



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA’NIN FARKLI GELİŞMİŞLİK DÜZEYİNE
SAHİP ÜÇ İLÇESİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN
SAĞLIK HİZMETİ TERCİHLERİ VE BUNLARA ETKİ
EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Nazlı AKSOY

UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2018



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA'NIN FARKLI GELİŞMİŞLİK DÜZEYİNE
SAHİP ÜÇ İLÇESİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN
SAĞLIK HİZMETİ TERCİHLERİ VE BUNLARA ETKİ
EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Nazlı AKSOY

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

ANKARA, 2018

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI



ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgisini, deneyimini ve zamanını benimle paylaşan, başta tez danışmanım Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş olmak üzere; Prof. Dr. Mehmet Uğurlu'ya, Prof. Dr. Yusuf Üstü'ye, Doç. Dr. Ahmet Keskin'e, Dr.Öğr. Üyesi Basri Furkan Dağcıoğlu ve Uzm. Dr. İrep Karataş Eray'a,

Dostlukları ve yardımları için Dr. Pınar Özdemir, Dr. Hatice Şeyma Erçin, Dr. Tuğba Uğur, Dr. Begül Kaya, Dr. Merve Beşer, Dr. Başak Özsayın Kılıç, Dr. Gökhan Gündüz, Dr. Harun Bağcı, Dr. Başar Başaran, Dr. Özge Gel, Dr. Betül Aydın, Dr. Tuğba Taşkesen, Dr. Pınar Çelik, Dr. Ebru Çetin ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nazlı Aksoy

Ankara 2018

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık.....	4
2.2. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi.....	6
2.3. Sağlık Hizmetleri.....	7
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
2.3.2. Tedavi Hizmetleri.....	8
2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	9
2.3.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	9
2.4. Sağlık Sistemleri.....	10
2.5. Dünyadaki Sağlık Sistemleri.....	11
2.6. Türkiye’ deki Sağlık Sistemi.....	13
2.6.1. Türkiye’ de Sağlık Reformları.....	13
2.6.2. Türkiye Sağlık Sisteminde Mevcut Durum.....	14
2.7. Hasta Memnuniyeti.....	15
2.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli.....	18
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	18
3.3. Verilerin Toplanması.....	20

3.3.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	20
3.3.2. Veri Toplama Süreci	21
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.5. Etik Onam ve İzin	23
4. BULGULAR	24
4.1. Bireylerin Sağlık Durumları İlgili Bulgular ve İstatistiksel Karşılaştırmalar ..	26
4.2. Sağlık Hizmetleri Tercihleri İle İlgili Bulgu ve İstatistiksel Karşılaştırmalar .	30
4.3. Hekim ve Hekim Dışı Personelle İlgili Görüş ve İstatistikler	41
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ	59
7. KAYNAKLAR	61
EKLER	66
ÖZGEÇMİŞ	76

ÖZET

GİRİŞ: Sağlık, insanlığın “sağlıklı olma” arayışı ile birlikte tanımlanmaya ve geliştirilmeye çalışılan bir olgu olmuş ve hizmet sunulan bir alana dönüşmüştür. Sağlık alanında dünyadaki algı ve dönüşümlerle, hasta odaklı hizmet anlayışı, dolayısıyla da hastaların tercihleri ve memnuniyeti önem kazanmıştır. Bu araştırmada bireylerin sağlık hizmetleri tercihleri ve bunlara etkili eden faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Bu kesitsel araştırma 01.04.2018-01.06.2018 tarihleri arasında, Ankara'nın farklı gelişmişlik seviyesine sahip üç ilçesinde, her ilçeden 3'er aile hekimliği birimi olmak üzere toplam 9 aile hekimliği biriminde yürütülmüştür. Belirtilen tarihler arasında, söz konusu aile hekimlerine başvuranlardan rasgele seçilenler ve gönüllü olanlar çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara literatürden faydalanarak oluşturulan 32 soruluk anket formu uygulandı. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplamda 532 kişi katıldı. Çalışmada yer alan bireylerin yaş ortalaması $40,31 \pm 15,13$ yıl, minimum yaş 18, maksimum yaş 88 olarak saptandı. Katılımcıların %41,7'si (n=222) çok yüksek insani gelişmişlik endeksine sahip ilçede (Çankaya), %35,3'ü (n=188) orta insani gelişmişlik endeksine sahip olan ilçede (Mamak), %23'ü (n=122) ise yüksek insani gelişmişlik endeksine sahip ilçede (Polatlı) ikamet etmekteydi. Kişilerin %50,9 'u (n=271) kadın, % 49,1'i (n=261) erkekti. Katılımcıların %35,5'inin kronik bir hastalığı mevcuttu, %38,5'i sürekli kullandığı en az bir ilaç vardı. Sağlık problemi durumunda bireylerin %52,4'si ASM'leri, %23,3'ü devlet hastanelerini, %9,3'ü eğitim ve araştırma hastanelerini, %4,9'ü üniversite hastanelerini, %8,5 özel hastaneleri, %0,8 özel muayenehaneleri, %0,6'sı eczaneleri tercih ediyordu. Çalışmamızda sağlık hizmetleri tercih nedenlerine bakıldığında, ilk sıraları “sosyal güvence”, “ulaşım kolaylığı”, “güvenilirlik”, “aynı doktora muayene olmak” aldı.

SONUÇ: Bu araştırmada katılımcıların sağlık hizmeti tercihlerinin birinci basamak ağırlıklı olduğu görülmekle beraber genel olarak sağlık sistemi içinde birinci basamağın öncelikli olarak tercih edilme oranının beklenen ve istenen

değerden düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ilk tercih edilecek kurumun yaş, cinsiyetten ve eğitim durumundan etkilenmediği, gelir seviyesi arttıkça özel sağlık hizmetlerinden yararlanmanın arttığı görüldü. Bu konuda daha kapsamlı ve nedenlerin irdelenmesine yönelik kalitatif çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Sağlık hizmetleri tercihleri, İnsani Gelişme Endeksi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri



ABSTRACT

INTRODUCTION: Health, with the search of being healthy, has become a phenomenon which has been tried to be defined and developed, in this way has become an service field. Around the world, changes in health service perceptions and quality transformations, patient-oriented health services and patient satisfaction have become important. In this thesis health servive preferences and the factors that effects these choises have been examined.

METHODS: This cross-sectional survey was performed between 01.04.2018-01.06.2018 in three county of Ankara which had different development levels. In each county, survey was performed in three family health center and for each center, three family medicine units enrolled the study. Between the stated dates and in the defined centers, randomly choosen volunteers was included to the study and the questionnaire which included 32 questions prepared after literature investigation was applied to them. For the statistical analysis and calculations IBM SPSS Statistics 21.0 program was used.

RESULTS: 532 People attended to the study. Avarage age of the people that joined the survey was 40.31 ± 15.13 years, minimum age was 18, maximum age was 88. %41.7 Of volunteers (n=222) were living in Çankaya which had very high human development index, %35.5 of them (n=188) were living in Mamak which had middle human development index and %23 of volunteers (n=122) were living in Polatlı which had high human development index. %50.9 Of volunteers (n=271) were women,%49.1 of them (n=261) were men. %35.5 Of volunteers had at least one chronic disease and %35.8 of them were using at least one drug. In a health problem situation, %52.4 of volunteers prefered to consult primary care services,%23.3 prefered public hospitals, %9.3 prefered training and research hospitals, %4.9 prefered university hospitals,%9.3 prefered private health services and %0.6 of volunteers prefered to consult pharmacy. Social health assurance, easy access, reliability and to be examined by the same doctor were the first choises for the health service preference reasons.

CONCLUSION: Although, in this study volunteers choosed primary care services dominantly, in general view, expected and wanted preference ratios of primary health services was not reached for low costing and effective health system. Firstly chosen health services preferences did not influenced by age, gender and education of the volunteers, as the income rate increased, usage of private health service ratio increased according to our study results. About this issue, more extensive studies must be performed to scrutinise preference reasons.

KEYWORDS: Health Service Preferences, Human Development Index, Primary Care Services



KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
NHS	: National Health Service
GP	: General Practitioner
DB	: Dünya Bankası
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
İGE-İ	: İnsani Gelişme Endeksi-İlçeler

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** Sağlık Bakanlığı Teşkilatlanma Şeması 15
- Şekil 2.** İGE-İ Değişken Tablosu 20
- Şekil 3.** Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumu hangisidir? sorusuna verilen cevap yüzde dağılımı 30



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	İGE-İ 2018 Araştırmasına Göre Ankara İlçeleri Gelişmişlik Seviyeleri Grupları	19
Tablo 2.	Yaş grubu dağılımı	24
Tablo 3.	Demografik bilgilere ait sayı ve yüzde dağılımı	24
Tablo 4.	Yerleşim yeri bazında belirtilen değişkenlerin karşılaştırılması	26
Tablo 5.	Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı	27
Tablo 6.	Hastalıklar bazında yaş karşılaştırılması	28
Tablo 7.	Bireylerin İlaç kullanma durumlarının dağılımı	29
Tablo 8.	İlaç kullanımı bazında yaş karşılaştırılması	29
Tablo 9.	İlk tercih edilen sağlık kurumlarına ait sayı ve yüzde dağılımı(n=532) .	30
Tablo 10.	Kronik hastalık bazında sağlık tesisi ile ilgili soruların karşılaştırılması	31
Tablo 11.	Gelir durumu bazında sağlık kurumu tercih dağılımı	32
Tablo 12.	Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebeplerine ait sayı ve yüzde dağılımı	32
Tablo 13.	Gelir durumu bazında sağlık kurumunu tercih nedenleri karşılaştırılması	33
Tablo 14.	Eğitim durumu bazında sağlık tesisi ile ilgili soruların karşılaştırılması	35
Tablo 15.	Sağlık hizmeti kurumları bazında sağlık hizmeti tercih nedenleri karşılaştırması	36
Tablo 16.	Başvurulan en son sağlık kuruluşu ile ilgili sorulara verilen yanıtların dağılımı	37
Tablo 17.	Eğitim durumu bazında bir önceki başvuru nedenlerinin karşılaştırması	38
Tablo 18.	Sağlık hizmetine başvurmama durumu ve nedenlerinin dağılımı	39
Tablo 19.	Gelir durumu ile sağlık hizmetine başvurmama nedenlerinin karşılaştırması	39
Tablo 20.	Başvurulmayan sağlık kurumlarına ait sayı ve yüzde dağılımı	40
Tablo 21.	Hastalık durumunda başvurulmayan kurumlara ve sebeplerine ait sayı ve yüzde dağılımı	41

Tablo 22. Hekim ile şikayet paylaşma ve paylaşamama nedenlerine ait sayı ve yüzde dağılımı	42
Tablo 23. Sağlık kurumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması	43
Tablo 24. Sağlık kurumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması	44
Tablo 25. “Sağlık Hizmetlerini tanımlama” sorusuna ait sayı ve yüzde dağılımı...	45
Tablo 26. Eğitim durumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması	46
Tablo 27. Dünya Sağlık Örgütünün ilgili tanımına verilen cevaplara ait sayı ve yüzde dağılımı	47
Tablo 28. Eğitim durumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması	48
Tablo 29. Sağlık hizmeti sunumunda en önemli 3 unsura ait sayı ve yüzde dağılımı.....	49

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık, doğum- yaşam- ölüm döngüsü içinde, insanlığın var oluşundan beri önemli bir yere sahip olmuş; kişileri, sağlıklı olma, hastalıklara şifa bulma yönünde arayışa yönlendiren itici bir güç teşkil etmiştir. Tıp bilimi son birkaç yüzyılda aldığı yolu tarihinde almadığı kadar hızlı kat etmiş olsa da sağlık arayışı, hastalıklara çözüm bulma isteği artan bir ivmeyle devam etmektedir. Modern dünyada sağlık bir hizmet sektörü olarak görülmekte, kendi profesyonel kurumlarını oluşturmakta, profesyonel yönetici ve çalışanlarını yetiştirmektedir.

Sosyal güvenlik kavramı insanlık tarihiyle kıyaslandığında güncel sayılabilecek bir konu iken geçmişi aslında milattan öncelere dayanmaktadır. Sağlıklı yaşamın bir insan hakkı olarak tanımlandığı günümüzde devletler de bu hak ve ihtiyacı karşılamak için politikalar geliştirmekte, bütçe ayırmakta, bireylerin sağlık ödemelerini kolaylaştıran sosyal sistemler oluşturmaya çalışmaktadır. Oluşturulan bu sistemler tıp biliminin ilerlemesi, izlenen politikalar, maddi kaynakların artması ya da azalmasıyla orantılı olarak sürekli değişiklikler sergilemektedir.

Dünyadaki demokratik sistemler, güvenliği, gücü, istikrarı ve mutluluğu temsil eden sağlıklı birey ve sağlıklı toplumu hedeflemektedirler. En büyük hazine olan sağlığın elde edilmesi, korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla bu alanda mal ve hizmet üreten genel yapıya sağlık sektörü denmektedir. Sağlık hizmetlerinin ana girdileri insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde ve ekipman iken çıktıları ise yaşam süresinde uzama, hastalıkların tedavisi ve sağlık alanındaki konularda gelişmelerdir [1].

Ülkemizde sağlık hizmetleri, izlenen politikaların da etkisiyle Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmuştur. Günümüzde sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlarda sürdürülmekte, sağlık hizmetleri tercihleri de kişilerin sosyoekonomik, kültürel durum ve alışkanlıklarına göre değişim göstermektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016 araştırmasına göre toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYİH) oranı% 4,6'dır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi ise, bu oranın % 5-7 civarında tutulmasıdır. Sağlığa yapılan her yatırım aynı zamanda toplumun daha sağlıklı olması, sağlıklı iş gücü, sağlıklı yaşlanma ve ekonomik büyüme anlamına gelmektedir.

Bireylerin hastalık veya sağlıkla ilgili durumlarda sağlık hizmetleri tercihlerini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerini kullananların ekonomik koşulları, eğitimi, sosyal güvence durumları, sağlık kuruluşunun yaşam yerine uzaklığı, hizmetin tanınmışlığı, daha önceki deneyimler bunlardan birkaçıdır [2].

Sağlık hizmetlerinin taleplerini, hizmetin sunum yoğunluğunu, kalitesini ve dağılımını belirleyen iki temel gösterge bulunmaktadır. Bunlar, sağlık hizmetini sunan, kalitesini ve şeklini belirleyen sağlık personeli ile bu hizmetleri üreten sağlık merkezleridir. Sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan odaklı görüşlerden uzaklaşılması ve hasta memnuniyeti odaklı bir anlayışın önem kazanması sağlık kurumlarının yeni hizmet sunum stratejileri geliştirmeye itmektedir. Sağlık kurumlarının başarısının, toplumun ve hizmet alanların beklentileriyle ne kadar buluştukları ve bu beklentileri ne oranda karşıladıkları ile ilgili olduğu kabul edilmektedir [3].

Sağlıkta birey ve toplum katılımı, hedeflenecek ve organize edilecek yeni projeleri gerçekleştirmek için kullanılan bir araç olarak kabul edilmelidir. Toplum katılımı, toplumun gereksinimlerinin daha kapsamlı şekilde karşılanmasını, para, insan gücü, malzeme gibi kaynakların daha etkin ve gerçek ihtiyaçlara yönelik kullanımını, hizmet sunum giderlerinin azaltılmasını ve insanların farkındalığının artmasını sağlayabilir [4].

Bu bağlamda, bu tez çalışmasında kişilerin sağlık hizmetleri tercihlerini etkileyen faktörleri, hizmeti aldıkları sağlık personeli ile olan iletişimleri, sağlık hizmetinin tanımı ile ilgili bilgi seviyeleri değerlendirilmiş sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili bireylerin sunabilecekleri katkılar araştırılmıştır.

Bu araştırmanın amacı, farklı gelişmişlik seviyesine sahip üç farklı yerleşim yerinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri tercihlerini etkileyen faktörlerin araştırılması ve bireylerin seçimlerini etkileyen unsurların ortaya konulmasıdır. Bu araştırmanın sonuçlarının, toplumun sağlık hizmeti ile ilgili algılaması konusunda bilgiler sağlaması, merkezi ve bölgesel olarak sağlık hizmet politikalarının yeniden değerlendirilmesine ışık tutacak bilgi birikimini sunması açısından değerli olduğunu düşünmekteyiz.



2. GENEL BİLGİLER

Sağlığın tanımlanması, kavramın genişliği ve karmaşıklığı nedeniyle oldukça zor olan konulardandır. Literatürde sağlık kavramının tanımlanmasıyla ilgili olarak farklı yazarlar tarafından ortaya atılmış birçok tanım bulunmaktadır. Bu kavramların tanımlanması, tartışıldığı ortamın sosyokültürel gelişmişliği, tarihi dönem ve bilgi birikimi ile orantılı olarak değişiklikler göstermektedir [5].

2.1. Sağlık

Aggleton'a göre sağlığın tanımlanabilmesi için birçok yöntem bulunmaktadır. Bu tanımlar resmi olan ve olmayan tanımlamalar olmak üzere ikiye ayrılır. Resmi tanımlar sağlık profesyonellerinin yaptığı tanımlamalardır. Resmi olmayan tanımlar ise halkın sağlık ile ilgili tanımlamalarıdır. Resmi tanımlar da kendi içinde pozitif ve negatif tanımlar olarak ikiye ayrılır. Robinson ve Elkan'ın görüşü sağlığın tanımı yapılırken pozitif yönde tanımlardan ziyade hastalığın bulunmaması gibi negatif tanımların kullanılmasının uygunluğu yönündedir [6]. Sağlığın pozitif yönde tanımlanmasına gelindiğinde verilebilecek bir örnek Bowling'in yapmış olduğu "stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla entegrasyon, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ve fiziksel uyum" tanımlamasıdır [7]. Buna paralel olarak pozitif tanımlamaya verilebilecek en iyi örnek Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sağlık tanımıdır.

1948 DSÖ Tüzüğü'nde sağlığın tanımı şu şekilde yapılmaktadır: "Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak da refah durumudur". Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında bakıldığında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynaktır. Sağlık, günlük yaşam için bir potansiyeldir, hayatın amacı değildir. Sosyal ve kişisel olanakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır [8].

Sağlık olgusu Ottawa Sözleşmesinde temel insan haklarından biri olarak ele alınmış, huzur, yeterli ekonomik birikim, gıda ve barınma, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımı gibi kavramları da içeren bazı ön şartları olduğu vurgulanmıştır. Bu ön şartların kabulü ile, sosyal, ekonomik, fiziki koşullar, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz ilişkiler öne çıkarmakta ve bu ilişkiler, sağlık teşviki ve geliştirilmesi tanımının merkezindeki bütüncül sağlık anlayışının temellerini oluşturmaktadır [9].

Sağlık kavramının açıklanmasına yönelik çeşitli modeller bulunmaktadır:

1. Tıbbi Model
2. Holistik Model
3. İyilik Modeli
4. Çevre Modeli

Tıbbi modelde yapılan sağlık tanımı, özellikle sağlık sektörü profesyonelleri arasında yaygın kabul gören tanımlardan biridir. Bu model, sağlığın tanımını sadece hastalığın yokluğu şeklinde tanımlamıştır. Tıbbi model tanımlaması sağlığın bazı istatistiksel göstergelerini ve kavramlarını kullanmakta, sağlığın tanımını yaparken de ölüm ve hastalık gibi kavramlara yer vermektedir. Bebek ölüm hızı ve kaba ölüm hızı gibi istatistiksel değerler, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerin uluslararası platformda sağlık statüsünün değerlendirilmesinde kullanılmaktadır [7].

Holistik model sağlığı, bir insanın sosyal ve ruhsal yönlerini de kapsayacak şekilde sağlıklı olması hali olarak tanımlamaktadır. Bu modele verilebilecek en iyi örnek DSÖ'nün sağlık tanımıdır.

İyilik modelinde sağlık, hissetme durumuna göre değerlendirilen tanımlamalardır. Bu tanımlamada sağlık kavramı, profesyonel olmayan kişilerin sezgilerine göre fiziksel iyilik hali, rahatlık, enerji ve faaliyetleri yerine getirebilme yeteneği olarak açıklanır [7]. İyilik modelinin temel amacı iyilik halini oluşturan koşulları artırmak ve devamını sağlamaktır. Bu model özellikle dört kavram üzerinde odaklanmaktadır ki bunlar; fiziksel aktivite, bilinçli beslenme, stres yönetimi, kendine karşı sorumluluktur [10].

Çevre modeline göre yapılan bir tanımda sağlık, canlı varlığın, çevresine uyum sağlayabilmek için gösterdiği, süreklilik gösteren uyum ve adaptasyonlar olarak tanımlanmaktadır. Bunun tersi olarak hastalık ise, hatalı bir durum ve uyumsuzluk olarak nitelenmektedir. Bir diğer tanıma göre ise sağlık, organizmanın aşırı ağrı, rahatsızlık, yetersizliklerden sakınma veya normal faaliyetlerini de kapsayabilecek kısıtlamalardan etkilenmeyecek bir denge kurabilme ve sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır [5].

2.2. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci olarak tanımlanmaktadır. Sağlık teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı bir sosyal ve politik süreci gerektirir. Sadece bireylerin beceri ve kapasitelerini artırmaya yönelik eylemleri değil, bununla birlikte sosyal, çevresel, ekonomik koşulları da değiştirip geliştirmeyi ve bunlara yönelik faaliyetleri de kapsamaktadır. İnsanların sağlığı belirleyen faktörler üzerindeki kontrollerini artırmalarını, böylece kendi sağlıklarını iyileştirme ve sürdürmeye dayalı, esas olarak katılımı gerektiren bir kavramdır [9]. Ottawa sözleşmesinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için üç temel strateji belirlenmiştir ki bunlar; gerekli sağlık koşullarının oluşturulması için sağlığın desteklenmesini, insanların tam sağlık kapasitelerine erişmelerinin sağlanmasını ve sağlık arayışında toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılmasını önermektedir.

Bu stratejiler, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde belirtildiği üzere beş öncelikli eylem alanı tarafından desteklenir:

- Sağlıklı halk politikaları oluşturulması,
- Sağlığı destekleyici çevrelerin oluşturulması,
- Sağlık için toplum hareketinin güçlendirilmesi,
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi.

Halk sağlığı sorunlarına ve zorluklarına, odaklanmış bir şekilde gereken yanıtın verilmesini kolaylaştıran insani ve maddi kaynaklar, kurumsal ve idari

yapılar, politikalar, yönetmelikler ve teşviklerin hepsine birden sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik altyapı denir. Bu tür altyapılar, temel sağlık hizmetleri, hükümet, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları, kendi kendine yardım kuruluşları gibi kurumlarca sağlanmaktadır [9].

2.3. Sağlık Hizmetleri

Hastalıklardan ve hastalık etmenlerinden korunmak, hasta olduktan sonra hastalığın iyileşmesi, bedensel ve zihinsel engellerin rehabilitasyonu gibi süreçleri içeren çalışmalara sağlık hizmetleri denir [11]. Sağlık hizmetlerinin incelenebileceği dört ana başlıktan bahsedilebilir. Bunlar koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerine bakıldığında çevreye yönelik ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerinden ve tedavi edici sağlık hizmetlerine bakıldığında ise birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinden bahsetmek gerekir [11].

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, hastalıklara maruz kalmadan hastalık yapan faktörleri ortadan kaldırmak, hastalığı önlemektir. Koruyucu sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran en önemli özellik, birey henüz hastalıkla karşılaşmadan hastalığın önlenmesidir [11]. Koruyucu hizmetleri çevresel ve bireysel olarak iki ana grupta incelenebilir:

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsan sağlığına zararlı faktörlerin ortadan kaldırılarak çevreyi insan için daha yaşanılabilir kılma çabalarıdır. İçme sularının arıtılması ve klorlanması, çevrenin temizlenmesi, umumi tuvaletlerin bakımı ve onarımı, gürültü, ses ve hava kirliliğinin önlenmesi için yapılan çalışmalar örnek olarak verilebilir [11]. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri multidisipliner biçimde sürdürülmelidir.

Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Kişisel temizlik, bağışıklık, yeterli ve dengeli beslenme, erken tanı, doğum kontrolü, ilaç kullanımı ve sağlık bilinci edindirme konularında sunulan hizmetlere verilen isimdir ve dört başlık altında incelenebilir:

Birincil koruma; bireyi hastalıktan korumayı amaçlayan, hastalanmadan önce alınan önlemlerdir. En iyi örneği aşılardır. Aile planlamasına yönelik hizmetler, beslenme bozukluklarını önlemeye yönelik eğitimler, kanser önleyici öneri ve çalışmalar da birincil koruma içerisinde değerlendirilir. İkincil koruma; hastalığın başlangıç evresinde ya da hafif seyrettiği, etkisini henüz tam olarak ortaya çıkmadığı dönemde verilen koruma hizmetidir. İkincil korumada amaç, hastalığı erken dönemde teşhisinin yapıp ciddileşmeden tedavi edilmesidir. Üçüncül koruma; hastalık sonrası oluşabilecek sorunları azaltmak ve hastalığın sebep olabileceği zararları yok etmeye yönelik hizmetlerdir [11]. Dördüncül korunma; tanı tedavi yöntemlerinin gelişmesine ve kolay uygulanabilir olmasına bağlı olarak oluşabilecek gereksiz teşhis ve aşırı tedavilere bağlı zararlardan hastaların korunmasıdır. Dördüncül koruma, normal sayılan fizyolojik durumların tanı yöntemlerinin detaylanması ve çeşitlenmesine bağlı olarak hastalık olarak nitelendirilmeye başlandığı durumlardan kaynaklanan gereksiz tedavilerden hastanın korunmasıdır. Böylece gereksiz tedavi masraflarından ve oluşacak psikolojik hastalık yüklerinden de koruma da sağlanmış olacaktır [12].

2.3.2. Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, hastalığın ortaya çıkmasından sonraki süreçte sunulan hizmetlerdir. Üç ana başlık altında incelenebilir:

Birinci basamak tedavi hizmetleri; günümüzde Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ki Verem Savaşı Dispanseri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması Merkezi ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) gibi birimleri bünyesinde toplamıştır, İşyeri Hekimliği ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri de birinci basamak sağlık hizmetlerindedir. Yapılan muayene ve taramalarda ayaktan tedavi edilebilecek hastaların işlemleri bu kurumlarda düzenlenirken daha ağır hastalar ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine yönlendirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri hekim, uzman hekim ve diğer yardımcı sağlık personeli tarafından sunulmaktadır. İkinci basamak tedavi hizmetleri; birinci basamak hizmetlerin kapsamını aşan durumlarda devreye girer. Ayaktan tedavi ya da yataklı sağlık hizmetlerinin sunulduğu basamaktır. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri; yüksek teknolojik yöntemlerin kullanıldığı, akademisyen

ve uzman hekimlerin görev yaptığı, eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerini içeren hizmetlerdir [11].

Sağlık hizmetlerinin düzen ve verimliliğinin sağlanabilmesi için hastaların, hastalıklarına ve durumlarının ciddiyetine uygun basamakları tercih etmesi önemlidir. Subaraknoid kanama geçiren hasta için birinci basamak tedavi hizmetleri ne kadar yetersizse, hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonu ya da karın ağrısı şikayeti için üçüncü basamak hizmet kullanmak yersiz bir kullanım olup, yüksek maliyetlere ve ciddi/ acil hastaların hizmetlerden yararlanmasını engelleyici bir durumdur.

2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon (esenlendirme) hizmetleri, hastalık, kaza gibi sebeplerden dolayı iş yapabilme ve hayatını idame ettirme gücünü tam veya kısmî olarak kaybetmiş kişilere verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler ile kişinin tedavisinin yapılmasının yanı sıra, toplumsal yaşama adapte olmasını sağlayacak psikososyal desteğin verilmesine ve kendilerine uygun, hayatlarını idame ettirmelerini sağlayacak işleri yapabilmelerine ve yeteneklerin kazandırılmasına çalışılır [11].

2.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Toplumun genel sağlık seviyesinin iyileştirilmesini hızlandırıcı hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanında, halkın sağlık eğitimi, toplum kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesini kapsar [13].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde "Temel Sağlık Hizmetleri" konferansı düzenlenmiş, bu konferansa katılan ülke temsilcileri bu hizmetleri, öncelik sırasına göre şöyle sıralamışlardır:

- Sağlık sorunlarını çözmek ve kontrol altında tutmak konusunda halk bilinçlenmeli
- Uygun, yeterli ve dengeli beslenme sağlanmalı
- Yeterli ve temiz içme suyu temin edilmeli
- Çocuk sağlığı hizmetleri geliştirilmeli
- Anne sağlığı ve aile planlaması hizmetleri geliştirilmeli
- Bağışıklama hizmetleri geliştirilmeli

- Hastalık ve yaralanmalarda uygun tedavi yöntemleri geliştirilmeli
- Gerekli ilaçlar temin edilmeli
- Sağlık yönetimi iyileştirilmeli
- Çevre şartları geliştirilmeli [14].

Gelişmiş ülkelerde bireylerin sağlıkları için yaptıkları harcamalar artmakta ve hasta sayısı azalmakta iken gelişmemiş ülkelerde sağlık harcamaları azalmakta fakat ters orantılı olarak hasta sayısı artmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlıklı birey sayısı daha fazladır. Çünkü bu ülkeler koruyucu hizmetlere daha çok bütçe ayırarak insanların sağlıklı yaşamaları için gereken önlemleri önceden almaktadırlar. Bu sayede toplum ve dolayısıyla devlet için gerekli olan en önemli zenginlik kaynağı olan sağlıklı insan gücü sağlanmaktadır. Az gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde sağlığın korunmasına yönelik ayrılan bütçeye önem verilmediğinden koruyucu hizmetler yeterince sağlanamamakta bunun sonucu olarak da sağlıklı insan gücü istenilen düzeye ulaşamamaktadır. Hastalık oluşmadan önce sağlanacak olan hizmetler, hastalığı tedavi etmekten daha kolay, ucuz ve daha az zaman alıcıdır [11].

2.4. Sağlık Sistemleri

Sağlık hizmetleri bireylerin ruhen, bedenen ve sosyal yönden ortaya çıkabilecek olumsuz durumları karşısında alınacak önlemler, hastalık durumunda tedavi ve rehabilitasyonunu içeren belirli maliyeti olan faaliyet ve hizmetlerdir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan tüm bu harcamalara sağlık harcaması denir. Sağlığın ekonomi üzerinde görmezden gelinemeyecek ölçüdeki etkileri ülkeleri bütçelerinden gün geçtikçe daha fazla kaynak ayırmaya itmiştir ve araştırmalar gelişmiş ülkelerin sağlıklı bireylerin ekonomiye sunacağı katkıların da doğrudan artması gerçeği karşısında sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırdığını göstermektedir [15].

Sistem; ortak bir amaca yönelmiş birbirleriyle ilişkili parçalar bütünü olarak tanımlanabilir. Sağlık sistemi ise, “birey ve toplumun sağlık düzeyini korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan alt sistemler bütünü”dür. DSÖ 2000 raporunda ise, “temel amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ya da korumak olan faaliyetler” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık sistemi; toplumun sağlığını korumak, hastalıkları kontrol altına alıp ortadan kaldırmak, sağlığın devamını ve geliştirilmesini sağlamak

amacıyla sağlık kuruluşları, tıbbi cihaz üreticileri, ilaç şirketleri ile eğitim, yönetim ve araştırma kuruluşları gibi birçok hizmet sunucularının biraraya gelmesinden oluşan bir bütündür [16].

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında en çok bilinen ve kabul gören sınıflandırma Milton Roemer'ın yaptığı sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmada sağlık sistemleri dört grupta incelenmektedir: Girişimci ve serbest sağlık sisteminde, sağlık hizmetleri arz ve talebi serbest piyasa şartlarında gerçekleşmekte, yeterli olmayan kamu sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak özel sağlık hizmetlerince tamamlanmaktadır. ABD sağlık sistemi bu gruba örnektir. Refah yönelimli sağlık sistemi, devletin, sağlık hizmetlerini, kamu özelliklerine göre belirleyip düzenli ve zorunlu olara sağladığı primlerle kişilere sunduğu sistemlerdir. Kamu sektörü hizmet sunumunun ana unsuru iken özel sağlık sektörü de ek imkanlar sağlamaktadır. Türkiye ve Almanya bu sistemin iki önemli örneğidir. Kapsayıcı tip sağlık sistemi, finansmanı ağırlıklı olarak halktan toplanan vergilerle sağlanmış ve yalnızca devletin sağlık sunucu olarak faaliyet gösterdiği sistemdir ve en iyi bilinen iki örneği İngiltere ve İtalya'dır. Sosyal tip sağlık sistemi ise öncelikleri toplum tarafından belirlenen, toplum kaynaklı sağlık güvencesi olan, hizmetlerin ücretsiz sunulduğu sistemdir, Küba bu sisteme örnektir [17].

2.5. Dünyadaki Sağlık Sistemleri

Dünyadaki belli başlı gelişmiş ülkelere bakıldığında sağlık hizmetlerinin basamaklı olarak işlemekte olduğu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ve doğrudan ikinci basamağa başvurunun şartlara bağlanmış olduğu görölmektedir. Amerika örneğine bakıldığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin özel çalışan aile hekimleri tarafından sağlandığı görölmektedir. Aile hekimlerinin bazı sigorta paketleri hariç ileri bir sağlık hizmeti için hastane seçme veya sevk etme fonksiyonu yoktur. Doktorların çoğunluğu özel çalışmaktadır. Doktorların ödemeleri özel sağlık sigortaları tarafından karşılanma, sigorta şirketlerinin kişi başi ödemesi veya kamu programları tarafından ödeme şeklinde farklı yöntemlerle karşılanmaktadır. Sigortalı hastalar genellikle doktor ücretlerinin bir bölümünü cepten ödeme şeklinde karşılar ve sigortasız hastalar bütün doktor masraflarını cepten ödemektedir [18].

Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Sistemi, bireylerin ve ailelerinin aktif ve koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamaktadır. National Health Service (NHS) halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir ve sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu genel bütçeden karşılanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri General Practitioner (GP) denen hekimler tarafından verilir. Aile hekimliği genellikle hastaların sağlık problemleri için ilk başvuru noktasıdır ve gerekli görülmedikçe ileri sağlık hizmetleri için sevk ve hastane yönlendirmesi yapılmamaktadır. Aile hekiminin hizmet ettiği nüfus ortalama 2000-3000 arasındadır ve yıllık sözleşmelerle çalışırlar. Ödemeleri doğrudan Birincil Bakım İşletmeleri tarafından yapılır [19].

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmeti Genel Pratisyenler (GP) ve uzmanlarca verilir. 2004'te birinci basamakta gönüllü Aile Hekimi modeline geçilmesine rağmen bu sisteme kayıt zorunlu tutulmamış, 2007'de kamu sigortalılarının 1/5'i bu sisteme kayıt olmuş, Aile Hekimliği'ne "kapı tutuculuk" özelliği kazandırılmamıştır fakat birinci basamağa başvuruları teşvik etmek için ikinci ve üçüncü basamağa direk başvurularda katkı payı alma yöntemine gidilmiştir. Sevk sistemi de mevcut olan Almanya'da GP'lere güven oldukça yüksektir [20, 21].

Fransa 2004 yılında gönüllü katılıma dayanan yasal zorunluluk olmaksızın aile hekimine kayıt olmayı teşvik programa başlamış birinci basamak sevki olmadan yapılan ikinci ve üçüncü basamak başvurularına yüksek katkı payları getirerek aile hekimliği sistemini aktifleştirme çabasına girmiştir ve nüfusun %85'inden fazlası birinci basamak hekimine kayıtlı hale gelmiştir [22].

Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetleri uzman aile hekimleri tarafından sağlanmaktadır. Aile hekimleri muayenehanelerinde hizmet verir ve hastaneye sevk ettikleri hastaların tanı tedavi takiplerinden sorumludur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmak için aile hekimi muayenesi ve sevki gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı bireylerin ödediği prim ve vergilere dayanmaktadır [23].

Küba 1984 yılında aile hekimliği sistemine geçmiştir. Coğrafi ve aile temelli bir sistemdir. Her aile hekimi 120-160 aileden sorumludur ve her mahallenin sorumluluğu bir aile hekimi ve bir hemşireye verilmiştir. Aile hekimleri hizmet

sundukları mahallede yaşamakta ve koruyucu ve tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetleri vermektedirler [24].

2.6. Türkiye’ deki Sağlık Sistemi

2.6.1. Türkiye’de Sağlık Reformları

Sağlıklı yaşama hakkı, birçok uluslararası bildiri ve belgede vurgulanmış başlıca insan haklarından biri olup ve sağlığın korunması, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu devletlerin halkına sunduğu önemli hizmetlerden biri olagelmıştır. Bu doğrultuda sağlık ile ilgili olumsuz durumlara karşı, bireylere kamu sağlık sistem ve sigortaları ile güvence sağlanmaya çalışılmıştır. 20. Yüzyılın son çeyreğinde zamanın ihtiyaçlarına uymak zorunluluğundan kaynaklanan kamusal yeniden yapılandırma çalışmalarından sağlık sistemleri de etkilenmiştir. Nüfus artışı ile birlikte demografik özelliklerdeki değişimin, halkın beklentilerinin teknolojik gelişmeler nedeniyle artması sağlık harcamalarının da artışına yol açmış, devletler artan maliyetler karşısında yeni kontrol yöntemleri geliştirme çabasına girmiştir. Türkiye’nin sağlık hizmetlerinde örgütlenme yapılanmalarında değişiklik, sağlık finansmanında ve sunumunda yeniden yapılanma gibi değişikliklere gitmesi 1990’lı yıllarda başlayıp 2000 yılı sonrası hız kazanmıştır. 1970’li yılların sonlarında çeşitli nedenlerle kâr oranlarının düşmesi nedeniyle başlayan ekonomik krizi aşmak için, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası (DB) ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kuruluşlar, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere “Yapısal Uyum Programları” başlatmaları için destek paketleri hazırlamışlardır. Bu programlar, kamu ile ilgili sistemlerin yeniden yapılandırılması ve özelleştirme gibi yöntemlerle finansman yollarının düzenlenmesini hedeflemiştir [25].

DB, 1980’li yılların başından itibaren birçok ülke, sağlık alanında ekonomi ağırlıklı analizler gerçekleştirip raporlar hazırlayarak, sağlık maliyet artışından kaynaklanan “sağlık krizi” kavramını tanımlamış, krizin çözümü olarak da “Sağlıkta Reform” önerilerini sunmuştur [26].

Reform paketlerinin kapsamında, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerini sunan ve finansmanını sağlayan kurumların ayrılması, kamu kurumlarının varlığını

olabildiğince sınırlayıp, kamu dışı faktörlerin sağlık sektörüne girişinin sağlanması, sağlık bakanlıklarının sadece hizmet düzenleyici kurumlara dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ve hizmetlerin yerinden yönetimine dayanan bir sistemin kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bir maliyeti olduğu gerekçesi ile herkese sağlık primi, katılım ve katkı payı ödeme zorunluluğu getirilmiştir [27].

1961 tarihli ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin devletin bir görevi olduğu kabul edilmiş, birinci basamak hizmetlerinin kırsal bölgelere kadar ulaştırılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması hedeflenmiştir. Ancak, 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve sağlık kuruluşları, tek elden planlanan hizmetin sunumunu düzenlemekle görevlendirilmiştir [25].

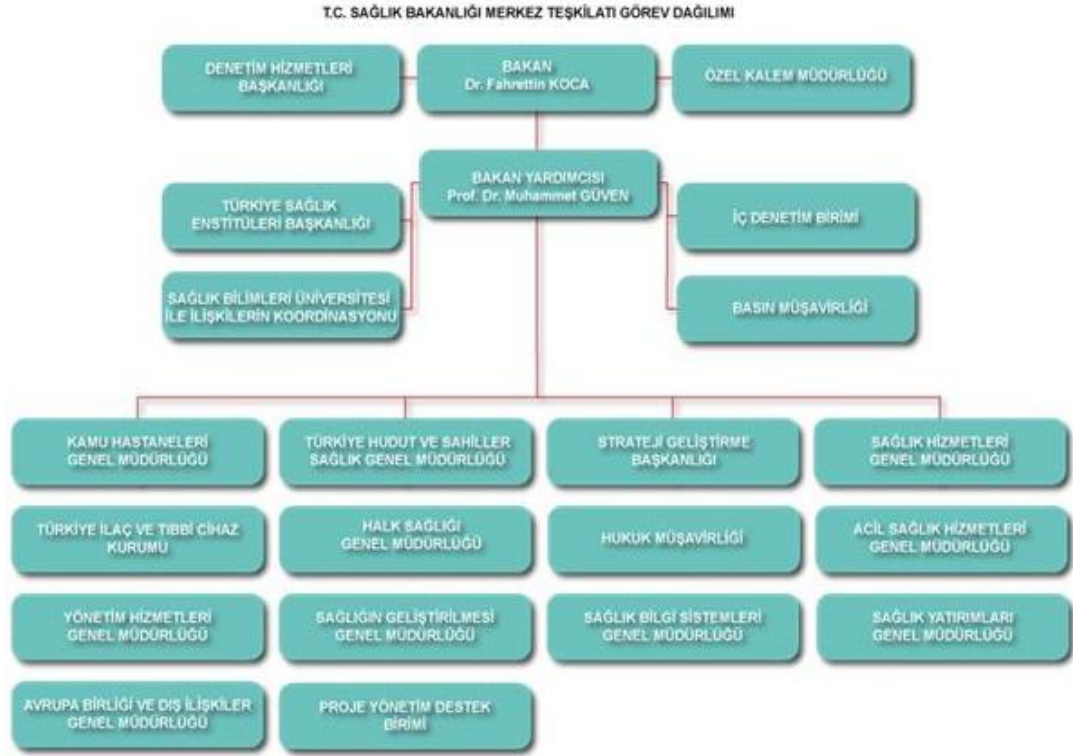
2003 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı”(SDP) ile sağlığın finansmanı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanarak hizmet alımı modeli oluşturulmuştur. Kamu hastaneleri kamu hastane birlikleri oluşturularak yarı otonom özellik kazanmıştır. Sağlık çalışanları döner sermaye ve performans uygulamaları ile yeniden şekillendirilmiş ücretlendirme mekanizmasına yönlendirilmiştir [25, 28].

Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamağa yönelik uygulaması, Aile Hekimliği Uygulaması’dır [29]. 2004 yılında “5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve ardından çıkarılan mevzuatlar ile Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce’de başlanan pilot uygulamanın ardından “Aile Hekimliği Modeli” ne geçilmiş ve 2010 yılında tüm illerde uygulanmaya başlanmıştır [30, 31].

2.6.2. Türkiye Sağlık Sisteminde Mevcut Durum

Sağlık Bakanlığı birçok birimden oluşmaktadır(Şekil 1). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bunlardan birkaçıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kişiye yönelik hizmetleri

ASM'ler tarafından, topluma yönelik sağlık hizmetleri ise Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından yerine getirilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne, özel sağlık hizmeti veren kuruluşlar ise Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlanmıştır. Üniversite hastaneleri yönetimi 16 Haziran 2017 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan yönetmeliğe göre Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ile yapılan ortak çalışma protokolüne göre yapılmaktadır. Hastalar genel olarak istedikleri sağlık hizmetine doğrudan başvurabilmektedir fakat başvuru biriminin tanı tedavi hizmetini aşan durumlarda ve yataklı tedavi hizmetinin yetersiz olduğu durumlarda sevk sistemi devreye girmektedir. ASM'lere başvurular ücretsizken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine doğrudan başvurularda katılım payı alınmaktadır.



Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Teşkilatlanma Şeması

2.7. Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmet sunumunda verimlilik, kalite, etkinlik ve performans değerlendirmede kullanılan önemli göstergelerden biri de hasta memnuniyetidir. Günümüzde sağlık hizmeti veren kurumlar hizmet sunumunun işleyişi ve

geliştirilmesinde hastaların beklenti ve memnuniyetlerinden yola çıkarak stratejiler hazırlamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının önem kazandığı anlayışın ön plana çıkmasıyla birlikte hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini değerlendirme çalışmaları da önem kazanmıştır [32]. Hasta memnuniyeti; hastaların yararlandıkları sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değerlendirmelerini içeren ve hastaların hizmeti nasıl algıladıklarını da ortaya koyan bir kavramdır[33]. Hasta memnuniyetini etkileyen üç temel unsur bulunmaktadır ki bunlar hasta, sağlık personeli, fiziksel ve çevresel özellikleri içeren unsurlardan kaynaklanan algı ve görüşlerdir. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri ve cinsiyeti gibi sosyo-demografik özellikler hastaların sağlık hizmetlerinden duyacağı memnuniyet derecesinde belirleyici olan unsurlardandır. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu unsurlar sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet derecesi ile yakından ilişkilidir [34, 35].

Sağlık hizmetlerinde standardize etme çalışmaları yapılmakta, bu çalışmalarda hizmet kalitesini belirleyen faktörler içinde algılanan hizmet kalitesinin önemi de değer kazanan göstergelerden sayılmaktadır. Hasta memnuniyeti araştırmalarında sağlık personelinde memnuniyet, sağlık personeli ile iletişimden memnuniyet gibi faktörlerin yanı sıra, personele duyulan güven, hasta mahremiyeti, personel dürüstlüğü, nezaketi, bilgi donanımı, hastane genel temizliği ve otelcilik hizmetleri gibi birçok faktörün de memnuniyet araştırmalarında ele alındığı görülmektedir [36].

2.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sosyal güvenlik; bir dizi kamusal ya da özel kurumların sağladığı hizmetler aracılığıyla alınacak önlemler sayesinde hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi durumlarla ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal olumsuzluklara karşı bireyin ve toplumun kendini korumasıdır. Herhangi bir zaman diliminde bu risklerden herhangi biriyle karşılaşan birey, geçici ya da sürekli olarak maddi gelirden mahrum olmakta, ekonomik belirsizlik, istikrarsızlık durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Sosyal güvenlik politikalarının temelini ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki negatif etkilerini giderme çabaları oluşturmaktadır [37].

Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedef aldığı risklerin çoğu sağlıklı ilgilidir. Bununla beraber çalışma hayatında karşılaşılabilecek riskler ve kazalar da sosyal güvenliğin alanına girmektedir. Sağlıkla ilgili olup sosyal güvenlik programı çerçevesine giren asgari yararlanımlar şunlardır:

- Genel pratisyenlik bakımı (bazı ülkelerde ev ziyaretlerini de kapsar)
- Yataklı ve ayakta bakım veren uzman bakımı
- Temel ilaçlar
- Doğumla ilgili hizmetler ve gerektiğinde hastane hizmetleri [38].

Tarihin her döneminde insanlar, farklı biçimde gelişim evrelerinden geçen sosyal güvenlik önlemlerini bulmuş ve uygulamışlardır. Önceleri kişisel, sonra karşılıklı yardım temeline dayanan ve gün geçtikçe toplumu kapsayan bu sosyal güvenlik oluşumlarının, çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin çekirdeğini oluşturdukları kabul edilebilir [39].

Sağlık hizmetlerinin ülkelerin bütçelerindeki payı ve harcamaların finansmanı her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikalarını belirleyenlerin en önemli konular arasında yer almaktadır. Sağlık için yeterli bütçe ayırmış ve sağlık hizmetlerini bilinçli bir şekilde sunan ülkelerin kazanımı sadece sağlıklı bir toplum elde etmek değil, aynı zamanda sağlıklı işgücü ve kalkınmadır. Bununla birlikte, artan ortalama yaşam beklentisi, gelişen teknoloji ve görülen hastalıkların özelliklerinde meydana gelen değişim nedeniyle hızla yükselen sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için birçok ülke çok çeşitli düzenlemeler yapmaktadır [40].

Vergilere dayalı finansman, cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortası başlıca sağlık finansmanı çeşitleridir. Türkiye’de genel olarak sosyal sağlık sigortası kullanılmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) temel olarak sağlık sigortası ve sosyal güvenlik alanında hizmet veren bir kurumdur.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Ankara'nın farklı gelişmişlik düzeyine sahip üç ilçesi olan Çankaya, Mamak ve Polatlı'da yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri tercihlerinin ve bunlara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini aşağıda belirtilenlerde ve tarihler arasında başvuruda bulunan kişiler oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma Çankaya, Mamak ve Polatlı olmak üzere Ankara'nın üç farklı sosyoekonomik düzeyinde bulunan ilçesinde yürütülmüş olup istatistiksel olarak 3 grupta, etki genişliği (f) 0,22, tip I hata oranı 0,05, tip II hata oranı 0,95 olarak ve çalışma gücü 0,95 olacak şekilde analizi yapıldığında, gereken en az denek sayısının 513 olduğu hesaplanmıştır. Takip süresince oluşabilecek izlem ve veri kayıplarının oluşabileceği dikkate alınarak en az 7 yedek denek ilave edilmesi uygun görülmüştür. Deneklere uygulanacak prosedürlerin farklılığını istatistiksel olarak ortaya koyabilmek, takip süresince yaşanacak bilgi kayıplarını karşılamak ve çalışmayı % 95 güç ile gerçekleştirebilmek amacıyla minimum denek sayısı 520 kişi olarak belirlenmiştir. Gelişmişlik seviyesi farklı üç Ankara ilçesi seçilirken Prof. Dr. Murat Şeker'in "İnsani Gelişme Endeksi – İlçeler (İGE-İ)" çalışmasından yararlanılmıştır. Bu çalışmada 150 ilçe Yönetişim, Sosyal Kapsama, Ekonomik Durum, Eğitim, Sağlık, Sosyal Yaşam, Belediye Çevresel Performans ve Ulaşım başlıkları olarak 7 ana kategoride değerlendirilmiştir[41]. Bahsedilen ana kategorilerin altbaşlıkları Şekil 1'de belirtilmiştir. Tablo 1'de Ankara ilçelerinin İGE-İ çalışmasındaki sıralamaları, gelişmişlik endeksleri ve dahil oldukları gelişme kategorisi verilmiştir.

Tablo 1. İGE-İ 2018 Araştırmasına Göre Ankara İlçeleri Gelişmişlik Seviyeleri Grupları

Sıra No	İGE-İ Sıralama	İL	İLÇE	Gelişmişlik Endeksi	Gelişmişlik Grubu
1	3	ANKARA	ÇANKAYA*	0,766	Çok Yüksek İnsani G.
2	12	ANKARA	YENİMAHALLE	0,656	Çok Yüksek İnsani G.
3	25	ANKARA	KEÇİÖREN	0,603	Çok Yüksek İnsani G.
4	40	ANKARA	ALTINDAĞ	0,560	Yüksek İnsani G.
5	62	ANKARA	ETİMESGUT	0,521	Yüksek İnsani G.
6	68	ANKARA	POLATLI *	0,507	Yüksek İnsani G.
7	74	ANKARA	SİNCAN	0,498	Yüksek İnsani G.
8	89	ANKARA	GÖLBAŞI	0,476	Orta İnsani Gelişme
9	92	ANKARA	MAMAK*	0,471	Orta İnsani Gelişme
10	95	ANKARA	BEYPAZARI	0,462	Orta İnsani Gelişme
11	134	ANKARA	AKYURT	0,391	Orta İnsani Gelişme
12	135	ANKARA	ÇUBUK	0,382	Orta İnsani Gelişme
13	142	ANKARA	KAHRAMANKAZAN	0,361	Orta İnsani Gelişme
14	147	ANKARA	ELMADAĞ	0,329	Düşük İnsani Gelişme
15	149	ANKARA	PURSAKLAR	0,324	Düşük İnsani Gelişme
16	157	ANKARA	KALECİK	0,269	Düşük İnsani Gelişme
17	158	ANKARA	NALLIHAN	0,255	Düşük İnsani Gelişme
18	159	ANKARA	EVREN	0,199	Düşük İnsani Gelişme
19	161	ANKARA	ÇAMLIDERE	0,141	Düşük İnsani Gelişme

Çalışmanın temsiliyet gücü açısından farklı gelişmişlik düzeyindeki ilçelerde yürütülmesi planlandı. Bunun için, çok yüksek, yüksek, orta ve düşük insani gelişme endeksine sahip ilçelerdeki ASM lerin listesinden rasgele birer ASM seçildi. Bu ASM lerin sorumlu hekimleriyle görüşülerek gönüllü olma durumlarında çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri durumunda listeden rasgele başka bir ASM seçildi. Sonuç olarak çalışmaya katılmaya gönüllü olan ASM lerden Çankaya İncesu ASM, Mamak Şirintepe ASM ve Polatlı 1 Nolu Onur Demir ASM sorumlu hekimleriyle görüşüldü ve başvuran 18 yaş ve üzeri kişilere anket uygulaması yapılmıştır. Her ASM den 3'er hekim olmak üzere toplamda 9 hekim çalışmaya destek olmuş ve kendilerine kayıtlı olan kişilere anketleri ulaştırdı. Anketler uygulanmadan önce katılımcılar ilgili hekim tarafından çalışma hakkında bilgilendirildi. Anket gönüllülük esasına göre uygulanmış, 532 kişi anketi doldurmayı kabul etti.



ALT ENDEKSLER	DEĞİŞKENLER
YÖNETİŞİM ENDEKSİ	Belediye Bilgi Paylaşımı ve Saydamlık Endeksi
	Belediyeye Erişim Endeksi
	Belediye Sosyal Medya Kullanım Endeksi
	Seçimlere Katılım Oranı
SOSYAL KAPSAMA ENDEKSİ	Aileye Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği
	Aileye Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı
	Çocuklara Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği
	Çocuklara Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı
	Gençlere Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği
	Gençlere Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı
	Hasta ve Yaşlılara Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği
	Hasta ve Yaşlılara Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı
	Kadınlara Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği
	Kadınlara Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı
	Mülteciye Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği
	Mülteciye Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı

EKONOMİK DURUM ENDEKSİ	Alışveriş Merkezi Varlığı
	Alışveriş Merkezi Sayısı
	Banka Çeşitliliği
	On bin Kişiye Düşen Banka Şube Sayısı
	Kiralık Konut Piyasa Bedeli ()
	Satılık Konut Piyasa Bedeli ()
EĞİTİM ENDEKSİ	Satılık Konut Piyasa Bedelindeki Yıllık Değişim ()
	On bin Kişiye Düşen Mini Market Sayısı
	On bin Kişiye Düşen Süpermarket Sayısı
	Hipermarket Varlığı
	Yaş Bağımlılık Oranı
	Okur-Yazar Oranı
SAĞLIK ENDEKSİ	Okur-Yazar Kadın Oranı
	Hiç Eğitim Almamış Kadın Oranı
	Üniversite Mezunu Oranı
	Üniversite Mezunu Kadın Oranı
	Ortalama Eğitim Süresi
	Kadınlarda Ortalama Eğitim Süresi
SOSYAL YAŞAM ENDEKSİ	Kaba Ölüm Hızı
	On bin Kişiye Düşen Ambulans Sayısı
	On bin Kişiye Düşen Eczane Sayısı
	Hastane Varlığı
	Toplam Hastane Sayısı
	Özel Müze Varlığı
BELEDİYE ÇEVRESEL PERFORMANS VE ULAŞIM ENDEKSİ	Sinema Sayısı
	Tiyatro Sayısı
	Sosyal ve Kültürel Hizmetlerin Çeşitliliği
	Sosyal ve Kültürel Hizmetlerin Kalite Puanı
	Alışveriş Merkezi Varlığı
	Sokak Hayvanlarına Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği
Sokak Hayvanlarına Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı	
Çevreye Yönelik Hizmetlerin Çeşitliliği	
Çevreye Yönelik Hizmetlerin Kalite Puanı	
Metro, Hahfi Metro, Tramvay Hattı Varlığı	

Şekil 2. İGE-İ Değişken Tablosu

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Sağlık hizmetleri tercihleri ve bu tercihleri etkileyen faktörler konusunda literatür taraması yapıldıktan sonra örnek araştırmalar incelenerek araştırmacı tarafından gönüllü yetişkinlere uygulanacak 32 soruluk anket formu hazırlanmıştır. Anketin ilk bölümü sosyodemografik özellikleri sorgulayan 10 sorudan, ikinci bölüm ise mevcut hastalık, kullanılan ilaç, sağlık hizmetleri tercihlerini sorgulayan 22 sorudan oluşmuştur. Böylelikle kişilerin hastalık ve rahatsızlık durumunda ilk tercih edecekleri kurum, tercih sebepleri, sağlık hizmeti alırken gerekçeleri, memnuniyetleri, sağlık kuruluşuna başvuruyorsa hangi nedenle başvurmadığı, sağlık hizmetlerini, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini nasıl tanımladıkları ve beklentileri hakkında bilgi edinmek hedeflenmiştir. Anket formu ektedir (EK-1).

Ankete katılan bireylerin gelir durumunun belirlenmesi için yöneltilen sorunun seçeneklerindeki değer aralıkları belirlenirken TÜRK-İŞ Sendikası'nın her

ay yenilediği “Açlık ve Yoksulluk Sınırı Araştırması”nın Eylül 2017 değerlerinden yararlanılmıştır [12].

3.3.2. Veri Toplama Süreci

Çankaya İncesu ASM, Mamak Şirintepe ASM ve Polatlı 1 Nolu Onur Demir ASM’de 01.04.2018-01.06.2018 tarihleri arasında başvuru yapan 18 yaş ve üzeri kişilere gönüllülük şartıyla anket uygulaması teklif edilmiş, Çankaya’da 222, Mamak’ta 188, Polatlı’da 121 kişi anket doldurmayı kabul etmiştir.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan bireylere ait yaş gibi sayısal değişkenler tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) olarak sunuldu. Kategorik değişkenler olan yerleşim yeri, cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, eğitim durumu, iş durumu, meslek, emeklilik durumu, aylık gelir durumu, aile gelir durumlarına ait değişkenler sayı ve yüzde dağılımları olarak sunuldu. Bireylere ait kronik hastalık tanılarına, sürekli kullanılan ilaç varlığına, günlük kullanılan ilaç sayılarına, hastalık durumunda ilk gidilen sağlık kuruluşları, tercih edilme sebepleri gibi sağlık tesislerine ve sağlık hizmetlerine yönelik sorular gibi çoklu cevap seçeneği olanlar kendi içinde yüzdelik oranları ile birlikte sunuldu.

Yerleşim yeri bazında bireylerin eğitim düzeyleri, çalışma durumları, emeklilik durumları, aylık gelir durumları, ailenin gelir durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Ki Kare Karşılaştırma testi ile değerlendirildi.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş değerlerinin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Shapiro Wilks testi ile test edildi. Normal dağıldığı saptanan yaş değişkeninin kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç durumu, günlük kullanılan ilaç sayısı bazında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Bağımsız 2 Örneklem t Testi (Independent Sample t Test) ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistik olarak ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir. Anlamlı çıkan değişkenlerin gösterilmesinde ortalama, standart sapma grafikleri

kullanıldı. Farklılığı yaratan grupları saptamak amacıyla Bonferonni düzeltmeli post hoc test uygulandı.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş değerleri kategorize edildi ve sayı yüzde dağılımları verildi. Sayı dağılımları gösteren histogram grafiği çizildi. Cinsiyet bazında yaş gruplarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Ki Kare Karşılaştırma testi ile bakıldı. Anlamlı çıkan değişkene ilgili grafik çizildi.

Kronik hastalık varlığı, Çalışma durumu, gelir durumu varlığı ve başvuru alan ilk sağlık tesisi bazında yaş gruplarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Ki Kare Karşılaştırma testi ile bakıldı. İlgili grafikler çizildi.

Bireylerin kronik hastalık varlıkları, kronik hastalıkları bazında yaş değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Bağımsız 2 örneklem t testi (independent sample t test) ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistik olarak ortalama, standart sapma değerleri verildi.

Bireylerin cinsiyet bazında; kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç durumu, günlük kullanılan ilaç sayısı, sağlık hizmetini ve sağlık tesislerini sorgulayan sorulara verilen cevapların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Ki Kare Karşılaştırma testi ile bakıldı.

Araştırmada yer alan bireylerin eğitim durumları bazında kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç durumu, günlük kullanılan ilaç sayısı, sağlık hizmetini ve sağlık tesislerini sorgulayan sorulara verilen cevapların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Ki Kare Karşılaştırma testi ile bakıldı.

Bireylerin kronik hastalık varlığı bazında sağlık tesislerini sorgulayan sorulara verilen cevapların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Ki Kare Karşılaştırma testi ile bakıldı.

Bireylerin aylık gelir durumları bazında sağlık hizmetini ve sağlık tesislerini sorgulayan sorulara verilen cevapların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Ki Kare Karşılaştırma testi ile bakıldı.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.5. Etik Onam ve İzin

Araştırmanın 20.12.2017 tarih ve 229 sayılı etik kurul onayı (EK-2) ve araştırmanın belirtilen ASM'lerde yapılabilmesi için gereken 06.03.2018 tarihli ve 7525626-799-2945 sayılı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü izni (EK-3) ektedir.



4. BULGULAR

Çalışmada yer alan bireylerin yaş ortalaması 40.31 ± 15.13 yıl, minimum yaş 18, maksimum yaş 88 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş grubu dağılımı Tablo 2 'de, sosyodemografik özellikleri Tablo 3'de sunulmaktadır.

Tablo 2. Yaş grubu dağılımı

Yaş Grupları	n (%)
Yaş grubu 1	
18 – 34	224 (42,1)
35 – 49	176 (33,1)
50 – 64	83 (15,6)
65 – 79	44 (8,3)
80 ve üstü	5 (0,9)

Tablo 3. Demografik bilgilere ait sayı ve yüzde dağılımı

Demografik Bilgiler	Sayı (Yüzde) n (%)
Yerleşim yeri	
Çankaya	222 (41,7)
Mamak	188 (35,3)
Polatlı	122 (22,9)
Cinsiyet	
Kadın	271 (50,9)
Erkek	261 (49,1)
Medeni Durum	
Evli	353 (66,4)
Bekar	151 (28,4)
Boşanmış	13 (2,4)
Dul (eşi ölmüş)	13 (2,4)
Evli, ayrı yaşıyor	2 (0,4)
Evinizde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	
Yalnız	36 (6,8)
Ailemle	476 (89,5)
Diğer	20 (3,8)

Tablo 3'ün devamı

Eğitim Durumu	
Okur yazar	5 (0,9)
İlkokul mezunu	71 (13,3)
Ortaokul mezunu	101 (19,0)
Lise	68 (12,8)
Üniversite/yüksek okul mezunu	223 (41,9)
Üniversite/yüksek okul öğrenci	64 (12,1)
Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?	
Evet	303 (57,0)
Hayır	229 (43,0)
Meslek	
Memur	150 (28,2)
Serbest çalışan	165 (31,0)
Emekli	85 (16,0)
Ev Hanımı	132 (24,8)
Herhangi bir işten emekli oldunuz mu?	
Evet	85 (16,0)
Hayır	447 (84,0)
Aylık gelir durumunuz?	
1500 TL altında	90 (16,9)
1500 – 3000 TL aralığında	241 (45,4)
3000 – 5000 TL aralığında	155 (29,2)
5000 TL üzerinde	45 (8,5)
Ailenizin gelir durumunu nasıl ifade edersiniz?	
Çok kötü	8 (1,5)
Kötü	42 (7,9)
Orta	335 (63,1)
İyi	137 (25,8)
Çok iyi	9 (1,7)

-Sayı ve yüzde analizi

Bireylerin ikamet ettikleri yerlere baktığımızda seçilen 3 ilçe arasında eğitim düzeyi ($p<0.001$), çalışma durumu ($p<0.001$), emeklilik durumu ($p<0.001$), aylık gelir durumu ($p<0.001$) açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu farklılıklar Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 4. Yerleşim yeri bazında belirtilen değişkenlerin karşılaştırılması

Demografik Bilgiler	Yerleşim Yeri			Test İstatistiği	
	Çankaya (n=218) n (%)	Mamak (n=188) n (%)	Polatlı (n=121) n (%)	χ^2	p
Eğitim Düzeyi					
İlkokul mezunu	30 (13,8)	28 (14,9)	13 (10,7)		
Ortaokul mezunu	29 (13,3)	57 (30,3)	15 (12,4)		
Lise mezunu	25 (11,5)	30 (16,0)	70 (57,9)	43,523	<0,001
Üniversite / Y.O mezunu	103 (47,2)	50 (26,6)	10 (8,3)		
Üniversite / Y.O öğrenci	31 (14,2)	23 (12,2)	13 (10,7)		
Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?					
Evet	110 (49,5)	103 (54,8)	90 (73,8)	19,397	<0,001
Hayır	112 (50,5)	85 (45,2)	32 (26,2)		
Herhangi bir işten emekli oldunuz mu?					
Evet	63 (28,4)	6 (3,2)	16 (13,1)	49,069	<0,001
Hayır	159 (71,6)	182 (96,8)	106 (86,9)		
Aylık gelir durumu					
1500 TL altında	33 (14,9)	42 (22,3)	15 (12,3)		
1500 – 3000 TL aralığında	102 (46,2)	100 (53,2)	39 (32,0)	34,700	<0,001
3000 – 5000 TL aralığında	65 (29,4)	40 (21,3)	50 (41,0)		
5000 TL üzerinde	21 (9,5)	6 (3,2)	18 (14,8)		
Ailenizin gelir durumunu nasıl ifade edersiniz?					
Çok kötü	3 (1,4)	3 (1,6)	2 (1,7)		
Kötü	17 (7,7)	18 (9,6)	7 (5,8)		
Orta	135 (60,8)	123 (65,49)	77 (63,6)	3,994	0,858
İyi	62 (27,9)	42 (22,3)	33 (27,3)		
Çok iyi	5 (2,3)	2 (1,1)	2 (1,7)		

**okuryazar seçeneği denek yetersizliğinden dahil edilememiştir. –Ki Kare Karşılaştırma testi*

4.1. Bireylerin Sağlık Durumları İlgili Bulgular ve İstatistiksel Karşılaştırmalar

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumları sorgulandığında, katılımcıların %35,5 (n=189)'inin en az bir kronik hastalığının olduğu saptandı. Bu bireylerin kronik hastalık tanılarının dağılımı Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı

Kronik Hastalıklar	Sayı (Yüzde) n (%)
Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon)	60 (11,3)
Mide Rahatsızlıkları	39 (7,3)
Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)	36 (5,3)
Kalp hastalığı	28 (5,3)
Tiroid Hastalıkları	20 (3,8)
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	6 (1,1)
Astım	3 (0,6)
Anemi (Kansızlık)	29 (5,5)
Böbrek Hastalığı	3 (0,6)
Kanser	8 (1,5)
Osteoartrit (Kireçlenme)	10 (1,9)
Depresyon	18 (3,4)
Serebrovasküler Hastalık (Geçirilmiş inme, felç)	2 (0,4)
Diğer*	31 (5,8)

*Ankilozan Spondilit: 1(%0,2), Diyabet İnsiput: 1(%0,2),Avasküler Nekroz: 1(%0,2), Endometriosis: 1(%0,2), BPH: 1(%0,2),

Epilepsi: 4(%0,8), FMF: 1(%0,2), Hiperlipidemi: 2(0,4), Meniere: 2(%0,4), Migren: 2(%0,4), Psöriasis: 1(%0,2), Vitiligo:1(%0,2),

Ulseratif Kolit:1(%0,2), Allerji: 2(%0,4)

Çalışmada yer alan bireylerden kronik hastalığı olanların 109'u kadın, 79'u erkektir. Kronik hastalığı olan bireylerin çoğunluğu kadın olması ($p=0,036$), aneminin $p<0,001$ anlamlılıkla ve mide hastalıklarının $p=0,018$ anlamlılıkla kadınlarda daha sık görülmesi dışında kronik hastalık- cinsiyet karşılaştırmasından anlamlı sonuç elde edilmemiştir.

Çalışmada yer alan ve kronik hastalığa sahip bireylerin yaş ortalaması 47.78 ± 15.81 yıl, kronik hastalığı olmayan bireylerin ise 36.29 ± 13.01 yıl olarak hesaplanmıştır. Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin yaşları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Kronik hastalığı olan bireyler hastalığı olmayanlara nazaran yaşça daha büyüktür (Bkz. Tablo 6).

Tablo 6. Hastalıklar bazında yaş karşılaştırılması

Klinik Bilgiler	Yaş	Test İstatistiği	
		t	p
Hekim tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı? (Çoklu cevap verilebilir)	Ort ± SS		
Evet	47,78 ± 15,81	9,008	<0,001
Hayır	36,29 ± 13,01		
Var ise;			
Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon)			
Var	60,95 ± 12,02	12,863	<0,001
Yok	37,72 ± 13,31		
Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)			
Var	59,61 ± 9,19	8,451	<0,001
Yok	38,94 ± 14,45		
Kalp hastalığı			
Var	57,32 ± 15,23	6,344	<0,001
Yok	39,39 ± 14,51		
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı			
Var	44,83 ± 18,81	0,734	0,530
Yok	40,29 ± 15,04		
Anemi (Kansızlık)			
Var	37,10 ± 15,41	1,188	0,235
Yok	40,52 ± 15,05		
Böbrek Hastalığı			
Var	60,33 ± 24,19	2,312	0,021
Yok	40,22 ± 14,97		
Kanser			
Var	50,86 ± 9,85	1,862	0,063
Yok	40,20 ± 15,09		
Osteoartrit (Kireçlenme)			
Var	58,60 ± 11,30	3,918	<0,001
Yok	39,99 ± 14,93		
Depresyon			
Var	45,22 ± 16,07	1,399	0,162
Yok	40,17 ± 15,03		
Serebrovasküler Hastalık (Geçirilmiş inme, felç)			
Var	58,50 ± 4,95	1,709	0,088
Yok	40,27 ± 15,06		
Mide Rahatsızlıkları			
Var	45,31 ± 14,71	2,145	0,032
Yok	39,95 ± 15,05		

-Bağımsız 2 örneklem t test

Çalışmada yer alan bireylerin 205'inin sürekli kullandığı en az bir ilaç olduğu saptandı. Sürekli ilaç kullanan bireylerin 84'ü bir, 43'ü iki, 33'ü üç, 18'i dört ve 29'u günde beş ve üzeri ilaç kullanmaktadır (Bkz. Tablo 7).

Tablo 7. Bireylerin İlaç kullanma durumlarının dağılımı

Kimlik Bilgiler	Sayı (Yüzde) n (%)
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	
Evet	205 (38,5)
Hayır	327 (615)
Bir günde kullandığınız ilaç sayısı kaçtır?	
1	84 (40,6)
2	43 (20,8)
3	33 (15,9)
4	18 (8,7)
5 ve üzeri	29 (14,0)

-Sayı ve yüzde analizi

Sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara oranla yaş ortalaması anlamlı oranda yüksekti ($p<0,001$). Sürekli olarak en az bir tane ilaç kullanan kişilerde, kullandıkları ilaç sayısı ile yaş ortalamalarının ilişkili olduğu saptandı. Yaş ortalaması daha yüksek olanlardı diğerlerine göre daha fazla ilaç kullanmaktaydılar. ($p<0,001$) (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8. İlaç kullanımı bazında yaş karşılaştırılması

Klinik Bilgiler	Yaş Ort \pm SS	Test İstatistiği	
		t	p
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?			
Evet	48,13 \pm 16,01	10,335	<0,001
Hayır	35,45 \pm 12,15		
Bir günde kullandığınız ilaç sayısı kaçtır?			
1	39,83 \pm 14,06		
2	51,63 \pm 16,40		
3	56,33 \pm 14,93	4,225	<0,001
4	52,61 \pm 11,11		
5 ve üzeri	55,00 \pm 15,60		

-Bağımsız 2 örneklem t test

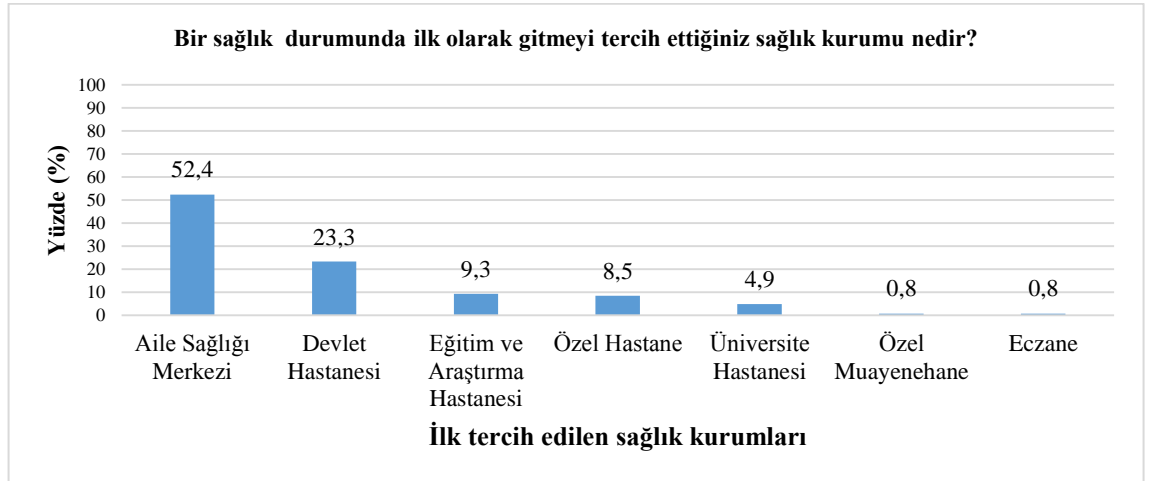
4.2. Sağlık Hizmetleri Tercihleri İle İlgili Bulgu ve İstatistiksel Karşılaştırmalar

Çalışmada yer alan bireylerin 276'sı bir hastalık durumunda ilk olarak Aile Sağlığı Merkezini, 123'ü Devlet hastanesini, 49'u Eğitim ve Araştırma Hastanesini ve 45'i ise Özel Hastaneyi tercih ettikleri saptandı (Bkz. Tablo 9).

Tablo 9. İlk tercih edilen sağlık kurumlarına ait sayı ve yüzde dağılımı(n=532)

Sağlık tesisi ile ilgili sorular	Sayı (Yüzde) n (%)
Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumu hangisidir?	
Aile Sağlığı Merkezi	276 (52,4)
Devlet Hastanesi	123 (23,3)
Özel Hastane	45 (8,5)
Üniversite Hastanesi	26 (4,9)
Özel Muayenehane	4 (0,8)
Eczane	3 (0,6)
Diğer	1 (0,2)

-Sayı ve yüzde analizi



Şekil 3. Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumu hangisidir? sorusuna verilen cevap yüzde dağılımı

Kronik hastalık varlığı bazında ilk tercih edilen sağlık kuruluşları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Kronik hastalığı olan bireylerde öncelikli tercih sırasının, aile sağlığı merkezi, ardından devlet hastanesi, sonrasında özel hastane, kronik hastalığı olmayan bireylerde ise sıralamanın; aile sağlığı merkezi, devlet hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesi olduğu saptandı (Bkz. Tablo 10).

Tablo 10. Kronik hastalık bazında sağlık tesisi ile ilgili soruların karşılaştırılması

Sağlık tesisi ile ilgili sorular	Kronik Hastalık varlığı		Test İstatistiği	
	Evet n (%)	Hayır n (%)	χ^2	p
Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumu nedir?				
Aile Sağlığı Merkezi	89 (47,6)	187 (55,2)		
Devlet Hastanesi	46 (24,6)	77 (22,7)		
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	19 (10,2)	30 (8,8)	184,321	<0,001
Özel Hastane	21 (11,2)	29 (9,2)		
Üniversite Hastanesi	12 (6,4)	14 (4,1)		

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Bireylerin gelir durumları bazında hastalık durumunda ilk tercih ettikleri sağlık kurumu karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Tüm gelir seviyesindeki bireylerin ilk olarak başvurmayı tercih ettikleri kurumun ASM’ler olduğu, 1500-3000 TL gelir aralığındaki bireylerin ASM’leri $p=0,009$ anlamlılık değeriyle öncelikle tercih ettikleri bulundu. 1500 TL ve altı gelir durumundakilerin %4,5, 5000 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip bireylerin %23,2’lik bir oranla ilk tercih olarak özel hastaneleri tercih ettikleri görüldü.

Tablo 11. Gelir durumu bazında sağlık kurumu tercih dağılımı

Sağlık tesisi ile ilgili sorular	Gelir Durumu				Test İstatistiği	
	1500 TL altında n (%)	1500 - 3000 TL n (%)	3000 – 5000 TL n (%)	5000 TL üzerinde n (%)	χ^2	p
Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumu hangisidir?						
Aile Sağlığı Merkezi	47 (52,8)	144 (60,0)	71 (46,1)	14 (32,6)		
Devlet Hastanesi	25 (28,1)	46 (19,2)	40 (26,0)	11 (25,6)		
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10 (11,2)	23 (9,6)	9 (5,8)	7 (16,3)	39,185	0,009
Özel Hastane	4 (4,5)	13 (5,4)	22 (13,0)	10 (23,2)		
Üniversite Hastanesi	3 (3,4)	11 (4,6)	11 (7,1)	1 (2,3)		

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Çalışmada yer alan bireylerin bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettikleri sağlık kurumunu tercih etme sebepleri içinde en çok öne sürülen sebebin “sosyal güvence” olduğu görüldü. Diğer sebeplerin sayı ve yüzde dağılımları Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebeplerine ait sayı ve yüzde dağılımı

Sağlık tesisi ile ilgili sorular	Sayı (Yüzde) n (%)
Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebepleri (Çoklu cevap verilebilir)	
Sosyal güvence nedeniyle	265(49,8)
Yakın / ulaşımı kolay olduğu için	234 (44,0)
Güvenilir olduğu için	138 (25,9)
Hastaya yaklaşımları iyi olduğu için	119(22,4)
Aynı doktora muayene olmak için	101(19,0)
Uzman doktora muayene olmak için	100(18,8)
İstedğim zaman randevu alabildiğim için	97 (18,2)
Bekletilmediğim için	97 (18,2)
Kurumun tanı ve tedavi imkanlarının geniş olması	91 (17,1)
Kalabalık olmadığı için	91 (17,1)
Detaylı araştırma yapıldığı için	61 (11,5)
Doçent veya profesöre muayene olmak için	46 (8,6)
Tanıdık doktor / personel olduğu için	42 (7,9)
Kurumun çalışanlarının daha aydınlatıcı olması nedeniyle	39 (7,3)
Tavsiye edildiği için	28 (5,3)
Aşı hizmeti verildiği için	8 (1,5)

-Sayı ve yüzde analizi

Bireylerin, “bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih edecekleri sağlık kurumunu tercih etme sebeplerinin gelir durumu bazında karşılaştırması” Tablo 12.1’de verilmiştir. Gelir seviyesi arttıkça “Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebeplerinden olan sosyal güvencyi tercih sebebi görme azalmıştır (p=0.021).

İlk tercih edilen sağlık kuruluşunu tercih etme sebebi olarak; 1500 TL altında geliri olan bireylerin 22’si, 1500 - 3000 TL arasında gelire sahip bireylerden 44’ü, 3000-5000 TL arasında gelir seviyesinde olan bireylerin 19’u, 5000 TL üzeri kazanan bireylerin 4’ü “ucuz olduğu için” seçeneğini işaretlemiştir. Gelir durumu bazında bakıldığında “Ucuz olduğu için” seçeneğini işaretleme istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi (p=0.038). En çok bu maddeye evet cevabı veren bireylerin grubu 1500- 3000 TL arasında gelir seviyesine sahip bireyler grubu olup, en az bu cevabı veren grup 5000 TL ve üzeri gelire sahip bireyler grubudur.

Gelir durumu bazında sağlık hizmetlerini tercih etme sebepleri karşılaştırması Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Gelir durumu bazında sağlık kurumunu tercih nedenleri karşılaştırılması

Sağlık tesisi ile ilgili sorular	Gelir Durumu				Test İstatistiği	
	1500 TL altında n (%)	1500 - 3000 TL n (%)	3000 – 5000 TL n (%)	5000 TL üzerinde n (%)	χ^2	p
Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebepleri (çoklu cevap verilebilir)						
Kurumun çalışanlarının daha aydınlatıcı olması nedeniyle	3 (3,3)	18 (7,5)	9 (5,8)	9 (20,0)	13,263	0,004
Sosyal güvence ile	48 (53,3)	129 (53,5)	75 (48,4)	13 (28,9)	9,781	0,021
İstediğim zaman randevu alabildiğim için	11 (12,2)	37 (15,4)	38 (24,5)	11 (24,4)	8,778	0,032
Ucuz olduğu için	22 (24,4)	44 (18,3)	19 (12,3)	4 (8,9)	8,447	0,038
Doçent veya profesöre muayene olmak için	7 (7,8)	13 (5,4)	20 (12,9)	6 (13,3)	8,106	0,044

Tablo 13'ün devamı

Yakın / ulaşımı kolay olduğu için	45 (50,0)	109 (45,2)	59 (38,1)	21 (46,7)	3,806	0,283
Hastaya yaklaşımları iyi olduğu için;	19 (21,1)	55 (22,8)	30 (19,4)	15 (33,3)	4,031	0,258
Güvenilir olduğu için	26 (28,9)	60 (24,9)	40 (25,8)	11 (24,4)	0,595	0,898
Beklenilmediğim için	14 (15,6)	45 (18,7)	31 (20,0)	7 (15,6)	1,003	0,801
Kurumun temiz olması nedeniyle	9 (10,0)	36 (14,9)	19 (12,3)	8 (17,8)	2,271	0,518
Kurumun tanı ve tedavi imkanlarının geniş olması nedeniyle	12 (13,3)	38 (15,8)	29 (18,7)	12 (26,7)	4,383	0,223
Kalabalık olmadığı için	11 (12,2)	36 (14,9)	34 (21,9)	10 (22,2)	5,684	0,128
Uzman Doktora muayene olmak için	15 (16,7)	42 (17,4)	31 (20,0)	12 (26,7)	2,532	0,469
Aynı doktora muayene olmak için	20 (22,2)	45 (18,7)	28 (18,1)	8 (17,8)	0,755	0,860
Tanıdık doktor / personel olduğu için	2 (2,2)	24 (10,0)	13 (8,4)	3 (6,7)	5,530	0,137
Detaylı araştırma yapıldığı için	10 (11,1)	31 (12,9)	18 (11,6)	2 (4,4)	2,659	0,447
Başka seçeneğim olmadığı için	8 (8,9)	10 (4,1)	9 (5,8)	0 (0,0)	5,714	0,126
Tavsiye edildiği için	1 (1,1)	15 (6,2)	8 (5,2)	4 (8,9)	4,739	0,192
Aşı hizmeti verildiği için	1 (1,1)	6 (2,5)	1 (0,6)	0 (0,0)	3,128	0,372

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Eğitim durumu ve sağlık hizmetleri tercih nedenleri arasındaki karşılaştırmada elde edilen istatistiksel anlamlı sonuçlar Tablo14'de sunulmuştur. Buna göre eğitim durumu yüksek olan bireylerin sağlık hizmetini tercih ederken dikkat ettikleri ilk noktanın kurumun kalabalık olmaması ($p=0,014$) ve tanı tedavi imkanlarının geniş olması ($p=0,019$) seçenekleri ön plana çıkmıştır.

Tablo 14. Eğitim durumu bazında sağlık tesisi ile ilgili soruların karşılaştırılması

Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebebinizi belirtiniz(<i>Çoklu cevap verilebilir</i>)	Eğitim Durumu				Test İstatistiği	
	İlkokul mezunu n (%)	Ortaokul mezunu n (%)	Lise mezunu + üniversite öğrencisi n (%)	Yüksekokul mezunu n (%)	χ^2	p
Kalabalık olmadığı için	9 (10,0)	8 (8,9)	30 (33,3)	43 (47,8)	10,692	0,014
Kurumun tanı ve tedavi imkanlarının geniş olması	6 (6,6)	11 (12,1)	27 (29,7)	47 (51,6)	9,941	0,019
Yakın / ulaşımı kolay olduğu için	27 (11,7)	48 (20,8)	62 (26,8)	94 (40,7)	2,314	0,510
Hastaya yaklaşımları kolay olduğu için	14 (11,9)	22 (18,6)	36 (30,5)	46 (39,0)	2,523	0,471
Güvenilir olduğu için	18 (13,1)	23 (16,8)	36 (26,3)	60 (43,8)	0,769	0,857
Bekletilmediğim için	14 (14,6)	16 (16,7)	28 (29,2)	38 (39,6)	1,492	0,684
Kurumun temiz olması nedeniyle	7 (9,7)	11 (15,3)	23 (31,9)	31 (43,1)	3,123	0,373
İstedğim zaman randevu alabildiğim için	7 (7,3)	13 (13,5)	29 (30,2)	47 (49,0)	7,738	0,052
Uzman doktora muayene olmak için	13 (13,3)	13 (13,3)	24 (24,5)	48 (49,0)	3,469	0,325
Aynı doktora Muayene olmak için	17 (16,8)	16 (15,8)	27 (26,7)	41 (40,6)	1,996	0,573
Tanıdık / personel olduğu için	4 (9,5)	6 (14,3)	10 (23,8)	22 (52,4)	2,216	0,529
Kurumun ve çalışanlarının daha aydınlatıcı olması nedeniyle	4 (10,3)	3 (7,7)	13 (33,3)	19 (48,7)	4,778	0,189
Detaylı araştırma yapıldığı için	6 (9,8)	11 (18,0)	19 (31,1)	25 (41,0)	1,777	0,620
Başka seçeneğim olmadığı için	5 (19,2)	4 (15,4)	7 (26,9)	10 (38,5)	1,011	0,798
Tavsiye edildiği için	1 (3,6)	4 (14,3)	9 (32,1)	14 (50,0)	3,526	0,317
Doçent veya profesöre muayene olmak için	6 (13,0)	7 (15,2)	10 (21,7)	23 (50,0)	1,340	0,720
Aşı hizmeti verildiği için	2 (25,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	2,068	0,558

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Sağlık kurumu bazında sağlık hizmetleri tercih nedenleri incelendiğinde ASM'lerin tercih nedenleri arasında sosyal güvence, ulaşım kolaylığı, hasta yaklaşımının iyi olması, bekletilmeme, kurum temizliği, kalabalık olmaması, istenildiği zaman randevu alınabilmesi, tanıdık personel olması, tavsiye edilmesi gibi nedenlerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde tercih sebebi olduğu görüldü. Kurumun tanı ve tedavi imkanlarının geniş olması, uzman doktora muayene olmak gibi nedenler devlet hastanesi tercihleri için gösterilen istatistiksel olarak anlamlı olan

nedenlerdi. Doçent ve profesöre muayene olmak ise özel sağlık hizmetleri için gösterilen istatistiksel anlamlı gerekçeydi (Bkz. Tablo 15).

Tablo 15. Sağlık hizmeti kurumları bazında sağlık hizmeti tercih nedenleri karşılaştırması

Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu belirtiniz.	Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu belirtiniz.					Test İstatistiği	
	Aile Sağlık Merkezi n (%)	Devlet Hastanesi n (%)	Eğitim Araştırma Hastanesi n (%)	Üniversite Hastanesi n (%)	Özel Hastane n (%)	χ^2	p
Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebebini belirtiniz (Çoklu cevap verilebilir)							
Sosyal güvence nedeniyle	140 (53,4)	81 (30,9)	24 (9,2)	6 (2,3)	11 (4,2)	31,693	<0,001
Ucuz olduğu için	63 (70,8)	20 (22,5)	5 (5,6)	0 (0,0)	1 (1,1)	20,432	*<0,001
Yakın / ulaşımı kolay olduğu için	157 (69,2)	38 (16,7)	14 (6,2)	6 (2,6)	12 (5,3)	42,049	<0,001
Hastaya yaklaşımları iyi olduğu için	62 (53,4)	17 (14,7)	9 (7,8)	5 (4,3)	23 (19,8)	27,199	<0,001
Bekletilmediğim için	60 (63,2)	11 (11,6)	2 (2,1)	1 (1,1)	21 (22,1)	43,855	<0,001
Kurumun temiz olması nedeniyle	35 (50,7)	10 (14,5)	4 (5,8)	4 (5,8)	16 (23,2)	23,499	<0,001
Kurumun tanı ve tedavi imkanlarının geniş olması	13 (14,8)	28 (31,8)	21 (23,9)	14 (15,9)	12 (13,6)	83,829	<0,001
Kalabalık olmadığı için	57 (64,8)	11 (12,5)	3 (3,4)	0 (0,0)	17 (19,3)	31,535	*<0,001
Detaylı araştırma yapıldığı için	5 (8,3)	22 (36,7)	17 (28,3)	8 (13,3)	8 (13,3)	67,202	<0,001
Uzman doktora muayene olmak için	29 (30,5)	30 (31,6)	16 (16,8)	5 (5,3)	15 (15,8)	27,825	<0,001
Doçent veya profesöre muayene olmak için	4 (9,5)	7 (16,7)	5 (11,9)	11 (26,2)	15 (35,7)	97,095	<0,001
İstediğim zaman randevu alabildiğim için	42 (46,7)	23 (25,6)	6 (6,7)	2 (2,2)	17 (18,9)	16,715	0,002
Tanıdık / personel olduğu için	32 (78,0)	4 (9,8)	0 (0,0)	2 (4,9)	3 (7,3)	13,128	*0,011
Tavsiye edildiği için	9 (34,6)	6 (23,1)	2 (7,7)	2 (7,7)	7 (26,9)	12,777	0,012
Aşı hizmeti verildiği için	7 (87,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	5,037	0,284
Başka seçeneğim olmadığı için	12 (44,4)	10 (37,0)	2 (7,4)	1 (3,7)	2 (7,4)	2,821	0,588
Aynı doktora Muayene olmak için	56 (56,6)	21 (21,2)	9 (9,1)	4 (4,0)	9 (9,1)	0,853	0,931

*gruplarda denek yetersizliği olduğundan test ist verilemez, -Ki Kare Karşılaştırma testi

Bireylerin en son başvuru yaptıkları sağlık kuruluşu, nedenleri ve bu görüşmedeki hekim görüşmeleri ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Başvurulan en son sağlık kuruluşu ile ilgili sorulara verilen yanıtların dağılımı

Sağlık hizmeti ile ilgili sorular	Sayı (Yüzde) n (%)
En son başvuru yaptığınız sağlık kuruluşu hangisidir?	
Aile Sağlığı Merkezi	261 (49,1)
Devlet Hastanesi	122 (22,9)
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	61 (11,5)
Özel Muayenehane	42 (7,9)
Özel Hastane	31 (5,8)
Üniversite Hastanesi	8 (1,5)
Eczane	3 (0,6)
Diğer	4 (0,8)
Başvurunuzu hangi nedenle yaptınız? (Çoklu cevap verilebilir)	
Yeni başlayan şikayetim için	223 (41,9)
İlaç yazdırmak için	132 (24,8)
Kronik hastalık kontrolü	76 (14,3)
Ağız – diş sağlığı	50 (9,4)
Hastalığımla ilgili bilgi almak için	36 (6,8)
Acil durum / kazalar nedeniyle	27 (5,1)
Gebelik durumu nedeniyle	26 (4,9)
Çocuk / çocuklarımı aşılatmak için	19 (3,6)
Ameliyat nedeniyle	15 (2,8)
En son gittiğiniz sağlık kurumunda, görüştüğünüz hekimle olan iletişiminizi nasıl değerlendirirsiniz?	
Çok kötü	13 (2,4)
Kötü	23 (4,3)
Vasat	43 (8,1)
İyi	310 (58,3)
Çok iyi	143 (26,9)

-Sayı ve yüzde analizi

Çalışmada yer alan bireylerin gelir düzeyi bazında” En son sağlık hizmeti başvurunuzu nereye yaptınız?” sorusuna verdikleri cevaplar ve “Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğu halde başvuruda bulunmadığınız zamanlar oluyor mu?” sorusuna

verdikleri cevaplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla; $p=0.073$, $p=0.409$).

Bireylerin en son başvuru nedenlerinin eğitim durumu ile karşılaştırılmasında elde edilen anlamlı sonuçlar Tablo 17’de sunulmuştur. Buna göre yüksek okul mezunları en son sağlık hizmeti başvurularını çoğunlukla ilaç yazdırmak ($p=0,001$) ve hastalıkla ilgili bilgi almak için ($p=0,017$) yapmışlardır.

Tablo 17. Eğitim durumu bazında bir önceki başvuru nedenlerinin karşılaştırması

Bu başvurunuzdan önceki sağlık hizmeti başvurunuzu hangi nedenle yaptınız? (Çoklu cevap verilebilir)	Eğitim Durumu				Test İstatistiği	
	İlkokul mezunu n (%)	Ortaokul mezunu n (%)	Lise mezunu + üniversite öğrencisi n (%)	Yüksekokul mezunu n (%)	χ^2	p
İlaç yazdırmak için	29 (22,3)	31 (23,8)	23 (17,7)	47 (36,2)	17,247	0,001
Hastalığımla ilgili bilgi almak için	10 (27,8)	5 (13,9)	12 (33,3)	9 (25,0)	10,227	0,017
Kronik hastalık kontrolü	16 (21,9)	12 (16,4)	12 (16,4)	33 (45,2)	7,490	0,058
Acil durum/kazalar nedeniyle	1 (3,7)	5 (18,5)	10 (37,0)	11 (40,7)	3,672	0,299
Gebelik nedeniyle	1 (3,8)	9 (34,6)	8 (30,8)	8 (30,8)	6,507	0,089
Ağız –diş sağlığı	3 (6,0)	10 (20,0)	14 (28,0)	23 (46,0)	2,679	0,444
Ameliyat nedeniyle	2 (13,3)	3 (20,0)	3 (20,0)	7 (46,7)	0,232	0,972
Çocuk / çocuklarımı aşılatmak	4 (21,1)	4 (21,1)	6 (31,6)	5 (26,3)	2,405	0,493

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Bireylerin en son aldıkları sağlık hizmeti ve eğitim durumları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışmaya katılanlara “Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğu halde başvuruda bulunmadığınız zamanlar oluyor mu?” sorusuna bireylerin 408’i evet, 124’ü ise hayır cevabını vermiştir. Tablo 18’de, belirtilen sağlık hizmetine başvurmama nedenleri sunulmuştur.

Tablo 18. Sağlık hizmetine başvurmama durumu ve nedenlerinin dağılımı

Sağlık hizmeti ile ilgili sorular	Sayı (Yüzde) n (%)
Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğu halde başvuruda bulunmadığınız zamanlar oluyor mu?	
Evet	408 (76,7)
Hayır, her zaman başvururum	124 (23,3)
Sağlık hizmetine başvurmama nedeninizi belirtiniz (Çoklu cevap verilebilir)	
Hastalığı önemsememe	168 (31,6)
Kendi kendini tedavi etme	114 (21,4)
Zaman olmaması	106 (19,9)
Hastane ortamının beni rahatsız etmesi	88 (16,5)
Beklemek istemediğim için	76 (14,3)
Maddi durumun yeterli olmaması	35 (6,6)
Sağlık Hizmetine ulaşamama	31 (5,8)
Eczaneye başvurup ilaç alma	23 (4,3)

-Sayı ve yüzde analizi

Gelir durumu ve sağlık hizmetine başvurmama nedenleri karşılaştırmasına bakıldığında “maddi durumun yeterli olmaması” ($p=0,005$), “kendi kendini tedavi etme” ($p=0,017$) seçenek tercihlerinde anlamlı farklılık görülmüştür (Bkz. Tablo 19).

Tablo 19. Gelir durumu ile sağlık hizmetine başvurmama nedenlerinin karşılaştırması

	Gelir Durumu				Test İstatistiği	
	1500 TL altında n (%)	1500-3000 TL n (%)	3000 – 5000 TL n (%)	5000 TL üzerinde n (%)	χ^2	p
Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğu halde başvuruda bulunmadığınız zamanlar oluyor mu?						
Evet	73 (81,1)	178 (73,9)	120 (77,4)	37 (82,2)	2,887	
Hayır, her zaman başvururum.	17 (18,9)	63 (26,1)	35 (22,6)	8 (17,8)		0,409
Sağlık hizmetine başvurmama nedeninizi belirtiniz (Çoklu cevap verilebilir)						
Maddi durumun yeterli olmaması	11 (12,2)	20 (8,3)	4 (2,6)	0 (0,0)	13,001	0,005

Tablo 19'un devamı

Kendi kendini tedavi etme	22 (24,4)	37 (15,4)	43 (27,7)	12 (26,7)	10,159	0,017
Zaman olmaması	11 (12,2)	46 (19,1)	36 (23,2)	13 (28,9)	6,768	0,080
Hastalığı önemsememe	34 (37,8)	66 (27,4)	56 (36,1)	12 (26,7)	5,543	0,136
Beklemek istemediğim için	10 (11,1)	42 (17,4)	18 (11,6)	6 (13,3)	3,615	0,306
Hastane ortamının beni rahatsız etmesi	19 (21,1)	38 (15,8)	24 (15,5)	7 (15,6)	1,620	0,655
Sağlık Hizmetine ulaşamama	4 (4,4)	14 (5,8)	9 (5,8)	4 (8,9)	1,081	0,782
Eczaneye başvurup ilaç alma	3 (3,3)	11 (4,6)	6 (3,9)	3 (6,7)	0,919	0,821

*okuryazar seçeneği denek yetersizliğinden dahil edilememiştir -Ki Kare Karşılaştırma testi

Tablo 20'de bireylerin herhangi bir sağlık durumunda başvurmayı tercih etmeyecekleri sağlık kurumları ve bunların dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu hastalık / rahatsızlık durumunda özel muayenehaneye ve özel hastaneyi tercih etmediklerini belirttikleri görülmektedir.

Tablo 20. Başvurulmayan sağlık kurumlarına ait sayı ve yüzde dağılımı

Sağlık tesisi ilgili sorular	Sayı (Yüzde)
Hastalık / rahatsızlık durumunda başvurmayı kesinlikle düşünmeyeceğiniz sağlık kurumu hangisidir? (Çoklu cevap verilebilir)	n (%)
Özel Muayenehane	217 (40,8)
Özel Hastane	172 (32,3)
Aile Sağlığı Merkezi	93 (17,5)
Devlet Hastanesi	77 (14,5)
Üniversite Hastanesi	64 (12,0)
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	42 (7,9)

-Sayı ve yüzde analizi

Çalışmada yer alan bireylerin hastalık durumunda ilgili kurumlara neden başvurmadıklarına dair nedenler ve yüzdeleri Tablo 21’de yer almaktadır.

Tablo 21. Hastalık durumunda başvurulmayan kurumlara ve sebeplerine ait sayı ve yüzde dağılımı

	Sayı (Yüzde) n (%)
Hastalık / rahatsızlık durumunda başvurmayı kesinlikle düşünmeyeceğiniz bu kuruma başvurmama sebebinizi belirtiniz. (Çoklu cevap verilebilir)	
Güven duygusu vermiyor	178 (33,5)
Her tahlili yaptıramıyorum	102 (19,2)
Kurumun donanımı yetersiz	96 (18,0)
Sağlık personeli ilgisiz	94 (17,7)
Çok kalabalık	105 (19,7)
İstediğim tarihe randevu alamıyorum	85 (16,0)
Bekleme süresi çok uzun	83 (15,6)
Evrak işleri çok yorucu	40 (7,5)
İstediğim reçeteyi yazdıramıyorum	32 (6,0)

-Sayı ve yüzde analizi

Sağlık hizmetlerine başvurmama nedenlerinin eğitim durumu ile karşılaştırılmasında anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir.

4.3. Hekim ve Hekim Dışı Personelle İlgili Görüş ve İstatistikler

Katılımcıların tercih ettikleri sağlık kuruluşundaki hekim ve hekim dışı personelle ilgili görüşleri Tablo 22’de sunulmaktadır.

Tablo 22. Hekim ile şikayet paylaşma ve paylaşamama nedenlerine ait sayı ve yüzde dağılımı

Sağlık hizmeti ile ilgili sorular	Sayı (Yüzde) n (%)
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda, tedavi süresince, doktorunuzla endişelerinizi, korkularınızı, şikayetlerinizi paylaşabiliyor musunuz?	
Evet rahatlıkla paylaşabiliyorum	364 (68,4)
Kısmen paylaşabiliyorum	143 (26,9)
Hayır paylaşmıyorum	25 (4,7)
Paylaşamama nedeni; (Çoklu cevap verilebilir)	
Hasta yoğunluğu nedeniyle yeterli vakit ayrılmadığı için	74 (13,9)
Kendim paylaşmak istemediğim için	60 (11,2)
Doktorumla rahat iletişim kuramadığım için	47 (8,8)
Doktorumun paylaşımımı önemsememesi nedeniyle	32 (6,0)
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumundaki doktorunuzdan tanı ve tedaviniz sırasında size yardımcı olacak bilgileri alabiliyor musunuz?	
Evet kesinlikle	331 (62,2)
Kısmen	185 (34,8)
Hayır	16 (3,0)
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda hekim dışı sağlık personelinden açıklayıcı bilgi alabiliyor musunuz?	
Evet	202 (38,0)
Evet kısmen	221 (41,5)
Hayır	109 (20,5)
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda, kullanmanız gereken ilaçların kullanımı ve olası yan etkileri ile ilgili size ya da yakınınıza/yakınlarınıza gerekli bilgi veriliyor mu?	
Evet	310 (58,3)
Evet kısmen	143 (26,9)
Hayır	79 (14,8)
Sağlık hizmeti almak için tercih ettiğiniz kurumu ailenize, yakınlarınıza ve arkadaşlarınıza tavsiye eder misiniz?	
Evet	478 (89,8)
Hayır	54 (10,2)

-Sayı ve yüzde analizi

Çalışmada yer alan bireylerin eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları hekim ve hekim dışı personelle ilgili görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sağlık kurumu tercihleri ile sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları hekim ve hekim dışı personelle ilgili görüşleri karşılaştırıldığında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir (Bkz. Tablo 23).

Tablo 23. Sağlık kurumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması

Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu belirtiniz.					
	Aile Sağlık Merkezi	Devlet Hastanesi	Eğitim Araştırma Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumundaki doktorunuzdan tanı ve tedaviniz sırasında size yardımcı olacak bilgileri alabiliyor musunuz?					
Evet kesinlikle	192 (59,6)	61 (18,9)	26 (8,1)	17 (5,3)	26 (8,1)
Kısmen	75 (41,4)	57 (31,5)	23 (12,7)	8 (4,4)	18 (9,9)
Hayır	9 (56,2)	5 (31,2)	0 (0,0)	1 (6,2)	1 (6,.)
Test İstatistiği; χ^2 p	20.327 ; 0.009 -gruplarda denek yetersizliği olduğundan test ist verilemez				
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda hekim dışı sağlık personelinden açıklayıcı bilgi alabiliyor musunuz?					
Evet	123 (62,0)	34 (17,2)	11 (5,6)	13 (6,6)	17 (8,6)
Evet kısmen	101 (47,2)	63 (29,4)	22 (10,3)	7 (3,3)	21 (9,8)
Hayır	52 (48,6)	26 (24,3)	16 (15,0)	6 (5,6)	7 (6,5)
Test İstatistiği; χ^2 ; p	21,368 ; 0,006				
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda, kullanmanız gereken ilaçların kullanımı ve olası yan etkileri ile ilgili size ya da yakınınıza/yakınlarınıza gerekli bilgi veriliyor mu?					
Evet	189 (62,2)	57 (18,8)	23 (7,6)	15 (4,9)	20 (6,6)
Evet kısmen	54 (38,8)	39 (28,1)	21 (15,1)	6 (4,3)	19 (13,7)
Hayır	33 (43,4)	27 (35,5)	5 (6,6)	5 (6,6)	6 (7,9)
Test İstatistiği; χ^2 p	32,714 ; <0,001				
Sağlık hizmeti almak için tercih ettiğiniz kurumu ailenize, yakınlarınıza ve arkadaşlarınıza tavsiye eder misiniz?					
Evet	251 (54,1)	104 (22,4)	43 (9,3)	24 (5,2)	42 (9,1)
Hayır	25 (45,5)	19 (34,5)	6 (10,9)	2 (3,6)	3 (5,5)
Test İstatistiği; χ^2 ; p	4,850 ; 0,303				

Çalışmada yer alan bireylerin başvurdukları sağlık hizmeti basamakları ile sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları hekim ve hekim dışı personelle ilgili görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.(Bkz. Tablo 24).

Tablo 24. Sağlık kurumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması

	Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu belirtiniz.			Test İstatistiği	
	1.Basamak Sağlık Hizmeti n (%)	2.Basamak Sağlık Hizmeti n (%)	3.Basamak Sağlık Hizmeti n (%)	χ^2	p
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumundaki doktorunuzdan tanı ve tedaviniz sırasında size yardımcı olacak bilgileri alabiliyor musunuz?					
Evet kesinlikle	192 (64,9)	61 (20,6)	43 (14,5)	17,265	0,002
Kısmen	75 (46,0)	57 (35,0)	31 (19,0)		
Hayır	9 (60,0)	5 (33,3)	1 (6,7)		
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda hekim dışı sağlık personelinden açıklayıcı bilgi alabiliyor musunuz?					
Evet	123 (68,0)	34 (18,8)	24 (13,3)	14,913	0,005
Evet kısmen	101 (52,3)	63 (32,6)	29 (15,0)		
Hayır	52 (52,0)	26 (26,0)	22 (22,0)		
Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda, kullanmanız gereken ilaçların kullanımı ve olası yan etkileri ile ilgili size ya da yakınınıza/yakınlarınıza gerekli bilgi veriliyor mu?					
Evet	189 (66,5)	57 (20,1)	38 (13,4)	23,082	<0,001
Evet kısmen	54 (45,0)	39 (32,5)	27 (22,5)		
Hayır	33 (47,1)	27 (38,6)	10 (14,3)		
Sağlık hizmeti almak için tercih ettiğiniz kurumu ailenize, yakınlarınıza ve arkadaşlarınıza tavsiye eder misiniz?					
Evet	251 (59,5)	104 (24,6)	67 (15,9)	3,565	0,168
Hayır	25 (48,1)	19 (36,5)	8 (15,4)		

-Ki kare Karşılaştırma testi

4.4. Sağlıkla İlgili Tanımlamalarla İlgili İstatistikler

Çalışmada bireylere yöneltilen “Hangisi ya da hangileri size göre sağlık hizmetini tanımlar” sorusuna verilen cevaplar ve yüzdeleri Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25. “Sağlık Hizmetlerini tanımlama” sorusuna ait sayı ve yüzde dağılımı

Sağlık hizmeti ilgili sorular	Sayı (Yüzde) n (%)
Aşağıdaki tanımlardan hangisi ya da hangileri size göre “sağlık hizmetlerini” tanımlar? (Çoklu cevap verilebilir)	
Her ihtiyaç duyduğumda bir doktora ulaşabilmektir.	352 (66,2)
Hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmelerini sağlamaktır.	244 (45,9)
Kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunmasıdır.	211 (39,7)
Güven duyarak yararlandığım bir hizmettir.	209 (39,3)
Mecbur kalmadıkça başvurmadığım bir hizmettir.	114 (21,4)
Sadece devlet tarafından sunulan hizmettir.	54 (10,2)

-Sayı ve yüzde analizi

Eğitim durumu bazında “sağlık hizmetini en iyi hangi madde tanımlar” sorusuna önerilen maddelerden istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren madde; “Kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunmasıdır.” ve “Hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmelerini sağlamaktır.” maddeleri olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.001$, $p<0.001$) (Bkz. Tablo 26).

Tablo 26. Eğitim durumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması

Aşağıdaki tanımlardan hangisi ya da hangileri size göre “sağlık hizmetlerini” tanımlar? (Çoklu cevap verilebilir)	Eğitim Durumu				Test İstatistiği	
	İlkokul mezunu n (%)	Ortaokul mezunu n (%)	Lise + ünv öğrencisi n (%)	Yüksekokul mezunu n (%)	χ^2	p
1. Her ihtiyaç duyduğumda bir doktora ulaşabilmektir.	49 (14,0)	74 (21,2)	88 (25,2)	138 (39,5)	4,377	0,224
2. Acil sağlık ihtiyaçlarımda başvurabileceğim kurumların hizmetleridir.	29 (13,1)	33 (14,9)	57 (25,8)	102 (46,2)	5,003	0,172
3. Mecbur kalmadıkça başvurmadığım bir hizmettir.	13 (11,5)	23 (20,4)	38 (33,6)	39 (34,5)	6,817	0,078
4. Kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunmasıdır.	19 (9,0)	28 (13,3)	58 (27,6)	105 (50,0)	17,063	0,001
5. Güven duyarak yararlandığım bir hizmettir.	26 (12,5)	35 (16,8)	55 (26,4)	92 (44,2)	1,786	0,618
6. Sadece devlet tarafından sunulan hizmettir.	10 (18,5)	10 (18,5)	11 (20,4)	23 (42,6)	1,677	0,642
7. Hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmelerini sağlamaktır	23 (9,4)	35 (14,3)	56 (23,0)	130 (53,3)	24,736	<0,001

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Bireylere “Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlığı üzerindeki kontrollerini artırmaları ve sağlıklarını sağlama sürecidir. Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımına göre sağlığını geliştirmek için neler yapabilirsiniz?” sorusunun cevabı olarak bazı maddeler belirlenmiştir. Çoklu cevabın tercih edilebildiği soruda bireylerin verdikleri cevaplar Tablo 27’de gösterilmektedir.

Tablo 27. Dünya Sağlık Örgütü'nün ilgili tanımına verilen cevaplara ait sayı ve yüzde dağılımı

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlığı üzerindeki kontrollerini artırmaları ve sağlıklarını sağlama sürecidir". Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımına göre sağlığınızı geliştirmek için neler yapabilirsiniz? (Çoklu cevap verilebilir)	Sayı (Yüzde) n (%)
Sağlıklı beslenmek	494 (92,9)
Düzenli spor yapmak	400 (75,2)
Mevcut hastalıklarımla ilgili olarak tedavi ve kontrollerimi aksatmamak	327 (61,5)
Toplumun sağlığını tehdit eden, gıda ve beslenme ile ilgili unsurları bildirmek	219 (41,2)
Toplumun sağlığını tehdit eden, çevre ile ilgili problemleri bildirmek	195 (36,7)
Ekonomik durumumu planlamak ve sağlıklı olmak için bütçe ayırmak	131 (24,6)
Düzenli sağlık bültenleri okumak	101 (19,0)
Sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili sivil toplum kuruluşlarında çalışmaktır	100(18,8)
Sağlıkla ilgili toplantılara katılmak	83 (15,6)
Düzenli vergi vermek	70 (13,2)

-Sayı ve yüzde analizi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili cevapların eğitim durumu ile karşılaştırılmasında elde edilen anlamlı sonuçlar Tablo 28'de sunulmuştur. Buna göre bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe verdikleri cevapların "düzenli spor yapmak", "düzenli sağlık bültenleri okumak", "mevcut hastalıklarımla ilgili olarak tedavi ve kontrollerimi aksatmamak", "toplumun sağlığını tehdit eden, çevre ile ilgili problemleri bildirmek", "ekonomik durumumu planlamak ve sağlıklı olmak için bütçe ayırmak" ve "sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili sivil toplum kuruluşlarında çalışmaktır" cevaplarında anlamlı olarak yoğunlaştı.

Tablo 28. Eğitim durumu bazında sağlık hizmeti ile ilgili soruların karşılaştırılması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlığı üzerindeki kontrollerini artırmaları ve sağlıklarını sağlama sürecidir". Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımına göre sağlığımızı geliştirmek için neler yapabilirsiniz? (Çoklu cevap verilebilir)	Eğitim Durumu				Test İstatistiği	
	İlkokul mezunu n (%)	Ortaokul mezunu n (%)	Lise mezunu + üniversite öğrencisi n (%)	Yüksekokul mezunu n (%)	χ^2	p
1.Sağlıklı beslenmek	66 (13,4)	91 (18,5)	123 (25,1)	211 (43,0)	2,237	0,525
2.Düzenli spor yapmak	37 (9,3)	72 (18,1)	104 (26,1)	185 (46,5)	29,461	<0,001
3.Düzenli sağlık bültenleri okumak	9 (8,9)	13 (12,9)	22 (21,8)	57 (56,4)	10,932	0,012
4.Mevcut hastalıklarımla ilgili olarak tedavi ve kontrollerimi aksatmamak	43 (13,2)	49 (15,1)	81 (24,9)	152 (46,8)	11,412	0,010
5.Sağlıkla ilgili toplantılara katılmak	11 (13,4)	16 (19,5)	22 (26,8)	33 (40,2)	0,228	0,973
6.Düzenli vergi vermek	11 (15,7)	11 (15,7)	17 (24,3)	31 (44,3)	0,895	0,827
7.Toplumun sağlığını tehdit eden, çevre ile ilgili problemleri bildirmek	21 (10,8)	25 (12,8)	48 (24,6)	101 (51,8)	14,777	0,002
8.Toplumun sağlığını tehdit eden, gıda ve beslenme ile ilgili unsurları bildirmek	21 (9,6)	25 (11,4)	58 (26,5)	115 (52,5)	25,452	<0,001
9.Ekonomik durumumu planlamak ve sağlıklı olmak için bütçe ayırmak	15 (11,5)	11 (8,5)	37 (28,5)	67 (51,5)	15,068	0,002
10.Sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili sivil toplum kuruluşlarında çalışmaktır	12 (12,0)	8 (8,0)	28 (28,0)	52 (52,0)	11,392	0,010

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Çalışmada yer alan bireylerden sağlık hizmetine ait 3 önemli unsur belirtmeleri istenmiştir. Bireyler tarafından en çok işaretlenen maddeler Tablo 29'da gösterilmektedir.

Tablo 29. Sağlık hizmeti sunumunda en önemli 3 unsura ait sayı ve yüzde dağılımı

Sağlık hizmeti ilgili sorular	
Sizce sağlık hizmeti sunumunda en önemli 3 unsur nedir?	Sayı (Yüzde) n (%)
Her ihtiyaç duyduğumda rahatlıkla sağlık hizmeti alabilmeliyim	472 (88,7)
İstediğim tüm sağlık kuruluşlarına başvurabilmeliyim	357 (67,1)
Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olmalı	370 (69,5)
İstediğim doktora istediğim saatte randevu alabilmeliyim	157 (29,5)
Sağlık kurumlarında sıra beklememeliyim	142 (26,7)
Her isteyen her hastaneye gitmemeli, sevk zinciri olmalı	96 (18,0)

-Sayı ve yüzde analizi

5. TARTIŞMA

Günümüz dünyasında pek çok alanda olduğu gibi tıp alanında da her geçen gün çeşitli gelişmelere ve yeniliklere şahit olmaktadır. Eskiden kısıtlı imkanlar dahilinde sunulan sağlık hizmeti artık daha geniş imkan ve alternatiflerle sunulmaktadır. Pek çok ülke elindeki ekonomik, finansal ve sağlık alanında yetişmiş insan gücü ölçüsünde sağlık hizmetlerini organize etmektedir. Tüm bu gelişmelerin yanında bireylerin de sağlık hizmetleri konusunda görüş ve talepleri şekillenmeye devam etmektedir. Sağlık hizmetleri talebi ve tercihleri, bireylerin demografik ve sosyoekonomik durumları, hizmetin uzaklığı, sağlık hizmetinde uzman hekim kadrolarının mevcudiyeti, laboratuvar, görüntüleme ve cerrahi hizmetleri kalitesi, hastaların biyomedikososyal uygunluk içinde karşılanması ve bilgilendirilmesi, hizmet alma sürecindeki bekleme süreleri, konaklama imkanları gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir [42].

Bu çalışmada Ankara ilinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri tercihleri ve bunlara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarının doğru yorumlanabilmesi için Ankara ilinin farklı gelişmişlik endeksine sahip 3 ilçesi (Çankaya, Mamak, Polatlı) belirlenerek, bu yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin görüşlerine başvurulmuştur.

Bu çalışmadan elde ettiğimiz en önemli sonuçlardan bir tanesi, hem tüm katılımcıların hem de ayrı ayrı her 3 üç ilçedeki bireylerin çoğunlukla ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşunun ASM'ler olduğudur. Genel olarak çalışmamızda katılımcıların yarısının ilk tercihlerinin ASM olduğu görülmektedir. Literatüre baktığımızda birinci basamak başvuru oranları %15 ile %71 arasında değişmektedir. ABD'de aile hekimleri poliklinik muayenelerinin %25'ini ve birincil bakım hizmetlerinin yarısını yerine getirirken, İngiltere'de yıllık doktor başvurularının %95'i genel pratisyenlere yapılmaktadır [43]. İngiltere'de oturmuş bir sevk sistemi olması birinci basamak başvurularının en çok olduğu ülkelerden biri olmasını sağlamıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalara baktığımızda, sağlık hizmeti almak için genellikle başvuru alan ilk kurumun birinci basamak sağlık kuruluşları olduğu, 2.

sırada devlet hastaneleri, sonra sırasıyla üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları olduğu görülmektedir [44]. Bir başka çalışmada ise farklı olarak ilk sırayı devlet hastanelerinin aldığı, bunu birinci basamak sağlık hizmetlerinin izlediği görülmektedir [45].

Çalışmamızda en son başvuru alan sağlık kuruluşunu sorduğumuzda yine katılımcıların çoğunun ASM'leri tercih ettikleri görülmektedir. Bu da tercih konusundaki beyanlarını desteklemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, etkin çalışan bir sağlık sisteminde tercih edilirliliği en yüksek hizmet olmalıdır. İkinci ve üçüncü basamak başvurularında sunulan temel hizmetlerin büyük bir kısmı birinci basamak sağlık hizmetlerinde de sunulabilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak hizmet başvurularında istenen akılcı olmayan tetkikler nedeniyle bu hizmetlerin maliyet etkinliği de düşmektedir. Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorunlarının %85-90'ı, basit laboratuvar tetkikleri eklendiğinde ise %96'sının birinci basamak sağlık hizmetlerinde çözülebileceği vurgulanmaktadır [46]. Ancak bizim çalışmamız da dahil literatürdeki diğer çalışmalarda genel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bir araştırmaya göre üçüncü basamak sağlık hizmeti başvurularının %80'i birinci basamakta teşhis, tedavi ve takibi yapılabilecek sağlık durumlarından oluşmaktadır [47]. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sektörde hakettiği yeri alması daha düşük maliyetlerle daha kaliteli sağlık sonuçlarına alınmasını sağlayacaktır [48].

Birinci basamak hizmetlerin daha fazla tercih edilebilir hale gelmesi için hekim hizmet kalitesi ve teknik imkanlar yükseltilmeli, bir aile hekimi başına düşen nüfus azaltılarak sevk sistemi tekrar oturtulmalı böylece ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin de daha etkin kullanımı sağlanmalıdır. Çalışmamızda birinci basamak başvurularının öncelikli olmasının cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum ve gelir durumu gibi özelliklerden etkilenmediği görülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalara baktığımızda benzer ve farklı sonuçlar olduğu görülmektedir; Erzurum il merkezinde yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti talebinin gelir, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ailedeki birey sayısı ile ilgili olduğu bulunmuştur [42]. TÜİK 2010 verilerinden yararlanılarak yapılan bir çalışmada gelir seviyesi yüksek bireylerin üniversite hastaneleri ve özel sağlık hizmetlerini tercih ettikleri, medeni durumun tercihler üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı, kadınların daha çok birinci basamak

sağlık hizmetlerini, erkeklerin ise ikinci basamak sağlık hizmetlerini tercih ettikleri, yaşın artması ile devlet hastanelerinin tercih edilmesinin azaldığı gösterilmiştir [45]. Ateş ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada sağlık hizmetleri tercihlerinin ekonomik durum ve sosyal güvence imkanlarından etkilendiği gösterilmiştir [49].

Çalışmamızda herhangi bir sağlık kuruluşunu tercih etme nedenleri olarak “sosyal güvence”, “ulaşım kolaylığı”, “güvenilirlik”, “aynı doktora muayene olma” ve “uzman doktora muayene olma” gibi nedenler gösterilmiştir. Türkiye’de yapılmış bir başka çalışmada sağlık kuruluşunun yakınlığı en önemli tercih sebebi olarak saptanmıştır[44]. İngiltere’de yapılan bir araştırmada da katılımcıların yarıya yakını sağlık kuruluşunun yakınlığını neden olarak göstermiştir. Aynı çalışmada sağlık kuruluşunun önerilmesinin de önemli bir etken olduğu görülmektedir [50]. Çalışmamızda da ASM’lerin tercih nedenleri arasında sosyal güvence, ulaşım kolaylığı, hasta yaklaşımının iyi olması, bekletilmeme, kurum temizliği, kalabalık olmaması, istenildiği zaman randevu alınabilmesi, tanıdık personel olması, tavsiye edilmesi gibi nedenlerin anlamlı şekilde tercih sebebi olduğu görülmüştür. Kocaeli’nde yapılan bir çalışmada, ilk olarak ASM’ye başvuranların tercih nedenlerine bakıldığında ilk sırada yakın olması, sonrasında sırasıyla ucuz olması ve sağlık personelinin tanıdıkları olarak saptanmış. Aynı çalışmada genel olarak sağlık kurumlarına başvuruları etkileyen faktörlerin kişi başına düşen gelir, hanenin sağlık hizmetine uzaklığı ve sosyal güvence olduğu görülmüştür [51]. Avustralya’da yapılan bir çalışmada aile hekimi tercihlerini etkileyen faktörlere bakılmış ve bakım kalitesi açısından en önemli nedenin aile hekiminin hastayı dikkatlice dinlemesi ve tedaviyi net bir şekilde anlatması olduğu görülmüştür. Aynı çalışmadaki diğer faktörler ise, hekimin kadın sağlığı, çocuk sağlığı gibi özel eğitimler almış olması, kişinin kendine uyan saatlerde randevu alabilmesi, sağlık personelinin hukuken gereken evrakları doldurması ve aile hekiminin ofisinin yakınında park yerinin olması en önemli tercih nedenlerini oluşturmuştur [52]. Çalışmamızda, kurumun tanı ve tedavi imkanlarının geniş olması, uzman doktora muayene olmak gibi nedenler Devlet Hastanesi tercihleri için gösterilen istatistiksel olarak anlamlı olan nedenlerdir. Doçent ve profesöre muayene olmak ise özel sağlık hizmetleri için gösterilen istatistiksel anlamlı gerektirir. AYTEKİN ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada hastane tercihlerini etkileyen en önemli faktörlerin her türlü hizmet ve uzmanın bulunması, modern cihaz ve teknolojiye sahip olması ve ulaşım kolaylığı

olduğu gösterilmiştir [53]. Şantaş ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmaya göre ise hastane tercihlerini etkileyen faktörlerin başlıcaları sağlık işletmesinin hijyen ve temizliği, hekim ve hekim dışı personelin tutum ve davranışları ve sağlık işletmesinin tıbbi ve teknik donanımıdır [54]. Tüfekci ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise hastane tercihlerinde birinci sırayı güven faktörü alırken, uzman doktora muayene olmak, memnuniyet ve ulaşım kolaylığı diğer faktörler olarak sıralanmıştır [55].

Çalışmamızda olduğu gibi pek çok çalışmada “ulaşım kolaylığı” birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda önemli bir etken olarak görülmektedir. Bu durum elbette ki sağlık hizmeti sunumunda ön plana alınması gereken hususlardan biridir. Ama öte yandan gösterilen nedenler arasında sağlık bakımı kalitesinin olmaması da düşündürücüdür. Bu durumu farklı şekilde yorumlamak mümkündür; bireyler birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık bakımı kalitesini yetersiz buluyor olabilirler ve bu nedenle bunu dile getirmemiş olabilirler veya bireyler sağlık hizmeti tercihlerinde kaliteyi arka plana atmış olabilirler. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri tercihlerinde ise uzman doktora muayene olmak ve tedavi ve teknik imkanların genişliği tercih nedeni olmaktadır. Teknik imkanlar ve uzman doktora muayene olma tercihlerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde bu imkan ve donanımların akılcı şekilde kullanılmasını gerektirmektedir.

Çalışmamızda sağlık kuruluşu tercihleri ile gelir durumunun karşılaştırılması ile ilgili ortaya çıkan genel sonuç; ASM’lerin her gelir durumundaki bireyler için ilk tercih olduğu, bunun yanında gelir durumu daha yüksek olan kişilerin özel sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının da arttığı saptanmıştır. Gebze’de yapılan bir araştırma sonucuna göre bu çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının herhangi bir sağlık durumu karşısında hiç düşünmeden gitmeyi tercih edecekleri sağlık kuruluşunun özel hastaneler olduğu fakat acil olan durumlarda yaklaşık %75’inin ve acil olmayan durumlarda yaklaşık %79’unun devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerine başvurduğu görülmüştür [49]. Özkoç ve arkadaşları tarafından yapılan bir analizde, çalışmada yer alan bireylerin genelde özel sağlık hizmetlerini %10 oranında tercih ettikleri görülürken yüksek gelir seviyesine sahip bireyler arasında bu oranın %32’lere vardığı saptanmıştır [45]. Buna göre özel sağlık hizmetlerinde alınan ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanabilse de, özel sağlık hizmetlerinin

yüksek gelir seviyesindeki bireyler tarafınca da yüksek oranlarda tercih edilmediğini görülmektedir. Bu durum devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin bireyler tarafından tercih edilmesinin kişilerin bütçeleri boyutunda hizmet arayışında olduklarını düşündürebilirken, devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesine bağlı memnuniyeti de düşündürebilir. Bunun yanında çalışmamızda gelir durumu düşük olanlarda sosyal güvence, hizmet ucuzluğu gibi nedenler tercih nedeni olurken, gelir durumu daha yüksek olanlarda kurum çalışanlarının aydınlatıcı olması, istenilen zamana randevu alma, doçent ve profesöre muayene olma gibi nedenlerin ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre gelir durumu azaldıkça hizmet tercih nedenlerinde niceliksel sebepler öne çıkarken, gelir durumu arttıkça niteliksel, kaliteye dönük sebeplerin ön plana çıktığı söylenebilir. Tüm bunlar dışında, gelir durumuyla ilgili dikkat çeken bir diğer sonuç da çalışmaya katılanların kendi gelir durumlarını nasıl algıladıklarıdır. Şöyle ki; TÜRK-İŞ Sendikası'nın Eylül 2017 Açlık ve Yoksulluk Sınırı Araştırması [56] verilerinden yola çıkılarak hazırlanan gelir aralıklarına göre, bireylerin %16,9'u açlık sınırı altında, %37,7'si açlık ve yoksulluk sınırı arasında yaşamaktayken ankete katılan bireylerin yalnızca %7,9'u gelir durumunu çok kötü olarak nitelendirmiştir. Gelir durumu algısında görülen bu çelişkili durum, bireylerin sosyal destek mekanizmalarından faydalandıklarını, kayıt dışı gelir kaynakları olabileceğini akla getirmektedir. Genel olarak gelir durumu algısı dağılımına bakıldığında her üç ilçede de "orta" cevabında yoğunlaşmaktadır. Bu sonuç İGE-İ araştırmasında ortaya konan her üç ilçeye ait ekonomik durum endeksiyle uyum göstermektedir [41].

Çalışmamızda eğitim durumu ve sağlık hizmetleri tercih nedenleri karşılaştırmasında yüksekokul/üniversite mezunları arasında kurumun kalabalık olmaması ve tanı tedavi imkanlarının geniş olması seçeneklerinin istatistiksel olarak anlamlı nedenler oluşturduğu görülmektedir.

Çalışmamızda kronik hastalık bazında tercih edilen sağlık kurumlarına bakıldığında kronik hastalığı olanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde ASM'leri tercih ettiği görülmüştür. Yine katılımcıların yaklaşık üçte biri kronik bir hastalığının bulunduğunu belirtmiştir. Hastalıkların yaş grubuna göre bakıldığında kronik hastalıkların 46-65 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. 65-70 yaş arası grupta bulunanların %67'si en az bir kronik hastalığı bulunurken, 80 ve üzeri yaş

grubunda bulunan bireylerin %80'inin en az bir kronik hastalığı mevcuttur . Kronik hastalıkların yaşla birlikte görülme sıklığının arttığı ve birden fazla kronik hastalık durumunun eşlik edebildiği bilinen bir durumdur. Yine yapılan çalışmalarda nüfusun yaşının artmasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının da arttığı kanıtlanmıştır [57-59]. Kronik hastalıkların takibi aile hekimliğinin sorumlulukları arasındadır. Bu bağlamda kronik hastalığı olan bireylerin ilk başvuru tercihlerinin birinci basamak sağlık kuruluşları olması sevindirici bir durumdur. Ancak başvuru oranının daha yüksek olması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık hizmeti sunumundaki aksaklıkları belirleyebilmek amacıyla katılımcılara sağlık hizmetlerinden yararlanmama durumları ve bunların nedenleri ile ilgili görüşleri soruldu. Buna göre katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün “sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğu halde başvurmadığınız zamanlar oluyor mu” sorusuna “evet” cevabını verdiği görüldü. Bu durumun ilk başta sağlık hizmet sunumundaki yetersizlikten kaynaklanabileceği düşünülse de toplumda pek çok rahatsızlığın belli bir süreç içerisinde kendiliğinden düzelmesi olarak da düşünülebilir. Bu konuda yapılan bir çalışmada ortalama bir aylık sürede sağlık problemi yaşayan 1000 kişinin sağlık arayışı davranışları incelenmiş, 800 kişinin herhangi bir ayda en az bir semptomu olduğu, çoğunun kendi kendine tedavi uyguladığı, 217'sini bir hekime başvurduğu, hekime başvuranların ise 8'inin yatırılarak tedavi edildiği ve yalnızca birinin üçüncü basamak sağlık kurumuna gittiği görülmüştür [60]. Bu da aslında çalışmamızla benzer olarak, herhangi bir rahatsızlık yaşayan her dört kişiden yalnızca birinin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, dörtte üçünün bu hizmeti almak için başvurmadığını göstermektedir. Sağlık kuruluşuna başvurmayan kişilerin sonraki akıbetleri tam olarak bilinmese de, pek çok rahatsızlığın kendi doğal sürecinde düzelebildiği bilinmektedir. Bu durum tam olarak aile hekimliğinden başka hiçbir klinik branşta bulunmayan ve “bekle ve gör” olarak adlandırılan klinik karar yönteminin de var olma sebebidir. Bekle-gör sürecinde aile hekimi hastasının takibini yapmakla beraber tam olarak oturmayan klinik tabloda bekleme kararı verir. Aile hekimin elinde bulundurduğu klinik yöntemler olan “tanı”, “tedavi”, “bekle-gör” ve “sevk” sayesinde bireylere en uygun sağlık hizmeti sunabilmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak pek çok gelişmiş ülkede uygulanan sevk zincirinin yürürlüğe konulması gerektiğini düşünüyoruz. Bu uygulamayla hem çeşitli rahatsızlıkların doğal seyrederek düzelmesi, hem de gereksiz ikinci ve üçüncü

basamak başvurularının engellenerek dördüncül korumanın sağlanması gerçekleşebilecektir. Bunun yanında sağlık sistemi üzerindeki ekonomik yük de hafifleyecektir. Elbette bunları gerçekleştirirken, birinci basamak sağlık bakımının kalitesinin yükseltilmesi temel nokta olmalıdır. Bu aşamada toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerine olan güveni artırılmalı, bilimsel veriler ışığında sağlık hizmet sunumunda düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık politikaları oluşturulurken bilimsellikten uzak, populist yaklaşımlardan kaçınılmalıdır.

Çalışmamızda katılımcılara sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini belirleyecek bir kısım sorular yöneltilmiş olmasının yanında, anketin uzayarak doldurulabilirliğini etkileyebileceği ve araştırma konusunun dışına çıkılması ihtimali nedeniyle soruların kapsamının dar tutulması bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Bu konunun kapsamı bireylerin sağlık personeliyle olan iletişimleri açısından sınırlandırılmıştır. Katılımcılara “Başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda, tedavi süresince, doktorunuzla endişelerinizi, korkularınızı, şikayetlerinizi paylaşabiliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların yarısından fazlası olumlu yanıt vermiştir. Bir kısmı “kısmen paylaşabiliyorum” derken,% 5 kadarı da olumsuz yanıt vermiştir. Olumsuz yanıt verenlerin de çoğunluğu bunun nedeni olarak hasta yoğunluğunu göstermiştir. TÜİK’in yaptığı Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması’nda endişe, korku ve şikayetlerini doktorla paylaşabilenlerin oranı çalışmamızla benzer olarak saptanmıştır [61]. Yine çalışmamızda “başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumundaki doktorunuzdan tanı ve tedaviniz sırasında size yardımcı olacak bilgileri alabiliyor musunuz?” sorusuna çoğunluğun olumlu yanıt verdikleri görülmektedir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuç TUİK verileriyle çelişmektedir. TUİK araştırmasında anketi yanıtlayanların yaklaşık %60’ı hekimden yeterli bilgi alamadıklarını belirtmişlerdir. Bu farklılığın çalışmamızın sağlık kuruluşunda yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Katılımcılar bu sorulara olumsuz yanıt vermekten kaçınmış olabilirler. Ancak konunun daha iyi değerlendirilebilmesi için örneklemin temsiliyet gücünü göz önünde bulundurularak yapıldığı çok merkezli çalışmalar yapılmalı ve bunun yanında kalitatif çalışmalarla desteklenmelidir. Aynı soru hekim dışı personelle ilgili olarak yöneltildiğinde çalışmamızdaki katılımcıların daha fazla oranda olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Bu durum da hekim dışı sağlık personelinin her zaman hastayla iletişim kurma imkanının ve zorunluluğunun olmaması olarak açıklanabilir. Bunun

yanında hekim dışı sağlık personelinin görev tanımlarının her zaman net olmaması da, sağlık hizmeti için başvuranlarda bir tereddüte yol açıyor olabilir.

Sağlık hizmetlerini tanımlayabilmeye yönelik sorulan soruların cevaplarına bakıldığında genel olarak en çok tercih edilen üç cevabın “Her ihtiyaç duyduğumda bir doktora ulaşabilmektir”, “Hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmelerini sağlamaktır” ve “Acil sağlık ihtiyaçlarımda başvurabileceğim kurumların hizmetleridir” olduğu görülmüştür. Eğitim durumları baz alınarak yapılan karşılaştırmada ise üniversite/yüksekokul mezunlarının “Kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunmasıdır” ve “Hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmelerini sağlamaktır” cevabını verdikleri görülmüştür. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde ile ilgili neler yapılabileceğine dair yöneltilen soruya alınan cevaplardan en sık tercih edilen dördü “Sağlıklı beslenmek”, “Düzenli spor yapmak”, “Mevcut hastalıklarımla ilgili olarak tedavi ve kontrollerimi aksatmamak” ve “Toplumun sağlığını tehdit eden, gıda ve beslenme ile ilgili unsurları bildirmek” tir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili soruya verilen cevapların eğitim durumuyla karşılaştırılmasında eğitim durumu arttıkça, “Düzenli spor yapmak” , “Düzenli sağlık bültenleri okumak”, “Mevcut hastalıklarımla ilgili olarak tedavi ve kontrollerimi aksatmamak”, “Toplumun sağlığını tehdit eden, çevre ile ilgili problemleri bildirmek”, “Toplumun sağlığını tehdit eden, gıda ve beslenme ile ilgili unsurları bildirmek” ve “Ekonomik durumumu planlamak ve sağlıklı olmak için bütçe ayırmak” cevaplarının yüksek istatistiksel anlamlılıkla tercih edildiği görülmüştür. Sağlığın tanımının yapılabilmesi ve bireylerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili neler yapabilecekleri hakkında bilgi sahibi olması, sağlık okuryazarlığı ile yakından ilişkili bir durumdur. Çalışmamızda eğitim durumu arttıkça sağlığın ve sağlığın teşviki- geliştirilmesi ile ilgili alınan cevapların kalitesinin de yükseldiği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık bilgilerinin iletilmesi son dönemde önem kazanmış, günümüzde bu bilgilerin iletimi; tanı koyma sürecinin karmaşıklığı, sürekli artan ve yenilenen bilgiler, sınırlı genel okuryazarlık durumu, yaşa bağlı bilişsel kapasitedeki değişiklikler, algılamaya yönelik duygusal durum farklılıkları gibi nedenlerle zorlaşmıştır. Sağlık-Sen tarafından yayınlanan bir araştırmada sağlık okuryazarlığının genç nüfusta daha yüksek olduğu, yaştaki her 10 yıllık artışta azaldığı, eğitim durumu arttıkça sağlık okuryazarlığının da arttığı bulunmuştur [62].

Sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sınırlı olmasının bireyin kişisel sağlığı kadar sağlık sistemi üzerinde de olumsuz etkisi vardır. Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen eğitimleri anlamada güçlük, bu hastalıkların yönetiminde başarısızlık, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanamama, tedavilere uyumda güçlük ve ilaç kullanım hatalarında artma, kanser taraması gibi hizmetlerden yeterince yararlanamama ve riskli sağlık davranışlarının önlenememesi gibi sağlık programı başarısızlıklarına neden olmaktadır [62]. Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin acil servis hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları, daha fazla hastane başvuru ve yatışlarının olduğu, daha az koruyucu sağlık hizmeti kullandıkları, ilaçlarını düzgün olarak kullanamadıkları, sağlıkla ilgili anlatılanları iyi anlayamadıkları ve yaşlılarda daha kötü sağlık düzeyinin olduğu, bunun yüksek mortaliteyle ilişkili olduğu bildirilmektedir [63].

Çalışmada yer alan bireylerin sağlık hizmeti sunumundaki beklentilerine bakıldığında en çok önem verdikleri unsurların her ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetine rahatlıkla başvurabilmek, tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmak ve istenilen tüm sağlık kuruluşlarına başvurabilmek olduğu görülmüştür. Bireylerin sağlık hizmetine ulaşmalarının kolaylığı hizmetin kalitesi açısından ne kadar önem taşıyorsa, bu hizmetlerin yerinde, etkin ve şuurdu kullanılması bir o kadar önemlidir. Sağlık hizmetleri birinci basamakta ücretsizken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde belirli katkı paylarını gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artarak devamlılığı, belirli bir maliyeti olan hizmet olması ve kişilerin prim ödemeleri ile dönen bir yapıda olması tüm sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması beklentisini boşa çıkaracak niteliktedir. Ülkemizde bireyler sevk zinciri olmadan istedikleri sağlık hizmetine başvurabilmektedirler.

6. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin bir sektör halini aldığı günümüzde bireylerin tercihleri ve memnuniyeti ile bunlara etki eden faktörler önem kazanmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda toplum yönelimli, kişi merkezli, kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi bu hizmetlerden faydalanan kişilerin algı ve memnuniyetlerinde değişime neden olacak önemli unsurlardır ve aile hekimliğinin de temellerini oluşturan özelliklerden olmalarının yanı sıra kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunun tüm basamaklarında, hizmet sunucular tarafından da benimsenmelidir. Bireylerin sağlık ve sağlığı oluşturan bileşenlerle ilgili konulardaki karar verme süreçlerinde daha etkin rol almaları, sağlık arayışı davranışları ve tercihlerinde biyopsikososyal yaklaşım kavramının da değerini artırmaktadır. Sağlık hizmetleri tercihlerinde, bahsi geçen unsurlar kurumların teknolojik ve fiziki donanımlarının kalitesi kadar önemlidir. Hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve kalitesinin göstergelerindedir.

Çalışmamızda Ankara ilinde seçilen üç bölgedeki sağlık hizmetleri tercihlerinin birinci basamak ağırlıklı olmasına rağmen ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti başvuruları azımsanmayacak ölçüdedir. Birinci basamak başvurularının artırılması, bu sayede, sağlık giderlerinin azalması ve sağlık harcamalarının sağlık yatırımları yönünde kullanılabilmesi için etkin bir sevk zinciri kurulmalı bunun için de mevcut aile hekimi başına düşen nüfusun düşürülmesi yani aile hekimi sayı ve hizmet kalitesinin artırılması gerekmektedir. Türkiye’de sağlık harcamaları için ayrılan bütçenin GSYİH’ya oranı %4,6’dır[64]. Bu değer DSÖ’nün önerdiği %7 lik değerler üzerine çıkarılması gerekmektedir. Sağlık yatırımları, sürdürülebilir bir sağlık sistemi için birinci basamak ağırlıklı olmalıdır. Sağlığa yapılacak her yatırım sağlıklı birey, sağlıklı toplum, sağlıklı yaşlanma, sağlıklı iş gücü, gelişen ekonomi ve yüksek yaşam standartları anlamına gelmektedir. Sağlık seviyesinin artması ise bu alandaki giderlerinde azalmasına, böylece eğitim ve yaşam kalitesini artıracak diğer alanlarda yatırımlar yapılmasına imkan sağlayacaktır. Kalkınmış toplumların bilim, sanat ve araştırma geliştirme alanlarına yönelmeleri kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetleri nedenleri ve tercihlerini etkileyen faktörlerle ilgili olarak çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, yapılan birçok yurtiçi ve yurtdışı araştırmayla benzerlikler gösterdiği görülmüştür. Başvuru nedenleri incelendiğinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma gerekçesini gösterenlerin oranlarının düşüklüğü dikkati çekmiştir. Hastalıklar oluşmadan önce alınacak önlemleri içeren bu hizmetin önemi sözlü ve yazılı basın organları aracılığıyla halka hatırlatılmalıdır.

Araştırmada yaşla ilgili demografik özelliklerden 65 yaş üzeri bireylere ait verilerin TÜİK verileriyle örtüşmektedir ve buna göre toplumumuz yaşlanmakta olduğu görülmektedir. Bireylerin sağlıklı yaşlanarak yaşlılıkla birlikte oluşabilecek morbiditelerden en az oranda etkilenmeleri önemlidir. Sağlıklı yaşlanan toplumlarda kaliteli iş gücünün üretime ve ekonomiye katkıları da devam edecektir. Bu nüfus dilimi için sunulan hizmetlerin kalitesi ve hizmeti sunan kurumların sayısı ve hizmetin çeşitliliği ile bireylerin güncel teknolojilere uyumları artırılarak sosyal hayatta daha etkin olmaları sağlanmalıdır.

Araştırmada kişilerin sağlık ve sağlığın teşviki-geliştirilmesi ile ilgili bilgilerinin eğitim seviyesi ile doğru orantılı arttığı, sağlığın geliştirilmesine yönelik önemli unsurlardan birinin de sağlık okuryazarlığı olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı sağlık arama davranışlarını ve yöntemlerini etkilemektedir. Toplumun sağlık seviyesinin yükselmesini doğrudan etkileyen bir faktördür. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışma literatüre kazandırılmalıdır. Toplumun sağlık okuryazarlığının “yeterlilik” seviyesine yükselebilmesi için öncelikle eğitim düzeyi yükseltilmelidir. Sağlık ve sağlık sistemi ile ilgili bilgilendirme, 12 yıllık temel eğitimin bir parçası olmalıdır. Sağlık hizmeti sunan personel yüksek seviyeli sağlık okuryazarları olmalıdır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak yöntemlerde toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme çizelgesine gereksinim vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Ersöz, F., Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya, 2008. 1(2).
2. Metin, A., ve ark., Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2014. 7(3).
3. Özdoğan and Sarp, Bir Özel Hastane İçin Yapılan İmaj Çalışması, in 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. 2001, M. Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi. p. 227-239.
4. Kalaça, Toplum ve Sağlık Gönüllülerinin Gençlerin İnsan Vücudu ve Üreme İle İlgili Bilgileri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. , Halk Sağlığı A. D. 1995, Hacettepe üniversitesi: Ankara.
5. Somunoğlu, S., Kavramsal açıdan sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1999. 4(1).
6. Aggleton, P., Health. 1990, J&L Composition Ltd.: London.
7. Larson, J., The Measurement of Health. Concepts and Indicators, Greenwood Press. 1991: New York.
8. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre. 1986.
9. T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 2011, Ankara: Sağlık Bakanlığı., Ankara: Sağlık Bakanlığı.
10. Dever, A.G.E., Community Health Analysis: Global Awareness at the Local Level. Second Edition. 1991: An Aspen Publication, Maryland.
11. Fişek, Nusret, Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
12. <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=52892>.
13. <https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Tan%C4%B1m%C4%B1-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Hizmetleri-T%C3%BCrk-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Sistemi.pdf>.
14. Alma Ata Bildirgesi, DSÖ, Cenevre, 1978.

15. Ali, Ş. and N. BİNGÖL, Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği. Akademik Yaklaşımlar Dergisi. 9(1): p. 89-106.
16. http://portal.uzem.omu.edu.tr/dersler/2012-2013/sky_2/sky506/sky506_unite4/kim/sky506_unite4.pdf.
17. Ateş M. (2011), Sağlık Sistemleri. Beta Yayınevi, İstanbul. .
18. Squires, David., “The United States Health Care System,2009” ”, International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, June 2010. .
19. Boyle, Sean., “The English Health Care System, 2009”, International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, June 2010. .
20. Groenewegen P.P, Dourgnon P, Gre S, Jurgutis A, Willems S. Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. Health Policy 2013; 113: 170– 9. 30.
21. Busse R, Blümel M. “The German Health Care System, 2011” In: Thomson S, Reed S.J, editors. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund 2011; 57-64. .
22. Durand-Zaleski I, Chevreul K. “The French Health Care System, 2011” In: Thomson S, Reed SJ, editors. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, 2011; 45-56. .
23. Bilgel N, editor. Aile Hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi; 2006. .
24. Cooper R S, Kennelly J F and Ordunez GP. “Health in Cuba”, International Journal of Epidemiology, n:35, 2006, p:817–824. .
25. Erol, H. and A. Özdemir, Türkiye'de Sağlık Reformları Ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2014. 4: s. 9-34.
26. Dünya Bankası(1993),World Development Report 1993,İnvesting in Health, Oxford University Press,New York.
27. Hamzaoğlu,O. ve Yavuz, C.I.,(2006) Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine, Mülkiye, Cilt:XXX, Sayı:252, Güz: 275-297.
28. Çiçeklioğlu,M.,(2011), Türkiye'de Sağlık Reformları, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2Ekim 2011,Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>.
29. Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye“de Sosyalleşmenin 50.Yılı.Birinci baskı. Ankara 2011, 115.

30. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No: 224.Kabul Tarihi: 05.01.1961. Resmi Gazete”de Yayımlandığı Tarih:12.01.1961, Sayı:10705. .
31. Oztek Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. Toplum Hekim Bul.2006;25(2):1–6. .
32. Huang J, Lai C, Tsai, W, Weng R, Hu W, Yang D. Determining Factors Of Patient Satisfaction For Frequent Users Of Emergency Services in a Medical Center. Journal of Chinal Medical Association 2004; 67:403-10. .
33. Kersnik, J. Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. International Journal for Quality in Health Care 2000; 12:143-7. .
34. Draper M, Cohen P, Buchan H. Seeking Consumer Views: What Use Are Results of Hospital Patient Satisfaction Surveys?. International Journal for Quality in Health Care 2001; 13:463-8.
35. Andaleeb S, Siddiqui N, Khandakar S. Patient Satisfaction with Health Services in Bangladesh. Health Policy and Planning 2007; 22:263-73. .
36. Ayaz H, Soykan A. Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry 2002; 3:19-26. .
37. Akkaya, Y., Sosyal Güvenlik Üzerine Notlar. Toplum ve Hekim 2000; 15:2-90.
38. Maral,I., Yeşil Kart. Toplum ve Hekim 1995; 10: 125-127.
39. Güvercin, C.H., Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004. 57(02).
40. Tatar, M., Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), 2011. 1(1).
41. Şeker M., "İnsani Gelişme Endeksi - İlçeler", İNGEV Yayınları, İSTANBUL, 2017.
42. Yaylali, M., S. Kaynak, and Z. Karaca, Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Arastirma/Health Services Demand: A Study in Erzurum. Ege Akademik Bakis, 2012. 12(4): p. 563.
43. <https://www.ankahed.org.tr/manset-haber/1509/dunya-da-aile-hekimligi-uygulamalarikisa-ozet>.

44. İlhan, M., ve ark., Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni, 2006. 25(3): p. 33-41.
45. ÖZKOÇ, H., Hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: uygunluk analizi ve nested logit model. Dokuz Eylül Üniversitesi sosyal Bilimler enstitüsü Dergisi, 2013. 15(2): p. 267-280.
46. Grumbach K., Selby JV., Damberg C., ve ark., Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. JAMA 1999;282:261-6.
47. Üstü, Y. and M. Uğurlu, Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Medical Journal. 15(4).
48. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. Türkiye; OECD VE IBRD/Dünya Bankası: 2008;14:15-43. .
49. Ateş M. ve ark., Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3 (2004)
50. Salisbury, C.J., How do people choose their doctor? BMJ, 1989. 299(6699): p. 608-610.
51. Çağlayan, Ç., et al., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim sağlık ocakları bölgelerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine başvurular etkileyen etmenler. Toplum Hekimliği Derg, 2006. 25(3): p. 16-22.
52. Kenny, P., et al., Community preferences in general practice: important factors for choosing a general practitioner. Health Expectations, 2016. 19(1): p. 26-38.
53. Aytekin, A., Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Kriterler ve Hastanelerin MULTIMOORA ile Sıralanması: Eskişehir Örneği. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 2016. 4(4): p. 134-143.
54. Şantaş F. ve ark., Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Araştırma ,Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(1): 17-33.

55. Tüfekci N. ve ark., Hasta Memnuniyeti ve Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler: Isparta İli Örneği, Journal of Current Researches on Health Sector, 2016, 6 (2), 71-92.
56. http://www.teksif.org.tr/mayis-2018-aclik-ve-yoksulluk-siniri-1686-tl-icerik_10248-1.html.
57. Marengoni, A. ve ark., Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. American journal of public health, 2008. 98(7): p. 1198-1200.
58. Çivi, S. and T. MZ, Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi, 2000. 3(3): p. 85-90.
59. Ünsal, A. ve ark., Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. 2011.
60. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-25.
61. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması, 2006.
62. Tanrıöver, M., et al., Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları Aralık, 2014. 25: p. 55.
63. Berkman, N.D., Low Health Literacy and Health Outcomes:An Updated Systemic Review. Annals of Internal Medicine,155,97-107. 2011.
64. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016

EKLER

EK-1: Anket Formu

“Ankara’nın Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Üç İlçesinde Bireylerin Sağlık Hizmeti Tercihleri ve

Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi” adlı bu çalışma bir tez çalışması olup, araştırmaya katılan bireylerin sağlık hizmetleri tercihleri ve bu tercihlerde etkili olan faktörleri belirlemeye yönelik olarak yapılmaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz yanıtlamaya son verebilirsiniz. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Anket formu toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Bu araştırmaya katıldığınız için size ücret ödenmeyecek ya da sizden ücret talep edilmeyecektir. Araştırmaya katılmadığınızda bu poliklinikte alacağınız hizmetlerle ilgili hiçbir sorunla karşılaşmayacaksınız.

Araştırmacı: Dr. Nazlı Aksoy

drnazliaksoy@gmail.com

Sorumlu Araştırmacı: Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş

draylinbaydar@yahoo.com

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

1)Doğum tarihiniz nedir?(Yıl olarak kaydediniz):.....

2)Cinsiyetinizi belirtiniz: 1.Kadın 2.Erkek

3)Medeni durumunuz nedir?

1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Dul(Eşi ölmüş) 5.Evli,ayrı yaşıyor

4)Evinizde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1.Yalnız 2.Ailemle 3.Diğer(Lütfen belirtiniz).....

5)Eğitim durumunuz nedir?

1.Okur-yazar 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu

4.Üniversite/yüksek okul mezunu 5.Üniversite/yüksek okulda halen öğrenciyim

6)Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır → (Lütfen 8. soruya geçiniz.)

7)Ne iş yapıyorsunuz? (Lütfen belirtiniz).....

8)Herhangi bir işten emekli oldunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

9)Aylık gelir durumunuz:

- 1.1500TL altında 3.3000-5000TL aralığında
2.1500-3000TL aralığında 4.5000TL üzerinde

10)Ailenizin gelir durumunu nasıl tarif edersiniz?

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

11)Hekim tarafından tanı konulmuş süreğen(kronik) bir hastalığınız var mı?

- 1.Evet 2.Hayır (Lütfen 13. Soruya geçiniz)

12)Böyle bir hastalığınız varsa nedir/nelerdir?(Lutfen mevcut olan hastalıklarınızın karşısına "X" işareti koyunuz.)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1.Hipertansiyon(Yüksek tansiyon) | <input type="checkbox"/> | 7.Kanser | <input type="checkbox"/> |
| 2.Diyabetes Mellitus(Şeker Hastalığı) | <input type="checkbox"/> | 8.Osteoartrit(Kireçlenme) | <input type="checkbox"/> |
| 3.Kalp Hastalığı | <input type="checkbox"/> | 9.Depresyon | <input type="checkbox"/> |
| 4.Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı | <input type="checkbox"/> | 10.Serebrovasküler Hastalık(Geçirilmiş inme, felç) | <input type="checkbox"/> |
| 5.Anemi(Kansızlık) | <input type="checkbox"/> | 11.Mide Rahatsızlıkları(Gastrit,Reflü,Ülser) | <input type="checkbox"/> |
| 6.Böbrek Hastalığı | <input type="checkbox"/> | 12.Diğer(Lütfen belirtiniz)..... | <input type="checkbox"/> |

13)Sürekli kullandığınız ilaç(lar) var mı?

1.Evet 2.Hayır → (Lütfen 15.Soruya geçiniz)

14) Bir günde kullandığınız ilaç sayısı kaçtır?

1.1 tane 2. 2 tane 3. 3 tane 4. 4 tane 5. 5 tane ve üzeri

15)Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu belirtiniz. (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz.)

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1.Aile Sağlığı Merkezi | <input type="checkbox"/> | 5.Özel Hastane | <input type="checkbox"/> |
| 2.Devlet Hastanesi | <input type="checkbox"/> | 6.Özel Muayenehane | <input type="checkbox"/> |
| 3. Eğitim ve Araştırma Hastanesi | <input type="checkbox"/> | 7.Eczane | <input type="checkbox"/> |
| 4.Üniversite Hastanesi | <input type="checkbox"/> | 8.Diğer | <input type="checkbox"/> |

16) Bir hastalık veya rahatsızlık durumunda ilk olarak gitmeyi tercih ettiğiniz sağlık kurumunu tercih etme sebebinizi belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1.Sosyal güvence nedeniyle | <input type="checkbox"/> | 11.Uzman doktora muayene olmak için | <input type="checkbox"/> |
| 2.Ucuz olduğu için | <input type="checkbox"/> | 12.Aynı doktora muayene olmak için | <input type="checkbox"/> |
| 3.Yakın/ulaşımı kolay olduğu için | <input type="checkbox"/> | 13.Tanıdık doktor/ personel olduğu için | <input type="checkbox"/> |
| 4.Hastaya yaklaşımları iyi olduğu için | <input type="checkbox"/> | 14.Kurumun ve çalışanlarının daha aydınlatıcı olması nedeniyle | <input type="checkbox"/> |
| 5.Güvenilir olduğu için | <input type="checkbox"/> | 15.Detaylı araştırma yapıldığı için | <input type="checkbox"/> |
| 6.Bekletilmediğim için | <input type="checkbox"/> | 16.Başka seçeneğim olmadığı için | <input type="checkbox"/> |
| 7.Kurumun temiz olması nedeniyle | <input type="checkbox"/> | 17.Tavsiye edildiği için | <input type="checkbox"/> |
| 8.Kurumun tanı ve tedavi imkanlarının geniş olması | <input type="checkbox"/> | 18. Doçent veya profesöre muayene olmak için | <input type="checkbox"/> |
| 9.Kalabalık olmadığı için | <input type="checkbox"/> | 19.Aşısı hizmeti verildiği için | <input type="checkbox"/> |
| 10.İstediğim zaman randevu alabildiğim için | <input type="checkbox"/> | 20. Diğer(Lütfen belirtiniz) | <input type="checkbox"/> |

17)Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda,tedavi süresince, doktorunuzla endişelerinizi, korkularınızı, şikayetlerinizi paylaşabiliyor musunuz?

1.Evet rahatlıkla paylaşabiliyorum

2.Kısmen paylaşabiliyorum

3.Hayır paylaşamıyorum

18) Bir önceki soruya “kısmen” veya “hayır” cevabı vermişseniz bunun nedeni veya nedenleri sizce nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Kendim paylaşmak istemediğim için

2. Hasta yoğunluğu nedeniyle yeterli vakit ayırlamadığı için

3. Doktorumla rahat iletişim kuramadığım için

4. Doktorumun paylaşımımı önemsememesi nedeniyle

5.Diğer(Lütfen belirtiniz).....

19)Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumundaki doktorunuzdan tanı ve tedaviniz sırasında size yardımcı olacak bilgileri alabiliyor musunuz?

1.Evet,kesinlikle

2.Kısmen

3.Hayır

20) Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda hekim dışı sağlık personelinde açıklayıcı bilgi alabiliyor musunuz?

1.Evet

2.Evet,kısmen

3.Hayır

21) Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı tercih ettiğiniz sağlık kurumunda, kullanmanız gereken ilaçların kullanımı ve olası yan etkileri ile ilgili size ya da yakınınıza/yakınlarınıza gerekli bilgi veriliyor mu?

1.Evet

2.Kısmen

3.Hayır

22)Sağlık hizmeti almak için tercih ettiğiniz kurumu ailenize,yakınlarınıza ve arkadaşlarınıza tavsiye eder misiniz?

1.Evet

2.Hayır

23) En son sağlık hizmeti başvurunuzu nereye yaptınız?(Bu başvurunuzdan önceki)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1.Aile Sağlığı Merkezi | <input type="checkbox"/> | 5.Üniversite Hastanesi | <input type="checkbox"/> |
| 2.Devlet Hastanesi | <input type="checkbox"/> | 6.Özel Hastane | <input type="checkbox"/> |
| 3.Eğitim ve Araştırma Hastanesi | <input type="checkbox"/> | 7.Eczane | <input type="checkbox"/> |
| 4.Özel Muayenehane | <input type="checkbox"/> | 8.Diğer(Lütfen belirtiniz) | <input type="checkbox"/> |

24) Bu başvurunuzdan önceki sağlık hizmeti başvurunuzu hangi nedenle yaptınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Yeni başlayan şikayetim için | <input type="checkbox"/> | 6.Ağız- diş sağlığı | <input type="checkbox"/> |
| 2.Kronik hastalık kontrolü | <input type="checkbox"/> | 7.Ameliyat nedeniyle | <input type="checkbox"/> |
| 3.İlaç yazdırmak için | <input type="checkbox"/> | 8.Çocuk/çocuklarımı aşılatmak için | <input type="checkbox"/> |
| 4.Acil durum /kazalar nedeniyle | <input type="checkbox"/> | 9.Hastalığımla ilgili bilgi almak için | <input type="checkbox"/> |
| 5.Gebelik durumu nedeniyle | <input type="checkbox"/> | 10.Diğer(Lütfen belirtiniz)..... | <input type="checkbox"/> |

25)En son gittiğiniz (Bu başvurunuzdan önceki))sağlık kurumunda görüştüğünüz hekimle olan iletişiminizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 1.Çok kötü 2. Kötü 3. Vasat 4. İyi 5. Çokiyi

26)Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğu halde başvuruda bulunmadığınız zamanlar oluyor mu?

- 1.Evet 2.Hayır,her zaman başvururum (lütfen 28.soruya geçiniz)

27)Sağlık hizmetine başvurmama nedeninizi belirtiniz(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1.Hastalığı önemsememe | <input type="checkbox"/> | 6. Maddi durumumun yeterli olmaması | <input type="checkbox"/> |
| 2.Sağlık hizmetine ulaşamama | <input type="checkbox"/> | 7.Eczaneye başvurup ilaç alma | <input type="checkbox"/> |
| 3.Kendi kendini tedavi etme | <input type="checkbox"/> | 8.Hastane ortamının beni rahatsız etmesi | <input type="checkbox"/> |
| 4.Zaman olmaması | <input type="checkbox"/> | 9.Diğer(Lütfen belirtiniz)..... | <input type="checkbox"/> |
| 5.Beklemek istemediğim için | <input type="checkbox"/> | | |

28)Hastalık/rahatsızlık durumunda başvurmayı kesinlikle düşünmeyeceğiniz sağlık kurumu hangisi?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1.Aile Sağlığı Merkezi | <input type="checkbox"/> | 5.Üniversite Hastanesi | <input type="checkbox"/> |
| 2.Devlet Hastanesi | <input type="checkbox"/> | 6.Özel Hastane | <input type="checkbox"/> |
| 3.Eğitim ve Araştırma Hastanesi | <input type="checkbox"/> | 8.Diğer(Lütfen belirtiniz) | |
| 4.Özel Muayenehane | <input type="checkbox"/> | | |

29)Hastalık / rahatsızlık durumunda başvurmayı kesinlikle düşünmeyeceğiniz bu kuruma başvurmama sebebinizi belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 1.İstediğim reçeteyi yazdıramıyorum | <input type="checkbox"/> | 6. İstediğim tarihe randevu alamıyorum | <input type="checkbox"/> |
| 2.Her tahlili yaptıramıyorum | <input type="checkbox"/> | 7.Çok kalabalık | <input type="checkbox"/> |
| 3.Kurumun donanımı yetersiz | <input type="checkbox"/> | 8. Evrak işleri çok yorucu | <input type="checkbox"/> |
| 4.Sağlık personeli ilgisiz | <input type="checkbox"/> | 9.Bekleme süresi çok uzun | <input type="checkbox"/> |
| 5.Güven duygusu vermiyor | <input type="checkbox"/> | 10.Diğer(Lütfen belirtiniz)..... | |

30)Aşağıdaki tanımlardan hangisi ya da hangileri size göre “sağlık hizmetleri”ni tanımlar? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1 .Her ihtiyaç duyduğumda bir doktora ulaşabilmektir.
- 2.Acil sağlık ihtiyaçlarımda başvurabileceğim kurumların hizmetleridir.
- 3.Mecbur kalmadıkça başvurmadığım bir hizmettir.
4. Kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunmasıdır.
- 5.Güven duyarak yararlandığım bir hizmettir.
- 6.Sadece devlet tarafından sunulan bir hizmettir.
7. Hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürülebilmelerini sağlamaktır.
- 8.Diğer(Lütfen belirtiniz).....

31)“Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlığı üzerindeki kontrollerini artırmaları ve sağlıklarını sağlama sürecidir”. Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımına göre sağlığını geliştirmek için neler yapabilirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Sağlıklı beslenmek
- 2.Düzenli spor yapmak
- 3.Düzenli sağlık bültenleri okumak
- 4.Mevcut hastalıklarımla ilgili olarak tedavi ve kontrollerimi aksatmamak
- 5.Sağlıkla ilgili toplantılara katılmak
- 6.Düzenli vergi vermek
- 7.Toplumun sağlığını tehdit eden, çevre ile ilgili problemleri bildirmek
- 8.Toplumun sağlığını tehdit eden,gıda ve beslenme ile ilgili unsurları bildirmek
- 9.Ekonomik durumumu planlamak ve sağlıklı olmak için bütçe ayırmak
10. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki ile ilgili sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışmak
- 11.Diğer(lütfen belirtiniz:.....)

32) Sizce sağlık hizmeti sunumunda en önemli 3 unsur nedir? Lütfen aşağıdaki ifadelerden sizin için en önemli olan 3’ünü işaretleyiniz.

1. Her ihtiyaç duyduğumda rahatlıkla sağlık hizmeti alabilmeliyim.....
2. İstedğim tüm sağlık kuruluşlarına başvurabilmeliyim.....
3. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olmalı.....
4. İstedğim doktora istediğim saatte randevu alabilmeliyim.....
5. Sağlık kurumlarında sıra beklememeliyim.....
6. Her isteyen her hastaneye gitmemeli ,sevk zinciri olmalı.....

ANKET BİTTİ

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK-2: Etik Kurul Onayı



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 229

20.12.2017


KONU : 20.12.2017 Tarih ve 221 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: : Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

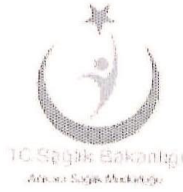
Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Ankara’nın Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Üç İlçesinde Bireylerin Sağlık Hizmeti Tercihleri ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi” isimli Dr. Nazlı AKSOY’ un tez çalışması İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınması şartıyla Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 20/12/2017 tarih ve 221 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

(13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” gereği klinik araştırmaların etik kurul onayı alındıktan sonra yılda en az bir ara raporunun, araştırma sonlandırıldıktan sonra bir yıl içerisinde sonuç raporunun Etik Kurula geri bildirimini gerekmektedir, Gerekli bildirim yapmayanların sonraki Etik Kurul başvuruları kabul edilmeyecektir.)

Bilgilerinize rica ederim


Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

EK-3: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA SAĞLIK
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI SAĞLIĞIN GÖZLEMLİMESİ
BİRİMİ
01-02/2018 0835 - 90169164 - 799 - E.127



Sayı : 90169164-799
Konu : Dr.Nazan AKSOY(Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 30/01/2018 tarihli ve 36198255-241 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı yazı ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi yapmakta olan Dr.Nazlı AKSOY "Ankara'nın Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Üç İlçesinde Bireylerin Sağlık Hizmeti Tercihleri ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında İlimiz Çankaya, Mamak ve Polatlı ilçeleri Aile Sağlığı Merkezlerinde alan araştırmasını yürütmek istemekte olup söz konusu talebe ilişkin yazı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-izmalıdır.
Uzm.Dr.Semih Dinçer YETİŞ
Müdür a.
Başkan

EK: Yazı ve ekleri (30 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
(Eğitim Birimi)

Bilgi:
Çankaya Toplum Sağlığı Merkezi
Mamak Toplum Sağlığı Merkezi
Polatlı Toplum Sağlığı Merkezi

Bımrak Mahallesi GATA NO:87 Keçiören ANKARA

Faks No:

e-Posta:elif.uyar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

Bilgi için:ELİF ALI,
Unvan:DIYİTİSYEN
Telefon No:
Bıvrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden E48d8b1-bc8a-43fd-b2bc-4010f61a9b7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - İSGM/TOTUM
SAĞLIK HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
09-03-2018 İZB - 49654233 - 604.02 - E.386



Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Uzm. Dr. Aylin
BAYDAR ARTANTAŞ)

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 06/02/2018 tarihli ve 75252626-799-2945 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Başasistan Aylin BAYDAR ARTANTAŞ sorumluluğunda Asistan Doktor Nazlı AKSOY tarafından yapılmak istenen "Ankara'nın Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Üç İlçesinde Bireylerin Sağlık Hizmeti Tercihleri ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışma saatlerini ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Araştırmacının, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminden izin alması ve araştırma Başlığının "... Üç İlçede Seçilecek olan Aile Hekimliği Birimlerine Başvuran Bireylerin..." ifadesinin eklenerek değiştirilmesi kaydıyla, araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892

Bilgi için: ZEYNEP KÖSEOĞLU

Faks No:

Unvan: TIBBİ TEKNOLOG

e-Posta: zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Telefon No: 312 565 5892

Beyrâkın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden E48d8b1-beba-43fd-b2be-4010f61a9b7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Nazlı Aksoy 1980 yılında Tokat'ta doğdu. Malatya'da başladığı ilköğretim sürecini İstanbul'da Ezcacıbaşı İlköğretim Okulu'nda, lise öğrenimini Kadir Has Lisesi'nde tamamladı. 1998 Yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'yle başladığı yüksek öğrenimini 2004 yılında aynı fakültede tamamladı. 2005 yılında 3 ay Afyon Bayat İlçesinde pratisyen hekim olarak çalıştı. 2015 temmuz ayından beri Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği'nde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.