

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU

**İSTANBUL'DA SEÇİLEN İKİ BÖLGEDEKİ
HALKIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA DURUMU**

(Yüksek Lisans Tezi)

Nilgün KARACA

EDİRNE-2006

**T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. UFUK BERBEROĞLU

**İSTANBUL'DA SEÇİLEN İKİ BÖLGEDEKİ
HALKIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA DURUMU**

(Yüksek Lisans Tezi)

Nilgün KARACA

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2006

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı
Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki Jüri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Sınav Tarihi: 27/03/2006

İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI
Prof . Dr. Faruk YORULMAZ

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE
Doç Dr. Erhan TABAKOĞLU

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŐEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Faruk Yorulmaz'a, tezin tüm aŐamalarında yanımda olan ve desteğini esirgemeyen danıŐmanım Yrd.Doç. Dr. Ufuk Berberoğlu'na, halk sağlığı bakıŐ ağısı ve bilimsel düŐünme becerisi kazanmamı sağlayan, her zaman ufkumu geniŐleten ve yetiŐmemde lisans eğitimimden itibaren büyük bir paya sahip olan Doç. Dr. Galip Ekuklu ve Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak'a, yetiŐmemdeki katılarından dolayı Prof. Dr. Ahmet Saltık'a, tezin tüm aŐamalarında yanımda olan, yardımlarını hiç esirgemeyen desteğini ve yakınlığını unutamayacağım Dr. Ersan Atahan'a ve çalışma arkadaşlarıma teŐekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
SAĞLIK HİZMETLERİ	4
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	5
ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETLERİ	8
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	10
TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	11
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	13
SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI VE KULLANIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	14
SAĞLIKTA EŞİTLİK VE EŞİTSİZLİK KAVRAMLARI	23
SAĞLIK HİZMETLERİNDE EŞİTLİK KAVRAMI	23
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ	25
TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA VAROLAN SORUNLAR	29
GEREÇ VE YÖNTEMLER	31
BULGULAR	38
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	38
SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIM	55
SAĞLIK KURULUŞLARINI SEÇİM NEDENLERİ	67
MEMNUNİYET DURUMU	68
SON HASTALIKTA SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIM	73
TARTIŞMA	82
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	82
SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIM	85
SAĞLIK KURULUŞLARINI SEÇİM NEDENLERİ	91
MEMNUNİYET DURUMU	92
SON HASTALIKTA SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIM	93
SONUÇLAR	96
ÖZET	100
İNGİLİZCE ÖZET	101
KAYNAKLAR	102
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AÇS-AP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkarlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMS	: Emekli Sandığı
GA	: Güven Aralığı
Mah.	: Mahalle
OY	: Okur Yazar
OYD	: Okur Yazar Değil
SD	: Serbestlik Derecesi
SED	: Sosyo-Ekonomik Düzey
Sek.	: Sektör
SO	: Sağlık Ocağı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TSHK	: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, yaşama anlam veren değerlerin başında gelmektedir (1). Her insanın sağlık ve hastalığı açıklayış biçimi ve bedenindeki veya ruhsal durumundaki normal dışı belirtilere gösterdiği tepki farklıdır. Sağlığa verilen önem her toplumda hakim olan değerler ve bu değerlere dayanan devlet yaklaşımlarına göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık politikalarının amaçları sağlık sisteminin yapısı, organizasyonu, finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu bu yaklaşımlara göre belirlenmektedir (2).

Sağlık hizmetleri endüstrisi en büyük ve karmaşık endüstrilerin başında gelmektedir. Sağlık endüstrisinin bu özelliği, “sağlık” kavramının anlam olarak genişliğinden kaynaklanmaktadır. En yaygın ve kabul görmüş tanımıyla sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. DSÖ’ nün geliştirdiği bu sağlık tanımlamasında sağlığın biyolojik boyutunun yanı sıra davranışsal ve çevresel boyutunun da önemi vurgulanmakta, sağlık çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmaktadır (3). Sağlık her birey için doğuştan kazanılmış bir haktır. Bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık, temel insan haklarından biri olarak anayasa ile güvence altına alınmış, devlete sağlık hizmetlerini düzenleme ve denetleme görevi verilmiştir (4).

“Sağlık Hizmetleri”, sağlığı korumayı ve daha iyiye götürerek hastalıkların oluşumunu önlemeyi; hastalananları, olanakların elverdiği en erken dönemde tanıyarak tedavi etmeyi ve böylece kişinin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamayı hedefleyen toplumsal bir hizmettir.

Sağlık hizmetlerinin toplumdaki kişiler tarafından kabulünü ve kullanımını etkileyen etmenler konusunda bugüne kadar çok sayıda modeller geliştirilmiş ve çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Kullanılabilirlikle ilgili Aday ve Andersen tarafından geliştirilmiş en kapsamlı modelde hizmetlerin toplumdaki kişiler tarafından kabul ve kullanımını etkileyen etmenler; bireyin toplumsal, ekonomik ve kişisel davranış özelliklerini, bireyin hizmet elde etmesi ve bundan doyum sağlamasına olanak sağlayan aile yapısını, sağlık güvencesini, ekonomik düzeyini, bir parçası olduğu toplumun ve çevrenin özelliklerini, ekonomik sistemi, sağlık hizmetleri örgütlenmesini ve sağlık hizmeti gereksinimini içermektedir (5). Sağlığı etkileyen faktörlerden biri olan sağlık bakım hizmetleri sisteminin toplum sağlığına en fazla katkıyı sağlayabilmesi için, sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan kişilerin tümü tarafından kullanılabilir olması gerekmektedir. Donabedian'ın belirttiği gibi sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin kanıtı, sadece imkanların varlığı değil, hizmetlerin kullanımınıdır (6). Bir toplumda sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini değerlendirirken, nüfusun çeşitli alt gruplarının hizmetleri kullanımı mutlaka incelenmelidir.

Günümüzde özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu kadar, aynı ülke içerisindeki toplum gruplarının sağlık düzeyleri arasında da büyük eşitsizlikler vardır. Sağlıkta eşitsizlik kavramı, çeşitli sosyal gruplar arasında var olan ve ancak sosyo-ekonomik nedenlerden kaynaklanan, bu nedenle de ortadan kaldırılabilir ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıkları ifade etmektedir (7). 1984 yılında Avrupa için belirlenmiş “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” hedeflerinin ilki, çeşitli toplumsal gruplar ve bölgeler arasında eşitsizliklerin azaltılmasıyla ilgili olduğu halde, bugün sağlık düzeyinde ve sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitsizliklerin varlığını koruduğu görülmektedir (8).

Türkiye, gerek tedavi edici, gerekse koruyucu sağlık hizmetlerinde bir dizi soruna sahiptir. Bir yandan hastane koridorlarında uzun kuyruklarda bekleyen ve yetersiz bir sürede muayene olmak zorunda kalan hoşnut edilememiş hastalar, diğer taraftan önlenebilir bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümler gibi. Bireylerin sağlık kurumu tercihi, sağlık hizmetlerine ulaşabilmede ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinde önemli farklılıklar vardır. Öyleyse sağlık hizmetlerinde planlanan hedeflere ulaşabilmek için bu farklılıkları oluşturan faktörlerin araştırılması ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırarak daha sağlıklı toplum oluşturulabilmesi için, sağlık yöneticileri, öncelikle toplumu oluşturan ve bu hizmetleri kullanan kişilerin genelde toplumsal davranışlarını, özelde sağlık hizmeti kullanım davranışlarına yönelik kullanılabilirlik sorunlarını iyi belirlemeli ve bunlara yönelik zmler üretmelidirler.

Bu çalışmanın amacı, İstanbul'un farklı iki yerleşim bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak amacıyla genellikle başvurdukları sağlık kuruluşlarını, bu kuruluşları seçme nedenlerini ve memnuniyet durumlarını saptamak; bunların sosyo ekonomik ve demografik faktörlerle ilişkisini ortaya koymak ve böylece sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırmak için yapılacak çalışmalara katkı sağlamaktır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin literatürde bilinen çeşitli tanımları incelendiğinde genel olarak aynı anlamın farklı şekillerde dile getirilmiş olduğunu görmekteyiz. Bu tanımlardan bazıları;

- İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması hastalıkların tedavi edilmesi bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir (9).
- Kişinin sağlığını korumak daha ileriye götürmek ve hastalandığı zaman onu yeniden sağlığına kavuşturmak için yapılması gereken tüm hizmetlerdir (10).
- Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalardır (11).
- İnsan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilmesi (preventive medicine), hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gereğinde tedavi (curative medicine), bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım (rehabilitation, readaptation), çalışmalarının tümüne denilmektedir (12).
- Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak, toplumun gereksinim ve istemlerine göre değişen amaçları ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını ve her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alan kalıcı bir sistemdir (13).

- Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “**Sağlık Hizmetleri**” denir (14).

Bu tanımların ortak özelliği sağlık hizmetlerini koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici sağlık hizmetleri olarak 3 gruba ayırmalarıdır. Fişek’in tanımına göre; sağlık hizmetleri koruyucu, sağaltıcı, esenlendirici ve sosyal tıp hizmetleri olarak 4 gruba ayrılmıştır (11).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri klasik olarak; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır (14,15).

1- Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca dört düzeyde ele alınmaktadır.

1.1. Temel Koruma (Primordial Koruma): Sağlığı bozan etkenlerin tümden ortadan kaldırılarak yok edilmesidir. Örn: Çiçek hastalığının eradike edilerek ortadan kaldırılması.

1.2. Birincil Koruma (Primer Koruma): Kişisel ya da toplumsal düzeyde hastalıklardan korunmak ve/veya sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme ve çevrenin güvenli duruma getirilmesi için gereken önlemlerin alınmasıdır. Sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek herhangi bir etkenin, kişiyi etkilemesinden önce alınan tüm özel koruyucu önlemleri içermektedir.

1.3. İkincil Koruma (Sekonder Koruma): Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve sağaltım önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır. Hastalıkların belirtisiz (presemptomatik) dönemde tanınarak sağaltımıdır.

1.4. Üçüncül Koruma (Tersiyer Koruma): Sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam niteliğinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Hastalık sonucu kişide oluşan anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişikliklerle ortaya çıkan zedelenmenin, engelin olumsuz etkisini en aza indirmek için yapılan uygulamalardır.

Bu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olarak iki bölümde incelenebilir;

1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen fiziksel, biyolojik, kimyasal, sosyal, ekonomik vb. etmenleri yok ederek ya da bu etmenlerin kişileri olumsuz şekilde etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu duruma getirmeye yönelik hizmetlerdir. Sanitasyon ve hijyen terimleri de buna benzer bir anlamda ama daha dar kapsamda kullanılmaktadır. Bu tür sağlık hizmetleri bu konularda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen vb. meslek sahipleri tarafından yürütülür.

2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bu hizmetler hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, vb. sağlık personelinin yürüttüğü hizmetler olup şu şekilde gruplandırılabilir.

- Sağlık Eğitimi
- Beslenmeyi Düzenleme
- Bağışıklama Hizmetleri
- Hastalıkların Erken Tanı ve Tedavisi
- İlaçla Koruma (kemoprofilaksi)
- Kişisel Hijyen
- Aile Planlaması

2- Tedavi Hizmetleri

Toplum hekimliği açısından tedavi hizmetleri şu 4 basamağa ayrılabilir:

a) Kendi Kendine Bakım (Self Care): Olgunun sağaltımının kendisi ya da yakınları tarafından yapılmasıdır.

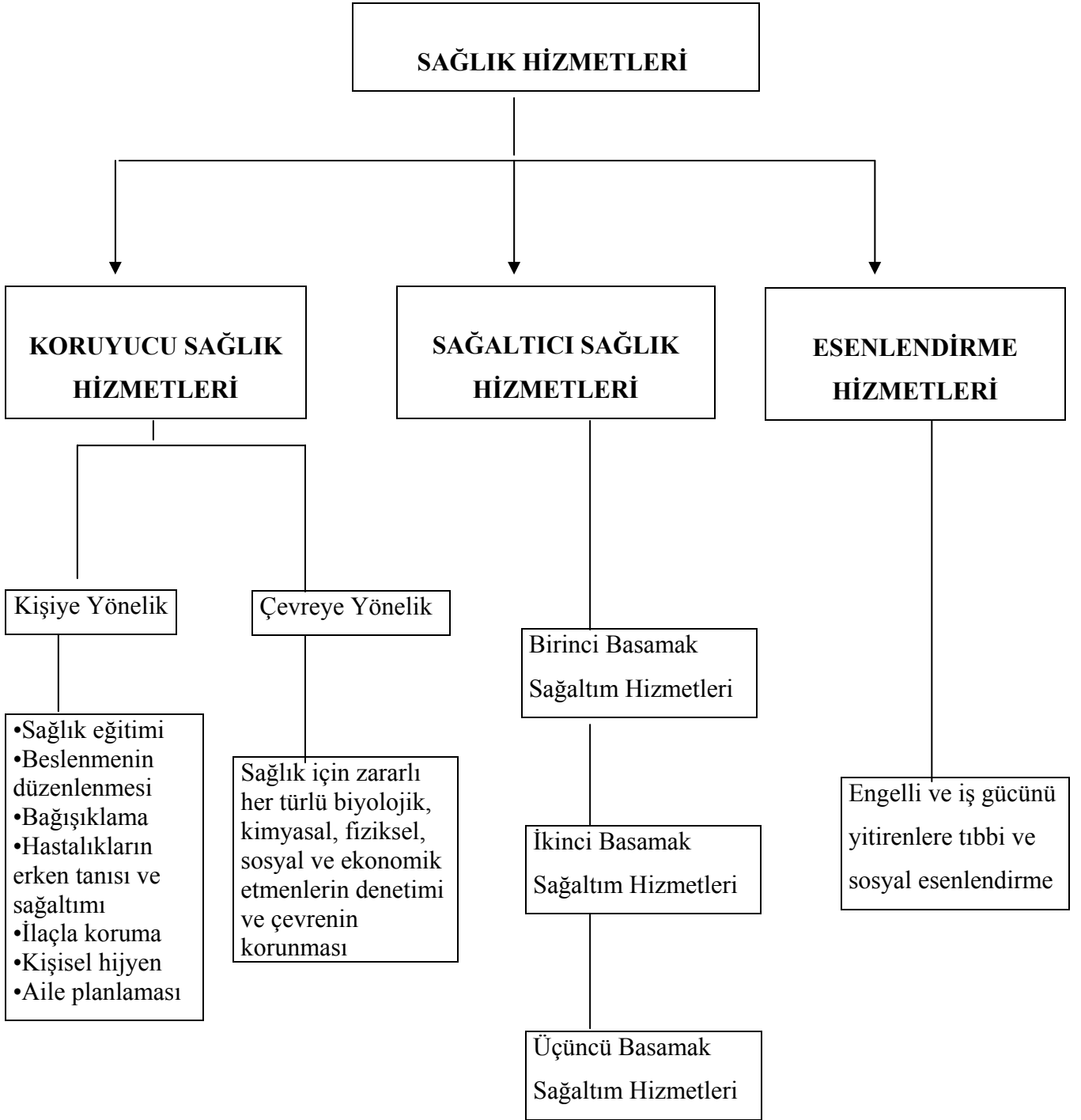
b) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri (Primary Medical Care): Hastanın ilk başvurduğu hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından evde ve ayakta muayene, sağaltım ve koruyucu hizmetlerin uygulandığı basamakta verilen hizmetlerdir.

c) İkinci Basamak Tedavi Hizmeti (Secondary Medical Care): Hastanın yataklı bir sağlık kuruluşunda uzmanlar tarafından muayene ve tedavi edilmesidir.

d) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmeti (Tertiary Medical Care): Hastanın en üst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı bir tedavi merkezinde tedavisidir.

3- Rehabilitasyon Hizmetleri

Engelli ve çalışma gücünü yitiren kişilere işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi esenlendirmeyle, sosyal çalışmacılar tarafından iş bulma, işe uyum ve sağaltma gibi konularda yapılan sosyal esenlendirme hizmetlerinin tümünü kapsayan hizmetlerdir (14,15).



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (16)

ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETLERİ

Gelişmiş ülkelerde tüm halkın tıbbi bakım (medical care) kapsamına alınması ve tıbbi bakım hizmetlerinin, devletin sorumlu olduğu temel hizmetlerden biri durumuna gelmesi giderek yetersiz olmaya başlamıştır. Sadece hastaların muayene ve tedavisi ile toplumsal sağlığın olumlu yönde gelişmesinin olanaksızlığı açığa çıkmıştır. Bu nedenle sağlamların sağlığını sürdürmelerine ve hastalıklardan korunmalarına öncelik verilmiştir. Bu son hizmetin ayrı bir örgütlenme ile yapılmasının kaynak israfına yol açacağı anlaşıldığından tıbbi bakım hizmetleriyle sağlığı koruma hizmetlerinin birlikte ve bir bütün halinde ele alınması yoluna gidilmiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra iyice benimsenen bu yaklaşımla giderek yeni ve çağdaş bir hizmet tipi oluşturulmuş ve bu hizmet sağlık bakımı (Health Care) olarak adlandırılmıştır (10).

Dünyada sağlıkta yaşanan olumsuzlukların iyice artması üzerine DSÖ 1977'de 30. genel kurulunda "2000 yılında herkese sağlık" olgusunun gelişmesini hedef olarak belirlemiş bu hedefe yönelik olarak da 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Alma Ata'da " Temel Sağlık Hizmetleri" (TSH) konulu konferansı tertip etmiştir. Bu konferansa 133 ülke, 67 uluslararası örgüt temsilcisi katılmıştır (15). Konferans sonrasında geliştirilen TSH çağımızdaki sağlık hizmetlerinin şekillenmesini sağlamıştır.

TSH'yi, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilebilir yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur (15).

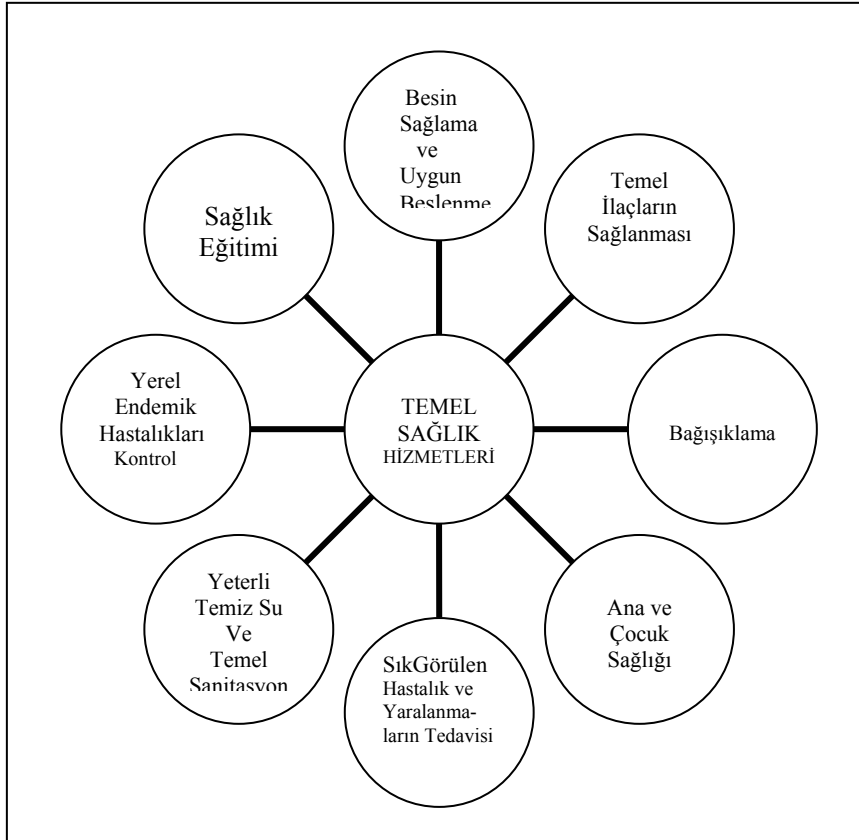
TSH, birinci basamak sağlık hizmetleridir ve sağlık hizmetlerinin geneli ile ilgili bir görüştür. TSH, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde anahtar olmasının yanı sıra bir faaliyetler grubudur (14). Bu tanıma göre, TSH koruyucu hizmetlerle evde ve ayaktan (ambulanuar) iyileştirici hizmetlerin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır.

TSH hizmetlerinin örgütlenme ile ilgili getirdiği ilkeler aşağıda kısaca belirtilmiştir (15).

- a) Toplum, sağlık hizmetlerine katılmalıdır.
- b) Sağlık hizmetleri değişik meslek üyelerinden oluşan bir ekip tarafından verilmelidir.
- c) Toplum içinde, halkın "ilk başvuruları" için hizmet birimleri kurulmalıdır.

- d) Sağlık örgütlenmesi içinde kademeli bir hasta sevk sistemi işletilmelidir.
- e) Korunma, tedavi-rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.
- f) Hizmetler sürekli olmalıdır.
- g) Sağlık yönünden tehlike altındakileri belirlemek için evlere ve işyerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır.
- h) Hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.
- i) Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve koşullarına uygun olmalıdır.

Ayrıca TSH içinde en az bakım (minimal care) kavramından söz edilmektedir. Yani ülkelerin yerine getirmek zorunda oldukları asgari hizmetler vardır. Bunlar şekil 2’de gösterilmiştir (17).



Şekil 2 : Temel Sağlık hizmetlerinin 8 Elementi (17)

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iki temel alan vardır. Birincisi koruyucu sağlık hizmetleri, ikincisi sağaltıcı sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler yataklı yada yataksız sağlık kurumlarınca sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan 3 model vardır (18).

a) Doğrudan Hizmet Sunumu: Hizmet sunumundan sorumlu kurum, aynı zamanda hizmetin finansman görevini de üstlenir. Hizmet üretmek üzere yatırımlar yapar, hekim istihdam görevini de üstlenir.

b) Dolaylı Hizmet Sunumu (Hizmet Satma ve Satın Alma): Hizmeti sunan ve finanse eden kurum ya da kuruluşlar birbirinden farklıdır. Hizmet sunan kişi ya da kuruluşlar personel istihdamında, ürettiği hizmetin fiyatını belirlemede bağımsızdır ve belli anlaşmalar ile sorumlu (ve/veya finanse eden) kuruma bu hizmetleri satar.

c) Karma Model: Hizmet sunumunda sorumlu kurum ya da kuruluş bir tarafta hizmetin bir kısmını kendisi üretirken, diğer taraftan ihtiyaç duyduğu fakat üretmediği hizmetleri de diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır. Sosyal güvenlik kurumlarının bazı hizmetleri (diyaliz, bilgisayarlı tomografi gibi) özel sektörden satın alması buna örnektir.

Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücü, örgütlenmiş sağlık kurumları ve ilaç hizmetleri önemli faktörler olup, sağlık sisteminin arzını oluştururlar. Sağlık hizmetlerinin arzı, diğer mal ve hizmetlerin arzından farklı özellikler taşımaktadır. Bu özelliklerden bazıları şunlardır (19,20).

- Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinde genellikle kâr amacı güdülmez, çoğu kez sosyal amaçlıdır. Piyasa koşullarında kâr eksikliği arzı azaltıcı etki yaptığı halde, bu kural sağlık kesiminde özellikle de kamu alanında geçerli değildir (özel kuruluşlarda kâr amacı vardır ve kâr eksikliği arzı azaltabilir).
- Sağlık kesimindeki arz yetersizliği toplumsal sorunlara yola açabilir. Kamu, ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürmeyi toplumun çıkarları açısından görev saymaktadır.
- Sağlığı geliştirmeye yönelik çok sayıda mal ve hizmeti de içine alan sağlık bakım hizmeti karmaşık bir üründür. Nesnel olarak çözümü zordur.

- Ticari kuruluşlarla, kâr amacı gütmeyen özel ve kamu kuruluşları ya yan yana ya da birbirleri ile çakışan piyasalar halinde sağlık bakımı sunmaktadırlar. Bu da organizasyon karmaşıklığı oluşturmaktadır.
- Sağlık bakımı endüstrisinde temel girdiler yalnızca bu alana yayılmış pazarlarda üretilmekte ve bu temel girdiler hizmet üreten kişiler tarafından kontrol edilmektedir.

Sağlık hizmetleri kendine has gerçekleri (örn. tüketicinin belirsizliği, kompleksliği, talebin belirsiz olması, kamu malı olması vb.) karşısında tüketiciler güçlendirilip bilgilendirilirse sağlık hizmetlerinde talep kanatlı problemlerin en aza indirileceği ve hatta arz kanadı içinde çeki düzen verme bağlamında bir itici güç olacağı varsayılmaktadır (21).

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Türkiye'de iyileştirici sağlık hizmetleri, hizmetin sunulduğu basamağa göre sınıflandırıldığında;

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** SO, AÇS-AP Merkezi, Semt Poliklinikleri, Verem Savaş Dispanserleri, Kurum Hekimliği, İşyeri Sağlık Birimleri, Özel Muayenehaneler, Özel Poliklinikler, Belediye Poliklinikleri ve Kızılay gibi gönüllü kuruluşların hizmet birimleri.
- **İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Kamu ya da özel yataklı tedavi kurumları.
- **Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:** Üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastaneleri, ve özel dal hastaneleri (örn. Göğüs Hastalıkları Hastanesi).

Hizmet sunan sağlık kuruluşlarının bağlı olduğu kurumlara göre sınıflandırıldığında;

- **Kamuda Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar;** Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Belediyeler, Milli Savunma Bakanlığı, Kızılay
- **Özel Sektörde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar;** Özel Hastaneler, muayenehaneler, poliklinikler, laboratuvarlar, eczaneler ve tıbbi gereç satılan birimlerdir.

Tablo 1: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Kamu Sağlık Harcamaları		Özel Sağlık Harcamaları	
Kurum	Kaynak	Kurum	Kaynak
Sağlık Bakanlığı	Emekli Sandığı	Özel Muayenehaneler	Hane Halkı
Üniversiteler	SSK	Özel Poliklinikler	Harcamaları
MSB	Bağ-Kur	Özel Hastaneler	Özel sigortalar
Belediyeler	Belediye Fonlar	Azınlık ve Yabancı Hastaneleri	
		Özel Laboratuvarlar	
		Eczaneler	

Ülkemizde Sosyal Güvence Kurumları; Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur gibi kamuya ait sosyal güvenlik kurumları sağlık güvencesi de sağlamaktadır. Özel sağlık sigortaları ise kişiler için değişik oranlarda katımlı ve kapsamlı sağlık güvencesi sağlamaktadır (%100 kapsamlı ve sınırsız yatarak tedavi teminatı, % 20 katımlı ve sınırlı ayakta tedavi teminatı ya da farklı sınır ve katımlı teminatlar gibi) (22,23).

Türkiye’deki nüfusun %88,8 sağlık güvencesi kapsamı içinde bulunmaktadır (2004); % 11,2’sinin ise sosyal güvencesi yoktur. Nüfusun sağlık güvencesi kapsamında olan bölümünün kurumlara göre dağılımı Tablo 2 de gösterilmiştir (24).

Tablo 2: Türkiye’de Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus

Sosyal Güvenlik Kurumu	Sigortalı Kişi Sayısı	Tüm Nüfus İçindeki Oran
SSK	38.233.739	% 50,9
EMEKLİ SANDIĞI	9.269.916	% 15,07
BAĞ-KUR	16.233.984	% 22,46
ÖZEL SİGORTA	301.441	% 0,42
TOPLAM	64.039.080	% 88,8

“Hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının sağlık giderlerinin Genel Sağlık Sigortasına geçirinceye kadar karşılanması” amacıyla 1991’de başlatılan yeşil kart uygulaması ayaktan ve yatarak sağaltım bedellerinin devlet tarafından karşılanması şeklinde uygulanmaktadır (25). Türkiye’de nüfusun % 14,89’unun yeşil kartı vardır. İstanbul yeşil kart oranının en düşük olduğu ildir (% 3,93) (24).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için gereken mali kaynakların nereden sağlanacağı, bu kaynaklardan kimlerin yararlanacağı ve bu işlerin yönetimi ‘Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı’ kavramı içinde yer alır. Sağlık hizmetleri çeşitli yollardan, çeşitli kişi ya da kurumlar aracılığı ile finanse edilebilmektedir. Sağlık hizmetleri üç temel kaynaktan beslenir (26); Kamu, Özel, Karma.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu gelirleri (vergiler), zorunlu sigorta primleri, kişilerin satın aldıkları hizmet için yapmış oldukları doğrudan ödemelerden sağlanmaktadır (Karma model). Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun bir kısmı SSK, Bağ-Kur ve özel sigorta gibi çalışan ve işveren tarafından ödenen prim karşılığında verilen hizmetlerden yararlanmaktadır. Diğerlerinin sağlık giderleri (emekliler ve aktif devlet memurları gibi) devletçe karşılanmaktadır. Sağlık güvencesi olmayanların önemli bir bölümü dolaysız ödeme yapmakta, ödeme gücü olmayanların gideri ise çeşitli fon gelirlerinden yine devletçe üstlenilmektedir (23).

Türkiye’de kamu ve özel karışımı, karma bir finansman ve hizmet sunum modeli geçerli olduğundan dolayı, sosyal güvencesi olan kişilerde çoğu kez cepten ödeme yapmak durumunda kalabilmektedir. Örneğin Emekli Sandığı ve SSK’ya ait sosyal güvenceye sahip vatandaşlar özel sağlık kurumlarına gittiklerinde, sağlık hizmetlerinden cepten harcama yaparak yararlanabilmektedir. Sosyal güvenceli kişilere gerekçe olarak “devletin verdiği paket bedel bu, ancak cepten şu miktarı verirseniz söz konusu sağlık hizmetini alabilirsiniz” denilmektedir. Yani özel sağlık kurumları hem devletin hem de sosyal güvenceli kişinin parasını almaktadır.

Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı (28)

FİNANSMAN	HİZMET SUNUMU	
	KAMU	ÖZEL
KAMU	Kamu finansmanı ve Sunumu (Örneğin devlet memurlarının devlet hastanelerini kullanması)	Kamu finansmanı, fakat özel hizmet sunumu (örneğin devlet memurlarının belirli hizmetler için özel lab. ve hastanelere sevk edilmesi yoluyla hizmet alınması)
ÖZEL	Özel finansman fakat Kamu hizmet sunumu (örneğin ilaç bedelini % 20’si için doğrudan yapılan harcamalar)	Özel finansman ve özel hizmet sunumu (örneğin özel sigorta yoluyla özel sektörden hizmet alınması)

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI ve KULLANIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

KULLANILABİLİRLİK KAVRAMI

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği konusunda bugüne kadar çok sayıda modeller geliştirilmiş ve çeşitli tanımlar yapılmıştır.

Sağlık hizmetleri yönetimi sözlüğünde kullanılabilirlik (27) ;

- Sistemin, kişinin hizmet alabilmesini zorlaştırma veya kolaylaştırma derecesi.

- Bir kişinin ya da grubun sağlık hizmeti elde edebilme gücü olarak tanımlanmaktadır.

Belirli bir toplumda mevcut olan hizmetlerin türü ve miktarı ile ihtiyaç duyulan hizmetlerin türü ve miktarı aynı bile olsa, ihtiyacı olanlar gerekli bakımı göremeyebilirler. Bu da sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda önemli bir konudur. Kullanım (utilization) sadece hizmeti sunanın (personel ve olanaklar) özellikleri, alıcının özellikleriyle uyduğu zaman meydana gelir (28).

Long' a göre, uyumun derecesi, kullanılabilirliğin derecesidir. Kullanılabilirlik, bulunabilirliği de içeren, ancak bulunabilirlikle eş anlamlı olmayan çok boyutlu bir kavramdır. Kullanılabilirlik, gerekli hizmetlerin türü ve miktarı ile mevcut hizmetlerin türü ve miktarının birbirine ne derecede uyduğunu kapsamaktadır.

Andersen ve Newman, geliştirdikleri sağlık hizmetlerinin kullanımını inceleme çerçevesinde,

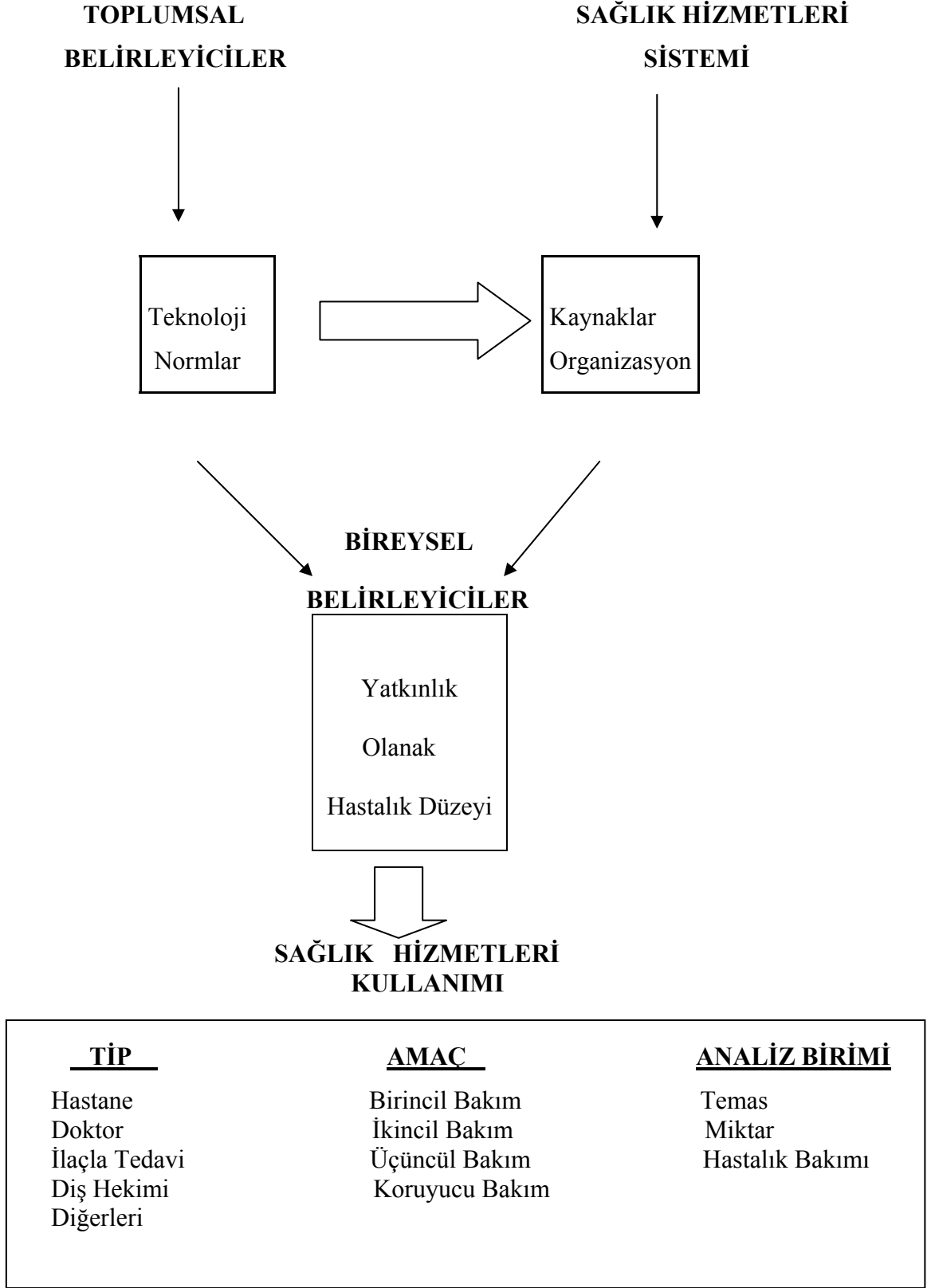
- Sağlık hizmetleri dağıtım sisteminin özelliklerinin,
- Hastalığın tanımlanması ve tedavisiyle ilgili tıp teknolojisinde ve sosyal normlardaki değişikliklerin,
- Kullanımın bireysel belirleyicilerin önemini vurgulamaktadırlar (29).

Bu üç öge arasındaki ilişkiler Şekil 3'de gösterilmiştir.

Şekil 3'de kullanımın toplumsal belirleyicilerinin, bireysel belirleyicileri hem dolaysız hem de dolaylı olarak sağlık hizmetleri sistemi yoluyla etkilediği gösterilmektedir. Bireysel belirleyicilerin çeşitli tipleri de birey tarafından sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemektedir (29).

Şekil 3'e göre, sağlık hizmetleri kullanımının başlıca toplumsal belirleyicileri teknoloji ve normlardır. Teknolojinin çeşitli hastalık düzeylerini etkilemesiyle, hastanelerin kullanımında da farklılıklar yaşanmıştır. Teknolojideki değişikliklerin sağlık hizmetleri sistemi ve kullanım üzerindeki etkisi genellikle kabul edilirken, toplumsal normların etkisine daha az önem verilir (29).

Sağlık hizmeti kullanımı üzerinde en büyük etkiye sahip olan toplumsal normlar, sağlık bakımının nasıl finanse edileceği ile ilgilidir. Çeşitli sağlık hizmeti türlerinin finansmanına yaklaşımlar, bu hizmetlerle ilgili toplumsal değerlerin oldukça farklı olduğunu ortaya koymaktadır. İsteğe bağlı sağlık sigortası kapsamı ve devletin tıbbi bakıma yaptığı ödemelerin miktarı toplumun belirli bir hizmete verdiği önemin derecesini gösterir. Ulusal bir sağlık sistemi iki ana boyuttan oluşur; kaynaklar ve organizasyon. Bunlar; bireye sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasını biçimlendirirler (29).



Şekil 3: Sağlık Hizmetleri Kullanımını İnceleme Çerçevesi (29)

Sistemin kaynakları, sağlık bakımına ayrılan işgücü ve sermayedir. Buraya sağlık personeli, sağlık bakımı ve eğitiminin sağlandığı yapılar ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan araç ve gereçler de dahil edilebilir (29).

Organizasyon, basitçe sistemin kaynaklarıyla ne yaptığını tanımlar. Tıbbi hizmetlerin sağlanması sürecinde, tıbbi personel ve olanakların koordine ve kontrol edilme tarzına işaret eder.

Kaynak bileşeni, hizmet verilen nüfusa göre kaynakların toplam miktarını ve kaynakların ülke içinde coğrafi olarak dağıtılma yöntemini içerir. Organizasyonun bileşenleri kullanılabilirlik ve yapıdır.

1- Kullanılabilirlik; hastanın tıbbi bakım sistemine girmesi ve tedavi sürecini sürdürmesini sağlayan faktörlere işaret eder. Sağlık bakımı elde edilmeden önce karşılanması gereken gereklilikleri ve üstesinden gelinmesi gereken engelleri belirtir.

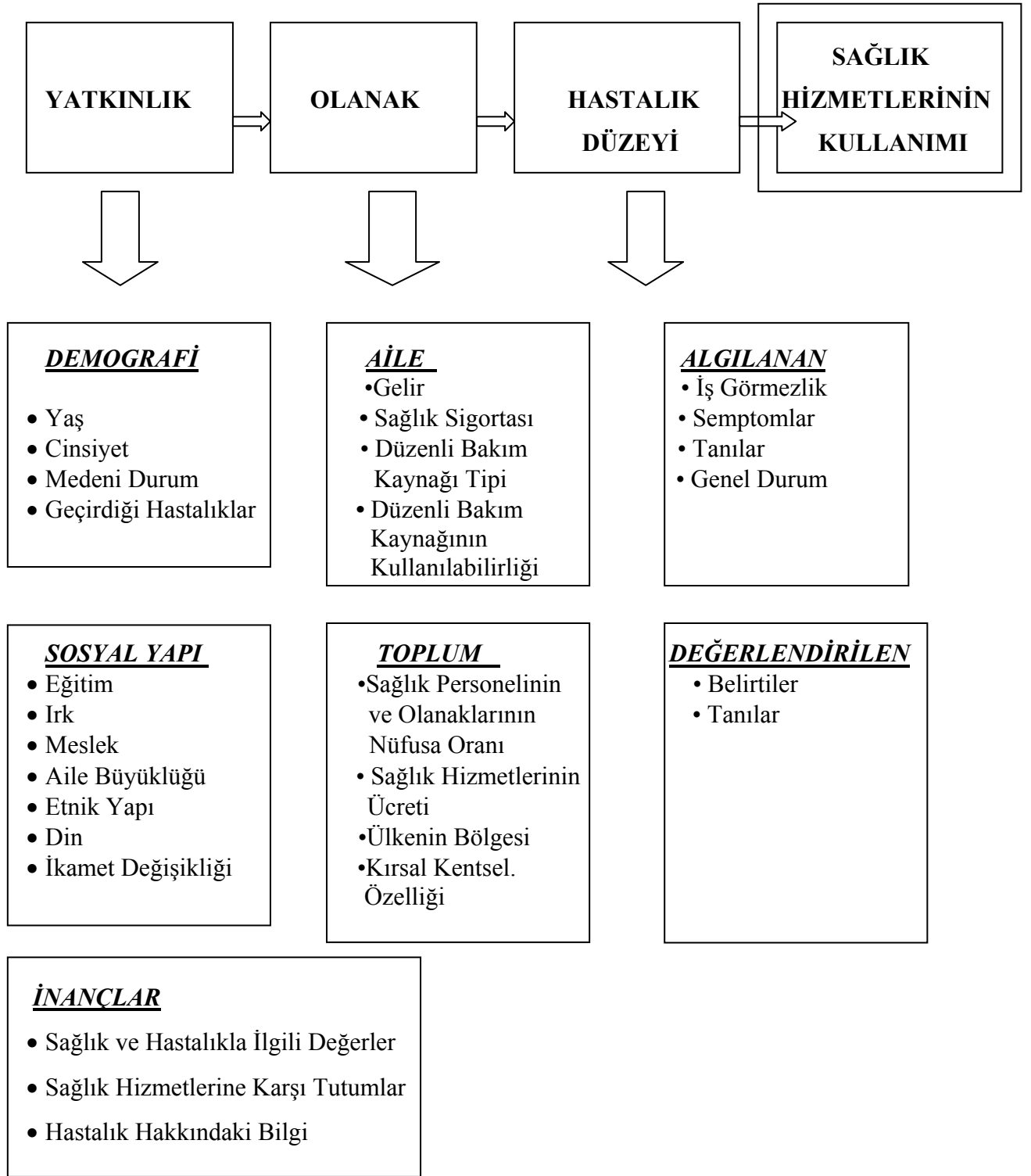
2- Yapı ise; kullanıcının sisteme girmesinden sonraki dönemde ne olduğunu belirleyen sistemin özellikleri ile ilgilidir. Sağlık personelinin uygulamaları ve davranışları, diğer bakım kaynaklarına başvurma süreçleri, hastaneye kabul araçları, hastane bakımının özellikleri ve hastane sonrası hastaların bakımı vb. (29).

Herhangi bir sistemin kullanılabilirlik derecesi, tıbbi bakım için hastanın cebinden çıkan para, çeşitli tedavi biçimleri için beklenen süre, tedavi olacak hastayı niteleyen durumlarla ilgili genel tanımlamalar gibi faktörlere göre değişir.

Andersen and Newman, sağlık hizmetleri kullanımının bireysel belirleyicilerini 3 gruba ayırmaktadır; (Şekil 4)

1. Bireyin hizmetleri kullanmaya yatkınlığı,
2. Hizmetleri elde etme olanağı,
3. Hastalık düzeyi (ihtiyaç).

1. Yatkınlık (predisposing): Bazı bireylerin diğerlerine oranla daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya eğilimi (propensity) vardır. Bu eğilim belirli bir hastalığın başlangıcından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenir. Bu özellikler demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, geçirdiği hastalıklar), sosyal yapı (eğitim, ırk, meslek, aile büyüklüğü, etnik yapı, din, yerleşme biçim) ve inançlar (sağlık ve hastalıkla ilgili değerler, sağlık hizmetlerine karşı tutumlar, hastalıklar hakkındaki bilgiler) olarak tanımlanmaktadır (30).



Şekil 4: Sağlık Hizmetleri Kullanımının Bireysel Belirleyicileri (29)

2. Olanak (Enabling): Bireyler, sağlık hizmetlerini kullanmaya yatkın olsalar bile, bu hizmetlerden yeterince yararlanamayabilirler. Bunun için, sağlık hizmeti kullanımı bakımından bir ailenin ihtiyaçlarını karşılamasına olanak tanıyan koşulların bulunması gerekir (29). Bireyin hizmet elde etmesi ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı etmen denmektedir (30). Gelir, sağlık sigortasının kapsamı ya da üçüncü el ödemesi, bireyin düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, o düzenli bakım kaynağının doğası ve kaynağın kullanılabilirliği gibi aile kaynakları; o toplumdaki sağlık olanakları ve personel miktarı ile ailenin yaşadığı bölgenin konumu ve toplumun kentsel-kırsal doğası bu koşullar arasındadır (29).

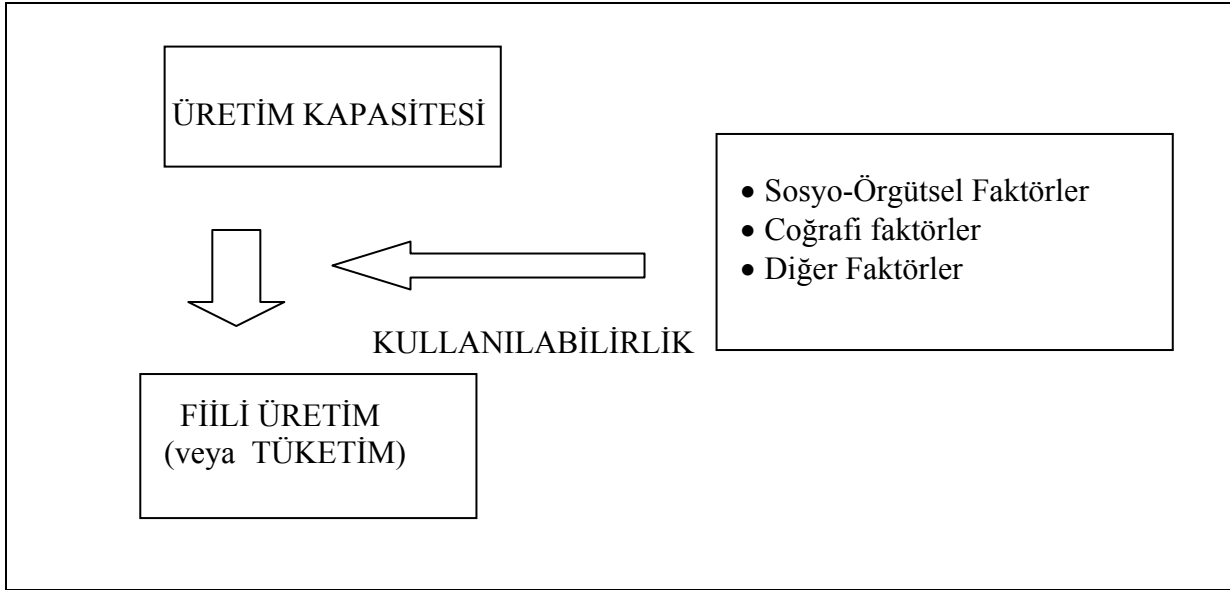
İlk gruptaki faktörlerin varyasyonu belli bir topluluğun sosyo-kültürel ve demografik özelliklerine bağlı olabilirken yani değişmesi zorken, ikinci gruptaki ‘olanak’ faktörleri, bakımın organizasyon ve finansman boyutlarını içerir, devlet politikası müdahalelerine daha açıktır (31,32).

3. Hastalık düzeyi (Illness Level): Diğer koşulların oluştuğunu varsaydığımızda bile, sağlık hizmetlerinin kullanılabilmesi için bireyin ya da ailesinin hastalığın ya da hastalanma olasılığının farkına varması gerekir. Hastalık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımını en güçlü nedenidir. Hastalık düzeyi, algılanan ve değerlendirilen hastalık durumu olarak ölçülebilir. Algılanan hastalığın ölçümü, bireyin iş görmezlik gün sayısını, bireyin hastalık hakkında algıladığı belirtileri ve genel sağlık durumu ile ilgili kendisinin belirlemelerini içerir. Değerlendirilen hastalık ise, bireyin hastalığının klinik olarak değerlendirilmesini içermektedir (29).

Aday and Andersen Şekil 4’deki modeli biraz daha geliştirerek, modelin başına sağlık politikalarını yerleştirmişlerdir (5). Çünkü, kullanılabilirlik kavramının düşünülmesi ilk önce politika belirleme aşamasında başlar. Sağlık planlamacıları ve politika belirleyicilerinin çoğu kez değerlendirmeye çalıştıkları şey, tıbbi bakımın kullanılabilirliğini değiştirmede sağlık politikasının etkisidir.

Donabedian’a göre sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin kanıtı sadece imkanların varlığı değil, bu hizmetlerin kullanımınıdır (6). Donabedian, kullanılabilirliği kolaylaştıran ya da buna engel olan, hizmetlerin fiili üretim ve tüketimi arasına giren alıcıya ve hizmeti sunana ait pek çok özelliğe dikkat çekmekte, aynı zamanda kullanılabilirlik ve bulunabilirliğin farklı kavramlar olduğunu vurgulamaktadır (28). Hizmetin özelliklerinden veya bunu az ya da çok kullanılabilir kılan hizmeti üreten birimin özelliklerinden oluşan bu alt grupları kendi içinde sosyo-örgütsel değişkenler ve coğrafi değişkenler olarak ayırmaktadır.

Şekil 5'te görüldüğü gibi üretilen hizmet, tüketilen hizmete eşittir. Hizmet, hem üretici hem de tüketiciyi içeren bir etkinlik olduğu için, bir hizmet tüketilinceye kadar üretilemez, bundan dolayı da hizmet sektöründe herhangi bir stoklama ya da envanter söz konusu değildir. Şekil 5 araya giren 3 tane kullanılabilirlik faktörü göstermektedir. Bunlar; sosyo-örgütsel faktörler, coğrafi faktörler ve diğer faktörlerdir (28).

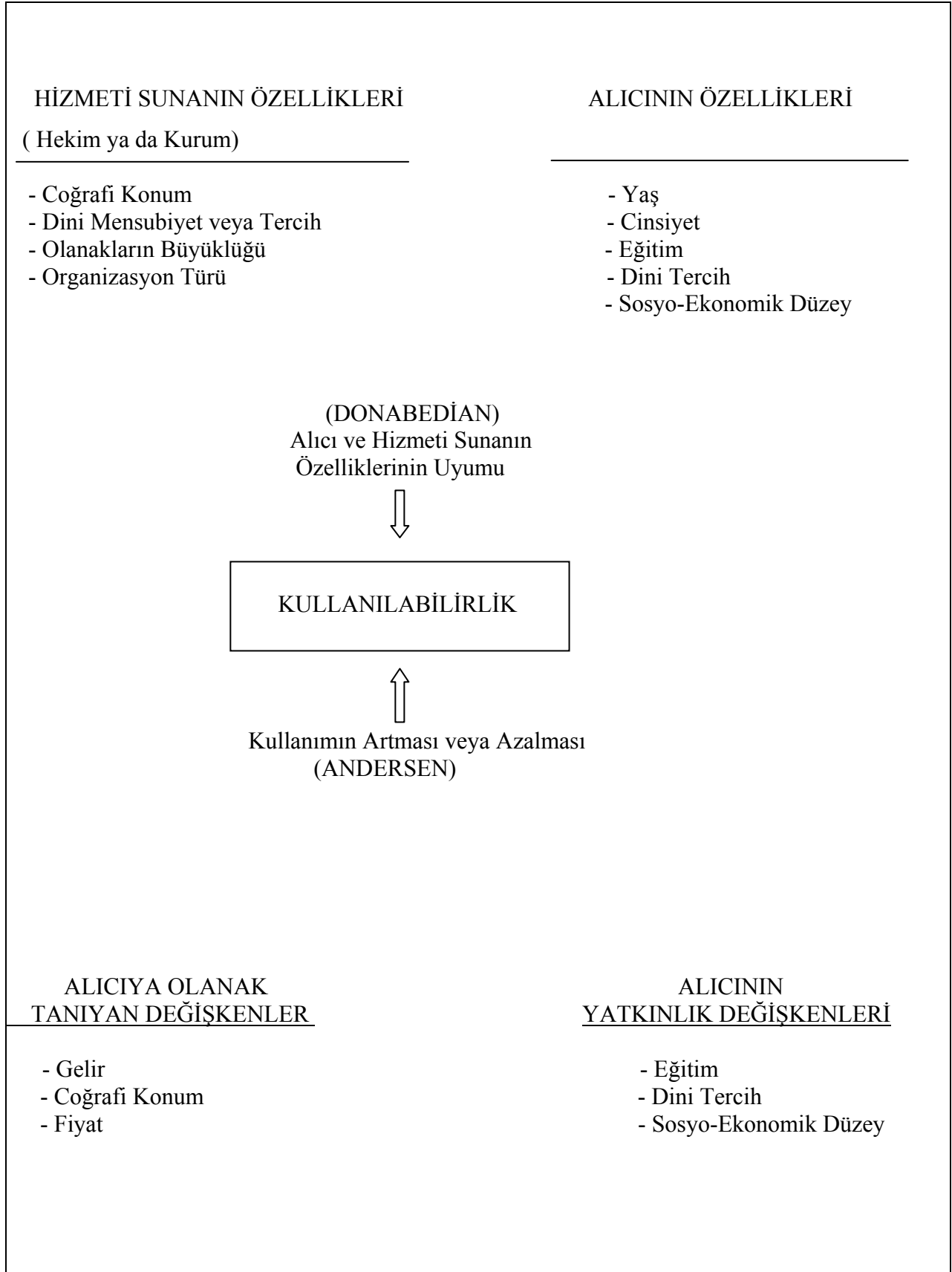


Şekil 5: Donabedian'ın Kullanılabilirlik Modelinin Yorumu (28).

Donabedian da, Andersen da, ihtiyacı kullanımın ön koşulu olarak görürlerken; Andersen ihtiyacı kullanımın belirleyicilerinden biri olarak sınıflandırır, Donabedian ise bunun gerekli hizmetlerin temelinde yatan tek belirleyicisi olduğunu savunur. Long, bu paradigmaları Şekil 6'da görüldüğü gibi birleştirmiştir.

Green ise sağlık bakım kullanımını etkileyen faktörleri şöyle sıralamaktadır:

1. Sağlık hizmetlerine olan fiziksel uzaklık
2. Sağlık hizmetlerini kullanmak için yapılan harcamalar
 - Ödemeler,
 - Hizmet için giden yolculuk giderleri,
 - İlaç harcamaları,
 - Geçen zaman içerisindeki zaman kayıpları,
3. Sağlık personelinin tutumları
4. İhtiyacın ve sağlık hizmetinin faydasına ilişkin algılar
5. Sağlık hizmetlerinin kullanımındaki kültürel farklılıklar
6. İşverenlerin iş kaybına karşı tutumları (33).



Şekil 6: Andersen ve Donabedian Paradigmalarının Birleştirilmesi (29).

Penchansky and Thomas, kullanılabilirliği çok boyutlu bir kavram olarak görmüşler ve beş boyut tanımlamışlardır. Bunlar; bulunabilirlik, ulaşılabilirlik, uygunluk, masrafları karşılayabilirlik ve kabul edilebilirliktir (34).

1. **Bulunabilirlik (Availability):** Hizmet kapasitesi ile alıcının gereksinimlerinin uymasdır. Gerekli hizmetlerin hacim ve türü, mevcut hizmetlerin hacim ve türü ile aynı bile olsa, bakıma ihtiyacı olanlar bu bakımı göremeyebilirler, yani sistemi kullanamayabilirler.
2. **Erişilebilirlik (Accessibility):** Hizmeti sunanın konumu ile alıcının konumunun birbirine uymasdır. Alıcının ulaşım kaynakları, kat ettiği mesafe, zaman ve maliyet gibi konuları içerir.
3. **Uygunluk (Accommodation):** Kaynakların hizmet sunmak için düzenleme şekli ile alıcının bu düzenlemeden yararlanma gücü arasındaki uyumdur. Randevu sistemleri, çalışma saatleri ve telefon hizmetleri bu başlık altında yer almaktadır.
4. **Masrafları Karşılayabilirlik (Affordability):** Alıcının ya da tüketicinin ödeme gücü olarak açıklanabilir. Ancak, sağlık bakım hizmetlerinde sağlık sigortasının oynadığı rol göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık sigortası, gelirin ve ücretin tıbbi bakım hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisini gizler.
5. **Kabul Edilebilirlik (Acceptability):** Hem alıcının hem de hizmeti sunanın tutumlarına dayanmaktadır. Alıcının, hizmeti sunanların kişisel ve mesleki özellikleriyle ilgili tutumları arasındaki uyumdur. Burada dini inançlar, yaş, cinsiyet gibi etkenlerin yanında bireysel algılama biçimleri de belirleyici olmaktadır. Sağlık bakımının kabul edilebilirliğini etkileyen ana etkenler, sosyal ve kültürel özellikler, sağlık çalışanları ve müşterileri arasındaki insan ilişkilerinin kalitesidir (28,35). Bu durumda, ortadan kaldırılması en zor olan engel, kabul edilebilirlik engelidir. Çünkü, kabul edilebilirlik hem hizmeti sunanın hem de hizmeti alanın algılarına ve inançlarına dayanır.

SAĞLIKTA EŞİTLİK VE EŞİTSİZLİK KAVRAMLARI

Sağlıkta Eşitlik (Equity)

Eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir. Bu bağlamda herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır (36).

Sağlıkta Eşitsizlik (Inequity)

Doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenemez, önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, müdahale edilmesi gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır (37).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE EŞİTLİK KAVRAMI

Sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri değerlendirebilmek için kişilerin sağlık düzeylerinin bilinmesi gerekir. Çünkü sağlık düzeyi ve sağlık sorunu, sağlık hizmeti gereksinimini ortaya çıkarır. Sağlık hizmetine gereksinim ise sağlık hizmeti kullanımını belirleyen en önemli etkenlerden biridir (38).

Herkese sağlık stratejilerinde pek çok hedef sağlık hizmetlerinde eşitlik ile ilgilidir. Özellikle 27. ve 28. hedeflerde bu sorun daha net bir şekilde dile getirilmiştir. Bu hedeflerin ve pek çok Avrupa ülkesindeki sağlık sistemlerinin altında yatan inanç, var olan kaynakların tüm toplumun çıkarına olacak şekilde haklı ve eşit dağılımıdır ve bu çerçevede eşitlik değişik biçimlerde tanımlanabilir.

Adil bir sistem, gelir düzeyleri ve diğer imkana dayalı kaynakları gözetilmeksizin benzer sağlık sorunları olan bireylere hizmet sağlanma olasılığının eşit olduğu sistem olarak tanımlanabilir (31).

Musgrove sağlık hizmeti kullanımı açısından eşitliğin, en başından itibaren, herkese eşit sağlık hizmeti kullanımı olanağı yaratmak olduğunu ve alttaki nedenler ne olursa olsun eşitsizliğin, bazı grupların, insanların hizmeti kullanabilme yeterliliklerinin engellenmesi olduğunu vurgular (39).

Whitehead ise sağlık hizmetlerinde eşitlik kavramını şöyle tanımlamaktadır;

- Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik,
- Eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım,
- Herkes için eşit kalitede hizmet (36).

Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olmasıdır. Sağlık hizmeti ihtiyacına göre ÷lke genelinde eşit dağılım, her bölgede hizmetlere kolay ulaşılabilirlik ve ulaşılabilirliği engelleyen unsurların ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Ulaşılabilirlikteki eşitsizliğin aşırı bir örneği, insanların gelir düzeyi, ırk, cinsiyet, yaş, din ve diğer sağlık hizmet ihtiyaçları ile doğrudan ilgili olmayan bazı faktörlerin etkisi ile sağlık hizmetlerini kullanamadıkları ortaya çıkar. Bugün pek çok Avrupa ÷lkesinde artık kaza geçiren kişiler ödeme güçleri olmasa da ölüme terk edilmeden acil sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyorlarsa da “ulaşılabilirlikte” bazı eşitsizlikler hala devam etmektedir. Örneğin, bazı ÷lkelerde yabancı işçiler sigortaya dayalı sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Kişilerin karşılaştığı mali, yapısal ve kültürel dar boğazlar, hizmetleri kullanma şansını kısıtlamakta ve böylece, teorik olarak bu kişilerin sağlık hizmetlerini kullanmaya hakları olmasına rağmen pratikte bu engellenmektedir. Etnik azınlıkların ulaşılabilirliğini engelleyen temel etmenler ise dil ve kültür farklılıkları olmaktadır (36).

Hizmetlere ulaşılabilirlikte eşitsizlikler en çok, kaynaklar ve kuruluşlar ÷lke genelinde kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde daha yoğun, kırsal bölgelerde ise daha az olmak üzere dengesiz, dağıldığında ortaya çıkar. Yoksul topluluklar kötü sağlık şartlarından daha çok etkilendiklerinden, dengesiz dağılım hizmete en fazla ihtiyaç duyulan bu bölgelerde sağlık hizmetlerinin en yetersiz olduğu anlamına gelir ve bu da “Ters Hizmet Kuralı” olarak adlandırılır (36).

÷lkenin mevcut kaynakları büyük oranda nüfusun ufak bir kesimine hitap eden ve ileri teknoloji gerektiren tıbbi hizmetlere ayrılırken, toplumun çoğunluğunun yararına olacak dengeli sağlık hizmetlerine ayrılan payın az olduğu durumlarda da ulaşılabilirlik gereksiz yere sınırlanmış olur (36).

Eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım kavramı irdelenirken son derece dikkatli olunması gerekir. Eğer farklı sosyal gruplar tarafından bazı hizmetlerin kullanım hızlarında farklılıklar söz konusu ise, bu otomatik olarak farklılıkların eşitsiz olduğu anlamına gelmez. Burada kullanım hızlarının farklı olmasının nedenlerinin belirlenmesi gerekir. Bazı durumlarda, farklılıkların bir kısmı, dini ya da etnik nedenlerden dolayı bazı kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını kullanamamalarından kaynaklanabilir. Sosyal veya ekonomik

dezavantajlardan dolayı hizmetlerin kullanımında kısıtlama söz konusu ise eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım hızlarının sağlanması hedeflenmelidir. Örneğin, bağışıklama ve benzeri koruyucu hizmetlerde kullanımın düşük olduğu bölgelerde hizmetlerin kullanımı için insanlara kadar uzanan hizmetleri insanların ayağına götürmek gibi olumlu ayırım haklı bir yaklaşım olabilir (36).

Eşit kalitede hizmet söz konusu olduğunda, pek çok toplumda her bireyin sosyal etkenlerden ziyade ihtiyaca göre adil bir yöntem ile hizmete ulaşma şansının olması son derece önemlidir. Bu konu özellikle kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda kritik önemdedir. Böyle bir ortamda, eğer belli bir sosyal grup dezavantajlı gruplara göre daha iyi hizmet alıyorsa ya da, ırk veya etnik köken gibi nedenlerle bazı grupların tedavisi devamlı gecikiyorsa haksız bir durum ortaya çıkar. Bu tarz eşitsizlik Norveç'te ortaya çıkmıştır. Bölgesel komitelerde mevzuatın farklı yorumlanmasından dolayı, ülkenin farklı bölgelerinde yaşayan kadınların kürtaj yaptırma şanslarının farklı olduğu gösterilmiştir. Bu durumun yarattığı adaletsizlik ülkede konu ile ilgili yasanın değiştirilmesine yönelik baskı yaratmış ve sonuç olarak hükümet doğum kontrolü hizmetleriyle birlikte kürtajın da kadının isteği üzerine yapılmasına karar vermiştir. Herkese eşit kalitede sağlık hizmeti; tüm hizmet sunanların toplumun her kesimine sunarken aynı özeni göstermeye çabalaması ve böylece herkesin aynı yüksek standartta profesyonel hizmetlerden yararlanması anlamına gelir (36).

Hizmetlerin kalitesinde bir diğer önemli öge kabul edilebilirliktir. Bazı hizmetlerin organizasyonundaki eşitsizlik bu hizmetlerin toplumun belirli kesimleri tarafından kabulünü güçleştirebilir (36). Dujardin'e göre, sağlık bakımının kabul edilebilirliğini etkileyen ana etkenler, sosyal ve kültürel özellikler, sağlık çalışanları ve müşterileri arasındaki insan ilişkilerinin kalitesidir (35).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık hizmetlerinde kalite, üzerinde çok çalışılan, tanımlanması zor ve henüz ortak bir tanıma ulaşılamamış bir kavram olarak nitelendirilmektedir (40). Sağlık sektöründe kalite kontrolünün kavramsal olarak ele alınması, altmışlı yıllara dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde teknolojik ilerlemeler, hastalık yapısında, toplumsal algı ve beklentilerde görülen değişimler, maliyet artışları, sağlık kuruluşlarını daha etkin ve verimli çalışmaya zorlamış ve rekabeti artırmıştır. Bu ortamda sağlık kuruluşları, tüketicinin tutum ve davranışlarını, yaşamlarını sürdürebilmek için dikkate almak zorunda kalmışlardır (41).

Herhangi bir sağlık hizmetinin kalitesinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması, hizmetin etkin bir şekilde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında eşitliğe özen gösterilmesi ve hizmet sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasını kapsayacak şekilde insancıl olması gerekir (42). Günümüzde sağlık sektörünün çok dinamik bir yapıya sahip olması nedeniyle kalitenin başarılmasında büyük zorluklar ortaya çıkmaktadır (43).

Politika belirleme, planlama ve bunların uygulanması sürecinde sağlık hizmetlerinde tüketici ve tüketici davranışlarının önemli bir değişken olmasından dolayı, bu değişkenin tüm boyutları ile irdelenmesi gerekmektedir. Başka bir ifade ile örgütlerin: tüketicilerin hizmetleri hakkında ne düşündükleri, nasıl satın aldıkları ve bunların hakkındaki kararları anlamaya ihtiyaçları vardır (41).

Hizmet kalitesinin tepesinde hasta görüşlerinin dikkate alınması giderek önem kazanmaktadır (42). Bugün, tüm dünyaya yayılan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) çalışmalarının sağlık açısından uygulamadaki anlamı, hasta tatmininin öne alınması ve hizmetlerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yoluyla süreçte iyileşmenin sağlanmasıdır (44).

Donabedian sağlık hizmetlerinde kalite kavramını; “**Yapı Kalitesi**”, “**Süreç Kalitesi**” ve “**Çıktı Kalitesi**” ile değerlendirmektedir. Bu kavrama göre, sağlık hizmetlerinde yapı kalitesi, süreç kalitesini, süreç kalitesi de, çıktı kalitesini etkilemektedir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde kalitenin, çıktı kalitesi ile değerlendirilmesi genel kabul gören bir yaklaşım olup ve kalite ölçütü olarak da hasta memnuniyeti kullanılmaktadır (45).

Kullanıcı / Hasta Memnuniyeti (Patient Satisfaction):

Hasta en geniş tanımı ile; bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin bütünü şeklinde tanımlanmaktadır (46).

Sağlık sistemi hakkında bilgi edinmek için incelenmesi gereken başlıca değerşkenler ;

- Hizmetin kullanım derecesi,
- Amacına ulaşma derecesi
- Memnuniyet düzeyidir (47).

Son yıllarda, sağlık hizmetlerinde hoşnutluğun önemi ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır ve hasta memnuniyeti pek çok ülkede önemli bir ölçüt olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Bunun en önemli nedenleri;

- Hizmet alanın, verilen hizmete uyumunun sağlanıp sağlanmadığının bilinmesidir. Uyum beraberinde sürekliliği ve hataların en aza indirilmesini getirecektir.

- İkinci neden, hoşnutluğa bağlı olarak iletişimin artması ve gerekli değişikliklerin daha kolay yapılabilmesidir.

- Üçüncü neden ise, hizmet alandan geri dönüşüm yolu ile alınan bilgilerin sağlık hizmetlerinin planlanmasında kullanılabilmesidir (48).

Hasta tatmini “algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur”. Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri vardır ve hasta hizmet sunumundan sonra geçirdiği tecrübeye dayalı olarak belli algılara sahip olur. Hastalar aldıkları hizmetlerle ilgili düşüncelerini, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda elde ettiği farka göre ifade ederler ve tatmin olup olmadıkları yönündeki yargılara bu şekilde ulaşırlar (40,49).

Hasta beklenti ve ihtiyaçlarını etkileyen birçok değişken vardır. Ancak bu değişkenlerde temel olan üç özellik vardır. Bunlar;

- Hastaya ilişkin,
- Hizmet verenlere ilişkin ve
- Kuruma ilişkin özelliklerdir (42).

Hastaya ilişkin özelliklerde eğitim, cins, yaş vb. demografik özellikler yer alırken, hizmeti veren kişilere ilişkin özelliklerde, personelin kişilik özellikleri ve hasta ile kurulan iletişimin unsurları yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunulan hastaların yargıları, daha çok personelin nazik davranışlarına ve onların hastalarla kurdukları iletişimin kalitesine bağlıdır. Beklentileri etkileyen kuruma ilişkin özelliklerin içerisinde ise; kurumun ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, diyet hizmetleri gibi fiziksel ve çevresel faktörler yer almaktadır (40,42).

Önceleri “müşteri memnuniyeti” tanımının sağlık sektöründeki karşılığı gibi yorumlanan “hasta memnuniyeti” üzerinde yapılan araştırmalar, “hasta tatmini” nin, tedavinin başarısını etkileyen bir özelliğe sahip olduğunu göstermiştir. Tatmin düzeyi yüksek hastaların, hekim tavsiye ve yönergelerine uyma, randevulara sadık kalma, verilen ilaçları kullanma ve hekim hasta ilişkisini sürdürme eğilimlerinin, tatmin düzeyi düşük hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla tatmin edilmiş bir hasta, sağlık sorununun gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha açık ve net, kararlı davranışlar içinde olabilir, bu da sunulan

hizmetin sonucu üzerinde olabilecek negatif etkiyi ortadan kaldırabilir veya minimize edebilir (40,41).

Öte yandan tatmin edilmiş bir hasta, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda olumlu bir yargıya sahip olabileceği için hizmet kullanımı da etkilenebilecektir. Bunun önemi ise, sağlık hizmetlerinden yararlanma şekli ve zamanlamasının, sunulan hizmetin sonucunu önemli ölçüde etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Geç kalınmış bir olgu ile erken teşhis edilmiş bir olguya sunulan hizmetten elde edilecek sonuçlar aynı olmayabilir. Bu durumda da, geç kalınmış bir olguda hizmeti alan kişi, sunulan hizmet konusunda yanlış yorumlar yapabilir. Bu da hastanın hizmeti alma kararını etkileyebilir. Önceki deneyimlerine dayanarak, sunulan sağlık hizmetinden memnun kalan bir kişi, tercih seçeneği varsa; hangi hastane ya da hekimden memnun kalmışsa, yine onu tercih edecektir (40).

Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. Hasta memnuniyeti kaliteli hizmetin önemli bir parçasıdır (47). Sağlık sektöründe hizmeti alan hastalar/kullanıcılar çoğu kez şikayetlerini belirtmezler. Oysa üretim sektörünün tüketicileri çok sayıda alternatif arasından seçim yapar ve personele ne istediğini açıklar. Aynı özelliğin özel sağlık kuruluşlarında da olması muhtemeldir. Ancak kamu sağlık kuruluşlarından hizmet alan kişiler çeşitli özelliklerinden dolayı (yaş, eğitim, cepten para ödememe, sosyo-kültürel faktörler vb.) kaliteli hizmet talep etme konusunda baskı yapabilecek yapıda değildirler, özellikle kamu sağlık sektöründen yararlananlarda daha çok minnettarlık duygusu ön plandadır (40).

Sonuç olarak kişilerin içinde buldukları kültür, sahip oldukları sosyo-demografik özellikler ve ekonomik olanaklar, sağlık sektörüne girişlerinden, bu sektörden çıkışlarına kadar olan tüm süreç içerisinde, değişik şekillerde etkili olmakta ve kişilerin sağlık hizmetlerini kullanım modellerini oluşturmaktadırlar.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA VAR OLAN SORUNLAR

Türkiye’de sağlık sektörü örgütlenme, finansman, yönetim, enformasyon, insan kaynakları ve hizmet sunumu ile ilgili pek çok sorunla karşı karşıyadır.

Sağlık hizmetleri, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst yönetim birimlerinde toplandığı bir yapıya sahiptir. Bakanlık yönetiminde en üst düzey yöneticilerden periferik kadar profesyonel sağlık yöneticisine yeterince rastlanmamaktadır (50).

Sağlık Bakanlığı’nın kuruluş yasası yoktur; kanun hükmünde karnamelerle örgütlenmiştir. Sağlık mevzuatının yenilenme gereksinimi vardır.

I., II. ve III. Basamak sağlık kuruluşları arasındaki ilişkiler kopuktur (sevk zinciri işletilememektedir). I.Basamakta bakılabilecek hastalar, hastanelere başvurmaktadır. Bu nedenle, hastanelere kapasitelerinin üzerinde bir yığılma olmaktadır (50,51).

Birbirinin alternatifi olması gereken “dikey” ve “yatay” örgütlenme modelleri (geniş bölgede tek yönlü hizmet/dar bölgede çok yönlü hizmet) bir arada işletilmeye çalışılmaktadır (50).

Yöresel farklılıklar genellikle dikkate alınmaksızın ülkenin her yanında aynı biçimde hizmet verilmeye çalışılmaktadır. Yurdun çoğu yerinde bazı tıbbi işlemler yapılamadığı için, üç büyük kentteki sağlık kuruluşlarına hasta akımı olmaktadır. 2004 verilerine göre Türkiye genelinde 376 kişiye 1 yatak, 720 kişiye 1 doktor düşmektedir (24). Toplam yatakların % 39’u, hekimlerin ise % 49’u üç büyük ilde toplanmıştır (24). Uygun olmayan yerlere Sağlık Evi, Sağlık Ocağı ve hastaneler kurulmuştur. Bu kuruluşlar ya boş durmakta ya da verimsiz çalışmaktadır. Köylerin çoğunda sağlık kuruluşu ve sağlık elemanı bulunmamaktadır (50,51).

Birinci basamak hizmetler için bir kent tipi sağlık ocağı modeli uygun biçimde kurulamamıştır. Sağlık Ocaklarında çalışan hekimler, uzman hekimi tercih eden kişilerce cazip bulunmamaktadır. Kişi başına yıllık hekime başvuru oranı ortalama 2.4’dür. Bu oran Avrupa ülkelerinde 7-10 arasındadır (52).

Hastaneler sorunların yoğunlaştığı kurumlardır. Başlıca sorunları, katı merkeziyetçi-bürokratik yönetim yapısı, yönetimin profesyonel sağlık yöneticiliği esaslarına dayanmaması ve verimlilik prensiplerinin uygulanmamasıdır. Hastane yönetimlerinde başhekimin etkisi çok belirgindir. Hastanelerde maliyet kavramı gelişmemiştir. Genelde sağlık hizmetleri, özelde, hastane hizmetleri işletme hataları yüzünden verimsizdir (50,51).

Kişiler kamuya ait birimlerden aldıkları hizmetlerden memnun değildirler. Bu memnuniyetsizliğin başlıca sebepleri; bekleme süresinin uzunluğu, muayene süresinin yetersizliği, kuyruklar, kaba davranışlar, kirli birimler, araç-gereç yetersizliği gibi nedenlerdir.

Sağlık Bakanlığı merkezi örgütünde gereğinden fazla personel çalışmaktadır. Personel atamaları merkezden yapılmakta, gerçek gereksinimler dikkate alınmamakta, atamalarda siyasal etkiler ön plana çıkmaktadır. Kırsal kesimde yetersiz personel olmasına karşılık, kent merkezlerinde gereğinden fazla personel (özellikle hekim) mevcuttur. Bu kapasiteden yeterince yararlanılamamaktadır. Çok sayıda kadın personel çalıştıran Sağlık Bakanlığı'nda "eş durumu" nedeniyle yapılan atamalar sorun boyutuna erişmiştir (50, 51).

Sosyal güvenlik dağılık biçimde örgütlenmiştir. Sağlık güvencesi olmayan vatandaşlar mevcuttur. Bütçe açıkları vakıf ve dernekler aracılığı ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Dolayısı ile, denetim dışı harcamalar yapılmaktadır (50,51).

Çok fazla sayıda tıp fakültesi mevcuttur, gereğinden fazla hekim yetiştirilmektedir. Dahası yenilerini açma girişimleri vardır. Sağlık personeli ülke ihtiyacı doğrultusunda bir eğitim almamaktadır. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin mezuniyet sonrası sürekli eğitimleri konusunda sıkıntıları vardır. Özellikle pratisyen hekimler arasında iş doyumu minimuma yakındır (50,51).

Sağlık için ayrılan kaynaklar yetersizdir. Devlet bütçesinden sağlığa ayrılan pay %3-4 civarında olmaktadır. Sağlık Bakanlığı bütçesi, büyük ölçüde personel giderleri ve tedavi hizmetlerine gitmektedir. 2004 yılında genel bütçeden sağlığa ayrılan pay % 3,2, personele ise % 11'dir (24). Türkiye'de mevcut kaynakların çoğu tedavi hizmetlerine harcanmakta, koruyucu hizmetlere harcanmayarak verimsizlik oluşturulmaktadır. İlaç fiyatları diğer ülkelerle kıyaslandığında düşük olmakla birlikte, sağlık harcamaları içinde önemli bir paya sahiptir. İlaç, aşı ve tıbbi malzeme sağlanmasında dışarıya bağımlılık mevcuttur. 2005 yılında ülke genelinde ilaç tüketimi yarıya yakın oranda artmıştır (53).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Hipotezlerinin Belirlenmesi

- 1- Kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımları, sosyo-ekonomik-kültürel özelliklerden etkilenmektedir.
- 2- Kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımları, kronik bir hastalığının veya sakatlığının olup, olmamasından etkilenmektedir.
- 3- Kişilerin aldıkları hizmetten memnuniyeti, sosyo-demografik-kültürel özelliklerden etkilenmektedir.
- 4- Kişilerin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet başvurdukları sağlık kuruluşunun özelliklerinden etkilenmektedir.

Araştırma Yeri ve Özneleri

Araştırma; Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda; İstanbul'un Kağıthane ilçesi Talatpaşa Sağlık Ocağı bölgesine bağlı Talatpaşa Mahallesi ile Bahçelievler'in Bahçelievler Merkez Sağlık Ocağı bölgesine bağlı Bahçelievler Mahallesi'nde yaşayan 15 yaş üstü kişileri kapsayacak şekilde planlanmıştır.

Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

Araştırma için seçilen Bahçelievler (B.Evler) ve Talatpaşa (T.Paşa) mahalleleri kentleşme özellikleri ve sosyo-ekonomik düzeyleri bakımından birbirlerinden farklı özelliklere sahiptir. Bu iki mahallenin seçimiyle yapılan tercihin; gecekondulu/apartman; düşük gelirli/orta ve yüksek gelirli; düşük eğitilmiş/yüksek eğitilmiş; işçi, marjinal sektörde çalışanlar vb. şekildeki sosyo-ekonomik ve sınıfsal ayrımları yansıtacağı düşünülmüştür.

Kağıthane, doğusunda Beşiktaş, batısında Eyüp, kuzeyinde Şişli, güneyinde Silahtarağa semtleri ile çevrili, derelerden ve vadilerden oluşan engebeli bir arazi yapısına sahip, Orta ve Güney Anadolu ile Anadolu'nun çeşitli illerinden göç alan bir yerleşim bölgesidir. Talatpaşa mahallesinde 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre 28.959 kişi yaşamaktadır. İlçe nüfusunun % 8.4'ü bu bölgede yerleşmiştir (54).

Bahçelievler nüfus büyüklüğü açısından kentin en önemli ilçelerinden biridir. Güneyinde Bakırköy, batısında Küçükçekmece, kuzeyinde Bağcılar, doğuda Güngören ilçeleri ile çevrili olan ilçe Karadeniz ve Orta Anadolu'dan göç almaktadır. Bahçelievler mahallesinde 2000 nüfus sayımı sonuçlarına göre 56.978 kişi yaşamaktadır. İlçe nüfusunun % 12'lik kısmı bu bölgede yerleşmiştir (55). Her iki ilçede bulunan sağlık kuruluşları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Kağıthane ve Bahçelievler İlçelerinde Bulunan Sağlık Kuruluşları

Sağlık Kuruluşları	Bahçelievler	Kağıthane
Kamu Kuruluşu Hastane	2	-
Özel Hastane	11	2
Özel Poliklinik	13	24
Özel Dal Merkezi	1	1
Sağlık Ocağı	8	11
AÇS-AP	1	3
VSD	1	-
Semt Polikliniği	1	-
Diyaliz Merkezi	6	2
Tıp Merkezi	3	-
Ağız ve Diş sağlığı Merkezi	1	-
Sağlık Kabini	5	8

Araştırmanın Örnek Büyüklüğü, Örneklem Yöntemi

Araştırmanın evrenini, Bahçelievler ve Talatpaşa Mahallelerinde yaşayan 85.937 kişi oluşturmaktadır. Evrenin tümüne ulaşmak olanaksız ve pahalı olduğundan, örnek üzerinde çalışılmıştır.

Örnek Büyüklüğü: Minimum örnek büyüklüğünü hesaplamak için,

$$n: \frac{N \cdot t^2 \cdot \bar{X}^2}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot \bar{X}^2}$$

formülü kullanılmıştır (56).

\bar{X} olarak, 1992’de T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından BİGTAŞ’a yaptırılan “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı” araştırmasında saptanan kişi başına yıllık hekime başvuru ortalaması olan 2,44 kabul edilmiştir. “d” olarak, aynı araştırmada ortalamanın standart sapması olan $\pm 0,14$ kabul edilmiştir (52). Bu değerlerin yerine konması ile örnek büyüklüğü 2181 kişi olarak hesaplanmıştır.

Örneklem Yöntemi: Araştırma evrenin homojen dağılımlı olduğu varsayılarak, bu araştırmada Basit Rasgele Örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın yürütüleceği mahallelerdeki görüşülecek kişileri belirlemek için, her yerleşim birimindeki sokaklar harita üzerinden numaralandırılarak, bu numaralar içerisinde kura çekilerek hangi sokaklarda çalışılacağı saptanmıştır. Çalışılacak sokakta, kura ile belirlenmiş bir kapı numarasından başlayarak; ev müstakil ise doğrudan araştırma kapsamına alınmış; çok katlı ise görüşülecek hane, yine kura yöntemi ile belirlenmiştir. Seçilen hanelerde, on beş yaş üstü tüm bireylerle görüşülmüş, o an için evde olmayan kişiler ile ilgili bilgiler diğer hane üyelerinden alınmıştır.

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel bir saha çalışmasıdır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, aile büyüklüğü, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma şekli, sağlık güvence durumu, sosyo-ekonomik düzey, gelir durumu, aile tipi, kronik hastalık ve sakatlığın varlığı.

Bağımlı Değişkenler: Son altı ayda hastalanma sıklığı, genellikle ve son hastalıkta sağlık hizmetlerinin kullanımı ve alınan hizmetten memnuniyet.

Tanımlar

Aile: Evlilik, kan bağı veya yasal yollardan aralarında akrabalık ilişkileri bulunan ve birlikte yaşayan iki ya da daha çok kimseden meydana gelen topluluk.

Aile Yapısı (Tipi): Anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan aile 'çekirdek aile', bu kişilere akrabalarında eklendiği aile 'geniş aile', olarak kabul edilmiş, karı-kocadan biri ve evlenmemiş çocuklardan veya aralarında akrabalık ilişkisi bulunmayan kişilerden oluşan hane halkı 'diğer' olarak kabul edilmiştir.

Ev Halkı: Aralarında akrabalık bulunsun veya bulunmasın aynı evde oturan veya aynı evin bir kısmında yaşayan, aynı kazandan yemek yiyen, gelir ve giderlerini ayırmayan, ev halkı hizmet ve yöntemine katılan bir veya birkaç kişinin oluşturduğu topluluktur (57).

Hane Reisi: Ev halkının lider olarak benimsediği kişi (Bu kişi geniş ailelerde, ailenin en yaşlı kişisi veya en yaşlı erkeği olabildiği gibi, ailenin geçimini üstlenmiş ve ailede alınan kararlarda söz sahibi erkek evlat da olabilmektedir). Ancak araştırma sırasında, kadın ve erkeğin her ikisinin de çalıştığı ve ailede alınan kararlarda eşit söz sahibi olduğu çekirdek ailelerde, erkek hane reisi olarak kabul edilmiştir.

Sağlık: Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

Hastalık: Sağlığın tanımı dışında kalan her türlü durum.

Rahatsızlık: Kişinin kendinde hissettiği normal dışı her türlü durum.

Sağlık Hizmetleri: Halkın sağlıkla ilgili istek ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla, ülke düzeyinde örgütlenmiş kurumlarca yapılan hizmetler.

Kullanım: Bir hizmetin, ondan yararlanması beklenen toplumun ne kadarı tarafından ve ne kadar kullandığını ifade eder.

Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı: Sağlık hizmetlerinin kişiler ya da gruplarca kullanımı. Bu kavram, sağlık hizmetlerinin verimliliğini, halka ulaşılabilirliğini ve etkisini değerlendirmede kullanılır.

Sağlık Hizmetlerinin Niteliği (Kalitesi): Bu kavramın dört yönü vardır. Hizmetin yararı, verimi, yeterliliği, bilimsel ve teknik niteliği. Bu araştırmada, kullanıcıların memnuniyet durumu ile, memnun olma veya memnun olmama nedenleri sorgulanarak hizmetin kalitesi değerlendirilmiştir.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları: Kişilerin ilk başvurduğu yer olan ayaktan sağlık bakımı veren sağlık kuruluşlarıdır.

İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları: Yataklı tedavi hizmeti veren genel kapsamlı kurumlardır. Ayaktan tanı ve tedavi hizmeti de sunabilirler.

Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları: Tanı ve tedavide ileri teknolojilerin kullanıldığı sağlık kuruluşlarıdır (Özel dal hastaneleri, Üniversite hastaneleri gibi).

Kamu Finansmanlı Sağlık Kuruluşları: Sağlık Bakanlığı, SSK, Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversiteler gibi kurumlara bağlı, kişilerin sosyal güvencelerinin geçerli olduğu, sağlık güvencesi olmayan kişilerin de bedellerini kendilerinin ödemesi şartıyla başvurabildiği sağlık kuruluşlarıdır.

Özel Sağlık Kuruluşları: Kişilerin sağlık güvencelerinin belli koşullarda geçerli olduğu ya da bedellerini kendilerinin ödemesi şartıyla kullanabildikleri sağlık kuruluşlarıdır.

Anlaşmalı Kurum : Özel bir sözleşme ile anlaşmalı kuruluşlar ağını meydana getiren hekimler, hastaneler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar ve fizik tedavi merkezleridir.

Sosyo-Ekonomik Düzey: Kişilerin öğrenim durumları ve işyerlerindeki konumları göz önüne alınarak üç kategoride değerlendirilmiştir. Bu kategorilerin belirlendiği matriks Ek-1'de gösterilmiştir.

Pilot Çalışma

Anket formunun denenmesi ve sahada karşılaşılabilecek uygulama sorunlarının saptanması amacıyla ön çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonrasında soru formundaki yanlış veya eksik sorular belirlenmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Araştırma İle İlgili İzinlerin Alınması

Anket uygulanmadan önce İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün izni alınmıştır.

Veri Toplama

Veriler araştırmacının kendisi tarafından, geliştirilen anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşme esnasında dikkati çeken detaylar hakkında anket formu üzerine küçük notlar alınmıştır (EK-2).

Veri Kodlaması ve İstatistik Analiz

Veriler SPSS 11.0 paket programı kullanılarak bilgisayara girilmiş ve istatistiksel analizler yapılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin önemlilik derecesini belirlemek için ki-kare testi, t testi çoklu analizlerde ise Lojistik Regresyon yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma, ziyaret edilen hanelerde yaşayan on beş yaş üstü kişiler ile görüşülerek yürütülmüştür. O an için evde bulunamayan kişiler için ikinci bir ziyaret yapılmıştır. Her iki ziyarette de evde bulunamayan kişiler hakkındaki bilgiler anket formuna, evde bulunan kişilerin beyanları esas alınarak doldurulmuştur.

Araştırma 15 yaş üstü kişileri kapsadığı için ailedeki tüm yaş gruplarının sağlık hizmetlerini kullanımları incelenememiştir. Böyle bir araştırmanın daha geniş bir ekiple ve tüm hane halkını kapsayacak şekilde yürütülmesi ve niceliksel araştırma yöntemleriyle edinilemeyen veriler için niteliksel araştırma yöntemlerinin de eklenmesiyle daha zengin bilgilere ulaşmak olanaklı olabilirdi.

“Hanenizin toplam aylık geliri”, “Kronik hastalığın varlığı” ve “Kronik hastalığın adı” gibi kimi sorulara verilen yanıtlar kişilerin beyanları esas alınarak doldurulmuştur.

Kişilerin hastalandıkları/rahatsızlandıklarında genellikle gittiği yer ya da başvurduğu yöntem (sağlık kuruluşlarını kullanıyorsa ilk tercih ettiği yer, farklı yöntemlere başvuruyorsa ilk tercih ettiği yöntem), bu yer ya da yöntemi tercih nedeni ve memnuniyet durumuna ilişkin sorularda kişilerin tercih sıraları sorulmuş, birden fazla yanıtın olduğu durumlarda anket formuna numara verilerek cevaplar kodlanmıştır. Verilerin girilmesi esnasında tekli tercihlerin ağırlıklı olduğu görülmüş ve kişilerin ilk tercihleri dikkate alınarak hesaplamalar yapılmıştır.

En son hastalığın zamanına ve son altı ayda hekime başvurma durumuna ilişkin sorularda kişilerin hafıza faktörü verilen cevaplar üzerinde etkili olmuştur.

Örneğin büyük , veri toplama zamanınının kısıtlı olması nedeniyle örneğin % 4'üne ulaşılamamıştır.

Tablo 5: Araştırmanın Süresi

Yapılacak İşler	Zamanlar (Aylar)																	
	Eylül-2004	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak-2005	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak-2006	Şubat
PLANLAMA AŞAMASI																		
Araştırma Önerisinin Hazırlanması (Amaç, Hipotezler, Yöntemle İlgili Çalışmalar)	Literatür Taraması Devam																	
Anket Formların Hazırlanması																		
Ön Denemelerin Yapılması																		
Örnek Seçimi																		
Boş Tablolar, Tablo Listelerinin Hazırlanması																		
Gerekli İzinlerin Alınması																		
UYGULAMA AŞAMASI																		
Veri Toplama																		
Toplanan Verilerin İşlenmesi																		
ANALİZ AŞAMASI																		
Verilerin Analizi																		
RAPOR AŞAMASI																		

BULGULAR

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Yaşanılan Bölge

Araştırma kapsamındakilerin % 53'ünün sosyo-ekonomik bakımdan daha iyi durumdaki Bahçelievler Mahallesinde (B.Evler), % 47'sinin ise sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük olan Talatpaşa Mahallesinde (T.Paşa) yaşadıkları görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Araştırma Grubundaki Kişilerin Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı

Bölge	n	%
Bahçelievler Mah. (B.Evler)	1106	53,0
Talatpaşa Mah. (T.Paşa)	979	47,0
Toplam	2085	100,0

Yaş

Araştırma grubundaki kişilerin % 70,9'unun 16-45 yaş grubunda, % 29,1'i ise 46 ve üzerindeki yaş grubundadır. Araştırmaya alınan tüm bireylerin yaş ortalaması $37,7 \pm 15,0$ (min:16-maks:95) olup, Bahçelievler Mahallesinde yaşayan araştırma grubundaki kişilerin yaş ortalaması $39,1 \pm 14,7$, Talatpaşa Mahallesinde yaşayan araştırma grubundaki kişilerin yaş ortalaması $36,16 \pm 15,1$ 'dir. B.Evler'de 26-35 yaş grubu, T.Paşa'da ise 16-25 yaş grubundaki kişilerin oranı, diğer yaş gruplarına göre fazladır. Her iki bölgedekilerin yaş gruplarına göre dağılım istatistiksel olarak önemlidir (Tablo 7).

Tablo 7: Araştırma Grubundaki Kişilerin Yaş Gruplarının Bölgelere Göre Dağılımı

Yaş Grupları	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
16-25	240	21,7	269	27,5	509	24,4
26-35	269	24,3	264	27,0	533	25,6
36-45	225	20,3	211	21,6	436	20,9
46-55	211	19,1	116	11,8	327	15,7
56-65	105	9,5	67	6,8	172	8,2
66 yaş ve üzeri	56	5,1	52	5,3	108	5,2
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=30,6$, SD=5; p=0,000)

Cinsiyet

Araştırmaya alınan kişilerin % 47,5'ini erkekler, % 52,5'ini ise kadınlar oluşturmaktadır. İki bölgede cinsiyete göre dağılımın benzer olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Araştırmaya Grubundaki Kişilerin Cinsiyetlerini Bölgelere Göre Dağılımı

Cinsiyet	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	504	45,6	487	49,7	991	47,5
Kadın	602	54,4	492	50,3	1094	52,5
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=3,63$, SD=1; p=0,057)

Tablo 9’da araştırmaya alınan kişilerin yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Görüşülen erkek ve kadın sayısı pek çok yaş grubunda birbirine yakın oranlarda olup yaş grupları arasında anlamlı fark yoktur ($\chi^2=9,08$, $p=0,106$).

Tablo 9: Araştırma Grubundaki Kişilerin Yaş Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
16-25	214	21,6	295	27	509	24,4
26-35	260	26,2	273	25	533	25,6
36-45	219	22,1	217	19,8	436	20,9
46-55	156	15,7	171	15,6	327	15,7
56-65	89	9,0	83	7,6	172	8,2
66 yaş ve üzeri	53	5,3	55	5,0	108	5,2
Toplam	991	100,0	1094	100,0	2085	100,0

($\chi^2=9,08$, $SD=5$; $p=0,106$)

Medeni Durum

Araştırmaya alınan kişilerin % 65,8’i evli, % 26,9’u bekâr, % 5,3’ü dul, % 1,3’ü boşanmış, % 0,4’ü ayrı, % 0,2’si ise nikahsız birlikte yaşamaktadır. İki bölgede medeni durumun dağılımı benzerlik göstermektedir. Araştırma grubundaki kişilerin medeni durumlarının bölgelere göre dağılımı Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10: Araştırma Grubundaki Kişilerin Medeni Durumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Medeni Durum	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	725	65,6	647	66,1	1372	65,8
Bekâr	297	26,9	264	27,0	561	26,9
Dul	48	4,3	63	6,4	111	5,3
Boşanmış	24	2,2	4	0,4	28	1,3
Ayrı Yaşıyor	8	0,7	1	0,1	9	0,4
Birlikte Yaşıyor	4	0,4	-	-	4	0,2
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=0,325$, $SD=2$; $p=0,850$)

Eğitim Durumu

Araştırma grubundaki kişilerin; % 8,3'ü okur-yazar (OY) + okur yazar değil (OYD), % 37,1'i temel eğitimi, % 54,6'sı ise ortaokul ve üzeri eğitime sahiptir. Eğitim durumu bölgelere göre incelendiğinde;

B.Evler'de yaşayan kişilerin % 33,1' lise, % 35,8'i yüksekokul/üniversite mezunudur. Temel eğitim almış kişi sayısı 192 olup (% 17,4), ilkokul ve üzeri eğitime sahip kişi sayısı 1089 (% 98,5), OYD+OY kişi sayısı 17 (% 1,5) dir.

T.Paşa'da araştırmaya alınan kişilerin; OYD+OY oranı % 15,9 (156 kişi), ilk ve ortaokul eğitimine sahip olanların oranı % 73'dür (715 kişi). Bölgede yüksekokul mezunu 18 kişi (% 1,8) bulunmaktadır. B.Evler'dekiler T.Paşa'dakilerden daha yüksek eğitimidirler ve eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=814,9$ p=0,000). Eğitim durumunun bölgelere göre dağılımını Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Araştırma Grubundaki Kişilerin Eğitim Durumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-Yazar Değil	7	0,6	114	11,6	121	5,8
Okur-Yazar	10	0,9	42	4,3	52	2,5
İlkokul Mezunu	192	17,4	581	59,3	773	37,1
Ortaokul Mezunu	135	12,2	134	13,7	269	12,9
Lise Mezunu	366	33,1	90	9,2	456	21,9
Üniversite Mezunu	358	32,4	18	1,8	376	18,0
Y.Lisans/Doktora	38	3,4	-	-	38	1,8
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=814,9$, SD=4; p=0,000)

Gelir Getirici İş

Araştırmaya alınan kişilerin B.Evler'de % 46,9'u, T.Paşa'da % 37,5'i son bir yıl içinde gelir getirici bir işte çalışmıştır. T.Paşa'da yaşayanların, B.Evler'de yaşayanlara göre daha az gelir getirici bir içi vardır ve aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=18,9$ p=0,000). Son bir yıl içinde gelir getirici işte çalışma durumlarının yaşanılan bölgelere göre dağılımını Tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12: Araştırma Grubundaki Kişilerin Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumunun Bölgelere Göre Dağılımı

Son Bir Yıl İçinde Gelir Getirici İş	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	519	46,9	367	37,5	886	42,5
Yok	587	53,1	612	62,5	1199	57,5
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=18,9$, SD=1; p=0,000)

İşteki Durumu

B.Evler’de çalışan kişilerin % 60,9’u, T.Paşa’da çalışan kişilerin % 84,7’si ücretli-maaşlı bir işte çalışmaktadır. İşveren ya da kendi hesabına çalışanların oranı B.Evler’de, T.Paşa’ya göre daha fazladır ve aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=82,2$ p=0,000). Araştırma grubunda gelir getirici bir işte çalışan kişilerin, işteki durumlarının bölgelere göre dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Araştırma Grubunda Gelir Getirici Bir İşte Çalışan Kişilerin İşteki Durumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

İşteki Durumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendi Hesabına Çalışıyor	203	39,1	42	11,4	245	27,7
Ücretli-Maaşlı Çalışıyor	316	60,9	311	84,7	627	70,8
Düzensiz Çalışıyor	-	-	5	1,4	5	0,6
Aile İşl.de Ücretsiz Çalışıyor	-	-	9	2,5	9	1,0
Toplam	519	100,0	367	100,0	886	100,0

($\chi^2= 82,2$, SD=1; p=0,000)

Çalışmama Sebebi

Araştırma grubundaki bir işte çalışmayan kişilerin % 57,8’i ev hanımı, % 16,3’ü öğrenci, % 19,3’ü ise emeklidir. T.Paşa’da işsizlik nedeniyle çalışmayanların oranı, B.Evler’e göre 3 kat daha fazladır ve bu oran istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=81,5$, p=0,000). Araştırma grubundaki herhangi bir işte çalışmayan kişilerin çalışmama nedenleri Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14: Araştırma Grubundaki Çalışmayan Kişilerin Çalışmama Nedenlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Çalışmama Nedenleri	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı	291	49,6	402	65,7	693	57,8
Öğrenci	124	21,1	71	11,6	195	16,3
Emekli	154	26,2	78	12,7	232	19,3
İşsiz İş Arıyor	16	2,7	44	7,2	60	5
Diğer	2	0,3	17	2,8	19	1,6
Toplam	587	100,0	612	100,0	1199	100,0

($\chi^2=81,5$, SD=4, p=0,000)

Hanenin Toplam Aylık Geliri

Araştırma grubunda B.Evler’de aylık toplam gelir ortalaması 3791,1±1747,5 YTL, min: 500, maks:10.000 YTL, T.Paşa’da aylık toplam gelir ortalaması 946±543,9, min: 150, mak: 3.000 YTL’dir. B.Evler ve T.Paşa’da yaşayan kişilerin aylık toplam gelir ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=28,2 p=0,000). Araştırma grubundaki kişilerin aylık gelirinin bölgelere göre dağılımı Tablo 15’de gösterilmektedir.

Tablo 15: Araştırma Grubunda Aylık Gelirin Bölgelere Göre Dağılımı

Aylık Gelir	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	YTL	USD	YTL	USD	YTL	USD
Minimum	500	375,9	150	112,7	150	375,9
Ortalama	3791,1 ± 1747,5	2850,4± 1313,9	946± 543,9	711,3± 409	2596,1± 1966,7	1952,0± 1478,7
Maksimum	10.000	7518,7	3.000	2255,6	10.000	7518,7

* 2005 yılında ortalama döviz kuru 1,33 YTL.

Sağlık Güvencesi

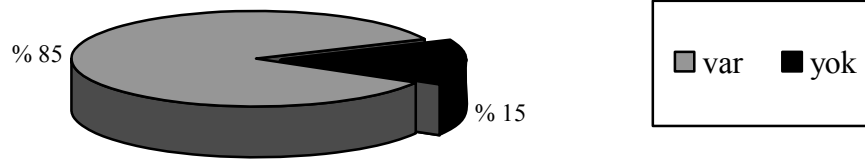
Araştırma kapsamındaki kişilerin % 85'i sağlık güvencesine sahipken, %15'inin sağlık güvencesinden yoksun olduğu görülmektedir. Bölgelere göre sağlık güvence varlığı incelendiğinde;

B.Evler'de araştırma grubu kapsamındaki kişilerin % 93,4'ünün, T.Paşa'da ise % 75,6 sının sağlık güvencesi vardır. T.Paşa'daki sağlık güvencesi olmayan kişilerin oranı, B.Evler'in yaklaşık 3,5 katı daha fazladır (% 6,6-% 24,4). B.Evler'de sağlık güvencesine sahip kişilerin oranı daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($\chi^2=129,4$ p=0,000). Araştırma grubundaki kişilerin sağlık güvence durumunun bölgelere göre dağılımı Tablo 16'da, Şekil 7 ve 8'de gösterilmektedir.

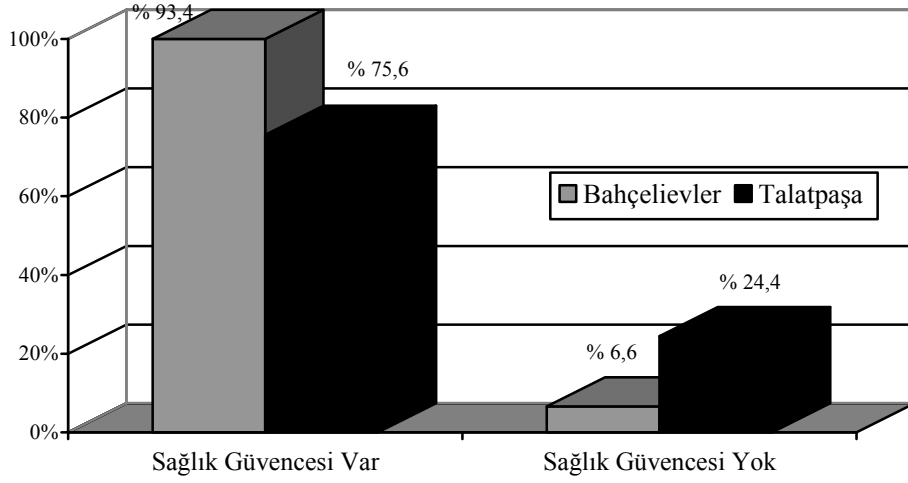
Tablo 16: Araştırma Grubunun Sağlık Güvence Durumunun Bölgelere Göre Dağılımı

Sağlık Güvencesi	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	1033	93,4	740	75,6	1773	85,0
Yok	73	6,6	239	24,4	312	15,0
Toplam	1106	100,0	979	47,0	2085	100,0

($\chi^2=129,4$, SD=1, p=0,000)



Şekil 7: Sağlık Güvencesinin Varlığı (n=2085)



Şekil 8: Sağlık Güvence Durumunun Bölgelere Göre Dağılımı

Bağlı Olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu

Araştırma grubundaki kişilerden sağlık güvencesine sahip olanların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarının başında % 70,3 ile SSK gelirken, ikinci sırayı % 15,5 ile Bağ-Kur, üçüncü sırayı ise % 11,2 ile özel sigorta almaktadır.

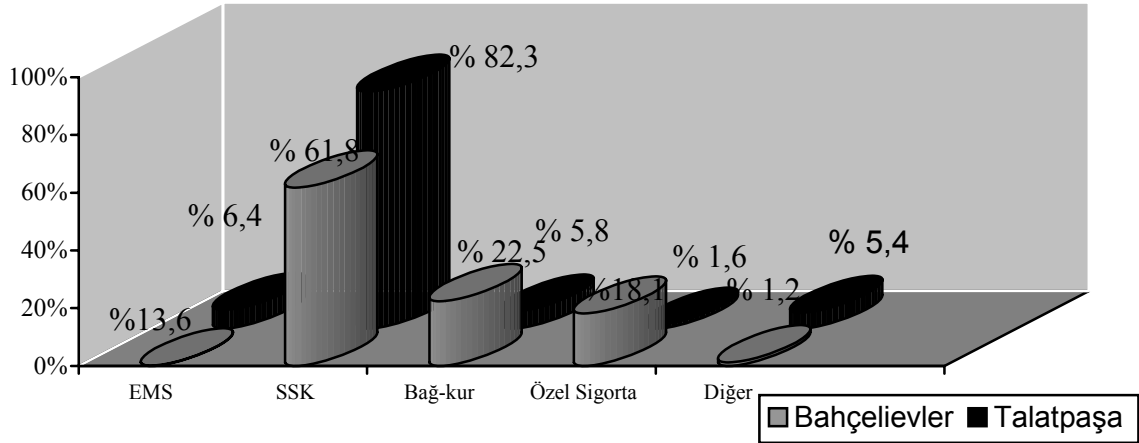
B.Evler'de yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin yarısından fazlası (% 61,8) SSK'lı, % 22,5'i Bağ-Kur'lu, % 13,6'sı ise EMS, % 18,1'i özel sağlık sigortalıdır. Bölgede yaşlı kartı/yeşil kartı olan kişi yoktur.

T.Paşa'da yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin % 82,3'ü SSK'lı, % 6,4'ü EMS, % 5,8'i Bağ-Kur'lu, % 1,6'sı özel sigortalı, % 0,5 yaşlı kartlı, % 4,9'u yeşil kartlıdır. Araştırma grubundaki kişilerin bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumları iki bölgede farklıdır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Araştırma grubundaki sosyal güvencesi olan kişilerin bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarının bölgelere göre dağılımı Tablo 17'de ve şekil 9'da gösterilmektedir.

Tablo 17: Araştırma Grubundakilerin Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kurumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Sosyal Güvenlik Kurumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
EMS	140	13,6	47	6,4	187	10,6
SSK	638	61,8	609	82,3	1246	70,3
Bağ-kur	232	22,5	43	5,8	275	15,5
Özel Sigorta	187	18,1	12	1,6	198	11,2
Yeşil Kart	-	-	36	4,9	36	2,03
Yaşlı Kartı	-	-	4	0,5	4	0,2
Yurt dışı	12	1,2	-	-	12	0,7

(*birden fazla sosyal güvenceye sahip kişiler her iki gruba da dahil edildikleri için toplamlar %100'ü aşmaktadır)



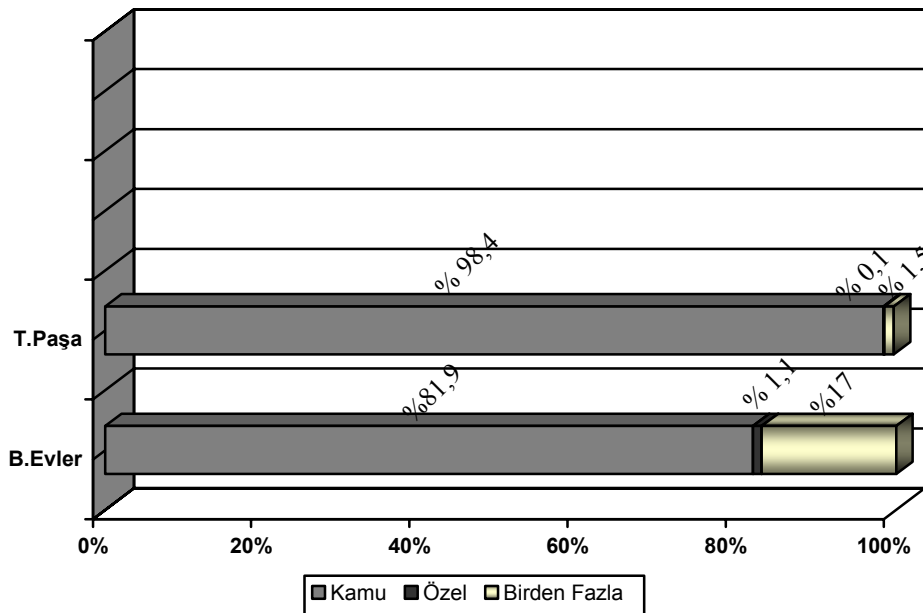
Şekil 9: Araştırma Grubundaki Kişilerin Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kurumları

Araştırma grubundaki sağlık güvencesine sahip kişilerin; % 88,8'i kamu finansmanlı bir sosyal güvenlik kurumundan sigortalı iken, % 0,7'si özel sağlık sigortasına, % 10,5'i ise birden fazla sosyal güvenceye (kamu+özel) sahiptir. Her iki bölgede de kamu finansmanlı sağlık güvencesine sahip olanların oranı, özel sağlık sigortasına sahip olanlardan fazladır, ancak B.Evler'de birden fazla sağlık güvencesine sahip olma durumu T.Paşa'ya oranla anlamlı ölçüde yüksektir ($\chi^2= 117,5$ $p=0,000$). Araştırma grubunda sağlık güvencesi olan kişilerin bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumunun (finansmanına göre) bölgelere göre dağılımı Tablo 18'de ve Şekil 10'da gösterilmektedir.

Tablo 18: Araştırma Grubunun Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kurumlarının (Finansmanına Göre) Bölgelere Göre Dağılımı

Sosyal Güvenlik Kurumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamu	846	81,9	728	98,4	1574	88,8
Özel	11	1,1	1	0,1	12	0,7
Birden fazla	176	17	11	1,5	187	10,5
Toplam	1033	100,0	740	100,0	1773	100,0

($\chi^2= 117,5$, $SD=2$; $p=0,000$)



Şekil 10: Bağlı Olunan Sosyal Güvenlik Kurumu

Araştırma grubundaki kişilerin sağlık güvencesi olanların % 63,6'sı çalışan olarak direkt sosyal güvence kapsamına girerken, % 22,3'ü eş, % 14,1'i ana-baba veya evlat sıfatıyla dolaylı olarak sosyal güvence kapsamına girmektedir.

B.Evler'de araştırma grubu kapsamındaki kişilerin % 70,8 çalışan olarak sağlık güvencesine sahipken, T.Paşa'da bu oran % 53,6 ya düşmektedir. T.Paşa'da eşi dolayısıyla sağlık güvencesi olanların oranı B.Evler'dekilerin yaklaşık 2 katıdır. Sahip olunan sağlık güvencesinin kaynağı iki bölgede farklıdır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=74,0$ p=0,000). Araştırma grubundaki kişilerin sağlık güvence kaynağının yaşadıkları bölgelere göre dağılımı Tablo 19'da gösterilmektedir.

Tablo 19: Araştırma Grubunun Sağlık Güvence Kaynağının Bölgelere Göre Dağılımı

Sağlık Güvence Kaynağı	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendi	731	70,8	397	53,6	1128	63,6
Eşi	158	15,3	237	32,0	395	22,3
Anne-Baba	142	13,7	105	14,2	247	13,9
Evlat	2	0,2	1	0,1	3	0,2
Toplam	1033	100,0	740	100,0	1773	100,0

($\chi^2=74,0$, SD= 2; P=0,000)

Alınan Sağlık Hizmeti İçin Ücret Ödeme Durumu

Araştırma grubundaki sağlık güvencesi olan kişilerin % 49,4'ü aldıkları sağlık hizmetleri karşılığında cepten ödeme yapmaktadır. Cepten yapılan harcamalar bölgelere göre incelendiğinde ;

B.Evler'deki kişilerin % 69,3'ünün, T.Paşa'daki kişilerin % 21,6'sının hastalandıkları ya da rahatsızlandıkları zaman sağlık güvencelerinin geçerli olmadığı ya da kısmi olarak geçerli olduğu sağlık kuruluşlarına başvurdukları ve aldıkları sağlık hizmetlerinin karşılığında cepten ücret ödedikleri görülmektedir. İki bölgede ki sağlık güvencesine sahip olan kişilerin yaptıkları sağlık harcamalarının dağılımı birbirinden farklıdır ve istatistiksel olarak önemli ölçüde B.Evler'dekiler T.Paşa'dakilere göre daha fazla oranda cepten ödeme yapmaktadırlar ($\chi^2=392,3$ p=0,000). Araştırma grubundaki sağlık güvencesine sahip olan kişilerin cepten ödeme yapma durumunun bölgelere göre dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20: Araştırma Grubundaki Sağlık Güvenceli Kişilerin Cepten Ödeme Yapma Durumunun Bölgelere Göre Dağılımı

Sağlık Güvencesi Dışında Ücret Ödeme Durumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	716	69,3	160	21,6	876	49,4
Hayır	317	30,7	580	78,4	897	50,6
Toplam	1033	100,0	740	100,0	1773	100,0

($\chi^2= 392,3$ SD=1; p=0,000)

Yapılan Harcamaların Türü

Araştırma grubundaki sağlık güvencesine sahip olan kişilerin sağlık hizmeti almak için yaptıkları cepten harcamaların türlerinin bölgelere göre dağılımı incelendiğinde; B.Evler’de sağlık harcamalarının % 60,9’unu sağlık güvencesini hiç kullanmayan kişilerin aldıkları tüm hizmetler için yaptıkları ödemeler oluşturmaktadır. Diğer sağlık harcamalarının % 9,6’lık kısmını sosyal güvencelerinin kısmen geçerli olduğu özel sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin dolaylı olarak ödedikleri ücretler, % 25,8’ini ise özel sağlık güvencesine sahip kişilerin özel sağlık kuruluşlarına gittiklerinde sağlık güvencelerinin karşılamadığı hizmetler için ödemek zorunda oldukları ücretler oluşturmaktadır. T.Paşa’da ise sağlık hizmeti almak için yapılan ekstra harcamaların başında % 43,1 ile özel muayene ücreti gelmektedir. Bu bölgede yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 32,5’i ise sosyal güvencelerini çoğunlukla kullanmamakta ve aldıkları tüm sağlık hizmetlerine direkt cepten ücret ödeyerek ulaşmaktadır. Cepten yapılan harcamaların türlerinin iki bölgedeki dağılımı farklıdır ve bu fark anlamlıdır ($\chi^2=282,5$ p=0,000). Cepten yapılan harcama türlerinin bölgelere göre dağılımı Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21: Araştırma Grubundaki Sağlık Güvencesi Olan Kişilerin Cepten Yaptıkları Harcama Türlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Sağlık Güvencesine Sahip Kişilerin Yaptıkları Sağlık Harcamalarının Türü	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamu sigortasını kullanmayanların yaptıkları sağlık harc.tümü için ödedikleri ücret	436	60,9	52	32,5	488	55,7
Özel sigortası olanların özel sek. başvuruda ödedikleri ücret	185	25,8	12	7,5	197	22,5
Kamu sigortası olanların özel sek. başvuruda ödedikleri ücret	69	9,6	14	8,8	83	9,5
Kamu sigortası olanların yalnızca özel hekim muayenesi için ödedikleri ücret	25	3,5	69	43,1	94	10,7
Kamu sigortası olanların yalnızca ilaç/lab. hizmetleri için ödedikleri ücret	1	0,1	7	4,4	8	0,9
Diğer (doğum, gözlük, protez vb. cihaz alımı)	-	-	6	3,8	6	0,7
Toplam	716	100,0	160	100,0	876	100,0

($\chi^2=282,5$, SD= 5; p=0,000)

Aile Büyüklüğü

Araştırma grubunda ailede yaşayan kişi sayısı ortalama $3,96 \pm 1,7$ olup bölgelere göre farklılık göstermektedir. B.Evler’de yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 83,8’i 1-4 kişilik ailelerde, % 16,3’ü ise 5-6 kişilik ailelerde yaşamaktadır. Ailede yaşayan ortalama kişi sayısı $3,39 \pm 1,1$ olup bir hanede yaşayan maksimum kişi sayısı 6’dır.

T.Paşa’da yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 55,2’si 1-4 kişilik ailelerde, % 31,6’sı 5-6 kişilik ailelerde, % 13,2 ise 7 ve daha fazla kişinin birlikte olduğu kalabalık ailelerde yaşamaktadır. Ailede yaşayan ortalama kişi sayısı $4,59 \pm 1,9$ olup bir hanede yaşayan maksimum kişi sayısı 12’dir. T.Paşa’da yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişiler daha kalabalık ailelerde yaşamaktadır ($\chi^2=270,5$ p=0,000). Araştırma grubundaki kişilerin aile büyüklüklerinin bölgelere göre dağılımı Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22: Araştırma Grubundakilerin Aile Büyüklüğünün Bölgelere Göre Dağılımı

Aile Büyüklüğü	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2	275	24,9	112	11,4	387	18,6
3-4	651	58,9	429	43,8	1080	51,7
5-6	180	16,3	309	31,6	489	23,4
7+ üzeri	-	-	129	13,2	129	6,3
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=270,5$, SD=3; p=0,000)

Aile Tipi

Araştırma grubundaki kişilerin % 75,6'sı çekirdek, % 10,9'u ise geniş ailelerde yaşamaktadır. Aile tipleri bölgelere göre incelendiğinde; çekirdek aile tipinin her iki bölgede, geniş aile tipinin ise sadece T.Paşa'da daha yaygın olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki kişilerin aile tipleri arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2=130,9$ p=0,000). Araştırma grubundaki kişilerin yaşadıkları aile tiplerini bölgelere göre dağılımı Tablo 23'de gösterilmektedir.

Tablo 23: Araştırma Grubundakilerin Aile Tipinin Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı

Aile Tipi	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek Aile	896	81,0	681	69,6	1577	75,6
Geniş Aile	40	3,6	188	19,2	228	10,9
Diğer	170	15,6	110	11,2	280	13,4
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=130,9$, SD=2; p=0,000)

Aile İçindeki Rolü

Araştırma grubundaki görüşülen kişilerin % 38,5'nin hane reisi, % 31,4'ü ise hane reisinin eşidir. B.Evler'de birlikte yaşam biçiminin ve parçalanmış aile yapısının fazla, T.Paşa'da ise geniş aile tipinin yaygın olması nedeniyle hane reisi rolünü üstlenen kişilerin yaş grupları çeşitlilik göstermektedir (veriler gösterilmemiştir). Araştırma grubundaki kişilerin hane reisine yakınlık durumları Tablo 24'te gösterilmektedir.

Tablo 24: Araştırma Grubundaki Kişilerin Aile İçindeki Rolünün Bölgelere Göre Dağılımı

Aile İçindeki Rolü	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hane Reisi	459	41,5	343	35	802	38,5
Hane Reisinin Eşi	356	32,2	299	30,5	655	31,4
Diğer	291	26,3	337	34,4	628	30,1
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

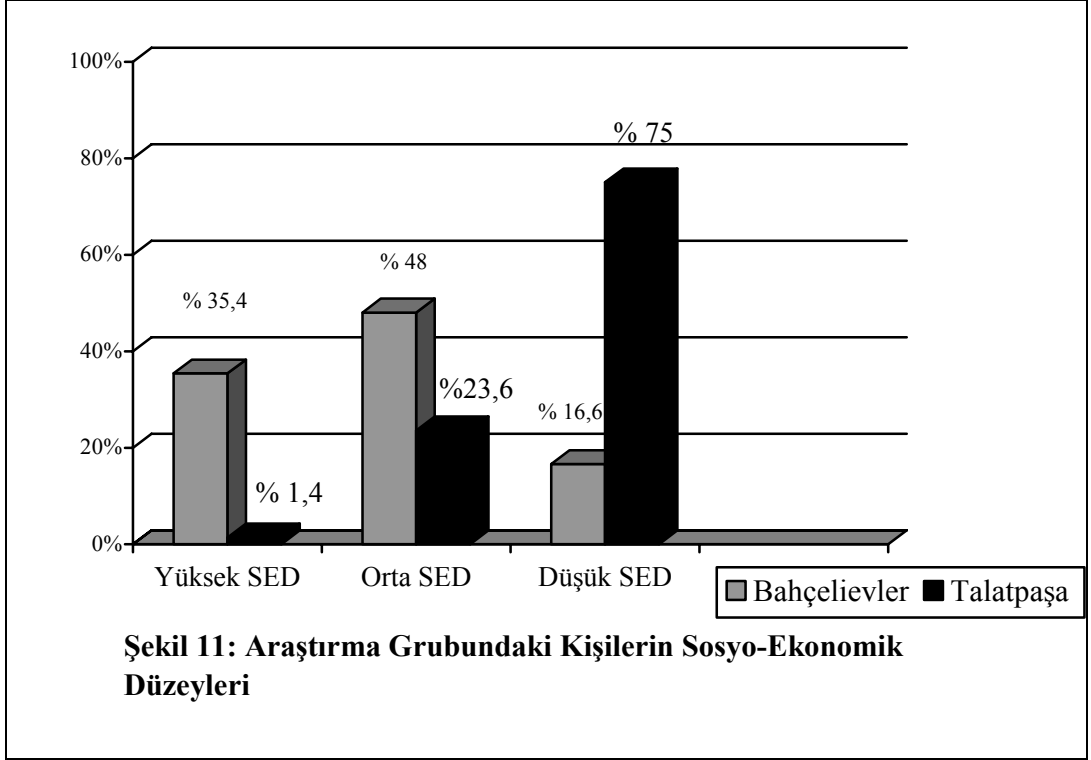
Sosyo-Ekonomik Düzey

Araştırma grubundaki kişilerin % 44'ü düşük SED'e, % 19,4'ü ise yüksek SED'e sahiptir. Bölgelere göre incelendiğinde B.Evler'de yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 83,4'ünün orta/yüksek SED'de, T.Paşa'dakilerin % 75'inin düşük SED'de oldukları görülmektedir. İki bölgede yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin SED'leri arasında önemli ölçüde fark vardır ($\chi^2= 793,7$ p=0,000). Araştırma grubundaki kişilerin SED'lerinin bölgelere göre dağılımı Tablo 25 ve Şekil 11'de gösterilmiştir.

Tablo 25: Araştırma Grubunun Sosyo-Ekonomik Düzeylerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Sosyo-Ekonomik Düzey	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük	184	16,6	734	75,0	918	44,0
Orta	531	48,0	231	23,6	762	36,5
Yüksek	391	35,4	14	1,4	405	19,4
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2= 793,7$, SD=2; p=0,000)



Kronik Hastalık ya da Sakatlığın Varlığı

B.Evler’de yaşayan kişilerin % 22,4’ü, T.Paşa’dakilerin ise % 35,1’i en az bir kronik hastalığa ya da sakatlığa sahiptir. T.Paşa’da kronik hastalığa sahip olanların oranı, B.Evler’dekinden daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=41,2$ p=0,000). Araştırma grubundaki kronik hastalığı olan kişilerin bölgelere göre dağılımı Tablo 26’da gösterilmektedir.

Tablo 26: Araştırma Grubunda Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Bölgelere Göre Dağılımı

Kronik Hastalık/ Sakatlık Durumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%
Var	248	22,4	344	35,1	592	28,4
Yok	858	77,6	635	64,9	1493	71,6
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=41,2$, SD=1, p=0,000)

Tedavi Olma Durumu

Araştırma grubunda B.Evler’de kronik bir hastalığa/sakatlığa sahip olan kişilerin %98,8’i, T.Paşa’da % 77,9’u bu kronik hastalık/sakatlık nedeniyle tedavi olmaktadır. Araştırma grubundaki herhangi bir kronik hastalık ya da sakatlığı olan kişilerin bu hastalık nedeniyle tedavi olma durumları arasında fark vardır ve istatistiksel olarak önemli ölçüde B.Evler’dekiler T.Paşa’dakilerden daha fazla tedavi olmaktadır ($\chi^2=54,3$ p=0,000). Araştırma grubundaki kronik hastalığı olan kişilerin, bu hastalık nedeniyle tedavi olma durumlarının bölgelere göre dağılımı Tablo 27’de gösterilmektedir.

Tablo 27: Araştırma Grubunda Kronik Hastalığı Olanların Tedavi Olma Durumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Tedavi Olma Durumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	245	98,8	268	77,9	513	86,7
Hayır	3	1,2	76	22,1	79	13,3
Toplam	248	100,0	344	100,0	592	100,0

($\chi^2=54,3$, SD=1; p=0,000)

Tedavi Olmama Nedenleri

Araştırmaya alınan kronik hastalığı olan ve bu hastalık nedeniyle tedavi olmayan kişilerin tedavi olmama nedenlerinin başında % 26,5 ile ekonomik yetersizlik, % 15,1 ile tedaviye olan inancın azlığı, % 10,1 ile de sosyal güvence yokluğu gelmektedir. Araştırma grubundaki kronik hastalığı olan kişilerin tedavi olmama nedenlerinin dağılımı Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28: Araştırma Grubundaki Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Tedavi Olmama Nedenleri

Tedavi Olmama Nedenleri	n	%
Para Yok	21	26,5
Tedaviden Sonuç Alamıyorum	12	15,1
Gidemiyorum (Çocuklar Yüzünden, Prosedürler Çok, Gücüm Yok vb.)	11	14
Sosyal Güvence Yok	8	10,1
İlaçlar Alışkanlık Yapar	5	6,3
Zamanım Yok	4	5,1
Götürmüyorlar	4	5,1
Gideceğim	3	3,8
İyileştim	3	3,8
Böyle İdare Ediyorum	3	3,8
Hastaneye Gitmeyi Sevmiyorum	3	3,8
Diğer	2	2,5
Toplam	79	100

SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIM

Başvurulan Sağlık Birimleri

Bahçelievler Mahallesiinde oturan araştırma grubundaki kişilerin % 84,9'unun ilk başvuru yeri hastanelerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan sağlık ocaklarının kullanımı bu bölgede oldukça düşüktür (% 0,7). Hastalık durumunda profesyonel sağlık sektörünü kullanmayan kişi sayısı 5'dir (0,5). Talatpaşa Mahallesiinde oturan araştırma grubundaki kişilerin % 65,6'sının hastalandıklarında/rahatsızlandıklarında ilk başvurdukları yer Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerken, % 12'sinin (117 kişi) ilk başvurduğu sağlık birimi özel sağlık kuruluşlarıdır. Talatpaşa Mah.'de sağlık ocakları ve AÇS-AP merkezlerinin kullanımı % 4,8 ile sınırlı kalırken hastalık durumunda profesyonel sağlık sektörünü kullanmayan kişi sayısı 150 (% 15,3) hastalanmam ya da nadir hastalanırım şeklinde cevap veren kişilerin sayısı 19 dur (Tablo 29).

Tablo 29: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde İlk Başvurdukları Yer/Yöntemin Dağılımı

Başvurduğu yer/yöntem		B.Evler		T.Paşa	
		Sayı	%	Sayı	%
YER	Sağlık Bakanlığı Hastanesi	340	30,6	643	65,6
	Tıp Fakültesi	47	4,2	9	0,9
	Özel Hastane	599	54,2	57	5,8
	Özel Muayenehane/Poliklinik	75	6,8	50	5,1
	Askeri Hastane	1	0,1	-	-
	Sağlık Ocağı+ AÇ-SAP	7	0,7	47	4,8
	Kurum Doktoru	2	0,2	10	1,0
	Kızılay	2	0,2	-	-
	Darülaceze	-	-	7	0,6
	PTT Polikliniği/ Belediye Doktoru	-	-	7	0,6
YÖNTEM	Doktor Dışı Sağlık Personeli	-	-	2	0,2
	Eczane/ Bakkaldan İlaç Alma	2	0,2	15	1,5
	Evdeki İlaçlar	3	0,3	75	7,8
	Evde İstirahat	-	-	3	0,3
	Hiçbir Şey Yapmam			19	1,9
	Hastalanmam/nadir Hastalanırım	28	2,5	19	1,9
Toplam		1106	100,0	979	100,0

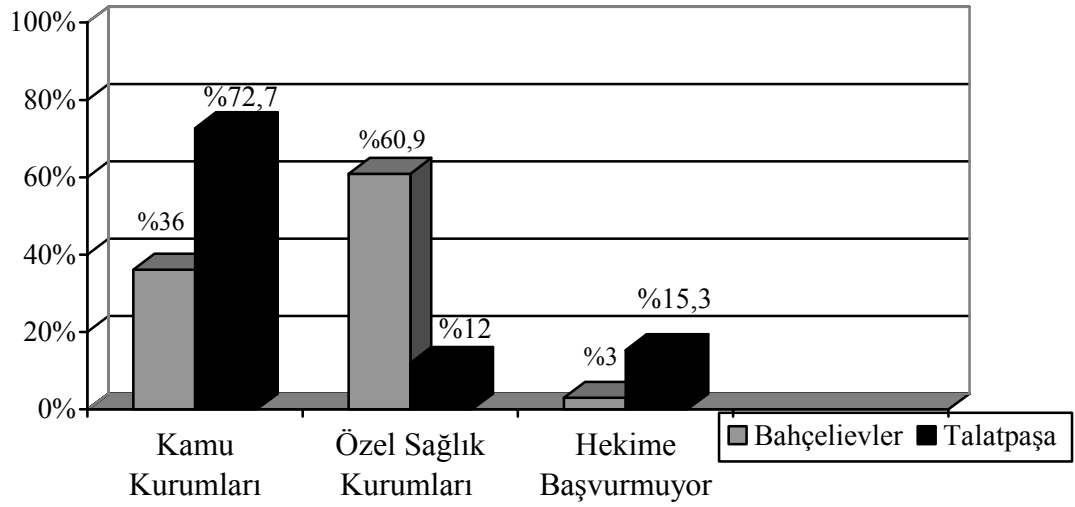
(*Sağlık Bakanlığı Hast; Devlet hast. ve eski SSK hastanelerini içermektedir)

Tablo 30'da araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle ilk başvurdukları yerin bölgelere göre dağılımı incelenmiştir. Araştırma grubunda Bahçelievler Mahallesinde yaşayan kişilerin % 60,9'u hastalık halinde genellikle özel sağlık kuruluşlarını kullanıyorken, % 36,1'i (399 kişi) hastalık halinde kamu kurumlarına başvurmaktadır. Talatpaşa mahallesinde yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 72,7'si (712 kişi) hastalık halinde kamuya ait sağlık kuruluşlarını kullanmaktadır. İki bölgede yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin başvurdukları sağlık birimleri arasında önemli fark vardır ($\chi^2=549,5$ p=0,000). B.Evler'dekiler T.Paşa'dakilere göre daha fazla özel sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır.

Tablo 30: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurduğu Kurumun Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle Başvurulan Kurum	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamu Kuruluşu	399	36,1	712	72,7	1111	53,3
Özel Sağlık kuruluşu	674	60,9	117	12,0	791	37,9
Hekime Başvurmuyor	33	3,0	150	15,3	183	8,8
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=549,5$, SD=2; p=0,000)



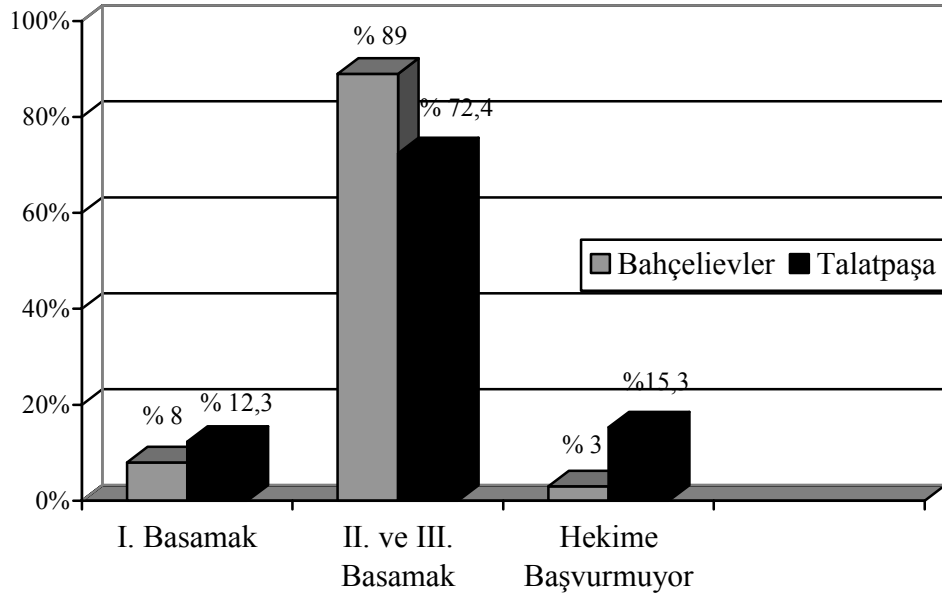
Şekil 12: Araştırma Grubundaki Kişilerin Başvurdukları Yerin (Finansmana Göre) Bölgelere Göre Dağılımı

Tablo 31’de araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurdukları yerler basamaklara ve yaşadıkları bölgelere göre incelenmiştir. Buna göre; SED’i yüksek kişilerin yaşadığı B.Evler’de ve SED’i düşük kişilerin yaşadığı T.Paşa’da oturan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin hastalandıklarında/ rahatsızlandıklarında genellikle hastanelere başvurduklarını belirtmişlerdir (% 89,3-% 72,4). Hastaneler, Birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla kullanılmaktadır ($\chi^2=117,3$ p=0,000).

Tablo 31: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerin (Basamaklara Göre) Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle Başvurulan Yer (Basamaklara Göre)	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
I. Basamak	85	7,7	120	12,3	208	10,0
II.ve III. Basamak	988	89,3	709	72,4	1694	81,2
Hekime Başvurmuyor	33	3,0	150	15,3	183	8,8
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=117,3$, SD=2; p=0,000)



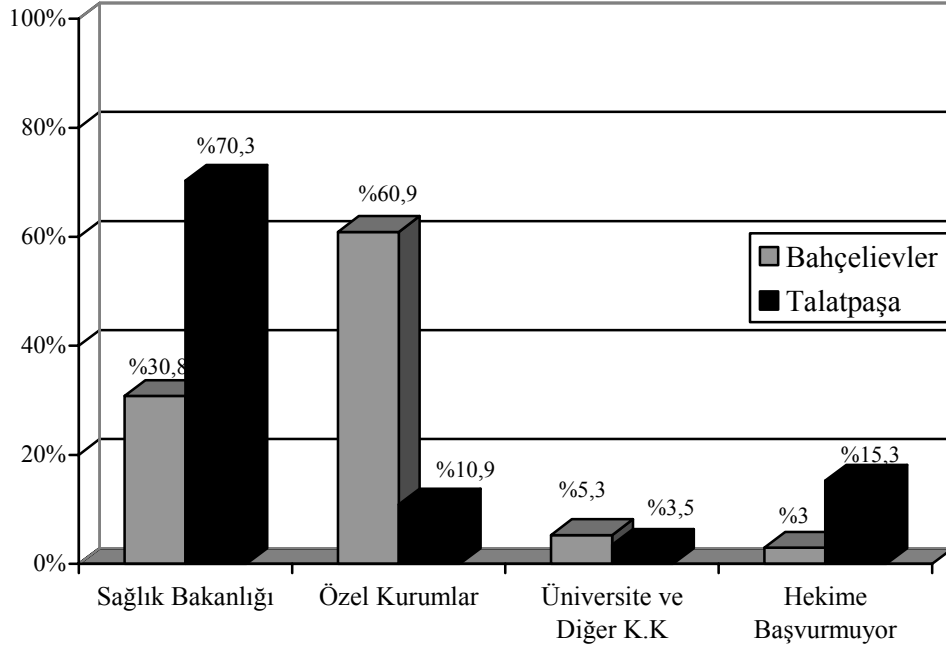
Şekil 13: Araştırma Grubundaki Kişilerin Başvurdukları Yerin Bölgelere Göre Dağılımı

Tablo 32’de araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurduğu yerler bağlı oldukları kurumlara ve yaşadıkları bölgelere göre incelenmiştir. Araştırma grubunda B.Evler’de yaşayan kişilerin % 60,9’u özel sağlık kuruluşlarına, T.Paşa’da yaşayan kişilerin % 65,7’si ise Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlara başvurmaktadır. Kişilerin başvurdukları sağlık kuruluşları arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2=603,7$ p=0,000).

Tablo 32: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Kurumların Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle Başvurulan Kurum	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	340	30,8	643	65,7	983	47,1
Özel Sağlık Kuruluşları	675	60,9	117	12,0	792	38,
Üniversite ve Diğer Kamu Kuruluşları	57	5,2	70	7,0	127	6,1
Hekime Başvurmuyor	33	3	150	15,3	183	8,8
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,

($\chi^2=603,7$, SD=3; p=0,000)



Şekil 14: Araştırma Grubundaki Kişilerin Genellikle Gittikleri Sağlık Kurumları

Tablo 33’de araştırma grubundaki kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımlarının cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma grubundaki kadınlar istatistiksel olarak erkeklerden daha çok sağlık kurumlarına başvuruda bulunmaktadır ($\chi^2=40,41$ p=0,000).

Tablo 33: Araştırma Grubundaki Kişilerin Sağlık Hizmetlerini Kullanımlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sağlık Hizmetlerini Kullanım	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	1039	95	863	87,1	1902	91,2
Yok	55	5	128	12,9	183	8,8
Toplam	1094	100	991	100,0	2085	100

($\chi^2=40,41$, SD=1; p=0,000)

Tablo 34’de araştırma grubundaki kişilerin genellikle başvurduğu yerlerin cinsiyete göre dağılımı sunulmaktadır. B.Evler’de kamu ve özel sağlık kuruluşlarını kadınlar erkeklere oranla önemli biçimde daha fazla kullanmaktadır ($\chi^2=7,09$ p=0,019). T.Paşa’da kamu kuruluşlarını kadınlar, özel sağlık kuruluşlarını ise erkekler önemli biçimde daha fazla oranda kullanmaktadır ($\chi^2=37,3$ p=0,000).

Tablo 34: Araştırma Grubundaki Kişilerin Genellikle Başvurdukları Yerlerin Cinsiyete ve Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle Başvurulan Yer	B.Evler				T.Paşa				Toplam	
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kamu Kuruluşu	165	14,9	234	21,2	316	32,3	396	40,4	1111	53,3
Özel Sağlık Kuruluşu	318	28,8	356	32,2	64	6,5	53	5,4	791	37,9
Hekime Başvurmuyor	21	1,9	12	1,1	107	10,9	43	4,4	183	8,8
Toplam	504	45,6	602	54,4	487	49,7	492	50,3	2085	100

($\chi^2=7,09$, SD=2; p=0,019) ($\chi^2=37,3$, SD=2; p=0,000).

Tablo 35’te araştırma grubundaki kişilerin genellikle başvurdukları yerlerin medeni duruma ve bölgelere göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırma grubundaki evli kişiler, diğer gruplara (bekâr, dul, boşanmış) göre sağlık hizmetlerini önemli biçimde daha yüksek oranda kullanmaktadırlar ($\chi^2=7,09$ p=0,019), ($\chi^2=16,4$ p=0,002). Bahçelievler Mah.’de yaşayan araştırma grubu kapsamındaki evli ve bekar kişilerin hastalandıklarında ilk tercih ettikleri yer özel sağlık kuruluşları iken (% 42-% 16), Talatpaşa mah.’de yaşayan evli ve bekar kişilerin tercihleri kamuya ait sağlık kuruluşlarından yanadır (% 49-% 18). Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayan kişilerin medeni durumlarına bakıldığında B.Evler’de bekarların (% 1,5), T.Paşa’da ise evlilerin (% 10) ağırlıkta olduğu görülmektedir.

Tablo 35: Araştırma Grubundaki Kişilerin Genellikle Başvurdukları Yerlerin Medeni Duruma Ve Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı

Bölge	Medeni Durum	Genellikle Başvurulan Yer					
		Kamu Kuruluşu		Özel Sağlık kuruluşu		Hekime Başvurmuyor	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
B.Evler (n=1106)	Evli	253	23	459	42	13	1,2
	Bekar	101	9,1	179	16	17	1,5
	Diğer	45	4,1	36	3,3	3	0,3
T.Paşa (n=979)	Evli	480	49	69	7	98	10
	Bekar	173	18	45	4,6	46	4,7
	Diğer	59	6	3	0,3	6	0,6
Toplam (n=2085)	Evli	733	35,2	528	25,3	111	5,3
	Bekar	274	13,1	224	10,7	63	3,0
	Diğer	104	5,0	39	1,9	9	0,4

($\chi^2=23,9$, SD=4; p=0,000), ($\chi^2=16,4$, SD=4; p=0,002).

Tablo 36’da araştırma grubundaki kişilerin genellikle başvurdukları yerlerin çalışma durumuna ve bölgelere göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre; B.Evler’de çalışan ve çalışmayan gruplar arasında en fazla tercih edilen yer özel sağlık kuruluşlarıdır (% 33,5-% 27,4). Kamuya ait sağlık kuruluşlarının kullanımına kendi içinde bakıldığında ; çalışmayan grup tarafından daha yüksek oranda kullanıldığı görülmektedir (% 24,1).

T.Paşa’da çalışan ve çalışmayan grupların en sık tercih ettikleri yer kamuya ait sağlık kuruluşlarıdır (% 21,9-% 50,9) ve bu sağlık kuruluşlarını çalışmayanlar çalışanlara göre 2,3 kat daha fazla kullanmaktadır.

Hiçbir sağlık birimine başvurmayan kişilerin çalışma durumlarına bakıldığında; B.Evler’de çalışan ve çalışmayan grubun başvurmama oranının birbirine yakın olduğu (% 1,4-% 1,6), T.Paşa’da ise çalışan grubun daha yüksek oranda (% 9,3-% 6) sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 36: Araştırma Grubundaki Kişilerin Genellikle Başvurdukları Yerin Çalışma Durumuna ve Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle Başvurulan Yer	Son Bir Yıldır Çalışma Durumu									
	B.Evler				T.Paşa				Toplam	
	Çalışıyor		Çalışmıyor		Çalışıyor		Çalışmıyor			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamu Kuruluşu	133	12	266	24,1	214	21,9	498	50,9	1111	53,3
Özel Sağ. Kuruluşu	371	33,5	303	27,4	62	6,3	55	5,6	791	37,9
Hekime Başvurmuyor	15	1,4	18	1,6	91	9,3	59	6,0	183	8,8
Toplam	519	46,9	587	53,1	367	37,5	612	62,5	2085	100,0

($\chi^2=47,6$, SD=2; p=0,000), ($\chi^2=63,17$, SD=2; p=0,000).

Tablo 37’de araştırma grubundaki kişilerin genellikle başvurdukları yer ile sağlık güvencesinin varlığı bölgelere incelenmiştir. B.Evler’de sağlık güvencesine sahip olanların % 60,1’i özel sağlık kuruluşlarını kullanırken, % 37,4’ü kamu kuruluşlarından faydalanmaktadır. T.Paşa’da ise sağlık güvencesine sahip olanların büyük bir çoğunluğu (% 82,4) hastalandıklarında/rahatsızlandıklarında kamu sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Sağlık güvencesi olmayan kişilerin tercihlerinin, bölgeler içindeki sağlık güvencesine sahip kişilerle benzer olduğu görülmektedir. B.Evler’de sağlık güvencesi olmayanların çoğunluğu (% 72,6) özel sağlık kuruluşlarını kullanırken, T.Paşa’da sağlık güvencesi olmayanların genellikle kullandıkları yerler yine kamuya ait sağlık kuruluşlarıdır (% 42,7). Sağlık güvencesi olanlar, sağlık güvencesi olmayanlara göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır ($\chi^2=178,7$ SD=1 p=0,000).

Tablo 37: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Başvurdukları Yerin Sosyal Güvence Durumu ve Bölgelere Göre Dağılımı

Bölge	Sosyal Güvence	Genellikle Başvurduğu Yer					
		Kamu Kuruluşu		Özel Sağlık kuruluşu		Hekime B.vurmuyor	
		n	%	n	%	n	%
B.Evler (n=1106)	Var	386	37,4	621	60,1	26	2,5
	Yok	13	17,8	53	72,6	7	9,6
T.Paşa (n=979)	Var	610	82,4	62	8,4	68	9,2
	Yok	102	42,7	55	23,0	82	34,3
Toplam (n=2085)	Var	996	56,2	683	38,5	94	5,3
	Yok	115	36,9	108	34,6	89	28,5

($\chi^2=20,4$, SD=2; p=0,000), ($\chi^2=146,03$, SD=2; p=0,000)

Tablo 38’de araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurdukları yerin kronik hastalık ya da sakatlığın varlığına ve bölgelere göre dağılımı incelenmiştir. B.Evler’de herhangi bir kronik hastalığa sahip olan kişiler özel ve kamuya ait sağlık kuruluşlarını birbirine yakın oranlarda kullanılmaktadır (% 10,9-% 11,4). T.Paşa’da ise herhangi bir kronik hastalığı olan kişilerin büyük bir çoğunluğunun hastalandıklarında/ rahatsızlandıklarında kamuya ait sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri görülmektedir. Kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadır ($\chi^2=32$, p=0,000).

Tablo 38: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerin Kronik Hastalığın Varlığına ve Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle Başvurulan Sağlık Kuruluşu	Kronik Hastalık ya da Sakatlık									
	B.Evler				T.Paşa				Toplam	
	Var		Yok		Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamu	121	48,8	278	32,4	294	85,5	418	65,8	1111	53,3
Özel	126	50,8	548	63,9	32	9,3	85	13,4	791	37,9
Hekime Başvurmuyor	1	0,4	32	3,7	18	5,2	132	20,8	183	8,8
Toplam	248	100	858	100	344	100	635	100	2085	100,0

($\chi^2=26,8$, SD=2; p=0,000), ($\chi^2=50,1$, SD=2; p=0,000)

Tablo 39’da araştırma grubundaki kişilerin genellikle başvurdukları yerin SED ve bölgelere göre dağılımı incelenmiştir. B.Evler’de SED’i düşük kişilerin kamu ve özel sağlık kuruluşlarını birbirine yakın oranlarda kullandıkları (% 9-% 7,2), SED’i orta ve yüksek olan kişilerin ise ağırlıklı olarak özel sağlık kuruluşlarına başvurdukları görülmektedir (% 29,1, % 24,6). B.Evler’de SED yükseldikçe kamuya ait sağlık kuruluşlarının kullanım oranı azalmakta, özel sağlık kuruluşlarının kullanım oranı artmaktadır. SED’i düşük kişiler, SED’i yüksek kişilere göre daha az sağlık hizmetlerini kullanmaktadırlar ($\chi^2=43,4$, $p=0,000$).

T.Paşa’da yaşayan düşük SED’e sahip kişilerde özel sağlık kuruluşlarının kullanımı en yüksek orandadır (% 7). Bu durum beklenenin aksinedir. SED’le özel sağlık kuruluşlarının kullanımı arasında beklenen pozitif ilişki burada gözlenmemektedir.

Tablo 39: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerin Sosyo-Ekonomik Düzeye ve Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle Başvurulan Sağlık Kurumu	Sosyo-Ekonomik Düzey												Toplam	
	Düşük				Orta				Yüksek					
	B.Evler		T.Paşa		B.Evler		T.Paşa		B.Evler		T.Paşa		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kamu	99	9	555	56,7	186	16,8	148	15,1	114	10,3	9	0,9	1111	53,3
Özel	80	7,2	69	7	322	29,1	44	4,5	272	24,6	4	0,4	791	37,9
Hekime Başvurmuyor	5	0,5	110	11,2	23	2,1	39	4,0	5	0,5	1	0,1	183	8,8
Toplam	184	16,6	734	75	531	48	231	23,6	391	35,4	14	1,4	2085	100

($\chi^2=42,45$ SD=4; $p=0,000$), ($\chi^2=21,3$, SD=4; $p=0,000$)

Tablo 40’da araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurdukları yerin eğitim durumu ve bölgelere dağılımı incelenmiştir. B.Evler’de ve T.Paşa’da lise ve üzeri eğitime sahip kişilerin özel sağlık kuruluşlarının kullanımı, düşük eğitimli gruplara oranla daha fazladır ($\chi^2=40,09$, SD=2; $p=0,000$) ($\chi^2=10,4$, SD=2; $p=0,005$). Sağlık hizmetlerini en çok kullanan grup okur-yazar olmayan kişiler ile üniversite mezunlarıdır.

Tablo 40: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerin Eğitim Durumu ve Bölgelere Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	B.Evler				T.Paşa				Toplam (n=2085)	
	Genellikle Başvurulan Yer									
	Kamu Kuruluşu		Özel Sağ. Kuruluşu		Kamu Kuruluşu		Özel Sağ. Kuruluşu		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Okur-yazar Değil	5	0,5	2	0,2	101	10,3	5	0,5	121	5,8
Okur Yazar	6	0,5	4	0,4	38	3,9	1	0,1	52	2,5
İlkokul Mezunu	98	8,9	88	8,0	416	42,5	64	6,5	773	37,1
Ortaokul Mezunu	55	5,0	69	6,2	89	9,1	23	2,3	269	12,9
Lise Mezunu	119	10,8	237	21,4	57	5,8	18	1,8	456	21,9
Üniversite ve Üstü	116	10,5	274	24,8	11	1,1	6	0,6	414	19,8
Toplam	399	36,1	674	60,9	712	72,7	117	12,0	2085	100,0

Araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurdukları yerlerin yaş gruplarına ve bölgelere göre dağılımı incelendiğinde; kamuya ait sağlık kuruluşlarını B.Evler de 46-55 yaş grubu (% 8,5), T.Paşa'da 16-25 yaş (%19,5) yaş grubu, özel sağlık kuruluşlarını B.Evler'de ve T.Paşa'da 26-35 yaş grubu en yüksek oranda kullanmaktadır. Araştırma grubundaki kişilerin genellikle başvurdukları yerlerin yaş gruplarına ve bölgelere göre dağılımı Tablo 41'de gösterilmiştir ($\chi^2=73,4$, p=0,000)-($\chi^2=42,9$, p:0,000).

Tablo 41: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerlerin Yaş Gruplarına ve Bölgelere Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Genellikle Başvurulan Yer												Toplam	
	B.Evler						T.Paşa							
	Kamu Sağ. Kuruluşu		Özel Sağlık kuruluşu		Hekime Başvı.		Kamu Sağ. Kuruluşu		Özel Sağlık kuruluşu		Hekime Başvı.		Sayı	%
	sayı	%	sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
16-25	82	7,4	142	12,8	16	1,4	188	19,2	39	4,0	42	4,3	509	24,4
26-35	70	6,3	193	17,5	6	0,5	171	17,5	43	4,4	50	5,1	533	25,6
36-45	61	5,5	158	14,3	6	0,5	146	14,9	24	2,5	41	4,2	436	20,9
46-55	94	8,5	115	10,4	2	0,2	104	10,6	3	0,3	9	0,9	327	15,7
56-65	63	5,7	40	3,6	2	0,2	57	5,8	6	0,6	4	0,4	172	8,2
66 ve +	29	2,6	26	2,4	1	0,1	46	4,7	2	0,2	4	0,4	108	5,2
Toplam	399	36,1	674	60,9	33	3,0	712	72,7	117	12	150	15,3	2085	100

Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Belirleyen Etmenlerin Çok Değişkenli Analiz

Sonuçlarına Göre (Tablo 43)

- Temel eğitimden daha yüksek eğitime sahip olmak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmaktadır.
- Orta ya da yüksek SED’de olmak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmaktadır.
- Kronik hastalığa sahip olmak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmaktadır.
- Kadın olmak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmaktadır.
- Evli olmak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmaktadır.

Tablo 43: Araştırma Grubunda Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Belirleyen Etmenlerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	OR	% 95 GA	P
Eğitim Temel eğitim Yüksek eğitilmiş olmak	Referans 2,27	(1,35 - 3,83)	,002
SED Düşük Orta Yüksek	Referans 1,64 6,93	(1,09 – 2,48) (2,60 – 18,45)	,017 ,000
Kronik Hastalık Yok Var	Referans 4,35	(2,61 – 7,24)	,000
Cinsiyet Erkek Kadın	Referans 2,82	(2,00 – 3,98)	,000
Medeni Durum Bekar Evli Dul, Boşanmış	Referans 1,60 1,25	(1,11 – 2,30) (0,57 – 2,74)	0,011 0,569
Sabit	- 1,97		0,000

SAĞLIK KURULUŞLARINI SEÇİM NEDENLERİ

Tablo 43’de araştırma grubundaki kişilerin genellikle başvurdukları yer/yöntemi tercih nedenleri incelenmiştir. Bahçelievler mahallesinde yaşayan kişilerin % 29,1’i “sosyal güvencenin geçerliliğini”, % 15,4’ü “özel sigortanın varlığını”, % 10,4’ü “yakınlık ve ulaşımın kolaylığını”, % 13,6’sı ise “bekletilmemeyi” tercih nedeni olarak belirtmiştir. “Bakımın iyi olmasını, nazik davranılması, sakin ve kalabalığın olmamasını” tercih nedeni olarak belirtenlerin oranı ise % 12,3’dür. Talatpaşa mahallesinde yaşayan kişilerin tercih nedenlerinin büyük bir kısmını (% 58,4) “sosyal güvencenin geçerliliği” oluşturmaktadır. Diğer tercih nedenleri; % 6,5 ile “yakın ve ulaşımın kolaylığı”, % 7,9 ile “ekonomik yönden uygunluk” olarak belirtilmiştir.

Tablo 43: Araştırma Grubu Kapsamındaki Kişilerin Genellikle Başvurduğu Yer/Yöntemi Tercih Nedenlerinin Dağılımı

Genellikle Başvurulan Yer/Yöntemi Tercih Nedeni	B.Evler		T.Paşa	
	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal güvence	315	29,1	560	58,4
Yakın-ulaşım kolay	112	10,4	62	6,5
Önerildiği İçin	97	8,9	41	4,2
Nazik davranıldığı İçin	48	4,5	7	0,7
Bekletilmiyoruz/Sakin kalabalık değil	147	13,6	9	0,9
Hekim/Hekim dışı sağlık personeli tanıdığı İçin	46	4,2	-	-
İleri teknoloji kullanılıyor	17	1,6	4	0,2
Temiz	20	1,9	3	0,3
Daha ucuz/En ucuz yol/Maddi yetersizlik	-	-	76	7,9
İlk başvurduğum yerden sevk	16	1,5	-	-
Çalıştığım/ eşimin çalıştığı yer/Tandık bildik yer	35	3,3	36	3,8
Özel sigorta varlığı	166	15,4	9	1,0
Aynı doktordan takipli olmak İçin	4	0,4	-	-
Başkaları götürdü (anne-baba vb.)	7	0,6	7	0,7
İş yerinin anlaşmalı olduğu kurum	6	0,6	5	0,5
Sosyal güvencenin yokluğu	14	1,3	47	5,1
Özel hast. de sağlık güvencemi kullanabildiğim için	19	1,8	-	-
Küçük şeyler için gerek yok/ Hastaneye gitmeyi sevmiyorum	-	-	36	3,8
Daha önce doktor önermişti	-	-	16	1,7
Dr.dan fayda görmüyorum/ Böyle idare ediyorum	-	-	10	1
Hiçbir şey yapmam	-	-	19	1,9
Diğer	9	0,9	13	1,3
Toplam	1073	100,0	960	100,0

MEMNUNİYET DURUMU

Tablo 44’de araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurduğu yerden duyduğu memnuniyetin yaşadıkları bölgelere göre dağılımı incelenmiştir. Toplamda sağlık hizmetlerini kullanan kişilerin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet oranı % 69,5 (1321 kişi), memnuniyetsizlik oranı ise % 24’dür (456 kişi).

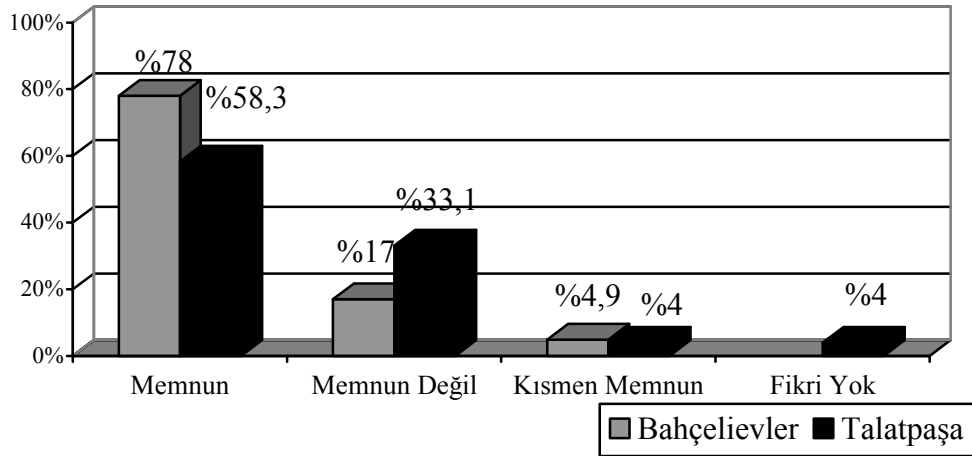
Memnuniyet durumu bölgelere göre incelendiğinde; Bahçelievler mahallesinde yaşayan araştırma grubundaki 1073 kişiden 838’inin (% 78,1) memnun, 53’ünün (% 4,9) kısmen memnun, 182’sinin (% 17) ise memnun olmadığı görülmektedir.

Talatpaşa mahallesinde yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerden sağlık hizmetlerini kullanan 483 kişi (% 58,3) genellikle gittikleri yerden memnun, 33 kişi (% 4) kısmen memnun, 274 kişi ise (% 33,1) memnun olmadığını ifade etmiştir. Bu bölgede yaşayan 33 kişi (% 1,7) aldıkları hizmetler hakkında bir fikri olmadığını belirtirken, 6 kişi (% 0,3) sorulan soruya yanıt vermek istememiştir. Farklı bölgelerde yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin aldıkları sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeyleri birbirinden önemli ölçüde farklıdır ($\chi^2=128,42$ p=0,000).

Tablo 44: Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurduğu Yerden Duydukları Memnuniyetin Bölgelere Göre Dağılımı

Memnuniyet Durumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Memnun	838	78,1	483	58,3	1321	69,5
Memnun değil	182	17,0	274	33,1	456	24,0
Kısmen memnun	53	4,9	33	4,0	86	4,5
Fikri yok	-	-	33	4,0	33	1,7
Yanıt vermeyenler	-	-	6	0,7	6	0,3
Toplam	1073	100,0	829	100,0	1902	100,0

($\chi^2=128,42$, SD=3, p=0,000)



Şekil 15: Araştırma Grubundaki Kişilerin Başvurdukları Sağlık Biriminden Duydukları Memnuniyet

Tablo 45’de araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurdukları yerden duydukları memnuniyetin sosyal güvence durumuna ve yaşadıkları bölgelere göre dağılımı incelenmiştir. Bahçelievler Mahallesinde yaşayan araştırma grubundaki kişilerden sosyal güvencesi olanların % 73’ü memnun olduklarını, % 16,2’si ise memnun olmadıklarını ifade etmiştir. Talatpaşa Mahallesinde yaşayan sosyal güvenceye sahip kişilerin genellikle gittikleri yerden duydukları memnuniyet oranı % 46’dır. B.Evler’de sosyal güvencesi olan ve olmayan grup içerisindeki memnuniyet durumu farksız iken, T.Paşa’da önemli ölçüde farklıdır ($\chi^2=1,24$, SD=2, p=0,538),($\chi^2=21,95$, SD=3, p=0,000).

Tablo 45: Araştırma Grubundaki Kişilerin Genellikle Başvurdukları Yerden Duydukları Memnuniyetin Sosyal Güvence Durumuna ve Bölgelere Göre Dağılımı

Memnuniyet Durumu	Sosyal Güvence Durumu										
	B.Evler					T.Paşa				Toplam (n=1902)	
	Var		Yok			Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Memnun	783	73	55	5,1	381	46	102	12,3	1321	69,5	
Memnun Değil	174	16,2	8	0,7	243	29,3	31	3,7	456	24,0	
Kısmen Memnun	50	4,7	3	0,3	21	2,5	12	1,4	86	4,5	
Diğer	-	-	-	-	27	3,3	12	1,4	39	2,0	
Toplam	1007	93,8	66	6,2	672	81,1	157	18,9	1902	100,0	

($\chi^2=1,24$, SD=2, p=0,538) ($\chi^2=21,95$, SD=3, p=0,000)

Tablo 46’da araştırma grubundaki kişilerin memnuniyet durumlarının genellikle başvuru yere ve bölgelere göre dağılımı görülmektedir. Bölgelere göre genellikle başvuru sağlık kuruluşundan duyulan memnuniyet durumu incelendiğinde; Bahçelievler Mahallesi’nde kamu sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin % 55,6’sı, özel sağlık kuruluşlarını kullanan kişilerin ise % 91,4’ü aldıkları hizmetten memnun olduklarını ifade etmiştir. Talatpaşa Mahallesi’nde kamu hizmetlerini kullanan kişilerin % 54,1’i, özel sağlık kuruluşlarını kullanan kişilerin ise % 83,8’i aldıkları hizmetten memnundur. Her iki bölgede de kurumlardan duyulan memnuniyet önemli ölçüde farklıdır ($\chi^2=187,7$, $p=0,00$) ($\chi^2=37,05$, $p=0,000$).

Tablo 46: Araştırma Grubundaki Kişilerin Memnuniyet Durumlarının Genellikle Başvuru Yere ve Bölgelere Göre Dağılımı

Memnuniyet Durumu	Genellikle Başvurdukları Yer									
	B.Evler				T.Paşa				Toplam (n=1902)	
	Kamu		Özel		Kamu		Özel			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Memnun	222	55,6	616	91,4	385	54,1	98	83,8	1321	69,5
Memnun Değil	135	33,8	47	7,0	261	36,7	13	11,1	456	24,0
Kısmen Memnun	42	10,5	11	1,6	30	4,2	3	2,6	86	4,5
Diğer	-	-	-	-	36	5,1	3	2,6	39	2,0
Toplam	399	100	674	100	712	100,0	117	100,0	1902	100,0

($\chi^2=187,7$, $SD=2$; $p=0,00$) ($\chi^2=37,05$, $SD=3$; $p=0,000$)

Tablo 47’de araştırma grubundaki kişilerin memnuniyet durumlarının genellikle başvuru yere (basamaklara göre) ve yaşanan bölgelere göre dağılımı görülmektedir.

Bahçelievler mahallesi’nde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin % 92,9’u, hastaneleri kullanan kişilerin ise %76,8’i aldıkları hizmetten memnun olduklarını ifade etmiştir. Talatpaşa mahallesi’nde birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanan kişilerin % 73,3’ü, hastaneleri kullanan kişilerin ise % 83,8’i aldıkları hizmetten memnundur.

Tablo 47: : Araştırma Grubundaki Kişilerin Memnuniyet Durumlarının Genellikle Başvurulan Yere (Basamaklara Göre) ve Bölgelere Göre Dağılımı.

Memnuniyet Durumu	Genellikle Başvurdukları Yer									
	B.Evler				T.Paşa				Toplam	
	1.Basamak		2. ve 3. Basamak		1.Basamak		2. ve 3. Basamak			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Memnun	79	92,9	759	76,8	88	73,3	395	55,7	1321	69,5
Memnun Değil	6	7,1	176	17,9	22	18,3	252	35,5	456	24,0
Kısmen Memnun	-	-	53	5,4	5	4,2	28	3,9	86	4,5
Diğer	-	-	-	-	5	4,2	34	4,8	39	2,0
Toplam	85	100	988	100	120	100	709	100	1902	100,0

Tablo 48’de araştırma grubundaki kişilerin hastalık halinde genellikle başvurdukları yerden memnun olanların memnuniyet nedenlerinin bölgelere göre dağılımı gösterilmiştir. B.Evler’deki kişilerin memnun olma nedenlerinin başında; % 23,5’ile bekletilmeme ve işlemlerin hızlı yapılıyor oluşu, % 20,4’ü sağlık personelinin olumlu davranışları, % 11,8’ile doktordan duyulan memnuniyet yer almaktadır. T.Paşa’daki kişilerin memnun olma nedenlerinin başında; % 49,4 (255 kişi) ile doktorun iyi muayene ediyor ve verdiği ilaçların yarıyor olması, % 15,1’i (78 kişi) ekstradan ücret ödmeden işlerinin görülüyor olmasından, % 7’si (36 kişi) ise sağlık personelinin davranışlarından memnuniyet duyduklarını belirtmiştir.

Tablo 48: Araştırma Grubundaki Kişilerin Başvurdukları Yerlerden Memnun Olma Nedenlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Memnun Olma Nedenleri	B.Evler		T.Paşa	
	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi iyi / Detaylı inceliyorlar	67	7,6	255	49,4
Doktordan duyulan memnuniyet	105	11,8	20	3,4
Tanıdık olduğu için ilgileniyorlar	74	8,3	27	5,3
Eskisine göre biraz daha iyi	14	1,6	15	3,0
Nazik/ Güler yüzlü davranıyorlar	182	20,4	36	7,0
Mecburiyetten	13	1,5	-	-
Temiz	36	4,0	19	3,7
Genel memnuniyet	30	3,4	2	0,4
Çabuk / hızlı işlem yapılıyor/beklemiyoruz	209	23,5	11	2,1
Düzenli şekilde takip ediyorlar	20	2,2	3	0,6
İşimiz görülüyor	73	8,2	78	15,1
İnsanca muamele görüyoruz/kaliteli hizmet alıyoruz	59	6,6	-	-
Ücret ödemiyoruz	-	-	25	4,9
Ucuz / Ekonomik	-	-	23	4,5
Diğer	9	0,9	2	0,4
Toplam	891	100,0	516	100,0

Başvurdukları sağlık biriminden memnun olmayan kişilerin memnun olmama nedenlerine bakıldığında; B.Evler’de yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 28,6’sının (67 kişi) aldıkları hizmetten genel memnuniyetsizlik duyduklarını, % 28,9’u (% 68 kişi) başvurdukları sağlık birimlerinin kalabalık oluşunu, % 22,1’i (52 kişi) ise sağlık personelinin kötü davranışlarını memnuniyetsizlik nedeni olarak belirtmiştir.

T.Paşa’da araştırma grubundaki kişiler tarafından en çok ifade edilen % 23,7’ile sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyetsizlik, % 37,1 ile doktordan duyulan memnuniyetsizlik, % 15 ile sağlık biriminde çok fazla bekletilmekten kaynaklanan memnuniyetsizliktir.

Tablo 49: Araştırma Grubundaki Kişilerin Başvurdukları Yerlerden Duydukları Memnuniyetsizliğin Nedenlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Memnun Olmama Nedenleri	B.Evler		T.Paşa	
	n	%	n	%
Kalabalık / Çok bekletiliyoruz	68	28,9	46	15
İlgisizlik / Bağırıyor azarlıyorlar/ Güler yüz yok	52	22,1	73	23,7
Prosedürler Yoruyor / Randevu almak zor	13	5,5	30	9,7
Kirli/temizlik yok	5	2,1	8	2,6
Genel memnuniyetsizlik	67	28,6	22	7,2
Pahalı	14	5,9	3	1,0
Refakatçiler mağdur kalıyor	5	2,1	-	-
Dr.'dan duyulan memnuniyetsizlik	8	3,4	114	37,1
Diğer	3	1,3	11	3,7
Toplam	235	100,0	307	100,0

SON HASTALIKTA SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

Bahçelievler mahallesinde yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 56,3'ü, Talatpaşa mahallesinde yaşayan kişilerin % 59,1'i son altı ay içerisinde en az bir kez hastalandığını ifade etmiştir. En son ne zaman hastalandığını hatırlayamayanların oranı %2,3 olarak saptanmıştır. Araştırma grubundaki kişilerin son altı ay içerisinde hastalanma zamanının bölgelere göre dağılımı Tablo 50'de gösterilmiştir.

Tablo 50: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalanma Zamanının Bölgelere Göre Dağılımı

En Son Hastalanma Zamanı	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
6 ay içinde	607	56,3	568	59,1	1175	57,6
6 aydan önce	434	40,2	386	40,1	820	40,1
Hatırlamıyor	37	3,5	6	0,8	43	2,3
Toplam	1078	100,0	960	100,0	2038	100,0

Tablo 51’de araştırma grubundaki kişilerin son hastalıkta başvurdukları yerler incelenmiştir. Buna göre; B.Evler’de yaşayan araştırma grubundaki kişilerin yaklaşık 2/3’ü (629 kişi) son hastalıklarında özel sağlık kuruluşlarını seçerken, T.Paşa’da yaşayan kişilerin büyük bir çoğunluğu (625 kişi) kamuya ait sağlık kuruluşlarına başvurmuşlardır. İki bölgede yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin son hastalıkta başvurdukları sağlık kuruluşları farklıdır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 320,56$ p= 0,000).

Tablo 51: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalıkta Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Son Hastalıkta Başvurulan Sağlık Kuruluşu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamu	342	35,2	625	77,7	967	54,5
Özel	629	64,8	179	22,3	808	45,5
Toplam	971	100,0	804	100,0	1775	100,0

($\chi^2= 320,56$, SD= 1; p= 0,000)

Tablo 52’de araştırma grubundaki kişilerin son hastalıkta başvurdukları yerler basamaklara göre incelenmiştir. Buna göre B.Evler’de yaşayan araştırma grubundaki kişilerin tamamına yakını (876 kişi) son hastalıklarında başvuru yeri olarak hastaneleri seçerken, T.Paşa’da yaşayan kişilerin yaklaşık dörtte biri (194 kişi) son hastalıklarında birinci basamak sağlık kuruluşlarını, dörtte üçü (610 kişi) ise hastaneleri seçmiştir. Son hastalıkta başvuru yerleri bölgelere göre farklılık göstermektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=66,40$ p= 0,000).

Tablo 52: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalıkta Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarının (Basamaklara Göre) Bölgelere Göre Dağılımı

Son Hastalıkta Başvurulan Yer	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Birinci Basamak	95	9,8	194	24,1	289	16,3
2. ve 3. Basamak	876	90,2	610	75,9	1486	83,7
Toplam	971	100,0	804	100,0	1775	100,0

($\chi^2=66,40$, SD=1; p= 0,000)

Tablo 53’de araştırma grubundaki kişilerin son hastalıkta başvurdukları yerler kuruluşlara göre incelenmiştir. Son hastalıkta Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneleri en fazla T.Paşa’da yaşayan, özel sağlık kuruluşlarını ve üniversite hastanelerini ise B.Evler’de yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişiler kullanmıştır. Kuruluşlara başvurular iki bölge arasında anlamlı ölçüde farklıdır ($\chi^2=361,7$ p=0,000).

Tablo 53: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalıkta Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarının Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı

Son Hastalıkta Başvurulan Kurum	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı Kurumları	273	28,1	587	73,0	860	48,5
Üniv. Hast. ve Diğer Kamu Kurumları	69	7,1	38	4,7	107	6,0
Özel Sağlık Kuruluşları	629	64,8	179	22,3	808	45,5
Toplam	971	100,0	804	100,0	1775	100,0

($\chi^2=361,7$, SD=2 p=0,000)

Tablo 54’de araştırma grubundaki kişilerin en son hastalıklarının türü sorgulanmıştır. Son hastalıkta her iki bölgede yaşayan araştırma grubundaki kişilerin yarısından fazlası (% 58,9-% 48,8) akut bir hastalık nedeniyle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur.

Tablo 54: Araştırma Grubundaki Kişilerin En Son Hastalıktaki Sağlık Sorunlarının Dağılımı

Son Hastalıkta Başvurular	B.Evler		T.Paşa	
	Sayı	%	Sayı	%
Acil müdahale	38	3,9	93	11,5
Akut hastalık	572	58,9	393	48,8
Kronik hastalık	154	15,8	175	22
İlaç yazdırmak	18	1,9	39	4,9
Gözlük ve benzer cihaz/protez alımı	4	0,4	12	1,5
AP hizmeti	1	0,2	5	0,6
Doğum-normal gebe muayenesi	22	2,3	26	3,2
Diğer(Rapor, check-up, pansuman iğne yapt-opr.)	162	16,6	61	7,5
Toplam	971	100,0	804	100,0

Tablo 55’de Araştırma grubunda ki kişilerden son hastalıkta acil servise başvuran 131 kişinin, başvuru sırasında ki yakınmaları incelenmiştir. Acil servise kişilerin daha çok kırık, zehirlenme, bayılma ve şiddetli ağrı şikayetleri ile başvurdukları görülmektedir.

Tablo 55: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalıkta Acil Servise Başvuru Nedenlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Acile Başvuruda Yakınmalar	B.Evler		T.Paşa	
	Sayı	%	Sayı	%
Ciltte döküntü	3	8	-	-
Ateş	1	2,6	3	3,3
Zehirlenme	5	13,2	10	10,7
Şiddetli Ağrı	11	28,8	22	23,6
Bayılma	1	2,6	19	20,3
Yanık	1	2,6	3	3,2
Hipertansiyon	3	7,9	7	7,6
Travma	3	7,9	7	7,6
Kırık / Burkulma	8	21,2	3	3,3
Nefes Darlığı	-	-	4	4,3
Kanama	-	-	2	2,1
Diğer	2	5,2	13	14,0
Toplam	38	100,0	93	100,0

Tablo 56’da araştırma grubunda ki kişilerin son hastalıktaki akut sağlık sorunlarının dağılımı incelenmiştir. Son hastalıkta, Bahçelievler mah.’nde yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 20,9 kas-iskelet sistemi, % 19,4’nün solunum sistemi, % 10,7’sinin ise cilt ile ilgili problemlerden dolayı sağlık birimlerine başvurdukları görülmektedir. Talatpaşa mah.’nde ise kişilerin % 36,5’i solunum sistemine, % 18,8’i kas-iskelet sistemine ait, % 7,3’ü gastro intestinal sisteme ait yakınmalarla herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur.

Tablo 56: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalıktaki Sorunların Dağılımı

Akut Şikayetler	B.Evler		T.Paşa	
	Sayı	%	Sayı	%
Üriner Sistem Sorunları	31	5,4	15	3,9
GİS İle İlgili Sorunlar	54	9,4	29	7,3
Üreme sistemi ile İlgili Sorunlar	25	4,4	15	3,9
ÜSYE +ASYE ile ilgili Sorunlar	111	19,4	144	36,5
Kas İskelet Sistemi ile İlgili sorunlar	120	20,9	74	18,8
Psikolojik Yakınmalar	11	1,9	10	2,6
Cilt ile ilgili Problemler	61	10,7	21	5,3
DİŞ ile İlgili Problemler	27	4,7	14	3,5
Baş Ağrısı	16	2,8	16	4,1
Diğer Yakınmalar (göz-kulak-kalp vb)	116	20,4	55	13,9
Toplam	572	100,0	393	100,0

Tablo 57’de araştırma grubundaki kişilerin son hastalıktaki hastaneye yatış durumlarının bölgelere göre dağılımı görülmektedir. Son hastalıkta sağlık birimine başvuran kişilerin % 6,8’i (121 kişi) yataklı bir sağlık kuruluşunda yatmıştır. Son hastalıkta hastaneye yatış durumu iki bölge arasında farklılık göstermektedir ($\chi^2=14,5$, $P=0,000$).

Tablo 57: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalıktaki Hastaneye Yatış Durumlarının Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı

Son Hastalıkta Hastaneye Yatış Durumu	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yatan	46	4,7	75	9,3	121	6,8
Yatmayan	925	95,3	729	90,7	1654	93,2
Toplam	971	100,0	804	100,0	1775	100,0

($\chi^2= 14,5$, $SD=1$; $p=0,000$)

Tablo 58’de araştırma grubundaki kişilerden son hastalıkta hastaneye yatan kişilerin hastanede yatış gün sayısı incelenmektedir. Ortalama hastanede yatış gün sayısı 6,3 olup, hastalar en az 1gün, en çok 70 gün süresince yataklı sağlık kuruluşlarından yatarak tedavi almışlardır.

Tablo 58: Araştırma Grubundaki Kişilerden Son Hastalıkta Hastaneye Yatanların Hastanede Yatış Gün Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı

Hastanede Yatış Gün Sayısı	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-5	38	82,6	41	54,7	79	65,3
6-10	4	8,7	17	22,7	21	17,4
11 ve Üzeri	4	8,7	17	22,7	21	17,4
Toplam	46	100,0	75	100,0	121	100

Tablo 59’da araştırma grubu kapsamındaki kişilerin son hastalıkta hastaneye yatma durumunun kronik hastalık/sakatlığın varlığına göre dağılımı gösterilmiştir. Kronik hastalığı olan ve olmayan kişilerin hastaneye yatışları arasında anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2= 0,79$, SD=1; p=0,37)

Tablo 59: Araştırma Grubu Kapsamındaki Kişilerin Son Hastalıkta Hastaneye Yatma Durumunun Kronik Hastalık/Sakatlığın Varlığına Göre Dağılımı

Son Hastalıkta Hastanede Yatma Durumu	Kronik Hastalık/Sakatlığın Varlığı								Toplam	
	B.Evler				T.Paşa					
	Var		Yok		Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yatmış	8	0,8	38	3,9	35	4,4	40	5,0	121	6,8
Yatmamış	235	24,2	690	71,1	288	35,8	441	54,9	1654	93,2
Toplam	243	25	728	75	323	40,2	481	59,8	1775	100,0

Tablo 60’da Araştırma grubu kapsamındaki kişilerin son hastalıkta hastaneye yatma durumunun cinsiyete göre dağılımı gösterilmektedir. Hastaneye yatışta iki cinsiyet arasında fark yoktur ($\chi^2= 0,46$, SD=1; p=0,49)

Tablo 60: Araştırma Grubu Kapsamındaki Kişilerin Son Hastalıkta Hastaneye Yatma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Son Hastalıkta Hastanede Yatma Durumu	Cinsiyet								Toplam	
	B.Evler				T.Paşa					
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yatmış	21	2,2	25	2,6	29	3,6	46	5,7	121	6,8
Yatmamış	410	42,2	515	53,0	326	40,5	403	50,1	729	93,2
Toplam	431	44,4	54,0	55,6	355	44,2	449	55,8	1775	100,0

Tablo 61’de araştırma grubundaki kişilerin son altı ay içerisinde hekime gitme sıklığı incelenmiştir. Son altı aylık dönem içerisinde 533 kişi en az bir kere hekime başvurmuştur. Talatpaşa mahallesinde yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin 91’i (% 18,5) son altı ay içerisinde 5 ve daha fazla sayıda hekime başvurmuştur. Son altı aylık dönem içerisinde ortalama hekime başvuru sayısı 2,28’dir.

Tablo 61: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Altı Ay İçerisinde Hekime Gitme Sıklığı

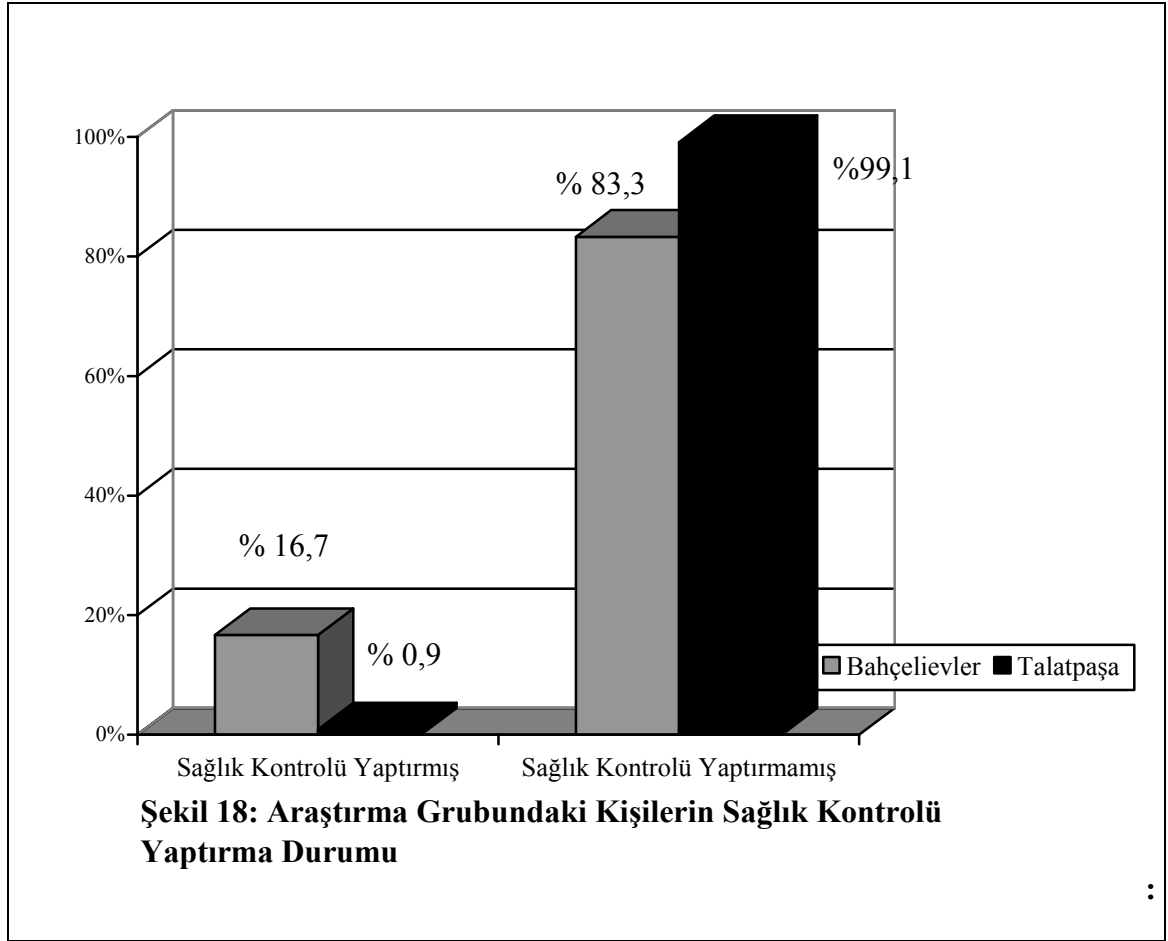
6 Ay İçinde Doktora Gitme Sıklığı	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1-2	468	77,5	319	64,7	787	71,7
3-4	92	15,2	83	16,8	175	16,0
5-6	37	6,1	63	12,8	100	9,1
7 ve Üzeri	7	1,2	28	5,7	35	3,2
Toplam	604	100,0	493	100,0	1097	100,0

Tablo 62’de araştırma grubundaki kişilerin son 6 ay içerisinde sağlık kontrolü yaptırma durumunun bölgelere göre dağılımı incelenmiştir. B.Evler’de yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 16,7’si (185 kişi), T.Paşa’da yaşayan araştırma grubundaki kişilerin % 0,9’u (194 kişi) son 6 ay içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadığı halde sağlık kontrolünden geçmiştir. İki bölgede yaşayan araştırma grubundaki kişilerin son 6 ay içerisinde sağlık kontrolünden geçme durumları anlamlı ölçüde farklıdır ($\chi^2=153,7$ p=0,000).

Tablo 62: Araştırma Grubundaki Kişilerin Son 6 Ay İçerisinde Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu

Sağlık Kontrolü	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaptırmış	185	16,7	9	0,9	194	9,3
Yaptırmamış	921	83,3	970	99,1	1891	90,7
Toplam	1106	100,0	979	100,0	2085	100,0

($\chi^2=153,7$ SD=1; p=0,000)



Lise ve üzeri eğitime sahip kişiler, diğer gruplara göre daha fazla sağlık kontrolünden geçmektedir ($\chi^2=131,6$, p=0,000). Araştırma grubundaki sağlık kontrolü yaptıran kişilerin eğitim durumlarının dağılımı Tablo 63'te gösterilmektedir.

Tablo 63: Araştırma Grubundaki Son 6 Ay İçerisinde Sağlık Kontrolü Yaptıran Kişilerin Eğitim Durumlarının Dağılımı

Eğitim Durumu	Sağlık Kontrolü Yaptırmış		Sağlık Kontrolü Yaptırmamış		Toplam (n=2085)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OKY+OY	3	1,7	170	93,8	173	100
İlkokul Mezunu	20	2,6	753	97,4	773	100
Ortaokul Mezunu	15	5,6	254	94,4	269	100
Lise Mezunu	55	12,1	401	87,9	456	100
Üniversite ve Üstü	101	24,4	313	75,6	414	100

($\chi^2=131,6$, SD=1; p=0,000)

Tablo 64'te araştırma grubundaki kişilerin son hastalıkta başvurduğu yer/yöntem ile genellikle başvurduğu yer/yöntem karşılaştırılmıştır. Araştırma grubunda her iki bölgede yaşayan kişilerin yaklaşık % 67,2'si son hastalıklarında da genellikle başvurduğu yol ya da yöneme başvurmuştur; ancak % 31,4-% 34,4'ü farklı davranış sergilemiştir. İki bölgede yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kişilerin genellikle ve son hastalıkta sergilediği sağlık hizmeti alma davranışları birbirinden farksızdır ($\chi^2=2,1$ p=0,147).

Tablo 64: Araştırma Grubundaki Kişilerin, Genellikle ve Son Hastalıktaki Sağlık Hizmeti Alma Davranışlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Genellikle ve Son Hastalıkta Sağlık Hizmeti Alma Davranışı	B.Evler		T.Paşa		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aynı	740	68,6	630	65,6	1370	67,2
Farklı	338	31,4	330	34,4	668	32,8
Toplam	1078	100	960	100	2038	100,0

($\chi^2=2,1$, SD=1; p=0,147)

TARTIŞMA

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Yaş

Araştırmaya alınan kişilerin yaş ortalaması $37,7 \pm 15$ 'dir. Yaş gruplarının dağılımına bakıldığında % 21,2'si 25 yaş altında, % 47,3'ü 25-44 yaş arasında ve % 31,5'i 45 yaş üzerindedir.

Bu oranlar Alkoy'un 2002 yılında İstanbul'un Ümraniye ilçesinde yapmış olduğu bir çalışmada sırasıyla % 13,6, % 62,3, ve % 24,1 şeklinde bulunmuştur (45). 2003-TNSA'ya verilerine bu oranlar sırasıyla % 26,3, % 40,6, % 33 dür (59). Araştırma grubunda 65 yaş üstü nüfusun oranı % 6,4 olarak bulunmuştur. 2003-TNSA'ya göre bu oran % 7 (kentsel alanda % 6) olarak verilmektedir (59).

Cinsiyet

Araştırma grubundaki kişilerin % 47,5'i erkek, % 52,5'i kadındır. DİE'nin 2003 yılı verilerine göre nüfus kütüklerine kayıtlı nüfusun % 49,97'si erkek, % 50,03'ü kadın olarak belirtilirken, TNSA 2003 yılı verilerinde bu oranlar sırasıyla % 49 ve % 51'dir (59,60). Araştırma grubunda bulduğumuz cinsiyet dağılımı Türkiye geneli ile uyumludur. Yaş grupları ve cinsiyete göre dağılım incelendiğinde; 65 yaş üstü ve 25 yaş altı kadınların erkeklerden sayıca fazla olduğu, diğer yaş gruplarındaki erkek/kadın oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Medeni Durum

Araştırma grubundaki kişilerin % 65,8'i evli, % 26,9'u bekâr, % 5,3'ü dul, % 1,7'si boşanmış ya da ayrı yaşamaktadır. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre; Türkiye'de kentte yaşayan nüfusun % 60'ı evli, % 30 'u bekâr, % 9 dul, % 1'i ise eşinden boşanmış/ayrı yaşamaktadır (61). B.Evler mah.'ndeki boşanmış/ayrı yaşayan kişilerin oranının (% 2,9), Türkiye genelinden yüksek olması bu bölgede yaşayan kişilerin eğitim ve SED'leri ile ilgili olabilir.

Eğitim Durumu

Araştırmaya alınan kişilerin % 5,8'i okur-yazar değil, % 2,5 okur-yazar, % 37,1'i ilkokul mezunu, % 12,9'u ortaokul mezunu, % 21,9'u lise mezunu, % 19,8'i yüksekokul mezunudur. Araştırma grubunun % 8,3'ü temel eğitim almamıştır. Temel eğitim almamış kişilerin tamamına yakını T.Paşa mah.'nde yaşamaktadır. Temel eğitim almamış kişilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında; % 6,8'inin kadın, % 1,5'inin erkek olduğu görülmektedir. Bu durum ülkemizdeki kadın statüsü ile örtüşmektedir. Yüksek okul mezunları arasında ise erkeklerin oranı daha fazladır (% 18,1-% 19). Usta tarafından 1999 yılında yapılan araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (62).

DİE'ye göre nüfusun % 12,7'si okur-yazar değildir (kadınlarda % 19,4 – erkeklerde % 6,1). Araştırma grubundaki temel eğitimi olmayan kişilerin nüfus içindeki oranı ülke genelinden düşüktür ancak eğitimsiz kişilerin cinsiyetleri arasındaki fark DİE'nin verileri ile benzer özelliktedir. Yine yetişkinlerde yüksekokul mezunu oranı ülke genelinde % 6 iken bizim araştırmamızda % 20 oranında bulunmuştur (60). Bu durum incelenen kişilerin kentsel alanda oturmaları ve eğitim olanaklarından daha fazla yararlanabilmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Gelir Getirici İş

Araştırma grubunun % 42,5'i son bir yıldır gelir getirici bir işte çalışmaktadır. B.Evler'de gelir getirici bir işte çalışanların oranı T.Paşa'ya göre daha fazladır (% 46,9 – % 37,5). Araştırma grubundaki çalışan kişilerin bu işteki durumlarına bakıldığında; % 70,8'inin ücretli-maaşlı bir işte, % 27,7'sinin ise kendi hesabına ya da işveren olarak çalıştığı görülmektedir. Çalışma durumları bölgelere göre incelendiğinde; B.Evler'deki kişilerin % 60,9'u ücretli-maaşlı, % 39,1'i ise kendi hesabına/iş veren olarak çalışmaktayken, T.Paşa'daki kişilerin % 84,7'sinin ücretli-maaşlı bir işte çoğunlukla işçi statüsünde çalıştıkları görülmektedir. Ülke genelinde kentlerde çalışanların % 65,5'i ücretli maaşlı bir işte çalışırken, % 21,1'i kendi hesabına/iş veren olarak çalışmaktadır (60). Bu çalışmada özellikle Talatpaşa mahallesinde ücretli-maaşlı bir işte çalışanların oranı ile Bahçelievler mahallesinde iş veren/kendi hesabına çalışan kişilerin oranı DİE'nin verilerine oranla daha

yüksek bulunmuştur. Bu durum kişilerin eğitim durumları ile ilgili olabilir. Eğitim durumu yüksek olan kişiler çoğu zaman daha yüksek gelirli işlerde çalışmaktadırlar ve kendi hesabına iş açma olanağına, eğitimsiz kişilere göre daha fazla sahiptirler.

Son bir yıldır gelir getiren bir işte çalışmayanların çalışmama nedenlerinin içinde % 57,8 ile ev hanımı olma birinci sırada, emekli olma ikinci sırada, öğrenci olma üçüncü sırada yer almaktadır. Ülke genelinde de ev hanımı olma (% 73) çalışmama nedenlerinin başında yer almaktadır (61). İşsizlik nedeniyle çalışmayanların oranı % 5'dir (B.Evler % 2,7- T.Paşa % 7,2). Usta tarafından 1999 yılında Erbaa ilçe merkezinde yapılan araştırmada işsizlik oranı % 9,4 olarak bulunmuştur. Ülke genelindeki işsizlik oranı % 10,3'tür (60). Araştırma sonucu elde ettiğimiz işsizlik oranı ülke geneline ve yapılmış olan araştırmaya göre daha düşüktür (60,62). İşsizlik oranının düşük olması B.Evler'deki kişilerin eğitim gerektiren nitelikli mesleklere sahip olmalarından, T.Paşa'daki kişilerin ise çoğu zaman düşük ücretli işlerde çalışmaya razı olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Hane Halkı Büyüklüğü

Araştırmaya alınan iki bölgede hane halkı büyüklüğü sırasıyla 3,5 ve 4,5'dur. Ortalama hane halkı büyüklüğü İstanbul için 3,85 iken Türkiye geneli için bu sayı 4,5'dir (60). Alkoy'un Ümraniye'de yapmış olduğu çalışmada ortalama hane halkı büyüklüğü 4,8 bulunmuştur (45). Her iki bölge genelinde hane reisinin cinsiyetine bakıldığında, % 87 oranı ile erkeklerin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu oran Türkiye geneli (% 87,5) ile örtüşmektedir (61).

Sağlık Güvencesinin Varlığı ve Türü

Araştırma grubundaki kişilerin % 85'inin sağlık güvencesi vardır. Bu oran B.Evler'de ve T.Paşa'da sırasıyla % 93,4 - % 75,6'dır. Türkiye genelinde bu oran % 88,8'dir (24). Alkoy Ümraniye'de bu oranı % 65 olarak bulmuştur. Sosyal güvence türlerine bakıldığında ilk sırada % 70,3 ile SSK'nın, % 15,5 ile Bağ-kur'un, % 10,5 ile EMS'nin, % 0,7 ile özel sigortanın geldiği görülmektedir. Bu oranlar Türkiye geneli ile uyumludur (63). Ayrıca araştırma grubunda % 10,5'lik kesimin, hem kamu finansmanlı sağlık güvencesi hem de özel sağlık sigortası bulunmaktadır. B.Evler'de özel sağlık sigortası olanların, T.Paşa'da ise SSK'sı olanların oranı Türkiye genelinden yüksektir. Özel sağlık sigortasının yüksek oranda bulunması B.Evler'deki kişilerin gelirlerinin yüksek oluşundan ve işteki konumlarından, SSK'luların yüksek oluşu ise T.Paşa'da işçi statüsünde çalışan kişilerin sayısının fazlalığından kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık Güvencesi Olan Kişilerin Cepten Harcamaları

Araştırmaya alınan kişilerden sağlık güvencesi olmayanların tamamına yakını sağlık hizmetlerini kullanımda cepten doğrudan ödeme yapmaktayken, sağlık güvencesi olanlarında % 49,4'ü de cepten ödeme yapmaktadır. Sosyal güvence kapsamındaki nüfusun sağlık hizmetlerini çoğunlukla sağlık güvencesi doğrultusunda alması beklenmektedir. Alkoy'un Ümraniye'de yapmış olduğu araştırmada, sağlık hizmeti kullanımında kişilerin % 37,2'sinin cepten doğrudan ödeme yaptıkları bulunmuştur (45). Araştırmaya alınan kişilerde cepten ödeme yapma oranının daha yüksek bulunmasının nedeni, sosyo-ekonomik durumun göreceli olarak daha iyi olduğu kişilerde sağlık güvencesinin yanında cepten ödeme yaparak sağlık hizmeti kullanma eğiliminin varlığı olabilir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

B.Evler'de sağlık hizmeti kullanımında öncelikle başvuru yerleri; % 54,2 ile özel hastaneler, % 30,8'i ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri, T.Paşa'da ise ilk sırada % 65,6 ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin geldiği görülmektedir. Pehlivan ve arkadaşlarının Malatya'da sağlık hizmetlerinin kullanımı ve hasta memnuniyeti ile ilgili yaptıkları araştırmada ve Sağlık Bakanlığının 1992 yılında BİGDAŞ'a yaptırmış olduğu Türkiye'de Sağlık Hizmetlerini Kullanım araştırmasında (TSHK); kentte yaşayan kişilerin % 57,6'sının ilk başvuru yeri olarak hastaneleri tercih ettiği bulunmuştur (44,52). Başvuru yerleri B.Evler'de öncelikle özel sağlık kuruluşları (% 60,9), T.Paşa'da ise kamu sağlık kuruluşlarıdır (% 72,7). B.Evler'de birinci basamak sağlık kurumlarının kullanımı % 8,0 oranında, T.Paşa'da ise % 12,3 oranında bulunmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımı, Alkoy'un 2002 yılında Ümraniye'de yapmış olduğu araştırmada % 48, 1992 yılında yapılan TSHK araştırmasında % 30,6, DİE'nin 2004 yılında yapmış olduğu yaşam memnuniyeti araştırmasında ise % 28 olarak bulunmuştur (45,52,64). Araştırma sonucu elde ettiğimiz hastane kullanım oranı, yapılmış olan çalışmaların oranlarından yüksek, birinci basamak kurumlarının kullanım oranı ise düşük bulunmuştur. Bunun nedeni kişilerin kent merkezlerinde oturuyor olmaları ve hastaneye ulaşımında güçlük çekmiyor olmalarından ya da uzman hekim muayenesini tercih etmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Hastalandığında hekime başvurmayan ve farklı yollarla sağlık arama davranışı sergileyen kişi sayısı iki bölge arasında önemli derecede farklılık göstermektedir (% 3- % 15). B.Evler'de hekime başvurmayan kişilerin sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri

incelendiğinde; hastalanmam/çok nadir hastalanırım şeklinde cevap verenlerin oranı % 2,5 iken, eczaneden ya da evdeki ilaçlardan kullanım % 0,5'dir. T.Paşa'da bu oranlar sırasıyla % 1,9 ve % 9,2'dir. Usta tarafından Erbaa ilçe merkezinde yapılan araştırmada sağlık kuruluşları dışında farklı yollara başvuranların oranı % 7,7, Özer'in yaptığı araştırmada ise kendi kendine tedavi yolunu seçenlerin oranı % 11,3 olarak bulunmuştur (62,65). İki bölgedeki hekime başvurmayan kişilerin oranları ile sağlık arama davranışlarındaki farklılıklar, kişilerin eğitim ve iş durumlarından (SED) kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya alınan her iki bölgede sağlık hizmetlerini kadınların erkeklere göre daha fazla oranda kullandığı bulunmuştur. Türkiye genelinde yapılmış olan TSHK araştırmasında da sağlık hizmetlerini kadınların erkeklerden daha yüksek oranda kullandıkları görülmüştür (52). Cinsiyetlere göre başvuru yapılan sağlık kuruluşlarına bakıldığında B.Evler Mahallesi'nde yaşayan kadınlar hem özel sağlık kuruluşlarını hem de kamuya ait sağlık kuruluşlarını erkeklere oranla daha fazla kullanmaktadır. T.Paşa Mahallesi'nde yaşayan araştırma grubu kapsamındaki kadınlar kamuya ait sağlık kuruluşlarını erkeklere oranla, erkekler ise özel sağlık kuruluşlarını kadınlara oranla daha fazla kullanmaktadır. Özellikle reşit yaşa gelmiş erkek çocukları eğitimlerine devam etmiyorlarsa anne-babadan kaynaklanan sağlık güvencelerini kullanamamakta, çoğu zamanda sigortasız işlerde çalıştırıldıkları için sağlık güvenceleri bulunmamaktadır. Bu kişilerin özel sağlık kuruluşlarını tercih etmeleri sağlık güvencesinin yokluğundan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya alınan her iki bölgede sağlık hizmetlerini evlilerin bekârlara göre daha fazla kullandıkları görülmüştür (% 50,5-% 23,8). B.Evler Mahallesi'nde yaşayan evli ve bekâr kişilerin tercih ettikleri yer çoğunlukla özel sağlık kuruluşları iken, dul olanlar kamuya ait sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlanmaktadır (% 53,6). T.Paşa Mahallesi'nde yaşayan kişilerin medeni durumları ne olursa olsun tüm gruplar içerisinde ağırlıklı olarak kamu sağlık kuruluşlarını kullanmaktadırlar (% 74,2-% 65,5-% 86,8). Her iki bölgede hekime başvurmamayan grup içerisinde çoğunluklu olarak bekâr kişilerin yer aldığı görülmektedir (% 5,7-% 17,4). Usta'nın 1999 yılında Erbaa'da, Ersönmez'in 1998 yılında Yenice SO bölgesinde yapmış olduğu çalışmada evlilerin bekârlara oranla daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlandıkları bulunmuştur (60,65).

Gelir getirici bir işte çalışmayan kişiler, çalışan kişilere oranla daha fazla sağlık hizmetlerini kullanmaktadır (% 57,5-% 42,5). Çalışma şekline göre bakıldığında; her iki bölgede de kendi hesabına ve ücretli çalışanların büyük bir kısmının, hastanelere başvurdukları görülmektedir (B.Evler'de hastane kullanımı;kendi hesabına çalışanlar % 34,6-ücretli çalışanlar % 54,6, T.Paşa; kendi hesabına çalışanlar % 6,8-ücretli çalışanlar % 54,5).

T.Paşa'da kendi hesabına çalışan kişiler diğer bölgeye oranla daha az sağlık hizmetlerini kullanmaktadır (% 3-% 1). Bunun nedeni kendi hesabına çalışan kişilerin çoğunluklu olarak sağlık güvencesinden yoksun olmalarından ve çok zorda kalmadıkça sağlık hizmetlerini kullanma eğiliminde olmamalarından kaynaklanıyor olabilir. Ücretli-maaşlı çalışan kişiler hekime en az başvuran gruptur (% 20,4). Bunun nedeni, kişilerin çalışmış oldukları işte, yaşadıkları yoğunlukla ya da bu işteki pozisyonları ile ilgili olabilir. Özellikle T.Paşa Mahallesi'ndeki çalışan grubun çok büyük bir kısmı (% 84,7) işçidir. Bu gruptaki kişiler sağlık sorunlarını önemsemiyor ya da iş nedeniyle erteliyor olabilirler. Ümraniye'de 2002 yılında yapılmış olan araştırmada; çalışmayan kişilerin, çalışanlara oranla daha fazla sağlık hizmetlerini kullandıkları, kendi hesabına çalışanların büyük bir kısmının hastanelere başvurdukları (% 57,8), ücretli-maaşlı çalışanlarında ise birinci basamak ve hastane kullanımının benzer oranlarda olduğu görülmüştür (45).

B.Evler'deki kişilerin sağlık güvencesine bakılmaksızın çoğunlukla özel sağlık kuruluşlarını seçtikleri bulunmuştur. Özellikle sağlık güvencesi olmayan grupta özel sağlık kuruluşlarının kullanımı, kamu sağlık kuruluşlarından 4 kat fazladır (% 17,8-% 72,6). Bu durum sosyal güvencesi olmayan grup için beklenen bir olgudur ancak sosyal güvenceye sahip grup yüksek oranda özel sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (% 60,1). Bu bölgede özel sağlık sigortasına sahip kişilerin sayı olarak fazlalığı, kamu finansmanlı sağlık güvencesine sahip kişilerin sağlık güvenceleri ile kısmi olarak özel sağlık kuruluşlarından yararlanabiliyor olmaları ve kişilerin ekonomik durumlarının iyi olması, onların kamu hastanelerine olan başvurularını azaltıyor olabilir. Araştırma grubunda T.Paşa Mahallesi'nde yaşayan sosyal güvenceye sahip kişilerin çoğunlukla sağlık güvencelerinin geçerli olduğu sağlık kuruluşlarına başvurduğu, sağlık güvencesi olmayan gruptaki kişilerin de aynı doğrultuda bir kullanımın sergilediği görülmektedir. Bu bölgede yaşayan kişilerin pek çoğu düşük gelir grubundadır. Düşük gelirli, sağlık güvencesine sahip kişiler, sağlık sorunları ile karşılaştıklarında çoğunlukla cepten ücret ödeyemezler ya da ödemek istemezler. Sağlık güvencesi olan grup cepten ücret ödemeyecekleri, sağlık güvencesi olmayan grup ise daha düşük miktarlarda ücret ödeyecekleri için kamu kurumlarına yöneliyor olabilirler. Hekime başvurmama, sağlık güvencesi olmayan grupta, sağlık güvencesi olan gruba göre çok daha yüksektir (% 28,5). Ümraniye'de yapılmış olan çalışmada sağlık güvencesine sahip kişilerin % 66,7'sinin kamu finansmanlı sağlık kuruluşlarına, olmayanların % 58'inin özel sağlık kuruluşlarına başvurduğu, hekime başvurmayan grubun ağırlıklı olarak sosyal güvenceye sahip olmayan kişilerden oluştuğu görülmüştür (45). Ersönmez'in 1998 yılında Yenice Sağlık Ocağı bölgesinde yapmış olduğu çalışmada sağlık güvencesi olan kişilerin kamu hastanelerini

daha çok kullandıkları, Erbaa ilçe merkezinde ve Ankara'da yapılan çalışmada sosyal güvencesi olanların, olmayanlara göre (sırasıyla % 63,9-% 45,4, % 64- % 43) daha fazla sağlık kuruluşlarına başvurdukları görülmüştür (45,62,66).

Araştırmaya alınan her iki bölgedeki kişilerin % 28,4'ünün kronik bir hastalığının olduğu, kronik bir hastalığı olanların da daha fazla hekime başvurdukları bulunmuştur. Çalışkan ve arkadaşlarını yapmış oldukları araştırmada bu oran % 22,5 olarak bulunmuştur (68). Yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ile ilgili yapılmış bir çalışmada yaşlı nüfusun % 83,8'inde en az bir kronik hastalığın olduğu saptanmıştır (69). Kronik hastalık ya da sakatlığı olan kişilerin tercihleri çoğunlukla kamuya ait sağlık kuruluşlarından yanadır. 1992 yılında yapılan TSHK araştırmasında kronik hastalığı olanların yaklaşık 3 kat daha fazla hekime başvurduğu saptanmıştır (52). Erbaa ilçe merkezinde 1999 yılında, Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 2001 yılında (67) ve Ümraniye de 2002 yılında (45) yapılmış olan çalışmalarda kronik hastalığın varlığında hekime başvuru sıklığının ve sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığı ve kişilerin tercihlerinin çoğunlukla hastanelerden yana olduğu bulunmuştur.

B.Evler'de eğitim durumu yükseldikçe kamu kurumlarına yönelim azalmaktadır. T.Paşa'da ise eğitim durumuna bakmaksızın kamuya yönelim daha fazladır. TSHK araştırmasında da düşük eğitilmiş kişilerin ilk tercih ettikleri yer kamu sağlık kuruluşları, yüksek eğitilmiş kişilerin ilk tercih ettikleri yerler ise özel muayenehaneler olduğu ve üniversite mezunlarının sağlık hizmetlerini belirgin şekilde fazla kullandığı , diğer gruplarda sağlık hizmetlerinin kullanımının benzer oranlarda olduğu saptanmıştır (52). Yine Erbaa ilçe merkezinde 1999 yılında yapılan araştırmada eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (62). T.Paşa'daki kişilerin kamuya ait sağlık kuruluşlarını fazla kullanmalarının nedeni; burada yaşayan kişilerin sosyal güvenlik kurumu olarak SSK'lı olmaları, genellikle ücretli bir işte çalışmaları, eğitim ve SED'lerinin daha düşük olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Eğitim durumu ve işindeki konumuna göre belirlenmiş olan SED'e göre hizmet kullanımına bakıldığında; Bahçelievler mahallesinde SED'i düşük olan grupta kamu finansmanlı sağlık kuruluşları ile özel sağlık kuruluşlarının kullanımı benzer oranlarda iken, orta ve yüksek SED'de özel sağlık kuruluşlarının kullanımı ön plana çıkmaktadır. SED düzeyi yüksek olanlar yüksek öğrenimlidirler ve çoğunlukla Emekli Sandığı/özel sigorta kapsamındadırlar. Sağlık güvencelerinin geçerli olduğu Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneleri ya da özel hastaneleri tercih etmeleri normaldir. T.Paşa Mahallesi'nde ki tüm gruplarda, özellikle de düşük SED'e sahip kişilerde kamu sağlık kuruluşlarının kullanımının yaygınlığı

göze çarpmaktadır. Bölge içerisinde özel sağlık kuruluşlarının kullanımı diğer bölgenin tersi şeklinde biçimlenmiştir. Özel sektörü en fazla kullanan SED’i düşük gruptur. SED’i düşük olanlar, genellikle düşük eğitilmiş, niteliksiz eleman olarak çalışanlardır ve bunların ya sağlık güvenceleri yoktur ya da SSK kapsamındadırlar; dolayısıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarını kullanıyor olmaları normaldir. Yurt dışında sağlık bakım sistemi ve ilişkilerde mesafenin ve sosyal sınıfların etkisi üzerine yapılan bir araştırmada sosyal sınıfların sağlık hizmetlerini kullanımlarının farklı olduğu (70), Belek’in Antalya’da yapmış olduğu bir çalışmada ise; birinci basamak özel sağlık kuruluşlarını en fazla küçük ve orta ölçekli burjuvaların, özel hastaneleri ise büyük burjuvaların daha çok tercih ettikleri görülmüştür (71).

B.Evler’de sağlık hizmetlerini en fazla 26-35 yaş grubu kullanmaktadır. Sağlık hizmetlerini kullanmayan kişilerin önemli bir bölümü 16-25 yaş grubundadır (% 1,4). 16-25 yaş grubu, daha genç olmaları dolayısıyla daha az ve/veya daha önemsiz sağlık sorunu yaşıyor ve bu nedenle hekime başvurumuyor olabilir. Özel sağlık kuruluşlarını özellikle 26-35 yaş grubunun kullanıyor olması, bu gruptaki kişilerin nitelikli meslek sahibi olması ve göreceli olarak yüksek gelirli işlerde çalışıyor olmaları nedeniyle olabilir. Hekime başvurmayan grup arasında en düşük oran % 0,1’ile 66 yaş ve üzerindeki yaşlı kesimindir. Bu yaş grubundaki kişilerin sağlık kuruluşlarını daha fazla kullanmaları beklenen bir olgudur. Öztürk ve arkadaşlarının 2001 yılında Kayseri’de yapmış oldukları bir çalışma sonucunda da yaş ile sağlık hizmetlerinin kullanımının ve hekime başvuru sıklığının arttığı bulunmuştur (67). Yine Erbaa ilçe merkezinde yapılan çalışmada hekime en yüksek başvuruda bulunan grubun 65 yaş üstü grup (% 75,4) olduğu görülmüştür (62).

T.Paşa’da sağlık hizmetlerini en fazla kullanan 16-25 yaş grubundaki kişilerdir (% 19,2). Bu kişilerin diğer yaş gruplarından daha yüksek oranda sağlık hizmetlerine başvuruyor olması; bölgede ilköğretim sonrası hemen işe başlama, küçük yaşta işçiliğin yaygın olması ve uygun olmayan işlerde çalışıyor olma, kötü- hijyenik olmayan ortamlarda yaşıyor olma, gelir durumunun düşük olması gibi sağlık durumunu doğrudan/dolaylı etkileyen faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Hekime başvurmama oranları 16-45 yaş grupları arasında benzer oranlarda olup (% 4,3, % 5,1, % 4,2) çoğunlukla sağlık güvencesinin yokluğu ya da ekonomik nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Hane reisine yakınlığa ve genellikle sağlık hizmetlerinin kullanımına bakıldığında hane reisinin ve eşinin sağlık hizmeti almak için seçtikleri kuruluşların benzer olduğu görülmektedir. Her iki grupta hane reisinin eşi konumundaki kişilerin (çoğunlukla kadın) hekime başvurmama oranları diğer gruplara oranla oldukça düşüktür (% 0,2-% 2,5).

B.Evler'de hane reisi, hane reisinin eşi ve hanedeki diğer kişiler özel sağlık kuruluşlarını, kamu sağlık kuruluşlarından daha yüksek oranlarda kullanmaktadır. T.Paşa'da hane reisi-eşi ve hanedeki diğer kişiler çoğunluklu olarak kamu sağlık kuruluşlarını kullanmaktadır. Bu bölgede özel sektörün kendi içinde kullanımına bakıldığında; hane reisi ve eşinin dışında kalan ailedeki diğer bireyler tarafından daha çok kullanıldığı görülmektedir. Bu grupta özel sektörün fazla kullanılıyor oluşu, ailedeki sigortasız çalışan erkek çocuklarından kaynaklanıyor olabilir. Genç yaştaki erkek çocuklarının büyük bir kısmı sigortasız işlerde çalışmakta ve yaşları nedeniyle anne-babadan kaynaklanan sağlık güvencelerini kullanamamaktadırlar. Bu durumda da çoğunluklu olarak en yakın sağlık kuruluşuna başvurumaktadırlar. En yakın sağlık kuruluşu çoğu zaman özel bir sağlık kuruluşu olmaktadır. Çünkü özel sağlık kuruluşları, kamu finansmanlı sağlık kuruluşlarından sayısal anlamda daha çok ve insanların çoğu için kamu sağlık kuruluşlarına göre daha yakın yerleşimlidir. Cengiz ve arkadaşlarının 1990 yılında yapmış oldukları çalışmada hane reislerinin % 81'inin, eşlerinin ise %13,5'inin hasta olmalarına rağmen herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı (72), Yenice SO bölgesinde yapılmış olan çalışmada hane reisi ve eşlerinin ailedeki diğer kişilerden daha fazla sağlık hizmetlerini kullandıkları (66), Çetinkaya ve arkadaşlarının Kayseri'de yaptıkları bir araştırmada ise aile reisinin sağlık hizmetleri yönünden eğitilmelerinin ailelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını artırdığını görülmüştür (73).

Sağlık güvencesi olanların sağlık hizmeti almak için ödedikleri ücretlere bakıldığında ; B.Evler'de yaşayan kişilerin % 60,9'unun, T.Paşa'da yaşayan kişilerin % 32,5'nin bir kamu finansmanlı sağlık güvencesi olmasına rağmen, bu güvenceyi çeşitli nedenlerle kullanmadıkları/kullanamadıkları ve aldıkları tüm sağlık hizmetlerinin karşılığında doğrudan ücret ödedikleri görülmektedir. B.Evler'de özel sigortaya sahip kişilerin anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarına gittiklerinde aldıkları tüm hizmetlerin karşılığında ödedikleri ücret cepten harcamaların % 25,8'ni, kamu finansmanlı sağlık güvencesi olanların, anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarına gittiklerinde ödedikleri ücret ise cepten harcamaların % 9'unu oluşturmaktadır. T.Paşa'da ise kişilerin büyük çoğunluğu kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehanelerine gitmekte ve özel muayene ücreti ödemektedir. Kamu finansmanlı sağlık güvencesi olanların % 8,8'i ise anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından yararlanmakta ve anlaşma doğrultusunda aldığı sağlık hizmeti karşılığı ödeme yapmaktadır. Özellikle T.paşa'daki kişilerin özel hekim

ücreti ödüyor olmaları, kamu sağlık kuruluşlarına başvurularında hekimin onlarla daha iyi ilgilendiğini düşünüyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Kılıç'ın 1995 yılında Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada her hangi bir sağlık hizmeti almak için başvuranların % 84'ünün doğrudan harcama yapmış olduğu, yapılan harcamalarında % 45'ini ilaçların, % 31'ini de tetkiklerin oluşturduğu ve sosyal güvencesi olmayan grupta sağlık harcamalarının, olanlardan 4 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Cepten yapılan harcamaların benzer oranlarda olduğu, ancak yapılan harcama türlerinde farklılıkların olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeni B.Evler'de oturan kişilerin büyük bir kısmının kamu sosyal güvencelerini hiç kullanmaması ve direkt özel sağlık kuruluşlarına başvuruyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen çeşitli etmenler vardır. Bunların bir kısmı kişiden, bir kısmı sağlık hizmeti sunan kuruluştan kaynaklanmaktadır. Bu çalışma sonucunda kullanımı etkileyen kişisel etmenler içerisinde özellikle yüksek SED'e sahip olmanın sağlık hizmetlerinin kullanımını yaklaşık 7 kat artırdığı görülmüştür. Kullanımı etkileyen ikinci faktör kronik hastalık, üçüncül faktör cinsiyet, dördüncü faktör ise kişilerin eğitim durumlarıdır.

SAĞLIK KURULUŞLARINI SEÇİM NEDENLERİ

Sağlık hizmeti almak üzere sağlık kuruluşuna başvuranların, başvurdukları yeri seçim nedenlerine bakıldığında % 29,1 ile sosyal güvencenin varlığı ilk sırada, % 13,6 ile başvuru yerinin kalabalık olmayışı ikinci sırada, % 10,4 ile erişilebilirlik kriterleri içinde sayılan ulaşım kolaylığı ve yakınlık üçüncü sırada ifade edilmiştir. "Bakımın iyi olması ve nazik davranılmasını tercih nedeni olarak belirtenlerin oranı %12,4'dür. T.Paşa'da sağlık kuruluşuna başvuranların, tercih nedenlerine bakıldığında % 73,3'ünün sosyal güvence, ekonomik yönden uygunluk ve sağlık kuruluşunun yakınlığı nedeniyle sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri görülmektedir. Araştırma grubundaki kişilerin kamu hastanelerini tercih nedenlerinin başında sosyal güvence, özel hastanelerin tercih nedenlerinin başında bakım ve ilginin yüksek oluşu, sağlık ocaklarını tercihinde ise yakınlık ve tanıdık hekimin bulunması etkili olmaktadır.

DİE'nin yapmış olduğu yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre kişilerin ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşları kamuya ait hastanelerdir ve buraları tercih nedenlerinin başında zorunluluk gelmektedir (% 82,2) (64). Sağlık ocaklarının tercih nedenlerinin başında yakınlık gelirken, özel hastaneler hizmetten duyulan memnuniyet nedeniyle tercih edilmektedir. Tercih nedenleri ile ilgili elde ettiğimiz bulgular, DİE'nin sonuçları ile uyumludur. Pala ve Ergen'in İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde hizmet alan kesimin hoşnutluk ve beklentileri ile ilgili yapmış oldukları araştırmada kişilerin hastaneleri seçiminde sosyal güvencenin, sağlık ocaklarının seçiminde ise yakınlık ve ekonomik nedenlerin etkili olduğu (48) ; Özcebe ve arkadaşlarının Ankara Gülveren S.O bölgesi Anadolu Mah.'nde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmetlerini kullanımı ile ilgili yapmış oldukları araştırmada kişilerin sağlık kuruluşlarını tercih nedenlerinde sağlık güvencesinin başvuru kuruluşta geçerliliği ile sağlık kuruluşunun yakınlığının önemli olduğu (69); Çetinkaya ve arkadaşlarının Kayseri de yaptıkları bir araştırmada ise sağlık kuruluşlarına başvuruda, kuruluşlara duyulan güvensizliğin, sağlık kuruluşu seçimini etkilediği görülmüştür (73,74).

MEMNUNİYET DURUMU

Araştırmaya alınan Bahçelievler mahallesindeki kişilerin % 78,1'i aldıkları hizmetten memnun, % 4,9'u kısmen memnun, % 17'si ise memnun değildir. B.Evler'de sağlık hizmetinden memnun olma nedenleri içinde ilk sırada % 22,5 ile muayene ve diğer işlemler için bekletilmiyor olmak, memnuniyetsizlik nedenleri içinde ise ilk sırada % 28,9 ile çok beklemek gelmektedir. Duyulan memnuniyetin büyük bir kısmı özel sağlık kuruluşlarından, memnuniyetsizliğin büyük bir kısmı da kamu sağlık kuruluşlarından kaynaklanmaktadır.

T.Paşa'da ise sağlık hizmetlerinden memnun olanlar % 58,3, kısmen memnun olanlar % 4, memnun olmayanlar % 33,1 oranındadır. Sağlık hizmetinden memnun olma nedenleri içinde ilk sırada % 49,4 ile "iyi bakım ve tedavi" alıyor olmak gelmektedir. Memnuniyetsizlik nedenleri içinde ilk sırada ise "ilgi ve tedaviden duyulan memnuniyetsizlik" yer almaktadır.

İki bölgedeki kişilerin memnuniyet ve memnuniyetsizlik nedenleri karşılaştırıldığında; B.Evler'deki kişilerin çoğunluklu olarak bekletilmekten rahatsızlık duyduğu, bekletilmemenin ve güler yüzün onlar için en önemli memnuniyet nedeni olduğu; T.Paşa'da ise kişilerin çoğunlukla tedaviden kaynaklanan bir memnuniyet ile ilgisiz davranışlardan kaynaklanan bir memnuniyetsizliği dile getirildiği görülmektedir. B.Evler'de insani davranışlar, T.Paşa'da ise tedavi ve tedavinin başarısı ön plandadır. Ancak kişilerin ortak olarak dile getirdikleri hizmetin insani boyutlar çerçevesinde alınmasıdır. Her iki bölgede de özel sağlık kuruluşları

ve birinci basamak sağlık kuruluşlarından memnuniyetin daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili DİE' nin yapmış olduğu yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre; kişilerin % 46,8'i aldıkları hizmetten memnun/çok memnun iken, % 33,2'si memnun olmadığını, % 19,9'u ise kısmi olarak memnun olduklarını belirtmiştir. Başvurulan sağlık kuruluşları arasında en yüksek memnuniyet sağlık ocaklarından (% 48,9) duyuluyorken, kamu hastanelerinden duyulan memnuniyet oranı % 47,5'dir. Sağlık kuruluşlarından hizmet alanların % 71,9'u muayene ve tahlil ücretlerini sorun olarak gördüklerini belirtirken, hastane doktorlarının özel muayenelerinin olması (% 58,9), ilaç alımı ile ilgili sıkıntılar (% 36,2), yapılan muayene ve istenen tahliller için randevu alma (% 38,2), sağlık personelinin hastalara olan davranışları pek çok kişi tarafından sorun olarak belirtilmiştir (64). Bizim çalışmamızın sonucunda elde ettiğimiz memnuniyet oranları DİE'nin yapmış olduğu çalışma sonuçlarından daha yüksektir. Ancak memnuniyet duyulan sağlık birimleri ile memnuniyet ve memnuniyetsizlik nedenleri benzer özellik göstermektedir. Ercan ve arkadaşlarının 2002 yılında Malatya'da hastaların SED'lerine göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetine ilişkin yapmış oldukları çalışmada eğitim ve gelir düzeyinin artmasıyla hastaların tatmin düzeylerinin azaldığı, yaşın artışıyla memnuniyetin arttığı görülmüştür (47). Yine memnuniyetle ilgili yurt dışında yapılan bir araştırma sonucunda hekim ve hemşire bakımının genel memnuniyeti belirleyen en önemli etmenler olduğu bulunmuştur (75).

SON HASTALIKTA SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

Araştırmaya alınan kişilere en son ne zaman hastalandıkları sorulduğunda % 2,3'lük bir bölümü son hastalığın zamanını anımsayamamış; kalanların % 57,6'sı son altı ay içinde, % 40,1'i son altı aydan önceki herhangi bir zamanda hastalandığını ifade etmiştir.

B.Evler'de son hastalıkta hekime başvuru oranı % 87,7 iken, T.Paşa'da % 82,1'dir. Son hastalıkta sağlık hizmetlerinin kullanımına (kuruluşlara göre) bakıldığında, Bahçelievler Mahallesinde yaşayan kişilerin % 64,8'inin özel sağlık kuruluşlarını, Talatpaşa Mahallesinde yaşayan kişilerin % 77,7'sinin kamu finansmanlı sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri görülmektedir. GAP bölgesindeki 9 ilde yapılan halkın sağlık kuruluşlarından yararlanımı araştırmasında kişilerin son hastalıklarında gittikleri sağlık kuruluşları; hastaneler, özel hekim muayenehaneleri-özel hastaneler ile sağlık ocakları şeklinde sıralanmaktadır (76). Her iki bölgede de hastane kullanımı ön plandadır ancak kamu ve özel hastane kullanım oranları

önemli ölçüde farklıdır. Bu seçimdeki farklılık kişilerin SED düzeyleri, eğitim durumları ve gelir düzeylerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Son hastalıkta sağlık kuruluşuna başvuru nedenlerine bakıldığında; araştırma grubundaki kişilerin çoğunlukla akut bir hastalık nedeniyle sağlık kuruluşlarını kullandıkları görülmektedir. Kronik hastalık nedeniyle sağlık hizmetlerini kullananlar ikinci sırada, acile başvurular ise üçüncü sırada yer almaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin Talatpaşa Mahallesinde oturanlar tarafından yüksek oranda kullanılıyor olması dikkat çekicidir. Bu bölgede oturanların acile başvuru nedenlerine bakıldığında çok büyük bir kısmının Şiddetli ağrı (özellikle baş ağrısı), bayılma ve kanama şikayeti ile başvurduğu görülmektedir. Baş ağrısıyla acile başvuru nedeni daha fazla ilgi görmeyi istemek ya da sıra beklemeden daha çabuk muayene olabilmek nedeniyle olabilir. Kılıç'ın 1995 yılında Gölbaşı Bölgesindeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler ile ilgili yapmış olduğu çalışmada sağlık kuruluşlarına başvuruların çoğunlukla akut bir hastalık nedeniyle olduğunu, kronik hastalık ve acil nedenlerle başvuruların bunu izlediği belirtilmiştir (77). Sağlık kurumlarına başvurularda acil nedenlerle başvurunun az olması istenilen bir durumdur ve Kılıç'ın çalışması ile bizim çalışmamızın sonucunda elde edilen bulgular benzer özelliktedir.

Son hastalıkta sağlık kuruluşlarına başvuran ve yataklı tedavi kurumlarında yatarak tedavi olan kişilerin hastanede ortalama yatış gün sayısı 6,3'dür. Yataklı kurumlarda yatarak tedavi edilen kişilerin % 35,5'inin bir ya da daha fazla kronik hastalığı vardır ve çoğunlukla bu hastalık nedeniyle hastaneye yatırılmışlardır. Kronik hastalığın varlığı ve cinsiyete göre hastanede yatış farksızdır. Son altı aylık süre içerisinde ortalama hekime gitme sıklığı 2,28'dir. Araştırma grubundaki 2085 kişiden 533'ü son altı aylık süre içerisinde çeşitli nedenlerden dolayı en az bir kez doktora gitmiştir. Türkiye de sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili yapılan araştırmada yıllık hekime başvuru sayısı Marmara bölgesi kentsel alan için 3,45 iken, Türkiye geneli için 2,44 olarak bulunmuştur (52). Bizim çalışmamızda kişilerin son altı aylık süre içerisinde doktora gitme sıklıkları sorgulanmıştır. Sağlık hizmetlerini kullanım oranının diğer altı aylık süre içerisinde de aynı doğrultuda olacağını varsaydığımızda elde edeceğimiz rakam Marmara bölgesi için belirtilenden daha yüksek olacaktır.

Araştırma grubundaki kişilerin % 9,4'ü son altı aylık süre içerisinde kendi isteğiyle sağlık kontrolü yaptırmıştır. Kaya tarafından 1991 yılında Ankara metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin kullanımıyla ilgili yapılan araştırma sonucunda, hasta olmadığı halde sağlık kontrolü yaptıran kişilerin oranı % 4 olarak bulunmuştur (32). Sağlık kontrolü yaptıran oranının diğer çalışmaya oranla yüksek bulunma nedeni B.Evler'deki kişilerin SED'lerinin

yüksek olması ile ilgili olabilir. Nitekim SED’i yüksek olan kişiler sağlık hizmetlerini, SED’i düşük olan kişilerden 6,9 kat daha fazla kullanmaktadır.

SONUÇLAR

Araştırmaya alınan kişilerin % 47,5'i erkek, % 52,5'i kadındır. Yaş ortalaması $37,7 \pm 15$ 'dir. Medeni duruma bakıldığında; % 65,8'i evli, % 26,9'u bekar, % 5,3'ü dul, % 1,7'si boşanmış ya da eşinden ayrı yaşamaktadır. T.Paşa'da yaşayanlar, B.Evler'de yaşayanlara göre daha az eğitilmiş ve daha az oranda son bir yıl içerisinde gelir getirici bir işte çalışmışlardır. Araştırma kümesindeki kişilerin % 71'i ücretli-maaşlı, % 28'i kendi hesabına iş veren olarak, % 3,9'u ise aile işletmesinde/düzensiz bir işte çalışmaktadır. İki bölgedeki kişilerin çalıştıkları işteki durumları birbirinden belirgin ölçüde farklılık göstermektedir. B.Evler'de yüksek eğitim gerektiren mesleklere sahip kişiler daha fazla oranda iken, T.Paşa'da kişilerin önemli bir bölümü (% 84,7) ücretli maaşlı bir işte çoğunlukla işçi statüsünde çalışmaktadırlar.

Çalışmayan kişilerin büyük çoğunluğu ev hanımıdır. B.Evler'de öğrencilik, emeklilik gibi nedenlerle çalışmayanlar T.Paşa'ya oranla daha fazladır. İşsizlik nedeniyle çalışmayanların oranı T.Paşa'da daha yüksektir. T.Paşa'da yaşayan kişilerin toplam aylık geliri, B.Evler'de yaşayanlara göre daha azdır. Bahçelievler Mahallesi'nde kişiler ortalama 3,3 kişilik küçük çekirdek ailelerde yaşarken, Talatpaşa Mahallesi'nde kişiler ortalama 4,5 kişilik ailelerde yaşamaktadır. Geniş aile modeli T.Paşa'da B.Evler'e oranla daha yaygın görülmektedir. Hane reisi erkek olan hanelerin oranı % 87'dir.

B.Evler’de yaşayan kişilerin % 6,6’sının, T.Paşa’da yaşayan kişilerin % 24,4’ünün sağlık güvencesi bulunmamaktadır. B.Evler’de yaşayan araştırma kümesindeki kişilerin % 17’si birden fazla sağlık güvencesine sahiptir, T.paşa’da yaşayan kişilerin % 85’i SSK, % 4,9’u yeşil kartlıdır. B.Evler’de yaşayan kişilerin % 70,3’ünün, T.Paşa’da yaşayan kişilerin % 53,6’sının sosyal güvence kaynağı kendisidir. Araştırma kümesinde B.Evler’de yaşayan kişilerin % 69,3’ü, T.Paşa’da yaşayanların % 21,6’sı sağlık güvenceleri olduğu halde sağlık hizmeti almak için cepten ücret ödemektedir. B.Evler’de cepten ödemelerin % 60,9’unu kamu sağlık güvencesine sahip kişilerin aldıkları tüm hizmetler için ödedikleri ücretler oluşturmaktadır. Kamu sağlık güvencesine sahip olan kişilerin yaklaşık yarısı, genellikle başvurdukları yerlerde sağlık güvencelerini kullanmamakta /kullanamamaktadır. T.paşa’da yaşayan ve cepten harcama yapan kişilerin % 43,1’i özel muayenehanelere gitmektedir. Bölgedeki en yüksek cepten ödeme özel hekim muayenesi için yapılmaktadır. T.paşa’da yaşayan kişilerin SED’i, B.Evler’de yaşayan kişilerin SED’den çok daha düşüktür. T.Paşa’da herhangi bir kronik hastalığı olanların ve bu hastalık nedeniyle tedavi olmayanların oranı B.Evler’e oranla çok daha yüksektir.

B.Evler’de yaşayan ve hastalandığında hekime başvurmayan kişi sayısı, T.Paşa’ya göre çok daha azdır. T.paşa’da yaşayan ve hastalandığında hekime gitmeyen kişilerin % 70,6’sı çeşitli yollarla temin ettiği ilaçları kullanmaktadır (bakkaldan, eczaneden, evde bulunan...). Araştırma kümesindeki kişilerin hastalandıklarında genellikle başvuruda buldukları sağlık kuruluşları hastanelerdir (% 89,3-% 72,4). B.Evler’de en sık kullanılan sağlık kuruluşu % 54,2’ile özel hastanelerken, T.Paşa’da en sık kullanılan sağlık kuruluşu % 65,7’ile Sağlık Bakanlığı’na ait hastanelerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan SO ve AÇS-AP merkezlerinin kullanımı T.paşa’da, B.Evler’e göre daha fazladır. T.Paşa’da yaşayan kişilerin pek çoğu şehirde bulunan üniversite hastanelerinin yerini bilmemektedir. B.Evler’de yaşayan kişilerin çoğunluğu özel sağlık kuruluşlarını, T.Paşa’da yaşayan halkın çoğunluğu ise kamu sağlık kuruluşlarını daha fazla kullanmaktadır. Kadınlar erkeklere, evli kişiler bekar ve dullara, çalışmayanlar çalışanlara göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadır. T.Paşa’da yaşayan kişiler çoğunlukla sağlık güvencesi kapsamında yer alan sağlık kuruluşlarını kullanmakta, aldıkları sağlık hizmeti için cepten fazladan ücret ödemekten kaçınmaktadır. B.Evler’de ise çoğunlukla ileri yaşlarda ve özel sigortanın varlığı durumunda kişiler sağlık güvencelerinin doğrultusunda hareket etmektedir. Sağlık güvencesi olanlar, sağlık güvencesi olmayanlara göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadır. Kronik hastalık varlığında sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kamuya ait sağlık kuruluşlarına olan talep artmaktadır. Sağlık hizmetlerini en fazla okur-yazar olmayan kişiler ile üniversite

mezunları kullanmaktadır. Yaş ilerledikçe ve eğitim seviyesi arttıkça kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımı artmaktadır.

Kişiler kamu hastanelerini çoğunlukla zorunluluk nedeniyle tercih etmektedir. Kişilerin özel hastaneleri seçimindeki en önemli faktör insancıl muamele görmek, kaliteli hizmet alıyor olmak ve bekletilmemektir. Yakınlık ve rahat ulaşılabilirlik hem kamu hem özel sağlık kuruluşlarının seçiminde etkili bir faktördür. T.paşa'da yaşayan kişilerin tercihlerinde ekonomik faktörler etkili olmaktadır. B.Evler'de yaşayan kişiler için bekletilmemek ve kaliteli hizmet alıyor olmak ekonomik faktörlerden daha önemlidir.

Memnuniyet oranları kişilerin başvurdukları kuruluşlara ve yaşadıkları bölgelere göre değişiklik göstermektedir. B.Evler'de yaşayanların % 78,1'i, T.Paşa'da yaşayan kişilerin ise % 58,3'ü aldıkları sağlık hizmetlerinden memnundur. Kişiler kamu sağlık kuruluşlarından aldıkları hizmetten daha az memnundurlar. Her iki bölgede de, kamu sağlık kuruluşlarından daha çok ücretsiz olduğu için memnuniyet duyulmaktadır. Kalabalık, bekletiliyor olmak ve sağlık personelinin davranışları kamu kurumlarından duyulan memnuniyetsizliğin ana nedenlerini oluşturmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmetten duyulan memnuniyette, insancıl boyut belirgin şekilde öne çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini etkileyen faktörlerin bir kısmı hizmeti alacak kişilerin özelliklerinden, bir kısmı da hizmeti sunan örgütün özelliklerinden kaynaklanmaktadır. SED'leri kötü olup, bu nedenle sağlık hizmetine daha çok gereksinimi bulunan, ancak yine sosyo-ekonomik durum kötülüğü nedeniyle bu açık gereksinimlerini karşılayamayan toplum kesimleri sağlık hizmetlerine ulaşmada en dezavantajlı gruptur. Herkesin hakkaniyet ölçüleri içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için kullanılabilirliğin önündeki engellerin kaldırılması veya en aza indirilmesi gerekmektedir.

Araştırmadan elde edilen değerlendirmeler sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz;

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki personel ve ekipman eksikliği bu birimlere olan başvuruları azaltmaktadır. Donanımlı bir birinci basamak sağlık kuruluşu ikinci ve üçüncü basamaklarda ki iş yükünü büyük ölçüde azaltacaktır. Sağlık Ocakları yapılırken özellikle kentlerdeki artmış olan nüfus yoğunluğu dikkate alınmalı, bu doğrultuda fiziki alt yapı ve personel ile desteklenmelidir.

- Yapılan pek çok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da kişilerin öncelikle başvurdukları yerin hastaneler olduğu görülmüştür. Bu bulgu, sevk zincirinin işlemediğinin bir göstergesidir. Sevk zincirinin hayata geçirilmesi ile birinci basamakta çözülebilecek

olguların hastanelere başvurusu önlenecek ve hastanelere olan bu gereksiz yığılmaların önüne geçilecektir.

- Kalabalık ve uzun süreli hastane koridorlarında bekleyişler, kişilerin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyetsizliği büyük ölçüde etkilemektedir. İyileştirici sağlık hizmeti sunan kuruluşların hasta kabul sistemlerinin, uzun süre beklemeyi önleyecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

- Başvurulan kamu sağlık kuruluşlarında, hastanın daha önce başvurduğu ve memnun olduğu hekime daha sonraki başvurularında da ulaşabilme imkanı sağlanmalıdır. Bu verilen bakımın sürekliliğini sağlayacak aynı zamanda hastanın iyileşme sürecini de olumlu yönde etkileyecektir.

- Özellikle kamu sağlık kuruluşlarında sağlık personelinin sayıları artırılmalı, bir hekimin günlük bakabileceği hasta sayısı makul ölçülerde standardize edilmeli, her hasta için yeterli muayene süresi ayrılmalıdır.

- Kamuda çalışan sağlık personelinin, mesleki eğitim sırasında ve mezuniyet sonrasında hizmet içi eğitimlerle empati ve iletişim becerileri geliştirilmelidir.

- Kamuda çalışan sağlık personeli, mesleki bilgi ve becerisinin sürekli gelişimi için desteklenmelidir.

- Sağlık hizmetlerinin kullanımında sağlık güvencesinin varlığı hizmet kullanımını etkileyen önemli bir faktördür. Sağlık güvencesi olanlar, olmayanlara göre sağlık hizmetlerini daha çok kullanmaktadırlar. Sağlık bakım hizmetleri ayırım yapılmadan ve herhangi bir koşula bağlanmadan tüm yurttaşları kapsamalı ve temel bir yurttaşlık hakkı olmalıdır. Sağlık güvencesinin kapsayıcılığının artırılması ve herkesin sağlık güvencesine kavuşturulması hizmet kullanımındaki eşitsizliğin kaldırılmasında etkili olacaktır.

Konuya ilişkin aydınlatıcı bilgiler sağlamasına rağmen bu araştırma, tüm yaş gruplarını kapsamadığı ve niceliksel tipte bir çalışma olduğu için, bazı ilişkiler ancak yüzeysel olarak incelenmiştir. Daha derinlemesine bilgilere ulaşabilmek için tüm yaş gruplarını içeren ve niteliksel araştırma yöntemlerinin de eklendiği araştırmalarla konunun irdelenmesi yararlı olacaktır.

ÖZET

Amaç : Araştırma sosyo-ekonomik koşulları birbirinden farklı olan Bahçelievler ve Talatpaşa mahallelerinde yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımlarını, kullandıkları sağlık kuruluşlarını seçme nedenlerini, aldıkları hizmetten memnuniyetlerini ve bunları etkileyen etmenleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem : Tanımlayıcı kesitsel bir saha çalışması olan araştırmaya, İstanbul'da sosyo ekonomik düzey bakımında farklı iki ayrı mahalledeki 15 yaş üstü toplam 2181 kişi alınmıştır. Veriler Mayıs-Eylül 2005 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bulgular : Sağlık hizmetlerini kadınlar, erkeklerden, Bahçelievler'de oturanlar, Talatpaşa'da oturanlardan, sosyal güvencesi olanlar, olmayanlardan ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlar, düşük olanlardan daha fazla kullanmaktadır. En çok kullanılan sağlık birimi, 2. basamak sağlık kuruluşu olan hastanelerdir. Özel sağlık kuruluşu kullanımı sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan grupta anlamlı şekilde daha fazladır. 55-64 yaş grubundaki kadınlar, hastalandıklarında hekime en fazla başvuruda bulunan gruptur. Sağlık kuruluşlarını seçimde en önemli etmenler sağlık güvencesinin varlığı ve kuruma olan yakınlıktır. Özel sağlık kuruluşlarına başvurularda ise seçimin ilk sıradaki nedeni insani davranışlarla karşılaşmaktır. Sağlık hizmetini kullanımını etkileyen en önemli etmenler; yüksek sosyo-ekonomik düzey, kronik hastalığın varlığı ve temel eğitimin üzerinde eğitime sahip olmaktır.

Sonuç : Kişilerin en fazla başvurdukları sağlık kuruluşu hastanelerdir. En çok başvuru yeri olan hastanelerin yükünü azaltmak için sevk zincirinin ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının daha fazla desteklenmesi ve kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımını etkileyen sosyal güvenlik sistemlerinin tüm toplumu içine alacak şekilde geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler : Sağlık Hizmetleri, Kullanım, Memnuniyet, Kurum Seçimi, SED

HEALTH CARE UTILIZATION STATUS OF THE PEOPLE OF TWO CHOSEN REGIONS FROM ISTANBUL

SUMMARY

Objective : This study aims to investigate the factors that affects general and most recent use of health services by citizens of Bahçelievler and Talatpaşa areas which includes different socio economic conditions , the reasons of health facility preferences and satisfaction of patients.

Method : The descriptive cross-sectional field study includes 2181 people (age> 15) who are members of two different socioeconomic groups that they are living in different areas of İstanbul. The study have been established during May to September 2005.

Results : Demand for health services are higher among women than men, among Bahçelievler population than Talatpaşa population, among people who have social security than people without social security and among higher socioeconomic groups than lower socioeconomic people. The most visited health institution is hospital. Higher socioeconomic groups use private health sector more than lower socioeconomic people. The highest rate of application for health service is among 55-64 age women group. The most important factors that affected the preference are having a health insurance and distance. The reason of demand for private health sector , is willingness to meet humanistic approaches.

Conclusions: Hospitals are the most visited health institutions. For reducing the higher applications to hospitals which are secondary health institutions, referral chain and primary health institutions must be supported and social security system must be improved to include whole society.

Key words : Health services, Utilization, Satisfaction, Preference of health institution, Socioeconomic condition.

KAYNAKLAR

- 1- Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13(2):3-8.
- 2- Ökem GZ. Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet analizi. Toplum ve Hekim 1996; 11(72):67-72.
- 3- The constitution of World Health Organisation (erişim: 28.06.2005). [http://www. Who.int](http://www.who.int).
- 4- T.C Anayasası md: 56, 1982.
- 5- Aday LA, Andersen R, A Framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974; 9:208-220.
- 6- Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. Milbank Memorial Fund Quarterly 1972; 50:111.
- 7- WHO. Final report of meeting on policy oriented monitoring of equity in health and care. Geneva: The Institute; 1997.
- 8- WHO. Equity in health and health care. Geneva: The institute; 1996.
- 9- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, S:224. Ankara: 1961.
- 10- Dirican R, Bilgel N. Halk sağlığı (Toplum hekimliği). 2.Baskı. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993: 289.
- 11- Fişek N. Halk sağlığına giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak Toplum Hekimliği Enstitüsü; 1985:5.
- 12- Tümerdem Y. Halk sağlığı II (Toplum hekimliği). İstanbul: İÜ Basımevi ve Film Merkezi, 1992: 352.
- 13- WHO Regional office for Europe. Terminology list prepared by the WHO secretariat for a European on national health planning held in bucharest. Copenhagen; 1974. Report No: EURO 4107/11.

- 14- Öztekin Z, Eren N. Sağlık yönetimi. Bertan M, Güler Ç (Editörler). Halk sağlığı temel bilgiler’de. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 1995: p.371-387.
- 15- Öztekin Z. Temel sağlık hizmetleri. 2.Baskı. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1992.
- 16- Özden M. Sağlık eğitimi. Ankara: Ünal Ofset, 1998.
- 17- Tarimo E. Towards a healthy district healthy systems bases on primary health care. Geneva: WHO, 1991: 5.
- 18- Uz. MH. Sağlık hizmetleri sunanlara ödeme modelleri. Hayran O, Sur H (Editörler). Hastane yöneticiliği’nde. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1997: p.65.
- 19- Çilingiroğlu N. Sağlık ekonomisi. Bertan M, Güler Ç (Editörler). Halk sağlığı temel bilgiler’de. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 1995: p.391-419.
- 20- Tokat M. Sağlık ekonomisi. Anadolu Üniv. Açıköğretim Fak İş İdaresi. AÜ yayın No:793, 1994: 266.
- 21- Tiyek A, Tengilimoğlu D. Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları: Hastaların sağlık hizmetleri konusundaki tutumları üzerine bir araştırma. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 28-29 Eylül Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi Bildiri Kitapçığı, 2000; s:472-486
- 22- Karacık A, Atlı H. Sağlık sigortaları. (erişim: 15.06.2005).
http://www.saglikplatformu.com/platform/arařtirmalar/sigorta.htm#_ftn1.
- 23- Tokat M. Türkiye’de sağlık sektörünün finansmanı. Ankara: SB SPGK Yayını, 1993.
- 24- Devlet Planlama Teşkilatı. Sosyal sektördeki gelişmeler. (erişim:25.12.2005).
<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gösterge/tr>.
- 25- Maral Y. Yeşil kart. Toplum ve Hekim 1995; 10 (69-70): 125-127.
- 26- Uz. H. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hizmet sunanlara ödeme modelleri. Hayran O, Sur H (Editörler). Sağlık Hizmetleri El Kitabı’nda. İstanbul: 1998.
- 27- Timmerck, T.C. Dictionary of health services management. U.S.A: National Health Publishing, 1987.
- 28- Long M. The medical care system. Michigan: AUPHA Press, Health Administration Press Ann Arbor, 1994.
- 29- Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly 1973; 51: 95-124.
- 30- Dinçer T, Kavuncubaşı S, Aloğlu E. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı. Toplum ve Hekim 1994; 62(9):115-121.
- 31- Henderson G. et al. Equity and the utilization of health services: Report of an eight-province survey in China. Social Science and Medicine 1994; 39(5):687-699.

- 32- Kaya S. Ankara metropolitan alanda sağlık hizmetlerinin potansiyel ve gerekleŒen kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim 1996; 11(71):2-14.
- 33- Gren A. An introduction to health planning in devoloping countries. New York: Published in the United States by Oxford University Press Inc., 1995.
- 34- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer statisfaction. Medical Care 1981; 15(2): 127-140.
- 35- Dujardin B (eviri: Güzelant A, Emek M). GeliŒmekte olan ülkelerde sağlık ve insan hakları. Toplum ve Hekim 1996; 11(72):58-66.
- 36- Whitehead M. EŒitlik ve sağlık: Kavram ve ilkeler. Türk Tabipleri Birliği, 2001:1-24
- 37- Belek İ. Sağlıkta eŒitsizlik. Toplum ve Hekim 1998; 13(2): 96-104.
- 38- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services 1992; 22(3):429-445.
- 39- Musgrove P. Measurement of equity in health. World Health Statistics Quarterly 1986; 39:325-335.
- 40- zgen H. Sağlık bakım hizmetlerinde kalite nedir? Hasta tatmini boyutuyla ilgili bir değerlendirme. Toplum ve Hekim 1995; 10(69-70):47-53.
- 41- Trkz Y. Hasta tatmini ölçüm ve iyileŒtirilmesinde entegre bir sistem rneği. (eriŒim: 12.08.2005). <http://www.merih.net/m1/wyturk03.html>.
- 42- Atlı H, Sur H, Œahin K, Söylemez D, Hayran O. Poliklinik hizmeti alan hastaların beklenti ve ihtiyaçları yönünden özel bir hastane ile bir niversite hastanesinin karŒılaŒtırılması. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetim Sempozyumu. 28-29 Eylül 2000: 44-55, Ankara
- 43- Cezmi K. Sağlık hizmetlerinde kalite. (eriŒim: 10.08.2005). <http://www.sabem.saglik.gov.tr>.
- 44- Pehlivan E, Genç Karaoğlu L, zer A, GneŒ G, Kurer MA. Malatya'da sağlık hizmetlerinin kullanımı ve hasta memnuniyeti. İnönü Üniversitesi Tıp Fak Derg 2001; 8(2): 72-78.
- 45- Alkoy S. Ümraniye ilçesinde kiŒilerin sağlığı ve hastalığı aıklayıŒları, sağlık arama davranıŒları, iyileŒtirici sağlık hizmetlerini kullanımları, aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri ve bunları etkileyen etmenler (tez). İstanbul: Marmara Üniv Tıp Fak; 2002.
- 46- Engiz O. Hasta memnuniyeti. Hayran O, Sur H (Editörler). Hastane Yöneticiliği'nde. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, 1997: 47.
- 47- Ercan İ, Ediz B, Kan İ. Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. İnönü Üniv Tıp Fak Derg 2004; 11(3):161-167.

- 48- Pala T. İnönü sağlık ocağı bölgesinde hizmet alan kesimin hoşnutluk ve beklentileri. Sağlık ve Toplum 1999; 9(4):3-8.
- 49- Eker HH, Usta İ, Şen S. Sağlık ocaklarında hizmet memnuniyeti ve buna etki eden faktörler. 1.Ulusal sağlık idaresi kongresi; 2000’li yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, Ankara, 20-21 Mayıs 2000, Kongre Kitabı.
- 50- Sağlık hizmetlerinin sorunları. (erişim: 19.10.2005).
<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojigorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK19.html>
- 51- Yeni bin yılın başında Türkiye sağlık sektörünün durumu. Türk Tabipleri Birliği Konseyi, 2002; 5-37.
- 52- Ministry of Health, Turkey. Health services utilization survey in Turkey. 1st ed. Ankara: Health Project General Coordination Unit; 1995.
- 53- İlaç harcamaları. (erişim: 15.01.2006). <http://www.ttb.org.tr>.
- 54- Kağıthane Kaymaklığı. (erişim: 01.04.2005). <http://www.kağıthane.gov.tr>.
- 55- Bahçelievler Kaymakamlığı. (erişim: 01.04.2005). <http://www.bahcelievler.gov.tr>.
- 56- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik; 10.Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2002
- 57- T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 1987 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anket Sonuçları. Ankara: Yayın No:1439,1990.
- 58- Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik. 3. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitapevi, 1999.
- 59- Koç İ, Hancıoğlu A. Hane halkı nüfusu ve konut özellikleri. (erişim: 06.09.2005).
http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htm/area/documents/1285_bolum2.pdf.
- 60- Türkiye istatistik yılı 2004. (erişim:06.12.2005). <http://www.die.gov.tr>.
- 61- T.C. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Aileye ilişkin genel istatistik verileri. (erişim: 14.12.2005). <http://www.aile.gov.tr/aileisthtml#02veriler>.
- 62- Usta İ. Erbaa ilçe merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımı etkileyen faktörler (tez). Kayseri: Erciyes Üniv Tıp Fak; 1999.
- 63- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (erişim: 14.12.2005). <http://www.calisma.gov.tr>.
- 64- DİE. 2004 Yaşam memnuniyeti anket sonuçları. (erişim:10.10.2005).
<http://www.die.gov.tr>.
- 65- Özer İ. Erzurum ilinde aile reislerinin sağlıkla ilgili tutum ve davranışları ve bunu etkileyen bazı çevresel faktörler (tez). Adana: Çukurova Üniv Tıp Fak Toplum Hekimliği; 1975.
- 66- Ersönmez N. Yenice sağlık ocağı bölgesinde sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlerin saptanması (tez). Ankara: Hacettepe Üniv; 1998.

- 67- Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Geriatri Dergisi 2002; 5(4):138-143.
- 68- Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı olan 15 yaş üstü kişilerin son bir ayda sağlık sorunu ile karşılaşma ve sağlık kurumuna başvurma durumu. Ankara Üniv Tıp Fak Mecmuası 2003; 56(2):59-66.
- 69- Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakıoğlu E, Yılmaz N. Ankara Gülveren sağlık ocağı bölgesi Anadolu Mahallesiinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. Geriatri Dergisi 2003; 6(1):22-26.
- 70- Weiss L, Grenlick MR. Determinants of medical care utilization: The effect of social class and distance on contacts with the medical care system. Medical Care; 8(6):456-462.
- 71-Belek İ. Sınıflar; sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları, Antalya'da iki bölge, yedi sınıf. Toplum ve Hekim 1999; 14(1):55-67.
- 72- Cengiz A ve Diğerleri. Etimesgut 30 Ağustos Mahallesiinde sağlık hizmetlerinden yararlanmak amacıyla sağlık ocağına başvurmayan kesimin özellikleri. Ankara: HÜTF Halk Sağlığı ABD,1990.
- 73- Çetinkaya F, Öztürk Y, Günay Y. Sağlık ocağı hizmetlerinden yararlanmada aile reisinin eğitiminin rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 1993; 2:81-98
- 74- Çetinkaya F, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri ilinde I., II., III.basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 0-6 yaş grubu çocukların sevk zinciri açısından incelenmesi. Toplum ve Hekim 1994; 62(9):6-9.
- 75- Drachman DA. Benchmarking patient satisfaction at academic health centers. Jt Comm J Qual Improv 1996; 22(5):359-67.
- 76- GAP Bölgesinde halkın sağlık kuruluşlarından yararlanımı. (erişim:23.08.2005). <http://www.dicle.edu.tr>.
- 77- Kılıç B. Gölbaşı bölgesinde sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. Toplum ve Hekim 1996; 11(74):2-10.

ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında İstanbul'da doğdu. İlk, Orta ve Lise Eğitimini 1996 yılında İstanbul'da tamamladıktan sonra 1998'de Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Programına girdi. 2002 yılında dönem birincisi olarak mezun oldu. Amerikan Hastanesi'nde başladığı meslek yaşamını, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Süpervisör Hemşire olarak sürdürmektedir.

Ek-1: SOSYO-EKONOMİK DÜZEY MATRİKSİ

		GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ÖĞRENİM SÜRESİ											
		ÖĞRENİM YOK		İLKOKUL			ORTA		LİSE		ÜNİVERSİTE		Y. LİSANS
		OYD	OY	1	2/4	5	6/7	8	9/10	11	12/14	15	16/17
ÇALIŞMIYOR	Ev kadını	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B	A
	Emekli	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B	A
	İşsiz	E	E	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	-
	Öğrenci	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B	A
KENDİ HESABINA ÇALIŞIYOR	Nitelikli serbest melek sahibi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	A	A
	0-5 çalışanlı tüccar	E	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B
	6-20 çalışanlı tüccar	D	D	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	A
	20+ çalışanlı tüccar	C2	C2	C1	C1	C1	C1	B	B	B	B	A	A
	1-9 çalışanlı Şirket/ imalathane shb.	D	D	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	A
	10-25 çalışanlı şirket/ imalathane sahibi	C2	C2	C1	C1	C1	C1	B	B	B	B	A	A
	25+ çalışanlı şirket/ imalathane sahibi	C1	C1	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A
ÜCRETLİ ÇALIŞIYOR	Üst düzey yönetici	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	B	A	A	A	A
	10'dan az çalışanlı orta düzey yönetici	D	D	C2	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B
	10'dan fazla çalışanlı orta düzey yönetici	D	D	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	A
	Nitelikli uzman/mühendis/ teknik eleman	E	E	D	D	D	C2	C2	C2	C1	C1	B	B
	Memur/ ofis çalışanı	E	E	D	D	D	C2	C2	C2	C1	C1	B	B
	İşçi/ hizmetli	E	E	E	D	D	D	C2	C2	C2	C1	-	-

Sosyo-Ekonomik Düzey (SED), gelir/meslek ve öğrenim durumlarına göre şekillendirilen matris yardımıyla tespit edilmiştir. (Kaynak: 45)

- A ve B kategorileri “**Yüksek SED**”
- C1 ve C2 kategorileri “**Orta SED**”
- D ve E kategorileri “**Düşük SED**”

Ek-2:

**İSTANBUL'DA SEÇİLEN İKİ BÖLGEDEKİ HALKIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA DURUMU**

Anketin Uygulandığı

Mahalle:	Sokak:	Kapı no:
----------	--------	----------

Adınız-Soyadınız:

1)- Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Bayan	2)- Yaşınız:.....(yıl)
--	------------------------

3)- Medeni durumunuz? <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Birlikte yaşıyor <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Ayrı yaşıyor
--

4)- Öğrenim durumunuz? 1-Okur-yazar değil 2-Okur yazar 3-İlkokul mezunu 4-Ortaokul mezunu 5- Lise mezunu 6- Yüksekokul/ Fakülte mezunu 7- Lisansüstü eğitim
--

5)- Mesleğiniz:.....

6)- Son bir yıldır gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
--

7)- (Hayır ise sorunuz) Çalışmama nedeniniz nedir? 1-Ev hanımı 2-Öğrenci 3-Emekli 4-İşsiz/iş arıyor 5-İrat sahibi 6-Diğer.....

8)- (Evet ise sorunuz) Bu işteki durumunuz nedir?

1) İş veren/kendi hesabına çalışıyor ise	2) Ücretli/maaşlı çalışıyor ise
1/a nitelikli serbest meslek sahibi	2/a üst düzey yönetici
1/b 0-5 çalışanlı tüccar	2/b 10'dan az çalışanlı üst düzey yönetici
1/c 6-20 çalışanlı tüccar	2/c 10+ çalışanlı orta düzey yönetici
1/d 20+ çalışanlı tüccar	2/d nitelikli uzman/mühendis/teknik eleman
1/e 1-9 çalışanlı şirket/imalathane sahibi	2/e memur/ofis çalışanı
1/f 10-25 çalışanlı şirket/imalathane sahibi	2/f işçi/hizmetli
1/g 25+ çalışanlı şirket imalathane sahibi	2/g Diğer.....
1/h Diğer.....	

3) Aile işletmesinde ücretsiz çalışıyor
4) Düzensiz

9)- Hanenizin toplam aylık geliri.....(YTL/TL)
--

10)- Sağlık harcamalarınızı kısmen veya tamamen karşılayan herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
--

11)- (Hayır diyenlere sorun) Sağlık harcamalarınızı nasıl karşılıyorsunuz?(15.soruya geçiniz) <input type="checkbox"/> Direkt ücret ödeyerek <input type="checkbox"/> Diğer.....

12)- (Evet diyenlere sorun) Hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız? <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Özel sigorta <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/> Bağ-kur <input type="checkbox"/> Yeşil kart <input type="checkbox"/> Mediko-sosyal

13)- Sosyal güvenceniz kimden dolayı? <input type="checkbox"/> Kendi <input type="checkbox"/> Eşi <input type="checkbox"/> Anne-Baba <input type="checkbox"/> Evlat <input type="checkbox"/> Diğer.....
--

14)- Sosyal güvencenizin dışında sağlık hizmeti almak için ücret ödüyor musunuz?

Evet

Hayır

15)- **(Evet diyenlere sorun)** Sağlık kuruluşuna başvurduğunuzda hangi tür hizmetler için ücret ödüyorsunuz?

16)- Sık aralıklarla doktora gitmenizi gerektiren kronik bir hastalığınız/sakatlığınız var mı?

Evet

Hayır **(18. soruya geçiniz)**

**EVET İSE
BELİRTİNİZ**

Diabetes mellitus Koroner arter hastalığı Kalp yetmezliği

Hipertansiyon Serebro-vasküler olay Osteoartrit

Romatoid artrit Osteoporoz Diğer.....

17)- Bu hastalık/sakatlık nedeniyle tedavi görüyor musunuz? Evet Hayır

HAYIR İSE NEDEN? (BELİRTİNİZ).....

18)- Hastalandığınız zaman genellikle kime/nereye başvuruyorsunuz?

- Geleneksel ev ilaçları kullanırım Doktor olmayan tıv.cilere giderim Doktor dışı sağlık pers.ine giderim
 Evdeki ilaçları kullanırım Eczaneye giderim Sağlık ocağına giderim AÇS-AP merkezine giderim
 Devlet hastanesine giderim Tıp fakültesine giderim Kurum doktoruna giderim Özel hast. giderim
 Özel polikliniğe giderim SSK hastanesine Özel muayenehaneye giderim
 Hiçbir şey yapmam **(21. soruya geçiniz)** Diğer (Belirtiniz

19)- Genellikle burayı tercih etmenizin nedeni neydi?

- Hekimi tanıdığı için Hekim dışı sağlık personelinin tanıdığı için İleri teknoloji kullanıldığı için
 Oturduğu yere yakın ve ulaşım kolaylığı olduğu için Önerildiği için gitti İyi bakıldığı için gittim
 Nazik ve samimi davranıldığı için Hizmet daha ucuz olduğu için Daha temiz olduğu için
 İlk başvurduğum yerden sevk edildiğim için Sosyal güvence nedeniyle zorunlu olarak (ilk başvuru yeri)
 Daha hızlı hizmet ve daha çabuk sonuç alındığı için Birden fazla sağlık hizmt. aynı sağ. brm. alabildiği için
 Diğer (Belirtiniz.....)

20)-Genellikle başvurduğunuz sağlık kuruluşundan memnun musunuz?

Memnun

Memnun kalma nedeni?.....

Memnun değil

Memnun kalmama nedeni?.....

Kısmen Memnun

Fikri Yok

Yanıt vermek istemiyor

21)- **(Hiç bir şey yapmam diyenlere sorunuz)** Hastalandığınızda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmama nedeniniz nedir?.....

22) En son ne zaman hastalandınız? Son altı ay içinde Son altı aydan önce Hatırlamıyor

23) Son 6 ay içinde doktora gittiniz mi? Evet Hayır

(Evet ise) Kaç kez başvurduunuz?.....

24)- En son hastalandığınızda kime/nereye başvurduunuz?

- Sağlık ocağına Devlet hastanesine SSK hastanesine Tıp Fakültesine Eczaneye
 Özel hastaneye Özel polikliniğe Özel muayenehaneye AÇSAP merkezine
 Kurum doktoruna Doktor dışı sağlık personeline Doktor olmayan tedavcilere
 Geleneksel ev ilaçları kullandım Hiç bir şey yapmadım Diğer (Belirtiniz).....

25)- Sağlık birimine en son başvurunuzda herhangi bir ücret ödediniz mi? Ne için? Ne kadar?

26)- En son hastalandığınızda sağlık birimine hangi yakınma ile başvurduunuz?

- Acil müdahale(.....) Gözlük ve benzeri cihaz /protez alımı
 Akut bir hastalık nedeniyle (belirtiniz)..... Aile planlaması hizmeti
 Kronik bir hastalık nedeniyle (belirtiniz)..... Doğum Normal gebe izlemi
 İlaç yazdırmak için Diğer (belirtiniz).....

27)- En son hastalandığınızda hastanede yatmanızı gerektiren bir durum oldu mu?

- Evet Hayır (25.soruya geçiniz)

28)-(Evet ise sorun) | En son hastalandığınızda ne kadar süre hastanede yattınız?.....gün/ay

29)- Tekrar hastalandığınızda **aynı olanaklar dahilinde** hangi sağlık kuruluşunu tercih edersiniz?

- Genellikle tercih ettiği sağlık kuruluşunu En son başvurduğu sağlık kuruluşunu
 Diğer sağlık kuruluşunu(belirtiniz).....

30)- Son altı ay içerisinde rahatsız olmadığınız halde kendi isteğinizle genel sağlık kontrolü (check-up) yaptırdınız mı? Evet Hayır

31)- (Soru olarak sormayınız) Ailede yaşayan kişi sayısına göre aile tipini işaretleyiniz?

- Çekirdek aile Geniş aile Diğer



GÜNGÖREN

SOĞANLI

BAĞÇELİYE

YAVUZPAŞA

7192

2471