



Edirne ve Kırklareli Kırsalında Sağlık Hizmeti Kullanımı

Health Service Utilization in Rural Areas of Edirne and Kırklareli

✉ Gamze DEMİRAY¹, ✉ Mehmet GÜNEŞ², ✉ Burcu TOKUÇ³, ✉ Muzaffer ESKİOCAK⁴

¹Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Aydın, Türkiye

²Niğde Toplum Sağlığı Merkezi, Niğde, Türkiye

³Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

⁴Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, Edirne ve Kırklareli illerinde kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını ve bunun sosyo-ekonomik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Mayıs ile Ekim 2019 tarihleri arasında yapılan bu kesitsel çalışma, Edirne ve Kırklareli illerine bağlı 50 köyde 414 hanede anket uygulamasıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler, 42 sorudan oluşan bir anket ile toplanmıştır.

Bulgular: Ziyaret edilen köylerin 36'sında (%72) sağlık kurumu bulunmazken, 5'inde (%10) sağlık merkezi ve 9'unda (%18) aile sağlığı merkezi (ASM) bulunmaktadır. Çalışma saatleri içinde katılımcıların %50,2'si kamu hastanelerini tercih ederken, %37,2'si ASM'leri ve %9,2'si özel hastane ya da muayenahaneleri tercih etmiştir. Kronik hastalığı olan yaşlı katılımcıların %64,5'inin ve 15-49 yaş arası kadınların %65,5'inin düzenli takiplerinin yapılmadığı, ancak tüm çocukların düzenli bakım aldığı dikkat çekmiştir.

Sonuç: Trakya bölgesinde bulunan Edirne ve Kırklareli illeri kırsalında sağlık hizmetlerine erişim yeterli görünse de başvuru esaslı hizmetlere bağımlılık olduğu gözlenmiştir. Çocukluk dönemi haricinde düzenli birinci basamak sağlık hizmeti takiplerinin eksikliği, nitelikli ve güvenilir sağlık hizmetlerinin sunumunda bir boşluk olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Trakya, kırsal, sağlık hizmeti

ABSTRACT

Aim: This study aims to assess health service utilization and its correlation with socio-economic variables among rural residents of Edirne and Kırklareli provinces.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted between May and October 2019 with a survey in 414 households in 50 villages in Edirne and Kırklareli provinces. Data were collected via a 42-question questionnaire.

Results: Of the visited villages, 36 (72%) lacked health institutions, while 5 (10%) had health centers and 9 (18%) had family health centers (FHC). During working hours, 50.2% preferred public hospitals, 37.2% favored FHC, and 9.2% chose private hospitals/practices. Notably, 64.5% of elderly participants with chronic conditions lacked regular follow-ups, along with 65.5% of women aged 15-49 years, while all children received regular care.

Conclusion: Although access to healthcare services appears to be sufficient in the rural areas of Edirne and Kırklareli, located in the Thrace region, it has been observed that there is a dependency on demand-based services. Notably, consistent primary care follow-ups, excluding childhood, appear lacking, highlighting a gap in providing qualified and reliable health services to the public.

Keywords: Thrace, rural area, health service

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Gamze DEMİRAY, Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Aydın, Türkiye

E-posta: gamzedemiray07@gmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0003-3728-2825

Geliş tarihi/Received: 01.03.2024 **Kabul tarihi/Accepted:** 23.08.2024



©Telif Hakkı 2024 Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi / Namık Kemal Tıp Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.
©Copyright 2024 by Tekirdağ Namık Kemal University / Namık Kemal Medical Journal is published by Galenos Publishing House.
Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

GİRİŞ

Tüm dünyada, kent merkezinden uzak, nüfus yoğunluğunun az olduğu, nüfusunu genellikle yaşlıların oluşturduğu ve temel ekonomilerinin tarımsal faaliyetlere dayandığı yerler kırsal alan olarak sınıflandırılrsa da her ülkenin kırsal alan tanımı kendi coğrafi yapısına, nüfus yoğunluğuna, ekonomik ve sosyal özelliklerine göre farklılaşmaktadır¹. Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2014 yılı Mart ayına kadar, Devlet Planlama Teşkilatının 1982 yılında yayımladığı "Kent Eşiği Araştırması: Türkiye İçin Kent Tanımı" kriterlerini kullanarak 20.001 ve daha fazla nüfuslu yerleşim yerlerini kent, 20.000 ve daha az nüfuslu yerleşim yerlerini kır olarak tanımlayan sınıflamayı dikkate almıştır. 2014 yılında Resmi Gazete'de yayınlanan 6360 sayılı kanun ile büyükşehir belediye statüsü kazanan 30 il için, il sınırları içerisinde yer alan köyler mahalle statüsü kazanmış, 20.000 nüfus sınırı esas alınarak yapılan kır-kent tanımındaki kır oranı bu büyükşehirlerde büyük ölçüde değişmiştir².

TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2023 verilerine göre Türkiye nüfusunun %7'si kırsalda (kasaba ve köylerde) yaşamaktadır. 65 yaş üzeri yaşlı nüfus oranı kentsel alanda %9,9 iken kırsal alanda %30,1 olarak tespit edilmiştir³. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının yayınlamış olduğu Dünya Bankası verilerine göre ise Türkiye nüfusunun %23'ü kırsal alanlarda yaşamaktadır⁴.

Birey ve toplumun sağlığını korumak, hasta olduklarında tedavilerini yapmak, oluşan engellilik durumlarında başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak, toplumun sağlığını geliştirmek için yapılan planlı çalışmaları sağlık hizmetleri olarak tanımlıyoruz⁵. Ülkemizde koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamakta kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda basamaklandırılmış bir yapı olmasına karşın, basamaklar arasında bir sevk sistemi zorunluluğu yoktur ve her birey tercih ettiği kurumdan hizmet alabilmektedir. Bireylerin sağlık kurumları tercihi, ekonomik durumları, sosyal güvencelerinin varlığı, yaşadığı yerin sağlık kuruluşlarına olan uzaklığı, eğitim durumu, sağlık kuruluşları ile ilgili önceki deneyimleri, sağlık kuruluşunun teknolojik alt yapısı yanında toplumun sosyo kültürel yapısı, bireysel bilgi, tutum ve inançları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir^{6,7}.

Ülkemizde kırsal alanda sağlık hizmetleri, temel olarak Aile Hekimleri (AH) tarafından belirli günlerde kırsal alan ziyaretleri yapılarak ve sağlık evlerinde görevli ebe ve hemşireler tarafından en yakın kentsel alanda bulunan AH bağlı olarak yürütülmektedir. 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılan "AH" uygulaması, 2010 yılında tüm ülkeyi kapsayacak şekilde genişletilmiştir. AH modelinde, kırsal alanlardaki sağlık hizmetleri, öncelikle AH'nin kırsal bölgelere yaptığı periyodik ziyaretler yoluyla sağlanmaktadır. Şehir

merkezlerinden uzak olan bazı köylerde ise sağlık hizmetleri, şehir merkezinde bulunan en yakın AH'leri ve aile sağlığı elemanı olan ebe ve hemşireler tarafından verilmektedir⁸.

Bu modelde birinci basamak sağlık hizmetleri sunan bir diğer birim de toplum sağlığı merkezleridir (TSM). Aile sağlığı merkezi (ASM) farklı olarak birey odaklı hizmetler yerine toplum odaklı hizmetler sunmaktadırlar. Buldukları bölgedeki toplumun sağlığını korumayı ve iyileştirmeyi amaçlarlar. Toplum sağlığı ile ilgili risk analizleri yaparak mevcut sorunları tespit eder ve bu sorunların çözümü için planlar geliştirirler⁹. AH birimlerini izler, denetler ve koordine ederler. Ayrıca, TSM çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve kronik hastalıkların izlenmesi ve müdahale hizmetleri, adli tıp hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, işçi ve iş güvenliği hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri ve özel sağlık kurumlarının ruhsatlandırılması gibi çeşitli birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlamaktan sorumludur¹⁰.

15.08.2017 tarihli 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'nın organizasyon şemasında yapılan değişiklik sonucunda, TSM'lerin sorumlulukları nüfus ve bölgenin büyüklüğüne bağlı olarak ilgili ilçelerde İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. Ancak, hala TSM'lerin faaliyetlerini sürdürdüğü yerler bulunmaktadır⁸.

Bu çalışmanın amacı, Trakya bölgesinde bulunan iki ilin (Edirne, Kırklareli) kırsal bölgelerinde yaşayanların sağlık hizmetlerini kullanım durumlarını saptamak ve bireylerin sağlık hizmeti kullanımının kimi sosyo-ekonomik değişkenlerle ilişkilerini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma kesitsel bir araştırmadır. Mayıs-Ekim 2019 tarihlerinde Trakya bölgesinde yer alan Edirne ve Kırklareli illeri kırsalında yürütülmüştür. 6360 sayılı yasada geleneksel kent ve kır tanımlarına ilişkin bilgi bulunmaması ve kır/kent ayrımındaki sorunların 2014 yılından bu yana tam çözülememiş olmasından dolayı Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018'de olduğu gibi bu araştırmada da 6360 sayılı kanun öncesi yerleşim yerlerinin statüleri kullanılmıştır¹¹. Örneklem hacmi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "evren oranını belli bir rölatif kesinlikle tahmin etmek" için hazırlanmış olan tablolardan yararlanılarak 384 hane olarak hesaplanmıştır¹². Edirne ve Kırklareli kırsalından basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen 50 köyden (Edirne 26 köy, Kırklareli 24 köy), köylerin nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak 414 hane belirlenmiş; köylerde haneler muhtarın evi başlangıç noktası olarak belirlenerek, sistematik örnekleme ile seçilmiştir. Veriler iki araştırmacı tarafından her haneden görüşmeyi kabul eden bir kişi ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hanede bebek-çocuk var ise çocuğun ebeveyni ile, 15-49 yaş kadın var ise kendisi ile ve 65 yaş üzeri yaşlı var ise yaşlının kendisi ile ayrıca görüşülmüştür. Hanede görüşmeyi kabul eden kişiler araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve katılım

için sözlü onamı alınmıştır. Örneklemeye seçilen hanede kimsenin bulunamaması ya da hane sakinlerinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi durumunda yan komşu hane halkından bir kişi ile görüşülmüştür.

Veri toplama amacıyla araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak geliştirilen 42 soruluk anket formu kullanılmıştır. Ankette sosyo-demografik kimi özelliklerin yanı sıra hane geliri, hanede yaşayanların sosyal güvence durumu, sağlık durumları, sağlık hizmeti kullanım özellikleri (son 1 yıl içinde hizmet aldıkları sağlık kuruluşu, sağlık sorunu olduğunda hizmet almayı düşündüğü sağlık kuruluşu vb.) sorgulanmıştır. Hanede var ise: bebek ve çocuklar için, 15-49 yaş kadınlar için ve 65 yaş üzeri yaşlılar için sağlık hizmeti kullanımı (izlemler ve kanser taramaları vb.) ayrıca sorgulanmıştır.

Köylerin en yakın Devlet Hastanesi'ne (DH) uzaklıkları Google haritalar Uygulaması üzerinde karayolu ulaşımı olarak hesaplanmıştır.

Araştırma için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (karar no: TÜTF-BAEK 2019/198, tarih: 13.05.2019).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma kapsamında, toplamda 50 köyü temsil eden 414 haneye ulaşılmış olup, bunların 26'sı (%52) Kırklareli, 24'ü (%48) Edirne ilinden alınmıştır. Her haneden en az bir kişi ile görüşme yapılmıştır. Görüşülen bireylerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hanede yaşayan kişi sayısının ortalaması $3,2 \pm 1,6$ (medyan: 3; minimum: 1; maksimum: 14) kişi olarak bulunmuştur. Görüşülen hanelerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 2'de sunulmaktadır.

Ziyaret edilen köylerin 36'sında (%72) herhangi bir sağlık kuruluşu bulunmazken, 5'inde (%10) sağlık evi (SE), 9'unda (%18) ASM bulunmaktadır. Herhangi bir sağlık kuruluşu bulunmayan ve SE bulunan köylerde bağlı oldukları AH tarafında mobil hizmet alındığı belirtilmiştir. Köylerin en yakın DH'ne uzaklığı ortalama $16,5 \pm 8,5$ kilometre (minimum: 5,7-maksimum: 60,3)'dir.

Katılımcıların son bir yıl boyunca sağlık hizmeti kullanım sayısı ortancası 4,5 (ortalama: $5,4 \pm 4,7$, minimum: 0-maksimum: 19)'dur, Acil servise başvuru ortancası 0 (ortalama: $1,0 \pm 1,7$, minimum: 0-maksimum: 10)'dir.

Katılımcıların mesai saatleri içinde son bir yıl boyunca hizmet aldıkları sağlık kuruluşları ve bir sağlık sorunu ile karşılaştığında

ilk olarak başvurmayı düşündükleri sağlık kuruluşları Tablo 3'te özetlenmiştir.

Katılımcılara ilk başvuru yerini tercih nedeni sorulduğunda 181 kişi (%43,7) "yakın olduğu için", 90 kişi (%21,7) "güvenilir olduğu için" ve 78 kişi (%18,8) "teknik imkanlar iyi olduğu için", 32 kişi (%7,7) "ucuz olduğu için", 21 kişi (%5,1) tanıdığı biri bulunduğu için tercih ettiklerini belirtmişlerdir. ASM tercih edenlerin büyük çoğunluğu (%80,5) yakınlığı nedeniyle tercih ettiğini, DH ya da üniversite hastanesi tercih edenlerin %30,7'si teknik olanakları daha iyi olduğu için, %24,8'i daha güvenilir bulunduğu için tercih ettiğini belirtirken; DH tercih edenlerin %13,9'u diğer hastanelere göre daha ucuz olduğu için tercih ettiğini söylemiştir.

Mesai saatleri içinde ilk tercih edilen sağlık kuruluşunu etkileyen faktörler incelendiğinde yaşanan yerleşim yerinin

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	192	46,4
Erkek	222	53,6
Yaş grupları		
18-25	31	7,7
26-35	39	9,9
36-45	61	15,9
46-55	79	20
56-65	99	26,6
65 yaş ve üstü	105	19,8
Medeni durum		
Evli	328	79,2
Bekar	72	17,4
Eşi ölmüş	11	2,7
Boşanmış	3	0,7
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	8	1,9
Okuryazar	4	1,0
İlkokul mezunu	4	63,5
Ortaöğretim mezunu	45	10,9
İse mezunu ve üstü	94	22,7
Meslek		
Memur	15	3,6
İşçi	37	8,9
Çiftçi	109	26,3
Emekli	117	28,3
İşsiz	95	22,9
Diğer	41	9,9
Toplam	414	100

Tablo 2. Hanelerin tanımlayıcı özellikleri	
Özellik	n (%)
Hanede yaşayan kişi sayısı	
1 kişi	30 (7,2)
2-4 kişi	298 (72,0)
5 + kişi	86 (20,8)
Hanede gelir getirici bir işte çalışan kişi sayısı	
1 kişi	251 (60,6)
2 kişi	131 (31,6)
3 + kişi	32 (7,7)
Hanenin aylık geliri*	
2020 TL ve altı	205 (49,5)
2020 TL üstü	209 (50,5)
Hanenin sosyal güvence durumu	
Sosyal güvencesi olmayan	17 (4,1)
Hanenin SGK prim borcu varlığı	
Prim borcu olan (Bağ-Kur sigortalısı)	40 (9,7)

*Araştırmanın yapıldığı 2019 yılına ait asgari ücret 2020 TL'dir SGK: Sosyal güvenlik kurumu

en yakın DH'ne olan uzaklığına, hanenin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) prim borcu olup olmamasına, evde 65 yaş üstü birey ve 5 yaş altı çocuk olup olmamasına göre anlamlı farklılık göstermediği, hanenin geliri ve yaşadığı köyde ASM bulunup bulunmamasına göre farklılaştığı belirlenmiştir (Tablo 4). Asgari ücretin altında hane geliri olanların daha çok birinci basamak dışı kuruluşları tercih ettiği, yaşadığı yerde ASM olanların birinci basamak kuruluşları tercih ettiği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında 65 yaş üstü 107 kişi ile görüşülmüştür, 65 yaş üstü 107 kişiden 79'unun (%73,8) tanı almış en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Tanı almış kronik hastalığı olan 79 kişiden 51'i (%64,5) AH'nin kronik hastalığı ile ilgili kontrolleri yapmadığını belirtmiştir. 65 yaş üstü bireylerin 94'ü (% 87,8) AH'nin kendilerine herhangi bir aşı önermediğini, 13 (%12,1) kişi ise aşı önerildiğini belirtmiştir. AH'nin aşı önerdiği 13 kişiden 9'u (%69,3) önerilen aşı/aşılardan yararlandığını, 4'ü (%30,7) ise yaptırmadığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamında görüşülen hanelerin 93'ünde 15-49 yaş arası kadın katılımcı bulunmuştur ve kendileri ile

Tablo 3. Katılımcıların son bir yıl içinde hizmet aldıkları ve bir sağlık sorunu ile karşılaştığında ilk olarak başvurmayı düşündükleri sağlık kuruluşları		
Sağlık kuruluşu	Son bir yıl içinde hizmet alımı* n (%)	Sorunu olduğunda ilk başvurmayı düşündüğü n (%)
Aile Sağlığı Merkezi	230 (55,6)	154 (37,2)
Mobil hizmet birimi	52 (12,6)	0 (0)
Devlet hastanesi	286 (69,1)	208 (50,2)
Üniversite hastanesi	54 (13,0)	13 (3,1)
Özel hastane	81 (19,6)	28 (6,8)
Özel muayenehane	10 (2,4)	10 (2,4)
Acil servis	169 (40,8)	1 (0,2)

*Katılımcılar birden fazla yanıt verdiği için toplamı 100'den fazladır

Tablo 4. Mesai saatleri içinde ilk tercih edilen sağlık kuruluşunu etkileyen faktörler				
		Birinci basamak kuruluşları tercih eden n (%)	Birinci basamak dışı kuruluşları tercih eden n (%)	p değeri
Sosyal güvencesi var ancak prim borcu olma	Evet	15 (37,5)	25 (62,5)	0,967*
	Hayır	139 (37,2)	235 (62,8)	
Asgari ücretin altında aylık hane geliri olma	Evet	65 (31,7)	140 (68,3)	0,022*
	Hayır	89 (42,6)	120 (57,4)	
Yaşadığı köyde aile sağlığı merkezi bulunma	Evet	96 (41,4)	136 (58,6)	0,047*
	Hayır	58 (31,9)	124 (68,1)	
Hanede 5 yaş altı çocuk olması	Evet	16 (45,7)	19 (54,3)	0,276*
	Hayır	138 (36,4)	241 (63,6)	
Hanede 65 yaş üstü birey olması	Evet	41 (39,0)	66 (61,0)	0,650*
	Hayır	113 (36,6)	194 (63,4)	
En yakın devlet hastanesine uzaklık		18,3±10,9 km	16,4±6,4 km	0,070**

İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir. *ki-kare testi, **Student's t-testi

görülmüştür, 15-49 yaş kadın katılımcıların 61'i (%65,5) bağlı oldukları AH tarafından düzenli olarak izlemlerinin yapılmadığını belirtmiştir. Kadın katılımcıların 19'u (%20,4) son 5 yıl içerisinde gebelik yaşamıştır. Gebelik yaşamış katılımcılar izlemler için sırasıyla ASM (%84,2) özel hastane (ÖH) (%73,6) ve DH'ini (%31,5) tercih etmiştir (bu soruya katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir). Son 5 yıl içerisinde gebelik yaşayan kadınların ASM'de ortalama $6\pm 0,4$ kez (minimum: 3-maksimum: 6), DH ortalama 6 ± 1 kez (minimum: 4-maksimum: 9) ve ÖH ortalama $8\pm 0,7$ kez (minimum: 4-maksimum: 15) gebelik izlemi yaptırdığı tespit edilmiştir. Son 5 yıl içerisinde gebelik yaşayan 19 kadından 11'i (%57,8) zamanında doğum, 6'sı (%31,5) erken doğum, 2'si (%10,5) istemli düşük ile gebeliğinin sonuçlandığını belirtmiştir. İstemli düşüklere biri DH, diğeri ise ÖH yapılmıştır. Canlı doğumların 12'si (%70,5) ÖH, 4'ü (%23,5) DH, 1'i (%5,8) üniversite hastanesinde gerçekleşmiştir.

Otuz beş hanede (%8,5) 5 yaş altı çocuk bulunduğu belirlenmiştir. 35 hanenin 27'sinde (%77,1) 5 yaş altı bir, 8'inde ise 2 çocuk bulunmaktadır. Çocukların tamamının bebeklik ve çocukluk dönemi izlemleri AH tarafından yapılmıştır. AH yanında çocuklar izlem için DH'ne (%31,4) ve ÖH'ye (%22,8) götürülmüştür. Hanesinde 5 yaş altı çocuk bulunan katılımcıların tümü (%100) çocuklarına aile hekimi tarafından önerilen tüm aşıları yaptırdıklarını belirtmişlerdir.

Tüm katılımcılara "Bugüne kadar hiç kanser taraması yaptırdınız mı?" diye sorulduğunda 130 kişi (%31,4) yaptırdığını belirtmiştir. 30 yaş üstü 161 kadından 72'si (%44,7) Rahim ağzı kanseri için, 40 yaş üstü 141 kadından 71'i (%50,4) meme kanseri için (mammografi), 50 yaş üstü 243 kişiden 65'i (%26,7) kolon kanseri için tarama yaptırdığını belirtmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışma, Edirne ve Kırklareli kırsal kesimlerinde sağlık hizmetlerinin kullanımını ve sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel bir araştırmadır. Toplam 414 hane araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmamızdaki ortalama hane büyüklüğü (3,2 kişi), 2019 yılında Türkiye'deki ortalama hane büyüklüğüne (3,35 kişi) benzerdir¹³.

Kırsal kesimde yaşayan bireyler, kentsel alanlara göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır¹⁴. Sağlık hizmeti kullanımının temel belirleyicilerinden biri, sağlık hizmetlerine ulaşmak için kat edilen mesafedir ve bu uzun zamandır iyi bilinen bir gerçektir. Nijerya'da yapılan bir çalışma, sağlık hizmetlerinin kullanımının, sağlık kurumlarına olan mesafenin artmasıyla orantılı olarak azaldığını ortaya koymuştur¹⁵. Çalışmamızda yer alan köyler arasında, 36'sında (%72) herhangi bir sağlık kurumu bulunmamakta iken, 5'inde (%10) SE ve 9'unda (%18) ASM bulunmaktadır. Köylerden en yakın DH'ne ortalama mesafe $16,5\pm 8,5$ kilometre olarak tespit edilmiştir. Bursa'da yapılan bir çalışma benzer bulgular rapor etmiş

olup, kırsal mahallelerin birinci basamak sağlık merkezlerine ortalama 14,6 kilometre, DH'ne ise 16,57 kilometre uzaklıkta olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızla karşılaştırılabilir sonuçlar sunmaktadır¹⁴.

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen bir diğer önemli faktör sosyo-ekonomik durumdur¹⁶. Ankete katılan 414 haneden %49,5'inin aylık gelirinin asgari ücretin altında olduğu ve %4,1'inin sosyal güvenlik kapsamına alınmadığı, %9,7'sinin ise Bağ-Kur prim borcu olduğu tespit edilmiştir. 2019'da Türkiye nüfusunun %9,1'inin genel sağlık sigortası primlerinin devlet tarafından ödendiği ve %2,9'unun ise primlerini kendilerinin ödediği belirtilmiştir¹⁷. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, sosyal güvence kapsamı dışında kalan kırsal kesimdeki 15-49 yaş arası kadınların oranı %15'tir¹¹. Çalışmamızın yapıldığı köylerdeki sosyal güvenlik kapsamının Türkiye genelinden daha iyi olduğu görülmektedir. 2004 yılında Gebze'de yapılan bir çalışmada sosyal güvenlik kapsamı dışında olma oranı %24,6 olarak bulunmuş, Çakır'ın¹⁴ Bursa'da yaptığı çalışmada ise kırsal hanelerin %46,8'inin aylık gelirinin asgari ücretin altında olduğu ve sosyal güvenlik kapsamı dışında olma oranının çalışmamızdan yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu (%8,2) belirtilmiştir⁶. Bu sonuçlar, ülkemizde zamanla sosyal güvenlik kapsamının genişlediğini göstermektedir.

Geçen yıl içerisinde, acil durumlar hariç, katılımcıların %69,1'i DH, %55,6'sı ASM, %19,6'sı ÖH ve %12,6'sı mobil sağlık hizmetlerinden sağlık hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, bir sağlık sorunu yaşadıklarında hizmet almak için nereden yararlanmak istedikleri sorulduğunda, %50,2'si DH %37,2'si ASM tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. Kırsal bir bölgede yaşamalarına ve ortalama 16 kilometre mesafede olmalarına rağmen, ikinci basamak sağlık tesislerinin en çok kullanılan ve tercih edilen birimler olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, 2008 yılında Doğu Anadolu'da yapılan bir çalışmada (%67) ve Bursa'da yapılan bir çalışmada (%44,5) DH sağlık hizmetleri için ilk başvuru noktası olarak tercih edildiği bildirilmiştir^{14,18}. 2019'da Güney Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ise katılımcılar bir sağlık sorunu yaşadıklarında önce kamu birinci basamak sağlık kurumlarını, ardından eğitim ve sevk hastanelerini tercih ettiklerini belirtmişlerdir¹⁹. Çalışmamızın aksine, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrası yapılan benzer çalışmalar, sağlık hizmetleri için ASM ilk tercih olduğunu göstermektedir²⁰⁻²². Bu çalışmalar genellikle kentsel alanlarda yapılmış olup, ASM tercih edilmesindeki en önemli sebep yakınlık olarak belirtilmiştir. Benzer şekilde, çalışmamızda da ASM tercih edilmesindeki temel sebep yakınlık olmuştur. Kırsal alanlarda yaşayan insanlar genellikle sağlık hizmeti almak için en yakın ilçe merkezlerine gitmekte ve sevk zinciri zorunluluğu olmadan doğrudan istenen seviyedeki bakıma ulaşabilme imkânı nedeniyle DH tercih etmektedir.

Çalışmamızda, mesai saatleri içerisinde birinci basamak sağlık tesisinin tercih edilmesini etkileyen faktörler incelenmiştir. Hane halkının SGK prim borcunun olup olmaması, hanede 65 yaş üstü bireylerin veya 5 yaş altı çocukların bulunup bulunmaması birinci veya ikinci basamak sağlık tesisleri tercihlerini etkilememiştir. Ancak hane gelirinin ve yaşanan köyde ASM bulunmasının bu tercihi etkilediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Eskişehir kırsalında yapılan bir çalışmada, mobil sağlık hizmetlerinden yararlananların ikinci basamak sağlık tesislerine sevk edilme oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur⁷. Sağlık Bakanlığı, 224 sayılı Kanun kapsamında kurulan sağlık ocağı sisteminin nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizliği ve birinci basamakta tedavi edilebilecek büyük bir hasta grubunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine yönelme eğilimi nedeniyle AH uygulamasına geçmiştir²³. Ancak çalışmamızda ve benzer çalışmalarda, kırsal alanlarda sağlık hizmetleri için DH ilk tercih olduğu, mobil sağlık hizmeti alan kişilerin ASM kıyasla DH tercih ettiği ve sosyo-ekonomik durumu kötü olan bireylerin dahi sağlık hizmeti almak için ikinci basamak sağlık tesislerini tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Bu durum, AH uygulamasının kırsal bölgelerde yetersiz olabileceğini düşündürmektedir^{7,14,18}. Benzer şekilde, kırsal Endonezya'da yapılan başka bir çalışmada, en kötü sosyo-ekonomik duruma sahip bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden en az yararlanan grup olduğu bulunmuştur¹⁶. Bu çalışmada, görüşülen 65 yaş üstü bireylerin %73,8'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Çakmur'un²⁴ Kars ilinde yaptığı çalışmada, bu oran 65 yaş üstü bireyler arasında %19 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, kronik hastalığı olan bireylerin %64,5'i AH'nin kronik rahatsızlığıyla ilgili düzenli kontroller yapmadığını belirtmiştir. Bu durum, AH tarafından kronik hastalık yönetiminin yetersiz olduğunu ve bireylerin uzman doktorlar tarafından muayene olmayı tercih ettiğini gösterebilir. Ayrıca, 65 yaş üstü bireylerin %87,8'inin AH'nin kendilerine herhangi bir aşı önermediğini belirtmesi, bu iki ildeki kırsal alanlarda yaşlılara yönelik koruyucu hizmetlerin etkin bir şekilde sunulmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada, 15-49 yaş arası kadınların takibinin etkili bir şekilde yapılmadığı, ancak Edirne ve Kırklareli'nin kırsal kesimlerinde doğum öncesi ve çocuk sağlık hizmetlerinin nispeten daha iyi olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, hamile kadınların doğum öncesi bakım alma oranı, Çakır'ın¹⁴ Bursa'da yaptığı çalışma ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verileriyle karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur¹¹. DH ve ÖH takip hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen, doğum öncesi ve çocuk sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, AH'nin bu hizmetleri performans kriterlerine dahil etmesinden etkilenmiş olabilir. Çalışmamızda, son beş yıl içinde gerçekleşen doğumların %70'i ÖH'de gerçekleşmiş olup, bu

doğumların tamamı bir sağlık tesisinde gerçekleşmiştir. Birinci basamak sağlık düzeyinde yapılan taramalar, kanserlerin erken teşhisi için kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda, katılımcıların %31,4'ü meme, serviks veya kolorektal kanser taramalarından en az birini yaptırmıştır. Bu oran, Türkiye'deki kanser tarama oranları ve Bursa'da yapılan çalışmalardaki tarama oranlarına benzerlik göstermektedir^{14,25}. Ancak, Avrupa Birliği'ndeki tarama oranlarına kıyasla daha düşüktür²⁶.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmadan elde edilen veriler yalnızca Edirne ve Kırklareli illerini temsil etmektedir, Trakya Bölgesi veya Türkiye geneline genellenemez. Diğer sınırlamalar arasında, çocuklara dair verilerin ebeveynlerden alınmış olması, bu durumun hafıza yanlılığına neden olabileceği ve katılımcıların sağlık hizmeti kullanımını kendilerinin beyanına dayalı olması sayılabilir.

SONUÇ

Yaşanılan yerdeki çevre ve iklim koşulları, sosyo-ekonomik faktörler, sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği ve niceliği, etnik yapı, kültür ve toplum özellikleri sağlığı etkilemektedir. Edirne ve Kırklareli illerinde çevre, iklim ve ulaşım koşulları sağlık hizmeti alımında engelleyici olmamakla birlikte, birinci basamak hizmetlerin sunumunda eksiklikler ve sunulan hizmetin niteliği halkı ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir. Çalışmamızda kırsal veya yarı-kırsal bölgede yaşayan katılımcıların yarıya yakını birinci basamak sağlık hizmetlerini gezici (mobil) hizmetler ile aldığını bildirmiştir. Katılımcıların çoğu herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurduğunu ve bu şekilde davranmaya devam edeceğini beyan etmiştir. AH uygulamasının bölge temelli olmayışı, kırsalda yerinde hizmet verilmemesi, ev ziyaretlerinin yapılmaması gibi nedenler birinci basamak sağlık hizmetinin yalnızca başvuranlarla sınırlı kalmasına, mevcut politikalar kişilerin sağlık hizmeti almak için daha çok hastanelere başvurmasına yol açmıştır.

Ters hizmet yasasına göre; iyi bir sağlık hizmetinin varlığı, hizmet verilen popülasyondaki ihtiyaçla ters orantılı olarak değişme eğilimindedir ve yapılan çalışmalar bu yasanın tıbbi bakımın piyasa güçlerine bırakıldığı yerlerde daha eksiksiz ve bu tür kamunun hakim olduğu yerlerde daha az işlediğini göstermektedir²⁷. Bu nedenle, sağlığı en çok etkileyen faktörlerden biri olan sosyal politikalar önemlidir. Sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli sosyal politikalar çerçevesinde sunulması zorunludur. Sağlığa hak temelli yaklaşım ile kırsalda yaşayan nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşmasını beklemek yerine, nitelikli ve güvenilir sağlık hizmetleri onlara götürülmeli, sağlık hizmetlerine uzun vadeli erişim sağlanmalı, kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri azaltılmalıdır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Araştırma için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (karar no: TÜTF-BAEK 2019/198 tarih: 13.05.2019).

Hasta Onayı: Hanede görüşmeyi kabul eden kişiler araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve katılım için sözlü onamı alınmıştır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.T., M.E., Dizayn: B.T., M.E., Veri Toplama veya İşleme: G.D., Analiz veya Yorumlama: G.D., M.G., B.T., M.E., Literatür Arama: G.D., M.G., B.T., M.E., Yazan: G.D., M.G., B.T., M.E.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Hart LG, Larson EH, Lishner DM. Rural definitions for health policy and research. *Am J Public Health*. 2005;95:1149-55.
- Çiftçi S, Aydın H. The changing rural-urban concepts and the legislation's effects on the nature in Turkey. *Electronic Journal of Social Sciences*. 2015;14:192-200.
- TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684>.
- T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı - Çevresel Göstergeler-Kentsel-Kırsal Nüfus Oranı. <https://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/kentsel---kirsal-nufus-orani-i-85670>.
- Öztek Z. Halksağlığı: kuramlar ve uygulamalar. Ankara: Bireklam Arısı, 2020;37.
- Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E, et al. Utilization of health services and reasons for preferring health institutions by people living in Gebze: a survey. *Hacettepe Journal of Health Administration*. 2004;7:320-41.
- Önsüz MF, Atalay Bİ, Işıklı B. Utilization of family medicine services in rural area of Eskisehir. *ESTUDAM Journal of Public Health*. 2016;1:19-27.
- Akman E, Tarım M. Turkey and England health systems: comparison of primary health care. *USAYSAD*. 2020;6:303-16.
- Tunç B. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurum düzeyinde kişiye yönelik hizmet kapsayıcılığını değerlendirme ölçeği. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2015; Manisa.
- Saraçlı TS. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli değerlendirilmesi: İzmir ili pilot uygulaması. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2010; İzmir.
- Hacettepe University Institute of Population Studies. (2019). 2018 Turkey Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Presidency of Turkey Directorate of Strategy and Budget and TÜBİTAK, Ankara, Turkey. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TDHS2018_mainReport_compressed.pdf.
- Lwanga SK, Lemeshow S. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley, 1990. Translated by: Hayran O. Istanbul: Marmara University Publications, 1991. <https://digitalibrary.un.org/record/49698>.
- TÜİK. İstatistiklerle Aile, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/>.
- Çakır R. Evaluation of primary health care services in rural areas: example of Bursa Province, Uludağ University faculty of medicine, Department of Public Health. Master thesis. 2017; Bursa.
- Stock R. Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. *Soc Sci Med*. 1983;17:563-70.
- Suharmiati S, Laksono AD, Nantabah ZK, Kristiana L. Traditional health services utilization in rural Indonesia: does socioeconomic status matter? *Rural Remote Health*. 2023;23:7701.
- SGK İstatistik Yıllığı - 2019. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/>.
- Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu SY. Evaluation of primary and secondary health care services in the Erzurum region between 2002-2008. *Balkan Med J*. 2011;28:55-61.
- Bitew Workie S, Mekonen N, Michael MW, Molla G, Abrha S, Zema Z, et al. Modern health service utilization and associated factors among adults in southern ethiopia. *J Environ Public Health*. 2021;2021:8835780.
- Özkan Bamba Ö, Lağarlı T, Eser E, Filibeli M, Bilecenoğlu T, Çivi G. et al. Assessment of the elements of the primary health care services for women, recorded in a family practice center in a suburban district of Manisa. *Turk J Public Health*. 2010;8:176-90.
- İlhan MN, Tüzün H, Ayçan S, Baran Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006;25:33-41.
- Karakoç FY. Evaluation of the primary health care in Antalya (Kepez And Konyaalti District) in the second year of family medicine, Akdeniz University Faculty of Medicine, department of public health, master thesis. 2014; Antalya.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2004;14-29.
- Çakmur H. Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Med Sci Monit*. 2015;21:1232-42.
- T.C. Sağlık Bakanlığı 2019 Faaliyet Raporu. http://www.sp.gov.tr/upload/xSPRapor/files/nmy6C+36626_tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2019pdf.pdf.
- OECD/EU: Health at a Glance: Europe 2019 - State of Health in the EU Cycle, Paris: OECD Publishing, 2019.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-12.