plana çıkıyor olsa da, aile hekimliği birimlerinin bu konuda yapabileceği çok şey olması, bu populasyona ulaşabiliyor olmasını gerektirir. ÜS hizmetlerinin Birinci Basamakta sunulabiliyor olması sağlık personelinin bu konudaki yetkinliği, algısı, motivasyonu, alt yapı olanakları, hizmet sunum şeklinin organizasyonu ve tüm bunların yönünü belirleyecek olan sağlık politikalarının ortaya koyulması ile mümkündür. Ancak konunun bir diğer tarafı da ÜS hizmetlerinin Birinci Basamaktan talep edilmesidir. Sunum ve talep birbirini izleyen bir döngü içinde hareket eder.

Bu araştırmanın konusu çalışma bölgesi olarak seçilen Üsküdar'da yaşayan 15-49 yaş arasındaki kadınların üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında ilk başvuru merkezi tercihlerinin belirlemek ve bu seçimlerini etkileyen faktörleri tespit etmek ve bu hizmetlerin birinci basamaktan talep edilmesinin önündeki engelleri belirlemektir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

İstanbul Üsküdar ilçesinde 15-49 yaş arası kadınlarda üreme sağlığı konularında birinci basamak sağlık kurumlarından yararlanma durumlarının incelenmesini amaçlayan bu çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışmanın **etik kurul onayı** 11.05.2015 tarihli Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu 'Kurul Kararları' ile alınmıştır (Ek 3). T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından 07.09.2015 tarihinde, 3 aylık (1.9.015-30.11.2015) süre ile İstanbul Üsküdar İlçesi Aile Sağlık Merkezlerinde çalışmanın yapılabilmesi için protokol onayı verilmiştir (Ek 4).

Çalışmamızın **örneklem** hesabı Epi info 7.0. programı ile %80 güç ve %5 hata payı ile hesaplanarak toplamda 380 katılımcı olarak öngörülmüştür. Özel Hastane, Devlet Hastanesi ve ASM'ler birbiri arasında heterojen ancak kendi içinde homojen 3 ayrı kurum olarak kabul edilip tabakalı örneklem yöntemi seçilmiştir. Bu 3 tabakadan çalışmaya dahil edilecek katılımcı sayısı Türkiye'de sağlık hizmetlerinin %36-40'ının birinci basamaktan sunulduğu bilgisine dayanılarak (6) katılımcıların %40'ı (160 kişi) ASM'lerden seçilmiş geri kalanı özel ve devlet hastanesi arasında 120'şer olmak üzere eşit olarak dağıtılmıştır.

Üsküdar'da 11 özel hastane (Özel Academic Hospital Hastanesi, Özel Çamlıca Erdem Hastanesi, Özel Hospitalium Çamlıca Hastanesi, Özel Medıvıa Hospital Hastanesi, Özel Medicana Hospitals Çamlıca Hastanesi, Özel Mentalist Hastanesi, Özel Universal Çamlıca Hastanesi, Özel Üsküdar Anadolu Hastanesi, Özel Via Hospital Selimiye Hastanesi, Özel Yunus Emre Hastanesi, Aşkent Üniversitesi İstanbul Uygulama Ve Araştırma Merkezi), 5 SB hastanesi ve 2 adet üniversite hastanesi vardır (27). Bunlardan biri sadece nöro-psikiyatri hastanesi olarak çalışmaktadır. Her 2 Üniversite de vakıf üniversitesi oldukları için özel hastane olarak kabul edilerek özel hastane tabakasından ayrı tutulmamıştır.

Özel hastanede veri toplamak için ASM seçimine benzer şekilde kamu hastanelerinden ve çalışmamıza dahil edilen ASM'lerden uzakta bulunan özel hastanelerden 3 hastane seçilerek veri toplanmıştır. Bu hastaneler Özel Üsküdar

Anadolu Hastanesi, Özel Yunus Emre Hastanesi ve Özel Üsküdar Hospitaltürk Hastanesi'dir.

İlçede bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri; Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) ve Validebağ Semt Poliklinikleri, Siyami Ersek EAH, Üsküdar Devlet Hastanesidir. Bunlardan dal hastanesi olan ve ayaktan hizmet sunan ikisi hariç tutularak birbiri ile homojen olan Haydarpaşa Numune EAH ve Üsküdar Devlet Hastanesinden veri toplanmıştır. Bu şekilde ulaşılan özel ve kamu sağlık kurumlarında acil servis, onkoloji polikliniği ve kadın doğum polikliniklerine başvuranlar hariç, araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan her kadın bilgilendirildikten sonra aydınlatılmış onam verenler çalışmaya dahil edilmiştir (Ek 2).

Böylece katılımcılarımızın 120'si İstanbul Üsküdar ilçesinde üç adet özel hastaneden, 120'si İstanbul Üsküdar ilçesinde Üsküdar Devlet Hastanesi ve Haydarpaşa Numune Hastanesi olmak üzere 2 adet SB hastanesinden ve 160'ı Üsküdar İlçesi Aile Sağlık Merkezlerine başvuran hastalardan gönüllülük esasına göre çalışma kapsamına alınan toplamda 400 kişiden oluşmaktadır.

Aile hekimliği ve poliklinik hizmetleri veren, 43 adet Aile Sağlığı Merkezi mevcuttur. ASM'ler bulundukları konumlara göre ve aile hekimi sayılarına göre incelendi. Hastanelere çok yakın olan ASM'ler liste dışı bırakıldı. Aile Hekimliği birim sayısı 5'den fazla olan ASM'lerden birbirine coğrafi olarak uzakta bulunanlar alındı. Bunlar toplam 5 ASM idi. Bu 5 ASM'den dahil etme kriterlerine uyan hastalardan gönüllü olanlar çalışmaya alındı. Toplam hasta sayısı 160'a ulaşana dek veri toplandı.

Çalışmamızın dahil edilme kriterleri; kadın olmak, çalışmanın yapıldığı kuruma herhangi bir sebeple başvurmuş olmak, 15 yaşından büyük, 49 yaşından küçük, acil servise, onkoloji polikliniğine ve kadın doğum polikliniğine başvurmamış olmaktır.

Veriler, katılımcılara ait **sosyo-demografik bilgiler ve kadın sağlığı konularında birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımını sorgulayan bilgileri içeren 53 soruluk anket formu** ile toplanmıştır (Ek 1). Katılımcıların kişisel bilgilerini toplamak için 28 adet soru hazırlanmıştır. İlgili literatür taranarak sorular, gebelikten korunma konularına yönelik sorular, genitoüriner sistemle ilgi

problem ve durumlara yönelik sorular, doğum ve sonrası dönemle ilgili sorun ve durumlarla ilgili sorular olmak üzere üç ana başlık altına toplandı (28-30). Anketlerin doldurulmasında yüz yüze görüşme metodu kullanılmış olup anket soruları katılımcıya okunarak yanıtları işaretlendi.

Çalışmada anketlerin değerlendirilmesi için 15 hasta ile pilot uygulama yapılmıştır. Katılımcıların anketlerde sorun yaşamadan soruları kolaylıkla cevaplayabilmesi, anlaşılmayan bir bölü bulunmaması üzere veri toplama işlemine başlanmıştır. Pilot çalışmadan elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmemiştir.

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı analizler yüzdelik, sıklık, ortalama ve standart sapmalar kullanılarak gösterilmiştir. Karşılaştırmalarda kategorik verilerde Ki-Kare Testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda T testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Elde edilen bulgular 3 alt başlık halinde incelenmiştir.

1-Demografik Özellikler

Çalışmamıza katılmış olan 15-49 yaş grubundaki 400 kadının yaş ortalaması 34,7±9,3'dür. En genç katılımcı 15 yaşında olup en yaşlısı 49 yaşındadır. Evlilik yaşı ortalama (n=144) 23,3±4,6 iken, ilk gebelik yaşı (n=94) 23,8±3,8'dir. Katılımcılarımız arasında 6 kişi (%1,5) menopozda olup, ortalama menopoz yaşı 44,8'dir. Çocuk sahibi olan 297 kişinin ortalama çocuk sayısı 2,4±1,5'dir. Lise üstü eğitimli olanlar katılımcıların %28,5'ini oluştururken, çocukluk ve gençliği şehir merkezinde geçmiş olanlar da %83,5'idir. Gelir durumu asgari ücret dikkate alınarak Gelir durumunu beyan eden 356 kişinin ortalama aylık geliri 3488,8±1980,1TL'dir. (Tablo **1**)

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Özellikler		**% (N)**
Medeni Durum (n=400)	Evli	66 (264)
	Bekar	26 (104)
	Eşinden ayrı	8 (32)
Eğitim Durumu (n=400)	İlköğretim diploması olmayan	13,8 (55)
	İlköğretim	23,0 (92)
	Lise	34,8 (139)
	Lise üstü	28,5 (114)
Sosyal Güvence (n=400)	Var	96,5 (386)
	Yok	3,5 (14)
Çalışma Durumu (n=400)	Çalışmıyor	50,5 (202)
	Çalışıyor	49,5 (198)
Meslekler (n=194)	Memur-masa başı	37,1(72)
	İşçi	32,5(63)
	Ev işi-yarı zamanlı iş	15,5(30)
	Esnaf	14,9(29)
Yaş (n=400)		34,7 ± 9,3
Çocuk sayısı (n=297)		2,4 ± 1,5
Evlilik yaşı (n=144)		23,3 ± 4,6
İlk gebelik yaşı (n=94)		23,8 ± 3,8
Menopoz yaşı (n=6)		44,8 ± 4,5
Gelir düzeyi (n=356)		3488,8±1980,1

2- Genel Sağlık Algısı, Üreme Sağlığı ile ilgili veriler ve Aile Hekimliğini Kullanma Durumları

Katılımcıların genel sağlık durumlarını 0-10 arasında değişen bir skala ile değerlendirmeleri istendiğinde genel sağlık algısı ortalama puanı 6,7±1,0 (min=4, mak=9) (n=372) çıkmıştır. Katılımcıların genel sağlık durumunu gösteren diğer özellikler aşağıdaki tabloda izlenebilir. (

Tablo **2**)

Tablo 2: Katılımcıların genel sağlık durumu göstergeleri

		% (N)
Kronik hastalık varlığı (n=400)	Var	9,5 (38)
	Yok	90,5 (362)
Sigara kullanımı (n=386)	Evet	7,3 (28)
	Hayır	88,6 (342)
	İçtim bıraktım	4,1 (16)
Sigara miktarı (paket/yıl) (n=386)		5,8 ±3,4
Alkol kullanımı (n=400)	Evet	1,8 (7)
	Hayır	98,3 (393)
ASM kullanma durumu (n=399)	Evet	44,9 (179)
	Hayır	55,1 (220)
Doktora götürecek bir sağlık sorunu yaşama sıklığı (n=363)	Haftada bir	3,3 (12)
	Ayda bir	8,3 (30)
	Birkaç ayda bir	54,5 (198)
	Yılda1-2 kez	20,9 (76)
	En az1yıl ara ile	8,3 (30)
	Hatırlamıyorum	4,7 (17)
Genel Sağlık Algısı (n=372)		6,7 ±1,0

Katılımcıların ASM'yi kullanma durumu ile demografik özellikleri arasındaki karşılaştırmalar yapıldığında medeni durum, yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ayrıntılı bilgi aşağıdaki tabloda görülebilir (

Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların ASM'yi kullanma durumu ile demografik özellikleri arasındaki karşılaştırmaları

ASM kullanım durumu		**Evet**	**Hayır**	***p***
		% (N)	**% (N)**	
Medeni durum (n=399)	Bekar	17,3 (31)	33,2 (73)	**0,001**
	Evli	72,1 (129)	60,9 (134)	
	Eşinden ayrı	10,6 (19)	5,9 (13)	
Yaş (n=399)		36,0 ±9,0	33,0 ±9,0	**0,001**
Gelir düzeyi (n=355)		3578,0 ±1441,0	3420,0 ±2341,0	0,457
Eğitim düzeyi (n=399)	Lise altı	45,3 (81)	30,0 (66)	**0,002**
	Lise ve üzeri	54,7 (98)	70,0 (154)	
Sosyal güvence (n=399)	Var	97,2 (174)	95,9 (211)	0,484
	Yok	2,8 (5)	4,1 (9)	
Çalışma durumu (n=399)	Çalışmıyor	44,1 (79)	55,5 (122)	**0,024**
	Çalışıyor	55,9 (100)	44,5 (98)	
Meslek (n=194)	Memur-masa başı	35,0 (35)	39,4 (37)	0,200
	İşçi	28,0 (28)	37,2 (35)	
	Ev işi-yarı zamanlı iş	18,0 (18)	12,8 (12)	
	Esnaf	19,0 (19)	10,6 (10)	
Kronik hastalık varlığı (n=399)	Var	12,3 (22)	7,3 (16)	0,089
	Yok	87,7 (157)	92,7 (204)	
Sigara kullanımı (n=385)	Evet	5,1 (9)	9,0 (19)	0,331
	Hayır	90,9 (159)	86,7 (182)	
	İçtim bıraktım	4,0 (7)	4,3 (9)	
Alkol kullanımı (n=399)	Evet	1,1 (2)	2,3 (5)	0,382
	Hayır	98,9 (177)	97,7 (215)	

*sütun yüzdeleri kullanılmıştır

Katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde gebe olan 172 katılımcının gebelik sayısı ortalaması 2,7 ±1,7'dir. Yaşayan bebek sayısı (n=7) ortalaması 2,7 ±1,7 iken düşük sayısı (n=23) düşük sayısı ortalaması 1,3±0,8'dir. Küretaj öyküsü bulunan 24 katılımcının ortalama küretaj sayısı 1,4±0,6'dır. Kadınlar doğum

yaptıkları yere göre incelendiklerinde %66,2'sinin devlet hastanesinde (n=102), %17,5'inin özel hastanede (n=27), %16,2'sinin ise üniversite hastanesinde (n=25) doğum yaptığı görülmüştür. İzlem kontrollerinin nerede yapıldığı sorgulandığında katılımcıların %73,4'ü ASM'de (n=113), %18,2'si özel hastanede (n=28), %7,1'i devlet hastanesinde (n=11) ve %1,3'ü ise diğer hastanelerde (n=2) yaptığını belirtmiştir. Son beş yılda hemen doğum sırasında ya da doğumdan sonra ilk 1 ay içinde ölen bebek ölümü sayısı 2 iken son 5 yılda 1-5 yaş arası çocuk ölümü sayısı 1 ile sınırlıdır (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların obstetrik öykü ve özellikleri

		% (N)
Doğumu nerede yaptı (n=154)	Devlet hastanesi	66,2 (102)
	Özel hastane	17,5 (27)
	Üniversite hastanesi	16,2 (25)
Toplam gebelik sayısı (n=172)		2,7 ±1,7
Yaşayan bebek sayısı(n=7)		2,4 ±1,0
Düşük sayısı (n=23)		1,3 ±0,8
Küretaj sayısı (n=24)		1,4 ±0,6
Antenatal takipler nerede yapıldı (n=154)	ASM	73,4 (113)
	Devlet hastanesi	7,1 (11)
	Özel hastane	18,2 (28)
	Diğer hastane	1,3 (2)
Son beş yılda perinatal ya da postnatal bebek ölümü sayısı (n=2)		1,0 ±0,0
Son 5 yılda 1-5 yaş arası çocuk ölümü sayısı (n=1)		1,0 ±0,0

Kontrasepsiyon ile ilgili konularda birinci basamağı kullanma tutum ve davranışlarına bakıldığında; katılımcıların %13'ünün (n=52) gebe kalmamak için aile hekimine gittiği, %10,5'ine (n=42) gebelikten korunma yöntemini aile hekiminin, %14,8'ine (n=59) diğer hekimlerin ve %5,3'üne (n=21) hekim dışında diğer bir kişinin önerdiği görülmüştür. Gebe kalmamak için hangi yöntemi kullandıkları sorgulandığında katılımcıların en sık olarak %27,5 oran ile (n=110) geri çekme yöntemini kullandığı, en az olarak da %0,3 oran ile (n=1) takvim yöntemini tercih

ettiği görülmüştür. Katılımcıların %4,3'ü (n=17) aylık hapı, %8,3'ü (n=33) kondomu, %20,8'i (n=83) rahim içi aracı tercih ederken %9'u (n=39) bunların dışında diğer bir yöntem kullandığını bildirmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların kontrasepsiyon konusunda Aile Hekimini kullanma ve yöntem seçimi davranışları

		% (N)
Gebe kalmamak için aile hekimine gitti mi? (n=149)		13,0 (52)
En son kullandığı gebelikten korunma yöntemini kim önerdi? (n=104)	Aile hekimi	10,5 (42)
	Diğer hekimler	14,8 (59)
	Diğer	5,3 (21)
Gebelikten korunmak için en son hangi yöntemi kullandı? (n=280)	Aylık hap	4,3 (17)
	Kondom	8,3 (33)
	RIA	20,8 (83)
	Geri çekme	27,5 (110)
	Takvim yöntemi	0,3 (1)
	Diğer	9,0 (36)

3- Üreme Sağlığı Hizmetleri İçin Aile Hekimliği/Birinci Basamağı Kullanma Durumu

Katılımcıların aile hekimini tercih etme nedenleri incelendiğinde: (n=392) hastaların %61,5'i ücretsiz olduğu için, %22,2'si hastaneye ulaşım zor olduğu için, %10,5'i hastaneler kalabalık olduğu için, %4,3'ü hastaneye randevu almak zor olduğu için, %1'i daha hızlı hizmet aldığı için, %0,5'i ise daha önce gitmiş ve memnun kalmış olması nedeni ile aile hekimini tercih etmiştir.

Çalışmaya katılanların kontrasepsiyon, gebelik şüphesi, istenmeyen gebelik, infertilite ve çocuklarının cinsel gelişimi ile ilgili konularda hangi sağlık kurumlarına başvurmuş oldukları ile ilgili bulgular Tablo 6'da incelenebilir.

Tablo 6: Katılımcıların gebelikten korunma konularında başvurmuş oldukları sağlık kuruluşlarının dağılımı

		% (N)
Gebelikten korunma yöntemlerini öğrenmek ya da kullanmak için (n=400)	Aile hekimliği	1,3 (5)
	Devlet hastanesi	14,8 (59)
	Üniversite hastanesi	6,3 (25)
	Özel sağlık kuruluşu	4,5 (18)
	Böyle bir başvurum olmadı	73,3 (293)
Kullandığınız doğum kontrol yöntemiyle ilgili bir sorununuz olduğunda (n=400)	Aile hekimliği	1,3 (5)
	Devlet hastanesi	14,5 (58)
	Üniversite hastanesi	6,3 (25)
	Özel sağlık kuruluşu	4,5 (18)
	Böyle bir başvurum olmadı	73,5 (294)
Gebelikten şüphelendiğinizde (n=400)	Aile hekimliği	1,5 (6)
	Devlet hastanesi	13,5 (54)
	Üniversite hastanesi	6,5 (26)
	Özel sağlık kuruluşu	4,5 (18)
	Böyle bir başvurum olmadı	74,0 (296)
İstenmeyen bir gebeliği sonlandırmak için (n=20)	Aile hekimliği	0,0 (0)
	Devlet hastanesi	50,0 (10)
	Üniversite hastanesi	35,0 (7)
	Özel sağlık kuruluşu	15,0 (3)
Çocuğu olmayanların yardım alacağı yerleri öğrenmek istediğinizde (n=384)	Aile hekimliği	12,5 (2)
	Devlet hastanesi	25,0 (4)
	Üniversite hastanesi	37,5 (6)
	Özel sağlık kuruluşu	25,0 (4)
Çocuklarınızın cinsel gelişme süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak için (n=135)	Aile hekimliği	9,6 (13)
	Devlet hastanesi	41,5 (56)
	Üniversite hastanesi	36,3 (49)
	Özel sağlık kuruluşu	12,6 (17)

Katılımcıların genitoüriner sistemle ilgili konularda başvurmuş oldukları sağlık kuruluşlarının dağılımı incelendiğinde; isteksizlik, tatmin olamama, tiksinti gibi cinsel sorunlarda, hijyen ve genital temizlik konularında bilgi sahibi olmak için, cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgilenmek, yılda bir kez kontrol amacıyla smear yaptırmak, menopozla ilgili yakınmalarda, menopoza girdikten sonraki kadın sağlığı ile ilgili kontroller için hastaların hiçbiri aile hekimine başvurmazken, tamamı

diğer sağlık kuruluşlarına başvurmuştur. Sadece vajinal akıntı ya da disüri yakınması ile aile hekimine başvuru yapmak tercih edilmiştir. (

Tablo **7**)

Tablo 7: Katılımcıların genitoüriner sistemle ilgili konularda aile hekimine başvuru sıklıkları

		% (N)
Kokulu ve/veya fazla miktarda ve/veya sarımsı renkte akıntı ve/veya kasık ağrısı varlığında (n=41)	Aile hekimliği	7,3 (3)
	Devlet hastanesi	39,0 (16)
	Üniversite hastanesi	22,0 (9)
	Özel sağlık kuruluşu	31,7 (13)
İdrar yaparken ağrı, sızı, yanma varlığında (n=113)	Aile hekimliği	15,0 (17)
	Devlet hastanesi	53,1 (60)
	Üniversite hastanesi	14,2 (16)
	Özel sağlık kuruluşu	17,7 (20)

Çalışmaya katılanların doğum ve sonrası dönemdeki yakınmalarıyla başvurmuş oldukları sağlık kuruluşlarının dağılımı incelendiğinde; sadece gebe kalmadan önce gebeliğini planlamak için aile hekimliğine başvuran katılımcı olmadığı görülmüştür. Gebelik planlamak amacıyla yapılan başvuruların tamamı (n=61) diğer sağlık kuruluşlarına yapılmıştır. Bunun dışında kalan gebelik şüphesi, gebelik izlemi, doğum ve gebelik sonrası ile ilgili sorunlar amacıyla Birinci Basamak ya da diğer sağlık kuruluşlarının kullanımı ile ilgili dağılım aşağıdaki tabloda incelenebilir. (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların doğum ve sonrası dönemdeki konularda başvurmuş oldukları sağlık kuruluşlarının dağılımı

		% (N)
Adet gecikmesi olduğunda (n=113)	Aile hekimliği	34,5 (39)
	Devlet hastanesi	27,4 (31)
	Üniversite hastanesi	26,5 (30)
	Özel sağlık kuruluşu	11,5 (13)
Gebe kaldığınızda rutin gebelik kontrolleri için (n=148)	Aile hekimliği	9,5 (14)
	Devlet hastanesi	42,6 (63)
	Üniversite hastanesi	33,1 (49)
	Özel sağlık kuruluşu	14,9 (22)
Gebeliğiniz sırasında herhangi bir problemle karşılaştığınızda (n=271)	Aile hekimliği	16,6 (45)
	Devlet hastanesi	19,6 (53)
	Üniversite hastanesi	16,2 (44)
	Özel sağlık kuruluşu	5,2 (14)
	Böyle bir başvurum olmadı	42,4 (115)
Doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemler ile ilgili olarak (n=140)	Aile hekimliği	15,0 (21)
	Devlet hastanesi	39,3 (55)
	Üniversite hastanesi	34,3 (48)
	Özel sağlık kuruluşu	11,4 (16)
Lohusalık döneminde belirli aralıklarla kontrol için (n=138)	Aile hekimliği	13,8 (19)
	Devlet hastanesi	38,4 (53)
	Üniversite hastanesi	35,5 (49)
	Özel sağlık kuruluşu	12,3 (17)

Katılımcılara bundan sonra hangi konularda aile hekimine başvurmayı düşündükleri sorulduğunda; hastaların en sık verdiği 2 cevap, gebelik sırasında herhangi bir problemle karşılaşıldığında; %23,5 (n=94) ve adet gecikmesi olduğunda; %21,8'i şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu sıralamayı; doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemler %10,3 (n=41), idrar yaparken ağrı, sızı, yanma varlığı %10 (n=40) ve çocuğunun cinsel gelişme süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak %5,5 (n=22) takip etmiştir.

Hastaların daha önce hangi konularda aile hekimine başvurdukları sorulduğunda; hastaların %34,5 olarak en sık verdikleri cevap "adet gecikmesi olduğunda" şeklindedir. Diğer cevaplar ve sıklıkları aşağıdaki tabloda izlenebilir. (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların daha önce aile hekimlerine en sık başvurma nedenleri ile bundan sonra hangi nedenlerle başvurmayı düşünecekleri

En sık hangi nedenlerle ASM başvurusu yapılmış	**% (N)**	**Sıra No**	**ASM başvurusu en sık hangi nedenlerle düşünülüyor**	**% (N)**
Adet gecikmesi (113)	34,5 (39)	**1.**	Gebelik sırasındaki problemler (224)	42,0 (94)
Gebelik sırasındaki problemler (156)	28,8 (45)	**2.**	Adet gecikmesi (211)	41,2 (87)
Doğum zamanı yaklaştığında (140)	15,0 (21)	**3.**	Doğum zamanı yaklaştığında (162)	25,3 (41)
Dizüri varlığında (113)	15,0 (17)	**4.**	Dizüri varlığında (67)	59,7 (40)
Lohusalık dönemi kontrolünde (138)	13,8 (19)	**5.**	Çocuğunun cinsel gelişimini öğrenmek (130)	16,9 (22)

Katılımcıların Aile Hekimliğini kullanmayı en çok düşünecekleri başvuru nedenleri ile demografik özellikler arasındaki karşılaştırmalı analizler yapıldığında;

*Katılımcıların gebelik sırasında bir problemle karşılaştıklarında aile hekimine başvuru durumları i*ncelendiğinde bekar katılımcılarda aile hekimine başvuracağını bildirme oranı, evlilerden ve eşinden ayrı olanlardan daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Eşiyle yaşayan katılımcılarda böyle bir durumda aile hekimine başvuracağını belirtme oranı eş dışında diğer bir kişi ile yaşayan katılımcılardan daha düşük bulunmuştur (p=0,002). Aile hekimine başvuracağını belirten katılımcıların ortalama yaşları ve ortalama menopoza giriş yaşları başvurmayacağını belirten hastalardan daha düşük bulunmuştur (sırasıyla p=0,021 ve p=0,037). Eğitim düzeyi, sigara kullanımı ve alkol kullanımı durumuna göre gebelik sırasında bir problemle karşılaşıldığında aile hekimine başvuru yapacağını belirtme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların gelecekte "gebelik sırasındaki problemler nedeniyle aile hekimine başvurma" düşüncesi ile diğer özelliklerinin karşılaştırılması

Gebeliğiniz sırasında herhangi bir problemle karşılaştığınızda aile hekimine başvurmayı düşünür müsünüz?		**Evet**	**Hayır**	***p***
		% (N)	**% (N)**	
Medeni durum (n=224)	Bekar	58,7 (44)	41,3 (31)	**0,001**
	Evli	32,1 (43)	67,9 (91)	
	Eşinden ayrı	46,7 (7)	53,3 (8)	
Evde kimle beraber yaşıyor (n=224)	Eşi	30,6 (30)	69,4 (68)	**0,002**
	Diğer	50,8 (64)	49,2 (62)	
Yaş (n=224)		33,3 ± 10,0	36,3 ± 9,4	**0,021**
Menopoz yaşı (n=5)		39,5 ± 0,7	47,3 ± 2,8	**0,037**
Eğitim düzeyi (n=224)	Lise altı	43,8 (39)	56,2 (50)	0,648
	Lise ve üzeri	40,7 (55)	59,3 (80)	
Sigara kullanımı (n=218)	Evet	53,3 (8)	46,7 (7)	0,114
	Hayır	39,9 (77)	60,1 (116)	
	İçtim bıraktım	70,0 (7)	30,0 (3)	
Alkol kullanımı (n=224)	Evet	50,0 (2)	50,0 (2)	0,742
	Hayır	41,8 (92)	58,2 (128)	

Katılımcıların gelecekte "adet gecikmesi durumunda aile hekimine başvururum" düşünceleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde bekar katılımcılarda aile hekimine başvuracağını bildirme oranı evli ve eşinden ayrı olan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Eşiyle yaşayan katılımcılarda böyle bir durumda aile hekimine başvuracağını belirtme oranı eş dışında diğer bir kişi ile yaşayan katılımcılardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Aile hekimine başvuracağını belirten katılımcıların ortalama yaşları ve ortalama menopoza giriş yaşları başvurmayacağını belirten hastalardan daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,037$). Eğitim düzeyi, sigara kullanımı ve alkol kullanımı durumuna göre adet gecikmesi halinde aile hekimine başvuru yapacağını belirtme oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların gelecekte "adet gecikmesi nedeniyle" aile hekimine başvurma düşüncesi ile diğer özelliklerinin karşılaştırılması

Adet gecikmesi olduğunda aile hekimine başvurur musunuz?		**Evet**	**Hayır**	***p***
		% (N)	**% (N)**	
Medeni durum (n=211)	Bekar	64,4 (47)	35,6 (26)	**<0,001**
	Evli	27,0 (33)	73,0 (89)	
	Eşinden ayrı	43,8 (7)	56,3 (9)	
Yaş (n=211)		32,5 ± 10,1	36,9 ± 9,0	**0,001**
Menopoz yaşı (n=5)		39,5 ± 0,7	47,3 ± 2,8	**0,037**
Evde kimle beraber yaşıyor (n=211)	Eşi	22,2 (20)	77,8 (70)	**<0,001**
	Diğer	55,4 (67)	44,6 (54)	

Katılımcıların gelecekte "*doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemler"* ile ilgili olarak aile hekimine başvurmayı düşünme durumları incelendiğinde; bekar katılımcılarda aile hekimine başvuracağını bildirme oranı evli ve eşinden ayrı olan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Eşiyle yaşayan katılımcılarda böyle bir durumda aile hekimine başvuracağını belirtme oranı eş dışında diğer bir kişi ile yaşayan katılımcılardan daha düşük bulunmuştur (p<0,001). Alkol kullanımı olan katılımcılarda böyle bir durumda aile hekimine başvuracağını belirtme oranı kullanmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (p=0,021). Aile hekimine başvuracağını belirten katılımcıların ortalama yaşları başvurmayacağını belirten hastalardan daha düşük bulunmuştur (p=0,013). Eğitim düzeyi ve sigara kullanımı durumuna göre doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemlerde aile hekimine başvuru yapacağını belirtme oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların "Doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemler nedeniyle" aile hekimine başvurma düşüncesi ile diğer özelliklerinin karşılaştırılması

Doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemler ile ilgili olarak aile hekimine başvurur musunuz?		**Evet**	**Hayır**	***p***
		% (N)	**% (N)**	
Medeni durum (n=162)	Bekar	45,8 (22)	54,2 (26)	**<0,001**
	Evli	16,3 (17)	83,7 (87)	
	Eşinden ayrı	20,0 (2)	80,0 (8)	
Yaş (n=148)		32,4 ± 10,2	36,6 ± 9,3	**0,013**
Alkol kullanımı (n=162)	Evet	75,0 (3)	25,0 (1)	**0,021**
	Hayır	24,1 (38)	75,9 (120)	
Evde kimle beraber yaşıyor (n=162)	Eşi	9,5 (7)	90,5 (67)	**<0,001**
	Diğer	38,6 (34)	61,4 (54)	

Gelecekte *"dizüri şikayetiyle*" aile hekimine başvuracağını belirten katılımcıların ortalama yaşları başvurmayacağını belirten hastalardan daha düşük bulunmuştur (p=0,013). Medeni durum, eğitim durumu, sigara içme ve eşiyle yaşama durumuyla dizüri şikayeti olduğunda aile hekimine başvuru yapacak olma oranları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu soruya cevap verenler arasında alkol kullanımı olan katılımcı bulunmadığı için karşılaştırma yapılamamış, p değeri hesaplanamamıştır.

Medeni durum, yaş, eğitim durumu, sigara içme ve eşiyle yaşama durumuyla katılımcıların "*çocuklarının cinsel gelişme süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak için aile hekimine başvuruda bulunacak olma durumu"* arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcıların soru formumuzda belirtilen *üreme sağlığı hizmetleri için aile hekimliğine başvurmama nedenleri* sorulduğunda elde edilen cevaplar niteliksel olarak değerlendirilerek içeriği birbirinin aynısı olanlar gruplanmıştır. Bu şekilde 15 grup ortaya çıkmıştır. Aile Hekimine başvurmama nedenleri olarak bu gruplar aşağıda listelenmiştir.

1. Yeterli bilgiye sahip değiller
2. Onların uzmanlığı yok
3. Kadın doğum doktoru varken başvurmam

4. Bu hizmet için imkanları yok bence
5. Onlarda hastaneye başvurmamızı söylüyorlar
6. Cinsiyetinden dolayı
7. Eksik yanlış bilgi verdikleri oluyor
8. Kendisiyle çok konuşmak istemiyorum
9. Bana başka doktor tavsiye ettiler
10. Bunlar onunla koşacağım konular değil
11. Daha önce gittim memnun kalmadım
12. Güvenmiyorum
13. Sürekli gittiğim doktorumdan memnunum
14. Doktorum kendisine başvurmamı söyledi
15. Mecbur olmadıkça gitmiyorum

Üreme sağlığı hizmetleri ve bu hizmet için birinci basamağa başvurmama nedeni olarak en az 3 katılımcının uzlaştığı gerekçeler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. (Tablo 13)

Tablo 13: Belirtilen üreme sağlığı hizmetlerini almak için aile hekimine başvurmayacağını belirten katılımcıların başvurmama nedenlerinin dağılımı

	"Yeterli bilgiye sahip değiller"	*"Onların uzmanlığı yok"*	*"Kadın doğum doktoru varken başvurmam"*	*"Bu hizmet için hazırlıkları ve imkanları yok bence"*	*"Onlar da hastaneye başvurmamızı söylüyorlar"*	*"Erkek olduğu için"*	*"Eksik, yanlış, üstün-körü bilgi verdikleri oluyor"*	*"Kendisiyle çok konuşmak istemiyorum"*	*"Bana başka doktor tavsiye ettiler"*	*"Bunlar onunla konuşacağım konular değil"*
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Gebelikten korunma yöntemlerini öğrenmek ya da kullanmak için	9	5	8							
Kullandığınız doğum kontrol yöntemiyle ilgili bir sorununuz olduğunda	17	6	7							
Gebelikten şüphelendiğinizde	6	7	7							
Lohusalık dönemi ile ilgili eğitim ya da danışmanlık almak istediğinizde	4									
İstenmeyen bir gebeliği sonlandırmak için		8	6							
İsteksizlik, tatmin olamama, tiksinti gibi cinsel sorunlarınızda		6	3							
Kokulu ve/veya fazla miktarda ve/veya sarımsı renkte akıntı ve/veya kasık ağrısı varlığında	7		8							
İdrar yaparken ağrı, sızı, yanma varlığında	10		5							
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgilenmek istediğinizde	9		29	21						
Şikayetiniz olmasa da meme muayenesi yaptırmak için	13	17	35		8	7				

Tablo 13-devam: Belirtilen nedenler için aile hekimine başvurmayacağını belirten katılımcıların başvurmama nedenlerinin dağılımı

	"Yeterli bilgiye sahip değiller"	*"Onların uzmanlığı yok"*	*"Kadın doğum doktoru varken başvurmam"*	*"Bu hizmet için hazırlıkları ve imkanları yok bence"*	*"Onlar da hastaneye başvurmamızı söylüyorlar"*	*"Erkek olduğu için"*	*"Eksik, yanlış, üstün-köri bilgi verdikleri oluyor"*	*"Kendisiyle çok konuşmak istemiyorum"*	*"Bana başka doktor tavsiye ettiler"*	*"Bunlar onunla konuşacağım konular değil"*
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Kendi kendine meme muayenesini öğrenmek istediğinizde	11	16	39		10	10				
Rahim kanserinden korunma yollarını öğrenmek istediğinizde	12	17	42		7		5			
Gebeliğiniz sırasında herhangi bir problemle karşılaştığınızda	18	15	38	5	5					
Adet gecikmesi olduğunda	14	13	39	5	5	5	4			
Gebe kalmadan önce gebeliğinizi planlamak için	4	4	18							
Gebe kaldığınızda rutin gebelik kontrolleri için	10	13	29							
Menopozla ilgili yakınmalarınız olduğunda	8	7	23		11			6	6	
Menopoza girdikten sonraki kadın sağlığı ile ilgili kontroller için	9	9	29		11			5	6	
Çocuklarınızın cinsel gelişme süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak için	58						9		12	17

5. TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmetleri dünyada çeşitli farklı isimler alsa da temel olarak bireyleri çeşitli sağlık problemleri nedeni ile ilk olarak başvurduğu, başvurmasının beklendiği sağlık kuruluşlarının genel adı olarak tanımlanabilir (9, 31). Ülkemizde uzun dönem sağlık ocakları şeklinde isimlendirilen birinci basamak sağlık kuruluşları 2011 yılındaki sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında aile sağlığı merkezleri olarak isimlendirilmeye başlanmıştır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin temelleri ve organizasyonunun iyilik düzeyi ülkedeki genel sağlık sorunlarının çözümlenmesini kolaylaştırır. Eşitsizlikler diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunulmasında da yaşanabilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının yaygınlığı ve herkes tarafından kullanılabilir olması sağlıktaki eşitsizliklerin aşılmasına da katkıda bulunmaktadır (9, 31).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile bireylerin temel sağlık problemleri daha yüksek maliyet gerektiren ikinci ve üçüncü düzey sağlık kuruluşlarına başvurmadan karşılanabilir. Birinci basamak, uzman hekime olan ihtiyacın hafifletilmesi, yaygın erişim imkanlarının olması, hizmet verilebilmesi için büyük sağlık komplekslerine ihtiyaç duymaması gibi nedenler ile maliyet etkin sağlık kuruluşlarıdır (9, 32).

Ülkelerin sağlık politikaları da birinci basamak konusunda farklılıklar göstermektedir. Sosyal güvencenin kapsamına göre birinci basamak anlayışları da farklılık göstermektedir. Almanya ve Amerika gibi özel sağlık sigorta sistemlerinin bulunduğu ülkelerde birinci basamakta uzman hekimler de görev alırken İngiltere, İtalya ve Hollanda gibi ülkelerde sadece pratisyen hekimler görev almaktadır (9, 33). Bizim ülkemizde ise pratisyen hekimlere ek olarak sayısı hızla artan aile hekimliği uzmanları birinci basamakta görev almaktadır. Sözleşmeli çalışma sistemi ile diğer branşların uzmanları da birinci basamakta görev alabilmektedirler.

Her ne kadar birinci basamak hizmetleri iyi sunulsa da bireylerin bu sağlık kuruluşlarını kullanması daha büyük önem arz etmektedir. Bireylerin birinci basamağı kullanmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurması, başvurulan sağlık kuruluşlarında yoğunluğa ve asıl hizmet vermesi gerek

vatandaşlara hizmet vermesine engel olabilir. Bu durumun dolaylı sonucu olarak yeni sağlık birimlerinin kurulması, kurulan kuruluşların donanım ve hizmet giderleri nedeni ile ülkenin sağlık maliyetlerinde artışa gerçekleşecektir. Hensher ve ark. ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının toplumun sağlığının geliştirilmesine sınırlı bir miktarda katkı sağladığı, buna karşın sağlık giderlerinde çok daha büyük giderlere neden olduğu belirtmiştir. Hastane giderlerinin sağlığa ayrına bütçeyi %50-60'a varan oranlarda tükettiği gösterilmiştir (34). Uzman hekim ödemelerinin daha yüksek olması, hastane bakım ve giderlerinin daha yüksek olması bu durumun temel nedeni olarak belirtilmiştir. Starfield ve ark. çalışmasında ise spesifikleşmiş uzmanların sayının artmasının toplumun genel sağlığında iyileştirici etkisinin olmadığı gösterilmiştir (35). Uğurlu ve ark. tetkik imkanlarının artması ile hastaların %96'ının birinci basamakta tutulabileceğini ve ikinci ve üçüncü basamak kullanımının azaltılabileceğini belirtmiştir (36). Timothy ve ark. ise birinci basamağa geçiş ve sevk sisteminin (gatekeeping) çocuklar için olan sağlık harcamalardaki etkisini incelemişlerdir. Çalışmada dönüşüm sonrası harcamalarda %59'a varan oranlarda azalmanın olduğunu belirtmişlerdir (37).

Çalışmamızda da İstanbul'un Üsküdar ilçesinde sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin birinci basamağın kullanımına yönelik kullanım öyküleri ve düşünceleri incelenmiştir. Çalışmamıza 400 katılımcı dahil olmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu bekar olmakla beraber diğer sosyodemografik özellikleri tabakalar arasında dengeli dağılmıştır. Eğitim durumları, TNSA 2013'e göre incelendiğinde çalışmamıza katılan katılımcıların eğitim düzeyi (lise ve üzeri %63) ülke genelindeki dağılıma göre daha yüksek bulunmuştur (lise ve üzeri %31). Çalışma grubumuzun ilk evlilik yaşı (ortalama 23) TNSA-2013 verilerine (ortanca 21) göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma grubumuzun ortalama çocuk sayısı (2.4) TNSA-2013 verilerine göre (2.2) daha yüksektir (38).

Sigara kullanım oranı yaklaşık %12 bulunmuştur. Sonuçlarımız ülke genelinde yapılan kronik hastalık sonuçlarının incelendiği TURDEP-II sonuçları ile benzerlik göstermektedir (39). Genç nüfusta düzenli alkol kullanım oranı sağlık bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada %20 oranında bulunmaktadır (40). Çalışma grubumuzda ise belirtilen alkol kullanım oranı ise %1'lerdedir. Bu durum bizim çalışmamızın sadece orta yaşta ve kadın katılımcılar ile yapılmış olmasından

kaynaklanıyor olabilir. Katılımcılar görüşme sırasında alkol kullanım durumunu belirtmekten çeşitli nedenler ile çekinmiş de olabilirler.

Üstü ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada bulundukları bölgede sağlık kuruluşlarına yıllık başvuru sayısının 6 yılda ortalama 1.9'dan 4.5'e çıktığını belirtmiştir. Başvuruların ise %33'ünün birinci basamağa yapıldığını belirtmiştir. Sevk oranlarının ise %20'lerden %2'ye düştüğünü belirtmiştir (41). Bizim çalışmamızda da katılımcıları doktora götürecek sağlık sorunu yaşama sıklığında en çok belirtilen sıklık birkaç ayda bir seçeneğidir. Bu seçeneğin "ayda bir" sıklıktan daha az ve "yılda 1-2'den çok" seçeneklerinin arasındaki cevap olduğu için sonuçların benzer olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde Aile sağlığı merkezlerinin kullanım oranları bekarlarda, yaşı daha genç olanlarda ve eğitim düzeyleri lise altı olanlarda daha düşük bulunmuştur. Beklenilenin aksine çalışanlarda ASM kullanımı bir işte çalışmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun nedeni, çalışan katılımcıların iş ile ilgili sağlık envanteri ihtiyaçlarını (işe giriş raporu, hastalık raporu vs.) birinci basmaktan sağlamasından kaynaklanıyor olabilir. Halihazırda birinci basamakta, laboratuvar imkanları çeşitli başvurular için gerekli sağlık raporlarının birinci basamaktan alınmasına imkan tanımaktadır. Birinci basamakla iş ya da diğer sağlık raporu gereksinimi ile tanışan/tekrar iletişime bireyler, birinci basamağın mevcut imkan ve erişim kolaylıklarını gördükten sonra bu kuruluşları diğer sağlık kuruluşlarına tercih ediyor olabilirler. Çalışanların mesleklerine göre başvuru oranlarında ise bir fark olmadığı görülmüştür. İlhan ve ark. (42) birinci basamağa başvuranların özelliklerini ve hizmet kullanım özelliklerini incelemiştir. Çalışmada birini basamağı kullananların yaş dağılımı incelendiğinde en sık kullanan grup 18-29 ve 30-39 yaş grubudur. Bizim çalışmamızda yaş grupları kategorize edilmemiş olmasına karşın birinci basamağı kullandığını belirtenlerin yaş ortalaması 36 bulunmuştur. Bu nedenle sonuçların benzer olduğu söylenebilmektedir. Çalışmada lise ve üzeri eğitime sahip olanların oranı %40 düzeyinde bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ASM kullananlarda bu oran %54 olup çalışmayla benzer olduğu söylenebilmektedir. Çetinkaya ve ark. (43) yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumunu incelemişlerdir. Çalışmada aile hekimine başvuranlarda lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olma oranları (%45)

bizim çalışmamız ile benzer bulunmuştur. Aynı şekilde yaş dağılımı incelendiğinde aile hekimini kullanan hastaların 25-44 yaş aralığına yoğunlaştığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da aile hekimini kullandığını belirtenlerin yaş ortalaması 36 olup bu çalışma ile sonuçlarımız benzerdir.

Kontrasepsiyon ile ilgili konulardaki bulgular incelendiğinde, genel olarak gebelikten korunma için herhangi bir yöntemi kullanma oranı (%70) TNSA-2013 verileriyle (ülke genelindeki tüm kadınlar için %66.5) benzerlik göstermektedir (38). Bu konularda aile hekimine başvurulan hastaların oranı (%10) ise İlhan ve ark. çalışmasına göre yüksek bulunurken diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur. Yine gebelikten korunma, kullanılan yöntem ile ilgili bir sorun halinde başvurma, istenmeyen bir gebeliği sonlandırma, gebelikten şüphelenme gibi durumlarda Aile hekimine başvuracağını belirten hastaların oranı oldukça düşüktür (%0-2). İlhan ve ark. çalışmasında ASM'ye başvuru nedenleri incelendiğinde aile planlaması için başvuru oranı %6.8 bulunmuştur. Daha önceden herhangi bir koruyucu sağlık hizmeti almış olanlarda ise aile planlaması için birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru oranı %80 düzeyinde saptanmıştı (42). Birsen, A.'nın çalışmasında ise çalışmadaki kadınların %65'i aile planlaması hizmetlerini aile sağlığı merkezi aracılığı ile kullandığını belirtmiştir (44). Kaya ve ark. ise Bingöl'de bir birinci basamak sağlık kuruluşunda yaptıkları çalışmada belirtilen sağlık ocağından hizmet alan kadınlarda modern yöntem kullanım oranını %60, geleneksel yöntem kullanım oranını ise %23 bulmuşlardır. Modern yöntem kullanan kadınların neredeyse tamamı kullandıkları yöntemi birinci basamaktan temin etmiştir (45). Sonuçlarda bu denli farklılıklar olmasının birkaç farklı nedeni olabilir. Çalışmamızın İstanbul'un Üsküdar ilçesinde yapılmış olması bu nedenlerden biridir. Üsküdar bulunduğu konum itibarı ile büyük kamu hastaneleri, özel hastaneler gibi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yakın bir ilçedir. Çok sayıda büyük sağlık kuruluşunun ve imkanların bulunması bireyleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendiriyor olabilir. Bir diğer neden ise ilçede genel olarak sosyoekonomik düzey ve yaşam koşulları birçok Anadolu il ve semtinden daha iyi durumdadır. Yüksek denilebilecek eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey bireyleri birinci basmağı kullanmaktan çok ikinci ve üçüncü düzey sağlık kuruluşlarına yönlendiriyor olabilir. Nitekim çalışmamızdaki katılımcıların ortalama gelir düzeyinin yaklaşık 3500 ₺ civarında

olması, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan katılımcılarda ASM kullanım oranlarının ortaokul ve altı olanlardan daha düşük olması bu durumu destekler niteliktedir. Bir diğer neden ise ilerleyen zamana bağlı sağlık sistemindeki değişim olabilir. Nitekim 2011 yılından sonra sağlıkta dönüşüm kapsamında birinci basamak yapılanmasında ve sahadaki uygulamalarda kısmi değişiklik gerçekleşmiştir.

Kontrasepsiyonla ilgili sonuçları aksine hastalara antenatal takiplerinin yapıldığı sağlık kuruluşu sorulduğunda hastaların %73 aile sağlığı merkezi cevabını vermiştir. Böyle bir sonuç elde edilmesinde ülkemizde gerçekleşen sağlıkta dönüşüm kapsamında sağlık ocaklarının aile sağlığı merkezlerine dönüşmesi ve bu konuda gerçekleşen yasal değişiklikler rol oynamış olabilir. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması için aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlere gebe takibi misyonu verilmiştir. Aile sağlığı merkezine ait bir bölgede yeni bir gebelik ortaya çıktığında bu durum aile hekiminin sistemine düşmekte ve gebelik takipleri hasta reddetmediği müddetçe hemen başlatılmaktadır. Bu uygulama nedeni ile kadınlarda aile sağlığı merkezinde gebelik takibi yaptırma oranları yüksek olabilir. Durusoy ve ark. ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlem sıklıklarını ve etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Çalışmaya katılanlarda aile hekimi tarafından izlem oranları ikinci basamağa başvuranlarda %30,2, toplamda ise %25,5 bulunmuştur. Çalışmada aile hekimini bilmeyenlerin oranı %14 bulunmuştur. Aile hekiminin gebelikten nasıl haberdar olduğu sorulduğunda ise hastaların %94'ü kendisinin bilgi verdiğini belirmiştir. Bizim çalışmamızda antenatal takibin aile hekimi belirtilen çalışmadan oldukça yüksek bulunmuştur. Farklı sonuçlar elde edilmesinin birkaç nedeni olabilir. Bunlardan birincisi çalışmanın sadece 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında yapılmış olmasıdır. Halihazırda birinci basamağı kullanmayı tercih edip 2. ve 3. basamağa başvurmayan hastaların çalışma evreninde bulunması başvuru oranlarının rölatif olarak düşük görünmesine neden olmuş olabilir. Bir diğer neden ise çalışmadaki katılımcıların "aile hekimi gebeliğinizden nasıl haberdar oldu" sorusuna verilen cevaplarında gizlidir. Hastaların neredeyse tamamı aile hekimine kendisi haber vermiştir. Bu durum takibe başlama süresini ve hasta hekim ilişkisini etkilemiş olabilir. Bizim çalışmamızın yapıldığı dönemde gebelikler saptanır saptanmaz elektronik olarak aile hekiminin bilgi sistemine düşmektedir. Bu durumda da Aile Hekimi tarafından gebeliğinin doğrudan takibine

başlanmaktadır. Bu nedenle de bizim çalışmamızda oranlar yüksek bulunmuş olabilir (46).

Üreme sağlığı hizmetleri için birinci basamak kullanımına yönelik diğer sonuçlarımız incelendiğinde üriner sistem enfeksiyonlarında aile hekimine başvurmayı tercih etmiş olma oranları %15 bulunmuştur. Belirtilen durumları ilerleyen zamanlarda yaşamanız durumunda en sık hangi sağlık kuruluşuna başvurmayı düşünürsünüz sorusu sorulduğunda ise dizüri nedeni ile aile hekimine başvuracağını belirtenlerin oranı %10 olarak bulunmuştur. Böyle bir durum halinde başvurmayacağını neden birinci basamakta çözülebilecek olan bu durum için katılımcıların başka sağlık kuruluşlarına başvurdukları önem arz etmektedir. Dizüri nedeni ile aile hekimine başvurmayacağını belirten hastaların öne çıkan başvurmama nedenleri aile hekimlerinin "yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları" düşüncesi ve "kadın doğum uzmanı varken aile hekimine başvurmamama" düşüncesidir. Katılımcılara aile hekimlerinin bu gibi konularda yeterli düzeyde bilgi sahibi olduğu ve kadın doğum uzmanına gitmenin birçok vakada gerekli olmadığı düşüncesinin kazandırılması birinci basamağa dizüri konusundaki başvuru oranının artmasını sağlayabilir. Himmel ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada Alman hastaların aile hekimlerini birinci basamak başvuru kuruluşu olarak görüp görmediklerini incelemiştir. İncelemelerinde genel olarak çalışmamızın aksine Alman vatandaşları aile hekimlerini ilk olarak başvurulması gereken sağlık kuruluşu olarak görmektedirler (47).

Üreme sistemine ait enfeksiyon bulgularını taşımaları halinde başvurulan sağlık kuruluşu sorgulandığında ise sadece 3 hasta (%7) aile hekimine başvuracağını belirtmiştir. Bu sağlık sorunu için katılımcıların aile hekimlerine başvurmama nedenleri incelendiğinde ise dizüri konusundaki aynı nedenler yine ön plana çıkmaktadır. Oysaki birinci basamakta genital sistem enfeksiyonlarının tanı ve tedavisi büyük ölçüde mümkündür. Hacıalioğlu ve arkadaşları (48) Erzurum ilinde birinci basamak sağlık kuruşuna başvuran hastalarda genital yol enfeksiyonlarını incelemiş olup hastaların %71.1'inde genital sol enfeksiyonları varlığını saptamışlardır. En sık gözlenen enfeksiyonların vajinitler olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumda hastaların aile hekimlerine başvuru yapmasına engel olan sebeplerin aşılması üreme sağlığı konusunda birinci basamağa başvuru oranlarını artıracaktır.

Üreme sağlığı hizmetlerinin, birinci birinci basamakta kullanım oranlarının ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına oranla daha düşük bulunmuş olması, hasta memnuniyeti ve yaşanmış olumsuz tecrübelerden de kaynaklanıyor olabilir. Nitekim Summit ve arkadaşları (49) niteliksel olarak yapmış oldukları çalışmada, daha önceden üreme sağlığı ile ilgili konularda aile hekimlerini tercih eden hastalarda hasta memnuniyetinin üreme sağlığı konularında aile hekimini tercih etmeyi etkilediğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların aile hekimine geçmişteki sağlık sorunları nedeni ile başvuru nedenleri incelendiğinde en sık nedenler adet gecikmesi, gebelikte ya da doğum sonrasındaki sağlık kontrolleri ya da sağlık problemleri öne çıkmaktadır. Başvuru oranları %35-13 arasında değişmektedir. Gelecekte aile sağlığı merkezine sağlık sorun ve durumları için başvuru nedenleri incelendiğinde de geçmişte yapmış olduklarına benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. İlerleyen zamanlarda aile hekimine yapılacak sık başvuru nedenlerinden biri de çocuğunun cinsel gelişim süreçlerini öğrenmektir. Ünalan ve ark. birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşımda ergenlerin gelişim süreçlerinden ve genital ve üriner sistem enfeksiyonlarına yaklaşımdan bahsetmiştir (50). Bu konuda aile hekimine başvurmayacağını belirten hastalar ise en sık "bu konular aile hekimi ile konuşulacak bir konu değil" düşüncesini dile getirmişlerdir.

Özet bir şekilde belirtmek gerekir ise aile hekimine dizüri dışındaki başvuru nedenleri gebelik ve lohusalık dönemindeki takiplerdir. Yine bu nedenlerle aile hekimine başvuru oranları oldukça düşüktür. Aile hekimine başvurmayı tercih etmeyen hastaların tercih etmeme nedenleri ise genel olarak "aile hekimlerinin yeterli bilgiye sahip olmadığı düşüncesi, aile hekimlerinin uzman olmadığı düşüncesi, kadın doğum uzmanı var iken aile hekimine başvurmama düşüncesi," aile sağlığı merkezlerinin hizmet için gerekli imkanlara sahip olmaması, aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin de kendilerini hastaneye yönlendirmesidir. Günümüzde mevcut sistemde aile sağlığı merkezlerinde hekim sirkülasyonunun hızlı olması, sözleşmeli hekimlik sistemi nedeni ile hekimlerin kalıcı olarak aynı yerde çalışmaması yukarıdaki sonuçlara neden olmuş olabilir.

Hastalarda "hekimler yeterli bilgiye sahip değil, onlar da hastaneye yönlendiriyor, onlar uzman değil" cevaplarının yoğunlukta olması verilen eğitimin

yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir. Mevcut sistemdeki hekimlere uzmanlık eğitiminin verilmesi ve eğitim kalitesinin artırılması hem hastaların hekimlere yönelik önyargılarının aşılmasına hem de hekimlerin kendilerine olan özgüvenlerinin artmasına katkı sağlayabilir. Himmel ve arkadaşlarının çalışmasında hekimin yeterliliğinin hastalarca çok iyi olarak görülmesi hastaların aile hekimlerini ilk başvurulacak merci olarak görmelerini iki kat arttırmıştır. Bunun dışında aile hekimi ile iyi ilişkiler içerisinde olmak ve 60 yaşın üzerinde olmak diğer etkin bulunan faktörlerdir. Aynı çalışmada bir yıldan uzun süredir aynı hekime sahip olanların da aile hekimine sahip olma oranını artırdığı görülmüştür (47).

Güldal ve ark. niteliksel olarak hasta beklentileri ile aile hekimliği çekirdek yeterliliğini incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarında hastaların beklentilerinde yine aile hekiminin sürekliliği, kendileri ile empati yapılması ve kendilerine rehberlik edilmesi öne çıkan beklentilerdir (51).

Ghorbani ve ark. yapmış oldukları çalışmada hastaların aile hekimliği programına yönelik tatmin durumunu incelemişlerdir. Çalışmada çok sayıda incelenen değişken bulunmakla beraber laboratuvar imkanlarının iyi olması hastalarca önemli bulunmuştur (52). Bizim çalışmamızda da aile hekimine başvurmayı tercih etmeyeceğini belirten katılımcıların tercih etmeme için öne çıkan nedenlerinden biri de aile sağlığı merkezlerinin yeterli imkanlara sahip olmadığı düşüncesidir. Birinci basamakta günümüzde birçok laboratuvar imkanı olmasına karşın bu sonuçların ortaya çıkması hastaların birinci basamağa karşı önyargılı yaklaşmalarından ya da geçmişte karşılaşmış oldukları eksikliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Ali ve ark. Pakistan'da yapmış oldukları bir çalışmada ise hastaların aile sağlığı merkezlerine yönelik değerlendirmelerini incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarında hastalarca önemli bulunan noktalar daha çok hastaların muayeneleri ve iletişim üzerine odaklanmıştır (53). Bizim çalışmamızda muayene ve iletişim konuları doğrudan incelenmemekle beraber aile hekimine başvurmayacağını belirten hastaları öne sürdükleri sık nedenlerden birkaçı da "aile hekimi ile çok konuşmayı istememe" ve "başka hekim tavsiyesi" olarak görülmüştür.

Akıllı ve Genç yapmış oldukları çalışmada birinci basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık hizmeti kullanım durumlarını incelemişlerdir.

Çalışmada hastalara, yetişkin tanıdıklarının ya da çocuklarının sağlık problemi yaşadıklarında ilk başvurdukları yer sorulduğunda %90'ın üzerinde bir oranla birinci basamak sağlık kuruluşunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte maddi imkanları daha güçlü olsaydı nereye başvuracakları sorulduğunda bu oran %1'e kadar düşmektedir. Bu durum birinci basmakta ücretsiz sağlık hizmeti verilmesinin önemini göstermektedir (54). Bizim çalışmamızın yapıldığı bölgede genel olarak maddi imkanların iyi olması birinci basamağa olan başvuru oranlarını etkilemiş olabilir. Bahsedilen çalışmada son 6 ayda birinci basamak sağlık kuruluşuna olan başvuru sayısını etkileyen faktörlere bakıldığında ise yaş olarak daha genç olanlarda, bekarlarda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda başvuru sayıları daha az bulunmuştur. Bu yönleri ile de çalışma sonuçları bizim çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Ayrıca hizmet veren kuruluşa yakın olmak da başvuru sayısını artıran bir faktör bulunmuştur. Üsküdar ilçesinde fazla sayıda büyük sağlık kuruluşunun bulunup hizmete ulaşım kolaylığının bulunması bizim çalışmamızda birinci basamak kullanımını azaltan faktörlerden biri olabilir.

Booney ve ark. ise genel pratisyen hekimlerin çalıştığı sağlık birimlerine başvuruyu etkileyen faktörlere yönelik bir literatür derlemesi yapmıştır. Araştırmada hastalar daha çok minör olarak görülen sağlık sorunları için birinci basamağı tercih ettiklerini, kronik hastalıkları olanların ise daha çok uzman hekim tercih ettiklerini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise kronik hastalık varlığı ile aile sağlığı merkezi kullanımı arasında anlamlı bir ilişi bulunamamıştır. Çalışmada kentsel alanda yaşayan hastaların pratisyenler hakkında daha fazla olumsuz düşünceye sahip oldukları belirtilmiştir. Bizim çalışma evrenimiz de kentsel bir alanı kapsamakta olduğu için aile hekimine başvuru oranları düşük bulunmuş olabilir. Çalışmada daha önceden başvuruda bulunmamış hastalarda negatif izlenimlerin, başvurmuş ve tatminkar bir deneyim yaşamış olanlarda ise pozitif bir izlenim olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da daha önceden yapılan başvuru nedenleri ile gelecekte yapılacak başvuru nedenlerinin benzer olması, bu çalışmanın bu sonucu ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada gösterilen bir diğer faktör ise sağlık kuruluşuna olan güvendir. Bizim çalışmamızda benzer şekilde birinci basamağı tercih etmeyeceğini belirten hastalarda kurumun imkanlarının yeterli olmaması, hekimin yeterli düzeyde

bilgiye sahip olmaması gibi sağlık kuruluşuna güveni azalacak faktörler ön plandadır (55).

Çalışmamızda birinci basamağı kullanmayan katılımcıların özellikleri incelendiğinde bekar olanların birinci basamağı kullanmama oranları daha yüksek görülmüştür. Birinci basamağı kullanmayan katılımcıların yaşları kullananlardan ortalama 3 yaş daha düşük bulunmuştur. Birinci basamağı kullanmayan katılımcıların eğitimi düzeyi kullananlardan daha yüksek bulunmuştur.

Eshel ve arkadaşları yaşlı hastalarda birinci basamak sağlık kuruluşlarını kullanan ve kullanmayan hastaların özelliklerini karşılaştırmışlardır. Birinci basamağa başvurmama nedenleri incelendiğinde evli olmayanlarda başvurmama durumu yaklaşık 2 kat yüksek bulunmuştur. Yaş ilerledikçe birinci basamağa başvurmama riski/durumu da artmaktadır. Kronik hastalığı bulunanlarda ve gelir sosyoekonomik düzeyi yüksek olan hastalarda ise birinci basamağın kullanımı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da bekarlarda birinci basamağı kullanmama oranı daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık varlığı, sosyoekonomik düzey ve yaş ile ilgi olarak ise benzer sonuçlar elde edilememiştir. Bu farklılıkların nedeni çalışma grubunun çalışılan grupların yaş dağılımları arasında ciddi farklılıklar bulunması olabilir (56).

Çalışmamızın **güçlü yanları** incelendiğinde bunlardan biri Üreme Sağlığı hizmetleri için 500.000'e yakın nüfusu olan bir ilçede farklı basamakları temsil eden ve farklı yapısal özellikleri olan sağlık kuruluşlarına başvuran 15-49 yaş grubundaki kadınları temsil edebilecek düzeyde kesitsel bir çalışma tasarımına sahip olmasıdır. Ayrıca 2011'deki sağlıktaki dönüşüm hareketinden sonra, birinci basamağın değerlendirilmesine yönelik ilk orta-büyük ölçekli çalışmadır. Çalışmamız topluma dayalı olduğu ve tabakalı örneklem yöntemini kullanarak katılımcılarını belirlemiş olduğu için birinci basamak dışındaki sağlık kuruluşuna başvuran hastalardan da veri toplanması mümkün olmuştur. Bu sayede birinci basamağı kullanmayan bireylerin de kullanmama nedenlerine yönelik sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlı yanları ise; veri toplama aşamasında bazı soruların atlanması nedeniyle çok sayıda kayıp veri bulunması, ilçedeki büyük hastanelerin ulaşılabilirliği nedeni ile sonuçlarda oluşabilecek sistematik "bias"tır. Üsküdar ilçesi gerek coğrafi yapısının elverişli oluşu, gerekse bölgede birden fazla 2. ve 3. Basamak

sağlık kuruluşu bulunduğu için operasyonel olarak da randevu almanın kolay oluşu nedeniyle ikinci basamağın tercih edilmemesi için bir engel oluşturmamaktadır. Bu nedenle aile sağlığı merkezine başvuru oranları ihtiyaçtan daha düşük saptanmış olabilir. Bu karıştırıcı faktörü önleyebilmek için veri toplama aşamasında ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yakın olan aile sağlığı merkezleri seçim dışı bırakılarak bu durum kontrol altına alınmaya çalışılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen **sonuçlar** bulgularda bölümünde de belirtilmiştir. Özetlenecek olursa;

1) Çalışmaya alınan katılımcıların demografik özellikleri TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir.
2) Bekar katılımcılar, lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılar, herhangi bir işte çalışmayan hastalarda birinci basamak tercih oranları daha düşüktür.
3) Katılımcılarda kontrasepsiyon amacıyla birinci basamak kullanım oranları diğer sağlık kuruluşlarına göre daha düşüktür.
4) Katılımcıların üreme sağlığı ve gebelik takibi amacıyla birinci basamağı kullanım oranları kontrasepsiyon amacıyla kullanım oranlarına göre daha yüksek düzeylerdedir.
5) En sık ASM başvurusuna neden olan sağlık sorunları adet gecikmesi, gebelik sırasındaki problemler, doğum zamanının yaklaşması, dizüri ve lohusalık dönemi kontrolleridir.
6) ASM başvurusu yapmayı düşünen bireylerin en sık olası başvuru yapma nedenleri gebelik sırasındaki problemler, adet gecikmesi, doğum zamanının yaklaşması, dizüri ve çocuğunun cinsel gelişimini öğrenmektir.
7) Aile hekimine başvurmayı düşünmeyen hastaların başvurmama nedenleri arasında sık belirtilen nedenler katılımcıların ifadeleri ile şunlardır: “Yeterli bilgiye sahip değiller”, “Onların uzmanlığı yok”, “Kadın doğum doktoru varken başvurmam”, “Bu hizmet için imkanları yok bence”, “Onlarda hastaneye başvurmamızı söylüyorlar”, “Cinsiyetinden dolayı”, “Eksik yanlış bilgi verdikleri oluyor”, “Bunlar onunla koşacağım konular değil”, “Daha önce gittim memnun kalmadım”.

Çalışma sonuçlarına yönelik **öneriler** tartışmada sırasında da belirtilmiştir. Özetlenecek olursa;

1) Başvuranların Birinci Basamak kullanımının teşvik edilmesi,
2) Çalışan hekimlere üreme sağlığı konularında bilgi ve beceri kazandıracak mesleki gelişim programları, sertifikasyon olanakları, uzmanlık eğitimi ve/veya aralıklı güncellemeler şeklinde hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
3) Özellikle Üreme sağlığı konusu hasta-hekim iletişiminde mahremiyet kavramının öne çıktığı konulardan biri olduğu için sürekliliğin sağlanması amacıyla hekimlerin kalıcı olmasını sağlayacak önlemlerin alınması,
4) Hekimlerin bölge halkının güvenini kazanması, aile sağlığı merkezlerinin imkanlarının artık daha iyi olduğunun hastalarla paylaşılması, fiziksel ve diğer imkanları eksik ya da eski olan aile sağlığı merkezlerinin eksiklerinin tamamlanması,
5) Üreme sağlığı hizmetleri kapsamlı bakım ve ekip çalışması gerektiren önemli konulardan biri olduğu için ihtiyaç duyulan branşlarda yetişmiş sağlık personeli ve uzman hekimlerin aile sağlığı merkezlerinde görev alması birinci basamağa başvuru oranlarını artıracaktır. Böylece ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına duyulan ihtiyaçta azalma gözlenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akın A, Haklar Üİ, Sağlığı Ü. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 1994:15-9.

2. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği. Available from: http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-513/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-merkezleri-yonetme-.html 3/13.

3. Akın A. Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş. Aktüel Tıp Dergisi. 2001;6(1):4-8.

4. Coşkun A, Şahin N, Kızılkaya N, Yıldız A. Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri ile Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum. 2000;10(3):22-9.

5. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürü 2010.

6. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):70-8.

7. Kringos DS. The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study. Turkish Journal of Family Practice. 2013;17(4):165-79.

8. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Social Science & Medicine. 2013;99:9-17.

9. Macinko J, Starfield B, 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. 2003;38(3):831-65.

10. Rosenberg J. Primary Care Facilities Are Key to Maternal Health. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2009;35(4):164.

11. Kelly C, Johnston J, Carey F. Evaluation of a partnership between primary and secondary care providing an accessible Level 1 sexual health service in the community. International journal of STD & AIDS. 2014;25(10):751-7.

12. Hofmeyr GJ, Mancotywa T, Silwana-Kwadjo N, Mgudlwa B, Lawrie TA, Gülmezoglu AM. Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU). BMC pregnancy and childbirth. 2014;14(1):1.

13. Callegari LS, Parisi SM, Schwarz EB. Perceptions of intrauterine contraception among women seeking primary care. Contraception. 2013;88(2):269-74.

14. Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire1994.

15. Akın A. Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi yayınları; 2003.

16. Akin A, Bahar-Özvaris S, Aslan D, Esin Ç, Çelik K. Adolesanlarin/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sagligini Etkileyen Faktörler Projesi (Özet Rapor). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tip Fakültesi Halk Sagligi Anabilim Dali ve DSÖ; 2004.

17. WHO. European health for all database (HFA-DB). Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2005.

18. Fathalla MF. Reproductive health in the world: Two decades of progress and the challenge ahead. Reproductive health a key to a brighter future Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. 1990;1991:1990-1.

19. Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health, : World Health Organization, Family and Reproductive Health European Regional Office, ; 1999.

20. Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmanın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl. Sted. 2004;13(2):60-3.

21. Dervişoğlu A. Üreme Sağlığı ile İlgili Politika ve Yasalar. Kontaseptif Yöntemler. Ankara: Demircioğlu Matbaacılık; 1990. p. 57-85.

22. Çelikay F, Gumus E. Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi (Empirical Analysis of Transformation in Health). Journal of the Faculty of Political Science. 2011;66(3):55-92.

23. Yaşam Memnuniyeti Araştırması-2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları. Yayın No:3527. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2011.

24. IPPF Üreme Haklari ve Cinsel Haklar Bildirgesi–Vizyon 20001997.

25. Metin B, Akın A, Güngör İ. DSÖ sağlık raporu. 21 yy.'da yaşam herkes için bir vizyon. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara. 1998.

26. Dündar C, Öz H, editors. Samsun il Merkezindeki Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Kurumsal Tercihi Etkileyen Faktörler 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2012.

27. İstanbul ilinde bulunan sağlık kuruluşları [2016]. Available from: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/kurumlar/kurumlar.asp?lc=0&kk=0.

28. Üreme sağlığına giriş-katılımcı rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,; 2009.

29. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri, Katılımcı El Kitabı. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 2005.

30. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015.

31. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

32. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33.

33. Boerma WG. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). 2003.

34. Hensher M, Price M, Adomakoh S. Referral Hospitals. 2006. In: Disease Control Priorities in Developing Countries [Internet]. Oxford University Press and The World Bank. 2. [1229-43].

35. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Affairs. 2005;24:W5.

36. Uğurlu M, Doğusan A, Üstü Y, Korukluoğlu S, Kasım İ. Implamention of Family Medicine, Transition Period Course fo Family Doctors, Fırst Stage, Guidebook for Trainer, Published by the Ministry of Health of Turkey. Ankara: Ata Ofset; 2004.

37. Ferris TG, Perrin JM, Manganello JA, Chang Y, Causino N, Blumenthal D. Switching to gatekeeping: changes in expenditures and utilization for children. Pediatrics. 2001;108(2):283-90.

38. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK; 2014.

39. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. European journal of epidemiology. 2013;28(2):169-80.

40. TUBITAK. Vizyon 2023, Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu (2003) Ek 17 Ankara [2016]. Available from: http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-17.pdf.

41. Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Balkan Medical Journal. 2011;28(1).

42. İlhan MN, Yıldırım A, Maral I. Ankara'da Yarı Kentsel ve Kentsel Bölgede Yaşayan15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanmama Nedenleri. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2002;12(1):66-72.

43. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1).

44. Altay B. 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağı hizmetlerini bilme ve kullanma durumları ile etkileyen faktörlerin incelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2009;12(2).

45. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;22(4):185-91.

46. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanik FA. Izmir'de ikinci ve üçüncü basamak saglik kuruluslarina basvuran gebelerin aile hekimi tarafindan izlenme sikliklari ve etkileyen etmenler. Turkish Journal of Public Health. 2011;9(1):1.

47. Himmel W, Dieterich A, Kochen MM. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? Journal of general internal medicine. 2000;15(7):496-502.

48. Hacıalioğlu N, İnandı T, Pasinlioğlu T. Erzurum ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2000;3(2):11-7.

49. Summit AK, Casey LM, Bennett AH, Karasz A, Gold M. "I Don't Want to Go Anywhere Else": Patient Experiences of Abortion in Family Medicine. Family medicine. 2016;48(1):30-4.

50. Ünalan PC, Kaya ÇA, Akgün T, Yıkılan H, İşgör A. Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(4):567-76.

51. Güldal D, Yıldırım E, Kuruoğlu E, Günvar T, Mevsim V. Do the core competencies of family medicine relevant to patients' expectations? Turkish Journal of Family Practice. 2012;16(3):107-12.

52. Ghorbani A, Raeissi P, Saffari E, Reissi N. Patient Satisfaction With the Family Physician Program in Sabzevar, Iran. Global journal of health science. 2015;8(2):219.

53. Ali NS, Khuwaja AK, Kausar S, Nanji K. Patients' evaluations of family practice care and attributes of a good family physician. Quality in primary care. 2012;20(5):375-83.

54. Akıllı A, Genç M. Şanlıurfa ili Bozova ilçesi merkez sağlık ocağına başvuran hastaların sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;14(2):95-9.

55. Bonney A, Phillipson L, Reis S, Jones SC, Iverson D. Patients' attitudes to general practice registrars: a review of the literature. Education for Primary Care. 2009;20(5):371-8.

56. Eshel N, Raz R, Chodick G, Guindy M. Characteristics of the elderly who do not visit primary care physicians. Israel journal of health policy research. 2013;2(1):1.

8. EKLER

Ek-1 Anket Formu

EK 1: Anket Formu **Tarih : ….. /….. /20….**

I. Yaş: …….
II. Medeni durum: a)Bekar b)Evli c)Boşanmış d)Eşinden ayrı yaşıyor e) Dul
III. Çocuk Sayısı:
IV. Eğitim durumu : a)OY değil b) OY c) İlkokul d) Lise e) Yüksekokul-Üniversite f) Diğer
V. Sosyal Güvenceniz var mı? a) Var b) Yok
VI. Çalışma durumunuz: a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum
VII. Mesleği:…….
VIII. Ailenin toplam gelir düzeyi?.....
IX. Kronik hastalığınız a)Tansiyon b)Şeker c)Kalp yetmezliği d)KOAH e)diğer ……..
   a) Sigara kullanıyor musunuz? a)Evet……(paket/yıl) b) Hayır c)İçtim/Bıraktım
   a) Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet b) Ara-Sıra (Sosyal İçici) c) Hayır
X. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? Aşağıdaki cetvel üzerine işaretleyiniz.

●----------●

1. kötü 2 3 4 **5. Orta** 6 7 8 9 **10.Mükemmel**

XI. Evlilik yaşı:…İlk gebelik yaşı:……Toplamgebelik……..Yaşayan:……Düşük……Kürtaj:
XII. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?
   a) Yalnız yaşıyorum b) Anne ve babamla yaşıyorum c) Yalnızca eşimle yaşıyorum
   d) Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum e) Diğer
XIII. Çocukluk, gençliğinizi geçirdiğiniz yer:
   a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Diğer (Belirtiniz:.....)
XIV. DOĞUM YAPTIYSANIZ; Nerede yaptınız:……..
XV. İzlem/kontrolleri nerede yaptırdınız:…….
XVI. En küçük çocuğunuzun yaşı……

XVII. Son beş yılda hemen doğum sırasında ya da doğumdan sonra ilk 1 ay içinde bebek ölümü oldu mu?
a) Var b) Yok varsa;
Sayısı…….Sebebi:……
……

XVIII. Son 5 yılda 1 yaşından küçük çocuk kaybı yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır Evet ise ;
Sayısı…….Sebebi:……
……

XIX. Son 5 yılda 1-5 yaş arası çocuk ölümü var mı? a) Evet b) Hayır Evet ise ;
Sayısı…….Sebebi:……
……

XX. Menapoza girdiniz mi? a) evet b) hayır Evet ise Menapoz yaşı;…….

XXI. Aile hekiminizi tanıyor musunuz? a)evet b) hayır

XXII. ASM'yi kullanıyor musunuz? a)evet b) hayır Evet ise ne sıklıkla gidersiniz?

XXIII. Ne sıklıkla sizi doktora götürecek herhangi bir sağlık sorunu yaşıyorsunuz?
a) Haftada 1 b) ayda 1 c) Birkaç ayda 1 d) Yılda 1-2 kez e) En az 1 yıl arayla f) hatırlamıyorum

XXIV. Aile hekimini tercih etme nedeniniz? (birden çok işaretlenebilir)
a. Ücretsiz olduğu için
b. Hastaneye ulaşım zorluğu
c. Hastanelerin kalabalık olması
d. Hastanelerden randevu alma zorluğu
e) Doktor/hemşireleri tanıyorum
f) Daha hızlı hizmet alıyorum
g)Daha önce gittim memnun kaldım
h) Diğer (belirtiniz)……..

XXV. Gebe kalmamak için kullandığınız en son yöntem nedir?
……
……..

XXVI. Gebe kalmamak için yöntem kullanıyorsanız bunu kim önerdi?……

XXVII. Bu hizmeti nereden aldınız?.....

XXVIII. Gebelikten korunmak amacıyla hiç Aile Hekiminize gittiniz mi? ? a) Evet b) Hayır

		Hangisine başvurdunuz? a) Böyle bir başvurum olmadı b) Aile hekimliği c) Devlet Hast d) Üniversite Hast e) Özele f) Diğer……	Aile Hekiminize başvurmayı düşünür müsünüz? E H	Hayır ise Nedeni
I.	Gebelikten korunma yöntemlerini öğrenmek ya da kullanmak için			
II.	Kullandığınız doğum kontrol yöntemiyle ilgili bir sorununuz olduğunda			
III.	Gebelikten şüphelendiğinizde			
IV.	Lohusalık dönemi ile ilgili eğitim ya da danışmanlık almak istediğinizde			
V.	İstenmeyen bir gebeliği sonlandırmak için			
VI.	Çocuğu olmayanların yardım alacağı yerleri öğrenmek istediğinizde			
VII.	İsteksizlik, tatmin olamama, tiksinti gibi cinsel sorunlarınızda			
VIII.	Kokulu ve/veya fazla miktarda ve/veya sarımsı renkte akıntı ve/veya kasık ağrısı varlığında			
IX.	İdrar yaparken ağrı, sızı, yanma varlığında			
X.	Hijyen ve genital temizlik konularında bilgi sahibi olmak istediğinizde			
XI.	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgilenmek istediğinizde			
XII.	Yılda bir kez kontrol amacıyla akıntı örneği (Smear) almak gerektiğinde			
XIII.	Şikayetiniz olmasa da meme muayenesi yaptırmak için			
XIV.	kendi kendine meme muayenesini öğrenmek istediğinizde			
XV.	Şikayetiniz olmasa da her yıl düzenli kadın hastalıkları kontrolü için			
XVI.	Rahim kanserinden korunma yollarını öğrenmek istediğinizde			

XVII.	Gebeliğiniz sırasında herhangi bir problemle karşılaştığınızda			
XVIII.	Doğum zamanı yaklaştığında ortaya çıkabilecek problemler ile ilgili olarak			
XIX.	Adet gecikmesi olduğunda			
XX.	Gebe kalmadan önce gebeliğinizi planlamak için			
XXI.	Gebe kaldığınızda rutin gebelik kontrolleri için			
XXII.	Lohusalık döneminde belirli aralıklarla kontrol için			
XXIII.	Menopozla ilgili yakınmalarınız olduğunda			
XXIV.	Menopoza girdikten sonraki kadın sağlığı ile ilgili kontroller için			
XXV.	Çocuklarınızın cinsel gelişme süreçleri hakkında bilgi sahibi olmak için			

Ek 2. Aydınlatılmış Onam

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU:

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir çalışma olup, araştırmanın adı "15-49 yaş arası kadınlarda üreme sağlığı konularında birinci basamak sağlık kurumlarından yararlanma durumları" dır.

Bu araştırmanın amacı 15-49 yaş arası kadınlara cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularındaki sağlık hizmeti ihtiyaçlarını ve bu hizmetler için başvuru tercihlerini belirlemektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında çeşitli nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecek, ancak hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliği korunacaktır.

Sayın Dr. YILMAZ YALTI tarafından, MÜTFH Aile Hekimliği ABD tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya

çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU:

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası: Dr. YILMAZ YALTI

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

Ek 4. Protokol Onayı

PROTOKOL

Madde 1-
Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Yılmaz YALTI arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: İstanbul Üsküdar İlçesi Aile Sağlık Merkezleri
Çalışmanın adı: 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Üreme Sağlığı Konularında Birinci Basamak Sağlık Kurumlarından Yararlanma Durumlarının İncelenmesi
Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Doç. Dr. Gülru Pemra ÜNALAN yönetiminde Dr. Yılmaz YALTI yürütecektir.
Madde 2-
a) Bu protokol ilimiz sınırlan içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğün'nün sorumlu olduğu çalışma sahasında uygulanacak olan anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
b)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
Madde 3-
Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır. Sözleşme şartlarında aykırılık:
Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.
Protokolün Süresi:
a) Bu çalışmanın yürütücüsü ilgili kurumda **3 ay** süre ile çalışmasını yürütecektir.
b) Başlangıç 01.09.2015 Bitiş 30.11.2015
c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.
İhtilafların Çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.
Yürürlük:
a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'ne teslim edilecektir.
c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddeleri yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.
d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
e)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Taraflar:

10.../09/2015

Araştırmacı
Adı-Soyadı:
Yılmaz YALTI

Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Uzm. Dr. Onur Özlem KÖSE

OLUR
...../.../2015
Prof. Dr. G.Nurhan İNCE
Halk Sağlığı Müdürü