

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINA ETKİ
EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ**

NIHAL GÖRDES AYDOĞDU

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEKLİSANS TEZİ

İZMİR-2007

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINA ETKİ
EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEKLİSANS TEZİ

NİHAL GÖRDES AYDOĞDU

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. ZUHAL BAHAR

'Sağlk Hizmetlerinin Kullanımına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi' konulu bu tez
20.08.2007 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı

Prof. Dr. Zuhal BAHAR



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İçindekiler	i
Tablolar Dizini	iv
Şekiller Dizini	vi
Kısaltmalar Dizini	vii
Özet	1
Summary	2
BÖLÜM I-GİRİŞ	
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2 Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırma Soruları	7
BÖLÜM II-GENEL BİLGİLER	
2.1. EŞİTSİZLİK VE HEMŞİRELİK	8
2.1.1. Sağlıkta Eşitsizliği Açıklayan Kuramlar	10
2.1.1.1. Geleneksel Model	11
2.1.1.2. Epidemiyolojik Model	11
2.1.1.3. Sosyopolitik Model	12
2.1.2. Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçülmesi	12
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı	13
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler	14
2.3.1. Sosyal Belirleyiciler	16
2.3.2. Sağlık Hizmetleri Sistemleri	16
2.3.2.1.Dünya’da Sağlıkta Eşitsizlikler	16
2.3.2.2. Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler	18
2.3.2.3.Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Eşitsizlikler	22
2.3.3.Bireysel Belirleyiciler	22
2.3.3.1.Kişisel Etmenler	23
2.3.3.2.Kolaylaştırıcı Etmenler	25
2.3.3.3.Algılanan Sağlık Düzeyi	28
2.4. Sağlıkta Eşitsizliklerin Önlenmesi	29

BÖLÜM III-GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	31
3.3. Araştırmanın Zamanı	31
3.4. Evren-Örnekleme	31
3.5. Verilerin Toplanması	31
3.5.1. Veri Toplama Araçları	31
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	32
3.6. Araştırma Değişkenleri	32
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	33
3.6.2. Bağımlı Değişken	33
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8. Katılımcıların ve Kurum İzininin Alınması	34
3.9. Araştırmanın Planı	34
3.10. Araştırmanın Bütçesi	34

BÖLÜM IV-BULGULAR

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	35
4.2. Kadınların Koruyucu Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Dışında Herhangi Bir Nedenle) Kullanma Durumları	36
4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Dışında Herhangi Bir Nedenle) Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	37
4.3. Kadınların Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanma Durumları	40
4.3.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	41

BÖLÜM IV-TARTIŞMA

5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Olmadan Herhangi Bir Nedenle) Kullanımı	44
5.1.1. Hane Reisinin İşine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6Ay İçerisinde Herhangi Bir Yakınma Olmadan) Kullanılma Durumu	44
5.1.2. Eğitime Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Herhangi Bir Yakınma Olmadan) Kullanılma Durumu	45
5.1.3. Gelire Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde	45

Herhangi Bir Yakınma Olmadan) Kullanılma Durumu

5.1.4. Sosyal Güvence Durumuna Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Herhangi Bir Yakınma Olmadan) Kullanılma Durumu	45
5.1.5. Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Herhangi Bir Yakınma Olmadan) Kullanılma Durumu	46
5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanımı	46
5.2.1. Hane Reisinin İşine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanılma Durumu	47
5.2.2. Eğitim İle Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanılma Durumu	47
5.2.3. Gelir Seviyesine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanılma Durumu	48
5.2.4. Sosyal Güvence Durumuna Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanılma Durumu	48
5.2.5. Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanılma Durumu	49

BÖLÜM V-SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	50
---------------	----

6.2. Öneriler	50
---------------	----

KAYNAKÇA	52
-----------------	-----------

EKLER

Ek 1. Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu	Ek 1
---	-------------

Ek 2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Anket Formu	Ek 2
--	-------------

Ek 3. Etik Kurul Raporu	Ek 3
-------------------------	-------------

Ek 4. İzin Belgesi	Ek 4
--------------------	-------------

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Tablonun İsmi	Sayfa No
Tablo 1	Bölgesel Özelliklere Göre Sağlık Düzeyi Göstergeleri	17
Tablo 2	Temel Özelliklere Göre Neonatal, Post Neonatal, Bebek ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızları	19
Tablo 3	Temel Özelliklere Göre Aşılama Durumları	19
Tablo 4	Bölgelere Göre Sağlık Personelinin Dağılımı	20
Tablo 5	Doğum Sırasında Yardım Eden Kişilerin Dağılımı	21
Tablo 6	Bölgelere Göre Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim, Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus	21
Tablo 7	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 8	Kadınların Algılanan Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı	36
Tablo 9	Kadınların Koruyucu Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Dışında Herhangi Bir Nedenle) Kullanma, Kurumu Tercih Etme ve Kullanmama Durumlarına Göre Dağılımı	36
Tablo 10	Araştırmaya Katılanların Hane Reisinin İşine Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu	37
Tablo 11	Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Dışında Herhangi Bir Nedenle) Kullanma Durumu	37
Tablo 12	Araştırmaya Katılanların Gelir Düzeyine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetleri (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Dışında Herhangi Bir Nedenle) Kullanma Durumu	38
Tablo 13	Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Durumuna Göre Yakınma Olmadan Sağlık Hizmetlerini (Koruyucu Sağlık Hizmetleri) Kullanma Durumu	38
Tablo 14	Araştırmaya Katılanların Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Dışında Herhangi Bir Nedenle) Kullanma Durumu	39
Tablo 15	Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Dışında Herhangi Bir Nedenle) Kullanımı İçin Seçilmiş Odds	39

Oranları		
Tablo 16	Kadınların Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Olma Durumuna, Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanma Durumuna, Kurumu Tercih Etme ve Kullanmama Nedenine Göre Dağılımı	40
Tablo 17	Araştırmaya Katılanların Hane Reisinin İşine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanma Durumu	41
Tablo 18	Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanma Durumu	41
Tablo 19	Araştırmaya Katılanların Gelir Düzeylerine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanma Durumu	42
Tablo 20	Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Durumuna Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanma Durumu	42
Tablo 21	Araştırmaya Katılanların Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanma Durumu	43
Tablo 22	Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Nedeniyle) Kullanımı İçin Seçilmiş Odds Oranları	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Şeklin İsmi	Sayfa No
Şekil 1	Whitehead-Dahlgren Modeli	10
Şekil 2	Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler	15
Şekil 3	İngiltere’de Mesleksel Sınıflara Göre BÖH’ndaki Değişim	18
Şekil 4	Gebe ve Lohusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı,2003	20
Şekil 5	Araştırmanın Değişkenleri	32

KISALTMALAR

BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUSİAD	: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
WB	: Dünya Bankası

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince her zaman bana destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a, bu çalışmada değerli görüşlerinden yararlandığım hocam Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'e, eğitim süresince gelişimime katkıda bulunan ve önerilerinden yararlandığım hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e, hayatımın her döneminde beni sonsuz destekleyen ve yanımda olan aileme ve eşime teşekkür ederim.

Nihal Gördes AYDOĞDU

ÖZET

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

NİHAL GÖRDES AYDOĞDU

Bu çalışma sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma Aralık 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 210 kadın ile yürütülmüştür. Çalışmada; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, algılanan sağlık durumları ve sağlık hizmetlerinin kullanımını kapsayan anket formları kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni sağlık hizmetlerinin kullanımı, bağımsız değişkenleri hane reisinin işi, gelir, eğitim, sosyal güvence ve algılanan sağlık durumudur. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bu çalışmada; hane reisinin işi %59 oranında düşük sosyal statülü olduğu, kadınların %46.2'si ilkokul mezunu olduğu, %57.1'sinin gelir giderden az ve %69.5'inin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Kadınların genel sağlık algısı %61.9 oranında kötü olup koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma oranı %51.9, tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanma oranı % 61' dir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını yüksek statülü iş 2.91 kat ($p<0.01$), gelirin yüksek olması 1.91 kat ($p<0.05$) ve sosyal güvencenin olması 2 kat ($p<0.01$), tedavi edici hizmetlerin kullanımını ise yüksek statülü iş 0.51 kat ($p<0.01$) ve sosyal güvencenin olması 2.31 kat ($p<0.001$) artırmaktadır. Algılanan sağlık statüsünün hizmet kullanımını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular doğrultusunda hemşireler bakım verdiği kişiler içinde sosyal statüsü düşük olan bireylere öncelik vermeli, iş bulma kurumlarına yönelmeli veya ev ortamında olanaklarını değerlendirerek üretim sürecine katmalı, gelir seviyesi düşük olan kadınlara koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelik oluşturmaktadır. Hemşireler sağlık güvencesi olmayan bireylere yeşil kart çıkartmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetlerinin kullanımı, sosyo-ekonomik statü, algılanan sağlık, hemşirelik

SUMMARY

EVALUATION OF FACTORS WHICH AFFECT THE USE OF HEALTH CARE FACILITIES

NİHAL GÖRDES AYDOĞDU

The aim of this study was to investigate factors which affect the use of health care facilities.

This is a descriptive study and was conducted on 210 women presenting to Esentepe Health Clinic between December 2006 and May 2007. Questionnaires composed of questions about socio-demographic features, perceived health status and the use of health care facilities were used to collect data. The dependent variable tested was the use of health care facilities and independent variables tested were occupation of the breadwinner in each household, income, education, health insurance and perceived health status. Chi-square test and logistic regression analyses were used for data analyses.

The breadwinner had a low social status in 59% of the households, 46.2% of the women were primary school graduates, 57.1% had an income less than their expenses and 69.5% did not have a health insurance. Sixty-one point nine percent of the women had a poor perceived health status, 51,9% used preventive health care facilities and 61% used treatment facilities. A good well-paid job, high income and health insurance increased the use of preventive health care facilities by 2,91 times ($p<0.01$), 1.91 times ($p<0.05$) and 2 times ($p<0.01$) respectively. A good well-paid job and health insurance increased the use of treatment facilities by 0.51 times ($p<0.01$) and 2.31 times ($p<0.001$) respectively. However, they did not affect perceived health status ($p>0.05$).

In view of the results of this study, it can be recommended that nurses should give priority to people with a low social status in the delivery of health care facilities, direct them to job centres or help them to be productive at home and provide preventive health care facilities particularly for women with a low income. Individuals without a health insurance should be offered free health care as well.

Key Words: Use of health care facilities, socio-economic status, perceived health status and nursing

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi:

Eşitsizlik etik bir boyutu olan, gereksiz, önlenbilir ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Sadece günümüz toplumlarına özgü olmayıp, tarihin her döneminde yaşanan eşitsizlikler eğitim, hukuk gibi alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da görülmektedir (1, 2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlıkta eşitsizlik; yalnızca gereksiz ve önlenbilir değil aynı zamanda haksız ve adaletli olmayan farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (4).

Sağlıkta eşitsizlik olgusu 1970'lerin ortasından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun gündeminde önemli yer edinmeye başlamıştır. Bu anlamda 1978 Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri felsefesinde ve 1984 Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri içinde sağlıkta eşitsizlikler üzerinde durulmuştur (1). DSÖ'nün 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık adlı dökümanında; '2020 yılına kadar ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek tüm üye ülkelerde ¼ oranında azaltılmalıdır' tümcesi bulunmaktadır (5). Ülkemizde 1960'lı yıllara kadar yaşanan hizmet sunumundaki eşitsizliklere paralel olarak 1961 yılında 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun kabul edilerek sağlık örgütlenmesi ve hizmetin sunumundaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak, sağlık hizmetlerindeki çağdaş ilkeleri hayata geçirebilmek amaçlanmıştır.

Buna rağmen, bilinen veriler ışığında ülkeler arasında ve ülkeler içerisinde farklı bölgelerde eşitsizlikler günümüzde artarak devam etmektedir.

Sağlık göstergelerinden birisi olan doğumda beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkeler arasında yer alan Avustralya'da 2000-2005 yılları arasında 80,2 iken, gelişmekte olan Güney Afrika'da bu oran 49'dur (6). Ülkemizde 2004 yılına ait doğumda beklenen yaşam süresi 68.8'dir (7).

Dünyada ve Türkiye'de bebek ölüm hızları (BÖH) incelenecek olursa; dünyada, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında 1000 canlı doğumda 138,7 ile 16,2 arasında değişmektedir. Ülkemizde bebek ölüm hızı (BÖH) binde 29'dur. Ülkeler arasında olduğu

gibi ülkeler içerisindeki eşitsizlikler de giderek artmaktadır. Türkiye’de Doğu bölgesinde BÖH 1000 canlı doğumda 41 iken, Batı’da bu oran 1000’de 22’dir (8).

Beş yaş altı çocuk ölümleri gelişmekte olan ülkelerde 1000’de 154,8, gelişmiş ülkelerde 15,8 arasında değişim göstermektedir (6). Türkiye’de 5 yaş altı çocuk ölümleri binde 37’dir (8).

Anne ölüm hızların da ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelere Afrika’da anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 830 iken, Avrupa ülkelerinde ortalama 24, Asya ülkelerinde ortalama 330’dur (9, 10). Batı ülkeleri içerisinde yer alan İtalya’da anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 5 iken Doğu ülkelerinden olan Pakistan’da bu oran 500’dür (9). Türkiye’de anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 28.5’tir (11).

Tam aşılı çocuk oranları incelenecek olursa; Danimarka’da %96, Bahreyn’de %100, Mısır’da %91.2 iken Pakistan ve Hindistan gibi Doğu ülkelerinde bu oranlar sırası ile %21.3 ve %22.5 gibi değerlerdedir. Farklı bir ülke olarak Küba’da bu oran %99’dur (9). Güney Afrika’da tam aşılı çocuk sayısı yoksul kesimde %51,3 iken, zengin bölgelerde bu oran %70,2’dir (9). Tam aşılı çocukların oranı Türkiye’de %97.2’dir ve bu oran doğu-batı arasında farklılık göstermektedir. Tam aşılı çocuk sayısı; Doğu bölgelerinde %34.8 iken Batı’da %63’tür (8).

Yukarıda gösterildiği gibi Dünya’da ve Türkiye’de sağlıkta eşitsizliklerin yanı sıra sağlık hizmetlerinin kullanımında da eşitsizlikler yaşanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik herkesin aynı sağlık sorunu için eşit ve aynı kalitede sağlık hizmeti kullanabilmesi demektir. Bir ülkede sağlık sisteminin eşitsiz dağıtılmış olması, gereksinimi fazla olan bölgelerin sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmasına neden olacaktır (Ters Hizmet Kuralı)(12, 13).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı kişisel etmenler, kolaylaştıran etmenler ve algılanan sağlık seviyesinden etkilenmektedir. Kişisel etmenler arasında sosyal statü, gelir, eğitim seviyesi, kolaylaştıran etmenler arasında sosyal güvence yer almaktadır. (14, 15).

Sosyal statü, kişilerin sağlık hizmetlerini kullanmasına etki eden etmenlerden birisidir. Yapılan bazı araştırmalarda sosyal statü arttıkça sağlık hizmetlerinin kullanımı artmaktadır. Buna zıt olarak bazı çalışmalarda sosyal statü, sağlık hizmetleri kullanımını azaltmaktadır. Borrel ve ark. (2000); sosyal statüsü düşük olan bireylerde sağlık hizmetini kullanma durumu, yüksek statülü bireylere oranla daha fazla olarak saptamıştır. Berra ve ark. (2006), sosyal statüsü düşük bireylerin bir yıl süresince sağlık hizmetlerini kullanım oranının, yüksek statülü kişilere oranla daha fazla olduğunu saptamıştır. Türkkan’ın

(2005) yaptığı çalışmada sosyal statüsü düşük olan bireylerin gereksinimi olduğu halde sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı belirtilmiştir. Belek (1999); meslek gruplarını düşük ve yüksek sınıf olarak ayırarak sağlık hizmetlerinin kullanımını inceleyen çalışmasında, düşük sınıftaki bireylerin gereksinimi fazla olduğu halde sağlık hizmetlerini kullanımının yüksek sınıfa oranla daha az olduğunu saptamıştır.

Sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden bir diğer faktör **eğitim seviyesidir**. Droomers ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada düşük eğitim seviyesindeki kişilerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Özmen (1990), Narlıdere Sağlık Ocağı bölgesinde yaptığı çalışmada sağlık ocağı kullanımının eğitim seviyesi yükseldikçe azaldığını belirtmektedir. Şahin ve ark. (1998), Malatya ilinde yaptıkları araştırmaya göre; sağlık ocaklarını en fazla kullanan grup lise mezunlarıdır. Anne eğitiminin, sağlık ve sağlık göstergeleri üzerine etkisi önemlidir. Ülkemizde de Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2003 verileri incelendiğinde anne eğitiminin artması ile bebek ve çocuk ölümlerinin azalması ve tam aşılı çocuk sayısı arasındaki ilişki dikkati çekmektedir. Ülkemizde bebek ölüm hızları anne eğitimindeki artışa göre 1000'de 51-18 arasında, çocuk ölüm hızı 1000'de 13-6 arasında değişmektedir. Aynı durum tam aşılı çocuklar için de geçerlidir. Anne eğitimine göre tam aşılı çocuk yüzdesi 26.1'den 68.5'e yükselmektedir (8).

Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen kişisel etmenlerden bir diğeri **gelirdir**. Gelirin sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisini gösteren çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Fernandez De La Hoz ve ark. (1996) İspanya'da gelir seviyesi yüksek olan gruplarda düşük olan gruba göre teşhis ve tedavi dışında sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığını belirtmiştir. Kim ve ark.'nın (2003) yaptıkları araştırmaya göre insanların gelir durumu azaldıkça sağlık hizmetleri kullanımı da azalmaktadır. Şahin ve ark.(1998) gelir gruplarına göre, en fazla sağlık ocağını kullanan grubun yüksek gelir seviyesinde olan kişiler olduğunu saptanmıştır. Lenthe ve ark. (2004) sağlık hizmetlerinin kullanımı ile sosyo-ekonomik statü arasında bir fark olmadığını saptamışlardır.

Gerek tanı gerekse tedavi için maddi açıdan kişiyi sıkıntıya sokmayacak bir **sosyal güvencenin** olmasının, her gereksinim duyulduğunda rahatlıkla başvuru yapılmasını sağlayacaktır. Katz (1996), sosyal güvencesi olan bireylerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını saptamıştır. Öztürk ve ark.'ları (2002); yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerini kullanmasını inceleyen araştırmalarında, sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık ocaklarını, sosyal güvencesi olan bireylerin ise genel olarak sağlık hizmetlerini daha fazla

kullandıklarını saptamıştır. Nesanır ve ark.'nın (2005) Manisa ilinde yaptığı çalışmada, son bir ay içerisinde sağlık sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurma durumunu azaltan nedenler arasında sosyal güvencenin olmaması yer almaktadır.

Algılanan sağlık, genel olarak kişilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergedir (27). Algılanan sağlığa sosyal statü, eğitim seviyesi, gelir ve sosyal güvence gibi faktörler etki etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ile algılanan sağlık durumu arasındaki farkı inceleyen araştırmalardan Fernandez De La Hoz ve ark.(1996), algılanan sağlık kötüleştikçe, sağlık hizmetlerinin kullanımında artış olduğunu saptamıştır. Borrell ve ark. (2001), sağlık algısı iyi olan kadınlarda, sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından eşitsizlik olmadığını saptamıştır. Dunlop (2000), sağlık algısının çok kötü olan kişilerin, çok iyi olan kişilere oranla 3.54 kat daha fazla sağlık hizmetlerini kullandığını belirtmiştir.

Sonuç olarak yapılan çalışmalarda; düşük sosyal statü (16, 17, 18, 2) düşük eğitim seviyesi(19, 20, 21), gelirin düşük olması (22, 23, 21) sosyal güvencenin olmaması (24, 25, 26) ve algılanan sağlığın iyi olması (22, 28) sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltmaktadır. Bu çalışmalara zıt olarak yapılan bazı çalışmalarda düşük eğitim seviyesi (29, 30, 31) sağlık hizmetlerinin kullanımını artırırken, kötü sağlık algısı (16) sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltmaktadır.

Sağlıkta eşitsizlik gereksiz, önlenabilir ve adil olmayan sağlık farklılıklarıdır. Halk Sağlığı Hemşireleri'nin görev ve sorumlulukları nedeniyle toplumla iç içe ve aktif bir role sahip olması, sosyo-ekonomik gruplar arasında gelişen sağlık eşitsizliklerini azaltmak açısından önemlidir (32). Türkiye'de literatür incelendiğinde sağlıkta eşitsizlikler ile ilgili yapılan araştırmalar bulunmakla beraber hemşirelerin yaptığı çalışmalar sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden faktörlere yöneliktir ve sınırlıdır. Bu çalışmadan elde edilen veriler sonucunda halk sağlığı hemşirelerinin, sağlıktan ve sağlık hizmetlerinin sunumundan yeterince yararlanamayan bireylere öncelik vermesi amaçlanmıştır. Ayrıca hemşirelerin verdikleri bakımı bu veriler ışığında planlamasına katkı sağlaması açısından önemli olacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı:

Esentepe Sağlık Ocağı bölgesinde sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden etmenlerin incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır,

1.3. Araştırma Soruları:

1. Sosyal statü ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında fark var mıdır?
2. Eğitim ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında fark var mıdır?
3. Gelir durumu ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında fark var mıdır?
4. Sosyal güvence ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında fark var mıdır?
5. Algılanan sağlık durumu ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında fark var mıdır?

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. EŞİTSİZLİK VE HEMŞİRELİK

Eşitsizlik; bir toplumun içinde yer alan bir grup ya da gruplar içindeki farklı bireylere eşitsiz ödüller veya fırsatlar sunmayı karşılayan terimdir. Buna karşılık eşitlik; bir toplumun üyesi olan tüm yetişkinlerin, toplum yaşamının önemli yönlerini belirleyen kararlarda olabildiğince eşit bir etkiye sahip olmaları gerektiğini ifade etmektedir. Eşitliğin savunucuları, hiçbir zaman bireylerin her açıdan birbirlerinin aynısı olduğunu ya da mutlak olarak eşit olduklarını savunmamaktadırlar (33).

Eşitsizlikler sadece günümüz toplumlarına özgü olmayıp, tarihin her döneminde toplumsal tabakalaşmaya dayalı eşitsizlikler yaşanmıştır ve insanlık tarihi boyunca çeşitli şekillerde varlığını sürdürmüştür. Toplumsal yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık alanında da eşitsizlikler yaşanmaktadır. Günümüzde sağlık alanında yaşanan eşitsizlikler, üzerinde en fazla tartışılan konular arasında yer almaktadır (34).

DSÖ'nün 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık adlı dökümanında 2020 yılına kadar, ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasında sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek, tüm üye ülkelerde en az dörtte bir azaltılmalıdır tümcesi yer almaktadır (4). Bu yasal duruma karşın eşitsizlikler uzun zamandır tartışılan ve günümüzde giderek önem kazanan bir konudur.

21. yüzyılda herkes için sağlık dökümanında belirtilen sağlık düzeylerinin geliştirilmesi için sağlığı geliştirme ile ilgili ön koşulların sağlanması gerekmektedir. Bunlar; barınma, eğitim, sosyal güvenlik, gıda, gelir, kadının güçlendirilmesi, sosyal adalet, insan haklarına saygı ve hakkaniyettir. Günümüzde sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak sağlık ekibinin çok önemli bir üyesi olan hemşireler gösterilmektedir. Sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesinde hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik olarak planlamalar yapması gerekmektedir (35).

Sağlıkta eşitsizlik; gereksiz, önlenebilir ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Belirli bir durumun eşitsizlik olarak kabul edilebilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki koşullar göz önüne alınarak nedeninin incelenmesi ve haksız olarak tanımlanması gerekmektedir (36). DSÖ'ye göre sağlıkta eşitsizlik, bireyler

arasındaki önlenebilir ve ortadan kaldırılabılır sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlığı etkileyen risk faktörleri farklılıklarıdır (37).

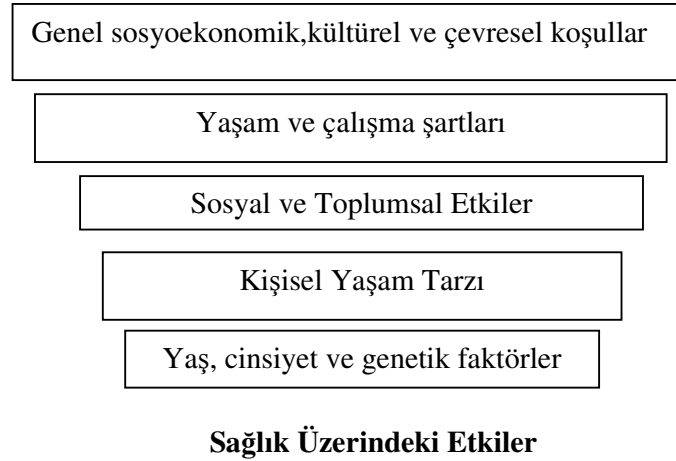
Sağlıkta yedi farklı alanda eşitsizlik nedeni olarak görülen durumlar bulunmaktadır ancak bu durumların hepsi sağlıkta eşitsizlikleri yaratmaz:

1. Doğal biyolojik varyasyon: İnsanların genetik yapısı, yaş, cinsiyet gibi özelliklerinden dolayı sağlık düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır. Hiçbir zaman bir toplumda her bireyin aynı sağlık düzeyine sahip olması beklenemez. Örneğin; meme kanseri gibi cinsiyete bağlı olan sağlık sorunlarının insidansı erkeklere oranla kadınlarda daha yüksektir ve bu biyolojik farklılıktan kaynaklanmakta olup, sağlıkta eşitsizlik olarak tanımlanamaz.
2. Serbest, gönüllü olarak, isteyerek seçilen sağlığa zararlı davranışlar (örneğin bazı spor dalları ve eğlenceler): Bazı durumlarda bireylerin seçimi sağlık farklılıklarını yaratır. Örneğin; motor sporlarına bağlı kaza görülme oranı bazı gruplarda daha fazladır ve bu durum haksızlık olarak tanımlanamaz. Motor sporları isteğe bağlı olarak ve riskleri kabullenerek seçilen bir etkinlik olup sağlıkta eşitsizlikleri yaratmaz.
3. Bireylerin sağlığı geliştiren bir takım davranışları benimsemesinden dolayı geçici bir süre için sağlık yönünden avantajlı olması: İnsanların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamaları benimsemesi bu kategoride ele alınabilir. Örneğin; Bazı kişilerin sağlıklı beslenme tarzını benimsemelerinden dolayı sağlık bakımından avantajlı duruma geçmeleri, sağlıkta eşitsizlik olarak nitelendirilemez.
4. Kişinin, yaşam tarzını seçme şansı oldukça sınırlı olduğu durumlarda sağlığa zararlı davranışlar: kaynakların yetersizliğinden dolayı yoksul gruplar sağlıksız ve kalabalık evlerde yaşamak zorunda kalabilirler. Bu tür çevresel faktörlerden kaynaklanan yüksek hastalık hızları eşitsizlik olarak adlandırılır.
5. Sağlıksız, stresli iş ve yaşam koşulları: Stresin ve kötü yaşam koşullarının sağlığa etkisi göz önüne alındığında sağlıkta eşitsizliklerin ortaya çıkmasında bir neden olarak gösterilmektedir.
6. Temel sağlık ve diğer sosyal hizmetlere ulaşılabilirlikteki yetersizlik
7. Doğal seleksiyon ya da hasta kişilerin sosyal sınıfının değişmesi ile kendini gösteren sağlığa bağlı sosyal değişimler; hasta bireyler, hastalık yükünün etkisi ile iş ve gelir fırsatlarını değerlendirememekte ve yine hastalık yükü ile sosyal

statülerinde düşme gözlenmektedir, Hastalık ve statü kaybı birlikte birbirlerinin etkisini güçlendirerek eşitsizliklere neden olmaktadır (36).

Whitehead ve Dahlgren Şekil 1’de görüldüğü gibi yukarıda açıklanan kategorileri bir model aracılığı ile özetlemektedirler.

Şekil 1: Whitehead/Dahlgren Modeli



Şemanın en altında yaş, cinsiyet gibi biyolojik özelliklerin yanı sıra genetik faktörler de yer almaktadır. Bu etkenler üzerinde bireyin hiçbir kontrolü bulunmamaktadır. Üstlere doğru çıktığında sağlıkta eşitsizlik yaratan durumlar ortaya çıkmaktadır (33).

Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insanı tanımak için onu toplum içerisinde bir bütün olarak görmek gerekmektedir. Hemşireler bakımlarını planlamak için veri toplarken sağlık alanında eşitsizlik yaratan durumların farkında olmaları verecekleri hizmetlerde sağlıkta eşitsizlik yaratan durumların etkisini en aza indirmekte önemlidir.

2.1.1. Sağlıkta Eşitsizliği Açıklayan Kuramlar

Sağlıkta eşitsizliği açıklamak için üç önemli kuramdan söz edilmektedir. Bu kuramlar sadece sağlıkta eşitsizliği değil, hastalık ve sağlık kavramlarını ve bu olguları belirleyen etkenleri açıklamak bakımından da önemlidir (12). Bunlar; geleneksel tıbbi model, epidemiyolojik model ve sosyopolitik nedendir.

2.1.1.1. Geleneksel Model

Geleneksel model sağlığı hastalığın yokluğu olarak kabul eder ve sağlık olgusuna tamamen tıbbi bir anlayışla yaklaşır. Hastalık ise bir mşdahale ve işgal olarak tanımlanmıştır. Bu model insanı çevresiyle etkileşim içinde gşrmekten çok, çevresinden farklı ve ayrı olarak dşşünmşş ve onun sağlık ve hastalık şzerine etkisini hiç gşrmemiştir. Hemşireliğin tarihsel gelişimine bakıldığında da ilk hemşirelik hizmetleri oldukça basit bir şekilde uygulanmakta olup hemşireler yalnızca hasta bakımına odaklı çalışmaktaydı. Geleneksel bakış açısı ile hemşirelik, hekimin planladığı tedaviyi uygulayan hekime yardım eden bir meslek olarak algılanmaktaydı. Bu açıdan geleneksel modeldeki hemşirelerin rolş sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesinde etkin olmayıp, hekim-hasta arasındaki iyi ilişkiler ve iyi bir tıbbi bakım hizmetini sağlamaktaydı (12).

2.1.1.2. Epidemiyolojik Model

Bu model, sağlık ve hastalığa bireysel dşzeyde değil toplumsal dşzeyde istatistikler kullanarak yaklaşır ve neden sonuç ilişkisini bu analizlerden çıkarmaya çalışır. Modelde koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verir. Bşlgeler arasındaki sağlık dşzeyi farklılıklarını ciddi sosyal farklılıkların bir gşstergesi olarak kabul eder (12). Eşitsizliklerin giderilmesi için yşksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerir. Hemşirelik mesleğinin tanımlarından birisi; her yaşta ve sosyo-ekonomik gruptaki bireylere; sağlık ve hastalık durumlarında gşnlşk yaşamlarını sşrdşrebilmeleri için temel gereksinimlerini karşılayabilmekte yardımcı olmaktır (38). Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda halk sağlığı hemşireleri, halkın sağlık konularında eğitimi, aşılama, beslenme, erken tanı ve tedavi amacıyla tarama ve periyodik muayeneler ve aile planlaması gibi hizmetleri verirken hizmete gereksinimi olan gruplara öncelik vererek sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin önlenmesinde etkili olmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli yeri olan hemşirelerin batıya oranla yetersiz olması sağlıkta eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır. Örneğin; batı'da tam aşılı ocuk oranı %63 iken Doğu'da bu oran %34.8'dir (8) ve bu durum sonucunda Doğu'da önlenebilir nedenlerden kaynaklanan ocuk lşmleri daha fazla yaşanmaktadır.

2.1.1.3. Sosyopolitik Model

Sosyopolitik model ise özellikle epidemiyolojik modelin vurgularını kabul etmekle birlikte, sağlık ve hastalık olgularını ve sağlıkta eşitsizlikleri ekonomik, toplumsal ve politik bileşenleri bulunan daha kapsamlı bir düzeyde ele alınmasını sağlar (12).

Sosyopolitik model de vurgulandığı gibi sağlıkta eşitsizlik olgusu makro düzeyde bir dizi toplumsal, ekonomik ve politik etkenden kaynaklanmaktadır ve bu etkenler toplumsal olarak sağlığı etkilemektedir. Mikro düzeyde sağlıkta eşitsizlikleri bireylerin sosyo-ekonomik statülerini belirleyen meslek, eğitim ve gelir düzeyleri etkilemektedir (12).

Sağlık bakımı ile ilgili oluşturulan politikalar sağlık bakım çalışanları ve hemşirelerin bireylere nasıl bakım vereceklerini ve aynı zamanda sağlık bakımını alacak olanların bu hizmeti nasıl arayacaklarını büyük ölçüde etkiler. Hemşireliğin politik eyleminin hedefi ülkenin sağlık sisteminin toplumun yararına olmasını sağlamaktır. Sağlıkta eşitsizliğin bileşenlerinden birisinin politika olması nedeniyle hemşireler politika ile ilgili temel kavramları, yaklaşımları ve politikaların sağlık bakımı almada nasıl etkili olduğunu anlamaları gerekir. Böylece sağlık politikalarının gelişimine katkıda bulunarak sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında ve önlenmesinde etkili olması gerekmektedir (39).

Ülkemizde 1961 Anayasası'nda 'devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını sağlamakla yükümlüdür' maddesi bulunmaktadır (40). 1980'li yıllardan bu yana hayata geçirilmeye başlanan sağlıkta özelleştirme politikaları ile bu yasal hak ortadan kalkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile sağlık bütün bireyler için doğuştan kazanılmış bir hak olmaktan çıkmakta, sosyal devlet tamamen ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Aile hekimliği sistemi ile bireye yönelik hizmete ağırlık veren koruyucu sağlık hizmetlerini yok etmektedir. Bu sistemde hemşireler profesyonel bir meslek üyesi olmaktan çıkarılıp, eleman olarak tanımlanmakta, görev ve sorumluluğu olmayan, sadece hekim ne isterse yapan olarak sistemin içinde yer almaktadır. Bu nedenle hemşireler sağlıkta dönüşüm programına karşı örgütlü bir şekilde hareket etmeli ve bu sistemin içerisinde yer almak istemediklerini duyurmalıdırlar (41)

2.1.2.Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçülmesi

Gelir dağılımındaki eşitsizlikleri gösteren Lorenz eğrisi ve Gini katsayısı sağlıktaki eşitsizlikleri ölçmede kullanılmaktadır (12, 42).

Lorenz eğrisi, gelir dağılımı çalışmalarında yaygın olarak kullanılan ve bazı gelir dağılımı eşitsizliği ölçülerinin hesaplanmasında temel alınan grafiktir. Lorenz eğrisi en yoksuldan en zengine doğru nüfusun kümülatif oranlarına karşı, aynı nüfus oranlarının gelirden aldıkları payların grafik üzerinde gösterilmesi ile elde edilir. Aynı yöntem ile sağlıkta eşitsizliklerin ölçülmesinde X ekseninde en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru sıralanmak üzere nüfusun kümülatif oranları gösterilir. Y ekseninde ise gelir yerine sağlıkla ilgili göstergeler yer alır. Lorenz eğrisinde çıkan 'D' harfine benzer eğri ne kadar genişse eşitsizlik o kadar çoktur (43).

Gini katsayısı gelir dağılımını gösteren en önemli ölçütlerden biridir. Lorenz eğrisi gösteriminden elde edilen Gini katsayısı, eşitsizlik düzeyini tek bir sayı ile ifade ederek çeşitli gelir dağılımlarının karşılaştırılmasını sağlar (43). Gini katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. '0' değeri tam eşitliği gösterirken, '1' değeri tam eşitsizliği göstermektedir. Ülkemizde 2005 yılına ait gini katsayısı değeri 0.39'dur (44).

Gini katsayısı ve Lorenz eğrisinin dışında sağlıktaki eşitsizliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçütler ise mortalite ve morbidite oranları, kişisel sağlık davranışları, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve dağılımı kullanılmaktadır (42, 45).

Temel sağlık hizmetlerinde görev alan halk sağlığı hemşiresinin bakım alanı hasta birey değil toplumdur. Topluma hizmet vermenin ön koşulunda toplumu tanımadır ve halk sağlığı hemşiresinden beklenen toplumu tanıması, onunla özdeşleşmesi ve hizmet verebilmesidir. Toplum tanılamada kullanılan ölçütlerden birisi de o bölgenin ekonomik yapısıdır. Halk sağlığı hemşiresi bölgenin ekonomik olanaklarını, kişi başına düşen gelir miktarını bilirse toplumun katılımını sağlayabilir ve vereceği hizmetin etkinliğini artırabilir (35). Bu nedenle, hemşireler gelir dağılımının göstergelerinden birisi olan gini katsayısını ve sağlıkta eşitsizliğin ölçülmesinde kullanılan mortalite, morbidite gibi diğer göstergeleri toplum tanılamada kullanmalıdır. Kullandığı bu verileri değerlendirerek vereceği bakımı planlamalıdır.

2.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

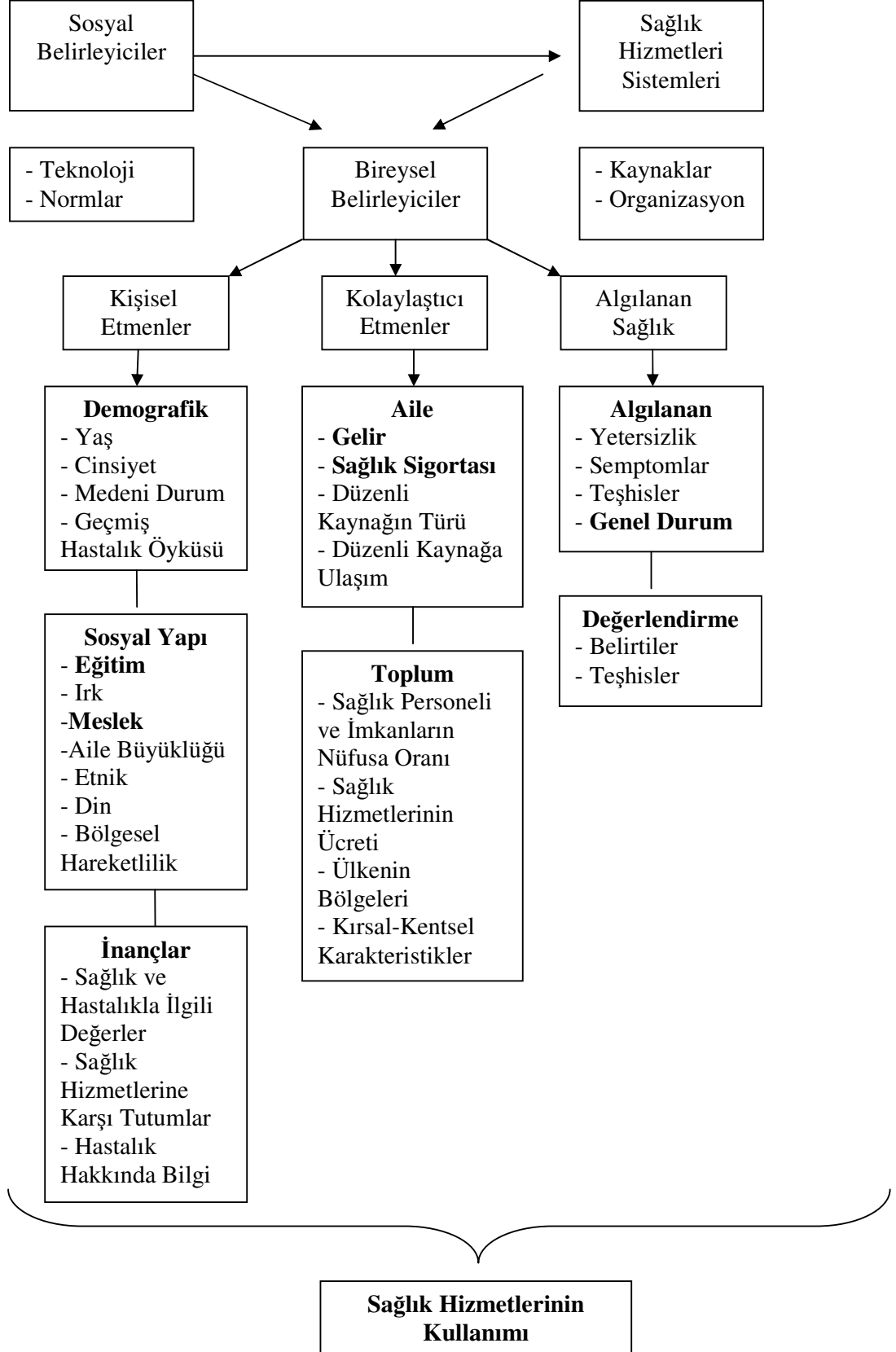
Sağlık hizmetlerinin kullanımı; sağlıklı olma, sürdürme ve sağlık seviyesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak amacıyla birey, aile ve toplumun koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları demektir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı için kullanılabilirlik unsurları tam olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, hizmete gerçekten gereksinim duyan kişilerin bu hizmeti alıp almaması olarak

tanımlanabilir (31). Halk sağlığı hemşireleri gereksinimi daha fazla olan grupları belirleyerek herkesin eşit bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamalıdır.

2.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Halk sağlığı hemşireleri herkesin eşit bir şekilde sağlık hizmeti alabilmesini sağlamak için sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörleri bilmesi gerekmektedir. Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler sosyal belirleyiciler, sağlık hizmetleri sistemleri ve bireysel belirleyiciler olarak üç grupta incelenebilir (Şekil 2) (46). Sosyal belirleyiciler, sağlık hizmetleri sistemleri ve bireysel belirleyiciler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum gibi faktörler değiştirilemezken bireylerin meslek, eğitim seviyeleri, gelir, sosyal güvence ve algılanan sağlık düzeyleri gibi faktörler üzerinde hizmet kullanımındaki eşitsizlikleri önlemede planlanan girişimler ile etkili olunabilir.

Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler



2.3.1.Sosyal Belirleyiciler

Sağlık hizmetlerinin kullanımında teknoloji ve normlar sosyal belirleyicilerdendir. Teknolojik gelişmelerin hizmet kullanımı üzerindeki etkisi geniş ölçüde ele alınırken sosyal normlar üzerinde çok fazla durulmamıştır.

Teknolojik gelişmeler ile hastanelerin bireyler tarafından kullanımındaki artış doğru orantılıdır. Bu yüzyılın başından itibaren teknolojik gelişmelerin yardımıyla tüberküloz ve pnömomi gibi enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranlarındaki düşüş dikkat çekmektedir. İstenilen sonuçları elde etmede birtakım ilke ve tekniklerin kullanılması ile teknolojiden yararlanılabilir. Tıbbi teknolojide teşhis ve tedavi için gerekli olan cihazları sağlayan ilke ve tekniklerden yararlanır. Halk sağlığı hemşirelerinin temel görevi bireylerin içinde bulunduğu sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesinin yanında, sağlık durumları kötü olan bireylerin hastalıklarının başlangıcında erken teşhisi ve sağıltım çalışmalarını kapsamaktadır. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri teknolojik gelişmeleri, teşhis ve tedavi aşamalarında kullanılan yöntemleri ve cihazları takip ederek bakım verdiği bireylerin daha kaliteli hizmet almasını sağlamalıdır (46).

Sosyal normlar, toplumsal hayatta insanların ve grupların tavır ve hareketlerini, davranışlarını örgütleyen kurallar ve otorite taşıyan standartlardır. Sosyal normlar, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili toplumun değer ve inançlarını içermektedir. Değer ve inançların hizmet kullanımına etkisi çok fazla olup, sosyal normlar üzerinde yeterince durulmamıştır (46).

2.3.2.Sağlık Hizmetleri Sistemleri

Bir ülkede sağlık sisteminin alt yapısının bölgeler arasında eşitsiz dağıtılmış olması, sağlık hizmetlerine aktarılan kaynakların, sağlık kurumlarının bulunduğu bölgelere aktarılmasına ve sağlık hizmetine gereksinimi zaten daha çok olan bölgelerin sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına neden olmaktadır (12). Böylece sosyo-ekonomik gruplar arasında sağlık ve sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitsizlikler yaşanmaktadır.

2.3.2.1. Dünyada Sağlıkta Eşitsizlikler

Bölgesel özelliklere göre yapılan tablolarda özellikle Afrika ve Asya ülkelerinde eşitsizlikler olduğunu göstermektedir. Ayrıca Dünyayı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler şeklinde ayıran sisteme göre sanayileşmiş olan ülkeler ile az gelişmiş ülkeler arasında

sağlık göstergeleri bakımından farklılıklar bulunmaktadır (47). Sağlık göstergelerinden birisi olan BÖH ülkeler arasındaki değişimine bakılacak olursa sanayileşmiş ülkelerde BÖH 1000 canlı doğumda 5 iken, en az gelişmiş ülkelerde bu oran 1000 canlı doğumda 98'e çıkmaktadır. Sağlık göstergelerinden olan beş yaş altı ölüm hızı, düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi ve doğumda beklenen yaşam süresi incelendiğinde en az gelişmiş olan ülkelerin sağlık göstergelerinin diğer ülkelere oranla daha kötü olduğu görülmektedir (Tablo 1) (34).

Tablo 1: Bölgesel Özelliklere Göre Sağlık Düzeyi Göstergeleri

ÜLKELER	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek %'si	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
Sahra Güneyi Afrika	104	175	14	46
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	45	56	15	67
Güney Asya	67	92	30	63
Doğu asya ve Pasifik	31	40	8	69
Latin Amerika ve Karayipler	27	32	10	70
Sanayileşmiş Ülkeler	5	6	7	78
Gelişmekte Olan Ülkeler	60	87	17	62
En Az Gelişmiş Ülkeler	98	155	18	49

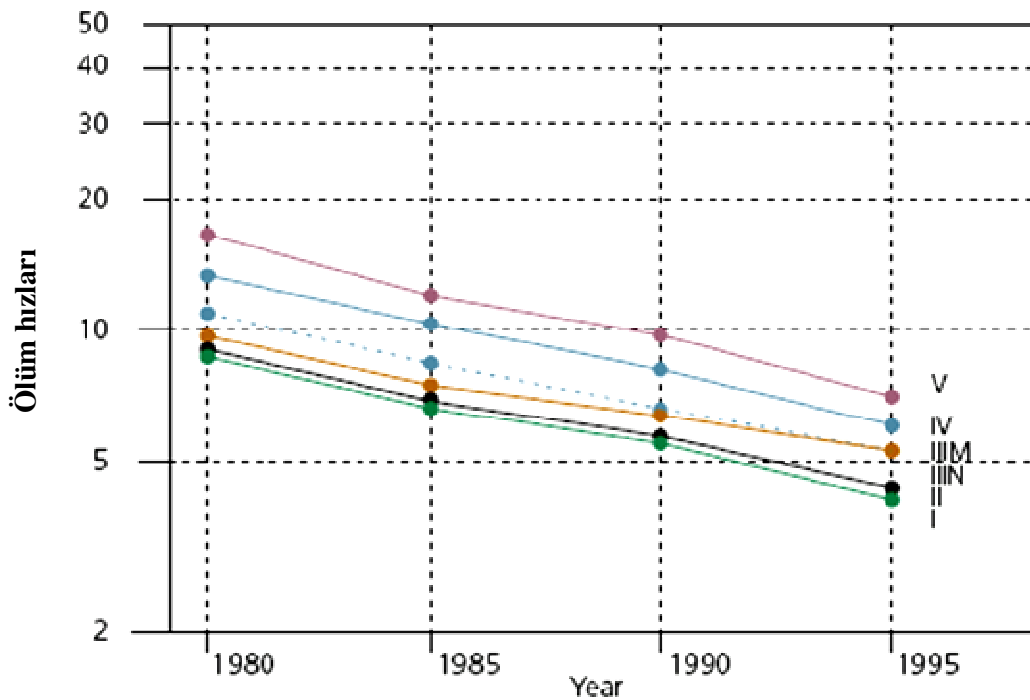
UNICEF 2005, Dünya Çocuklarının Durumu Unicef Türkiye Temsilciliği

Gelişmekte olan ülkelerdeki çocuk ölüm nedenleri de eşitsizlik açısından önemli göstergelerden birisidir. Gelişmekte olan ülkelerde çocuk ölüm nedenleri incelendiğinde

perinatal durumlar, solunum yolu enfeksiyonları, ishaller hastalıklar, sıtma ve kızamık ilk sıralarda yer almaktadır ve bu hastalıkların antenatal bakım ve aşılarla ortadan kaldırılabilen nedenler olduğu görülmektedir (48).

Dünyada ülkeler arasında eşitsizlikler olduğu gibi ülkeler içinde de eşitsizlikler bakımından fark vardır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada meslek sınıfları arasında BÖH 1980-1995 yılları arasında karşılaştırılmış olup sosyal statüsü düşük olan sınıf V içerisinde BÖH, diğer yüksek statülü sınıflara göre daha fazla olarak saptanmıştır (Şekil 3)(49).

Şekil 3. İngiltere’de Mesleki Sınıflara Göre BÖH’ndeki Değişim



2.3.2.2. Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler

Türkiye’de birçok alanda olduğu gibi bu alanda da veri ve bilgi eksikliği vardır. Eldeki sağlık düzeyi ölçütleri, bölgelere, kırsal kente, cinsiyete, eğitim düzeyine ve sosyo-ekonomik düzeye göre farklılıklar gösterir. Ülkemizin doğusu ile batısı arasında hemen her alanda eşitsizlikler görülmektedir. BÖH, Batı’da 1000’de 22 iken doğuda bu oran 1000 canlı doğumda 41 olmaktadır (8, 50) (Tablo 2).

Tablo 2: Temel Özelliklere Göre Neonatal, Post neonatal, Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızları

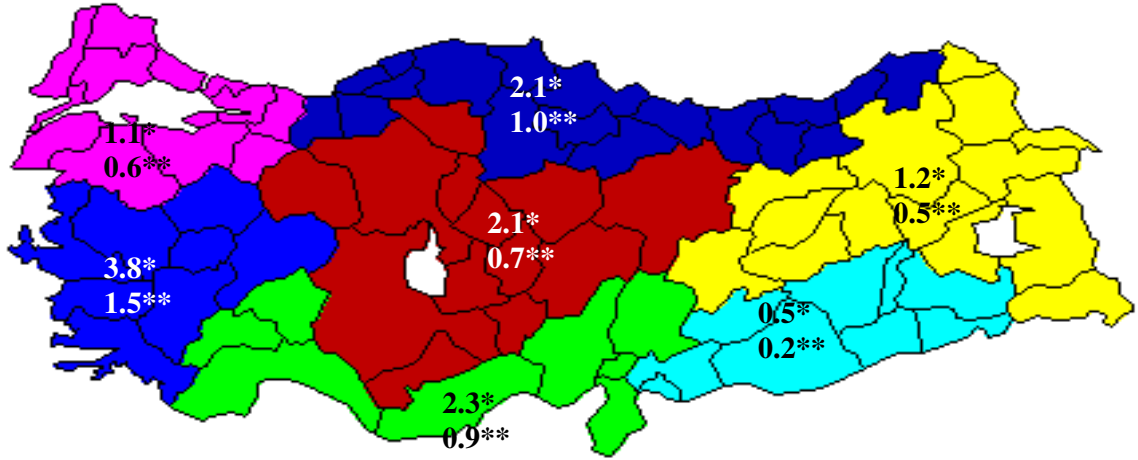
Temel Özellikler	Neonatal Ölüm Hızı	Post Neonatal Ölüm Hızı	Bebek Ölüm Hızı	Çocuk Ölüm Hızı	5 Yaş Altı Ölüm Hızı
Yerleşim Yeri					
Kent	15	8	23	7	30
Kır	21	18	39	11	50
Demografik Bölge					
Batı	15	7	22	8	30
Güney	19	10	29	2	30
Orta	10	10	21	12	33
Kuzey	20	14	34	14	48
Doğu	23	18	41	7	49

Türkiye’de aşılama oranlarına bakıldığında da doğu-batı ve kır-kent arasında eşitsizlikler dikkat çekmektedir. Kentte tam aşılı çocuk oranı %62.9 iken bu oran kırsalda % 36.5’e düşmektedir. Doğuda hiç aşılanmamış çocuk yüzdesi 6.5 iken batı’da %1.4’e düşmektedir (8) (Tablo 3).

Tablo 3: Temel özelliklere Göre Aşılama Durumları (%),2003

Temel Özellikler	Tam Aşılı	Hiç Aşı Olmamış
Yerleşim Yeri		
Kent	62.9	2.4
Kır	36.5	3.5
Demografik Bölge		
Batı	63.0	1.4
Güney	60.2	0.0
Orta	61.0	1.7
Kuzey	60.1	2.8
Doğu	34.8	6.5

Şekil 4: Gebe ve Loğusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı, 2003



(Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ, 2003)

* Gebe başına düşen ortalama izlem sayısı

** Loğusa başına düşen ortalama izlem sayısı

Türkiye’de gebe ve loğusa başına düşen ortalama izlem sayısının bölgelere göre dağılımı incelendiğinde, Türkiye’nin Doğu’su ile Batı’sı arasında eşitsizlikler bu alanda da ortaya çıkmaktadır. Doğu’da gebe başına düşen ortalama izlem sayısı 1.2 iken bu oran batı’da 3.82dir (Şekil 4).

Tablo 4 . Bölgelere Göre Sağlık Personelinin Dağılımı (2002)

BÖLGELER	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Hemşire	Ebe
Marmara Bölgesi	15624	12838	18933	8832
Ege Bölgesi	6987	8187	12812	7886
Doğu Anadolu Bölgesi	1660	3585	5134	3438
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	1500	2735	4110	2307

(Türkiye Sağlık İstatistikleri 2005)

Sağlıkta olduğu gibi sağlık personelinin bölgelere göre dağılımında da eşitsizlikler görülmektedir. Tablo 4’te bölgelere göre sağlık personelinin dağılımı verilmiştir. Ülkenin Batısında Ege’de hemşire sayısı 12812 iken Doğu’da 5134’ tür. Tablo 5 ve Tablo 6

incelendiğinde doğuma yardım eden kişilerde ve sağlık personeli başına düşen ortalama nüfusa göre doğu ile batı arasında da eşitsizlik olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Doğum Sırasında Yardım Eden Kişilerin Dağılımı (%), 2003

Temel Özellikler	Hekim	Ebe Hemşire	Ara Ebesi	Akraba/Diğer	Kendi Kendine
Yerleşim Yeri					
Kent	55.6	34.7	4.8	4.3	0.4
Kır	29.5	39.4	16.5	13.3	0.8
Demografik Bölge					
Batı	66.0	29.3	1.2	3.0	0.1
Güney	40.1	48.7	7.3	3.2	0.4
Orta	56.9	34.1	2.5	5.7	0.4
Kuzey	45.2	41.3	7.9	3.8	1.0
Doğu	20.9	38.8	22.6	16.4	1.0

(Türkiye Sağlık İstatistikleri 2005)

Tablo 6. Bölgelere Göre Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim, Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru Başına Düşen Nüfus, 2003

Bölgeler	Hekim Başına Düşen Ort. Nüfus	Ebe Başına Düşen Ort. Nüfus	Hemşire Başına Düşen Ort. Nüfus	Sağ. Mem. Başına Düşen Ort. Nüfus
Marmara	7830	5487	10099	24769
Ege	3536	2308	4620	10294
Akdeniz	3791	2370	5598	13226
İç Anadolu	4293	4256	6077	10436
Karadeniz	4204	3115	5454	7484
Doğu Anadolu	5815	4245	6225	10054
Güneydoğu Anadolu	7913	7826	11850	19405

2.3.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Eşitsizlikler

Eşitsizlik ve yoksulluk sağlık hizmetlerinin en temel sorunları arasındadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımında gerek dünya düzeyinde ülkeler arasında , gerekse ülkeler içerisinde ciddi eşitsizlikler görülmektedir (53). Ters hizmet yasası olarak tanımlanan durumda; sosyo-ekonomik durumları kötü olup, bu nedenle sağlık hizmetine daha çok gereksinimi olan, ancak yine sosyo-ekonomik durum kötülüğü nedeniyle hizmet gereksinimini karşılayamayan toplum kesimlerinin durumu oldukça önemlidir (12).

Sağlık hizmetlerinde eşitlik, herkesin aynı sağlık sorunu için eşit ve aynı kalitede sağlık hizmeti kullanabilmesi demektir. Kısaca sağlık hizmetlerinde eşitlik,

- Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetine eşit ulaşılabilirlik
 - Herkes için eşit kalitede hizmet
 - Eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım
- olarak tanımlanabilir (36)

Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olmasıdır. Sağlık hizmeti ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılım, her bölgede hizmetlere kolay ulaşılabilirlik ve ulaşılabilirliği engelleyen faktörlerin ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir.

Hizmete ulaşılabilirlikteki eşitsizlikler en çok, kaynaklar ve kuruluşlar ülke genelinde kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde daha yoğun kırsal bölgelerde ise daha az olmak üzere dengesiz dağıldığında ortaya çıkar (36).

Herkes için eşit kalitede sağlık hizmeti tüm hizmet sunanların toplumun her kesimine hizmet sunarken aynı özeni göstermeye çalışması ve böylece herkesin aynı yüksek standartta profesyonel hizmetlerden yararlanması anlamına gelmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin bazı sosyal sınıflara hizmet sunumuna yeterince zaman ayırmaları ve daha fazla özen göstermeleri durumunda eşitsizlikler en aza indirilecektir.

Eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım kavramı sosyal ve ekonomik dezavantajlardan dolayı hizmetlerin kullanımında kısıtlama olduğu durumları içermektedir (36).

2.3.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Bireysel Belirleyiciler

Bireysel belirleyiciler ;

- Kişisel etmenler
- Kolaylaştırıcı etmenler
- Algılanan sağlık düzeyi

olarak sıralanabilecek üç değişkenden etkilendiği görülmektedir (14) (Şekil 3).

2.3.3.1.Kişisel Etmenler

Bazı bireyler diğerlerinden daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimine sahiptir. Böyle özellikler demografik, sosyal yapı ve davranışsal inanış değişkenlerini içerir. Örnek olarak demografik değişkenler arasındaki yaş ve cinsiyet sağlık ve hastalıklarla yakından ilişkilidir. Sosyal yapı değişkenleri; etnik yapı, eğitim ve meslek gibi özelliklerle ölçülen kişinin içinde bulunduğu toplumdaki yeri ile ilgilidir. Bu özellikler bireylerin yaşam biçimlerinin ne olabileceğini, sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili olabilen davranışsal tutumlarla birleştirilir ve kişinin sosyal çevresi kadar fiziksel çevresini de oluşturur (14, 46). Halk sağlığı hemşireleri buldukları bölgede sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen sosyo-demografik özelliklerini bilmeli ve hizmet kullanımı açısından riskli gruplara öncelik vermelidir.

Meslek ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Meslek hem bilgiye ulaşmayı hem de maddi olanaklardan yararlanmayı belirler. Bunun dışında prestij, kontrol gibi iş ortamına ilişkin özelliklere bağlı olarak sağlık ve hizmet kullanımı üzerinde etkiye sahiptir. Hemşireler, meslek gruplarına bağlı olarak belirlenen sosyal statünün sağlığa ve sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisini bilmeli ve buna göre bakımını planlamalıdır.

Yapılan çalışmalarda meslek ve buna bağlı sosyal statünün hizmet kullanımı üzerindeki etkisi gösterilmiştir.

Borrel ve ark. (1999), düşük sosyal statüde olan kişilerin yüksek statülü olan kişilere oranla daha kötü sağlığa sahip olduklarını ve koruyucu hizmetler ile sağlık hizmetlerinin kullanımının daha az olduğunu belirtmişlerdir.

Berra ve ark. (2006), çocuklarda ve adölesanlarda yaptıkları çalışmada sosyal sınıf ile sağlık hizmetlerinin kullanımında farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin kullanımının sosyal sınıf ile belirlenmeyip, sağlık ihtiyaçlarına göre farklılık gösterdiğini saptamışlardır.

Borrel ve ark. (2000), sosyal sınıflar için sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitsizlik olmadığını, zıt olarak sosyal sınıf IV ve V'te olan kişilerin göz doktoru ve diş hekimine daha az başvurduğunu, ayrıca hastaneye yatma ve sağlık çalışanlarına başvurma açısından da sosyal sınıflar arasında fark olmadığını saptamışlardır.

Nesanır ve ark. (2005), düşük sosyal statülü işin son bir ayda ayaktan tanı ve tedavi gerektiren sağlık sorunu yaşayanların bir sağlık kurumuna başvurmasını azaltan etkenler arasında olduğunu belirtmişlerdir.

Türkkan (2005), Bursa'da sosyoekonomik statüsü düşük bölgelerde yaşayan bireylerin ihtiyacı olduğu halde sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını saptamıştır.

Belek (1999), sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizliklerin sosyal sınıflara göre belirlenmesini amaçlayan çalışmasında, gereksinimlere göre sağlık hizmetini fazla tüketen sınıfların; beyaz yakalılar, yüksek nitelikliler, küçük, orta ve yüksek burjuvalar olmak üzere yüksek sosyal statülü kişiler olduğunu, mavi yakalılar, niteliksiz işçiler ve kendi hesabına çalışan düşük sosyal statülü kişilerin gereksinimlere göre sağlık hizmetlerini daha az kullandığını saptamıştır.

Usta (1999), genel olarak herhangi bir işte çalışmanın işsizlere oranla sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırdığını belirtmiştir.

Şenol (2006) işsizlerin daha az sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını belirtmiştir.

Eğitim Seviyesi ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Sosyo-ekonomik konumun belirleyicilerinden birisi olan eğitim, bireylerin yeni bilgilere ulaşmalarında ve sağlık hizmetlerini kullanmalarında farklılık yaratmaktadır. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri bireylerin bilgiye ulaşmalarında eğitici rolünü aktif olarak kullanmalı, eğitim seviyesi farklı olan bireylerin hizmet kullanımındaki risklerini değerlendirebilmelidir. Eğitim ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmalarda farklı sonuçlar saptandığı görülmektedir.

Suominen ve ark., (2004) eğitimin artması ile genel pratisyene başvurunun azaldığını belirtmişlerdir. Ayrıca eğitim seviyesi yüksek grubun sağlık hizmetlerini kullanımının eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha fazla olduğunu ve bu kişilerin daha çok özel sağlık hizmetlerini kullandıklarını saptamışlardır.

Grımsmo ve ark. (1984), eğitim seviyesinin sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisinin olmadığını vurgulamışlardır.

Thı Hong Ha ve ark., (2002), Vietnam'da eğitim açısından koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında fark olmadığını belirtmişlerdir.

Fernandez De La Hoz ve ark. (1996), eğitim seviyesi azaldıkça sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığını belirtmişlerdir.

Droomers ve ark. (2004), düşük eğitim seviyesinde olan kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımının yüksek eğitim seviyesinde olanlara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Aslan ve ark. (2006), kadınlarda sağlık hizmetlerinin kullanımının eğitim seviyesi yükseldikçe arttığını vurgulamışlardır.

Nesanır ve ark. (2005), tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımının anne eğitiminin düşük olması ile azaldığını belirtmişlerdir.

Ay ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada, çocuk ölümleri, beş yaş altı çocuk aşılama oranları ve sağlık hizmetlerinin kullanımında anne eğitim düzeyinin etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Usta (1999), kadınların eğitim düzeyinin artması ile birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımının arttığını tespit etmiştir.

Torcu ve ark (2005), 15 yaş ve üzerindeki kadınlarda sağlık ocağını kullanma ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Pehlivan ve ark. (2001), okur-yazar olmayan kişilerin sağlık kuruluşlarına daha çok başvurduğunu saptamıştır.

Şenol (2006), sağlık hizmetlerinin kullanımını eğitim seviyesi ilkokul ve altında olanlarda fazla olduğunu belirtmiştir.

2.3.3.2.Kolaylaştırıcı Etmenler

Kişiler sağlık hizmetlerini kullanma eğilimine sahip olsalar bile bazıları bunlardan sadece elde edebilecekleri kadarını alabilirler. Kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımını etkileyen kolaylaştırıcı etmenler arasında, aile bütçesi, sosyal güvence gibi faktörlerin yanında, hizmete ulaşılabilirlik, hizmetin sunumu ve niteliği gibi toplumun özellikleri de yer almaktadır. Toplum içindeki personel ve sağlık olanaklarının miktarı buna bir örnektir. Sonuç olarak sağlık gelir seviyesi yüksek olan, sosyal güvencesi olan ve hizmetlerin maliyetinin düşük olduğu toplumlarda daha yüksek bir kullanım oranı beklenmektedir (46).

Gelir Seviyesi ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Gelir yaşamdaki maddi olanaklardan yararlanmayı belirler. Kişilerin sağlık davranışları sosyo-ekonomik göstergelerden birisi olan gelir seviyesinden ileri derecede etkilenmektedir. DSÖ'ye göre gelir seviyesinin düşük olması bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Örneğin düşük gelirli bireylerin sağlıklı, yeterli proteinli ve

düşük kolesterollü besinlere ulaşmakta ekonomik zorluklar yaşamaktadır. Yoksulluk ve gelir dağılımındaki eşitsizlik arttıkça sağlık düzeyi kötüleşmektedir. Sağlık düzeyi kötüleşen bireyler iş ve gelir kaybı yaşamakta ve sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Bu durum sonucunda sağlığın kötüleşmesi ile yoksulluk artmaktadır (61).

Uluslararası Hemşirelik Konseyinin (ICN) ICN 2004 ana temasını 'Hemşireler yoksullarla birlikte yoksulluğa karşı çalışıyor' şeklinde belirlemiştir. ICN tarafından hemşireler yoksulluğu ve yoksulluğun etkilerini en iyi tanımlayabilecek, yoksulluğun ortadan kaldırılabilmesi için çözüm önerileri üretebilecek sağlık personeli olarak tanımlanmaktadır (62).

Gelir seviyesinin sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisinin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Bhandari (2001) ekonomik ve demografik özellikler, sağlık sigortası ve sağlık statüsünün sağlık hizmetlerinin kullanım oranına etkisini incelediği çalışmasında; yüksek gelirlili bireylerin düşük gelire sahip bireylere oranla son 12 ay içerisinde doktora daha fazla başvurduğunu, saptamıştır.

Kim, Chung (2003); Güney Kore'de insanların gelir seviyelerinin düşmesi ile sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarının düştüğünü belirtmişlerdir.

Thi Hong Ha ve ark., (2002), Vietnam'da halk sağlığı hizmetlerinin ve özel sağlık hizmetlerinin kullanılmasını etkileyen etmenleri inceleyen çalışmalarında gelir düzeyi yüksek olan kişilerin yoksullara göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını belirtmişlerdir.

Grimsno ve ark. (1984), sosyoekonomik statüyü belirlemede gelir seviyesini kullandıkları çalışmalarında, sosyoekonomik statünün sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisinin olmadığını vurgulamışlardır.

Fernandez De La Hoz ve ark. (1996), İspanya'da hanehalkı gelirinin yükselmesi ile sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığını belirtmiştir.

Nesanır ve ark. (2005), gelir seviyesinin yetersiz olmasının, son bir ay içerisinde ayaktan tanı ve tedavi gerektiren sağlık sorunu yaşayanların bir sağlık kurumuna başvurmasını azaltan etken olarak saptamışlardır.

Şenol (2006), sağlık hizmetlerinin kullanımının ev gelir seviyesi yüksek olan kişilerde fazla olduğunu, işsizlerin daha az sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını belirtmiştir.

Pehlivan ve ark. (2001) gelir düzeyi ile sağlık hizmetlerine başvurma arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Usta (1999), kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada en yüksek gelir grubundaki kadınların hizmet kullanımının düşük geliri olanlara göre daha az olduğunu belirtmiştir.

Sosyal Güvence ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Sağlık hizmetlerinin kullanımında sosyal güvence önemli bir belirleyicidir. Sosyal güvencenin olması ile sağlık hizmetlerinin kullanımının fazla olması beklenen bir sonuçtur ve sosyal güvencesi olmayan bireyler hizmetlerden daha az yararlanmaktadır. Hemşireler çalıştıkları bölgedeki sosyal güvencesi olmayan grubu sağlık riskleri açısından değerlendirerek girişimlerini planlamalıdır. Yapılan çalışmalarda sosyal güvence ile hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Bhandari (2001) sağlık sigortası olan kişilerin tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanımının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Borrel ve ark. (2001), Katolonya’da ulusal sağlık sistemi tarafından kısmen karşılanan sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitsizlik olduğunu, özel sigortası olan yüksek sosyal statülü kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Aslan ve ark. (2006), kadınlarda sosyal güvencenin olmasının sağlık hizmeti kullanımını arttırdığını vurgulamışlardır.

Düzgün ve ark. (2004), İstanbul’da sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde sağlık hizmetlerinin kullanımının sosyoekonomik düzeyi yüksek bölgelere göre düşük olduğunu ve bunun özellikle sosyal güvencenin olmamasından kaynaklandığını saptamışlardır.

Usta (1999), kadınlarda sosyal güvencenin olmasının sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırdığını belirtmiştir.

Pehlivan ve ark. (2001), sosyal güvencesi olmayan kişilerin sağlık hizmetlerine başvuru sayısının en az olduğunu saptamışlardır.

Şenol (2006) sosyal güvencesi olanlar kişilerin daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını belirtmiştir.

2.3.3.3. Algılanan Sağlık Düzeyi

Sağlık evrensel bir kavram olmasına rağmen herkesin kabul ettiği ortak bir tanımı yoktur. DSÖ'ne göre sağlık yalnızca hastalığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlığı subjektif ve objektif sağlık olarak gruplandırmak mümkündür. Subjektif sağlık bireyin kendi fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir (38). Objektif sağlık ise muayene ve tanı testlerine göre belirlenen bir hastalığın olmamasıdır. Bir bireye sağlıklı diyebilmek için bireyin kendisini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak da sağlıklı olması gerekmektedir. Algılanan sağlık subjektif bir sağlık göstergesidir ve bireylerin kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerini gösterir (65). Sağlık göstergelerinden birisi olan algılanan sağlık, sağlık hizmetlerini kullanmanın doğrudan sebebidir ya da yönlendiricisidir (14). Bu nedenle hemşireler toplumun sağlık algısını etkileyen faktörleri bilmeli, bireylerin sağlığını geliştirme ile ilgili algılamalarının ve sunulan hizmetin değerlendirilmesinde sağlığı geliştirmeye yönelik değişim yaratmalıdır (66).

Algılanan Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Yapılan çalışmalarda algılanan sağlık statüsünün hizmet kullanımı üzerindeki etkisi gösterilmektedir.

Bhandari (2001) ekonomik ve demografik özellikler, sağlık sigortası ve sağlık statüsünün sağlık hizmetlerinin kullanım oranına etkisini incelediği çalışmada; sağlık statüsü kötü olan grubun sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını saptamıştır .

Fernandez De La Hoz ve ark. (1996), İspanya'da algılanan sağlık statüsü ve sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizlikleri inceleyen çalışmalarında; algılanan sağlık durumu kötü olan kişilerin sağlık hizmetlerinin daha fazla kullandığını belirtmiştir.

Berra ve ark. (2006) çocuklarda ve adölesanlarda algılanan sağlık durumu kötüleştikçe sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığını saptamışlardır.

Borrel ve ark. (1999), düşük sosyal statüde olan kişilerin yüksek statülü olan kişilere oranla daha kötü sağlığa sahip olduklarını ve koruyucu hizmetler ile sağlık hizmetlerinin kullanımının daha az olduğunu belirtmişlerdir.

Borrel ve ark. (2001), Katolonya'da algılanan sağlık durumu kötü olan kişiler arasında koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı için sosyal sınıf bakımından eşitsizlik saptamamışlardır.

Suominen ve ark., (2004) kötü sağlık algısının genel pratişyene başvurmayı arttırdığını belirtmişlerdir.

Gerritsen ve ark. (2006), genel sağlık durumunun sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine etkisini inceledikleri araştırmalarında, sağlık statüsü kötü olan kişilerin hizmet ve ilaç kullanımlarının daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Ren ve ark. (1995), Japonya’da sağlık algısının sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisini inceleyen araştırmalarında sağlık algısının düşmesi ile hizmet kullanımının arttığını saptamışlardır.

Aslan ve ark. (2006), kadınlarda algılanan sağlık statüsü yükseldikçe hizmet kullanımının düştüğünü belirtmişlerdir.

Usta (1999), sağlık durumu iyi kadınların sağlığı kötü olanlara göre birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımının arttığını tespit etmiştir.

Sonuç olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; eğitim seviyesinin düşük olması (22, 56, 19), sosyal statüsü yüksek olan işte çalışmak (26, 54, 18, 64, 2,55, 31), gelir seviyesinin yüksek olması (63, 3, 58,26, 31), sosyal güvencenin olması (59, 64,30, 31, 55), algılanan sağlık seviyesinin kötü olması (17, 22, 63,67, 69,55, 59, 68) sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmaktadır. Farklı olarak bazı çalışmalarda eğitim seviyesi ile hizmet kullanımı arasında ilişki bulunamazken, (29, 57, 58) eğitim seviyesinin düşmesi ile hizmet kullanımının arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (19, 22). Ayrıca gelir düzeyi ile hizmet kullanımı arasında Pehlivan ve ark. (2001) anlamlı ilişki saptamamıştır.

2.4. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERİN ÖNLENMESİ

Sağlıkta sosyo-ekonomik eşitsizliğin ortadan kaldırılması için;

- Yaşam ve çalışma koşullarındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması
- Yoksulluğun ortadan kaldırılması
- Gelir dağılımında eşitliğin sağlanması
- Eğitim seviyesinin artırılması
 - İşsizliğin yok edilmesini
 - Toplum sınıflar, dünyayı ise gelişmiş/gelişmemiş, Kuzey/Güney v.b. şeklinde ayıran ulusal ve uluslar arası ilişkilerin yeniden düzenlenmesi
 - Bireysel davranışların sağlıklı yönde geliştirilmesi
 - Toplumun sorunun çözümüne politik ve teknik katılımını gerektirir (12).

Halk sağlığı hemşireleri bulunduğu konum açısından sosyo-ekonomik durumu kötü olan bireylere daha yakın olması nedeniyle sosyo-ekonomik eşitsizliklere daha duyarlı olmalı ve eşitsizlikleri ortaya çıkaran faktörlerin farkında olması gerekmektedir. Hizmet verdikleri bölgelerde risk gruplarını belirleyip verdikleri bakımı planlayarak eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasında bağımsız fonksiyonlarını kullanmalıdır.

BÖLÜM III

GEREÇ/YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Bu çalışma; sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden etmenleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer : Bu çalışma İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılmıştır. Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi dört mahalle ve toplam 81 sokaktan oluşmaktadır. Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği toplam nüfus 21.226 kişi olup bunların 11.058'i kadındır. Bölgede işsizlik oranı yüksektir ve yeşil kart hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı fazladır.

3.3. Araştırmanın Zamanı: Araştırma, Aralık 2006 – Mayıs 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4.Evren-Örneklem: Araştırmanın evrenini Esentepe Sağlık Ocağı bölgesi oluşturmuştur. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün Saha Tarama Çalışmaları için önerdiği örnekleme yöntemi kullanılmıştır (70, 71). Birinci aşamada ; Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nin mahalle ve sokakları belirlenmiştir. Sokaklar numaralandırılıp içinden 30'ar tanesi randomize olarak seçilmiştir. Seçilen her bir sokaktaki ilk ve son evlerin numaraları sıralanarak ve random olarak bir ev seçilerek ankete başlanacak ilk ev belirlenmiştir. Seçilen evde ilk anket doldurulduktan sonra fiziki olarak en yakın eve gidilerek 7 aile tamamlanmış ve bir küme oluşturulmuştur. Bu şekilde toplam 30 sokaktan 7'şer aile alınarak toplam 210 kadına ulaşılmıştır. Yedi aileye ulaşılamayan sokaklar için daha önceden belirlenen yedek sokaklara gidilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1.Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında anket yönteminden yararlanılmıştır. Çalışmada; bireylerin sosyo-demografik ile algılanan sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinin kullanımını kapsayan 2 farklı anket formu kullanılmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu: Bu form bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve algılanan sağlık durumlarını tespit etmek amacı ile 5 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

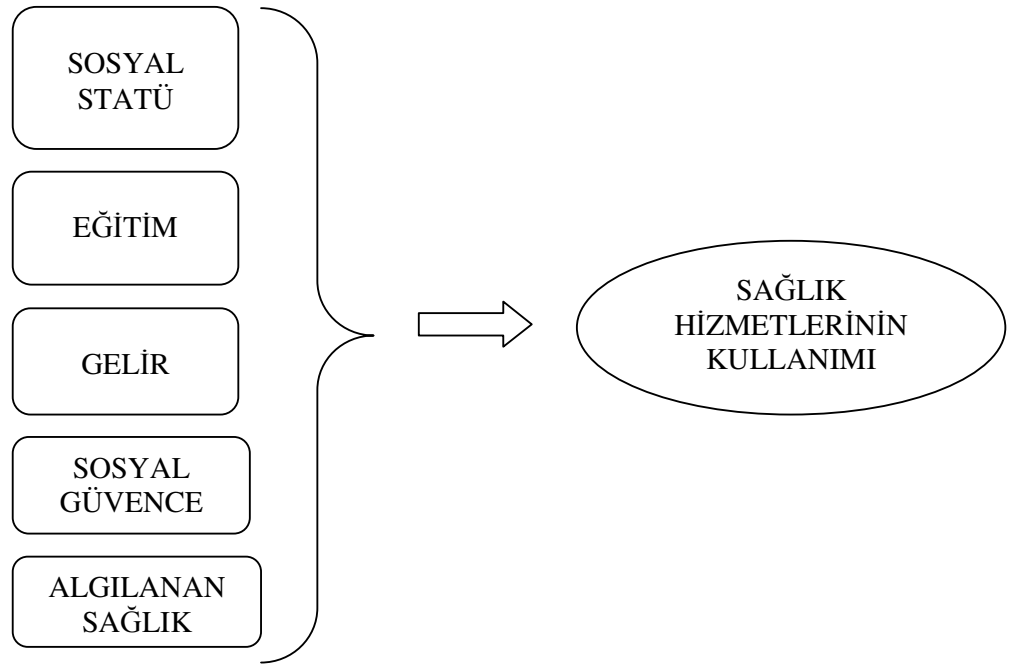
Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Anket Formu: Sağlık hizmetlerinin kullanımını belirlemek amacıyla, mevcut literatür incelenerek 7 sorudan oluşan bir anket formu oluşturulmuştur (Ek 2).

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması: Veri toplama araçları her hanedeki kadınlara uygulanmıştır. Anket formlarının doldurulması için her haneye ortalama 10 dakika zaman ayrılmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın değişkenleri **Şekil 6**'da gösterilmiştir.

Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken



Şekil 5: Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1.Bağımsız Değişkenler:

Sosyal statü: Hane reisinin çalıştığı işe göre; **yüksek sosyal statü** ve **düşük sosyal statü** olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. İşveren, esnaf-zanaatkar, yüksek nitelikli serbest ve beyaz yakalılar yüksek sosyal statülü iş, mavi yakalı, niteliksiz işçi, marjinal ve işsizler düşük sosyal statülü iş grubuna dahil edilmiştir (72).

Anne Eğitimi: Eğitim durumu; **'ilkokul altı'**, **'ilkokul'** ve **'ilkokul üstü'** olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır.

Gelir: Gelir durumu **gelir giderden az**, **gelir gidere eşit** ve **gelir giderden fazla** olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır.

Sosyal Güvence: Sosyal güvence durumu; **'var'** ve **'yok'** şeklinde 2 gruba ayrılmıştır

Algılanan Sağlık: Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sorusu ile değerlendirilmiştir. Algılanan sağlık durumunu değerlendirmede; soruya verilecek cevaplar 5 gruba ayrılmıştır:

- 1.Çok iyi
- 2.İyi
- 3.Orta
- 4.Kötü
- 5.Çok kötü

Cevaplar, daha sonra ilk iki yanıt **'iyi'** ve son üç yanıt **'kötü'** olmak üzere iki kategoride gruplandırılmıştır (73).

3.6.2.Bağımlı Değişken: Sağlık hizmetlerinin kullanımı.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı: Sağlık hizmetlerinin kullanımını değerlendirmede, **'koruyucu sağlık hizmetleri'** ile **'tedavi edici sağlık hizmetlerinin'** kullanım durumu incelenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik 'Son 6 ay içerisinde yakınma dışında bir nedenle sağlık kurumuna başvurduunuz mu?', tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik ' Son 6 ay içerisinde herhangi bir yakınma nedeniyle sağlık kurumuna başvurduunuz mu?

soruları sorulmuştur (Ek 2). Her iki sağlık hizmeti için sorulan soruya verilen cevaplar hizmeti kullanma durumuna göre,

Kullanmıyor = 0

Kullanıyor = 1 olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.00 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında;

1. Sosyal statü ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında ki-kare testi,
2. Eğitim ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında ki-kare testi,
3. Gelir durumu ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında ki-kare testi,
4. Sosyal güvence durumu ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında ki-kare testi,
5. Algılanan sağlık ile sağlık hizmetleri kullanımı ile arasında ki-kare testi,
6. Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden değişkenlerin etkileme katsayısına bakmak için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır (74, 75).

3.8. Katılımcıların ve Kurum İzininin Alınması : Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan onay alınarak başlanmıştır, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınarak yürütülmüştür. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır.

3.9. Araştırma Planı:

- Etik Kurul Onayı : Temmuz 2006
- Başlama Tarihi : Aralık 2006
- Verilerin Toplanması : Ocak 2006
- Verilerin Değerlendirilmesi : Mart-Nisan 2007
- Araştırma Raporunun Yazılması : Nisan-Mayıs 2007

3.10. Araştırma Bütçesi: Araştırmanın bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 7: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişken	Sayı	%
Hane Reisinin İşi		
Düşük sosyal Statü	124	59
Yüksek sosyal statü	86	41
Anne Eğitimi		
İlkokul altı	45	21.4
İlkokul	97	46.2
İlkokul üstü	68	32.4
Gelir		
Gelir giderden az	120	57.1
Gelir gidere eşit	90	42.9
Gelir giderden fazla	0	0
Sosyal Güvence		
Var	146	69.5
Yok	64	30.5
Toplam	210	100

Kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hane reisinin işi %59 oranında düşük sosyal statülü olan kadınların %46.2'si ilkokul mezunudur. Kadınların gelir durumları %57.1 oranında gelir giderden az olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan kadınların oranı %69.5'tir (Tablo 7).

Tablo 8. Kadınların Algılanan Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı

Algılanan Sağlık Durumu	Sayı	%
İyi	80	38.1
Kötü	130	61.9
Toplam	210	100

Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık algısı %38.1 iyi düzeyinde iken %61.9 kadının sağlık algısı kötüdür (Tablo 8).

4.2. Kadınların Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları

Tablo 9: Kadınların Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma, Kurumu Tercih Etme ve Kullanmama Durumlarına Göre Dağılımı

Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu	Sayı	%
Kullanıyor	109	51.9
Kullanmıyor	101	48.1
Tercih Etme Nedeni		
Yakın	61	56.0
Güvenilir	6	5.5
Kalabalık Değil	13	11.9
Sosyal Güvence Karşılıyor	3	2.8
Yakınlarının Kurumda Çalışması	3	2.8
Tetkik Yaptırmak için Cihazların Bulunması	11	10.1
Heyet raporu almak için	3	2.8
Ebelerin tanıdık olması	5	4.6
Doktorunun Olması	4	3.7
Toplam	109	100
Kullanmama Nedeni		
Kendini İyi Hissetme	29	28.7
Sosyal Güvencenin olmaması	23	22.8
Hasta olmama	15	14.9
Gerek Görmeme	15	14.9
İlaç Almak İstememe	6	5.9
Sağlığa Önem Vermeme	9	8.9
Kalabalık	3	3.0
Özürlü Çocuğun Bakımı	1	1.0
Toplam	101	100

Kadınların koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanma oranı %51.9. Sağlık hizmetlerinin kullananlar arasında kurumu tercih etme nedeni %56.0 oranında yakın olması iken, sağlık hizmetlerini kullanmama nedeni ise %28.7 oranında kadınların kendisini iyi hissetmesidir (Tablo 9).

4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Hane Reisinin İşine Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Hane Reisinin İşi	Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =8.47
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
Düşük Statü	54	43.5	70	56.5	124	100	p=0.004
Yüksek Statü	55	64.0	31	36.0	86	100	p<0.01
Toplam	109	51.9	101	48.1	210	100	

Hane reisinin işi yüksek sosyal statülü olan kadınlarda, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanım oranı %64 iken düşük sosyal statülü grupta olan kadınlarda bu oran % 43.5'tir. Hane reisinin işine göre yakınma olmadan sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo10).

Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Eğitim	Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =1.99
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
İlkokul Altı	23	51.1	22	48.9	45	100	p=0.4
İlkokul	55	56.7	42	43.3	97	100	
İlkokul Üstü	31	45.6	37	54.4	68	100	
Toplam	109	51.9	101	48.1	210	100	p>0.05

Kadınların eğitim durumlarına göre yakınma olmadan sağlık hizmetlerinin kullanımı incelendiğinde eğitim seviyesi ilkokul altında olan kadınların %51.1'i koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmakta olup, bu oran ilkokul mezunu olan kadınlarda %56.7'dir. Eğitim

seviyesi ilkököl üstü olan kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma oranı %45.6'dır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 11).

Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Gelir Düzeyine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumu

Gelir	Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =4.90
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
Gelir-Giderden Az	56	46.6	64	53.4	120	100	p=0.046
Gelir-Gidere Eşit	53	58.8	37	41.2	90	100	
Toplam	109	51.9	101	48.1	210	100	p<0.05

Kadınların gelir durumlarına göre yakınma olmadan sağlık hizmetlerinin kullanım oranları Tablo 12'de verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı gelir-gidere eşit olan grupta yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Durumuna Göre Yakınma Olmadan Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Sosyal Güvence	Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =8.50
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
Yok	23	35.9	41	64.1	64	100	p=0.004
Var	86	58.9	60	41.1	146	100	
Toplam	109	51.9	101	48.1	210	100	p<0.01

* Yates düzeltmesi yapılmıştır

Araştırmaya katılan kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımı ile sosyal güvence arasındaki ilişki Tablo 13'te verilmiştir. Sosyal güvencesi olan kadınların %58.9'u koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmakta olup, sosyal güvencesi olmayan kadınlarda bu oran %35.9'dur ve arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01).

Tablo 14. Araştırmaya Katılanların Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Algılanan Sağlık Durumu	Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =0.17
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
İyi	43	53.8	37	46.2	80	100	p=0.67
Kötü	66	50.8	64	49.2	130	100	p>0.05
Toplam	109	51.9	101	48.1	210	100	

Algılanan sağlık durumu iyi olan kadınların algılanan sağlık durumu kötü olanlara göre yakınma olmadan sağlık hizmetlerini kullanma yüzdesi fazla olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 14).

Tablo 15. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı İçin Seçilmiş Odds Oranları

Değişken	Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı		p
	OR	%95 Güven Aralığı	
Hane Reisinin İşi Düşük Statü Yüksek Statü	1.00* 2.61	(1.29-5.31)	p<0.01
Gelir Gelir-Giderden Az Gelir-Gidere Eşit	1.00* 1.91	(0.97-3.76)	p<0.05
Sosyal Güvence Yok Var	1.00* 2.00	(0.99-4.05)	p<0.05

* Referans kategori

Araştırmaya katılan kadınların yakınma olmadan sağlık hizmetlerini kullanımı ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki odds oranları Tablo 15'te verilmiştir. Hane reisinin işinin yüksek sosyal statüde olması ile sağlık hizmetlerinin kullanımı düşük sosyal statüde olanlara göre 2.61 kat daha fazladır ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01). Gelir durumuna göre koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde; gelir seviyesinin yükselmesi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı 1.91 kat artmaktadır (p<0.05). Sosyal güvencenin olması da koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını 2 kat arttırmaktadır (p<0.05).

4.3. Kadınların Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları

Tablo 16. Kadınların Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Olma Durumuna, Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumuna, Kurumu Tercih Etme ve Kullanmama Nedenine Göre Dağılımı

	Sayı	%
Yakınma Durumu		
Var	118	56.2
Yok	92	43.8
Toplam	210	100
Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu		
Kullanıyor	72	61.0
Kullanmıyor	46	39.0
Toplam	118	100
Tercih Etme Nedeni		
Yakın	28	38.9
Güvenilir	3	4.2
Uzman Var	18	25.0
Kalabalık Değil	8	11.1
Sosyal Güvence Karşılıyor	15	20.8
Toplam	72	100
Kullanmama Nedeni		
Sosyal Güvence Olmaması	22	47.8
Kalabalık	9	19.6
Hastalığı Bilme	8	17.4
Çocuk Bakımı İçin	2	4.3
Eczaneden İlaç Alıyor	3	6.5
Bekleme Süresi Fazla	2	4.3
Toplam	46	100

Kadınların %56.2'sinin son 6 ay içerisinde yakınması olmuştur. Yakınması olan kadınların %61'i sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Sağlık hizmetlerini kullanan kadınların gittikleri kurumu tercih etme nedeni %38.9 yakın olmasıdır. Yakınması olan ve sağlık hizmetlerini kullanmayan kadınların hizmeti kullanmama nedeni %47.8 sosyal güvencenin olmamasıdır (Tablo 16).

4.3.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 17. Araştırmaya Katılanların Hane Reisinin İşine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Hane Reisinin İşi	Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =11.57
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
Düşük Statü	34	47.9	37	52.1	71	100	p=0.001
Yüksek Statü	38	80.9	9	19.1	47	100	
Toplam	72	61.0	46	39.0	118	100	

* Yates düzeltmesi yapılmıştır

Hane reisinin işi yüksek sosyal statülü olan kadınların %80.9'u son 6 ay içerisinde yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerini kullanmıştır. Hane reisinin işi düşük sosyal statülü olan kadınlarda bu oran % 47.9 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 17).

Tablo 18. Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeylerine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Eğitim	Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =5.40
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
İlkokul Altı	19	61.3	12	38.7	31	100	p=0.67
İlkokul	42	68.9	19	31.1	61	100	
İlkokul Üstü	11	42.3	15	57.7	26	100	p>0.05
Toplam	72	61.0	46	39.0	118	100	

Kadınların hizmet kullanımı ile eğitim durumu arasındaki ilişki Tablo 18'de verilmiştir. Eğitim gruplarına göre yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Tablo 19. Araştırmaya Katılanların Gelir Düzeylerine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Gelir	Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		$X^2=2.17$
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
Gelir-Giderden Az	32	55.0	39	45.0	71	100	P=0.14
Gelir-Gidere Eşit	33	52.2	14	47.8	47	100	
Toplam	72	48.1	46	51.9	118	100	p>0.05

* Yates düzeltmesi yapılmıştır

Yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımı ile gelir arasındaki ilişki Tablo 19'da verilmiştir. Gelir durumuna göre yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 20. Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Durumuna Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Sosyal Güvence	Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		$X^2=22.8$
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			n
Yok	13	31.0	29	69.0	42	100	p=0.000
Var	59	77.6	17	22.4	76	100	
Toplam	72	61.0	46	39.0	118	100	p<0.001

* Yates düzeltmesi yapılmıştır

Sosyal güvencesi olan kadınların yakınma olmadan sağlık hizmetlerini kullanım oranı %77.6 iken güvencesi olmayan grupta bu oran %31'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 21. Araştırmaya Katılanların Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Algılanan Sağlık Durumu	Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı				Toplam		X ² =0.06
	Kullanıyor		Kullanmıyor		n	%	
	n	%	n	%			p=0.80
İyi	20	64.5	11	35.5	31	100	p>0.05
Kötü	52	59.8	35	40.2	87	100	
Toplam	72	61.0	46	39.0	118	100	

* Yates düzeltmesi yapılmıştır

Yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımı ile algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişki Tablo 21’de verilmiştir. Algılanan sağlık durumu iyi olan kişiler ile kötü olan kişiler arasında hizmet kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 22. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı İçin Seçilmiş Odds Oranları

Değişken	Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı		p
	OR	%95 Güven Aralığı	
Hane Reisinin İşi			p>0.05
Düşük Statü	1.00*	(0.18-1.42)	
Yüksek Statü	0.51		
Sosyal Güvence			p<0.001
Yok	1.00*	(0.06-0.47)	
Var	2.31		

*Referans kategori

Araştırmaya katılan bireylerin yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden bazı sosyo-demografik özelliklerin odds oranları Tablo 22’de verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kullanımını, hane reisinin yüksek sosyal statüde olması düşük olan gruba oranla 0.51 kat daha fazladır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Sosyal güvencesi olan kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımı sosyal güvencesi olmayan gruba göre 2.31 kat daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Son 6 Ay İçerisinde Yakınma Olmadan Herhangi Bir Nedenle) Kullanımı

Araştırmaya katılan kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma oranı %51.9 iken, kadınların %48.1'i kullanmamaktadır. Koruyucu hizmetleri kullanan kadınların kurumu tercih etme nedeni en yüksek oranda yakın olmasıdır. Kadınların kendisini iyi hissetmesi koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmamalarına neden olmaktadır.

5.1.1. Hane Reisinin İşine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Bu çalışmada katılımcıların %59'u düşük sosyal statülü işe sahiptir (Tablo 7). Kadınların hane reisinin işine göre koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 10, Tablo 15). Yüksek sosyal statüde olan kadınlar koruyucu sağlık hizmetlerini düşük statüde olan kadınlara oranla 2.61 kat daha fazla kullanmaktadır. Borrel ve ark. (1999), düşük sosyal statüde olan kişilerin koruyucu hizmetleri kullanımının daha az olduğunu belirtmişlerdir. Nesanır ve ark. (2005), koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltan etkenlerin düşük sosyal statülü iş olduğunu saptamışlardır. Benzer olarak Belek (1999), sosyal statü ile hizmet kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Sosyal statünün hizmet kullanımını arttırdığını gösteren çalışmaların yanı sıra sosyal statünün koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemediğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Borrel ve ark. (2001), Berra ve ark. (2006) çalışmalarında sosyal sınıflar ile koruyucu hizmetlerin kullanımı arasında fark olmadığını saptamışlardır.

Bu çalışmada düşük sosyal statüde işe sahip olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmasının nedeni; düşük sosyal statülü kadınların öncelikleri arasında barınma, beslenme, hijyen, güvenlik gibi temel ihtiyaçların olması ve bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerine daha az önem vermelerinden kaynaklanabilir.

5.1.2. Eğitime Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Araştırmaya katılan kadınların %21.4'ünün eğitim seviyesi ilkokul altı, %46.2'si ilkokul ve %32.4'ü ilkokul üstüdür (Tablo 7). Kadınların eğitim seviyesi ile koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. (Tablo 11). Eğitim ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Suominen ve ark., (2004) eğitim seviyesi yüksek grubun koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımının eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha fazla olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Grimsmo ve ark. (1984), eğitim seviyesinin sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisinin olmadığını belirtmiştir. Thi Hong Ha ve ark.,'nın (2002), çalışma sonuçları da benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada kadınların eğitim seviyesinin koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisi olmamasının nedeni araştırmaya katılan kadınların eğitim seviyelerinin birbirine çok yakın olması olabilir.

5.1.3. Gelire Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Kadınların kendisine göre ailenin ekonomik durumu %57.1 oranında gelir giderden azdır (Tablo 7). Kadınlarda gelir seviyesi ile sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 12,Tablo 15). Gelir seviyesi yüksek olan kadınların düşük olan kadınlara oranla koruyucu sağlık hizmetlerini 1.91 kat daha fazla kullanmaktadır (Tablo 15). Benzer olarak Thi Hong Ha ve ark., (2002), gelir düzeyi yüksek olan kişilerin yoksullara göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını belirtmişlerdir. Çalışma bulgularına zıt olarak Usta (1999) gelir düzeyi yüksek olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığını saptamıştır. Sosyoekonomik göstergelerden birisi gelir seviyesidir. Gelir seviyesi arttıkça sosyoekonomik statü ve sağlığa verilen önem artmaktadır. Bu nedenle yüksek gelire sahip kişiler koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanıyor olabilir.

5.1.4. Sosyal Güvence Durumuna Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Kadınların %69.5'inin sosyal güvencesi vardır (Tablo 7). Çalışmada sosyal güvencesi olan ve olmayan kişiler arasında yakınma olmadan sağlık hizmetlerinin

kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 13, Tablo 15). Sosyal güvencesi olan kadınlar, güvencesi olmayan kadınlara göre 2 kat daha fazla koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmaktadır (Tablo 15). Aslan ve ark. (2006), kadınlarda sosyal güvencenin olmasının sağlık hizmeti kullanımını arttırdığını vurgulamışlardır. Düzgün ve ark. (2004) ve Usta'nın (1999), çalışma sonuçları da benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada da sosyal güvencenin olmasının sağlık hizmetlerinin kullanımını arttıracığı beklenen bir sonuçtur.

5.1.5. Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık algısı %38.1 iyi düzeyinde iken %61.9 kadının sağlık algısı kötüdür (Tablo 8). Kadınların sağlık algısı ile koruyucu sağlık hizmetleri kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 14). Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bhandari (2001) sağlık statüsü kötü olan grubun sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını saptamıştır. Fernandez De La Hoz ve ark. (1996), algılanan sağlık statüsü kötü olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını belirtmiştir. Borrel ve ark.'nın (2001), çalışma sonuçları da benzerlik göstermektedir. Usta (1999), sağlık statüsü iyi kadınların hizmet kullanımının sağlıklı kötü olanlara göre daha az olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada algılanan sağlık durumunun koruyucu sağlık hizmetleri kullanımına etkisinin olmamasının nedeni koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem ile ilişkili olabileceği gibi, kadınların bireysel özelliklerinden kaynaklanabilir.

5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (Son Altı Ay İçerisinde Herhangi Bir Yakınma Nedeniyle)

Araştırmaya katılan kadınların %56.2'sinde son altı ay içerisinde yakınma olmuştur. Yakınması olan ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanan kadınların oranı % 61 iken kullanmayan kadınların oranı %39'dur. Kadınların sağlık kurumunu tercih etme nedenleri arasında yakın olması ve yakınma olup da hizmeti kullanmama nedenleri arasında sosyal güvencenin olmaması en yüksek orandadır (Tablo 16) ve hizmet kullanımındaki bu etkenler beklenen bir durumdur.

5.2.1. Hane Reisinin İşine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Hane reisinin işi yüksek sosyal statülü olan kadınlarda tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı düşük sosyal statülü grupta olan kadınlara göre daha fazladır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 17, Tablo 22). Yüksek statülü kadınlar düşük sosyal statülü kadınlara oranla 0.51 kat tedavi edici sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadır (Tablo 22). Borrel ve ark. (1999), düşük sosyal statüde olan kişilerin tedavi edici sağlık hizmetlerini daha az kullandığını belirtmişlerdir. Nesanır ve ark. (2005) düşük sosyal statünün tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımında etkisi olduğunu saptamışlardır. Belek (1999), çalışmasında benzer sonuçlar elde etmiştir. Çalışmaya zıt olarak Borrel ve ark. (2001), sosyal sınıflar arasında hizmet kullanımı açısından fark olmadığını saptamıştır. Bu çalışmada sosyal statüsü düşük kadınların tedavi edici hizmetleri daha az kullanmasının nedeni; düşük sosyal statüde olan kadınların genellikle günlük yaşam aktivitelerini engellemediği sürece tedavi edici hizmetleri kullanmamalarından ve kendilerini hasta hissetmemelerinden kaynaklanabilir.

5.2.2. Eğitim İle Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Kadınların eğitim seviyesi ile tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 18). Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesinin sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilediği belirtilmektedir. Suominen ve ark., (2004) eğitim seviyesi yüksek grubun sağlık hizmetlerini kullanımının eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha fazla olduğunu vurgulamışlardır. Aslan ve ark. (2006), kadınlarda sağlık hizmetlerinin kullanımının eğitim seviyesi yükseldikçe arttığını belirtmişlerdir. Farklı olarak Grimsmo ve ark. (1984), eğitim seviyesinin sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisinin olmadığını saptamıştır. Bu çalışmada eğitim seviyesinin tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanmada etkisinin olmamasının nedeni; araştırmaya katılan kadınların eğitim seviyelerinin benzer olmasından kaynaklanabilir.

5.2.3. Gelir Seviyesine Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Bu çalışmada yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımı ile gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 19). Kim ve ark. (2003); gelir seviyesinin düşmesi ile sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarının azaldığını belirtmişlerdir. Usta (1999), en yüksek gelir grubundaki kadınların hizmet kullanımının düşük geliri olanlara göre daha az olduğunu belirtmiştir. Şenol (2006), sağlık hizmetlerinin kullanımının ev gelir seviyesi yüksek olan kişilerde fazla olduğunu belirtmiştir.

Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi işsiz kesimin ve buna bağlı olarak yeşil kartlı bireylerin fazla olduğu bir bölgedir. Bu çalışmada gelir seviyesinin hizmet kullanımında etkisinin olmaması, gelir seviyesi düşük olan kadınların yeşil kart hizmetlerinden yararlanarak tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanabilmelerinden kaynaklanabilir.

5.2.4. Sosyal Güvence Durumuna Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Çalışmada sosyal güvencesi olan ve olmayan kişiler arasında tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 20,Tablo 22). Sosyal güvencesi olan kadınlar, güvencesi olmayan kadınlara göre tedavi edici sağlık hizmetlerini 2.31 kat fazla kullanmaktadır (Tablo 22). Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar bulunmaktadır. Aslan ve ark. (2006), kadınlarda sosyal güvencenin olmasının sağlık hizmeti kullanımını arttırdığını vurgulamışlardır. Düzgün ve ark. (2004), Şenol (2006), Usta (1999) yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Kılıç (1996), sağlık güvencesi olan kişilerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığını saptamıştır. Sosyal güvence sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen en önemli etkenlerden birisidir. Bu çalışmada sosyal güvencenin tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

5.2.5. Algılanan Sağlık Statüsüne Göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanılma Durumu

Algılanan sağlık durumu iyi ve kötü olan kadınların yakınma nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. (Tablo 21). Bhandari (2001) sağlık statüsünün sağlık hizmetlerinin kullanım oranına etkisini incelediği çalışmada; sağlık statüsü kötü olan grubun sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını saptamıştır. Fernandez De La Hoz ve ark. (1996), algılanan sağlık statüsü kötü olan kişilerin sağlık hizmetlerinin daha fazla kullandığını belirtmiştir. Benzer olarak, sağlık statüsü kötü olan kişilerin hizmet ve ilaç kullanımlarının daha fazla olduğunu saptanmıştır (67). Aslan ve ark. (2006), kadınlarda algılanan sağlık statüsü yükseldikçe hizmet kullanımının azaldığını belirtmişlerdir. Usta (1999), sağlık statüsü iyi kadınların hizmet kullanımının sağlığı kötü olanlara göre daha az olduğunu belirtmiştir. Sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve sağlıklı olmak kişiden kişiye değişebildiği için sağlık hizmetlerinin kullanımı da bireyler arasında değişim göstermektedir. Hizmet kullanımını algılanan sağlık durumunun yanı sıra herhangi bir tanı konulmuş hastalığın olması da (objektif sağlık) etkilemektedir. Bu çalışmada algılanan sağlık durumunun tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımına etkisinin olmamasının nedeni, kadınların objektif sağlık göstergelerinin benzer olmasından kaynaklanabilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden etmenleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Hane reisinin yüksek sosyal statülü bir işte çalışması, gelirin yüksek olması ve sosyal güvencenin olması koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmaktadır (Tablo 10,12,13,15). Yüksek statülü iş ve sosyal güvencenin olması aynı zamanda tedavi edici hizmetlerin kullanımını da arttırmaktadır (Tablo 17,20,22). Algılanan sağlık statüsünün sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo15,21).

6.2. Öneriler

- Bu çalışmada düşük sosyal statü sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltmaktadır. Hemşireler, bakım verdiği kişiler içinde sosyal statüsü düşük olan bireylere öncelik vermelidir.

- Bireylerin gelir seviyelerinin yüksek olması koruyucu sağlık hizmetlerine başvuruyu arttırdığı için hemşireler kurumlar arası işbirliği yaparak kadınları üretim sürecine katabilmek için iş bulma kurumlarına yönlendirmeli, gelir seviyesi düşük olan kadınlara koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelik oluşturmalarıdır.

- Sosyal güvencenin sağlık hizmetlerinin kullanımındaki önemi dikkate alınarak, toplumda sosyal güvenlik sistemleri geliştirilmeli ve tüm toplumu kapsayacak şekilde ulusal sağlık sistemleri yapılandırılmalıdır. Hemşireler sağlık güvencesi olmayan bireylere düzenli sağlık hizmeti alabilmeleri için eğitim vermelidir. Ayrıca sektörler arası işbirliği ve danışmanlık yaparak sosyal güvencesi olmayan bireylerin yeşil kart sahibi olmaları için yönlendirmelidirler.

Araştırmacılara Öneriler;

- Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen diğer değişkenlerin hizmet kullanımını nasıl etkilediğini ve ÷lkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan yeni politika değişikliklerinin hizmet kullanımına etkisini belirleyebilmek için niteliksel çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Belek, İ., Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenebilir ve Kabul edilemez Bir Politik Ekonomi Sorunu, Toplum ve Hekim, 1998, Cilt:13, Sayı:2.
2. Belek, İ., Sınıflar; Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmeti Kullanımları ve Yararlandıkları Sağlık Kurumları, Antalya'da İki Bölge Yedi Sınıf, Toplum ve Hekim, 1999, Cilt:14, Sayı:1.
3. Kim, H., Chung, W.J., Changes in Morbidity and Medical Care Utilization After the Recent Economic Crisis in the Republic of Korea, Bulletin of the World Health Organization, 2003, 81(8).
4. İnandı, T., Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler, Toplum ve Hekim, 1999, Cilt:14, Sayı:5.
5. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21 Hedef http://www.un.org.tr/who/doc-pdf/health21_tr.pdf,
6. http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_complete.pdf, Human Development Report, 2005.
7. Hamzaoğlu, O., Sağlıkta Eşitsizlikler ve Kullanılan Ölçütler, Toplum ve Hekim, 2006, Cilt:21, Sayı:1.
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2003, HUNNE.
9. Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, World Health Report 2005, <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>,
10. Maternal Mortality in 2000, UNICEF 2000.
11. Koç, İ., Schumacher, R., Campbell, O., ve ark., Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Üreme Sağlığı Programı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2005.
12. Belek, İ., Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 1998.
13. Power, C., Health and Social Inequality in Europe, British Medical Journal, 1994, 308:1153-1156.
14. Çelik, Y., Sağlıkta Eşitlik, Toplum ve Hekim, 1994, Cilt:9, Sayı:63.
15. Dinçer, T., Kavuncubaşı, Ş., Aloğlu, E., Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Toplum ve Hekim, 1994, Cilt:9, Sayı:62.

16. Borrell, C., Fernandez, E., Schiaffino, A., Benach, J., Rajmil, L., ve ark., Social Class Inequalities in the Use of and Access to Health Services in Catalonia, Spain: What is The Influence of Supplemental Private Health Insurance?, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol:13, No:2, 2001, 117-125,
17. Berra, S., Borrell, C., Rajmil, L., ve ark., Perceived Health Status And Use Of Health Care Services Among Children And Adolescent, *European Journal Of Public Health*, Vol:16, No:4, 2006, 405-414.
18. Türkan, A., Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Sosyoekonomik Açından Farklı İki Bölgede Sağlıkta Eşitsizlikler ve Bunu Etkileyen Etmenler, Doktora Tezi, Bursa, 2005.
19. Droomers, M., Westert, G. P., Do Lower Socioeconomic Groups Use More Health Services, Because They suffer From More Illnesses?, *European Journal Of Public Health*, 2004, 14:311-313.
20. Özmen, D., Narlıdere Sağlık Ocağı Bölgesinde Halkın I. Basamak Tedavi Hizmetlerinden Yararlanmasını Etkileyen Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1990.
21. Şahin, M., Eğri, M., Malatya İli Yeşilyurt İlçesinde Halkın I. Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, *Toplum ve Hekim*, 1998, Cilt:18, Sayı:4.
22. Fernandez De La Hoz, K., Leon, A.D., Self-Perceived Health Status and Inequalities in Use of Health Services in Spain, *International Epidemiological Association*, 1996, Vol:25, No:3, 593-603.
23. Lenthe, F., Schrijvers, C., Droomers, M., Investigating Explanations of Socio-economic Inequalities in Health, *European Journal of Public Health*, 2004, Vol:14, No:1.
24. Katz, S.J., Hoper, T.P., Manning, W.G., Physician Use in Ontario and the United States: The Impact of Socio-economic Status and Health Status, *American Journal of Public Health*, 1996, 86(4):520-524.
25. Öztürk, A., Naçar, M., Aslan, A., ve ark., Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu, *Geriatrici*, 2002, 5(4), 138-143.
26. Nesanır, N., Düzkalır, H., Göktolga, G., ve ark., Manisa İlinde Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Sağlıkta Eşitsizlikler, *Sted*, 2005, Cilt:14, Sayı:10.
27. Dedeoğlu, N., Erengin, H.K., Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık, *Toplum ve Hekim*, 1997, Cilt:12, Sayı:77.

28. Dunlop, S., Coyte, C.P., McIsaac, W., Socio-Economic Status and The Utilization of Physicians' Services: Result From the Canadian National Population Health Survey, *Social Science&Medicine*, 2000, 51, 123-133.
29. Torcu, M., Okyay, P., Çıbık, A., ve ark. Aydın Merkez 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15 Yaş Üzeri Kadınların Sağlık Ocağını Kullanma Durumları, Etkileyen Faktörler İle Memnuniyet Düzeyleri, *Toplum ve Hekim*, 2005, Cilt:20, Sayı:4.
30. Pehlivan, E., Genç, M., Karaoğlu, L., ve ark., Malatya'da Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Hasta Memnuniyeti, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 8(2), 72-78.
31. Şenol, V., Kayseri İl Merkezi'nde sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İle İlişkisi, *Doktora Tezi, Kayseri*, 2006.
32. Cuesta, C., Inequalities in Health and Primary Health Care Nursing, *Journal of Advances Nursing*, 1991, 16:1145-1146.
33. Özarslan, A. D., Sağlıkta Eşitsizliğin Cinsiyet Boyutu, X. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Van, 2006.
34. Kılıç, B., Uluslararası Verileriyle Sağlıkta Eşitsizlikler, *Toplum ve Hekim*, 1998, Cilt: 13, Sayı:2.
35. Erefe, İ., Bayık, A., Bahar, Z., Özsoy, S.A., Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, İzmir, 2003.
36. Whitehead, M., Eşitlik ve Sağlık:Kavram ve İlkeler, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, 2000.
37. Final Report of Meeting on Policy Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care, World Health Organization, Geneva, 1997, 4.
38. Velioğlu, P., Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul, 1999.
39. Karaöz, S., Hemşirelerin Politik Gücü, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004, 8 (1).
40. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, <http://www.anayasa.geen.tr/1961ay.htm>
41. <http://www.ebto.org.tr> (Mayıs 2007 tarihinde ulaşılmıştır).
42. Erengin, K. H., Dedeoğlu, N., Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi, *Toplum ve Hekim*, 1998, Cilt:13, Sayı:2.
43. TUSİAD, Türk Sanayi ve İş Adamları Derneği Türkiye'de Bireysel Gelir Dağılımı ve Yoksulluk, Yayın No: T.SÜAD-T/2000-12/295, 2000.
44. DİE, 2005, <http://www.tuik.gov.tr> (Mart 2007 tarihinde ulaşılmıştır).

45. Murray, C.L., Gakidou, E.E., Frenk,J., Health Inequalities and Social Group Differences: What Should We Measure?, Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77(7).
46. Andersen, R., Newman, J.F., Societal and Individual Determinants of Medical Care utilization In the United States, The Milbank Quarterly, 2005, Vol:83, No:4.
47. Dünya Çocuklarının Durumu, Unicef Türkiye Temsilciliği, UNICEF 2005.
48. World Health Report, 2003, <http://www.who.int/whr/2003/en/index.html>,
49. Mackenbach, P. J., Health Inequalities: Europe in Profiles, UK Presidency Of the EU, 2006.
50. Soyer, A., Sağlık ve Eşitsizlikler; Mekan, Konut Mülkiyeti ve İşteki Statüye Göre Bebek Ölümleri, Toplum ve Hekim, 1999, Cilt:14, Sayı:3.
51. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı (2003) T.C. Sağlık Bakanlığı.
52. Hamzaoğlu, O., Özcan, U., Türkiye Sağlık İstatistikleri 2005, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Birinci Baskı, 2006.
53. Öcek, Z., Soyer, A., Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2000-2004 Durum Değerlendirmesi, Toplum ve Hekim, 2006, Cilt:21, Sayı:4.
54. Borrell C., Rohlf, I., Fernando, J., ve ark. Social Inequalities in Perceived Health and The Use of Health Services In a Southern European Urban Area, International Journal of Health Services, 1999, 29:743-764.
55. Usta, İ., Erbaa İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 1999.
56. Suominen, A. L., Koskinen, S., Martelin, T., ve ark., Differences In Older Adults’ Use Of Primary And Specialist Care Services In Two Nordic Countries, European Journal Of Public Health, 2004, 14:375-380.
57. Grimsmo, A., Siem, H., Factor Affecting Primary Health Care Utilization, Family Practice, 1984, Vol:1, No:3, 155-161.
58. Thi Hong Ha, N., Berman, P., Larsen, U., Household Utilization And Expenditure On Private And Public Health Services In Vietnam, Health Policy And Planning, 2002, 17(1): 61-70.
59. Arslan, D., Özcebe, H., Bilir, N., Vaizoğlu, S., Subaşı, N., What Are the Predictors of Health Services Utilization By Women In a City Center Located In Eastern Part of Turkey?:A Cross Sectional Study, Turk J Medicine Science, 2006, 36, 37-43.

60. Ay, S., Türkiye’de Kadın ve Çocuk Sağlığı İle İlgili Bazı Ölçütler İle Sosyoekonomik ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişki; Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2001.
61. ICN on Poverty and Health, http://www.icn.ch/matters_poverty.htm, (Nisan 2007 tarihinde ulaşılmıştır).
62. http://www.icn.ch/indkit_themes.htm, Themes Of International Nurses Day 1988 - 2007
63. Bhandari, S., Health Status, Health Insurance, and Health Services Utilization: US Census Bureau, Washington, 2001.
64. Düzgün, E., Aytekin, A.H., Özkan, G., Kıyak, M., Erbaydar, T., Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Bölgede Yaşayan İnsanların Sağlığı Algılayışları ve Sağlık Hizmetlerini Kullanımları, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitim Sempozyumu Kitabı, Ankara, 2004.
65. Belek, İ., Sağlıkta Eşitsizliklerin Değişimi:Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma, Toplum ve Hekim, 2004. Cilt:19, Sayı:2.
66. Çapık, C., Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.
67. Gerritsen, A. M., Bramsen, I., Deville, W., Use Of Health Services By Afghan Seekers Living In The Netherlands, 2006, Vol:16, No:4, 394-399.
68. Ren, A., Okubo, T., Takahashi, K., Health Status, Health Habits, Utilization Behaviour And Health Care Utilization In An Actively Employed Japanese Population, Occupational Medicine, 1995, 45:186-192.
69. Chaix, B., Navaie-Waliser, M., Viboud, C., Parizot, I., Chauvin, P., Lower Utilization of Primary, Speciality and Preventive Care Services by Individuals Residing With Persons in Poor Health, European Journal of Public Health, 2006Vol:16, No:2, 209-216.
70. Bahar, Z., Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde Aşılama Yaygınlığını Değerlendirme Araştırması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1988, 4(3);1-19.
71. Rothenberg, R.B., ve ark., Observation on the Application of Epi Cluster Survey Methods For Estimating Disease Incidence, Bulletin of WHO, 1985, 63(1):93-99.
72. Boratav, K., İstanbul ve Anadolu’dan Sınıf Profilleri, İmge Kitapevi, 2. Baskı, İstanbul, 2004.
73. Erengin, H., Dedeoğlu, N., Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık, Toplum ve Hekim, 1997, Cilt:12, Sayı:77.

74. Özdamar, K., Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi, Kaan Kitabevi, 4. Baskı, Eskişehir, 2002.

75. Akgül, A., Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS Uygulamaları, Emek Ofset, III. Baskı, Ankara, 2005.

76. Kılıç, B., Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler, Toplum ve Hekim, 1996, 11(74), 2-10.

Ek 1

Denek No:

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

1. Hane reisinin işi:

2. Öğrenim Durumunuz:

İlkokul Altı

İlkokul

İlkokul üstü

3. Gelir Durumunuz:

Gelir-Giderden Az

Gelir-Gidere Eşit

Gelir-Giderden Fazla

4. Sosyal Güvenceniz Var mı?

Var

Yok

5. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok İyi

İyi

Orta

Kötü

Çok kötü

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINA İLİŞKİN ANKET FORMU

SORULAR

1. Son 6 ay içerisinde yakınma dışında bir nedenle (sağlık kontrolü, sağlık raporu, ilaç yazdırma, aşı, aile planlaması, izlem, vs.) herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?

1. Hayır (3. soruya geçiniz)
2. Sağlık Ocağı
3. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
4. SSK hastanesi
5. Devlet Hastanesi
6. Üniversite Hastanesi
7. Özel Hekim, poliklinik, hastane
8. Diğer.....

2. Neden bu kurumu tercih ediyorsunuz?

3. Sağlık kurumuna başvurmama nedeniniz nedir?

4. Son 6 ay içerisinde herhangi bir yakınmanız oldu mu?

0. Olmadı
1. Oldu

5. Bu yakınma için herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?

1. Hayır (7. soruya geçiniz)
2. Sağlık Ocağı
3. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
4. SSK Hastanesi
5. Devlet Hastanesi
6. Üniversite Hastanesi
7. Özel Hekim, Poliklinik, hastane
8. Diğer.....

6. Neden bu kurumu tercih ediyorsunuz?

7. Sağlık kurumuna başvurmama nedeniniz nedir?

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

12.09.2006*067547

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/2173
KONU: Nihal GÖRDES'in
Tez Çalışması.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE
İZMİR

İLGİ: 04.09.2006 tarih ve 1205 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nihal GÖRDES, "Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını İlimiz Konak Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesinde yürütmek istemektedir. Araştırma ile ilgili mahalle adı ve sokak numarası gibi adres bilgilerini ve Kişisel Bilgileri (ETF gibi) kurumlarımızdan temin edemeyeceği, ancak İstatistiki bilgiler (yıl ortası nüfus gibi) verilebilir.

Adı geçen ev anketi yapacaksa bununla ilgili de Müdürlüğümüzden değil Emniyetten izin alması gerekmekte olup, bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini rica ederim.

Şenol SARIYAVCI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/979

Tarih: 03/07.2006

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan)
Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)
Doç.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 03 Temmuz 2006 tarih ve 15/2/06 sayılı toplantısında, 695 kayıt numaralı evrak ile başvuran Prof.Dr.Zühal BAHAR'ın danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans öğrencisi Nihal GÖRDES'in "Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi" konulu araştırmasının;
-Yoksul popülasyonun da olduğu bir bölgenin örnekleme alınması,
-Tüm aile bireylerinin örnekleme alınması,
-Başvuru sıklığının değişken olarak eklenmesi,
-Yakınma sıklığının da incelenerek değerlendirilmesi önerileriyle uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı