

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK KULLANIMI İLİŞKİSİ:
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR.
SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÖRNEĞİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Buket ÖZDEMİR

İstanbul, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK KULLANIMI İLİŞKİSİ:
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR.
SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

ÖRNEĞİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Buket ÖZDEMİR

Öğrenci No:

165546801

Danışman:

Doç. Dr. İbrahim Halil CANKUL

İstanbul, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Algısı ve Sağlık Kullanımı İlişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.29.05.2018

Buket ÖZDEMİR



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

29.05.2018

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 165546801 numaralı **Buket ÖZDEMİR** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Algısı ve Sağlık Kullanımı İlişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 08.05.2018 tarih ve 2018/19 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (....) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN
Doç Dr. İbrahim Halil CANKUL
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi İsmail SEÇER
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Suat PEKER
(İstanbul Arel Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Buket ÖZDEMİR
Danışmanı : Doç. Dr. İbrahim Halil CANKUL
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Algısı, Sağlık İhtiyacı, Hizmet Kalitesi.

ÖZ

SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK KULLANIMI İLİŞKİSİ: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Bu çalışma hastanelere tedavi olmak üzere gelen hastaların sağlık algılarının hastane seçimlerine etkilerinin araştırılmasına yöneliktir. İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mart, Nisan, Mayıs 2017 tarihleri arasında sağlık hizmeti alan hastaların (n=1035) sağlık algı düzeylerinin hastane tercihlerinde etkili olduğu düşünülen konulara üzerindeki etkisinin ve bu konuların önem derecelerini incelemek amacı ile yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların sağlık algı düzeylerine etki eden değişkenlerin belirlenmesi ve hastane tercihi konularının önem derecesine etki düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan anketler üç bölümden oluşup, birinci bölümünde literatür taraması sonucu derlenen sorularda elde edilen katılımcıların demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, iş durumu, sağlık güvencesi türü, tanısı konmuş hastalığı ve ameliyat olma durumu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde hastaların sağlık algı düzeylerinin incelendiği ve 10 adet ifadeden oluşan ölçek kullanılmıştır. Bu ölçek 2007 yılında Diamond ve ark. tarafından oluşturulan Sağlık Algısı Ölçeği ile Nottingham Sağlık Profiline derlenmesi sonucu oluşturulmuş olup, sağlık algısı ile ilgili ifadeler verilen puanlara göre katılımcının sağlık algı düzeyi belirlenmektedir. Üçüncü bölümünde hastaların hastane seçimlerinin gelir, ulaşım, hizmet kalitesi, sosyal güvence sistemine dahil olup olmadığı, uzman doktor sayısı, hastanenin temizliği, isim yapan doktor olması, teknolojik imkanları, bekleme süresinin azlığı ve personelin nezaketi gibi konulara göre değişip değişmediği incelenmiştir. Bu bölümde yer alan ifadeler Zeynep

Karaca'nın 2011 tarihli "Erzurum'da Sağlık Hizmetleri Talep Tahmini" konulu yüksek lisans tezinde kullandığı anketin derlenmesi sonucunda elde edilmiştir. Ayrıca hastaların hastane seçimlerinde gelir, ulaşım, hizmet kalitesi, sosyal güvence sistemine dâhil olup olmadığı, uzman doktor sayısı, hastanenin temizliği, isim yapan doktor olması, teknolojik imkânları, bekleme süresinin azlığı ve personelin nezaketi gibi konuların önem derecesinin puanlaması istenilmiştir.

Verilerin analizi konusunda; Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Kitlenin grup ortalaması değerinden farklı olup olmadığının test edilmesi için tek örneklem t testi ve Varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Sağlık algı düzeyleri ve önem dereceleri arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacı ile korelasyon analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.

Hastaların hastane seçimlerini en çok etkileyen konuların sırası ile gelirleri, ulaşım kolaylığı, hastanenin sosyal güvence kapsamında olması, hizmet kalitesi, hastanenin doktorlarının isim yapması olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sağlık algı düzeylerinin cinsiyetleri, gelir düzeyleri, sosyal güvenceleri, göre farklı olduğu gözlemlenirken, geçirilen ameliyat, medeni hal, tanısı konmuş hastalık durumlarına göre farklılaşmadığı görülmüştür.

Katılımcıların sağlık algı düzeylerine göre hastane tercih konularından gelir, ulaşım kolaylığı, teknolojik imkânlar, hastanedeki uzman doktor sayısı, hastanedeki sağlık çalışanların nazik olması, hastane doktorların isim yapması ve hastanenin temizliğine göre tercih durumları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların hastane seçiminde etkili olan konuların önem puanları ile hastaların sağlık algı düzeyleri, sağlık çalışanlarının nazik olması, hastane temizliği, sosyal güvenlik sistemine dahil olması, uzman doktor sayısı ve gelir düzeyi önem puanları ile az seviyede ve anlamlı olacak şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Name and Surname : Buket ÖZDEMİR
Supervisor : Assoc. Dr. İbrahim Halil CANKUL
Degree and Date : Master, 2018
Major : Hospitals and Health Care Management
Key Words : Health Perception, Health Needs,Service Quality.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH SIGNAL AND HEALTH SERVICES: HEALTH SCIENCES UNIVERSITY BAKIRKOY DR. SADI KONUK SAMPLE FOR GUEST EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

This study is intended to investigate the effects of health perceptions of hospitalized patients on the selection of hospitals. Istanbul The purpose of this study was to investigate the effect of health perception level of health service patients (n = 1035) in Sadi Konuk Education and Research Hospital between January and September 2017 on the topics which are thought to be effective in hospital preferences and the importance of these subjects. It is aimed to determine the variables affecting the health perception level of the participants in the study and to examine the effect levels of the preferences of the hospital preferences on the degree of importance.

Questionnaires used to collect data in the study consist literature search result obtained of three parts and the first part consists of the demographical characteristics of the participants (age, gender, marital status, education status, work status, type of health insurance, diagnosed disease and operation status etc. In the second part, The scale of the health perception of the participants is determined according to the scores given by the statements about the health perception This scale was used in 2007 by Diamond et al. The result of the compilation of the Health Perception Scale and Nottingham Health Profiles created by the health in the third part, the hospital selection of the patients depends on the income, transportation, service quality, whether they are included in the social security system, the number of doctors, it has not been investigated whether it has changed according to the subject such as the name of the doctor, the technological facilities, the lack of waiting time and the courtesy of the

staff. the number of specialists, cleanliness of the hospital, the name of the doctor, technological facilities, lack of waiting time and courtesy of the staff. The expressions in this section were obtained as a result of the compilation of the questionnaire Zeynep Karaca used in his master's thesis on "Health Services Demand Forecasting in Erzurum"

In the analysis of the data; Descriptive statistics are presented with frequency, percent, mean, standard deviation. Single sample t test and ANOVA test were used to test whether the kits differed from the group mean value. Correlation analysis was performed with the aim of determining the relationship between health perception levels and importance scores. P values less than 0.05 were considered statistically significant in the study. Analyzes were made with SPSS 22.0 package program.

The most important issues affecting the hospital selection of patients are income, convenience of transportation, hospital social security coverage, quality of service, doctors' names of hospitals.

While the health perception levels of the participants were different according to sex, income levels, social security, it was seen that they did not differ according to the past surgery, marital status, diagnosed disease situation. Participants' health perceptions were found to be influenced by preference of hospitals, ease of transportation, technological facilities, number of specialist doctors in the hospital, kindness of the healthcare staff in the hospital, the choice of the hospital doctors and the cleanliness of the hospital.

It has been determined that the patients' scores on health issues are related to the health scores of the patients, the kindness of health workers, hospital cleanliness, social security system, number of specialist doctors and income level.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZ	i
ABSTRACT	iii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. SAĞLIK	3
1.1.1. Sağlığın Ölçülmesi	4
1.1.2. Sağlık Statüsü	6
1.1.3. Sağlık Statüsü Ölçme Yöntemleri	7
1.1.3.1. Sağlık Statüsünün Klinik Açıdan Ölçümü	7
1.1.3.2. Sağlık Statüsünün Algılanan Sağlık Açısından Ölçümü	7
1.1.3.3. Global Sağlık Göstergeleri	8
1.1.3.4. Hastalığa Özgü Ölçüm Araçları (Sckness İmpact Profili-SIP)....	9
1.1.3.5. Genel Sağlık Statüsü İndeks ve Profilleri	10
1.2. SAĞLIK ALGISI	10
1.2.1. Sağlık Algısının Önemi ve Kapsamı	11
1.2.2. Sağlık Algısının Ölçümü	12
1.2.3. Sağlık Algısının Psikolojik Boyutu	13
1.2.3.1. Benlik Kimliği	14
1.2.3.2. Duygu Karmaşası	15
1.2.3.3. Kişilik	17
1.2.3.4. Niyet-Davranış (Tutum) Farkı	18
1.2.3.5. Geçmiş Davranışların Rolü	20

1.3. SAĞLIK İHTİYACI VE SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ	20
1.3.1. Sağlık İhtiyacının Sağlık Planlamasındaki Yeri ve Önemi	24
1.3.2. Sağlık İhtiyacı Türleri	25
1.3.2.1. Normatif Sağlık İhtiyacı	25
1.3.2.2. Hissedilen / Algılanan Sağlık İhtiyacı	25
1.3.2.3. İfade Edilen veya Açığa Vurulan Sağlık İhtiyacı	26
1.3.2.4. Karşılaştırmalı sağlık ihtiyacı	27
1.4. SAĞLIK TALEBİ	27
1.4.1. Sağlık Talebinin Sağlık Planlamasındaki Yeri ve Önemi	28
1.4.2. Sağlık Talebi Türleri	29
1.4.2.1. Yatırım Modeli	29
1.4.2.2. Doktor- Hasta İlişkisi Modeli	32
1.4.3. Sağlık Sektöründeki Arz-Talep Dengesizliği.....	34
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIM VE KULLANIMI	
ETKİLEYEN FAKTÖRLER	35
1.5.1. Kişisel Faktörler	37
1.5.2. Demografik Faktörler	37
1.5.3. Sosyo-Ekonomik Faktörler	38
1.5.4. Tutum ve Davranışlar Faktörü	39
1.5.5. Kolaylaştırıcı Faktörler	39
1.5.5.1. Aileye İlişkin Özellikler	39
1.5.5.2. Kamusal Özellikler	39
1.5.6. İhtiyaç Faktörleri	40
1.5.6.1. Algılanan İhtiyaç	40
1.5.6.2. Değerlendirilen İhtiyaç	41

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

İLİŞKİSİ: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

2.1. AMAÇ	42
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	43

2.3. PROBLEM CÜMLESİ	44
2.4. ALT PROBLEMLER	43
2.5. HİPOTEZLER	46
2.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	47
2.7. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	49
2.8. VERİLERİN ANALİZİ	47
2.9. BULGULAR VE TARTIŞMA	48
2.9.1. Katılımcıların Özellikleri	48
2.9.2. Hastane Seçimlerini Etkileyen Faktörler.....	52
2.9.3. Katılımcıların Sağlık Algı Düzeylerine Etki Eden Değişkenlerin Belirlenmesi	57
2.9.4. Katılımcıların Sağlık Algı Düzeyleri Ve Hastane Seçimine Etki Eden Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	62
SONUÇ VE ÖNERİLER	73
KAYNAKÇA	85
EKLER	92
Ek-1: Araştırma İzni.....	92
Ek-2: Anket Formu.....	93
ÖZGEÇMİŞ	98

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Sağlık Algı Ölçeği	48
Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyetleri	49
Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durumları	49
Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Seviyeleri	50
Tablo 5. Katılımcıların Statü Durumları	50
Tablo 6. Katılımcıların Gelirleri	51
Tablo 7. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları	51
Tablo 8. Katılımcıların Tanısı Konmuş Hastalık Durumları	52
Tablo 9. Katılımcıların Ameliyat Geçmişleri	52
Tablo 10. Hastane Seçimlerini Etkileyen Faktörler	53
Tablo 11. Hastane Seçimlerini Etkileyen Faktörlerin Puanlanması (1 En Önemli-11 En Önemsiz)	55
Tablo 12. Sağlık Algı Düzeyleri ve Cinsiyet	58
Tablo 13. Sağlık Algı Düzeyleri ve Medeni Durum	58
Tablo 14. Sağlık Algı Düzeyleri ve Tanısı Konmuş Hastalık	59
Tablo 15. Sağlık Algı Düzeyleri ve Geçirilen Hastalık veya Ameliyat	59
Tablo 16. Sağlık Algı Düzeyleri ve Eğitim	60
Tablo 17. Sağlık Algı Düzeyleri ve Gelir	61
Tablo 18. Sağlık Algı Düzeyleri ve Sosyal Güvence.....	61
Tablo 19. Sağlık Algı Düzeyleri ve Gelirinizdeki Artış Hastane Tercihinizi Etkiler Mi?	62
Tablo 20. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimini Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Etkiler Mi?	63
Tablo 21. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Ulaşımın Kolay Olması Etkiler Mi?	63
Tablo 22. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Hastanenin Teknolojik İmkânları Etkiler Mi?	64
Tablo 23. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Tanıdık Personelin Olması Etkiler Mi?.....	64

Tablo 24. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Sosyal Güvence Kapsamında Olması Etkiler Mi?	65
Tablo 25. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Uzman Doktor Sayısı Etkiler Mi?	65
Tablo 26. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Bekleme Süresinin Az Olması Etkiler Mi?	66
Tablo 27. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Sağlık Çalışanlarının Nazik Olması Etkiler Mi?	67
Tablo 28. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastanenin Doktorlarının İsim Yapması Etkiler Mi?	67
Tablo 29. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçiminizi Temiz Olması Etkiler Mi?	68
Tablo 30. Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler ve Sağlık Algı Düzeyi Arasındaki İlişki	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi Modeli	19
Şekil 2. Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep arasındaki dengesizlik.....	34



GİRİŞ

Toplumunu oluşturan en temel yapı taşı olan insan daha doğmadan sağlık hizmetine gereksinim duymakta ve bu ihtiyacı yaşamı boyunca devam ettirmektedir. Bu sebeple tarih sahnesine çıkışından itibaren hayatta kalmak için çeşitli yöntemler aramış; yeme, içme, barınma, giyinme ihtiyaçlarını karşılamak için doğadan yardım olarak çözümler üretmiştir. Bu süreçlerde hastalıklar, av sakatlanmaları, yaralanmalar, savaşlar, hayvan hastalıkları sebebiyle ve çevre gözlemi yaparak deneme-sonuç çıkarma yoluyla elde edilen sağlık bilgileri günümüze dek taşınmıştır.

Günümüzde sağlık; her bireyin doğuştan, vazgeçilmez, devredilmez, ertelenmez en temel hakkı olarak kabul edilmekte ve ulaşılması hedeflenen sosyal bir amaç özelliği taşımaktadır. Gelir ve sosyal statü, sosyal ilişkiler, eğitim ve sağlık okuryazarlığı, meslek ve çalışma koşulları, fiziksel çevre, genetik ve biyolojik özellikler, cinsiyet ve kültür gibi faktörler bireylerin sağlıklarını etkilemekte; bu durum da belirli sağlık tanımı yapılmasına engel teşkil etmektedir. Bütün bu faktörlerden bağımsız olarak en kapsayıcı şekilde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Sağlık, sadece hasta veya engelli olmamak değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde bir tanım yaparak, sağlığın ayırım gözetmeden bütün bireyler için en temel sosyal haklardan biri olduğu vurgulanmıştır.

Sağlığın, hayatın temel kaynağı olması; bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılaması; toplum refahını arttırması, gelişmekte olan ülkemizde bireylerde sağlıklı yaşama bilincinin oluşmasında etkili olduğundan, sağlık sektörüne olan talebin araştırılması önem taşımaktadır.

Her bireyin sürekli ya da dönemsel olarak sağlık hizmetleri kullanımına ihtiyaç duyması, sektörün büyümesine neden olmakta, sağlık hizmeti sunucuları arasındaki rekabeti arttırmaktadır. Bu yarış içinde en önemli seçim hastanede tedavi olacak olan hastaya kalmaktadır. Bu sebeple bireylerin sağlık hizmetine başvurma süreci olan niyet, davranış tutum ve imkânlarının incelenmesi önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmeti almak için sağlık sunucuna başvuran bireyin, kendi sağlığı ile ilgili değerlendirmesi, bakış açısı, duygu ve düşüncesi arasındaki farklılıklar sağlıktaki

değişikliklere karşı duyarlıdır. Hastaların sağlık sorunları için tutum ve davranışlarını ve bu sorunların anlaşılmasını sağlayan en önemli etken hastadan alınan sağlık algısı verileri olduğundan bireylerin kendi sağlık tanımını objektif şekilde yapabiliyor olması gerekmektedir. Bu verilerde, bireylerin kendi sağlık tanımlarına etki eden psikolojik durum, biyolojik hal ve sosyal durumları arasındaki farklılıkların belirlenmesi hastalığın teşhisinde, bireysel ve toplum sağlık statüsü ölçümlerinin yapılmasında etkili olduğundan sağlık planlaması ve sunumunda sağlık algısı ölçümü önem taşımaktadır.

Bütün bu faktörler ele alınarak yapılan bu çalışmada; sağlık algısı ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ilişkisinin incelendiği çalışmanın birinci bölümüyle sağlık, sağlık algısı, sağlık ihtiyacı ve sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler hususlarında bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde sağlık hizmeti alan hastaların “sağlık algı düzeylerine etki eden değişkenler”, “sağlık algı düzeylerinin hastane tercihleri nedenlerine göre farklı olup olmadığı”, “sağlık algı düzeyleri ve hastane tercih önem puanları arasında kayda değer ilişki olup olmadığı” ve “hastane tercihlerini hangi konulara göre yapmakta oldukları” sorularına cevaplar aranmaktadır.

Çalışma sonucunda bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesinin, sağlık hizmetleri sunumunun planlanmasında etkili olacağı; bireylerin sağlık algı düzeyleri ve sağlık algı düzeylerine etki eden faktörlerin belirlenmesi ile sosyo-kültürel ve ekonomik sebeplere bağlı algı düzeyleri arasındaki farklılıkların giderilmesi için yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Sağlık

Sağlık, tanımlanması en zor kavramlardan biridir. Bu kavramın tanımı, tartışılmakta olduğu tarihsel dönüşüme ve tanımlandığı kültüre bağlı olarak değişir. ABD’de son 150 yılda sağlığın tanımıyla ilgili beklentilerin arttığı gerçeği, bu kavramın "hayatta kalabilen", "hasta değil", "günlük faaliyetlerini yerine getirmekte yetkili", "mutluluk duygusu" gibi farklı biçimlerde tanımlanmasına sebep olmaktadır (Larson, 1991: 1). Bu tanıma göre sağlık kavramının zamana, kültüre, beklentiye, gelişmişliğe, eğitime ve yaşam kalitesine göre farklı kademeleri olduğu görülmektedir. Sağlık kavramı için koşullara göre sadece hayatını sürdürüyor olmak yeterli görülebilirken, yine farklı koşullara göre ise bedenen, mental olarak ve sosyal anlamda mükemmellik, kendini gerçekleştirebilme aranmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre sağlık sistemi; "fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın tamamlandığı bir durum" ve ana faaliyet sağlıklı yaşamı koruyan, iyileştiren veya geliştiren tüm faaliyetler olan sistemdir. Bu tanıma göre, sağlık sistemi yalnızca halkın eylemlerini ve doğrudan sağlığın teşviki ile değil, aynı zamanda bir annenin perspektifinden sağlık göstergelerini evdeki hasta bir çocuğa etki eden her türlü çabayı, özel sağlık sigortası şirketlerinin hizmetlerini de kapsar (DSÖ, 2007). Bu kapsamda bir toplumun sağlığa bakışı, sağlık faaliyetleri, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve sağlıklı eylemlerini uygulayışının o toplumun insanların sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu düşüncesi anlaşılmaktadır.

Sağlık kavramına ek olarak, sağlık ile ilgili kavramlar çoğu kez açıkça tanımlanmamıştır. Sağlık önceliklerini tanımlamak için kullanılan terimler "iyilik" ve "normal" gibi olumlu durumları ve "yetersizlik" ve "hastalık" gibi olumsuz durumları içerir. Bununla birlikte, bu şartlar, sağlığın ne anlama geldiğini tam olarak açıklayamadığı gibi, nerede başladığı ve nerede bittiği hakkında da yeterli bilgi verememektedir. Bu kavramların daha belirsiz olmasının nedeni, başka bir deyimle

belirsizlikleri "tanımlanabilir" olma problemidir. Sağlık, hastalığın sağlıklı, hastalık ya da kötü, istenen hal ve istenmeyen halden ayıran faktörlerin sübjektif bir tanımlanması ve yorumlanması üzerine kuruludur (Patrick, Erickson, 1993: 47). Bu yorumu yapmak da insanın karmaşık ve öznel yapısından dolayı zor olmaktadır. Goldsmith'e göre; sağlık ölçümünün geliştirilmesinden önce sağlık ve sağlık durumunun daha net ve daha sınırları çizilmiş şekilde tanımlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Larson, 1991: 2). Bu şekilde sağlığı tanımlarken neleri etken olarak kabul edeceğimiz, alt sınır ve üst sınırın neler olacağına belirlenmesi gerekmektedir. Aksi takdirde koşuldan koşula değişen birçok sağlık ölçüm sonucu ile karşı karşıya kalmak mümkün olacaktır. Larson'un (1991) Hadley'den alıntılamaında, sağlığa sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda insanların normal faaliyetlerini ve görevlerini yerine getirebilme ve sahip oldukları iyilik halini bütünüyle devam ettirebilme yeteneğini de içeren çok boyutlu bir kavram olarak bahsediliyor gibi görünmekle birlikte, bir bütün olarak hastaların refahı olarak tanımlanmıştır (Patrick, Erickson 1993: 47-53). Bu bütün faktörleri kapsayan karmaşık kavramın ölçümü de tanımlı gibi kapsamlı olacaktır. Çünkü hastaların refahı belirli kurallara göre ölçülebilen bir tanımdan ziyade bağlı olduğu koşullara, kişilere, yaşam kalitesine ve beklentilere göre değişebilen bir durumdur.

1.1.1. Sağlıkın Ölçülmesi

Sağlık hizmeti sunucusu pozisyonunda olan tüm yapıların, sağlık hizmeti alan almayan tüm topluma karşı sorumlu oldukları tartışma götürmez bir gerçektir. Bu sorumluluğa sahip olan sağlık kuruluşlarınca bireylere sunulan sağlık hizmeti, büyük ölçüde toplumun sağlık düzeyini de etkileyecektir. Böylece toplumun sağlık düzeyindeki değişikliklerin, sosyal ve ekonomik açıdan çeşitli sektörlerle de yansımaları olabilecektir (Dalgıç, Gülen, 1999: 262-264). Sosyal hakların eşit şekilde sunumu ve bireylerin faydalanması, toplumun hastalıktan yoksun, eğitilmiş, refaha ermiş olmasını hedef aldığından hizmet sunucularının gayesi verilen hizmetin kalitesi ve ulaşılabilirliğini artırarak tüm sektörler için de çitayı yukarı taşıyabilmektir.

Sağlık sektöründe sunulan tıbbi bakım, pek çok faktörün ve bunlar arasındaki etkileşimin bir ürünü olmaktadır. Bu nedenle, sunulan hizmetin hangi boyutlarının değerlendirileceği, dolayısıyla kalitenin tanımlanması son derece zordur. Sağlık hizmetlerinin çıktısı somut olmadığı için, değerlendirilmesi diğer hizmetlerden farklı olmaktadır. Günümüzde kaliteli sağlık hizmetleri, özellikle sağlık sektöründe endüstrinin en iyi beşinden biri olan ABD'de, teknolojideki hızlı gelişmelerde ve tüketici beklentilerinin artmasında birçok ülkede maliyetlerin artması gibi nedenlerle kaçınılmaz bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir (İnanç, 1995: 11-36). Kalitenin ilk etapta fazla maliyete sebep olacağı düşünülse de, çıktı verimi düşünüldüğünde sağlık hizmeti gibi insan hayatını konu alan bir sektörde tek seferde en iyiye ulaşmanın en verimli ve etkili yolunun kaliteli sağlık hizmeti sunmak olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık bakım hizmetlerinde hedef, insanların sağlık durumlarında olumlu gelişmeler meydana getirmektir. 1980'lere değin, hastalara yapılan bakımın etkililiği, esas itibariyle dikkatli bir ölçüm yapılmadan tahmin vasıtasıyla belirlenmekteydi. Hekim, hastanın tedavisini, hemşire de hastanın bakımını yaptıktan sonra hasta hakkındaki karar, hastanın durumundaki iyileşmeye dayalı olarak verilmekteydi. Hastaya verilen bakım ve tedavi sonrasında, hastanın iyileştiği belgelenir fakat gerçek durumunun iyiye gidip gitmediğini söylemek için bu yeterli bir ölçüt değildir. Ayrıca hasta bakımı ve tıbbi müdahaleler, bilimsel temellere dayandıkça ve bakım masrafları daha da arttıkça, esas konu sağlık bakımının etkili olup olmadığına doğru kaymıştır. Bu da veri çalışmaları ve kalite değerlendirilmesi gibi konulara verilen önemi artırmıştır. Başarılı veri çalışmalarının ve değerlendirmenin özünde "ölçüm" (measurement) vardır (Srticland, 1997: 495-500). Her ne kadar sağlık hizmetlerinin girdisi olan hasta çok boyutlu ve karmaşık bir varlık da olsa, etkililiğe ulaşmak için istatistikten ve rakamlardan yararlanmanın gerekliliği kaçılmazdır.

Sürekli değişim içindeki teknoloji ve buna bağlı yüksek fiyat artışları ve nüfusun değişen demografik yapısı farklı olmakla birlikte, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin bütçelerini önemli ölçüde baskı altında tutmaktadır. Piyasa mekanizmasının işlediği durumlarda ve sektörde kaynak dağılımı kararları bu mekanizma yoluyla gerçekleştirilebilir. Ancak sağlık sektörünün özellikleri (arz talep yaratması gibi), bu sektörde tam bir rekabet koşullarının oluşması ve işlemesine engel

olmakta ve bu durumda kaynakların verimlilik ve eşitlik ilkelerine uygun bir şekilde kullanım konusunda makro düzeyde sağlık politikası belirleyenlerin hem de mikro düzeyde kaynak kullanımına karar verenlerin kararları belirleyici olmaktadır. Verilen sağlık hizmetinin sonucu (outcome) ölçülemediği ve buna göre hastanın yaşam kalitesini ve süresini yükseltmedeki etkisi değerlendirilemediği için verilen her kaynak tahsisi kararı, kişisel koşullara göre verilmiş olacaktır. Sağlık hizmeti ‘sonucu’ kavramı, tıbbi müdahale etme ya da etmeme konusundaki kararların sonucunda sağlık statüsünde meydana gelen olumlu ya da olumsuz değişimler olarak tanımlanmaktadır. İnsan mekanizmasının yaşayan ve değişen yapısından dolayı sunulan hizmetin karşılığı sağlık sektöründe ‘çıktı’ (output), ‘sonuç’ (outcome) ve ‘süreç’ (throughput) kavramları birbiriyle ilişkilidir (Srticland, 1997: 495-500).

1.1.2. Sağlık Statüsü

Sağlık statüsünün zihinlerde oluşturduğu genel anlamı bireyin ve hastanın sağlık halini ya da seviyesini ortaya koymakta kullanılan bir olgudur. Nüfusun sağlık statüsü ölçülürken ölçülebilir olmakla birlikte yeterli, kesin ve anlaşılır verilere ihtiyaç duyulur. Bu veriler “iyi”, “iyi değil”, “güzel”, “kötü”, “yüksek” gibi karşılığı kişiden kişiye ve koşuldan koşula değişebilen kavramlar şeklinde olmamalıdır. Bu sayede sağlık statüsünün ölçümünde yararlanılan istatistiksel değerler anlam kazanabilir.

Sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde veya bir bölgenin sağlıkta seviyesini belirlemek için uygun sağlık belirteçleri gereklidir. Sağlık statüsü, bireylerin ya da toplumun sağlık durumunu veya seviyesini belirlemek için kullanılan bir olgudur. Nüfusun sağlık durumunu ölçerken, ölçülebilir olmanın yanı sıra yeterli, hassas ve anlaşılabilir veriler gereklidir. Bununla birlikte, sağlık durumunu bu şekilde ölçmek için kullanılan istatistikler önemli olabilir. Sağlık ihtiyaçlarını belirlemek veya bir kişinin/bölgenin sağlık durumunu ölçmek için uygun sağlık göstergeleri gereklidir. Sağlık ihtiyaçları, sağlık göstergelerinden hareketle bireylerin veya toplumun sağlık durumunun ölçülmesi ile tespit edilebilir. Sağlık durumunun ölçülmesi ve değerlendirilmesi için geleneksel olarak kabul edilen ölçümler, morbidite, doğumda beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergeleri olarak kullanılır (Çelik, 2011: 25-4). Bunlar gibi sağlık göstergeleri bireylerin ve toplumun sağlık statüsünün ölçümü ve analizi için kullanılan birinci etap kıstaslar olup gerçek anlamda bir ölçüm için kişilerin

ruhen, bedenen ve sosyal anlamdaki sağlık durumları ile ilgili girdilere ihtiyaç duyulmaktadır.

1.1.3. Sağlık Statüsü Ölçme Yöntemleri

Sağlık anlayışına yakından bakıldığında; hekim ve hemşirelerin mevcut klinik tıbbi yaklaşım ve uygulamalar içerisinde, sağlığı oldukça dar bir şekilde fizyolojik ve biyolojik boyutlar açısından ele alarak bu boyutlarla ilgili normlardan sapmalara göre değerlendirdikleri görülmektedir. Sağlığın biyolojik boyutları ile ilgili değerlendirmeler laboratuvar ya da teşhis testlerine, fonksiyona yönelik ve iyilik hali ile ilgili kararlarına ya da bu kararları belirleyen algılanan sağlık statüsü ölçüm araçlarına dayandırılmaktadır. Birincisi sağlığın objektif, ikincisi ise sübjektif sağlığın ölçüsü olarak tanımlanmaktadır.

1.1.3.1. Sağlık Statüsünün Klinik Açısından Ölçümü

Sağlığın ve hastalığın sosyolojisinden çok tıbbi ölçüler çerçevesinde değerlendirmelerin gerçekleştiği ve geleneksel olarak kabul edilen ölçümleri ifade etmektedir. Geleneksel laboratuvar göstergeleri, mortalite ve morbidite göstergeleri örnek olarak gösterilebilmektedir.

Ancak günümüz koşulları değerlendirildiğinde bireylerin algıladıkları sağlık statülerinin de ölçülmesi gerekliliği bilim adamları tarafından ön görülmektedir. Bunun sebebi bireyin tüm biyolojik göstergelerinin sağlıklı olduğunu işaret etmesine rağmen, kişinin kendisini sağlıklı hissetmemesi, sağlıksız olduğunu düşünebilmesi gibi durumların varlığıdır. İnsan fiziksel ve düşünsel olarak çok boyutlu bir varlık olduğundan sağlığın ölçülmesinde bireyin kendisinin de kaynak olarak değerlendirilmesinin yerinde olacağı, ancak bu şekilde en kapsamlı ve en doğru sonuca ulaşılabileceği düşünülmektedir.

1.1.3.2. Sağlık Statüsünün Algılanan Sağlık Açısından Ölçümü

Sağlık statüsünün algılanan sağlık açısından ölçümünün geçerliliği ilk olarak 1960 yıllarının ortasında ele alınmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda bireylerin sağlıklarını kendi ifadeleri ile belirtmeleri gerektiği ön görülmüş ve bu durumun hasta değerlendirme sürecinin zorunlu bir parçası olduğu, hizmet sunanların fonksiyonellik,

iyilik hali ve yaşam kalitesinin diğer yönleri ile ilgili kararlarının hasta değerlendirmelerinin geçerli bir alternatifi olmadığı kabul edilmiştir. Örneğin, bir çalışmada bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili değerlendirmelerinin klinik değerlendirmelere karşı gelecekteki sağlıkları ile daha yüksek ilişkide olduğu ve bu yöndeki birçok çalışmanın da benzer sonuçlar gösterdiği bulunmuştur. Nihayetinde tıp biliminin hala cevaplayamadığı sorular, aydınlatamadığı hususlar olduğu ve kişinin bedenini en iyi kendisinin tanıyabileceği düşünüldüğünde, anamnez ve sürekli doktor hasta iletişiminin önemi yadsınamaz bir biçimde kabul edilmiştir. Bireylerin kendi sağlık değerlendirmelerinin klinik değerlendirmelerle karşılaştırıldığında gelecekteki sağlığın daha doğru yansıtıcı olmasının nedeni ise algılanan sağlığın sağlıktaki daha gizli değişkenlere daha duyarlı olması ile açıklanmaktadır. Hastalıkların sebeplerinde psikolojik boyutların da olduğu ve bazı hastalıkların yaygın genel geçer belirtileri olduğu düşünüldüğünde birçok klinik değerlendirme yapılmadan önce de hastalığın varlığı hissedilebilir. Yine birçok hastalık klinik muayenelerde görülmeyen ve küçük rahatsızlıkların olduğu uzun bir semptom öncesi aşamaya sahip olduğundan sadece evrak dökümlerinden anlaşılan biyolojik verilere göre karar verip tedavi uygulamanın yeterli olmayacağı düşüncesi kabul görmüştür. (Şahin, 1997: 14-22).

1.1.3.3. Global Sağlık Göstergeleri

Sağlık statüsünün global sağlık göstergeleri ile ölçümü 1950'lerden beri kullanılmaktadır. Herkes tarafından uygulanması kolay ve anlaşılır olan bu yaklaşım üç farklı yönetime dayandırılmaktadır. Birincisinde hastalara “sağlığınızı nasıl görüyorsunuz” sorusu yöneltilmekte ve mükemmel, çok iyi, iyi, orta ve kötü kategorilerinden kendilerini en iyi tanımlayanı seçmeleri istenmektedir. İkinci yöntemde bir ucundan mükemmelliğin, diğer ucunda çok kötünün olduğu 10 cm'lik bir çizgide sağlık durumlarını en iyi tanımlayan noktayı işaretlemeleri istenmektedir. Üçüncü yöntemde ise hastalara “nasılsınız?” şeklinde açık uçlu bir soru yöneltilmiştir. Bu üç yaklaşımda çok sorulu sağlık statüsü ölçüm araçları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir.

Bu üç yaklaşım arasında herkese en kolay uygulanabilen ve en çok kullanılan yöntem birinci yöntemdir. Yapılan çeşitli araştırmalarda sağlıklarını “mükemmel”, “iyi”, “orta” ve “kötü” olarak oranlayanların mortaliteleri arasında önemli farklar

olduğu, yani bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili global algılamalarının gelecekteki mortalitenin önemli bir yansıtıcısı olduğu bulunmuştur (Tatar, 1997: 54-60). Bu bulgu da bireylerin sağlık algılarının sağlıklarına doğrudan etki ettiğini göstermektedir. Bu sebeple sağlık ölçüm aracı olarak hastaların sağlıkları ile ilgili düşünceleri ve değerlendirmelerin hem sahip olunan sağlık statüsünü hem de beklenen sağlık düzeyi hakkında önemli bilgiler verdiği anlaşılmaktadır. Bu önemli veriyi elde ederken de karşımızda hasta bir birey olduğunu da düşünerek, farklı eğitimde, kültürde, algıda insanların yoruma kapalı olarak algılayıp yine yoruma kapalı olarak değerlendirilmeye açık şekilde cevaplar vermeleri için hastalara cevaplarının belirli şıklar şeklinde kısıtlandırılmış olduğu “sağlığını nasıl görüyorsunuz?” sorusunun yöneltildiği yöntemin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir.

1.1.3.4. Hastalığa Özgü Ölçüm Araçları (Sckness Impact Profili-SIP)

Hastalığa özgü ölçeklerin çıkış nedeni bir hastalığın varlığını ya da yokluğunu gösteren geleneksel biyomedikal göstergelerin hastalığın hasta üzerindeki gerçek etkisinin göstermediğini fark edilmesiyle olmuştur. İnsan fizyolojisinde görülen semptomlar bazı hastalıklar için ortak olabildiği gibi bazı yaş grupları için de benzerlik gösterebilmektedir. Özellikle ve mikro ölçüm araçları ile benzer faktörleri barındıran sebeplerin varlığından kurtulmak hedeflenmektedir.

Hastalığa özgü ölçüm araçları, tek grup üzerinde, belirli hastalıkları ya da hasta gruplarını değerlendirmek için tasarlanmıştır. Ancak tüm spesifik ölçüm araçları hastalıkla ilişkili değildir. Bunlar belirli durumlara (sırt ağrısı ya da nefes darlığı gibi), belirli fonksiyonlara (cinsel veya duygusal fonksiyon gibi) ya da belirli nüfus gruplarına (yaşlılara ya da çocuklara özgü olmak gibi) özgü olabileceği düşünölmektedir (Şahin, 1997: 14-22).

Hastalığa özgü ölçeklere örnek olarak Guyatt ve diğerleri tarafından geliştirilen “kronik solunum yolları anketi”, Stanford Artrit Merkezi tarafından geliştirilen “sağlığın değerlendirilmesi” örnek olarak gösterilebilir (Şahin, 1997, 14-22).

1.1.3.5. Genel Sağlık Statüsü İndeks ve Profilleri

Genel sağlık statüsü ölçüm araçları, toplumun bir grubuna, tek bir belirleyici içeren durumlara, uygulanmak üzere geliştirilmiştir. Sağlık indeksleri ve profilleri sağlığın çok boyutlu olma özelliğinin dikkate alınmasından ortaya çıkmıştır. Hastanın fiziksel hareketliliğinin, günlük yaşamla ilgili faaliyetleri yerine getirmesinin, sosyal faaliyetlerinin ve psiko-sosyal statüsünün değerlendirilmesini içerir. İndeks ile profil arasındaki fark, sağlık indeksinin aktivite ve deneyimlerin bir çok boyutunun tek bir ölçütte toplayarak sunması, profilin ise bu boyutların tek bir ölçüte indirgemenen ayrı ayrı ölçmesidir. Geliştirilen indeks ve profiller içinde en çok bilinen ve uygulananlar arasında Karnofsky indeksi, Hastalık Etkisi Profili, 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (36 İtem Sort Form Health Survey-SF 36) sayılabilir (Pınar, 1996: 109-114). Detaylandırılacak olursa, Karnofsky indeksi 1948 yılında kanser hastaları üzerinde yapılan, bir puan skalası ile hastalık sahibi kişilerin fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel anlamda hangi aşamada olduğunu belirleyen bir ölçektir. Burada belirleyici olan hastalığın kendisi olmakla birlikte, amaçlanan bu hastalığı yaşayan bireyler arasında farkların tespiti ve tedavilerinin sağlanması ile hayatlarında her türlü iyileştirmeyi sağlamaktır.

1.2. Sağlık Algısı

Sağlık algısı; "Kendine has bir duygu, düşünce, bakış açısı, ön yargı ve beklenti" olarak tanımlanabilir. Sağlık algısının değerlendirilmesi; sağlıktaki değişikliklere duyarlıdır. Gelişen ve değişen bilimsel, teknolojik şartlar hastaların beklentisini etkiler. Hastaların klinik değerlendirmeleri yapılmadan önce hastalığın varlığını bildirir ve hastaların sağlık sorunları için tutum ve davranışlarını ve bu sorunların anlaşılmasını sağlayan en önemli etken hastadan alınan sağlık algısı verileridir. Bu veriler bireylerin sağlık durumlarını belirlemek için yaygın şekilde kullanılmaktadır (Doğanay ve ark., 2012: 396-402).

Sağlık algısı noktasında bireyin sorumluluğunun ne kadar önemli olduğu gözlemlenebilmektedir. Ancak bu sorumluluğun birey tarafından algılanması değer arz etmektedir. Sağlık algısının oluşabilmesi adına kişinin kendine ait sağlık durumuna ilişkin duygusu, düşüncesi, önyargısı ve beklentisinin tanımlanabiliyor olması, doktor-

hasta iletişiminin sağlam olması, hastanın sorulara net ve doğru şekilde cevap veriyor olması kişinin ve toplumun sağlığının değerlendirilebilmesi açısından önem taşımaktadır.

Günümüzde bir toplumun sağlığının ölçülmesi alanında yapılan çalışmalar, parçadan bütüne yöntemiyle öncelikle bireylerdeki algılanan sağlığın ölçülmesinin önemini ortaya çıkarmıştır. Bir toplumun genelinin sağlığa bakışı ve sağlığının nasıl olduğu sorusunun cevabı için o toplumun yapı taşları olan bireylerin sağlık ve kendi sağlıkları hakkındaki düşüncelerinin bilinmesi gerektiği kabul edilmektedir. Yaygın olarak kabul gören duygu ve düşünceler toplumun dokusunu oluşturmakla birlikte, insanlar arasındaki sosyo-kültürel farklılıkların da göz ardı edilmemesi gerektiği kabul edilmektedir. DSÖ'nün Avrupa bölgesine üye herkes için sağlık stratejisinin ikinci hedefinde ifade edildiği gibi, algılanan sağlık, toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini gözlemlemek hususunda başlıca göstergelerindendir.

1.2.1. Sağlık Algısının Önemi ve Kapsamı

Bireylerin sağlığı ile ilgili inançlar, yani sağlık algıları; sağlık sorunlarına yönelik tutumlarını, davranışlarını ve bu sorunların anlaşılma biçimlerini etkilediğinden (Ostwald ve diğerleri, 1999: 44), bireyin sağlıklı olduğunu söylemek için, bireyin objektif şekilde kendini tanıyor ve anlatıyor olması gerekmektedir. Bu çerçevede, hasta bireylerin değerlendirilmesi ve müdahale planlaması sürecinde sağlık personelleri, objektif verilerle birlikte hastalığın öznel algısını değerlendirmelidirler (Çapık, 2006: 37). Aynı belirti bir kişinin kendisini hasta hissetmesine sebep olabilirken bir başka kişi için hastalık algısı yaratmayabileceğinden, kişilerin kendilerine objektif şekilde yaklaşabiliyor olması gerekmektedir. Ters şekilde hastalık belirtilerinin belirli kalıpları olsa da, hastalıkların her zaman her kişide benzer şekilde seyretmeyeceği göz önünde bulundurularak tanı koyucu sağlık çalışanlarının bireyleri öznel bir yaklaşımla değerlendirmeleri gerekmektedir.

Sağlık durumunda iyilik hali olmayan bireylerin kendilerini ifade ettikleri durumlarının yapılan sağlık tetkikleri ile paralellik gösterdiği gözlemlenmekte olup, bu itibarla kişisel algılanan sağlık durumunun diğer yöntemler ele alındığında daha bütüncül bir sağlık göstergesi olarak nitelendirilebildiği gözlemlenmektedir (Çapık,

2006: 49). Bazı durumlarda biyolojik sonuçlar dışında hastadan bedeni ve psikolojisi hakkında alınan bir bilginin hastalığın tespiti ve tedavinin belirlenmesinde önemli bir role sahip olduğu görülebilmektedir. Bu durum algılanan sağlığın kişinin sağlığını direkt olarak etkilediğinin kanıtı olarak gösterilebilmektedir.

Sağlık algısı ve/veya algılanan sağlık durumu, iyilik hali etkilenen bireyin kendi sağlık durumu çerçevesinde ortaya koyduğu öznel değerlendirmesidir. Kişinin yaşam koşullarına, beklentilerine ve bakış açısına göre değişen sağlık algısı, bir anlamda her bir bireyin kendi sağlık tanımını yapması ve kendisine bu tanım içerisinde yer bulması şeklinde tanımlanabilmektedir. Bireylerin bir kısmı birden fazla hastalığa sahip olmaları durumunda dahi kendilerini sağlıklı olarak değerlendirirken, bir kısmı ise hiçbir objektif hastalık hali bulunmamasına rağmen kendilerinin hasta olarak tanımlayabilmektedirler. Bu itibarla söz konusu farklılıkların oluşuyor olması, bireylerin sağlık algılarının psikolojik durum, biyolojik hal ve sosyal durumlarının kendilerini tanımlamalarında etkin olduğunu ortaya koymaktadır (Tuğut, 2008: 11).

1.2.2. Sağlık Algısının Ölçümü

Sağlık algıları (veya algılanan sağlık durumu) değerlendirilirken kişilerin “genel olarak baktığınızda sizce sağlığınız nasıl ?” sorusuna verdikleri “mükemmel”, “iyi”, “çok iyi” yanıtları “iyi”, “orta” ve “kötü” yanıtları ise “kötü” olarak sınıflandırılarak değerlendirilir. Algılanan sağlık için kişinin genel olarak kendi sağlığını değerlendirmesinin istenmesi, basit ancak bu güçlü göstergenin mortalite ile ilişkili olduğu ve kişinin genel durumunu yansıttığı gösterilmiştir. Günümüz gelişen biliminde hastalıkların sebebi ve tedavisinde hastalığa bakış, hayata bakış, gelecekte umutlu olmak, mutlu ve pozitif olmanın farkı ortaya çıktığından algılanan sağlık ile mortalite ilişkisinin doğru orantılı olduğu düşünülmektedir. Algılanan sağlık üzerine genel sağlık anketlerindeki geçici yeti yitimi ise günlük alışa gelmiş etkinliklerin kesintiye uğraması olarak tanımlanır ve ortalama gün sayısı olarak ifade edilir. Uzun süreli yeti yitimi ise günlük işleri aksatma, evde ya da yatakta gün geçirme olarak değerlendirilir. Bundan daha çok yapılabilen bazı fonksiyon minimum seviyesi ile bağlantılı olarak rahatsızlığın ölçülmesi daha önemlidir. Kronik hastalık sıklığı başlığı altında ise kanser, diyabet, inme, solunum sistemi ve kalp hastalıkları, mide, duodenum ülseri gibi bedensel ve demans, mental retardasyon gibi mental hastalıkların

sıklığı kullanılır. Kronik hastalıkların seviyesi günlük yaşam içinde temel aktivitelerin uzun süre kısıtlanmasının tanımlanmasını, kronik hastalıkların azaltılması hedef alınmaktadır. DSÖ'nün belirlediği "herkes için sağlık" amacını belirleyicilerinden olan algılanan sağlık ölçüm yoluyla kronik hastalıkların düzeyinin belirlenmesinde öncelikli olarak kabul edilmiştir. Gezi, duyma, görme gücü ya da kişisel bakım (giyinme, banyo yapmak, yemek ve tuvalet alışkanlıkları), alışveriş yapma, merdiven çıkma ve benzeri etkinlikler ele alınır. Bu öncelikli konular özel soruların seçimi ile yapılan aktivitelerin performans sınırlaması tanımlanmıştır. "0" dan "15" e kadar skala uygulanmaktadır. Düşük düzeyde yetersizlik 2 ve 4 puan arasında, yüksek düzey 8 ila 10 arasında bir bölüm olarak tanımlanmıştır (Erdoğan ve Ark., 1994: 28-25).

Sağlık algılaması bireysel düzeyde yapılan bir sağlık ölçütüdür. Bireysel düzeydeki sağlık ölçütlerinde, genel sağlık durumunun belirlenmesi ve buna uygun araçların geliştirilmesi durumları üzerinde yoğunlaşmakta ve toplumsal gruplar, ırklar, mesleki statü ve sınıflar arasında karşılaştırmalar yapılmakta, toplumun sosyo-kültürel yapısı hakkında veriler elde edilmektedir.

Bireysel düzeydeki sağlık durumu değerlendirmeleri, bireyin objektif fiziksel ölçümlere (tansiyon ölçümü gibi) bağlı olanların dışında kalanlar için bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili sübjektif değerlendirmelerine dayanır. Sübjektif olsa da yaşam umudu gibi objektif bir sağlık ölçütü ile, depresyon, yaşam doyumu, gibi başka psikolojik sağlık ölçütleriyle; herhangi bir yakınma, kronik hastalık varlığı, tedavi amaçlı, ilaç kullanma, hastaneye yatmış olma gibi sağlık sorunlarıyla ileri derece de korelasyon göstermekte ve tek bir soru ile kolayca ölçülebilmektedir. Bu iki neden algılanan sağlığı toplumsal sağlık düzeyinin ve sağlık eşitsizliklerinin izlenmesinde geniş biçimde kullanım alanına dâhil etmiştir. Bireylerin gelir düzeyi, eğitim durumu, sosyal çevresi, cinsiyeti, yaşı gibi faktörler de kişisel sağlık seviyesi hakkında bilgi verse de bu konuda en net bilgi alabilmenin olanağı bu yoldur (Belek, 1998: 96-103).

1.2.3. Sağlık Algısının Psikolojik Boyutu

Bireyler hayatlarında bir veya birden çok hastalık geçirebilmekte, ancak bu hastalıklar kapsamında oluşan deneyimleri ise birbirinden farklılık göstermektedir.

Farklılık gösteren deneyimlerinin nitelendirilmesinde ise kişisel deneyim, bilgi birikimleri, değer yargıları, dini inanç durumları ve ihtiyaçları etkin rol oynamaktadır.

Hastalık algısı, hastalığın mental olarak kişide bıraktığı izlenimdir. Bireyler yaşadıkları, karşılaştıkları durumları anlamak, anlamlandırmak ve tahminde bulunmak için bilişsel şemalar oluştururlar. Hastalar da, geçici veya uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili olarak aynı şekilde şemalar geliştirirler. Hastalıkla ilgili fikir geliştirmek ve kendi bedeninde bu hastalığı konumlandırmak bu zihinsel sürecin parçalarıdır. Bir kısım bilim insanları hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme düzeneklerini geliştirdiklerini ileri sürmüşler ve kendini denetleme (selfregulatory) kuramını geliştirmişlerdir. Bu kapsamda bireylerin zihninde kendilerince bir hastalık ve hastalığa sebep olan etmenler hakkında şemalar oluşur. Hastanın hastalığına dair yaşadığı semptomlar ile ilgili hissettikleri ve anlamlandırma şeklini kapsayan bu şemalar, hastalığın ortadan kaldırılması ile ilgili inanış ve talepleri de kapsamaktadır. Hastanın dair hissettikleri, düşündükleri ve bakış açısı bunlar ışığında izleyeceği eylemleri bu şekilde de psikolojik ve fiziksel sağlığı, sağlık statüsüne etki edecek bir faktördür (Anatolian Journal of Psychiatry, 2007: 271-280).

Hastalığın sonucu ile algılanan sağlık durumu ilişkisi irdelendiğinde, zihinsel ve duygusal durumların insan bedenindeki en küçük yapı taşı olan hücrelere etkisi kanıtlandığından, içsel kontrolü yüksek bireylerin sağlık durumlarının gidişatının olumlu, içsel kontrolü düşük bireylere de ise sağlık durumlarının gidişatının olumsuz olduğu gözlemlenebilmektedir (Anatolian Journal of Psychiatry, 2007: 271-280).

1.2.3.1. Benlik Kimliği

Kişinin kendisi hakkında verdiği ve kendisine has hükümler olarak da ifade edilen benlik kimliği, kendisini kendisi yapan, öz varlığı ve kişilik olarak nitelendirilebildiği gibi bireyin kim olduğu, varlık sebebi, yaşam amacı, kendisini toplumda konumlandığı yer ile ilgili verdiği cevaplar bütünü olarak tanımlanabilir.

Psiko analizin ana katkılarından biri psikolojik anlayışı aşmaktır. Psikolojide, zihin bazı mesleklere / bölümlere ayrılır ve incelenmesi amaçlanır. Oysa bireysel ruh çözümü çalışmalarından anlaşılmıştır ki insan biriciktir. Bu nedenle

deneyimlediklerimiz, öğretilerimiz, olaylara ve durumlara yaklaşımlarımız farklı olduğundan her birimizin bilinçaltı ve bilinçdışı süreçleri farklı işlemektedir. Örneğin, algılamalar, düşünce ve iradeler ayrı ayrı ve deneysel olarak incelenir. Freud en başından beri zihnin bu gibi bölümlere girmeden çalışma biçimini anlamaya çalışmıştır. Freud, ilk muayene çalışmalarını histeri hastaları ile literatür ve mitoloji hakkında geniş bir bilgi birikimi ile birleştirdiğinde, bildiğimiz zihnin görülebilen biçiminin arkasında davranışlarımız üzerinde daha etkili olduğu, ancak bazı nedenlerden dolayı görmezden gelinen bir bölüm olduğunu gözlemledi. Buna dayanarak, bilinçsizlik, bilinç öncesi ve bilinç kavramlarının teorisini formüle etmiştir. Davranışlarımızın başlıca belirleyicileri bilinçsizdir, başta cinsel olmakla birlikte yasaktır ancak içgüdüsel olarak yüzeye çıkan değişkenlerdir (Freud daha sonra bunu ölümle ilgili içgüdüsel varsayımıyla tamamlar) (Freud S., 2000: 88).

Benlik, kişinin kendisi hakkında verdiği ve tamamen kendine has hükümler tecrübelerinin kendisine kazandırdığı, bazen çevrenin dayattığı, çoğu zaman bilinçaltı ve karmadan aktarılanları kapsayan değerler bütünüdür. Sağlık algısını oluşturan bireyin benlik kimliğini oluşturması aşamasında yaşadığı gelişim evreleri ile bireyin gelişimsel psikososyal krizle karşılaşip çözüme kavuşturduğu evrelerin bir bütünü olarak değerlendirilebilmektedir.

1.2.3.2. Duygu Karmaşası

Duygu kişinin davranışlarını belirleme noktasında hazırlıklı olmasına ve belli bir plan çerçevesinde harekete geçmesine zemin hazırlar. Duygulara çeşitli fiziksel değişiklikler ve duyguyu yansıtan ifadeler gibi faktörler etki eder. Bu faktörler zaman zaman birlikte zaman zaman ise birbirinden bağımsız olarak gözlemlenebilmektedir (Oatley ve Jenkins, 1996: 71-76).

Duyguların birbirinden farklı fonksiyonlara sahip olmaları ifade edildikleri durumlarda benzersizlikler göstermelerinin sebebi olmalıdır. Duyguların, her durum ve şarta hazırlıklı bulunmak adına değişime hazır bulunma, türlü konularda hedefler açısından öncelik belirleme ve sosyal hayatın içerisinde duyguyu araçsallaştırmak üzere temel davranış figürleri belirleme noktasında hayatımızı şekillendirdiği unutulmamalıdır. İnsan, bir robottan farklı olarak mekanik bir varlık olmadığından,

davranışlarında, seçimlerinde, ilişkilerinde kendisini yönlendiren en önemli etkenlerden biri duygularıdır. Bazı durumlarda aynı olaya karşı birden fazla duygu belirebilmekte, bu duygular benzer nitelikte değil ise kişi davranışsal ve psikolojik olarak kendisini bir karmaşa içinde bulabilmektedir. Örf adetler, eğitim, kültür, sosyal çevre, deneyimler, amaç ve beklentiler bu karmaşadan ne yönde kurtulduğumuzun belirleyicisi konumundadır.

Duygularımızı bir şekilde ifade etmemiz, duygularımızı ifade etmememizden daha iyidir. Fakat duygularımızın zirve yaptığı durumlarda ifade edilmeleri karmaşalara neden olabilmektedir. İç ve dış karmaşa olarak sınıflandırılan karmaşaların minimuma indirgenmesi adına duygularımızı kontrollü, zamanında, yapıcı, anlaşılır ve yönetilebilir olarak ifade etmek en sağlıklı olanıdır. Elbette burada da bireysel farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Farklı kültürlerde yetişmiş, farklı hikâyeler yaşamış insanların sahip olduğu farklı karakter özellikleri herkesin hissettiklerini aynı şekilde ifade etmelerine engel olmaktadır.

Güçlü duygular aynı zamanda muazzam miktarda enerji taşırlar. Bu nedenle organizmanın enerji deposudurlar. Bu duygular kabul edilirse ve taşıdıkları enerji iyi yönlendirilir ve onları anlamak için zaman verilirse, o zaman tüm duygular bireyin kullanımı için araçlar olur. Duygular, bireyin önsezilerinin vücutta yarattığı his olarak tanımlanabilmektedir. İnsanlar iç seslerinin yansıtıcısı olan duygularını anlayabilir ve yönetebilirse kendileriyle ve hayatla barışık, daha güçlü, kontrollü ve özgüvenli olacaklardır. Ancak burada önemli olan olumlu olumsuz tüm duyguların birbirinin tamamlayıcısı olarak insana ait olduğunu anlayıp, kendimizi ve duygularımızı sevip kabul edersek onların bize uzun süreli acı veremeyeceği anlaşılmış olacaktır. Aksi halde, birey olumsuz duyguların enerjilerinin yol açtığı ürkütücü sinyallerden şaşkına dönerek, ne yapılacağından habersiz, kararsız ve çaresiz hissedecektir. Örneğin; kişiyi enerjisi kişinin algı alanının sınırlarını daraltarak ve güçlü bir koruma yapısı sağlayarak dağıtan kin, öfke, keder ve hayal kırıklığı gibi olumsuz duygu durumlarından kurtarıp iyileşmek için içine enerji akışı sağlayan enerji girilmektedir. Böylece, karmaşık olumsuz duygular, kabul edilebilir formlara dönüştürülmeye yönlendirilir ve denenmeye çalışılır. Olumsuz duygular göz ardı edilir ve yalnızca olumlu duygular söz konusuysa, birey doğal bir hayatta kalamayacak kadar yüzeysel

ve mekanik bir yaşam tarzına sahip olduğu sonucuna ulaşılır. Benzer şekilde, olumlu duygular görmezden gelinerek duyguların içeride taşıdığı enerjilere götürür ve bireyi kuşatır. Bu şekilde de hayatın katlanılamayacak kadar zorlukla dolu olduğu, yine doğal bir hayatta kalamayacak kadar sert bir yaşam içerisinde bulunulduğu görülür. Kısaca, engebeli yaşamda kişinin el feneri olan tüm yüksek ya da düşük frekanstaki enerjiler kişilere aittir ve kişiler bunlarla birlikte var olmayı bilmelidir. Tüm bunları doğru şekilde yöneterek, kişi hayatını hem toplumda hem de kendi içinde daha ılımlı, daha bütünlüğü, anlaşılır ve verimli şekilde sürdürebilir (Lewis,1993: 223-237).

Duyguların farkındalığının öne çıkması gerektiği açıktır. Ancak, duygulanımının farkında olan kişi duygularını doğru zaman ve şekilde yönetebilecektir. Sağlık algısı kapsamında duygu kontrolü sahibi birey hastalık halinin giderilmesi noktasında yapıcı hal ve tavır içerisinde olacağı sebebiyle sürece katkı sağlayacağı değerlendirilebilmektedir.

1.2.3.3. Kişilik

Kişilik kavramı ile kimlik kavramı genel olarak birbirleriyle karıştırılabilmektedir. Kimliğin kişinin verdiği özellikleri vurguladığı halde kişilik, bir sürecin sonunda dinamik olarak edinilen niteliklerin sürekliliğini açıklar. Kim olduğumuzun bilinciyle, kime karşı olduğumuzun (diğerinin) bilgisi ile misyonumuz, vizyonumuz, tutumlarımız ve beklentilerimiz şekillenmiş olur. "Kişilik; bir kişiyi diğerinden ayıran duyguların, tutumların ve davranışların hepsini organize etmiştir" . "Bir mülk hem kalitatif hem de tanımlayıcı (nitelik, nitelik, sınıf, din / mezhep vb.) olan bir takım özelliklerdir ve belli bir toplumsal yapıda bu kimliklere bağlı olmak, bir bireyin bu toplumsal konumunu gösterir. Bununla birlikte, kişilik bir organizasyondur ve birey, kimlikler, semboller vasıtasıyla sosyal çevre / toplumsal yapıya uyumu gösterir ". Bir kimlik konumu tanımlamasına rağmen, biyolojik niteliklerin (cinsellik gibi) dışındaki kimlikler (uluslar, sınıflar, dinler vb.), toplumsal cinsiyet bile olsa, kendilerini sürekli üreten ve kendini yenileyen yapılar olarak görülmelidir (Güvenç., 1997: 96-97).

Kişilik diğer bireyler ile karşılaştırıldığında bir ayrılığın, kendine has bir özelliğin ve kendine has özgüllüklerin bütünü olduğundan, toplumda var olan birey

sayısı kadar kişilik sayısı olduğu söylenebilir. Kişinin karşılaştığı olaylar karşısındaki tutumları, yorumları ve hissettikleri o kişinin kişiliği ile ilgilidir. Doğuştan gelen kalıtsal ve bedensel yapı ile birlikte çevresel ve sosyodemografik faktörler gibi sonradan geliştirilen etkilerin tamamı olarak da değerlendirilebilir.

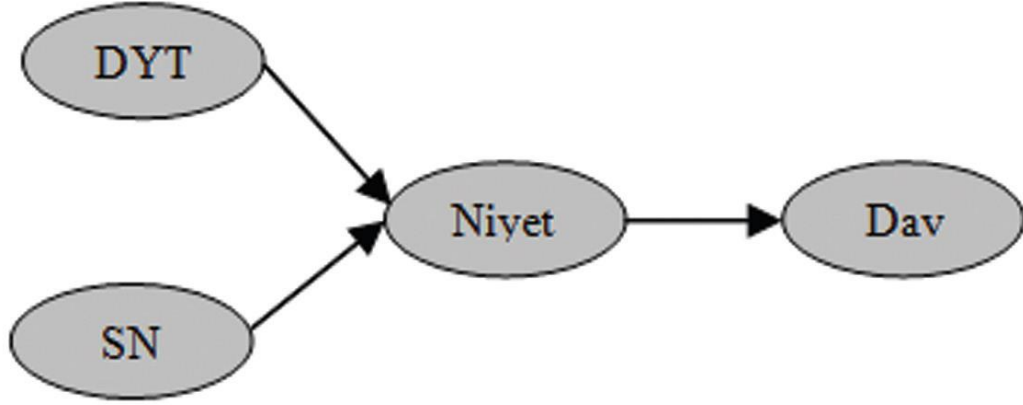
Kişilik, toplumsal varlığın içerisinde gelişen karakteristik bir davranıştır. Bununla birlikte kimlik, kişinin kendisi ile algılanıp kendisini tanımlamasıdır. Doğumundan ölümüne tüm yaşamışlıklarıyla birey bir hikâyeye benzetildiğinde; kimlik bu hikâyenin başlığı, kişilik ise içeriğindeki detaylardır denilebilir. "Kişilik, psiko-fiziksel sistemlerin, orijinal ayarlarını, adaptasyonlarını birey içinde toplumsal ortamda belirleyen dinamik organizasyonudur" (Güvenç., 1997:103).

1.2.3.4. Niyet-Davranış (Tutum) Farkı

Algılanan davranışsal kontrol (ADK), planlı davranış teorisi modelinde bahsedilen, sosyal bir psikolojik teori olan ve davranışın açıklanmasına katkıda bulunan değişkenlerden biridir. Planlı davranış teorisi, sosyal psikologların odak noktası olan tutum ve davranış arasında herhangi bir ilişki bulunmaması anlamında, 1950'lerden başlayarak araştırma döneminin sonunda geliştirilen teorilerden biridir. Birçok araştırmada, tutum ve davranış arasında istenen ve umulan bir ilişki bulunmamaktadır. Bazı bulgularda ilişki bulunamamıştır ve diğerlerinde ilişkiler çok düşüktür. (Wicker, 1969: 25, 41-78) yaptığı meta analiz sonucunda tutumların gözlemlenebilir davranışlarla ilişkili olamayacağını veya aralarında çok az bir ilişki olacağını savundu ve bu nedenle davranışları açıklamada tutum kavramının terk edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Kocagöz E., Dursun Y., 2000: 139-152).

Niyetin, iki temel işlevi vardır. Birincisi; bireylerin davranışlarını gerçekleştirmek için olumlu veya olumsuz değerlendirmelerini ifade eden, kişisel bir faktör olarak tanımlanan, davranışa yönelik tutumdur (DYT). Burada bahsedilen tutum, geleneksel nesnelere, kişilerin ya da kurumların tutumları değil, bireyin etkiye tepki şeklinde bir tutum sergileme durumudur. Niyetin ikinci açıklayıcı kısmı toplumsal bir baskı ya da teşvik / destektir; bu, toplumsal bir faktördür ve birey tarafından herhangi bir davranış sergilemek üzere algılanır. Kişinin toplumun dokusu ve değerleri ışığında davranış sergileyeceğini öngörür. Bu faktör modelde subjektif norm (SN) olarak bulunur. Bu teoriye göre, genel olarak, eğer bir kişi davranışı olumlu

bir şekilde değerlendirir ve buna sosyal etkiler de, eklenirse ve kişi bu etkileri önemseirse aynı zamanda bu davranışı gerçekleştirme niyeti vardır. (Ajzen, 1985, 1991) GET modeli Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Gereçekleştirilmiş Eylem Teorisi Modeli

Kaynak: Kocagöz, E. & (2010). Dursun, Y., Yapısal Eşitlik Modellemesi Ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*: (35), 12

Davranışlar karara bağlanmış tutumlar sonucu meydana gelmektedir. Niyet ise karara bağlanmış olan herhangi bir sonuca ulaşmak, sonucu elde etmek için en başında duyulan istek, amaç demektir. Bu şartlar altında tutumun niyeti, niyetin ise davranışı ortaya koyduğunu açıktır. Sağlık algısı yönünden niyet edilen ile ortaya konulan davranışın öncelikle birey tarafından olumlu olarak değerlendirilmesi ile birlikte önemseydiği sosyal çevrenin niyet ettiği davranışı destekleyeceğini düşünmesi, niyet ettiği davranışı sergileme olasılığını oldukça güçlendirecektir (Kocagöz E., Dursun Y., 2000: 139-152).

1.2.3.5. Geçmiş Davranışların Rolü

Sağlık algısının psikolojik boyutları arasında yer alan geçmişte geliştirilmiş olan davranışlar önem arz etmektedir. Birey mevcutta yaşanan sağlık durumundaki değişiklikte, daha önce benzer durumda sergilediği tutumu referans edinmek sureti ile benzer duygular gösterebilmekte ve geçmiş tecrübeleri doğrultusunda gelecekteki durumu hakkında bir algıya varabilmektedir. Bu durum Yükleme Kuramı ile ifade edildiğinde daha anlaşılır hale gelmektedir.

Yükleme Kuramı: Bazı biliş kuramcıları güdülenmeyi yükleme kuramı ile açıklamaya çalışmışlardır. Yükleme kuramının, belirli bir olayın niçin oluştuğuna ilişkin kişide oluşan yargı ya da algıladığı nedenle ilgilendiğini belirtmiştir. Kişinin bir davranışın sonucunda yaşadığı duygu durumu, beklentisini karşılama oranı ve toplamında hissettiklerine ilişkin vardığı karar ya da algıladığı neden, sonraki davranışının oluşmasında etkili olmaktadır (Weiner, 1976: 201-215).

Wittrock (1986), Yükleme kuramına dayalı olarak güdülenmeyi açıklayan modeller, öğrencinin algıladığı nedenleri yorumlayarak veya geçmiş davranışlarını açıklayarak gelecekteki davranışlarını güdülemeye çalışmaktadır. Öğrencilerin başarısı ve başarısızlığı üzerindeki yükleri kontrol edilebilirlik, istikrar ve nedensellik olmak üzere üç boyuta böler. Sistem kontrol edilebilirliği, kontrol edilebilir ve kontrol edilemez olarak; öğrencinin başarısının belirli sebeplere dayanıp dayanmadığı ve bu sebeplerin değiştirip değiştirilemeyeceğinin, istikrarı başarıda değişkenlik olup olmadığının ve nedenselliğin de iç ve dış sebeplerin hangisine dâhil olduğu şeklinde incelenebilir (Wittrock, 1986: 306).

1.3. Sağlık İhtiyacı ve Sağlık Belirleyicileri

Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından sağlık ihtiyacı temel öge olarak kabul edilse de genel kabul görmüş bir tanımlamasının olduğu gözlenmemektedir. Sosyal bir hizmet olarak ve koşulsuz herkese eşit şekilde devlet tarafından sunulması gerekmesi nedeniyle evrensel bir tanımlamaya sahip olmayan sağlık ihtiyacı, ihtiyaçların belirlenmesi çerçevesinde eksiklikler yaşanmasına neden olabilmektedir.

Sağlık ihtiyacı kavramının evrensel bir tanımı olmaması hiçbir tanımı olmadığı anlamına gelmemektedir (Pres, 2002: 88).

Sağlık hizmetinin sunulacağı hedef kitlenin belirlenmesinin ardından karşılanacak sağlık ihtiyaçları ve önceliklerinin ortaya konulmasının belirlenmesi ve mevcut kaynakların öncelik sırası dikkate alınarak ortaya konulan ihtiyaçlara göre kullanılması kaynak kullanımının verimliliği açısından önem arz etmektedir. Sağlık kurumlarında periyodik olarak yapılacak tıbbi araç ve gereçlerin girdi çıktısı sağlık talebinde bulunan hastaların ortalaması hakkında bilgi verecektir. Bireylerin sağlık ihtiyaçlarının gözlemlenmesi kaynak israfını önemli ölçüde azaltacaktır.

Gelir düzeyi artan toplumlarda sağlık hizmeti sunucularından beklenen hizmetinin kalitesinin de artmasının beklenmesi kaçınılmazdır. Ancak, sağlık hizmeti sunumunda sağlık iş görenlerinin istihdamı hususunda yaşanan kısıtlılıklar beklenen sağlık hizmetlerini sekteye uğratabilmektedir. Dolayısıyla sınırlı sayıda işgören ile hizmet kalitesinin artırma arzusu sağlık iş görenlerini daha verimli ve etkin kullanımını önemli bir ihtiyaç haline getirmiştir. Bu etkin kullanımın gerçekleşebilmesi ise sağlık kurumları içerisinde yönetsel bir takım kural ve talimatların meydana gelmesine sebep olmuştur. Liyakata dayalı atama/işe alım ve kişisel bilgi becerilere göre görevlendirme ile az kişiyle daha çok iş yapılması sağlanmış olacaktır.

1913 yılında, Birleşik Devletlerde hasta bakımının kalitesini ve güvenilirliğini izlemek ve kontrol etmek için standartlar geliştirildi ve Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komitesi (JCAHO) kuruldu. Bu kurumun amacı genel olarak hastanelerde ve diğer bakım hizmet sunucularında hizmet standartlarının geliştirilmesi, izlenmesi ve denetlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Kurallar çerçevesinde; (hasta odaklı süreçler ve destek süreçleri), performans iyileştirme ve hasta bakımı (hasta hakları ve kurumsal etiğin sağlanması gibi), faktörlerin yanı sıra bilgi yönetimi ve çevre (atıkların kontrolü, acil durumlar ve sağlık da dahil olmak üzere) hasta değerlendirmesi, bakım, eğitim ve bakım sürekliliği güvenlik uygulamaları yer almaktadır (McGlynn, 1997: 7).

Kalite, sağlık sektöründeki farklı paydaşlar için farklı anlamlar taşır. Kaliteyi sisteme entegre etmenin en önemli aracı, farklı paydaş beklentilerinin gözlenmesi ve

izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında denge ve hesap verebilir nitelikte bir sistem tasarlanmalıdır (McGlynn, 1997: 7).

Sağlık kavramına “çevresel yaklaşımı” geliştiren Henrick. L. Blum, sağlık durumunu etkileyen dört belirgin faktörden bahsetmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 254). Bunlar; çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleri olmakla birlikte ekolojik denge, doğal kaynaklar, nüfusun karakteristik yapısı, kültürel sistem ve ruh sağlığı gibi faktörlerden de etkilenmektedir.

Çevre: İnsanların yaşam sürdükleri doğal, fiziksel ve sosyal etmenleri kapsayan bölgedir. Çevre içinde yer alan tüm faktörler kişinin bedensel ve fikişsel sağlığı üzerinde etkilidir.

Davranış: Kişinin yaşayış şekli, kötü alışkanlıkları, beslenme şekli, temizliği ve benzeri davranışları ile sağlığı arasında önemli derecede bir ilgi vardır.

Kalıtım: Kişinin doğuştan ya da sonradan sahip olduğu hastalıklar, hassasiyetler ve yatkınlıklar genetik aktarım kaynaklı olabilir.

Sağlık Hizmetleri: Sağlığı korumak ve yükseltmek için kamu ve özel kaynaklarca sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlere, kirliliğin sebep olduğu çevresel problemler, iş güvenliği ve barınma şartları şeklinde örnek verilebilir (Tengilimoğlu ve ark, 2011: 154-155).

Sağlığın belirleyicileri arasında önemli bir yeri olan sosyal faktörler, tanımında “sağlığın sosyal belirleyicileri” adı altında farklı bir şekilde sınıflandırılmıştır. Sağlığı etkileyen sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler genellikle sağlığın sosyal belirleyicileri olarak ifade edilir (Lloyd ve ark., 2004: 46).

Bu sosyal faktörler;

Gelir Düzeyi ve Sosyal Statü: Bireylerin harcamaları yaşam standartları ölçüsündedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak insan için vazgeçilemez bir ihtiyaç

olmasına ekonomisi daha iyi olan kişiler sağlık harcamalarına daha çok pay ayırabilmektedirler. Bu sebeple ekonomik durumu düşük düzeyde olan bireylerin sağlık statülerinin daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Sosyal Katılım ve Sosyal Destek Ağları: Toplum içinde insanların birbirleriyle olan ilişkileri, ailesinden ve çevresinden gördüğü maddi ve manevi destek, sosyal organizasyonlara katılımları bireyin sağlığında etkilidir. Sosyal ilişkilerinin olumlu olması kişilerin sağlıklarını da olumlu şekilde etkilemektedir. Aksi şekilde olumsuz ilişkiler ve yetersiz sosyal katılım kişileri depresyon, kendini dinleme, hasta hissetme gibi olumsuz durumlara sebep olabilmektedir.

Sosyal Gradyan: Bu faktörde; İnsanların ve/veya toplulukların sosyo- ekonomik durumu iyileştikçe sağlıklarının da buna paralel iyileşme gösterdiği (WHO Avrupa Bölge Ofisi, 2012). Toplumlarda gelir düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık düzeylerinin de yüksek olduğu ülkeler arasındaki gelişmişlik düzeyinin etkisi olmaksızın kabul edilmiştir.

Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okur-Yazarlığı: İnsanların sağlık konusunda bilinçli olması, hızla değişen dünyada eğitimin ve tıbbın gelişimiyle canlıya verilen önemin artmasıyla ilişkilidir. (Mutlu, Işık, 2012: 22). Paralel olarak sağlık okur-yazarlığı da artmış ve bireylerin sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlık personeli dışında kendilerine de düşen görevlerin bilincine varmaları hedeflenmiştir.

Sağlıklı Yaşam Koşulları: Bireylerin yaşam şekilleri, onların sağlık seviyelerinde önemli bir faktördür. Bölgesel, ekonomik ve psikolojik farklılıklar insan sağlığı üzerinde etkili olmakta, günümüz sanayileşmiş şehirlerinde yaşanan kirlilik, nüfus yoğunluğu ve kırsal kesimdeki sağlık hizmetlerine ulaşım sorunu yaşanmaktadır. Yine gelir seviyesi daha iyi olan bireyler ile daha kötü olan bireyler arasındaki beslenme, spor gibi sağlıklı davranış şekillerindeki farklılıklar sağlık düzeyini etkilemektedir.

Stres: Kimi bireyler yaşadıkları olaylar ve karşılaştıkları durumlardan dolayı, kimi bireyler ise yapısı gereği dönem dönem stres yaşamaktadır. Devamlı gerginlik içinde olma, güvende hissetmeme, kendine saygı duymama, çevreden kopuk olma gibi etmenler ile kişinin sağlığı arasında sağlam bir bağ vardır. Çalışılan iş, karakter özelliği, sosyoekonomik düzey ve sosyal ilişkiler daha fazla stres altında bulunmaya sebep olmaktadır.

Yaşam Seyri Yaklaşımı (Yaşam Döngüsü): Bireylerin “U” dönüşü şeklinde seyreden hayat hikayeleri içinde çocukluk, hamilelik ve yaşlılık dönemlerinde başkalarına en bağımlı ve ihtiyaç sahibi olduklarından sosyokültürel faktörlerin sağlıklarına etkisi daha fazladır.

Ayrımcılık ve Etnik Yapı: Öncelikle etnik topluluklar, sonrasında ırk ayrımı, cinsel tercihler ve bazı geçmiş yaşantılardan sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşanan eşitsizliklere sebep olan belli başlı sebeplerdir. Bu durum bireylerin hem beden hem de ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Lloyd ve ark., 2004: 13).

Sağlık Hizmetlerine Ulaşım: Kişilerin ihtiyaç anında eşit şekilde sağlık kurumlarınınca sunulan hizmetlere ulaşabilmesidir (Lloyd ve ark., 2004: 13).

1.3.1. Sağlık İhtiyacının Sağlık Planlamasındaki Yeri ve Önemi

Sağlık hizmeti sunulacak kitlenin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ihtiyaçların karşılanması gerekliliği sağlık planlaması yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Sağlık hizmeti alacak kitlenin sağlığını geliştirmek adına yapılan planlamaların tartışılmaz noktası kaynakların sınırsız olmamasıdır. Sınırlı kaynakların varlığı ve ihtiyaçların kıyası ile sağlık planlaması birlikte değerlendirilecek iki vazgeçilmez gerçektir. Sağlık ihtiyaçlarının doğru belirlenememiş olması, sağlık planlamasının doğru yapılamamasına, bu durum ise kaynakların yerinde kullanılamaması ile birlikte maliyetlerde artış ve sağlık ihtiyaçlarının olması gerektiği gibi karşılanamaması anlamını taşımaktadır.

Kamu ve özel sektör kaynaklarının en iyi şekilde kullanımı önemlidir. Kaynakların en iyi kullanımı ise sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinin ardından önem ve öncelik analizinin yapılması ile mümkündür.

Toplumun ve bireylerin sağlık ihtiyaçlarının yaygın şekilde, devamlı, yeterli, kaliteli, etkili, ekonomik, verimli, erişilebilir, yararlanmaya müsait, makul bir şekilde temin etmesine imkân verme niteliklerini gerçekleştirecek yapı ve işleyişe mümkün olduğunca sahip bulunmalıdır.

1.3.2. Sağlık İhtiyacı Türleri

Sağlık ihtiyacı türleri açısından genel bir değerlendirme yapılacak olursa, Bradshaw'ın sosyal ihtiyaç sınıflamasındaki çalışması önem arz etmektedir. Ortaya koyduğu normatif, algılanan veya hissedilen, ifade edilen ya da açığa vurulan ve karşılaştırmalı ihtiyaç türleri barınma, eğitim ve sağlık hizmetleri için de kullanılabilen yönetsel bir bakış açısı sunmaktadır. Bradshaw, direkt olarak sağlık ihtiyaçları ile ilgilenmemiş olmasına rağmen, geliştirdiği ihtiyaç sınıflaması sağlık ihtiyacı gibi farklı ihtiyaçları sınıflandırmak açısından oldukça önemlidir. Sağlık ihtiyaçları da bu çerçeveden hareketle sınıflandırılabilir (McKee M., 1996: 65).

1.3.2.1. Normatif Sağlık İhtiyacı

Normatif sağlık ihtiyacı, sağlık uzmanları veya profesyonellerinin kişisel bilgi ve becerilerine göre belirledikleri sağlık ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç tipinde sağlık ihtiyaçları sağlık uzmanları veya profesyonellerinin bilgi ve becerisi temel alınarak belirlendiği için sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ile ilgili kesin ve açık standartlar oluşturulamamıştır (Robinson J. ve Elkan R., 1996: 20).

Normatif sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinin sağlık profesyonellerinin kişisel becerileri ve mesleki donanımları ile ilişkili olması beceri ve donanımlarındaki değişikliklerle değişime uğramaktadır.

1.3.2.2. Hissedilen / Algılanan Sağlık İhtiyacı

Hissedilen/algılanan sağlık ihtiyacı, normatif sağlık ihtiyacının aksine bilimsel donanıma sahip olmayan bireylerce ortaya konulan sağlık ihtiyacı türüdür. Birey

duygu, düşünce ve algılamaları kapsamında sağlık ihtiyacını herhangi bir etki altında kalmamak suretiyle bireysel olarak ortaya koymaktadır. Yani herhangi bir hizmete olan ihtiyaç belirlenirken bireylere o hizmeti kendileri için ihtiyaç olarak algılayıp algılamadıkları sorulur. Bu ihtiyaç tipine en büyük eleştiri, hissedilen (algılanan) sağlık ihtiyacının toplumun gerçek sağlık ihtiyaçlarını ölçme ve belirlemede yetersiz kalabileceği noktasında getirilmiştir. Çünkü hissedilen (algılanan) sağlık ihtiyacı bireylerin kendi sağlık ihtiyaçları hakkındaki algılama ve görüşleri ile sınırlıdır. İnsanlar varlığını bilmedikleri herhangi bir sağlık hizmetini veya sağlık problemini, rahatsızlığını sağlık ihtiyacı olarak algılayamayabilirler. Ayrıca insanlar hem kendi sağlık ihtiyaçları hem de diğer insanların sağlık ihtiyaçları hakkında yeterince bilgi sahibi olmayabilirler. Hissedilen (algılanan) sağlık ihtiyacı bazen subjektif, bilimsel olmayan sağlık ihtiyacı olarak da ele alınmaktadır (McKee M., 1996: 65).

1.3.2.3. İfade Edilen veya Açığa Vurulan Sağlık İhtiyacı

İfade edilen veya açığa vurulan sağlık ihtiyacı da bireylerin hissettikleri ya da algıladıkları sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi adına karar kıldıkları sağlık hizmetini alma isteklerinin sonucunda meydana gelen ihtiyaç türüdür. Bir başka deyişle, bireyin algıladığı sağlık ihtiyaçlarının karşılanması adına girişimde bulunduğu sağlık ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç türü geniş bir alanda ihtiyacın ölçüsü olarak değerlendirilmektedir.

Fakat başta Bradshaw olmak üzere birçok yazar, açığa vurulan (açıklanan) ihtiyacın gerçek ihtiyaçların zayıf bir göstergesi ya da belirleyicisi olduğunu değerlendirmektedir. Örneğin, Navarro bildiğimiz sağlık problemlerinin bir buzdağının tepesinde görülen problemler olduğunu da göz önüne alarak sağlık ihtiyacını daha kapsamlı tanımlamaktadır. Talebe dönüşen ihtiyaçlar buzdağının çok küçük bir parçasını oluşturmakta, toplumun gerçek ihtiyacının göz önüne alınması gereken durumlarda talep edilen ihtiyaç, talep edilmeyen ancak varlığı kabul edilen ihtiyaç ve farkına varılmayan ihtiyaçların tümünün dikkate alınması gerektiğini ifade etmektedir (Tatar M., 1994: 47-172).

1.3.2.4. Karşılaştırmalı sağlık ihtiyacı

Herhangi bir bölgede benzer özelliklere sahip insanların ya da grupların birbirinden farklı sağlık hizmeti almaları durumunda karşılaştırmalı sağlık ihtiyacından bahsedilebilir.

Başka bir ifade ile karşılaştırmalı sağlık ihtiyacı, aynı özelliklere sahip insanların veya grupların aldıkları sağlık hizmetlerinin karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan farktır. Bu ihtiyaç türü dışarıdan bir gözlemci tarafından aynı özelliklere sahip bireylerin, özellikle belli hizmetleri alma durumlarına bakılarak belirlenir. Görüldüğü gibi karşılaştırmalı sağlık ihtiyacı kavramının eşitlik kavramı ile yakından ilgili olduğu söylenebilir (Robinson J. ve Elkan R., 1996: 21). Karşılaştırmalı sağlık ihtiyacı kavramına çeşitli eleştiriler getirilmiştir. Bu eleştiriler temelde iki noktada odaklaşmaktadır. Birincisi, karşılaştırmalı sağlık ihtiyacını belirlerken bireylerin ya da grupların hangi özelliklerinin dikkate alınarak aldıkları sağlık hizmetlerinin karşılaştırılacağı sorusunun yanıtı net bir şekilde ortaya konulamamıştır. Karşılaştırmalı ihtiyaç araştırmalarında genellikle düşük gelir seviyesi, işsizlik gibi değişkenler grupların veya bireylerin ortak özellikleri olarak ele alınmaktadır. İkincisi, gruplara sunulan sağlık hizmetleri sağlık ihtiyaçları ile bire bir ilişkili olmayabilir. Başka bir ifade ile karşılaştırılan gruplara verilen sağlık bakımı veya hizmetleri yetersiz olabilir (Robinson J. ve Elkan R., 1996: 21).

1.4. Sağlık Talebi

Belirli bir zaman çerçevesinde, belirli bir ücret karşılığı edinilmek istenen mal veya hizmet miktarı talep olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık hizmetlerine olan talebin artışında sağlık ihtiyacının şiddeti, sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylıklar ve bireyin sağlık konusunda duyarlılığı önemlidir. Kişiler sağlıklı olduğu dönemlerde sağlık hizmetlerine talepte bulunmazken hasta olduklarında ya da salgın hastalık dönemlerinde sağlık hizmetlerine daha fazla talepte bulunmaktadırlar. Sağlığın bozulması kişilerin yaşamını olumsuz etkilediğinden sağlık hizmetlerinin fiyatı ne kadar yüksek olursa olsun kişiler sağlık hizmetlerine talepte bulunacaktır. Bu durumda sağlık hizmetleri fiyatının yüksek olması talebi

düşürmeyecektir. Fiyat arttığı halde sağlık hizmetlerine olan talepte artacaktır (Orhaner, 2014: 35).

Yaşamımızın ana unsuru olan sağlık, kişilerin fiziki, ruhsal ve sosyal açıdan öncelikli gereksinimi ve ihtiyacıdır. Bu ihtiyacın karşılanamadığı durumlarda bireylerin diğer tüm ihtiyaçları gibi mal ve hizmet gereksinimleri de anlamsız hale gelecektir. Bu durumun farkındalığı gelişme sürecinde hızla yol alan ülkemizde sağlıklı yaşam alanında bilinçlenmeye ve dolayısıyla sağlık taleplerinde hissedilir artışa ve öneme sebep olmaktadır.

Genel olarak, sağlık hizmetlerine hastalık durumunda başvurulduğu için, bu hizmetlere taleplerden tüm bireylerin istekleri oranında faydalanabilmesidir. Sağlık ihtiyacının yaşamın sürdürülebilmesi için vazgeçilemez olması bu sektöre olan talepleri önemli şekilde etkilemektedir. Tıbben bir ihtiyacın var olması sebebiyle hizmet taleplerindeki diğer malların en az derecede olduğu, farklı durumda önemsenmeyeceği kabul edilmelidir (Karaca, 2011: 48).

Talepleri, bilinen piyasa fiyatları ile o hizmeti alabilecek birimin ilişkisi şeklinde tanımlayabiliriz. Finansal olarak alım gücü ile pekiştirilen istekler talep olarak tanımlanmaktadır. Özetle sahip olma, kullanma isteğidir. (Tıraş, 2013: 138).

Hayatın sürdürülebilir olması ve temelini oluşturmasının sağlık hizmetleri talebini vazgeçilmez hale getirmektedir. Bu durumda, stoklanamayan ve ikamesi olmayan sağlık hizmetlerinin talebinde fiyat önemli bir kıstas olma niteliğini yitirmektedir.

1.4.1. Sağlık Talebinin Sağlık Planlamasındaki Yeri ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetler gibi ikamesi yoktur. Sağlık hizmetlerine olan talebin doğru bir şekilde tespit edildiği durumda sağlık hizmetlerinin arzı doğal olarak açıkça belirlenecektir.

Sağlık hizmetinin özelliklerinden bir diğeri ise, sağlık talebinin hizmeti alan kişi tarafından ziyade konu ile ilgili alanında uzman bir kişi tarafından belirleniyor olmasıdır. Çünkü sağlık hizmeti hususunda talep sahibi talebi ile ilgili ve talep ettiği

ürün ile ilgili yeterli bilgiye ve teknik donanıma sahip değildir. Bu konuda karar verirken mutlaka bir uzman görüşünden faydalanır. Bir başka özellik de, ikamesinin olmamasıdır. Sağlık hizmeti alınırken birey uzman görüşünden yararlanmaktadır. Örneğin; kalp ameliyatı kararı uzman doktor tarafından verilmiş olan bir birey için, bu ameliyat yerine farklı bir yöntem ile iyileşmeyi seçme şansı hemen hiç yoktur. Bu durum, sağlık hizmetinin serbest piyasa koşullarının oluşmamasına neden olmaktadır (Sargutan, 1993: 157).

Sağlık hizmetlerine olan talebi ortaya koymada, bir kişinin ortalama yılda sağlık hizmetine başvurma sayısı önemli bir ölçüt olmaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde bir kişi yılda ortalama 6,1 kez hekime başvururken Türkiye’ de bu oran 0,5 ile 4 arasında değişmektedir (Sargutan, 1993: 335-353).

Sağlık alanında ortaya çıkan sorunların giderilmesi için gereken mal ve hizmetlerin sağlanması sağlık hizmetlerinin temel amacıdır. Sağlık ve sağlık hizmetleri alanında ihtiyaçlar çok fazladır. Bu ihtiyaçların belirlenmesinde bilgi seviyesi, hastalıkların ortaya çıkma sıklığı ölçü olarak alınmalıdır ki sağlık hizmeti ihtiyaçla uyumlu olsun. Bunun için ihtiyaçlar talep doğrultusunda ele alınmalı ve bu talebi karşılayacak şekilde geliştirilmelidir. Örnek verecek olursak karnı ağrıyan birisi bundan şikâyet ediyor ve fakat durumunu kabullenip acıya katlanıyor, tedavi almayı reddediyorsa burada talebe dönüşmemiş bir sağlık ihtiyacı söz konusudur.

1.4.2. Sağlık Talebi Türleri

Sağlık talebi türleri ele alındığında söz konusu taleplerin sağlık hizmeti sunumu noktasında “Yatırım Modeli” ve “Doktor- Hasta İlişkisi Modeli” çerçevesinde ele alınması açıklayıcı olacaktır.

1.4.2.1. Yatırım Modeli

Sağlık hizmetlerinde piyasa diğer mal ve hizmetlerin piyasalarından farklı olması, sağlık hizmetlerine olan talebinde farklı değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dikkat çeken bir husus olarak sağlık hizmetine ihtiyaç duymakla birlikte

satın alma gücü noktasında eksik olan bireylerin diğer bireylere hastalığı bulaştırabilir konumda olmalarıdır.

Finansal anlamda, dönemin piyasa fiyatı ve alım gücü ilişkisi ile sağlık hizmetleri talebinde bazı farklar söz konusudur. Bunun meydana gelmesinde sağlık hizmetlerinin başka hizmetlerden farkı olması en önemli etkidir. Bazı sektörlerde satın alınan mallar ve hizmetler kişiler üzerinde somut bir fayda elde edilebilirken, sağlık gibi elle tutulamayan bir hizmet sektörünün çıktısı somut olmaktan ziyade hissedilebilen, soyut bir fayda olmaktadır.

Sağlık hizmetleri talebi, bireyin istek ve arzusuna bağlı gelişmediğinden, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç diğer ihtiyaçlara göre çeşitlilik göstermektedir. Ancak, hayatın temel kaynağı olması sebebiyle bu vazgeçilmez bir ihtiyaçtır (Sayım ve Sarısoy, 2010: 252).

Sağlığın, hayat için vazgeçilmez bir ihtiyaç olması, sağlık hizmetlerinin her geçen gün daha da önem kazanmasına ve sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına sebep olmaktadır (Sayım ve Sarısoy, 2010: 252).

Zaman içinde devamlı olarak değişen sağlık hizmeti talebinin bireylerin maddi gücü, sağlık güvenceleri, eğitimi olup olmamaları, algıladıkları sağlıklarından, sosyokültürel faktörlerden önemli şekilde etkilenmektedir. Bununla birlikte, sağlık ihtiyaçlarını gidermek amacıyla hizmet sunucularına başvuranlar arasındaki bireylerin demografik özellikleri, sağlık çalışanlarının yaklaşımları da etkili olmaktadır. İstisna olarak, acil olan, yaşamsal durumlarda herhangi bir etken olmaksızın sağlık kullanım ihtiyacı giderilmeye çalışılır. Benzer şekilde, ikamesi olmayan sağlık hizmetlerinde de seçme şansı ya da talebi erteleme gibi durumlar söz konusu olmamaktadır. Örneğin, maliyeti daha fazla olan bir beyin ameliyatındansa maliyeti daha az olan bir mide ameliyatının yapılabilmesi mümkün değildir. Bu kapsamda sunulan hizmetin karşılığı olan mali değer, hizmetten yararlanma seçiminde etkili olan faktörlerden biri olarak yer almamaktadır. Talebi etkileyen faktörler kendi içinde sıralanabilse de, sağlık hizmetleri talepleri hizmetin yaşamsallığından dolayı her zaman aratarak seyredecektir. (Tıraş, 2013: 129).

Sağlık hizmetleri planlamasında devlet bütçelerinden ayrılan kaynak ve finansman paylarının yeterli olup olmadığı, bu payların ne şekilde değerlendirileceği her dönem tartışılmaktadır. Globalleşen dünyada geliştirilen yeni teknolojilerle, değişen genetik yapılarla, yaş skalalarının değişmesiyle sağlık harcamalarında maliyetin en aza indirgenmesi, verimliliğin artırılması, kalitenin elde edilmesi ve eşit şekilde sunulması için bazı planlamalar yapılması zorunlu hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve bu finansmanın toplumu oluşturan bireyler arasında nasıl paylaşıldığı ise verilen hizmetin miktarının, kalitesinin, ulaşımının ve eşitliğin önemli bir belirleyicisidir.

Ülkeler arasında sağlık hizmeti finansmanı açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkla birlikte sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler noktasında, sağlık hizmetlerinin sunumu organizasyonlarında ve hizmet alacakların hizmete ulaşım yöntemlerinde birçok farklılıklar oluşmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetinin finansmanı noktasında bir standardizasyonun sağlanamamış olması doğal bir olgudur (Sayım ve Sarısoy, 2010: 252).

Dünyadaki modeller değerlendirildiğinde genel olarak tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında hem vergiler hem sosyal sigorta primleri hem hane halklarının cepten yaptığı ödemeler hem de özel sağlık sigortasının eş zamanlı olarak mevcut olabildiği görülmektedir. Bu nedenle ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflanırken sistemde ağırlıklı rol alan finansman şekline göre sınıflandırılırlar. Örneğin, sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edildiği sistemlere örnek olarak gösterilen İngiltere’de aynı anda diğer finansman yöntemleri de kullanılmakla birlikte (cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası ve sosyal sigorta), bunlar finansman içindeki payının vergilere göre daha az olması nedeniyle belirleyici rol oynamamaktadır. Aynı durum, sağlık hizmetlerinin finansmanının sosyal sigorta ilkelerine göre yapıldığı ülkelere örnek olarak gösterilen Almanya için de söz konusudur. Bu nedenle bir ülkenin sağlık finansman modelini tanımlarken kullanılan sınıflama, o ülkede o türde finansmanın daha ağırlıklı olarak kullanıldığına göstergesidir (Sargutan, 1993: 97).

1.4.2.2. Doktor- Hasta İlişkisi Modeli

Tıbbi tedavi ve gözlemlerin temeli doktor-hasta ilişkisi olmakla birlikte, dinamik, kolektif destek ve güven esas teşkil etmektedir. Bu ilişki kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik birçok kritik noktada önem kazanmaktadır. Hekim, farklı ilişki türlerinin etkili olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir. Bu da hasta-hekim ilişkisinin oluşturulmasında hekimin üzerine düşen sorumlulukları artırmaktadır. Her hastayla kurulacak ilişkinin türü farklı olabilir. Ancak bu ilişki türü belirlenirken hekim öncelikle hastanın yararına dayanarak hareket etmelidir.

Taleplerin oluşması için genel olarak ilk adım hastadan gelse de, sağlık hizmetlerindeki talep değişkenlerini ve talebi etkileyen etmenleri hasta tek başına belirlemez; doktorlar ile birlikte belirlerler. Doktorlar, tedavi için farklı verileri işlevsel hale getirerek, hastadan gelen sağlık hizmeti talebine cevap verme çabası içindedirler. Doktorların yol haritası hastanın talebine ve ihtiyacına en etkili, en hızlı ve en verimli cevabı verecek tedavi yöntemini izlemektir (Karaca, 2011: 54).

Doktor-hasta ilişkisinin hastanın hizmet memnuniyetinde, hastanın aynı doktoru tekrar tercih etmesinde önemli ölçüde etkili olmaktadır. Örneğin, bir operasyon öncesi doktorun hastaya hastalığı, operasyon detaylarını, sonrasında yaşayabilecekleri durumları, gelişebilecek komplikasyonları ve sonucun istenilen gibi olacağını anlatması hastanın daha güvenli, doktora yardımcı ve memnun olmasını sağlamaktadır. Bu durum alınan hizmetin bedelini ödemeye karşı da uyumlu olunmasına sebep olacaktır. Aksi şekilde yapılacak operasyonun istenileni tam olarak karşılamayacağına açıklanması da hasta da bir çekimserlik ve memnuniyetsizlik yaratacaktır. Doktorlar ve hastaları arasındaki iletişimde veriler hastanın beklentilerini karşılar yönde ise, hastanın sağlıklı davranış niyetlerinde olumlu etkiler görüldüğü gözlemlenmektedir (Karaca, 2011: 54).

Hekim-hasta ilişkisinde modeller (Erdemir, 2003: 130):

1- Babacı (paternalistik) Model: Hastaya karşı hangi tedavinin uygulanacağına dair hekimin tüm kararları aldığı modeldir. Hastanın bu modelde sağlığının en iyi şekilde olması adına güven duygusu ile birlikte tüm kontrolü hekime

verildiği modeldir. Hekim, babacan ve öğüt veren kişidir. Hekimin hasta için en iyisinin ne olduğunu bildiği varsayılır.

2- Bilgilendirici (informative) Model: Bu modelde, hekim teknik bir uzman olarak kabul edilir. Hekim, hastaya doğru bilgiyi sağlamakla yükümlüdür. Bu ilişkide hastaya tanı ve tedavi için gereken uygulamaları ve bunlardan doğacak yarar ve zararları hekim bildirir.

3- Açıklayıcı (interpretive) Model: Bu modelde, hekim hastaya tıbbi uygulamalar konusunda bilgi verir. Burada hekim hastanın tüm koşullarını bir arada düşünmelidir. Hastaya sadece bilgi vermekle yetinmez onun anlayış kapasitesini de değerlendirir.

4- Görüşmecı (deliberative) Model: Danışman hekim ve hasta, hastanın hangi uygulamaları seçebileceği konusunda tartışırlar.

Szasz ve Hollender (1956, akt. Cockerham, 2004: 522-528) hekim- hasta etkileşim modellerine göre:

- Aktiflik-pasiflik modeli: Hastanın çok acil durumlar ve bilinç kapalılığı dahil olmak üzere amacın hastanın durumunu stabilize etmek olduğu modeldir.

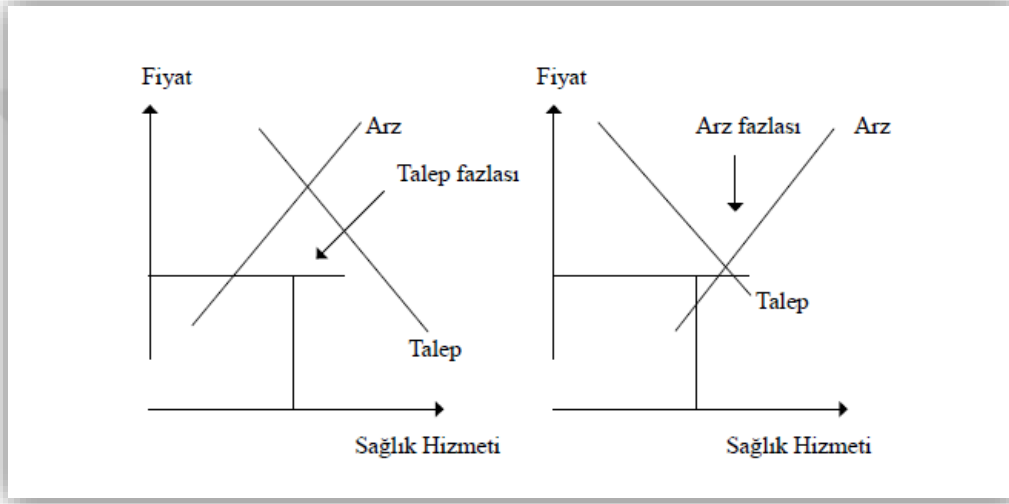
- Rehber-işbirliği modeli: Hastanın akut ya da bir enfeksiyona bağlı bir hastalığı olan durumlarda uygulanan bir modeldir. Hasta ne olup ne bittiğinin farkındadır, ancak kararı hekim verir.

- Karşılıklı katılım modeli: Özellikle kronik hastalıklar gibi hastalığın kontrolünde hastanın da hekimle birlikte çalıştığı bir modeldir. Hasta yaşam koşullarını, hastalığa göre belirler ve hekimle düzenli olarak görüşür.

Günümüzün tüketim çağı olduğu öngörülmele birlikte doktor-hasta ilişkilerinin de bu dönemden etkilendiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda doktor ile hasta arasında tüketime eğilimli olarak hiyerarşi zayıflamış ve birbirlerine yakınlaşmaları gözlemlenmiştir. Eğitim seviyesi ve ekonomik seviyesi yüksek hastaların hekimler ile yakınlığı daha fazla artmış ve aralarındaki tüketim ilişkisinin seviyesi artmıştır.

1.4.3. Sağlık Sektöründeki Arz-Talep Dengesizliği

Sağlık alanında mal ve hizmetlerin heterojenliği, üretici ve tüketici arasındaki bilgi dengesizliği, sağlık piyasalarındaki üreticilerin kendi aralarında uzlaşabilmeleri ile birlikte ortak davranış sergilemelerine karşın, talebi öngörülemeyen tüketicilerin piyasada talep baskısı oluşturmamaları sağlık hizmetleri arz ve talebi arasında dengesizliğe yol açmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep arasındaki söz konusu dengesizlik aşağıdaki Şekil 2’de gösterilmektedir:



Şekil 2. Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep arasındaki dengesizlik

Kaynak: Mutlu, A., Işık, A. K. (2012, Ekim). Sağlık Ekonomisine Giriş (Üçüncü basım). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım, s.63.

Talep genişlemesi durumunda, hastalar denge fiyat düzeyini ödemeye razı olsalar da doktorlar arzı gerçekleştirmemekte, fiyatların yükselmesi de bu durumu sağlayamamaktadır. Arz genişlemesinde ise, doktorlar talep edilen miktara göre çok daha fazla arzda bulunmakta, doktorlar fiyatları düşürmenin kendilerine avantaj sağlamayacağına inanmaktadırlar. Fiyatlar arasındaki bu dengesizlik, sağlık piyasalarının tam rekabet piyasalarından uzaklaştığını açıkça göstermektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 62-64).

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler

Bireylerin sağlık hizmetini kullanımını etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlar çerçevesinde kişilerin sağlık hizmetini kullanım sıklığı ve sağlık hizmeti türü değişebilmektedir.

Sağlık hizmetleri sisteminin yapısı gereği sağlık planlaması faaliyetleri önemli bir yere sahiptir. Sağlık sistemlerinin en önemli amacı, toplumun sağlığını geliştirmektir. Bu bağlamda son yıllarda sağlık hizmetlerine olan talep ve talebi etkileyen faktörlerle birlikte talep ediciler daha dikkatli incelenmeye başlanmıştır. Ayrıca sağlık hizmetleri talebinin nelerden etkilendiği, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımında nasıl davranışlar gösterdiği sağlık hizmeti planlayıcılarının ve sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarının araştırma alanlarına girmiştir (Andersen ve Newman, 1973: 95).

Sağlık hizmetleri kullanımının ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi; sağlık hizmetlerinde geleceğe ilişkin planlamalar yapılması, toplumun sağlık statüsünün ve davranışlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin ölçülmesi gibi nedenlerle üzerinde önemle durulan bir konudur (Kılıç ve Çalışkan, 2013: 192).

Sağlık hizmetleri kullanımı; sağlıklı olma, sürdürme ve sağlık seviyesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak amacıyla birey, aile ve toplumun koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları demektir (Şenol, 2006: 16). Bunun yanında belirli bir sağlık hizmetinin ihtiyaç sahibi kişiler (hastalar) tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir.

Diğer yandan sağlık hizmetleri kullanımı, hem arzın hem de talebin bir fonksiyonu olarak görülebilir. Sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin sosyo-ekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik olduğu belirtilmektedir. Bununla beraber ilk irtibattan sonra kullanım hekim tarafından belirlenir ve hasta açısından alternatif tedavi maliyetleri, kurumsal bağlantılar, bilgi ve zaman açısından hekime olan maliyet gibi yeni faktörler devreye girdiği görülmektedir (Erdem ve Pirinççi, 2003: 40-41).

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden ayırıştırıcı özelliklerinin var olduğunun belirtilmesi gerekir. Bu özelliklerinden dolayıdır ki farklı bir şekilde yorumlanması ve yönetilmesi gerekmektedir. Bunlar: kamusal, dışsal, belirsizlik ve talebin düzensizliği özelliğidir.

Sağlık hizmetini kullanımını açıklamak için Andersen tarafından 1968 yılında geliştirilen ve literatürde anlamlı şekilde yer tutan “Sağlık hizmetleri kullanımında davranışsal modeli” (behavioral model of health services utilization) incelemek gerekmektedir. Bu model ilk ortaya atıldıktan sonra çeşitli evrelerden geçerek, çeşitli eklemelerle gelişip günümüze kadar gelmiştir.

Sağlık hizmetleri genellikle yarı-kamusal mal niteliğindedir. Sağlık hizmeti tüketimi sonunda toplumda dışsal bir yarar elde edilirken, hizmet alıcılarını da özel yarar sağlaması önem arz etmektedir. Kişilerin sağlığı ve toplum arasındaki kuvvetli bağ ortaya çıktıkça ve sağlık hizmetlerini kullanmanın sosyal hak olmasından dolayı, hizmet sunumunda devlet kaynaklarının çok daha belirgin olması kabul görmüş, paralel olarak da devletin sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ve mesai ayırdığı ortaya çıkmıştır.

Tüm sağlık hizmetleri benzer özellik göstermezler. Koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal olarak değerlendirilir. Çünkü bu hizmetler toplumun tamamına, bir başka deyişle ödeme yapmayanlar bile bu hizmetten yararlanırlar. Kar/zarar muhasebesi yapılmadığından, fiyatlandırılması ve pazarlanması söz konusu değildir. Ancak tedavi edici sağlık hizmetleri yarı kamusal mal olarak değerlendirir. Genel olarak dışsal, bir ekonomik birimin üretim ve/veya tüketim faaliyeti sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi şeklinde tanımlanabilir Dışsal, sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğidir ama sadece sağlık hizmetlerine mahsus değildir (Şenol, 2006: 19).

Andersen'in geliştirdiği modele göre “hazırlayıcı ya da kişisel”, “kolaylaştırıcı” ve “gereksinim” ya da “ihtiyaç ” faktörleri olarak ta ele alınmaktadır. Bu faktörler bireylerin içinde yaşadığı toplumun kültüründen, sosyal ve ekonomik yapısından, kişilerin kendi bilgi, tutum ve inançları gibi kişilik özelliklerinden, sağlık

hizmetlerinin fiziksel-ekonomik ve sigorta kapsamında ulaşılabilirliğinden, aile yapısından ve kullanıcının sağlık durumu ve algılanan sağlık düzeyinden kaynaklanan özellikleridir. Bu faktörlere kısaca değinecek olursak (Andersen, 1968: 14);

1.5.1. Kişisel Faktörler

Kişisel Faktörler, kişilerin sağlık hizmeti kullanma eğilimleri olarak adlandırılabilen kişisel faktörler, kişilerin var olan kişilik özellikleri tarafından belirlenmektedir. Kişisel faktörler bir kişinin bir hizmete ihtiyaç duymasını ve o hizmeti kullanmasını hazırlayan tüm etmenler, yani bireyin sağlık hizmetleri kullanım eğilimi olarak tanımlanmıştır (Andersen ve Aday, 1978: 534).

Bazı bireylerin diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim belli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel belirleyiciler tarafından belirlenir. Kişisel faktörler bireyin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, geçmişte yaşanan hastalıklar), sosyo-ekonomik özellikleri sağlık algısı üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir (Hodgins ve Wuest, 2007: 82).

1.5.2. Demografik Faktörler

Sağlık hizmetlerinin kullanımı cinsiyet, yaş, medeni durum, ırk ve benzeri faktörler tarafından etkilenmektedir. Cinsiyet ele alındığında araştırmalar kadınların erkeklere nazaran sağlık hizmetinden daha fazla faydalandığını ortaya koymaktadır. Gerekçe olarak da gebelik ve gebeliği has sağlık hizmetleri ile birlikte, cinsiyetlerinden ötürü kadın hastalıkları kapsamında erkeklere nazaran daha yüksek oranda olması, bunlara bağlı olarak önleyici sağlık hizmetlerinin varlığı hastalıkları konusunda daha çok sağlık desteğine müracaat etmelerine sebep olduğu değerlendirilmektedir.

Demografik faktörler arasında önem arz eden hususların başında yaş gelmektedir. Hayatın olağan akışı çerçevesinde, diğer şartlar eşit olsa dahi yeni doğan bireyler, yaşlı kategorisinde olan bireyler ile 15 – 44 yaş aralığındaki kadın bireylerin diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları bilinmektedir.

1.5.3. Sosyo-Ekonomik Faktörler

Sosyo-Ekonomik Faktörler bireylerin buldukları toplum kapsamındaki statüsü ve ekonomik durumları ile ilişkilidir. Bunlar da bireylerin eğitim düzeyi, sahip olduğu meslek, gelir seviyesi, aile yapısı, ait olduğu ırk, soy, dinsel inanç, kültür ve benzeri özelliklerini içermektedir.

Sosyal yapı değişkenleri kişinin toplumdaki statüsü, yaşam biçimi ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili davranış modelleri hakkında bilgi verir. Etnik köken, gelir ve eğitim düzeyinin sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımını etkilediği değerlendirilebilmektedir. Kültürel farklılıkların klinik hizmetlere etki ettiği, “kadercilik” inancına sahip ya da hispanik hastalar arasında yaygın olan kişilerin kaderlerini değiştirmek için yapabilecekleri çok fazla şey olmadığı algısı bu duruma örnek teşkil etmektedir.

Gelir genellikle talep ile doğru orantılıdır. Çünkü gelir arttıkça talep edilen sağlık hizmeti ya da mali miktarında artış beklenmektedir. Ancak Rosenberg ve Hanlon tarafından yapılan bir araştırmada gelir seviyesinin genel pratisyen hizmetleri kullanmada ve hastane kabulünde ters bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni olarak da orta yüksek gelire sahip olma ihtimallerinin yüksek olması ve onların daha iyi konut, beslenme ve benzeri durumlarının direkt olarak sağlık statülerini etkileyeceği belirtilmekte ve dolayısıyla acil servis hizmetleri kullanımı ve hastane kabullerinin az olacağı sonucuna varılmaktadır. Tersine düşük gelirli kişilerin aile hekimine sahip olma ve önleyici sağlık hizmeti uygulamaları alma ihtimallerinin düşük olduğu, bu nedenle her gün karşı karşıya kaldığı zorluklar yüzünden acil hizmetleri kullanma ve hastaneye yatma ihtimalinin yüksek olduğu ileri sürülmektedir.

Sonuçta klasik olarak ileri sürülen gelir düzeyi ile sağlık hizmetlerinin tüm alanları için geçerli olmayacağı, hatta sağlık hizmetlerinin bazı çeşitlerinin kullanımında gelir ile kullanım arasında negatif bir ilişkinin var olduğu söylenebilir.

Bunun yanında gelirin alınan sağlık hizmetinin türünü belirlemede önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Örneğin gelir düzeyi düşük kişilerin geleneksel tedaviyi

benimsemeleri, bunun yanında gelir düzeyi yüksek kişilerin özel ve daha modern hizmetlerden yararlanmaları beklenebilir.

1.5.4. Tutum ve Davranışlar Faktörü

Kişilerin sağlık konusundaki bilgi düzeyleri, tutumları ve memnuniyetleri sağlık hizmetlerini tercih konusunda belirleyici olmaktadır. Örneğin doktorların tedavisinin istenen sonucu verebileceğine kuvvetle inanan aileler, tedavinin sonucunda daha az inanan ailelere göre, daha çabuk doktora başvurabilirler ve daha fazla hizmet kullanabilirler.

1.5.5. Kolaylaştırıcı Faktörler

Kolaylaştırıcı Faktörler, bireyler sağlık hizmeti kullanmaya ne kadar hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı imkânların mevcut olması gereklidir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına imkân tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Kişisel faktörlerin mevcut olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanacağı anlamına gelmemektedir. Hizmetleri alabilme durumu önemlidir ve kişiler sağlık hizmetlerinin sadece elde edebilecekleri kadarını alabilirler. Kaynaklar yeterince varsa, kuyruğa girmeden kullanılabilir ve hizmetlerin fiyatı düşükse, bu hizmetler toplum tarafından daha sık kullanılabilir (Kavuncubaşı, 2000: 17).

Bireylere sağlık hizmeti kaynaklarını daha ulaşılabilir yapan bu faktörler, hane halkı (aile) ve toplumsal (kamusal) düzeyde veya olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır (Andersen, 1968: 16-17).

1.5.5.1. Aileye İlişkin Özellikler

Hane halkı geliri, sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, düzenli ve yeterli gelir kaynağı olan bu kaynağa erişim, ailevi düzeyde faktörlerin içinde yer almaktadır.

1.5.5.2. Kamusal Özellikler

Sağlık personeli ve sağlık kurumlarının oranı, nüfusa, sağlık hizmetlerinin fiyatına, bir ülkenin bir alanının gelişimi ile kırsal / kentsel özellik arasındaki farkların

kamu sektöründe kolaylaştırıcı faktörler olarak değerlendirilmektedir (Andersen, 1968: 16-17).

1.5.6. İhtiyaç Faktörleri

İhtiyaç Faktörleri, Andersen'in geliştirdiği modele göre ihtiyaç faktörleri algılanan (perceived) ve değerlendirilen (evaluated) olarak ikiye ayrılmaktadır.

1.5.6.1. Algılanan İhtiyaç

Algılanan/Hissedilen (Perceived) İhtiyaç, kişinin kendisi tarafından belirlenen sağlık ihtiyacı, hissedilen veya algılanan sağlık ihtiyacı olarak adlandırılmaktadır. Bu ihtiyaç, kişilerin duygu, düşünce ve algılamaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Algılanan sağlık ihtiyacı, kişilerin kendi sağlık ihtiyaçları hakkındaki görüş ve algılamalarıyla sınırlı olduğundan, kişiler varlığından haberdar olmadıkları herhangi bir sağlık problemini ya da sağlık hizmetini ihtiyaç olarak algılamayabilmektedirler. Bu nedenle algılanan sağlık ihtiyacı bazen subjektif ihtiyaç olarak nitelendirilmektedir (Andersen, 1968: 17).

İhtiyaç kavramı içerisinde yer alan hastalık seviyesi ve hastalığın algılanması sağlık hizmetlerini kullanmanın doğrudan sebebidir veya yönlendiricisidir. Diğer koşullar tam olarak oluşsa bile sağlık hizmetlerinin kullanılabilmesi için bireyin ya da ailesinin hastalığın ya da hastalanma olasılığının farkına varması gerekmektedir (Mooney, 2003: 51-52).

İhtiyaç oluşup, güçlenip, hastada karşılanması gerektiği yönünde yeterince baskı yapınca, hasta harekete geçer ve ihtiyacını karşılama yollarını araştırır. Ancak aynı sorunla karşılaşan iki hastanın çoğu zaman birbirinden farklı davrandığı görülür. Örneğin biri hemen bir sağlık kuruluşuna başvururken, diğeri adeta kaçır. Bunun nedeni, onların içinde buldukları durum veya ortamı farklı biçimlerde algılamalarıdır (Karafakıoğlu, 1998: 72-73; Tengilimoğlu, 2012: 80). Ayrıca hastalık algılaması kişilerin bireysel özelliklerine, toplumlara ve kültürlere göre farklılık gösterebilir.

1.5.6.2. Değerlendirilen İhtiyaç

Değerlendirilen (Evaluated) İhtiyaç, değerlendirilen sağlık ihtiyacı, sağlık uzmanları veya profesyonellerinin kişisel bilgi ve becerilerine göre belirledikleri sağlık düzeyidir. Kişi sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunun farkına vardıldıktan sonra bunu gidermeye yönelik sağlık hizmeti talebinde bulunduğu takdirde talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına veya hangi tür sağlık hizmeti gerekli olduğuna karar verecek kişi bu noktada hekimdir. Burada kişinin talebi uzman bir değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır. Bu kapsamda kişinin sağlık hizmeti talebine karşılık hekim tarafından belirlenen bu ihtiyaç değerlendirilen ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır (Erdem ve Pirinçci, 2003: 44).

Algılan sağlık ihtiyacına ve değerlendirilen sağlık ihtiyacına bir bütün halinde bakılacak olursa; birey rahatsızlığının belirtileri, yoğunluğu ve süresine göre bunları kendisi veya ailesinin algılamasıyla sağlığı hakkında endişelenip, sağlık hizmetini talep edecektir. Sağlık hizmeti kullanmak için hastaneye veya benzer kurumlara başvurarak tedavi yollarını araştıracaktır. Başvurduğu hekim kişinin durumunu inceleyerek uzman bilgisiyle değerlendirip, bireyin hastalığını teşhis ederek gerekli tedaviyi uygulayacaktır. İşte bu süreç kişinin sağlık ihtiyacını algılamasıyla başlayıp sağlık hizmeti talep ve kullanmasıyla sonuçlanmaktadır.

Burada algılanan sağlık ayrı bir önem teşkil etmektedir. Nedeni ise bireylerin sağlık arama ve kullanma davranışını önemli düzeyde etkilemesidir. Ayrıca algılanan sağlık düzeyi sağlık hizmetlerinin planlanmasında, kullanımında ve talebinde en önemli belirleyici ve yönlendirici faktör niteliğindedir. Diğer yandan algılanan sağlığı etkileyen sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve demografik faktörlerin çoğu aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımını da etkileyerek sağlık ihtiyaçlarının sağlık talebine dönüşmesini engelleyebilmektedir. Bütün bu faktörlerin etkisiyle rahatsızlığı olan kişilerin büyük bir bölümü ya hiç yardım aramamakta ya da sağlık hizmeti kullanımı dışındaki yardım arama kanallarına yönelmektedirler (Şenol, 2006: 2).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI İLİŞKİSİ: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Bu bölümde problem, araştırmanın amacı, araştırmanın önemi, varsayımları, araştırmanın hipotezleri, sınırlılıkları, evren ve örnekleme, verilerin toplanması ve verilerin analizi başlıkları altında yer alan bilgiler sunulmuştur.

2.1. Amaç

Bu çalışmanın genel amacı hastanelere tedavi olmak üzere gelen hastaların sağlık algılarının hastane seçimlerine etkilerinin araştırılmasına yöneliktir. Bu amacın gerçekleşmesine yönelik olarak anket yöntemine başvurulmuş ve İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde sağlık hizmeti alan hastalar dikkate alınarak tasarlanan anket formları hastalara uygulanmıştır. Çalışmada hastaların sağlık algı düzeylerinin hastane tercihlerinde etkili olduğu düşünülen konulara üzerindeki etkisinin ve bu konuların önem derecelerini belirlenmek amaçlanmıştır. Çalışmada ayrıca katılımcıların sağlık algı düzeylerine etki eden değişkenlerin belirlenmesi ve hastane tercihi konularının önem sıralaması yapılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın amacı kapsamında aşağıdaki araştırma sorularının incelenmesi yapılacaktır.

1-Katılımcıların sağlık algı düzeylerine etki eden değişkenler nelerdir?

2-Katılımcıların sağlık algı düzeyleri hastane tercih nedenlerine göre farklı mı?

3-Katılımcıların sağlık algı düzeyleri ve hastane tercih önem puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mı?

4-Katılımcılar hastane tercihlerini hangi konulara göre yapmaktadırlar?

2.2. Araştırmanın Önemi

Günümüzde sağlık hizmeti sunan birçok sağlık kuruluşu bulunmakta ve bu kuruluşlar zaman içerisinde kökleşerek büyük hastaneleri oluşturmaktadırlar. Kökleşen bu büyük hastaneler birbirleriyle sürekli bir yarış halindedirler. Bu yarış sürecinde en önemli seçim yine hastaya kalmaktadır. Hastanelerin tercih edilebilmesi için hastaların belirledikleri seçimler ve bu seçimler içindeki birtakım faktörler önem kazanmaktadır.

Hastaneler, hastalar için önem arz eden kriterler ışığında bir yönetim şemasını oluşturmaktadır. Yönetim şemaları hastalar için çok önemli olan tıbbi tanı ve teşhis, hekim ve tedavi yöntemleri dışında haberleşme, ulaşım, kayıt, bekleme süresi, ücret politikası, personel tutumları, hastane temizliği ve rahatlığı gibi konuları oluşturmaktadır.

Beklentileri karşılanan birey, tatmin olduğu takdirde bir sonraki sağlık sorununda yine aynı kurumu seçmektedir. Hastane yönetimleri de hastaların seçtiği kriterleri belirlediğinden bu kriterleri bilip bu kriterler ışığında hastane yönetimlerinde düzenlemeler yapıp diğer hastaneye göre daha seçilebilir bir hastane olma yolunda ilerlemektedirler. Çalışmada ise hastaların kendilerini ne kadar sağlıklı hissettikleri ile bu faktörler arasındaki etkileşimin olup olmadığı incelenerek, hastane yönetimleri hem geri bildirimler alacak hem de hasta için önem arz eden faktörleri bilip yönetim şemalarında ona göre düzenleme yapma olanaklarına sahip olacaklardır. Çalışma sonrasında elde edilen bulgular ışığında hastanelerin hastaların görüşlerine göre ürün veya hizmetlerini yeniden konumlandırması konusunda önem arz etmektedir.

2.3. Problem Cümlesi

“Bireylerin sağlık algıları ile sağlık hizmetlerini kullanmaları arasındaki ilişki nasıldır?” sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

2.4. Alt Problemler

1. Hastaların sağlık algıları düzeyleri nasıldır? Hastaların sağlık algı düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

2. Hastaların sağlık hizmetleri kullanım düzeyleri nasıldır? Hastaların sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?

3. Hastaların sağlık algı düzeyleri ile sağlık hizmetleri kullanımını arasındaki ilişkiyi belirleyen faktörler nelerdir?

2.5. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma aşağdaki varsayımlar çerçevesinde yapılmış ve değerlendirilmiştir:

1. Hastaneye başvuran hastaların sağlık algıları cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, mesleğe, gelire, genel sağlık durumuna, kronik hastalık varlığına, sahip olunan sosyal güvenceye, geçirilen bir ameliyat olup olmama durumuna göre farklılık göstermektedir.

2. Bireylerin sağlık hizmeti kullanım düzeyleri cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, mesleğe, gelire, genel sağlık durumuna, kronik hastalık varlığına, sahip olunan sosyal güvenceye, geçirilen bir ameliyat olup olmama durumuna göre farklılık göstermektedir.

3. Bireylerin gelirlerindeki artış, sağlık hizmetlerinin kalitesi, ulaşımın kolaylığı, hastanenin teknolojik imkânları, tanıldığ personel, hastanenin sahip olduğu uzman doktor sayısı, bekleme süresinin az olması, personelin nezaketi, doktorların isim yapmış olması ve hastanenin temizliği, sağlık hizmeti kullanımlarına etki eden faktörlerdir.

4. Veri toplama araçlarında yer alacak sorular araştırma konusunun test edilmesi açısından sayıca ve anlam bakımından yeterli olacaktır.

5. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak anket sorularının denekler tarafından yeterince anlaşıldığı, kişilerin verecekleri cevapların gerçek durumu yansıttığı ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

6. Seçilen deneklerin evren grubunu temsil ettikleri varsayılmıştır.

2.6. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi olmak için gelen Mart, Nisan, Mayıs 2017 tarihleri arasında rastlantısal olarak seçilmiş, önceden saptanmış sınırlamalara uyularak belirlenen, ankete katılmayı kabul eden gönüllü 1035 kişi araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2016 yılında Mart, Nisan, Mayıs aylarında 68.532 hastanın hizmet aldığı hastane istatistik biriminden öğrenilmiştir. Çalışmanın evrenini oluşturan 68.532 hastanın %3 kabul edilebilir hata payı ile basit rastgele örnekleme yöntemi ile çalışmaya en az 1020 kişi ile gerçekleştirilmesinin uygun olacağı hesaplanmıştır. Bu kapsamda 1.100 adet anket formu hastalara uygulanmış olup, 65 hastaya ait anketlerin yeterli veri kalitesine uygun olmamasından dolayı çalışma harici tutulmasına karar verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 1.035 hasta örneklem grubunun 0.95 örnekleme gücünü sağlayacağı (çalışmalarda 0.70 ve üzerinde olan değerlerin geçerli ve yeterli olacağı ön görülür), yapılan Varyans analizi için etki büyüklüğü düzeyinin 0,50 olduğu tespit edilmiştir (0.10 az, 0.25 orta ve 0.40 büyük etki büyüklüğü olarak ifade edilir). Özetle çalışmanın yeterli güce sahip olduğu ve etki büyüklüğü düzeyinin ise oldukça yeterli olduğuna kanaat getirilmektedir.

$$n = \frac{N * z^2 * p * q}{N * d^2 + z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{68532 * 0.70^2 * 0.5 * 0.5}{68532 * \%3^2 + 0.70^2 * 0.5 * 0.5}$$

$n| = 1020$ bulunmuştur.

1100 adet anket formu uygulanıp, 65 anketin yeterli veri kalitesine uygun olmamasından dolayı çalışma harici tutulmasına, çalışmanın 1035 kişilik örneklem grubuyla yapılmasına karar verilmiştir.

Verilerin analizinde istatistiksel yöntem olarak; kitlenin grup ortalaması değerinden farklı olup olmadığının test edilmesi için eşit ve farklı varyans durumlarında, verilerin dağılımı normal olduğunda, her bir veri değerinden bağımsız olduğunda ve verilerde aykırı değer olmadığına uygun çözümler sağladığı için tek örneklem t testi kullanılmıştır.

Üç evre grubun karşılaştırılmasında, ortalamalar arasında fark olup olmadığına bakılmak istenince, bağımsız değişkende meydana gelen değişimin bağımlı değişkende fark yaratıp yaratmadığının bilgisinde uygun çözümler sağlayan Varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacı ile; iki değişken arasındaki ilişki ya da bir değişkenin iki ya da daha çok değişkenle olan ilişki derecesini ölçmede, bağımsız değişkendeki değişimin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin incelenmesinde, sürekli olan ve normal dağılım gösteren dağılımlarda uygun çözümler sağlaması sebebiyle korelasyon analizi kullanılmıştır.

2.7. Araştırma Yöntemi

İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hizmet almış hastaların bilgileri yüz yüze anket yöntemi kullanılarak alınmıştır. Çalışma İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mart, Nisan, Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan anketler üç bölümden oluşup, birinci bölümünde literatür taraması sonucu derlenen sorularda elde edilen katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, iş durumu, sağlık güvencesi türü, tanısı konmuş hastalığı ve ameliyat olma durumu) ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde hastaların sağlık algı düzeylerinin incelendiği ve 10 adet ifadeden oluşan ölçek kullanılmıştır. Bu ölçek 2007 yılında Diamond ve ark. tarafından oluşturulan Sağlık Algısı Ölçeği ile Nottingham Sağlık

Profilinin derlenmesi sonucu oluşturulmuş olup, sağlık algısı ile ilgili ifadeler verilen puanlara göre katılımcının sağlık algı düzeyi belirlenmektedir. Ölçek puanlarının düşüklüğü yüksek sağlık algısını ve yüksek olması ise düşük sağlık algısını ifade etmektedir. Üçüncü bölümünde hastaların hastane seçimlerinin gelir, ulaşım, hizmet kalitesi, sosyal güvence sistemine dahil olup olmadığı, uzman doktor sayısı, hastanenin temizliği, isim yapan doktor olması, teknolojik imkanları, bekleme süresinin azlığı ve personelin nezaketi gibi konulara göre değişip değişmediği incelenmiştir. Bu bölümde yer alan ifadeler Zeynep Karaca'nın 2011 tarihli "Erzurum'da Sağlık Hizmetleri Talep Tahmini" konulu yüksek lisans tezinde kullandığı anketin derlenmesi sonucunda elde edilmiştir. Ayrıca hastaların hastane seçimlerinde gelir, ulaşım, hizmet kalitesi, sosyal güvence sistemine dâhil olup olmadığı, uzman doktor sayısı, hastanenin temizliği, isim yapan doktor olması, teknolojik imkânları, bekleme süresinin azlığı ve personelin nezaketi gibi konuların önem derecesinin puanlaması istenilmiştir. Puanlamada 1 puan en düşük 11 puan ise en yüksek puan olarak verilmiştir. Önem puanları ne kadar düşükse ilgili ifadenin o kadar önemli olduğu söylenebilir.

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizi konusunda; tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Kitlenin grup ortalaması değerinden farklı olup olmadığının test edilmesi için tek örneklem t testi uygulanmıştır. Çalışmada üç evre grubun karşılaştırılmasında Varyans analizi (ANOVA) testi ve ikili karşılaştırmalar (post. hoc.) için Sidak testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacı ile korelasyon analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Çalışmada hesaplanan güç düzeyi ve etki büyüklüğü hesaplamaları G*Power Version 3.1.7. ile tespit edilmiştir.

Anket çalışmasında katılımcıların sağlık algı düzeylerini tespit etmek amacı ile sağlık ile ilgili 10 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Co. Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Co. Alpha katsayısı 0,95 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Bunun sonucu olarak çalışmadan herhangi bir soru çıkarmaya gerek olmadığı

görülmektedir. Güvenilirlik analizinin ardından yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile 10 ifadenin bulunduğu ölçeğe faktör analizi uygulaması yapılmıştır.

Tablo 1. Sağlık Algı Ölçeği

Ölçek	Açıklanan Varyans (%)	KMO	İç tutarlılık
Sağlık Algısı	%70	0,91	0,96

Faktör analizi sonucunda tek bir temel boyut tespit edilmiştir. Bu boyutlar Destekleyici Sağlık Algısı boyutu olarak adlandırılmıştır. Faktör analizinde hesaplanan örneklem yeterlilik katsayısı (KMO) 0,91 olarak tespit edilmiştir. Bu katsayı yapılan 1035 adet anketin faktör yapısını orta koymak için oldukça yeterli sayıda olduğunun göstergesidir. Ayrıca faktör yapılarının anlamlılığının test edildiği Bartlet testi sonucuna göre ($p=0,01, p<0,05$) elde edilen boyutlar yapısal olarak anlamlıdır. Elde edilen temel boyut toplam varyansın yaklaşık olarak %70'nü oluşturmaktadır. Ölçekte Sağlık algısı ile ilgili ifadeler verilen puanlara göre katılımcının sağlık algı düzeyi belirlenmektedir. Ölçek puanlarının düşüklüğü yüksek sağlık algısını ve yüksek olması ise düşük sağlık algısını ifade etmektedir. Puanlama 1 en düşük 10 en yüksek olacak şekilde yapılmıştır.

2.9. BULGULAR ve TARTIŞMA

2.9.1. Katılımcıların Özellikleri

Katılımcılara ait demografik ve diğer özellikler çalışmanın bu bölümünde yüzde oran ve frekans (n) şeklinde verilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyetleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	578	55,8
Erkek	457	45,2
Toplam	1035	100

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların %56'nın kadın ve % 44'nün erkek hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Kadın ve erkek bedenlen ruhen ve yaradılış olarak farklı olduğundan, sağlıkları, psikolojileri ve sağlık algılarının da farklı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durumları

Medeni Durum	n	%
Evli	565	54,6
Bekâr	470	45,4
Toplam	1035	100

Katılımcıların % 55'nin evli ve %45'nin bekârlardan oluştuğu görülmüştür. Medeni durum bireylerin yaşam biçimlerinde, beslenme ve uyku düzenlerinde farklılık yaratabileceğinden kişilerin sağlıklarına, psikolojilerine ve sağlık algılarına etki edeceği düşünülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Seviyeleri

Eğitim	n	%
İlköğretim	113	10,9
Lise	211	20,4
Ön Lisans	213	20,6
Lisans	411	39,7
Yüksek Lisans	87	8,4
Toplam	1035	100

Katılımcıların %11'nin ilköğretim, % 20'nin ön lisans, % 21'nin lisans ve % 8'nin lisansüstü düzeyde eğitime sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim, bireyin hayata bakışını etkilediğinden, kendi sağlığına bakış açısını da etkileyeceği düşünülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Statü Durumları

Meslek	n	%
Emekli	75	7,2
Memur	299	28,9
Çiftçi	10	1,0
Esnaf	73	7,1
Çalışmıyor	276	26,7
İşçi	114	11,0
Diğer	188	18,2
Toplam	1035	100

Katılımcıların %7'nin emekli, %29'nun memur, %1'nin çiftçi, % 27'nin çalışmadığı, % 11'nin işçi, % 18'nin ise diğer meslek gruplarına dahil olduğu tespit edilmiştir. Kişinin mesleği, gün içinde zamanını en çok geçirdiği yer olarak bedeni ve psikolojisi üzerinde etki edeceği düşünülmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların Gelirleri

Aylık Gelir	n	%
1000 t altı	303	29,3
1001-2000 t arası	208	20,1
2001-3000 t arası	324	31,3
3001 t üzeri	200	19,3
Toplam	1035	100

Katılımcıların aylık gelirleri incelendiğinde %29'u 1000 TL ve altında, %20'si 1001-2000 TL arasında, %31'i 2001-3000 TL arasında ve %19'u 3001 TL ve üzerinde gelire sahip olduğu görülmüştür. Bireyin geliri, yaşam koşullarını, beslenme ve barınma imkânlarını etkilediğinden sağlığına ve sağlık algısına da etki edeceği düşünülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları

Sosyal Güvence	n	%
Yok	111	10,7
SSK	381	36,8
Emekli Sandığı	424	41,0
Bağ-Kur	22	2,1
Yeşil Kart	23	2,2
Diğer	74	7,1
Toplam	1035	100

Katılımcıların %11'nin sosyal güvencesinin olmadığı gözlemlenirken, katılımcıların %37'si SSK, %41'i emekli sandığı, %2 Bağ-Kur, %2 yeşil kart, %7 ise diğer düzeylerde sosyal güvenceye sahip olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvence bireylerin kendilerini güvende hissetmelerine sebep olacağından stres faktörünün kişilerin sağlığına ve sağlık algılarına etki edeceği düşünülmektedir.

Tablo 8. Katılımcıların Tanısı Konmuş Hastalık Durumları

Tanısı Konmuş Hastalık	n	%
Evet	182	17,6
Hayır	853	82,4
Toplam	1035	100

Katılımcıların %18'nin daha önceden herhangi bir hekim tarafından tanı konmuş bilenen bir hastalığının olduğu gözlemlenirken, %82'sinin daha önceden herhangi bir hekim tarafından tanı konmuş bilenen bir hastalığının olmadığı tespit edilmiştir. Tanısı konulmuş bir hastalığa sahip olan kişi olan sahip olmayan kişinin sağlıkları ve sağlık algılarının farklı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların Ameliyat Geçmişleri

Geçirilen Ameliyat	n	%
Evet	121	11,7
Hayır	914	88,3
Toplam	1035	100

Katılımcıların %12'nin geçmişte en az bir kez ameliyat olduğu veya bir hastalık geçirdiği tespit edilirken, %88'inin geçmişte hiç ameliyat veya hastalık geçirmediği tespit edilmiştir. Ameliyat olan bir insanla olmayan bir insanın sağlıkları ve sağlık algıları arasında fark olacağı düşünülmektedir.

2.9.2. Hastane Seçimlerini Etkileyen Faktörler

Hastaların hastane seçimlerini etkileyen faktörlerin konulara göre dağılımı aşağıdaki tabloda yüzdese ve frekans olarak verilmektedir. Ayrıca seçimlerini etkileyen faktörlerin önem sırasına göre puanlanması ile ilgili ortalama puanlarının ifadelerine göre hesaplanmış hali verilmiştir.

Katılımcılara “Hastane seçimizi sağlık hizmetlerinin kalitesi etkiler mi?”, “Hastane seçimizi ulaşımın kolay olması etkiler mi?”, “Hastane seçiminizi hastanenin teknolojik imkânları etkiler mi?”, “Hastane seçimizi hastanede tanıdık personelin

olması etkiler mi?”, “Hastane seçimizi sosyal güvence kapsamında olması etkiler mi?”, “Hastane seçiminizi hastanede görevli uzman doktor sayısı etkiler mi?”, “Hastane seçiminizi bekleme süresinin az olması etkiler mi?”, “Hastane seçiminizi personelin nazik olması etkiler mi?”, “Hastane seçiminizi hastanede görevli doktorların isim yapmış olması etkiler mi?”, “Hastane seçiminizi hastanenin temizliği etkiler mi?” soruları sorulmuş ve bu sorular 1 ile 11 arasında değişen değerler ile hastalar tarafından puanlanmıştır. Puanlamada 1 en önemli ve 11 en önemsiz konu olarak puanlanmıştır.

Tablo 10. Hastane Seçimlerini Etkileyen Faktörler

Hastane Seçimini Etkileyen Faktörler	İfade	n	%
Kalite	Evet	830	80,2
	Hayır	205	19,8
Ulaşım	Evet	851	82,2
	Hayır	184	17,8
Teknoloji	Evet	849	82,0
	Hayır	186	18,0
Tanıdık Personel	Evet	846	81,7
	Hayır	189	18,3
Sosyal Güvence	Evet	853	82,4
	Hayır	182	17,6
Uzman Doktor Sayısı	Evet	780	75,4
	Hayır	255	24,6
Bekleme Süresi	Evet	847	81,8
	Hayır	188	18,2
Personel Nezaketi	Evet	861	83,2
	Hayır	174	16,8
Doktorların İsmi	Evet	832	80,4
	Hayır	203	19,6
Temizlik	Evet	803	77,6
	Hayır	232	22,4

Katılımcıların %80’i hastane seçimlerini sağlık hizmetlerinin kalitesinin etkileyeceği yönünde görüş bildirirken %20’si hastane seçimlerini sağlık hizmetlerinin kalitesinin etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %82'si hastane seçimlerini ulaşım kolaylığı etkileyeceği yönünde görüş bildirirken %18'i hastane seçimlerini ulaşım kolaylığı etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %82'si hastane seçimlerini hastanenin teknolojik imkânlarının etkileyeceği yönünde görüş bildirirken %18'i hastane seçimlerini hastanenin teknolojik imkânlarının etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %82'si hastane seçimlerini tanıdık personelin hastanede çalışmasının etkileyeceğini bildirirken %18'i hastane seçimlerini tanıdık personelin hastanede çalışmasının etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %82'si hastane seçimlerini sosyal güvence kapsamında olması durumunun etkileyeceğini bildirirken %18'i hastane seçimlerini sosyal güvence kapsamında olmasının etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %75'i hastane seçimlerini hastanedeki uzman doktor sayısının etkileyeceği bildirirken %25'i hastane seçimlerini hastanedeki uzman doktor sayısının etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %82'si hastane seçimlerini hastanede tedavi sürecinde az süre beklemenin etkileyeceğini bildirirken %18'i hastane seçimlerini hastanede tedavi sürecinde az süre beklemenin etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %83'nün sağlık personelinin kendilerine kibar ve nazik davranmasının hastane seçimlerini etkileyeceğini bildirirken %17'si sağlık personelinin kendilerine kibar ve nazik davranmasının hastane seçimlerini etkilemeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %80'nin hastanede görev yapan doktorların isim yapmış olması hastane seçimlerini etkileyeceğini bildirirken %20'si hastanede görev yapan doktorların isim yapmış olmasının hastane seçimlerine etki etmeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların %77'nin hastanenin temiz olmasının hastane seçimlerini etkileyeceğini bildirirken %13'ü hastane seçimlerine hastanenin temiz olmasının etki etmeyeceği yönünde görüş bildirmiştir.

Tablo 11. Hastane Seçimlerini Etkileyen Faktörlerin Puanlanması (1 En Önemli-11 En Önemsiz)

Faktörler	Ortalama	s.s.	Önem Sırası
Gelir	4,07	3,29	1
Ulaşım Kolaylığı	4,46	2,82	2
Sosyal Güvence	5,14	2,85	3
Kalite	5,30	3,13	4
Doktorların İsmi	6,03	2,84	5
Bekleme Süresi	6,26	2,58	6
Tanıdık Personel	6,32	3,15	7
Personel Nezaketi	6,35	2,92	8
Teknolojik İmkân	6,67	3,06	9
Temizlik	7,59	2,74	10
Uzman Doktor Sayısı	7,82	3,07	11

Hastalar, hastane seçimlerini en çok etkileyen konunun gelirleri ($4,07\pm 3,29$) olduğu ifade etmişlerdir. Günümüz yaşam koşullarında insanların hayatlarını devam ettirebilmeleri için belirli bir gelir seviyesine ihtiyaç duyulmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde gelir toplum genelinin en önemli gündemi olmakta, yaşam koşulları bu faktöre göre şekillenmektedir. Bu minvalde bireylerin sağlık hizmeti sunucularına başvurmaları etkileyen faktörler içinde gelir birinci sırada yer almaktadır. Bireyler gelirleri ölçüsünde sağlık hizmetlerine pay ayırmaktadır.

Hastalara göre en önemli ikinci konunun hastaneye ulaşım kolaylığı ($4,46\pm 2,82$) olduğu görülmüştür. Günlük yaşantıda insanlar işlerini planlarken zaman kavramı en önemli belirleyici olmakta ve en kısa zamanda en çok işi yapabilme önem kazanmaktadır. Bu sebeple bireyler sağlık hizmetine başvuracaklarında kendilerine en yakın sağlık kuruluşunu seçmekte, gününü daha verimli şekilde planlamayı

hedeflemektedir. Bu durum maddi anlamda da fayda sağladığından, hastane seçimine etki eden faktörler içinde birinci sırada yer alan gelir faktörü ile de ilişkili olmaktadır.

Hastanenin sosyal güvence kapsamında olması durumu (5,14±2,85) en önemli üçüncü konu olarak tespit edilmiştir. Sosyal güvence gelir faktörü il paralel olarak bireylerin tercihini önemli ölçüde etkilemektedir. Bireylerin büyük ölçüde ekstra ücret ödemek yerine sosyal güvencesi kapsamında olan sağlık kuruluşuna giderek hizmet talep ettiği görülmektedir.

Katılımcılara göre hizmet kalitesi (5,30±3,13) ile en önemli dördüncü konu olarak tespit edilmiştir. Hastane seçimini etkileyen faktörler arasında ekonomik faktörlerden sonra ilk sırayı sunulan sağlık hizmetinin kalitesi almıştır. Bireylerin geliri, sosyal güvencesi, ulaşım imkânlarını planladıktan sonra alacağı sağlık hizmetinin kalitesine güvendiği zaman sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmektedir.

Katılımcılara göre hastanenin doktorlarının isim yapmasının (6,03±2,84) ile en önemli beşinci konu olarak tespit edilmiştir. Hastanenin doktorlarının isim yapmış olması dördüncü sırada yer alan kalite faktörü ile paralel olarak beşinci sırada yer almaktadır. Bireyler hastalığına çözüm alacağına inandığı zaman sağlık hizmeti sunucularına başvurmaktadır.

Hastalara göre en önemli altıncı konunun hastanede bekleme süresinin az olması (6,26±2,58) olduğu görülmüştür. Bekleme süresinin az olması hastane seçimine etki eden faktörler arasında ilk sıralarda yer almamaktadır. Bireylerin daha az para harcayarak etkili tedaviye ulaşacağı zaman beklemeyi göze alabileceği görülmektedir.

Hastalara göre en önemli yedinci konunun hastanede çalışan tanıdık personelin olması (6,32±3,15) olduğu görülmüştür. Hastane seçimini etkileyen faktörler arasında hastanede çalışan personelin olması belirleyici bir faktör olarak yer almamaktadır. Bu durum sağlık sistemi hizmet alımında torpilin ve kayırmanın azaldığını göstermektedir.

Hastalara göre en önemli sekizinci konunun çalışanların nazik olması (6,35±2,92) olduğu görülmüştür. Hastane seçiminde daha bireyler için insan ilişkileri

ilk sıralarda yer almamasının sebebi önceliğin ücret fayda dengesinin sağlanması ve genel kabul görmüş bir personel-hasta ilişkisinin varlığı olarak gözlemlenmektedir.

Hastalara göre en önemli dokuzuncu konunun teknolojik imkânlar (6,67±3,06) olduğu görülmüştür. Hastanenin teknolojik imkânına göre tercih yapabilmek için teknolojik aletler hakkında bilgi sahibi olmak gerekmektedir. Ayrıca spesifik bir hizmet ihtiyacı olduğunda teknolojik imkanlara göre tercihin önem kazandığı görülmektedir.

Hastalara göre en önemli onuncu konunun hastanenin temiz olması (7,59 ±2,74) olduğu görülmüştür. Hastane tercihini etkileyen faktörler arasında temizlik son sıralarda yer almaktadır. Burada tercihleri öncelik faktörünün belirlediği görülmektedir.

Hastalara göre en önemsiz ise konunun hastanenin uzman doktor sayısının (7,82 ±3,07) olduğu görülmüştür. Bireylerin hastane tercihlerini etkileyen faktörler arasında hastanın sahip olduğu uzman doktor sayısı en son sırada yer almaktadır. Toplumun geneli hastanenin kadrosu, uzmanlıkları ve uzmanlıklarının sayısının ne ifade ettiği konusunda fikir sahibi olmadığı için hastane seçimlerinde etki eden faktörler arasında hastanenin sahip olduğu uzman doktor sayısı son sırada yer almaktadır.

2.9.3.Katılımcıların Sağlık Algı Düzeylerine Etki Eden Değişkenlerin Belirlenmesi

Anket formunun ikinci bölümünde hastaların sağlıkla ilgili alışkanlık ve davranışları sorgulayan ifadelere verdikleri yanıtlara göre hesaplanan puanlarının katılımcıların sağlık algılarını oluşturduğu görülmüştür. Katılımcıların puanlarının düşük olması sağlık algılarının yüksek olduğu ve kendilerini daha sağlık olarak tanımladıkları söylenebilir. Ölçek toplam puanlarının artış göstermesi kişinin sağlık algısı düzeyinin azaldığını göstermektedir. Ölçekte en yüksek katılımcı 26 puan en düşük katılımcı ise 10 puan almaktadır. Elde edilen bu puanlara göre katılımcıların özelliklerinin sağlık algı düzeylerine olan etkileri incelenecektir.

Tablo 12. Sağlık Algı Düzeyleri ve Cinsiyet

Ölçüm	Cinsiyet	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık algı düzeyleri	Kadın	578	18,54	2,16	-6,29	0,01
	Erkek	457	19,46	2,49		

Sonuçlara göre katılımcıların cinsiyetlerinin sağlık algı düzeyleri üzerinde belirgin şekilde etkili olduğu tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların sağlık algı düzeylerinin erkeklere göre yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür. Kadın katılımcılar erkeklere göre kendilerini daha sağlıklı hissetmektedir ($t=-6,29, p<0,05$). Kadınların küçük yaşlardan itibaren regl, kadın hastalıkları, hamilelik ve menopoz gibi süreçler yaşaması sağlık ve hastalık kavramına bakışı ve yaşayışını etkilemektedir. Ayrıca kadının toplumdaki yeri de kadını daha güçlü kılabilmektedir. Bütün bu faktörler neticesinde kadın katılımcıların sağlık algı düzeylerinin erkek katılımcıların sağlık algı düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Sağlık Algı Düzeyleri ve Medeni Durum

Ölçüm	Medeni Durum	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evli	565	18,84	2,23	-1,67	0,10
	Bekar	470	19,08	2,50		

Sonuçlara göre katılımcıların medeni hallerinin sağlık algı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı edilmiştir. Evli ve bekâr katılımcıların sağlık algı düzeylerinin benzer olduğu, Evli ve bekâr bireylerin benzer düzeyde sağlıklı hissetmektedir ($t=-1,67, p>0,05$). Medeni durum bireylerin yaşam şekillerinde, beslenme ve uyku düzenlerinde sosyal hayatlarında fark yaratmakla birlikte, bu farklılıklar kişiden kişiye göre değişebilmektedir. Her ailenin düzeni farklı olduğundan medeni durumun sağlık ve sağlık algıları üzerindeki etkisi her bireyde farklı

gözlemlenmekte, bu sebeple medeni durumun sağlık algısı üzerinde belirgin bir etkisinden söz edilememektedir.

Tablo 14. Sağlık Algı Düzeyleri ve Tanısı Konmuş Hastalık

Ölçüm	Tanısı Konmuş Hastalık	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	182	18,68	2,14	-1,68	0,09
	Hayır	853	19,00	2,40		

Sonuçlara göre katılımcıların tanısı konmuş bir hastalığının olması durumunun sağlık algı düzeyleri üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı edilmiştir. Tanısı konmuş bir hastalığı olan veya olmayan katılımcıların sağlık algı düzeylerinin benzer olduğu, Tanısı konmuş bir hastalığı olan veya olmayan bireylerin benzer düzeyde sağlıklı hissettikleri söylenebilir ($t=-1,68$, $p>0,05$). Tanısı konulan hastalığın niteliği ve önem derecesi sağlık algısını etkilemede belirleyici olmaktadır. Örnek vermek gerekirse guatr tanısı konulmuş bir hasta ile varis tanısı konulmuş hastaların yaşadıkları ağrı, acı düzeyleri farklı olduğundan kendi sağlıkları için yaptıkları tanımlar da farklılık gösterecektir. Bu sebeple tanısı konmuş hastalığın sağlık algı düzeylerine belirgin bir etkisinin olduğundan söz edilememektedir.

Tablo 15. Sağlık Algı Düzeyleri ve Geçirilen Hastalık veya Ameliyat

Ölçüm	Geçirilen Hastalık veya Ameliyat	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	121	18,84	2,11	-0,52	0,61
	Hayır	914	18,96	2,39		

Sonuçlara göre katılımcıların geçirilen bir hastalığının olması ve ameliyat olma durumunun sağlık algı düzeyleri üzerinde belirgin şekilde etkisinin olmadığı edilmiştir. Çalışmada geçirilen bir hastalığı ve ameliyat olan veya olmayan

katılımcıların sağlık algı düzeylerinin benzer olduğu ve bu grupların benzer düzeyde sağlıklı hissettikleri söylenebilir ($t=-0,52$, $p>0,05$). Geçirilen ameliyat veya hastalığın hayatiliği, belirtileri ve etkileri bireylerin sağlık algısına etki etmede belirleyici olmaktadır. Örnek vermek gerekirse bademcik ameliyatı geçirmiş bir kişi ile tümör ameliyatı geçirmiş bir kişinin sağlığı ve sağlık algısı ile kanser atlatmış bir kişi ile kabakulak geçirmiş bir kişinin sağlığı ve sağlık algısı birbirinden farklı olmaktadır.

Tablo 16. Sağlık Algı Düzeyleri ve Eğitim

Eğitim	n	Ortalama	s.s.	F	p	İkili Karşılaştırma
İlköğretim (1)	113	18,62	2,26	8,78	0,01	1,2,3,4>5
Lise (2)	211	19,01	2,07			
Ön lisans (3)	213	19,36	2,71			
Lisans (4)	411	19,05	2,25			
Lisansüstü (5)	87	17,70	2,25			

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre sağlık algılarının farklı olduğu tespit edilmiştir ($F=8,78$, $p<0,05$). Çalışmaya katılan Lisansüstü düzeyde eğitime sahip olan katılımcıların sağlık algılarının kendilerinden daha az eğitime sahip olan katılımcılara göre yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür ($p=0,01$). Burada belirleyici olan etmenin bilinç olduğu, bireylerin hastalıklar, tedavileri ve kendi bedenleri hakkında bilgi sahibi olmaları daha pozitif bir etki yaratacağı bu durumunda sağlıkları ve sağlık algılarına olumlu yönde etki edeceği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan ilköğretim düzeyde eğitime sahip olan katılımcıların sağlık algı düzeyleri ikinci sırada yer almaktadır. Günümüzde ilköğretim mezunu insanların gelir seviyelerinin çoğunlukla düşük olduğu bilindiğinden sağlık hizmetlerine ayrılacak finansmanın minimumda tutulması amacıyla sağlık olduğu durumlarda sağlık talebinde bulunmaktadır. Bu durumda sağlık algılarının yüksek seviyede olmasını etkilemektedir. Lise, ön lisans ve lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların sağlık algı düzeylerinin birbirlerine yakın ve düşük düzeyde olmasının sebebinin işsizlik sebebiyle olumsuz psikoloji olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 17. Sağlık Algı Düzeyleri ve Gelir

Gelir	n	Ortalama	s.s.	F	p	İkili Karşılaştırma
1000 t altı (1)	303	18,62	2,00	2,85	0,04	1<2,3,4,5
1001-2000 t (2)	208	19,10	2,75			
2001-3000 t (3)	324	19,05	2,35			
3001 t üzeri (4)	200	19,12	2,38			

Katılımcıların gelir düzeylerine göre sağlık algılarının farklı olduğu tespit edilmiştir (F=2,85, p<0,05). Aylık 1000 t ve altında düzeyde gelire sahip olan katılımcıların sağlık algılarının kendilerinden daha yüksek düzeylerde aylık gelire sahip olan katılımcılara göre yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür (p=0,01). 1000 t ve altı gelir günümüz koşullarında düşük düzeyde bir gelir olduğundan bireyler harcamaları arasında sınıflandırma yaparken zorunluluk sırasını esas alır bu sebeple mecbur olmadıkça sağlık kuruluşuna başvurmadan geri durarak kendilerini sağlıklı addederler. Bu da sağlık algılarının yüksek olmasına sebep olmaktadır.

Tablo 18. Sağlık Algı Düzeyleri ve Sosyal Güvence

Sosyal Güvence	n	Ortalama	s.s.	F	p	İkili Karşılaştırma
Yok (1)	111	18,81	2,25	6,07	0,01	5<1,2,3,4,6
SSK (2)	381	18,96	2,58			
Emekli Sandığı (3)	424	18,88	2,17			
Bağ-Kur (4)	22	19,14	2,27			
Yeşil Kart (5)	23	17,09	1,59			
Diğer (6)	74	19,99	2,09			

Katılımcıların sosyal güvence durumlarına göre sağlık algılarının farklı olduğu tespit edilmiştir (F=6,07, p<0,05). Yeşil karta sahip olan katılımcıların sağlık algılarının, SSK, Emekli sandığı, diğer güvenceler ve hiç güvencesi olmayan hastalara kıyasla yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir (p=0,01). Sosyal güvenceler arasında yeşil karta sahip olan bireylerin çoğunlukla esnaf ve çiftçi olduğu düşünülürse bu bireylerin bedensel güce dayalı meslek sahibi olmalarının ve hizmet sektörünün stresli koşullarından uzak olmalarının sağlıklarına ve sağlık algılarına olumlu yönde etki edeceği düşünülmektedir.

2.9.4. Katılımcıların Sağlık Algı Düzeyleri Ve Hastane Seçimine Etki Eden Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Çalışmada anket formunun ikinci bölümünde hastaların sağlıkla ilgili alışkanlık ve davranışları sorgulayan ifadelere verdikleri yanıtlara göre hesaplanan puanları ile katılımcıların hastane tercih nedenlerine olan etkileri incelenecektir.

Tablo 19. Sağlık Algı Düzeyleri ve Gelirinizdeki Artış Hastane Tercihinizi Etkiler Mi?

Ölçüm	Gelirinizdeki artış hastane tercihinizi etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	822	18,78	2,23	-2,10	0,04
	Hayır	213	19,60	2,71		

Katılımcıların gelir düzeylerine göre hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeylerine göre hastane tercihi yapan grubun sağlık algı düzeylerinin, gelir düzeylerine göre tercih yapmayan gruplara kıyasla yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (t=-2,10, p<0,05). Bireyler bütçelerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları payın karşılığını bulması oranında tatmin olacak ve sağlık kuruluşundan memnun ayrılacaktır. Bu da kendi sağlıklarına bakışlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Tablo 20. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimini Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimini sağlık hizmetlerinin kalitesi etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	830	18,89	2,30	-1,55	0,12
	Hayır	205	19,18	2,57		

Katılımcıların hizmet kalitesine göre hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olmadığı tespit edilmiştir. Hizmet kalitesine göre hastane tercihi yapan ve yapmayan grupların sağlık algı düzeylerinin farksız olduğu tespit edilmiştir ($t=-1,55$, $p>0,05$). Hizmet kalitesine göre hastane tercih etme durumu kişiden kişiye göre değişen bir faktör olduğundan sağlık algı düzeyi belirleyici olmamaktadır.

Tablo 21. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimini Ulaşımın Kolay Olması Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimini ulaşımın kolay olması etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	851	18,88	2,32	-2,07	0,04
	Hayır	184	19,27	2,49		

Katılımcıların ulaşım kolaylığına göre hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Ulaşım kolaylığına göre hastane tercihi yapan grubun sağlık algı düzeylerinin, ulaşım kolaylığına göre hastane tercihi yapmayan gruplara kıyasla yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($t=-2,07$, $p<0,05$). Daha az zamanda hizmet almanın sağladığı memnuniyetin bireyin sağlık algısına da olumlu yönde etki ettiği görülmektedir.

Tablo 22. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Hastanenin Teknolojik İmkânları Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimizi hastanenin teknolojik imkânları etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	849	18,76	2,28	-5,43	0,01
	Hayır	186	19,78	2,50		

Katılımcıların hastaneyi teknolojik imkânları için tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi teknolojik imkânları için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, hastaneyi teknolojik imkânları için tercih etmeyen hastalara kıyasla yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($t=-5,43$, $p<0,05$). Belirli bir teknolojik aletten yararlanmak amacıyla başvuru yapılan sağlık kuruluşundan amacını elde ederek ayrılmanın yarattığı tatminin sağlık algısına olumlu yönde etki ettiği görülmektedir.

Tablo 23. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Tanıdık Personelin Olması Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimizi tanıdık personelin olması etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	846	18,93	2,25	-0,58	0,56
	Hayır	189	19,04	2,77		

Katılımcıların tanıdık personelin olmasına göre hastane tercih etme durumlarının sağlık algı düzeyleri üzerinde fark yaratmadığı edilmiştir. Tanıdık personelin olmasına ve tanıdık personelin olmamasına göre hastane tercih eden katılımcıların sağlık algı düzeylerinin farksız olduğu tespit edilmiştir ($t=-0,58$, $p>0,05$). Bireyler için en az ücretle en kaliteli hizmeti almak birincil öneme sahip

olmakta, bu beklentiyi karşılamak için tanıdık personel ile sağlanacak zaman kazancın ikinci plana atabilmektedirler.

Tablo 24. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Sosyal Güvence Kapsamında Olması Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimizi sosyal güvence kapsamında olması etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	853	18,82	2,35	-3,72	0,01
	Hayır	182	19,53	2,31		

Katılımcıların hastaneyi sosyal güvenlik kapsamında olduğu için tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi sosyal güvenlik kapsamında olduğu için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, hastaneyi sosyal güvenlik kapsamında olması durumuna göre tercih etmeyen hastalara kıyasla yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($t=-3,72$, $p<0,05$). Sosyal güvenceye göre hastane tercihi yapan bireyler için gelir gider hesabı önem taşımakta olup, sağlık giderleri ancak zorunlu hallerde kalem oluşturmaktadır. Bu durum da bireylerin hastalık kavramına uzak olmasına, sağlık algılarının olumlu yönde etkilenmesine sebep olmaktadır.

Tablo 25. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Uzman Doktor Sayısı Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimizi uzman doktor sayısı etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	780	18,71	2,21	-5,68	0,01
	Hayır	255	19,66	2,63		

Katılımcıların uzman doktor sayısı için tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi uzman doktor sayısı için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, uzman doktor sayısı için tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($t=-5,68$, $p<0,05$). Hastane tercihinde hastanede bulunan uzman doktor sayısına önem veren kişilerin bilinçli olduğu, hastalıklar ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olduğu bu anlamda sağlıkları hakkında olumlu düşüncelere sahip olabilecekleri ve sağlık algılarının yüksek olacağı düşünülmektedir.

Tablo 26. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Bekleme Süresinin Az Olması Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimizi bekleme süresinin az olması etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık algı düzeyleri	Evet	847	18,93	2,28	-0,51	0,61
	Hayır	188	19,03	2,66		

Katılımcıların bekleme süresine göre hastane tercih etme durumlarının sağlık algı düzeyleri üzerinde fark yaratmadığı edilmiştir. Bekleme süresinin az veya çok olması durumuna göre hastane tercih eden katılımcıların sağlık algı düzeylerinin farksız olduğu tespit edilmiştir ($t=-0,51$, $p>0,05$). Bireyler için en az ücretle en kaliteli hizmeti almak birincil öneme sahip olmakta, bu beklentiye karşılık için bekleme süresinin az olmasının sağladığı fayda ikinci plana atabilmektedirler.

Tablo 27. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçimizi Sağlık Çalışanlarının Nazik Olması Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçimizi sağlık çalışanlarının nazik olması etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık algı düzeyleri	Evet	861	18,86	2,32	-2,77	0,01
	Hayır	174	19,40	2,50		

Katılımcıların sağlık çalışanlarının nazik olduğu için hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi sağlık çalışanlarının nazik olduğu için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, sağlık çalışanlarının nazik olduğu için tercih etmeyen hastalara kıyasla yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($t=-2,77$, $p<0,05$). Hasta memnuniyetini etkileyen önemli etkenlerden biri personelin nezaketi olmaktadır. Bedeninde ağrı, acı hisseden bir birey ruhen de iyi hissetmeyeceğinden tıbbi müdahalelerin yanında insan personelin hastaya nezaketli yaklaşması sağlık algısını doğrudan etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 28. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastanenin Doktorlarının İsim Yapması Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastanenin doktorlarının isim yapması etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık Algı Düzeyleri	Evet	832	18,86	2,27	-2,49	0,01
	Hayır	203	19,32	2,63		

Katılımcıların doktorları isim yaptığı için hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi doktorları isim

yaptığı için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, doktorları isim yaptığı için tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($t=-2,49$, $p<0,05$). Hastane tercihlerinde isim yapmış doktorların seçiminde belirleyici olan spesifik bir hastalıkta adını duyurmuş bir doktordan tedavi almak isteğidir. Kişi alanında uzman olduğuna inandığı doktora kendisini teslim ederken güvende hissedecek, alacağı hizmet kalitesine de güvenecektir. Olumlu yöndeki inancı ile elde edilen tıbbi sonuçların birleşimi ile hasta memnuniyeti sağlanacak, hasta memnuniyeti de bireyin kendi sağlığına bakış açısını olumlu yönde etkileyecektir. Bu durum da sağlık algısını olumlu yönde etkilemektedir. Bu durumda hastaneyi doktorları isim yaptığı için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, doktorları isim yaptığı için tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu

Tablo 29. Sağlık Algı Düzeyleri ve Hastane Seçiminizi Temiz Olması Etkiler Mi?

Ölçüm	Hastane seçiminizi temiz olması etkiler mi?	n	Ortalama	s.s.	t	p
Sağlık algı düzeyleri	Evet	803	18,80	2,25	-3,80	0,01
	Hayır	232	19,46	2,64		

Katılımcıların temiz olduğu için hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi temiz olduğu için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, temiz olduğu için tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($t=-3,80$, $p<0,05$). Bireyler hastaneye iyi olmak için geldiklerinden hizmet aldıkları yerin koşullarının da iyi olmasını beklemeleri olağandır. Temiz koşullarda sunulan hizmet ile temiz olmayan koşullarda sunulan hizmet kalitesi arasında fark olacağı düşünüldüğünden temizlik bireylerin sağlık algılarını olumlu yönde etkilemektedir.

Tablo 30. Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler ve Sağlık Algı Düzeyi Arasındaki İlişki

Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler (Önem Derecesi)	Sağlık Algı Düzeyi	
Hastane seçiminizi sağlık hizmetlerinin kalitesi etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	-0,075*
	p	0,02
Hastane seçiminizi ulaşımın kolay olması etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	0,189**
	p	0,01
Hastane seçiminizi teknolojik imkânlar etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	-0,089**
	p	0,01
Hastane seçiminizi personelin tanınmış olması etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	-0,037
	p	0,23
Hastane seçiminizi sosyal güvence kapsamı etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	-0,092**
	p	0,01
Hastane seçiminizi uzan doktor sayısı etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	-0,090**
	p	0,01
Hastane seçiminizi bekleme süresi etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	0,021
	p	0,50
Hastane seçiminizi personel nezaketi etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	0,066*
	p	0,04
Hastane seçiminizi doktorların ismi etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	0,048
	p	0,126
Hastane seçiminizi temizlik etkiler mi? (Önem puanlaması)	r	0,194**
	p	0,01

*0,05 düzeyinde anlamlı ilişki, ** 0,01 düzeyinde anlamlı ilişki

Katılımcıların hastane seçiminde sağlık hizmetlerinin kalitesi önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında ters yönde, oldukça az seviyede anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=-0,075$, $p<0,05$). Ters yöndeki ilişki sağlık hizmetlerine başvurmada kaliteyi esas alan bireylerin memnuniyetinin olmadığı, aradıklarını bulamadıklarını göstermektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde ulaşımın kolay olması önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında doğru orantılı, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,189$, $p<0,01$). Büyükşehirlerdeki kalabalık ve uzak şehir şartlarında hastanın en yakın sağlık kuruluşunu seçip biran önce tedavi alması aynı zamanda ulaşım masraflarını da aza indirmesi psikolojisini ve sağlık algısını olumlu yönde etkilemektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde teknolojik imkânların önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında doğru orantılı, çok az miktarda anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,089$, $p<0,05$). Teknolojik imkânına göre hastane tercihi yapmanın ancak belli bir teknolojik aletten yararlanmak amacıyla gerçekleştiği görüldüğünden, o ihtiyacını karşılayarak hastaneden ayrılan hastanın sağlık algısında olumlu yönde bir etki ettiği görülmektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde tanıdık personelin önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,037$, $p>0,05$). Bu durum sağlık kuruluşlarında kayırma yapmanın azaldığını göstermektedir. Ayrıca hastaların tanıdık personelin sağladığı zaman kazancına kıyasla az giderle çok fayda denklemini önemsedikleri görülmektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde sosyal güvenlik sistemine dâhil olması önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında doğru orantılı, çok düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,092$, $p<0,05$). Sosyal güvenlik kapsamında olmak hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerine sebep olmakta, bireylerin hastalandıkları zaman sağlık hizmetinden ücretsiz yararlanabileceğini bilmesi psikolojilerine olumlu yönde etki etmektedir. Ters olarak da sosyal güvencesi olmayan bireyler kendilerini güvende hissetmemekte, hastalanırsam zorluk yaşarım

düşüncesi stres yaratmakta, bu durum psikolojilerini ve sağlık algılarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde uzman doktor sayısı önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında doğru orantılı, çok düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,090$, $p<0,05$). Uzman doktor sayısına göre hastane tercihi yapan bireylerin bilinçli hastalar olduğu düşünülmekte, bilinçli bireylerin sağlık okuryazarlığının olduğu düşünülmekte, tüm bu etkenler ile hastalıklar ve tedavileri hakkında bilgili olacaklarından ağılık algılarının yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde bekleme süresinin önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=0,021$, $p>0,05$). Bireylerin, hastane seçiminde en önemli etkenler olan gelir ve kalite faktörleri var olduğunda beklemeyi göze alabilecekleri ve bu durumun sağlık algıları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde sağlık çalışanlarının nazik olması önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında doğru orantılı, çok düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,066$, $p<0,05$). Her türlü hizmet alımında personel nezaketi önem taşımakla birlikte sağlık sektöründe bu durum biraz daha önem taşımaktadır. Bedenen hasta olan bir bireyin ruhen de iyi hissetmeyeceği düşünüldüğünde tıbbi müdahalenin yanında hastaya nazik, anlayışlı ve güler yüzlü yaklaşılması bireylerin sağlık algılarına olumlu yönde etkilemektedir.

Katılımcıların hastane seçiminde doktorların isim yapması önem puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=0,048$, $p>0,05$). Bireyler isim yapmış doktorların hizmetine güvense de önem sıralamasında hizmet sonucu daha önde gelmekte, bu sebeple doktorların isim yapmış olması sağlık algıları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların hastane seçiminde hastane temizliği puanları ile sağlık algı düzeyleri arasında doğru orantılı, düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,194$, $p<0,01$). Hastalar temiz koşullarda aldıkları hizmete daha çok güvenmekte ve sağlık algıları olumlu yönde etkilenmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi olmak için gelen Mart, Nisan, Mayıs 2017 tarihleri arasında rastlantısal olarak seçilmiş 1035 hasta üzerinde yapılan çalışmada; bireylerin sağlık algılarının farklılarından ziyade ekonomik imkânlarındaki farklılıkların sağlık hizmetine başvurularında etkili olduğu anlaşılmış olup, sağlık algılarının sağlık hizmeti kullanımları ile ilişkisinde, sağlık kullanımında en etkili faktörün gelir, sosyal güvence ve hizmet kalitesine güven olduğu görülmüştür.

Çalışma bulgularına paralel olarak Nesanır ve ark (2008) çalışmasında sağlık güvencesi sosyal güvence varlığı ve ucuzluk sağlık kuruluşu seçiminde temel belirleyici faktörler olarak bulunmuştur. Brown (2001) ise yaptığı çalışmalarda yakınlık ve ucuzluk faktörün sağlık kuruluşunun seçiminde belirleyici rolü olduğunu bulgulamıştır. Kılıç (1996) ise yakınlık, sosyal güvence varlığı ve ucuzluk sağlık kuruluşu seçiminde temel belirleyici üç ana faktör olarak tespit etmiştir. Çalışma bulgularımız sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran temel faktörler bakımından diğer çalışma sonuçları ile uyum içindedir. Tüm bu sonuçlar ışığında insanların yaşamsal ve vazgeçilmez olan sağlık ihtiyacının giderilmesinde ekonomik faktörlerin önem taşıdığı görülmekte, bu da devletin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan bağlantılı olmaktadır.

Gerek araştırmada gerekse ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık kuruluşundan beklentiler arasında ilk sırada ilgi, güler yüz ve hoşgörü isteği bulunmaktadır. Kişioğlu (2003) Isparta ilinde gerçekleştirdiği çalışmada her türlü olanağın bulunduğu kamu kurumlarına rağmen halkın özel doktora gitme isteği; kişilerin sağlık kurumlarından temel beklentisinin üst düzey bilgi ve teknolojiden çok ilgi ve güler yüz olduğu sonucunu göstermiştir. Balcı (2005) yaptığı çalışmada sağlık hizmetlerinin iyileştirilebilmesi için getirilen önerilerin başında sağlık personelinin hastaya karşı olumlu davranışı olduğunu tespit etmiştir. Şahin (1998) sağlık personelinin iletişim becerilerinin ve hastalara karşı davranışının kişilerin aldıkları hizmetlerden memnuniyet düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

Kuisma (2003) sağlık personelinin kaba ve sinirli davranışlarının, hasta memnuniyet ve tercih düzeyini azaltan bir etken olduğu nazik, arkadaşça ve yardımsever tutumlarının ise memnuniyet düzeyini artıran özellikte olduğu tespit etmiştir.

şahin (1998) hastaların kendilerine sunulan hizmetin teknik yeterliliğini değerlendirebilecek bilgi düzeyine sahip olmamaları, algılanan kalite ile kuramsal kalite arasında farklılıklara neden olmakta ve bu durum hasta tatminini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastaların sağlık algı düzeylerine etki eden değişkenlerin belirlenmesi amacı ile yapılan karşılaştırmalar sonucunda; hastaların cinsiyetlerinin sağlık algı düzeyleri üzerinde önemli şekilde etkili olduğu ve kadın hastaların sağlık algı düzeylerinin erkeklere göre yüksek seviyelerde olduğu grlmştir. Kadın katılımcılar erkeklere göre kendilerini daha sağlıklı hissetmektedir ($p < 0,05$). Kadınların ergenlik çağından itibaren regl, polikistik over benzeri rahatsızlıklar, sonrasında hamilelik süreci, bebek bakımı gibi durumları yaşama ihtimalleri yüksek olduğundan; hastane, tedavi, hastalık kavramlarıyla daha sık karşılaşmakta ve erkeklere göre hasta psikolojisine girmeden daha soğukkanlı olmalarına sebep olabilmektedir. Toplum kültüründeki kadının yeri ve kadına olan bakış da kadının psikolojik anlamda gücüne etki eden unsurlar arasında yer almaktadır.

Çalışma bulgularının aksine; Uzantı (1999) genel sağlık algısı olumsuz olan kadın/ erkek oranını % 55.5-36.0 arasında olduğunu olarak bulmuştur. Erengin (1997) genel sağlık algısı olumsuz kadınların % 41.9- 21.2, Seculi ise (2011) %57.3-43.6 arasında olduğunu bulmuştur. Belek (1998) ise “orta düzey ” olarak tanımladığı olumsuz sağlık algısının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu, Gilmore ve ark. (2002) kadınların erkeklere göre 3.5 kat daha fazla olumsuz sağlık algısına sahip olduklarını saptamışlardır. Çalışmanın aksinde çıkan sonuçların, erkeklerin kadınlara göre daha rahat psikolojide olmaları, kadınların sağlık, bakım gibi konularla daha çok ilgilenmesi ve daha çok hastalık bilgisine sahip olmaları sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Hastaların medeni hallerinin sağlık algı düzeyleri üzerinde önemsenecek etkisinin olmadığı, evli ve bekâr Hastaların sağlık algı düzeylerinin benzer olduğu, evli ve bekâr bireylerin benzer düzeyde sağlıklı hissetmektedir ($p>0,05$). Evliliğin bireylerin sağlıklarında doğrudan bir fark yarattığı söylenemese de, kişinin yaşam şeklinde ve alışkanlıklarında değişikliklere sebep olduğundan kişiden kişiye göre farklılık gösteren değişimler yaşanabilmektedir. Ancak olumlu ya da olumsuz şekilde sayısal çoğunluk sağlanmadığından evlenme ve sağlık arasında önemli bir etkiden söz edilmemektedir.

Yapılan çalışmalar farklı olarak, evlilik ile sağlık algısı arasındaki ilişkinin iki yönlü bir etkileşim içinde olduğu bilinen bir gerçektir. Evli kişilerin sağlık durumunda bozulmalara neden olabileceği gibi, evlenme ile kişinin sağlık durumunda düzelmeler de olabilmektedir. Gülesen (1995) yaptığı çalışmada evli bireylerin sağlık algılarının bekârlara göre daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Belek (1998) ise “orta düzey” olarak tanımladığı olumsuz sağlık algısının evli bireylerde daha yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmalar arasındaki farkın bireysel farklılıklardan oluştuğu düşünülmektedir.

Elde edilen bulgulara göre tanısı konmuş bir hastalığının olması durumunun sağlık algı düzeyleri üzerinde dikkate alınır bir etkisinin olmadığı, tanısı konmuş bir hastalığı olan veya olmayan hastaların sağlık algı düzeylerinin benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Burada ayırıcı olan etmen tanısı konulan hastalığın kronik olup olmadığıdır.

Kronik hastalık durumu ile algılanan sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalarda da çalışma bulgularımıza benzer şekilde kronik hastalığı olanların büyük çoğunluğunun genel sağlık algısı, kronik hastalığı olmayanlara göre daha olumsuz bulunmuştur. Çalışmada olumsuz sağlık algısının yüksekliğini, kemikleşmiş hastalıklar nedeniyle kötü fiziksel sağlığa ve yaşam tarzı değişiklikleri, sürekli sağlık kuruluşuna gitme psikolojisi ve toplum içinde sahip olduğu hastalıkla tanımlanma gibi sebeplere bağlayabiliriz. Stronks (1998) çalışmasında kişileri kronik hastalık durumunun olumsuz sağlık algısına neden olan en güçlü belirleyicinin kötü fiziksel sağlık olduğu saptanmıştır. Devamlı hissedilen hastalık semptomları, olumsuz yönde

etkilenen yaşam kalitesi ve hastalık psikolojisi bireyin sağlığına bakışını ve algısını doğrudan etkilediği belirlenmiştir.

Sonuçlara göre hastaların geçirilen bir hastalığının olması ve ameliyat olma durumunun sağlık algı düzeyleri üzerinde önemsenecek bir etkisinin olmadığı edilmiştir ($p>0,05$). Hastalığa dair herhangi bir acı, ağrı, belirti hissetmeyen bireylerin o hastalıkla birlikte hastalık algısını da geride bıraktıkları gözlemlenmiştir.

Literatürde algılanan sağlık düzeyinin fiziksel sağlık ile güçlü bir ilişki gösterdiği, kronik hastalık varlığının algılanan sağlık statüsünün en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Mapelli (1993) hekim tarafından tanısı konmuş bir ve birden fazla kronik hastalığı olan, araştırma anında daha fazla sağlık yakınması bildiren ve sosyal ve fiziksel yeti yitimi yaşayan kişilerin olumsuz sağlık algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

(Gülesen, 1995) ve Şenol (2002) kişilerin kurtulamadığı hastalıkların sağlıklarına bakışlarını en çok etkileyenler olduğu, hissedilen hastalık etkilerinin hissedilen sağlık algısını oluşturduğunu kabul edilmiştir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre sağlık algılarının farklı olduğu tespit edilmiştir, lisansüstü düzeyde eğitime sahip olan hastaların sağlık algılarının kendilerinden daha düşük seviyelerde eğitime sahip olan katılımcılar göre yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Günümüzde gelişen modern tıpta, hastalık ve psikoloji arasında güçlü bir bağ olduğu ortaya konulmuş, bireyler düşünce gücü, olumlu düşünce, yoga, meditasyon gibi tamamlayıcı tıbbi yönlendirilmiş ve bu gelişmelerden haberdar olma oranı eğitim düzeyi ile doğru orantılı şekilde ilerlemiştir. Çalışmanın bu kısımdaki sonucu toplumdaki gelişmeleri takip etmek ve yeni bilgileri kabul edip uygulamanın eğitim ile gerçekleşmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Çalışma bulgularından farklı olarak; Şenol (2002) yaptıkları çalışmada genel sağlık algısı iyi olan katılımcıların oranının hiç eğitim almayan grupta (%48) 12 yıl ve üzerinde eğitim alan gruba (%21) göre daha yüksek olduğunu, Yardım (2004) ise hiç eğitim almayan ve ilköğretim düzeyinde eğitim alanların sağlıklarını lise üstü eğitime

sahip olanlara göre 2.28 kat daha kötü algıladıklarını tespit etmiştir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda genel sağlık algısı olumsuz olanların oranı diplomasız ve düşük eğitilmiş kişilerde lise ve üzerinde öğrenim gören kişilere göre daha fazladır etkisinden söz edilmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin sağlık algılarının yüksek çıktığı durumlarda bilinç düzeyi, sağlığa verilen önem, hastalıklardan haberdar olma ve uzun vadede sağlık kontrolünde olma gibi konulara verilen önem ile sağlık algısı arasındaki ilişki önem taşımaktadır.

Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyinin algılanan sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri olduğu, yükseköğrenim görenlerin genel sağlık algılarının temel eğitim düzeyinde öğrenim görenlere göre daha olumlu olduğu saptanmıştır (Shadbolt, 1997).

Çalışma bulgularına paralel olarak Mapelli (1993) çalışmasında sağlıklarını kötü olarak algılayanların başında ilköğrenim mezunlarının (%46.5) geldiği saptanmıştır. Bu sonuçlar eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak olumlu sağlık algısının arttığını, buna karşılık olumsuz sağlık algısının düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Hastaların gelir düzeylerine göre sağlık algılarının farklı olduğu tespit edilmiştir ve aylık 1000 TL ve altında gelire sahip olan hastaların sağlık algılarının kendilerinden daha yüksek düzeylerde aylık gelire sahip olan katılımcılar göre yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ekonomik sıkıntıların gündemde olduğu bireylerde diğer ihtiyaçların ikinci plana atılması, bu durumun bireylerin tercihi değil zorunluluğu şeklinde gelişmesi sağlık algılarını da olumlu yönde etkilemektedir.

Çalışma bulgularına paralel olarak Uzantı (1999) yaptığı çalışmada ekonomik gücü yetersiz olan öğrenciler, emekliler, işsizler ve ev kadınlarında olumsuz sağlık algısı yaşayanların oranı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğunu bulunmuştur.

Çalışma bulgularının aksine Gülesen (1995) ve Şenol (2002) yaptıkları çalışmalarda; gelir ile algılanan sağlık arasında pozitif bir ilişki saptanmış, gelir seviyesi düştükçe genel sağlık algısının kötüleştiği görülmüştür. Uzantı (1999)

çalışmasında kişilerin aylık gelir düzeyi yükseldikçe olumsuz sağlık algıları azalmıştır. Aynı çalışmada aylık geliri düşük olanların %74'ü sağlığını olumsuz algılamakta, geliri yüksek olanların %28'i sağlığını olumsuz algılamaktadır. Belek (1998) çalışmasında kişi başı aylık geliri 50 dolar ve altında olanlarda olumsuz sağlık algısı yaşayanların oranı %42 iken, aylık geliri 250 dolar ve üstünde olanlarda bu oran %21.5 olarak bulunmuştur. Stronks (1998) ve Balabanova (2004) algılanan sağlık düzeyinin özellikle algılanan ekonomik güçlüklerle ilişkili olduğunu, algılanan sağlığın gelir düzeyi ile diğer sosyoekonomik değişkenlere göre daha güçlü bir ilişki gösterdiğini, dolayısıyla kişilerin gelir seviyeleri düştükçe algılanan sağlıklarının kötüleştiğini saptamışlardır.

Stronks (1998) araştırması sonucunda; gelir düzeyi düşük kişiler genellikle alt yapısı yetersiz, çevre koşulları olumsuz, yoksul bölgelerde yaşadıklarından dolayı ekolojik ve bireysel kökenli olumsuz yaşam koşulları hem kişilerin sağlığını kötü yönde etkilemekte olduğunu, bu durumun ise fiziksel ve ruhsal sağlık algısının bozulmasına neden olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların sosyal güvence durumlarına göre sağlık algılarının farklı olduğu gözlemlenirken farkın yeşil karta sahip olan hastaların sağlık algılarının, SSK, emekli sandığı, diğer güvenceler ve hiç güvencesi olmayan hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durum sosyal güvencenin olmanın verdiği ekonomik ve psikolojik rahatlığa bağlı olarak yaşam doyumunun ve dolayısıyla olumlu sağlık algısının yükselmesi şeklinde düşünülebilir. Belirli bir işte çalışıp prim ödeyen veya gelir getiren bir işte çalışmamanın yarattığı ekonomik, sosyal ve psikolojik faktörlerin çoklu etkisi ile sağlığını olumsuz algılamasına neden olacağı düşünülebilir. Hasta olma durumunda sağlık hizmetine rahatça ulaşabileceği düşüncesi ile hasta olmaktan korkma, tedavi olamayacağı düşüncesi ve maddi sıkıntılar bireylerde stres faktörüyle sağlık algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışma bulgularına paralel olarak Stronks (1998) yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayan hastaların sağlık algılarının sosyal güvencesi olanlara göre daha düşük seviyede olduğunu belirtmiştir. Balabanova (2004) ise sosyal güvencesi olmayan kişilerin %70'nin kendini sağlıksız olarak tanımladığını ifade etmiştir.

Literatürde yaş sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği analizlerinde önemli bir belirleyici olarak görülmektedir. Dever (1984) yaş ve hekime gitme sayısı arasındaki ilişkinin U şeklindeki bir eğri ile en iyi şekilde tanımlandığını, küçük çocukların ve yaşlıların diğer yaş gruplarına göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarını ve bunun yeni hizmetler geliştirirken ya da mevcut hizmetlerin kapasitesini artırırken sağlık yöneticilerinin dikkate almaları gereken önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir. Yenidoğan ve çocukların dünyaya uyum sağlama sürecinde yaşadıkları hastalıklar ile yaşlıların sahip oldukları hastalıklar neticesinde daha çok sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları, yaşlılar, yaşlıların ailesi ve ebeveynlerin yakınları ile ilgili sağlık algılarının olumsuz etkilendiği ortaya konulmuştur.

Hastaların sağlık algı düzeylerinin hastane tercih etme nedenlerine göre ne düzeyde farklılaştığının incelendiği bölümde ise gelir düzeyinin hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu, gelir düzeylerine göre hastane tercihi yapan grubun sağlık algı düzeylerinin, gelir düzeylerine göre tercih yapmayan gruplara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların hizmet kalitesine göre hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olmadığı ve hizmet kalitesine göre hastane tercihi yapan ve yapmayan grupların sağlık algı düzeylerinin farksız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çalışma bulgularının aksine Şenol (2002) hastane tercih etme durumlarının aldığı sağlık hizmetinin kalitesine göre farklılık gösterdiğini, kaliteli sağlık hizmeti aldığını düşünen hastaların sağlık kurumunu tekrar tercih edeceklerini saptamıştır. Yardım (2004) hastaların doktorun teknik yeterliliğine önem verdiklerini ancak, bu durumun doktor ve hastane tercihlerinde belirleyici faktör olmadığını, tekrar aynı doktorun seçiminde hastaya gösterilen ilginin ve yaklaşım tarzının önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaların ulaşım kolaylığına göre hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu, ulaşım kolaylığına göre hastane tercihi yapan grubun sağlık algı düzeylerinin, ulaşım kolaylığına göre hastane göre tercihi yapmayan gruplara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Usta (1999) yapılan çalışmalarda sağlık kuruluşuna başvurularda yakınlığın temel belirleyici olduğunu belirtmiştir. Yakınlık koşulunun sağlandığı durumlarda başvuru oranlarının tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan çalışmalarda %86, Kişioğlu (2003) sağlık ocakları düzeyinde yapılan çalışmalarda %75 ile %93 arasında değiştiği tespit etmiştir. Belek (1998) kentsel alanda sağlık kuruluşuna yakın hanelerde genel başvuru oranı ülke geneli için %78.8, İç Anadolu Bölgesi için %82.2 olarak bulunmuştur.

Hastaların hastaneyi teknolojik imkânları için tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi teknolojik imkânları için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, hastaneyi teknolojik imkânları için tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma bulgularına paralel olarak; Şenol (2002) hastanenin teknolojik imkânlarının olması durumunun sağlık algısı yüksek olan hastalar için önemli bir faktör olduğu tespit etmiştir.

Hastaların hastaneyi sosyal güvenlik kapsamında olduğu için tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi sosyal güvenlik kapsamında olduğu için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, hastaneyi sosyal güvenlik kapsamında olması durumuna göre tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şenol (2002), sağlık algı düzeyi yüksek olan hastaların sosyal güvenlik kapsamında olan hastaneleri etme düzeylerinin yüksek olduğunu bulgulamıştır.

Hastaların uzman doktor sayısı için tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi uzman doktor sayısı için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, uzman doktor sayısı için tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bowling (1989) hastaların tıbbi beklentileri arasında muayene süresi ve niteliği, muayene edilerek ilaç yazılması gibi istekler hekimlerin hastalara gerektiği kadar zaman ayırma durumlarının yüksek düzeyde sağlık algısına sahip hastalar için önemli konular olduğunu belirtmiştir.

Hastaların temiz olduğu için hastane tercih etme durumlarına göre sağlık algı düzeylerinin farklı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneyi temiz olduğu için tercih eden hastaların sağlık algı düzeylerinin, temiz olduğu için tercih etmeyen hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).Dever (1984) katılımcıların hastanenin fiziksel olarak temiz olması durumunun tercih nedeni olduğunu tespit etmiştir. Hastanenin temiz olduğunu düşünen hastaların hastaneyi daha yüksek düzeylerde tercih edeceklerini ifade etmiştir. Mapelli (1993) çalışmasında sağlık algı düzeyleri yüksek olan hastalarda hastane temizliğinin tercih durumu üzerinde oldukça etkili olduğunu ifade etmiştir.

Lamarca (2001) Nothingam Sağlık Profili skoru ile yapılan 45 çalışmayı analiz ederek yaptıkları çalışmada da kişilerin algılanan sağlık düzeyleri ile Nothingam Sağlık Profili skor ortalamaları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Lamarca (2001) hastaların sosyal izolasyon ve enerji boyutu genel sağlık algısı puanları daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Enerji boyutunda saptanan yüksek olumsuz sağlık algısı araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Dever (1984) hastaların gelir düzeylerinin, hastanenin ulaşım kolaylığının ve personelin iletişim ve davranışlarının hastane tercihleri ve sağlık algı düzeylerine göre farklılıklar gösterdiğini ifade etmiştir.

Hastanede tanıdık personel çalışması, bekleme süresinin az olması ve hizmet kalitesi gibi konularında ise sağlık algı düzeylerinden bağımsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Burada hastanede tanıdığı personel çalışmayan kişilerin örnekleme daha çok yer almasının sebep olabileceği gibi, bireylerin karakter özelliklerinin de etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca tanıdık personelin artık hizmete erişimde eskiden olduğu kadar etkili olmadığı görülmektedir. Bunun sebebinin 2003 yılında uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programının olduğu düşünülmektedir. Şenol (2002) sağlık kurumunda geçirilen zamanın fazla olmasının hasta memnuniyetini düşüreceği ve hastaların hastane tercihleri üzerinde olumsuz olarak etkili olacağı tespit edilmiştir.

Hastaların hastane seçiminde etkili olan konuların önem puanları ile hastaların sağlık algı düzeyleri ile sağlık çalışanlarının nazik olması, hastane temizliği, sosyal

güvenlik sistemine dâhil olması, uzman doktor sayısı ve gelir düzeyi önem puanları bazında belirgin şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetleri kullanımı ile kişinin kendisini hasta hissetmesi, ağrı/acı duyması, genel muayene/kontrol olmak istemesinden ziyade ekonomik durum, sosyal güvencesinin olup olmaması, sağlık hizmetine kolayca ulaşılabilmesi, hizmet kalitesine güvenip güvenmemesi, geçmiş hizmetlerden memnuniyet derecesinin etkili olduğu görülmektedir. Sosyokültürel faktörler bireylerin hem algısını hem de sağlık hizmetlerini kullanım oranını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmeti sunucularının hizmet planlaması yaparken bölgesel farklılıkların bireylerdeki bedenen ve ruhen etkileri dikkate alarak ihtiyaç tespiti yapmalarının gerektiği kabul edilmektedir. Bölgesel farklılıkların yanı sıra sağlık hizmeti kullanma sıklığında bireysel istek, imkân ve zorunluluk dereceleri arasındaki fark da önem arz etmektedir. Bazı insanlar demografik, kültürel, bölgesel, maddi güçsel ya da kişisel özellikleri sebebiyle sağlık hizmetlerinden faydalanmaya daha yatkın olabilmektedir. Yine bazı insanların ihtiyaç duymasına karşın hizmete erişim kısıtlılığı bulunmakta, bazılarının ise sahip olduğu hastalık ölçüsünde zorunlu olarak hizmet kullanımı sağlamaktadır.

Bu çalışmanın sonucunda bazı öneriler sıralanmıştır. Bunlar;

1. Hastaların sağlık kurumunu defaten seçiminde teknolojik imkanlar, doktorların uzmanlığı gibi etkenler yer alsada hizmet alırken sağlık personeli tarafından karşılanması, güler yüzlü ve kibar davranmaları ile hijyenik hizmet koşulları akılda en çok kalan sebep olmaktadır. Bu yüzden zaten fiziksel olarak ağrı, acı çeken bir bireyin psikolojisinin sağlıklı bir birey gibi olamayacağı düşünülerek hastaya hoşgörü ile yaklaşılmalıdır. Sağlık personelinin sadece tıbbi anlamda değil psikolojik olarak da yeterli eğitimi sağlanarak empati yeteneğine önem verilmeli, hijyenik koşullar ve hizmet kalitesinin yanında hasta memnuniyeti de elde edilmelidir.

2. Bireylerin hasta olduktan sonra değil, hasta olmadan önce hem hastalıktan korunmak hem de genel muayene için sağlık hizmetlerinden yararlanmasının önemini vurgulanması için sağlık eğitimi yoluyla tedavi edici hizmetlere olan talebin koruyucu sağlık hizmetleri talebine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu şekilde hem bireysel hem de toplumsal sağlık statüsü artırılmış olacaktır.

3. Sağlık hizmetlerine erişimine olumsuz etkileyen ulaşım, sosyal güvence, eğitim seviyesi, gelir düzeyi gibi konularda iyileştirmeler yapmaya çalışmak devletlerin her daim görev planlarında yer almalı, bölgesel araştırmalar yapılarak ihtiyaçlar tespit edilmeli ve giderilmeye çalışılmalıdır. Toplumunu oluşturan bireylerin eşit şekilde hizmetlerden yararlanması bireylerin ve toplumun refahını sağlamada sosyal devletin en temel görevlerinden biri olmaktadır.

4. Sağlık hizmeti kullanıcılarının eylemsel niyetini iyi yönde etkilemek için eğitim kurumları müfredatlarına sağlığın korunması ve geliştirilmesi dersi eklenmeli, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri geliştirilmelidir.

5. Hasta-doktor görüşmelerinin çok kısa sürede, bazen muayene yapılmaksızın reçete yazılarak yapılıyor olması hastanın sağlık kurumundan memnuniyetsiz ayrılmasına, bu durum da hizmetin kalitesine ve hastanın sağlık algısına olumsuz yönde etki etmektedir. Buna mukabil doktor başına düşen hasta sayısında standardizasyona gidilerek ihtiyaç-sağlık personeli-zaman denkleminin kurulması ve gerekiyorsa daha çok sağlık personeli istihdamına gidilmesi gerekmektedir.

6. Bireylerin, toplumların ve devletlerin ayakta kalması için yaşamsal öneme sahip olan sağlık sektörünün kaynak tahsisi ve çağdaş, modern, gelişmiş teknoloji ile sunulması için ekonomik, sosyolojik ve politik düzenlemeler yapılmalı, bireysel ve toplumsal beden ve ruh sağlığı sağlanması amaçlanmalıdır. Eşit ekonomik refahın sağlandığı, sosyal ayrımların ortadan kalktığı, sağlık hizmetlerine erişim engellerinin olmadığı toplumlarda bireylerin daha sağlıklı bir psikolojiye sahip olacaklar ve sağlık hizmetleri kullanımında bireysel algı farklılıkları minimuma indirgenecektir.

7. Yapılan bu çalışma bulgularını destekleyecek daha geniş katılımlı bir çalışmanın ülke genelinde yapılması, sonuçlarına göre iyileştirme çalışmalarının başlaması, yaşam kalitesinin mental ve fiziksel olarak artırılması ve sosyoekonomik dengesizliklerin giderilmeye çalışılması bireylerin sağlık algısını olumlu yönde etkileyecek ve kaliteli sağlık hizmetlerinin gerektiğinde eşit şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:271-280

Andersen, R. and Aday, L. A. (1978), "Access to Medical Care in the US: Realized and Potential", Medical Care, 16(7): 533-546.

Andersen, R., (1968), "Behavioral Model of Families' Use of Health Services" Research Series Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 25, Chicago.

Andersen, R., and Newman, J. F., (1973), "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States", The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, 95-124.

Balabanova DC, Mckee M, Pomerleau J, Rose R, Haerpfer C, et.al. Health service utilization in the Former Soviet Union: Evidence from eight countries. Health Serv Res 2004;39 (6):1927-50.

Balcı E. Kayseri İl Merkezinde Görev Yapan Öğretmenlerin Aldıkları Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, Doktora Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2005.

Belek, İ., "Sağlıkta Eşitsizlik", Toplum ve Hekim 13:2 (1998), 96-103.

Brown HS. Income, location, and the demand for health care from public, nonprofit, and for-profit hospitals. J. Health Care Finance 2001; 27 (4): 24-38.

Bowling AP. Contact with practitioners and differences in health status among people aged over 85 years. J.R Coll Pract 1989; 319: 52-55.

Cockerham, W. (2004) Medical Sociology. New Jersey: Prentice Hall.

- Çapık C. (2006) Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir,
- Dalgıç, Gülen, “Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, Hemşirelik Forumu, 2:5 (1999), 262-264.
- Dever GEA. Epidemiology in Health Services Management. Rockville, Maryland, AspenPublisher Inc. 1984: 217.
- Doğanay S, Uçku ŞR. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? Turkish Journal of Geriatrics. 2012; 15(4): 396-402
- Erdem, R. ve Prinçci, E., (2003), “Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler”, O. M. Ü. Tıp Dergisi, 20(1): 39-46.
- Erdemir., A. (2003) Çağdaş Tıp Etiği. Ankara: Nobel. S.130
- Erdoğan, S. ve Arkadaşları, “Sağlıklı Sürdürme, Sığı Geliştirme, ve Hemşirelik”, Hemşirelik Bülteni, 8:32, (1994), 25-28.
- Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: Algılanan Sağlık. Toplum ve Hekim 1997; 12 (77): 11-15.
- Freud S. Ruhçözümlemesinin Tarihi (Çev: Emre Kapkın, Ayşe Tekşen Kapkın), Payel Yayınevi, 2000
- Gilmore BC, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self perceived health in Ukraine . Soc Sci Med 2002; 55 (12): 2177-88.
- Gülesen Ö. Çalışma Tipleri. İçinde: Çağdaş Epidemiyoloji. Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1995:43-79.
- Güvenç B. Türk Kimliği: Kültür Tarihinin Kaynakları, 5. basım, Remzi Kitabevi, 1997

- Hodgins, M. J. and Wuest, J., (2007), "Uncovering Factors Affecting Use of the Emergency Department for Less Urgent Health Problems in Urban and Rural Areas", *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(3): 78-102.
http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf
- İnanç, N, "Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile" E.Ü.H.Y.O. Kütüphanesi Dergisi, 5, (1995), 11-36
- Karaca, Zeynep (2011). Erzurum'da Sağlık Hizmetleri Talep Tahmini, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Karafakıoğlu, M., (1998), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, 1. Baskı, İstanbul: Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2012), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kişioğlu AN, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. Isparta'da halkın sağlık ocaklarından yararlanma ve memnuniyet durumu. *Tıp Etiği-Hukuku Tarihi*, 2003; 11 (3):184-188.
- Kılıç B. Gölbaşı bölgesindeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. *Toplum ve Hekim* 1996; 11 (74): 2-10.
- Kılıç, D. ve Çalışkan, Z., (2013), "Sağlık Hizmetleri Kullanımı Ve Davranışsal Model", *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 2(2): 192-206.
- KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 12 (19): 139-152, 2010.
- Kuisma M, Maatta T, Hakala T, Sivula T, Nousila-Wiik M, et al. Customer satisfaction measurement in emergency medical services. *Customer satisfaction in EMS* 2003; 10(81): 2-5.
- Kocagöz, E. & (2010).Dursun, Y., Yapısal Eşitlik Modellemesi Ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (35), 1-17.ISSN: 1309-9132, www.kmu.edu.tr

- Lamarca R, Alonso J, Santed R, Prieto L. Performance of a perceived health measure indifferent groups of the population: A comprehensive study in Spain. *J Clin Epidemiol* 2001; 54(2)127-35.
- Larson J. L. (1991) *The Measurement of health. Concepts and Indicators*. Greenwood Press, New York.
- Lewis, M. (1993a). The emergence of human emotions, Derl, Lewis, M; Haviland, M.J. *Handbook of Emotions*, New York-The Guilford Press, ss.223-237.
- Mapelli V. Health needs. Demand for health services and expenditure across social groups in Italy. An empirical investigation. *Soc Sci Med*. 1993; 36 (8): 99 1009.
- Mc GLYNN, Elizabeth, "A Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care", *Health Affairs*, May/June 1997.
- McKee M. (1996) "Health Needs Assessment", in K. Janovsky (ed.by), *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research*, Geneva: World Health Organization, WHO/SHS/NHP /96.1 .
- McLaren, C. (1998). *Channeling Your Emotions*, [http://innerself.com/Oatley,K; Jenkins, M.J. \(1996\). Understanding Emotions](http://innerself.com/Oatley,K;Jenkins,M.J.(1996).UnderstandingEmotions). Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Ministry of Health. *Health Services Utilization Survey in Turkey*. Ankara, December 2005.
- Mooney, G. H., (2003), *Economics, Medicine and Health Care*, 3. Edition, England: Pearson Education Limited.
- Mutlu, A., Işık, A. K. (2012, Ekim). *Sağlık Ekonomisine Giriş (Üçüncü basım)*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.

- Nesanır N, Düzkalır H, Göktolga G, Ekin F, Ersin C. ve ark. Manisa ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde sağlıkta eşitsizlikler, S¼rekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14 (10): 221-28.
- Orhaner E., T¼rkiye’de Sağlık Sigortası, Siyasal Kitabevi, 2014.
- Patrick D. and Erickson P. (1993) Health Status and Health Policy. Oxford University Press, Oxford.
- Pınar, R, “Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı”, Sendrom, 9:8, (1996), 109-114)
- Press, I., Patient Satisfaction: Defining, Measuring, And Improving the Experience of Care. Chicago: Health Administration Pres, 2002
- Robinson J. ve Elkan R. (1996) "Health Needs Assessment:Theory and Practice", New York: Churchill Livingstone.
- Sargutan A.E., T¼rk Sağlık Hizmetleri Yapı ve ¼r¼nlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Sendikası Yayını 1993.
- Sayım Ferhat ve Sarısoy Sinan (2010), ‘Kamu Sağlık Kurum B¼t¼çelerinde Kalite Uygulamaları İle Mevzuat Açışından Tanıtım ve Rekl¼m Harcamaları’, Maliye Dergisi Sayı. 159 (244-261).
- Stricland, OL., “Challenges In Measuring Patient Outcomes”, Outcomes Measurement and Management 32.3; (1997), 14-22
- şahin, B., “Algılanan Sağlık Stat¼s¼n¼n ¼l¼m Yoluyla Tıbbi M¼dahalelerin Değerlendirilmesi”, Toplum ve Hekim, 12;8, (1997), 14-22.
- Shadbolt B. The relation between income, health and employment status, Int J Epidemiol
- şenol V., (2006), Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İlişkisi, Doktora Tezi, Erciyes ¼niversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

- Seculi E, Fuste J, Brugulat P, Junca S, Rue M, et al. Health self-perception in men and women among the elderly. *Gac Sanit* 2001; 15 (3): 217-23.
- Stronks K, Mheen HD, Mackenbach JP. A higher prevalence of health problems in low-income groups: Does it reflect relative deprivation. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 548-57
- Tatar, M. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. *MPM Verimlilik Dergisi*, 4, 147-172.
- Şahin M, Eğri M. Malatya ili Yeşilyurt ilçesinde halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim* 1998; 13(4): 300-309.
- Şahin Ü, Şahin SY, Bekem S. Hastane işletmeciliğinde kalite. Hasta tatmini ve işgörentatmini paradigması. 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, ss 358-65, 28-29 Eylül 2000, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Şenol Y, Belek İ. Antalya'nın iki mahallesinde bir araştırma. Sağlıkta eşitsizlik ve iki yıllık değişim sonuçları. *Sağlık ve Toplum* 2002; 12 (3): 32-40.
- Tatar, N., "Sağlığın Ölçülmesi", *Toplum ve Hekim* 12:78,(1997), 54-60
- Tengilimoğlu, D., (2012), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, 2. Baskı Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11: 3
- Weiner. B. 1976. "Attribution Theory, Achievement Motivation and Educational Processes". *Review of Educational Research*. Vol. 42, 201-215.
- Wicker, A. W., (1969), "Attitudes versus Actions: The Relationship of Verbal and Overt Behavioral Responses to Attitude Objects", *Journal of Social Issues*, 25, 41-78

- Wittrock. M.C. 1986. "Student Thought Processes". M.C. Wittrock. Handbôok of Research on Teaching.. New York.
- Usta İ. Erbaa İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 1999.
- Uzantı A. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bornova-İzmir 1999.
- Yardım M, Özcebe H. Ankara ili Çankaya İlçesinde sağlıkta eşitsizlikler. 9.Ulusal HalkSağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. s 371, 3-6 Kasım 2004, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yörükoğlu A. Gençlik Çağı, İş Bankası Kültür Yayınları, 1985

EKLER

Ek-1: Araştırma İzni.



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
BAKIRKÖY İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
30/05/2017 11:57 - 95273397 - 604.02 - E.10405



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-604.02
Konu : Araştırma İzni Hk. (Buket
ÖZDEMİR)

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

(Ayazağa Mah. Hadım Koru Yolu Cad. No:19 Sarıyer 34396 İstanbul)

İlgi :23/03/2017 tarihli ve 1750 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Buket ÖZDEMİR'in, "**Sağlık Algısı ve Sağlık Kullanımı İlişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği**" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 26.05.2017 tarihinde gerçekleştirilen 2017/3 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçenin yapacağı çalışmasının bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Abdulvahit SÖZÜER
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy İSTANBUL 0212 409 16 00 /4162
A tılı bilgi için: Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Ar-Ge Birimi
mluter.savas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 32a9e07e-4259-43e7-9192-f9de089eecd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2: Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışmanın amacı algılanan sağlık ve sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için vereceğiniz bilgilerin tutarlı ve güvenilir olması çok önemlidir. Araştırmadan elde edilecek olan bulgular tamamen bilimsel amaçla değerlendirilecek olup, herhangi bir kurum ya da kişi ile paylaşılmayacaktır. İlginiz için teşekkür ederiz.

Doç.Dr. İbrahim Halil CANKUL

Buket ÖZDEMİR

Bölüm 1.

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

3. Medeni durumunuz () Evli () Bekâr

4. Eğitim durumunuz () İlk Öğretim () Lise () Ön Lisans () Lisans ()

Yüksek Lisans

5. Mesleğiniz () Emekli () Memur () Çiftçi () Esnaf () Çalışmıyor ()
İşçi () Diğer

6. Aylık ortalama kişisel geliriniz?

() 1000 tl ve altı () 1001-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası () 3001 tl
ve üzeri

7. Bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumu hangisi?

() Yok () SSK () Emekli Sandığı () BAĞ-KUR () Yeşil Kart () Diğer

8. Hekim tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?

() Evet, Lütfen Belirtiniz..... () Hayır

9. Geçirdiğiniz bir ameliyat ya da hastalık var mı?

() Evet, Lütfen Belirtiniz..... () Hayır

Bölüm 2.

1. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü
2. Sağlığıma çok dikkat ederim.
 Katılıyorum Katılmıyorum Orta
3. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.
 Katılıyorum Katılmıyorum Orta
4. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.
 Katılıyorum Katılmıyorum Orta
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.
 Katılıyorum Katılmıyorum Orta
6. Enerjim kısa sürede tükeniyor.
 Evet Hayır
7. Sürekli ağrılar içindeyim.
 Evet Hayır
8. Her zaman yorgunum.
 Evet Hayır
9. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.
 Evet Hayır
10. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.
 Evet Hayır
11. Deliksiz uyku uyuyamıyorum.
 Evet Hayır

12. Hastalandığınız zaman genellikle kime/neye başvuruyorsunuz? (Birden fazla ise en sık kullandığınızı işaretleyiniz.)

- Evde geleneksel/bitkisel yöntemlere başvururum.
- Evdeki ilaçları kullanırım.
- Eczaneye giderim.
- Hastane/Sağlık Ocağı/Özel Muayene/vb giderim.
- Doktor olmayan tedavicilere giderim.
- Hiçbir şey yapmam.
- Diğer

13. Hastalandığınızda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmama nedeniniz nedir? (Birden fazla ise en sık kullandığınızı işaretleyiniz.)

- Zaman ya da mesafe olarak uzaklık
- Maddi engeller
- Hastaneye gitmeme yardımcı olacak eş, dost, akraba vs olmaması
- Kullanılacak olan hizmete güven duymamam
- Tıbbi müdahaleye ihtiyaç duymadığım için.
- Diğer.....

Bölüm 3.

Bu bölümde sağlık kurumunun tercih edilmesinde etkili olan faktörler sorgulanacaktır. İlk olarak; seçiminizde etkili olan faktörler için evet, etkili olmayan faktörler için ise hayır kutusunu işaretleyiniz. Daha sonra evet dediğiniz seçenekler arasında en etkili faktörden en az etkili faktöre kadar sıralama yapınız.

No.	Soru	Evet	Hayır	Sıralama
1	Gelirinizde önemli bir oranda artış olması hastane tercihinizi etkiler mi?			
2	Hastane seçiminizi sağlık hizmetlerinin kaliteli olması etkiler mi?			
3	Hastane seçiminizi ulaşımın kolay olması etkiler mi?			
4	Hastane seçiminizi hastanenin teknolojik imkânları etkiler mi?			
5	Hastane seçiminizi hastanede tanıdığımız birinin çalışması etkiler mi?			
6	Hastane seçiminizi sosyal güvence kapsamında olması etkiler mi?			
7	Hastanenin sahip olduğu uzman doktor sayısı etkiler mi?			
8	Hastane seçimizi bekleme süresinin az olması etkiler mi?			
9	Hastane seçimizi sağlık çalışanlarının nazik ve ilgili olması etkiler mi?			
10	Hastanenin sahip olduğu doktorların isim yapmış olması etkiler mi?			
11	Hastane seçiminizi temiz olması etkiler mi?			

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Burdur'da doğdu. 2009 yılında Anamur Anadolu Lisesini, 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümünü bitirdi. 2014-2017 yılları arasında İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni olarak çalıştı. 2016-2018 yılları arasında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümü yüksek lisans öğrenimini tamamlamıştır.

Buket ÖZDEMİR