

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

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM KÜLTÜRÜNÜN
BELİRLENMESİ
(MERSİN DEVLET HASTANESİ, MERSİN ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ VE ÖZEL FORUM YAŞAM HASTANESİ)**

Fatma Leyla ÇEZİK

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haydar SUR**

İSTANBUL, 2015

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

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM KÜLTÜRÜNÜN
BELİRLENMESİ
(MERSİN DEVLET HASTANESİ, MERSİN
ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ VE ÖZEL FORUM YAŞAM
HASTANESİ)**

**Fatma Leyla ÇEZİK
(122009106)**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haydar SUR**

İSTANBUL, 2015

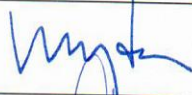


T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

Adı ve Soyadı : Fatma Leyla Çezik Öğrenci No : 122009106
Anabilim/Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 23.02.2015
Danışman : Prof. Dr. Haydar Sur Tez Savunma Saati : 15.00

Tez Konusu : "Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Belirlenmesi (Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi)"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü 'ne OYBİRLİĞİ / ÖZGÜNLÜĞÜ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Prof. Dr. Haydar Sur		Kabul
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan		KABUL
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		

ÖZET

Sağlıklı olmak bir açıdan huzurlu olarak ölmek demektir. İnsanlar sağlıkları sayesinde buldukları çevreye uyum sağlayabilirler ve yaşamlarını sürdürebilirler. Dolayısıyla sağlık hizmetleri insan sağlığının korunup geliştirilmesi için gerekli bileşenlerden sadece bir tanesi olup, oldukça önemli bir role sahiptir. Sağlıklı olma isteği insanlarda arayışların oluşmasına neden olmuştur. Arayış biçimleri toplumların özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Tedavi biçimleri de bu farklılıklar çerçevesinde değişmektedir.

Bu tezde; sağlık hizmeti kullanımında etkisi olan faktörlere ilişkin durumların belirlenmesi amaçlanmış ve bu sonuçların, Ülkemizde, sağlık hizmeti kullanım kültürünü anlamamızda yarar sağlaması ümit edilmiştir.

2014 Yılı Ocak Ayında, Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi'nde bulunan 199 hastaya, 3 bölüm halinde toplam 49 sorudan oluşan anket uygulaması yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hastalardan, kadınların (%50,8), yaşları 31-40 arası olanların (%34,7), evlilerin (%73,4), üniversite mezunlarının (%25,1), gelir durumları aylık 3251 TL ve üzeri olanların (%29,1), memurların (%28,6), sosyal güvencesi SGK kapsamında olanların %94,5 oranında katılım gösterdikleri,

Hastaların doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvurmadıkları, dini inanç ve uygulamalarının hastaların ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunduğu görülmüştür.

Sağlık hizmeti kullanım kültürünün oluşmasında, hizmet sunumunun etkisinin yüksek düzeyde olması nedeni ile sağlık çalışanlarının eğitimlerine önem verilmelidir. Bu amaçla sağlık hizmeti kullanım kültürünü artırıcı etkisi olan sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi konusunda sağlık çalışanlarının eğitimlerinin artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık hizmeti, Hastalık, Kültür

ABSTRACT

DETERMINATION OF USE OF HEALTH SERVICES CULTURE (MERSIN STATE HOSPITAL, MERSIN UNIVERSITY HOSPITAL AND PRIVATE HOSPITAL FORUM LIFE)

Being healthy means dying from an angle as peaceful. People can adapt to their environment due to health and can survive. Therefore, health care components necessary for the maintenance and improvement of human health is only one of the very important role. In healthy people, the desire has led to the formation of the quest. Seeking formats vary according to the characteristics of the society. Forms of treatment in accordance with this difference varies.

In this thesis; we purposed to identify the cases connected to factors that influence the use of health services and hope that these conclusions will provide us with benefit to understand the culture of health service utilization in our Country.

In January of 2014, 199 patients at Mersin State Hospital, Mersin University Hospital and Forum Yaşam Private Hospital were surveyed by a questionnaire that consisted of 3 parts and a total of 49 questions.

From among patients participating in the study, (50.8%) of women, (34.7%) of individuals whose aged between 31 - 40, (73.4%) of married individuals, (25.1%) of college graduates, (29.1%) of people whose monthly income was 3251 TL and above, (28.6%) of civil servants and 94.5% of people who were covered by Social Security, SGK demonstrated participation in the questionnaire,

The survey revealed that patients, in addition to doctors, did not approach traditional healers, also called natural treatment, (medicinal herbs, simple folk remedies, etc.) and that religious beliefs and practices had positive contribute to the mental health of the patients.

Due to the fact that delivery of the services has a high level of effect on the formation of health service, importance should be placed on the training of healthcare workers. To this end, trainings of health workers need to be improved on the matter of quality of delivery of health services which has enhancing effect on health service utilization culture.

Keywords: Health, Health services, Illness/Disease, Culture

ÖNSÖZ

Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında, “Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Belirlenmesi (Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi)” adını taşıyan bu çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlanmıştır. Ülkemizde, sağlık hizmeti kullanım kültürünü anlamamızda yarar sağlaması beklenerek, Sağlık hizmeti kullanımında etkisi olan faktörlere ilişkin durumların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen, manevi desteğini her zaman hissettiğim, proje danışmanım Sayın Prof. Dr. Haydar SUR Hocama sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Anketim ile ilgili olarak, uzman değerlendirme görüşlerini belirten, Okan Üniversitesi Rektör Yardımcısı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı, Sayın Prof. Dr. Mithat KIYAK’a, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölüm Başkanı, Sayın Yard. Doç. Dr. Yıldırım Beyazıt GÜLHAN’a, Mersin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri Sayın Uz. Dr. Mehmet Yavuz GÖZÜKARA’ya, teşekkür ederim.

Anket uygulama sürecinde ki katkılarından dolayı, Mersin Devlet Hastanesi Müdürü Sayın Şemsettin KARADOĞAN’a, Mersin Üniversitesi Hastanesi Yöneticilerine, Özel Forum Yaşam Hastanesi Başhekimisi, Sayın Dr. Hamdi ERHAN’a Özel Forum Yaşam Hastanesi Medikal Muhasebe Sorumlusu, Sayın Kenan PARLAK’a, Mersin Üniversitesi Stok Kontrol, Satınalma ve Planlama bölümünde çalışmakta olan arkadaşım Sibel ÖZET’e, çalışmam boyunca manevi desteklerini eksik etmeyerek bana güç veren aileme ve çalışma arkadaşım Hemşire Filiz YANIŞ’a çok teşekkür ederim.

Fatma Leyla ÇEZİK

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetleri ve Kullanımı Hakkında Genel Bilgiler.....	3
2.1.1. Sağlık ve Hastalık Tanımları.....	3
2.1.1.1. Günümüzde Halk Sağlığı Anlayışı.....	5
2.1.1.2. Sağlık ve Hastalık Olgusunu Etkileyen Faktörler.....	6
2.1.1.2.1. Biyolojik Faktörler.....	6
2.1.1.2.2. Psikolojik Faktörler.....	7
2.1.1.2.3. Çevresel Faktörler.....	8
2.1.1.2.4. Yerleşim Yeri Koşulları.....	8
2.1.1.2.5. Toplumsal Faktörler.....	9
2.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	9
2.1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	10
2.1.4. Sağlık Hizmetleri ve İşlevleri.....	12
2.1.4.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı.....	12
2.1.4.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	15
2.1.4.3. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması.....	18
2.1.4.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	19
2.1.4.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Sunumu.....	21
2.1.4.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	22
2.1.5. Sağlık Hizmetleri Piyasası.....	23
2.1.5.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri.....	23
2.1.5.2. Sağlık Hizmetleri Arzı.....	23
2.1.5.3. Sağlık Hizmetleri Talebi.....	24

2.1.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Arz-Talep Fiyat Oluşumu.....	24
2.1.5.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	25
2.1.5.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları.....	25
2.1.5.5.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri.....	26
2.1.5.5.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Kaynakları.....	27
2.1.5.5.4. Sağlık Hizmetleri Finansman Reformuna İhtiyaç Duyulmasının Nedenleri.....	31
2.1.5.5.5. Türkiye’de Genel Sağlık Sigorta Sistemi Çalışmaları.....	34
2.1.5.5.6. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Proje Kapsamında Gerçekleşen Uygulamalar.....	35
2.1.6. Sağlık İhtiyacının Belirlenmesi.....	37
2.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı.....	37
2.1.7.1. Algılanan Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	39
2.1.7.2. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler.....	39
2.1.7.2.1. Sosyoekonomik Özellikler.....	39
2.1.7.2.2. Demografik Özellikler.....	40
2.1.7.2.3. Kamusal Özellikler.....	40
2.1.7.2.4. Aileye İlişkin Özellikler.....	40
2.1.7.2.5. Tutum ve Davranışlar.....	41
2.1.7.2.6. İhtiyaç Faktörleri.....	41
2.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Çoğulculuk.....	42
2.1.8.1. Geleneksel Tıp (Folk Tıp).....	42
2.1.8.2. Modern Tıp.....	43
2.1.8.3. Popüler Tıp (Güncel Tıp).....	43
2.1.9. Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürü.....	44
2.1.9.1. Kültürün Tanımı ve Özellikleri.....	44
2.1.9.2. Hastalık Kavramı ve Kültür.....	45
2.1.9.3. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler.....	45
2.1.9.3.1. Toplumsal Çevre.....	45
2.1.9.3.2. Kültürel Norm ve Değerler.....	46
2.1.9.3.3. Din.....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
3.1. Proje Konusu.....	47
3.2. Problem.....	47

3.3. Amaç.....	48
3.4. Önem.....	48
3.5. Araştırma Yöntemi.....	49
3.6. Araştırmanın Evreni.....	49
3.7. Araştırmanın Örneklemi.....	49
3.8. Veri Toplama Araçları.....	50
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	50
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
3.11. Araştırmanın Değişkenleri.....	51
3.11.1. Bağımlı Değişken.....	51
3.11.2. Bağımsız Değişken.....	51
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA.....	132
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	136
KAYNAKÇA.....	141
EKLER.....	152

TABLolar LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Demografik Bilgiler.....	52
Tablo 2. Demografik Bilgiler.....	57
Tablo 3. Sağlık Hizmeti Kullanımı İfadeleri Yanıt Dağılım.....	61
Tablo 4. Sağlık Hizmeti Kullanımı İfadeleri Yanıt Dağılım Tablosu.....	63
Tablo 5. Sağlık Hizmeti Kullanımı İfadeleri Yanıt Dağılım Tablosu.....	65
Tablo 6. Sağlık Hizmeti Kullanımı İfadeleri Yanıt Dağılım Tablosu.....	66
Tablo 7. Sağlık Hizmeti Kullanımı İfadeleri Yanıt Dağılım Tablosu.....	68
Tablo 8. Sağlık Hizmeti Kullanımı İfadeleri Yanıt Dağılım Tablosu.....	70
Tablo 9. Sağlık Hizmeti Kullanımı İfadeleri Yanıt Dağılım Tablosu.....	75
Tablo 10. Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Hemşirelerden Alınan Hizmetlere Ait İfadelerin Yanıtları.....	78
Tablo 11. Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Doktorlardan Alınan Hizmetlere Ait İfadelerin Yanıtları.....	83
Tablo 12. Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Hastane Ortamına Ait İfadelerin Yanıtları.....	88
Tablo 13. Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Deneyimlere Ait İfadelerin Yanıtları.....	91
Tablo 14. Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Olan Durumlara Ait İfadelerin Yanıtları.....	94
Tablo 15. Hastaların Cinsiyeti İle “Doktor Dışında, Doğal Tedavi de Denilen, Geleneksel İyileştiricilere (Şifalı Otlar, Koca Karı İlaçları v.d.) başvuruyor musunuz?” İfadesi Karşılaştırması.....	97
Tablo 16. Hastaların Cinsiyeti İle “Doktor Dışında, Hangi Doğal Tedavi de Denilen, Geleneksel İyileştiricilere (Şifalı Otlar, Koca Karı İlaçları v.d.) Başvuruyor musunuz?” İfadesi Karşılaştırması.....	98
Tablo 17. Hastaların Cinsiyeti İle “Acil Olmayan Bir Sağlık Sorunuz	

Olduğunda İlk Başvurduğunuz Yer Neresidir?” İfadesi Karşılaştırması.....	99
Tablo 18. Hastaların Cinsiyeti İle “Acil Olmayan Sağlık Sorununuzda Gittiğiniz Sağlık Kurumunu Tercih Etmeniz Nedeni Nedir?” İfadesi Karşılaştırması.....	100
Tablo 19. Hastaların Cinsiyeti İle “Acil Durumlarda İlk Tercih Ettiğiniz Kurum Neresi?” İfadesi Karşılaştırması.....	101
Tablo 20. Hastaların Cinsiyeti İle “Acil Servise Başvurma Nedeniniz Nedir? İfadesi Karşılaştırması.....	102
Tablo 21. Hastaların Cinsiyeti İle “Son Bir Yıl İçinde Herhangi Bir Sebep İle Bir Sağlık Kurumuna Kaç Defa Başvurdunuz? İfadesi Karşılaştırması.....	103
Tablo 22. Hastaların Cinsiyeti İle “Dini İnanç Ve Uygulamaların Sağlık Açısından Yararlı Olduğunu Düşünüyor musunuz?” İfadesi Karşılaştırması.....	104
Tablo 23. Hastaların Cinsiyeti İle “Dini İnanç ve Uygulamalar Sağlık Açısından Ne Gibi Faydalar Sağlamaktadır?” İfadesi Karşılaştırması.....	105
Tablo 24: Hastaların Cinsiyeti İle “Hastalık Dışında Sağlık Kontrolü Yaptırmak Amacı İle Sağlık Kurumuna Başvuruyor musunuz?” İfadesi Karşılaştırması.....	106
Tablo 25. Hastaların Cinsiyeti İle “Yılda Kaç Defa Kontrol Amaçlı Sağlık Kurumuna Başvuruyorsunuz?” İfadesi Karşılaştırması.....	107
Tablo 26. Hastaların Cinsiyeti İle “Sürekli Bir Hastalığınız Var mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	107
Tablo 27. Hastaların Cinsiyeti İle “Sosyal Güvenceniz Olmadığı İçin Sağlık Kurumuna Gitmediğiniz Oldu mu?” İfadesi Karşılaştırması.....	108
Tablo 28. Hastaların Cinsiyeti İle “Katkı Payları Nedeni İle Muayene Olmak İçin Sağlık Kurumuna Gitmediğiniz Oldu mu?” İfadesi Karşılaştırması.....	109
Tablo 29. Hastaların Cinsiyeti İle “Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Herhangi Bir Zorluk Yaşıyor musunuz?” İfadesi Karşılaştırması.....	109
Tablo 30. Hastaların Cinsiyeti İle “Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Ne Gibi Zorluklar Yaşıyorsunuz?” İfadesi Karşılaştırması.....	110
Tablo 31. Hastaların Cinsiyeti İle “Sağlık Kurumuna Başvurduğunuzda	

Hastalığınız İle İlgili Bilgilendirme Yapılıyor mu?” İfadesi Karşılaştırması.....	111
Tablo 32. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastalığınız İle İlgili Yapılan Bilgilendirme Yeterli mi?” İfadesi Karşılaştırması.....	112
Tablo 33. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Hemşireler Size Kibar Davrandılar mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	112
Tablo 34. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Hemşireler Size Kendilerini Tanıttılar mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	113
Tablo 35. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Hemşireler Sizi Dikkatle Dinlediler mi?” İfadesi Karşılaştırması.....	114
Tablo 36. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Hemşireler Size Anlayabileceğiniz Şekilde Açıklamalarda Bulundular mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	115
Tablo 37. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Çağrı Düğmesine Bastıktan Sonra, İsteddiğiniz Anda Yardım Aldınız mı?” İfadesi Karşılaştırma.....	116
Tablo 38. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Hemşireler Tarafından Tedavileriniz Zamanında Yapıldı mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	117
Tablo 39. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Doktorlar Size Kibar Davrandılar mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	118
Tablo 40. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Doktorlar Size Kibar Davranarak Kendilerini Tanıttılar mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	119
Tablo 41. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Doktorlar Sizi Her Gün Düzenli Ziyaret Etiler mi?” İfadesi Karşılaştırması.....	120
Tablo 42. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Doktorlar Sizi Dikkatle Dinlediler mi?” İfadesi Karşılaştırması.....	122

Tablo 43. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Doktorlar Size Anlayabileceğiniz Şekilde Açıklamalarda Bulundular mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	122
Tablo 44. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Odanız Ve Banyonuz Temiz Tutuldu mu?” İfadesi Karşılaştırması.....	123
Tablo 45. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Gece Odanızın Etrafındaki Alan Sessiz ve Sakin Miydi?” İfadesi Karşılaştırması.....	124
Tablo 46. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Kendinizi Güvende Hissettiniz mi?” İfadesi Karşılaştırması.....	125
Tablo 47. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Ağrınız İyi Kontrol Edildi mi?” İfadesi Karşılaştırması.....	125
Tablo 48. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Ağrınızı Gidermek İçin Yapabilecekleri Her Şeyi Yaptılar mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	126
Tablo 49. Hastaların Cinsiyeti İle “Size Herhangi Bir Yeni İlaç Vermeden Önce, Hastane Çalışanları İlacın Ne İçin Olduğunu Size Söylediler mi?” İfadesi Karşılaştırması.....	127
Tablo 50. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastane Çalışanları Size Herhangi Bir Yeni İlaç Vermeden Önce Muhtemel Yan Etkilerini Anlayabileceğiniz Şekilde Size Anlattılar mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	128
Tablo 51. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastanede Yatarak Tedavi Olduğunuz Süre İçerisinde, Hastaneden Ayrılışınızdan Sonra İhtiyaç Duyduğunuz Yardımı Alıp Alamayacağınız Konusunda Doktorlar, Hemşireler Ya Da Diğer Hastane Çalışanları Sizinle Konuştular mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	129
Tablo 52. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastaneden Yatış Sürecinizde Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Hangi Belirtiler Ya Da Sağlık Problemlerine Dikkat Etmeniz Gerektiği Konusunda Yazılı Bilgi Aldınız mı?” İfadesi Karşılaştırması.....	130
Tablo 53. Hastaların Cinsiyeti İle “Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Tekrar	

Kontrole Gittiğiniz Zaman Gerekli İlgi Gösterildi mi?”	
İfadesi Karşılaştırması.....	131

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	25
Şekil 2. Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi.....	26
Şekil 3. Sağlık Hizmeti Kullanım Süreci.....	39
Şekil 4. Bölgesel Sağlık Bakım Sistemi.....	42
Şekil 5. Araştırmaya Katılanların Cinsiyet Dağılımları.....	54
Şekil 6. Araştırmaya Katılanların Medeni Durum Dağılımları.....	54
Şekil 7. Araştırmaya Katılanların Yaşlarının Dağılımları.....	55
Şekil 8. Araştırmaya Katılanların Doğum Yerleri Dağılımları.....	55
Şekil 9. Araştırmaya Katılanların Mersin İli'nde Yaşama Süreleri Dağılımları.....	56
Şekil 10. Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumları Dağılımları.....	56
Şekil 11. Araştırmaya Katılanların Hanelerinde Yaşayan Kişi Sayıları Dağılımları.....	59
Şekil 12. Araştırmaya Katılanların Çalışma Durumları Dağılımları.....	59
Şekil 13. Araştırmaya Katılanların Hanelerine Giren Gelir Miktarı Dağılımları.....	60
Şekil 14. Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Durumları Dağılımları.....	60
Şekil 15. Doktor Dışında, Doğal Tedavi De Denilen, Geleneksel İyileştiricilere (Şifalı Otlar, Koca Karı İlaçları v.d.) Başvuranlar Dağılımları.....	62
Şekil 16. Doktor Dışında, Doğal Tedavi De Denilen, Geleneksel İyileştiricilere (Şifalı Otlar, Koca Karı İlaçları v.d.) Başvurma Nedenleri Dağılımları.....	62
Şekil 17. Acil Olmayan Bir Sağlık Sorununuz Olduğunda İlk Başvurduğunuz Yer Neresidir? Dağılımları.....	64
Şekil 18. Acil Olmayan Sağlık Sorununuzda Gittiğiniz Sağlık Kurumunu Tercih Etmenizin Sebebi Nedir? Dağılımları.....	64
Şekil 19. Hastaların Acil Durumlarda İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu Dağılımları.....	65
Şekil 20. Hastaların Acil Servise Başvurma Nedenleri Dağılımları.....	67
Şekil 21. Hastaların Son Bir Yıl İçinde Herhangi Bir Sebep Bir Sağlık	

Kurumuna Kaç Defa Başvurdukları.....	67
Şekil 22. Dini İnanç ve Uygulamaların Kendi Sağlıkları Açısından Yararı Olup Olmadığı Dağılımı.....	69
Şekil 23. Dini İnanç ve Uygulamaların Faydaları Dağılımı.....	69
Şekil 24. Hastalık Dışında Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu Dağılımı.....	70
Şekil 25. Yılda Kaç Defa Kontrol Amaçlı Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu Dağılımı.....	72
Şekil 26. Sürekli Hastalık Bulunma Durumu Dağılımı.....	73
Şekil 27. Sosyal Güvence Olup Olmama Durumuna Göre Sağlık Kurumuna Gitme Dağılımı.....	73
Şekil 28. Kar Payları Nedeni İle Sağlık Kurumuna Gitme Dağılımı.....	74
Şekil 29. Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Zorluk Yaşama Durumu.....	74
Şekil 30. Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Yaşanan Zorluk Çeşitleri.....	76
Şekil 31. Sağlık Kurumunda Bilgilendirme Yapılma Durumu.....	77
Şekil 32. Sağlık Kurumunda Yeterli Bilgilendirme Yapılma Durumu.....	77
Şekil 33. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Hemşirelerin Kibar Davranma Durumu.....	80
Şekil 34. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Hemşirelerin Kendilerini Tanıtma Durumu.....	80
Şekil 35. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Hemşirelerin Dinleme Durumu.....	81
Şekil 36. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Hemşirelerin Açıklama Yapma Durumu.....	81
Şekil 37. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Çağrı Düğmesine Bastıktan Sonra Hizmet Durumu.....	82
Şekil 38. Hemşireler Tarafından Tedavilerin Zamanın da Yapılma Durum.....	82
Şekil 39. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Doktorların Kibar Davranma Durumu.....	85
Şekil 40. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Doktorların Kendilerini Tanıtma Durumu.....	85
Şekil 41. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Doktorların Ziyaret Etme Durumu.....	86
Şekil 42. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Doktorların Dinleme	

Durumu.....	86
Şekil 43. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Doktorların Açıklama	
Yapma Durumu.....	87
Şekil 44. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Odalarının ve Banyolarının	
Temizlik Durumu.....	89
Şekil 45. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Odalarının ve Banyolarının	
Temizlik Durumu.....	90
Şekil 46. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Güvende Hissetme	
Durumu.....	90
Şekil 47. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Ağrıların Kontrol Edilme	
Durumu.....	92
Şekil 48. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde Ağrılar İçin Yapılması	
Gerekenlerin Durumu.....	93
Şekil 49. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde İlaç Hakkında Bilgilendirme	
Durumu.....	93
Şekil 50. Hastanede Yatarak Tedavi Süresinde İlaç Yan Etkilerinin	
Anlatılma Durumu.....	94
Şekil 51. Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Tıbbi Yardım Alınması	
Anlatılma Durumu.....	96
Şekil 52. Hastaneden Ayrıldıktan Sonra Yapılacaklar Konusunda	
Bilgilendirme Durumu.....	96
Şekil 53. Hastaneden Ayrıldıktan Sonra kontrole Gidildiğinde İlgi	
Durumu.....	97

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
SPSS:	Statistical Packages for Social Sciences
Bkz:	Bakınız
A.g.e.:	Adı Geçen Eser

1. GİRİŞ

Sağlık, topluluğun diğer canlılarını yakından ilgilendirdiği için, kişiye bırakılamayacak kadar önemli bir konudur. Hak ve yükümlülükler açısından bakıldığında da bir toplumsal müdahale alanı oluşturur (1). Sağlık hizmetleri, bireysel ve toplumsal sağlığın korunması, hastalanma durumunda tedavilerin yapılması, hastalıktan tam olarak kurtulamayan bireylerden sakat durumda kalanların, diğer bireylere bağımlılık yaşamadan hayatlarını devam ettirebilmeleri için, bunun yanında toplumsal sağlığında seviyesini üst düzeylere çıkarmaya yönelik çalışmalar olarak tarif edilmektedir (1).

Günümüzün bilinçlenmiş insanları artık sağlık hizmetleri kapsamında olan hastalıkların önlenmesi hizmetini, sağlık koruma hizmetleri içinde çok yeterli derecede olduğunu kabul etmemektedirler. Artık insanlar, yaşadıkları ortamlarla ilgili ve hayatlarının devamı için gerekli olan ihtiyaçların sağlıklı ve hijyen olmasını istemektedirler. Hayatlarını sürdürmek için güven içinde olmaya ve dünyayı daha fazla tanımaya yönelik çabalar göstermektedirler (3).

İnsanların sağlıklarını devam ettirmek için arayışlara girmiş olmaları verilen sağlık hizmet sunumlarının yeterli derecede olmadığını göstermektedir. İnsanların beklentileri yaşam ortamlarının sağlıklı olmasıdır. Devamlı olarak gelişme anlayışını kabullenmiş insanların yüksek standartlarda yaşamak istemeleri de normal olarak karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin de düzeyinin yüksek standartlarda sağlanması gerekmektedir (4).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı, bir kişinin ya da grubun sağlık hizmeti elde edebilme gücü olarak tanımlanmaktadır. Belirli bir toplumda mevcut olan hizmetlerin türü ve miktarı ile ihtiyaç duyulan hizmetlerin türü ve miktarı aynı bile olsa, ihtiyacı olanlar gerekli bakımı göremeyebilirler. Bu da sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda önemli bir konudur. Kullanım sadece hizmeti sunanın özellikleri, alıcının özellikleriyle uyduğu zaman meydana gelir (2).

Bireyler, sağlık hizmetlerini kullanmaya yatkın olsalar bile, bu hizmetlerden yeterince yararlanamayabilirler. Bunun için sağlık hizmeti kullanımı bakımından bir ailenin ihtiyaçlarını karşılamasına olanak tanıyan koşulların bulunması gerekir. Gelir,

sağlık sigortasının kapsamı ya da üçüncü el ödemesi, bireyin düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, o düzenli bakım kaynağının doğası ve kaynağın kullanılabilirliği gibi aile kaynakları; o toplumdaki sağlık olanakları ve personel miktarı ile ailenin yaşadığı bölgenin konumu ve toplumun kentsel-kırsal doğası bu koşullar arasındadır. İlk gruptaki etkenlerin varyasyonu belli bir topluluğun sosyo-kültürel ve demografik özelliklerine bağlı olabilirken yani değişmesi zorken, ikinci gruptaki olanak etkenleri, bakımın organizasyon ve finansman boyutlarını içerir, devlet politikası müdahalelerine daha açıktır. Ülkelerin gelişmelerinin en önemli ayağı sağlık hizmetleridir. Gelişme hem toplumsal ve hem de bireysel olarak yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, bu hizmetlere özel sektöründe dahil edilmesini zorunlu kılmaktadır (2). Dolayısıyla yapılan bu tez çalışmasında tüm bu etkenler göz önünde bulundurularak sağlık hizmeti kullanımında etkisi olan faktörlere ilişkin durumların belirlenmesi amaçlanmış ve bu sonuçların, Ülkemizde, sağlık hizmeti kullanım kültürünü anlamamızda yarar sağlaması ümit edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri ve Kullanımı Hakkında Genel Bilgiler

Bireysel ihtiyaçların belirlenmesinde yaşanan zorluklar gibi toplumsal ihtiyaçların belirlenmesi de zorluklar taşımaktadır. İhtiyaçların tam olarak istenilene ifade etmesi gerekmektedir. Ancak toplumun ihtiyaçları bazen ihtiyaç duyduklarını yansıtmaz. Toplumsal ihtiyaçlar ile bu ihtiyaçların neler olabileceği konusunda planlama yapanların ihtiyaç algıları farklılık gösterebilmektedir. Toplumsal ihtiyaç yine toplumun arzu ettiği ihtiyaçlar olarak belirlenebilmektedir. Yine bu durumda da karşılanmış olan ihtiyacın toplum tarafından benimsenmesi önem taşımaktadır. Toplumsal ihtiyaçlar ile bu ihtiyaçları karşılayan ve sunan kesimler arasında sağlanacak denge bu problemin çözümünü sağlayacaktır (3).

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 (4).

2.1.1. Sağlık ve Hastalık Tanımları

Sağlık, topluluğun diğer canlılarını da yakından ilgilendirdiği için, kişiye bırakılamayacak kadar önemli bir konudur. Sağlık bir haktır. Evrensel özellikler taşımaktadır. İnsan haklarının en önemlisidir. Sağlık olgusu iki yönden incelenebilmektedir. Hak ve yükümlülükler. Sağlık hem toplumla ilgilidir, hem evrenseldir ve hem de insan haklarının en önemlisidir (5). Fiziki ve toplumla ilgili çevreye uyum sağlayabilecek, bedensel ve zihinsel normal yaşam sağlık olgusunu ifade etmektedir (6).

Bedensel ve ruhsal faaliyetlerin meydana gelmesine mani olacak şekilde bedende ve ruhsal yapıda meydana gelen organik veya faaliyet yetersizliğinin olmama durumunda olan bireyler sağlıklıdır. Canlı organizma bulunduğu çevreye uyum sağlıyorsa sağlıklıdır. Organizmanın fiziki ve ruhsal durumunun sağlıklı olduğunu göstermektedir (7).

Toplumların ellerinde bulundurdukları en önemli kaynak sağlık insan gücüdür. Bu gücün planlamasında nüfus/insan gücü oranı kullanılmaktadır (8).

Tarihte, sağlıklı bireylerin hastalanmayanlar olduğu algısı yaşanmıştır. Ancak daha sonra bu algının yanlış olduğunun anlaşılması üzerine Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın sadece hastalanmama hali olmayıp, bedensel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olduğunu açıklamıştır (9). Böylece sağlık tanımlamasına çok boyutluluk kazandırılmıştır. Bireylerin toplumsal ve sosyal yönleri dikkate alınmıştır. Toplumsal kavramı içinde bulunan bütün alt kavramlar ile bireyin sağlığı ilişkilendirilmiştir. Sosyal olan insanların sağlıklı ve olmayanlarının da sağlıksız olduğu şeklinde bir algı günümüzde bulunmaktadır (10).

Bu tanımda “iyilik” kavramının açıklanmasının güçlüğüünün yanı sıra “tam” kavramının nasıl ölçüleceği de cevabı zor bir sorudur. Diğer taraftan sağlığın hal olarak görülmesi kişinin görev ve sorumluluğunu azaltarak statik bir duruma indirmektedir. Tüm bunlara karşın tanımda yer alan sosyal iyilik kavramı önemli bir gelişme olarak görülmektedir (11).

Sağlık tanımlamaları çok farklı olmakta ve değişik yaklaşımları kapsamaktadır. Sağlık, “metabolizmanın özdeksel bütünlüğünü sürdürmesi ve üst düzeyde bütünlüklerin oluşturulması sürecidir” (12).

Sağlık, “hücrelerin bir araya gelerek organları, organların da canlı vücudunu oluşturması gelişigüzel bir şekilde değil, hücre içyapısından başlayarak, bütünü oluşturan parçaların, gerek fizyolojik ve gerekse biyolojik düzeyde birbiriyle karşılıklı olarak fonksiyonel ve organik bir bütünlük veya uyum ve denge sağlama doğrultusunda oluşan fizyolojik ve biyolojik bir sistemdir” şeklinde de tanımlanmaktadır (13).

Biyolojik anlamda ele alınan başka bir tanımda da sağlık, “bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş

maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilme süreci” olarak değerlendirilmektedir (14).

Sağlık aynı zamanda “bedenin, aklın ve ruhun iyi, dinç ve zinde oluşu” şeklinde de tanımlanmaktadır (15).

Daha bütünlükçü bir yaklaşıma göre sağlık “hücrenin fizyolojik, çevrenin biyolojik ve fiziksel ortamın fizik yapı, sosyal ve psikolojik değişkenlerinden oluşan, bireyden, topyekûn çevrenin sağlık şartlarına kadar uzanan ve bunları kapsayan bir bütündür” şeklindedir (16).

Şamanist bir yaklaşımda ise sağlık “dünyanın yapısını oluşturan ve zıt kutuplar olarak kavramsallaştırılan pişmiş ve çiğ, yaşlık ve kuruluk, sıcak ve soğuk gibi güçler ya da durumlar arasındaki doğru dengenin sürdürülmesine” bağlıdır (17).

Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık geleceği de kapsar ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir. Sağlık, herkesin kendi sorumluluğunda olan başkalarına karşı ise herkesin kısmen sorumlu olduğu bir olgudur (18).

Sosyolojik faktörler ve sağlıksız biyolojik durum her yönüyle sıkı bir etkileşim halindedir. Bu faktörlerden bireyin çevresi, bireyi rahatsızlık rolüne sokabilir. Sosyolojik faktörler koruyucu hekimlikte de önemli olup, varlığı toplumun çeşitli sistemlerine bağlıdır. Tıp ve sosyoloji sağlığa farklı pencerelerden bakarak, organizmanın iki yönüyle ilgilenir. Biri doğa bilimlerinin yöntemlerini kullanarak rahatsızlığın etiyolojisi, tedavisi ve bakımıyla ilgilenirken, diğeri bireysel roller ve kültürel üyelik gibi konularla ilgilenir (19).

2.1.1.1. Günümüzde Halk Sağlığı Anlayışı

Sağlığın tanımlaması genelde değişik iki perspektiften yapılmaktadır. Birincisi yukarıda da görüldüğü gibi tıbbi model de vücut patolojik anormallik göstermediği sürece sağlıklıdır. İkincisi de bireylerin depresyonda olup olmaması, kendi kendine beslenme, giyinme, banyo yapma, yürüme koşma ve merdivenden çıkma gibi günlük faaliyetleri yapıp yapmamak olarak tanımlanmaktadır (20).

Bedensel faaliyetlerin devamının sağlanmasını engelleyen, fonksiyonlarını yerine getiremez duruma düşmesine neden olan tepkisel bir durumdur. Hastalıklar canlının bedeninde çeşitli değişikliklerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Bu değişiklikler sonucunda bedende organ kaybı veya yaşam kaybı da yaşanabilmektedir. Hastalık bir süreç olarak değerlendirilmektedir (21).

Bu sosyal bakış açısına göre sosyal sistem, fikirlerin organizasyonudur, yani birtakım genel kavramlar veya genelleştirmelerden ibaret olan ideal tiplerdir. Bu tipleştirme veya modeller sosyal kurumlara uygulanır. Bu bakımdan din, ekonomi, siyaset, sağlık vb. birer sosyal sistemdir. Bu sosyal sistem içerisinde hastalık; biyolojik bir sistem olan canlının durumu ile şahsın sosyal intibakını temin eden normal görevin bozulma halidir. Bu tanımda hastalığın kısmen biyolojik kısmen de sosyal bir yapıya sahip olduğu aşikârdır (22).

2.1.1.2. Sağlık ve Hastalık Olgusunu Etkileyen Faktörler

İnsan biyolojik bir varlık olarak dünyaya gelmektedir. İnsan toplum içerisinde sosyalleşme sürecinde birçok faktörlerin etkisi altında kalmaktadır. Bu faktörler sosyal, kültürel, çevresel ve psikolojik etkenlerdir. İnsanların sağlıklı olmaları ve hastalıklı olmaları bu etkenlerin etkisindedir. Faktörlerin etkileri toplumlara göre değişiklik göstermektedir. Bireysel olarak da etkilenmeler farklılık göstermektedir. Etki eden faktörlerin insan veya toplum hayatında nereden başlayıp nerede sonlandığı bilinmemektedir. Bu etkenler bir bütün olarak insan sağlığında söz sahibi olan faktörlerdir (12).

2.1.1.2.1. Biyolojik Faktörlerin Etkisi

Sağlık bilimlerinin insan sağlığını incelemeye yönelik araştırmalarında biyolojik faktörlerin etkisi devamlı olarak dikkati çekmiştir. Biyoloji ile ilgili getirilen kuramlar her zaman tıp eğitiminde rol oynamaktadır. Bu kuramlar büyük çoğunlukla insanların hastalıkları ve bedenin faaliyetleri ile ilgilidir (23).

İnsanın gelişmesi belirli bir süreç içerisinde olmaktadır. İnsanın genetik yapısı da yine belirli sınırlara bağlıdır. Bunun yanında değişmezlik olgusu da değişebilmektedir. İnsanın bedensel faaliyetlerinde konuşmak, gülmek, yürümek her zaman görülebilen doğal faaliyetlerdir. Öğrenme olgusu ise bu faaliyetlerden ayrı

özelliğe sahip bir faktördür. Çevresel ortamın etkisi ile sayılan bu faktörlerin etkilenmesine neden olabilmektedir. Davranışlar belirli bir evrim çerçevesinde gelişebilir. Bu belirliliği de sayılan bu faktörler etkilemektedir (24).

İnsanların cinsiyetlerinin farklılığı, sağlıklarının ve hastalıklarının da farklılık göstermesine neden olmaktadır. Kadın ve erkek bedenlerinin farklı özellikler taşıması, hastalıklarında bu bedenlere göre farklılık taşıdığını göstermektedir. Cinsiyet Bireysel ve toplumsal cinsiyet olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireysel olarak kadın ve erkeğin doğal özelliklerinin belirlenmesi sağlanırken, toplumsal cinsiyette ise insanın sosyal sorumlulukları dâhilindeki rolü esas olmaktadır (25).

2.1.1.2.2. Psikolojik Faktörlerin Etkisi

İnsanların kendilerine has ruh dünyaları bulunmaktadır. Psikolojileri farklı, duyguları farklı, düşünceleri farklı farklıdır. İnsanların almış oldukları eğitimler nedeniyle davranışları ve tutumları da değişiktir. İstek ve arzuları, olaylardan aldıkları algı farklılıkları bulunmaktadır. İnsanların psikolojik yapılarının en önemli özelliği doğuştan gelmesidir. Ancak bu yapı, insan yaşamı boyunca çeşitli durumlarla ve olaylarla karşılaşması nedeniyle uyum noktasında değişiklik gösterebilmektedir. Psikolojik yapının gelişmesinde yaşam ortamında bulunan faktörlerin etkisi çok büyüktür. İnsanın anne ve babasının kendisine karşı göstermiş oldukları olumlu tutum ve davranışlar insanın psikolojik yapısında olumlu etki gösterirken, ailede meydana gelen huzursuzluklar tam tersi olarak olumsuz etki meydana getirmektedir. Boşanmalar, ölümler, taciz ve şiddet görme, hastalanma, kopuk aile yaşantısı, alkol, uyuşturucu, kadın vs. gibi birçok etken insanların psikolojik yapılarını etkilemektedir. Fiziki, sosyal ve psikolojik şartlar insanın içinde bulunduğu ortamı oluşturmaktadır. Bu şartlar birbirleri ile etkileşim halindedirler. Psikolojik durumları farklı bireylerin bu ortamlardan etkilenmeleri de birbirlerinden farklılık taşıyacaktır (26).

Hasta psikolojisi çok farklılık taşımaktadır. Hastalık insanların psikolojik yapılarını etkilemektedir. Bu psikolojik yapının en önemli göstergeleri, korkmak, devamlı olarak kızmak, umutsuzluğa düşmek, depresif davranışlar göstermek, özgüvenin kaybolmasıdır. Bireylerde hastalık sırasında ortaya çıkabilecek bu psikolojik durumlar kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Hastalığın tedavi süresi ve geçirmiş olduğu aşamalar da bu psikolojik durumlara karşı direnci artırmakta veya

azaltmaktadır. İnsanların güçlü psikolojik yapıya sahip olmaları hastalıklara karşı baş edebilme gücünü artırmaktadır. Zayıf olan bir psikolojik yapı hastalıklara karşı bireylerin daha korunmasız hale düşmesine neden olmaktadır. İnsanların hastalıklara karşı direncinin artırılması sağlıklarının da güvence altına girmesini sağlamaktadır (27).

Hastalık süreci hasta olan bireylerin bedensel ve ruhsal yapılarında çeşitli etkiler göstermektedir. Duygusal yönden hastalar çok hassas olmaktadır. Kızgındırlar, mutsuzdurlar, korkmaktadırlar, depresif davranışlar gösterebilmektedirler. Bedenin duygusal olarak göstermiş olduğu bu tepkisel davranışlar, bireylerin hastalıklarının tedavi sürelerinin uzunluğuna, gördükleri tedavinin türüne, hasta bireylerin kişisel karakteristik durumlarına, hayat tecrübelerine, hastalığa karşı göstermiş olduğu bedensel dirence bağlı bulunmaktadır. İnsanlarda meydana gelen hastalıkların temelinde ruhsal problemler yatmakta olup, yine insanların sağlıklarına kavuşmalarında en büyük etken moral ve motivasyonlarının güçlü olmasıdır. Hastalıklara karşı gösterilen bedensel direnme sonucunda insanlar zayıf düşse de sağlık takviyesi ile hastalıklarla mücadelede başarı kazanmaktadırlar. Bireylerin hastalıklara karşı nasıl mücadele etmeleri gerektiği sağlık hizmet sunumu yapanlar tarafından belirlenmektedir. İnsanlar tıbbi olan bu kuralları uyguladıkları takdirde başarı sağlamaktadırlar (27)

2.1.1.2.3. Çevresel Faktörlerin Etkisi

Çevre, organizmaların dışında onları çevreleyen ve etkileyen bir unsur olarak ifade edilmektedir. Çevre, fiziki çevre, kimyevi çevre ve başka canlılar şeklinde oluşmaktadır. Bu çevre öğelerinin insanlarla etkileşimleri bulunmaktadır. İnsanın yaşamının etkilenmesinde negatif olan unsurlar insanlar tarafından kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır. İnsanlar fiziksel çevrenin veya doğanın etkilerinden kendilerini güvende hissetmek için, barınaklar, giysiler oluşturmuşlardır. Bu etkileri kontrol altına aldıktan sonra kendilerini besleme yöntemlerini öğrenmişlerdir. Çevreleri farklı olan bireyler, kendi yaşam şekillerini çevreye uydurarak yaşamlarını sürdürmüşlerdir. Bu karşılıklı etkileşim sayesinde insan varlığını sürdürebilmiştir (28).

2.1.1.2.4. Yerleşim Yeri Koşullarının Etkisi

Doğanın yaşamsal alanları içerisinde kırsal alanlar insanların en zor yaşam şartlarına tabi oldukları alanlardır. Bu alanlarda yiyecek, içecek, barınma ve sağlık gibi ihtiyaçlar çok zor olarak temin edilebilmektedir. Zor temin etmenin getirdiği kıt ihtiyaç

giderme insan yaşamını son derece olumsuz olarak etkilemektedir. Kırsal kesimlerde insan yaşamlarını etkileyen bir diğer önemli unsurda din etkisidir. Dinin insanlar üzerinde etkisi kırsal kesimlerde çok daha etkilidir (29).

İnsanların barınma ihtiyaçlarını karşılayan konutlar da kırsal alanlarda ve kentsel alanlarda farklılık göstermektedir. İnsanlar yaşamlarını genellikle konutlarında veya konutlarına yakın olan çevrelerde sürdürmektedirler. Barınakların özellikleri nedeniyle insanların sağlıkları olumlu veya olumsuz olarak etkilenmektedir. Gün ışığından yararlanamayan konutlarda özellikle kemik hastalıkları çok fazla görülmektedir. Konutlar içinde yaşayan insanların sayılarının fazla olması, hastalıkların kısa sürede yayılmasına neden olmaktadır. Genç insanlar ile yaşlı insanlar arasında uyumsuzluk yaşanmaktadır (30).

İnsanlar için konut çok değerli bir yaşamsal unsurdur. Konutların buldukları alanlar, çevresinde bulunan sosyal kurumların yakınlığı ve uzaklığı, konutların kalitesi, konutların çevresindeki yeşil alan oranı gibi faktörler konutların yaşanabilir olmasını artırmaktadır. Konutlar bireyler üzerinde toplumsal etkisi olan unsurlardır (31).

2.1.1.2.5. Toplumsal Faktörlerin Etkisi

Kurumların olduğu ve birbirlerini etkilediği sistemlere toplum denilmektedir. Bu kurumların toplum içerisinde farklı farklı görevleri bulunmakta olup, görevleri sayesinde toplumsal hayatın sürmesini sağlamaktadır. Sağlık kurumları sosyal özellikleri olan kurumlardır. Toplum içinde sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında rol oynamaktadırlar. Sağlık kurumları haricinde diğer kurumlarda kendi fonksiyonları çerçevesinde ihtiyaçların karşılanmasına yardımcı olmaktadır. Sağlık kurumlarının toplumu etkilemesi, dini, ekonomik, ailevi, siyasi ve eğitimle ilgilidir (32).

2.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

İnsanların yaşam biçimleri, insanlarda meydana gelen hastalıkların ortaya çıkışlarında önemli rol oynamaktadır. Bireysel sağlık eğitimlerinin verilerek bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi ve sağlıklı yaşamın nasıl devam ettirileceği konusunda bilinçlendirilme yapılmaktadır. Toplumsal olarak yaşanan sosyoekonomik dengesizlikler sağlık davranışlarını etkilemektedir. Olumsuz sağlık davranışları ile ilgili birçok araştırma bulunmaktadır. Toplumsal sağlığın geliştirilmesinde olumsuz

davranışların olumlu hale dönüştürülmesinde sağlığın bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bireysel sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bireylere sorumluluk yüklenilmesi doğru olmayan bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (33).

Sağlık politikalarının yanlış uygulanmaları sonucunda sağlık hizmet sunumu eşit şekilde dağıtılamamıştır. Gelir düzeyi yüksek olan kesimlere sağlık sunumları daha kaliteli olarak gerçekleştirilmektedir (34).

2.1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlık alanında yaşam kalitesi insanların kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük aktivitelerini nasıl yaptıkları ile ilgili sağlık statüsünü tanımlayıp, hastalıklar ve tedavisinin algılanan sağlık ve günlük yaşam faaliyetlerine etkileri ile ilgilenmektedir. Bazı yazarlar yaşam kalitesini iyilik hali açısından tanımlamışlar ve sağlık bakımı kapsamında hastaların yaşamlarının geliştirilmesi amacıyla yaşam kalitesi kararlarının alınabileceği ve alınması gerektiği konusunda karara varmışlardır (35).

Sağlığı yaşam kalitesine eşdeğer olarak tanımlamak giderek yaygınlaşmakta ve yaşam kalitesi ölçüm araçlarında sağlık ile yaşam kalitesi arasındaki ayırım dikkate alınmamaktadır. Hâlbuki yaşam kalitesi sağlıktan daha geniş bir kavramdır ve sağlık bireyin yaşam kalitesini etkileyen tek faktör değildir (37).

Dolayısıyla kişilerin sağlıkları ölçüleceği zaman daha sınırlı bir tanımlı kullanmak gerekmektedir. Sağlık bakım sistemlerinin amacı yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili parçasını maksimize etmektir. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili kısmı sağlık statüsü olarak isimlendirilmektedir (36).

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

Yaşam kalitesinin kazanılması sonucunda bireyler çeşitli rahatlama alanlarına sahip olmaktadır. Bu alanlar; psikolojik, fiziksel, sosyal ve kişisel, gelir kaynakları ve maddiyat alanlarıdır. Bu alanlardan psikolojik alanda bireyler kendilerini duygusal olarak tatmin etmektedirler. Alanın içeriğinde hayatı sevmek, fayda, bedensel imaj, kaygı, kendi kendini kontrol edebilme, istirahat ve çalışma halleri, yaptıkları işleri bitirmeleri, hayatın ne anlam taşıdığını anlama, hayatın normal düzeyde yaşanması ve mutlu olma halleridir. Diğer bir alan olan fiziksel alanda ise, insanların bedenlerinin işlevsel olarak görevini yerine getirmesi, yaşamlarını sürdürebilmek için gerekli olan günlük işlevler, gıda ihtiyaçlarını giderebilme ve bu ihtiyaçların beden tarafından istenilmesi, cinsel ihtiyaçlar, dinç olabilme, yorulmuş hissi, sağlıklı olma ve hastalık halleri hakkında farklı fikirler, hastalıklara karşı tıbbi müdahale çeşitleridir. Bir başka alan olan sosyal ve kişisel alanda, kişilerin işlevleri, sosyal olarak yapılan faaliyetler, diğer insanlardan yardım alma, gizlilik, kabul edilmeme, sahip oldukları görevler bulunmaktadır. En son alan gelir kaynakları ve maddi rahatlık alanlarıdır. Bireylerin gelecek endişelerini ortadan kaldırmaya yönelik tedbirler, yerleşim şekilleri, sağlık teminatları, ikamet yerlerini değiştirme durumlarıdır (38).

Görüldüğü gibi yaşam kalitesi boyutlarının hiçbiri bir hastalığın, klinik belirtinin ya da sendromun varlığına veya yokluğuna değil duygulara ve işlevsel kapasiteye işaret etmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Yaşam kalitesinin incelenme biçimlerinin farklı biçimlerde yapılmasına dair araştırmacıların görüşleri bulunmaktadır. Bu görüşlere göre normal yaşam kalitesi ile sağlıkta yaşam kalitesi farklı farklı incelenmesi gereken konulardır. Bunun yanında ayırım yapılmadan inceleme yapılsın şeklinde ifade eden araştırmacılarda bulunmaktadır. İnsanların gelir düzeyleri, sahip oldukları sosyal olanaklar, içinde buldukları sosyal ortam, yaşamlarını sürdürdükleri çevre şartları ve kişisel inançları genel olarak yaşam kalitesini göstermektedir. Bu olgular toplumsal sağlık problemlerinin çözümünde önem taşımaktadır (39).

Yaşam kalitesi öznel bir değerlendirmedir. Kişinin olanaklarının ve günlük yaşamının gidişinin ötesinde içinde bulunulan koşulların o kişiye ne ifade ettikleri ile değerlendirilebilir. Yaşam kalitesinin pek çok bileşeni vardır: bunlar; sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlidir. Bu bileşenlerin

hepsi tek tek önemlidir; birinin bile eksikliği kişinin “kaliteli bir yaşam sürüyorum” duygusunu zedeler (40).

2.1.4. Sağlık Hizmetleri ve İşlevleri

Sağlık insan hayatı için vazgeçilemez bir unsurdur ve tüm dünyada toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi temel hedeflerden bir tanesidir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için sosyoekonomik, biyolojik ve fizyolojik çevre koşullarının olumlu yönde düzenlenmesi, zarar verici etmenlerin ortadan kaldırılması, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirilmesi ve bunun için gerekli koşulları yerine getirmelerinin sağlanması ve tıbbi yöntemlerin uygulanması oldukça önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri insan sağlığının korunup geliştirilmesi için gerekli bileşenlerden sadece bir tanesi olup, oldukça önemli bir role sahiptir (41).

2.1.4.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, toplumun ve bireyin sağlığının korunması ve hastalıklarının tedavi edilerek sağlık kazandırılma işlemleridir. Bu işlemler sırasında uygulanan tedaviler ve bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bireysel sağlık üzerindeki en önemli etkisi, bu sağlık hizmetlerinden yararlanmaları veya tam tersi yararlanmamalarıdır (42).

Bireyler hastalıklarının tedavisi konusunda tıbbi ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmaması, daha önce tedavi görmüş oldukları diğer sağlık kuruluşlarından elde ettikleri bilgi ve deneyimler, içinde buldukları psikolojik durum, toplum içinde statüleri ve kaliteyi ne şekilde anladıkları konuları, koruyucu sağlık hizmetlerinden beledikleri hizmet sunumunu etkileyen faktörlerdir (43).

Koruyucu sağlık, rehabilitasyon, sağlığın geliştirilmesi ve tedavi hizmetleri sağlık hizmetleri kapsamında verilen sağlık hizmet sunumlarıdır. Gelişmiş ülkelerin en önemli özelliği vatandaşlarına sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kaliteli olmasıdır. Gelişmişlik sadece ekonomik olarak değil toplumsal sağlıkta dikkate alınarak değerlendirilmektedir (44).

Sağlık hizmetlerinin gelişimini sağlamak, sağlık hizmetleri tanımlarına yeni boyutlar katmak, sağlık politikalarını planlayanların ve sağlık sisteminde yöneticilik yapanların görevleri arasında bulunmaktadır. Planlayıcılar ve yöneticiler sistemsel

değişikliklerde bütün faktörlerin etkilerini göz önüne almak durumundadırlar. Sağlık sektörünün diğer sektörlerle bağlantısının güçlendirilmesi, toplumsal ve bireysel sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi sırasında diğer sektörlerde yer alan kurum ve kuruluşlar ile beraber hareket etmek gerekmektedir. Uluslararası sağlık örgütleri, ulusal sağlık sektörlerinin hem kendi ulusal sektörleri ile hem de uluslararası sektörler ile birliktelik göstermesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Temel sağlık hizmeti sunumlarının; bilime dayalı, uygulama esaslı, toplumun kabul edebileceği tedavi yöntemlerinin teknoloji ile desteklenmesi, toplumun her bireyine ulaşabilecek derecede güçlü bir ağa sahip olması, entegre halde olması gerekmektedir. Bilime dayalı olarak yapılmayan, geleneksel sağlık işlemleri güncelliğini yitirmiş işlemlerdir. Güncelliğini yitirmiş sağlık hizmet sunumlarında ısrarcı olmak toplumsal sağlığın bozulmasına neden olmaktadır (45).

Uluslararası ve ulusal sağlık hizmeti sunucularının asıl amaçları, toplumun sağlık hizmetleri taleplerini yerine getirmektir. Toplumun bireyelerine verilen sağlık hizmetlerinin yeterli olması sayesinde toplumsal ve bireysel sağlığın yakalanması sağlık yöneticilerinin asıl amaçları olarak gösterilmektedir (46).

Sağlık hizmetleri sunumları sayesinde bireysel ve toplumsal sağlığın korunması sağlanmaktadır. Bireylerin sağlıklarını kaybetmeleri ile başlayan süreci birey lehine çevirerek onu sıhhatine kavuşturmak sağlık hizmetleri ile gerçekleşmektedir. Sağlıklı hale geçme sürecini başaramayan sağlıklı bireylerin, hastalıkları süresince bedensel ve ruhsal sakatlıklarının yaşamlarına getirmiş olduğu eksikliği ortadan kaldırmaya yönelik çabalar gösterilmelidir. Toplumsal sağlık seviyesinin bulunduğu çağın sağlık sunum hizmetleri düzeyine ulaştırılması esas hedef olmalıdır. Bu çerçevede sağlık ile ilgili yapılan bütün çalışmalar sağlık hizmetleri olarak tarif edilmektedir (1).

Bireylerin sağlıklarını bozan unsurların ortadan kaldırılması, toplumsal olarak sağlığı bozucu etkilerden uzak durulması ve korunması, sağlıklarını kaybetmiş bireylerin sağlıklarına yeniden kavuşmalarının sağlanması, bedensel ve ruhsal olarak yeteneklerini kaybetmiş bireylere tekrar bu yetilerin kazandırılması için rehabilitasyona tabi tutulmaları sağlık hizmetlerinin tabi olduğu kanun gereğince ifade edilmektedir (47).

Bireysel ve toplumsal sađlđın korunması, bireylerin hastalanmaları sonucunda iyileştirilmeleri, eğer iyileşme sağlanamaz ise hastanın yaşamsal faaliyetlerini devam ettirebilmesi için, sağlık hizmet sunumlarının planlanması sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Verilen sağlık hizmet sunumlarının kalitesinin de yüksek olması gerekmektedir (48).

Sağlık hizmetleri; sağlık hizmetleri tarafından yürütülmektedir. Bireysel sađlđın korunması, sađlđıđa zarar verici unsurların ortadan kaldırılması, sağlıklarını yitirmiş bireylerin bakımlarının sağlanması, bedeni ve ruhi yetilerini kaybetmiş bireylerin rehabilite edilmeleridir (49).

Temel olarak sağlık hizmetleri bireysel sađlđın oluşturulmasını ve devamını amaç olarak edinmiştir. Bunun yanında hastalıklardan korunma önlemlerinin yaygın olmasına rağmen bireylerin sağlıklarını kaybetmeleri olasıdır. Sağlıklarını kaybetmiş bireylerin hastalıklardan kurtarılarak sağlıklarına kavuşturulmaları tedavi süreci ile gerçekleşmektedir. Sađlđına tam olarak kavuşamayan bireylerin, bedensel ve ruhsal eksiklikleri nedeniyle yaşamlarında normal insan gibi hareket etmelerine yönelik rehabilitasyon yöntemleri kullanmak sağlık hizmetlerinin amalarındanır (1).

Sağlık hizmet sunumlarında esas gaye insan ömrünün uzun tutulmasıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde yaşanan buluşlar sayesinde insanlara verilen sağlık hizmetlerinin de çeşitliliği sağlanmıştır. Çeşitli sağlık hizmeti sunumlarının bütün dünya ülkelerinde kullanım oranı farklı olması nedeniyle dünyada sağlık genel olarak ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde daha ileri düzeydedir (50).

Ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırmış oldukları denek miktarı farklılık taşımaktadır. denek miktarlarının farklı olması nedeniyle sağlık hizmet sunumları ve kaliteleri de farklılık taşımaktadır (51).

Özel ve Kamu sağlık kuruluşlarının bireylerin sağlıklarının devamını sağlamak amacıyla veya hastalıklarını tedavi etmek amacıyla yapmış oldukları çeşitli sağlık hizmet sunumlarına sağlık hizmetleri denilmektedir. Bu hizmet sunumları bireylerin sağlıklarının korunması ve hastalıkların teşhisleri, tedavileri ve bakımları olarak ayrıma tabi tutulmaktadır. Sağlık hizmet sunumlarının verilmesi bireysel ve kurumsal olarak yapılabilir. Özellikle gelişmiş ülkelerde daha fazla oluşan kurumsallaşma sağlık hizmet sunumlarında da meydana gelmiştir. Kurumsallaşma bir açıdan örgütleşme

anlamı taşımaktadır. Örgütlerin sağlık hizmet sunumlarının en yoğun yaşandığı ülkeler gelişmiş ülkelerdir. Sağlık hizmet sunumlarının özelliği nedeniyle sunumu yapılırken ekip tarafından yapılması gerekmektedir. Kurumsallaşma bu duruma yardımcı olan bir faktördür. Hizmet kavramının tanımsal açıklamaları sağlık hizmetleri tanımını tam olarak yapamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin tamamen insan odaklı hizmetler olması bu konuda hizmet kavramının tanımında sağlık açısından değişiklik meydana getirmiştir. Sağlık sektöründe hizmet özelliği sınıflandırmayı zorlaştırmaktadır. Ülkelerin kamusal ve özel sağlık kuruluşlarının toplumsal ve bireysel olarak sunumunu yapmış oldukları hizmetler sağlık hizmetleri niteliği taşımaktadır. Bireysel ihtiyaçların giderilebilmesinde destek sağlayıcı niteliği olan sağlık hizmetlerinin sunumunun gelir getirici olarak yapılmaması temel hedef olarak ele alınmaktadır. Ancak özel sektörün sağlık hizmetlerinde görev alması bu ilkenin rekabetçi piyasa şartlarına uyumunu gerektirmiştir (52).

2.1.4.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri özellikleri nedeniyle diğer sunumu yapılan hizmetlerden ayrı özellikler taşımaktadır. Bu özelliklerin açıklamaları aşağıda verilmiştir (53);

Sağlık hizmetlerinin bütünlük özellikleri:

Sağlık hizmetleri bir sistemler bütünüdür. Yardımlaşma türüdür. Kamusal ve özel sağlık işlemleridir. Sağlık hizmet sunumlarının arz edilmesini ve talep edilmesini kapsayan bir sistemdir. Kamu kurumlarını ve özel sağlık kurumlarını içinde bulunduran bir sistemdir. Sağlık hizmet sunumlarının sunuluş biçimlerine göre oluşan sistemleri de içine alan sistemdir (54).

Sağlık hizmeti sunumlarının toplumsal olması:

Toplumsal sağlığın devamının sağlanabilmesi için önem taşıyan sağlık hizmetleri, toplum içinde bütün bireyleri etkileyen hizmetlerdir. Özel sektörde sağlık hizmet sunumları yapması sağlık hizmet sunumlarının daha yaygın ve kaliteli olmasına neden olmaktadır. Devletçi düşüncenin devam ettirilmesine çalışan düşünce sistemi, sosyal devlet ilkesinden ortaya çıkmaktadır (55).

Sağlık hizmeti sunumlarının bireysel temel ihtiyaç olmama özelliği:

Bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için çeşitli ihtiyaçları bulunmaktadır. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi çerçevesinde insanların ihtiyaçları karşılandıkça diğer bir ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. İnsanların temel ihtiyaçları yaşamlarını sürdürmeleri için gerekli olan ihtiyaçlardır. Bu ihtiyaçların özelliği ertelenemez olmaları ve vazgeçilmezlikleridir. Sağlık ihtiyacı insan yaşamı için önemli olmasına rağmen temel ihtiyaçlar arasında sayılmamaktadır. Temel ihtiyaçlar arasında olmamasına rağmen insan yaşamını doğrudan etkileme özelliği taşıdığından önemli bir ihtiyaçtır (52).

Sağlık hizmeti sunumu taleplerinin esneklik özelliği:

Bireylerin temel gereksinimleri arasında yer almayan sağlık hizmetleri, ertelenme niteliği nedeniyle sağlık hizmet sunumları taleplerinde esneklik oluşturmaktadır. Bireylerin farklı sağlık anlayışları sağlık hizmet sunumlarının temel ihtiyaçlar arasında sayılmama durumu ile birleşmesi sonucunda ertelenebilmektedir (52).

Sağlık hizmetleri sunum taleplerinin önceden belirlenememesi:

Sağlık hizmet sunumlarının en önemli özelliği yapılacak sağlık hizmet sunum talebinin zamanının belli olmadığıdır. Hastalığın tedavi maliyetinin birey üzerine getireceği yük de önem taşımaktadır. Bireylerin sağlıklarının bozulmasına neden olan hastalıkların yerinin ve zamanının belli olmaması, talep edilecek sağlık hizmet sunumu zamanını da etkilemektedir. Bireylerin yaşam süreleri boyunca çeşitli hastalıklara yakalanma olasılıkları bulunmaktadır. Bu hastalıklar geçici hastalıklar olabileceği gibi, kronik hastalıklarda olabilmektedir. Bireysel sağlık hizmet sunumlarının verilme zamanını etkileyen bir diğer faktörde hastalığın kronik veya geçici olup olmadığıdır. Ülkelerin ekonomik yapılarına büyük oranda yük getiren sağlık hizmet sunum maliyetlerinin etkisinin azaltılabilmesi için yapılacak sağlık hizmet sunumları öncesinde toplumsal analiz ve çözümlenmelerin gerçekleştirilmesinde fayda bulunmaktadır (53).

Sağlık hizmetleri fiyatındaki değişmelerin talebi etkilememesi:

Ertelenme bütün sektörlerde meydana gelebilen bir durumdur. Bu durumun çeşitli sebepleri bulunmaktadır. Üretilen mal ve hizmetlerin üretim aşamasından teslim aşamasına ve hatta teslim aşamasından sonra sürdürülen garanti aşamasına kadar her

safhada erteleme durumları söz konusu olabilmektedir. Bunun yanında sağlık hizmet sunumları olarak adlandırılan sağlık işlemlerinin insan hayatının devamının sağlanması asıl amaç olduğundan kesinlikle ertelenmesi imkansızdır. Bireylerin bedensel olarak büyük acılar yaşadıkları sırada sağlık hizmeti hiçbir suretle ertelenememektedir. Sağlık hizmetlerinin ertelenmesi, kişilerde hayat kaybına veya sakat kalmaya neden olmaktadır. Ekonomik olarak tıbbi ödemelerin zamanında yapılması gelir kaybını azaltacaktır. İnsanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmet sunumuna hızlı ve kaliteli bir şekilde ulaşmaları gelişmiş toplumların sağlık göstergesi olarak ifade edilmektedir (52).

Sağlık hizmet sunumlarında homojenliğin sağlanamama özelliği:

Sağlık hizmet sunum talebinin zamanı ve yeri belirsizdir. İhtiyacın neden kaynaklandığı da teşhis sonucu belli olmaktadır. Hastalıkların bireylerde göstermiş olduğu etki bireylerin kendi bedensel dirençlerine göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle gösterilmesi gereken sağlık hizmet sunumlarında aynı düzeyde bir sunum yapılamamaktadır. Bireylerin bedensel dirençlerine, teşhis yapan hekimin kalitesine, kullanılacak teknolojinin özelliklerine göre sağlık hizmet sunumlarında homojenliğin sağlanması mümkün olmamaktadır (52).

Sağlık hizmet sunumlarının ikamesinin sağlanamaması:

Ekonomide mal ve hizmetlerden sağlanacak fayda konusunda ikame özelliği önemli bir yer tutmaktadır. İkame özelliği sayesinde tüketicilerin seçme özelliğine imkan sağlanmış olmaktadır. Sağlık hizmet sunumlarında ise verilmesi uygun görülen sağlık hizmetinin yerine başka bir sağlık hizmet sunumunun yapılması için hizmet ikamesi yapılmamaktadır. Sağlık hizmet sunumu yapılan hastaların kendilerine tavsiye edilen sağlık hizmet sunumu yöntemini kabul etmemeleri, hastanın kendi başına terk edilmesi, maliyeti yüksek olan hizmetten vazgeçilerek başka bir hizmet verilmemektedir (53).

Sağlık hizmet sunum fiyatları ile reel maliyetlerin bağlantısının zayıflık taşıma özelliği:

Sağlık hizmet sunumları, insan hayatı odaklı hizmetler olması nedeniyle değer biçilemeyecek kadar çok yüksek değerli hizmetlerdir. Ekonomide belirlenen fiyat ölçülerinin dışında tutulması gerekmektedir. Fiyat ve maliyet bağlantısının meydana

çıkması genellikle iki esas üzerinde görülmektedir. İlk esas sağlık hizmet sunumlarının özellikleri ile ilgili olanıdır. Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez olması, hizmet sunumlarının ne zaman ve ne şekilde talebinin gerçekleşeceğini bilinememesi, verilecek hizmetin ertelenememe özelliğinin olması, sağlık hizmetlerinin fiyat ve maliyet bağlantısının meydana çıkmasına engel olmaktadır. İkinci esas ise, sağlık hizmet sunumlarının ederlerinin ödemesinin genel olan bir sisteme göre yapılmasıdır (56)

Sağlık hizmet sunumlarında bireylerin sağlık hizmet sunumu isteklerinin hekimler tarafından belirlenmesi:

Günümüzün piyasa çeşitlerinden sayılan tam rekabet oranının bulunduğu piyasalarda tam bilgi sağlanmaktadır. Bunun yanında bilgiye ulaşma kolaylığı bulunmaktadır. Bu ulaşmanın maliyeti düşük olmaktadır. Tüketicilerin piyasalar hakkında bilgili olmaları bir varsayımdır. Burada satın alınabilecek mal ve hizmetlerin ne gibi yararlar sağlayacağını hesaplanmasının yapılabileceğidir. Tüketici mal ve hizmetlere yapacağı ödemeyi göze almaktadır. Sağlık hizmetlerinde ise böyle bir husus bulunmamaktadır (57).

Sağlık hizmet sunumlarının sosyal amaç taşıması:

İnsan hayatının sürekliliğinin asıl amaç olması nedeniyle sağlıklı hallerinin devam etmesi gerekmektedir. Bu gereklilik sağlık hizmet sunumları ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmet sunumları kar amacı güdülmeyip, sosyal amaçlı olarak yapılmaktadır (53).

2.1.4.3. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte sağlık hizmet sunumları algısında da değişiklik yaşanmıştır. Sadece hastalıkların tedavisi olarak görülen sağlık hizmet sunumlarının, kişisel, çevresel, çok büyük can kayıplarına yol açan virüslerle mücadele ve çevre bilincinin bütün insanlarda gelişmesi ile birlikte çevre sağlığı hizmetleri şeklinde sınıflandırmalara temel olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında üç temel esas; korunma, tedavi ve rehabilitasyondur. Sağlık hizmetleri tanımlarının oluşturulmasına destek olan bu üç temel işlem teknoloji ile kendini değiştirebilmektedir (58).

2.1.4.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireysel ve toplumsal sağlıkla ilgili, koruma ve geliştirme faaliyetleri çerçevesinde bireylerin ve toplumun sağlıklarına yönelik alınması gereken önlemlerin bütünüdür. Maliyeti son derece düşük sağlık hizmet sunumlarıdır. Kamunun ekonomik yönünü destekleyen yüksek etkili hizmetlerdir. Devletin sahip olduğu sosyal devlet ilkesi bu hizmetlerin devletin kendisi tarafından yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasında ki temel düşünce bu noktadan kaynaklanmaktadır. Kamu kesiminin sağlık hizmetlerini sürdürmede tekel olma ısrarı hizmetlerin topluma iletilmesi sırasında engellerle karşılaşılmasına neden olmaktadır. Kamu kurumları ve özel sağlık kurumlarının sağlık hizmet sunumları farklı ortamlarda gerçekleşmektedir. Toplumun geneline hizmet veren kamu sağlık kuruluşları, yapılan devlet planlamalarının yanlış gerçekleşmesi sonucunda işlevlerini tam olarak yerine getirememektedirler. Farklı kamu kuruluşları ile sağlık kuruluşlarının işlevsel olarak atıl kalmaları ortaya çıkmaktadır (59).

Toplumda meydana gelebilecek genel hastalık durumlarının ortadan kaldırılmasına yönelik çabalar Koruyucu sağlık hizmet sunumlarının hedefidir. Toplumsal hastalanma oranlarının indirgenmesi neticesinde, bu hizmetlerin yaygınlığı daha artış gösterecektir. Bireyin hastalığının tedavi edilmesi bu konuda genel bir toplumsal hastalanma durumunda koruyucu sağlık sunumu yapan sağlık çalışanlarına avantaj sağlamaktadır. Dışsal fayda koruyucu sağlık hizmetinin bir ürünü olarak tarif edilebilmektedir (60).

Koruyucu sağlık hizmet sunumlarında ana hedef toplumun hastalıklara direnç düzeyinin artırılması ve hastalanma oranlarında azalmanın sağlanmasıdır. Toplum içinde gelir düzeylerine bakılmaksızın bütün bireylerinin faydalanması bu hizmetin gereğidir. Bireysel tedaviler bu sağlık hizmet sunumlarının konusu dışındadır (61). Sağlık Evi, İşyeri Reviri, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Dispanserler, Laboratuvarlar, Çevre Sağlık Birimleri Türkiye’de koruyucu sağlık hizmet sunumlarının yapıldığı sağlık birimleridir (62).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin türü, kapsamının geniş olmasıdır. Toplumda annelerin ve çocuklarının sağlıklarının takibinin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi, hastalık riskinin oluşmasında aşılama hizmetlerinin

verilmesi, beslenme hizmetlerinin, bireysel sağlık ve temizlik eğitimleri verilmesi, evre kirlenmesinin önüne geçilmesi, işyerlerinde çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve beslenme desteklerinin üretiminde rehabilitasyonun sağlanmasıdır (63). Koruyucu sağlık hizmet sunumları illerde sağlık müdürlüğüne bağlı çeşitli müdürlükler aracılığı ile yürütülmektedir. Bunun yanında yukarıda sayılan sağlık birimleri tarafından da verilmektedir (64).

Bireye ve topluma yönelik sağlık hizmetleri; bireyler, dolayısıyla “toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde teşhis konularak, yıkımsız ya da en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanır” olarak tarif edilmektedir (58).

Bu gruptaki hizmetlerin bazıları ise (65);

- Erken tanı ve uygun tedavi, aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Ana ocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Bireysel hijyen.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin evre ile ilgili olan aşamasında, insan sağlığını çevreden etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır. Bu faktörler biyolojik, fiziksel ve kimyasal özellikler taşımaktadır. İnsanların yaşam ortamlarının yaşanabilir hale getirilmesi ve bu durumun devam ettirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin amaç olarak edildiği konudur. evre sağlığı hizmeti olarak ifade edilen bu hizmetler çok çeşitli özellikler göstermektedir. İnsanların yaşamlarının devamı için gerekli olan su ihtiyacının karşılanması için kaynak bulunması ve bu kaynaklarının kontrol altında tutulması, mal ve hizmet sunumları sırasında oluşan katı atık kontrollerinin sağlanması, çevreye zarar vererek insan hayatını tehlikeye düşüren canlı türleri ile mücadele etmek, gıdaların hijyenik olarak insanların kullanmalarına imkan sağlanması, büyük fabrikaların ürettikleri zehirli gazların atmosfere karışmasının engellenmesi ve hava kirliliği ile mücadele edilmesi, araç sayısının artmış olması ve makineleşme sayesinde artış gösteren gürültünün kontrol altına alınması, çalışanların buldukları iş ortamlarında sağlıklarının korunması, teknolojinin getirmiş olduğu bir ürün olan

radasyonun kontrol altında tutulması ve zararların engellenmesi, barınma ihtiyacının sağlandığı yerlerin sağlık için uygunluğunun kontrol edilmesi, mal ve hizmet üretimi yapılan sektörlerin bütününde sağlığın oluşturulması, nükleer tıpta kullanılan radyoaktif maddelerin kontrol altında tutulmasıdır (58).

2.1.4.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Sunumu

Bireylerin hastalanmaları veya sakatlanmalarında verilen sağlık hizmet sunumlarıdır. Bireyler hastalandıklarında çalışma güçlerini belirli bir süre veya devamlı olarak kaybedebilmektedirler. Bu kayıp bireylerin gelirlerinin durmasına da yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tedavi edicilik özelliği sayesinde bireylere yeniden gelir elde etmek için bedensel sağlık sağlanmaktadır (66).

Tedavi etmek, hastalanan bireylerin hastalıklarının ortadan kaldırılmasını sağlayan işlemlerdir. Bu hizmet sunumları birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayıp gereken en son sağlık hizmetlerine kadar devam etmektedir. Hastaların ayakta tedavilerinin gerçekleşmesi sağlık ocaklarının, dispanserlerin, ana ve çocuk sağlığı merkezlerinin görevleri arasında sayılmaktadır. Hastanelerin en önemli özelliği yatarak tedavi edilen sağlık kuruluşları olmalarıdır. Hastaneler kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri olarak ayrılmaktadır. Üniversite hastanelerinde ise araştırma yapmaya ve uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyulan hastalara sağlık hizmet sunumları yapılmaktadır (67).

Hastanın Kendi Kendine Bakımı

Hastanın, yakınlarının ve çevresinin hasta olan bireyin sağlığını tekrar kazanması için verdikleri tedavi şeklidir. Bu tedavi sırasında hastanın evinde yapılan ilaçlar ile birlikte ilaçların satışının yapıldığı eczanelerden de yararlanılmaktadır (68).

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri Sunumları:

Hastanın evde kendi kendine bakımının haricinde, ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği poliklinikler, muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezlerinde verilen sağlık hizmetleridir. İkinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kolaylaştırmaktadır (61).

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri Sunumları:

Hastaların yatarak tedavilerinin yapıldığı sağlık hizmet sunumlarıdır. Hastaların hastalıklarını tedavisinde kullanılan teknolojiye ve tıbbi bilgide yoğunluk aranmamaktadır. Yataklı sağlık kuruluşları yani hastaneler ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergede; devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri şeklinde ifade edilmektedir (70).

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri Sunumları:

Yoğun tıbbi bilginin ve teknolojinin gerektiği sağlık hizmeti sunumlarıdır. Bu hizmet sunumları üniversite hastanelerinde ve eğitim hastanelerinde verilmektedir. Hastalığın ileri derecede tetkik ve teknoloji gerektirmesi hallerinde bu hizmet sunumlarının yapıldığı yerlere hastanın sevki gerçekleştirilir (71).

Bu hizmetler; hastaların yaş durumlarına, cinsiyetlerine veya belirlenmiş bir hastalık türüne yakalanmış bireylere, hastalıkları hakkında verilmesi gereken imkânların en azamisinin verildiği sağlık hizmet sunumlarıdır. Bu hizmetleri özel dal ve eğitim hastaneleri vermektedir (72).

2.1.4.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri Sunumu

Hasta olan bireylere hastalıkları hakkında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunumları neticesinde sakat kalmaları, çalışabilirlik özelliğini kaybetmeleri hallerinde verilen hizmet sunumlarıdır. Yeniden çalışabilme ve hayatını sürdürebilme niteliklerinin kazandırılması hizmetlerine rehabilitasyon hizmet sunumları denilmektedir (73).

Bu hizmetlerin maliyetleri çok yüksektir. Uzun süre verilmesi gereken sağlık hizmetleridir. Yapılan tedaviler sonucunda elde edilecek sonucun ne şekilde olacağı tahmin edilememektedir. Kullanılan teknik araç ve gereçlerin fiyatı çok yüksektir. Sağladığı fayda açısından bakıldığında hem bireysel faydası hem de kamusal fayda esas alınmaktadır. Özellikle kamusal faydası çok önemli konularda görev yapan bireylerin hastalanmaları veya farklı bir hastalık geçirmeleri sonucunda hayatını kaybetmemesi açısından elde bulunan bütün imkânların kullanılması sonucunda bireyin yeniden sağlığını kazanması ve görevine dönmesi sağlanmaktadır (74).

2.1.5. Sağlık Hizmetleri Piyasası

Sağlık hizmet sunumlarının en önemli özelliği belirsizlik taşımasıdır. Mal ve hizmetlerin pazarlanması amacıyla rekabet ortamlarında piyasalar oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin de kendi özgün bir piyasası bulunmaktadır. Sağlık piyasasının özgün olmasının ve diğer piyasa türlerinden ayrı olmasının en önemli özelliği sağlık hizmetleri sunumu talebinin belirsizlik taşımasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmet sunumu ihtiyacının tüketiminin hemen gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği ise başka bir alternatif olmamasıdır (75).

2.1.5.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri

Sağlık hizmetleri piyasasının yapı ve işleyişi yönünden diğer mal ve hizmet piyasaları ile arasında büyük farklılıklar vardır. Bu piyasada hastalıklara karşı veya hastalandığında iyileşme amacıyla kişinin kendi eğilimine ve gereksinimine göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın alma özgürlüğü sınırlıdır. Hekim hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini değerlendirirken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik unsurlara değil, tıp biliminin olanaklarını ve kullanılabilir araçlarını göz önünde bulundurmaktadır. Hekimler hastalarını muayene ederken hastalarının mali olanaklarına bakmazlar. Bu piyasada tüketiciler (*hastalar*) vazgeçme, pazarlık etme, erteleme ve ikame etme gibi özgürlüklere sahip değildirler. Burada hasta hekime tam olarak bağımlıdır. Oysa diğer piyasalarda her türlü reklam ve tanıtıma karşın alıcının bağımlılığı sınırlıdır (76).

2.1.5.2. Sağlık Hizmetleri Arzı

Ekonomik anlamda arz, işletmelerin belli bir anda, belli bir piyasada veri fiyattan satmaya razı oldukları mal miktarı olarak tanımlanır. Rekabetçi yaklaşımla arz, bir malı üretmede kullanılan etkenleri alternatif alanlarda kullanılması halinde elde edilecek kazancın karşılaştırılması ile bulunur. Ancak, sağlık hizmetleri arzının kendine has özellikleri vardır. Her şeyden önce sağlık hizmetleri arzı sağlık personeli sayısı ve sağlık birimleri hizmet kapasiteleri ile sınırlı ve kısa dönemde genellikle sabittir. Bu nedenle sağlık hizmetleri arz eğrisi kısa dönemde düşey bir eğridir. Uzun dönemde, sağlık hizmetleri kapasitesinin artması ile sağlık hizmetleri sağa doğru kayar (77).

Geleneksel ekonomi yaklaşımının, “her arz kendi talebini yaratır” şeklinde ifade edilen Say Yasası, sağlık hizmetleri piyasasında tüm sağlık ekonomistleri tarafından genel kabul görmüştür (78).

2.1.5.3. Sağlık Hizmetleri Talebi

Talep satın alma gücü ile desteklenen satın alma isteği olarak tanımlanır. Böyle bir tanımın, sağlık hizmetleri için kullanılması uygun değildir. Çünkü sağlık hizmetleri önemli ölçüde sosyalleştirilmiş olup, genel sağlık sigortası uygulaması ile ya da yeşil kart sahibi olmak koşulu ile bireylerin gerek duyduğu sağlık hizmetlerini, satın alma gücü olmasa bile, talep etmesi mümkün kılınmıştır. Günümüz refah devleti anlayışı, sağlık hizmetlerini, temel bireysel hak olarak görmektedir. Dolayısıyla hasta bireyler gelir düzeylerinden bağımsız olarak sağlık hizmetleri talep etme hakkına sahiptir (79).

İnsanlar günlük yaşamlarını sürdürebilmek amacıyla sağlık hizmetlerini talep ederler. İnsanlar yaşamlarından zevk almalarını önleyecek ve daha önce yapabildikleri etkinlikleri yapamayacak bir durumla karşı karşıya kaldıkları zaman, tedaviye gerek duyacaklar ve sağlık hizmeti aramaya yöneleceklerdir. Bu tür gereksinime, kişinin kendisi tarafından fark edildiği için “hissedilen ihtiyaç” denir (80).

Sağlık hizmetleri talebi, fiyat değişmelerine karşı duyarlı değildir. Sağlık hizmetleri fiyatındaki düşüş talebi çok fazla artırmayacağı gibi, fiyatın yükselmesi de sağlık hizmetleri talebini fazlaca düşürmez. Daha teknik bir deyişle, sağlık hizmetleri talebi fiyat elastikiyeti düşüktür. Fiyatların yükselmesi ile hizmete olan talebin azalması, fiyatların düşmesi ile talebin artması gibi piyasaya özgü işleyiş sağlık hizmetlerinin doğasına uygun düşmemektedir (81).

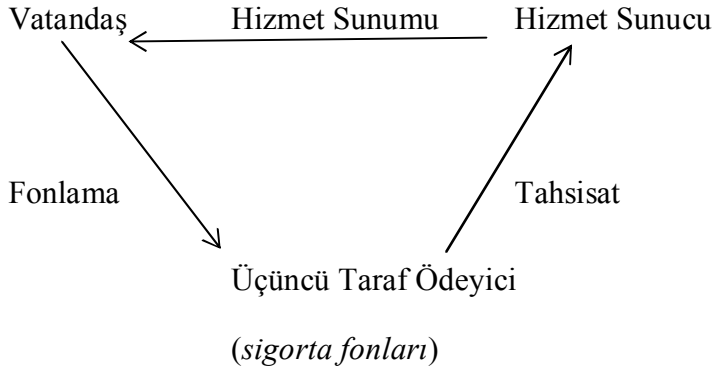
2.1.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Arz-Talep Fiyat Oluşumu

Günümüz sosyal refah anlayışı, sağlık hizmetleri maliyetinin giderek artan oranda, hasta dışında, sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ödenmesini gerektirmektedir. Özellikle kanser örneğinin de olduğu gibi tedavisi uzun süren ve pahalı teknolojilerin kullanılmasını gerektiren hastalıklarda, bu maliyetlerin tamamen hasta bireye yüklenmesi mümkün değildir (81).

2.1.5.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Genel olarak sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların eyleme geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (82).

Şekil 1. Sağlık hizmetleri üçgeni



Şekil 1, 81. Kaynaktan alınmıştır

Bir mal veya hizmet karşılığında en basit ödeme şekli doğrudan ödemedir. Burada tüketici (*birinci taraf*) bir mal veya hizmet karşılığını doğrudan hizmet sunana (*ikinci taraf*) ödemektedir. Sağlık sistemleri tarafından, hastalık durumunda doğan finansal tehlikeye karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf ödeyicileri geliştirilmiştir. Gerek özel gerekse bir kamu örgütü olabilen üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerine mali açıdan destek olmak için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara devredilmektedir. Sağlık sistemleri sadece hastalanmanın finansal tehlikesine karşı güvence sağlamakla kalmamış, zamanla bireylerarası yeniden dağıtım aracı durumuna da gelmişlerdir (83).

2.1.5.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları

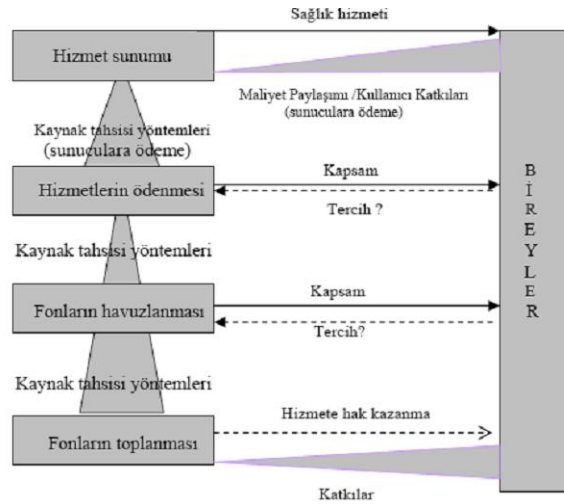
Sağlık Hizmetleri finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Bunun yanı sıra, oluşturulan bu kaynaklarını verimli bir şekilde kullanılması isteyen tüm bireylere finansal koruma sağlarken, finansmanda adil olmayı amaç edinmek ve kaynak oluşturma yöntemlerinin hane halklarını yoksullaştırmasının önüne geçmek hedefleri de bulunmaktadır (84).

Sağlık sistemlerinin sağlık finansmanına yönelik amacı, öncelikle herkese, yeterli düzeyde ve adil bir sistemle finansal kaynak sağlamak olmuştur. Ancak süreç içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların devamı için verimli kullanılmaları gerektiğini gündeme getirmiştir. Kaynak sorunundan dolayı cepten ödemelerin hemen tüm sağlık sistemlerinde varlığını devam ettirmesi ya da kullanıcı destekleri uygulaması ile yeniden gündeme gelmesi, bu yöntemle finansman sırasında hane halklarının yoksullaşmamasına dikkat edilmesi finansmanda adaleti sağlamak için kaçınılmaz kılmaştır (85).

2.1.5.5.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapmadır. Sağlık hizmetleri finansmanında gelir toplama; sağlık sisteminin iş görenlerden ve işverenlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecini belirtmektedir. Kimin hangi yöntemi kullanarak ne kadar bir ödeme gerçekleştireceği; bu ödemelerin kimleri ve neleri içereceği ve ödemeleri alacak olan kuruluşları kapsamaktadır (84).

Şekil 2. Sağlık finansmanının işlevleri ve toplum ilişkisi



Şekil 2, 81. Kaynaktan alınmıştır

Kaynaklar genel olarak hane halkları ve kuruluşlardan sağlanmaktadır. Gelir toplama yöntemleri; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, kişisel tıbbi tasarruf hesapları, sosyal sağlık sigortası primleri, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlardan

oluşmaktadır. Bu yöntemler aynı zamanda finansman yöntemleri olarak da tanımlanmaktadır (86).

Toplanan gelirlerin paydaşların sağlık hizmetleri kullanımını karşılığında hizmet verenlere devredilmesi, sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma olarak değerlendirilebilir. Fon havuzlayan ve ödemeleri gerçekleştiren kuruluşlar genelde aynı olmaktadır ve bu nedenle hizmet sunuculara kimin adına ödeme yapılacağı bellidir. Gelir toplama ve fon havuzlama metotlarındaki gibi, hizmet sunuculara ödeme şekillerinde de farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet veren kişilere ödeme şekilleri; hizmet başına, gün başına, olay başına, kişi başına ödeme ve ücret ödemeleri tarzında gerçekleşmektedir. Her ödeme şeklinin olumlu ve olumsuz tarafları da bulunmaktadır (87).

İki tür ödeme şekli belirlenmiştir, bunlardan pasif ödeme fatura karşılığı olan, stratejik ödeme ise dinamik ödeme biçimi olmaktadır. Hangi sağlık kuruluşunun ne tür ve kim tarafından ödeme yapacağı ise tartışılan bir konudur (88).

2.1.5.5.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin etkin ve rasyonel biçimde sunulması, büyük ölçüde finansal kaynaklara bağlıdır. Gelişmiş ülkelerde sağlığa verilen önemin artmasıyla birlikte sağlık harcamalarında sürekli bir artış meydana gelmiştir. Artan sağlık harcamaları karşısında ülkeler, sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunu öncelikle makro düzeyde ele almış ve yapılacak harcamaların hangi kaynaklardan (*kamu veya özel*) ve nasıl karşılanacağına ilişkin ilke ve esasları belirlemişlerdir. Mikro düzeyde ise işletme niteliğindeki sağlık kuruluşları, cari ve yatırım harcamalarını karşılayacak gelir sağlamaya ve fonların akışını düzenleyerek finansman kaynaklarını optimum biçimde kullanmaya çalışmışlardır (89).

Sağlık giderlerinin sağlık kuruluşlarında aşırı artış göstermesinin nedenlerinden en önemlileri son teknoloji elde etmek ve kaliteli sağlık çalışanı bulabilmektir. Sağlık kuruluşlarının bu giderleri kabullenmelerinin altında, insanlar tarafından sağlık hizmet sunumu taleplerinin fazlaşmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık kuruluşlarının buldukları sektöre bağlıdır (90).

Ülkelerin sosyoekonomik durumları, finans sağlama güçleri ve sistemleri, gelişmişlik düzeyleri, kültürleri sağlık hizmetlerinin finansmanında etkili olmaktadır. Kaliteli bir sağlık finansman sisteminin çeşitli özellikleri bulunmaktadır (91).

Bu özellikler;

Fakir bir sağlık sistemi olmamalıdır. Toplumun bütün sosyal kesimlerinin en fakirinden en zenginine kadar sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır. Devletler toplumlarının sağlık giderlerini karşılamak durumundadırlar.

Toplumsal ve bireysel finansman ihtiyacının ortadan kaldırılması gerekmektedir. İnsan hayatının son derece değerli olması nedeniyle, sağlık hizmetlerine yapılan giderler diğer hizmetlere yapılan giderlerden daha önemlidir.

Sağlık hizmetleri maliyetlerinin azaltılması yönüne gidilmelidir. Finansman sisteminin en önemli konusu kaynaktır. Kaynaktan kullanım yapılırken, sağlık hizmetleri giderlerinin de sabit olması sağlanmalıdır. Hastalara verilen sağlık hizmet sunumlarının yüksek maliyet taşımamasına özen gösterilmelidir. Hastaların ayakta bakımlarının sağlandığı birinci basamak sağlık hizmet sunumlarında tedavi edilmeleri için birinci basamak sağlık hizmetleri sunumlarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu güçlendirme tıbbi malzeme ve sağlık çalışanı olarak sağlanmalıdır.

Sigorta sisteminin hastalara sağlamış olduğu avantajların hekimler tarafından kazanç kapısı olarak görülmesinin önüne geçilmelidir. Malpraktis uygulamalarının azaltılması yönünde hekimlerin yapmış oldukları tıbbi giderler devamlı kontrol altında tutulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı nedeniyle oluşabilecek yüklü vergi ödemelerinden olabildiğince kaçınmak gerekmektedir. Vergisel yükün sağlık çalışanları üzerinde ve hastalar üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansman sistemi kullanıcılar tarafından son derece rahatlıkla kaynak kullanımı sağlayabilecek özelliklere sahip olması gerekmektedir. Denetim mekanizmasının güçlü olması sayesinde kullanıcıların yapacakları kullanımlar kontrol edilebilecektir.

Finansman sistemlerinin güçlü ve kullanılabilir olması, sağlık çalışanları, hekimler ve toplum tarafından kolayca kabul edilmesine neden olacaktır. Finansman sisteminde uygulama kolaylığı kabul edilebilirlik durumunu destekleyecektir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesi olmaktadır. Sağlık giderlerinin finansmanı, 1960'lı yıllardan sonra Planlı Kalkınma Dönemi'yle birlikte ağırlıklı olarak devlet bütçesinden sağlanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal boyutta nitelendirilmiş bir asgari sağlık hizmetler paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini teklif etmiştir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının finansmanında devletin payı büyük olmaktadır (92).

Sosyal sigorta olarak ifade edilen sağlık finansman sisteminin kaynakları devlet, işveren ve işçidir. İşçilerin ve işverenlerin yaşlılık hallerinde, sakatlık durumlarında ve emekliliklerinde gerekli sağlık desteği devlet tarafından sağlanmaktadır. Son yıllarda özel sağlık kuruluşları da bu zincire dâhil olmuşlardır.

Türk sağlık sisteminde, bireylerin hastalanmalarından doğabilecek risk faktörünü en aza indirebilmek için devlet tarafından İkinci Dünya Savaşı sonrasında itibaren çok çeşitli kanunlar çıkarılmış ve Türk toplumunun sağlığı korunmaya çalışılmıştır. Bu kanunlar kısmi koruma kanunları olmasına rağmen, zamanla bütün toplumu kapsayan kanunlarda çıkarılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumları'nın farklı çatılar altında toplanması sonucunda her kesim farklı farklı hastalık riskini finansal korumaya almıştır. Çeşitli politik baskılar sonucu kurulan bu kuruluşlar daha sonra çıkarılan kanunlarla tek çatı altında toplanmış ve toplumun geneli sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (93).

2006 yılında kabul edilen 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, tek bir finansman kuruluşu ile tüm vatandaşların sosyal sigortacılık yoluyla sağlık güvencesine kavuşturulmasını amaç edinmiştir (91).

Türk sosyal güvenlik sisteminin temel taşlarından olan bu kanun ile birlikte özellikle T.C. Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu tek çatı altında birleştirilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu adını almıştır. Bu kurumlarda siyasilerin oluşturmuş olduğu kadrolardan kaynaklanan aşırı kadro fazlalığı eritilmiş ve politize olmuş sosyal güvenlik, görevini yapar hale getirilmiştir. Özellikle bütün toplumun

zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmış olması, sosyal güvenlik ruhuna hizmet etmektedir. Devletin yapısal değişikliği sayesinde meydana gelen finansal kaynakların etkin kullanımı genel sağlık sigortasının finansmanını da kolaylaştırmıştır (94).

Sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda genel vergilerin önemli bir rolü bulunmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı genellikle “sağlık yardımı” mantığı ile işlemiştir. Vergilerle finansmanın en önemli uygulaması *Yeşil Kart*’tır. Bunun dışında bazı özel yasalarla bazı nüfus gruplarına sosyal sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür. Vergilerle finans sistemlerinin doğması 1920’li yıllara rastlamaktadır. Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın üstünlüğü; yönetimde ölçek ekonomisinden yararlanmaktadır (95).

Ülkelerin en önemli gelir kaynakları kendi toplumundan aldığı vergilerdir. Bu vergiler sayesinde topluma verilecek olan hizmetlerin finansmanı sağlanmaktadır. Vergilerin toplanmasında amaç iki türdür. Birinci amaç olan genel amaç, vergilerin çeşitli hedefler için kullanılmasını sağlamaktadır. Diğer amaç olan özel amaç ise, sağlık sektörü için toplanan vergilerdir. Vergilerin finansal destek sağlaması ile kamu yatırımları yeniden gerçekleşmeye başlamıştır (96).

Özel finansman kaynaklarının bilinen en eski tarzı cepten ödemelerle gerçekleşmektedir. Hastalığın finansal riskine karşı koruma düşüncesi özel sağlık sigortacılığını yaratmıştır. Hastalık riskine karşı finansal açıdan koruma sağlayan özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemlerinin ortaya çıkması ve yaygın hale gelmesi, cepten ödemelerin finansmandaki önemini zaman içinde azaltmıştır. Ancak 1970’li yıllardan itibaren başlayan sağlık harcamalarındaki hızlı artış ve dünya genelinde yaşanan makroekonomik yönden yaşanan daralma gibi sorunlar ile temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları, ek kaynak yaratma ve kaynakların verimli kullanılması ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu gereksinim, kullanıcı desteği ve gayri resmi ödeme gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur (97).

Doğrudan yapılan ödemeler: Bu tip ödemeler sosyal güvence kapsamında olmayan sağlık hizmet sunumları için yapılmaktadır. Bunun yanında hizmeti alabilmek

için çok zaman harcadığı durumlarda bu durum söz konusu olmaktadır. Özel sektörün dış ve tahlil laboratuvarlarında uygulanır.

Kullanıcıların katkı biçimleri: Kullanıcıların katkılarının iki türlü yapılmasıdır. Yapılan sağlık harcamalarına daha fazla finans sağlamak veya verimliliğin artırılması içindir. Bu tip katkıların yapılmasının asıl nedeni sağlık harcamalarında düşüşün yaşanmasıdır. Ayrıca tam tersi olarak yapılan harcamaların yüksek olmasıdır (98).

Gayri resmi yapılan ödeme türleri: Bu tür ödemelerde kayıt bulunmamaktadır. Yasal yönleri olmamaktadır. Doktorların tedavilerinde kendilerine verilen hediyeler ya da parasal ödemelerdir. Burada amaç doktorların etkilenmesidir. Etkileme ile daha iyi hizmet almak isteği vardır.

Finansman sağlama açısından özel sağlık sigortalarının da rolü büyüktür. Bu tip sigortalama işlemlerini yürüten sigorta şirketlerinin farklılıkları; yerlerine, prim hesap biçimlerine ve yapılacak yardım türlerinin ne şekilde olacağını tespit şekline göredir. Bunların dışında yaptıkları işlere göre de ayrılmaktadırlar. İşlere göre ayrılmada tekrar ikiye ayrılmaktadır. Bu sigortalar tamamlayıcılık özelliği olan veya başka bir sigortanın yerine kullanılabilen sigortalardır. Bunlar özel sigortalardır. Prim hesap biçimlerine göre özel sigorta ise üçe ayrılmaktadır. Kişisel, grup halinde ve toplum halinde oluşabilecek risklere göre tespit edilen özel sağlık sigorta türleridir. Yerlerine göre sigorta şirketleri ise, kar hedefli olup olmama esasına göre özel sağlık sigortalardır (99).

Kuramsal olarak özel sağlık sigortası düşüncesi az gelir sahibi, bedensel ve zihinsel engeli olan, bu tip sigortaya erişmesi zor olan bireylerin tüketmelerine olanak sağlanmasıdır. Finans sağlamak için toplumda gelir seviyesi yukarılarda olan bireylerin özel sağlık sigortası kullanmalarına müsaade edilmektedir. Bunun yanında karlılık gayesi ile dünyada yaşanan yeni gelişmeleri takip etmesi sonucunda elde ettiği avantajları müşterilerine yansıtmasıdır (100).

2.1.5.5.4. Sağlık Hizmetleri Finansman Reformuna İhtiyaç Duyulmasının Nedenleri

Kaynaklar sağlık sektöründe kısıtlıdır. Kısıtlı olan bu kaynaklarla sağlık giderleri karşılanamamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmet sunumlarında öncelikler

belirlenmelidir. Kısıtlı olan kaynaklar etkin ve verimli olarak kullanılmalıdır. Toplumsal olarak sağlık gelirinin yüksek olarak elde edilmesi kaynakların kullanımına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin toplumun bütün kesimlerine eşit olarak dağıtılması da sağlık hizmetlerinin kaynak kullanımını ile ilgilidir (101).

Günümüzün bilgi ve iletişim teknolojisi bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de uygulanmaktadır. Toplumsal bilgi düzeyinin yükselmesi sayesinde, hastalıkların teşhis ve tedavisinde kolaylık yaşanmaya başlamış ve bireylerin yaşam sürelerinde uzama görülmeye başlanmıştır (102).

Ülkelerin vatandaşlarının sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları gelişmiş düzeylerini göstermektedir. Sağlık harcamalarında yükselmeler sayesinde sosyal güvenlik hizmetleri bütün topluma yayılmıştır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin pahalı olması bireylerin giderlerini artırmıştır. Sağlık hizmet sunumu yapan sağlık kuruluşları, toplumsal sağlığın devamı için değişik olanaklar aramaya başlamışlardır. Toplumsal sağlığın devamı için sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi çözüm şıklarından biridir. Adil sağlık hizmetlerinin dağıtımı, verimli sağlık hizmetleri verilmesinin önüne geçmelidir (103).

Gelir dağılımındaki dengesizlik, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki en önemli sorunlardan birisidir. Toplumda sağlık hizmetini alabilme açısından her kesimde farklılıklar yaşanmaktadır. Kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan ödenek de gereksinimin oldukça aşağısında kalmaktadır. Hastane sağlık hizmetlerinin maliyeti de giderek artış göstermekte, ancak sağlık hizmetlerinin payı sabit kaldığından finansman sorunları da süreç içinde daha da artmaktadır. Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları en büyük paya sahip olmakta ve ilaç maliyetleri hususunda devletin uyguladığı politikalar da yetersiz kalmaktadır (104).

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanı reformu gereksinimi şöyle de özetlenebilir (105):

- Sağlık harcamalarında kamu kesiminin payı yüzde 70'in üzerinde olmakta ve özel kesim sağlık harcamalarına, sağlık hizmetleri sunumunun çeşitli unsurlara bağlılığı, kârlılık oranı, piyasa büyüklüğü gibi nedenlerle destek verememektedir.

- Devlet gerek doğrudan gerekse dolaylı olarak (*sosyal güvenlik kuruluşlarına transfer aktarım harcaması olarak*) her yıl daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır.
- Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Yeşil Kart, T.C. Emekli Sandığı, vakıf konumunda ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları nüfusun yaklaşık yüzde 85,4'üne sağlık yardımı yapmaktadır. Ancak sözü geçen kurumlarda alınan prim oranları ve sağlık yardımları farklı uygulanmaktadır. Başka bir deyişle, sağlık finansmanı ve hizmet sunumu yapısı parçalı olmaktadır.
- Kişi başına gelirin düşük olduğu Türkiye'de, kişilerin özel sağlık harcamalarının sınırlı olacağı ve sağlık hizmetlerini devletten bekleyeceği belirgindir.
- Özel sağlık sigortasında sigorta şirketlerinin elinde sağlıklı bilgilerin olmayışı, uygun tarifenin bulunmasını zorlaştırmakta, uygulanan tarifeler ya sigorta şirketi ya da sigortalı aleyhine olmaktadır. Net risk primini etkileyen yaş, cinsiyet, güvence türü, güvence kullanım maliyeti, katılım oranı gibi unsurlar hakkında sağlıklı bilgiler ve istatistiksel veriler yeterli olmamaktadır.
- Özel sağlık sigortası olan kişiler sınırlı sayıda sağlık hizmetleri olanaklarından yararlanmakta zorluk çektiği için yine devlet ve üniversite hastanelerine başvurmaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortasıyla daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyen kişiler yine devlet ve üniversitelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.
- Sağlık güvencesinin tolumun genelinde az olması nedeniyle verilen sağlık güvencesi güven konusu açısından itibar görmemektedir.
- Yapılan sağlık hizmeti sunumlarında eşit davranılmamaktadır.
- Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan sağlık harcamaları önemli miktarlardadır. Bu nedenle kaynak kullanımında dengesizlik ve verimsizlik yaşanmaktadır.
- İkinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yataklı sağlık kuruluşları olan hastaneler verimsiz olarak çalışmaktadırlar.
- Yapılan ödemelerin kayıt dışı olma oranları yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu sağlık hizmetleri bütünlük içinde yürütülmemektedir.
- Sağlık güvencesinin gereği olarak yapılan genel sağlık sigortasının uygulanması aşamalarında aksaklıklar yaşanmaktadır (106).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile ülkemizde sosyal güvenlik sisteminde bütünlük sağlanmıştır. 506 sayılı kanuna tabi olan işçilerin, Emekli Sandığı'na ve Bağ-Kur'a tabi olan çalışanların tek bir çatı altında toplanması sağlanmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu adı verilen bu kuruma tabi olmayan bireyler ise genel sağlık sigortası kapsamına alınmışlardır. Yeşil kart sahibi olan bireyler genel sağlık sigortası kapsamındadırlar. 5510 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı'nda yapısal değişiklik meydana gelmiştir. Yapısal değişiklik işlevleri ile ilgili değişikliği de beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmet sunumlarının finansmanının ne şekilde sağlanacağı belirlenmiştir.

2.1.5.5.5. Türkiye'de Genel Sağlık Sigorta Sistemi Çalışmaları

Genel Sağlık Sigortası sistemi ile sağlık hizmetlerinin kapsamı tüm vatandaşlar için Emekli Sandığı sigortalılarına sunulan düzeye yükseltilmiştir; bu suretle, özellikle Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur'lulara sunulan sağlık hizmetinin kapsamı artmıştır. Bununla birlikte Genel Sağlık Sigortası sistem olarak Emekli Sandığı uygulamalarından önemli farklılıklar göstermektedir (108).

5510 sayılı Kanun sosyal sigorta yardımları ile sağlık hizmeti verilmesini birbirinden ayırmıştır (109).

Bireylerin karşılaşılabilecekleri hastalıklara karşı tedbirlerin alınması sağlık sigortalarının genel amacıdır. Çeşitli sağlık koruma hizmet sunumlarının sağlanarak bunun bütün topluma yaygınlaştırılmasıdır. Hastalıklarla mücadelede erken teşhis ve tedavinin getirmiş olduğu mali ve sıhhi fayda göz önünde tutulmaktadır. Kaynak savurganlığına engel olmaktadır. Genel verilen sağlık sigortaları sayesinde hastane müracaat sayısında düşüş yaşanmakta ve yoğunluk azalmaktadır (110).

Hastalıklar nedeniyle doğabilecek risklere karşı toplumsal olarak bireylerin korunmasını sağlayan sistem genel sağlık sigortasıdır. Bireylerin maddi güçleri ve hastalıklardan korunma isteğinde bulunup bulunmamaları dikkate alınmamaktadır (111).

Kurumsal olarak tanım yapmak gerekirse, genel sağlık sigortası, toplumda yaşayan insanların tümüne sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve

hizmeti alacak kişilerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir (112).

Genel Sağlık Sigortası, öncelikle bir hizmet sunum modeli değil bir finansman modelidir (113).

Kaliteli sağlık hizmetini bir sosyal insan hakkı olarak gören genel sağlık sigortasının oluşturulmasının temel sebebi; etkili bir yönetim sonucu, hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırarak, vatandaşlarımıza kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında, sağlık harcamalarında meydana gelecek önemli tasarruftur. Genel Sağlık Sigortası sayesinde herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilecektir. Genel Sağlık Sigortası'nın amaçları genel olarak; bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine aktif bir şekilde, sosyal insan haklarına uygun olarak ulaşmalarını sağlamak, sağlığın finansmanı oluşturulurken ayrılan sağlık harcamalarının etkin kullanımını oluşturmaktır (114).

Toplumun geneline yaygınlaştırılması esas olan sağlık hizmet sunumlarının, toplum tarafından erişilmesini kolaylaştıracak tedbirlerin alınması gerekmektedir. Erişim eşitliği sağlanmalıdır. Sağlık hizmet sunumlarının kalitesinin artırılması sağlanmalıdır. Toplumun genelini esas alan sigorta sayesinde gelir düzeyi son derece düşük olan bireylerin sağlıklarının devlet tarafından korunması sağlanmaktadır. 18 yaşından küçüklerin genel sağlık sigortasından yararlanmaları sağlanmıştır. Bu çocuklarının ailelerinin sigorta prim borcu olsa dahi çocuklar bütün sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Prim yatırmada sağlanan düzen sayesinde sağlık sigorta finansmanı sağlanmaktadır. Çalışan primleri işverenlerce, kendi işi olanların kendileri tarafından, gelir düzeyi düşük olanların primlerini ise devlet yatırmaktadır. Bu şekilde sosyal adaletin sağlanarak tüm topluma sağlık hizmet sunumlarının ulaştırılması hedeflenmiştir (115).

2.1.5.5.6. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Proje Kapsamında Gerçekleşen Uygulamalar

Türkiye'de 2002 yılından itibaren birçok alanda olduğu gibi sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında da radikal reformlar yapılmaya başlanmıştır. Bu reformların başlangıcı 2003 tarihine dayanmakta ve gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu kapsamındaki temel reform bileşenlerinden en önemlisi de sağlık finansmanı olmaktadır. Sağlık finansmanı reformu ile, parçalanmış bir bünyeye sahip

sağlık hizmetleri finansman sisteminden doğan sorunlarla başa çıkmak ve bütün nüfusu bu kapsam içine alacak global bir sağlık boyutu güvencesi sağlamak, aynı zamanda da mevcut sağlık güvencesi projelerini tek çatı altında birleştirmek hedeflenmiştir (116).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın; Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumları'nın tek çatı altında toplanması, Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Sigortası olmak üzere üç ana bileşeni bulunmaktadır (117).

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ise, tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine gereksinimi ölçüsünde erişmeleri, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili ayrımlılıkların azaltılması anlamına gelmektedir (118).

Program AB uyum yasaları çerçevesinde ülkemizin sağlık politikalarının ne şekilde olması gerektiğini planlamıştır. Çıkarılan kanunlar sayesinde sağlık mevzuatı uyum açısından hedefleri yakalamıştır. Genel sağlık politikalarını belirleyen Dünya Sağlık Örgütü'nün politikalarının oluşturduğu hedefler, AB'nin katılım için getirdiği kurallar ve ülkemizin yöneticilerinin oluşturduğu genel sağlık politikalarıdır. Bu sayede bütün tecrübeler ve mevzuat uyumu sağlanmış olmaktadır (119).

Geçmişte Türkiye kamunun sağlamış olduğu sağlık hizmetleri nedeniyle ekonomik sıkıntılar yaşamıştır. Bu sağlık gideri artışı ülke ekonomisine oldukça fazla yük getirmiştir. Yapılan sağlık harcamaları dünya ülkelerinin bağlı oldukları ekonomi kuruluşlarının istatistiklerinde, ülkelerin gayri safi milli hasıllarına göre yapılan ortalamalarda en az sağlık harcamasının yapıldığı ülkeler arasında ilk sıralarda yer almıştır. Ancak son yıllarda ülkenin sağlık politikalarını yönlendirenlerin yapmış oldukları doğru planlamalar sayesinde dünya ülkeleri içinde sağlık harcamaları açısından önemli bir yere gelmiştir (120).

2000-2010 yılları arasında yapılan sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı %5'den %6'ya yükselmiştir. Kamunun sağlamış olduğu sağlık hizmet sunumlarının maliyeti ise %3'den %4,5'e artış göstermiştir. Sağlık harcamalarında yaşanan artışının ölçülmesi, ölçüm yapılan dönemdeki reel artışın esas alınmasıdır. 2000'li yıllardan önce yapılan sağlık harcamalarının gayri safi hasılaya oranı ile 2000'li yıllardan sonra yakalanan artış arasında önemli farklılıklar yaşanmıştır. %3'lerin altında

yapılan sağlık harcamalarının günümüzde gayri safi milli hasılaya oranı %4'lerin üstüne yükselmiştir (121).

Türkiye'nin ekonomik ve sosyal ölçümlerini yapmadan sadece bazı ülkelerin standartlarını dikkate alarak yapan uluslararası bazı vreler, yapılan gayri safi milli hsılaya göre sağlık harcamaları ölçümlerini, kendi ekonomik ve sosyal düşüncelerine göre yapmaları nedeniyle düşük gösterilmektedir. 2000'li yıllardan günümüze dek yaşanan gelişmelerin ne derece olduğu görülmektedir. Kamu harcamalarının sağlık harcamaları yönünde yaşanan artışı, diğer ülkelerin artışlarından fazla olmaktadır. Bunun en güzel göstergesi, dünya ülkelerinden ülkemize sağlık ve tedavi işlemleri açısından gelen insanlarda yaşanan fazlalaşmadır. Reel göstergelerin neler alınması gerektiği konusunda dünya ülkeleri arasında farklı düşüncelerin bulunduğu anlaşılmaktadır (122).

2.1.6. Sağlık İhtiyacının Belirlenmesi

Sağlık ihtiyacının belirlenmesi, sağlık hizmetleri planlamasının en önemli adımlarından birisidir. İhtiyaç genel anlamda gerekli olan, beklenen ya da yararlı olan bir Şeyin azlığı; bir organizmanın sağlıklı olması için fiziksel ve psikolojik gereklilik; destek gerektiren bir durum, az olan, zorunlu olan bir Şeyin gerekliliği şeklinde değerlendirilebilir. Sağlık ihtiyacı daha sağlıklı bir topluma ulaşmak amacıyla yakından ilgilidir ve sosyoekonomik konum, konut, barınma, vre, kültürel ve sosyal yapı, örf ve adetler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (123).

Sağlık ihtiyacı kavramı nesnel ve öznel sağlık ihtiyacı olarak düşünüldüğünde; yazarlar sağlık hizmeti ihtiyacı ile hizmet talebi arasındaki farkı ortaya koymaya çalışmışlar ve sağlık ihtiyacını "sağlık hizmeti sunan hekimlerin bireyin sağlıklı olması ya da bozulan sağlık konumunun düzeltilmesi amacıyla alması gerektiğine inandığı sağlık hizmeti miktarı" olarak tanımlamışlardır (124).

2.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Bireysel, ailenin ve toplumun sağlık düzeyinin sürdürülmesi, sağlıklı olmalarının sağlanması ve buldukları sağlık düzeyinden daha üst seviyelere çıkarılması sağlık hizmetlerinin kullanımının sağlanması ile gerçekleşecektir. Koruyuculuk sağlayan sağlık hizmetleri ve tedavi ve rehabilitasyon sağlayan sağlık

hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin kullanımını talep edenler tarafından gerçekleşmektedir. Bu hizmetlerin kullanım oranı ile verimlilik, ulaşılabilme ve değerlendirme işlemleri yapılabilmekte ve hizmetlerin kalitesinin artışı sağlanabilmektedir (123).

Bir kişinin ya da grubun sağlık hizmeti elde edebilme gúcü olarak tanımlanmaktadır. Belirli bir toplumda mevcut olan hizmetlerin türü ve miktarı ile ihtiyaç duyulan hizmetlerin türü ve miktarı aynı bile olsa, ihtiyacı olanlar gerekli bakımı göremeyebilirler. Bu da sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda önemli bir konudur. *Kullanım* sadece hizmeti sunanın (personel ve olanaklar) özellikleri, alıcının özellikleriyle uyuştuğu zaman meydana gelir (125).

Sağlık hizmetleri kullanımının bireysel belirleyicileri üç gruba ayrılmaktadır:

Bireyin hizmetleri kullanmaya yatkınlığı;

Bazı bireylerin diğerlerine oranla daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim belirli bir hastalığın başlangıcından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenir (97).

Hizmetleri elde etme olanağı;

Bireyler, sağlık hizmetlerini kullanmaya yatkın olsalar bile, bu hizmetlerden yeterince yararlanamayabilirler. Bunun için, sağlık hizmeti kullanımı bakımından bir ailenin ihtiyaçlarını karşılamasına olanak tanıyan koşulların bulunması gerekir. Bireyin hizmet elde etmesi ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı etmen denmektedir (126).

Hastalık düzeyi (ihtiyaç);

Diğer koşulların oluştuğunu varsaydığımızda bile, sağlık hizmetlerinin kullanılabilmesi için bireyin ya da ailesinin hastalığın ya da hastalanma olasılığının farkına varması gerekir. Hastalık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımının en güçlü nedenidir (130).

2.1.7.1. Algılanan Sağlık Etkileyen Faktörler

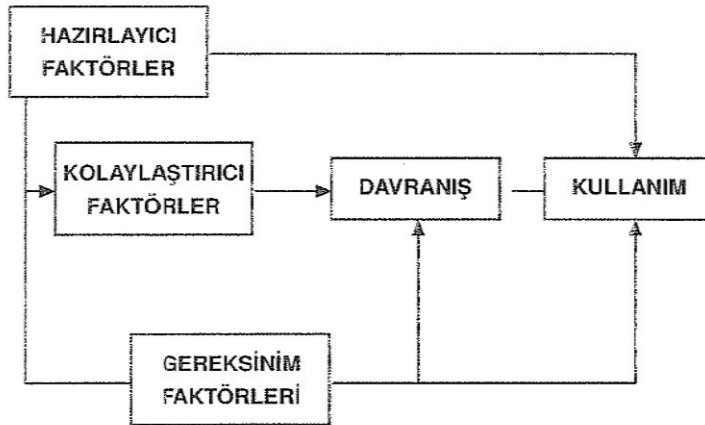
Bazı araştırmalarda, yaş arttıkça sağlık algısının olumsuzluk kazandığı da görülür. Söz gelimi, 15-24 ve 25-34 yaş gruplarında genel sağlık algısı olumlu bireylerin oranı ileri yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu ifade edilmektedir (127).

Ayrıca diğer taraftan kadınlar erkeklere göre sağlıklarını çok daha fazla olumsuz algılamaktadırlar. Nitekim araştırmalarda kadınların daha düşük mortalite oranlarına sahip oldukları, buna karşılık erkeklere göre daha fazla depresyon, psikiyatrik bozukluk, stres ve kronik hastalık yaşadıkları belirlenmiştir (128).

2.1.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı Etkileyen Faktörler

Kişilerin sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen etmenler çeşitlilik gösterir. Sağlık arama davranışı toplumsal ve kültürel özelliklere, sağlığa ilişkin değer ve normlara, sağlık hizmeti olanaklarına göre farklılıklar gösterir (30).

Şekil 3. Sağlık hizmeti kullanım süreci



Şekil 3, 121. Kaynaktan alınmıştır

2.1.7.2.1. Sosyoekonomik Özellikler

Gelir genellikle talep ile doğru orantılıdır. Zira gelir arttıkça talep edilen sağlık hizmeti ya da malı miktarında artış beklenmektedir. Bunun yanı sıra, gelir düzeyinin genel pratisyen hizmetleri ve uzmanlık hizmetlerini kullanmada pozitif bir etki

gözlemlenirken, acil hizmetleri kullanmada ve hastane kabulünde ters bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (129).

2.1.7.2.2. Demografik Özellikler

Demografik değişkenlerden yaş ve cinsiyet sağlık ve hastalıkla yakından ilgili olmasına rağmen, bunlar kendiliğinden sağlık bakımı arama nedeni olarak düşünülmediğinden eğilim unsuru içinde yer almaktadır. Ancak farklı yaş gruplarındaki insanların hastalıklarının türü ve miktarı farklıdır ve sonuçta farklı modellerde tıbbi bakım alırlar (123).

2.1.7.2.3. Kamusal Özellikler

Yine kırsal bölgelerde yaşayanların daha çok geleneksel sağlık hizmetleri kullanımına yönelik olduğu görülmektedir. hizmeti talep eden bireyin hizmeti satın alma noktasında ödediği ücretin düşük olması hizmetin satın alma kararını etkileyen önemli bir faktör olarak kendini göstermektedir. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, bazı sağlık hizmetlerinin fiyatı arttıkça bu hizmeti kullananların sayısı azalmaktadır. Özellikle hizmetin fiyatı kişilerin tercihlerini önemli ölçüde belirlemekte ve taleplerinin miktarını ya da türünü değiştirmelerine neden olabilmektedir. Hizmet sunumunda bir çok defa karşılaşıldığı gibi, geliri düşük bireyler kendilerine yazılan bir enfeksiyon reçetesinden sadece paralarının yettiği ilaçları satın alabilmekte, bu da çoğunlukla antibiyotikler değil, ateş düşürücü, öksürük şurubu gibi hastayı semptom yönünden rahatlatıcı ilaçlar olmaktadır (130).

2.1.7.2.4. Aileye İlişkin Özellikler

Sağlık sigortası, hastanın sağlık hizmeti ile karşılaştığı noktada sıfır olmasa da sıfıra yakın bir fiyatla hizmet alımını sağlamaktadır. Bu kaçınılmaz olarak hasta davranışını yani talebi etkileyen bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Talep açısından değerlendirildiğinde ise sigorta bireyin davranışını iki şekilde etkileyebilmektedir. Bunlardan ilki sigorta yapıldıktan sonra sigorta yapılan durumun ortaya çıkma olasılığının artmasıdır. Bireyin sigorta edildikten sonra bunun verdiği rahatlıkla özellikle koruyucu hekimliğe yönelik bazı uygulamalardan vazgeçmesi ya da tehlikeli spor yapma, sigara içme gibi etkinliklere girişmesinin mümkün olduğu ifade

edilmektedir. Koruyucu hizmetlerden uzak kalma eğilimi gösteren bireyin de tedaviye ilişkin sağlık hizmetlerini kullanma olasılığı artmaktadır (131).

Yapılan bazı çalışmalar da kişinin düzenli bakım kaynağının, başka bir anlatımla, hastalandığında ya da sağlığı konusunda danışmak istediği zaman genellikle gittiği belirli bir kişi ya da belirli bir yerin olmasının, sadece hizmetleri kullanımının değil, aldığı hizmetlerden memnuniyetinin de bir işareti olduğunu göstermektedir. Üstelik sürekli bir bakım kaynağına sahip olma devamlılığı daha fazla olan bakımla bir tutulmaktadır (123).

2.1.7.2.5. Tutum ve Davranışlar

Bireyler hasta duruma düştüklerinde sağlıklarını yeniden yerine getirebilecek doktorlara güven duymaktadırlar. Kendilerinde olan sağlıkla ilgili bilgiler ve hastalıkları ile ilgili sahip oldukları bilgi ve tecrübeler, doktorların kendilerine yapmış olduğu sağlık hizmet sunumları sağlık hizmeti kullanımını belirlemektedir. Doktorlara güvenen insanlar daha fazla doktor muayenesine müracaat etmektedir (123).

2.1.7.2.6. İhtiyaç Faktörleri

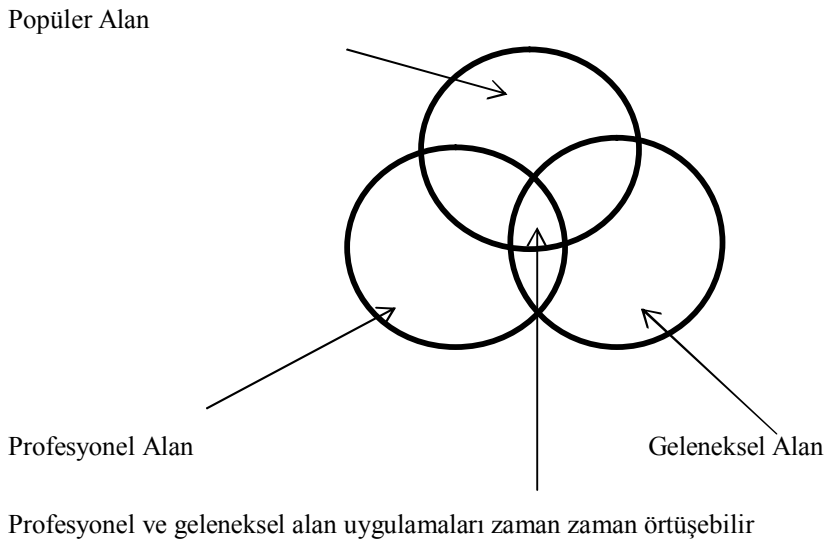
Belirli eğilim ve olanak durumlarının varlığında, kişi ya da ailesinin sağlık hizmetlerini kullanması için, hastalık ya da hastalığın ortaya çıkması olasılığını algılaması gerekir. İhtiyaç, sağlık hizmetleri kullanımının uyarıcısı ya da en doğrudan nedeni olmaktadır (132).

Birey sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunun farkına vardıkdan sonra bunu karşılamaya ilişkin sağlık hizmeti talebinde bulunduğu takdirde, beklediği hizmetin gerekli olup olmadığına ya da hangi tür hizmetin gerekli olduğuna karar verecek kişi hekim olmaktadır. Burada bireyin talebi profesyonel bir değerlendirmeye bağlı tutulmaktadır. İşte bireyin sağlık hizmeti talebine karşılık hekim tarafından belirlenen bu ihtiyaç, değerlendirilen ihtiyaç olmaktadır. Değerlendirilen ihtiyaç, şiddeti klinik olarak onaylanacak şekilde, bireyin gerçek sağlık sorununu belirleme çabalarını kapsamaktadır. Klinik değerlendirme sağlık meslek gruplarının yargılarını kapsayan teknik bir süreç olmaktadır (133).

2.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Çoğulculuk

Sağlık bakım hizmetlerinin bölgeselliği çalıştığı alana göre üçe ayrılmaktadır. Geleneksellik özelliği gösteren tıp alanı, modernlik ve popülerlik özelliği gösteren tıp alanlarıdır. Bu tıp alanlarının her birinin kendine özgü uygulamaları bulunmaktadır. Bu uygulamalar ortak olarak da alanlar arasında kullanılabilir. Özellikle akupunktur tedavisinin alanı popüler olmasına rağmen modern tıp alanında da uygulanmaktadır. Bu uygulamaları uzmanlık yapan hekimler yapmaktadır (29).

Şekil 4. Bölgesel sağlık bakım sistemi



Şekil 4, 121. Kaynaktan alınmıştır

2.1.8.1. Geleneksel Tıp (Folk Tıp)

Kültürlere göre hastalık kavramının ifade edilişi ve sağlık kavramının açıklanması farklı farklı olmaktadır. Hastalıkların teşhis ve tedavilerinin yapılması, hastalığı ortaya çıkaran nedenlere bağlıdır. Ancak bu nedenlerin biçim kazanması kültür ile gerçekleşmektedir. Günümüz gelişmiş toplumlarında dahi, toplumun geçmişlerinden gelen hastalıkların tedavisi ile ilgili geleneksel yöntemler bulunmaktadır (134).

Geleneksel tıp veya halkın kullandığı şifa verici uygulamalarda insan olgusunun yerinin bir bütün olarak alınması gerekmektedir. İnsanın bedensel olarak içinde bulunduğu ortam ve şartlardan etkilenmemesi düşünülemez. Allah insanı doğduğu andan itibaren belli bir şekilde çeşitli olaylar ile sınavlara tabi tutmaktadır. İnsanlar

buldukları ortamlarda daha fazla avantaja sahip olmak için devamlı olarak birbirleri ile savaşımlardır. İnsanın yaşamı üzerinde Allah söz sahibidir (135).

Özellikle kutsal sayılan yer ve mekânların ziyaretlerinin insanların sıkıntılarını ve hastalıklarını iyileştirmede etkili olduğu düşünülmektedir. Anadolu'da türbe ve yatırların ziyaret edilerek buralarda yatan muhterem zatların yüzü suyu hürmetine Allah'tan şifa istenilmektedir. Bu mekânlar ve yerler insanların devamlı olarak şifa isteme kapıları haline gelmiştir (136). Bu mekânlardan ve yerlerden başka özellikle ocaklar da şifa isteme ve bulma yerleri olarak kullanılmaktadır (138).

İnsanlarda hastalıkların oluşumlarında çeşitli bedensel ve psikolojik etkenler söz konusudur. Özellikle stres, korku, endişe, gerilim hissetmek bedeni etkilenmektedir. Bu duyguların yoğun yaşanması sonucunda bedende çeşitli hastalıklar meydana gelmektedir. İnsanlar bu duygu yaşanmasının yoğunluğunu azaltarak kendilerinin sağlığa kavuşmalarını sağlamaktadırlar (138).

2.1.8.2. Modern Tıp

Modern tıbbın temelinde hastalıkların oluşmasına neden olan mikrop bulunmaktadır. Mikrop yaklaşımı on dokuzuncu yüzyılın en önemli tıbbi keşiflerindedir. Diğer bilim alanlarında yaşanan gelişmelerle birlikte modern tıp denilen alan oluşmuştur. Geçen yüzyılda ise antibiyotik ve penisilinin keşfedilmesi sayesinde insanların ihtiyacı olan ilaçların keşfi sağlanmıştır (139).

2.1.8.3. Popüler Tıp (Güncel Tıp)

Günümüzde post modern hale dönüşmüş olan modern tıp kapsamında bulunan literatürde de değişiklik yaşanmıştır. Özellikle sağlığın tanımı ve hastalığın tanımında anlam değişikliği meydana gelmiştir. Toplumların sağlıklı olma ve tıp anlayış farklılıkları bu kavramlara zenginlik getirmiştir. Günümüzün rekabet şartlarında tıbbi özellik taşıyan reklamlarda, topluma hastalıklar karşısında neler yapılması gerektiği verilmektedir. Bilgi çağının bütün özellikleri bu alanda yaşanmaktadır. Aşırı beslenme olarak adlandırılan obezite sonucunda meydana gelen şişmanlık karşıtı olarak verilen reklamlarda spor yapmanın ne derece önemli olduğu topluma verilmektedir (140).

2.1.9. Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürü

Sağlık çalışanlarının topluma talep ettikleri seviyede sağlık hizmet sunumu yapabilmeleri, yapılan hizmet sunumlarının talep edenlerce kabulünün sağlanması, verilen sağlık hizmet sunumlarında katılımcılığın gerçekleştirilmesi, toplumsal kültüre göre eğitimlerin düzenlenmesi sağlık hizmeti kullanımlarının gerekliliğidir (140).

2.1.9.1. Kültürün Tanımı ve Özellikleri

İlk 1865 yılında Antropoloji terimi olarak E.B. Tylor tarafından kullanılmış, sistematik olarak tanımlanmış ve aynı yazar tarafından altı yıl sonra temel bir kavram haline getirilmiştir. Buna göre kültür, etnografyadaki en geniş anlamında bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, gelenek ve insanın toplumun bir üyesi olarak elde ettiği diğer yetenekleri ve alışkanlıkları içeren karmaşık bir bütündür (141).

Kültür, milletin içinde bulunduğu medeniyet koşullarına göre yarattığı bütün dil, ilim, sanat, felsefe, örf ve adetleri ve bunların ürünleri, toplamıdır. Çiftçilikte kullanılan kültür kelimesi, ekilmemiş bir tarlayı ekip biçmek için hazırlamak manasına geldiği gibi; mecazi olarak toplumsal bilinci beslemek ve yetiştirmek demek olduğu için; milli kültür, milletin yaratıcı kuvvetlerini geliştirebilmek için yapılan hazırlıkların bütünü olacaktır (142).

Kültür, okuyan insanın zevkini, eleştirme ve hüküm verme kabiliyetini geliştirmesidir. Dolayısıyla bir milletin kültürü, bireylerinin olaylar karşısındaki tutumlarını belirleyen, tarih içinde oluşturdukları değer hükümleridir. Bu değer hükümleri, ilim, felsefe, sanat ve din tarafından yaşatılmaktadır. Her millet insanı evrenin merkezi yapan bütün bu sorunları, kendi ruh yeteneği, kendi iradesiyle yoğurmuş, her birine kendi karakterini vermiştir. Kültür, onu yaratmış olan milletin malıdır (143).

Antropologlar kültürü bir buzdağına benzetirler. Onlara göre kültür, düzenli olarak tekrarlanan, düşünme, hissetme, davranış biçimleri ve ortak bir görüşe dayanan, değer yargılarından oluşan ve semboller aracılığı ile yayılan toplumsal bir yaşam biçimini ifade etmektedir (144).

Çağdaş antropolog Levi-Strauss ise kültürü, kişilerin paylaştığı semboller, anlamlar ve inanışlar bütünü olarak belirtmektedir (145).

Kişilerin davranışları, kişilerin sağlık ve hastalık algılarını oluşturduğu gibi sağlık ve hastalık durumunda bireylerin bakım alma, hizmeti talep etme ve tedaviye uyum gibi tüm sağlık uygulamalarına yön verir (146).

2.1.9.2. Hastalık Kavramı ve Kültür

Hastalığın ve sağlığın kavramsal olarak çeşitlilikleri bulunmaktadır. İnsan hayatında değişiklik yapma özelliği olan kavramlardır. Bireysel olarak hastalık algısı farklılık taşımaktadır. Bedensel değişikliklerin görülmesine neden olmaktadır. İnsanların içinde buldukları çevrenin ve kültürün hastalık anlayışına etkisi bulunmaktadır. Sağlık ya da hastalık kültürüne göre değişebilen kavramlardır. Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisinde kültürlere özgü uygulamalar yer almaktadır. Bu nedenle kültür, sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak da görülebilir (147).

2.1.9.3. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler

Sağlık ve hastalık olgusunu toplumsal çevre, kültürel norm ve değerler ve din dolaylı olarak etkileyebilen kültürel faktörler olmaktadır.

2.1.9.3.1. Toplumsal Çevre

Bireylerin beraber yaşadıkları toplumsal çevrede yaşamsal ilişkiler ağı bulunmaktadır. Bireylerin içinde doğup büyüdüğü aileleri, ailelerinin kan bağı olduğu diğer aileler, kan bağı olmayan diğer aileler ve çevrelerinden dolayı karşılaştıkları insanlar toplumsal çevreyi oluşturmaktadır (148).

İnsanların yaşadıkları toplumsal çevrede tek başına yaşayıp yaşamadıkları, içinde yaşadıkları toplumsal çevrenin etki alanı, yapısal özellikleri, toplum bireyleri arasında yaşanan ilişkiler, yaşamlarını devam ettirmeye yönelik işlerinin olup olmaması gibi farklı durumlar mevcuttur. İnsan sağlığı üzerinde toplumsal çevrenin iki tür etkisi bulunmaktadır. Bu etkiler, temel etki ve koruyucu etki olarak ifade edilmektedir. İnsanların duygusal ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik etkilerdir. Duygusal ihtiyaçlarının yanında toplumsal ihtiyaçlarında giderilmesi temel etki ile olmaktadır (149).

İnsanların hastalıklarla baş etme durumlarında başarılı olabilmeleri, hastalıkları konusunda uzman olan hekimlerden tedavi görmeleri sayesinde gerçekleşmektedir.

Hastalık konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan sağlık insanlarından alınan tedavi sonuç vermeyecek veya olumsuz sonuç verecektir (150).

Bireylere toplum içinde sağlanan sosyal destek sayesinde bireylerin toplumsal kötü etkilerden korunması sağlanmaktadır. Bireysel korumaya hizmet eden sosyal destek olgusu sadece maddi destekler Şeklinde olmamaktadır. Duygusal destekler toplum içinde birlikteliğin sağlanmasına yardımcı olacaktır. Bu sayede bireylerin sağlığında sürekli liğin sağlanmasına destek verilecektir (151).

2.1.9.3.2. Kültürel Norm ve Değerler

Özellikle lkemizde sağlığı bozulmuŐ bireylerin yataklı tedavilerinin yapıldığı hastanelerde kaldıkları süre boyunca ziyaret edilmeleri bir gelenek haline gelmiştir. Hastaneden taburcu edildikten sonra bile bu ziyaretlerin devam etmesi toplumsal desteğin önemli göstergelerinden bir sayılmaktadır (152).

2.1.9.3.3. Din

Din, bireysel ve toplumsal açıdan çok geniş bir kapsamda iŐlev gören, insanların i dünyalarındaki uyum ve davranışlarının biçimini ve yönünü belirlemedeki denge sağlayıcı rolünden dolayı, bir varoluŐsal çözümlenme ve hayatı anlamlandırma görevine sahip güçlü bir olgudur (154).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Tez Konusu

Sağlık hizmeti kullanımında etkisi olan faktörlere ilişkin durumların belirlenmesi ve bu faktörlere bağlı olarak şekillenen sağlık hizmeti kullanım kültürünün sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Geniş bir alanı kapsayan konunun daha iyi anlaşılması için genel bilgiler kısmında öncelikle sağlık ve sağlık hizmetlerine yönelik kavramlara yer verilmiştir. Bu bölümde sağlık ve hastalık konularının açılımı yapılarak, sağlıklı ilgili yaşam kalitesi üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerine yönelik açıklamalarda bu hizmetlerle ilgili açıklayıcı temel bilgilerin yanı sıra sağlık hizmetleri piyasasındaki arz ve talep oluşumu ile sağlık hizmetleri finansmanı incelenmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda yapılan çalışmalar ve sağlık projelerinin de sağlık hizmetlerinin sunum ve kullanımı konusuna açıklık getireceği düşünülmektedir. Bu aşamada sağlık hizmetlerinin kullanımında, kullanımı etkileyen faktörler, sağlık hizmeti kullanımı kültürü ve etkileyici faktörler incelenmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmeti kullanım kültürünün oluşmasında etkili faktörler ve sağlık hizmetleri kullanımı değerlendirilerek, Ülkemizde sağlık hizmeti kullanım kültürünü anlamamızda yarar sağlaması ümit edilmiştir.

3.2. Problem

Sağlık hizmetleri olarak ifade edilen sağlık hizmet sunumları kişisel sağlığın ve toplumsal sağlığın korunmasında, hasta duruma düşen bireylere bakım desteği vermede, hastalıklarının tedavisi sonucunda tam olarak iyileşmemeleri sonucunda sakat kalmaları ve bağımlı hale düşmelerinde ve toplumsal sağlık seviyesinin üst seviyelere çıkarılmasında önem taşımaktadır (1). Post-modern tıp alanının daha etkin olduğu günümüzün bireyleri, sağlığın hastalıkların tedavisi sonucunda olmayıp, sağlık durumunun korunmasının da sağlıklı yaşamın bir parçası olduğunu kabul etmektedirler. Gıda tüketiminde geleneksel tüketim biçimlerinden vazgeçildiği görülmektedir. Bireyler tükettikleri gıdaların sağlık, hijyen ve güvenlik ile ilgili standartları geçip geçmediğini bilmek istemektedir. Aileler yaşamlarını sağlıklı bir çevrede devam ettirmeyi amaç edinmişlerdir. Bireyler çalışma yerlerinde güvenliklerinin en üst düzeyde sağlanmasını talep etmektedirler. Çevre ve iş sağlığı ile ilgili koşullarının sağlanması gerekmektedir.

Bireyler tatilleri için yaptıkları seyahatlerinde de sağlıkları ile ilgili koşulların sağlanması yönünde tedbirler alınmasını talep etmektedirler (3). Bütün hizmetler gibi sağlık hizmet sunumları da insan ihtiyaçlarının karşılanmasına yöneliktir. Günümüz toplumlarında sağlıklı yaşam çok önemli amaçlardan biri haline gelmiştir. İnsanların sağlıklı olmalarının devletlerin en büyük zenginlik kaynağı olduğu düşünceyi oluşmuştur. Sağlıklı toplumlara sahip olan ülkeler refah düzeyi yüksek ülkeler olarak ifade edilmektedir (4).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı, bir kişinin ya da grubun sağlık hizmeti elde edebilme gücü olarak tanımlanmaktadır. Belirli bir toplumda mevcut olan hizmetlerin türü ve miktarı ile ihtiyaç duyulan hizmetlerin türü ve miktarı aynı bile olsa, ihtiyacı olanlar gerekli bakımı göremeyebilirler. Bu da sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda önemli bir konudur. Kullanım sadece hizmeti sunanın özellikleri, alıcının özellikleriyle uyuluğu zaman meydana gelir.

3.3. Amaç

Sağlık hizmeti kullanımında etkisi olan faktörlere ilişkin durumların araştırılması ve sağlık hizmeti kullanım kültürünün bu faktörlere bağlı olarak nasıl şekillendiğinin anlaşılarak sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkilerinin belirlenmesi araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

3.4. Önem

Bireyler, sağlık hizmetlerini kullanmaya yatkın olsalar bile, bu hizmetlerden yeterince yararlanamayabilirler. Bunun için sağlık hizmeti kullanımı bakımından bir ailenin ihtiyaçlarını karşılamasına olanak tanıyan koşulların bulunması gerekir. Gelir, sağlık sigortasının kapsamı ya da üçüncü el ödemesi, bireyin düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, o düzenli bakım kaynağının doğası ve kaynağın kullanılabilirliği gibi aile kaynakları; o toplumdaki sağlık olanakları ve personel miktarı ile ailenin yaşadığı bölgenin konumu ve toplumun kentsel-kırsal doğası bu koşullar arasındadır. İlk gruptaki etkenlerin varyasyonu belli bir topluluğun sosyo-kültürel ve demografik özelliklerine bağlı olabilirken yani değişmesi zorken, ikinci gruptaki olanak etkenleri, bakımın organizasyon ve finansman boyutlarını içerir, devlet politikası müdahalelerine daha açıktır. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin

sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla yapılan bu tez çalışmasında tüm bu etkenler göz önünde bulundurularak sağlık hizmeti kullanım kültürünün sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerinin neler olabileceği ve ne yönde etki edebileceği ana problem olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırma Yöntemi

Bu araştırma ilişkisel tarama modeli kullanılarak yapılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve derecesini belirlemeyi amaçlayan bir modeldir. Bu modelin seçilmesinin nedeni, insanlara ait parametreler arasındaki ilişkilere dayanarak gerekli tanımlamalara ve nitelendirmelere gidilmesidir. Tarama yolu ile bulunan ilişkiler gerçek bir neden-sonuç ilişkisi olarak yorumlanamaz. Sadece o yönde bazı ipuçları vererek, bir değişkendeki durumun belirlenmesi halinde, diğerinin ortaya çıkarılmasında yararlı sonuçlar verebilir.

3.6. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi'nden hizmet alan hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır.

3.7. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi'nde, dâhiliye (İç hastalıkları), genel cerrahi, nöroloji, kulak burun boğaz hastalıkları, plastik cerrahi, ortopedi ve göğüs cerrahi servislerinde yatarak tedavi olan tesadüfi olarak seçilmiş hastalar ve hasta yakınları oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü İstand Programında hesap edilmiş olup, önceden yapılmayan çalışmalarda ve oranların belli olmadığı durumlarda en güvenli %50 sıklık oranına göre, olabilecek en kötü durum varsayılarak, güven aralığı yarı kanadının genişliği % 7 olarak alınmıştır. Mevcut koşullar, engeller, prosedürler ve maliyet gibi etkenlerde göz önünde tutularak, örneklem büyüklüğü 197 hasta ve hasta yakını olarak belirlenmiş, ancak ankete katılım 199 olarak elde edilmiştir. Daha önce poliklinik sürecinden geçerek ve yatarak tedavi olan 2 hasta yakınına ait veri, sonucu etkilemeyeceğinden analiz işlemleri 199 hasta ve hasta yakını üzerinden yapılmıştır. Anket yapılacak hastalar en az 24 saat hastane

yatağında kalışı olan 18 (On sekiz) yaş üstündeki kişiler olarak her gruptan veya bunların yakınlarından, (mesela çocukların anneleri veya çok yaşlıların oğlu kızı vb.) seçilerek yapılmıştır. Bu hastalar ve yakınları zaten poliklinik süreçlerine de girmiş olduklarından soruların tamamını cevaplamışlardır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde hastaların demografik bilgilerine ilişkin sorular bulunmaktadır. Anketin 2.ve 3. bölümlerinde ise; hastalara sağlık hizmetleri kullanım kültürü ve kullanım kültürüne göre sağlık hizmet sunumunun algılanmasına ilişkin sorulara yer verilmiştir. Sağlık hizmetleri kullanım kültürüne ilişkin sorular; literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin sorular ise, Amerika’da yaygın olarak kullanılan Consumer Assessment of Health Providers and Systems Hospital Survey (CAHPS) anketinden faydalanılarak hazırlanmıştır (Gearhart, 2009). Anketi oluşturan tüm sorular 5 (beş) uzman değerlendirme görüşü alınarak uygulanabilir hale getirilmiştir.

Anket uygulaması ile ilgili olarak, çalışmanın amacı anlatılarak katılımcıların gönüllü olmalarına önem verildi. Anket çalışmasının yapılabilmesi için Mersin Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, Mersin Üniversitesi Rektörlüğü ve Özel Forum Yaşam Hastanesi Başhekimliği’nden gerekli yazılı izinler alınmıştır (EK-4).

Veri toplama araçlarından elde edilen bulgular tezin son bölümünde değerlendirilerek, gerekli tablo ve şekiller yardımıyla tezin amacına uygun olarak oluşturulan hipotezler çerçevesinde araştırılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada hastaların kimliklerine ilişkin bilgiler istenmiştir. Araştırma boyunca ve sonrasında hasta kimlikleri gizli tutulmuştur.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada verilerin çözümlenmesi için SPSS 19 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde ise veriler frekans ve yüzde dağılımları, karşılaştırma testleri ile değerlendirilmiştir.

Bağımlı Değişken:

Poliklinik sürecinden geçmiş, hastane de en az 24 saat yatarak tedavi olan hastaların ve hasta yakınlarının sağlık hizmeti kullanım kültürlerinin oluşması ile ilgili durumları.

Bağımsız Değişken:

Cinsiyet, yaş, medeni durum, doğum yeri (İl Merkezi, İlçe, Köy), Mersin İlinde yaşama süreleri, Çalışma durumları Öğrenim durumları, Hanelerine giren gelir miktarları, Sosyal güvence durumları,

Ana hipotez:

“Sağlık hizmeti kullanım kültürü, hasta ve hasta yakınlarının demografik durumlarına göre farklılaşmaktadır.”

4. BULGULAR

Tablo 1: Demografik bilgiler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	98	49,2
	Kadın	101	50,8
	Toplam	199	100,0
Medeni Durum	Evli	146	73,4
	Bekar	53	26,6
	Toplam	199	100,0
Yaş	20-30 yaş arası	40	20,1
	31-40 yaş arası	69	34,7
	41-50 yaş arası	37	18,6
	51-60 yaş arası	25	12,6
	61-70 yaş arası	18	9,0
	71-80 yaş arası	10	5,0
	Toplam	199	100,0
Doğum Yeri	İl Merkezi	88	44,2
	İlçe Merkezi	66	33,2
	Köy	42	21,1
	Toplam	196	98,5
	Doğum yeri belirtilmeyen	3	1,5
Toplam		199	100,0
Kaç Yıldır Mersin'de Yaşıyorsunuz?	1 -10 yıl arası	5	2,5
	11-20 yıl arası	31	15,6
	21-30 yıl arası	59	29,6
	31-40 yıl arası	57	28,6
	41-50 yıl arası	25	12,6
	51-60 yıl arası	12	6,0
	61-70 yıl arası	10	5,0
	Toplam	199	100,0
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar değil	2	1,0
	Okur yazar	13	6,5
	İlkokul	18	9,0
	Ortaokul	21	10,6
	Lise	49	24,6
	Önlisans (2 Yıllık Eğitim)	36	18,1
	Üniversite (4 Yıllık Eğitim)	50	25,1
	Yüksek Lisans	8	4,0
	Doktora	2	1,0
	Toplam	199	100,0

Araştırmaya Katılanların Demografik Durum Dağılımlarının incelenmesinde;

Cinsiyetlerine göre erkeklerin oranının %49,2 (n=98), kadınların oranının %50,8 (n=101) olduğu görülmektedir. Araştırmada kadın hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Medeni durumlarına göre evli olanların oranının %73,4 (n=146), bekarların oranının %26,6 (n=53) olduğu görülmektedir. Araştırmada evli hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

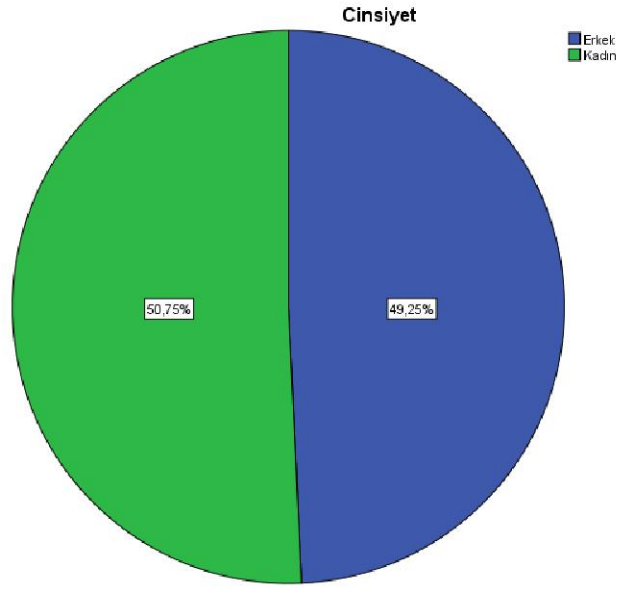
Yaşlarına göre 20-30 yaş arası olanların oranının %20,1 (n=40), 31-40 yaş arası olanların oranının %34,7 (n=69), 41-50 yaş arası olanların oranının %18,6 (n=37), 51-60 yaş arası olanların oranının %12,6 (n=25), 61-70 yaş arası olanların oranının %9 (n=18), 71-80 yaş arası olanların oranının %5 (n=10) olduğu görülmektedir. Araştırmada 31-40 yaş arası hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Doğum yerlerine göre, il merkezinde doğanların %44,2 (n=88), ilçe merkezinde doğanların %33,2 (n=66), köyde doğanların %21,1 (n=42), doğum yeri belirtilmeyenler %1,5 (n=3) olduğu görülmektedir. Araştırmada il merkezinde doğan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

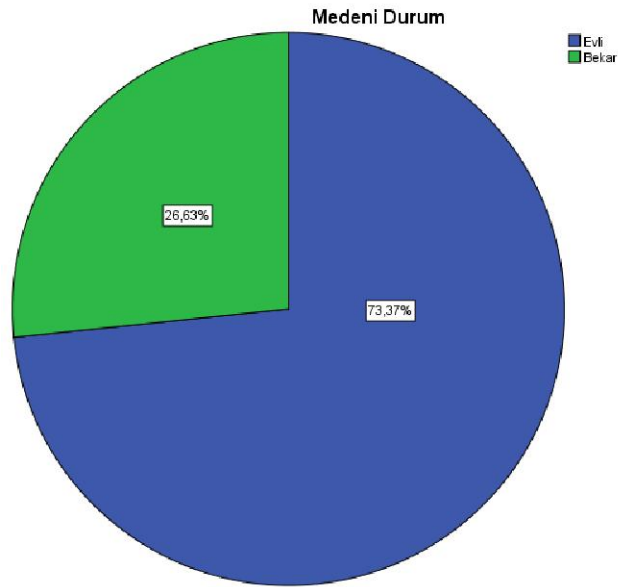
Kaç Yıldır Mersin ilinde yaşadıklarına göre. 1-10 yıl arası %2,5 (n=5), 11-20 yıl arası %15,6 (n=31), 21-30 yıl arası %29,6 (n=59), 31-40 yıl arası %28,6 (n=57), 41-50 yıl arası %12,6 (n=25), 51-60 yıl arası %6 (n=12), 61-70 yıl arası %5 (n=10) olduğu görülmektedir. Araştırmada 21-30 yıl arası süredir Mersin ilinde yaşayan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Eğitim durumlarına göre, Okur-Yazar değil %1 (n=2), Okur-Yazar %6,5 (n=13), ilkokul %9 (n=18), ortaokul %10,6 (n=21), lise %24,6 (n=49), Önlisans (2 Yıllık Eğitim) %18,1 (n=36), Üniversite (4 Yıllık Eğitim) %25,1 (n=50), Yüksek Lisans %4 (n=8), Doktora %1 (n=2) olduğu görülmektedir. Araştırmada Üniversite (4 Yıllık Eğitim) mezunu hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür (Tablo 1).

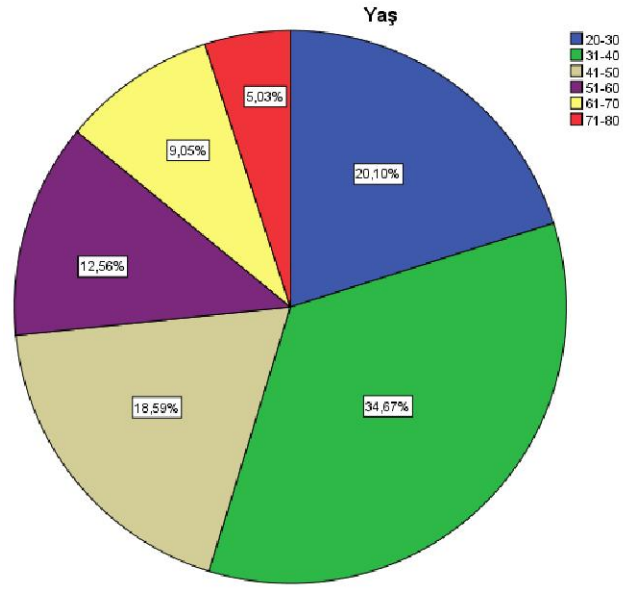
Şekil 5: Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımları



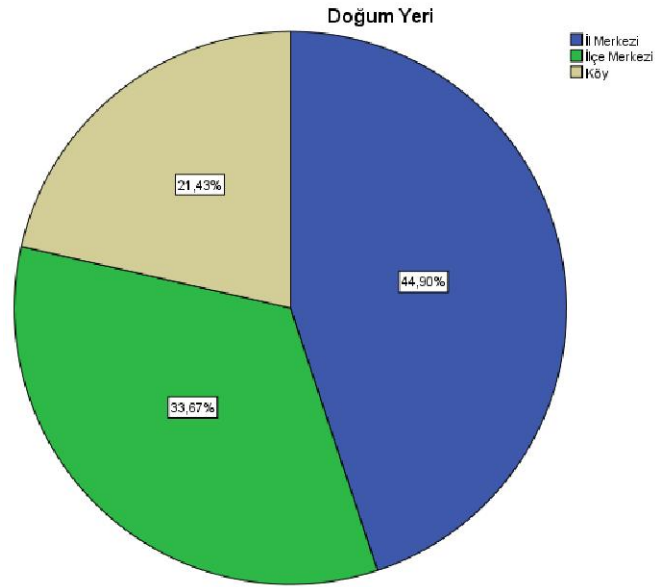
Şekil 6: Araştırmaya katılanların medeni durum dağılımları



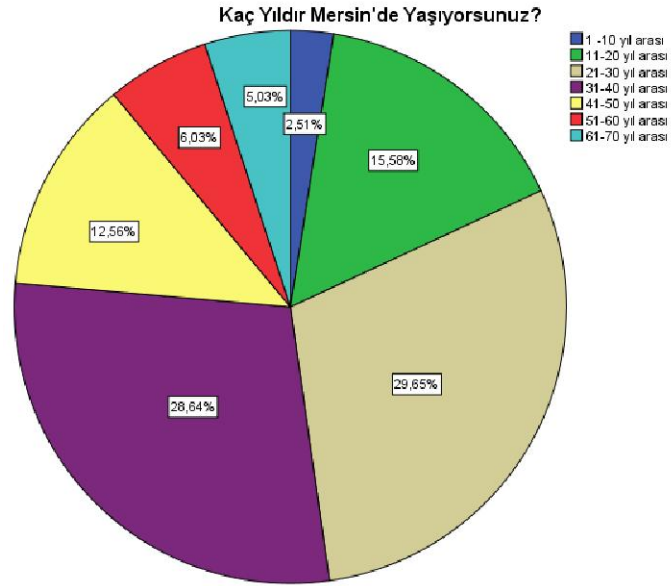
Şekil 7: Araştırmaya katılanların yaş durum dağılımları



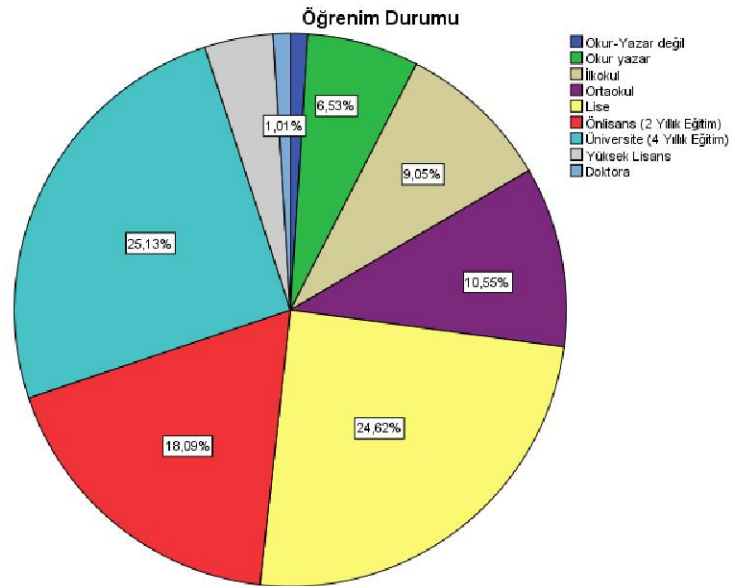
Şekil 8: Araştırmaya katılanların doğum yerleri dağılımları



Şekil 9: Araştırmaya katılanların Mersin ili'nde yaşama süreleri dağılımları



Şekil 10: Araştırmaya katılanların öğrenim durumları dağılımları



Tablo 2: Demografik bilgiler

		n	%
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1	12	6,0
	2	31	15,6
	3	54	27,1
	4	60	30,2
	5	26	13,1
	6	5	2,5
	7	6	3,0
	8	3	1,5
	9	1	,5
	Toplam	198	99,5
	Kişi sayısı belirtilmeyen	1	,5
Çalışma Durumu	Esnaf	13	6,5
	Emekli	16	8,0
	Memur	57	28,6
	İşçi	55	27,6
	Serbest Meslek	17	8,5
	Çalışmıyor	2	1,0
	Toplam	160	80,4
	Çalışma durumu belirtilmeyen	39	19,6
Toplam		199	100,0
Haneye Giren Gelir Miktarı	250 TL - 750 TL Arası	5	2,5
	751 TL - 1250 TL Arası	23	11,6
	1251 TL - 1750 TL Arası	29	14,6
	1750 TL -2250 TL Arası	28	14,1
	2251 TL - 2750 TL Arası	21	10,6
	2751 TL - 3250 TL Arası	33	16,6
	3251 TL ve üstü	58	29,1
	Toplam	197	99,0
	Gelir miktarı belirtilmeyen	2	1,0
Toplam		199	100,0
Sosyal Güvenceniz nedir?	Yok	8	4,0
	SGK Kapsamında	188	94,5
	Özel Sağlık Sigortası	1	,5
	Toplam	197	99,0
	Sosyal güvencesi belirtilmeyen	2	1,0
Toplam		199	100,0

Araştırmaya Katılanların Demografik Durum Dağılımlarının incelenmesinde;

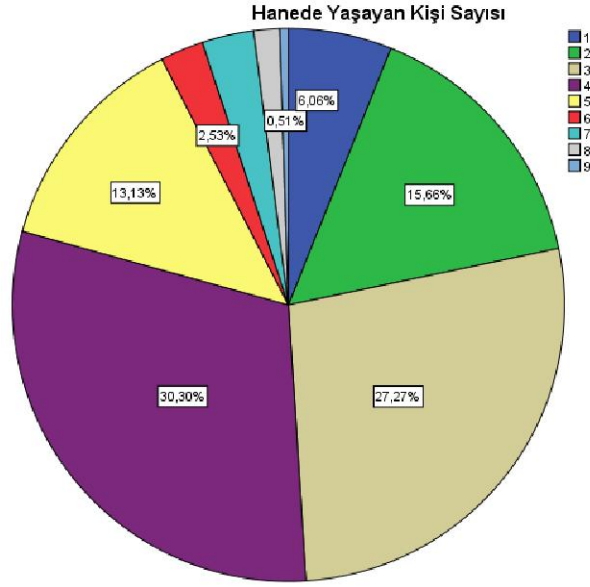
Hastaların evlerinde yaşayan kişi sayısına göre, 1 kişi %6 (n=12), 2 kişi %15,6 (n=31), 3 kişi %27,1 (n=54), 4 kişi %30,2 (n=60), 5 kişi %13,1 (n=26), 6 kişi %2,5 (n=5), 7 kişi %3 (n=6), 8 kişi %1,5 (n=3), 9 kişi %0,5 (n=11), kişi sayısı belirtilmeyen %0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Araştırmada evlerinde 4 kişi yaşayan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Hastaların çalışma durumlarına göre, esnaf %6,5 (n=13), emekli %8 (n=16), memur %28,6 (n=57), işçi %27,6 (n=55), serbest meslek %8,5 (n=17), çalışmıyor %1 (n=2), çalışma durumu belirtilmeyen %19,6 (n=39) olduğu görülmektedir. Araştırmada memur olarak çalışan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

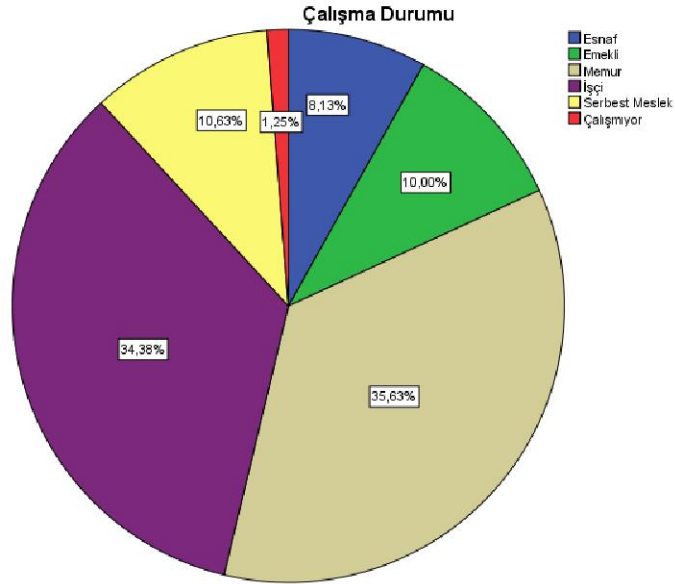
Hastaların hanelerine giren gelir miktarına göre, 250 TL - 750 TL Arası %2,5 (n=5), 751 TL - 1250 TL Arası %11,6 (n=23), 1251 TL - 1750 TL Arası %14,6 (n=29), 1750 TL - 2250 TL Arası %14,1 (n=28), 2251 TL - 2750 TL Arası %10,6 (n=21), 2751 TL - 3250 TL Arası %16,6 (n=33), 3251 TL ve üstü %29,1 (n=58), hastaların hanelerine giren gelir miktarı belirtilmeyen %1 (n=2) olduğu görülmektedir. Araştırmada hanelerine giren gelir miktarı 3251 TL ve üstü olan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Sosyal güvencelerine göre, sosyal güvencesi olmayan %4 (n=8), SGK Kapsamında %94,5 (n=188), Özel Sağlık Sigortası %0,5 (n=1), sosyal güvencesi belirtilmeyen %1 (n=2) olduğu görülmektedir. Araştırmada SGK Kapsamında olan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür (Tablo 2).

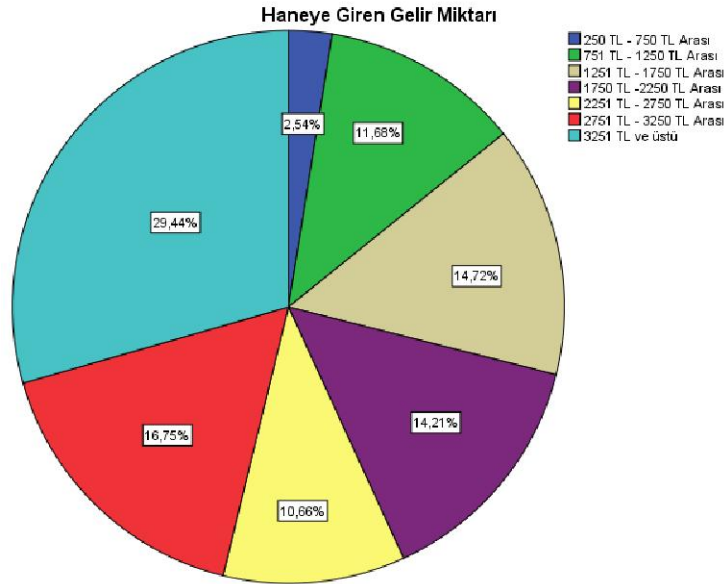
Şekil 11: Araştırmaya katılanların hanelerinde yaşayan kişi sayıları dağılımları



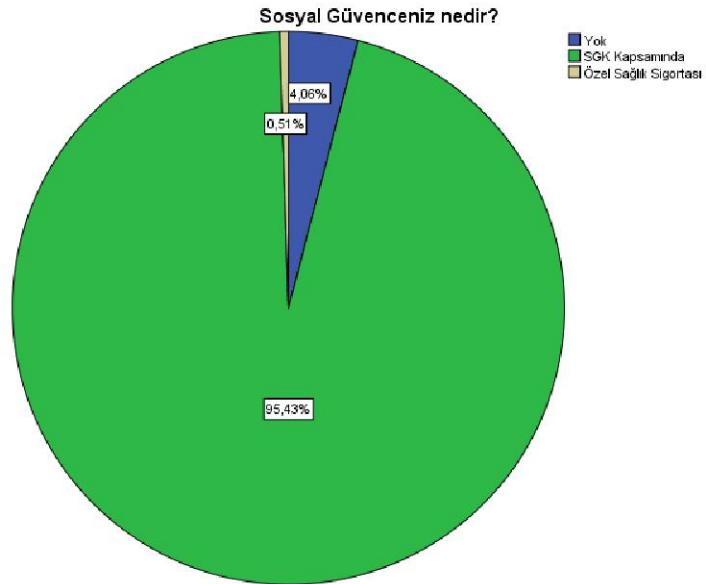
Şekil 12: Araştırmaya katılanların çalışma durumları dağılımları



Şekil 13: Araştırmaya katılanların hanelerine giren gelir miktarı dağılımları



Şekil 14: Araştırmaya katılanların sosyal güvenceleri dağılımları



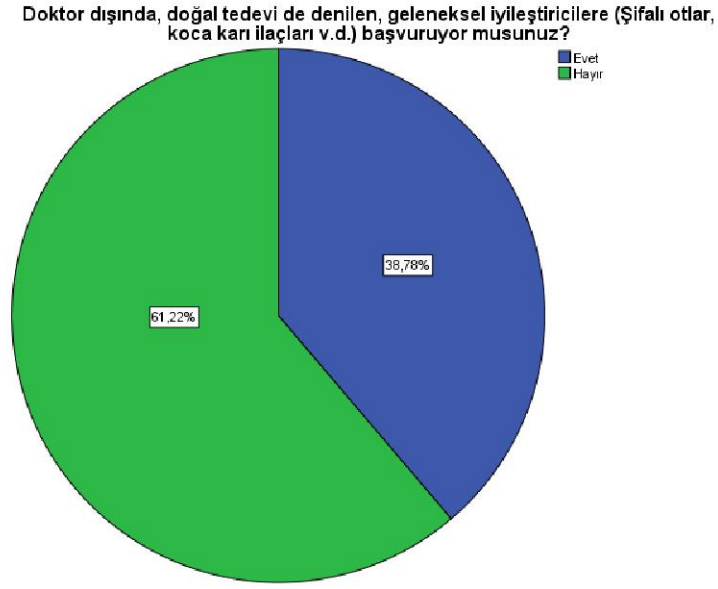
Tablo 3: Sağlık hizmeti kullanımı ifadeleri yanıt dağılım tablosu

		n	%
Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvuruyor musunuz?	Evet	76	38,2
	Hayır	120	60,3
	Toplam	196	98,5
	Başvurusu belirtilmeyen	3	1,5
Toplam		199	100,0
Hangi rahatsızlığınızda doktor dışında, tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere(Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.b.) başvurursunuz?	Kırık, çıkık/burkulma	19	9,5
	Fizyolojik problemler	31	15,6
	Ruhsal problemler	7	3,5
	Cilt problemleri	19	9,5
	Diğer	9	4,5
	Toplam	85	42,7
	Başvurusu belirtilmeyen	114	57,3
Toplam		199	100,0

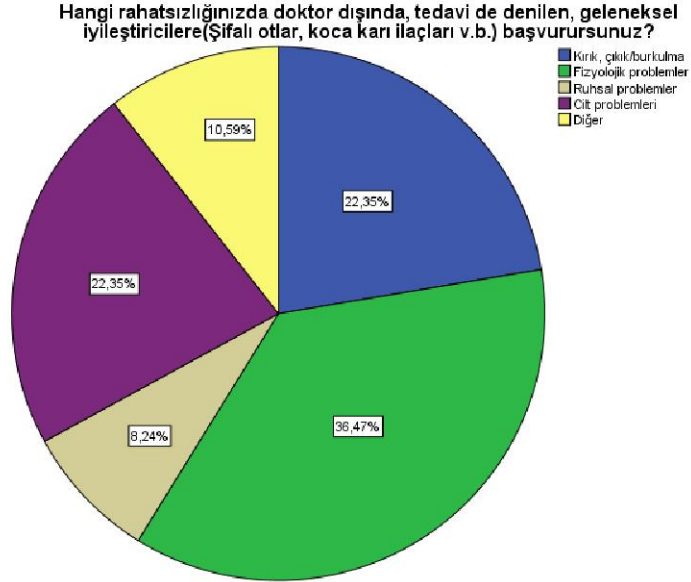
Sağlık hizmeti kullanım kültürü ifadelerinden olan doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvuranlar %38,2 (n=76), başvurmayanlar %60,3 (n=120), başvurusu belirtilmeyen %1,5 (n=3) olduğu görülmektedir. Araştırmada doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvurmayan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Sağlık hizmeti kullanım kültürü ifadelerinden olan, doktor dışında, tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.b.) kırık, çıkık/burkulma rahatsızlığında başvuranlar %9,5 (n=19), fizyolojik problemlerde başvuranlar %15,6 (n=31), ruhsal problemlerde başvuranlar %3,5 (n=7), cilt problemleri nedeniyle başvuranlar %9,5 (n=19), diğer nedenlerle başvuranlar %4,5 (n=9), başvurusu belirtilmeyen %57,3 (n=114) olduğu görülmektedir. Araştırmada doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvuran hastaların neden başvurduklarına dair nedenleri belirtmeyenlerin sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür (Tablo 3)

Şekil 15: Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvuranlar dağılımları



Şekil 16: Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvurma nedenleri dağılımları



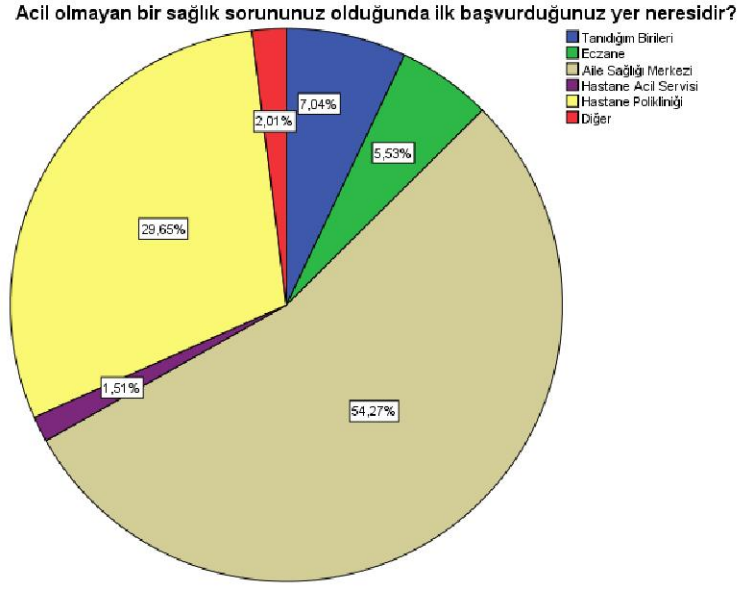
Tablo 4: Sağlık hizmeti kullanımı ifadeleri yanıt dağılım tablosu

Acil olmayan bir sağlık sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir?	Tanıdığım Birileri	14	7,0
	Eczane	11	5,5
	Aile Sağlığı Merkezi	108	54,3
	Hastane Acil Servisi	3	1,5
	Hastane Polikliniği	59	29,6
	Diğer	4	2,0
	Toplam	199	100,0
Acil olmayan sağlık sorunuzda gittiğiniz sağlık kurumunu tercih etmeniz sebebi nedir?	Sosyal güvencem nedeni ile	56	28,1
	İyi davrandıkları için	33	16,6
	Güvendiğim için	72	36,2
	Bekletilmediğim için	3	1,5
	Tanıdık personel olduğu için	15	7,5
	Tavsiye edildiği için	4	2,0
	Diğer sebepler	14	7,0
	Toplam	197	99,0
Tercih sebebi belirtilmeyen	2	1,0	
Toplam	199	100,0	

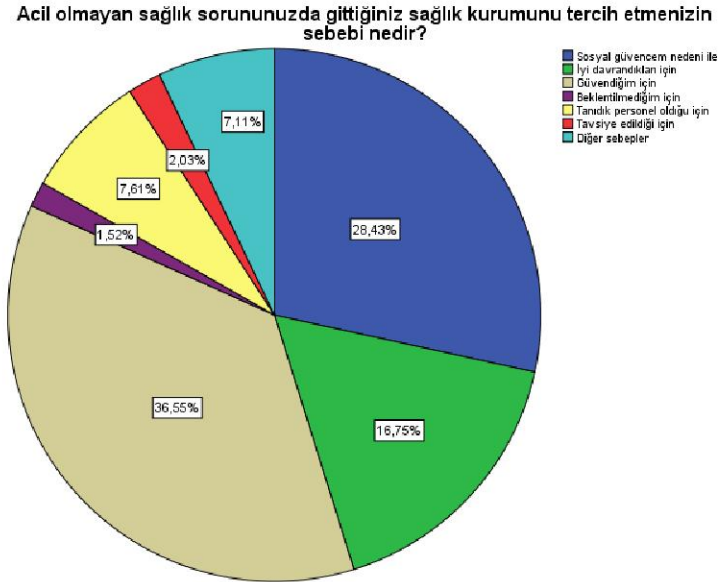
Sağlık hizmeti kullanım kültürü ifadelerinden olan, acil olmayan bir sağlık sorunları olduğunda hastaların ilk başvurduklarının tanıdık birileri olanlar %7 (n=14), eczane %5,5 (n=11), Aile Sağlığı Merkezi %54,3 (n=108), Hastane Acil Servisi %1,5 (n=3), Hastane Polikliniği %29,6 (n=59), diğer %2 (n=4) olduğu görülmektedir. Araştırmada acil olmayan bir sağlık sorunları olduğunda Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların neden başvurduklarına dair nedenleri belirtmeyenlerin sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Hastaların acil olmayan sağlık sorunlarında gittikleri sağlık kurumunu tercih etme sebebi Sosyal güvenceleri nedeni ile %28,1 (n=56), iyi davrandıkları için %16,6 (n=33), güvendikleri için % 36,2 (n=72), bekletilmedikleri için %1,5 (n=3), tanıdık personel olduğu için %7,5 (n=15), tavsiye edildiği için %2 (n=4), diğer sebepler %7 (n=14), tercih sebebi belirtilmeyen %1 (n=2) olduğu görülmektedir. Araştırmada hastaların acil olmayan sağlık sorunlarında gittikleri sağlık kurumunu tercih etme sebebinin güvenmelerinden kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4).

Şekil 17: Acil olmayan bir sağlık sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir? dağılımları



Şekil 18: Acil olmayan sağlık sorunuzda gittiğiniz sağlık kurumunu tercih etmenizin sebebi nedir? dağılımları



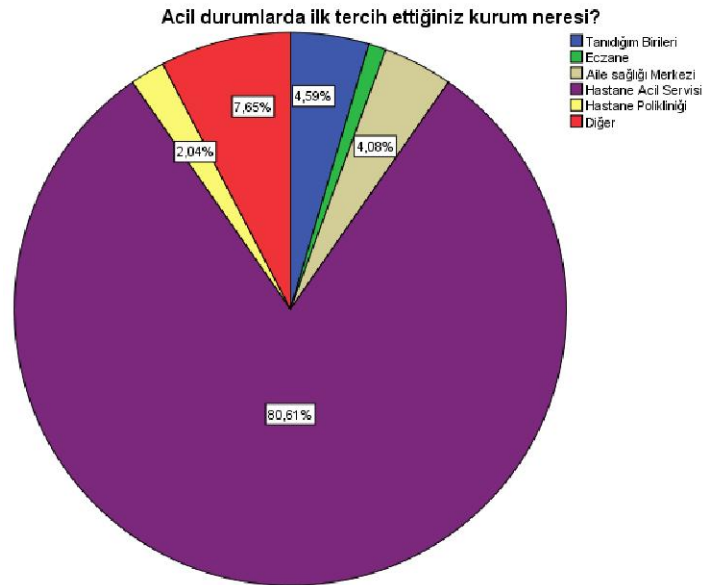
Tablo 5: Sağlık hizmeti kullanımı ifadeleri yanıt dağılım tablosu

Acil durumlarda ilk tercih ettiğiniz kurum neresi?	Tanıdığım Birileri	9	4,5
	Eczane	2	1,0
	Aile sağlığı Merkezi	8	4,0
	Hastane Acil Servisi	158	79,4
	Hastane Polikliniği	4	2,0
	Diğer	15	7,5
	Toplam	196	98,5
	Kurum belirtilmeyen	3	1,5

Toplam 199 100,0

Hastaların acil durumlarda ilk tercih ettikleri; tanıdık birileri olanlar %4,5 (n=9), eczane %1 (n=2), Aile Sağlığı Merkezi %4 (n=8), Hastane Acil Servisi %79,4 (n=158), Hastane Polikliniği %2 (n=5), diğer %7,5 (n=15), kurum belirtilmeyen%1,5 (n=3) olduğu görülmektedir. Araştırmada acil olan bir sağlık sorunları olduğunda Hastane Acil Servisi'ne başvuran hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür (Tablo 5).

Şekil 19: Hastaların acil durumlarda ilk tercih ettikleri sağlık kurumu dağılımı



Tablo 6: Sağlık hizmeti kullanımı ifadeleri yanıt dağılım tablosu

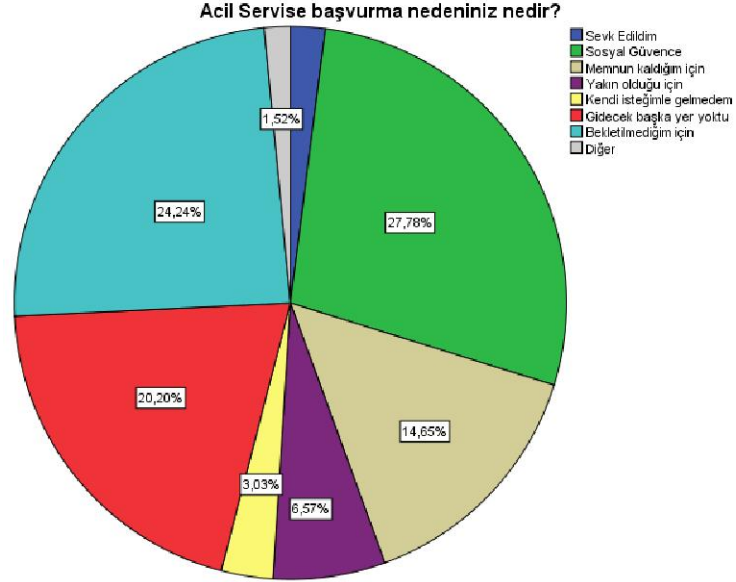
		N	%
Acil Servise başvurma nedeniniz nedir?	Sevk Edildim	4	2,0
	Sosyal Güvence	55	27,6
	Memnun kaldığım için	29	14,6
	Yakın olduğu için	13	6,5
	Kendi isteğimle gelmedim	6	3,0
	Gidecek başka yer yoktu	40	20,1
	Bekletilmediğim için	48	24,1
	Diğer	3	1,5
	Toplam	198	99,5
	Başvurma nedeni belirtilmeyen	1	,5
Toplam		199	100,0
Son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna kaç defa başvurduunuz?	3	13	6,5
	4	6	3,0
	8	79	39,7
	10	19	9,5
	15	31	15,6
	20	4	2,0
	Toplam	152	76,4
	Kaç defa başvurduğu belirtilmeyen	47	23,6
Toplam		199	100,0

Hastaların acil servise başvurma nedenleri; sevk edilmiş olmam %2 (n=4), Sosyal Güvence %27,6 (n=55), memnun kaldığım için %14,6 (n=29), Yakın olduğu için %6,5 (n=13), Kendi isteğimle gelmedim %3 (n=6), Gidecek başka yer yoktu %20,1 (n=40), Bekletilmediğim için %24,1 (n=48), diğer nedenler %1,5 (n=3), başvurma nedeni belirtilmeyen%0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Araştırmada sosyal güvenceleri nedeniyle acil servise başvuran hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

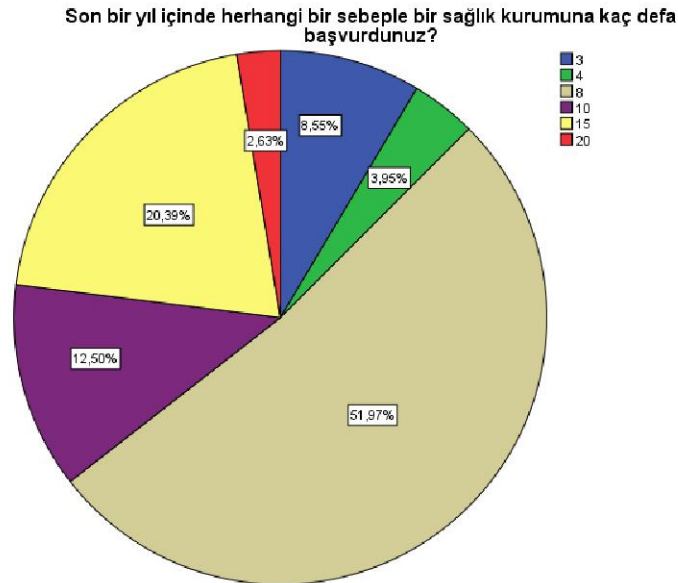
Hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna kaç defa başvurdukları; 3 defa % 6,5 (n=13), 4 defa %3 (n=6), 8 defa %39,7 (n=79), 10 defa %9,5 (n=19), 15 defa %15,6 (n=31), 20 defa %2 (n=4), kaç defa başvurduğu belirtilmeyen %23,6 (n=41) olduğu görülmektedir. Araştırmada son bir yıl içinde

herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna 8 defa başvuran hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştirmasına ilgi duydukları grlmştir (Tablo 6).

şekil 20: Hastaların acil servise başvurma nedenleri dağılımı



şekil 21: Hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna kaç defa başvurdukları



Tablo 7: Sağlık hizmeti kullanımı ifadeleri yanıt dağılım tablosu

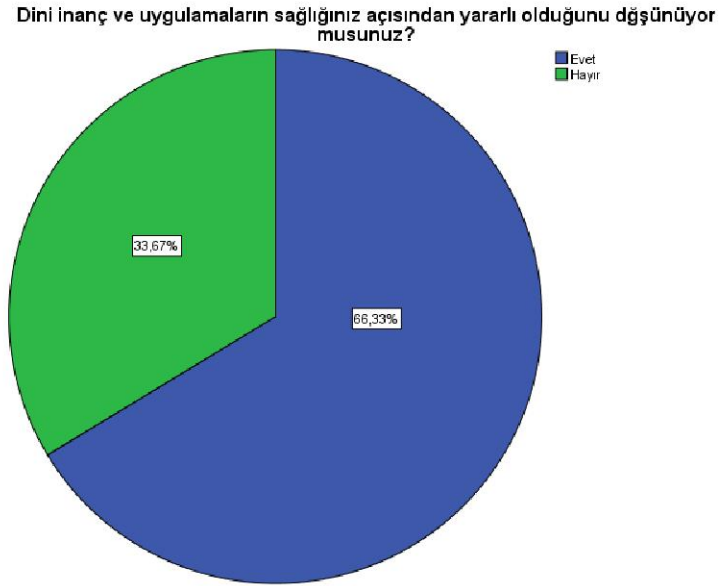
		n	%
Dini inanç ve uygulamaların sağlığınızdaki açılarından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	132	66,3
	Hayır	67	33,7
	Toplam	199	100,0
Dini İnanç ve Uygulamalar Sağlığınıza ne gibi faydalar sağlamaktadır?	Ruh sağlığına olumlu katkıda bulunur	87	43,7
	Dini ibadetler fiziksel sağlığınıza olumlu katkıda bulunur	23	11,6
	Dini yasaklar sağlığa zararlı davranışları engeller	19	9,5
	Diğer	7	3,5
	Toplam	136	68,3
	Ne gibi faydalar sağladığı belirtilmeyen	63	31,7
Toplam		199	100,0
Hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuruyor musunuz?	Evet	51	25,6
	Hayır	146	73,4
	Toplam	197	99,0
	Başvurusu belirtilmeyen	2	1,0
Toplam		199	100,0

Dini inanç ve uygulamaların kendi sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünenler %66,3 (n=132), yararlı olmadığını düşünenler %33,7 (n=67) olduğu bulunmuştur. Araştırmada dini inanç ve uygulamaların kendi sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünen hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına katıldıkları anlaşılmıştır.

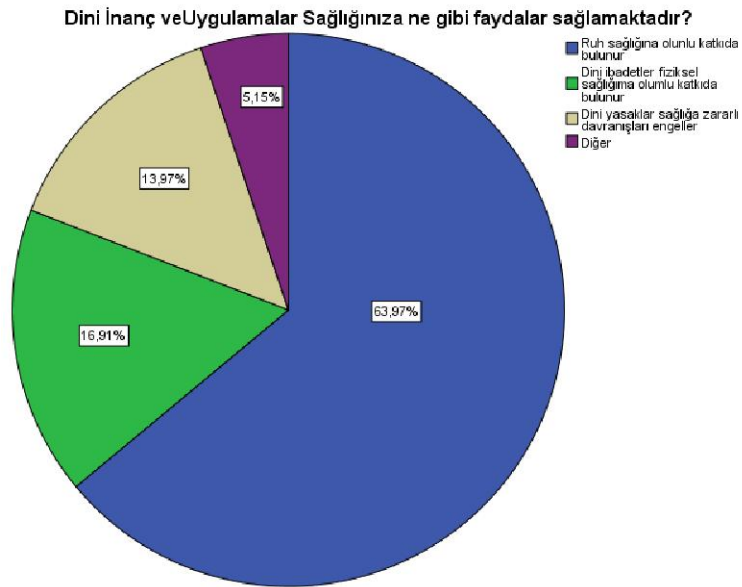
Dini inanç ve uygulamalar sağlığınıza ne gibi faydalar sağlamaktadır ifadesine verilen yanıtların; ruh sağlığına olumlu katkıda bulunur %43,7 (n=87), dini ibadetler fiziksel sağlığınıza olumlu katkıda bulunur %11,6 (n=23), dini yasaklar sağlığa zararlı davranışları engeller %9,5 (n=19), diğer faydalar %3,5 (n=7), ne gibi faydalar sağladığı belirtilmeyen %31,7 (n=63) olduğu görülmektedir. Araştırmada dini inanç ve uygulamaların ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunduğunu ifade eden hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuruyor musunuz? ifadesine verilen yanıtların; evet %25,6 (n=51), hayır %73,4 (n=146), başvurusu belirtilmeyen %1 (n=2) olduğu görülmektedir. Araştırmada hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvurmayan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına katıldıkları anlaşılmıştır (Tablo 7).

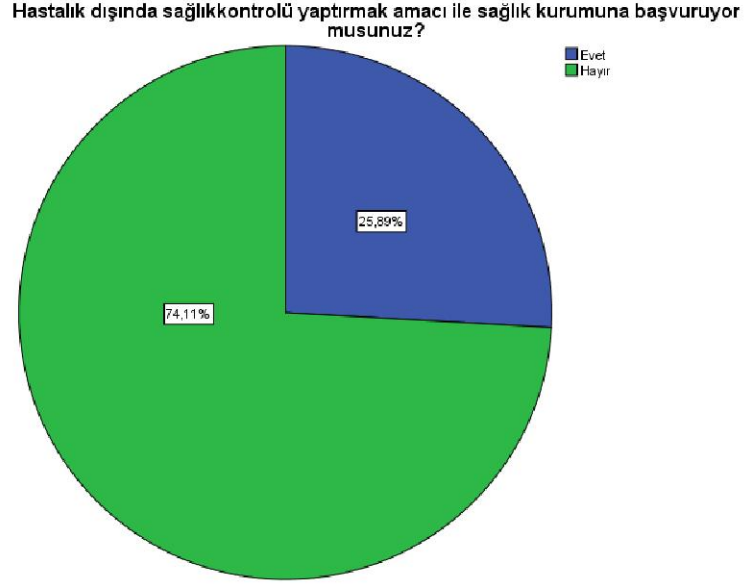
Şekil 22: Dini inanç ve uygulamaların kendi sağlıkları açısından yararlı olup olmadığı dağılımı



Şekil 23: Dini inanç ve uygulamaların faydaları dağılımı



Şekil 24: Hastalık dışında sağlık kurumuna başvurma durumu dağılımı



Tablo 8: Sağlık hizmeti kullanımı ifadeleri yanıt dağılımı tablosu

Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz?	1	30	15,1
	2	21	10,6
	Toplam	51	25,6
	Başvurmadığını belirten	148	74,4
Toplam		199	100,0
Sürekli bir hastalığınız var mı?	Evet	65	32,7
	Hayır	133	66,8
	Toplam	198	99,5
	Olup olmadığı belirtilmeyen	1	,5
Toplam		199	100,0
Sosyal güvenceniz olmadığı için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?	Evet	37	18,6
	Hayır	162	81,4
	Toplam	199	100,0
Katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?	Evet	85	42,7
	Hayır	114	57,3
	Toplam	199	100,0
Sağlık Hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz?	Evet	78	39,2
	Hayır	121	60,8
	Toplam	199	100,0

Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz? ifadesine verilen yanıtların; 1 defa %15,1 (n=30), 2 defa %10,6 (n=21), başvurduğu belirtilmeyen %74,4 (n=148) olduğu görülmektedir. Araştırmada yılda kaç defa kontrol

amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz sorusuna başvurmadığını belirten hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. Buradan yıllık kontrollerini yaptırmayan hastaların daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde düşünen insanların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duymaları çelişki gibi gelmiştir.

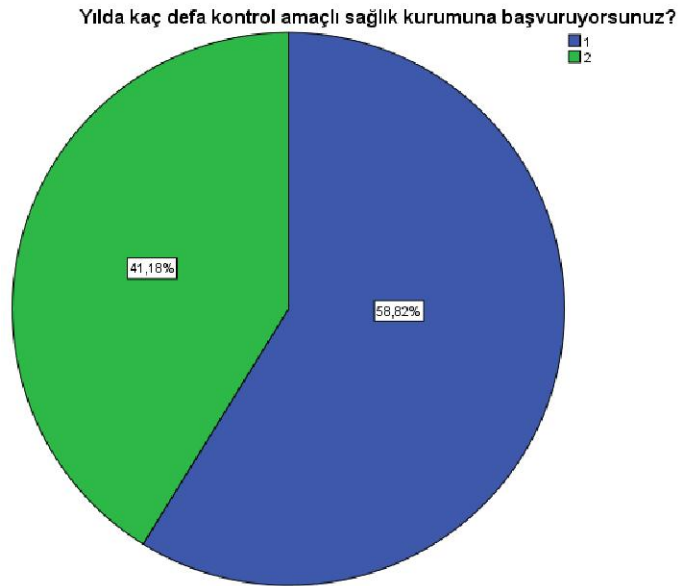
Sürekli bir hastalığınız var mı? ifadesine verilen yanıtların; evet %32,7 (n=65), hayır %66,8 (n=133), olup olmadığı belirtilmeyen %0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Araştırmada sürekli bir hastalığı olmayan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumu açısından yapılan çalışmaların başarısı açısından son derece sevindirici bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Sosyal güvenceniz olmadığı için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu? ifadesine verilen yanıtların; evet %18,6 (n=37), hayır %81,4 (n=162) olduğu görülmektedir. Araştırmada sosyal güvencesi olmasa da sağlık kurumuna giden hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. İnsanlarımızın hastalandıkları takdirde sosyal güvenceleri olsun veya olmasın herhangi bir sağlık kurumuna gitmeleri, onların sağlıklarına ne derece değer verdiklerini göstermektedir. Toplumsal sağlık bilincinin oluşmasında yapılan çalışmaların ne derece etkili olduğunun işareti olarak algılanması gerektiği düşünülmektedir.

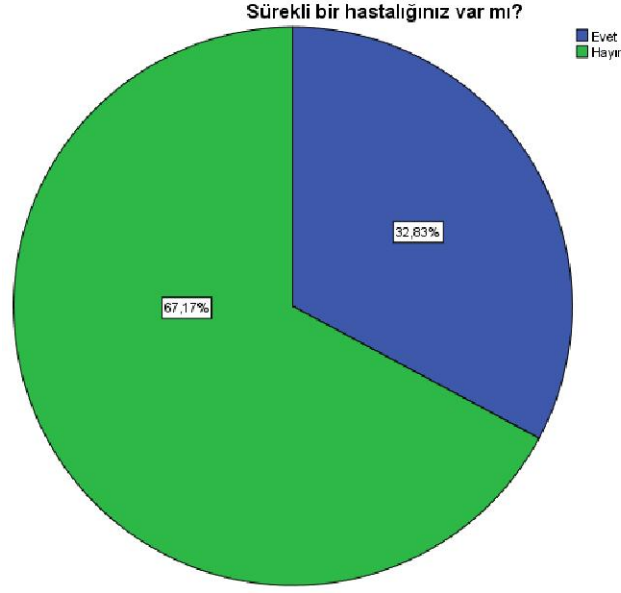
Katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu? ifadesine verilen yanıtların; evet %42,7 (n=85), hayır %57,3 (n=114) olduğu görülmektedir. Araştırmada katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna giden hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. Bireylerin maddi durumları katkı paylarını ödemeyecek güçte olsa bile sağlıklarının durumunu öğrenmek için sağlık kurumlarına başvurdukları anlaşılmış olup, başvurmayan kişilerin oranı da azımsanmayacak derecededir. Bu açıdan devletin sağlık politikasının yeniden gözden geçirilerek bütün sağlık hizmet sunumlarının ücretsiz olarak verilmesi için mevzuat değişikliklerinin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık Hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz? ifadesine verilen yanıtların; evet %39,2 (n=78), hayır %60,8 (n=121) olduğu görülmektedir. Araştırmada sağlık hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşamayan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. Ancak bunun yanında sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşayan hastaların da çoğunlukta bulunduğu anlaşılmış olup, Mersin ili sağlık yöneticilerinin bu konuda ne yapılması gerektiği açısından inceleme yapmalarında büyük yarar olacağı düşünülmektedir (Tablo 8).

Şekil 25: Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvurma durumu dağılımı



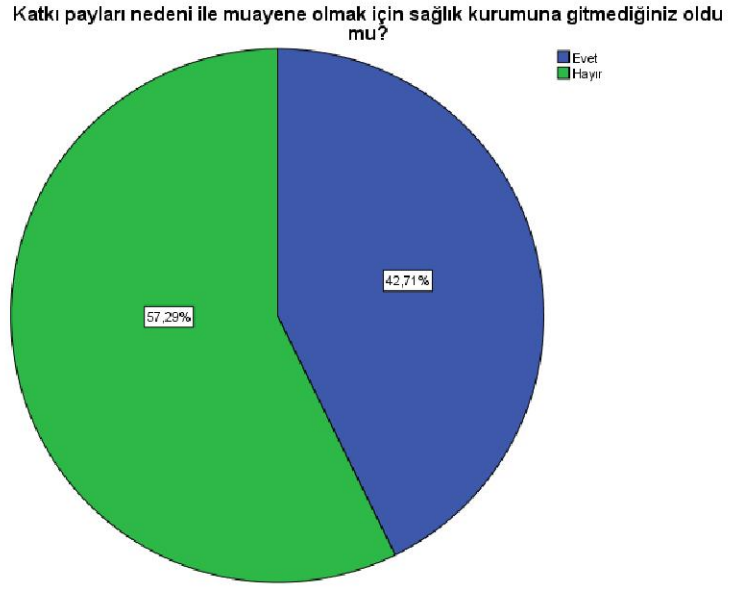
Şekil 26: Sürekli hastalık bulunma durumu dağılımı



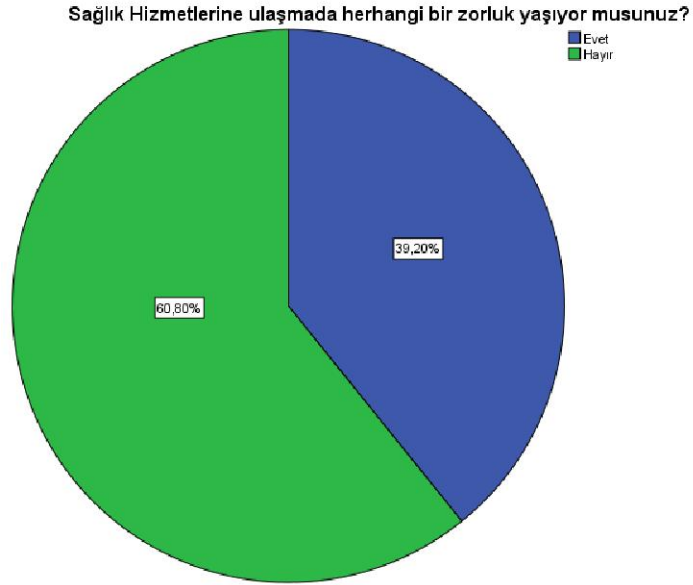
Şekil 27: Sosyal güvence olup olmama durumuna göre sağlık kurumuna gitme dağılımı



Şekil 28: Katkı payları nedeni ile sağlık kurumuna gitme dağılımı



Şekil 29: Sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşama durumu



Tablo 9: Sağlık hizmeti kullanımı ifadeleri yanıt dağılım tablosu

		n	%
Sağlık hizmetlerine ulaşmada ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?	Randevu alamıyorum	9	4,5
	Randevu uzun süreye veriliyor	45	22,6
	Ulaşım zorluğu	3	1,5
	Katkı payları	21	10,6
	Diğer	4	2,0
	Toplam	82	41,2
	Zorluk yaşamadığımı belirtenler	117	58,8
Toplam		199	100,0
Sağlık kurumuna başvurduğunuzda hastalığınız ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?	Evet	176	88,4
	Hayır	20	10,1
	Toplam	196	98,5
	Yapılıp yapılmadığı belirtilmeyen	3	1,5
Toplam		199	100,0
Hastalığınız ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli mi?	Evet	78	39,2
	Hayır	118	59,3
	Toplam	196	98,5
	Yeterli olup olmadığı belirtilmeyen	3	1,5
Toplam		199	100,0

Sağlık hizmetlerine ulaşmada ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz? ifadesine verilen yanıtların; randevu alamıyorum %4,5 (n=9), randevu uzun süreye veriliyor %22,6 (n=45), ulaşım zorluğu %1,5 (n=3), katkı payları %1,5 (n=3), diğer nedenler %2 (n=4), zorluklar yaşadıkları belirtilmeyen %58,8 (n=117) olduğu görülmektedir. Araştırmada sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşamadığını ifade eden hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. Ancak sağlık hizmetlerine ulaşmada randevunun uzun süreye verildiğini ifade eden hastaların oranı da dikkat çekmektedir. Randevuların uzun süreye verilmesi geri kalmış ülkelerde mevcut olan bir sağlık uygulamasıdır. Ülkemizde uygulanan sağlık sistemi dünya ülkeleri seviyesinde hatta bazılarında daha da öndedir. Buna rağmen Mersin İli'nin son yıllarda almış olduğu yoğun göç, bu ilin sağlık imkânlarını zorlamaktadır. Bu nedenlerle İl sağlık yöneticilerinin randevularla ilgili olarak inceleme yapmalarında fayda olacağı düşünülmektedir.

Sağlık kurumuna başvurduğunuzda hastalığınız ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu? ifadesine verilen yanıtların; evet %88,4 (n=176), hayır %10,1 (n=20), bilgilendirme

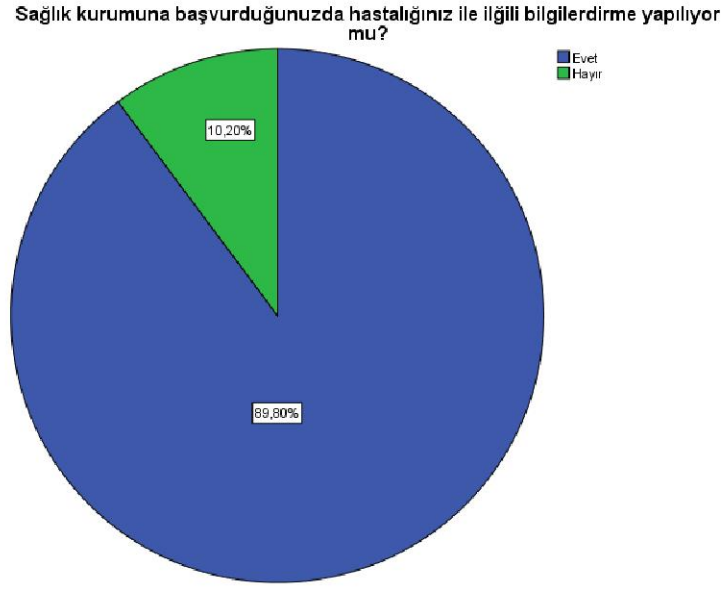
yapılıp yapılmadığı belirtilmeyen %1,5 (n=3) olduğu görülmektedir. Araştırmada sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirme yapılan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Hastalığınız ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli mi? ifadesine verilen yanıtların; evet %39,2 (n=78), hayır %98,5 (n=196), yeterli olup olmadığı belirtilmeyen %1,5 (n=3) olduğu görülmektedir. Araştırmada sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirmenin yeterli olmadığını ifade hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. Hastaların bilgilendirme olarak neyi talep ettiklerinin araştırılmasının gerektiği düşünülmektedir (Tablo 9).

Şekil 30: Sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan zorluk çeşitleri



Şekil 31: Sağlık kurumunda bilgilendirme yapılma durumu



Şekil 32: Sağlık kurumunda yeterli bilgilendirme yapılma durumu



Tablo 10: Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin hemşirelerden alınan hizmetlere ait ifadelerin yanıtları

		n	%
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size kibar davrandılar mı?	Hiç	2	1,0
	Nadiren	6	3,0
	Bazen	16	8,0
	Çoğu Zaman	82	41,2
	Her Zaman	93	46,7
	Toplam	199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size kendilerini tanıttılar mı?	Hiç	50	25,1
	Nadiren	49	24,6
	Bazen	57	28,6
	Çoğu Zaman	24	12,1
	Her Zaman	19	9,5
	Toplam	199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size dikkatle dinlediler mi?	Hiç	6	3,0
	Nadiren	19	9,5
	Bazen	41	20,6
	Çoğu Zaman	74	37,2
	Her Zaman	58	29,1
	Toplam	198	99,5
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?	Hiç	10	5,0
	Nadiren	33	16,6
	Bazen	35	17,6
	Çoğu Zaman	76	38,2
	Her Zaman	45	22,6
	Toplam	199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istediğiniz anda yardım aldınız mı?	Hiç	15	7,5
	Nadiren	9	4,5
	Bazen	10	5,0
	Çoğu Zaman	28	14,1
	Her Zaman	31	15,6
	Toplam	93	46,7
	Yardım alıp almadığı belirtilmeyen	106	53,3
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler tarafından tedavileriniz zamanında yapıldı mı?	Hiç	1	,5
	Bazen	8	4,0
	Çoğu Zaman	63	31,7
	Her Zaman	126	63,3
	Toplam	198	99,5
	Yapılıp yapılmadığı belirtilmeyen	1	,5
Toplam	199	100,0	

Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin hemşirelerden alınan hizmetlere ait ifadelerin frekans dağılımlarına bakıldığında;

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size kibar davrandılar mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %1 (n=2), nadiren %3 (n=6), bazen %8 (n=16), çoğu zaman %41,2 (n=82), her zaman %46,7 (n=93) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin hastalara tedavi oldukları süre boyunca her zaman kibar davrandıkları anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size kendilerini tanıttılar mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %25,1 (n=50), nadiren %24,6 (n=49), bazen %28,6 (n=57), çoğu zaman %12,1 (n=24), her zaman %9,5 (n=19) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin hastalara tedavi oldukları süre boyunca bazen kendilerini tanıttıkları anlaşılmıştır.

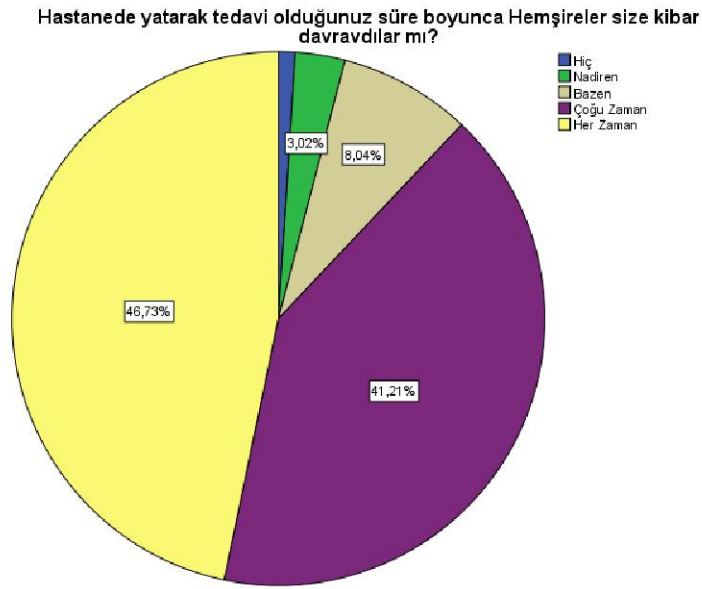
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler sizi dikkatle dinlediler mi? ifadesine verilen yanıtların; hiç %3 (n=6), nadiren %9,5 (n=19), bazen %20,6 (n=41), çoğu zaman %37,2 (n=74), her zaman %29,1 (n=58) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin hastaları tedavi oldukları süre boyunca çoğu zaman dinledikleri anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %5 (n=10), nadiren %16,6 (n=33), bazen %17,6 (n=35), çoğu zaman %38,2 (n=76), her zaman %22,6 (n=45) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin hastaları tedavi oldukları süre boyunca anlayabilecekleri şekilde çoğu zaman açıklamalarda buldukları anlaşılmıştır.

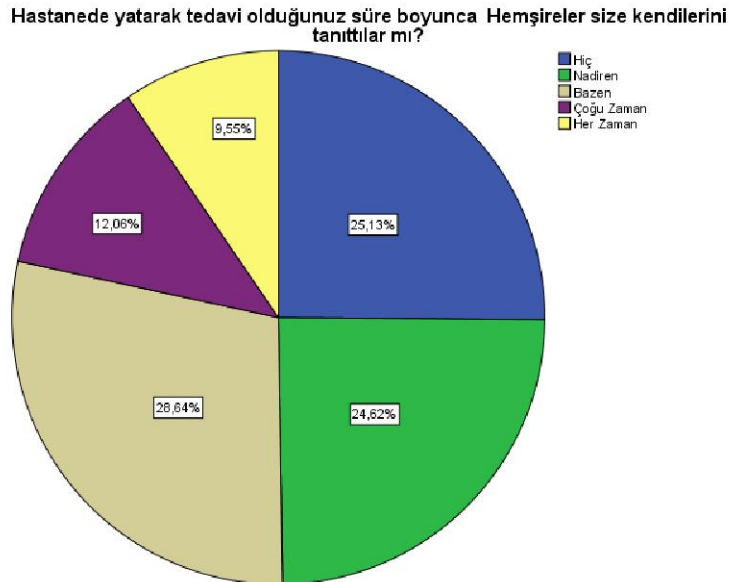
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istediğiniz anda yardım aldınız mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %7,5 (n=15), nadiren %4,5 (n=9), bazen %5 (n=10), çoğu zaman %14,1 (n=28), her zaman %15,6 (n=31), yardım alıp almadığı belirtilmeyen %53,3 (n=106) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istedikleri anda yardım alıp almadıkları konusunda yanıt vermeyenlerin daha fazla oldukları anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler tarafından tedavileriniz zamanında yapıldı mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %0,5 (n=1), bazen %4 (n=8), çoğu zaman %31,7 (n=63), her zaman %63,3 (n=126), yapıp yapılmadığı belirtilmeyen %0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşireler tarafından tedavilerinin her zaman zamanında yapıldığı anlaşılmıştır (Tablo 10).

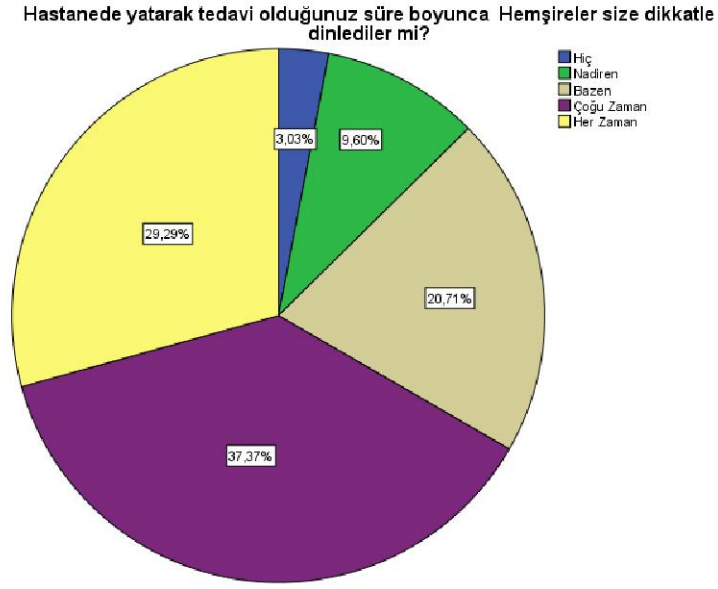
Şekil 33: Hastanede yatarak tedavi süresinde hemşirelerin kibar davranma durumu



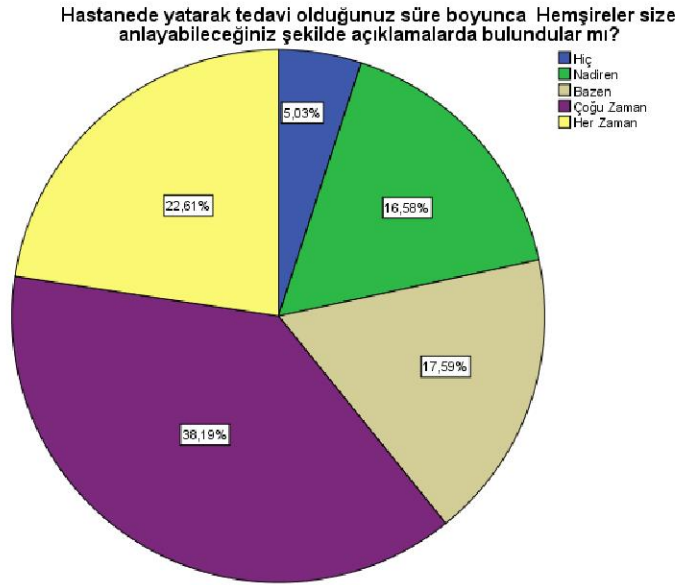
Şekil 34: Hastanede yatarak tedavi süresinde hemşirelerin kendilerini tanıtmaları durumu



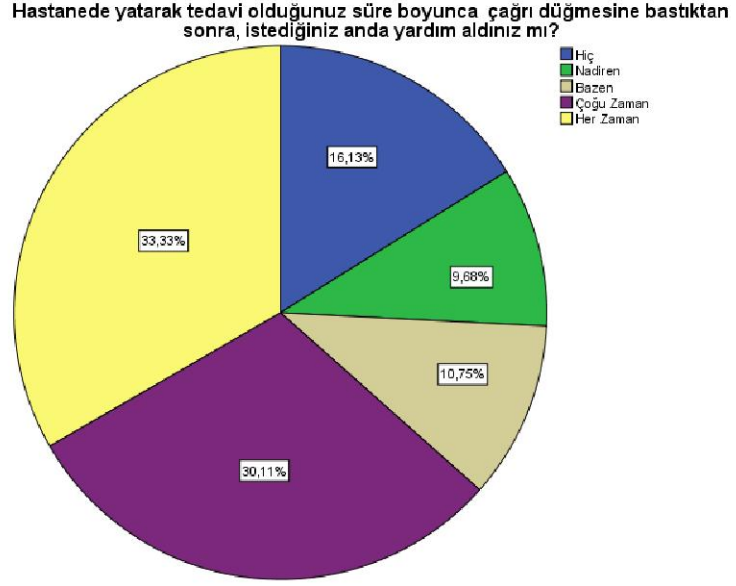
Şekil 35: Hastanede yatarak tedavi süresinde hemşirelerin dinleme durumu



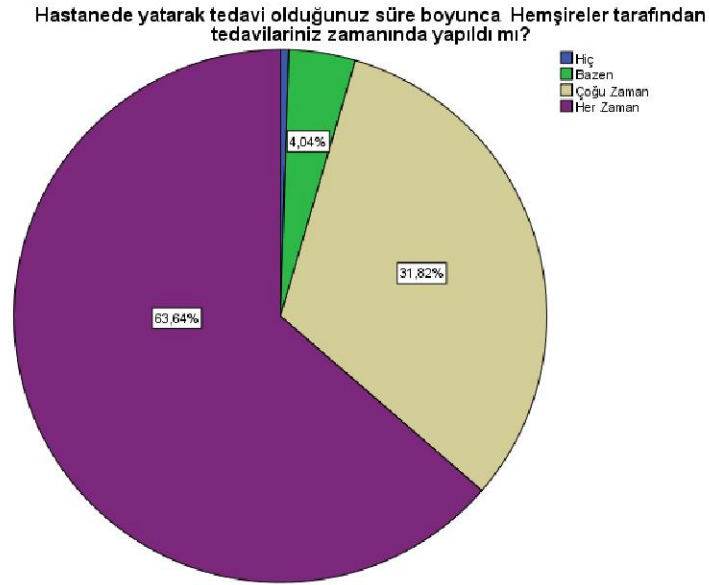
Şekil 36: Hastanede yatarak tedavi süresinde hemşirelerin açıklama yapma durumu



Şekil 37: Hastanede yatarak tedavi süresinde çağrı düğmesine bastıktan sonra hizmet durumu



Şekil 38: Hemşireler tarafından tedavilerin zamanında yapılma durumu



Tablo 11: Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin doktorlardan alınan hizmetlere ait ifadelerin yanıtları

		n	%
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kibar davrandılar mı?	Hiç	3	1,5
	Nadiren	2	1,0
	Bazen	16	8,0
	Çoğu Zaman	58	29,1
	Her Zaman	120	60,3
	Toplam	199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kendilerini tanıttılar mı?	Hiç	15	7,5
	Nadiren	15	7,5
	Bazen	22	11,1
	Çoğu Zaman	71	35,7
	Her Zaman	76	38,2
	Toplam	199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi her gün düzenli ziyaret ettiler mi?	Hiç	1	,5
	Nadiren	4	2,0
	Bazen	14	7,0
	Çoğu Zaman	30	15,1
	Her Zaman	150	75,4
	Toplam	199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi dikkatle dinlediler mi?	Hiç	3	1,5
	Nadiren	9	4,5
	Bazen	18	9,0
	Çoğu Zaman	76	38,2
	Her Zaman	91	45,7
	Toplam	197	99,0
	Dinleyip dinlemedikleri belirtilmeyen	2	1,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?	Hiç	5	2,5
	Nadiren	16	8,0
	Bazen	44	22,1
	Çoğu Zaman	73	36,7
	Her Zaman	60	30,2
	Toplam	198	99,5
	Açıklamalarda bulunup bulunmadığı belirtilmeyen	1	,5

Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin doktorlardan alınan hizmetlere ait ifadelerin frekans dağılımlarına bakıldığında;

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kibar davrandılar mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %1,5 (n=3), nadiren %1 (n=2), bazen %8 (n=16), çoğu zaman %29,1 (n=58), her zaman %60,3 (n=120) olduğu görülmektedir. Doktorların hastalara tedavi oldukları süre boyunca her zaman kibar davrandıkları anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kibar davranarak kendilerini tanıttılar mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %7,5 (n=15), nadiren %7,5 (n=15), bazen %11,1 (n=22), çoğu zaman %35,7 (n=71), her zaman %38,2 (n=76) olduğu görülmektedir. Doktorların hastalara tedavi oldukları süre boyunca her zaman kendilerini tanıttıkları anlaşılmıştır.

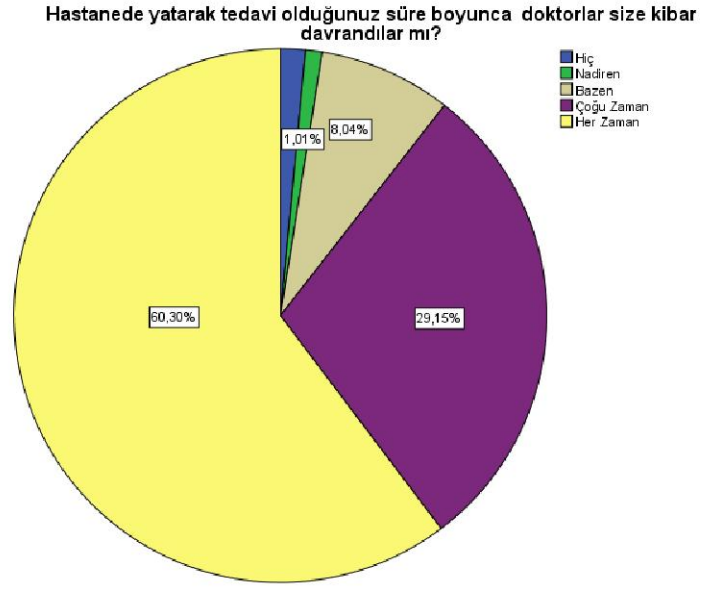
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi her gün düzenli ziyaret ettiler mi? ifadesine verilen yanıtların; hiç %0,5 (n=1), nadiren %2 (n=4), bazen %7 (n=14), çoğu zaman %35,7 (n=71), her zaman %38,2 (n=76) olduğu görülmektedir. Doktorların hastalara tedavi oldukları süre boyunca her gün düzenli ziyaret ettikleri anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size dikkatle dinlediler mi? ifadesine verilen yanıtların; hiç %1,5 (n=3), nadiren %4,5 (n=9), bazen %9 (n=18), çoğu zaman %38,2 (n=76), her zaman %45,7 (n=91), dinleyip dinlemedikleri belirtilmeyen %1 (n=2) olduğu görülmektedir. Doktorların hastaları tedavi oldukları süre boyunca her zaman dinledikleri anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %2,5 (n=5), nadiren %8 (n=16), bazen %22,1 (n=44), çoğu zaman %36,7 (n=73), her zaman %30,2 (n=60), açıklamalarda bulunup bulunmadığı belirtilmeyen %0,5 (n=1) olduğu görülmektedir.

Doktorların hastaları tedavi oldukları süre boyunca anlayabilecekleri şekilde çoğu zaman açıklamalarda buldukları anlaşılmıştır (Tablo 11).

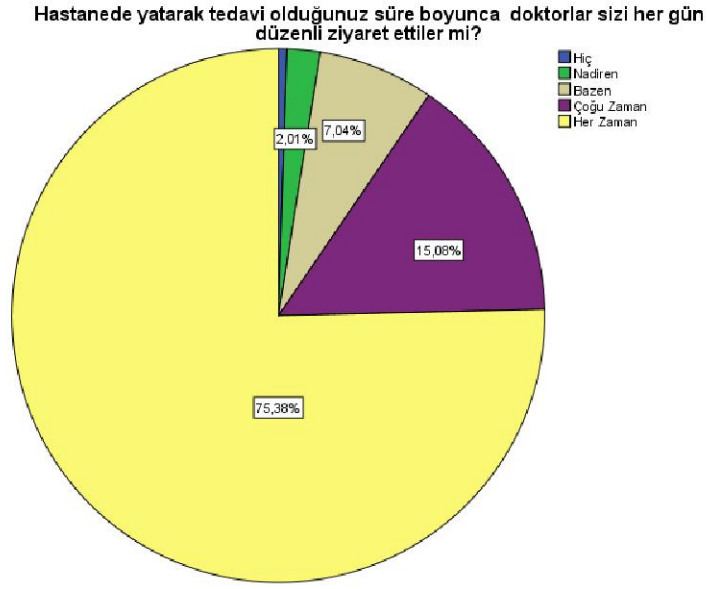
Şekil 39: Hastanede yatarak tedavi süresinde doktorların kibar davranma durumu



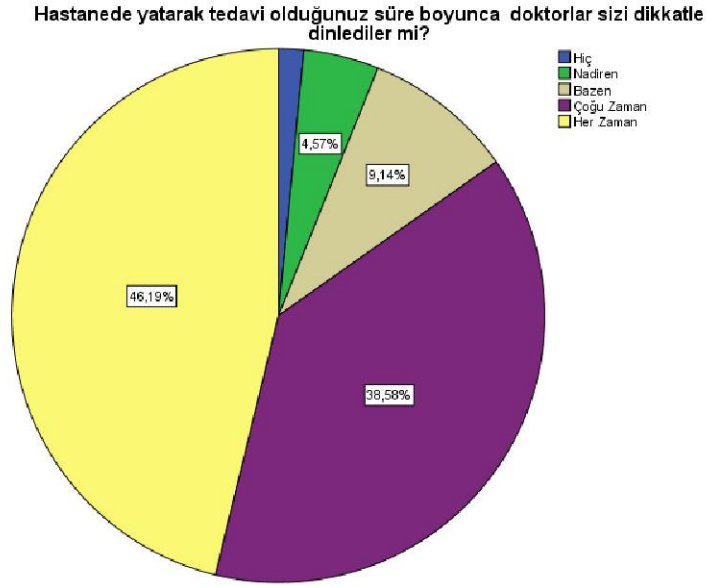
Şekil 40: Hastanede yatarak tedavi süresinde doktorların kendilerini tanıtırma durumu



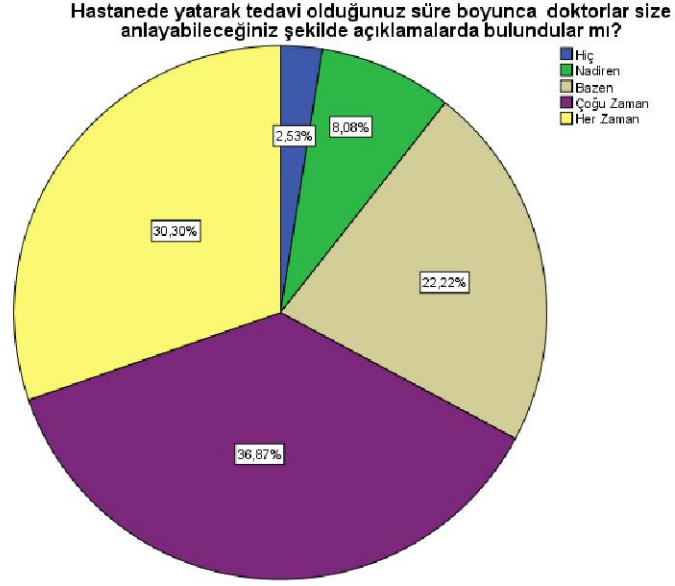
Şekil 41: Hastanede yatarak tedavi süresinde doktorların ziyaret etme durumu



Şekil 42: Hastanede yatarak tedavi süresinde doktorların dinleme durumu



Şekil 43: Hastanede yatarak tedavi süresinde doktorların açıklama yapma durumu



Tablo 12: Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin hastane ortamına ait ifadelerin yanıtları

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca odanız ve banyonuz temiz tutuldu mu?	Hiç	4	2,0
	Nadiren	8	4,0
	Bazen	31	15,6
	Çoğu Zaman	79	39,7
	Her Zaman	76	38,2
	Toplam	198	99,5
	Temizlik durumu belirtilmeyen	1	,5
Toplam		199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca gece odanızın etrafındaki alan sessiz ve sakin miydi?	Hiç	7	3,5
	Nadiren	13	6,5
	Bazen	38	19,1
	Çoğu Zaman	93	46,7
	Her Zaman	47	23,6
	Toplam	198	99,5
	Sessizliği belirtilmeyen	1	,5
Toplam		199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca kendinizi güvende hissettiniz mi?	Hiç	5	2,5
	Nadiren	2	1,0
	Bazen	9	4,5
	Çoğu Zaman	60	30,2
	Her Zaman	122	61,3
	Toplam	198	99,5
	Güven durumu belirtilmeyen	1	,5
Toplam		199	100,0

Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin hastane ortamına ait ifadelerin frekans dağılımlarına bakıldığında;

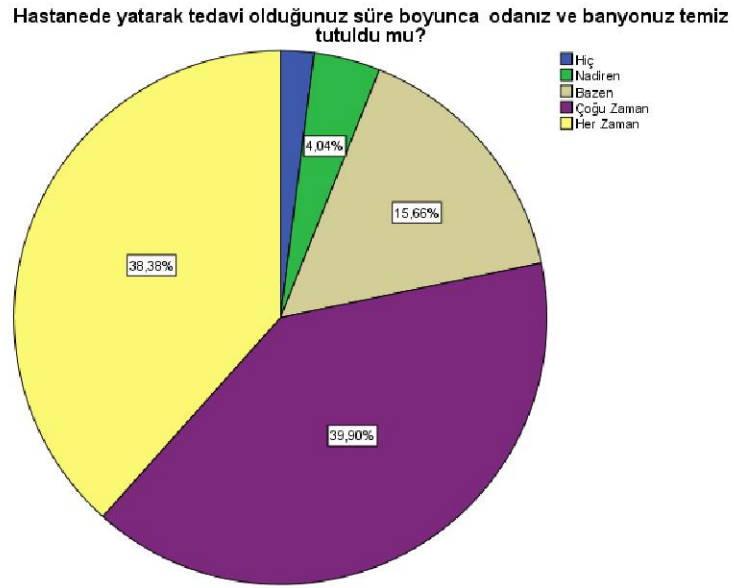
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca odanız ve banyonuz temiz tutuldu mu? ifadesine verilen yanıtların; hiç %2 (n=4), nadiren %4 (n=8), bazen %15,6 (n=31), çoğu zaman %39,7 (n=79), her zaman %38,2 (n=76), temizlik durumu belirtilmeyen %0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının ve banyolarının çoğu zaman temiz tutulduğu anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca gece odanızın etrafındaki alan sessiz ve sakin miydi? ifadesine verilen yanıtların; hiç %3,5 (n=7), nadiren %6,5 (n=13), bazen %19,1 (n=38), çoğu zaman %46,7 (n=93), her zaman %23,6 (n=47),

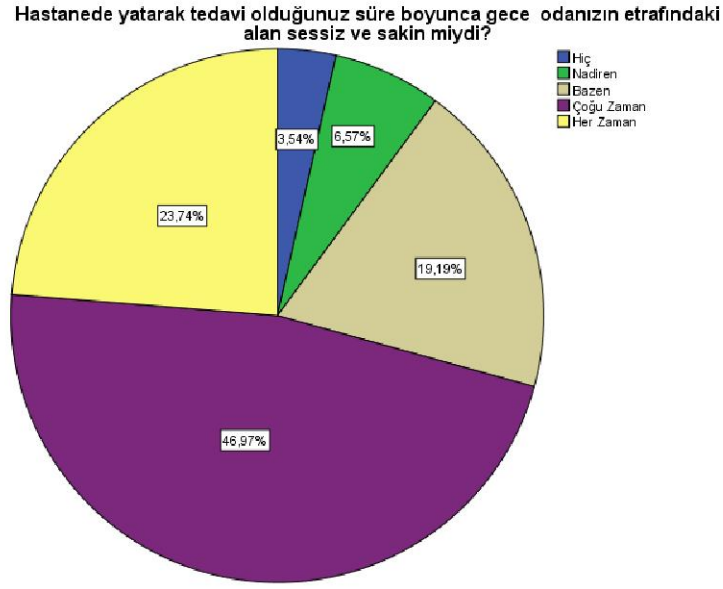
sessizliği belirtilmeyen %0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca geceleri odalarının etrafındaki alanın çoğu zaman sessiz ve sakin olduğu anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca kendinizi güvende hissettiniz mi? ifadesine verilen yanıtların; hiç %2,5 (n=5), nadiren %1 (n=2), bazen %4,5 (n=9), çoğu zaman %30,2 (n=60), her zaman %61,3 (n=122), güven durumu belirtilmeyen %0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca her zaman kendilerini güvende hissettikleri anlaşılmıştır (Tablo 12).

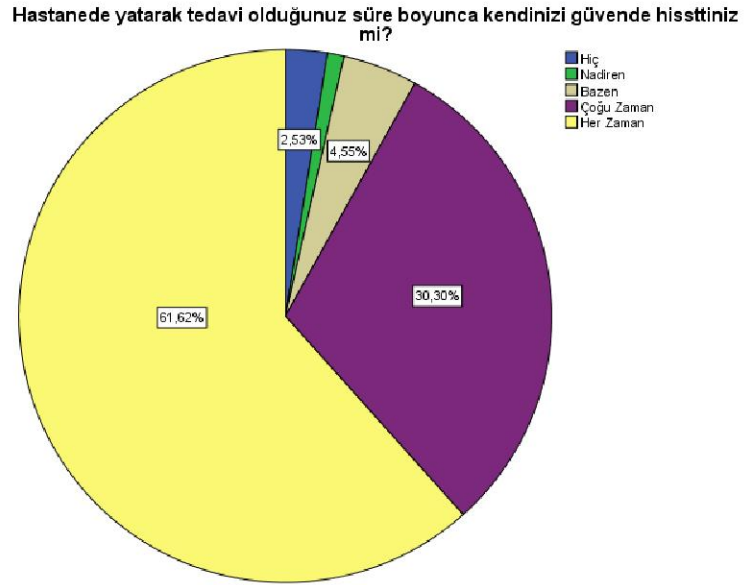
Şekil 44: Hastanede yatarak tedavi süresinde odalarının ve banyolarının temizlik durumu



Şekil 45: Hastanede yatarak tedavi süresinde odalarının ve banyolarının temizlik durumu



Şekil 46: Hastanede yatarak tedavi süresinde güvende hissetme durumu



Tablo 13: Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin deneyimlere ait ifadelerin yanıtları

		n	%
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınız iyi kontrol edildi mi?	Nadiren	4	2,0
	Bazen	16	8,0
	Çoğu Zaman	68	34,2
	Her Zaman	111	55,8
	Toplam	199	100,0
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınızı gidermek için yapabilecekleri her şeyi yaptılar mı?	Nadiren	7	3,5
	Bazen	12	6,0
	Çoğu Zaman	70	35,2
	Her Zaman	110	55,3
	Toplam	199	100,0
Size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu size söylediler mi?	Hiç	28	14,1
	Nadiren	28	14,1
	Bazen	58	29,1
	Çoğu Zaman	49	24,6
	Her Zaman	36	18,1
	Toplam	199	100,0
Hastane çalışanları size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabileceğiniz şekilde size anlattılar mı?	Hiç	126	63,3
	Nadiren	22	11,1
	Bazen	20	10,1
	Çoğu Zaman	14	7,0
	Her Zaman	17	8,5
	Toplam	199	100,0

Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin deneyimlere ait ifadelerin frekans dağılımlarına bakıldığında;

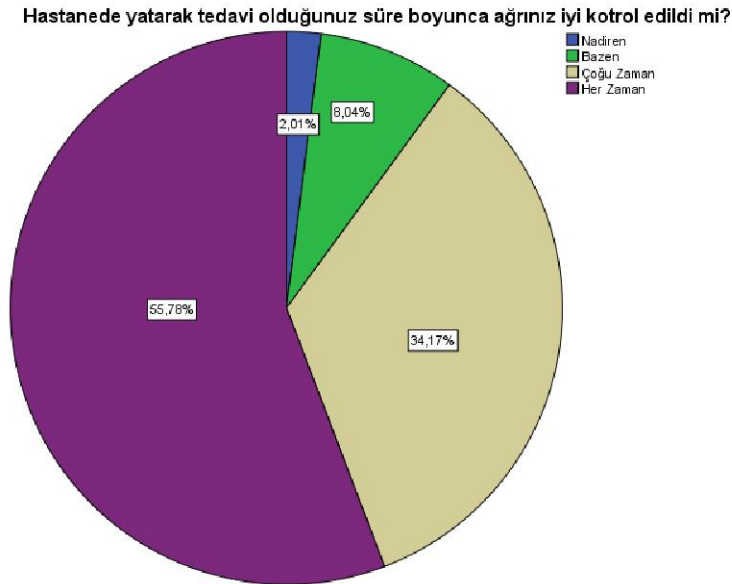
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınız iyi kontrol edildi mi? ifadesine verilen yanıtların; nadiren %2 (n=4), bazen %8 (n=16), çoğu zaman %34,2 (n=68), her zaman %55,8 (n=111) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarının her zaman iyi kontrol edildiği anlaşılmıştır.

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınızı gidermek için yapabilecekleri her şeyi yaptılar mı? ifadesine verilen yanıtların; nadiren %3,5 (n=7), bazen %6 (n=12), çoğu zaman %35,2 (n=70), her zaman %55,3 (n=110) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarını gidermek için yapabilecekleri her şeyi her zaman yaptıkları anlaşılmıştır.

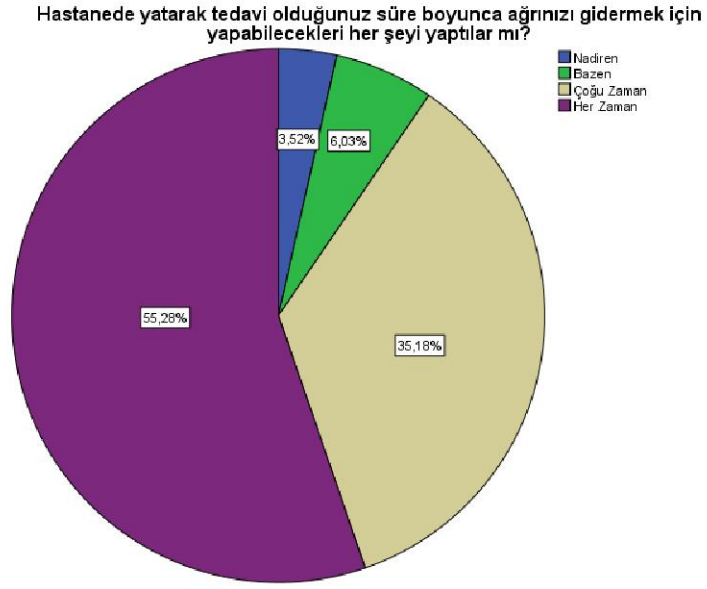
Size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu size söylediler mi? ifadesine verilen yanıtların; hiç %4,1 (n=28), nadiren %14,1 (n=28), bazen %29,1 (n=58), çoğu zaman %24,6 (n=49), her zaman %18,1 (n=36) olduğu görülmektedir. Hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca herhangi bir yeni ilaç verilmenden önce, hastane çalışanları tarafından ilacın ne için olduğunun bazen söylendiği anlaşılmıştır.

Hastane çalışanları size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabileceğiniz şekilde size anlattılar mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %63,3 (n=126), nadiren %11,1 (n=22), bazen %10,1 (n=20), çoğu zaman %7 (n=14), her zaman %8,5 (n=17) olduğu görülmektedir (Tablo 13).

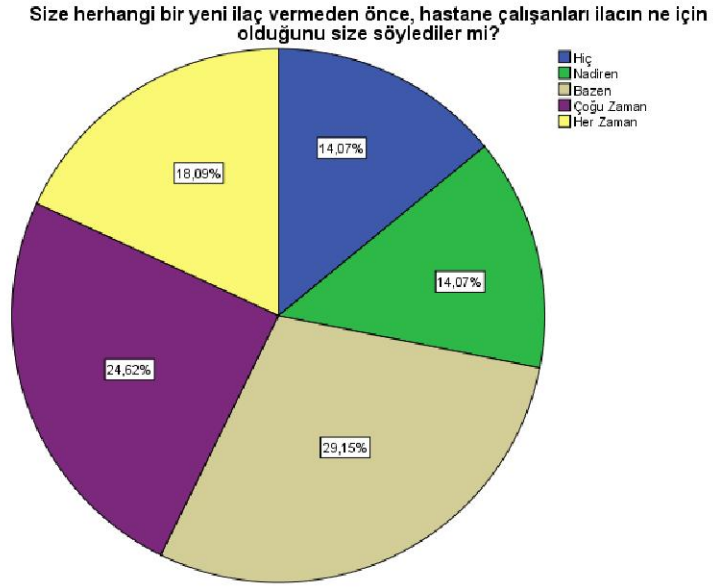
Şekil 47: Hastanede yatarak tedavi süresinde ağrıların kontrol edilme durumu



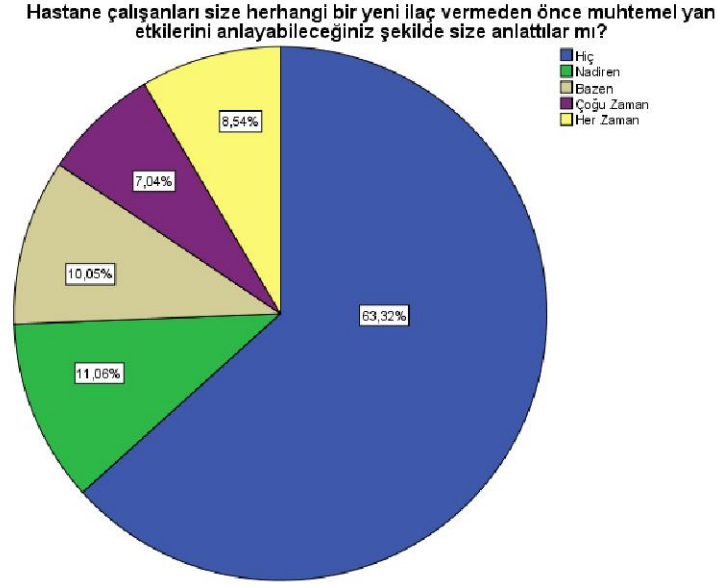
Şekil 48: Hastanede yatarak tedavi süresinde ağrılar için yapılması gerekenlerin durumu



Şekil 49: Hastanede yatarak tedavi süresinde ilaç hakkında bilgilendirme durumu



Şekil 50: Hastanede yatarak tedavi süresinde ilaç yan etkilerinin anlatılma durumu



Tablo 14: Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin hastaneden ayrıldıktan sonra olan durumlara ait ifadelerin yanıtları

		n	%
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre içerisinde, hastaneden ayrılışınızdan sonra ihtiyaç duyduğunuz yardımı alıp alamayacağınız konusunda Doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları sizinle konuştular mı?	Hiç	33	16,6
	Nadiren	10	5,0
	Bazen	40	20,1
	Çoğu Zaman	59	29,6
	Her Zaman	57	28,6
	Toplam	199	100,0
Hastaneden yatış sürecinizde hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?	Hiç	140	70,4
	Nadiren	7	3,5
	Bazen	13	6,5
	Çoğu Zaman	20	10,1
	Her Zaman	19	9,5
	Toplam	199	100,0
Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiğiniz zaman gerekli ilgi gösterildi mi?	Hiç	13	6,5
	Nadiren	8	4,0
	Bazen	24	12,1
	Çoğu Zaman	79	39,7
	Her Zaman	74	37,2
	Toplam	198	99,5
	İlgi olup olmadığı belirtilmeyen	1	,5
Toplam		199	100,0

Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin hastaneden ayrıldıktan sonra olan durumlara ait ifadelerin frekans dağılımlarına bakıldığında;

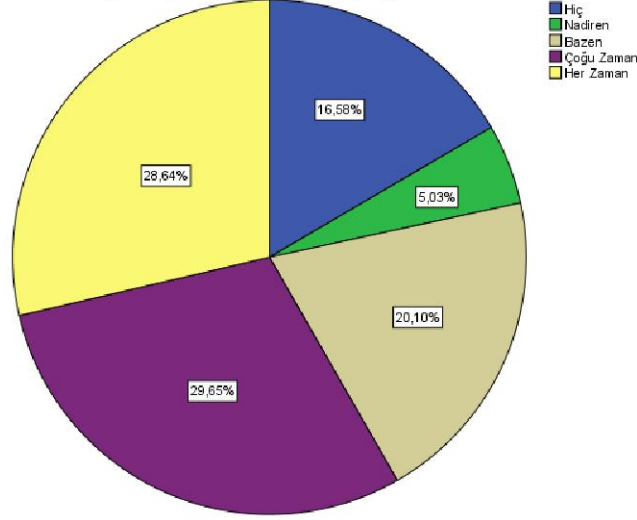
Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre içerisinde, hastaneden ayrılışınızdan sonra ihtiyaç duyduğunuz yardımı alıp alamayacağınız konusunda doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları sizinle konuştular mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %16,6 (n=33), nadiren %5 (n=10), bazen %20,1 (n=40), çoğu zaman %29,6 (n=59), her zaman %28,6 (n=57) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre içerisinde, hastaneden ayrılışlarından sonra ihtiyaç duyduklarında yardım alıp alamayacakları konusunda doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanlarının çoğu zaman konuştukları anlaşılmıştır.

Hastanede yatış sürecinizde hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı bilgi aldınız mı? ifadesine verilen yanıtların; hiç %70,4 (n=140), nadiren %3,5 (n=7), bazen %6,5 (n=13), çoğu zaman %10,1 (n=20), her zaman %9,5 (n=19) olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre içerisinde, hastaneden ayrılışlarından sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeleri gerektiği konusunda hiç yazılı bilgi almadıkları anlaşılmıştır.

Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiğiniz zaman gerekli ilgi gösterildi mi? ifadesine verilen yanıtların; hiç %6,5 (n=13), nadiren %4 (n=8), bazen %12,1 (n=24), çoğu zaman %39,7 (n=79), her zaman %37,2 (n=74), ilgi olup olmadığı belirtilmeyen%0,5 (n=1) olduğu görülmektedir. Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiklerinde çoğu zaman gerekli ilginin gösterildiği anlaşılmıştır (Tablo 14).

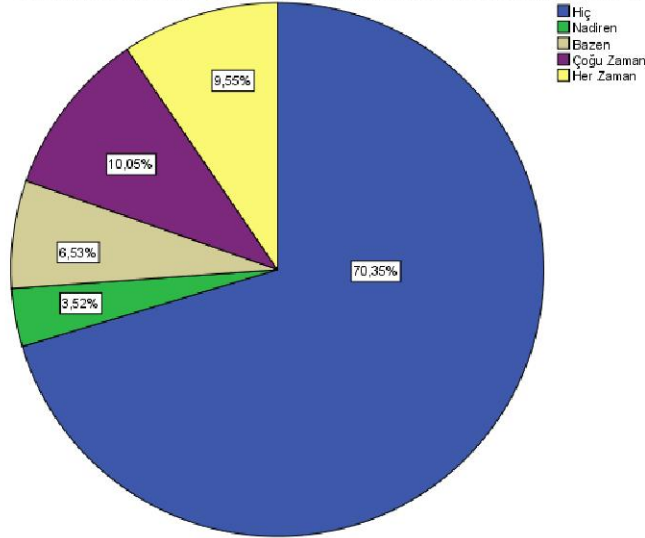
Şekil 51: Hastaneden ayrıldıktan sonra tıbbi yardım alınması anlatılma durumu

Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre içerisinde, hastaneden ayrılıştınızdan sonra ihtiyaç duyduğunuz yardımı alınamayacağınız konusunda Doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları sizinle konuştular mı?

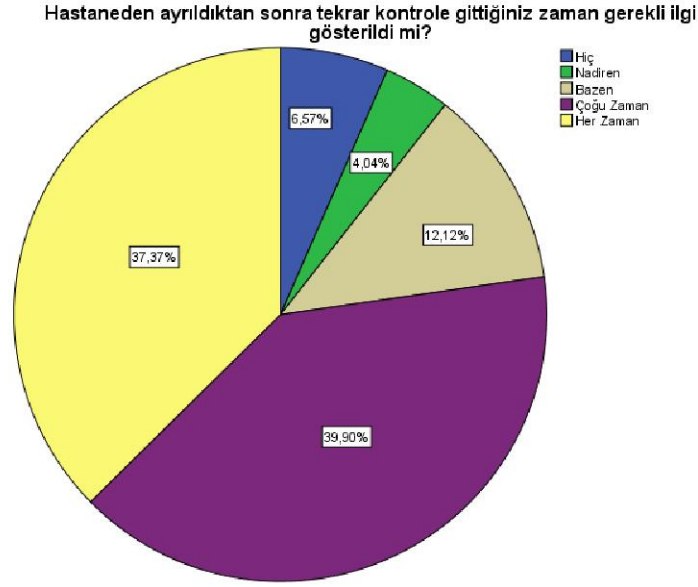


Şekil 52: Hastaneden ayrıldıktan sonra yapılacaklar konusunda bilgilendirme durumu

Hastaneden yatış sürecinizde hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?



Şekil 53: Hastaneden ayrıldıktan sonra kontrole gidildiğinde ilgi durumu



Tablo 15: Hastaların cinsiyeti ile “Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.d.) başvuruyor musunuz?” ifadesi karşılaştırması

			Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvuruyor musunuz?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	27	71	98	10,402	,001<0,05
		%	27,6	72,4	100,0		
	Kadın	n	49	49	98		
		%	50,0	50,0	100,0		
Toplam		n	76	120	196		
		%	38,8	61,2	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvuruyor musunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvuran erkekler %27,6 (n=27), başvurmayan erkekler %72,4 (n=71), başvuran kadınlar %50 (n=49), başvurmayan kadınlar %50 (n=49) oranında olduğu bulunmuştur. Doktor dışında, doğal

tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvurmayan erkeklerin daha fazla olduğu, başvuran kadın ve erkeklerin ise aynı oranda olduğu bulunmuştur. $P < 0,05$ olduğundan hastaların doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvurmaları ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı yoktur. Tablo 15’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamlıdır. Bir başka ifadeyle hastaların doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvurmaları ile erkek veya kadın olmaları ilişkilidir (Tablo 15).

Tablo 16: Hastaların cinsiyeti ile “Hangi rahatsızlığınızda doktor dışında, tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere(Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.b.) başvurursunuz?” ifadesi karşılaştırması

			Hangi rahatsızlığınızda doktor dışında, tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere(Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.b.) başvurursunuz?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Kırık, çıkık/burkulma	Fizyolojik problemler	Ruhsal problemler	Cilt problemleri	Diğer		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	N	7	13	3	6	2	31	1,509	,825>0,05
		%	22,6	41,9	9,7	19,4	6,5	100,0		
	Kadın	N	12	18	4	13	7	54		
		%	22,2	33,3	7,4	24,1	13,0	100,0		
Toplam		N	19	31	7	19	9	85		
		%	22,4	36,5	8,2	22,4	10,6	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Hangi rahatsızlığınızda doktor dışında, tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere(Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.b.) başvurursunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların kırık, çıkık/burkulma %22,6 (n=7), fizyolojik problemler %41,9 (n=13), ruhsal problemler %9,7 (n=3), cilt problemleri %19,4 (n=6), diğer nedenler %6,5 (n=2), kadın hastaların kırık, çıkık/burkulma %22,2 (n=12), fizyolojik problemler %33,3 (n=18), ruhsal problemler %7,4 (n=4), cilt problemleri %24,1 (n=13), diğer nedenler %13 (n=7) oranında olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkek hastaların fizyolojik problemler nedeniyle doktor dışında, tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca

karı ilaçları v.b.) başvurdukları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvurma nedenleri ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 16'daki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvurma nedenleri ile erkek veya kadın olmaları ilişkili değildir (Tablo 16).

Tablo 17: Hastaların cinsiyeti ile “Acil olmayan bir sağlık sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir?” ifadesi karşılaştırması

			Acil olmayan bir sağlık sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir?						Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Tanıdığım Birileri	Eczane	Aile Sağlığı Merkezi	Hastane Acil Servisi	Hastane Polikliniği	Diğer		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	6	5	50	1	34	2	98	2,631	,757>0,05
		%	6,1	5,1	51,0	1,0	34,7	2,0	100,0		
	Kadın	n	8	6	58	2	25	2	101		
		%	7,9	5,9	57,4	2,0	24,8	2,0	100,0		
Toplam		n	14	11	108	3	59	4	199		
		%	7,0	5,5	54,3	1,5	29,6	2,0	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Acil olmayan bir sağlık sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların tanıdıkları birilerine %6,1 (n=6), eczaneye %5,1 (n=5), Aile Sağlığı Merkezi'ne %51 (n=50), Hastane Acil Servisine %1 (n=1), Hastane Polikliniğine %34,7 (n=34), diğer yerlere %2 (n=2), kadın hastaların tanıdıkları birilerine %7,9 (n=8), eczaneye %5,9 (n=6), Aile Sağlığı Merkezi'ne %57,4 (n=58), Hastane Acil Servisine %2 (n=2), Hastane Polikliniğine %24,8 (n=25), diğer yerlere %2 (n=2) oranında olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkek hastaların acil olmayan bir sağlık sorunları olduğunda ilk Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurdukları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların acil olmayan bir sağlık sorunları olduğunda başvurdukları yerler ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 17'deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların acil olmayan bir sağlık

sorunları olduğunda başvurdukları yerler ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 17).

Tablo 18: Hastaların cinsiyeti ile “Acil olmayan sağlık sorununuzda gittiğiniz sağlık kurumunu tercih etmenizin sebebi nedir?” ifadesi karşılaştırması

		Acil olmayan sağlık sorununuzda gittiğiniz sağlık kurumunu tercih etmenizin sebebi nedir?								Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
		Sosyal güvencem nedeni ile	İyi davrandıkları için	Güvendiğim için	Bekletilmediğim için	Tanıdık personel olduğu için	Tavsiye edildiği için	Diğer sebepler	X ²		P	
Cinsiyet	Erkek	n	32	11	36	2	7	2	7	97	5,165	,523>0,05
		%	33,0	11,3	37,1	2,1	7,2	2,1	7,2	100,0		
	Kadın	n	24	22	36	1	8	2	7	100		
		%	24,0	22,0	36,0	1,0	8,0	2,0	7,0	100,0		
Toplam		n	56	33	72	3	15	4	14	197		
		%	28,4	16,8	36,5	1,5	7,6	2,0	7,1	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Acil olmayan bir sağlık sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların sosyal güvencem nedeni ile %33 (n=32), iyi davrandıkları için %11,3 (n=11), güvendiğim için %37,1 (n=36), bekletilmediğim için %2,1 (n=2), tanıdık personel olduğu için %7,2 (n=7), tavsiye edildiği için %2,1 (n=2), diğer sebepler %7,2 (n=7), kadın hastaların sosyal güvencem nedeni ile %24 (n=24), iyi davrandıkları için %22 (n=22), güvendiğim için %36 (n=36), bekletilmediğim için %1 (n=1), tanıdık personel olduğu için %8 (n=8), tavsiye edildiği için %2 (n=2), diğer sebepler %7 (n=7) oranında olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkek hastaların acil olmayan sağlık sorunlarında gittikleri sağlık kurumunu tercih etmelerinin sebebinin güven olduğu anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastaların acil olmayan sağlık sorunlarında gittikleri sağlık kurumunu tercih etme sebepleri ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 18’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların acil olmayan sağlık sorunlarında gittikleri sağlık kurumunu tercih etme sebepleri ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 18).

Tablo 19: Hastaların cinsiyeti ile “Acil durumlarda ilk tercih ettiğiniz kurum neresi?” ifadesi karşılaştırması

			Acil durumlarda ilk tercih ettiğiniz kurum neresi?						Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Tanıdığım Birileri	Eczane	Aile Sağlığı Merkezi	Hastane Acil Servisi	Hastane Polikliniği	Diğer		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	N	5	0	8	75	2	7	97	10,564	,061>0,05
		%	5,2	,0	8,2	77,3	2,1	7,2	100,0		
	Kadın	N	4	2	0	83	2	8	99		
		%	4,0	2,0	,0	83,8	2,0	8,1	100,0		
Toplam		N	9	2	8	158	4	15	196		
		%	4,6	1,0	4,1	80,6	2,0	7,7	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Acil durumlarda ilk tercih ettiğiniz kurum neresi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların tanıdıkları birileri %33 (n=32), Aile Sağlığı Merkezi %8,2 (n=8), Hastane Acil Servisi %77,3 (n=75), Hastane Polikliniği %2,1 (n=2), Diğer %7,2 (n=7), kadın hastaların tanıdıkları birileri %4 (n=4), eczane %2 (n=2), Hastane Acil Servisi %83,8 (n=83), Hastane Polikliniği %2 (n=2), Diğer %8,1 (n=8) oranında olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkek hastaların acil durumlarda ilk tercih ettikleri sağlık kurumunun Hastane Acil Servisi olduğu anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların acil durumlarda ilk tercih ettikleri sağlık kurumu ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 19’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların acil durumlarda ilk tercih ettikleri sağlık kurumu ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 19).

Tablo 20: Hastaların cinsiyeti ile “Acil Servise başvurma nedeniniz nedir?” ifadesi karşılaştırması

		Acil Servise başvurma nedeniniz nedir?										İki Yönlü Anlamlılık	
		Sevk Edildim	Sosyal Güvence	Memnun kaldığım için	Yakın olduğu için	Kendi isteğimle gelmedim	Gidecek başka yer yoktu	Bekletilmediğim için	Diğer	Toplam	X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	1	36	11	6	4	17	21	2	98	10,65 2	,155>0,0 5
		%	1, 0	36, 7	11, 2	6, 1	4, 1	17, 3	21, 4	2, 0	100, 0		
	Kadın	n	3	19	18	7	2	23	27	1	100		
		%	3, 0	19, 0	18, 0	7, 0	2, 0	23, 0	27, 0	1, 0	100, 0		
Toplam		n	4	55	29	13	6	40	48	3	198		
		%	2, 0	27, 8	14, 6	6, 6	3, 0	20, 2	24, 2	1, 5	100, 0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Acil Servise başvurma nedeniniz nedir?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların sevk edildikleri %1 (n=1), Sosyal Güvence %36,7 (n=36), Memnun kaldığım için %11,2 (n=11), Yakın olduğu için %6,1 (n=6), Kendi isteğimle gelmedim %4,1 (n=4), Gidecek başka yer yoktu %17,3 (n=17), Bekletilmediğim için %21,4 (n=21), Diğer %2 (n=2), kadın hastaların sevk edildikleri %3 (n=3), Sosyal Güvence %19 (n=19), Memnun kaldığım için %18 (n=18), Yakın olduğu için %7 (n=7), Kendi isteğimle gelmedim %2 (n=2), Gidecek başka yer yoktu %23 (n=23), Bekletilmediğim için %27 (n=27), Diğer %1 (n=1) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek hastaların acil servise başvurma nedenlerinin sosyal güvence, kadın hastaların ise bekletilmedikleri için olduğu anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların acil servise başvurma nedenleri ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 20’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların acil servise başvurma nedenleri ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 20).

Tablo 21: Hastaların cinsiyeti ile “Son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna kaç defa başvurduunuz? ifadesi karşılaştırması

		Son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna kaç defa başvurduunuz?							Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
		3	4	8	10	15	20	X ²		P	
Cinsiyet	Erkek	n	7	4	42	9	13	1	76	2,919	,712>0,05
		%	9,2	5,3	55,3	11,8	17,1	1,3	100,0		
	Kadın	n	6	2	37	10	18	3	76		
		%	7,9	2,6	48,7	13,2	23,7	3,9	100,0		
Toplam		n	13	6	79	19	31	4	152		
		%	8,6	3,9	52,0	12,5	20,4	2,6	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna kaç defa başvurduunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların 3 defa %9,2 (n=7), 4 defa %5,3 (n=4), 8 defa %55,3 (n=42), 9 defa %11,8 (n=9), 15 defa %17,1 (n=13), 20 defa %1,3 (n=1), kadın hastaların 3 defa %7,9 (n=6), 4 defa %2,6 (n=2), 8 defa %48,7 (n=37), 9 defa %13,2 (n=10), 15 defa %23,7 (n=18), 20 defa %3,9 (n=3) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna 8 defa başvuranların daha fazla olduğu anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna başvurma sayıları ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 21’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna başvurma sayıları ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 21).

Tablo 22: Hastaların cinsiyeti ile “Dini inanç ve uygulamaların sağlığınızd açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?” ifadesi karşılaştırması

			Dini inanç ve uygulamaların sağlığınızd açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	64	34	98	,091	,763>0,05
		%	65,3	34,7	100,0		
	Kadın	n	68	33	101		
		%	67,3	32,7	100,0		
Toplam		n	132	67	199		
		%	66,3	33,7	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Dini inanç ve uygulamaların sağlığınızd açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların dini inanç ve uygulamaların sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünenlerin %65,3 (n=64), yararlı olduğunu düşünmeyenlerin %34,7 (n=34), kadın hastaların dini inanç ve uygulamaların sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünenlerin %67,3 (n=68), yararlı olduğunu düşünmeyenlerin %32,7 (n=33) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların dini inanç ve uygulamaların sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların dini inanç ve uygulamaların sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünmeleri ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 22’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların dini inanç ve uygulamaların sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünmeleri ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 22).

Tablo 23: Hastaların cinsiyeti ile “Dini İnanç ve Uygulamalar Sağlığınıza ne gibi faydalar sağlamaktadır?” ifadesi karşılaştırması

			Dini İnanç ve Uygulamalar Sağlığınıza ne gibi faydalar sağlamaktadır?				Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Ruh sağlığına olumlu katkıda bulunur	Dini ibadetler fiziksel sağlığına olumlu katkıda bulunur	Dini yasaklar sağlığa zararlı davranışları engeller	Diğer		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	29	17	14	5	65	20,251	,000<0,05
		%	44,6	26,2	21,5	7,7	100,0		
	Kadın	n	58	6	5	2	71		
		%	81,7	8,5	7,0	2,8	100,0		
Toplam		n	87	23	19	7	136		
		%	64,0	16,9	14,0	5,1	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Dini İnanç ve Uygulamalar Sağlığınıza ne gibi faydalar sağlamaktadır?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların dini inanç ve uygulamaların ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunanları %44,6 (n=29), dini ibadetlerin fiziksel sağlıklarına olumlu katkıda bulunanları %26,2 (n=17), dini yasakların sağlıklarına zararlı davranışları engellenenler %21,5 (n=14), diğer nedenler %7,7 (n=5), kadın hastaların dini inanç ve uygulamaların ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunanları %81,7 (n=58), dini ibadetlerin fiziksel sağlıklarına olumlu katkıda bulunanları %8,5 (n=6), dini yasakların sağlıklarına zararlı davranışları engellenenler %7 (n=5), diğer nedenler %2,8 (n=2) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların dini inanç ve uygulamalarının ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunduğu anlaşılmıştır. P<0,05 olduğundan hastaların dini inanç ve uygulamalarının ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunması ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı yoktur. Tablo 23’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamlıdır. Bir başka ifadeyle hastaların dini inanç ve uygulamalarının ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunması ile kadın veya erkek olmaları ilişkilidir (Tablo 23).

Tablo 24: Hastaların cinsiyeti ile “Hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuruyor musunuz?” ifadesi karşılaştırması

			Hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuruyor musunuz?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	22	76	98	1,202	,273>0,05
		%	22,4	77,6	100,0		
	Kadın	n	29	70	99		
		%	29,3	70,7	100,0		
Toplam		n	51	146	197		
		%	25,9	74,1	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuruyor musunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuranlar %22,4 (n=22), başvurmayanlar %77,6 (n=76), kadın hastaların hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuranlar %29,3 (n=29), başvurmayanlar %70,7 (n=70) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvurmadıkları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvuranların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 24’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvurmaları ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 24).

Tablo 25: Hastaların cinsiyeti ile “Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz?” ifadesi karşılaştırması

			Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			1	2		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	15	8	23	,707	,400>0,05
		%	65,2	34,8	100,0		
	Kadın	n	15	13	28		
		%	53,6	46,4	100,0		
Toplam		n	30	21	51		
		%	58,8	41,2	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların yılda 1 defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuranları %65,2 (n=15), yılda 2 defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuranları %34,8 (n=8), kadın hastaların yılda 1 defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuranları %53,6 (n=15), yılda 2 defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuranları %46,4 (n=13) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların yılda 1 defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvurdukları anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastaların yılda 1 defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvurmaları ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 25’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların yılda 1 defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvurmaları ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 25).

Tablo 26: Hastaların cinsiyeti ile “Sürekli bir hastalığınız var mı?” ifadesi karşılaştırması

			Sürekli bir hastalığınız var mı?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	35	63	98	,733	,392>0,05
		%	35,7	64,3	100,0		
	Kadın	n	30	70	100		
		%	30,0	70,0	100,0		
Toplam		n	65	133	198		
		%	32,8	67,2	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Sürekli bir hastalığınız var mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastalardan sürekli hastalığı olanlar %35,7 (n=35), sürekli hastalığı olmayanlar %64,3 (n=63), kadın hastalardan sürekli hastalığı olanlar %30 (n=30), sürekli hastalığı olmayanlar %70 (n=70) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların sürekli hastalıklarının olmadığı anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların sürekli hastalıklarının olup olmaması ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 26’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların sürekli hastalıklarının olup olmaması ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 26).

Tablo 27: Hastaların cinsiyeti ile “Sosyal güvenceniz olmadığı için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?” ifadesi karşılaştırması

			Sosyal güvenceniz olmadığı için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	19	79	98	,081	,777>0,05
		%	19,4	80,6	100,0		
	Kadın	n	18	83	101		
		%	17,8	82,2	100,0		
Toplam		n	37	162	199		
		%	18,6	81,4	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Sosyal güvenceniz olmadığı için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastalardan sosyal güvenceleri olmadığı için sağlık kurumuna gitmemiş olanlar %19,4 (n=19), gitmiş olanlar %80,6 (n=79), kadın hastalardan sosyal güvenceleri olmadığı için sağlık kurumuna gitmemiş olanlar %17,8 (n=18), gitmiş olanlar %82,2 (n=83) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların sosyal güvenceleri olmadığı için sağlık kurumuna gittikleri anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların sosyal güvenceleri olmadığı için sağlık kurumuna gidip gitmemeleri ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 27’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların sosyal güvenceleri olmadığı için sağlık kurumuna gidip gitmemeleri ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 27).

Tablo 28: Hastaların cinsiyeti ile “Katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?” ifadesi karşılaştırması

			Katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	40	58	98	,284	,594>0,05
		%	40,8	59,2	100,0		
	Kadın	n	45	56	101		
		%	44,6	55,4	100,0		
Toplam		n	85	114	199		
		%	42,7	57,3	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastalardan katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmeyenler %40,8 (n=40), gidenler %59,2 (n=58), kadın hastalardan katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmeyenler %44,6 (n=45), gidenler %55,4 (n=56) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gittikleri anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastaların katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmeleri ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 28’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmeleri ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 28).

Tablo 29: Hastaların cinsiyeti ile “Sağlık Hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz?” ifadesi karşılaştırması

			Sağlık Hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	37	61	98	,168	,682>0,05
		%	37,8	62,2	100,0		
	Kadın	n	41	60	101		
		%	40,6	59,4	100,0		
Toplam		n	78	121	199		
		%	39,2	60,8	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Sağlık Hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastalardan sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayanlar %37,8 (n=37), yaşamayanlar %62,2 (n=61), kadın hastalardan sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayanlar %40,6 (n=41), yaşamayanlar %59,4 (n=60) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşamadıkları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşıyıp yaşamamaları ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 29’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşıyıp yaşamamaları ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 29).

Tablo 30: Hastaların cinsiyeti ile “Sağlık hizmetlerine ulaşmada ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?” ifadesi karşılaştırması

		Sağlık hizmetlerine ulaşmada ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık			
		Randevu almıyorum	Randevu uzun süreye veriliyor	Ulaşım zorluğu	Katkı payları	Diğer		X ²	P		
Cinsiyet	Erkek	n	4	19	1	11	3	38	2,153	,708>0,05	
		%	10,5	50,0	2,6	28,9	7,9				100,0
	Kadın	n	5	26	2	10	1				44
		%	11,4	59,1	4,5	22,7	2,3				100,0
Toplam		n	9	45	3	21	4	82			
		%	11,0	54,9	3,7	25,6	4,9	100,0			

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Sağlık Hizmetlerine ulaşmada ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastalardan, randevu alamıyorum %10,5 (n=4), Randevu uzun süreye veriliyor %50 (n=19), Ulaşım zorluğu %2,6 (n=1), Katkı payları %28,9 (n=11), Diğer %7,9 (n=3), kadın hastalardan, randevu alamıyorum %11,4 (n=5), Randevu uzun süreye veriliyor %59,1 (n=26), Ulaşım zorluğu %4,5 (n=2), Katkı payları %22,7 (n=10), Diğer %2,3 (n=1) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların sağlık hizmetine ulaşmada randevunun uzun süreye verilmesi nedeniyle zorluk yaşadıkları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların sağlık hizmetine ulaşmada zorluk nedenleri ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 30’deki sayısal fark istatistiki

olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların sağlık hizmetine ulaşmada zorluk nedenleri ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 30).

Tablo 31: Hastaların cinsiyeti ile “Sağlık kurumuna başvurduğunuzda hastalığınız ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?” ifadesi karşılaştırması

			Sağlık kurumuna başvurduğunuzda hastalığınız ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	86	11	97	,271	,603>0,05
		%	88,7	11,3	100,0		
	Kadın	n	90	9	99		
		%	90,9	9,1	100,0		
Toplam		n	176	20	196		
		%	89,8	10,2	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Sağlık kurumuna başvurduğunuzda hastalığınız ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastalardan, sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirme yapılanlar %88,7 (n=86), yapılmayanlar %11,3 (n=11), kadın hastalardan, sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirme yapılanlar %90,9 (n=90), yapılmayanlar %9,1 (n=9) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirme yapıldığı anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastalara sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirme yapılması ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 31’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastalara sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirme yapılması ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 31).

Tablo 32: Hastaların cinsiyeti ile “Hastalığınız ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli mi?” ifadesi karşılaştırması

			Hastalığınız ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli mi?		Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Evet	Hayır		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	42	55	97	,984	,321>0,05
		%	43,3	56,7	100,0		
	Kadın	n	36	63	99		
		%	36,4	63,6	100,0		
Toplam		n	78	118	196		
		%	39,8	60,2	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Sağlık kurumuna başvurduğunuzda hastalığınız ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastalardan, sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli olanlar %43,3 (n=42), yapılmayanlar %56,7 (n=55), kadın hastalardan, sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli olanlar %36,4 (n=36), yapılmayanlar %63,6 (n=63) oranında olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmadığı anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastalara sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılması ile kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 32’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastalara sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılması ile kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 32).

Tablo 33: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler size kibar davrandılar mı?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler size kibar davrandılar mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	1	4	6	40	47	98	1,681	,794>0,05
		%	1,0	4,1	6,1	40,8	48,0	100,0		
	Kadın	n	1	2	10	42	46	101		
		%	1,0	2,0	9,9	41,6	45,5	100,0		
Toplam		n	2	6	16	82	93	199		
		%	1,0	3,0	8,0	41,2	46,7	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler size kibar davrandılar mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %1 (n=1), nadiren %4,1 (n=4), bazen %6,1 (n=6), çoğu zaman %40,8 (n=40), her zaman %48 (n=47), kadın hastaların hiç %1 (n=1), nadiren %2 (n=2), bazen %9,9 (n=10), çoğu zaman %41,6 (n=42), her zaman %45,5 (n=46) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerine her zaman kibar davrandıkları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerine her zaman kibar davranmaları ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 33’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerine her zaman kibar davranması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 33).

Tablo 34: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler size kendilerini tanıttılar mı?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size kendilerini tanıttılar mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	p
Cinsiyet	Erkek	n	22	26	29	11	10	98	1,096	,895>0,05
		%	22,4	26,5	29,6	11,2	10,2	100,0		
	Kadın	n	28	23	28	13	9	101		
		%	27,7	22,8	27,7	12,9	8,9	100,0		
Toplam		n	50	49	57	24	19	199		
		%	25,1	24,6	28,6	12,1	9,5	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size kendilerini tanıttılar mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %22,4 (n=22), nadiren %26,5 (n=26), bazen %29,6 (n=29), çoğu zaman %11,2 (n=11), her zaman %10,2 (n=10), kadın hastaların hiç %27,7 (n=28), nadiren %22,8 (n=23), bazen %27,7 (n=28), çoğu zaman %12,9 (n=13), her zaman %8,9 (n=9) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerini bazen tanıttıkları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerini bazen tanıtmaları ile hastaların kadın

veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 34'deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerini bazen tanıtılmaları ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 34).

Tablo 35: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler sizi dikkatle dinlediler mi?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler sizi dikkatle dinlediler mi?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	2	12	20	34	29	97	2,414	,660>0,05	
		%	2,1	12,4	20,6	35,1	29,9				100,0
	Kadın	n	4	7	21	40	29				101
		%	4,0	6,9	20,8	39,6	28,7				100,0
Toplam		n	6	19	41	74	58	198			
		%	3,0	9,6	20,7	37,4	29,3	100,0			

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler sizi dikkatle dinlediler mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %2,1 (n=2), nadiren %12,4 (n=12), bazen %20,6 (n=20), çoğu zaman %35,1 (n=34), her zaman %29,9 (n=29), kadın hastaların hiç %4 (n=4), nadiren %6,9 (n=7), bazen %20,8 (n=21), çoğu zaman %39,6 (n=40), her zaman %28,7 (n=29) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerini çoğu zaman dikkatle dinledikleri anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerini çoğu zaman dikkatle dinlemeleri ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 35'deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaları hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin çoğu zaman dikkatle dinlemeleri ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 35).

Tablo 36: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zama n	Her Zama n		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	7	15	18	32	26	98	4,841	,304>0,05
		%	7,1	15,3	18,4	32,7	26,5	100,0		
	Kadın	n	3	18	17	44	19	101		
		%	3,0	17,8	16,8	43,6	18,8	100,0		
Toplam		n	10	33	35	76	45	199		
		%	5,0	16,6	17,6	38,2	22,6	100,0		

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %7,1 (n=7), nadiren %15,3(n=15), bazen %18,4 (n=18), çoğu zaman %32,7 (n=32), her zaman %26,5 (n=26), kadın hastaların hiç %3 (n=3), nadiren %17,8 (n=18), bazen %16,8 (n=17), çoğu zaman %43,6 (n=44), her zaman %18,8 (n=19) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin kendilerine çoğu zaman anlayabilecekleri şekilde açıklamalarda buldukları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin çoğu zaman anlayabilecekleri şekilde açıklamalarda bulunmaları ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 36’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşirelerin çoğu zaman anlayabilecekleri şekilde açıklamalarda bulunmaları ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 36).

Tablo 37: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istediğiniz anda yardım aldınız mı?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istediğiniz anda yardım aldınız mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zama n	Her Zama n		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	7	4	3	16	17	2,629	,622>0,05
		%	14,9	8,5	6,4	34,0	36,2		
	Kadın	n	8	5	7	12	14		
		%	17,4	10,9	15,2	26,1	30,4		
Toplam		n	15	9	10	28	31	93	
		%	16,1	9,7	10,8	30,1	33,3	100,0	

Araştırmaya katılanların hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istediğiniz anda yardım aldınız mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %14,9 (n=7), nadiren %8,5 (n=4), bazen %6,4 (n=3), çoğu zaman %34 (n=16), her zaman %36,2 (n=17), kadın hastaların hiç %17,4 (n=8), nadiren %10,9 (n=5), bazen %15,2 (n=7), çoğu zaman %26,1 (n=12), her zaman %30,4 (n=14) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istedikleri anda her zaman yardım aldığı anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istedikleri anda her zaman yardım almaları ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 37’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istedikleri anda her zaman yardım almaları ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 37).

Tablo 38: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler tarafından tedavileriniz zamanında yapıldı mı?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler tarafından tedavileriniz zamanında yapıldı mı?				Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Hiç	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	1	3	34	59	97	2,325	,508>0,05
		%	1,0	3,1	35,1	60,8	100,0		
	Kadın	n	0	5	29	67	101		
		%	,0	5,0	28,7	66,3	100,0		
Toplam		n	1	8	63	126	198		
		%	,5	4,0	31,8	63,6	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler tarafından tedavileriniz zamanında yapıldı mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %1 (n=1), bazen %3,1 (n=3), çoğu zaman %35,1 (n=34), her zaman %60,8 (n=59), kadın hastaların bazen %5 (n=5), çoğu zaman %28,7 (n=29), her zaman %66,3 (n=67) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşireler tarafından tedavilerinin her zaman zamanında yapıldığı anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşireler tarafından tedavilerinin her zaman zamanında yapılması ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 38’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşireler tarafından tedavilerinin her zaman zamanında yapılması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 38).

Tablo 39: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kibar davrandılar mı?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kibar davrandılar mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	2	2	8	31	55	98	3,398	,494>0,05
		%	2,0	2,0	8,2	31,6	56,1			
	Kadın	n	1	0	8	27	65			
		%	1,0	,0	7,9	26,7	64,4			
Toplam		n	3	2	16	58	120	199		
		%	1,5	1,0	8,0	29,1	60,3	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kibar davrandılar mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %2 (n=2), nadiren %2 (n=2), bazen %8,2 (n=8), çoğu zaman %31,6 (n=31), her zaman %56,1 (n=55), kadın hastaların hiç %1 (n=1), bazen %7,9 (n=8), çoğu zaman %26,7 (n=27), her zaman %64,4 (n=65) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından her zaman kibar davranıldığı anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından kibar davranılması ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 39’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından kibar davranılması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 39).

Tablo 40: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kendilerini tanıttılar mı?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kendilerini tanıttılar mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	10	6	8	42	32	98	8,135	,087>0,05
		%	10,2	6,1	8,2	42,9	32,7	100,0		
	Kadın	n	5	9	14	29	44	101		
		%	5,0	8,9	13,9	28,7	43,6	100,0		
Toplam		n	15	15	22	71	76	199		
		%	7,5	7,5	11,1	35,7	38,2	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kendilerini tanıttılar mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %10,2 (n=10), nadiren %6,1 (n=6), bazen %8,2 (n=8), çoğu zaman %42,9 (n=42), her zaman %32,7 (n=32), kadın hastaların hiç %5 (n=5), nadiren %8,9 (n=9), bazen %13,9 (n=14), çoğu zaman %28,7 (n=29), her zaman %43,6 (n=44) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorların çoğu zaman, kendilerini tanıttıkları, kadın hastalara ise her zaman kendilerini tanıttıkları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastalara hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorların kendilerini tanıtmaları ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 40'daki sayısal fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından kendilerinin tanıtılması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 40).

Tablo 41: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi her gün düzenli ziyaret ettiler mi?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi her gün düzenli ziyaret ettiler mi?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	0	2	9	16	71	98	2,658	,617>0,05
		%	,0	2,0	9,2	16,3	72,4	100,0		
	Kadın	n	1	2	5	14	79	101		
		%	1,0	2,0	5,0	13,9	78,2	100,0		
Toplam		n	1	4	14	30	150	199		
		%	,5	2,0	7,0	15,1	75,4	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi her gün düzenli ziyaret ettiler mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; nadiren %2 (n=2), bazen %9,2 (n=9), çoğu zaman %16,3 (n=16), her zaman %72,4 (n=71), kadın hastaların hiç %1 (n=1), nadiren %2 (n=2), bazen %5 (n=5), çoğu zaman %13,9 (n=14), her zaman %78,2 (n=79) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından her zaman ziyaret edildiği anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından her zaman ziyaret edilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 41’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından ziyaret edilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 41).

Tablo 42: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi dikkatle dinlediler mi?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi dikkatle dinlediler mi?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zama n	Her Zama n		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	2	4	9	41	40	2,122	,713>0,05	
		%	2,1	4,2	9,4	42,7	41,7			100,0
	Kadın	n	1	5	9	35	51			101
		%	1,0	5,0	8,9	34,7	50,5			100,0
Toplam		n	3	9	18	76	91	197		
		%	1,5	4,6	9,1	38,6	46,2	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi dikkatle dinlediler mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %2,1 (n=1), nadiren %4,2 (n=4), bazen %9,4 (n=9), çoğu zaman %42,7 (n=41), her zaman %41,7 (n=40), kadın hastaların hiç %1 (n=1), nadiren %5 (n=5), bazen %8,9 (n=9), çoğu zaman %34,7 (n=35), her zaman %50,5 (n=51) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorların çoğu zaman kendilerini dinledikleri, kadın hastaları ise doktorlar tarafından her zaman dinlenildiği anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından dinlenilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 42’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorlar tarafından dinlenilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 42).

Tablo 43: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık			
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P		
Cinsiyet	Erkek	n	3	10	21	35	28	97	1,601	,809>0,05	
		%	3,1	10,3	21,6	36,1	28,9				100,0
	Kadın	n	2	6	23	38	32				101
		%	2,0	5,9	22,8	37,6	31,7				100,0
Toplam		n	5	16	44	73	60	198			
		%	2,5	8,1	22,2	36,9	30,3	100,0			

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %3,1 (n=3), nadiren %10,3 (n=10), bazen %21,6 (n=21), çoğu zaman %36,1 (n=35), her zaman %28,9 (n=28), kadın hastaların hiç %2 (n=2), nadiren %5,9 (n=6), bazen %22,8 (n=23), çoğu zaman %37,6 (n=38), her zaman %31,7 (n=32) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorların kendilerine çoğu zaman anlayabilecekleri şekilde açıklamalarda bulunduğu anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorların kendilerine çoğu zaman anlayabilecekleri şekilde açıklamalarda bulunması ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 43’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca doktorların kendilerine çoğu zaman anlayabilecekleri şekilde açıklamalarda bulunması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 43).

Tablo 44: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca odanız ve banyonuz temiz tutuldu mu?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca odanız ve banyonuz temiz tutuldu mu?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zama n	Her Zama n		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	3	3	13	40	38	2,239	,692>0,05	
		%	3,1	3,1	13,4	41,2	39,2			100,0
	Kadın	n	1	5	18	39	38			101
		%	1,0	5,0	17,8	38,6	37,6			100,0
Toplam		n	4	8	31	79	76	198		
		%	2,0	4,0	15,7	39,9	38,4	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca odanız ve banyonuz temiz tutuldu mu?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %3,1 (n=3), nadiren %3,1 (n=3), bazen %13,4 (n=13), çoğu zaman %41,2 (n=40), her zaman %39,2 (n=38), kadın hastaların hiç %1 (n=1), nadiren %5 (n=5), bazen %17,8 (n=18), çoğu zaman %38,6 (n=39), her zaman %37,6 (n=38) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının ve banyolarının çoğu zaman temiz tutulduğu anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının ve banyolarının çoğu zaman temiz tutulması ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 44’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının ve banyolarının çoğu zaman temiz tutulması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 44).

Tablo 45: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca gece odanızın etrafındaki alan sessiz ve sakin miydi?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca gece odanızın etrafındaki alan sessiz ve sakin miydi?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	4	7	18	41	27	97	2,589	,629>0,05	
		%	4,1	7,2	18,6	42,3	27,8				100,0
	Kadın	n	3	6	20	52	20				101
		%	3,0	5,9	19,8	51,5	19,8				100,0
Toplam		n	7	13	38	93	47	198			
		%	3,5	6,6	19,2	47,0	23,7	100,0			

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca gece odanızın etrafındaki alan sessiz ve sakin miydi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %4,1 (n=4), nadiren %7,2 (n=7), bazen %18,6 (n=18), çoğu zaman %42,3 (n=41), her zaman %27,8 (n=27), kadın hastaların hiç %3 (n=3), nadiren %5,9 (n=6), bazen %19,8 (n=20), çoğu zaman %51,5 (n=52), her zaman %19,8 (n=20) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının etrafındaki alanın çoğu zaman sessiz ve sakin olduğu anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının etrafındaki alanın çoğu zaman sessiz ve sakin olması ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 45’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının etrafındaki alanın çoğu zaman sessiz ve sakin olması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 45).

Tablo 46: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca kendinizi güvende hissettiniz mi?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca kendinizi güvende hissettiniz mi?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zama n	Her Zama n		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	3	1	5	24	64	97	2,927	,570>0,05
		%	3,1	1,0	5,2	24,7	66,0	100,0		
	Kadın	n	2	1	4	36	58	101		
		%	2,0	1,0	4,0	35,6	57,4	100,0		
Toplam		n	5	2	9	60	122	198		
		%	2,5	1,0	4,5	30,3	61,6	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca kendinizi güvende hissettiniz mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %3,1 (n=3) nadiren %1 (n=1), bazen %5,2 (n=5), çoğu zaman %24,7 (n=24), her zaman %66 (n=64), kadın hastaların hiç %2 (n=2), nadiren %1 (n=1), bazen %4 (n=4), çoğu zaman %35,6 (n=36), her zaman %57,4 (n=58) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca kendilerini güvende hissettikleri anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca kendilerini güvende hissetmeleri ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 46’daki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca kendilerini güvende hissetmeleri ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 46).

Tablo 47: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınız iyi kontrol edildi mi?” ifadesi karşılaştırması

			Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınız iyi kontrol edildi mi?				Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	2	8	35	53	98	,239	,971>0,05
		%	2,0	8,2	35,7	54,1	100,0		
	Kadın	n	2	8	33	58	101		
		%	2,0	8,2	33,0	57,4	100,0		

		%	2,0	7,9	32,7	57,4	100,0		
Toplam		n	4	16	68	111	199		
		%	2,0	8,0	34,2	55,8	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınız iyi kontrol edildi mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; nadiren %2 (n=2), bazen %8,2 (n=8), çoğu zaman %35,7 (n=35), her zaman %54,1 (n=53), kadın hastaların hiç %1 (n=1), nadiren %2 (n=2), bazen %7,9 (n=8), çoğu zaman %32,7 (n=33), her zaman %57,4 (n=58) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarının her zaman iyi kontrol edildiği anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarının her zaman iyi kontrol edilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 47’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarının her zaman iyi kontrol edilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 47).

Tablo 48: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınızı gidermek için yapabilecekleri her şeyi yaptılar mı?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınızı gidermek için yapabilecekleri her şeyi yaptılar mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
		Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	X ²		P	
Cinsiyet	Erkek	n	4	7	37	50	98	1,569	,666>0,05
		%	4,1	7,1	37,8	51,0	100,0		
	Kadın	n	3	5	33	60	101		
		%	3,0	5,0	32,7	59,4	100,0		
Toplam		n	7	12	70	110	199		
		%	3,5	6,0	35,2	55,3	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca ağrınızı gidermek için yapabilecekleri her şeyi yaptılar mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; nadiren %4,1 (n=4), bazen %7,1 (n=7), çoğu zaman %37,8 (n=37), her zaman %51 (n=50), kadın hastaların nadiren %3 (n=3), bazen %5 (n=5), çoğu zaman %32,7 (n=33), her zaman %59,4 (n=60) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak

tedavi oldukları süre boyunca ağrılarını gidermek için yapılabilecek her şeyin her zaman yapıldığı anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarını gidermek için yapılabilecek her şeyin her zaman yapılması ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 48'deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarını gidermek için yapılabilecek her şeyin yapılması ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 48).

Tablo 49: Hastaların cinsiyeti ile “Size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu size söylediler mi?” ifadesi karşılaştırması

		Size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu size söylediler mi?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık		
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P	
Cinsiyet	Erkek	n	13	14	31	22	18	,884	,927>0,05	
		%	13,3	14,3	31,6	22,4	18,4			100,0
	Kadın	n	15	14	27	27	18			101
		%	14,9	13,9	26,7	26,7	17,8			100,0
Toplam		n	28	28	58	49	36	199		
		%	14,1	14,1	29,1	24,6	18,1	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu size söylediler mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %13,3 (n=13), nadiren %14,3 (n=14), bazen %31,6 (n=31), çoğu zaman %22,4 (n=22), her zaman %18,4 (n=18), kadın hastaların hiç %14,9 (n=15), nadiren %13,9 (n=14), bazen %26,7 (n=27), çoğu zaman %26,7 (n=27), her zaman %17,8 (n=18) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu bazen söyledikleri anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastalara herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanlarının ilacın ne için olduğunu bazen söylemeleri ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 49'daki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastalara herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu bazen söylemeleri ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 49).

Tablo 50: Hastaların cinsiyeti ile “Hastane çalışanları size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabileceğiniz şekilde size anlattılar mı?” ifadesi karşılaştırması

		Hastane çalışanları size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabileceğiniz şekilde size anlattılar mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zama n	Her Zama n		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	63	9	11	8	7	1,698	,791>0,05
		%	64,3	9,2	11,2	8,2	7,1		
	Kadın	n	63	13	9	6	10		
		%	62,4	12,9	8,9	5,9	9,9		
Toplam		n	126	22	20	14	17		
		%	63,3	11,1	10,1	7,0	8,5		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastane çalışanları size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabileceğiniz şekilde size anlattılar mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %64,3 (n=63), nadiren %9,2 (n=9), bazen %11,2 (n=11), çoğu zaman %8,2 (n=8), her zaman %7,1 (n=7), kadın hastaların hiç %62,4 (n=63), nadiren %12,9 (n=13), bazen %8,9 (n=9), çoğu zaman %5,9 (n=6), her zaman %9,9 (n=10) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastalara hastane çalışanları tarafından herhangi bir yeni ilaç verilmeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabilecekleri şekilde anlatmadıkları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastalara hastane çalışanları tarafından herhangi bir yeni ilaç verilmeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabilecekleri şekilde anlatmamaları ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 50’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastalara hastane çalışanları tarafından herhangi bir yeni ilaç verilmeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabilecekleri şekilde anlatmaları ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 50).

Tablo 51: Hastaların cinsiyeti ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre içerisinde, hastaneden ayrılışınızdan sonra ihtiyaç duyduğunuz yardımı alıp alamayacağınız konusunda Doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları sizinle konuştular mı?” ifadesi karşılaştırması

		Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre içerisinde, hastaneden ayrılışınızdan sonra ihtiyaç duyduğunuz yardımı alıp alamayacağınız konusunda Doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları sizinle konuştular mı?						Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	X ²		P	
Cinsiyet	Erkek	n	15	6	21	28	28	98	,898	,925>0,05
		%	15,3	6,1	21,4	28,6	28,6	100,0		
	Kadın	n	18	4	19	31	29	101		
		%	17,8	4,0	18,8	30,7	28,7	100,0		
Toplam		n	33	10	40	59	57	199		
		%	16,6	5,0	20,1	29,6	28,6	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre içerisinde, hastaneden ayrılışınızdan sonra ihtiyaç duyduğunuz yardımı alıp alamayacağınız konusunda Doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları sizinle konuştular mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %15,3 (n=15), nadiren %6,1 (n=6), bazen %21,4 (n=21), çoğu zaman %28,6 (n=28), her zaman %28,6 (n=28), kadın hastaların hiç %17,8 (n=18), nadiren %4 (n=4), bazen %18,8 (n=19), çoğu zaman %30,7 (n=31), her zaman %28,7 (n=29) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre içerisinde, hastaneden ayrılışlarından sonra ihtiyaç duydukları yardımı alıp alamayacakları konusunda doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları kendileri ile çoğu zaman konuştukları anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre içerisinde, hastaneden ayrılışlarından sonra ihtiyaç duydukları yardımı alıp alamayacakları konusunda doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanlarının kendileri ile çoğu zaman konuşmaları ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 51’deki sayısal fark istatistiki olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre

içerisinde, hastaneden ayrılışlarından sonra ihtiyaç duydukları yardımı alıp alamayacakları konusunda doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanlarının kendileri ile çoğu zaman konuşmaları ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 51).

Tablo 52: Hastaların cinsiyeti ile “Hastaneden yatış sürecinizde hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?” ifadesi karşılaştırması

			Hastaneden yatış sürecinizde hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	69	4	5	12	8	98	2,093	,719>0,05
		%	70,4	4,1	5,1	12,2	8,2	100,0		
	Kadın	n	71	3	8	8	11	101		
		%	70,3	3,0	7,9	7,9	10,9	100,0		
Toplam		n	140	7	13	20	19	199		
		%	70,4	3,5	6,5	10,1	9,5	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastaneden yatış sürecinizde hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %70,4 (n=69), nadiren %4,1 (n=4), bazen %5,1 (n=5), çoğu zaman %12,2 (n=12), her zaman %8,2 (n=8) kadın hastaların hiç %70,3 (n=71), nadiren %3 (n=3), bazen %7,9 (n=8), çoğu zaman %7,9 (n=8), her zaman %10,9 (n=11) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastaneye yatışlarında, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeleri gerektiği konusunda hiçbir şekilde yazılı bilgi almadıkları anlaşılmıştır. P>0,05 olduğundan hastaların hastaneye yatışlarında, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeleri gerektiği konusunda hiçbir şekilde yazılı bilgi almamaları ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 52’deki sayısal fark istatistikî olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastaneye yatışlarında, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeleri gerektiği konusunda yazılı bilgi almaları veya almamaları ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 52).

Tablo 53: Hastaların cinsiyeti ile “Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiğiniz zaman gerekli ilgi gösterildi mi?” ifadesi karşılaştırması

			Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiğiniz zaman gerekli ilgi gösterildi mi?					Toplam	İki Yönlü Anlamlılık	
			Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman		X ²	P
Cinsiyet	Erkek	n	7	6	12	37	35	97	2,530	,639>0,05
		%	7,2	6,2	12,4	38,1	36,1	100,0		
	Kadın	n	6	2	12	42	39	101		
		%	5,9	2,0	11,9	41,6	38,6	100,0		
Toplam		n	13	8	24	79	74	198		
		%	6,6	4,0	12,1	39,9	37,4	100,0		

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiğiniz zaman gerekli ilgi gösterildi mi?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda erkek hastaların; hiç %7,2 (n=7), nadiren %6,2 (n=6), bazen %12,4 (n=12), çoğu zaman %38,1 (n=37), her zaman %36,1 (n=35), kadın hastaların hiç %5,9 (n=6), nadiren %2 (n=2), bazen %11,9 (n=12), çoğu zaman %41,6 (n=42), her zaman %38,6 (n=39) oranlarında yanıtladıkları bulunmuştur. Erkek ve kadın hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittikleri zaman çoğu zaman gerekli ilginin gösterildiği anlaşılmıştır. $P>0,05$ olduğundan hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittikleri çoğu zaman gerekli ilginin gösterilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmalarının anlamlı bir farkı vardır. Tablo 53’deki sayısal fark istatistikî olarak anlamsızdır. Bir başka ifadeyle hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittikleri zaman gerekli ilginin gösterilmesi ile hastaların kadın veya erkek olmaları ilişkili değildir (Tablo 53).

5. TARTIŞMA

Sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi amacıyla 2014 yılı Ocak ayında, Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi'nde bulunan hastaların %50,8'nin kadın, %34,7'nin yaşları 31-40 arası olanlar, %73,4'nün evli, %25,1'nin üniversite mezunu, %29,1'nin gelir durumları aylık 3251 TL ve üzeri olanlar, %28,6'nın memurlar, %94,5'nin sosyal güvencesi SGK kapsamında olanlardan meydana geldiği bulunmuştur.

Ülkemizin Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında, Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi %48,1, Emekli Sandığı'na tabi %20,3, Bağ-Kur'a tabi %21,55, özel sandıklara tabi %0,52 oranında birey bulunmaktadır. Genel sağlık sigortasından yararlanan bu kurumlar dışında kalan oran ise %9,51 şeklindedir (158).

Sosyal güvencesi bulunmayan bireyler ile ilgili İstanbul ili Üsküdar ilçesinde yapılmış olan bir araştırmada sosyal güvencesi bulunmayan oranı %6,7'dir (159). Çanakkale ili Gelibolu ilçesinde yapılmış olan diğer bir araştırmada ise Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi %12,2, sosyal güvencesi bulunmayan oranı %12,1'dir (150). Eskişehir ilinde yapılan diğer bir çalışmada Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi %49,3, Emekli Sandığı'na tabi %14,7 ve sosyal güvencesi bulunmayan oranı %18,6'dır (151).

Alan uygulaması yaptığımız Mersin İli'nde hastanelerde yatan hastaların sosyal güvenliğe sahip olanların oranı pek çok bölgeye ve ülke geneline uymaktadır. Yoğun göç almasına ve işsizliğin yüksek olmasına rağmen, devletin sosyal güvenlik politikası buna neden olabilir.

Araştırmamızı yaptığımız alan olan Mersin İli'nde Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında olanların %94,5 olduğu bulunmuştur. Bulmuş olduğumuz oran ülkemizin sosyal güvenliğe bağlı olma oranından yüksektir. Mersin İlinin liman ve turizm kenti

olmasının, tarımsal faaliyetlerin ve sanayisinin bu oranın yüksek çıkmasında önemli katkıları bulunmaktadır.

Araştırmada hastaların % 30,2'sinin evlerinde 4 kişi yaşayan hastaların sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür. Çalışmamızda hane halkının büyüklük oranının 4.50 kişi olduğu görülmektedir. Eskişehir İli'nde yapılmış olan bir diğer çalışmada ise 3.69 olarak bulunmuştur (162). Çorum ili kapsamında yapılan araştırmada 4.54 kişidir (151). Kocaeli İli'nde yapılan araştırmada 4.16, Gebze'nin nüfusuna göre 4.22,dir İl olarak en yüksek hane halkı olan il'e sahiptir (155). Türkiye Nüfus Sayımı Analizi verileri çerçevesinde hane halkının büyüklük oranı 4.0, kırsal 4.9 ve genel olarak 4.3 olarak bulunmuştur.

TNSA 98 verilerine göre ülke genelinde okuryazar olmayanların oranı erkeklerde %10.7, kadınlarda %25.4'tür (156). Bu oran Eskişehir'de yapılan bir çalışmada %18.7'dir (151). Kocaeli genelinde okuma yazma oranı erkeklerde % 96.6, kadınlarda % 87.1'dir (157).

Acil olmayan bir sağlık sorunları olduğunda Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların %54,3'nün neden başvurduklarına dair nedenleri belirtmeyenlerin sağlık hizmeti kullanım kültürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görülmüştür.

Hastaların % 36,2'nin acil olmayan sağlık sorunlarında gittikleri sağlık kurumunu tercih etme sebebinin güvenmelerinden kaynaklandığı bulunmuştur.

Özel hastane tercihlerinde Eskişehir ili %39.5 sağlık ocağında, %24.8 Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi'nde, %1 özel hastanede tercih yapmaktadır. Çorum İli'nde %73 sağlık ocağında, %13.7 devlet hastanesinde, %7.1 Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi'nde, %1.8 özel hastanede tercih yapmaktadır. Gölbaşı ilçesinde %80 ve üzeri sağlık ocağında tercih yapmıştır (151).

Türkiye'de sağlık ocağını tercih etme oranı %25.9 iken bölgesel farklılıklar da görülmektedir. Trakya'da bu oran %6.1, Marmara ve Ege'de %23.5, Güneydoğu'da %38.9 olarak tespit edilmektedir (154).

Hastaların sağlık kuruluşlarının yararlanması araştırmasında ise %18'i devlet hastanesi, %11.5'i sağlık ocakları olarak bulunmuştur. Antalya İli'nde sağlık kuruluşu tercihinde %17.1 sağlık ocağıdır (158).

Acil olan bir sağlık sorunları olduğunda %79,4'nun Hastane Acil Servisi'ne başvuran hastaların sağlık hizmeti kullanım kùltürünün belirlenmesi araştırmasına ilgi duydukları görùlmüřtür.

Sağlık kuruluşu tercihinde Eskişehir İli özel doktor %39.1, özel hastane %28.6, üniversite hastanesi %6.2, devlet hastanesi %5.6, özel poliklinikler %3.7, %2.5 SSK hastaneleri tercih edilmiştir. Çorum İli'nde özel doktor %38.8, özel hastane %36.3, özel poliklinik %6.3, devlet hastanesi %3.8, üniversite hastanesi %1.3, sağlık ocağı %1.3 olduğu bulunmuştur. Gebze ilçesinde 1991 yapılan bir araştırmada özel hekim %81.3, üniversite hastanesi %9.2, sağlık ocağı-devlet hastanesi %9.5 olarak bulunmuş olup, SSK Dispanseri tercihi yapılmamıştır (159).

Dini inanç ve uygulamaların kendi sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünenler %66,3 (n=132), yararlı olmadığını düşünenler %33,7 (n=67) olduğu bulunmuştur.

%66,3'nün dini inanç ve uygulamaların kendi sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşünen hastaların, %43,7'nin dini inanç ve uygulamaların ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunduğu, %73,4'nün hastalık dışında sağlık kontrolü yaptırmak amacı ile sağlık kurumuna başvurmadıkları görùlmüřtür.

Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz? ifadesine verilen yanıtların; 1 defa %15,1 (n=30), 2 defa %10,6 (n=21), yanıt yok %74,4 (n=148) olduğu görùlmektedir.

%74,4'nün yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz sorusuna yanıt vermedikleri, %66,8'nin sürekli bir hastalığının olmadığı, %81,4'nün sosyal güvencesi olmasa da sağlık kurumuna gittikleri, %57,3'nün katkı payları olsa dahi muayene olmak için sağlık kurumuna gittikleri, %60,8'nin sağlık hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşamadıkları anlaşılmıştır.

%22,6'nın sağlık hizmetlerine ulaşmada randevunun uzun süreye verildiğini, %88,4'nün sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirme yapıldığı, %98,5'nin sağlık kurumuna başvurduklarında hastalıkları ile ilgili bilgilendirmenin yeterli olmadığını ifade ettikleri anlaşılmıştır.

%41,2'nin hemşirelerin hastalara tedavi oldukları süre boyunca her zaman kibar davrandıklarını, %28,6'nın hemşirelerin hastalara tedavi oldukları süre boyunca bazen kendilerini tanıttıklarını, %37,2'nin hemşirelerin hastaları tedavi oldukları süre boyunca çoğu zaman dinlediklerini, %38,2'nin hemşirelerin hastaları tedavi oldukları süre boyunca anlayabilecekleri şekilde çoğu zaman açıklamalarda bulduklarını,

%53,3'nün hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istedikleri anda yardım alıp almamaları konusunda yanıt vermeyenlerin daha fazla oldukları, %63,3'nün hastaların hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca hemşireler tarafından tedavilerinin her zaman zamanında yapıldığı anlaşılmıştır

Hastaların %60,3'nün her zaman doktorların hastalara tedavi oldukları süre boyunca kibar davrandıklarını, %38,2'nin her zaman doktorların hastalara kibar davranarak kendilerini tanıttıkları, %38,2'nin doktorların hastaları tedavi oldukları süre boyunca her gün düzenli ziyaret ettikleri, %45,7'nin doktorların hastaları her zaman dinledikleri, %36,7'nin doktorların hastaları çoğu zaman açıklamalarda bulduklarını anlaşılmıştır.

Hastaların %39,7'nin hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca odalarının ve banyolarının çoğu zaman temiz tutulduğu, %46,7'nin hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca geceleri odalarının etrafındaki alanın çoğu zaman sessiz ve sakin olduğu, %61,3'nün hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca her zaman kendilerini güvende hissettikleri, %55,8'nin hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarının her zaman iyi kontrol edildiği, %55,3'nün hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca ağrılarını gidermek için yapabilecekleri her şeyi her zaman yaptıkları, %29,1'nin hastanede yatarak tedavi oldukları süre boyunca herhangi bir yeni ilaç verilmeden önce, hastane çalışanları tarafından ilacın ne için olduğunun bazen söyledikleri,

%63,3'nün hastane çalışanları size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce muhtemel yan etkilerini anlayabilecekleri şekilde anlattıkları, %29,6'nın hastanede yatarak tedavi oldukları süre içerisinde, hastaneden ayrılışlarından sonra ihtiyaç duyduklarında yardım alıp alamayacakları konusunda doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanlarının çoğu zaman konuştukları, %70,4'nün hastanede yatarak tedavi

oldukları süre içerisinde, hastaneden ayrılışlarından sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeleri gerektiği konusunda hiç yazılı bilgi almadıkları, %39,7'nin ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiklerinde çoğu zaman gerekli ilginin gösterildiği anlaşılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında, en öncelikli sırada yer alan bir haktır. Hak ve yükümlülükler açısından ele alındığında, toplumsal bir müdahale alanı oluşturur. Sağlık, herkesin kendi sorumluluğunda olan başkalarına karşı ise herkesin kısmen sorumlu olduğu bir olgudur.

Hastalık literatürde yer alan tüm tanımlarının yanı sıra sosyokültürel ve psikolojik unsurlar da içerir. Dolayısıyla hastalığın toplumsal boyutu da bulunmaktadır. Bireydeki organik ve patolojik bozukluk yalnız onu değil çevresini de etkiler. Etkileşim, eğitime, kültür düzeyine, etnik kökene, geçmiş yaşama, sosyalizasyon sürecine, dinsel bağlılığa göre farklılık gösterir.

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için sosyoekonomik, biyolojik ve fizyolojik çevre koşullarının olumlu yönde düzenlenmesi, zarar verici etmenlerin ortadan kaldırılması, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirilmesi ve bunun için gerekli koşulları yerine getirmelerinin sağlanması ve tıbbi yöntemlerin uygulanması oldukça önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri insan sağlığının korunup geliştirilmesi için gerekli bileşenlerden sadece bir tanesi olup, oldukça önemli bir role sahiptir. Böyle bir anlayışla kişiler belirtiler kendilerini rahatsız etmedikçe sağlık kurumlarına başvurmamakta, bunun için zaman ve para harcamaktan kaçınmaktadır.

Hastalık sadece biyolojik bir süreç değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur. Araştırmada Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi'nden sağlık sunum hizmeti alan hastaların büyük çoğunluğunun kadın, evli, 31-40 yaş arası, il merkezinde doğan, 21 veya 30 yıldan beri Mersin ilinde yaşayan, Üniversite (4 Yıllık Eğitim) mezunu, evlerinde 4 kişi yaşayan, memur olarak çalışan, gelir miktarı 3251 TL ve üstü olan, sosyal güvenlik statüleri SGK kapsamında olduğu anlaşılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvuruyor musunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda, hastaların doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v. d.) başvurmaları ile kadın veya erkek olmalarının arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Dini inanç ve uygulamaların sağlığınız açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda, erkek ve kadın hastaların dini inanç ve uygulamaların sağlıkları açısından yararlı olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Dini İnanç ve Uygulamalar Sağlığınıza ne gibi faydalar sağlamaktadır?” ifadesinin karşılaştırılması sonucunda; erkek hastaların dini inanç ve uygulamaların ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunanların %44,6 ($n=29$), kadın hastaların dini inanç ve uygulamaların ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunanların %81,7 ($n=58$), olduğu, hastaların dini inanç ve uygulamalarının ruh sağlıklarına olumlu katkıda bulunması ile kadın veya erkek olmalarının arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların acil olmayan bir sağlık sorunları olduğunda ilk başvurdukları sağlık kurumunun Aile Sağlığı Merkezleri olduğu görülmüştür. Aile Sağlığı Merkezleri’ne yapılan başvuruların hastaların sağlık sorunlarının acil olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Acil olmayan sağlık sorunlarında gittikleri sağlık kurumunu tercih etme nedenlerinin başında güven duygusunun geldiği görülmektedir. Hastaların başvuracakları sürekli bir sağlık kaynaklarının bulunmasının, hastalarda güven duygusu oluşturduğu düşünülebilir.

Hastaların acil durumlarda ilk tercih ettikleri sağlık kurumunun hastane acil servisleri olduğu anlaşılmıştır. Acil bir sağlık sorununda acil servise başvurma bilincinin gelişmesi ile erken müdahale sonucunda ölümlerin ve sakat kalma durumlarının oranında azalma olacaktır. Bu bilincin daha da geliştirilmesi halk eğitimleri ile sağlanabilir.

Hastaların acil servise başvurma nedenlerinin başında sağlık güvencesine sahip olmalarının geldiği, yapılan çalışmada hastaların %94,5’nin sosyal güvencesinin SGK

kapsamında olanlardan meydana geldiğinin bulunması, sosyal güvenlik reformu ile sosyal güvence kapsamına alınan bireylerin sayısında oldukça fazla bir artış olduğunu göstermektedir. Araştırmada, acil servislere başvuruda bulunan erkek hastaların genellikle sosyal güvenceleri bulunmaktadır.

Hastaların, sosyal güvencesi olmadığı halde ya da katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmemek gibi bir davranışta bulunmadıkları anlaşılmıştır. Sosyal güvenlik mevzuatı ile artık hastanelerde, sosyal güvenliği olmasa dahi bakım yapılmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşamadıkları cevabına karşılık sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan zorlukların nedeni olarak randevuların uzun süreye verildiğinin de önemli bir oranda olması, sağlık yöneticilerinin üzerinde durması ve çözüme ilişkin önlemlerin alınması için çalışmalar yapılması gereken bir konudur.

Son bir yıl içerisinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna 8 defadan fazla başvuru yapıldığı bulunmuştur. Başvuru sayısı ile ilgili olarak bir araştırma yapılmalı, bu oranın sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşanmadığının göstergesi olmasının yanı sıra etkin tedavinin sağlanamaması, tedavi sürecinin uzaması, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımına neden olan hastalık dışında sadece reçete yazdırma alışkanlığından da kaynaklanabileceği konuları değerlendirilmelidir.

Devletin uygulamış olduğu sağlık politikası gereği, hastalar hastaneye başvurduklarında bilgilendirilmektedirler. Ancak araştırmaya katılan hastalar bilgilendirmenin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Hastaların bilgilendirme konusunda neyi talep ettikleri araştırılmalı, asimetrik bilgi ve iletişim konuları üzerinde durulmalıdır.

Güneydoğu ve doğu illerimizden son yıllarda yaşanan göç ve sınır ötesinde yaşanan iç savaşlar nedeniyle gelen insanlar, Mersin İlinin kozmopolit bir toplumsal yapıya bürünmesine sebebiyet vermiştir. Bu durum Mersin İli'nin kamu ve özel bütün imkânlarının zorlanmasına neden olmaktadır. Yaşanan bu toplumsal olaylar, sağlık kurumlarına sağlık hizmeti talebi için başvuran hasta ve hasta yakını profilini de değiştirmiştir. Alan çalışması için seçtiğimiz hastanelerin birincisi devlet, ikincisi üniversite, üçüncüsü ise özel hastanedir. Bu hastanelere gelen hastalardan erkeklerin hastalandıkları zaman koca karı ilaçları olarak tabir edilen tıbbi geçerliliği olmayan

maddelere ve şifacılar başvurmadıkları anlaşılmiş olup, bunun en büyük nedeninin eğitim seviyelerinin üniversite olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle eğitim düzeyi düşük yerlerde geçim imkânı bulan şifacı, kırıkçı, çıkıkçı, üfürükçü vs. gibi kişilere araştırmamıza konu olan ilin bazı yörelerinde başvurulduğu duyumu alınmış olsa da bu olaylar istisnai kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun uzun süreli ve iyi eğitim almış olmaları onların daha fazla insan odaklı olmalarına neden olmuştur. Üstelik hekimlerimiz ve sağlık çalışanlarımız istisnalar dışında kibar ve insani yönleri kuvvetlidir. Milletimizin en güzel hasletlerini yansıtmaktadırlar. Hastalarımız hastanede yatarak tedavi oldukları sürece bu güzel duyguyu yaşamaktadırlar. Doktorlarımız, insan ile ilgili bütün eğitimleri almakta ve büyük çoğunluğu hastalarını en iyi şekilde dinleyerek onlara değer verdiklerini hissettirmektedirler.

Kadınlarımız o kadar dirençli inşalardır ki, hastalıkları artık dayanamayacakları bir noktaya gelene dek hekime başvuramazlar. Bunun nedeni olarak da ailelerinin her şeyden önce geldiğini ifade etmektedirler. Bu durum tabii ki tartışılmaya açık bir konudur. Kadınlarımız hastanelerin acil servislerine başvurduklarında bekletilmekten hoşlanmamaktadırlar. Erkek hastalarda olduğu gibi doktorların kibar davrandıklarını ve kendilerini dinlediklerini ifade ettikleri anlaşılmaktadır. Fizyolojik herhangi bir problem söz konusu olduğunda kadın ve erkek hastaların şifacılar başvurdukları ve koca karı ilaçları denilen maddeleri kullandıkları anlaşılmıştır. Bunun nedeni olarak da ağır sağlık sorunlarında hastanelerin tercih edildiği görülmektedir. Ülkemiz insanların genellikle dini inançlarının yüksek olması nedeniyle dini gerekleri yerine getirdiklerinde bunun sağlıkları açısından faydalı olduğunu düşünmeleri normaldir. Hem ruhsal hem de bedensel faydalarının olduğunu düşündükleri görülmektedir.

İnsanlarımızın en büyük ihmallerinden birisi de artık hareket edemeyecek duruma gelecek şekilde hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına başvurmalarıdır. Sağlık kontrolü bilincinin geliştirilmesi sağlık yöneticilerinin, üzerinde daha fazla hassasiyet göstermeleri gereken bir konudur.

Mersin ili coğrafi olarak Akdeniz ile Toroslar arasında bulunmaktadır. Bu ilde yaşayan insanların büyük bir kısmı şehir merkezinde yoğunlaşmaktadır. Bir kısmı ise Toros dağlarında bulunan köylerde yaşamaktadırlar. Araştırmamıza katılan hastalarda görülen en olumlu sonuç sürekli bir hastalıklarının bulunmamasıdır. Bu durum son

yıllarda gelişen sağlık sektörünün ve bölgesel beslenme kültürü ile ilişkili olarak halkın bilinçli beslenme kurallarına uymalarından kaynaklanmaktadır.

Sağlık çalışanlarında uygulanan iletişim eğitimleri sonucunda hasta memnuniyetinin sağlandığı anlaşılmaktadır. Hastanelerin fiziki yapılarında dünyada uygulanan en son sistemlerin kullanılmaya başlanması sonucunda çağrı düğmelerinin fonksiyonlarını yerine getirdiği ancak ihtiyaç halinde hastaların çağrı butonu kullanımı ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi gerektiği, hizmet alımı yapılması neticesinde temizlik hizmetlerinin gereği gibi yapıldığı anlaşılmaktadır. Yataklı hasta servislerinde kuralların uygulanması ile sessiz ve sakin bir ortamın sağlandığı, sağlanan güvenlik hizmeti alımı ile hastanenin güvenliğinin en üst düzeyde sağlandığı düşünülmektedir. Hastaların ilaç tedavilerinde, gereksiz ilaç kullanımının önüne geçen sistemlerin kullanılması ile ilaç kullanımının yerinde ve zamanında yapıldığı, ilaç verilmeden önce hastanın ilacın ne için olduğu konusunda bilgilendirildiği anlaşılmıştır.

Sonuç olarak, uygulama alanında bir devlet, bir üniversite ve bir de özel hastane bulunan bu tezimizde, Mersin İli'nde sağlık hizmeti kullanımında iyi gelişmelerin yaşandığı, son derece sıkıntılı bir toplumsal değişim yaşanmasına rağmen, halkın kendi özlerinden gelen temiz duygularla sağlıkla ilgili değişimlere uyum sağladığı, dışarıdan göç ile gelen vatandaşlara ve diğer ülkelerden gelen insanlara yardımcı olunduğu ve onlarında en iyi şekilde bütün sistemlere entegre olmalarının sağlanması için çaba sarfedildiği, münferit olaylar haricinde Mersin ili halkının sağlık hizmetleri sunumlarını en iyi şekilde kullandıkları anlaşılmıştır.

KAYNAKÇA

1. Öztekin Z. "Sağlıkta Kavramlar", *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001, 39(2):1-2.
2. Öztekin Z, Eren N. *Sağlık Yönetimi*, Bertan M, Güler Ç (Editörler), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* içinde, Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1995.
3. Sağlık Bakanlığı, "Herkesine Sağlık: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri" Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2001.
4. Şener O. *Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları* (Tez). TODAİE; 2005.
5. Fişek AG. "Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık", *Yeni Türkiye Dergisi*, 2001, 39(1): 7-8.
6. Tokgöz E. "Sosyal Gelişmede Sağlık" Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No.1783, Ankara, 1981.
7. Baloğlu B. *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*, Der Yayınevi, İstanbul, 2006.
8. Kılıç B. "Türkiye İçin Sağlık İnsan gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(6):1-2.
9. Yeğinboy Y. *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir, 1993.
10. Sütlaş M. *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, Berdan Matbaası, İstanbul, 2000.
11. Hayran O. *Sağlık Hizmetleri" Hastane Yöneticiliği*, (Ed. Hayran O, Sur H.) Nobel Kitabevi, İstanbul, 1997.
12. Oskay Ü. "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar". *Sosyoloji Dergisi*, 1993, 4(2):1-2.

13. Okyayuz Ü. “Sağlık Psikolojisine Giriş”. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 1999, 3(19):2-3.
14. Belek İ. *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998.
15. Yüncü F. *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Kadıoğlu Matbaası, Ankara, 1993.
16. Işık E. “Batı Toplumlarında Rasyonelleşme, Tımarhanenin ve Homo-Medicus’un Doğuşu”, *Toplum Bilim Dergisi, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, 2001, 3(2):3-4.
17. Özçelik AN. *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul, 2002.
18. Dirican R. *Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1990.
19. Illich I. *Sağlığın Gaspi (Medikal Nemesis)*, (Çev. Sertabiboğlu S.) Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1995.
20. Şahin B. “Sağlığın Ölçümü ve Kullanım Alanlarına Teorik Bir Bakış”, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 1999, 9(3):4-5.
21. Yıldırım İ. *Hastalıklar Bilgisi*, Yeni Asya Yayınları, İstanbul, 1990.
22. Türkdogan O. “Doğu Anadolu’da Sağlık-Hastalık Sistemlerinin Toplumsal Araştırması”, *Atatürk Üniversitesi Yayınları*, 1972,2(1):23-24.
23. Atkinson R. *Psikolojiye Giriş* (Çev. (Alogan Y.), Arkadaş Yayınları, Ankara, 1996.
24. Öztürk O. “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları” *Hekimler Yayın Birliği*, 1997.
25. Akın A, Demirel S. “Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25(4):73-74.
26. Arkonaç SA. *Sosyal Psikoloji*, Alfa Yayınları, İstanbul, 1998.
27. Druss RG. *Hastalığın Psikolojisi*, ComposMentis Yayınları, Ankara, 1997.
28. Güler Ç, Benli D. *Çevre Sağlığı* (Der. Bertan M, Güler Ç.), Halk Sağlığı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997.
29. Kızılcılık S. *Türkiye’nin Sağlık Sistemi*, Saray Kitabevleri, İzmir, 1996.

30. Dirican R, Bilgel N. *Halk Sağlığı*, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, Bursa, 1993.
31. Güçlü SÖ. *Kentleşme ve Göç Sürecinde Antalya'da Kent Kültürü ve Kentlilik Bilinci*, T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2002.
32. Özen S. "Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri", *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Yayınları, 1994, 2(3):1-2.
33. Belek İ. "Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler, Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma", *TTB Yayınları*, Ankara, 2001.
34. Bahar Z, Aydoğdu NG. "Sağlıkta Eşitsizlik ve Hemşirelik", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 4(3):130-131.
35. Akyol AD. "Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1993, 9(3):71-72.
36. Erengin H, Dedeoğlu N. "Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık", *Toplum ve Hekim*, 1997, 12(77):13-14.
37. Fişek N. "Çağdaş Sağlık Anlayışı", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 1997, 6(4):24-25.
38. Tatar M. "Sağlığın Ölçülmesi, Kavramsal Bir Çerçeve", *Toplum ve Hekim*, 1997, 78(12):55-56.
39. Eser E. "Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü", *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, 4-6 Nisan, Ege Üniversitesi, İzmir, 2004.
40. Şahin H. "Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt", *Toplum ve Hekim*, 1997, 12(77):43-44.
41. Özyılkan Ö. "Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi" *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, 8-10 Nisan, Ege Üniversitesi, İzmir, 2004.
42. Güven Ş. *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hastanelerde Hasta (Müşteri) Tatmini Odaklılık ve Kütahya Devlet Hastanesi Araştırması* (Tez). DPÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2004.
43. Çelikkalp Ü. "Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2011, 6(17):2-3.

44. Sözen C, Özdevecioğlu M. *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı, Ankara, 2002.
45. Akdağ R. “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, (Alma Ata’nın 30. Yılı Hatırasına)”, T.C. Sağlık Bakanlığı
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi_acilimler_2011/upsem/TSDP.pdf.part>(30.05.2013).
46. Tokat M. *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme*, Friedrich Ebert Vakfı, Ankara, 1991.
47. Resmi Gazete, “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, 12.01.1961/10705
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>(30.05.2013).
48. Ertem ÜT, *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar* (Ed. Ay FA.), Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007.
49. Odabaşı Y. *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1998.
50. Bulutoğlu K. *Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Durumu*, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1988.
51. Seçim H. *Hastane İşletmeciliği*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1995.
52. Odabaşı Y. *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2001.
53. Tokat M. *Sağlık Ekonomisi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1998.
54. Sargutan E. *Türk Sağlık Sektörünün Yapısı*, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993.
55. Turan N. *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004.
56. Saltık A. “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1995, 10(68):38-39.

57. Kurtulmuş S. *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 2001.
58. Akdur R. *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları, Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*, Halk Sağlığı, ANTIP AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, 1998.
59. DPT, Devlet Planlama Teşkilatı, “Türkiye ve Avrupa Birliği’ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması” Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, 1997, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/tanritan/saglik.pdf>> (30.05.2013).
60. Özçatal Ö. *Genel Sağlık Sigortası (Türkiye’de Uygulanabilirliği)* (Tez). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 1999.
61. Gümüş Ö. *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi; 2005.
62. Atalay A. *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Yerelleştirme Politikaları* (Tez). TODAİE, Yüksek Lisans Tezi; 2004.
63. Şakar AY. *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, İstanbul, 1999.
64. Ak B. *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Yeni Asya Yayıncılık, Ankara, 1990.
65. Eren N. *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1984.
66. Yazgan T. *Güneydoğu Anadolu Bölgesi Gelişme Planı*, Sağlık, İstanbul, 1978.
67. Karaege Ö. *Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2001.
68. Pala K. “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu”, *Toplum ve Hekim*, 1995, 10(68):64-65.

69. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, (madde 4j) <http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M_D%C3%96K%C3%9CMANLARI/22_07_2010_14_46_17.pdf> (26.05.2013).
70. Hayran O. *Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat*, Yüce Yayım, İstanbul, 1998.
71. Tekin F. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi*, 1987, 5(1):265-266.
72. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, (madde 4k).
73. Kalkay N. *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*, Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul, 1981.
74. Çağatay G. “Sağlık Bakımından Nitelik Sorunu”, *Sağlık ve Toplum*, 1990, 2(1):27-28.
75. Bilgili E, Ecevit E. “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008, 11(2):204-205.
76. Fişek N. *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi Yayını No.2, Ankara, 1983.
77. Serdar SB. *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci: Türkiye*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2002.
78. Serin N, Çakıcı L. *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1990.
79. Mortan K, Tokgöz T. *Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi*, Akademi Yayınevi, Ankara, 1984.
80. Yıldız Z. “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri”, *Verimlilik Dergisi*, 1996, 1(2):84-85.
81. İstanbulluoğlu H, vd. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”. *Dirim Tıp Gazetesi, Derleme*, GATA Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, 2010.
82. Dayanıklı BF. “Sağlık Harcamaları ve Bütçesi”, *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı*, 2001, 7(40):1670-1671.

83. Orhaner E. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 1(2):-76.
84. Karacık A. “Türkiye’de Sağlık Sigortaları”, *Yeni Türkiye Özel Sayısı II*, 2009, 40(4):29-31.
85. Sargutan E. *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi*, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993.
86. DPT, “Devlet Planlama Teşkilatı 2005 Yılı Programı”, Ankara, 2004.
87. Yalçın T, Yıldırım HH. “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı”. *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı*, 2001, 1(2):40-41.
88. Ünsal E. *Mikro İktisat*, İmaj Yayınevi, 4. Baskı, Ankara, 2001.
89. Tatar F. “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, *Toplum ve Hekim*, 1996, 11(2):72-73.
90. Çilingiroğlu N. “Sağlık Ekonomisi (ed. Bertan M, Güler Ç.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler İçinde”, Güneş Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 1997.
91. Bulut M. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi Açıkları ve Etkileyen Sebepler” Mercek, 2008.
92. Özbay H, vd. “Türkiye’de Sağlığa Bakış”, T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Müdürlüğü Yayınları, Anmara, 2007.
93. Şenatalar B. “Sağlık Ekonomisine Genel Bakış”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25(2):45-46.
94. Top M. “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Düzeyler, Dinamikler, Yaklaşımlar ve Uluslararası Deneyim”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2000, 5(3):95-96.
95. Şahin F. *Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlık Eğitimi Faaliyetleri (Tez)*. Yüksek Lisans Dönem Projesi; 2005.
96. Balcı A. *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim*, Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul, 2005.
97. Filiz Y. *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi (Tez)*. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2010.

98. Yenimahalleli YG, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, (Tez). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2007.
99. Soyer A. “Sağlıkta Dönüşüm’ün Neresindeyiz” Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?” *DEUHYO ED*, 2009 2(4):179-180
http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18281/179-182_pdf.pdf
(11.12.2013).
100. Soyer A. “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, 2003, 9(2):314-315.
101. Caniklioğlu N. “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun Kısa Vadeli Sigorta Kollarına İlişkin Hükümlerinin Kısa Bir Değerlendirmesi”, *TİSK İşveren Dergisi*, Aralık 2006, 2(3):62-63.
102. “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, Kabul Tarihi: 31.05.2006, R.G. Tarihi, 16.06.2006, R.G. Sayısı: 26200
<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/27054.html> (14.06.2013).
103. Top M, Tarcan M. “Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirilmesi”, *Liberal Düşünce Dergisi*, 2004, 9(1):178-179.
104. TTB, Türk Tabipleri Birliği, “Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağı Genel Gerekçesi”
<http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gstaslakgerekce.php>(11.06.2013).
105. Serin İ. *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği*, Kazancı Kitabevi, İstanbul, 2004.
106. Akgül A. *Genel Sağlık Sigortası*, Türkiye’nin Sorunlarına Çözüm Serisi: 5, Türkiye İsrافی Önleme Vakfı Yayınları, Ankara, 2003.
107. T.B.M.M. “Genel Kurul Tutanağı”,
<http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_g_sd.birlesim_baslangic?P4=16585&P5=H&page1=34&page2=34>(14.06.2013).
108. Yurdadoğ V. *Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi; 2006.

109. Avcı YT, “Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hedeflenen Nedir?”, *TMMOB Maden Mühendisleri Odası, Madencilik Bülteni*, 2005, 73(2):54-55.
110. Bakar C, Akgün S. “Türkiye’de Sağlık Reformları: Sonu Gelmeyen Hikaye”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 2005, 20(5):346-347.
111. Öztürk İ. “2008 Girişimcilik Raporu”, İGİAD İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Derneği, İgiad Yayınları:8, Raporlar:1 İstanbul, 2008.
112. Emil F, vd. “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bazı Gözlemler” Halk Sağlığı Etkinlikleri, HASUDER, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi
<http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/775>
(11.06.2013).
113. Yıldırım HH. *Sağlık Sigortacılığı*, Açıköğretim Fakültesi Yayını N.1498, Anadolu Üniversitesi, 1. Baskı, Eskişehir, 2012.
114. TEPAV, “2012 Mali Yılı Bütçesi ve Makro Çerçeve” Mal İzleme Raporu İstikrar Enstitüsü,
http://www.tepav.org.tr/upload/files/1328783545-9.Mali_Izleme_Raporu_2012_Mali_Yili_Butcesi_ve_Makro_Cerceve.pdf
(12.06.2013).
115. Kaya S. “Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1995, 10(65):101-102.
116. Çelik Y. “Sağlıkta Eşitlik”, *Toplum ve Hekim*, 1994, 63(9):12-13.
117. Saltık A. “Sağlıklı Toplumun Değeri”, *Sağlık Dergisi*, 1985, 59(2):55-56.
118. Belek İ. “Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler, Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma” Türk Tabipleri Birliği, Nisan, 2004.
119. Uzantı A. “15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi”, *Sağlık ve Toplum*, 2004, 14(1):32-33.
120. Belek İ. “Algılanan Sağlıkta Sınıfsal ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler”, *Toplum ve Hekim*, 1998, 13 (4):293-294.

121. Kavuncubaşı Ş. vd. "Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı", *Toplum ve Hekim*, 1994, 62(2):115-116.
122. Uz MH. *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Çevik Matbaası, İstanbul, 1998.
123. Tatar M. "Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler" I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs, İzmir, 1994.
124. Kaya S. "Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği", *Toplum ve Hekim*, 1996, 11(2):13.
125. Akbulut Y. *Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanımı ve Nedenleri (Tez)*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 1998.
126. Kaplan M. *Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın, Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma*, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, 2010.
127. Kaya M. "Eski Türk İnanışlarının Türkiye'deki Halk Hekimliğinde İzleri", *Toplumbilim*, 2001, 1(2):13-14.
128. Araz R. *Harput'ta Eski Türk İnançları ve Halk Hekimliği*, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, Ankara, 1995.
129. Demren Ö. "Halk Hekimliğinde Ocaklar ve Şamanizm", *Folklor Edebiyat*, 2008, 56(14):207-208.
130. Stanway A. *Alternatif Tıp El Kitabı*, İnsan Yayınları, İstanbul, 1999.
131. Türkdoğan O. *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, İstanbul, 1991.
132. Cirhinlioğlu Z. "Post-modern Çözülüş ve Sağlık", *Sosyal Bilimler Dergisi, Afyon Kocatepe Üniversitesi*, 2003, 5(1):141-142.
133. Maurice D. *Siyaset Sosyolojisi*, Varlık Yayınları, Bilgi Dizisi, İstanbul, 1996.
134. Ülken HZ. *Millet ve Tarih Şuuru*, Türkiye İş Bankası, İstanbul, 2008.
135. Topçu N. *Kültür ve Medeniyet*, Dergah Yayınları, İstanbul, 2010.

136. Güvenç B. *İnsan ve Kültür*, 7. Baskı, Remzi Kitabevi, 1996.
137. Strauss CL. *Yaban Düşünce*, 3. Baskı, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 2000.
138. Üzün C. *Stratejik Yönetim ve Halkla İlişkiler*, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 2000.
139. Bekar M. “Kültürler Arası (Transkültürel) Hemşirelik”, *Toplum ve Hekim*, 2001, 3(1):136-137.
140. Akan A. *Birey ve Toplum Sosyolojiye Giriş*, (Ed. Sezal İ.), Martı Yayınları, Ankara, 2003.
141. Yurtseven YN. *Sosyal Destek Ağları: Cebeci Hastanesi Örneği* (Tez). Ankara Üniversitesi SBE, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2003.
142. Duyan V. “HIV/AIDS’a İlişkin Damgalama ve Sosyal Destek”, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2001, 11(1):9-10.
143. Savaş İ. “Türkiye’nin Sağlık Sistemine Kısa Bir Genel Bakış”, *Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı*, Mayıs-Haziran 2001, 39(2):102-103.
144. Tezcan M. *Kültürel Antropoloji*, T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1997.
145. Babacan SS. “Hastalıkta Ruh ve Beden Etkileşimi”, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, Ekim 2003, 11(2):519-520.
146. Karacoşkun D. “Dini İnanç-Dini Davranış İlişkisine Sosyo Psikolojik Yaklaşımları”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi IV*, 2004, 2(1):23-24.
147. Glock CY. *Dindarlığın Boyutları Üzerine, Din Sosyolojisi*, (Der. Aktay Y, Köktaş ME), Vadi Yayınları, Ankara, 1998.
148. Aydın M. *Kurumlar Sosyolojisi*, Vadi Yayınları, Ankara, 2000.
149. Kaya K. *Sosyolojik Açıdan Türkiye’de Din-Devlet İlişkileri ve Diyanet İşleri Başkanlığı*, Emre Matbaası, İstanbul, 1998.
150. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, “İstatistik Yıllığı 2000”,Yayın No: 639.
151. Atlı H, Karacık A, Oral E. “Sağlık Sistemlerine Alternatif Bir Model Olarak HMO Sisteminin İncelenmesi ve Üsküdar Bölgesinde Uygulama

- Örneği”, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu 27 Eylül 2001, M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi.
152. Atlı H, Sur H, Gürses A. “Gelibolu Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocağı Örneği”, Yayınlanmamış Araştırma; 2000.
153. İkinci Sağlık Projesi, “Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Tercihler, Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Nasıl Algılandığı, Müşterilerin Kendi Sağlık Durumlarını Nasıl Gördükleri, Sağlıkla İlgili Konulardaki Bilgi Düzeyleri ve Sağlıkla İlgili Faaliyetlere Katılımları Konulu Sağlık Araştırması”, Nihai Rapor Eskişehir, 1995.
154. Soyer A. “Bir Araştırma Nedeni İle Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı İle Sağlık Ocakları”, *Toplum ve Hekim*, Eylül-Ekim 1998, 2(1):362-363.
155. “2000 Genel Nüfus Sayımı”, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayın No: 2583, Ankara, 2002.
156. “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 1999.
157. “Gebze İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünün” Ocak 2003 Tarihli ve İlçemizdeki Okullar Konulu Yazıları.
158. Belek İ. “Sınıflar, Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmetleri Kullanımları ve Yararlandıkları Sağlık Kurumları. Antalya İki Bölge”, *Toplum ve Hekim* 1999, 14(1):55-67.
159. Hayran O, Aksayan S, Kayhan M. Kentsel Bir Bölgede Halkın Sağlık Kuruluşları Seçimini Etkileyen Etkenler. *Klinik Gelişim*, 1991, 3(4):1052-1055.

EKLER

1. Sosyo-Demografik-Ekonomik-Kültürel Özellikler Soru Formu
2. Amaca Yönelik Soru Formu

3. Consumer Assessment of Health Providers and Systems Hospital Survey (CAHPS) anketi.
4. Anket Çalışması İzin Belgeleri

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM KÜLTÜRÜNÜN BELİRLENMESİ

(Mersin Devlet Hastanesi Mersin Üniversitesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi'nde Anket Yöntemi ile bir Araştırma)

ANKET SORULARI

1.DEMOGRAFİK BİLGİLER

Tarih:

Lütfen Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Cinsiyet

1. Erkek
2. Kadın

2. Medeni Durum:

- 1-Evli
- 2-Bekar

3. Yaş

.....

4. Doğum Yeriniz

1. İl Merkezi
2. İlçe Merkezi
3. Köy

5. Kaç Yıldır Mersin'de yaşıyorsunuz?

.....

6. Öğrenim Durumu

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 1.Okur-yazar değil | () |
| 2.Okur yazar | () |
| 3.İlkokul | () |
| 4.Orta okul | () |
| 5.Lise | () |
| 6.Önlisans (2 yıllık eğitim) | () |
| 7.Üniversite (4 Yıllık Eğitim) | () |
| 8.Yüksek Lisans | () |
| 9.Doktora | () |

7. Hanede Yaşan Kişi Sayısı

.....

8. Çalışma Durumu

- | | |
|-------------------|-----|
| 1) Esnaf | () |
| 2) Emekli | () |
| 3) Memur | () |
| 4) İşçi | () |
| 5) Serbest Meslek | () |
| 8. Çalışmıyor | () |

9. Haneye Giren Gelir Miktarı (Haneye giren aylık gelir miktarı hesaplanırken, evde sürekli yaşayan kişilerin eve getirdikleri aylık gelir, tarla bahçe vb. varsa bunların yıllık ortalama gelirinin 12 aya bölünmüş miktarı ve kiralık ev, dükkân vb. varsa eğer kira geliri aylık alınıyorsa aylık olarak, yıllık olarak alınıyor ise yine 12 aya bölünerek çıkan miktar aylık gelire eklenerek hesaplanmalıdır)

- | | |
|----------------|-----------|
| 1. 250 – 750 | Arası () |
| 2. 751 – 1250 | Arası () |
| 3. 1251 – 1750 | Arası () |
| 4. 1751 – 2250 | Arası () |
| 5. 2251 – 2750 | Arası () |
| 6. 2751 – 3250 | Arası () |

7. 3251 ve Üstü

10. Sosyal güvenceniz nedir?

1. Yok
2. SGK Kapsamında (Emekli Sandığı SSK, Bağkur)
3. Özel Sağlık Sigortası

2.SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN SORULAR

1. Doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.b.) başvuruyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Birinci Soruya cevabınız EVET ise lütfen 2.soruyu cevaplandırınız.

2. Hangi rahatsızlığınızda doktor dışında, doğal tedavi de denilen, geleneksel iyileştiricilere (Şifalı otlar, koca karı ilaçları v.b.) başvurursunuz?

1. Kırık, çıkık/burkulma
2. Fizyolojik problemler (Vücudunuzun herhangi bir yerinde ağrı)
3. Ruhsal problemler
4. Cilt problemleri
5. Kanser
6. Diğer

3. Acil olmayan bir sağlık sorunuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir?

- 1-Tanıdığım Birileri
- 2-Eczane
- 3-Aile Sağlığı Merkezi
- 4-Hastane Acil Servisi
- 5-Hastane Polikliniği
- 6- Diğer..... (Cevabınız diğer ise nereye başvurduğunuzu belirtiniz)

4. Acil olmayan sağlık sorununuzda gittiğiniz sağlık kurumunu tercih etmeniz sebebi nedir?

1. Sevk edildiğim için ()
2. Sosyal güvencem nedeni ile ()
3. İyi davrandıkları için ()
4. Güvendiğim için ()
5. Bekletilmediğim için ()
6. Tanıdık personel olduğu için ()
7. Tavsiye edildiği için ()
8. Diğer sebepler () (Soruya cevabınız diğer seçeneği ise nereye başvurduğunuzu yazınız)

5-Acil durumlarda ilk tercih ettiğiniz kurum neresidir?

- 1-Tanıdığım Birileri () (Tanıdığım bir doktor, hemşire ya da doktor ya da hemşire olmayan güvendiğim bir tanıdığım)
- 2-Eczane ()
- 3-Aile Sağlığı Merkezi ()
- 4-Hastane Acil Servisi ()
- 5-Hastane Polikliniği ()
- 6-Diğer.....() (Soruya cevabınız diğer seçeneği ise tercihinizi belirtiniz)

6. Acil Servise başvurma nedeniniz nedir?

1. Sevk Edildim ()
- 2- Sosyal Güvence ()
2. Memnun kaldığım için ()
3. Yakın olduğu için ()
4. Kendi isteğimle gelmedim ()
5. Gidecek başka yer yoktu ()
6. Bekletilmediğim için ()
7. Diğer.....() (Başvurma nedeninizi belirtiniz)

7. Son bir yıl içinde herhangi bir sebeple bir sağlık kurumuna kaç defa başvurdunuz?

.....

8-Dini inanç ve uygulamaların sağlığınız açısından yararlı olduğunu dşnşyor musunuz?

- 1-Evet ()
2-Hayır ()

Sekizinci soruya cevabınız **EVET** ise lştfen dokuzuncu soruyu cevaplandırınız

9-Dini İnanç ve Uygulamalar Sağlığınıza ne gibi faydalar sağlamaktadır?

1. Ruh sağlığına olumlu katkıda bulunur ()
2. Dini ibadetler fiziksel sağlığıma olumlu katkıda bulunur ()
3. Dini yasaklar sağlığa zararlı davranışları engeller ()
4. Diğer (Cevabınız diğer seçeneği ise nedenini belirtiniz) ()

10-. Hastalık dışında sağlık kontrolş yaptırarak amacı ile sağlık kurumuna başvuruyor musunuz?

- Evet ()
Hayır ()

Onuncu soruya cevabınız **EVET** ise lştfen on birinci soruyu cevaplandırınız

11.Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuruyorsunuz?

.....

12. Sşrekli bir hastalığınız var mı?

- 1.Evet ()
2.Hayır ()

13-Sosyal güvenceniz olmadığı için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?

1.Evet ()

2-Hayır ()

14- Katkı payları nedeni ile muayene olmak için sağlık kurumuna gitmediğiniz oldu mu?

1.Evet ()

2.Hayır ()

15-Sağlık Hizmetlerine ulaşmada herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz?

1.Evet ()

2.Hayır ()

On beşinci Soruya cevabınız **EVET** ise lütfen on altıncı soruyu cevaplandırınız.

16.Sağlık Hizmetlerine ulaşmada ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?

1. Randevu alamıyorum. ()

2. Randevu uzun süreye veriliyor. ()

3. Ulaşım zorluğu. ()

4. Katkı payları ()

5. Diğer..... () (Cevabınız diğer seçeneği ise nedenini belirtiniz)

17- Sağlık Kurumuna başvurduğunuzda hastalığınız ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?

1.Evet ()

2.Hayır ()

18- Hastalığınız ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli mi?

- 1.Evet ()
2.Hayır ()

**Consumer Assessment of Health Providers and Systems Hospital Survey (CAHPS)
anketi.**

2. SAĞLIK SUNUMUNA İLİŞKİN SORULAR

HEMŞİRELERDEN ALINAN HİZMET	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler size kibar davrandılar mı?					
2. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler size kendilerini tanıttılar mı?					
3. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler sizi dikkatle dinlediler mi?					
4.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hemşireler size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?					
5. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca çağrı düğmesine bastıktan sonra, istediğiniz anda yardım aldınız mı?					
6.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca Hemşireler tarafından tedavileriniz zamanında yapıldı mı?					
DOKTORLARDAN ALDIĞINIZ HİZMET	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
7. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kibar davrandılar mı?					

8.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size kendilerini tanıttılar mı?					
9.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi her gün düzenli ziyaret ettiler mi?					
10.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar sizi dikkatle dinlediler mi?					
11.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca doktorlar size anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundular mı?					
HASTANE ORTAMI	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
12.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca odanız ve banyonuz temiz tutuldu mu?					
13.Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca gece odanızın etrafındaki alan sessiz ve sakin miydi?					
14. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca kendinizi güvende hissettiniz mi?					
HASTANEDEKİ DENEYİMLERİNİZ	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
15. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca, ağrınız iyi kontrol edildi mi?					

16. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre boyunca hastane çalışanları ağrınızı gidermek için yapabilecekleri her şeyi yaptılar mı?					
17. Size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, hastane çalışanları ilacın ne için olduğunu size söylediler mi?					
18. Hastane çalışanları size herhangi bir yeni ilaç vermeden önce, muhtemel yan etkilerini anlayabileceğiniz şekilde size anlattılar mı?					
HASTANEDEN AYRILDIKTAN SONRA	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
19. Hastanede yatarak tedavi olduğunuz süre içerisinde, hastaneden ayrılıştığınızdan sonra ihtiyaç duyduğunuz yardımı alıp alamayacağınız konusunda Doktorlar, hemşireler ya da diğer hastane çalışanları sizinle konuştular mı?					
20. Hastanede yatış sürecinizde hastaneden ayrıldıktan sonra hangi belirtiler ya da sağlık problemlerine dikkat etmeniz gerektiği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?					
21. Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar kontrole gittiğiniz zaman gerekli ilgi gösterildi mi?					



T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : B086YÖK20ÜE6800000/900/37

Konu : Anket Çalışması

İstanbul, 22.05.2013

SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
MERSİN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ'NE;

Sağlık Bilimleri Enstitümüzün Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi 122009106 numaralı Fatma Leyla Çezik Altay " Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Hizmet Sunum Kalitesine Etkileri" başlıklı Tez çalışmasını, Prof.Dr.Haydar Sur danışmanlığında yürütmektedir. Kurumunuza bağlı hastanelerde yapılacak çalışmada ekteki anketin uygulanabilmesi için gereğini arz ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
Rektör Yardımcısı

Ek1: Anket Formu



OKAN ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : B086YÖK20ÜE6800000/900/38

Konu : Anket Çalışması

İstanbul, 22.05.2013

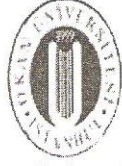
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE;

Sağlık Bilimleri Enstitümüzün Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi 122009106 numaralı Fatma Leyla Çezik Altay " **Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Hizmet Sunum Kalitesine Etkileri**" başlıklı Tez çalışmasını, Prof.Dr.Haydar Sur danışmanlığında yürütmektedir. Kurumunuza bağlı hastanelerde yapılacak çalışmada ekteki anketin uygulanabilmesi için gereğini arz ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
Rektör Yardımcısı

Ek1: Anket Formu



OKAN ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : B086YÖK20ÜE6800000/900/39

Konu : Anket Çalışması

İstanbul, 22.05.2013

MERSİN ÖZEL FORUM YAŞAM HASTANESİNE;

Sağlık Bilimleri Enstitümüzün Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi 122009106 numaralı Fatma Leyla Çezik Altay " **Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Hizmet Sunum Kalitesine Etkileri**" başlıklı Tez çalışmasını, Prof.Dr.Haydar Sur danışmanlığında yürütmektedir. Kurumunuza bağlı hastanelerde yapılacak çalışmada ekteki anketin uygulanabilmesi için gereğini arz ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
Rektör Yardımcısı

Ek1: Anket Formu