

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

141607

**YEŞİLYURT İLÇESİNDE HALKIN SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN YARARLANMA
DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Mustafa ŞAHİN

141607

EC. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Yrd. Doç. Dr. Mücahit EĞRİ

MALATYA-1997

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

lo i: Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayılarının Dağılımı.....	17
lo ii: Evren ve Örnekleme Alınan Hane Sayılarının Dağılımı.....	28
lo 1: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	30
lo 2: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	31
o 3: Araştırma Kapsamındaki Ailelerin Sahip Oldukları Bazı Ev Araçlarının Dağılımı.....	33
o 4: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Özel Doktora Başvurularının Dağılımı.....	34
o 5: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvencelerine Göre Özel Doktora Başvurularının Dağılımı.....	34
o 6: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	35
o 7: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	35
o 8: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	36
o 9: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	36
10: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Her Türlü Olanaklarının Olması Durumunda Ve Gelir Gruplarına Göre Çocukları hastalandığında İlk Önce Başvuracakları Sağlık Kurumlarının Dağılımı	37
o 11: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	37
o 12: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	38
o 13: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumunun Dağılımı.....	38
o 14: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	38
15: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Her Türlü Olanaklarının Olmasına Ve Gelirlerine Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	39

lo 16: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre	
Sağlık Ocağına Başvuruların Dağılımı.....	39
lo 17: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre	
Sağlık Ocağına Başvuruların Dağılımı.....	40
lo 18: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumuna Göre	
Sağlık Ocağına Başvuruların Dağılımı.....	40
o 19: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yeri Durumuna Göre	
Sağlık Ocağına Başvuruların Dağılımı.....	40
o 20: Bireylerin Sağlık Ocağına Başvurmama Nedenlerinin Dağılımı.....	41
o 21: Bireylerin Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Nedenlerinin Dağılımı.....	41
o 22: Bireylerin Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnun Olmama nedenlerinin Dağılımı.....	42
o 23: Bireylerin Sağlık Ocağından Beklentilerinin Dağılımı.....	42
o 24: Araştırma Bölgesinde Yıllara Göre Kişi Başına Hekime Başvuruların Dağılımı.....	43
o 25: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre	
Operasyon Dışı Nedenlerle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı.....	44
o 26: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Son On Yılda	
Operasyon Dışı Nedenlerle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı.....	44
o 27 : Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre Son On Yılda	
Hastanede Operasyon Dışı Nedenlerle Hastanede Yatışlarla İlgili Bulguların Dağılımı.....	45
o 28. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine	
Operasyon Dışı Hastanede Yatışlarla İlgili Bulguların Dağılımı.....	46
o 29: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre	
Operasyon Nedeniyle Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı.....	47
o 30 Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Son On Yılda	
Operasyon Nedeniyle Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı.....	47
o 31 Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre Son On Yılda	
Operasyon Nedeniyle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı	48
o 32. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Son On Yılda Operasyon	
Nedeniyle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Yatmalarla İlgili Bulguların Dağılımı.....	49
o 33: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Veya Yakınlarının Son On Yılda	
Geçirdikleri Kaza Çeşitlerinin Dağılımı.....	50
o 34: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumuna Göre Son on yılda	
Kaza Nedeniyle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı	50

lo 35: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Son On Yılda Kaza Nedeniyle Yatış Yapan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı	51
lo 36: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre Son On Yılda Kaza Geçiren Aile Bireylerinin Tedavi Gördükleri Ve Her Türlü Olanakları Olduğunda Tedavi Görmek İsteyecekleri Hastanelere Dağılımı.....	52
lo 37: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Son On Yılda Kaza Geçiren Aile Bireylerinin Tedavi Gördükleri Ve Her Türlü Olanakları Olduğunda Tedavi Görmek İsteyecekleri Hastanelere Dağılımı.....	53
lo 38: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumuna Göre Son On Yılda Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	54
lo 39: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Son On Yılda Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	54
lo 40: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna göre Son On Yılda Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	54
lo 41: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Her Türlü Olanaklar Varlığında Ve Gelir Gruplarına Göre Doğumları Gerçekleştirecekleri Yer/Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	55
lo 42: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Son On Yılda Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Kurumların Dağılımı.....	55
lo 43: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Her Türlü Olanaklar Varlığında Doğumların Gerçekleştirileceği Yer/Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa No
1. Sağlık Hizmetleri.....	5
2. Malatya, Türkiye ve Araştırma kapsamındaki Bireylerin Hanehalkı Büyüklüklerinin Yüzde Dağılımı.....	31
3. Araştırma Kapsamındaki Hanehalkı Geliri ile Türkiye Geneli Hanehalkı Gelirinin Gelir Gruplarına Yüzde Dağılımı.....	31
4. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvuracakları Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	36
5. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sağlık Ocağından Beklentilerinin Dağılımı.....	43
6. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Son On Yılda Operasyon için Hastaneleri Seçme Oranlarının Dağılımı.....	49
7. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Ya da Yakınlarının Son On Yılda Geçirdikleri Kaza Çeşitlerinin Dağılımı.....	50
8. Yeşilyurt, TNSA Ve Sağlık Bakanlığı Verilerine Göre Hastanede Gerçekleştirilen Doğumların Yüzde Dağılımı.....	56

İÇİNDEKİLER

	SAYFA No
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Hizmetleri	4
2.1.1. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri.....	5
2.1.1.1. Çevreye Yönelik Hizmetler.....	5
2.1.1.2. Kişiyeye Yönelik Hizmetler.....	6
2.1.2.Tedavi Hizmetleri.....	6
2.1.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	7
2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	7
2.2.1. Tarihçe.....	7
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi.....	9
2.2.3. Sağlık Ocaklarında Verilen Hizmetler.....	14
2.2.4. Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar.....	15
2.3. Temel Sağlık Hizmetleri	18
2.4. Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler	20
3. MATERYAL ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırma Bölgesi.....	26
3.2. Yöntem.....	27
4-BULGULAR	30
4.1.Tanımlayıcı Bulgular.....	30
4.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına İlişkin Bulgular..	35
4.3.İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına İlişkin Bulgular...	44
5.TARTIŞMA	58
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	72
7.ÖZET	76
8.SUMMARY	79
9.KAYNAKLAR	81
10.EKLER	85
Ek-1 Anket Formu	
Ek-2 İzin Yazısı	

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya’da sağlık düzeyi özlenenin çok altındadır. Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında büyük farklılıklar göze çarpmakta olup, bazı ülkelerde bölgeler arası eşitsizlikler vardır. 1973-1977 yılları sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı dönemdir(1). Dünya Sağlık Örgütü Yürütme Kurulu 1973 yılında bir çok ülkede sağlık hizmetlerindeki gelişmenin toplumun gelişmişliğine uymadığını, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde toplumların ülkelerindeki sağlık hizmetlerinden memnun olamadıkları sonucuna varmıştır.

Eylül 1978’de Alma-Ata’da toplanan Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kongresi yayınladığı deklarasyon ile “*Birincil Sağlık Hizmetleri(Primary Health Care)*”nin önemini vurgulamakla yetinmedi; her devletin kendi ülkesinde birincil sağlık hizmetini kurmak, bunun sağlık politikası ile uyumunu sağlamak ve diğer sektörlerle ilişkisini geliştirmek yükümlülüğü olduğunu da vurguladı(2). Konferansta birincil sağlık hizmeti için yapılan tanım kısaca şöyle özetlenebilir: “*Birincil Sağlık Hizmeti, toplumdaki bireyler ve ailelere, onların tüm katılımı ile ülke ve toplumun kabullenebileceği değerler ve karşılayabileceği maliyetlerle, evrensel olarak*

ulaşılabilirliği sağlanan temel sağlık hizmetidir.” Bu tanım hizmetin herkese, onların onayı ve katılımı ile, ülke koşullarına uygun olarak ve temel hizmet olarak verilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Ayrıca bildiri’de her gün üzülmesi gereken yeni sorunların ortaya çıktığı, sorunların erken tanımlanabilmesi, hizmetin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için hizmet araştırmaları düzenlenmesi gereğinden szedilmiştir. Bunun için de eğitim ve araştırma kurumları sağlık örgütleriyle işbirliği sağlamalı ve bazı sorumluluklar yüklenmeli, hizmet araştırmaları için denek ayrılmalıdır(3).

Ülkemizde halen yürürlükte olan ancak değişik nedenlerle tam anlamıyla yaşama geçirilemeyen 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş olan 224 sayılı *“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”* tüm sağlık hizmetlerinin devletin görevi olduğunu, ilk basamak koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütülmesini ve köylere kadar nüfus temelli olarak yaygınlaştırılmasını, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yürütülmesini ve toplum katılımını öngörmektedir(4)

1963 yılında Muş ilinde ilk uygulaması başlatılan, 1978’de 40 ili kapsamına alan, 1983 Yılı sonunda ise tüm ülkede uygulamaya konulan 224 Sayılı Yasa içinde sağlık ocakları, Türkiye’de temel sağlık hizmetlerinin verildiği başlıca yerlerdir. Hem kırsal hem de kentsel kesimde sağlık hizmetleri sunmaktadırlar. Sağlık ocakları, koruyucu hizmetlerle evde ve ayaktan tedavi hizmetlerini bir arada sunmaktadır. Bu, halkın ilk başvuru basamağıdır. Tanısı ve tedavisi bu basamakta yapılmayan hastalar ikinci basamağa (hastanelere) sevk edilirler(5).

Halkın birinci basamak hizmetlerini sunan sağlık ocaklarından yeterince yararlanmadığı, sevk zincirinin gerçekleşemediği, ikinci basamak hizmeti sunan hastanelerin birinci basamak hizmetleri vermek durumunda oldukları yapılan çeşitli araştırmalarla ortaya konulmuştur(6,7). Beklenen başarıya ulaşılamamasında kuşkusuz pek çok etkenin payı vardır. Bu etkenler hizmetin sunulması ile ilgili olabileceği gibi hizmetin kullanılması ile de ilgilidir. Bir

bölgede halkın sağlık hizmetlerini kullanmasını etkileyen faktörlerin incelenmesi, hizmetlerin planlanması ve uygulanması için gerekli verilerin elde edilmesi önemlidir.

Araştırma, yarı kentsel bir bölge olan Yeşilyurt Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmış olup, aşağıdaki amaçlar öngörülmüştür:

1-Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin, birinci basamak sağlık birimi olan sağlık ocağı hizmetlerinden yararlanma durumu ve bu durumu etkileyen etmenlerin belirlenmesi,

2-Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin, sağlık ocağı dışındaki sağlık kuruluşlarından hangi düzeyde yararlandıkları ve bu yararlanmayı etkileyen etmenlerin neler olduğunun belirlenmesi,

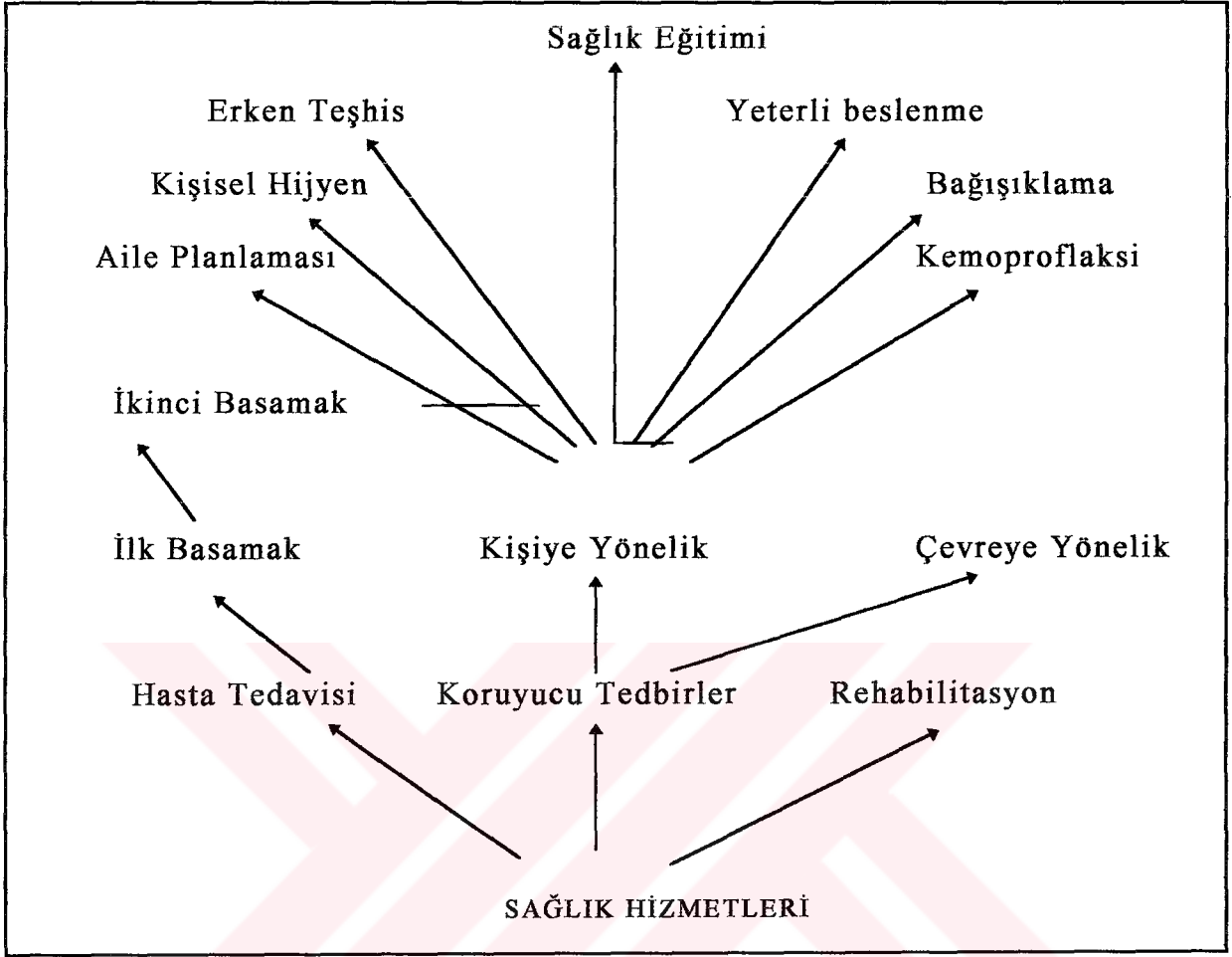
3-Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesinde yaşayan bireylere sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi ve sağlık ocağından beklentilerinin neler olduğunu belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Hizmetleri: Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan hizmetlerin tümüne *sağlık hizmetleri* denir. Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: Koruma, tedavi ve rehabilitasyon(Şekil 1).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamaların sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. İkinci amacı, hastaların tedavisidir. Üçüncü amacı ise, sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir(5).

Sağlık hizmetleri (Health services) ingilizcede kamu sağlık örgütlerinin çalışmasını kapsar.



Şekil 1: Sağlık Hizmetleri

2.1.1. Koruyucu hekimlik hizmetleri: Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik olarak ikiye ayrılır:

2.1.1.1. Çevreye yönelik hizmetler: Bu hizmetlerin amacı çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı (Environmental Health) hizmetleri denir. Sanitasyon (Environmental Sanitasyon), hijyen (Environmental Hygiene) terimleri de eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Besin kontrolü (Food Hygiene) de çevreye yönelik hizmetler içine girer.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri melek mensupları

tarafından yürütülür. Sağlık ekibinin bu konularda yol gösterme ve denetleme görevleri vardır. Çevreye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri şunlardır:

- * Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması
- * İnsan dışkı ve idrarının sağlık koşullarına uygun olarak yok edilmesi
- * Vektör denetimi
- * Barınak hijyeni
- * Besin hijyeni
- * Doğanın ve çevrenin korunması
- * Atıkların yok edilmesi
- * Çevre ve hava kirlenmesi ile savaş
- * İyonizan ışıklardan korunma (8).

2.1.1.2. Kişiyeye yönelik hizmetler: Bu hizmetler hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru gibi sağlık meslekleri mensuplarının yürüttüğü hizmetlerdir. Bunlar yedi grupta toplanır.

- * Bağışıklama
- * Beslenmeyi düzenleme
- * Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- * Aşırı doğurganlığın kontrolü
- * İlaçla koruma
- * Kişisel hijyen
- * Sağlık eğitimi

2.1.2. Tedavi hizmetleri: Tedavi hizmetleri halk sağlığı bakımından ilk basamak (evde ve ayakta tedavi) ve ikinci basamak (hastanede tedavi) olarak ikiye ayrılır. Hasta bakımını dört basamağa ayıranlar da vardır:

* Kendi kendine bakım (self care) :Hastanın ev ilaçları veya eczaneden alınan ilaçlarla kendisi veya yakınları tarafından tedavisi

* İlk basamak tedavi hizmeti (primary care): Hastanın ilk başvurduğu hekim veya diğer sağlık personeli tarafından evde ve ayakta bakımı

* İkinci basamak tedavi hizmeti (secondary care): Hastanede tedavi

* Üçüncü basamak tedavi hizmeti (tertiary Care) : En yüksek hekimlik teknolojisinin kullanıldığı merkezlerde tedavi

2.1.3. Rehabilitasyon hizmetleri: Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma olanağı sağlayan bu hizmetler, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışma uzmanlarınca uygulanan sosyal rehabilitasyonu kapsar(4).

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri:

2.2.1.Tarihçe: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde günümüze gelmeden önce hangi evrelerden geçildiğinin bilinmesinde yarar olabilir.Çünkü, günümüzde geçmişteki örgütlenmeden izler bulunmaktadır.

Kayseri’de 1206 yılında kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi, Selçukluların Anadolu’ da kurdukları ilk sağlık tesisidir. Anadolu Türkleri 13. yüzyılda Kayseri’den sonra Sivas, Divriği, Konya, Çankırı, Kastamonu, Konya-Aksaray, Akşehir, Mardin, Erzurum, Erzincan ve Amasya’da hastaneler kurmuşlardır. Bu hastanelerde hem hasta tedavi edilir ve hem de usta- çırak usulü ile hekim yetiştirilirdi.

Osmanlı imparatorluğunda sağlık hizmetleri, serbest çalışan hekim ve cerrahlar ile “dar-üş-şifa” denilen hastanelerin hizmetlerini kapsardı. Bu hizmetlerin denetimi de hem sarayın hem de tüm ülkenin sağlık işlerinden sorumlu olan “hekimbaşılardan” görevi idi. Bugünkü Sağlık Bakanı ile eşdeğer olan hekimbaşılık Fatih tarafından kurulmuştur(4,9,10).

Hekimbaşılık kurumu 1849’da kaldırılarak bunun yerine “Mekteb-i Tıbbiye Nezareti(Tıp Okulu Bakanlığı)” kurulmuştur.

1870 yılında çıkarılan bir “Tüzük” le Tıp OkuluBakanlığına bağlı “Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp İşleri Bakanlığı)” kuruldu. Bu bakanlıkta hizmetler, 6 üyesi hekim olan bir kurul tarafından yürütülürdü.Bu kurulun görevleri hekimlerin diplomalarının onanması ve

tescili, özlük işleri (atama, yer değiştirme, yükseltme görevden alma) muayenehane ve eczanelerin açılması ve bulaşıcı hastalıklarla savaş idi.

1871 yılında Sivil Tıp hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü yürürlüğe konmuştur. Bu tüzük ile ilçelerde memleket tabiplikleri ve iller ile “*liva*”larda sıhhiye müfettişlikleri kurulmuştur. Sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dahiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye’ sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) verilmiştir. İlk Genel Müdür Dr. Besim Ömer Paşa’dır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinde sağlık hizmetlerini yönetmek görevi, 3 Mayıs 1920’de 3 Sayılı Kanun’la kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) verilmiştir. T.B.M.M.’nin ilk sağlık Bakanı Dr.Adnan Adıvar’dır.

Cumhuriyet döneminde ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ilk ve en önemli adımların, Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam zamanında atıldığını söyleyebiliriz. Refik Saydam, uygulamada koruyucu hekimlik hizmetlerine daima büyük önem vermiş, hasta tedavi hizmetini hiçbir zaman hükümet görevi olarak ele almamıştır. Bu konuda daha ziyade yerel idarelere yol gösterici olmayı tercih etmiştir. Bu maksatla Ankara, İstanbul, Sivas,Erzurum ve Diyarbakır’da Sağlık Bakanlığına bağlı “*Numune*” hastaneleri kurmakla yetinmiş, belediye ve özel idareleri hastane açmak için teşvik etmiştir. Devletin üstlendiği koruyucu hekimlik hizmetlerini hekimler için çekici duruma getirmek amacıyla memurlara verilen ücretin çok üzerinde, ayrıcalıklı bir ücret sistemi uygulanmıştır.

İkinci dünya savaşından sonra çağdaş tıbbın gelişmesine koşut olarak, tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetlerin birbirinden ayrılamayacağı düşüncesi de gelişmeye başlamış ve doğal olarak bu görüşler ülkemize de yansımıştır.1946-1947 yıllarında, Dr. Behçet Uz’un Sağlık Bakanlığı zamanında ülkemizde sağlık idaresinde, ileri memleketlerdeki gelişmelere paralel olarak, Refik Saydam’ın koyduğu esaslardan farklı bir yola girmeğe

teşebbüs edilmiştir. 1946'da toplanan 9.Milli Tıp Kongresi'nde, Birinci On Yıllık Sağlık Planı ya da Behçet Uz Planı diye anılan planı açıklarken, tedavi edici hizmetlerin,kırsal kesime doğru yayılmasını sağlamak amacıyla bir örgütlenme modeli öneriyordu. Bu modele göre, ülke 40 köylük gruplara ayrılarak, her grup için bir sağlık merkezi kurulacaktı. Her sağlık merkezinde 10-25 hasta yatağı, iki hekim ve tedavi ile koruyucu hizmetleri yürütmek için bir ebe, bir sağlık memuru, ve bir ziyaretçi hemşire bulunacak, buna ek olarak, her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru görevlendirilecekti. Bu planda modern sağlık idaresinin prensiplerinden olan tedavi ve koruyucu hizmetlerin, aynı örgüte verilmesini (integration), ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması görüşünün kabul edildiğini görülmektedir(11,22).

1960 yılından sonra Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, çağdaş hekimlik anlayışına koşut olarak önemli değişiklikler olmuştur. Hasta ya da sağlam tüm toplumun sağlığını kendi sorumluluğu içinde gören yeni hekimlik anlayışı *halk sağlığı* kavramının doğmasına yol açmıştır. Tüm toplumun sağlıklı olmasını amaçlayan bu yeni yönelişin doğal sonucu olarak sağlıkla ilgili yöneticiler, toplum içerisinde örgütlenme gereksinimini duydular. Sağlık hizmetlerinin yalnızca hasta olanların tedavisi anlamına gelmediği, korumanın tedaviden önde gelen bir hizmet olduğu, ancak sağlık hizmetlerinin tüm bölümlerinin bir bütün anlayışı uyarınca, hem tedavi edici hizmetleri hem de koruyucu hizmetleri birarada götürmek zorunluluğu vardır.

1960 sonrası dönemde yöneticiler, bu hizmetlerin hükümet tabibliği modeli ile sağlanamayacağını gördüklerinden yeni bir örgütlenme zorunluluğunu duymuşlardır. Milli Birlik Komitesi Hükümeti döneminde (1960-1961) ise önemli bir gelişme olarak, yukarıda belirttiğimiz, "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*" çıkarılmıştır.

2.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961 yılında yasası kabul edilen ve 1963 yılında Muş ilinde başlatılan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması 1 ocak 1984 tarihi itibari ile bütün Türkiye' de

uygulamaya başlanmıştır. Sosyalleştirme yasasının genel özellikleri şöyle sıralanabilir:

1- Sağlık hizmeti herkese eşit olarak götürülecektir.

2- Herkes belli kurallara uymak koşuluyla sağlık hizmetlerinden para ödemedi yararlanacaktır. Sağlık Bakanlığı, kimi hizmetler için kişinin doğrudan ödeme yapmasını isteyebilir.

3- Muayene ve tedavi ücretini ödemek koşulu ile kişi istediği hekimi seçmekte özgürdür.

4- Hekimler özel hekimlik yapmak ya da kamu sektöründe görev seçmekte özgürdür.

5- Yabancı uyruklular sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanırlar.

6- İlk basamak sağlık hizmetini herkese eşit sunmak için sağlık ocakları kurulmuştur.

7- Özel sağlık hizmeti gerektiren yerler (işyerleri, maden ocakları vb. gibi) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur.

8- Sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bir arada yürütülecektir.

9- Hasta tedavi hizmetinde sağlık ocaklarıyla hastaneler işbirliği yapacaklardır..

10- Sağlık hizmeti bir ekip hizmeti olarak ele alınmıştır.

11- Hekim de içinde olmak koşuluyla tüm personelin hizmet içi sürekli eğitimi planlanmıştır.

12- Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için, kişilerin sağlık fişleri tutulacaktır.

13- Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve tedavi hizmetine disiplin getirilecektir.

14- Halk, hizmetin planlama, uygulama ve değerlendirilmesine katılacaktır.

15- Sağlık örgütü il içinde bağımsız bir bütün olacak ve il sağlık müdürü bu örgütün yöneticisi olacaktır.

16- Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında, sağlık hizmetleri tek elde toplanacaktır.

17- Belediyesi olan yerleşme yerlerinde çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi belediyelerin görevi olacak, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar bu hizmetlerin denetiminden sorumlu olacaklardır.

18- Sağlık Bakanlığı'na görüş bildirmek, önerilerde bulunmak ve değişik kurumlar arasında işbirliğini sağlamak amacıyla Genel Kurul oluşturulacaktır.

19- Hekimlere ödenecek ücret sözleşmeyle saptanacaktır. Sözleşme ücreti saptanmasında, serbest çalışan hekimlerin kazanç düzeyleri ve çalışma koşulları gözönüne alınacaktır.

20- Kamu sektöründe çalışan sağlık personeline yansız ve adaletli bir atama, yer değiştirme ve yükseltme yöntemi uygulanacaktır.

21- Bu yasanın tıp fakültelerinde uygulanması, fakülteler yönetimlerinin kararına bırakılmıştır.

22- Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden ya da halktan toplanacak primlerle karşılanacaktır. Kişiden, kendisine yapılan hizmetlerin bir bölümüne katılması istenebilir.

23- Bir bölgede hizmetin iyi yürütülebilmesi için gerekli olan kuruluşlar, malzeme ve personel sağlanmadan o bölgede bu yasa uygulanamaz. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin örgütlenme özellikleri aşağıda belirtilmiştir:

1-Nüfusa göre örgütlenme:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en temel niteliği, hizmetlerin nüfusa göre planlanması ve örgütlenmesidir. Yasaya göre, her 5.000-10.000

nüfusa bir sağlık ocağı kurulacaktır. Ancak, kentlerde daha fazla nüfusa hizmet eden sağlık ocakları kurulabilir. Bu durumda, ocakta görevlendirilecek personel sayısı da bu oranda fazla olacaktır.

Sağlık ocakları; Köy tipi, D₁ tipi ve A₁ tipi olmak üzere üç tiptir. Köy tipi sağlık ocakları kırsal yörelerde kurulmuştur. En küçük tipteki sağlık ocakları olup, 5.000-10.000 nüfusa hizmet verir. D₁ tipi sağlık ocakları ise, genellikle ilçe merkezlerinde kurulur ve 10 000- 30 000 nüfusa hizmet eder. En büyük sağlık ocakları A₁ tipi olup 30.000- 50.000 nüfusa hizmet ederler (8,12).

Sağlık ocaklarının büyüklükleri ve buralarda yapılan hizmetler arasında bir ayırım yoktur. Ancak, olanakları daha geniş olan, belediyesi bulunan yerlerdeki sağlık ocaklarında, başta çevre sağlığı hizmetleri olmak üzere bazı görevler diğer kuruluşlar tarafından verilmektedir.

Sağlık ocaklarına bağlı olarak hizmet veren sağlık evleri de nüfus dikkate alınarak planlanmıştır. Her 2.000-2.500 nüfus için bir sağlık evi kurulur. Ancak, kentsel yerlerde, mahallelerde yerleşim daha yoğun olduğundan, hizmetin verilmesi de kırsal yerlerdeki kadar zaman alıcı olmayacağından, buralarda, bir ebeye düşen nüfus daha fazla olabilir

2.Yaygınlık:

Sağlık ocakları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kuruluşlardır. Türkiye' de sayıları 1995 yılı itibariyle 4.802 (13) olan sağlık ocaklarının yaklaşık olarak yarısı köylerde dir. Ayrıca, 11.872 köyde de sağlık evi vardır. Böylece, her üç köyden birisinde (mezralar hariç) ya bir sağlık ocağı ya da sağlık evinin olduğu anlaşılmaktadır. Ülkemizdeki sağlık örgütlenmesi içinde, en uçtaki sağlık kuruluşları sağlık evleridir. Sağlık evleri sağlık ocaklarına bağlı olarak çalışırlar.

3.Nüfus tespiti:

Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan her aile ve ailelerdeki bütün bireyler ocak personeli tarafından tespit edilerek kayıtlara geçirilirler. Bir yerde

kurulacak bir sağlık ocağında, ilk yapılacak iş, bölge nüfusunu tespit etmektir. Çünkü, sağlık ocaklarındaki bütün işlerin planlanmasında nüfusun bilinmesi gereklidir.

4-Entegre hizmet:

Sağlık ocaklarında hizmetler entegrasyon anlayışı içinde verilmektedir. Yani, hem koruyucu, hem de evde ve ayaktan tedavi hizmetleri bir arada sunulmaktadır.Sağlık ocaklarında, daha önce ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan ana ve ocuk sağlığı, sıtma, verem ve trahom, frengi savaş hizmetleri dahil, her türlü sağlık programı yürütülmektedir.Bunların yanı sıra, adli hekimlik, evre sağlığı, iş sağlığı, halk eğitimi, okul sağlığı gibi hizmetler de sağlık ocaklarının görevleri arasındadır.

5-Ekip hizmeti:

Sağlık ocaklarında hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli çekirdek kadroyu oluşturur. Büyüklerine ve buldukları yörenin özelliklerine göre bazı sağlık ocaklarında diş hekim, eczacı, evre sağlığı teknisyeni, diyetisyen, sağlık savaş memuru, laboratuvar teknisyeni gibi diğer sağlık personeli de bulunabilir.

6-Sevk zinciri:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en önemli özelliklerinden birisi, hasta sevk zincirinin kurulmuş olmasıdır. Hastalar önce sağlık ocaklarında görülürler, gerektiğinde hastanelere sevk edilirler. Mevzuata göre, sağlık ocaklarında hasta muayenesi ve hayat kurtarıcı ilaçlar ücretsizdir.

7-Katılımlı hizmet:

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin bir yönü de, halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlayıcı önlemleri almış olmasıdır. 1969 yılında çıkartılan "*Sağlık Ocakları Sağlık Kurulları Yönetmeliği*" gereğince, her sağlık ocağı bölgesinde birer "*Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu*" oluşturulur. Bu kurulun başkanı ocak hekimidir. yeleri ise, köy muhtarları, imamları,

başöğretmenleri ve her köyden seçilmiş birer üyedir. Bu kurul, üç ayda bir toplanarak yöredeki sağlık sorunlarını belirler ve bu sorunların çözümü için neler yapılması gerektiğini kararlaştırır.

8-Sürekli hizmet:

Sağlık hizmetleri, herkese, her yerde ve her zaman verilmesi gereken hizmetlerdir. Bütün hastanelerimizde olduğu gibi, sağlık ocaklarında da günün her saatinde hizmet verilmesi bir ilkedir.

9-İl içinde bütünlük:

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre "*Sağlık hizmetleri il içinde bütündür.*"

Önceki hizmet modelinde, ilçe hükümet tabipleri, kaymakamın sağlık danışmanı olarak nitelendirilirdi. Bu kişiler, adları öyle olmamakla birlikte, "*ilçe sağlık müdürü*" gibi algılanırlardı. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde, ilçeler dikkate alınmamakla birlikte, Sağlık Grup Başkanlıkları kurulmuştur. Bu başkanlıklar, yaklaşık 100 000 nüfusun yaşadığı (8-10 sağlık ocağı bölgesi) bölgedeki sağlık işlerinden sorumludurlar. Ve il sağlık müdürüne bağlı olarak çalışmaktadırlar.

2.2.3. Sağlık Ocaklarında Verilen Hizmetler:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde temel birim sağlık ocaklarıdır. sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetlerin yürütülmesine dair yönergeye(154 sayılı yönerge) göre sağlık ocaklarında verilecek hizmetler şunlardır:

- * Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri
- * Sıtma eradikasyon hizmetleri
- * Verem savaş hizmetleri
- * Frengi ve lepra savaşı hizmetleri
- * Trahom savaşı hizmetleri
- * Öteki bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetleri
- * Nüfus planlaması hizmetleri

- * Çevre sağlığının düzeltilmesi hizmetleri
- * Sağlık eğitimi hizmetleri
- * Sistematik aşı uygulamaları hizmetleri
- * Hasta bakım hizmetleri
- * İlk yardım ve acil tedavi hizmetleri
- * İstatistik işleri
- * Okul sağlığı hizmetleri
- * Laboratuvar hizmetleri
- * Preparat serum ve öteki materyalin gönderilmesi işleri
- * Parasız ilaçların dağıtım işleri
- * Ücretle satılacak ilaç işleri
- * Hizmet içi eğitim işleri
- * Sağlık ocaklarına bağlı sağlık evlerinin saptanması işleri
- * Yazı işleri
- * Araç ve gerecin kullanılması, saklanması işleri
- * Ayniyat işleri
- * Sosyal yardım işleri
- * Toplum kalkınması çalışmalarına yardım işleri
- * Gezi işleri
- * Yapılması gereken öteki işler.

2.2.4.Sağlık hizmeti veren kuruluşlar:

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansman ve halka ulaştırılması ayrı ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Resmi, yarı resmi ve özel kuruluşlar sağlık hizmetleri alanında uğraş vermektedirler. Sağlık Bakanlığı, bu alanda koruyucu , tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri ile bu alanın en büyük kurumu durumundadır(4,8,13,21).

Sağlık Hizmeti Yürüten Kuruluşlar :

Sağlık Bakanlığı
 Milli Savunma Bakanlığı
 Sosyal Sigortalar Kurumu
 Diğer Bakanlıklar

Kamu İktisadi Devlet Kuruluşları
Üniversiteler
Yerel Yönetimler
Gönüllü Kuruluşlar
Yabancı Kuruluşlar
Azınlık Kuruluşları
Özel İşletmeler

Bilindiği gibi, birinci basamak hizmetleri sağlık ocaklarınca, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri ise hastaneler ve özel dal hastanelerince verilmektedir.(4).

Hastane Hizmetleri (14):

Hastane hizmetleri şu şekilde sınıflandırılabilir:

- 1-Hasta bakım hizmetleri
 - a-Poliklinik hizmetleri
 - b-Yataklı tedavi hizmetleri
 - Doğrudan hasta bakımı
 - Dolaylı hasta bakımı
 - Tıbbi olmayan dolaylı hasta bakımı
 - Genel temizlik ve bakım hizmetleri
 - Yönetim hizmetleri
- 2-Toplum sağlığı hizmetleri
 - Ambulans hizmetleri
 - Sosyal hizmetleri
- 3-Bilgi-araştırma hizmetleri
 - Seminer
 - Hizmet içi eğitimi
- 4- Eğitim hizmetleri
- 5-Tıbbi ve teknolojik araştırma

Hastanelerin Sınıflandırılması(14):

1-Sundukları Hizmet Türlerine Göre

- Genel hastaneler
- Özel dal hastaneleri
- Eğitim-araştırma hastaneleri

2- Mülkiyetlerine Göre

- Devlete doğrudan bağlı olanlar
- Devlete dolaylı bağlı olanlar (SSK, TCDD, Belediye, Üniversite)
- Özel hastaneler

3- Hastanede Kalış Sürelerine Göre

- Kısa kalış süreli hastaneler: Ortalama yatış süresi 30 günden az olanlar,
- Uzun kalış süreli hastaneler: Ortalama yatış süresi 30 gün ve fazla (Sanatoryum, rehabilitasyon hastaneleri) olanlar.

1996 yılı verilerine göre Türkiye'deki hastane ve yatak sayıları Tablo i'de sunulmuştur:

Tablo i.: Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak sayılarının Dağılımı (13,19)

Kuruluşlar	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	679	77 884
Milli Savunma Bakanlığı	42	15 900
SSK Genel Müdürlüğü	118	26 000
K.İ.T	11	2 099
Diğer Bakanlıklar	2	680
Tıp Fakülteleri	34	21 928
Belediyeler	5	1 160
Yabancılar	5	609
Azınlıklar	5	934
Dernekler	15	1 341
Özel	154	6 928
Toplam	1 070	155 463

2.3. Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care): Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) denildiğinde akla, “*Alma-Ata Bildirgesi*” gelir. Bildirgede verilen tanıma göre:

TSH, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1970’li yıllarda belirlediği önemli göstergelerden bazıları şunlardır (1) :

* Yaklaşık 1 milyar kişi yoksulluk, kötü beslenme ve hastalıklar nedeniyle çalışamaz, kendi kendine yetmez derecede güçsüz ve gelecekleri için ümitsizdirler.

* Doğuşta beklenen yaşam süresi bazı ülkelerde 72 yıl iken, diğer bazılarında 55 yıl dolaylarındadır. Bu süre, bazı Afrika ve Güney Asya ülkelerinde 50 yılın altına inmektedir.

* Gelişmekte olan bazı ülkelerde, doğan her 100 bebekten ikisi birinci yaş gününü, biri beşinci yaş gününü görmeden ölmektedir. Bunlardan sadece 5 tanesi 40’inci yaş günlerini görebilmektedir.

* Gelişmekte olan ülkelerde insanlar, kolaylıkla korunabilecek nedenlerden ölmektedirler. Gelişmiş ülkelerin sorunları olarak bilinen kalp-damar hastalıkları, kanser ve kazalara bağlı ölümler gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır.

* Gelişmekte olan ülkelerde, her yıl doğan 80 milyon bebekten 72 milyonu, hiçbir hastalığa karşı aşılanmamaktadırlar.

* Dünya’da 1.2 milyar kişi, sıtma kuşağında yaşamaktadır. Yalnızca Afrika’da, her yıl 1 milyon çocuk sıtma nedeniyle ölmektedir.

* Gelişmiş ülkelerde kişi başına günde 3.400 kalorilik aşırı miktarda gıda tüketilirken gelişmekte olan ülkelerde 2.000-2.400 kalori tüketilmektedir.

* Çevre koşulları bozuktur. Endüstrileşme ve hızlı kentleşme bu durumu özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha da bozmaktadır.

* Kişilerin eğitim durumları ile sağlık düzeyleri arasında yakın ilişki olmasına karşın, dünyada 900 milyon kişi okuma yazma bilmemektedir.

* Dünya nüfusunun üçte ikisi sürekli sağlık hizmetinden yoksundur. Gelişmekte olan ülkelerde 100 000 kişiye 50’den az sayıda sağlık personeli düşmektedir.

Bu değerlendirmeler ışığında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk iş olarak amaçlarını “*bu durumun hızla iyileştirilmesi*” olarak belirlemiştir. Amaçların yerine getirilmesi için bir dizi kararlar almıştır. Bu kararlardan ilki hedeflerin saptanması olmuştur. Bu amaç DSÖ’ nün kuruluş yasasında örgütün hedefi olarak vurgulanan “*bütün insanların mümkün olan en üst düzeyde sağlığa ulaştırmak*” hedefi ile uyumludur. DSÖ’ nün Mayıs 1977 tarihinde toplanan 30’uncu Genel Kurulu’nda kararlaştırılan hedef “2000 yılına kadar herkese sağlık”tır. Hedef “*Dünyadaki herkes 2000 yılına kadar, içinde buldukları toplumun sosyal yaşantısına etkin biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır*” ifadesinde netleşmektedir. Bundan sonraki aşama hedefe varmak için prensiplerin ve/veya politikaların saptanmasıdır. Kazakistan’ın başkenti Alma-Ata (Almatı)’da 1978’de toplanan “*Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı*”nda dünyada sağlık hizmetlerini geliştirme ve sağlık düzeyini iyileştirme ile ilgili politikalar saptanmıştır. Hemen tüm ülkelerin (134 ülke bakan düzeyinde) ve 67 uluslararası kuruluşun katılımı ile sadece öneriler listesi değil, temel sağlık

hizmetleri kavramı ve uygulamaları konusunda uluslararası sağlık sözleşmesi niteliğinde bildirge yayınlanmıştır (1).

Alma-Ata Bildirge'nin 5.maddesi sağlık hizmetlerinde vazgeçilemeyecek bazı hizmet alanlarını belirler "*Minimal bakım*" olarak adlandırılan hizmetler şunlardır:

- * *Halkın sağlık eğitimi*
- * *Beslenme durumunun geliştirilmesi*
- * *Temiz su sağlanması ve sanitasyon*
- * *Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması*
- * *Önemli bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklara*
- * *Endemik hastalıkların kontrolü*
- * *Sık görülen hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi*
- * *Temel ilaçların sağlanması*

Bildirgede, yukarıda sıralanan hizmet alanlarının temel sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturduğu söylenmektedir. Elbette, temel sağlık hizmetleri denildiğinde yalnızca bu hizmetler anlaşılmaz. Eğer ülkenin koşulları bunun ötesinde diğer başka hizmetleri de sunmaya elverişli ise, bu hizmetler de TSH kapsamındadır. Bunlar her ülke için öncelikli hizmetler olup, mutlaka yapılması gerektiğine işaret edilmektedir.

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler:

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğu yukarıda birçok kez vurgulandı. Bu sağlık yöneticileri ve hekimler için böyledir. Ancak sağlık hizmetlerinin alıcısı olan toplumu oluşturan kişiler sağlıkları bozulduğunda sağlık hizmetlerine gereksinim duyarlar. Sağlık hizmetleri ne denli ülke gerçeklerine ve halkın gereksinimlerine uygun bir biçimde örgütlense ve sunulsa, gene de bir kısım insanların bu hizmetlerden yararlanmadıklarını gözlüyoruz. Bunun, sosyal, kültürel, ekonomik birçok nedeninin olduğu bilinmektedir.

Sağlık hizmetlerinden halkın yararlanabilmesi için , belli başlı şu özelliklere sahip olması gereklidir:

1-Kapsayıcılık-tümelci olma-(comprehensiveness): Sağlık hizmetleri hedef kitlenin tümünü kapsamına alabilmeli, hizmeti herkese götürebilmelidir.

2-Elde edilebilirlik-Ulaşılabilirlik (availability): Sağlık hizmetlerinin var olması, kişilerin o hizmetleri kullanacakları anlamına gelmez. Hizmet modelini ve verilişini benimsemeyen kişiler (ve toplumlar) o hizmetleri kullanmazlar. Var olan hizmetten halkın yararlanmasını olumsuz olarak etkileyen üç etken vardır. Bunlar kişinin ekonomik gücü, halkın hizmeti kullanma alışkanlığı ve hizmetin sunulduğu yerin kişinin yaşadığı yere uzaklığıdır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için para ödeme zorunluluğu varsa bu, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kısıtlar. Örneğin, tedavi hizmetleri için para ödeyemeyecek kişilerin yaşadığı bir yerde, sağlık hizmetini satılan bir hizmet olarak sunan bir örgüt kurmakla halkın bu hizmetten yararlanması sağlanamaz. Örneğin; ülkemizde büyük şehirlerde 500-600 kişiye bir hekim düşmesine karşın hasta olduğu zaman tedavi olanağı bulamayan yüz binlerce kişi vardır. Koruyucu sağlık hizmeti için ancak sağlık kültürü çok yüksek kişiler para ödeyebilir. Bu nedenle bu hizmetler gelişmiş ülkelerde bile kişiden para almadan sunulur.

Her ülkede -gelişmiş ülkeler dahil- hastaların hekime başvurma sıklığında mesafenin önemi saptanmıştır(4). Ulaşım ne kadar güç, kültür düzeyi ne kadar düşük ise mesafenin etkisi o kadar artmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda hekimin bulunduğu yer ile kişinin yaşadığı köy arasında uzaklık 15 Km. den fazla ise hekime başvuran hasta sayısının, hekimin bulunduğu yere kıyasla, %90 azaldığı saptanmıştır. Hindistan'da yapılan bir araştırmada kırsal bölgede hekime 8 km. den uzak yerde yaşayanlar, hekimin bulunduğu yerde yaşayanlara kıyasla 100 kez az başvurmaktadır. Bu nedenle örgütlenmede halkın erişebileceği yerde tesis kurma zorunluluğu vardır. Koruyucu hekimlik hizmetlerinde mesafeyi en aza indirmek daha da zorunludur(4,20).

3-Nitelik(*quality*): Hem sağlık yöneticileri hem de hekimler, sağlık hizmetlerinin niteliğinin iyi olmasına zen göstermelidirler. Hekimler yönünden niteliğin iyi olması, en son bilgileri edinmiş olmasına bağlıdır. Dolayısıyla eğitim, deneyim ve hekimlik bilimindeki son gelişmeleri izleyip uygulaması gereklidir. Yönetici açısından niteliğin iyi olması ise; liderlik özelliği ile meslek, yönetim, davranış bilimlerinde bilgili olmayı içerir(23).

4-Uyumlanabilirlik- intibak kolaylığı (*adaptability*): Sağlık yöneticileri kendilerinin toplumsal, ekonomik ve sosyal değişmelere uydurabilecek bir canlılık içinde olmalıdırlar. Böylece halkın, yöneticilerin ve baskı gruplarının isteklerine uygun ve aynı zamanda bilimsel verilerle uygulamalar yönünden de doyurucu bir sağlık hizmeti verme olanağı ortaya çıkar.

5-Etkili sonucu elde etme ve görevini yapma yeteneği (*ability to influence and interpret*): Sağlık yönetimi sistemi, kanun yapan, uygulayan yetkilerle halk arasındaki etkili bir hareketliliktedir. Dolayısıyla hkmetin politikasının etkili sonucu alma, görevleri yerine getirme eylemlerine yönelme ve bunları halkın istekleri ile dengeleştirme, halkın sağlık hizmetinden yararlanmasını olumlu yönde etkiler. Bu sonucu elde edebilmek için halkın sağlık yöneticilerince eğitilmesi gereklidir. Halk, yalnız kendi isteklerini belirtmekle kalmamalı, aynı zamanda kendilerine verilen sağlık hizmetlerinin neler olduğunu ortaya konması içinde etkin olarak katılmalıdır(9).

“Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlamaları ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir(1)” düşüncesinden hareketle, temel sağlık hizmetleri içinde toplum katılımı; kavramı tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre toplum katılımı, bireyler ve ailelerin, kendileri ve toplumun sağlık ve refahı için sorumluluk üstlenmeleri ve katkıda bulunmalarıdır. Buna paralel olarak toplum, sağlık durumunun saptanması, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi süreçlerine de katılmalıdır. Böylece kişiler ve toplum, gelişmeleri için yapılan yardımların pasif bir yararlanıcısı

olmaktansa, kendi gelişmeleri üzerinde aktif olarak söz sahibi olabilirler. Kişiler ve toplum, kendilerine uygun olmayan alışılmış çözümleri kabul etmeye zorunlu değildirler, kendilerine daha uygun çözüm yolları yaratabilirler.

Bu kavrama göre toplumlar, kendi yaşamlarını etkileyecek kararları alma ve uygulama gücüne sahip olmalıdırlar. Bu güç, onların adına karar veren dış kuruluşlardan gelmemelidir. Devlet ise bireylerin ailelerin ve toplumun kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenebilmeleri için doğru bilgilendirme, okur-yazarlığın arttırılması ve gerekli kurumsal değişikliklerin yapılmasını destekleyerek tam bir toplum katılımı sağlamalıdır.

Sağlık alışanları ve halkın toplum katılımının önemini kabul etmelerine rağmen, bunun nasıl uygulanacağı konusunda farklı düşünceler vardır. Kural olarak, sağlık çalışanları özellikle hekimler, kişilerin ancak hekimin önerilerini izleyerek katılabileceği bir model isterler. Kendi sorumluluklarını ise, sağlık eğitimi vermek olarak görürler. Politika saptayıcılar ise, toplum katılımı konusunda yapılması gereken resmi ve resmi olmayan düzenlemelerin nasıl bir denge içinde olacağı konusunda kararsızdırlar. Ayrıca çok sayıda insanı hareketlendirebilecek ve onları sağlık hizmetlerine katabilecek yolların neler olabileceği de tartışmalıdır. Eğer büyük kitleleri etkileme, yönlendirme ve hizmetlerin sunumunu etkileme olanağı yaratılamayacaksa, katılımın bir yararı olmayacaktır.

Bu tartışmalar sonucunda katılımın 3 düzeyi olduğu ortaya çıkmaktadır:

1. Sunulan sağlık hizmetlerinin kullanımı: Bu gerçek bir katılım değil, daha çok katılımın ön koşuludur. Kullanım olmadan katılım olamaz.

2. Yapılan planlamalara dışarıdan katkı: Bu katkılar faaliyetlerin yürümesine yardım etmek için işgücü, para, araç ve malzeme katkısı olabilir.

3. Planlama ve yönetim faaliyetlerine katılım: Bu, gerçek toplum katılımıdır. Gerçek toplum katılımının önkoşulu, yöneticiler ve sağlıkçıların karar verme yetkilerini katılımcılara yeterince devretmesidir. Fakat buradaki

sorun yeterince yetki devretmenin içinde bulunulan ortam ve geleneklere göre dengesinin kurulmasıdır. Toplum temel sağlık hizmetlerine her aşamada katılmalıdır. Fakat buradaki sorun yeterince yetki devretmenin içinde bulunulan ortam ve geleneklere göre dengesinin kurulmasıdır. Toplum temel sağlık hizmetlerine her aşamada katılmalıdır. Fakat ilk olarak içinde bulunulan durumun değerlendirilmesi, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi aşamasında katılabilir. Daha sonra, temel sağlık hizmetleri faaliyetlerinin planlamasına yardımcı olup, bu faaliyetlerin yürütülmesinde tam bir işbirliği sağlanmalıdır. Ek olarak yukarıda sayılan işgücü ve diğer kaynaklarla temel sağlık hizmetlerine katkıda bulunabilir.

Toplum katılımının bir çok tipi tanımlanmıştır. Bunlar, tüm inisiyatifin toplumun elinde olduğu durumdan, dışarıdan bir kurum veya kuruluşun esas rol oynadığı, topluma sadece danışıldığı duruma kadar değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde toplum katılımının, genellikle toplumun dışında yer alan bir kurum veya kuruluş tarafından planlama ve başlatılma eğilimi vardır. Bu durumda toplum katılımı, topluma danışma şeklinde başlamaktadır.

Topluma danışma aşamasında toplumun hissettiği gereksinimleri ve beklentileri belirlenmelidir. Bu belirlenen gereksinimler ve beklentiler, toplumun sağlık açısından gerçek gereksinimi ile uyarlandırılmalıdır. Toplumla yapılan görüşmelerde sadece onların hissettikleri gereksinimleri ve beklentilerini belirlenmesi yanında, bu gereksinimlerin giderilmesinde onların da kabul edebilecekleri ve destekleyebilecekleri yöntemin seçimine çalışılmalıdır.

Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlama yöntemleri; sağlık eğitimi, toplumu tanıma, liderliği belirleme ve geliştirme, sağlık kurullarının kullanılması, sektörler arası işbirliği ve kitle iletişim araçlarının kullanımı olarak sıralanabilir (15). Toplum katılımı sonucu elde edilecek yararlar aşağıda sıralanmıştır (41):

1. Toplum katılımı toplumun ihtiyaçlarının daha uygun şekilde karşılanmasını sağlar.

2. Toplum katılımı toplumdaki kaynakların harekete geçirilmesini sağlar.
3. Toplum katılımı hem bir hak hem de ödevdir.
4. Toplum katılımı hizmetlerin maliyetini düşürebilir.
5. Toplum katılımı insanların daha çok bilinçlenmesini sağlayabilir.



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi:

Malatya ilinin Yeşilyurt ilçesi 571 km² yüzölçümüne sahip ve Malatya'ya 9 km uzaklıktadır. Kuzey ve doğuda Merkez ilçe, güneyde Adıyaman ili, güneybatıda Doğanşehir ilçesi, batıda Doğanşehir ve Akçadağ ilçeleri, kuzeybatıda da yine Akçadağ ilçesiyle çevrilidir. İlçe 3 km'lik bir vadi üzerine kurulmuş olup, karasal iklim hakimdir. 1995 yılı Merkez Sağlık Ocağı ETF (Evhalkı Tesbit Fişi-Form 001) kayıtlarına göre ilçenin nüfusu 7536' dır.

Büyük bölümü kırsal kesimde yaşayan ilçe halkı geçimini tarımdan sağlar. Önemli bir meyvecilik alanı olan ilçenin başlıca bitkisel ürünleri buğday, kayısı, üzüm ve arpadır. Dağlık kesimlerdeki yaylalarda hayvancılık ve arıcılık yapılır. Yaygın uğraşlardan biride dokumacılıktır. Başlıca sanayi kuruluşları iplik, dokuma ve hazır giyim üretimi yapan fabrikalardır. İlçede kamu sektörüne ait herhangi bir fabrika bulunmamakla birlikte özel sektör faaliyetleri küçük ve orta ölçekli işyerleri düzeyinde yaygındır.

İlçe merkezi ile Gündüzbey ve Bostanbaşı kasabalarında birer, Yakınca kasabasında iki sağlık ocağı olmak üzere 5 adet sağlık ocağı vardır. 1965'te hizmet vermeye başlayan Yeşilyurt Merkez İlçe Sağlık Ocağına bağlı Kadiruşağı ve Seyituşağı köylerinde iki adet sağlık evi vardır. Kadiruşağı

köyü 10 km, Seyituşağı köyü 15 km ve İkizce köyü ise ilçe merkezine 11 km uzaklıktadır. Yeşilyurt Merkez sağlık ocağı ve bağlı sağlık evlerinde; 3 doktor, 4 hemşire, 10 ebe-hemşire 1 sağlık memuru, 1 çevre sağlığı teknisyeni, 2 tıbbi sekreter, 1 hizmetli, 1 şoför, 1 ebe, 1 trahom savaş memuru olmak üzere 24 personel çalışmaktadır(16,17).

Yeşilyurt Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 1884 kişiye 1 hekim, 685 kişiye 1 ebe, 1884 kişiye 1 hemşire düşmektedir.

Yeşilyurt ilçesinin 1995 yılına ait bazı önemli demografik göstergeleri ise şöyledir(16):

Kaba Doğum Hızı(KDH)	%o 17.7
Kaba Ölüm Hızı (KÖH)	%o 4.3
Bebek Ölüm Hızı (BÖH)	%o 29.6
Genel Doğurganlık Hızı (GDH)	%o 135

3.2. Yöntem:

Araştırma kesitsel (Cross-sectional) tipte bir araştırma olup, araştırma evreni Yeşilyurt Merkez İlçesi ve bu ilçeye bağlı sağlık evi bulunan köylerdeki tüm hanelerdir. Yeşilyurt ilçesi Merkez Sağlık Ocağı bölgesi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın Eğitim, Araştırma ve Uygulama bölgesidir. Bu hanelerin 1438'i ilçe merkezinde, 120'si Kadıruşağı, 44'ü İkizce, 62'si de Seyituşağı köyündedir. Hanelerin toplam sayısı 1664'tür. Sağlık ocağında bulundurulan ilçe merkezi ve köylere ait ETF dosyalarından rasgele % 50 sistematik örnekleme ile 832 hane örneğe atanmıştır.

Araştırma, Ekim 1995'te planlanmış olup yapılan literatür taraması doğrultusunda bir anket formu oluşturulmuş (Ek-1) ve bu anket uygulamasının ön denemesi Kasım-1995'te evrene bir km. uzaklıktaki Gündüzbey kasabasında yapılmıştır. Toplam 30 eve gidilerek yüz yüze görüşme ile anket formundaki sorular araştırmacının kendisi tarafından hane reisi, hane reisinin

olmadığı durumda evdeki eşine ya da yetişkin birine yöneltilerek yürütülmüştür. Buradan elde edilen sonuçlar doğrultusunda anket formuna gerekli eklemeler ve çıkarmalar yapılarak son şekil verilmiştir. Bu araştırma için gerekli izin Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından İnönü Üniversitesi Rektörlüğü ile Yeşilyurt Kaymakamlığı arasındaki yazışmalar sonucu sağlanmıştır(Ek2).

Veriler Aralık 1995-Mayıs 1996 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin bilgisayara yüklenmesi ve analizi Mayıs 1996-Temmuz 1996 tarihleri arasında yapılmıştır Veriler bilgisayarda SPSS For Windows istatistiksel paket programı ile analiz edilmiş olup, Ki-Kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırmanın evrenini ve örneklemini oluşturan hane sayıları ve yüzdeleri Tablo ii’de sunulmuştur:

Tablo ii :Evren ve Örnekleme Alınan Hane Sayılarının Dağılımı

Evren	Hane		Örneğe alınan Hane	
	Sayı	%	Sayı	%
Yeşilyurt İlçe Merkezi	1438	86.4	732	88.0
Köyler(Seyituşağı,İkizce,Kadirusağı)	226	13.6	100	12.0
Toplam	1664	100.0	832	100.0

Örneğe giren 832 haneden 831’ine (%99.9) ulaşılmıştır. Örnek grubundaki aile reisine ya da aile reisinin bulunmadığı durumlarda evin hanımına, evin hanımı da evde yoksa, evdeki yetişkin olan bireye hazırlanan anket formundaki sorular, araştırmacının kendisi tarafından, yüz yüze görüşme ile yöneltilerek görüşme tamamlanmıştır.

Araştırmamızda evrenden örneklem yoluyla derlenen anket sonuçlarına göre aritmetik ortalama kullanılarak bir değer elde edilmiştir. Bulunan değer orta gelir kümesi olarak kabul edilmiştir. DİE(Devlet İstatistik Enstitüsü)’nin 1987’deki “*Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anket Sonuçları*” ‘ndan da yararlanılarak bir ortalama değer bulunmuştur. Bu ortalama değer

yükseltme katsayısı ile çarpılmak suretiyle 1995 yılına uyarlanmıştır, yani güncelleştirilmiştir. Evrenimizden seçilen örneklemden elde ettiğimiz hanehalkı kişi başına yıllık ortalama geliri ile DİE'nin 1995'e uyarlanan hane halkı kişi başına yıllık ortalama gelirinin birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır. Bu nedenle evren örnekleminde elde edilen sonuçlar gelir hesap edilmesinde esas alınmıştır. DİE sonuçlarına göre, alt gelir grubuna sahip olanların oranı %57.92, orta gelir grubuna sahip olanların oranı %15.87 ve üst grubuna sahip olanların oranı ise %26.21'dir(18). Örnekleminizdeki aileleri gelir gruplarına göre sınıflamada aritmetik ortalama ve standart hatadan yararlanılmıştır. Bu hesaplamalara göre, aritmetik ortalama 14.378.158 TL, standart hata ise 433.213 TL olarak bulunmuştur. Standart hatanın 1,96 ile çarpılması ile güven sınırları hesap edilmiştir[$1,96 \times 433.213 = 849.097$ TL $t=1.96$ ($\alpha=0.05$ yanılma düzeyinde ve 579 serbestlik derecesinde tablo t değeri)]. Bulunan bu sayı ortalamaya bir kez eklenip bir kez de çıkarılmak suretiyle güven sınırları bulunmuştur. Bu aralıkta bulunan değere sahip olan aileler orta gelir grubu olarak kabul edilmiştir(15.227.255-13.529.061TL). Bu değerlerin üst sınırının bir üstünde gelire sahip olan aileler üst gelir grubuna, bu değerlerin alt sınırından bir altında gelire sahip olanlar ise alt gelir grubuna dahil edilmişlerdir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular:

Araştırma kapsamına giren hanehalkının demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

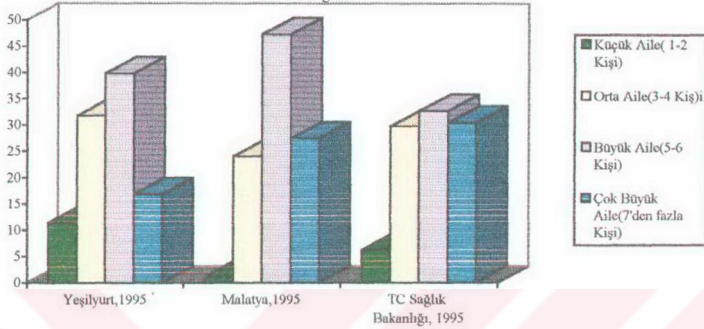
Tablo 1: Örneklem Grubundaki Hanelerin Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Özellikler	n=831	Sayı	%
Aile Tipi			
Çekirdek Aile		563	67.7
Geniş Aile		226	27.2
Diğer*		42	5.1
Yerleşim Yeri			
Yarı kentsel		731	88.0
Kırsal		100	12.0
Gelir Durumu			
Alt		497	59.8
Orta		99	11.9
Üst		235	28.3
Sosyal Güvenlik Durumu			
SSK		406	48.9
Emekli Sandığı		158	19.0
Bağ-Kur		105	12.6
Yeşil Kart		11	1.3
Diğer		13	1.5
Yok		138	16.7
Hanehalkı Büyüklüğü			
1-2		95	11.4
3-4		264	31.8
5-6		331	39.9
7+		141	16.9
Bölgede Oturma Süresi			
3 Aydan az		10	1.2
3 Ay-1 Yıl		43	5.2
2 Yıl-5 Yıl		100	12.0
6 Yıl ve Daha fazla+		678	81.6

* Öğrenci Grubu, bölünmüş aile vb.

Araştırma kapsamına alınan hanelerin büyüklüğüne göre dağılımı incelendiğinde, 331 ailenin (%39.9) 5-6 kişiden, 264 ailenin (%31.8) 3-4 kişiden, 95 ailenin (%11.4) 1-2 kişiden ve 141 ailenin (%16.9) ise 7 ve daha fazla kişiden oluştuğu görülmektedir (Şekil 2).

Şekil 2: Malatya, Türkiye ve Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Hanehalkı Büyüklüklerinin Yüzdeleri Dağılımı

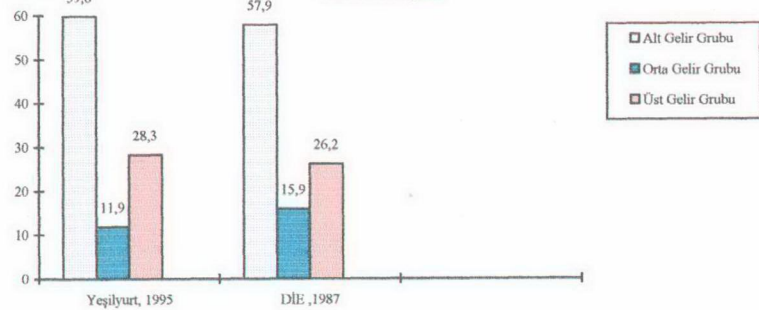


Araştırma kapsamındaki ailelerin, %67.7'si çekirdek aile, %27.2'si geniş aile olup, geriye kalan %5.1'ini ise diğerlerinden (tek başına yaşayanlar, öğrenci ve ilçedeki görevli memurlar vb.) oluşturmaktadır.

Hane halkının büyük çoğunluğu (%81.6), 6 yıldan daha uzun süredir bölgede oturmaktadır. 3 aydan daha kısa süre oturanlar tüm hanelerin %1.2'sini oluşturmaktadır.

Hanelerin gelir durumu incelendiğinde, ailelerin %59.8'inin alt gelir grubunda, %11.9'unun orta gelir grubunda ve %28.3'ünün ise üst gelir grubunda oldukları görülmektedir (Şekil 3).

Şekil 3: Araştırma Kapsamındaki Hanehalkı Geliri ile Türkiye Geneli Hanehalkı Gelirinin Gelir Gruplarına Göre Yüzdeleri Dağılımı



Tablo 2: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik	n=831	Sayı	%
Cinsiyet			
Erkek		297	35.7
Kadın		534	64.3
Öğrenim Durumu			
OYD		131	21.8
OY		53	6.4
İlkokul		407	49.0
Ortaokul		75	9.0
Lise		89	10.7
Yüksekokul		26	3.1
Yaş			
20-29		245	29.5
30-39		236	28.4
40-49		130	15.6
50+		220	26.5
Meslek			
Ev Hanımı		510	61.3
Çiftçi		28	3.4
İşçi		51	6.1
Memur		62	7.5
Serbest		47	5.7
Diğer*		133	16.0

*Emekli işçi, emekli memur, öğrenci vb.

Tablo 2'den görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireyler öğrenim düzeyleri bakımından incelendiğinde en büyük grubu, % 49.0'la ilkokulu bitirenler oluşturmaktadır. Yüksek okulu bitirenler ise % 3.1'le sıklığı en az olan gruptur.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %61.3'ünü ev kadınları, %7.5 'u memur, %6.1'i işçi, %5.7'i serbest meslek, %3.4'ü çiftçi ve %16.0'sı ise ,emekli memur, emekli işçi vb. gibi çalışmayanlardan meydana gelmektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %35.7'sini erkekler, %64.3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 3: Örneklem Grubundaki Ailelerin Sahip Oldukları Bazı Ev Araçlarının Dağılımı

Ev Araçları	Sayı	%
Buzdolabı	797	95.9
Televizyon	745	89.7
Telefon	572	68.8
Radio	569	68.5
Elektrik Süpürgesi	530	63.8
Çamaşır Makinesi	525	63.2
Fırın	477	57.4
Müzik Seti	162	19.5
Video	71	8.5
Bulaşık Makinesi	30	3.7
Diğer*	43	5.2

*Bilgisayar, Traktör vb.

Tablo 3'den izlenebileceği gibi ailelerin, bazı ev araçlarına sahip olma bakımından %95.9 ile buzdolabı başta gelmektedir. Bunu sırasıyla; televizyon %89.7, telefon %68.8, radyo % 68.5, elektrik süpürgesi %63.8, çamaşır makinesi %63.2, fırın %57.4, En az sahip olunan eşyanın ise %3.7 ile bulaşık makinesi olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki bireylerin %79'unun kendilerine ait evi, ayrıca ailelerin %14.1'inin de özel otomobili bulunmaktadır.

Örneğe giren hane reislerinin %33'ü Malatya'ya haftada bir, %24.2'si ayda bir, %23.7'si ayda birden az gitmekte, her gün ya da günün bir kısmını gidenler ise %19.1'i bulmaktadır.

Örneğe giren ailelerin %15.3'ü sağlıkla ilgili gereksinimleri için gelirlerinden para ayırmakta olup, %84.7'si ise ayırmamaktadır. Ayırdıkları para miktarları ise ayda 500.000-20.000.000 Türk Lirası arasında değişmekte olup ortalama 3.500.000 TL. dir.

Araştırma kapsamındaki hane reislerinin %82.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %17.7'sinin ise hiçbir sosyal güvenceye sahip olmadığı saptanmıştır.

Ücretini ödeyerek yardımını istedikleri veya danıştıkları özel doktoru olanlar 831 kişiden 65 kişidir (%7.8). Bireylerin başvurdukları hekimlerin 10'u (%15.4) pratisyen hekim, 55'i (%84.6) ise uzman hekim olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Özel Doktora Başvurularının Dağılımı

Gelir Grubu	Özel Doktora Başvuru					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alt	25	4.8	472	95.2	497	100.0
Orta	12	12.1	87	87.9	99	100.0
Üst	28	12.3	207	87.7	235	100.0
Toplam	65	7.8	766	92.2	831	100.0

χ^2 : 15.19 SD: 2 p<0.05

Tablo 4’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumlarına göre, hastalandıkları zaman para ödeyerek yardımını istedikleri ya da danıştıkları özel bir doktora sahip olma bakımından, gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Farkı yaratan grup, alt gelir grubunda olanlardır.

Tablo 5: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvencelerine Göre Özel Doktora Başvurularının Dağılımı

Sosyal Güvence	Özel Doktora Başvuru					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	29	7.1	377	92.9	406	100.0
Emekli Sandığı	14	8.9	144	91.1	158	100.0
Bağ-Kur	11	10.5	94	89.5	105	100.0
Yeşil Kart	1	9.1	10	90.9	11	100.0
Diğer*	-	0.0	13	100.0	13	100.0
Toplam	55	7.9	638	92.1	693	100.0

* Özel sigorta ,yaşlılık aylığı, mediko-sosyal
 χ^2 : 2.60 SD: 4 p>0.05

Tablo 5’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal güvencelerine göre, hastalandıkları zaman para ödeyerek yardımını istedikleri ya da danıştıkları özel bir doktora sahip olma bakımından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır(p>0.05).

4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Bulgular:

Tablo 6: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sağlık Kurumu											
	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD +OY	11	4.7	160	68.4	12	5.2	49	20.9	2	0.8	234	100.0
İlkokul	30	7.4	265	65.1	43	10.6	67	16.5	2	0.4	407	100.0
Ortaokul ¹	5	6.7	49	65.3	5	6.7	13	17.3	3	4.0	75	100.0
Lise ve üzeri ²	13	11.2	83	72.1	4	3.7	6	5.2	9	7.8	115	100.0
Toplam	59	7.1	557	67.0	64	7.7	135	16.2	16	2.0	831	100.0

* Askeri hastane, kurum doktoru vb. 1,2 Farkı yaratan gruplar.
 χ^2 : 54.77 SD:12 p<0.05

Tablo 6'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre çocukları hastalandığında ilk önce başvurdukları sağlık kurumları arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Farkı yaratan gruplar ortaokul ile lise ve üzeri öğrenimli gruplardır(Şekil 4).

Tablo 7: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Sosyal Güvenlik	Sağlık Kurumu									
	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	19	4.6	248	61.2	14	3.5	125	30.7	406	100.0
Emekli S.	10	6.4	128	81.0	18	11.4	2	1.2	158	100.0
Bağ-Kur	18	17.2	79	75.2	2	1.9	6	5.7	105	100.0
Yeşil Kart	1	4.1	19	79.3	3	12.5	1	4.1	24	100.0
Toplam	48	6.9	474	68.4	37	5.3	134	19.4	693	100.0

χ^2 : 112.44 SD: 9 p<0.05

Tablo 7'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal güvenlik durumlarına göre çocukları hastalandığında ilk önce başvurdukları sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Farkı yaratan gruplar, Emekli Sandığı ile Bağ-Kur ve SSK'lı olanlardır.

Tablo 8: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

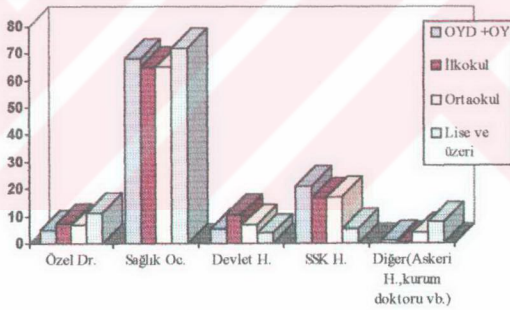
Yerleşim Yeri	Sağlık Kurumu										Toplam	
	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yarı kentsel	48	6.6	503	68.9	41	5.6	122	16.8	16	2.1	731	100.0
Kırsal	11	11.0	54	54.0	23	23.0	13	13.0	-	0.0	100	100.0
Toplam	59	7.1	557	67.1	64	7.7	135	16.2	16	1.9	831	100.0

*Askeri hastane, kurum doktoru vb.

X^2 : 42.40 SD: 4 p<0.05

Tablo 8’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin yerleşim yerlerine göre, çocukları hastalandığında ilk önce başvurdukları sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p< 0.05).

Şekil 4: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı



Tablo 9: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvurdıkları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Gelir Durumu	Sağlık Kurumu										Toplam	
	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Alt	23	4.6	336	67.7	40	8.0	93	18.7	5	1.0	497	100.0
Orta ²	6	6.0	68	68.8	12	12.1	10	10.1	3	3.0	99	100.0
Üst ¹	30	12.8	153	65.1	12	5.1	32	13.6	8	3.4	235	100.0
Toplam	59	7.1	557	67.0	64	7.7	135	16.2	16	1.9	831	100.0

*Askeri hastane, kurum doktoru vb. 1,2 Farkı yaratan gruplar

X^2 : 30.53 SD: 8 p<0.05

Tablo 9'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir gruplarına göre çocukları hastalandığında ilk önce başvurdukları sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Bu farkı yaratan gruplar, üst ve orta gelir grubuna sahip olanlardır.

Tablo 10: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Her Türlü Olanakları Olması Durumunda Gelir Gruplarına Göre Çocukları Hastalandığında İlk Önce Başvuracakları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Gelir Durumu	Sağlık Kurumu								Toplam	
	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üst	182	77.5	7	3.0	5	2.1	41	17.4	235	100.0
Orta	74	74.8	5	5.0	5	5.0	15	15.2	99	100.0
Alt	384	77.3	15	3.0	14	2.8	84	16.9	497	100.0
Toplam	640	77.0	27	3.2	24	2.9	140	16.9	831	100.0
$X^2: 3.50$		SD:6		$p>0.05$						

Tablo 10'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin gelirlerine göre ve her türlü olanakları olduğunda, çocukları hastalandığında ilk önce başvuracakları sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Tablo 11: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvuracakları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sağlık Kurumu											
	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
OYD+OY	18	7.6	104	44.4	23	9.8	86	36.6	3	1.6	234	100.0
İlkokul	37	9.2	170	41.8	63	15.4	134	32.9	3	0.7	407	100.0
Ortaokul ²	12	16.0	27	36.0	8	10.7	21	28.0	7	9.3	75	100.0
Lise ve üzeri ¹	9	7.8	56	48.7	14	12.2	17	14.7	19	16.6	115	100.0
Toplam	76	9.1	357	43.0	108	13.0	258	31.2	32	3.7	831	100.0
$X^2: 91.70$		SD: 12		$p<0.05$								

* Askeri hastane, kurum doktoru vb
^{1,2} Farkı yaratan gruplar.

Tablo 11'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre erişkin hastalandığında sağlık kurumlarına başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan gruplar, lise ve üzeri ile ortaokul öğrenimli olanlardır.

Tablo 12: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Gelir Durumu	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üst	40	17.0	100	42.6	17	7.2	60	25.6	18	7.6	235	100.0
Orta	8	8.1	43	43.4	14	14.2	26	26.2	8	8.1	99	100.0
Alt	28	5.6	214	43.1	77	15.5	172	34.6	6	1.2	497	100.0
Toplam	76	9.1	357	43.0	108	13.0	258	31.0	32	3.9	831	100.0

*Askeri hastane, kurum doktoru:
 X^2 : 58.80 SD: 8 p<0.05

Tablo 12'de görüleceği üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir gruplarına göre erişkin hastalığında sağlık kurumlarına başvuruları arasında fark bulunmuştur(p<0.05). Farkı yaratan grup, üst gelir grubunda olanlardır.

Tablo 13: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Yerleşim Yeri	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yarı kentsel	69	9.4	324	44.5	68	9.3	239	32.6	31	4.2	731	100.0
Kırsal	7	7.0	33	33.0	40	40.0	19	19.0	1	1.0	100	100.0
Toplam	76	9.1	357	43.0	108	13.0	258	31.0	32	3.9	831	100.0

*Askeri hastane, Kurum doktoru vb.
 X^2 : 74.69 SD:4 p<0.05

Tablo 13'de görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin yerleşim yerlerine göre erişkin hastalandığında götürdükleri sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Farkı yaratan grup, kırsal yerleşimli olanlardır.

Tablo 14: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvurdukları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Sosyal Güv. Durumu	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	28	6.9	111	27.4	20	4.9	241	59.4	6	1.4	406	100.0
Emekli S.	8	5.0	102	64.6	26	16.5	1	0.6	21	13.3	158	100.0
Bağ-Kur	26	24.8	53	50.5	10	9.5	13	12.4	3	2.8	105	100.0
Yeşil Kart	3	12.0	17	68.0	5	20.0	-	0.0	-	0.0	25	100.0
Toplam	65	9.3	273	39.4	61	8.8	255	36.7	30	4.3	694	100.0

*Kurum doktoru, sözleşmeli doktor vb
 X^2 : 277.81 SD: 8 p<0.05

Tablo 14’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal güvencelerine göre yetişkin hastalandığında başvurdukları sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan gruplar, Emekli Sandığı ile Bağ-kur ve SSKlı olanlardır.

Tablo 15: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Her Türlü Olanaklarının Olması Durumunda Ve Gelir Gruplarına Göre Erişkin Hastalandığında İlk Önce Başvuracakları Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Gelir Durumu	Sağlık Kurumu										Toplam	%
	Özel Dr.		Sağlık O.		Devlet H.		SSK H.		Diğer*			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Alt	177	75.3	4	1.7	2	0.9	4	1.7	48	20.4	235	100.0
Orta	74	74.8	2	2.0	2	2.0	2	2.0	19	19.2	99	100.0
Üst	378	76.1	3	0.6	18	3.6	16	3.2	82	16.5	497	100.0
Toplam	629	75.7	9	1.1	22	2.6	22	2.6	149	17.9	831	100.0

*Askeri hastane, Kurum doktoru vb
 $X^2 : 7.403$ SD: 4 $p>0.05$

Tablo 15’de görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin her türlü olanakları olduğunda ve erişkin hastalandığında, gelir durumlarına göre, başvuracakları sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$). İstatistik analizinin geçerli olabilmesi için alt ve orta gelir grubu tek bir grup olarak birleştirilmiştir.

Ebelerce ayda bir kez ziyaret edilen evlerin sayısı 423 (%50.9) olup, 271 ev (%32.6) ise hiç ziyaret edilmemiştir. Evlerine ebenin gelip gelmediğini bilmeyenlerin oranı ise %1.7’dir. Geriye kalan evler ise 2-3 ayda bir ziyaret edilmektedir.

Örnekleme girenlere, ailesinden birinin hastalığının ani ve ciddi olduğunda başvuracağı sağlık kuruluşunu değiştirip değiştirmeyecekleri sorulduğunda, %72,3’ü “evet değiştiririm“, %27.7’si ise “hayır değiştirmem“ yanıtını vermişlerdir.

Tablo 16: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Sağlık Ocağına Başvurularının Dağılımı

Sosyal Güvenlik Durumu	Sağlık Ocağına Başvuru					
	Başvuran		Başvurmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	362	89.1	44	10.9	406	100.0
Emekli Sandığı	150	94.9	8	5.1	158	100.0
Bağ-Kur	94	89.5	11	10.5	105	100.0
Yeşil Kart	21	90.9	4	9.1	25	100.0
Diğer*	100	72.9	37	27.1	137	100.0
Toplam	727	87.5	104	12.5	831	100.0

* Sosyal güvencesi olmayanlar
 $X^2 : 36.50$ SD: 4 $p<0.05$

Tablo 16’da görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal güvenlik durumlarına göre sağlık ocağına başvuruları arasında anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan grup, hiçbir sosyal güvencesi olmayanlardır.

Tablo 17: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre Sağlık Ocağına Başvurularının Dağılımı

Gelir Durumu	Sağlık Ocağına Başvuru					
	Başvuran		Başvurmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alt	421	84.7	76	15.3	497	100.0
Orta	91	91.9	8	8.1	99	100.0
Üst	215	91.5	20	8.5	235	100.0
Toplam	727	87.5	104	12.5	831	100.0

X^2 : 8.71 SD:2 $p<0.05$

Tablo 17’de görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumuna göre sağlık ocağına başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı, alt gelir grubunda olanlar yaratmaktadır.

Tablo 18: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Ocağına Başvurularının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sağlık Ocağına Başvuru					
	Başvuran		Başvurmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD+OY	211	90.2	23	9.8	234	100.0
İlkokul ¹	339	83.3	68	16.7	407	100.0
Ortaokul	70	93.4	5	6.6	75	100.0
Lise+	107	93.0	8	7.0	115	100.0
Toplam	727	87.5	104	12.5	831	100.0

X^2 : 13.66 SD:3 $p<0.05$

Tablo 18’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre sağlık ocağına başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan grup, ilkokul öğrenimli olanlardır.

Tablo 19: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Sağlık Ocağına Başvurularının Dağılımı

Yerleşim Yeri	Sağlık Ocağına Başvuru					
	Başvuran		Başvurmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yarı kentsel	666	91.1	65	8.9	731	100.0
Kırsal	65	65.0	35	35.0	100	100.0
Toplam	731	87.8	101	12.2	831	100.0

X^2 : 56.64 SD: $p<0.0$

Tablo 19’da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre sağlık ocağına başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 20: Bireylerin Sağlık Ocağına Başvurmama Nedenlerinin Dağılımı

Başvurmama nedenleri	n:118	Sayı	%
Gidip gelmesi zor		8	6.7
Yeteri kadar ilgi gösterilmiyor		7	5.9
Çok kalabalık oluyor		6	5.2
Parasız olduğu için iyi bakılmıyor		8	6.7
Daha iyi olanakları yok		4	3.3
Diğer*		85	72.0

*SSK’lı, hasta olmadım, iyi tedavi edilmiyor vb.

Tablo 20’den görüleceği gibi sağlık ocağına başvurmama nedenleri arasında %72’lik bir oranla bireyin SSK’lı olması ve ya hiç hasta olmaması ve iyi tedavi edilmiyor vb. gibi nedenler başta gelmektedir. Bunu %6.7’lik oranlarla gidip gelmesi zor diyenlerle parasız olduğu için iyi bakılmıyor diyenler izlemektedirler.

Örnekleme giren ailelerin % 77.7 (646 kişi)’sinin sağlık ocağı hizmetlerinden memnun, % 11.2 (93 kişi)’sinin ise memnun olmadığı saptanmıştır. % 11.1 (92 kişi) ise sağlık ocağına başvurmadığı için görüş belirtmemiştir.

Tablo 21: Bireylerin Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnun Olma Nedenlerinin Dağılımı

Memnuniyet nedenleri	n=646	Sayı	%
Gidip gelmek kolay		622	96.3
Para almıyorlar		611	94.6
Hastalığımla ilgileniyorlar		67	10.4
Gerektiğinde ileri tetkik istiyorlar		10	1.5
Diğer*		139	21.0

* Tanıdık personel, temiz olması vb.

Tablo 21’de görüleceği gibi, sağlık ocağından memnun olan bireylerin %96.3’ü sağlık ocağına gidip gelmenin kolay olmasını,%94.6’sı parasız sağlık hizmeti verilmesini belirtmişlerdir. Hastalığımla ilgileniyorlar diyenler %10.4’ü bulurken ileri tetkik istiyorlar diyenler %1.5’de kalmaktadırlar. %21’i ise personelin tanıdık olmasını,sağlık ocağının temiz olması vb.ni belirtmişlerdir.

Tablo 22: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnun Olmama Nedenlerinin Dağılımı

Memnun olmama nedenleri	n=93	Sayı	%
Gidip gelmek zor		64	68.8
Hastalığıma ilgi göstermiyorlar		67	72.0
Çok sıra bekleniyor		43	46.2
Parasız olduğundan iyi bakmıyorlar		8	8.6
İleri tetkik istemiyorlar		40	43.0
Diğer*		59	63.4

* Yeterli bilgileri yok, ilaçlarımızı yazmıyorlar, personel sert davranıyor vb.

Tablo 22’de görüldüğü üzere araştırma bireylerin sağlık ocağından memnun olmama nedenlerinin başında %72 ile hastalığıma ilgi gösterilmiyor gelmektedir. Bunu sırasıyla; %68.8’le sağlık ocağına gidip gelmenin zor olması,%63’le personelin sert davranması, hekimin daha önceden veya başka bir doktor tarafından yazılan ilaçlarını yazmamasını, SSK ve Bağ-Kur’lulara bakılmadığını ve hekimin yeterli bilgiye sahip olmadığı vb izlemektedir. %8.6’sı parasız olduğu için iyi bakılmıyor yanıtını vermişlerdir. Çok sıra bekleniyor yanıtını verenler %46.2 olurken ileri tetkik istenmiyor diyenler %43.0’ü bulmaktadır.

Araştırma kapsamındaki bireylere, “siz ya da yakınınız hastalansa, hiç çekinmeden sağlık ocağına başvurur musunuz” sorusuna, ailelerin %95.9’u hiç çekinmeden gidebileceklerini söylemişlerdir. Geriye kalanların %3.4’ü başvuramayacaklarını, %0.7’si ise kararsız olduklarını söylemişlerdir.

Tablo 23: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sağlık Ocağından Beklentilerinin Dağılımı

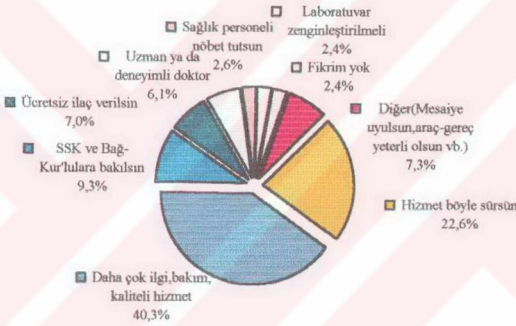
Beklenti	Sayı	%
Hizmet böyle sürsün	188	22.6
Daha çok ilgi, bakım, kaliteli hizmet	335	40.3
SSK ve Bağ-Kur’lulara bakılsın	77	9.3
Ücretsiz ilaç verilsin	58	7.0
Uzman ya da deneyimli doktor	51	6.1
Sağlık personeli nöbet tutsun	22	2.6
Laboratuvar zenginleştirilmeli	20	2.4
Fikrim yok	20	2.4
Diğer*	60	7.3
Toplam	831	100.0

* Mesaiye uyulsun, araç -geçer yeterli olsun vb.

Araştırma kapsamındaki bireylerin, sağlık ocağından beklentileri; %22.6(188 kişi)’sı “hizmet böyle sürsün“ derken, %40.3(335 kişi) ü “daha çok ilgi, bakım, kaliteli hizmet”, 9.3

(77 kişi)'ü "SSK ve Bağ-Kur'lulara bakılsın", % 7(58 kişi)'si "ücretsiz ilaç verilsin" yanıtını vermişlerdir. "Uzman ya da deneyimli doktor" isteyenler %6.1(51 kişi), "mesaiye uyulsun, araç-gereç yeterli hale getirilsin vb." diyenler ise %7.3(60 kişi)'tür. Fikir belirtmeyenler ise %2.4(20 kişi)'de kalmaktadır (Şekil 5).

Şekil 5: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sağlık Ocağından Beklentilerinin Dağılımı



Tablo 24: Araştırma Bölgemizde Yıllara Göre Kişi Başına Hekime Başvuru Sayılarının Dağılımı

Yıllar	Poliklinik Sayısı	Ortalama Başvuru Sayısı
1993	17.715	2.3
1994*	12.100	1.6
1995	11.933	1.6
1996	13.954	1.8

Tablo 24'te görüldüğü üzere, kişi başına hekime yıllık ortalama başvuru sayısı 1993'te 2.3, 1994 ve 1995'te 1.6, 1996'da ise 1.8 olmuştur.

4.3. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Bulgular:

Araştırma kapsamındaki bireylere; son on yılda aile bireylerinden operasyon dışında hastanede yatan olup olmadığı, yatmış ise hangi hastaneyi niçin seçtiği, her türlü olanağı olmuş olsa hangi hastaneyi seçmek isteyeceği sorulmuş olup buna ait sonuçlar Tablo 25-28'de sunulmuştur.

Ailelerin % 41.5 'inin son on yılda hastanede yatan bireylerinin olduğu, %58.5'inde ise hastanede yatan bireylerinin olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 25: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Operasyon Dışı Nedenlerle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sağlık Kuruluşu							
	Devlet Hastanesi		SSK Hastanesi		Üniversite+Özel Hastane		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OYD+OY	29	33.4	47	54.0	11	12.6	87	100.0
İlkokul	54	32.2	85	50.6	29	17.2	168	100.0
Ortaokul	11	33.4	16	48.5	6	18.1	33	100.0
Lise+	21	36.4	22	37.9	15	25.7	58	100.0
Toplam	115	33.2	170	49.1	61	17.7	346	100.0

χ^2 : 16.32 SD: 6 $p < 0.05$

Tablo 25'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre, operasyon dışı nedenlerle yatan bireylerinin hastanelere dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkı yaratan grup, ilkokul öğrenimli olanlardır. Diğer gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p < 0.05$).

Tablo 26: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Operasyon Dışı Nedenlerle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı

Sosyal Güvenlik Durumu	Sağlık Kuruluşu							
	Devlet Hastanesi		SSK Hastanesi		Üniversite +Özel Hastane		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	29	16.6	139	74.7	18	9.7	186	100.0
Emekli Sandığı	37	56.9	8	12.4	20	30.7	65	100.0
Bağ-Kur	20	41.7	13	27.1	15	31.2	48	100.0
Diğer*	32	68.0	10	21.3	5	10.7	47	100.0
Toplam	118	34.1	170	49.1	45	16.8	346	100.0

* Yeşil Kart, Sosyal güvencesiz.
 χ^2 : 120.49 SD: 6 $p < 0.05$

Tablo 26'dan anlaşılacağı üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal güvenlik durumlarına göre operasyon dışı nedenlerle hastaneye başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan gruplar, SSK'lı olanlar ile hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar ve Yeşil Kartlı olanlardır.

Tablo 27: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Son On Yılda Operasyon Dışı Nedenlerle Hastanede Yatışlarla İle İlgili Bulguların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

		Gelir Durumu							
		Alt		Orta		Üst		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi Olduğu Hastane	Devlet Hastanesi	68	36.4	13	25.5	34	31.5	115	33.2
	SSK Hastanesi	97	51.8	26	50.1	47	43.5	170	49.1
	Üniv. Hastanesi	17	9.2	7	13.7	21	19.4	45	13.1
	Diğer*	5	2.6	5	9.7	6	5.6	16	4.6
	Toplam		187	100.0	51	100.0	108	100.0	346
		$\chi^2: 12.951$ SD: 6 $p<0.05$							
Tercih Nedeni	Sigortalı	148	79.2	37	72.6	71	27.7	256	73.9
	Sevкли ¹	17	9.1	3	5.9	21	51.2	41	11.8
	Kurumda Yakını var, Ya da doktoru orada çalışıyor ²	13	6.9	7	13.7	10	33.3	30	8.7
	Diğer**	9	4.8	4	7.8	6	31.6	19	5.6
	Toplam		187	100.0	51	100.0	108	100.0	346
		$\chi^2: 13.98$ SD: 6 $p<0.05$							
Olanaklar İyi Olduğunda Tercih Edilecek Kurum	Devlet Hastanesi	42	8.4	6	6.0	11	4.7	59	7.1
	SSK Hastanesi	37	7.5	6	6.0	20	8.5	63	7.5
	Üniv. Hastanesi	148	29.8	37	37.5	85	36.2	270	32.5
	Özel Hastane	262	52.7	49	49.5	115	48.9	426	51.3
	Diğer***	8	1.6	1	1.0	4	1.7	13	1.6
Toplam		497	100.0	99	100.0	235	100.0	831	100.0
		$\chi^2: 7.520$ SD: 8 $p>0.05$							

* Özel Hastane, Kurum hastanesi vb. ve farkı yaratan grup.

** Zengin olmak, fazla para harcamamak

*** Kurum hastanesi, Yurt dışı vb

1,2: Farkı yaratan gruplar.

Tablo 27'de görüleceği üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumlarına göre, operasyon dışı nedenlerle hastanede yatan bireylerinin hastanelere dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan grup, özel hastanede ve yurt dışında tedavi olmak için yatmayı belirtenlerdir. Aynı kişilerin tercih nedenleri ile gelir durumları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan gruplar, sevкли

olma durumu ve hastanede çalışanlardan tanıdığı bir yakının olması veya doktorunun orada çalışıyor olmasıdır. Ailelerin her türlü olanakların olması halinde, gelir grupları ile operasyon dışı hastanede yatmalar için tercih edilecek hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$). Tablodan görülebileceği gibi olanakların iyi olması durumunda üniversite hastanesi ile özel hastanelerin daha sık tercih edileceği gözükmektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylere, her türlü olanağa kavuştuklarında, bu sağlık kuruluşlarını niçin seçecekleri sorulduğunda; %58.1(482 kişi)'i "daha çok ilgi, iyi bakım", %30.4(253 kişi) "doğru tanı için olanakları var", %8.4(70 kişi)'ü "yeterli hizmet alırım, alışkınım", geri kalan %3.1(26 kişi)'i ise "fazla para harcamam, zenginim ,akrabam orada çalışıyor" yanıtlarını vermişlerdir.

Tablo 28. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Son On Yılda Operasyon Dışı Hastanede Yatışlarla İle İlgili Bulguların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı

		Yerleşim Yeri					
		Yarı kentsel		Kırsal		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi Olduğu Hastane	Devlet Hastanesi ¹	93	30.0	22	61.1	115	33.2
	SSK Hastanesi	159	51.3	11	30.5	170	49.2
	Üniversite+Özel Hastane	58	18.7	3	8.4	61	17.6
	Toplam	310	100.0	36	100.0	346	100.0
		SD: 3		p<0.05			
Olanaklar İyi Olduğunda Tercih Edilecek Kurum	Devlet Hastanesi ¹	36	4.9	23	23.0	59	7.1
	SSK Hastanesi ¹	55	7.5	8	8.0	63	7.6
	Üniversite Hastanesi	242	33.1	28	28.0	270	32.5
	Diğer*	398	54.5	41	41.0	439	52.8
	Toplam	731	100.0	100	100.0	831	100.0
		SD: 3		p<0.05			

¹ Farkı yaratan grup.

* Özel Hastane, Yurt dışı vb.

Tablo 28'de görülebileceği üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin son on yıl içerisinde operasyon dışı nedenlerle hastanede yatan bireylerinin yerleşim yerlerine göre dağılımlarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan grup, devlet hastanesine yatarak tedavi görenlerdir. Aynı kişilerin yerleşim yerleri ile tercih nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Araştırma kapsamındakilerin her türlü olanaklarının olması durumunda yerleşim yerlerine göre operasyon dışı nedenlerle hastanede yatmalar arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan gruplar, devlet hastanesini ve SSK hastanesini tercih edenlerdir.

Anket uygulananlara, son on yılda aile bireylerinden operasyon için hastanede yatan olup olmadığı, yatmış ise hangi hastaneyi seçtiği, bu hastaneyi niçin seçtiği, her türlü olanağa kavuşsa hangi hastaneyi seçmek isteyeceği sorulmuş olup buna ait sonuçlar Tablo 29-32'de sunulmuştur.

“Son on yıl içinde evinizde cerrahi operasyon geçiren oldu mu?” sorusuna, araştırma kapsamındaki bireylerin % 40.3' ü evet, % 59.7' si hayır yanıtını vermişlerdir.

Tablo 29: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre Operasyon Nedeniyle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sağlık Kurumu									
	Devlet H.		SSK H.		Üniv. H.		Özel H.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OY+ OY ¹	36	35.3	45	44.2	13	12.7	8	7.8	102	100.0
İlkokul	34	22.3	58	38.2	37	24.3	23	15.2	152	100.0
Ortaokul	9	31.1	11	37.9	7	24.1	2	6.9	29	100.0
Lise ⁺	11	22.0	18	36.0	19	38.0	2	4.0	50	100.0
Toplam	90	27.1	132	39.6	76	22.8	35	10.5	333	100.0

χ^2 : 21.14 SD: 9 p<0.05

¹ Farkı yaratan gruplar

Tablo 29'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre operasyon nedeniyle hastanede yatan aile bireylerinin hastanelere göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan grup, okur yazar olmayanlarla okur yazar olanlar oluşturmaktadır.

Tablo 30: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Operasyon Nedeniyle Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı

Sosyal Güvenlik Durumu	Sağlık Kurumu									
	Devlet H.		SSK H.		Üniv. H.		Özel H.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	23	13.2	106	60.6	30	17.1	16	9.1	175	100.0
Emekli Sandığı	26	38.2	6	8.8	30	44.2	6	8.8	68	100.0
Bağ-Kur	13	31.0	8	19.0	11	26.2	10	23.8	42	100.0
Diğer*	26	54.2	11	22.9	6	12.5	5	10.4	48	100.0
Toplam	88	25.8	131	39.4	77	22.5	37	10.5	333	100.0

χ^2 : 98.64 SD: 9 p<0.05

* Yeşil Kart, yaşlılık aylığı vb.

Tablo 30'da görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal güvencelerine göre operasyon için hastanede yatan aile bireylerinin hastanelere dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 31: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Son On Yılda Operasyon İçin Hastanede Yatışlarla İlgili Bulguların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

		Gelir Durumu							
		Alt		Orta		Üst		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi Olduğu Hastane	Devlet Hastanesi	53	29.9	14	31.1	19	17.2	86	25.8
	SSK Hastanesi	71	40.1	18	40.0	42	37.8	131	39.4
	Üniversite Has ¹ .	29	16.4	9	20.0	37	33.3	75	22.5
	Diğer*	24	13.6	4	8.9	13	11.7	41	12.3
	Toplam	177	100.0	45	100.0	111	100.0	333	100.0
	X ² : 14.53	SD: 6 p<0.05							
Olanaklar İyi Olduğunda Tercih Edilecek Kurum	Devlet Hastanesi	27	5.4	10	10.1	9	3.8	46	5.5
	SSK Hastanesi	45	9.1	5	5.0	18	7.6	68	8.2
	Üniv. Hastanesi	175	35.2	38	38.4	91	38.7	304	36.6
	Özel Hastane	235	47.2	46	46.4	111	47.3	392	47.2
	Diğer**	15	3.1	-	0.0	6	2.6	21	2.5
Toplam	497	100.0	99	100.0	235	100.0	831	100.0	
	X ² : 10.32	SD:8 p>0.05							

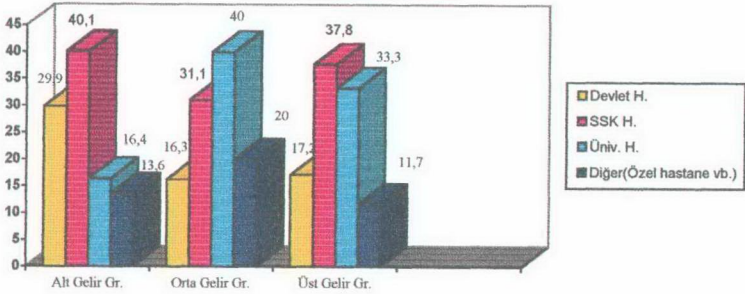
¹ Farkı yaratan grup.

* Özel hastane, kurum hastanesi vb.

** Yurt dışı, Kurum hastanesi vb.

Tablo 31'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumuna göre operasyon için hastanede yatışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Farkı yaratan grup, üniversite hastanesinde yatanlardır (Şekil 6). Farkı yaratan grup, sosyal güvencesi olmayanlardır. Her türlü olanağa kavuştuklarında operasyon için yatacakları hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Şekil 6. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Son On Yılda Operasyon için Hastaneleri Seçme Oranlarının dağılımı



Tablo 32. Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Son On Yılda Operasyon için Hastanede Yatışlarla İlgili Bulguların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı

	Yerleşim Yeri	Yerleşim Yeri					
		Yarı kentsel		Kırsal		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Tedavi Olduğu Hastane	Devlet Hastanesi	73	24.8	13	33.4	86	25.8
	SSK Hastanesi	120	40.8	11	28.2	131	39.3
	Üniversite Hastanesi	68	23.2	7	17.9	75	22.6
	Özel Hastanesi	27	9.2	8	20.5	35	10.5
	Diğer ¹	6	2.0	-	0.0	6	1.8
	Toplam	294	88.3	39	11.7	333	100.0
	X ² : 7.76	SD: 4	p>0.05				
Olanaklar İyi Olduğunda Tercih Edilecek Kurum	Devlet Hastanesi	33	4.5	13	13.0	46	5.5
	SSK Hastanesi	55	7.5	13	13.0	68	8.2
	Üniversite Hastanesi	270	36.9	34	34.0	304	36.6
	Özel Hastane	352	48.1	40	40.0	392	47.2
	Diğer ¹	21	3.0	-	0.0	21	2.5
	Toplam	731	100.0	100	100.0	831	100.0
	X ² : 18.98	SD: 4	p<0.05				

¹ PTT hastanesi, Yurt dışı vb.

* Kolon yüzdesidir.

Tablo 32'de görüleceği gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin yerleşim yerlerine göre operasyon nedeniyle hastanede yatan aile bireylerinin hastanelere dağılımı bakımından istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (p>0.05).

Aynı şekilde, tablonun incelenmesiyle her türlü olanağın olması halinde yerleşim yerlerine göre ailelerin seçecekleri hastanelerin dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p < 0.05$). Farkı yaratan grup devlet hastanelerinin tercih edilmesidir.

Araştırma kapsamındaki bireyler, son on yılda aile fertlerinden kaza geçirip geçirmediikleri sorusuna, %16.5’u “ evet” %83.5’u “ hayır” yanıtını vermişlerdir. Son on yılda kaza geçirenlerin ne çeşit kaza geçirdikleri Tablo 33’de gösterilmiştir.

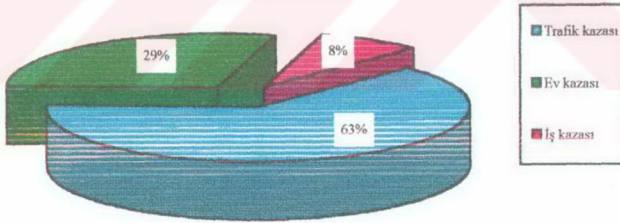
Tablo 33: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Ya da Yakınlarının Son On Yıl İçerisinde Geçirdikleri Kaza Çeşitlerinin Dağılımı

Kaza çeşidi	Sayı	%
Trafik kazası	87	63.5
Ev kazası	39	28.5
İş Kazası	11	8.0
Toplam	137*	100.0

* 9 kişi olay yerinde ölmüş ya da tedavi görmemişlerdir.

Tablo 33’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireyler, son on yılda kaza geçiren aile bireylerinin %63.5(87 kişi)’i trafik kazası, %28.5(39 kişi) ev kazası, %8(11kişi)’i iş kazası geçirmiş olduklarını belirtmişlerdir.

Şekil 7: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin ya da Yakınlarının Son On Yılda Geçirdikleri Kaza Çeşitlerinin Dağılımı



Anket uygulananlara, son on yılda aile bireylerinden kaza nedeniyle hastanede yatanları olup olmadığı, yatmışlar ise hangi hastaneyi seçtikleri, bu hastaneyi niçin seçtikleri, her türlü olanağa kavuşsa yatıp tedavi olmaları için hangi hastaneyi seçmek isteyecekleri sorulmuş olup, buna ait sonuçlar. Tablo 34-37’de sunulmuştur

Tablo 34: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumuna Göre Kaza Nedeniyle Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sağlık Kurumu						Toplam	
	Devlet Hastanesi		SSK Hastanesi		Üniv.+Özel Hastane		Sayı	%
OY+OYD	15	46.8	3	9.4	14	43.8	32	100.0
İlkokul	28	44.5	15	23.8	20	31.7	63	100.0
Ortaokul	6	37.5	1	6.2	9	56.3	16	100.0
Lise ⁺	3	17.6	2	11.8	12	70.6	17	100.0
Toplam	52	40.6	21	16.4	55	43.0	128	100.0

X² : 12.60 SD: 6 p>0.05

Tablo 34’de görüldüğü gibi, ankete katılanların öğrenim durumlarına göre kaza geçiren yakınlarının yatarak tedavi gördükleri sağlık kurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır(p>0.05).

Tablo 35: Araştırma Kapsamındaki bireylerin Sosyal Güvenlik Durumuna Göre Kaza Nedeniyle Hastanede Yatan Aile Bireylerinin Hastanelere Dağılımı

Sos. Güv. Durumu	Sağlık Kurumu						Toplam	
	Devlet Hastanesi		SSK Hastanesi		Üniv.+Özel Hastanesi		Sayı	%
SSK	24	40.7	17	28.8	18	30.5	59	100.0
Em. San.	8	33.3	4	16.7	12	50.0	24	100.0
Bağ-Kur	4	26.6	4	26.7	7	46.7	15	100.0
Diğer*	16	53.4	5	16.6	9	30.0	30	100.0
Toplam	52	40.6	30	23.4	46	36.0	128	100.0

*Yeşil Kart, Yaşlılık aylığı, sosyal güvencesiz vb.
X² : 8.898 SD: 6 p>0.05

Tablo 35’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireyler sosyal güvence durumlarına göre kaza nedeniyle hastanede yatan yakınlarının sağlık kurumlarına dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır(p>0.05).

Tablo 36: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumuna Göre Son On Yılda Kaza Geçiren Aile Bireylerinin Tedavi Gördükleri Ve Her Türlü Olanak Olduğunda Tedavi Görmek İsteyecekleri Hastanelerin Dağılımı

		Gelir Durumu							
		Kötü		Orta		İyi		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi Olduğu Hastane	Devlet Hastanesi	36	51.5	5	31.2	11	29.3	52	40.6
	SSK Hastanesi	11	15.7	4	25.0	6	14.2	21	16.4
	Üniv.+Özel Hastane	23	32.8	7	43.8	25	59.5	55	43.0
	Toplam	70	100.0	16	100.0	42	100.0	128	100.0
	X ² : 9.714	SD:4 p>0.05							
Olanaklar İyi Olduğunda Tercih Edilecek Kurum	Devlet Hastanesi	43	8.7	7	7.1	16	6.9	66	7.9
	SSK Hastanesi	33	6.6	9	9.1	14	5.9	56	6.7
	Üniv. Hastanesi	141	28.3	28	28.3	73	31.0	242	29.1
	Özel Hastane	218	43.9	43	43.4	104	44.3	365	43.9
	Diğer ¹	62	12.5	12	12.1	28	11.9	102	12.4
	Toplam	497	100.0	99	100.0	235	100.0	831	100.0
X ² : 2.30	SD: 8 p>005								

¹ Ayrımsız, herhangi bir hastane, sağlık ocağı, yurt dışı vb.

Tablo 36'da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireyler gelir durumlarına göre yakınları kaza geçirenlerin hastanede yatma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Farkı yaratan grup, devlet hastanesinin tercih edilmesindedir. Aynı şekilde, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumları ve her türlü olanak halinde yakınlarının kaza geçirmeleri durumunda tercih edecekleri sağlık kurumlarının dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır(p>0.05).

Tablo 37: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Son On Yılda Kaza Geçiren Aile Bireylerinin Tedavi Gördükleri Ve Her Türlü Olanak Olduğunda Tedavi Görmek İsteyecekleri Hastanelerin Dağılımı

		Yerleşim Yeri					
		Yarı Kentsel		Kırsal		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%**
Tedavi Olduğu Hastane	Devlet Hastanesi	46	40.7	6	40.0	52	40.6
	SSK Hastanesi	21	18.6	-	0.0	21	16.4
	Üniv.+Özel Hastane	46	40.7	9	60.0	55	43.0
	Toplam	113	100.0	15	100.0	128	100.0
	$\chi^2 : 3.936$	SD: 2	$p > 0.05$				
Olanaklar İyi Olduğunda Tercih Edilecek Kurum	Devlet Hastanesi*	50	6.8	16	16.0	66	7.9
	SSK Hastanesi	49	6.7	7	7.0	56	6.7
	Üniv. Hastanesi	211	28.9	31	31.0	242	29.2
	Özel Hastanesi	327	44.7	38	38.0	365	43.9
	Diğer ¹	94	12.9	8	8.0	102	12.3
	Toplam	731	100.0	100	100.0	831	100.0
	$\chi^2 : 12.03$	SD: 4	$p < 0.05$				

¹ Ayırmsız herhangi bir hastane, kurum hastanesi vb.

* Farkı yaratan grup

** Kolon yüzdesidir.

Tablo 37’de görüleceği üzere, araştırma kapsamındakilerin aile bireylerinin kaza geçirmeleri durumunda yerleşim yerlerine göre tedavi görecekları sağlık kurumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Aynı şekilde, her türlü olanakları olduğunda, yerleşim yerlerine göre yatacakları hastanelere dağılımı bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkı yaratan grup, devlet hastanelerinin tercih edilmesidir.

Araştırma kapsamındaki bireyler; kaza geçirmeleri halinde, her çeşit olanakları olduğunda, “niçin bu hastaneleri tercih edecekleri” sorusuna; %44.8’i “daha iyi bakım, ilgi,” %18.9’u “araştırırlar, doğru tanı koyarlar”, %15.2’si “ olanakları daha iyi”, %12.0’si “ilkyardım, acil tedavi almak için”, %9.1’i ise “gerekli girişimlerden sonra sevk yapılır” yanıtını vermişlerdir.

Anket uygulananlara, son on yılda evlerinde doğum olup olmadığı, doğum olmuşsa nerede yaptırıldığı, her türlü olanak varlığında bugün doğum olsa nerede yaptıracakları sorulmuş olup, buna ait sonuçlar Tablo 38-43’de sunulmuştur.

Örnekleme girenlerin son on yılda evlerinde doğum olanlar oranı % 59.7, evlerinde doğum olmayanların oranı ise % 40.3’ tür.

Tablo 38: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Öğrenim Durumlarına Göre, Son On Yılda Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Kurumların Dağılımı

Doğumun Gerçekleştirildiği Yer/Kurum	Öğrenim Durumu									
	OYD+OY		İlkokul		Ortaokul		Lise ⁺		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Evde, yakınları Yar.	12	10.1	12	4.7	1	2.0	3	3.9	28	5.6
Evde, sağ. pers. Yar.	32	26.9	101	39.3	14	29.2	17	22.4	164	32.8
Hastanede	75	63.0	144	56.0	33	68.8	56	73.7	308	61.6
Toplam	119	23.8	257	51.4	48	9.6	76	15.2	500	100.0

X² : 16.92 SD: 6 p<0.05

* Kolon yüzdesidir.

Tablo 38’de görüleceği gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre, doğum yaptırılan yer/kurum dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05). Farkı oluşturan grup, evde sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumlardır.

Tablo 39: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Kurumların Dağılımı

Doğumun Gerçekleştirildiği Yer/Kurum	Sosyal Güvenlik Kurumu									
	SSK		Em. San.		Bağ-Kur		Diğer*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%**
Evde,yakınları yar.	13	5.2	2	2.0	3	5.2	10	10.3	28	5.6
Evde, sağ. pers. yar.	83	33.4	31	32.0	20	34.5	30	30.9	164	32.8
Hastanede	152	61.3	64	66.0	35	60.3	57	58.7	308	61.6
Toplam	248	49.6	97	19.4	58	11.6	97	19.4	500	100.0

X² : 6.74 SD: 6 p>0.05

* Yeşil Kart, Özel hastane, Sosyal güvencesiz vb.

** Kolon yüzdesidir.

Tablo 39’da görüleceği gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin yerleşim yerlerine göre doğum yaptırılan yerler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır(p>0.05).

Tablo 40: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Kurumların Dağılımı

Doğumun Gerçekleştirildiği Yer/Kurum	Gelir Durumu							
	Alt		Orta		Üst		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Evde Yakınları Yardımıyla	20	7.0	2	3.3	6	3.9	28	5.6
Evde Sağlık personeli. Yardımıyla	91	31.7	27	44.2	46	30.3	164	32.8
Hastanede	176	61.3	32	52.5	100	65.8	308	61.6
Toplam	287	57.4	61	12.2	152	30.4	500	100.0

X²: 8.35 SD:4 p>0.05

* Kolon yüzdesidir

Tablo 40’da görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumlarına göre son on yıl içinde doğum yaptırılan yer ve doğuma yardımcı olan personel bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Tablo 41: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Her Türlü Olanaklar Varlığında Göre Doğumların Gerçekleştirileceği Yer/Kurumların Dağılımı

Doğumun Gerçekleştirileceği Yer/Kurum	Gelir Durumu							
	Alt		Orta		Orta		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Evde Sağlık personeli. Yardımıyla	92	18.5	22	22.3	41	17.4	155	18.6
Hastanede	405	81.5	77	77.7	194	82.6	676	81.4
Toplam	497	59.8	99	11.9	235	28.3	831	100.0

X^2 : 1.74 SD: 2 $p>0.05$

* Kolon yüzdesidir.

Tablo 41’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumlarına göre her türlü olanakları olduğunda doğumu yaptıracakları yer ve doğuma yardım eden personel bakımından istatistiksel olarak fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Tablo 42: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Doğumların Gerçekleştirildiği Yer/Kurumların Dağılımı

Doğumun Gerçekleştirildiği Yer/Kurum	Yerleşim Yeri					
	Yarı kentsel		Kırsal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Evde Yakınları Yardımıyla	23	5.2	5	8.6	28	5.6
Evde Sağlık pers. Yardımıyla	148	33.5	16	27.6	164	32.8
Hastanede	271	61.3	37	63.8	308	61.6
Toplam	442	88.4	58	11.6	500	100.0

X^2 : 1.66 SD: 2 $p>0.05$

* Kolon yüzdesidir.

Tablo 42’de görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin son on yılda ailelerinde doğum yapmış olanların yerleşim yerlerine göre doğum olayının gerçekleştiği yer ve doğuma yardım eden personel bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Tablo 43: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Yerleşim Yerlerine Göre Her Türlü Olanaklar Varlığında Doğumların Gerçekleştirileceği Yer/Kurumların Dağılımı

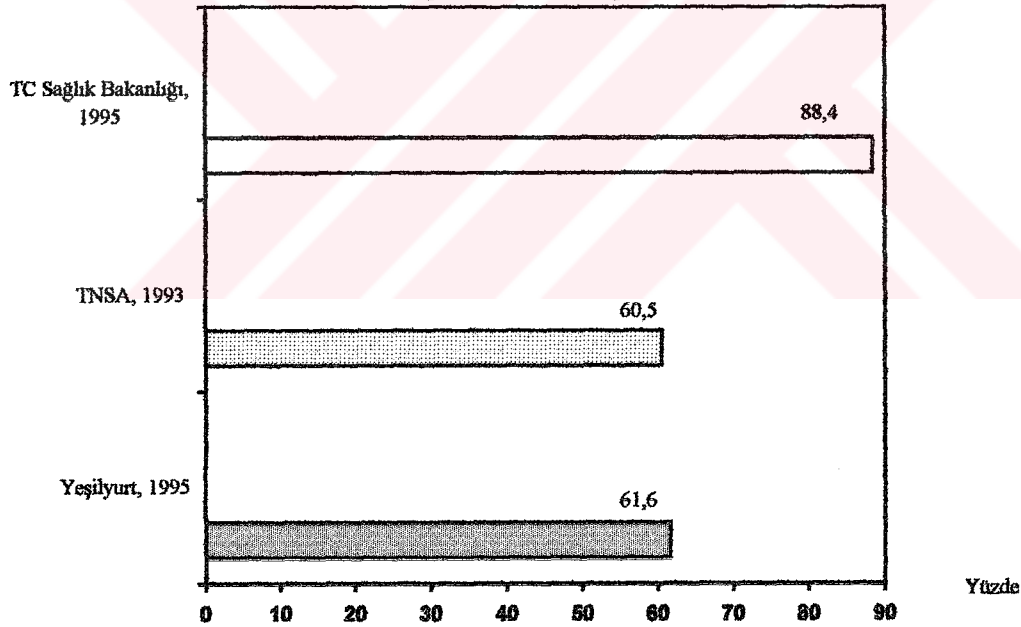
Doğumun Gerçekleştirileceği Yer/Kurum	Yerleşim Yeri					
	Yarı kentsel		Kırsal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Evde, Yakınları Yardımıyla	3	0.4	-	0.0	3	0.3
Evde, Sağlık Pers. Yardımıyla	119	16.3	32	32.0	151	18.2
Hastanede	609	83.3	68	68.0	677	81.4
Toplam	731	87.9	100	12.1	831	100.0

χ^2 14.49 SD: 2 $p < 0.05$

* Kolon yüzdesidir.

Tablo 43’de görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireyler her türlü olanakların varlığı durumunda doğumu gerçekleştirecekleri yer ve yardım eden personel bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur($p < 0.05$). Bu farkı yaratan grup, hastanede gerçekleştirilecek doğumlardır.

Şekil 8: Yeşilyurt, TNSA Ve Sağlık Bakanlığı Verilerine Göre Hastanede Gerçekleştirilen Doğumların Yüzde Dağılımı



Aynı şekilde, yeniden doğum olduğunda, her türlü olanak varlığında, yerleşim yerine göre doğum yapılan yer/kurum dağılımı bakımından, evde yakınları yardımıyla doğum yapılanlar dışlanırsa, istatistiksel fark bulunmuştur($p < 0.05$).

Araştırma kapsamındaki bireyler, her çeşit olanaklara kavuştuklarında, doğumda % 33.2(276 kişi)'si "daha çok ilgi, iyi bakım", %28.7(239 kişi)'si "daha güvenli, anında girişim", 18.3(152 kişi)' "yakın, rahat ve ebenin gerekeni yapacağına inandığı", %12.2(102 kişi)'si ise "yeterli bakım, temizlik", nedenleriyle bu kurumlara başvuracaklarını belirtmişlerdir. %7.7(64 kişi) ise sağlık kuruluşunun olanaklarının daha iyi olduğunu düşünmektedir.



5. TARTIŞMA

5.1. Tanımlayıcı Bulgular:

Bu araştırmada incelenen 831 hanenin büyük çoğunluğunu (%67.7) çekirdek aileler, geriye kalanların %27.2'sini geniş aileler, %5.1'ini ise diğerleri oluşturmaktadır. Aksakoğlu'nun Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapmış olduğu araştırmada hanelerin %35.5'inin geniş ailelerden, %64.5'inin ise çekirdek ailelerden oluştuğu saptanmıştır(7). Cilasun'un Ankara-Çubuk İlçesi Birinci Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yapmış olduğu araştırmada da hanelerin %63.6'sının çekirdek aileler, %36.4'ünün ise geniş ailelerden oluştuğu bulunmuştur(9). Bu sonuçlardan hanelerde çekirdek aileye doğru bir yönelimin olduğu, klasik geniş ailelerin yerini çekirdek ailelere bırakmakta olduğu söylenebilir.

Araştırma evrenimizde ailelerin büyük çoğunluğu(%93) yarı kentsel bölgede, geri kalanlar ise kırsal bölgede oturmaktadır(%7).

Örnekleme grubundaki bireylerin büyük çoğunluğunun 3 aydan daha uzun süredir araştırma bölgesinde oturdukları görülmektedir(Tablo 1). 3 aydan daha az süredir oturanların oranı %1.2'de kalmaktadır. Buradan örneklem grubumuzun büyük çoğunluğunun bölge halkından oluştuğu söylenilebilir.

Ailelerin büyük çoğunluğu alt gelir grubunda bulunmaktadır(%59.8). Orta gelir grubundakilerin oranı %11.9, iyi gelir grubuna girenlerin oranı ise %28.3'tür(Şekil 3). Güncelleştirilmiş DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) verileri, alt gelir grubu için % 57,9, orta gelir grubu için % 15.9 ve üst gelir grubu için % 26.2'dir(24). Buradan DİE verileri ile araştırmadan elde edilen verilerin uyumlu olduğu söylenebilir. Ayrıca, Özcebe'nin Etimesgut bölgesinde yapmış olduğu araştırmada ise ebeler ailelerin %39.0'unun

durumunun üst, %47.1'inin orta ve %13.9'u ise üst gelir grubuna ait olduğunu belirtmişlerdir. Aynı araştırmada ailelerin %19.1'inin alt, %53.6'sının orta gelir grubunda ve %27.3'ünün ise üst gelir grubunda olduğu saptanmıştır(6). Bu sonuçlar büyük ölçüde benzerlikler göstermektedir. Ancak ebelerin değerlendirmelerinin kişisel gözlemlerine dayandığı göz önüne alınmalıdır.

Araştırmada örneklem bölgesinde bir evde ortalama 4.87 ± 1.97 kişi yaşamakta olup, ortanca değer 5'tir. Kılıç Ankara-Gölbaşı ilçesinde yapmış olduğu araştırmada ortalama hanehalkı büyüklüğünü kırsal bölgede 4.6 ± 0.09 , kentsel bölgede ise 4.5 ± 0.05 olduğunu tespit etmiştir(25). Bu rakam DİE verilerine göre 5.05 (24) olup Karaoğlu'nun Malatya-Merkez ilçede lise öğrencileri arasında yapmış olduğu araştırmada ise ortalama aile büyüklüğü 5.69 ± 0.06 olarak saptanmıştır(41). Cilasun'un Ankara-Çubuk ilçesi Birinci Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yapmış olduğu araştırmada ise hanehalkı büyüklüğünü 5.2 olarak bulmuştur(9). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA- 1993)'na göre ortalama aile büyüklüğü 4.5 olarak belirtilmektedir(29). Sağlık Bakanlığı'nca yaptırılan bir araştırmada da Türkiye'de ortalama aile büyüklüğü 4.5 olarak bulunmuştur(37).

Örneklem grubundaki bireylerin yaklaşık %40'nın ev halkı sayısı 5-6 kişidir. Geriye kalanların %11.4'ü 1-2 kişi, %31.8'i 3-4 kişi ve %16.9'u ise 7'den fazla kişiden oluşmaktadır. Şekil 2'de görüldüğü gibi, Karaoğlu'nun Malatya il merkezinde lise öğrencileri arasında yapmış olduğu araştırmada ise bu oranlar; sırasıyla %47.3, %1.1, %24.1 ve %27.5'tir(41). Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de ailelerin %7'si 1-2 kişi, %29.8'i 3-4 kişi, %32-7'si 5-6 kişi ve % 30.5'i ise 7 ve daha fazla kişiden meydana geldiği görülmektedir(37). Elde edilen sonuçların gerek hanehalkı büyüklüğü gerekse hanede yaşayan kişi sayısı bakımından birbirlerine benzer olduğu söylenebilir.

Hane reislerinin bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumları ise %48.9 ile SSK; %19.0 ile Emekli Sandığı ve %12.6 ile Bağ-Kur olarak sıralanmaktadır. Özcebe'nin Ankara-Etimesgut bölgesinde yapmış olduğu araştırmada ise hane reislerinin %52.3'ü SSK'lı, %20.3'ünün Emekli Sandığı'na bağlı ve %1.5'inin Bağ-Kur'lu olduğu bulunmuştur(6). Türkiye rakamlarıyla kıyaslandığında bölgedeki SSK'lı oranının Türkiye rakamı olan %41'in üzerinde, sosyal güvencesi olmayan kesiminde Türkiye rakamı olan %22.5'un altındadır. Araştırmamızda sosyal güvencesi olanlar %82.3, sosyal güvencesi olmayanlar ise 17.7'dir. Buradan araştırma bölgemizin sosyal güvence bakımından Türkiye ortalamasından iyi

olduğu görülmektedir. Örneklem grubumuzdaki Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'lu oranları ise Türkiye rakamları ile benzer oranlardadır(26,27). Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise bu oranlar SSK'lı %47.8, Bağ-Kur'lu %16.8 ve Emekli Sandığı üyesi %18.8 olarak bulunmuştur(28).

Araştırma kapsamındaki bireylerin büyük çoğunluğunu (%64.3) kadınlar oluşturmaktadır. Bunun nedeni araştırmanın çalışma saatleri içerisinde yapılmış olmasından ileri gelmektedir. Erkeklerin büyük çoğunluğunu bu saatlerde evlerinde bulabilmek mümkün olamamıştır.

Araştırma kapsamındaki bireylerin yarıya yakını (%49.0) ilkokul mezunu olup, %21.8'i ise okuryazar değildir. Yüksek öğrenimli olanlar ise %3.1'dir. Özcebe'nin Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış olduğu çalışmada örneğe alınan bireylerin %58.9'unun ilkokul mezunu olduğu %17'sinin ise okuryazar olmadığı saptanmıştır(6). Aksakoğlu'nun Etimesgut Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada ise örnekteki bireylerin %56'sının ilkokul mezunu olduğunu %28.8'inin okuryazar olmadığını saptamıştır (7). Bumin'in Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada da örneğe alınan bireylerden okuryazar olmayanlar %35.1, ilkokul mezunları %48.3 ve orta öğrenim üstü öğrenimliler ise %6.5 olarak tesbit edilmiştir(42). 1990 nüfus sayımına göre Türkiye'de; okuryazar olmayanlar %16.7, okuryazar olanlar %18.3, ilkokul mezunu %47.5, ortaokul mezunu %6.5, lise ve dengi okul mezunu %6.6 ve yüksek okul mezunu %2.9 oranındadır. Okuryazarlık durumu cinsiyete göre de değişiklik göstermektedir. Şöyle ki okuma yazma bilme oranı kadınlarda %71.95, erkeklerde %88.78'dir. Türkiye genelinde okur-yazar nüfus içinde bir okulu bitirenlerin oranı %80'dir(18).

Araştırma kapsamındaki bireylerin %29.5'i 20-29, %28.4'ü 30-39, %15.6'sı 40-49, %26.5'i 50 yaş ve üzeri yaş gruplarına dağılmıştır. Bireylerin 4/5'ü 20-50 yaş arasındadır. Aynı şekilde bireylerin mesleklere göre dağılımına bakıldığında, örneğe alınanların yarısından çoğunu (%65.9) ev kadınları oluşturmaktadır. Bu durum verinin elde edilmiş şekliyle ileri gelmektedir.

Hanedeki bazı ev araçlarının varlığı hanenin sosyoekonomik düzeyini yansıtan iyi bir göstergedir. Ayrıca bazı araçların da özel yararları vardır. Hanede bir radyo veya televizyonun bulunması hane halkı üyelerinin yeni fikirlere açık olmasını sağlayabilir;

evdeki buzdolabı yiyeceklerin bozulmasını engeller; sahip olunan bir ulaşım aracı ise ikamet edilen yerden uzaktaki birçok hizmete ulaşılmasını kolaylaştırır. Tablo 3' te görüleceği gibi örneğe alınan hanelerde en çok buzdolabı ve televizyon(%95.9 ve %89.7), en az bulaşık makinesi(%3.7) bulunması dikkati çekmektedir. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA)sonuçlarına göre Türkiye'deki her 10 haneden 9'unda buzdolabı ve televizyon, her 10 haneden 8'inde radyo-kasetçalar ve yarısından fazlasında telefon, fırın, elektrik süpürgesi ve çamaşır makinesi bulunduğu saptanmıştır(29). Yine Özcebe'nin Etimesgut Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada da en çok buzdolabı(%95.9) en az ise video(%6.5) tesbit edilmiştir. Sonuçlar büyük ölçüde benzerlik göstermektedir(6).

Malatya'ya her gün ya da gınaşırı gidenler anket kapsamındaki bireylerin yaklaşık %20'sini bulmaktadır. Ayda bir kez gidenler %23.7, haftada bir gidenler ise %33.4'ünü bulmaktadır. Aksakoğlu'nun Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesinde yaptığı araştırmada da kente haftada bir ya da daha sık gidenlerin oranı %42.1, ayda bir ya da daha sık gidenlerin oranı %35.5 ve çok seyrek gidenlerin oranı %22.5 olarak saptanmıştır(7). Bölgemizde araştırma kapsamındaki bireylerin kentle ilişkisinin oldukça iyi olduğu görülmektedir. Bu bağlamda araştırma bölgemizde ulaşım probleminin olmadığı kolayca söylenebilir.

Örneğe giren ailelerin ancak %17'si sağlık gereksinimleri için gelirlerinden para ayırmaktadırlar. Genelde örneğimizedeki hanehalkının büyük çoğunluğunun sağlık giderleri için para ayırmadığı gözlemlenmiştir. Bireylerin sağlığa ayırmadıkları paranın daha çok altın-bilezik, büyükbaş hayvan ya da döviz gibi birikimlerinin içerisinde olduğu düşünülebilir. Hasta olduklarında bireyler sağlık harcamalarını bunları bozdurarak ya da satarak paraya çevirmek yoluyla karşılayabilecekleri akla gelebilir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin ücretini ödeyerek yardımını istedikleri veya danıştıkları özel hekim hizmetinden yararlananların oranı %7.8'dir. Gelir durumlarına göre özel doktor hizmetini kullananlar arasında anlamlı fark bulunmuş olup bu farkı alt gelir grubunda olanlar yaratmaktadır(Tablo 4). Üst ve orta gelir grubunda olanların alt gelir gruplarına göre daha fazla özel doktor hizmetinden yararlanma olanaklarına sahip oldukları görülmektedir. Örneklemedeki bireylerin sosyal güvenceye sahip olma bakımından özel doktora başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur(Tablo 5). Genel olarak araştırma kapsamındaki bireylerin ücretini ödeyerek özel hekim hizmetinden yararlananların oranının düşük olduğunu yukarıda belirtmiştik. Burada sözü edilen Özel Hekim, ücret

ödenerek sağlık hizmetinden yararlanan doktordan çok, bazı özel durumlarda -gebe bir kadının kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca izlenmesi- bir veya iki defa başvuru ya da bir yakınının önermesiyle gidilen hekim söz konusudur.

5.2 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Bulgular :

Araştırma kapsamındaki bireyler öğrenim yönünden ele alındığında, çocuklarının hastalanması durumunda ilk önce başvuru sağlık kuruluşu %67.0 oranında sağlık ocağı olmaktadır. Çocuklarının hastalanması durumunda ilk önce sağlık ocağını seçme oranı; okuryazar ve okuryazar olmayanlarda %68.4, ilköğretimde %65.1, ortaokul öğrenimlilerde %65.3 ve lise ve üzeri öğrenimlilerde ise %72.1 olduğu görülmektedir(Tablo 6). Özcebe'nin yapmış olduğu araştırmada da öğrenim düzeylerine göre sağlık kuruluşlarını seçmede ilköğretim ve lise mezunlarının diğer öğrenim gruplarına göre farklı seçim yaptıkları bulunmuştur(6). Araştırmamızda ise sağlık kuruluşları seçiminde ortaokul, lise ve üzeri öğrenim görenler ilköğretim ve altı öğrenim görenlere göre farklı seçim yaptıkları tespit edilmiştir(Şekil 4). Lise mezunları daha çok özel doktoru, ortaokul mezunları da ise SSK hastanelerini seçmektedirler. Bu durum ortaokul mezunlarının işçi olabileceklerini düşündürülebilir. Çünkü yapılan istatistiksel analizde de ortaokul mezunlarının işçi olduğu bulunmuştur.

Örneğimizdeki bireyler çocukları hastalandığında sosyal güvence, yerleşim yeri ve gelir durumuna göre ilk önce seçeceği sağlık kuruluşunun başında büyük oranda sağlık ocağı gelmektedir.(Sırasıyla; %68.4, 67.1 ve 67.0). Sosyal güvencesi olanlar arasında, Emekli Sandığına bağlı olanlar çocuklarının hastalanması durumunda, ilk olarak sağlık ocağını seçtikleri görülmektedir(%81.0). Emekli Sandığını, Yeşil Kart'ı olan bireyler %79.3'le, Bağ-Kur sigortalısı olan bireyler %75.2 ile izlenmektedir. SSK'lı olan bireyler %61.2 ile en az başvuruyu yapmaktadırlar. Bu, SSK'luların zorunlu olarak kendi sağlık kuruluşlarını seçmeleriyle açıklanabilir.

Sosyal güvence bakımından sağlık kuruluşlarına çocuklarının hastalığı halinde ilk önce başvurmada Emekli Sandığı ve SSK'lular ile diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(Tablo 7). Bu durumun, sigortalıların kendi sağlık kuruluşlarını seçmelerinden ileri geldiği söylenebilir. Hayran ve arkadaşlarının Gebze'de yapmış oldukları çalışmada, aileler hastaları olduğunda başvurdukları ilk basamak sağlık örgütü olarak SSK dispanserini saptamışlardır(%38.2). Ailelerin %15.9'unun ilk basamak sağlık

hizmeti olarak sağlık ocağına başvurdukları bulunmuştur(33). Bu durumda sigortalı olmanın sağlık ocağını seçmede önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Ailelerin her türlü olanakları olduğunda, çocukları hastalandığında, yaklaşık dörtte üçünden fazlası özel doktoru seçeceklerini söylemişlerdir(Tablo 8, 9 ve 10). Aynı şekilde, erişkin hastalığı içinde araştırma kapsamındaki bireyler; öğrenim durumu, yerleşim yeri, sosyal güvencesi ve gelir durumu bakımından hastasını götürmek için ilk önce sağlık ocağını seçeceklerini belirtmişlerdir(Tablo,11 12, 13 ve 14). Sosyal güvenceli olma durumu, bireyin kendi özel sağlık kuruluşuna başvurma olanağı sağlamaktadır. Üst gelir grubunda olanların farklı sağlık kuruluşlarına yöneldikleri bulunmuştur. Üst gelir grubunda olanların %43.1'i sağlık ocağını seşeerken %34.6'sı da SSK hastanesini seçmektedirler(Tablo 12). Ortaokul, lise ve üzeri öğrenimliler, okuryazar ve okuryazar olmayan gruplara göre erişkin hastalanması durumunda farklı sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar. Ortaokul öğrenimlilerde SSK hastanesi %28.0'le sağlık ocağından sonra seçilen sağlık kuruluşu olurken lise ve üzeri öğrenimlilerde %16.6 oranında kurum doktoru, askeri hastane ve sözleşmeli doktor olduğu bulunmuştur(Tablo 11).

Kırsal yerleşimli olanlar yarı kentsel yerleşimlilere göre sağlık ocağını daha az, devlet hastanesini daha çok seçmektedirler. Sağlık Bakanlığı'nın 1992 Temmuz ayında yaptırmış olduğu araştırmada ise hem kırsalda hem de kentsel bölgede en sık tercih edilen kurum olarak devlet hastanesi bulunmuştur. Aynı araştırmada halkın %48.7'si devlet hastanesini seşmektedir. Bu oran kentsel yerleşimlilerde %57.6 ve kırsal yerleşimlilerde ise %36.8 olduğu görülmektedir(37) Araştırmamızda ise yarı kentsel yerleşimlilerin %44.5'i sağlık ocağını seşeerlerken kırsal yerleşimlilerde bu oran %33.0'de kalmaktadır. Kırsal yerleşimlilerin %40.0'ı devlet hastanesini seşeerlerken kentsel yerleşimlilerde bu oran %9.3'de kalmaktadır(Tablo 13). Bu durum, kırsal bölgedekilerin daha çok il merkezine gelmeleri ile açıklanabilir. Yani, ilçe merkezine gelmektense il merkezindeki sağlık kurumlarından yararlanmak daha kolay, daha çekici ileri sürülebilir. Özmen ve Aksakoğlu'nun İzmir Narlıdere'de yapmış oldukları bir çalışmada ise örneğe girenlerin %80.7'sinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık ocağını kullandıklarını saptamışlardır(43). Bu sonuçların elde edilmesine neden, sağlık ocağına ulaşım olanaklarının çok kolay olmasıdır. Her türlü olanakları olması halinde ise ailelerin %75'i, erişkin hastalanması durumunda ilk önce başvuracakları sağlık kuruluşu olarak özel

doktor muayenehanesini belirtmişlerdir(Tablo15). Hayran ve arkadaşlarının Gebze'de yapmış oldukları araştırmada ise araştırmaya katılanların, her türlü olanağın sağlanması durumunda, %81.3'ü özel hekimi seçeceklerini belirtmişlerdir(33). Bu sonuçların birbiriyle uyumlu olduğu görülmektedir. Tüm başvurular değerlendirildiğinde her grupta ilk basamak sağlık hizmetine başvuruda sağlık ocağının ilk sırayı aldığı görülmektedir. Kılıç'ın, Ankara-Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçları elde ettiği görülmektedir. Örneğin sosyal güvencesi olmayan bireylerin %44'ü, sosyal güvencesi olan bireylerin %38'i, kırsal yerleşim alanında oturanların %46'sı, kentsel yerleşim alanında oturanların %37'si sağlık hizmetleri için ilk sırada sağlık ocağına başvurumaktadırlar (25). Araştırmamızda ise yarı kentsel alanda oturanların %68.9'u, kırsal alanda oturanların ise %54'ü sağlık hizmeti için ilk sırada sağlık ocağına başvurumaktadırlar. Görüldüğü gibi yerleşim yerinin sağlık ocağına uzaklığı, sağlık ocağından yararlanma oranını düşürmektedir.

Araştırma bölgemizdeki evlerin yaklaşık yarısı ebeler tarafından ayda bir ziyaret edilmektedir(%50.9). Evlerin üçte birinin ise ebeler tarafından hiç ziyaret edilmediği saptanmıştır. Geriye kalan evlerin ise ebeler tarafından 2-3 ayda bir ziyaret edilmekte olduğu saptanmıştır. Erdem'in Sivas Kızılırmak Sağlık ocağı Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada örneklemdaki bireylerin; %56.8'i evlerine sağlık ocağı ebesinin ziyarete geldiğini, %43.2'si ise ziyarete gelmediğini belirttiklerini saptamıştır(48). Sonuçların benzerlik gösterdiği söylenebilir. Böylece, evlerin genel olarak ebeler tarafından düzenli izlendiği söylenebilir. İzlenmeyen evlerde ise, ya yaşlı kişiler yaşamakta ya da 0-6 yaş grubu ile 15-49 yaş grubuna ait bireyler (%50.9) bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki bireylerin büyük çoğunluğu(%72.3), aile fertlerinden birinin hastalığının ani ve ciddi olduğunda başvuracakları sağlık kuruluşunu değiştireceklerini, %27.1'inin ise aynı sağlık kuruluşuna başvuracaklarını, yani sağlık kurumunu değiştirmeyeceklerini belirtmişlerdir. Sağlık bakanlığının 1992 Temmuz ayında yaptırmış olduğu araştırmada benzer sonuçlar elde edilmiştir(37). Yani ciddi olgularda başvurularda sağlık kurumu değiştirilmektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin; sosyal güvenlik durumu, gelir durumu, öğrenim durumu ve yerleşim yerlerine göre sağlık ocağına başvuruları hemen hemen eşittir(%87.5). Sosyal güvencesi olmayanların %27.1'i sağlık ocağına başvurmamakta, %72.9'u ise sağlık

ocasına başvurmaktadır. Sosyal güvencenin olmayışının, sağlık ocağına başvurmada önemli bir faktör olduğu gözükmetedir(Tablo 16). Kılıç Ankara-Gölbaşı'nda yapmış olduğu araştırmada sosyal güvencesi olmayanların %44.0'ünün sağlık ocaklarına başvurduğunu ortaya koymuştur(25). Tablo 17, 18 ve 19'da görüleceği gibi araştırma bölgemizde sağlık ocağına başvurmayanların da eşit oranlarda olduğu görülmektedir(%12.5). Sağlık ocağına başvurmama nedenleri Tablo 20'de gösterilmiştir. Bireylerin büyük çoğunluğu (%72) hiç hasta olmadıkları, iyi bakılmadıklarını, yeterli ilgiyi görmediklerini vb. söylemişlerdir. Aycan ve Bumin'in Ankara-Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yaptıkları araştırmada sağlık ocağına başvurmayan kişilerin %26.1'i sağlık ocağına güvenmeme, %22.7'si hastalığını önemsememe, %18.4'ü ulaşım zorluğunu neden olarak göstermişlerdir(44). Araştırmamızda ulaşımın zor olduğunu belirtenler %6.7, sağlık ocağının iyi olanaklara sahip olmadığını söyleyenler ise %3.3'tür.

Araştırma kapsamındaki bireylerin sağlık ocağına başvuru nedenlerinin dağılımı ise Tablo 21'de gösterilmiştir. Sağlık ocağına başvuran bireyler, birinci sırada sağlık ocağının bireylere yakın uzaklıkta olmasını, ikinci sırada ise sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak verilmesini, üçüncü sırada ise sağlık ocağında tanıdık personelin bulunması, sağlık ocağının temiz olmasını vb. belirtmişlerdir. Bireyler tarafından en sık başvuru yapılan sağlık kuruluşlarının başında sağlık ocaklarının gelmesinin nedeni olarak, sağlık ocağının bireylere yakın mesafede olması ve sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesi olduğu görülmektedir. Yapılmış birçok araştırmalarda da sağlık hizmetlerinin kullanılmasında mesafe faktörünün önemi vurgulanmıştır(4,12,31). Örneğin, Hayran ve arkadaşlarının 1987'de İstanbul-Kireçhane Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış oldukları araştırmada yaşanan yerin sağlık ocağına uzaklığı her türlü hizmeti olumsuz etkilemekte olup 5 km den daha uzakta oturanların hizmeti daha az kullandıklarını saptamışlardır(32). Yine Aycan ve Bumin, 1988 yılında Ankara-Gölbaşı Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yapmış oldukları araştırmada ulaşım zorluğu dikkat çekmektedir (30). Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi'nde Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Caferbey Sağlık Ocağı Bölgesinde yaptıkları araştırmada mesafe arttıkça sağlık ocağına başvurmayanların sayısında belirgin artış saptamışlardır(50). Beşer ve Çan'ın 1990 yılında Trabzon'da yapmış oldukları çalışmada kentsel bölgede oturanların kırsal bölgede yaşayanlara göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıklarını saptamışlardır(34)). Ancak, Hayran ve arkadaşlarının 1990

yılında Gebze’de yapmış oldukları araştırmada uzaklığın sağlık kuruluşu seçiminde çok önemli bir faktör olamayacağı da belirtilmektedir (33).

Tablo 21 ve Tablo 22’de görüleceği gibi araştırma kapsamındaki bireylerin %77.7’si sağlık ocağında verilen sağlık hizmetlerden memnun olup, geri kalan %11.2’si ise memnun değildir. Bireylerin %11.1’i ise görüş belirtmemiştir. Aksakoğlu’nun Etimesgut-Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada ise sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olanların oranı %99.3 olarak bulunmuştur(7). Cilasun’da Ankara- ubuk ilçesi Birinci Eğitim Araştırma Bölgesi’nde yapmış olduğu araştırmada bireylerin %78.4’ünün sağlık hizmetlerinden memnun olduğunu, %7.1’inin ise sağlık hizmetlerinden memnun olmadıklarını saptamıştır(9). Kıyak ve arkadaşlarının İstanbula-Avcılar Halkalı Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi’nde yapmış oldukları araştırmada bireylerin %49’unun sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olduğunu bulmuşlardır(52). El-Shabrawy’nin Suudi Arabistan’ın 14 temel sağlık hizmetleri merkezinde yapmış olduğu araştırmada örnekleme alınanların %60’ının verilen hizmetlerden memnun olduğu, %40’ının ise memnun olmadığını saptamıştır. Bunların üçte biri merkezin çok uzak olduğunu, %19.4’ sağlık merkezinin çalışma saatlerinin uygun olmadığını belirtmişlerdir(45). Özcebe’nin Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada ise sağlık ocağı hizmetlerden memnun olma oranı %89.3 olarak tespit edilmiştir(6). Ali ve arkadaşlarının 1991 yılında Bangladeş-Rupganj Upazila köylerinde yapmış oldukları araştırmada aile reislerinin %52’sinin sağlık merkezlerinden memnun olmadıklarını saptamışlardır(49).

Ailelerin büyük çoğunluğunun sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olması sevindiricidir. Çünkü memnuniyetle ilgili ölçütler, kullanılabilirlik derecesini belirlemenin başka bir yoludur. Kullanım llerinin bir grubun kullanılabilirliği olduğunu gösterebilmesine rağmen, eğer kişiler aldıkları hizmetin bazı yönleri hakkında memnuniyetsizlik belirtirse, bu durum onların kullanılabilirliğine şüphe düşürür (36). Ailelerin memnun olma nedenleri sağlık ocağına başvuru nedenleriyle paralellik göstermektedir. Yani birinci sırada sağlık ocağına ulaşımın kolay olmasını, ikinci olarak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmasını belirtmişlerdir. Aileler sağlık ocağından memnun olmama konusunda ise farklı yaklaşım göstermişlerdir. Aileler memnuniyetsizliklerini; sırasıyla, hastalığına ilgi gösterilmemesi, ulaşımın zorluğu, personelin bilgi yetersizlikleri,

sağlık ocağı dışında yazılan ilaçların resmi reçeteye yazılmaması ve personelin güler yüzlü olmayıp sert davrandıkları şeklinde dile getirmişlerdir. Çivi ve Akman'ın Konya'da yapmış oldukları araştırmada ise örneğe giren bireylerin %60'ı sağlık personelinin ilgisizlik ve kötü davranışları ile sağlık kuruluşlarının temizlik ve ısınma koşullarının uyum olmayışını saptamışlar(46). Buna karşın, tekrar hastalandıklarında, ailelerin büyük çoğunluğu çekinmeksizin sağlık ocağına başvurup sağlık hizmetlerini alacaklarını söylemişlerdir.

Tablo 23'te görüldüğü gibi sağlık ocağından beklentileri konusunda araştırma kapsamındaki bireylerin %22.6'sı "Hizmet böyle sürsün" derken, %40.3'ü "daha çok ilgi, bakım, kaliteli hizmet "beklediklerini belirtmişlerdir. Şekil 5'de sağlık ocağından diğer bazı beklentiler görülmektedir Aksakoğlu'nun Etimesgut Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış olduğu araştırmada bu oranlar %36.0 ve %33.3 olarak saptanmıştır (7). Çivi ve Akman yapmış oldukları bir araştırmada bireylerin %46.6'sı ücrete katkıda bulunmayı isterken, %46.8'i ücretin devlet tarafından karşılanmasını istediklerini saptamışlardır(46). Kılıçarslan ve arkadaşlarının Sivas-Ulaş Sağlık Ocağı Bölgesinde yapmış oldukları araştırmada da örneklemdaki bireylerin sağlık ocağı hizmetlerinden beklentileri arasında %20.3'ü personel eksikliğinin iyi yetişmiş elemanlarla giderilmesi, %15.4'ü ilaç ve ilk yardım malzemesi istemi, %15.4 yeterli ve iyi hizmet sunulması olarak bulunmuştur(47). Buradan hareketle, araştırma kapsamındaki bireyler ileriye yönelik değişiklikler ve düzenlemeler gerekliliğini vurgulamışlardır. Sağlık ocağının bugünkü yapısını korumak isteyenler yaklaşık %20'de kalırken, diğer büyük çoğunluk sağlık ocağının mevcut yapısının değişmesini, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde sunulmasını, gerekli bazı laboratuvar hizmetlerinin verilmesini, çevre sağlığı hizmetlerinin sunulmasını sağlık personelinin etkili denetimi ve eğitimi gibi olumlu beklentiler ifade etmişlerdir.

Yıllara göre kişi başına hekime başvuru sayısı sırasıyla; 1993'te 2.3, 1994 ve 1995'de 1.6, 1996'da 1.8'dir. 1994'te rakamın 1.6'ya gerilemesinin nedeni ilçeye bağlı beldelerden Yakınca ve Bostanbaşı kasabasına iki adet yeni sağlık ocağı açılmış olmasıdır. Donabedian'ın belirttiği gibi, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin kanıtı sadece olanakların varlığı değil, hizmetlerin kullanımınıdır. Bu nedenle kullanılabilirlik, ihtiyaca göre kullanım düzeyiyle ölçülebilir (35). Kaya'nın Ankara'da yapmış olduğu araştırmada yıllık kişi başına hekime başvuru sayısını 2.7 olarak bulmuştur. Kılıç'ın yine Ankara'daki araştırmasında ise 1.1 olarak bulunmuştur (25). Türkiye genelindeki tam rakam

bilinememekle birlikte, OECD yayınında, kişi başına doktora başvuru sayısı 1985’de Türkiye’de 2.0, 1990 yılında İsveç’te 2.8, ABD’de 5.5, Almanya’da 11.5 olarak belirtilmiştir. OECD ortalaması ise 6.2’dir (35,51). Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 yılında yapılan bir araştırmada ise yıllık başvuru sayısı 2.4 ± 0.14 olarak bulunmuştur (37). Araştırmamızda elde edilen sonuç Türkiye ortalaması ile uyumlu olup gelişmiş ülkelerden düşüktür.

5.3. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Bulgular:

Araştırma kapsamındaki bireylerin %41.5’inin son on yılda operasyon dışı nedenlerle hastanede yatan bireylerinin olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre son on yılda operasyon dışı nedenlerle hastanede yatarak tedavi olan en çok bireyleri bulunanlar ilkökul öğrenimli olanlardır. İlkokul öğrenimli olanların hastanede operasyon nedeniyle yatan bireyleri toplam 168 kişi olup bunların %50.6’sı SSK hastanesi, %32.2’si Devlet hastanesi ve %17.2’si ise Üniversite+Özel hastaneyi tedavi amacıyla seçmişlerdir.(Tablo 25). Sosyal güvence bakımından ise son on yıl içerisinde en çok hastanede yatanları olanlar ise SSK’lı olanlar ve son beş yıldır uygulanan Yeşil Kart sahibi olanlardır. SSK hastanesini seçenler %74.7 (139 kişi) gibi yüksek bir orana ulaşmaktadır. Bu durum olağan karşılanmalıdır. Çünkü sigortalı olanların SSK hastanesini seçmeleri doğaldır. Yeşil kartı olanlar ise büyük oranda devlet hastanesini seçmekte ki bu durum olağan sayılmalıdır (Tablo 26). Çünkü Yeşil Kart’ı olanlar Devlet hastanesinde tedavi olmaktadır. Ancak sevk edilirlerse diğer hastanelerde tedavi olabilmektedirler

Gelir durumlarına göre, son on yıl içinde hastanede yatarak tedavi olma durumları incelendiğinde, devlet hastanesi ve SSK hastanesini seçenler alt gelir grubunda olanlar, üniversite hastanesini seçenler ise üst gelir grubunda olanlardır. Gelir durumuna göre hastanede yatma farklılığını meydana getiren grup ise özel hastane ve yurt dışında tedavi olanlardır. Bu hastaneleri seçmede ise en önemli etmen sigortalı olma durumu, hastanede bir yakınının çalışıyor olması ya da müdavi hekimin o sağlık kuruluşunda çalışıyor olmasıdır.

Her türlü olanağı olduğunda operasyon dışı nedenlerle yatarak tedavi görecekları hastaneleri tercihte ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 27). Ancak ailelerin büyük çoğunluğu her türlü olanak olması durumunda gelir durumları hangi grupta olursa olsun birinci sırada özel hastaneleri seçeceklerini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin son on yıl içerisinde operasyon için hastanede yatarak tedavi olmuş bireylerinin yerleşim yerlerine göre hastanelere dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Araştırma kapsamındaki bireylerin aile fertlerinden son on yılda operasyon için hastanede yatmış olanların oranı % 40.3'tür. Öğrenim durumlarına göre hastanelere dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 29). Bu farkı, okur yazar ve okur yazar gruplar meydana getirmiştir. Bu grup daha çok SSK hastanesini ve devlet hastanesi seçerlerken ilkokul öğrenimli olanlar %38.2 oranında SSK hastanesini ve %24.3 oranında üniversite hastanesini seçmektedirler. Lise ve üzeri öğrenimi olanlar ise %38 oranında üniversite hastanesini ilk sırada tercih ettikleri görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki ailelerin son on yıl içerisinde operasyon geçiren aile bireylerinin hastanelere göre dağılımı ise şekil 5'de görülmektedir. Alt gelir grubunda olanlar çoğunlukla devlet hastanesini seçerlerken Üst gelir grubunda olanlar ise genellikle üniversite hastanesini tercih etmişlerdir(Tablo 31).

Bireylerin sosyal güvenlik durumuna göre hastanede yatarak tedavi gören hastalar incelendiğinde SSK'lı olanların % 60.6'sı SSK hastanesini, Emekli Sandığına tabi olanların %38.2'si Devlet hastanesini, %44.2'si ise Üniversite hastanesini seçmişlerdir. Bağ-Kur'lu olanlar ise Devlet hastanesini seçmişlerdir. Bu durum sevk zincirinin doğal bir sonucu olarak açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin son on yıl içinde kaza geçiren bireyleri olanların oranı % 16.5'tir. Tablo 33'ten görüleceği gibi son on yıl içerisinde ailede kaza geçirmiş olan bireylerden; %63.5'i trafik kazası, %28.5'i ev kazası ve %8.0'ı ise iş kazası geçirmişlerdir. Kazaların büyük çoğunluğunun trafik kazaları olduğu görülmektedir(Şekil 7).

Araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre, son on yılda kaza geçirmiş bireylerinin hastanelere dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 34). Aynı şekilde örneğe alınanların sosyal güvence durumlarına göre, hastanelere dağılımı arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 35).

Araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumuna göre son on yılda kaza geçirmiş aile bireylerinin hastanede yatışlarının hastanelere dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 36). Alt gelir grubunda olanların büyük çoğunluğu kaza

olması durumunda Devlet hastanesini seçerlerken, orta ve üst gelir grubunda olanlar özel hastane ya da Üniversite hastanesini seçmektedirler (sırasıyla,32.8, 43.8 ve %59.5).

Yine ailelerin kaza geçirmeleri durumunda yerleşim yerlerine göre hastane seçimlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Aynı şekilde aileler her türlü olanağa kavuştuklarında,aile bireylerinin kaza geçirmeleri durumunda seçecekleri hastaneler arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$)(Tablo 37). Örneğe alınan bireylerin aile fertlerinden birinin kaza geçirmeleri halinde, her çeşit olanakları olduğunda yerleşim yerlerine göre seçecekleri hastaneler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kırsal yerleşimli olan bireyler yarı kentsel yerleşimlilerden iki kat daha fazla devlet hastanesini seçmektedirler. Hem kırsal hem de yarı kentsel yerleşimliler kaza olması durumunda birinci sırada üniversite, ikinci olarak özel hastaneyi seçeceklerini belirtmişlerdir. Devlet hastanesi ise üçüncü sırayı almaktadır.

Örnekleme giren bireyler, kendileri ya da yakınlarının kaza geçirmeleri halinde tedavi görebilmek için seçecekleri hastaneleri; %44.8'i daha iyi bakım ve ilgi gösterileceğini, %34.1'i olanakların iyi olması nedeniyle her türle incelemeleri yaparak tanıyı doğru koyup tedavinin tam ve eksiksiz olarak yapılacağını, %12.0'si ilk yardım ve acil tedavi alabileceği kuruluşlar olarak gördüklerini ve %9.1'i ise gerekli girişimlerden sonra teknolojik ve bilgi bakımından gelişmiş sağlık kuruluşuna sevkinin yapılacağına inandıkları için tercih edeceklerini belirtmektedirler.

Araştırma kapsamındaki bireylerden son on yılda evlerinde doğum olayı yaşananların oranı %59.7'dir. Araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumlarına göre son on yılda doğumun yaptırılma şekli ve yaptırıldığı yer/sağlık kuruluşları Tablo 38'de gösterilmiştir. Buna göre sağlık personeli yardımı ile yaptırılan doğumların sayısı %94.4'ü bulmaktadır. Bu doğumların da %61.6'sı hastanelerde yaptırılmıştır. Türkiye'de bu oran TNSA sonuçlarına göre ise %60.5 (20-34 yaş grubu) olarak bulunmuştur. Şekil 8'de Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre ise sağlık personeli yardımı ile doğum yapanların oranının %88.4'ü bulunduğu izlenmektedir(39). Aksakoğlu'nun 1979 yılında Ankara-Etimesgut Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yapmış olduğu araştırmada ise doğumların %71.3'ünün sağlık personeli yardımı ile yaptırıldığı saptanmıştır(7). Bu sonuçlar araştırmada elde ettiğimiz sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Örneklemdaki bireylerin sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre son on yıl içerisinde doğum yaptırılan yer/sağlık kuruluşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 39).

Araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumlarına göre, ailelerindeki gebe kadınların son on yılda doğum yaptıkları yer/sağlık kuruluşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Aynı şekilde bugün için bireylerin her türlü olanaklarının olması durumunda doğum yaptırmak için seçilecek yer/sağlık kuruluşları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir(Tablo 40, 41).

Araştırma kapsamındaki bireylerin yerleşim yerlerine göre doğumun gerçekleştirildiği yer/sağlık kuruluşu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Keza her türlü olanağın olması halinde de doğumların yaptırılacağı yer/sağlık kurumunu seçme yönünden arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo 42, 43).

Araştırma kapsamındaki bireylerin her türlü olanakları olduğunda, doğum olayının gerçekleşmesi için seçecekleri yer/sağlık kuruluşlarını; ilk olarak daha çok ilgi ve bakım (% 33.2) gösterileceği, ikinci olarak daha güvenli ve acil olanağı olması(%28.7) ve son olarak doğumun olacağı yer/sağlık kuruluşunun oturduğu yere yakın olması, aynı zamanda ebenin gerekeni yapacağına inandıklarından(%18.3) dolayı seçeceklerini belirtmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

* Araştırma kapsamına giren ailelerin %67.7'sini çekirdek aileler ve % 27.2'sini geniş aileler oluşturmaktadır.

* Araştırma kapsamındaki ailelerin %93'ünün yarı kentsel %7'sinin ise kırsal bölgede yaşadığı görülmektedir

* Ailelerin yaklaşık %60'ının alt gelir grubunda olduğu; bireylerin yaklaşık yarısına yakınının (%48.9) SSK sigortalısı olduğu, %19'unun Emekli Sandığı'na bağlı olduğu saptanmıştır.

* Hane halkı büyüklüğü bakımından araştırma bölgesindeki hanelerden 5-6 üyesi bulunan ailelerin yaklaşık %40 olduğu saptanmış olup, bölgede yaşayanların %80'e yakınının 6 yıldan fazla bir süredir bölgede oturduğu belirlenmiştir.

* Örnekleme alınan bireylerin %64.3'ünün kadınlar, % 35.7'sinin erkeklerden oluştuğu; yarısına yakınının ilkokul mezunu oldukları, büyük çoğunluğunun yaşlarının 20-50 arasında olduğu ve meslek bakımından ise büyük çoğunluğunun ev kadınlarından oluştuğu görülmektedir.

* Örnekleme grubuna alınan ailelerin sahip oldukları bazı ev araçları bakımından en çok buzdolabı(%95.9) ve televizyon(%89.7), en az bulaşık makinesine(%3.7) sahip oldukları ve %79'unun kendilerine ait evi olduğu saptanmıştır. Özel otomobili olanların oranı ise %14'tür.

* Araştırma kapsamındaki bireylerin %33'ünün sık Malatya'ya gittikleri ve %84.7'sinin sağlığı için özel olarak belli bir miktarda para ayırmadığı belirlenmiştir.

* Araştırma bölgemizde özel doktor hizmeti alanların oranının %7.8'lerde olduğu, bu hizmetten de orta ve üst gelir grubunda olanların yararlandığı bulunmuştur. Sosyal güvence bakımından da Bağ-Kurlular daha çok özel doktor hizmetinden yararlanmaktadır.

* Araştırma kapsamındaki bireylerin, çocuklar ve erişkinlerin hastalandığında genellikle ilk önce sağlık ocağını yeğledikleri saptandı. Hastalığın ciddi görülmesi durumunda ise bireylerin %72.3'ünün başvuracakları sağlık kuruluşlarını değiştirebilecekleri görüldü.

* Araştırma kapsamındaki bireyler hastalığın ani ve ciddi olması durumunda %72.3' ilk önce başvuracağı sağlık kurumunu değiştireceğini belirtmişlerdir.

* Sağlık ocağı hizmetlerinde önemli bir görev üstlenen ebelerin bölgesindeki evlerin yarısından fazlasını ayda bir izledikleri saptandı.

*Sosyal güvencesi olmayanların %26.5'unun sağlık ocağına başvurmadığı, sosyal güvencesi olanların ise %90'a yakınının sağlık hizmeti alabilmek için sağlık ocağına başvurdukları belirlendi. Alt gelir grubunda olanların orta ve üst gelir gruplarına göre sağlık ocağına daha az başvurduğu saptandı. Bireylerin ğrenim durumlarına göre de sağlık ocağına başvurmayanlar arasında %16.7 ile ilkokul öğrenimliler gelmektedir. Kırsal bölgede yaşayanlar yarı kentsel bölgede oturanlara göre sağlık ocağından daha az yararlanmakta oldukları görüldü.

* Sağlık ocağına başvurmama nedenleri arasında ulaşım zorluğunun ilk sırada geldiği ve bunu ücretsiz hizmet sunumu nedeniyle iyi bakılmadığı ve yeterli ilginin gösterilmediği izlenmektedir. Sağlık ocağında daha iyi olanakların bulunmaması, deneyimli doktorların atanmaması ve iyi tedavi edilmediğine inanmak diğer başvurmama nedenleri olarak sıralanmaktadır.

* Örnekleme giren ailelerin %77.7'sinin sağlık hizmetlerinden memnun olduğu %11.2'sinin ise memnun olmadığı saptanmıştır. Memnun olma nedenleri arasında ulaşımın kolay olması, hizmetlerin ücretsiz sunulması, hastalığına ilgi gösterilmesi ve gerektiğinde ileri tetkik için sevklerinin yapılması gelmektedir. Memnun olmama nedenleri arasında ise ulaşım zorluğu, hastalığına ilgi gösterilmemesi ücretsiz hizmet sunulduğu için iyi bakılmadığına inanma, ileri tetkikler istenmemesi ve sağlık personelinin sert davranması belirtilmektedir.

*Bireylerin tekrar hasta olması halinde sağlık ocağını kullanma oranı %95.5 olarak belirlenmiştir.

* Sağlık ocağından bireylerin beklentileri arasında daha çok ilgi gösterilmesi ve kaliteli hizmet sunulması ilk sırayı almakta, bunu hizmetin aynen sürmesi, SSK ve Bağ-Kur'lulara bakılması, ücretsiz ilaç verilmesi, uzman ya da deneyimli doktor bulundurulması, sağlık personelinin nöbet tutması ve laboratuvar hizmetleri verilmesi izlenmektedir.

* 1996 yılında Yeşilyurt Merkez Sağlık Ocağı'nda kişi başına hekime yıllık ortalama başvuru sayısı 1.8 olarak saptanmıştır.

* Hastanelerde yatan bireyleri bulunanların çoğunluğunu ilkökul öğrenimlilerin oluşturduğu, sosyal güvencesi olanların kendi hastanelerini yeğledikleri saptanmış olup, her türlü olanaklara kavuştuklarında ise genel olarak özel hastaneyi tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Bunun nedenini ise paralı hizmetin kaliteli olacağı şeklinde açıklamışlardır.

* Yerleşim yerleri bakımından kırsal yerleşimli olanlar devlet hastanesinden yararlanırken yarı kentsel yerleşimliler SSK hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastaneden yararlandıkları görülmektedir.

* Araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumu, yerleşim yeri, ve sosyal güvencesine göre son on yılda kaza geçiren bireylerinin hastanede yatış durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Alt gelir grubunda olanlar kaza geçirmeleri halinde devlet hastanesini seçmektedirler. Her türlü olanağa sahip olduklarında bireylerin kaza geçirmeleri durumunda hastane seçiminde kırsal yerleşimlilerin daha çok devlet hastanesini tercih ettikleri bulunmuştur.

* Araştırma kapsamındaki bireylerin ailelerinde son on yılda olan doğumların %94.4'ünün sağlık personeli yardımıyla yaptırıldığı ve bunların %61.6'sının hastanelerde olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence, gelir durumu, yerleşim yeri ve her türlü olanak varlığında doğumların yaptırılış şekli ve yer/sağlık kuruluşu arasında fark yoktur.

Araştırmanın sonuçlarını Türkiye'ye genellemek olanaklı değilse de bu sonuçlar ışığında şu öneriler getirilebilir:

1. Var olan sağlık hizmeti başvurularını daha da arttırabilmek için sosyal güvenlik sistemlerinin tüm toplumu kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

2. Sağlık hizmetinden yararlanmada oldukça 3nemli olan iki etmen yakınlık ve ucuz hizmet ilkesi g3z 3n3nde bulundurularak 3rg3tlenme ve hizmet sunumu buna g3re yapılmalıdır.

3. Birinci basamak sağlık hizmeti başvurularında en çok kullanılan sağlık kuruluğu olan sağlık ocaklarının fiziki altyapı, teknik donanım ve nitelikli sağlık personeli açısından çok daha iyi bir Şekilde desteklenmesi gerekmektedir.

4. Kişilerin içinde buldukları sosyoekonomik durum ve sosyal sınıflara g3re sağlık durumunun saptanması için yeni araştırmalar planlanabilir. Bu konuda sağlıklı sonuçlara ulaşılabilmesi ve retrospektif kohort araştırmaları yapılabilmesi için ocak kayıtlarına 3zel bir 3nem verilmelidir.

5- Kişilerin sağlık kuruluğu Őeimindeki beklenti ve d3ř3nceleri, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında etkili olmaktadır. 3ncelikle bireylerin sağlık kuruluğlarından ve t3m sağlık personelinden beklentilerinin daha ayrıntılı çalışmalarla saptanması gerekmektedir. Bireylerin beklentileri ile sağlık hizmetleri sunumundaki farklılıklar değerlendirilerek yapılabilecek olası değişiklikler ile bireyler tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri vermekte olan sağlık ocaklarının daha fazla kullanılması sağlanmalıdır.

7. ÖZET

1996 yılında Yeşilyurt Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'nde halkın sağlık hizmetlerinden ne ölçüde yararlandığını, hastalandıklarında hangi sağlık kuruluşlarını seçtiklerini, bu seçimi yaparken hangi etmenlerin rol oynadığını, halkın sağlık ocağı hizmetlerinden ne ölçüde memnun olduğunu ve gelecekte sağlık ocağı hizmetlerinden beklentilerinin neler olduğunu belirleyebilmek amacı ile bu araştırma planlandı.

Araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olup, araştırma evreni Yeşilyurt Merkez ilçesi ve bu ilçeye bağlı sağlık evi bulunan köylerdeki tüm hanelerdir. Sağlık ocağında bulundurulan ilçe merkezi ve köylere ait ETF(Evhalkı Tespit Fişi) dosyalarından rasgele %50 sistematik örnekleme ile 832 hane örneğe atanmıştır. Araştırmada örneğe atanan 832 haneden 831'ine ulaşılmıştır. Araştırma, evrenden örneklem yolu ile alınan hanelerde hane reisi ya da aile reisinin bulunmadığı durumlarda evin hanımı veya evdeki yetişkin bir yakını ile araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulamasıyla yapılmıştır.

Araştırma bulguları sonucu, gerek çocuklar gerekse erişkinler hastalandığında bireylerin büyük çoğunluğunun ilk önce Sağlık Ocağını yeğledikleri saptanmış olup, hastalığın ciddi görülmesi durumunda ise bireylerin %72.3'ü başvuracakları sağlık kuruluşlarını değiştirebilecekleri görülmüştür.

Sağlık ocağı hizmetlerinde önemli bir görev üstlenen ebelerin evlerin yarısından fazlasını ayda bir izledikleri saptanmıştır.

Sosyal güvencesi olmayanların %26.5'unun Sağlık Ocağına başvurmadığı, sosyal güvencesi olanların 90'a yakınının sağlık hizmeti alabilmek için Sağlık Ocağına başvurdukları belirlendi. Alt gelir grubunun orta ve üst gelir gruplarına göre sağlık ocağına daha az

başvurduğu saptandı. Bireylerin öğrenim durumlarına göre sağlık ocağına başvurmamaları arasında %16.7 ile ilkokul öğrenimliler gelmektedir. Kırsal bölgedekiler yarı kentsel yerleşimlilere göre sağlık ocağından daha az yararlanmakta oldukları görüldü.

Sağlık ocağına başvurmama nedenleri arasında ulaşım zorluğunun ilk sırada geldiği görülmektedir. Ücretsiz hizmet sunulduğu için iyi bakılmadığı ve ilgi gösterilmediği ikinci sırayı almaktadır. Bunu daha iyi olanakların sağlık ocağında bulunmaması, deneyimli doktor atanmaması, iyi tedavi edilmediğine inanmak gibi nedenler izlemektedir.

Örnekleme giren ailelerin %77.7'sinin sağlık hizmetlerinden memnun olduğu, %11.2'sinin memnun olmadığı saptanmıştır. Memnun olma nedenleri arasında ulaşımın kolay olması, hizmetlerin ücretsiz sunulması, hastalığına ilgi gösterilmesi ve gerektiğinde ileri tetkik için sevklerinin yapılması gelmektedir. Memnun olmama nedenleri arasında ise ulaşım zorluğu, hastalığına ilgi gösterilmemesi ücretsiz hizmet sunulduğu için iyi bakılmadığına inanma, ileri tetkikler istenmemesi ve sağlık personelinin sert davranması belirtilmektedir.

Bireylerin tekrar hasta olması halinde sağlık ocağını kullanma boyutu %95.5 olarak belirlenmiştir. Sağlık ocağından bireylerin beklentileri arasında daha çok ilgi gösterilmesine kaliteli hizmet sunulması ilk sırayı almakta, bunu hizmetin aynen sürmesi, SSK ve Bağ-Kurlulara bakılması, ücretsiz ilaç verilmesi, uzman ya da deneyimli doktor bulundurulması, sağlık personelinin nöbet tutması ve laboratuvar hizmetleri verilmesi izlemektedir.

1996 yılında Yeşilyurt Merkez Sağlık Ocağı'nda kişi başına hekime yıllık ortalama başvuru sayısı 1.8 olarak saptanmıştır.

Hastanelerde yatan bireyleri bulunanların çoğunluğunu ilkokul öğrenimlilerin oluşturduğu, sosyal güvencesi olanların kendi hastanelerini yeğledikleri saptanmış olup her türlü olanaklara kavuştuklarında ise özel hastaneyi tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Bunun nedenini ise paralı hizmetin kaliteli olacağı şeklinde açıklamışlardır. Yerleşim yerleri bakımından kırsal yerleşimli olanlar devlet hastanesinden yararlanırken yarı kentsel yerleşimliler SSK hastanesi ve üniversite hastanesi+özel hastaneden yararlandıkları görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin öğrenim durumu, yerleşim yeri, ve sosyal güvencesine göre son on yılda kaza geçiren fertlerinin hastanede yatış durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Kötü gelir grubunda olanlar kaza geçirmeleri halinde

devlet hastanesini seçmektedirler. Her türlü olanağa sahip olduklarında bireylerin kaza geçirmeleri durumunda hastane seçiminde kırsal yerleşimlilerin daha çok devlet hastanesini tercih ettikleri bulunmuştur

Araştırma kapsamındaki bireylerin ailelerinde son on yılda olan doğumların %94.4'ünün sağlık personeli yardımıyla yaptırıldığı ve bunların yaklaşık %61.6'sının hastanelerde olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence, gelir durumu, yerleşim yeri ve her türlü olanak varlığında doğumların yaptırılış şekli ve yer/sağlık kuruluşu arasında fark yoktur.

8. SUMMARY

The aim of this study is to determine the patterns of health service demand by individuals and the factors affecting this demand in Yeşilyurt Education and Research Health District. In addition, we wanted to determine that they expected from primary health care to be given in health centres and if they were satisfied from ones.

This descriptive study was performed during between November 1995 and February 1997 in Yeşilyurt district which is the training and research area of İnönü Üniversity Faculty of Medicine Public Health Department in Malatya. Target population is divided into two part as rural and semi-urban areas. At our resarch, the method of fifty per cent sampling were randomly used in both the rural area semi-urban area.

In this research, the data of the household head (either his wife or the adult members of family) in 831 houses were compiled. Information was collected through the individual questionnaire conducted by research from face to face with them and reached to sample population is 99.9% of the target population.

According to the results average household size is 5 in our research area. of these, %39.9 were large families(5-6 person). Others were small(1-2), medium(3-4) and very large (7 and up) families. In addition, demand for health services are higher on semi-urban population than rural population(respectively 91.1%, 65.0 %). 87.5% of visited health institution is preferred health centres at first. The most important factors which influence choosing the health institution are distance, household income and services without payment. Among the people who used private health sector, the much more interested and take care of their is the most important factors.

For mild cases, health centers; for acute and severe cases other health services are preferred by people.

People that are not covered by any type of social security or insurance system contact with physicians less than one who under any type of social security coverage.

The most of the household heads (77.7 %) were satisfied from services health centres. 11.2 per sent of them were dissatisfied from ones. Most of the dissatisfied said that the health centre was too far away. It had been found out 1.8 applied number of annual per capita physician in our resarch area in 1996.

In the light of these finding, his study suggest that the social security system should cover up the whole our society, ana therefore, health centres which are the most frequently used health institution should be supported and developed by the government.



9. KAYNAKLAR

- 1- Öztekin Z., Temel Sağlık Hizmetleri (İkinci Baskı), Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 92/2, Ankara, 1992.
- 2- Primary Health Care, World Health Organization, Geneva-Newyork-1978.
- 3- Aksakoğlu G., "Sağlık Örgütlenmesi ve Tıp Eğitim Modelleri" Toplum ve Hekim Sayı 18.Sayfa 31. 18. Haziran. 1979.
- 4- Fişek N., Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara, 1983.
- 5- Bertan M., Güler Ç., Halk sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, Ankara, 1995.
- 6- Özcebe L.H., Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Saptanması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, 1990.
- 7- Aksakoğlu G., Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin Seçtiği Sağlık Kuruluşları Ve Bu Seçimi Etkileyen Etmenler Üzerine Bir İnceleme, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1979.
- 8- Öztekin Z., Eren N., Sağlık Ocağı Yönetimi (Düzeltilmiş 7. Baskı) , Palme Yayınları, Ankara, 1996.
- 9- Cilasun, U.: Çubuk İlçesi Birinci Bölgesinde Tedavi Hizmetlerinden Yararlanma Ve Bunu Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1979.
- 10- Tümerdem, Y.: Halk Sağlığı II (Toplum Hekimliği), Üniversite Yayın No:3626,İstanbul 1992.
- 11- Yurt Ansiklopedisi, Türkiye Genel , Cilt 11, Anadolu Yayıncılık , İstanbul,1982-1983-1984.
- 12- Dirican R., Bilgel N.: Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), II.Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.
- 13- Sağlık Mevzuatı, Cilt XVI/2, Lebib Yalın Yayınları, Kısım II, 1996 Yılı Programı, İstanbul.

- 14- Enünlü A., Hastaların Ankara'daki Devlet Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerini Seçiş Nedenleri, Sağlık Yönetimi Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1988.
- 15- Bozkaya Ç., Teker N.: Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı (4. Basım), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, 1996.
- 16- T.C. Yeşilyurt Kaymakamlığı, Brifing Dosyası, Yeşilyurt, 1996.
- 17- AnaBritanica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana yayıncılık, İstanbul, 1986-1990.
- 18- DİE, Türkiye İstatistik Yıllığı(Sh.294, Çizelge 189), Ankara, 1987.
- 19- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, Ankara, 1995.
- 20- Bertan M., Özcebe H.: Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyolojiye Giriş (4. Basım), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, 1996.
- 21- Erdoğan S., Özşahin A., Şahin M., Yıldız A. N.: Ankara Doktor Sami Ulus Çocuk Hastanesinde 20-22 Şubat 1995 Tarihleri Arasında Halen Yatarak Tedavi Görmekte Olan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 1995.
- 22- Çakmakçı M.: Cumhuriyetin 70. Yılında Türkiye'de Tıp, Cumhuriyetin 70. Yılında Türkiye'de Bilim II, Bilim ve Teknik Özel Ek(içerisinde), Ankara, 1993.
- 23- Eren N.: Sağlık Hizmetlerinde yönetim (4.Bası), Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 1989.
- 24- İstatistiklerle Türkiye 1994, T.C.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 1994.
- 25- Kılıç B.: Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 1996, Cilt 11, Sayı 74.
- 26- Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye'de İstatistik Yıllığı 1994, 1995, Ankara.
- 27- Sosyal Sigortalar Kurumu, 1994 İstatistik Yıllığı, SSK yayın No:572, 1995.
- 28- Tokat M.: Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, 1993.
- 29- Sağlık Bakanlığı(Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc.1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Türkiye.
- 30- Aycan S.: Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Halkın Birinci Basamak Tedavi hizmetlerinden Yararlanma Düzeyi ve bunu Olumsuz Yönde Etkileyen faktörlerle İlgili Bir Araştırma, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 1979, Ankara.

- 31- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Özetleri, Cilt:1 içinde, Antalya Merkez Sağlık Ocaklarında Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, s:88-89, Akdeniz Üniversitesi yayın no:57, 1994, Antalya.
- 32- Hayran O, Nuhoğlu A, İnan A.: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler, Toplum ve Hekim Sayı:46, Sh.17-21.
- 33- Hayran O. ve Ark.: Kentsel Bir Bölgede Halkın Sağlık Kuruluşlarını Etkileyen Etkenler, Klinik Gelişim Dergisi 4, Sh.1052-1055, 1991.
- 34- Beşer E., Çan G.: Temel Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı içinde, 12-14 Eylül 1994, Didim.
- 35- Kaya S.: Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel Ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği, Toplum Ve Hekim, Cilt11, Sayı 71, Ocak-Şubat 1996.
- 36- Kaya S.: Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği, Toplum Ve Hekim, Cilt10, Sayı 66, Mart-Nisan 1995.
- 37- Ministry of Health, Turkey, Health Project General Coordination Unit (1995) Health Services Utilization Survey in Turkey, Ankara, Turkey.
- 38- Güldal D.: Çağdaş Bir Uzmanlık: Genel Pratisyenlik ya da Aile Hekimliği, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, TTB Yayını, Cilt 10, Sayı67.
- 39- Sağlık İstatistikleri 1994, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Başkanlığı, Aralık 1995.
- 40- Tatar M.: Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımının Vazgeçilmez Ögesi: Toplum Katılımı, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, TTB Yayını, Cilt 10, Sayı 67.
- 41- Karaoğlu L.: Malatya İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlık Konusundaki Bilgi, Tutum, Uygulama Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Malatya, 1995.
- 42- Bumin M.A.: Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Halkın Sağlık Durumu ve Sağlık Ocağı Konusundaki Bilgisine İlişkin Araştırma Raporu, H.Ü.T.F., Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara,1974.
- 43- Özmen D., Aksakoğlu G.: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Özet Kitabı İçinde.

- 44- Aycan S., Bumin Ç.: Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Halkın Birinci Basamak Tedavi hizmetlerinden Yararlanmasını Olumsuz Yönde Etkileyen faktörler, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı İçinde, 1988.
- 45- el-Shabrawy-Ali-M.: A Study of Patient Satisfaction As Evalition Parameter For Utilization Of Primary Health Care Services, J-R-Soc-Health, 112(2): 64-7, Riyadh, 1992.
- 46- Çivi S., Akman M.: Toplumun Sağlık Hizmetlerinden Beklentileri, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Özet Kitabı İçinde.
- 47- Kılıçarslan S., Varol N., Karagöz N., Koçoğlu G.: Ulaş Sağlık Ocağı Bölgesindeki Aile Reislerinin Sağlık Ocağı Hizmetlerini Değerlendirmeleri ve Hizmetten Beklentiler, III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı İçinde, 1992.
- 48- Erdem M.: Kızılırmak Sağlık Ocağı Bölgesindeki Halkın Sağlık Ocağı Kullanım Durumunun Belirlenmesi, III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı İçinde, 1992.
- 49- Ali SM, Paramanik MA, Khan MN, Samed A.: Assessment of Low Attendance at Primary Helalth Care Centre,Bangladesh Med. Res. Counc. Bull. 17(2): 81-7, 1991.
- 50- Öztürk Y., Günay O., Aykut M., Çetinkaya F., Cingöz K.: Kentsel Bölgede Sağlık Ocağına Başvuruda Mesafe Faktörünün Rolü, I. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı İçinde, 3-4, 1990.
- 51- Schiber G.J., Pooullier, J.P., Greenwald, L.M., Health, Spending, Delivery and Outcomes In OECD Countries, Health Affairs, Vol:12, No:2, s.126, 1993.
- 52- Kıyak M., Güray Ö., Dağoğlu T., Avcılar-Halkalı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Sağlık Ocağı Çalışmaları Hakkında Toplumun İzlenimleri, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özel Kitabı İçinde.

EK-1

**YEŞİLYURT İLÇESİNDE HALKIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ANKET FORMU

Tarih:...../...../199....

- 1-Sıra No:.....
- 2-Mahalle/Köy Adı:.....
- 3-Hane Reisinin Adı Soyadı:..... Tel.....
- 4-Kendisi Dahil Evde Yaşayan Kişi Sayısı (.....)
- 5-Aile Tipi: 1-Çekirdek Aile 2-Geniş Aile 3-Diğer (Belirtiniz):.....
- 6-Hane Reisinin Cinsiyeti: 1-Erkek 2-Kadın
- 7-Anket Uygulanan Kişinin Cinsiyeti: 1-Erkek 2-Kadın
- 8- Hane Reisinin Yaşı: (.....)
- 9- Anket Uygulanan Kişinin Yaşı: (.....)
- 10-Hane Reisinin Öğrenimi: 1-OYD 2-OY 3-İlkokul 4-Ortaokul 5-Lise 6-Yüksek
- 11-Anket Uygulanan Kişinin Öğrenimi: 1-OYD 2-OY 3-İlkokul 4-Ortaokul 5-Lise 6-Yüksek
- 12-Hane reisinin Medeni Hali: 1-Evli 2-Hiç Evlenmemiş 3-Boşanmış 4-Eşi Ölmüş
- 13-Anket Uygulanan Kişinin Medeni Hali: 1.Evli 2.Hiç Evlenmemiş 3.Boşanmış 4.Eşi Ölmüş
- 14-Hane Reisinin İşi (Son 12 Aydır Çalıştığı):
- 1-Çiftçi 2-İşçi 3-Memur 4-Serbest Meslek 5-Çalışmıyor 6-Diğer (Belirtiniz):.....
- 15-Anket Uygulanan Kişinin İşi(Son 12 Aydır Çalıştığı):
- 1-Çiftçi 2-İşçi 3-Memur 4-Serbest Meslek 5-Çalışmıyor 6-Diğer (Belirtiniz):
- 16-Kaç yıldır bu bölgede oturuyorsunuz?.....yıl
- 17-Malatya'ya ne sıklıkta gidiyorsunuz?
- 1-Hergün 2-Haftada bir 3-Ayda bir 4-Ayda birden az 5-Diğer.....
- 18-Oturmakta olduğunuz ev sizin mi yoksa kira mı? 1-Kendisinin 2-Kira 3-Diğer
(Belirtiniz):.....

19-Evinizde şunlardan hangileri var?

- 1-Buzdolabı 2-Fırın 3-Çamaşır Makinesi 4-Bulaşık Makinesi
5-Elektrik Süpürgesi 6- Televizyon 7-Video 8- Radyo 9-Müzik Seti
10-Telefon 11-Özel Otomobil 12-Okul kitapları dışında 30'dan fazla kitap
13-Diğer(Belirtiniz).....

20-Bir ayda ortalama evinize ek gelirler dahil kaç milyon Türk Lirası para giriyor?

(.....TL.)

21-Sağlığa gelirinizden hiç para ayırıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

22-Ayırıyorsanız ayda ortalama miktarı ne kadardır?(..... TL.)

23-Ebeye göre ailenin ekonomik durumu nedir (Boş bırakınız)? 1-Üst 2-Orta 3-Alt

24-Herhangi bir sigorta kuruluşu ile ilginiz var mı? 1-Var 2-Yok

25-Var ise sosyal güvenceniz: 1-SSK 2-Emekli Sandığı 3-Bağ-Kur 4-Yeşil Kart 5-Diğer

(Belirtiniz):.....

26-Size göre,bir kadın hastalandığı zaman,doktora gitmek için kocasından veya evdeki büyüklerden izin almalı mı?

1-Evet,her durumda mutlaka izin almalı

2-Her zaman değil,bazı durumlarda almalı

3-Hayır,kadının izin almasına gerek yok

27-Hastalandığınız zaman para ödeyerek yardımını istediğiniz ya da danıştığınız belli

. bir aile doktorunuz var mı? 1-Evet 2-Hayır

28- Evet ise, branşı nedir?.....

29-Evet ise çalıştığı kurum neresidir?.....

30- Çocuğunuz hastalandığında en önce aşağıdakilerden hangisine gidersiniz?

1-Özel doktora 2-Sağlık ocağına 3-Devlet Hastanesine 4-SSK Hastanesine

5-Üniversite Hastanesine 6-Diğer (Belirtiniz):.....

31-Çocuğunuz hastalandığında, her türlü olanağınız olsa, en önce aşağıdakilerden hangisine gidersiniz?

1-Özel doktora 2-Sağlık ocağına 3-Devlet Hastanesine 4-SSK Hastanesine 5-Üniversite

Hastanesine 6-Diğer (Belirtiniz):.....

- 32- Evdeki erişkin bir kişi hastalandığında en önce aşağıdakilerden hangisine gidersiniz?
1-Özel doktora 2-Sağlık ocağına 3-Devlet Hastanesine
4-SSK Hastanesine 5-Üniversite Hastanesine 6-Diğer (Belirtiniz):.....
- 33- Evdeki erişkin bir kişi hastalandığında, her türlü olanağıınız olsa, en önce aşağıdakilerden hangisine gidersiniz?
1-Özel doktora 2-Sağlık ocağına 3-Devlet Hastanesine
4-SSK Hastanesine 5-Üniversite Hastanesine 6-Diğer (Belirtiniz):.....
- 34- Ailenizden birisi hastalandığında hastalığın şiddeti sağlık kuruluşu tercihinizi değiştirir mi?
1- Evet 2- Hayır
- 35-Evinize sağlık ocağı ebesi gelir mi?
1-Hiç gelmez 2-Haftada bir 3-Ortalama ayda ---- kez 4-Diğer.....
- 36-Daha önce hiç sağlık ocağına başvurdunuz mu? 1-Evet 2-Hayır
- 37-Yanıt "Hayır" ise niçin sağlık ocağına gitmediniz?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
1-Gidip gelmesi zor
2-Yeteri kadar ilgi gösterilmiyor
3-Çok kalabalık oluyor
4-Parasız olduğu için iyi bakılmadığı kanısındayım
5-Daha iyi olanaklara sahipler
6-Diğer (Belirtiniz):.....
- 38-Sağlık ocağına başvurduysanız memnun musunuz?
1- Çok memnunum 2-Memnunum 3-Memnun değilim 4-Hiç memnun değilim
- 39-Sağlık ocağından memnunsanız nedenlerini söyler misiniz?(Birden fazla işaretleyiniz)
1-Gidip gelmek kolay
2-Para almıyorlar
3-Hastalığıma ilgi gösteriyorlar
4-Gerektiğinde ileri tetkik istiyorlar
5-Diğer (Belirtiniz):.....

40-Sağlık ocağından memnun değilseniz nedenlerini söyler misiniz? (Birden fazla işaretleyiniz).

1-Gidip gelmek zor

2-Hastalığıma ilgi göstermiyorlar

3-Çok sıra bekleniyor

4-Parasız olduğundan iyi bakmıyorlar

5-Film,EKG vb..çektirmiyorlar,kan -idrara incelemesi yaptırmıyorlar

6-Diğer (Belirtiniz):.....

41-Siz ya da bir yakınınız hastalansa,hiç çekinmeden sağlık ocağına gider misiniz?

1-Evet

2-Hayır

3-Kararsızım

42-Yeşilyurt sağlık ocağından hizmetleri bakımından beklentileriniz nelerdir?

(.....)

43-Son on yıl içinde aile fertlerinden ameliyat dışı nedenlerle hiç hastanede yatan/yatanlar oldu mu? 1-Evet 2-Hayır

44-Cevabınız evet ise nerede yattı?

1-Devlet Hastanesinde

2-SSK Hastanesinde

3-İnönü Üniversitesi Hastanesinde

4-Diğer (Belirtiniz):.....

45-Cevabınız evet ise bu hastaneyi tercihinizin nedenlerini söyler misiniz?(.....)

46-Yeniden hastaneye yatmanız ya da yatırılmak gerekirse, her türlü olanağınız olsa, hangi hastaneyi tercih edersiniz?

1-Devlet Hastanesi

2-SSK Hastanesi

3-İnönü Üniversitesi Hastanesi

4-Diğer (Belirtiniz):.....

47-Bu hastaneyi tercihinizin nedenlerini söyler misiniz? (.....)

(.....)

48-Son on yılda ailenizden ameliyat olan oldu mu?

1 -Evet

2-Hayır

49-Evet ise son ameliyatı nerede oldu?

1- Devlet Hastanesi

2-SSK Hastanesi

3-İnönü Üniversitesi Hastanesi

4-Diğer(Belirtiniz):.....

5- Gereksiz

50-Bu ameliyat için bu hastaneyi tercihinizin nedenlerini söyler misiniz?

51-Yeniden ameliyat olmanız gerekse, her türlü olanağınız olsa,hangi hastaneyi tercih edersiniz?

1-Devlet Hastanesi

2-SSK Hastanesi

3-İnönü Üniversitesi Hastanesi

4-Diğer (Belirtiniz):.....

52-Ailenizdeson on yılda kaza geçiren/geçirenler oldu mu? 1-Evet 2-Hayır

53-Evet ise ne tür bir kaza idi?.....

54-Son geçirilen kazada tedavi nerede yapıldı?

1- Devlet Hastanesinde

2- SSK Hastanesinde

3- İnönü Üniversitesi Hastanesinde

4-Diğer(Belirtiniz):.....

5-Gereksiz

55-Böyle bir kaza nedeniyle şimdi tedavi olmak gerekirse, her türlü olanağınız olsa,hangisini tercih edersiniz?

1-Devlet Hastanesi

2-SSK Hastanesi

3-İnönü Üniversitesi Hastanesi

4-Diğer(Belirsiniz):.....

56-Yeni tercihinizin nedenlerini söyler misiniz?

.....

57-Son on yılda evinizde doğum yapan oldu mu?

1-Evet

2-Hayır

58-Doğum olduysa nerede oldu?

1-Evde yakınlarının veya ebe-ninenin yardımıyla

2-Evde sağlık ocağı ebesi yardımıyla

3-Sağlık evinde

4-Sağlık ocağında

5-Devlet Hastanesinde

6-Diğer(Belirtiniz):.....

7-Gereksiz

59-Bugün doğum olsa,her türlü olanağınızın olduğunu varsayarsanız, hangisini tercih edersiniz

1-Evde yakınlarının veya ebe-ninenin yardımıyla

2-Evde sağlık ocağı ebesi yardımıyla

3-Sağlık evinde

4-Sağlık ocağında

5-Devlet Hastanesinde

6-Diğer(Belirtiniz):.....

60-Bu tercihinizin nedenlerini söyler misiniz? (.....
.....)

T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
YEŞİLYURT KAYMAKAMLIĞI

SAYI : B054VKL4448501. İşl.18/- 46
KONU : Yetki Belgesi

24.01/1996

YEŞİLYURT

İLGİ: 23.01.1996 tarihli Dr.**Mustafa ŞAHİN**'in dilekçesi.

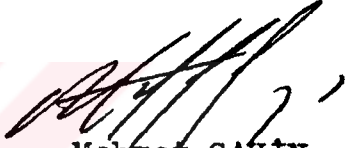
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığınca İlçemizde sağlık yönünden bir araştırma başlatılmış ve bu işle ilgili olarakda, Araştırma Görevlisi olarak İlçemize görevlendirilen Dr. Mustafa ŞAHİN Yetkili kılınmıştır.

Adı geçen görevliye çalışmalarını daha sağlıklı yapabilmesi için yardımcı olunmasını rica ederim.

D A Ğ I T I M :

G e r e ğ i :

- Emniyet Amirliği
- Jandarma Komutanlığı
- Köy ve Mahalle Muhtarlıkları


Mehmet ŞAHİN
Yeşilyurt Kaymakamı

B i l g i :

Dr.Mustafa ŞAHİN