



T.C

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ'NDE
YAŞAYANLARIN
AYAKTAN TANI -TEDAVİ EDİCİ
VE
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIMLARI
VE ETKİLEYEN ETMENLER**

Dr. Rukiye Çetin SEÇKİN

UZMANLIK TEZİ

BURSA 2009



T.C

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ'NDE
YAŞAYANLARIN
AYAKTAN TANI -TEDAVİ EDİCİ
VE
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANIMLARI
VE ETKİLEYEN ETMENLER**

Dr. Rukiye Çetin SEÇKİN

Danışman: Prof. Dr. A. Hamdi AYTEKİN

BURSA 2009

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TÜRKÇE ÖZET.....	ii- iii
İNGİLİZCE ÖZET.....	iv - v
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	2
GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
BULGULAR.....	33
TARTIŞMA.....	79
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	120
KAYNAKLAR.....	124
EKLER.....	136
TEŞEKKÜR.....	144
ÖZGEÇMİŞ.....	145

ÖZET

Kesitsel nitelikteki bu araştırmanın amacı Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımları ve etkileyen etmenlerin araştırılmasıdır.

Araştırma Kasım 2007- Haziran 2008 tarihleri arasında 1053 kişi üzerinde yürütülmüştür. Küme örnekleme yöntemi kullanılmış ve bilgiler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formları kullanılmıştır.

Son on beş gün içinde hastalanma sıklığı %39,5 olarak bulunmuştur. Hastalananların %16,1'i hiçbir şey yapmamış, %20,7'si kendi kendine ya da başkalarının yardımıyla tedavi olmaya çalışmış, %63,2'si sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurmuştur. Sağlık güvencesi, öğrenim süresi, hane halkı başkanının doğum yeri, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, hastalığın özelliği, son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullanımı hastalık karşısında sağlık arama davranışını etkilemektedir. Başvurular en çok ikinci basamak kamu sağlık kurumlarına (%34,2) ve sağlık ocaklarına (%33,1) yapılmaktadır. Birinci basamak ve kamu sağlık kurumlarından hizmet alanlarda memnuniyet daha fazla bulunmuştur.

Son on beş gün içinde hastalananların %22,1'i ilaç katkı payları dışında sağlık harcaması yapmış, %81,0'i ödemeyi yapmakta zorlanmıştır. Sağlık harcaması yapma ile hane halkı başkanının toplumsal sınıfı, hastalığın acil akut hastalık olması ve aile gelirinin düzenli olması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sağlık hizmetlerine en çok gereksinimi olanların erişiminin artırılması için tüm nüfusu güvence altına alan sosyal güvence sistemi zorunludur. Sağlık güvencesi, uygulanmaya başlanan sağlık reformunun kişilerin karşısına çıkardığı yeni ekonomik engelleri aşmasına yetmemekte, daha önceden herkesin ücretsiz olarak aldığı sağlık hizmeti için ödeme yapanların %80'inin zorlanmasına neden olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık arama davranışı, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık kurumu tercihi, hizmetten memnuniyet, cepten sağlık harcamaları.

SUMMARY

Utilization of the Outpatient Health Services and Preventive Care and Effecting Factors Among People Living in Nilüfer Public Health Training and Research Area.

The aim of this cross-sectional study was to investigate the health care utilization of people who live in Nilüfer Public Health Training and Research Area.

The study was carried out on 1053 people, between November 2007- June 2008. Cluster sampling method was used and data was collected with face-to-face interview technique. A prepared questionnaire was used as a data collecting tool.

The illness frequency in the last fifteen days was 39,5%. 16,1% of the people who got ill didn't do anything, 20,7% of them tried to recover by oneself or by the help of others, 63,2% to attend someone or somewhere giving health care. Health insurance, education time, the birth place of the head of the house hold, working situation, perceived economic status, characteristics of the illness, use of preventive services in the last year affected the health seeking behaviour. The primary (34,2%) and secondary public health facilities (%33,1%) were preferred mostly. done to the services and public health care services. Satisfaction was higher in patients who took health care from primary health care facilities and public health care facilities.

22,1% of patients who got ill in the last fifteen days made out of pocket expenditure and 81,0% of them had difficulty in paying it. There was a significant relation between out of pocket health expenditure and social class of the head of the household, the illness being emergent acute and the regularity of family income.

Universal health insurance is compulsory in order to improve the access of people who need health care the most. The prevalent health insurance isn't adequate for people to overcome the economic barriers that are caused by the new performed health reform and now people have to pay for health care that was formerly free and this situation is

difficult for 80% of people. The few components of the reform are being performed at the time and Access to health are began decrease. This shows us that inequalities is health will increase and poor people will have difficulty getting health care.

Keywords: health care seeking behavioral, health care utilization, preference of health service facilities, satisfaction from service, out of pocket health expenditure.

GİRİŞ

Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (1). Sağlık, günümüzde doğuştan kazanılan, vazgeçilemez, devredilemez, ertelenemez temel bir insanlık hakkı olarak kabul edilmiş ve tüm dünyada ulaşılması hedeflenen sosyal bir amaç niteliği kazanmıştır (2). Sağlık hizmetleri sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hasta kişileri olanakların elverdiği ölçüde en erken dönemde teşhis ve tedavi etmek, kişilerin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için verilen hizmetlerin tümünü kapsar. Sağlık hizmetlerinin temel amacı sağlıklı bir yaşam, uzun ömür ve verimli çalışmanın sağlanmasıdır (3).

Sağlığın temel belirleyicileri bireylerin yaş, cinsiyet ve genetik özellikleri, içinde buldukları sosyokültürel sistem, ekonomik güçleri, inançları, çevre ve çalışma koşulları, eğitim düzeyleridir (4). Sağlığı etkileyen etmenlerden biri olan sağlık hizmetlerinin toplum sağlığına en fazla katkıyı sağlayabilmesi için, toplumdaki bireylerin tümü tarafından kullanılabilir olması gerekmektedir (5). Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen etmenler konusunda yapılan pek çok araştırmaya Aday ve Andersen'ın (6) geliştirdiği model temel oluşturmaktadır. Hizmetlerin toplumdaki kişiler tarafından kabul ve kullanımını etkileyen etmenleri; bireyin toplumsal, ekonomik ve kişisel davranış özellikleri, aile yapısı, sağlık güvencesi, ekonomik düzeyi, toplum ve çevrenin özellikleri, ekonomik sistem, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve bireylerin sağlık hizmeti gereksinimi oluşturmaktadır (7).

Sağlıkta eşitsizlik kavramı; çeşitli sosyal gruplar arasında var olan, kültürel, sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan, ortadan kaldırılabılır ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıkları ifade etmektedir (8). Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu kadar, aynı ülke içerisindeki toplum gruplarının sağlık düzeyleri arasında da büyük eşitsizlikler vardır (5, 9–18).

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en önemli engel finansal engellerdir ve bunun başlıca nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliklerin yol

açtığı yoksulluktur. Sağlıksızlığın yoksulluğa, yoksulluğun da sağlıksızlığa yol açtığı sık görülen bir durumdur (6, 19, 20). Yoksulluğun neden ve sonuçları arasında yer alan göç; Türkiye’de ve dünyada sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerinin kullanımını önemli oranda etkilemektedir (6,12, 21–28).

Kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hedefi son yirmi yılda değişmez bir politika olarak ülkemizdeki sağlık alanındaki tüm uygulamalara damgasını vurmuştur (29). “Sağlık reformu” adı verilen bu uygulamalar sağlık hizmetlerinin sunumu ve kullanımına ilişkin tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Uygulamaya konmaya çalışılan reform paketinin sağlık hizmetlerinin finansmanındaki değişikliklerle, çok sayıda insanın sosyal güvenlik kapsamının dışında kalmasına neden olacağı öngörüsünde bulunmaktadır (30).

Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanılabilirliğin kanıtı, sadece olanakların olması değil, aynı zamanda hizmetlerin kullanımınıdır (5). Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanılabilirliğe ilişkin engeller ve özelliklerin araştırılması hem eşitlikçi bir sağlık politikasının geliştirilmesi için yasa koyuculara hem de toplumda yaşayan bireylere yardım eder.

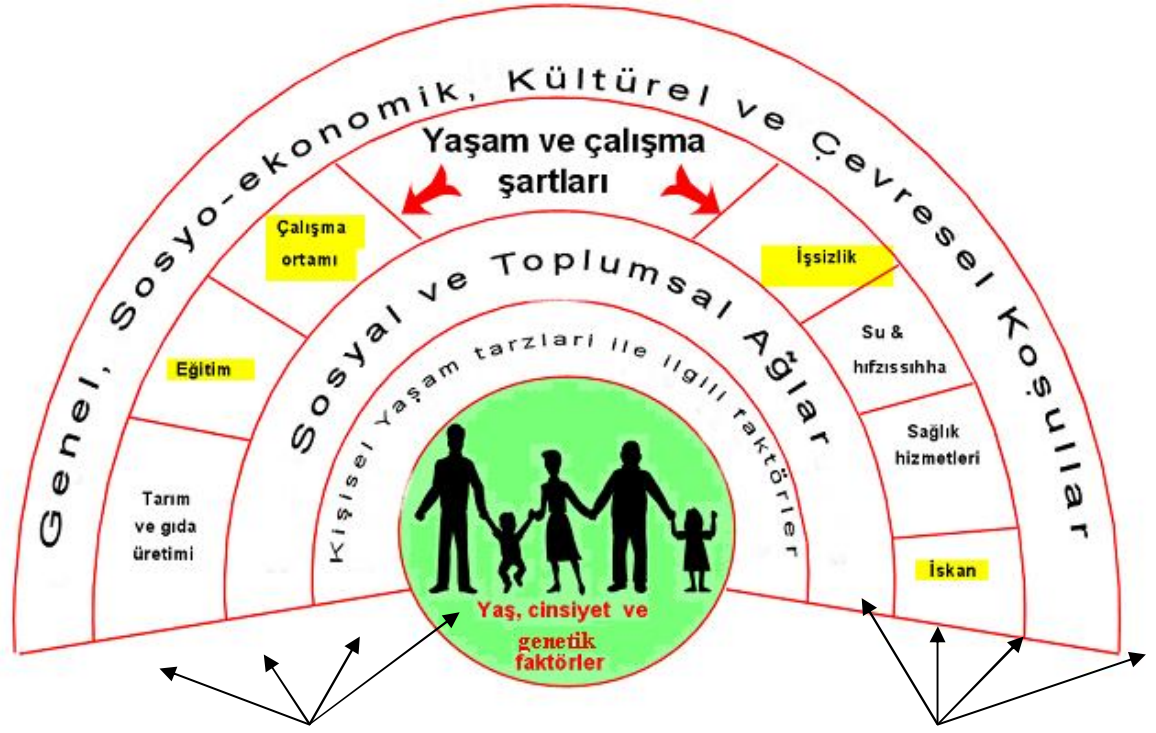
Sağlık sisteminde “dönüşüm” ya da ”reform” adı verilen uygulamaların bulunduğu bu dönemde, özellikle sağlık hizmetlerinin kullanım boyutunu ve bunu etkileyen etmenleri tanımlamak, sağlık sisteminin sağlıkta eşitsizlikler üzerine olan etkisini ortaya çıkarmak bakımından önemlidir.

GENEL BİLGİLER

Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinde Eşitlik

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" tanımı sağlığın biyolojik boyutunun yanı sıra davranışsal ve çevresel boyutunun önemini vurgulayarak, sağlığı çok boyutlu bir olgu olarak ele almaktadır (1). DSÖ Anayasasında sağlık hakkı "ırk, din, politik inanç, ekonomik güç ve sosyal statü farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşma hakkı" olarak tanımlanmıştır. Ayrıca devletlere sağlık hizmetlerini düzenleme ve denetleme görevi verilmiştir. Sağlık hakkı 1978 yılında Alma Ata Kongresi'nde "dünyadaki herkes 2000 yılına kadar buldukları toplumun sosyal yaşantısına etkin bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır" ilkesi ile evrensel bir nitelik kazanmıştır (2). Sağlık, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda da "herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir" şeklinde güvence altına alınmıştır (31).

Bireylerin ve toplumların sağlık durumunu ve sağlık durumundaki farklılıkları genetik, çevresel, toplumsal ve ekonomik etmenlerin yanı sıra sağlık hizmetleri ve onların kullanımı da etkilemektedir. Şekil-1 sağlığın temel belirleyicilerini betimlemektedir (32).



Şekil-1. Sağlıkın temel belirleyicileri (32)

Sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hasta kişileri olanakların elverdiği ölçüde, en erken dönemde teşhis ve tedavi etmek, kişilerin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan hizmetlerin tümünü içermektedir. Prof. Dr. Nusret Fişek (33), birbirinden ayrılması olanaksız olan sağlık hizmetlerini eğitim ve öğretim amacıyla koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve esenlendirici (rehabilitasyon) sağlık hizmetleri olarak üç gruba ayırmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye yönelik olarak iki gruba ayrılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sadece tıbbi hizmetlerle sınırlı değildir. Tıbbi hizmetler alanındaki koruyucu sağlık hizmetleri geleneksel olarak üç başlık altında incelenir. Kişilerin hastalıklardan uzak kalmalarını sağlamaya "birincil koruma"; hastalığın kendisi ve başlangıcına ait bulguların erken dönemde saptanarak, geri dönüşümsüz hasar oluşturmadan kontrol

altına alınmasına ise “ikincil korunma” denmektedir. “Üçüncül koruma” ise saptanmış hastalığın, kronik hasarını en aza indirmek amacıyla takip ve tedavi edilmesidir. Tedavi edici sağlık hizmetleri de hizmetin özellikleri ve verildiği yere göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak gruplandırılmaktadır (33).

Kişilerin herhangi bir konudaki mal ya da hizmet istemlerini belirleyen temel etmenler mal veya hizmetin fiyatı, tamamlayıcı mal veya hizmetlerin fiyatı, alternatif mal ve hizmetlerin fiyatı, gelir, zevkler ve tercihlerdir (34). İstem genel olarak ilk iki etmenin artışı ile azalırken diğer etmenlerle artma eğilimi gösterir. Toplumun yönetsel ve kurumsal yapısı da istemi etkilemektedir (35,36). Sağlık hizmetlerine olan istemin diğer mal ve hizmetlere olan istemden önemli farklılıkları vardır. Sağlık hizmetlerine olan istem düzensizdir ve bundan dolayı planlama yapılamadığından sağlık hizmetlerinin sunumunda ekonomik riskler fazladır. Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konulamaz. Sağlık hizmetleri istemi bağımlı ve bağıldır. Hizmetten yararlanmayı ve boyutunu tüketici değil, hizmeti sunan sağlık personeli ya da kurumu belirler. Tüketici konumundaki hastanın yeterli bilgiye sahip olmaması ve buna bağlı olarak akılcı olmayan davranışlar göstermesine neden olabilir. Hizmetin sunumu da diğer mal ve hizmetlerden farklılık gösterir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, bir ekip işidir. Üretimi teknoloji ve bilgi yoğundur. Sağlık hizmetlerinin sunumu, istemi arttırır, mekânsal yaygınlık gösterir. Sağlık tesisleri bulunduğu yerde istem oluşturur. Sağlık üretilen bir mal değildir. Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü kamusal hizmet niteliğinde olduğundan, sosyal hak olarak devletçe garantilenmiştir. Kişi aldığı sağlık hizmetinin sonucuna bakarak hizmetin kalitesini değerlendiremez (35, 37).

Sağlıkta eşitsizlik kavramı, sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımında çeşitli sosyal gruplar arasında var olan, kültürel, sosyo ekonomik nedenlerden kaynaklanan, ortadan kaldırılabılır ve engellenebilir nitelikteki farklılıkları ifade etmektedir (8). Sağlık hizmetlerinde eşitlik; eşit gereksinimlerde sağlık hizmetlerine eşit erişim; eşit gereksinimler için eşit kullanım, herkes için eşit kalitede hizmet herkesin mevcut hizmetlerin

kullanımında eşit haklara sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta eşitsizlik; sağlık durumu, sağlıkla ilgili risk etmenleri, sağlık hizmetlerinin kullanımı için söz konusudur (8).

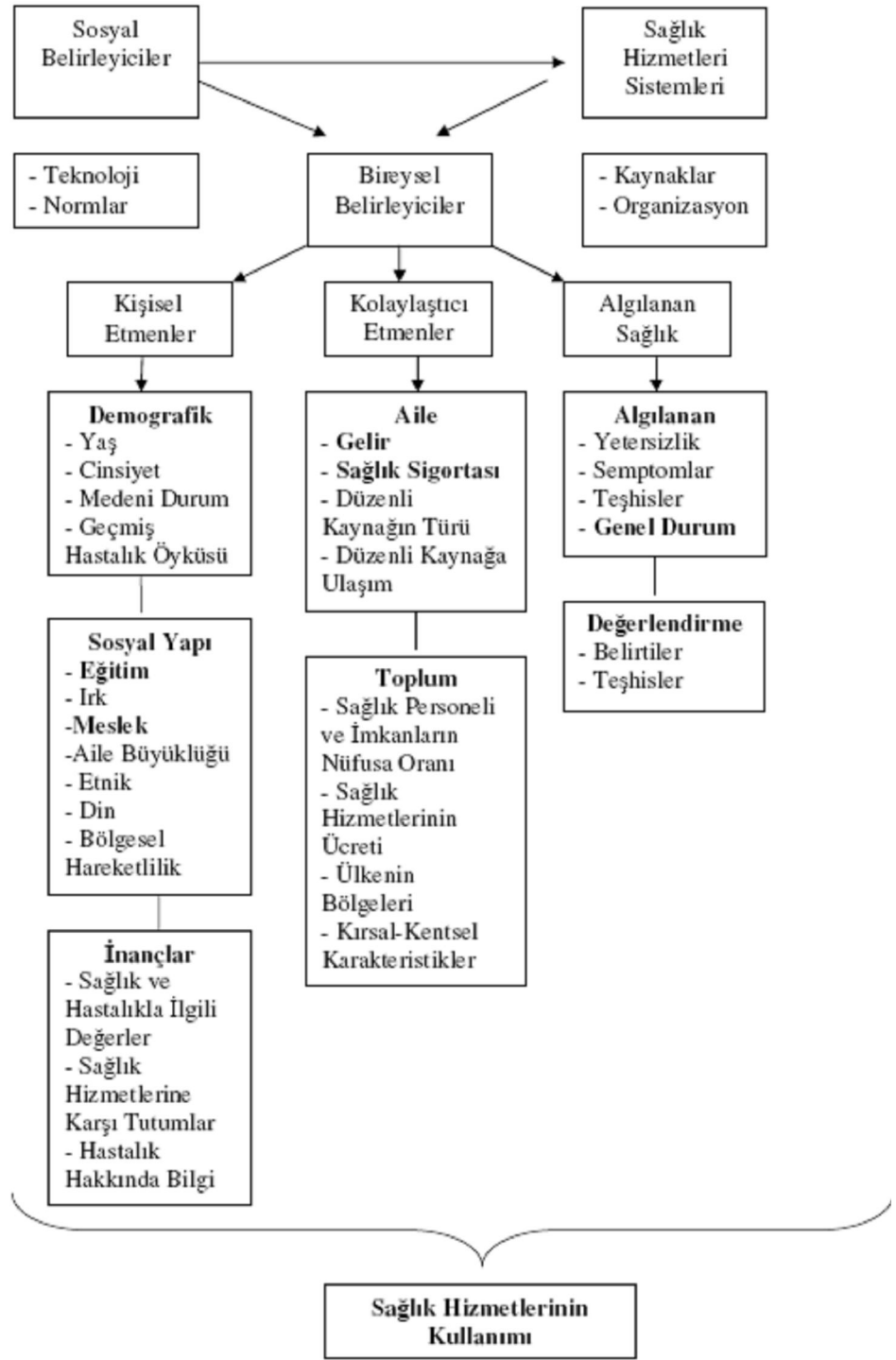
Sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki eşitsizliklerde belirleyicidir. Piyasa türü sağlık hizmetlerinin gelirleri birbirinden farklı toplumsal gruplar arasında sağlık hizmeti kullanımında eşitsizlik yaratacağı ya da var olan eşitsizlikleri arttıracacağı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı olan özellikleri, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılması durumunda ortaya çıkması kaçınılmaz olan eşitsizliklerin teknik nedenleri olarak sıralanabilir (38).

Sağlık Hizmetlerine Erişim, Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve İlişkili Kavramlar

İlk defa ortaya çıkan bir sağlık sorunu için gerçekleşen başvurudan, kronik bir hastalığın izlemi ya da koruyucu sağlık hizmeti almak için gerçekleştirilen başvuruya kadar tüm başvurular sağlık hizmeti kullanımı kavramı içinde yer alır. Sağlığı etkileyen etmenlerden biri olan sağlık bakım hizmetleri sisteminin toplum sağlığına en fazla katkıyı sağlayabilmesi için, sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan kişilerin tümü tarafından kullanılabilir olması gerekmektedir.

Penchasky ve Thomas (39); sağlık hizmeti kullanımını “hasta ve sağlık bakım hizmetleri sistemi arasındaki uyumu tanımlayan, bir dizi boyutu özetleyen, genel bir kavram” olarak tanımlamaktadır. Bu boyutlar hazır bulunma, erişilebilirlik, uyum, ödenebilirlik ve kabuledilebilirliktir (39). Hazır bulunma; mevcut hizmetler ve kaynakların miktarı ve türüyle, hastaların sayısı ve gereksinimleri arasındaki ilişkiyi, sunulan hizmetlerin yeterliliğini gösterir. Erişilebilirlik, hizmete gereksinimi olan kişinin o hizmeti alana kadar karşısına çıkacak bütün fiziki ve sosyokültürel engelleri içerir. Hizmetin ve hastaların bulunduğu yer arasındaki ilişki, hastaların ulaşım kaynakları, ulaşım süresi, uzaklığı ve bunun maliyetini içerir. Uyum; hizmet kaynaklarının

hastaları kabul etmek üzere düzenlenme biçimi, hastaların bunlara uyma yeteneği ve bunların uygunluğu arasındaki ilişkiyi gösterir. Örnek olarak randevu sistemi ya da çalışma saatleri gibi hizmetin organizasyonunun hastalara uygunluğu verilebilir. Ödenebilirlik; hizmet bedelleri ve hastaların geliri, ödeme gücü ve sağlık güvencesi arasındaki ilişkiyi işaret eder. Kabul edilebilirlik; sağlık hizmeti sunanlarla hastalar arasındaki ilişki bağlamında hizmeti sunanların özelliklerinin hastalarca kabul edilebilirliğini ifade eder (39). Sağlık hizmetlerinin kullanımında etkili olan; sağlık hizmetlerinin sunulduğu sistem, tıbbi teknoloji, hastalıkların tedavisi ve tanımlanmasıyla ilişkili sosyal normlardaki değişiklikler ve bireysel özellikler arasındaki ilişki Şekil-2'de gösterilmektedir (7, 32).



Şekil-2. Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen etmenler (7)

Her toplumda egemen olan değerler ve bu değerlere dayanan devlet yaklaşımlarına göre farklılıklar göstermekle birlikte sağlık politikalarının amaçlarından biri sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin arttırılmasıdır. Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel oluşturacak olan sağlık sisteminin finansman şekli, sağlık insan gücünün eğitimi, işe yerleştirme ve dağılımı gibi uygulamalar ve sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda temel belirleyicidir. Ancak belirlenen sağlık politikası, hizmetin kullanılabilirliğini ve erişimi arttırmak için tek başına yeterli değildir. Sağlık hizmetinin nasıl verildiği de önemlidir. Sağlık hizmeti sunumunda sisteme ilişkin iki önemli bileşen vardır: Kaynaklar ve organizasyon. Kaynakların hem miktarı hem de nasıl dağıtıldığı önemlidir. Organizasyon ise kaynakların nasıl kullanıldığını tanımlar (7). Andersen ve Newman (7); sağlık hizmetlerinin kullanımının bireysel tanımlayıcılarını üç gruba ayırarak incelemişlerdir. Buna göre; kişilerin sağlık hizmeti arama kararı ve aldığı hizmet miktarı bireysel özelliklere (hazırlayıcı etmenler), hizmeti elde edebilme yeteneğine (kolaylaştırıcı etmenler) ve sağlık hizmetine duyduğu gereksinime (gereksinim etmenleri) bağlıdır (7).

Andersen'in (40) 1995 yılında yaptığı gözden geçirmeye göre hazırlayıcı etmenler, bireyin toplumsal, ekonomik ve kişisel davranış özelliklerini içerir. Bir kişinin diğer kişilere göre daha az ya da çok sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olmasına neden olan, kişinin hastalığı başlamadan önce var olan kişilik özellikleridir ve dört başlıkta incelenebilir. Demografik zellikler, yaş, cinsiyet, ırk, aile büyüklüğü, medeni durum, hizmet kullanımı ile ilgili önceki deneyimler gibi özelliklerdir. Sosyokültürel yapı ise öğrenim düzeyi, meslek, gelir, sosyal sınıf, çalışma durumu, dinsel ya da etnik köken vb özelliklerle belirlenmektedir. Gereksinim kişinin algıladığı gereksinim ve bir sağlık çalışanının sağlık durumunu değerlendirmesi ve tıbbi bakım gereksiniminin saptanması ile belirlenir. Sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranışlar, inançlar grubunun içinde yer alır (40).

Kolaylaştırıcı etmenler, kişi hizmeti almaya ne kadar hazırlıklı olursa olsun hizmeti kullanabilmesi için gerekli olanaklardır. Bunlar kişinin aile özellikleri, sosyal güvence durumu, sürekli bakım kaynağının olup olmaması,

sosyoekonomik düzeyi gibi kişi ile ilgili özellikler; yaşadığı toplumun ve bölgenin özellikleri, ekonomik sistem ve sağlık örgütlenmesi gibi toplumla ilgili etmenleri içerir (7). Kolaylaştırıcı etmenler özellikle sağlık hizmetlerinin kamu finansmanı ile sunulmadığı ya da cepten sağlık harcamaları ve özel sağlık hizmetleri ağırlıklı olan toplumlarda önemlidir. Kolaylaştırıcı etmenler sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkan eşitsizliklerin belirleyicilerindedir. Kanada, Danimarka, İsrail ve Avrupa Topluluğu'ndaki evrensel sağlık güvencesi kapsayıcılığı olan ülkelerde yapılan çalışmalarda kolaylaştırıcı etmenlerle ilişki saptanmazken; Amerika gibi serbest piyasa mantığının egemen olduğu ülkelerde kolaylaştırıcı etmenlerin temel belirleyici olarak bulunması bunun en önemli göstergesidir (6, 13, 15, 16, 18, 41, 42).

Hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı etmenler olsa da kişilerin sağlık hizmetini kullanması için hastalığı ya da hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılaması, yani sağlık hizmetine gereksinim duyması gerekir. Gereksinim algılanır ve değerlendirilir. Algılanan gereksinimler, kişinin kendi sağlığına dair genel algısı, hastalık belirtileri, iş göremezlik günleri vb. yoluyla hesaplanır. Değerlendirilen gereksinimler ise klinik olarak onaylanacak şekilde ölçülür (7).

Kişinin sağlık hizmetine gereksinim duyduğunda gidebileceği kişi ve kurumların olması potansiyel erişimdir. Kişinin gereksinim duyduğunda hizmeti almak için başvurması ise gerçekleşen erişimdir. Potansiyel ve gerçekleşen erişim arasındaki ilişkiyi engelleyici ve kolaylaştırıcı etmenler sağlar. Sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltan etmenlere engelleyici, arttıranlara ise kolaylaştırıcı etmenler denilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasına rağmen kişi bunları hangi nedenle olursa olsun kullanamıyorsa engelleyici etmenler söz konusudur. Erişim ancak kolaylaştırıcı etmenler engelleyici etmenleri aşmayı sağlar ve hizmet kullanılırsa gerçekleşmiş olur (43, 44). Sağlık kurumu olan bir bölgede yaşayan kişinin muayene olmasıyla sağlık hizmetine erişiminin gerçekleştiği düşünülebilir. Ancak hangi nedenle olursa olsun ilacını alamamışsa sağlık hizmetine erişim tam olarak gerçekleşmemiştir.

Sağlık hizmetine erişimle ilgili engellere ilişkin farklı gruplandırmalar vardır. Milman (45); engelleri yapısal (hizmetlerin varlığı, organizasyonu, hizmete ulaşım), finansal (sosyal güvence kapsayıcılığı, kamunun katkısı, sigorta geri ödeme düzeyi, katılım payları vb.) ve kişisel (kabul edilebilirlik, kültürel etmenler, ana dil, eğitim düzeyi vb.) olarak üç grupta toplamıştır. Starfield (46) ise temel olarak sosyal ve örgütsel engeller ile coğrafi engeller olarak iki gruba ayırmıştır. Sosyal ve örgütsel engelleri ise kişiden kaynaklanan engeller ve kurumdan kaynaklanan engeller olarak iki grupta incelemiştir (46). Genel olarak sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaratan etkenler, kişilerin sağlık hizmeti kullanma sürecinde karşılaştıkları finansal ve ulaşım ile ilgili etkenlerin sonucunda ortaya çıkar (38).

Sağlık hizmetleri kullanım araştırmaları toplumun sağlık hizmetlerini neden kullandığını ve neden kullanmadığını, hangi tip sağlık kurumlarını kullandığını ve ne kadar kullandığını ortaya çıkaran araştırmalardır. Temel amacı yeterli sağlık hizmeti alamayanların neden bu haktan yoksun kaldığının bilimsel olarak saptanmasıdır (47). Bireysel düzeyde sağlık hizmetlerinden yararlanmanın başlıca yolu sağlık kurumlarına yapılan başvurulardır. Bu yol çok geçerli olmakla birlikte erişim düzeyinin belirlenmesinde problemler taşır. Bir ülkedeki toplam poliklinik sayısı, hekime başvuru sayısı, yatak işgal oranı gibi göstergeler sağlık hizmeti kullanımının toplumsal düzeyde temel göstergeleridir (45).

Sağlık hizmetlerinin kullanımının ölçülmesinde genellikle ayaktan tedavi için yapılan başvurular, hastanede yatarak tedaviler, bir yıl içindeki dış hekimi başvuruları, sürekli hizmet kaynağının varlığı ve koruyucu hizmetlerin kullanımı sorgulanmaktadır. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim etmenlerinden her biri farklı sağlık hizmetlerinin kullanımının açıklanması için yararlıdır. Dış hekimi başvurusu sosyal yapı, inanışlar ve kolaylaştırıcı etmenlerle açıklanabilir. Hastaneye yatmayı gerektiren durumlardan daha az ciddi olmakla birlikte dış hekime başvuruyu gerektiren durumlardan daha ciddi olması nedeniyle ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımında tüm etmenler etkilidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında da aynı durum geçerlidir (6, 40).

Literatürdeki sağlık hizmeti kullanımının değerlendirildiği araştırmalar, araştırılan erişim boyutu ve etkileyen etmenlerin özelliklerine göre altı grupta toplanabilir.

1. Sosyodemografik model: Yaş, cinsiyet, medeni durum, aile büyüklüğü, mesken durumu gibi belirleyicilerin incelenmesi.

2. Sosyal yapısal model: Sosyal sınıf, etnik köken, eğitim ve iş durumu vb. incelenmesi.

3. Sosyal psikolojik model: Sağlık inançları, değerleri, tutumları ve sağlık kültürünün incelenmesi.

4. Ekonomik model: Aile geliri, sigorta kapsamı, sağlık hizmetlerinin ücretleri, nüfus hizmet oranları vb. incelenmesi.

5. Örgütsel model: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sevk sistemleri, sağlık hizmetlerinin kaynakları vb. sağlık politika ve uygulamalarının incelenmesi.

6. Sosyal sistem modeli: Yukarıdaki modellerin tümünü ya da birçoğunun özelliklerini bir arada değerlendiren modeller (46–49).

Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Yapılan Çalışmalar

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen etmenlerin araştırıldığı çalışmaların çoğu Aday ve Andersen'in kavramsal çerçevesi doğrultusunda sağlık hizmetlerinin kullanımı ve farklı sağlık sistemlerindeki erişimin belirleyicileri üzerine odaklanmıştır (11, 29, 50–62). Yapılan çalışmalarda sağlık hizmeti erişimi ve kullanımını etkileyen en önemli etmenin ekonomik engeller olduğu saptanmıştır (10, 11, 50–52, 63–65). Yapılan çalışmalarda saptanan diğer engeller sağlık için sosyal güvencenin olmaması, eğitim düzeyinin düşüklüğü, sosyoekonomik olarak dezavantajlı grupta yer almak, ulaşım sorunları, yaş ve cinsiyet, sağlık probleminin özellikleri, etnik köken, oturlan yer, kültürel özellikler, düzenli hizmet kaynağının olmaması, göç ve şiddete maruz kalmaktır.

Kişinin ve ailesinin gelir düzeyi ve sağlık güvence durumu sağlık hizmetlerinde erişimde önemli belirleyicilerdendir. Özellikle sağlık hizmetleri için ulusal kapsayıcılığı olan sosyal güvence sistemi olmayan toplumlarda hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmeti kullanımında düşük gelir düzeyine sahip olanların sağlık hizmetlerine erişiminin düşük olduğu bulunmuştur (13–18, 20, 23, 52, 62, 66–81). Serbest piyasa kurallarının geçerli olduğu toplumlarda sağlık hizmetleri için cepten ödeme zorunluluğunun, sağlık hizmetlerine erişimi engellediği, karşılanamayan sağlık gereksinimlerini arttırdığı; kamu tarafından finanse edilen birinci basamak sağlık sistemlerinde ise uzman hekim başvurularını azalttığı saptanmıştır (9, 10, 50, 51, 54, 57, 64, 82, 83). Ulusun tüm bireylerini kapsayan sağlık güvencesi olan sistemlerde bile güvence kapsamının dışında kalan ilaç ve diş hekimi başvurularında gelir durumuna göre eşitsizlikler vardır (6, 17, 18, 76, 84). Sağlık hizmetleri için kapsayıcı sosyal güvence sistemi olan ülkelerde bile sağlık hizmetleri için ödeme yapmak zorunda kalan insanlar ve toplumlar yoksulluğa itilmektedir (6, 64, 70, 77). Kapsayıcı sağlık hizmeti olan Kanada, Yeni Zelanda, Avusturya ve İngiltere’de özel sigorta kapsamında olanların sağlık hizmetlerine erişimde ekonomik engellerle daha çok karşılaştığı bulunmuştur (15).

Yaş ve cinsiyet, sağlık hizmetlerine erişimde önemli olan diğer etmenlerdir. Yapılan çalışmalarda yaşlılar ve kadınlar, gençler ve erkeklere göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar (60, 64, 68, 69, 85). Estonya’da yapılan bir çalışmada yaşlıların sağlık gereksinimlerinin daha fazla, gelirlerinin düşük, sağlık harcamalarının yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim açısından riskli grubu oluşturduğu saptanmıştır (64). Eski Sovyetler Birliği’ne bağlı ülkelerde yapılan bir çalışmada özellikle eğitim düzeyi düşük, yoksul yaşlıların, ciddi hastalıklarda bile ödeme güclüğü nedeniyle doktora gidemediği bulunmuştur (14).

Yapılan çalışmalar öğrenim düzeyi düşük olanların sağlık hizmetlerine daha az ulaşabildiğini göstermektedir (28, 68). Öğrenim durumunun özellikle riskli gruplarda, yalnızca ayaktan tedavi hizmetlerin erişiminde değil, yataklı tedavi kurumlarındaki sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine

erişimde de önemli bir belirleyici olduğu bulunmuştur (11, 76, 79). Ayrıca anne babanın öğrenim düzeyinin çocukların hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında etkili olduğu bulunmuştur (21, 66, 86). Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin düşük olduğu İsveç'te bile öğrenim düzeyi düşük olan kadın ve yabancı ülke doğumlularda sağlık hizmetlerine gereksinim daha fazla olmasına rağmen sağlık kurumuna başvuru oranı daha düşüktür (86). İsrail'de eğitim düzeyi düşük Arap kadınlar; kültürel özelliklerin de etkisiyle, göçle gelen yüksek eğitilmiş kadınlara göre birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır (87). Sağlık hizmetlerine erişimde belirleyici olan öğrenim düzeyi sağlık güvencesine sahip olma konusunda da önemli bir belirleyicidir (76).

Son dönemde yapılan bazı çalışmalarda yaşanan yerin özelliklerinin de sağlık düzeyinde ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır (11, 19, 50, 57, 88–90). Kırsal alanda yaşayanlar kentte yaşayanlara göre sağlık hizmetini daha az kullanmakta, sağlık hizmetleri için daha fazla ödeme yapmak zorunda kalmaktadırlar. Özellikle sağlık hizmeti veren kurumların yoğunluğunun az olduğu yerlerde kişi başı sağlık harcamaları birkaç kat artmaktadır (55, 57, 91). Ancak kentte yoksul alanlarda yaşayan kadınlarda sağlık hizmeti gereksinimi ve kullanımı daha fazladır (4, 38, 80, 69). Göçle gelenlerin yerleştiği gecekondu mahallelerinde sağlık koşullarının kötü olması nedeniyle sağlık hizmetlerine gereksinim artmakla birlikte sağlık hizmeti kullanımı daha düşüktür (27, 91). Sağlık hizmetine erişim ve kullanılabilirliği engelleyen bir diğer etmen ulaşımıdır. Özellikle kırsal bölgede yaşayanlar için sağlık kurumlarına uzak olmak hem sağlık hizmeti kullanımını azaltmakta hem de sağlık harcamalarını yükseltmektedir (55, 54, 93).

Sağlık sisteminden kaynaklanan engeller (bekleme süresi, sağlık biriminin yerleşim yeri, işlemlerin uzun sürmesi, vb.) sağlık hizmetlerine erişimle ilgili bir diğer etmendir (69, 85). Sağlık güvencesinin tüm ulusu kapsadığı toplumlarda sağlık hizmetlerinin organizasyonundan kaynaklanan sorunlar önem kazanmaktadır (15, 91). Hizmetin sunumu sırasında kişilerin

karşı karşıya kaldıkları randevu alamama, uzun bekleme süreleri gibi kurumsal engeller sağlık hizmeti kullanımını azaltmaktadır (63, 81, 91–94). Gelir düzeyi düşük olanlar, finansal engellerin dışında kurumsal engellerle karşılaşma açısından da riskli grubu oluşturmaktadırlar (15).

Kişi hasta olduğu halde doktora gidemiyor, erteliyor ya da ilacını alamıyorsa karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminden söz edilir. Kişinin sağlık hizmetine gereksinimi olmasına rağmen başvurunun gerçekleşmemesi karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum hem hastalıkların kronikleşmesine hem de acil servis başvurularının artmasına neden olmaktadır. Karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminin başlıca nedenleri ekonomik engeller, eğitim düzeyinin düşük olması ve sağlık güvencesinin olmamasıdır (14, 75, 95–102). Çeşitli çalışmalarda riskli gruplarda sağlık hizmetlerine gereksinimin daha yüksek olmasına rağmen karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi daha fazla bulunmuştur (17, 76–77, 98–100, 103–105).

1985 yılında Kopenhag'da belirlenen “herkes için sağlık” politikasının birinci hedefi 2000 yılına kadar dezavantajlı ülkeler ve grupların sağlık düzeylerinin yükseltilerek ülkeler ve ülkedeki çeşitli gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını en az %25 azaltmaktır (106). Sağlıkta eşitlik “Herkes için Sağlık” politikasının 27. ve 28. hedefleri doğrultusunda tanımlanmaktadır. Sağlıkta eşitlik; herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Hizmetlere erişimde eşitsizlikler en çok, kaynaklar ve kuruluşlar ülke genelinde kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde yoğun, kırsal bölgelerde ise daha az olarak dengesiz dağıldığında ortaya çıkar. Yoksul topluluklar, kötü sağlık şartlarından daha çok etkilendiklerinden dengesiz dağılım hizmete en fazla ihtiyaç duyulan bu bölgelerde sağlık hizmetlerinin en yetersiz olduğu anlamına gelir ve bu da “ters hizmet kuralı yasası” olarak adlandırılır (8, 38, 107,108). Günümüzde gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkedeki toplum gruplarının sağlık düzeyleri arasındaki eşitsizlikler olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (9–18, 20, 29, 38, 68). Yapılan çalışmalarda,

demografik özellikler, sosyoekonomik etmenler, uzaklık, sağlık hizmetinin maliyeti, kişilerin sağlık durumu, hizmeti kullananların sağlık hizmetleri hakkındaki düşünceleri gibi çok çeşitli etmenlerin sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilediği belirlenmiştir ve ülkemizdeki sağlık hizmetleri kullanımı da diğer ülkelerden farklı değildir. (21, 47, 49, 56, 60, 95–101, 108).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki en önemli engel olan finansal engellerin başlıca nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliklerin yol açtığı yoksulluktur (38). Dünya Sağlık Örgütü 2002 Sağlık Raporu'nda en büyük hastalık yükünün yoksul ülkelere veya ülkelerin yoksul kesimlerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (109). Sağlık ve yoksulluk arasındaki ilişki bir kısır döngü oluşturmaktadır. Sağlıksızlığın yoksulluğa, yoksulluğun sağlıksızlığa yol açtığı sık görülen bir durumdur. Sağlığın bozulması ile yoksullar daha yoksullaşmakta, sınırda yaşayanlar ise yoksulluğa düşmektedir. Bu yoksullaşmada hem hastalığın tedavi masraflarının ek yükü, hem hastalanan aile bireylerin bakım yükü, hem de iş veriminde dolayısıyla gelirden düşmenin rolü vardır. Yoksulluk herkesin sağlığını aynı düzeyde etkilememekte, yaşlılar, kadınlar, sakatlar, işsizler, etnik azınlıklar, çocuklar, emekliler, tek ebeveynli aileler, kronik hastalığı olanlar yoksulluğun etkilerinden daha fazla zarar görmektedirler (11, 19, 66, 94, 105, 110, 111). Toplumda yoksulluktan en çok çocuklar etkilenmektedir (112). Yoksulluğun bebek ölüm hızında dört kata varan farklılıklar yarattığı bilinmektedir. Yoksulluğun dolaylı etkilerinin başında gelen ailelerin genel tükenmişliği ve eğitimsizliği nedeniyle çocuklardaki hastalık bulgularının erken fark edilememesi, sağlık kuruluşuna geç getirilmesi veya hiç getirilmemesidir (6,112). Çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşılama, büyüme ve gelişmenin izlenmesi ve evde ebe izlemlerinin bir diğer katkısı da çocuklarda akut ve kronik hastalıkların daha karmaşık hale gelmeden erken tanı ve tedavisi için bir fırsat yaratmasıdır (113). Ancak yoksul ailelerin çocukları koruyucu sağlık hizmetlerinden de yeterince yararlanamamaktadır (23, 67). Yoksul ailelerde yaygın bir davranış olan özel sağlık hizmetlerine başvuru ve kendi kendine tedavi sağlık için zenginlerden daha fazla para harcamalarına yol açmaktadır. Bu da cepten sağlık harcamalarının yoksulları tıbbi yoksulluk tuzağına düşürmesine yol

açmaktadır (93). Yoksullar daha sağlıklı olmakla birlikte sağlık hizmetlerine daha zor ulaşırlar, daha niteliksiz ve daha az sağlık hizmeti alırlar. Mutlak yoksulluk, yani belirli bir refah düzeyinin altında yaşamak sağlığı olumsuz etkilemektedir. Ama görece yoksulluk adı verilen başkalarına göre düşük yaşam standardı sağlığı daha çok etkilemektedir (19).

Göçmenlerin sağlık durumlarının yerel nüfustan anlamlı olarak daha kötü olduğu saptanmıştır (12). Göçmenlerde bulaşıcı hastalıkların sıklığının artmasının yanında kanser, kronik hastalıklar ve uyuşturucu bağımlılığının daha sık olduğu bilinmektedir (21). Kırsal kesimden kente göç edenler sağlık açısından daha fazla risk taşımaktadırlar ve bu risk çocuklar ve kadınlarda daha fazladır (114). Göçmenlik ya da mülteci olma durumu sosyal güvence sahibi olmayı, bu da hizmetlerden yararlanmayı engellemektedir (23, 26, 65, 71, 95, 115). Göçmenler geldikleri yerde sağlık güvencesine hak kazansalar bile yerlilere göre kendilerinin ve çocuklarının sağlık hizmetlerine erişimleri daha azdır (74). Göçle gelenlerde, etnik köken, sağlık durum algısı ve gereksinim etmenlerine göre düzeltme yapıldıktan sonra bile sağlık hizmetlerinin kullanımı daha düşük bulunmuştur (91). Ekonomik koşullar, sağlık güvencesinin olmaması, yerel hizmetlerin gereksinimlere cevap verememesi, dil engeli, kültürel farklılıklar ve sağlık sistemine yabancılaşma, düşük eğitim seviyesi, kötü çalışma koşulları, ulaşım engelleri gibi nedenlerle göçmenler hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır (21, 55, 58, 65, 66, 74, 101, 116–118). Göç eden bireylerin sağlığını olumsuz etkileyen bu etmenlerin yanında yerleştikleri bölgelerde sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, var olan hizmetlerin kullanımının düşük olması sağlık sorunlarının giderek artmasına, önlenemez sağlık riskleriyle daha fazla karşılaşmalarına yol açmaktadır. Göçle gelenlerde düşük olan koruyucu sağlık hizmeti kullanımı, yeni göç edenlerde daha da düşüktür. Göç edilen yerde yaşanan sürenin artışı ile sağlık hizmeti kullanımı ilk gelinen zamana göre artmakla birlikte özellikle eğitim düzeyi düşük olanlarda koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı daha düşüktür (59, 60, 85, 101, 119).

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkileri

Türkiye de Osmanlı döneminden Cumhuriyet’in ilk yıllarına kadar sağlık hizmetleri genel olarak tedavi edici hizmetlere odaklanmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında asıl ağırlık salgın hastalıklarla mücadele ve sağlık insan gücünün yetiştirilmesine verilmiştir. 1950’li yıllarda ağırlık tedavi edici sağlık hizmetlerinden yana kaymış, koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana atılmıştır (120). 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ile birlikte koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği, nüfusa göre planlanan dar alanda geniş, bütünleşmiş, sağlık hizmetinin ekip hizmeti olduğuna inanan, toplum katılımlı sürekli sağlık hizmeti sunumu felsefesine sahip bir yapılanmaya gidilmiştir.

Sağlık sektöründeki reform hareketleri 24 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan hızlı liberalleşme politikalarına dayanmaktadır (121). Sağlık “reformu” girişimleri yeni olmamakla birlikte son yirmi yılda kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hedefi değişmez bir politika haline gelmiştir. Sağlıkta “reform” çalışmaları 1990’lı yılların başından itibaren dünyadaki birçok ülke ile birlikte hep ülke gündemindeki yerini korumuştur. Reformların üç ana teması, Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) kurulması, aile hekimliği ve hastanelerin özerkleştirilmesidir. GSS tasarıları 1967, 1968, 1976, 1981, 1984, 1990, 1992 yıllarında hazırlanmış ancak bu çalışmalar ya düşünce aşamasını geçememiş, ya taslak haline getirilebilmiş ama ilerletilememiş, ya da TBMM’ye sunulduğu halde kanunlaşmamıştır. 224 sayılı yasanın gereği olarak yapılanan sağlık ocakları yerine, bireye dayalı, ön ödemeli ve ekonomik olanaklar ölçüsünde hizmet alınabilen, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bölüdüğü, muayenehane temelli aile hekimliği sisteminin kurulması bu politikaların bileşenlerinden biridir (121). Son yıllarda ülkemizde sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan yeni düzenlemelerin sağlık hizmetleri kullanımı üzerine olası etkileri teorik olarak öngörülebilmekle birlikte bu alanda yapılmış fazla sayıda araştırma yoktur (85, 93, 122–124).

Türkiye'deki sağlık sistemindeki hızlı değişiklikler olmaktadır. Örneğin, Mart 2004 tarihinden itibaren yürürlüğe giren bir genelge, Sosyal Sigorta Kurumu (SSK) ile Sağlık Bakanlığı hastanelerini birleştirerek SSK veya Bağ-Kur sigortası olan hastaların kendi hastanelerinden randevu alamaması halinde özel anlaşma yapılan özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmenin yolunu açmışken 2007 yılı ilk yarısından itibaren hastaların istedikleri hastaneye -üniversite hastanelerine de- doğrudan başvurusunun yolu açılmıştır. Ancak başlangıçta ücretsiz olan özel hastane başvurularında, tanı ve tedavi ücretleri için hastalardan alınmaya başlanan katılım payları da sürekli değişmektedir. Performans uygulamalarının bir parçası olan sağlık personeline döner sermaye gelirlerinden pay ödenmesine ilişkin düzenlemeler de benzer durumdadır. Bazı hükümleri 1 Ocak 2008, 30 Nisan 2008 ve 1 Temmuz 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu'nun diğer hükümleri Ekim 2008'de yürürlüğe girmiştir. Uygulamaya ilişkin belirsizlikler hala sürmekte, "Sağlık Uygulama Tebliği"nde yapılan değişikliklere her gün bir yenisi eklenmektedir

2002 yılında Türkiye'de sağlık sektörünün durumunu inceleyen "Health Care Systems in Transition" adlı raporda koruyucu hizmetlerin önem sırasını düşüren ve tedavi edici hizmetlere yönelen bir sağlık politikasının Türkiye'nin sağlık sorunlarını çözemediği, aksine temel sağlık hizmetlerindeki insan gücünde ciddi bir düşüşe yol açtığı vurgulanmaktadır (125). Buna rağmen yapılan yasal düzenlemeler ve "reform" uygulamalarından sonra bu duruma ilişkin herhangi bir değişiklik yoktur. Reformlar konusunda sağlık sektörü ve diğer kişi ve kuruluşlar çeşitli tepkiler göstermektedir. Türk Tabipler Birliği ve çeşitli kuruluşlar tarafından reformlar ile devletin sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğunun planlama ve standart belirlemeye indirgenmek istendiğinin, bunun da köylülere, yoksullara, emekçilere sağlık hizmeti sunma ödevinden kaçınması anlamına geldiği savunulmaktadır (30, 126, 127). Hükümetin reform paketiyle, sağlık hizmeti finansmanında genel bütçenin kullanımını azaltacağı ve çok sayıda insanın sosyal güvenlik kapsamının dışında kalacağı gözlemi yapılmaktadır (30, 124, 126-128).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çerçevesinde şekillenen “reformların” sağlıkta eşitsizliği arttıracığı düşüncesi çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarla doğrulanmıştır (13, 14, 64, 80, 128). DSÖ ekonomik kriz nedeniyle sağlık sektörünün piyasaya açılmasının sağlık sektörü için ek kaynak yaratabildiğini, ancak bunun zengin ve yoksullar arasındaki eşitsizliklerle birlikte ortaya çıkan bir gelişme olduğunu belirtmektedir (38).

Sağlık sisteminde “dönüşüm” ya da “reform” adı verilen uygulamaların bulunduğu bu dönemde, özellikle sağlık hizmetlerinin kullanım boyutunu ve etkileyen etmenleri tanımlamak, sağlık sisteminin sağlıkta eşitsizlikler üzerine olan etkisini ortaya çıkarmak bakımından önemlidir.

Araştırma Evreni ve Araştırma Evreninin Tanıtılması

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine birinci basamakta uygulama olanağı yaratmak, bölge halkına nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve halk sağlığı ile ilgili saha araştırmalarını yürütmek amacı ile Nilüfer Belediyesi ve Uludağ Üniversitesi arasında 30 Ekim 2001’de imzalanan on yıllık bir protokolle Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi (NHSEAB) kurulmuştur.

Nilüfer Halk Sağlığı ve Eğitim Araştırma Merkezleri (HSEAM), 2001 yılında Nilüfer Belediyesi sınırları içinde belirlenen bir alanda, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın sorumluluğunda, Nilüfer Belediyesi’nin desteğinde birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş merkezlerdir. İhsaniye, Fethiye, Alaaddinbey, Özlüce ve Kültür olmak üzere 5 merkez bulunmaktadır. Merkezlerde öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunulmakta, bu hizmet sunumu sırasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin kırsal hekimlik uygulamalarına ortam sağlanmaktadır. Ayrıca bölgede bilimsel araştırmalar düzenlenip yürütülmektedir.

Nilüfer Halk Sağlığı ve Eğitim Araştırma Merkezleri (HSEAM), Halk Sağlığı Merkezleri ve bağlı sağlık birimlerinde ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, poliklinik, ilk ve acil

yardım, laboratuvar ve ücretsiz ilaç dağıtım hizmetleri, istatistik işleri, yaşlıların ve diğer risk gruplarının izlenmesi hizmetleri verilmektedir.

Bölgede ev ziyaretleri sırasında sunulan hizmetlerin tümü ücretsizdir. Merkezlerden hizmet alan kişilerden ise sembolik bir ücret talep edilmektedir. Ücret ödeyemeyeceğini belirten herkese, yalnızca kendi beyanı esas alınarak merkezlerdeki hizmetlerin tümü ücretsiz olarak sunulmaktadır.

2007 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre ilçe nüfusu 251344 kişidir. Bu nüfusun 52074'ü kırsal alanda, 199270'i ise kentsel alanda yaşamaktadır. Nüfusun %49,9'u erkek, %50,1'i kadındır. NHSEAB'nde on iki merkezde sağlık hizmeti sunulmaktadır. İlçe sınırlarında Sağlık Bakanlığına bağlı on dört sağlık ocağı bulunmakta, ancak bunlardan sadece biri Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi sınırları içinde kalmaktadır. Bölgenin haritası Ek l'de görülmektedir. Bölgenin ev halkı tespit fişlerine göre 2006 yılı yılsonu nüfusu 34410 ve konut sayısı 9045'tir. Konut başına ortalama 3,8 kişi düşmektedir (129).

Tezin Amaçları:

NHEAB'de yaşayan bireylerin;

Son on beş gün içinde hastalanma sıklıklarını,

Hastalandıklarında sağlık hizmeti arama davranışları ve etkileyen etmenleri,

Ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanımları ve etkileyen etmenleri,

Sağlık hizmeti aldıkları kurumları, hizmet alınan kurumu tercih nedenleri ve etkileyen etmenleri belirlemek

Ve

Sağlık hizmetlerine erişimi arttırabilmek için çözüm önerileri sunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, 1 Kasım 2007–30 Haziran 2008 tarihleri arasında NHSEAB yapılan kesitsel tipte tanımlayıcı çalışmadır. Araştırma öncesi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın yürütülmesi için gerekli izin alınmıştır.

Araştırma evrenini NHSEAB yaşayan 34410 kişi oluşturmaktadır (130). Nüfusun mahallelere göre dağılımı Tablo-1'de görülmektedir.

Tablo- 1: NHSEAB'nde yaşayanların mahallelere göre dağılımı

Mahalle	Nüfus	
	Sayı	%
Fethiye	9776	28,4
Karaman	3646	10,6
Kültür	1809	5,2
Ürünlü	941	2,7
Demirci	1548	4,6
Alaaddinbey	597	1,7
Özlüce	968	2,8
Gümüştepe	1013	2,9
Ertuğrul	477	1,4
A. Yesevi	2097	5,8
Balat	1018	4,1
M. Çavuş	3158	8,9
Çamlıca	1972	5,7
Üçevler	3506	10,2
Işıktepe	1987	5,0
Toplam	34410	100

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi Koordinatörlüğü. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2006 Yılı Çalışma Raporu, Uludağ Üniversitesi Matbaası, Bursa, sayfa 3–25;2006

Örnek seçimi ve yöntemi

Örnek büyüklüğü $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$ formülü ile hesaplanmıştır (135).

Anketlerin uygulanacağı hanelerin seçiminde nüfusa ağırlıklı “Tabakalı Küme Örneklemesi” yöntemi kullanılmıştır (131). Yöntem gereği, önce örneklemenin çerçevesi belirlenmiştir. Örneklem için ilk olarak NHSEAB’nde yer alan tüm mahalleler yıllık çalışma raporları ve bölgede yapılan çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda yerleşim yeri özelliklerine göre kentsel, kırsal ve plansız yapılaşma (gecekondu) yerleşim yeri olarak üç tabakaya ayrılmıştır (Tablo 2). Tabakaların belirlenmesinden sonra her tabaka için nüfusa ağırlıklı olarak gidilecek hane ve küme sayıları belirlenmiştir. Küme birimi, aynı sokakta bulunan birbirine komşu on hane olarak tanımlanmıştır.

Mahalleler özelliklerine göre gruplandıktan sonra her bir grup için kura çekilerek gidilecek mahalleler belirlenmiştir. Seçilen mahallelerdeki sokak isimleri harita üzerinde numaralandıktan sonra gidilecek sokaklar da kura çekilerek belirlenmiştir. Çalışılacak sokakta hangi evden başlanacağı kapı numarasına göre kura ile belirlenerek, belirlenen ev ve kapı numarası takip edilerek aynı sokakta on hane için anket doldurulana kadar görüşmeye devam edilmiştir. Sokaktaki ev sayısı ondan az ise son görüşülen evin bitişiğindeki sokaktaki evden anket doldurulmaya devam edilmiştir. Evde bulunamayanlar ya da çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler için bir sonraki evden veri toplanmaya devam edilmiştir.

2006 yılı çalışma raporuna göre NHSEAB’nde yaşayan kişilerin %44,2’si (15222) kentsel, %16,1’i (5548) kırsal ve %39,7’si (13640) ise gecekondu bölgesinde yaşamaktadır (130). Mahalleler ve nüfuslarının yerleşim yerlerine göre dağılımı Tablo-2’de görülmektedir.

Tablo- 2: Mahallelerin yerleşim yeri özelliğine göre dağılımı

Yerleşim yeri özelliği	Nüfus	
	Sayı	%
Kentsel		
Fethiye	9776	28,4
Karaman	3637	10,6
Kültür	1809	5,2
Toplam Nüfus	15222	44,2
Kırsal		
Ürünlü	942	2,7
Demirci	1568	4,6
Alaaddinbey	595	1,7
Özlüce	967	2,8
Gümüştepe	1013	2,9
Ertuğrul	463	1,4
Toplam	5548	16,1
Gecekondü		
Ahmet Yesevi	1987	5,8
Balat	1415	4,1
Minareliçavuş	3060	8,9
Çamlıca	1972	5,7
Üçevler	3506	10,2
Işıktepe	1700	5,0
Toplam	13640	39,7
Toplam	34410	100,0

Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen etmenlerin araştırılmasına temel oluşturacak; bölgedeki hastalanma sıklığına ilişkin bilgi yoktur. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ise hastalanma ve sağlık hizmeti kullanımı sıklıkları birbirinden oldukça farklıdır (21, 26, 38, 49, 56, 81, 92, 95–100, 108, 132–137). Bu nedenle çalışmanın başında ilk olarak mahallelere ağırlıklı olarak rastgele belirlenen 100 hanede hastalanma ve sağlık hizmeti kullanımı sıklığı belirlenmiştir. 100 hanede bulunan 419 kişiden 117 kişi son on beş gün içinde hastalanmıştır. Hastalanma sıklığı %42,2 olarak bulunmuştur.

Buna göre elde edilen değer formüle koyularak örnek büyüklüğü 1009 kişi olarak hesaplanmıştır. (N =Evrendeki birey sayısı (34410), n =Örnekleme alınacak birey sayısı(n), p =İncelenecek olayın görülüş sıklığı (0,42),

q=İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (0,58), t=Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96; $\alpha=0,05$, ∞ serbestlik derecesindeki teorik t değeri-%95 güven aralığı), d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0,03)).

Bölgede ortalama hane büyüklüğü 3,8 kişi olduğundan gidilecek hane sayısı $1009:3,8= 266$ olarak hesaplanmıştır (130). Hesaplamalarda kolaylık sağlaması açısından 270 haneye gidilmesine karar verilmiştir.

NHSEAB'de; kentsel yerleşim yerlerinde 4199, kırsal yerleşim yerlerinde 1475, gecekondulu özellikli yerleşim yerlerinde ise 3371 hane olmak üzere toplam 9045 hane vardır. Gidilmesi planlanan 270 hanenin yerleşim yerlerine göre dağılımı Tablo-3'de görülmektedir.

Tablo- 3: NHSEAB'ndeki ve çalışmaya alınan hane sayılarının yerleşim yerlerinin özelliğine göre dağılımı

Yerleşim yeri özelliği	NHSEAB		Örneğe çıkan	
	Hane		Hane	
	Sayı	%	Sayı	%
Kentsel	4199	46,4	120	44,5
Kırsal	1475	16,3	40	14,8
Gecekondulu	3371	37,3	110	40,7
Toplam	9045	100,0	270	100,0

$$\chi^2 = 1,43 \quad p=0,490$$

Araştırmanın uygulanış şekli

Anketler ve ön çalışma

Anketlerde yer alan sorular mevcut literatür taranarak oluşturulmuştur. Anketlerin denenmesi ve sahada karşılaşılabilecek uygulamaya ilişkin sorunların öngörülebilmesi için ön çalışma yapılmıştır. Oluşturulan anket formları bölge dışında yaşayan 15 hanede denenerek tez danışmanı ile birlikte anketlere son hali verilmiştir.

Hazırlanan anketler belirlenen kümelerdeki hanelerde yaşayan tüm bireylere, mesai saatlerinde, yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Evde bulunmayan kişilere ilişkin bilgiler ailenin diğer yetişkin bireylerinden alınmıştır. 15 yaşın altındaki bireylerin bilgileri annelerinden, iletişim kurulamayan hasta bireylerin bilgileri ise bakımını sürdüren aile bireylerinden alınmıştır.

Örneğe çıkan hanelerde çalışmanın amacı açıklanıp katılma konusunda sözlü onay alındıktan sonra “Ev halkı sağlık hizmeti kullanma durumu” anketi doldurulmuştur. Evde son on beş gün içinde rahatsızlanan ya da rahatsızlanmasa da herhangi bir nedenle sağlık hizmeti kullanan varsa “Ayaktan tedavi edici sağlık hizmeti anketi” doldurulmuştur. Hastaneye yatışlarla ilgili ayrıntılı bilgi toplanmamış, ancak sağlık hizmeti kullanımı olarak kabul edilmiştir. Evde yaşayanlardan 15–49 yaş evli kadın grubunda olanlarla 0–5 yaş grubundaki tüm bebek ve çocuklara hastalanma olsun olmasın “Koruyucu sağlık hizmeti kullanma anketi” doldurulmuştur. Görüşmenin sonunda her hane için bir adet gönüllü katılım formu hane halkı başkanının eşi ya da evde bulunan diğer bir yetişkin tarafından doldurularak imzalanmıştır.

Anketler

Ev halkı sağlık hizmeti kullanma durumu anketi: Bu anket formuyla evde yaşayan bireylerin adı soyadı, doğum tarihi (yıl), cinsiyet, medeni durum, ev halkı başkanına yakınlığı, sağlık için sosyal güvencenin varlığı, son on beş gün içinde herhangi bir yakınmasının olup olmaması ve sağlık kurumuna başvuru durumuna ilişkin bilgiler toplanmıştır.

Hanenin sosyoekonomik düzeyinin belirlenmesinde kullanılan hane halkı başkanının bazı özellikleri ve eşinin ekonomik duruma ilişkin değerlendirmesi bu anket formunda yer almaktadır. Bu amaçla hane halkı başkanının eğitimi, mesleği, çalışma durumu ve iş yerindeki konumu; eşinin ailenin ekonomik durum algısı, geçim sıkıntısı, gelir durumuna ilişkin

değerlendirmesi bu ankette yer almaktadır. Anket formunda ayrıca oturulan eve ilişkin özelliklerin sorgulanması da yer almaktadır (Ek II).

Ayaktan tanı ve tedavi edici sağlık hizmeti kullanma durumu anketi:

Anket formunda son on beş gün içinde rahatsızlananların sağlık hizmeti arama davranışı ya da koruyucu sağlık hizmeti almak amacıyla sağlık kurumlarına başvuranlara ilişkin sorular yer almaktadır. Son on beş gün içinde rahatsızlananlara ne yaptıkları, neden böyle davrandıkları sorulmuştur. Sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunanlara, hangi kuruma başvurdukları, sağlık kurumunu seçme nedeni, kurumdan memnuniyet durumu, ulaşım süre ve şekli vb. sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen etmenlere ilişkin sorular yöneltilmiştir. Hastalanan tüm bireylere aldıkları ilaçlar için yapılan ödemeleri de içeren herhangi bir cepten ödeme yapıp yapmadıkları sorulmuştur. İlaç ve diğer hizmetler için yapılan ödemeler elden yapılan ödemeleri kapsamakta, kişilerin maaşlarından kesilen ücretleri kapsamamaktadır. Ayrıca ödemeyi yapmakta zorlanıp zorlanmadıkları sorulmuştur. Hastalanan tüm bireyler için sağlık durum algısı, son on beş gün içinde sağlık sorunları nedeniyle işe okula gidememe veya günlük aktivitelerinden geri kalma durumu ve süresi, kronik hastalık ya da engellilik varlığı ve türü sorulmuştur. Ayrıca son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmet kullanımı, sürekli hizmet kaynağının varlığı, son bir yıl içinde dış hekime başvuru (2 yaşından büyük bireyler için) ve sayısı da bu bölümde sorgulanmıştır (Ek III).

Koruyucu sağlık hizmeti kullanma durumu anketi: 0- 5 yaş bebek ve çocuklarla 15–49 yaş evli kadınların kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve etkileyen etmenlere ilişkin sorular bu formda yer almaktadır. Ankette 0–5 yaş grubu bebek ve çocuklar için bağışıklama durumu, evde ebe tarafından izlem, büyüme ve gelişmenin izlenmesine ilişkin sorular yer almaktadır. 15–49 yaş evli kadınlar için ilk evlilik yaşı, aile planlaması kullanma durumu, gebelik sayısı, doğum, doğum sayısı; son bir yıl içinde gebelik durumu sorgulanmıştır. Son bir yıl içinde gebe kalanlarda doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu, doğumun yapıldığı yer, bunlara

ilişkin sağlık hizmeti kullanımı ve son bir yılda alınan sağlık hizmetleri için ödeme yapma ve ödemede zorlanma durumu sorgulanmıştır (Ek IV).

Her üç anket formunda farklı sayıda soru bulunmakla birlikte istatistik programına veri girişine kolaylık sağlamak amacıyla aynı sorular anketlerin tümünde aynı şekilde numaralandırılmıştır.

Hane halkı başkanlarının ve bireylerin öğrenim durumu değerlendirilirken okuryazar olmayanlar ile beş yıldan az öğrenim görenler “beş yıldan az öğrenim görenler” olarak birleştirilerek tek bir grupta incelenmiştir.

Toplumsal sınıf hane halkı başkanının meslek, iş ve çalışma durumu dikkate alınarak Boratav’ın sınıflamasına göre belirlenmiştir (138). Bu sınıflamaya göre kentsel sınıflar esnaf/ marjinal sınıfı, yanında kimseyi çalıştırmayan, kendi hesabına çalışan, küçük esnaf ve zanaatkârların, marjinal işlerde çalışanların ve serbest meslek sahiplerinin olduğu sınıftır. Yüksek nitelikli ücretli sınıf, yüksek öğrenime gereksinim duyan hekimlik, mühendislik gibi elit işleri yapar. Beyaz yakalı grup eğitimden kaynaklanan uzmanlığa gereksinim duyan ancak yüksek nitelikli gruptan daha az nitelik gerektiren hemşirelik, diş teknisyenliği gibi işleri kapsar. Nitelsiz hizmet grubu şoförlük, bekçilik, garsonluk gibi işleri kapsar. Mavi yakalı işçiler doğrudan üretimde kol emeği ile çalışan işçi sınıfıdır. İşsizler çalışmayı istemesine ve iş aramasına karşın işi olmayanlardır. Kırsal sınıflar/ gruplar ise, kapitalist çiftçi, zengin çiftçi, zengin köylü, orta köylü, küçük köylü, yoksul köylü, tarım işçisi, rantiyeye olarak gruplanmaktadır (138).

Çalışmada kentsel sınıflar Boratav’ın sınıflamasına göre gruplandıktan sonra beyaz yakalılar ve yüksek nitelikli ücretliler birleştirilerek yüksek nitelikli ücretliler sınıfında, kendi hesabına çalışanlar ve esnaf ve marjinaler kendi hesabına çalışanlar grubunda değerlendirilmiştir. Boratav’ın çalışmasında belirttiği gibi kırsal bölgelerde belirgin bir tarımdan kopma süreci yaşanmaktadır. Bölgedeki tüm kırsal yerleşim yerlerinin imara açılmasıyla birlikte kırsal nüfusun tarım dışı faaliyetlere katılma derecesi artmıştır. Tarımla uğraşan ailelerin sayısı azalmıştır. Hane halkı başkanlarından yalnızca 5’i mesleğinin çiftçi olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle kırsal sınıflar

arasında daha detaylı bir gruplandırmaya gidilmemiştir. Araştırmada yapılan analizleri kolaylaştırmak için çiftçiler de, kendi hesabına çalışanlar grubunda değerlendirilmiştir. İşsizler ve emeklilerin toplumsal sınıfı daha önce yaptıkları işin niteliğine göre belirlenmiştir.

Hastalananların yakınmaları ve kronik hastalıkları ICD 10 sınıflamasına göre gruplandırılmıştır(139).

Sağlık hizmeti arama davranışının temel belirleyicileri hastalananlara açık uçlu olarak sorulan “neden böyle davrandınız?” sorusunun yanıtlarından elde edilmiştir. Verilen yanıtlar kendi içinde literatür bilgilerine göre gruplanarak değerlendirilmiştir. Muayene olmak için bekleme süresi, randevu alamama, uzman doktor varlığı, ilaçlarını yazdırabilme, kurumun donanımı, tanıdık doktor ya da sağlık personelinin olması, sevk zorunluluğu, devamlı gidilen kurum olması, hastalığın takip gerektirmesi, hizmet alınabilecek başka bir kurumun olmaması, mesai saatleri dışında da açık olması yanıtları sağlık kuruluşunun özelliği başlığı altında toplanmıştır.

Sağlık kurumunun uzak ya da yakın olması coğrafi erişim, sürekli gidilen yer olması, daha önceki gidişlerinde memnun olma/ olmama ise daha önceki deneyimler başlığı altında toplanmıştır.

Sağlık hizmeti almak için para olmaması (ilaç, ulaşım, muayene, tedavi için gerekli ücret ve katkı payını ödeyemeyecek olmak), sağlık güvencesinin olmaması, güvence nedeniyle belirli kurumlara gitmek zorunda olmak vb nedenlerle, istediği kuruma gidememe ekonomik nedenler başlığı altında toplanmıştır.

Kişinin hastalığının acil, hafif ya da önemsiz olduğuna ilişkin değerlendirmesi algılanan sağlık gereksinimi başlığı altında toplanmıştır. Doktora gitmekten korkma, doktora gitmenin işe yaramayacağını düşünme, bitkisel ilaçlarla tedavi edebileceğini düşünme ise hastalık ve sağlığa ilişkin inanışlar başlığı altında toplanmıştır.

Hasta olduğunda hiçbir şey yapmama ya da kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı karşılanamayan sağlık gereksinimi olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık kurumuna başvuranlara yöneltilen “Tekrar hasta olduğunuzda aynı kurumu tercih eder misiniz” sorusuna verilen yanıtın nedeni sorulmuş ve açık uçlu yanıtlar aynı şekilde gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Sağlık kurumunun özelliği, coğrafi nedenler, ekonomik nedenler yukarıda belirtildiği gibi gruplanmıştır. Alınan hizmetten memnun kalma/kalmama ise hizmetten memnuniyet başlığı altında toplanmıştır.

Başvurulan sağlık kurumları ait olduğu sağlık sektörü ve basamağa göre gruplandırılmıştır. Verem savaş dispenseri, işyeri hekimi ve sağlık ocağı başvuruları birinci basamak kamu sağlık kurumları, diş hekimi, özel poliklinikler birinci basamak özel sağlık kurumu olarak gruplandırılmıştır. Hastaneler (kamu veya özel) ve uzman doktor muayenahaneleri ikinci basamak sağlık kurumları, eğitim hastaneleri üçüncü basamak olarak değerlendirilmiştir. Analizler başvuru kurumun basamağına ve özel ya da kamu sektöre ait oluşuna göre iki ayrı başlık altında yapılmıştır. Analizlerde kolaylık sağlamak amacıyla birinci basamak ayrı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları birlikte değerlendirilmiştir.

Tercih edilen sağlık kurumu olarak birden fazla başvurusu olanlar için ilk başvurdukları yer değerlendirmeye alınmıştır.

Diş hekimi başvuruları 2 yaş ve üzerindeki bireyler için sorgulanmıştır.

Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Bağımlı değişkenler

Son on beş gün içinde rahatsızlanma

Sağlık hizmeti arama davranışı

Karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi

Son on beş gün içinde tedavi edici sağlık hizmeti kullanımı

Başvurulan kurumun basamağı ve ait olduğu sektör

Ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinden memnuniyet

Son bir yıl içinde kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmeti kullanımı

Bağımsız değişkenler

Sosyodemografik değişkenler: Yaş, cinsiyet, doğum yeri ve tarihi, medeni durum, öğrenim, sağlık için sosyal güvence, aile içi konumu.

Ev halkı başkanının özelliklerine ilişkin değişkenler: Doğum yeri, cinsiyeti, öğrenim durumu, çalışma durumu, işyerindeki konumu, mesleği, Bursa'da yaşadığı süre, daha önce yaşanılan yer.

Ekonomik duruma ilişkin değişkenler: Hanenin aylık toplam geliri, gelirin düzenli olup olmaması, hane halkı başkanının eşinin ekonomik duruma ilişkin algısı, geçim sıkıntısı, düzenli gelir durumu, oturulan konutun tipi, oturulan konutun mülkiyeti, oda ve yaşayan kişi sayısı, aile tipi, sağlık hizmeti için cepten ödeme.

Bireylerin sağlık durumuna ilişkin değişkenler: Hastalık ve yakınmalar, kronik hastalık engellilik durumu, sağlık durum algısı, işe okula gidememe durumu, son bir yıl içinde diş hekimi başvurusu, sürekli hizmet kaynağının varlığı, son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı.

İstatistik analizler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmanın verileri kış ve ilkbahar aylarında toplandığı için hastalanma sıklığı mevsimsel değişikliklerden etkilenmiş olabilir.

Bilgilerin geriye dönük olarak, kişilerin beyanına göre toplanması hatırlama faktörü nedeniyle bu tür çalışmaların temel sınırlılığıdır. Yakınma ve hastalıkların kişilerin kendi beyanına göre değerlendirilmiş olması gruplandırmaları etkilemiş olabilir. Veriler mesai saatlerinde toplandığından evde olmayan kişilerin yakınma ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilgileri evde bulunan yetişkinden alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin ülkemizde yapılan çalışmaların çoğu 15 yaş ve üzerindeki nüfusta, genellikle son bir ay ve bir yıla ilişkin verilerin toplandığı çalışmalardır. Ailedeki tüm bireyleri ele alan ve son on beş gün içindeki hastalanma sıklığı ve sağlık

hizmeti kullanımını inceleyen az sayıda araştırma olduğundan tartışma bölümünde karşılaştırma açısından sınırlı kalınmıştır.

Kişilerin sosyoekonomik durumunun değerlendirilmesi için ülkemizde geçerli objektif bir ölçütün olmaması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

BULGULAR

Araştırmaya Alınan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Örneğe çıkan 1053 kişinin yaş ortalaması $31,4 \pm 20,3$ (en az 0 - en çok 92) yıldır. Bireylerden 275 kişi (% 26,1) 0–14 yaş grubunda, 713 kişi (%67,7) 15–64 yaş grubunda, 65 kişi (%6,2) ise 65 yaş ve üstü yaş grubundadır. Bireylerin 514'ü (%48,8) erkek, 539'u (%51,2) kadındır. Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı Tablo-4'de gösterilmiştir. Cinsiyete göre yaş grupları arasında anlamlı fark yoktur ($\chi^2=7,099$ p=0,897 SD=13).

Tablo-4: Bireylerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0–4	48	9,3	40	7,4	88	8,4
5–9	53	10,1	49	9,1	102	9,6
10–14	44	8,6	41	7,6	85	8,1
15–19	33	6,4	33	6,1	66	6,2
20–24	30	5,8	41	7,6	71	6,7
25–29	50	9,7	57	10,6	107	10,2
30–34	50	9,7	53	9,8	103	9,8
35–39	40	7,8	40	7,4	80	7,6
40–44	36	7,2	30	5,6	66	6,3
45–49	25	4,9	24	4,4	49	4,7
50–54	32	6,2	38	7,1	70	6,6
55–59	25	4,9	34	6,3	59	5,6
60–64	20	4,1	22	4,1	42	4,0
65≥	28	5,3	37	6,9	65	6,2
Toplam*	514	48,8	539	51,2	1053	100,0

*Satır yüzdesi

Araştırma kapsamındaki bireylerin yaşadığı yerleşim yerlerinin bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-5'de görülmektedir.

Tablo-5: Bireylerin yaş gruplarına göre yerleşim yerlerine dağılımı

Yaş Grupları	Yerleşim yeri						Toplam	
	Kırsal		Gecekondu		Kentsel			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-14	22	16,0	133	28,4	120	26,9	275	26,1
15-64	103	74,6	309	66,0	301	67,3	713	67,7
65≥	13	9,4	26	5,6	26	5,8	65	6,2
Toplam*	138	13,1	468	44,4	447	42,5	1053	100,0

*Satır yüzdesi

Yerleşim yerlerinin bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=39,730$ $p=0,041$ $SD=26$). Kırsal yerleşim yerinde 65 yaş ve üstü nüfus daha fazladır.

Bireylerden 15 yaş ve üzerinde olan 778 kişinin 564'ü (%72,5) evli, 157'si (%20,2) bekar, 57'si (%7,3) dul ya da boşanmıştır. Bireylerin cinsiyet ve medeni duruma göre dağılımı Tablo-6'da gösterilmiştir.

Tablo-6: Bireylerin cinsiyet ve medeni duruma göre dağılımı (15 yaş ve üzeri)

Medeni Durum	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	277	75,1	287	70,2	564	72,5
Bekar	88	23,8	69	16,9	157	20,2
Dul/Boşanmış	4	1,1	53	12,9	57	7,3
Toplam*	369	47,4	409	52,6	778	100,0

*Satır yüzdesi

15 yaş ve üzerindeki bireylerin cinsiyete göre medeni durumları anlamlı olarak farklıdır ($\chi^2=42,656$ $p=0,000$ $SD=2$). Bekarlarda erkekler, dul ya da boşanmış olanlarda ise kadınlar daha fazladır.

Yaş gruplarına göre sağlık için sosyal güvence varlığının dağılımı Tablo-7'de gösterilmiştir.

Tablo-7: Bireylerin sağlık güvence durumunun yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grubu	Sağlık Güvencesi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
0 – 14	244	88,7	31	11,3	275	26,1
15 – 64	638	89,5	75	10,5	713	67,7
65≥	61	93,8	4	6,2	65	6,2
Toplam	943	89,6	110	10,4	1053	100,0

* Sütun yüzdesi

Sağlık için sosyal güvence varlığı açısından yaş gruplarına göre anlamlı fark yoktur ($\chi^2=5,725$ $p=0,210$ $SD=4$). Sağlık için sosyal güvence durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo-7’de gösterilmiştir.

Tablo-8: Bireylerin sağlık güvence durumunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sağlık Güvencesi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Erkek	465	90,5	49	9,5	514	48,8
Kadın	478	88,7	61	11,3	539	51,2
Toplam	943	89,6	110	10,4	1053	100,0

* Sütun yüzdesi

Cinsiyete göre sağlık için sosyal güvence varlığı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,895$ $p=0,344$ $SD=1$).

Araştırma kapsamındaki 657 kişi (%62,4) çekirdek ailede, 360 kişi (%34,2) kalabalık ailede, 36 kişi (%3,4) ise parçalanmış ailede yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin 270’i (% 25,6) hane halkı başkanı, 245’i (%23,3) hane halkı başkanının eşi, 415’i (%39,4) çocuğu, 55’i (% 5,2) anne babası, 19’u (%1,8) kardeşi, 45’i (%4,3) torunu, 4’ü (%0,4) ise yeğenidir.

Araştırma kapsamındaki 1053 kişiden 138 kişi (%13,1) kırsal yerleşim özelliğindeki Gümüştepe, 447 kişi (%42,5) gecekondu yerleşimi (çarpık kentsel yapılaşma) özelliğindeki Minareliçavuş, 468 kişi (%44,4) ise kentsel yerleşim özelliğindeki Fethiye Mahallesi’nde yaşamaktadır.

Bireylerin Sosyoekonomik Özellikleri

Bireylerin sosyoekonomik özellikleri hane halkı başkanının öğrenim süresi, çalışma durumu, toplumsal sınıfı ile hane halkı başkanının eşinin, hane halkı başkanı dul ya da boşanmış kadınsa kendisinin ekonomik durum algısı, geçim sıkıntısının varlığı, gelirin düzenli olmasına ilişkin değerlendirmeleri ve oturdukları konutun özelliklerine göre belirlenmiştir.

Örneğe çıkan 270 hane halkı başkanının yaş ortalaması 61,9±13,4 (en az 22 – en çok 84); 245'i (%90,7) evli, erkek; 25'i (%9,3) boşanmış ya da dul, kadındır. Hane halkı başkanlarının 238'inin (%88,9) sağlık için sosyal güvencesi varken 30'unun (%11,1) yoktur. Hane halkı başkanlarının 40'ı (%14,8) Gümüştepe, 110'u (%40,7) Minareliçavuş, 120'si (%44,5) ise Fethiye Mahallesi'nde oturmaktadır. Hane halkı başkanlarının cinsiyete ve yerleşim yerlerine göre dağılımı Tablo-9'da gösterilmiştir. Hane halkı başkanlarının cinsiyete göre yerleşim yerlerine göre dağılımı açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=10,319$ $p=0,006$ $SD=2$). Hane halkı başkanı kadın olan hanelerin oranı Minareliçavuş mahallesinde daha azdır.

Tablo-9: Hane halkı başkanlarının cinsiyete göre yerleşim yerlerine dağılımı

Yerleşim Yeri	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
Gümüştepe	33	82,5	7	17,5	40	14,8
Minareliçavuş	107	97,3	3	2,7	110	40,7
Fethiye	105	87,5	15	12,5	120	44,5
Toplam	245	90,7	25	9,3	270	100,0

*Sütun Yüzdesi

Hanelerden kırsal yerleşim yerindekilerin %71'i, gecekondulu yerleşim yerindekilerin %72,4'ü, kentsel yerleşim yerindekilerin ise %53,7'si bağımsız konutta oturmaktadır. Kırsal yerleşim yerinde oturanların %69,6'sı, gecekondulu yerleşim yerindekilerin %77,8'i, kentsel yerleşim yerindekilerin %67,1'i kendine ait bir evde oturmaktadır. Kırsal yerleşim yerinde yaşayan hanelerin %71,0'ı, gecekondulu yerleşim yerindekilerin %45,9'u, kentsel yerleşim yerindekilerin %65,8'i, 4 ve daha az kişinin yaşadığı konutlarda yaşamaktadır. Kırsal yerleşim yerindeki hanelerin %59,4'ünde, gecekondulu yerleşim yerindeki hanelerin %84'ünde, kentsel yerleşim yerindeki hanelerin %77,4'ünde oda sayısı 3 ve daha azdır. Yerleşim yerleri arasında oturan konutun tipi ($\chi^2=38,118$, $p=0,000$ $SD=2$), sahipliği ($\chi^2=38,051$ $p=0,000$ $SD=4$), hanede yaşayan kişi sayısı ($\chi^2=48,455$ $p=0,000$ $SD=2$) oda sayısı açısından ($\chi^2=37,548$, $p=0,000$ $SD=2$) anlamlı fark vardır. Kentsel yerleşim yerinde apartman tipi evler daha fazladır. Gecekondulu yerleşim yerinde kendine ait evde oturanlar, kentsel yerleşim yerinde kira ödeyerek oturanlar ve kırsal yerleşim yerinde kendine ait olmayan bir evde kira ödemeksizin oturanlardan daha fazladır. Gecekondulu yerleşim yerinde hanede yaşayan kişi sayısı beş ve üzerinde olanlar daha fazladır. Kırsal yerleşim yerinde dört ve daha fazla odası olan evler daha fazladır.

Hane halkı başkanlarının 92'si (%34,1) Bursa ili ve merkez ilçelerinde, 9'u (%3,3) diğer ilçelerde, 121'i (%44,8) diğer illerde, 48'i (%17,8) ise yurt dışında doğmuştur. Bursa dışında doğan üç kişi, doğar doğmaz Bursa'da yaşamaya başlamıştır. Hane halkı başkanlarının 95'i (%35,2) sürekli Bursa il sınırlarında yaşamışken 175 kişi (%64,8) yaşamının bir döneminde diğer il ve ülkelerde yaşamıştır. Bursa'ya göçle gelenlerin Bursa'da ortalama yaşama süresi $17,0 \pm 11,0$ (en az 1- en çok 68) yıl olarak hesaplanmıştır. Bursa'ya göçle gelenlerin geldikleri bölgelere göre dağılımı Tablo-10'da gösterilmiştir.

Tablo-10: Hane halkı başkanlarının daha önce yaşadıkları bölge

Bölge	Sayı	%
Yurt dışı	46	26,3
Karadeniz	46	26,3
İç Anadolu	23	13,1
Marmara	21	12,0
Doğu Anadolu	18	10,3
Bursa Çevre İlçeleri	8	4,6
Güneydoğu Anadolu	6	3,4
Ege	5	2,9
Akdeniz	2	1,1
Toplam	175	100,0

Araştırma kapsamındaki 1053 bireyden 341 kişinin (%32,4) hane halkı başkanı Bursa ili ve merkez ilçelerinde, 529'u (%50,2) diğer illerde, 161'i (%15,3) yurt dışında, 48'i (%17,8) ise diğer illerde doğmuştur.

Hane halkı başkanının öğrenim süresinin cinsiyete göre dağılımı Tablo-11'de görülmektedir.

Tablo-11: Hane halkı başkanının öğrenim süresinin cinsiyete göre dağılımı

Hane halkı başkanının öğrenim süresi	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
5 yıldan az	9	3,7	10	40,0	19	7,0
5-8 yıl	143	58,4	13	52,0	156	57,8
9-11 yıl	77	31,4	2	8,0	79	29,3
12 yıl ve üzeri	16	6,5	0	0,0	16	5,9
Toplam*	245	90,7	25	9,3	270	100,0

* Satır Yüzdesi

Cinsiyete göre hane halkı başkanlarının öğrenim durumları arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2=48,702$ $p=0,000$ $SD=4$). Kadınlarda beş yıldan daha

az öğrenim görenler, erkeklerde 9-11yıl arasında öğrenim görenler daha fazladır.

Araştırma kapsamındaki 270 hane halkı başkanının 170'i (%62,9) çalışmakta, 20'si (%7,4) ev kadını, 10'u (%3,7) işsiz, 65'i (%24,1) emekli, 5'i (%1,9) ise sağlık problemi nedeniyle çalışmamaktadır. Bireylerden 720'sinin (%68,4) hane halkı başkanı çalışmakta, 45'inin (%4,3) ev kadını, 39'unun (%3,7) işsiz, 233'ünün (%22,1) emekli, 16'sinin (%1,5) ise sağlık problemleri nedeniyle çalışmamaktadır.

Hane halkı başkanının ait olduğu toplumsal sınıfa göre incelendiğinde 12'si (%4,4) yüksek nitelikli ücretli, 41'i (%15,2) niteliksiz hizmet işçisi, 186'sı (%68,9) mavi yakalı, 31'i (% 11,5) ise kendi hesabına çalışan sınıfta yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan bireylerden 47 kişinin (% 4,5,) ev halkı başkanı yüksek nitelikli ücretli, 137 kişi (%13,0) niteliksiz hizmet işçisi, 758 kişi (%72,0) mavi yakalı ücretli, 111 kişi (%10,5) kendi hesabına çalışan sınıfta yer almaktadır.

Ekonomik durum algısı hanelerin 50'sinde (%18,5) iyi, 176'sında (%65,2) orta, 44'ünde (%16,3) kötüdür. Hanelerin 195'inde (%72,2) geçim sıkıntısı çekilirken, 75'inde (%27,8) geçim sıkıntısı yoktur. Hanelerin 221'inde (%81,9) aile gelirinin düzenli, 49'unda (%18,1) ise düzenli olmadığı belirtilmiştir. Bireylerin 199'unun (%18,9) ekonomik durum algısı iyi, 680'inin (%64,6) orta, 174'ünün (%16,5) ise kötüdür. Araştırma kapsamında yaşanan hanede geçim sıkıntısı olan 774 kişi (%73,5) ve düzenli geliri olan 851 kişi (%80,8) vardır.

Araştırma kapsamındaki bireylerin 65'inin (%6,2) hane halkı başkanı beş yıldan az, 627'si (%59,5) beş sekiz yıl arası, 297'si (%28,2) dokuz on yıl arası 64'ü (%6,1), on iki yıl ve üzerinde öğrenim görmüştür.

Oturulan konutun 92'si (%34,1) apartman katı, 178'si (%65,9) ise bağımsız konuttur. Bireylerin 677'si (%64,3) bağımsız konutta, 376'sı (%35,7) apartman tipi konutta oturmaktadır. Hanelerin 201'i (%74,4) oturanların kendisine ait, 59'u (%21,9) kira ödeyerek, 10'u (%3,7) ise kira ödemeksizin kendisine ait olmayan bir konutta oturmaktadır. Bireylerin 760'ı (%72,2) aileye ait, 256'sı (%24,3) kira ödeyerek, 37'si (%3,5) ise kira

ödemeksizin aileye ait olmayan bir konutta oturmaktadır. Konutların oda sayısı ortalaması yaklaşık 3 (en az 1 - en çok 8); 64 hanenin (%23,7) iki ve daha az, 153 hanenin (%56,7) üç, 53 hanenin (%19,6) dört ve üzerindedir. Araştırma kapsamındaki bireylerden 215'i (%20,4) iki ve daha az, 606'sı (%57,6) üç, 232'si (%22,0) dört ve daha fazla odası olan konutlarda yaşamaktadır. Konutta yaşayan kişi sayısı ortalaması yaklaşık 4 kişidir (en az 1 – en çok 13). Hanelerin 77'sinde (%28,5) yaşayan kişi sayısı 5 ve üzerindedir. Bireylerden 607 kişi (%57,6) dört ve daha az, 446 kişi (%42,4) ise beş ve daha fazla kişi ile aynı konutta yaşamaktadır.

HASTALANMA DURUMU

Hastalanma Durumu ve Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya alınan 1053 kişiden son on beş gün içinde 416 (%39,5) kişi hastalanmıştır. Hastalanan ve hastalanmayanların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-12'de görülmektedir.

Tablo-12: Hastalanma durumunun bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Hastalanma				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
0-5	53	50,1	51	49,9	104	9,9
6-14	64	37,4	107	62,6	171	16,2
15-64	264	37,0	449	63,0	713	67,7
65≥	35	53,8	30	46,2	65	6,2
Toplam	416	39,5	637	60,5	1053	100,0

* Sütun yüzdesi

Yaş gruplarına göre hastalanma durumu açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=13,45$ $p=0,003$ $SD=3$). Hastalanma 0-5 yaş grubu ve 65 yaş ve üstü grupta en fazladır.

Son on beş gün içinde hastalanma ve bireylerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo-13'de gösterilmiştir.

Tablo-13: Hastalanma durumunun bireylerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Hastalanma				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Erkek	178	34,6	336	65,4	514	48,8
Kadın	238	44,2	301	55,8	539	51,2
Sağlık güvencesi						
Var	376	39,9	567	60,1	943	89,6
Yok	40	36,4	70	63,6	110	10,4
Yerleşim yeri						
Kırsal	62	44,9	76	55,1	138	13,1
Gecekondu	192	41,0	276	59,0	468	44,4
Kentsel	162	36,2	285	63,8	447	42,5
Medeni durum**						
Evli	227	40,2	337	59,8	564	72,5
Bekar	43	27,4	114	72,6	157	20,2
Dul/Boşanmış	29	50,9	28	49,1	57	7,3
Hane halkı başkanına yakınlık						
Kendisi	94	34,8	176	65,2	270	25,6
Eş	117	47,8	128	52,2	245	23,3
Çocuk	155	37,3	260	62,7	415	39,4
Anne /baba	30	54,5	25	45,5	55	5,2
Diğer	20	39,5	48	60,5	68	6,5
Aile Tipi						
Çekirdek	264	40,2	393	59,8	657	62,4
Kalabalık	134	37,2	226	62,8	360	34,2
Parçalanmış	18	50,0	18	50,0	36	3,4
Hane halkı başkanı doğum yeri						
Bursa	130	38,1	211	61,9	341	32,4
Diğer iller	224	42,3	305	57,7	529	50,2
Yurt dışı	48	29,8	113	70,2	161	15,3
Bursa İlçeleri	14	63,6	8	36,4	22	2,1
Toplam	416	39,5	637	60,5	1053	100,0

*Sütun yüzdesi **Medeni durum 15 yaş ve üstü yaş grubundaki 778 kişi için hesaplanmıştır.

Sağlık için sosyal güvence varlığı ($\chi^2=0,508$ $p=0,476$ $SD=1$), yerleşim yeri ($\chi^2=4,143$ $p=0,126$ $SD=2$), aile tipine göre ($\chi^2=2,570$ $p=0,277$ $SD=2$) hastalanma açısından anlamlı fark yoktur. Cinsiyet ($\chi^2=9,989$ $p=0,002$ $SD=1$), medeni durum ($\chi^2=12,609$ $p=0,002$ $SD=2$), hane halkı başkanına yakınlık ($\chi^2=19,252$ $p=0,004$, $SD=6$), hane halkı başkanının doğum yerine ($\chi^2=13,744$ $p=0,003$ $SD=3$) göre hastalanma açısından anlamlı fark vardır.

Kadınlar erkeklerden daha fazla hastalanmaktadır. Hiç evlenmemişlerde hastalanma oranı daha azdır. Hane halkı başkanının eşi ve diğer yakınları daha fazla hastalanmaktadır. Bireylerden hane halkı başkanı Bursa'da doğanlara göre diğer illerde ve ilçelerde doğanlarda hastalanma fazla, yurt dışında doğanlarda ise azdır.

Bireylerin Bazı Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Hastalanma Durumu

Son on beş gün içinde hastalanma durumunun bireylerin bazı sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı Tablo-14'da gösterilmiştir.

Tablo-14: Hastalanma durumunun bireylerin bazı sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Hastalanma				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
Hane halkı başkanı öğrenim süresi						
5 yıldan az	25	38,5	40	61,5	65	6,2
5-8 yıl	266	42,4	361	57,6	627	59,5
9-11 yıl	103	34,7	194	65,3	297	28,2
12 yıl ve üzeri	22	34,4	42	65,6	64	6,1
Hane halkı başkanı çalışma durumu						
Çalışıyor	273	37,9	447	62,1	720	68,4
Ev kadını	20	44,4	25	55,6	45	4,3
Emekli	11	28,2	28	71,8	39	3,7
İşsiz	104	44,6	129	55,4	233	22,1
Çalışmıyor	8	50,0	8	50,0	16	1,5
Hane halkı başkanı toplumsal sınıfı						
Yüksek nitelikli	15	35,7	27	64,3	42	4,0
Niteliksiz	57	36,1	101	63,9	158	15,0
Mavi yakalı	303	41,5	428	58,5	731	69,4
Kendi hesabına	41	33,6	81	66,4	122	11,6
Ekonomik durum algısı						
İyi	67	33,7	132	66,3	199	18,9
Orta	273	40,1	407	59,9	680	64,6
Kötü	76	43,7	98	56,3	174	16,5
Düzenli gelir						
Var	336	39,5	515	60,5	851	80,8
Yok	80	39,6	122	60,4	202	19,2
Geçim sıkıntısı						
Var	312	40,3	462	59,7	774	73,5
Yok	104	37,3	175	62,7	279	26,5

Konutun tipi						
Bağımsız	276	40,8	401	59,2	677	64,3
Apartman	140	37,2	236	62,8	376	35,7
Konutun sahiplik durumu						
Kendisinin	281	37,0	479	63,0	760	72,2
Kira	119	46,5	137	53,5	256	24,3
Diğer	16	43,2	21	56,8	37	3,5
Konutta yaşayan kişi sayısı						
1-4	248	40,9	359	59,1	607	57,6
5 ve üzeri	168	37,7	278	62,3	446	42,4
Konutun oda sayısı						
1-3	329	40,1	492	59,9	821	78,0
4 ve üzeri	87	37,5	145	62,5	232	22,0
Toplam	416	39,5	637	60,5	1053	100,0

*Sütun yüzdesi

Bireyler arasında hane halkı başkanının öğrenim süresi ($\chi^2=5,863$ $p=0,118$ $SD=3$), çalışma durumu ($\chi^2=6,607$ $p=0,158$ $SD=4$), toplumsal sınıfına göre ($\chi^2=3,963$ $p=0,265$ $SD=3$) hastalanma açısından anlamlı fark yoktur. Hastalanma açısından hanenin ekonomik durum algısı ($\chi^2=4,222$ $p=0,121$ $SD=2$), yaşanan hanede geçim sıkıntısı varlığı ($\chi^2=0,760$ $p=0,374$ $SD=1$), gelirin düzenli olmasına göre ($\chi^2=0,001$ $p=0,975$ $SD=1$) bireyler arasında anlamlı fark yoktur. Oturulan konutun tipi ($\chi^2=1,263$ $p=0,261$ $SD=1$), evde yaşayan kişi sayısı ($\chi^2=1,094$ $p=0,296$ $SD=1$) ve oda sayısına göre ($\chi^2=0,501$ $p=0,479$ $SD=1$) hastalanma açısından anlamlı fark yoktur. Bireylerin oturduğu konutun sahipliği açısından son on beş gün içinde hastalanma durumu anlamlı olarak farklıdır ($\chi^2=7,472$ $p=0,024$ $SD=2$). Oturulan konuta kira ödeyenlerde hastalanma daha fazladır.

Araştırmaya alınan bireylerin yaşadığı hanelerde son on beş gün içinde hane başına hastalanan kişi sayısı ortalaması yaklaşık 1,5 (en az 0 – en çok 5) kişidir. 46 hanede hiç (%17,0) hastalanan olmamış, 110 (%40,7) hanede bir, 65 hanede (%24,1) iki, 49 hanede (%18,2) ise üç ve daha fazla kişi hastalanmıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin hastalanma durumu için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo-15'de gösterilmiştir.

Tablo–15: Hastalanma durumuna ilişkin lojistik regresyon sonuçları
(n=1053)

Bağımsız Değişken	Referans Grup
Yaş grubu	Kategorik, 6 yaş ve üstü
Ekonomik durum algısı	Kategorik, iyi
Cinsiyet	Kategorik, erkek cinsiyet
Ülke içi göç	Kategorik, göç etmeyenler
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	Kategorik, dokuz yıl ve üzeri

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Yaş grubu	0,609	0,004	1,838	1,208	2,796
Ekonomik durum algısı	0,333	0,047	1,395	1,004	1,938
Cinsiyet	0,424	0,001	1,527	1,187	1,965
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	0,299	0,031	1,349	1,028	1,769
Ülke içi göç	0,292	0,024	1,339	1,038	1,728
Hastalanma durumu (sabit)	-1,115	0,000			

Model $\chi^2=32,599$ SD=5 p=0,000

Lojistik regresyon analizine göre hastalanma; beş yaş ve altındaki bireylerde 1,8 kat, ekonomik durum algısı orta ve kötü olanlarda 1,4 kat, kadınlarda 1,5 kat, ev halkı başkanı dokuz yıldan az öğrenim görenlerde 1,4 kat, ülke içinden göç edenlerde 1,3 kat artmaktadır.

15 yaş altı yaş grubundaki bireyler için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–16’da gösterilmiştir.

Tablo–16: 15 yaş altı yaş grubundaki bireylerin hastalanma durumuna ilişkin lojistik regresyon sonuçları (n=275)

Bağımsız değişken	Referans Grup
Konutun sahipliği	Kategorik, kendisinin
Yerleşim yeri	Kategorik, kentsel
Toplumsal sınıf	Kategorik, ev halkı başkanı mavi yakalı ücretli sınıfında olanların dışındakiler
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	Kategorik, dokuz yıl ve daha fazla

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Konutun sahipliği	0,873	0,002	2,394	1,383	4,144
Yerleşim yeri	0,756	0,004	2,129	1,271	3,568
Toplumsal sınıf	0,579	0,002	1,784	1,015	3,133
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	-0,279	0,287	0,757	0,453	1,264
Hastalanma durumu (sabit)	-1,261	0,000			

Model $\chi^2=22,245$ SD=4 p=0,000

Oluşturulan lojistik regresyon modellerinde 15 yaşın altındaki bireylerde hastalanma ev halkı başkanının kendisine ait bir konutta oturmayanlarda 2,4 kat, kentsel yerleşim yeri dışında yaşayanlarda 2,1 kat, ev halkı başkanı mavi yakalı ücretli sınıfından olanlarda 1,8 artmaktadır.

15 yaş ve üstü yaş grubundaki bireyler için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–17’de gösterilmiştir.

Tablo–17: 15 yaş ve üstü yaş grubundaki bireylerin hastalanma durumuna ilişkin lojistik regresyon sonuçları (n=778)

Bağımsız değişken	Referans Grup
Medeni durumu	Kategorik, bekar
Cinsiyet	Kategorik, erkek cinsiyet
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	Kategorik, dokuz yıl ve daha fazla
Ev halkı başkanı çalışma durumu	Kategorik, çalışanlar
Ülke içi göç	Kategorik, ülke içinde göç etmeyenler

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Medeni durumu	0,676	0,001	1,966	1,322	2,924
Cinsiyet	0,564	0,000	1,758	1,302	2,374
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	0,453	0,009	1,572	1,119	2,209
Ev halkı başkanı çalışma durumu	0,384	0,017	1,468	1,071	2,013
Ülke içi göç	0,310	0,044	1,364	1,009	1,844
Hastalanma durumu (sabit)	-1,942	0,000			

Model $\chi^2=46,221$ SD 5 p=0,000

15 yaş ve üstü yaş grupta hastalanma evli ve dullarda 2,0 kat, kadınlarda 1,8 kat, ev halkı başkanı dokuz yıldan az öğrenim görenlerde 1,6 kat, ev halkı başkanı çalışmayanlarda 1,5 kat, ev halkı başkanı ülke içinden göç edenlerde 1,4 kat artmaktadır.

Hastalananların Yakınma ve Hastalıklarının Özellikleri, Sağlık Durumu Algısı, Bazı Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişinin yakınmaları ve hastalıklarının sistemlere göre dağılımı Tablo-18'de görülmektedir.

Tablo-18: Yakınma ve hastalıkların sistemlere ve hastalıklara göre dağılımı

Sistem ya da hastalık	Sayı	%
Solunum sistemi hastalıkları	127	30,5
Kas İskelet, bağ dokusu hastalıkları	66	15,9
Enfeksiyon hastalıkları	54	13,0
Kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon	51	12,3
Gastroenteroloji hastalıkları	40	9,6
Nörolojik, mental ve davranışsal hastalıklar	38	9,1
Genitoüriner sistem hastalıkları	29	7,0
Görme, duyu ve işitme organları hastalıkları	25	6,0
Diyabet	19	4,6
Ağız ve diş sağlığı	15	3,6
Dermatolojik hastalıklar	14	3,4
Diğer*	31	7,5
Toplam	509**	

*Diğer: Hastalanma olmadan kontrol amaçlı başvuru, diğer hastalıkların komorbiditesi, malinite, tiroit fonksiyon bozuklukları, konjenital anomaliler, büyüme ve gelişmeyle ilgili hastalıklar, anemi, yaralanma, zehirlenme, kaza vb; bu grupta yer almaktadır. ** Bazı kişilerin birden fazla sistemi ilgilendiren yakınması vardır.

Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişinin yakınma ve hastalıkları her birey için akut, akut acil ve kronik özellikte olmasına göre gruplandırılmıştır. Bireylerin 182'sinin (%43,8) akut, 62'sinin (%14,9) akut acil, 172'sinin (%41,3) kronik özellikli yakınma ve hastalığı vardır.

Algılanan Sağlık: Hastalanan 416 kişiden 284'ünün (%68,3) sağlık durumu algısı iyi, 92'sinin (%22,1) orta, 40'ının (%9,6) ise kötüdür.

Kronik hastalık veya engellilik varlığı: Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişiden 169'unun (%40,6) herhangi bir kronik hastalık ya da engelliliği vardır. Kronik hastalık ya da engelliliği olanlardan 84'ünün bir; 85'inin ise iki ve daha fazla kronik hastalık veya engelliliği vardır. Kronik hastalıkların sayı ve sıklıklarının dağılımı Tablo-19'da gösterilmiştir.

Tablo-19: Kronik hastalık ya da engelliliğin sistemlere göre sayı ve sıklıkları

Sistem ya da hastalık	Sayı	%*
Kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon	89	35,0
Diyabet	33	13,0
Kas iskelet sistemi hastalıkları	24	9,5
Nörolojik, mental ve davranışsal hastalıklar	25	9,8
Solunum sistemi	20	7,9
Görme, duyu ve işitme organları hastalıkları	10	3,9
Genitoüriner sistem hastalıkları	10	3,9
Dermatolojik hastalıklar	8	3,2
Gastroenteroloji hastalıkları	7	2,8
Konjenital anomaliler	7	2,8
Diğer**	21	8,3
Toplam	254*	

* Birden fazla kronik hastalık ya da engelliliği olanlar vardır.

**Diğer: Diğer hastalıkların komorbiditesi, tiroit fonksiyon bozuklukları, anemi, malinite, yaralanma, zehirlenme, kaza vb.

Kronik hastalık ya da engellilik olarak en sık görülenler 89 olguda (%35,0) kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon, 33 olguda (%13) diyabet ve 24 olguda (%9,5) ise kas iskelet sistemi hastalıklarıdır.

İşe okula gidememe ya da günlük aktiviteleri yerine getirememe: Son on beş gün içinde hastalananlardan 117 kişi (%28,1) işe okula gidememiş ya da günlük aktivitelerini yerine getirememiştir.

Son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullanımı: Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişiden 89 kişi (%21,4) son bir yıl içinde herhangi bir şikâyeti ya da hastalığı olmadığı halde koruyucu sağlık hizmeti almak için sağlık kurumuna başvurmuştur.

Sürekli hizmet kaynağı varlığı: Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişiden 39'unun (%9,4) her türlü sağlık sorunlarını bilen, her türlü sağlık sorununda başvurabildiği bir sürekli hizmet kaynağı vardır.

Son bir yıl içinde diş hekimi başvurusu: Son on beş gün içinde hastalanan iki yaş ve üzerindeki 404 kişiden 107 kişi (%26,4) son bir yıl içinde diş hekimine başvurmuştur

Kurumsallaşmış sağlık hizmetleri kullanımı

0–5 yaş grubu çocukların kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımı: 0–5 yaş grubundaki 104 bebek ve çocuğun 59'u (%56,7) erkek, 45'i (%43,3) kızdır. Araştırma kapsamındaki bebek ve çocukların 90'ı (%86,5) sağlık için sosyal güvenceye sahipken 14'ü (%13,5) sahip değildir. Bebek ve çocukların 90'ı (86,5) hane halkı başkanının çocuğu, 13'ü (%12,5) torunu, 1'i (%1,0) ise yeğenidir. Bebek ve çocukların ev halkı başkanlarının 3'ü beş yıldan az, 54'ü beş sekiz yıl arası, 39'u dokuz on bir yıl arası, 8'i ise on iki yıl ve üstü öğrenim görmüştür. Analizlerde kolaylık sağlamak amacıyla ev halkı başkanının öğrenim süresi sekiz yıl ve daha az öğrenim görenler dokuz yıl ve üzeri öğrenim görenler olarak iki grupta incelenmiştir. Bebek ve çocukların yaşadığı 104 haneden 20 hanede (%19,2) ekonomik durum algısı iyi, 65 hanede (%62,5) orta, 19 hanede (18,3) ise kötüdür.

Araştırma kapsamına alınan 104 bebek ve çocuğun 1'i (%1,0) hiç aşısız, 1'inin (%1,0) aşıları eksik, 102'si (%98,0) ise tam aşılidir. Analizlerde kolaylık sağlamak amacıyla bağışıklanma durumu tam aşıllı ve tam aşıllı değil olarak gruplandırılmıştır.

Araştırma kapsamındaki 98 bebek ve çocuk (%94,2) evde ebe tarafından izlenirken 6 bebek ve çocuk (%5,8) izlenmemektedir. Bebek ve çocuklardan 99'unun (%95,1) büyüme ve gelişme durumu izlenirken 5'inin (%4,9) izlenmemektedir.

Bağışıklama durumu: Erkek bebek ve çocukların 57'si (%98,3) tam aşıllı, 1'i (%1,7) tam aşıllı değildir. Kız çocukların 45'i (% 97,8) tam aşıllı, 1'i (%2,2) ise tam aşıllı değildir. Cinsiyete göre bağışıklanma açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test, p=1,000 SD=1).

Sağlık için sosyal güvencesi olanların 89'u (% 98,9) tam aşıllı, 1'i (%1,1) ise tam aşıllı değil; güvencesi olmayanların 13'ü (%92,9) tam aşıllı, 1'i (%7,1) tam aşıllı değildir. Sağlık güvencesinin varlığına göre bağışıklık durumu açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test, p=0,252 SD=1).

Ev halkı başkanı sekiz yıl ve daha az öğrenim gören bebek ve çocukların 55'i (%96,5) tam aşıllı, 2'si (%3,5) ise tam aşıllı değildir. Ev halkı başkanı dokuz yıl ve üzerinde öğrenim gören 47 bebek ve çocuğun hepsi tam aşıllıdır. Ev halkı başkanının öğrenim süresine göre bağışıklık durumu açısından fark yoktur (Fisher exact test, p=0,500 SD=1).

Yaşadığı hanenin ekonomik durum algısı iyi olan 20 bebek ve çocuğun hepsi tam aşıllıdır. Ekonomik durum algısı orta olan hanede yaşayan 64 bebek ve çocuk (%98,5) tam aşıllı, 1'i (%1,5) ise tam aşıllı değildir. Ekonomik durum algısı kötü olan hanede yaşayan 18 bebek ve çocuk (%94,7) tam aşıllı, 1'i (%5,3) ise tam aşıllı değildir. Ekonomik durum algısına göre bağışıklık durumu açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,567$ p=0,457 SD=2).

Evde ebe tarafından düzenli izlem: Araştırma kapsamına alınan 104 bebek ve çocuktan 58 erkeğin 53'ü (%91,4) evde ebe tarafından izlenirken 5'i (%8,6) izlenmemektedir. Araştırma kapsamındaki 46 kız bebek ve çocuğun 45'i (%97,8) evde ebe tarafından izlenirken 1'i (%2,2) izlenmemektedir. Cinsiyete göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test, p=0,224 SD=1).

Sağlık güvencesi olanlardan 85'i (%94,4) evde ebe tarafından izlenirken 5'i (%5,6) izlenmemektedir. Sağlık güvencesi olmayanlardan 13'ü (%92,9) evde ebe tarafından izlenirken 1'i (%7,1) izlenmemektedir. Sağlık güvencesinin varlığına göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test, p=0,590 SD=1).

Ev halkı başkanı sekiz yıl ve daha az öğrenim gören bebek ve çocukların 53'ü (%93,0) evde ebe tarafından izlenirken 4'ü (%7,0) izlenmemektedir. Ev halkı başkanı dokuz yıl ve üzerinde öğrenim gören bebek ve çocuklardan 45'i (%95,7) evde ebe tarafından izlenirken 2'si (%4,3) izlenmemektedir. Ev halkı başkanının öğrenim süresine göre evde ebe

tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test, $p=0,687$ SD=1).

Yaşadığı hanenin ekonomik durum algısı iyi olan 20 bebek ve çocuğun hepsi evde ebe tarafından izlenmektedir. Ekonomik durum algısı orta olan hanede yaşayanların 61'i (%93,8) evde ebe tarafından izlenirken 4'ü (%6,2) izlenmemektedir. Ekonomik durum algısı kötü olan hanede yaşayanların 17'si (%89,5) evde ebe tarafından izlenirken 2'si (%10,5) izlenmemektedir. Ekonomik durum algısına göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=2,033$ $p=0,362$ SD=2).

Büyüme ve gelişmenin izlenmesi: Araştırma kapsamına alınan 58 erkek bebek ve çocuğun 54'ünün (%93,1) büyüme ve gelişme durumu izlenirken 4'ünün (%6,9) izlenmemekte; 46 kız bebek ve çocuğun 45'inin (%97,8) büyüme ve gelişme durumu izlenirken 1'inin (%2,2) izlenmemektedir. Cinsiyete göre büyüme ve gelişmenin izlenmesi açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test, $p=0,380$ SD=1).

Sağlık güvencesi olanlardan 86'sının (%95,6) büyüme ve gelişmesi izlenirken 4'ünün (%4,4) izlenmemekte, sağlık güvencesi olmayanlardan 13'ünün (%92,9) büyüme ve gelişmesi izlenirken 1'inin (%7,1) izlenmemektedir. Sağlık güvencesinin varlığına göre büyüme ve gelişmenin izlenmesi açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test $p=0,522$ SD=1).

Hane halkı başkanı sekiz yıl ve daha az öğrenim gören bebek ve çocukların 55'inin (%96,5) büyüme ve gelişmesi izlenirken 2'sinin (%3,5) izlenmemekte; dokuz yıl ve üzerinde öğrenim gören bebek ve çocuklardan 44'ünün (%93,6) büyüme ve gelişmesi izlenirken 3'ünün (%6,4) izlenmemektedir. Ev halkı başkanının öğrenim süresine göre büyüme ve gelişmenin izlenmesi açısından anlamlı fark yoktur (Fisher exact test, $p=0,656$ SD=1).

Yaşadığı hanenin ekonomik durum algısı iyi olan 29 bebek ve çocuktan 18'inin (%90,0) büyüme ve gelişmesi izlenirken 2'sinin (%10,0) izlenmemektedir. Ekonomik durum algısı orta olan hanede yaşayan 65 bebek ve çocuktan 63'ünün (%96,9) büyüme ve gelişmesi izlenirken 2'sinin (%3,1) izlenmemektedir. Ekonomik durum algısı kötü olan hanede yaşayan

19 bebek ve çocuktan 18'inin (%94,7) büyüme ve gelişmesi izlenirken 1'inin (%5,3) izlenmemektedir. Ekonomik durum algısına göre büyüme ve gelişme izlenmesi açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,612$ p=0,447 SD=2).

Bebek ve çocuklardan 53'ü (%53,6) son on beş gün içinde hastalanmıştır.

15–49 yaş evli kadınlarda kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı : Araştırma kapsamındaki 189 15–49 yaş grubu evli kadının yaş ortalaması $33,5 \pm 7,6$ yıldır (en küçük 19 - en büyük 49). Araştırmaya dahil edilen 189 kadının 161'inin (%85,2) sağlık için sosyal güvencesi varken 28'inin (%14,8) yoktur. Kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması $20,2 \pm 3,1$ 'dir (en küçük 15- en büyük 31). Kadınların 16'sı (%8,5) beş yıldan az, 122'si (%64,6) beş sekiz yıl arası, 43'ü (%22,7) dokuz on bir yıl arası, 8'i (%4,2) ise on iki yıl ve üzerinde öğrenim görmüştür. Kadınlardan 38'i (%20,1) çalışmakta, 5'i (%2,7) işsiz, 5'i (%2,7) emekli ve 141'i (%74,5) ev kadınıdır. Kadınların 166'sı (%87,8) hane halkı başkanının eşi, 19'u (%10,1) çocuğu, 4'ü (%2,1) ise diğer yakınlarıdır.

Kadınların yaşadığı 189 haneden 37 (%19,6) hanenin ekonomik durum algısı iyi, 121 (%64,0) hanenin orta, 31 (%16,4) hanenin ise kötüdür. Ev halkı başkanının ait olduğu toplumsal sınıfa göre kadınların 11'i (%5,8) yüksek nitelikli ücretli, 133'ü (%70,4) mavi yakalı, 20'si (%10,6) niteliksiz hizmet işçisi, 25'i (%13,2) ise kendi hesabına çalışan sınıfta yer almaktadır.

Doğum yapma durumu: Araştırma kapsamındaki 189 kadından 179'u (%94,7) en az bir doğum yapmışken 10'u (%5,3) hiç doğum yapmamıştır. Kadınların 46'sı (%25,7) bir, 95'i (%53,1) iki, 38'i (%21,2) ise üç ve daha fazla doğum yapmıştır.

Araştırmaya alınan 189 kadından sağlık güvencesi olan 161 kadının 154'ü (%95,7) en az bir doğum yapmış 7'si (%4,3) doğum yapmamıştır. Sağlık güvencesi olmayan 28 kadından 25'i (%89,3) en az bir doğum yapmış 3'ü (%10,7) doğum yapmamıştır. Doğum yapma açısından sağlık güvencesinin varlığına göre anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,929$ p=0,165 SD=1).

Beş yıl ve daha az öğrenim gören 15 kadın (%93,8) doğum yapmışken 1 kadın (%6,2) yapmamıştır. Beş sekiz yıl arası öğrenim gören 117 kadın (%95,9) doğum yapmışken 48 kadın (%4,1) yapmamıştır. Dokuz on bir yıl arası öğrenim gören 39 kadın (%90,7) doğum yapmışken 16 kadın (%9,3) yapmamıştır. On iki yıl ve üzeri öğrenim gören 8 kadının hepsi doğum yapmıştır. Kadınlar arasında öğrenim süresine göre doğum yapma açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=2,203$ $p=0,531$ $SD=3$).

Ekonomik durum algısı iyi olan 37 kadından 35'i (%94,6) en az bir doğum yapmış, 2'si (%5,4) doğum yapmamıştır. Ekonomik durum algısı orta olan 121 kadından 113'ü (%93,4) en az bir doğum yapmış 8'i (%6,6) doğum yapmamıştır. Ekonomik durum algısı kötü olan 31 kadından 23'ü (%74,2) en az bir doğum yapmış 8'i (%25,8) doğum yapmamıştır. Ekonomik durum algısına göre doğum yapma açısından fark yoktur ($\chi^2=2,154$ $p=0,341$ $SD=2$).

Evde ebe tarafından düzenli izlem: Araştırma kapsamındaki 189 kadından 116'sı (%61,4) evde ebe tarafından izlenirken 73'ü (% 38,6) izlenmemektedir. Sağlık için sosyal güvencesi olanlardan 98'i (%60,9) evde ebe tarafından izlenirken 63'ü (%39,1) izlenmemektedir. Sağlık güvencesi olmayanların 18'i (%64,3) evde ebe tarafından izlenirken 10'u (%35,7) izlenmemektir. Evde ebe tarafından izlem açısından sağlık güvencesinin varlığına göre anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,117$ $p=0,732$ $SD=1$).

Beş yıl ve daha az öğrenim gören 16 kadından 9'u (%56,2) evde ebe tarafından izlenirken 7'si (%43,8) izlenmemektedir. Beş sekiz yıl arası öğrenim gören 122 kadından 74'ü (%60,7) evde ebe tarafından izlenirken 48'i (%39,3) izlenmemektedir. Dokuz on bir yıl arası öğrenim gören 43 kadından 27'si (%62,8) evde ebe tarafından izlenirken 16'sı (%37,2) izlenmemektedir. On iki yıl ve üzeri öğrenim gören 8 kadından 6'sı (%75,0) evde ebe tarafından izlenirken 2'si (%25,0) izlenmemektedir. Kadının öğrenim süresine göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,867$ $p=0,833$ $SD=3$).

Araştırma kapsamındaki 189 kadından yaşadığı hanede ekonomik durum algısı iyi olan 37 kadından 25'i (%67,6) evde ebe tarafından izlenirken 12'si (%32,4) izlenmemektedir. Ekonomik durum algısı orta olan hanede

yaşayan 121 kadından 73'ü (%60,3) evde ebe tarafından izlenirken 48'i (%39,7) izlenmemektedir. Yaşadığı hanede ekonomik durum algısı kötü olan 31 kadından 18'i (%58,1) evde ebe tarafından izlenirken 13'ü (%41,9) izlenmemektedir. Ekonomik durum algısına göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,798$ $p=0,671$ $SD=2$).

Aile planlaması yöntemi kullanma durumu: Araştırmaya alınan 189 kadından 132'si (%69,8) aile planlaması için herhangi bir yöntem kullanırken 57'si (%30,2) yöntem kullanmamaktadır. Yöntem kullanan kadınların 35'i (%26,5) geri çekme yöntemi ile korunurken, 40'ı (%30,3) prezervatif, 36'si (%27,3) rahim içi araç, 7'si (%5,3) oral kontraseptif kullanmaktadır. Kadınlardan 13'üne (%9,8) tüp ligasyonu, birine (%0,8) ise norplant uygulanmıştır.

Araştırma kapsamındaki sağlık güvencesi olan 161 kadının 117'si (%72,7) aile planlaması yöntemi kullanırken 44'ü (%27,3) kullanmamaktadır. Sağlık güvencesi olmayan 28 kadından 15'i (%53,6) aile planlaması için yöntem kullanırken 13'ü (%46,4) kullanmamaktadır. Aile planlaması için yöntem kullanma açısından sağlık güvencesinin varlığına göre anlamlı fark vardır ($\chi^2=4,131$ $p=0,042$ $SD=1$). Sağlık güvencesi olmayan kadınlarda yöntem kullanma daha azdır.

Beş yıl ve daha az öğrenim gören 16 kadından 9'u (%56,2) aile planlaması için yöntem kullanırken 7'si (%43,8) kullanmamaktadır. Beş sekiz yıl arası öğrenim gören 122 kadından 74'ü (%60,7) aile planlaması yöntemi kullanırken 48'i (%39,3) kullanmamaktadır. Dokuz on bir yıl arası öğrenim gören 43 kadından 27'si (%62,8) aile planlaması için yöntem kullanırken 16'sı (%37,2) kullanmamaktadır. On iki yıl ve üzerinde öğrenim gören 8 kadından 6'sı (%75,0) aile planlaması için yöntem kullanırken 2'si (%25,0) kullanmamaktadır. Kadınların öğrenim süresine göre aile planlaması için yöntem kullanma açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=15,438$ $p=0,001$ $SD=3$). Beş yıldan az öğrenim gören kadınlarda yöntem kullanma oranı daha azdır.

Ev halkı başkanı beş yıl ve daha az öğrenim gören 6 kadından 1'i (%16,7) aile planlaması yöntemi kullanırken 5'i (%83,3) kullanmamaktadır. Ev halkı başkanı beş sekiz yıl arası öğrenim gören 108 kadından 77'si

(%71,3) aile planlaması yöntemi kullanırken 31'i (%28,7) kullanmamaktadır. Ev halkı başkanı dokuz on bir yıl arası öğrenim gören 59 kadından 43'ü (%72,9) aile planlaması yöntemi kullanırken 16'sı (%27,1) kullanmamaktadır. Ev halkı başkanı on iki yıl ve üzeri öğrenim gören 21 kadından 16'sı (%68,8) aile planlaması için yöntem kullanırken 5'i (%31,2) kullanmamaktadır. Ev halkı başkanının öğrenim süresine göre aile planlaması yöntemi kullanma açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=8,431$ $p=0,038$ $SD=3$). Ev halkı başkanı beş yıldan az öğrenim görenlerde yöntem kullanma daha azdır.

Ekonomik durum algısı iyi olan 37 kadından 28'i (%75,7) aile planlaması için yöntem kullanırken 9'u (%24,3) kullanmamaktadır. Ekonomik durum algısı orta olan 121 kadından 81'i (%66,9) aile planlaması için yöntem kullanırken 40'ı (%33,1) kullanmamaktadır. Ekonomik durum algısı kötü olan 31 kadının (%100) tamamı aile planlaması için yöntem kullanmaktadır. Ekonomik durum algısına göre aile planlaması için yöntem kullanma açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,360$ $p=0,507$ $SD=2$).

SAĞLIK HİZMETİ ARAMA DAVRANIŞI, SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE ETKİLEYEN ETMENLER

Sağlık Hizmeti Arama Davranışı

Araştırmaya alınan bireylerden son on beş gün içinde hastalanan 416 kişiden 67'si (%16,1) hiçbir şey yapmamış, 86'sı (%20,7) kendi kendine ya da başkalarının yardımıyla tedavi olmaya çalışmış, 263'ü (%63,2) ise sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurmuştur.

Sağlık Hizmeti Arama Davranışının Temel Belirleyicileri

Hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışını belirleyen etmenlerin saptanması için bireylere neden böyle davrandıkları sorulmuştur. Soru açık uçlu olarak yöneltildiğinden alınan yanıtlar gruplandırılarak

incelenmiştir. Tablo-20’de hastalanan tüm bireylerin davranış nedenlerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo–20: Son on beş gün içinde hastalanan bireylerin sağlık hizmeti arama davranışının belirleyicileri (416 kişi)

Davranış Nedeni	Sayı	%
Sağlık kurumunun özellikleri	152	36,5
Daha önceki deneyimler	126	30,3
Coğrafi erişim	115	28,8
Ekonomik nedenler	104	25,0
Algılanan sağlık/ sağlık gereksinimi	68	16,3
Hastalık ve sağlığa ilişkin inanışlar	45	12,7
Toplam	610*	

* Birden fazla neden ileri süren bireyler vardır.

En belirleyici nedenler sağlık kurulunun özellikleri (%36,5), daha önceki deneyimler (%30,3) ve coğrafi erişimdir (%28,8). Tablo-21’de hastalanan bireylerden hiçbir şey yapmayanların davranış nedenlerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo–21: Hastalık karşısında hiçbir şey yapmayan bireylerin sağlık hizmeti arama davranışının belirleyicileri (67 kişi)

Davranış Nedeni	Sayı	%
Ekonomik nedenler	21	31,3
Hastalık ve sağlığa ilişkin inanışlar	17	25,4
Algılanan sağlık/ sağlık gereksinimi	14	20,9
Daha önceki deneyimler	14	20,9
Sağlık kurumunun özellikleri	9	13,4
Coğrafi erişim	7	10,4
Toplam	82*	

* Birden fazla neden ileri süren bireyler vardır.

Hastalık karşısında hiçbir şey yapmayan bireylerde en belirleyici olan ekonomik nedenlerdir (%31,3). Tablo-22’de hastalanan bireylerden kendi kendine tedavi olmaya çalışanların davranış nedenlerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo-22: Kendi kendine tedavi olmaya çalışanların sağlık hizmeti arama davranışının belirleyicileri (86 kişi)

Davranış Nedeni	Sayı	%
Algılanan sağlık/sağlık gereksinimi	32	37,2
Daha önceki deneyimler	22	25,6
Ekonomik nedenler	17	19,8
Coğrafi erişim	14	16,3
Hastalık ve sağlığa ilişkin inanışlar	13	15,1
Sağlık kurumunun özellikleri	7	8,1
Toplam	105*	

* Birden fazla neden ileri süren bireyler vardır.

Temel neden algılanan sağlık/sağlık gereksinimidir (%37,2). Bunu daha önceki deneyimler (%25,6) ve ekonomik nedenler (%19,8) izlemektedir. Tablo-23'te hastalanan bireylerden sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuranların davranış nedenlerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo-23: Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuranların sağlık hizmeti arama davranışının belirleyicileri (263 kişi)

Davranış Nedeni	Sayı	%
Sağlık kurumunun özellikleri	136	51,7
Coğrafi erişim	94	35,7
Daha önceki deneyimler	90	34,2
Ekonomik nedenler	66	25,1
Algılanan sağlık/ sağlık gereksinimi	22	8,4
Hastalık ve sağlığa ilişkin inanışlar	15	5,7
Toplam	423*	

*Birden fazla neden ileri sürenler olmuştur

Sağlık kurumuna başvuru davranışında en belirleyici neden sağlık kurumunun özellikleridir (%51,7). Bunu coğrafi erişim (%35,7) ve daha önceki deneyimler (%34,2) izlemektedir.

Sağlık Hizmeti Arama Davranışı ve Bireylerin Bazı Özellikleri

Araştırmaya alınan bireylerden son on beş gün içinde hastalananların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-24'te'de görülmektedir

Tablo-24: Sağlık hizmeti arama davranışının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Sağlık hizmet arama davranışı						Toplam	
	Hiçbir şey yapmama		Kendi kendine tedavi		Sağlık kuruluşuna başvuru			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
0-5	7	13,2	12	22,6	34	64,2	53	12,5
6-14	11	16,9	17	26,2	37	56,9	65	15,6
15-64	42	16,0	55	20,5	167	63,5	263	63,5
65≥	7	20,0	3	8,6	25	71,4	35	8,4
Toplam	67	16,1	86	20,7	263	63,2	416	100,0

*Sütun yüzdesi

Hastalanan bireylerde yaş gruplarına göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=4,953$ $p=0,550$ $SD=6$).Bireylerin sağlık hizmeti arama davranışının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo-25'de görülmektedir.

Tablo-25: Sağlık hizmeti arama davranışının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişken	Davranış						Toplam	
	Hiçbir şey yapmama		Kendi kendine tedavi		Sağlık kuruluşuna başvuru			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Cinsiyet								
Erkek	24	13,4	45	25,1	110	61,5	179	43,0
Kadın	43	18,1	41	17,3	153	64,6	237	57,0
Sağlık güvencesi								
Var	50	13,5	77	20,8	243	65,7	370	11,1
Yok	17	37,0	9	19,5	20	43,5	46	88,9
Medeni durum**								
Evli	31	13,7	44	19,6	150	66,7	225	75,2
Bekar	9	18,4	13	26,5	27	55,1	49	16,4
Dul/Boşanmış	9	36,0	1	4,0	15	60,0	25	8,4
Yerleşim yeri								
Kırsal	10	16,1	18	29,0	34	54,9	62	14,9
Gecekondu	28	14,6	42	22,0	121	63,4	191	45,9
Kentsel	29	17,7	26	16,0	108	66,3	163	39,2
Öğrenim süresi**								
5 yıldan az	17	30,3	3	5,4	36	64,3	56	18,7
5-8 yıl	22	13,0	37	21,9	110	65,1	169	56,5
9-11 yıl	10	15,4	15	23,1	40	61,5	65	21,8
12 yıl ve üstü	0	0,0	3	33,3	6	66,7	9	3,0

Aile Tipi								
Çekirdek	38	15,2	62	24,8	150	60,0	250	60,1
Kalabalık	24	17,5	20	14,6	93	67,9	137	32,9
Parçalanmış	5	17,2	4	13,8	20	69,0	29	7,0
Hane halkı başkanına yakınlık								
Kendisi	15	16,3	18	19,6	59	64,1	92	22,1
Eş	18	15,4	21	17,9	78	66,7	117	28,1
Çocuk	21	13,5	42	27,1	92	59,4	155	37,3
Diğer	13	25,0	5	9,6	34	65,4	52	12,5
Hane halkı başkanının doğum yeri								
Bursa	19	14,4	30	22,7	83	62,9	132	31,7
Diğer İller	36	16,1	42	18,7	146	65,2	224	53,9
Diğer Ülkeler	10	20,8	7	14,6	31	64,6	48	11,5
Bursa İlçeleri	2	16,7	7	58,3	3	25,0	12	2,9
Toplam	67	16,1	86	20,7	263	63,2	416	100,0

*Sütun yüzdesi ** 15 yaş ve üstü yaş grubundaki 299 kişi için hesaplanmıştır.

Cinsiyet ($\chi^2 = 4,608$ $p=0,100$ $SD=2$), yaşanılan yerleşim yeri ($\chi^2=5,477$ $p=0,242$ $SD=4$), aile tipi ($\chi^2=6,522$ $p=0,163$ $SD=4$), ve hane halkı başkanına yakınlık durumuna göre ($\chi^2=10,504$ $p=0,105$ $SD=6$), hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur.

Bireyler arasında sosyal güvence durumu ($\chi^2=17,180$ $p=0,000$ $SD=2$), medeni durum ($\chi^2=12,177$ $p=0,016$ $SD=4$), öğrenim süresi ($\chi^2=17,044$ $p=0,009$ $SD=6$) ve hane halkı başkanının doğum yerine göre ($\chi^2=13,598$ $p=0,034$ $SD=6$) sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark vardır. Sağlık güvencesi olmayanlarda hiçbir şey yapmama davranışı, olanlarda ise sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruluşa başvurma davranışı daha fazladır. Hiç evlenmemişlerde hiç bir şey yapmama davranışı daha azdır. Beş yıldan az öğrenim görenlerde hiç bir şey yapmama davranışı daha fazla, kendi kendine tedavi etme daha az; beş sekiz yıl arasında öğrenim görenlerde ise hiç bir şey yapmama daha fazladır. Bursa'nın ilçelerinde doğanlarda diğer gruplara göre sağlık kurumuna başvuru davranışı daha az, kendi kendine tedavi etme davranışı daha fazladır. Sağlık hizmeti arama davranışının bireylerin bazı sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı Tablo-26'da gösterilmiştir.

Tablo-26: Sağlık hizmeti arama davranışının bazı sosyoekonomik özelliklere göre dağılımı

Değişken	Davranış						Toplam	
	Hiçbir şey yapmama		Kendi kendine tedavi		Sağlık kuruluşuna başvuru			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Hane halkı başkanı öğrenim süresi								
5 yıldan az	8	32,0	2	8,0	15	60,0	25	6,0
5-8 yıl	40	15,0	51	19,1	176	65,9	267	64,2
9-11 yıl	17	16,8	27	26,8	57	56,4	101	24,3
12 yıl ve üstü	2	8,7	6	26,1	15	65,2	23	5,5
Hane halkı başkanı çalışma durumu								
Çalışıyor	50	18,3	61	22,3	162	59,4	273	66,9
Ev kadını	5	25,0	1	5,0	14	70,0	20	4,9
Emekli	1	12,5	2	25,0	5	62,5	8	2,0
İşsiz	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	0,7
Çalışmıyor	9	8,6	19	18,3	76	73,1	104	25,5
Hane halkı başkanı toplumsal sınıfı								
Yüksek nitelikli	3	20,0	5	33,3	7	46,7	15	3,6
Niteliksiz	6	10,5	9	15,8	42	73,7	57	13,7
Mavi yakalı	50	16,5	65	21,5	188	62,0	303	72,8
Kendi hesabına	8	19,5	7	17,1	26	63,4	41	9,9
Çalışma durumu**								
Çalışıyor	8	10,7	19	25,3	48	64,0	75	25,1
Ev kadını	30	21,3	20	14,2	91	64,5	141	47,2
Öğrenci	5	25,0	3	15,0	12	60,0	20	6,7
İşsiz	0	0,0	1	14,3	6	85,7	7	2,3
Emekli	3	6,4	11	23,4	33	70,2	47	15,7
Çalışmıyor	3	33,3	4	44,5	2	22,2	9	3,0
Ekonomik durum algısı								
İyi	6	8,7	17	24,6	46	66,7	69	16,6
Orta	41	15,1	57	20,9	174	64,0	272	65,4
Kötü	20	26,7	12	16,0	43	57,3	75	18,0
Geçim Sıkıntısı								
Var	13	12,3	27	25,4	66	62,3	106	25,5
Yok	54	17,4	59	19,0	197	63,6	310	74,5
Düzenli Gelir								
Var	57	17,2	70	21,1	205	61,7	332	79,8
Yok	10	11,9	16	19,0	58	69,1	84	20,2
Konutun Tipi								
Bağımsız	47	17,2	49	18,0	177	64,8	273	65,6
Apartman	20	14,0	37	25,9	86	60,1	143	34,4

Konutun sahipliği								
Kendisinin	44	15,6	64	22,8	173	61,6	281	67,5
Kira	21	17,6	22	18,5	76	63,9	119	28,6
Diğer**	2	12,5	0	0,0	14	87,5	16	3,9
Oda sayısı								
1-3 oda	54	16,4	65	19,8	210	63,8	329	79,1
4 ve üzeri	13	15,0	21	24,1	53	60,9	87	20,9
Yaşayan kişi sayısı								
1-4 kişi	45	17,4	58	22,5	155	60,1	258	62,0
5 ve üzeri	22	13,9	28	17,7	108	68,4	158	38,0
Toplam	67	16,1	86	20,7	263	63,2	416	100,0

*Sütun yüzdesi ** Hastalanan 15 yaş ve üstü yaş grubundaki 299 kişi için hesaplanmıştır

Bireylerin hane halkı başkanının öğrenim süresi ($\chi^2=10,428$ $p=0,108$ $SD=6$), çalışma durumu ($\chi^2=10,037$ $p=0,262$ $SD=8$), toplumsal sınıfına göre ($\chi^2=5,438$ $p=0,489$ $SD=6$) hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur.

15 yaş ve üstündeki bireylerin çalışma durumuna göre hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=20,282$ $p=0,027$ $SD=10$). Ev kadınlarında hiç bir şey yapmama davranışı yüksek, emeklilerde hiç bir şey yapmama davranışı düşük; çalışamayanlarda sağlık kurumuna başvuru davranışı düşüktür.

Bireyler arasında hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışı açısından, hanenin ekonomik durum algısına göre anlamlı fark vardır ($\chi^2=9,619$ $p=0,047$ $SD=4$). Ekonomik durum algısı kötü olanlarda hiçbir şey yapmama davranışı daha fazladır. Sağlık hizmeti arama davranışı açısından geçim sıkıntısı varlığı ($\chi^2=2,908$ $p=0,234$ $SD=2$), aile gelirinin düzenli olmasına ($\chi^2=1,853$ $p=0,3964$ $SD=2$) göre anlamlı fark yoktur. Oturulan konutun tipi ($\chi^2=3,786$ $p=0,151$ $SD=2$), sahiplik durumu ($\chi^2=6,145$ $p=0,189$ $SD=4$), oda sayısı ($\chi^2=0,823$ $p=0,663$ $SD=2$) ve hanede yaşayan kişi sayısına göre ($\chi^2=2,888$ $p=0,236$ $SD=2$) hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur.

Hastalanan 416 kişiden 284'ünün (%68,3) sağlık durumu algısı iyi, 92'sinin (%22,1) orta, 40'ının (%9,6) ise kötüdür. Sağlık algısı iyi olan 39 kişi (%13,7) hiç bir şey yapmamış, 67 kişi (%23,6) kendi kendine tedavi olmaya

çalışmış, 178 kişi (%62,7) sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık algısı orta olan 19 kişi (%20,7) hiç bir şey yapmamış, 12 kişi (%13,0) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 61 kişi (%66,3) sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık algısı kötü olan 9 kişi (%22,5) hiç bir şey yapmamış, 7 kişi (%17,5) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 24 kişi (%60,0) sağlık kurumuna başvurmuştur. Algılanan sağlık durumuna göre hastalık karşısında sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=7,362$ $p=0,118$ $SD=4$).

Hastalık ve/veya yakınmaları akut hastalık özelliğindeki 182 kişiden 22'si (%12,1) hiçbir şey yapmamış, 56'sı (%30,8) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 104'ü (%57,1) sağlık kurumuna başvurmuştur. Akut acil hastalık özelliğinde olan 62 kişiden 7'si (%11,3) hiçbir şey yapmamış 10'u (%16,1) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 45'i (%72,6) sağlık kurumuna başvurmuştur. Kronik hastalık özelliğinde olan 172 kişiden 38'i (%22,1) hiçbir şey yapmamış, 20'si (%11,6) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 114'ü (%66,3) sağlık kurumuna başvurmuştur. Hastalık ya da yakınmanın özelliğine göre hastalık karşısında sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=25,151$ $p=0,000$ $SD=4$). Akut hastalıkta kendi kendine tedavi etme, akut acil hastalıkta sağlık kurumuna başvuru ve kronik özellikli hastalıkta ise hiç bir şey yapmama davranışı daha fazladır.

Hastalananlardan kronik hastalık ya da engelliği olan 169 (%40,6) kişiden, son on beş gün içinde hastalanan 31 kişi (%18,3) bu hastalığı için hiç bir şey yapmamış, 27 kişi (%16,0) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 111 kişi (%65,7) sağlık kurumuna başvurmuştur. Hastalananlardan kronik hastalık ya da engelliliği olmayan 247 (%59,4) kişiden 36 kişi (%14,6) hiç bir şey yapmamış, 59 kişi (%23,9) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 152 kişi (%61,5) sağlık kurumuna başvurmuştur. Kronik hastalık ya da engellilik varlığına göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=4,194$ $p=0,123$ $SD=2$).

Son on beş gün içinde hastalananlardan sağlık sorunları nedeniyle işe okula gidemeyen ya da günlük aktivitelerini yerine getiremeyen 117 (%28,1) kişiden 13 kişi (%11,1) hiçbir şey yapmamış, 20 kişi (%17,1) kendi kendine

tedavi olmaya çalışmış, 84 kişi (%71,8) sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurmuştur. Hastalananlardan işe okula gidememe ya da günlük aktivitelerini yerine getirememe sorunu yaşamayan 299 kişiden (%71,9), 54 kişi (%18,0) hiçbir şey yapmamış, 66 kişi (%22,1) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 179 kişi (%59,9) sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurmuştur. Hastalık nedeniyle işe okula gidememe ya da günlük aktivitelerini yerine getirememe sorununa göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=5,423$ $p=0,066$ $SD=2$).

Son on beş gün içinde hastalananlardan son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullanan 89 kişiden 15 kişi (%16,9) hiçbir şey yapmamış, 9 kişi (%10,1) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 65 kişi (%73,0) sağlık hizmeti veren kuruma başvurmuştur. Koruyucu sağlık hizmeti kullanmayan 52 kişi (%15,9) hiçbir şey yapmamış, 77 kişi (%23,5) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 198 kişi (%60,6) sağlık hizmeti veren kuruma başvurmuştur. Son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullanma durumuna göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark vardır ($\chi^2=7,872$ $p=0,020$ $SD=2$). Son bir yılda koruyucu sağlık hizmeti kullananlarda kullanmayanlara göre sağlık kurumuna başvuru sıklığı yüksektir.

Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişiden 39'unun (%9,4) her türlü sağlık sorunlarını bilen, her türlü sağlık sorununda başvurabildiği bir sürekli hizmet kaynağı vardır. Hastalananlardan sürekli hizmet kaynağı olan 5 kişi (%12,8), hiç bir şey yapmamış, 6 kişi (%15,4) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 28 kişi (%71,8) sağlık hizmeti veren kuruma başvurmuştur. Sürekli hizmet kaynağı olmayan 62 kişi (%16,4), hiç bir şey yapmamış, 80 kişi (%21,2) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 235 kişi (%62,3) sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurmuştur. Sürekli hizmet kaynağının varlığına göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,371$ $p=0,504$ $SD=2$).

Son on beş gün içinde hastalanan iki yaş ve üzerinde olan 404 kişiden 107 kişi (%26,4) son bir yıl içinde dış hekimine başvurmuştur. Son bir yıl içinde dış hekimi başvurusu olan 107 kişiden 12'si (%11,2) hastalandığında hiç bir şey yapmamış, 23'ü (%21,5) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış,

72'si (%67,3) sağlık hizmeti veren kuruma başvurmuştur. Son bir yıl içinde diş hekimi başvurusu olmayan 297 kişiden 55'i (%18,5) hastalandığında hiç bir Şey yapmamış, 61'i (%20,5) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 181'i (%61,0) sağlık hizmeti veren kuruma başvurmuştur. Son bir yıl içinde diş hekimi başvurusuna göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=3,071$ $p=0,215$ $SD=2$).

Kurulsallaşmış koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının sağlık arama davranışına etkisi

0-5 yaş arası çocuklarda kurumsallaşmış sağlık hizmetleri kullanımının sağlık arama davranışına etkisi

Son on beş gün içinde hastalanan 53 çocuktan 7'si (%13,2) için hiç bir Şey yapılmazken, 12'si (%22,6) anne babası tarafından kendi kendine tedavi edilmeye çalışılmış, 34' (%64,2) ise sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma götürülmüştür. Son on beş gün içinde hastalanan 53 çocuktan 52 'si tam aşılıdır. Tam aşılı olan 6 bebek ve ocuk (%11,5) için hiç bir Şey yapılmazken, 12 (%23,1) bebek ve ocuk kendi kendine tedavi edilmeye çalışılmış, 34 bebek ve ocuk (%65,4) ise sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma götürülmüştür. Tam aşılı olmayan bir bebek için hiçbir Şey yapılmamıştır. Bağışıklık durumu ile sağlık hizmeti arama davranışı arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2=6,698$, $p=0,035$, $SD=2$).

Hastalanan 53 bebek ve çocuğun evde ebe tarafından izlenen 6'sı (%11,8) için hiç bir Şey yapılmamış, 11'i (%21,5) doktora gtrlmeksizin tedavi edilmeye çalışılmış, 34' (%66,7) ise sağlık hizmeti veren kuruma götürülmüştür. Evde ebe tarafından izlenmeyen bebek ve çocuklardan 1'i (%50) için hiç bir Şey yapılmamış, 1'i (%50) kendi kendine tedavi edilmeye çalışılmıştır. Evde ebe tarafından izlem ile sağlık hizmeti arama davranışı arasında anlamlı fark yoktur ($\chi^2=4,151$ $p=0,126$ $SD=2$).

Hastalanan 53 bebek ve çocuktan 52'sinin (%98,1) büyüme ve gelişmesi izlenmektedir. Hastalandığında hiç bir Şey yapılmayanların 6'sının (%85,7) büyüme ve gelişmesi izlenmekte, 1'inin (%14,3) izlenmemektedir. Diğer tüm çocukların büyüme ve gelişme durumu izlenmektedir. Sağlık hizmeti arama davranışı ile büyüme ve gelişmenin izlenmesi arasında

anlamli fark vardir ($\chi^2=6,698$ $p=0,035$ $SD=2$). Son 15 gun icinde hastalananlardan buyume ve gelisme durumu izlenmeyenlerde hicbir sey yapilmayanlar daha fazladir.

15-49 yas arasi evli kadınlarda kurumsallaşmiş sağlık hizmetlerinin kullanımının sağlık arama davranışına etkisi

Araştırma kapsamındaki 15–49 yas grubu evli 189 kadından 75'i (%39,7) son on beş gun icinde hastalanmiştir. Bu kadınların 13'u (%17,3) hicbir sey yapmazken, 10'u (%5,3) kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi olmaya çalışmış, 52'si (%69,4) ise sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurmuştur.

Son on beş gun icinde hastalanan 15–49 yas evli kadın grubundaki 75 kadından kendi kendine tedavi olmaya çalışanlardan 2'si (%20,0), sağlık hizmeti veren kuruma başvuranlardan 20'si (%38,5) ödeme yapmıştır. Hicbir sey yapmayan 13 kadın (%100,0), kendi kendine tedavi olmaya çalışanların 8'i (%80,0), sağlık hizmeti veren kuruma başvuranların 32'si (%61,5) ödeme yapmamıştır. Ödeme yapmaya göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamli fark vardir ($\chi^2=7,907$ $p=0,019$ $SD=2$). Sağlık kurumuna başvuranlar daha fazla ödeme yapmaktadır.

Son on beş gun icinde hastalanan 75 kadından hicbir sey yapmayan 13 kadının 4'ü (%30,8) evde ebe tarafından izlenirken 9'u (%69,2) izlenmemektedir. Kendi kendine tedavi olmaya çalışan 10 kadından 9'u (%90,0) evde ebe tarafından izlenirken 1'i(%10,0) izlenmemektedir. Sağlık hizmeti veren kuruma başvuran 52 kadından 34'ü (%65,4) evde ebe tarafından izlenirken 18'i (%34,6) izlenmemektedir. Sağlık hizmeti arama davranışı açısından evde ebe tarafından izlem durumuna göre anlamli fark vardir ($\chi^2=9,011$ $p=0,011$ $SD=2$). Evde ebe tarafından izlenmeyen kadınlarda hicbir sey yapmama davranışı daha fazladir.

Son on beş gun icinde hastalanan 75 kadından en az bir doğum yapan 68 kadının 12'si (%17,7) hicbir sey yapmamış, 9'u (%13,2) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 47'si (%69,1) sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurmuştur. Hic doğum yapmayan 7 kadından 1'i (%14,3) hicbir sey yapmamış, 6'sı (%85,7) sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma

başvurmuştur. Doğum yapma durumuna göre hastalık karşısında sağlık arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1,215$ $p=0,545$ $SD=2$).

Son on beş gün içinde hastalanan 75 kadından aile planlaması yöntemi kullanan 48 kadından 7'si (%14,6) hiçbir şey yapmamış, 9'u (%18,7) kendi kendine tedavi olmaya çalışmış, 32'si (%66,7) sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurmuştur. Aile planlaması yöntemi kullanmayan 27 kadından 6'sı (%22,2) hiçbir şey yapmamış, 21'i (%77,8) sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurmuştur. Aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre hastalık karşısında sağlık arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=5,946$ $p=0,051$ $SD=2$).

Karşılanamayan Sağlık Hizmeti Gereksinimi

Karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi için lojistik regresyon analizleri hastalandığında sağlık kurumuna başvuranlar 0, hiçbir şey yapmayanlar ya da kendi kendine tedavi olmaya çalışanlar 1 olarak kodlanarak yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki bireylerin karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–27'de gösterilmiştir.

Tablo –27: Araştırma kapsamındaki bireylerin karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimine göre lojistik regresyon analizi sonuçları (n=416)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
Sağlık güvencesi	Kategorik, olanlar
İşe okula gidememe	Kategorik, sorunu olanlar
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	Kategorik, dokuz yıldan az
Yerleşim yeri	Kategorik, kentsel ve gecekondü
Toplumsal sınıf	Kategorik, ev halkı başkanı niteliksiz hizmet işçisi olmayanlar

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sağlık güvencesi	1,015	0,002	2,759	1,445	5,270
İşe okula gidememe	0,485	0,048	1,625	1,004	2,630
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	0,375	0,102	1,455	0,929	2,280
Yerleşim yeri	0,460	0,114	1,584	0,896	2,800
Toplumsal sınıf	0,569	0,086	1,767	0,923	3,383
Sağlık hizmeti arama davranışı (sabit)	-1,204	0,007			

*Model $\chi^2=21,672$ SD 5 p=0,001

Karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi; güvencesi olmayanlarda 2,8 kat, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,6 kat artmaktadır.

Araştırma kapsamındaki 15 yaş altı bireylerin karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo-28'de gösterilmiştir. Oluşturulan lojistik regresyon modellerinde 15 yaş altı bireyler için karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminin herhangi bir bağımsız değişkenle ilişkisi bulunamamıştır.

Tablo-28: 15 yaş altı bireyler için karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimine göre lojistik regresyon analizi sonuçları (n=117)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
Toplumsal sınıf	Kategorik, ev halkı başkanı niteliksiz hizmet işçisi olanlar
Ev halkı başkanı çalışma	Kategorik, çalışanlar
Sağlık güvencesi	Kategorik, olanlar
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	Kategorik, dokuz yıldan az

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Toplumsal sınıf	-1,864	0,098	0,155	0,017	1,413
Ev halkı başkanı çalışma	-0,296	0,659	0,744	0,200	2,770
Sağlık güvencesi	0,551	0,324	1,735	0,581	5,180
Ev halkı başkanı öğrenimi	-0,041	0,919	0,960	0,439	2,100
Sağlık hizmeti arama davranışı (sabit)	-0,343	0,277			

*Model $\chi^2=5,944$ SD 4 p=0,203

Araştırma kapsamındaki 15 yaş ve üstü yaş grubundaki bireylerin karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–29’da gösterilmiştir.

Tablo–29: 15 yaş ve üstü yaş grubundaki bireylerin karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimine göre lojistik regresyon sonuçları (n=299)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
Sağlık güvencesi	Kategorik, sağlık güvencesi olanlar
İşe okula gidememe	Kategorik, hastalığı nedeniyle işe okula gidememe, günlük aktiviteleri yerine getirememe sorunu olanlar
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	Kategorik, dokuz yıldan az
Yerleşim yeri	Kategorik, kentsel ve gecekondü
Toplumsal sınıf	Kategorik, niteliksiz hizmet işçisi dışındakiler

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sağlık güvencesi	1,440	0,001	4,222	1,806	9,866
Yerleşim yeri	1,039	0,002	2,826	1,454	5,491
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	0,677	0,020	1,969	1,112	3,485
İşe okula gidememe	0,615	0,049	1,849	1,004	3,406
Toplumsal sınıf	-0,305	0,408	0,737	0,358	1,519
Sağlık hizmeti arama davranışı (sabit)	-1,505	0,000			

*Model $\chi^2=28,205$ SD=4 p=0,000

Karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi; 15 yaş ve üstü yaş grubunda sağlık güvencesi olmayanlarda 4,2 kat, kırsal bölgede yaşayanlarda 2,8 kat, ev halkı başkanı dokuz yıldan fazla öğrenim görenlerde 2,0 kat, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,9 kat artmaktadır.

AYAKTAN TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI

Hastalanan 416 kişiden sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden 262’si muayene olmuş, bir kişi ise randevu almadan gittiği için muayene olamamıştır. Sağlık kurumuna başvuranlardan 195’i (%74,1) bir kez, 68’i

(%25,9) iki ve daha fazla başvuruda bulunmuştur. Muayene olan 262 kişiden 30'una (%11,5) reçete yazılmamış, reçete yazılan 232 kişiden 1'i (%0,4) ilacını hiç almamış, 15 kişi (%6,5) ise bir kısmını almıştır. İlaçlarını al(a)mayan 9 kişi (%56,3) parası olmadığı, 3 kişi (%18,7) ilaçlar evde olduğu için, 4 kişi (%25,0) ise diğer nedenlerle (ilacı almaya gidememe; işe yaramayacağı, gerek kalmadığı veya kullanamayacağını düşünme) ilaçlarını almamıştır.

Hastalanan bireylerin başvurdukları sağlık kurumuna göre dağılımı Tablo-30'da görülmektedir.

Tablo-30: Hastalanan bireylerin başvurduğu kuruma göre dağılımı

Sağlık Kurumu	Sayı	%
Kamu 2. Basamak	90	34,2
Sağlık Ocağı*	87	33,1
Semt Polikliniği	19	7,2
Özel 2. Basamak	19	7,2
Özel doktor**	23	8,8
Kamu 3. Basamak	14	5,3
İşyeri Hekimi	11	4,2
Toplam	263	100,0

* Verem savaş dispanserine yapılan iki başvuru bu başlık altında değerlendirilmiştir. ** Diş hekimi (1 kişi) ve özel poliklinik başvuruları (5 kişi) bu başlık altında değerlendirilmiştir.

Başvurular en çok ikinci basamak kamu sağlık kurumlarına (%34,2) ve sağlık ocaklarına (%33,1) yapılmıştır.

Sağlık kurumu başvuruları, başvuru yapılan kurumun basamağına ve özel ya da kamu sektörüne ait oluşuna göre iki ayrı başlık altında incelenmiştir. Sağlık kurumunun basamağına göre incelendiğinde son on beş gün içinde hastalandığında sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden 104'ü (%39,6) birinci, 145'i (%55,1) ikinci, 14'ü (%5,3) üçüncü basamak sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumunun ait olduğu sektöre göre incelendiğinde ise hastalananlardan 221'i (%84,0) kamu, 42'si (16,0) ise özel sağlık sektöründeki bir sağlık kurumuna başvuruda bulunmuştur.

Başvurulan Sağlık Kurumu ve Bireylerin Bazı Özellikleri

Sağlık kurumuna başvuran 0–5 yaş grubundaki 34 kişiden 13'ü (%38,2) birinci basamak, 16'sı (%47,1) ikinci basamak, 1'i (%3,0) üçüncü basamak kamu sağlık kurumuna; 3'ü (%8,8) birinci basamak, 1'i (%2,9) ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumuna başvuran 6–14 yaş grubundaki 37 kişiden 15'i (%40,5) birinci basamak, 17'si (%46,0) ikinci basamak, 1'i (%2,7) üçüncü basamak kamu sağlık kurumuna; 4'ü (%10,8) ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Bireylerden 15–64 yaş grubundaki 167 kişiden 61 kişi (%36,5) birinci basamak, 65 kişi (%38,9) ikinci basamak, 11 kişi (%6,6) üçüncü basamak kamu sağlık kurumuna; 3 kişi (%1,8) birinci basamak, 27 kişi (%16,2) ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Bireylerden 65 yaş ve üzerindeki 25 kişiden 9 kişi (%36,0) birinci basamak, 11 kişi (%44,0) ikinci basamak, 1 kişi (%4,0) üçüncü basamak kamu sağlık kurumuna; 1 kişi (%4,0) birinci basamak, 3 kişi (%12,0) ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Başvurulan sağlık kurumu açısından yaş gruplarına göre birinci basamak ile diğerleri ve kamu ile özel sağlık kurumları arasında anlamlı fark yoktur (Sırasıyla $\chi^2=0,614$ $p=0,893$ $SD=3$, $\chi^2=1,677$ $p=0,642$ $SD=3$)

Son on beş gün içinde hastalandığında bir sağlık kurumuna başvuran 110 erkekten 41'i (%37,3) birinci basamak, 49'u (%44,5) ikinci basamak, 5'i (%4,5) üçüncü basamak kamu sağlık kurumuna; 6'sı (%5,5) birinci basamak, 9'u (%8,2) ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Bir sağlık kurumuna başvuran 153 kadından 57'si (%37,3) birinci basamak, 60'ı (%39,2) ikinci basamak, 9'u (%5,9) üçüncü basamak kamu sağlık kurumuna; 17'si (%11,1) birinci basamak, 1'i (%6,5) ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Başvurulan sağlık kurumu açısından cinsiyete göre birinci basamak ile diğerleri ve kamu ile özel sağlık kurumları arasında anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,016$ $p=0,523$ $SD=1$; $\chi^2=0,767$ $p=0,381$ $SD=1$).

Bir sağlık kurumuna başvuran bireylerden sağlık güvencesi olan 243 kişiden 87'si (%35,8) birinci basamak, 105'i (%43,2) ikinci basamak, 14'ü

(%5,8) üçüncü basamak kamu; 3'ü (%1,2) birinci, 34'ü (%14,0) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık için sosyal güvencesi olmayan 20 kişiden 11'i (%55,0) birinci basamak, 4'ü (%20,0) ikinci basamak kamu; 3'ü (%15,0) birinci basamak, 2'si (%10,0) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık güvencesinin varlığına göre başvuru sağlık kurumunun basamağı açısından anlamlı fark saptanmışken, kamu ya da özel sağlık kurumu olması açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=7,325$ $p=0,007$ $SD=1$; Fisher's exact test $p=0,335$). Sağlık için sosyal güvencesi olmayanlar daha çok birinci basamak sağlık kurumlarını tercih etmektedir. Son on beş gün içinde hastalanıp bir sağlık kurumuna başvuran, ekonomik durum algısı iyi olan 46 kişiden 17'si (%37,0) birinci basamak, 15'i (%32,6) ikinci basamak, 2'si (%4,3) üçüncü basamak kamu; 2'si (%4,3) birinci basamak, 10'u (%21,8) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Ekonomik durum algısı orta olan 174 kişiden 58'i (%33,3) birinci basamak, 80'i (%46,0) ikinci basamak, 11'i (%6,3) üçüncü basamak kamu; 4'ü (%2,3) birinci basamak, 21'i (%12,1) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Ekonomik durum algısı kötü olan 43 kişiden 23'ü (%53,5) birinci basamak, 14'ü (%32,6) kişi ikinci basamak, 1'i (%2,3) üçüncü basamak kamu; 5'i (%11,6) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Ekonomik durum algısına göre başvuru sağlık kurumunun basamağına göre ve kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=4,446$ $p=0,108$ $SD=2$; $\chi^2=4,671$ $p=0,097$ $SD=2$).

Hane halkı başkanı beş yıldan az öğrenim gören 15 kişiden 6'sı (%40,0) birinci basamak, 9'u (%60,0) ikinci basamak kamu sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanı beş sekiz yıl arası öğrenim gören 176 kişiden 66'sı (%37,5) birinci basamak, 74'ü (%42,0) ikinci basamak, 6'sı (%3,4) üçüncü basamak kamu; 1'i (%0,6) birinci basamak, 29'u (%16,5) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanı dokuz on bir yıl arası öğrenim gören 57 kişiden 20'si (%35,1) birinci basamak, 24'ü (%42,1) ikinci basamak, 5'i (%8,8) üçüncü basamak kamu; 8'i (%14,0) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanı 12 yıl ve üzerinde öğrenim gören 15 kişiden 6'sı (%40,0) birinci

basamak, 2'si (%13,3) ikinci basamak, 3'ü (%20,0) üçüncü basamak kamu; 4'ü (%26,7) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanının öğrenim süresi ile başvurulan kurumunun basamağı ve özel ya da kamu sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,243$ p=0,970 SD=3; $\chi^2=4,441$ p=0,218 SD=3).

Hane halkı başkanının toplumsal sınıfı yüksek nitelikli ücretli olan 7 kişiden 4'ü (%57,1) birinci basamak, 2'si (%28,6) ikinci basamak kamu; 1'i (%14,3) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Niteliksiz hizmet işçisi 42 kişiden 16'sı (%38,1) birinci basamak, 14'ü (%33,3) ikinci basamak, 4'ü (%9,5) üçüncü basamak kamu; 2'si (%4,8) birinci basamak, 6'sı (%14,3) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Mavi yakalı ücretli sınıfından olan 188 kişiden 69'u (%36,7) birinci basamak, 83'ü (%44,1) ikinci basamak, 9'u (%4,8) üçüncü basamak kamu; 18'i (%9,6) birinci basamak, 9'u (%4,8) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Kendi hesabına çalışan sınıfında olan 26 kişiden 9'u (%34,6) birinci basamak, 10 (%38,5) ikinci basamak, 1'i (%3,9) üçüncü basamak kamu; 3'ü (%11,5) birinci basamak, 3'ü (%11,5) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanının toplumsal sınıfına göre başvurulan sağlık kurumunun basamağı ve özel ya da kamu sağlık kurumu olması açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,523$ p=0,914 SD=3; $\chi^2=1,652$ p=0,648 SD=3).

Hastalananlardan sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden 75'i (%28,5) yürüyerek, 82'si (%31,2) özel araçla, 106'sı (%40,3) ise toplu taşıma araçları ile ulaşımını sağlamıştır. Sağlık kurumuna yürüyerek giden 75 kişiden 63'ü (%84,0) birinci basamak, 4'ü (%5,3) ikinci basamak, 2'si (%2,7) üçüncü basamak kamu; 3'ü (%4,0) birinci basamak, 3'ü (%4,0) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumuna ulaşım şekli açısından başvurulan sağlık kurumunun basamağına göre anlamlı fark saptanmışken, kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=103,065$ p=0,000 SD=2; $\chi^2=5,817$ p=0,055 SD=2). Birinci basamağa başvuranlar yürüyerek giderken diğerleri özel araç ya da toplu taşıma araçlarını kullanmaktadır.

Sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden 164'ünün (%62,4) ulaşımı otuz dakikadan az, 99'unun (%37,6) ise otuz dakikadan fazla sürmüştür. Başvurulan sağlık kurumunun basamağına ve kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre ulaşım süresi açısından anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=6,240$ $p=0,012$ $SD=1$; $\chi^2=53,686$ $p=0,000$ $SD=1$). Birinci basamak ve kamu sağlık kurumlarına başvuranlar otuz dakikadan daha az sürede ulaşımını sağlamıştır.

Sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden 171'i (%65,0) muayene olmak için otuz dakikadan az, 92'si (%35,0) otuz dakika ve daha fazla beklemiştir. Muayene olmak için geçen bekleme süresi açısından başvuru sağlık kurumunun basamağına göre anlamlı fark saptanmışken, kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=9,056$ $p=0,003$ $SD=1$; $\chi^2=0,357$ $p=0,550$ $SD=1$). Birinci basamakta muayene olmak için bekleme süresi daha kısadır.

Son on beş gün içinde hastalanan bireylerin başvurduğu kurumun basamağı için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo-31'de gösterilmiştir.

Tablo-31: Hastalanan bireylerin başvurduğu kurumun basamağına göre lojistik regresyon sonuçları (n=263)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
Sağlık güvencesi	Kategorik, sağlık güvencesi olmayanlar
Yerleşim yeri	Kategorik, kentsel ve gecekondu
Konutun sahipliği	Kategorik, kira ödeyenler
İşe okula gidememe	Kategorik, hastalığı nedeniyle işe okula gidememe, günlük aktiviteleri yerine getirememesi sorunu olanlar
Ekonomik durum algısı	Kategorik, kötü olanlar

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sağlık güvencesi	1,456	0,009	4,289	1,445	12,725
Yerleşim yeri	1,155	0,005	3,174	1,430	7,044
Konutun sahipliği	0,808	0,006	2,242	1,266	3,973
İşe okula gidememe	0,643	0,025	1,902	1,084	3,337
Ekonomik durum algısı	0,605	0,092	1,831	0,905	3,704
Sağlık kurumunun basamağı (sabit)	-3,479	0,000			

*Model $\chi^2=32,499$ $SD 5$ $p=0,000$

Birinci basamak sağlık kurumu dışında bir sağlık kurumuna başvurma; sağlık güvencesi olanlarda 4,3 kat, kırsal yerleşim yerinde yaşayanlarda 3,2 kat, kira ödemeyenlerde 2,2 kat, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,9 kat artmaktadır.

15 yaşın altındaki bireylerin hastalandıklarında başvuru kurumun basamağına göre oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–32’de gösterilmiştir.

Tablo–32: 15 yaş altı yaş grubunda yer alan bireylerin başvurduğu kurumun basamağına göre lojistik regresyon sonuçları (n=71)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
Sağlık güvencesi	Kategorik, sağlık güvencesi olmayanlar
Yerleşim yeri	Kategorik, kentsel yerleşim
Konutun sahipliği	Kategorik, kira ödeyenler
İşe okula gidememe	Kategorik, hastalığı nedeniyle işe okula gidememe, günlük aktiviteleri yerine getirememe sorunu olmayanlar
Ekonomik durum algısı	Kategorik, kötü olanlar

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sağlık güvencesi	2,058	0,036	7,831	1,141	53,753
Yerleşim yeri	0,216	0,730	1,241	0,363	4,242
Evin sahiplik durumu	1,470	0,014	4,348	1,347	14,035
Ekonomik durum algısı	1,956	0,014	7,074	1,481	33,780
İşe okula gidememe	0,381	0,538	1,463	0,435	4,917
Sağlık kurumunun basamağı (sabit)	-4,393	0,003			

*Model $\chi^2=18,193$ SD 5 p=0,003

15 yaş altı yaş grubunda yer alan bireylerde birinci basamak sağlık kurumu dışında bir sağlık kurumuna başvurma sağlık güvencesi olanlarda 7,8 kat, ekonomik durum algısı iyi ve orta olanlarda 7,1 kat, kira ödemeyenlerde 4,4 kat artmaktadır.

15 yaş ve üstü yaş grubundaki bireylerin hastalandıklarında başvuru kurumun basamağı için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–33’de gösterilmiştir.

Tablo–33: 15 yaş ve üstü yaş grubunda yer alan, hastalanan bireylerin başvurduğu kurumun basamağına göre lojistik regresyon sonuçları (n=192)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
İşe okula gidememe	Kategorik, hastalığı nedeniyle işe okula gidememe, günlük aktiviteleri yerine getiremememe
Sağlık güvencesi	Kategorik, sağlık güvencesi olmayanlar
Konutun sahipliği	Kategorik, kendisinin değil
Ekonomik durum algısı	Ekonomi orta ve kötü

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sağlık güvencesi	1,329	0,069	3,778	0,902	15,821
Konutun sahipliği	0,770	0,019	2,160	1,133	4,119
İşe okula gidememe	0,728	0,031	2,072	1,070	4,010
Ekonomik durum algısı	0,293	0,476	1,341	0,598	3,006
Sağlık kurumunun basamağı (sabit)	-2,142	0,012			

*Model $\chi^2=14,574$ SD=4 p=0,006

Yapılan lojistik regresyon analizine göre 15 yaş ve üstü yaş grubunda yer alan bireylerde birinci basamak sağlık kurumu dışında bir sağlık kurumuna başvurma, sağlık güvencesi olanlarda 3,8 kat, kendisine ait bir evde oturanlarda 2,2 kat ve işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 2,1 kat artmaktadır.

Hastalanma durumunda özel sektördeki bir sağlık kurumundan hizmet almayı etkileyen bağımsız değişkenlerin belirlenmesi için modeller oluşturulmuştur. Oluşturulan modellerde 15 yaş ve üstü yaş grubu dışında özel sektöre ait sağlık kurumuna başvuruyu etkileyen bağımsız bir değişkenle ilişki bulunamamıştır. Araştırma kapsamındaki son on beş gün içinde hastalanan bireylerin başvurduğu sağlık kurumunun ait olduğu sektöre göre oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–34’te gösterilmiştir.

Tablo–34: Hastalanan bireylerin başvurduğu sağlık kurumunun ait olduğu sektöre göre lojistik regresyon sonuçları (n=263) *

Bağımsız değişken	Referans Grup
Sağlık kurumunun basamağı	Kategorik, birinci basamak
Ekonomik durum algısı	Kategorik, iyi olanlar
Konutun sahipliği	Kategorik, sağlık güvencesi olanlar
İşe okula gidememe	Kategorik, kira ödemeyenler

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Sağlık kurumunun basamağı	0,538	0,129	1,713	0,267	13,432
Ekonomik durum algısı	-0,825	0,037	0,438	0,226	0,952
Konutun sahipliği	0,637	0,252	1,891	0,299	5,624
İşe okula gidememe	-0,338	0,370	0,713	0,341	1,494
Sağlık kurumunun sektörü (sabit)	-1,155	0,002			

*Model $\chi^2=7,816$ SD=4 p=0,099

Son on beş gün içinde hastalanan bireylerden 15 yaş altı yaş grubunda olanların başvurduğu sağlık kurumunun ait olduğu sektör için oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo –35’de gösterilmiştir.

Tablo–35: 15 yaş altı yaş grubunda olanların başvurduğu sağlık kurumunun ait olduğu sektöre ilişkin lojistik regresyon sonuçları (n=71)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
Konutun sahipliği	Kategorik, kira ödemeyen
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	Kategorik, beş yıldan fazla
Ev halkı başkanı çalışma durumu	Kategorik, çalışan
Sağlık güvencesi	Kategorik, sağlık güvencesi olanlar

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Konutun sahipliği	0,700	0,443	2,014	0,337	12,055
Ev halkı başkanı öğrenim süresi	0,888	0,279	2,430	0,487	12,128
Ev halkı başkanı çalışma durumu	0,597	0,531	1,817	0,281	11,758
Sağlık güvencesi	0,982	0,303	2,670	0,412	17,284
Sağlık kurumunun sektörü (sabit)	-3,247	0,000			

*Model $\chi^2=6,137$ SD 4 p=0,189

On beş yaş altı yaş grubunda olanların başvurduğu sağlık kurumunun sektörünü etkileyen herhangi bir bağımsız değişkenle ilişki saptanmamıştır.

Son on beş gün içinde hastalanan bireylerden 15 yaş ve üstü yaş grubunda olanların başvurduğu sağlık kurumunun ait olduğu sektöre göre oluşturulan lojistik regresyon modeli Tablo–36’da gösterilmiştir.

Tablo–36: Hastalanan bireylerden 15 yaş ve üstü yaş grubunda olanların başvurduğu sağlık kurumunun ait olduğu sektöre göre lojistik regresyon sonuçları (n=192)*

Bağımsız değişken	Referans Grup
İşe okula gidememe	Kategorik, hastalığı nedeniyle işe okula gidememe, günlük aktiviteleri yerine getirememe sorunu olmayanlar
Ekonomik durum algısı	Kategorik, kötü ve orta olanlar
Sağlık güvencesi	Kategorik, sağlık güvencesi olanlar
Sağlık kurumu basamağı	Kategorik, birinci basamak

Değişken	B	p	OR	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
İşe okula gidememe	0,928	0,027	2,530	1,109	5,773
Ekonomik durum algısı	0,974	0,040	2,648	1,045	6,709
Sağlık güvencesi	0,238	0,744	1,259	0,304	5,302
Sağlık kurumu basamağı	-0,690	0,089	0,502	0,227	1,110
Sağlık kurumunun sektörü (sabit)	-1,754	0,000			

*Model $\chi^2=10,208$ SD=4 p=0,037

Hastalanma durumunda özel sektöre başvurma olasılığı, işe okula gidememe sorunu olanlarda 2,5 kat, ekonomik durum algısı iyi olanlarda ise 2,6 kat artmaktadır.

Başvurulan Sağlık Kurumundan Memnuniyet

Sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden “tekrar hastalandığınızda aynı sağlık kurumunu tercih eder misiniz?” sorusuna 220 kişi (%83,7) evet, 43 kişi (%16,3) hayır yanıtını vermiştir. Tekrar hastalanma durumunda aynı kurumu

tercih etmeme nedenlerinin dağılımı Tablo-37’de gösterilmiştir. Aynı kurumu tercih etmeme nedenlerinin başında ekonomik nedenler (%39,5) gelmektedir.

Tablo–37: Tekrar hastalanmada aynı kurumu tercih etmeme nedenleri

Tercih Etmeme Nedeni	Sayı	%*
Ekonomik nedenler	17	39,5
Coğrafi erişim	12	27,9
Sağlık kurumunun özelliği	9	23,2
Hizmetten memnuniyet	8	18,6

*Soruya verilen yanıtlar açık uçlu olup, birden fazla neden belirtenler vardır

Tekrar hastalanmada aynı kurumu tercih edeceğini belirtenlerin tercih nedenleri Tablo-38’de gösterilmiştir. Aynı kişi ve kurumu tercih etme nedenlerinin başında alınan hizmetten memnuniyet (%39,6) ve coğrafi erişim gelmektedir.

Tablo–38: Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etme nedenleri

Tercih Etme Nedeni	Sayı	%*
Hizmetten memnuniyet	87	39,6
Coğrafi erişim	67	30,5
Kurumsal özellikler	61	27,7
Ekonomik nedenler	45	20,5
Sürekli hizmet aldığı yer	19	8,6

*Soruya verilen yanıtlar açık uçlu olup, birden fazla neden belirtenler vardır.

Sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih edeceğini belirten 220 kişinin, 95’i (%43,2) birinci basamak, 86’sı (%39,1) ikinci basamak, 13’ü (%5,9) üçüncü basamak kamu; 2’si (%0,9) birinci basamak, 24’ü (%10,9) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvuranlardır. Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etmeyeceğini belirten 43 kişinin 27’si (%62,8) kamu; 16’sı (%37,2) özel sağlık kurumuna başvuranlardır. Aynı kurumu tercih edeceğini belirten 220 kişiden 194’ü (%88,2) kamu, 26’sı ise (%11,8) özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etmeyeceğini belirten 43 kişiden 11’i (%25,6) birinci basamak, 32’si (%74,4) ise diğer sağlık kurumlarına

başvurmuştur. Aynı kurumu tercih edeceğini belirten 220 kişiden 110'u (%50,0) birinci basamak, 110'u ise (%50,0) diğer sağlık kurumlarına başvurmuştur. Tekrar hastalanma durumunda aynı kurumu tercih etme açısından sağlık kurumunun basamağına ve kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmıştır (Sırasıyla $\chi^2=11,638$ $p=0,001$ $SD=1$; $\chi^2=17,281$ $p=0,000$ $SD=1$). Birinci basamak ve kamu sağlık sektöründen hizmet alanlarda sağlık kurumundan memnuniyet oranları daha fazladır.

Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etme ile bireylere ve hizmetlere ilişkin etmenler açısından yapılan analizlerde ailenin gelirinin düzenli olması ve sağlık hizmeti için ödeme yapma açısından anlamlı fark bulunmuştur. (Sırasıyla $\chi^2=6,869$ $p=0,000$ $SD=1$; $\chi^2=14,649$ $p=0,000$ $SD=1$). Aynı kurumu tercih etmeme geliri düzenli olmayanlar ve sağlık hizmeti için ödeme yapanlarda daha fazladır.

Cepten Sağlık Harcamaları

Son on beş gün içinde hastalanan ve sağlık hizmeti alan 263 kişiden 58'i (%22,1) alınan sağlık hizmeti için ödeme yapmıştır. Ödeme yapanlardan 47'si (%81,0) ödeme yaparken zorlanmıştır.

0-5 yaş grubunda hastalanan 53 bebek ve çocuktan 8'i (%15,1) için sağlık hizmeti için ödeme yapılmıştır. Ödeme yapılan 6 (%75,0) bebek ve çocuğun yakınları ödemeyi yapmakta zorlanmıştır.

Araştırma kapsamındaki 15–49 yaş grubu evli 189 kadından son on beş gün içinde hastalanan 75'inin 13'ü (%17,3) için hiç bir şey yapmazken, 9'u (%12,0) kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi olmaya çalışmış, 53'ü (%70,7) ise sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurmuştur. Sağlık kurumuna başvuranlardan 20'si (%37,7) sağlık hizmeti için ödeme yapmış; ödeme yapanların 17'si (%85) ise ödemeyi yapmakta zorlanmıştır.

Son on beş gün içinde hastalanıp sağlık kurumuna başvuranlarda sağlık hizmeti için ödeme yapma ile bireysel özelliklerden hane halkı başkanının toplumsal sınıfı ($\chi^2=9,407$ $p=0,024$ $SD=3$), hastalığın acil akut hastalık olması ($\chi^2=4,019$ $p=0,045$ $SD=1$) ve aile gelirinin düzenli olması

($\chi^2=4,961$ $p=0,026$ $SD=1$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hane halkı başkanı niteliksiz hizmet işçisi olanlarda cepten sağlık harcamaları daha fazladır. Hastalık ve yakınmaları akut acil özellikte olanların cepten sağlık harcamaları diğerlerine göre daha fazladır. Ailesi düzenli gelire sahip olmayanlarda cepten sağlık harcamaları düzenli olanlara göre daha fazladır. Sağlık hizmeti için ödeme yapan 58 kişiden 9'u (%15,5) birinci basamak, 12'si (%20,7) ikinci basamak, 3'ü (%5,2) üçüncü basamak kamu; 20'si (%34,5) birinci basamak, 14'ü (%24,1) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Ödeme yapmayan 205 kişiden 89'u (%43,4) birinci basamak, 97'si (%47,3) ikinci basamak, 11'i (%5,4) üçüncü basamak kamu, 3'ü (%1,5) birinci, 5'i (%2,4) ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık hizmeti için ödeme yapma durumuna göre başvuru yapılan sağlık kurumunun basamağı açısından fark bulunmazken kamu ya da özel sağlık kurumu olması açısından anlamlı fark saptanmıştır (Sırasıyla $\chi^2=0,477$ $p=0,490$ $SD=1$; $\chi^2=100,870$ $p=0,000$ $SD=1$). Özel sağlık kurumlarına başvuranlarda sağlık hizmeti için ödeme yapanlar daha fazladır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bireylerin ve toplumların sağlık durumu üzerine asıl belirleyici olan doğuştan getirdikleri genetik özellikler, yaş, cinsiyet; yaşam tarzları, sosyal ve toplumsal ağlar, yaşam ve çalışma koşulları, genel sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullarıdır. Sağlık hizmetleri de bu etkenler arasındadır (32).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımı etkileyen etmenlerin bilinmesi sağlık politikalarının oluşturulması, planlanması ve değerlendirilmesinde önemlidir. Sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyleri, sağlık politikaları ve uygulamalarındaki değişikliklerin etkilerinin değerlendirilmesinde de önemli bir araçtır. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanılabilirliğe ilişkin engeller ve özelliklerin araştırılması hem eşitlikçi bir sağlık politikasının geliştirilmesi için yasa koyucular, hem de toplumda yaşayan bireyler açısından önemlidir. Özellikle sağlık hizmetlerinin kullanımı ve etkileyen etmenleri tanımlamak, hem sorunun saptanması hem de çözüm önerilerinin belirlenmesi için bir gerekliliktir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının belirlenmesinde toplumun sağlık hizmetlerini kullanımı ve etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir.

Kişilerin hastalık karşısındaki davranışları pek çok etmeden etkilenmektedir. Sağlık hizmeti arama davranışının belirleyicilerinin araştırıldığı çalışmalarda genellikle olası hastalık durumunda kişilerin nasıl davranacağına sorgulanması şeklinde yapılmaktadır. Ancak kişilerin var olan hastalık karşısında nasıl ve neden böyle davrandığının belirlenmesi sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımının arttırılması için daha somut bilgiler sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin yapılan çalışmalar için de aynı durum geçerlidir. Potansiyel erişimden gerçekte erişimi etkileyen etmenlerin belirlenmesi de daha somut bilgiler sağlama açısından önemlidir. Sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen etmenlerin belirlenmesi için ülkemizde yapılan araştırmaların çoğu 15 ve üzeri yaş grubunda yapılmıştır. 0–14 yaş grubunda hastalık karşısında sağlık arama davranışı ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin çalışma bulunamamıştır. Yapılan çalışmaların çoğunda son bir ay içindeki sağlık hizmeti arama davranışı ve sağlık hizmeti

kullanımı sorgulanmıştır. Hatırlama faktörünün önemi nedeniyle çalışmamızda son on beş gün içindeki hastalanma ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmeti kullanımı değerlendirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımını ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi için yapılan bu çalışmada öncelikle hastalanma sıklığı belirlenmiştir. Buna göre üç farklı özellikteki yerleşim yerinde nüfusa ağırlıklı küme örnekleme yöntemi ile belirlenen hanelerdeki bireylerin hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışı ve etkileyen etmenler incelenmiştir. Sağlık kurumuna başvurmayan bireyler için karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimini etkileyen etmenler, sağlık kurumuna başvuranlar içinse seçilen sağlık kurumunun basamağı ve ait olduğu sektörü belirleyen etmenler irdelenmiştir. Sağlık kurumuna başvuran bireyler için ayrıca hizmetten memnuniyeti belirleyen etmenler incelenmiştir. 0–5 yaş grubu çocuklar ve 15–49 yaş grubu evli kadınlar için kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma durumları ve bunların ayaktan sağlık hizmeti arama davranışına etkileri araştırılmıştır.

Araştırmaya Alınan Bireylerin Bazı Özellikleri

Yaşam ve çalışma koşulları, genel sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullar yaş, cinsiyet ve diğer özelliklerle birlikte kişilerin ve toplumların sağlık düzeyi üzerine önemli etkilere sahiptir. Bu nedenle araştırmanın birinci bölümünde örneğe çıkan hane ve hane halkı bireylerinin sağlık ve hastalanma ile ilişkisi olan bazı sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bilgiler toplanmıştır.

NHSEAB çok eski yerleşim yerlerinin yanı sıra, iki sanayi bölgesine yakın olması nedeniyle hem ülke içinden hem de ülke dışından göç almış ve göç almaya devam eden bir bölgedir. Araştırma kapsamındaki bireylerin sosyodemografik, sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri bu durumdan önemli oranda etkilenmektedir.

Araştırmaya alınan bireylerin yaşadığı hanelerin yerleşim yerlerinin ağırlıklı nüfusuna göre dağılımı ile örneğe çıkan hanelerin sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Örneğe çıkan 1053 kişinin yaş ortalaması $31,4 \pm 20,3$ (en az 0 - en çok 92) yıldır. Bireylerden %26,1'i 0–14 yaş grubunda, %67,7'si 15–64 yaş grubunda, %6,2'si ise 65 yaş ve üstü yaş grubundadır. Bireylerin %48,8'i erkek, %51,2'si kadındır. Yaş gruplarına göre cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır (Tablo 4). Yerleşim yerlerinde 65 ve üstü yaş grubu kentsel ve gecekondü yerleşim yerinde nüfusun sırasıyla %5,8 ve %5,6'sını, kırsal yerleşim yerinde ise %9,4'ünü oluşturmaktadır (Tablo 5). Kırsal yerleşim yerinde 15 yaş altı nüfus %15,9, kentsel ve gecekondü yerleşim yerinde ise sırasıyla %26,8 ve %28'tür. Kırsal yerleşim yerinde yaşayanlar anlamlı olarak daha yaşlı bir nüfusu oluşturmaktadır. Kırsal alanda kadın nüfusu daha fazladır. Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı NHSEAB 2006 yılı çalışma raporu (130), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 140), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 (141) ve Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (MNSA) 2005 (92) verileriyle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre medeni durum istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 6). Bu farklılık dul ve boşanmışlarda kadınların oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Erkeklerin %1'i, kadınların %12,8'i dul ya da boşanmıştır. Araştırma grubunda dul ya da boşanmış kadınların fazla olmasının temelinde toplumda eşinden ayrılan ya da eşi ölen kadınların erkeklere nazaran daha az oranda yeni bir evlilik yapmaları, ortalama yaşam süresinin kadınlarda erkeklere göre daha uzun olması olabilir. Bulgular Şenol'un (56) çalışmasıyla benzerdir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %10,4'ünün sağlık için sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olmayanlar kadınlarda %11,3, erkeklerde ise %9,5'tir (Tablo 8). Cinsiyete göre sosyal güvence varlığı açısından anlamlı fark yoktur. Kırsal yerleşim yerinde yaşayanların ise %20,3'ünün sağlık için sosyal güvencesi yoktur. NHSEAB'inde yaşayanlardan sağlık için sosyal güvencesi olmayanlar 2004 (143) yılında nüfusun % 26,0'sını, 2006 (130) yılında %20,0'sini, 2007 (129) yılında ise %18,3'ünü oluşturmaktadır. TÜİK verilerine göre (140) sağlık için sosyal güvencesi olmayanların oranı 2007 yılında %17, 2008 yılında ise %19'dur

(140). Bu sonuca göre araştırma kapsamındaki bireylerin sosyal güvence durumunun ülke geneline göre daha iyi durumda olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %62,4'ü çekirdek, %34,2'si kalabalık ailelerde yaşamaktadır. Türkiye genelinde çekirdek aile oranı %68'dir (141). Alkoy'un (142) çalışmasındaki ailelerin %70,1'i çekirdek ailelerde, % 25,3'ü ise kalabalık ailelerde yaşamaktadır.

Araştırma kapsamındaki hane halkı başkanlarının %90,7'si evli, erkek; %9,3'ü boşanmış ya da dul, kadındır (Tablo 9). Çeşitli çalışmalarda hane halkı başkanı kadın olan ailelerin sıklığı %10 ile %13,4 arasında bulunmuştur (92, 141, 144, 145). Çalışmamızda kırsal yerleşim yerlerinde kadın hane halkı başkanı sıklığı (%17,5) diğerlerinden anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Kırsal yerleşim yerinde kadın hane halkı başkanlarının daha çok olmasının nedeni kadınlarda yaşam beklentisinin erkeklerden daha fazla olması, kadınların kendilerinden yaşça büyük erkeklerle evlen(diril)meleri nedeniyle, kadın hane halkı başkanların dul ya da boşanmış olmaları olabilir.

Bireylerin %64,3'ü bağımsız konutta, %35,7'si apartman tipi konutta oturmaktadır. Çalışkan ve ark. apartman tipi konutta oturanların sıklığını %67,6 olarak bulmuşlardır (99). Bireylerin %72,2'si ailenin kendisine ait, %24,3'ü kira ödeyerek, %3,5'i ise kira ödemeksizin aileye ait olmayan bir konutta oturmaktadır. Bireylerden %57,6'sı dört ve daha az, %42,4'ü ise beş ve daha fazla kişi ile aynı konutta yaşamaktadır. Çalışmamızda bulunan yaklaşık 4 kişi olan ortalama hane halkı büyüklüğü diğer çalışmalarla benzerdir. Ancak kırsal yerleşim yerinde oda sayısı, kişi sayısı ve kişi başına düşen oda sayısı ortalamaları yaklaşık sırasıyla 3,1 oda, 3,5 kişi ve 1,1 oda iken gecekondulu yerleşim yerinde sırasıyla 3,0 oda, 4,3 kişi ve 0,8 odadır. Kentsel yerleşim yerinde ise sırasıyla 3 oda, 3,7 kişi ve 1,2 odadır. Hane halkı ortalama kişi sayısının gecekondulu bölgesinde yüksek olması diğer çalışmalarla uyumludur (92, 142, 145). Kırsal yerleşim yerinde yaşayanların %69,6'sı, gecekondulu yerleşim yerindekilerin %77,8'i, kentsel yerleşim yerindekilerin % 67,1'i kendine ait bir evde oturmaktadır.

Hane halkı başkanlarının %34,1'i Bursa ili ve merkez ilçelerinde, %3,3'ü diğer ilçelerde, %44,8'i diğer illerde, %17,8'i ise yurt dışında

doğmuştur. Bursa dışında doğan üç kişi, doğar doğmaz Bursa'da yaşamaya başlamıştır. Hane halkı başkanlarının %35,2'si sürekli Bursa il sınırlarında yaşamışken %64,8'i yaşamının bir döneminde diğer il ve ülkelerde yaşamıştır (Tablo 10). Bursa'ya göçle gelenlerin Bursa'da ortalama yaşama süresi $17,0 \pm 11,0$ (en az 1- en çok 68) yıl olarak hesaplanmıştır. İl dışından göçle gelenler Hassoy'un (21) çalışmasında % 64,6'dır. Çağlayan (49) ve ark. çalışmasında başka bir bölgede doğanlar araştırma nüfusunun %58,8'ini oluşturmaktadır.

Çalışmamızda hane halkı başkanlarının öğrenim durumları arasında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmıştır. Kadınlarda beş yıldan daha az öğrenim görenler, erkelerde dokuz on bir yıl arasında öğrenim görenler daha fazladır.

Araştırmaya alınan 1053 kişinin hane halkı başkanlarından %68,4'ü çalışmakta, %4,3'ü ev kadını, %3,7'si işsiz, %22,1'i emekli, %1,5'i ise sağlık problemleri nedeniyle çalışmamaktadır. Hassoy'un çalışmasında hane halkı başkanlarının %84,8'inin çalıştığı, %1,9'unun emekli, %1,6'sının ev kadını, 10,9'unun ise işsiz olduğu bulunmuştur (21). Araştırma kapsamına alınan bireylerin hane halkı başkanlarının %4,5'i yüksek nitelikli ücretli, %13,0'ı niteliksiz hizmet işçisi, %72,0'si mavi yakalı ücretli işçi, %10,5'i kendi hesabına çalışan sınıfta yer almaktadır. Hassoy'un çalışmasında niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı ücretli işçiler hane halkı başkanlarının %62,5'ini oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızdaki oranların farklı olmasının nedeni diğer çalışmanın 0–6 yaş grubu çocuklarda yapılması nedeniyle, hane halkı başkanlarının daha genç bir nüfus tarafından temsil edilmesi olabilir.

Bireylerin %18,9'unun ekonomik durum algısı iyi, %64,6'sının orta, %16,5'inin ise kötüdür. Araştırma kapsamındaki bireylerden %73,5'inin yaşadığı hanede geçim sıkıntısı vardır ve %19,2'sinin geliri düzenli değildir. Manisa'da yapılan bir çalışmada hanelerin %68,1'inde geçim sıkıntısı bulunmuştur (25).

HASTALANMA DURUMU

Hastalanma Durumu ve Bireylerin Bazı Özellikleri

Çalışmamızda araştırmaya alınan bireylerde son on beş gün içinde hastalanma sıklığı %39,5 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda hastalanma sıklığı %8,2 ile %81,3 arasında bulunmuştur (21, 92, 95, 96, 99, 100, 137, 145-149). Çalışmalarda saptanan hastalanma sıklıklarının birbirinden oldukça farklı olması çalışmaya alınan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra çalışmaların yöntem farklılıklarından da kaynaklanmaktadır. Hastalıkların mevsimsel özellik göstermesi ve hatırlama faktörü de saptanan hastalanma sıklıklarındaki farklılıklara yol açabilir. Pala ve ark. (95) kış ve ilkbahar aylarında hastalanma sıklığının diğer mevsimlere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin hastalanma sıklığının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir. Çalışmamızda 0–5 yaş grubu ve 65 yaş ve üstü grubundaki bireylerin hastalanma sıklıklarının fazla olması istatistiksel olarak anlamlıdır. 0–5 yaş grubundaki %50,9 hastalanma sıklığı Hassoy'un (21) çalışmasıyla uyumludur. Araştırmaya alınan tüm bireyler için oluşturulan lojistik regresyon modelinde hastalanmanın 0-5 yaş grubundaki bireylerde 1,8 kat arttığı bulunmuştur (Tablo 15). Manisa'da (92) beş yaş ve altındaki bireylerde ve hastalanma sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışkan ve ark. (99) hastalanma sıklığını 40 ve üzeri yaş grubunda daha fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda 65 ve üstü yaş grubunda hastalanmanın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bulunan yaşlıların ve çocukların daha fazla hastalanması diğer çalışmalarla uyumludur.

Araştırmaya alınan bireylerin hastalanma sıklığının bireylerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 13'de görülmektedir. Çalışmamızda hastalanma sıklığı kadınlarda %44,2 erkeklerde ise %34,6 bulunmuştur. Hem tüm bireyler hem de 15 yaş ve üzeri gruplarda oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kadınlarda hastalanma sıklığı erkeklerden daha fazladır (Tablo 15, 16). Sağlık gereksinimi ve yaşam koşulları

açısından riskli grupta olan kadınlarda hastalanma sıklığındaki anlamlı fark diğer çalışmalarla uyumludur (92, 95, 99, 146,150, 151).

Bizim çalışmamızda sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre daha fazla hastalandığı görülmekle birlikte aradaki fark anlamlı değildir. TUSHH çalışmasında sağlık hizmetlerinden SSK ve yeşil kart kapsamında yararlananların sağlık güvencesi olmayanlara göre daha sık hastalandıkları bulunmuştur (137). Çalışmamızda sosyal güvencenin türüne ilişkin bilginin toplanmamış olması bu farkın görülmemesinin nedeni olabilir. Bir diğer neden kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlık ve hastalığı algılayışlarındaki farklılıklar olabilir.

Çalışmamızda hastalanma sıklığı kırsal yerleşim yerinde yaşayanlarda, gecekondulu ve kentsel yerleşim yerinde yaşayanlara göre (sırasıyla %44,9, % 41,0, % 36,2) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Yapılan ki kare analizlerinde yerleşim yerinin özelliğine göre hastalanma sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamakla birlikte 15 yaş altındaki bireyler için oluşturulan lojistik regresyon modelinde kentsel yerleşim yeri dışında yaşayanlarda hastalanmanın 2,1 kat arttığı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise kentsel yerleşim yerinde yaşayanlarda hastalanma sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur (92, 137, 146). Bu durum yerleşim yerlerine göre kişilerin sağlık ve hastalığı algılayışlarındaki farklılığı belirleyen etmenlerin araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda 15 ve üstü yaş grubunda hastalanma sıklığının dul ya da boşanmış olanlarda en fazla (%50,9) olduğu bulunmuştur (Tablo 13). Dul ya da boşanmış olanlarda hastalanma sıklığının 2,0 kat arttığı oluşturulan lojistik regresyon modelinde de görülmektedir (Tablo 17). Aslan ve ark. bekarlara göre evli, dul ya da boşanmış kadınlarda hastalanma sıklığının daha fazla olduğunu bulmuşlardır (100). Dul ya da boşanmış olanlarda hastalanma sıklığının daha yüksek olması evli ya da hiç evlenmemişlere göre yaşam koşullarının daha ağır olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada hane halkı başkanının eşi ve anne/babasının hastalanma sıklığı (sırasıyla %47,8 ve %54,5) kendisi ve diğer yakınlarına göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 13). Çalışmamızda saptanan

kadınlarda ve 65 yaş ve üzeri bireylerde hastalanma sıklığının daha yüksek olması ile uyumludur.

Bireylerin yaşadığı ailenin tipine göre incelendiğinde hastalanma parçalanmış ailelerde (%50,0) çekirdek (%40,2) ve kalabalık (%37,2) ailelere göre daha fazla bulunmuştur. Bu parçalanmış ailelerin yaşam koşullarının daha ağır olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bir başka neden kalabalık ailelerde hastalık algısına ilişkin değerlerdeki farklılıkların yanı sıra, bazı hastalık ve bulguların gözden kaçması/anımsanmaması da olabilir. Hastalanma sıklıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgularımız tek ebeveynli ailelerde sağlık hizmet gereksiniminin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (103, 111).

Çalışmamızda hane halkı başkanı Bursa merkez ilçesi dışındaki ilçelerde doğanlarda hastalanma sıklığı %63,6, diğer illerde doğanlarda %42,3, Bursa ve merkez ilçelerde doğanlarda %38,1, diğer ülkelerde doğanlarda ise %29,8 olarak bulunmuştur. Oluşturulan lojistik regresyon modellerinde hem araştırmaya alınan tüm bireylerde, hem de 15 ve üstü yaş grubundaki bireylerde hane halkı başkanı Bursa merkez ilçeleri dışındaki ilçelerden ve diğer illerden göçle gelen bireylerde hastalanma (sırasıyla 1,3 ve 1,4 kat) daha fazla bulunmuştur. Bu sonuçlar ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarla uyumludur. Kızılçelik ve ark. (116), Gümüş ve ark. (26) göç edenlerde hastalanma sıklığının daha fazla olduğunu bulmuşlardır.

Araştırma kapsamındaki bireylerin hastalanma sıklığının bazı sosyoekonomik değişkenlere göre değişimi Tablo 14'de görülmektedir. Çalışmamızda hane halkı başkanı beş yıldan az öğrenim görenlerde hastalanma sıklığı %38,5, beş sekiz yıl arası öğrenim görenlerde %42,4 dokuz on bir yıl arası öğrenim görenlerde %34,7, on iki yıl ve daha fazla öğrenim görenlerde ise %34,4 olarak bulunmuştur. Oluşturulan lojistik regresyon modellerinde hane halkı başkanı dokuz yıldan az öğrenim görenlerde hastalanmanın; araştırma kapsamındaki tüm bireyler için 1,4, 15 ve üstü yaş grubunda ise 1,6 kat arttığı bulunmuştur (Tablo 15,17).

Çalışmamızda hastalanma sıklığı hane halkı başkanı çalışanlarda %37,9, ev kadını olanlarda %44,4, emeklilerde %28,2, işsizlerde %28,2,

hastalığı nedeniyle çalışamayanlarda ise %50 olarak bulunmuştur. Hane halkı başkanının çalışma durumuna göre yapılan analizlerde anlamlı fark saptanmamakla birlikte 15 ve üzeri yaş grubu için oluşturulan lojistik regresyon modelinde hane halkı başkanı sağlık nedeniyle çalışamayanlarda hastalanma sıklığının 1,5 kat arttığı bulunmuştur. Hane halkı başkanının toplumsal sınıfına göre yüksek nitelikli ücretli sınıfında olan bireylerde hastalanma sıklığı %35,7, niteliksiz hizmet işçisi sınıfında olanlarda %36,1, mavi yakalı ücretli sınıfında olanlarda %41,5, kendi hesabına çalışanlarda ise %33,6 olarak bulunmuştur (Tablo 14). Hane halkı başkanının toplumsal sınıfına göre anlamlı farklılık olmamakla birlikte 15 yaş ve altındaki bireylerde hastalanma sıklığı için oluşturulan lojistik regresyon modelinde mavi yakalı ücretli sınıfında olanlarda hastalanma sıklığının 1,8 kat arttığı bulunmuştur (Tablo 17). Türkkkan ve Belek'in sağlıkta eşitsizlik araştırmalarının bulguları doğrultusunda niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı ücretlilerde hastalanma sıklığının yüksek olmasını beklerdik (151,152). Bizim çalışmamızda toplumsal sınıfa göre anlamlı fark saptanmamasının nedeni farklı sosyokültürel özelliklerde aynı toplumsal sınıf içinde bile sağlık sorunlarının algılanmasındaki ve değerlendirilmesindeki farklılıklar olabilir.

Hastalanma sıklığı hane halkı başkanının eşinin ekonomik durum algısı iyi olanlarda %33,7, orta olanlarda %40,1, kötü olanlarda ise %43,7 olarak bulunmuştur (Tablo14). Ekonomik durum algısına göre bireyler arasında hastalanma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ekonomik durumu iyi olanların diğerlerine göre az, kötü olanların ise anlamlı derecede daha çok hastalandığı bulunmuştur (146, 153). Bizim çalışmamızda fark bulunmamasının nedeni ekonomik duruma ilişkin değerlendirmelerin subjektif olması olabilir.

Çalışmamızda aile geliri düzenli olanlarla düzenli olmayanlar arasında hastalanma sıklığı açısından belirgin fark saptanmamıştır.

Bir diğer ekonomik durum değerlendirme ölçütü olan geçim sıkıntısı çeken aile bireylerinde hastalanma sıklığı %40,3, geçim sıkıntısı çekmeyen ailelerin bireylerinde %37,3 olarak bulunmuştur. Hastalanma sıklığındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Türkkkan bölgede yaptığı

çalışmada geçim sıkıntısı çekenlerin sağlığının daha kötü olduğunu saptamıştır (152).

Çalışmamızda apartman tipi konutta oturan bireylere göre (%37,2), bağımsız konutta oturan bireylerin (%40,8) daha fazla hastalandığı bulunmuştur. Oturduğu konuta kira ödeyenler (%46,5) ve kira ödemeksizin kendine ait olmayan bir konutta oturanlar (%43,2), kendisine ait bir konutta oturanlara göre (%37,0) daha fazla hastalanmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Oturulan konuta kira ödeyenlerde hastalanma sıklığı daha fazladır. 15 yaş altındaki bireyler için oluşturulan lojistik regresyon modelinde hane halkı başkanının kendisine ait bir konutta oturmayanlarda hastalanma sıklığının 2,4 kat arttığı saptanmıştır (Tablo 16).

Oturulan konutta yaşayan kişi sayısı dört ve daha az olanlar (%40,1) beş ve daha fazla kişinin yaşadığı konutakilere göre (%37,5) daha fazla hastalanmaktadır (Tablo 14). İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Beklenenin tersine konutta yaşayan sayısı az olanlarda hastalanma sıklığının daha fazla olması sağlık sorunlarının algılanması ve değerlendirilmesindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, 5 yaş ve altı nüfusta, sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak algılayanlarda, ekonomik durumu kötü olanlarda, kadınlarda, hastalanma sıklığı daha fazla bulunmuştur (4, 92, 145–147, 150–152).

Araştırmaya alınan tüm bireyler için oluşturulan modele göre hastalanma; beş yaş ve altındaki bireylerde 1,8, ekonomik durum algısı orta ve kötü olanlarda 1,4, kadınlarda 1,5, ev halkı başkanı dokuz yıldan az öğrenim görenlerde 1,4, ülke içinden göç edenlerde 1,3 kat artmaktadır (Tablo 15). On beş yaşın altındaki bireylerde hastalanma; ev halkı başkanının kendisine ait bir konutta oturmayanlarda 2,4, kentsel yerleşim yeri dışında yaşayanlarda 2,1, ev halkı başkanı mavi yakalı ücretli sınıftan olanlarda 1,8 artmaktadır (Tablo 16). On beş ve üstü yaş grubunda hastalanma; evli ve dul ya da boşanmışlarda 2,0, kadınlarda 1,8, ev halkı başkanı dokuz yıldan az öğrenim görenlerde 1,6, ev halkı başkanı

çalışmayanlarda 1,5, ev halkı başkanı ülke içinden göç edenlerde 1,4 kat artmaktadır (Tablo 17).

2002 Dünya Sağlık Raporu'nda en büyük hastalık yükünün yoksul ülkelerden veya ülkelerin yoksul kesimlerinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Sağlığı tehdit eden risklerin büyük çoğunluğu yoksullarda daha yaygın bulunmuştur (109).

Hastalananların Yakınma ve Hastalıklarının Özellikleri, Sağlık Durumu Algısı ve Bazı Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu

Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişinin %30,5'inde solunum sistemi, %15,9'unda kas iskelet ve bağ dokusu, % 13.0'ünde ise enfeksiyon hastalıkları ve bunlara bağlı yakınmalar saptanmıştır (Tablo 18). Yapılan çalışmalarda en sık görülen sağlık sorununun üst solunum yolu enfeksiyonlarına ait yakınmalar olduğu bulunmuştur (21, 142, 146). Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişinin %43,8'inin akut, % 14,9'unun akut acil, %41,3'ünün kronik özellikli yakınma ve hastalığı vardır.

Son on beş gün içinde hastalananların %28,1'i sağlık sorunları nedeniyle işe okula gidememiş ya da günlük aktivitelerini yerine getirememiştir. MNSA 2005 çalışmasında yedi yaş ve üstü nüfusta son on beş gün içinde sağlık sorunu yaşayanların %24'ünün bu sağlık sorunu nedeniyle günlük faaliyetlerini yerine getiremediği saptanmıştır (92).

Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişinin %40,6'sını herhangi bir kronik hastalık ya da engelliliği vardır. Kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon (%35,0), diyabet (%13) ve kas iskelet sistemi hastalıkları (%9,5) en sık görülen kronik hastalıklardır (Tablo 19). Kronik hastalıkların sıklığı çeşitli araştırmalarda %5,6 ile %34,3 arasında bulunsa da en sık görülen hastalıklar benzerdir (92, 96, 137, 147, 150, 154).

Hastalanan 416 kişiden %67,3 sağlık durumu algısı iyi, %22,1'inin orta, %9,6'sının ise kötüdür. Aslan ve ark. kadınların %75'inin sağlık durumu algısının iyiden kötü olduğunu bulmuştur(100).

Son on beş gün içinde hastalanan 416 kişinin %21,4'ü son bir yıl içinde herhangi bir yakınması ya da hastalığı olmadığı halde koruyucu sağlık hizmeti almak için bir kişi ya da sağlık kurumuna başvurmuştur. Koruyucu hizmet kullanımı hastalandığında sağlık kurumuna başvuru için önemli bir belirleyicidir. Edirne'de yapılan bir çalışmada bireylerin %72,2'sinin koruyucu sağlık hizmeti almanın gerekliliğine inandığı bulunmuştur (154). On beş yaş üzeri kadınlarda yapılan iki farklı çalışmada koruyucu hizmet kullanımı %51,9 ve %65,8 olarak bulunmuştur. Ancak kullanılan koruyucu sağlık hizmetinin ne olduğu da önemlidir. Hunter ve ark. Amerika Meksika sınırında yapılan çalışmasında koruyucu hizmet kullanım sıklığı açısından fark bulunmazken Meksikalılar kan şekeri baktırırken, Amerikalıların pap smear ve mamografi yaptırdığı bulunmuştur (52).

Son on beş gün içinde hastalananlardan %9,4'ünün her türlü sağlık sorunlarını bilen, her türlü sağlık sorununda başvurabildiği sürekli hizmet kaynağı vardır. Sürekli hizmet kaynağının varlığı hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmaktadır (79). Usta sürekli hizmet kaynağı olanların sıklığını % 5, 8 olarak bulmuştur (155). Son on beş gün içinde hastalanan iki yaş ve üzerinde olan 404 kişiden %26,4'ü son bir yıl içinde diş hekimine başvurmuştur.

Kurumsallaşmış Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımı

0–5 yaş grubu çocukların kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı: 0–5 yaş grubundaki 104 bebek ve çocuğun %56,7'si erkek, %43,3'ü kızdır. Araştırma kapsamındaki bebek ve çocukların %86,5'i sağlık için sosyal güvenceye sahiptir. Çocukların sağlık için sosyal güvence durumu çalışmanın geneline göre düşük olmakla birlikte Hassoy'un çalışması (21) ve Türkiye geneline göre (140) oldukça iyi durumdadır.

Hane halkı başkanlarının %2,9'u beş yıldan az, 51,9'u beş sekiz yıl arası, 37,5'i dokuz on bir yıl arası, 7,7'si ise on iki yıl ve üstü öğrenim görmüştür. Tavukçu'nun çalışmasında (169) beş yıl ve daha az öğrenim gören babaların %44,1 olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki farklılık bebek ve çocukların %86,5'inin hane halkı başkanının çocuğu olmasından kaynaklanabilir. Bebek ve çocukların %12,5'i hane halkı başkanının torunu,

%1'i ise yeğenidir. Bebek ve çocukların %19,2'sinin ekonomik durum algısı iyi, %62,5'inin orta, 18,3'ünün ise kötüdür. Tavukçu'nun (170) çalışmasında çocukların %42,4'ünün sosyoekonomik durumu iyi, %9,3'ünün çok iyi, %38,5'inin orta, %8,7'sinin kötü, %1,1'inin çok kötüdür. Aradaki fark bizim çalışmamızdaki değerlendirmelerin hane halkı başkanının kendisine, diğer çalışmadakilerin ise izlemi yapan ebe hemşirenin değerlendirmesine bağlı olabilir.

Araştırma kapsamına alınan 104 bebek ve çocuğun %98,0'i tam aşılidir. Yapılan çalışmalarda tam aşıllı çocukların oranı ilerleyen yaşla düşmekle birlikte %54,2 ile %94 arasında değişmektedir (92, 144, 145, 155, 171, 172). Araştırma kapsamındaki bebek ve çocukların %94,2'si evde ebe tarafından izlenmektedir. Bebek ve çocuklardan %95,1'inin büyüme ve gelişme durumu izlenmektedir. Hassoy'un çalışmasında bebek ve çocukların %99,6'sı düzenli olarak izlenmektedir. İzlemlerin %89,5'i sağlık ocağında yapılmıştır. Edirne'de bir yaş altındaki çocukların %92'sinin, bir beş yaş arası çocuklarınsa % 49,4'ünün evde ebe tarafından izlendiği saptanmıştır (154). Erzurum'da ebelerin ev ziyareti sıklığı %89,3 olarak saptanmasına rağmen ev ziyaretinde çocukların yalnızca %37,6'sının büyüme gelişme durumunun izlendiği saptanmıştır (173). Bolu ve Edirne'de yapılan çalışmalarda evde çocuk izlemleri %10'dan az bulunmuştur (173,174). Bu verilere göre bizim bölgemizde çocukların büyüme ve gelişme açısından evde ebe tarafından izlemleri iyi durumdadır.

Bebek ve çocuklardan %50,9'u son on beş gün içinde hastalanmıştır. Hastalanma sıklığı Hassoy'un (21) çalışmasıyla uyumludur.

Son on beş gün içinde hastalanan erkeklerin %98,3'ü, kızların %97,8'i tam aşılidir. Hastalanan bebek ve çocuklar arasında cinsiyete ve sağlık için sosyal güvence varlığına göre bağışıklık durumu açısından anlamlı fark yoktur. Sağlık için sosyal güvencesi olmayan çocukların daha az koruyucu sağlık hizmeti aldıkları bazı çalışmalarda saptanmıştır (21, 66, 85, 176).

Ev halkı başkanı sekiz yıl ve daha az öğrenim gören bebek ve çocukların arasında tam aşıllı olmayanlar varken, dokuz yıl ve üzerinde öğrenim görenlerin hepsi tam aşıllıdır. Hastalanan bebek ve çocuklar

arasında ev halkı başkanının öğrenim süresine, hane halkı başkanının eşinin ekonomik durum algısına göre bağışıklık durumu açısından anlamlı fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan 104 bebek ve çocuktan erkeklerin %91,4'ü, kızların %97,8'i evde ebe tarafından izlenmektedir. Cinsiyete, sağlık güvencesinin varlığına göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur. Ev halkı başkanının öğrenim süresi arttıkça evde ebe izlem sıklığı da artmaktadır. Ancak öğrenim süresine göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur. Ekonomik durum algısına göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur. Bölge'deki evde ebe izlemleri aileler ziyareti kabul etmediğini bildirmediğçe düzenli olarak yapıldığından fark olmaması beklediğimiz bir durumdur.

Araştırma kapsamına alınan erkek bebek ve çocukların %93,1'i, kızların %97,8'i büyüme ve gelişme durumu izlenmektedir. Cinsiyete, sağlık güvencesinin varlığına, ev halkı başkanının öğrenim süresine, ekonomik durum algısına göre büyüme ve gelişme izlenmesi açısından anlamlı fark yoktur.

15–49 yaş evli kadınlarda kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı: Araştırma kapsamındaki 15–49 yaş grubu 189 evli kadının yaş ortalaması $33,5 \pm 7,6$ yıldır (en küçük 19 - en büyük 49). Araştırmaya alınan 15–49 yaş grubundaki evli kadınların %14,8'inin sağlık için sosyal güvencesi yoktur. Araştırmanın genelindeki kadınlarda güvencesi olmayanların oranı %11,3 olarak bulunmuştur. Kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması $20,2 \pm 3,1$ 'dir (en küçük 15 - en büyük 31). Aydın'ın bölgede yaptığı çalışmada ilk evlenme yaşı ortalama 19,7 yıldır (177). Kadınların %8,5'i beş yıldan az, %64,6 beş sekiz yıl arası, %22,8'i dokuz on bir yıl arası, %4,2 ise on iki yıl ve üzerinde öğrenim görmüştür. Aydın'ın çalışmasında beş yıldan az öğrenim görenler %9,4 olarak bulunmuştur (177). Kadınlardan %20,1'i çalışmakta, %2,7'si işsiz, %2,7'si emekli ve %74,5'i ev kadınıdır. Aydın'ın çalışmasında çalışanlar %18,0, işsizler %1,0, emekliler %1,9, ev kadınları ise %79,1 olarak bulunmuştur (177). Kadınların %87,8'i hane halkı başkanının eşi,

%10,1'i çocuğu, %2,1'i ise diğer yakınlarıdır. Bu grupta çekirdek aile tipi, çalışmanın genelinden daha fazla bulunmuştur.

Kadınların yaşadığı 189 haneden %19,6'sının ekonomik durum algısı iyi, %64,0'ının orta, %16,4'ünün ise kötüdür. Ev halkı başkanının ait olduğu toplumsal sınıfa göre kadınların %5,8'i yüksek nitelikli ücretli, %70,4'ü mavi yakalı, %10,6'sı niteliksiz hizmet işçisi, %13,2'si ise kendi hesabına çalışan sınıfında yer almaktadır.

Araştırma kapsamındaki 15–49 yaş grubu evli 189 kadının %39,7'si son on beş gün içinde hastalanmıştır. Bu kadınların %17,3'ü hiç bir şey yapmazken, %5,3'ü kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi etmeye çalışmış, %69,4 'ü ise sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurmuştur.

Araştırma kapsamındaki kadınların %61,4'ü evde izlenmektedir. Erzurum'da yapılan çalışmada düzenli ev ziyaretleri % 89,3 olarak bulunmuştur (173). Aynı çalışma'da ziyaretlerin yalnızca kayıt tutmak amaçlı olduğu, gebe izleminin %61,2, loğusa izleminin ise %26,9 olduğu bulunmuştur. Bolu ve Edirne'de yapılan çalışmalarda son altı ayda evde ebe izlemi %10 dolaylarında bulunmuştur (178, 179). Bölgede 2006 yılı çalışma raporuna göre yıllık kadın başına izlem sayısı 1,9'dur (130). Çalışmamızda 15–49 yaş grubu izlemleri diğer çalışmalardan yüksek olmakla birlikte beklenenden düşük bulunmuştur. Ziyaretin yapılmama nedeni sorgulanmamıştır. Özellikle gecekondu bölgesinde nüfus hareketliliğinin fazla olması, çalışan kadınlar ve aile istemediği için ziyaret yapılmayan kadınlar sıklığı yükseltmiş olabilir. Sağlık için sosyal güvencesi olanların %60,9'u, olmayanların %64,3'ünün evde ebe tarafından izlendiği bulunmuştur. Evde ebe tarafından izlem açısından sağlık güvencesi varlığına göre anlamlı fark yoktur.

Evde ebe tarafından izlem sıklığı kadınların öğrenim süreleri arttıkça yükselmekle birlikte, öğrenim süresine göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur. Yaşanılan hanenin ekonomik durum algısı iyi olanlar en çok, kötü olanlar ise en az izlenmektedir. Ancak ekonomik durum algısına göre evde ebe tarafından izlem açısından anlamlı fark yoktur. Evde

ebe izlemlerinin bölgede verilen hizmetin bir özelliği olarak kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre değişmemesi beklediğimiz bir durumdur.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan %94,7'si en az bir doğum yapmıştır ve Aydın'ın çalışmasındaki bulgularla benzerdir (175). Araştırmaya alınan kadınlardan sağlık güvencesi olanların %60,9'u, olmayanların %89,3'ü en az bir doğum yapmıştır. Doğum yapma açısından sağlık güvencesinin varlığına, öğrenim süresine ve ekonomik durum algısına göre anlamlı fark yoktur.

Araştırmaya alınan kadınların %69,8'i aile planlaması için yöntem kullanmaktadır. En çok kullanılan yöntemler geri çekme, bariyer yöntemleri ve rahim içi araçtır. Aile planlaması için her hangi bir yöntem kullanan ve geri çekme yöntemi kullanma oranı Aydın'ın çalışması ve 2006 yılı çalışma raporundan daha az bulunmuştur (130, 177). Erzurum'da yöntem kullanma sıklığı daha azdır (173). Çalışmamızda bulunan yöntem kullanma sıklığı MNSA 2005 yılı verilerinden düşük, TNSA 2003 ülke verilerinden yüksek, Marmara bölgesi verilerinden düşüktür (92, 141). Çeşitli nedenlerle izlenmeyen kadınlar ve bölgedeki nüfus hareketliliği bölge verilerinden farklı sonuçların nedeni olabilir. Geri çekme yöntemi kullanma sıklığı açısından bulgularımız benzerdir (92, 141, 154, 173).

Araştırma kapsamındaki sağlık güvencesi olan kadınların %72,7'si, olmayanların %53,6'sı aile planlaması için yöntem kullanmaktadır. Aile planlaması için yöntem kullanma açısından sağlık güvencesinin varlığına göre anlamlı fark vardır. Sağlık güvencesi olmayan kadınlarda yöntem kullanma daha azdır.

Kadınların öğrenim süresi arttıkça yöntem kullanma sıklığı artmaktadır. Kadınların öğrenim süresine göre aile planlaması için yöntem kullanma açısından anlamlı fark vardır. Beş yıldan az öğrenim gören kadınlarda yöntem kullanma oranı daha azdır.

Ev halkı başkanı beş yıl ve daha az öğrenim gören kadınlarda yöntem kullanma en azken öğrenim süresi arttıkça yöntem kullananların oranı da artmaktadır. En yüksek kullanım sıklığı dokuz on bir yıl arası öğrenim gören ev halkı başkanının olduğu hanelerde (%72,9) yaşayan kadınlardadır. Ev

halkı başkanının öğrenim süresine göre aile planlaması yöntemi kullanma açısından anlamlı fark beş yıldan az öğrenim görenlerde yöntem kullanma durumunun daha az olmasından kaynaklanmaktadır.

Ekonomik durum algısı iyi olan kadınlardan %75,7'si, orta olanların %66,9'u, kötü olanların %100,0'ü aile planlaması için yöntem kullanmaktadır. Ekonomik durum algısına göre aile planlaması için yöntem kullanma açısından anlamlı fark yoktur.

SAĞLIK HİZMETİ ARAMA DAVRANIŞI, SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE ETKİLEYEN ETMENLER

Sağlık hizmeti arama davranışı

Sağlık hizmetlerinin toplum sağlığına olan katkısının en üst düzeyde olabilmesi için, toplumdaki bireylerin tümü tarafından kullanılabilir olması gerekir.

Hastalanan bireyin sağlık hizmeti almak için bir kişi veya kuruma başvurması beklenir. Kişinin sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurması için sağlık hizmetinin hazır bulunması, erişilebilir, uyumlu, ödenebilir ve kabul edilebilir olması gerekir (39). Andersen ve Newman (7) kişilerin sağlık hizmeti arama kararı ve aldığı hizmet miktarının bireysel özelliklere (hazırlayıcı etmenler), hizmeti elde edebilme yeteneğine (kolaylaştırıcı etmenler), ve sağlık hizmetine duyduğu gereksinime bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Andersen'e göre (40) hazırlayıcı etmenler kişinin hastalığı başlamadan önce var olan özellikleridir. Bunlar demografik özellikleri, sosyo kültürel yapısı, kişinin sağlık hizmeti gereksinimi algısı ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranışlarıdır (40).

Çalışmamızda hastalananların %63,2'sinin sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurduğu, %16,1'inin hiçbir şey yapmadığı %20,7'sinin ise kendi kendine ya da başkalarının yardımıyla tedavi olmaya çalıştığı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda hiçbir şey yapmama davranışının %5 ile %76; kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışının

%6 ile %31, sağlık kurumuna başvuru davranışının ise %24 ile %89 arasında değiştiği bulunmuştur (49, 92, 93,95, 96, 137, 142, 153).

MNSA 2005 çalışmasında son on beş gün içinde sağlık sorunu olanların %4,9'u hiçbir Şey yapmamış, %5,8'i kendi kendine tedavi etmeye çalışmış, %89,2'si ise sağlık hizmeti sunan bir kişi ya da kuruma başvurmuştur (92). Pala ve ark. (95) hastalananların %8,4'ünün iyileşmek için hiçbir Şey yapmadığını, %31,1'inin hekim dışı yollara başvurduğunu, %60,5'inin ise hekime başvurduğunu bulmuştur. Vietnam'da kırsal alanda yaşayanlardan son bir ay içinde hastalananlardan %5,3' hiçbir Şey yapmamış, % 50,7'si ise kendi kendine tedavi olmaya çalışmıştır (93).

Grubun genelinde sağlık hizmeti arama davranışında en belirleyici nedenler; sağlık kurumunun özellikleri (%36,5), daha önceki deneyimler (%30,3) ve coğrafi erişimdir (%28,8) (Tablo 20).

Çalışmamızda hastalık karşısında hiçbir Şey yapmayan bireylerde (%16,1) temel belirleyici olan %31,3 sıklığı ile ekonomik nedenlerdir (Tablo 21). Hastalık ve sağlığa ilişkin inanışlar (%25,4) ve algılanan sağlık/sağlık gereksinimi (%20,9) diğer önemli nedenlerdir. Manisa 2005 çalışmasında hiçbir Şey yapmama davranışının en sık nedeni önemsememe ve güvence yokluğu olarak bulunmuştur (92). TUSHH çalışmasında ise hiçbir Şey yapmama davranışının temel nedeninin ekonomik nedenler olduğu, ikinci sırada ise hastalığı nemsememenin geldiği bulunmuştur (137). Alkoy'un çalışmasındaki bulgular da benzerdir (142). Vietnam'da hiçbir Şey yapmama davranışının yaşlılarda ve erkeklerde daha yaygın olduğu bulunmuştur (93). Hamzaoğlu ve ark. Bolu'da yoksulluk ve sağlık ilişkisini araştırdıkları çalışmada hastalanma ve hiçbir Şey yapmama davranışının sıklığını en yoksul grupta %76 olarak bulmuşlardır (153).

Kendi kendine tedavi veya alternatif tıp/tıp dışı uygulamalar nedeniyle birçok kişi sağlık kurumuna başvuruda gecikmekte, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır (156). Çamur ve ark. (157) 2006 yılında Ankara'da hastalanan bireylerden %40,3'ünün ucuz olması nedeniyle alternatif tıp/tıp dışı uygulamalara başvurduğunu bulmuştur. Çalışmada görüşmeyi yapan kişinin bölgede hizmet veren tıp doktoru olması nedeniyle

bildirilmeyeceği düşünülmediğinden tıp dışı uygulamalar sorgulanmamıştır. Ancak görüşmeler sırasında tıp dışı bir uygulamaya tanık olunmuştur. Araştırmacının görüşmenin başında bir peçetenin üzerinde duran buğday taneleri için “nazar mı okuttunuz” sorusu üzerine hastalık karşısında tıp dışı uygulamaya başvurulduğu ortaya çıkmıştır. Kronik egzaması olan bir kadın olgu ilaçların faydası olmadığını düşündüğünden, lezyonların etrafını okunmuş buğday taneleri ile çizdiğini, lezyonların gerilediğini söylemiştir. Bu olgu değerlendirmeler sırasında kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi olmaya çalışan bireyler arasında yer almıştır.

Çalışmamızda kendi kendine tedavi olmaya çalışan bireylerde (%20,7) algılanan sağlık/sağlık gereksinimi (%37,2), daha önceki deneyimler (%25,6) ve ekonomik nedenler (%19,8) temel belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 22). Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı hem dünyada hem de ülkemizde yaygın bir davranış olarak saptanmıştır. Kendi kendine tedavi etmeye çalışma davranışının sosyoekonomik koşullar tarafından belirlendiği, yoksullar arasında hastalık karşısındaki en yaygın davranış olduğu bulunmuştur (158). MNSA 2005 çalışmasında kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile hastalığını iyileştirmeye çalışanların %66,1'i daha önce benzer yakınmalarında önerilen ilaçları kullanmıştır (92). Çağlayan ve ark. evde kendi kendine müdahale nedenlerinin ekonomik yetersizlikler ve önemli bir hastalık olmadıkça sağlık kurumuna başvurmama olduğunu belirtmişlerdir (49). TUSHH çalışmasında kendi kendine iyileşmeye çalışma davranışının en sık nedeninin daha önceden verilen ilaçların kullanılması olduğu; 80 yaş ve üzerindekilerde, kadınlarda, lisansüstü eğitim alanlarda, özel sağlık sigortası olanlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur (137). Vietnam'da yapılan bir çalışmada hastalığı hafif olarak algılayanlarda, erkeklerde kendi kendine tedavi etmeye çalışma davranışının daha fazla olduğu bulunmuştur (93). Meksika'da yapılan bir çalışmada son on beş gün içinde sağlık hizmeti gereksinimi olanların %61'inin kendi kendine tedavi olmaya çalıştığını saptamıştır (158).

Çalışmamızda sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuranların davranışında, sağlık kurumunun özellikleri (%51,7), coğrafi erişim (%35,7) ve

daha önceki deneyimler (%34,2) temel belirleyicilerdir. Bu grupta ekonomik nedenler ancak dördüncü sırada (%25,1) yer almaktadır (Tablo 23). Alkoy'un çalışmasında sağlık kuruluşuna başvuranların en sık sosyal güvence ve ekonomik yönden uygunluk ve ulaşım kolaylığı ve yakın olması nedeniyle böyle davrandığı bulunmuştur (142). Nesanır ve ark. (134) düşük sosyal statülü iş, sosyal güvencenin olmaması, hane gelirinin yetersiz olması, anne eğitiminin düşük olmasının sağlık kurumuna başvuruyu azaltan faktörler olduğunu saptamıştır.

Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Arama Davranışı

Araştırmaya alınan bireylerden son on beş gün içinde hastalanan 416 kişinin hastalık karşısındaki davranışının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 24'de görülmektedir. Altmış beş ve üstü yaş grubundakilerde hastalık karşısında hiçbir şey yapmama (%20,0) ve sağlık kurumuna başvurma davranışı (%71,4) diğer gruplardan daha fazlayken, kendi kendine ya da sağlık personeli olmayan kişilerin yardımıyla tedavi etmeye çalışma davranışı 6–14 yaş grubunda (%26,2) daha fazladır. Hastalanan bireylerde yaş gruplarına göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur. TUSHH çalışmasında 80 ve üzerin yaş grubundakilerde kendi kendine tedavi olmaya çalışma daha yüksek bulunmuştur (137).

Hastalık karşısındaki sağlık hizmeti arama davranışının bireylerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 25'de görülmektedir. Çalışmamızda kadınlarda hiçbir şey yapmama (%18,1), erkeklerde kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı (%25,1) daha fazla bulunmuştur. Vietnam'da yaşlılarda hiçbir şey yapmama ve kendine tedavi olmaya çalışma davranışının yüksek olduğu bulunmuştur (93).

Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayanlarda hiçbir şey yapmama davranışı (%37,0) sağlık güvencesi olanlardan (%13,5) daha fazla, sağlık kurumuna başvuru davranışı (%43,5) ise sağlık güvencesi olanlardan (%65,7) daha azdır. Anlamlı farklılık sağlık güvencesi olmayanlarda hiçbir şey yapmama, olanlarda ise sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruluşa

başvurma davranışının daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Gökçe ve ark. (159) kendi kendine ilaç kullanımının, sağlık için sosyal güvencesi olanlarda %59,5 iken güvencesi olmayanlarda %93,3 olduğunu saptamıştır. Usta; sağlık kurumuna başvuru sıklığını güvencesi olanlarda %63,9, olmayanlarda ise %45,4 olarak bulmuştur (156).

Dul ya da boşanmış olanlarda hiçbir şey yapmama davranışı (%36,0), hiç evlenmemişlerde kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı (%26,5), evlilerde sağlık kurumuna başvuru davranışı (%66,7) daha fazladır (Tablo 19). Hiç evlenmemişlerde hiç bir şey yapmama davranışının daha az olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Bazı çalışmalarda hiç evlenmeyenlerin hekime daha az başvurduğunu, eşi ölmüş, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayanlarda sağlık kurumuna başvurunun daha fazla olduğu bulunmuştur (95, 155). Ancak medeni duruma göre sağlık hizmeti arama davranışındaki farklılıkların yaş, cinsiyet ve ekonomik durum ve sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarla birlikte değerlendirilerek incelenmesi daha yararlı olabilir.

Kırsal yerleşim yerinde yaşayanlarda diğerlerine göre kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı (%29,0) daha fazla, sağlık kurumuna başvuru davranışı (%54,9) daha az, gecekondü yerleşim yerinde yaşayanlarda ise hiçbir şey yapmama davranışı (%14,6) daha azdır. Zencir ve ark. kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine erişimin daha kötü olduğunu bulmuştur (160).

On beş ve üzeri yaş grubundaki bireylerden beş yıldan az öğrenim görenlerde hiçbir şey yapmama, on iki yıl ve üzeri öğrenim görenlerde ise kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi olmaya çalışma (%33,3) davranışı daha fazladır. Beş yıldan az öğrenim görenlerde hiç bir şey yapmama davranışı daha fazla, kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi olmaya çalışma daha az; beş sekiz yıl arasında öğrenim görenlerde ise hiç bir şey yapmama daha fazladır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Öğrenim düzeyi düşük olanların sağlık hizmetlerini daha az kullanması diğer çalışmalarla uyumludur (11, 28, 68, 76, 79, 155). Kendi

kendine tedavi olma davranışının on iki yıl ve üzerinde öğrenim görenlerde fazla olması TUSHH çalışmasıyla uyumludur.

Çekirdek ailede yaşayanlarda kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı (%24,8), parçalanmış ailelerde (%69,0) sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru davranışı daha fazladır. Tek ebeveynli ailelerin çocuklarında sağlık hizmeti kullanımının daha düşüktür (103,111). Usta çekirdek ailelerde sağlık kurumuna başvurunun daha fazla olduğunu bulmuştur (155).

Hane halkı başkanının kendisi, eşi ve çocuğu dışındaki yakınlarının hastalanması durumunda hiçbir şey yapmama davranışı (%25,0) daha fazladır. Hane halkı başkanının çocuğunun hastalanması durumunda kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi etmeye çalışma davranışı diğerlerinden daha fazladır.

Hane halkı başkanı Bursa merkez ilçe dışındaki ilçelerde ve Bursa'da doğanlarda (%22,7) kendi kendine tedavi etme davranışı daha fazla (%58,3), ülke dışında doğanlarda ise hiçbir şey yapmama davranışı (%20,8) daha fazladır. Bursa'nın ilçelerinde doğanlarda diğer gruplara göre sağlık kurumuna başvuru davranışı daha az, kendi kendine tedavi etme davranışı daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bulgular diğer çalışmalarla uyumludur (23, 24,26, 60, 65, 71). Siegel ve arkadaşları göçle gelenlerde yalnızca ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinin değil koruyucu sağlık hizmetleri ve diş sağlığı hizmetlerinin kullanımının da düşük olduğunu bulmuştur (65).

Hastalık karşısında sağlık hizmeti arama davranışının bireylerin bazı sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı Tablo 26'da görülmektedir. Hane halkı başkanı beş yıldan az öğrenim görenlerde hiçbir şey yapmama davranışı (%32,0), dokuz yıl ve daha fazla öğrenim görenlerde kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı (%26,6) daha fazladır. Hane halkı başkanı işsiz olanlarda hiçbir şey yapmama, emeklilerde kendi kendine tedavi olmaya çalışma, hane halkı başkan ev kadını ve hastalığı nedeniyle çalışmayan bireylerde ise (sırasıyla %70,0 ve %73,1) sağlık kurumuna başvuru daha fazladır. Ancak istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

Ayoğlu ve ark. (161) sağlık hizmeti kullanımının emeklilerde daha fazla olduğunu bulmuştur.

Hane halkı başkanı yüksek nitelikli ücretli sınıfında olanlarda kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı (%33,3), niteliksiz hizmet işçilerinde sağlık kurumuna başvuru davranışı (%73,7), kendi hesabına çalışanlarda ise hiçbir Şey yapmama (%19,5) davranışı daha yaygındır. Ayoğlu ve ark. (161) sağlık hizmeti kullanımının niteliksiz hizmet işçilerinde, daha fazla olduğunu bulmuştur.

Hastalanan on beş ve üzeri yaş grubundaki bireyler çalışma durumuna göre incelendiğinde çalışanlarda kendi kendine tedavi olmaya çalışma (%25,3); ev kadını, ğrenci veya sağlık nedeniyle çalışamayanlarda hiçbir Şey yapmama davranışı (sirasıyla %21,3, %25,0, %33,3) daha fazladır. alışmayanlarda ayrıca kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı da (%44,5) daha fazla görülmektedir. Sağlık kurumuna başvuru davranışı ise emekli ve işsizlerde (sirasıyla %70,2, %85,7) daha fazladır. Bulgularımız Ayoğlu ve ark. ile benzerdir.

Ekonomik durum algısı iyi olanlarda sağlık kurumuna başvuru davranışı (%66,7) daha fazla; ekonomik durumu kötü olanlarda hiçbir Şey yapmama davranışı (%26,7) daha fazla, sağlık kurumuna başvuru davranışı (%57,3) ise daha azdır. Bulunan istatistiksel olarak anlamlı fark ekonomik durum algısı kötü olanlarda hiçbir Şey yapmama davranışının daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Usta, gelir düzeyi arttıka sağlık kurumuna başvurunun arttığını saptamıştır (155).

Geçim sıkıntısı çekenlerde hiçbir Şey yapmama davranışı (%12,3) geçim sıkıntısı ekmeyenlere göre (%17,4) daha azdır. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı geçim sıkıntısı çekenlerde (%25,4) ekmeyenlere göre (%19,0) daha fazladır. Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da sağlık kurumuna başvuru davranışı geçim sıkıntısı çeken (%62,3) ve çekmeyenlerde (%63,6) benzer bulunmuştur.

Düzenli geliri olanlarda hiçbir Şey yapmama davranışı (%17,2), düzenli geliri olmayanlara (%11,9) göre daha yüksek; sağlık kurumuna başvuru davranışı ise düzenli geliri olmayanlarda (%69,1) düzenli olanlara (%61,7)

göre daha yüksektir. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı ise (sırasıyla %21,1 ve %19,0) benzer bulunmuştur. Usta, geliri düzenli olanlarda sağlık kurumuna başvuru davranışının düzenli olmayanlardan fazla olduğunu bulmuştur (155).

Bağımsız konutta oturanlarda hiçbir şey yapmama davranışı ve sağlık kurumuna başvuru (sırasıyla %17,2, %64,8), apartman tipi konutta oturanlara göre (sırasıyla %14,0, %60,1) daha fazla, kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı apartmanda oturanlarda (%25,9) bağımsız konutta oturanlara göre (%18,0) daha fazladır.

Oturduğu konuta kira ödeyenlerde hiçbir şey yapmama davranışı (%17,6), kendine ait konutta (%15,6) ve kendine ait olmayan konutta kira ödemeksizin oturanlara (%12,5) göre daha fazladır. Kendisine ait bir evde oturanlarda kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı (%18,5), oturduğu konuta kira ödeyenlerden (%22,8) daha fazladır. Kendisine ait olmayan bir konutta, kira ödemeksizin oturanlarda ise sağlık kurumuna başvuru davranışı (%87,5); kendine ait bir konutta oturanlar (%61,6) ve kira ödeyerek oturanlara (%63,9) göre daha fazladır. Ayoğlu ve ark. kendine ait konutta oturanlarda sağlık kurumuna başvurunun daha fazla olduğunu bulmuştur (161).

Oturulan evdeki oda sayısı dört ve daha fazla olanlarda kendi kendine tedavi etme davranışı (%24,1), üç ve daha az odası olan evlerde yaşayanlara göre %19,8 daha fazladır. Sağlık kurumuna başvuru davranışı üç ve daha az odası olan evlerde yaşayanlarda (%63,8) dört ve daha fazla odası olan evlerde yaşayanlara (%60,9) göre daha fazladır.

Evde yaşayan kişi sayısı dört ve daha az olan bireylerde hiçbir şey yapmama ve kendi kendine tedavi etmeye çalışma davranışı (sırasıyla %17,4 ve %22,5), beş ve daha fazla kişinin yaşadığı evlere göre (sırasıyla %13,9, %17,7) daha fazladır. Sağlık kurumuna başvuru davranışı ise dört ve daha az kişinin oturduğu evde yaşayanlarda (%60,1) beş ve daha fazla kişinin oturduğu evde yaşayanlardan (%68,4) daha azdır. Oda ve kişi sayısına göre hastalık karşısında sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur.

Hiçbir şey yapmama davranışı sağlık durum algısı kötü olanlarda (%22,5), iyi (%13,7) ve orta olanlardan (%20,7) daha fazladır. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı sağlık durum algısı iyi olanlarda (%23,6), orta (%13,0) ve kötü olanlardan (%17,5) daha fazladır. Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru sağlık durum algısı orta olanlarda (%66,3), kötü (%60,0) ve iyi olanlardan (%62,7) daha fazladır. Algılanan sağlık durumuna göre hastalık karşısında sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur. Yapılan çalışmalarda sağlık durum algısı kötü olanlarda sağlık kurumuna başvurunun az olduğu bulunmuştur (100, 155).

Hiçbir şey yapmama davranışı hastalık ve/veya yakınmaları kronik hastalık özelliğinde olanlarda (%22,1), akut acil hastalık (%11,3) ve akut hastalık özelliğinde olanlardan (%12,1) daha fazladır. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı hastalık ve/veya yakınmaları akut hastalık özelliğinde olanlarda (%30,8), akut acil hastalık (%16,1) ve kronik hastalık özelliğinde olanlardan (%11,6) daha fazladır. Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru hastalık ya da yakınması akut acil hastalık özelliğinde olanlarda (%72,6), kronik hastalık (%66,3) ve akut hastalık özelliğinde olanlardan (%57,1) daha fazladır. Hastalık ya da yakınmanın özelliğine göre hastalık karşısında sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark vardır. Akut hastalıkta kendi kendine tedavi etme, akut acil hastalıkta sağlık kurumuna başvuru ve kronik özellikli hastalıkta ise hiç bir şey yapmama davranışı daha fazladır. Hastalık hafif olarak değerlendirildiğinde hiçbir şey yapmama ya da kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışının yüksek bulunduğu diğer çalışmalarla uyumludur (92, 137, 155).

Hiçbir şey yapmama davranışı kronik hastalık ya da engelliliği olanlarda (%18,3), olmayanlardan (%14,6) daha fazladır. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı kronik hastalık ya da engelliliği olanlarda (%16,0) olmayanlardan (%23,9) daha azdır. Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru kronik hastalık ya da engelliliği olanlarda (%65,7), olmayanlardan (%61,5) daha fazladır. Kronik hastalık ya da engellilik varlığına göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur. Yapılan çalışmaların bazılarında da, kronik hastalık ve engelliliği olanların

sağlık hizmetlerini kullanımının düşük (20, 61, 68) bazılarında ise yüksek olduğu bulunmuştur (154,155).

Hiçbir şey yapmama davranışı sağlık sorunları nedeniyle işe okula gidememe ya da günlük aktivitelerini yerine getirememe sorunu olanlarda (%11,1), olmayanlardan (%18,1) daha azdır. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı sağlık sorunları nedeniyle işe okula gidememe ya da günlük aktivitelerini yerine getirememe sorunu olanlarda (%17,1), olmayanlardan (%22,1) daha azdır. Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru sağlık sorunları nedeniyle işe okula gidememe ya da günlük aktivitelerini yerine getirememe sorunu olanlarda (%71,8), olmayanlardan (%59,9) daha fazladır. Hastalık nedeniyle işe okula gidememe ya da günlük aktivitelerini yerine getirememe sorununa göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur.

Hiçbir şey yapmama davranışı son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullananlarla (%16,9) kullanmayanlarda (%15,9) benzerdir. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullananlarda (%10,1) kullanmayanlardan (%23,5) daha azdır. Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru, son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullananlarda (%73,0) kullanmayanlardan (%60,6) daha fazladır. Son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullanma durumuna göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark vardır. Son bir yılda koruyucu sağlık hizmeti kullananlarda kullanmayanlara göre sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru sıklığı yüksektir. Bulgularımız Aslan ve ark. bulgularıyla uyumludur (100).

Hiçbir şey yapmama davranışı son bir yıl içinde dış hekimi başvurusu olanlarda (%11,2), olmayanlardan (%18,5) daha azdır. Kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı son bir yıl içinde dış hekimi başvurusu olanlar (%21,5) ve olmayanlarda (%20,5) benzerdir. Sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuru, son bir yıl içinde dış hekimi başvurusu olanlarda (%67,3) olmayanlardan (%60,9) daha fazladır. Son bir yıl içinde dış hekimine başvuru durumuna göre sağlık hizmeti arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur.

Kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının sağlık arama davranışına etkisi

0–5 yaş grubu çocukların kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının sağlık arama davranışına etkisi: Bebek ve çocuklardan %50,9'u son on beş gün içinde hastalanmıştır. Hastalanma sıklığı Hassoy'un (21) çalışmasıyla uyumludur. Hastalanan bebek ve çocukların %13,2'si için hiç bir şey yapılmazken, %22,6'sı anne babası tarafından kendi kendine tedavi edilmeye çalışılmış, %64,2'si ise sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma götürülmüştür. Hastalanan bebek ve çocukların %98,1'inin büyüme ve gelişmesi izlenmektedir. Hastalandığında hiç bir şey yapılmayan bebek ve çocuklardan %85,7'sinin, diğer tüm çocukların büyüme ve gelişme durumu izlenmektedir. Sağlık hizmeti arama davranışı ile büyüme ve gelişmenin izlenmesi arasında anlamlı fark vardır. Büyüme ve gelişme durumu izlenmeyenlerde hastalanma sırasında hiçbir şey yapılmayanlar daha fazladır.

Son on beş gün içinde hastalanan çocukların biri tam aşılı değildir. Tam aşılı olmayan çocuk için hiçbir şey yapılmamıştır. Hastalanan bebek ve çocuklar arasında bağışıklık durumu ile sağlık hizmeti arama davranışı arasında anlamlı fark vardır; aşısız olan bebek için hiçbir şey yapılmamasından kaynaklanmaktadır. Hastalık karşısında sağlık hizmeti davranışı çocuklar için anne babaları tarafından belirlenmektedir. Aşılama hizmetlerinden yararlanmanın anne babanın sağlık hizmetlerini kullanımı ile ilişkili olduğu belirten çalışmalar vardır (176). Çocuğun hastalanması durumu içinde aynı ilişkinin varlığını öngörebiliriz.

Son on beş gün içinde hastalanan 53 çocuktan evde ebe tarafından izlenen %11,8'i için hiç bir şey yapılmamış, %21,6'sı doktora götürülmeksizin tedavi edilmeye çalışılmış, %66,7'si ise sağlık hizmeti veren kuruma götürülmüştür. Evde ebe tarafından izlem ile sağlık hizmeti arama davranışı arasında anlamlı fark yoktur.

Çocuklarda koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanımı üzerine etkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Anne babanın öğrenim düzeyinin çocukların hem tedavi

edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında etkili olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır (21, 66, 85).

Araştırma kapsamındaki 15–49 yaş grubu evli 189 kadının %39,7'si son on beş gün içinde hastalanmıştır. Bu kadınların %17,3'ü hiç bir şey yapmazken, %5,3'ü kendi kendine ya da başkalarının yardımı ile tedavi etmeye çalışmış, %69,4 'ü ise sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurmuştur.

Son on beş gün içinde hastalanan 75 kadından hastalık karşısında hiç bir şey yapmayanların %30,8'i, kendi kendine tedavi etmeye çalışanların %90,0'ı, sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuranların %65,4'ü evde ebe tarafından izlenmektedir. Sağlık hizmeti arama davranışı açısından evde ebe tarafından izlem durumuna göre anlamlı fark vardır. Evde ebe tarafından izlenmeyen kadınlarda hiç bir şey yapmama davranışı daha fazladır.

Son on beş gün içinde hastalanan kadınlardan hiç doğum yapmayan kadınlarda hiçbir şey yapmama davranışı az, sağlık kurumuna başvuru davranışı fazladır. Bu grupta hastalık karşısında kendi kendine tedavi olmaya çalışma davranışı gösteren kadın yoktur. Doğum yapma durumuna göre hastalık karşısında sağlık arama davranışı açısından anlamlı fark yoktur.

Son on beş gün içinde hastalanan 75 kadın arasında hastalık karşısında sağlık arama davranışı açısından aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre anlamlı fark yoktur.

Ulusal sağlık düzeyleri ölçütlerinden biri olan koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı aynı zamanda ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımında da belirleyicidir. Kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı için sorgulanmasa da koruyucu sağlık hizmeti kullananlarda sağlık hizmeti veren kuruma başvuru oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (100).

Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Karşılanamayan Sağlık Hizmeti Gereksinimi

Kişi hasta olduğu halde doktora gidemiyor, ertelıyor ya da ilacını alamıyorsa karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminden söz edilir.

Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksiniminin başlıca nedenleri sağlık için sosyal güvencenin olmaması, yoksulluk, eğitim düzeyinin düşük olması olarak saptanmıştır (14, 17, 75–77, 95–103, 105). Özellikle riskli gruplarda, karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi daha fazladır (6, 13, 15, 23, 28, 56, 61, 64, 72, 77, 78, 81, 86, 93, 96, 115, 142, 158). Hastalandığında sağlık hizmeti almak için bir kuruma başvurmayı etkileyen en önemli faktör ekonomik engellerdir (10, 11, 50, 52, 63, 65). Yoksul topluluklar sağlık durumlarının daha kötü olması nedeniyle daha çok sağlık hizmetine gereksinim duymalarına rağmen “ters hizmet kuralı yasası” doğrultusunda sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadırlar (8, 38, 107, 108). Karşılanamayan sağlık hizmetleri gereksinimi hastalıkların kronikleşmesine ve acil servis başvurularının artmasına neden olarak yoksulların sağlık harcamalarını arttırarak, yoksulluğu daha da arttırmaktadır (38, 70, 93). Belek’in araştırmasında burjuva sınıfı dışındakilerde, sağlık durumu ve ekonomik durumu kötüleşenlerin sağlık hizmetlerini kullanımının azaldığı bulunmuştur (151). Ekonomik nedenlerle karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimini ulusal kapsayıcılığı olmayan sağlık güvence sistemlerinde arttırmaktadır (6, 13–15, 23, 28, 62, 70, 72, 93, 115, 158). Ulusal kapsayıcılığı olan güvence sistemlerinde ise özellikle ilaç ve diş hekimi başvurularında karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimine yol açmaktadır (18, 62). Ancak iki sistem arasındaki karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi oranları oldukça farklıdır. Sağlık hizmetleri için daha fazla para harcanan ABD’de güvencesi olanlarda ilaç alamama %9,9, Kanada’da %5,2; güvencesi olmayanlarda ise %24,7 ve % 9,1 olarak bulunmuştur (62)

Yaş ve cinsiyet, sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir etmendir (60, 64, 68, 69, 85). Yapılan çalışmalar öğrenim düzeyi düşük olanların sağlık hizmetlerini daha az kullandığını göstermektedir (11, 28, 68, 76, 79, 115). Sosyo ekonomik durumları kötü olduğu için sağlık hizmetlerine daha çok gereksinimi bulunan, ancak sosyoekonomik durumun kötü olması nedeniyle gereksinimini karşılayamayan toplum kesimlerinin durumu önemlidir (108). Yaşanan toplumsal ekonomik değişiklikler kişilerin sağlık güvence durumunda yol açtığı değişiklikler nedeniyle sosyal güvence durumunu

etkilemekte, kişilerin sağlık hizmeti arama davranışı ve sağlık hizmetlerini kullanımı üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır (20).

Meksika'da yapılan bir çalışmada karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi kırsal alanda yaşayanlarda beş yaş ve üzeri grupta, erkeklerde, sosyal güvencesi olmayanlarda, yaşam koşulları kötü olanlarda daha yüksek bulunmuştur (158). Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında son altı ay içinde rahatsızlığı veya ihtiyacı olanlardan %42,3'ünün ödeme gücü yüzünden en az bir kez hizmetten yararlanamadığı, %39,9'unun da ilacını alamadığı saptanmıştır (96). Zencir ve ark. (159) Denizli'de son bir yılda sağlık hizmeti gereksinimi olmasına rağmen doktora başvuramama %29,8, diğ hekimine başvuramama %33,8, ilacını alamama %26,9 olarak bulunmuştur. Kişilerin sağlık güvenceleri ilaç ödemelerini kapsamıyorsa, özellikle gelir düzeyi düşük yaşlılarda sağlık hizmetine başvuru sıklığı azalmaktadır (64). Kadınlar üreme çağına ait problemleri, sağlıkla ilgili algıları ve ev içindeki rolleri gereği sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinim duymakta ve kullanmaktadır (6, 68). Düşük gelir grubundaki, sağlık algısı kötü olan kadınlarda sağlık hizmeti gereksinimi ve kullanımı daha fazladır (6, 149). Ancak gereksinime göre düzeltme yapıldıktan sonra aradaki fark ortadan kalkmaktadır (6).

Pala ve ark. en fazla hekime başvurunun 65 ve üzeri yaş grubu ile 0-4 yaş grubunda olduğunu bulmuştur (95). Kaya; (81) 0-5 yaş grubu ve 55 yaşın üzerindeki doktora daha fazla gittiğini belirtmiştir. Kaya ve Dedeoğlu Antalya'da kadınlar, 55 yaş ve üzerindeki, boşanmışlar, 9 yıldan fazla eğitim alanlar, sosyal güvencesi olanların sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını saptamışlardır (162). Ayoğlu ve ark. (161) sağlık hizmeti kullanımının niteliksiz hizmet işçilerinde, emeklilerde ve sağlık için sosyal güvencesi olanlarda daha fazla olduğunu bulmuştur (160). Gelir düzeyi aynı zamanda sağlık güvencesi ve bireylerin eğitim düzeyleri içinde belirleyicidir (76). Yoksulluğun temel özellik olduğu göçle gelenlerin yaşadığı yerleşim yerlerinde sağlık hizmetlerine gereksinimin artmasına rağmen, sağlık hizmeti kullanımı düşüktür (23, 27, 91). Gelir düzeyi düşük olanlar sağlık hizmeti kullanımında finansal engellerin yanı sıra kurumsal engellerle de karşılaşmaktadır (15).

Yaşanan toplumsal ekonomik değişiklikler kişilerin sağlık güvence durumunu da etkilemektedir. 2000–2004 yılında ABD’de çalışmaya bağlı sağlık için sosyal güvencenin azalması nedeniyle altı milyon kişi sağlık güvencesiz kalmıştır (73). Sağlık için riskli gruplarda sağlık güvencesi olmayanlarda karşılanamayan sağlık gereksiniminin beş kat, sağlık durumunun kötü olarak algılanması ise üç kat daha fazla bulunmuştur (20).

Amerika’ya göçle gelenlerde sağlık için sosyal güvencenin olmamasının sağlık hizmetlerini kullanımı azalttığı, güvenceye sahip olanlarda bile sağlık hizmetleri kullanımının kendileri ve çocuklarında Amerika doğumlulara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (28, 74). Göçle gelenlerde kişi başına düşen gelir, sağlık kurumunun uzaklığı ve sosyal güvence durumunun sağlık kurumuna başvuruyu etkilediği bulunmuştur (49).

Çalışmamızda araştırmaya alınan bireylerin tümü için oluşturulan lojistik regresyon modelinde karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminin; güvencesi olmayanlarda 2,8 kat, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,6 kat arttığı bulunmuştur (Tablo 27). On beş yaş altı bireyler için oluşturulan lojistik regresyon modellerinde karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminin herhangi bir bağımsız değişkenle ilişkisi bulunamamıştır (Tablo 28). On beş ve üstü yaş grubundaki bireyler için oluşturulan lojistik regresyon modelinde karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminin sağlık güvencesi olmayanlarda 4,2, kırsal bölgede yaşayanlarda 2,8, ev halkı başkanı dokuz yıldan fazla öğrenim görenlerde 2,0, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,9 kat arttığı bulunmuştur (Tablo 29).

AYAKTAN TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI

Hastalanan 416 kişiden 262’si muayene olmuş, bir kişi ise randevu almadan gittiği için muayene olamamıştır. Sağlık kurumuna başvuranlardan %74,1’i bir kez, %25,2’si iki ve daha fazla başvuruda bulunmuştur. Muayene olan 262 kişiden %11,5’ine reçete yazılmamış, reçete yazılan 232 kişiden %0,4’ü ilacını hiç almamış, %6,5’i ise bir kısmını almıştır. İlaçlarını al(a)mayanların %56,3’ü parası olmadığı, %18,7’si ilaçlar evde olduğu için,

%25,0'ı ise diğer nedenlerle (ilacı almaya gidememe; işe yaramayacağı, gerek kalmadığı veya kullanamayacağını düşünme) ilaçlarını almamıştır.

Başvurular en çok ikinci basamak kamu sağlık kurumlarına (%34,2) ve sağlık ocaklarına (%33,1) yapılmıştır. Sağlık kurumunun basamağına göre incelendiğinde son on beş gün içinde hastalandığında sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden %39,6'sı birinci, %55,1'i ikinci, %5,3'ü üçüncü basamak sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumunun sektörüne göre incelendiğinde ise hastalananlardan %84,0'ü kamu, %16,0'sı ise özel sağlık sektöründeki bir sağlık kurumuna başvuruda bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdukları sağlık kurumunun sağlık ocakları ve/veya birinci basamak sağlık kurumları olduğunu göstermektedir (21, 49, 163–165). İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının ağırlıklı olarak tercih edildiğini saptayan çalışmalarda vardır (96, 142, 156, 161). Sağlık ocağına başvurma nedenleri arasında yaşanılan yere yakınlığı, ulaşımın kolay olması, sağlık hizmetinin ücretsiz ve/veya ucuz olması yer almaktadır. Sağlık güvencesi olmayanlar ve ekonomik durumu kötü olanlar hastalanma durumunda ilk başvuru yeri olarak sağlık ocaklarını ve/veya birinci basamağı tercih etmektedir (21, 163–165). Hassoy'un (21) ilk başvuru yerinin sağlık ocakları (%66,7) olduğu, bireylerin %81,7'sinin birinci basamak, %88,3'ünün kamu sağlık kurumlarına başvurduğunu bulmuştur. İlk başvuru yeri olarak sağlık ocağının seçilmesinin nedenin %41,7'sinde hizmetten memnuniyet, %40,0'ında yakın olmasıdır (21). İkinci üçüncü basamak sağlık kurumlarına ayaktan tedavi edici hizmetler için başvuranlarda en önemli belirleyici bağlı buldukları sağlık güvence kurumunun masraflarını karşılamasıdır. Bunu teşhis ve tedavi olanaklarının iyi olması ve yaşanılan yere yakınlığı izlemektedir (166). Berberoğlu'nun çalışmasında hastane polikliniğine başvuran hastaların sağlık sorunlarının %56,2'sinin birinci basamakta çözülebilir sorunlar olduğu bulunmuştur (167).

Ekonomik durumu kötü olanlar hastalığın hafif olduğunu düşünenler, sosyal güvencesi olmayanlar daha çok sağlık ocaklarını ve/veya birinci basamak sağlık kurumlarını kullanmaktadırlar (56, 137, 142, 163–165). Sağlık hizmeti kullanımı için ilk tercih edilen kurumların kamu sektörüne ait

olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (21, 96, 145, 151). Yapılan çalışmalarda saptanan özel sektör sağlık kurumlarının kullanım sıklığı %11,7 ile %34,4 arasında değişmektedir. Yoksullar birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanırken zenginler diğer basamakları ve özel sağlık hizmetlerini kullanmaktadır (13, 68, 70).

Başvurulan Sağlık Kurumu ve Bireylerin Bazı zellikleri

Sağlık kurumuna başvuran 0–5 yaş grubundaki bireylerin %38,2’si birinci basamak, %47,1’i ikinci basamak, %3,0’u unc basamak kamu sağlık kurumuna; %8,8’i birinci basamak, %2,9’u ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumuna başvuran 6–14 yaş grubundaki bireylerin %38,2’si birinci basamak, %48,7’si ikinci ve unc basamak kamu sağlık kurumlarına; %2,9’u ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Bireylerden 15–64 yaş grubundakilerin %36,5’i birinci basamak, %38,9’u ikinci basamak, %6,6’sı unc basamak kamu sağlık kurumuna; %1,8’i birinci basamak, %16,2’si ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %36,0’ı birinci basamak, %48’i ikinci ve unc basamak kamu sağlık kurumlarına; %4,0’u birinci basamak, %12,0’si ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Başvurulan sağlık kurumu açısından yaş gruplarına göre birinci basamak ile diğerleri ve kamu ile özel sağlık kurumları arasında anlamlı fark yoktur.

Son on beş gün içinde hastalandığında bir sağlık kurumuna başvuran erkeklerin %37,3’ birinci basamak, %49,0’u ikinci ve unc basamak kamu sağlık kurumlarına; %5,5’i birinci basamak, %8,2’i ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Bir sağlık kurumuna başvuran kadınlardan %37,3’ birinci basamak, %45,1’i ikinci ve unc basamak kamu sağlık kurumlarına; %11,1’i birinci basamak, %6,5’i ise ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Başvurulan sağlık kurumunun basamağı ve sektörü açısından cinsiyete göre anlamlı fark yoktur.

Bir sağlık kurumuna başvuran bireylerden sağlık güvencesi olanların %35,8'i birinci basamak, %49,0'u ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %1,2'i birinci, %14,0' ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık için sosyal güvencesi olmayan bireylerin %55,0'i birinci basamak, %20,0'si ikinci basamak kamu; %15,0'ı birinci basamak, %10,0'u ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık güvencesinin varlığına göre başvurulan sağlık kurumunun basamağı açısından anlamlı fark saptanmışken, kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Sağlık için sosyal güvencesi olmayanlar daha çok birinci basamak sağlık kurumlarını tercih etmektedir. Alkoy, sosyal güvencesi olanların %67,7'sinin kamu finansmanlı sağlık kuruluşlarına, olmayanların ise %58'inin özel sağlık kurumlarına başvurduğunu saptamıştır. Ayrıca sosyal güvencesi olanlarda ikinci basamak sağlık kurumuna başvurular anlamlı olarak fazla bulunmuştur (142). Avrupa ve ABD'de sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin araştırıldığı çalışmada düşük gelir grubundaki bireyler daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanırken, yüksek gelir grubundakilerin uzmanlaşmış sağlık hizmetlerini kullandığı bulunmuştur (20). Ülkemizde yapılan bir çalışma da sağlık güvencesi olmayanların sağlık ocağına, özel sigortası olanların ise özel sektöre başvurduğunu göstermektedir (150).

Son on beş gün içinde hastalanıp bir sağlık kurumuna başvuran, ekonomik durum algısı iyi olan bireylerin %37,0'si birinci basamak, %36,9'u ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %4,3' birinci basamak, %21,7'si ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Ekonomik durum algısı orta olan bireylerin %33,3' birinci basamak, %52,3' ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %2,3' birinci basamak, %12,1'i ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Ekonomik durum algısı kötü olan bireylerin %53,5'i birinci basamak, %34,9'u ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %11,6'sı ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Ekonomik durum algısına göre başvurulan sağlık kurumunun basamağına göre ve kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmamıştır. Tüzün, gelir durumu iyi olanların özel

sektöre başvurduğunu, kötü olanların ise sağlık ocağına başvurduğunu saptamıştır (150). Atina'da yapılan bir çalışmada gelir durumu iyi olanların özel sektörü tercih ettiği bulunmuştur (68).

Hane halkı başkanı beş yıldan az öğrenim görenlerin %40,0'ı birinci basamak, %60,0'ı ikinci basamak kamu sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanı beş sekiz yıl arası öğrenim görenlerin %37,5'i birinci basamak, %45,4'ü ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %0,6'i birinci basamak, %16,5'i ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanı dokuz on bir yıl arası öğrenim gören bireylerin %35,1'i birinci basamak, %50,9'u, ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %14,0'ü ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanı on iki yıl ve üzerinde öğrenim gören bireylerin %40,0'ü birinci basamak, %33,3'ü ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %26,7'si ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanının öğrenim süresine göre başvuru kurumunun basamağı ve özel ya da kamu sağlık kurumu olması açısından anlamlı fark yoktur. Öğrenim düzeyi yüksek olanlarda özel sektör tercihi daha fazla bulan çalışma vardır (68). Hastaneye başvuranlar arasında yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek bireylerin özel hastaneye, düşük olanların ise devlet hastanesine ayaktan tedavi için başvurduğu bulunmuştur (166).

Hane halkı başkanının toplumsal sınıfı yüksek nitelikli ücretli olan bireylerin %57,1'i birinci basamak, %28,6'sı ikinci basamak kamu; %14,3'ü ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Niteliksiz hizmet işçisi olan bireylerin %38,1'i birinci basamak, %42,8'i ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %4,8'si birinci basamak, %19,6'sı ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Mavi yakalı ücretli sınıfından olan bireylerin %36,7'si birinci basamak, %45,0'u ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %9,6'sı birinci basamak, %4,8'i ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Kendi hesabına çalışan sınıfında olan bireylerin %34,6'sı birinci basamak, %42,3'ü ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarına; %11,7'si birinci basamak, %11,7'si ikinci basamak özel

sağlık kurumuna başvurmuştur. Hane halkı başkanının toplumsal sınıfına göre başvuru sağlık kurumunun basamağı ve özel ya da kamu sağlık kurumu olması açısından anlamlı fark yoktur. Tüzün işsizlerin sağlık ocağını, işverenlerinse özel sektörü tercih ettiğini saptamıştır (150) .Ayoğlu ve ark.'nın (161) çalışmasında ücretlilerde devlet hastanesi tercihinin (%58,5) sağlık ocağı tercihinin (% 24,6) daha fazla olduğu bulunmuştur.

Hastalananlardan sağlık kurumuna başvuran 263 kişiden %28,5'i yürüyerek, %31,2'si özel araçla, %40,3'ü ise toplu taşıma araçları ile ulaşımını sağlamıştır. Sağlık kurumuna yürüyerek giden 75 kişiden %84,0'ü birinci basamak, %5,3'ü ikinci basamak, %2,7'si üçüncü basamak kamu; %4,0'ü birinci basamak, %4,0'ü ikinci basamak özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumuna ulaşım şekli açısından başvuru sağlık kurumunun basamağına göre anlamlı fark saptanmışken, kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmamıştır. Birinci basamağa başvuranlar yürüyerek giderken diğerleri özel araç ya da toplu taşıma araçlarını kullanmaktadır.

Başvuru sağlık kurumunun basamağına ve kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre ulaşım süresi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Birinci basamak ve kamu sağlık kurumlarına başvuranlar otuz dakikadan daha az sürede ulaşımını sağlamaktadır. Hassoy'un çalışmasında (21) hastaların %90'u sağlık kurumuna ulaşımını otuz dakikadan daha az sürede sağlamıştır.

Muayene olmak için geçen bekleme süresi açısından başvuru sağlık kurumunun basamağına göre anlamlı fark saptanmışken, kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmamıştır. Birinci basamakta muayene olmak için bekleme süresi daha kısadır. Başvuruların çoğunun sağlık ocağına yapıldığı Hassoy'un çalışmasında (21) muayene olmak için 30 dakikadan daha fazla bekleyenlerin oranı %10,0'dir.

Yapılan lojistik regresyon analizine göre birinci basamak sağlık kurumu dışında bir sağlık kurumuna başvurma; sağlık güvencesi olanlarda 4,3 kat, kırsal yerleşim yerinde yaşayanlarda 3,2 kat, kira ödemeyenlerde 2,2 kat, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,9 kat artmaktadır.

Lojistik regresyon analizine göre on beş yaş altı yaş grubunda yer alan bireylerde birinci basamak sağlık kurumu dışında bir sağlık kurumuna başvurma sağlık güvencesi olanlarda 7,8 kat, ekonomik durum algısı iyi ve orta olanlarda 7,1 kat, kira ödemeyenlerde 4,4 kat artmaktadır. Ayoğlu ve ark. ev sahibi olanlarda ikinci ve üçüncü basamak tercihinin daha fazla olduğunu bulmuştur (161).

Yapılan lojistik regresyon analizine göre on beş yaş ve üstü yaş grubunda yer alan bireylerde birinci basamak sağlık kurumu dışında bir sağlık kurumuna başvurma, sağlık güvencesi olanlarda 3,8 kat, kendisine ait bir evde oturanlarda 2,2 kat ve işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 2,1 kat artmaktadır.

Hastalanma durumunda özel sektördeki bir sağlık kurumundan hizmet almayı etkileyen bağımsız değişkenlerin belirlenmesi için modeller oluşturulmuştur. Oluşturulan lojistik regresyon modellerinde on beş yaş ve üstü yaş grubu dışında özel sektöre ait sağlık kurumuna başvuruyu etkileyen bağımsız bir değişkenle ilişki bulunamamıştır.

Hastalanma durumunda özel sektöre başvurma olasılığı, işe okula gidememe sorunu olanlarda 2,5 kat, ekonomik durum algısı iyi olanlarda ise 2,6 kat artmaktadır. Atina'da yapılan bir çalışmada sağlık durum algısı kötü, eğitim düzeyi yüksek kadınlarda özel sektör başvurularının daha fazla olduğu bulunmuştur (68).

Sağlık kurumuna başvuranlardan %83,7'si tekrar hastalandığında aynı sağlık kurumunu tercih edeceğini belirtmiştir. Aynı kişi ve kurumu tercih etme nedenlerinin başında alınan hizmetten memnuniyet ve coğrafi erişim gelmektedir. Aynı kurumu tercih etmeme nedenlerinin başında ekonomik nedenler gelmektedir. Alkoy'un çalışmasında sağlık hizmeti almak için başvuranların %68'inin aldığı hizmetten memnun olduğu bulunmuştur. Alınan hizmetten memnun olmama nedenlerinin başında muayene olmak için bekleme süresinin uzun olması gelmektedir (142).

Sağlık kurumuna başvuranlardan tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih edeceğini belirtenlerin %43,2'si birinci basamak, %45,0'i ikinci ve üçüncü basamak kamu; %0,9'u birinci basamak, %10,9'u ikinci basamak

özel sağlık kurumuna başvuranlardır. Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etmeyeceğini belirtenlerin %62,8'i kamu; %37,2'si özel sağlık kurumuna başvuranlardır. Aynı kurumu tercih edeceğini belirtenlerin %88,2'si kamu, %11,6'sı özel sağlık kurumuna başvurmuştur. Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etmeyeceğini belirtenlerden %25,6'sı birinci basamak, %74,4'ü ise diğer sağlık kurumlarına başvurmuştur. Aynı kurumu tercih edeceğini belirtenlerin %50,0'si birinci basamak, %50,0'si diğer sağlık kurumlarına başvurmuştur. Tekrar hastalanma durumunda aynı kurumu tercih etme açısından sağlık kurumunun basamağına ve kamu ya da özel sağlık kurumu olmasına göre anlamlı fark saptanmıştır. Birinci basamak ve kamu sağlık sektöründen hizmet alanlarda sağlık kurumundan memnuniyet oranları daha fazladır.

Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etmeme ailenin gelirinin düzenli olmadığı hanelerde anlamlı olarak daha fazladır. Ayrıca cepten sağlık harcaması yapanlarda aynı kurumu tercih etmeme anlamlı olarak daha fazladır.

Cepten Sağlık Harcamaları

Cepten sağlık harcamaları özellikle kadın, çocuk, yaşlılar gibi riskli gruplarda, öğrenim ve gelir düzeyi düşük olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüksek gelir grubunda cepten sağlık harcamaları düşük, özel sağlık kurumlarından hizmet alan ve güvencesi olmayanlarda cepten sağlık harcaması yapma riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (168). Cepten sağlık harcamaları sağlık hizmetlerinin kullanımı için önemli bir engel oluşturmaktadır. Karşılanamayan sağlık hizmeti gereksiniminde cepten sağlık harcamaları en önemli nedenlerden biridir. Nüfusun % 94'ünün kamu sağlık güvencesinde olduğu Estonya'da cepten sağlık harcamalarındaki artış uygulanan "sağlıkta reform" çalışmalarının en belirgin sonuçlarından. 1995 yılında sağlık hizmetleri için ödemeleri aylık gelirinin %20'sini oluşturanların oranı %3,4 iken 2002'de %7,4'e çıkmıştır. Ekonomik nedenlerle sağlık kurumuna başvurmama

yoksullarda daha fazladır. Aile bütçesinde önemli bir ağırlık oluşturan sağlık harcamaları düşük geliri ailelerde, geliri yüksek olanlara göre daha fazladır. Yüksek sağlık harcamaları nedeniyle tıbbi yoksulluk tuzağına düşme açısından yoksul aileler daha yüksek risk taşımaktadır (70, 93).

Yapılan çalışmalarda cepten sağlık harcaması sıklığı sağlık hizmetlerinin finansman şekli, bireylerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerine göre %10 ile %75,4 arasında değişmektedir (21, 49, 64, 70, 93, 96, 147, 149, 160, 168,169). Sağlık Bakanlığı'nın araştırmasında (96) alınan son sağlık hizmetinde ödeme yapanların %56,4'ünün bu ödemeyi yapmakta zorlandığı bulunmuştur. Ankara'da yapılan bir çalışmada cepten sağlık harcaması yapanların oranının %34,6 ve bu harcamaların %40,5'inin ilaç için yapılan ödemeler olduğu bulunmuştur (167). Çalışmada ikinci basamak sağlık kuruluşlarına ve özel hastanelere başvuranlarda cepten sağlık harcamalarının anlamlı olarak yüksek ve katastrofik sağlık harcaması oranının %6,8 bulunmuştur. Kılıç ve ark. Balçova bölgesinde sağlık hizmeti almak için başvuranların %12'sinin cepten sağlık harcaması yaptığını, harcamaların özel sağlık kurumlarına başvuranlarda en yüksek, sağlık ocaklarına başvuranlarda ise en düşük olduğunu saptamıştır (149). Hane halkı başkanının kadın olduğu hanelerde (147) yoksulluk oranı artışıyla birlikte ertelenen, karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimini son bir yıl içinde kişi başına 4,7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada son bir ayda yapılan katastrofik sağlık harcamaları %14 olarak bulunmuştur (147). Çağlayan ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları çalışmada sağlık kurumuna başvuranların %75,4'ünün cepten sağlık harcaması yaptığını saptamışlardır. Bireylerin %56,3'ü muayene, %30,3'ü ise ilaç için cepten sağlık harcaması yapmıştır (49). Hassoy'un çalışmasında (21) çocukların %61,7'sinin sosyal güvence dışında ek ödeme yaptığı bulunmuştur. Zencir ve ark. (159) son bir ayda ilaç için sosyal güvence dışında cepten sağlık harcamalarını %43,4, son üç ayda doktor için cepten sağlık harcamalarını %34,6, son bir yılda hastane için cepten sağlık harcamalarını %22,4 olarak saptamıştır. Pala ve ark. toplam sağlık harcamaları ve ilaç harcamalarının güvencesi olmayanlarda daha fazla olduğunu saptamışlardır (169).

Çalışmamızda son on beş gün içinde hastalanan ve sağlık hizmeti alan 263 kişiden %22,1'si alınan sağlık hizmeti için ödeme yapmıştır. Ödeme yapanlardan %81,0'i ödeme yaparken zorlanmıştır. Cepten sağlık harcaması yapma durumu Pala ve ark. bulguları ile uyumludur. Hastalanan 53 bebek ve çocuktan %15,1'i için ilaç katkı payları dışında sağlık hizmeti için ödeme yapılmıştır. Hassoy'un çalışmasında (21) çocukların %61,7'sinin bağış olarak yapılan ödemeler dahil, sosyal güvence dışında ek ödeme yaptığı bulunmuştur. Çalışmamızda cepten sağlık harcaması yapılan bebek ve çocuklardan %75,0'inin yakınlarının ödemeyi yapmakta zorlandığı bulunmuştur. Hastalandığında sağlık kurumuna başvuran 15-49 yaş evli kadınlardan %37,7'si sağlık hizmeti için ödeme yapmış; ödeme yapanların %85'i ise ödemeyi yapmakta zorlanmıştır. Ödemeyi yapmakta zorlananların oranının 0-5 yaş grubundan daha yüksek olmasının nedeni ödeme yapanların ve sosyal güvencesi olmayanların daha yüksek olmasının yanı sıra bu gruptaki sağlık problemlerinin daha karmaşık olmasından kaynaklanabilir.

Son on beş gün içinde hastalanıp sağlık kurumuna başvuranlarda sağlık hizmeti için ödeme yapma ile bireysel özelliklerden hane halkı başkanının toplumsal sınıfı, hastalığın acil akut hastalık olması ve aile gelirinin düzenli olması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hane halkı başkanı niteliksiz hizmet işçisi olanlarda cepten sağlık harcamaları daha fazladır.

Sağlık hizmeti için ödeme yapma durumuna göre başvuru alan sağlık kurumunun basamağı açısından fark bulunmazken kamu ya da özel sağlık kurumu olması açısından anlamlı fark saptanmıştır. Özel sağlık kurumlarına başvuranlarda sağlık hizmeti için ödeme daha fazladır.

Çalışmamızda katastrofik sağlık harcamaları için bilgi toplanmamıştır. Hastalık ve yakınmaları akut acil özellikte olanlar ve ailesi düzenli gelire sahip olmayanlarda cepten sağlık harcamalarının daha fazla olması katastrofik harcamalar konusunda bir öngörü sağlayabilir.

Sonuç olarak,

NHEAB'de yaşayan bireylerin son on beş gün içinde hastalanma sıklıkları, sağlık hizmetleri kullanımları ve etkileyen etmenleri belirlemek için 1053 kişi arasında yaptığımız kesitsel araştırmada;

1. Bireylerde son on beş gün içinde hastalanma sıklığının %39,5 olduğunu,

2. Kadınların, evli, dul ya da boşanmışların, hane halkı başkanı diğer illerde ve Bursa merkez ilçe dışında doğanların, oturlan konuta kira ödeyenlerin daha fazla hastalandığını,

3. Hastalanmanın tüm bireylerde; 5 yaş ve altındaki bireylerde 1,8, ekonomik durum algısı orta ve kötü olanlarda 1,4, kadınlarda 1,5, ev halkı başkanı dokuz yıldan az öğrenim görenlerde 1,4, ülke içinden göç edenlerde 1,3 kat; on beş yaşın altındaki bireylerde; ev haklı başkanının kendisine ait olmayan konutta oturanlarda 2,4, kentsel yerleşim yeri dışında yaşayanlarda 2,1, ev halkı başkanı mavi yakalı ücretli sınıfından olanlarda 1,8 kat; on beş ve üstü yaş grubunda; evli ve dullarda 2,0, kadınlarda 1,8, ev halkı başkanı dokuz yıldan az öğrenim görenlerde 1,6, ev halkı başkanı çalışmayanlarda 1,5, ev halkı başkanı ülke içinden göç edenlerde 1,4 kat arttığını

4. Hastalananların %16,1'inin hiçbir şey yapmadığını, %20,7'sinin kendi kendine ya da başkalarının yardımıyla tedavi olmaya çalıştığını, %63,2'sinin sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvurduğunu,

5. Hastalık karşısında hiçbir şey yapmayan bireylerin davranışında ekonomik nedenler, kendi kendine tedavi olmaya çalışan bireylerde algılanan sağlık/sağlık gereksinimi, sağlık hizmeti veren bir kişi ya da kuruma başvuranlarda ise sağlık kurumunun özelliklerinin temel belirleyici olduğunu,

6. Sağlık güvencesi, öğrenim süresi, hane halkı başkanının doğum yeri, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, hastalığın özelliği, son bir yıl içinde koruyucu sağlık hizmeti kullanmanın hastalık karşısında sağlık arama davranışını etkilediğini, kurumsallaşmış koruyucu sağlık hizmetlerinden bağımsızlık durumu, büyüme ve gelişme durumunun izlenmesinin 0–5 yaş

çocuklarda; evde ebe tarafından izlemin 15–49 yaş grubu evli kadınlarda sağlık arama davranışını etkilediğini,

7. Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksiniminin; bireylerin tümünde güvencesi olmayanlarda 2,8 kat, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,6 kat; on beş ve üstü yaş grubundaki bireylerde güvencesi olmayanlarda 4,2, kırsal bölgede yaşayanlarda 2,8, ev halkı başkanı dokuz yıldan fazla öğrenim görenlerde 2,0, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,9 kat arttığını

8. Reçete yazılanlardan %6,9'unun ilaçlarını alamadığı, bunların %56,3'ünün parası olmadığı için ilaçlarını alamadığını,

9. Başvuruların en çok ikinci basamak kamu sağlık kurumlarına ve sağlık ocaklarına yapıldığını,

10. Birinci basamağa başvuranların ulaşımını yürüyerek, diğerlerinin özel araç ya da toplu taşıma araçlarıyla; birinci basamak ve kamu sağlık kurumlarına başvuruların otuz dakikadan daha az sürede sağladığını, birinci basamakta bekleme süresinin daha kısa olduğunu,

11. Birinci basamak sağlık kurumu dışında bir sağlık kurumuna başvurmanın tüm bireylerde sağlık güvencesi olanlarda 4,3 kat, kırsal yerleşim yerinde yaşayanlarda 3,2 kat, kira ödemeyenlerde 2,2 kat, işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 1,9 kat; on beş yaş altı yaş grubunda sağlık güvencesi olanlarda 7,8 kat, ekonomik durum algısı iyi ve orta olanlarda 7,1 kat, kira ödemeyenlerde 4,4 kat; on beş yaş ve üstü yaş grubunda sağlık güvencesi olanlarda 3,8 kat, kendisine ait bir evde oturanlarda 2,2 kat ve işe okula gidememe sorunu olmayanlarda 2,1 kat arttığını;

12. Özel sektöre ait sağlık kurumuna başvurunun işe okula gidememe sorunu olanlarda 2,5 kat, ekonomik durum algısı iyi olanlarda ise 2,6 kat arttığını,

13. Sağlık kurumuna başvuranların %16,3'ünün tekrar hastalandığında ekonomik nedenlerle aynı kurumu tercih etmeyeceğini,

14. Tekrar hastalandığında aynı kurumu tercih etmenin birinci basamak ve kamu sağlık sektöründen hizmet alanlarda daha fazla,

aynı kurumu tercih etmemenin ailenin gelirinin düzenli olmadığı hanelerde ve cepten sağlık harcaması yapanlarda daha fazla olduğunu,

15. Son on beş gün içinde hastalananların %22,1'nin ilaç katkı payları dışında cepten sağlık harcaması yaptığı, %81,0'inin ödemeyi yapmakta zorlandığını; çocukların %15,1'i için ilaç katkı payları dışında sağlık hizmeti için ödeme yapıldığını, %75,0'inin yakınlarının ödemeyi yapmakta zorlandığını; hastalandığında sağlık kurumuna başvuran 15-49 yaş evli kadınlardan %37,7'sinin sağlık hizmeti için ödeme yaptığını, %85,0'inin ödemeyi yapmakta zorlandığını,

cepten sağlık harcamaları ile hane halkı başkanının toplumsal sınıfı, hastalığın acil akut hastalık olması ve aile gelirinin düzenli olması arasında anlamlı ilişki olduğunu

saptadık.

Öneriler;

Sağlık hizmetlerine en çok gereksinimi olanların erişiminin artırılması için tüm nüfusu güvence altına alan sosyal güvence sistemi zorunludur.

Yoksullar, göçle gelenler, öğrenim düzeyi düşük olanlar gibi riskli grupların sağlık hizmetlerine erişimi için sağlık güvencesinden daha fazlasına gereksinim olduğu açıktır.

Hastalandığında sağlık kurumuna başvurmayan nüfusun %36,5'ine ekonomik nedenlerle ilaçlarını alamayan, sağlık kurumuna başvurmamayı düşünen yenileri eklenmektedir.

Uygulanan politikalar bireylerin sağlık hizmeti almak için başvurduğu kurumların sıralamasında sağlık ocaklarının yerini hastanelere bırakmasına yol açmıştır. Bu aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine verilen ağırlığı ortadan kaldırıp tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesine yol açmaktadır. Ayrıca sağlık insan gücü ve kaynakların verimli kullanılmasını engellemektedir.

Sağlık güvencesi, uygulanmaya başlanan sağlık reformunun kişilerin karşısına çıkardığı yeni ekonomik engelleri aşmasına yetmemekte, daha

önceden herkesin ücretsiz olarak aldığı sağlık hizmeti için ödeme yapanların %80'inin zorlanmasına neden olmaktadır. Prime dayalı sağlık güvence sistemi ve katılım payı uygulamalarının hayata geçmesiyle bu oranların daha da artacağı bir gerçektir. Kişilerin sağlık güvenceleri ve sağlık harcamaları kamu kaynaklarından finanse edilmediğinde katastrofik sağlık harcamaları kaçınılmazdır.

Genel sağlık sigortası uygulamasının sadece bazı bileşenlerinin uygulanmaya başlamasının bile sağlıkta eşitsizlikleri daha da arttıracığı, parası olmayanın sağlık hizmetlerini alamayacağını göstermektedir.

Sağlık bir bütündür ve sosyal bir durumdur. Sağlık hizmetlerinin sosyal sağlık politikaları çerçevesinde sunulması bir zorunluluktur. Sağlık hizmetlerine erişim temel insan hakkı olarak düşünülüyorsa yapılması gereken açıktır. Sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelendiği, entegre, basamaklandırılmış, genel bütçeden finanse edilen, herkese eşit, nitelikli, ücretsiz ve erişilebilir olarak sürdürülmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Basic Documents of the World Health Organization, 26th Ed. Geneva 1976, p.1.
2. World Health Organization. Alma Ata 1978 Primary Health Care, Genevre, WHO, 1978.
3. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). II: Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, S.51- 93.
4. Erengin H, Dedeoğlu N. Sağlıkta eğitsizlik: Antalya Kent Merkezinde 15 yağ ve üzeri kişilerde morbidite farklılıklar. Toplum ve Hekim 1998; 13: 140–143.
5. Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. Milbank Memorial Fund Quartely 1972; 50: 103-154.
6. Vingilis E, Wade T, Seeley J et all. Predictors of adoloscent Health care utilization. Journal of Adolesence 2007; 30: 773–800.
7. Andersen, R, Newman, J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care utilization In the United States, The Milbank Quarterly and Society 1973;51: 95–124.
8. Whitehead M. Eğitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, 2001, Ankara.
9. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE et. all. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet, 1997; 7: 1655–9.
10. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et all. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. N Engl J Med. 2008; 358:2468–81.
11. Yip A, Kephart G, Veugelers PJ. Individual and neighbourhood determinants of health care utilization implications for health policy and resource allocation. Canadian Journal of Public Health 2002; 93: 303–307.
12. Lorant V, Van Oyen H, Thomas I. Contextual factors and immigrants' health status: Double jeopardy; Health Place. 2008;14: 678–92.
13. Akin JS, Dow WH, Lancei PM, Lohi CP. Changes in access to health care in China, 1989–1997. Health Policy and Planning 2005; 20: 80–89.
14. Balabanova D, McKee M, Pomerleau J, Rose J, Haerpfer C, Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries. Health Services Research 2004; 39: 1927–1950.
15. Schoen C, Doty MM. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Health Policy 2004; 67: 309–22.

16. Schoen C, Simantov E, Gross R, Brammli S, Leiman J. Disparities in women's health and health care experiences in the United States and Israel: findings from 1998 National Women's Health Surveys. *Women Health*. 2003;37: 49–70.
17. Sanmartin J, Berthelot JM, Ng E et al. Comparing Health And Health Care Use In Canada And The United States *Health Affairs* 2006; 25: 1133–1142.
18. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey *Health Policy*. 2000; 51: 67–85.
19. Dedeoğlu N. Sağlık ve yoksulluk. *Toplum ve Hekim*, 2004; 19: 51–53.
20. Van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ* 2000; 19: 553–583.
21. Hassoy H. Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesinde 0–6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımları, sürekli hizmet kaynakları ve etkileyen faktörler. *Uzmanlık Tezi*. İzmir 2005.
22. Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs: the influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med*. 2005; 20: 148–154
23. Granados G, Puvvula j, Berman N, Dowling, PT. Health care for latino children: Impact of child and parental birthplace on insurance status and access to health services *Am J public health* 2001; 91: 1806–1807.
24. Çubukçu M. Türkiye’de iç göçün sağlık hizmet sunumu kalitesine etkisi. Kent ve Sağlık Sempozyumu. 07/09 Haziran 2006 Bursa Bildiri Özetleri Kitabı.
25. Nesanır N, İlhan Ö, Dalloğlu S ve ark. Manisa’da bir gecekondu bölgesinde sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmet kullanımı üzerinde etkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, Yıl: 2005; Sayı 4 s:18–24.
26. Gümüüş M, Erol N, Onmuş RD. Göç ve Sağlık: Göçün kadınların sağlık hizmeti kullanımlarına ve psikolojik durumlarına etkisi. IX. Halk Sağlığı Kongresi. 3–6 Kasım 2004; Ankara: 233.
27. Aktekin M, Dedeoğlu N. Antalya’da gecekondu bölgeleri ve sağlık sorunları; *Toplum ve Hekim*, 1995; 66: 11–16.
28. Lessard G, Ku L. Gaps in coverage for children in immigrant families. *The Future of Children* 2003; 13: 101-115.
29. Hamzaoğlu O. Yeni liberal politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm; *Toplum Hekim Kasım-Aralık* 2007; 6: 418–431.
30. Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere / Sağlık Personeline Ne Getiriyor? *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, 2003.
31. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, Madde 56.
32. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute of Futures Studies;1991.

33. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, 1985.
34. Çilingiroğlu N. Sağlık ekonomisi: İçinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Bertan M. Güler Ç. (ed), Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1995; s: 391–419.
35. Uz H. Sağlık Ekonomisi: İçinde, Hayran O, Sur H.(ed), Sağlık hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayını, İstanbul, 1998, s: 63–90.
36. Ohmura J. Analysis of affecting the need and demand for medical Care. Soc. Sci. Med. 1978; 12: 485–496.
37. İsmail M. Ekonomik kalkınma sürecinde Türkiye’de sağlık sektörünün yeniden yapılanması, Doktora Tezi, İzmir 1998.
38. Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998.
39. Penschsky R, Thomas J. W. Concept of access definition and relationship to consumer Satisfaction, Medical Care, 1981; 19: 127–140.
40. Aday LA, Andersen R. A Framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974; 9: 208–220.
41. Andersen, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior, 1995; 36: 1–10.
42. Or Z, Jusot F, Yilmaz E. Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use. Working Papers, IRDES institut for research and information in health economics. DT No 17, 2008.
43. Gulzar L. Access to health care, Journal of Nursing Scholarship; First Quarter 1999;31: 13 – 19.
44. Andersen RM, Davidson PL. Improving access in America: individual and contextual indicators. In changing the US health care system: key issues in health services policy and management. Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, editors. San Francisco: Jossey-Bass; 2001. p 3- 31.
45. Millman M. (ED)Access to Health care in America, Committe on Monitoring Access to Personel Health Care Servicess, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.1993.
46. Starfield, B. Primary care balancing health needs, services, and technology, New York Oxford University Pres. 1998.
47. Kılıç B. Gölbaşı Bölgesi’ndeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. Toplum ve Hekim, 1996; 11: 2–10.
48. Andersen J.G. Health services utilization: Framework and review. Health Services Research 1973; 8: 184–199.
49. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Sağlık Ocakları bölgelerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine başvuruları etkileyen etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni, 2006; 25: 15–22.
50. Glazier R, Badley E, Gilbert J, Rothman L. The nature of increased hospital use in poor neighbourhoods findings from a Canadian inner city. Canadian Journal of Public Health 2000; 91: 268–273.

51. Ahmed SM, Lemkau JP, Nealeigh N, Mann B. Barriers to healthcare access in a non-elderly urban poor American population. *Health & Social Care in the Community* 2001; 9: 445–453.
52. Hun ter JB, de Zapien JG, Denman CA et al. Healthcare access and utilization among women 40 and older at the U.S. Mexico border: Predictors of a routine check-up. *J Community Health*. 2003; 28: 317–33.
53. Campbell BS. Access to health care: Effects of public funding on the uninsured. *Journal of Nursing Scholarship*, 2000; 32: 295–300.
54. Fitzpatrick AL, Neil MA, Powe R et al. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004; 94: 1788–94.
55. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science and Medicine* 2000; 50: 1197–1208.
56. Şenol V. Kayseri il merkezinde sağlık hizmetleri kullanımı ve algılanan sağlık ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Kayseri 2006.
57. Stock R. Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. *Social Science and Medicine* 2007; 17: 563–570. 0124.
58. Documét PI, Sharma RK. Latinos' health care access: Financial and cultural barriers. *journal of immigrant health* 2004; 6: 5–13.
59. Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of Immigrant Health*, 2004; 6: 15–27.
60. Tosun K. Göç ile gelen 15–49 yaş grubu kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2004.
61. Gulley SP, Altman WBM. Disability in two health care systems: Access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities *Disability and Health Journal* 2008; 1: 196–208.
62. DeVoe JE, Fryer GR, Phillips R, Green L. Receipt of preventive care among adults: Insurance status and usual source of care. *Am J Public Health*. 2003; 93: 786–791.
63. Equity in Access to Public Health Report and Documentation of the Technical Discussions Held in Conjunction with the 37th Meeting of CCPDM New Delhi, 31 August 2000 World Health Organization Regional Office for South-East Asia New Delhi 2000.
64. Habicht J, Xu K, Counffinhal A, Kutzin J. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006; 21: 421–431.
65. Siegel JE, Horan SA, Teferra T. Health and health care status of African-born residents of Metropolitan Washington. *Journal of Immigrant Health*, 2001; 3: 213–224.

66. Stevens GD, Seid M, Halfon N. Enrolling Vulnerable, Uninsured but Eligible Children in Public Health Insurance: Association With Health Status and Primary Care Access; *Pediatrics* 2006; 117: 751–9.
67. Guendelman S, Wier M, Angulo V, Oman D. The effects of child-only insurance coverage and family coverage on health care access and use: Recent findings among low-income children in California. *Health Services Research*, 2006; 41: 125–147.
68. Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area, *BMC Health Services Research* 2006, 6: 146–57.
69. Dachs JN, Ferrer M, Florez CE et al. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11: 335–55.
70. van Doorslaer E, O'Donnello, Ravindra P et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007; 16: 1159 – 1184.
71. Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. Immigrants and health care: Sources of vulnerability. *Health Affairs*, 2007; 26: 1258–1268.
72. Zhang P, Tao G, Anderson LA. Differences in access to health care services among adults in rural America by rural classification categories and age. *Australian Journal of Rural Health* 2003; 11: 64-72.
73. Holahan J, Cook A. Changes in economic conditions and health insurance coverage, 2000–2004. *Health Aff (Millwood)*. 2005; W5: 498–508.
74. Ku L, Matani S. Left out: Immigrants access to health care and Insurance. *Health Affairs* 2001; 20: 247–256.
75. May JH, Cunningham PJ, Hadley J. Most uninsured people unaware of health care safety net providers. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change* 2004; 90: 1–4.
76. Powell-Griner E, Bolen J and Bland S. Health care coverage and use of preventive services among the near elderly in the United States. *American Journal of Public Health* 1999; 89: 882–886.
77. Ayanian JZ, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA, Zaslavsky AM. Unmet health needs of uninsured adults in the United States, *JAMA*. 2000;284: 2061–2069.
78. Silver EJ, Stein RE. Access to care, unmet health needs, and poverty status among children with and without chronic condition. *Ambul Pediatr*. 2001; 1: 314–20.
79. Breen N, Wagener DK, Brown ML, William DW, Ballard BR. Progress in cancer screening over a decade: Results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *Journal of the National Cancer Institute* 2001; 93: 1704–1713.

80. Sepehri A, Sarma S, Simpson S, Moshiri S. How important are individual, household and commune characteristics in explaining utilization of maternal health services in Vietnam? *Social Science & Medicine* 2008; 67: 1009–1017.
81. Kaya S. Ankara Metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim*, 1996; 11: 2–4.
82. Ross JS, Bradley HE, Busch SH. Use of health care services by lower-income and higher-income uninsured adults. *JAMA*, 2006; 295: 2027 – 2036.
83. Gundgaard J. Income-related inequality in utilization of health services in Denmark: Evidence from Funen County. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2006; 34: 462–471.
84. Haynes R. Inequalities in health and health service use: evidence from the General Household Survey. *Soc Sci Med*. 1991; 33: 361–8.
85. Hughes SC, Wingard DL. Parental beliefs and children's receipt of preventive care: Another piece of the puzzle? *Health Services Research* 2008; 43: 287 – 299.
86. Westin M, Ahs A, Persson KB, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004; 68: 333–344.
87. Benyamini Y, Blumstein T, Boyko V, Lerner-Geva L. Cultural and educational disparities in the use of primary and preventive health care services among midlife women in Israel. *Women's Health Issues* 2008; 18: 257–266.
88. Jones ME, Cason CL, Bond ML. Access to preventive health care: is method of payment a barrier for immigrant Hispanic women? *Women's Health Issues* 2002; 12: 129-137.
89. Sellström E, Bremberg S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scand J Public Health* 2006; 34: 544–54.
90. Lawa M, Wilsonb K, Eylesa J et al. Meeting health need, accessing health care: the role of neighbourhood. *Health & Place* 2005; 11: 367–377.
91. Stronsk K, Raveli ACJ, Reijneveld SA. Immigrant in the Netherlands: Equal access for equal needs? *J epidemiol Community Health* 2001; 55: 701 -707.
92. Manisa Nüfus ve sağlık Araştırması 2005. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Manisa 2007.
93. Khe ND, Toan NV, Xuan LTT et al. Primary health concept revisited: Where do people seek health care in a rural area of Vietnam? *Health Policy*, 2002; 61: 95–109.

94. Wellstood K, Wilson K, Eyles J. Reasonable Access to primary care: assessing the role of individual and system characteristics. *Health Place* 2006; 12: 121–130.
95. Pala K, Aytekin NT, Aytekin H. Gemlik ilçe merkezinde kişilerin hastalanma sıklıkları ve hekime başvuruları. *Toplum ve Hekim* 1996; 12: 10–25.
96. Ministry of Health, Turkey. Health services utilization survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, Health Project General Coordination Unit. Ankara, 1995.
97. Karaca N. İstanbul'da seçilen iki bölgedeki halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Yüksek Lisans Tezi. Edirne 2006.
98. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Geriatrics* 2002; 5: 138–143.
99. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı olan 15 yaş üstü kişilerin son bir ayda sağlık sorunu ile karşılaşma ve sağlık kurumuna başvurma durumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2003; 56: 59–66.
100. Aslan D, Özcebe H, Bilir N, Vaizoğlu S, Subaşı N. What are the predictors of health services utilization by women in a city center located in the eastern part of Turkey? A Cross Sectional Study. *Turk J Med Sci* 2006; 36: 37–43.
101. Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ. The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Acad Emerg Med*. 2002; 9: 1140–5.
102. Fernandez-Olano C, Lopez-Torres JDH, Cerda-Diaz R, et. all. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy* 2006; 75: 131–139.
103. Chen AY, Escarce JJ. Effects of family structure on children's use of ambulatory visits and prescription medications. *Health Services Research*, 2006; 41: 1895–1914.
104. Heck KE, Parker JD. Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. *Health Serv. Res.* 2002; 37: 171–184.
105. van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *OECD Health Working Papers 14*, OECD Directorate for Employment 2004.
106. Health for all targets Copenhagen, Who Regional Office for Europe, 1985 *European Health for All Series No:1*.
107. Hart TJ. The inverse care law. *Lancet*, 1971; 1: 405–412.
108. Şenol Y, Belek İ. Antalya'nın iki mahallesinde bir araştırma: Sağlık Hizmeti kullanımında eşitsizlikler ve eşitsizliklerdeki iki yıllık değişim sonuçları *Sağlık ve Toplum* 2002; 12: 32–40.

109. The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life.
110. Fleming DM, Charlton JRH. Morbidity and healthcare utilisation of children in households with one adult: comparative observational study, *BMJ* 1998; 316: 1572–6.
111. Westin M, Westerling R. Health and healthcare utilization in single mothers and single fathers in Sweden. *Scand J Public Health*, 2006; 34: 182–9.
112. Hatun Ş, Etiler N, Gönüllü E. Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri. *Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003, 46: 251–260.
113. American Academy of pediatrics. Recommendations for pediatric health care. *Pediatrics*. 2000; 105: 645–646.
114. Özen S. Kentleşme sürecinde sağlık problemleri ve politikalar. *Toplum ve Göç 2. Ulusal Sosyoloji Kongresi*, 20–22 Kasım 1996 Mersin. *Sosyoloji Derneği Yayınları:5 DİE Matbaası Ankara*, 627–628.
115. Mendoza-Sassi R, Béria J, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 372–8.
116. Kızılcılık S. Mersinde göç etmiş insanların sağlık koşulları üzerine bir çalışma. *Toplum ve Göç 2. Ulusal Sosyoloji Kongresi*, 20–22 Kasım 1996 Mersin. *Sosyoloji Derneği Yayınları:5 DİE Matbaası Ankara*. 657–666.
117. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması–1998 İleri Analiz Sonuçları, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2002.
118. Topçu, Beşer A. Göç ve sağlık. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(3) 37–42.
119. Cengiz ÖB, Cambaz S, Kar S, ve ark. Manisa’da bir gecekondu bölgesinde göç etme süresinin sağlık belirleyicileri üzerine etkisi. *Kent ve Sağlık Sempozyumu Kongre Kitabı*. 2006.
120. Gürsel A. Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları (1920–1960), Doktora Tezi. Ankara 1998.
121. Akyel H. Sosyal güvenlik sistemi açısından sağlık hizmetlerinin sorunları ve genel sağlık sigortasının uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara 2006.
122. Cambaz S, Dündar C, Pekşen Y. Birinci basamakta döner sermaye uygulamasının Samsun merkez ilçe sağlık ocaklarının hizmet sunumuna etkileri. *Toplum ve Hekim* 2006; 21: 292–296.
123. Eser E, İlgün M, Öztürk M, Yıldırım İ. Manisa’da ayaktan tanı, tedavi ve birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin nicel değişimi ve bu

- değişimi etkileyen müdahaleler; IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 13–14 Nisan 2006; Manisa.
124. Pala K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf Erişim: 1.10.2008.
 125. Savaş BS, Karahan Ö, Saka Ö. In Thomson S, Mossialos E. eds. Health care systems in transition: Turkey. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2002, 4.
 126. Genel Sağlık Sigortası. 2. Baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2005.
 127. Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu 2002, Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2002.
 128. Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A et all. Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
 129. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi Koordinatörlüğü. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2007 Yılı Çalışma Raporu. Uludağ Üniversitesi Matbaası. Bursa 2007.
 130. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi Koordinatörlüğü. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2006 Yılı Çalışma Raporu. Uludağ Üniversitesi Matbaası. Bursa 2006.
 131. Sümbüloğlu K. Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Özdemir Yayıncılık. 6. Basım Ankara 1995.
 132. T. C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005. www.saglik.gov.tr
 133. T. C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006.
 134. Nesanır N, Düzkalır H, Göktolga G, Ekin F, Ersin C, Eser E, Manisa ili'nde bir sağlık ocağı bölgesi'nde sağlıkta eşitsizlikler. STED 2005; 14: 221–7.
 135. Söylemez D, Sur H, Atlı H, Gemlik N, Hayran O. Ümraniye Mustafa Kemal, Dudullu ve Şerif Ali Sağlık Ocakları bölgesinde iyileştirici sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunu etkileyen etmenler. www.sabem.saglik.gov.tr.
 136. Arslan S. Hastalanma sıklıkları ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklıkları. Uzmanlık Tezi. Sivas 2006.
 137. Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları, Hane halkı sağlık harcamaları 2002–2003. Sağlık Bakanlığı RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın no 691, Ankara 2006.
 138. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. Tarih Vakfı/Yurt Yayınları, Numune matbaacılık. İstanbul 1995.
 139. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Geneva: World Health Organization. 1992.

140. www.tuik.gov.tr.
141. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf>.
142. Alkoy S. Ümraniye ilçesinde kişilerin sağlığı ve hastalığı açıklayışları, Sağlık arama davranışları, iyileştirici sağlık hizmetlerini kullanımları, aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyetleri ve bunları etkileyen etmenler. Doktora Tezi. İstanbul 2002.
143. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi Koordinatörlüğü. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2004 Yılı Çalışma Raporu. Uludağ Üniversitesi Matbaası, Bursa 2004.
144. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
145. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa 2001.
146. Aytekin H, Bilgen N, Okan N, Gülesen Ö. GEAB kentsel alanda yaşayanların hastalanma sıklıkları ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1987; 14: 237–244.
147. Yılmaz F. Etimesgut ilçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan yardım alan hanelerin sağlık hizmeti kullanımı ve katastrofik sağlık harcamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2005.
148. Gürsoy ŞT, Çiçeklioğlu M, Aksu M et ark. İzmir kent merkezinde yaşayan yetişkinlerin sağlık hizmeti kullanımı. XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008 Ankara.
149. Kılıç B, Ersoy S, Yaşar M ve ark. Balçova Bölgesi'nde cepten sağlık harcamaları. IX. Halk Sağlığı Kongresi. 3–6 Kasım 2004; Ankara.
150. Tüzün H. Ankara merkezindeki bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların sağlık ve sosyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara 2006.
151. Belek İ. Sosyoekonomik konumda ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler, Antalya'da beş yıllık bir araştırma. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Basım. Ankara, 2004.
152. Türkkın A. Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede sağlıkta eşitsizlikler ve bunu etkileyen etmenler. Doktora Tezi. Bursa 2005.
153. Hamzaoğlu O, Ulusoy M, Özkan Ö, Gökdoğan F. Bolu'da yoksulluk ve sağlık. IX. Halk Sağlığı Kongresi 3–6 Kasım 2004; Ankara.
154. Şahin ÖÖ. Edirne şehir merkezinde halkın sağlık hizmeti tercihlerine etki eden faktörler ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı. Uzmanlık Tezi. Edirne 2001.

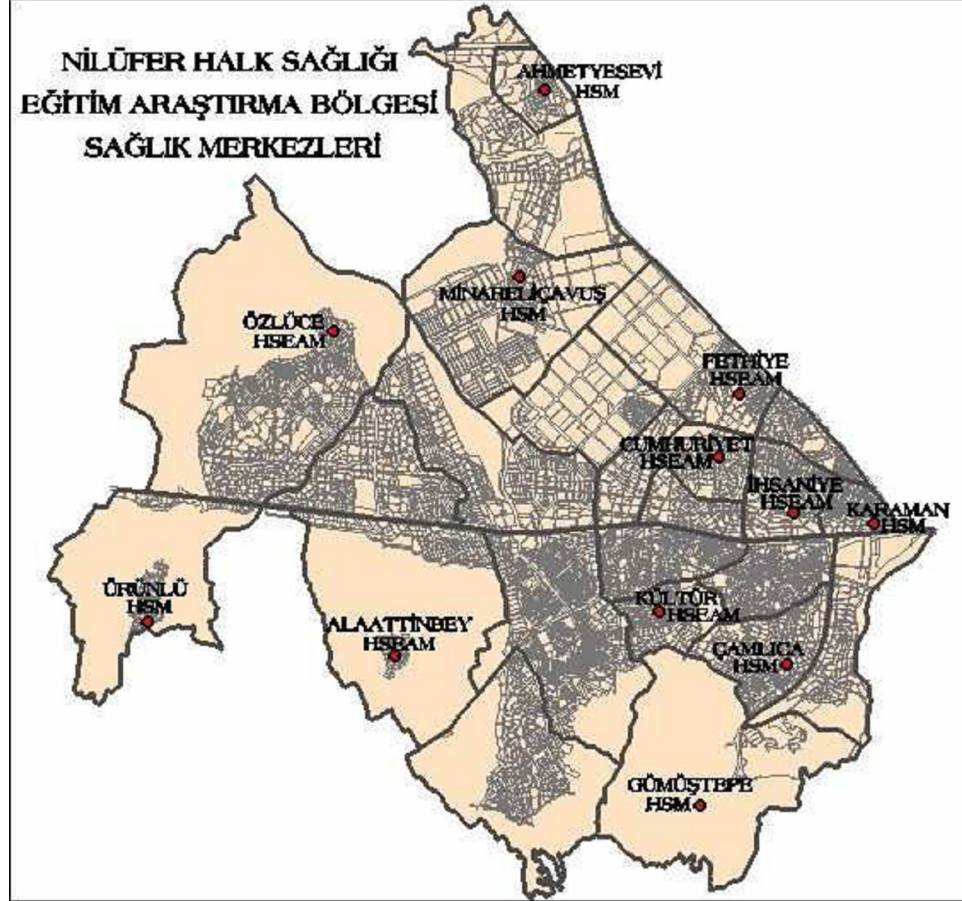
155. Usta İ. Erbaa ilçe merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımını etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri 1999.
156. WHO. The benefits and risk of self-medication. WHO drug information 200; 14: 1–2.
157. Çamur D, Vaizoğlu SA, Ünel S ve ark. Bir sağlık ocağına başvuran 15 yaş ve üzeri bireylerin tamamlayıcı-alternatif tıp kullanım özellikleri. (Ankara 2006) XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Denizli 2007.
158. Leyva-Flores R, Kageyana LM, Erviti-Erice J. How people respond to illness in Mexico: self care or medical care? Health Policy 2001; 57: 15–26.
159. Gökçe SD, Dabak S, Aksöz E ve ark. Samsun il merkezinde ikamet eden bireylerde sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008 Ankara.
160. Zencir M, Özşahin A, Çatak B ve ark. Denizli ilinde sağlık hizmetlerine (tedavi edici) ulaşılabilirlik. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 26 Ekim Denizli 2007.
161. Ayoğlu FN, Şahin Z, Kıran S ve ark. Sağlıkta eşitsizlik ve sosyal sınıflar Kozlu örneği. Sağlık kuruluşlarına başvuruların değerlendirilmesi. X. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 6–8 Eylül 2006 Van.
162. Kaya N, Dedeoğlu NH. Antalya kent merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerde sağlık kullanım durumları ve çeşitli değişkenlerle ilişkisi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Denizli 2007.
163. Beşparmak A, Seviğ Ü. Kayseri il merkezi Argıncık sağlık ocağı bölgesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımını etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14: 1–6.
164. Baykan Z, Özkan S, Aksakal N, Aycan S. Ankara ili Gölbaşı ilçesine bağlı üç merkez köyde 15 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmetlerinde tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 2001, 11: 27–34.
165. Öztürk A, Nacar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Geriatri 2002; 5: 138–143.
166. Aydın A. Kişilerin Sağlık Hizmeti talebinde devlet, özel ve üniversite hastanelerine başvurularını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2003.
167. Berberoğlu U. Edirne Devlet Hastanesi'nin kimi polikliniklerinde verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin boyutları. Uzmanlık Tezi. Edirne 1999.
168. Aycan S, Tüzün H, Özkan S, Ceyhan MN, İlhan F. Ankara ilinde bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların sağlık harcamaları. IX. Halk Sağlığı Kongresi. 3–6 Kasım 2004.
169. Pala K, Aytakin H, Aytakin N.T, Aydın N. Gemlik'te cepten sağlık harcamaları. Toplum ve Hekim. Temmuz-Ağustos 2003, 18: 279–87.

170. Tavukçu N. Nilüfer Halk Sağlığı eğitim ve araştırma Bölgesi'nde yaşayan 0–5 yaş arası çocuklarda malnutrisyon prevalansı ve bunu etkileyen etmenler. Uzmanlık Tezi. Bursa 2008.
171. www. bsm.gov.tr.
172. T. C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006. www.saglik.gov.tr.
173. Kılıç D, Ezmeci T. Erzurum il merkezinde 15–49 yaş grubu annelerin sağlık ocakları tarafından verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Uluslararası İnsanbilimi Dergisi 2004; 1: 1–13.
174. Alkoy s, Kıyan A, Çatıker A ve ark. Aile hekimliği pilot uygulamasının ikinci yılında, Bolu'da çocuk sağlığı hizmetlerinin lot kalite tekniği ile değerlendirilmesi. XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 21–25 Ekim 2008, Ankara.
175. Saraçoğlu GV, Eskiocak M, Dedeler H. ve ark. Edirne'de aile hekimliğinin birinci yılında çocuk sağlığı hizmetlerinin durumu, 2008. XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 21–25 Ekim 2008, Ankara.
176. Elizabeth J. Gifford EJ, Weech-Maldonado R, Short PP. Low-Income Children's Preventive Services Use: Implications of Parents' Medicaid Status. Health Care Financing Review 2005; 2: 1–10.
177. Aydın N. Nilüfer Halk Sağlığı eğitim ve araştırma Bölgesi'nde yaşayan 15–49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları, doğurganlık özellikleri ve bunları etkileyen etmenler. Uzmanlık Tezi. Bursa 2004.
178. Alkoy S, Kıyan A, Çatıker A ve ark. Aile hekimliği pilot uygulamasının ikinci yılında, Bolu'da ana sağlığı hizmetlerinin lot kalite tekniği ile değerlendirilmesi. XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 21–25 Ekim 2008, Ankara.
179. Saraçoğlu GV, Eskiocak M, Dedeler H. ve ark. Edirne'de aile hekimliğinin birinci yılında ana sağlığı hizmetlerinin durumu, 2008. XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 21–25 Ekim 2008, Ankara.

EKLER

EK I

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi Haritası



Ev Halkı Sağlık Hizmeti Kullanma Durumu Anketi

Adres:
Ev Halkı

Telefon:

Anket No:

--	--	--	--	--

Sıra No	Adı soyadı	D.Tarihi	Cinsiyet	Medeni Durum	E. H. B. Yakınlık	Sağlık Güvencesi	Rahatsızlanma	Hizmet Kullanımı	Anket Tipi

Anket tipi T: Ayaktan tanı tedavi K: Koruyucu Sağlık Hizmeti

Ev halkı başkanı:

1. Doğum Yeri:

2 Öğrenim durumu nedir?

- 1) Okur yazar değil 2) 5 yıldan az 3) 5-8 yıl 4) 8-11 yıl 5) 11 yıldan fazla

3. Kaç yıldır Bursa'da bu mahallede oturuyor?

- 1) Sürekli 2)yıl Daha önce oturulan ilçe/il:.....

4. Şu an herhangi bir işte çalışıyor mu?

- 1) Çalışıyor 2) Ev kadını 3) Öğrenci 4) İşsiz/iş arıyor
5) İşsiz/iş bulma ümidi yok 6) Emekli 7) Çalışmıyor 8) Diğer

5. Çalıştığı iş yerindeki konumu nedir?(**Çalışanlar ve emekliler için**)Meslek:.....

- 1) Ücretli/memur 2) Ücretli/işçi 3) Ücretsiz aile işçisi
4) İş buldukça/mevsimlik
5) Kendi hesabına çalışıyor, yanında işçi çalışıyor
6) Kendi hesabına müşterek, yanında işçi çalışıyor 7) Diğer

Ev halkı başkanının eşine sorunuz:

6. Oturduğunuz evin tipi nedir?

- 1) Müstakil 2) Apartman 3) Site 4) Gecekondu

7. Oturduğunuz evin mülkiyet durumu nedir?

- 1) Kendisinin 2) Kira 3) Lojman 4) Hisseli tapu 5) Diğer

.....

8. Oturduğunuz evin kaç odası var? (.....)

9. Oturduğunuz evde toplam kişi yaşıyor? (.....)

10. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

11. Ailenizin aylık toplam geliri ne kadar?
1) Düzenli 2) Düzenli değil

YTL

12. Geçim sıkıntısı çekiyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

Ayaktan Tanı ve Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanma Durumu Anketi

Ev Halkı Anket No:

Kişi Anket No:

Adı Soyadı:

(Anketi Yayımlayan:)

13. Son iki hafta içinde rahatsızlandığınızda ne yaptınız?

- A) Hiçbir şey yapmadım?
 1) Şikayeti(niz) neydi?
 2) Neden?

(16. soruya gidiniz.)

B) Kendi kendime ya da başkalarının yardımı (komşu, arkadaş, eczacı hemşire vb.) ile tedavi etmeye çalıştım.

1) Şikayeti(niz) neydi?

3) Neden sağlık hizmeti veren bir kişi/kuruma gitmedi(niz)? (16. soruya gidiniz.)

C) Sağlık kurumu dışında herhangi bir yere (iğneci, hoca, köy ebesi vb.) başvurduğum.

1) Şikayeti(niz) neydi?

2) Nereye gitti(niz)?

3) Neden sağlık hizmeti veren bir kişi/kuruma gitmedi(niz)? (16. soruya gidiniz.)

D. Sağlık hizmeti veren bir kuruma başvurduğum.

D1. Şikayeti(niz) neydi?

D2. Nereye gitti(niz)?

D3. Neden bu kişi/kuruma gitti(niz)?

D4. Kaç kez gitti(niz)?.....

D5. Reçete (ilaç, tıbbi cihaz, gözlük, işitme cihazı vb.) yazıldı mı?

1) Hayır 2) Evet

D6. İlaçlarını(zı) (tıbbi cihaz, gözlük, işitme cihazı vb.) aldı(nız) mı?

1) Hayır 2) Evet, bazılarını 3) Evet, tamamını. (D8'e

gidiniz.)

D7. Neden ?.....

D8. Bu kişi/kuruma ulaşımını(zı) nasıl sağladı(nız)?

1) Yürüyerek 2) Özel araç 3) Toplu taşıma aracı

D9. Bu kişi/kuruma ulaşmak ne kadar süre aldı?

1) 30 dakikadan az 2) 30 dakika ve üstü

- D10.** Muayene veya diğer işlemler için ne kadar süre bekledi(niz)?
1) 30 dakikadan az 2) 30 dakika ve üstü
- D11.** Tekrar hastalandığınızda aynı yere gider misiniz?
1) Hayır 2) Evet
- D12.** Neden?

14. Aldığı(nız) hizmet/hizmetler için herhangi bir ödeme yaptı(nız) mı? (*ilaçlar dahil*)

- 1) Hayır 2) Evet

15. Bu ödemeyi yapmakta zorlandınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet

16. Rahatsızlığı(nız) nedeniyle işe/okula gidemediği(niz) veya günlük işlerini(zi) aksattığı(nız) oldu mu?

- 1) Hayır 2) Evet..... gün

17. Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren (kronik, müzmin) herhangi bir hastalığı(nız) veya özür/ sakatlık ya da engeli(niz) var mı?

- 1) Hayır 2) Evet.....

18. Sağlık durumunu(zu) son bir ay içinde yaşlıların(ız)a göre nasıl değerlendiriyor(sunuz)?

- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

19. (2 yaş ve üzerindeki için sorunuz.) Son bir yıl içinde diş doktoruna gitti(niz) mi?

- 1) Hayır 2) Evet..... Kez

20. Son bir yıl içinde hasta olmadığı(nız) halde kontrol/tarama amacıyla doktora ya da sağlık kurumuna gitti(niz) mi?

- 1) Hayır 2) Evet.....

21. Her türlü sağlık problemin(iz)de danışabildiği(niz), hastalıklarını(zı) bilen devamlı gittiğiniz bir doktor var mı?

- 1) Hayır 2) Evet.....

22. Doğum Yeri:

6 yaşından küçük çocuklar için sorunuz.

23. Çocuğunuz ebe tarafından evde düzenli olarak takip ediliyor mu?

- 1) Hayır 2) Evet

24. Aşı kartı var mı?

- 1) Hayır 2) Evet, tam aşı. 3) Evet, aşuları eksik.

25. Aşılarını nerede yaptırıyorsunuz?.....

26. Çocuğın boy ve kilosu izleniyor mu?

- 1) Hayır 2) Evettarafından..... da

(*Teşekkür ederek bitiriniz*)

15 yaş ve üstü için sorunuz

27. Öğrenim durumu(nuz) nedir?

- 1) Okur yazar değil 2) 5 yıldan az 3) 5-8 yıl 4) 8-11 yıl 5) 11

yıldan fazla

28 Şu an herhangi bir işte çalışıyor mu(sunuz)?

- 1) Çalışıyor 2) Ev kadını 3) Öğrenci 4) İşsiz/iş arıyor
5) İşsiz/iş bulma ümidi yok 6) Emekli 7) Çalışmıyor 8) Diğer

29. Çalıştığı(nız) iş yerindeki konumu(nuz) nedir?(*Çalışanlar ve emekliler için*)*Meslek*.....

- 1) Ücretli/memur 2) Ücretli/işçi
3) Ücretsiz aile işçisi 4) İş buldukça/mevsimlik çalışıyor
5) Kendi hesabına çalışıyor, yanında. işçi çalışıyor
6) Kendi hesabına müşterek, yanında. . . işçi çalışıyor

7)Diğer

30. Kaç yıldır bu mahallede oturuyor(sunuz)?

- 1) Sürekli 2).....yıl Daha önce oturulan ilçe/il:..... (15-49

Yaş Evli Kadın dışındakiler için teşekkür ederek anketi bitiriniz.)

15-49 Yaş Evli Kadınlar için sorunuz.

31. Kaç yaşında evlendi(niz)?.....

32. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor mu(sunuz)?

- 1) Hayır (36. soruya gidiniz.) 2) Evet

33. Bu hizmeti nereden alıyor(sunuz)/aldı(nız)?.....

34. Bu hizmet için para ödedi(niz) mi veya ödüyor mu(sunuz)?

- 1) Hayır (36. soruya gidiniz.) 2) Evet

35. Bu ödemeyi yaparken zorlandı(nız) mı /zorlanıyor mu(sunuz)?

- 1) Hayır 2) Evet

36. Son bir yıl içinde hamile kaldı(nız) mı?

- 1) Hayır. (42. soruya gidiniz.) 2) Evetkez

37 Hiç doğum yaptı(nız) mı?

- 1) Hayır. (42. soruya gidiniz.) 2) Evetkez

38. Son bir yıl içinde doğum yaptı(nız) mı?

- 1) Hayır. (42. soruya gidiniz.) 2) Evet

39. Doğum nerede ve nasıl oldu?...../.....

- 1) Evde sağlık personeli yardımı olmadan
2) Evde sağlık personeli yardımı ile
3) Kamu 2. basamak hastane 4) Üniversite
5) Özel hastane

40. Doğum nedeniyle her hangi bir kişi ya da kuruma ücret ödediniz mi?

- 1) Hayır (42. soruya gidiniz.) 2) Evet

41. Bu ödemeyi yapmakta zorlandınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet

42. Sağlık ocağı ebisi düzenli olarak evde ziyaretin(iz)e geliyor mu?

- 1) Hayır 2) Evet

Koruyucu Sağlık Hizmeti Kullanma Durumu Anketi

Ev Halkı Anket No:

--	--	--	--	--

Kişi Anket No:

Adı Soyadı:

--	--	--	--	--

(Anketi Yanıtlayan:)

17. Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren (kronik, müzmin) herhangi bir hastalığı(nız) veya özür/ sakatlık ya da engeli(niz) var mı?

1) Hayır 2) Evet.....

18. Sağlık durumunu(zu) son bir ay içinde yaşlıların(ız)a göre nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

19 (2 yaş ve üzerindeki için sorunuz.) Son bir yıl içinde dış doktoruna gitti(niz) mi?

1) Hayır 2) Evet..... Kez

20. Son bir yıl içinde hasta olmadığı(nız) halde kontrol/tarama amacıyla doktora ya da sağlık kurumuna gitti(niz) mi?

1) Hayır 2) Evet.....

21. Her türlü sağlık probleminde danışabildiği(niz), hastalıklarını(zı) bilen devamlı gittiğiniz bir doktor var mı?

1) Hayır 2) Evet.....

22 Doğum Yeri:

6 yaşından küçük çocuklar için sorunuz.

23. Çocuğunuz ebe tarafından evde düzenli olarak takip ediliyor mu?

1) Hayır 2) Evet

24. Aşı kartı var mı?

1) Hayır 2) Evet, tam aşı. 3) Evet, aşıları eksik.

25. Aşılarını nerede yaptırılıyorsunuz?.....

26. Çocuğun boy ve kilosu izleniyor mu?

1) Hayır 2) Evettarafından (teşekkür ederek anketi

bitiriniz)

15-49 Yaş Evli Kadınlara sorunuz.

27. Öğrenim durumu(nuz) nedir?

1) Okur yazar değil 2) 5 yıldan az 3) 5-8 yıl 4) 8-11 yıl 5) 11 yıldan fazla

28 Şu an herhangi bir işte çalışıyor mu(sunuz)?

1) Çalışıyor 2) Ev kadını 3) Öğrenci 4) İşsiz/iş arıyor
5) İşsiz/iş bulma ümidi yok 6) Emekli 7) Çalışmıyor 8) Diğer

29. Çalıştığı(nız) iş yerindeki konumu(nuz) nedir?(Çalışanlar ve emekliler için) Meslek.....

1) Ücretli/memur 2) Ücretli/işçi
3) Ücretsiz aile işçisi 4) İş buldukça/mevsimlik çalışıyor
5) Kendi hesabına çalışıyor, yanında. . . . işçi çalışıyor
6) Kendi hesabına müşterek, yanında. . . işçi çalışıyor 7)Diğer

30. Kaç yıldır bu mahallede oturuyor(sunuz)?

1) Sürekli 2).....yıl Daha önce oturulan ilçe/il:.....

31. Kaç yaşında evlendi(niz)?.....
32. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor mu(sunuz)?
1) Hayır (**36. soruya gidiniz.**) 2) Evet
33. Bu hizmeti nereden alıyor(sunuz)/aldı(nız)?.....
34. Bu hizmet için para ödedi(niz) mi veya ödüyor mu(sunuz)?
1) Hayır (**36. soruya gidiniz.**) 2) Evet
35. Bu ödemeyi yaparken zorlandı(nız) mı /zorlanıyor mu(sunuz)?
1) Hayır 2) Evet
36. Son bir yıl içinde hamile kaldı(nız) mı?
1) Hayır. (**42. soruya gidiniz.**) 2) Evetkez
- 37 Hiç doğum yaptı(nız) mı?
1) Hayır. (**42. soruya gidiniz.**) 2) Evetkez
38. Son bir yıl içinde doğum yaptı(nız) mı?
1) Hayır. (**42. soruya gidiniz.**) 2) Evet
39. Doğum nerede ve nasıl oldu?...../.....
1) Evde sağlık personeli yardımı olmadan
2) Evde sağlık personeli yardımı ile
3) Kamu 2. basamak hastane 4) Üniversite
5) Özel hastane
40. Doğum nedeniyle her hangi bir kişi ya da kuruma ücret ödediniz mi?
1) Hayır (**42. soruya gidiniz.**) 2) Evet
41. Bu ödemeyi yapmakta zorlandınız mı?
1) Hayır 2) Evet
42. Sağlık ocağı ebesi düzenli olarak evde ziyaretin(iz)e geliyor mu?
1) Hayır 2) Evet

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı eğitimime olan katkılarından dolayı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyelerine, özellikle tezin yapılması aşamasında emek ve katkılarından dolayı tez danışmanlığını yapan Prof. Dr. A. Hamdi Aytekin'e, istatistik analizlerinde katkılarından dolayı Doę. Dr. Kayıhan Pala'ya, çalışma arkadaşlarıma ve başta eőim Serdar Seçkin olmak üzere, bana her zaman destek olan aileme teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1965 yılında Bilecik'te doğmuşum. 1972 yılında başladığım ilköğrenimimi, Bilecik Bozüyük'te çeşitli ilkokullarda tamamladım. Orta ve lise öğrenimimin bir kısmını Demirci Öğretmen Lisesi, bir kısmını ise Bozüyük Lisesi'nde tamamladım. 1983 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi ise 1989 yılında tamamladım. 1989-1991yılları arasında Nevşehir Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı çeşitli sağlık ocaklarında zorunlu hizmetimi tamamladıktan sonra İnegöl Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde çalışmaya başladım. 1998–2004 yılları arasında Erzurum ve Sivas Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı sağlık ocaklarında çalıştım. Eylül 2003-dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda kazandığım Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda asistan olarak çalışmaya devam etmekteyim.