T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Kadınların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma

Fethiye Şafak
2501030283

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sema Kurtuluş

İstanbul, 2006

Kadınların Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi'nin Vermiş Olduğu Aile Planlaması Hizmetini Değerlendirmeleri Üzerine Bir Pilot Araştırma

Fethiye Şafak

Öz

Türkiye'de aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşmasına ve yöntem kullanımının artmasına rağmen, sağlık göstergeleri hala istenen seviyede değildir ve bu durum da hizmetlere ihtiyacı olan kesimin bu hizmetlere ulaşamadığını düşündürmektedir. Aile planlaması hizmetlerini alanların bu hizmetlere kolayca ulaşması, aldıkları hizmetten memnun kalmaları hizmetlerin kullanımının yaygınlaşması için oldukça önemlidir. Bu araştırmada da aile planlaması hizmetlerini alanların bu hizmetleri nasıl değerlendirdikleri saptanmaya çalışılmış, bu çerçevede ulaşılabilirlik ve memnuniyeti etkileyen faktörler araştırılmıştır.

Araştırma, Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinin, Aile Planlaması biriminden hizmet alan ve görüşmeye katılmayı kabul eden aile planlaması yöntem kullanıcıları ile Mart 2006 yılında yapılmıştır. Araştırmanın verileri nitel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi ile toplanmıştır. Araştırmada 20-32 ve 35-47 yaş aralığında, ekonomik durum, çocuk sayısı, kurumdan aile planlaması hizmeti alma süresi, eğitim seviyesi gibi özelliklerine göre homojen olan dokuzar kişilik iki grup toplanmıştır.

Bu görüşmelerden elde edilen veriler çerçevesinde, iki grup arasında alınan aile planlaması hizmetini değerlendirme farkı olduğunu ve yaş ortalaması yüksek olan grubun daha memnun olduğunu söylemek mümkündür. Katılımcıların hizmet ile ilgili en çok eleştirdikleri konular fiziksel özellikler ve personel davranışı olmuştur. Bunların yanı sıra, daha az da olsa, mahremiyete saygı ve yönteme özel danışmalık da eleştirilmiştir. En çok memnun olunan noktalar ise personelin medikal bilgi ve becerisi, hizmet için ödenen ücret, kurumun coğrafi yerleşim yeri ve aile planlaması biriminin bina içindeki yeri olmuştur.

Hizmete ulaşmada, kurumla ilgili olmayan ancak ulaşılabilirliği etkileyen en önemli faktör çocuk faktörü olarak tanımlanmıştır. Kurumun hizmet verdiği saatlerin uygun olmaması ve zaman zaman kurumda yöntemlerin bulunmaması, hizmete ulaşılabilirliği etkileyen bir başka etmenler olarak ortaya çıkmıştır.

Abstract

Although contraceptive prevalence is increasing, the health indicators are not still at desired levels in Turkey and it makes think that the target group could not access the family planning services that they need. To increase prevalence of using contraceptive methods, it is important for women to access services easily and the satisfaction rate should be higher. The aim of this study was to determine how the services were evaluated by women and to research the factors that affect the accessibility and satisfaction.

This study was carried out with women who received family planning services from Okmeydanı Maternity and Child Health Center on March 2006 and accepted to participate in this research. The study data were supplied by using focus group interview which is one of the qualitative research methods. Two groups that were between 20-32 and 35-47 ages and homogeneous in economic condition, number of children, usage duration of family planning department and education level were gathered in this study.

According to the data of this study, it's possible to say that these two groups are different in evaluation of services and the group with higher age median was more satisfied. The most criticized topics were environment and courtesy of service providers. Privacy and counseling of chosen method were also criticized, but not as much as former topics. On the other hand, the most satisfying topics were medical expertise, cost of services, location of the center and the place of the family planning department in the building.

The most important factor that is not related to the center but affects the accessibility of the services was to get child care. The other factors that affect accessibility of services were inappropriate servicing hours and infrequent method absence in the center.

Önsöz

Aile planlaması hizmetlerinin nüfus politikaları, sağlık göstergeleri, ekonomik göstergeler gibi sebeplerle dünyada yaygınlaşmaya başladığı yıllarda, aile planlaması yöntem kullanımının uygun olup olmadığı çeşitli sebeplerle tartışılmıştır. Ancak günümüzde bu tartışmalar büyük ölçüde azalmış ve bu tartışmaların yerini bu hizmetlerin geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve kalitesinin arttırılması çabaları almıştır. Sağlık göstergeleri oranları hizmetlerin yaygınlaşmasına rağmen istenilen seviyelere çekilemedikçe bu konuda yapılabileceklerin tartışılması da devam edecektir. Bu araştırma da, aile planlaması hizmetlerinin gelişmesi, yaygınlaşması ve kullanımlarının artması için gerekli faktörleri, genelleme amacı gütmeden, nicel araştırmalara temel oluşturacak şekilde ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Araştırma İstanbul'un Şişli ilçesinde bulunan Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde hizmet alanların oluşturduğu gruplarla nitel yöntemlerden odak grup görüşmesi kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışma sırasında karşılaşılan en önemli sorunlar; gruplara katılanların gönüllü olma zorunluluğu, grupların homojen olma gereği, katılımcıların toplantılara katılımının zaman ve maddi maliyeti ve tüm kişilere uygun bir toplantı günü bulma gereği gibi nedenlerden dolayı gruplara katılacak görüşmecilerin sağlanması ile ilgili organizasyon güçlüğüdür.

Tezin hazırlanmasında araştırmaya rehberlik eden ve destek olan tez danışmanım Doç. Dr. Sema Kurtuluş'a, grupları toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinin tüm personeline ve emeği geçen herkese teşekkür ederim.

İçindekiler

Öz iii
Abstract iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Tablolar ve Şekiller viii
Giriş 1
1. Araştırmanın Konusu, Amacı Ve Önemi 2
1.1. Aile Planlaması Hizmetleri 2
1.1.1. Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi 2
1.1.2. Aile Planlaması Hizmetleri ve Genel Bilgiler 11
1.1.2.1. Aile Planlaması Danışmanlığı 12
1.1.3. Türkiye'de Aile Planlaması Hizmetleri Faaliyetleri 19
1.1.3.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri 21
1.1.4. Aile Planlaması Yöntemleri 27
1.2. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hizmet Alan Memnuniyeti 32
1.2.1. Aile Planlaması Hizmetlerinde Pazarlamanın Yeri 32
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite 54
1.2.2.1. Hizmet Kalitesi 54
1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kalite Tanımı Ve Boyutları 56
1.2.2.3. Aile Planlaması Hizmetlerinde Kalite 58
1.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri (Hasta, Kullanıcı, Hizmet Alan) Memnuniyeti 63
1.3. Araştırmanın Amacı Ve Önemi 75
1.4. Araştırmanın Kapsamı Ve Kısıtları 77
1.5. Aile Planlaması Hizmetlerinden Hizmet Alan Memnuniyeti İle İlgili Yapılmış Önceki Araştırmalar 78
2. Araştırmanın Metodolojisi 83
2.1. Araştırmanın Ön Çalışması 83
2.2. Araştırmanın Modeli 86
2.3. Örnekleme Süreci 87
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi Ve Aracı 88

2.5. Araştırmanın Soru Formu 90
3. Araştırmanın Bulguları 97
3.1. Demografik Değişkenlerle İlgili Bulgular 97
3.2. Odak Grup Görüşmelerinin Bulguları 99
4. Araştırma Bulgularının Yorumlanması 114
Sonuçlar ve Öneriler 136
Kaynakça 140
Ek-1 Ön Çalışmanın Soru Formu (Grup Tartışma Planı) 149
Ek-2 Demografik Değişkenler Soru Formu 150
Ek-3 Araştırmanın Soru Formu (Grup Tartışma Planı) 153

Tablolar ve Şekiller

Tablo-1 Danışmanlık Adımları 14
Tablo-2 Aile Planlaması Hizmetlerinin Kalite Öğelerini Değerlendirme Ölçüt ve Yöntemleri 61
Tablo-3 Nicel ve Nitel Araştırma Yöntemlerinin Karşılaştırılması 70

Şekil-1 Aile Planlaması Hizmeti Veren Diğer Kuruluşlar 20
Şekil-2 Aile Planlaması Hizmetlerini Sunmada Sağlık Bakanlığı Örgütlenme Şeması 22
Şekil-3 Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması 38
Şekil-4 Bruce'un Kalite Öğeleri 59
Şekil-5 Kaynakların Nitel ve Nicel Olarak Sınıflandırılması 69

Giriş

Hızla değişen çevre, kolaylaşan iletişim, ilerleyen teknoloji, bilim dünyasına eklenen yeni bilgiler, sık sık değişen moda, insanların yaşam tarzlarını da etkilemektedir. Bu ortamda tıp ile ilgili gelişmeler, yeni teknoloji, moda ve bilgiye kolay ulaşma olanağı gibi sebepler kişilerin sağlık hizmetlerinden beklentilerini değiştirmiş ve değiştirmektedir.

Geçmişte sağlık hizmeti denince sadece bedenin iyilik halinin kazandırılması akla gelmekteyken günümüzde ise bedenin, ruhun ve sosyal iyilik halinin kazandırılması ve korunması gibi daha bütüncül bir yaklaşım söz konusudur. Örneğin, termal turizm, zayıflama ve güzellik merkezleri, spor salonları böyle bir anlayışın ürünüdür. Bu anlayış yerleştikçe, doğal olarak, sağlık hizmetinden beklentiler de artmıştır. Bu nedenle günümüzde sağlık kurumları, hizmet alanlarının hizmetten ne beklediğini, nelerden etkilendiğini ve aldıkları hizmeti nasıl değerlendirdiklerini öğrenmek için araştırmalar yapmaktadır. Bu araştırma da, çevrenin değişim etkisinden payına düşeni alan aile planlaması yöntem kullanıcılarının aldıkları hizmeti nasıl değerlendirdikleri, nasıl akıl yürüttükleri, hangi hassasiyetlere sahip oldukları, karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının olup olmadığı ve bu hizmeti almalarını kolaylaştırıcı önlemlerin alınması hakkında gerekli bilgileri toplamayı amaçlamıştır. Çünkü yaygınlaşan aile planlaması yöntem kullanımına karşın sağlık göstergeleri hâlâ istenen seviyeye çekilememiştir. Bu sonuç da aile planlaması hizmetine ulaşmada veya kullanımında problemler olduğunun göstergesidir.

Araştırmada söz konusu amaca ulaşmak için hizmet süreci ve hizmete ulaşım ile ilgili faktörler sorgulanmış ve görüşmecilerden yeni hizmet ihtiyaçları ile ilgili fikir/öneri ve diğer bilgiler nitel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi kullanılarak alınmıştır.

1. Araştırmanın Konusu, Amacı Ve Önemi

1.1. Aile Planlaması Hizmetleri

Üreme sağlığı ile ilgili hizmetler insanlık tarihiyle başlamış ve günümüze kadar modernleşerek gelmiştir. Üreme sağlığını diğer sağlık dallarından ayıran temel özellik ise toplum sağlığı, ekonomi, sosyoloji, siyaset ve ilahiyat gibi bilim dallarının da ilgi alanına girmesidir. Üreme sağlığının, tıp dışı dalların ilgisini çekmesinin sebebi nüfus büyüklüğüne, toplum sağlığına ve ekonomik göstergelere doğrudan etkisidir. Dünya Sağlık Örgütü, üreme sağlığını "yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması"[1] olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre üreme sağlığı hizmetleri oldukça kapsamlıdır. Bu kapsamda yer alan tüm hizmetler: Yaygın aile planlaması hizmetleri, sorumlu üreme ve cinsel davranış eğitim/iletişim/bilgilendirme, etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik, genital yol enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, infertilitenin (kısırlığın) önlenmesi, güvenli olmayan düşüklere son verilmesi, üreme organları malignitelerinin (kanserlerinin) önlenmesi ve tedavisi, beslenme, çocuk sağlığı, ergen sağlığı ve cinselliği, çevresel faktörlerin düzenlenmesi, sosyal kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi[2] şeklinde özetlenebilir.

Üreme sağlığı hizmetleri kapsamında yer alan aile planlaması hizmetleriyle, birçok bilim dalı ilgilenmiş ve ilgilenmektedir. Aile planlaması hizmetlerinin çeşitli bilim dallarının ilgi alanına girme sebeplerinin ve bu bilim dallarının aile planlaması hizmetlerinin gelişimine katkısının daha iyi anlaşılması için bu hizmetlerin ilgili tarihsel gelişime bakmak faydalı olacaktır.

1.1.1. Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Tarihsel süreç içinde izlenen nüfus politikalarına bahsetmeden önce "nüfus sorunu" kavramına değinmek nüfus politikalarına neden ihtiyaç duyulduğuyla ilgili

---

[1] World Health Organization, (Çevrimiçi), http://www.who.int, 10.05.2006
[2] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **Aile Planlamasında Temel Bilgiler**, İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1997, s.3

önemli ipuçları verecektir. Prof. Dr. Nusret Fişek 1974 yılında Ekonomik ve Sosyal Konferans heyetinin düzenlediği "Dünyada ve Türkiye'de Nüfus Sorunları" toplantısında, nüfus sorununu; "… demografik değişmelerle sosyal ve ekonomik gelişme arasındaki dengesizlik ve bu dengesizliğin doğurduğu sosyal ve ekonomik sorunların tümüdür." şeklinde tanımlamıştır.[3] Bu tanım, demografik yapı ile sosyal ve ekonomik sorunları ilişkilendirmiş ve bu anlamda ülkelerin neden nüfus politikalarına ihtiyaç duyduklarının ipuçlarını vermektedir.

Nüfus politikalarına neden ihtiyaç duyulduğu sorusuna aranan cevabı tarihte de bulmak mümkündür. İnsanlık tarihi boyunca nüfusun fazla olması ulusal gücün ve ekonomik gücün belirleyicisi olarak kabul edilmiştir. Öyle ki, kalabalık ordular güç simgesi, büyük nüfus ise daha fazla toprak işçisi ve daha fazla üretim olarak görülmüştür. Bilindiği gibi nüfusu doğumlar ve ölümler kontrol eder. Geçmişteki ağır hayat koşulları, hastalıklar, tıbbın ilerlememiş olması ve savaşlar sebebiyle ölümler kontrol edilemiyordu. Bu koşullar altında insanlar nüfusun artışını sağlamak için üremeye teşvik edilmişlerdir.

Pronatalist politika olarak adlandırılan bu politika yakın geçmişe kadar kabul görmekteydi. Ancak 17'nci yüzyılda tıbbın ilerlemesi, savaşların azalması, doğal kaynakların kullanımının artması, kıtlıkların kontrolü, sosyal güvence ve dayanışmanın gelişmesi ve bunlara ek olarak izlenen pronatalist politika nüfusun hızla artma dönemine girmesine sebep olmuştur.[4] Bu artışla ilgili olarak nüfusun kontrolsüz bir şekilde artmaması gerektiğini savunan bilim adamları ortaya çıkmıştır. Bu bilim adamlarından en ünlüsü 1766–1834 yılları arasında yaşamış Thomas Robert Malthus'dur. Malthus'un 1798 yılında yayınladığı "Nüfus Hakkında Bir Deneme" (An Essay on Population) adlı eserinde geniş ölçüde tanınmasına neden olan nüfusla ilgili ünlü teorisi yer almaktadır. Malthus, nüfusun geometrik bir şekilde artarken yiyecek arzının aritmetik bir şekilde artacağını ve bu durumun kitlesel açlığa yol açacağını öngörmüştür.[5]

Malthus'un ortaya attığı teorinin üzerinden bir asırdan fazla zaman geçtikten sonra, ikinci dünya savaşı bitiminde, sanayileşmiş ülkeler nüfus büyüklüğü ve askeri güç arasında ilişki olduğu konusundaki görüşlerini gözden geçirmiş, ekonomik ve

---

[3] Rahmi Dirican, **Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmış Yazıları–II: Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması**, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ekim 1998, s.84
[4] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e**., s.20
[5] Wikipedia, (Çevrimiçi), http://tr.wikipedia.org,11.05.2006

teknolojik gücün üstünlüğünün önemini anlamışlardır. Günümüzde nüfus politikaları hükümetlerin üçüncü dünya ülkelerindeki hızlı nüfus artışının gelişmeye engel teşkil ettiğini görmeleri üzerine değişmiştir.[6] Bu tarihsel süreç içerisinde, gelişmekte olan ülkeler batının antinatalist* politika önerilerine karşı çıkmışlar ve tedbir almakta geç kalmışlardır. Tedbir almakta zamanında davranan sadece Sri Lanka ve Hindistan olmuştur.[7] Günümüzde gelişmekte olan ülkeler de vatandaşlarına aile planlaması hizmetleri vermektedir. Artık gelişmekte olan ülkeler, aile planlaması hizmetlerinin verilip verilmemesini değil, kalitesinin nasıl iyileştirebileceği ve aile planlaması yöntemlerin kullanımının nasıl yaygınlaştırılabileceğini tartışmaktadır.

Türkiye'deki nüfus politikalarına baktığımızda ise, aile planlaması hizmetlerinden Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk kurulduğu yıllardan 1958 yılına kadar hiç söz edilmediğini görürüz. O dönemlerde Türkiye yeni çıktığı dört büyük savaş, sıtma ve tifüs gibi hastalıklar nedeniyle büyük nüfus kaybına uğramıştır.[8] Kaybettiği bu nüfusun kazanmak için 1923'ten sonra doğurganlığı özendirici bir politika izlemiştir.[9] Bu nedenle isteyerek çocuk düşürme, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılması, kullanılması ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılması yasaklanmıştır.[10] Ancak 1955 ve 1960 yılları arasında doğum hızı artmaya başlamış ve ürkütücü olmaya başlamıştır.[11] Ülkemizdeki nüfus sorunu aşırı doğurganlığın, çocuk düşürmenin artması ve ana ölümlerine neden olması biçiminde ortaya çıkmıştır. Bunun üzerine 1962 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi, birinci beş yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planında Hükümetlerin nüfus artışını azaltıcı önlemler almasını kabul etmiştir. Böylece nüfusun arttırılması çabası, nüfusun artışının kontrol altına alınması çabasına dönüşmüştür.

Birinci beş yıllık sosyal ve ekonomik kalkınma planında, nüfus planlaması sorunu ekonomik bir sorun olarak ele alınmış, ikinci beş yıllık kalkınma planında ise sağlık ön plana çıkmış ve "Nüfus Planlaması" yerine "Aile Planlaması" terimi kullanılmıştır. Burada "Aile Planlaması" teriminin kullanılma sebebi bu yaklaşımın

---

[6] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.20
[*] antinatalist politika: üremenin kontrol edilmesi
[7] **A.e.**
[8] **A.e.**, s.27
[9] T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Aile Planlaması Danışmanlığı: Eğitici Rehberi**, Ankara, 2005, s.30
[10] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.27
[11] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 2005, s.30

ana-çocuk sağlığını geliştirerek, ekonomik kalkınmaya katkıda bulunacağı düşüncesidir. "Üçüncü ve dördüncü planlarda ise aile planlaması sadece sağlık için gerekli bir önlem olarak görülmüştür."[12]

Antinatalist politikanın uygulanması 1965 yılında kabul edilen bir kanunla başlamıştır. Bu tarihte Aile Planlamasının tanımı o günün bakış açısı ile Nüfus Planlaması adı altında yapılmıştır. "Bu kanunda Nüfus Planlaması, bir kadının istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olması olarak tanımlanmıştır".[13] 1965 Yasasındaki nüfus planlaması tanımı bir kadının istediği zaman istediği kadar çocuk yapabileceğini öngörse de, yasanın devamında kadının bu amaç uğruna isteyerek düşük yapma veya gönüllü cerrahi sterilizasyonu yasaklanmıştır. Bu nedenle bu yasanın içeriği ile doğum kontrolünün "Gebeliği önleyici önlemlerle birlikte, kısırlaştırma ve isteyerek çocuk düşürme gibi yöntemlerin de uygulanması"[14] tanımını karşılaştırdığımızda aile planlaması hizmetlerinin veya doğum kontrolünün kısmen uygulanmasına izin verildiğini söyleyebiliriz.

Bu yasadan sonra aile planlaması yöntem kullanımı artmış, ancak yasal olmamasına karşın isteyerek düşüklerin ve buna bağlı kadın ölümlerinin giderek arttığı görülmüştür. Bunun üzerine 1983'de 2827 numaralı ikinci Nüfus Planlaması yasası kabul edilmiştir. Halen günümüzde bu yasa geçerlidir. Bu yasayla isteğe bağlı düşük yapma, gönüllü cerrahi sterilizasyon serbest bırakılmış ayrıca aile planlaması yöntemlerini uygulama yetkisi eğitimli doktor, hemşire ve ebelere de verilmiştir.[15] Aile planlaması yöntemlerinin uygulama yetkisinin ebe ve hemşirelere de verilmesi, hizmetlerin yaygınlaşması açısından önemli bir adım olarak tanımlanabilir. Nitekim bu kanun çıktıktan 15 yıl sonra, rahim içi araç kullanımı %9'dan % 20'ye çıkmıştır.[16]

Türkiye'de aile planlaması hizmetlerine, ikinci beş yıllık kalkınma planına kadar nüfus sorununa çözüm olarak bakılmıştır, ancak ikinci beş yıllık kalkınma planından sonra aile planlaması hizmetleri sağlığın korunması ve geliştirilmesi çerçevesinde

---

[12] Dirican, **a.g.e**, s.100
[13] **A.e.**, s.101
[14] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.29
[15] T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 2005 s.30
[16] Family Health International, "IUD Insertion by Nurse-Midwives Increases Use", **Network [Durham]**, 23(1),13.09.2003, s.2,(Çevrimiçi), http://www.rdsweb2.rdsinc.com, 12.05.2006

ele alınmaya başlanmıştır. Günümüzde ise aile planlaması hizmetleri, aşırı doğurganlığın beraberinde getirdiği sağlık sorunlarına çözüm olarak görülmektedir.

Aşırı doğurganlığın sağlığa olumsuz etkileri çok çeşitli olmakla birlikte bu etkiler,

- Aşırı doğurganlığın kadın sağlığına etkileri
- Aşırı doğurganlığın çocuk sağlığına etkileri

olmak üzere iki grupta incelenebilir.

Aşırı doğurganlığın sağlığı tehdidi gebelikle başlar. Geçen yıllarda yapılan araştırmalara bakılarak anne ve çocuğun ölüm riski dört grupta en yüksektir. Erken yaşta (18 yaş altı), çok sayıda (4 doğumdan fazla), çok geç yaşta (35 yaşından sonra), çok sık (2 yıldan sık aralıklarla) gebelikler ve doğumlar söz konusu araştırmaların sonuçlarına göre istenmeyen tıbbi tablolardır. Böyle gebelikler "riskli gebelik" olarak adlandırılır. Riskli gebelikler, hem anne sağlığını hem de çocuk sağlığını riske sokan gebeliklerdir. Birçok ülkede yapılan Dünya Doğurganlık Araştırmasının sonuçlarına göre, anne ölümleri her yıl üçte bir oranında düşürülebilir. Bu artık çocuk istemeyen kadınlara aile planlaması yöntemlerini tanıtmak, yöntem talep edenlerin, bu hizmetleri veren kuruluşlara ulaşmalarını sağlamakla mümkün olacaktır.[17] Türkiye'de de 2000 yılında yayınlanan bir araştırmada, İstanbul ili Ümraniye ilçesindeki bir sağlık ocağında Aile Planlaması Ünitesine başvuran 6058 kadının araştırma sırasında gebe kalmaları durumunda %35,4'ünün en az bir risk faktörü taşıyacağı, %22,1'nin en az iki risk faktörü taşıyacağı, % 5,2'sinin ise üç risk faktörü taşıyacağı belirlenmiştir. Bu araştırmaya göre 6058 kadından %63,2'sinin tekrar gebe kalması durumunda hem kendilerinin hem de doğacak çocukların sağlığı risk altına girecektir.[18] Bu sonuç da, ülkemizde aşırı doğurganlığın sağlığa olumsuz etkisinin önlenmesi açısından, aile planlaması hizmetleri ihtiyacının ve öneminin altını bir kez daha çizmektedir.

1. Aşırı doğurganlığın kadın sağlığına etkileri: Aşırı doğurganlığın kadın sağlığına etkileri çeşitlidir. Normal bir gebelilikten sonra bile annenin her doğumda karşı karşıya kaldığı komplikasyonlar vardır. Bunlar; annenin tükenme sendromu, gebelik ve doğum sonu kanamaları, toksemi*, doğum ile ilgili enfeksiyon ve

---

[17] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.8

[18] Zerrin Kurşun, "Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Ünitesine Başvuranların Kontraseptif Kullanımı ve Fertilite Özellikleri", Y.L. Tezi, M.Ü. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2000, s.33

* Toksemi: Gebelik zehirlenmesi

septisemidir.[*] Söz konusu komplikasyonlar riskli gebelik ile kombine olduğunda daha da riskli hale gelirler. Yine istenmeyen gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlandığı durumların da kadın sağlığına olumsuz etkilerinden söz etmek mümkündür. Özellikle geleneksel yöntemlerle (ağızdan alınan bitki preparatları, karın bölgesine travma, rahme sivri uçlu aletlerin uygulanması) yapılan isteyerek düşükler sağlık açısından son derece tehlikelidirler ve ölümcül sonuçlar doğurabilirler. Bunun yanında tıbbi yöntemlerle yapılan isteyerek düşüklerin de kanama, uterus perforasyonu (rahmin delinmesi), enfeksiyon gibi riskleri söz konusudur.

İsteyerek düşük yapmanın tıbbi sakıncalarının yanında bir de psikolojik ve sosyolojik sakıncaları vardır. Örneğin, 2005 yılında yayınlanan ve isteyerek tıbbi düşük yapan 77 kadın üzerinde yapılan araştırmaya göre, kadınların %76,6'sı isteyerek çocuk düşürmenin günah olduğuna inandığını belirtmiştir. Kadınlara isteyerek düşük ile ilgili duyguları sorulduğunda ise düşük öncesi %57,1'i kendisini kötü hissettiğini, düşük sonrası %19,5'i üzgün olduğunu, %16,8'i vicdan azabı çektiğini, %15,6'sı ise boşlukta olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmanın bulgularına göre isteyerek düşük sonrası kötü duygular yaşadığını belirten kadın oranı %51,9'dur. Yine aynı kadın grubuna, isteyerek düşükten bir hafta sonraki duygu ve düşünceleri sorulduğunda %63,7'si pişmanlık yaşadığını belirtmiştir.[19] Bu araştırmanın sonuçları tüm kadınlara genellenemese de, oranlar arasındaki farklar ortadadır. Bu nedenle sonuçların, isteyerek düşük yapan (kürtaj olan) kadınların duygu ve düşünceleri hakkında fikirler verdiği ve isteyerek düşük yapmanın kadınların ruh halini olumsuz etkilediği söylenebilir.

2. Aşırı doğurganlığın çocuk sağlığına etkileri: Aşırı doğurganlığın çocuk sağlığına etkileri zaten riskli olan gebelikten başlar.

Daha önce de belirtildiği gibi riskli gebelik faktörlerinden birisi kısa doğum aralığıdır (sık gebelik). Doğum aralıklarının bebek ölümleri üzerine olan etkisini kesin olarak ölçmek güç olmasına rağmen özellikle gelişmekte olan ülkelerden elde edilen veriler, yüksek bebek ölüm hızlarının kısa doğum aralıkları ile ilişkili olduğunu

---

[*] Septisemi: İnsan vücudunun, hastalık yapan mikroorganizmalara veya salgıladıkları maddelere karşı verdiği sistemik inflamatuar yanıt

[19] Asiye Kocatürk (Ayar), "İsteğe Bağlı Kürtaj Sonrası Etkin Bir Aile Planlması Yöntemi Seçen Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Yönteme İlişkin Düşünceleri" Y.L.Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s.38-40

göstermektedir.[20] Yapılan araştırmalar doğum aralıklarının kısa olmasının dünyada düşük doğum ağırlıklı ve prematüre bebeğe sebep olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Diğer bir risk faktörü de çok sayıda doğumdur (4 ve üzeri). Çok sayıda doğum yapmak anne sağlığının yanında çocuk sağlığı ve gelişimini de olumsuz etkileyen sonuçlara sebep olabilir. Bebek ölümleri, yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları, aile büyüklüğü ve kısa doğum aralıkları ile ilişkili olduğu kadar, doğumların sıralanması ile de ilişkilidir. Üçüncü çocuklardan sonraki çocuklar daha az kalori ve protein almakta, dolayısıyla çocukluk çağında beslenme bozukluğuyla görülen hastalık tabloları ortaya çıkmaktadır. Ayrıca beslenme yetersizlikleri de %10 oranında doğrudan ölüm nedeni olabilmektedir.[21] Türkiye'de Adana, Ankara ve İzmir illerinde 1994 yılında yapılan Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması sonuçlarına göre beş yaş altı çocukların malnütrisyon[*] prevalansı %11,5 olarak bulunmuş, bunların da yaklaşık %1'nin ağır malnütrisyon olduğu tespit edilmiştir. Malnütrisyon tablosuna genellikle büyüme ve gelişme geriliği de eşlik etmektedir.[22] 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre beş yaşına kadar olan çocukların %12'si, uluslararası referans nüfusla karşılaştırıldığında yaşına göre kısadır. Bodurluk, Doğu bölgesinde, annesi eğitimsiz veya az eğitimli olan çocuklar arasında, bir önceki doğum ile arasında yirmi dört aydan daha kısa süre olan çocuklar ve doğum sırası yüksek olan çocuklar arasında daha yaygın olarak bulunmuştur.[23] Yine yukarıda adı geçen ve 1994 yılında Adana, Ankara ve İzmir illerinde yapılan araştırmaya göre malnütrisyonun yaygınlığını etkileyen faktörler ailedeki kişi sayısı, anne-babanın eğitim durumu, anne yaşı, annenin doğum aralığı, çocuğun doğum sırası, yaşayan kardeş sayısı, ölen kardeş sayısı, çocuğun istenmemesi ve enfeksiyon hastalıkları olarak sıralanmaktadır.[24]

Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlerinin en önemli sebeplerinden birisi de enfeksiyon hastalıklarıdır. "Ülkemizde görülen bu olumsuz duruma kötü hijyen koşulları, içme suyunun temini ve teminindeki yetersizlik, katı ve sıvı atıkların imhasındaki güçlükler vb. kötü çevre koşullarının yanı sıra, ailelerin eğitim durumu,

---

[20] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.8
[21] **A.e.**, s.11
[*] malnütrisyon: beslenme bozukluğuna bağlı hastalık
[22] **A.e.**, s.12
[23] Hacettepe Üniversitesi Adana, Ankara ve İzmir illerinde Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, "2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması", 2003, (Çevrimiçi), http://www.hips.hacettepe.edu.tr, 30 Mayıs 2006
[24] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.11

aile büyüklüğü, ekonomik durumu ve koruyucu sağlık hizmetleri yetersizliği neden olmaktadır."[25]

Çocuk sağlığı açısından doğum kontrolünün çok önemli olduğu bir diğer durum da doğumsal anomalili çocuk doğurma riskidir. Bu konuda bilinen durumlardan birisi de 35 yaş ve üstündeki annelerde Down sendromlu çocuk dünyaya getirme olasılığının arttığıdır. Öyle ki, 19–34 yaşlardaki annelerin Down sendromlu çocuk dünyaya getirme riski binde 0,6 iken, 35 yaş ve üstünde bu risk binde 7,3'e çıkmaktadır.[26]

Aşırı doğurganlığın, tüm bu sağlık sorunlarının yanı sıra çocuğun zekâ düzeyi ve akademik başarısı üzerinde olumsuz etkileri de bilinmektedir. Bilinen bir diğer sorun da, büyük ailelerde çocuklar arasında yaşanan rekabettir. Bu rekabetin sebebi barınma, giyinme, ilgi, sevgi ve eğitim gibi gereksinimlerden pay alma çabasıdır.

Ayrıca ailenin büyüklüğünün çocuğun eğitim durumuna da doğruda etkisi vardır: Gelişmekte olan ülkelerde 300 milyon çocuk ilkokula ve ortaokula devam etmemektedir.[27]

UNICEF ve Birleşmiş Milletler Nüfus ve İstatistik Bölümlerine göre beş yaş altı ölümlerde, en yüksek ölüm oranından en düşüğe doğru sıralandığında Türkiye 189 ülke arasında 85'inci sıradadır.[28] TNSA–2003 bulguları da, bölgeler ve kır-kent yerleşim yerleri arasında bebek ve çocuk ölümlülüğünde belirgin farklar olduğunu göstermiştir. Bu farklara ek olarak bebek ve çocuk ölümleri annenin doğumdaki yaşının genç olması, çocuğun yüksek doğum sırası ve kısa doğum aralığına sahip olması ile güçlü bir ilişkiye sahiptir.[29] Bebek ve çocuk ölümleri ile riskli gebelikler arasındaki bu ilişki, aile planlaması hizmetlerinin önemini vurgulayan bir başka boyuttur.

Nüfus artışı ve aşırı doğurganlığın sağlığa olumsuz etkileri, aile planlaması hizmetleri ihtiyacını ortaya çıkarmış ve bu hizmetlerin gelişmesine zemin oluşturmuştur. Ancak tarihsel süreçte, bu hizmetlerin insanlar tarafından kabul edilmesi ve kullanımının yaygınlaşmasında din faktörü önemli bir rol oynamıştır. Din, insanların yaşam tarzlarını belirleyen bir faktördür. Bu nedenle din adamları, aile

---

[25] **A.e.**, s.12
[26] **A.e.**
[27] **A.e.**,s.13
[28] UNICEF, **Dünya Çocuklarının Durumu 2000**, UNICEF, y.y., 2000, s.83
[29] Hacettepe Üniversitesi Adana, Ankara ve İzmir illerinde Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, a.g.e.

planlaması hizmetleriyle ilgilenmiş ve tarihi süreç içinde bu hizmetlerin insanlar tarafından kabulünde, kullanımında ve yaygınlaşmasında önemli rol oynamışlardır. Nitekim 2003 yılında doğu Anadolu'da, doğum kontrol yöntemi kullanmayan 518 kadın arasında yapılan bir araştırmaya göre, kullanmama nedeni olarak günah olduğuna inanma %32,5 ile ikinci sırada yer almıştır.[30]

Bu hizmetlerin yaygınlık kazanmaya başladığı yıllarda, isteyerek düşük konusundaki tartışmalarda birbirinden çok farklı fikirler ortaya çıkmıştır. Bu fikirleri öne sürenler içinde en katı tutumu sergileyen Katolik Kilisesi olmuştur. Kilise otuz sekiz yıl arayla yayınladığı iki genelgede de oldukça katı bir tutum sergilemiş ve ne yazık ki bu tutumdan gelişmiş ülkelerden çok gelişmekte olan ülkeler etkilenmiştir. İslam din adamları ise 1971 yılında Rabat'ta toplanarak aile planlaması ve isteyerek düşüğü ele almışlar ve burada da bir fikir birliğine varamamışlardır. Ancak günümüzde birkaç mezhep dışında islam din adamları aile planlamasının ve isteyerek düşüğün (120 güne kadar yapıldığı takdirde) günah olmadığı konusunda fikir birliğine varmışlardır.[31]

Ülkemizde ise din adamları ile sağlık çalışanları arasında bu konuyla ilgili işbirliği yapılmış ve halen yapılmaktadır. Örneğin, Türkiye Aile Planlaması Derneğinin 1999 yılında yayınladığı "Aile Planlaması ve İslam Dini" isimli kitapta Aile Planlaması yöntemleri ile ilgili genel bilgilerin yanı sıra İslam Dininin Aile Planlamasına bakış açısı din adamlarının yorumları ve Hadis-i Şeriflere atıflarla anlatılmıştır. Yine aynı kitapta Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığının işbirliği ile ilgili 1980–1981 yılları arasında yapılan yazışmalara da yer verilmiştir. Bu yazışmalara göre, sözü edilen kitabın din adamlarına dağıtılması ve din adamlarını aile planlaması, batıl inançlar ve tıp dışı uygulamalar konusunda eğitmek amaçlanmıştır.[32] Halkı aile planlaması konusunda eğitmek üzere eğitilen din adamlarına bu görevi yüklemenin halkın üzerinde ne kadar etkili olduğunu araştıran bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Ancak 2002 yılında Kayseri'de yapılan bir araştırmada 164 imamla görüşülmüş ve %88,4'ü doğum kontrolünü tasvip ettiğini, % 61,8'i de en az bir aile

---

[30] H. A. Şahin, H.G Şahin, "Reasons for not using family planning methods in Eastern Turkey", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, Mart, 8 (1), 2003, s. 11, (Çevrimiçi), http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006

[31] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 2005 s.23

[32] Türkiye Aile Planlaması Derneği, **Aile Planlaması ve İslam Dini**, 4.bs., Ankara, Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1999, b.a

planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir.[33] Bu araştırma Türkiye çapında genellenemese de, en azından bu il için, aile planlaması yöntemlerinin din adamları tarafından genel olarak kabul gördüğünü gösterebilir ve bu konuda bize din adamlarının kendilerine danışanlara aktaracakları bilgi ve önerilerin ipuçlarını verebilir.

1.1.2. Aile Planlaması Hizmetleri ve Genel Bilgiler

Aile planlaması hizmetleri, üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamında olan koruyucu sağlık hizmetleridir. "Aile Planlaması" kavramı sık sık "Nüfus Planlaması" kavramı ile aynı anlamda kullanılır. Aile planlaması hizmetlerinin serbest bırakıldığı 1965 yasasında bugünkü aile planlaması tanımı ile aynı tanım yapılmış ancak bu tanıma "nüfus planlaması" denmiştir. Günümüzde ise kullanılan aile planlaması, doğum kontrolü, gebeliğin önlenmesi, kontrasepsiyon, nüfus planlaması ve kontrolü aynı anlamda kullanılırlar. Ancak bu kavramlar sık sık birbirlerinin yerine kullanılmalarına rağmen bunlardan bazıları birbirlerinden farklı anlamlara sahiptirler.

Aile planlaması "evli çiftlerin çocuk sayısını ekonomik olanaklarına göre ve kişisel isteklerine göre sınırlandırmaları ve aynı nedenlerle, doğumlar arasında istedikleri aralıkları sağlamaları"[34] olarak tanımlanmaktadır. Daha basit bir tanımla Aile Planlaması, ailelerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları olarak tanımlanabilir.[35]

Doğum kontrolü ise; "Gebeliği önleyici yöntemlerle birlikte, kısırlaştırma ve isteyerek çocuk düşürme gibi yöntemlerin de uygulanması"[36] olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi doğum kontrolü daha çok gebelik sayısının ve zamanının sınırlandırılması ile ilgilidir.

Oysa Aile Planlaması sadece gebeliğin önlenmesi değildir. Çiftlerin istedikleri zaman istedikleri sayıda ve aralıklarla çocuk sahibi olmalarıdır. Daha açık bir ifadeyle aile planlaması, doğum sayısının kontrolü için gebeliğin önlenmesi veya infertilitenin (kısırlığın) tedavisi dâhilinde, ailelerin sosyal, psikolojik, ekonomik ve

---

[33] Ahmet Öztürk v.d., "Opinions of imams about family planning and their use of methods in Kayseri, Turkey", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, Eylül, 7 (3) , 2002, s.144, (Çevrimiçi), http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006
[34] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.29
[35] Türkiye Aile Planlaması Derneği, (çevrimiçi) , http//www.tapd.org.tr, 5 Mayıs 2006
[36] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.29

dini faktörleri de dikkate alan doğum kontrolüne göre daha kapsamlı bir kavramdır. Doğum kontrolünde temel amaç gebeliği önlemek, aile planlamasında ise temel amaç kişilerin istediği kadar çocuk sahibi olmasıdır. Örneğin, aile planlamasında kişilerin istediği kadar çocuğu varsa bundan sonraki amaçları gebeliği önlemek iken, istediği kadar çocuk sahibi olmayan kişilerin de aile planlaması tanımına göre amaçları gebelik olacaktır. Burada gebeliğin sağlanması için gerekirse kısırlığın tedavisi de söz konusudur.

Nüfus kontrolünde ise esas amaç hızlı nüfus artışını azaltmak olup, temelinde ekonomik nedenler yatar ve çoğu kez bir baskı ve zorlama mevcuttur. Aile planlamasında ise gönüllü katılım söz konusudur, herhangi bir zorlama veya baskı yoktur ve temel amaç anne ve çocuk sağlığının korunmasıdır.[37]

Aile planlaması hizmetleri içerik olarak kapsamlı hizmetlerdir. Ancak Aile Planlaması Danışmanlığı hizmeti, aile planlaması hizmetlerinin temelidir ve her aile planlaması yöntem kullanıcısı adayı bu hizmeti almak durumundadır.

1.1.2.1. Aile Planlaması Danışmanlığı

Aile planlaması danışmanlığı, aile planlaması hizmeti alanların memnuniyetlerinin oluşturulması sürecinde ve teknik kalitenin değerlendirilmesinde de önemli rol oynamaktadır.

1- Danışmanlık; "Herhangi bir konuda kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi ve beceri verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturabilmesine yardım edilmesidir."[38] Bu tanımda danışmanlığın iki önemli özelliğinin üzerinde durulmuştur. Bu özelliklerden birisi danışmanın bilgili, ustalaşmış ve güvenilir olması, diğeri ise karar verme merciinin danışan olmasıdır. Aile planlaması hizmetlerinde de danışmandan bilgi alan ve bu bilgiler neticesinde karar veren kişi aile planlaması yöntemi kullanıcı adayıdır. Ayrıca danışmanlık tanımında altı çizilen bu özellikler aile planlaması hizmeti alanların hakları arasında da bulunmaktadır. Aile planlaması hizmeti için

---

[37] Nazan Bilgel, **Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı**, İstanbul, Güneş & Nobel Tıp Kitabevi, 1997, s.135
[38] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.27

başvuranların gözetilmesi gereken söz konusu hakları şöyle sıralanabilir:[39] Hizmet alanların;

- Bilgilenme: Aile planlaması yararlarını ve böyle bir hizmetin varlığını öğrenme
- Hizmetlere ulaşma: Cinsiyet, inanç, ırk, evlilik durumu yada yerleşim yeri ayrımı yapılmaksızın aile planlaması hizmeti alma
- Seçme: Aile planlaması uygulamasına yada hangi yöntemi seçeceğine özgürce karar verme
- Güvenlik: Aile planlaması hizmetlerini güvenli koşullarda alabilme
- Mahremiyet: Danışmanlık ve hizmet sunumu sırasında mahremiyete uyulan ortamın sağlanması
- Gizlilik: Tüm kişisel bilgilerin gizli tutulacağı konusunda güvence alma
- Saygınlık: Nazik, saygılı ve ilgili davranış ile karşılaşma
- Rahatlık: Hizmeti alırken kendini rahat hissetme
- Süreklilik: Aile planlaması hizmetlerini ve malzemelerini gerek olduğu sürece alabilme
- Görüş bildirme: Sunulan hizmetler hakkındaki görüşlerini özgürce ve çekinmeden belirtebilme hakları vardır.

Söz konusu hakların gözetilmesi, danışmanlık sürecinin iyi bir şekilde verilmesini sağlayacak ve faydasını da arttıracaktır.

2- Danışmanlık Süreci: Danışmanlık sürecinin nasıl bir süreç olduğunun ve hangi akışı izlediğinin daha iyi anlaşılması için danışmanlık adımlarına bakmak faydalı olacaktır.

Aile planlaması danışmanlığının temel öğeleri, hizmetin üç önemli aşamasında incelenir. Bu aşamalar şöyle sıralanabilir,

- Genel (Ön) Danışmanlık
- Yönteme Özel Danışmanlık
- İzlem Danışmanlığı

Bu aşamaların tamamı KAYNAK akrostişi ile simgelenen bir düzen içinde Tablo-1'de verilmiştir.

---

[39] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı**, 1 c, 3 bs., Ankara, 2000, s.74

Tablo-1 Danışmanlık Adımları

Karşılayarak Selamlayın
- Başvuranı nazikçe karşılayın
- Kendinizi tanıtıp nasıl yardımcı olabileceğinizi sorun
- Konuşmayı kimsenin duyamayacağı rahat bir yerde yapın
- Mahremiyet konusunda güven verin

Alaka Göstererek Sorular Sorun
- İlk defa başvurana yaşını, medeni durumunu, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısını sorun
- Geçmişte ve halen kullandığı gebeliği önleyici yöntemleri sorun
- Aile planlaması konusunda gereksinimleri, istekleri, şüpheleri, soruları veya sorunları anlatmaya teşvik edin

Yöntemler Konusunda Bilgi Verin
- Yöntemler konusunda bildiklerini sorup yanlışları düzeltin
- Tüm yöntemlerin yararları ve yan etkileri konusunda bilgiler verin
- Hangi yöntemi nereden ve nasıl sağlayabileceklerini anlatın

Ne Tür Yöntem Seçeceğine Yardımcı Olun
- Başvuranın gereksinimleri ve tercihlerine uyacak bir aile planlaması yöntemine karar vermesine yardımcı olun
- Yöntemin güvenilirliği ile ilgili bilgi verin
- Kararı kesinleştirin

Açıklayıcı Bilgiler Verin
- Kararlaştırılan yöntemi mümkünse hemen verin, değilse nereden ve ne zaman alabileceğini açıklayın
- Yöntemi nasıl kullanacağını, yan etkilerini açıklayın, gereken basılı materyali verin
- İstediği her zaman veya sorunu olduğunda her zaman gelebileceğini açıklayın
- Acilen başvurulması gereken durumları tekrar hatırlatın. Kontrol için ne zaman geleceğini bildirin

Kontrole Çağırın
- Kontrole geldiğinde yöntemi kullanıp kullanmadığını, kullanıyorsa yöntemle ilgili bir sorunu olup olmadığını sorun
- Hafif olan yan etkilerle ilgili önerilerde bulunun. Ciddi görülen sorunlar ve yan etkilerde ise tedavi için sevk edin
- Başvuran kullandığı yöntemi değiştirmek yada bırakmak istiyorsa kendisine yardımcı olun

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı**, 1. c., 3. bs., Ankara, 2000, s. 74

1. Genel Danışmanlık: Genel danışmanlığı içeren adımlar Tablo-1'deki "K", "A", "Y" ve "N" harfi ile temsil edilen adımlardır. Bu adımlar, başvuranın danışmanla ilk karşılaşmasından hangi yöntemi kullanacağına karar vermesine kadar geçen süreçtir. Bu süreçte hizmet alana erkek ve kadın üreme anatomi ve fizyolojisi, tüm aile planlaması yöntemlerinin yan etkileri, olumlu ve olumsuz yönleri hakkında bilgiler verilir. Söz konusu adımlardan da anlaşıldığı gibi, genel danışmanlık süreci sadece eğitim ile ilgili değildir. Sürecin içinde sıcak bir ortam sağlama, başvurana güven verme ve tıbbi öyküsünü alma gibi adımlar da vardır.

2. Yönteme Özel Danışmanlık: Tablo-1'de "A" harfi ile temsil edilen adım ise Yönteme Özel Danışmanlık adımıdır. Bu adım, hizmet alana kullanmaya karar verdiği yöntem ile ilgili olarak verilen danışmanlıktır. Yönteme özel danışmanlık, kişiye ilgi duyduğu korunma yöntemleri konusunda sorular sormak ve deneyimini tartışmak için fırsat verir. Ayrıca, ilgi duyduğu ve klinikte bulunan korunma yöntemleri hakkında daha ayrıntılı bilgi almak, uygun bir yöntem seçimi için yardım almak, yöntemi güvenli, etkili ve tatminkâr bir şekilde kullanması konusunda daha ayrıntılı bilgi almak için de fırsat verir. Bu adımda seçilen yöntemle ilgili her türlü bilgi verildiği gibi seçilen yöntemin de imkânlar dâhilinde temin edilmesi gereklidir.[40]

3. İzlem Danışmanlığı: Tablo-1'de "K" harfi ile temsil edilen adım da İzlem Danışmanlığı ile ilgili adımdır. İzlem danışmanlığının genel amaçları; kullanıcının aile planlaması yöntemi uygulama kararını güçlendirmek, kullanıcının yöntemden memnun olup olmadığını/yöntemi kullanmaya devam edip etmeyeceğini öğrenmek, kullanıcının yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığını kontrol etmek ve gerekirse kullanım kurallarını yenilemektir. Ayrıca, gerekli malzemeyi sağlama, kullanıcının sorularını yanıtlamak, yöntem konusunda güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek, kullanıcının genel sağlık durumunda ve yaşam koşullarında yöntemi değiştirmesini veya bırakmasını gerektiren bir değişiklik olup olmadığını tespit etmek de amaçlar arasındadır. Bu danışmanlık türü özellikle yöntemin etkin kullanımı ve yöntem kullanımının devamlılığı açısından önemlidir.

Tüm bu adımların iyi bir şekilde yerine getirilmesi, danışmanlığın faydalarını arttıracaktır. İyi verilmiş bir Aile Planlaması danışmanlığının önemini vurgulayan faydalar şu şekilde özetlenebilir:[41]

---

[40] **A.e.**, s.77-78
[41] **A.e**., s.74

- Aile planlaması yöntemlerinin kabul edilebilirliliği artar
- Uygun yöntemin seçimi sağlanır
- Yöntemin etkin kullanımı sağlanır
- Yöntem kullanımında devamlılığı arttırır
- Personelin zamanının etkin ve yeterli kullanılması sağlanır

Danışmanlığın faydalarını arttırma çabaları dâhilinde izlenmesi önerilen bazı ilkeler vardır.

İyi bir danışmanlık için altı ilkenin yerine getirilmesi önemlidir. Bu ilkeler şöyle özetlenebilir;[42]

- Hizmet alanlara iyi davranma bu ilkelerden birisidir. Danışman her zaman nazik ve saygılı olmalıdır. Bu hizmet alanda güven duygusu ve en duyarlı konularda bile açıkça konuşabilme rahatlığı sağlar.
- Güçlü bir etkileşim-iletişim kurma, bu ilkelerden bir diğeridir. Bu ilkeye göre danışman, hizmet alanın ihtiyaçlarını, kaygılarını ve durumunu anlamak için onu konuşmaya ve soru sormaya teşvik eder.
- Hizmet alanın gereksinimine uygun bilgi verme bir diğer danışmanlık ilkesidir. Danışman bu ilke gereği başvuranı dinlerken ve öyküsünü alırken yöntemlerle hizmet alanın gereksinimleri arasındaki ortak paydayı bulmaya çalışır ve vereceği bilgiyi bu koşullara uyarlar. Örneğin hiç çocuğu olmayan bir çifte kalıcı yöntemlerden veya sigara tiryakisi olan bir başvurana haptan bahsetmek gereksiz zaman kaybı ve bilgi yüklenmesine sebep olacağı gibi, başvuranın esas hatırlaması gereken konuları da dağıtacaktır.
- Gereğinden fazla bilgi vermekten kaçınma da oldukça önemli bir ilkedir. Bu ilkenin burada yer almasının sebebi "başvuranı gereğinden fazla bilgi ile yüklemek, önemli olan bilginin hatırlanmasını engellediği gibi danışmanlık veren personelin zamanını da boşa harcar" düşüncesidir.
- Hizmet alanın seçtiği ve istediği yöntemi sağlama ilkesi de oldukça önemlidir. Çünkü hizmet alanın ekonomik özellikleri, yöntemi kendi başına sağlaması için yeterli olmayabilir ve bu durumda kişiye danışmanlık vermenin de bir anlamı yoktur. Bu nedenle, başvuranın seçtiği yöntemin tıbbi olarak uygunluğu kesinleştikten sonra yöntem sunulur veya uygulanır.

---

[42] **A.e**., s.68

- Hizmet alanın anlamasına/ hatırlamasına yardım etme bir diğer ilkedir. Bu ilke danışmanlık süresince danışmanlığın kısa tutulmasına, bilinen sözcüklerin kullanılmasına, en önemli mesajlara öncelik verilmesine, bilginin bir düzen içinde aktarılmasına, önemli noktaların tekrarlanmasına, anlaşılıp anlaşılmadığının kontrol edilmesine dikkat edilerek uygulanabilir. Bu ilkenin uygulanması, bilginin açık ve özgül olması ve konunun hatırlanmasını kolaylaştırır.

Danışmanlık boyunca danışmanlık ilkelerine uyulması, başvuranın haklarının gözetilmesi ve danışmanlık adımlarının eksiksiz uygulanması iyi bir danışmanlık için çok önemlidir. Ancak bunlara tam olarak uyulması bazen yeterli olmayabilir. İdeal olan, bu kuralları takip ederken danışmanlık sürecinin akışını bozmamak, hizmet alanla hizmet verenin arasında bilgi alışverişini uyumlu bir şekilde sürdürmek ve tamamlamaktır. Bu uyumun yakalanması için, danışman sağlık personelinde bazı kişisel ve donanımsal özelliklerin bulunması gereklidir.

İyi bir danışmanda bulunması gereken kişisel özellikler şöyle sıralanabilir; [43]

- İyi bir danışman insanlarla çalışma ve onlara yardım etme isteğine sahip olmalıdır. Danışmalık, mecburiyet altında yapıldığı durumlarda istenen sonuçları vermeyecektir. Çünkü aile planlaması danışmanlığı, ancak isteyerek ve severek yapıldığında amacına ulaşabilecek kadar zor, karmaşık ve donanım isteyen bir iştir.
- İyi bir danışman yaptığı işin önemine inanmalıdır. Danışman kişi, danışmanlık sırasında eksik kalacak bir bilginin istenmeyen gebelik, isteyerek düşük, istenmeyen çocuk gibi sonuçlara sebebiyet verebileceğinin her zaman farkında olarak işini yapmalıdır. Aynı zamanda danışman, yaptığı işin sağlık göstergeleri ve ekonomik göstergeler gibi unsurlara makro düzeyde de etkili olduğunu unutmamalıdır.
- İyi bir danışman insanlara ve onların kendi adına karar verme hakkına saygılı olmalıdır. Bu aynı zamanda başvuranın hakkıdır ve bu nedenle danışman, başvuranın kendi kararını vermesini desteklemelidir.
- İyi bir danışman cinsellik konusunda rahat olmalıdır. Danışmanın rahat olmadığı bir ortamda başvuranın da rahatlaması mümkün değildir.

---

[43] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Aile Planlaması Danışmanlığı: Katılımcı Kitabı**, Ankara, 2005, s.36-37

- İyi bir danışman duygularını kolaylıkla ifade edebilmelidir. Duyguların karşılıklı olarak ifade edildiği bir ortamda karşılıklı duygu ve düşünce alışverişi daha rahat olacağı gibi bu durum başvurana güven verecektir ve onu cesaretlendirecektir.
- İyi bir danışman, kendi değerlerinin ve sınırlarının farkında olmalıdır. Danışman, başvuranın değerleriyle kendininkileri karşılaştırmamalı ve başvuranın kendi isteği ölçüsünün dışında özeline girmeye çalışmamalıdır.
- İyi bir danışman, farklı yaş, etnik kimlik, dini inanç, ırk, sınıf, eğitim ve cinsiyetteki gruplara karşı tarafsız bir tutum içinde olmalıdır. Bu tutum sadece aile planlaması hizmetleri için değil tüm sağlık hizmetleri için geçerlidir.
- İyi bir danışman profesyonel olmalıdır ve kendi değerlerinden farklı değerlere karşı hoşgörülü olmalıdır.
- İyi bir danışman başvuranların duygu ve düşüncelerini anlayabilmelidir. Danışman sağlık personeli başvuranın duygu ve davranışlarını anlar ve bunlara karşı duyarlı olursa, danışmanlık sürecini daha iyi yönetir ve başvuranla daha iyi iletişim kurar.
- İyi bir danışman başvuranlara karşı destekleyici bir tutum içinde olmalıdır. Danışman başvuranın her doğru bilgi veya davranışını takdir etmeli, yeni ve iyi davranışları kazanması için onu teşvik etmelidir
- İyi bir danışman özel konularda gizliliği sağlayabilmeli ve bu konuda başvuranın güvenini kazanmalıdır.
- İyi bir danışman aktardığı bilgileri tarafsız değerlendirebilmelidir.
- İyi bir danışman danışmanlık eğitimi almış olmalıdır

Sayılan kişisel özelliklerin yanı sıra iyi bir danışmanda bulunması gereken bazı donanımsal özellikler de şöyle özetlenebilir,

1. Bilgili olmalı
    - Tüm aile planlaması konularını iyi kavramış
    - Aile planlaması ile ilgili başvuranların kararlarını etkileyen kültürel/psikolojik faktörlerin bilincinde
    - Aile planlaması ile ilgili konularda görülebilecek yan etkiler ve sağlık sorunları hakkında gerekli bilgilere sahip olmalıdır
2. Becerikli olmalı
    - Önyargısız bir yaklaşım içinde başvurana nazik ve saygılı davranmalı

- Kendini tanıtarak başvuranla tanışmalı, iletişim başlatmalı ve sürdürmeli
- Başvuranın kültürüne uygun davranmalı
- Kişiler arası iletişimde yetenekli olmalı
- Aile planlaması ile ilgili bilgileri tarafsız, duyarlı bir biçimde sunmalı
- Görüşme bitmeden başvurana anlatılan bilgilerin tam anlaşıldığından emin olmalı
- Başvuranı rahatça soru sormaya teşvik etmeli
- Başvuranın aile planlaması ile ilgili endişelerini dikkatle dinlemeli
- Sözsüz iletişimi ve beden dilini kullanmalı, aynı zamanda başvuranın beden diline de duyarlı olmalı
- Başvurana daha fazla yardımcı olamayacağı durumlarda başvuranı uygun yerlere sevk etmeli veya yönlendirmelidir.

Bu bölümdeki danışmanlık süreci ve danışman kişilerin özellikleri ile ilgili bilgilerden de anlaşılacağı gibi, aile planlaması danışmanlığı aile planlaması hizmetlerinin temelidir ve hizmet alanların memnuniyetlerini doğrudan etkileyecek kadar hassas bir içeriğe sahiptir.

1.1.3. Türkiye'de Aile Planlaması Hizmetleri Faaliyetleri

Türkiye'de aile planlaması hizmetleri 1965 yılından itibaren devlet tarafından verilmeye başlanmıştır. Günümüzde ise Türkiye'de aile planlaması hizmetlerini özel veya vakıf finansmanlı kuruluşlar da vermektedir. Türkiye'de aile planlaması hizmetleriyle ilgili kurulmuş en çok bilinen sivil toplum örgütleri, Türkiye Aile Planlaması Derneği ve Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfıdır.

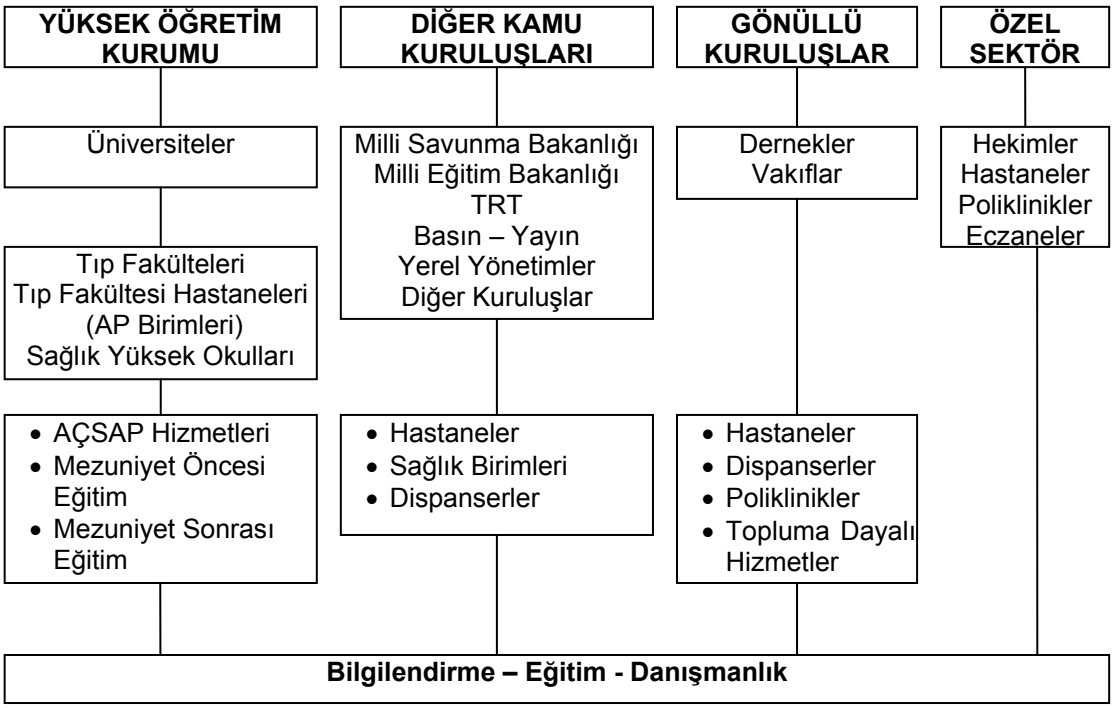
Türkiye Aile Planlaması Derneği, 22 Ekim 1963 tarihinde, Ankara'da, aile planlaması programlarını, ana-çocuk sağlığı ve aile refahı temel politikası çerçevesinde ele alan, bu konuda bilgili ve deneyimli 15 gönüllünün öncülüğünde, ülkemizde yasa değişikliği için bir baskı grubu oluşturmak ve yasanın kabulüne destek vermek üzere kurulmuştur.

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı ise, ekonomik ve sosyal gelişme için Türk ailesinin sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdürmesi gereğine inanan iş adamları, işçi ve işveren sendika başkanları, Odalar Birliği, Ziraat Odaları, Esnaf ve

Sanatkârlar Konfederasyonu Başkanları ve ilim adamları tarafından Vehbi Koç'un öncülüğünde kurulmuştur. Vakıf, Ocak 1986 tarihinde faaliyete geçmiştir.[44] Her iki kuruluş da bugün faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu dernekler dışında aile planlaması hizmeti veren diğer kuruluşlar özel sektör sağlık kuruluşları, Yüksek Öğrenim Kurumuna ve belediyelere bağlı sağlık kuruluşlarıdır. Türkiye'de aile planlaması hizmeti veren diğer (Sağlık Bakanlığı dışındaki kuruluşlar) kuruluşlar

Şekil-1'de verilmiştir.

Şekil-1 Aile Planlaması Hizmeti Veren Diğer Kuruluşlar*



Kaynak; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı**, 1. c., 3. bs., Ankara, 2000, s. 50

[44] Türkiye Aile Planlaması Vakfı, (Çevrimiçi), http//www.tapv.org, 1 Mayıs 2006

* Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı, aile planlaması hizmetleri veren kurumlar yasal bir değişiklikle T.C. Sağlık Bakanlığına bağlandığı için şekilden çıkarılmışlardır.

1.1.3.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri

Türkiye Cumhuriyeti Devleti Aile Planlaması hizmetlerini, Sağlık Bakanlığına bağlı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezleriyle, Sağlık Ocakları ve Hastaneler aracılıyla kullanıcılara ulaştırmaktadır.

Bu hizmetler Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün yönetiminde yürütülmektedir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığının beş Temel Hizmet Biriminden biridir. 1965 yılında 557 sayılı nüfus planlaması hakkında yasanın çıkmasını takiben, hizmetin yürütülmesi için Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Aynı amaca yönelik hizmet veren Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ile Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü 1982 yılında birleştirilerek Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü adını almıştır.[45]

Aile Planlaması Hizmetlerini sunmada Sağlık Bakanlığının örgütlenmesini açıklayan şema Şekil-2'de verilmiştir;

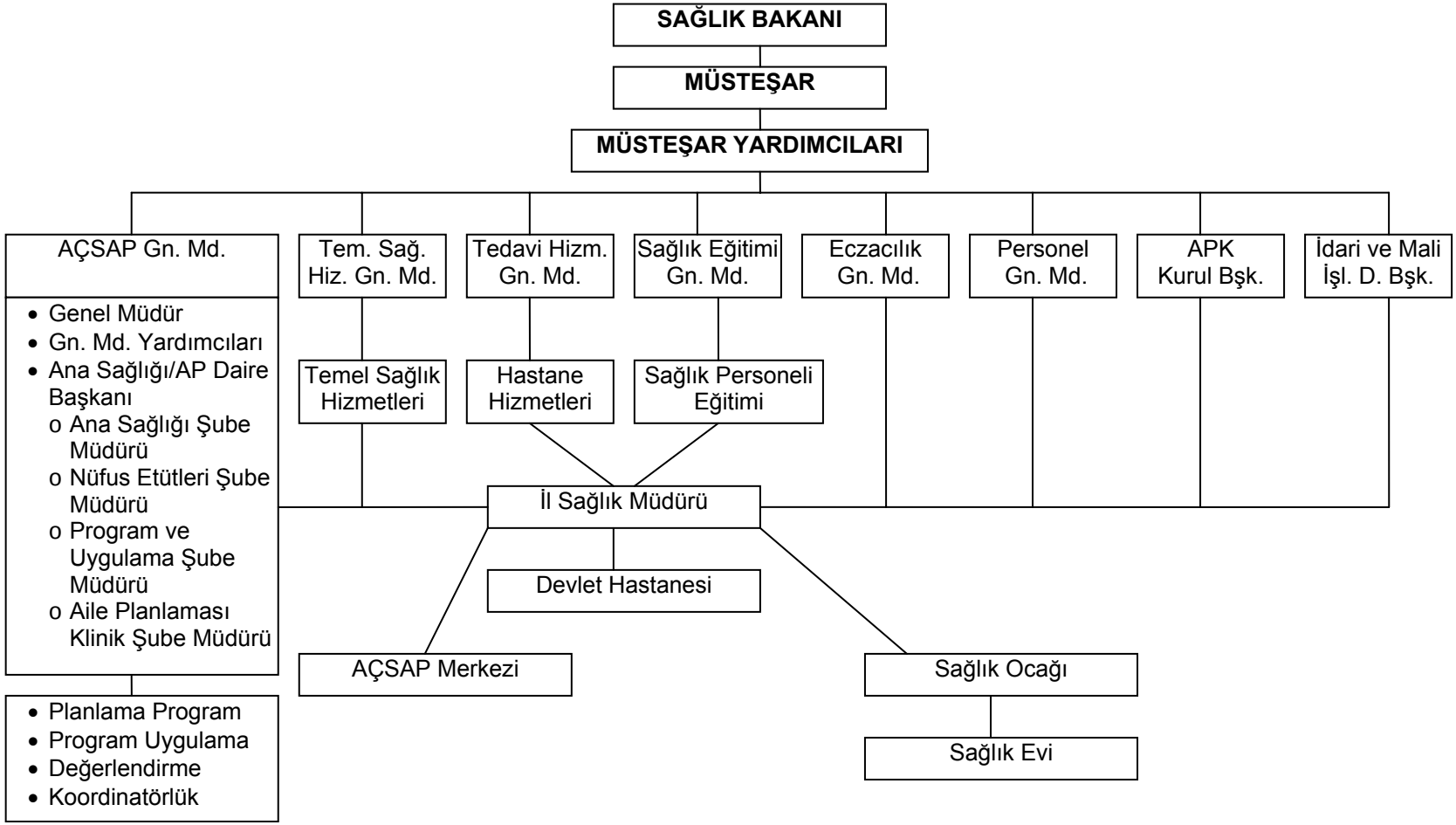
Şekil-2'de görüldüğü gibi Ana–Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri (AÇSAP) Sağlık Bakanlığının, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü birimine bağlı, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır. Türkiye genelinde 299 adet AÇSAP vardır.[46]

06.02.1997 Tarihli 22900 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliğine göre, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla iş birliği içinde diğer ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan sağlık kurumlarıdır. Adı geçen yönetmelikte bu merkezlerin kurulumu için nüfus şartı ve öncelikler vardır. Merkezler, ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı (aile planlaması hizmetleri dâhil) hizmetleri yeterince verilemeyen ve birinci

---

[45] T.C. Sağlık Bakanlığı, (Çevrimiçi), http://www.saglik.gov.tr, 20.04.2006
[46] Türk Tabipleri Birliği, **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2005, s.73

Şekil-2 Aile Planlaması Hizmetlerini Sunmada Sağlık Bakanlığı Örgütlenme Şeması



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı**, 1. c., 3. bs., Ankara, 2000, s. 47

basamak sağlık kuruluşları eksik olan bölgelere öncelik verilerek il merkezlerinde her 100.000 nüfusa bir adet olmak üzere kurulabilir. Merkezi yerleşim nüfusu 30.000 olan ilçe merkezlerinde de bir adet merkez kurulur. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlara göre yeterli malzeme, araç, gereç personel ve uygun bina temin edilmeden yeni merkezler açılmaz.[47]

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde verilen hizmetler ücretsizdir. Sadece özellik arz eden hizmetlerden Sağlık Bakanlığının belirleyeceği kurallar doğrultusunda ücret alınabilir.

Yönetmeliğe göre, merkezlerde verilecek hizmetler şunlardır; aile sağlığı hizmetleri, çocuk ve adölesan sağlığı hizmetleri, kadın ve erkek üreme sağlığı hizmetleri (aile planlaması hizmetleri dahil), ağız ve diş sağlığı hizmetleri, poliklinik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, eğitim hizmetleri (merkezin hizmet verdiği konularda), hizmet içi eğitim hizmetleri, halk eğitimi hizmetleri, mezuniyet öncesi uygulamalı eğitim hizmetleri, erken teşhis hizmetleri, danışmanlık hizmetleri, kayıt bildirim ve değerlendirme hizmetleridir.[48]

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliğinin 16'ncı maddesine göre, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde verilecek aile planlaması hizmetleri şöyle sıralanmıştır; Başvuranlara (kadın/erkek) aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık hizmeti vermek, Bakanlıkça kabul edilmiş bütün aile planlaması yöntemlerine ilişkin hizmet vermek, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı mevcut olmak şartı ile merkezlerde 8 haftalığa kadar olan isteğe bağlı düşük hizmetlerini vermek, başvuranları merkezde uygulanmayan Aile Planlaması yöntemleri için ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk etmektir.[49]

Araştırmanın yapıldığı Okmeydanı AÇSAP merkezi ise, kendi içinde üreme sağlığı ve çocuk sağlığı ile ilgili birimlere ayrılmaktadır. Üreme sağlığı birimi, Aile Planlaması Hizmetleri, Jinekolojik Tanı ve Tedavi Hizmetleri, 10 Haftalığa kadar gebelik takibi hizmeti ve eğitim hizmetleri vermektedir. Aile Planlaması Hizmetleri altında ise aile planlaması danışmanlığı, yöntem sağlama uygulama ve gerekli ön

---

[47] Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği, **Resmi Gazete**, 06.02.1997, (Çevrimiçi), http//www.istanbulsaglik.gov.tr, 2.05.2006
[48] **A.e**., s.3
[49] **A.e.**, s.4

muayenelerin yapılması (RİA uygulama öncesi muayene ve uygulama, hap ve kondom sağlama, vazektomi), isteğe bağlı düşük hizmetleri verilmektedir.

Geniş kapsamlı düşük maliyetli hizmet verilebilmesi ve hizmet alanların memnun kalması için sağlık biriminde düzenli bir hizmet akışı sağlanması gereklidir. Aile planlaması hizmetlerini daha kaliteli ve hızlı bir şekilde verilmesi için birtakım önlemlere ve gereksinimlere ihtiyaç vardır. Bu önlemlerden birisi başvuranları; ilk defa başvuranlar, izlem için gelenler ve sorunu olanlar olarak üç gruba ayırarak yönlendirmektir.[50] Araştırmanın yapıldığı kurumdaki hizmet akışı özetlenecek olursa; başvuranlar ilk defa başvuruyorlarsa, ilk önce danışmaya başvurmaktadırlar. Danışmanın yönlendirmesiyle Aile Planlaması kliniğine gelirler ve burada kendilerine aile planlaması danışmanlığı verilir. Eğer tıbbi durumları gereği veya seçtikleri yöntem gereği danışman sağlık personeli önce jinekolojik muayene olmaları gerektiğine karar verirse, başvuranlar danışmaya tekrar dönerek jinekolojik muayene ücreti öderler ve sıralarına göre muayene olmak üzere beklerler. Muayene sırasında seçtikleri yöntemin uygulanmasında bir sakınca görülmezse yöntem uygulanır veya sağlanır. Başvuranların danışmadan aldıkları takip kartlarına yönteme ne zaman başladıklarını ve bir sonraki kontrol veya yöntem almaya gelecekleri tarihi yazılır. Böylece o kartlara bakarak kullanıcının ne kadar zamandır bu yöntemi oradan aldığı ve kullandığını söylemek mümkündür.

İzlem için gelen kullanıcılar ellerindeki takip kartlarıyla doğrudan Aile Planlaması Kliniğine giderek hizmetlerini almaktadırlar.

Sorunu olanlar ise (sorun kullandıkları yöntemle ilgisiz jinekolojik bir sorun da olabilir) danışmanlığı verenler tarafından sorunlarına müdahale edildiği durumda hizmetleri sonlanmakta, müdahale edilemediği durumda ise jinekolojik muayeneye alınmaktadırlar. Bu işleyiş kurumdan kuruma değişiklikler gösterebilir.

Bir aile planlaması merkezinin amaca uygun ve daha iyi koşullarda hizmet verebilmesi için bir de uygun hizmet birimlerine ihtiyacı vardır. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberine (2000) göre bu gereksinimler şöyle sıralanabilir;[51]

- Yeni başvuran ve izlem amacıyla gelen kişiler için rahat bir bekleme odası
- Danışmanlığın yapılabileceği ayrı bir alan

---

[50] T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 1 c, Ankara, 2000, s.10
[51] **A.e.,** s.12,13

- Hizmet alanların muayene edilebileceği, rahim içi araçların uygulanabileceği veya küçük cerrahi girişimlerin yapılabileceği, iyi aydınlatılmış, lavabosu olan bir muayene odası
- Araç ve gereçlerin, yeniden kullanılabilir eldivenlerin temizlendiği, cerrahi örtülerin yıkandığı bir temizlik odası
- Hizmet alanlar ve personel için tuvalet ve lavabo
- Rahim İçi Araç, deri implantları, enjekte edilen kontraseptifler[*] ve gönüllü cerrahi sterilizasyon işlemlerinde kullanılan araç ve gereçlerin dezenfeksyonu ile sterilizasyonunun yapılacağı depolanacağı alan
- Serin, güvenli ve havadar tıbbi malzeme depolama alanı
- Büro hizmetleri, kayıt tutulması ve saklanması, eğitim malzemesinin depolanması için alan
- Personelin dinlenip yemek yiyebileceği bir alan

Kadınlar için gönüllü cerrahi sterilizasyon işlemleri yapılan birimlerde ayrıca;

- Cerrahi temizliğin yapılabileceği bir bölüm
- Ameliyathane
- Ameliyat sonrası dinlenme bölümü

gibi yerlere gereksinim vardır.

Araştırmanın yapıldığı Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde Aile Planlaması birimi diğer birimlerin görüş alanına kapalı, odalarıyla, tuvaletiyle, bekleme salonuyla ve malzeme deposuyla ayrı bir birimdir.

Yine kaliteli ve düzenli bir hizmet akışı sağlanması için kurumun ihtiyacı olan bir diğer gereksinim, Aile Planlaması hakkında eğitilmiş, donanımlı personeldir. Personelin neden, hangi konularda donanımlı ve eğitilmiş olduğunun daha iyi anlaşılması için kurum içinde üstlendiği görevlere bakmak yerinde olacaktır. Bu görevleri şöyle özetleyebiliriz:[52]

- Klinik görev ve hizmetleri için görev çizelgelerinin hazırlanması, dağıtılması ve uygulanması
- Personelin denetimi
- Temizlik
- Malzeme siparişi

---

[*] Kontraseptif: gebelikten koruyucu.

[52] **A.e.**,s.14

- Malzemenin depolanması ve kayıtların tutulması
- Muhasebe ve mali denetim
- Randevular ve izlem muayenelerinin programlanması
- Bilgi, eğitim ve iletişim malzemelerinin sağlanması
- Danışmanlık yapılması (çeşitli aşamalarda)
- Hizmet alanların yönlendirilmesi
- Başvuran kişilerin değerlendirilmesi (öykü, fizik muayene ve gerekirse mikroskobik inceleme için örnek)
- Hizmet verilen her birey için gerekli malzemenin hazırlanması
- Yöntemin sağlanması
- Kullanılmış araçların ve diğer malzemenin dekontaminasyonu, temizlenmesi, dezenfeksiyonu, sterilizasyonu
- Komplikasyon ve beklenen yan etkilere çözüm getirilmesi ve ciddi komplikasyonları gerekli yerlere sevki
- Yeni başvuru sayısını arttırmak için, klinikten yönetilen ziyaret ve tanıtım çalışmaları
- Randevularına gelmeyen kişilerin izlenmesi
- Kullanıcıların memnun olup olmadıklarının değerlendirilmesi
- Tıbbi kayıtların tutulması
- Veri toplanması ve rapor hazırlanması

AÇSAP merkezinde aile planlaması hizmeti veren personelin, burada bahsedilmeyen ancak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliğinde yer alan görevlerinden birisi de hizmet içi eğitim kursları vermektir. Araştırmanın yapıldığı Okmeydanı AÇSAP merkezinde bu görev personel tarafından aktif olarak yapılmakta ve aile planlaması ve Rahim İçi Araç uygulaması ile ilgili sağlık personeli yetiştirilmektedir. Yetiştirilen personel kurs sırasında eğitici personelin denetiminde aile planlaması danışmanlığı vermekte, hasta değerlendirmesi yapmayı ve rahim içi araç uygulamayı öğrenmektedir. Kursu tamamlayan kursiyer daha sonra kendi hizmet kurumuna geri döndüğünde, genelde aile planlaması hizmeti vermektedir.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri tanıtıldıktan sonra aile planlaması yöntemlerini tanıtmak, hizmetlerin içeriğinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

1.1.4. Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlanması yöntemleri, hormonal yöntemler, rahim içi araçlar, bariyer yöntemler, cerrahi sterilizasyon, ve doğal aile planlaması yöntemleri şeklinde beş grupta incelenir.

1. Hormonal Yöntemler, isimlerinden de anlaşılacağı gibi hormon içerikli yöntemlerdir. Bu yöntemler de kendi aralarında "oral kontraseptifler" ve "enjekte edilen kontraseptifler" olarak toplam iki gruba ayrılırlar.

Oral Kontraseptifler ağızdan alınan küçük haplardır. Bu haplar da kendi aralarında içeriğine göre iki farklı grupta toplanırlar. Bu gruplardan birisi "Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)" diğeri ise "Yalnız Progestin İçeren Haplar (Minihaplar)" dır.

Kombine Oral Kontraseptifler son derece etkili geri dönüşü olan aile planlaması yöntemleridir. Olağan kullanımındaki başarısızlık nedenlerinin başında kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Kullanıcılar hap alma konusunda iyice bilgilendirilir ve hap alma alışkanlıklarını güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde uzun süre kullanırlar. Doğru kullanıldıklarında %99,9 etkilidirler. Kombine oral kontraseptifler doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. Genelde 21 ve 28 günlük paketler halinde bulunurlar.[53]

Her yöntemin olumlu ve olumsuz yönleri olduğu gibi KOK'ların da olumlu ve olumsuz yönleri vardır; Bu yönlerin ve bu yönlerle birlikte karşılaşabilecekleri yan etkilerin başvurana anlatılmasıyla başvuran daha bilinçli bir tercih yapabilecektir. Yine yan etkilerinin tam olarak anlatılması kullanıcı memnuniyetini etkileyen bir faktördür. Eğer kullanıcı yan etkiler konusunda uyarılmadan onları yaşayarak öğrenirse kendisine verilen hizmetin eksik verildiği ile ilgili bir düşünceye varması olasıdır.

Bunun yanında KOK'ların kesinlikle kullanılmaması gereken durumlar vardır. Bu durumlardan sağlık personelinin karşısına en sık çıkabilecekleri şöyle özetleyebiliriz.[54]

- 35 yaş ve üstünde

---

[53] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Kontraseptif Yöntemler**, 2. c., 3. bs., Ankara, 2000, s. 369
[54] **A.e.**, s.382

- Günde yirmiden fazla sigara içenler
- Fokal nörolojik bulgular veren migren tipi baş ağrısı
- Gebelik
- Emziren annelerde doğum sonrası ilk 6 hafta
- Mevcut meme kanseri
- Düzenli kan basıncı kontrolü yaptıramayan orta derecede hipertansiyon olguları
- Şiddetli hipertansiyon olguları
- Ağır vasküler komplikasyonlu diyabet olguları
- Mevcut yada geçirilmiş iskemik kalp hastalığı

Sözü edilen tablolara karşı sağlık personeli dikkatli olmalı ve hastanın tıbbi öyküsünü ayrıntılı olarak almalıdır.

KOK'ların kullanımı sırasındaki en önemli kurallar, adetin ilk yedi günü içinde hapın kullanımına başlanmasının önerilmesi, hapın her gün aynı saatlerde alınması, unutulduğunda hatırlanır hatırlanmaz alınması ve o günün hapının da normal zamanında alınması şeklinde sıralanabilir.

Yalnız progestin içeren haplar (minihaplar) ise KOK'lara alternatif olarak geliştirilmiştir. Mini haplarda KOK'lara oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve bunlar östrojen içermez. Östrojenin alınmaması gerektiği durumlarda ve acil kontrasepsiyonda kullanılırlar. En önemli avantajları emziren kadınlarda ve sigara içenlerde de kullanılabilmeleridir. Minihapların güvenilirliği doğumu izleyen dokuz ay boyunca %98,5 oranındayken, diğer zamanlarda %96'ya düşer. Minihaplara, adetin ilk günü başlanması uygundur ancak adetin ilk beş günü içinde de başlanabilir.[55]

Enjekte edilen kontraseptifler de oral kontraseptiflerin benzeri içeriktedirler ve oral kontraseptifler gibi onlar da kendi aralarında "Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler" ve "Sadece Progesteron İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler" olarak iki gruba ayrılırlar.

Kombine enjekte edilen kontraseptifler, uygulama yolu farklı olsa da içerik olarak KOK'lara benzerdir ve koruyuculuları %99,9'dur. Bu grup ayda bir uygulanır ve sadece ilk uygulamanın âdetin ilk yedi günü içinde olması koşulu vardır. Daha

[55] **A.e.**, s.389

sonraki uygulamalarda adet günlerine bakılmaksızın 30 günde bir uygulanır. Yan etkileri, etki mekanizmaları, kullanılmaması gereken durumlar KOK'larla benzerdir.[56]

Sadece Progesteron İçeren Enjekte Edilen Kontraseptiflerin başarısızlık oranı ise %0,1'den azdır. Bu yöntem iki veya üç ayda bir uygulanır ve içerik olarak minihaplara benzediğinden yan etkileri ve kullanılmaması gereken durumlar da aynıdır. Burada izlem danışmanlığında dikkat edilmesi gereken nokta kullanıcının izlem kartına geleceği tarihi doğru yazmaktır.

2. Rahim İçi Araçlar (RİA) giderek daha popüler aile planlaması yöntemleri haline gelmektedirler. RİA'lar, yaklaşık 40 yıldır kullanılmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2003) verilerine göre ülkemizdeki Aile Planlaması Yöntemi kullananların %20'si RİA kullanmaktadır. RİA bu oranla en çok kullanılan yöntemdir.

Rahim İçi Araçlar (RİA), insan organizmasına zarar vermeyen, polietilen yapıda, uterin kaviteye (rahim boşluğuna) uyacak şekilde yapılmış, gebelikleri önleme amacıyla rahim içine yerleştirilen küçük, bükülebilir araçlardır.[57] RİA kullanan her yüz kadından biri hamile kalabilmektedir.[58]

Bu araçların uygulanması ve çıkarılması için eğitilmiş personel, uygun araç gereç ve bu araçların uygulanmasından önce genel jinekolojik muayene gereklidir. RİA'nın uygulanması adet döngüsü boyunca mümkün olsa da adet boyunca veya bitimine yakın uygulanmasının üstünlükleri vardır ve bu dönemde uygulanması önerilir. RİA'nın kullanılmaması gereken durumlardan sağlık personelinin en sık karşılaşma ihtimali olanları şöyle özetleyebiliriz;[59]

Riskleri yararlarından fazla olan durumlar

- Doğum sonrası 48 saat ile ilk dört hafta arası
- Mevcut meme kanseri
- Geçirilmiş meme kanseri

Kullanılmaması gereken durumlar;

- Gebelik
- Halen yada son üç ay içinde aktif cinsel yolla bulaşan hastalık

---

[56] **A.e.**, s.403
[57] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.167
[58] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 2 c, 2000, s.456
[59] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **a.g.e.**, s.167

- Düşük yada doğumu izleyen sepsis
- Tanı konmamış şiddetli vajinal kanama

Sağlık personeli bu durumların varlığına karşı dikkatli olmalı ve hastanın tıbbi öyküsünü tam olarak almaya dikkat etmelidir.

3. Bariyer Yöntemler, spermin rahim boşluğuna geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Bariyer yöntemlerin en önemli üstünlükleri çok az yan etkilerinin olmasıdır. Kullanılmamaları gereken durumlar yok denecek kadar azdır. Kondom, diyafram, spermisit olmak üzere üç bariyer yöntem vardır. Ülkemizde en çok kullanılan ve AÇSAP merkezlerinde ücretsiz olarak sağlanan bariyer yöntem kondomdur. Bu nedenle "Bariyer Yöntemler" başlığı altında sadece kondom ele alınacaktır. TNSA 2003 araştırmasının bulgularına göre Türkiye'de %11'lik oranla en yaygın olarak kullanılan yöntem kondomdur.[60]

Kondom, erkeğin kullandığı bir kılıftır. Genelde lateksten yapılmıştır. En önemli avantajı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumasıdır. Yan etkileri yok denecek kadar azdır.

Kondom konusunda yönteme özel danışmanlık verirken kullanıcının kondomu kullandıktan sonra yırtık olup olmadığını nasıl kontrol etmesi gerektiği ve yırtık olduğunu anladığında acil kontrasepsiyon için nereye ve ne kadar zaman içinde müracaat etmesi (veya kuruma gelebileceği) gerektiği konusunda mutlaka bilgilendirilmelidir ve anlayıp anlamadığı kontrol edilmelidir.

Kondom kullanıldıkça başarı oranı artan bir yöntemdir. Araştırmalar ilk kullanım yılında başarısızlık oranının %14, ideal kullanımda ise %3 olduğunu göstermektedir.[61]

4. Cerrahi Sterilizasyon ise bir başka aile planlaması yöntemidir. Ancak bu yöntemi diğerlerinden farklı kılan bir özelliği vardır.

Tüm aile planlaması hizmetlerinde amaç, kişilerin kendi doğurganlıkları konusunda bilinçli seçim yapmalarını sağlamaktır. Ancak bu amaç, gönüllü cerrahi sterilizasyonu düşünen kişilerde çok daha önemlidir. Çünkü gönüllü sterilizasyon doğurganlığı kalıcı olarak sona erdirir. Bu yöntem geri dönüşü olmayan bir yöntem olduğundan, danışmanlık eşlerin ikisine birden verilmelidir. Ülkemizde 2728 sayılı

---

[60] Hacettepe Üniversitesi Adana, Ankara ve İzmir İllerinde Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, a.g.e.
[61] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 2 c, s.524

yasaya göre 18 yaşını tamamlamış herkes, evliyse eşinin de resmi onayı alınarak gönüllü cerrahi sterilizasyon yaptırabilir. Cerrahi sterilizasyon hem kadında hem de erkekte yapılabilir.[62]

Tüp ligasyonu kadının cerrahi sterilizasyonudur. Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır.[63] Normalde sperm ve yumurta tüplerde karşılaşarak döllenme gerçekleşir ve döllenmiş yumurta rahim yatağına doğru yol alır. Tüp ligasyonunun etkisi, tüplerin bağlı olması sebebiyle tüp içinde yumurtanın spermle karşılaşmasını engellemesiyle gerçekleşir. Başarısızlık oranı binde birdir.

Tüp ligasyonu danışmanlığı yapılırken başvuranların diğer aile planlaması yöntemlerini bilip bilmedikleri iyice araştırılmalı ve yöntemin geri dönüşünün olmadığı iyice anlatılmalıdır.

Vazektomi de erkeğin cerrahi sterilizasyonudur ve en etkili yöntemlerden birisidir. Bu yöntem cinsel işlevde bir değişiklik yaratmadığı gibi vücudun diğer işlevlerini de etkilemez. Vazektomi sperm hücrelerini penise doğru taşıyan "vaz deferans" isimli kanalların kesilmesi ve bağlanması ile yapılır. Vazektomi danışmanlığı yapılırken başvuranların diğer aile planlaması yöntemlerini bilip bilmedikleri iyice araştırılmalı ve yöntemin geri dönüşünün olmadığı iyice anlatılmalıdır. Bu yöntemde gebelikler genelde vazektomiden hemen sonra görülür. Bu nedenle danışman sağlık personeli, vazektominin koruyuculuğunun vazektomiden ne kadar sonra başladığını ve o zamana kadar ek bir yöntem kullanmanın gerekliliğini başvuranlara mutlaka hatırlatmalıdır.[64]

5. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri, ülkemizde oldukça yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir. Türkiye'de aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %71'dir. Bu oranın % 28.5'lik kısmı geleneksel yöntemleri kullanmaktadır.[65]

Danışmanlık sürecinde başvuranın seçtiği aile planlaması yöntemleri modern yöntemlerdendir. Çünkü sadece modern yöntemler tanıtılır, doğal yöntemler hakkında ise başvuranların soruları ve duyumları varsa bahsedilir. Doğal yöntemleri Dünya Sağlık Örgütü; menstrüel siklusun*, fertil** ve infertil*** dönemlerinde, doğal

---

[62] **A.e.,** s.522
[63] **A.e.**, s.524
[64] **A.e.,** s.548
[65] Türk Tabipleri Birliği, **a.g.e.**, s.31
* siklus: 28 günlük adet döngüsü
** fertil dönem: Döllenmenin gerçekleşmesi için siklusun uygun dönemi yumurtlama zamanı
*** infertil dönem: Döllenmenin gerçekleşmesi için siklusun uygun olmayan dönemi

belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması yada gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemleri[66] olarak tanımlamıştır. Bu yöntemlerden en çok bilinenleri ve kullanılanları, takvim yöntemi, geri çekme ve vajinal yıkamadır. Ancak bu yöntemlerde gebe kalma riski çok yüksektir ve bu nedenle bu yöntemler önerilmemektedirler.

1.2. Aile Planlaması Hizmetlerinde Hizmet Alan Memnuniyeti

Aile planlaması hizmetlerinde kullanıcı/hizmet alan/başvuran memnuniyetini sağlamak, aile planlaması merkezlerinin ve yöntemlerinin kullanımının artması, hizmetin kullanımında devamlılığın sağlanması ve kullanıcıların hizmeti çevrelerine önermesi açısından oldukça önemlidir. Aile planlaması hizmetlerinde sözü edilen amaçlara ulaşmanın, makro düzeyde isteyerek düşük yapma oranı ile bebek ve anne ölüm hızlarının düşmesi, kişi başına düşen milli gelir düzeyinin artması gibi sağlık ve ekonomik gelişmişlik göstergelerinin üzerinde olumlu etkiler yapması beklenir. Bu anlamda, aile planlaması hizmetlerinde hizmet alan memnuniyetini sağlamak, hayati öneme sahip bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırmada "aile planlaması hizmetlerinden duyulan memnuniyet" konusu pazarlama bilimi çerçevesinde ele alınmıştır. "Aile planlaması hizmetlerinden duyulan memnuniyet" konusuna bu çerçeveden bakılacağından, önce pazarlama faaliyetleri ve bileşenlerinin rolü üzerinde durulmuş ve daha sonra sağlık hizmetlerinde kalite konularına değinilerek, müşteri memnuniyeti ele alınmıştır.

1.2.1. Aile Planlaması Hizmetlerinde Pazarlamanın Yeri

Pazarlamanın sağlık alanında kullanılması fikri, ülkemizde henüz çok yeni ve etik kaygılar nedeniyle de tartışmalı bir konudur. Ancak tartışmalara rağmen sağlık hizmetlerinde pazarlamaya olan ilgi giderek artmaktadır. Geleneksel sağlık hizmeti anlayışında; hastaların veya kullanıcıların ihtiyaç duyduklarında sağlık kurumunu bulma ve ihtiyaçları olan hizmeti kendilerinin gelip talep etmesi söz konusuyken, günümüzde sayıları artan özel sağlık kuruluşlarının da etkisiyle hasta/kullanıcı, hizmet alacağı sağlık kurumunu seçen kişi konumuna gelmiştir. Aynı zamanda

[66] T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 2 c, 2000, s. 312

bireyler de kolaylaşan iletişim ve bilgiye ulaşma yolları sayesinde sağlık hakkında daha bilgili ve sağlık sorunları olduğunda daha araştırmacı davranmaktadırlar. Tüm bu gelişmeler de, kâr amacı olan sağlık kurumlarının neden pazarlamaya ilgi duymaya başladığını açıklamaktadır. Bu rekâbet ortamında, pazarlamaya henüz ilgi duymayan ve kâr amacı gütmeyen sağlık kurumlarının da gelecekte pazarlamaya ilgi duyacakları ve kullanmaya başlayacakları öngörülebilir. Özellikle eğitim ve araştırma hastaneleri, döner sermayesi olan kurumlar, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar gibi kâr amacı gütmeyen sağlık kuruluşlarının da pazarlamaya ilgi duymaya başlaması olasıdır.

Aile planlaması hizmetlerinde pazarlamanın kullanımı ise geçmişte yapılan birkaç pazarlama faaliyeti dışında henüz çok yeni bir fikirdir. Aile planlaması hizmetleri, halk sağlığı ve toplumun sosyo-ekonomik göstergeleri açısından son derece önemli hizmetlerdir. Kuruldukları günden bu yana, WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve UNICEF, bu hizmetlerin kullanımının artması ve kontrolsüz nüfus artışı yerine nitelikli nüfus artışının sağlanması, sağlığın devam ettirilmesi ve arttırılması için dünyanın her yerinde ve özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde çalışmaktadır. Ülkemizde de aile planlaması hizmetleri veren kurumlar çeşitli dernek fonlarıyla ve yurtdışından gelen fonlarla desteklenmektedir. Aile planlaması hizmetleri ülke genelinde oldukça yaygınlaşmış ve devlet kurumları tarafından neredeyse ücretsiz verilmektedirler. Tüm bu çabalara rağmen ülkemizdeki anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı gibi sağlık göstergeleri hâlâ istenen düzeye çekilememiştir. Bu çabalara rağmen neden hâlâ sağlık göstergelerinin istenilen seviyeye çekilemediğinin cevapları aranmalı ve bu cevaplar aranırken, “hedef gruba yeterince ulaştık mı?”, “yeterince haberdar ettik mi?”, “okuma yazma bilmeyenlere yönelik görsel tanıtım yolları bulduk mu?”, “kullanıcıları memnun ettik mi?” gibi soruların cevaplarının aranması gereklidir. Bu cevapları ararken de pazarlama biliminin kullanılması esas alınmalıdır. Çünkü söz konusu soruların cevaplarının aranması ve gerekli girişimlerin yapılması pazarlama biliminin ilgi alanıdır.

Aile planlaması ile ilgili literatür taramasında, hizmetlerin verildiği kurumlara ev ziyaretleriyle davet, afiş, ilan, hizmetlerin tanıtılmasında imamların kullanılması gibi bir grup öneri ve modele rastlanmasına rağmen, aile planlaması hizmetlerinin kullanımını arttırma ile ilgili “pazarlama” teriminin kullanımına tek bir kaynakta rastlanmıştır.

Bilgel, aile planlaması hizmetlerinde pazarlamanın gerekliliğini şöyle vurgulamıştır (1997):

> Aile planlaması hizmetlerinde iletişim etkinliği, aile planlaması programlarının diğer teknik bölümleri gibi dikkatli bir biçimde planlanmalı ve yürütülmelidir. Reklâmcılık ve pazarlama konusunda yıllardır sürdürülen çalışmaların deneyimlerinden yararlanılarak planlanmalı, özel sektör, hükümet kuruluşları ve akademik kuruluşlar iş birliği yapmalıdır. Aile planlamasında nasıl ki hizmet sürekliliği ve malzeme temini önemliyse, iletişim konusunda süreklilik ve feedback (geri besleme) mekanizmalarının işlemesi aynı derecede önemlidir.[67]

Bilgel'in de belirttiği gibi, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkinliğinin arttırılması için pazarlama biliminin deneyiminden yararlanmak sağlık göstergeleri ile ilgili hedeflere ulaşmada en iyi şekilde hizmet edecektir. Çünkü, pazarlama, müşteri arzu ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla işletme tarafından yeni fikir, mal ve hizmetlerin üretilmesi ve bunların yer, zaman ve mülkiyet faydaları yaratacak şekilde fiyatlandırılması, dağıtılması ve tutundurulmasıdır.[68] Pazarlamanın tanımlarında ön plana çıkan unsurlar; ihtiyaçlar/istekler/talepler, ürünler, değer/tatmin/kalite, değişim/muamele/ilişkiler ve pazar unsurlarıdır.[69] Bu unsurlar aynı zamanda aile planlaması hizmetleri kullanımının artması ve bu artışın sağlık göstergelerine yansıması için üzerinde çalışılması gerekli unsurlardır.

Pazarlama tüm bu unsurlarla ilgilenirken "pazarlama karması" adını verdiğimiz dört temel enstrümanı kullanmaktadır. Bu enstrümanlar, ürün, dağıtım, fiyatlandırma ve tutundurmadır.[70] Ancak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin çıktısı "hizmet" olduğundan, "katılımcılar", "süreç yönetimi" ve "fiziksel kanıtlar" (hizmet pazarlaması unsurları) da diğer dört enstrümana eklenmektedir.[71]

Ürün bileşeni, her işletmenin en önemli konusudur. Pazarlamanın bileşenlerinden birisi olan **ürün kavramı**, pazarlama literatüründe fiziksel malları, fikirleri, hizmetleri kapsayacak bir biçimde tanımlanmaktadır.[72] Araştırmanın yapıldığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin "Aile Planlaması" biriminin çıktısı da hizmettir. Christian Grönroos'a göre; "Hizmet mutlaka olmasa da doğal olarak az yada çok dokunulmaz bir yapısı olan, müşteri ve hizmet personeli

---

[67] Bilgel, **a.g.e.**, s.144
[68] Peter D. Bennet, **Dictionary of Marketing Terms**, Chicago: American Marketing Association, 1998, 115. Bu eserden alıntıyı yapan Mehmet Karafakıoğlu, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayını, 1998, s. 1
[69] Philip Kotler, Gary Armstrong, **Principles of Marketing**, USA, Prentice Hall, 1996, s.6
[70] Mehmet Karafakıoğlu, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayını, 1998, s. 56
[71] Kasım Karahan, **Hizmet Pazarlaması**, İstanbul, Beta, Ekim 2000, s.97
[72] Sevgi Ayşe Öztürk**, Hizmet Pazarlaması**, 4. bsk., Bursa, Ekin Kitabevi, 2003, s.41

ve/veya hizmeti sağlayanın fiziksel kaynakları veya malları ve/veya sistemleri arasındaki etkileşim anında oluşan ve müşteri problemlerine çözüm olarak sağlanan bir faaliyet yada faaliyet dizisidir."[73] Bu tanımda etkileşim faktörünün altı çizilmiş ve müşteri, hizmet personeli ve fiziksel mallar/sistemler arasında oluşan bir etkileşime dayandırılmıştır. Görüldüğü gibi hizmet, soyut bir kavramdır ve bu nedenle tanımı ve özellikleri de soyut kavramlara yönelik söylemler içerir. Hizmetin soyut olmasının doğal sonucu olarak, önceden denenmesi de olanaksızdır. Ayrıca hizmet üretirken kullanılan teknoloji ve hız ne kadar yüksek düzeyde olursa olsun bu üstünlükler insan faktörü ile karşı karşıya geldiğinde arka planda kalırlar. Çünkü insan doğası gereği değişken ve ufak olaylardan bile o anki ruh haline bağlı olarak çok fazla etkilenen bir yapıya sahiptir. Buna bağlı olarak hizmet alanların da verenlerin de insan olduğunu düşünürsek, hizmetin bir bölümünün de kişiler arası ilişkiler olduğunu söyleyebiliriz.[74] Özellikle aile planlaması hizmetlerinin sunumunda kişiler arası ilişkiler oldukça önemlidir. Çünkü aile planlaması hizmetleri, hizmet alanın mahremine giren hizmetlerdir ve gönüllü alınırlar. Sağlık personelinin hizmet alana karşı uygunsuz bir davranışı hizmet alanı kurumu ve hizmeti kullanmaktan vazgeçirebileceği gibi, kurumu çevresine kötü tanıtmasına da sebep olabilir. Bu nedenlerle hizmetin kişiler arası ilişkileri ile ilgili özelliğinin, aile planlaması hizmetlerinde ayrı bir yeri ve önemi olduğunu söylemek mümkündür.

Kişiler arası ilişkilerin iyi yönetilebilmesi ise personelin kişiliğine ve iletişim becerilerine bağlıdır. Bu nedenlerle hizmet pazarlamasında müşteri tatminini sağlamanın mal pazarlamasına göre daha zor olduğu söylenebilir.[75]

Sağlık hizmetinde pazarlama faaliyetlerinin başarıya ulaşması için bu faaliyetlerin sadece hizmet kavramı ve özellikleri göz önüne alınarak yürütülmesi yeterli olmayabilir. Çünkü, sağlık hizmetinde diğer hizmetlerde bulunmayan kendisine has özellikler vardır. Bu anlamda pazarlama bileşenleri bazında tasarımlar ve planlar yapılırken, sağlık hizmetinin kendine has bu özelliklerinin gözden kaçması, istenen pazarlama faaliyetleri sonuçlarının alınmamasına sebep olabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin özelliklerine değinmekte de yarar vardır. Ancak

---

[73] Christian Grönroos, **Service Management and Marketing**, Massachusetts: Lexington Books, 1990, s. 27. Bu eserden alıntıyı yapan Sevgi Ayşe Öztürk, **Hizmet Pazarlaması**, Bursa: Ekin Kitabevi, 2003, 4. bsk, s. 4

[74] Orhan İçöz, **Hizmet Pazarlaması**, Ankara, Turhan Kitabevi, 2005, s.35

[75] İçöz, **a.g.e.**, s.35

sağlık hizmeti özelliklerine değinmeden önce "sağlık" kavramını hatırlamak yerinde olacaktır. Tüm toplumlar tarafından bireylerine doğuştan elde edilen bir hak olarak sunulan sağlık kavramı; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından genel anlamda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.[76] Bu tanıma göre sağlık, sadece bedenin değil, kişinin sosyal yaşantısı ve ruhsal hali ile de ilgilidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kişiyi sosyal, psikolojik ve fiziksel yönleriyle bir bütün olarak ele almıştır. Buna bağlı olarak sağlık hizmetini yalnızca fiziksel rahatsızlıklardan tedavi edici ve koruyucu hizmetler olarak değil, buna ek olarak sosyal sağlığı ve ruhsal sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmetler olarak tanımlamak mümkündür. Nitekim günümüzde zayıflama merkezleri, spor salonları, termal su işletmeleri, dermal kozmetik klinikleri ve psikolojik danışmanlık merkezlerinde sağlık ekipleri çalışmakta ve bu dalların birçoğu da "sağlık merkezi" adı altında topluca bulunmaktadır.

Sağlık hizmetinin hizmet olmasının verdiği özelliklerinin yanı sıra kendi özellikleri de vardır. Bu özellikler o kadar baskındır ki, sağlık hizmetinin kendi özellikleri dikkate alınmaksızın tasarlanacak ve uygulanacak bir pazarlama faaliyeti eylem planının başarılı olması oldukça zordur. Bu özellikler şöyle açıklanabilir:[77]

- Sağlık hizmetinin hizmeti alan için taşıdığı anlam diğerlerine göre oldukça farklıdır. Sağlık hizmetleri hayati konularla ilgili hizmetler olduklarından tüketici için belirsizlik ve risk söz konusudur.
- Hizmet alan kişi, hizmetin teknik kalitesini değerlendirebilecek kadar bilgi sahibi değildir.
- Hizmet alan kişinin bilinç dışı davranışları da sağlık hizmetinde devreye girebilir. Örneğin, acil hastalar, akli dengesi yerinde olmayan hastalar ve çocuklar bu özellik için birer örnektir. Böyle gruplar hizmet alım kararını kendileri vermezler.
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamasından ziyade, mesleğin kendi kurallarının geçerliliği ve hakimiyeti vardır. Bu kurallar da çoğunlukla yasalarla ve meslek odalarının çalışmalarıyla konmuştur.
- Sağlık hizmetinde iki tercih söz konusu olabilir. Biri hastane, biri de hekim tercihidir. Hekim tercihinde alınan hizmetin değerlendirilememesi söz

[76] World Health Organization, a.g.e.
[77] Sema Kurtuluş, "Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama" Ders Notları, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 9.12.2003

konusudur. Bu nedenle hizmet alanı arkadaş, akraba, tanıdık gibi sosyal çevresinden gelecek tavsiyeler yönlendirebilir.

- Sağlık hizmetinde hizmeti sunarken kontrol edilemeyen pek çok dış etmen vardır. Bu etmenler, hizmetin kalitesini ve hizmet alan kişi tarafından algılamasını doğrudan etkilerler. Örneğin, bulaşıcı hastalıklar, komplikasyonlar v.s.

Aile planlaması hizmetleri ile ilgili pazarlama faaliyetleri tasarlanırken sağlık hizmetleri özelliklerinin yanı sıra, aile planlaması hizmetlerinin kendine has özellikleri de göz önüne alınmalıdır. Aile planlaması hizmetlerinin hizmet alanın mahremine girmesi bu özelliklerden birisidir. Pazarlama faaliyetleri yürütülürken özellikle bu konuya dikkat edilmesi faaliyetlerin etkinliği açısından önemlidir. Ayrıca aile planlaması faaliyetleri yürütülürken, aile planlaması hizmetlerinin talep edilmesindeki, dini inançlar ve sosyo-kültürel faktörlerin rolünü de göz ardı etmemek gerekir. Çünkü bu faktörler hizmete ulaşmayı engelleyen coğrafi ve ekonomik bir sorun yok iken devreye girebilen faktörlerdir ve sonuçta aile planlaması hizmetine ihtiyacı olan kişinin hizmeti talep etmesini engellerler.

Sağlık hizmetleri kendi aralarında bazı gruplara ayrılırlar. Bu grupların bilinmesi ürün olarak aile planlaması hizmetlerinin bu grupların içindeki yerinin daha iyi anlaşılması için oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana gruba ayrılır. Bununla birlikte sağlık kurumlarının büyük bölümünün, dört grupta toplanan sağlık hizmetini değişik düzeylerde ürettikleri gözlenmektedir.[78] Örneğin Şekil-3'te de görüldüğü gibi, AÇSAP merkezlerinin esas işlevi koruyucu sağlık hizmeti ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin verilmesidir. Ancak AÇSAP merkezleri sınırlı ölçüde teşhis ve tedavi hizmetleri (muayene ve ilaç yazdırma) de vermektedirler.

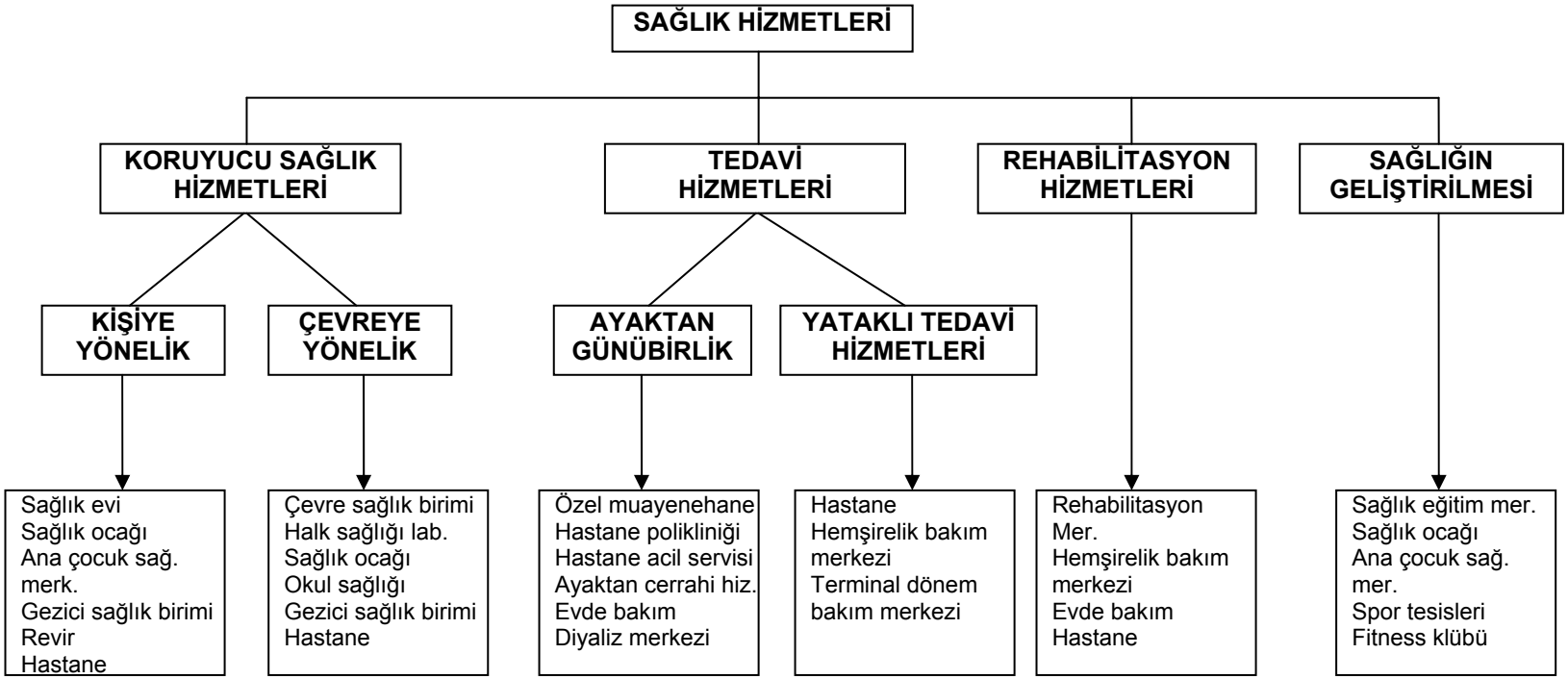
Pazarlamanın ürün ile ilgili görevi daha ürün geliştirme aşamasında başlar. Çünkü ürünler de müşterinin ihtiyaç ve isteklerine göre geliştirilirler.

Ürün geliştirme mal veya hizmet üreten her türlü işletmenin zaman zaman üzerinde çalıştığı bir konudur. Pazarlamanın tanımından yola çıkarak da, pazarlamanın ürün tasarımı ve geliştirilmesinde var olduğu söylenebilir. Bu nedenle

---

[78] Şahin Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitabevi, Mart 2000, s. 34

Şekil-3 Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması



Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitabevi, Mart 2000, s. 35

aile planlaması hizmetlerinde ürün geliştirme sürecinin hizmetin tasarlanmasında başladığını söylemek mümkündür. Pazarlamanın odağında müşteri/hizmet alan/kullanıcı olduğundan, ürün politikası belirlenirken hizmet alanların/müşterilerin ihtiyaçları ve beklentilerine göre ürünler geliştirmek önemlidir. Özellikle sağlık sektöründe hızla değişen çevreyle birlikte yeni hizmet ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Hizmet, bu ihtiyaçları karşılamak üzere geliştirilmelidir. Bu geliştirme belli bir süreç içinde planlı bir şekilde yapıldığında sonuç daha güvenilir ve başarılı olacaktır. Yeni hizmetlere ihtiyaç duyacak bir sağlık kurumu için yeni fikir oluşturmada yardımcı olacak pek çok kaynak vardır. Bu fikirlerin geliştirilmesi için çeşitli veri toplama yöntemleriyle hizmet alanların görüşlerine başvurulabilir. Bu araştırmanın soruları arasında da ürün (AÇSAP hizmetleri) geliştirme fikirlerinin toplanmasına hizmet edebilecek özellikte sorular vardır.

Görüşlerine başvurulması yararlı olacak bir diğer grup ise çalışan personel grubudur. Bu grup da her gün hizmet alanlarla karşı karşıya olduğundan, onların ihtiyaç ve şikâyetlerini dinleme ve gözlemleme şansına sahiptir. Sağlık kuruluşlarında yeni ürün geliştirme açısından hizmet alanların şikâyetleri de oldukça değerli bilgi kaynaklarıdır. Bu sebeple hizmet alanların şikâyetlerini takip etmenin yeni hizmet fikirlerinin ortaya çıkması açısından da önemi vardır. Yeni bir hizmet fikri üretirken üretilmesi tasarlanan yeni hizmetin/hizmetlerin üretildiği varsayılarak ve hangi fiyata ve kime satılacağı, kâr ve satış hâsılatının ne olacağı hesaplanmaya çalışılarak analizi yapılmalıdır. Karafakıoğlu'na göre bu analizde (1998) "…kâr dışı bir amaç da takip edilebilir. Bu durumda projenin bir kritere göre değerlendirilmesi yapılır."[79]

Araştırmanın yapıldığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri de kâr amacı gütmeyen kurumlardır. Bu durumda bu kurumlarda temel alınacak kriter bu kurumun varlık sebebinden yola çıkılarak oluşturulabilir. Örneğin, geliştirilen bir hizmet fikrinin kadın ve çocuk sağlığına nasıl katkıda bulunacağı ve sağlık göstergelerine nasıl yansıyacağı hesaplanabilir. Eğer geliştirilen hizmet, maliyeti yüksek bir hizmet ise belli bir sürede hizmet edeceği kişi sayısı ve teknolojik aletlerin amortismanı da önemlidir. Yine maliyetin yüksek olması durumunda hizmetin amacı göz önüne alınarak hesap yapılabilir. Eğer üretilmesi tasarlanan hizmet, koruyucu bir sağlık hizmeti ise, hastalık veya hastalık grubundan korunmanın, hastalığın

[79] Karafakıoğlu, **a.g.e.**, s. 128

toplumdaki görülme sıklığına göre tedaviden daha pahalıya gelip gelmeyeceği hesaplanabilir. Burada gözden kaçmaması gereken nokta, tedavi hizmetlerinin sadece hastalananlara, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise toplumun tamamına verilmesinin hedeflendiğidir. Eğer korunması amaçlanan hastalık grubu toplumda nadiren rastlanıyorsa ve bulaşıcı değilse, toplam tedavi harcamaları koruyucu sağlık hizmetleri harcamalarından düşük olabilir. Hastalıktan korunmanın daha pahalı olacağının tahmin edildiği durumda fikirden vazgeçilip, önceliği olan başka fikirlere dönülebilir. Sonuçta ürün geliştirmenin bu aşamasındaki esas amaç, kıt kaynakların en verimli şekilde kullanılabilmesidir.

Dağıtım bileşeni (politikası), pazarlama bileşenlerinden bir diğeridir. Sağlık hizmetlerindeki dağıtım politikasının amacı hizmeti hastaya veya hizmet alana en kolay şekilde ulaştırmaktır. Bu nedenle eğer kurum yerleşmiş fakat kuruma ulaşım ile ilgili problemler yaşanıyorsa mevcut durumu irdelemek ve önlemler almak yapılabilecekler arasındadır. Ancak kurum henüz kurulmamış ve yerleşim yeri seçilme aşamasındayken bu konuda yapılabilecek pek çok şey vardır. Bunlar, sağlık hizmetinin dağıtımı söz konusu olduğunda ortaya çıkan dağıtım sorunlarının etrafında şekillenmelidir.

Sağlık kuruluşları açısından dağıtım bileşenine baktığımızda görebileceğimiz sorunları şöyle sıralayabiliriz;[80]

Sağlık kuruluşunun coğrafi olarak yerleştiği bölgenin seçimi bunlardan birisidir. Bu seçim yapılmadan önce bir ön araştırmanın dikkatli bir şekilde yapılması, karar verme sürecine katkıda bulunur ve sonucun daha güvenilir olmasını sağlar. Örneğin, geçmiş yıllarda yapılan araştırmalar anne ve bebek ölüm oranlarının kırsal alanlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir.[81] Bu araştırma sonucu da ana çocuk sağlığı hizmetlerinin dağıtımında öncelik verilmesi gereken bölgeleri işaret etmektedir.

Sonuçta, koruyucu sağlık hizmetlerinin dağıtımında, yerleşilmesi tasarlanan bölgedeki demografik yapı, bölgede ihtiyaç duyulan koruyucu sağlık hizmetlerinin tespiti, bölgede görülen hastalıkların çeşidi ve görülme sıklığı, bölgede halen var olan ve sağlık hizmetleri veren tüm kurumların tespiti ve verdikleri sağlık hizmetleri çeşidi, niteliği ve yeterliliği önem kazanır.

---

[80] **A.e.**, s. 137

[81] Hacettepe Üniversitesi Adana, Ankara ve İzmir illerinde Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, a.g.e.

Önem kazanan bir diğer konu da yerleşim yapılması planlanan bölgede yerleşilecek coğrafi noktanın karayolu, toplu taşıma ve yaya olarak ulaşıma uygunluğudur. Örneğin, AÇSAP merkezlerinin hizmet verdiği kitlenin kadın ve çocuklar olduğunu düşünürsek, onların ulaşımının rahat olacağı yaya ulaşımı ve toplu taşıma açısından merkezi yerlerin seçimi daha uygun olacaktır.

Aile planlaması hizmetlerinin dağıtımı ile ilgili bir başka unsur sevk zinciridir. Bölgedeki diğer sağlık kurumlarıyla koordinasyonun nasıl yapılacağı ve yeni kurulacak kurumun sevk zincirindeki yeri de kurumun yerleşeceği yeri seçmeden önce tasarlanmalıdır. Çünkü sağlık kurumları kendi aralarında gruplanırlar ve birbirlerini tıbbi açıdan tamamlarlar. Örneğin, isteyerek düşük yapmak isteyen bir kadın sağlık ocağına başvurduğunda eğer bu hizmet orada verilmiyorsa, bu hizmetin verildiği bir diğer kuruma sevk edilebilmelidir. Hizmet alanın sevk edildiği bu kurum önceden belirlenmiş, aralarında haberleşme ve sevk düzeni olan bir kurum olmalıdır. Aile planlaması hizmetlerinde sevk zincirinin olmadığı bir düzen düşünülemez. İsteyerek düşük yapmak için sağlık ocağına başvuran bir kadına, bu hizmetin verilmediği ve başının çaresine bakması söylendiğinde kurumdan çıktıktan sonra izleyebileceği yol ekonomik ve kültürel olanakları sınırlarında kalacaktır. Bu olanaklar çerçevesinde ülkemizde kadınlar ne yazık ki isteyerek düşük yapmak için tıbbi olmayan yüksek ölüm riski taşıyan yöntemleri bile seçebilmektedir. Ayrıca, göğüs kanserinin, genital kanserlerin ve bazı gebelik hastalıklarının erken teşhisinde ve tedavisinde iyi bir sevk zincirinin yararları tartışılamaz. Bu anlamda aile planlaması hizmetlerinde sevk zincirinin ayrı bir yeri ve önemi olduğunu söyleyebiliriz. Bu önem özellikle de anne ve bebek ölümlerinin daha fazla olduğu kırsal kesimler için öne çıkmaktadır.

Dağıtım ile ilgili bir diğer sorun da bekleme süresidir. Bekleme süresinin uzun oluşu da hizmet alan kişilerde memnuniyetsizlik yaratır. Bu nedenle bu sürelerin nasıl kısaltılacağı ve beklemeyi nasıl kolaylaştırılacağı da düşünülmesi ve tasarlanması gereken bir konudur. Ancak verilen hizmetin niteliği, hizmet veren sağlık personeli, kişilerin yaşam tarzları ve demografik özellikler de bekleme süresinin algılanmasında önemli rol oynar. Bu nedenlerle bekleme süresi ile ilgili tasarım veya iyileştirme çalışmaları yapılırken hizmet alanların bu süreyi nasıl algıladığının araştırılması oldukça önemlidir. Örneğin, sağlık kuruluşunun veya

hekimin pazardaki imajı ile hastaların beklemeyi algılama, dolayısıyla beklemeye katlanma derecesi arasında ilişki vardır.[82]

Aile planlaması hizmetlerine ulaşma ile ilgili ortaya çıkabilecek bir diğer sorun da hizmet verilen saatlerin hizmet alanlara uygun olmamasıdır. Bu konu üzerinde de dikkatle durulmalı ve hizmet verilmesi hedeflenen kitlenin bu konudaki düşünceleri ve demografik özellikleri de dikkate alınarak sağlık kurumunun hizmet verebileceği ortak bir zaman diliminin belirlenmesi için çalışılmalıdır. Örneğin, kadınların çoğunluğunun çalıştığı bir bölgede aile planlaması hizmetleri veren kurumların sadece mesai saatlerinde hizmet vermesi hizmete ulaşmayı engelleyecektir. Hizmet alanın hizmete istediği ve ihtiyaç duyduğu anda ulaşması aile planlaması hizmetlerinde de hizmetin özelliği nedeniyle önemlidir. Bu önem bazı aile planlaması yöntemlerinin tıbbi olarak sadece belirli bir zaman diliminde uygulanması gerektiği ile ilgilidir.

Yine, 2005 yılında 177 aile planlaması yöntem kullanıcısı ile yapılan bir araştırmada aile planlaması hizmetlerine ulaşmada en çok karşılaşılan sorun olarak %62 ile zorlaştırıcı nedenler (randevu, çalışma, maddi nedenler) birinci sırada yer almıştır.[83] Bu çalışmada birinci sırada yer bulan bu sorunların demografik özellikler ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle kurulması planlanan kurumun açık olduğu saatler ve lokasyonu, bekleme süreleri ve hizmet ücreti gibi hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili özellikler tasarlanırken demografik değişkenlerin göz önüne alınması oldukça önemlidir.

Aile planlaması hizmetlerine ulaşmayı etkileyen bir başka pazarlama bileşeni de **fiyatlandırma**dır. Fiyatlandırma sağlık hizmetlerinde oldukça zordur. Çünkü sağlık hizmeti keyfi alınan bir hizmet değildir. Fiyat yüksek olduğunda hasta bu hizmeti almaktan vazgeçemez. Yine hastaya paket fiyat da vermek mümkün değildir. Çünkü sağlık hizmeti üretilirken tüketilir ve üretilirken karşılaşılacak sağlık sorunları ve nitelikleri bilinmediğinden paket fiyat vermek oldukça zordur. Ancak aile planlaması hizmetlerinde fiyattan etkilenme durumu farklıdır. Aile planlaması hizmetleri gönüllü alınan ve göreceli olarak alınması zorunlu olan hizmetler olmadıklarından fiyat hareketlerinden etkilenebilirler. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin pazarlanmasına

---

[82] Karafakıoğlu, **a.g.e.**, s. 139
[83] Yeliz Doğan, "Yöntem Seçmek Üzere Aile Planlaması Ünitesine Başvuran Kadınların Hizmete Yönelik Beklentileri ve Bu Beklentilerin Karşılanma Durumu", Y.L.Tezi, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s. 48

karşı çıkanların "pazarlama sağlık sektörüne uygulanamaz" [84] eleştirisi de aile planlaması hizmetlerinin fiyat ile ilgili özelliklerinden dolayı geçersiz hale gelmektedir. Çünkü bu eleştiri, pazarlama kavramı tekniklerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasının uygun olmadığı, sağlık hizmetindeki talebin müşterinin isteğine bağlı olmadığı veya fiyatın hareketi ile hizmete talebin etkilenmeyeceği ile ilgilidir. Ancak aile planlaması hizmetleri, gönüllü talep edilen hizmetlerdir ve bu nedenle aile planlaması hizmetine talebin fiyat hareketinden etkilenmesi mümkündür.

Diğer yandan, aile planlaması hizmetine ihtiyacı olan yüksek riskli kişilerin özellikle sosyo-ekonomik durumu kötü olanlar ve eğitimsiz olanlar olduğunu gösteren çalışmalar vardır.[85] [86] Sadece bu çalışmaların sonuçlarına göre bile aile planlaması hizmetine talebin fiyattan etkilenebileceğini söylemek mümkündür. Nitekim Türkiye'de de aile planlaması hizmetinin fiyat hareketinden etkilendiğini gösterir bir çalışma[87] yapılmıştır. Tüm bu bilgilere göre, aile planlaması hizmetlerinde fiyatlandırmanın çok önemli olduğu söylenebilir.

Bunların yanında, sağlık kurumlarında hizmeti almaya karar veren kişi hastadan çok doktordur. Örneğin, tetkik isteyen bir doktor laboratuvar veya radyoloji talebini arttırmış olur. Bu nedenle suistimaller söz konusudur. Böyle durumlarda bazen sadece hasta, bazen de hastayla beraber hastanın bağlı bulunduğu sigorta şirketi de suistimal edilir. Sağlık kuruluşlarında fiyatlandırmaya ilişkin bu tür sorunlar yaşanırken kâr amacı gütmeyen sağlık kurumları genelde resmi yollarla fiyatlandırılırlar. Örneğin "Ana–Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde verilen hizmetler ücretsizdir. Sadece özellik arz eden hizmetlerden Sağlık Bakanlığının belirleyeceği kurallar doğrultusunda ücret alınabilir."[88] ifadesi AÇSAP merkezleri yönetmeliğinde yer almaktadır.

Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında kullanılması uygun olan bir diğer faaliyet dizisi **tutundurma** çalışmalarıdır. Tutundurma, herhangi bir işletmenin

---

[84] Karafakıoğlu, **a.g.e**, s. 18-21
[85] Ahmet Topuzoğlu, "Türkiyede Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler", Bilim Uzmanlığı Tezi, M.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2001, s.67
[86] Ufuk Berberoğlu v.d., "Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Roman Kadınlar ve Öbürlerinin Sağlık Ocağından Aldıkları Ana Sağlığı Hizmetleri", **8. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2002, (Çevrimiçi), http://www.dicle.edu.tr, 12.12.2005
[87] Türk Tabipleri Birliği, "Aile Planlaması Hizmetlerinin Ücretlendirilmesi Uygulamaları Konusundaki Toplantı Raporu", 27 Eylül 2001, (Çevrimiçi), http:// www.ttb.org, 04.05.2006, s.4
[88] Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**

mal veya hizmetinin satışını kolaylaştırmak amacıyla üretici-pazarlamacı işletmenin denetimi altında yürütülen, müşteriyi ikna etme amacına yönelik, bilinçli, programlanmış ve eşgüdümlü faaliyetlerden oluşan bir haberleşme sürecidir.[89] Tutundurma çalışmalarında; reklam, halkla ilişkiler, kişisel satış ve satışa özendirme vasıtaları kullanılır.

Bu vasıtalardan reklam, bir mal, hizmet, fikir veya örgütün kimliği belirli bir kişi veya kuruluş tarafından bir bedel karşılığında yüz yüze olmayan bir şekilde sunumu ve tutundurulmasıdır.[90] Sağlık hizmetlerinde reklam suistimale açık bir konu olduğundan tartışmalı bir konudur ve yasalarla sınırlandırılmıştır. Ancak hizmetlerin özellikleri sebebiyle görülebilen üretim süreci -özellikle hizmet personeli- tutundurma karmasının önemli bir elemanı haline gelir. Bu sebeple hizmet personeline yönelik reklam yapmak hizmet pazarlamasında kabul görmektedir.

Yine ağızdan ağıza iletişimden yararlanmak da özellikle reklamda sınırlandırmalar olan sağlık hizmeti için iyi bir tutundurma yöntemi olabilir. Ayrıca ağızdan ağıza iletişimden yararlanmak, kaynakları kısıtlı olan kâr amacı gütmeyen sağlık kurumları için de iyi bir tutundurma yöntemi olabilir. Öztürk'e göre (2003) "İnsanlar doğru doktoru, öğretmeni, tamirciyi, berberi bulabilmek için daha önce deneyimi olan kişilerin fikirlerinden yararlanırlar."[91] Sağlık hizmetlerinden memnun olmuş bir müşterinin referans olacağı müşteri sayısının, sağlığın hayati önemini de hesaba katarak diğer hizmet sektörlerine göre daha fazla olmasının beklenmesi mümkündür. Başka bir deyimle, hizmet alanların beklentilerini aşan bir aile planlaması hizmetinin tutundurma aracı olarak kullanılmasının oldukça etkili ve ucuz olduğu söylenebilir. Bundan dolayı sağlık hizmetleri, tutundurma yöntemi olarak ağızdan ağıza iletişimin kullanılması için oldukça elverişlidirler. Özellikle de aile planlaması gibi mahrem bir konuda ağızdan ağıza iletişimden yararlanmak daha kolay olabilir. Çünkü aile planlaması hizmetlerinin hizmet alanın mahremiyetine giren özelliğinden dolayı bu iletişim çemberi sadece kadınlarla sınırlıdır ve yapılan araştırmalar kadınların cinsel konularla ilgili bilgilerini ve bu konuda hizmet

---

[89] Yavuz Odabaşı, **Pazarlama İletişimi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. Yayın no: 8511995. s. 46
[90] Karafakıoğlu, **a.g.e.**, s. 191
[91] Öztürk, **a.g.e.**, s. 75

alabilecekleri kurumları genellikle yakın çevrelerinden öğrendiklerini göstermektedir.[92]

Kişisel satış ise Karafakıoğlu'na göre (1998), bir ürün veya hizmetin bir firma yetkilisi (temsilcisi) aracılığı ile yüz yüze, bir kişi veya gruba tanıtımı ve/veya satış amacı ile sunuluşudur.[93] Sağlık hizmetlerinde kişisel satışa verilebilecek örnek, koruyucu sağlık hizmeti kurumlarındaki sağlık personelinin ev ziyaretleridir. Sağlık personelinin evleri ziyaret ederek, hane halkını ve koruyucu sağlık hizmetleri gereksinimlerini tespit ederek, onları sağlık kurumuna davet etmesi günümüzde hâlâ yapılan bir uygulamadır.

Bir diğer vasıta ise halkla ilişkiler ve tanıtımdır. Halkla ilişkiler, örgüt ile çevresi arasında karşılıklı iletişimi, anlamayı, kabulü ve işbirliğini sağlayıp sürdürmeye yardımcı olan bir yönetim fonksiyonudur.[94] Halkla ilişkilerde hedef, ürünü tanıtmak yada satışı arttırmak değil, ürünü üreten işletmeyi tanıtmak, daha yalın bir ifadeyle dinleyicileri belirli bir örgüte karşı olumlu yönde etkilemektir.[95] Aile planlaması hizmetlerinde halkla ilişkiler faaliyetleri özellikle kırsal kesimlerde başarılı sonuçlar verebilir. Çünkü kırsal kesimlerde hizmetin talep edilmesinde dinî, sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler olumsuz etki edebilir. Özellikle aşı kampanyalarında söylentiler sonucu devletin kurumuna güven duymayıp çocuğunu aşılatmak istemeyenlerin veya aile planlaması yöntemlerinin kısırlık yaptığına inananların sayısı hiç de az değildir. Söz konusu etkinin en aza indirilmesinde kurumun halka en iyi şekilde tanıtılması ve halkın kurum hakkında olumlu düşünmesinin sağlanması halkla ilişkiler faaliyetlerinin profesyonel bir şekilde yapılması ile mümkündür.

Pazarlama ve özellikle pazarlamanın tutundurma faaliyetleri maddi kaynaklarla yapılır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin pazarlanması fikri "pazarlama kıt kaynakların boşa harcanmasına neden olur" düşüncesi ile eleştirilir ve bu eleştiri, özellikle kâr amaçsız kuruluşlarda, zaten kıt olan parasal kaynakların gereksiz yerlerde kullanılmasına neden olur düşüncesi ile desteklenmektedir. Türkiye'de ise böyle bir çalışma (tutundurma çalışması) 1988 yılında modern multi-medya teknikleri (TV

---

[92] Eylem Karakaya, "Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler", Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004, s. 62
[93] Karafakıoğlu, **a.g.e.**, s. 191
[94] Hikmet Seçim, Selma Coşkun, **Halkla İlişkiler**, Eskişehir; A.Ü. AÖF: Yayını. No:303, 1992. s. 4
[95] Ahmet Hamdi İslamoğlu, **Pazarlama İlkeleri**, Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi Basımevi, 1993, s. 458

spotu, radyo oyunu, radyo tiyatrosu, takvim, poster, broşür) kullanılarak yürütülmüştür. Bu çalışma sonucu etkili bir aile planlaması yöntemi kullananların oranı %39'dan %42'ye çıkarken, etkisiz yöntem kullananların oranı da %25'ten %21'e düşmüştür. Yine aynı çalışmanın maliyet-etkinlik analizinde, tek bir modern yöntem kullanıcı kazanılmasının toplam maliyeti 6,76 ABD doları olarak hesaplanmıştır.[96] Aşırı doğurganlığın getireceği sağlık sorunlarının tedavisi için kişi başı harcanacak giderlerin yanında yukarıda hesaplanan gider yok denecek kadar azdır. Aile planlaması hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleridir ve söz konusu eleştiriyi değerlendirirken, tüm dünyada kabul gören "hastalıktan korunmak tedavi olmaktan ucuzdur" ilkesi de göz önüne alınmalıdır. Bu ilkeye göre pazarlama faaliyetleri için harcanacak bir miktar parayla aile planlaması hizmetlerine olan talebin artması sonucunda, yöntem kullanımının yaygınlaşması, tedavi giderlerinin düşmesi ve sağlık göstergelerini istenen seviyeye çekilmesi beklenir. Ayrıca yapılan bir araştırmada aile planlaması hizmetlerinin medyadaki rolü ile ilgili kullanıcılara ne düşündükleri sorulmuş ve %45,3'ü "yetersiz, farklı programlar yapılmalı" görüşünü bildirirken %36'sı "gayet güzel, tanıtımı sağlıyor" demiş ve %18,7'si olmaması veya gereksiz olduğuna dair fikir belirtmişlerdir.[97] Bu araştırma sonuçları aile planlaması hizmetlerinde tutundurma faaliyetleri ile ilgili ihtiyacın ve talebin varlığını ortaya koymaktadır. Tüm bu bilgilerin de gösterdiği gibi aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması için harcanacak kaynakların boşa harcanacağını söylemek geçerli bir eleştiri olmayabilir.

Her hizmette olduğu gibi aile planlaması hizmetlerinde de hizmetin en iyi şekilde verilmesinde, etkinliğinin arttırılmasında ve pazarlama faaliyetlerinin yürütülmesinde **katılımcıla**rın rolü oldukça önemlidir. Ancak aile planlaması hizmetlerinde katılımcıların rolü diğer hizmetlere göre, hatta sağlık hizmetlerinin bir kısmına göre bile daha özeldir. Çünkü aile planlaması hizmetlerinin hedef kitlesi, koruyucu sağlık hizmeti özelliği, mahreme girmesi özelliği ve aile planlaması yönteminin kullanım sürecine kullanıcının aktif katılımı gibi özellikleri hizmetin üretim sürecini çok daha

---

[96] Kincaid. L.D, Yun SH, Piotrow P, Yaser Y, "Turkey's Mass Madia Campaign. In: Health Communication Campaign's", John Hopkins University Center For Communication Program's / Population Communication Service, 1990: 85, Alıntıyı yapan: Nazan Bilgel, **Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı**, İstanbul, Güneş & Nobel Tıp Kitabevi, 1997, s.157

[97] Doğan, a.g.e, s.50

fazla etkiler. Aile planlaması hizmetlerinin üretim sürecine sağlık personeli (işgörenler) ve hizmet alanlar katılmaktadır.

İşgörenler (sağlık personeli), hizmetin üretiminde oldukça önemli rol oynar. Aile planlaması hizmetleri maldan çok, performans oldukları için kesin üretim standartlarının oluşturulması ve uygulanması oldukça zordur. Özellikle de aile planlaması hizmetlerinin emek yoğunluğu yüksek olan hizmetler olmasından dolayı ortaya çıkan hizmet performansı, işgörenlere ve hizmet alanlara göre günden güne değişebilir. İşgörenlerin hizmet pazarlaması bileşenlerinden birisi olmasının nedeni, başlı başına işgörenin hizmetin üreticisi olarak hizmet alanın üzerindeki doğrudan etkisidir. Tüm bu nedenlerden dolayı hizmet alan memnuniyetinin sağlanmasında oldukça önemli rol oynayan işgörenlerin yönetimi, mal üreten işgörenlere göre bazı farklı özellikler taşımalıdır.

İşgören tatmini ve hizmet alan tatmini (müşteri) arasındaki ilişki birçok araştırmaya konu olmuştur. Hatta işgörenler iç müşteri olarak tanımlanırken, hizmet veya mal satın alanlar da dış müşteri olarak adlandırılmaktadırlar.[98] Profesyonel pazarlama stratejisi, çalışanlara şirketlerin müşterisi olarak bakmayı gerektirir. Çünkü çalışanlar kurumların dışarıya verdikleri hizmetlerin yansıtıcısıdırlar ve müşterinin tatminine giden yol çalışanların tatmin edilmesinden geçmektedir.[99]

Çalışanların tatminsizliği ise birtakım istenemeyen sonuçlara yol açabilir. Çalışanların tatminsizliğinin sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz:[100]

- Elemanlar, çalıştıkları işletmelerden hizmet almazlar
- Beklenilen performansı göstermezler
- İş yerlerine isteyerek gelip gitmezler
- Grup dinamizmi oluşmaz
- Kendi sorunlarını iş yerine taşırlar
- İşletmeyi dışarıya kötülerler
- İşletme hakkında olumsuz bir imaj görüntüsü oluşur
- Kaliteli hizmet üretilmez
- İşletme hızla pazarını yitirir

---

[98] Ömer Baybars Tek, **Pazarlama İlkeleri: Türkiye Uygulamaları Global Yönetimsel Yaklaşım**, İstanbul, Betaş, 1999. s. 25
[99] Karahan, **a.g.e.**, s. 149
[100] **A.e.**

"Öyleyse hizmet alan tatmini için işgören tatmini bu kadar önemliyken nasıl bir yaklaşımla işgören tatminini yükseltebilir ve işgörenlere işletmenin hedeflerinin kendi hedefleriymiş gibi benimsetebiliriz?" sorusu önem kazanmaktadır. Bu soruya verilecek cevaplardan birisi "içsel pazarlama" olabilir.

İçsel pazarlama kavramı 1980 yıllarında ortaya çıkan bir kavramdır. İçsel pazarlama bir örgütün müşterilerini iç ve dış müşteriler olarak ayırmaktadır ve personele dış müşterilerle aynı önemi vermekte ve personeli de örgütün müşterisi statüsünde görerek, içsel müşteri olarak ifade etmektedir. İçsel pazarlamada, pazarlama kavramı dış müşterilere uygulandığı gibi iç müşterilere de uygulamaktır. Buradaki amaç en uygun personelin kuruma çekilerek, kurumda tutulması ve örgütün amaçlarına göre çalıştırılmasıdır.[101] Söz konusu dış ve iç müşteri (organizasyonun değişik departmanları arasındaki ilişkiler sonucu ortaya çıkan) memnuniyetinin tam olarak sağlanabilmesi için kalite kavramının tüm çalışanlara benimsetilmesi gerekmektedir.[102] Tüm çalışanlara kalite kavramının ve işletmenin hedeflerinin, kendi hedefleriymiş gibi benimsetilmesi için de insan kaynakları yönetiminin bu amaç doğrultusunda yapılanması gerekmektedir.

İnsan kaynakları yönetimi ile pazarlama ilişkisi (müşteriyi) hizmet alanı memnun etme ile ilgili amaçlara hizmet etmektedir. Hizmet alan memnuniyetinde ve tüm kurumun başarısında insan kaynakları fonksiyonlarının hayati öneminin anlaşılması gerekmektedir. Bu nedenle aile planlaması hizmetlerinin pazarlama faaliyetlerinde, insan kaynaklarının fonksiyonlarıyla bütünleşik bir yaklaşım izlenmelidir. İnsan kaynakları departmanı çalışmalarını hizmet alanlara göre düzenlemeli ve pazarlama departmanı da düzenli müşteri tatmini araştırmalarıyla insan kaynakları departmanına bilgi sağlamalıdır. [103] Örneğin, turistik bir bölgede bulunan bir AÇSAP merkezinde yürütülen insan kaynakları faaliyetleri içinde, yabancı dil bilen sağlık personeli ihtiyacı veya aile içi şiddet ve çocuk istismarı vakalarının sık karşılaşıldığı bölgede sağlık personelinden saklanabilecek bu özellikteki vakalara karşı adli tıp konusunda özel eğitim almış personel ve eğitim ihtiyacı gözden kaçmamalıdır. Ayrıca insan kaynakları departmanının yaklaşımları izleme ve değerlemeyi de

---

[101] Öztürk, **a.g.e.**, s. 89
[102] Tuğral Kaynak v.d., **İnsan Kaynakları Yönetimi**, İstanbul, İ.Ü. İşletme İktisadi Enstitüsü Araştırma ve Yardım Vakfı, 2000, s. 441
[103] Adrian Palmer, **Principles of Services Marketing**, Berkshire, Mc Graw-Hill Book Company, 1994, s. 195, Bu eserden alıntıyı yapan; Sevgi Ayşe Öztürk, Hizmet Pazarlaması, 4. bsk., Bursa, Ekin Kitabevi, 2003, s. 93

içermelidir.[104] Örneğin bir AÇSAP merkezinin farklı birimlerindeki hizmet alan tatminin arasındaki farkın nereden kaynaklandığının araştırılması ve bu araştırma sonucu ortaya çıkan eğitim veya personel ihtiyacı gibi ihtiyaçların belirlenmesi, izleme ve değerlemeye iyi bir örnek olabilir.

Hizmet alan (müşteri) ve hizmet, hizmet üretiminde birbirini etkileyen iki unsurdur. Bu ilişkinin iki kolu vardır. Birincisi, "Hizmetin üreticisi olarak müşteri", diğeri ise "Diğer müşteriler üzerindeki etkisi açısından müşteri"'dir.[105]

Müşteri/hizmet alan/hasta, pazarlama biliminin odak noktası bir işletmenin de varlık ve varlığını sürdürme nedenidir. Çünkü "müşteri belirli bir işletmenin belirli bir marka malını, ticari veya kişisel amaçları için satın alan kişi veya kuruluştur."[106] Teorik olarak sağlık kurumlarından hizmet alanlar da yukarıdaki tanımın içinde yer alabilseler de, sağlık hizmetlerinde hizmet alanların "müşteri" olarak adlandırılması etik kaygılar taşıyan tartışmalara sebep olmaktadır. Ancak sağlık hizmeti alanların bu hizmeti temel hak olarak aldıklarını düşünürsek onlara ne isim verilirse verilsin, (hizmet verilen kurum kâr amaçlı olup olmamasına bakılmaksızın), memnun edilmeleri gerektiği gerçeği değişmez. Buna ek olarak, araştırmanın amacı ve önemi doğrultusunda aile planlaması hizmetlerinin kullanımının arttırılması ve daha yaygın hale getirilmesi için hizmet alan kişilere pazarlama bilimi çerçevesinde bakmak yerinde olacaktır.

Tüm bunların yanında, sağlık kurumlarından hizmet alanlara "hasta" demek gelenekseldir. Ancak aile planlaması hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri olduklarından, aile planlaması hizmetini alanların konuyla ilgili kaynaklarda daha çok "hizmet alan", "kullanıcı", "yöntem kullanıcısı" şeklinde adlandırıldıklarını görürüz. Bu araştırmada da "hizmet alan" ve "kullanıcı" isimleri sık sık kullanılmıştır.

Hizmet alanın sağlık hizmetlerinin etkinliğinin sağlanmasında ayrı bir yeri ve önemi vardır. Hizmet alan, hizmet alırken özellikle aile planlaması gibi katılımı zorunlu olan hizmetlerde istenen sonucun elde edilmesi için hizmetin üretimine katılmak zorundadır.

Hizmetin üreticisi olarak hizmet alan (müşteri), hizmet üretimi sırasında zaman zaman çok önemli roller üstlenir. Üretilen hizmet standartlara ne kadar uygun olursa olsun hizmeti alan onu kendi kişisel görüş ve beklentilerine göre

---

[104] **A.e.**
[105] Öztürk, **a.g.e.**, s. 104
[106] Erdoğan Taşkın, **Müşteri İlşkileri Eğitimi**, İstanbul: Papatya, 2000, 2. bs., s. 19

değerlendirecektir. Geleneksel yaklaşımda hizmet alan (müşteri) her zaman haklı görülse de verilen hizmetin nitelikleri ve ayrıntıları ile ilgili hizmet sunanlar kadar bilgili olmadığı bilinen bir gerçektir. Bu gerçek, özellikle sağlık hizmetlerinde daha da belirgindir. Bu nedenle asıl önemli olan, hizmet alanın söylediklerini dinlemek, buna karşın istediği hizmetin en uygun biçimde verilmesiyle ilgili insiyatifin hizmet üretende olduğunu unutmamaktır.[107] Özellikle de hizmet alanın ruh halini kolayca değiştirebilen ve hayati bir konu olan sağlık hizmetinde, insiyatifin hizmet üretende kalması oldukça isabetlidir.

Sonuç olarak, hizmet alan yönetiminde izlenmesi için önerilen iki yoldan bahsedilebilir. Bunlardan ilki hizmet üretenin ne yaptığını bilmesidir. Hizmet veren kişinin üreteceği hizmet konusunda hizmet alandan daha bilgili olması gerekmektedir. Bu bilgi sayesinde hizmet alan hizmet verene güven duyar. Aksi halde hizmet alan, yapılan işe sürekli şüpheyle yaklaşacak ve bu da hizmet veren ile hizmet alan arasında çatışmaya sebep olacaktır. Hizmet alan yönetiminde izlenmesi önerilen ikinci yol ise hizmet alanı bilgilendirmektir. Üretilen hizmet, hizmet alan için üretildiğinden hizmet süreci ile ilgili tüm bilgiler hizmet alanla paylaşılmalı ve hizmetin istenilen şekilde ortaya çıkması için hizmet alanın desteği alınmalıdır.[108] Hizmet alanın bilgilendirilmesinin özellikle sağlık sektöründe farklı ve önemli bir yeri vardır. Sağlık sektörü söz konusu olduğunda, hizmet alan kişinin aynı zamanda hizmet üreticisi olduğunun unutulmaması, hastanın veya hizmet alanın aldığı hizmetten memnuniyeti ve sağlık hizmetinin etkinliği açısından oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti tek başına sağlık personeli tarafından verilemez. Sağlık hizmetlerinin tam olarak verilmesi hastanın katılımına bağlıdır. Örneğin, kullandığı oral kontraseptifi sık sık almayı unutan bir kadının, aldığı hizmet ne kadar kaliteli olursa olsun gebelik riski altında olduğunu söylemek mümkündür. Ancak burada önlenmesi gereken ve bu konuda kuruma daha fazla sorumluluk düşen esas sorun, hizmet alana bağlı aksaklıklardan değil, sağlık personeline bağlı aksaklıklardan dolayı hastanın eksik veya yanlış uygulamalarda bulunmasıdır. Memnuniyeti gerçek anlamda düşüren de bu tür etmenlerdir. Örneğin, eksik veya yanlış bilgilendirilen hap kullanıcısı birkaç gün üst üste haplarını içmeyi unuttuğunda ve ek yöntem kullanmadığında gebe kalabilir. Gebe kaldığında ve aslında ek yöntem kullanması

---

[107] İçöz, **a.g.e.**, s. 129
[108] Karahan, **a.g.e.**, s. 161

gerektiğini öğrendiğinde sorumlu tutacağı ilk kişi kendisine hizmet veren sağlık personeli ve kurumdur. Bu nedenle hizmet alanlara sadece kurum içinde hizmet verip, kurum dışındaki katılımlarını göz ardı etmemek gerekir. Bu anlamda özellikle aile planlaması hizmetlerinde eğitim ve bilgilendirme çok önemlidir.

Diğer hizmet alanlar üzerindeki etkisi açısından, hizmet alan da oldukça önemlidir. Hizmetin başarıyla pazarlanmasında hizmet alanların kendi aralarındaki ilişkileri ve etkileşimleri incelemek gereklidir. Özellikle sağlık sektörü hizmetlerinde kişilerin birbirini etkilenmesi oldukça sık rastlanan bir durumdur ve pazarlama biliminde bu etki, referans gruplar (reference group) adı altında incelenmektedir. Pazarlama biliminde referans grup, bir amaca ulaşmak için birbirini etkileyen iki veya daha fazla kişiden oluşmuş topluluk olarak tanımlanmaktadır.[109] İnsanlar referans gruplarla üç amaç için ilişki kurarlar; yararlı bilgiler kazanmak, ödüllenmek veya cezadan kaçınmak, kendi kavramlarını oluşturmak değiştirmek ve sürdürmek için anlamlar kazanmak. Bu amaçlardan ilki olan, yararlı bilgiler kazanmak amacı güden gruplar informal gruplardır. İnformal gruplar mekânsal olarak bir arada olmak zorunda değildir. Kişiler satın alma kararı verirken tecrübelerini ve bilgilerini birbirleriyle paylaşırlar, bu anlamda satın alınan mal veya hizmet konusunda kişiler arası bilgi aktarımı söz konusudur. Eğer eldeki problem için alınan bilgi güvenilir ve anlamlı, bilgi kaynağı da güvenilir olarak algılanırsa, müşteriler grup tarafından daha fazla etkilenmeye eğilimlidir.[110] Sağlık hizmeti alanların birbirini etkilemesi bu çeşit bir grup içinde olur. Aile, akraba ve komşu gibi gruplar kişileri etkiler. Örneğin 1998 yılında toplam beş (Özel poliklinik, Belediye Dispanseri, Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği, S.S.K. Dispanseri) sağlık kurumunu kullanan 1074 kişi ile yapılan bir çalışmada kişilere neden bu kurumları tercih ettikleri sorulmuştur. Seçenekler sosyal güvence/sevk, yakın olması, iyi hizmet, düşük ücret, tavsiye ve diğer şeklinde sıralanmıştır. Toplanan verilere göre grubun %7,7'si kurumu tavsiye üzerine seçmiştir. Tavsiye üzerine en çok seçilen kurum %24,4 ile diğer kurumlar arasında birinci olmuştur. Aynı kurumun seçilme nedenleri arasında, %34,8 ile "iyi hizmet verilmesi" birinci sıradadır ve bu oran da dikkat çekicidir.[111] Çünkü iyi hizmetin çok

---

[109] J.Paul Peter, Jerry C. Olson, **Consumer Behavior and Marketing Strategy**, 7th Ed, USA, McGraw-Hill Irwin, 2005, s. 349

[110] **A.e.**, s. 350

[111] Mustafa Taşdemir, "Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi", Bilim Uzmanlığı Tezi, M.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1998, s. 42

etkin bir şekilde refere edilebileceğini göstermektedir. Sonuçta tüm bu verilerden de anlaşılacağı gibi, hizmet alan kişiler bu kurumu tanımayan ve kullanmamış kişilere referans olmakta ve hasta sayısını kurum bazında %20'lere kadar çıkartabilmektedir. Bu sonuca göre tavsiye ile gelenlerin oranına baktığımızda kurum içinde yapılacak her türlü kalite ve memnuniyet çalışmasının sistematik ve düzenli yapılması durumunda, karşılığının kullananlar tarafından kurumun önerilmesi ve kullanıcı sayısının artması şeklinde alınacağını söyleyebiliriz. Özellikle de aile planlaması hizmetlerinde bu oranın daha fazla olması, aile planlaması hizmetlerinin mahrem konular olmasından ve karşılıklı güvenin çok önemli olmasından dolayı beklenir.

Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda hizmetin kalitesini ve hizmet alanın memnuniyetini etkileyen bir diğer unsur **fiziksel kanıtlar**dır. Mallar fiziksel özellikleri ile tanımlanırken hizmetler soyut olduklarından böyle tanımlanamazlar. Ancak hizmet alan kişinin gözünde hizmet, bazı unsurlarla somutlaşmaktadır. Bu somut unsurlar, hizmetin bir parçasını şekillendirmede önemli rol oynarlar ve hizmet satın almadan önce sıklıkla değerlendirilebilecek boyutlar olarak nitelendirilirler.[112] Bu boyutlar fiziksel olarak hizmet alanın karşısına çıkan, çevrenin estetik görünümü, personelin görünümü, hizmet akışının kolaylaştırılması için kullanılan fiziksel araçlar gibi unsurlardır. Aile planlaması hizmetleri kendine has özellikleri olan hizmetlerdir. Bu özelliklerden birisi de hastanın teknik kaliteyi değerlendirecek bilgi ve yeteneğe sahip olmaması dolayısıyla hizmeti teknik kalite dışında kalan (işlevsel kalite) unsurlarla değerlendirme eğilimi taşımasıdır. Bu unsurlarından birisi de fiziksel kanıtlardır. Ancak sadece estetik açıdan iyi bir fiziksel çevre, aile planlaması hizmeti veren kurumlar için yeterli değildir.

Sağlık hizmeti veren kurumlarda, olması gereken en önemli özelliklerden birisi hasta güvenliğini sağlayan çevre şartlarının sağlanmasıdır. Hasta, başına bununla ilgili kötü bir tecrübe gelmeden, çoğunlukla bu konudaki aksaklıkları fark etmeyecektir. Zeminin kaygan olmaması, asansörlerin yeterli ve düzgün çalışması, merdivenlerin tehlike yaratmayacak şekilde tasarlanmış olması ve merdiven kenarları için kaymayı önleyen tedbirlerin alınması, hizmet alanların hastane atıklarıyla karşılaşmayacak şekilde atıkların kurumdan çıkışının sağlanması bunlardan sadece birkaçıdır.

---

[112] İçöz, **a.g.e.**, s. 57

Çevre şartlarıyla ilgili alınması gerekli diğer önlemler grubu da sağlığın korunması ve hizmet alanın rahatının sağlanmasıyla ilgili önlemlerdir. Bu önlemler; gürültü kontrolü, ısı, aydınlatma, temizlik, otopark ve havalandırma hizmeti gibi kullanımı kolaylaştırıcı önlemlerdir.

Sağlık kurumlarında önemli bir diğer fiziksel faktör de mimari yapı ve yerleşim planındaki işlevselliktir. Örneğin aile planlaması hizmeti veren bir AÇSAP merkezinde aile planlaması biriminin diğer birimlerle aynı koridora açılması, aile planlaması hizmeti almaya gelenlerin bekleme süresi içinde diğer birimlere gelenler tarafından görülüyor olması, tuvaletin diğer birimlere gelenlerle ortak kullanılması, muayene odasının kapısının doğrudan bekleme salonuna açılması mahremiyet ile ilgili sorunlar yaratabilir. Ayrıca personelin giyimi ve görünüşü, kullanılan kırtasiye ve faturalar dokunulabilir diğer unsurlardır. Bu unsurlar diğerleri kadar önemli olmasa da hizmet alanın algılarını etkilerler.

Aile planlaması hizmetlerinde **süreç yönetimi** hizmet pazarlamasının dikkatle planlanması ve uygulanması gereken bileşenlerinden birisidir. Karahan'a göre (2000), hizmet işletmelerinde çalışan elemanların, üstün nitelikte elemanlar olmaları, yeterli eğitimden geçirilmiş olmaları ve en iyi şekilde motive edilmiş olmaları, hizmetin kusursuz ve kaliteli olması için yeterli değildir. İstenen hizmetin sunulabilmesi için, işletmenin tüm bölümleri etkin ve koordineli bir şekilde çalışmalıdır.[113] Buradan çıkan anlam, birim çıktılarının en uygun zamanda ve şekilde birbirleriyle uyum içinde ortaya çıkmaları şeklinde de özetlenebilir. Örneğin bir sağlık kurumunda temizlik personelinin gündüz ve en kalabalık saatlerde yerleri silmesi hem hizmet alanlarında kullanımı kısıtlayacağından memnuniyetsizlik yaratacak, hem de kaygan zeminden dolayı hasta güvenliği açısından sakıncalı olacaktır. Bu anlamda süreç yönetimi, hizmet üretimi için en iyi şekilde hazırlanmış enstrümanlardan uyumlu hizmet süreci ortaya çıkarma çabası olarak da nitelendirilebilir. Dolayısıyla süreç yönetiminin kalitenin oluşturulmasında çok önemli olduğu söylenebilir.

"Kalite", müşteri memnuniyeti ile doğrudan ilişkili olan bir diğer kavramdır. Çünkü kaliteli hizmet, müşteri memnuniyetini olumlu yönde etkiler ve dolayısıyla sağlık kurumunun pazarlama faaliyetlerinin amacına hizmet eder. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalite ve boyutlarını incelemek faydalı olacaktır.

---

[113] Karahan, **a.g.e.**, s. 105

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

1.2.2.1. Hizmet Kalitesi

Günümüzde sağlık hizmetlerini veren kurumlara baktığımızda kalite geliştirme, kalite belgeleri alma gibi çabaları görüyoruz. Aile planlaması hizmetlerinin bugün daha çok tartışıldığı düzeyi de kalitedir.

Kalite kavramı günümüzde oldukça popülerdir. İşletmeler kalite çalışmaları yaparak verimliliklerini arttırmayı amaçlarlar. Bunun yanında kalitenin önemli olduğu bir başka konu da müşteri memnuniyetidir. Kotler ve Armstrong'a göre (1996), müşteri tatmini kalite ile yakından ilişkilidir ve kalitenin hizmet performansına doğrudan etkisi vardır. Bundan dolayı müşteri tatminine de etkisi vardır.[114]

Üretimde kalite denince "sıfır hatayla üretim" hedefi söz konusudur. Ama ne yazık ki hizmetlerde kalitenin tanımı bu kadar kolay ve basit değildir.

Kalite kavramı pazarlama bakış açısıyla "müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması" olarak tanımlanmaktadır. Bu çok genel ve kabul görmüş bir tanımdır. Ancak bu tanım, sağlık hizmetinden istek ve beklentileri karşılamak olarak düşünülecek olursa sağlık hizmetinin teknik yönü dışlanmış olur. Genelde hasta, sağlık hizmeti alırken pasif durumdadır ve hangi hizmet çeşidini alacağı sağlık personeli tarafından belirlenir. Dolayısıyla hastanın teknik olmayan beklentileri (iletişim, fiziksel ortam gibi) bellidir. Ancak sağlıkla ilgili teknik beklentilerinin olması beklenmez. Bu nedenle Kavuncubaşı'na göre (2000) "bu tanım genel kabul görmüş olmasına rağmen zayıf kalmaktadır. Sadece bu tanıma bakarak kalite değerlemesi yapılması yanlış olacaktır."[115] Sağlık hizmetinin de hizmet olarak diğer hizmetlerle ortak özellikleri vardır. Bu nedenle kavram olarak "hizmet kalitesine" değinmek yararlı olacaktır.

Hizmet Kalitesi ile ilgili olarak bir çok görüş ortaya atılmıştır. Karahan'a (2000) göre, "Hizmet kalitesi ile ilgili olarak belli bir tanımın yapılması oldukça güçtür. Hizmet işletmelerinde üretilen kalitenin nasıl olduğu üreticiden çok tüketici tarafından belirlenir. O halde burada önemli olan şey hizmet kalitesinin tüketiciler tarafından tanımlanmasıdır."[116] Karahan'ın bu söyleminden çıkarılacak sonuç, hizmetin

---

[114] Kotler, Armstrong, **a.g.e.**, s. 10
[115] Kavuncubaşı, **a.g.e.**, s. 270
[116] Karahan, **a.g.e.**, s. 116

kalitesinin standardının olmasının çok önemli olmadığı, standartlara göre kalite ne kadar iyi olursa olsun müşterinin algıladığı kalitenin esas hareket kriteri olması gerektiğidir. Söylenmek istenen, başka bir deyimle, kalitenin müşteri tarafından algılandığı derecede iyi olduğudur.

Hizmetler nesneden çok performans olduğu için, aynı kaliteyi sağlayan kesin imalat standartlarının işletme tarafından oluşturulması zordur. Bunun yanında, hizmet performansı -özellikle emek yoğunluğu yüksek olan hizmetler- işgörenlere ve müşterilere göre günden güne değişebilir.[117] Bu nedenlerle de hizmet kalitesini sabitlemek neredeyse imkânsızdır.

Hizmet Kalitesinin boyutlarına bakıldığında; Zeithaml ve Berry, genel olarak tüm hizmet sağlayan organizasyonlarda, beş hizmet kalitesi boyutundan söz etmektedir:[118]

1. Fiziksel Özellikler (Tangibles): Şirketin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, araç gereç ve personelin dış görünüşü.
2. Güvenilirlik (Reliability): Söz verilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği.
3. Heveslilik (Responsiveness): Müşterilere yardım etme ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi.
4. Güven (Assurance): Çalışanların bilgili ve nazik olması ve müşterilerde güven duygusu oluşturabilme becerisi.
5. Empati (Empathy): Şirketin kendisini müşteri yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi.

Bu boyutlardan, fiziksel özellikler boyutu sağlık hizmetlerinde oldukça önemlidir. Öyle ki, sadece estetik bir görünüş sağlık kurumu için yeterli değildir. Sağlık kurumlarında fiziksel özellikler aynı zamanda kurumun kullanımını kolaylaştırıcı, hasta güvenliğini sağlayıcı ve hijyenik olmalıdır. Güvenilirlik boyutu da sağlık hizmetlerinde önemli bir diğer boyuttur. Günümüzde sağlık kurumlarında güvenilirlik boyutu ile ilgili en sık rastlanan sorun bir günde değişen resmi kararlarla hastaların

---

[117] Öztürk, **a.g.e.**, s. 138

[118] Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman, Leonard L.Berry,**Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation**, Free Press, USA.1990 Bu eserden alıntıyı yapan Nevzat Devebakan, Mehmet Aksaraylı, "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesinin Uygulaması."**Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**. (2003) c. 5, s. 41

kuruma gittiklerinde bazı ilaçları bulamamaları veya bir gün önce sadece reçete ile satılan ilacın bir gün sonra kurul raporu istenmesi gibi sorunlardır. Bu sorunlar da hastaların kuruma güvenini sarsmakta ve sağlık gibi hayati bir konuda da stres etkeni olmaktadır. Heveslilik, güven ve empati de sağlık hizmetlerinde yeri olan boyutlardır.

Grönroos tarafından açıklanan hizmet kalitesi boyutları ise aşağıdaki gibi açıklanmıştır.[119] Grönroos'a göre temel olarak bir hizmetin kalitesinin müşteriler tarafından algılanan şekliyle ilgili iki boyut bulunmaktadır.

1. Teknik yada sonuçla ilgili boyut
2. İşlevsel yada süreçle ilgili boyut

Sağlık hizmetlerinde teknik boyut, tıbbi hizmet ve etkinliğidir. Sağlık hizmetinde teknik boyutun değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi bilgisinin olması gerekmektedir. Bu nedenle teknik boyut sağlık hizmetlerinde hizmet alanın değerlendirebildiği bir boyut değildir. İşlevsel veya süreçle ilgili boyut ise hizmet alan kişinin geçtiği süreç içinde yaşadıkları ve gördükleriyle değerlendirdiği boyuttur.

1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kalite Tanımı Ve Boyutları

Araştırmanın konusunun aile planlaması hizmeti olmasına rağmen önce sağlık hizmetlerinde kalite ve boyutlarına değinmek yerinde olacaktır. Çünkü aile planlaması hizmetleri de sağlık hizmetlerindendir ve bu hizmetlerde kendine has kalite kavramı ve boyutlarından önce sağlık hizmetlerinin kalite kavramı ve boyutları geçerlidir.

Sağlık hizmetlerinde kalite konusuna geçmeden önce Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) sağlığı genel anlamda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali[120] olarak tanımladığını hatırlamakta fayda vardır. Bu tanıma bağlı olarak sağlık hizmetini yalnızca fiziksel rahatsızlıklardan tedavi edici ve koruyucu hizmetler olarak değil, buna ek olarak sosyal sağlığı ve ruhsal sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmetler olarak tanımlamanın daha doğru olduğu bir önceki bölümde belirtilmişti. Sağlık hizmetlerinde kalite konusuna değinirken konuya sağlık ve sağlık hizmeti kavramının penceresinden bakmak daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

---

[119] Christian Grönroos, **a.g.e.**, s. 27
[120] World Health Organization, a.g.e.

Ulusal Aile Planlaması Hizmeti Rehberinin sağlık hizmetlerinde kalite tanımı (2000): "Hizmet verenin herhangi bir zarar vermeksizin, tıbbi bilgisini kullanarak, belirlenmiş standartlara göre, hizmet alanın ihtiyaçlarını doğru zamanda, doğru uygulamalarla ve doğru maliyetle karşılamasıdır."[121] şeklinde yapılmıştır. Tanımda hizmet alan kişiye zarar vermemenin altı çizilmiştir. Sağlık hizmetlerinin en temel amaçlarından birisi de hizmet alanın zarar görmemesidir. Dünyada her yıl milyonlarca insanın tıbbi hatalardan dolayı öldüğü bilinmektedir. Ancak, hizmet alan kişinin zarar görmesi sadece tıbbi hatalar sonucu olmaz. Örneğin, sağlık personelinin kötü muamelesi ruhsal zarar verebileceği gibi, hastane kazalarına karşı tedbir alınmamış bir fiziksel ortamda da hasta tedbirsizlikten dolayı fiziksel zarar görebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalite oldukça kapsamlı bir konudur.

Sağlık hizmetinin kalite öğeleri birçok bilim adamı tarafından farklı şekillerde tarif edilmiştir. Ancak bunların en kabul gören öğe sınıflaması Ulusal Aile Planlaması Hizmeti Rehberinde şöyle özetlenmiştir.[122]

1. **Teknik yeterlilik,** hizmet sunanların koruyucu hekimlik, tanı koyma, tedavi verme ve danışmanlık konularında bilgi ve becerileri olması, idarecilerin ise gözetim, denetim, izlem, eğitim ve problem çözme konularında bilgi ve becerileri olmasıdır.
2. **Hizmete kolay ulaşma,** kurumun lokasyonunu, açık olduğu saatleri, bina içindeki düzen, bina yapısı, hizmete herkesin kolayca ulaşmasını engelleyen özelliklerin olmaması (okuma yazma bilmeyen, yabancı dil konuşan, fiziksel engelli, kültürel durumu yetersiz), bekleme süresi gibi faktörleri içerir.
3. **Etkililik** ise tıbbi hizmetten görülen fayda ve iyileşme ile ilgilidir.
4. **Kişiler arası ilişkiler,** tıp hizmetlerinde oldukça önemlidir: Saygı, güven, nezaket, empati, dinleme gibi unsurları içerir.
5. **Verimlilik,** sınırlı kaynaklarla hizmet alanlara en iyisinin sunulmaya çalışılması olarak da tarif edilebilir. Kalitenin önemli bir öğesidir.
6. **Süreklilik,** hizmeti alanın tüm aşamalarından kesintisiz hizmet almasıdır.
7. **Güvenli hizmet,** hizmet sunumu ile ilgili tüm tehlikelerden korunma ile ilgilidir. Bu tehlikeler, yanlış tıbbi müdahale, hastane enfeksiyonlarından korunma, binanın içyapısının fiziksel yaralanmalara neden olmayacak şekilde tasarlanmış olması gibi önlemlerle ilgilidir.

---

[121] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e**, 1 c, s. 55
[122] **A.e.**, s. 56-57

8. Memnuniyet öğesi ise hizmet alanların aldıkları hizmeti doyurucu bulup bulmamaları ile ilgilidir.

Bu boyutlara bakıldığında bazılarının hizmet kalitesi boyutlarıyla örtüştüğü görülmektedir. Bazıları da sağlık hizmetlerine özelleştirilmiştir. Örneğin hizmete kolay ulaşma boyutu bunlardan birisidir. Bir otele, bir restorana veya bir kuaföre kolay ulaşmak bir hastaneye kolay ulaşmak kadar önemli değildir. Etkinlik boyutuna bakıldığında da restoranda yenen bir yemeğin faydası ile tıbbi bakımdan elde edilen fayda kıyaslanamaz. Bundan dolayı "etkinlik" kaliteli sağlık hizmetinin en temel boyutu ve esas amacıdır diyebiliriz. "Süreklilik" boyutu da sağlık hizmetlerine özelleştirilmiş bir boyuttur. Hasta kuruma her gittiğinde hizmet alabilmelidir. Bir gün alıp bir gün alamamak hastada güvensizlik ve tedirginlik yaratır. Örneğin, daha önce hizmet kalitesi boyutlarından "güvenilirlik" boyutu ile ilgili verilen bir gün arayla ilaç satışında iki farklı uygulamanın olması veya bir gün önce satılan bir ilacın ertesi gün satılmaması bu boyutla ilgili iyi bir örnektir. Bu anlamda hizmetin sürekli olması oldukça önemlidir. Çünkü sağlık bakımı ihtiyacı, hastalık tablosuna göre, bazen saatlerle bazen de saniyelerle bile ertelenemeyecek özelliktedir.

Hizmet ve sağlık hizmeti kalite boyutlarına ek olarak aile planlaması hizmetlerinin kendine has kalite boyutları da vardır.

1.2.2.3. Aile Planlaması Hizmetlerinde Kalite

Aile planlaması hizmetlerinde kalite, günümüzde en çok üzerinde çalışılan ve tartışılan konulardan birisidir. Aile planlaması hizmetlerinde kalite, kolayca ulaşılabilen ve iyi yönetilen sağlık kuruluşlarında, iyi eğitilmiş personelin sunduğu hizmet olarak tanımlanmıştır.[123] Bu tanımda altı çizilen öğelerden birisi, kaliteli aile planlaması hizmetinin kolay ulaşılabilir olmasıdır. Aile planlaması hizmetinin toplumun tüm kesimlerine hitap ettiği ve aile planlamasına ihtiyacı olan riskli grubun daha çok düşük sosyo-ekonomik seviyede olduğu[124] [125] [126] düşünülürse, bu hizmet

---

[123] **A.e.**, s. 59
[124] Topuzoğlu, a.g.e., s. 67
[125] Karakaya, a.g.e., s. 47
[126] Ali İhsan Bozkurt v.d., "Induced Abortion And Effecting Factors of Ever Married Women In The Southest Anatolian Project Region, Turkey: A Cross Sectional Study", **BMC Public Health**, 2004, 4, 65, (Çevrimiçi), http://www.biomedcentral.com/1471–2458/4/65, 08.05.2006

ne kadar iyi verilirse verilsin, ihtiyacı olan kişilerin hizmete ulaşamadığı durumda tüm çabalar anlamsız olacaktır.

Sağlık hizmetleriyle ilgili birçok kalite öğesi ile ilgili modeller sunulmuştur ancak aile planlaması hizmetlerinin kalitesiyle ilgili çalışmalar yapan ve boyutlar ortaya koyan en önemli ve tek sayılabilecek isim Judith Bruce'dur. Bruce'un kalite öğeleri, aile planlaması hizmetlerine özel olarak geliştirilmiştir ve ortaya koyduğu kalite çerçevesi esas olarak hizmet süreci ile ilgili kullanıcıların kendi bakış açısına ve deneyimlerine odaklıdır. Bu çerçeve Şekil-4'te verilmiştir.

Şekil-4 Bruce'un Kalite Öğeleri



Kaynak: Women's and Children's Health Policy Center Department of Population and Family Health Sciences John Hopkins University School of Public Health, "Approaches and Indicators for Measuring Quality in Region VIII Family Planning Programming", Yayına Hazırlayan: Donna M. Strabino, Michael Koenig, Holly A. Grason, Aralık 2000, s.8

Şekil-4'te yer alan, "alınan hizmetin öğeleri" ve "etkiler" başlıkları araştırmanın amacıyla ve içeriği ile doğrudan ilgilidir.

Hizmet öğelerini, açıklamalarıyla beraber şöyle özetlenebilir:

1. Yöntem seçenekleri; Ne kadar çok seçenek sunulursa o kadar çok kişinin gereksinimi karşılanabilir.

2. Bilgilendirme, yöntem seçiminde kullanıcıların yöntem hakkında tam ve yeterli derecede ayrıntılı bilgilendirilmesidir. Böylece kullanıcılar karşılaştırmalı olarak daha rahat ve bilinçli yöntem seçeceklerdir.

3. Teknik beceri, hizmet alan kişiler tarafından en zor beğenilen kalite öğesidir. Buradaki becerinin niteliğinin değerlendirilmesi için teorik bilgi ve standartlar ile bu bilgilerin ve standartların uygulanması sırasındaki fark ortaya konmalıdır.

4. Hizmet alan-veren etkileşiminde, empati derecesi, güven, mahremiyetin korunması ve güvence ve kullanıcının ihtiyaçlarına hassasiyet önemlidir.

5. İzleme/süreklilik, iyi bilgilendirilmiş kullanıcılar ile kullanım devamlılığının desteklenmesi, kullanıcı takipleri (ev ziyaretleri, gelinmeyen randevuların takibi) önemlidir. Ayrıca halkla sürekli iletişim için medyanın kullanımı da bu ilkenin unsurlarından birisidir.

6. Hizmet çeşitliliği ve ulaşılabilirlik ilkesi, aile planlaması hizmetleri doğurganlıkla ilgili tüm hizmetleri vermesini öngörmektedir. Ayrıca ulaşılabilirlik ile ilgili (bekleme zamanı, maliyet, ulaşım) kolaylıklar sağlanmalıdır.

"Etkiler" ise kullanıcıların yöntemler hakkında bilgisi, kullanıcı memnuniyeti, kullanıcı sağlığının olumsuz etkilenmemesi ve kontraseptif kullanımı; yöntemi kabul (başlama) ve devamlılıktır.[127] [128] Beklenen etkilerin değerlendirilmesi çalışmalarında kaliteye bütüncül olarak yaklaşılmaktadır. Ancak hedeflerden yalnız birinin değerlendirilmesi de yapılabilir.[129] Bu araştırma da, sadece hizmet alanın algıladığı hizmet performansı (tatmin/memnuniyet) hakkında veriler toplamak için tasarlanmıştır. Aile planlaması hizmetlerinde kalite öğelerinin değerlendirme ölçüt ve yöntemleri Tablo-2'de verilmiştir. Bu araştırmada da Tablo-2'de görülen aile planlaması hizmetleri boyutlarından "yöntem seçenekleri", "verilen bilgi", "kişiler arası ilişkiler", "hizmetin devamlılığı/ sürekliliği" ve "uygun/kolay ulaşabilme" öğeleri sorgulanmıştır.

---

[127] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 1 c, s.59

[128] Women's and Children's Health Policy Center Department of Population and Family Health Sciences John Hopkins University School of Public Health, "Approaches and Indicators for Measuring Quality in Region VIII Family Planning Programming", Haz: Donna M. Strabino, Michael Koenig, Holly A. Grason, Aralık 2000, s. 8

[129] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, 1 c, s.63

Tablo-2 Aile Planlaması Hizmetlerinin Kalite Öğelerini Değerlendirme Ölçüt ve Yöntemleri

ÖĞELER	KALİTE ÖLÇÜTLERİ	YÖNTEMLER
Yöntem seçenekleri	• Sunulan yöntem çeşitleri • Bulunmayan yöntemler için sevk • Sunulan yöntemler için tıbbi olmayan sınırlama yapılmaması • Anlatılan yöntemin sağlanması • Klinikte ulaşılan yöntem sayısı • Doğurganlık beklentisine uygun tüm yöntemlerin önerilmesi • Uygulanan yöntemin doğurganlık beklentilerine uygun olması	• Kliniğin yönetim sistemi • Gözlem • Odak grup tartışmaları • Kullanıcı değerlendirmesi • Yönlendirilmiş görüşmeler • Kayıtlar • Hizmetten başvuran gibi yararlanan araştırmacıların izlenimleri (simülasyon)
Verilen bilgi	• Sunulan yönteme ilişkin ayrıntılı bilgi verme • Seçilen yöntemi doğru olarak açıklama • Personelin danışmanlık becerisi konusunda eğitilmiş olması • Yönteme özel yazılı kaynak bulunması • Danışmanlık sırasında değerlendirme rehberi kullanma • Tüm yöntemleri tanıtma • Kalıcı yöntemler için onay formu doldurma	• Gözlem • Odak grup tartışmaları • Danışmanlık eğitimi alma • Simülasyon • Jüri değerlendirmesi • Nüfus araştırmaları verileri
Teknik yeterlilik	• Hizmet basamaklarını gösteren rehberler • Kontraseptiflerin yararları, kullanımı, kontrendikasyonu, yan etkileri, yan etkide neler yapılacağı • Klinik işlemlerde beceri • Enfeksiyon kontrolü • Uygun yönteme başlama • Hizmet öncesi eğitim uygulaması • Sürekli eğitim • Denetim sıklığı ve içeriği	• Kliniğin yönetim sistemi • Gözlem • Formal görüşmeler • Kayıtlar • Hizmet için gerekli eğitim • Hizmet sunanların belirlenmesi • İş tanımları • Gönüllü cerrahi yöntem sonrası izlem

Tablo-2'nin devamı

ÖĞELER	KALİTE ÖLÇÜTLERİ	YÖNTEMLER
	• CYBH, AIDS, GYE vakalarına doğru yaklaşım • Yöntemleri uygulamada uygun araç gereç • Yeni personelin rehberler konusunda eğitimi	
Kişiler arası ilişkiler	• Başvuranın özel durumlarını belirleme • Hoş karşılama, kolay soru sorma, nezaket • Kişiler arası ilişkiler konusunda eğitim alma	• Gözlem • Odak grup tartışmaları • Formal görüşmeler • Simülasyon • Danışmanlık eğitimi
Hizmetin devamlılığı	• Devamı kolay sağlama • İzleme gelmeyenleri bulma • Neden gelmediklerini sorma • Uygun izlem programı • Gerek olduğunda gelmeleri için destek	• Kullanımı izleme sistemi • Kayıt • Jüri değerlendirmesi • Odak grup tartışmaları • Gözlem • Kullanımı bırakma araştırması
Uygun/Kolay ulaşabilme	• Danışmanlık ve muayenede mahremiyet (başvuran görüşü) • Bekleme zamanı • Bakım süresi • Klinik saatler/günler/çalışan personel: cins/ırk/yaş • Yeterli bekleme yeri (başvuran görüşü) • Muayene odası • Temizlik-su-tuvalet kolaylığı	• Tatmin araştırması • Odak grup tartışmaları • Jüriler • Başvuru akış analizi
Genel olarak	• Matriks geliştirme • Yöneylem araştırması • Diğer özel yöntemler	• Kalite tanımlama ve değerlendirme • Durum analizi • Denetim araçları • Kuvvetli yönler/zayıflıklar/olanaklar / engeller analizi

Kaynak: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **Aile Planlamasında Temel Bilgiler**, İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1997, s.43

1.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri (Hasta, Kullanıcı, Hizmet Alan) Memnuniyeti

Sağlık hizmetleri, hizmeti alanlar yönünden de hizmeti verenler yönünden de diğer hizmetlerden farklı özelliklere sahiptir. Herhangi bir hizmette müşteri memnuniyetini sağlamak zaten zordur. Ancak sağlık hizmetinde sağlığın hayati bir öneme sahip olması, çoğu zaman zorunluluktan talep edilmesi, hizmet alanların hizmet verenlerin bilgi ve becerisini değerlendirebilecek yeterli bilgiye sahip olmaması, çoğu zaman hizmeti arz edenin de talep edenin de sağlık personeli olması gibi özelliklerden dolayı bu zorluk daha da belirgindir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı tanımlarken, kişinin yalnızca hasta olmamasını değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini de vurgulamıştır.[130] Bu vurgudan da anlaşılacağı gibi sağlık çalışanlarının, üzerinde çalıştığı yalnızca beden değil ruhsal, biyolojik ve sosyal yönden bir bütün olan insandır. Bu nedenle, insanın sadece bedensel iyilik halinin kazandırılması veya korunması yeterli değildir. Koruma ve tedavi sırasında hizmet alan kişinin ruh ve sosyal sağlığının da korunması gerektiği ve bunlarla ilgili ihtiyaçlarının tespit edilip karşılanması gerektiğini söylemek mümkündür. Geleneksel sağlık hizmetinin hasta yaklaşımında, genelde hastaya fiziksel iyiliğinin kazandırılması hedeflenir. Ancak hedef, hastayı aldığı hizmetten memnun etmek olarak belirlendiğinde sağlığın tanımında da sözü edildiği gibi kişinin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının giderilmesi gereksinimi de hissedilecektir.

Müşteri (hasta, hizmet alan, kullanıcı) memnuniyeti kavramı aile planlaması hizmetlerinde de oldukça önemlidir. Bundan dolayı, memnuniyet ve tatmin kavramlarına daha yakından bakmak onların nasıl oluştuğu ile ilgili ipuçları verecektir.

Kotler (2000) müşteri tatmini; "Bir ürünün sezinlenmiş icraatının bir kimsenin şahsi beklentileriyle mukayesesi neticesinde duyduğu memnunluk veya hayal kırıklığıdır."[131] şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi tatmin bir süreçten çok müşterinin kafasında oluşmuş bir sonuçtur. Memnuniyet ve tatmin farklı kavramlaştırılmış olmalarına rağmen literatürde sık sık birbirlerine yakın anlamlarda kullanıldıkları görülür.

---

[130] World Health Organization, a.g.e.
[131] Philip Kotler, **Pazarlama Yönetimi**, Çev: Nejat Muallimoğlu, İstanbul, Beta, 2000, s. 36

Kotler ve Armstrong'a göre (1996) "eğer ürünün performansı müşterinin beklentilerinden düşük ise müşteri tatmin olmamıştır, eğer ürünün performansı müşterinin beklentileriyle örtüşüyorsa müşteri tatmin olmuştur, eğer ürünün performansı müşterinin beklentilerini aşıyorsa müşteri memnun kalmıştır."[132] Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi tatmin ve memnuniyet farklı kavramlardır. Bu kavramlar arasındaki ortak nokta, beklentiler ve algıların her ikisinin de ortaya çıkmasında rol oynamasıdır. Alınan hizmetin değerlendirilmesinde memnuniyet ile tatmin arasındaki farkı belirleyen ise beklentidir. Sonuç olarak, müşteri aldığı mal veya hizmeti değerlendirirken bekledikleri ile karşılaştıklarını kıyaslayacaktır.

Beklenti ve algıların müşteri duygu ve düşüncelerinde bu kadar önemli rol oynamasının, nasıl oluştukları ve nelerden etkilendikleri ile ilgisi vardır.

"Beklenti" müşterilerin deneyimlerinden, çevre şartlarından ve psikolojik özelliklerinden kaynaklı geleceğe dair oluşturdukları değer yargılarıdır. Beklentiler genellikle daha önce alınan hizmetlerden, duyumlardan ve kişinin sosyo-ekonomik durumundan da etkilenir.

Algılama ise, beş duyu yardımı ile dış dünyayı tanımak veya bireyin çevresinde kendisiyle ilgili gördüğü bir nesnenin varlığını fark etmesidir.[133] Yine Karafakıoğlu'na göre algılama (2005), "Kişinin beş duyu aracılığı ile elde ettiği duyulara verdiği anlamlar"[134] dır. Algılamanın tanımlarında genelde algılamanın sadece fiziksel bir fiil olduğu anlaşılmaktadır. Ancak Baysal ve Tekarslan'a göre (1998) "algılama süreci yalnız fizyolojik etkenlere (gereksinim, güdü, tutum) bağlı olsaydı çok farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip kimseler aynı şeyi aynı biçimde algılayacaklardı."[135] Öyleyse algılama fiilinin beş duyudan öte psikolojik ve sosyal olaylardan da etkilendiği ve karmaşık bir süreç olduğu söylenebilir.

Algı ve beklenti ile ilgili bu açıklamalardan sonra müşteri tatmini şöyle formüle edilebilir:

Müşteri algısı	-	Müşteri beklentisi	=	Müşteri tatmini
MA		MB		
MB	>	MA	ise tatmin olmamış müşteri	
MB	=	MA	ise tatmin olmuş müşteri	
MB	<	MA	ise çok memnun müşteri	

[132] Kotler, Armstrong, **a.g.e.**, s. 10
[133] Can Baysal ve Erdal Tekarslan, **Davranış Bilimleri**, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, 1998, s. 46
[134] Mehmet Karafakıoğlu, **Pazarlama İlkeleri**, İstanbul, Literatür, Kasım 2005, s. 283
[135] Baysal,Tekarslan, **a.g.e.**, s. 46

Müşteri memnuniyetinin işletmenin varlığı için ve müşteri için önemi tartışılmazdır. Bunun yanında müşteri memnuniyetinin sağlanması işletmenin tüm faaliyetlerini ilgilendirir. İşletmenin faaliyetleri müşteriye göre düzenlenirken, karar alma aşamalarında işletmenin müşteriler hakkında bazı bilgilere ihtiyacı vardır. Bu bilgilerin toplanması için çaba sarf edilmesi gerekmektedir.

Müşteri memnuniyetini oluşturma sürecinde kullanılacak bilgilerin toplanması planlı bir çalışmayı gerektirir.

İşletmenin varlık nedeni olan müşterinin aldığı hizmet veya maldan memnun kalması, satın almayı tekrar etmesi açısından son derece önemlidir. Bu nedenle müşteri memnuniyetinin süreci bilinçli ve planlı bir şekilde oluşturulmalı ve tüm çalışanlar da bu sürece aktif olarak katılmalıdır. Bu süreç oluşturulması planlanırken en sağlıklı şekilde istenen sonuçları vermesi için bazı adımların takip edilmesi gerekmektedir. Bu adımlar;

1. müşteri profilinin oluşturulması
2. müşteri gereksinim ve beklentilerinin belirlenmesi
3. müşteri algılamalarının ölçümü adımlarıdır

Müşteri profilinin oluşturulması adımında müşterilerin yakından tanınması, değer yargılarının bilinmesi ve önceliklendirilmesi önemlidir. Çünkü müşteri beklentileri yaş, eğitim, meslek, medeni hal, çocuk sahibi olup olmama, kültürel özellikler, dini faktörler, ekonomik durum ve kişisel deneyimlerden etkilenir. Dolayısıyla bu özelliklere göre kurum hizmetlerini şekillendirmelidir.

Aile planlaması hizmetleri açısından bakıldığında ise hizmet alanların tanınması, onların nasıl bir hizmet bekleyebileceğinin, hizmete ulaşmak için hangi kolaylaştırıcı tedbirlerin alınabileceğinin, aile planlaması yöntemlerini kullanımında hangi faktörlerden etkilenecekleri ve bu faktörlere karşı sağlık personelinin nasıl donatılması gerektiği ile ilgili ipuçları verecektir.

Profil araştırması yapılması hem aile planlaması hizmetleri alanların yeni hizmet ihtiyaçlarının saptanması hem de aile planlaması hizmetlerine ihtiyacı olmasına rağmen ulaşamayan grubun tespiti açısından önemli katkılar sağlayacaktır.

Örneğin, 2001 yılında Ahmet Topuzoğlu'nun "Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler"[136] isimli tez çalışmasında

[136] Topuzoğlu, a.g.e., b.a.

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerinden yararlanılarak gebeliği önleyici yöntem kullanımında sosyo-ekonomik faktörlerin etkisi irdelenmiştir. Bu çalışmada demografik özelliklere göre (yaş, cinsiyet, çalışma durumu, konut durumu, evdeki oda sayısı, öğrenim durumu, okuma becerisi, içme suyu, tuvalet tipi, zemin tipi, ısınma biçimi, araba sahibi olma, işteki konum, iş kolu, sağlık sigortası, evdeki elektrikli eşya durumu, yerleşim yeri v.b) evli kadınların yöntem bilme, kullanma ve kullandıkları yöntem çeşidi irdelenmiştir. Geçmişte aile planlaması hizmetlerine ihtiyacı olan, tıbben ihtiyacı olduğu halde farkında olmayan ve ihtiyacı olduğu halde henüz ulaşmayan grupları ortaya koyan birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçları, düşük sosyo-ekonomik düzeyi olan, adölesan, aile içi şiddete maruz kalan ve çalışmayan kadınların aile planlaması hizmetlerine ihtiyacı olduğu halde ulaşamayan veya kullanmayan grup olarak ortaya koymaktadır.[137] [138] [139] [140] [141] [142] Bu grupların bilinmesi ve hedef olarak seçilmesi aile planlaması hizmetleri ihtiyacının, toplumun tamamında karşılanması açısından oldukça önemlidir.

Aile planlaması hizmetlerinde hizmet alanların tıbbi profillerinin oluşturulması da hizmet ihtiyaçlarının tespitine katkı sağlayacaktır. Bu nedenle hizmet alanların sadece demografik ve kültürel özellikleri ile ilgili profillerinin değil, bir de tıbbi profillerinin oluşturulması önemlidir. Profil oluşturma sürecinde bilgi toplamak için izlenebilecek yollardan birisi tıbbi kayıtların incelenmesidir. Ancak bu yöntem tıbbi özelliklerle ilgili yeterli bilgiler vermeyebilir. Hizmet alan kitlenin özelliklerinin ayrıntılı bir şekilde öğrenilmesi için profil belirleme araştırmaları yapılırken duruma göre tıbbi özgeçmiş ile ilgili sorular da sorulabilir.

Müşteri gereksinim ve beklentilerinin belirlenmesi memnuniyeti sağlama sürecinde bir başka adımdır. İçöz'e göre (2005), müşteri gereksinimi araştırmaları,

---

[137] A.e.
[138] Karakaya, a.g.e., s. 47
[139] Bozkurt v.d., **a.g.e.**, s. 65
[140] Rob Stephenson, Michael A. Koenig, Saifuddin Ahmed, "Domestic Violence and Contraseptive Adoption In Utar Pradesh, India", **Study Family Planning**, 2006 Jun, 37, 2, s. 75-86
[141] Mary Breheny, Christine Stephens, "Barriers to Effective Contraception and Strategies for Overcoming Them Among Adolescent Mothers", **Public Health Nursing**, 21, No:3, Mayıs/Haziran 2004, s. 222
[142] Ufuk Berberoğlu v.d., "Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Roman Kadınlar ve Öbürlerinin Sağlık Ocağından Aldıkları Ana Sağlığı Hizmetleri", **8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2002, (Çevrimiçi), http://www.dicle.edu.tr, 12.12.2005

"…tüketicilerin hizmetleri satın aldıkları zaman ne gibi gereksinimlerini karşılamak için hareket ettikleri konusunda yoğunlaşır. Hâlihazırda karşılanmamış olan gereksinimlerin saptanması işletmeye yeni ürünler tasarlama ve sunma olanağı sağlar."[143] Bu anlamda bu adım aynı zamanda ürün geliştirmenin de ilk adımıdır. Bu adımda müşterilerin nasıl bir hizmet beklediklerinin ve gereksinimlerinin tespiti amaçlanır.

Müşteri gereksinim ve beklentilerinin tespiti çeşitli yollarla yapılabilir. Müşteri gereksinimlerinin tespiti için tek başına müşteri katılımlı araştırmalar yapılabileceği gibi, tıbbi kayıtların incelenmesi, personel görüşlerinin alınması, şikâyetlerin izlenmesi ve ayrıntılı bir çevre analizi (rakipler, potansiyel müşteriler v.b) de önemli katkılar sağlayabilir.

Müşteri beklentileri araştırmaları ise hizmet alanların hizmeti alırken bekledikleri standartların saptanmasına yönelik yapılmaktadır.[144] Müşteri beklentilerinin araştırılmasından elde edilen bilgiler çok önemlidir. Çünkü müşterinin ne istediğini bilmeden onu tatmin etmek mümkün değildir.[145]

Sonuçta, müşteriyi iyi tanımak ve hizmetten neler beklediğini bilmek yeni hizmet tasarımı ve mevcut hizmetlerin iyileştirilmesi için son derece önemlidir. Müşterinin ihtiyaç ve beklentilerine uygun hizmet ürettikten ve sunduktan sonra üretilen hizmetin bu beklentilerle örtüşüp örtüşmediği ve müşterilerin hizmetten algıladıkları hizmet performansının bilinmesi, var olan hizmetin sunumunu devam ettirilip ettirilmemesi veya değişiklik yapılıp yapılmaması ihtiyacını ortaya çıkaracaktır. Bu nedenle müşteri algılarının ölçülmesinden elde edilecek veriler de işletme için oldukça önemlidir.

Müşteri algılamalarının ölçümü müşteri memnuniyetinin oluşturulmasında bir diğer adımdır. Hizmet veya mal da müşteri için üretildiğinden müşteri tarafından nasıl algılandığı standartlara olan uygunluğundan daha önemlidir. Çünkü müşterinin memnuniyeti, kaynağını kalite standartlarından almaz ve çoğunlukla da müşteri bu standartlardan habersizdir. Bu nedenle müşterinin algıladığı kalitenin pazarlama açısından daha geçerli olduğunu söyleyebiliriz.

---

[143] İçöz, **a.g.e.**, s. 189
[144] **A.e.**
[145] William F. Schoell, Joseph P. Guiltinan, **Marketing: Contemporary, Concepts and Practices**, 6. bs., Prentice Hall Inc., New Jersey, 1995, s. 101

Etkin müşteri algılamaları ölçümleri gereklidir, çünkü birçok müşteri şikâyetlerini ifade etmek için zaman ayırmaz ve kendisine hizmet veya mal tedarik eden işletmeyi değiştirir.[146] Bu nedenle hizmet algılamaları ölçümleri işletmenin çıkarlarıyla doğrudan ilişkilidirler.

Müşteri algılamaları ölçümlerinin sürekli yapılması önemlidir ve sürekliliğin sağlanması için bir program oluşturulmalıdır. Bu program müşteri yapısı, çevre koşulları ve ihtiyaç hissedilen tüm değişim projelerine göre düzenlenip uygulanabilir. Örneğin, yeni açılmış fakat kurulumu henüz tamamlanmamış bir AÇSAP merkezinde başvuranların memnuniyetinin ölçülmesi, kurum düzeni oturmadığından ve sürekli bir gelişme ve değişme içinde olacağından sık sık yapılmalı ve gelişmeler için bu araştırmanın sonuçlarından faydalanılmalıdır. Çalışma düzeni oturmuş, personeli sık sık değişmeyen bir AÇSAP merkezinde ise daha uzun aralıklarla yapılması daha uygun olabilir.

Araştırma ve ölçümler hangi amaçla (beklenti, algı ölçmek veya profil belirlemek) yapılırsa yapılsın araştırma sürecinin önce planlanması esastır.

Bu planlamada, giriş ve konunun geçmişi ilk adımdır. Bu adımda araştırılacak problemin özellikleri (niteliği, içeriği v.s) saptanmaya çalışılır ve literatür taraması yapılır.

Planlamanın ikinci adımı ise araştırmanın amacı saptanır ve içeriği belirlenir. Araştırmanın amacı, hangi araştırma probleminin çözümüne yöneldiği ile ilgilidir. Örneğin, bir sağlık ocağı hizmet kalitesini ve hizmet alan memnuniyetini iyileştirmeyi amaçlayan bir değişim projesi uygulayacaktır. Bu durumda bu kurumda yapılacak araştırmanın amacı, değişim projesi için ihtiyaç duyduğu kullanıcı beklenti ve ihtiyaçlarının saptanması ile ilgili bilgiler toplamaktır.

Araştırmanın içeriğinde ise birbirinde farklı boyutların planlaması yapılır. Bu boyutlardan en sık kullanılanları; araştırmanın zaman içeriği, araştırmaya katılacak hizmet alanların niceliği ile ilgili içerik, kullanılacak veri toplama aracı ile ilgili içerik ve konu içeriğidir.

Üçüncü aşamada işe araştırmanın yargılanması yapılır. Bu aşamada ilgili araştırmanın, tüketici, toplum, ekonomi ve ilgili değer kuruluşlara sağlayacağı

---

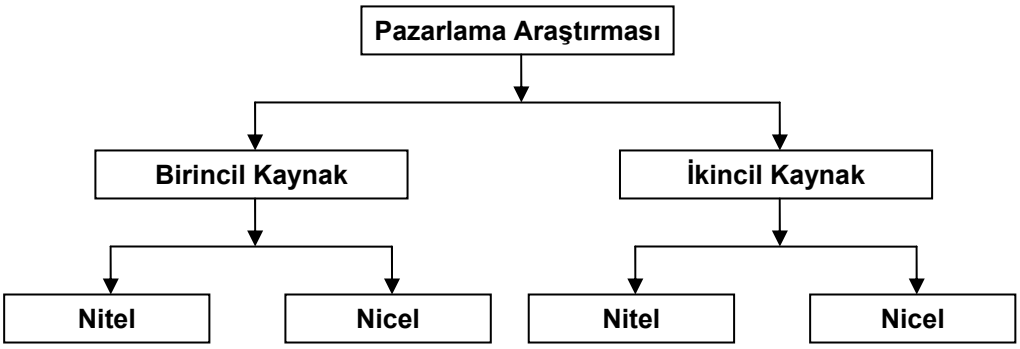
[146] F. Robert Dwyer, John Tanner, **Business Marketing**, USA, The Irwin McGraw Series in Marketing, 1999, s. 483

yararlar saptanır.[147] Bu aşama araştırmanın bu koşullar altında yapılmaya değer olup olmadığının değerlendirildiği aşamadır.[148]

Planlamanın dördüncü aşaması ise metodoloji ile ilgili aşamadır. Bu aşamanın da ilk adımı pazarlama probleminin kesin olarak saptanması ile ilgilidir. Bu aşamanın ikinci adımı ise araştırmanın ön çalışmasının yapılmasıdır. Bu adımda araştırmayı yapacak kişiler kendi tecrübelerine veya başkalarının tecrübelerine başvururlar ve böylece araştırmanın konu içeriği belirlenmiş olur. Bu ön çalışma, literatür çalışmasının da katkısıyla, daha sonra araştırma aracının temelini oluşturacaktır. Bu aşamanın üçüncü adımında araştırmanın modeli oluşturulur. Daha sonra sırasıyla hipotezler, hipotezlerin testi için kullanılacak istatistiksel analizler, örnekleme sürecinde kullanılacak örnekleme yöntemi ve veri toplanması için kullanılacak araç seçilir. Tüm bunlar yapılırken de maliyet, zaman, araştırmanın amacı gibi araştırma planına elverişli olması gerekli şartlar de dikkate alınır. Bütün bunlar planlandıktan sonra araştırmanın uygulanmasına başlanabilir.[149]

Müşteri memnuniyeti ile ilgili veriler nitel (qualitative) ve nicel (quantitative) araştırma yöntemleriyle toplanmaktadır. Nitel ve nicel yolla toplanmış bilgilerin pazarlama araştırmaları altındaki yeri Şekil-5'te gösterilmiştir.

Şekil-5 Kaynakların Nitel ve Nicel Olarak Sınıflandırılması



Kaynak: David A. Aaker, V.Kumar, George S. Day, **Marketing Research**, b.8, John Wiley & Sons, Inc., USA, 2003, s.188

[147] Kemal Kurtuluş, **Pazarlama Araştırmaları**, 7. bs., Literatür, İstanbul, 2004, s. 6–8
[148] David A. Aaker, V.Kumar, George S. Day, **Marketing Research**, 5. bs., John Wiley & Sons, Inc., USA, 1995, s. 11
[149] Kurtuluş, **a.g.e.**, s. 6–8

Nitel veya nicel yöntemler arasında seçim yapılırken araştırmanın amacı dikkate alınmalıdır. Çünkü nitel araştırma verileri ile nicel (anket) araştırma verileri birbirinden farklı özelliklerdedir. Bu farklılığı daha iyi anlaşılması için Tablo-3'te nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin varsayım, amaç, yaklaşım ve araştırmacının rolü boyutlarıyla karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo-3 Nicel ve Nitel Araştırma Yöntemlerinin Karşılaştırılması

NİCEL ARAŞTIRMA	**NİTEL ARAŞTIRMA**
Varsayım	
Gerçeklik nesneldir Asıl olan yöntemdir Değişkenler kesin sınırlarıyla saptanabilir ve bunlar arasındaki ilişkiler ölçülebilir Araştırmacı olay ve olgulara dışardan bakar, nesnel bir tavır geliştirir	Gerçeklik oluşturulur Asıl olan çalışılan durumdur Değişkenler karmaşık ve iç içe geçmiştir ve bunlar arasındaki ilişkileri ölçmek zordur Araştırmacı olay ve olguları yakından izler, katılımcı bir tavır geliştirir
Amaç	
Genelleme Tahmin Nedensellik ilişkisini açıklama	Derinlemesine betimleme Yorumlama Aktörlerin bakış açılarını anlama
Yaklaşım	
Kuram ve denence ile başlar Deney, manipülasyon ve kontrol Standardize edilmiş veri toplama araçları kullanma Parçaların analizi Uzlaşma ve norm arayışı Verinin sayısal göstergelere indirgenmesi	Kuram ve denence ile son bulur Kendi bütünlüğü içinde ve doğal Araştırmacının kendisinin veri toplama aracı olması Örüntülerin (pattern) ortaya çıkarılması Çokluluk ve farklılık arayışı Verinin, derinliği ve zenginliği içinde betimlenmesi
Araştırmacı Rolü	
Olay ve olguların dışında, yansız ve nesnel	Olay ve olgulara dahil öznel bakış açısı olan ve empatik

Kaynak: C. Glesne, A. Peskin, **Becoming Qualitative Researches: An Introduction**, White Plains, Longman,1992, Bu eserden alıntıyı yapan: Ali Yıldırım, Hasan Şimşek, **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, 5. bsk., Ankara, 2005, s. 49

Tablo-3'te de görüldüğü gibi nitel ve nicel araştırmalar birbirinden oldukça farklıdırlar. Bu anlamada hangisinin seçileceğine dikkatle karar vermek önemlidir.

Müşteri memnuniyetinin araştırılmasında kullanılan yöntemler nicel veya nitel olabilir. Ancak çalışmamızda kullanılan yöntem nitel olduğundan sadece nitel yöntemlere ilgili bilgi verilmesi uygun görülmüştür.

Nitel yöntemlerden müşteri memnuniyeti araştırması için kullanılabilecek yöntemler, derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesidir.

Derinlemesine görüşme, yüz yüze yapılan, görüşme konusunun detaylandırılarak araştırıldığı bir görüşme türüdür.[150] Bu görüşme türünde, görüşmeyi yapan ile görüşmeci karşılıklı konuşarak fikir alışverişinde bulunurlar. Ancak bu alışverişte, görüşmeyi yapanın daha pasif kalması beklenir.

Derinlemesine görüşmeler iki türde incelenir:[151] Birinci tür yönlendirilmemiş ikinci tür de odaklanmış görüşmedir. Görüşmenin bu türlerine bazı kaynaklarda, yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşme,[152] yönlendirilmemiş ve yarı yapılandırılmış görüşme[153] gibi farklı isimler verilse de içerik olarak hepsi aynıdır.

Yönlendirilmemiş görüşmede cevaplayıcıya konu çerçevesi içinde kalması şartıyla en üst seviyede özgürlük tanınır.[154] Bu türde önceden belirlenmiş bir soru listesi yoktur ve bu durumda görüşmecinin amacı belirli konuları keşfetmektir.[155]

Yönlendirilmiş görüşmede ise görüşmeci konunun ve alt konuların kapsadığı soru listesini takip etmeye çalışır.[156] Böyle bir listeyi takip ederek hem istediği ve ihtiyaç duyduğu konular hakkında bilgiler toplar, hem de aynı sorulara verilen cevaplardan kişiler arası farklılıkları karşılaştırıp tespit edebilir.

Müşteri memnuniyeti ölçümünde kullanılabilecek bir diğer nitel yöntem "odak grup görüşmesidir" (focus group interview).

---

[150] David A. Aaker, V. Kumar, George S. Day, **Marketing Research**, 8. bs., John Wiley & Sons, Inc., USA, 2003, s. 191
[151] Keith Gordon, Isobel Doole, **Low-Cost marketing Research: A guide for small businesses**, John Wiley & Sons, Britain, 1989, s. 64
[152] Ali Yıldırım, Hasan Şimşek, **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, 5. bsk., Ankara, 2005, s. 120
[153] Aaker, Kumar, **a.g.e.**, 8. bs., 2003, s. 192
[154] **A.e.**
[155] Yıldırım, Şimşek, **a.g.e.**, s. 120
[156] Aaker, Kumar, **a.g.e.**, 8. bs., 2003, s. 192

Odak grup görüşmesi de bir çeşit kişisel görüşmedir.[157] Ancak görüşmeden farkı, teke tek yapılması yerine seçilmiş bir grup ile yapılmasıdır. Odak grup görüşmeleri, katılımcılar arası etkileşimin bilgi üretme amacının lehine çevrilerek kullanıldığı bir grup görüşmesi çeşididir.[158] Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi grup görüşmesi yapılmasının en belirgin özelliği ve amacı, gerçek hayatta olduğu gibi kişilerin farklı fikirlerden etkilenmelerine ortam hazırlayarak bilgi toplamaktır. Örneğin günlük hayatta bir mal veya hizmet almadan önce müşterinin kafasında mutlaka bir veya birkaç alternatif vardır. Ancak müşteri satın alma kararını vermeden önce çevresine danışır ve bu süreçte kafasında var olan alternatifler diğer kişilerin fikirleri ve deneyimleri tarafından etkilenmeye açıktır. Odak grup görüşmesi bir nevi bu etkileşim ortamının suni olarak oluşturulduğu bir tekniktir. Bu özelliği ile odak grup görüşmesi görüşme ve anket yöntemine göre üstündür.

Odak grup görüşmesi özellikle kişilerin deneyim ve bilgilerini araştırmak için faydalı bir yöntemdir ve sadece insanların ne düşündüğünü değil, nasıl düşündüklerini ve neden böyle düşündüklerinin araştırılması için de kullanılabilir.[159] Bu özellik de bu yöntemin başka bir üstünlüğüdür. Çünkü anket yönteminde kişilerin sadece ne düşündükleri öğrenilebilir. Ancak anket yönteminin neden böyle düşündükleri ve nelerden etkilendiklerini ortaya koyması zordur. Odak grup görüşmesinin diğer bir üstünlüğü, tartışmaların sık sık kendiliğinden ortaya çıkan davranışları ve samimiyeti kışkırtmasıdır.[160] Görüşme yönteminden böyle bir üstünlük beklenemez. Yine odak grup görüşmesinin, görüşmeci grubu ile ilgili bazı üstünlükleri vardır. Bu üstünlükler, okuma yazma bilmeyen kişilerinde katılmasına imkân vermesi, görüşmeye formaliteye uymak için katılan kişileri konuşmak için cesaretlendirmesi, söyleyecek bir şeyi olmadığını düşünenleri ve hiç konuşmayanları cesaretlendirmesidir. Ayrıca, grup görüşmeleri tabu sayılan konuların konuşulmasını da kolaylaştırır. Çünkü grup üyelerinden daha az çekingen olanları, daha çekingen olanlar için duvarları yıkar. Bunun yanında görüşmeciler grubun ortak duyguları ve düşüncelerini ortaya çıkarmak için birbirlerini destekleyebilirler. Özellikle de genel kültürel yapıya uygun olmayan konularda, bu

---

[157] Charles W.Lamb, Jr, Joseph F. Hair, Jr, Carl McDaniel, **Principles of Marketing**, 2. bs., South-Western Publishing Co., USA, 1994, s. 244
[158] Jenny Kitzinger, "Qualitative Research: Introducing Focus Groups", 1995, (Çevrimiçi), http://bmj.bmjlearning.com/cgi/content/full/311/7000/299, 21.03.2006
[159] A.e.
[160] Aaker, Kumar, **a.g.e.**, 8. bs., 2003, s. 196

destek daha da belirgin hale gelir.[161] Ancak literatürde bu görüşle çelişen düşünceler de vardır. Bu görüşe katılmayanlar cinsellik, dini konular, politika gibi konularda gruptaki kişilerin birbirinden çekinebileceğini öne sürmektedirler.[162] Bu çelişkili görüşlerin olması bir yana, literatürde odak grupla yapılmış cinsel konu içerikli birçok araştırmaya rastlanmıştır.

Odak grup görüşmelerinin zayıf yönleri de vardır. Bu yönler özellikle odak grubu yönetecek kişi tarafından bilinmelidir. Bu zayıflıklardan birisi, katılımcılar arasında statü ve hiyerarşi olması, başka bir deyişle katılımcıların birbirini önceden tanımasıdır. Bu durum, tartışma sırasında yanlış bilgi vermelerine sebep olabilir.[163] Odak grup görüşmelerinin bir diğer zayıf yönü, organizasyonlarının diğer yöntemlere göre daha planlı olmayı gerektirmesidir. Katılımcıları görüşme için toplamak zor olabileceği gibi görüşmenin yapılacağı gerekli kayıt teknolojinin bulunduğu uygun yerin sağlanması da çok fazla zaman alabilir.[164]

Bu araştırmada kullanılan keşfedici odak grup görüşmesi, hipotez geliştirmede ve bir problemin tam olarak tanımlanmasında kullanılır. Keşfedici gruplarda kişiler arasında yüksek düzeyde etkileşim gerekliyken, deneyimler, grupta homojenlik, görüşmeyi yapanın görüşme tekniğinin uygunluğu, görüşmeyi yapanın bilimsel lisansı, raporda aynen alıntı gibi özellikler aranan özelliklerden değildir. [165]

Her araştırma süreci gibi odak grup görüşmesi süreci de önce tasarlanmalıdır.

Odak grup görüşmesinin tasarlanması süreci, araştırma amacının kullanılacak yöntem yönünden gözden geçirilmesi ile başlar. Araştırmacı araştırmanın amacını belirledikten sonra o amaca kendisini ulaştırabilecek araştırma yöntemini belirler. Her yöntem de her amaca hizmet etmek için uygun olmayabilir. Yıldırım ve Şimşek'e göre (2005) "… araştırmanın amacı sınırlı bir durumu (örneğin bir sınıf, bir okul, bir kurum, bir kurumun bir birimi, bir köy, vb.) çok boyutlu ve derinlemesine çalışmak istiyorsa, dahası o durum hakkında çok sınırlı sayıda araştırma soruları varsa bu amaca hizmet edebilecek en iyi yöntem nitel bir yöntem olacaktır."[166] Nitel yöntem çeşidine karar verilmesi için de, sorgulanacak ürün yada hizmetin özellikleri,

---

[161] Kitzinger, a.g.e.
[162] Yıldırım, Şimşek, **a.g.e.**, s.163
[163] **A.e.**
[164] Anita Gibbs, "Focus Groups", Social Research Update, 1997, (Çevrimiçi) http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU19.html, 05.05.2006
[165] Carl McDaniel, Jr, Roger Gates, **Contemporary Marketing Research**, 3. bs., West Publishing Company, USA, 1996, s. 179
[166] Yıldırım, Şimşek, **a.g.e.**, s. 155

görüşmeci grubunun özellikleri, maliyeti, uygulanabilirliği gibi konular dikkate alınmalıdır. Örneğin, kişisel görüşme, zaman maliyeti yüksek olan bir nitel araştırma yöntemidir. Ayrıca kişisel görüşmede, görüşülen kişi sayısı arttıkça sonuçların analiz edilmesi de zorlaşır.

Odak grup görüşmesi sürecinin ikinci adımı, soruların (tartışma rehberi, tartışma planı) araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilmesidir. Literatürde grup tartışma planı/tartışma rehberi olarak anılan soru listesi, grubu yönetenin grubu yönetirken kullanacağı taslaktır. Sorular hazırlanırken dikkat edilmesi gereken noktalar, kolay anlaşılabilecek, odaklı, açık uçlu, yönlendirmeyen, tek boyutlu, mantıklı bir sırayı takip eden, ayrıntıya/açıklamaya/aydınlatmaya yönelik sondalar içeren, sorular hazırlanmasıdır.[167] Sorular hazırlanırken dikkate alınması gereken bir başka konu grubun eğitim düzeyi ve özelliğidir. Örneğin, tıp bilimi ile ilgili bilgisi olmayan bir hasta grubuna tıbbi terimlerin içinde yer aldığı bir soru listesi hazırlamak mantıklı değildir ve araştırmadan istenen sonucun alınmasını zorlaştırabilir.

Odak grup sürecinin bir diğer adımı yer ve teknoloji planlamasıdır. Yer, 8-10 kişinin sığacağı büyüklükte, yeterli ışık alan, sessiz ve hava alan bir mekân olmalıdır. Görüşmenin kayıt edileceği cihazların temin edilmesi ve denenmesi de gereklidir. Cihazların kaliteli ve çalışır vaziyette olması oldukça önemlidir. Çünkü tekrar aynı kişileri toplamak zordur, bu kişiler toplanabilse bile görüşme süreci tekrar etmeyen bir süreçtir.[168]

Odak grup görüşmesi grubunun kaç kişiden oluşacağı ve nasıl özelliklerde görüşmecilerin davet edileceği araştırmanın amacına, araştırmaya konu durumundan dâhil olacakların toplam sayısı, homojenlik veya heterojenlik gereksinimi gibi unsurlar etkilidir.[169] Yapılan literatür incelemesi sonucu odak gruptaki kişi sayısının 4–15 arasında olabileceği ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır.[170] Özellikle araştırılacak konu, deneyim paylaşımı gerektiriyorsa grubun homojen olması önerilmektedir.[171]

---

[167] **A.e.**, s. 128
[168] **A.e.**, s. 158
[169] **A.e.**, s. 160
[170] Gibbs, a.g.e.
[171] McDaniel, Gates, **a.g.e.**, s. 179

Müşteri memnuniyeti ile ilgili araştırmalar da müşterilerin ürün veya hizmet ile ilgili deneyimlerine dayanmaktadır. Bu nedenle müşteri memnuniyeti ile ilgili yapılacak odak grup görüşmesinin görüşmeci profili benzer olmalıdır.

Odak grup görüşme bulguları raporlaştırılır. Raporda açığa çıkan en önemli konular vurgulanır ve raporun sonunda gündeme gelen konularla ilgili olarak öneriler sunulur.[172]

Odak grup görüşmesinden elde edilen bilgiler diğer yöntemlerden elde edilenlere göre oldukça ayrıntılı olsa da, unutulmaması gereken, odak grup görüşmelerinden elde edilen bilginin genel bir fikir olduğu, istatistiksel bir değerleme olmadığıdır. Her şeyden önemlisi, odak gruptan elde edilen sonuçlar karar verme aracı olarak kullanılmamalıdır. [173]

Müşterilere başvurularak yapılan çalışmalardan toplanan nitel ve nicel veriler, işletme içi analizleriyle (işgören görüşmeleri, kayıtlar v.s) de desteklenebilir.

1.3. Araştırmanın Amacı Ve Önemi

"Aile Planlaması Hizmetlerinin Tarihçesi" başlığı altında değinilen, nüfus politikaları, aşırı doğurganlığın anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri gibi konuların çerçevesinde, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması hizmetlerinin dağıtımı ve kalitesi son derece önemlidir. Bu hizmetlere herkesin ulaşabilmesi ve kullanımının arttırılması için dağıtımının iyi yapılması, hizmet alana maliyetinin mümkün olduğu kadar aşağıda tutulması, kalitesinin geliştirilmesi ve bölgenin dini kültürel özellikleri de göz önüne alınarak donanımlı personel yetiştirilmesi ve diğer sosyal ve kamu kurumlarıyla iş birliği yapılabilecekler arasındadır. Türkiye'de bugün hâlâ aile planlaması hizmetine ulaşamayan kişiler olduğu gibi bu hizmetin ulaştığı fakat kullanımının az veya yetersiz olduğu yerler de vardır. Bunun yanında aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşmasına rağmen sağlık göstergeleri hedeflenen oranlara çekilememiştir.

Araştırmanın konusu başlığı altında geçen, aşırı doğurganlığın anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri, beraberinde getirdiği sosyal ve ekonomik sorunlar,

---

[172] Hüner Şencan, **Sosyal Ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik**, Ankara, Seçkin, 2005, s. 520

[173] Holly Edmunds, "Focus Group Principles", American Marketing Association, (Çevrimiçi), http://www.marketingpower.com, 01.03.2006

kontrolsüz nüfus artışının getirdiği ekonomik ve çevre ile ilgili sorunlar gibi sebeplerden dolayı, aile planlaması hizmetlerinde başvuran memnuniyeti, hizmetin kullanımının devamlılığı, artışı ve ulaştığı kişi sayısının artması için oldukça önemlidir. Tüm bu nedenlerle, bu konu problem olarak ele alınmış ve araştırmaya değer bulunmuştur.

Araştırmanın önemi çerçevesinde bu araştırmanın amacı AÇSAP merkezi Aile Planlaması birimi kullanıcılarının aldıkları hizmetle ilgili tepkilerini, düşünme biçimlerini, akıl yürütme yöntemlerini, algılarını duygularını ve hassasiyetlerini derinlemesine ve çok boyutlu incelemektir. Bu araştırmada;

1. Aile Planlaması hizmetinin ekonomik, coğrafi ve kültürel ulaşılabilirliği ile ilgili bilgileri toplayarak
2. AÇSAP merkezinde verilen aile planlaması hizmetinin bilinilirliğini ve kullanımını arttıracak yolların ipuçlarını elde ederek
3. AÇSAP merkezinde verilen aile planlaması hizmetinin kullanım sürekliliğini sağlayacak bilgileri toplayarak
4. AÇSAP merkezinde verilen aile planlaması hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için gerekli bilgileri toplayarak
5. AÇSAP merkezinde ihtiyaç duyulan yeni hizmetleri saptayarak, aile planlaması hizmetlerinin daha çok kişiye daha etkin bir şekilde ulaşması hedefine katkıda bulunacak öneriler sunulmaya ve nicel araştırmalara temel oluşturmaya çalışılmıştır.

Sayılan amaçlar derinlemesine ve çok boyutlu bir araştırmayı gerektirdiğinden, Türkiye'de daha önce bu konuda nitel bir araştırma yapılmadığından, ayrıca da konu içeriği itibariyle zaman zaman mahrem sayılabilecek boyutlara sahip olduğundan (birinci ön çalışmada tespit edilen bir bilgidir) nitel araştırma yöntemlerinden birinin kullanılmasına karar verilmiştir. Nitel araştırma yöntemlerinden ise sosyal hayata uygun olduğu, kişiler arası etkileşime elverişli olduğu ve grup üyelerinin mahrem konularda birbirini cesaretlendirmesine imkân verdiği için odak grup görüşmesi tercih edilmiştir.

1.4. Araştırmanın Kapsamı Ve Kısıtları

Araştırmanın kapsamı, araştırmanın konu kapsamı, araştırmanın coğrafi kapsamı, araştırmanın zaman kapsamı, araştırmanın ana kütle kapsamı olarak dört boyut altında incelenecektir.

Araştırma konusunu kapsamında aile planlaması hizmetlerine ulaşılabilirlik, hizmetlerden duyulan memnuniyet ve yeni hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi yer almaktadır.

Kliniğin diğer birimleri, hizmetin ve kullanıcısının farklı olması sebebiyle kapsam dışı bırakılmıştır.

Araştırma, İstanbul ili, Şişli ilçesi, Okmeydanı mahallesindeki Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezi kullanıcılarını kapsayan pilot niteliğinde bir araştırma olup Türkiye geneline genelleme amacı gütmemektedir. Aile planlaması yöntemi kullanıcıları Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinin Aile Planlaması biriminden aktif olarak hizmet alanlardan seçilmiştir. Araştırmanın şahsi imkânlarla yapılmasından dolayı zaman ve maliyet kısıtı çerçevesinde araştırma sadece bir AÇSAP merkezinde yürütülmüştür.

Araştırma ön çalışmalarının yapılması, gerekli izinlerin alınması, gönüllü katılımcıların toplanması ve toplantı organizasyonlarının düzenlenmesi ile toplam 7 ay sürmüştür.

Araştırmanın bir diğer kısıtı da araştırmanın yöntemi gereği olan kısıtlardır. Katılımcıların gönüllü olması zorunluluğu ve görüşmeye ayrı zaman ve çaba harcayarak gelmeleri gereği, grupların demografik özelliklerinin ve buradan hizmet alma sayılarının homojenliğinin sağlanması gereği sebebiyle dokuzar kişilik iki grup toplanabilmiştir. Ön çalışma sonucu toplanması planlanan “çalışan kullanıcılar grubu” yeterli sayıya ulaşılamadığından toplanamamıştır. Ayrıca yöntemin yukarıda geçen özellikleri sebebiyle zaman maliyeti de artmıştır.

Araştırmanın bir başka kısıtı da gerekli kurumlardan izin alınırken soruların denetlenerek bazılarının sorulmasına izin verilmemesidir. Örneğin, “Düzenli takibi altında olduğunuz bir kadın doğum uzmanınız var mı?” sorusu sorulması izin verilmeyen sorulardan birisidir.

1.5. Aile Planlaması Hizmetlerinden Hizmet Alan Memnuniyeti İle İlgili Yapılmış Önceki Araştırmalar

Araştırma sürecinde, ön çalışmanın yanı sıra konuyla ilgili daha önce yapılmış araştırmalardan da yararlanılmıştır.

Yararlanılan araştırmalardan birisi Doğan'ın "Yöntem Seçmek Üzere Aile Planlaması Ünitesine Başvuran Kadınların Hizmete Yönelik Beklentileri ve Bu Beklentilerin Karşılanma Durumu" adlı yüksek lisans tezidir. Doğan'ın bu çalışması tanımlayıcı türde bir araştırmadır ve üç aylık bir dönemde SSK Bakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesinin Aile Planlaması Ünitesine yöntem seçmek için başvuran ve çalışmayı kabul eden 150 kadın ile yapılmıştır. Beklenti ve beklentilerin karşılanma durumu ile ilgili bilgiler iki ayrı form ile toplanmıştır. Araştırmanın sonuçlarında, hizmeti alan kadınların malzeme eksikliği probleminden rahatsız oldukları ve sağlık kurumuna gelirken de %70,7'sinin endişeli oldukları ortaya konmuştur. Kadınların endişelerini giderme ile ilgili öneriler arasında "güler yüzlü ve ilgili yaklaşım" birinci, "daha fazla bilgi verilmesi" de ikinci sırada yer almıştır. Kadınlar özellikle eşlerinin de aile planlaması hizmetlerinde rol alması için, hizmetin verilme yerinin genişletilmesi (okul, iş yerleri, medya) ve hizmet verilen saatlerin arttırılmasını (mesai saatleri dışında da verilmesi) önermişlerdir. Yine aynı araştırmanın sonuçlarına göre, danışmanın cinsiyetine ve yaklaşımına yönelik beklentileri iyi karşılanmıştır. Alınan danışmanlık ortamının kalabalık olmasından rahatsızlık duyulduğu ancak danışmanlık konularından ve verilme şekli ile ilgili beklentilerinin karşılandığı araştırmanın ortaya koyduğu sonuçlardandır. Hizmetin geliştirilmesi ile ilgili önerilerde, malzemenin kurumdan karşılanması, danışmanlık ortamının sakin olması ve daha fazla bilgi verilmesi ilk sıralarda yer alan önerilerdir. Kadınların demografik değişkenleriyle memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buna karşın daha önce yöntem kullanma durumu ve eşle birlikte hizmet alma durumunda memnuniyet düzeyinin etkilendiği ortaya konmuştur.[174]

Uz'un "Adana ve İçel İllerinde Sağlık Ocakları İle Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinden Aile Planlaması Hizmeti Alanların Algıladıkları Kalite Düzeyi (Memnuniyeti) ve Bunu Etkileyen Faktörler" adlı doktora tezi bu konu ile ilgili yapılan bir başka araştırmadır. Tez, iki araştırmayı içermektedir. Birinci araştırma

---

[174] Doğan, a.g.e.

memnuniyet önermeleri geçerlilik araştırmasıdır. Bu araştırmaya toplam 119 kişi katılmıştır. Diğer araştırma ise algılanan kalite düzeyinin ölçüldüğü araştırmadır. Araştırmaya aile planlaması hizmeti almak için başvuran 895 kadın katılmıştır. Araştırma tanımlayıcı tiptedir ve veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre hizmet almadan geri dönme nedenlerinin başında malzeme eksikliği vardır. Diğer bir bulgu ise, personelin kendilerine karşı olan davranışlarından memnun olduğunu ve olmadığını belirten kadınlar arasında gerek sınıflanmış algılanan kalite durumları gerekse toplam algılanan kalite puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasıdır. Çalışmada bekleme süresinin uzun olarak algılanmadığı ortaya konan bir diğer sonuçtur. Beklenti önermelerinin testinde dikkat çeken bir başka sonuç ta hizmet sunanın cinsiyetinin, uzman hekimden hizmet almanın, kuruluşa ulaşmak için harcanan sürenin beklentiler arasında yer almadığı sonucudur.[175]

Araştırmada yararlanılan bir diğer kaynak; T.C. Sağlık Bakanlığının "İstanbul Aile Planlaması Kalite Araştırmaları 1998–2000 Karşılaştırmalı Raporu" adlı iki farklı tarihte yapılarak tek bir raporda toplanmış araştırmaların raporudur. Bu araştırma İstanbul'da yapılmıştır ve rapor iki farklı tarihte yapılmış içerik olarak aynı iki araştırmanın karşılaştırılmalı bulgularını içermektedir. Aslen araştırma bir kalite araştırmasıdır. Ancak kalite araştırması içinde başvuranların kalite algısını ölçen bir bölüm de vardır. Bilgiler 13 soruluk bir soru formu ile toplanmıştır. 1998 yılındaki araştırmaya 928, 2000 yılındaki araştırmaya ise 2477 kişi katılmıştır. Araştırma sonuçları Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Özel Hastaneler, AÇSAP merkezleri, Sağlık Ocakları altında gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Bu rapordaki karşılaştırmalı sonuçlardan en çok dikkat çekeni özel hastanelerin 1998 yılındaki algılanan hizmet kaliteleriyle 2000 yılındakiler arasında olumsuz yönde çok büyük bir fark olması, buna karşın AÇSAP merkezleri ve Sağlık Bakanlığının diğer aile planlaması hizmeti veren kurumlarının algılanan kalite düzeyinin artmış olmasıdır.[176]

---

[175] Hulki Uz, "Adana ve İçel İllerinde Sağlık Ocakları ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinden Aile Planlaması Hizmeti Alanların Algıladıkları Kalite Düzeyi (Memnuniyeti) ve Bunu Etkileyen Faktörler", Doktora Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002

[176] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Kalite Araştırmaları 1998–2000 Karşılaştırmalı Raporu", Araştırma Raporu, Management Sciences for Health, Ankara, 2001

Kullanılan bir diğer kaynak Sağlık Bakanlığının "Aile Planlaması Kalite Araştırmaları" adlı dört ilde (İstanbul, Kocaeli, Adana, İçel) yaptığı araştırmanın raporudur. Bu araştırmada kullanıcıya oturması için yer gösterilmesi, ayrılan zamanın yeterliliği, verilen bilgiyi kolayca anlama durumu sorgulanmıştır. Ayrıca sözü edilen durumlara ek olarak hap ve kondom kullanıcılarına spesifik sorular sorulmuş ve ek yöntem olarak anonim ziyaretçi yöntemi kullanılmıştır. Hap ve kondom kullanıcılarında sorgulanan; bekleme süresi, sağlık personelinin nezaketi, personelin adını söylemesi, oturmak için yer gösterilmesi, yöntem tercihinin sorulması broşür sağlanması, yeterli zaman ayrılmasıdır. Araştırmanın raporunda hap ve kondom kullanan kadınların verilerinden elde edilen bilgilerle, anonim ziyaretçilerden elde edilen bilgiler karşılaştırılmıştır.[177]

Baykan ve diğerlerinin "Ankara İl Merkezindeki 5 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması" adlı makalesi kullanılan bir diğer kaynaktır. Araştırma tanımlayıcı tipte olup nicel bir araştırmadır. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Söz konusu makaledeki araştırma 2493 kişi üzerinde yapılmıştır ancak bunlardan 168'i aile planlaması ünitesine başvuranlardandır. Aile planlaması hizmetleri için başvuranların %70,8'i memnun, %14,3'ü çok memnundur. Hizmetten memnun olmayanların %38,3'ü personelden, %32'si hizmetin pahalı olmasından şikâyetçidir.[178]

Erci'nin "Turkish Woman's Satisfaction With Family Planning Services" adlı araştırması, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmaya aile planlaması hizmeti için başvuran 406 kadın katılmıştır. Toplam 37 maddelik beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre başvuranlar aldıkları hizmetten tatmin olmuşlardır. Araştırmada tatmin düzeyinin demografik değişkenlerden etkilendiği ortaya konmuştur. Genç kadınlarda ve daha eğitimli olanlarda, diğerlerine göre daha yüksek düzeyde tatmin duygusu yaşadıkları da ortaya konmuş bir başka sonuçtur.[179]

---

[177] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Kalite Araştırmaları Raporu", Araştırma Raporu, Management Sciences for Health, Ankara, 2000

[178] Zeynep Baykan, Seçil Özakan, Işıl Meral, "Ankara İl Merkezindeki 5 Ana- Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması", **8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2002 (Çevrimiçi), http://www.dicle.edu.tr, 02.12.2005

[179] Behice Erci, "Turkish Women's Satisfaction With Family Planning Services", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, 7, 4; Health Module, Dec 2002

Williams ve diğerlerinin, "Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews" adlı makalesi yararlanılan bir diğer kaynaktır. Araştırma Latin Amerika'da ve Karayipler'deki sekiz ülkede 15.657 kişi ile yapılmıştır. Çoğu kapalı uçlu (evet/hayır) 28 sorudan oluşan veri toplama aracı, kişiler hizmeti aldıktan sonra uygulanmıştır. Araştırmacılar, kullanılan ölçüm aracının geleneksel yöntemlerle arasındaki farkı ile ilgili açıklamalarında, aracın diğerlerinden en temel farkının, tatmini düşüren ve geliştirilmesi gereken özellikleri vurgulaması olduğunu belirtmişlerdir. Aile Planlaması hizmeti iki boyut altında ele alınmıştır. "Ulaşılabilirlik", kliniğin açık olduğu saatler, kliniğin lokasyonu, ücret ve bekleme süresi gibi hizmet almaya kadar olan süreci kapsayan boyuttur. Diğer boyut ise "kalite"dir. Kalite de danışmanlık süreci, personel tutumu, soru sorma fırsatı, mahremiyet v.b. gibi, hizmetin kendisi ile ilgili unsurları kapsar. Araştırmanın yapıldığı bölge için, tatmini düşüren en önemli unsurlar; bekleme zamanı, kliniğe ulaşım, ücret, kliniğin faaliyette olduğu saatler olarak ortaya konmuştur.[180]

Anderson ve diğerlerinin "A Qualitative Analysis of Women's Satisfaction With Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centers of Excellence in Women's Health" isimli makale olarak yayınlanmış araştırması, konu hakkında yapılmış önceki araştırmalardan birisidir. Bu araştırma nitel bir araştırmadır ve bilgi toplama aracı olarak odak grup görüşmesi kullanılmıştır. Araştırma 18 odak grup ile yapılmış ve toplam 137 kadın katılmıştır. Toplanan verilerin analizinden üç küme elde edilmiş ve kümenin kendi alt boyutları ortaya konmuştur. Bu kümeler; "Kadın Sağlığına Bakış", "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Boyutları" ve "Hastalığın Önlenmesi ve Tedavisi"dir. "Kadın Sağlığına Bakış" kümesi kendi içinde, genel psikolojik sağlık, sosyal destek ve roller, üreme sağlığı ve doğum, alternatif tıp, (spesifik olmayan hastalıklardan) korunma boyutlarına ayrılmıştır. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Boyutları" ise, ulaşılabilirlik, personel, mahremiyet, empati, hizmet verenlerin teknik becerileri, bakım koordinasyonu ve çevredir. "Hastalığın Önlenmesi ve Tedavisi" kümesi ise, şeker hastalığı, kalp-damar hastalıklarından korunma ve

[180] Timothy Williams, Jessie Schutt- Ainé, Yvette Cuca, "Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews", **International Family Planning Perspectives**, 2000, 26 (2)

tedavi, göğüs kanseri, eklem hastalıkları (osteoporoz, romatizmal hastalıklar, artritler v.b) boyutlarından oluşmaktadır.[181]

Konu hakkında yapılmış bir başka nitel araştırma Gready ve diğerlerinin yaptığı "South African Women's Experiences of Contraception and Contraceptive Services" isimli çalışmadır. Bu çalışma tarih olarak eski sayılabilecek bir tarih olan 1995'te yayınlanmasına rağmen gerek bu konuda çok az yapılmış olan nitel araştırmalardan birisi olması, gerekse içeriği bakımından zengin olması açısından araştırmayı dikkat çekici kılmaktadır. Araştırmayı dikkat çekici kılan diğer özellikleri de sağlık hizmetlerinin çok iyi ve yaygın olarak verilmediği bir bölgede yapılması, dolayısıyla aksaklıkların ve sonuçlarının daha iyi ortaya konmasını sağlamasıdır. Araştırmanın bir özelliği de farklı etnik gruplarda ve dinlerdeki kişilerin hizmetleri algılamalarına yansıyacak zengin bakış açıları ve düşünme biçimlerini ortaya koymasıdır. Bu çalışma toplam 86 kadının katıldığı 12 odak grup ile yapılmıştır. 86 görüşmecinin profili, din, ırk, mezhep ve sosyal sınıf kriterlerine göre on iki gruba ayrılarak tanımlanmıştır. Bu kümelerin arasında kaçakların ve evsizlerin bulunması da dikkat çekici bir başka noktadır. Çünkü aile planlaması hizmetlerine en zor ulaşan kesimler sosyo-ekonomik seviyesi düşük kesimlerdir ve onların da bu hizmetlere ulaşım ve kullanım hakkındaki fikirlerinin alınması önemlidir. Araştırmanın bulguları arasında en çarpıcı olarak nitelendirilebilecek olanı ise, cerrahi sterilizasyon yapılmış üç kadının bu yöntemin kalıcı olduğundan haberdar olmadığıdır.[182]

---

[181] Roger T. Anderson v.d., "A Qualitative Analysis of Women's Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centers of Excellence in Women's Health", **Journal of Women's Health & Gender–Based Medicine**, 10 (7), 2001

[182] Meg Gready v.d., "South African Women's Experiences of Contraception and Contraceptive Services", 'Women's and Men's Perspectives on Fertility regulation Methods and Services' (meeting), Geneva, November 1995, (Çevrimiçi), http:// www.who.org, 21.01.2006

2. Araştırmanın Metodolojisi

Araştırmanın metodolojisinden bahsedilen bu bölüm beş başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar; “araştırmanın ön çalışması”, “araştırmanın modeli”, “örnekleme süreci”, “araştırmada kullanılan veri toplama yöntemi ve aracı” ve “araştırmanın soru formu” şeklinde sıralanmaktadır.

2.1. Araştırmanın Ön Çalışması

Yapılan literatür taramasında, Türkiye’de daha önce yapılan ve aile planlaması hizmeti veren kurumlardan hizmet alanların memnuniyetini değerlendiren çalışmaların nicel olduğu görülmüştür. Nicel yöntemlerle toplanan bilgiler genelleme yapmak üzere toplanmaktadır. Ancak, aile planlaması ile ilgili konular Türk örf ve adetlerine göre mahrem konulardır. Aile planlaması yöntemi kullanıcılarının veya adaylarının bu kurumlara gelmeden önce aşmaları gereken engellerden birisi bu konuların bir yabancıyla paylaşılacak olmasının rahatsızlığıdır. Sözü edilen bu kültürel engellerden dolayı kullanıcılardan kendilerinin rahatlatılmadığı bir ortamda ve şekilde anket sorularıyla doğru cevaplar alınmasının güçleştiği tahmin edilmiştir. Bu nedenlerle bu konuda nicel araştırma araçlarıyla sağlıklı bilgi alınıp alınamayacağının tespitini yapmak için açık uçlu sorulardan oluşan bir anket, rastgele seçilen yedi aile planlaması yöntem kullanıcısına uygulanmıştır. Bu araştırmanın anket formunda bulunan sorular aşağıdakilerdir:

1. Buraya gelirken hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz?
2. Buranın açık olduğu saatler size uygun mu?
3. Hizmeti almak için çok beklediniz mi?
4. Hizmet aldığınız personelin size karşı olan davranışını nasıl buldunuz?
5. Hizmet aldığınız personelin cinsiyeti sizce önemli mi?
6. Hizmet alırken utanmanıza/ sıkılmanıza neden olunan bir olay yaşadınız mı?
7. Aile planlaması yöntemini kendi rızanızla mı seçtiniz? Eşinizin karar vermede etkisi oldu mu?
8. Danışmanlık sırasında anlatılanları anladınız mı? Soru sorma fırsatınız oldu mu?
9. Daha iyi hizmet almanız için değişmesini istediğiniz şeyler nelerdir?

Bu sorular yedi kullanıcıya sorulmuş ancak yeterli cevaplar alınamamıştır. Bu nedenlerle araştırmanın bu aşamasında araştırmanın çerçevesini oluşturacak bilgilerin, görüşmecilere rahatlama ve birbirinden etkilenme fırsatı tanıyan bir yöntem olan odak grup görüşmesi yöntemiyle toplanmasına karar verilmiştir.

Böylece ön çalışmanın ikincisi, yedi kişilik odak grup çalışmasıyla yapılmıştır. Bu çalışma Tekirdağ ili Çerkezköy ilçesi Sağlık Ocağında yapılmıştır. Çalışma, ön çalışma olduğundan gerekli izin başhekimden alınmıştır. Görüşmeciler rastgele seçilen, görüşmeye gönüllü katılan aile planlaması yöntemi kullanıcılarıdır. Grup demografik değişkenleri, eğitim ve meslek hariç, benzerdir. Meslek ve eğitim durumu dağılımı ise heterojendir. Bu çalışma, deneyim aktarımına bağlı bir çalışma olduğundan yöntembilim açısından sakıncalı sayılsa da, bilgiler başka bir çalışmanın temelini oluşturacağından (aynı zamanda keşfedici özellik taşıdığından) burada heterojenlik, gerekli genişlikte bilginin toplanmasına hizmet etmiştir. Örneğin, çalışan görüşmeciler kliniğin açık olduğu saatler ile ilgili sorularla daha çok ilgilenmiş, eğitim seviyesi yüksek görüşmeciler de kendilerine verilmesini istedikleri eğitimi tarif etmişlerdir.

Görüşme, tanışma ve ısınma konuşmaları hariç kırk beş dakika sürmüştür. Görüşmede Ek-1 Ön Çalışmanın Soru Formu (Grup Tartışma Planı) takip edilmiştir. Çalışma süresince katılımcıların fikirlerini destekleyici veya reddedici sözcüklerden ve beden hareketlerinden kaçınılmış, daha çok devam etmeleri için desteklenmişlerdir. Bu çalışma sonucu öne çıkan bilgiler şöyle özetlenebilir.

Görüşme grubunun bir kısmı çevre ilçelerden ve beldelerden gelmiş ve oturdukları yerlerde sağlık kurumları olmasına rağmen bu hizmetin bu kurumlarda verilmediğini belirtmişlerdir. Bu bilgilerin ışığında hizmet dağıtımının yetersizliği göze çarpmaktadır. Yeterince dağıtılmayan hizmete ulaşım maliyet olarak artmakta ve zorlaşmaktadır.

Kurumla ilgisi olmayan, ancak ulaşılabilirlik ile ilgili başlıca iki sorun tarif edilmiştir. Bunlardan ilki, çocukların kuruma getirilmesi zorunluluğudur. Küçük çocuğu olan başvuranların, kuruma gelirken çocuklarını emanet edecek yer sorunu olduğundan, onları beraberinde getirmek zorunda kaldıkları ve bunun hizmeti alma sürecini oldukça zorlaştırdığı toplanan bilgilerden anlaşılmaktadır. Ortaya çıkan bir diğer sorun da çalışan kullanıcıların kliniğin açık olduğu saatlerde kendilerinin de çalışması sebebiyle buradan yararlanmak için üstlerinden izin almak zorunda

olmalarıdır. Üstelik de aile planlaması hizmetleri mahrem konular olduğundan kullanıcılar izin alırken zorluk çektiklerini de belirtmişlerdir.

Hizmete ulaşma ile ilgili tarif edilen bir diğer sorun da hizmet almadan önce bekleme süresidir. Bu sürenin uzun olması veya ne kadar süreceğinin belirsiz olması özellikle uzaktan gelenler veya çocuklarıyla gelenler tarafından sorun olarak tanımlanmıştır. Yine grupta hizmetin alınması ve süresi hakkında personel ile ilk (kayıt sırasında) görüşmede bilgilendirilme isteği dile getirilmiştir.

Kullanıcılara tüm yöntemler anlatılmamakta, genelde kuruma gelmeden önce almayı düşündükleri yöntem, yan etkileri ve diğer özellikleriyle anlatılmaktadır. Buradan da genel danışmanlığın yetersiz verildiği, ancak yönteme özel danışmanlığın verildiği anlaşılmaktadır.

Aile planlaması hizmeti veren sağlık personelinin davranışlarının oldukça önemsendiği toplanan bilgiler çerçevesinde söylenebilir. Burada dikkat çeken bir başka nokta da kurumun personelinin davranışlarının nazik olarak tanımlanmasının yanı sıra personelin isimleriyle anılması ve burayı çok sık kullananların personel ile duygusal bağı andıran deneyimleri yaşamış olmalarıdır. Yine de görüşme devam ettikçe nezaket ile ilgili olmasa bile, ilgi ve bilgilendirme ile ilgili eleştiriler yapılmıştır.

Özellikle öne çıkan eleştiri konusu yöntemin olmadığı zamanlarda veya herhangi bir sebeple başka bir sorun olduğunda, zamanında bilgilendirme yapılmadığı için kullanıcıların bazen boşuna beklediği gibi hizmet alma süreci ile ilgili konulardır.

Hizmet verenlerin cinsiyeti hakkında yapılan tartışmada ilk tercihte cinsiyetin önemli olduğu ancak güven, değer görme, bilgilendirme gibi konuların daha önemli olduğu ön plana çıkmıştır. Burada dikkat çeken bir diğer nokta da hizmet veren sağlık personelinin cinsiyetinin hizmet alan kadınlardan çok eşlerinin ilgi alanına girmesidir.

Hizmetin fiyatı hakkında yapılan tartışmada fiyat “çok uygun” olarak tanımlanmıştır. Görüşmeciler bu kurumun aile planlaması biriminin kendilerine tavsiye edilmesindeki en önemli sebebin fiyat olduğunu ve kendilerinin de en çok bu sebeple başkalarına tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir. Görüşmeciler buradan aldıkları hizmetin fiyatını, özel sektörden alınan ve içeriği aynı olan hizmet fiyatı ile karşılaştırmışlardır.

Kliniğin açık olduğu saatlerle ilgili ciddi olarak tanımlanabilecek sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu durumdan hem çalışanlar hem de çalışmayanlar farklı nedenlerden dolayı memnun değildir.

Görüşmeciler kuruma gelip zaman zaman aile planlaması yöntemlerini sağlayamadan geri dönmektedirler. Hizmet almaya uzaktan gelenlerin bu konuya daha duyarlı oldukları görülmüştür.

Danışmanlık süresince başvuranların mahremiyetine saygı gösterilmektedir. Ancak bu konuyla ilgili rahatsızlık süreçten dolayı değil kurumun ve birimin yerleşim planından dolayı tanımlanmıştır. Örneğin bekleme salonunun ve tuvaletin tüm birimlerin hastalarıyla ortak kullanılması rahatsızlık verici olarak tanımlanmıştır. Ayrıca tuvaletin kapısının tüm birimlerce kullanılan bekleme salonuna açılması da rahatsızlık verici bulunmuştur.

Fiziksel olarak binanın ve birimin bölümlerinin nasıl bulunduğu sorulduğunda tuvalet dışındaki yerlerin temiz ancak hizmet alınan odaların gürültülü olduğu belirtilmiştir. Bu ifadede görülen temizlik veya gürültü sorunu olsa da, bu sorunun kaynağında yine tüm birimlerin aynı salona açılması ve salondan gelen gürültünün odalarda duyulması veya tuvaletin çok fazla ve farklı hasta grupları tarafından kullanımıdır.

Kullanıcılara değişmesini veya eklenmesini istedikleri hizmetler nelerdir diye sorulduğunda, kuruma gelmeden önce sağlayacakları malzemenin var olup olmadığını öğrenmek için telefonla irtibat kurma taleplerini dile getirmişlerdir. Bunun yanında her geldiklerinde yöntemi bulma isteği, kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili eğitim seminerleri gerekliliği ve süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme isteklerini belirtmişlerdir.

Kullanıcılardan birisi hariç hepsinin bu kuruma ilk gelişleri, başkalarının tavsiyesiyle olmuştur. Bazıları komşusu, akrabası v.s. den bahsederken bazılar da çalıştıkları işyerinin hemşiresi tarafından yönlendirildiklerini ifade etmişlerdir.

Ön çalışmada elde edilen bilgilerle araştırmanın tasarımı yapılmış, içeriği belirlenmiş ve araştırmanın temeli bu bilgilerin üzerine oturtulmuştur.

2.2. Araştırmanın Modeli

Yapılan literatür çalışmasında, bu konuda daha önceden Türkiye'de yapılan çalışmaların[1] [2] [3] [4] [5] nicel ve tanımlayıcı tipte araştırmalar olduğu görülmüş, dünya

[1] Hulki Uz, "Adana ve İçel İllerinde Sağlık Ocakları ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinden Aile Planlaması Hizmeti Alanların Algıladıkları Kalite Düzeyi (Memnuniyeti) ve Bunu Etkileyen Faktörler", Doktora Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002

literatüründe de sadece iki tane nitel araştırmaya rastlanmıştır. Gerek araştırmanın AÇSAP merkezi Aile Planlaması birimi kullanıcılarının aldıkları hizmetle ilgili tepkilerini, düşünme biçimlerini, akıl yürütme yöntemlerini, algılarını, duygularını ve hassasiyetlerini derinlemesine ve çok boyutlu inceleme amacından, gerek araştırmanın ön çalışmalarından elde edilen aile planlaması konularının mahrem konular olduğunu gösterir bilgilerden, gerekse Türkiye'de bu konuda daha önce yapılmış nitel bir araştırmaya rastlanmamış olmasından dolayı araştırma verileri nitel yöntemle toplanmıştır. Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi yöntemi kullanılmış, keşfedici bir araştırmadır.

2.3. Örnekleme Süreci

Yapılan literatür incelemesinde, odak grup çalışmasında seçilecek katılımcıların sayı ve niteliklerinin, araştırmanın amacına ve soruların özelliğine göre belirlenmesi önerilmektedir. Odak grup görüşmesi için önerilen en ideal sayı 6-8 kişidir.[6] Ancak literatürde 4 kişi ile de 15 kişi ile de odak grup görüşmesi yapanlar vardır.[7] Bu araştırmada da, toplanan grup ve kişi sayısını, araştırmanın amacı, ön araştırma, soruların özelliği ve kısıtlar belirlemiştir.

Araştırmanın ana kütlesi Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinin Aile Planlaması birimi kullanıcılarıdır. Bu merkezin aylık kullanıcı sayısı ortalama 160'tır. Görüşmeye katılan kişi sayısı 18'dir ve bu sayı da ana kütlenin %11.25'idir.

---

[2] Behice Erci, "Turkish Women's Satisfaction With Family Planning Services", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, 7, 4; Health Module, Dec 2002

[3] Zeynep Baykan, Seçil Özakan, Işıl Meral, "Ankara İl Merkezindeki 5 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması", **8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2002, (Çevrimiçi), http://www.dicle.edu.tr, 02.12.2005

[4] Yeliz Doğan, "Yöntem Seçmek Üzere Aile Planlaması Ünitesine Başvuran Kadınların Hizmete Yönelik Beklentileri ve Bu Beklentilerin Karşılanma Durumu", Y.L.Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005

[5] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Kalite Araştırmaları 1998–2000 Karşılaştırmalı Raporu", Araştırma Raporu, Management Sciences for Health, Ankara, 2001

[6] Ali Yıldırım, Hasan Şimşek, **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, 5. bsk., Ankara, 2005, s. 160

[7] Anita Gibbs, "Focus Groups", Social Research Update, 1997, (Çevrimiçi), http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU19.html, 05.05.2006

Odak grup görüşmesine katılacak Aile Planlaması hizmeti kullanıcılarının iletişim bilgileri yaklaşık iki ay boyunca hizmet sahasında toplanmıştır. Yöntem gereği katılımcıların ve grupların demografik özelliklerinin benzer olması zorunluluğu, Aile Planlaması biriminden hizmet alma sayılarının birden fazla olma zorunluluğu, çocuk sayıları bakımından, hem katılımcıların hem de grupların benzer olmalarını sağlama çabası ve katılımcıların gönüllü olması gereği, kullanıcıları toplama için kullanılan zamanı arttırmıştır. Sonuçta iki grup toplanmıştır. Bu gruplar kendi içlerinde de kendi aralarında da meslek, çocuk sayısı, eğitim ve gelir düzeyi bakımından benzerdir. Yalnızca yaş olarak iki grup farklı ortalamalara sahiptir. Grup kriteri olarak 34 yaş, sınır olarak alınmış ve bu sınırın altı ve üstü iki farklı grup olarak oluşturulmuştur. 34 yaş üstünden, menapoza kadar olan süreçteki kadınlar, halâ gebe kalabilecek ama tıbben gebeliklerin istenmediği bir gruptur. Çünkü, 34 yaş üzerindeki kadınlarda bazı riskler belirir ve bu riskler de gebeliği hem anne hem de çocuk yönünden riskli kılmaktadır.[8] Gruplardan 20-32 yaş grubuna on kişi davet edilmiş ancak gelenlerden birisinin grubun homojenliğini bozan bir özelliği olduğu anlaşılınca görüşmeye alınmamış ve demografik değişkenler ile ilgili soru formu iptal edilmiştir. 35–47 Yaş arası kullanıcıları içeren gruba dokuz kişi davet edilmiş ve hepsi görüşmeye katılmıştır.

Sonuç olarak dokuzar kişilik iki grup toplanmıştır. Araştırmanın ön çalışmasında toplanması planlanan “çalışan katılımcılar grubu” yeterli gönüllü katılımcı sağlanamadığından toplanmamıştır.

2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi Ve Aracı

Araştırma, daha önce de belirtildiği gibi, Türkiye’de kullanıcıların aile planlaması hizmetlerini değerlendirmeleri ile ilgili nitel yöntemlerden biriyle yapılmış bir araştırma yapılmadığı için, mevcut durumu ortaya koymayı amaçlayan keşfedici bir araştırmadır.

Amaca ulaşmak için gerekli verilerin toplanmasında, nitel (qualitative) yöntemlerden, odak grup görüşmesi (focus group interview) yöntemi kullanılmıştır.

---

[8] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **Aile Planlamasında Temel Bilgiler**, İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1997, s. 12

Demografik değişkenler de 17 soruluk Ek-2 Demografik Değişkenler Soru Formu ile toplanmıştır. Bu soru formunun ilk 11 sorusu kişilerin demografik özellikleri, sonraki iki sorusu (12,13) kurumu kullanım süresi ve ilk defa hangi yolla geldiği ile ilgi sorular, son dört sorusu (14,15,16,17) da memnuniyet ile ilgilidir.

Bu soru formunun sonunda yer alan son dört soru (14,15,16,17) grubun görüşmeciler üzerindeki etkisinin görmek için görüşmeden önce de sonra da sorulmuş sorulardır. Bu sorularda görüşmecilerin kuruma bir daha gelip gelmeyecekleri, kurumu çevrelerine tavsiye edip etmeyecekleri, maddi imkânlarının çok iyi olması durumunda yine bu kurumu tercih edip etmeyeceklerini ve memnuniyetleri (yüz ölçeği ile) sorgulanmıştır.

Görüşmeciler yaklaşık iki ay boyunca hizmet verilen saatlerde, özelliklerine göre görüşmeye katılmak üzere davet edilmiş, katılmayı veya gününe göre katılmayı kabul eden görüşmecilerin iletişim ve profil bilgileri alınmıştır. Daha sonra profillerine göre gruplandırılarak, telefonla toplantıya davet edilmişlerdir. Toplam iki grup toplanmıştır.

Görüşmeciler görüşme salonuna gelmeden önce teknolojik aletler hazırlanmış ve oturma düzeni “U” şeklinde düzenlenmiştir. Görüşme sırasında yiyecek ve içecek ikramında bulunularak rahatlamaları amaçlanmıştır.

35-47 yaş grubunun toplandığı görüşme 1 saat 30 dakika sürmüştür. Bunun 20 dakikası tanışma, bilgilendirme ve demografik değişkenlerin bulunduğu soru formunun doldurulmasıyla geçmiştir.

20-32 yaş grubunun görüşme süresi ise 2 saat sürmüştür. Bunun 30 dakikası tanışma, bilgilendirme ve demografik değişkenlerin bulunduğu soru formunun doldurulmasıyla geçmiştir.

Tanışma ve bilgilendirmede, araştırmacı dahil herkes kendini tanıtmıştır. Araştırmanın amacı ve önemi, görüşmecilere kısaca açıklanmış ve araştırmacının kurumla ilgisinin olmadığı, kendi isimlerinin hiçbir yerde geçmeyeceği, söylenenlerin ham bilgi olarak (kayıtların) kurumdan herhangi bir kişi tarafından dinlenmeyeceği gibi bilgiler, rahatlatılmaları amacıyla verilmiştir. Ayrıca soruların doğru ve yanlış cevaplarının olmadığı, sadece ne düşünüyorlarsa onu söylemeleri gerektiğinin altı çizilmiştir. Yine bu safhada kayıtların kaliteli olarak elde edilebilmesi için aynı anda konuşmamaları konusunda uyarılmışlardır.

Görüşme sırasında Ek-3 Araştırmanın Soru Formu (Grup Tartışma Planı) izlenmiştir. Görüşme sırasında aynı anda yapılan konuşmalar kontrol edilmeye

çalışılmıştır. Görüşmecilerin konuyu saptırma eğilimi göstermelerine, engellenmiş hissetmemeleri için, zaman kaybına yol açmayacak ölçüde izin verilmiş ve ilk fırsatta konu toparlanmaya çalışılmıştır. Bazen konu henüz sorulmamış soruların cevaplarına doğru kaydığında tartışmanın akışını bozmamak ve aynı tartışmanın, soru sorulduğunda elde edilemeyeceği kaygısıyla müdahale edilmemiş aksine görüşmeciler tartışmanın devam etmesi için teşvik edilmişlerdir. AÇSAP merkezinde aile planlamasından başka birimler de olduğundan, tüm görüşme boyunca hangi birim hakkında bahsedildiği sürekli tekrarlanmıştır. Örneğin görüşmeci personelden bahsederken "aile planlamasının personeli değil mi?" diye yenilenmiştir. Bir görüşmeci ilginç/alışılmadık bir şey söylediğinde diğerlerinin ne düşündüğü mutlaka sorulmuştur veya bir görüşmeci aksi bir fikir söylediğinde onun gibi düşünmediğini daha önce belirtenlere ne düşündükleri mutlaka sorulmuştur. Bir soru üzerinde tartışma devam ederken, fikirleri reddedici veya onaylayıcı sözcük ve mimiklerden kaçınılmaya dikkat edilmiştir. Görüşmeciler daha çok söylediklerine devam etmeleri konusunda teşvik edilmişlerdir. Sürekli tek yönlü (sadece olumlu veya sadece olumsuz) deneyimler anlatılırken tersini yaşayıp yaşamadıkları mutlaka sorulmuştur. Bir sorunun tartışılması bittiği yerde veya fikirlerin dağınık, anlaşılması güç bir şekilde ifade edilmesi durumunda, araştırmacı anladığı sonucu ifade haline getirip grubun onayına sunmuştur. Her sorunun tartışılmasının bittiği yerde "Söylenenlere bir şey eklemek isteyen var mı?" veya "Söylenenlerin tersini düşünen var mı?" soruları sorulmuştur. Soru formunun son sorusu yeni hizmet ihtiyaçlarının tespiti ve var olanların düzeltilmesi/geliştirilmesi ile ilgili gruptan öneri ve istekte bulunmaları istenmiş ve beyin fırtınası yapmak üzere yönlendirilmişlerdir. Görüşme bitiminde görüşmecilere teşekkür amacıyla "28 Gün Kadın Olmak" adlı tıbbi bilgisi olmayanların kullanımına yönelik yazılmış, kadın sağlığı ile ilgili bir kitap hediye edilmiştir.

2.5. Araştırmanın Soru Formu

Araştırmanın soru formu, literatür taraması ve ön çalışmadan elde edilen bilgilerden yola çıkılarak hazırlanmıştır. Soru formu hazırlanırken mümkün olduğu kadar açık uçlu sorular sorulmaya dikkat edilmiştir. Görüşme sırasında sorular sorulurken gerek görüldüğü yerlerde soruyla ilgili açıklamalar yapılmış ve bazı soruların altında alt sorular da sorulmuştur. Soru formunda yer almayan bu alt

sorulara "Araştırmanın Bulguları" başlığı altında yer verilmiştir. Soru formundaki sorular AÇSAP merkezine Aile Planlaması için gelen kadınların gelmeye karar verdikleri andan, kurumdan hizmet aldıkları anın sonuna kadar geçen sürecin içindeki unsurları içermektedir ve bu sürecin gelişimini takip etmektedir. Örneğin süreçte bekleme süresi ile ilgili sorunun ardından gelen soru eğitim/danışmanlık ile ilgilidir. Çünkü beklemeden sonra alınan ilk hizmet genellikle danışmanlıktır. Ayrıca yeni hizmet ihtiyaçlarının tespitine yönelik bir soru da formun içinde yer almaktadır. Soru formunda sırasıyla alttaki sorular yer almıştır.

Görüşme formunun ilk sorusu; "Buraya gelmeye karar verdiğiniz andan itibaren kuruma ulaşana kadar, hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz?" sorusudur. Ön araştırma ve geçmiş araştırmalar, hizmete ulaşmayı engelleyen, hizmetin fiziksel dağıtımı ile ilgili problemleri ve dinî, kültürel, sosyal, ekonomik sebeplerin varlığını ortaya koymaktadır.[9] [10] [11] [12] [13] Bu sorunun amacı bu engellerin varlığını sorgulamaktır.

"Buraya gelip de hizmet alamadığınız oldu mu?" sorusu araştırma formunda yer alan bir diğer sorudur. Yapılan ön çalışmada başvuranların zaman zaman yöntem eksikliğinden dolayı hizmet alamadan geri döndükleri ortaya çıkmış ve bunun hizmeti değerlendirmelerini olumsuz yönde etkilendiği anlaşılmıştır. Yine ön çalışmada kuruma kadar gelip hizmet alamama, bir de başvuranların uzak mesafeden gelmesiyle birleşince, bu memnuniyetsizlik daha da belirgin olarak ifade edilmiştir. Uz'un bu konuyla ilgili araştırmasında (2002) ise, bulundukları kuruluşa daha önce aile planlaması hizmeti almaya gelip de alamadan döndüğünü belirten kadınların toplam algılanan kalite puanı ortalamaları ile böyle bir olay yaşamadığını belirten kadınların toplam kalite puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak

---

[9] Rob Stephenson, Michael.A Koenig, Saifuddin Ahmed, "Domestic Violence and Contraseptive Adoption In Utar Pradesh, India", **Study Family Planning**, 2006 Jun, 37, 2, s. 75

[10] Sevkat Bahar Ozvaris, Bahar Güçiz Dogan, Ayşe Akın, "Male Involvement In Family Planning In Turkey", **World Health Forum,** 1998: 19 (1) , s. 76

[11] H.A. Şahin, H.G. Şahin, "Reasons for not using family planning methods in Eastern Turkey", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, Mart, 8 (1), 2003, s. 11, (Çevrimiçi), http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006

[12] Levent Akın, Nilufer Ozaydın, "Consistency of Couple Declaration About Using Family Planning Methods In Turkey", 2006, **Journal of Biosocial Science**, (Çevrimiçi), http://journals.cambridge.org, 12.05.2006

[13] Timothy Williams, Jessie Schutt- Ainé, Yvette Cuca, "Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews", **International Family Planning Perspectives**, 2000, 26 (2), s. 66

anlamlı bir fark bulunmuştur.[14] Bu sonuç da bu sorunun önemini vurgulamaktadır. Bunun yanında, zaman zaman hizmet alamamak, kadının adet döngüsünün sadece belirli günlerinde kullanımına başlanabilen yöntemler için de sakıncalıdır. Böyle durumlarda modern yöntem kullanımı bir ay ertelenmek veya bir ay boyunca geçici bir yöntem kullanılmak zorundadır. Bu nedenlerle bu soru; memnuniyeti, kurumu ve yöntemleri kullanım devamlılığını etkileyeceği düşünülen aksaklıkları araştırmak amacıyla sorulmuştur.

Sorulan bir diğer soru da "Kliniğin açık olduğu saatler size uygun mu?" sorusudur. Bu soru hizmete ulaşılabilirlik ile doğrudan ilgilidir. Araştırmanın odak grup yöntemiyle yapılan ön araştırmasında kliniğin açık olduğu saatlerin çalışanların mesai saatleriyle örtüşmesi sebebiyle, ev hanımları için ise çeşitli sebeplerle uygun olmadığına yönelik bilgiler toplanmıştır. Yine yapılan bir araştırmada, kliniğin faaliyette olduğu saatler, tatmini düşüren en önemli unsurlar arasında %23,6 ile dördüncü sıraya yerleşmiştir. [15] Bu da bu sorunun sorulması gerektiğini destekleyen bir araştırma bulgusudur. Bu soruyla kişilerin buraya gelmek için müsait oldukları veya ihtiyaç duydukları zaman ile gerçekte kliniğin açık olduğu zaman arasında fark olup olmadığı, varsa da bunun sebeplerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

"Hizmet almak için ödediğiniz ücret hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusu sorulan bir diğer sorudur. Bu soru ön çalışmada da sorulmuştur ve görüşmeciler uygun ücretin o sağlık ocağının aile planlaması birimine gelmelerinde ve çevrelerine önermelerinde en önemli nedenlerden birisi olduğunu söylemişlerdir. Yine Ankara ilinde 2002 yılında beş AÇSAP merkezinde 2493 kadın üzerinde yapılan "Ankara İl Merkezindeki beş Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması" isimli araştırmaya göre, genel olarak sağlık biriminden memnun olmayanların %32'si hizmetlerin pahalı olmasından şikâyetçidir.[16] Bu da ödenen ücretin hizmeti değerlendirmeyi etkilediğini gösteren bir sonuçtur. Yine Mersin ve Adana'da yapılan pilot bir araştırma sonucunda aile planlaması hizmetlerinin ücretli hale getirilmesinden sonra yöntem kullanımının %20 azaldığı saptanmıştır ki bu çok ciddi

[14] Uz, a.g.e., s. 87
[15] Williams, Schutt-Ainé, Cuca, **a.g.e.**, s. 66
[16] Baykan, Özakan, Meral, **a.g.e.**, s. 2

oranda bir düşüştür.[17] Sözü edilen araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi ücret, hizmete ulaşmada, yöntem kullanım devamlılığında ve memnuniyetin sağlanmasında ciddi rol oynamaktadır. Bu sorunun sorulma amacı alınan ücretler hakkında kullanıcıların ne düşündüğü ve ücretlerin hizmete ulaşmayı olumsuz olarak etkileyip etkilemediğini araştırmaktır.

"Aile Planlaması biriminin bina içindeki yeri hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusu ön çalışmada yapılan odak grup görüşmesinde görüşmecilerin Aile Planlaması biriminin bina içindeki yeri konusunda dile getirdikleri kullanım zorluğu ve mahremiyet ile ilgili rahatsızlıklardan ve bakış açılarından yola çıkılarak sorulmuştur. Bu soru, bu konuyla ilgili araştırma yapılan kurumda herhangi bir sorun olup olmadığını araştırmayı amaçlamıştır.

"Aile Planlaması biriminin fiziksel görüntüsü hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusu soru formunda yer alan bir diğer sorudur. Bu soru sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirme şansına sahip olmayan başvuranların hizmetleri somutlaştıran öğeleri değerlendirme eğilimlerine hitaben sorulmuştur. Başvuranların aynı zamanda fiziksel koşullardan süreç içinde olumlu veya olumsuz olarak etkilenme ihtimalleri de vardır. Bu etki daha önce yapılan araştırmalarda da ortaya konmuştur.[18] [19]

"Muayene olmadan önce veya yönteminizi almadan önce çok beklediniz mi?" sorusu hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili sorulan bir sorudur. Bekleme zamanının hizmetin değerlendirilmesi üzerinde kuvvetli etkisi geçmiş yıllarda yapılan araştırmalarda da ortaya konmuştur.[20] [21]

Soru formunda yer alan diğer bir soru da "Size verilen eğitim hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusudur. Aile Planlaması hizmetlerinin temeli, eğitimi de içine alan danışmanlık sürecidir. Bu soru sorulurken, hastanın aldığı eğitimi ve eğitim sürecini genel olarak nasıl değerlendirdiğini ve bununla ilgili değerlendirmeyi etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

---

[17] Türk Tabipleri Birliği, "Aile Planlaması Hizmetlerinin Ücretlendirilmesi Uygulamaları Konusundaki Toplantı Raporu", 27 Eylül 2001, (Çevrimiçi), http:// www.ttb.org, 04.05.2006, s. 4

[18] Mustafa Taşdemir, "Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi", Bilim Uzmanlığı Tezi, M.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1998, s. 72

[19] Doğan, a.g.e., s. 67

[20] Fran Huckabay, v.d., "Assesing Client Satisfaction in Family Planning Clinics Lessons Learned", t.y., (Çevrimiçi) http://www.centerforhealthtraining.org. 10.10.2005

[21] Williams, Schutt-Ainé, Cuca, **a.g.e.** , s. 66

Danışmanlık/eğitim ile ilgili sorulan bir diğer soru da "Seçtiğiniz yöntem dışındaki yöntemler size nasıl anlatıldı?" sorusudur. Bu soru normlara göre tüm yöntemlerden bahsetmeyi ön gören genel danışmanlık sürecini[22] başvuranların nasıl değerlendirdiğini anlamak için sorulmuştur.

"Kullandığınız yöntemi nasıl seçtiniz?" sorusu sorulan bir diğer sorudur. Aile Planlaması kullanıcılarının sahip oldukları "Aile planlaması uygulamasına yada hangi yöntemi seçeceğine özgürce karar verme" hakkıyla ilgili olarak da bu sorunun sorulması uygun görülmüştür.[23]

"Kullandığınız yöntemi seçtikten sonra size o yöntem hakkında neler anlatıldı?" sorulan bir diğer sorudur. Bu soru "yönteme özel danışmanlık" hakkında yöntem kullanıcılarının duygularını, düşüncelerini ve değerlendirmelerini ortaya çıkarmak için sorulmuştur. Bu soru özellikle hastanın yöntem hakkında eksik bilgilenmesi sonucunda yöntemin yanlış kullanılmasıyla gebelik riskinin belirmesi ve yan etkilerin yanlış anlaşılması gibi sonuçlar açısından oldukça önemlidir. Örneğin, yakın zamanda kullandığı yöntemi değiştiren, 744 kadın ile yapılan bir araştırmada hap kullananların %27'si, kondom kullananların da %36'sı yöntemi kullanırken hamile kaldığı için yöntemi değiştirdiğini belirtmiştir.[24] Her iki oran da ciddi olarak nitelendirilebilir ve yönteme özel danışmanlığın öneminin altını çizmektedir.

"Anlatılanları anlayabildiniz mi?" sorusu da danışmanlık süreciyle ilgilidir. Anlatılanların doğru ve tam olarak anlaşılması, yöntemin doğru kullanımı, kullanım devamlılığının sağlanması ve yan etkilere karşı uyanık olunması açısından oldukça önemlidir. Çünkü, yöntem kullanım bilgileri ile ilgili oluşabilecek bir yanlış anlaşılma istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına sebep olabilir.[25]

Görüşmecilere sorulan bir diğer soru da; "Sağlık personelinin size karşı olan davranışlarını nasıl değerlendirirsiniz?" sorusudur. Yapılan araştırmalara göre, iletişim problemleri hizmetin değerlendirilmesini olumsuz etkileyen kaynakların en

---

[22] T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı**, 1. c, 3. bs., Ankara, 2000, s. 74

[23] **A.e.**, s. 74

[24] Joan Walsh, Helen Lythgoe, yayına hazırlayan: Stephen Peckham, Contraseptive Choices: Supporting Effective Use of Methods, Contraceptive Education Service, Family Planning Association UK, London, 1996, (Çevrimiçi), http://www.who.org, 21.05.2006, s. 91

[25] Meg Gready v.d., "South African Women's Experiences of Contraception and Contraceptive Services", Women's and Men's Perspectives on Fertility Regulation Methods and Services' (meeting), Geneva, November 1995, (Çevrimiçi), http:// www.who.int, 21.01.2006

sık rastlanılanıdır.[26] Yine Ankara ilinde 2002 yılında beş AÇSAP merkezinde 2493 kadın üzerinde yapılan "Ankara İl Merkezindeki 5 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması" isimli araştırmaya göre genel olarak sağlık biriminden memnun olmayanların %38,3'ü personelden şikâyetçidir (personelden memnuniyetsizlik birinci sıradadır).[27] Bu soru, araştırmanın yapıldığı AÇSAP merkezinde görüşmecilerin personel davranışıyla ilgili duygu, düşünce ve deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla sorulmuştur.

Soru formunda yer alan "Siz sağlık personeli olsaydınız ve burada çalışsaydınız hastalara nasıl davranırdınız?" sorusu, hizmet alanların kendilerine nasıl davranılmasını beklediklerini empatik yaklaşımla daha gerçekçi bir şekilde ortaya koymalarını sağlamak amacıyla sorulmuştur. Bu sorunun "kendinize nasıl davranılmasını isterdiniz?" şeklinde sorulması durumunda gerçekçi olmayan çok yüksek beklentiler ortaya çıkarabileceği ve araştırmanın öneriler bölümünde kullanılmak için abartılı ve gerçekçi olmayan bilgi elde edilebileceği ihtimalinin yüksek olduğu düşünülmüş ve bu nedenlerle soru bu şekilde sorulmuştur.

Bu sorudan sonra soru formunda yer alan bir diğer soru da "Size ayrılan zaman sizce yeterli miydi?" sorusudur. Bu soru başvuranlara nitelikli hizmet verilmesi için yeterli zamanın ayrılıp ayrılmadığını araştırmak ve ayrılan zamanı nasıl algıladıklarını anlamak için sorulmuştur. Çünkü, sağlık hizmetlerinde hizmet alana ayrılan zamanın hizmet alanın hizmet hakkındaki duygu ve düşünceleri üzerine etkili olduğu daha önce yapılan araştırmalarda da ortaya konmuştur.[28] [29]

"Kontrole veya herhangi bir şikâyetinizde tekrar davet edildiniz mi?" sorusu araştırma formunda yer alan bir diğer sorudur. Bu soru danışmanlık normları gereği kontrole çağırma veya bir sorun olduğunda kurum kapılarının başvurana daima açık olduğunu belirtme ile ilgili izlenimin verilip verilmediğini araştırmak amacıyla sorulmuştur. Bu izlenimin yaratılması, başvuranın kuruma daha bağlı olması, yöntemin kullanım devamlılığı ve yöntemi kullanırken kendini güvende hissetmesi açısından oldukça önemlidir.

---

[26] Huckabay, v.d., a.g.e.
[27] Baykan, Özakan, Meral, **a.g.e.**, s. 2
[28] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, a.g.e., Management Sciences for Health, 2001, s. 57
[29] Taşdemir, a.g.e., s. 47

Soru formunda yer alan bir diğer soru da “Her geldiğinizde yöntemden memnun olup olmadığınız, yöntemi doğru kullanıp kullanmadığınız soruluyor mu?” sorusudur. Araştırmalar, modern bir aile planlaması yöntemi kullanırken hamile kalanların sayısının az olmadığını göstermektedir.[30] [31] Bu soru da izlem danışmanlığının değerlendirilmesi açısında sorulmuştur. İzlem danışmanlığı da yanlış kullanılan yöntemi yakalamak ve yan etkileri takip etmek açısından önemlidir.

“Danışmanlık/hizmet alma sırasında utanmanıza/sıkılmanıza neden olacak bir olay yaşadınız mı?” sorusu başvuranların mahremiyetlerinin korunması ile ilgili bir sorun yaşayıp yaşamadıklarını araştırmak amacıyla sorulmuştur. Mahremiyet, araştırmanın birinci ön çalışmasının da gösterdiği gibi Türk kültüründe oldukça önemlidir. Dünyada yapılan araştırmalara bakıldığı zaman da, tatmini etkileyen önemli sebeplerden birisinin mahremiyet olduğu görülür.[32] [33]

Görüşmecilere “Buradan daha iyi hizmet almak için değişmesini istediğiniz veya eklenmesini istediğiniz hizmetler nelerdir?” sorusu yöneltilmiştir. Bu soru değişmesi ve eklenmesi istenen hizmetleri sorgulayan alt sorularla desteklenmiştir. Ayrıca bu soru yöneltilirken, istekler Aile Planlaması birimi ile sınırlandırılmamıştır. Çünkü başka birimlerle ilgili yeni hizmetler de kurumun kullanımını arttıracak ve Aile Planlaması birimi de bundan yararlanacaktır. Nitekim iki grubun içinde de kurumun başka biriminden hizmet alırken Aile Planlaması birimini öğrenen ve hizmet almaya başlayan beş kişi vardır.

Soru formunda yukarıdaki sırayla yer alan yirmi sorunun sırası görüşme akışına göre, gerek görüldüğü yerlerde değiştirilmiştir. Soru sıralamasındaki değişiklik, konunun sapmasına rağmen, yoğun bir şekilde tartışıldığı için konu değiştirmenin olumsuz olacağı, görüşmecilerde engellenmişlik hissi yaratacağı ve daha sonra aynı konuya dönmeyi gerektiren soru sorulduğunda tartışmadan aynı verimin alınamayacağı kaygıları ile yapılmıştır.

---

[30] Seyhan Hıdıroğlu, ”Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Aile Planlaması Kliniğine Başvuranların Kontrole Gelmeme Gerekçelerinin İncelenmesi”, Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001, s. 41

[31] Asiye Kocatürk (Ayar) , “İsteğe Bağlı Kürtaj Sonrası Etkin Bir Aile Planlaması Yöntemi Seçen Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Yönteme İlişkin Düşünceleri ” Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s. 35

[32] Huckabay, v.d., a.g.e.

[33] Nouzar Nakhaee, Alireza Mirahmadizadeh, ”Iranian Women’s Perceptions of Family Planning Services Quality:A Client-Satisfaction Survey”, **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, Sep, 10 (3) , 2005, s. 192, (Çevrimiçi), http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006

3. Araştırmanın Bulguları

3.1. Demografik Değişkenlerle İlgili Bulgular

Demografik değişkenler soru formundan elde edilen veriler, kullanıcıların profilleri, kurumu kullanım durumları ve memnuniyetleri ile ilgili verilerdir.

Görüşmecilerin profillerine bakıldığında birinci grupta yer alanların yaşları 20 ile 32 arasındadır ve yaş ortalamaları 26,5'tir. Grubun tamamı ev hanımıdır. Gruptan bir kişi aylık gelirini "işsizlik sigortası" aldığı gerekçesiyle bildirmemiştir. Geri kalan sekiz kişinin ortalama aylık geliri 558,75 YTL'dir. En düşük aylık gelir 370 YTL en yüksek aylık gelir de 800 YTL'dir. Grupta yedi kişi ilkokul mezunu, bir kişi ortaokul mezunu ve bir kişi de okuma yazma bilmemektedir. Grubun gebelik sayısı ortalaması 2,1'dir. Grubun çocuk sayısı ortalaması 1,6'dır ve tüm görüşmecilerin bir veya iki çocuğu vardır. Gruptaki görüşmecilerden üçü üç yıl sonra, biri bir yıl içinde, ikisi de yedi yıldan sonra tekrar çocuk sahibi olmayı istemektedir. Gruptan altı kişi kuruma başvurmadan önce doğal yöntem, bir kişi rahim içi araç, bir kişi kondom kullanmış ve bir kişi de hiç korunmamıştır. Gruptaki kişiler bir yıl ile sekiz yıl arasında değişen sürelerde gebelikten korunmaktadırlar. Gruptan altı kişi halen rahim içi araç, üç kişi kondom ve bir kişi de enjeksiyon kullanmaktadır. Gruptan beş kişi 1–3 yıl arasında, iki kişi 1 yıldan az ve iki kişi de 4–7 yıldır bu kurumdan aile planlaması hizmeti almaktadır. Gruptan beş kişi, Aile Planlaması birimine ilk defa tanıdık tavsiyesi ile üç kişi kurumun başka biriminden hizmet alırken ve bir kişi de diğer (tabela) bir yolla başvurmuştur.

Demografik değişkenler formunda yer alan memnuniyet ile ilgili son dört soruya verilen cevaplarda görüşmeden önce yüz ölçeğinde, (14) bir kişi "memnun değilim" ifadesini, bir kişi "kararsızım" ifadesini, beş kişi "memnunum" ifadesini seçerken bir kişi de "çok memnunum" ifadesini seçmiştir. Görüşmeden sonra sorulan aynı soru sonucu alınan cevaplardan ikisi olumsuz yönde değişmiştir. Daha önce "memnunum" ifadesini seçen iki kişi görüşme sonrası cevaplarını "kararsızım" olarak vermişlerdir. Grubun görüşme öncesi memnuniyet puanı ortalaması 3,66, görüşme sonrası ortalaması ise 3,44'tür. Görüşme öncesi grubun tamamı kuruma "tekrar geleceklerini" ifade etmişler (15) ve görüşme sonrası da bu cevaplarda bir değişiklik olmamıştır. Görüşme öncesi grubun tamamı (16) kurumu çevrelerine tavsiye

edeceklerini söylemiş ve görüşme sonrasında da bu cevaplarını değiştirmemişlerdir. Görüşme öncesi görüşmecilerden beşi (17) maddi durumları iyi olduğu taktirde bu hizmeti almak için bu kurumu seçmeyeceğini belirtirken, bir kişi kararsız olduğunu ve üç kişi de bu kurumu seçeceğini belirtmiştir. Görüşme sonunda aynı soruya verilen cevaplardan daha önce "karasızım" diyen bir kişi cevabını olumsuz yönde değiştirip "hayır" demiş, daha önce de "evet" diyen bir kişi bu kez "hayır" demiştir.

İkincin grubun yaşları ise 35 ile 47 arasındadır ve yaş ortalamaları 40,1'dir. Grubun tamamı ev hanımıdır. Ortalama aylık gelir 543,75 YTL'dir. (Bir kişi aylık gelirini belirtmemiştir.) En düşük aylık gelir 350 YTL, en yüksek aylık gelir de 800 YTL'dir. Grubun tamamı ilkokul mezunudur. Grubun gebelik sayısı ortalaması 3,2, çocuk sayısı ortalaması ise 2'dir. Grupta tekrar çocuk sahibi olmayı isteyen kimse yoktur. Gruptan iki kişi kuruma başvurmadan önce doğal yöntemleri, dört kişi rahim içi araç üç kişi de kondom kullanmıştır. Gruptaki kişiler yirmi bir yıl ile sekiz yıl arasında değişen sürelerde gebelikten korunmaktadır. Gruptan üç kişinin halen kullandığı yöntem rahim içi araçtır. Beş kişi kondom ve bir kişi de hap kullanmaktadır. Gruptan bir kişi 1–3 yıl arasında, üç kişi 1 yıldan az, iki kişi 4–7 yıldır ve iki kişi de 12 yıldan fazladır bu kurumdan aile planlaması hizmeti almaktadır. Gruptan beş kişi, Aile Planlaması birimine ilk defa tanıdık tavsiyesi ile, iki kişi kurumun başka biriminden hizmet alırken, bir kişi evine yakın olduğundan ve bir kişi de sağlık personelinin evine gelip davet etmesi üzerine başvurmuştur.

Demografik değişkenler formunda yer alan memnuniyet ile ilgili son dört soruya verilen cevaplarda görüşmeden önce yüz ölçeğinde, (14) bir kişi "kararsızım" ifadesini, altı kişi "memnunum" ifadesini seçerken iki kişi de "çok memnunum" ifadesini seçmiştir. Görüşmeden sonra sorulan aynı soru sonucu alınan cevaplardan ikisi olumlu yönde değişmiştir. Daha önce "memnunum" ifadesini seçen iki kişi görüşme sonrası cevaplarını "çok memnunum" olarak vermişlerdir. Grubun görüşme öncesi memnuniyet puanı ortalaması 4,11, görüşme sonrası ortalaması ise 4,33'tür. Görüşme öncesi grubun tamamı kuruma "tekrar geleceklerini" ifade etmişler (15) ve görüşme sonrası da bu cevaplarda bir değişiklik olmamıştır. Görüşme öncesi grubun tamamı (16) kurumu çevrelerine tavsiye edeceklerini söylemişlerdir ve görüşme sonrası bu cevaplar da değişmemiştir. Görüşme öncesi görüşmecilerden biri (17) maddi durumları iyi olduğu taktirde bu hizmeti almak için bu kurumu seçmeyeceğini belirtirken, sekiz kişi de bu kurumu seçeceğini belirtmiştir. Görüşme sonunda aynı soruya verilen cevaplar değişmemiştir.

3.2. Odak Grup Görüşmelerinin Bulguları

Bu bölümde odak grup görüşmesinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Bu araştırmada yaş kriterine göre (34 yaş altı ve üstü) sınıflanan iki farklı grup oluşturulmuştur. Bu sınıflamanın amacı, aile planlaması yöntem kullanıcılarının aldıkları aile planlaması hizmetini değerlendirirken ve yeni hizmet ihtiyaçlarını dile getirirken yaş sınıflarına göre bir farklılık olup olmadığını araştırmaktır. Yapılan bu sınıflamada alınan yaş aralıkları aynı zamanda doğurganlık çağında olan kadınların tıbbi kriterlere göre bölümlenmiş yaş aralıklarına da uymaktadır.[1]

Birinci Grup (20-32 yaş)

Oluşturulan birinci grup 20–32 yaş aralığında olan dokuz kişilik gruptur. Grup; eğitim, meslek, aylık gelir ve çocuk sayısı bakımından benzerdir. Görüşmeciler en az iki kez Okmeydanı AÇSAP merkezinin Aile Planlaması biriminden hizmet alanlardan seçilmiştir. Gruptan beş kişi aile planlaması yöntemi olarak rahim içi araç, üç kişi kondom ve bir kişi de enjekte edilen aile planlaması yöntemini kullanmaktadır. Gruptan altı kişi ileride tekrar çocuk sahibi olmak istemektedir. Bu gruptan bundan sonra "birinci grup" olarak bahsedilecektir.

Birinci gruptan (20-32 yaş) elde edilen bulgular şöyle özetlenebilir:

"Buraya gelmeye karar verdiğiniz andan itibaren kuruma ulaşmanıza kadar hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz?" sorusundan alınan bilgilere göre gruptaki herkes buraya yakın yerlerden gelmektedir. Bazıları yürüyerek 15–20 dakikalık mesafeden, bazıları da vasıta kullanarak geldiklerini ifade etmişlerdir. Genelde grubun tamamı en fazla yarım saatlik mesafede oturmaktadır. Sadece görüşmecilerden birisi "Daha iyi hizmet almak için değişmesini istediğiniz veya eklenmesini istediğiniz hizmetler nelerdir?" sorunun altında oturduğu mahalledeki sağlık ocağında bu hizmetin verilmesini istediğini söylemiştir. Okuma yazmayı daha yeni öğrenen bir görüşmeci de toplu taşıma araçlarının güzergâh tabelalarını okumakta güçlük çektiği için yarım saatlik mesafeden yürüyerek geldiğini ifade etmiştir. Bu konuda dile getirilen sorun, görüşmecilerin çocuklarıyla ilgili sıkıntıları olmuştur. Gruptan beş görüşmeci çocuklarının yaşlarının küçük olduğunu ve bu nedenlerle evde bırakamadıklarını ve emanet edecek başka yakınları olmadığı için

[1] İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, **Aile Planlamasında Temel Bilgiler**, İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1997, s. 12

kliniğe beraberlerinde getirmek zorunda kaldıklarını söylemişledir. Kliniğe getirdiklerinde ise bekleme, muayene olma ve eğitim alma sırasında zorlandıklarını hatta muayene sırasında dışarıda sırasını bekleyen diğer kişilere çocuklarını emanet etmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Yine "Size verilen eğitim hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusunun altında bir görüşmeci, toplu eğitimler sırasında çocukların içeri alınmasından ve rahatsız etmesinden şikâyet etmiştir.

"Buraya gelip de hizmet alamadığınız oldu mu?" sorusuna verilen cevaplara göre görüşmecilerin zaman zaman bu kurumun Aile Planlaması birimine gelip hizmet alamadan geri döndükleri anlaşılmıştır. Neden hizmet alamadıkları sorulduğunda ise, kullandıkları aile planlaması yönteminin zaman zaman bulunmadığını söylemişlerdir. Enjeksiyon yöntemini kullanan bir görüşmeci ise kullandığı yöntemin buradan hiç verilmediğini, dışarıdan satın almak zorunda olduğunu ve dışarıdan satın almanın da maliyet dışında başka zorlukları olduğunu anlatmıştır. Nitekim aynı görüşmeci görüşmenin sonunda sorulan "Daha iyi hizmet almak için değişmesini istediğiniz veya eklenmesini istediğiniz hizmetler nelerdir?" sorusunun cevabı olarak enjeksiyon yönteminin Aile Planlaması biriminde bulunmasını istediğini belirtmiştir. Hizmet alamama konusu altında tanımlanan bir diğer sorun da görüşmecilerin uzun süreli seyahatlere çıkacaklarında veya bir dahaki gelmeleri gereken günün tatile denk geleceği durumlarda almaya geldikleri yöntemi fazla miktarda istediklerinde verilmemesidir.

"Kliniğin açık olduğu saatler size uygun mu?" sorusuna verilen ilk cevaplar olumlu olmasına rağmen gruptan üç görüşmecinin tatil günlerine denk gelen ve buraya acil ihtiyaç duydukları yöndeki deneyimlerini anlatmaları üzerine gruptaki bütün görüşmeciler kliniğin açık olduğu saatlerin uygun olmadığı konusunda fikir birliğine varmışlardır. Görüşmecilerden birisi de burada nöbetçi bir kişinin olması gerektiğinin altını çizmiştir.

"Hizmet almak için ödediğiniz ücret hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen cevaplara göre ücretin makul olduğu konusunda grubun hemfikir olduğu görülmüş ve herhangi bir olumsuzluk tanımlanmamıştır. Ayrıca kurumun tercih edilme sebebi olarak ücret, görüşme boyunca zaman zaman dile gelmiştir.

"Aile Planlaması biriminin bina içindeki yeri hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusu sorulduğunda ise Aile Planlaması biriminin bina içindeki yeri kolay bulunabilir olarak tanımlanmış ve herhangi bir olumsuzluk ifade edilmemiştir. Bu sorunun altında verilen cevaplar Aile Planlaması biriminin fiziksel görünümüne doğru

sapmaya başladığında “Aile Planlaması biriminin fiziksel görüntüsü hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusu sorulmuş ardından da birimin herhangi bir bölümünün atlanmaması amacıyla bekleme salonundan başlanarak “Bekleme salonunun büyüklüğü, temizliği, yeterliliği hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusu sorulmuştur. Bu sorulara verilen cevaplara göre Aile Planlaması biriminin fiziksel görünümü “bakımsız” olarak nitelendirilmiş ve çeşitli yönleriyle (boyası, düzensiz sıva görünümü v.s) eleştirilmiştir. Aile Planlaması biriminin bekleme salonu yoğun olmayan günlerde yeterli, yoğun günlerde yetersiz olarak tanımlanmıştır. Bekleme salonunun temizliği vasat, muayene odaları ve danışmanlık odası ise temiz ve bakımlı bulunmuştur. Görüşmeciler muayene odalarını ve danışmanlık odasını temiz bulmalarına rağmen özellikle muayene odalarında onları görsel olarak rahatsız eden görüntülerden söz etmişlerdir. Açık kovalarda duran kullanılmış alet ve eldivenleri görmekten rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir.

Birimin eleştirilen bir diğer birimi de tuvaletidir. Gruptan tuvaleti kullananların tamamı tuvaletin fiziksel eksikliklerinden yakınmıştır. Bunlar, dış kapının anahtarının olmayışı, iç kapısının olmayışı ve temizliğinin yetersiz olmasıdır.

Sorulan bir diğer soru da, “Muayene olmadan önce veya yönteminizi almadan önce çok beklediniz mi?” sorusu olmuştur. Bu soru üzerine görüşmeciler, hizmet almadan önce bekleme süresini yarım ilâ bir saat arası olduğunu ifade etmişlerse de aldıkları hizmetin türüne göre ve başvuran yoğunluğuna göre zaman zaman hiç beklemeden hizmet aldıklarını da eklemişlerdir. Genelde yarım ilâ bir saat arasında bekledikleri hizmet, jinekolojik muayene gerektiren yöntem hizmeti veya sadece sağlık şikâyetlerinde başvurdukları jinekolojik muayenedir. Görüşmecilere bu süreyi nasıl algıladıklarını anlamak amacıyla bu süreyi nasıl buldukları sorulmuştur. Grubun tamamı bekleme süresini normal bulduğunu önemli olan iyi hizmet almak olduğunu belirtmiştir. Hatta görüşmecilerden birisi kendisi gibi muayene olan herkesin de kendilerine yeterli zaman ayrılmasını istediğini bu nedenle sonucun beklemekten daha önemli olduğunu ifade etmiştir. Grubun geri kalanı da ona katılmıştır. Bir diğer görüşmeci de personelin kendi işini yaptığını, kendilerinin aslında personeli değil başvuranları beklediğini söylemiştir. Bir diğer görüşmeci ise çocukların bekleme sırasında yanlarında olması dışında bir problem olmadığını ifade etmiştir.

Görüşmecilere sorulan diğer bir soru da “Size verilen eğitim hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusudur. Görüşmecilerden birisi aile planlaması yöntemi

seçerken kararsızlık yaşadığını, eğitimin karar vermesinde ve yöntemi seçmesinde yardımcı olduğunu ifade etmiştir. Grubun geri kalanından da bu fikre onay gelmiştir. Bir diğer görüşmeci ise eğitim almaktan çok memnun olduğunu ifade etmiştir. Başka bir görüşmeci ise eğitim almanın iyi bir şey olduğunu fakat personelin konuşma üslubunu beğenmediğini ifade etmiştir. Bir başka görüşmeci ise aldığı eğitimin verildiği ortamı eleştirmiştir. Aynı görüşmeci, biriken hastalara toplu olarak verilen eğitimin (yoğun günlerde biriken hastalara eğitim toplu olarak verilmektedir) sağlıksız olduğunu ve çocuklarla eğitime girilmemesi gerektiğini savunmuştur. Çocuk gürültüsü nedeniyle dikkatinin sık sık dağıldığını ve eğitim/danışmanlık veren sağlık personelini iyi dinleyemediğini ifade etmiştir. Bu konu altındaki tartışmada verilen eğitim ile ilgili "çok memnunum" ifadesi sık sık kullanılmıştır.

Danışmanlık/eğitim ile ilgili sorulan bir diğer soru da "Seçtiğiniz yöntem dışındaki yöntemler size nasıl anlatıldı?" sorusudur. Bu soru üzerine görüşmeye katılan görüşmecilerin tamamı alternatif yöntemlerin kendilerine yan etkileri, kullanım koşulları gibi özellikleriyle tanıtıldığını ifade etmişlerdir. Bu konuda farklı bir deneyim veya görüş ifade eden kimse olmamıştır.

Görüşmecilere "Kullandığınız yöntemi nasıl seçtiniz?" diye sorulduğunda alınan cevaplardan grubun tamamının şu an kullandığı yöntemi zorlamayla veya öneri üzerine değil kendi rızasıyla seçtiği anlaşılmıştır.

"Kullandığınız yöntemi seçtikten sonra size o yöntem hakkında neler anlatıldı?" sorusuna alınan cevaplardan, gruptaki beş kişiye yönteme özel bilgilerin tam olarak verildiği anlaşılmıştır. Bu kişiler sonradan ortaya çıkan bir sorundan yada eksik verildiğini düşündükleri bir bilgiden hiç söz etmezken, grubun geri kalanı ise kullandıkları sırada öğrendikleri yan etkilerden söz etmişlerdir.

Danışmanlık sürecini değerlendirme ile ilgili sorulan bir diğer soru da "Anlatılanları anlayabildiniz mi?" sorusudur. Bu soruya verilen cevaplara göre gruptaki tüm görüşmeciler aile planlaması danışmanlığı sırasında anlatılanları kolayca anladıklarını ifade etmişler ve danışmanlığı veren sağlık personelinin anlayacakları şekilde anlattığı konusunda hemfikirdirler. Anlatılanların anlaşılmayan eksik yönlerinin sorulup sorulmadığını veya soru sorma ortamı yaratılıp yaratılmadığını anlamak için danışmanlık sırasında soru sorma fırsatları olup olmadığı sorulduğunda ise soru sorma fırsatlarının olduğunu ve sordukları soruların cevaplarını aldıklarını ifade etmişlerdir. Başka bir sorunun altındaki tartışma sırasında nadir olarak da olsa bazı danışmanların soru sorulmasına fırsat

vermediğini ifade eden görüşmeciler olmasına rağmen bu sorunun altında olumlu veya olumsuz herhangi bir düşünce beyan edilmemiştir. Bu durumda soru sorma ve cevap alma ile ilgili genel olarak ciddi bir problem olmadığından emin olmak için "halk arasında duyduklarınızı sorma fırsatınız oluyor mu/soruyor musunuz?" sorusu yöneltilmiştir. Görüşmecilerden bazıları sorduklarını ve cevap aldıklarını ifade etmişlerdir.

Görüşmecilere sorulan bir diğer soru da; "Sağlık personelinin size karşı olan davranışlarını nasıl değerlendirirsiniz?" sorusudur. Sağlık personelinin davranışlarını değerlendirme, aslında tüm görüşme boyunca yeri geldiğinde sık sık yapılmıştır. Birçok soru altındaki tartışmalarda konu, personel davranışlarının değerlendirilmesine doğru sık sık kaymıştır. Grubun neredeyse tamamı uygunsuz olduğunu düşündükleri davranışlardan yakınmış ve deneyimlerini paylaşmışlardır. Bu deneyimler genelde personelin olaylar karşısındaki tepkileri, konuşma üslupları ve ilgisizlikleri etrafında dönmüştür. Bu soru sorulduktan sonra da benzer cevaplar ve deneyimler anlatılmıştır. Olumsuz ifadelerden sonra görüşmecilerin sağlık personelinin davranışlarını değerlendirirken tüm yaşadıklarının negatif olaylardan mı ibaret olduğu yoksa negatif olarak etkilenmiş duygularının mı onları sadece negatif olayları anlatmaya ittiğinin daha iyi anlaşılması için sağlık personeliyle ilgili yaşadıkları güzel deneyimlerinin olup olmadığı sorulmuştur ve varsa paylaşmaları istenmiştir. Görüşmecilerden birisi çok iyi eğitim veren güler yüzlü bir personelden bahsetmiş, bir diğeri her geldiğinde kendisine "geçmiş olsun" diyen, kullandığı yöntemden memnun olup olmadığını ve yöntemin yan etkilerini görüp görmediği ile ilgili sorular soran bir personelden bahsetmiştir. Bir diğer görüşmeci ise son gelişinde kendisine çok iyi davranan ve yanındaki oğluyla şakalaşan bir personelden bahsetmiştir. Daha önceki sorular altında sağlık personelini sık sık eleştiren bir başka görüşmeci ise bu defa empatik yaklaşarak personelin de bir özel hayatının olduğunu, her zaman güler yüz göstermesinin zor olduğunu ifade edince bir başka görüşmeci katlanmak zorunda olmadığını ifade etmiştir. Katlanmak zorunda olmadığını ifade eden görüşmeci, kendisinin de özel hayatının olduğunu ama buraya hizmet almaya geldiğinde personele yansıtmadığını söylemiş yine başka bir örnekle başka bir görüşmeci de ona destek vermiştir. Böylece empatik yaklaşım da personeli değerlendirirken kabul görmemiştir. Personel davranışları hakkında toplanan tüm bu bilgilere göre personel davranışının nezaketsiz olarak algılandığı ama her an nezaketsiz olmadığı söylenebilir. Nitekim "Siz sağlık personeli olsaydınız

ve burada çalışsaydınız hastalara nasıl davranırdınız?" sorusunun cevabı altındaki fikir beyanı sırasında, üç kişi hastaların kaygılıyken gösterecekleri davranış şeklinin, kendileri kaygılıyken kendilerine gösterildiğini ve personel tarafından çok iyi telkin edildiklerini ifade etmişlerdir. Personelden çok memnun olduğunu söyleyen sadece bir katılımcı olmuştur.

Sorulan bir diğer soru da "Siz sağlık personeli olsaydınız ve burada çalışsaydınız hastalara nasıl davranırdınız?" sorusudur. Bu soru altında kullanılan en çarpıcı ifade "Bir insan olarak öncelikle ona değer veririm... Ayşe Fatma olduğu için değil insan olduğu için değer veririm ilgi gösteririm" ifadesidir. Bu ifadeyi kullanan görüşmeci kaygılı anlarda hastanın dikkatini başka yöne çekmeye çalışacağını, korkusunu azaltmak için bilgilendireceğini de ifade etmiştir. Kullanılan başka bir ifade de "O (kullanıcı) oraya (AÇSAP'a), muhtaç olmasaydı veya gereksinim duymasaydı zaten gelmezdi… Bilgimi ona sunarım… Kararı ona bırakırım" ifadesidir. Gelen diğer cevaplar da benzerdir. Ancak görüşmecilerden üçü –ki bu görüşmecilerden ikisi görüşme boyunca personel davranışlarını oldukça katı şekilde eleştirmiş, personelin kendi sorunlarını hastaya yansıtmaması gerektiğini, kendilerinin de katlanmak zorunda olmadığını dile getirmiş ve üçüncü görüşmeci de empatik yaklaşarak güler yüzlü olmanın kolay olmadığını tartışarak onlara anlatmaya çalışmıştır- hastaya karşı tüm görevlerini gerektiği gibi yerine getireceğini ancak güler yüzlü olacaklarının garantisini veremeyeceklerini, bunun o günkü ruh hallerine bağlı olduğunu ifade etmiştir. Görüşme boyunca personelin bu özelliğine negatif tutum içinde eleştiren ve rahatsızlığını dile getiren bu iki kişinin görüşme başındaki düşünceleri tüm konuşma seyrindeki empatik yaklaşımlardan etkilenerek değiştiği düşünülebilir. Muhtemelen bir dahaki hizmet alımlarında bu iki kişinin personelden sürekli güler yüz beklentisinin azalmış olma ihtimalinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Görüşmecilere sorulan sorulardan bir diğeri, hizmet alırken kendilerine ayrılan zamanın yeterliliği hakkında ne düşündükleri ile ilgilidir. Grubun tamamı Aile Planlaması danışmanlığı sırasında kendilerine ayrılan zamanın yeterli olduğu konusunda hemfikirdir. Ancak grup muayene sırasında kendilerine ayrılan zamanın yetersiz olduğunu düşünmektedir. Görüşmeciler çoğu zaman muayene odasında soru sorma fırsatlarının olmadığını ifade etmişlerdir. Görüşmecilerin verdiği bilgilere göre, muayene odasındaki bu problemin sebebinin, zamanın yetersiz olması değil

yaşanan iki yönlü iletişimsizlik ve yeterli bilgilendirmeme olduğunu düşündürmektedir.

"Kontrole veya herhangi bir şikâyetinizde tekrar davet edildiniz mi?" sorusu üzerine görüşmeciler davet edildiklerini ifade etmişler ve bu konuyla ilgili bir problem tanımlamamışlardır.

Görüşmecilere "Her geldiğinizde, yöntemden memnun olup olmadığınız, yöntemi doğru kullanıp kullanmadığınız soruluyor mu?" sorusu yöneltilmiş ve görüşmeciler bazen sorulduğunu bazen de sorulmadığını ifade etmişlerdir.

Görüşmecilere kliniğin aile planlaması biriminden hizmet alırken utanmalarına/sıkılmalarına neden olacak anlar olup olmadığı sorulduğunda, ilk cevap, doktorun erkek olması durumunda utandığını söyleyen bir görüşmeciden gelmiştir. Bu görüşmeciyi grubun tamamına yakını onaylamıştır. Bu görüşmecinin bu ifadesi üzerine, başka bir görüşmeci erkek doktorların genelde daha duyarlı, saygılı ve ilgili olduğunu söyleyerek bu fikri doğrulayan deneyimlerini anlatmıştır. Bu noktada başlayan tartışmada grup ikiye ayrılmış, fakat zaman geçtikçe diğerlerinin de erkek doktorlarla yaşadıkları iyi deneyimlerini ortaya koymalarıyla ilk bakışta bayan doktor tercih etmelerinin sadece utanç ile alakalı olduğu anlaşılmıştır. Öyle ki, konuyu ilk açan görüşmeci bile tartışmanın sonunda erkek doktorlarla ilgili olumlu genellemeler yapmıştır. Sonuç olarak hizmet alınan personelin cinsiyetinin önemli, ancak ilgi, saygı, değer görme, nezaket ve bilgi gibi özelliklerin daha önemli olduğu konusunda grup fikir birliğine varmıştır. Bu sonucu gruba teyit ettirmek için yukarıdaki sonuç ifadesi aynen kullanılmış ve grubun teyidine sunulmuştur. Yine grubun gerçekten fikir birliğine varıp varmadığına veya bu tartışmadan çıkan sonucun gerçek hayata ne derece yansıtılıp yansıtılmayacağını anlamak için "her şeye rağmen (duyduklarıma ve konuşulanlara rağmen) ben bayan doktora muayene olurum diyen var mı?" sorusu yöneltilmiştir. Bu soruya sadece bir görüşmeci yukarıdaki "hizmet alınan personelin cinsiyetinin önemli, ancak ilgi, saygı, değer görme, nezaket ve bilgi türü gibi şeyler daha önemli" ifadesini teyit etmesine rağmen olumlu yanıt vermiştir. Gruba utanmalarına sıkılmalarına neden olacak başka bir durum yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Bunun üzerine muayene sırasında kayıt odasına açılan kapının açık kalması, yoğun günlerde hastanın birisi çıkmadan diğerinin muayene odasına alınması ve diğerinin ötekisi giyinirken odanın içinde bulunması, jinekolojik masadayken hastanın üzerine örtü örtülmemesi ve hastanın masadayken çok bekletilmesi gibi rahatsızlıklar tarif edilmiştir.

Görüşmecilere “Daha iyi hizmet almak için değişmesini istediğiniz veya eklenmesini istediğiniz hizmetler nelerdir?” sorusu yöneltilmiştir. Bu sorunun cevapları tartışılırken daha yaratıcı çözümler elde etmek amacıyla, grup beyin fırtınası yapmaya yönlendirilmiştir. Özellikle alınmak istenilen diğer hizmetler ile ilgili olarak bu hizmetlerin sadece aile planlaması birimi ile ilgili olması konusunda bir sınırlandırma yapılmamıştır. İlk söylenen hizmet ihtiyacı laboratuvar hizmetleri olmuştur. Görüşmeciler laboratuvar hizmetlerini almak için hastaneye gitmek zorunda kaldıklarını ve çok zaman kaybettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca bu hizmetlerin burada verilmesi gerektiğini de ifade etmişlerdir.

Dile getirilen bir diğer öneri de, çocuklarının kendileri muayene olurken en azından kayıt odasına alınması veya çocuk odası hizmeti verilmesidir. Kliniğe gelmeden önce çocukları emanet edecek yer sorununun olması, ciddi bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Öyle ki, bu problem daha önce sorulan, kuruma ulaşma engelleri, bekleme süresi ve eğitimin değerlendirilmesi gibi soruların altında yeri geldikçe dile getirilmiştir. Toplanan bilgilere göre, çocuk faktörü yukarıda adı geçen tüm süreçleri zorlaştırmaktadır. Grup bu konuya çözüm üretirken, çocukların güvende olmasını temel alarak yukarıda geçen çözümleri üretmiştir.

Ciddi şekilde üzerinde durdukları bir diğer konu da, cinsel sorunlarının danışmanlığını veya tedavisini yaptırabilecekleri bir psikiyatrist/danışman ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç o kadar şiddetlidir ki, görüşmeciler görüşmenin sonunda tüm sorular ve tartışmalar bitmesine rağmen bu konuya tekrar geri dönmüşler ve bu konuda yapılması gereken bir şeyler olduğu konusunda ısrarcı bir tutum sergilemişlerdir. Bu taleplerini dile getirirken, bu tür sorunlarını kadın doğum uzmanlarıyla paylaştıklarını, ancak genelde psikiyatriste yönlendirildiklerini ifade etmişlerdir. Fakat psikiyatriste ulaşmada maddi konuda güçlük çektiklerini ve bunun tek bir seansta sona ermeyeceğinin farkında olduklarını dile getirmişlerdir. Bu konuyla ilgili istedikleri diğer bir hizmet de cinsel eğitimlerdir.

Görüşmecilerden ikisi, kendileri veya çocukları için ilaç yazdırmaya geldiklerinde bazı ilaçların uzman hekim tarafından yazılması zorunluluğundan dolayı, uzman hekime ulaşamadıklarında zorluk yaşadıklarını anlatmış ve bunun değiştirilmesini önermişlerdir. Bu konuda yaşadıkları zorluğun, bazen ilacın kendi ceplerindeki parayla alınması veya hiç alınamamasıyla sonuçlandığını ifade etmişlerdir.

Sözü edilen diğer istekler, tuvaletin fiziksel durumunun düzeltilmesi, kadın sağlığı ile ilgili eğitimler, çocuk sağlığı/gelişimi ve eğitimi ile ilgili eğitimler ve pedagog hizmetleri şeklinde sıralanabilir.

Adı geçen bu hizmetlerden yine üzerinde en çok durulan hizmet pedagog hizmetidir. Pedagog hizmeti de tıpkı psikiyatri hizmeti gibi normalde ulaşılması zor bir hizmet olarak tanımlanmıştır.

Bunun dışında görüşmecilerden birisi enjeksiyon yöntemini buradan sağlamak istediğini, diğeri de kendi oturduğu yerdeki sağlık ocağından aile planlaması yöntemini almak istediğini belirtmiştir.

İkinci Grup (35–47) :

Oluşturulan ikinci grup 35–47 yaş aralığında olan dokuz kişilik gruptur. Grup; eğitim, meslek, aylık gelir ve çocuk sayısı bakımından benzerdir. Görüşmeciler en az iki kez Okmeydanı AÇSAP merkezinin Aile Planlaması biriminden hizmet alanlardan seçilmiştir. Gruptan dört kişi aile planlaması yöntemi olarak rahim içi araç, beş kişi kondom kullanmaktadır. Grubun tamamı ileride tekrar çocuk sahibi olmak istememektedir. Bu gruptan bundan sonra “ikinci grup” olarak bahsedilecektir.

İkinci gruptan (35-47) alınan bilgiler şöyle özetlenebilir:

“Buraya gelmeye karar verdiğiniz andan itibaren kuruma ulaşmanıza kadar hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz?” sorusundan alınan bilgilere göre gruptaki herkes buraya yakın yerlerden gelmektedir. Bazıları yürüyerek 15–20 dakikalık mesafeden, bazıları da vasıta kullanarak geldiklerini ifade etmişlerdir. Genelde grubun tamamı en fazla yarım saatlik mesafede oturmaktadır. Ancak kurum dışı engellerden söz edilirken, görüşmecilerden ikisi aile planlaması hizmeti alma konusunda bu kurumun kullanılmasına ilişkin ilk gelişlerinde aile fertlerinden itiraz edildiğini ifade etmişlerdir. Bu itirazın sebebi, aile fertlerinin böyle bir hizmet için özel sektörü tercih etmesi ve yakınlarını özel sektöre yönlendirmesidir. Bu tartışma üzerine görüşmecilere, yakınlarının bu düşüncelerine rağmen neden buraya geldikleri sorulmuş ve bu sorudan alınan cevaplarda, birden fazla sebep ortaya konmuştur. Bu sebeplerden birisi devlet kurumuna olan güvendir. Görüşmecilerden birisi devletin kurumuna daha fazla güvendiğini ve özel sağlık kuruluşlarının daha çok, ticari amaçlar güttüğünü ifade etmiştir. Bunun üzerine gruba, kaç kişinin böyle düşündüğü sorulduğunda, yedi kişi böyle düşündüğünü ifade etmiştir. Yine başka bir görüşmeci, burada verilen hizmetten çok memnun olduğunu ve hizmetin kalitesine inandığını ancak biraz daha güler yüzlü hizmet verilmesi durumunda kimsenin özel

sağlık kuruluşunu seçmeyeceğini ifade etmiştir. Tercih etme sebeplerinden diğerleri; alınan hizmetin parasal maliyetinin makul olması, sosyal güvencenin kullanılabilme imkânı, sadece kadın sağlığı ve çocuk sağlığı ile ilgili hizmet vermesi (özel dal kliniği olması) dolayısıyla verilen hizmetin kaliteli olduğuna inanılması, tanıdık tavsiyesi ve çalışanların genelde bayan olmasıdır. Bir görüşmeci de burayı tercih etme sebebi olarak kurumun, buradan hizmet alan herkesin kendi sosyal statüsüne uygun olmasını ve çalışanlarının da buna uygun davranmasını göstermiştir. Aynı görüşmeci özel hastanelerde muamelenin ve çevrenin daha iyi olmasına rağmen, oradaki doktorların karşısında ezildiğini ve soru soramadığını ifade etmiştir. Bunu da doktor ve kurum ile kendisi arasındaki sosyal statü farkına bağlamıştır. Bu kurumdaki çalışanlarla böyle bir mesafe sorunu yaşamadığını ve derdini daha rahat anlattığını bir deneyimini paylaşarak ifade etmiştir. Gruptan bu düşünce ile ilgili herhangi bir ret veya onay gelmemiştir.

"Buraya gelip de hizmet alamadığınız oldu mu?" sorusuna ilk verilen cevaplar, olmadığı yönünde olmuştur. Bunun üzerine sorunun iyi anlaşıldığından emin olmak amacıyla alt sorular sorulmuştur. Verilen cevaplarda, özellikle hap ve kondom gibi, periyodik olarak kuruma gelmeyi gerektiren yöntemlerin zaman zaman bulunamadığı anlaşılmıştır.

"Kliniğin açık olduğu saatler size uygun mu?" sorusuna verilen ilk cevaplar uygun olduğu yönünde olsa da, konuşma devam ettikçe, ilk olarak kliniğin erken kapandığını düşündüklerini ifade etmişler daha sonra da görüşmecilerden bazıları hafta sonları ve tatillerde buradan hizmet alma ihtiyacı duyduklarına dair deneyimlerini paylaştıkça, kurumun mesai saatleri dışında da açık olmasının iyi olacağı fikrine varmışlardır. Bu fikir, tıbbi olarak âdet döngüsünün belli günlerinde sağlanması/uygulanması zorunlu olan yöntemleri kullananlar ve çalışanlar için buradan yararlanma imkânını kolaylaştıracağına ve arttıracağına dair düşüncelerle desteklenmiştir.

"Hizmet almak için ödediğiniz ücret hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen cevaplara göre ücretin verilebilecek bir ücret olduğu konusunda grup hemfikir olmasına rağmen, görüşmecilerden ikisi yine de böyle bir ücretin talep edilmesini beklemediklerini belirtmişlerdir. Sebebi sorulduğunda, kurumu sosyal amaçlı bir sağlık kurumu olarak algıladıklarını, aynı zamanda sosyal güvenceleri olduğu için ücret alınacağını beklemedikleri anlaşılmıştır. Bunun yanında burada uygulanan

ücret, diğer kamu kuruluşlarının aynı hizmet için uyguladığı ücret ile kıyaslanmış ve grup, bir kez daha buradaki ücretin çok mâkul olduğu sonucuna varmıştır.

"Aile Planlaması biriminin bina içindeki yeri hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusu sorulduğunda, Aile Planlaması biriminin bina içindeki yeri kolay bulunabilir olarak tarif edilmiş ve herhangi bir olumsuzluk ifade edilmemiştir.

Bunun üzerine söz Aile Planlaması biriminin fiziksel görünümünden açılmış ve gruba birimin fiziksel görünümü, temizliği ve büyüklüğü gibi özellikleri hakkında ne düşündükleri, bekleme salonundan başlayarak sorulmuştur. Aile Planlaması biriminin fiziksel görünümü "bakımsız" olarak nitelendirilmiş ve çeşitli yönleriyle (boyası, düzensiz sıva görünümü v.s) eleştirilmiştir. Bu eleştiriler binanın geneli için de yapılmıştır. Aile Planlaması biriminin bekleme salonundaki oturma yerleri ve büyüklüğü yeterli bulunmuştur. Aile Planlaması biriminin bekleme salonu "ne kirli ne temiz olarak" nitelendirilmiştir. Salonu temiz bulan bir kişi olmuştur. Eğitim odasının fiziksel görünümü temiz ve bakımlı olarak nitelendirilmiştir. Aile Planlaması biriminin bekleme salonu dışındaki odaları ile ilgili hiçbir rahatsızlık veya sorun tanımlanmamıştır. Aile Planlaması biriminin tuvaletinin değerlendirilmesi istendiğinde, tuvaletin fiziksel eksiklerinden bahsedilmiştir. Bunlar; iç kapısının olmaması ve eşya asacak askısının olmamasıdır. Bunun yanında tuvaletin temizliği de eleştirilmiş ve yetersiz bulunmuştur. Ancak grup bu konuda empatik yaklaşmış ve tuvaletin temiz olmasının sadece kuruma bağlı olamayacağı ve kullananların da temiz kullanması gerektiği konusunda bir kişi hariç fikir birliğine varmıştır. Bir görüşmeci ise zaten kirli olan bir tuvaletin temiz tutulamayacağını, başkalarının kirlettiğini temizleyemeyeceğini ve çok temiz olan bir tuvaleti zaten kimsenin kirletmeyeceğini savunmuştur. Tuvaletin iç kapısının olması, eşya asacak bir askısının olması, iyi temizlenmesi ve kullananların temiz kullanmasıyla tuvaletin kullanımının kolaylaşacağı konusunda grup hemfikirdir.

"Muayene olmadan önce veya yönteminizi almadan önce çok beklediniz mi?" sorusu sorulmuştur. Bu soru üzerine görüşmeciler genelde yarım saat ile bir saat arasında beklediklerini, bazen de yoğunluğa göre hiç beklemeden hizmet aldıklarını belirtmişlerdir. Görüşmeciler bu süreyi normal bulduklarını ve her yerde bu kadar beklendiklerini ifade etmişlerdir.

Görüşmecilere sorulan diğer bir soru da "Size verilen eğitim hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusudur. Görüşmeciler eğitimden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bunun üzerine memnuniyetlerini açıklamaları istendiğinde verilen

eğitimi faydalı olarak tanımlamışlar ve aile planlaması yöntemi seçenekleri hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları için daha bilinçli seçim yaptıklarını söylemişlerdir. Ayrıca alınan bilgilere göre takılı olan spiralin miadı dolduğunda değiştirilirken veya daha önce kullanılmış ve kullanımı terk edilmiş bir yöntem tekrar kullanılmak üzere başvurulduğunda, yöntemin daha önce kullanılmış olması göz önüne alınmaksızın aynı yöntemin eğitimi tekrar verilmektedir. Bu şekilde eğitim almış görüşmecilerden birisi bu eğitimden çok memnun olduğunu, unuttuklarını hatırladığını bilmediklerini öğrendiğini ifade etmiştir. Görüşmeciler burada aldıkları eğitimi diğer kamu kuruluşlarında alamadıklarını yada eksik aldıklarını da sözlerine eklemişlerdir. Sonuç olarak görüşmeciler, verilen eğitimden memnundur.

Danışmanlık/eğitim ile ilgili sorulan bir diğer soru da “Seçtiğiniz yöntem dışındaki yöntemler size nasıl anlatıldı?” sorusudur. Görüşmecilerden sadece ikisi kendilerine aile planlaması danışmanlığı boyunca iki ve üzeri yöntemden bahsedildiğini ifade etmiştir. Diğerleri ise sorduklarında veya yöntemlerin içinden herhangi birini kullanmayı düşündüklerini söylediklerinde, o yöntemden bahsedildiğini ifade etmişlerdir.

Görüşmecilere “Kullandığınız yöntemi nasıl seçtiniz?” diye sorulduğunda gruptan yedi kişi kullandığı yöntemi kendisinin seçtiğini, iki kişi ise öneri üzerine kullandığını ifade etmiştir. Öneri üzerine kullandıklarını söyleyenler öneriyi kendilerinin talep ettiğini ifade etmişlerdir. Gruptan hiç kimse kullandığı yöntemi personelin zorlamasıyla seçmemiştir.

Görüşmeciler “Kullandığınız yöntemi seçtikten sonra size o yöntem hakkında neler anlatıldı?” sorusuna cevap olarak, seçtikleri yöntemlerin yan etkilerinin, hangi durumda kendilerine başvurmaları gerektiğinin, kullanımlarının, yöntemine göre karşılaştıkları sorunlarda ne yapmaları gerektiğinin anlatıldığını ifade etmişlerdir. Gruptan yukarıdaki bilgileri almadığını yada eksik aldığını belirten olmamıştır.

Danışmanlık/eğitim sürecini değerlendirme ile ilgili sorulan bir diğer soru da “Anlatılanları anlayabildiniz mi?” sorusudur. Görüşmecilere anlatılanları kolayca anlayıp anlamadıkları sorulduğunda, görüşmeciler anlaşılır bir şekilde anlatıldığını ve kolayca anladıklarını anladıkları şekilde anlatıldığını ifade etmişlerdir. Bu cevap üzerine danışmanlık sürecine katılımlarını anlamak ve danışmanlık veren personelin anlamaları için yarattığı ortamı değerlendirmek için görüşmecilere danışmanlık sırasında soru sorma fırsatları olup olmadığı sorulduğunda görüşmeciler

danışmanlık sırasında soru sormak isteyip istemediklerinin kendilerine sorulduğunu ve kulaktan dolma bilgileri bile sorduklarını ve cevap aldıklarını ifade etmişlerdir.

Görüşmecilere sorulan bir diğer soru da; "Sağlık personelinin size karşı olan davranışlarını nasıl değerlendirirsiniz?" sorusudur. Grubun tamamı bir sorun yaşamadıklarını ve memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Oysa görüşmecilerden birisi, görüşmenin başında ilk soruyla ilgili açılan tartışmada burada verilen hizmetten çok memnun olduğunu ve hizmetin kalitesine inandığını ancak biraz daha güler yüzlü hizmet verilmesi durumunda kimsenin özel sağlık kuruluşunu seçmeyeceğini ifade etmiş ve grubun genelinden onay almıştır. Burada çelişki gibi gözüken bu durumun daha iyi anlaşılması için gruba, personelin kendilerine karşı güler yüzlü olup olmadığı sorulmuştur. Sorulan bir diğer soru da iyi veya kötü deneyimlerini paylaşmak isteyip istemedikleridir. Bunun üzerine bir görüşmeci bazen güler yüzlü olduklarını bazen de olmadıklarını söylemiş, personelin de insan olduğunu ve her zaman gülemeyeceğini belirtmiştir. Yine aynı görüşmeci duruma empatik yaklaşıp kendinden örnekler vererek her zaman güler yüzlü olmalarını beklemediğini ifade etmiştir. Başka bir görüşmeci de deneyimini paylaşarak hizmet alan grubu da eleştirmiştir. Grup da genel olarak onaylamıştır.

"Siz sağlık personeli olsaydınız ve burada çalışsaydınız hastalara nasıl davranırdınız?" sorusuna da, rahatlatırım, hastayla konuşarak sakinleştiririm ve bilgilendiririm şeklinde cevaplar verilmiştir. Görüşmecilerden birisi de aynı ilgiliyi spiral takılması sırasında doktor hanımdan gördüğünü, doktor hanımın kendisine özel hayatıyla ilgili sorular sorarak ve bacağına dokunarak onu rahatlattığını ve aynı davranışı da kendisinin sağlık personeli olması durumunda hastasına yapacağını ifade etmiştir.

Görüşmecilere sorulan sorulardan bir diğeri, hizmet alırken kendilerine ayrılan zamanın yeterliliği hakkında ne düşündükleri ile ilgilidir. Görüşmeciler kendilerine ayrılan zamanın yeterli olduğu konusunda hemfikirdir. Tersini söyleyen kimse olmamıştır.

"Kontrole veya herhangi bir şikâyetinizde tekrar davet edildiniz mi?" sorusu üzerine, görüşmecilerin tamamı kontrole veya herhangi bir durumda danışman sağlık personeli tarafından davet edildiklerini ifade etmiştir. Tersini söyleyen kimse olmamıştır.

Görüşmecilere "Her geldiğinizde yöntemden memnun olup olmadığınız, yöntemi doğru kullanıp kullanmadığınız soruluyor mu?" sorusunda çoğu zaman

sorulmadığını ifade etmişlerdir. Görüşmecilerin çoğu, zaten yöntemi uzun zamandır başarıyla kullandıklarını söylemişlerdir.

Görüşmecilere, hizmet aldıkları sırada utanmalarına sıkılmalarına sebep olacak bir olay yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda gruptan hiç kimse bu konuyla ilgili herhangi bir rahatsızlık tanımlamamıştır.

Gruba "Buradan daha iyi hizmet almak için değişmesini istediğiniz şeyler veya eklenmesini istediğiniz hizmetler nelerdir?" sorusu yöneltilmiştir. Bu soruya verilen cevaplara göre görüşmeciler binanın fiziksel görünümünün düzeltilmesini istemektedirler. Görüşmecilerden birinin bu istekle ilgili diğerlerine yönelttiği "genel görüntü, hizmet almanızı nasıl etkiliyor?" ifadesi üzerine, görüşmeciler "estetik göz" ifadesini kullanmışlar ve ayrıca bu görünümün bir sağlık kurumuyla bağdaşmadığını ifade etmişlerdir.

Bir görüşmeci cinsel sorunların tanı, tedavi ve danışmanlık hizmeti ihtiyacından söz etmiş ve bu konuyla ilgili danışman/psikiyatrist hizmetinin gerekli olduğunu vurgulamıştır. Bunu isteyen görüşmeciye gruptan basit bir onaydan fazla destek gelmiştir. Gruptaki hemen hemen herkes özel hayatından örnekler vererek neden böyle bir hizmet almak istediğini ifade etmiştir. Hatta bazıları bu konuda kendilerine yönelik cinsel sağlık ve kadın sağlığı ile ilgili eğitimler istediklerini de söylemişlerdir. Ayrıca görüşmecilerin, eğitimleri sosyal aktivite olarak görme eğilimleri de vardır. Böyle eğitimlere çağrıldıklarında gelip gelmeyecekleri sorulduğunda olumlu yanıtlar alınmış ve gelme sebepleri sadece bilgilenme olmadığı, sosyal aktivite ihtiyacı da olduğunu dile getirmişlerdir. Grup ayrıca psikolog veya psikiyatrist ihtiyacından bahsetmiş ve bu hizmete ihtiyaç duyduklarında da bu kurumdan almak istediğini belirtmiştir.

Evlilik öncesi cinsel eğitim ve ergenlik çağı cinsel eğitim de talep edilen hizmetlerdir. Görüşmeciler gerek evlilik öncesi gerek ergenlik dönemi cinsel eğitimi kendilerinin veremediğini, okullarda verilenlerin de karma sınıflarda verildiğini ve çocukları tarafından ciddiye alınmadığını, bu nedenle sağlıkçılar tarafından okullarla işbirliği içinde okul yerine kurumda ve devam mecburiyeti altında verilmesini istemişlerdir. Bu konuyla ilgili yapılan tartışma sırasında görüşmecilerden bazıları çocuklarına ergenlik çağı ve evlilik öncesi cinsel eğitim verilmesinin çok önemli olduğunu ancak kendilerinin buna yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir.

Talep edilen bir diğer hizmet ise erkeklere cinsel eğitim hizmetidir; bu hizmetin istenme gerekçesi olarak öne sürülen sebep ise kendilerinin bildiği şeyleri erkeklere

anlatmanın zor olduğu, sadece kadınların bilgili olmasının çok yeterli olmadığıdır. Ayrıca alınan bilgilere göre görüşmecilerin, erkeklerin cinselliğe bakış açısını problem olarak gördüğü ve bu problemin de eğitimle değişeceği inancında olduğu anlaşılmaktır. Bunun üzerine, böyle bir eğitim verildiği durumda kaç kişinin eşinin geleceği sorulmuş, yedi kişi olumlu cevap vermiştir.

Görüşmeciler, laboratuvar ve tetkik hizmetlerinin de burada yapılmasını istemektedirler. Görüşmeciler bu hizmetleri burada verilen hizmetlerin uzantısı olarak görmekte, buradan bir tahlil istendiğinde hastanelere gittiklerini ve çok zaman kaybettiklerini, bazen de çok ileri tarihlere randevu verildiğini ifade etmektedirler. Bu istekte, buraya hem kendileri hem de çocukları için her zaman gelmeleri, ortamına ve personeline aşina olmaları, yani kendi tabirleriyle “ayak alışkanlığının” olmasının da payı vardır.

Meme kanseri taramalarının burada olması ve mecburi olması bir diğer yeni hizmet fikridir; Bu görüşünü dile getiren görüşmeci, normal şartlarda bu tarama için hastaneye gitmenin zor ve yorucu olduğunu ve belli bir yaştan sonra periyodik olarak önerilen bu taramaya birçok kişinin bir rahatsızlık fark etmediği sürece gitmeyeceğini söylemiştir. Mecburi tutulduğunda ve burada yapıldığında mecburen herkesin geleceğini ifade etmiştir. Grubun bu söylenenlere tepkisi olumlu olmuş ve gruptan da düşüncelerini ifade edenler olmuştur.

4. Araştırma Bulgularının Yorumlanması

Bu araştırmadan elde edilen bulguların yorumlanması ve başka araştırmaların bulgularıyla karşılaştırılması nicel araştırmaların tasarlanmasında kullanılabilecek en belirgin boyutların kendiliğinden ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Ayrıca araştırma nitel bir araştırma olduğundan, görüşmeler sırasında sözel iletişimin dışında yaşanan iletişim(beden dili, jest ve mimikler, ses tonu) de bulguların yorumlanmasını etkileyecektir. Bu amaçla, elde edilen bulgular şu şekilde yorumlanabilir;

Kuruma ulaşımın hizmete ulaşılabilirlik ile ilgili önemli bir boyut olduğu geçmiş yıllarda yapılan araştırma bulgularınca da vurgulanmıştır.[1] Bu araştırmada da her iki gruptan alınan bilgilere göre, kurumun coğrafi yerleşim yeri ile ilgili bir sorun olmadığı ve kurumun uygun bir yerde ve ulaşılması kolay bir konumda olduğu söylenebilir.

Hizmete ulaşılabilirliğin sorgulandığı tartışmada birinci gruptan (20-32 yaş grubu) alınan bilgilere göre, hizmete ulaşmada en önemli engel, yöntem kullanıcılarının çocuklarını emanet edecek yer/kişi sorunlarının olmasıdır. Bu sorun sadece kuruma gelmeden önce değil, kuruma geldikten sonra da hizmet alma sürecini (bekleme, muayene, danışmanlık) zorlaştırmakta ve kullanıcılar için stres faktörü oluşturmaktadır. Bu nedenle kuruma ve hizmete ulaşma ile ilgili çocuk sorunu önemli bir engel olarak tanımlanabilir. Daha önce yapılan çeşitli araştırmalarda da çocukları emanet edecek yer sorunu, kuruma ulaşım açısından hizmet sürecini zorlaştırıcı bir etken olarak tanımlanmıştır.[2] [3] Bu araştırmalardan birinde bir görüşmecinin “Benim en büyük problemim randevuma giderken çocuklara bakacak

---

[1] Timothy Williams, Jessie Schutt- Ainé, Yvette Cuca, ”Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews”, **International Family Planning Perspectives**, 2000, 26 (2), s. 66

[2] Seyhan Hıdıroğlu, ”Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Aile Planlaması Kliniğine Başvuranların Kontrole Gelmeme Gerekçelerinin İncelenmesi”, Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004, s. 4

[3] Roger T. Anderson v.d., “ A Qualitative Analysis of Women’s Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centers of Excellence in Women’s Health”, **Journal of Women’s Health & Gender–Based Medicine**, 10 (7) , 2001, s. 641

kimsenin olmamasıdır" ifadesi bu problemin başka ülkelerde ve başka yaşam şartları altında da var olduğunu göstermektedir.[4]

Aynı konunun ikinci grup (35–47 yaş grubu) tarafından tartışılması sırasında ise, bazı görüşmecilerin aile fertlerinin bu kurumdan hizmet almalarını istemedikleri ortaya çıkmıştır. Aile fertlerinin bu itirazlarının sebeplerinden birisi, özel kuruma gidildiği taktirde doktorun cinsiyetini tercih edebilme olanağının olması, diğeri de özel sektörde hizmetin daha kaliteli olduğuna inanılmasıdır.

Aileleri tarafından özel sektöre yönlendirilen görüşmecilere neden bu yönlendirmeye rağmen buraya geldikleri sorulduğunda, görüşmeciler (7 kişi) devletin kurumlarına daha fazla güvendiklerini ifade etmişlerdir. Bu güvenin bir sebebi, devletin kullanıcıları suistimal etme ihtimalinin olmaması denilebilir. Çünkü kullanıcılar neden daha fazla güvendiklerini açıklarken "bu tür kurumlara daha fazla güveniyorum" (devletin tüm kurumlarını kast ederek) ifadesini, buna karşılık "özeller (özel kurumlar) daha çok paraya yöneliyorlar" ifadesini de karşılaştırma yaparken kullanmışlardır. Ayrıca aynı karşılaştırmada, kurumun hizmet verdiği alanın sadece kadın ve çocuk sağlığı olmasından dolayı, daha tecrübeli olduğuna inandıklarından bahsetmişler ve bu yöndeki deneyimlerini paylaşmışlardır. Görüşmecilerin, özel sektördeki ile AÇSAP merkezindeki aile planlaması hizmetlerini karşılaştırırken, AÇSAP merkezini bazı yönleriyle daha üstün bir yere koydukları söylenebilir. Görüşmecilerden birisinin bu kurumlarda biraz daha ilgi ve güler yüzün olması durumunda kimsenin özel sektörü tercih etmeyeceği yönündeki söylemi de bu görüşü destekler niteliktedir. Bunun yanında diğer kamu kurumlarındaki aile planlaması hizmeti ile AÇSAP merkezindeki aile planlaması hizmeti örneklerle karşılaştırılmış ve bu karşılaştırılmaya göre AÇSAP yine daha üstün bir yere konmuştur. Bu deneyimlerden anlaşıldığı kadarıyla diğer kurumların AÇSAP merkeziyle karşılaştırılan ve dolayısıyla eleştirilen yanları, aile planlaması danışmanlığının iyi verilmemesi, eksik bilgilendirme, muayene ücretinin daha yüksek olmasıdır. Türkiye'de yapılan bazı araştırmalarda AÇSAP merkezlerinin bu hizmeti veren diğer kamu kuruluşları içinde de,[5] [6] özel sektöre göre de[7] hizmet alanlar

---

[4] **A.e.**

[5] Behice Erci, "Turkish Women's Satisfaction Wıth Family Planning Services", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, 7, 4; Health Module, Dec 2002, s. 231

tarafından, aile planlaması hizmetlerinden duyulan memnuniyet seviyesinin daha fazla olduğu sonucunu destekleyen bulgular ortaya koymuştur.

Yine aynı konunun ikinci grupta tartışılması sırasında bir görüşmeci bu kurumu tercih etme sebebi olarak, bu kurumu kullanan herkesin kendi sosyal statüsüne uygun olmasını ve çalışanlarının da buna uygun davranmasını göstermiştir. Bu görüşmeci konuyu örneklerle açıklarken, özel sektör çalışanları ile kendisi arasında sosyal statü farkından kaynaklanan bir mesafe olduğunu ve bu mesafenin iletişim problemlerine (ezik hissedip soru soramamak gibi) sebep olduğunu ifade etmiştir. Gruptan bu düşünce ile ilgili herhangi bir ret veya onay gelmemiştir. Ancak tepkisizliğin nedeni, diğer görüşmecilerin bir fikrinin olmaması olabileceği gibi, konunun hassas olması da olabilir. Sonuç olarak böyle bir düşüncenin dile gelmesi oldukça ilgi çekicidir. Çünkü literatürde buna benzer bir söyleme rastlanmamıştır.

İkinci grubun bu kurumu tercih etme sebebi olarak saydığı diğer özellikler; alınan hizmetin ücretinin makul olması, sosyal güvencenin kullanılabilme imkânı, sadece kadın sağlığı ve çocuk sağlığı ile ilgili hizmet vermesi (özel dal kliniği olması) dolayısıyla bu kurumların tecrübeli ve verilen hizmetin kaliteli olduğuna inanılması ve tanıdık tavsiyesidir.

Sonuç olarak her iki grubun kuruma gelirken tanımladığı engeller farklıdır. Bu fark iki grubun farklı yaş ortalamalarının sonucu olabilir. Birinci grubun yaş ortalamasında çocuklarının yaşının küçük olması olağandır ve dolayısıyla çocukları emanet edecek yer sorunu yaşamaktadırlar. Diğer grup da engel olarak sadece, yakınlarının bu kurumun kullanımını istememelerini göstermişlerdir. Ayrıca bu soru altında kurumu tercih etme sebepleri ortaya çıkmıştır. Birinci grubun kurumu tercih etme sebepleri de, görüşmenin çeşitli yerlerinde sadece makul ücret olarak ortaya çıkmıştır. Her iki grubun ortak tercih nedeni makul ücrettir, ancak ikinci grubun bu kurumu tercih etme sebepleri çok daha fazladır. Bu fark da iki grubun yaş ortalamalarının farklı olması, dolayısıyla ikinci grubun sağlık hizmetleri veren kurumları kullanma konusunda daha tecrübeli olmasından ve bu kurumlardaki deneyimlerini daha sağlıklı olarak karşılaştırabilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

---

[6] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Kalite Araştırmaları 1998–2000 Karşılaştırmalı Raporu", Araştırma Raporu, Management Sciences for Health, Ankara, 2001, s. 57

[7] A.e., s. 57

Ayrıca yaş ortalaması daha küçük olan grubun, hizmetlere diğerine göre daha eleştirel bakması da bu kurumu tercih etme nedenlerini azaltabilir.

Görüşmecilere her geldiklerinde hizmet alıp alamadıklarını soran sorunun altında her iki gruptan alınan cevaplara göre, yöntemler kurumda zaman zaman bulunamamakta, enjeksiyon yöntemi ise kurumdan hiç sağlanamamaktadır. Yöntem sağlamayla ilgili bir diğer sorun da görüşmecilerin özel durumlarında fazla miktarda yöntem alamamalarıdır. Sonuç olarak, yöntem kullanıcılarının kuruma geldiklerinde zaman zaman yöntemleri bulamadıkları ve yöntem sağlama ile ilgili sorun yaşadıkları söylenebilir. Yöntem sağlayamama, hizmetin sürekliliği ile ilgili bir noksanlıktır ve bu noksanlık Türkiye'de yapılan başka araştırmalarda da ortaya konmuştur.[8] [9] [10] [11] Bu soru altında verilen cevaplarda dikkat çekici bir başka nokta da hizmet alamama nedeni olarak malzeme eksikliği dışında bir sebep gösterilmemesidir. Malzeme eksikliği ciddi bir noksanlığın ifadesi olsa da Türkiye'de yapılan bir araştırmada personelin olmaması, yöntemin o gün sunulmaması, çok bekleme gibi sebepler de hizmet alamadan geri dönme sebebi olarak ortaya konmuştur.[12] Buna karşın bu araştırmada bu gibi sebeplerin hizmet alamadan geri dönme sebebi olarak gösterilmemesi olumlu olarak değerlendirilebilir.

Kliniğin hizmet verdiği saatlerin değerlendirildiği tartışmada, her iki gruptaki görüşmeciler de kliniğin erken kapanması ve tatil günlerinde açık olmaması gibi rahatsızlıklarını dile getirmişler ve bu yönde fikirler sunmuşlardır. Bu fikirler, tıbbi olarak âdet döngüsünün belli günlerinde sağlanması/uygulanması zorunlu olan yöntemleri kullananlar ve çalışanlar için buradan yararlanma imkânını kolaylaştıracağına ve arttıracağına dair fikirlerle desteklenmiştir. Bu bilgiler ışığında kliniğin hizmet verdiği saatlerin uygun ve yeterli olmadığı söylenebilir. Literatürde yer

---

[8] Hıdıroğlu, a.g.e., s. 44
[9] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Kalite Araştırmaları Raporu", Araştırma Raporu, Management Sciences for Health, Ankara, 2000, s. 31-34
[10] Yeliz Doğan, "Yöntem Seçmek Üzere Aile Planlaması Ünitesine Başvuran Kadınların Hizmete Yönelik Beklentileri ve Bu Beklentilerin Karşılanma Durumu", Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s. 48
[11] Hulki Uz, "Adana ve İçel İllerinde Sağlık Ocakları ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinden Aile Planlaması Hizmeti Alanların Algıladıkları Kalite Düzeyi (Memnuniyeti) ve Bunu Etkileyen Faktörler", Doktora Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002, s. 64
[12] A.e.

alan çalışmalarda da bu araştırmanın bulgularını destekleyici nitelikte bulgular yer almaktadır. [13] [14]

Geçmiş yıllarda yapılan araştırmalarda hizmet ücretinin hem hizmete ulaşım hem de memnuniyet üzerinde etkili olduğu ve kuruma gelmeden önce kaygıya neden olduğu ortaya konmuştur.[15] [16] Bu araştırmada ise, ücret ile ilgili sorulan sorunun altında her iki gruptan alınan cevaplar, hizmet almak için ödenen ücretin makul olduğu yönündedir. Toplanan bilgilere göre, birinci gruptaki görüşmecilerin bu kurumu tercih etme sebeplerinden en önemlisinin de ücret olduğu söylenebilir. İkinci gruptaki iki kişi ise ücretin verilebilir olduğunu onaylamasına rağmen sosyal güvence ve devletin kurumu olması sebebiyle ücret beklentisi içinde olmadıklarını ve ücret istendiğinde şaşırdıklarını ifade etmişlerdir. Bu iki kişinin kurumu sosyal amaçlı, sosyo-ekonomik düzeyi çok düşük kişilere odaklanan bir kurum olarak algıladıklarından böyle bir ücret beklentisi içinde olmadıkları toplanan bilgiler çerçevesinde söylenebilir. İki grup arasındaki bu beklenti farkı, ikinci grubun kurumu çok daha uzun yıllardır kullanması ve dolayısıyla kurumda uygulanan çeşitli ücret politikalarına şahit olmasından kaynaklanabilir.

Aile planlaması biriminin fiziksel durumu ile ilgili sorulan sorulardan alınan cevaplarda, her iki grupta da aile planlaması biriminin bina içindeki yeri ve bulunabilirliği/görünürlüğü ile ilgili bir sorun tanımlanmamıştır. Bu dikkat çekici bir sonuçtur. Çünkü Sağlık Bakanlığının kalite araştırmalarında tespit edilen sorunlu alanlardan birisi Aile Planlaması hizmetlerinin görünürlüğüdür.[17] Oysa hizmet alanların en azından bu birimde bu konuyla ilgili sorunlarının olmadığı söylenebilir. Fiziksel özellikler ile ilgili birinci gruptan alınan bilgilere göre aile planlamasının bekleme salonu yoğun günlerde yetersiz ve temizliği de vasat olarak nitelendirilmiştir. Muayene ve eğitim odaları ise temiz bulunmuştur. Ancak muayene odalarında muayene olanların görebileceği şekilde kullanılmış aletlerin ve eldivenlerin bulunması birinci grup tarafından rahatsız edici olarak nitelendirilmiştir.

---

[13] Williams, Schutt-Ainé, Cuca, **a.g.e**, s. 66
[14] Meg Gready, v.d., "South African Women's Experiences of Contraception and Contraceptive Services", 'Women's and Men's Perspectives on Fertility Regulation Methods and Services' (meeting), Geneva, November 1995, s.32 (Çevrimiçi), http:// www.who.int, 21.01.2006
[15] Williams, Schutt-Ainé, Cuca, **a.g.e.**, s. 66
[16] Doğan, a.g.e., s. 48
[17] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, Management Sciences for Health, 2000, s. 28

Böyle bir rahatsızlığın tanımlanması ilgi çekicidir. Çünkü literatürde yer alan araştırmaların hiç birinde fiziksel özellikler arasında böyle bir rahatsızlığa rastlanmamıştır. Tuvaletin temizliğinin, işlevselliğinin ve fiziksel özelliklerinin yetersiz olduğu her iki grup tarafından belirtilen bir diğer fiziksel sorundur. Özellikle tuvaletin dış kapısının anahtarının ve iç kapısının olmaması problem olarak tanımlanmıştır. Görüşme sırasında toplanan bilgilere göre, görüşmecilerin yetersiz fiziksel görünümü de kirli olarak algılama eğiliminde oldukları söylenebilir. Ancak burada önemli olan görüşmecilerin algısı olduğundan, sonuç olarak ikinci grubun da Aile Planlaması biriminin bekleme salonunu temizlik ve fiziksel görünüm olarak yetersiz bulduğu söylenebilir. Eğitim odasının ise fiziksel görünümü temiz ve bakımlı olarak nitelendirilmiştir. Burada da temizliğin ve bakımın bir arada kullanılması ortamın bakımlı olması ile temiz algılanması arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Birimin tuvaleti hakkında yapılan değerlendirmede ise toplanan bilgilere göre birimin tuvaletinin de fiziksel ve işlevsel olarak yetersiz olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, her iki gruptan alınan bilgilere göre, aile planlaması biriminin fiziksel açıdan yetersiz olduğu sonucuna varılabilir.

Birinci grupta bekleme süresi ile ilgili yapılan tartışmada, görüşmeciler yarım saat ile bir saat arasında beklediklerini söylemişlerdir. Görüşmeciler bekledikleri süreyi uzun veya kısa olarak değerlendirmekten çok, sonunda alacakları hizmetin kaliteli ve kendilerine ayrılacak sürenin yeterli olmasının önemi üzerinde durmuşlardır. Görüşmecilerden birinin, gruptan başka bir görüşmecinin dağınık şekilde söylediklerini özetlemek için kullandığı, “[hizmeti aldıktan sonra] Mesela şöyle söyleyebiliriz; çok bekledik ama muayeneden memnunuz.” ifadesinden de anlaşılacağı gibi, çok bekleme sonucunda dahi, alınacak iyi ve kaliteli bir hizmet bekleme süresini önemsizleştirebilir. Yine görüşmeciler, bekleme süresince beklediklerinin sağlık personeli değil hizmet alanlar olduğunu sık sık vurgulamışlardır. Uzun bekleme süresini aslında içeride hizmet alanlara daha fazla zaman ayrılması olarak değerlendirdiklerini ifade etmişler ve içeride hizmet alan diğer kişilere uzun zaman ayrılmasına, kendilerine de aynı zamanın ayrılacağı anlamını yüklemişlerdir. Bu bilgilerden yola çıkarak görüşmeye katılan kişilerin bekleme süresinin kısa olması gibi bir beklentisi yoktur denebilir. Yukarıda sayılan sebeplere ek olarak kurumda randevulu sistemin olmamasının da bekleme süresi ile ilgili beklentilerin düşük olmasında payı olduğu tahmin edilmektedir. Çünkü randevulu sistemin oluşturduğu beklenti, hiç beklememektir. Ancak randevusuz

sistemde, sıra bekleme düzeni vardır ve görüşmeci, kuruma gelirken bunu bilmektedir. Görüşmeciler, personeli değil de hizmet alanları beklediklerini söylerken kastettikleri şey de bu olabilir. Ayrıca bu tartışma sırasında, daha önce bu veya başka kurumlardaki bekleme süresi ile ilgili deneyimlerden hiç bahsedilmemesi de ilgi çekicidir. Bu durum da, bu gruptaki görüşmecilerin bekleme süresi ile ilgili beklentilerinin, geçmiş deneyimlerden çok, kaliteli hizmet almaya odaklanmaktan etkilendiği söylenebilir.

Bu konuda toplanan tüm bilgilere göre, bu grup için, bekleme süresinin memnuniyeti etkileyen çok önemli bir faktör olmadığı ve bekleme süresinin normal olarak algılandığı söylenebilir.

İkinci gruptaki görüşmeciler ise genelde yarım saat ile bir saat arasında beklediklerini, bazen de yoğunluğa göre hiç beklemeden hizmet aldıklarını belirtmişlerdir. Görüşmeciler bu süreyi normal bulduklarını ve her yerde bu sürelerde beklendiğini ifade etmişlerdir. Bu bilgilere göre bekleme süresi ile ilgili beklentiler düşüktür denilebilir. Bu beklentilerin "her yerde bu kadar beklenir" ifadesinin de anlaşıldığı gibi geçmiş deneyimlerden etkilendiğini de söylenebilir.

Ancak grupların bekleme süresini değerlendirirken bakış açılarının farklı olduğu anlaşılmaktadır. İkinci grubun bekleme süresini algılama şekline geçmiş deneyimleri etkili olduğu söylenebilir. Birinci grubun bekleme süresini algılama şekline geçmiş deneyimlerden çok, iyi hizmet almaya odaklanma etkilidir denebilir. Bekleme süresi literatürde yer alan birçok araştırmada, hizmet alanların hizmeti değerlendirmelerini etkileyen çok önemli bir faktör olarak ortaya konmuştur ve genelde hizmet alanların rahatsız olduğu bir konudur.[18] [19] [20] [21] [22] Ancak bu araştırmada her iki grupta da yarım saat ile bir saat arasında tarif edilen bekleme süresinin normal olarak algılandığı ve memnuniyeti etkileyen çok önemli bir faktör olmadığı söylenebilir. Dünyada ve Türkiye'de yapılan bazı araştırmalar da bu sonucu destekler özelliktedir.[23] Örneğin

---

[18] Williams, Schutt-Ainé, Cuca, **a.g.e.**, s. 66
[19] Hıdıroğlu, a.g.e., s. 44
[20] Health Research Unit Ministry of Health Ghana, Measure DHS, ORC Macro "Ghana Trend Analysis for Family Planning Services, 1993, 1996, and 2002", DHS Trend Reports No. 1, Maryland USA, January 2005, s. 39
[21] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, Management Sciences for Health, 2000, s. 43
[22] Doğan, a.g.e, s. 48
[23] Fran Huckabay, v.d., "Assesing Client Satisfaction in Family Planning Clinics Lessons Learned", t.y., (Çevrimiçi), http://centerforhealthtraining.org, 10.10.2005

bir araştırmada "çok bekledim" diyenlerin bekleme süresi ortalaması 74,8 dakika olarak belirlenmiştir.[24] Ayrıca bekleme süresi ile ilgili gözden kaçmaması gereken bir konu da kuruma çocuklarla gelindiğinde veya çocuklar evde yalnız bırakıldığında bekleme süresinin daha uzun olarak algılanabileceği ve bu sürecin daha zor olacağıdır. Bu araştırmanın hem ön çalışmasında hem de araştırmanın kendisinde, çocuk faktörünün bekleme sürecini zorlaştırdığı ile ilgili söylemler vardır. Literatürde yer alan bir nitel araştırmada da görüşmeci, kendisine hizmet veren personelin en sevdiği özelliğinin, evde çocuklarının olduğunu ve oraya gelmek için bakıcı tuttuğunu farkında olarak ona hizmet vermesi olduğunu ifade etmiştir.[25]

Araştırmalar, hizmet alanlara verilen eğitimin, hizmeti değerlendirmeyi etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.[26] Bu araştırmada da görüşmecilerden danışmalık sırasında verilen eğitimi değerlendirmeleri istendiğinde, her iki gruptaki görüşmeciler kendilerine verilen danışmanlık eğitimini yararlı ve yöntem seçme sürecinde yardımcı olarak nitelendirmişlerdir. Bu konuda alınan bilgilere göre görüşmecilerin böyle bir eğitimi almaktan memnun oldukları söylenebilir. Bunun yanında yoğun günlerde verilen toplu eğitimde/danışmanlıkta başvuranların danışmanlık odasına çocuklarını getirmeleri sonucu dinleyenlerin dikkatinin dağıldığı ile ilgili bir rahatsızlık, birinci grup tarafından tarif edilmiştir. Burada çocuk faktörü yine hizmeti alma sürecini zorlaştırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalabalık ve gürültülü ortamın, danışmanlıktan duyulan memnuniyeti olumsuz etkilediği başka araştırmalarca da ortaya konmuştur.[27] Ayrıca dikkat çekici bir başka nokta da, toplu eğitim ve danışmanlık ortamının rahatsız edici olarak nitelendirilen özellikleri arasında, konuşulanların danışmanlık odasındaki diğer kullanıcılar tarafından duyulması veya onlardan rahatsızlık duyularak soru sorulamaması, yer almamaktadır. Literatüre göre bu oldukça ilgi çekicidir ve mahremiyet ile ilgili bulguların tartışılmasında daha geniş olarak ele alınacaktır.

Genel danışmanlık sürecini değerlendirmek için birinci gruptaki görüşmecilere alternatif yöntemlerin nasıl anlatıldığı sorulduğunda, alternatif yöntemlerin yan etkileri ve kullanım koşulları ile tanıtıldığını ifade etmişlerdir. Görüşmeciler bu konu

---

[24] Mustafa Taşdemir, "Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi", Bilim Uzmanlığı Tezi, M.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1998, s. 48
[25] Anderson v.d., **a.g.e.**, s. 641
[26] Erci, **a.g.e.**, s. 230
[27] Doğan, a.g.e., 2005, s. 59

ile ilgili çok memnun olduklarını ifade ettikleri gibi herhangi bir rahatsızlık da tarif etmemişlerdir. Sonuç olarak birinci gruptaki kullanıcıların genel danışmanlıktan çok memnun oldukları söylenebilir. Genel danışmanlığı değerlendirmek için, ikinci gruptaki görüşmecilere alternatif yöntemlerin kendilerine nasıl anlatıldığı sorulduğunda ise, görüşmecilerden sadece ikisi kendilerine aile planlaması danışmanlığı boyunca birden fazla yöntemden bahsedildiğini ifade etmişlerdir. Diğerleri ise sorduklarında veya yöntemlerin içinden herhangi birini kullanmayı düşündüklerini söylediklerinde o yöntemden bahsedildiğini ifade etmişlerdir. Genel danışmanlık normları gereği tüm yöntemleri tek tek tanıtmak lazımdır. Ancak odak grubumuz 35 yaş ve üstü olduğundan, yöntemlerden bazılarının danışmanlık ilkelerinden "hizmet alanın gereksinimine uygun bilgi verme"[28] ilkesi doğrultusunda bu yaş grubuna uygun olmayan yöntemlerin elenmesi olasıdır. Bu nedenle bu gruba daha az alternatif yöntem anlatılmış olabilir. Tüm bu nedenlerden dolayı genel danışmanlık normlarına uymamasına rağmen iki kişiye birden fazla yöntem anlatıldığı da göz önüne alınarak genel danışmanlık verildiği sonucuna varılabilir. Sonuçta her iki grubun da kendilerine verilen genel danışmanlıktan memnun olduğu söylenebilir. Bu oldukça önemli bir sonuçtur, çünkü çeşitli araştırmalar alternatif yöntemlerin anlatılmasının hizmeti değerlendirme üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.[29] [30]

Kullanılan yöntemin nasıl seçildiği ile ilgili konuşmadan alınan bilgilere göre, her iki gruptaki görüşmeciler, kullandıkları yöntemi kendileri seçmişlerdir. Bu konuda herhangi bir zorlama ile karşılaşan olmamıştır. Bu bilgiye göre, danışmanlığın amacına ulaştığının ve başvuranın kendi kullanacağı yöntemi seçme hakkına saygı gösterildiği sonucu çıkarılabilir.Bu olumlu bir sonuçtur çünkü, kullanılan yöntemin nasıl seçildiği önemlidir ve başka araştırmalarda da sorgulanmıştır.[31] [32]

Yönteme özel danışmanlığın değerlendirilmesinde, birinci gruptaki beş kişiye kullandıkları yöntemle ilgili her şey anlatılmıştır. Ancak birinci grubun geri kalanı, yaşayarak öğrendikleri yan etkilerden bahsetmişlerdir. Bu bulgunun ortaya çıkma

---

[28] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı**, 1. c., 3. bs., Ankara, 2000, s. 68

[29] Williams, Schutt-Ainé, Cuca, **a.g.e.**, s. 66

[30] Gready v.d., a.g.e., s. 25

[31] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, Management Sciences for Health, 2000, s. 43

[32] Gready v.d., a.g.e., s. 25

sebepleri arasında yönteme özel danışmanlık verilirken meydana gelen çift taraflı iletişim problemleri, yoğun günlerin zaman kısıtı, danışmanlık veren personelin değişmesi gösterilebilir. Ayrıca kendilerine her şeyin anlatıldığını ifade eden görüşmeciler de yan etki yaşamamış ve dolayısıyla yan etkileri bilmediklerini anlamamış olabilirler. Ancak bu durum nasıl açıklanırsa açıklansın, sonuç olarak bu kullanıcıların bu konuda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu nedenle yönteme özel danışmanlıkta aksaklıklar olduğu ve bu aksaklığın hizmetin değerlendirilmesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. İkinci gruptaki görüşmeciler ise yönteme özel danışmanlığın değerlendirilmesinde, seçtikleri yöntemlerin yan etkileri, hangi durumda kendilerine başvurmaları gerektiği, kullanımları, yöntemine göre karşılaştıkları sorunlarda ne yapmaları gerektiğinin anlatıldığını ifade etmişlerdir. Gruptan yukarıdaki bilgileri almadığını, eksik aldığını veya yöntemi kullanırken bazı yan etkilerinin öğrendiğini belirten kimse olmamıştır. Bu bilgilere göre ikinci grubun genel danışmanlıktan memnun olduğu söylenebilir. Sonuç olarak gruplar arasındaki bu fark bazı başvuranlara genel danışmanlığın tam olarak verilip, bazılarına verilmediği ile ilgili olabileceği gibi, sadece algılama farkı da olabilir. Örneğin, yöntem kullanımında ve bu kurumu kullanmada daha tecrübeli olan ikinci grubun, anlatılmasa da bir yan etkiyi yaşayarak öğrenme zamanı çok gerilerde kalmış olabilir veya bu gruptaki kişiler çok uzun zamandır herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandıklarından, daha fazla sayıda danışmanlık almış, dolayısıyla daha bilgili olabilir ve böyle bir eksikliği fark etmemiş olabilirler. Sonuçta yönteme özel danışmanlık, yöntemin doğru kullanımı açısından oldukça önemlidir. Geçmişte yapılan araştırmalarda da yönteme özel danışmanlık, hizmet alanların memnuniyetini önemli derecede etkileyen ve iyi verilmediği durumlarda geri dönüşü olmayan sonuçlara sebep olan bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır.[33] [34]

Danışmanlık sırasında verilen bilginin kolayca anlaşılmasının önemi geçmişte yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur.[35] [36] Bu araştırmada da danışmanlık sırasında verilen bilginin anlaşılır olup olmadığı sorgulanmış, ve her iki gruptaki görüşmecilerin anlatılanları kolayca anladığı, soru sorma fırsatlarının olduğu ve

---

[33] A.e., s.27
[34] Anderson v.d., **a.g.e.**, s. 644
[35] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, a.g.e., Management Sciences for Health, 2001, s. 55
[36] Uz, a.g.e., s. 93

sorularının cevaplandırıldığı ortaya çıkmıştır. Hatta bazıları halk arasında duyduklarını da sorarak cevap alabilmişlerdir. Sonuç olarak kullanıcılara verilen bilgilerin kolay anlaşılır bir dilde verildiği ve kendilerine soru sorma fırsatı tanındığı söylenebilir. Bu oldukça olumlu sayılabilecek bir bulgudur, çünkü yönteme özel danışmanlık ve bu danışmanlıktan alınan bilgilerin anlaşılması, yöntemin kullanım başarısı için de oldukça önemlidir. Araştırmalar yöntem kullanırken gebe kalanların sayısının hiç de az olmadığını göstermektedir.[37] [38] [39] Bunun yanında nitel araştırmalarda da sterilizasyon yöntemini kullanan kadınların, bu yöntemin kalıcılığının birkaç ay sürdüğünü zannettiği gibi veya doğum kontrol hapını arkadaşıyla paylaştığı için her ikisinin hamile kalması gibi ciddi ve geri dönüşü olmayan danışmanlık hatalarının yapıldığına dair bulgulara rastlanmıştır.[40]

Birinci gruptaki görüşmeciler, sağlık personelinin kendilerine karşı olan davranışlarını değerlendirmelerini isteyen sorunun hem öncesinde hem de sonrasında sağlık personeli ile ilgili olumsuz davranışlar tarif etmişlerdir. Bu davranışlar konuşma üslûbu, bilgilendirmeme, muayene sırasında soru sorulmasına fırsat bırakmadan odadan çıkılması şeklinde sıralanabilir. Sürekli olarak olumsuz davranışlar tarif etmeleri üzerine iyi deneyimler yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, iyi deneyimlerinin olduğu da ortaya çıkmıştır. Bu bilgiler ışığında görüşmecilerin sürekli olarak olumsuz deneyimlerini anlatmaları, incinmiş duygularına bağlanabilir. Ancak bu çalışmada aile planlaması hizmeti alanların memnuniyetleri/tatminleri söz konusu olduğundan, birinci grubun personel ile ilgili rahatsızlık duyduğu söylenebilir. Personelin davranışları ile ilgili tartışmadan ikinci gruptan alınan bilgilere göre ise, görüşmecilerin personelden genelde memnun olduğunu söylemek mümkündür. Personelin biraz daha güler yüzlü davranması ile memnuniyetin şiddetinin pozitif yönde etkileneceği düşünülmektedir çünkü biraz daha güler yüz ve ilgi istedikleri, görüşmenin başında başka soruların altında açılan konuşmalarda ortaya dökülmüştür. Ancak bu sorunun tartışılması sırasında empati yaparak ve örneklerle özeleştiri yaparak bu beklenti azalmış veya bastırılmış olacak

---

[37] Hıdıroğlu, a.g.e., s. 41
[38] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, a.g.e., Management Sciences for Health, 2001, s. 64
[39] Asiye Kocatürk (Ayar) , "İsteğe Bağlı Kürtaj Sonrası Etkin Bir Aile Planlması Yöntemi Seçen Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Yönteme İlişkin Düşünceleri " Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s. 35
[40] Gready v.d., a.g.e., s. 22

ki bu konuyu kapatmak için sorulan memnun olmayan yada bir şey eklemek isteyen olup olmadığı sorusuna gruptan yanıt gelmemiştir. Bütün bunlardan anlaşılacağı gibi, grubun beklentilerinin de düşük olduğu söylenebilir.

Personel davranışları ile ilgili iki grup arasında çok açık görülen bir değerlendirme farkı vardır ve bu fark sadece bu konu altında sorulmuş soru altında değil, tüm görüşme boyunca hissedilmiştir. Birinci grubun personel davranışlarını daha çok irdelediği, bu konuda ikinci grup kadar empatik olmadığı ve personel davranışları ile ilgili daha yüksek beklentilere sahip olduğu söylenebilir. Diğer yandan ikinci grubun birinci grup kadar personel davranışları üzerinde durmadığı, hatta bununla ilgili soru sorulduğunda çok kısa ve öz cevaplar verdiği görülmektedir. İki grup arasındaki bu fark, iki grubun beklentilerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği gibi kültürel olarak personelin daha ileri yaşlardaki başvuranlara daha nazik davranma eğilimi de olabilir. Öte yandan ikinci grupta bu kurumu on iki yıldan fazla kullanan kişiler de vardır ve bu durum da eskiyle yeniyi karşılaştırma fırsatı vermektedir. Ayrıca, hizmet alanların personel davranışlarını medikal beceri olarak algılama eğiliminde olduklarını, araştırmada eğitim ve hizmetin değerlendirilmesi yapılırken hizmet yerine personelin davranışlarını değerlendirme eğilimi göstermelerinden dolayı söylemek mümkündür. Personel davranışları sadece bu araştırmada değil birçok araştırmada da memnuniyeti etkileyen çok önemli bir boyut olarak ortaya çıkmıştır.[41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] Bu araştırmalardan bazılarında da personel davranışlarının değerlendirilmesinde yaşın önemli olduğu ve yaş ortalaması arttıkça değerlendirmenin daha olumlu olduğu ortaya konmuştur.[49]

---

[41] Gready v.d., a.g.e., s. 30
[42] Hıdıroğlu, a.g.e., s. 43-44
[43] Erci, **a.g.e.**, s. 230
[44] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, a.g.e., Management Sciences for Health, 2000, s. 43
[45] Zeynep Baykan, Seçil Özakan, Işıl Meral, "Ankara İl Merkezindeki 5 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması", **8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2002, (Çevrimiçi), http://www.dicle.edu.tr, 02.12.2005,
[46] Taşdemir, a.g.e., s. 69
[47] Doğan, a.g.e., s. 48
[48] Janet Molzan Turan v.d., "The Quality of Hospital–Based Antenatal Care In Istanbul", **Study Family Planning**, Mart 2006, 37 (1) , s. 49-60
[49] Aygül Yanık, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numûne Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma", Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2000, s. 201-202

Diğer yandan personelin medikal bilgi veya becerisi ile ilgili herhangi bir olumsuz görüş bildirilmemesi ilgi çekicidir. Çünkü literatürde yer alan araştırmalarda hizmet veren personelin tıbbi bilgi ve becerisine inanılmaması oldukça sık karşılaşılan bir durum olarak ortaya çıkmaktadır.[50] Araştırmadaki bu durum ilk bakışta sağlık personelinin bilgi ve becerisini değerlendirecek bilgileri olmaması şeklinde yorumlanabilir ancak söz konusu durum başvuranların bu konuda herhangi bir güvensizliklerinin olmadığını da gösterebilir. Bu görüşü destekleyen bilgiler yine görüşme esnasında ortaya çıkmıştır. Görüşmeciler neden AÇSAP merkezini seçtiklerini açıklarken sadece kadın ve çocuk üzerinde çalıştığı için daha tecrübeli olduklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Bazı görüşmeciler de ayaktan tedavi hizmeti aldıkları başka kurumlarla bu kurumu karşılaştırıp diğerlerinin kendilerini iyileştirmediğini buradan hizmet aldıktan sonra iyileştiklerini anlatmışlardır. Sonuç olarak görüşmecilerin bu kurumda çalışan sağlık personelinin tıbbi bilgi ve becerisine güvendikleri ve memnun oldukları söylenebilir.

Birinci gruptaki görüşmecilerin sağlık personelinden beklentilerinin anlaşılması için sorulan soruya verdikleri cevaplara göre, kullanıcıların, değer görme, kaygılarının ciddiye alınması, önemsenme, bilgilendirilme ve nazik davranılma beklentileri vardır. İkinci gruptaki görüşmeciler ise sadece rahatlatılma, bilgilendirme, kaygılarının ciddiye alınması beklentileri vardır. Bu konu hakkında yapılan her iki gruptaki tartışmada birinci grubun beklentilerinin diğer gruba göre daha yüksek olduğu ve bu beklentilerin diğer gruptan farklı olarak değer görme, önemsenme, nezaket gibi davranış öncesi unsurlar içerdiği görülmektedir. Oysa ikinci grup sadece davranışsal ve durumsal somut beklentiler ortaya koymuştur. Personel davranışları ile ilgili değerlendirmede birinci grubun olumsuz, ikinci grubun olumlu olması da sıralanan beklentilerle uyumludur. Zira personel davranışlarını değerlendirirken olumsuz olan birinci grup, ikinci gruba göre daha kapsamlı bir beklenti grubu ortaya çıkarmıştır.

Sağlık hizmeti alanlara ayrılan zaman, memnuniyeti etkileyen bir başka özellik olarak karşımıza çıkmaktadır.[51] [52] [53] Hizmet alırken başvuranlara ayrılan zaman ile

---

[50] Gready v.d., a.g.e., s. 29
[51] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, a.g.e., Management Sciences for Health, 2000, s. 43
[52] T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, a.g.e., Management Sciences for Health, 2001, s. 55
[53] Doğan, a.g.e., s. 55

ilgili görüşmeden toplanan bilgilere göre, her iki gruptaki görüşmecilerin kendilerine eğitim/danışmanlık sırasında ayrılan zamanın yeterli buldukları söylenebilir. Sadece birinci grup muayene sırasında ayrılan zamanı yetersiz olarak tanımlamıştır. Muayene sırasındaki zaman ile ilgili yapılan tartışmaya göre, sorunun ayrılan zamandan çok hizmet alanların muayeneleri hakkında detaylı bilgilendirilmemeleri olarak tanımlanabilir. Muayene ve testler hakkında yeterli bilgilendirilme isteği bir başka nitel araştırmada da "Sadece bilmem gerektiğini düşündüğüm şeyleri bana söyleme. Testlerin ne için olduğunu? Ne aradığını, sonuçları bilmek istiyorum. Ne anlama geldiklerini de...?" şeklindeki bir ifadeyle çok net bir şekilde dile getirilmiştir.[54]

Görüşmecilere kontrole (izlem danışmanlığı için) davet edilip edilmedikleri sorulduğunda, her iki gruptan alınan bilgilere göre başvuranlar kontrole davet edildiklerini, bunun yanında bir problemleri olduğunda da davet aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu bilgiye göre görüşmecilerin kontrole çağırıldığı ve kurum kapılarının görüşmecilere açık olduğu söylenebilir.

Birinci gruptaki görüşmeciler, her geldiklerinde yöntemi doğru kullanıp kullanmadıklarının ve memnun olup olmadıklarının bazen sorulduğunu bazen de sorulmadığını ifade etmişlerdir. İzlem danışmanlığı normlarına göre bunların kullanıcıya her geldiğinde sorulması gerekmektedir. Ancak pratikte hastanın elindeki takip kartında ne kadar zamandır yöntemi kullandığı belli olduğundan uzun zamandır kullananlara sorulmadığı, yeni kullanmaya başlayanlara sorulduğu düşünülmektedir. Sonuçta, izlem danışmanlığı, normlara uygun olarak uygulanmasa da, verilmektedir denilebilir. Nitekim görüşmecilerden bazıları başka soruların altında cevaplar verirken, izlem danışmanlığının uygulanmakta olduğu yönündeki deneyimlerini paylaşmışlardır. Ancak görüşmecilerin, izlem danışmanlığı ile ilgili geçmişte yaşadıkları iyi deneyimlerini paylaşırken, ifade ettikleri memnuniyetlerinin şiddeti, izlem danışmanlığının normlarına uygun olarak sürekli verilmesi gerektiğinin altını çizmektedir. Sonuç olarak birinci grup için izlem danışmanlığının yeterli olarak verilmediği söylenebilir. İkinci gruptaki görüşmeciler ise çoğu zaman sorulmadığını ifade etmişlerdir. Görüşmecilerin çoğu zaten yöntemi uzun zamandır başarıyla kullandıklarını söylemişlerdir. Buradan da her zaman sorulması beklentisi içinde olmadıkları anlaşılmaktadır. Bu bilgiyi değerlendirirken gözden kaçmaması gereken diğer bir nokta da; periyodik olarak oradan yöntem alan veya uygulatan kullanıcıların

---

[54] Anderson v.d., **a.g.e**, s. 644

ellerinde bulunan ve ne zamandır bu yöntemi kullandığını gösterir karttır. Grubumuz otuz dört yaş üstü olduğundan aylarca hatta yıllarca aynı yöntemi başarıyla kullananlar ağırlıktadır. Bu nedenle kullanıcılara normalden daha seyrek sorulmuş olması olasıdır. Sonuç olarak ikinci grup için izlem danışmanlığı ile ilgili herhangi bir rahatsızlığın olmadığı söylenebilir.

İzlem danışmanlığı ile ilgili iki grup arasındaki bu fark, yukarıda sözü edildiği gibi ikinci grubun aynı yöntemi diğerlerine göre daha uzun zamandır kullanması ve izlem danışmanlığına çok da ihtiyaç duymamasından kaynaklanabilir. Sonuç olarak daha çok ihtiyaç duyan grup olan birinci gruba göre bu konuda toplanan bilgilerin yorumlanması daha doğru olacaktır. Bu bilgilere göre izlem danışmanlığı geliştirilmesi gereken bir boyut olarak tarif edilebilir.

Mahremiyet ile ilgili sorulan soru altında, birinci gruptan alınan bilgilere göre hizmet alanın cinsiyeti ilk bakışta önemli olarak görünse de bu konudaki tartışmanın ilerleyen zamanında ilgi, saygı, değer görme, nezaket ve bilgili olmanın cinsiyetten daha önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Öyle ki erkek doktordan utandığını söyleyerek konuyu açan görüşmeci bile bu tartışmanın sonunda erkek doktorlar hakkında olumlu söylemlerde bulunmuş, diğerleri gibi o da erkek doktorların kendine karşı olan davranışlarını bayan doktorlarla kıyaslamış ve kendince üstünlüklerini sıralamıştır. Bu bilgilere göre hizmet veren personelin cinsiyeti ilk muayenede kaygıya ve utanmaya sebep olduğundan önemlidir. Fakat daha sonra başka özellikler önem kazanır denebilir. İkinci grupta ise cinsiyet konusuna görüşmenin başında özel kurumlarda doktor cinsiyetini tercih etme olanağı ile ilgili olarak girilmiştir. Burada da görüşmecilerden konuyu açan ve sadece doktorun cinsiyetini seçebilmek için özel sağlık kuruluşuna yönlendirildiğini söyleyen görüşmeci de daha sonra cinsiyetin çok önemli olmadığını bir deneyimiyle anlatmış ve bunun eşi için daha önemli olduğunu vurgulamıştır. Sonuç olarak, hizmet veren personel cinsiyetinin memnuniyeti etkileyen çok da önemli bir faktör olmadığı söylenebilir. Nitekim bazı çalışmalar da bunu doğrulamaktadır. Örneğin bir araştırmada aile planlaması hizmeti alanların en çok memnun oldukları durum sorulduğunda personelin kadın olması %2,7 ile sekizinci sırada yer almıştır.[55] Diğer bir araştırmada da kürtaj olan bir gruba sorulan tekrar kürtaj olursa burayı tercih edip etmeme durumu ve nedeni ile ilgili soruya, grubun sadece %3'ü "doktor kadın

[55] Hıdıroğlu, a.g.e., s. 43

olduğundan" cevabını vermiş, buna karşın "güvendiği için" tercih edeceğini söyleyen görüşmecilerin oranı %72,7 olmuştur. Bu bulgular da ilk deneyimi yaşadıktan sonra hizmetin hangi özelliğinin ön plana çıktığının göstergesidir.[56] Başka bir araştırmada, bu araştırmada da görülen cinsiyetin ilk bakışta önemli olduğunu gösterir çelişkiler vardır. Katılımcıların sağlık kurumuna geldiklerinde (aile planlaması hizmeti almak için) endişelerini giderme önerileri arasında "güler yüzlü ve ilgili yaklaşım" %52,7 ile birinci sıradayken, "bayan personel çalışsın" önerisi %7,5 ile üçüncü sıradadır. Ancak aynı araştırmanın beklenti ile ilgili bölümünde hizmet veren personelin cinsiyetinin bayan olması %62,7'lik bir oranla istenmektedir.[57] Bu çelişki de ilk bakışta doktor cinsiyetinin önemli olduğunu ama başka özelliklerin daha önemli olduğunu gösterebilir.

Mahremiyet geçmiş yıllarda yapılan araştırmalarda hizmet alan memnuniyetini etkileyen bir faktör olarak ortaya konmuştur.[58] [59] Bu araştırmada da birinci grupta mahremiyet ile ilgili tarif edilen bir rahatsızlık da muayene odasına girdikten sonra ve muayene sırasında mahremiyetin korunması ile ilgili gereken önlemlerin alınmadığı üzerinedir. Bu konuda yapılan konuşmadan elde edilen bilgilere göre de, sağlık personeli bu aksaklıklardan bazılarının çok da farkında olmayabilir. Başka bir deyimle kullanıcılara göre rahatsızlık olarak algılanan durumlar, personel tarafından rahatsızlık verici unsurlar olarak algılanmayabilir/değerlendirilmeyebilir. Bu düşünceye de, bu aksaklıkların kapının açık kalması (kapının açıldığı odada sadece sağlık personeli olmasına rağmen kendilerine hizmet veren personel dışındaki personelin kendilerini görmesini rahatsızlık olarak tarif edilmiştir), içeriden bir kişi çıkmadan diğerinin alınması (odada paravan olmasına rağmen bir kişi giyinirken diğerinin odada bulunması rahatsızlık nedeni olarak tarif edilmiştir) v.s. gibi çok basit denebilecek özellikte, maliyeti nerdeyse olmayan küçük önlemlerle çözüm getirilebilecek aksaklıklar olmasından dolayı varılmıştır. Bu tür rahatsızlıklar başka araştırmalarda da dile getirilmiştir.[60]

---

[56] Kocatürk (Ayar) , a.g.e., s. 41
[57] Doğan, a.g.e, s. 49
[58] Health Research Unit Ministry of Health Ghana, Measure DHS, a.g.e., s. 39
[59] Nouzar Nakhaee, Mirahmadizadeh Alireza, "Iranian Women's Perceptions of Family Planning Services Quality: A Client-Satisfaction Survey", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, Sep, 10 (3) , 2005, s.192-198, (Çevrimiçi), http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006
[60] Gready v.d., a.g.e., s. 33

Gerek eğitim değerlendirilmesi, gerekse mahremiyet sorusu altında yapılan tartışma sırasında, her iki gruptan da toplu eğitim ve danışmanlık süresince veya başka bir pozisyonda konuşulanların, danışmanlık odasındaki diğer kullanıcılar tarafından duyulabilir olmasının, bir rahatsızlık olarak tarif edilmemesi dikkat çekici olarak nitelendirilebilir. Çünkü literatürde, konuşulanların başkaları tarafından duyulması mahremiyet ile ilgili bir sorun olarak yer almaktadır. Örneğin nitel bir çalışmada görüşmeciler hangi sebeple hizmet almak üzere başvurduklarını, onları yönlendiren hemşire veya sekretere bile söylemekten rahatsız olduklarını söylemişlerdir.[61] Sonuç olarak birinci grubun ifadelerine göre mahremiyet ile ilgili sadece muayene sırasında sorunların yaşandığı söylenebilir. İkinci grup ise mahremiyet ile ilgili bir rahatsızlık tarif etmemiştir. İkinci grubun mahremiyetle ilgili bir rahatsızlık tarif etmemesi, gerçekten rahatsızlık verici bir durum algılamamasından kaynaklanabilir. Ayrıca ikinci grupta bu kurumu uzun yıllardır kullananların ağırlıkta olduğu düşünülürse, geçmişteki durumla karşılaştırıldığında, bugünkü durumun daha iyi olmasından da kaynaklanıyor olabilir. Sonuç olarak ikinci grubun birinci gruba göre bu konudaki beklentisinin daha az olduğu söylenebilir.

Görüşmecilerden hangi hizmetlerin düzeltilmesini istedikleri ve hangilerinin eklenmesini istedikleri sorulduğunda her iki grupta da ortaya çıkan fikirlerden birisi laboratuvar hizmetleri ihtiyacı yönünde olmuştur. Gruplarda ifade edilen bilgilere göre görüşmecilerin laboratuvar hizmetlerini şu andaki hizmetlerin bir parçası ve devamı şeklinde algılama eğiliminde olduğu söylenebilir. Görüşmeciler, bu kurumdan bir tahlil istendiğinde hastanelere gittiklerini ve çok zaman kaybettiklerini bazen de çok ileri tarihlere randevu verildiğini ifade etmektedirler. Görüşmelerden alınan bilgilere göre bu istekte, buraya hem kendileri hem de çocukları için her zaman gelmelerinin, ortamına ve personeline aşina olmalarının, yani kendi tabirleriyle “ayak alışkanlığının” olmasının da payı vardır.

Görüşme boyunca birinci grupta sık sık ele alınan ve üzerinde durulan bir diğer sorun, çocukları bırakacak yerlerinin olmamasıdır. Değişmesini veya eklenmesini istedikleri hizmetler sorulduğunda da, görüşmeciler kendileri muayene olurken, en azından çocuklarının kayıt odasına (koridora ve muayene odasına aynı anda açılan bir oda) alınmasını önermişlerdir. Grubun genelinden onay alan bir başka öneri de çocuk odası hizmeti önerisidir. Tartışma süresince, çocukların kuruma gelirken

---

[61] Anderson v.d., **a.g.e.**, s. 643

engel olduğu, zaman zaman bekleme sürecini, danışmanlık sürecini ve muayene sürecini zorlaştırdığı dile getirilmiştir. Sonuç olarak çocuklarla beraber hizmet alınmaya gelindiğinde görüşmeciler yönünde yaşanan en büyük problemin muayene sırasında çocukların dışarıda kalması ve görüşmecilerin de çocuklarının güvenliğinden endişe etmesi olduğunu söyleyebiliriz. Diğer bir sorun da çocukların enfeksiyon kapma kaygısıdır. Öyle ki bu kaygıdan dolayı çocuklarını asla kayıt odasına bile almayacaklarını söyleyen görüşmeciler olmuştur. Bu önerinin sadece birinci gruptan gelmesi grubun yaş ortalamasının düşük olmasından, dolayısıyla da görüşmecilerin çocuklarının küçük olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Çocukları bırakacak yer sorunu ile ilgili bulguları destekler özellikte başka araştırmalar da mevcuttur.[62] [63] [64]

Her iki grupta dile getirilen bir başka öneri de kurumun, cinsel sorunların tanı, tedavi ve danışmanlık hizmetini verecek bir çalışanının yada biriminin bulunmasıdır. Bu ihtiyaç çok şiddetli olarak tarif edilmiştir. Öyle ki birinci gruptaki görüşmeciler görüşme süreci bittikten sonra bu konuya geri dönmüşler ve tartışmaya devam etmişlerdir. Ayrıca alınan bilgilere göre bu tür bir hizmete ulaşmanın görüşmeciler için oldukça zor olduğu söylenebilir. Sonuç olarak cinsel problemlerde tanı, tedavi, eğitim ve danışmanlık hizmetinin oldukça önemli bir ihtiyaç olduğu söylenebilir.

İkinci gruptaki görüşmeciler de, kendilerine yönelik cinsel sağlık ve kadın sağlığı ile ilgili eğitimler istediklerini söylemişlerdir. Ayrıca görüşmecilerin eğitimleri sosyal aktivite olarak görme eğilimi olduğu da alınan bilgiler neticesinde söylenebilir.

Ergenlik çağı cinsel eğitimi de ikinci grup tarafından talep edilen bir diğer hizmettir. Bu konuyla ilgili yapılan tartışma sırasında görüşmecilerden bazıları çocuklarına ergenlik çağında ve evlilik öncesinde cinsel eğitim verilmesinin çok önemli olduğunu ancak kendilerinin buna yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Bu konuda dünyada da yapılan araştırmalarda da bu ihtiyaç tespit edilmiştir.[65] [66] [67] [68]

---

[62] Hıdıroğlu, a.g.e., s. 45
[63] Doğan, a.g.e., s. 48
[64] Anderson v.d., **a.g.e.**, s. 641
[65] Gready v.d., a.g.e., s.33
[66] Mary Breheny, Christine Stephens, ”Barriers to Effective Contraception and Strategies for Overcoming Them Among Adolescent Mothers”, **Public Health Nursing**, 21, No:3, Mayıs/Haziran 2004, s. 222
[67] Renee E. Sieving v.d., “ Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse.”, **Perspectives on Sexual & Reproductive Health**, The Alan Guttmacher Institute, 38 (1) : 13, March 2006. (Çevrimiçi), http://rdsweb2.rdcinc.com, 10.05.2006

Evlilik öncesi danışmanlık ise ihtiyaç olarak tanımlanan bir başka hizmettir. Bu ihtiyaç Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalarda da ortaya konmuştur.[69] [70] Örneğin bir araştırmada "evlilik öncesi danışmanlığı olmalı" diyenlerin oranı %52 iken, "adölesan döneminde olmalı" diyenlerin oranı da %26'dır.[71] Türkiye'de adölesan evliler ile yapılan bir başka araştırma da, katılımcıların %46'sının cinsellik bilgisi olduğunu ve bu bilgiyi ağırlıklı olarak arkadaş ve basından öğrendiklerini ortaya koymaktadır.[72]

Bu teklifin ikinci gruptan gelmesi de grubun yaş ortalamasının daha yüksek olmasına, dolayısıyla çocuklarının da ergenlik çağında veya daha büyük olmasına bağlanabilir.

İkinci grup tarafından talep edilen bir diğer hizmet ise, erkeklere cinsel eğitim hizmetidir. Bunun istenme gerekçesi olarak öne sürülen sebep ise kendilerinin bildiği şeyleri erkeklere anlatmanın zor olduğu, sadece kadınların bilgili olmasının çok yeterli olmadığıdır. Dünyada bu konuda yapılan bazı nitel araştırmaların bulguları da, erkeklerin aile planlaması ve cinsel eğitim gerekliliğini dile getirmekte ve bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.[73] Bir grup nicel araştırma da, erkeklerin aile planlaması konusunda eğitilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır. [74] [75] [76] Örneğin bu araştırmalardan birisi, eşleri isteyerek düşük yapan erkeklerin %36,7'sinin isteyerek düşüğü, aile planlaması yöntemi olarak bildiğini ortaya koymuştur.[77] Bu bulgu da erkeklerin bu konuda eğitilmesinin önemini vurgulamaktadır.

---

[68] Farideh K. A. Farahani v.d., "Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran", **International Family Planning Perspectives**, 32 (1) : 35, March 2006, (Çevrimiçi), http://rdsweb2.rdcinc.com, 05.06.2006

[69] Filiz Süzer, "Evlenmek Üzere Olan Çiftlerin Kaygı Durumu ve Danışmanlık Gereksinimi", Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003, s. 41

[70] Doğan, a.g.e., s. 50

[71] A.e.

[72] Eylem Karakaya, "Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler", Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004, s. 62

[73] Gready v.d., a.g.e., s. 33

[74] Şevkat Bahar Ozvaris, Bahar Güçiz Dogan, Ayşe Akın, "Male Involvement In Family Planning In Turkey", **World Health Forum**, 1998: 19 (1) , s. 76–78

[75] Levent Akın, Nilufer Özaydın, "Consistency of Couple Declaration About Using Family Planning Methods In Turkey", **Journal of Biosocial Science**, 2006, (Çevrimiçi), http://journals.cambridge.org, 19.05.2006

[76] Doğan, a.g.e., s. 44

[77] Leyla Güngör v.d., "Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine İsteğe Bağlı Düşük Yapmak İçin Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlaması ve İsteğe Bağlı Düşük hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları, **Fırat Tıp Dergisi**, 8. c., Sayı:1, 2003, s. 29, (Çevrimiçi), http://www.firattipdergisi.com, 05.05.2006

Birinci grup tarafından talep edilen diğer hizmetler, kadın sağlığı ile ilgili eğitimler, çocuk sağlığı/gelişimi ve eğitimi ile ilgili eğitimler ve pedagog hizmetleridir. Pedagog hizmetinin üzerinde de oldukça durulmuş ve kendileri için çok önemli ancak ulaşılamaz bir ihtiyaç olduğu tarif edilmiştir.

Her iki grup tarafından da dile getirilen bir diğer istek de, binanın fiziksel görünümünün düzeltilmesidir. Bu konuda yapılan tartışmaya göre binanın fiziksel görünümü ile ilgili üç rahatsızlık kaynağı sayılabilir. Bunlardan birisi estetik görüntünün olmaması ve görüntünün sağlık kurumuyla bağdaşmadığı düşüncesi, sadece bir görüşmeci tarafından ifade edilen, diğeri ise binanın görüntüsünün verilen iyi hizmeti maskelediği düşüncesidir. Dünyada yapılan çalışmalar da fiziksel görünüm ve şartların önemli olduğunu desteklemektedir. Hatta bazı nitel çalışmaların bulguları da bu çalışmanın bu konudaki bulgularıyla benzerdir.[78] [79]

Göğüs kanseri taramalarının burada olması ve mecburi olması da ikinci grup tarafından dile getirilen bir diğer yeni hizmet fikridir. Bu fikirlerden göğüs kanseri taramalarının bu kurumda yapılması fikrinin hizmete ulaşım yönünden önemli olduğu söylenebilir. Bir başka görüşmeci de göğüs kanseri taramasının radyolojik tetkiki için kendisine hastaneden altı ay sonraya randevu verildiğini söyleyerek bu fikre destek vermiştir. Diğer fikir olan göğüs kanseri taramasının mecburi tutulması fikri ise birçok yönden tartışılabilir bir fikirdir. Bu fikri ortaya atan görüşmeciye göre hiç kimse göğsünde bir kitle olmadan senede bir kere hastaneye gitmez. Burada alınan bilgilere göre, aslında görüşmeci bu tür taramaların takibinin kendisinden alınıp sağlık kurumuna verilmesinin ve durumun ciddiyetinden dolayı kendi iradesine bırakılmaması gerektiğinin altını çizmektedir. Kronik hastalıklardan korunma, erken teşhis ve eğitim isteği ise başka araştırmalarda da ortaya konmuştur.[80]

İkinci grup ayrıca psikolog veya psikiyatrist ihtiyacından bahsetmiş ve bu hizmete ihtiyaç duyduklarında da bu kurumdan almak istediklerini belirtmişlerdir. Psikolojik sağlık ile ilgili hizmet talebi ve ihtiyacı başka araştırmalarda da ortaya konmuştur.[81] [82]

---

[78] Gready v.d., a.g.e., s. 33
[79] Anderson v.d., **a.g.e**, s. 645
[80] **A.e.**
[81] Rob Stephenson, Michael.A Koenig, Saifuddin Ahmed, "Domestic Violence and Contraseptive Adoption In Utar Pradesh, India", **Study Family Planning**, June 2006, 37, 2, s. 75-86
[82] Anderson v.d., **a.g.e**, s. 640

Bu önerilerin ve isteklerin dışında birinci gruptaki görüşmecilerden birisi enjeksiyon yöntemini buradan sağlamak istediğini, diğeri de kendi oturduğu yerdeki sağlık ocağından aile planlaması yöntemini almak istediğini belirtmiştir.

Sonuç olarak her iki gruptan alınan cevaplara göre kurumun Aile Planlaması biriminin kullanıcıları olan görüşmeciler, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetlerinin ve yelpazesinin genişletilmesine yönelik taleplerini dile getirmişlerdir. Burada dikkat çekici olan nokta, dile getirilen taleplerin tümünün Dünya Sağlık Örgütünün sağlığın tanımına paralel olacak bir içeriğe sahip olmasıdır. Dünya Sağlık örgütünün tanımında sağlık sadece fiziksel iyilik hali olarak değil ruhsal ve sosyolojik iyilik hali olarak da tanımlanmıştır. Bu araştırmada da, talep edilen klasik hizmetlerin yanında (laboratuvar, kanser taraması, vb.), pedagog, psikolog veya psikiyatrist gibi ruh sağlığı ve eğitim ile ilgili hizmet taleplerinin olması, gruptaki kişilerin anne ve çocuk sağlığına klasik bir bakış açısıyla (sadece fiziksel iyilik olarak) bakmadıklarını gösterir. Daha da dikkat çekici olan ise her iki grubun hizmetleri değerlendirme şekillerindeki farkın, yeni hizmet fikri üretirken ortaya çıkmamasıdır. Her iki grup da hizmet fikri üretirken bugün gördükleri ve alıştıkları kadın ve çocuk sağlığı hizmet yelpazesinin dışına çıkmıştır. Bu bilgiler, hızlı bir değişim içinde olan çevrenin ve artan iletişim araçlarının, kolaylaşan bilgi akışının AÇSAP merkezlerinin kullanıcı beklenti ve ihtiyaçlarını, dahası sağlığa bakış açılarını etkilediği yönünde bir fikir verebilir. Bunun yanında, yapılan başka araştırmalar söz konusu bakış açısının başka ülkelerde de olduğunu göstermektedir. Örneğin Amerika'da yapılan bir araştırmanın görüşmesinde (odak grup) bir görüşmecinin "kadın sağlığı, beden, akıl ve ruh sağlığı olarak bütüncül olmalıdır. Sadece kadın-doğum, göğüs kanseri, yumurtalıklar akla gelmemelidir"[83] ifadesi araştırmanın da yeni hizmet fikri ile ilgili tartışmasından çıkan sonucunun özeti gibidir.

Demografik değişkenler soru formunda yer alan son dört sorudan alınan cevaplara göre ise ikinci grubun birinci gruba göre daha memnun olduğu söylenebilir. Memnuniyet ile ilgili soru (yüz ölçeği) hem görüşmenin öncesinde hem de sonrasında sorulmuş ve görüşme sonrası cevaplarda memnuniyet ile ilgili görüşlerin, grupların genel memnuniyet düzeyleri ile uyumlu yönde değiştiği söylenebilir. Örneğin, daha olumlu olan ikinci gruptaki iki görüşmeci cevaplarını bir puan olumlu yöne doğru kaydırırken, daha olumsuz ve eleştirel olan ikinci gruptaki

[83] **A.e.**

iki görüşmeci de cevaplarını bir puan olumsuz yöne doğru kaydırmıştır. Yine "maddi durumunuz iyi olsaydı bu hizmeti almak için nereye giderdiniz?" sorusuna verilen cevaplarda görüşme öncesi birinci gruptan üç kişi bu kuruma geleceğini söylerken, görüşme sonucunda iki kişi geleceğini belirtmiştir. Diğer gruptan ise görüşme öncesi sadece bir kişi bu kuruma gelmeyeceğini söylerken görüşme sonucunda cevaplarda bir değişlik olmamıştır. Bu da, gruplar arasındaki değerlendirme farkını ortaya koymaktadır. "Kurumu tavsiye eder misiniz?" ve "Tekrar gelir misiniz?" sorularına da her iki grup olumlu cevap vermiş ve görüşme sonucunda da bu cevaplar değişmemiştir.

Genel olarak her iki grup karşılaştırıldığında, yaş ortalaması daha yüksek olan grubun bariz bir şekilde daha memnun olduğu söylenebilir. Türkiye'de de bunu destekleyen bazı araştırmalar[84] olduğu gibi, ret edenler[85] veya yaş ile algılanan hizmet performansı arasında anlamlı bir ilişki bulamayanlar da vardır.[86] [87] Birinci grubun gerek görüşme sırasındaki ifadelerinden, gerekse demografik değişkenler soru formunda yer alan son dört sorunun cevaplarından, bu grubun burayı daha çok düşük ücreti nedeniyle tercih ettiği, bir anlamda mecbur olduğu için kullandığı anlamı çıkarılabilir. Yine yapılan bir çalışmada "ulaşımı kolay" ve "kullanmaya mecbur" olduğu için kurumu seçen kadınların toplam memnuniyet puanlarının ortalamaları grubun genel ortalamasının altında bulunmuştur.[88] Ayrıca yaş ortalaması yüksek olan grubun, kurumdaki hizmetin kalitesine daha fazla inandığı ve güvendiği, personelden ve süreçten daha memnun olduğu görülürken, yaş ortalaması düşük olan grubun ise daha eleştirel olduğu ve negatif bir tutum izlediği söylenebilir. Ayrıca yaş ortalaması yüksek olan grup, kamu sağlık kurumlarına daha fazla güvenmekte ve maddi zorunluluktan dolayı değil kendi tercihi ile seçmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırma da, bu sonucu destekleyen bulgular ortaya çıkarmıştır.[89]

---

[84] Taşdemir, a.g.e., s. 47
[85] Erci, **a.g.e.**, s. 231
[86] Uz, a.g.e., s. 74
[87] Doğan, a.g.e., s. 63
[88] A.e**.**, s. 85
[89] Seval Alkoy, "Ümraniye İlçesinde Kişilerin Sağlığı ve Hastalığı Açıklayışları, Sağlık Arama Davranışları, İyileştirici Sağlık Hizmetleri Kullanımları, Aldıkları Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetleri ve Bunları Etkileyen Etmenler", Doktora Tezi, M.Ü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2002, s. 32

Sonuçlar ve Öneriler

Aile planlaması hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi, sağlık göstergelerini istenen seviyeye çekememiş olan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir tartışma konusudur. Bu araştırmada da, aile planlaması ile ilgili hizmet alanların duyguları, düşünceleri ve ihtiyaçları, bu hizmetlerin iyileştirilmesinde ve nicel araştırmaların tasarlanmasında kullanılmak üzere araştırılmıştır.

Aile planlaması hizmeti alanların, aldıkları hizmet ile ilgili tepkilerini, düşünme biçimlerini, akıl yürütme yöntemlerini, algılarını, duygularını ve hassasiyetlerini derinlemesine ve çok boyutlu olarak incelemek bu araştırmanın temel amacıdır. Bu amaca ulaşmak için, ön araştırmanın ve literatürün gösterdiği doğrultuda, nitel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi yöntemi kullanılmıştır. Araştırma da yöntem, maliyet ve zaman sınırlılıkları çerçevesinde yaş aralığı 20-34 ve 35-47 olan dokuzar kişilik iki grup toplanmıştır.

Bu görüşmelerden elde edilen bilgilere göre, yaş ortalaması farklı olan bu iki grubun düşünme biçimlerinde, algılarında, beklentilerinde ve hassasiyetlerinde farklar ortaya çıkmıştır. Bu farklar özellikle personel davranışı, kurumu tercih etme nedenleri ve mahremiyet konularında daha belirgin olarak görülmüştür.

Hizmete ulaşmada kurumla ilgili olmayan ancak ulaşılabilirliği etkileyen en önemli faktör çocuk faktörü olmuştur. Kurumla ilgili olarak da kurumun hizmet verdiği saatlerin uygun olmaması ve zaman zaman kurumda yöntemlerin bulunmaması hizmete ulaşılabilirliği etkileyen diğer bir konu olarak ortaya çıkmaktadır.

Kurumun aile planlaması hizmetinde en güçlü yanlarının personelin medikal becerisi, hizmetin fiyatı, kurumun coğrafi yerleşim yeri ve genel danışmanlık olduğunu, geliştirilmesi gereken yanlarının da personelin iletişim becerileri, kliniğin açık olduğu saatler, fiziksel özellikler ve diğerleri kadar olmasa da, yönteme özel danışmanlık, izlem danışmanlığı ve mahremiyete saygı olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca göğüs kanseri taraması, evlilik öncesi ve adölesan çağı cincel eğitimi, cinsel danışmanlık tanı ve tedavi, laboratuvar, psikolog, psikiyatrist, pedagog, çocuk gelişimi eğitimleri ve çocuk emanet odası öne çıkan hizmet ihtiyaçları olmuştur.

Araştırma sonuçlarında geliştirilmesi gerekli yönlerden birisi olarak personelin iletişim becerileri ortaya çıkmıştır. Kişiler arası iletişim, bir bilgi ve beceri eylemidir.

Ayrıca, iletişim kurulacak kitlenin sağlık gibi hassas ve aile planlaması gibi mahrem bir konuda hizmet alıyor olması, bu iletişime, kendine has özellikler katmaktadır. Bu nedenle, iletişim becerilerinin, sağlığın kendine has özellikleri çerçevesinde geliştirilmesi, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarında başlamalı ve hizmet içi eğitimlerle devam etmelidir. Bunun yanında sağlık personeline, hizmet alanın sadece tıbbi ihtiyaçlarına değil psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da odaklanması benimsetilmelidir. İletişim becerilerinin geliştirilmesi, sağlık personeli ile hizmet alanların iletişiminin geliştirilmesi için tek başına yeterli değildir. Sağlık personelinin bu becerilerini sağlıklı ve gönüllü bir şekilde uygulaması için çalışma şartlarından tatmin olması da gerekmektedir. Hizmet alanın memnuniyetini oluşturma sürecine sağlık personeli zaten katılmaktadır. Ancak sağlık personelinin bunun bilincine varması ve motivasyonu, hizmet alan memnuniyeti ölçüm sonuçlarından haberdar edilmesi, hizmet alan memnuniyetini oluşturma süreci ile ilgili kararlara aktif katılması ve ekibin parçası olarak daha dinamik bir yapıda çalışması ile sağlanabilir. Böylece sağlık personeli, emek verdiği bir sürecin içinde hizmet alanlarla daha iyi iletişim kurmak için, daha fazla motive olacaktır.

Yönteme özel danışmanlığın geliştirilmesinde ise danışmanlık alan kişide geribildirim almak ve bu geribildirimin gösterdiği eksikleri gidermek, iyi bir yol olabilir. Ancak hataların ve yanlış anlaşılmaların yakalanmasında, her yöntem için özel hazırlanmış bir soru formunun kullanımı daha sağlıklı bir yol olabilir. Böylece gözden kaçan, anlaşılamayan veya yanlış anlaşılan bir bilginin tespit edilmesi ve düzeltilmesi çok daha sağlıklı ve kolay olacaktır. Bu yöntem maddi ve zamansal maliyeti arttırabilecek bir yöntemdir. Ancak yanlış anlaşılmanın getireceği istenmeyen gebelik veya yan etkilerle ilgili istenmeyen sonuçların maliyeti, bu maliyetten daha fazla değildir. Ayrıca bu tür bir soru formu aynı zamanda bir broşür olarak tasarlanırsa, daha sonra hastaya verilebilir. Böylece hazırlamasında kendi yazısıyla aktif olarak katıldığı bilgi dolu bir broşür, bilgileri hatırlayamadığında açıp bakması ve bilginin kalıcılığı açısından da yararlı olabilir.

Aile planlaması hizmetlerini alanların algıladıkları hizmet performansı ölçümlerinin bir program çerçevesinde sürekli yapılması önemlidir. Bu program hizmet alan kitlenin yapısı ve çevre koşulları veya iyileştirme ve geliştirme projelerine göre yapılmalıdır. Ancak maliyeti yüksek olan ve genelleme amacı güden nicel araştırmalardan önce, her kurumun hizmetin performansını algılamayı etkileyen kendine has faktörlerini ortaya çıkarmak amacıyla nitel bir çalışma

yapması önerilebilir. Çünkü bu araştırma, aile planlaması hizmetlerinin hizmet alanlar tarafından nicel araştırmalarda ortaya çıkarılamayacak kadar ayrıntılandırılarak değerlendirildiğini göstermektedir ve bu ayrıntılardan bazılarının literatürde rastlanmayan alt faktörler olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca mahrem konuların konuşulması ve başlangıçta akla gelmeyenlerin konuşuldukça ortaya çıkması da bu tekniğin bir başka olumlu yönüdür. Örneğin nicel araştırmalarda fiziksel özellikler sorgulanırken, temizlik, estetik, kullanım kolaylığı gibi faktörler dikkate alınmıştır. Bu araştırmada bunlara ek olarak, kullanılmış eldivenlerin ve aletlerin muayene odalarında görülecek şekilde olmasından rahatsızlık duyulması, ortaya çıkan ve ayrıntı gibi görünen bir rahatsızlık olmuştur.

Teorik olarak, odak grup görüşmelerinden elde edilen bilgilere göre kararlar alınması doğru değildir. Ancak büyük çaplı olmayan, genelleme amacı gütmeyen veya bütçesi sadece küçük araştırmalara ve iyileştirmelere yeterli olan kurumlar için yapılacak araştırmalarda, yeterli sayıda ve özellikte grup toplanarak ve sadece odak grup görüşmesi yöntemi kullanılarak da istenen bilgiler elde edilebilir ve kullanılabilir.

Yeni hizmet fikri üretiminde ve var olan hizmetin geliştirilmesinde, aile planlaması hizmetlerine ihtiyacı olup farkında olmayan, farkında olup hizmete ulaşamayan veya hizmete ulaşma ile ilgili bir problemi olmadığı halde dini ve kültürel nedenlerle bilerek bu hizmeti almayan veya bu hizmeti başka yerden alan kişilere ulaşarak fikirlerini almak, sosyo-ekonomik ve tıbbi profillerini çıkarmak, aile planlaması hizmetlerinin sağlık göstergeleri üzerindeki hedeflerine ulaşmak için yapılacak iyileştirmelere en iyi şekilde rehberlik edecektir. Çünkü yukarıda sayılan kitleler hizmetin yaygınlaştırılmasında ve sağlık göstergelerinin istenen seviyelere düşürülmesinde, aile planlaması hizmetlerinin hedefi olan kitlelerdir.

Bunun yanında bu araştırmanın bulgularından yola çıkılarak yeni bir soru formu (nicel araştırma için) da oluşturulabilir. Bu araştırmada ortaya çıkan hizmet algılamasını etkileyen beklentiler, nicel olarak tespit edilip, ölçülebilir ve etki düzeyleri ortaya konabilir. Örneğin bu çalışmada personel davranışının (birinci grup için) çok önemli olduğu hissedilmiştir. Ancak bunun şiddetini sayısal olarak ifade etmek mümkün değildir. Eğer sayısal olarak faktörlerin etkisi ortaya çıkarılırsa, daha önemli olanlara öncelik tanınıp kaynaklar daha verimli kullanılabilir.

Ayrıca hizmet alanların memnuniyetini sağlamak için toplanacak bilgiler personelden ve hizmet alanların şikayetlerinden de elde edilebilir. Özellikle

şikayetler genellenebilir bir bilgi vermeseler de, geliştirilmesi gereken özellikler hakkında maliyeti düşük bilgi kaynağı olabilirler.

Sonuç olarak, hem aile planlaması hizmetleri geliştirilirken hem de bu hizmetleri sağlayan kurumların tasarımı yapılırken, hizmet alanların beklenti ve ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır.

Kaynakça

Aaker, David A., V. Kumar, George S. Day: **Marketing Research**, 5. bs., John Wiley & Sons, Inc., USA, 1995.

Aaker, David A., V. Kumar, George S. Day: **Marketing Research**, 8. bs., John Wiley & Sons, Inc., USA, 2003.

Akın, Levent, Nilufer Özaydın: "Consistency of Couple Declaration About Using Family Planning Methods In Turkey", **Journal of Biosocial Science**, 2006, (Çevrimiçi) http://journals.cambridge.org, 12.05.2006.

Alkoy, Seval: "Ümraniye İlçesinde Kişilerin Sağlığı ve Hastalığı Açıklayışları, Sağlık Arama Davranışları, İyileştirici Sağlık Hizmetleri Kullanımları, Aldıkları Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetleri ve Bunları Etkileyen Etmenler", Doktora Tezi, M.Ü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2002.

American Marketing Association: (Çevrimiçi) http://www.marketingpower.com, 01.03.2006.

Anderson, Roger T., v.d.: "A Qualitative Analysis of Women's Satisfaction with Primary Care from a Panel of Focus Groups in the National Centers of Excellence in Women's Health", **Journal of Women's Health & Gender–Based Medicine**, 10(7), 2001, s. 637-647.

Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği, **Resmi Gazete**, 06.02.1997, (Çevrimiçi) http//www.istanbulsaglik.gov.tr, 02.05.2006.

Baykan, Zeynep, Seçil Özakan, Işıl Meral: "Ankara İl Merkezindeki 5 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması", **8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2002, (Çevrimiçi) http://www.dicle.edu.tr, 02.12.2005.

Baysal, Can, Erdal Tekarslan: **Davranış Bilimleri**, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayını, 1998.

Bennet, Peter D.: **Dictionary of Marketing Terms**, Chicago: American Marketing Association, 1998.

Berberoğlu, Ufuk: "Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Roman Kadınlar ve Öbürlerinin Sağlık Ocağından Aldıkları Ana Sağlığı Hizmetleri", **8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2002, (Çevrimiçi), http://www.dicle.edu.tr, 12.12.2005.

Bilgel, Nazan: **Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı**, İstanbul, Güneş & Nobel Tıp Kitabevi, 1997.

Bozkurt, Ali İhsan, v.d.: "Induced Abortion And Effecting Factors of Ever Married Women In The Southest Anatolian Project Region, Turkey: A Cross Sectional Study", **BMC Public Health**, 2004, 4, 65, (Çevrimiçi), http://www.biomedcentral.com, 08.05.2006.

Breheny, Mary, Christine Stephens: "Barriers to Effective Contraception and Strategies for Overcoming Them Among Adolescent Mothers", **Public Health Nursing,** 21, No:3, Mayıs/Haziran 2004, s. 220-227.

Dirican, Rahmi: **Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmış Yazıları–II: Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması**, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ekim 1998.

Doğan, Yeliz: "Yöntem Seçmek Üzere Aile Planlaması Ünitesine Başvuran Kadınların Hizmete Yönelik Beklentileri ve Bu Beklentilerin Karşılanma Durumu", Y.L.Tezi, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.

Dwyer, F. Robert, John Tanner: **Business Marketing**, USA, The Irwin McGraw Series in Marketing, 1999.

Edmunds, Holly: "Focus Group Principles", American Marketing Association, (Çevrimiçi) http://www.marketingpower.com, 01.03.2006.

Erci, Behice: "Turkish Women's Satisfaction With Family Planning Services", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care,** 7,4; Health Module, Aralık 2002, s. 227-233.

Family Health International: "IUD Insertion by Nurse-Midwives Increases Use", **Network [Durham]**, 23(1):13.09.2003, (Çevrimiçi), http://rdsweb2.rdsinc.com, 12.05.2006

Farahani, Farideh K. A., v.d.: "Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran", **International Family Planning Perspectives**, 32(1), s. 35-44, March 2006, (Çevrimiçi) http://rdsweb2.rdcinc.com, 05.06.2006

Gibbs, Anita: "Focus Groups", Social Research Update, 1997, (Çevrimiçi), http://www.soc.surrey.ac.uk, 05.05.2006.

Glesne, C., A. Peskin: **Becoming Qualitative Researches: An Introduction**, White Plains, Longman,1992.

Gordon, Keith, Isobel Doole: **Low-Cost marketing Research: A guide for small businesses**, John Wiley & Sons, Britain,1989.

Gready, Meg, v.d.: "South African Women's Experiences of Contraception and Contraceptive Services", 'Women's and Men's Perspectives on Fertility Regulation Methods and Services' (meeting), Geneva, November 1995, (Çevrimiçi) http://www.who.int, 21.01.2006.

Grönroos, Christian: **Service Management and Marketing**, Massachusetts: Lexington Books, 1990.

Güngör, Leyla, v.d.: "Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine İsteğe Bağlı Düşük Yapmak İçin Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlaması ve İsteğe Bağlı Düşük Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları", **Fırat Tıp Dergisi,** c.8, Sayı:1, 2003, s. 29-33, (Çevrimiçi), http://www.firattipdergisi.com, 05.05.2006.

Hacettepe Üniversitesi, Adana, Ankara ve İzmir illerinde Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü: "2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması", 2003, (Çevrimiçi) http://www.hips.hacettepe.edu.tr, 30 Mayıs 2006.

Health Research Unit, Ministry of Health, Ghana: "Ghana Trend Analysis for Family Planning Services,1993,1996, and 2002", DHS Trend Reports No. 1**,** Maryland USA, January 2005.

Hıdıroğlu, Seyhan: "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Aile Planlaması Kliniğine Başvuranların Kontrole Gelmeme Gerekçelerinin İncelenmesi", Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001.

Huckabay, Fran, v.d.: "Assesing Client Satisfaction in Family Planning Clinics Lessons Learned", t.y. (Çevrimiçi) http://www.centerforhealthtraining.org., 10.10.2005

İçöz, Orhan: **Hizmet Pazarlaması**, Turhan Kitabevi, Ankara, 2005.

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı: **Aile Planlamasında Temel Bilgiler**, İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1997.

İslamoğlu, A. Hamdi: **Pazarlama İlkeleri**, Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi Basımevi, 1993.

Karafakıoğlu, Mehmet: **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması,** İstanbul, İ.Ü İşletme Fakültesi, 1998.

Karafakıoğlu, Mehmet: **Pazarlama İlkeleri**, İstanbul,Literatür,Kasım 2005.

Karahan, Kasım: **Hizmet Pazarlaması**, İstanbul, Beta, Ekim 2000.

Karakaya, Eylem: "Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler", Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004.

Kavuncubaşı, Şahin: **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitabevi, Mart 2000.

Kaynak, Tuğral, v.d.: **İnsan Kaynakları Yönetimi**, İstanbul, İ.Ü. İşletme İktisadi Enstitüsü Araştırma ve Yardım Vakfı, 2000.

Kincaid, L.D., v.d.: "Turkey's Mass Media Campaign In Health Communication Campaigns", John Hopkins University Center For Communication Program's / Population Communication Service, 1990.

Kitzinger, Jenny: "Qualitative Research: Introducing Focus Groups", 1995, (Çevrimiçi) http://www.bmjlearning.com, 21.03.2006.

Kocatürk (Ayar), Asiye: "İsteğe Bağlı Kürtaj Sonrası Etkin Bir Aile Planlaması Yöntemi Seçen Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Yönteme İlişkin Düşünceleri" Y.L. Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.

Kotler, Philip, Gary Armstrong: **Principles of Marketing**, USA, Prentice Hall,1996.

Kotler, Philip: **Pazarlama Yönetimi**, Çev: Nejat Muallimoğlu, İstanbul, Beta, 2000.

Kurşun, Zerrin: "Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Ünitesine Başvuranların Kontraseptif Kullanımı ve Fertilite Özellikleri" Y.L. Tezi, M.Ü. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2000.

Kurtuluş, Kemal: **Pazarlama Araştırmaları,** 7. bs., Literatür, İstanbul, 2004.

Kurtuluş, Sema: "Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama" Ders Notları, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 09.12.2003.

Lamb, Charles W., Jr, Joseph F. Hair, Jr, Carl McDaniel: **Principles of Marketing**, 2. bs., South-Western Publishing Co., USA,1994.

McDaniel, Carl, Jr, Roger Gates: **Contemporary Marketing Research**, 3. bs., West Publishing Company, USA, 1996.

Nakhaee, Nouzar, Alireza Mirahmadizadeh: "Iranian Women's Perceptions of Family Planning Services Quality: A Client-Satisfaction Survey", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, Sep, 10(3), 2005, s. 192-198, (Çevrimiçi) http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006.

Odabaşı, Yavuz: **Pazarlama İletişimi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. Yayın No: 851, 1995.

Ozvaris, Sevkat Bahar., Bahar.Güçiz. Dogan, Ayşe Akın: "Male Involvement In Family Planning In Turkey", **World Health Forum**, 1998: 19 (1), s. 76-78.

Öztürk, Ahmet, v.d.: "Opinions of imams about family planning and their use of methods in Kayseri, Turkey", **European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, Eylül, 7(3), 2002, s. 144-149, (Çevrimiçi) http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006.

Öztürk, Sevgi Ayşe: **Hizmet Pazarlaması**, 4. bsk., Bursa, Ekin Kitabevi, 2003.

Palmer, Adrian: **Principles of Services Marketing**, Berkshire, Mc Graw-Hill Book Company, 1994.

Peter, J. Paul, Jerry C. Olson: **Consumer Behavior and Marketing Strategy,** 7. bs., USA, McGraw-Hill Irwin, 2005.

Schoell, William F., Joseph P. Guiltinan: **Marketing: Contemporary, Concepts and Practices**, 6. bs., Prentice Hall Inc., New Jersey, 1995.

Seçim, Hikmet, Selma Coşkun: **Halkla İlişkiler,** Eskişehir; A.Ü. AÖF: Yayını. No:303, 1992.

Sieving, Renee E., v.d.: "Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse.", **Perspectives on Sexual & Reproductive Health**, The Alan Guttmacher Institute, 38(1):13, March 2006, (Çevrimiçi) http://rdsweb2.rdcinc.com.

Stephenson, Rob, Michael.A Koenig, Saifuddin Ahmed: "Domestic Violence and Contraseptive Adoption In Utar Pradesh, India", **Study Family Planning**, Haziran 2006, 37, 2, s. 75-86.

Süzer, Filiz, Ayşe Yıldız: "Evlenmek Üzere Olan Çiftlerin Kaygı Durumu ve Danışmanlık Gereksinimi", Y.L.Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003

Şahin, H.A., H.G. Şahin: "Reasons for not using family planning methods in Eastern Turkey", **European Journal of Contraception & Reprodoctive Health Care**, 8 (1), Mart 2003, s. 11-16, (Çevrimiçi) http://ncbi.nlm.nih.gov, 12.05.2006.

Şencan, Hüner: **Sosyal Ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik**, Ankara, Seçkin, 2005.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: **Aile Planlaması Danışmanlığı: Eğitici Rehberi**, Ankara, 2005.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı**, 1. c., 3. bs., Ankara, 2000.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: Kontraseptif Yöntemler**, 2. c., 3. bs., Ankara, 2000.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: "Aile Planlaması Kalite Araştırmaları Raporu", Araştırma Raporu, Management Sciences for Health, Ankara, 2000.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: "Aile Planlaması Kalite Araştırmaları 1998–2000 Karşılaştırmalı Raporu", Araştırma Raporu, Management Sciences for Health, Ankara, 2001.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: **Aile Planlaması Danışmanlığı: Katılımcı Kitabı**, Ankara, 2005.

T.C. Sağlık Bakanlığı: (Çevrimiçi) http://www.saglik.gov.tr, 20.04.2006.

Taşdemir, Mustafa: "Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi", Bilim Uzmanlığı Tezi, M.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1998.

Taşkın, Erdoğan: **Müşteri İlişkileri Eğitimi,** 2. bs., İstanbul: Papatya, 2000.

Tek, Ömer Baybars: **Pazarlama İlkeleri: Türkiye Uygulamaları Global Yönetimsel Yaklaşım**, İstanbul, Betaş, 1999.

Topuzoğlu, Ahmet: "Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler", Bilim Uzmanlığı Tezi, M.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2001.

Turan, Janet Molzan, v.d.: "The Quality of Hospital –Based Antenatal Care In Istanbul", **Study Family Planning**, Mart 2006, 37 (1), s. 49-60.

Türk Tabipleri Birliği: "Aile Planlaması Hizmetlerinin Ücretlendirilmesi Uygulamaları Konusundaki Toplantı Raporu", 27 Eylül 2001, (Çevrimiçi) http://www.ttb.org, 04.05.2006

Türk Tabipleri Birliği: **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2005.

Türkiye Aile Planlaması Derneği: **Aile Planlaması ve İslam Dini**, 4. bs., Ankara, Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1999.

Türkiye Aile Planlaması Vakfı: (Çevrimiçi) http://www.tapv.org, 1 Mayıs 2006.

UNICEF **Dünya Çocuklarının Durumu 2000**, UNICEF, y.y., 2000.

Uz, Hulki: "Adana ve İçel İllerinde Sağlık Ocakları ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinden Aile Planlaması Hizmeti Alanların Algıladıkları Kalite Düzeyi (Memnuniyeti) ve Bunu Etkileyen Faktörler", Doktora Tezi, H.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002.

Walsh, Joan, Helen Lythgoe: Ed. by Stephen Peckham, Contaseptive Choices: Supporting Effective Use of Methods, Contraceptive Education Service, **Family Planning Association UK**, London, 1996, (Çevrimiçi) http://www.who.org, 21.05.2006.

Wikipedia: (Çevrimiçi) http://tr.wikipedia.org,11.05.2006.

Williams, Timothy, Jessie Schutt-Ainé, Yvette Cuca: "Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews", **International Family Planning Perspectives**, 2000, 26(2), s. 63-71.

Women's and Children's Health Policy Center Department of Population and Family Health Sciences John Hopkins University School of Public Health: "Approaches and Indicators for Measuring Quality in Region VIII Family Planning Programming", Yayına Hazırlayan: Donna M. Strabino, Michael Koenig, Holly A. Grason, December 2000.

World Health Organization: (Çevrimiçi) http://www.who.int, 18.05.2006.

Yanık, Aygül: "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numûne Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma", Doktora Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2000.

Yıldırım, Ali, Hasan Şimşek: **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, 5. bs., Ankara, 2005.

Zeithaml, Valarie A., A. Parasuraman, Leonard L.Berry : **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation**, Free Press, USA,1990.

Ek-1 Ön Çalışmanın Soru Formu (Grup Tartışma Planı)

1. Bu kuruma ilk defa nasıl geldiniz?
2. Buraya geldiğiniz günlerde gelmeye karar verdiğiniz andan itibaren hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz ?
3. Size verilen eğitim hakkında ne düşünüyorsunuz?
4. Sağlık personelinin size karşı olan davranışını nasıl değerlendirirsiniz?
5. Danışmanlık sırasında ve sonrasında utanmanıza neden olacak bir olay oldu mu?
6. Aile planlaması biriminin fiziksel durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
7. Buradan hizmet aldığınızda en çok memnun olduğunuz şeyler nelerdir?
8. Buradan hizmet aldığınızda memnun olmadığınız şeyler nelerdir?
9. Size daha iyi hizmet verilmesi için değişmesini istediğiniz şeyler nelerdir?
10. Bu kurumdan başka hangi hizmetleri almak istersiniz?

Ek-2 Demografik Değişkenler Soru Formu

Demografik değişkenler:

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:
   a) Okur-yazar değil
   b) Okur-yazar
   c) İlkokul mezunu
   d) Ortaokul mezunu
   e) Lise mezunu
   f) Yüksekokul veya üniversite mezunu

3. Mesleğiniz:
   a) Memur
   b) Serbest
   c) İşçi
   d) Ev Hanımı

4. Aylık geliriniz:

5. Toplam kaç gebeliğiniz oldu? (düşük + kürtaj + doğum)

   0 1 2 3 4 5 ve üstü

6. Kaç çocuğunuz var?

   0 1 2 3 4 5 ve üstü

7. İleride çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?
   a) Evet b) Hayır

8. (YEDİNCİ SORUNUN CEVABI “EVET” İSE SEKİZİNCİ SORU CEVAPLANDIRILACAKTIR) Ne zaman çocuk sahibi olmak istiyorsunuz?
   a) 1 yıl içinde
   b) 1 yıl sonra
   c) 2
   d) 3
   e) 4
   f) 5
   g) 6
   h) 7 yıldan fazla

9. Gelmeden önce nasıl korunuyordunuz?
   a) Korunmuyor
   b) RİA
   c) Hap
   d) Kondom
   e) Enjeksiyon (iğne)
   f) Diğer:
   g) Doğal yöntemler

10. Ne zamandır korunuyorsunuz?

11. Şu an kullandığınız yöntem? (en son danışmanlığını aldığınız ve şu anda kullandığınız yöntem)
   a) Korunmuyor
   b) RİA
   c) Hap
   d) Kondom
   e) Enjeksiyon (iğne)
   f) Diğer:
   g) Doğal yöntemler

12. Bu kuruma aile planlaması hizmeti almak için ne zamandır geliyorsunuz?
   a) Bir yıldan az zamandır geliyorum
   b) 1–3 yıldır geliyorum
   c) 4–7 yıldır geliyorum
   d) 8–12 yıl arası
   e) 12 yıldan fazla

13. Bu kuruluşun bu birimine ilk defa nasıl geldiniz?
   a) Tanıdık tavsiyesi
   b) Başka biriminden hizmet alıyordum
   c) Evime/iş yerime yakın
   d) Afiş/tabela
   e) Sağlık personeli evime gelip davet etti
   f) Diğer:

14. AÇSAP merkezinin AP biriminden aldığınız hizmetten genel olarak duyduğunuz memnuniyeti aşağıdakilerden hangisi en iyi ifade eder?

Çok Memnunum	Memnunum	Karasızım	Memnun Değilim	Hiç Memnun Değilim
				

15. Buraya tekrar gelir misiniz?

16. Burayı çevrenizdeki arkadaşlarınıza tavsiye eder misiniz?

17. Maddi imkânınız çok iyi olsaydı ve istediğiniz yerden bu hizmeti alma imkânınız olsaydı bu hizmeti buradan alır mıydınız?

Ek-3 Araştırmanın Soru Formu (Grup Tartışma Planı)

1. Buraya gelmeye karar verdiğiniz andan itibaren kuruma ulaşana kadar hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz?
2. Buraya gelip de hizmet alamadığınız oldu mu?
3. Kliniğin açık olduğu saatler size uygun mu?
4. Hizmet almak için ödediğiniz ücret hakkında ne düşünüyorsunuz?
5. Aile Planlaması biriminin bina içindeki yeri hakkında ne düşünüyorsunuz?
6. Aile Planlaması biriminin fiziksel görüntüsü hakkında ne düşünüyorsunuz?
7. Muayene olmadan önce veya yönteminizi almadan önce çok beklediniz mi?
8. Size verilen eğitim hakkında ne düşünüyorsunuz?
9. Seçtiğiniz yöntem dışındaki yöntemler size nasıl anlatıldı?
10. Kullandığınız yöntemi nasıl seçtiniz?
11. Kullandığınız yöntemi seçtikten sonra size o yöntem hakkında neler anlatıldı?
12. Anlatılanları anlayabildiniz mi?
13. Sağlık personelinin size karşı olan davranışlarını nasıl değerlendirirsiniz?
14. Siz sağlık personeli olsaydınız ve burada çalışsaydınız hastalara nasıl davranırdınız?
15. Size ayrılan zaman sizce yeterli miydi?
16. Kontrole veya herhangi bir şikâyetinizde tekrar davet edildiniz mi?
17. Her geldiğinizde yöntemden memnun olup olmadığınız yöntemi doğru kullanıp kullanmadığınız soruluyor mu?
18. Danışmanlık/hizmet alma sırasında utanmanıza/sıkılmanıza neden olacak bir olay yaşadınız mı?
19. Buradan daha iyi hizmet almak için değişmesini istediğiniz veya eklenmesini istediğiniz hizmetler nelerdir?