

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDE SAĞLIK  
HİZMETLERİNİN KULLANIMI VE ALGILANAN  
SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ**

**Tezi Hazırlayan  
Vesile ŞENOL**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Doktora Tezi**

**Mart 2006  
KAYSERİ**

Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında Vesile ŞENOL tarafından hazırlanan "Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi" konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

27.03.2006

(Tez savunma sınav tarihi yazılacak)

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK

Üye : Prof.Dr.Çağatay GÜLER

Üye : Prof.Dr.Osman GÜNAY

Üye : Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA (Danışman)

Üye : Doç.Dr.Ahmet ÖZTÜRK

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 04.04.06 tarih ve 352 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

04/04/2006

Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. Meral ASÇIOĞLU

### TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, sürdürülmesi ve değerlendirilmesi sırasında yakın ilgi gösteren ve her türlü desteklerini esirgemeyen Tez Danışmanım Sayın Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA'ya, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK'e, Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr.Osman GÜNAY'a, Biyoistatistik uzmanı sayın Ahmet ÖZTÜRK'e, Enstitü Sekreteri Leman KILINÇKAYA'ya ve Sevgili Eşim Osman ŞENOL'a en samimi duygularla teşekkür eder, şükranlarımı sunarım.

**KAYSERİ İL MERKEZİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI VE  
ALGILANAN SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ  
ÖZET**

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Kayseri il merkezinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri kullanım düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek, 15 yaş ve üzeri kişilerde algılanan sağlıklı hizmet kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Örnekleme 7 Merkez Sağlık Ocağından Ev Halkı Tespit Fişleri yardımıyla ve basit rastgele örnekleme tekniği ile seçilen 1880 kişi alınmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu ve Nottingham Sağlık Profili (NHP) kullanılmıştır.

Son bir yıl içinde sağlık hizmeti kullanım oranı %79.6, başvuru ortalaması  $5.0 \pm 5.4$ 'dür. Kamu hastanelerine başvurular (%49.9) Özel sağlık kuruluşlarına başvurulara (%13.2) göre daha yüksektir. Sosyal güvence, yakınlık ve ucuzluk erişimi kolaylaştırır; bekleme ve muayene süresi, personelin olumsuz davranışı erişimi güçleştiren temel faktörlerdir. Hastalara karşı ilgili ve güleryüzlü davranan personel, doğru tanı, uygun tedavi hastaların en önemli beklentileri arasındadır.

Araştırma grubunun %44.0'ı genel sağlık durumunu "kötü" olarak belirtmiştir. Genel sağlık durumu kötü olanların NHP skor ortalamaları daha yüksektir. NHP skor ortalaması  $30.0 \pm 23.2$  olup, en yüksek skorlar enerji ( $49.0 \pm 41.1$ ) ve duygusal reaksiyonlar ( $41.7 \pm 32.1$ ) boyutunda, en düşük skor fiziksel hareketlilik ( $19.8 \pm 23.6$ ) boyutunda saptanmıştır. Kişilerin mevcut sağlık durumu nedeniyle en fazla iş yaşamı, en az tatil aktiviteleri etkilenmiştir.

Genel sağlık durumu kötü, NHP skorları yüksek, sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri etkilenen kişilerin başvuru oranları daha yüksektir. Algılanan sağlığı olumsuz etkileyen değişkenler aynı zamanda hizmet kullanımını artıran faktörlerdir. Genel sağlık algısı olumsuz kadınlar, 65 yaş ve üzeri kişiler, dul ve boşanmışlar, hiç öğrenim görmeyenler, kronik hastalığı olanlar daha fazla başvuruda bulunmuşlardır. Aylık gelir ve sosyal güvence algılanan sağlıktan bağımsız olarak başvuruları artıran diğer faktörlerdir.

**Anahtar kelimeler :** Sağlık hizmetleri, kullanım, algılanan sağlık düzeyi

## UTILIZATION OF THE HEALTH SERVICES IN THE CENTER OF KAYSERI AND ITS RELATIONSHIP WITH PERCEIVED HEALTH STATUS

### ABSTRACT

This descriptive study was carried out in order to determine the level of health service utilization of people living in the center of Kayseri and the various factors that affect it, and to examine the relationship among 15 and over aged people between self-perceived health status and using health services.

A sample of 1880 people who were selected through family health cards and by Simple Random Sampling Method from 7 health centers in Kayseri. As a data collecting tool, a questionnaire and Nottingham Health profile were used.

In the last year, health service utilization level was 79.6 % and the mean application number was 5.0±5.4. The rate of applications to the public hospitals was higher (%49.9) than those of private medical institutions (%13.2). Social security, closeness and cheapness were the basic factors which made access to hospitals easier; waiting and physical examination time, and the negative approach of the staff were the factors which made applications to the hospitals more difficult. Personnel appearing interested in the patient as well as friendly personnel, accurate diagnosis and appropriate treatment were among the most important expectations of the patients.

Of the research group 44.0 % of them were reported that their general health condition was bad. The mean NHP scores were also higher for people whose general health condition was bad. The mean of NHP score was 30.0±23.2 and the highest scores were determined in the energy (49.0±41.1) and in emotional reactions (41.7±32.1); and the lowest score was in the physical mobility (19.8±23.6). Because of the people's current health condition, work life activities were affected the most, and holiday activities were affected the least.

People whose general health condition was bad, NHP scores were high, and who were affected from the activities of the daily life because of their health condition showed a higher rate of application. The variables that negatively affected the perceived health were also the factors that increased the utilization of health services. Women whose general health perception were poor, people aged 65 and over, divorced and widowed people, illiterates, and people with a chronic disease applied more than others. Income per month and social security were among the other factors that increased the number of applications independently from the perceived health status.

**Keywords:** Health services, utilization, perceived health status

## VI

### İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ .....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. SAĞLIK KAVRAMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	5
2.1.1. Sağlığın Tanımı.....	5
2.1.2. Sağlığı Etkileyen Faktörler .....	6
2.1.3. Yaşam Kalitesi .....	7
2.1.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi .....	8
2.1.5. Sağlık Statüsü ve Ölçümü .....	9
2.1.5.1. Sağlık Statüsü Ölçme Yöntemleri.....	10
2.1.6. Sağlık İhtiyacının Belirlenmesi.....	13
2.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı .....	16
2.1.7.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler.....	19
2.1.7.2. Algılanan Sağlığı Etkileyen Faktörler .....	25
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	27
2.2.1. Tanımı .....	27
2.2.2. Dünya’da Sağlık Hizmetleri Sunumu .....	31
2.2.2.1. Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri .....	32
2.2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu .....	33
2.2.3.1. Kamu Alanında Sağlık Hizmeti Sunumu.....	33
2.2.3.2. Özel Sektörde Sağlık Hizmeti Sunumu .....	38

2.2.4. Günümüzde Sağlık Hizmeti Sunumunda Yaşanan Sorunlar ve Getirilen	
Yasal Yenilikler .....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	43
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ .....	43
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	44
3.3. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ .....	44
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	45
3.4.1. Anket Formları.....	45
3.4.2. Nottingham Sağlık Profili.....	46
3.5. ÖN UYGULAMA .....	46
3.6. VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI .....	47
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	47
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	49
3.9. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ OLARAK ALINAN İZİNLER .....	49
Tablo 3.2. Nottingham Sağlık Profiline ait ifadeler ve puanlaması .....	50
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	92
6. KAYNAKLAR .....	125
EKLER	
Ek 1.Araştırma Anket Formu	
Ek 2. Etik Kurulu Kararı	
ÖZGEÇMİŞ	

## VIII

### TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 2.1.</b> Sağlık hizmetleri kullanımını hazırlayıcı faktörler .....	19
<b>Tablo 2.2.</b> Sağlık hizmetleri kullanımını kolaylaştırıcı faktörler .....	22
<b>Tablo 2.3.</b> Sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen gereksinim faktörleri .....	24
<b>Tablo 3.1.</b> NHP boyutları ve toplam skoru güvenilirlik katsayıları .....	48
<b>Tablo 3.2.</b> Nottingham Sağlık Profiline boyutlarına ait ifadeler ve puanlaması.....	50
<b>Tablo 4.1.</b> Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri .....	52
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırma grubuna alınan bireylerin cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı.....	53
<b>Tablo 4.3.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerde cinsiyete göre medeni durum dağılımı .....	54
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerde cinsiyete göre öğrenim durumu dağılımı.....	54
<b>Tablo 4.5.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerde cinsiyete göre meslek grupları dağılımı .....	55
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırma grubuna alınan bireylerin son bir yıl içinde sağlık kurumlarına başvuru durumları.....	56
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırma grubundaki bireylerin son bir yıl içinde genellikle başvurdukları sağlık kurumları .....	56
<b>Tablo 4.8.</b> Son bir yıl içinde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sağlık kurumlarına başvuru nedenleri.....	57
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran faktörler hakkındaki düşünceleri.....	58
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörler hakkındaki düşünceleri.....	59
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık kurumlarından beklentileri .....	60
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırma grubuna alınan bireylerin yaş gruplarına göre son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru durumları.....	61



<b>Tablo 4.13.</b> Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin yaş gruplarına göre başvuru sayıları .....	61
<b>Tablo 4.14.</b> Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları.....	62
<b>Tablo 4.15.</b> Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayıları .....	64
<b>Tablo 4.16.</b> Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları .....	65
<b>Tablo 4.17.</b> Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayıları.....	67
<b>Tablo 4.18.</b> Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumu, sağlık düzeyi karşılaştırması ve yaşam kalitesi algılamalarına göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları.....	68
<b>Tablo 4.19.</b> Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumu, sağlık düzeyi karşılaştırması ve yaşam kalitesi algılamalarına göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayıları.....	69
<b>Tablo 4.20.</b> Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığına inanma durumuna göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları.....	70
<b>Tablo 4.21.</b> Nottingham Sağlık Profili boyutlarından elde edilen skorların dağılımı .....	71
<b>Tablo 4.22.</b> NHP Sağlık Statüsü boyutlarının birbirleriyle olan korelasyon matrisinin dağılımı .....	72
<b>Tablo 4.23.</b> Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerde yaş gruplarına göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı .....	73
<b>Tablo 4.24.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri kişilerde cinsiyete göre algılanan sağlık düzeyi dağılımı.....	74
<b>Tablo 4.25.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerde medeni duruma göre algılanan sağlık düzeyi dağılımı .....	75
<b>Tablo 4.26.</b> Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin eğitim durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı .....	77
<b>Tablo 4.27.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin aylık gelir durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı .....	79
<b>Tablo 4.28.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin kronik hastalık görülme durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı .....	81

<b>Tablo 4.29.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin kronik hastalık sayısına göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı .....	82
<b>Tablo 4.30.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin son bir yıl içinde hastaneye yatma durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı .....	83
<b>Tablo 4.31.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumu değerlendirmelerine göre dağılımı.....	84
<b>Tablo 4.32.</b> Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran ve başvurmayan 15 yaş ve üzeri bireylerin algılanan sağlık düzeylerinin karşılaştırılması.....	85
<b>Tablo 4.33.</b> Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin mevcut sağlık durumlarının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu .....	86
<b>Tablo 4.34.</b> Cinsiyete göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu.....	87
<b>Tablo 4.35.</b> Yaş gruplarına göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu .....	88
<b>Tablo 4.36.</b> Medeni duruma göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu .....	89
<b>Tablo 4.37.</b> Eğitim düzeyine göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu .....	90
<b>Tablo 4.38.</b> Aylık gelir düzeyine göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu .....	91
<b>Şekil 2.1.</b> Sağlık Hizmetleri.....	27

**KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>DiE</b>	: Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ETF</b>	: Ev Halkı Tespit Fişi
<b>NHP</b>	: Nottingham Sağlık Profili
<b>OECD</b>	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurum
<b>TSHKA</b>	: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan toplum kaynaklarının en değerli ögesidir. “Sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”ni tanımlayan sağlık ise birey ve toplumların en büyük zenginliğidir. Temel gereksinimleri sağlığını korumak ve neslini sürdürmek olan insanoğlunun bu çaba ve davranışları ilk insan ile başlamış ve günümüze dek süregelmiştir.

Sağlık, günümüzde doğuştan kazanılan, vazgeçilemez, devredilemez ve ertelenemez temel bir insanlık hakkı olarak kabul edilmiş ve tüm dünyada ulaşılması hedeflenen sosyal bir amaç niteliği kazanmıştır. DSÖ Anayasasında “ırk, din, politik inanç, ekonomik güç ve sosyal statü farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşma hakkı” olarak tanımlanan bu hak ülkemiz anayasasında da “herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” şeklinde güvence altına alınmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak sağlık hakkı 1978 yılında Alma Ata Kongresinde tüm dünya ülkelerince “dünyadaki herkes 2000 yılına kadar buldukları toplumun sosyal yaşantısına etkin bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır” ilkesi ile evrensel bir nitelik kazanmıştır. Ülkemizde VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise insan sağlığı toplumsal kalkınmanın temeli olarak tanımlanmış, yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması esas alınmıştır.

Sağlığın önemi toplumsal kalkınmışlığın önemli bir göstergesi olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık ekonomik ve kültürel kalkınmayı etkileyen ve bunlardan etkilenen, kalkınmanın hem nedeni hem de sonucu olabilen bir disiplindir. Sağlıksız bir toplumda ortalama yaşam süresinin ve çalışanların üretime katkılarının azalması kaçınılmazdır. Dolayısıyla bireyleri daha sağlıklı ve üretken yapabilmenin yolu toplumun ihtiyaç duyduğu miktarda ve kalitede sağlık hizmeti sunmak ve bireylerin bu hizmetlerden yararlanma olanaklarını artırmaktır.

Keza sağlık hizmetleri sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hasta kişileri olanakların elverdiği ölçüde en erken dönemde teşhis ve tedavi etmek, kişilerin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan toplumsal bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı sağlıklı bir yaşam, uzun ömür ve verimli çalışmanın sağlanmasıdır.

Toplumunu oluşturan kişiler sağlık hizmetlerinin alıcısı durumundadırlar ve sağlık hizmeti kullanımı sağlık arama davranışları arasında önemli bir yer tutmaktadır. İnsanların genellikle sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında bir sağlık kuruluşuna başvurarak bu hizmetleri kullanmaları beklenir. Ancak, yardım arama kararı ve sağlık hizmetleri kullanımının pek çok etkenin rol oynadığı karmaşık bir süreç olması bu beklentinin istedik düzeyde gerçekleşmesini engellemektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda; sağlık hizmetlerine girme kararını etkileyen etkenlerin “eğilim, ihtiyaç ve imkan” ile ilişkili değişkenler olduğu belirtilmiştir. Bu faktörler kişilerin kendi bilgi, tutum ve inançları gibi kişilik özelliklerinden, içinde yaşadığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısından, sağlık hizmetlerinin fiziksel-ekonomik ulaşılabilirliğinden ve kullanıcının sağlık durumu ve algılanan sağlık düzeyinden kaynaklanan özelliklerdir. Özellikle bireylerin sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilmektedir. Çünkü, algılanan sağlık düzeyi sağlık hizmetleri talebinde, kullanımında ve planlamasında en önemli belirleyici ve yönlendirici faktör niteliğindedir. Algılanan sağlık düzeyini etkileyen demografik, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel faktörlerin pek çoğu aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımını da etkileyerek sağlık ihtiyaçlarının sağlık talebine dönüştürülmesini engelleyebilmektedir.

Bütün bu faktörlerin etkisi ile rahatsızlığı olan kişilerin büyük bir bölümü ya hiç yardım aramamakta ya da sağlık hizmeti kullanımı dışındaki yardım kanallarına yönelmektedirler Nitekim Türkiye genelinde yapılan sağlık hizmetlerinin kullanımı araştırmasına göre, ülkemizde son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru oranı %48.7, yıllık kişi başına sağlık hizmeti talep katsayısı 2.4'dür. Buna karşılık, yıllık hekime başvuru sayısı ABD'de 5.5, Almanya'da 11.5, Japonya'da 13.0 olup, OECD ortalaması ise 6.2'dir. Görüldüğü gibi ülkemizde sağlık hizmetleri kullanımı sağlık arama davranışları arasında önemli bir yer tutmaktadır ancak, bu oranlar gelişmiş ülkelerin sağlık hizmet talep katsayıları ile kıyaslandığında oldukça düşük düzeyde kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde beklenen başarıya ulaşamamasında rolü bulunan etkenler hizmet kullanımı ile ilgili olabildiği gibi hizmetin sunumu ile de ilgili olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin halka sunumu teknolojik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak değişmektedir. Tıp teknolojilerindeki hızlı gelişme, tedavi alanında sağlanan başarılar, toplumun hızla değişen yaş ve hastalık dağılımları, varlığını gittikçe daha fazla hissettiren hasta hakları ve kalite kavramları, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri ve bu ihtiyaçları gidermedeki tercihlerini sürekli değiştirmektedir. Tıbbi uygulamalar ve hizmet sunumu da bu değişime uygun olarak sürekli değişmekte ve yenilenmektedir.

Demografik dönüşüm sonucu toplum yapısında meydana gelen farklılaşmalar sağlık sorunlarının önem ve önceliklerinin değişmesine neden olmakta ve hizmet modellerinin yenilenmesini gerektirmektedir. Fakat bu değişim sağlık sorunlarını çözmek için mutlaka en son teknolojinin kullanılması gerektiği anlamına gelmemeli, imkanlar ölçüsünde sunulan hizmetlerin etkin ve verimli hale getirilmesi ve toplumsal yapıya uygunluğunun sağlanması yönünde kullanılması önerilmektedir. Hizmet sunumu bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arasındaki ciddi sağlık düzeyi farklılıkları dikkate alarak ve ihtiyacı olana daha fazla hizmet götürülerek gerçekleştirilebilirse sağlıkta eşitsizliklerin en aza indirilebileceği bildirilmektedir.

Sonuç olarak yetersiz sağlık hizmeti sunumunun nedenlerinin ve sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bireysel, kültürel, kurumsal etmenlerin açığa çıkarılması ve sağlık hizmetlerinin uygun sunum ve kullanım özelliklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu özelliklerin bilinmesi sağlık yöneticilerine sağlıklı değerlendirme yapma olanağı

sağlayarak, kısıtlı kaynakların adil ve eşit dağıtımını kolaylaştıracaktır. Ayrıca toplumun gereksindiği türde, miktarda ve kalitede sağlık hizmeti sunmak, hizmet talebini ve kullanımını engelleyen faktörleri en aza indirmek, böylece halkın bu hizmetlerden yararlanma olanağını artırmak toplumsal kalkınmaya ivme kazandıracaktır.

Bütün bu faktörler dikkate alınarak yapılan bu çalışma; Kayseri İl merkezinde sağlık hizmetleri kullanım düzeyini niceliksel ve niteliksel yönden tanımlamak, kullanımı etkileyen faktörleri ortaya koymak ve bu faktörlerden algılanan sağlık düzeyinin hizmet kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçların araştırma bölgesindeki mevcut sağlık hizmetlerinin etkin sunumu ve uygun kullanımı açısından yol gösterici olması düşünülmektedir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.SAĞLIK KAVRAMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

#### **2.1.1. Sağlık Tanımı**

Sağlık ve hastalık kavramları kültürden-kültüre, hatta belirli bir homojen yapı gösteren toplumlar içinde bile, gruplar ve/veya bireyler arasında göreceli olarak farklı anlamlara gelebilmektedir (1). Bu farklılık bireylerin farklı kültürel değerlere, eğitim düzeyi ve yaşam biçimine sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Kişilerin istek ve korkuları sağlık, hastalık ve yaşam kalitesi tanımlarını etkilediği için sağlıksızlıktan sağlıklı olamaya farklılaşan durumlar kişilerin öznel yargılarını da içermektedir (2). Örneğin sporla uğraşan bir birey için sağlık fiziksel zindeliğe, genç birisi için çeşitli aktivitelere katılabilmeye, yaşlı bir kişi için daha sınırlı aktivitelerin üstesinden gelebilmeye eşdeğer görülmektedir. Sağlık her birey için vazgeçilmez, devredilemez ve ertelenemez temel bir gereksinimdir. Bu nedenle ülkelerin anayasalarında vatandaşların temel hakkı olarak ilk sırada yer almaktadır (3). Son yüz elli yıldır sağlık kavramına ilişkin pek çok tanım yapılmıştır. Bu tanımlar hekim ve diğer sağlık personelinin görüşlerini içeren formal tanımlar ve halk inanışları şeklinde sınıflandırılmıştır. Formal tanımlar hastalığın olmaması anlamına gelen “iyilik ve normallik” gibi negatif tanımlar ile “sahip olunacak bir mal”, “ideal bir durum”, “kişilerin fonksiyonlarını uygun olarak yerine getirmelerini sağlayan değişken bir durum”, “değişen koşullara adapte olabilme yeteneği” gibi pozitif tanımlar şeklinde ikiye ayrılmıştır.



Formal tanımlar, klinik ya da biyolojik boyutlardaki anormalliklerin fonksiyonellik ve iyilik hali ile ilişkili problemlerin kökeni olduğunu ve bu boyutlarda sağlanacak gelişmelerin diğer boyutlarda da gelişmelerle sonuçlanacağını kabul etmektedir (4). Hastalara göre sağlık ise; bireylerin sağlık konusundaki inanışlarını, sağlık sorunlarını anlama biçimlerini ve sorunlar karşısındaki davranışlarını etkilediği için formal tanımlar kadar önemlidir. Hastalar için sağlık büyük ölçüde fonksiyonellik ve iyilik haline eşittir, tıbbi bakım almalarının en önemli nedeni de fonksiyonelliğe ve iyilik haline ulaşma isteğidir (5).

DSÖ 1946 yılında sağlığı o ana kadar ki tanımlardan çok farklı bir biçimde, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” olarak tanımlamıştır (6). Bu tanım sağlığın hem negatif hem de pozitif öğelerini içermekle birlikte, fizyolojik olguya ilaveten sağlığın fonksiyonel statü ve iyilik hali yönlerine de atıfta bulunmaktadır. Sağlığın kavramsallaştırılmasında bu modelin kullanımı sosyal rolleri, ruhsal iyilik halini ve fiziksel fonksiyonelliği biyoloji ve patoloji kadar önemli hale getirmektedir (2). Bu tanım her yaşta, cinste ve koşulda yaşayan insan için geçerlidir (7).

### **2.1.2. Sağlığı Etkileyen Faktörler**

Bir toplumun sağlık düzeyi sağlıklı kişilerin varlığı ile değerlendirilir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, insan sağlığını etkileyen faktörleri bilmek ve tanımlamak halk sağlığı uygulamalarının başarısı bakımından önemlidir. Sağlıklı bir yaşam hastalık, sakatlık ve erken ölümlere yol açan faktörleri ortadan kaldırmayı ya da bu faktörlerden uzak durmayı gerektirmektedir. Bu sonuçlara olumlu sağlık davranışı gösterilerek ulaşılabilir.

Sağlığı olumsuz etkileyen faktörler “sağlıksız çevre” ve “sağlıksız yaşam biçimi” olarak iki grupta incelenebilir. Çevre fizik, biyolojik ve sosyal çevrenin oluşturduğu bir bütündür (8,9). Fizik çevrede sağlığa zarar veren faktörler havayı ve doğal çevreyi kirleten sanayii atıkları, çöpler, insan metabolizma ve kullanım artıkları ve gürültüdür. Ülkelerin kalkınmışlık düzeyine göre farklılaşan çevresel sorunlar tüm insanlığın ortak geleceğini tehdit etmektedir. Ülkemizde hava ve su kirliliği, güvensiz gıda, çarpık kentleşme en önemli çevresel sorunlardır (9).

Sosyal çevreyi belirleyen temel öge kültürdür. Her toplumun kendine has bir kültürü ve sağlık inancı vardır. Sağlık ve hastalığın temel belirleyicileri sosyal ve kültürel nedenlerdir. Aile yapısı, iş çevresi, yaşam biçimi, bilgi-tutum ve davranışlar bireyin kendi geliştirdiği ve kendisini temsil eden öğelerdir.

Herkese sağlıklı yaşam sağlanabilmesi için, sağlığı çok etmenli bir sistem olarak görmek, kişileri çevreleri ile bir bütün olarak ele almak, sağlığın korunmasına öncelik vermek, çevre ile insan uyumunu sağlamak gerekir. İnsan çevresi ile uyum içinde olabildiği sürece beden ve akıl sağlığı yerinde olacak, çevresinden olumsuz etkilenmeyecektir (9). Sağlıksız yaşam biçimini, yetersiz ve dengesiz beslenme, fizik-aktivite ve hijyen yetersizliği, sigara ve alkol kullanımı, sosyo-kültürel özellikler, stres gibi faktörler oluşturmaktadır. Ölümlerin gelişmiş ülkelerde %70-80'i, gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50'si sağlıksız yaşam tarzından kaynaklanan hastalık ve rahatsızlıklar nedeniyle oluşmaktadır (10).

İnsanın sahip olduğu en önemli değer sağlığıdır. Günümüzün sağlık sistemi ve hizmetleri bu değerın korunması, geliştirilmesi, yükseltilmesi noktasında birleşmiştir. Ancak, sağlığa ulaşmak, kişiye sunulan sağlık hizmetlerinin yanı sıra bireylerin sağlıkta öz sorumluluk bilincine ulaşmaları, sağlıklarını koruyucu tutum ve davranışlar içinde bulunmaları ile sağlanabilir (10).

### **2.1.3. Yaşam Kalitesi**

Uluslararası Standart Örgütü'nün (ISO) 9005 kalite sözlüğünde kalite, "ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı" olarak tanımlanmıştır (11). Hayatın kalite ve kantite olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Yaşamın kantitesi; yaşam süresini tanımlamakta ve beklenen yaşam süresi, mortalite oranları ve belirli nedenlere bağlı ölüm olaylarının değerlendirilmesi ile ifade edilmektedir (12). İlk kez Thorndike tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" olarak tanımlanan yaşam kalitesinin kesin bir tanımı olmamakla birlikte, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, iyilik hali ve mutluluk kavramları ile eş anlamlı olduğu ifade edilmektedir (13,14). Campbell ve McCall gibi yazarlar yaşam kalitesinin ölçümünde objektif ve subjektif göstergelerin birlikte kullanımını önermişlerdir. Subjektif göstergeler doğrudan yaşamla ilgili algılamalar üzerinde durmakta ve insanların kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgilenmektedir (15). Objektif göstergeler ise

işsizlik oranı, yoksulluk sınırı altında yaşayan birey oranı, gelir, beslenme, ulaşım, mesleki statü ve yaşam koşulları gibi yaşam kalitesi algılamasını etkileyen faktörler üzerinde durmaktadır (2).

#### **2.1.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi**

Sağlık alanında yaşam kalitesi insanların kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük aktivitelerini nasıl yaptıkları ile ilgili sağlık statüsünü tanımlayıp, hastalıklar ve tedavisinin algılanan sağlık ve günlük yaşam aktivitelerine etkileri ile ilgilenmektedir. Bazı yazarlar yaşam kalitesini iyilik hali açısından tanımlamışlar ve sağlık bakımı kapsamında hastaların yaşamlarının geliştirilmesi amacıyla yaşam kalitesi kararlarının alınabileceği ve alınması gerektiği konusunda karara varmışlardır (15).

Sağlığı yaşam kalitesine eşdeğer olarak tanımlamak giderek yaygınlaşmakta ve yaşam kalitesi ölçüm araçlarında sağlık ile yaşam kalitesi arasındaki ayırım dikkate alınmamaktadır (12). Halbuki yaşam kalitesi sağlıktan daha geniş bir kavramdır ve sağlık bireyin yaşam kalitesini etkileyen tek faktör değildir (2). Dolayısıyla kişilerin sağlıkları ölçüleceği zaman daha sınırlı bir tanımlı kullanmak gerekmektedir. Sağlık bakım sistemlerinin amacı yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili parçasını maksimize etmektir. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili kısmı sağlık statüsü olarak isimlendirilmektedir (12).

Yeryüzünde ilacın tarihi kadar eski olan sağlık alanındaki kalite birbirinden ayrılmayan ve birbirini bütünleyen sağlık ürünü-sağlık hizmeti kalite toplamından oluşmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının sağlık bakım çalışanlarının çabalarından etkilenen durumları çok daha doğru bir şekilde tanımladığı düşünülmektedir. Patrick ve ark. (2) sağlıkla ilgili yaşam kalitesini yaşam süresine yüklenen değer olarak tanımlayarak bu boyutla ilgili alanları; fiziksel hareketlilik, acı ve stresten uzak olma, kendi kendine bakabilme kapasitesi, normal sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeterliliği olarak özetlemiştir.

Yaşam kalitesinin içerdiği boyutları açıklayacak olursak;

1. Psikolojik/emosyonel esenlik alanı: “Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duygular”dır.
2. Fiziksel esenlik alanı: “Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, seks, zindelik/güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucu”dur.
3. Sosyal ve bireysel esenlik alanı: “Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumları”dır.
4. Finansal ve maddi esenlik alanı: “Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme (taşınabilme)”dir (16).

Görüldüğü gibi yaşam kalitesi boyutlarının hiçbiri bir hastalığın, klinik belirtinin ya da sendromun varlığına veya yokluğuna değil duygulara ve fonksiyonel kapasiteye işaret etmektedir (7).

### **2.1.5. Sağlık Statüsü ve Ölçümü**

Bireyin ve hastanın sağlık düzeyini tanımlamada kullanılan bir kavram olup, sağlığın tüm boyutlarını kapsamaktadır. Literatürde sağlık statüsü kavramı ayrıca, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri şeklindeki iyilik halleri ile işlerinde ve evlerindeki günlük aktivitelerini nasıl yaptıkları şeklindeki fonksiyonel statülerini tanımlamak amacıyla da kullanılmaktadır (12).

Sağlık statüsü modeli hastalıkla başlar. İkinci aşama hastalığın neden olduğu sakatlık, üçüncü aşama hastalık ve sakatlık sonucu oluşan fonksiyonel sınırlamalardan oluşmaktadır. Modelin son aşamasında sağlık statüsünün bu boyutlarının hepsinden etkilenen algılanan sağlık statüsü yer almaktadır. Algılanan sağlığı modelleştirmenin nedeni, algılanan sağlığın fiziksel ve ruhsal sağlık statüsünün, sağlık hizmeti kullanımı ve ölüm gibi önemli sonuçların alternatif bir göstergesi olması, akut hastalıkların geçişsel durumlarını yansıtabilmesi ve sağlık statüsündeki gizli değişikliklere duyarlı olmasıdır (17).

Sağlık gibi henüz üzerinde ortak bir tanım birliğine ulaşamamış bir kavramın ölçülmesi de kolay olmamaktadır. Bugün sağlığı ölçmekte kullanılan tekniklerin büyük bir çoğunluğunun başlangıç noktası sağlığın negatif tanımıdır. Yani bir toplumun sağlık statüsünün ölçümünde o toplumda mevcut hastalıklar, ölümler ve diğer negatif özellikler tespit edilerek, nüfusun geri kalan kısmının sağlık düzeyi hakkında bilgi edinilmektedir.

Sağlık statüsünün ölçülmesi bireyin/hastanın sağlığının ölçülmesi ya da değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu işlem, sağlığın biyolojik boyutları ile ilgili değerlendirmeleri içerdiği gibi algılanan iyilik halinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonelliğin ve ağrının değerlendirmesini de içermektedir (18). Sağlığın biyolojik boyutları ile ilgili değerlendirmeler laboratuvar-tanı testlerine, fonksiyonellik ve iyilik hali ile ilgili değerlendirmeler bireylerin sağlıkları ile ilgili kararlarına ya da bu kararları belirleyen algılanan sağlık statüsü ölçüm araçlarına dayandırılmaktadır. Biyolojik boyutla ile ilgili değerlendirmeler sağlığın klinik ya da objektif ölçümü, fonksiyonellik ve iyilik hali ile ilgili değerlendirmeler ise algılanan sağlık statüsünün ya da subjektif sağlığın ölçümü olarak tanımlanmaktadır (19).

### **2.1.5.1. Sağlık Statüsü Ölçme Yöntemleri**

#### **A) Geleneksel Göstergeler**

**Sağlık statüsünün klinik açıdan ölçümü :** Sağlık statüsünün klinik ya da objektif verilere dayalı olarak ölçümü, sağlık ve hastalığın fizyolojik boyutları ile sınırlandırılmıştır. Klinik ölçüm bireylerin sağlık statülerinin çeşitli fizyolojik boyutlardan oluştuğunu kabul eder ve sağlık statüsünü bu boyutlarla ilgili normlardan sapmalara göre, alınan tıbbi tedavi ve bakımı da fizyolojik boyutlarda sağlanan ya da sağlanamayan gelişmelere göre değerlendirmektedir (20).

Sağlığın geleneksel ölçümleri ölüm, hastalık ve sakatlığı (3 Ds: Death, Disease, Disability) yansıtan biyolojik göstergelere dayandırılmıştır. Bugün gerek ülke içinde ve gerekse ülkeler arasında sağlık statülerine ilişkin değerlendirmeler yapılırken en çok mortalite göstergesi temel alınmaktadır. Farklı sosyo-demografik verilere ve hastalıklara göre hesaplanabilen, sağlık politikası için değerli veriler sağlayan bu gösterge, enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması ve yaşam standardının yükselmesine bağlı ölüm oranlarının azalması, ölüme neden olmayan ancak, yaşam kalitesini olumsuz

etkileyen kronik hastalıkların ön plana çıkması sonucu yirminci yüzyıl koşullarında yetersiz kalmaktadır (7,21).

Geleneksel ölçütlerin yetersiz kaldıkları noktaların gerekçelerini şöyle özetleyebiliriz. Birincisi; bu ölçütler ağrı, acı ya da depresyon gibi sorunları olan bireylerin bir hastalık durumuna bağlı ya da bağlı olmaksızın kendilerini nasıl hissettiklerini açıklayamamaktadır (19).

İkincisi ise; hastalık durumları sadece sağlığın fizyolojik boyutlarını değil, günlük aktivitelerle ilgili rol fonksiyonelliği ile iyilik halini de etkilemektedir. Bu nedenle hekimlerden hastalık semptomlarını izlemenin yanı sıra fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik ile iyilik hali üzerindeki hastalık etkileri hakkında da bilgi sahibi olmaları beklenmektedir (2). Ayrıca sağlık ve hastalık statüsünü izlemek için kullanılan bu fizyolojik göstergeler sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik boyutları ile daima ilişkili olmadıkları için, sağlığın bu boyutlarını açıklamada yetersiz olarak görülmektedir (18). Örneğin bireylerin laboratuvar değerlerinde gelişme olmasına rağmen fonksiyonellik ve iyilik hallerinde bir gelişme olmayabilmektedir (2). Bir çok çalışma özellikle yaşlıların açık bir patolojinin varlığında dahi sağlıklarını iyi olarak algılamalarının mümkün olduğunu göstermiştir (22). Yine aynı klinik değerlere sahip hastaların farklı fonksiyonellik düzeylerine sahip olmaları da söz konusu olabilmektedir (23).

Geleneksel göstergelerin yetersizliği ile ilgili üçüncü neden ise; sağlık bakım talebine neden olan problemlerin hepsi mutlaka fizyolojik patoloji ile ilişkili olmayıp bireylerin kendilerini rahatsız ya da hasta hissetmeleriyle de ilişkili olabilmesiyle açıklanmaktadır (22, 24). Yapılan bir çalışmada bireylerin bakım alma davranışlarında sağlıkları ile ilgili algılamalarının daha belirleyici bir rol oynadığı tespit edilmiştir (25).

Görüldüğü gibi zamanla sağlık anlayışının gelişmesi, sağlığın ölüm, hastalık ve sakatlık gibi boyutlarla sınırlandırılmayacağını ve sağlığın biyolojik boyutların ötesinde fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik ve iyilik hali açılarından da düşünülmesi gerektiği sonucunu doğurmuştur.

**Modern Sağlık Göstergeleri :** Yaşam süresinin uzamasına paralel olarak artış gösteren kronik hastalıklar yaşam kalitesine daha çok önem verilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Yaşam kalitesi en genel anlamıyla kişisel sağlık statüsünden farklı olarak sosyal iyilik halini de içine alan bir kavramdır (21). Yaşam kalitesinin boyutları; fiziksel

hareketlilik, acı ve stresten yoksun olma, kendi kendine bakabilme kapasitesi, normal sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeterliliğidir. Yaşam kalitesi boyutlarının her biri hastalıkların klinik belirtilerini değil duygusal ve fonksiyonel kapasiteyi ölçmektedir (7).

**A) Hastalığa Özgü Ölçekler :** Hastalığa özgü ölçeklerin ortaya çıkış sebebi geleneksel göstergelerin hastalığın hasta üzerindeki gerçek etkilerini göstermediği gerçeğinin fark edilmesidir. Hastalığa özgü ölçekler arasında akciğer hastalarına uygulanan “Kronik Solunum Yolu Hastalıkları Anketi” ve artritli hastalar için geliştirilen “Sağlığın Değerlendirilmesi” ölçekleri bulunmaktadır (21).

### **B) Genel Sağlık Statüsü İndeks ve Profilleri**

Sağlık indeks ve profilleri sağlığın çok boyutlu olma özelliğinin dikkate alınmasıyla ortaya çıkmıştır. İndeks ile profil arasındaki fark, sağlık indeksinin aktivite ve deneyimlerin birçok boyutunu tek bir ölçütte toplayarak sunması, profilin ise bu boyutları tek bir ölçüte indirgmeden ayrı ayrı ölçmesidir. Genel sağlık statüsü ölçüm araçları, farklı hastalıklara, tedavilere, demografik ve kültürel alt gruplara uygulanmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçüm araçlarının tümünün genel sağlık sonuçları açısından, bir tedavinin diğerine karşı etkisinin değerlendirilmesinde, bir hastalığın diğer bir hastalığa karşı sağlık statüsü üzerinde meydana getirdiği yükün anlaşılmasında, farklı hastalıklar için farklı tedaviler ve aynı hastalık için alternatif tedavilerin sağladığı yararların karşılaştırılmasında geniş ölçüde kullanıldıkları görülmektedir (26, 27). Geliştirilen indeks ve profiller içinde en çok bilinen ve uygulananlar Karnofsky İndeksi, Hastalık Etkisi Profili ve Nottingham Sağlık Profili'dir (23, 26).

### **C) Sağlık Statüsünün Algılanan Sağlık Açısından Ölçümü**

Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirebilmek ve daha iyi anlayabilmek için, o toplumun algılanan sağlık durumunun ölçülmesi gerekir. DSÖ'nün Avrupa Bölgesi “Herkes İçin Sağlık Stratejisi”nin ikinci hedefinde ifade edildiği gibi, “algılanan sağlık, toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini kontrol etmek için başlıca göstergelerden biridir” (21, 28).

Sağlık algısı bireysel düzeyde yapılan bir sağlık ölçümüdür ve bu alana uygun geliştirilen ölçüm araçları ile ölçüm yapılır. Bireysel düzeyde sağlık ölçümünde

kullanılan ölçekler üç grupta toplanmaktadır. İlk gruptaki ölçekler sağlığı genel olarak değerlendirmeye yönelik iken, ikinci grup, bir fonksiyonun yeterliliğini tanımlamaya çalışır. Üçüncü grup ise iyiden iyiye daraltılmış bir alanı, belli bir hastalık durumundaki işlevleri tanımlamaya yöneliktir. Bu ölçekler aracılığı ile birey sağlık algısını “mükemmel, çok iyi, iyi, orta” yada “kötü” şeklinde ifade etmektedir (28, 29). Sağlık statüsünün bireylerin algıladıkları sağlık açısından ölçümü, genellikle günlük hayatı oluşturan aktiviteler ile ilgili fonksiyonellikten, iyilik halinden ve sağlıkla ilgili genel algılamalardan istenmeyen sapmaların belirlenmesi ve değerlendirilmesi üzerinde odaklanmaktadır. Sağlık statüsünün ölçümündeki bu yeni yaklaşım sağlığın sosyo-medikal açıdan ölçümü olarak da tanımlanmaktadır (19).

Sağlık statüsünün daha kapsamlı değerlendirilebilmesi bireylerin algıladıkları sağlık statülerinin de değerlendirilmesini gerektirmektedir (21). Çünkü, sağlık statüsünün belirli yönleri sadece bireylerin kendi ifadeleri ile belirlendiğinden, sağlık statüsünün ölçülmesinde temel veri kaynağının yine bireylerin kendisi olduğu kabul edilmektedir (30). Bowling (21) bu ölçümlerin sağlığın bireysel değerlendirmelerini yansıttığı için güçlü olduğunu öne sürmektedir.

### **2.1.6. Sağlık İhtiyacının Belirlenmesi**

Sağlık (bakımı) ihtiyacı: Sağlık ihtiyacının belirlenmesi, sağlık hizmetleri planlamasının en önemli adımlarından birisidir. İhtiyaç genel anlamda gerekli olan, arzu edilen veya faydalı olan bir şeyin azlığı; bir organizmanın sağlıklı olması için fiziksel ve psikolojik gereklilik; destek gerektiren bir durum, az olan, zorunlu olan bir şeyin gerekliliği” şeklinde ele alınabilir. Görüldüğü gibi ihtiyaç istemek, gerektirmek ve gerekli olmak kelimeleri üzerine odaklaşmıştır (31).

İhtiyaç kavramı kapsamında yer alan sağlık bakım ihtiyacı ve sağlık ihtiyacı birbirinden farklı kavramlardır. Sağlık ihtiyacı geniş kapsamlı bir terim olup, bireyin mevcut sağlık durumu önceki halinden daha düşük seviyede olduğunda ortaya çıkar. Sağlık ihtiyacı daha sağlıklı bir topluma ulaşmak amacıyla yakından ilgilidir ve sosyo-ekonomik statü, konut, barınma, çevre, kültürel ve sosyal yapı, örf ve adetler gibi bir çok faktörden etkilenmektedir.

Sağlık bakımı ihtiyacı ise daha dar kapsamlı bir terim olup, bireyin /hastanın bozuk sağlık durumunu düzeltmek ya da bireyi iyi sağlık halinin gerektirdiği koşullara getirmek için gerekli sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakım ihtiyacı en



azından sağlık ihtiyacını karşılayacak etkili bir tıbbi müdahalenin varlığında oluşmaktadır (32). Sağlık hizmeti ihtiyacı, herhangi bir toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanabilme becerisi olarak da ele alınmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinden yararlanma becerisi, toplumu oluşturan bireylerin tek tek sağlık hizmetlerinden yararlanma becerileri toplamına eşittir (33).

Sağlık ihtiyacının aşağıdaki durumlarda ortaya çıktığı söylenebilir (34).

1. Bireyin sağlıklı olduğu fakat sağlığının bozulma olasılığı taşıdığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bu olasılığı azaltabildiği durumlar,
2. Bireyin sağlıksız olduğu ve daha sağlıklı olmaya doğru geçiş olasılığının tedavi edici sağlık hizmetleri ile artırılabilceği durumlardır.

Sağlık ihtiyacı kavramı objektif ve subjektif sağlık ihtiyacı olarak düşünüldüğünde; yazarlar sağlık hizmeti ihtiyacı ile hizmet talebi arasındaki farkı ortaya koymaya çalışmışlar ve sağlık ihtiyacını “sağlık hizmeti sunan hekimlerin bireyin sağlıklı olması ya da bozulan sağlık statüsünün düzeltilmesi amacıyla alması gerektiğine inandığı sağlık hizmeti miktarı” olarak tanımlamışlardır. Bu tanıma göre sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi özellikle tıbbi görüşe ve bilgiye dayandırıldığı için bireylerin ya da grupların sağlık ihtiyaçlarını belirleme sürecine katılması imkansızdır (35).

Subjektif ihtiyaç kavramına göre belirli eğilim ve imkan durumlarının varlığında kişinin ya da ailesinin sağlık hizmetlerini kullanması için, hastalık ya da hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılaması gerekir. Kişi tarafından algılanan hastalık (şikayet, rahatsızlık, sakatlık v.b), doktor tarafından tanı almış hastalıklar ise gereksinim (talep) değişkenlerini oluştururlar.

Diğer taraftan ihtiyaç, algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olarak ölçülebilir. Algılanan ihtiyacın ölçümü, kişinin iş göremezlik günleri sayısını içerir (36). Algılanan ihtiyacın diğer ölçüleri belirli bir zaman aralığında kişinin yaşadığı semptomları ve genel sağlık durumu hakkında kendisinin belirttiği durumları (mükemmel, iyi, orta, kötü gibi) içerir (37).

Sağlık ihtiyacı kavramı üç noktada odaklanmaktadır :

- **Birincisi:** Sağlık ihtiyacı sağlıktaki fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halindeki bozulmaları ifade etmektedir. Bu durumda bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesi sağlık statülerini ölçmeyi gerektirmektedir (34).

- **İkincisi:** Sağlık ihtiyacı sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Burada ihtiyaç hizmetten yararlanma becerisine bağlıdır (36).
- **Üçüncüsü:** Bireysel boyuttaki sağlık ihtiyaçlarının toplumsal seviyede sağlık kaynakları ihtiyacına ve bu kaynakların adil bir biçimde dağıtımına dönüşmesi ile ilgilidir (36).

Sonuç olarak sağlık ihtiyacı kavramı; bireylerin sağlık statüleri, hizmetten yararlanma kapasiteleri ve sağlık kaynaklarının ihtiyaca göre etkin bir biçimde dağıtımını ile yakından ilgilidir. Bu nedenle, sağlık ihtiyaçlarını belirleme ve değerlendirme, herhangi bir toplumda mevcut hastalıkları ölçmeye yardımcı bilgileri toplamaktan daha ayrıntılı bir süreçtir (36) .

Görüldüğü gibi ihtiyaç sağlık hizmetleri kullanımının uyarıcısı ya da direkt nedenidir. Sağlık bakımı kullanma kararı normatif ve hissedilen ihtiyacın bir kombinasyonu olarak kendini göstermektedir. Zira sağlık sektöründe tüketim kararı için, tüketici kendi tercihlerine ilave olarak, hizmet sunan kişi tarafından sağlanan bilgiye de başvurmaktadır.

**Sağlık Hizmeti Talebi :** İhtiyaç talep ve kullanımla yakından ilişkili bir kavramdır. Talep, herhangi bir zaman sürecinde tüketicinin ya da bireyin satın alma yeteneği ve isteğinin olduğu mal veya hizmet miktarını ifade etmektedir. Uygulamada talep, talep eğrisi ile açıklanmaktadır. Ekonomistler, tüketicinin kendi tüketim davranışı konusunda en iyi kararı kendisinin verdiğini kabul eden geleneksel talep teorisini savunmaktadırlar. Talep teorisi temelde bir mal veya hizmeti kaç kişinin talep edeceği ile ilgilenmektedir (36).

Sağlık hizmeti talebi ile ilgili iki temel model bulunmaktadır

1. **Yatırım Modeli:** Günümüzde ve gelecekte tüketicinin ya da bireyin kendi sağlığı hakkında rasyonel kararı alabilecek düzeyde bilgi sahibi olamayacağını ileri sürmektedir. Bu modelde birey arzuladığı sağlık durumu ile mevcut sağlık durumu arasındaki farkı kapatmak için istek ve girişimde bulunduğu sağlık talebi gerçekleşmektedir. Bu model sağlık hizmet talebinin birey tarafından belirlendiğini savunmaktadır (38).

2. **Hekim-Hasta İlişkisi Modeli:** Hekimler ve hastaları aynı kültürel yapıdan gelseler bile hastalık/sağlık olaylarını çok farklı algırlar. Her birinin yaklaşımı farklı birikimlere dayalıdır, farklı kanıtlanma sistemleri vardır. Tedavi metotları için düşünceleri birbirinden farklıdır. Kısaca insanlar sağlıklarını kaybetmeleri durumunda anlar ve tanımlarlar. Bireyin algıladığı deneyim onun rahatsızlığıdır. Rahatsızlık, hastanın tüm algıları ve bozukluğun tüm zorlukları olarak tanımlanabilir. Hastalık ise hekimin, hastanın rahatsızlığını tarif etmek için kullandığı teorik bir kurgudur. Kısaca hastalıkla rahatsızlık iki ayrı evrene aittir, biri teorilerin diğeri ise deneyimlerin dünyasıdır. Bu modele göre sağlık hizmet talebini hekim belirlemektedir (38) .

Kişilerin sağlık hizmet talebini etkileyen faktörler :

1. Hizmetin fiyatı
2. İkame hizmetlerin fiyatı
3. Alternatif hizmetlerin fiyatı
4. Gelir
5. Zevkler ve tercihler'dir.

Hizmetin veya ikame hizmetin fiyat artışı ile talep azalırken, alternatif hizmetin fiyatı ve kişilerin geliri arttıkça, zevkler ve tercihler değiştikçe talepte artma eğilimi görülmektedir (39).

### **2.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı**

Kullanım'ın kelime olarak "bir şeyden belli bir amaçla yararlanmak, birinden veya bir şeyden amacına ulaşmak için yararlanmak" gibi anlamları bulunmaktadır (40). Sağlık hizmetleri kullanımı ise; sağlıklı olma, sürdürme ve sağlık seviyesini mümkün olan en üst düzeye çıkarma amacıyla birey, aile ve toplumun koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları demektir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlık hizmetlerinin verimliliğini, halka ulaşılabilirliğini ve etkisini değerlendirmede kullanılır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı için kullanılabilirlik unsurları tam olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, hizmete gerçekten ihtiyaç duyan kişilerin bu hizmeti alıp almaması olarak tanımlanabilir (41).

Kullanılabilirlik potansiyel ve gerçek kullanılabilirlik olarak iki şekilde incelenebilir (42).

### **Potansiyel Kullanılabilirlik**

Tıbbi bakım elde etme sürecini tanımlayan göstergelere işaret eder. Bireylerin hastalandığında ya da sağlığı hakkında danışmanlığa ihtiyaç duyduğunda genellikle gittiği bir yer ve kişi gibi düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, bakım almak için seyahat etmek zorunda olduğu uzaklık, doktora görününceye kadar beklediği süre, sosyal güvence durumu ve gelir düzeyi gibi değişkenleri içerir (42).

### **Gerçekleşen Kullanılabilirlik**

Doktor, hastane ve koruyucu hizmetlerin gerçek kullanımını, kişilerin bakıma ihtiyaç duyduğunda hizmet alıp almadığını ve aldığı hizmetlerden memnuniyetini içerir. Kullanım oranları ve memnuniyet puanları, potansiyel kullanılabilirlik değişkenlerinin gerçek etkisini gösterir (42).

### **Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliğine İlişkin Unsurlar**

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini etkileyen faktörler; sağlık politikası, sağlık bakım sisteminin özellikleri, hizmetlerin sunumu, risk altındaki nüfusun özellikleri ve hasta memnuniyeti'dir (42, 43).

**1.Sağlık politikası:** Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin artırılması pek çok sağlık politikasında önemli bir amaçtır. Sağlık planlamacıları ve politika belirleyicilere göre sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini değiştirmede sağlık politikasının etkisi belirleyici bir faktördür. Çünkü seçilen/benimsenen genel politika, ülkenin sosyokültürel yapısına göre farklı derecelerde alt politika ve uygulamalara yansımaktadır (43).

Günümüzde mevcut sağlık politikası ve hizmet anlayışı genel olarak iki seçenek halinde netleşmektedir. Bunlardan:

**Birincisi:** Sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkı olarak gören politikadır. Bu politika tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi görev ve sorumluluğunu topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Bu politika sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir dayanışma ve davranış olarak görür. Bu politikada sağlık hizmetleri kamu

eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse edilirken, örgütlenme ve hizmet sunumunda kamu örgüt ve birimlerini benimser (42, 43).

**İkincisi:** Bu temel insanlık hakkını toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakan ve insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören politikadır. Bu politikada sağlık hizmetlerinin finansmanı hizmet başı ödeme ve özel sigortacılık yoluyla sağlanırken, örgütlenme ve hizmet sunumunda özel kuruluşlar yeğlenir (42, 43).

**2. Sağlık bakım hizmetleri sisteminin temel özellikleri:** Bu sistem kaynaklar ve organizasyon olmak üzere iki ana öge ile nitelenir. Kaynaklar sağlık bakımına ayrılan işgücü ve sermayedir. Sağlık personeli, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık eğitiminin verildiği yapılar, sağlık hizmeti sunumunda kullanılan teçhizat ve materyal de kaynaklar kapsamındadır. Kaynaklar ögesi, bir bölgedeki kaynakların hem miktarını hem de dağılımını içerir. Organizasyon, sistemin kaynakları ile yaptığını tanımlar. Tıbbi hizmet sunumu sırasında personel ve imkanların koordinasyon ve denetim şeklini belirler. Organizasyonun ögeleri giriş ve yapıdır. Giriş, sisteme girme süreciyle, yapı ise sisteme girdikten sonra hastaya ne olduğunu belirleyen sistem özellikleriyle ilgilidir (42, 43).

**3. Risk altındaki nüfusun özellikleri :** Risk altındaki nüfusun özellikleri Andersen ve Newman'ın kullanımın bireysel belirleyicileri olarak tanımladığı eğilim, imkan ve ihtiyaç ögeleridir (44).

**4. Sağlık hizmetlerinin kullanımı:** Sağlık hizmetlerine gerçekten ihtiyacı olan kişilerin bu hizmetleri alıp almaması kullanılabilirliğin en iyi göstergesidir. Donabedian (45) "kullanılabilirliğin kanıtının, sadece hizmetlerin ve kaynakların varlığı değil, hizmetlerin kullanımı" olduğunu ve bu nedenle kullanılabilirliğin "ihtiyaca göre kullanım düzeyi" ile ölçülebileceğini belirtmektedir Sağlık hizmetleri kullanımı alınan hizmetin türüne, yerine, amacına ve zaman aralığına göre tanımlanabilir.

**5. Hasta memnuniyeti:** Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmeti sunan sistemle ilişkide bulunanların bu sisteme karşı tutumlarını yansıtır. Hastanın aldığı bakımın nicelik ya da niteliğinden duyduğu memnuniyeti ölçer. Hastanın bakımın uygunluğundan, koordinasyon ve maliyetinden, sağlık personelinin davranışlarından, hastalığı hakkında verilen bilgidен memnuniyeti ve aldığı bakımın kalitesi hakkındaki yargıları öznel memnuniyet boyutlarını oluşturmaktadır (42, 43).

Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Temel Göstergeler; Yıllık toplam poliklinik sayısı, hekime başvuru sayısı, yatak işgal oranı gibi göstergeler sağlık hizmetlerinin kullanımında temel göstergelerdir (46). Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın yolu sağlık kuruluşlarına yapılan başvurudur. Ancak bireyin sağlık bakım hizmeti için başvurusunu çeşitli faktörler etkilemektedir. Bu etkenleri aşağıdaki gibi özetleyebiliriz

### 2.1.7.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

Hizmete erişim kavramı, fiziksel ve sosyoekonomik erişim olarak iki ana grupta ele alınabilir. Erişim hizmet kullanımını etkileyen faktörlerin tanımlanmasını da içermektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımını belirleyen çeşitli ana faktörler bulunmaktadır. Bu alanda sistematik çalışmaların öncülüğünü yapan Andersen ve arkadaşları (47) kişisel özelliklerle ilgili formüle edilmiş davranışsal bir modele göre hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörlerini hizmet kullanımını belirleyen temel faktörler olarak sıralamaktadırlar.

**A) Hazırlayıcı Faktörler (eğilim) :** Bazı bireylerin, diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim belli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenir. Hazırlayıcı faktörler bireyin demografik, sosyal-ekonomik ve kişilik-davranış özelliklerini içermektedir (37, 47).

**Tablo 2.1.** Sağlık Hizmetleri Kullanımını Hazırlayıcı Faktörler

Hazırlayıcı Faktörler		
Demografik	Sosyal-Ekonomik	Tutum ve Davranış
Yaş	Eğitim düzeyi	Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi
Cinsiyet	Meslek	Koruyucu hizmetlerin kullanımına ilişkin tutumlar
İrk	Gelir	Bireye göre sağlık hizmetinin değeri
Hane halkı sayısı	Toplumsal sınıf	Hastalık bilgisi
Medeni durum	İstihdam durumu	Tepki eşiği
Hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimler	Etnik köken	Tıbbi bakımdan tatmin
Komşuluk ilişkileri	Dinsel köken	Sigorta planından tatmin

### **Demografik Faktörler**

Yaşın sağlık hizmetleri kullanımına etkisi direkt bir etkiden ziyade içinde bulunulan yaşın özelliklerinden kaynaklanan bir etkileme şeklindedir. Okul çağındaki çocuklara göre 0-6 yaş grubu çocukların ve 65 yaş üzeri kişilerin sağlık hizmetlerini daha çok kullandıkları tespit edilmiştir (48, 49).

Cinsiyetlerden kaynaklanan farklar ile, toplumun cinslere verdikleri önem sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemektedir. Sonuç olarak kadınlar erkeklerden daha çok doktora gitmektedirler (50). Erken çocukluk döneminde erkekler kızlardan, doğurgan çağıdaki kadınlar ise aynı çağıdaki erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti almaktadırlar (50).

Evli olanlar bekarlara, beyaz olanlar siyah ırka, hane halkı büyüklüğü ülke ortalamasından daha küçük olanlar kalabalık ailelere, sağlık hizmetlerinden memnun olanlar olmayanlara göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktadırlar (51). Ayrıca Kasper (52) çalışmasında ailedeki birey sayısı, ailenin toplam geliri, ikamet birimi (kentsel/kırsal), yaş, ırk değişkenlerinin ailedeki çocuk ve yetişkinlerin yıllık hekime başvuru sıklığını ve hekimin aile bireyelerine yaptığı ziyaret oranını %13.0-17.0 düzeyinde etkilediğini saptamıştır. Çinli yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada komşuluk ilişkilerinin algılanan fiziksel sağlığın temel belirleyicilerinden birisi olduğu saptanmıştır (53).

### **Sosyal-Ekonomik Faktörler**

Üniversite mezunları düşük eğitim düzeyindekilere, herhangi bir işte çalışanlar işsizlere, yüksek ve düzenli geliri olanlar olmayanlara, mesleki statüsü yüksek olanlar düşük sosyal sınıftakilere, yerli halk azınlık ve göçmenlere göre sağlık hizmetini daha fazla kullanmaktadırlar (54, 55).

**Tutum ve Davranışlar :** Yardım arama kararında kişilerin içinde yaşadıkları kültürdeki sağlığa ve hastalığa atfedilen değerler, normlar, tutumlar ve inançlar belirleyici rol oynamaktadır. Bu etkenlerin yanı sıra, kişiyi rahatsız eden belirtinin yaşadığı toplumdaki yaygınlığı ve görülme sıklığı, bu belirtinin o toplumdaki alışılmışlık derecesi, hastalığın olası sonucu ile ilgili tahminler ve sonuçta ortaya çıkabileceklerin ürkütücülüğü de yardım arama kararı vermeyi etkilemektedir (56). Diğer taraftan inançlar da sağlık hizmetlerini kullanmaya doğru bir eğilime yol açtığı için hazırlayıcı

faktörlere dahil edilmiştir. Örneğin tedavinin istenen sonucu verebileceğine kuvvetle inanan aileler, tedavinin sonucuna daha az güvenen ailelere göre, daha çok doktora başvurabilir ve daha fazla hizmet kullanabilirler. Bu değişkenler nedeniyle bazı bireyler diğerlerinden daha fazla hizmet kullanabilirler (37). Yine sunulan sağlık hizmetinin türü (koruyucu, tedavi edici), yeri (sağlık ocağı, sağlık evi, hastane, diş hekimi vb.) ve hizmetin maliyeti hizmet kullanımını etkilemektedir. Kırsal alanda sağlık ocakları, kentsel alanda hastaneler daha çok kullanılmaktadır (51,57). Hizmetin maliyeti (hizmetin kendi maliyeti, hizmete ulaşmadaki yolculuk maliyeti ve beklenen süreden kaynaklanan maliyet) arttıkça sağlık hizmeti kullanımını azalmaktadır.

Bireylerin hastalığın yaratabileceği fiziksel, sosyal ve ekonomik komplikasyonları algılayabilmesi yardım arama kararını etkileyecektir. Diğer taraftan, yapılan bir çalışmada duyarlılık düzeyinin ya da tepki eşiğinin algılanan sağlık durumunun temel belirleyicilerinden birisi olduğu saptanmıştır (58).

Ayrıca tüketicilerin hizmetlerin etkinlik ve kalitesi hakkındaki düşünceleri önemlidir, çünkü kişiler tatmin olmadıkları hizmeti zorunlu olmadıkça kullanmak istememektedirler (48). Yapılan araştırmalarla, verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyet arttıkça kişilerin tıbbi hizmetleri kullanmayı sürdürmede ve tıbbi programlara uyumda daha istekli oldukları gösterilmiştir (58-60). Memnuniyet düzeyinin kişinin aldığı bakımın kalitesi ve sürekliliğiyle pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (42).

Kişilerin sosyal güvencesinin olup olmaması kullanımını etkilemektedir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler diğerlerine göre daha az sağlık hizmeti almaktadırlar (42, 61).

**B) Kolaylaştırıcı Faktörler (alabilme) :** Bireyler sağlık hizmeti kullanmaya ne kadar hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı olanakların mevcut olması gereklidir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Hazırlayıcı faktörlerin mevcut olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanacağı anlamına gelmemektedir. Hizmetleri alabilme ehliyeti önemlidir ve kişiler sağlık hizmetlerinin sadece elde edebilecekleri kadarını alabilirler. Kaynaklar yeterince varsa, kuyruğa girmeden kullanılabilir ve hizmetlerin fiyatı düşükse, bu hizmetler toplum tarafından daha sık kullanılabilir (37, 62).



Hizmete ulaşılabilirlik aile ve toplumla ilgili özellikler olarak ikiye ayrılabilir (62).

**Tablo 2.2.** Sağlık Hizmetleri Kullanımını Kolaylaştırıcı Faktörler

<b>Kolaylaştırıcı Faktörler</b>	
<b>Aile özellikleri</b>	<b>Kamusal özellikler</b>
Ailenin toplam geliri	İkamet
Sigorta durumu	Bölge
Düzenli bakım	Nüfusun hizmet kullanım oranı
Başvuru süresi	Yatak başına düşen nüfus
Ulaşım süresi	Hizmetin sürekliliği
Kuyrukta bekleme süresi	Hizmetin ulaşılabilirliği
Özel muayene olanağı	Ekonomik sistem

**Aile Özellikleri :** Ailenin toplam geliri arttıkça başvuru oranı artmaktadır. Sosyal güvenceye sahip olma, kişinin ve ailenin düzenli bir bakım kaynağının olması, sağlık kurumlarının hane halkına yakın olması sağlık kuruluşuna başvuru oranını artırmaktadır (4, 48, 49). Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetinin sürekliliği hizmetlerin entegre sunumu ve kişilerin düzenli bakım kaynaklarının olması ile sağlanabilir. Yapılan çalışmalarda kişilerin sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı açısından düzenli bir bakım kaynağına sahip olması, hizmetlerden memnun kalması sürekli ve kaliteli sağlık bakımını ve hizmet kullanımını olumlu yönde etkilemektedir (42, 43).

Bireylerin rahatsızlık duyduktan sonra hastaneye başvurmalarına kadar geçen sürenin incelendiği bir çalışmada; sağlık kurumlarına geç başvuruların temel nedenleri olarak; bireyin ailesinde bakıma muhtaç birinin olması, sağlık kurumunun bireye uzaklığı, ulaşım harcamaları ve sağlığa özen göstermeme gibi faktörler gösterilmiştir (62).

Hekime muayene oluncaya kadar beklenen süre uzadıkça memnuniyet düzeyi azalmakta, bu olumsuz deneyim aynı kuruma tekrar başvuru oranını düşürmektedir (63).

### **Kamusal Özellikler**

**İkamet:** Yaşanılan bölgenin batı ya da doğu ve ikamet edilen yerin kent ya da kırsal alan olması sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemektedir. Keza ülkemizde batı bölgelerinde yaşayanlar doğu bölgelerindekilere ve kentsel alanda yaşayanlar kırsal alanda yaşayanlara göre daha çok sağlık hizmetinden yararlanmaktadırlar (64).

**Nüfusun hizmet kullanım oranı:** Toplumun hastalık/rahatsızlık hissettiğinde yardım arama kararı hizmet kullanım düzeyini etkilemektedir. Ülkemizde hastalanınca hekime başvuru oranı %57.8 ile %77.5 arasında değişmektedir (65). Ülke genelinde yapılan TSHKA'na (64) göre sağlık hizmetlerinden yararlanan kişi oranı %48.7'dir. Hannay'ın (66) çalışmasında bir toplumda herhangi bir zamanda kişilerin dörtte üçünün sağlığı ile ilgili herhangi bir yakınması olduğu; fakat yalnızca üçte birinin hekime başvurduğu ve bunların da ancak onda birinin uzman bakımı için hastaneye gönderildiği belirtilmiştir.

**Hizmetin ulaşılabilirliği ve sürekliliği:** Bireylerin ihtiyaç duydukları yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi kullanımı etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Yapılan çalışmalarda Gesler ve ark. (67) uzaklığın, Abernathy ve ark. (68) gelir düzeyinin sağlık hizmeti kullanımında önemli bir faktör olduğunu saptamışlardır.

**Ekonomik sistem:** Benimsenen ve uygulanan ekonomik sistemin dayalı olduğu felsefe ve insan ögesine bakış açısı da, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri direkt ve dolaylı olarak etkilemektedir (43, 62).

**C) Gereksinim Faktörleri :** Birey veya ailesi hastalığı veya hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılayabilirler. Hastalığın yani hizmet gereksiniminin algılanması, sağlık hizmeti kullanımına yol açan temel uyarandır. Klinik değerlendirme bu sürecin bir parçasıdır ve sağlık profesyonellerinin yargılarını içerir. Zira birey hastalık durumunu algıladıktan sonra formal hizmet arama davranışı göstererek sağlık kurumuna yönelmektedir. Bu yöneliş bir isteğin ürünüdür. Bireyin sağlık durumunu düzeltme amacıyla sağlık kurumuna başvurması durumunda gerçek talep ortaya çıkmaktadır (69).

**Tablo 2.3.** Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Gereksinim Faktörleri

<b>Gereksinim faktörleri</b>	
<b>Algılanan hastalık derecesi</b>	<b>Gerçek hastalık</b>
Rahatsızlık süresi	Tanı
Semptomlar	Bulgular
Algılanan sağlık düzeyi	
Sağlıkla ilgili endişeler	
Ağrı-sızımın yoğunluğu	

Bireyin sağlık hizmeti talebini büyük ölçüde – çağdaş tıp bilimine dayalı olarak- hekim belirlemekte ve hekim hastayı yönlendirmektedir. Yani bireyin sağlık hizmeti talebi sağlık profesyonelleri tarafından sağlık ihtiyacına dönüştürülmektedir (69).

Yapılan çalışmalarda yakınma sayısı ile olumsuz sağlık algısı arasında iki yönlü bir ilişki bulunmuştur. Nitekim yakınma sayısı olumsuz sağlık algısını artırırken, olumsuz sağlık algısı da semptom bildirme oranını artırmaktadır. Sonuç olarak daha yoğun sağlık hizmeti kullanımı olumsuz sağlık algısı ve yüksek semptom bildirimi ile ilişkili bulunmuştur (53, 70, 71). Algılanan hastalık derecesi ve ağrı-sızımın yoğunluğu olumsuz sağlık algısı düzeyini yükseltmektedir. Örneğin şeker hastalığı, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol ve bu hastalıkların kombinasyonlarının algılanan sağlık düzeyine ve sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisini değerlendiren bir çalışmada; şeker hastalığının hastaneye yatış, özel hekim muayenesi ve acil servis başvurularını en çok artıran hastalık olduğu saptanmıştır (72). Yine uzun süredir kronik hastalık nedeniyle acı çeken kişilerin sağlık kurumuna başvuru oranı diğerlerine göre 3.5 kat daha fazladır. Kişilerin genel sağlık algıları hizmet kullanımını etkilemektedir. Sağlık durumunu “zayıf” olarak değerlendirenler “mükemmel” olarak değerlendirenlere göre belirgin olarak daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktadırlar (48,55,57,73-76)

Newman (51) gereksinim faktörlerinin hekime başvuruları %11.0, diş hekimine başvuruları ise %17.0 oranında etkilediğini saptamıştır.

### 2.1.7.2. Algılanan Sağlığı Etkileyen Faktörler

**1.Sosyoekonomik Değişkenler :** Sosyoekonomik değişkenler gerek kendi aralarındaki etkileşimin etkisine bağlı, gerekse bağımsız olarak algılanan sağlık düzeyini etkilemektedirler. Yapılan bir çalışmada sosyoekonomik statüsü ve yaşam standardı düşük bireylerin genel sağlık algıları daha olumsuz bulunmuştur (77). Keza gelir düzeyi yaşanan konut koşullarını, beslenmeyi, yaşam biçimini etkileyerek yaşam standardını ve sağlık hizmeti kullanım düzeyini etkilemektedir (78).

- a) Yaş ve Cinsiyet:** Yapılan araştırmalarda yaş arttıkça sağlık algısının da olumsuzlaştığı görülmektedir (29, 77). Örneğin; 15-24 ve 25-34 yaş gruplarında genel sağlık algısı olumlu bireylerin oranı ileri yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (71). Diğer taraftan kadınlar erkeklere göre sağlıklarını yaklaşık 2-3 kat daha olumsuz algılamaktadırlar (29, 55, 70, 71). Nitekim çeşitli çalışmalarda kadınların daha düşük mortalite oranlarına sahip oldukları, buna karşılık erkeklere göre daha fazla depresyon, psikiyatrik bozukluk, stres ve kronik hastalık yaşadıkları saptanmıştır (79, 80).
- b) Medeni Durum:** Medeni durum bireylerin sağlık algısını etkilemektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda olumsuz sağlık algısının en yüksek dul ve boşanmış kişilerde yaşandığı, bunu evlilerin izlediği, bekarların ise en düşük olumsuz sağlık algısına sahip oldukları saptanmıştır (29). Bekarların büyük çoğunluğunun genç yaş gruplarından oluşması algılanan sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (71).
- c) Meslek:** Yapılan bir çalışmada mesleki statüsü yüksek işlerde ve kendi hesabına çalışan bireylerde genel sağlık algısının “iyi” olduğu tespit edilmiştir (72). Diğer bir çalışmada el işçiliği yapmayan sınıfların sağlık algıları daha kişiselleşmiş ve olumlu iken, el işçiliği yapan sınıfların sağlık algılarının daha toplumsallaşmış ve olumsuz olduğu tespit edilmiştir (81).
- d) Eğitim Düzeyi:** Yapılan çalışmalarda kişilerin eğitim düzeyleri ile olumlu sağlık algısı arasında pozitif bir ilişki saptanmış, eğitim seviyesi yükseldikçe olumlu sağlık algısının da yükseldiği bulunmuştur. Bu etkilenim, eğitim durumunun sosyoekonomik durumla birlikte kişilerin sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını etkilemesine, yaşam biçimini değiştirmesine, problem çözme yeteneğini arttırarak sorunlarla başa çıkabilmeyi kolaylaştırmasına bağlanmıştır (29, 71, 78).

- e) **Gelir Durumu:** Yapılan çalışmalarda kişilerin gelir seviyeleri düştükçe algılanan sağlıklarının kötüleştiği saptanmıştır (71, 82). Nitekim sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerin gerek ekolojik gerekse bireysel kökenli sağlıksız yaşam koşulları sağlık durumunu kötü yönde etkilemekte, fiziksel ve ruhsal sağlık algısının kötüleşmesine neden olmaktadır (77, 83).
- f) **Sosyal Güvence:** Yapılan çalışmalarda sosyal güvencesi olmayanların sağlık algılarının herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olanlara göre daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir (29, 84).
- g) **Yaşanılan Bölge:** Yaşanılan bölge, diğer pek çok sosyoekonomik değişkenden bağımsız olarak algılanan sağlık düzeyi ile anlamlı bir ilişki göstermektedir. Bu sonuç yaşanılan coğrafi bölgenin genel yapısının, tek tek sosyoekonomik değişkenlerin ötesinde sağlık üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (78, 85-87). Algılanan sağlığı etkileyebilecek bazı faktörler bakımından eşitlenen bireylerin sağlık algılarının ölçüldüğü bir çalışmada; kentin merkez mahallesinde yaşayanların, gecekondu bölgesinde yaşayanlara göre sağlığını daha olumlu algıladıkları saptanmıştır (71, 78).

**2. Morbidite :** Algılanan sağlık düzeyinin genel sağlık durumu ile ilişkisinin yanı sıra yakın dönem sağlık sorunları ile korele bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (88, 89).

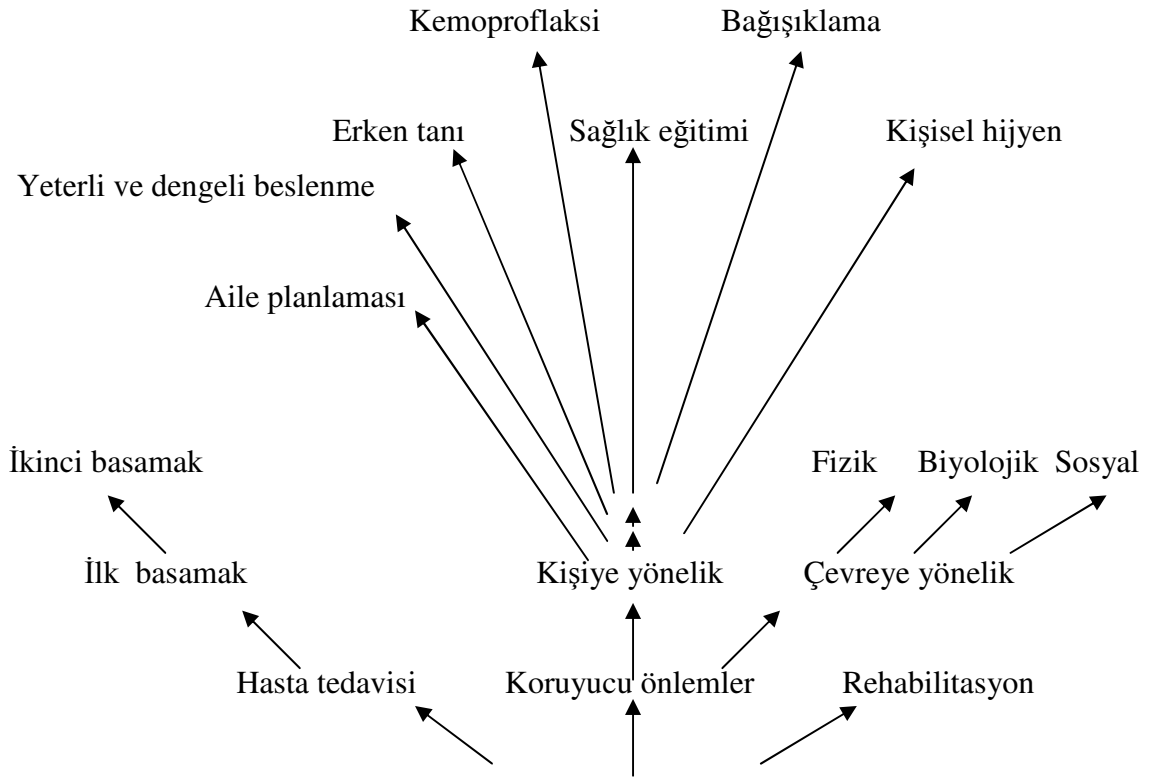
Genel sağlık algısı olumsuz olan kişilerin son bir yıl içinde hastaneye yatarak tedavi gören, son ay içinde beş ya da daha fazla yakınma bildiren, en az bir kronik hastalığı olan ve son ay içinde herhangi bir ilaç kullanan kişiler olduğu görülmüştür. Son yıl içinde hastaneye yatmış olma, algılanan sağlık durumunu belirleyen en önemli göstergedir. Nitekim yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde hastaneye yatmamış olmanın olumlu sağlık algısına katkısı %40.7 olarak bulunmuştur (90). Kronik hastalıklar, hastalık semptomları, bireysel fizik-aktivite sınırlılığı, fiziksel sağlıkta bozulmalara ve güçsüzlüğe neden olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (91). Bireyde mevcut geçici bir yeti yitimi fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getiremediği için algılanan sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir (29). Sonuç olarak bireysel düzeydeki sağlık ölçümü sağlık yakınmaları, kronik hastalıklar, geçici yeti yitimi, fiziksel aktivite, psikolojik sağlık gibi göstergelerin değerlendirilmesiyle yapılmaktadır ve bu göstergeler de algılanan sağlık durumunu etkileyen faktörlerdir (28).

## 2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

### 2.2.1. Tanımı

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 (92).

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır (92-94).



Şekil 2.1. Sağlık Hizmetleri

**Koruyucu Sağlık Hizmetleri :** Sağlık evleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, işyeri revirleri ve çevre sağlığı birimleri koruyucu sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır (43).

**Kişiye Yönelik Hizmetler:** Bu hizmetler hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebe'lerin yürüttüğü hizmetlerdir. Bu hizmetler arasında;

1. Sağlık eğitimi,
2. Beslenmeyi düzenleme,
3. Bağışıklama,
4. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
5. İlaçla koruma,
6. Kişisel hijyen,
7. Aile planlaması hizmetleri yer almaktadır.

**Çevreye Yönelik Hizmetler:** Bu hizmetler bu konuda eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog ve çevre sağlığı teknisyeni'nin yürüttüğü hizmetlerdir. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, sağlığı olumsuz yönde etkileyen fiziksel, biyolojik, kimyasal, sosyal ve ekonomik etkenleri yok ederek ya da bu etkenlerin insan sağlığını olumsuz etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Çevre sağlığı kapsamında yürütülen bu hizmetler:

1. İçilebilir su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
2. Katı atıkların denetimi,
3. Vektör kontrolü ve vektörlerle savaş,
4. Gıda maddelerinin üretim ve satışının denetlenmesi,
5. Konut sağlığı ve kontrolü,
6. Halka açık yerlerin denetimi,
7. Hava ve gürültü kirliliğinin kontrol altına alınması,
8. Radyasyondan korunma,
9. Endüstri hijyenine uyulması,
10. Şehirleşmenin getirdiği sağlık sakıncalarının ortadan kaldırılması,
11. Kazaların önlenmesi gibi hizmetlerdir.

**Tedavi Hizmetleri :** Sağlık düzeyi bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak amacıyla verilen hizmetlerdir. Temel olarak hekimin sorumluluğunda diğer sağlık görevlilerinin katkılarıyla gerçekleştirilen hizmetlerdir. Tedavi hizmetleri dört basamakta incelenebilir (43);

1. **Kendi kendine bakım (Self Care):** Hastanın kendisi ya da yakınları tarafından ev ilaçları ya da eczaneden alınan ilaçlarla tedavisidir.
2. **Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri (Primary Medical Care):** Birinci basamak öncelikle insanların sağlık örgütlenmesi ile ilk karşılaştığı yer ve sistem içine giriş kapısıdır. Bu tür hizmetler gününbirlik tedavi hizmetlerini içerirler ve sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser gibi yataksız sağlık kuruluşları ve hastane poliklinikleri tarafından verilmektedir. Evde ve ayakta hasta muayenesi ve tedavisi hastanın ilk başvurduğu hekim veya sağlık personeli tarafından yapılır.
3. **İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri (Secondary Medical Care):** Hasta veya yaralıların genel hastanelere yatırılarak teşhis ve tedavi edilmeleri, ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri içerisinde yer almaktadır. Yoğun tıbbi bilgi ve teknolojiyi gerektirmeyen hastalıkların tedavisi ile ilgili hizmetlerdir.
4. **Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri (Tertiary Medical Care):** İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmeti veren genel hastanelerce, tedavisinin bir üst basamakta yapılması uygun görülen hasta veya yaralıların tedavileri üniversite hastanesi ve özel dal (onkoloji, sanatoryum, ruh hastalıkları vb.) hastaneleri gibi üçüncü basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır. Özetle hastanın en üst düzeyde bilgi ve tıp teknolojisi uygulanan yataklı bir tedavi merkezinde tedavisidir.

**Rehabilitasyon Hizmetleri :** Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından verilmektedir (43).



Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır :

1. **Tıbbi Rehabilitasyon:** Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme ve görme kusurlarının en aza indirgenmesi tıbbi esenlendirme hizmetleridir (94).
2. **Sosyal Rehabilitasyon:** Sakat ya da özürlü bireylerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamaya yönelik hizmetler sosyal esenlendirme hizmetleridir (94).

### **Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlıklı kişilerin sağlık düzeylerini daha üst düzeye çıkarmak için sağlanan hizmetlerdir. Temel sorumluluğun bireylere ait olduğu bu hizmetlerde sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmaların en önemli dayanağı günümüzde pek çok hastalığın kişilerin yaşam tarzları ve alışkanlıklarından kaynaklanıyor olmasıdır. Sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimini de içine alan, birey ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefleyen, sadece sağlık kurumlarına değil, ulusal-uluslararası tüm özel ve kamu kuruluşlarına görev ve sorumluluk yükleyen geniş kapsamlı hizmetlerdir (43).

Günümüzde sağlık hizmeti, geleneksel hekimlik sınırları içinde sunulan yalnızca tedavi ağırlıklı hizmetler olarak düşünülmemekte, "çağdaş sağlık hizmeti" şeklinde kişi ve toplumlara sürekli hizmet götüren; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri bir arada sunan hizmetler şeklindedir. Çağdaş sağlık hizmetleri en bilimsel, en ekonomik ve en insancıl olan hizmettir (95).

Dünyada sağlıkta yaşanan olumsuzlukların iyice artması üzerine DSÖ 1977 yılında toplanan Genel Kurulda "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefini belirlemiş ve bu hedefe yönelik olarak da 1978 yılında Alma Ata'da "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" konulu konferansı düzenlemiştir (96). Konferans sonrasında geliştirilen "Temel Sağlık Hizmetleri" (TSH) çağımızdaki sağlık hizmetlerinin şekillenmesini sağlamıştır.

TSH, bilimsel temele dayalı, uygulamaya yönelik, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilebilir yollardan, onların tam olarak katılımları ile, kendi kendine yeterlilik ilkesi gereğince ülke ve toplumca içinde buldukları gelişmişlik düzeyinin her döneminde karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, koruyucu hizmetlerle evde ve ayakta iyileştirici hizmetlerin bir arada sunulduğu hizmet basamağıdır (96). TSH sürekli, katılımlı, eşit ve entegre hizmet esasına dayanan, ekip hizmeti anlayışıyla sunulan, sevk zincirine göre hizmet veren, hizmeti halkın yaşadığı en yakın birime götüren, sağlıkta öz sorumluluğu ve ülke koşullarına uygunluğu esas alan hizmettir (96).

TSH içinde en az bakım (minimal care) kavramından da söz edilmektedir. Temel Sağlık Bakım Kapsamında yer alan bu gereklilikler şunlardır (97).

1. Sağlık Eğitimi
2. Besin sağlama ve uygun beslenme
3. Yerel endemik hastalıkları kontrol
4. Yeterli temiz su ve temel sanitasyon
5. Sık görülen hastalık ve yaralanmaların tedavisi
6. Ana ve çocuk sağlığı bakımı
7. Bağışıklama
8. Elzem ilaçların sağlanması

### **2.2.2. Dünya’da Sağlık Hizmetleri Sunumu**

Dünyanın hemen her ülkesinde sağlık hizmetleri, sağlık ve hastalık hakkında herhangi bir eğitim almamış (kırık-çıkıkçı, üfürükçü, bel çekici, ara ebesi v.b) mutatabbiler, yaşları ve hayata ilişkin tecrübeleri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler (ana, baba, ailedeki yaşlı bir kişi) ve sağlık alanına özel bir eğitim almış, görevinde uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personeli (hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist v.b.) tarafından yürütülmektedir (39).

### 2.2.2.1. Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri

**Doğrudan Hizmet Sunumu:** Hizmet sunumundan sorumlu kurum, aynı zamanda hizmetin finansmanından da sorumludur. Hizmet üretmek amacıyla yatırımlar yapar, hekim istihdamını sağlar. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve yakın zamana kadar Sosyal Sigortalar Kurumu bu şekilde hizmet sunan kuruluşlardır (39).

**Dolaylı Hizmet Sunumu:** Hizmeti sunan ve finanse eden kurum 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 hizmeti satar (39).

**Karma Model :** Hizmet sunumundan sorumlu kurum/kuruluşlar hizmetin bir kısmını kendisi üretirken, ihtiyaç duyduğu fakat üretmediği/üretemediği hizmetleri de diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır (39).

Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücü, örgütlenmiş sağlık kurumları ve ilaç hizmetleri sağlık sisteminin arzını oluştururlar. Sağlık hizmetleri arzı diğer mal ve hizmet arzından farklı özelliklere sahiptir.

Bu özellikler şöyle sıralanabilir (39):

- Sağlık hizmetlerinde kar amacı güdülmez, çoğu kez sosyal amaçlıdır. Bu kural özellikle kamu alanında geçerlidir, özel kuruluşlarda kar amacı vardır.
- Sağlığı geliştirmeye yönelik çok sayıda mal ve hizmeti kapsayan sağlık bakım hizmeti karmaşık bir üründür. Nesnel olarak ölçümü zordur.
- Ticari kuruluşlarla, kar amacı gütmeyen özel ve kamu kuruluşları yan yana ya da birbirleri ile rekabet eden piyasalar halinde sağlık bakımı vermektedirler. Bu durum organizasyon karmaşıklığına neden olmaktadır.
- Sağlık bakım endüstrisinde temel girdiler yalnızca bu alana ayrılmış pazarlarda üretilmekte ve bu temel girdiler hizmet üreten kişiler tarafından kontrol edilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta beklentilerinin dikkate alınması hasta tatmin düzeyini yükseltmektedir.

Hasta beklentilerini etkileyen dört temel faktör vardır (98). Bunlar:

1. Hastanın tıbbi ihtiyacı
2. Diğer sağlık kuruluşlarından edindikleri tecrübeler
3. Sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları
4. Zihinlerdeki kalite kavramı'dır.

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyetini etkileyen doğru tanı, doğru tedavi, bekletilmeme, eksiksiz hizmet sunma, hastayı hastalığı hakkında bilgilendirme, uygun fiyat gibi beklentilere cevap verecek şekilde sunumu hasta mutluluğunu etkileyecektir (99).

### **2.2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Türkiye’de sağlık hizmetlerini sunumunda karma sistem kullanılmaktadır. Genellikle kamu ve özel sağlık kurumları birlikte sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Dolayısıyla sağlık sektörünün örgütlenmesi de karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri standart kuruluşlar tarafından ve aynı nitelikte üretilmemektedir. Bu amaçla elliye yakın resmi, yarı resmi ve özel kuruluş sağlık hizmeti üretmekte ve finanse etmektedir (43).

#### **2.2.3.1. Kamu Alanında Sağlık Hizmeti Sunumu**

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşları, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, Belediyeler, TC. Devlet Demir Yolları ve Kamu İktisadi Teşebbüsleri'dir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde bağışıklama (yedi hastalığa karşı aşı) ve aile planlaması hizmetleri ücretsiz olup, diğer hizmetler ücret karşılığı verilmektedir. Halk sağlığı, eğitimi, çeşitli çevre sağlığı faaliyetleri ücretsiz olmasına rağmen, düşük seviyede verilmektedir. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri de vermektedir. Üniversite Hastaneleri ise üçüncü basamak sağlık hizmeti vermektedir. Ayrıca Milli Savunma Bakanlığı kendi personeli için birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde bu hizmetleri veren personel devlet memuru, kadro karşılığı sözleşmeli personel, işçi, çakılı sözleşmeli personel, taşeron işçisi, döner sermaye işçisi şeklindeki istihdam biçimleri ile çalışmaktadır (43).

**Sağlık Bakanlığı :** Ülkenin sağlık politikalarının geliştirilip uygulanmasından sorumlu resmi kuruluştur. 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname esaslarına göre; Milli Savunma Bakanlığı dışında kalan tüm yataklı tedavi kurumlarının açılışı, denetimi, kapatılması, gerekenlerin ücret tespiti ve tasdiklerinin yapılması Sağlık Bakanlığı'nca yerine getirilir. Buna rağmen Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü mümkün olmamaktadır. Çünkü Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve halka ulaştırılması farklı ve özerk kuruluşlar tarafından yürütüldüğü için Sağlık Bakanlığının yönlendirici rolü sektör içinde sınırlı kalmaktadır (100). Diğer taraftan resmi, yarı resmi ve özel sağlık kuruluşları sınırlı gruplara yalnızca tedavi hizmeti verirken, Sağlık Bakanlığı hem koruyucu hem de tedavi ve rehabilite edici hizmetleri bir arada sunan, ülkenin sağlığından sorumlu en büyük ve en yetkili sağlık kuruluşudur. Birinci basamakta daha çok koruyucu, ikinci basamakta ise tedavi ve rehabilite edici hizmetlere ağırlık vermektedir (43).

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri sunumunda örgütlenme modelini 1961 yılında çıkarılan ve ulusal sağlık sisteminin temelini oluşturan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanuna göre şekillendirmiştir. Bu Kanuna göre: Sağlık Bakanlığı merkezi yönetime dayalı bir örgüt olup, illerde ise valiler temel otorite noktalarını temsil etmektedirler. Bakanlığın bünyesinde hem yatay hem de dikey olarak yapılandırılmış programlar vardır. Örneğin Temel Sağlık Hizmetleri “dar alanda geniş hizmet” esasına göre yatay, Sıtma ve Verem Savaş Örgütleri “geniş alanda tek hizmet” ilkesi ile dikey örgütlenmiş programlardır (43, 101).

**Merkezi düzeyde:** Bakan, Müsteşar, Müsteşar yardımcıları ve bu birimlere bağlı ana hizmet, yardımcı hizmet birimleri ve bağlı birimler yer almaktadır (43).

**İllerde:** Sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür. Sağlık hizmetlerinin ildeki amiri validir. İl sağlık Müdürü vali adına hizmetleri yürüten kişi konumundadır. İl içindeki bütün sağlık kuruluşları Sağlık Müdürlüğüne bağlıdır. İl içindeki örgütlenme iki basamaklı bir model olarak kurulmuştur. Birinci basamak evde ve ayakta tedavi hizmeti ve koruyucu hizmet sunan sağlık ocakları, ikinci basamak ise sağlık ocağından sevk edilen hastaların muayene ve tedavisini yapan hastaneler'dir (43, 101).

### **Sağlık Bakanlığı Birimlerinde Hizmet Akışı**

**Sağlık Evleri :** Her 2500-3000 nüfusa hizmet götürmek amacıyla en uç noktada kurulan en küçük hizmet birimleridir. Sağlık evlerinde tek başına ebe hizmet verir. Sağlık evlerinde çok yönlü hizmet verilir. En önemli hizmetler arasında, ana -çocuk sağlığı ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler bulunmaktadır. Sağlık evleri teknik ve yönetsel açıdan sağlık ocaklarına bağlıdırlar (43, 100).

**Sağlık Ocakları :** Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sisteminde temel birim sağlık ocaklarıdır. Kırsal alanda her 5-10 bin kişiye, kentsel alanda ise 15-35 bin kişiye bir sağlık ocağı hizmet eder. Personel standardı nüfusa bağlı olarak değişmekle birlikte, köy tipi sağlık ocaklarında hekim, hemşire, sağlık memuru, ebeler, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli çalışır. İlçe ve kent tipi sağlık ocaklarında ilaveten diş hekimi, eczacı, çevre sağlığı teknisyeni, laborant ve sağlık savaş memurları hizmet verir.

Sağlık ocakları hizmet götüreceği nüfusta, sağlıkla ilgili olayları izlemek, değerlendirmek, çözebileceği sorunları kendi olanakları ile çözmek, çözemediği sorunlarda ise üst kuruluşlardan yardım istemekle yükümlüdür (43, 101).

Sağlık ocakları halkın sağlık hizmetlerine ilk giriş kapısını oluşturmaktadır ve başlıca görevleri şunlardır (62).

1. Ana-çocuk sağlığı ve Aile planlaması hizmetleri
2. Bağışıklama hizmetleri
3. Çevre sağlığı hizmetleri
4. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetleri
5. Okul sağlığı hizmetleri
6. Laboratuvar hizmetleri
7. Sıtma eradikasyon hizmetleri
8. Verem, tarahom, firengi ve lepra savaş hizmetleri
9. Sağlık eğitimi ve hizmet içi eğitim programları
10. İlk ve acil yardım hizmetleri
11. Hasta muayenesi ve sevk hizmetleri
12. Sosyal yardım ve toplum kalkınmasına destek hizmetleri
13. Sağlık evi hizmetlerinin eşgüdümü ve desteklenmesi hizmetleri

**Sağlık Grup Başkanlığı :** İl Sağlık Müdürlüğü ile sağlık ocakları arasında bir yönetim basamağı olan bu kuruluşlar özellikle büyük illerdeki sağlık ocaklarının denetimini kolaylaştırmak amacıyla yapılandırılmıştır (43, 101).

**Bölge Hastanesi :** İlçe hastanesi adı verilen ve 50-100 yataklı olan bu kuruluşlar her sağlık grup başkanlığı bölgesinde bir bölge hastanesi olarak düşünülmüştür. Bu hastanede iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı çalışır. Bölgedeki sağlık ocaklarından sevk edilen hastaların muayene ve tedavisini yapmak, sağlık ocaklarında çalışan personeli mesleki yönden geliştirmek için hizmet içi eğitim programları vermek temel görevleri arasındadır (43, 101).

1961’de çıkarılan ve ilk defa 1963 yılında Muş ilinde başlatılan Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çalışmaları 1983 yılında tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Günümüzde Sağlık Bakanlığının yönetimi altında 5936 sağlık ocağı, 11 740 sağlık evi, 34 kamu sağlığı merkezi 496 dispanser, 280 ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, 93 halk sağlığı laboratuvarı, 1 merkez ve 7 bölgesel Hıfzısıhha Kurumu, 2 Sıtma Savaş Enstitüsü, 86 Sıtma Denetim Laboratuvarı, 2 Ruh Sağlığı Dispanseri bulunmaktadır (102). Bu ulusal ağ yataklı veya ayakta tedavi hizmetleri ile birlikte koruyucu sağlık hizmetleri de vermektedir. Sağlık Bakanlığı ayrıca 668 hastanede 91.202 kadro hasta yatağı ile toplam ülke yatak kapasitesinin %50.4’ünde yataklı tedavi hizmeti vermektedir (101). 2002 yılı sağlık istatistiği verilerine göre Bakanlığa bağlı hastanelerde 66.231.841 poliklinik yapılmış, 2.806.556 yatan hastaya tedavi hizmeti verilmiştir. Bakanlık hastanelerinde yatak işgal oranı %61.9’dur (103).

Sağlık Bakanlığı aynı zamanda yardımcı sağlık personeli yetiştiren 280 okul yönetmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 48180 hekim, 3449 diş hekimi, 935 eczacı, 46.279 hemşire, 36141 sağlık memuru ve 37483 ebe istihdam etmektedir (102). Türkiye’deki hekimlerin %44.0’ü hemşirelerin %62.0’ı ve ebelerin %95.0’ı Sağlık Bakanlığında çalışmaktadır (103). Genel bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay %3.19’dur. Sağlık Bakanlığı bütçesinden en büyük payı %57.0 ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü almaktadır. Temel Sağlık Hizmetlerine ayrılan pay ise %31.6 ile en düşük orandadır (102).

**Sosyal Sigortalar Kurumu :** Sosyal Sigortalar Kurumu 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile İşçi Sigortaları Kurumunun adı değiştirilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip ve tüzel kişiliği olan bir kamu kurumudur. 506 sayılı kanuna göre

sigortalılara, sürekli iş göremezlik geliri, malullük veya yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eş, çocuk, ana ve babalarına, dul ve yetimlerine sağlık yardımı yapılmaktadır (104). Ülke nüfusunun üçte birine sağlık hizmeti veren Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık yardımlarını sağlık tesisi işletmeciliği yaparak sağlamaktadır. Kendine ait sağlık tesisi bulunmayan yerlerde veya tedavinin kurumca yapılmadığı durumlarda bu görevi anlaşma yaptığı hekim ve müesseselerden hizmet satın alarak veya resmi sağlık tesislerine sevk yapmak suretiyle yürütmektedir (105).

SSK toplam 121 hastanede 29.157 yatak sayısı ile toplam hasta yatağının %16.1'ne sahiptir (102). 2002 yılı yatak işgal oranı %71.4'tür. Aynı yıl içinde 43 561 287 poliklinik yapılmıştır. Ülkemizde hekimlerin %11.1'i (10.106), dış hekimlerinin %3.8'i (615), eczacıların %3.7'si (856), sağlık memurlarının %4.5'i (2086), hemşirelerin %14.4'ü (11 700), ebelerin %4.4'ü (1813) SSK bünyesinde çalışmaktadır (103).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında SSK hastane ve dispanserleri ve kurum tabipliklerinin Sağlık Bakanlığı'na devrini öngören 5283 sayılı kanunla yaklaşık 3000 civarında sağlık personeli ve 37 SSK dispanseri dışında kalan tüm kurumlar ve Sağlık Personeli Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. (106,107)

**Üniversiteler :** Üniversiteler Tıp fakülteleri vasıtasıyla hasta muayene ve tedavi hizmetleri ve halk sağlığı ana bilim dalları aracılığıyla koruyucu sağlık hizmeti veren Yüksek Öğretim Kurumuna bağlı katma bütçeli özerk kuruluşlardır. Genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmakla beraber poliklinikler aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmeti de vermektedirler. Eğitim ve olanaklar açısından büyük farklılıklar gösteren üniversite hastanelerinin eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi gibi temel sorumlulukları bulunmaktadır. Üniversite hastaneleri sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde üçüncü sırada yer alan kuruluşlardır (39).

Üniversiteler 50 hastanede 26.162 yatak kapasitesi ile toplam hasta yatağının %14.5'ne sahiptir. Hekimlerin %20.6'sı (18 752), dış hekimlerinin %5.5'i (884), eczacıların %3.1'i (717), sağlık memurlarının %6.8'i (3135), hemşirelerin % 14.7'si (11 156), ebelerin %0.3'ü ile hizmet vermektedir (102). Üniversite hastanelerinin 2002 yılı poliklinik sayısı 8 823 361 kişi, yatan hasta sayısı 781 990 kişi ve yatak işgal oranı %69.8 olarak gerçekleşmiştir (103).

**Resmi ve Yarı Resmi Diğer Sağlık Kuruluşları :** Milli Savunma Bakanlığı, 42 hastanede, 15 900 yatak kapasitesi ile toplam hasta yatağının %8.8'ne sahiptir. Ordu



mensuplarına ve yakınlarına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti vermektedir (102). Bunun dışında diğer bakanlıklar, belediyeler ve kamu iktisadi teşebbüsleri toplam 20 hastanede 3646 yatak kapasitesi ile sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu kuruluşların tümünde 5028 hekim, 695 diş hekimi, 222 eczacı, 2904 sağlık memuru, 4778 hemşire ve 165 ebe görev yapmaktadır. Milli Savunma Bakanlığı dışında kalan hastaneler 1 293 748 hastaya poliklinik, 26.983 hastaya klinik hizmeti vermişlerdir. Belediye hastanelerinde yatak işgal oranı %54.9, diğerlerinde %28.7 olarak gerçekleşmiştir (103).

### **2.2.3.2. Özel Sektörde Sağlık Hizmet Sunumu**

Sağlık hizmetleri içindeki ağırlığını 1980’li yıllardan sonra daha çok hissettirmeye başlayan özel sektör özel hastaneler ve poliklinikler, özel muayenehaneler ve özel laboratuvarlar eliyle sağlık hizmeti üretmektedir (108). Azınlık ve vakıf hastaneleri, eczaneler ve tıbbi malzeme satan ticarethaneler de bu amaçla hizmet veren kurumlardır (43, 109). Özel sektörde hizmet veren personel kendi hesabına çalışanlar, işçi ve taşeron işçilerinden oluşmaktadır. Türkiye’deki sosyal güvenlik kuruluşlarının hepsinin özel sağlık kurumlarıyla sözleşmeleri bulunmaktadır (43, 108).

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmet sunumunun artık sadece devlet tarafından yerine getirilecek bir kamu hizmeti olması anlayışının dışına çıkılarak “özel sağlık kurumları ve hastanelerin de teşvik edilmesi” öngörülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tedavi edici sağlık hizmeti sunan özel sektör, uzman hekimlerin %22.5’ini bünyesinde çalıştırmaktadır (39). Özel sektör toplam 241 hastanede 11.870 hasta yatağı ile ülkemizdeki toplam yatak kapasitesinin %6.7’sine sahiptir. Özel sektörde 23589 hekim, 20.367 eczacı, 10344 yardımcı sağlık personeli ile görev yapmaktadır (102).

### **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansman sistemi karma olup, kamu gelirleri (vergiler), zorunlu sigorta primleri, özel sigortacılık ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşı yapmış oldukları direkt ödemelerden sağlanır (43, 108).

**Prim Ödeme:** Sağlık güvencesine sahip nüfusun bir kısmı SSK, Bağ-Kur ve özel sigorta gibi çalışanın kendisi ve işvereni tarafından ödenen prim karşılığında hizmetlerden yararlanırlar. Prim ödemedikleri halde aktif devlet memuru olarak

çalışanlar ve emekli olanlar devletin doğrudan katkısı ile sağlık hizmetlerinden yararlanırlar ve sağlık giderleri devlet tarafından karşılanır.

**Katkı Payı:** Sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi olanlar her türlü tedavide kullanılan ortez, protez gibi araçlar ile ilaçlardan %20 katkı payı ödemektedirler.

**Devletin ve Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Katkısı:** Ödeme gücü olmayan vatandaşların yeşil kart ile tedavi giderleri devletin Sağlık Bakanlığı bütçesine aktardığı kaynaktan karşılanmaktadır. Yine 65 yaş aylığı alanlar ile er ve erbaşlar, gaziler, dul ve yetimlerin tedavi giderleri devletin ve sosyal güvenlik kuruluşlarının katkısı ile karşılanmaktadır.

**Cepten Ödeme:** Sağlık güvencesi olmayanların önemli bir kısmı hizmet başı direkt ödeme yapmaktadır. Ülkemizde özel sağlık kurumları ile kamu sağlık kurumlarına cepten ödeme ile kaynak aktarılmaktadır. Özetle Sağlık Bakanlığı harcamaları, doğrudan devlet ödemeleri, üniversite hastanesi giderleri genel bütçeden karşılanırken, SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur ödemeleri zorunlu sigortacılık kapsamına girmektedir. Ayrıca ülkemizde iki buçuk milyon kişi özel sigorta kapsamındadır.

Ülkemizde genel bütçeden sağlığa ayrılan pay 2004 yılı itibarı ile %3.19'dur. Bunun %57.0'ı tedavi hizmetlerine, %28.8'i koruyucu hizmetlere harcanmaktadır (102).

### **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Sevk Zinciri**

Sağlık kurumları gerek hizmet çeşitliliği ve gerekse hizmet sunumu sırasında kullanılan bilgi ve teknoloji farklılıkları nedeniyle hizmet kapsamlılığı bakımından farklılık gösterirler. Bir sağlık kurumunun bütün hastalıkları tedavi etmesi mümkün değildir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine göre daha dar kapsamlıdır. Keza birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok koruyucu hizmetlerin yanı sıra tedavisi yoğun bilgi ve üst düzey teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisi ile ilgilenmektedir.

Sevk zincirinin iki temel amacı vardır.

1. Halkın sağlık hizmeti almasında kolaylık sağlanması ve gecikmelerin önlenmesi, yani erken tanı
2. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kurumlardaki gereksiz yığılmaları önleyerek daha nitelikli hizmet sunulması (93).

Makro açıdan sağlık sisteminin performansının yükseltilmesi için, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin eş güdümlü olması ve bütünlük göstermesi gereklidir (62).

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik düzeyi - toplumun ihtiyaç duyduğu anda bir hizmet kaynağına ulaşabilme kolaylığı- ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinden daha yüksektir.
- Birinci basamakta verilen tedavi hizmetlerinin maliyeti, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tedavi hizmetleri maliyetinden daha düşüktür.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilen tedavi hizmetleri daha az karmaşıktır ve daha az yatırım ve işletme sermayesi gerektirmektedir (62).

Bu avantajları nedeniyle düzenli ve etkili kullanıldığı takdirde ilk başvuru yeri sağlık Bakanlığı tarafından nüfus esasına göre kurulan sağlık ocaklarına yapılmakta, gerekli ise sağlık ocakları ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk etmektedir. Başvuranların %90.0'nın sorunu sağlık ocaklarında çözülmekte ve sevk hızı %10.0 düzeyinde seyretmektedir (62, 93).

#### **2.2.4. Günümüzde Sağlık Hizmeti Sunumunda Yaşanan Sorunlar ve Getirilen Yasal Yenilikler**

Günümüz sağlık hizmetleri hem hizmet alanların hem de hizmet sunanların memnun olmadığı bir yapıya dönüşmüştür. Mevcut sağlık sisteminin başarısız olmasına neden olan faktörler arasında; sağlık hizmetlerinin aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgütlenme yapısına sahip olması, bakanlık yönetiminde en üst düzey yöneticiden taşradaki en uç birime kadar hemen her kademedede profesyonel sağlık yöneticisinin olmaması, Sağlık Bakanlığının sağlıkla ilgili diğer kuruluşlar üzerindeki yetkisinin sınırlı olması, sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilememesi, hatta koordinasyonunun bile yapılamaması, vatandaşların kamu eliyle sunulan hizmetlerden memnun olmaması, kuyruklar, kaba davranışlar, kirli hizmet birimleri, ekipman ve donanım yetersizliği, sağlık insan gücü yetersizliği, mevcut sağlık insan gücünün mesleki ve fonksiyonel dağılımının çarpık olması, birbirinden habersiz birçok kuruluşun sağlık hizmeti üretiminden dolayı mevcut kaynakların verimli kullanılamaması, genel bütçeden sağlığa ayrılan payın ve bu paydan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan miktarın yetersiz olması, sağlık personelinin ülkenin ihtiyaçları

doğrultusunda eğitilmemesi, istihdam, ücret ve özlük hakları yönünden sorunlar yaşaması gibi faktörler yer almaktadır.

Bu sorunların temelinde; Cumhuriyetle birlikte günümüze kadar olan süreçte kaydedilen olumlu gelişmelerin hızını kaybederek, hem sağlık düzeyi göstergeleri hem de toplumun sağlık düzeyi açısından gelişmiş ülkelerin ve toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel gelişmesinin gerisinde kalması, ülke düzeyinde sağlıkla ilgili göstergelerde önemli gelişmeler sağlanmasına karşın, gerek başlangıçta 224 sayılı yasa taslağının bütün olarak yasalaşamaması, gerekse uygulamaların zamanında yürürlüğe konamaması nedeniyle teorideki gücünün gerisinde kalması gibi faktörler bulunmaktadır (43). Dolayısıyla 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren hükümetler, mevcut kanunun geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yerine yeni model arayışı içine girmişlerdir. Nitekim 59.'uncu Hükümet zamanında "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" adı altında yapılan yasal değişikliklerle sağlık sisteminin işlemeyen yönleri düzeltilmeye çalışılmıştır. Örneğin SSK ile Sağlık Bakanlığı arasında sağlık tesisleri ortak kullanım protokolü imzalanarak kişilere kendi sosyal güvenlik kurumunun dışındaki kurumlardan sağlık hizmeti alabilme hakkı verilmiş, kamu görevlilerine doğrudan doğruya özel hastane ve polikliniklerde muayene ve tedavi olma olanağı sağlanmıştır. SSK'da yaşanan uzun ilaç kuyruklarında bekleme sorunu SSK'lı hastalara verilen ilaçların özel eczanelerce karşılanması esası getirilerek çözülmeye çalışılmıştır. Diğer taraftan muayene olduğu halde ilacını alamadığı için tedavi olamayan yeşilkartlı kişilere 3816 sayılı kanunda yapılan bir değişiklikle katkı payı ödeme koşuluyla ilaçlarının devlet tarafından karşılanması olanağı sağlanmıştır (106,107, 111-113)

SSK hastaneleri ve dispanserleri ile kurum tabiplikleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek sağlık hizmeti sunumu ve finansmanındaki çok başlılık azaltılmaya çalışılmıştır. Eleman temin etmekte güçlük çekilen illerde sağlık personeli açığını kapatmak için kadrosuz sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılarak, sağlık insan gücü dağılımındaki çarpıklığın azaltılması ve ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürülmesi amaçlanmıştır. Bu uygulamanın yetersiz kaldığı durumlarda sağlık ve yardımcı sağlık hizmeti sınıfına dahil personelin görmekte olduğu hizmetin, dışarıdan hizmet satın alınarak karşılanması yoluna gidilmiştir. Sağlık Bakanlığı personelinin motivasyon ve verimliliğini artırmak için performansa dayalı döner sermaye ek ödeme olanağı getirilmiştir. Örgütlenme ve finansman açısından düşünülen yenilikler ise genel hatları

ile, örgütlenmede sağlık ocakları ve devlet hastanelerinin kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliği” ve özel hastanelerin kurulması; finansmanda ise genel bir kamu sigortası olan “genel sağlık sigortası” üzerine oturtulmuş “özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme” sistemidir (43, 106, 107, 111-113).

Sağlıkta yeni modele geçişte başarılı olunabileceği, bu modelin ülke ve toplum sağlığına yarar getirebileceği oldukça tartışmalıdır (114). Kaynak tasarrufu sağlama, sağlık hizmetlerinin etkinlik ve verimliliğini artırma amacıyla yapılan protokol anlaşmaları ile getirilen uygulamaların verimsiz çalışan kurumların yanında, yüzde yüz kapasite ile çalışan sağlık kurumlarında da uygulanmasının yetersiz olanaklarla ve güçlüklerle sürdürülmeye çalışılan sağlık hizmetlerinin duraksamasına yol açacağı; yeni sağlık tesisi yapımı ve yeni sağlık personeli istihdamına imkan vermeyen, mevcut kaynaklarla sorunu çözme yoluna giden bu uygulamanın görünüşte kuyrukları azaltacağı ancak, mevcut sağlık sorunlarını çözmek yerine daha da arttıracığı savunulmaktadır. Getirilen yasal değişikliklerle sağlık hizmetlerinin basamak basamak özelleştirilerek, sağlığın korunması, yükseltilmesi gibi sağlık haklarının sosyal devletin bir görevi olmaktan çıkarılarak bireyin kendisinin sorumlu olacağı bir boyuta indirgenmesi, sağlık hizmetlerinin parası olanın satın alabileceği bir hizmet niteliğine dönüştürülmesi gibi gelişmelerden özellikle toplumdaki hassas grupların olumsuz etkileneceği ve var olan sağlık eşitsizliklerinin daha da derinleşeceğinden endişe duyulmaktadır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma Kayseri il merkezinde yaşayan 1880 kişi üzerinde yapılan kesitsel tipte tanımlayıcı bir alan araştırmasıdır.

#### 3.2.ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM

**Araştırmanın Evreni :** Çalışma, Kayseri Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde kalan alanda ve 2004-2006 Mart ayları arasındaki dönemde yürütülmüştür. Araştırma evrenini Kayseri İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kentsel alan sağlık ocaklarına ait 168 064 hanede yaşayan 648 845 kişi oluşturmuştur

**Araştırmanın Örnekleme :** Çalışmada sadece 15 ve üzeri yaş grubu için örnek büyüklüğü hesaplanmıştır. Ülkemiz genelinde sağlık hizmetlerine başvuru oranı %49.0 kabul edilerek %95 güven aralığında, alfa= 0.05, güç Beta= 0.80, etki büyüklüğü d=0.08 olarak NCSS (Statistical and Power Analysis Software-PASS) paket programında örnekleme alınacak kişi sayısı 1288 olarak belirlenmiştir.

İl merkezindeki kentsel alan sağlık ocakları nüfusu (648 845) kentsel alan sağlık ocakları hane sayısına (168 064) oranlanarak her hanede 15 yaş ve üzerinde ortalama 2.89 ( $\cong$  3) kişinin olabileceği hesaplanmıştır. Bu sonuçtan hareketle 1288 kişilik

örneklem büyüklüğünü sağlamak için 430 hanenin araştırma kapsamına alınması yeterli görülmüştür.

İl merkezindeki 21 kentsel alan sağlık ocağı İl Sağlık Müdürlüğü'nün görüşü alınarak sosyoekonomik düzeye göre iyi ( 3 sağlık ocağı) orta (9 sağlık ocağı) ve kötü (9 sağlık ocağı) şeklinde tabakalandırılmıştır. Basit Rastgele Örneklem Tekniği ile her tabakadan 1/3 olmak üzere 7 sağlık ocağı örneklem kapsamına alınmıştır. Caferbey, Gazi Osman ve Latif Başkal Sağlık Ocakları “kötü”, Argıncık, Nuh Naci Yazgan ve Osman Hilmi Kalpaklıoğlu Sağlık Ocakları “orta”, Fevzi Çakmak Sağlık Ocağı “iyi” düzeyde sosyoekonomik seviyeyi temsil eden sağlık ocakları olarak belirlenmiştir. Örneklem alınan 7 sağlık ocağı bölgesinde 68 sağlık evi mevcut olup, örneklem alınacak sağlık evi sayısı her bir sağlık ocağına ait toplam sağlık evi sayısının yarısı alınarak belirlenmiştir. Böylece Caferbey Sağlık Ocağından 3 , Gazi Osman Sağlık Ocağından 5, Latif Başkal Sağlık Ocağından 4, Argıncık Sağlık Ocağından 4, Fevzi Çakmak Sağlık Ocağından 10, Nuh Naci Sağlık Ocağından 5, Osman Hilmi Kalpaklıoğlu Sağlık Ocağından 3 bölge olmak üzere toplam 34 sağlık evi örneklem alınmıştır.

Her bir sağlık evi bölgesinde 15 haneye ulaşılması planlanmıştır. Belirlenen sağlık evlerinin bağlı oldukları sağlık ocaklarına ait ev halkı tespit fişleri arasından rastgele belirlenen bir fişten küme başı olacak hane saptanmıştır. Her kümede ilk evin ön kapısına en yakın diğer eve geçilerek yüz yüze anket uygulanmıştır. Apartmanlarda ilk haneden sonra aynı kattaki diğer daire/ dairelere geçilmiş, her kattaki daireler bu sıra ile ziyaret edilmiştir. Bir apartmandan çıkınca sağdaki ya da soldaki apartmana gitmek için kura çekilmiştir. Ziyaret sırasında evde bulunamayan ve anket doldurmayı reddeden hanelerde aynı güzergahtaki bir sonraki haneye geçilerek her sağlık evi bölgesinde 15 hane tamamlanmıştır.

Çalışma sonunda 501 hanede yaşayan 576'sı 0-14 yaş grubu çocuk, 1304'ü 15 yaş ve üzeri yetişkin olmak üzere 1880 kişiye ulaşılmıştır. 9 haneye ait anket verileri, özellikle NHP'ne ilişkin eksiklikler nedeniyle değerlendirme dışında bırakılmıştır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

**Bağımlı değişkenler:** Sağlık kuruluşuna başvuru durumu ve sıklığı bağımlı değişken olarak alınmıştır.

**Bağımsız değişkenler:** Demografik ve sosyo-ekonomik özellikler ile algılanan sağlık düzeyi bağımsız değişken olarak alınmıştır.

### **3.4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

#### **3.4.1. Anket Formları**

Araştırmaya alınan 510 aileye örneği ek 1’de görülen “Aile Anket Formu” ile “0-14 Yaş Grubu Çocuklar için Anket Formu” ve “15 ve Üzeri Yaş Grubu Kişisel Anket Formu” araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Aile Anket Formu her aile için bir tane, 0-14 Yaş Grubu Anket Formu ile 15 ve üzeri Yaş grubu Kişisel Anket Formu ise ailedeki her birey için ayrı olmak üzere hanedeki birey sayısı kadar doldurulmuştur.

Aile Anket Formunda aile tipi, ailedeki kişi sayısı, ailenin aylık geliri, sağlık kuruluşuna gitme kararını kimin aldığı, yaşanan eve en yakın sağlık kuruluşunun uzaklığı ve bağlı bulunan sağlık ocağının adı gibi tanımlayıcı sorular yer almıştır.

0-14 Yaş grubu Çocuk Anket Formunda yaş, cinsiyet, hekim tarafından tanılanmış kronik hastalık varlığı, son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı ve amacı, hastaneye yatış durumu gibi sorular yer almıştır.

15 Yaş ve Üzeri Kişisel Anket Formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir ve sosyal güvence durumu, son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı, amacı, hastaneye yatış ve hekim tarafından tanısı konmuş kronik hastalık durumuna yönelik sorulara yer verilmiştir. Ayrıca genellikle gittiği sağlık kuruluşunu tercih nedeni, ihtiyacı olmasına rağmen sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri, sağlık kuruluşlarından beklentileri ve genel olarak sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğini tanımlayan sorular yer almıştır.

Gelir durumu araştırma sırasında ailenin eline geçen paranın, net asgari ücret değeri olan 350 YTL. sınır değer alınarak sınıflandırılmıştır. Buna göre ekonomik gelir grupları asgari ücretin altı, asgari ücret ve katları şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Eğitim düzeyi sınıflamasında bitirilen okul temel alınmıştır. Katılımcıların sağlık düzeyleri beyana dayalı olarak ölçülmüş ve sağlık hizmetleri kullanım ölçütü olarak son bir yıl içindeki hekime ve /veya herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayısı alınmıştır.



Genel sağlık durumu değerlendirilirken önce kişilerin “genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız” gibi tek bir soruya verdikleri “mkemmek”, “ok iyi” ve “iyi” yanıtları “olumlu (iyi)”, “orta” ve “kötü” yanıtları ise “olumsuz (kötü)” sağlık algısı olarak değerlendirilmiştir (28, 29, 71, 115)

### **3.4. 2. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile=NHP)**

Araştırmada 15 yaş ve üzerindeki her bireye algılanan sağlık düzeyi ölümü için NHP uygulanmıştır. NHP, algılanan sağlık statüsünü ölçmek amacıyla “toplumsal araştırmalarda kullanılacak bir araç” olarak tasarlanmış bir ankettir. İlk kez 1975 yılında İngiltere’de Nottingham Üniversitesi Queens Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü’nde bir ekip tarafından geliştirilmiş 1981 yılında tamamlanmıştır (116, 117). Hastalık Etki Profili’nden etkilenerak yaratılan NHP davranış değerikliği üzerinde durmaktan ziyade duygusal durumları ve kişilerin hissettiklerini direkt olarak sormaktadır. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik alışması Küçükdeveci (118) tarafından yapılan ölçek, kişilerin kendilerinin yanıtlayabileceği iki bölümden meydana gelen basit ve kısa bir ankettir. Bu anket fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali ile ilgili geniş bir tanımlamayı yansıtmaktadır. Anketin tamamlanması yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir.

Anketin birinci bölümünde kişilerin sağlık statüleri ile ilişkili sorular, ikinci bölümünde ise, içinde bulunulan sağlık düzeyinin günlük yaşam üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. Anketin birinci bölümü toplam 38 sorudan meydana gelmekte ve bu sorular da fiziksel hareketlilik, ağrı, uyku, enerji, sosyal izolasyon ve duygusal reaksiyonlar gibi başlıca 6 alanı ilgilendirmektedir (119, 120). Her bir ifadeye evet/hayır şeklinde yanıt vermeleri gereken profil, kişilerle birlikte doldurulmuştur. Profilin ikinci bölümü, içinde bulunulan sağlık düzeyi tarafından etkilendiği düşünülen başlıca 7 ifadeden meydana gelmektedir. Bu alanlar; iş yaşamı, ev işleri, ev hayatı, cinsel yaşam, sosyal yaşam, ilgiler/hobiler ve tatillerdir. Profili cevaplayanlara okunan ifadelerin kendi durumlarını yansıtıp yansıtmamalarına göre “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıt vermeleri istenmiş ve profil, kişilerle birlikte doldurulmuştur (117).

### **3.5. N UYGULAMA**

Araştırmaya başlamadan önce hazırlanan anket formlarının işlerliğini saptamak için 5-10 Mart 2004 tarihleri arasında araştırma bölgesi dışında kalan 50 hane üzerinde n uygulama yapılmıştır. n uygulama sonuçlarına göre anket formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### 3.6. VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI

Aile anket formuna ilişkin bilgiler araştırmanın genellikle gündüz mesai saatleri içinde yapılması nedeniyle evin hanımı ya da aile büyüklerinden birisine sorularak elde edilmiştir. İlk ziyarette evde bulunamayan aile bireylerine hafta sonu tekrar gidilerek yüz yüze anket uygulanmıştır. Anket sorularına sağlıklı yanıt veremeyecek kadar küçük ve hasta olanların bilgileri bu kişilerin bakımından sorumlu kişilere sorularak doldurulmuştur. Her bir anketin uygulanması yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür.

### 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada toplanan veriler bilgisayarda SPSS For Windows 11.5 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi iki aşamada yapılmıştır.

**İlk aşamada;** NHP alt boyutları ve toplam skor puanlaması yapılmıştır. NHP sonuçları, Alonso ve ark.(121) tarafından geliştirilen yöntemle göre değerlendirilmiştir. Buna göre bir boyuttaki tüm ifadeler gelen “hayır” yanıtları için “0”, “evet” yanıtları için “1” değeri verilmiştir (21). Daha sonra her bir boyuttaki olumlu yanıtların toplamı, o boyuttaki toplam ifade sayısına bölünmüş ve elde edilen sonuç 100 ile çarpılmıştır (Tablo 5). Çalışmada “evet” yanıtları etkilenme ölçütü olarak değerlendirilmiş ve bireylerin negatif (olumsuz) sağlık algıları ölçülmüştür. Toplam skorun belirlenmesinde: Önce Alonso yöntemi ile her bir alt boyut puanı hesaplanmıştır. Bu puanlar o boyuttaki soru sayısı ile çarpılarak, altı alt boyuttan elde edilen sonuçlar toplanmıştır. Bu sayı profildeki toplam soru sayısı olan 38’e bölünerek NHP toplam skoru elde edilmiştir. NHP toplam skoru istatistiki karşılaştırmalar amacıyla değil NHP sonuçlarının çeşitli değişkenlere göre gösterdiği değişiklikleri yorumlama kolaylığı sağlaması açısından hesaplanmıştır.

Her iki hesaplama sonucunda 0-100 arasında olası sonuçlar elde edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde kestirim noktası olmadığı için, boyutlardaki skorların “100’e yakın olması en kötü (olumsuz) algılanan sağlığı, “0”a yakın olması “iyi (olumlu)” algılanan sağlığı göstermektedir. Başka bir deyişle skorun 100’e yakın olması sağlık durumundaki kısıtlılıkların en yüksek olduğu noktayı yani sağlık düzeyinin “kötü” bir durumda olduğunu, “0”a yakın olması ise sağlık durumu ile ilgili herhangi bir problemin bulunmadığını ve kişilerin sağlığının “iyi” bir durumda olduğunu, “0” olması

ise “mükemmel sağlığı” göstermektedir (122). NHP ölçeğinin puanlama şekli tablo 3.2’de gösterilmiştir.

**İkinci Aşamada:** Güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik bir ölçüm aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür. Diğer bir deyişle verilerin güvenilirliği, veri toplama aracının güvenilirliğinin de göstergesidir. Güvenilirlik ölçümlerinde elde edilen sayısal değer, güvenilirlik katsayısı adını almaktadır. Bu katsayının hesaplanmasında kullanılan yöntemlerden biri de Cronbach tarafından geliştirilmiş olan ve kendi adıyla anılan  $\alpha$  (Alpha) katsayısının kullanıldığı yöntemdir (123).

**Tablo 3.1.** NHP boyutları ve toplam skoru güvenilirlik katsayıları

NHP boyutları	Cronbach's $\alpha$	p
Enerji	0.77	<.001
Ağrı	0.88	<.001
Duygusal Reaksiyonlar	0.84	<.001
Fiziksel Hareketlilik	0.78	<.001
Sosyal İzolasyon	0.71	<.001
Uyku	0.70	<.001
Toplam Skor	0.93	<.001

Cronbach  $\alpha$  katsayısı ölçüm aracının içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının, homojenliğinin bir ölçüsüdür. Ölçüm aracının  $\alpha$  katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçüm aracında bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır (124). Buna ilaveten Helmstadler’e göre güvenilirlik analizlerinde Cronbach  $\alpha$  kullanıldığı zaman minimum  $\alpha$  değeri 0.50 olarak kabul edilmelidir (125).

Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile elde edilen NHP boyutları ve toplam skoru güvenilirlik katsayıları önemli bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). En düşük değer 0.70 ile uyku boyutunda, en yüksek değer 0.88 ile ağrı boyutunda görülmüştür. Toplam skor boyut değeri 0.93 olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Bir ölçeğin “r” ile sembolize edilen güvenilirlik katsayısı 1’e ne kadar yakınsa, güvenilirliği o kadar

yüksektir. Buna göre çalışma sonucunda bulunan NHP'nin güvenilirlik katsayıları aynı ölçekle yapılan diğer çalışma sonuçlarına uygunluk göstermektedir (118, 126).

**İstatistiksel analiz:** Araştırmada niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testine göre veriler normal dağılmadığı için sürekli değişkenler açısından iki bağımsız grubun ölçek ve ortanca puanlarını karşılaştırmada Mann-Whitney U, ikiden fazla bağımsız grubun ölçek ve ortanca puanlarını karşılaştırmada Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Aritmetik ortalamalar standart sapma, ortancalar en küçük ve en büyük değerleri ile birlikte gösterilmiştir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Sigmatat 3. (1) programı ile Dunn's çoklu karşılaştırma testi kullanılarak saptanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenmesinde normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenlerde Pearson, normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerde Sperman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma sırasında il dışında öğrenim gören ve askerde olan kişilere anket uygulanamamıştır. Ankete yanıt veremeyecek durumda olan yaşlı bireyler, zeka, görme, işitme ve konuşma özürlüleri araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

### **3.9. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ OLARAK ALINAN İZİNLER**

Uygulama öncesi İl Sağlık Müdürlüğü ve örnekleme alınan Sağlık Ocağı Başhekimleri ile görüşülerek izin alınmıştır.

Araştırmanın etik ilkelere uygunluğu bakımından Üniversite Bilimsel Araştırma ve Etik Kurulu Karar Onayı alınmıştır (Ek 2)

**Tablo 3.2.** Nottingham Sağlık Profiline boyutlarına ait ifadeler ve puanlaması

<b>NHP ALT BOYUTLARI VE İFADELER</b>	<b>PUANLAMA</b>
<b>ENERJİ(E)</b>	
1.Enerjim kısa sürede tükeniyor	Evet denilen ifade sayısı E=-----x100 3
2.Her şey çaba harcamamı gerektiriyor	
3.Her zaman yorgunum	
<b>AĞRI(A)</b>	
1.Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor	Evet denilen ifade sayısı A=-----x100 8
2.Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor	
3.Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor	
4.Oturduğum zaman ağrım oluyor	
5.Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor	
6.Geceleri ağrım var	
7.Dayanılmaz ağrılarım var	
8.Sürekli ağrılar içindeyim	
<b>DUYGUSAL REAKSİYONLAR(DR)</b>	
1.Günler çok ağır geçiyor	Evet denilen ifade sayısı DR=-----x100 9
2.Kendimi sinirli hissediyorum	
3.Eğlenmenin nasıl bir şey olduğunu unuttum	
4.Bu günlerde kolaylıkla öfkeleniyorum	
5.Birtakım şeyler beni huzursuz ediyor	
6.Keyfim kaçmış bir şekilde uyanıyorum	
7.Endişelenmek geceleri uykumu kaçırıyor	
8.Sanki kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum	
9.Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorum	
<b>UYKU(U)</b>	
1.Sabahın erken saatlerinde istemeden uyanıyorum	Evet denilen ifade sayısı U=-----x100 5
2.Uykuya dalmam uzun sürüyor	
3.Geceleri kötü uyuyorum	
4.Uyumama yardımcı olması için ilaç alıyorum	
5.Gecenin büyük bir kısmında uyanık yatıyorum	
<b>SOSYAL İZOLASYON (Sİ)</b>	
1.İnsanlarla geçinmek güç oluyor	Evet denilen ifade sayısı Sİ=-----x100 5
2.İnsanlarla iletişim kurarken zorlanıyorum	
3.Kendimi yakın hissedeceğim kimse yok	
4.Kendimi yalnız hissediyorum	
5.İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum	
<b>FİZİKSEL HAREKETLİLİK(FH)</b>	
1.Bir şeylere uzanmak çok zor geliyor	Evet denilen ifade sayısı FH=-----x100 8
2.Eğilirken zorlanıyorum	
3.Merdivenlerden inerken ve çıkarken güçlük çekiyorum	
4.Uzun ayakta duramıyorum	
5.Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	
6.Giyinirken zorlanıyorum	
7.Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum	
8.Hiç yürüyemiyorum	

## **4. BULGULAR**

Araştırma grubunu Kayseri ili kentsel alan sağlık ocaklarından yedi ocak bölgesine ait 501 hanede oturan 1880 kişi oluşturmuştur. Bulgular kapsamında araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri, sağlık hizmetlerini kullanım düzeyleri ve etkileyen faktörler tanımlanmış, 15 yaş ve üzeri kişilerin algılanan sağlık durumu ile hizmet kullanımı arasındaki ilişki sonuçları yer almıştır.

**Tablo 4.1.** Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet ( n:1880)</b>		
Erkek	881	46.9
Kadın	999	53.1
<b>Yaş grupları (n:1880)</b>		
0-14	576	30.6
15-24	328	17.5
25-44	593	31.5
45-64	288	15.3
65+	95	5.1
<b>Medeni durum (n:1304)</b>		
Bekar	303	23.2
Evli	904	69.3
Dul	97	7.5
<b>Eğitim durumu (n:1304)</b>		
İlkokul altı	168	12.9
İlkokul mezunu	513	39.3
Ortaokul mezunu	156	12.0
Lise mezunu	343	26.3
Yüksek okul /Fakülte mezunu	124	9.5
<b>Meslek (n:1304)</b>		
İşçi	222	17.0
Memur	93	7.2
Emekli	115	8.8
Ev hanımı	562	43.1
Esnaf	106	8.1
Öğrenci	160	12.3
İşsiz	46	3.5

Araştırma grubundaki bireylerin %30.6'sı 0-14, % 69.4'ü 15 ve üzeri yaş grubunda, %53.1'i kadın, %46.9'u erkektir. Hane halkı büyüklüğü 4 kişi, çekirdek aile oranı %77.2'dir. Kadınların % 61.5'i 15-54 yaş grubunda olup, %65.7'si evlidir. 15 yaş ve üzeri bireylerin %39.3'ü ilkokul, %9.5'i üniversite mezunu olup, %69.3'ü evli, %43.1'i ev hanımı, %17.0'ı işçi'dir.. Halen öğrenimini devam ettiren 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı % 12.3'dür. 15 yaş ve üzeri bireylerin %3.5'i işsiz ve % 7.5'i dul-boşanmış, % 9.2'si okuma yazma bilmemektedir.

**Tablo 4.2.** Araştırma grubuna alınan bireylerin cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet						İstatistiki değerlendirme	
	Erkek		Kadın		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
0 - 6	125	14.2	122	12.2	247	13.1	11.82	>0.05
7- 14	167	19.0	161	16.1	328	17.5		
15-24	133	15.0	196	19.7	329	17.5		
25-34	161	18.3	156	15.6	317	16.9		
35-44	124	14.1	152	15.2	276	14.7		
45-54	87	9.9	110	11.0	197	10.5		
55-64	41	4.6	50	5.0	91	4.7		
65 +	43	4.9	52	5.2	95	5.1		
<b>Toplam</b>	881	100.0	999	100.0	1880	100.0		

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $28.0 \pm 18.9$  olup, en küçük yaş 1, en büyük yaş 85'dir. Araştırmaya alınan kişilerin %30.6'sı 15 yaşın altında, %5.1'i 65 yaş ve üzerindedir. Kadınlarda işgücü yönünden aktif nüfus oranı % 72.5, erkeklerde %67.2'dir. Bağımlı nüfus oranı kadınlarda %33.6, erkeklerde %38.0'dır.



**Tablo 4.3.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerde cinsiyete göre medeni durum dağılımı

Medeni durum	Cinsiyet						İstatistiki değerlendirme	
	Erkek		Kadın		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bekar	148	25.2	155	21.6	303	23.2	60.80	<0.001
Evli	433	73.6	471	65.8	904	69.3		
Dul –Boşanmış	7	1.2	90	12.6	97	7.5		
<b>Toplam</b>	588	100.0	716	100.0	1304	100.0		

Araştırma kapsamına alınan 15 yaş ve üzeri kişilerin %69.3'ü evlidir. Erkeklerin %73.6'sı evli iken, kadınların %65.8'i evlidir. Dul ve boşanmış kadınların oranı erkeklerden on kat daha fazladır. Cinsiyete göre medeni durum dağılımı istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Bu farklılık dul ve boşanmış kadın oranının çok yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 4.4.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerde cinsiyete göre öğrenim durumu dağılımı

Öğrenim durumu	Cinsiyet						İstatistiki değerlendirme	
	Erkek		Kadın		Toplam		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okur Yazar Değil	18	3.1	102	14.2	120	9.2	77.32	<0.001
Okur – yazar	16	2.7	32	4.5	48	3.7		
İlkokul	213	36.2	300	41.9	513	39.3		
Ortaokul	86	14.6	70	9.8	156	12.0		
Lise	177	30.1	166	23.2	343	26.3		
Yüksekokul	78	13.3	46	6.4	124	9.5		
<b>Toplam</b>	588	100.0	716	100.0	1304	100.0		

Cinsiyete göre öğrenim durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Farkın tüm öğrenim gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır. Okuryazar olmayan grupta kadınların oranı erkeklere göre yaklaşık 4.5 kat fazla iken, yükseköğretim mezunu grupta ise erkeklerin oranı kadınlara göre 2 kat daha fazladır. Genel olarak, erkeklerin %36.2'si, kadınların ise %41.9'u ilköğretimin birinci basamağını oluşturan 5 yıllık eğitimi tamamlamıştır. Eğitimi olan gruplar temel alındığında, erkek ve kadınların yarısından çoğunun ilköğretimin ikinci basamağını tamamladığı görülmektedir.

**Tablo 4.5.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin cinsiyet ve meslek gruplarına göre dağılımı

Meslek grupları	Cinsiyet						İstatistiki değerlendirme	
	Erkek		Kadın		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İşçi	205	34.9	17	2.4	222	17.0	917.87	<0.001
Memur	56	9.5	37	5.2	93	7.1		
Emekli	99	16.8	16	2.2	115	8.9		
Ev Hanımı	0	0.0	562	78.5	562	43.1		
Esnaf-zanaatkar	102	17.3	4	0.5	106	8.1		
Öğrenci	80	13.6	80	11.2	160	12.3		
Diğer (İşsiz+ çiftçi)	46	7.9	0	0.0	46	3.5		
<b>Toplam</b>	588	100.0	716	100.0	1304	100.0		

Araştırma kapsamına alınan 15 yaş ve üzeri kadınların %78.5'i ev kızı/kadınıdır. Çalışan kadın oranı %10.0'dır. Erkeklerin %34.9'u işçi, %17.3'ü esnaf ve zanaatkar, %7.9'u işsizdir. Meslek gruplarının cinsiyete göre dağılımı istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Bu farklılık tüm meslek gruplarından kaynaklanmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin % 16.8'inin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olanlar içinde %50.6 ile SSK'na bağlı olanlar ilk sırada, % 12.8 ile emekli sandığına bağlı olanlar ikinci sırada, %11.7 ile yeşil kartlılar üçüncü sırada yer almaktadır.

**Tablo 4.6.** Araştırma grubuna alınan bireylerin son bir yıl içinde sağlık kurumlarına başvuru durumları

Son bir yıl içinde başvuru durumu	Sayı	%
Evet	1496	79.6
Hayır	384	20.4
Toplam	1880	100.0

Araştırma kapsamına alınan kişilerin %79.6'sı son bir yıl içinde herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. Yıllık kişi başına başvuru ortalaması  $5.0 \pm 5.4$ 'dür. Sağlık kuruluşuna gitme kararını en çok anne (%36.4) almakta, bunu sırasıyla baba (%32.2), anne ve baba birlikte (%17.4) ve kişilerin kendi kararı (%12.0) izlemektedir.

**Tablo 4.7.** Araştırma grubundaki bireylerin son bir yıl içinde genellikle başvurdukları sağlık kurumları

Hizmet basamağı	Başvurulan kurum	Sayı	%	Toplam**	
				Sayı	%
I. Basamak Sağlık Hizmetleri	Sağlık Ocağı	657	28.8	691	30.3
	Diğer *	34	1.5		
II. Basamak Sağlık Hizmetleri	Sosyal Sigortalar Hastanesi	568	24.9	1140	49.9
	Devlet Hastanesi	469	20.6		
	Doğum Hastanesi	57	2.5		
	Askeri Hastane	30	1.3		
	Göğüs Hastalıkları Hastanesi	16	0.7		
III. Basamak Sağlık Hizmetleri	Üniversite Hastanesi	150	6.6	150	6.6
Özel Sağlık Kurumları	Özel Hastaneler	229	10.0	301	13.2
	Özel Doktor Muayenehanesi	72	3.1		

\*Diğer: Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, İşyeri Hekimi

\*\* Yüzdeler toplam başvuru sayısına (2282) göre alınmıştır.

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi sağlık hizmeti almak için en sık başvuru yapılan kurumlar arasında ilk üç sırada sağlık ocakları, SSK ve devlet hastanesi yer almaktadır. Bu sıralamayı özel sağlık kuruluşları ve üniversite hastanesi izlemektedir. Diğer taraftan başvuru yapılan kurumlar basamaklandırılmış sistem içinde ele alındığında; ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların daha fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.8.** Son bir yıl içinde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sağlık kurumlarına başvuru nedenleri

Başvuru nedeni (n: 1496)	Sayı	%
Muayene olma	1410	94.2
Reçete yazdırma	362	24.2
Enjeksiyon yaptırma	123	8.2
Tahlil-tetkik yaptırma	113	7.6
Ameliyat olma	98	6.6
Acil durumlar	89	5.9
Sevk yaptırma	88	5.9
İzlem ve kontrol	92	6.1
Aşı yaptırma	82	5.5
Aile planlaması yöntemi temin etme, doğum yapma, kürtaj olma	60	4.0
Tansiyon ölçtürme	44	2.9

Sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri arasında ilk sıralarda; hastalık tanı ve muayenesi, yeni ve/veya sürekli kullanılan ilaçları reçete ettirme, enjeksiyon, tahlil-tetkik yaptırma gibi rutin işlemler yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarına en az başvuru nedenleri arasında ise tansiyon ölçtürme, aile planlaması ve doğum hizmeti alma, aşı yaptırma, başka bir kuruma sevk ettirme gibi işlemler bulunmaktadır.

15-49 yaş grubu evli kadınların %52.0’ı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kullanılan yöntemlerin % 46.3’ü sağlık ocağı, % 12.3’ü doğumevi, %10.2’si eczaneden, %5.7’si özel doktordan temin edilmektedir. Kullanılan yöntemlerin %80.0’ı rahim içi araç (%42.7), kondom (%22.4) oral kontraseptif (%7.7),

tüp ligasyonu (%4.5) gibi modern aile planlaması yöntemleri, %20.0'ı geleneksel (geri çekme) yöntemidir. Evli kadınların %4.9'u halen hamile olup, %7.4'ü son bir yıl içinde doğum yapmıştır. Gebelerin % 87.0'ı periyodik kontrollerini yaptırmıştır. Gebelik kontrollerinin %63.1'i sağlık ocağı ve doğumevi hastanesinde, %36.8'i özel hastane ve özel doktor muayenehanesinde yaptırılmıştır. Son gebeliğinde tetanoz aşısı yaptıranların oranı %53.0'dır. Bu kişilerin %27.0'ı bir, %44.7'si iki doz tetanoz aşısı yaptırmışlardır. Tetanoz aşılarının %94.6'sı sağlık ocağında yapılmıştır. Doğumların %46.2'si doğumevinde, %25.6'sı SSK Hastanesinde, %12.0'ı özel hastanede, %5.1'i evde gerçekleşmiştir. 15-49 yaş grubu kadınların %8.0'ı pap smear testi, %11.4'ü mamografi, yaptırmıştır. Bu tetkikleri yaptırmak için ilk üç sırada tercih edilen kurumlar devlet hastanesi, SSK ve özel hastanedir.

Araştırma grubunun %13.1'ni oluşturan 0-6 yaş grubu çocukların sadece %22.2'si aşı yaptırmı, %4.8'i büyüme-gelişme izlemi için sağlık kuruluşuna götürülmüştür.

**Tablo 4.9.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran faktörler hakkındaki düşünceleri

Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran faktörler	Başvuru durumu						İstatistiksel değerlendirme	
	Var (n:1005)		Yok (n:299)		Toplam (n:1304)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sosyal güvence varlığı	666	66.2	163	54.5	829	63.5	13.74	<0.001
Ulaşım kolaylığı/yakınlık	485	48.2	153	51.1	638	48.9	0.78	>0.05
Hizmetin ucuz olması	449	45.0	145	48.5	594	45.5	1.35	>0.05
Sunulan hizmetin kaliteli olması	453	45.0	122	40.8	575	44.0	1.70	>0.05
Sunulan hizmetten memnuniyet	450	45.0	113	37.9	563	43.1	4.58	<0.05
Sağlık personeline güven duyma	441	43.9	115	38.5	556	42.6	2.76	<0.01
İşlerin çabuk görülmesi	429	42.6	125	41.8	555	42.5	0.07	>0.05
Gidecek başka yerim yok	378	37.6	121	40.5	499	38.2	0.79	>0.05

Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuranlar sosyal güvence varlığı, sağlık kuruluşuna yakınlık ve ucuzluğu erişimi kolaylaştıran temel faktörler olarak tanımlamışlardır. Sosyal güvenceye sahip olma ( $p<0.001$ ), sağlık personeline güven duyma ( $p<0.01$ ) ve sunulan hizmetlerden memnun kalma ( $p<0.05$ ) gibi faktörlerle başvuru durumu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunurken, erişimi kolaylaştıran diğer faktörlerle başvuru durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörler hakkındaki düşünceleri

Sağlık hizmetine erişimi engelleyen faktörler	Başvuru durumu						İstatistiki değerlendirme	
	Var (n:1005)		Yok (n:299)		Toplam (n:1304)		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bekleme süresinin uzun olması	299	29.8	66	22.0	365	28.0	6.73	<0.01
Muayene süresinin yetersiz olması	266	26.5	62	20.7	328	25.1	4.02	<0.05
Kendi sağlığına önem vermeme, ihmal etme	248	24.7	61	20.4	309	23.6	2.32	>0.05
Personelin olumsuz tutum ve davranışı	219	21.8	57	20.0	276	21.2	1.02	>0.05
Bürokratik işlemlerin fazla olması	164	16.3	42	14.0	206	15.8	0.34	>0.05
Temizliğin yeterli olmaması	163	16.2	41	13.7	204	15.6	1.09	>0.05
Personelin bilgi ve becerisinin yetersiz olması	134	13.3	35	11.7	169	13.0	0.54	>0.05
Hizmetin pahalı olması	126	12.5	44	14.7	170	13.0	0.96	>0.05
Araç-gereç yetersizliği	121	12.0	35	11.7	156	12.0	0.02	>0.05
Mahremiyete özen gösterilmemesi	122	12.1	28	9.4	150	11.5	1.74	>0.05

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi son bir yıl içinde sağlık hizmeti alan kişiler, muayene edecek hekime girinceye kadar olan süre dahil kurumda bekleme süresinin uzunluğunu, muayene süresinin yetersizliğini ve çalışan personelin olumsuz tutum ve davranışını, kendi sağlığını önemsememe ve ihmal etme gibi nedenleri sağlık hizmetine erişimi olumsuz etkileyen temel faktörler olarak tanımlamışlardır. Başvuru durumu ile bekleme

süresinin uzunluğu ( $p<0.01$ ) ve muayene süresinin yetersizliği ( $p<0.05$ ) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken, erişimi engelleyen diğer faktörlerle başvuru durumu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmamızda kurumda bekleme süresi  $2.51\pm 1.61$  saat, muayene süresi ise  $4.0\pm 3.7$  dakika olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.11.** Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık kurumlarından beklentileri

Beklentiler (n:1138)	Sayı	%
İlgi, güler yüz, hoşgörü, saygı	1012	88.9
Tıbbi nedenler*	706	62.0
Daha ucuz, hızlı, sürekli ve eşit hizmet	291	25.5
Bekleme süresinin kısa olması**	284	24.9
Temizlik	186	16.3
Güvenilirlik	135	11.9
Beklentim yok	166	14.5

\*Doğru tanı, uygun tedavi, muayene süresi ve niteliğinin iyileştirilmesi, muayene edilerek ilaç yazılması, bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verilmesi, yeterli araç-gereç, gerekli tahlil tetkiklerin yapılması

\*\*Kurumda geçirilen süre: Muayene öncesi, ilaç kuyruğu nedeniyle bekleme süresi, randevu sisteminin getirilmesi isteği

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan 15 yaş ve üzeri kişilerin bir sağlık kuruluşuna başvurduklarında en önemli beklentileri arasında; hizmet sunan personelin ilgili, saygılı ve güler yüzlü olması gibi davranış özellikleri, doğru tanı, uygun tedavi, yeterli süre ayrılarak muayene olabilme gibi tıbbi nedenlerle, ucuz, hızlı, sürekli ve eşit hizmet sunumu gibi hizmete ilişkin özellikler yer almaktadır. Bu faktörleri bekleme süresinin kısa olması ve kurumun temizliği gibi beklentiler izlemektedir. Hiçbir beklentisi olmadığını ifade edenlerin oranı %14.5’dir.

**Tablo 4.12.** Araştırma grubuna alınan bireylerin yaş gruplarına göre son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru durumları

Yaş grupları	Başvuru durumu		İstatistiki değerlendirme		
	n	Başvuran		X <sup>2</sup>	p
		Sayı	%		
0-6	247	228	92.3	52.55	<0.001
7- 14	328	263	80.2		
15-24	328	235	71.6		
25-44	594	446	75.1		
45-54	288	239	83.0		
65 +	95	85	89.5		
<b>Toplam</b>	1880	1496	79.6		

Yaş gruplarına göre sağlık kuruluşuna başvuru durumu incelendiğinde; en yüksek başvurunun %92.3 ile 0-6 yaş grubunda olduğu, bunu %89.5 oranı ile 65 yaş ve üzerindeki kişilerin izlediği görülmektedir. 0-14 yaş grubu hariç tutularak yapılan değerlendirmede ise yaşın artışına paralel olarak kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı da artmaktadır. Sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.001). Bu farklılık tüm yaş gruplarından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 4.13.** Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin yaş gruplarına göre başvuru sayıları

Yaş grupları	n	Başvuru sayısı		İstatistiki değerlendirme	
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca ( min-max)*	K-W	p
0-6	228	5.2 ± 4.7	4.0 (1-28) <sup>a</sup>	60.05	<0.001
7- 14	263	4.1 ± 4.7	3.0 (1-32) <sup>bd</sup>		
15-24	235	4.4 ± 5.9	3.0 (1-40) <sup>cb</sup>		
25-44	446	4.5 ± 5.4	2.0 (1-46) <sup>cd</sup>		
45-64	239	6.1 ± 6.0	4.0 (1-40) <sup>a</sup>		
65 ve üzeri	85	7.4 ± 7.1	5.0 (1-31) <sup>a</sup>		
<b>Toplam</b>	1880	5.0 ± 5.4	3.0 (1-46)		

K-W=Kruskal Wallis varyans analizi değeri

\*Çoklu karşılaştırma yöntemine göre ortanca değerlerine verilen üst simge şeklindeki harflerin benzerliği grupların birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir.



Son bir yıl içinde sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin başvuru ortalaması  $5.0 \pm 5.4$ 'dür. Başvuru ortalamaları yaşın yükselmesine paralel olarak özellikle 45 yaşından itibaren belirgin şekilde artmakta, 65 yaş ve üzerinde en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Yaş gruplarına göre başvuru ortalaması anlamlı ölçüde farklıdır ( $p < 0.001$ ). En yüksek başvuru ortancası 5.0 ile yine 65 ve üzeri yaş grubunda saptanmıştır.

**Tablo 4.14.** Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları

Sosyo-demografik özellikler		n	Başvuru durumu		İstatistiki değerlendirme	
			Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
Cinsiyet	Erkek	881	658	74.7	24.35	<0.001
	Kadın	999	838	83.9		
Medeni durum	Bekar	303	216	71.3	25.15	<0.001
	Evli	904	696	77.0		
	Dul-boşanmış	97	93	95.9		
Öğrenim durumu	İlkokul altı	168	135	80.4	2.22	>0.05
	İlkokul mezunu	513	400	78.0		
	Ortaokul mezunu	156	117	75.0		
	Lise mezunu ve üzeri	467	353	75.6		
Meslek grubu	İşçi	222	151	68.0	54.18	<0.001
	Memur	93	77	82.8		
	Emekli	115	95	82.6		
	Ev Hanımı	562	474	84.3		
	Esnaf, SMM**	106	69	65.1		
	Öğrenci	160	113	70.6		
	İşsiz	46	26	56.5		

\*\*SMM:Serbest Meslek Mensubu

Son bir yıl içinde kadınlar erkeklere göre daha fazla sağlık kuruluşuna başvurmuş olup, başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemlidir ( $p<0.001$ ).

Bekar olanların evli ya da dul olanlara göre daha az sağlık kuruluşuna başvurdukları, dul ve boşanmış kişilerin sağlık hizmetlerinden en fazla yararlanan grubu oluşturduğu görülmektedir. Medeni duruma göre başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.001$ ). Bu farklılık tüm gruplardan kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile başvuru oranları arasında ters orantılı bir ilişki gözlenmekte, lise ve yüksekokul mezunları dışında, kişilerin öğrenim seviyesi düştükçe başvuru oranları yükselmektedir ( $r=-0.08$ ,  $p<0.01$ ). Nitekim ortaokul mezunlarında bu oran %75.0 iken, diplomasız kişilerde %80.4 olmuştur. Ancak, öğrenim düzeyine göre başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Son bir yıl içinde ev kadınları, devlet memurları ve emekliler diğer meslek gruplarına göre daha sık sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. Sağlık hizmetlerinden en az yararlanan grup işsizlerdir. Meslek gruplarına göre başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Farklılığın tüm meslek gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır.

**Tablo 4.15.** Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayıları

Sosyo-demografik değişkenler		Başvuru sayısı			İstatistiki değerlendirme	
		n	$\bar{X} \pm SS$	Ort (min-max)*		
Cinsiyet	Erkek	638	4.5 ± 5.1	3.0 (1-40)	Z=3.19	p<0.01
	Kadın	838	5.3 ± 5.5	3.0 (1-46)		
Medeni durum	Bekar	216	3.9 ± 4.5	2.0 (1-40) <sup>ac</sup>	K-W=26.46	p<0.001
	Evli	696	5.2 ± 5.7	3.0 (1-46) <sup>c</sup>		
	Dul	93	7.2 ± 7.2	4.0 (1-34) <sup>b</sup>		
Öğrenim durumu	İlkokul altı	135	5.2 ± 5.8	4.0 (1-34) <sup>a</sup>	K-W =16.02	p<0.01
	İlkokul mezunu	400	4.1 ± 5.6	3.0 (1-46) <sup>a</sup>		
	Ortaokul mezunu	117	4.2 ± 5.3	2.0 (1-40) <sup>ba</sup>		
	Lise-yüksekokul mez	353	4.8 ± 5.3	3.0 (1-40) <sup>cb</sup>		
Meslek grubu	İşçi	151	3.4 ± 3.7	2.0 (1-28) <sup>a</sup>	K-W =47.71	p<0.001
	Memur	77	5.9 ± 6.0	4.0 (1-35) <sup>b</sup>		
	Emekli	95	6.0 ± 6.0	4.0 (1-36) <sup>cbd</sup>		
	Ev Hanımı	474	5.8 ± 6.2	3.0 (1-46) <sup>db</sup>		
	Esnaf, SMM**	69	2.9 ± 2.6	2.0 (1-12) <sup>ac</sup>		
	Öğrenci	113	4.5 ± 5.5	3.0 (1-40) <sup>ab</sup>		
	İşsiz	26	4.8 ± 7.0	2.5 (1-37) <sup>ab</sup>		

K-W=Kruskal Wallis varyans analizi değeri

Z=Mann - Whitney U test değeri

\* Çoklu karşılaştırma yöntemine göre ortanca değerlerine verilen üst simge şeklindeki harflerin benzerliği grupların birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir.

\*\*SMM:Serbest Meslek Mensubu

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi son bir yıl içinde kadınların sağlık kuruluşuna başvuru ortalaması erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Evli olanların başvuru ortalaması ve ortanca değerleri bekarlara göre daha yüksek iken, dul ve boşanmışlara göre daha düşüktür. Keza son bir yıl içinde bekarlar en az, dul ve

boşanmışlar en fazla sağlık başvurusunda bulunan gruplardır. Medeni duruma göre başvuru ortalamaları istatistiksel olarak farklıdır ( $p<0.001$ ).

En yüksek başvuru ortalamasına sahip olan ilkökul altı eğitim grubu dışarıda bırakıldığında; ilkökul mezunlarından itibaren kişilerin eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak başvuru ortalamalarının da yükseldiği görülmektedir. Nitekim, ilkökul mezunlarında başvuru ortalaması  $4.1\pm 5.6$  iken, lise ve yüksekokul mezunlarında  $4.8\pm 5.3$ 'dür. Başvuru ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yine en yüksek başvuru ortancası ilkökul altı eğitim grubunda iken, en düşük başvuru ortancası ortaokul mezunlarında görülmüştür.

En yüksek başvuru ortalaması ve ortancası emekli ve memurlarda iken, en düşük başvuru ortalaması ve ortancası kendi hesabına çalışan esnaf, serbest meslek mensubu ve işçilerde görülmüştür. Başvuru ortalamalarının meslek gruplarına göre gösterdiği farklılık istatistiksel açıdan önemlidir ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.16.** Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları

Sosyo-demografik özellikler		Başvuru durumu				
		n	Başvuran		İstatistiki değerlendirme	
			Sayı	%	X <sup>2</sup>	p
Sosyal güvence durumu	Var	1572	1296	82.4	48.56	<0.001
	Yok	308	200	64.9		
Aylık gelir durumu (YTL)	350 YTL altı	780	572	73.3	33.37	<0.001
	350-1050 YTL	942	789	83.8		
	1051-2500YTL	143	124	86.7		
En yakın sağlık kuruluşuna uzaklık	500 m.'den az	483	381	78.9	24.69	<0.001
	500-1000 m.	695	592	85.2		
	1 km'den fazla	702	523	74.5		

Tablo 4.16'da sosyal güvence varlığının sağlık hizmetlerine başvuru davranışını etkilediği ve başvuru oranlarını artırdığı görülmektedir. Nitekim son bir yıl içinde

sosyal güvencesi olanlar olmayanlara göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır. Sosyal güvence durumu ile başvuru arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Ayrıca korelasyon analizine göre sosyal güvence varlığı ile başvuru oranları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. ( $r=0.14$ ,  $p<0.001$ ).

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayanlar en çok sağlık ocakları (%15.1), devlet ve üniversite hastanesine başvururken, SSK'lıların %56.0'ı SSK hastanesine %51.2'si devlet hastanesine, %48.0'ı özel sağlık kurumlarına başvurmuştur. SSK'lıların en az başvuruda buldukları kurum sağlık ocakları'dır. Emekli sandığına mensup kişiler en çok özel sağlık kurumları (%20.0), sağlık ocağı (%13.0) ve devlet hastanesine (%12.6) başvurmuşlardır. Bu kişilerin üniversite hastanesine başvuru oranı %10.7'dir. Yeşilkart'lılar ise sağlık başvuruları için en fazla (%13.2) özel sağlık kuruluşlarını, ikinci sırada sağlık ocaklarını (%12.5) tercih etmişlerdir.

Ailenin aylık gelir seviyesi yükseldikçe kişilerin sağlık kuruluşuna başvuru oranları da artmaktadır ( $r=0.08$ ,  $p<0.001$ ). Nitekim son bir yıl içinde aylık geliri asgari ücretin altında olanların başvuru oranı %73.3 iken, asgari ücretin üç katından daha fazla geliri olanların başvuru oranı %86.7'dir. Sağlık kuruluşuna başvuru yönünden gelir grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Sağlık kuruluşuna uzaklık başvuru durumunu etkilemektedir. Nitekim en düşük başvuru oranı sağlık kuruluşuna bir kilometreden daha uzak yerlerde oturanlarda görülmüştür. Sağlık kuruluşuna uzaklık ile başvuru durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Araştırma grubunun ifadesine göre oturan hanelerin en yakın sağlık kuruluşuna uzaklığı ortalama  $825\pm 528$  metre olup, en yakın hane yüz metre, en uzak hane beş kilometre uzaklıktadır.

**Tablo 4.17.** Araştırma grubuna alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayıları

Sosyo-demografik değişkenler		n	Başvuru sayısı		İstatistiki değerlendirme	
			$\bar{X} \pm SS$	Ort.(min-max)		
Sosyal güvence durumu	Var	1296	5.1 ± 5.5	3.0 (1-46)	Z=4.01	p <0.001
	Yok	200	3.7± 4.2	2.0 (1-31)		
Aylık gelir durumu	350 YTL. ↓	572	5.3 ± 6.0	3.0 (1-46)	K-W=1.22	p>0.05
	350 -1050 YTL	789	4.8 ± 5.1	3.0 (1-40)		
	1051 - 2500 YTL	124	4.4 ± 4.0	3.0 (1-18)		
Sağlık kuruluşuna uzaklık	500 m.'den az	381	5.4 ± 5.7	3.0 (1-46)	K-W=4.98	p>0.05
	500 - 1000 m.	592	4.7 ± 5.1	3.0 (1-40)		
	1000 m. ↑	523	4.9 ± 5.4	3.0 (1-40)		

Z=Mann-Whitney U test değeri

Tablo 4.17'de sosyal güvencesi olmayanların başvuru ortalamaları ve ortancalarının sosyal güvencesi olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir (p<0.001).

Asgari ücretin altında aylık geliri olanların, sağlık kuruluşuna 500 metreden daha yakın mesafede oturanların başvuru ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ancak, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Aylık gelir durumu ve sağlık kuruluşuna uzaklık başvuru ortancalarını da etkilememiştir.

**Tablo 4.18.** Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumu, sağlık düzeyi karşılaştırması ve yaşam kalitesi algılamalarına göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları

Algılama düzeyi		Başvuru durumu				
		n	Başvuran		İstatistiki değerlendirme	
			Sayı	%	X <sup>2</sup>	p
Genel sağlık durumu algılaması	Mükemmel	28	18	64.3	33.20	<0.001
	Çok iyi	191	142	74.3		
	İyi	511	361	70.6		
	orta	455	380	83.5		
	Kötü	119	104	87.4		
Sağlık düzeyi karşılaştırması	Çok daha iyi	92	68	73.9	20.02	<0.001
	Biraz daha iyi	151	120	79.5		
	Aynı	652	473	73.5		
	Biraz daha kötü	314	264	84.1		
	Çok daha kötü	95	80	84.2		
Yaşam kalitesi algılaması	Çok iyi	45	32	71.1	3.42	>0.05
	Oldukça iyi	296	231	78.0		
	Ne iyi ne kötü	737	561	76.0		
	Biraz kötü	117	92	78.6		
	Çok kötü	108	89	82.4		

Kişilerin genel sağlık durumu değerlendirmeleri kötüden-mükemmele doğru iyileştikçe başvuru sıklığının azaldığı görülmektedir ( $r=0.20$ ,  $p<0.001$ ). Tablo 4.18’de son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna en fazla başvuru genel sağlık durumunu “geçen yıla göre çok daha kötü” ve mevcut sağlık durumunu “kötü” olarak değerlendirenlerde görülmüştür. Genel sağlık durumu değerlendirmesine göre başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Benzer şekilde yaşam kalitesini “çok kötü” olarak tanımlayanların da başvuru oranları daha yüksek bulunmuştur ancak, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda genel sağlık durumu değerlendirmesini iyi (mükemmel, çok iyi, iyi) ve kötü (orta ve kötü) olarak sınıflandırdığımızda; kişilerin %56.0'nın genel sağlık durumunu "iyi", %44.0'nın "kötü" olarak ifade ettiği saptanmıştır. Genel sağlık durumunu "kötü" olarak değerlendirenlerin başvuru oranı %84.3'dür.

**Tablo 4.19.** Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumu, sağlık düzeyi karşılaştırması ve yaşam kalitesi algılamalarına göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayıları

Algılama düzeyi		Başvuru sayısı			İstatistiki değerlendirme	
		n	$\bar{X} \pm SS$	Ort.(min-max)*	K-W	p
Genel sağlık durumu algılaması	Mükemmel	18	3.8±3.9	2.5 (1-16) <sup>a</sup>	31.48	<0.001
	Çok iyi	142	3.8±3.7	2.0 (1-24) <sup>ab</sup>		
	İyi	361	4.7±5.8	2.0 (1-46) <sup>a</sup>		
	orta	380	5.6±5.8	3.0 (1-40) <sup>a</sup>		
	Kötü	104	6.9±6.6	5.0 (1-34) <sup>a</sup>		
Sağlık düzeyi karşılaştırması	Çok daha iyi	68	5.5±6.6	3.0 (1-34) <sup>abcd</sup>	45.41	<0.001
	Biraz daha iyi	120	4.7±4.5	3.0 (1-31) <sup>abcd</sup>		
	Hemen hemen aynı	473	4.1±4.3	2.0 (1-28) <sup>b</sup>		
	Biraz daha kötü	264	6.3±6.7	4.0 (1-46) <sup>cd</sup>		
	Çok daha kötü	80	7.5±8.0	5.5 (1-40) <sup>d</sup>		
Yaşam kalitesi algılaması	Çok iyi	32	5.2±5.8	2.0 (1-21)	7.79	>0.05
	Oldukça iyi	231	4.6±5.2	3.0 (1-40)		
	Ne iyi ne kötü	561	5.0±5.7	3.0 (1-46)		
	Biraz kötü	92	5.9±5.9	4.0 (1-37)		
	Çok kötü	89	5.9± 6.3	4.0 (1-34)		

\* Çoklu karşılaştırma yöntemine göre ortanca değerlerine verilen üst simge şeklindeki harflerin benzerliği grupların birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir



Tablo 4.19’da görüldüğü gibi genel sağlık durumu değerlendirmesi “kötüden-mükemmel”e doğru iyileştikçe başvuru ortalamaları düşmektedir. Nitekim genel sağlık durumunu “kötü” olarak belirtenlerin başvuru ortalaması ve ortancası genel sağlık durumunu “mükemmel” olarak tanımlayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.001$ ).

Sağlık durumunu “bir önceki yıla göre çok daha kötü” olarak belirtenlerin başvuru ortalaması ve ortancası sağlığını “geçen yıl ile hemen hemen aynı” olarak tanımlayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Başvuru ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Genel yaşam kalitesini “kötü” olarak tanımlayanların başvuru ortalaması ve ortancası yaşam kalitesini “orta”, “iyi” ve “çok iyi” olarak tanımlayanlara göre daha yüksektir ancak, yaşam kalitesi algılamasına göre başvuru ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.20.** Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığına inanma durumuna göre son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları

Sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığına inanma durumu	Başvuru durumu						İstatistiki değerlendirme	
	Başvuran		Başvurmayan		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
Evet	497	80.7	119	19.3	616	47.2	8.61	<0.01
Hayır	508	73.8	180	26.2	688	52.8		
<b>Toplam</b>	1005	77.1	299	22.9	1304	100.0		

\* Satır toplamına göre yüzde alınmıştır

\*\* Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Araştırma grubunda sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığına inananların oranı %47.2’dir. Hizmetlerden yeterince yararlandığına inanan kişilerin sağlık kuruluşuna başvuru oranı %80.7 iken, inanmayanların başvuru oranı %73.8’dir. Aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ).

Çalışmanın ikinci bölümünde 15 yaş ve üzeri kişilerin algılanan sağlık düzeyi ile ilgili bulgular yer almaktadır. Araştırma grubunda 15 yaş ve üzeri 1304 kişiye, algılanan sağlık statüsünü ölçmek için, Nottingham Sağlık Profili uygulanmıştır. Profilin değerlendirilmesinde “0” mükemmel algılanan sağlığı, “100” en kötü algılanan sağlığı göstermektedir. NHP boyut puanları belirlenirken deneklerin “evet” yanıtları etkilenme ölçütü olarak değerlendirilmiş, dolayısıyla çalışmada kişilerin negatif sağlık algıları ölçülmüştür.

**Tablo 4.21.** Nottingham Sağlık Profili boyutlarından elde edilen skorların dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları ( n:1304)	NHP skorları		
	$\bar{X} \pm SS$	Ort (min-max)	IQR
Enerji	49.0±41.1	33.3 (0-100)	0.0-100.0
Ağrı	27.0±32.8	12.5 ( 0-100)	0.0-50.0
Duygusal reaksiyonlar	41.7±32.1	33.3 ( 0-100)	11.1-66.6
Fiziksel hareketlilik	19.8±23.6	12.5 ( 0-100)	0.0-37.5
Sosyal İzolasyon	21.5±27.9	0.0 ( 0-100)	0.0-40.0
Uyku	27.0±29.0	20.0 ( 0-100)	0.0-40.0
Toplam NHP Skoru	30.0±23.2	27.7 (0-97.4)	10.5-47.4

IQR=İnter quartil range: 1’inci ve 3’üncü çeyrekler arası

Araştırma kapsamına alınan 15 yaş ve üzeri kişilerin %44.0’ı genel sağlık durumunu “kötü (olumsuz)” olarak ifade etmiştir. Tablo 4.21’de görüldüğü gibi araştırma grubunun toplam NHP skor ortalaması 30.0±23.2, ortancası 27.7 (0-97.4)’dir. NHP boyutları skor ortalamaları dağılımına göre; kişilerin genel sağlık algıları enerji boyutunda en yüksek, duygusal reaksiyonlar boyutunda nispeten yüksek, ağrı, uyku ve sosyal izolasyon boyutlarında düşük düzeyde olumsuz bulunmuştur. Genel sağlık algısının en iyi olduğu alan fiziksel hareketlilik boyutudur.

**Tablo 4.22.** NHP Sağlık Statüsü boyutlarının birbirleriyle olan korelasyon matrisinin dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları	NHP sağlık statüsü boyutları					
	Enerji	Ağrı	Duygusal reaksiyonlar	Fiziksel hareketlilik	Sosyal İzolasyon	Uyku
<b>Enerji</b>	1					
<b>Ağrı</b>	r=0.627 p<0.001	1				
<b>Duygusal reaksiyonlar</b>	r=0.509 p<0.001	r=0.498 p<0.001	1			
<b>Fiziksel hareketlilik</b>	r=0.562 p<0.001	r=0.727 p<0.001	r=0.511 p<0.001	1		
<b>Sosyal İzolasyon</b>	r=0.280 p<0.05	r=0.297 p<0.001	r=0.519 p<0.001	r=0.367 p<0.001	1	
<b>Uyku</b>	r=0.386 p<0.001	r=0.435 p<0.001	r=0.556 p<0.001	r=0.468 p<0.001	r=0.436 p<0.001	1

NHP boyutlarının kendi aralarındaki ilişki incelendiğinde tüm boyutlarda pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.23.** Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerde yaş gruplarına göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları		Yaş grupları (n: 1304)				İstatistiki değerlendirme	
		15-24 (n:327)	25-44 (n:594)	45-64 (n:288)	65 ve üzeri (n:95)	K-W	P
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	37.6±38.1	46.8±40.3	57.1±42.1	78.2±33.6	83.63	<0.001
	Ort.(min-max)*	33.3 (0-100) <sup>a</sup>	33.3 (0-100) <sup>b</sup>	66.6 (0-100) <sup>c</sup>	100.0 (0-100) <sup>d</sup>		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	15.5 ±27.3	27.3±32.5	35.9±35.9	54.6±33.4	126.62	<0.001
	Ort.(min-max)*	0.0 (0-100) <sup>a</sup>	12.5 (0-100) <sup>b</sup>	25.0 (0-100) <sup>c</sup>	50.0 (0-100) <sup>d</sup>		
Duygusal reaksiyonlar**	$\bar{X} \pm SS$	37.7±32.5	42.6±32.2	42.9±31.2	46.4±30.7	9.22	<0.05
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	44.4 (0-100)	44.4 (0-100)	44.4 (0-100)		
Fiziksel hareketlilik	$\bar{X} \pm SS$	12.3±20.1	17.0±20.6	25.8±25.4	44.7±26.0	152.06	<0.001
	Ort.(min-max)*	0.0 (0-100) <sup>a</sup>	12.5 (0-87.5) <sup>b</sup>	25.0 (0-87.5) <sup>c</sup>	50.0 (0-87.5) <sup>d</sup>		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	21.8±28.9	21.4±27.8	19.2±26.1	28.6±30.1	8.51	<0.05
	Ort.(min-max)*	0.0 (0-100) <sup>ab</sup>	0.0 (0-100) <sup>ab</sup>	0.0 (0-100) <sup>a</sup>	20.0 (0-100) <sup>b</sup>		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	23.4±28.0	25.3±27.9	30.5±29.4	40.0±33.6	26.79	<0.001
	Ort.(min-max)*	20.0 (0-100) <sup>a</sup>	20.0 (0-100) <sup>abc</sup>	20.0 (0-100) <sup>cd</sup>	40.0 (0-100) <sup>b</sup>		
Toplam NHP skoru	$\bar{X} \pm SS$	23.7±21.7	28.7±22.2	34.2±23.9	47.1±22.3	87.02	<0.001
	Ort.(min-max)*	18.4 (0-97.0) <sup>a</sup>	27.4 (0- 97.4) <sup>b</sup>	31.6 (0- 97.4) <sup>c</sup>	47.3 (0-89.5) <sup>d</sup>		

\* Çoklu karşılaştırma yöntemine göre ortanca değerlerine verilen üst simge şeklindeki harflerin benzerliği grupların birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir

\*\*Çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre gruplar arasında farklılık bulunamamıştır.

Genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin oranı 15-24 yaş grubunda %30.6 iken, 65 ve üzeri yaş grubunda %66.3’e yükselmiştir. Tablo 4.23’de kişilerin enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon ve uyku boyutu puanları yaş gruplarına göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ).

Çalışmamızda NHP genel sağlık algısı puanları ile yaş arasında pozitif yönlü bir ilişki ( $r=0.27$ ,  $p<0.001$ ) bulunmuş, yaşın ilerlemesiyle beraber NHP boyutları genel sağlık algısı puanlarının anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Diğer taraftan yaş gruplarına göre toplam NHP skor ortalamaları karşılaştırmasında; 15-24 yaş grubundaki kişilerin genel sağlık algısı ortalama puanları  $23.7\pm 21.7$  iken, 65 yaş ve üzerindeki kişilerde bu rakamlar  $47.1\pm 22.3$ ’e yükselmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.24.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri kişilerde cinsiyete göre algılanan sağlık düzeyi dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları	Cinsiyet				İstatistiki değerlendirme	
	Erkek ( n:588)		Kadın ( n:716)		Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	Ort.(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Ort.(Min-Max)		
Enerji	$38.3 \pm 39.2$	33.3 (0-100 )	$57.9\pm 40.5$	66.6 (0-100)	8.51	<0.001
Ağrı	$17.1 \pm 26.1$	0.0 (0- 100)	$35.1 \pm 35.4$	25.0 (0-100)	9.66	<0.001
Duygusal reaksiyon	$36.8 \pm 30.6$	33.3 (0-100)	$45.7 \pm 32.8$	44.4 (0-100)	4.83	<0.001
Fiziksel hareketlilik	$13.9 \pm 20.4$	0.0 (0-100)	$24.6 \pm 24.9$	25.0 (0-87.5)	8.68	<0.001
Sosyal İzolasyon	$19.1 \pm 27.4$	0.0 (0-100)	$23.5 \pm 28.2$	20.0 (0-100)	3.47	<0.01
Uyku	$21.4\pm 26.1$	20.0 (0-100)	$31.7 \pm 30.4$	20.0 (0-100)	6.20	<0.001
Toplam NHP skoru	$23.6\pm 20.3$	18.4 (0-97.4)	$35.2\pm 24.2$	32.9 (0-97.4)	8.78	<0.001

Z= Mann - Whitney U test değeri

Çalışmamızda kadınların %51.0'ı, erkeklerin ise %35.5'i genel sağlık durumunu “kötü” olarak tanımlamaktadır ( $X^2=31.70$ ,  $p<0.001$ ). Tablo 4.24’de cinsiyete göre skor ortalamaları karşılaştırmasında; enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon ve uyku boyutu puanları ve toplam NHP skorunun kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0.01$ ). Dolayısıyla, kadınların genel sağlık algısı enerji, duygusal reaksiyonlar ve ağrı boyutlarında daha belirgin olmak üzere tüm NHP boyutlarında erkeklere göre daha olumsuz bulunmuştur.

**Tablo 4.25.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerde medeni duruma göre algılanan sağlık düzeyi dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları		Medeni durum			İstatistiki değerlendirme	
		Bekar (n:303)	Evli (n:904)	Dul (n:97)	K-W	p
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	34.4 ± 36.7	51.6 ± 41.3	70.4±38.4	66.66	<0.001
	Ort.(min-max)*	33.3 (0-100) <sup>a</sup>	33.3 (0- 100) <sup>b</sup>	100.0 0-100) <sup>c</sup>		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	13.7 ± 24.7	28.8 ± 33.0	51.4 ± 34.8	111.90	<0.001
	Ort.(min-max)*	0.0 (0-100) <sup>a</sup>	12.5 (0-100) <sup>b</sup>	50.0 (0-100) <sup>c</sup>		
Duygusal reaksiyonlar	$\bar{X} \pm SS$	35.4 ± 31.9	42.8 ± 32.0	51.5 ± 31.2	22.96	<0.001
	Ort.(min-max)*	33.3 (0-100) <sup>a</sup>	44.4 (0-100) <sup>b</sup>	55.5 (0-100) <sup>c</sup>		
Fiziksel hareketlilik	$\bar{X} \pm SS$	10.8 ± 19.5	20.6 ± 22.9	39.5 ± 27.7	116.26	<0.001
	Ort.(min-max)*	0.0 (0-100) <sup>a</sup>	12.5 (0-87.5) <sup>b</sup>	37.5 (0-87.5) <sup>c</sup>		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	20.5 ± 28.6	20.9 ± 27.3	31.1 ± 30.1	13.57	<0.01
	Ort.(min-max)*	0.0 (0-100) <sup>ab</sup>	0.0 (0-100) <sup>b</sup>	20.0 (0-100) <sup>c</sup>		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	21.8 ± 28.0	27.0 ± 28.3	43.5 ± 32.3	40.02	<0.001
	Ort.(min-max)*	0.0 (0-100) <sup>a</sup>	20.0 (0-100) <sup>b</sup>	40.0 (0-100) <sup>c</sup>		
Toplam NHP Skoru	$\bar{X} \pm SS$	21.8 ± 21.2	30.9 ± 22.6	46.7 ± 24.2	90.47	<0.001
	Ort.(min-max)*	15.8 (0-97.4) <sup>a</sup>	26.3 (0-97.4) <sup>b</sup>	47.4 (0-92.1) <sup>c</sup>		

\* Çoklu karşılaştırma yöntemine göre ortanca değerlerine verilen üst simge şeklindeki harflerin benzerliği grupların birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir

Çalışmamızda genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade eden bekar oranı %27.4, evli oranı %47.5, dul ve boşanmış oranı % 63.9’dur ( $X^2=53.90$ ,  $p<0.001$ ). Tablo 4.25’de görüldüğü gibi kişilerin enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon, uyku boyutu skor ortalamaları medeni duruma göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.01$ ).

NHP boyutları genel sağlık algısı puanlarının dul ve boşanmışlarda en yüksek olduğu, bunu evlilerin izlediği, bekarların ise en düşük puanlara sahip oldukları saptanmıştır. Benzer şekilde toplam NHP skoru ortalamalarına göre dul ve boşanmışların genel sağlık algısı puanları bekarlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Keza, bekarlar evlilere, evli olanlar ise dul ve boşanmışlara göre daha düşük düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar.

**Tablo 4.26.** Araştırma grubuna alınan 15 yaş ve üzeri bireylerin eğitim durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları		Eğitim durumu				İstatistiki değerlendirme	
		İlkokul altı (n:168)	İlkokul (n:513)	Ortaokul (n:156)	Lise ve ↑ (n:467)	K-W	p
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	77.6 ± 36.0	53.4 ± 41.0	42.3 ± 39.2	36.2 ± 37.5	133.78	<0.001
	Ort.(min-max)*	100 (0-100) <sup>a</sup>	66.6 (0-100) <sup>b</sup>	33.3 (0-100) <sup>cd</sup>	33.3 (0-100) <sup>d</sup>		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	58.0 ± 36.1	30.8 ± 32.7	18.3 ± 29.1	14.6 ± 23.1	206.72	<0.001
	Ort.(min-max)*	62.5 (0-100) <sup>a</sup>	25.0 (0-100) <sup>b</sup>	0.0 (0-100) <sup>cd</sup>	0.0 (0-100) <sup>d</sup>		
Duygusal reaksiyonlar	$\bar{X} \pm SS$	59.7 ± 30.0	44.8 ± 32.0	41.2 ± 33.4	32.0 ± 29.0	98.18	<0.001
	Ort.(min-max)*	66.6 (0-100) <sup>a</sup>	44.4 (0-100) <sup>bc</sup>	44.4 (0-100) <sup>c</sup>	22.2 (0-100) <sup>d</sup>		
Fiziksel hareketlilik	$\bar{X} \pm SS$	42.3 ± 29.0	21.8 ± 22.5	13.9 ± 20.3	11.4 ± 17.1	185.21	<0.001
	Ort.(min-max)*	50.0 (0-87.5) <sup>a</sup>	12.5 (0-87.5) <sup>b</sup>	0.0 (0-100) <sup>cd</sup>	0.0 (0-87.5) <sup>d</sup>		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	33.1 ± 30.7	23.1 ± 28.1	24.1 ± 28.7	14.8 ± 24.5	67.20	<0.001
	Ort.(min-max)*	20.0 (0-100) <sup>a</sup>	20.0 (0-100) <sup>bc</sup>	20.0 (0-100) <sup>c</sup>	0.0 (0-100) <sup>d</sup>		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	45.3 ± 31.8	28.4 ± 28.9	24.7 ± 27.5	19.7 ± 25.3	89.64	<0.001
	Ort.(min-max)*	40.0 (0-100) <sup>a</sup>	20.0 (0-100) <sup>bc</sup>	20.0 (0-100) <sup>cd</sup>	0.0 (0-100) <sup>d</sup>		
Toplam NHP skoru	$\bar{X} \pm SS$	51.7 ± 23.2	32.7 ± 22.0	26.3 ± 21.4	20.4 ± 18.9	217.51	<0.001
	Ort.(min-max)*	52.6 (0-97.4) <sup>a</sup>	28.9 (0-97.4) <sup>b</sup>	23.7 (0-97.4) <sup>c</sup>	15.8 (0-92.1) <sup>d</sup>		

\* Çoklu karşılaştırma yöntemine göre ortanca değerlerine verilen üst simge şeklindeki harflerin benzerliği grupların birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir



Çalışmamızda genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin oranı hiç eğitim almayan grupta %67.9 iken, lise ve üzerinde eğitim alan grupta %30.6’dır ( $p<0.001$ ). Tablo 4.26’da eğitim durumuna göre skor ortalamaları karşılaştırmasında; ilkokul altı eğitime sahip grupla ilkokul ve üzerinde eğitim alan grupların enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon ve uyku boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). İlkokul altı eğitim grubunun NHP boyutları ve toplam skoru genel sağlık algısı puanları, lise ve üzerinde eğitim alan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile genel sağlık algısı puanları arasında negatif yönlü bir ilişki ( $r=-0.42$ ,  $p<0.001$ ) bulunmuş, kişilerin eğitim seviyesi düştükçe NHP genel sağlık algısı puanlarının yükseldiği, dolayısıyla olumsuz sağlık algılarının arttığı saptanmıştır. Öğrenim gruplarının genel sağlık algıları enerji boyutunda en yüksek, duygusal reaksiyonlar boyutunda nispeten yüksek, ağrı, uyku ve sosyal izolasyon boyutlarında düşük düzeyde olumsuz bulunmuştur.

Çalışmamızda sosyal güvence durumu ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Nitekim sosyal güvencesi olanlarda genel sağlık durumunu “iyi” olarak ifade edenlerin oranı %56.2 iken, herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlarda bu oran %55.6’dır. Sosyal güvence tipine göre genel sağlık algısı düzeyi değerlendirildiğinde; yeşil kart sahiplerinin genel sağlık algılarının diğer sosyal güvence gruplarına göre anlamlı düzeyde daha olumsuz olduğu saptanmıştır ( $X^2=20.0$ ,  $p<0.001$ ).

Kişilerin aylık gelir durumları ile genel sağlık durumu değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $X^2=17.54$ ,  $p<0.001$ ). Özellikle aylık geliri asgari ücretin altında olan kişilerde sağlık durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin oranı (%50.6) daha yüksektir. Aylık geliri asgari ücretin üç katı ve daha fazla olanlarda bu oran %32.1’dir.

**Tablo 4.27.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin aylık gelir durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları		Gelir durumu (n:1295)			İstatistiki değerlendirme	
		350 YTL ↓(n:506)	350-1050 (n:683)	1051-2500 (n:106)	K-W	p
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	52.3 ± 42.0	48.6 ± 40.3	37.4 ± 38.7	12.01	<0.01
	Ort.(min-max)*	33.3 (0-100) <sup>a</sup>	12.5 (0-100) <sup>a</sup>	33.3 (0-100) <sup>b</sup>		
Ağrı**	$\bar{X} \pm SS$	30.5 ± 34.3	25.4 ± 31.8	20.6 ± 28.7	8.83	<0.05
	Ort.(min-max)*	12.5 (0-100) <sup>A</sup>	12.5 (0-100) <sup>B</sup>	12.5 (0-100) <sup>C</sup>		
Duygusal reaksiyonlar	$\bar{X} \pm SS$	48.5 ± 32.2	38.1 ± 31.4	30.9 ± 29.9	43.94	<0.001
	Ort.(min-max)*	44.4 (0-100) <sup>a</sup>	33.3 (0-100) <sup>bc</sup>	22.2 (0-100) <sup>c</sup>		
Fiziksel hareketlilik**	$\bar{X} \pm SS$	21.8 ± 24.7	19.5 ± 23.2	12.4 ± 18.9	14.08	<0.01
	Ort.(min-max)	12.5 (0-100)	12.5(0-87.5)	0.0 (0-87.5)		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	26.9 ± 29.8	18.9 ± 26.7	13.0 ± 21.9	38.29	<0.001
	Ort.(min-max)*	20.0 (0-100) <sup>a</sup>	0.0 (0-100) <sup>a</sup>	0.0 (0-100) <sup>b</sup>		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	30.4 ± 29.4	25.6 ± 29.0	20.2 ± 25.2	38.84	<0.001
	Ort.(min-max)*	20.0 (0-100) <sup>a</sup>	20.0 (0-100) <sup>bc</sup>	0.0 (0-100) <sup>c</sup>		
Toplam NSP skoru	$\bar{X} \pm SS$	34.2 ± 23.9	28.2 ± 22.6	21.6 ± 20.2	35.18	<0.001
	Ort.(min-max)*	29.0 (0-97.4) <sup>a</sup>	23.6 (0-97.4) <sup>b</sup>	15.8 (0-78.9) <sup>c</sup>		

\* Çoklu karşılaştırma yöntemine göre ortanca değerlerine verilen üst simge şeklindeki harflerin benzerliği grupların birbirlerine benzer olduğunu göstermektedir

\*\*Çoklu karşılaştırma test sonucuna göre gruplar arasında farklılık bulunamamıştır.

Tablo 4.27’de gelir durumuna göre skor ortalamaları karşılaştırmasında; asgari ücretin altında aylık gelire sahip kişilerin enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon, uyku boyutu puanları, asgari ücret ve üstünde aylık geliri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.01$ ). Çalışmamızda kişilerin aylık gelir düzeyi düştükçe NHP genel sağlık algısı puanlarının yükseldiği, dolayısıyla olumsuz sağlık algısının arttığı ( $r= -0.18$ ,  $p<0.001$ ) saptanmıştır. Gelir gruplarına göre toplam NHP skorları karşılaştırıldığında; asgari ücretin altında aylık gelire sahip grubun genel sağlık algısı puanları, asgari ücretin üç katından daha fazla geliri olan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Nitekim genel sağlık algısı en olumsuz grup, asgari ücretin altında aylık geliri olanlardır.

Çalışmamızda mesleki statünün genel sağlık durumu değerlendirmesini anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır ( $X^2=79.74$ ,  $p<0.001$ ). Ev kadınlarının %56.2’si, işsizlerin %50.0’ı, emeklilerin % 47.8’i, işçilerin %36.0’ı genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade etmektedirler. Diğer taraftan serbest meslek sahibi, esnaf ve memurların %70.0’ı genel sağlık durumunu “iyi” olarak tanımlamıştır. Mesleki statüye göre skor ortalamaları karşılaştırmasında; genel sağlık algısı puanları ev kadınları ( $38.9\pm24.0$ ), işsizler ( $33.0\pm29.1$ ) ve emeklilerde ( $28.3\pm19.4$ ) diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olup, bu meslek gruplarının algılanan sağlık düzeyleri daha olumsuz bulunmuştur. Mesleki statü ile algılanan sağlık düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Ev kadınları daha çok enerji kaybı, ağrı artışı, fiziksel aktivite sınırlılığı ve uyku problemleri, işsizler ise duygusal reaksiyonların olumsuz etkilenmesi ve toplumsal dışlanmışlık nedeniyle olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar.

**Tablo 4.28.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin kronik hastalık görülme durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı

Z=Mann - Whitney U test değeri

NHP sağlık statüsü boyutları		Kronik hastalık durumu		İstatistiki değerlendirme	
		Var (n:340)	Yok ( n: 964)	Z	p
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	70.4 ± 37.9	41.5 ± 39.5	11.09	<0.001
	Ort.(min-max)	100.0 ( 0-100)	33.3 ( 0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	47.7 ± 36.0	19.4 ± 27.9	13.20	<0.001
	Ort.(min-max)	50.0 ( 0-100)	0.0 ( 0-100)		
Duygusal reaksiyonlar	$\bar{X} \pm SS$	51.6 ± 31.8	38.1 ± 31.5	7.01	<0.001
	Ort.(min-max)	55.5 ( 0-100)	33.3 ( 0-100)		
Fiziksel hareketlilik	$\bar{X} \pm SS$	43.6 ± 23.7	14.9 ± 20.3	12.10	<0.001
	Ort.(min-max)	25.0 ( 0-87.5)	0.0 ( 0-100)		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	27.1 ± 29.4	19.5 ± 27.1	4.71	<0.001
	Ort.(min-max)	20.0 ( 0-100)	0.0 ( 0-100)		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	36.8 ± 31.0	23.6 ± 27.4	7.64	<0.001
	Ort.(min-max)	40.0 ( 0-100)	20.0 ( 0-100)		
Toplam NHP skoru	$\bar{X} \pm SS$	43.6 ± 23.7	25.2 ± 21.1	12.13	<0.001
	Ort.(min-max)	44.7 ( 0-97.4)	21.0 ( 0-97.4)		

Hekim tarafından tanısı konmuş kronik hastalığı olanların oranı %18.0 olup, bu kişilerin %71.5'i genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade etmektedir ( $X^2=140.65$ ,  $p<0.001$ ). Tablo 4.28’de; kronik hastalığı olanların enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon, uyku boyutu puanları kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Kronik hastalığı olanların genel sağlık algısı ortalama puanları kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık genel sağlık algısını olumsuz etkilemektedir ( $r=0.35$ ,  $p<0.001$ ).

**Tablo 4.29.** Araştırma Grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin kronik hastalık sayısına göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları		Kronik hastalık sayısı		İstatistiki değerlendirme	
		Tek kronik hastalığı olanlar (n:284)	Birden fazla kronik hastalığı olanlar (n:56)	Z	p
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	70.4 ± 37.9	86.1 ± 26.2	3.30	<0.01
	Ort.(min-max)	100.0 ( 0-100)	100.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	47.7 ± 36.0	62.5 ± 34.4	3.24	<0.01
	Ort.(min-max)	50.0 ( 0-100)	68.7 ( 0-100)		
Duygusal reaksiyonlar	$\bar{X} \pm SS$	51.6 ± 31.8	65.2 ± 29.9	3.13	<0.01
	Ort.(min-max)	55.5 ( 0-100)	66.6 ( 0-100)		
Fiziksel hareketlilik	$\bar{X} \pm SS$	43.6 ± 23.7	45.2 ± 24.6	4.41	<0.001
	Ort.(min-max)	25.0 ( 0-87.5)	50.0 ( 0-87.5)		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	27.1 ± 29.4	34.9 ± 29.9	2.46	<0.05
	Ort.(min-max)	20.0 ( 0-100)	40.0 ( 0-100)		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	36.8 ± 31.0	51.3 ± 33.5	3.45	<0.01
	Ort.(min-max)	40.0 ( 0-100)	60.0 ( 0-100)		
Toplam NHP Skoru	$\bar{X} \pm SS$	43.6 ± 23.7	55.4 ± 21.6	4.51	<0.001
	Ort.(min-max)	44.7 (0-97.4)	58.0 ( 0-92.1)		

Z= Mann - Whitney U test değeri

Çalışmamızda kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık durumunu “kötü” olarak belirten kişi oranı da anlamlı düzeyde artmakta, örneğin üç kronik hastalığı olanlarda bu oran %100’e ulaşmaktadır ( $X^2=5.16$ ,  $p<0.05$ ). Tablo 4.29’da birden fazla kronik hastalığı olanların enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon, uyku boyutu puanları tek kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Nitekim kronik hastalık sayısına göre skor ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalık sayısı arttıkça kişilerin NHP genel sağlık algısı puanları da anlamlı düzeyde yükselmektedir ( $r= 0.26$ ,  $p<0.001$ ). Birden fazla kronik hastalığı olanlar enerji, duygusal reaksiyonlar ve ağrı boyutlarında tek kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar. Bu kişilerin genel sağlık algılarının en iyi olduğu alan sosyal izolasyon boyutudur.

**Tablo 4.30.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin son bir yıl içinde hastaneye yatma durumuna göre algılanan sağlık düzeyinin dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları (n:1304)		Hastaneye yatış		İstatistiksel değerlendirme	
		Var (n:150)	Yok (n:1154)	Z	p
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	66.2 ± 39.2	46.8 ± 40.8	5.38	<0.001
	Ort.(min-max)	83.3 ( 0-100)	33.3 ( 0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	45.0 ± 37.1	24.6 ± 31.4	6.93	<0.001
	Ort.(min-max)	37.5 (0-100)	12.5 ( 0-100)		
Duygusal reaksiyonlar	$\bar{X} \pm SS$	53.8 ± 31.4	40.1 ± 31.9	4.88	<0.001
	Ort.(min-max)	55.5 ( 0-100)	33.3 ( 0-100)		
Fiziksel hareketlilik	$\bar{X} \pm SS$	32.1 ± 29.8	18.2 ± 22.2	5.63	<0.001
	Ort.(min-max)	25.0 ( 0-100)	12.5 ( 0-87.5)		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	28.1 ± 29.0	18.2 ± 22.2	3.59	<0.001
	Ort.(min-max)	20.0 ( 0-100)	0.0 ( 0-100)		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	38.0 ± 1.8	25.6 ± 28.3	4.60	<0.001
	Ort.(min-max)	40.0 ( 0-100)	20.0 ( 0-100)		
Toplam NHP Skoru	$\bar{X} \pm SS$	31.9 ± 24.1	23.7 ± 18.8	6.69	<0.001
	Ort.(min-max)	40.8 ( 0-97.4)	24.0 ( 0-97.4)		

Z= Mann - Whitney U test değeri

Çalışmamızda son bir yıl içinde hastaneye yatan kişi oranı %11.5 olup, bu kişilerin %60.0'ı genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade etmektedir. Tablo 4.30’da NHP skor ortalamaları karşılaştırmasında; son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatanların enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon ve uyku boyutu puanları hastaneye yatmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p<0.001).

Hastaneye yatanlar enerji boyutunda en yüksek, duygusal reaksiyonlar boyutunda diğer boyutlara göre nispeten yüksek düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar. Bu kişilerin genel sağlık algılarının en iyi olduğu alan sosyal izolasyon boyutudur.

**Tablo 4.31** . Araştırma Grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumu değerlendirmelerine göre dağılımı

NHP sağlık statüsü boyutları	Genel sağlık durumu değerlendirmesi					
	İyi (olumlu ) (n:730)		Kötü (olumsuz) (n:574)		İstatistiki değerlendirme	
	$\bar{X} \pm SS$	Ort.(min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Ort.(min-max)	Z	P
Enerji	32.9 ± 36.1	33.3 (0-100)	69.6 ± 37.7	100.0 (0-100)	15.87	<0.001
Ağrı	12.8 ± 22.3	0.0 (0-100)	44.9 ± 35.0	37.5 (0-100)	17.77	<0.001
Duygusal reaksiyonlar	30.7 ± 28.7	22.2 (0-100)	55.7 ± 30.8	55.5 (0-100)	13.91	<0.001
Fiziksel hareketlilik	10.7 ±17.4	0.0 (0-87.5)	31.3 ± 25.3	25.0 (0-100)	16.41	<0.001
Sosyal İzolasyon	16.3 ± 24.8	0.0 (0-100)	28.2 ± 30.2	20.0 (0-100)	7.78	<0.001
Uyku	19.0 ± 24.6	0.0 (0-100)	37.3 ± 30.9	40.0 (0-100)	11.15	<0.001
Toplam NHP skoru	19.4 ± 17.7	15.8 (0-97.4)	43.4 ± 22.5	44.7 (0-97.4)	18.49	<0.001

Z= Mann - Whitney U test değeri

Araştırma kapsamına alınan 15 yaş ve üzeri kişilerin %56.0'ı genel sağlık durumunu “iyi (olumlu)”, %44.0'ı “kötü (olumsuz)” olarak ifade etmektedir. Tablo 4.31’de; 15 yaş ve üzeri kişilerin genel sağlık durumu değerlendirmesi ile enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon, uyku boyutu puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Genel sağlık durumu değerlendirmesi ile NHP skor ortalamaları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuş ( $r=0.56$ ,  $p<0.001$ ), genel sağlık durumunu “kötü” olarak belirtenlerin genel sağlık algısı puanlarının sağlık durumunu “iyi” olarak ifade edenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genel sağlık durumunu “kötü” olarak belirtenler enerji boyutunda en yüksek, duygusal reaksiyonlar ve ağrı boyutlarında diğer boyutlara göre nispeten yüksek, uyku ve fiziksel

hareketlilik boyutlarında ise düşük düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar. En düşük olumsuz sağlık algısı sosyal izolasyon boyutunda görülmektedir.

**Tablo 4.32.** Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran ve başvurmayan 15 yaş ve üzeri bireylerin algılanan sağlık düzeylerinin karşılaştırılması

NHP sağlık statüsü boyutları (n:1304)		Başvuru durumu		İstatistiki değerlendirme	
		Başvuran (n:1005)	Başvurmayan (n:299)	Z	P
Enerji	$\bar{X} \pm SS$	52.0 ± 41.9	39.0 ± 36.7	4.70	<0.001
	Ort.(min-max)	66.6 ( 0-100)	33.3 ( 0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	30.2 ± 4.3	16.2 ± 23.9	6.05	<0.001
	Ort.(min-max)	12.5 ( 0-100)	0.0 ( 0-100)		
Duygusal reaksiyonlar	$\bar{X} \pm SS$	42.5 ± 32.6	39.0 ± 30.3	1.47	>0.05
	Ort.(min-max)	33.3 ( 0-100)	33.3 ( 0-100)		
Fiziksel hareketlilik	$\bar{X} \pm SS$	24.9 ± 27.8	12.8 ± 19.1	5.94	<0.001
	Ort.(min-max)	12.5 ( 0-100)	0.0 ( 0-87.50)		
Sosyal İzolasyon	$\bar{X} \pm SS$	22.4 ± 28.3	18.5 ± 26.3	2.19	<0.05
	Ort.(min-max)	20.0 ( 0-100)	0.0 ( 0-100)		
Uyku	$\bar{X} \pm SS$	28.7 ± 29.7	21.3 ± 25.7	3.59	<0.001
	Ort.(min-max)	20.0 ( 0-100)	20.0 ( 0-100)		
Toplam NHP skoru	$\bar{X} \pm SS$	31.9 ± 24.1	23.7 ± 18.8	4.78	<0.001
	Ort.(min-max)	29.0 (0-97.4)	18.4 (0-81.5)		

Z= Mann - Whitney U test değeri

Genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin başvuru oranı % 84.3 iken, “iyi” olarak ifade edenlerin başvuru oranı %71.4’dür. Başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=30.49$ ,  $p<0.001$ ).



Tablo 4.32’de başvuru durumuna göre NHP skor ortalamaları karşılaştırmasında; son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin duygusal reaksiyonlar boyutu hariç, enerji, ağrı, fiziksel hareketlilik, sosyal izolasyon, uyku boyutu ve toplam NHP skorları, sağlık başvurusu olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Duygusal reaksiyonlar boyutunda genel sağlık algısı puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Son bir yıl içinde sağlık kurumlarından yararlananlar enerji boyutunda diğer boyutlara göre daha yüksek düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar.

NHP’nin ikinci bölümünde araştırma kapsamına alınan 15 yaş ve üzeri kişilere mevcut sağlık durumlarının (algılanan iyilik hali) yaşamlarının çeşitli yönlerini etkileyip etkilemediği sorulmuş ve alınan yanıtlar tablolar şeklinde gösterilmiştir.

**Tablo 4.33.** Araştırma grubundaki 15 yaş ve üzeri bireylerin mevcut sağlık durumlarının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu

Etkilenen günlük yaşam aktiviteleri (n:1304)	Günlük yaşam aktiviteleri etkilenenler	
	Sayı	%
İş yaşamı	382	29.3
Ev işleri	371	28.5
Sosyal Yaşam	339	26.0
Ev yaşamı	363	27.8
Cinsel Yaşam	288	22.1
İlgiler ve Hobiler	328	25.2
Tatiller	241	18.5

Araştırmada mevcut sağlık durumları nedeniyle iş yaşamı, ev işleri, sosyal yaşam, ev yaşamı, cinsel yaşam, ilgi alanları–hobiler ve tatiller gibi günlük yaşam aktiviteleri etkilenen kişi oranı %18.5-29.3 arasında değişmektedir (Tablo 4.33).

**Tablo 4.34.** Cinsiyete göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu

Etkilenen günlük yaşam aktiviteleri	Cinsiyet						İstatistiki değerlendirme	
	Erkek (n:588)		Kadın (n:716)		Toplam (n:1304)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İş yaşamı	148	25.2	234	32.7	382	29.3	8.43	<0.01
Ev İşleri	101	17.2	270	37.7	371	28.5	65.86	<0.001
Sosyal yaşam	115	19.5	224	31.3	339	26.0	22.47	<0.001
Ev yaşamı	116	19.7	247	34.5	363	27.8	34.32	<0.001
Cinsel yaşam	96	16.3	192	26.8	288	22.1	20.03	<0.001
İlgi-hobiler	109	18.5	219	30.6	328	25.2	24.26	<0.001
Tatiller	104	17.7	137	19.1	241	18.5	0.35	>0.05

Tablo 4.34’de grldği gibi erkek ve kadınların tatiller dışında mevcut sağlık durumları nedeniyle etkilenen günlük yaşam aktiviteleri anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0.01$ ). Erkeklerde en fazla iş yaşamı, kadınlarda ise ev işi aktiviteleri etkilenmiştir. Tatiller dışında diğer günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyi kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

**Tablo 4.35.** Yaş gruplarına göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu

Etkilenen günlük yaşam aktiviteleri	Yaş grupları										İstatistiki değerlendirme	
	15-24 (n:327)		25-44 (n:594)		45-64 (n:288)		65 ve ↑ (n:95)		Toplam (n:1304)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İş yaşamı	66	20.2	166	27.9	107	37.1	43	45.2	382	29.3	33.90	<0.001
Ev İşleri	68	20.8	150	25.2	100	34.7	53	55.8	371	28.5	52.84	<0.001
Sosyal yaşam	62	18.9	166	27.9	107	37.1	43	45.3	339	26.0	18.00	<0.001
Ev yaşamı	74	22.6	152	25.6	94	32.6	43	45.3	363	27.8	23.57	<0.001
Cinsel yaşam	47	14.4	133	22.4	75	26.0	33	34.7	288	22.1	22.79	<0.001
İlgi-hobiler	63	19.3	119	20.0	97	33.7	49	51.6	328	25.2	60.65	<0.001
Tatiller	54	16.5	80	13.5	68	23.6	39	41.0	241	18.5	47.90	<0.001

Tablo 4.35’de görüldüğü gibi mevcut sağlık düzeyinin iş yaşamı, ev işleri, sosyal yaşam, ev yaşamı, cinsel yaşam, ilgi alanları–hobiler ve tatil aktivitelerini etkileme durumu yaş gruplarına göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.01$ ). Farkın iş yaşamı ve cinsel yaşam aktiviteleri açısından tüm yaş gruplarından, ev işleri, ev yaşamı, sosyal yaşam, ilgi alanları–hobiler ve tatil aktiviteleri açısından 45-64 ile 65 ve üzeri yaş gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır. Farklılığın temelinde 45 yaşından itibaren kişilerin artan olumsuz sağlık algısına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin daha fazla etkilenmiş olması bulunmaktadır ( $p<0.001$ ).

Çalışmamızda mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri en fazla etkilenen kişilerin 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu, bunu 45-64 yaş grubunun izlediği, günlük yaşam aktiviteleri en az etkilenenlerin 15-24 yaş grubunu oluşturduğu saptanmıştır. Mevcut sağlık durumu nedeniyle 65 ve üzeri yaş grubunda ev işleri, ilgi ve hobiler, 25-64 yaş gruplarında iş ve sosyal yaşam, 15-24 yaş grubunda ev yaşamı, ev işleri ve iş yaşamı aktiviteleri daha fazla etkilenmiştir.

**Tablo 4.36.** Medeni duruma göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu

Etkilenen Günlük yaşam aktiviteleri	Medeni durum								İstatistiki değerlendirme	
	Bekar (n:303)		Evli (n:904)		Dul (n:97)		Toplam (n:1304)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İş yaşamı	57	18.8	285	31.5	40	41.2	382	29.3	24.92	<0.001
Ev İşleri	52	17.2	267	29.5	52	53.6	371	28.5	49.65	<0.001
Sosyal yaşam	57	18.8	236	26.1	46	47.4	339	26.0	31.28	<0.001
Ev yaşamı	58	19.1	259	28.6	46	47.4	363	27.8	30.22	<0.001
Cinsel yaşam	33	10.9	232	25.6	23	23.7	288	22.1	28.94	<0.001
İlgi-hobiler	51	16.8	231	25.5	46	47.4	328	25.2	36.77	<0.001
Tatiller	40	13.2	170	18.8	31	31.9	241	18.5	17.36	<0.001

Tablo 4.36’da mevcut sağlık düzeyinin iş yaşamı, ev işleri sosyal yaşam, ev yaşamı, cinsel yaşam, ilgi alanları–hobiler ve tatil aktivitelerini etkileme düzeyinin medeni duruma göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0.001$ ). İleri analizde farkın grupların tümünden kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 4.36’da mevcut sağlık düzeyinin iş yaşamı, ev işleri, sosyal yaşam, ev yaşamı, cinsel yaşam, ilgi alanları–hobiler ve tatil aktivitelerini etkileme durumu medeni duruma göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri etkilenme düzeyi dul olanlarda evli ve bekarlara göre daha yüksektir. Dullarda ev işleri, ev ve sosyal yaşam, evli olanlarda iş yaşamı, ev işleri ve ev yaşamı, bekarlarda ev yaşamı, iş ve sosyal yaşam aktiviteleri daha fazla etkilenmiştir.

**Tablo 4.37.** Eğitim düzeyine göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu

Etkilenen Günlük yaşam aktiviteleri	Eğitim durumu										İstatistiki değerlendirme	
	İlkokul ↓ (n:168)		İlkokul (n:513)		Ortaokul (n:146)		Lise ve ↑ (n:211)		Toplam (n:1304)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İş yaşamı	82	48.8	177	34.5	34	23.3	89	42.2	382	29.3	65.47	<0.001
Ev İşleri	95	54.5	162	31.6	33	22.6	81	38.4	371	28.5	99.99	<0.001
Sosyal yaşam	87	51.8	143	27.9	31	21.2	78	37.0	339	26.0	83.03	<0.001
Ev yaşamı	87	51.8	157	30.6	30	20.5	89	42.2	363	27.8	73.59	<0.001
Cinsel yaşam	60	35.7	140	27.3	20	13.7	68	32.2	288	22.1	49.35	<0.001
İlgi-hobiler	83	49.4	135	26.3	28	19.2	82	38.9	328	25.2	71.45	<0.001
Tatiller	52	30.9	108	21.0	17	11.6	64	30.3	241	18.5	32.62	<0.001

Tablo 4.37’de görüldüğü gibi mevcut sağlık düzeyinin günlük yaşam aktivitelerini (iş yaşamı, ev işleri, sosyal yaşam, ev yaşamı, cinsel yaşam, ilgi alanları–hobiler ve tatiller) etkilemesi eğitim duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Fark tüm guruplardan kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda mevcut sağlık durumu nedeniyle en fazla ilkokul altında eğitimi olan kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği, bunu lise ve yüksekokul mezunlarının izlediği, ortaokul mezunlarının ise genel yaşam aktiviteleri en az etkilenen grubu oluşturduğu saptanmıştır. İlkokul altı eğitim düzeyine sahip kişilerde ev işleri, ilkokul ve üzerinde eğitim alan gruplarda ise iş yaşamına ilişkin aktiviteler daha fazla etkilenmiştir.

**Tablo 4.38.** Aylık gelir düzeyine göre mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu

Etkilenen Günlük yaşam aktiviteleri	Gelir durumu								İstatistiki değerlendirme	
	350 YTL ↓ (n:506)		350-1050YTL (n:683)		1051-2500YTL (n:106)		Toplam (n:1295)		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İş yaşamı	178	35.2	174	25.5	27	25.5	379	29.3	14.02	<0.01
Ev İşleri	176	34.8	173	25.3	20	18.9	369	28.5	17.99	<0.001
Sosyal yaşam	161	31.8	156	22.8	19	17.9	336	26.0	16.05	<0.001
Ev yaşamı	181	35.8	159	23.3	20	18.9	360	27.8	27.18	<0.001
Cinsel yaşam	133	26.3	135	19.8	18	17.0	286	22.1	8.92	<0.05
İlgi-hobiler	143	28.3	164	24.0	19	17.9	326	25.2	6.00	<0.05
Tatiller	95	18.8	128	18.7	16	15.1	239	18.5	0.86	>0.05

Tablo 4.38’de görüldüğü gibi tatiller dışında kişilerin mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu ekonomik gelir gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte, aylık gelir seviyesi düştükçe mevcut sağlık durumuna bağlı günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyi artmaktadır ( $p<0.05$ ).

Asgari ücretin altında aylık gelire sahip kişilerin en fazla etkilenen günlük yaşam aktiviteleri ev ve iş yaşamı ile ev işlerine ilişkin aktivitelerdir. Asgari ücret ve üç katı kadar aylık gelire sahip kişilerin mevcut sağlık durumları en çok iş yaşamı, ev işleri, ilgi ve hobi aktivitelerini etkilerken, asgari ücretin üç katından daha fazla aylık geliri olan kişilerin mevcut sağlık durumları en çok iş ve ev yaşamı ile ev işlerine ilişkin aktiviteleri etkilemiştir.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan kişilerin sağlık hizmetleri kullanımı ile sosyo-demografik faktörlerin ilişkisi, 15 yaş ve üzerindeki bireylerin algılanan sağlık düzeyleri ve etkileyen sosyo-demografik faktörlerle ilişkisini değerlendiren bilgi ve yorumlar yer almıştır. Ayrıca algılanan sağlık düzeyinin hizmet kullanımı üzerine olan etkisi incelenmiştir.

Araştırmada Kayseri il merkezinde bulunan 7 sağlık ocağına ait 59960 haneden 501' ne ulaşılmış, 1304 erişkin ile yüz yüze görüşülmüş, 576 çocuğun ebeveyninden bilgi alınmıştır. Örneklem grubu demografik ve sosyo-ekonomik yönden genç ve üretken yaşta, en az temel eğitim düzeyinde eğitim görmüş, düşük gelirli, evli, ev kadını ve işçilerin yoğunluk gösterdiği bir nüfus özelliğine sahiptir (Tablo 4.1). Çalışmamızda ortalama hane halkı büyüklüğü 4 kişi olup, çekirdek aile oranı % 77.2'dir. Ülkemiz genelinde ise çekirdek aile oranı %68.0 olup, ortalama hane halkı büyüklüğü 4 kişi olarak saptanmıştır (127, 128). 2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre Kayseri ilinde ortalama hane halkı büyüklüğü 5 kişidir (128). Bu sonuçlara göre araştırma bölgesinde aile yapısının ülke genelindeki eğilime benzer şekilde çekirdek aileye doğru bir yönelim gösterdiği, klasik geniş ailelerin yerini az nüfuslu küçük ailelere bıraktığı gözlenmektedir. Benzer şekilde örneklem grubunun ortalama hane halkı büyüklüğü ülke geneli için verilen rakamlarla uyum içinde iken, il

geneline göre düşük bulunmuştur. Bu düşüklük özellikle sosyoekonomik düzeyi “iyi” olarak tanımlanan bölgelerde tesadüfen iki ya da üç kişiden oluşan küçük ailelerin daha fazla örnekleme girmiş olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma grubunun %52.8'i kadın, %47.2'si erkek olup, yaş gruplarına göre erkek kadın oranları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır (Tablo 4.2). Araştırma grubundaki bireylerin ülke ve bölge genelinde yapılan çalışma bulgularına benzer şekilde yaklaşık 1/3'i 15 yaşın altında, % 5.1'i 65 ve üzeri yaş grubundadır. Nitekim Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında (TSHKA) (64) bu oranlar %33.0 ve %5.1 iken, 2000 yılı nüfus sayımında % 33.0 ve % 6.0, 2003 yılı TNSA'nda % 29.0 ve % 7.0 olarak saptanmıştır (64,128). Yine bu çalışmaların tümünde çalışmamızda olduğu gibi kadınların oranı erkeklerden daha fazla bulunmuştur. Bu sonuçlara göre örneklem grubu yaş ve cins dağılımı yönünden ülke rakamları ile uyum göstermektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre medeni durum istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 4.3). Bu farklılık dul ve boşanmış kadın oranının çok yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Nitekim erkeklerin %1.2'si, kadınların ise %12.6'sı dul ve boşanmış olup, kadın/erkek oranı 10:1'dir. Araştırma grubunda dul ve boşanmış kadınların fazla olmasının temelinde toplumda eşinden ayrılan ya da eşi ölen kadınların erkeklere nazaran daha az oranda yeni bir evlilik yapmaları ve ortalama yaşam süresinin kadınlarda erkeklere göre daha uzun olması gibi nedenler rol oynamış olabilir. Nitekim çalışmamızda dul ve boşanmışların %71.2'si 45 ve üzeri yaş grubundadır.

Cinsiyete göre öğrenim grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4). 15 yaş ve üzerinde okur-yazar olmayanların oranı %9.2'dir. Okuryazar olmayan kadınların oranı erkeklere göre yaklaşık 4.5 kat fazla iken, yükseköğretim mezunu erkeklerin oranı kadınlara göre 2 kat daha fazla bulunmuştur. Türkiye geneli için verilen rakamlarla uyum içinde olan çalışma sonuçlarımız bize, ülke genelindeki eğilime benzer şekilde araştırma bölgesinde de kız çocuklarının eğitime yeteri kadar önem verilmediğini göstermektedir (64, 129).

Cinsiyete göre meslek gruplarının dağılımı istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 4.5). Araştırma grubundaki kadınların büyük çoğunluğu (%78.5) ev kadını /kadını'dır. Ev kadınları hariç tutulduğunda işçilerin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Çalışmamızda yine esnaf ve zanaatkar oranının yüksek olduğu ve bu sonucun bölgesel kültürün etkisi ile esnaflığın sosyal



statüsü yüksek bir iş olarak algılanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Araştırma grubunda ev kadınlarının çoğunlukta olmasını, bölgede kadınların eğitimine gereken önemin verilmemesi, ev dışında gelir getiren bir işte çalışmalarına sıcak bakılmaması gibi nedenlerle ev kadınları oranının çalışan kadınlara göre daha fazla olmasına bağlayabiliriz. Çalışmamızda tespit edilen işsizlik oranı ülke genelindeki işsizlik oranının (%10.3) oldukça altındadır (130). İşsizlik oranındaki bu düşüklüğün bölgedeki işgücüne katılım oranının yıllara göre giderek yükselmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim il düzeyinde 1990 yılında %6.7 olan işgücüne katılım oranı 2000 yılında %8.5'e yükselmiştir (128).

Araştırma kapsamına alınan kişilerin % 16.8'nin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre ülke genelinde sosyal güvencesi olmayanların oranı % 19.0'dur (131). Bu sonuca göre araştırma bölgesindeki kişilerin sosyal güvence varlığı bakımından ülke geneline göre daha iyi durumda olduklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanlar içinde gerek aktif çalışan SSK'lı oranı gerekse SSK'dan yararlanan çalışan yakını açısından SSK'na bağlı olanlar %50.6 oranı ile ilk sırada yer almaktadır. Ülke genelinde de SSK kurumları nüfusun yaklaşık %51.5'ne hizmet götürmektedir (132). Görüldüğü gibi araştırma bölgesindeki SSK'nun hizmet götürdüğü toplam nüfus oranı ülke geneli için verilen rakamlarla uyum içindedir.

Çalışmamızda SSK'lı çalışan oranı (%30.9) ülke geneli için verilen orandan (%25.8) daha fazladır (130). Bu sonuçtan hareketle araştırma bölgesinin bir sanayii şehri olmasına bağlı olarak şehir merkezinde daha çok işçilerin ve işçi emeklisi ailelerin ikamet ettiğini söyleyebiliriz. Nitekim araştırma kapsamındaki erkek aile reislerinin işleri göz önüne alındığında % 32.6'sının işçi olduğu ve işçilerin %69.8'ni, emeklilerin ise %52.5'ni SSK'luların oluşturduğu görülmektedir.

Araştırma grubundaki kişilerin %41.8'nin aylık geliri 350 YTL altında iken %7.7'sinin aylık geliri 1051-2500 YTL arasındadır. 2005 yılı net asgari ücret 350 YTL. olarak alındığında, araştırma grubunun yarıya yakınının asgari ücretin altında aylık gelire sahip olduğu ve yaklaşık 1/3'nin düzenli gelirinin bulunmadığı görülmektedir. Bu yüksek oranların kişilerin gelirlerini genellikle düşük gösterme eğiliminden etkilenebileceği gibi, araştırma bölgesinde çalışanların büyük çoğunluğunun vasıfsız işçi niteliğinde ve

asgari ücretin altında geliri olan işlerde çalıştırılmasıyla da ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin %79.6'sı son bir yıl içinde herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır (Tablo 4.6). TSHKA'nda (64) sağlık kurumlarına başvuru oranı %48.7'dir. Bu amaçla yapılan bir çalışmada ülkemizde hastalanınca hekime başvuru oranının %57.8 ile %77.5 arasında değiştiği tespit edilmiştir (65). Hannay'ın (66) yaptığı morbidite araştırmalarında bir toplumda herhangi bir zamanda kişilerin  $\frac{3}{4}$ 'nün sağlığı ile ilgili bir yakınmasının olduğu; fakat bu kişilerin sadece  $\frac{1}{3}$ 'nin aile hekimine başvurduğu ve bunların da ancak  $\frac{1}{10}$ 'nin uzman bakımı için hastaneye gönderildiği saptanmıştır. Balabanova ve ark.'nın (133) üç farklı bölgede yaptığı kullanım araştırmasında son bir yıl içinde çoğunluğu birinci basamak sağlık hizmeti olmak üzere hekime gidenlerin oranını %24.4 ile %65.7 arasında saptamıştır. Hasta olduğu halde hekime gitmeyenlerin oranının ise %9.4 ile %49.0 arasında değiştiğini bulmuştur. Diğer araştırma sonuçlarına göre değerlendirdiğimizde ve genelde sağlık kuruluşuna başvuruların ancak ciddi yakınma ya da hastalık durumunda olduğunu göz önüne aldığımızda, çalışmamızda yıllık başvuru oranının iyi düzeyde olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda yıllık kişi başına başvuru ortalaması  $5.0 \pm 5.4$  bulunmuştur. Bölgesel düzeyde yapılan geniş örneklemlilerde yapılan çalışmalarında yıllık kişi başına başvuru ortalamalarını; Öztürk ve ark. (114)  $3.54 \pm 0.10$ , Şahin ve ark. (134)  $3.14 \pm 5.40$ , Usta (135)  $1.71 \pm 2.46$ , Kılıç (136) 1.1 olarak bulmuşlardır. TSHKA'nda (64) ise yıllık kişi başına başvuru ortalaması  $2.44 \pm 0.14$  olarak bulunmuştur. Ülkelere göre değişmekle birlikte Avrupa ülkelerinde yıllık kişi başına başvuru ortalamaları 3.0 ile 11.5 arasında değişmektedir. Keza yıllık kişi başına başvuru ortalamaları İsveç'te 2.8, ABD'de 5.5, Almanya'da 11.5 olarak saptanmıştır. OECD ortalaması ise 6.2'dir (137). Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma bölgesinde saptanan yıllık kişi başına başvuru ortalaması, ülke genelinde ve bölgesel düzeyde yapılan araştırmalarda saptanan başvuru ortalamalarından daha yüksek iken, bazı Avrupa ülkelerindeki başvuru ortalamalarından yaklaşık 3-4 kat daha düşüktür.

Sağlık hizmeti almak için en sık başvuru alan kuruluşlar içinde ilk üç sırada sağlık ocakları, SSK ve devlet hastanesi yer almaktadır. Bu sıralamayı özel sağlık kuruluşları ve üniversite hastanesi izlemektedir. Bu kurumlar hizmet basamağı açısından ele alındığında araştırma grubunun %50.0'nin ikinci basamak tedavi kurumları olan kamu hastanelerine başvurdukları görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ocakları, dispanser v.b kurumlara başvuran kişi oranı ise %30.2 düzeyindedir (Tablo 4.7). Çetinkaya ve ark'nın (138) daha önce araştırma bölgesinde yaptıkları bir çalışmada başvuruların %64.4'ünün hastanelere olduğu saptanmıştır. Yine çeşitli bölgelerde yapılan kullanım araştırmalarında halkın birinci basamak hizmeti sunan sağlık ocaklarından yeterince yararlanmadığı, sevk zincirinin gerçekleşmediği, ikinci basamak hizmeti sunan hastanelerin birinci basamak hizmetleri vermek durumunda kaldıkları ortaya konulmuştur (139,140). Keza ülke genelinde yapılan sağlık hizmetleri kullanım araştırmasında (64) da hastane başvuruları çalışma sonuçlarımızı doğrular nitelikte sağlık ocağı başvurularından daha fazla bulunmuştur. Diğer taraftan UNICEF'in yaptığı bir çalışmada (129) ülkemizde hekime başvuranlar arasında hastaneleri tercih edenlerin oranının birinci basamağa başvuruların üç katı kadar olduğu, birinci basamak sağlık hizmeti taleplerinin %79.0'nin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından karşılandığı saptanmıştır. Bu durumun tersine birinci basamağın etkin çalıştığı ülkelerde hastaların tümü önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve sorunlarının %90.0'ına burada çözüm bulmaktadırlar. Sadece %10.0'ı diğer dal uzmanlarına sevk edilmektedir (141).

Bütün bu bulgular birinci basamağın etkin olduğu ve etkili çalıştığı ülkelerde 1/9 olan 2.basamak/1.basamak başvuru oranının gerek ülke genelinde gerekse araştırma bölgesinde işletilemediğini, hatta tersine bir eğilim gösterdiği sonucunu vermektedir (142) .

Çalışmamızda başvuruların koruyucu hizmetlerden ziyade hastalık tanı ve tedavisine yönelik olduğu görülmektedir. Nitekim başvuruların %94.2'si hastalık tanı ve muayenesi, %24.2'si reçete yazdırma, %15.7'si enjeksiyon, tahlil-tetkik yaptırma nedeniyle olmuştur. Koruyucu (izlem, bağışıklama, aile planlaması v.b) hizmetler nedeniyle başvuru oranı %15.6 olup bunun % 4.0'ı aile planlaması ve doğum hizmetleri nedeniyle olan başvurulardır (Tablo 4.11). Araştırma grubundaki 15-49 yaş grubu evli

kadınların yaklaşık yarısı herhangi bir gebelikten koruyucu yöntem kullanmaktadır ve bu yöntemlerin %80.0'ı rahim içi araç, kondom, oral kontraseptifler başta olmak üzere modern aile planlaması yöntemi iken, %20.0'ı geleneksel (geri çekme) yöntemdir. 2003-TNSA'na (128) göre Orta Anadolu Bölgesinde herhangi bir yöntem kullanma oranı %74.2, etkin yöntem kullanma oranı % 46.6, geri çekme yöntemi kullanma oranı %25.7'dir. Bu rakamlar ülke geneli için sırasıyla % 71.0, % 42.5 ve %26.4'tür. Görüldüğü gibi araştırma grubumuzdaki evli kadınların herhangi bir yöntem kullanma oranı ülke ve bölge rakamlarından oldukça düşük iken, etkin yöntem kullanma oranı ülke ve bölge geneli için verilen rakamların neredeyse iki katı düzeyindedir. Yöntem kullanma oranının düşük olması, kadınların gebelikten koruyucu yöntem kullanımını bireysel sorumluluk olarak algılamaları ve sadece kendi kullandıkları yöntemleri dikkate almaları, eşlerin kullandığı yöntemlerin ve/veya bir kurumdan temin edilmediği için doğal yöntemlerin aile planlaması yöntemi olarak değerlendirilmemesi sonucuna bağlı olabilir.

Çalışmamızda başvurulacak sağlık kuruluşunun seçiminde belirleyici rolü oynayan en önemli etmenler sosyal güvence varlığı, yakınlık ve ucuzluk'tur (Tablo 4.9). Bu amaçla yapılan diğer çalışmalarda da sıralaması değişmekle birlikte bu faktörlerin ilk üç sırada yer aldığı tespit edilmiştir. Nitekim, Nesanır ve ark.'nın (143) çalışmasında sağlık güvencesi, Kılıç (136) ve Brown'nun (144) yaptığı çalışmalarda yakınlık ve ucuzluk, Pala ve ark.'nın (59) çalışmasında yakınlık, sosyal güvence varlığı ve ucuzluk sağlık kuruluşu seçiminde temel belirleyici faktörler olarak bulunmuştur. Çalışma bulgularımız sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran temel faktörler bakımından diğer çalışma sonuçları ile uyum içindedir. Diğer taraftan çalışmamızda, bekleme süresinin uzunluğu ve muayene süresinin yetersizliği sağlık hizmeti kullanımını olumsuz etkileyen temel faktörler olarak tanımlanmıştır (Tablo 4.10). Muayene olmak için beklenen süre de içinde olmak üzere kurumda geçirilen süre ortalama 2.51(±1.61) saattir. Bekleme süresi ile başvuru oranları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Yapılan benzeri çalışmalarda sadece muayene olmak için bekleme süreleri 5 ile 70 dakika gibi değişen sıklıklarda bulunmuştur (63,145,146). Bu çalışmalarda sağlık kuruluşunda bekleme süresi arttıkça kişilerin memnuniyet düzeyinin azaldığı saptanmıştır (145-147). Kurumda geçirilen toplam süreyi araştıran sınırlı sayıda çalışmada bu sürenin 73-120 dakika arasında değiştiği ve birinci basamak sağlık kurumlarına göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında daha uzun olduğu

belirtilmektedir (64,145,147). Diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında çalışmamızda saptanan kurumda harcanan toplam süre oldukça uzundur ve başvuruların daha çok ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarına yapılması bu süreyi arttıran nedenlerin başında gelmektedir. Keza araştırma bölgesinde sevk zincirinin sağlıklı işletilememesi sonucu özellikle SSK ve Devlet Hastanelerinde yığılmalar olmakta, hekim başına düşen hasta sayısı arttıkça kişilerin muayene öncesi bekleme süreleri artmakta, dolayısıyla bir hasta için ayrılan muayene süresi kısalmaktadır. Ayrıca SSK'nda reçete edilen ilaçların kurum eczanesinden karşılanması zorunluluğu nedeniyle oluşan uzun ilaç kuyruklarında bekleme hastanede geçirilen süreyi artıran önemli nedenlerden bir diğeridir. Nitekim son dönemde getirilen yasal değişikliklerle SSK ve Sağlık Bakanlığı arasında sağlık tesisleri ortak kullanım protokolü imzalanarak kişilere kendi sosyal güvenlik kurumunun dışındaki kurumlardan sağlık hizmeti alabilme hakkı verilmiş, kamu görevlilerine doğrudan doğruya özel hastane ve polikliniklerde muayene ve tedavi olma olanağı sağlanmıştır. SSK'da yaşanan uzun ilaç kuyruklarında bekleme sorunu SSK'lı hastalara verilen ilaçların özel eczanelerce karşılanması esası getirilerek çözülmeye çalışılmıştır (106,107,111-113). Ancak, yeni sağlık tesisi ve yeni sağlık personeli istihdamına imkan vermeyen, mevcut kaynaklarla sorunu çözme esasına dayanan bu uygulama SSK'daki kalabalığın devlet hastanelerinde de görülmesine neden olmuştur. Dolayısıyla kalabalık hastane koridorlarında bekleyen, sırası geldiğinde yetersiz bir sürede muayene olmak zorunda kalan ve üstelik nitelikli bir sağlık hizmeti alamayan hastaların algıları da bu durumlara bağlı olarak olumsuz etkilenebilmektedir. Nitekim kurumda bekleme süresinin bu kadar uzun ifade edilmesinin bir nedeni de algılanan bekleme süresinin gerçek bekleme süresine göre daha abartılı olabileceği gerçeğidir.

Çalışmamızda muayene süresi ortalaması  $4.0 \pm 3.7$  dakika olarak bulunmuştur. DSÖ bir hastanın muayenesi için ayrılan sürenin 5-15 dakika arasında değiştiğini ancak, optimal sürenin 10 dakika olması gerektiğini bildirmektedir (148). Bölgesel düzeyde yapılan çalışmalarda (134-136) 5 ile 20 dakika arasında değişen bu süre Balcı'nın (63) araştırma bölgesinde yaptığı çalışmada 11.7 dakika, Sağlık Bakanlığının ülke genelinde yaptığı çalışmada (64)  $16.6 \pm 1.4$  dakika olarak saptanmıştır. Görüldüğü gibi çalışma sonuçlarımız araştırma bölgesinde bir hastaya ayrılan total muayene süresinin diğer çalışmalara göre oldukça yetersiz olduğunu göstermektedir.

Hemen her ülkede hekimlerin hasta merkezli bir yaklaşımda bulunabilmeleri için en önemli engel zaman faktörüdür. Hekimler çabuk teşhis koyabilmek ve sırada bekleyenlere de hizmet verebilmek için hastalarını mümkün olduğunca az dinlemekte ve çoğunlukla muayene etmeden tahmine dayalı reçete yazmaktadırlar (42,149). Nitekim bölgesel düzeyde yapılan bir çalışmada hastaların poliklinik odasında kalma süresi ortalama 5 dakika bulunmuş olup, %62.0'ına muayene edilmeden reçete yazıldığı saptanmıştır (150). Yine İngiltere'de yapılan bir çalışmada hekimlerin ¾'ünün hastalarına kendi gözlemlerini dile getirme ve düşüncelerini ifade etme hakkı tanımadıkları ve muayene için ayrılan sürenin 2-20 dakika arasında değiştiği, ortalama 6 dakika olduğu bulunmuştur (148). Çalışmamızda da diğer çalışma sonuçlarına benzer şekilde ikinci sırada dile getirilen tıbbi beklentiler arasında muayene süresinin ve niteliğinin yükseltilmesi, muayene edilerek ilaç yazılması gibi istekler hekimlerin hastalara gerektiği kadar zaman ayıramadıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak hastalar tarafından muayene süresinin yeterli bulunmaması, hekim tarafından kendilerine yeterli ilgi gösterilmediğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmekte, dolayısıyla bu durum sunulan hizmetlerden memnuniyeti olumsuz etkilemektedir (150). Bilindiği gibi sunulan hizmetlerden duyulan memnuniyet sağlık hizmetleri kullanımını direkt etkileyen faktörlerden biridir (151). Kişiler tatmin olmadıkları hizmeti zorunlu olmadıkça kullanmak istememektedirler (64). Buna karşılık literatür çalışmaları, verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyet arttıkça kişilerin tıbbi hizmetleri kullanmayı sürdürmede ve tıbbi programlara uyumda daha iyi olduklarını göstermektedir (59,60).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde toplum beklentilerinin bilinmesi ve dikkate alınması, sağlık hizmetleri kullanımını ve verimini arttıran temel değişkenlerdir (151). Çalışmamızda kişilerin en önemli beklentileri arasında; hizmet sunan personelin ilgili, saygılı ve güler yüzlü olması gibi davranış özellikleri ile doğru tanı, uygun tedavi, yeterli muayene süresi gibi teknik yeterliliğe ilişkin beklentiler yer almaktadır (Tablo 4.11). Gerek araştırma bölgesi gerekse diğer bölgelerde yapılan çalışmalarda da sağlık kuruluşundan beklentiler arasında ilk sırada ilgi, güler yüz ve hoşgörü isteği bulunmaktadır (114, 150,152-154). Isparta'da yapılan bir çalışmada her türlü olanağın bulunduğu kamu kurumlarına rağmen halkın özel doktora gitme isteği; kişilerin sağlık kurumlarından temel beklentisinin üst düzey bilgi ve teknolojiye çok ilgi ve güler yüz

olduğu sonucunu göstermiştir (155). Balcı'nın (63) araştırma bölgesinde yaptığı çalışmada sağlık hizmetlerinin iyileştirilebilmesi için getirilen önerilerin başında sağlık personelinin hastaya karşı olumlu davranışı gelmektedir. Yine bu amaçla yapılan pek çok çalışmada sağlık personelinin iletişim becerilerinin ve hastalara karşı davranışının kişilerin aldıkları hizmetlerden memnuniyet düzeylerini etkilediği bulunmuştur (134,147,156,157). Sağlık personelinin kaba ve sinirli davranışlarının, hasta memnuniyet düzeyini azaltan; nazik, arkadaşça ve yardımsever tutumlarının ise memnuniyet düzeyini artıran özellikte olduğu görülmüştür (158).

Çalışmamızda doğru tanı, uygun tedavi, yeterli muayene süresi, bilgilendirme ve danışmanlık isteği gibi hizmetin kalitesine dönük istekler, beklentiler içinde ikinci sırada yer almaktadır. İsviçre'de hasta beklentileri konusunda yapılan bir çalışmada ise; hastaların en önemli beklentilerinin “doktorların kendilerini dinlemesi, ayrıntılı bir fizik muayeneden geçme, doğru teşhisin konması, danışmanlık ve bilgilendirilme arzusu” olduğu saptanmıştır (150).

Sağlık tüketicilerinin kendilerine sunulan hizmetin teknik yeterliliğini değerlendirebilecek bilgi düzeyine sahip olmamaları, algılanan kalite ile kuramsal kalite arasında farklılıklara neden olmakta ve bu durum hasta tatminini olumsuz yönde etkilemektedir (159). Nitekim yapılan bir çalışmada hastalar doktorun teknik yeterliliğine önem verdiklerini ancak, bu durumun doktor tercihinde belirleyici faktör olmadığını, tekrar aynı doktorun seçiminde hastaya gösterilen ilginin ve yaklaşım tarzının önemli olduğunu ifade etmişlerdir (160).

Diğer çalışma sonuçlarına benzer şekilde çalışmamızda da hekim ve sağlık kurumu seçiminde ilgi, güler yüz, hoşgörü ve saygının en etkili faktörler olduğu saptanmıştır. Bunu teknik yeterlilik beklentisinin izlemesi araştırma grubunun sunulan hizmetlerin kalitesini de sorguladığını göstermesi açısından sevindirici bir sonuçtur.

Çalışmamızda sağlık kuruluşlarına başvuru oranı yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). 0-6 yaş grubu çocuklarla 65 yaş ve üzeri yaşlılar başvurusu en yüksek olan gruplardır. Diğer taraftan 0-14 yaş grubu hariç tutulduğunda yaşın artışına paralel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığının arttığı görülmektedir (Tablo 4.12). Literatürde de sağlık hizmetlerinden en fazla yararlanan gruplar 0-6 yaş grubu çocuklar ile 65 yaş ve üzeri yaşlı kişilerdir (39,64,135,136, 161,162).

Çalışmamızda başvuru oranlarına benzer şekilde başvuru ortalamaları da 0-6 yaş grubu dışında, yaşın yükselmesine paralel olarak artış göstermektedir. Bu artış özellikle 45 yaşından sonra belirginleşmekte, 65 yaş ve üzerinde en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Başvuru ortalamaları da yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $P<0.001$ ), (Tablo 4.13). Yiğit ve ark'nın (163) çalışmasında ortalama hekime gitme sayısı sırasıyla 5.66 ve 5.34 ile en yüksek 55 yaş ve üzeri kişilerle, 0-5 yaş grubu çocuklarda görülmüştür. Kılıç'ın (136) çalışmasında ise 0-4 yaş grubu çocuklar yıllık 2.1 başvuru ortalaması ile ilk sırada gelmekte, bu yaş grubunu yıllık 2.0 ortalama ile 65-68 yaş gurubu izlemektedir. TSHKA'nda (64) 0-6 yaş ile 65 ve üzeri yaş grubunun yıllık başvuru ortalamaları daha yüksektir. Literatürde yenidoğan ve erken çocukluk döneminde yüksek oranda olan sağlık hizmeti kullanımı 10 yaş civarında ciddi bir düşüş göstermekte, 16 yaş civarında ise tekrar artmaktadır. Bu artış 45 yaşından itibaren belirgin hale gelmektedir (162). Gerek bölgesel gerekse ülke genelinde yapılan çalışma sonuçları bazen sıralaması değişmekle birlikte genelde sağlık kuruluşuna en sık çocukların ve yaşlıların başvurduğunu göstermektedir. Çalışmamızda da genel eğilime benzer şekilde hayatın her iki ucunda bulunan yaş gruplarında başvuru oranları yüksek bulunmuştur.

Literatürde yaş sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği analizlerinde önemli bir belirleyici olarak görülmektedir. Dever (164) yaş ve hekime gitme sayısı arasındaki ilişkinin -U- şeklindeki bir eğri ile en iyi şekilde tanımlandığını, küçük çocukların ve yaşlıların diğer yaş gruplarına göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarını ve bunun yeni hizmetler geliştirirken ya da mevcut hizmetlerin kapasitesini artırırken sağlık yöneticilerinin dikkate almaları gereken önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir.

Son bir yıl içinde erkeklerin %74.7'si, kadınların ise %83.9'u sağlık kuruluşuna başvurmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.14). Yapılan araştırmaların pek çoğu kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık bakım hizmeti kullandıklarını ortaya koymuştur (136,165). TSHKA'nda (64) 15-60 yaş grubu kadınların aynı yaş grubu erkeklere göre daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları, buna karşılık erken çocukluk döneminde erkek çocukların kız çocuklara göre daha fazla doktora götürüldüğü saptanmıştır. Kılıç (136), çalışmasında 0-4 yaş grubu kız ve erkek çocuklarının yıllık hastalanma ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı halde erkek çocuklarının daha sık doktora götürüldüğünü tespit etmiştir.



Bölge ve ülke genelinde yapılan çalışmalarda olduğu gibi, çalışmamızda da benzeri olası nedenlerle kadınlar sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır. Ayrıca ülkemiz genel sağlık durumu göstergelerine dayanarak, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikli grubu oluşturduğunu söyleyebiliriz (166).

Literatürde kadınların daha fazla sağlık hizmeti kullanmalarının, hastalık semptomları ve sağlığa karşı daha duyarlı olmalarına, erkeklere göre daha sık hastalanmalarına ve fertil çağda bulunmalarına bağlı olabileceği savunulmaktadır (64,167).

Çalışma bulgularımıza göre; kadınların başvuru ortalamaları ( $5.3\pm 5.5$ ) erkeklere ( $4.5\pm 5.1$ ) göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.01$ ), (Tablo 4.15). TSHKA'na (64) göre ülke genelinde kadınlarda 2.75, erkeklerde 2.10 olan başvuru ortalamalarının; bölgesel düzeyde yapılan diğer çalışmalarda (135, 136,163) kadınlarda 1.28 ile 4.70, erkeklerde ise 0.93 ile 3.28 arasında değiştiği saptanmıştır. Gerek bölgesel gerekse ülke genelinde yapılan çalışmalarda da bulgularımıza benzer şekilde kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları görülmektedir.

Çalışmamızda bekarların evli ya da dul olanlara göre sağlık kuruluşuna daha az başvurdukları görülmektedir (Tablo 4.14). Evli olanların başvuru ortalaması  $5.2\pm 5.7$  iken, bekarların başvuru ortalaması  $3.9\pm 4.5$ 'dir. En yüksek başvuru ortalaması ise  $7.2\pm 7.2$  ile dul ve boşanmış kişilere aittir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.15). Usta'nın (135) çalışmasında evli olanlar bekarlara göre daha fazla sağlık kuruluşuna başvururken, Yiğit ve ark.'nın (163) çalışmasında medeni durumun başvuru sıklığını etkilemediği bulunmuştur. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise pozitif sağlığın temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilen evlilik durumunun sağlık hizmetlerine başvuruları arttıran önemli bir değişken olduğu saptanmıştır (55, 168).

Yapılan çalışmalar farklı sonuçları işaret etmekle beraber, evlilik ile hastalıklar arasındaki ilişkinin iki yönlü bir etkileşim içinde olduğu bilinen bir gerçektir. Nitekim evlilik kişinin sağlık durumunda bozulmalara neden olabileceği gibi, evlenme ile kişinin sağlık durumunda düzelmeler de olabilmektedir (169). Evliliğin beraberinde getirdiği yaşam tarzı değişiklikleri, sağlık/hastalık bilincindeki değişim, gebelik, doğum, düşük gibi olaylar yeni sorunlara yol açarak ve sosyal damgalanma endişesi ile ertelenmiş/gizlenmiş eski sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırarak sağlık başvurularını artırabilmektedir.

Bu çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun (%51.0) 15-44 yaş grubu fertil çağda ve evli (%52.0) olması, genelde kadınların daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanması gibi faktörler evlilerde başvuru oranlarını göreceli olarak artırmış olabilir.

Çalışmamızda öğrenim durumu ile başvuru oranları arasında ters yönlü bir ilişki gözlenmiş, kişilerin öğrenim düzeyleri yükseldikçe başvuru oranlarının düştüğü tespit edilmiştir. Ancak, başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.14).

Eğitim süresi ile başvuru sıklığı ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (64,114,163). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin başvuru sıklığını etkilemediği, bazı çalışmalarda ise başvuru sıklığının eğitim düzeyinin yükselmesine paralel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Nitekim Öztürk ve ark.'nın (114) araştırma bölgesinde sadece sağlık ocaklarına başvuruları saptamak için yaptıkları çalışmada okur-yazar olanlarla, ilkokul mezunlarının, Yiğit ve ark.'nın (163) yaptıkları çalışmada ise ilkokul mezunları ile hiç okula gitmeyenlerin diğer gruplara göre daha fazla hekime gittikleri saptanmıştır. Sağlık Bakanlığının ülke genelinde yaptığı TSHKA'nda (64) çalışma bulgularımızın aksine eğitim seviyesi yükseldikçe başvuru sıklığının arttığı saptanmış, en yüksek başvuru oranı üniversite mezunlarında görülmüştür.

Çalışmamızda en yüksek başvuru ortalaması yine ilkokul altı eğitim grubunda olmakla birlikte, bu grup dışarıda bırakılarak değerlendirme yapıldığında; eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak başvuru ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Keza, ilkokul mezunlarında başvuru ortalaması 4.1( $\pm 5.6$ ) iken, lise ve yüksekokul mezunlarında 4.8( $\pm 5.3$ )'dir. Başvuru ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.01$ ), (Tablo 4.15). TSHKA'nda (64) da eğitim düzeyinin başvuru ortalamalarını etkilediği, diplomasız olanlar ayrı tutulduğunda ilkokul mezunundan itibaren eğitim seviyesi yükseldikçe başvuru ortalamalarının da yükseldiği tespit edilmiştir. Nitekim ilkokul mezunlarının başvuru ortalaması 1.94 iken, üniversite mezunlarının başvuru ortalaması 3.94 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada diplomasız olanların başvuru ortalaması 2.69 ile ikinci sırada en yüksek ortalama olmuştur.

Aslında eğitim düzeyinin düşük olması sağlık hizmetlerini ve hizmetten yararlanımı olumsuz yönde etkileyen bir faktördür (170). Ancak, çalışmamızda başvuru ortalamalarının diplomasız kişilerde daha yüksek bulunmasını; bu grubu oluşturan

kişilerin büyük bir çoğunluğunun orta-ileri yaş grubunda ve kadın olması gibi nedenlerle açıklayabileceğimiz gibi; bu durumu hiç öğrenim görmeyen kişilerin gelir düzeylerinin düşüklüğüne bağlı sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesine de bağlayabiliriz.

Çalışmamızda sağlık kuruluşuna başvurular mesleki duruma göre farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Son bir yıl içinde en fazla başvuruyu ev kadınları, en az başvuruyu işsiz olanlar yapmıştır (Tablo 4.14). Diğer taraftan en yüksek başvuru ortalaması emeklilerde ( $6.0\pm 6.0$ ) iken, en düşük ortalama esnaf ve serbest meslek mensubu kişilerde ( $2.9\pm 2.6$ ) görülmüştür. Başvuru ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.15).

Başvuruların ev kadınlarında daha sık görülmesini; kadınların hastalık belirtilerine daha duyarlı, yakınmalarını anlatmaya daha istekli olmalarına ve en önemlisi daha fazla zamanlarının olması nedeniyle hastalıkları için daha sık başvuruda bulunabilme ve çocuklarını hekime götürdüklerinde kendi hastalıkları için de muayene olma fırsatı bulmalarına bağlayabiliriz. Ayrıca kadınların aile planlaması, gebelik, doğum, doğum sonrası bakım gibi ilave sağlık sorunlarına maruz kalmaları sağlık başvurularını artırmış olabilir. Nitekim yapılan çalışmalarda kadınların tüm morbidite göstergeleri yönünden erkeklerden daha olumsuz durumda oldukları, erkeklere göre 2.5-3 kat daha fazla yeti yitimi bildirdikleri, günlük işlerini aksattıkları, evde ve yatakta daha fazla gün geçirdikleri saptanmıştır (85, 171). Diğer taraftan erkeklerin sağlıkları konusunda kadınlara göre daha ihmalkar olmaları da sağlık başvurularının kadınlarda daha fazla görülmesini hazırlayan olası bir faktör olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda en az başvuruda bulunan grup işsizlerdir. Genel olarak herhangi bir işte çalışıyor olmak sağlık kuruluşuna başvuruları arttırmaktadır. Çünkü düzenli bir iş bireye belirli bir gelirin yanında sosyal güvence olanağı da sağlamaktadır. Nitekim Trabzonda yapılan bir çalışmada düzenli bir işi olan erkeklerin (%64.6) birinci basamak sağlık hizmetlerini işsizlere (%22.0) göre daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (172).

Çalışmamızda sosyal güvence varlığı, asgari ücretin üzerinde aylık gelir, sağlık kurumuna yakınlık başvuru oranlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmıştır ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.16). Sosyal güvencesi olanların son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru oranı (% 82.4) ve ortalaması ( $5.1\pm 5.5$ ) sosyal güvencesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.16, 4.17).

Kaya çalışmasında (151) sosyal güvencesi olmayanların doktora başvuru sıklığını daha düşük bulurken, Kılıç (136), sosyal güvencesi olanların daha fazla sağlık hizmetinden yararlandıklarını saptamıştır. Bor ve ark. (153) ile Söylemez ve ark.'nın (173) ayrı ayrı yaptığı çalışmalarda sosyal güvence durumunun sağlık hizmetleri kullanımında ve doktora ne zaman başvurulacağı hakkında belirleyici bir faktör olduğu saptanmıştır. TSHKA'nda (64), sosyal güvenceye sahip olmanın diğer faktörlerden bağımsız olarak sağlık hizmeti kullanımını artırdığı; sosyal güvencesi olanların yıllık başvuru ortalamasının (3.34) genel başvuru ortalamasından (2.44) daha yüksek olduğu, buna karşılık herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlarda bu rakamın 1.57'ye kadar düştüğü tespit edilmiştir.

Görüldüğü gibi potansiyel kullanılabilirliğin gerçekleşen kullanılabilirliğe dönüşümünü önemli derecede etkileyen sosyal güvence varlığı sağlık bakım talebinin belirleyicisi durumundadır. Nitekim Kaya'nın çalışmasında (151) sosyal güvencesi olmayan kişilerin sağlık hizmetlerinde gerçekleşen kullanılabilirlik yanında, potansiyel kullanılabilirlik yönünden de dezavantajlı oldukları gösterilmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızda sosyal güvenceye sahip kişilerin sağlık kuruluşuna başvuru oranı ve ortalamaları diğer çalışma sonuçlarına göre daha yüksektir. Ancak, bulgularımız sosyal güvencesi olanların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları bakımından ülke genelinde ve bölgesel düzeyde yapılan çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Literatürde yapılan çalışmalarda (59, 136, 155, 174) ailenin sosyal güvence durumunun başvuru sağlık kuruluşunun seçiminde etkili olduğu, çalışmamızda olduğu gibi sosyal güvencesi olmayanların sağlık hizmeti almak için sağlık ocaklarını daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir.

Diğer taraftan yapılan çalışmalarda sosyal güvence tipi sağladığı olanaklar itibarıyla başvuruları etkileyen temel bir faktör olarak tanımlanmıştır. Ancak, çalışmamızda sağlık hizmetleri kullanımı yönünden kişilere kendi sosyal güvenlik kurumlarının dışındaki kurumları da tercih edebilme olanağı sağlanması nedeniyle bu değişkenin işlevliliği azalmıştır. Nitekim çalışmamızda SSK'luların sadece %56.0'ı kendi kurumlarını tercih ederken, %44.0 gibi önemli bir bölümü sağlık hizmeti almak için SSK dışındaki sağlık kuruluşlarına başvurmuşlardır. Bu kurumlar arasında ilk sırada Devlet Hastaneleri (%51.2) yer alırken, ikinci sırada özel sağlık kurumları (%48.0)

bulunmaktadır. SSK'lıların en az başvuruda bulunduğu kurum ise sağlık ocaklarıdır. Özgür ve ark.'nın (175) çalışmasında da çalışma bulgularımıza benzer şekilde SSK'lıların yaklaşık 1/3'i kendi kurumları dışındaki kurumları tercih ettikleri ve en az başvurdukları kurumun sağlık ocakları olduğu saptanmıştır. Sağlık ocaklarının SSK'lılar tarafından fazla tercih edilmemesinin temel nedeni yasal değişikliklere gidilmeden önceki dönemde sağlık ocağında verilen ilaçların SSK tarafından karşılanmaması olabilir. SSK ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan sağlık tesisleri ortak kullanım protokolü çerçevesinde yapılan düzenlemelerle bu sınırlılık ortadan kaldırılmış, SSK'lılara sağlık ocağı hizmetlerinden de yararlanabilme olanağı sağlanmıştır. Yasal değişikliklerin etkileri ancak yeni yapılacak araştırmalarla ortaya konulabilir. Çalışmamızda emekli sandığına bağlı kişiler en çok özel sağlık kurumları (%20.0) ve sağlık ocağı (%13.0) hizmetlerinden yararlanmakta, en son üniversite hastanesini (%10.7) tercih etmektedirler. Özgür ve ark.'nın (175) çalışmasında ise direkt başvuru olanağı sağladığı için emekli sandığı mensuplarının özellikle üniversite hastanelerini ilk sırada tercih ettikleri saptanmıştır. Çalışmamızda daha çok ekonomik gücü zayıf ailelerden oluşan yeşilkart sahiplerinin bile özel sağlık kuruluşuna daha fazla (%13.2) başvuruda bulunmaları ve sağlık ocağını ikinci sırada tercih etmeleri (%12.5) dikkat çekici bir bulgudur. Yapılan çalışmalarda ise yeşilkartlı olanların sevk zincirine uyma zorunluluğu nedeniyle sağlık ocaklarına daha çok başvurmak durumunda kaldıkları saptanmıştır (114,175). Görüldüğü gibi çalışmamızda başta SSK'lılar ve emekli sandığı mensupları olmak üzere bütün sosyal güvence gruplarında özel sağlık kurumlarına başvurular önemli düzeydedir. Halbuki sosyal güvenceye sahip olanların sağlık sorunlarına özel sağlık kuruluşlarında çözüm aramamaları beklenmektedir. Keza sosyal güvence tipi bireyin kendi özel sağlık kuruluşuna başvurma olanağı sağlamaktadır. Ancak, hasta sadakatini başta sağlık çalışanlarının davranım tarzı olmak üzere, sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı tıbbi ve ekonomik olanaklar, sunulan hizmetin niteliği, çeşitliliği ve kapsamı, sağlık hizmetine erişim ve erişilen hizmetlerden duyulan memnuniyet gibi çeşitli faktörler etkileyebilmektedir. Çalışmamızda sosyal güvencesi olan kişilerin bile sağlık sorunlarına çözüm aramada prim ödedikleri sistemin dışına çıkmak zorunda kalmaları bağlı buldukları sosyal güvenlik kurumlarından memnun olmadıklarının bir göstergesi olabilir. Nitekim emekli sandığı mensuplarının ileri teknoloji kullanımı ile üst düzey sağlık hizmeti sunan üniversite hastanelerine direkt başvuru olanakları bulunmasına rağmen, ilk sırada özel sağlık kurumlarını tercih

etmeleri, sağlık başvurularında belirleyici faktörün tıbbi olanaklarla sınırlı kalmadığını göstermektedir. Diğer taraftan son dönemde getirilen yasal değişikliklerle; kamu görevlilerine doğrudan doğruya özel hastane ve polikliniklerde muayene ve tedavi olma olanağının sağlanması, kişilerin bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarının özel sektöre yapılan sağlık harcamalarını da ödemesi gibi kolaylıklar da bu eğilimi artırmış olabilir (112).

Çalışmamızda aylık gelir düzeyi arttıkça başvuru oranı da artmaktadır. Nitekim aylık geliri 350 YTL ve üzerinde olanların başvuru oranları (%83.8) asgari ücretin altında geliri olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.16). Sağlık Bakanlığının ülke genelinde yaptığı TSHKA'na (64) göre üst gelir grubundaki aileler alt gelir grubundakilere göre belirgin şekilde daha fazla doktora gitmektedirler. Aynı şekilde bu aileler okul öncesi dönemdeki çocuklarını alt gelir grubundaki ailelerin çocuklarına göre yaklaşık üç kat daha fazla oranda doktora götürmektedirler. Yapılan pek çok çalışmada sağlık kuruluşuna başvuru oranlarının gelir seviyesine paralel olarak anlamlı bir artış gösterdiği saptanmıştır (85,135,151). Nitekim Erengin ve ark (85) yaptıkları çalışmada ekonomik durumu kötü olan kişilerin daha kötü sağlık durumuna sahip olmalarına rağmen, sağlık hizmetlerinden gerektiği kadar yararlanamadıklarını tespit etmiştir. Çalışmamızda da gelir seviyesine göre başvuru durumu bakımından literatür bulgularına uygunluk gösteren sonuçlar elde edilmiştir.

Buna karşılık çalışmamızda başvuru oranlarının tersine bir eğilimle, aylık gelir düzeyi yükseldikçe başvuru ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Keza asgari ücretin altında aylık geliri olanlarda başvuru ortalaması 5.3 ( $\pm 6.0$ ) iken, asgari ücretin üç katı ve daha fazla geliri olanlarda bu rakam 4.4( $\pm 4.0$ )'e düşmüştür (Tablo 4.17).

Sosyoekonomik düzeyin önemli göstergelerinden birisi gelir seviyesidir. Gelir seviyesi arttıkça sosyoekonomik düzey de yükselmektedir. Sosyoekonomik düzeyin yüksekliği ile sağlıklı olma arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamızda en yüksek gelir grubunda saptanan düşük başvuru ortalaması böylesi bir indirekt ilişki sonucu ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamızda başvuru oranları ile başvuru ortalamaları arasında gözlenen farklılık; gelir düzeyi yüksek kişilerin hastalandıklarında daha fazla sağlık kuruluşlarına başvurmaları ancak, gelir düzeyi düşük kişilere göre daha az sayıda hastalanmalarından kaynaklanabilir.

Sağlık kuruluşuna uzaklık ile başvuru oranları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ), (Tablo 4.16). Sağlık kuruluşunun hane halkına uzaklığı başvuru durumunu etkilemektedir. Çalışmamızda en fazla başvuru (%85.9) sağlık kuruluşuna 0.5-1.0 km mesafede oturanlar tarafından yapılmıştır. Fakat sağlık kurumuna 500 metreden daha yakın mesafede oturanlarda başvuru oranları daha düşük bulunmuştur. Bir kilometreden daha uzak yerlerden başvurular ise en düşük (%74.5) düzeydedir. Yapılan bölgesel çalışmalarda sağlık kuruluşuna başvurularda yakınlığın temel belirleyici olduğu saptanmış ve yakınlık koşulunun sağlandığı durumlarda başvuru oranlarının tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan çalışmalarda (134,136) %86.0-96.0, sağlık ocakları düzeyinde yapılan çalışmalarda (59,155) ise %74.5-91.3 arasında değiştiği saptanmıştır. TSHKA’nda (64) kentsel alanda sağlık kuruluşuna yakın hanelerde genel başvuru oranı ülke geneli için %78.8, İç Anadolu Bölgesi için %82.2 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda tespit edilen başvuru oranları tüm sağlık kuruluşlarına başvuruları kapsayan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Buna karşılık ülke ve bölge geneli için tespit edilen başvuru oranlarından daha yüksektir. Sağlık ocağı düzeyinde yapılan çalışmalar ise sınırlı kullanımları kapsadığı için sağlıklı bir kıyaslama kriteri oluşturmamaktadır.

Çalışmamızda sağlık kurumuna 500 metreden daha yakın oturanların başvuru oranlarının, 0.5-1.0 km. mesafeden yapılan başvurulara göre daha düşük bulunmasının nedeni; araştırma grubunun sağlık başvuruları için halka en yakın kurum olan sağlık ocakları yerine daha çok hastaneleri tercih etmeleri veya kişilerin bağlı buldukları sosyal güvenlik kurumunun getirdiği sınırlılıklar nedeniyle sağlık ocaklarına sınırlı başvuruda bulunabilmeleri olabilir. Çalışmamızda oturulan evin sağlık kurumuna yakınlığı başvuru ortalamasını etkilememiştir ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.17). Keza çalışmanın yapıldığı bölgelerde fiziksel ulaşılabilirlik açısından homojen bir dağılımın olması, sağlık kurumlarından çok uzakta konut bulunmaması ve ulaşım olanaklarının iyi olması bu sonucu hazırlamış olabilir.

Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirebilmek ve daha iyi anlayabilmek için, o toplumun algılanan sağlık düzeyinin ölçülmesi gerekir. Bir çok uluslararası çalışma algılanan sağlık düzeyini sağlığın önemli bir göstergesi olarak tanımlarken, DSÖ Avrupa Bölgesi “Herkes İçin Sağlık Stratejisi”ne göre algılanan sağlık, toplum sağlığı

ve yaşam kalitesi kontrolünde temel göstergelerden birini oluşturmaktadır. Subjektif sağlık algısının değerlendirilmesinde faydalı bir yöntem olan algılanan sağlık düzeyi ölçümü gerçek sağlık durumunun iyi bir göstergesi, mortalite, morbidite ve sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir belirleyicisidir (176, 177).

Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan 15 yaş ve üzeri kişilerin %56.0'sı genel sağlık durumunu iyi (olumlu) olarak ifade ederken, %44.0'ı kötü (olumsuz) olarak tanımlamıştır. Genel sağlık durumunu kötü olarak ifade eden kişi oranını; Uzantı (70) %45.9, Belek (71) %34.9, Erengin ve ark. (85) %31.8, Usta (135) %32.6, Şenol ve ark.(178) %43.1, Windi (179) %46.4 olarak bulmuştur. TSHKA'nda (64) ise bu oranlar İç Anadolu Bölgesinde %24.6, ülke genelinde %21.7 olarak saptanmıştır. Görüldüğü gibi çalışma bulgularımıza benzer şekilde diğer çalışmalarda da olumsuz sağlık algısına sahip kişi oranı olumlu sağlık algısına sahip olanlara göre daha düşüktür. Bununla birlikte çalışmamızda saptanan olumsuz sağlık algısına sahip kişi oranı, Uzantı (70), Belek (71), Erengin ve ark.nın (85) yaptıkları çalışma sonuçları ile yakınlık gösterirken, özellikle İç Anadolu Bölgesi ve ülke genelinde saptanan oranlardan 1.5-2 kat daha yüksektir. Çalışma sonuçlarının yakınlığı örneklem gruplarının benzerliği ile açıklanabilir. Nitekim bu çalışmalarda 15 yaş ve üzeri nüfusun algılanan sağlık düzeyleri değerlendirilmiştir. TSHKA (64) ve Usta (135) çalışmalarındaki sonuçlar sağlıklı kıyaslama kriteri açısından sınırlılıklar taşımaktadır çünkü, bu çalışmalarda 15 yaş altı nüfusun genel sağlık algıları da değerlendirilmiştir. Ayrıca TSHKA verilerinin en az 10 yıl önceki veriler olması, veri güncelliğinin kaybı açısından sınırlılık taşımaktadır.

Çalışmamızda genel sağlık durumunu kötü olarak ifade edenlerin başvuru oranı %84.3'dür. Uzantı (70) bu oranı % 45.7, Usta (135) % 32.5 bulmuştur. Çalışmamızda sağlık kuruluşuna en fazla başvuru genel sağlık durumunu "geçen yıla göre daha kötü", şu andaki sağlığını "kötü" ve yaşam kalitesini "çok kötü" olarak değerlendirenlerde görülmüştür. Algılanan sağlık durumuna göre başvuru oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.18).

Benzer şekilde sağlık durumunu bir önceki yıla göre "çok daha kötü" olarak değerlendirenlerin başvuru ortalaması ve ortancası daha yüksektir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ , (Tablo 4.19).



Sonuç olarak çalışmamızda algılanan sağlık düzeyi “kötüden-mükemmel”e doğru iyileştikçe başvuru ortalamasının düştüğü, genel sağlık algısı “kötü” olanların başvuru ortalamasının ( $6.9\pm 6.6$ ) “mükemmel” ( $3.8\pm 3.9$ ) olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.19). Usta’da (135) çalışmasında genel sağlık algısı olumsuz olanların başvuru ortalamasını ( $2.38\pm 3.29$ ) daha yüksek bulmuştur. Ülke genelinde yapılan TSHKA’nda (64) kişi başına başvuru ortalaması sağlığını “mükemmel” olarak algılayanlarda 1.46 iken “zayıf” olarak değerlendirenlerde 8.13 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda yaşam kalitesi düşük olanlar hem sağlıklarını daha kötü algılamakta hem de daha sık sağlık kuruluşuna başvurumaktadırlar. Nitekim Windi’nin (179) yaptığı çalışmada da yaşam doyumu algılanan sağlığın en güçlü belirleyicisi olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak çalışmamızda olduğu gibi algılanan sağlık ile başvuru durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalarda da olumsuz sağlık algısının sağlık kuruluşuna başvuru oranlarını arttırdığı görülmektedir.

Araştırma grubunda sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığına inananların oranı %47.2’dir. Hizmetlerden yeterince yararlandığına inananların sağlık kuruluşuna başvuru oranı %80.7 iken, inanmayanların başvuru oranı %73.8 olup, aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.20). Usta’nın yaptığı çalışmada (135) ise sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığına inananların sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı inanmayanlarla benzer bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Literatürde inançlar ve tutumlar sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen hazırlayıcı faktörler arasında yer almaktadır ve sağlık arama kararının verilmesinde belirleyici rolü oynamaktadır. Nitekim, hizmet kullanımına eğilimli kişiler hastalandıkları zaman inandıkları sağlık arama davranışlarından birine daha kolay yönelmektedirler (42).

Çalışmanın ikinci bölümünde 15 yaş ve üzeri kişilere Nottingham Sağlık Profili (NHP) uygulanarak algılanan sağlık düzeyi ortalama puanlar yoluyla ölçülmüştür. Ölçeğin değerlendirilmesinde kestirim noktası olmadığı için, 0-100 arasında olası sonuçlar elde edilmektedir. Boyutlardan elde edilen 100’e yakın skorlar sağlık durumundaki kısıtlılıkların en yüksek ve kişilerin algılanan sağlık düzeyinin kötü (olumsuz) olduğunu, “0”a yakın skorlar ise sağlık durumu ile ilgili herhangi bir problemin

bulunmadığını ve algılanan sağlık düzeyinin iyi (olumlu) olduğunu göstermektedir (121,126).

Araştırma grubunun toplam NHP skor ortalaması  $30.0 \pm 23.2$ , ortancası 27.7 (0-97.4)'dir. NHP boyutları skor ortalamaları dağılımına göre; kişilerin genel sağlık algısı puanları enerji boyutunda en yüksek, duygusal reaksiyonlar boyutunda diğer boyutlara göre nispeten yüksek, ağrı, uyku ve sosyal izolasyon boyutlarında daha düşük düzeyde bulunmuştur. Genel sağlık algısı puanının en düşük olduğu alan fiziksel hareketlilik boyutudur (Tablo 4.21).

NHP boyutlarının kendi aralarında da pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.22).

Çalışmamızda gerek genel sağlık durumunu "kötü" olarak ifade eden kişi oranının, gerekse NHP boyutları genel sağlık algısı puanlarının yaşın artışına paralel olarak anlamlı düzeyde arttığı, dolayısıyla yaşın algılanan sağlık düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Nitekim 15-24 yaş grubunda genel sağlık durumunu "kötü" olarak ifade edenlerin oranı %30.6 iken, 65 ve üzeri yaş grubunda bu oran %66.3'e yükselmiştir. Benzer şekilde yaş gruplarına göre skor ortalamaları karşılaştırmasında; 15-24 yaş grubunda toplam NHP skor ortalaması  $23.7 \pm 21.7$  iken, 65 ve üzeri yaş grubunda  $47.1 \pm 22.3$ 'e yükselmiştir. Dolayısıyla 65 ve üzeri yaş grubunda yaşanan enerji kaybı, ağrı artışı, uyku problemleri ve fizik aktivite sınırlılığı gençlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4. 23).

Literatürde de çalışma bulgularımıza benzer şekilde algılanan sağlık ile yaş grupları arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır (180). Nitekim yapılan araştırmalarda 15-24 ile 65 ve üzeri yaş gruplarında sağlığını olumsuz olarak algılayanların oranını Erengin ve ark (29) %13.1 / %47.2, Uzantı (70) %28.0 / %87.1, Belek (71) %20.2 / %47.4 olarak tespit etmişlerdir. Windi (179) ise 45-64 yaş grubundakilerin 16-44 yaş grubuna göre daha fazla olumsuz sağlık algısı yaşadıklarını, Lujan ve ark. (181) 45 yaşın üzerindeki kişilerin sağlık algılarının daha olumsuz olduğunu saptamışlardır. Günay ve ark.'nın (182) araştırma bölgesinde yaptıkları çalışmada 65 ve üzeri yaş grubundaki kişilerin %72.9'nun genel sağlığını kötü olarak bildirdiği saptanmıştır. TSHKA'nda (64) da yaşın artışı ile birlikte olumsuz sağlık algısı yaşayanların oranının arttığı, bu oranın 15-24 yaş grubunda %19.9 iken, 75 ve üzeri yaş grubunda %44.8'e yükseldiği tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız literatür bulguları ile uyumlu bulunmuştur.

Algılanan sağlığın yaşın artışına paralel olarak kötüleşmesi doğal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak sağlık sorunlarının artışına, fiziksel ve psiko-sosyal kısıtlılıklara ve yalnızlık duygusunun yoğunlaşmasına bağlanabilir (29, 168).

Çalışmamızda genel sağlık durumunu kötü olarak ifade edenler ve NHP genel sağlık algısı ortalama puanları kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Dolayısıyla kadınlara genel sağlık algıları erkeklere göre daha olumsuz bulunmuştur.

Cinsiyete göre skor ortalamaları karşılaştırmasında; kadınlara enerji boyutunda en yüksek, duygusal reaksiyonlar boyutunda diğer boyutlara göre nispeten yüksek, ağrı boyutunda ise d şuk düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar (Tablo 4.24).

Çalışmamızda genel sağlık durumunu olumsuz olarak tanımlayan kadın oranı %51.0 iken, erkek oranı %35.5'tir. Çalışmamızda olduğu gibi algılanan sağlık düzeyinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da genel sağlık durumunu olumsuz olarak ifade eden kadınlara oranı erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Nitekim Uzantı çalışmasında (70) genel sağlık algısı olumsuz olan kadın/erkek oranını % 55.5-36.0 olarak saptarken, Erengin ve ark.(29) bu oranları % 41.9-21.2, Seculi ve ark. (183) %57.3-43.6 olarak bulmuştur. Belek (71) ise "iyiden kötü " olarak tanımladığı olumsuz sağlık algısının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu, Gilmore ve ark. (184) kadınlara erkeklere göre 3.5 kat daha fazla olumsuz sağlık algısına sahip olduklarını saptamışlardır.

G r ld ğu gibi hemen bütün çalışmalarda algılanan sağlık üzerinde etkili olan ve yapısal-değiştirilemez bir nitelik taşıyan cinsiyet değişkeni, özellikle kadınlara genel sağlık algılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışma sonuçlarımız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Kadının eğitim düzeyinin d şukl ğu, toplumsal rolü ile barışık olması, aile içi karar mekanizmalarında belirleyici olmaması, sağlık hizmetlerine ulaşma derecesi, beslenme ve doğurganlık açısından eşitsiz konumda olması, hastalık ve sakatlığa daha fazla maruz kalması gibi faktörler sağlığını daha kötü algılamasına yol açmaktadır (49,85).

Çalışmamızda genel sağlık durumunu kötü olarak ifade edenlerin oranının ve NHP genel sağlık algısı ortalama puanlarının dul ve boşanmış kişilerde en yüksek düzeyde

olduğu, bunu evlilerin izlediği, bekarların ise en düşük oran ve puanlara sahip oldukları saptanmıştır ( $p<0.01$ ), (Tablo 4.25).

Çalışmamızda genel sağlık durumunu kötü olarak ifade eden dul ve boşanmış kişi oranı %63.9 olup, bu oranı Erengin ve ark. (29) %79.3, Uzantı (70) %80.6, Belek (71) %26.7 olarak bulmuştur. TSHKA'nda (64) ise bu oranlar %11.0-15.0 arasında değişmektedir. Çalışmamızda en az olumsuz sağlık algısı yaşayan grup bekarlardır. Bölgesel düzeyde yapılan çalışmalarda da olumsuz sağlık algısı yaşayan bekarların oranı oldukça düşük bulunmuş ve bu kişilerin oranının %8.0 ile % 27.0 arasında değiştiği saptanmıştır (29,70,71). TSHKA'nda (64) ise ülke genelinde de hiç evlenmeyenlerin en az olumsuz sağlık algısı yaşayan grubu oluşturduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan NHP skor ortalamaları karşılaştırmasına göre; çalışmamızda evli olanların bekarlara, dul ve boşanmış kişilerin ise evlilere göre kendilerini daha yorgun hissettikleri, daha fazla ağrı ve duygusal değışkenlik yaşadıkları bulunmuştur.

Çalışma bulgularımız medeni durum ile algılanan sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Sonuçlardan anlaşıldığı gibi eşi ölmüş/ayrılmış kişiler yüksek olumsuz sağlık algılarıyla evli ve bekarlardan, hiç evlenmeyenler ise yüksek olumlu sağlık algılarıyla evlilerden farklılık göstermektedir. Bekar kişilerin genç yaş gruplarından oluşması, eşi ölmüş/ayrılmış kişilerin ise büyük çoğunluğunun kadın ve ileri yaş grubunda kişiler olması farkı büyüten nedenler olarak düşünülebilir. Diğer taraftan dul ve boşanmış kişilerin yüksek olumsuz sağlık algıları kadınların toplumsal statülerinin düşük olmasına ve gerektiğinde kadını destekleyecek bir eşin olmamasına da bağlanabilir.

Çalışmamızda genel sağlık durumunu olumsuz olarak ifade edenlerin ve NHP genel sağlık algısı ortalama puanlarının hiç eğitim görmeyen kişilerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Eğitim durumuna göre skor ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ile genel sağlık algısı puanları arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuş, kişilerin eğitim seviyesi yükseldikçe genel sağlık algısı puanlarının düştüğu, dolayısıyla olumsuz sağlık algılarının azaldığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda olduğu gibi algılanan sağlık ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren diğer çalışmalarda da genel sağlık algısının eğitim seviyesi düşük olanlarda daha olumsuz olduğu, olumlu sağlık algısının ise yüksek eğitim düzeyi ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Diğer taraftan literatürde lojistik regresyon

teknikini kullanan bazı çalışmalarda algılanan sağlığın eğitim süresi ile değil, esas olarak okuryazarlık durumu ile ilintili olduğu da bildirilmiştir (185).

Çalışmamızda genel sağlık durumunu kötü olarak ifade edenlerin oranı hiç eğitim almayan grupta %67.9 iken, lise ve üzerinde eğitim alan grupta %30.6 olarak bulunmuştur. Şenol ve ark. (49) yaptıkları çalışmada genel sağlık algısı “iyiden kötü” olanların oranının hiç eğitim almayan grupta (%48.0) 12 yıl ve üzerinde eğitim alan gruba (%20.9) göre daha yüksek olduğunu, Yardım ve ark. (186) ise hiç eğitim almayan ve ilkokul düzeyinde eğitim alanların sağlıklarını lise üstü eğitime sahip olanlara göre 2.28 kat daha kötü algıladıklarını bulmuşlardır.

Görüldüğü gibi gerek çalışmamızda gerekse diğer çalışmalarda genel sağlık algısı olumsuz olanların oranı diplomasız ve düşük eğitimli kişilerde lise ve üzerinde öğrenim gören kişilere göre ortalama iki kat daha fazladır. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyinin algılanan sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri olduğu, yüksek öğrenim görenlerin genel sağlık algılarının temel eğitim düzeyinde öğrenim görenlere göre daha olumlu olduğu saptanmıştır(133, 168, 179, 180). Yine İtalya’da yapılan bir çalışmada sağlıklarını kötü olarak algılayanların başında ilkokul mezunlarının (%46.5) geldiği saptanmıştır (187).

Bu sonuçlar eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak olumlu sağlık algısının arttığını, buna karşılık olumsuz sağlık algısının düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışma bulgularımız diğer çalışma bulguları ile uyum içindedir.

Literatürde de eğitim düzeyi ile algılanan sağlık arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğu, kişilerin eğitim seviyeleri düştükçe genel sağlık algılarının kötüleştiği saptanmıştır (82, 188-190). Eğitim düzeyi aynı zamanda algılanan sağlığın belirleyicileri olan gelir düzeyi, mesleki statü, yaşam tarzı gibi diğer değişkenleri de etkileyerek olumsuz sağlık algısına neden olabilmektedir. Nitekim eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak kişilerin gelir düzeyi ve mesleki statüsü değişebilmekte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alışkanlıkları artmakta, sağlık öz sorumluluğu yükselmektedir (78,191). Yaşam tarzı, mevcut olanaklar ve düşünce yapısının değişmesi ile yaşam doyumu da olumlu yönde etkilenmektedir. Algılanan sağlığın en güçlü belirleyicisi olan yaşam doyumu arttıkça olumsuz sağlık algısı azalmaktadır (179).

Eđitim seviyesinin dűşűklűđű ile olumsuz sađlık arasındaki iliřki sosyoekonomik bakımdan dűřűk statűlű grupların yařam kořullarının kűtűlűđű ile ađıklanabilir (77). Eđitim, gelir dűzeyi ve mesleki statűnűn dűřűklűđű hem her ęeřit gűndelik olanaklardan yararlanmayı olumsuz yűnde etkileyebilmekte, hem de sađlıđı olumsuz yűnde etkileyecek genel bir sosyokűltűrel ortam yaratabilmektedir.

ęalıřmamızda sosyal gűvence varlıđı ile algılanan sađlık dűzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir iliřki bulunmamıřtır ( $p>0.05$ ). Nitekim sosyal gűvencesi olanlarda genel sađlık algısı olumlu olanların oranı %56.2 iken, gűvencesi olmayanlarda bu oran %55.6'dır. Ancak, sosyal gűvence tipine gűre genel sađlık algısı deđerlendirildiđinde yeřil kart sahiplerinin olumsuz sađlık algılarının diđer sosyal gűvence gruplarına gűre anlamlı dűzeyde daha yűksek olduđu saptanmıřtır ( $X^2=20.0$ ,  $p<0.001$ ).

Literatűrde sosyal gűvence durumu ile algılanan sağlık durumu arasındaki ilişki hakkında farklı sonuğlar elde eden ęalıřmalar mevcuttur. Nitekim Uzantı (70), ęalıřmasında bulgularımıza benzer şekilde sosyal gűvencesi olmayanların %44.9'nun sağlığını olumsuz algıladığını fakat, sosyal gűvence durumu ile algılanan sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır ( $p>0.05$ ). Buna karşılık Belek'in (192) araştırmasında sosyal gűvencesi olan deneklerin %71.6'sının sağlık algısı "ęok iyi" dűzeyde iken, gűvencesi olmayanların %57.9'nun sağlık algısı "iyi" dűzeyde bulunmuştur. Top'un (84) yaptığı ęalıřmada bulgularımızın aksine sosyal gűvencesi olmayanların sağlık algılarının herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olanlara gűre daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

Gűrűldűđű gibi literatűr bulgularına gűre sosyal gűvence varlıđı algılanan sađlıđın űnemli belirleyicilerinden birini oluřturmakta ve pek ęok ęalıřmada genel sađlık algısını olumlu yűnde etkilemektedir. Ancak ęalıřmamızda bűyle bir etkinin varlıđı gűsterilememiřtir.

ęalıřmamızda yeřil kartlıların algılanan sađlık dűzeyinin daha olumsuz bulunmasını; bu grubun gelir ve eđitim dűzeyi dűřűk kiřilerden oluřmasına bađlayabiliriz. Keza ęalıřmamızda yeřil kart sahibi kiřilerin %72.0'inin ilkokul mezunu ve diplomasız, %82.0'inin ise asgari űcretin altında aylık gelire sahip oldukları saptanmıřtır.

ęalıřmamızda asgari űcretin altında aylık geliri olanlarda genel sađlık durumunu kűtű olarak ifade eden kiři oranı ve NHP genel sađlık algısı ortalama puanları anlamlı dűzeyde daha yűksek bulunmuřtur ( $p<0.01$ ). Aylık gelir durumuna gűre skor

ortalamaları karşılaştırıldığında; aylık geliri asgari ücretin altında olanların enerji ve duygusal reaksiyonlar boyutlarında diğer boyutlara göre daha yüksek düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşadıkları görülmektedir (Tablo 4.27).

Literatürde de eğitim, gelir ve mesleki statü ile algılanan sağlık arasında pozitif bir ilişki saptanmış, eğitim ve gelir seviyesi düştükçe genel sağlık algısının kötüleştiği görülmüştür (82,187,188). Nitekim Uzantı'nın (70) çalışmasında kişilerin aylık gelir düzeyi yükseldikçe olumsuz sağlık algıları azalmıştır. Aynı çalışmada aylık geliri düşük olanların %74.3'ü sağlığını olumsuz algılamakta, geliri yüksek olanların %28.6'sı sağlığını olumsuz algılamaktadır. Belek'in (71) çalışmasında kişi başı aylık geliri 50 doların altında olanlarda olumsuz sağlık algısı yaşayanların oranı %42.2 iken, aylık geliri 250 dolar ve üstünde olanlarda bu oran %21.5 olarak bulunmuştur. Balabanova ve ark. (133) algılanan sağlık düzeyinin özellikle algılanan ekonomik güçlüklerle ilişkili olduğunu, Stronks ve ark. (82) algılanan sağlığın gelir düzeyi ile diğer sosyoekonomik değişkenlere göre daha güçlü bir ilişki gösterdiğini, dolayısıyla kişilerin gelir seviyeleri düştükçe algılanan sağlıklarının kötüleştiğini saptamışlardır. Görüldüğü gibi çalışma bulgularımız diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Gelir düzeyi düşük kişiler genellikle alt yapısı yetersiz, çevre koşulları olumsuz, yoksul bölgelerde yaşamaktadırlar. Ekolojik ve bireysel kökenli olumsuz yaşam koşulları hem kişilerin sağlığını kötü yönde etkilemekte, hem de fiziksel ve ruhsal sağlık algısının bozulmasına neden olmaktadır (77, 83).

Çalışmamızda ev kadını, işsiz ve emeklilerin çoğunluğu genel sağlık durumlarını "kötü" olarak ifade ederken, serbest meslek sahibi, esnaf ve memurlar "iyi" olarak tanımlamışlardır. Mesleki statü ile algılanan sağlık düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=79.74$ ,  $p<0.001$ ). Yine NHP genel sağlık algısı ortalama puanlarının ev kadınları, işsizler ve emeklilerde diğer meslek gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Mesleki statüye göre NHP skor ortalamaları karşılaştırıldığında; ev kadınları enerji, ağrı, fiziksel hareketlilik boyutlarında, işsizler ise duygusal reaksiyonlar ve sosyal izolasyon boyutlarında daha fazla olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar.

Bu amaçla yapılan diğer çalışmalarda da bulgularımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Nitekim Uzantı'nın (70) çalışmasında, emekliler, işsizler ve ev kadınlarında olumsuz sağlık algısı yaşayanların oranı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Kendi hesabına çalışan esnaf ve serbest meslek mensupları, memurlar ve öğrencilerde ise olumlu sağlık algısına sahip olanların oranı daha yüksektir. Belek'in (71) çalışmasında da kendi hesabına çalışanların büyük çoğunluğu sağlığını daha olumlu algılamaktadır. Şenol ve ark. (49) yaptıkları çalışmada mesleki statüsü düşük gruplar içinde değerlendirdiği niteliksiz emek işçilerinin %66.2'sinin ve mavi yakalıların %53.1'nin sağlık algılamasını olumsuz olarak saptamıştır.

Çalışmamızda ev kadınlarının daha çok olumsuz sağlık algısı yaşamalarını; gelir getiren bir işte çalışmama, sürekli ev işi yapmanın yarattığı tatminsizlik ve diğer kişisel faktörlere bağlayabiliriz. Literatüre göre, gelir getiren bir işte çalışmama, düşük ücretle çalışma ve iş doyumunu yetersizliği olumsuz sağlık algısının en önemli belirleyicileridir (191,193). Nitekim yurt dışında yapılan bir çalışmada ev işlerinin yarattığı gerginliğin kadınlarda olumsuz sağlık algısını arttıran en önemli faktör olduğu saptanmıştır (194). Ayrıca çalışan ve çalışmayan kadınların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda ev dışında gelir getiren bir işte çalışan kadınların yaşam kalitelerinin çalışmayanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (195,196). Bu durum belirli bir işte çalışıyor olmanın verdiği ekonomik ve psikolojik rahatlığa bağlı olarak kadının yaşam doyumunun ve dolayısıyla olumlu sağlık algısının yükselmesi şeklinde düşünülebilir. İşsizler ise gelir getiren bir işte çalışmamanın yarattığı ekonomik, sosyal ve psikolojik faktörlerin kolektif etkisi ile sağlığını olumsuz algılamaktadırlar.

Çalışmamızda emeklilerde olumsuz sağlık algısının yüksekliğini, kronik hastalıklar nedeniyle kötü fiziksel sağlığa ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi faktörlere bağlayabiliriz. Nitekim çalışmamızda emeklilerin %44.3'ünün hekim tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Bu konuda yapılan bir çalışmada da kişileri emekliliğe zorlayan ve olumsuz sağlık algısına neden olan en güçlü belirleyicinin kötü fiziksel sağlık olduğu saptanmıştır (197).

Çalışmamızda işçilerin 1/3'i genel sağlık durumunu kötü olarak belirtmiştir. İşçilerin olumsuz sağlık algısı yaşamalarını işin taşıdığı özelliklerin ve sağladığı avantajların algılanan sağlık düzeyi üzerinde yarattığı olumsuz etkiye bağlayabiliriz. Nitekim çalışmamızda işçilerin yarıdan fazlası (%70.1) asgari ücretin altında gelir sağlayan ve 1/5' lik bir kısmı ise sosyal güvencesi olmayan işlerde çalışmaktadır. Bu amaçla yapılan bir çalışmada kişisel ve diğer bias faktörleri dışlandıktan sonra elde edilen bulgular işin taşıdığı özelliklerin kişinin algılanan sağlık düzeyi üzerinde anlamlı düzeyde etkili



olduğunu göstermiştir (198). Yine Tay ve ark.'nın (193) çalışmasında düşük ücretle çalışan ve iş doyumunu yetersiz olan işçilerin genel sağlık algılarının yaklaşık iki kat daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

Özetle her ne kadar çalışma bulgularımız diğer çalışma bulguları ile bire bir örtüşmese de olumsuz sağlık algısının daha çok ev kadınları, işsizler ve emeklilerde yoğunlaşması, kendi hesabına çalışanlarda ve memurlarda sağlığını olumlu algılayanların çoğunlukta olması gibi sonuçlar bakımından diğer çalışma bulgularına uygunluk göstermektedir.

Çalışmamızda hekim tarafından tanısı konmuş kronik hastalığı olanların büyük bir çoğunluğu genel sağlık durumunu kötü olarak belirtmektedir. Kronik hastalık durumuna göre skor ortalamaları karşılaştırmasında; herhangi bir kronik hastalığı olanların genel sağlık algısı puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olup, bu kişiler daha fazla yorgunluk, duygusal değişkenlik, ağrı artışı ve fiziksel aktivite sınırlılığı yaşamaktadırlar ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.28).

Kronik hastalık durumu ile algılanan sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalarda da çalışma bulgularımıza benzer şekilde kronik hastalığı olanların büyük çoğunluğunun genel sağlık algısı, kronik hastalığı olmayanlara göre daha olumsuz bulunmuştur (70, 85,178).

Diğer taraftan çalışmamızda kronik hastalık sayısı arttıkça genel sağlık durumunu "kötü" olarak ifade edenlerin oranı da artmaktadır. Keza tek kronik hastalığı olanlarda % 68.9 olan bu oran, üç kronik hastalığı olanlarda %100 olmuştur ( $X^2=5.16$ ,  $p<0.05$ ).

Benzer şekilde NHP skor ortalamaları karşılaştırmasında; birden fazla kronik hastalığı olanların genel sağlık algısı puanları tek kronik hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.29). Yapılan diğer çalışmalarda da hekim tarafından tanısı konmuş bir ve birden fazla kronik hastalığı olan, araştırma anında 5 ve daha fazla sağlık yakınması bildiren ve sosyal-fiziksel yeti yitimi yaşayan kişilerin olumsuz sağlık algıları daha yüksek bulunmuştur (71, 85, 179).

Literatürde algılanan sağlık düzeyinin *fiziksel* sağlık ile güçlü bir ilişki gösterdiği, kronik hastalık varlığının algılanan sağlık statüsünün en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu vurgulanmıştır (64, 199). Yakınma varlığı ya da belirtileri ile kendini sürekli duyumsatan ya da bunlar olmasa bile süregelen bir tedaviye yol açmaları nedeniyle kronik hastalıkların algılanan sağlığın belirleyicisi olması beklenen bir durumdur.

Kronik hastalığı olan kişiler tam iyileşmeseler de normal fonksiyon ve yeteneklerinin devam etmesi beklentisi içindedirler. Bu hastaların uygun bakım ve ilaç tedavisi ile hastalıkları önlenabilir ve/veya yaşam süreleri uzatılabilir. Ancak, tedavi amacıyla kullanılan ilaçların birçoğu yan etkileri nedeniyle yorgunluk hissi, iletişim ve seksüel performans bozuklukları gibi ciddi durumlar yaratabilir. Dolayısıyla hastalık ve tedavisinin yarattığı etkiler nedeniyle kısır bir döngü içine giren hastaların yüksek düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaları kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (200).

Çalışmamızda son bir yıl içinde hastaneye yatan kişi oranı %11.5 olup, bu kişilerin %60.0'ı genel sağlık durumunu "kötü" olarak ifade etmektedir. Yine son bir yıl içinde hastaneye yatanların NHP boyutları genel sağlık algısı puanları hastane yatışı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ), (Tablo 4.30). NHP skor ortalamaları karşılaştırmasına göre; hastaneye yatanlar enerji boyutunda en yüksek, duygusal reaksiyonlar boyutunda diğer boyutlara göre nispeten yüksek, ağrı, uyku ve fiziksel hareketlilik boyutlarında düşük düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaktadırlar. Hastaneye yatanlarda genel sağlık algısının en iyi olduğu alan sosyal izolasyon boyutudur.

Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da bulgularımızı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Nitekim, Erengin ve ark.'nın (29) çalışmasında son bir yıl içinde hastaneye yatmanın olumsuz sağlık algısının en güçlü belirleyicisi olduğunu, Uzantı (70) son dört hafta içinde hastaneye yatanların tümünün sağlığını olumsuz algıladığını saptamıştır. Sonuç olarak hastanede yatma algılanan sağlığı olumsuz etkilemektedir.

Bilindiği gibi kişiler hastaneye yatarak tedavi görmeyi sağlık sorununun ağırlığının bir göstergesi gibi algılamakta ve hastaneye yatışın ancak ciddi sağlık olaylarında geçerli olduğunu düşünmektedirler. Gerek böyle düşünmenin bir sonucu gerekse hastaneye yatmanın beraberinde getirdiği psikolojinin etkileri ile kişinin sağlık algısı olumsuz yönde etkilenmektedir.

Çalışmamızda kişilerin genel sağlık durumu değerlendirmesi ile NHP skor ortalamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, genel sağlık durumunu "kötü" olarak ifade edenlerin NHP skor ortalamalarının da anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Genel sağlık durumunu "kötü" olarak ifade edenlerin genel sağlık algıları, sağlığını iyi olarak tanımlayanlara göre; enerji ve duygusal reaksiyonlar

boyutunda yüksek, ağrı boyutunda nispeten yüksek, diğer boyutlarda ise düşük düzeyde olumsuz bulunmuştur (Tablo 4.31).

Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Lamarca ve ark.'nın (126) NHP ile yapılan 45 çalışmayı analiz ederek yaptıkları çalışmada da kişilerin algılanan sağlık düzeyleri ile NHP skor ortalamaları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuş, bütün gruplarda sosyal izolasyon ve enerji boyutu genel sağlık algısı puanları daha yüksek bulunmuştur. Enerji boyutunda saptanan yüksek olumsuz sağlık algısı araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuranlarda genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin oranı ve NHP genel sağlık algısı ortalama puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.32). Çalışmamızda genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin başvuru oranı % 84.3 iken, “iyi” olarak ifade edenlerin başvuru oranı %71.4’dür. Algılanan sağlık ile başvuru durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalarda da bulgularımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Keza, Uzantı (70) çalışmasında genel sağlık algısı olumsuz olanların başvuru oranını %55.4, olumlu olanların başvuru oranını ise %44.6 olarak bulurken, Erengin ve ark. (29) genel sağlık algısı olumsuz olanların başvuru oranlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Şenol ve ark.(182) son bir yılda sağlık ocağına başvuranların algılanan sağlık düzeyinin daha kötü olduğunu, Windi ve ark.(55) sağlık algısı olumsuz olanların olumlu olanlara göre daha fazla doktora gittiklerini, Bowling (201) doktora gitmeyen kişilerin doktora giden kişilere göre daha az fiziksel ve mental yakınmalarının olduğunu ve daha yüksek olumlu sağlık algısına sahip olduklarını, Mc Farland ve ark. (202), sağlık hizmetlerini sürekli ve sık kullananların fiziksel yakınması daha fazla ve sağlık algıları olumsuz olan kişiler olduğunu saptamışlardır.

Literatürde algılanan sağlık durumu sağlık hizmetleri kullanımının en güçlü belirleyicisi olarak belirtilmiştir (203). Çalışma bulgularımız da bu tespiti destekler nitelikte olup, son bir yılda sağlık başvurusunda bulunanların algılanan sağlık düzeylerinin anlamlı düzeyde daha olumsuz olduğunu göstermiştir.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin mevcut sağlık durumu nedeniyle iş yaşamı, ev işleri, sosyal yaşam, ev yaşamı, cinsel yaşam, hobilerle uğraşlar ve tatiller gibi günlük yaşam aktiviteleri etkilenme durumu %20.0-30.0 arasında değişmektedir (Tablo 4.33).

Somunoğlu'nun (204) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında bu oran %15.0-34.0 arasında iken, Çolak ve ark.'nın (205) akademisyenler üzerinde yaptığı çalışmada %3.0-10.0 arasında bulunmuştur.

Mevcut sağlık durumu nedeniyle kadınların günlük yaşam aktiviteleri erkeklere göre daha fazla etkilenmiştir. Erkeklerde en fazla iş yaşamı, kadınlarda ise ev işi aktiviteleri etkilenmiştir (Tablo 4.34). Çolak ve ark.'nın (205) yaptığı çalışmada da kadın akademisyenlerin algıladıkları iyilik halinin ev işlerini anlamlı düzeyde daha fazla etkilediği saptanmıştır. Benzer şekilde Dunn ve ark.'nın (194) çalışmasında kadınlarda olumsuz sağlık algısı ile ev işlerinin yarattığı gerginlik arasında güçlü bir etkileşim bulunduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda mevcut sağlık durumu nedeniyle tatiller dışında kalan günlük yaşam aktivitelerinin tümü yaşın artışına paralel olarak daha fazla etkilenmiştir. Nitekim algılanan sağlık düzeyi nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri en fazla etkilenen grubun 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu, bunu 45-64 yaş grubunun izlediği, günlük yaşam aktiviteleri en az etkilenenlerin 15-24 yaş grubunu oluşturduğu saptanmıştır. Mevcut sağlık durumu nedeniyle 65 ve üzeri yaş grubunda ev işleri, 25-64 yaş grubunda iş yaşamı, 15-24 yaş grubunda ev yaşamı aktiviteleri daha fazla etkilenmiştir (Tablo 4.35).

Çolak ve ark.'nın (210) akademisyenler üzerinde yaptığı çalışmada algılanan iyilik halinin ev işlerini etkilemesinin yaşa göre farklılık gösterdiği ve etkilenimin ileri yaş gruplarında daha fazla olduğu saptanmıştır. Somunoğlu'nun (204) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise algılanan iyilik hali nedeniyle iş yaşamı en fazla etkilenenlerin 25-30 yaş gruplarında yoğunlaştığı, daha ileri yaş gruplarında ise etkilenme oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bulgularımız Somunoğlu'nun (204) sonuçları ile çelişirken, Çolak ve ark.'nın (205) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu durum yaş ve cinsiyet yönünden örneklem gruplarının benzerliği ya da farklılığı ile açıklanabilir.

Gerçekte yaşın ilerlemesiyle beraber gerek fizik gücün azalması, gerekse mevcut sağlık durumunun bozulması nedeniyle olumsuzlaşan genel sağlık algısının günlük yaşam aktivitelerini daha fazla etkilemesi doğal-beklenen bir sonuçtur.

Mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri etkilenme düzeyi dul olanlarda evli ve bekarlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Dullarda ev işleri, ev yaşamı, evli olanlarda iş yaşamı, ev işleri, bekarlarda ise ev ve iş yaşamı, aktiviteleri daha fazla etkilenmiştir (Tablo 4.36).

Somunoğlu'nun (204) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da sıralaması farklı olmakla birlikte çalışma bulgularımıza benzer şekilde evli olanlarda ev işleri, iş yaşamı, bekar ve dul olanlarda, sosyal yaşam, ev yaşamı aktiviteleri daha fazla etkilenmiştir.

Çalışmamızda mevcut sağlık durumu nedeniyle en fazla ilkokul altında eğitimi olan kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği, bunu lise ve yüksekokul mezunlarının izlediği, ortaokul mezunlarının ise genel yaşam aktiviteleri en az etkilenen grubu oluşturduğu saptanmıştır. İlkokul altı eğitim düzeyine sahip kişilerde ev işleri, ilkokul ve üzerinde eğitim alan gruplarda ise iş yaşamına ilişkin aktiviteler daha fazla etkilenmiştir ( Tablo 4,37).

Çalışmamızda mevcut sağlık durumu nedeniyle en fazla ilkokul altında eğitimi olan kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği, bunu lise ve yüksekokul mezunlarının izlediği, ortaokul mezunlarının ise genel yaşam aktiviteleri en az etkilenen grubu oluşturduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). İlkokul altı eğitim düzeyine sahip kişilerde ev işleri, ilkokul ve üzerinde eğitim alan gruplarda ise iş yaşamına ilişkin aktiviteler daha fazla etkilenmiştir (Tablo 4.37).

Diğer çalışmalarda ise eğitim düzeyi yükseldikçe mevcut sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini daha az etkilediği saptanmıştır (209,210). Çolak ve ark.'nın (205) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal yaşam aktivitelerinin daha az etkilendiği bulunurken, Somunoğlu'nun (204) yaptığı çalışmada tatiller dışında kalan tüm yaşam aktivitelerinin lise mezunlarında yüksekokul mezunlarına göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Çalışma bulgularımız, eğitim düzeyi düştükçe mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin daha fazla etkilenmesi bakımından diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda tatiller dışında kişilerin mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyi ekonomik gelir gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Asgari ücretin altında aylık gelire sahip grubun mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri diğer gelir gruplarına göre daha fazla etkilenmiştir Bu grupta en fazla etkilenen günlük yaşam aktivitesi ev yaşamına ilişkin aktiviteler iken, asgari ücretin üç katı ve üzerinde aylık gelire sahip kişilerin iş yaşamı aktiviteleri daha fazla etkilenmiştir (Tablo 4.38).

Sosyoekonomik düzeyi düşük kişiler genellikle alt yapısı yetersiz, çevre koşulları olumsuz, yoksul bölgelerde yaşamakta, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır (83). Bütün bu olumsuz faktörler olumsuz sağlık algısına neden olarak günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre:

- Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru oranı (%79.6) ve ortalaması ( $5.0 \pm 5.4$ ) İyi düzeydedir.
- Hastane başvuruları sağlık ocağı başvurularından daha fazladır. Sağlık başvurularının en önemli nedenleri hastalık tanı ve muayenesi, ilaç yazdırma, enjeksiyon-tahlil-tetkik yaptırma olup, hemen tamamı birinci basamak sağlık kuruluşlarında da yapılabilecek işlemlerdir.
- Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran (sosyal güvence varlığı, sağlık kuruluşuna yakınlık ve ucuzluk) ve engelleyen (bekleme süresinin uzunluğu, muayene süresinin yetersizliği, sağlık çalışanlarının olumsuz davranışı) faktörler ülke genelinde saptanan temel faktörlerle benzerlik göstermektedir.
- Son bir yıl içinde ev kadınları başta olmak üzere kadınlar, 0-6 yaş grubu çocuklar, 65 yaş ve üzeri kişiler, dul ve boşanmışlar, sosyal güvencesi ve asgari ücretin üzerinde aylık geliri olanlar, en yakın sağlık kuruluşuna 0.5-1 km. uzaklıkta oturanlar daha fazla sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır.
- 15 yaş ve üzeri grupta; kadınların, 65 yaş ve üzeri kişilerin, hiç öğrenim görmeyenlerin, dul ve boşanmışların, asgari ücretin altında aylık geliri ve kronik hastalığı olanların, son bir yıl içinde hastaneye yatanların genel sağlık algıları daha olumsuz bulunmuştur. Hizmet kullanımını etkileyen demografik, sosyo-ekonomik faktörlerin çoğunluğunun aynı zamanda algılanan sağlık düzeyini de olumsuz etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır.
- Genel sağlık durumunu “kötü” olarak ifade edenler, NHP genel sağlık algısı puan ortalamaları yüksek olanlar ve mevcut sağlık durumu nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri etkilenenler son bir yıl içinde sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmışlardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda ;

- Birinci basamak sağlık hizmetlerine etkinlik kazandırılması,
- Sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyen faktörlerin en aza indirilmesi, mümkünse ortadan kaldırılması,
- Sağlık eğitimi yoluyla tedavi edici hizmetlere olan talebin koruyucu sağlık hizmetleri talebine dönüştürülmesi,
- Bölgede geniş örneklemlili sağlık hizmetleri kullanım araştırmalarının yapılması,
- Bu araştırmalarda algılanan sağlık düzeyinin ölçümüne yer verilmesi önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Fişek N. Çağdaş sağlık anlayışı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6:4.
2. Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care. Oxford University Press, 1993: 21-76.
3. Larson JS. The Measurement of Health. In: Concepts and Indicators. New York, Greenwood Press, 1991:1
4. Seedhouse D. Health. The Foundations for Achievement-Chichester, John Wiley, 1986;170-74
5. Van Dalen H, Williams A, Gudex C. Lay people's evaluations of health: Are there variations between different subgroups? J Epidemiol Community Health. 1994; 48: 248-53.
6. WHO Constitution. Geneva, 1946.
7. Tatar M, Tatar F. Sağlıkın ölçülmesi. Kavramsal bir çerçeve. Toplum ve Hekim 1997; (12) 78: 54-60.
8. Tuncel N. Türkiye'nin Genel Yapısı ve Sağlığı Etkileyen Faktörler. İçinde: Güçhan N (Ed), Halk Sağlığı Hemşireliği. Eskişehir, 1992: 41-59
9. Güler Ç, Benli D. Çevre Sağlığı İçinde: Bertan M, Çağatay G (eds), Halk Sağlığında Temel Bilgiler. Ankara, 1995: 227-65



10. Saltık A. Sağlıklı Toplumun Değeri. Sağlık Dergisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını, 1985; (59): 55-58.
11. Atakurt Y. Sağlık ve kalite. Tüketici Bülteni 1994; 75: 6.
12. Ware JE Standarts for validating health measures: Definition and concent. J Chronic Dis. 1987; 40 (6): 473-80.
13. Akyol AD. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1993; 9 (3): 71-75.
14. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, et al. Quality of life measures in health care I: Applications and issues in assessment. BMJ 1992; 305: 1074-77.
15. Meeberg GA. Quality of life: A concept analysis. J Adv Nurs. 1993;18: 32-38.
16. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: Development and sychometrik properties. ANS Adv Nurs Sci. 1985; 8 (1): 15-24.
17. Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health” J Health Soc Behav. 1993; 34: 105-21.
18. Greenfield S, Nelson EC. Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. Med Care 1992; 30 (5): 23-41.
19. McDowell I, Newel C, Measuring Health. In: A guide to rating scales and questionnaires. New York. Oxford University Press, 1987: 16.
20. Elinson J, Martha JB, Ronald A, Martin RF. Health Goals and Health Indicators. İn: Policy, planning, and evaluation. AAAS Selected Symposium 2. Westview Press, 1977:119.
21. Bowling A. Measuring Health. Milton Keynes Open University 1991; 7: 1-8, 56.
22. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Perceived Health: Age and sex comparisons in a community. J Epidemiol Community Health 1984; 38: 156-60.
23. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-Related Quality of Life. Ann Intern Med. 1993; 118 (8): 622-29.
24. Smith GT. Measuring the Social Benefits of Medicine. London, OHE 1983: 61.
25. Hourani LL, Khlat M. Determinants of perceived mental status and help-seeking behaviour: “Preliminary testing of a conceptual model” Soc Sci Med.1986; 22 (10): 1081-86.

26. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989; 27 (3): 217-32.
27. Ware JE. Conceptualizing and measuring generic health outcomes. **Cancer** 1991;67 (1): 774-79.
28. Bruin A, Piacet HSJ, Nossikov A. Perceived Health, Health Interview Surveys, WHO, Finland, 1996: 51-54.
29. Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlığı lemenin kolay bir yolu: Algılanan Sağlık. *Toplum ve Hekim* 1997; 12 (77): 11-15.
30. Jenkins DC. Assessment of outcomes of health interventions. *Soc Sci Med.* 1992; 35 (4): 367-75.
31. Bowling A. Assessing needs and measuring patient satisfaction. *Nursing Time* 1992; 88 (31): 31-34.
32. Rawaf S. Assessing the needs for cancer services for people from ethnic groups. *Br J Cancer* 1996; 74 (24): 35-37.
33. Stevens V, Raftery J. Introduction (Eds), Health Care Needs. In: *The Epidemiologically Based Health Needs Assessment Review* Oxford. Radcliffe Medical Press Ltd, 1994:14.
34. Cullis J, West PA. The Economics of health. In: *An introduction*. Oxford: Martin Robertson. 1979: 93.
35. Long MJ. *The Medical Care System: A Conceptual Model*. Michigan: AUPHA Press/Health Administration Press, 1994: 49.
36. Robinson J, Elkan R. *Health Needs Assessment: Theory and Practice*. New York: Churchill Livingstone, 1996: 16,19,29.
37. elik Y. Sağlıkta eğitlik. *Toplum ve Hekim*, 1994; 63 (9): 12-15.
38. McWhinney IR. *A Textbook of Family Practice* (2 nd ed). New York, Oxford University Press, 1997: 3-29, 37-104, 179-229.
39. ilingiroğlu N. Sağlık Ekonomisi: İçinde: Bertan M, Güler  (eds), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1995: 391- 419.
40. Türk Dil Kurumu. *Türkçe sözlük*. Ankara, 1988.
41. Clark DW. Dimensions of the Concepts of Access to Health Care. *Bulletin of The New York Academy of Medicine* 1983;59 (1): 5-6

42. Kaya S. Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim Dergisi* 1995; 10 (65): 101-106.
43. İdil A. Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesi. İçinde: Akdur R, Çöl M, Işık A (eds) *Halk Sağlığı*, Antıp Yayınevi, Ankara, 1998.
44. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1973; (51): 105-110.
45. Donabedian A. Models for organing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1972; (50): 111.
46. Tokat M. Sağlık Ekonomisi. İçinde: İş İdaresi: 266. *Anadolu Üniv. Açıköğretim Fak. AÜ* yayın no 793, Ankara, 1994.
47. Aday LA, Andersen R. Equity of access to medical care; A conceptual and empirical Overview. *Med Care* 1981;19 (12): 5.
48. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent Attenders in General Practice: Quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19 (3): 174-77.
49. Şenol Y, Belek İ. Antalya’nın iki mahallesinde bir araştırma. Sağlıkta eşitsizlik ve iki yıllık değişim sonuçları. *Sağlık ve Toplum* 2002; 12 (3): 32-40.
50. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Formanek, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol.* 2000; 16 (6): 511-18.
51. Newman FJ. Age, Race and Education as Predisponding factors in physician and dentist utilization. In: Andersen R, Kravits J, Enderson WO. *Equity in health services: Empirical Analyses in social policy*. Cambridge, Ballinger Publishing Company, 1975: 35-71.
52. Kasper J. Physician Utilization and Family Size. In: Andersen R, Kravits, J, Enderson WO. *Equity in Health Services: Empirical analyses in social policy*, Cambridge, Ballinger Publishing Company, 1975: 55-70.
53. Yu LC, Zhang AY, Draper P, Kassab C, Miles T. Cultural correlates of self perceived health status among Chinese elderly. *J Cross Cult Gerontol* 1997; 12 (1): 73-89.
54. Gross R, Barmmli-Greenberg S, Remennick L. Self-rated health status and health care utilization among immigrant and non immigrant Israeli Jewish women. *Women Health* 2001; 34 (3): 53-69.

55. Al-Windi A, Dag E, Kurt S. The Influence of perceived well-being and reported symptoms on health care utilization: A population-based study. *J Clin Epidemiol*. 2002; 55(1): 60-66.
56. Alkoy S. Ümraniye İlçesinde Kişilerin Sağlığı ve Hastalığı Açıklayışları, İyileştirici Sağlık Hizmetlerini Kullanımları, Aldıkları Sağlık Hizmetinden Memnuniyetleri ve Bunları Etkileyen Etmenler, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2002.
57. Bellon JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29(6):1347-57.
58. Honkinen PL, Suominen SB, Valimaa RS, Helenius HY, Rautava PT. Factors associated with perceived health among 12-year old school children. Relevance of physical exercise and sense of coherence. *Scand J Public Health*. 2005; 33 (1): 35-41.
59. Pala T, Ergin S. İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde hizmet alan kesimin hoşnutluk ve beklentileri. *Sağlık ve Toplum* 1999; 9 (4): 3-8.
60. Çelik Y. Doğum öncesi bakım kullanımını etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum* 1999; 9 (1): 25-33.
61. Çelik Y. Health Production Function and Demand for Health Care: An Application to Turkey DHS, PhD Thesis, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ankara 1998.
62. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara Siyasal Kitabevi, 2000: 17-70.
63. Balcı E. Kayseri İl Merkezinde Görev Yapan Öğretmenlerin Aldıkları Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, Doktora Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2005.
64. Ministry of Health. Health Services Utilization Survey in Turkey. (1st Ed). Ankara, December 1995.
65. Güldal D, Şemin S, Oğlak S. Üçüncü basamak hastanelere başvuru nedenleri, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı, ss 174-81, 28-29 Eylül 2000, Ankara.
66. Hannay DR. *Lecture Notes on Medical Sociology*, Blackwell Scientific Publications, 1998.
67. Gesler MW, Meade SM. "Locational and Population Factors in Health Care-Seeking Behaviour in Savannah, Georgia". In: DeFriese GI, Ricketts TC, Stein SJ, *Methodological*

Advances In Health Services: Empirical Analyses in Social Policy. Cambridge, Ballinger Publishing Company 1989: 55-70.

68. Abernathy WJ, Moore JR. Regional planning of primary health care services. *Med Care* 1972; 10 (5): 380-94.
69. Mooney G. *Economics, Medicine and Health Care*. New York, Harvester Wheatsheaf Inc., 1986.
70. Uzantı A. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bornova-İzmir 1999.
71. Belek İ. Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitsizlikler, *Toplum ve Hekim* 1998; 13 (4): 293-96.
72. Sundar N, Nietert PJ. Hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, and their combinations increased health care utilization and decreased health status. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57 (9): 954-61.
73. Connelly JE, Philbrick JT, Smith GR Jr, Kaiser DL, Wymer A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care* 1989; 27 (3): 99-109.
74. Krakau I. Perception of health and use of health care services in a Swedish Primary Care District: A ten years perspective. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9 (2): 103-108.
75. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: Results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000;51(1):123-33.
76. Fernandez de la Hoz K, Leon DA. Self- perceived health status and Inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol*. 1996; 25 (3): 593-603.
77. Cavelaars AE, JM, Kunts A, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, et al. Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European Countries. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 219-27.
78. Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlıkta eşitsizliğin gösterilmesi. *Toplum ve Hekim* 1998;13 (2):105-109.
79. Baum A, Grunberg NE. Gender, stress and health. *Health Psychology* 1991; 10 (2): 80-85.
80. McDonough P, Walters V. Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med*. 2001; 52: 547-59.

81. D' houtad, A, Field MG. The image of health. Variations in perception by social class in a French Population. *Social Health Illn.* 1984; 6 (1): 30-60.
82. Stronks K, Mheen HD, Mackenbach JP. A higher prevalence of health problems in low income groups: Does it reflect relative deprivation. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 548-57.
83. Aktekin M, Dedeoğlu N. Antalya'da gecekondular bölgeleri ve sağlık araştırması. *Toplum ve Hekim* 1995; 10 (66): 11-16.
84. Top M. Sincan 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki gebe kadınların algıladıkları sağlık ihtiyaçları üzerine bir araştırma. *Sağlık ve Toplum* 2000; 10 (3): 31-40.
85. Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlıkta eşitsizlik: Antalya kent merkezinde 15 yaş ve üzeri kişilerde morbidite farklılıkları. *Toplum ve Hekim* 1998; 13 (2): 22-27.
86. Dedeoğlu N. Kentler ve sağlıkta eşitsizlik. *Toplum ve Hekim* 1998; 13 (2): 123-26.
87. Dedeoğlu N. Türkiye'de kentlerde sağlık sorunları. *Toplum ve Hekim* 1996; 11(71): 54-57.
88. Garrity TF, Somes GW, Marx MB. Factors influencing self assessment of health. *Soc Sci Med.* 1978; 12: 77-81.
89. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 292-304.
90. Idler EL, Angel RJ. Self rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *Am J Public Health* 1990; 80: 446-80.
91. Akyol DA. Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1993; 9 (2): 75-79.
92. Öztekin Z, Eren N, Sağlık Yönetimi: İçinde, Bertan M, Güler Ç (ed), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1995: 371-87.
93. Dirican R, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. İçinde: Dirican R, Bilgel N (eds) *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*. II.Baskı. Bursa, Uludağ Üniv. Güçlendirme Vakfı Yay. No:70, 1993:571-81.
94. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniv. Tıp Fak., *Toplum Hekimliği Ens.*, Ankara, 1985:5, 115-166.
95. Beşer E, Çan G. Temel sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunu etkileyen bazı faktörler, 4.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, ss 244-46, 22-24 Eylül 1994, Didim.

96. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri (ikinci Baskı), Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 92/2, Ankara, 1992.
97. Tarimo E. Towards a Healthy District Health Systems Based on Primary Health Care. WHO, Geneva, 1991:5.
98. Engin O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. İçinde: Hayran O, Sur H (ed), Hastane yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1997: 65.
99. Tokathoğlu M. Sağlıkta Kalite Yönetimi. İçinde: Çoruh M (ed), Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997: 236.
100. Devlet Planlama Teşkilatı Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994, Devlet Planlama Teşkilatı, 1989.
101. Öztekin Z, Eren N. Sağlık Yönetimi. İçinde; Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, 1995: 371-87.
102. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2003, Ankara 2004:22,34,39,69,72,114,115.
103. T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2002, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara, 2003:39-113.
104. Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayınları, İstanbul, 1998:33-41, 271-301.
105. Bodur S. Türk Aile Ansiklopedisi: Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. TC. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1991: 3-13.
106. 22.01.2004 tarih ve 1342 sayılı Sağlık Bakanlığı-SSK Tesislerinin Ortak Kullanım Genelgesi
107. 09.09.2003 tarih ve 17329 sayılı Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesisleri Ortak Kullanımı Ek Protokolü.
108. Soyer A, Belek İ. Türkiye’de özel sağlık sektörü ve sağlıkta özelleştirme. Toplum ve Hekim 1998; 1 (3): 35-45.
109. Bilak Ş. Sağlık Eğitimi ve Yönetimi. Ankara, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı Yayınları, 2001.
110. Tokat M. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993: 11-12.
111. 09.06.2003 tarih ve 12295 sayılı, 2003/66 No’lu Sağlık Bakanlığı-Bağkur Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Protokolü Hakkında Genelge.

112. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, Madde 209 (Değişik madde: 30/05/1973-KHK 5/8 md). (Değişik fıkra: 25/06/2003-4905 S.K./1.md.).
113. 21.07.2004 ve 25529 sayılı resmi gazetede yayınlanan 5222 sayılı kanunun 1.maddesinde yapılan değişiklikle 3816 sayılı kanunda sağlanan değişiklik.
114. Öztürk A, Gün İ, Mazıcıoğlu M. Kayseri’de halkın sağlık ocaklarından yararlanımı ve memnuniyet durumu. Aile Hekimliği Dergisi 2002; 6 (3):114-20.
115. Martikainen P, Lahelma E, Marmot M, Sekine M, Nishi N, et al. A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan. Soc Sci Med.2004; (9): 1287-95.
116. Baum F, Cooke R. Community–health needs assesment: Use of the Nottingham Health Profile in an Australian Study. Med J Aust. 1989; 150: 581-90.
117. McEwen J. The Nottingham Health Profile: A Measure of Perceived Health Teeling Smith G (ed), Measuring the Social Benefits of Medicine. Office of Health Economics, London 1983: 75-83.
118. Küçükdeveci A.A, Mckenna S.P, Kutlay S, Gürsel Y, Whalley D, et al. The development an psychometric assesment of the Turkish Version of the Nottingham Health Profile. Int J Rehabil Res. 2000; 23: 31-38.
119. European Group for Quality of Life Measures in Health Care I: Applications and Issues in Assessment. BMJ 1992; 305: 1074-77.
120. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Argyle M. NHP: An Analysis of its sensitivity in differentiating illness groups. Soc Sci Med 1988; 27 (12): 1411-14.
121. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and Preliminary Validity. Am J Public Health 1990; 80: 704-708.
122. European Group for Quality of Life Assesment and Health Measurament. European Guide to The Nottingham Health Profile. Brookwood, Surrey, Brookwood Medical Publications, 1993:8-16.
123. Arseven A. Alan Araştırması Yöntemi: İlkeler-Teknikler-Öneriler. Ankara, Tekışık Matbaası 1994: 127.
124. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1996: 46.
125. Carey-Raymond G, Seibert-Jerry HA Patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. Med Care. 1993; 31(9): 834-45.



126. Lamarca R, Alonso J, Santed R, Prieto L. Performance of a perceived health measure in different groups of the population: A comprehensive study in Spain. *J Clin Epidemiol* 2001; 54(2):127-35.
127. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998.
128. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.
129. UNİCEF. Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi Ülke Programı 1991-1995. Ankara, Yeniçağ Matbaası 1991:166.
130. DİE- Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllığı Ankara, 2004:143-152
131. Soyer A., AKP Hükümeti ve sağlık. *Toplum ve Hekim* 2003; 18 (2): 123-35.
132. Tusiad Raporu. Eylül 2004, TUSİAD-T 2004-09/380, Meşrutiyet Caddesi, no 74, 80050, Tepebaşı-Istanbul.
133. Balabanova DC, Mckee M, Pomerleau J, Rose R, Haerpfer C, et.al. Health service utilization in the Former Soviet Union: Evidence from eight countries. *Health Serv Res* 2004;39 (6):1927-50.
134. Şahin M, Eğri M. Malatya ili Yeşilyurt ilçesinde halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim* 1998; 13 (4): 300-309.
135. Usta İ. Erbaa İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 1999.
136. Kılıç B. Gölbaşı bölgesindeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. *Toplum ve Hekim* 1996; 11 (74): 2-10.
137. Schiber GJ, Pooullier JP. Greenwald LM. Health, Spending, Delivery and Outcomes in OECD Countries 1993; *Health Affairs* 12 (2): 126.
138. Çetinkaya F, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri İlinde I., II., III. basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 0-6 yaş grubu çocukların sevk zinciri açısından incelenmesi. *Toplum ve Hekim* 1994; 62 (9): 6-9.
139. Özcebe LH. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Saptanması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara 1990.

140. Aksakođlu G. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleřtirildiđi Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin Seçtiđi Sağlık Kuruluşları ve Bu Seçimi Etkileyen Etmenler Üzerine Bir İnceleme, Doktora Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniuersitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara 1979.
141. şahin Ö. Edirne şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmetleri Tercihlerine Etki Eden Faktörler ve Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Doktora Tezi, Trakya Üniuersitesi, Edirne 2001.
142. Belek İ, Belek H. T¼rkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman, kurumlar, insan g¼c¼ ve hizmet açısından genel bir değerlendirmesi. Toplum ve Hekim 1998; 13 (5): 322-327.
143. Nesanır N, D¼zkalır H, Gktołga G, Ekin F, Ersin C. ve ark. Manisa ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde sağlıkta eşiitsizlikler, S¼rekli Tıp Eđitimi Dergisi 2005; 14 (10): 221-28.
144. Brown HS. İncome, location, and the demand for health care from public, nonprofit, and for-profit hospitals. J. Health Care Finance 2001; 27 (4): 24-38.
145. Öztaş D. Ankara’da ¼ ocuk hastanesinde polikliniklere başvuran hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, ss 187-194, 12-16 Ekim 1996, Marmara Üniuersitesi, İstanbul.
146. T.C. Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı Yayınları, Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik. Ankara, 2005.
147. Akh¼seyinođlu M, Ayhan S, Kızıлтаř S, Taylan H, Yiğit N. ve ark. Uyanış sağlık ocağına 3-6 haziran 2002 tarihleri arasında başvuran hastaların bekleme s¼releri ve memnuniyet d¼zeyleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, ss 514-17, 23-28 Eyl¼l 2002, Dicle Üniuersitesi, Diyarbakır.
148. Morgan M. The doctor-patient relationship. İn: Scamber G, Graham G, Sociology as applied to sociology, Bailliere Tindall, 1991.
149. Peron NJ, Secretan F, Vanotti M, et. al. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. J Fam pract. 2003; 20 (4): 428-33.
150. Eker HH, Usta İ, şen S. Sağlık ocaklarında hizmet memnuniyeti ve buna etki eden faktörler. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, ss 313-23, 28-29 Eyl¼l 2000, Ankara Üniuersitesi, Ankara.
151. Kaya S. Ankara metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği, Toplum ve Hekim 1996;11 (71): 2-14.

152. Özcebe LH. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Saptanması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara 1990.
153. Bor S, Baykan Z, Kavafoğlu İ. Beşparmak Sağlık Ocağı Bölgesinde Sağlık Ocağı Kullanma Durumu ve Hasta Memnuniyeti. 9. Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri Özet Kitabı. s 375, 3-6 Kasım 2004, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
154. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Kayseri İlinde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağından yararlanma durumu ve beklentileri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13 (3): 106-109.
155. Kışioğlu AN, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. Isparta'da halkın sağlık ocaklarından yararlanma ve memnuniyet durumu. Tıp Etiği-Hukuku Tarihi, 2003; 11 (3):184-188.
156. Bodur S, Özdemir YE, Kara F. Outpatient satisfaction with health centers in urban areas. Turk J Med Science 2002; 32: 409-14.
157. Boudreaux ED, O'hea EL. Patient satisfaction in the emergency department: A review of the literatur and implications for practice. J Emerg Med. 2004; 26 (1): 13-26.
158. Kuisma M, Maatta T, Hakala T, Sivula T, Nousila-Wiik M, et al. Customer satisfaction measurement in emergency medical services. Customer satisfaction in EMS 2003; 10 (81): 2-5.
159. Şahin Ü, Şahin SY, Bekem S. Hastane işletmeciliğinde kalite. Hasta tatmini ve işgören tatmini paradigması. 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, ss 358-65, 28-29 Eylül 2000, Ankara Üniversitesi, Ankara.
160. Vuori H. Patient satisfaction: An attribute or indicator of quality care? Quality review bull 1987; 13: 106-108.
161. Woods CR, Arcury TA, Powers JM, Preisser JS, Gesler WM. Determinants of health care use by children in rural western North Carolina: Results from the Mountain Accessibility Project. Pediatrics 2003; 112 (2): 143-52.
162. Settertobulte W, Kolip P. Gender-specific factors in the utilization of medical services during adolescence. J Adolesc. 1997; 20 (1): 121-32.
163. Yiğit AÇ, Kaya S, Toraman AR. Sosyal güvence kapsamında olan bir nüfusta hekime gitme sıklığı. Halk sağlığı kongre kitabı, ss 279-82, 12-16 Ekim 1996, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

164. Dever GEA. *Epidemiology in Health Services Management*. Rockville, Maryland, Aspen Publisher Inc. 1984: 217.
165. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robins JA, et al. Gender differences in the utilization of health care services, *J Fam Pract* 2000; 49 (2): 147-52.
166. Güçsavaş N. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Son Sınıf Öğrencilerinin Kadın Sağlığı Sorunlarına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, ss 910-18, 1990, Ege Üniversitesi, İzmir.
167. Green CA, Pope CR. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis. *Soc Sci Med*. 1999; 48 (10):1363-72.
168. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. A meta analysis of predictors of positive health practices. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36 (2):102-108.
169. Gülesen Ö. Çalışma Tipleri. İçinde: Çağdaş Epidemiyoloji. Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1995:43-79.
170. Türedi M. Kırsal Kesimde Birinci Basamak İyileştirici Hekimlik Hizmetleri ve İlgili Etkenler, Doktora uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara 1979.
171. Tannenbaum C, Mayo N. Women's health priorities and perceptions of care: A survey to identify opportunities for improving preventative health care delivery for older women. *Age Ageing* 2003; 32 (6): 626-35.
172. Beşer E, Gamze Ç. Temel sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunu etkileyen faktörler. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, ss 244-46, 12-16 Eylül 1994, Didim.
173. Söylemez D, Sur H, Atlı H, Gemlik N, Hayran O. Ümraniye Mustafa Kemal, Dudullu ve Şerif Ali Sağlık Ocakları Bölgesinde iyileştirici sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunu etkileyen etmenler. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, ss 191-203, 28-29 Eylül 2000, Ankara Üniversitesi, Ankara.
174. Soyer A. Bir araştırma nedeni ile sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık ocakları, *Toplum ve Hekim* 1999; 13 (5): 362-63.
175. Özgür S, Bozkurt Aİ, Şahinöz S, Özçırpıcı B, Şahinöz T, ve ark. Gap Bölgesinde Halkın Sağlık Kuruluşlarından Yararlanımı. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, ss 900-903, 23-28 Eylül 2002, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
176. Halmert U. Perceived General Health and Mortality. *Gesundheitswesen*. 2003; 65 (1): 47-54.

177. WHO Regional Office For Europe Health for All Targets, The Health Policy for Europe. European Health for All Series, No:4, Copenhagen, 1993.
178. Şenol Y, Türkay M, Aktekin M. Algılanan sağlık ile sosyoekonomik koşullar ve fiziksel sağlığın ilişkisi. 9.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, s 464, 28 Eylül-01 Ekim 2005, GATA, Ankara.
179. AI-Windi A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. Health Qual. Life Outcomes 2005; 27; 3 (1): 28.
180. Shadbolt B. The relation between income, health and employment status, Int J Epidemiol 1997; 26 (3): 592-600.
181. Lujan LMB, Rivero JBS, Ramos P, Majem S. The social and health variables associated with the self perception of the health status of adult population of gran canaria. Aten Primaria.1999; 24 (9): 533-536.
182. Günay O, Gün İ, Öztürk A, Çetinkaya F, Nacar M. The effect of various factors on poor self-rated health among the older people in Kayseri. Turkish Journal of Geriatrics 2005; 8 (1): 287-89.
183. Seculi E, Fuste J, Brugulat P, Junca S, Rue M, et al. Health self-perception in men and women among the elderly. Gac Sanit 2001; 15 (3): 217-23.
184. A. Gilmore BC, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self perceived health in Ukraine . Soc Sci Med 2002; 55 (12): 2177-88.
185. Baker DW. Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J, et al. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. Am J Public Health 1997; 87 (6): 1027-30.
186. Yardım M, Özcebe H. Ankara ili Çankaya İlçesinde sağlıkta eşitsizlikler. 9.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. s 371, 3-6 Kasım 2004, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
187. Mapelli V. Health needs. Demand for health services and expenditure across social groups in Italy. An empirical investigation. Soc Sci Med. 1993; 36 (8): 999-1009.
188. A. Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. A metanalysis of predictors of positive health practices. J Nurs Scholarsh 2004; 36 (2): 102-108.

189. Krieger N, Fee E. What's class Got to do with it? The State of Health Data İn The United States Today, *Socialist Review* 1993; 1: 59-82.
190. Mackenbach JP. Van den Bos J, Joung IM. The determinants of excellent health, *Int. J Epidemiol.* 1994; 23 (6): 1273-81.
191. İnanç N, Hatipoğlu S. Sağlıklı toplumlar için sağlıklı aile. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1995; 11-35.
192. Belek İ. Sınıflar; sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımlar ,ve yararlandıkları sağlık kurumları. *Antalya'da iki bölge, yedi sınıf. Toplum ve Hekim* 1999; 14 (1): 55-67.
193. Tay JB, Kelleher CC, Hope A, Barry M, Gabhainn SN, et al. Influence of sociodemographic and neighbourhood factors on self rated health and quality of life in rural communities: Findings from the Agriproject in the Republic of Ireland. *J Epidemiol Community Health.* 2004; 58 (11): 904-11.
194. Dunn JR, Walker JD, Graham J, Weiss CB. Gender differences in the relationship between housing, socioeconomic status, and self-reported health status. *Rev Environ Health.* 2004; 19 (3-4): 177-95.
195. Blumel JE, Castelo-Branco, C, Binfa, L, Hilditch JR, Lewis J, et al. Quality of life after the menopause: A population study *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
196. Başer M. Hormon Replasman Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002.
197. Karpansalo M, Manninen P, Kauhanen J, Lakka TA, Salonen JT. Perceived health as a predictor of early retirement. *Scand J Work Environ Health* 2004; 30 (4): 287.
198. Ettner SL, Grzywacz JG. Workers 2 perceptions of how jobs affect health: A social ecological perspective. *J Occup Health Psychol* 2001; 6 (2): 101-13.
199. Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived-health. *Health Rep.* 2001; 13 (1): 35-52.
200. Talas S. Yaşam kalitesi ve hemşirelik hizmetleri. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, ss 139-46, 28-29 Eylül 2000, Ankara Üniversitesi, Ankara.
201. Bowling AP. Contact with practitioners and differences in health status among people aged over 85 years. *J.R Coll Pract* 1989; 319: 52-55.

202. McFarland BH, Freeborn DK, Mullooly JP, Pope CR. Utilization patterns among long-term enrollees in prepaid group practice Health Maintenance Organization. *Med Care* 1985; 23: 1221-33.
203. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasaeu M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 1997; 5: 517-28.
204. Somunoğlu S. Nottingham Sağlık Profili: Hastane alışanları Üzerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1998.
205. olak M, Hanoğlu Z, Ersoy K. Nottingham Sağlık Profili ile akademisyenlerin iyilik hallerinin değerlendirilmesi. 9. Halk Sağlığı Günüleri Bildiri Kitabı, s.199, 28 Eylül-01 Ekim 2005, GATA, Ankara.

**EK-1****KAYSERİ İL MERKEZİNDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE ALGILANAN SAĞLIK DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ****Sağlık Ocağının Adı :****Sağlık Evi Bölgesi :****Aile reisinin adı-soyadı :****Telefon numarası :***Sayın Katılımcı,*

*Bu çalışma Kayseri il merkezinde yaşayan bireylerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını ölçmek, sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında herhangi bir sağlık kurumundan sağlık hizmeti alıp almadıklarını öğrenmek, sağlık kurumları yada sağlık personeline başvuruyu etkileyen faktörleri belirlemek ve düzeltici tedbirler almak amacıyla Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana bilim Dalında doktora yapan Öğr. Gör. Vesile ŞENOL tarafından tez çalışması olarak yürütülmektedir.*

*Çalışmada her aile için Aile Anket Formu, 0-14 yaş grubundaki her çocuk için Çocuk Anket Formu ve 15 yaş ve üzeri her yetişkin için doldurulacak Yetişkin Anket Formu olmak üzere üç ayrı form bulunmaktadır. Aile fertlerinizden ilgili yaş grupları için düzenlenen anket formlarını eksiksiz ve doğru yanıtlar vererek doldurmanız çalışmanın güvenilirliği açısından son derece önemlidir.*

*İlginiz ve sabrınız için şimdiden teşekkür ederiz.*

**AİLE ANKET FORMU**

	<b><u>KOLON</u></b>
<b>1. Anket Sıra No:</b> -----	<b>1- 4</b>
<b>2. Ailedeki kişi sayısı</b> -----	<b>5</b>
<b>3. Aile tipi:</b> -----	<b>6</b>
1. Geleneksel aile                      2. Çekirdek aile                      3. Parçalanmış aile	
<b>4. Ailenin Aylık Geliri :</b> .....milyon TL    1. Düzenli    2. Düzenli değil	<b>7</b>
<b>5. Ailede sağlık kuruluşuna gitme kararını kim alır?</b> -----	<b>8</b>
1. Baba    2. Anne    3. Büyükbaba    4. Büyükanne    5. Diğer .....	
<b>6.Evinizden en yakın sağlık kuruluşuna olan uzaklık ne kadardır?</b> -----	<b>9</b>
1. 500 metreden az    2. 500-1000 metre    3. 1 km'den fazla    4. Diğer .....	
<b>8. Hangi sağlık ocağına bağlısınız? Adımı yazınız.</b> -----	<b>10</b>



### 0-14 YAŞ GRUBU ÇOCUKLAR İÇİN ANKET FORMU

9. Çocuğunuzun yaşı.....11
10. Cinsiyeti 1.Erkek 2.Kadın .....12
11. Kronik hastalığı var mı? 1. Yok 2. Var ( açıklayın.....13
12. Son bir yıl içinde hastaneye yattı mı? 1.Hayır 2. Evet ( .....14
13. Son bir yıl içinde çocuğunuzun sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunda hangi kuruma, ne amaçla ve kaç kez başvurduunuz? .....15-27

Nereye Başvurdunuz	Kaç kez	Ne Amaçla Başvurdunuz? Lütfen Aşağıdaki LİSTE'den ilgili rakamları seçerek gittiğiniz kurumun karşısına yazınız
Sağlık Ocağı	.....Kez	.....
Devlet Hastanesi	.....Kez	.....
SSK Hastanesi	.....Kez	.....
SSK Semt Polikliniği	.....Kez	.....
SSK dispanseri	..... Kez	.....
Verem Savaş Dispanseri	..... Kez	.....
Fakülte Hastanesi	.....Kez	.....
Doğum ve çocuk Hastanesi	.....Kez	.....
Askeri Hastane	.....Kez	.....
Göğüs hastalıkları Hastanesi	..... Kez	.....
Özel Hastane/poliklinik/ özel doktor muayenesi	.....Kez	.....
Diş hekimi	.....Kez	.....
*Diğer .....	.....Kez	.....

#### Sağlık Kuruluşuna Başvuru Nedenleri Listesi

1. Muayene ettirme	1-a Acil durum	1-b Kronik hastalık
2. İlaç yazdırma	3. Sevk yaptırma	4. Ameliyat ettirme
5.Enjeksiyon / pansuman	6. Tansiyon ölçtürme	7. Tahlil yaptırma
8. Sağlıklı iken kontrol	9.Tedavi sonrası kontrol	10. Aşı yaptırma
11.Büyüme-gelişme izlemi	12- Diğer.....	

14. Çocuğunuz bu kuruma tekrar götürür müsünüz? .....28
1. Evet 2. Hayır ( neden.....)

**15 VE ÜZERİ YAŞ GRUBU KİŞİSEL ANKET FORMU**

- 15. Aile içindeki konumunuz.....29**
- 16. Yaşınız.....30**
- 17. Cinsiyetiniz** 1.Erkek 2.Kadın .....31
- 18. Medeni durumunuz .....32**  
 1.Bekar 2. Evli 3.Eşi ölmüş 4. Eşinden ayrılmış
- 19. Öğrenim durumunuz? .....33**  
 1. Okur-Yazar değil 2. Okur –Yazar 3. İlkokul mezunu  
 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu
- 20. Mesleğiniz/ işiniz:.....34**  
 1. İşçi 2.Çiftçi 3. Memur 4. Emekli 5. Ev hanımı 6. Esnaf-tüccar- zanaatkar  
 7. Serbest meslek ( avukatlık, doktorluk, eczacılık v.b) 8. Öğrenci  
 9. Diğer (belirtiniz.....)
- 21. Bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumu hangisi ?.....35**  
 1. Yok 2. SSK 3. Emekli Sandığı 4. Bağ-kur 5.Yeşil kart 6.Diğer( .....)
- 22. Son bir yıl içinde hastaneye yattınız mı ?.....36**  
 1.Hayır 2. Evet ( hangi hastane.....)
- 23. Kronik (müzmin) hastalığınız var mı? (doktor tarafından teşhis edilmiş).....37**  
 1. Hayır 2.Evet ( hastalığın adı ne.....)
- 24-31 arası soruları 15-49 yaş grubu evli kadınlar cevaplayacaktır.**
- 24. Şu anda Gebelikten Koruyucu Yöntem kullanıyor musunuz.....38**  
 1. Hayır 2. Evet ( yöntemin adını yazınız.....)
- 25.Yöntemin temin edildiği kişi/kurum neresi?.....39**
- 26. Son bir yıl içinde doğum yaptınız mı? 1. Hayır 2. Evet (nerede.....40**
- 27. Şu anda hamile misiniz? 1. Hayır 2. Evet.....41**
- 28. Cevap evet ise kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz?.....42**
- 29.Son gebeliğinizde tetanoz aşısı yaptırdınız mı? .....43**  
 1. Hayır 2. Evet ( nerede .....Kaç doz .....yaptırdınız)
- 30. ( Evli bayanlara sorulacak) Son bir yıl içinde rahim kanseri taraması için rahim ağzından sürüntü aldırmanız mı ?.....44**  
 1. Hayır 2. Evet ( nerede.....)
- 31. (40-59 yaş arası bayanlara sorulacak) Son bir yıl içinde mamografi çektirdiniz mi ya da meme muayenesi yaptırdınız mı? 1. Hayır 2. Evet..... 45**

**32. Son bir yıl içinde hastalandığımızda ya da sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda hangi kuruma, hangi amaçla ve kaç kez başvurduunuz? .....46-59**

Nereye başvurduunuz	Kaç kez Gittiniz	Ne amaçla Başvurdunuz? Aşağıdaki LİSTE'den ilgili rakamları seçerek gittiğiniz kurumun karşısına yazınız
Sağlık Ocağı	..... Kez	.....
Devlet Hastanesi	.....Kez	.....
SSK Hastanesi	.....Kez	.....
SSK Semt Polikliniği	.....Kez	.....
SSK dispanseri	.....Kez	.....
Verem Savaş Dispanseri	.....Kez	.....
Fakülte Hastanesi	.....Kez	.....
Doğum Hastanesi	.....Kez	.....
Askeri Hastane	.....Kez	.....
Göğüs hastalıkları Hastanesi	.....Kez	.....
Özel Hastane/poliklinik/özel doktor Muayenesi	.....Kez	.....
Diş hekimi	.....Kez	.....
Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri	.....Kez	.....
*Diğer.....	.....Kez	.....

Sağlık Kuruluşuna Başvuru Nedenleri Listesi		
1. Muayene olma	<b>1-a</b> Acil durumlar	<b>1-b</b> Kronik hastalık
2. İlaç yazdırma	3. Sevk yaptırma	4. Ameliyat olma
5.Enjeksiyon / pansuman için	6. Tansiyon ölçtürme	7. Tahlil yaptırma
8. Sağlıklı iken kontrol	9.Tedavi sonrası kontrol	10. Kürtaj yaptırma
11.Aile planlaması yöntemi	12. Gebelik Takibi	13. Doğum yapma
14. Doğum sonu izlem	15.Çocuk izlemi	16. Aşı yaptırma
17. Prostat muayenesi	18. Meme muayenesi	19. Mamografi çektirme
16.Diğer:		

**33. Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğunda genellikle nereye gitmeyi tercih****edersiniz?.....60**

1. Sağlık Ocağı    2. Devlet Hastanesi    3.SSK Hastanesi    4. Özel Poliklinikler  
5. Özel Doktor Muayenesi    6. Fakülte Hastanesi    7.Diğer.....

**34. Genellikle gittiğiniz kurumu tercih etme nedeniniz nedir?.....61-68**

Sizin için uygun olan seçeneklerde **Evet**, uygun olmayan seçeneklerde **Hayır** şıkkın  
daire içine alınız.

1. Ulaşım kolaylığı/yakınlık	1. Evet	2. Hayır
2. Hizmetlerin ucuz olması	1. Evet	2. Hayır
3. İşlerin çabuk görülmesi	1. Evet	2. Hayır
4. Sosyal Güvencem Gereği	1. Evet	2. Hayır
5. Hizmetlerin kaliteli olması	1. Evet	2. Hayır
6. Sağlık Personeline Güven	1. Evet	2. Hayır
7. Gidecek başka yerim yok	1. Evet	2. Hayır
8.Memnun olduğum için	1. Evet	2. Hayır
9.Diğer.....		

**35. Sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığınıza inanıyor musunuz?.....69**

1. Evet    2. Hayır ( sizce nedeni nedir?.....)

**36.Son 1 yılda ihtiyacınıza rağmen sağlık kuruluşuna başvurmadığınız oldu mu?....70**

- 1.Hayır ( 37'inci soruya geçiniz)    2. Evet ( 36' ıncı soruyu cevaplayınız)

**37. Cevap Evet ise sağlık kurumuna başvurmama nedeniniz nedir?.....71-82**

1. Hastaneye yatma, taburcu olma v.b işlerin fazla olması	1. Evet	2. Hayır
2. Hemşire/Hekim ve diğer personelin olumsuz davranışı	1. Evet	2. Hayır
3. Hekim/hemşirelerin bilgi-beceri yetersizliği	1. Evet	2. Hayır
4. Sağlık kuruluşunda araç-gereç yetersizliği	1. Evet	2. Hayır
5. Kurumun genel temizliğinin yetersiz olması	1. Evet	2. Hayır
6. Bekleme süresinin uzun olması	1. Evet	2. Hayır
Cevap evet ise kaç..... dakika ya da kaç.....saat beklediniz		
7. Mahremiyete dikkat edilmemesi	1. Evet	2. Hayır
8. Muayene süresinin yetersiz olması	1. Evet	2. Hayır
Cevap evet ise muayeneniz kaç .....dakika sürdü		
9. Hizmetlerin pahalı olması	1. Evet	2. Hayır
10. Sağlığımı ihmal ettiğim için	1. Evet	2. Hayır
11.Sağlık güvencem olmadığı için	1. Evet	2. Hayır
12. Diğer .....		

38. Sağlık kuruluşlarından beklentileriniz nelerdir?.....83

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

39. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? .....84

1. Mükemmel      2. Çok İyi      3. İyi      4. Orta      5. Kötü

40. Bir yıl önceki ile karşılaştığınızda şimdiki sağlık durumunuzu aşağıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz? .....85

1. Bir yıl öncekinden çok daha iyiyim      2. Bir yıl öncekinden biraz daha iyiyim  
3. Hemen hemen aynı      4. Bir yıl öncekinden biraz daha kötü  
5. Bir yıl öncekinden çok daha kötü

41. Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?.....86

1. Çok kötü      2. Biraz kötü      3. Ne iyi ne kötü      4. Oldukça iyi      5. Çok iyi

42. Aşağıda insanların günlük hayatında karşılaşılabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakınız ve **şu anda** sahip olduğunuz problem için **Evet**, sahip olmadığınız problem için **Hayır** kutucuğunu işaretleyiniz.

**Lütfen her soruyu cevaplayınız.** Emin değilseniz, **şu anda en doğru**

**olduğunu düşündüğünüz** cevabı işaretleyiniz.....87-129

### ENERJİ

- |  |                               |                                |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Enerjim kısa sürede tükeniyor       | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 2. Her şey çaba harcamamı gerektiriyor | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 3. Her zaman yorgunum                  | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |

### AĞRI

- |  |                               |                                |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 2. Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor            | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 3. Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor        | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 4. Oturduğum zaman ağrım oluyor                  | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 5. Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor                  | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 6. Geceleri ağrım var                            | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 7. Dayanılmaz ağrılarım var                      | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 8. Sürekli ağrılar içindeyim                     | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |

**DUYGUSAL REAKSİYONLAR**

1. Günler çok ağır geçiyor  Evet  Hayır
2. Kendimi sinirli hissediyorum  Evet  Hayır
3. Eğlenmek ve hoşça vakit geçirmenin nasıl bir şey olduğunu unuttum  Evet  Hayır
4. Bu günlerde kolaylıkla öfkeleniyorum  Evet  Hayır
5. Birtakım şeyler beni huzursuz ediyor  Evet  Hayır
6. Keyfim kaçmış bir şekilde uyanıyorum  Evet  Hayır
7. Endişelenmek geceleri uykumu kaçırıyor  Evet  Hayır
8. Sanki kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissediyorum  Evet  Hayır

**FİZİKSEL HAREKETLİLİK**

1. Bir şeylere uzanmak çok zor geliyor  Evet  Hayır
2. Eğilirken zorlanıyorum  Evet  Hayır
3. Merdivenlerden inerken ve çıkarken güçlük çekiyorum  Evet  Hayır
4. Uzun süre ayakta duramıyorum  Evet  Hayır
5. Sadece ev içinde yürüyebiliyorum  Evet  Hayır
6. Giyinirken zorlanıyorum  Evet  Hayır
7. Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum  Evet  Hayır
8. Ayakta duramıyorum  Evet  Hayır

**SOSYAL İZOLASYON**

1. İnsanlarla geçinmek güç oluyor  Evet  Hayır
2. İnsanlarla iletişim kurarken zorlanıyorum  Evet  Hayır
3. Kendimi yakın hissedeceğim kimse yok.  Evet  Hayır
4. Kendimi yalnız hissediyorum  Evet  Hayır
5. İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum  Evet  Hayır

**UYKU**

- |   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 1.Sabahın erken saatlerinde istemeden uyanıyorum      | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 2.Uykuya dalmam uzun sürüyor                          | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 3.Geceleri kötü uyuyorum                              | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 4.Uyumama yardımcı olması için ilaç alıyorum          | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| 5. Gecenin büyük bir kısmında uyanık olarak yatıyorum | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |

**43.** Şimdi yaşamınızda sağlık problemlerinizi etkileyebilecek aktiviteleri düşünmenizi istiyoruz. Aşağıdaki listede, sağlık durumunuzdan etkilenen her aktivite için **Evet** kutucuğunu işaretleyiniz. Etkilenmeyen aktiviteniz ya da size uymayanlar için ise **Hayır** kutucuğunu işaretleyiniz.....**130-137**

- | Mevcut sağlık durumunuz aşağıdaki durumlarda problem yaratıyor mu?  | Evet                     | Hayır                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sağlık durumunuz İş yaşamınızı etkiliyor mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sağlık durumunuz ev işi yapmanızı etkiliyor mu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sağlıkınız sosyal yaşamınızı ( dışarı çıkma, arkadaşlarla beraber olma, sinemaya gitme vs) etkiliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sağlık durumunuz ev yaşamınızı etkiliyor mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sağlık durumunuz cinsel yaşamınızı etkiliyor mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sağlıkınız ilgi / hobilerinizi etkiliyor mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sağlık durumunuz tatillerinizi etkiliyor mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.**

## EK-2

T.C.  
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURULU  
KAYSERİ

**ETİK KURULU KARARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No.	Özü
03.05.2005	05	05/240	

**Karar**

Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Vesile Şenol'un "Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi" adlı araştırması incelenerek, çalışmanın yapılmasının uygun olacağına ve dekanlık makamına sunulmasına oy birliğiyle karar verildi.



ASLI GIBİDİR

Prof. Dr. Tahir E. PATIROĞLU

Prof. Dr. Yalçın TEKOL

Prof. Dr. Yücel ARITAŞ

Prof. Dr. Ümit UKŞAL

Prof. Dr. Selim KURTOĞLU

Prof. Dr. Kader KÖSE

Yard.Doç.Dr. Berrin GÖĞÜSTEN

Av. Z.Yasemin PAZAR