

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TUNCELİ İLİ OVACIK İLÇESİNDE YAŞAYAN
KİŞİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA VE MEMNUNİYET DÜZEYİNİN
ÖLÇÜLMESİ**

Şükran YILMAZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI**

DANIŞMAN

Yard. Doç. Nezih VAROL

İSTANBUL, Temmuz 2011

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TUNCELİ İLİ OVACIK İLÇESİNDE YAŞAYAN KİŞİLERİN
SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA VE
MEMNUNİYET DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Şükran YILMAZ
(09SY09034)

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih : 21.07.2011
Tezin Savunulduğu Tarih : 28.07.2011

Tez Danışmanı : Yard. Doç. Dr. Nezih VAROL

Diğer Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Mithat KIYAK

Yard. Doç. Dr. Yıldırım B. GÜLHAN

Prof. Dr. Targan ÜNAL
OKAN ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

İSTANBUL, Temmuz 2011

Annem'e

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince her zaman beni destekleyen, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Müdürü Prof. Dr. Mithat KIYAK'a, yüksek lisans eğitimine başlamamda beni teşvik eden, tezin tüm aşamalarında yanımda olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışmanım Yard. Doç. Dr. Nezih VAROL'a, eğitimim süresince sağlık yönetimi alanında ufkumu genişleten Sağlık Yönetimi bölümü hocalarıma, Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve anket çalışmama katılarak bana yardımcı olan Ovacık halkına teşekkür ederim. Ayrıca, hayatımın her döneminde beni sonsuz destekleyen ve yanımda olan aileme teşekkürü borç bilirim.

Şükran YILMAZ

İstanbul/2011

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	4
1.1. Sağlık Tanımı.....	4
1.2. Sağlık Hizmetleri Tanımı.....	5
1.3. Sağlık Hizmet Sektörleri.....	6
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	7
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.4.2. İyileştirici (Tedavi Edici) Sağlık Hizmetleri.....	11
1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	12
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU.....	13
2.1. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	13
2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	15
2.3. Tunceli ili ve Ovacık İlçesi hakkında Genel Bilgiler.....	17

2.3.1. Araştırma Yerinin Sosyal ve Ekonomik Yapısı.....	17
2.3.2 Araştırma Bölgesinin Sağlık Göstergeleri.....	18
3. SAğLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI VE KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	20
3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılabilirlik Kavramı.....	20
3.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	21
3.3. Sağlıkta Eşitlik ve Eşitsizlik Kavramı.....	23
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	27
3.4.1 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	27
3.4.2 Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	28
4. SAğLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ VE MEMNUNİYETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	
4.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti.....	30
4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	32
YÖNTEM	34
1. ARAşTIRMA, YÖNTEM.....	34
1.1. Araştırmanın Hipotezlerinin Belirlenmesi.....	34
1.2. Araştırmanın Yeri ve Özneleri.....	34
1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
1.4. Araştırmanın Tipi.....	34
1.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
BULGULAR.....	36
TARTIşMA.....	59
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	71
EKA İzin Belgesi.....	71
EKB Anket Formu.....	72
EKC Araştırma Bölgesinin Sağlık Göstergeleri.....	76
EKD Araştırma Bölgesinden Genel Görünüm.....	77
ÖZGEÇMİş.....	79

ÖZET

TUNCELİ İLİ OVACIK İLÇESİNDE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA VE MEMNUNİYET DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Tanımlayıcı bir saha çalışması olan bu araştırma Tunceli ili Ovacık ilçesi merkez mahallelerinde yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerini kullanımlarını, yararlandıkları sağlık kuruluşlarını seçme nedenlerini, aldıkları hizmetlerden memnuniyetlerini ve bunları etkileyen etmenleri incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya 71 hanede yaşayan 15 yaş üstü toplam 228 kişi alınmıştır. Araştırmada, başvuru sağlık kuruluşları, başvuru kuruluşları tercih nedenleri ve bu kuruluşlardan memnuniyet düzeyleri ile memnuniyetleri etkileyen faktörler incelendi. Elde edilen veriler doğrultusunda, sağlık kurumlarının seçiminde sağlık güvencesinin varlığı ve kuruma ulaşımın kolaylığının önemli olduğu; hastalık durumunda genellikle başvuru yeri olarak, ulaşım kolaylığı ve zorunluluk nedeniyle ilçe hastanesi, son hastalık durumunda ise uzman hekim tercihi nedeniyle Tunceli ve Elazığ kamu sağlık kurumları olduğu tespit edilmiştir. Başvuru kurumlardan memnuniyeti belirleyen etmenlerin uygulanan tedavi sonrası iyileşme, personelin ilgisi ve güven duyma olduğu gözlenmiştir. Bireylerin memnun olmama nedenleri olarak; ilgisizlik, uzun bekleme süresi ve kurumun tıbbi donanım yetersizliği gibi faktörleri öne sürdükleri tespit edilmiştir. Sosyal güvence altında olanlar ile kadınların, erkeklere göre daha fazla uzman hekim tercihinde buldukları gözlenmiştir. Eğitim seviyesi temel eğitimden yüksek olanların, temel eğitim ve düşük seviyede olanlara göre son başvuru yerinden daha az memnun oldukları tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve memnuniyetinin sosyo-demografik özelliklerinden ve sağlık kurum ve kuruluşlarının özelliklerinden etkilendiği tespit edilmiştir.

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

Tarih: 21 Temmuz 2011

SUMMARY

TUNCELİ İLİ OVACIK İLÇESİNDE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA VE MEMNUNİYET DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

The objective of this research was to investigate and form as a descriptive field study of the people living in the central neighbourhoods of the Ovacik district in the Tunceli province usage of health care services, their reasons for choosing the health care institutions that they benefit from, their satisfaction with the services and to examine the factors that affected their views. The survey was conducted based on feedback from a total of 228 persons above the age of 15 living in 71 different homes. In this survey the health care organizations that were applicated, the reasons for their choices, and their level of satisfaction of the services and also the factors that affected their sense of satisfaction were examined. From the data obtained with this study, the most important factors effective in the preference of health care institutions were the presence of health insurance coverage and ease of accessibility of this institutions. It was observed that in the state of a disease due to easy accessibility and compulsion the application was generally at the district hospital, however in the case of a previous (latest) illness a specialist physician at the public health institutions of Tunceli and Elazig was preferred. The sense satisfaction felt was in relation to the recovery after treatment, the attention received form the staff and the trust they felt at the institution to which they had applied. It was confirmed that factors such as lack of attention or negligence, long waiting hours and inadequate medical equipment were the reasons for individuals to be dissatisfied. It was observed that those covered by the social security and women were more inclined to prefer medical specialists as compared to men.

It was also observed that the case of dissatisfaction with the place where services were most recently availed was more among people with a level higher than basic education as compared to people with basic or lower levels of education. As a result of the study it was identified that the utilization of health care services by individuals and their sense of satisfaction were affected by their socio-demographic characteristics and by the attributes of the health care institutions.

Key words: Health Services, usage (utilization), choice of institution, satisfaction

Date: 21 Temmuz 2001

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
SO	: Sağlık Ocağı
VSD	: Verem Savaş Derneği
AÇS-AP	: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigorta Kurumu
KSK	: Kamu Sağlık Kurumları
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ŞEKİL LİSTESİ (LIST OF FIGURES)

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1.1 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
Şekil 1.2 Eşit Kalitede Hizmet.....	24

TABLO LİSTESİ (LIST OF TABLES)

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1.1 Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar.....	15
Tablo 1.2 Tunceli’de ve Ovacık ilçesinde Sağlık Kurumları.....	18
Tablo 1.3 Ovacık, Tunceli ve Türkiye Sağlık Göstergeleri.....	19
Tablo 2.4 Roomer’a Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırması.....	29
Tablo 3.5 Demografik Özellikler.....	37
Tablo 3.6 Sağlık Hizmetlerine ait bilgiler.....	39
Tablo 3.7 Sağlık hizmeti aldığı son kuruluşa ait bilgiler.....	41
Tablo 3.8 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Başvurdukları Kurumların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 3.9 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Başvurdukları Kurumları Tercih Etme Nedenlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 3.10 Araştırma Grubundaki Kişilerin Genellikle Başvurdukları Yerden Memnuniyetlerinin Dağılımı.....	45
Tablo 3.11 Araştırma Grubundaki Kişilerin Memnuniyetlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 3.12 Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerden Memnuniyet Nedenlerinin Sosyo-demografik Göre Dağılımı.....	47
Tablo 3.13 Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerden Memnuniyetsizlik Nedenlerinin Sosyo- demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 3.14 Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalık Durumunda Başvurdukları Yerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	50

Tablo 3.15 Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yeri Tercih Etme Nedenlerinin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılım.....	51
Tablo 3.16 Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnuniyetlerinin Dağılımı.....	52
Tablo 3.17 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnuniyetlerinin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 3.18 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnun Olma Nedenlerinin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılımı.....	54
Tablo 3.19 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnuniyetsizliğin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılımı.....	56
Tablo 3.20 Araştırma Grubunun Son Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yeri Tercih Etmemelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı....	57

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde hızla değişen çevre, kolaylaşan iletişim, bilim dünyasına eklenen yeni bilgiler ve teknoloji de ilerleme insanların yaşam tarzlarını da etkilemektedir. Bu ortamda tıp alanında ki gelişmeler kişilerin sağlık hizmetlerinden beklentilerini değiştirmiş ve değiştirmektedir. Geçmişte sağlık hizmeti denince sadece bedene iyilik halinin kazandırılması akla gelmekte iken tarihsel süreç içerisinde bu anlam zamanla yerini, beden, ruhun ve sosyal iyilik halinin kazandırılmasına ve korunmasına bırakmıştır. Sağlık, birey hayatının hemen her alanını ilgilendiren bir olgudur. Bireysel sağlık koşullarının iyileştirilmesi toplumun refahını doğrudan etkileyen unsurların başında gelmektedir.

Sağlık, günümüzde doğuştan kazanılmış, devredilemez ve ertelenemez temel bir insanlık hakkı olarak kabul edilmiş ve tüm dünyada ulaşılması hedeflenen sosyal bir amaç niteliği kazanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda "ırk, din, politik inanç, ekonomik güç ve sosyal statü farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşma hakkı" olarak tanımlanan bu hak ülkemiz anayasasında da "herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir" şeklinde güvence altına alınmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak sağlık hakkı 1978 yılında Alma Ata Kongresi'nde tüm dünya ülkelerince "dünyadaki herkes 2000 yılına kadar buldukları toplumun sosyal yaşantısına etkin bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır" ilkesi ile evrensel bir nitelik kazanmıştır.

Bu ilkeler ışığında ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları ile uyumlu olarak 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi hedefler arasında yer almaktadır.

Sağlığın önemi, toplumsal kalkınmanın önemli göstergesi olmasından kaynaklanmaktadır.

Sağlık, ekonomik ve kültürel kalkınmayı etkileyen ve bunlardan etkilenen, kalkınmanın hem nedeni hem de sonucu olabilen bir disiplindir. Sağlıksız bir toplumda ortalama yaşam süresinin ve çalışanların üretime katkılarının azalması kaçınılmazdır. Dolayısıyla bireyleri daha sağlıklı ve üretken hale getirmek toplumun ihtiyaç duyduğu miktarda ve kalitede sağlık hizmeti sunmak ve bireylerin bu hizmetlerden yararlanma olanaklarını artırmaktır.

Toplumunu oluşturan bireyler sağlık hizmetlerinin alıcısı konumundadır. İnsanların sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gerekir. Ancak kişilerin sağlığı aramaları ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaları pek çok faktörden etkilenmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda kişilerin sağlık alma kararını etkileyen “*ihtiyaç, eğilim ve imkan*” ile ilgili değişkenler olduğu belirtilmektedir. Bu faktörler kişilerin kendi bilgi, tutum ve inançları gibi kişilik özelliklerinden, içinde yaşadığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısından, sağlık hizmetlerinin fiziksel-ekonomik ulaşılabilirliğinden ve kullanıcının sağlık durumundan kaynaklanan özelliklerdir. Bu özellikler sağlık hizmeti kullanımında ve planlamasında en önemli belirleyici ve yönlendirici faktör niteliğindedir. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen demografik, sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve başvuru alan sağlık kuruluşunun özellikleri gibi faktörlerin pek çoğu aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımını da etkileyerek sağlık ihtiyaçlarının sağlık talebine dönüştürülmesini engelleyebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde beklenen başarıya ulaşamamasında rolü bulunan etkenler, hizmet kullanımı ile ilgili olabildiği gibi hizmetin sunumu ile de ilgili olabilmektedir. Sağlıklı bireylerin oluşturduğu refah bir toplum seviyesine ulaşmak için sağlık hizmet sunucularının, topluma karşı sorumluluk taşıdığı bir gerçektir. Toplumun ihtiyaç duyduğu miktarda ve kalitede sağlık hizmeti sunmak ve bireylerin bu hizmetlerden yararlanma olanaklarını artırmak kaçınılmazdır. Bireylerin sağlık hizmetlerini beğenerek kabullenmesi, hizmeti ulaşılabilir ve eşit kullanabilmesi, hizmet sürecine katılımını sağlayacak ve çok daha hızlı bir şekilde sonuç almaya yardımcı olacaktır.

Bireylerin memnuniyeti, temel ölçütler arasında değerlendirilerek, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri dikkate alınarak sağlık hizmet politikaları üretilir.

Sonuç olarak, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bireysel, kültürel, kurumsal etmenlerin açığa çıkarılması ve sağlık hizmetlerinin uygun sunum ve kullanım özelliklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu özelliklerin bilinmesi sağlık yöneticilerine sağlıklı değerlendirme yapma olanağı sağlayarak, kısıtlı kaynakların adil ve eşit dağıtımını kolaylaştıracaktır. Ayrıca toplumun gereksindiği türde, miktarda ve kalitede sağlık hizmeti sunmak, hizmet talebini ve kullanımını engelleyen faktörleri en aza indirmek, böylece halkın bu hizmetlerden yararlanma olanağını arttırmak toplumsal kalkınmaya ivme kazandıracaktır.

Bu araştırmanın amacı, Tunceli ili Ovacık ilçesinde yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere genellikle başvurdukları sağlık kuruluşları ve bu kuruluşları seçme nedenlerini ve memnuniyet durumlarını saptamak, bunların sosyo-ekonomik ve demografik faktörlerle ilişkisini tespit etmek ve sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırmak için yapılacak çalışmalara katkı sağlamaktır.

GENEL BİLGİLER

1. SAĞLIK KAVRAMI ve SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlığın Tanımı

Sağlıkla ilgili eldeki en eski belge ‘‘Gılgameş Destanı’’ dır. Daha sonraları Sümer-Babil panteonuna sağlık tanrısı olarak katılan Gılgameş ‘‘ölümsüzlük’’ sloganıyla yola koyulmuş, ölümsüzlük özsuyunu aramaya başlamıştır. Hastalıklara karşı son derece korumasız olan 4000 yıl önceki insanın ölümsüzlüğe inanması bir düş olmanın yanı sıra, sağlıklı olmaya verilen önemin de göstergesi olarak anlaşılmaktadır (1). Tarihsel süreç içerisinde insanoğlunun gerçekleşmeyen ölümsüzlük hayali, zamanla yerini daha sağlıklı olmaya bırakır. Günümüz insanın bugünkü amacı ise sağlıklı ve uzun yaşam sürdürme yönündedir. Sağlık bizim doğal durumumuzdur. Dünya Sağlık Örgütü onu, hastalık ya da zayıflığın olmayışından öte fiziksel, zihinsel ve toplumsal açıdan kusursuz bir iyi olma durumu olarak tanımlıyor. İnsan yaşamının her anında ne hissettiği, yaşamdan tat aldığı, çevresindeki evrenle uyum bilinci içerisinde olduğu bir durum olan ruhsal olarak iyi olma durumu da bunlara eklenebilir (2).

Kişileri tam olarak sağlıklı ya da hasta olarak tanımlamak çoğu zaman zordur. Hastalık ve sağlığı ayıran kesin bir çizginin varlığından da söz edilemez. Bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü yasasında yer alan tanımdır. Buna göre ‘‘Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumudur.’’ (3).

Bu tanımlamaya göre: Sağlıklı olmak için;

- Hasta olmamak,
- Sakat olmamak,
- Bedensel tam bir iyilik durumunda olmak,

- Akılsal-ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olmak.

Toplumsal yönden tam bir iyilik durumunda olmak gerekmektedir. Bu koşulların karmaşıklığı ve kapsamları göz önüne alındığında kişiyi sağlıklı ya da hasta olarak tanımlamanın kolay olmadığı ortaya çıkmaktadır (4).

1.2. Sağlık Hizmetleri Tanımı

Sağlık, insan nüfusu ile çevresi arasında durağan olmayan bir denge sürecidir ve dengeden doğan bir dizi **ihtiyacı** karşılanmadığı takdirde hastalık ve ölüm cezalarıyla karşılaşılır. Bu ihtiyaçları karşılamak için, yine bir dizi sistematik görevlerin icra edilmesi gerekir. Bu gibi görevler dizisi “*hizmetler*” veya “*sağlık faaliyetleri*” olarak adlandırılır (5).

Sağlık hizmetleri, literatüre bakıldığında genel olarak aynı anlama gelen farklı tanımlamalara rastlanmaktadır. Bu tanımlamalardan bazıları;

- İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir (6).
- Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olamadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir (7).
- Sağlık Hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (8).

- İnsan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilmesi (preventive medicine), hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gereğinde tedavi (curative medicine), bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım (rehabilitation, readaptation), çalışmalarının tümüne denilmektedir (9).
- Sağlık Hizmetleri, bireylerin sağlığının korunması, tanı, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal ya da özel şahışların vermiş olduğu hizmet olarak tanımlanabilir (10).
- Dünya Sağlık rgt'nün tanımına göre; belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir (11).
- İnsanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korumak, hastalığın tedavi edilmesi, bedeni ve mental kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir (11).

Yapılan bu tanımların ortak özelliği olarak Sağlık Hizmetleri; koruyucu hekimlik hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç gruba ayrılabilir (12).

1.3. Sağlık Hizmet Sektörleri

Kısaca sağlık hizmetleri dediğimiz sağlık bakım sistemleri incelendiğinde, dünyanın her yerinde hemen her ülkesinde başlıca üç sektörün hizmet verdiği grlmektedir; Folk sektör, Popüler sektör ve Profesyonel sektör (13).

Folk Sektör: Bu sektör hastalık ve sağlık konusunda resmi bir eğitim-öğrenim görmemiş, ancak çeşitli özellikleri nedeniyle toplumca kabul edilen ve sağlık sorunlarına are için başvurulan kişilerden oluşmaktadır. Kırıkı-ıkıkılar, frkler, dişçiler, ara ebeler, bel çekenler, bu sektörde hizmet verenlere örnektir.

Folk sektörü bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütleri tarafından reddedilen ve yasal olmayan bir sektördür.

Popüler Sektör: Sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim-öğretim görmemiş, dolayısıyla uzmanlığı olmayan, ancak yaşları ya da hayata ilişkin bilgileri nedeniyle danışılan kişiler popüler sektörü oluşturmaktadır.

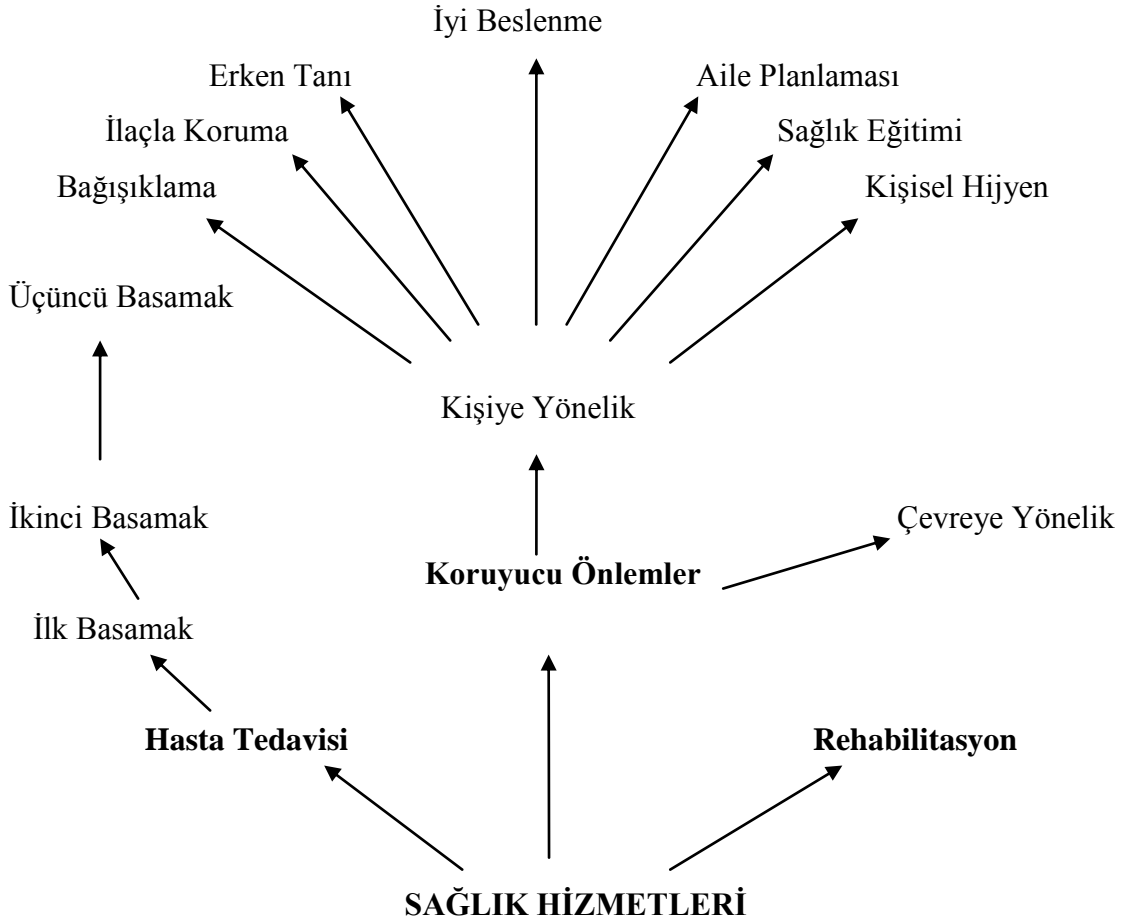
Profesyonel Sektör: Özel bir eğitim-öğretim göyerek uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personellerinin oluşturduğu sektördür. Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist ve daha pek çok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve mevzuatta belirlenmiş sınırlar dahilinde sağlık hizmeti vermektedir. Toplumlar içerisinde üretilen ve tüketilen toplam sağlık hizmetinin pek azı bu sektör tarafından verilmektedir.

Yapılan araştırmalara göre; herhangi bir zamanda, toplumun dörtte üçünün sağlıkla ilgili bir yakınması olduğu halde bunların ancak üçte biri yardım için hekime başvurmaktadır. Hekime başvurmayan büyük çoğunluk ya geleneksel uygulamaları denemekte, ya da kendi kendine ilaç kullanmaktadır. Kullanacağı ilaçlara bazen kendisi bazen yakınlarının önerilerine uymakta bazen de eczacıya danışmaktadır. Özellikle başağrısı, hazımsızlık, ateş gibi belirtiler için kendi kendine ilaç kullanımı yaygındır (13).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Ancak her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olamaz; bazıları hastalanır. İşte o zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olur. Tedavi sonucu her hasta tam olarak iyileştirilemez, bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Bu kez sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı, sakatların başkalarına bağımlı olmadan, yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir (14). Üç gruba ayrılan sağlık hizmetlerinin, Dünya Sağlık Örgütü’nce sınıflandırılması, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Rehabilite Edici Sağlık hizmeti olarak, 2000 yıllarına sağlık hedefi olarak gösterilmektedir.

Şekil 1’de ayrıntılı olarak görüldüğü gibi sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması (7).

Temel Sağlık Hizmetleri ilk kez, 1978 yılında, Dünya Sağlık Örgütü ile Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) Kazakistan'nın başkenti Alma Ata'da düzenlediği bir konferansta ortaya konulan bir kavramdır (13).

Konferans sonunda tüm dünya ülkeleri tarafından kabul edilen ve yayınlanan bildirmede TSH şöyle tanımlanmaktadır; Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul görecektir şekilde ve onların tam katılımı sağlanarak, devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen temel sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturan TSH toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık hizmeti sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olabildiğince yakınında ve ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur (13). Bir ülkede TSH kavramına uyulup uyulmadığını değerlendirebilmek için o ülkedeki sağlık hizmetleri örgütlenmesinde bazı ilkelere uyulup uyulmadığına bakmak gerekir (7).

Bu ilkeler kısaca şunlardır:

- a) Toplum sağlık hizmetlerine katılmalıdır.
- b) Sağlık hizmetleri "ekip anlayışı" içinde verilmelidir.
- c) Kademeli hasta sevki sistemi işletilmelidir.
- d) Koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler birlikte, bir bütün olarak ele alınmalıdır. (Entegre hizmet anlayışı.)
- e) Hizmetler sürekli olmalıdır.
- f) Sağlık yönünden tehlike (risk) altındakileri belirlemek için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır.
- g) Hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.
- h) Hizmet modeli, o ülkenin toplumuna ve diğer koşullara uygun olmalıdır.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır (7-15).

1) Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bu tür hizmetler doğrudan bireylere götürülürler. Başlıcaları şunlardır:

a) Bağışıklama: Bulaşıcı hastalıklardan korunmanın en etkili yollarından biri kişilerin bağışıklanmasıdır. Bağışıklama hizmetiyle bireyler tek tek korundukları gibi, bir toplumun yüzde 90-95'i bir hastalığa karşı bağışık duruma getirilirse, o hastalık kontrol altına alınabilir.

b) İlaçla Koruma: Her hastalığın aşısı yoktur. Bu tür hastalıklarda, bireyleri ilaçla korumak mümkündür. Sıtma hastalığının epidemik olduğu bölgeye gidecek yabancılara pirimetarin ve klorikin tabletlerinin içirilmesi ilaçla korunmaya örnektir.

c) Erken Tanı: Çoğu kez hastalar, hastalıklarının belirtileri ilerledikten ve durumları bozulduktan sonra sağlık kuruluşlarına başvururlar. Oysa, hastalıklar ne kadar erken dönemlerde teşhis edilirse, tedavileri o kadar kolay ve başarılı olur. Hastalıkların erken dönemlerinde, yani, belirtisiz (pre-semptomatik) ya da belirtili (semptomatik) dönemlerinin başlangıcında teşhis edilebilmeleri için kişilerin eğitilmeleri ve bütün sağlık personelinin bu konuya önem vermeleri gerekir.

d) İyi Beslenme: Pek çok hastalığın altında yatan temel ve hazırlayıcı neden yetersiz ve dengesiz beslenmedir. Örneğin, tüberküloz yetersiz beslenen kişiler arasında yaygındır. Bütün enfeksiyon hastalıkları kötü beslenen kişilerde daha ağır klinik tablolar gösterir. O halde kişilerin beslenmelerinin düzeltilmesi ve böylece bünyelerinin güçlendirilmesi, onları hastalıklardan ya da hastalıkların kötü sonuçlarından koruyabilir.

e) Aile Planlaması: Sayısız araştırmalarla ve dünyanın her yerinde kanıtlanmıştır ki, çok ve sık doğum yapan kadınların ve bu kadınlardan doğan çocukların sağlığı tehlike altındadır. Ayrıca bir çok kadın istemediği halde gebe kaldıktan sonra düşük yapmak isterken, ya sakat kalmakta ya da hayatını kaybetmektedir. Bu durumlardan korunabilmek için aile planlaması hizmetleri önemli bir faktördür.

f) Sağlık Eğitimi: Kişilerin kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun bir biçimde nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri ve olumlu davranışlar kazandırılmaları için yapılan planlı çabalara “sağlık eğitimi” denir.

Sağlık eğitimi aynı zamanda bireylere kendi sağlıklarından sorumlu oldukları bilincini de sağlamayı amaçlar.

2) Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bu Hizmetlerin temel amacı, çevremizdeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlıklarını koruyabilmektir. Atıkların zararsız hale getirilmesi, vektörlerin kontrolü, temiz su bağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda kontrolü gibi önlemler çevreye yönelik koruyucu önlemler arasında sayılabilir. Bunların yürütülmesinde sağlık sektörü ile birlikte diğer sektörlerin işbirliği gerekmektedir (7,15).

1.4.2. İyileştirici (Tedavi Edici) Sağlık Hizmetleri

İyileştirici (tedavi edici) hizmetler, sağlık kurumlarının değişik biçimiyle verilmektedir. Burada amaç tespit edilen hastalığın kişi üzerindeki etkisini azaltmak, toplum üzerine olumsuz etki yapmamasını sağlamak, hastalıkla mücadele eden kişinin etkenle uzun süreli mücadelesine destek vermek şeklindedir. Bu bağlamda bu hizmetler basamaklandırılmış sağlık kurumlarınca verilir. İyileştirici (Tedavi Edici) Sağlık hizmetleri, Birinci basamak (hasta poliklinikleri), İkinci basamak ve Üçüncü basamak olmak üzere üç gruba ayrılır.

1. Birinci Basamak: Hastaların tedavilerinin evde ve ayakta yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık ocakları (SO), Verem Savaş Dispanserleri (VSD), Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması (AÇS-AP) merkezleri, iş yeri hekimleri birinci basamak iyileştirici hizmetlerin verildiği yerlere örnektir. Bu basamaktaki olanaklarla teşhis veya tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamağa sevk edilirler (7).

Birinci basamak sağlık kuruluşları aynı zamanda TSH'nin birincil (primer) koruyucu nitelikte hizmetleri de sunulur. Bu nedenle çoğu zaman birinci basamak tabiri ile birincil (primer) koruyucu sağlık hizmetleri karışmaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında bölgenin sağlık sorunlarının tespit edilmesi bölgenin demografik özelliklerine göre koruyucu tedbirlerin alınması birincil (primer) sağlık hizmetlerine örnek teşkil ederken toplumun/hastanın ayakta teşhis-tedavisinin

yapılması (soğuk algınlığının tedavisi, üriner enfeksiyon tedavisi vs.) birinci basamak tedavi edici hizmetlerdir.

2. İkinci Basamak: Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavilerinin yapıldığı genel hastanelerdir (7). Bu hastaneler genellikle uzmanlaşmış hekimlerin çalıştığı acil ünitelerinin bulunduğu toplum/hastanın akut (acil) veya kronik hastalıkların yatarak uzmanlık alanları içerisinde tedavi edildiği kurumlardır.

3. Üçüncü Basamak: Bu basamakta, topluma/hastaya daha ileri teknoloji ve daha spesifik uzmanlıkların (üst ihtisasların) verildiği, aynı zamanda özel dal hastaneleridir. Örneğin, üniversite eğitim araştırma hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri (ruh ve beden merkezleri) gibi kurumlar örnek sayılabilir.

İyileştirici hizmetlerin basamak biçiminde ele alınmasının nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamaktır. Birinci basamak hizmetlerin verildiği tedavi kuruluşları hastanın evine en yakın yerde bulunmakta ve hastaların ilk başvurduğu kuruluşlardır. İkinci ve üçüncü basamaklar daha büyük yerleşim yerlerinde bulunan daha donanımlı tedavi kuruluşlarıdır (7).

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon (esenlendirme) bedence ya da ruhça sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı (muhtaç) olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar. İki türlü rehabilitasyon vardır.

1. Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Exstremite protezleri, işitme kusurlarının en aza indirilmesi gibi çalışmalar bu hizmet grubundadır.

2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon: Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar (7, 15).

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

2.1. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

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

Sağlık hizmetleri, hizmeti sundukları toplumun ihtiyaçlarına yanıt veren bir yapı içinde olmalıdır. Toplumun değişen ve değişimin yönetimine imkan veren esneklikte, sağlık taleplerine uygun fiyatta, zamanında, istenilen kalitede, ulaşılabilir, etkili, verimli ve ekonomik bir şekilde arz etmek zorundadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iki temel alan vardır. Birincisi koruyucu sağlık hizmetleri, ikincisi iyileştirici sağlık hizmetleridir. Her iki sağlık hizmeti de yataklı ya da yataksız sağlık kurumlarınca sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunum modelleri incelendiğinde, hemen her ülkede karşılaşılan üç temel model vardır (16).

Doğrudan Hizmet Sunumu: Hizmet sunumundan sorumlu kurum aynı zamanda hizmetin finansmanı görevini üstlenir. Hizmet üretmek üzere yatırımlar yapar ve hekim istihdam eder. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı buna örnektir (16).

Hizmet Satma ve Satın Alma (Dolaylı): Hizmeti sunan ve finanse eden kurum ya da kuruluşlar farklıdır. Hizmet sunan kişi ya da kuruluşlar personel istihdamında, ürettiği hizmetin fiyatını belirlemede bağımsızdır ve belli anlaşmalar ile sorumlu (ve/veya finanse eden) kuruma bu hizmetleri satar (16).

Karma Model: Hizmet sunumundan sorumlu kurum veya kuruluşlar hizmetin bir kısmını kendisi üretirken, ihtiyaç duyduğu fakat üretmediği/üretmediği hizmetleri de diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır (16).

Sosyal Güvenlik kurumlarının bazı hizmetleri (diyaliz, bilgisayarlı tomografi gibi) hizmetleri özel sektörden satın alması buna örnektir.

Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık insan gücü, örgütlenmiş sağlık kurumları ve ilaç hizmetleri önemli faktörler olup, sağlık sisteminin arzını oluştururlar. Sağlık hizmetlerinin arzı, diğer mal ve hizmetlerin arzından farklı özellikler taşımaktadır.

Bu özellikler şöyle sıralanabilir (17,18).

- Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinde genellikle kâr amacı güdülmez, çoğu kez sosyal amaçlıdır. Piyasa koşullarında kâr eksikliği, arzı azaltıcı etki yaptığı halde, bu kural sağlık kesiminde özellikle de kamu alanında geçerli değildir (özel kuruluşlarda kâr amacı vardır ve kâr eksikliği arzı azaltabilir).
- Sağlık kesimindeki arz yetersizliği toplumsal sorunlara yol açabilir. Kamu, ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürmeyi toplumun çıkarları açısından görev saymaktadır.
- Sağlığı geliştirmeye yönelik çok sayıda mal ve hizmeti de içine alan sağlık bakım hizmeti karmaşık bir üründür. Nesnel olarak çözümü zordur.
- Sağlık bakımı endüstrisinde, temel girdiler yalnızca bu alana yayılmış pazarlarda üretilmekte ve bu temel girdiler hizmet üreten kişiler tarafından kontrol edilmektedir.
- Ticari kuruluşlarla, kâr amacı gütmeyen özel ve kamu kuruluşları yan yana ya da birbirleri ile çakışan piyasalar halinde sağlık bakımı sunmaktadırlar. Bu da organizasyon karmaşıklığı oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet sektörlerinden ayıran temel özellik, kar amacı gütmeyen bir hizmet olmasıdır. Tüketici davranışlarının (örn. tüketicinin belirsizliği, kompleksliği, talebin belirsiz olması, hizmetin kamu malı olması vb.) güçlendirilip bilgilendirilmesi ve sağlık hizmetinin talep kanatlı sorunların en aza indirilmesi ile mümkün olabilecektir.

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Türk sağlık sistemi çok karmaşık bir yapıya sahiptir. Mevcut durum stratejik planlama süreçleri olmaktan çok tarihi gelişmelerin neticesinde meydana gelmiştir. Türk sağlık sisteminin oyuncuları birçok kamusal, yarı kamusal, özel ve gönüllü organizasyonlardır (19).

Türkiye’de sağlık hizmetinin verildiği basamağa göre sınıflandırıldığında;

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Sağlık Ocağı (SO), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi (AÇS-AP), Semt Poliklinikleri, Aile Hekimliği Birimleri, Verem Savaş Dispanseri (VSD), İşyeri Hekimliği, Özel Muayenehaneler, Özel Poliklinikler, Belediye Poliklinikleri ve Kızılay gibi gönüllü kuruluşların birimleri.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Kamu yada özel yataklı kurumlar.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri; Üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastaneleri, özel dal hastaneleri (örn. Göğüs Hastalıkları Hastaneleri).

Hizmeti veren birimlerin bağlı olduğu kurumlara göre sınıflandırıldığında **Tablo 1’de** gösterildiği gibi;

Kamuda sağlık hizmeti sunan kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Belediyeler, Milli Savunma Bakanlığı, Kızılay.

Özel Sektörde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar; Özel Hastaneler, muayenehaneler, poliklinikler, laboratuvarlar, eczaneler ve tıbbi gereç satılan birimlerdir.

Tablo 1: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Kamu Sağlık Harcamaları		Özel Sağlık Harcamaları	
Kurum	Kaynak	Kurum	Kaynak
Sağlık Bakanlığı	SGK	Özel Muayenehaneler	Hane halkı
Üniversiteler	Belediyeler	Özel Poliklinikler	harcamaları
MSB	Fonlar	Özel Hastaneler	Özel sigortalar
Belediyeler		Azınlık ve Yabancı Hastaneleri	
		Özel Laboratuvarlar	
		Eczaneler	

Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) (devredilen Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağ-kur) sağlık güvencesi sağlamaktadır. Özel sağlık sigortaları ise kişiler için değişik oranlarda katımlı veya tam kapsamlı sağlık güvencesi sunmaktadır (%100 kapsamlı ve sınırsız yatarak tedavi teminatı, % 20 katımlı ve sınırlı ayakta tedavi teminatı ya da farklı sınır ve katımlı teminatlar gibi).

Ülke nüfusu içinde SGK'lı oranı % 83 (2008 yıl sonu), sağlık hizmeti kapsamında olanların ülke nüfusuna oranı % 91,7' dir (2005 yıl sonu) (20).

2007 yılında TSH'nin % 67,8'i Kamu tarafından, % 32.2'si ise Özel Sektör tarafından gerçekleştirilmiştir (21).

“Hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının sağlık giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası'na geçilinceye kadar karşılanması” amacıyla 1991'de başlatılan yeşil kart uygulaması ayaktan ve yatarak sağaltım bedellerinin devlet tarafından karşılanması şeklinde uygulanmaktadır (22). Sosyal güvencesi olmayanlara sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmayı sağlayan Yeşil Kart uygulaması, günümüzde yaygın olarak kullanılmaya devam edilmektedir.

Ülkemizde aktif Yeşil Kart kullanıcısı 9.342.189 kişi iken, Tunceli ilinde 21.082, Ovacık ilçesinde 2.467 kişidir (23).

2.3. Tunceli ili ve Ovacık İlçesi hakkında Genel Bilgiler

2.3.1. Araştırma Yerinin Sosyal ve Ekonomik Yapısı

Araştırma Tunceli ili Ovacık ilçesi Ovacık Entegre İlçe Hastanesi'nin içinde yer aldığı Pulur ve Kandolar mahallelerinde planlanmıştır.

Tunceli

Doğu Anadolu Bölgesi'nin Yukarı Fırat bölümünde yer alan Tunceli ili, doğuda Bingöl ve Elazığ, güneyde Elazığ, batı ve kuzeyde Erzincan illeriyle komşudur. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi veri tabanı 2009 verilerine göre Tunceli ilinde 83.061 kişi yaşamaktadır. Bu nüfusun 29.433'ü Tunceli merkez ilçe, 51.462'si ilçe, köy ve belde nüfusunu oluşturmaktadır. Türkiye'nin en az nüfusuna sahip ve iller arası en çok göç veren ilidir (24).

Tunceli, ekonomik faaliyetler açısından Türkiye'nin geri kalmış illerinden biridir. İlde elverişsiz doğal koşullarına bağlı olarak tarım alanlarının kısıtlı olması, ilin ekonomik gelişmesini engellemiştir. İl topraklarının büyük bir kesiminde dağların zor geçit veren sıralar halinde uzanması, 1950' lere kadar Tunceli'nin çevre illerle olan ulaşım olanaklarının çok sınırlı kalmasına ve uzun yıllar dışa kapalı ve durağan bir ekonomik yapının hakim olmasına neden olmuştur. İl ekonomisi tümüyle tarıma dayanmakla birlikte tarımsal üretim ve de hayvancılık yeterince gelişme gösterememektedir (24).

Ovacık

Tunceli'nin kuzeyinde yer alan Ovacık, adını 74 km² lik ovadadan aldığı sanılmaktadır. İle 65 km mesafedeki ilçe; kuzeyinde Erzincan, doğusunda Pülümür ve merkez ilçe, güneyinde Hozat, batısın da Erzincan ili ve Çemişgezek ilçesiyle çevrilidir. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi veri tabanı 2009 verilerine göre ilçe merkezinde 3.227 kişi, köy ve beldeler ile birlikte toplam nüfus 5.257 kişiden oluşmaktadır. Çiftçi aile ekonomisinin bağlı olduğu sektörlerin başında tarım ve hayvancılık gelmektedir (24).

İlçede ilk olarak 1968 yılında Ovacık Sağlık Merkezi Baştabipliği olarak hizmete açılan 25 yataklı tedavi kurumu, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2008 yılından itibaren, Ovacık Entegre İlçe Hastanesi olarak hizmet vermeye devam etmektedir.

Entegre İlçe Hastanesi'nde kayıtlarda 4 pratisyen hekim ve bir uzman hekim olarak gözüken, kadro yerinden sorulduğunda ikisi aile hekimi ve haftada bir gün diş hekiminin görev yaptığı öğrenilmiştir. (25).

Tablo 2'de Tunceli ili merkez ilçesi ve Ovacık ilçesi'nde bulunan sağlık kurumları gösterilmektedir.

Tablo 2: Tunceli'de ve Ovacık ilçesinde Sağlık Kurumları (25)

Sağlık Kurumları	Tunceli Merkez	Ovacık
Devlet Hastanesi	1	-
Entegre İlçe Hastanesi	-	1
AÇS/AP	1	-
Sağlık Grup Başkanlığı	1	-
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	1	-
Verem Savaş Dispanseri	1	-
Halk Sağlığı Laboratuvar	1	-
Sağlık Ocağı	-	-

2.3.2 Araştırma Bölgesinin Sağlık Göstergeleri

Bir bölge ya da ülkenin gelişme düzeyini gösteren en önemli ölçüt, insanların sağlık durumlarını gösteren göstergelerdir. Bu göstergeler; kaba doğum hızı, doğurganlık hızı, ölüm hızı, bebek ölüm hızı, aşılama oranı, doğumda beklenen yaşam süresi gibi istatistiksel bilgilerdir. Bu göstergelerin yanında ayrıca, nüfus, hastaya düşen sağlık personeli sayısı, yatak sayısı da sağlık hizmeti sunumunun değerlendirilebilmesi için önemli göstergelerdir. Araştırma evreninin sağlık göstergeleri değerlendirilirken, bağlı olduğu il ve ülke sağlık göstergeleriyle birlikte değerlendirilmesi araştırma bölgesinde, sağlık durumunu ve hizmet sunumunu değerlendirmek yönünden önemlidir.

Araştırma yeri olan Tunceli ili Ovacık ilçesinin sağlık göstergeleri, Tunceli merkez ilçe ve Türkiye ile birlikte **Tablo 3**'de gösterilmektedir.

Tablo 3: Ovacık, Tunceli ve Türkiye Sağlık Göstergeleri (25, 50, 51).

Sağlık Göstergeleri	Ovacık	Tunceli Merkez	Türkiye Geneli
Doğurganlık hızı (binde)	34,46	44,91	2.16
Bebek ölüm hızı (binde)	20,41	14,01	17
Aşılama oranı (yüzde)	117	100	80.5
Hastane yatak sayısı	25	150	188 065
Yatak başına düşen kişi sayısı	210	196	440
Pratisyen Dr. sayısı	4	20	35 763
Pratisyen Dr.'a düşen nüfus	1314	1472	1934
Uzman Dr. Sayısı	1	37	56 973
Uzman Dr'a düşen nüfus	5257	795	637
Ebe/hemşire sayısı	13	202	147 573
Ebe/hemşireye düşen nüfus	404	146	2521
Nüfus	5 257	29 433	72 561 312
Nüfus artış hızı (binde)	6,28	11,25	18,28

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI VE KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılabilirlik Kavramı

Kullanım, kelime olarak; yararlanma, tasarruf, belli bir amaç doğrultusunda birinden veya bir şeyden yararlanmak olarak tanımlanır (26). Sağlık Hizmetleri kullanımı ise, sağlıklı olma, sağlığının devamını sağlamaya ve en üst düzeye ulaştırmak amacı ile bireyin, ailenin, toplumun koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesidir. Yararlanılan sağlık hizmetlerinin kullanımı, hizmetin türü, yeri, amacı ve zaman aralığına bağlı olarak nitelenebilir. Sağlık hizmetinin kullanımı için kullanılabilirlik unsurları tam olmalıdır. Sağlık hizmeti kullanımı, belli ihtiyaç sahipleri (hastalar) tarafından ihtiyaçlarını karşılamak amacı ile hizmeti kullanması olarak tanımlanabilir (32).

Kullanılabilirlik kavramı üç şekilde incelenebilir.

1. Potansiyel Kullanılabilirlik: Tıbbi bakım elde etme sürecini tanımlayan göstergelere işaret eder. Bireylerin hastalandığında ya da sağlığı hakkında danışmanlığa ihtiyaç duyduğunda genellikle gittiği bir yer ve kişi gibi düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, bakım almak için seyahat etmek zorunda olduğu uzaklık, doktora görününceye kadar beklediği süre, sosyal güvence durumu ve gelir düzeyi gibi değişkenleri içerir (27).

2. Gerçekleşen Kullanılabilirlik: Doktor, hastane ve koruyucu hizmetlerin gerçek kullanımını, kişilerin bakıma ihtiyaç duyduğunda hizmet alıp almadığını ve aldığı hizmetlerden memnuniyetini içerir. Kullanım oranları ve memnuniyet puanları, potansiyel kullanılabilirlik değişkenlerinin gerçek etkisini gösterir (27).

3. Kolay Kullanılabilirlik: Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kullanılabilirlik; bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesidir (28).

3.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri kullanımı, hem arzın hem de talebin fonksiyonudur. Birbiriyle etkileşimli kompleks faktörler tarafından belirlenen bir çıktıdır.

Sağlık hizmetleri kullanımının arz yönlü incelendiğinde, Kaya, sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri; sağlık politikası, sağlık bakım sisteminin özellikleri, hizmetlerin sunumu, risk altındaki nüfusun özellikleri ve hasta memnuniyeti olarak belirtir (27).

A) Sağlık Politikaları: Günümüzde sağlık politikaları Anayasa'mızda sağlığın doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olduğu ilkesinden hareketle oluşturulmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak bir hak olduğuna göre, sağlık hizmetini herkesin eşit olarak almasını sağlamak devletin görevidir.

Devletin sağlık hizmeti sunumunda her bireye sağlık hizmeti götürebilmesi dört ilke ile mümkündür (29).

1. Hizmetin var olması (Availability): Sağlık hizmetinin herkese, her yerde ve her zaman verilebilmesi ve bu hizmetlere kolay ulaşılabilmesi (29).

2. Hizmetin kabul edilebilmesi (Acceptability): Sağlık hizmetlerinin toplumsal ve kültürel özelliklere uygun olarak örgütlenmesi ve sunulması (29).

3. Entegre Sağlık Hizmeti: Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetinin bir bütün olarak verilmesi (29).

4. Ekip Anlayışı: Sağlık hizmetleri bilgi, beceri, yetki ve sorumluluk yönünden birbirini tamamlayan ve aynı amaç için bir arada çalışan bir ekip tarafından verilmesi (29).

B) Sağlık Bakım Sisteminin Özellikleri: Sağlık bakım sistemi, kaynaklar ve organizasyon olarak iki ana öge ile nitelenir. Kaynaklar iş gücü ve sermayedir. Sağlık personeli, hizmetin sunumunda kullanılan teçhizat, sağlık eğitiminin verildiği yapılar da kaynak ögesi içinde yer alır. Sağlık Bakım sistemlerinin organizasyon ögesi ise, sistemin kaynakları ile yaptığını tanımlar. Sağlık hizmetinin sunumunda personel ve imkanların koordinasyon, yönetim, kontrol şeklini belirler (27).

C) Hizmetlerin Sunumu: Sağlık bakım sistemleri, sunulduğu toplumun ihtiyaçlarına yanıt veren bir yapı içinde olmalıdır.

D) Risk Altındaki Nüfusun Özellikleri: Risk altındaki nüfusun özellikleri kullanımın bireysel belirleyicileri olarak tanımlanan eğilim, imkan ve ihtiyaç öğeleridir (32).

E) Hasta Memnuniyeti: Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir.

Sağlık hizmetleri kullanımı talep fonksiyonu yönünden incelendiğinde, Feldstein, sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin, hizmeti kullananların sosyo-ekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik özelliklerinin etkili olduğunu belirtir (30).

Kişisel (Predisposing) Faktörler: Bazı kişilerin, diğer kişilere oranla daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimi vardır. Bunda etkili olan bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan kişisel özellikler, sosyo-ekonomik özellikler, tutum ve davranış özellikleri olmak üzere üçe ayırmak mümkündür.

1. Demografik Özellikler: Sağlık hizmeti kullanımı yaş, cinsiyet, medeni durum ve ırk gibi faktörler tarafından etkilenmektedir. Araştırmalar kadınların erkeklere oranla daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarını göstermektedir. Bunun nedeni kadınların gebelik ve doğum gibi ilgili nedenlerle hizmetten yararlanmaları, cinsiyete özel durumlarda hastalık oranlarının erkeklerden daha yüksek olması, sağlık algılamaları ile hastalık semptomları, belirtileri konusundaki farklılık ve önleyici hizmet alma ihtimallerinin olduğu düşünülmektedir (30).

Sağlık hizmeti kullanımında diğer bir belirleyici yaştır. Normal olarak yeni doğan çocuklar, yaşlı insanlar ve 15-44 yaş kadınları daha çok sağlık hizmetine gereksinim duymaktadır. Rosenberg ve Hanlon tarafından yapılan bir araştırmada 65 yaş üzeri kişiler, 15-64 yaş arasındaki kişilerden 1,8 kat daha fazla genel pratisyen hizmetlerini kullanmaktadır (30).

2. Sosyo-ekonomik Özellikler: Bu özellikler kişilerin toplum içindeki statüsü ve ekonomik durumları ile ilgilidir. Kişilerin eğitim düzeyi, mesleği, gelir seviyesi, aile yapısı, ait olduğu ırk, dinsel inanç ve kültür gibi özelliklerdir.

Sosyal yapı değişkenleri, kişinin toplum içinde ki statüsü, yaşam biçimi ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili davranış modelleri hakkında fikir verir (27).

Yüksek eğitim almış olanlar düşük eğitim alanlara, çalışanlar işsizlere, düzenli ve yüksek gelirli olanlar düzenli geliri olmayanlara, mesleki statüsü yüksek olanlar düşük statüye sahip olanlara, yerli halk göçmenlere göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar.

3. Tutum ve Davranışlar: Kişilerin sağlık ve hastalık konusunda ki bilgi ve tutumları, sağlık hizmetlerine güven duymaları ve alınan hizmetlerden tatmin düzeyi, sağlık hizmetlerinin kullanımında belirleyici olmaktadır. Örneğin, doktorların tedavisinin istenen sonucu vereceğine inanan kişiler, tedavinin sonucuna daha az inanan kişilere göre daha çabuk doktora başvurabilirler (27). Alınan sağlık hizmetinden memnuniyet kişilerin sağlık hizmetini kullanımını arttırmaktadır. Ayrıca sosyal güvencenin olup olmaması da sağlık hizmetini kullanımını etkileyen faktörler arasındadır, sosyal güvencesi olanlar olmayanlara göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar (27).

3.2.1. Sağlıkta Eşitlik ve Eşitsizlik Kavramı

Bir sistemin adaletli olup olmadığının ve bir toplumun gelişmiş olup olmadığının en önemli göstergelerinden biri de sağlıkta eşitlik ve hakkaniyettir. Ülkemizde de anayasamızın amir hükümleri gereği sağlık tüm vatandaşlar için eşit bir haktır ve devlet bu hakkın koruyucusu ve geliştiricisidir. Sosyal devlet ilkesi gereğince bu hakkın kullanımını sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almak ve tüm kaynakları verimli bir şekilde kanalize etmek durumundadır.

Sağlıkta Eşitlik (Equity): Eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir. Bu bağlamda herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır (31). Bireylerin gereksinimleri için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, kullanım ve eşit kalitede hizmet olarak tanımlanmaktadır.

Şemi, kaynaklara bakılmaksızın eşit kullanımı (equality) anlamında değil, hakkaniyet (equity) anlamında kullanılmaktadır (Şekil 2) (38).

Eşitlik:	Kaynakların eşit kullanımı
Eşitlik-Hakkaniyet:	Kaynakların gereksinim ölçüsünde eşit dağılımı

Şekil: 2. Eşit Kalitede Hizmet (38).

Sağlıkta Eşitsizlik (Inequity): Doğal olmayan, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenemez ve önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, müdahale edilmesi gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkisinin gerektiği toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır (31).

Sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri değerlendirebilmek için kişilerin sağlık düzeylerinin bilinmesi gerekir. Çünkü sağlık düzeyi ve sağlık sorunu, sağlık hizmeti gereksinimini ortaya çıkarır. Sağlık hizmetine gereksinim ise sağlık hizmeti kullanımını belirleyen en önemli etkenlerden biridir. Bu nedenle gereksinimi gözlemleyen karşılaştırmalar doğru bilgi vermeyebilir, gereksinimi fazla olan sınıfın, sağlık hizmetini gereksinimi doğrultusunda fazla kullanması eşitsizlik değil, tam tersine eşitlikli bir sonuç olacaktır. Belek, bunu pozitif eşitsizlikçilik olarak nitelendirmekte ve Eşitlik (equity) kavramını, sağlık hizmeti kullanımı için eşit gereksinimler için eşit kullanım biçiminde tanımlamaktadır (33). İnandı, sağlıkta eşitliğin amacı sağlık düzeyinde farklılıkları ortadan kaldırmak yerine, sağlık düzeyin de farklılıklara yol açan kaçınılmaz ve adaletli olmayan faktörleri azaltmak ya da ortadan kaldırmak gerektiğini belirtmektedir (34).

Eşit kalitede hizmet söz konusu olduğunda, pek çok toplumda her bireyin sosyal etkenlerden çok ihtiyaca göre adil bir yöntem ile hizmete ulaşma şansının olması son derece önemlidir. Böyle bir ortamda, eğer belli bir sosyal grup dezavantajlı gruplara göre daha iyi hizmet alıyorsa ve ya, ırk ve etnik köken gibi nedenlerle bazı grupların tedavisi gecikiyorsa haksız bir durum ortaya çıkar (35).

DSÖ'nün 21. yüzyılda Herkes için Sağlık bildirisinde 2020 yılına kadar, ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasında sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek, tüm üye ülkelerde en az dörtte bir azaltılmalıdır cümlesi yer almaktadır (34). Bu yasal duruma karşın eşitsizlikler uzun zamandır tartışılan ve giderek önem kazanan bir konudur. 21.yüzyılda herkes için sağlık dökümanında, sağlık düzeylerinin geliştirilmesi için sağlığı geliştirme ön koşullarının yerine getirilmesi gerekmektedir. Bunlar; barınma, sosyal güvenlik, sosyal adalet, eğitim, gelir, gıda ve kadının güçlendirilmesi, insan haklarının korunmasıdır.

Mills, sağlık sistemlerindeki eşitlik değerlendirmeleri ile ilgili üç önemli noktaya dikkat çekmektedir. Bunlar; sağlık sistemleri içindeki kaynak tahsisatı, evrensel hak, evrensel ulaşım ve sağlık hizmetlerinin kalitesidir (36). Ülke deneyimleri, devletin kamu tarafından finanse edilen fon sistemleri aracılığı ile evrensel ulaşım amacını belirlemiş olduğu durumlarda bile hizmet kapsamı yetersiz ise ve kalitesi düşük ise daha az eşitlikçi bir hizmet söz konusudur. Finansal engeller tek başına ulaşımı engelleyen etken değildir; dil, cins, etnik yapı ve kalite algısı da önemlidir. Sağlık hizmetinin kültürel açıdan uygun mekanlarda ve hastalarla aynı kültürden sağlık görevlileri tarafından verilmesi, hizmete ulaşımı geliştirmektedir (36).

Sağlıkta eşitsizlik; gereksiz, önlenemez ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Belirli bir durumun eşitsizlik olarak kabul edilebilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki koşullar göz önüne alınarak nedeninin incelenmesi ve haksız olarak tanımlanması gerekmektedir (37). Sağlık alanında eşitsizlikler hem gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında hem de bir ülke içinde değişik sınıflar ve kesimler arasında görülebilmektedir (38).

Sağlıkta önlenebilir ve haksız olan eşitsizlikleri Whitehead, kişinin yaşam tarzını seçme şansı oldukça sınırlı olduğu durumlarda sağlığa zararlı davranışlar, sağlıksız ve stresli iş yaşam koşulları, temel sağlık ve diğer sosyal hizmetlere ulaşılabilirlikteki yetersizlik olarak tanımlamaktadır (38).

Sağlık alanındaki eşitsizliklerin nedenlerini temel olarak dünya genelinde hakim olan kapitalist üretim sisteminden ayrı düşünmek olanaksızdır. Kapitalizmin sağlık ideolojisi ya da anlayışı, toplum yerine bireyi, birey yerine hastayı, hasta yerine vakayı daha net ve somut bir anlatımla korumak yerine tedavi etmeyi bu hizmetlerden kar elde etmeyi hedefleyen ve temel alan bir yaklaşıma sahiptir (38).

Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olmasıdır. Sağlık hizmeti ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılım, her bölgede hizmetlere kolay ulaşılabilirlik ve ulaşılabilirliği engelleyen unsurların ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Ulaşılabilirlikteki eşitsizliğin aşırı bir örneği, insanların gelir düzeyi, ırk, cinsiyet, yaş, din ve diğer sağlık hizmet ihtiyaçları ile doğrudan ilgili olmayan bazı faktörlerin etkisi ile sağlık hizmetlerini kullanamadıkları ortaya çıkar. Bugün pek çok Avrupa ülkesinde artık kaza geçiren kişiler ödeme güçleri olmasa da ölüme terk edilmeden acil sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyorlarsa da “ulaşılabilirlikte” bazı eşitsizlikler hala devam etmektedir. Örneğin, bazı ülkelerde yabancı işçiler sigortaya dayalı sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar.

Kişilerin karşılaştığı mali, yapısal ve kültürel dar boğazlar, hizmetleri kullanma şansını kısıtlamakta ve böylece, teorik olarak bu kişilerin sağlık hizmetlerini kullanmaya hakları olmasına rağmen pratikte bu engellenmektedir. Etnik azınlıkların ulaşılabilirliğini engelleyen temel etmenler ise dil ve kültür farklılıkları olmaktadır (35).

3.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

3.4.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmeti sunulabilmesi için diğer tüm hizmet ve ürünlerde olduğu gibi finansmana ihtiyaç vardır.

Ülkelerin sağlık hizmeti finans ve sunum sistemleri ekonomik sistemlerinden bağımsız şekillenebilir (39). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, temelde, kaç liranın gerekli olduğu, bu paranın kimler tarafından ödeneceği, yani kaynağı ve kimlerin yararlanacağı, ne kadarının hangi hizmetler için harcanacağı ve bu mekanizmanın kimler tarafından kontrol edeceği ile ilgilidir (40).

Türkiye’de sağlık hizmetleri son derece karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu, sağlık finansmanını sağlayan çok sayıda kurum ve bunların arasındaki ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetleri üç temel ana kaynaktan finanse edilir; Devlet bütçesi, Sosyal güvenlik fonları ve Cepten harcamalardır (19). Ancak, gerçek hayatta sağlık hizmeti finansman modelini bu üçlü sınıflamadan birine dahil etmek mümkün olmamaktadır. Farklı oranlarda olmak üzere kamu ve özel sektörün oluşturduğu, çeşitli kaynaklardan beslenen kombinasyonlara rastlanır. Genel olarak finansman modelini belirleyen bazı etmenler vardır; sunulan hizmetin niteliği, siyasi otorite, sivil toplum kuruluşlarının politik baskısı, sosyo-ekonomik koşullar, uluslar arası kuruluşların etkileri (örneğin; DSÖ’nün ‘2000 Yılında Herkes İçin Sağlık’ programları gibi.) (41).

Uz, Türkiye’de finansman modellerini açıklarken iki başlık altında incelemek gerektiğini belirtmektedir (40);

1. Kamu kaynakları; genel vergiler, özel amaçlı vergiler, sosyal sigorta ve diğer (piyango ve şans oyunları).
2. Özel kaynaklar; Özel sigorta, işverenin finansmanı, toplumsal finansman, katkı payları, doğrudan cepten (hane halkı ödemeleri) ve döner sermaye ödemeleri.

Uz, sağlık hizmetlerinde finans modelleri ne olursa olsun mutlaka aşağıdaki şartları yerine getirmesi gerektiğini belirtmektedir (40).

- Hakkaniyet, ulaşılmaması gereken vazgeçilmez bir hedef olarak görülmelidir.
- Kaynakların toplanması ve dağıtılmasında maliyet düşük olmalıdır.
- Kaynak akışında devamlılık sağlanmalıdır.

- İnsanlarca kabulü ve memnuniyet duyulur olmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bu hizmetlerin maliyeti sürekli denetlenebilmelidir.
- Hizmet sunucuları arasında rekabeti ve kaliteli hizmeti teşvik edici olmalıdır.
- Hizmeti finanse eden tarafı, hizmeti verenlere karşı güçlü konumda tutmalıdır.
- Hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunumuna ve/veya hizmet kullanıcıların gereksiz hizmet talebine yol açmamalıdır.

Türkiye’de karma bir finansman ve hizmet sunum modeli uygulandığından, sosyal güvencesi olan bireyler de cepten ödeme yapmak durumunda kalabilmektedir. Örneğin; SGK’ya ait sosyal güvencesi olan bireyler, özel sağlık kurumlarından hizmet talebinde bulduklarında hizmet bedelinin bir kısmını cepten ödeme yaptıklarında sağlık hizmetini kullanabilmektedir. Çünkü, devlet özel sağlık kuruluşları ile yaptığı sözleşmeler gereği ancak ücretin bir kısmını karşılamakta, kalan kısmı ise vatandaşların ödemesi gerekmektedir.

3.4.2. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Dünya’da sağlık hizmetlerinin finansmanı hemen her ülkede farklılık göstermektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerindeki bu farklılık ülkelerin ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel bakımdan farklı olmalarından kaynaklanmaktadır. Çoğu zaman aynı ülkede birden fazla örgütlenme görülebilmektedir.

Dünya’da uygulanan sağlık sistemleri, bu sistemin finansmanı bakımından farklılıklar doğrultusunda esas alınan, sistemin sınıflandırılması üç ana kategoride incelenmektedir (52).

- Genel vergilerle finanse edilen ve tüm nüfusun kapsama alındığı *ulusal sağlık hizmetleri sistemi*,
- Kamu yardımının da var olduğu *sosyal sigorta ağırlıklı sağlık sistemi*,
- Piyasa ekonomisini esas alan isteğe bağlı *özel sigorta ağırlıklı sağlık sistemleri*.

Söz konusu bu sistemler her ülkede, ülkenin kendine has sosyo-ekonomik ve siyasi yapısına bağlı olarak karma bir şekilde uygulanmaktadır. Bu çerçevede **Tablo 4’ de** gösterildiği gibi Roomer’in ülkeleri dört ana başlık altında inceleyen sınıflandırması konuya yeni bir bakış açısı getirmektedir (52).

Tablo: 4 Roomer’a Göre Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırması

Sistem	Ülke Örnekleri
Girişimci (Piyasa Ekonomisi)	ABD (gelişmiş)
	Filipinler (gelişmekte olan)
	Kenya (yoksul)
Sosyal Refaha Dayalı	Kanada, Japonya, Almanya (gelişmiş)
	Peru (gelişmekte olan)
	Hindistan (yoksul)
Tüm Nüfusu Kapsayan (üniversal)	İngiltere, İsveç (gelişmiş)
	Kosta – Rika (gelişmekte olan)
	Sri – Lanka (yoksul)
Sosyalist	Eski SSCB (gelişmiş)
	Küba (gelişmekte olan)
	Çin (yoksul)

Avrupa’da ise temel olarak iki tür sağlık sisteminin varlığından söz etmek mümkündür. Bismark olarak adlandırılan Sosyal Sağlık Sigortası ve Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemi; Beveridge modeli. İşveren ve çalışanlar tarafından finanse edilen Bismark modeli Almanya’da, vergi temelli olan Beveridge modeli İngiltere’de uygulanmaktadır (53).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ ve MEMNUNİYETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

4.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Tüketici, istek ve ihtiyaçları doğrultusunda kişisel kullanım için mal ve hizmet alan kişi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde çoğu zaman tüketici ve müşteri kavramları birlikte kullanılmaktadır. Müşterinin tanımı, kişisel veya ticari amaçları için mal ve hizmeti satın alan kişi ve kuruluşlar olarak yapılmaktadır (42).

Günümüzde küreselleşme ile birlikte, iletişim araçlarının hızla yaygınlaşması, bilgiye hızlı ulaşımın kolaylaşması rekabet koşullarını, sağlık hizmetlerinde müşteri odaklı hizmet anlayışını da beraberinde gündeme getirmesi ile birlikte müşteri memnuniyeti, toplam kalite ve sürecin hizmet yönünü ön plana çıkarmaktadır.

Müşteri memnuniyeti, genel olarak tatmin, bir ürün veya hizmetle ilgili olarak satın alma eyleminden sonraki yaşanan deneyimin tatmin edici olması durumudur. Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında hasta (müşteri) memnuniyeti ise en geniş tanımı ile sağlık kuruluşlarının ürettiği hizmetten haberdar olan ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya bu hizmeti daha önceden kullanmış olan kişilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (16). Hasta memnuniyeti sağlık kuruluşlarının önündeki en zor ve hassas konudur. Yapılan araştırmalarda hasta beklentileri ile tatmin düzeyleri arasında her zaman doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır.

Hastaların medikal ihtiyaçları yanında diğer ihtiyaç ve beklentilerinin olması, sadece medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir (42). Sağlık kuruluşları, hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır. Çünkü sağlık kuruluşunun başarısı hastanın tatmin olarak tedaviye devam etmesi ve sonuçlandırmasıdır. Tatmin olmayan hasta, tedaviyi yarıda kesmekte veya başka sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir (42). Tatmin olan hasta, yeniden sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda, yine aynı kurumu tercih etmekte ailesine ve yakınlarına önermektedir.

Sağlık sistemi hakkında bilgi edinmek için incelenmesi gereken başlıca değişkenler; hizmetin kullanım derecesi, amacına ulaşma derecesi, memnuniyet durumudur (43). Yalnızca hasta memnuniyeti odaklı sunulan hizmetlerde hastaların tıbbi gereksinimleri arka plana itilebilir veya tıbbi ihtiyaçların karşılanması odaklı hizmetlerde de hasta beklentileri ihmal edilebilir. Sağlık kuruluşlarının, hasta memnuniyetini yakalayabilmeleri için sağlık hizmeti kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekmektedir (28).

- Modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetinin verilmesi,
- Hasta hak, ihtiyaç, istek ve beklentilerinin karşılanmasıdır.

Hasta istek, beklenti ve ihtiyaçlarını etkileyen birçok değişken vardır. Bu değişkenlerde temel olan üç özellik vardır. Bunlar;

- Hastaya ilişkin,
- Hizmet verenlere ilişkin ve
- Kuruma ilişkin özelliklerdir (44).

Hastaya ilişkin özelliklerde eğitim, cins, yaş gibi demografik özellikler yer alırken, hizmeti veren kişilere ilişkin özelliklerde, personelin kişilik özellikleri ve hasta ile kurulan iletişimin unsurları yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunulan hastaların yargıları, daha çok personelin nazik davranışlarına ve onların hastalarla kurdukları iletişimin kalitesine bağlıdır. Beklentileri etkileyen kuruma ilişkin özelliklerin içerisinde ise; kurumun ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri gibi fiziksel ve çevresel faktörler yer almaktadır (45).

Sonuç olarak; kişilerin sahip oldukları kültür, sosyo-demografik özellikler ve ekonomik olanaklar, sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini değişik şekillerde etkilemekte ve kişilerin sağlık hizmetlerini kullanım modellerini oluşturmaktadırlar.

4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Kalite, günümüzde küreselleşmenin etkisi ile dünyada ve ülkemizde üzerinde çok konuşulan uluslararası bir kavramdır. 1900'lerde ilk ortaya atıldığında basitçe tanımı "denetleme" (her işçinin ürettiği malı gelişi güzel kontrol etmesi) olarak yapılırken, zaman içinde, önceden belirlenen özellik ve ölçüler doğrultusunda, ürünün veya hizmetin bu özellik ve ölçülere uygunluğunun kontrol edilmesi ve hataların üretim sürecinin sonunda düzeltilmesi şeklinde kalite kontrol olarak literatüre girdi (46).

Literatürde kalite kavramı, "kullanıma uygunluk" olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Kalite Kontrol Derneği'nin tanımına göre ise; bir malın veya hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerin tümüdür (47).

Pek çok ülkede tüketiciliğin gelişmesi ve bireylerin artan beklentileri sonucu, gittikçe önem kazanan kalite kavramından sağlık alanında da son yıllarda yaygın olarak söz edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır. Uz'a göre **kaliteli bir sağlık hizmetinden** söz edebilmek için kaynakların **verimli** bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin **etkin** biçimde verilmesi, kaynak dağıtımında ve hedef kitlenin hizmete ulaşmasında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların **memnuniyetinin** sağlanması gerekmektedir (48).

Uz, kaliteli bir sağlık hizmeti için ön koşulları ve sunulan sağlık hizmetini etkileyen etkenleri; kaynak kullanım ve dağılımı politikaları, hastane/toplum sağlık ve bireysel bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliği, genel sağlık politikaları, halka karşı duyulan sorumluluk, halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları, sağlık sektörü dışındaki sektörlerin yaklaşımı, ulusal ve uluslararası etkiler, basın/medya olarak belirtmektedir (48).

Örgütlerin üstün bir hizmet ortamının sağlanması ve devam ettirilmesinde, müşterilerin tatmin düzeylerinin ölçümü ve yönetimi önemli bir araçtır. Son yıllarda, sağlık bakımında hasta ilişkileri ve hizmet kalitesi yaklaşımı, hizmetin yükseltilmesi için yapılan çalışmalarda odak noktası olmuştur.

Bu odak noktasının anahtarı da ‘’hasta tatminini sağlamak’’ olduğu belirtilmektedir (49). Hasta tatmini etkileyen en önemli faktörler ise; hasta-sağlık çalışanları ile ilişkisi, güven, bilgilendirilme, beslenme hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokratik işlemler ve bakım maliyetleridir (49).

YÖNTEM

1. ARAŞTIRMA, YÖNTEM

1.1. Araştırmanın Hipotezlerinin Belirlenmesi

- 1) Kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması, sosyo-ekonomik durumlarından etkilenmektedir.
- 2) Kişilerin aldıkları sağlık hizmetinden duydukları memnuniyetleri, başvurdukları sağlık kuruluşunun özelliklerinden etkilenmektedir.
- 3) Kişilerin aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, sosyo-demografik-kültürel özelliklerden etkilenmektedir.

1.2. Araştırmanın Yeri ve Özneleri

Araştırma; Tunceli İli Ovacık ilçesinin merkez mahallelerinde yaşayan 15 yaş ve üstü kişileri kapsayacak şekilde planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ovacık ilçesi merkez mahallelerinde 3.227 kişi yaşamaktadır. Evreni temsilen kalabalık ailelerden oluşan haneler tercih edilerek, görüşmeyi kabul eden 15 yaş üzeri en az 200 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir.

1.4. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı bir saha çalışmasıdır.

1.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma şekli, sağlık güvence durumu, sosyo-ekonomik düzey, gelir durumu.

Bağımlı değişkenler: Hastalanma sıklığı, genellikle ve son hastalıkta sağlık hizmetlerinin kullanımı ve alınan sağlık hizmetinden memnuniyet.

Araştırma ile ilgili izinlerin alınması: Araştırma için Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır.

Veri Toplama: Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu aracılığı ile sosyo-demografik değişkenler, hane halkı ile ilgili özellikler, halkın sağlık kuruluşlarından beklentileri, sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı, tercih nedeni, sağlık kuruluşlarının fiziki koşulları ve sağlık çalışanları hakkındaki görüşlerini belirlemek amacı ile görüşme formu (EK.B) kullanılmıştır.

Veri Kodlaması ve İstatistik Analizi:

Araştırmacı tarafından toplanan veriler SPSS 16.0 versiyonda hazırlanan veri tabanına girilmiş ve frekans sıklıkları, çapraz tablolarla karşılaştırmalar X^2 testi ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Amaca uygun olarak yapılan çalışmada 71 hanede 228 kişi ile görüşülmüştür. **Tablo 5**'de görüldüğü gibi en küçük yaş 15, en büyük yaş 86 olan kişilerin yaş ortalaması $38,19 \pm 1.06$ 'dır. Demografik özellikler incelendiğinde; toplam 71 (% 31,1) hane reisi dışında 59 (% 25,9) hane reisi eşi ve 98 (% 43) diğer bireyler (çocuk, anne-baba, kardeş) olmak üzere 228 kişi ile görüşülmüştür.

117'si (% 51,3) kadın ve evli olan kişilerin eğitim durumlarında 30 kişinin (% 13,2) okuma yazma bilmediği, 16 kişinin (% 7) okuryazar olduğu geri kalanların ise tabloda görüldüğü gibi bir eğitim kurumundan mezun oldukları anlaşılmaktadır.

Sadece 75 kişi (% 32,9) gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Kişilerin ortalama aylık geliri bakımından yaklaşık yarısı (% 51,8) 700 TL'nin altında bir ücret temin etmektedirler. Sadece 17 kişinin (% 7,5) sosyal güvencesi bulunmamaktadır. 99 kişi (% 43,4) yeşil kartlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Cinsiyet haricinde tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlam vardır.

Tablo: 5 Demografik Özellikler

Değişkenler		n	%	Önemlilik Testi
Cinsiyet	Erkek	111	48,7	$X^2=0,158$ SD=1 p=0,691
	Kadın	117	51,3	
Hane içindeki Konum	Hane Reisi	71	31,1	$X^2=10,500$ SD=2 p=0,005
	HaneReisi Eşi	59	25,9	
	Diğer	98	43,0	
Medeni Durumu	Bekar	90	39,5	$X^2=64,500$ SD=2 p=0,000
	Evli	117	51,3	
	Dul	21	09,2	
Eğitim Durumu	OYD	30	13,2	$X^2=32,895$ SD=5 p=0,000
	OY	16	07,0	
	İlkokul	53	23,2	
	Ortaokul	48	21,1	
	Lise	54	23,7	
	Lisans	27	11,8	
Gelir Getiren İş	Var	75	32,9	$X^2=26,684$ SD=1 p=0,000
	Yok	153	67,1	
İşteki Çalışma Durumu	Kendi işi	6	02,6	$X^2 = 25,320$ SD = 3 p=0,000
	Ücretli	31	13,6	
	Aile İş	10	04,4	
	Düzensiz iş	28	12,3	
Çalışmama Nedeni	Ev Hanımı	61	26,8	$X^2=51,477$ SD=4 p=0,000
	Öğrenci	36	15,8	
	Emekli	14	06,1	
	İşsiz	30	13,2	
	Diğer(yaşlı)	12	05,3	
Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	80	35,1	$X^2=37,921$ SD=4 p=0,000
	501-700	38	16,7	
	701-900	41	18,0	
	901-1500	24	10,5	
	1501 ↑	45	19,5	
Sosyal Güvence	Var	211	92,5	$X^2=1,651$ SD=1 p=0,000
	Yok	17	07,5	
Sosyal Güvence Türü	SGK	112	49,1	$X^2=69,816$ SD=2 p=0,000
	Yeşil Kart	99	43,4	
	Kendi	17	07,5	
	Toplam	228	100,0	

Sağlık hizmetlerine ait bilgiler **tablo 6**'da görüldüğü gibi, 93 kişi (% 40,8) hastalığı olduğunu, 76 kişi (% 33,3) tedavi altında olduğunu beyan etmektedir. 209 kişi (% 91,7) genellikle ilçe hastanesinden yararlanmaktadır. Buranın tercih sebepleri içerisinde 169 kişi (% 74,1) ile ulaşım kolaylığını söylemektedirler. 151 kişi (% 66,2) verilen sağlık hizmetinden memnunluk duymaktadır ve bu memnuniyetin nedeni olarak da personelin ilgili olmasını söylemektedirler. Memnun olmayanlardan 43 (% 18,9) kişi hekimlerin uzman olmamasını neden olarak göstermektedirler. 131 (% 57,5) kişi son iki ay içerisinde rahatsızlık/hastalık geçirdiğini, 69 kişi (% 30,3) kişi son hastalıktaki sorunu üst solunum yolları enfeksiyonu olduğunu söylemektedir. 184 (% 80,7) kişi son geçirilen hastalıkta sağlık kuruluşu olarak ilçe hastanesinden yararlanmaktadır. Burayı tercih sebepleri içerisinde 158 (% 69,3) kişi ulaşım kolaylığını beyan etmektedir. 185 (% 81,1) kişi verilen sağlık hizmetinden memnunluk duymaktadır ve bu memnuniyetin nedeni olarak da personelin ilgili olmasını göstermektedir. Memnun olmayanlardan 22 (% 9,6) kişi ise hekimlerin uzman olmamasını beyan etmektedir. Tüm değişkenlerdeki gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur.

Tablo: 6 Sağlık Hizmetlerine ait bilgiler

Değişkenler		n	%	Önemlilik Testi
Hastalık	Evet	93	40,8	$X^2=7,737$ SD=1 p=0,000
	Hayır	135	59,2	
Tedavi	Evet	76	33,3	$X^2=37,430$ SD=1 p=0,000
	Hayır	17	07,5	
Başvuru	İlçe Hastanesi	209	91,7	$X^2=542,070$ SD=3 p=0,000
	Tunceli K.S.K	14	06,1	
	Elazığ K.S.K	4	01,8	
	Özel Kurum	1	00,4	
Tercih	Ulaşım Kolay	169	74,1	$X^2=4,309$ SD=4 p=0,000
	Güven	1	00,4	
	İlk Basamak	6	02,6	
	Mecburiyet	33	14,5	
	Uzman İhtiyacı	19	08,3	
Memnuniyet	Evet	151	66,2	$X^2=24,018$ SD=1 p=0,000
	Hayır	77	33,8	
Memnuniyet evet	Ulaşım Kolay	6	02,6	$X^2=239,331$ SD=3 p=0,000
	Güven	23	10,1	
	Tanıdık	3	01,3	
	İlgi	119	66,2	
Memnuniyet Hayır	Uzman Dr.Yok	43	18,9	$X^2=44,506$ SD=3 p=0,000
	Yetersizlik	15	06,6	
	İlgisizlik	16	07,0	
	Bekleme Uzun	3	01,3	
Rahatsızlık Zamanı	Son Bir Ay	74	32,5	$X^2=76,816$ SD=2 p=0,000
	Son İki Ay	131	57,5	
	Hatırlamıyor	23	10,1	
Rahatsızlığın sorunu	ÜSYE	69	30,3	$X^2=176,298$ SD=10 p=0,000
	ÜSE	14	06,1	
	GİS	11	04,8	
	Kas-İskelet	25	11,0	
	Psikolojik	6	02,6	
	Üreme	6	02,6	
	Ağız-Diş	12	05,3	
	Baş Ağrısı	14	06,1	
	Kalp Hastalığı	35	15,4	
	Kaza	4	01,8	
	Diğer	32	14,0	
Başvuru yeri	İlçe Hastanesi	184	80,7	$X^2=385,754$ SD=3 p=0,000
	Tunceli KSK	32	14,0	
	Elazığ KSK	10	04,4	
	Fırat Ün.	2	00,9	
Tercih sebebi	Ulaşım Kolay	158	69,3	$X^2=368,447$ SD=4 p=0,000
	Branş Dr.	42	18,4	
	Güven	2	00,9	
	Mecburiyet	21	09,2	
	SGK	5	02,2	
Memnun kaldı mı?	Evet	185	81,1	$X^2=88,439$ SD=1 p=0,000
	Hayır	43	18,9	
Evetse neden	Güven	14	06,1	$X^2=81,611$ SD=2 p=0,000
	İlgi	114	50,0	
	Tedavi	57	25,0	
Hayırsa neden	Uzman Dr. Yok	22	09,6	$X^2=7,860$ SD=2 p=0,020
	İlgisizlik	14	06,1	
	Bekleme Uzun	7	03,1	
Toplam		228	100,0	

Katılımcıların sağlık hizmeti aldığı son kuruluşa ait bilgiler **tablo 7’de** görüldüğü gibi, başvuru sırasında 163 (% 71,5) kişi kayıt memuru tarafından karşılandığını, 100 (% 43,9) kişi hemşire tarafından karşılanmayı tercih ettiğini beyan etmektedir. 209 (% 91,7) kişi bekleme salonunda oturma imkanı bulduğunu, 87 (% 38,2) kişi muayene olmak için 15 dakika beklediğini söylemektedir. 86 (% 37,7) kişi muayene odasında 5 dakika kaldığını beyan etmektedir. 29 (% 12,7) kişi genellikle başvurduğu kurumu tercih etmeme sebebi olarak hekimlerin uzman olmamasını neden olarak göstermektedir. 135 (% 59,2) kişi aynı kurumu tekrar tercih edeceğini, 143 (% 62,7) kişi yakınlarına tavsiye edeceğini beyan etmektedir. 148 (% 64,9) kişi gittiği kurumda olumsuz durum yaşadığında Tunceli Kamu Sağlık Kuruluşları’nı tercih edeceğini söylemektedir. Tüm değişkenlerdeki gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur.

Tablo: 7 Sağlık hizmeti aldığı son kuruluşa ait bilgiler

Değişkenler		n	%	Önemlilik Testi
İlk Karşılama	Kayıt Memuru	163	71,5	$X^2=161,553$ SD=2 p=0,000
	Hemşire	54	23,7	
	Güvenlik	11	04,8	
Kim Karşılansın	Kayıt Memuru	10	04,4	$X^2=1,758$ SD=4 p=0,000
	Hemşire	100	43,9	
	Doktor	27	11,8	
	Güvenlik	4	01,8	
	Fark Etmez	87	38,2	
Oturma imkanı	Evet	209	91,7	$X^2=1,583$ SD=1 p=0,000
	Hayır	19	08,3	
Bekleme Süresi	5 Dk.	17	07,5	$X^2= 92,351$ SD=4 p=0,000
	15 Dk.	87	38,2	
	16-45 Dk.	70	18,0	
	46-60 Dk.	41	05,7	
	Bir Saat Üzeri	13	07,5	
Muayene Süresi	0-4 Dk.	25	11,0	$X^2=114,588$ SD=4 p=0,000
	5 Dk.	86	37,7	
	10 Dk.	81	35,5	
	20 Dk.	32	14,0	
	30 Dk.	4	01,8	
Neden başvurmadı	Uzman Dr. Yok	29	12,7	$X^2=66,00$ SD=3 p=0,000
	Aynı Dr. Tercihi	2	00,9	
	Kolaylık	1	00,4	
	Tanıdık	2	00,9	
Aynı kuruluşu tercih	Evet	135	59,2	$X^2=7,737$ SD=1 p=0,005
	Hayır	93	40,8	
Aynı kuruluşu tavsiye	Evet	143	62,7	$X^2= 14,754$ SD=1 p=0,000
	Hayır	85	37,3	
Olumsuz durumda tercih	Tunceli KSK	148	64,9	$X^2=206,561$ SD=3 p=0,000
	Elazığ KSK	48	21,1	
	Fırat Ün.	21	09,2	
	Özel Kuruluş	11	04,8	
Toplam		228	100,0	

Tablo 8’de araştırmaya katılan kişilerin başvurdukları sağlık kurumlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, cinsiyet farkı bulunmaksızın öncelikle kendi ilçelerindeki hastaneyi tercih ettikleri, kadınların ise Tunceli, Elazığ ve özel sağlık kurumlarından erkeklere göre daha fazla yararlandığı grlmektedir. Ancak, bu durum gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vermemektedir. Başvurdukları sağlık kurumlarına göre hane içi konum durumları, medeni durumları, eğitim durumları, çalışma durumları, aylık gelirleri açısından ağırlıklı olarak öncelikli başvuru yeri ilçe hastanesi olup daha sonra Tunceli ve Elazığ Kamu Sağlık Kurumları (KSK) tercih etmektedirler. Tüm bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır. SGK ve yeşil kartlı olarak % 92,5 oranında sosyal güvence altında olanlar öncelikle ilçe hastanesini tercih ederken, Tunceli ve Elazığ kamu sağlık kurumlarını daha az tercih etmektedirler. Tüm bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır.

Tablo 9’da araştırmaya katılan kişilerin, başvurdukları yeri tercih etme nedenlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımının incelenmesinde, katılımcılar tercih nedeni olarak ulaşım kolaylığı ve zorunluluğu ifade ederken, cinsiyet açısından eşit dağılım göstermişler ancak, uzman hekim seçmede kadınlar erkeklere göre daha seçici davranmaktadırlar. Hane içindeki konumları, medeni durumları, eğitim durumları, bir işte çalışma durumları, aylık ortalama hane gelirleri ve sosyal güvenceleri açısından, tercih nedenleri arasındaki ulaşım kolaylığında orantısal farklılık bulunmazken, sosyal güvencesi olanlar uzman hekimi daha çok tercih etmektedirler. Araştırma yöntemi açısından tanımlayıcı bir araştırma olduğundan demografik özellikler yönünden eşitleme sağlanamadığından eğitim durumları ve sosyal güvence türü açısından her ne kadar istatistiksel olarak gruplar arasında bir fark olsa da bu fark anlamlı olarak değerlendirilememektedir.

Tablo: 8 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Başvurdukları Kurumların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		BAŞVURU YERİ								Önemlilik Testi
		İlçe Hast.		Tunceli.KSK		Elazığ KSK		Özel Kurum		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	105	50,2	5	35,7	1	25,0	0	0,0	X ² =2,992 SD=3 p=0,393
	Kadın	104	49,8	9	64,3	3	75,0	1	100,0	
Konum	Hane Reisi	65	31,1	5	35,7	1	25,0	0	0,0	X ² =3,302 SD=6 p=0,770
	H.Reisi Eşi	53	25,4	4	28,6	1	25,0	1	100,0	
	Diğer	91	43,5	5	35,7	2	50,0	0	0,0	
Medeni Durum	Bekar	84	40,2	4	28,6	2	50,0	0	0,0	X ² =2,382 SD=6 p=0,881
	Evli	106	50,7	8	57,1	2	50,0	1	100,0	
	Dul	19	09,1	2	14,3	0	0,0	0	0,0	
Eğitim Durumu	OYD	28	13,4	1	07,1	1	25,0	0	0,0	X ² =10,046 SD=15 p=0,817
	OY	15	07,2	1	07,1	0	0,0	0	0,0	
	İlkokul	49	23,4	2	14,3	2	50,0	0	0,0	
	Ortaokul	44	21,1	4	28,6	0	0,0	0	0,0	
	Lise	50	23,9	3	21,4	0	0,0	1	100,0	
	Lisans	23	11,0	3	21,4	1	25,0	0	0,0	
Gelir Getiren İş	Var	68	32,5	6	42,9	1	25,0	0	0,0	X ² =1,245 SD=3 p= 0,742
	Yok	141	67,5	8	57,1	3	75,0	1	100,0	
İşteki Çalışma Durumu	K.Hesabına	5	07,4	1	16,7	0	0,0	0	0,0	X ² =4,793 SD=6 p= 0,571
	Ücretli	26	38,2	4	66,7	1	100,0	0	0,0	
	Aile	10	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Düzensiz	27	39,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	
Çalışmama Nedeni	Ev Hanımı	57	40,4	2	25,0	1	33,3	1	100,0	X ² =10,452 SD=12 p= 0,576
	Öğrenci	33	23,4	3	37,5	0	0,0	0	0,0	
	Emekli	12	08,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	
	İşsiz	27	19,1	1	12,5	2	66,7	0	0,0	
	Diğer	12	08,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	75	35,9	3	21,4	2	50,0	0	
	501-700	37	17,7	1	07,1	0	0,0	0	0,0	
	701-900	36	17,2	3	21,4	2	50,0	0	0,0	
	901-1500	24	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	1501 ↑	37	17,7	7	50,0	0	0,0	1	100,0	
Sosyal Güvence	Var	194	92,8	12	85,7	4	100,0	1	100,0	X ² =1,373 SD=3 p= 0,712
	Yok	15	07,2	2	14,3	0	0,0	0	0,0	
Sosyal Güvence Türü	SGK	96	45,9	12	85,7	3	75,0	1	100,0	X ² =13,996 SD=6 p= 0,030
	Yeşil Kart	98	46,9	0	0,0	1	25,0	0	0,0	
	Cepten	15	07,2	2	14,3	0	0,0	0	0,0	

Toplam: 228

Tablo: 9 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Başvurdukları Kurumları Tercih Etme Nedenlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Tercih Nedenleri										Önemlilik Testi
		Ulaşım Kolaylığı		Doktora Güven		İlk Basamak		Zorunluluk		Uzman Doktor		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	82	48,5	1	100,0	4	66,7	18	54,5	6	31,6	X ² =4,511 SD=4 p= 0,341
	Kadın	87	51,5	0	0,0	2	33,3	15	45,5	13	68,4	
Konum	Hane R.	49	29,0	1	100,0	5	83,3	10	30,3	6	31,6	X ² =15,363 SD=8 p= 0,052
	H.R. Eşi	49	29,0	0	0,0	0	0,0	4	12,1	6	31,6	
	Diğer	71	42,0	0	0,0	1	16,7	19	57,6	7	36,8	
Medeni Durum	Bekar	63	37,3	0	0,0	1	16,7	20	60,6	6	31,6	X ² =9,884 SD=8 p= 0,273
	Evli	91	53,8	1	100,0	4	66,7	10	30,3	11	57,9	
	Dul	15	08,9	0	0,0	1	16,7	3	09,1	2	10,5	
Eğitim Durumu	OYD	27	16,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	2	10,5	X ² =39,395 SD=20 p= 0,006
	OY	10	05,9	0	0,0	1	16,7	4	12,1	1	05,3	
	İlk	47	27,8	1	100,0	0	0,0	1	03,0	4	21,1	
	Orta	34	20,1	0	0,0	2	33,3	8	24,2	4	21,1	
	Lise	40	23,7	0	0,0	1	16,7	9	27,3	4	21,1	
Lisans	11	06,5	0	0,0	1	16,7	11	33,3	4	21,1		
Gelir Getiren İş	Var	52	30,8	1	100,0	3	50,0	12	36,4	7	36,8	X ² =3,495 SD=4 p= 0,479
	Yok	117	69,2	0	0,0	3	50,0	21	63,6	12	63,2	
İşteki Çalışma Durumu	K.H.	4	07,7	0	0,0	0	0,0	1	08,3	1	14,3	X ² =13,385 SD=12 p= 0,342
	Ücretli	17	32,7	0	0,0	1	33,3	8	66,7	5	71,4	
	Aile işi	7	13,5	0	0,0	1	33,3	2	16,7	0	0,0	
	Düzensiz	24	46,2	1	100,0	1	33,3	1	08,3	1	14,3	
Çalışma Nedeni	Ev Hn.	51	43,6	0	0,0	1	33,3	5	23,8	4	33,3	X ² =11,13 SD=12 p=0,517
	Öğrenci	24	20,5	0	0,0	1	33,3	8	38,1	3	25,0	
	Emekli	10	08,5	0	0,0	1	33,3	1	04,8	2	16,7	
	İşsiz	21	17,9	0	0,0	0	0,0	6	28,6	3	25,0	
	Diğer	11	09,4	0	0,0	0	0,0	1	04,8	0	0	
Hane Ortalam Aylık Geliri (TL)	500 ↓	63	37,3	0	0,0	2	33,3	10	30,3	5	26,3	X ² =18,255 SD=16 p= 0,309
	501-700	29	17,2	1	100,0	2	33,3	5	15,2	1	05,3	
	701-900	29	17,2	0	0,0	1	16,7	6	18,2	5	26,3	
	901-1500	20	11,8	0	0,0	0	0,0	4	12,1	0	0,0	
	1501 ↑	28	16,6	0	0,0	1	16,7	8	24,2	8	42,1	
Sosyal Güvence	Var	158	93,5	1	100,0	5	83,3	30	90,9	17	89,5	X ² =1,425 SD=4 p= 0,840
	Yok	11	06,5	0	0,0	1	16,7	3	09,1	2	10,5	
Sosyal Güvence Türü	SGK	77	45,6	0	0,0	3	50,0	16	48,5	16	84,2	X ² =15,060 SD=8 p= 0,058
	YeşilKart	81	47,9	1	100,0	2	33,3	14	42,4	1	05,3	
	Cepten	11	06,5	0	0,0	1	16,7	3	09,1	2	10,5	
Toplam: 228												

Tablo 10'da araştırmaya katılan kişilerin başvuru yerine göre memnuniyet durumları incelendiğinde, % 66,2 ile 151 kişi bu sağlık hizmetlerinden memnun olduğunu ifade ederken % 33,8 ile 77 kişi memnuniyetsizliğini ifade etmiştir. Memnuniyet ifade eden 151 kişiden Tunceli kamu sağlık kurumlarını tercih edenler % 92,9 ve % 75 ile Elazığ sağlık kurumlarından daha fazla memnun olduklarını ifade etmektedirler. Ulaşım kolaylığı ve zorunluluk nedeniyle başvurulan ilçe hastanesinden memnuniyet % 64,1 ile sınırlı kalmıştır. Ancak bu gruplar arasındaki özellik istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmemektedir.

Tablo: 10 Araştırma Grubundaki Kişilerin Genellikle Başvurdukları Yerden Memnuniyetlerinin Dağılımları

Başvuru Yeri	MEMNUNİYET						nemlilik Testi
	Evet		Hayır		Total		
	n	%	n	%	n	%	
İlçe Hastanesi	134	64,1	75	35,9	209	100,0	$X^2=5,503$ $SD=3$ $p= 0,138$
Tunceli KSK	13	92,9	1	07,1	14	100,0	
Elazığ. KSK	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Özel Kurum	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Toplam	151	66,2	77	33,8	228	100,0	

Tablo 11'de araştırmaya katılan kişilerin memnuniyet durumu sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmiştir. Cinsiyet, hane içi konum durumları, medeni durumları çalışma durumları, aylık ortalama gelir durumları ve sosyal güvence özelliklerine göre memnun olup olmamaları açısından oranlar arasında fark bulunmamakta ve bu farksızlık istatistiksel olarak sonuç da vermemektedir.

Tablo: 11 Araştırma Grubundaki Kişilerin Memnuniyetlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		MEMNUNİYET				Önemlilik Testi
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	76	50,3	35	45,5	$X^2=0,485$ SD=1p= 0,486
	Kadın	75	49,7	42	54,5	
Konum	Hane Reisi	53	35,1	18	23,4	$X^2=6,516$ SD=2 p= 0,038
	H.R. Eşi	42	27,8	17	22,1	
	Diğer	56	37,1	42	54,5	
Medeni Durumu	Bekar	51	33,8	39	50,6	$X^2=6,232$ SD=2 p= 0,044
	Evli	84	55,6	33	42,9	
	Dul	16	10,6	5	06,5	
Eğitim Durumu	OYD	21	13,9	9	11,7	$X^2=1,091$ SD=5 p= 0,955
	OY	12	07,9	4	05,2	
	İlkokul	35	23,2	18	23,4	
	Ortaokul	30	19,9	18	23,4	
	Lise	35	23,2	19	24,7	
Lisans	18	11,9	9	11,7		
Gelir Getiren İş	Var	51	33,8	24	31,2	$X^2=0,157$ SD=1 p= 0,692
	Yok	100	66,2	53	68,8	
İşteki Çalışma Durumu	K.Hesabına	4	07,8	2	08,3	$X^2=1,771$ SD=3 p= 0,621
	Ücretli	22	43,1	9	37,5	
	Aile	5	09,8	5	20,8	
	Düzensiz	20	39,2	8	33,3	
Çalışmama Nedeni	Ev Hanımı	43	43,0	18	34,0	$X^2=9,305$ SD=4 p= 0,054
	Öğrenci	21	21,0	15	28,3	
	Emekli	13	13,0	1	01,9	
	İşsiz	15	15,0	15	28,3	
	Diğer	8	08,8	4	07,5	
Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	54	35,8	26	33,8	$X^2=5,456$ SD=4 p= 0,244
	501-700	21	13,9	17	22,1	
	701-900	27	17,9	14	18,2	
	901-1500	14	09,3	10	13,0	
	1500 ↑	35	23,2	10	13,0	
Sosyal Güvence	Var	143	94,7	68	88,3	$X^2=3,018$ SD=1 p= 0,082
	Yok	8	05,3	9	11,7	
Sosyal Güvence Türü	SGK	81	53,6	31	40,3	$X^2=5,226$ SD=2 p= 0,073
	Yeşil Kart	62	41,1	37	48,1	
	Cepten	8	05,3	9	11,7	
Toplam: 228						

Tablo 12’de araştırmaya katılan kişilerin memnuniyet nedenlerinin demografik özelliklerine göre dağılımlında, çalışma durumları ve sosyal güvence açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (alışma durumu; $X^2=21,09$, $SD=9$, $p= 0,012$, sosyal güvence; $X^2=25,62$, $SD=3$, $p= 0,000$, sosyal güvence türü; $X^2=31,49$, $SD=6$, $p= 0,000$), cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren işte çalışma ve çalışmama nedenlerine ait özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 13’de araştırmaya katılan kişilerin memnun olmama nedenleri demografik özelliklerine göre incelendiğinde, tıbbi donanım yetersizliği ve personelin ilgisizliğini kadınlar ve ev hanımları erkeklere göre daha fazla neden olarak göstermiştir. Eğitim seviyesi arttıka memnun olmama nedenlerinde artış bulunmuş ve tüm değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo: 12 Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerden Memnuniyet Nedenlerinin Sosyo-demografik Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		MEMNUNİYET NEDENİ								Önemlilik Testi
		Ulaşım Kolay		Güven		Tanıdık		İlgi		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	2	33,3	13	56,5	3	100,0	58	48,7	X ² =4,127 SD=3 p=0,248
	Kadın	4	66,7	10	43,5	0	0,0	61	51,3	
Konum	H.Reisi	4	66,7	12	52,2	1	33,3	36	30,3	X ² =8,831 SD=6 p= 0,183
	H.Reisi Eşi	1	16,7	6	26,1	0	0,0	35	29,4	
	Diğer	1	16,7	5	21,7	2	66,7	48	40,3	
Medeni Durumu	Bekar	1	16,7	5	21,7	2	66,7	43	36,1	X ² =7,195 SD=6 p= 0,303
	Evli	3	50,0	16	69,6	1	33,3	64	53,8	
	Dul	2	33,3	2	08,7	0	0,0	12	10,1	
Eğitim Durumu	OYD	2	33,3	1	04,3	0	0,0	18	15,1	X ² =13,197 SD=15 p= 0,587
	OY	0	0	2	08,7	0	0,0	10	08,4	
	İlkokul	2	33,3	5	21,7	0	0,0	28	23,5	
	Ortaokul	1	16,7	6	26,1	2	66,7	21	17,6	
	Lise	1	16,7	4	17,4	1	33,3	29	24,4	
	Lisans	0	0	5	21,7	0	0,0	13	10,9	
Gelir Getiren İş	Var	4	66,7	10	43,5	1	33,3	36	30,3	X ² =4,531 SD=3 p= 0,210
	Yok	2	33,3	13	56,5	2	66,7	83	69,7	
İşteki Çalışma Durumu	K.Hesabına	0	0	1	10,0	1	100,0	2	05,6	X ² =21,099 SD=9 p= 0,012
	Ücretli	1	25,0	8	80,0	0	0,0	13	36,1	
	Aile	1	25,0	0	0	0	0,0	4	11,1	
	Düzensiz	2	50,0	1	10,0	0	0,0	17	47,2	
Çalışmama Nedeni	Ev Hanımı	2	100,0	4	30,8	0	0,0	37	44,6	X ² =10,866 SD=12 p= 0,540
	Öğrenci	0	0	3	23,1	1	50,0	17	20,5	
	Emekli	0	0	4	30,8	0	0,0	9	10,8	
	İşsiz	0	0	1	07,7	1	50,0	13	15,7	
	Diğer	0	0	1	07,7	0	0,0	7	08,4	
Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	3	50,0	6	26,1	2	66,7	43	36,1	X ² =12,887 SD=12 p= 0,377
	501-700	1	16,7	1	04,3	1	33,3	18	15,1	
	701-900	1	16,7	8	34,8	0	0,0	18	15,1	
	901-1500	1	16,7	1	04,3	0	0,0	12	10,1	
	1501 ↑	0	0	7	30,4	0	0,0	28	23,5	
Sosyal Güvence	Var	5	83,3	23	100,0	1	33,3	114	95,8	X ² =25,636 SD=3 p= 0,000
	Yok	1	16,7	0	0,0	2	66,7	5	04,2	
Sosyal Güvence Türü	SGK	3	50,0	18	78,3	0	0	60	50,4	X ² =31,493 SD=6 p= 0,000
	Y.Kart	2	33,3	5	21,7	1	33,3	54	45,4	
	Cepten	1	16,7	0	0,0	2	66,7	5	04,2	
Toplam: 151										

Tablo: 13 Araştırma Grubundaki Kişilerin Hastalık Halinde Genellikle Başvurdukları Yerden Memnuniyetsizlik Nedenlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		MEMNUN OLMAMA NEDENİ								Önemlilik Testi
		Uzman Dr.		Yetersiz		İlgisiz		Bekleme		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	24	55,8	6	40,0	3	18,8	2	66,7	$X^2=7,188$ SD=3 p= 0,066
	Kadın	19	44,2	9	60,0	13	81,2	1	33,3	
Konum	H.Reisi	14	32,6	2	13,3	2	12,5	0	0,0	$X^2=8,262$ SD=6 p= 0,220
	H.Reisi Eşi	7	16,3	4	26,7	6	37,5	0	0,0	
	Diğer	22	51,2	9	60,0	8	50,0	3	100,0	
Medeni Durumu	Bekar	22	51,2	9	60,0	6	37,5	2	66,7	$X^2=11,565$ SD=6 p= 0,072
	Evli	20	46,5	6	40,0	7	43,8	0	0,0	
	Dul	1	02,3	0	0,0	3	18,8	1	33,3	
Eğitim Durumu	OYD	5	11,6	0	0,0	4	25,0	0	0,0	$X^2=16,393$ SD=15 p= 0,356
	OY	4	09,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	İlkokul	8	18,6	4	26,7	5	31,2	1	33,3	
	Ortaokul	10	23,3	4	26,7	2	12,5	2	66,7	
	Lise	10	23,3	4	26,7	5	31,2	0	0,0	
	Lisans	6	14,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	
Gelir-İş	Var	18	41,9	5	33,3	1	06,2	0	0,0	$X^2=8,313$ SD=3 p= 0,040
	Yok	25	58,1	10	66,7	15	93,8	3	100,0	
İşteki Çalışma Durumu	K.H.	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$X^2=4,619$ SD=6 p= 0,593
	Ücretli	7	38,9	2	40,0	0	0,0	0	0,0	
	Aile	3	16,7	1	20,0	1	100,0	0	0,0	
	Düzensiz	6	33,3	2	40,0	0	0,0	0	0,0	
Çalışmama Nedeni	E.Hanımı	6	24,0	4	40,0	7	46,7	1	33,3	$X^2=9,611$ SD=12 p= 0,650
	Öğrenci	8	32,0	3	30,0	2	13,3	2	66,7	
	Emekli	0	0	0	0,0	1	06,7	0	0,0	
	İşsiz	8	32,0	3	30,0	4	26,7	0	0,0	
	Diğer	3	12,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	
Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	18	41,9	6	40,0	2	12,5	0	0,0	$X^2=13,239$ SD=12 p= 0,352
	501-700	7	16,3	2	13,3	6	37,5	2	66,7	
	701-900	7	16,3	2	13,3	4	25,0	1	33,3	
	901-1500	6	14,0	3	20,0	1	06,2	0	0,0	
	1501 ↑	5	11,6	2	13,3	3	18,8	0	0,0	
Sosyal Güvence	Var	38	88,4	14	93,3	14	87,5	2	66,7	$X^2=1,738$ SD=3 p= 0,628
	Yok	5	11,6	1	06,7	2	12,5	1	33,3	
Sosyal Güvence Türü	SGK	15	34,9	5	33,3	9	56,2	2	66,7	$X^2=6,650$ SD=6 p= 0,354
	Y.Kart	23	53,5	9	60,0	5	31,2	0	0,0	
	Cepten	5	11,6	1	06,7	2	12,5	1	33,3	
Toplam: 77										

Tablo 14’de araştırmaya katılan kişilerin son hastalık durumlarında başvuru yerlerinin demografik özelliklerine göre dağılımlı, tablo 8’deki başvuru yeri ile karşılaştırıldığında ilçe hastanesine daha az başvurdukları, Tunceli kamu sağlık kurumlarına artış olduğu, kadınların Elazığ kamu sağlık kurumlarını tercih ederken Elazığ’daki Fırat niversitesi’ni de tercih ettikleri grlmektedir. Benzer Şekilde hane içi konum, medeni durum, eğitim durumları, aylık gelir ve sosyal güvence açısından Tunceli sağlık kurumları daha fazla tercih sebebi olmuştur. Ancak tüm gruplar arası dağılımda bir fark bulunmamıştır.

Tablo 15’de araştırmaya katılan kişilerin son hastalık halinde başvuru yerini tercih nedenleri, demografik özellikler açısından incelendiğinde uzman hekim tercihinde bir artış grlmektedir ve tüm değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo: 14 Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalık Durumunda Başvurdukları Yerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		SON BAŞVURU YERİ								Önemlilik Testi
		İlçe Hast.		Tunceli KSK		Elazığ KSK		Fırat Ün.		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	96	52,2	14	43,8	1	10,0	0	0,0	X ² =9,096 SD=3 p= 0,028
	Kadın	88	47,8	18	56,2	9	90,0	2	100,0	
Konum	Hane	57	31,0	13	40,6	1	10,0	0	0,0	X ² =5,384 SD=6 p= 0,496
	Reisi	46	25,0	9	28,1	3	30,0	1	50,0	
	H.R. Eşi	81	44,0	10	31,2	6	60,0	1	50,0	
	Diğer									
Medeni Durum	Bekar	75	40,8	8	25,0	6	60,0	1	50,0	X ² =5,206 SD=6 p= 0,518
	Evli	93	50,5	20	62,5	3	30,0	1	50,0	
	Dul	16	08,7	4	12,5	1	10,0	0	0,0	
Eğitim Durumu	OYD	25	13,6	1	3,1	3	30,0	1	50,0	X ² =12,962 SD=15 p= 0,605
	OY	13	07,1	2	06,2	1	10,0	0	0,0	
	İlkokul	40	21,7	10	31,2	3	30,0	0	0,0	
	Ortaokul	40	21,7	6	18,8	2	20,0	0	0,0	
	Lise	45	24,5	8	25,0	0	0,0	1	50,0	
	Lisans	21	11,4	5	15,6	1	10,0	0	0,0	
Gelir Getiren İş	Var	62	33,7	12	37,5	1	10,0	0	0,0	X ² =3,716 SD=3 p= 0,294
	Yok	122	66,3	20	62,5	9	90,0	2	100,0	
İşteki Çalışma Durumu	K.H.	5	08,1	1	08,3	0	0,0	0	0,0	X ² =4,365 SD=6 p= 0,627
	Ücretli	26	41,9	5	41,7	0	0,0	0	0,0	
	Aile	10	16,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Düzensiz	21	33,9	6	50,0	1	100,0	0	0,0	
İşsiz Olma Nedeni	Ev Hanımı	50	41,0	6	30,0	4	44,4	1	50,0	X ² =6,485 SD=12 p= 0,890
	Öğrenci	30	24,6	5	25,0	1	11,1	0	0,0	
	Emekli	11	09,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	
	İşsiz	21	17,2	5	25,0	3	33,3	1	50,0	
	Diğer	10	08,2	1	05,0	1	11,1	0	0,0	
Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	57	31,0	14	43,8	8	80,0	1	50,0	X ² =17,806 SD=12 p= 0,122
	501-700	33	17,9	5	15,6	0	0,0	0	0,0	
	701-900	34	18,5	4	12,5	2	20,0	1	50,0	
	901-1500	23	12,5	1	03,1	0	0,0	0	0,0	
	1501 ↑	37	20,1	8	25,0	0	0,0	0	0,0	
Sosyal Güvence	Var	170	92,4	30	93,8	9	90,0	2	100,0	X ² =0,329 SD=3 p= 0,955
	Yok	14	07,6	2	06,2	1	10,0	0	0,0	
Sosyal Güvence Türü	SGK	93	50,5	16	50,0	2	20,0	1	50,0	X ² =3,864 SD=6 p= 0,695
	Y.Kart	77	41,8	14	43,8	7	70,0	1	50,0	
	Cepten	14	07,6	2	06,2	1	10,0	0	0,0	
Toplam: 228										

Tablo: 15 Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yeri Tercih Etme Nedenlerinin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Tercih Nedenleri										Önemlilik Testi
		Ulaşım		Uzman		Güven		Zorunlu		İlk Basamak		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	79	50,0	15	35,7	2	100,0	12	57,1	3	60,0	X ² =5,903 SD=4 p= 0,206
	Kadın	79	50,0	27	64,3	0	0,0	9	42,9	2	40,0	
Konum	Hane R.	47	29,7	14	33,3	1	50,0	7	33,3	2	40,0	X ² =4,849 SD=8 p= 0,774
	H.R. Eşi	45	28,5	11	26,2	0	0,0	2	09,5	1	20,0	
	Diğer	66	41,8	17	40,5	1	50,0	12	57,1	2	40,0	
Medeni Durum	Bekar	61	38,6	15	35,7	1	50,0	11	52,4	2	40,0	X ² =2,966 SD=8 p= 0,936
	Evli	83	52,5	22	52,4	1	50,0	8	38,1	3	60,0	
	Dul	14	08,9	5	11,9	0	0,0	2	09,5	0	0,0	
Eğitim Durumu	OYD	23	14,6	5	11,9	0	0,0	1	04,8	1	20,0	X ² =28,843 SD=20 p= 0,091
	OY	10	06,3	3	07,1	0	0,0	1	04,8	2	40,0	
	İlk	38	24,1	13	31,0	0	0,0	2	09,5	0	0,0	
	Orta	36	22,8	8	19,0	0	0,0	3	14,3	1	20,0	
	Lise	35	22,2	7	16,7	2	100,0	9	42,9	1	20,0	
	Lisans	16	10,1	6	14,3	0	0,0	5	23,8	0	0,0	
Gelir Getiren İş	Var	49	31,0	12	28,6	1	50,0	10	47,6	3	60,0	X ² =4,601 SD=4 p= 0,331
	Yok	109	69,0	30	71,4	1	50,0	11	52,4	2	40,0	
İşteki Çalışma Durumu	K.H.	3	06,1	1	08,3	0	0,0	2	20,0	0	0,0	X ² =19,676 SD=12 p= 0,073
	Ücretli	20	40,8	5	41,7	0	0,0	6	60,0	0	0,0	
	Aile	9	18,4	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Düzensiz	17	34,7	6	50,0	0	0,0	2	20,0	3	100,0	
Çalışma-nedeni	Ev Han.	47	43,1	11	36,7	0	0,0	3	27,3	0	0,0	X ² =13,910 SD=16 p= 0,605
	Öğrenci	27	24,8	5	16,7	0	0,0	3	27,3	1	50,0	
	Emekli	9	08,3	3	10,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	
	İşsiz	16	14,7	9	30,0	1	100,0	3	27,3	1	50,0	
	Diğer	10	09,2	2	06,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	47	29,7	23	54,8	0	0,0	6	28,6	4	80,0	X ² =34,737 SD=16 p= 0,004
	501-700	28	17,7	5	11,9	2	100,0	2	09,5	1	20,0	
	701-900	31	19,6	7	16,7	0	0,0	3	14,3	0	0,0	
	901-1500	18	11,4	0	0,0	0	0,0	6	28,6	0	0,0	
	1501 ↑	34	21,5	7	16,7	0	0,0	4	19,0	0	0,0	
Sosyal Güvence	Var	145	91,8	40	95,2	1	50,0	20	95,2	5	100,0	X ² =6,448 SD=4 p=0,168
	Yok	13	08,2	2	04,8	1	50,0	1	04,8	0	0,0	
Sosyal Güvence Türü	SGK	83	52,5	18	42,9	0	0,0	11	52,4	0	0,0	X ² =15,281 SD=8 p= 0,054
	Yeşil Kart	62	39,2	22	52,4	1	50,0	9	42,9	5	100,0	
	Cepten	13	08,2	2	04,8	1	50,0	1	04,8	0	0,0	
Toplam: 228												

Tablo 16’da araştırmaya katılan kişilerin son hastalık halinde başvurdukları yere olan memnuniyet durumları, başvuru yerine göre dağılımları tablo 10 ile karşılaştırıldığında memnuniyet oranlarında bir yükselme görülmüştür. Elazığ kamu sağlık kurumları ve ilçe hastanesine olan memnuniyet oranında yükselme görülürken Tunceli kamu sağlık kurumlarına memnuniyette azalma görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo:16 Araştırma Grubundaki Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnuniyetlerinin Dağılımı

Son Başvuru Yeri	MEMNUNİYET						nemlilik Testi
	Evet		Hayır		Total		
	n	%	n	%	n	%	
İlçe Hastanesi	148	80,4	36	19,6	184	100,0	$X^2=2,059$ $SD=3$ $p= 0,560$
Tunceli KSK	27	84,4	5	15,6	32	100,0	
Elazığ KSK	9	90,0	1	10,0	10	100,0	
Fırat Üniversitesi	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Toplam	185	81,9	43	18,9	228	100,0	

Tablo 17’de araştırmaya katılan kişilerin son hastalık halinde başvurdukları sağlık kurumlarına memnuniyetlerinin demografik özelliklerine göre dağılımında tüm değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmazken, tablo 11’deki memnuniyet durumlarına bakıldığında demografik değişkenlerinin dağılımında bir fark görülmemektedir.

Tablo 18’de araştırmaya katılan kişilerin son hastalık halinde başvurdukları yerden memnun olma nedenlerinin demografik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, uygulanan tedavi sonucu iyileşmenin bir memnuniyet sağladığı, güven ve ilginin önemli bir neden olduğu, tablo 12’ye göre güven ve ilgi oranlarının benzer olduğu ve gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmadığı görülmüştür.

Tablo: 17 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnuniyetlerinin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		MEMNUNİYET					Önemlilik Testi
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	91	49,2	20	46,5	$X^2=0,100$ SD=1 p= 0,752	
	Kadın	94	50,8	23	53,5		
Konum	Hane Reisi	57	30,8	14	32,6	$X^2=1,757$ SD=2 p= 0,415	
	H.Reisi Eşi	45	24,3	14	32,6		
	Diğer	83	44,9	15	34,9		
Medeni Durum	Bekar	77	41,6	13	30,2	$X^2=2,793$ SD=2 p= 0,247	
	Evli	90	48,6	27	62,8		
	Dul	18	09,7	3	07,0		
Eğitim Durumu	OYD	25	13,5	5	11,6	$X^2=9,247$ SD=5 p= 0,100	
	OY	13	7,0	3	07,0		
	İlkokul	37	20,0	16	37,2		
	Ortaokul	41	22,2	7	16,3		
	Lise	49	26,5	5	11,6		
Lisans	20	10,8	7	16,3			
Gelir Getiren İş	Var	61	33,0	14	32,6	$X^2=0,003$ SD=1 p= 0,958	
	Yok	124	67,0	29	67,4		
İşteki Çalışma Durumu	K.Hesabına	5	08,2	1	07,1	$X^2=0,835$ SD=3 p= 0,841	
	Ücretli	24	39,3	7	50,0		
	Aile	9	14,8	1	07,1		
	Düzensiz	23	37,7	5	35,7		
Çalışmama Nedeni	Ev Hanımı	46	37,1	15	51,7	$X^2=5,444$ SD=4 p= 0,245	
	Öğrenci	29	23,4	7	24,1		
	Emekli	14	11,3	0	0,0		
	İşsiz	26	21,0	4	13,8		
	Diğer	9	07,3	3	10,3		
Hane Ortalama Aylık Geliri(TL)	500 ↓	62	33,5	18	41,9	$X^2=2,889$ SD=4 p= 0,577	
	501-700	29	15,7	9	20,9		
	701-900	34	18,4	7	16,3		
	901-1500	21	11,4	3	07,0		
	1501 ↑	39	21,1	6	14,0		
Sosyal Güvence	Var	174	94,1	37	86,0	$X^2=3,242$ SD=1 p= 0,072	
	Yok	11	05,9	6	14,0		
Sosyal Güvence Türü	SGK	96	51,9	16	37,2	$X^2=4,890$ SD=2 p= 0,087	
	Yeşil Kart	78	42,2	21	48,8		
	Cepten	11	05,9	6	14,0		
Toplam: 228							

Tablo: 18 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnun Olma Nedenlerinin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Memnun olma nedeni						Önemlilik Testi
		Güven		İlgi		İyileşme		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	8	57,1	61	53,5	22	38,6	$X^2=3,764$ SD=2 p= 0,152
	Kadın	6	42,9	53	46,5	35	61,4	
Konum	Hane Reisi	6	42,9	39	34,2	12	21,1	$X^2=6,990$ SD=4 p= 0,136
	H.R. Eşi	2	14,3	23	20,2	20	35,1	
	Diğer	6	42,9	52	45,6	25	43,9	
Medeni Durum	Bekar	6	42,9	48	42,1	23	40,4	$X^2=1,189$ SD=4 p= 0,880
	Evlü	7	50,0	53	46,5	30	52,6	
	Dul	1	07,1	13	11,4	4	07,0	
Eğitim Durumu	OYD	1	7,1	15	13,2	9	15,8	$X^2=4,085$ SD=10 p= 0,943
	OY	0	0,0	9	07,9	4	07,0	
	İlkokul	3	21,4	22	19,3	12	21,1	
	Ortaokul	4	28,6	26	22,8	11	19,3	
	Lise	3	21,4	31	27,2	15	26,3	
	Lisans	3	21,4	11	09,6	6	10,5	
Gelir Getiren İş	Var	6	42,9	41	36,0	14	24,6	$X^2=2,905$ SD=2 p= 0,234
	Yok	8	57,1	73	64,0	43	75,4	
İşteki Çalışma Durumu	K.Hesabına Ücretli	0	0,0	3	07,3	2	14,3	$X^2=6,026$ SD=6 p= 0,420
	Aile	0	0,0	6	14,6	3	21,4	
	Düzensiz	3	50,0	18	43,9	2	14,3	
		3	50,0	18	43,9	2	14,3	
Çalışmama Nedeni	Ev Hanımı	1	12,5	27	37,0	18	41,9	$X^2=10,305$ SD=8 p= 0,244
	Öğrenci	5	62,5	17	23,3	7	16,3	
	Emekli	0	0,0	10	13,7	4	09,3	
	İşsiz	1	12,5	14	19,2	11	25,6	
	Diğer	1	12,5	5	06,8	3	07,0	
		1	12,5	5	06,8	3	07,0	
Hane Ort. Aylık Geliri (TL)	500 ↓	5	35,7	37	32,5	20	35,1	$X^2=2,357$ SD=8 p= 0,968
	501-700	3	21,4	18	15,8	8	14,0	
	701-900	1	07,1	23	20,2	10	17,5	
	901-1500	1	07,1	13	11,4	7	12,3	
	1501 ↑	4	28,6	23	20,2	12	21,1	
Sosyal Güvence	Var	14	100,0	105	92,1	55	96,5	$X^2=2,265$ SD=2 p=0,322
	Yok	0	0,0	9	07,9	2	03,5	
Sosyal Güvence Türü	SGK	8	57,1	60	52,6	28	49,1	$X^2=2,864$ SD=4 p= 0,581
	Yeşil Kart	6	42,9	45	39,5	27	47,4	
	Cepten	0	0,0	9	07,9	2	03,5	

Toplam: 185

Tablo 19’da araştırma grubunun son hastalık halinde başvurdukları yerden memnun olmama nedenlerinin demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, tablo 13’deki memnun olmama nedenlerindeki oranlara göre tüm demografik özellikler açısından bekleme oranları yönünden memnuniyetsizlikte artış görülmektedir.

Tablo 20’de araştırma grubunun son hastalık halinde genellikle başvurdukları yeri tercih etmeme nedenlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımında gruplar arasında ortalama gelir düzeyi dışında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. Sadece 34 kişi ilk başvuru yerini tercih etmemiştir, buna neden olarak da uzman doktor ihtiyacı öne çıkmaktadır.

Tablo: 19 Araştırma Grubunda Yer Alan Kişilerin Son Hastalık Halinde Başvurdukları Yerden Memnuniyetsizliğin Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Memnun olmama nedeni						Önemlilik Testi
		Uzman Dr.		İlgisizlik		Bekleme		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	12	54,5	6	42,9	2	28,6	$X^2=1,551$ SD=2 p=0,460
	Kadın	10	45,5	8	57,1	5	71,4	
Konum	Hane Reisi	10	45,5	2	14,3	2	28,6	$X^2=4,416$ SD=4 p= 0,353
	H.R. Eşi	6	27,3	5	35,7	3	42,9	
	Diğer	6	27,3	7	50,0	2	28,6	
Medeni Durum	Bekar	5	22,7	7	50,0	1	14,3	$X^2=9,396$ SD=4 p= 0,052
	Evli	16	72,7	7	50,0	4	57,1	
	Dul	1	04,5	0	0,0	2	28,6	
Eğitim Durumu	OYD	3	13,6	1	07,1	1	14,3	$X^2=8,887$ SD=10 p= 0,543
	OY	2	09,1	1	07,1	0	0,0	
	İlkokul	10	45,5	3	21,4	3	42,9	
	Ortaokul	4	18,2	2	14,3	1	14,3	
	Lise	0	0,0	4	28,6	1	14,3	
Lisans	3	13,6	3	21,4	1	14,3		
Gelir Getiren İş	Var	7	31,8	6	42,9	1	14,3	$X^2=1,746$ SD=2 p= 0,418
	Yok	15	68,2	8	57,1	6	85,7	
İşteki Çalışma Durumu	K.H.	1	14,3	0	0,0	0	0,0	$X^2=4,038$ SD=6 p= 0,672
	Ücretli	4	57,1	2	33,3	1	100,0	
	Aile	0	0,0	1	16,7	0	0,0	
	Düzensiz	2	28,6	3	50,0	0	0,0	
Çalışmama Nedeni	Ev Hanımı	7	46,7	4	50,0	4	66,7	$X^2=4,635$ SD=6 p= 0,591
	Öğrenci	4	26,7	2	25,0	1	16,7	
	İşsiz	1	06,7	2	25,0	1	16,7	
	Diğer	3	20,0	0	0,0	0	0,0	
Hane Ortalama Aylık Geliri(TL)	500 ↓	10	45,5	6	42,9	2	28,6	$X^2=8,266$ SD=8 p= 0,408
	501-700	7	31,8	1	07,1	1	14,3	
	701-900	2	09,1	3	21,4	2	28,6	
	901-1500	2	09,1	1	07,1	0	0,0	
	1501 ↑	1	04,5	3	21,4	2	28,6	
Sosyal Güvence	Var	18	81,8	12	85,7	7	100,0	$X^2=1,464$ SD=2 p= 0,481
	Yok	4	18,2	2	14,3	0	0,0	
Sosyal Güvence Türü	SGK	5	22,7	6	42,9	5	71,4	$X^2=5,987$ SD=4 p= 0,200
	Yeşil Kart	13	59,1	6	42,9	2	28,6	
	Cepten	4	18,2	2	14,3	0	0,0	
Toplam: 43								

Tablo: 20 Araştırma Grubunun Son Hastalık Halinde Genellikle Başvurdıkları Yeri Tercih Etmemelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler		Tercih Etmeme Nedenleri								Önemlilik Testi
		Uzman Doktor		Aynı Doktor		Ulaşım Kolay		Tanıdık		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	11	37,9	1	50,0	0	0,0	0	0,0	$X^2=1,914$ SD=3 p=0,590
	Kadın	18	62,1	1	50,0	1	100,0	2	100,0	
Konum	Hane Reisi	9	31,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	$X^2=3,994$ SD=6 p=0,677
	H. R. Eşi	9	31,0	0	0,0	1	100,0	1	50,0	
	Diğer	11	37,9	1	50,0	0	0,0	1	50,0	
Medeni Durum	Bekar	10	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$X^2=6,010$ SD=6 p=0,422
	Evli	16	55,2	1	50,0	1	100,0	1	50,0	
	Dul	3	10,3	1	50,0	0	0,0	1	50,0	
Eğitim Durum	OYD	3	10,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	$X^2=18,893$ SD=15 p=0,219
	OY	1	03,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	İlk	12	41,4	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Orta	5	17,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Lise	6	20,7	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
Lisans	2	06,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Gelir Getiren İş	Var	8	27,6	1	50,0	0	0,0	0	0,0	$X^2=1,667$ SD=3 p=0,644
	Yok	21	72,4	1	50,0	1	100,0	2	100,0	
İşteki Çalışma Durumu	K.H.	1	12,5	0	0,0	0	0,0		0,0	$X^2=3,938$ SD=2 p=0,140
	Ücretli	1	12,5	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Düzensiz	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Çalışma Nedeni	Ev Hanımı	10	47,6	1	100,0	1	100,0	1	50,0	$X^2=14,560$ SD=12 p=0,266
	Öğrenci	4	19,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Emekli	1	04,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	İşsiz	6	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Diğer	0	0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	
Hane Ortalama Aylık Geliri (TL)	500 ↓	17	58,6	0	0,0	0	0,0	2	100,0	$X^2=27,665$ SD=12 p=0,006
	501-700	6	20,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	701-900	4	13,8	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
	901-1500	1	03,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	1501 ↑	1	03,4	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
Sosyal Güvence	Var	25	86,2	1	50,0	1	100,0	2	100,0	$X^2=2,523$ SD=3 p=0,471
	Yok	4	13,8	1	50,0	0	0,0	0	0,0	
Sosyal Güven Türü	SGK	6	20,7	1	50,0	1	100,0	0	0,0	$X^2=8,195$ SD=6 p=0,224
	Y.Kar	19	65,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	
	Cepten	4	13,8	1	50,0	0	0,0	0	0,0	
Toplam: 34										

TARTIŞMA

Amaca uygun olarak yapılan çalışmada Ovacık ilçesi merkez mahallelerindeki evreni temsil eden kişiler üzerinde yapılan çalışmada sağlık hizmetlerinden yararlanma ve memnuniyeti etkileyen faktörler olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda ortalama yaş 38,19 bulunmuş ve % 31 gibi her üç kişiden birisi hane reisi, % 25,9 gibi her dört kişiden birisi hane reisi eşi olarak hane içindeki yetkin kişilerle görüşülmüştür. Araştırma grubunda cinsiyet dağılımında; % 48,7 erkek, % 51,3 kadın olarak bulunmuştur. 2009 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA) ise nüfusun % 50,7'si erkek, % 49,3'ü kadındır (50). Araştırma grubunda eğitim durumları açısından % 13,2'sinin okuma yazma bilmediği ve % 7 gibi kişinin sadece okur yazar olduğu dikkate alındığında her 5 kişiden birisinin çok düşük bir eğitim düzeyi içinde olduğu görülmektedir. TNSA' da ki nüfusun % 13,5'i okuryazar olmamasına benzer sonuç alınmıştır (50). Sadece % 32,9 gibi yaklaşık 3 kişiden birisi gelir getiren bir işte çalışmaktadır ki, bunların da üçte biri düzensiz bir işte çalışmaktadır. Türkiye ortalaması; işi olanların oranı % 58,9, işi olmayanların oranı ise % 41,1'dir (50).

Bölgeyi temsil eden araştırma; % 35,1 grubun gelir düzeyi 500 TL altında kalarak, %16,7 gibi grubun 501-700 TL arasında olmak üzere yaklaşık bölge halkının yarısından fazlasının ortalama gelir düzeyi asgari ücret altındadır. Ancak % 92,5'i gibi yüksek bir oranda sosyal güvenceye tabi iken bunların da % 43,4'nün yeşil kartlı olduğu tespit edilmiştir. TNSA'da sosyal güvencesi olanların oranı (yeşil kart hariç) % 83'tür (50). Araştırmamızda bu oranın yüksek olmasının sebebi SGK güvencesi altında olanlardan yeşil kart sahibi olanların oranının (% 43,4) yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları 2000 yılı sonrası yapılan bölgesel çalışmalarla karşılaştırma yaparak daha iyi ve amaca uygun değerlendireceğimizi düşünmekteyim. Bu bağlamda yaptığımız kaynak araştırmasında;

- İstanbul'da Seçilen İki Bölgedeki Halkın Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu (35),

- Düzce İli Hane Halkının Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Görüş ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi (54),
- Hastalanma ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Sıklıkları (55),
- Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi (56),
- Ümraniye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Verdiği Sağlık Hizmetinden Yararlanma ve Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi (57),
- Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması (58)

gibi 6 adet araştırmaya ulaşılmıştır.

Bunlardan biri 2006 yılında halk sağlığı yüksek lisans tezi amaçlı yapılmış olan; İstanbul’da iki farklı bölgeyi kapsayan çalışmadır. 2008 yılında halk sağlığı yüksek lisans tezi amaçlı yapılan araştırma; Düzce bölgesinde hane halkının sağlık kuruluşları hakkındaki görüş ve düşüncelerini incelemeye yönelik yapılmış bir çalışmadır. 2006’da halk sağlığı alanında uzmanlık tezi olarak yapılan çalışma; Sivas bölgesinde hastalanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma araştırmasıdır. Yine 2006 yılında Kayseri bölgesinde halk sağlığı doktora tezi olarak yapılan çalışma, sağlık hizmetlerini kullanmaya yönelik bir çalışmadır. 2003 yılında sağlık kurumları yöneticiliği yüksek lisans tezi olarak, İstanbul Ümraniye’de sosyal güvenlik kurumlarından yararlanma ve memnuniyeti araştıran bir çalışmadır. 2010’da sağlık kurumları işletmeciliği yüksek lisans tezi olarak, Ankara bölgesinde hasta memnuniyeti üzerine yapılmış çalışmadır.

2006 yılında Halk Sağlığı yüksek lisans tezi amaçlı olarak İstanbul’da iki farklı bölgede yapılan sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu ölçen çalışmada; yaş ortalaması % 37,7 olan grupta; eğitimsiz grup % 8,3 olup, sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük olan bölgedeki gelir getirici işte çalışma oranı % 37,5 bulunmuştur (35). Düzce’de yapılan çalışmada; yaş ortalaması % 35,5’i (30-40 yaş aralığında) olan araştırma grubunda, eğitimi olmayanlar % 6,5 ve çalışanların oranı % 47,7 bulunmuştur (54). Sivas, Kayseri ve Ankara’da yapılan çalışmalarda da yaş ortalaması sırasıyla; % 32,7, % 31,5 ve % 31,7 ile 15-64, 25-44 ve 36-45 yaş aralığında bulunmuştur (55, 56, 58).

Aynı çalışmalarda eğitimli olmayan grup; Sivas bölgesindeki çalışmada % 6,5, Kayseri’de % 9,2 ve Ankara bölgesindeki çalışmada % 4,9 olduğu tespit edilmiştir. Bir işte çalışmalarına göre araştırmaya katılanların; Sivas, Kayseri ve Ankara’da sırası ile; % 49,3, % 32,3 ve % 25,1 oranında olduğu tespit edilmiştir (55, 56, 58).

Her çalışma kendi bölgesel farklılıklarını ortaya koymuş olmasına rağmen; temel sağlık hizmetlerinden eşit yararlanma ve hakkaniyet ölçüsü içerisinde hizmete ulaşma kavramlarının, sosyal devlet anlayışı içerisinde ele alınması gerektiğinden yapılan bu çalışmaların karşılaştırılmasında bölgesel farklılıklar gerçeği net olsa da, yarar görmekteyim.

Çalışmamızda; % 40,8 oranında bir grubun halen bir hastalığı mevcut olup İstanbul’daki araştırmada ise; sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan bölgede % 22,4 sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgede ise % 35,1 hastalık tespit edilmiştir (35). Düzce ve Sivas illerinde yapılan çalışmalarda ise bu oran % 25,6 ve % 19,6 bulunmuştur (54, 55). Buna göre bizim çalışmamızın yapıldığı ilçe merkezindeki kişilerin mevcut hastalık oranları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ilk başvuru yeri % 91,7 ile ilçe entegre hastanesi olup özel hastane ilçe merkezinde bulunmayıp çevre ilçeler ve il merkezindeki hastanelere tercihleri çok düşük orandadır. İstanbul’da ki araştırmada ilk başvuru yeri ortalama % 84,9 iken sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan bölgede % 54,2 ile özel hastane ön plana çıkmakta, devlet hastanesine başvuru oranı bu bölgede % 30,6 bulunmuştur. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgede ise % 65,6 ile devlet hastanesi ön plana çıkmakta sadece % 5,8 oranında bir grup özel hastaneye gidebilmiştir. Kayseri il merkezinde yapılan çalışmada genellikle başvuru yeri öncelikli olarak % 49,9 ile devlet hastanesi, % 30,9 ile sağlık ocağıdır (56). Ümraniye’de yapılmış olan başka bir çalışmada yine öncelikle % 54,5 oranı ile devlet hastanesi tercih edilmiştir (57).

Çalışmamızda da görüldüğü gibi; % 74,1’i ulaşım kolaylığı açısından, % 14,5’i ve % 2,6’sı mecburiyetten ve ilk basamak olduğunu hissettikleri için ilçe devlet hastanesine gidebilmektedirler. Farklı illerde yapılan diğer çalışmalarda araştırmaya katılanların başvuru yerini tercih etme nedenlerinde ön plana çıkan; ulaşım kolaylığı, yakınlık, sosyal güvence varlığı, doktordan memnuniyet olduğu tespit edilmiştir (54,56,57).

Çalışmamızda ilk başvuru merkezlerinden memnuniyet % 66,2 oranındadır. İstanbul'daki çalışmada sosyo-ekonomik düzey düşük olan bölgede bu oran % 58 iken sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan bölgede ise % 78 olarak bulunmuştur (35). Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ise memnuniyet %64,7 bulunmuştur (58). Nitekim bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda da memnuniyet oranları benzerlik göstermektedir. Bu oranlara bakıldığında toplumun sağlık hizmetlerine bakışından kaynaklanan algılardan ziyade reel gerçeklerde kişisel yararlarının kişide yarattığı memnuniyetin boyutlarını göstermektedir. Diğer bir deyişle İstanbul'da tercih olanakları olmasına rağmen, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması ile çalışmamızda tercih sebebi bile bulunmayan ve kendisine sunulan mevcut koşullardaki hizmetten yararlanma da; yine kişisel yarar önemli olmaktadır. Bu sonuçlara göre sağlık hizmetlerinde güvene dayalı hizmet ilişkisi ön plana çıkmaktadır.

Bu düşüncemizi destekleyen bir bulguda tablo 7'de görüldüğü gibi sağlık kuruluşlarına başvurduklarında % 71,5'i kendisini ilk karşılayan kişinin kayıt memuru, % 23,7'sinin de hemşire olduğunu belirtirken, Ümraniye'de yapılan çalışmada % 33,9'u ilk karşılayanın kayıt memuru olduğunu belirtmiştir (57). Kendilerini karşılayan kişi olarak bizim çalışmamızda % 43,9'u hemşire, % 11,8'i hekim olmasını isteyerek yaklaşık yarısından fazlası karşılarında öncelikle profesyonel sağlık çalışanını görmek istemektedirler. Ümraniye'de ki çalışmada ise; ilk karşılayan olarak % 39,4'u kayıt memuru, % 28,0 doktor ve hemşireyi istemektedir (57).

Çalışmamıza katılanların yaklaşık yarısı (% 45,7) 15 dakikalık bekleme süresi sonrası muayene olabilirken, % 48,7'si muayene süresinin sadece 5 dakika sürdüğünü ifade etmiş, % 35,5'i bu süreyi 10 dakika, % 14'ü 20 dakika olarak belirtmişlerdir. Karşılaştırma yapabileceğimiz tek çalışma olan, Ümraniye bölgesinde yapılan araştırmada katılımcılar, bekleme süresini % 45,5'i 15 dakikadan az, % 33,9'u ise 60 dakikadan fazla olarak belirtmiştir. Muayene süresini ise; yine aynı çalışmada % 33,7 oranında 5 dakikadan az, % 34,4 10 dakika olarak belirtmişlerdir (57). Bizim çalışmamızda ve Ümraniye' de yapılan çalışmada muayene olmak için bekleme süreleri ile muayene olma süreleri arasında benzerlikler bulunmaktadır.

Hasta-hekim arası ilişkinin, güvene dayalı bir rıza ilişkisi olduğu bilinmekle birlikte hekimin buyurgan özelliği, hastanın ise edilgenliği beyan edilen muayene süreleri dikkate alındığında çok bariz görülmekte olup yöre insanının sağlık hizmetlerinden hakkaniyet içerisinde yararlanması bu şekilde tam olamamaktadır. Bu arada araştırma sırasında ilçe entegre hastanesinde görev yapan hekimlerden birisinin yöre insanlarından olması, toplumla sosyal ilişkisinin güçlü olması nedeniyle memnuniyeti artıran bir etken olarak tarafımızdan gözlenmiştir.

Gruplar arasında İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vermemekle birlikte başvurdukları sağlık kurumlarına göre hane içi konum durumları, medeni durumları, eğitim durumları, çalışma durumları ve aylık ortalama gelirleri açısından ilk başvuru yeri ilçe entegre hastanesi olup Tunceli ve Elazığ gibi yakın il ve ilçelerindeki kamu sağlık kuruluşlarına başvurularında değişkenler arasında farklılık bulunmamaktadır. Başvuru yerini tercih etme nedenleri özellikle uzman hekim seçmede kadınlar erkeklere göre daha seçici davranmaktadır. Aynı şekilde sosyal güvencede önemli bir faktördür. İstanbul'da yapılan araştırmada da sağlık hizmetleri kullanımını artırma nedeni olarak temel eğitimde daha yüksek olmak, orta ya da yüksek sosyo-ekonomik düzeyinde olmak, kronik hastalığa sahip olmak, kadın ve erkek olmak gibi nedenler bulunmuştur. Bu benzer sonuçlar dikkate alındığında sağlık hizmetlerinden yararlanmada kişisel yarar ve bu yararlanmaya etki eden maliyet önemli bir etken olarak bizim çalışmamızda da tespit edilmiştir.

Kişilerin memnuniyetlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarında cinsiyet, hane içi konum durumları, eğitim durumları, gelir getiren iş, işteki çalışma durumları, hane ortalama gelir düzeyleri ve sosyal güvenceleri açısından gruplar arasında bir fark bulunmamıştır. Ancak yüzdesel olarak bakıldığında evliler, hanede etkin olan kişiler, ücretli olarak bir yerde çalışanlar, ev hanımları, sosyal güvencesi olanlar daha yüksek bir memnuniyet içindedirler.

Ve memnuniyet nedenleri olarak kadınlarda ulaşım kolaylığı, erkeklerde güven ve tanıdık olma, evlilerde güven ve ilgi, eğitim seviyesi arttıkça, sosyal güvenceye sahip olma da güven ve ilgi ön planda görünmektedir.

Araştırmamızda son hastalık halinde başvuru durumlarında, başvuru yeri, bu yeri tercih etme nedenleri memnuniyet ve memnuniyet nedenleri açısından özel bir farklılık bulunmamakla birlikte değişkenler açısından da benzer sonuçlar olduğu görölmektedir.

Ve memnuniyet nedenleri olarak kadınlarda ulaşım kolaylığı, erkeklerde güven ve tanıdık olma, evlilerde güven ve ilgi, eğitim seviyesi arttıkça güven ve ilgi yine sosyal güvenceye sahip olmada güven ve ilgi ön planda görünmektedir.

Araştırmamızda son hastalık halinde başvurma durumlarında, başvuru yeri, bu yeri tercih etme nedenleri memnuniyet ve memnuniyet nedenleri açısından özel bir farklılık bulunmamakla birlikte değişkenler açısından da benzer sonuçlar olduğu görölmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve memnuniyetlerini ölçmek amacıyla Tunceli ili Ovacık ilçesinde yapılan çalışmada, hizmetten yararlanma ve memnuniyeti etkileyen faktörler olduğu tespit edilmiştir.

Grubun hastalık halinde ulaşım kolaylığı ve zorunluluk nedeniyle genellikle ilçe hastanesini tercih ettiği görülmüştür. Kadınlar erkeklere oranla uzman doktor tercihi ile erkeklere göre daha fazla Tunceli ve Elazığ sağlık kurumlarını seçmektedirler. Bunun nedeni kadınların, gebelik ve doğum gibi ilgili nedenlerle hizmetten yararlanmaları cinsiyete bağlı olarak erkeklere oranla daha yüksek olması, sağlık algılamaları ve hastalık semptomları ve belirtileri konusunda ki farklılık ve önleyici hizmet almaları olduğu düşünülmektedir. Sosyal güvence altında olanlar tercih yeri olarak ilçe hastanesini seçerken, Tunceli ve Elazığ sağlık kurumlarını daha az tercih etmektedirler. Başvurdukları sağlık kurumlarından memnun olanlar ağırlıklı olarak Tunceli ve Elazığ kamu sağlık kuruluşlarından memnun olduğunu belirtirken, ulaşım kolaylığı ve zorunluluk nedeniyle ilçe hastanesine başvuranların memnuniyet oranı daha düşüktür.

Memnun olmaları uzman hekime olan ihtiyaçtan kaynaklandığı düşünülmektedir. Sosyal güvencesi olanlar, olmayanlara göre ve uzman hekime ulaşmada avantajlı durumda olup sağlık hizmetini daha fazla kullanmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyen önemli faktörlerden sosyo-ekonomik değişkenler açısından bu çalışmada; gelir getiren bir işte çalışanlar, sosyal güvence altında olanların memnuniyetini etkilediği tespit edilmiştir. Demografik özellikler arasında çalışma durumları, sosyal güvence ve sosyal güvence türü açısından gruplar arasında memnuniyetlerinde fark bulunurken diğer demografik özellikler yönünden farklılık bulunmamıştır.

Araştırma grubundaki memnuniyetsizlik nedenleri incelendiğinde, kadınların ve ev hanımlarının, erkeklere göre tıbbi donanım yetersizliği ve personelin ilgisizliğini daha fazla neden olarak gösterdikleri, eğitim seviyesi yükseldikçe memnuniyetsizliğin arttığı

tespit edilmiştir. Hasta istek, beklenti ve ihtiyaçlarını etkileyen değişkenler içinde; hastaya ilişkin, hizmeti verene ilişkin ve kuruma ilişkin özellikler memnuniyeti etkileyen önemli özelliklerdir. Bu özellikler içinde hastaya ilişkin olarak, cinsiyet, yaş, eğitim gibi demografik özellikler yer alırken, hizmeti veren kişiye yönelik olarak sağlık personelinin tutum ve davranışları, kişilik özellikleri ve hasta ile iletişimin unsurları yer almaktadır. Hastanın yargıları, personelin nazik davranışları ve hasta ile kurdukları iletişim kalitesine bağlı olarak hasta memnuniyetini etkilemektedir. Kuruma ilişkin özelliklerde ise; kurumun ulaşılabilirliği, ortamı gibi fiziksel ve çevresel faktörler yer almaktadır.

Son hastalık halinde başvuru yerleri incelendiğinde, ulaşım kolaylığı nedeniyle tercih edilen ilçe hastanesine başvuru oranı düşerken, Tunceli kamu sağlığı kurumlarına başvuruda artış olduğu, bununda uzman hekime olan ihtiyaçtan kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle kadınların Elazığ Kamu Sağlığı kurumları ve Fırat Üniversitesi Hastanesi'ni tercih ettiği tespit edilmiş bununda hizmetin kullanımını etkileyen faktörlerden cinsiyete yönelik olarak kadınların gebelik ve doğum gibi ilgili nedenlerle ve sağlık algıları ile erkeklerden daha fazla sağlık hizmetinden yararlanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Son hastalık halinde başvuru yerlerini tercih nedenleri içinde, uzman hekim tercihinin ön planda olduğu tespit edilmiştir. Son hastalık halinde başvurdukları sağlık kurumlarından memnuniyetlerinde genellikle başvurdukları yere göre farklılık olduğu tespit edilmiştir. Son başvuru yerinde Elazığ Kamu Sağlığı kurumları ile ilçe hastanesinde memnuniyet oranının yükselmesine rağmen Tunceli Kamu Sağlığı kurumlarına memnuniyet azalmıştır.

Demografik özelliklerin tamamında tedavi sonucu iyileşme memnuniyet nedenleri başında gelmektedir. Ayrıca güven duyma ve ilginin, memnuniyeti etkileyen nedenler arasında önemli bir yer aldığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak hasta tatmini etkileyen en önemli faktörler olan, hasta-sağlık çalışanları ile ilişkisi ve uygulanan tedavi sonrası iyileşme sonucu güven duyma olabilir. Memnun olmama nedenleri içinde ise, genellikle başvuru yerine göre son başvuru yerine memnuniyetsizliğin nedeninin bekleme süresinin fazla olmasıdır. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler içinde yer alan kuruma ilişkin fiziksel ve çevresel özelliklerden kaynaklanabilir.

Son olarak araştırmada, son hastalık halinde genellikle başvurdukları kurum yerine farklı kurumu tercih edenlerin, ortalama aylık gelir durumu grubunda farklılık olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanlardan yalnızca 34 kişi farklı bir kurumu tercih etmiş, neden olarak da uzman hekim tercihini belirtmiştir. Hizmet kalitesi, kurumun tıbbi ve teknolojik donanımı gibi fiziksel koşulları bireylerin sağlık hizmetinden yararlanma ve memnuniyet durumunu etkilemektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda aşağıdaki öneriler madde halinde sıralanmıştır.

- İlçede birinci basamak olarak bulunan ilçe entegre hastanesi, sağlık hizmetinin etkinliği açasından ekipman ve sağlık insan gücü açasından daha da güçlendirilebilir. Birinci basamak hizmeti ile birlikte ikinci basamak hizmeti entegre olarak aynı birimde acil dışı olaylar için de verilmelidir.
- Sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyen etmenler ortadan kaldırılmalı. Sağlık kuruluşlarının ülke çapında eşit dağılımı sağlanmalı, sağlık hizmetlerine ulaşımdaki eşitsizlikler en aza indirilmelidir. Sağlık hizmetinden yararlanmada sağlık güvencesi varlığı hizmet kullanımını etkileyen önemli bir faktördür.

Bireylerin, maddi olanakları düşünmeden sağlık hizmetinden yararlanmalarını sağlayacak sistemler geliştirilmelidir.

- Sağlık personeline mesleki eğitim ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle empati ve iletişim becerileri kazandırılmalı.
- Kalabalık ve uzun süre beklemeler, bireylerin, aldıkları hizmete duydukları memnuniyeti etkilediğinden, iyileştirici sağlık hizmeti veren kurumlar hasta kabul sistemlerini uzun süre beklemeleri önleyecek şekilde düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR (REFERENCES):

- [1] Eren, N., Öztekin, Z.: (2006), Halk Sağlığının Gelişmesi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed.; Güler, Ç., Akın, L.: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 28-39.
- [2] Chopra, D.: (1995), Sağlığı Yaratma, (Çatak, M.) İnkılap Kitapevi, Ankara, 11-13.
- [3] WHO.: (1992), Report of the WHO Coammission on Health and Environment, Geneva, 2-7.
- [4] Tümerdem, Y.: (1992), Toplum Hekimliği, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 4-10.
- [5] Sepulveda, C.: (1994), Sağlıkla İlgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı-Esasları, Sağlık Yönetimi Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, Ankara, 11-12 Kasım, 55-56.
- [6] WEB_6, 2010, Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr>, 03/03/2010.
- [7] Eren, N., Öztekin, Z.: (2006), Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed.; Güler, Ç., Akın, L.: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 993-1017
- [8] Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M.: (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 35-50.
- [9] Tümerdem Y.: (1992), Halk sağlığı II (Toplum hekimliği), İÜ Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 351-362
- [10] Turan, N.: (2004), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm için Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ankara, 3-55.
- [11] Ünal, S.: (2008), Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Detay Yayıncılık, Ankara, 1-50.
- [12] Pala, Kayhan.: (1995), 2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu, Toplum ve Hekim 68, 64-74.
- [13] Hayran, O.: (1998), Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ed.; Hayran, O., Sur, H., Yüce Yayım, İstanbul, 15-32.
- [14] Eren, N., Öztekin, Z.: (2006), Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güler, Ed.; Ç., Akın, L.: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 993-1017.
- [15] Öztekin, Z.: (2004), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara, 55-65.
- [16] Uz, Hulki.: (1997), Sağlık hizmetleri sunanlara ödeme modelleri, Hastane Yöneticiliği, Ed.; Hayran, O., Sur, H., Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 65-73.
- [17] Çilingiroğlu, N.: (1997), Sağlık Ekonomisi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed.; Bertan, M., Güler, Ç., Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 391-419.
- [18] Tokat, M.: (1994), Sağlık Ekonomisi. Anadolu Ün., Açık Öğretim Fak. İş İdaresi, AÜ Yayınları, No:793, Eskişehir, 259-266.
- [19] Savaş, S.: (2001), Türkiye Sağlık Sistemi 'Kısa Bir Bakış', Yeni Türkiye Sağlık-1, Ankara, 87-128.

- [20] WEB_20, 2010, TÜİK Ekonomik Göstergeler 1923-2008, <http://www.dpt.gov.tr/DPT.portal>, 03/09/2010.
- [21] WEB_21, (2010), TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8393>, 03/09/2010.
- [22] Maral, I. (1995), Yeşil Kart, Toplum ve Hekim, 10, 125-128.
- [23] WEB_23, (2010), Yeşil Kart Bilgi Sistemleri, İllere göre dağılım, http://ykart.saglik.gov.tr:8888/ykbs/ykbs_ilaktif.jsp 06/09/2010.
- [24] WEB_24, (2010), Tunceli Valiliği, İlimiz Rehberi, <http://www.tunceli.gov.tr/page.asp?id=41>, 18/03/2010.
- [25] Tunceli il Sağlık Müdürlüğü verileri
- [26] Eren, H.: (1988), Türkçe Sözlük 2 K-Z, Türk Dil Kurumu, Türk Tarihi Basım Evi, Ankara, 749-952.
- [27] Kaya, S.: (1995), Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği, Toplum ve Hekim, 10, 101-106.
- [28] Ünal, S.: (2008), Hizmet Pazarlaması, Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Ed.; Ünal, S., Detay Yayıncılık, Ankara, 3-49.
- [29] Akyıldız, N.: (2001), Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Sağlık-1, Ankara, 183-187.
- [30] Erdem, R., Pirinççi, E.: (2003), Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, O.M.Ü Tıp Dergisi, Samsun, 20, 39-46.
- [31] Belek, İ.: (1998), Sağlıkta Eşitsizlik, Toplum ve Hekim, 13, 96-104.
- [32] Şenol, V.: (2006), Kayseri Merkezi’nde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlıkla İlişkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri Türkiye, 16-24.
- [33] Belek, İ.: (1999), Sınıflar; Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmeti Kullanımları ve Yararlandıkları Sağlık Kurumları Antalya’da İki Bölge, Yedi Sınıf, Toplum ve Hekim, 14, 55-77
- [34] İnandı, T.: (1999), Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler, Toplum ve Hekim, 14, 357-361.
- [35] Karaca, N.: (2006), İstanbul da Seçilen İki Bölgedeki Halkın Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Türkiye, 14-22 .
- [36] Mills, C.: (1998), Eguity and Health: Key Issues and WHO’s Role, (Belek, İ.), Toplum ve Hekim, 14, 145-149.
- [37] Aydoğdu, N, G.: (2007), Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniv., Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Türkiye, 8-10.
- [38] Şemi, S.: (1996), Toplum Sağlığı ve İnsan Hakları, Toplum ve Hekim, 11,12-16.
- [39] Çilingiroğlu, N.: (2006), Sağlık Bakım Hizmetlerinde Finansman, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed.; Güler, Ç., Akın, L.: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1083-1093.
- [40] Uz, H.: (1998), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ed.; Hayran, O., Sur, H., Yüce Yayım, İstanbul, 91-112.
- [41] Söylemez, D., Durna, M.: (2001), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ülkemizdeki Durum, Yeni Türkiye Sağlık-1, Ankara, 1657-1666.

- [42] Ünal, S.: (2008), Hizmet Pazarlaması, Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Detay Yayıncılık, Ankara, 3-32.
- [43] Ercan, İ., Ediz, B., Kan, İ.: (2004), Hastaların Sosyo-ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyetlerinin İncelenmesi, İnönü Ün. Tıp Fak. Dergisi, Malatya, 11,61-167.
- [44] Atlı, H., Sur, H., Şahin, K., Söylemez, D., Hayran O.: (2000), Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Beklenti ve İhtiyaçları Yönünden Özel Bir Hastane ile Bir Üniversite Hastanesinin Karşılaştırılması, 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetim Sempozyumu. 28-29 Eylül, Ankara, 44-55.
- [45] Özgen, H.: (1995), Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme, Toplum ve Hekim, 10, 47-53.
- [46] Özden, Ö., Ölmez, F.: (1994), Sağlık Yönetimi Anlayışında Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, 11-12 Kasım, Ankara, 17-19.
- [47] Şahin, F.: (2000), Toplam Kalite Yönetimi ve Sosyal Hizmetin Temellerinin Karşılaştırılması, Sağlık ve Toplum, 10, 8-15.
- [48] Hayran, O., Uz, H.: (1998), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ed.; Hayran, O., Sur, H., Yüce Yayım, İstanbul, 147-174.
- [49] İkizler, H.C., Tunç, M., Ateş, M.: (2009), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmininin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, 7.Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, 21-24 Mayıs, Girne-KKTC, 303-306.
- [50] WEB_50, (2010), Türkiye İstatistik Yıllığı 2009, <http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf>, 24/11/2010.
- [51] WEB_51, (2010), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA_2008_Sonuclar_Adana.pdf, 24/11/2010.
- [52] Kurtulmuş, S., (1998), Sağlık Politikaları, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 93-123.
- [53] Keyder, Ç., Üstündağ, N., (2007), Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu, Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, İletişim Yayınları, İstanbul, 125-140.
- [54] Tanrıkulu, N., (2008), Düzce İli Hane Halkının Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Görüş ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, Türkiye, 48-53.
- [55] Arslan, S., (2006), Hastalanma ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Sıklıkları, Uzmanlık Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye, 37-54.
- [56] Şenol, V., (2006), Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi, Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye, 92-124.
- [57] Şahin, M., (2003), Ümraniye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Verdiği Sağlık Hizmetinden Yararlanma ve Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 51-57.
- [58] Öksüz, A.S., (2010) Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 130-143.

EKLER (APPENDIES)

EK-A İzin Belgesi

T.C.
TUNCELİ VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

06.04. 1 0 2828

Sayı : B.10.4.ISM.4.62.12
Konu : Saha Çalışması



OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi Şükran YILMAZ'ın İlimiz Ovacık ilçesinde yaşayan kişilerin Sağlık hizmetlerinden yararlanma ve memnuniyet düzeyinin ölçülmesi konulu saha çalışmasını yapmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize rica ederim

İlhami BİNGÖL
Vali a.
Sağlık Müdür Y. .

EK-B Anket Formu

TUNCELİ İLİ OVACIK İLÇESİNDE YAŞAYAN KİŞİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA VE MEMNUNİYET DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

“Tunceli ili Ovacık ilçesinde yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve memnuniyet düzeyinin ölçülmesi” başlıklı saha araştırması yüksek lisans tezi için yapılmakta olup kişilerin genellikle başvurdukları sağlık kuruluşları ve bu kuruluşları seçme nedenlerini ve memnuniyet durumlarını saptamak, bunların sosyo ekonomik ve demografik faktörlerle ilişkisini tespit etmek ve sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırmak için yapılacak çalışmalara katkı sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Elde edilen bilgiler hiçbir şekilde araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır.

Şükran YILMAZ

Yapılacak bu araştırma hakkında tarafıma bilgi verildi. Anket sorularını yanıtlamayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı :.....

İmza :.....



Anket Sıra No:

Görüşme Tarihi : / /2010

Görüşülen kişinin hane içindeki konumu:

Yaş: /yıl olarak yazılacak)

Cins

1. Erkek 2. Kadın

Medeni durum

1. Bekar 2. Evli 3. Dul - Boşanmış

Öğrenim durumu

1. Okur-yazar değil 2. Okur- yazar
3. İlkokul mezunu 4. Orta okul mezunu
5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu
7. Lisans üstü eğitim

Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

Evet ise bu işteki durumuz nedir (Kendi işinizde mi, işveren olarak mı, ücretli mi, aile işletmesinde mi, yoksa düzensiz mi çalışıyorsunuz) ?

1. Kendi hesabına / işveren

0-5 çalışanlı tüccar

6-20 çalışanlı tüccar

21+ çalışanlı tüccar

1-9 çalışanlı şirket / imalathane sahibi

10-25 çalışanlı şirket/imalathane sahibi

26+ çalışanlı şirket imalathane sahibi

Diğer (Belirtiniz).....

2. Ücretli / maaşlı

Üst düzey yönetici

10' dan az çalışanlı orta düzey yönetici

11+ çalışanlı orta düzey yönetici

Nitelikli uzman/mühendis/teknik

Memur / ofis çalışanı

İşçi / hizmetli

Diğer (Belirtiniz).....

3. Aile işletmesinde ücretsiz

4. Düzensiz

Hayır ise Çalışmama nedeniniz nedir?

1. Ev kadını 2. Öğrenci 3. Emekli

4. İşsiz / iş arıyor 5. İrat sahibi 6. Diğer

Hane ortalama aylık geliri ne kadardır?

1. 500 TL altı 2. 501-700 TL arası

3. 701- 900 TL arası 4. 901- 1500 TL arası

5. 1500 TL üzeri

Sağlık harcamalarınızı kısmen veya tamamen karşılayan herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?

1. Evet

2. Hayır

Evet ise Hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız?

1. SGK (Devreden Emekli Sandığı)
2. SGK (Devreden SSK)
3. SGK (Devreden Bağ-Kur)
4. Yeşil Kart
5. Özel Sigorta
6. Diğer (Belirtiniz)

Hayır ise Sağlık harcamalarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

1. Kendi olanakları ile
2. Diğer (Belirtiniz)

Herhangi bir hastalığınız veya sakatlığınız var mı?

1. Evet
2. Hayır

Evet ise; Bu hastalık / sakatlık nedeniyle tedavi görüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Hastalandığınız zaman genellikle kime / nereye başvuruyorsunuz?

.....

Neden burayı / bu yolu tercih ediyorsunuz?

.....

Genellikle başvurduğunuz sağlık kuruluşundan memnun musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Fikri yok

Evet ise; Memnun kalma nedeniniz nedir?

.....

Hayır ise Memnun kalmama nedeniniz nedir?

.....

En son ne zaman kendinizi rahatsız hissettiniz / hastalandınız?

1. Son bir ay içinde
2. Son bir aydan önce
3. Hatırlamıyor

En son rahatsızlandığınızda / hastalandığınızda sorunuz neydi?

En son rahatsızlandığınızda / hastalandığınızda kime / nereye başvurduunuz?

.....

Neden burayı / bu yolu tercih ettiniz?

.....

En son başvurduğunuz sağlık kuruluşundan memnun kaldınız mı?

1. Evet
2. Hayır
3. Fikri yok

Evet ise; Memnun kalma nedeniniz nedir?

.....
.....

Hayır ise; Başvurduğunuz bu sağlık kuruluşunda sizi üzen şey neydi?

.....
.....
.....

Gittiğiniz bu kuruluşta sağlık personeli olarak sizi ilk kim karşıladı?

.....
.....

Gittiğiniz bu kuruluşta sizi kimin karşılamasını isterdiniz?

.....
.....

Bekleme salonunda oturma imkanı bulabildiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

Bekleme salonunda ne kadar beklediniz?

1. 15 dakikadan az 2. 15 dakika
3. 45 dakika 4. 60 dakika
5. 60 dakikadan fazla

Muayene odasında takriben kaç dakika kaldınız?

1. 5 dakikadan az 2. 5 dakika
3. 10 dakika 4. 20 dakika
5. 30 dakika 6. 30 dk. fazla

En son hastalandığınızda genellikle gittiğiniz yere gitmediniz ise neden genellikle başvurduğunuz yola başvurmadınız?

.....
.....

Seçme imkanınız olsa yine aynı kuruluşu tercih eder misiniz?

1. Evet tercih ederim 2. Hayır tercih etmem

Bir yakınınıza gittiğiniz kuruluşu tavsiye eder misiniz?

1. Evet tavsiye ederim 2. Hayır tavsiye etmem

Gittiğiniz kuruluşta olumsuz bir durumda karşılaştığınızda Hangi kuruluşları tercih ederdiniz?

.....

Yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederim.
Şükran YILMAZ

EK-C Araştırma Bölgesinin Sağlık Göstergeleri

Sağlık Göstergeleri	OVACIK	TUNCELİ MERKEZ
Doğurganlık hızı (binde)	34,46	44,91
Bebek ölüm hızı (binde)	20,41	14,01
Aşılama oranı (yüzde)	117	100
Hastane yatak sayısı	25	150
Yatak başına düşen kişi sayısı	210	196
Pratisyen Dr. sayısı	4	20
Pratisyen Dr.'a düşen nüfus	1314	1472
Uzman Dr. Sayısı	1	37
Uzman Dr'a düşen nüfus	5257	795
Ebe/hemşire sayısı	13	202
Ebe/hemşireye düşen nüfus	404	146
Nüfus	5 257	29 433
Nüfus artış hızı (binde)	6,28	11,25
Kurumlar	Entegre İlçe Hastanesi	Devlet Hastanesi Tolum Sağlığı Merkezi AÇS-AP Ağız ve Diş Sağlığı Verem Savaş Dispanseri

EK-D Araştırma Bölgesinden Genel Görünüm



Fotoğraf: Şükran Yılmaz - Tunceli merkez



Fotoğraf: Şükran Yılmaz - Ovacık merkez



Fotoğraf: Şükran Yılmaz – Anket çalışmasından

ÖZGEÇMİŞ (CURRRRIULUM VIATE)

1970 Tunceli Ovacık doğumluyum. İlk, orta ve lise eğitimimi İstanbul'da tamamladım. Kamu ve özel sağlık sektöründe ebe olarak görev yaparken lisans eğitimimi Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi bölümünde tamamladıktan sonra Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Sağlık Yönetimi yüksek lisans programına başladım. Amatör olarak dağcılık ve doğa fotoğrafçılığı ile uğraşmaktayım. Ulusal ve yerel basına gezi ve gözlem yazıları yazmaktayım.