

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HASTALANMA VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA SIKLIKLARI

Dr. Seher ARSLAN
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU

SİVAS
2006

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HASTALANMA VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA SIKLIKLARI

Dr. Seher ARSLAN
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU

SİVAS
2006

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun 12.03.2002 tarih ve 2002\1 sayılı kararı ve Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nün 28.03.2002 tarih ve 463 sayılı yazısı ile uygun görülen "Tez Yazım Kılavuzu'na" göre hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
• ÖZET.....	v
• İNGİLİZCE ÖZET.....	vi
• SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
• TABLOLAR.....	viii
• ŞEKİLLER.....	x
• 1. GİRİŞ.....	1
• 2. GENEL BİLGİLER.....	3
• 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1 Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	12
3.2 Araştırmaya İlişkin Bilgiler.....	13
3.3 Araştırmanın Uygulanması.....	14
3.4 Araştırmada Kullanılan Ölçütler.....	15
• 4 BULGULAR.....	19
• 5 TARTIŞMA.....	37
• 6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
• 7 KAYNAKLAR.....	58
• 8 EKLER.....	63

ÖZET

Sivas'ta 31 ailede, 107 kişiden oluşan bir grup üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin bir yıl içerisinde sağlık hizmetine ne kadar ihtiyaç duyduğu ve mevcut sistem içerisinde hizmetlerden ne ölçüde ve ne şekilde yararlandığı incelenmiştir. Araştırma Aralık 2004 tarihinde başlamış ve Ocak 2006 tarihinde sona ermiştir. Araştırma popülasyonu olarak, Sivas ili içerisinde yaşayan 31 hanede, 107 kişi alınmıştır. Örneklem seçiminde olasılıklı olmayan bir yöntem kullanılmıştır. Araştırma grubundakiler bir yıl boyunca, iki haftada bir izlenmiştir. Çalışmanın sonunda kişilerin yılda ortalama yaklaşık 12 kez hastalandıkları ve bu hastalanmalarının yaklaşık üçte birinde sağlık kuruluşlarına başvurdukları görülmüştür. Çalışma grubunda kendi kendine bakım ve kendi kendine ilaç kullanımının oldukça yaygın olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda yaşlıların, kadınların, kronik hastalığı olanların, sürekli tekrarlayan şikayetleri olanların ve sürekli ilaç kullananların daha fazla hastalandıkları görülmüştür ($p<0,05$). Kentsel bölgede yaşayanlar, yaşlılar, çocuklar, kadınlar ve sosyal güvencesi olanların sağlık kuruluşlarına başvuru hızı diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). En fazla başvuru yapılan kuruluşların devlet hastaneleri ve sağlık ocakları olduğu görülmüştür. Tüm kuruluşlarda ortalama sevk %6,5 olarak tespit edilmiştir. Sağlık ocaklarında sevk oranı ise %15,6 bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Sağlık, hastalık, sağlık hizmetleri araştırmaları

SUMMARY

ILLNESSES AND HEALTH UTILIZATION FREQUENCIES

It has been investigated that, how much people do need health care, how and how much they use health services in a group composed of 107 individuals in 31 households in Sivas.

The study was started in December 2004, and completed in January 2006. A non randomized method was used for sampling. Individuals in the study group were followed up within short periods, in every two weeks, through a year. It has been seen that individuals got ill 12 times annually and they accessed to the health services in one third of these illness situations. It has been determined that self care and self medication is so widespread in the study group. It has been found that the geriatric people, females, individuals with chronic disease, and long standing illness, and medicine takers had gotten illness much more than the others ($p<0.05$). Health service utilization of the individuals living in urban areas, geriatric people, children, females, individuals with chronic disease and individuals covered by insurance was found to be more than the others ($p<0,05$). Pain and fever are the main reasons of the accessibility of health services. Public hospitals and primary health care centers were the most utilized health care centers. The mean rate of was found to be 6,5% in all heath centers. The rate was found to be 15,6 % in primary heath centers.

Key words: Disease, health, health services research

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

BAĞ-KUR: Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

SPSS : Statistical Programme for Social Sciences

ICD : International Classification of Diseases

DİE : Devlet İstatistik Enstitüsü

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

TABLULAR

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3-1. ICD 10 Tamı Kodlama Sistemi (Birinci Düzey).....	17
Tablo 4-1. Araştırma grubunun yerleşim yerlerine göre dağılımı	19
Tablo 4-2. Araştırma grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı	19
Tablo 4-3. Araştırma grubunun medeni durumlarına göre dağılımları.....	19
Tablo 4-4. Araştırma grubunun öğrenim durumlarına göre dağılımı	20
Tablo 4-5. Araştırma grubundaki yetişkinlerin çalışma durumları	20
Tablo 4-6. Araştırma grubunun sosyal güvence durumu	20
Tablo 4-7. Araştırma grubunun sağlık güvence durumu	21
Tablo 4-8. Araştırma grubunda kronik hastalığı olanlar	21
Tablo 4-9. Araştırma grubunda sürekli tekrarlayan semptomları olanlar..	21
Tablo14-10. Araştırma grubunun araştırmadan önce ve araştırma sırasında hastanede yatarak tedavi görme durumları	22
Tablo 4-11. Araştırma grubunda cerrahi müdahale geçirme durumları.....	22
Tablo 4-12. Araştırma grubunda sürekli ilaç kullanım durumu.....	22
Tablo 4-13. Araştırma süresince tespit edilen hastalıkların ICD10 hastalık kodlama sistemine göre dağılımı	23
Tablo 4-14. Araştırma grubunda, bir yıl içinde sağlık hizmeti almayı gerektiren durumlar.....	24
Tablo 4-15. Araştırma grubunda bazı değişkenlere göre hastalanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlar yıllık ortalamaları (ICD 1-21).....	25
Tablo 4-16. Araştırma grubundaki bireylerin hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına başvuru hızları ve bir yılda ortalama başvuru sayıları (ICD 1–20)	27
Tablo 4-17. Araştırma grubundaki bireylerin sağlık durumunu etkileyen ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlar için sağlık kuruluşlarına başvuru hızları ve bir yılda ortalama başvuru sayıları (ICD 21)	29

Tablo 4-18.	Araştırma grubundaki kişilerin sosyo ekonomik durumlarına göre hastalanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlardaki davranışları (ICD1-21).....	30
Tablo 4-19.	Sağlık kuruluşlarına başvurulduğunda yapılan işlemler.....	31
Tablo 4-20.	Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına göre başvurdukları kuruluşlar	31
Tablo 4-21.	Araştırma grubundaki bireylerde hastalık belirtileri	32
Tablo 4-22.	Araştırma grubundaki kişilerin sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri	32
Tablo 4-23.	Araştırma grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili problemlerinde ilaç kullanma durumları.....	33
Tablo 4-24.	Araştırma sürecinde bireylerin kullandığı ilaçların kaynaklarına göre dağılımı	33
Tablo 4-25.	Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaçların miat durumları.....	33
Tablo 4-26.	Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaçların kullanım durumları.....	34
Tablo 4-27.	Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaçların durumu ...	34
Tablo 4-28.	Araştırma grubundakilerin ilaçlarını yarım bırakma nedenleri.....	34
Tablo 4-29.	Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaç grupları.....	35
Tablo 4-30.	Araştırma grubundaki ailelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre evlerde bulunan ilaçların miktarları.....	35

ŞEKİLLER

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Hastalıkların aylara göre dağılımı.....	36

1.GİRİŞ

Genel olarak bütün canlılar temelde sağlıklarını korumak, canlılıklarını ve neslini sürdürmek isterler. Beslenme, çoğalma, tehlikeden kaçınma, acı dindirme, gibi davranışlarının altında bu istek vardır. Bu istek sadece insanlarda değil diğer canlılarda da mevcuttur. Hayvanlarda içgüdü düzeyinde kalan bu davranışlar insanlarda istemli ve bilinçli toplumsal davranışlar haline dönüşmüştür. Zamanla birlikte sağlık hizmetleri anlayış ve biçim olarak değişmiş ve gelişmiştir. Sağlık hizmetlerindeki gelişmelere rağmen hastalıklar yok olmamış, nitelikleri değişen hastalıklar yerlerini başka sağlık problemlerine bırakmış ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç hiç azalmamıştır. Bilim ve teknolojideki gelişmeler ve bilgi birikimindeki ilerlemeler maalesef sağlık hizmetlerine aynı ölçüde yansımamıştır. Bu ilerlemelere nazaran istenen düzelme bir türlü sağlanamamıştır. İstenen sağlık düzeyine ulaşmak için çeşitli sağlık hizmeti ve sağlık insan gücü planlamaları ve başarılı sayılabilecek örneklemelerden uyarlamalar yapılmışsa da çoğu zaman ihtiyaçların karşılanmasında yetersiz kalınmıştır. Bu başarısızlıkların temelinde, hizmetlerden yararlanacak bireylerin ihtiyaç ve önceliklerin tespit edilmemesi ve gerçekçi bilgilere dayanmayan planlamaların yapılması yatmaktadır.

Yönetimin temel görevi hizmet ettiği toplumun ihtiyaçlarını belirlemek ve bunları karşılamaktır. Bu ihtiyaçların tamamını karşılamak çoğu zaman mümkün değildir. Önemli olan bu ihtiyaçlar arasından öncelikli olanları seçip eldeki kaynakları bu önceliklere göre kullanmak ve mümkün olan en yüksek hizmet verimliliğine ulaşmaktır. Mevcut durum hakkında bilgi edinmek, sorunları ve ağırlıklarını değerlendirmek, sorunların öncelikli sıralamasının yapılmasına ve çözüm seçeneklerinin ortaya konulmasına yardım eder.

Ülkemizde kayıt tutmak ve bunlardan faydalanmak hususunda önemli bir yetersizlik ve isteksizlik mevcuttur. Bu araştırmanın amacı tüm dünyada ve ülkemizde var olan sağlık hizmetlerinin sorgulandığı ve daha verimli bir hale

getirmek için çeşitli değişikliklerin planlandığı ve yavaş yavaş uygulamaya başlandığı bu dönemde kişilerin sağlık açısından durumları, sağlık hizmetine ne kadar ihtiyaç duyduklarını ve mevcut sistem içinde hizmetlerden ne ölçüde ve ne şekilde yararlandıklarını ortaya koymaktır. Araştırma içerisinde sağlık hizmetlerinin değişmez bir olgusu olan ilaç kullanımını da bazı yönleriyle incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Araştırma ve sağlık bilgi sistemleri, sağlığı koruma ve hastalıkları tedaviye yönelik daha etkili yöntemler geliştirmek için önemli iki anahtardır. Sağlık araştırmaları sağlığı iyileştirmek için belirlenecek politika, strateji ve faaliyetlerin bilgi temelini oluşturmaktadır. Sağlıkta beklenen eğilimler, ihtiyaçlar ve değişiklikler için sadece sağlığın doğrudan göstergeleri değil ayrıca yapısal, çevresel, davranışsal ve sosyal belirleyicileri kapsayan araştırmalar da yapılmalı bu yönde bir araştırma politikası benimsenmelidir. Kamu sektörü ve bilimsel araştırmalar yapan kişi ve kurumlar araştırma önceliklerinin belirlenmesinde işbirliği yapmalıdır. Sağlık izleme mekanizmaları güçlendirilmeli ve sağlık hizmeti belirleyicileri tam olarak bilinmelidir.

Demografik yapının sürekli değişmesine bağlı olarak, risk gruplarında ve sunulan hizmetin yöntem ve türlerinde farklıklar olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması, ihtiyaçlarının belirlenmesi hizmet programlarının değerlendirilmesi ve yeni programların belirlenmesi amacı ile araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Toplumun ihtiyaçlarını belirlemek genellikle güç bir iştir. Toplum tarafından belirtilen isteklerin bazıları onların gerçek ihtiyaçları olmayabilir. Onların istekleri ile hizmeti sunanların görüşleri her zaman örtüşmeyebilir. Toplumun arzu ettiği işlerin önceliği ile uzmanların, yada hizmeti verenlerin öncelikleri aynı olmayabilir. Toplumun ihtiyaçları, en gerçekçi biçimde saptanmış olsa da, bunları karşılamak her zaman mümkün olmayabilir. İhtiyaçlar karşılanmış olsa bile toplum kendi beklentilerine cevap vermeyen bu hizmetleri benimsemeyebilir, hizmetlerden tatmin olmayabilir. Önemli olan toplumun istekleri, ihtiyaçları ve onlara götürülecek hizmetler arasında bir denge sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerinde genellikle toplumun istekleri gerçek ihtiyaçlarından fazladır. Verilen hizmetler ise gerçek ihtiyaç ve isteklerden daha sınırlıdır. Ancak

istekler bu kadar fazla iken bile hizmetlerin kullanımı sunulandan daha düşük kalmaktadır. Bazı hizmetlerin kullanım oranları yüksek olsa da, sunulan hizmetlerin tamamı dikkate alındığında kullanım oranı genellikle sunulan hizmetlerden azdır. Sağlık çok dinamik ve değişken bir kavramdır. Zaman içinde halkın sağlıkla ilgili beklentileri de ihtiyaçları da değişebilir. Bu değişiklik ekonomik ve kültürel değişimlere bağlı olabileceği gibi, tıptaki gelişmelere de bağlıdır. Hizmetlerin planlanmasında bu dinamik süreçlerin hızla incelenmesi ve gelecekteki sorunlara yönelik doğru projeksiyonların yapılması gerekir. Değişen koşullara ayak uydurabilmek ise toplumun iyi tanınmasını, iyi bir bilgi birikimine sahip olmayı gerektirir.

Sağlık hizmetlerinin ve politikalarının yeni bir şekle kavuşturulması gereği sonucu Dünya Sağlık Örgütü, herkesin yaşaması için gerekli olan hedef ve stratejileri tanımlamıştır(1). Burada önemli olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi mesajlarına yer verilmiştir.

İstatistikler incelendiğinde son yüzyılda tıptaki gelişmelerden bağımsız, sosyo ekonomik gelişmelerin sonucu olarak bazı hastalıkların görülme sıklığı ve ölümler oldukça azalmıştır. Buna karşın yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır. Bundan temel olarak çevresel etkenler ve yaşama biçimlerinin sorumlu olması sağlık hizmetlerinde yeni ve yerel planlamalar yapma gereğini ortaya koymuştur. Artık tıp ve sağlık disiplinlerinde biyolojik yaklaşım yerini sosyo ekolojik yaklaşıma bırakmaktadır(2).

ABD’de yapılan bir izlem araştırmasında ölümlerin çoğunun, sigara içme, aşırı alkol kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, şişmanlık ve günde sekiz saatten az uyku gibi yaşam biçimleri ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır(3). Bu noktada yine her bireyin kendi içinde değerlendirilmesi gereği ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve politikaları belirlemede yerel durumun bilinmesinin önemli olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Tıp bilimi açısından hastalık, vücuttaki çeşitli organlara ilişkin ölçülebilen, objektif bazı belirti ve bulgularla tanımlanabilen bozukluklar anlamına gelir. Kişi açısından ise, hastalık subjektif bir durumdur ve bedende yada ruhsal durumdaki olağan dışı bir değişiklik ve hisleri ve rahatsızlıkları ifade eder. Hastalık kavramının, özellikle kişi açısından taşıdığı anlam önemlidir. Çünkü kişinin sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için onu hizmet aramaya iten normal dışı bir durum olması

gereklidir. Her insanın kendisini bir algılama biçimi, buna uygun olarak da sağlık ve hastalık anlayışı vardır(4). İnsanların bedenleri yada ruhsal durumlarındaki normal dışı belirti ve duygulara gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olabilir. Bu farklılık kişinin içinde bulunduğu kültür, sağlık ve hastalık anlayışı ile sağlık konusundaki bilgi düzeyinden kaynaklanmaktadır. Bazı kültürlerde hastalığın ölçütlerinden birisi kişinin kendinden beklenen işi yapıp yapamamasıdır. Şikayetleri kendisinden beklenen işi yapmasına engel değilse bu hastalık olarak kabul edilmez. Bazı toplumlarda ise, hemen herkeste görülen bazı hastalıklar, hastalık olarak kabul edilmez. Bir toplumun kültür düzeyi ve ekonomik gücü düzeldikçe hasta sayılma eşiği düşer ve biyolojik hastalık tanımına yaklaşır. Yapılan bir araştırmada algılanan sağlık ve hekime olan başvuru sayıları arasında oldukça önemli bir fark bulunmuştur. Sağlığını kötü olarak algılayanlar diğerlerine göre 3.15 misli fazla sağlık hizmetleri için başvuruda bulunmuşlardır(5). Hastalık oluşumunda pek çok neden vardır. Bunlar(6):

1. Bünyesel nedenler

Gen, hormon, metabolizma hastalıkları vb.

2. Çevresel nedenler

Fizik nedenler: Isı,soğuk, ışınlar ve travmalar

Kimyasal maddeler. Zehirler, kanserojenler

Esansiyel madde eksikliği: vitaminler, esansiyel aminoasitler, yağ asitleri ve mineraller

Biyolojik etkenler: Mikroorganizmalar, parazit ve mantarlar

Psikolojik nedenler

Sosyal kültürel ve ekonomik nedenler

Kişi bu etkenlerden birisine maruz kalırsa hastalık oluşur. Hastalıklar kendini çoğu zaman aşikar belirtilerle gösterir, bazen ise sinsi bir şekilde seyredir. Kişide hiçbir belirtinin olmaması onun tamamen sağlam olduğu anlamına gelmez. Bir çok hastalıkta, bilinen vaka sayısının mevcut vaka sayısına oranla çok az olduğu bulunmuştur. Bu diyabet, hipertansiyon gibi sinsi seyirli bir hastalık olabileceği gibi, genellikle gürültülü seyreden bir hastalık ta olabilir. Elazığ'da yapılan bir hipertansiyon taramasında toplumun %31,7'sinde hipertansiyon tespit edilmiş, ancak bunların yalnızca üçte birinin hastalığını bildiği bulunmuştur(7). Şanlıurfa'da

yapılan bir araştırmada ise sıtma gibi bir hastalıkta bile bilinmeyen vaka sayısının bilinen vaka sayısının yaklaşık beş katı olduğu tespit edilmiştir(8). Bu, toplumda hastalık buz dağları ifadesi ile anlatılmaya çalışılmıştır(6).

İnsanlardaki “hastalık” davranışını açıklamaya yönelik pek çok model geliştirilmiştir. Bunlardan birisine göre, kendisini iyi hissetmeyen bir kişi kendi kendine bir dizi soru sormakta ve bu sorulara verebildiği yanıtlar çerçevesinde hasta olup olmadığı sonucuna varmaktadır. Bu sorular(9):

1. Ne oldu?(Belirti ve bulguları anlama, tanımlama çabası)
2. Neden oldu? (Etiyolojiyi anlama çabası)
3. Neden bana oldu? (Kişinin rahatsızlığı ile davranışları, genetik yapısı, beslenmesi gibi çeşitli özellikleri arasında ilişki kurma çabasıdır)
4. Neden şimdi oldu? (Rahatsızlığın zamanlamasını anlama çabasıdır)
5. Eğer bir şey yapmazsam bana neler olabilir? (Olası tehlikeleri anlama çabasıdır)
6. Eğer bir şey yapmazsam çevremde neler olabilir? (Kişinin, sorumluluklarının ve ilişkilerinin ne şekilde etkileneceğini anlam çabasıdır)
7. Ne yapmalıyım? (Kimden, nasıl yardım almalıyım? Yeni durum karşısında strateji belirleme çabasıdır)

Kendisini hasta hisseden her insanın tıbbi anlamda hasta olması gerekmediği gibi, sağlıklı hisseden her insanın da tıbbi açıdan sağlam olması gerekmemektedir.

Hemen her kültürde kendisini iyi hissetmeyen, hasta olduğuna karar veren bir kişi önce iyilik halini bozan belirti yada bulgunun nedenini kendi kendine açıklamaya çalışır. Daha sonra yakın çevresindeki güvendiği kişilere açılır ve onların görüşünü alır. Tedavi için kendi kendine bakım uygular, ev ilaçları veya eczaneden kendi aldığı ilaçları kullanır. Bundan sonra, eğer yakınmaları geçmez ve uzman bir kişiden yardım alma gerektiği sonucuna varır ise hekime başvurur.

İnsanın kendisinin hasta olduğuna karar vererek hizmet talebinde bulunması sürecinin işlemesi, kültürden kültüre ve kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. ABD’de, farklı kültürlerden insanların tıbbi açıdan aynı isimle adlandırılan belirtiler karşısındaki tepkilerinin incelendiği bir araştırmada, eski kuşak Amerikalıların, araştırmacıların beklediği tepkiyi gösterdiği, diğer taraftan Yahudi ve ülkeye yeni

gelmiş İtalyanların aşırı tepki, İrlandalıların ise hiç tepki göstermediği görülmüştür. Belirtiler kaybolduğunda, Yahudi ve İtalyanlar arasındaki fark ortaya çıkmış, İtalyanlar belirtilerin kayboluşuna sevinirken, Yahudiler karamsar kalmıştır. Araştırmacılar bunun temelinde kültürel farklılıkların yani, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi tutum inanç farklılıklarının yattığı sonucuna varmıştır(10). İnsanların anlayışına bağlı olarak, yararlandıkları sağlık hizmetleri de doğal olarak farklılık göstermektedir(5,11).

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek; hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek ve böylece kişinin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan toplumsal bir hizmet olarak tanımlanabilir(10). Sağlık hizmetlerinin kullanımı, biyolojik ihtiyaç, hizmetin kabul görmesi ve taleple doğrudan ilişkilidir. Demografik, epidemiyolojik, sosyo ekonomik, kültürel, ve çevresel değişiklikler hizmet kullanımı da etkiler ve bu hizmetlerin nasıl kullanıldığının gösterilmesi değerlendirme ve planlama açısından önemlidir.

Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetleri dünyanın hemen her yerinde başlıca üç sektör tarafından verilmektedir. Bunlar; folk sektör, popüler sektör, profesyonel sektör. Bunlara insanların kendi kendine bakım hizmeti sağlaması da eklenebilir. Folk sektör, bilimsel tıp tarafından ve sağlık yönetimlerince reddedilen bir sektördür. Ancak hemen her toplumda bulunmaktadır. İnsanlar bilimsel tıp hizmetlerinin yetersiz kaldığı ve bilimsel tıptan cahillik ve yoksulluk gibi nedenlerle yararlanamadığı noktada bu hizmetten faydalanma yoluna gitmektedirler. Gelişmelere rağmen hala varlığını sürdürmesi önemini ortaya koymaktadır(12). Kırık çıkıklar, dişçiler, mahalle ebeleri bu sektör için örnek verilebilir.

Sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim öğretim görmemiş, dolayısı ile uzmanlığı olmayan, ancak yaşları yada hayata ilişkin bilgileri nedeni ile kendilerine danışılan kişiler popüler sektörü oluşturmaktadırlar. Çok yaygın bir sektör olup hemen herkesin hizmet aldığı bir sektördür. Bu sektörü en yakınımızdaki bireyler oluşturur. Bireylerin kendi kendine yetemediği noktada ilk olarak bu sektör devreye girer. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bütün toplumlarda insanların %70-90'ı bu sektörü kullanmaktadır(10).

Profesyonel sektör, tıp ve sağlık alanlarında eğitim gören ve yetkinliği resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personelinin oluşturduğu sektördür. İnsanlar sağlık hizmetinin çok az bir kısmını bu sektörden almaktadır. Pakistan'da yapılan bir araştırmaya göre herhangi bir zamanda toplumun dörtte üçünün sağlıkla ilgili bir yakınması olduğu tespit edilmiş. Yakınması olanların ise üçte birinin yardım için hekime başvurduğu görülmüştür(13). Türkiye'de 2000 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada ise %68 düzeyinde bir profesyonel sektör başvurusu tespit edilmiştir. Hekime başvurmayan büyük çoğunluk ya geleneksel uygulamaları denemekte yada kendi kendine ilaç kullanmaktadır. Kullanacağı ilaçlara bazen kendisi karar vermekte bazen yakınlarının önerilerine uymakta bazen de eczacıya danışmaktadır(16).

İngiltere'de yapılan bir saha araştırmasında görüşülen kişilerin % 91'i son iki hafta içinde bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiş, ancak % 16 sının bu sorun nedeni ile hekime başvurduğu saptanmıştır(10). Kendi kendine ilaç kullananların, hekim önerisi ile ilaç kullananlardan iki kat fazla olduğu görülmüştür(13).

Özellikle baş ağrısı, hazımsızlık, ateş gibi belirtiler için kendi kendine ilaç kullanımı hemen her toplumda görülen yaygın bir davranış olarak karşımıza çıkmaktadır(14,15).

Bir çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede sağlık yatırım ve harcamalarının bölgesel dağılımı, bölgenin sağlık gereksinimlerinden çok, politik karar süreçlerine ve önceki yıllardaki bütçe düzenlemelerine göre yapılmaktadır. Devlet tarafından sunulacak sağlık hizmetlerinin planlanabilmesi için kişilerin hastalanma sıklıklarının, hastalananların çeşitli değişkenlere göre dağılımlarının ve hastalanma sırasında kişilerin tutumlarını ve davranışlarını etkileyen etmenlerin bilinmesi gerekir. Ülkemizde yapılan değişik araştırmalarda bir aylık hastalanma oranı % 11,8 ile %61,2 arasında bulunmuştur(16,17,18,52). Hastalananların hekime başvuru oranları ise %11,8 ile % 81,8 arasında değişmektedir(16,17,18,21,24,52). Çeşitli araştırmalarda, sağlık güvencesi olan kimselerin, sağlık güvencesi olmayanlara oranla sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları saptanmıştır(17,18,21,28). Yine bugüne değin yapılan pek çok araştırmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla sağlık hizmetinden faydalandıkları gösterilmiştir(17,18,20,22).

Hastalık yükünün hesaplanması, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda önceliklerin belirlenmesine yardımcı olur, sağlık hizmetlerinde karar verenleri bilgilendirir ve önceliklerin belirlenmesine yardım eder. Toplumda risk altındaki ve sağlık hizmetlerine öncelikli gereksinimleri olanların tespit edilmesine yardımcı olur. Elde edilen veriler karşılaştırmalarda kullanılabilir, farklı sağlık sistemlerinin performanslarının değerlendirilmesinde, diğer sosyal, ekonomik, politik, kültürel değişkenlerle ilişkilerinin incelenmesine yardım eder.

Kişilerin hastalanma sıklıklarının ve sağlık hizmeti kullanma durumlarının bilinmesi sağlık insan gücü planlaması ve ihtiyaç duyulan hizmetlerin verilebilmesi açısından çok önemlidir. Bir ülkenin sağlık insan gücü gereksinimleri sağlık hizmetlerine olan talepler ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmeti talebinin büyüklüğü ve niteliğine göre insan gücü gereksinimi değişmektedir. 1999- 2020 dönemi için Türkiye'nin sağlık insan gücü gereksiniminin belirlenmesi amacı ile 1999'da Sağlık Bakanlığı'nca yapılan araştırmanın değişkenlerinden birisi de hekime başvuru katsayısı olarak belirlenmiştir(24).

Hekime başvuru sayısının bilinmesi, gerek hekim gerekse sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik politikaların belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı ülkemizin hekim gereksinimini daha çok gelişmiş ülkelerdeki nüfus hekim oranına göre belirlemekte, demografik, epidemiyolojik ve hizmet kullanımı verilerine dayalı bir değerlendirme yapmamaktadır. Oysa her ülkenin hekim istihdam gücü ve halkın hekime başvurma alışkanlığı farklıdır. Özellikle halkın hekim kullanma alışkanlığının, hekim istihdamı açısından gözetilmesi gereken önemli bir etmen olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde halkın hekime başvuru sayısı yılda kişi başına 2.8 ila 12.9 arasında değişirken(60), ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda yıllık hekime başvuru sayısı 1,1 ile 2.7 arasında bulunmuştur(17,18,24). Epidemiyolojik özelliklerin ülkemizde başvuru sayılarını nasıl etkilediği çok fazla bilinmemektedir, ancak kronik hastalığı olanların diğer kullanıcılardan daha fazla hekime başvurdukları bilinmektedir(17,18,24,35). Cinsiyet de hastalanma sıklığını ve hekime başvuruyu etkileyen diğer önemli bir faktör gibi durmaktadır(17,18,20,22). Epidemiyolojik veriler ve hizmet maliyetlerine ilişkin verileri de içermek üzere sağlık hizmetleri ile

ilgili olarak önemli ölçüde bilgi eksikliği vardır. Toplanan verilerin doğru ve tam olduğu şüphelidir ve verilerin çoğu kullanılabilir bilgiye dönüştürülememektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetleri yıllardan beri çeşitli düzenlemelerle geliştirilmeye çalışılsa da istenen düzeye bir türlü ulaşamamıştır. Bu sorunun temel nedenlerinden biri yasal düzenlemelerin bir türlü hayata geçirilememesi, bir diğeri de sağlık insan gücü planlamalarının olmamasıdır. İnsan gücü planlamasında, eğitiminde, istihdamında ve dağılımında pek çok sorun vardır.

Ülkemizde istihdam modeli olarak nüfus/hekim parametresinin belirlenmiş olması, istihdam politikalarında oldukça durağan bir yaklaşıma neden olmuştur. Oysa bilindiği gibi bir bölgede kaç hekimin istihdam edileceği yalnızca bölge nüfusu tarafından belirlenebilecek bir durum değildir. Son dönemlerde Sağlık Bakanlığı'na uygulanmaya konulan norm kadro uygulamaları da nüfusun dinamik bir yapı olduğu gerçeğini ve coğrafi bölgeler arasındaki çeşitli farklılıkları göz ardı etmektedir ve istihdamın ihtiyaçlara göre belirlenmesinin önünü tıkamaktadır.

Kişilerin sağlık hizmetlerine talebi konusunda bilgi sahibi olmak kıt kaynakların daha iyi değerlendirilmesinde yararlı olabilir. Sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen faktörler bilinir ve anlaşılırsa bu hizmetlerin üretilmesinde, finansmanında, sunulmasında ve yönetiminde devlete düşen görev daha doğru tanımlanır. Ayrıca halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma tercihlerinin bilinmesi halinde, tesis tasarımı ve konumu ile hizmetlerin kapsamı ve yoğunluğu hakkında daha doğru kararlar alınabilir.

Toplumda hastalık ve sağlığın ölçümü için bazı konuların bilinmesi gereklidir. Toplumun sağlık problemleri nelerdir? Ne tür semptomlardan yakınmaktadırlar? Neden sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar? Hangi hizmetleri kullanırlar, bunların maliyeti nedir? Bunların cevabı sağlık araştırmalarıyla bulunabilir. Kayıtların düzenli tutulduğu toplumlarda bile bu tür verilere ulaşmak kolay değildir. Düzenli bir kayıt sisteminin olmadığı toplumlarda, değerlendirme için saha araştırmalarının yapılması kaçınılmaz bir zorunluluktur. Bu tür araştırmalar DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü) tarafından da planlanmakta ve desteklenmektedir. Türkiye'de de sağlık hizmetlerinde mevcut durumu değerlendirmek ve planlamalarda kullanmak için bazı saha araştırmaları yapılmıştır. Bunlar arasında en bilinenleri, Hıfzısıhha Okulu tarafından 1965-66, 1966-67 yıllarında yapılmış olan Türkiye

Nüfus Araştırması, 1968, 1973,1978 yıllarında Hacettepe Toplum Bilimleri Enstitüsü tarafından yapılmış olan Türkiye Nüfus Yapısı ve Sorunları Araştırması ile 1974-78 yıllarındaki Devlet İstatistik Enstitüsü'nün yaptığı Türkiye Nüfus Araştırmasıdır. Son dönemlerde ise 1988, 1993, 1998 ve 2003 yıllarında Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları ile Sağlık Bakanlığı'nın 1992 ve 1999 yıllarında yaptığı Türkiye Sağlık Hizmeti Kullanım araştırması ve DSÖ desteği ile Global Hastalık Yüğü hesaplamalarının bir parçası olarak Başkent Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı işbirliğinde yapılan ve sonuçları 2004 yılında açıklanan Ulusal Hastalık Yüğü araştırmasıdır. Bu son araştırma Dünya Bankası ve DSÖ tarafından global hastalık yükünü tespit etmek için 1992 yılında başlatılmıştır. Bu araştırmanın esin kaynağı 1990 yılında Murray ve Lopez tarafından yapılmış olan bir araştırmadır. Bu araştırmanın asıl amacı, 2000 yılı ve sonrası için DSÖ'ne üye ülkelerde ve Dünya'nın değişik bölgelerinde hastalıkların insidansı, prevalansı, hastalıkların şiddeti, süresi ve 130'dan fazla nedeni olan mortalite hakkında tespit ve tahminlerde bulunabilmektir(23).

Böyle geniş çaplı saha araştırmalarının en önemli eksiği, ailelerin yıl içinde sadece bir yada iki defa izlenmiş olmalarıdır. Bazı hastalıkların görülme sıklıkları mevsimsel değişiklik gösterdiği için bir iki defa yapılan izlemlerle güvenilir sonuçlar almak mümkün değildir. Bu tür araştırmalardaki hafıza faktörü ve yetersiz izlemden kaynaklanan yanlışlıkları ortadan kaldırabilmek amacı ile Sivas ilindeki bir popülasyon bir yıl boyunca on beş günde bir izlenmek sureti ile hastalanma hızlarını, sağlık hizmetine ne kadar ihtiyaç duyduklarını ve mevcut sistem içinde hizmetlerden ne ölçüde ve ne şekilde yararlandıklarını ortaya koymayı amaçlayan prospektif kohort tipte bir araştırma planlanmıştır

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırmanın yürütüldüğü Sivas ili İç Anadolu bölgesinin yukarı Kızılırmak bölümünde yer alır. Çok fazla bilinmemekle beraber tarihi MÖ. 2000’li yıllara kadar dayanmaktadır. Yüz ölçümü bakımından Türkiye’nin en büyük ikinci ilidir. 1.234 köy, 709 mezra, 20 ilçesi bulunan ilin 2000 yılı nüfus sayım sonuçlarına göre nüfusu 755.091 kişidir. Nüfusun % 44’ü kırsal alanda yaşamaktadır. Tüm ilçe merkezleri ve köylerin %97’si yeterli içme suyuna sahip ve %80’i kapalı şebeke içme suyu kullanmaktadır. Genel okur yazarlık oranı %85 tir. Bu oran erkeklerde %93 kadınlarda %78’dir.

Sivas geniş coğrafi alanı içerisinde farklı iklim ve arazi özelliklerine sahiptir. Ormanlar tüm yüzey alanının %10’unu oluşturmaktadır. İl genelinde toprak, hava ve su kirliliği sorunları da mevcuttur. Kış mevsiminin uzun sürmesi, kalitesiz yakıt kullanımı, katı atık yönetimi konusunda yetersiz kalınması, atık suların arıtılmadan ortama verilmesi tarım ilaçları ve gübrenin bilinçsiz kullanımı başlıca çevre kirliliği sebepleridir.

Devlet İstatistik Enstitüsü 2003 yılı verilerine göre sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında 81 il içerisinde 53. sırada yer alan Sivas 4. derece gelişmiş iller grubunda yer almaktadır. Kişi başına düşen gelir sıralamasında ise 53. sırada yer almaktadır. Tarım sektörü, istihdam içerisinde %66,5 paya sahiptir. Yeşil kart uygulamasından yararlananların tamamı muhtaç olan kişiler kapsamında değerlendirilirse, il nüfusunun yaklaşık % 28’i muhtaç kişilerden oluşmaktadır. 2000 yılı genel nüfus sayımı verilerine göre il genelinde 15.127 kişinin özürli olduğu tahmin edilmektedir.

Sivas’ta birinci basamak hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık ocakları ve sağlık evleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, diğer kamu

kurumlarına ait sağlık kuruşları, işyeri hekimlikleri, özel poliklinikler, muayenehanelerce verilmektedir. İl genelinde 93 sağlık ocağı ve 12 özel poliklinik, tıp merkezi, diyaliz merkezi vardır. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı 16 devlet hastanesi tarafından verilmektedir. Bu hastanelerin fiili yatak sayısı 2004 yılı verilerine göre 2.182'dir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise 720 yataklı Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi tarafından verilmektedir. Sivas il merkezinde bir de Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı bir askeri hastane bulunmaktadır.

Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre 2004 yılı bebek ölüm hızı binde 21, ana ölüm hızı yüz binde 50'dir. Bu hızlar Türkiye ortalamalarından daha iyidir.

3.2 Araştırmaya İlişkin Bilgiler

Araştırma grubunun yıl boyunca kısa aralıklı izlem ve bazı durumlarda tanıların muayene ile tespiti gerektiğinden araştırmanın tamamen araştırmacı tarafından yürütülmesi düşünöldü. Bu sebeple örneklem büyüklüğü tespitinde olasılıklı olmayan bir örneklem seçme metodu kullanıldı ve örneklem, bir yıl boyunca takip edilebilecek, sürekli izlem yapılabilecek bir sayı olan 30 hane olarak düşünöldü. Bu otuz hane içerisinde eşit sayıda sosyo ekonomik seviyesi farklı aile bulunması planlandı. Ailelerin seçiminde sadece şehir merkezinde yerleşik kişiler olmaması için kırsal bölgeden de bazı aileler araştırmaya alındı. Örnek seçimine araştırmacının tanıdığı ailelerle başlandı. Bu ailelere araştırma anlatıldı ve onların da önerdiği aileler de eklenerek 43 hane içeren bir liste oluşturuldu. Sosyo ekonomik durum tespiti için ailelere kısa bir anket uygulandı. Ankette, ailede kaç kişi olduğunu, aylık toplam gelirlerini, ailenin kendi ekonomik durumlarını nasıl bulduklarını, taşıtları olup olmadığını, ailede üniversite mezunu olup olmadığını, annenin eğitim durumunu ve konutun durumunu sorgulayan 7 soru bulunmaktaydı. Skorumlama için kişi başına düşen gelir asgari ücret üstünde olmak, ekonomik durumlarını iyi olarak değerlendirmek, taşıtları olmak, ailede en az bir kişinin üniversite mezunu olması, annenin en az lise mezunu olması, oturulan konutun iyi olarak değerlendirilmesi durumları için birer puan verildi. Diğer durumlar için puan verilmedi. Bu skorumlamaya göre 5–6 puan yüksek sosyo ekonomik seviyeyi, 3–4 puan

orta sosyo ekonomik seviyeyi, 0–2 puan ise düşük sosyo ekonomik seviyeyi gösterecek şekilde bir sınıflama yapıldı. Bu ailelere araştırma anlatıldı ve gönüllü olanlardan araştırma süresince uyum sağlayabilecek, her sosyo ekonomik düzeyden on bir aile toplam 33 aile seçildi.

Araştırma sırasında bu ailelerden ikisi uyum sağlayamadıkları için araştırmanın başlangıç dönemlerinde çıkarıldı. Kalan ailelerden iki kişi evlendiği için, bir kişi de okul için ayrılması nedeni ile araştırma grubundan çıkarıldı.

3.3 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın amaçları doğrultusunda bilgi edinmek için anket yöntemi uygulanmış ve gerekli durumlarda fizik muayene yapılmıştır. Araştırma için üç adet anket formu hazırlanmıştır. İlk anket formu araştırmaya alınacak bireylerin demografik özellikleri, ekonomik durumları, sosyal güvenceleri, tanı konulmuş kronik hastalıkları, yatarak alınan tedavi, geçirilmiş operasyon, sürekli tekrarlayan semptomları hakkında bilgi sağlayan kapalı uçlu altı soru içeren bir ankettir. Araştırmanın başlangıcında uygulanmıştır(Ek-1). Çocuklar hakkındaki bilgiler annelerinden alınmıştır. İkinci anket, evlerde bulunan ilaçları ve ailedeki kişilerin ilaç kullanım davranışları hakkında bilgi edinmek için düzenlenmiş, ilaçların çeşidi, halen kullanılıp kullanılmadıkları, miat durumları, kutu içindeki miktarları ve yarımına neden bırakıldığını sorgulayan beş soru başlıklı liste şeklinde düzenlenmiş bir ankettir. Bu anket de araştırmanın başlangıcında evdeki ilaçlar tek tek incelenerek doldurulmuş ve ilaçlar hakkında genellikle ebeveynlerden bilgi alınmıştır (Ek-2). Son anket ise aile bireylerinin son iki hafta içindeki sağlık durumları ile ilgili açık ve kapalı uçlu sorular içermekte idi ve her iki haftada bir yapılan ziyaretlerde doldurulmuştur(Ek-3).

Araştırma Aralık 2004 tarihinde başlatılmış, bir yıl boyunca aileler iki haftada bir olmak üzere ziyaret edilmiştir. Yaşı uygun olan ve evde bulunan kişilerle birebir konuşularak son iki hafta içerisindeki şikâyetleri sorgulanmış, herhangi bir sağlık kuruluşunda muayeneleri yapıldı ise tanı ve tedavileri öğrenilmiş, sağlık karnesi olanların karnelerinden bu tanı doğrulanmıştır. Son iki hafta içinde herhangi bir şikayeti olup da sağlık kurumlarına gitmeyenlerin semptomları sorgulanmış ve

şikayetleri tanıya dönüştürülmüştür. Yine bu rahatsızlıkları ile ilgili davranışları sorgulanmış ve buna yönelik işlemler anket üzerinde belirtilmiştir. Ziyaret sırasında mevcut rahatsızlıkları için muayene yapılmış ve tanı konulmuştur. Ancak bu şikayetler için başka bir kuruma başvurulduğu belirlendi ise, sağlık kuruluşlarında konulan tanılar dikkate alınmıştır. Kronik hastalıkları ve sürekli tekrarlayan semptomları olan kişilerin; şikayetlerinin her zamankinden daha fazla olduğu, kişilerin ek olarak bir şeyler yapma ihtiyacı olduğu veya şikayetin çok arttığı yani akut alevlenme olan dönemleri de yeni bir hastalanma olarak değerlendirilmiştir. Örneğin sürekli belinin ağrıdığını söyleyen bir kişinin şikayetlerinin çok arttığı ve bunun için bir şeyler yapma gereği hissettiği dönemler hastalanma sayılarına eklenmiştir. Araştırmaya alınan bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımlarını etkilememek için bireylere fazla müdahalede de bulunulmamıştır, ancak etik olmayacağı düşünülerek ciddi hastalıklarda gerekli uyarılarda bulunulmuştur. Araştırma kişilerin ağız ve diş sağlığı problemlerini de kapsamaktadır bu yüzden diş hekimine yapılan başvurular da değerlendirmeler içinde yer almaktadır.

3.4 Araştırmada Kullanılan Ölçütler

Kronik hastalık: Bugünkü tıp olanakları ile kesin iyileştirilmesi olanağı olmayan yada çok sınırlı olan, fakat tanı, tedavi, ve sürekli izleme ile hastanın yaşam süresinin uzatılabildiği hastalık olarak tanımlanmaktadır. Tanısı daha önceden başka bir hekimce konulmuş, sürekli gözlem altında olması gerektiği veya ömür boyu ilaç alması gerektiği söylenmiş olan hastalıklar bu sınıfa alınmıştır. Daha önceden tanısı konulmamış ancak sürekli şekilde tekrarlayan semptomlar “sürekli tekrarlayan semptom” başlığı altında ayrıca değerlendirilmiştir.

Kır kent ayrımı: Yerleşim yerleri incelenirken bölgeler kır ve kent olarak ayrılmış, bu ayrım için Sağlık Bakanlığının değerlendirmelerinde kullandığı ölçüt kullanılmıştır. Bu sınıflamaya göre il ve ilçe merkezleri ile belediye olan yerleşim birimleri kent statüsünde değerlendirilmektedir.

Sosyal güvence durumu: Sosyal güvence durumunun değerlendirilmesinde Türkiye’deki başlıca olan sigorta sistemleri olan SSK(Sosyal Sigortalar Kurumu), Emekli Sandığı ve Bağ-Kur kapsamındaki kişiler sosyal güvencesi olanlar şeklinde

değerlendirilmiştir. Ancak araştırmada önemli olan sağlık hizmetleri olduğu için yeşil kart uygulamasından faydalananları da kapsayan ayrı bir “sağlık güvencesi olanlar” başlığı altında değerlendirilmiştir.

Hastalık istatistiklerin değerlendirilmesi için 1894 den beri ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında kullanılan, 1964 den beri ise hastalıkların kodlanmasında da kullanılmaya başlanmış olan ICD (International Classification of Diseases) sınıflandırma sisteminin 10. düzeltilmiş sürümü kullanılmıştır. Hastalıkların ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması Onuncu Gözden Geçirilmesi, 1893’de yapılmış olan Bertillon Sınıflandırması veya “Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Listesi” olarak adlandırılan bir seri resmi araştırmanın en sonucusudur. Bu sınıflandırmada dört temel düzeyde değerlendirme yapılabilmektedir ICD-10’un sınıflama yapısında 4 düzey bulunmaktadır. Her düzey, bir üsttekinin detaylandırılmış halidir.

İlk düzey, hastalıkların genel olarak sınıflandırıldığı bölümlerdir. Daha önce belirtildiği gibi ICD-10’da toplam 21 bölüm bulunmaktadır.

İkinci düzey, bölüm içindeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi ile oluşan bloklardır. Blok sayısı bölümden bölüme değişmektedir ICD-10’daki toplam blok sayısı 260’dır.

Üçüncü düzey, blokları oluşturan hastalıkların tek tek ele alındığı 3 basamaklı hastalık kodlarıdır. ICD-10’da 3 basamaklı düzeyde toplam 2.035 hastalık kodu bulunmaktadır.

Dördüncü düzey, 3 basamaklı hastalık koduna bir basamak daha ilave edilmesi ile oluşturulan 4 basamaklı hastalık kodlarıdır. Bu düzey, 3 basamaklı düzeydeki hastalığın daha detaylı olarak tanımlandığı düzeydir ve ICD-10’da 4 basamaklı düzeyde toplam 10.021 hastalık kodu bulunmaktadır. Araştırmamızda istatistiksel verilerin toplanmasına elverişli olan, birinci düzey ICD kodlama sistemi kullanılmıştır (Tablo1). Hastalıkların istatistiksel sınıflandırılması belirli kategoriler altında hastalıkların tümünü kapsayacak düzeyde yapılmıştır. Birinci düzey sınıflamada, 21. bölüm hastalıkları değil, sağlık durumunu etkileyen bağışıklama, ilaç yazımı, sağlıklı insan muayenesi, enjeksiyon gibi durumlar için kullanılmaktadır. Bu yüzden hastalanma sayılarının değerlendirilmesinde 21. bölüm ayrılmış ve

“sağlığı etkileyen ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren durumlar” başlığı altında ayrıca değerlendirilmiştir.

Tablo 3-1. ICD 10 Tanı Kodlama Sistemi (Birinci Düzey)

Bölüm No	Kod	Bölüm Adı
1	A00-B99	Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar
2	C00-D48	Neoplazmlar
3	D50-D89	Kan ve kan yapıcı organ hastalıkları ve immün mekanizmayı içeren hastalıklar
4	E00-E90	Endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar
5	F00-F99	Akıl ve davranış bozuklukları
6	G00-G99	Sinir sistemi hastalıkları
7	H00-H59	Göz ve gözle bağlantılı doku hastalıkları
8	H60-H95	Kulak ve mastoid oluşum hastalıkları
9	I00-I99	Dolaşım sistemi hastalıkları
10	J00-J99	Solunum sistemi hastalıkları
11	K00-K93	Sindirim sistemi hastalıkları
12	L00-L99	Cilt ve ciltaltı dokusu hastalıkları
13	M00-M99	Kas iskelet ve bağ dokusu hastalıkları
14	N00-N99	Ürogenital sistem hastalıkları
15	O00-O99	Gebelik, doğum ve lohusalık dönemi hastalıkları
16	P00-P96	Perinatal dönemden kaynaklanan hastalıklar
17	Q00-Q99	Konjenital malformasyon, deformasyon ve kromozom anomalileri
18		Semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları
19	R00-R99	Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlere bağlı durumlar
20	S00-T98	Hastalık ve ölümün dış nedenleri
21	V01-Y98	Sağlık durumunu etkileyen ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren durumlar

Kodlama listesinin ilk yirmi bölümü hastalıkları, yirmi birinci bölüm ise kontroller, bağışıklama, ilaç yazdırma gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren faktörler olarak sınıflandırılmaktadır.

Araştırmanın değerlendirilmesi için veriler SPSS (Statistical Programme for Social Sciences) veri tabanında bilgisayar ortamına aktarılmış ve yine bu program üzerinden istatistikî değerlendirmesi yapılmıştır. Değerlendirme için tanımlayıcı istatistikler ve önemlilik değerlendirmesi için bağımsız gruplarda t-testi, Man Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Bu tezin Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 07/03/2006 tarih ve 2006-2/3 sayılı kararı ile Klinik ve İlaç Araştırmaları Yerel Etik Kurallarına uygun olduğu onaylanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 107 kişinin 67(%62,6) 'si kentsel alanda, 40(%37,4)'ı ise kırsal alanda yaşamaktadır(Tablo 4-1).

Tablo 4-1. Araştırma grubunun yerleşim yerlerine göre dağılımı

Yerleşim yeri	Sayı	%
Kent	67	62,6
Kır	40	37,4
Toplam	107	100,0

Araştırma grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4-2'de verilmiştir. Araştırma grubunun %48,6 sı erkek, %51,4 ü kadındır. Grubun %24,3 ü çocuk yaş grubunda, %71'i yetişkin, %4,7'si ise geriatrik yaş grubundadır.

Tablo 4-2. Araştırma grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-14	16	15,0	10	9,3	26	24,3
15-64	35	32,7	41	38,3	76	71,0
65+	1	0,9	4	3,7	5	4,7
Toplam	52	48,6	55	51,4	107	100,0

Araştırma grubunun %48,6'sı evli, %19,6'sı bekar, %24,3'ü çocukluk çağında, %7,5'i duldur (Tablo 4-3).

Tablo 4-3. Araştırma grubunun medeni durumlarına göre dağılımları

Medeni Durum	Sayı	%
Çocukluk Çağında	26	24,3
Bekar	21	19,6
Evli	52	48,6
Dul	8	7,5
Toplam	107	100,0

Tablo 4-4'te araştırma grubunun öğrenim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Bireylerin %9,3'ünün okul çağında olmadığı, %6,5'inin okuryazar olmadığı, %11,2 sinin okur yazar olduğu, %21,5'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Yüksek öğrenim mezunu olanların oranı ise %15,9dur.

Tablo 4-4. Araştırma grubunun öğrenim durumlarına göre dağılımı

Öğrenim Durumu	Sayı	%
Okul çağında değil	10	9,3
Okuryazar değil	7	6,5
Okuryazar	12	11,2
İlkokul	23	21,5
Ortaokul	11	10,3
Lise	27	25,2
Yüksek öğrenim	17	15,9
Toplam	107	100,0

Araştırma grubundaki yetişkinlerin çalışma durumları Tablo 4-5'de verilmiştir. Tüm yetişkinlerin % 49,4'ünün halen çalışmakta olduğu görülmektedir. Erkeklerin % 69,44'ü halen çalışırken bu oran kadınlarda % 33,33 düzeyindedir.

Tablo 4-5. Araştırma grubundaki yetişkinlerin çalışma durumları

Çalışma Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışan	25	69,44	15	33,33	40	49,38
Çalışmayan	11	30,56	30	66,77	41	50,62
Toplam	36	100,0	45	100,0	81	100,0

Tablo 4-6'da görüldüğü üzere araştırma grubunun % 77,6 sının sosyal güvencesi vardır. % 22,4 ünün ise hiçbir sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olanlardan % 45,8'i Emekli Sandığı'na, %53,0'ü Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlıdır. Kalan % 1,2'ise Bağ-Kur'a tabidir.

Tablo 4-6. Araştırma grubunun sosyal güvence durumu

Sosyal Güvence	Sayı	%
Var	83	77,6
Yok	24	22,4
Toplam	107	100,0

Sosyal güvencesi olmayanlardan 11(%10,3) kişi yeşil karta sahipti, 4(%3,7) kişinin ise limitli özel sağlık sigortası vardı. Araştırma grubundaki 9 (%8,4) kişi ise hiçbir sağlık güvencesine sahip değildir(Tablo 4-7).

Tablo 4-7. Araştırma grubunun sağlık güvence durumu

Sağlık Güvencesi	Sayı	%
Emekli Sandığı	38	35,5
SSK	44	41,1
Bağ kur	1	0,90
Yeşil Kart	11	10,3
Özel Sağlık Sigortası	4	3,70
Sağlık Güvencesi Yok	9	8,40
Toplam	107	100,0

Tablo 4-8’de görüldüğü gibi araştırma grubunun %19,6’sında, tanısı daha önceden konulmuş kronik hastalık mevcuttur.

Tablo 4-8. Araştırma grubunda kronik hastalığı olanlar

Kronik hastalık	Sayı	%
Var	21	19,6
Yok	86	80,4
Toplam	107	100,0

Araştırma grubunda 47(43,9) kişi sürekli tekrarlayan semptomlardan şikâyetçilerdi. Bu şikâyetleri için daha önce sağlık kurumlarına başvurmamış veya başvurdukları halde sonuç alamamışlardı(Tablo 4-9).

Tablo 4-9. Araştırma grubunda sürekli tekrarlayan semptomları olanlar

Tekrarlayan Semptom	Sayı	%
Var	47	43,9
Yok	60	56,1
Toplam	107	100,0

Araştırma grubunda 39(%36,4) kişi daha önceden herhangi bir nedenle hastanede yatarak tedavi görmüşlerdi. Araştırma boyunca hastanede yatarak tedavi görenlerin sayısı 12(%11,21)'dir. 4(%3,7) kişi ise birden fazla yatarak tedavi gördü.

Tablo 14-10. Araştırma grubunun araştırmadan önce ve araştırma sırasında hastanede yatarak tedavi görme durumları

Hastanede yatarak tedavi	Araştırmadan önce		Araştırma sırasında	
	Sayı	%	Sayı	%
Gören	39	36,4	12	11,2
Görmeyen	68	63,6	95	88,8
Toplam	107	100,0	107	100,0

Araştırma grubunda 18(%16,8) kişi en az bir kez cerrahi müdahale geçirmişlerdi. Araştırma sırasında cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyanların sayısı 2(%1,87) idi.

Tablo 4-11. Araştırma grubunda cerrahi müdahale geçirme durumları

Cerrahi müdahale	Araştırmadan önce		Araştırma sırasında	
	Sayı	%	Sayı	%
Var	18	16,8	2	1,8
Yok	89	83,2	105	97,2
Toplam	107	100,0	107	100,0

Araştırma grubunun ilaç sürekli ilaç kullanım durumu Tablo 4-12'de verilmiştir. Araştırma grubunda 17(%15,9) kişi sürekli olarak ilaç almakta idi. Bunların tamamı kronik hastalıkları olan bireylerdi. 4(%3,7) kişi kronik hastalığı olmasına rağmen ilaç kullanmıyordu(Kronik hastalığı olanların %19,1'i ilaçlarını kullanmamaktadır).

Tablo 4-12. Araştırma grubunda sürekli ilaç kullanım durumu

Sürekli İlaç Kullanımı	Sayı	%
Kullanıyor	17	15,9
Kullanmıyor	90	84,1
Toplam	107	100,0

Tablo 4-13’de görüldüğü üzere en çok görülen hastalıklar solunum sistemi hastalıkları(%20,2), sindirim sistemi hastalıkları (%11,3), yaralanmalar(%8) ve enfeksiyon hastalıklarıdır(%7). Tanı konulamayan semptom ve klinik durumların da(%7,1)çok olduğu görülmektedir.

Tablo 4-13. Araştırma süresince tespit edilen hastalıkların ICD10 hastalık kodlama sistemine göre dağılımı

ICD10		Sayı /yıl	%
A00-B99	Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar	111	7,0
C00-D48	Neoplazmlar	2	0,1
D50-D89	Kan ve kan yapıcı organ hastalıkları ve immün mekanizmayı içeren hastalıklar	11	0,7
E00-E90	Endokrin nutrisyonel ve metabolik hastalıklar	4	0,3
F00-F99	Akıl ve davranış bozuklukları	16	1,0
G00-G99	Sinir sistemi hastalıkları	75	4,7
H00-H59	Göz ve gözle bağlantılı doku hastalıkları	27	1,7
H60-H95	Kulak ve mastoid oluşum hastalıkları	19	1,2
I00-I99	Dolaşım sistemi hastalıkları	32	2,0
J00-J99	Solunum sistemi hastalıkları	320	20,2
K00-K93	Sindirim sistemi hastalıkları	178	11,3
L00-L99	Cilt ve cilt altı dokusu hastalıkları	70	4,4
M00-99	Kas iskelet ve bağ dokusu hastalıkları	111	7,0
N00-N99	Ürogenital sistem hastalıkları	80	5,1
O00-O99	Gebelik, doğum ve lohusalık dönemi hastalıkları	9	0,6
P00-P96	Perinatal dönemden kaynaklanan hastalıklar	0	0,0
Q00-Q99	Konjenital malformasyon, deformasyon ve kromozom anomalileri	2	0,1
	Semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları	112	7,1
R00-R99	Yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlere bağlı durumlar	126	8,0
S00-T98	Hastalık ve ölümün dış nedenleri	0	0,0
V01-Y98	Sağlık durumunu etkileyen ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren durumlar	277	17,5
	Toplam	1582	100,0

Araştırma grubundaki kişilerin bir yıl içerisinde toplam 1305 kez hasta oldukları, 277 kez de enjeksiyon, pansuman, rapor, ilaç yazdırma gibi sebeplerden sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları görüldü. Kişi başına yıllık ortalama hastalanma sayısı 12,19 idi (Tablo 4-14).

Tablo 4-14. Araştırma grubunda, bir yıl içinde sağlık hizmeti almayı gerektiren durumlar

Sağlık hizmeti almayı gerektiren durumlar			
	Toplam		Kişi başı yıllık ortalama
	Sayı	%	(n/yıl*kişi)
Hastalanma(ICD1-20)	1305	82,5	12,19
Diğer nedenler(ICD21)	277	17,5	2,59
Toplam	1582	100,0	14,78

Tablo 4-15’de çeşitli değişkenlere göre araştırma grubundaki bireylerin hastalanma sayısı ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumların yıllık ortalamaları görülmektedir. Bu değerler yaşlılarda 18,0/yıl, çocuk yaş grubunda 12,73/yıl, orta yaş grubunda ise 11,63/yıl olarak tespit edildi. Yaşlılarda hastalanma hızı diğer gruplardan önemli ölçüde fazla bulundu.($p=0,033$, $X^2=6,808$). Ortalama hastalanma sayısı, geriatric yaş grubunda , kronik hastalığı olanlarda, tekrarlayan semptomları olanlarda, ve kadınlarda önemli ölçüde fazla bulunmuştur($p<0,05$). Yerleşim yeri, sosyal güvence, sağlık güvencesi ve sosyo ekonomik durum açısından hastalanma hızları arasındaki fark önemli bulunmamıştır($p>0,05$). Sağlık durumunu etkileyen ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlara bakıldığında ise sağlık güvencesi olma ve sosyal güvencesi olma dışında tüm değişkenler açısından farklar önemli bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 4-15. Araştırma grubunda bazı değişkenlere göre hastalanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlar yıllık ortalamaları (ICD 1-21)

	Yıllık hastalanma sayısı (ortalama)	Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlar (ortalama)	Toplam
	n/yıl*kişi	n/yıl*kişi	n/yıl*kişi
Yerleşim yeri			
Kent	11,99	2,97	14,96
Kır	12,76	1,55	14,31
p, t(t-Testi)	0,397 -0,850	0,048* 1,998	0,723 -0,355
Sosyo-ekonomik durum			
Yüksek	11,88	3,64	15,52
Orta	11,23	2,89	14,12
Düşük	13,26	1,69	14,95
p, X²(Kruskal Wallis)	0,059 5,650	0,027* 0,224	0,304 2,379
Yaş dönemi			
Çocuk	12,77	1,19	13,96
Orta yaş	11,62	2,88	14,50
Geriatrik	18,00	5,40	23,40
p, X²(Kruskal Wallis)	0,035* 6,717	0,042* 6,348	0,018* 8,064
Cinsiyet			
Erkek	10,31	0,94	11,25
Kadın	13,98	4,15	18,12
p, t(t-Testi)	0,000*-5,063	0,000* -5,676	0,000*-7,275
Sağlık güvencesi			
Var	12,39	2,73	15,12
Yok	10,77	1,54	12,31
p, Z(Man Whitney-U)	0,273 -1,096	0,072 -1,802	0,139 -1,481
Sosyal güvence			
Var	12,64	2,76	15,40
Yok	10,67	2,00	12,67
p, Z(Man Whitney-U)	0,056 -1,909	0,068 -1,825	0,035*-1,481
Kronik hastalık			
Var	15,29	5,29	20,58
Yok	11,44	1,93	13,37
p, Z(Man Whitney-U)	0,002*-3,127	0,000* -1,825	0,00* -4,723
Tekrarlayan Semptom			
Var	13,73	3,89	17,62
Yok	11,00	1,57	12,57
p, t(t-Testi)	0,001* 3,534	0,00* 3,823	0,00* 4,772
Sürekli ilaç kullanımı			
Var	15,24	5,76	21,00
Yok	11,62	1,99	13,61
p, Z(Man Whitney-U)	0,006*-2,743	0,00* -4,382	0,00* -4,137

*İstatiksel olarak önemli

Araştırma grubundaki bireylerin hastalanınca(ICD1–20) gösterdikleri davranış şekillerine bakıldığında; hastalanmalarının %34,25'inde sağlık kurumlarına başvurdukları görülmüştür. Sağlık kuruluşlarına yıllık ortalama başvuru sayısı ise 4.18'dir. Bireyler hastalanmalarının %65,75'ünde sorunlarını kendileri çözmeye çalışmakta veya etraflarına sormaktadırlar. Kentsel alanda yaşayanların, geriatric yaş grubundakilerin ve kadınların hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına başvuru hızları diğerlerinden önemli ölçüde daha yüksektir($p<0.005$). Yıllık ortalama başvuru sayısına bakıldığında ise, geriatric yaş grubundakiler, kadınlar, sürekli ilaç kullananlar ve kronik hastalıkları olanlar daha önemli ölçüde daha fazla başvuruda bulunmuşlardır($p<0.005$). İstatiksel olarak önemli görünmese de kentte yaşayanlar, sosyo ekonomik seviyesi yüksek olanlar, sağlık güvencesi olanlar, sosyal güvencesi olanlar, sürekli tekrarlayan şikayetleri olanlar daha fazla sayıda sağlık kuruluşlarına başvurmuşlardır (Tablo 4-16)

Tablo 4-16. Araştırma grubundaki bireylerin hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına başvuru hızları ve bir yılda ortalama başvuru sayıları (ICD 1–20)

	Hastalanma	Başvuru sayısı	Başvurma hızı	Sağlık kuruluşlarına yıllık başvuru ortalaması
	Sayı	Sayı	%	n/ kişi*yıl
Yerleşim yeri				
Kent	935	352	37,65	4,51
Kır	370	95	25,68	3,28
p, t(t-Testi)	*0,022	2,334		0,088 1,721
Sosyo ekonomik durum				
Yüksek	297	113	38,05	4,52
Orta	438	150	34,25	3,85
Düşük	570	184	30,53	4,05
p,X²(Kruskal Wallis)	0,345	2,126		0,665 0,815
Yaş dönemi				
Çocuk	332	139	41,87	5,35
Erişkin	883	260	29,44	3,42
Geriatrik	90	48	53,33	9,60
p,X²(Kruskal Wallis)	*0,007	10,028		*0,001 13,110
Cinsiyet				
Erkek	536	163	30,41	3,13
Kadın	769	284	36,93	5,16
p, t(t-Testi)	*0,031	-2,188		*0,001 -3,287
Sağlık güvencesi				
Var	1165	413	35,45	4,39
Yok	140	34	24,29	2,61
p,Z(Man Whitney-U)	0,128	-1,522		0,062 -1,865
Sosyal güvence				
Var	1049	375	35,75	4,52
Yok	256	72	28,12	3,00
p,Z(Man Whitney-U)	0,053	0,-1,936		*0,027 -2,212
Kronik hastalık				
Var	321	123	38,32	5,86
Yok	984	324	32,92	3,86
p,Z(Man Whitney-U)	0,159	-1,409		*0,012 -2,526
Tekrarlayan semptom				
Var	645	221	34,26	4,70
Yok	660	226	34,24	3,77
p, t(t-Testi)	0,592	0,538		0,149 1,477
Sürekli ilaç kullanımı				
Var	259	105	40,54	6,18
Yok	1046	342	32,70	3,80
p,Z(Man Whitney-U)	0,105	-1,621		*0,014 -2,470
Toplam	1305	447	34,25	4,18

* İstatiksel olarak önemli

Araştırma grubunun sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlar için sağlık kuruluşlarına başvuru sayı ve yüzdeleri Tablo 4-17’de verilmiştir. Araştırma grubundaki bireyler hastalanma dışında sağlık durumunu etkileyen ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlar da hastalanma durumlarına göre daha yüksek oranda sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar(%88,4). Sağlığı ilgilendiren diğer durumlarda, kentlerde yaşayanlar, sosyo ekonomik seviyesi yüksek olanlar, geriatric yaş grubundakiler, kadınlar, kronik hastalığı olanlar, tekrarlayan şikayetleri olanlar ve sürekli ilaç alanlar diğerlerinden önemli ölçüde daha fazla sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar($p<0,005$).

Tablo 4-17. Araştırma grubundaki bireylerin sağlık durumunu etkileyen ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlar için sağlık kuruluşlarına başvuru hızları ve bir yılda ortalama başvuru sayıları (ICD 21)

	Sağlığı ilgilendiren diğer nedenler	Başvuru sayısı	Başvurma hızı	Yıllık ortalama sağlık kuruluşuna başvuru sayısı
	Sayı	Sayı	%	n/kişi*yıl
Yerleşim yeri				
Kent	232	208	89,65	2,67
Kır	45	37	82,22	1,28
p, t(t-Testi)	0,171	1,386		0,034* 2,145
Sosyo ekonomik durum				
Yüksek	91	83	91,20	3,32
Orta	119	107	94,69	2,74
Düşük	73	55	75,34	1,28
p, X²(Kruskal Wallis)	0,093	4,758		0,012* 8,858
Yaş dönemi				
Çocuk	31	23	74,19	0,88
Erişkin	219	196	89,49	2,58
Geriatrik	27	26	96,29	5,2
p, X²(Kruskal Wallis)	0,440	1,642		0,014* 8,609
Cinsiyet				
Erkek	49	45	91,83	0,87
Kadın	228	200	87,71	3,63
p, t	0,497	-0,684		0,000* -5,294
Sağlık güvencesi				
Var	257	230	89,49	2,45
Yok	20	15	75,00	1,15
p, Z(Man Whitney-U)	0,235	0,405		0,064 -1,854
Sosyal güvence				
Var	229	208	90,82	2,50
Yok	48	37	77,08	1,54
p, Z(Man Whitney-U)	0,159	-1,409		0,058 -1,895
Kronik hastalık				
Var	111	99	89,19	4,71
Yok	166	146	89,75	1,70
p, Z(Man Whitney-U)	0,707	-0,376		0,000* -3,779
Tekrarlayan semptom				
Var	183	159	86,88	3,38
Yok	94	86	91,48	1,43
p, t(t-Testi)	0,710	-0,374		0,001* 3,470
Sürekli ilaç kullanımı				
Var	98	92	93,87	5,40
Yok	179	153	85,47	1,70
p, Z(Man Whitney-U)	0,491	-0,688		0,000* -4,429
Toplam	277	245	88,44	2,58

*İstatiksel olarak önemli

Sosyo ekonomik durumlarına göre gruptakilerin sağlıkları ile ilgili durumlarda gösterdikleri davranışlar Tablo 4-18’de verilmiştir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulan durumların %51,3’ünde, bireylerin evde kendi kendilerini tedavi etmeye çalışmaları dikkat çekicidir. İstatistiki olarak değerlendirildiğinde, sosyo ekonomik durumu dşuk olanların sorunlarını evde kendi kendilerine çözmeye çalışmaları, diğer gruptakilerden önemli ölçüde fazladır(p<0.005). Araştırma grubundaki bireyler, sağlıkla ilgili problemleri olduğu zaman en fazla (%35,6)devlet hastanelerini tercih etmektedirler. Tercih ettikleri kuruluşların %48,6’ı birinci basamak %51,4’ ise ikinci ve nc basamak sağlık kuruluşudur.

Sosyo ekonomik seviyesi dşuk olan bireyler, sağlık durumu ile ilgili problemlerinde, diğerlerinden daha az sıklıkla sağlık kuruluşuna başvuru yapmışlardır (p=0,000, $X^2=20,235$).

Tablo 4-18. Araştırma grubundaki kişilerin sosyo ekonomik durumlarına göre hastalanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı gerektiren diğer durumlardaki davranışları (ICD1-21)

Sosyo ekonomik durum								
Tercih	Yüksek		Orta		Dşuk		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evde kendi kendine tedavi	176	45,5	277	50,2	359	55,8	812	51,3
Etraflarına sorma	16	4,1	17	3,1	45	6,7	78	4,9
Sağlık ocağı	57	14,7	108	19,6	79	12,3	244	15,4
Araştırmacı tarafından verilen tedaviler	6	1,6	5	0,9	8	1,3	19	1,2
Özel poliklinik	35	9,0	22	4,0	0	0,0	57	3,6
Devlet hastanesi	31	8,0	85	15,4	130	20,2	246	15,6
Özel hastane	9	2,3	0	0,0	0	0,0	9	0,6
Üniversite hastaneleri	45	11,6	21	3,8	18	2,8	84	5,3
Üniversitede zel muayene	11	2,8	4	0,7	2	0,3	17	1,1
Muayenehane	1	0,3	13	2,4	2	0,3	16	1,0
Toplam	387	100,0	552	100,0	643	100,0	1582	100,0

Sağlık kuruluşlarına başvurularda %67,2 ile en fazla ayaktan reçete yazıldığı görülmektedir. Toplam sevk %6,5'dir. Sağlık ocağında sevk hızı %15,6(%9,1 hekim kendi sevk etmiş, %6,5 kişiler kendileri istemiştir) olarak bulunmuştur. Hastanelerde sevk %2,4, üniversitede sevk %1,2 olarak tespit edilmiştir(Tablo 4-19). Sağlık kurumlarında 13(%1,9) kez rapor yazılmıştır. Özel kuruluşlardan hiç sevk yapılmamıştır.

Sağlık kuruluşuna başvuru yapılmayan durumlarda bireyler %56,1 ilaç kullanmıştır. % 19,44 bitkisel ürünler(nane limon, ıhlamur, limonlu çay,vb.) kullanmışlardır. Araştırma süresi içerisinde toplam acile başvuru sayısı 39'dur. Araştırma grubunda 28(%26,2) kişi bir yıl boyunca en az bir kez acil polikliniğe başvurmuştur.

Tablo 4-19. Sağlık kuruluşlarına başvurulduğunda yapılan işlemler

Sağlık kuruluşlarına başvuru sonuçları		
	Sayı	%
Reçete	465	67,3
Hastanede yatış	16	2,3
Sevk	46	6,5
Diğer işlemler	140	20,3
Hiçbirşey	25	3,6
Toplam	692	100,0

Araştırma grubundakilerin tamamına bakıldığında, başvurdukları kurumların %85,7 sinin devlet, % 14,3'ünün ise özel sağlık kuruluşu olduğu görülmektedir. Kişilerin sosyo ekonomik durumlarına göre kurum tercihlerine bakıldığında, düşük sosyo ekonomik seviyedekilerin büyük ölçüde(%98,3) devlet kurumlarını tercih ettiği görülmektedir(Tablo 4-20).

Tablo 4-20. Araştırma grubundaki bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına göre başvurdukları kuruluşlar

	Başvurulan sağlık kuruluşları				Total	
	Devlet		Özel			
Sosyo ekonomik durum	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yüksek	139	71,28	56	28,72	195	28,18
Orta	219	84,89	39	15,11	258	37,28
Düşük	235	98,32	4	1,68	239	34,54
Toplam	593	85,70	99	14,30	692	100,0

p=0,000, $X^2=64,192$

Araştırma süresi içinde hastalandığını ifade eden bireyler en sık olarak ağrıdan(%40,4) şikayet etmişlerdir ve bunu hastalık belirtisi olarak kabul etmişlerdir. En sık hastalık belirtisi olarak kabul edilen diğer şikayetler yaralanma, ishal, burun akıntısı, ateş, deri belirtileri ve öksürüktür(Tablo 4-21).

Tablo 4-21. Araştırma grubundaki bireylerde hastalık belirtileri

Şikayet	Sayı	%
Ağrı	527	40,4
Yaralanma	132	10,1
İshal	111	8,5
Burun akıntısı	111	8,5
Ateş	84	6,4
Deri belirtileri	73	5,6
Öksürük	60	4,6
Diğer	207	15,8
Toplam	1305	100,0

Sağlık kuruluşuna başvuranların şikayetlerinin başında ağrı(%21) gelmekte, bunu ateş (%9,1) takip etmektedir. Çocuklar ise en çok yüksek ateş nedeni ile sağlık kuruluşuna götürülmüşlerdir(Tablo 4-22).

Tablo 4-22. Araştırma grubundaki kişilerin sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri

Şikayet	Sayı	%
Ağrı	145	21,0
Ateş	63	9,1
Burun akıntısı	31	4,5
Öksürük	33	4,8
Diğer	420	60,6
Toplam	692	100,0

Grubun sağlık problemlerinde ilaç kullanma durumu Tablo 4-23'de gösterilmiştir. Araştırma grubundaki bireyler sağlıkla ilgili problemlerinin %58,5'inde ilaç kullanmışlardır. %1,3'ünde hastanede yatarak tedavi görmüşlerdir.

Tablo 4-23. Araştırma grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili problemlerinde ilaç kullanma durumları.

İlaç kullanımı	Sayı	%
Var	925	58,5
Yok	657	41,5
Toplam	1582	100,0

Araştırma süresince tespit edilen sağlık sorunlarının %58,5’inde ilaç kullanıldığı ifade edilmiştir. İlaç kullananların %43,7’si evlerinde bulunan ilaçları kullandığını, %47,6’sı da eczaneden reçete ile aldığını ifade etmiştir (Tablo 4-24).

Tablo 4-24. Araştırma sürecinde bireylerin kullandığı ilaçların kaynaklarına göre dağılımı

Kaynak	Sayı	%
Evde mevcut olanlardan	419	43,7
Eczaneden reçeteli	456	47,6
Eczaneden reçetesiz	41	4,3
Komşudan	21	2,2
Diğer	21	2,2
Toplam	958	100,0

Araştırmanın başlangıcında evlerde 768 kutu ilaç olduğu tespit edilmiştir(Aile başına ortalama 24.8 kutu ilaç). Bu ilaçların %89,7 sinin miadının geçmemiş olduğu, %10,3ünün ise miadının geçmiş olduğu görülmüştür (Tablo 4-25).

Tablo 4-25. Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaçların miat durumları

Miat durumu	Sayı	%
Geçmemiş	689	89,7
Geçmiş	79	10,3
Toplam	768	100,0

Evlerde tespit edilen ilaçlardan %13.3ü anket uygulandığı sırada kullanılmaktaydı (Tablo 4-26). Bunların bir kısmı kronik hastaların sürekli aldığı ilaçlar, bir kısmı ise akut hastalıklar için kullanılan ilaçlardı.

Tablo 4-26. Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaçların kullanım durumları

Kullanım durumu	Sayı	%
Kullanılıyor	102	13,3
Arada sırada kullanılıyor	200	26,0
Kullanılmıyor	466	60,7
Toplam	768	100,0

Evlerde tespit edilen ilaçların %20,7'si hiç açılmamıştı. 609 kutu ise daha önceden açılmıştı, bunların bir kısmı anket uygulandığı sırada kullanılmakta olan ilaçlardı (Tablo 4-27).

Tablo 4-27. Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaçların durumu

Kutulardaki miktar	Sayı	%
Tam	159	20,7
Yarım	609	79,3
Toplam	768	100,0

Kutuları daha önceden açılmış, ancak kullanılmayan ilaçların bırakılma sebepleri sorulduğunda yalnızca %4,7'sinin doktor tavsiyesi ile bırakıldığı görülmektedir. Antibakteriyel ilaçların bile 42(%55,3) kutusu yarım kalmış, geri kalanı hiç açılmamıştır (Tablo 4-28).

Tablo 4-28. Araştırma grubundakilerin ilaçlarını yarım bırakma nedenleri

İlaçlarını bırakma nedeni	Sayı	%
İyileşmiş	124	41,47
İyi gelmemiş	31	10,37
Bilmiyor	130	43,47
Doktor "bırak" demiş	14	4,69
Toplam	299	100,0

Evlerde en çok antiromatizmal/antiinflamatuvar ilaçlar bulunmaktadır. Antibakteriyel ilaçların da dikkat çekici oranda çok olduğu görülmüştür(Tablo 4-29).

Tablo 4-29. Araştırma grubundaki hanelerde bulunan ilaç grupları

İlaç Grubu	Sayı (Kutu)	%
Antienflammatuar /antiromatizmal ilaçlar	85	11,2
Antibakteriyel ilaçlar	76	10,0
Dermatolojik ilaçlar	76	10,0
Analjezikler	73	9,6
Grip ve soğuk algınlığı ilaçları	52	6,8
Vitamin ve mineraller	49	6,4
Antiülseratifler	27	3,5
Diğer	330	42,5
Toplam	768	100,0

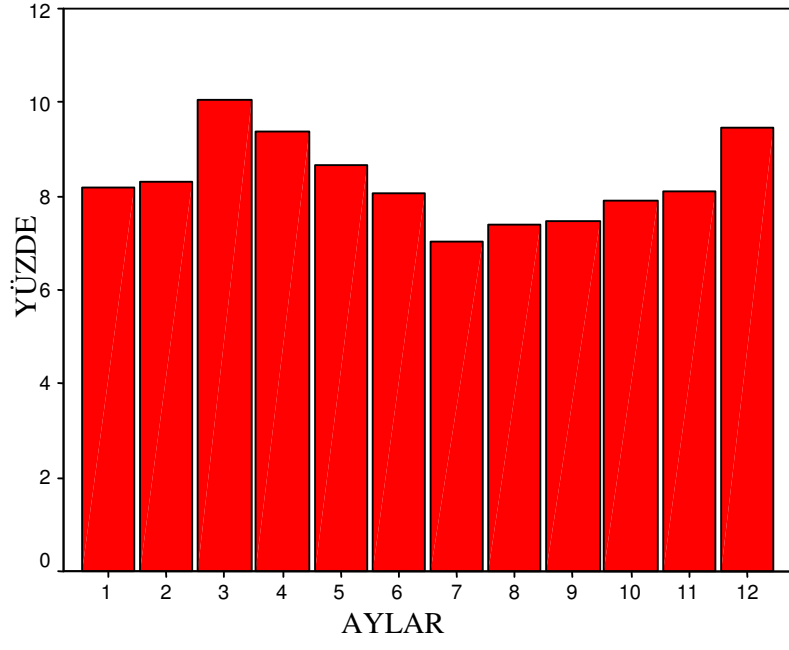
Sosyoekonomik duruma göre bakıldığında evlerdeki ilaç miktarları açısından istatistiksel olarak fark görülmemektedir($p>0,005$). Ancak orta sosyoekonomik gruptaki hanelerde diğer hanelerden oldukça fazla miktarda ilaç bulunmuştur (Tablo 4-30).

Tablo 4-30. Araştırma grubundaki ailelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre evlerde bulunan ilaçların miktarları

Sosyo ekonomik durum	Ortalama kutu sayısı
Yüksek	22,6
Orta	35,4
Düşük	15,3
Toplam	24,8

$p=0,088$, $X^2=4,871$

Şekil 1’de hastalıkların zamana göre dağılımı verilmiştir. Hastalıkların ve sağlıkla ilgili diğer durumların kış aylarında ve mevsim dönümlerinde arttığı görülmektedir. Aylara göre dağılım incelendiğinde farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 1. Hastalıkların aylara göre dağılımı

5. TARTIŞMA

Sivas ilinde bir popülasyonda yıllık ortalama hastalanma sayılarını ve sağlık hizmetlerini kullanım davranışlarını belirlemek için bir yıllık bir izlem araştırması planlanmıştır. Araştırma grubuna 31 aileden 107 kişi alınmıştır. Bu alanda yapılan diğer araştırmalara bakıldığında daha büyük örneklemeler kullanıldığı görülmektedir. Bu alanda Türkiye’de yapılmış en büyük araştırma olan Ulusal Hastalık Yükü Araştırması’nda iki izlem yapılmış, her bir izlemde yaklaşık 6000 haneye ulaşılmıştır(26). 1999 yılında yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması’nda ise altı ilde 2400 hanede görüşme yapılmıştır(24). Ancak bu araştırmalarda yüz yüze görüşme tekniği uygulanmış ve araştırma grubundaki kişilerle birer defa görüşülmüştür. Bizim araştırmamızda ise yıl boyunca yaklaşık 800 hane ziyareti ve 2500 kişisel izlem ve gerekli hallerde fiziksel muayene yapılmıştır.

Araştırma yapılan ailelerde hane başına düşen nüfus 3,46’dır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerinde ortalama hane halkı büyüklüğü 4,1 kişidir(47). Ulusal Hastalık Yükü araştırmasında bu büyüklük 4,18 olarak bulunmuştur ve illere göre 3,69 ila 6,80 arasında değişmektedir(26).

Araştırmaya katılan 107 kişinin 67 (% 62,6) ’si kentsel alanda, 40(%37,4)’ı kırsal alanda yaşamaktadır. Ulusal Hastalık Yükü Araştırması’nda görüşülen hanelerin %40,83’ü kırsal alandan seçilmiştir(26). Kırsal alandan bireylerin seçilmesi araştırmanın tarafsızlığı ve sağlıktaki eşitsizliklerin değerlendirilebilmesi açısından önemlidir. DİE verilerine göre Sivas ili için kırsal alanda yaşayanlar nüfusun %45’ini, kentsel alanda yaşayanlar %55’ini oluşturmaktadır(48).

Araştırma grubuna alınan kişilerin %48,60 erkek %51,40 kadındır. Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre 2000 yılı nüfus sayımının da Sivas ili nüfusunun %49,24ü erkek %50,76’sı kadındır(p>0,005). Devlet istatistik enstitüsü 2000 yılı

nüfus sayım sonuçlarına göre Türkiye için erkek nüfus yüzdesi % 50,66 kadın nüfus yüzdesi %49,34'dir(48).

Bizim araştırmamızda 15 yaş altı nüfus %24,3, 65 yaş üstü nüfus %4,7, orta yaş nüfus %71'dir. DİE 2000 yılı nüfus sayım sonuçlarına göre Türkiye'de 15 yaş altı nüfus %29,8 ve 65 yaş üstü nüfus ise %5,7'dir(48). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında nüfusun %7'si 65 yaş üzerinde, % 29'u ise 15 yaş altındadır(47).

Araştırmamızda okuryazar olmayan sayısı 7(%6,5)'dir. Sivas ilinde bu hız %14,60'dır. Türkiye'de ise bu hız %12,68'dir(48). Araştırmamızda bu hız biraz daha düşük görünmektedir ancak fark önemli değildir($p>0,005$).

2004 yılsonu itibari ile araştırma grubumuzun %22,4'ü hiçbir sosyal güvenceye sahip değildir. Sosyal güvencesi olan olanların %40,87 si Emekli Sandığı'na, %53,01 SSK'a, %6,12'si Bağ-Kur'a bağlıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2004 yılı verilerine göre nüfusun %89,5'i sosyal güvenlik kurumları ve sandıkların kapsamı altındadır. Bu veri içerisinde çeşitli odaların ve şirketlerin üyeleri için oluşturduğu sandıklar da bulunmaktadır. Tüm sigortalılar içinde SSK %57,6 ile en büyük paya sahiptir(49). Yapılan diğer araştırmalarda bulunan sosyal güvenlikle ilgili veriler bakanlık verilerinden oldukça farklı bir tablo çizmektedir. Bu araştırmalarda sosyal güvencesi olmayanlar %15 ila %44,8 arasında değişmektedir(17,18,19,41). Sosyal güvencesi olmayan kesim araştırmamızda biraz yüksek görünmekle beraber aradaki fark önemli değildir($p>0,005$). Araştırmamızda sağlık güvencesi olanlar değerlendirildiğinde, grupta Emekli Sandığı'na bağlı olanlar 38(% 35,5) kişi, SSK'na bağlılar 44(%41,1) kişi, yeşil kart kapsamındakiler 11(%10,3), özel sigorta güvencesi olanlar 4(%3,7) kişidir.

Araştırmada grubunun %48,6'sı evli bulunmuştur. 2000 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü araştırmasında, araştırma grubunun% 60,7'si evli görünmektedir(26).

Araştırma grubunda tüm yetişkinlerin %49,4'ünün halen çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Yetişkin erkeklerin %69,4'ü çalışırken, yetişkin kadınların %33,3'ü çalışmaktadır. Tüm grupta çalışanların oranı %37,4'tür. 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda görüşülen her üç kadından birinin çalışmakta olduğu görülmektedir(47). 2000 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması'nda, araştırma grubunun %27,46'sı çalışıyor bulunmuştur(26). 1999

yılında Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'nda grubun %26,4'ü çalışmıyor bulunmuş ve oldukça farklı bir tablo çizmiştir(24).

Araştırmamızda daha önceden kronik hastalık tanısı olan birey sayısı 21(19,6%)'dir. Ankara'da yapılan bir araştırmada grubun %22,5'inde kronik hastalık tespit edilmiştir(19). 1999 yılında yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'nda tüm grupta kronik hastalığı olan bireyler %19,5 olarak tespit edilmiştir ve bu oran iller arasında %12,7 ila %30,1 arasında değişmektedir(24). Batı Avrupa ülkelerinin karşılaştırıldığı, 25-69 yaş grubunda yapılan bir araştırmada kronik hastalıkların sıklığının %22,1 ila % 37,7 arasında değiştiği bulunmuştur(53).

Araştırmamızda grubun %15,9'u sürekli ilaç kullanıyordu. Bunların tamamı kronik hastalığı olan bireylerdi. Kronik hastalığı olup da ilaç kullanmayan kişi sayısı 4(%19,1) olarak bulundu. Ankara'da yapılan bir araştırmada grubun %17,3'ünün sürekli ilaç kullandığı tespit edilmiştir(19). Kocaeli Körfez bölgesinde geriatrik bireylerde yapılan bir araştırmada kronik hastalıkları olan bireylerde ortalama olarak 2,18 kutu ilaç kullanımı gösterilmiştir(46). Araştırmamızda kronik hastalığı olan yaşlı birey sayısı 4(%80) olarak bulundu. Kayseri'de yapılan bir araştırmada kronik hastalık hızı geriatrik popülasyonda %83,8 olarak bulunmuş. Bunların %70,5'inin ilaçlarını kullandığı gösterilmiştir(35). Sivas'ta yapılan bir araştırmada yetişkinlerde kronik hastalık prevalansı %19,8 olarak bulunmuştur. Bunların %53,6'sının düzensiz veya hiç ilaç kullanmamakta olduğu belirlenirken, %81,4'ü kontrole gitmediklerini ifade etmişlerdir(36). Tanısı konulmuş kişilerin bile tedaviden faydalanmaması sağlık hizmetlerinin kullanımının yetersizliğini ortaya koymaktadır. Manisa'da yapılan bir araştırmada popülasyonun %7,2'sinde kronik hastalık bulunduğu, 65 yaş üstünde ise her üç kişiden birinde kronik hastalık olduğu, kentsel bölgede oturanlarda, üst sosyal sınıfta daha fazla kronik hastalık olduğu bulunmuştur. Bu durumun hastalığın farkında olma ve kentsel koşullarda hastalık oluşumunun hızlanması ile ilgili olabileceği ifade edilmiştir(52). araştırmamızda tanısı konulamamış, sürekli yakınmaları olan birey sayısı 47(%43,9)'dir. Bu bireyler kronik hastalıklı bireylerden ayrı değerlendirilmiştir. Bu hız Avrupa'da yapılan bir araştırmada %29,9 ila %40,9 arasında bulunmuştur(53). Bu tür şikayeti olan

bireylerin çokluğu hastalıkların tanı ve tedavisindeki yetersizlikleri göstermesi bakımından önemlidir. Bu tür şikayetlerin çoğu mevcut kronik hastalıklarla ilgili olabilir veya tanı konulup tedavi edilmediğinde kronikleşebilir.

Araştırma grubunda 39(%36,4) kişi daha önceden herhangi bir nedenle hastanede yatarak tedavi görmüşlerdi. Araştırma boyunca hastanede yatarak tedavi görenlerin sayısı 12(%11,21) idi. 4(%3,7) kişi ise birden fazla hastanede yatarak tedavi görmüştü. Amerika'da yapılan bir araştırmada 18 yaş üstündeki kadınlarda son bir yıl içinde yatarak tedavi görme hızı %11 bulunmuştur(28). Ankara'da yapılan bir çalışmada bir yıl içinde grubun %4'ünün yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir(17). Ankara Gölbaşı Eğitim Araştırma Bölgesinde yapılan bir başka araştırmada son bir yıl içinde yatarak tedavi görme hızı kadınlarda %5,4 erkeklerde %3,2 ve toplamda %4,3 olarak hesaplanmıştır(18). Kayseri'de yaşlı popülasyonda yapılan bir araştırmada son bir yıl içinde grubun %17,2'sinin yatarak tedavi aldığı görülmüştür. Bunların %29,1'i cerrahi müdahale geçirmişlerdir(35). Araştırmamızda 18(%16,8) kişi araştırmadan önce en az bir kez cerrahi müdahale geçirmişti. Araştırma sırasında cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyanların sayısı 2(%1,87) idi. Malatya'da yapılan bir araştırmada hanelerin %41,5inde en az bir kişinin daha önceden yatarak tedavi gördüğü, hanelerin %40,3'ünde son 10 yıl içinde en az bir cerrahi müdahale uygulanan kişi olduğu tespit edilmiştir (34).

Araştırma süresi içerisinde toplam acil poliklinik başvuru sayısı 39'du. Araştırma grubunda 28(%26,2) kişi bir yıl boyunca en az bir kez acil polikliniğe başvurmuştu. Ankara'da yapılan bir araştırmada incelenen grubun %10'unun acil poliklinik başvurusu yaptığı belirlenmiştir(17). İspanya'da yapılan bir çalışmada ise son üç ayda incelenen gruptakilerin %2,4'ünün acil poliklinik başvurusu yaptığı bulunmuştur(5). Acil başvuruları için bizim çalışmamızda ve Ankara'da yapılan(17) çalışmada en fazla devlet hastaneleri tercih edilmiştir. 1999 yılında yapılan Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması'nda da acil durumlarda en çok tercih edilen kuruluşların devlet hastaneleri olduğu ifade edilmiştir. Sağlık ocakları %23,3 ile ikinci, SSK hastaneleri %15,6 ile üçüncü sıradadır(24).

Araştırma grubundaki kişilerin bir yıl içerisinde toplam 1305 kez hasta oldukları, 277 kez de enjeksiyon, pansuman rapor, ilaç yazdırma gibi sebeplerden sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları görüldü. Yıllık ortalama hastalanma sayısı 12,19

olarak tespit edildi. Bu sayıların içinde sadece belirtilerle seyreden hastalıklar değil, yapılan muayeneler sonucunda tanı konulmuş bazı hastalıklar da yer almaktadır. Hastalanma sayısı, geriatrik yaş grubunda, kronik hastalığı olanlarda, tekrarlayan semptomları olanlarda, ve kadınlarda önemli ölçüde fazla bulunmuştur. Hastalanma sayısı ile ilgili yapılmış çok fazla çalışma yoktur. Gemlik'te yapılan bir araştırmada yıllık hastalanma sayısının 3,8 olduğu, son bir aydaki hastalanma hızının %25,6 olduğu ve kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek olduğu hesaplanmıştır(21). Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda genellikle izlem değil son bir ay veya birkaç haftayı sorgulayan yöntemler kullanılmıştır. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'nda son altı ay içindeki hastalanma durumları sorgulanmış ve %55,8'inin sağlıkla ilgili bir şikayetinin olduğu bulunmuştur. Bu hız araştırmaya alınan illerde %23,8 ila %58,7 arasında değişmektedir(24). Ankara'da yapılan bir çalışmada son bir ay içinde her hangi bir sağlık problemi ile karşılaşma hızı % 39,3 olarak bulunmuş ve bu hızın 40 yaş üzerindeki, kadınlarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur(19). Antalya'da yapılan bir araştırmada son iki hafta içinde yakınması olanların hızı %57,3 olarak bulunmuştur(29,30). Manisa'da yapılan bir araştırmada son bir ayda hastalanma hızı %12 olarak tespit edilmiş, beş yaş altı nüfusta kentsel bölgelerde oturanlarda, eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve üst toplumsal sınıflarda daha fazla hastalanma ifade edilmiştir(52). Bu çalışmada muhtemelen, daha alt sosyal sınıflar hafif olan sağlık sorunlarını hastalık olarak ifade etmemişlerdir. Bazı durumlarda kişi hastalığının farkında bile olmayabilir. Bazen de sağlık anlayışına bağlı olarak bunu hastalık olarak nitelememiş olabilir. Bazı durumlarda ise hastalığını hekime gitmeye değmeyecek bir hastalık olarak addedebilir. Hastalıkların algılanması kişinin kültür ve eğitim düzeyi ile etkilenebileceği gibi, toplumda çok sık rastlanan hastalıklar da kişi açısından hastalık olarak değerlendirilemeyebilir. Araştırmamızda bulduğumuz değerler daha yüksektir. Araştırma grubundakiler sürekli takip edildiği için hafıza faktörü kısmen ortadan kaldırılmıştır. Antalya'da yapılan bir çalışmada son 15 gün içinde yakınması olanlar % 40,8 ve son bir gün içinde yakınması olanlar ise % 33,3 gibi yüksek bir hızda tespit edilmiştir(17). Ankara'da tüm okullarda yapılan bir taramada öğrencilerin %9,77'ine reçete yazılmış, % 14,98'i ise üst basamaklara sevk edilmiştir(54). Kesitsel olarak yapılan bu çalışmada öğrencilerin yaklaşık %25'i

tedaviye ihtiyaç duyacak kadar hasta bulunmuştur. Araştırmamızda yıl boyunca hiç hastalanmayan birey olmamıştır. Araştırmalar sırasında hastalanmanın sorgulanış biçimi, zaman dilimi ve toplumların hastalığı algılayış biçimlerine bağlı olarak bu sayıların farklılık gösterebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmada hastalanınca sağlık kuruluşlarına başvuru hızı %34,2 bulunmuştur. 5(%4,67) kişi sağlık kuruluşuna hiç başvurmamıştır. En az bir kez sağlık kuruluşuna başvuranların sayısı 102(%95,33) olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de yapılan araştırmalarda hastalanınca sağlık kuruluşlarına başvuru hızları değişmektedir. Kayseri’de yapılan bir araştırmada son bir yıl içinde sağlık kuruluşlarına başvurulara bakıldığında incelenenlerin %93,3’ünün en az bir kez sağlık kuruluşuna başvurduğu bulunmuştur(35). Manisa’da yapılan bir araştırmada son bir ay içerisinde sağlık sorunu olan bireylerin %68,5’inin sağlık kuruluşlarına başvurduğu tespit edilmiştir(52). Gemlikte yapılan bir araştırmada kişilerin hastalandıklarında %69,8’inin hekime başvurduğu görülmektedir(21). Araştırmamızda sağlık kuruluşlarına başvurma hızı diğer çalışmalardan oldukça düşüktür. Bu durum muhtemelen diğer çalışmalarda hastalanma sayılarının tespitindeki yetersizlikten kaynaklanıyor olabilir. Daha yeterli şekilde yapılan araştırmalarda bu sayının oldukça düşük olduğu görülebilir. Kanada’da yetişkinlerde yapılan bir araştırmada üst solunum yolu enfeksiyonu olan bireyler tespit edilmiş ve bunların sadece %14’ünün sağlık kuruluşuna başvurduğu gösterilmiştir(57). Araştırmamızda kişilerin kendi kendilerine bakım sağlama hızı oldukça yüksek görünmektedir. Hastaar %63,75’inde sorunlarını kendileri çözmeye çalışmaktadır. Kendi kendine bakım sadece bizde değil diğer ülkelerde de oldukça yaygındır. Yapılan bazı araştırmalarda kendi kendine bakım, hekim tavsiyesi ile yapılan bakımdan iki kat daha fazla bulunmuştur(14). Hong Kong’da yapılan bir araştırmada iki haftalık izlemde kişi başına 1,7 kez reçete kullanımı, 1,02 kez de kendi kendine bakım yapıldığı görülmüştür(15). Toplumda her bireyin aynı sağlık düzeyine sahip olmasına imkan yoktur. Çeşitli nedenlerden dolayı kişilerin hastalanma sayıları ve sağlık hizmetlerinden faydalanma durumları değişiklik gösterebilir. Bu değişiklik doğal biyolojik varyasyon gibi kaçınılmaz sebeplere bağlı olabileceği gibi, kişisel sağlık davranışları gibi önlenemez sebeplerden de kaynaklanıyor olabilir. Bu tür nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan farklılıklar sağlıkta

eşitsizliği göstermektedir. Sağlık hizmeti almak için başvurmayan insanlar tamamen sağlıklı kabul edilemez. Bireylerin bir kısmı ihtiyacının olduğunu farkında olamayabileceği gibi, hizmetlere ulaşmada zorluk da çekebilir. Bu yüzden bu bireylerin tespit edilip risk taşıyanlar ve hizmete ulaşmada güçlük çekenlere gerekli hizmetler götürülmelidir. Erken tanı açısından özellikle sinsi seyirli hastalıklar hakkında toplumun eğitimi ve taramalar, sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak düzenli uygulanmalıdırlar.

Araştırmamızdaki kişiler hastalandıklarında bir yılda ortalama olarak 4,18 kez muayene için sağlık kuruluşlarına başvurmuştur. Gemlik'te yapılan bir araştırmada yıllık kişi başına hekime başvuru sayısı 2,7 olarak bulunmuştur(21). Ankara Gölbaşı'nda yapılan bir araştırmada yıllık başvuru sayısı 1,1 bulunmuştur(18). Antalya'da sadece üniversite öğrencilerinin çalışmaya alındığı bir araştırmada mediko sosyal sağlık merkezine yıllık ortalama 2,28 başvuru bulunmuştur(32). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı 2,44 olarak tespit edilmiştir(24). Çalışmalarda genellikle diş hekimine olan başvuruların dahil olup olmadığı hakkında veri yoktur. Araştırmamızda ağız diş problemleri hastalanma sayılarının içinde yer almıştır. Sağlık kuruluşlarına başvuru hızları içinde diş hekimlerine yapılan başvurular da değerlendirilmiştir. Sağlık kuruluşlarına başvuru hızı gelişmiş ülkelerde çok daha yüksek görünmektedir. Bir OECD yayınında 2000 yılı verilerine göre bazı seçilmiş ülkelerde başvuru sayısı 2,8 ile 12,9 arasında değişmektedir(60). Japonya'da bu sayı 1980 yılında 12,9 olarak görülmektedir(60). OECD ülkelerindeki ortalama başvuru sayısı ise 6,2'dir(60). Türkiye'de ve yurtdışında yapılan bazı araştırmalarda daha yüksek rakamlar da bulunmuştur. Ankara'da TSK bünyesinde kendi mensuplarına ve ailelerine hizmet sunan birinci basamak sağlık merkezlerinde ocak, şubat, mart aylarında kişi başına 2,6 başvuru tespit edilmiş. Bunun yıllık projeksiyonunda yıllık 7,8 başvuru hesaplanmıştır(38). İspanya'da yapılan bir çalışmada sadece bir ay için kişi başı sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı 1,34 ile 2,12 arasında bulunmuştur. 2004 yılı verilerine göre Sivas ili sağlık ocakları poliklinik sayıları incelendiğinde resmi rakamlara göre kişi başına yıllık 1,12 başvuru görünmektedir. 2004 yılı Türkiye ortalaması ise 1,05'tir(55). Araştırmamızda sağlık ocaklarına bir yıldaki ortalama başvuru sayısı biraz daha yüksek, 1,45 olarak hesaplanmıştır. OECD ülkelerinde

ortalama genel pratisyen başvuru sayıları 5,2 ile 2,3 arasında değişmektedir(64). Sağlık Bakanlığı 2004 yılı Çalışma raporuna göre Sivas'ta sağlık ocaklarında çalışan hekim sayısı 180, yıllık toplam poliklinik sayısı ise 819.032 ve yıllık hekim başına düşen poliklinik sayısı 4.550'dir. 2004 yılı yataklı tedavi kurumları istatistiklerine göre Sivas ili içindeki bütün yataklı tedavi kurumlarında yapılan toplam poliklinik sayısı 1.827.397'dir. 2004 yılı için hesaplanmış yıl ortası nüfus 732.550'dir(56). Bu sayıların içinde özel poliklinik, muayenehane ve sağlık bakanlığına bağlı diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular yoktur. Yataklı tedavi kurumları istatistikleri içine özel hastanelerin verileri de dahildir. Sivas ili için bu verilerle hesaplanabilecek olan kişi başı yıllık ortalama poliklinik sayısı 3,61'dir. Sivas ilinde yaşayan bireylerin hepsi hesaba katılıp tüm hastalanma durumlarında (12,19/yıl) ilk başvuru merkezi olarak eğer sağlık ocaklarını seçecek olsalar idi; yıllık toplam 8.929.784 poliklinik yapılması, yıllık hekim başına 46.609 poliklinik yapılması gerekirdi. Hafta sonu tatil yapılsa günlük poliklinik sayısının hekim başına 179 olması gerekirdi. Günlük bir hekimin yapabileceği muayene sayısı 25 olarak hesaplanırsa için Sivas ilinde 1.288 birinci basamak hekimine ihtiyaç olacaktır. Birinci basamakta hastalıkların yaklaşık %90'ının tedavi edilebileceği düşünülürse ikinci basamakta 892.978 poliklinik yapılacak ve ikinci basamakta toplam 171 hekime ihtiyaç duyulacaktır.

Araştırmamızda kişi başı yıllık ortalama muayene 4,18 bulunmuştur. Eğer sadece sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular için bu rakam hesaba alınsa ve bunların hepsi ilk olarak sağlık ocaklarına başvursaydı, yıllık hekim başı poliklinik sayısı 17.011 olacak, hekim başı günlük 65 poliklinik olacaktır. Günlük bir hekimin yapabileceği muayene sayısı 25 olarak hesaplanırsa Sivas ili için 468 birinci basamak hekimi gerekecektir. Birinci basamakta hastalıkların yaklaşık %90'ının tedavi edilebileceği düşünülürse 59 ikinci basamak hekimine ihtiyaç duyulacaktır. Normal şartlar altında birinci basamakta daha fazla hekim olması gerekirken Sivas ili için bu tablo tersine dönmüş görünmektedir. Buda kaynakların gereksiz kullanımını beraberinde getirmektedir. Birinci basamak hizmetler her zaman daha ucuzdur ve sorunlar daha kısa sürede çözülebilir. Bu yüzden birinci basamak hizmetlere ağırlık verilmelidir.

Yerleşim yerine göre bireylerin hastalanma sayılarına bakıldığında kırsal alanda yaşayanlarda biraz daha fazla sayıda hastalanma tespit edilmiş ancak bunun istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür ($p > 0,005$). Kırsal bölgelerin sağlık açısından eşitsizlikler yarattığı pek çok çalışmada gösterilmiştir (29,40,47). Kırsal alanda yaşayanların daha yoksul olduğu, daha az eğitilmiş olduğu, sağlık hizmetlerinin bu bölgelere yeterince götürülemediği tespit edilmiştir. Kırsal alanda yaşayanların çoğunun sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Kırsal alanda hane halkı genellikle daha kalabalıktır. Konut koşulları iyi değildir. Yeterli ve temiz içme suyuna ulaşmak zordur. Atıklarla ilgili problemler vardır. Beslenme ile ilgili problemler daha fazladır. Bütün bu problemler sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kentsel alanlarda ise hava kirliliği gibi çevresel koşullar ve stres gibi sağlığı olumsuz etkileyebilecek bazı faktörler daha fazladır. Çalışmamızda önemli bir fark gösterilememesi, Sivas ilinin genel olarak çok fazla heterojen bir yapıya sahip olmaması ve seçtiğimiz örnekte kırsal alanda yaşayan sosyo-ekonomik seviyesi yüksek bazı ailelerin ve kentsel alanda da sosyo ekonomik seviyesi düşük bazı ailelerin bulunmasından kaynaklanmış olabilir. Ulusal hastalık yükü çalışmasında da algılanan sağlık ve yerleşim alanları arasında kırsal ve kentsel alanda önemli bir farklılık bulunamamıştır. Aynı çalışmada incelenen bazı kronik hastalıkların prevalansları da yerleşim yerine göre farklılık göstermemektedir. Ancak kırsal ve kentsel alanda beklenen yaşam sürelerine bakıldığında kırsal alanda biraz daha düşük olduğu görülmektedir (26). Manisa, Ankara ve Kayseri’de yapılan çalışmalarda kentsel alanda yaşayanlarda daha fazla hastalanma bildirilmiştir (17,21,35,52). Bu kişilerin sağlık algılamalarındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda hastalanınca sağlık kuruluşlarına başvurma hızlarına bakıldığında kırsal alanda yaşayanlarda anlamlı ölçüde daha düşük başvuru hızı bulunmuştur ($p < 0,005$). Kırsal alanda yaşamak sağlık hizmetlerinden faydalanmayı etkiliyor gibi görünmektedir. Kırsal alanda sağlık hizmetlerinin tamamına ulaşmada zorluk, genel olarak eğitim seviyesindeki düşüklük, hastalıklarının farkında olmama veya önemsememe, kırsal bölgede sağlık hizmetlerinin geçmişinin çok eski olmaması ve kendi kendine bakım geleneklerini sürdürüyor olma gibi nedenlerle buralarda yaşayanlar sağlık kuruluşlarına daha az başvuruyor olabilirler. Kentsel

alandaki sağlık kuruluşlarına başvuru hızı kırsal alana göre biraz daha yüksek olsa da özellikle gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça düşük görünmektedir. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında yaşlılarda kentsel alanda yaşayanlar ortalama 5,38 kez sağlık kuruluşlarına başvururken bu hız kırsal alanda 3,34 tür(24).

Sosyo ekonomik durumun da sağlıkla ilgili eşitsizliklere yol açtığı bilinmektedir. Sosyo ekonomik durum tespitinde kullanılan parametreler direkt olarak sağlıkla ilgili eşitsizliklere neden olabilir. DSÖ'ne göre bugün dünyadaki hastalık ve ölümlerin en büyük nedeni yoksulluktur(1985). Yoksulluktan etkilenme anne karnında başlamaktadır. Ağır ve tehlikeli çalışma koşulları, kötü ve yetersiz beslenme sağlığı bozmaktadır. Sosyo ekonomik seviyesi düşük ailelerin çocukları okuyamamakta, iyi beslenememekte, erken evlenmekte, ve çalışma hayatına erken başlamaktadır. Araştırmamızda sosyo ekonomik durumu düşük olanların ortalama olarak diğerlerinden daha fazla hastalandıkları görülmüştür, fakat fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,005$). Antalya'da yapılan bir araştırmada son iki hafta içinde sosyo ekonomik durumu iyi olanlarda daha az yakınma olduğu bulunmuştur(29). Antalya da yapılan başka bir çalışmada ise tersi bir durum gözlenmiştir(40). Manisa'da yapılan bir araştırmada da sosyoekonomik seviyesi düşük ve yüksek gruplar arasında hastalanma sayılarında fark görülmemiştir. Bunun çeşitli sebepleri olabilir. Sağlığı belli zaman diliminde ölçmenin bazı sakıncalarının olabileceği ifade edilmiştir. En iyisi bireyleri yaşam boyu izleyerek değişen koşulların sağlığı nasıl etkilediğini kayıt altına alarak "yaşam boyu prevalans" ölçmektir. Kişiler yaşamlarının çeşitli dönemlerinde yoksulluğa girip çıkabilmektedirler. Şu anda sosyo ekonomik seviyesi iyi gibi görünen bir insanın geçmiş yaşamı yoksulluk içinde geçmiş olabilir. Sağlık hizmetlerinin varlığı, sağlığı etkileyen gelir, konut, beslenme, iş, çevre, eğitim gibi temel faktörlerin etkilerini giderememektedir. Yoksul ve sağlıksız toplumlara sadece sağlık hizmeti götürülerek sağlıklı toplum oluşturulamamaktadır. Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılmasında yoksulluk ayrı bir hastalık ve ölüm nedeni olarak Z59-5 Aşırı Yoksulluk kodu ile yer almaktadır. Araştırmamızda sosyo ekonomik durumu düşük bireylerin sağlık kuruluşlarına başvuru hızına bakıldığında ise diğer gruplardan biraz daha düşük olduğu görünmekle beraber anlamlı bulunmamıştır($p>0,005$). Manisa'da yapılan bir araştırmada sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığının

diğerlerinden farklı olmadığı görülmüştür. Bu durum sosyal güvencelerinin olmasına bağlanmıştır. Bu durum bireylerin her ne kadar gelir ve eğitim seviyeleri yüksek olsa da aynı çevresel ve kültürel koşullarda yaşadığını da düşündürmektedir. Bazı ülkelerde benzeri gözlemler yapılmıştır(64).

Yıllık hastalanma ortalamalarının yaş dönemine göre incelenmesinde ortalama hastalanma sayısı çocukluk döneminde 12,73/yıl, yaşlılarda 18,0/yıl, orta yaş grubunda ise 11,63/yıl olarak tespit edildi. Yaşlılarda hastalanma hızı diğer gruplardan önemli ölçüde fazla bulundu($p<0,005$). Bu durum hem yaşla ilgili hem de araştırma grubundaki yaşlıların %80'inin kronik hastalığı olması ile ilgilidir. Yaşam koşullarının düzelmesi, bir çok hastalığın öneminin anlaşılması, bunlar için korunma önlemlerinin alınması ve hastalıkların tedavilerinin bulunması ile ortalama yaşam beklentisi önemli ölçüde artmıştır. Bunun sonucu olarak da yaşlıların sayısında önemli bir artış olmuştur. Yaşlılıkta depresyon gibi bazı psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra ekonomik durum, beslenme, sosyal yaşamın bozulması, vücut fizyolojisinin yavaşlaması, direncin düşmesi ve bakım azlığı, gibi sebeplerden fiziksel rahatsızlıklar da artar. Kayseri'de yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin % 83,8'inde kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir (35). Bu yüzden yaşlılarda toplam hastalık sayısının ve sağlık hizmetlerine ihtiyacın artması beklenir. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında kentsel alanda yaşayan yaşlılar ortalama 5,38 kez hastaneye başvururken bu sayı kırsal alanda 3,34 (ortalama 4,34) bulunmuştur. Orta Anadolu bölgesi için bu sayı yaşlılarda 9,80 olarak hesaplanmıştır(24). Gemlik'te yalpan bir araştırmada yaşlılarda ortalama başvuru sayısı 5,13 olarak bulunurken(21), Kayseri'de yapılan bir araştırmada 5,86 bulunmuştur(35). Ankara Gölbaşı bölgesinde yapılan bir çalışmada çocuklarda ve geriatric grupta başvuru ortalamaları en yüksek bulunmuştur(18). Araştırmamızda yaşlı grupta ortalama başvuru sayısı çocukluk yaş döneminden daha fazla görünmekte ancak başvuru hızına bakıldığında önemli bir fark görünmemektedir. Bu durum yaşlılarda hastalıkların daha fazla olmasına rağmen biraz daha olağan kabul ediliyor veya hizmetlere ulaşmada zorluk çekiyor olabilirler.

Cinsiyet sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerinden faydalanmayı etkileyen diğer bir nedendir. Her ne kadar erkeklerin beklenen yaşam süreleri kadınlardan ortalama beş yıl kadar kısa bulunuyor olsa da, yapılan pek çok çalışma kadınlarda

morbiditenin daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum için genellikle “kadın hastalanır, erkek ölür” ifadesi kullanılmaktadır. Kadınlar baş ağrısı, migren, varis, kadın hastalıkları, anxiete, depresyon ve artrit gibi hastalıklarla karşılaşırken , kalp hastalığı ve kanser gibi öldürücü hastalıklar erkeklerde çoktur(57). Araştırmamızda kadınların, erkeklerden yaklaşık yılda üç kez daha fazla hastalandıkları görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak da önemlidir($p<0,005$). Kadınlar genel olarak sağlık hizmetlerinden de daha fazla faydalanmaktadır. Kadınların sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması erkeklerinkinden anlamlı derecede yüksektir. Türkiye’de bazı çalışmalarda çocukluk döneminde erkek çocukların daha fazla sağlık kuruluşlarına götürüldüğü bulunmuştur (21,24). Bu durum erkek çocuklara daha fazla önem verilen bir toplumda yaşamamızdan kaynaklanabileceği gibi erkek çocukların daha fazla hastalanıyor olmasından da kaynaklanabilir. 0-4 yaş döneminde erkek çocukların daha fazla hastalandığına dair verilerde mevcuttur(18,62). Bir çok ülkede kadınların sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurduğu gösterilmiştir. Buna bir neden olarak, kadınların bazı durumlar için daha hassas olmaları gösterilmiştir(20,22,61). Kadın ve erkekler arasında sağlık kuruluşlarına başvuru açısından fark olmadığını gösteren birkaç çalışma da vardır(35,32).

Araştırmamızda sosyal güvencesi ve sağlık güvencesi olma açısından bakıldığında hastalanma sıklıkları arasında istatistiksel bir fark görülmemektedir. Rahatsızlanma durumunda sağlık kuruluşlarına başvuru yüzdelerine bakıldığında da sağlık ve sosyal güvencesi olmayanların başvuru yüzdeleri diğerlerinden düşük olmakla beraber anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu iki grubun yıllık ortalama başvuru sayıları arasındaki fark ise önemli görünmektedir. Türkiye’de sosyal güvenceler kişileri hem emeklilik hem de sağlık açısından güvence altına almaktadır. Sadece yoksullar için sağlık güvencesinin sağlandığı yeşil kart sistemi de bazı kesimleri kapsam içine almaktadır. Sağlık güvencesi olmayan kesim içinde daha varlıklı olduğu farz edilen ve bu yüzden yeşil kart alamamış gruplar da vardır. Bunların başvuru yüzdeleri, güvencesiz kesimin yüzdelerini yükseltmiş olabilir. Manisa’da yapılan bir araştırmada da benzer bir tablo bulunmuştur. Ancak bu gruplarda sayısal olarak başvuru hızı düşük görünmektedir. Yeşil kart sisteminin olmadığı veya bazı ödemeleri kapsamadığı dönemlerde Türkiye’de yapılan bazı

araştırmalarda sosyal güvencesi olanlarda daha fazla başvuru olduğu gözlenmiştir(17,18). Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda da sağlık sigorta sisteminin herkesi kapsamadığı veya cepten ödeme gereken ülkelerde, güvencesi olmayan kesimin başvuru hızları oldukça düşük bulunmuştur(59,61). Sağlık hizmetlerinin yüksek bedelleri sağlık sigortası olmayan bireylerin hizmetlere ulaşmasında problemlere sebep olmakta ve kalitesini de düşürmektedir. Beş ülkenin karşılaştırıldığı bir çalışmada tıbbi sorunları olduğu halde ekonomik nedenlerle ile yardım alamayanların oranı %3 ile %24 arasında değişmektedir. Aynı araştırmada ekonomik nedenlere bağlı olarak bireylerin %7 ile %26 sına reçete yazılmamış,%2 ile %22'sine tetkik yapılmadığı ifade edilmiştir. Genel olarak, koruyucu hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan gruplar sağlık hizmetlerinden en az yararlanıyor gibi durmaktadır.

Kronik hastalıklar tüm vücut metabolizmasını ve fizyolojisini değiştirdiği için diğer hastalıklar için bedeni açık hedef haline getirirler. Araştırmamızda kronik hastalığı olan bireylerde bunu destekler yönde daha fazla sayıda hastalanma tespit ettik. Aradaki fark istatikselsel olarak anlamlı idi($p<0,005$). Kayseri'de yapılan bir araştırmada da kronik hastalığı olanların başvuru hızı ve hastalanma sayısı yüksek bulunmuştur(35). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım araştırmasında kronik hastalığı olanların ortalama başvuru sayısı diğerlerinden üç kat fazla bulunmuştur(24).

Sürekli ilaç kullananlarda ve tanı konulmamış sürekli olarak tekrarlayan şikayetleri olan bireylerde hastalanma hızı anlamlı ölçüde yüksektir. Sürekli ilaç kullananlarda sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı anlamlı ölçüde yüksektir. Sürekli şikayetleri olanlar ise bu şikayetleri ile yaşamaya alışmış gibidirler ve sağlık kuruluşlarına olan başvuru hızı diğerleri ile aynıdır. Kayseri'de yapılan bir çalışmada toplam başvuru sayısı sürekli ilaç kullananlarda yüksek bulunmuştur(35). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Araştırmasında sürekli ilaç kullanan bireylerin belirgin şekilde sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurduğu tespit edilmiştir(24).

Araştırma grubumuzdaki kontrol, pansuman, enjeksiyon, izlem gibi sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulan diğer durumlar için grupta bir yılda toplam 245 kez (2,58/kişi*yıl) sağlık kuruluşlarına başvurulmuştur. Oysaki grupta birinci basamaka izlenmesi gereken 0-48 ay 9 ocuk, yılda en az 4 kez izlenmesi gereken 15-49 yaş 33

kadın, en az iki ayda bir ilaç yazdırması gereken 21 kronik hastalığı olan birey ve gebelik süresince izlenmesi gereken 3 gebe bulunmaktadır. Sadece bu grupların toplam ihtiyacı 228'dir. Araştırmada bulunan birinci basamak koruyucu hizmet sayısı ise 82'dir. Buda bize göstermektedir ki birinci basamaktaki koruyucu hizmetler yeterli düzeyde verilememektedir.

Araştırmamızda bireylerin en sık olarak ağrıdan şikayet etmekte ve bunu hastalığın belirtisi olarak kabul ettikleri tespit edilmiştir. Hastayı hekime götüren şikayetlerin başında ağrı(%21,9) gelmekte ve bunu ateş(%9,1) takip etmektedir. Literatürde de bunu destekleyen çalışmalar vardır(67,68). Çocukların sağlık kurumuna götürülme nedenlerinin başında ateş gelmektedir. Genel olarak bakıldığında bireyler için alarm verici durum, ağrı gibi bir belirtinin olmasıdır. Oysa birçok ciddi hastalık aşikar belirti olmadan başlamaktadır. Özellikle riskli bireylerin bu açıdan bilgilendirilmesi ve düzenli kontrol alışkanlığının kazandırılması gerekir. Bireyler çoğu zaman yakınmaları şiddetlenmeden hekime başvurmamaktadır. Bu yüzden riskli kişiler sürekli olarak izlenmelidir.

Araştırma grubundaki bireylerin hastalanmaları durumunda gösterdikleri davranışlara bakıldığında, büyük bir kısmının (%63,75) sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları görülmüştür. %51,3'ü sorununu kendi çözmekte, %4,93'ünün ise etraflarından yardım istediği görülmüştür. Grupta hiç kimse kırık çıkıkçı, üfürükçü gibi folk sektörden faydalanmamıştır. Gemlik'teki bir araştırmada hastalanan kimselerin %8,4'ünün hiçbir şey yapmadığı, %5'inin geleneksel ilaç kullandığı, %19,9'unun evdeki ilaçlardan aldığı, % 6,2'si eczaneden ilaç aldığı, %12,5'inin sağlık ocağına başvurduğu, %36,7'sinin hastaneye, % 2,3'ünün üniversiteye, %9'unun özel hekime başvurduğu görülmüştür(21). 1999 yılında yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında son altı ay içinde kişilerin hastalandıklarında %81,8'inin sağlık kuruluşlarına başvurduğu, bunun iller arasında %75,8 ile % 90,4 arasında değiştiği bulunmuştur. Aynı araştırmada bireylerin son altı ay içinde %1,4'ünün hoca, kırık çıkıkçılar gibi popüler sektöre başvurduğu ve bu hızın iller arasında %0,3 ile %2,0 arasında değiştiği tespit edilmiştir(24). İstanbul'da yapılan bir araştırmada bireylerin hastalanınca %11,8'inin sağlık kuruluşlarına, %0,9'unun kırık çıkıkçı gibi popüler sektöre, %3,2'sinin eczaneye başvurduğu, %70,9'unun ise evde kendi kendine bakım yaptığı belirlenmiştir(16).

Araştırmamızda gruptakilerin başvurdukları kurumların %85,7 si devlet kuruluşu, % 14,3 ü ise özel sağlık kuruluşu olarak görülmektedir. Manisa’da yapılan bir araştırmada başvuruların % 83’ünün kamu, 17’sinin özel kuruluşlara yapıldığı belirlenmiştir(52).

Kişilerin sosyo ekonomik durumlarına göre kurum tercihlerine bakıldığında düşük sosyo ekonomik seviyedekilerin büyük ölçüde devlet kurumlarını tercih ettiği görülmektedir. Kayseri’de yapılan bir çalışmada benzer şekilde sağlık ocaklarının sosyo ekonomik seviyesi düşük gruplarca daha sık kullanıldığı gözlenmiştir(37). Çalışmamızda hastalanma durumunda gruptakilerin %15,43’ünün sağlık ocağına başvurduğu, %15,55’inin ise devlet hastanelerinden faydalandığı (Araştırmamızda SSK hastaneleri sağlık bakanlığına devredildiği için devlet hastanesi kapsamında değerlendirilmiştir), %3,0’sının özel polikliniklere başvurduğu, %0,57’sinin özel hastanelere başvurduğu ve %6,8’inin üniversite hastanelerine başvurduğu tespit edilmiştir. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması’nda gruptakilerin %4,3’ü üniversite hastanesine, %9,4’ü özel doktora, %2,7’si özel hastanelere, %0,7’si özel polikliniklere ve %0,3’ü diğer özel kuruluşlara başvurmuştur(24).

Araştırmamızda başvuru alan kuruluşların %48,55i birinci basamak %51,45’isi ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu olduğu bulunmuştur. Türkiye’de yapılan araştırmalarda en fazla başvurunun sağlık ocaklarına yapıldığını bildiren çalışmalar(18,33,37,40) olduğu gibi en fazla başvurunun hastanelere(17,19,21,50,52) yapıldığını bildiren çalışmalarda vardır. Sosyal güvencesi olmayanların sağlık ocaklarına daha sık başvurdukları gözlenmiştir. Malatya’da yapılan bir araştırmada alt gelir grubunun üniversite ve özel kuruluşları daha az kullanmakta olduğu, eğitim düzeyi arttıkça özel hekim kullanımının arttığı, kırsal alanda hastane ve özel hekim kullanımının daha fazla olduğu tespit edilmiştir(31). 1992’de yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasına göre kentsel bölgelerde sağlık hizmetlerinin kullanımı kırsal bölgelerden daha fazladır. Üniversite mezunları ve yüksek gelirli aileler özel sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmaktadır. Kırsal bölgede %41,5 ilk başvuru merkezi sağlık ocaklarıdır. Kentsel alanda ise %14,1 sağlık ocağı seçilmektedir. Kırsal bölgede sağlık ocağı kullanımının bir nedeni de ulaşılabilir mesafede sağlık ocağının bulunması olabilir. Acil başvurularda ilk başvuru yeri %38,8 ile devlet hastaneleridir. Kronik hastalıklarda tedavi için en fazla devlet

hastaneleri tercih edilmektedir. Genel olarak bakıldığında ilk tercih olması gereken sağlık ocaklarına başvuru oldukça azdır. Sağlık ocakları genelde yoksul kesimin tercih ettiği kuruluşlar olarak görünmektedir. Eğitim düzeyi ve ekonomik durum yükseldikçe sağlık ocaklarının kullanımı düşmektedir(24). Sağlık kuruluşlarının kullanımında mesafenin önemli olduğunu gösteren çalışmalar vardır(40,47,52).

Araştırma grubunda en çok görülen hastalıklar solunum sistemi hastalıkları(%20,2), sindirim sistemi hastalıkları (%11,3), yaralanmalar(%8) ve enfeksiyon hastalıklarıdır(%7). Sağlık ocaklarına başvuru nedenlerinin incelendiği bir araştırmada başvuranların %30,8'inin muayene için kuruluşa başvurduğu, muayene olanların en sık aldıkları tanının da üst solunum sistemi hastalıkları (%45,3) olduğu görülmüştür(18). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması-1992'de en sık görülen hastalık solunum sistemi hastalıklarıdır(24). Ulusal Hastalık Yükü Araştırmasında hekim tarafından tanısı konulmuş hastalıkların başında da ilk sırada solunum sistemi hastalıkları gelmektedir(26). Farklı araştırmalarda diğer hastalıkların sıralamadaki yerleri değişse de en sık görülen beş hastalığın genellikle aynı kaldığı görülmektedir.

Araştırmamızda hastalıkların zamana göre dağılımına bakıldığında kış aylarında ve mevsim dönümlerinde hastalıkların arttığı görülmektedir. Bu artışlar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Bazı hastalıkların dağılımına bakıldığında solunum sistemi hastalıklarının genellikle soğuk kış aylarında arttığı, enfeksiyon hastalıklarının yaz ve kış aylarında artış gösterdiği, kulak ve mastoid hastalıklarının kış aylarında arttığı, gastrointestinal sistem hastalıklarının kış ve bahar aylarında yükseldiği, göz hastalıklarının bahar aylarında biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Akıl ve ruh sağlığı hastalıkları sonbahar ve kış aylarında biraz yükselmektedir. En az hastalanma ise temmuz ayı içinde bulundu. Sivas'ta yapılan bir başka araştırmada poliklinik başvurularının en fazla kasım ayında gerçekleştiği gözlenmiştir(36). Antalya'da mediko-sosyal sağlık merkezine yapılan başvuruların incelendiği bir araştırmada hastalıkların mevsimsel dağılıma bakıldığında hastalıkların ekim kasım aralık aylarında arttığı tespit edilmiştir(32). Mersinde yapılan bir araştırmada başvuruların en sık ocak ayı içinde yapıldığı tespit edilmiştir. Eskişehir'de yapılan bir araştırmada acil servis başvurularının da kış aylarında arttığı gösterilmiştir(37). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada ise hastalıkların yaz

aylarında daha fazla olduğu görülmektedir(63). Bu ise kişilerin vücut ısısına uygun olmayan ortam sıcaklığının fizyolojiyi bozabileceğini bu dönemlerde bazı hastalıkların artabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda sağlık kuruluşlarına başvuruların sonucunda %67,2'sine ayaktan reçete yazıldığı görülmüştür. Başka kuruluşa sevk hızı %6,5'dir. Sağlık ocağında sevk %15,6(%9,1 hekim gerek görmüş, %6,5 kişilerin isteği) bulunmuştur. Hastanelerde sevk %2,4, üniversite hastanesinden sevk %1,2 bulunmuştur. Özel kuruluşlardan hiç sevk yapılmamıştır. Araştırmamızda, sağlık kuruluşlarına başvuruların bir kısmının sevk yolu ile olduğu, bir kısmının ise direkt başvuru şeklinde yapıldığı görülmüştür. İzmir'de bir araştırmada üniversite hastanelerine yapılan başvuruların sadece % 37,4'ünün sevkli yapıldığı tespit edilmiştir(33). Mersin'de yapılan bir araştırmada sağlık ocağına başvuruların %17'si sevk ile sonuçlanmış, %73'ünde reçete verilmiştir(42). Keçiören'de yapılan bir araştırmada sağlık ocağına başvurular sonucunda %47,2 ile%76,7 arasında değişen oranlarda reçete yazıldığı görülmüştür(43). Gemlikte yapılan bir araştırmada hekime başvuran kişilerin %96,9'una reçete verilmiştir. Bunların %86,3'ünün ilaçların tümünü aldığı %10, 7 sinin ilaçların bir bölümünü aldığı %3'ünün ise ilaçlarını almadığı görülmüştür(21). Sivas Ulaş Eğitim Araştırma Bölgesinde yapılan bir çalışmada reçete yazılanların %85,6'sının ilaçlarını aldığı, ilaç kullanma düzeyinin %68,8 olduğu, bunların arasında ilaçlarını doğru kullananların ise %90 olduğu bulunmuştur. İlacını alamayanların başlıca gerekçesi parasızlıktır(66). Araştırmamız boyunca kişilerin reçetelerini düzenli ve doğru kullanmaları sağlandığı için bu konuda elimizde diğer araştırmalarla kıyaslayacak veri mevcut değildir. Bu konuda dikkatimizi çeken bir husus da genelde reçetelerin nasıl kullanılacağı konusunda ne hekimin nede eczacının yeterli bilgi vermediğinin ifade edilmesidir.

Araştırmamızda, sağlık sorunlarının %58,5 inde ayakta ilaç kullanıldığı, %2,3'ünde hastanede yatarak tedavi görüldüğü bulunmuştur. İlaç kaynağı olarak %43,7 evdeki ilaçların kullanıldığı, %47,6 eczaneden reçeteli alındığı, %4,3 eczaneden bireylerin reçetesiz kendisinin aldığı, % 2,2 komşudan temin edildiği gözlenmiştir. Sağlık kuruluşuna başvuru yapılmayan durumlarda bireyler %56,1 ilaç, % 19,44'ü bitkisel ürünler(nane limon, ihlamur, limonlu çay,vb.) kullanmışlardır. Araştırma grubunda hiç kimse kırık çıkıkçı gibi popüler sektörden faydalanmamıştır.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında sağlık kuruluşlarına başvurmayanların %28,8'i kendi kendine tedavi uyguladığını, %26,22'si eski ilaçlarını kullandığını,%1,3'ü kocakarı ilaçları aldığını,%0,9'u tamdığa başvurduğunu, %18,8'i sorunlarını önemsemediğini , %24'ü ekonomik nedenlerle sağlık kurumuna başvurmadığını ifade etmiştir(24). Kayseri'de yapılan bir araştırmada grubun %3,1'inin kırık-çıkıkçı gibi popüler sektörden yardım aldığı tespit edilmiştir(35).

Araştırmamızın başında evlerde yapılan incelemede 768 kutu ilaç (aile başına ortalama 24 kutu ilaç) olduğu görülmüştür. Bu ilaçların %10,3ünün ise miadının geçmiş olduğu görülmüştür. Evlerde tespit edilen ilaçlardan %13.3ü anket uygulandığı sırada kullanılmaktaydı. Bunların bir kısmı kronik hastaların sürekli aldığı ilaçlar, bir kısmı ise akut hastalıklar için kullanılan ilaçlardı. Evlerde tespit edilen ilaçların %20,7'si hiç açılmamıştı. 609 kutu ise daha önceden açılmıştı ve bunların bir kısmı ise araştırma sırasında kullanılmakta olan ilaçlardı.

Evlerde bulunan ilaçların çoğu antiromatizmal ilaçlar grubundandır. Antibakteriyel ilaçlar da dikkat çeken miktarlarda evlerde bulunmaktadır ve bunların 42 kutusu (%55,3) yarım kalmıştır. Gelişmiş ülkelerde ilacın sağlık harcamaları içerisindeki payı %8-16 iken ülkemizde %40 civarındadır(55). Bu durum ilaç politikaları ile ilgili olabileceği gibi bilinçsiz tüketimle de ilgili olabilir. Gelişmiş ülkelerde bile doktorların sadece %20 sinin hastalara ilaçlarla ilgili yeterli bilgi verdiği görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık kuruluşlarına başvuruların %7-8'i ilaç yan etkisi yüzünden olmaktadır. Yılda 150 bin kişinin ilaç yan etkisi nedeni ile öldüğü bilinmektedir(50). Bizde ise bu konuda yeterli bilgi mevcut değildir. Almanya'da reçetelere yazılan ilaçların üçte birinin gereksiz olduğu gösterilmiştir(39). Fransa'da gereksiz ilaç kullanımının yılda 24 milyar dolara mal olduğu hesaplanmıştır(50). Gelişmiş ülkelerde ilaçların %25'i reçetesiz tüketilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bunun %75'i bulduğu hesaplanmaktadır. Günümüzde eczanelerde en çok satılan ilaçların büyük kısmını antibiyotik ve analjezikler oluşturmaktadır(55).

Sosyoekonomik duruma göre değerlendirildiğinde evlerdeki ilaç miktarları açısından istatistiksel olarak fark görülmemektedir. Ancak orta sosyoekonomik grupta kutu sayıları oldukça yüksek görünmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda sonuç olarak kişilerin yılda ortalama 12 kez hastalandığı ancak bu hastalıkların sadece üçte birinde sağlık kuruluşuna başvurdukları tespit edildi. Grupta kendi kendine bakım sağlama hızı oldukça yüksektir. Kişiler sağlık durumlarının gerektirdiği sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının istenen düzeyde değildir ve bazı gruplar bu hizmetlerden eşit şekilde faydalanmamaktadır. Sağlıkta ve hizmetlerin sunulmasında pek çok problem görülmektedir. Sağlık bakımından bölgesel farklılıklar vardır. Hastalanan herkes tedavi şansına sahip değildir. Çeşitli nedenlere bağlı olarak bazı kesimlerin tedavi olamama ihtimali daha yüksektir. Sosyo kültürel durum tedavi aramada önemlidir. Sağlık konusunda bilinçli olanlar tedavi için daha sık sağlık hizmeti için başvurmaktadır. Sağlık güvencesi de hastalık halinde tedavi yoluna gitmeyi sağlayan önemli bir etmendir. Nüfusun bir bölümünün sağlık sigortası yoktur ve bu kesim hastalandıklarında diğerlerine göre daha az sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Pek çok kişi hastalık şiddetlenene ve çekilmez olana kadar sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadır. Kırsal bölgede yaşayanlar sağlık açısından yeterli imkana sahip değildir ve bu bölgelerdeki insanlar sağlık kuruluşlarından daha az faydalanmaktadır. Kadınlar, çocuklar, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar gibi toplumun bazı kesimleri daha fazla hastalanmakta ve daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Pratisyen ve uzman hekimler arasında dengesizlik mevcuttur, doktorların yarıya yakını uzman hekimdir. Hane halklarının sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ve taleplerinin bilinmesi kıt kaynakların verimli kullanımına yardım edebilir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın bilinmesi hizmet üretim, finansman, sunum ve yönetiminde verimliliği artırır. Değişen ve artan ihtiyaçların karşılanabilmesinde, tesis tasarımı, hizmetlerin kapsamı, insan gücü planlamasında bu verilerin kullanılması ve ileriye yönelik projeksiyonların yapılması gereklidir. Sağlık hizmetinde önemli oranda verimsizlik söz konusudur. İnsanların büyük kısmı temel sağlık hizmeti sunan birinci basamak sağlık kuruluşlarını atlayarak doğrudan hastanelerin ayaktan tedavi hizmetlerinden faydalanmaktadır. Etkili bir sevk zinciri sistemi olmadığı için ikinci basamak ayaktan tedavi hizmetleri aşırı oranda

kullanılmaktadır. Bunun sonucunda hastanelerin ayaktan hasta tedavi bölümleri temel sağlık hizmetleri düzeyinde kolayca tedavi edilebilecek olgularla meşgul edilmektedir. Bu ise hastalara yeterli zaman ayırlamamasına ve gerçekten ikinci basamak hizmetlere ihtiyaç duyanların yeterince tedavi edilememesine neden olmaktadır. Hastanelerin ayaktan hasta tedavi kliniklerindeki hizmetleri birinci basamaktaki hizmetlerden çok pahalıdır ve gereksiz kullanımları kaynak sarfına neden olmaktadır. Sağlık sistemi içinde çok fazla uzman doktor olması, pahalı ve daha kapsamlı sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmakta ve maliyetleri yükseltmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu sağlık uygulamalarının bulunmaması da hastalıklardan korunma ve erken teşhis imkanını ortadan kaldırmaktadır.

Sağlığın istenilen düzeye gelebilmesi için sağlık durumunu etkileyen yoksulluk, eğitimsizlik, kötü yaşam koşulları ve beslenmenin düzeltilmesi, yeterli ve temiz su sağlanmasının yanı sıra, halkın sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanması da sağlanmalıdır. Bunun için;

Temel sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu ve sevk sisteminin etkin bir şekilde işletildiği bir sağlık örgütlenmesi sağlanmalıdır.

Bu örgütlenme içerisinde sevk oranları ve kurumların verecekleri hizmetler göz önünde bulundurularak uygun tesis kurulumu, sağlık insan gücü planlamaları yapılmalıdır. Bu planlamalara uygun nitelikte ve sayıda sağlık personeli yetiştirilmelidir.

Halkın maddi olanakları düşünmeden hizmetlerden faydalanmasını sağlayacak bir sistem getirilmelidir.

Sağlık kuruluşlarının ülke çapında dengeli dağılımı sağlanmalı, sağlık hizmetlerine ulaşımdaki eşitsizlikler düzeltilmelidir. Sağlık personelinin ihtiyaç duyulan bölgelere gitmesini kolaylaştıracak personel politikaları uygulanmalıdır.

Riskli gruplar tespit edilerek, koruyucu sağlık hizmetleri verilmeli, düzenli izlem ve kontrolleri yapılmalıdır.

Halkın birinci basamağa güveni artırılarak bu kuruluşlardan faydalanmaları sağlanmalıdır.

Temel sağlık hizmetleri desteklenmeli, yeterli kaynak aktarımı sağlanmalıdır.

Birinci basamak ve diğer basamaklar arasında hem hasta açısından hem de hizmet içi eğitim açısından etkin bir iletişim sağlanmalıdır.

İnsanların hastalanmadan önce sağlık hizmetlerine başvurabilmesi ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlanmalıdır.

Verilen hizmetlerin değerlendirilebilmesi ve planlamalarda kullanılabilmesi için etkin bir kayıt sistemi kullanılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Health 21. The Health for all Policy Framework for the WHO European Region. World Health Organization. European Health For All Series, No:6, 1999
2. Emiroğlu V. Tıbbi Antropoloji ve Halk Sağlığı. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(1): 3-7
3. Charlotte A. Health Habits of US Adults, 1985: "The Alameda 7" Revisited. Public Health Reports, 1986; 101(6): 571-580
4. Schüssler G. Coping Strategies and Individual Meanings of Illness. Social Scientific Medicine, 1992; 4: 427-432
5. Fernandez CO, Lopez TH, Cerda RD, Reguena Mg, Sanchez CC, Urbistondo LC, Otero AP. Factors Associated with Health Care Utilization by the Elderly in a Public Health Care System. Health Policy, 2006; 75: 131-139
6. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi- DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2. Ankara. 1983
7. Polat S, Doğan M, ÖzkanY. Abdullahaşa Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Yaşayan 40 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Sağlık ve Toplum, 2003; 13(3): 62-67
8. Kurçer MA, Şimşek Z, Kat İ. Şanlıurfa ve Diyarbakır'da Seçilen Yerleşim Birimlerinde Sıtma Aktif Sürveyansı ve Tanı Tedavi Sorunları. Toplum ve Hekim, 2003; 18(4): 316-318
9. Cole C. Models of the Consultation. The Medical Interview, Three Function Approach. Mosby Year Book. 1991
10. Haydar O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayım.1998.
11. Saxena S, Eliahoo J, Majeed AM. Socio Economic and Ethnic Group Differences in Self Reported Health Status and Use of Health Services by Children and Young People in England: Cross Sectional Study. British Medical Journal, 2002; 325: 520-526
12. Gums JG, Carson DS. Influence of Folk medicine on the Family Practitioner. South Medical Journal, 1987; 80(2):209-212

13. Hunte PA, Sultana F. Health Seeking Behavior and Meaning of Medications in Balochistan Pakistan. *Social Scientific Medicine*, 1992; 12: 1385-1397
14. Maxwell HW. Self Care – A common Dilemma. *Hong Kong Practitioner*, 1988; 10(2):2977-2980
15. Cindy LK, Maxwell HL, Munroe C. A Survey on the Use of Self Medication over a Period of Two Weeks. *Hong Kong Practitioner*, 1989; 11(8): 371-375
16. Söylemez S, Sur H, Atlı, H, Gemlik N, Hayran O. Ümraniye’de Mustafa Kemal , Dudullu ve Şerif Ali Sağlık Ocakları Bölgesinde İyileştirici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Bunu Etkileyen Etmenler. 3. ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ankara. 2000: 191-204
17. Kaya S. Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim*, 1996 ;10(69-70): 104-116
18. Kılıç B. Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler. *Toplum ve Hekim*, 1996; 11(71): 2-14
19. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Kayıtlı Olan 15 Yaş Üstü Kişilerin Son Bir Ayda Sağlık Sorunu ile Karşılaşma ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,2003; 56(2): 59-66
20. Chan BT, Austin PC. Sex Differences in The Factors Related to Hospital Utilization. Results from the 1990 Ontario Health Survey. *Journal of Womens Health*, 1998; 7(3): 359-369
21. Pala K. Gemlik İlçe Merkezinde Kişilerin Hastalanma Sıklıkları ve Hekime Başvuruları. *Toplum ve Hekim*, 1997; 12(81): 10-25
22. Heinz KL, Mittag BM, Formanek B, Dammann G. Gender Differences of Symptom Reporting and Medical Health Care Utilization in the German Population. *European Journal of Epidemiology*,2000; 16: 511-518
23. About the Global Burden of Disease Project. WHO, 2006
24. www.spgk.saglik.gov.tr/tr/SHKM_arastirmasi/giris.htm - 5k -
25. Health Services Utilization Survey. Ministry of Health. Turkey, 1995

26. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hastalık Yüğü Final Rapor
T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü- Başkent Üniversitesi, 2004
27. Çalışma Yıllığı 2004. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004
28. Yıldırım A, Maral I. Merkezde Yaşayanlarda Son Bir Yılda Hastaneye Yatış
ve Mortalite Durumu. Toplum ve Hekim, 2001;16(2): 104-109
29. Belek İ. Sınıflar; Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmeti Kullanımları ve
Yararlandıkları Sağlık Kurumları. Antalya'da İki Bölge Yedi Sınıf. Toplum
ve Hekim, 1999; 14(1): 55-56
30. Belek İ. Algılanan Sağlıkta Sınıfsal ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler
Antalya'da Bir Alan Araştırması. Toplum ve Hekim, 1998; 13(4): 292-299
31. Şahin M, Eğri M. Malatya İli Yeşilyurt İlçesinde Halkın I.Basamak Sağlık
Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. Toplum ve
Hekim, 1998; 13(4): 300-309
32. Aslan BN, Berk N, Uğurhan F, Mediko Sosyal Kayıtlarına Göre Üniversite
Öğrencilerinin Sağlık Sorunları. Toplum ve Hekim, 1987; 45: 16
33. Çiçeklioğlu M. 0-5 Yaş Grubu Çocuklara Sunulan Birinci Basamak Sağlık
Hizmetinin İlk Başvuru ve Değerlendirmesi. Toplum ve Hekim, 1999; 14(5):
322-331
34. Şahin M, Eğri M. Malatya Yeşilyurt İlçesinde Hastane Hizmetlerinin
Kullanımı ve Etkileyen Faktörler, Toplum ve Hekim, 1999;14(5): 332-337
35. Öztürk A, Naçar M, Aslan A. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde
Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu. Journal of Geriatrics,
2002; 5(4): 138-143
36. Güler N, Kubilay G, Çimento Fabrikasında Çalışan İşçilerin Sağlık
Sorunlarının Belirlenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998; 2(2):
16-23
37. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, et al. Yaşlı Hastaların Acil Servis
Başvuruları. Journal of Geriatrics, 2003; 6(3): 83-88
38. Özkan Ö, Karataş N. TSK Mensupları ve Ailelerinin Birinci Basamak Sağlık
Hizmeti Kullanım Özellikleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004;
3(7):139-147

39. Erden BF. Akılcı İlaç Kullanımı. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 1997; 6(1):10
40. Şenol YY, Belek İ. Antalya'nın İki Mahallerinde Bir Araştırma: Sağlıkta Eşitsizlikler ve İki Yıllık Değişim Sonuçları. Sağlık ve Toplum, 2002; 12(3): 30-40
41. Baykan Z, Özkan S, Aksakal N. Ankara İli Gölbaşı İlçe'sine Bağlı Üç Merkez Köyde 15 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmetlerinde Tercih Ettikleri Sağlık Kurumları ve Bu Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum, 2001; 11(4): 27-33
42. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt Ö, et al, Kent Merkezinde Bulunan Bir Sağlık Ocağına 2000 Yılı İçinde Yapılan Poliklinik Başvurularının İncelenmesi. Sağlık ve Toplum, 2002;12(1): 51-56
43. Yıldız NA, Akaya AE, Günay İ, et al. Keçiören Belediyesine Bağlı Bir Sağlık Ocağı İle Keçiören Sağlık Grubu Başkanlığına Bağlı bir Sağlık Ocağına 7-11 Nisan 2003 Tarihleri Arasında Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 2004;14(4): 28-33
44. Saygun M, Çakmak A, Ulu N. Kırıkkale ili Merkez Sağlık Ocağında Hastaların Başvuru Amaçları ve İlaç Tüketim Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 2006; 16(1): 47-53
45. Pala K, AYTEKİN NT, AYTEKİN H. Gemlik İlçe Merkezinde Kişilerin İlaç Alma ve Kullanma Durumları. Toplum ve Hekim, 1998; 13(3): 213-216
46. Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı Bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics, 2000; 3(3): 91-97
47. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye, 2004
48. Devlet İstatistik Enstitüsü. www.die.gov.tr
49. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. www.calisma.gov.tr
50. Yurtoğlu C. Ülkemizde ilaçta sorunlar vardır. Toplum ve Hekim, Ağustos, 1993; 63-64
51. Şemin S. Toplum Sağlığı Yönünden İlacın Öteki Yüzü. Toplum ve Hekim, Ağustos 1993: 42-62
52. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999. Celal Bayar Üniversitesi. 2001

53. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotwedt, L Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Mateson J, Mielck A, Mizrahi A, Rasmussen NK, Regidor E, Spuhler T, Machenbach JP. Differences in Self Reported Morbidity by Educational Level: A Comparison of 11 Western European Countries. *Journal of Epidemiological Community Health*, 1998; 52: 219-227
54. Genel. Sağlık Taraması. Ankara İli Sonuçları. T.C Sağlık Bakanlığı Ankara İli Sağlık Müdürlüğü 170-171 1999
55. Turkey Health Report. The Ministry of Health of Turkey. 2004
56. Yataklı Tedavi İstatistik Yıllığı
57. Adak N. Kadın ve Sağlık. *Sağlık ve Toplum*. 2002;12(3): 15-21.
58. Melsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits By Adults to Family Physicians For the Common Cold. *Journal of Family Practice*, 1998; 47(5): 366-369
59. Knox AS, Britt H. The Contribution of Demographic and Morbidity Factors to Self Reported Visit Frequency of Patients: A Cross Sectional Study of General Practice Patients in Australia. *BMC Family Practice*, 2004; 5: 17
60. Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Data Watch. Health Spending Delivery, and Outcomes in OECD Countries. *Health Affairs*, Summer 1993; 120-129
61. Taylor AK, Larson SC, Araujo RC. Women's Health Care Utilization And Expenditures. *Women's Health Issues*, 2006; 16: 66-79
62. Verbrugge LM. Sex Differentials in Health. *Public Health Report*, 1982; 97(5): 417-437
63. Al-Sharif AI, Al-Khaldi YM, Al Shahrani AM. Utilization of Primary Health Care During Summer. *Saudi Medical Journal*, 2000; 21(4): 376-378
64. Doorslaer EV, Masseria C, Koolman X. Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *Canadian Medical Association Journal*, 2006; 174(2): 177-183
65. Shoen C, Doty MM. Inequities in Access to Medical Care in Five Countries: Findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy*, 2004; 67: 309-322
66. Polat HH. Hastaların reçetelerini alma ve uygulamalarına ilişkin bir çalışma. *CÜTF Dergisi*, 1992;14(3): 43

67. Hildebrant DE, Westfall JM. Reasons for after-hours calls. *Journal of Family Practice*, 2002;51(6):567-569
68. Belman S, Chandramouli V, Schmitt BD, Poole SR, Hegarty T, Tepme A. An Assessment of Pediatric After-Hours Telephone Care: A 1-Year Experience. *Pediatric Adolescence Medicine*, 2005; 159(2):145-149

Ek-1

Birey No:	Hane No:
Adı soyadı:	
Yaşı:	
Cinsiyeti:	
Medeni durumu:	
Adresi:	
Öğrenim durumu:	
Çalışma durumu:	
Mesleği:	
İşi:	
Kaç yıldır bu işle uğraşıyor:	
Aylık Geliri:	
Sosyal güvencesi:	
Sağlık güvencesi:	
Sürekli doktora gitmenizi veya ilaç almanızı gerektiren bir rahatsızlığınız var mı?	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Daha önceden hiç hastanede yattınız mı?	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Daha önceden hiç ameliyat oldunuz mu?	
1.	
2.	
3.	
4.	
Sürekli tekrarlayan bir rahatsızlığınız var mı?	
1.	
2.	
3.	
4.	
Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?	
1.	
2.	
3.	
4.	
Kullandığınız yada kullanmanız gereken yardımcı bir cihaz var mı?	
1.	
2.	

Ek-2**Adı Soyadı:****Birey No:****Hane No:**

Tarih	Şikayeti	Nereye Başvurdunuz?	Ne Yaptınız/ Ne İlaç Aldınız?	Tanısı	İlacı Nereden Aldınız?
		Hiçbir Yere Başvurmadım			Evde Vardı
		Sağlık Personeline Sordum			Eczaneden Reçeteli
		Sağlık Ocağı			Eczaneden Reçetesiz
		Devlet Hastanesi			Komşudan
		Özel Hastane/Poliklinik			Diğer
		Özel Muayenehane			
		Hiçbir Yere Başvurmadım			Evde Vardı
		Sağlık Personeline Sordum			Eczaneden Reçeteli
		Sağlık Ocağı			Eczaneden Reçetesiz
		Devlet Hastanesi			Komşudan
		Özel Hastane/Poliklinik			Diğer
		Özel Muayenehane			
		Hiçbir Yere Başvurmadım			Evde Vardı
		Sağlık Personeline Sordum			Eczaneden Reçeteli
		Sağlık Ocağı			Eczaneden Reçetesiz
		Devlet Hastanesi			Komşudan
		Özel Hastane/Poliklinik			Diğer
		Özel Muayenehane			
		Hiçbir Yere Başvurmadım			Evde Vardı
		Sağlık Personeline Sordum			Eczaneden Reçeteli
		Sağlık Ocağı			Eczaneden Reçetesiz
		Devlet Hastanesi			Komşudan
		Özel Hastane/Poliklinik			Diğer
		Özel Muayenehane			
		Hiçbir Yere Başvurmadım			Evde Vardı
		Sağlık Personeline Sordum			Eczaneden Reçeteli
		Sağlık Ocağı			Eczaneden Reçetesiz
		Devlet Hastanesi			Komşudan
		Özel Hastane/Poliklinik			Diğer
		Özel Muayenehane			

