



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

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ'NE
BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURUSUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Kübra SEÇKİN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ**

MALATYA - 2024



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

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ'NE
BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURUSUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Kübra SEÇKİN
ORCID ID: 0000-0003-0844-3204**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ**

MALATYA – 2024

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL KAVRAMLAR.....	2
2.1. Sağlık ve Hastalık	2
2.2. Hastalık ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler	2
2.2.1. Biyolojik Faktörler	3
2.2.2. Psikolojik Faktörler	3
2.2.3. Çevresel Faktörler	4
2.2.4. Yerleşim Yeri Koşulları	4
2.2.5. Toplumsal Faktörler	4
2.3. Sağlık Hizmetleri	5
2.3.1. Sağlık Hizmetleri Kullanımı.....	5
2.3.2. Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler.....	8
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	12
2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	15
2.4.1. Osmanlı Dönemi.....	15
2.4.2. 1920-1938 Dönemleri.....	17
2.4.3. 1938-1960 Dönemleri.....	18
2.4.4. 1960-1980 Dönemleri.....	18
2.4.5. 1980-2000 Dönemleri.....	19
2.4.6. 2000’den Günümüze	20
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	21
2.5.1. Kamusalılık Özelliği.....	22
2.5.2. Dışsalılık Özelliği	22
2.5.3. Erdemli Mal Olabilme Özelliği	22
2.5.4. Devletin Rolü.....	22
2.5.5. Bilgi Asimetrisi Özelliği.....	23

2.5.6. Belirsizlik Özelliği.....	23
2.5.7. Ters Seçim Özelliği	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ.....	53
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-1. Etik Kurul Kararı.....	60
EK-2. Çalışma İzni.....	61
EK-3. Anket	62

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sırasında benden bilgi birikimini, emeğini ve deneyimlerini esirgemeyen, bana rehberlik eden kıymetli danışmanım ve hocam Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ'e en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince eğitim hayatıma katkılarda bulunan ve halk sağlığı uzmanı olarak yetişmemde emekleri olan hocalarım Prof. Dr. Ali ÖZER'e, Doç. Dr. Osman KURT'a, Doç. Dr. Ayşe BARAN'a ve emekli öğretim üyemiz Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a,

İhtisas sürecim sırasında birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve desteklerini hissettiğim asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, benden maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım anneme ve babama, asistanlık döneminde hayatımıza dahil olan biricik yeğenlerim Kerem ve Berat'a teşekkür ederim.

ÖZET

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne Başvuran Hastaların Başvurusunu Etkileyen Faktörler

Giriş: Sağlık her şey demektir. Sağlıkları sayesinde bireyler günlük yaşamlarını idame ettirebilirler. Bu nedenle sağlık hizmetleri insanlar için çok önemli bir konumdadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden pek çok faktör vardır. Bu faktörler kişisel özelliklerden çevresel özelliklere kadar pek çok unsurdan etkilenmektedir. Bu çalışma ile de İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi polikliniklerine başvuran hastaların başvurusunu etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 2024 yılı Ocak-Mayıs ayları arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi polikliniklerine başvuran hastalara yapılmıştır. Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. 404 hastaya ulaşılmıştır. Basit rastgele örnekleme yöntemi ile hastalar seçilmiştir. Veri analizinde Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi) kullanılmış olup, p değerleri hesaplanıp $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların ekonomik durumunun sağlık kurumu tercihinin etkilediği görülmüştür ve çoğunluğun önemli hastalıklarda il dışını tercih ettiği saptanmıştır. İl dışında ilk tercih edilen kurum da Ankara'da tıp fakülteleri olmuştur.

Çalışmamızda ‘‘Gittiğiniz kurumu tercih etme nedenleriniz nelerdir’’ sorusuna; sırasıyla hekim bilgi beceri yeterliliği, sağlık kuruluşunda ilaç malzeme yeterliliği, mahremiyete dikkat edilmesi gibi konuların çok önemli olduğu saptanmıştır. En az önem verilen konular da kurumda tanıdıkların çalışması, yakınların tavsiyesi, otelcilik hizmetleri ve oda kalitesi olarak saptanmıştır.

Sonuç: İnsanların hastaneye başvurusunu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Hastane yönetimi hastaların başvuru yaparken en çok nelere önem verdiğini ya da en az neleri önemseydiğini bilip ona göre düzenlemeler yapabilirler.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmetleri, Sağlık Kurumu Tercihi

ABSTRACT

Factors Affecting the Application of Patients Applying to İnönü University Turgut Özal Medical Center

Introduction: Health means everything. Individuals can sustain their daily lives thanks to their health. Therefore, health services are very important for people.

There are many factors affecting the utilization of health services. These factors are influenced by many factors ranging from personal characteristics to environmental characteristics. In this study, it was tried to determine the factors affecting the application of patients applying to the outpatient clinics of İnönü University Turgut Özal Medical Center.

Material and Methods: This study was conducted on patients who applied to the outpatient clinics of İnönü University Turgut Özal Medical Center between January and May 2024. Our study is a cross-sectional study. 404 patients were reached. Patients were selected by simple random sampling method. Pearson Chi Square (Chi-Square Test) was used in data analysis, p values were calculated and $p < 0.05$ was accepted as significant.

Results: The economic status of the participants was found to affect their choice of health institution and the majority preferred out of province for major diseases. The first preferred institution outside the province was the medical faculties in Ankara.

In our study, in response to the question “What are your reasons for preferring the institution you go to?”, it was found that issues such as the adequacy of physician knowledge and skills, adequacy of drug supplies in the health institution, and attention to privacy were very important, respectively. The least important issues were found to be the employment of acquaintances in the institution, recommendation of relatives, hotel services and room quality.

Conclusion: There are many factors that affect people's hospital admission. Hospital administrations can know what patients care most or least about when applying and can make arrangements accordingly.

Keywords: Health Services, Health Institution Preference

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
WHO	: World Health Organization



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler	7
Şekil 2.2. Davranışsal Model.....	9
Şekil 2.3. Davranışsal Modelin son hali	11
Şekil 2.4. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması.....	15
Şekil 2.5. 1967-2000 Yılları Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı.....	19
Şekil 2.6. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde temel ilkeler	25



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler	12
Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler	27
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Kurumu Tercihleri.....	28
Tablo 4.3. Gittiğiniz kurumu tercih etme nedenleriniz	29
Tablo 4.4. Özel sağlık sigortasının olup olmamasına göre sağlık kurumu tercihinin karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.5. Özel sağlık sigortasının olup olmamasına göre hastalık durumunda Malatya dışında tercih edilen kurumların karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. Özel sağlık sigortası ile kronik hastalığın karşılaştırması	33
Tablo 4.7. Ekonomik durum ile hastalık halinde Malatya dışında ilk tercih edilen kurumların arasındaki ilişki	33
Tablo 4.8. Ekonomik durum ile sağlık kurumu tercihinin kıyaslanması	34
Tablo 4.9. Öğrenim durumu ile hastalık durumunda Malatya dışında ilk tercih edilen kurumların karşılaştırılması	35
Tablo 4.10. Öğrenim durumu ile ekonomik durumun sağlık kurumu tercihi arasındaki ilişki	36
Tablo 4.11. Yaşanılan yer ile hastalık durumunda Malatya dışında ilk tercih edilen kurumların karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.12. Yaşanılan yer ile sağlık kurumu tercihinin karşılaştırılması	38
Tablo 4.13. Yaşanılan yer ile ekonomik durumun karşılaştırılması	39
Tablo 4.14. Son 6 ay içinde başvurulmuş kurumlar	40
Tablo 4.15. Son 6 ay içinde başvurulmuş kurum sayısı.....	41
Tablo 4.16. Ekonomik durumla özel sağlık sigortasının karşılaştırılması	41
Tablo 4.17. Yaşanılan yer ile mesleğin karşılaştırılması	42
Tablo 4.18. Yaşanılan yer ile mesleğin karşılaştırılması	43

1. GİRİŞ

Sağlık; yeme içme barınma gibi temel bir ihtiyaçtır ve her insanın sağlıklı olma hakkı vardır. Sağlık en büyük zenginliktir. İnsan da bu toplumun en değerli üyesidir. Sağlığın tanımı sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali demektir. Bu tanımda da görüldüğü üzere sağlık sadece bireylerin kendisini değil toplumları da ilgilendiren bir konudur. Sağlıklı birey sağlıklı toplum demektir.

Toplumsal kalkınmanın göstergelerinden biri de sağlıktır. Yaşam kalitesini artırmak, insanların üretime olan katkısını geliştirmek, sosyal ve kültürel anlamda ilerleyebilmek için önce sağlık kavramının gelişmiş olması gerekmektedir.

Gelişmiş sağlık hizmetlerinin olduğu ülkelerde bireylerin verimliliğinin, topluma olan katkısının daha fazla olduğunu, tam tersi durumda yani sağlık hizmetlerinin gelişmediği toplumlarda ise bireylerin ve ülkelerin her anlamda geri kaldığından bahsedebiliriz.

Sağlık insanların hayatına anlam katan en önemli unsurdur. Her insanın sağlık anlayışı, hastalık anlayışı hatta toplumların bile sağlık, hastalık anlayışları birbirinden farklı olabilmektedir. Bu farklılıkların yaşanmasında gelenek görenekler, insana verilen değer, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve devlet politikaları yer almaktadır.

Bu kadar önemli bir hizmetin öncelikli olarak devlet tarafından sunulması gerekmektedir. Sosyal devlet; bireylere gelir güvencesi sağlayan, onları risklere karşı koruyan, sosyal güvenliklerini sağlayan, barınma, sağlık gibi hizmetler sunan bir anlayıştır. Yani sağlık hizmeti sağlamak devletlerin asli görevlerinden biridir.

Sağlık hizmetleri; kişisel özelliklerden devlet yönetimine kadar birçok faktörden etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı karmaşık ve dinamik bir süreçtir.

İnsanların yaşam sürelerinin uzaması, gelişen teknoloji, tıptaki ilerlemeler, artan hastalık yükü, artan hastalık çeşitliliği, değişen sağlık algısı, insanların yaşam süreleri beklentileri gibi faktörler hastaların sağlık hizmet kullanımı tercihlerini de etkileyip değiştirebilmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Malatya il merkezi İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne başvuran hastaların başvurusunu etkileyen faktörleri incelemek ve bu faktörlerin sağlık hizmeti kullanımına olan etkisini belirlemektir.

2. GENEL KAVRAMLAR

2.1. Sağlık ve Hastalık

Sağlık toplumda genellikle hastalığın olmaması şeklinde algılanır. Ancak bu tanımlama çok yetersiz kalmış ve DSÖ tarafından sağlık “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” olarak tanımlanmıştır.

Hastalık kavramı ile sağlık kavramı iç içe geçmiştir. Hastalığın hekim, birey ve toplum tarafından farklı farklı tanımlamaları mevcuttur. Hekim tarafından; hücre, doku ve organlarda yapısal ve fonksiyonel bozuklukların ortaya çıkardığı durum olarak tanımlanmıştır. Biyolojik olarak böyle bir tanım doğrudur fakat yeterli değildir. Hastalık sosyo kültürel bir kavramdır. Bazı toplumlar tarafından hastalık olarak kabul edilen bir durum başka toplumlar tarafından hastalıktan sayılmayabilir. İlkel toplumlarda eğer hastalık kişinin görevlerini yerine getirmesine engel değilse o toplum için o olgu hastalık sayılmamaktadır. Örnek; boğaz ağrısı, ishal gibi. Hastalığın yaygınlığı da önemli bir ölçüttür. Herkesin bitli olduğu bir toplumda bu durum normal kabul edilmekte ve hastalıktan sayılmamaktadır. Yine Afrika ülkelerinde sıtma gibi önemli bir durum da kişi günlük işlerini yaptığı sürece hastalıktan sayılmaz. Ancak artık kişi kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma geldiğinde toplumdan dışlanır ve ölüme terk edilir. Yani toplumların gelişmişlik seviyesi arttıkça biyolojik hastalık tanımına uygun düzeye gelirler (1).

Sağlık; vazgeçilemez, ertelenemez, devredilemez ve doğuştan kazanılan esas bir hak olarak kabul edilmiş ve tüm dünyada ulaşılması amaçlanan sosyal bir nitelik özelliğindedir.

1978 yılında Alma Ata Kongresinde sağlık hakkı; “dünyadaki herkes 2000 yılına kadar bulundukları toplumun sosyal yaşantısına etkin bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır” ilkesi ile evrensel bir boyut kazanmıştır. Ülkemizdeki Beş Yıllık Kalkınma Planlarında; insan sağlığı toplumsal kalkınmanın temeli olarak tanımlanmış, hayat kalitesinin yükseltilmesi ve yaşam süresinin uzatılması esas alınmıştır.

2.2. Hastalık ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler

Hastalık ve sağlık olgusunu etkileyen faktörleri şu şekilde gruplandırabiliriz (1).

- Biyolojik Etmenler

- Psikolojik Etmenler
- Çevresel Etmenler
- Yerleşim Yeri Koşulları
- Toplumsal Etmenler

2.2.1. Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktör demek; bireyin davranışlarının, beyin ve sinir sisteminde meydana gelen reseptör ilişkileri, sinapslardan salınan nörotransmitterler yani elektriksel ve kimyasal olaylarla ilişkilendirilmesidir. Bireyin kalıtsal yapısı onun gelişiminin davranış şeklinin asıl belirleyicisidir. Genetik özellikler, hastalıklar kuşaktan kuşağa aktarılmaktadır. Bu durum da bazı hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Özellikle kalp damar hastalıklarının, endokrin sistemi hastalıklarının ve bazı psikiyatrik hastalıkların genetik yoluyla aktarıldığı bilinmektedir (2,3).

İnsanlardaki bu biyolojik düzenek zaman içinde çevresel ya da toplumsal etkenlerle değişebilir. Örneğin, yüksek bir yer olan Titicaca Gölü çevresinde yaşayan Kızılderililerinin, havadaki oksijen oranının düşük olmasından dolayı daha büyük bir göğse sahip olmaları, derin solunum yapmaları ve kanlarındaki hemoglobin değerlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Yani biyolojik sistem dış etkenlere bağlı olarak değişip gelişebilmektedir (3).

2.2.2. Psikolojik Faktörler

Bireyler farklı şekillerde gelen uyarıları kendi dünyalarında daha farklı şekilde algılayabilirler. Kendi beklentilerine ve gereksinimlerine göre bu uyarılara çeşitli manalar yüklerler. Bireylerin hastalıklara veya tedavilere olan algısı da bu yüzden farklılık gösterebilmektedir. İnsanın hastalığa yakalanacağını düşünmesi, hastalığa karşı beklenti içinde olması veya hasta olmaya yatkın olduğu düşüncesi kişinin sağlık davranışını da etkilemektedir (4).

Kişinin yakın çevresinden birinin vefat etmesi ya da aile üyelerinden birinin ölümcül bir hastalığa yakalanması o kişiyi de derinden etkilemekte ve hastalık ölüm gibi korkuları varsa da bu korkuları daha fazla tetikleyebilmektedir. Bazı insanlar da hasta olmadığı halde sürekli hastaymış gibi hissedip doktor doktor gezerler, ciddi bir hastalıklarının olduğunu düşünüp sürekli tetkik yaptırırlar. Hipokondriyazis dediğimiz bu durum da bir tür anksiyete bozukluğu olarak bazı insanlarda karşımıza çıkmaktadır.

2.2.3. Çevresel Faktörler

Her birey hayatının her evresinde bilinçli ya da bilinçsiz olarak çevre ile etkileşim halindedir. Dolayısıyla olumlu veya olumsuz olarak çevreden etkilenmektedir. Günümüzde kimyasalların daha fazla hayatımıza girmesiyle ve endüstrinin gelişmesiyle birlikte çevre ve sağlık arasında daha karmaşık bir ilişki ortaya çıkmıştır.

Çevrenin insan sağlığı üzerindeki etkisine bakacak olursak; (5)

1. Hastalığın asıl sebebi olabilir.
2. Hastalık oluşmasını kolaylaştırabilir.
3. Hastalıkların prognozunu ve sonucunu etkileyebilir
4. Hastalıkların bulaşmasını ve yayılmasını kolaylaştırabilir.

Radyasyon, kanserojen maddeler, ısı, soğuk, tarım ilaçları, esansiyel madde eksiklikleri, çeşitli mikroorganizmaları da hastalık yapan çevresel etmenler grubunda sayabiliriz (1).

2.2.4. Yerleşim Yeri Koşulları

Kırsal alanlar bireylerin yaşamakta en fazla zorlandığı alanlardır. Sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden yararlanma da kırsal alanda kentsel alanlara göre daha güçtür. İnsanların yaşadıkları konutların özellikleri de kırsal ve kentsel alanlarda farklılık göstermektedir. Bu farklılığın insan sağlığı üzerine olumlu olumsuz etkileri bulunmaktadır. Örneğin; güneş ışığı almayan evlerde yaşayan insanlarda daha fazla kemik hastalıkları görülmektedir. Aynı zamanda evin içinde çok fazla sayıda insanın yaşaması hastalıkların daha hızlı yayılmasına neden olabilmektedir (6,7).

Kırsal kesimlerde insanların hayatlarını etkileyen önemli faktörlerden biri de dindir. Dinin insan sağlığı ve sağlık hizmetlerini kullanma üzerindeki etkisi kırsal alanlarda kentsel alanlara göre daha fazladır (7).

2.2.5. Toplumsal Faktörler

Kurumların bulunduğu ve bu kurumların etkileşim halinde oldukları sisteme toplum denilmektedir. Bu kurumların birbirlerinden farklı görevleri vardır ve bu görevleri sayesinde toplumsal hayatın devamlılığını sağlarlar. Sosyal özelliklere sahip olan ve insanların ihtiyaçlarını karşılayan sağlık kurumları hizmet verdiği toplumun dini, siyasi, eğitim ve ekonomi gibi çeşitli özelliklerinden de etkilenmektedir (8).

2.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetleri; kişilerin ve toplumun hasta olmasını önlemek, sağlıklarını geliştirmek, hasta olduklarında ise tedavilerini sağlamak, tedaviye rağmen tam iyileşemeyip sekel kalan hastaların başkalarına bağlı olmadan hayatını idame ettirmek ve toplumların sağlık kalitesini artırmak amacıyla yapılan çalışmaların hepsi sağlık hizmetleri olarak adlandırılır (9).

Sağlık bakımı ve sağlık hizmetleri çoğu zaman birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır. Sağlık bakımı akut ya da kronik hastalığı olan kişilerin bakımıyla beraber, var olan sağlığı korumak, geliştirmek, hastalıkların önlenmesi, sağlık eğitimi, hastalıkların tanısı, tedavisi, rehabilitasyon hizmetleri gibi tüm etkinlikleri içine alan bir terimdir. Sağlık bakımı, tıbbi bakımdan daha geniş kapsamlıdır. Yani anne karnından mezara kadar olan tüm süreci kapsamaktadır (6).

Sağlık hizmeti sunumlarının esas amacı insan ömrünü uzatmaktır. Her ülkenin sağlık hizmeti için ayırmış olduğu bütçe birbirinden farklıdır. Bu farklılık ülkelerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerindeki farklılığa da neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hizmet çeşitliliği de fazla olmaktadır (10, 11).

2.3.1. Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Kişiler genelde günlük yerine getirmesi gereken görevlerini yerine getiremediğinde ya da hastalık belirtileri ortaya çıktığı zaman sağlık hizmeti almak için uğraşırlar. Ne yazık ki sağlığın değeri hasta olunca anlaşılmakta ve iyileşince tekrar unutulmaktadır. Bu düşünce anlayışıyla da kişiler sağlıklı oldukları dönemde kontrol ve korunma amaçlı sağlık hizmetlerine başvurmamakta ve bunu zaman ve para kaybı olarak değerlendirmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı; sağlıklı olma, sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarma ve mevcut sağlık durumunu sürdürme amacıyla birey, aile ve toplumların koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden faydalanmaları demektir (12).

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği; bu hizmetlere gerçekten ihtiyaç duyan kişilerin sağlık hizmetlerini alıp almaması olarak ifade edilebilir (12).

Dünya Sağlık Örgütü (1986)'ne göre tüm kişiler kendi sağlığını korumak, geliştirmek ve sağlık hizmeti kullanmak için eşit şartlara sahip olmalıdır. Ülkemizde

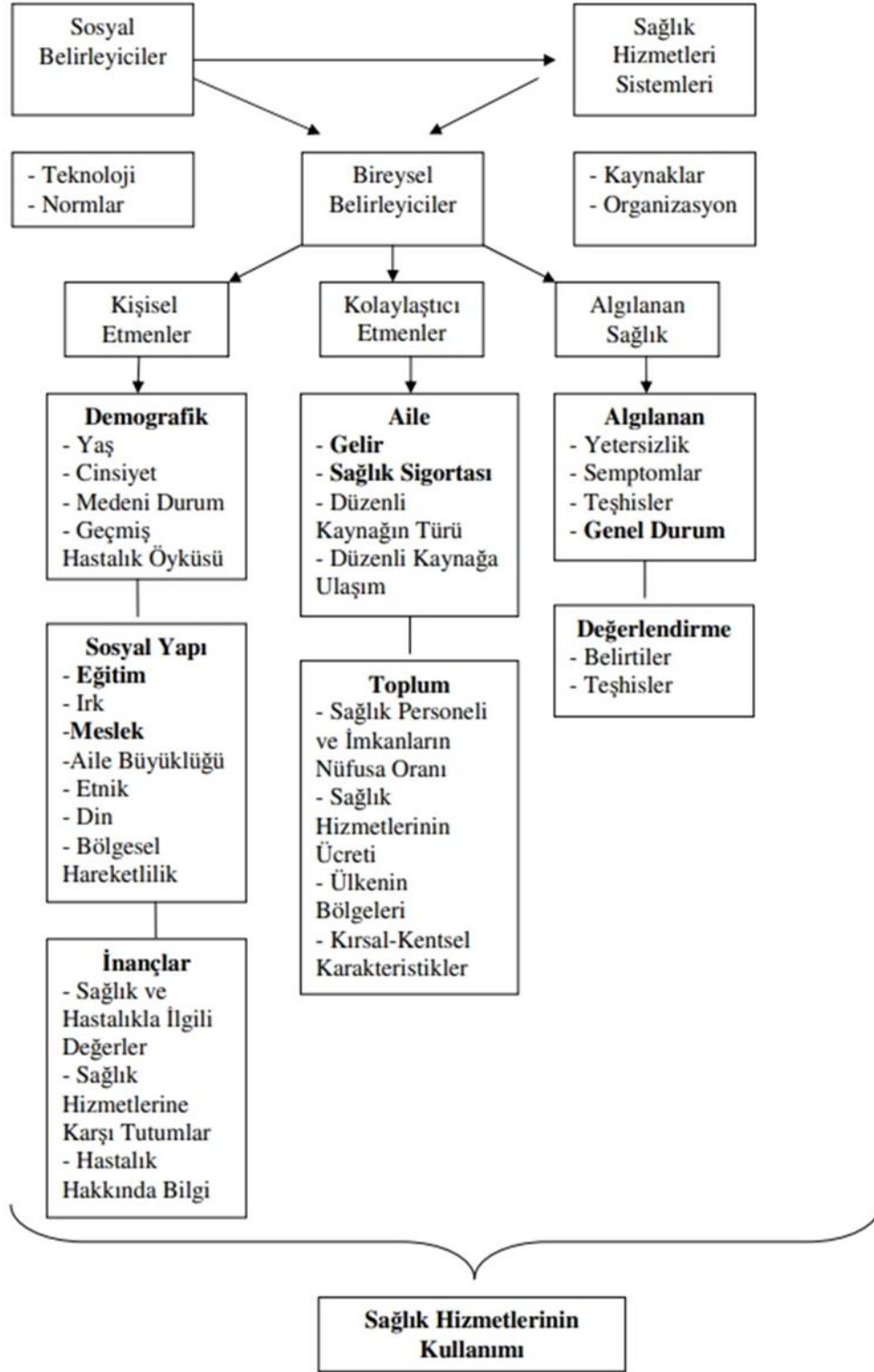
Devlet Planlama Teşkilatınca (DPT) hazırlanan kalkınma planlarının hepsinde temel hedef; her bireyin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmasıdır.

Kullanılabilirlik kavramı sağlık hizmetlerinde ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmeti ne kadar kullanılabilir ise toplum sağlığına da o kadar faydalıdır. Kullanılabilirlik en basit haliyle hizmetlere erişim ya da sağlık hizmetlerinin kullanımı demektir (12).

Kullanılabilirlik Andersen ve Aday tarafından (1978);

- a) Sağlık hizmeti kurumlarının ve sağlık çalışanının mevcudiyeti (doktor sayısının toplam nüfusa oranı)
- b) Sağlık kurumlarının ve çalışanlarının birtakım maliyetleri (hastanın kendi bütçesinden ödemesi, kuruma ulaşana kadar geçen süre)
- c) Sağlık hizmetlerinin fiili kullanımı (belli bir zaman içinde hekime muayene olan hastaların oranı)
- d) Nüfusun ihtiyacına göre sağlık hizmetlerinin kullanımı (hastanın şikayetlerine göre hekime başvurması ya da sağlık kuruluşlarına başvurma sayısı) olarak 4 farklı şekilde tanımlanmıştır (13).

Kişilerin sağlık hizmetleri kullanımını belirleyen etmenler; sosyal belirleyiciler, sağlık hizmetleri sistemleri ve kişisel faktörler olarak üç grupta ele alınabilir (Şekil 2.1) (14).



Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler (14)

Şekil 2.1’de Sağlık hizmeti kullanımının sosyal belirleyicilerinin teknoloji ve normlar olduğu ifade edilmektedir. Teknolojik gelişmeler ile birlikte insanların hastaneye başvurusundaki sıklık artmıştır. Yine bu sayede tüberküloz, pnömoni, influenza ve diğer bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümler de hızla azalmıştır (14).

Teknolojideki değişikliklerin sağlık hizmetleri sistemi ve kullanımı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu genel olarak kabul edilirken, toplumsal normların etkisine fazla değinilmemiştir. Toplumda yaygın olan inanç ve değerler toplumsal norm olarak değerlendirilmiştir (14).

Sağlık hizmetleri; hastalığı önleyici, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin birlikte olduğu bütüncül yaklaşımla sunulmalıdır. Çeşitli düzeydeki ihtiyaçları karşılayacak şekilde herkese hakkaniyetle sunulmalıdır. Anne karnından ölüme kadar olan bütün süreci kapsamalıdır. Sağlık hizmetleri herkesin ulaşabileceği şekilde organize edilmelidir (15).

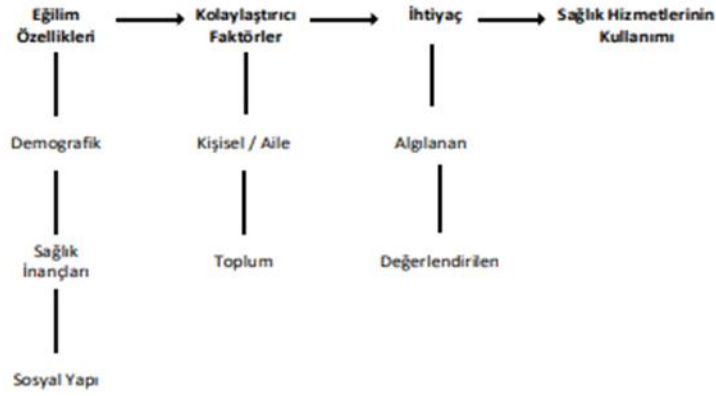
Birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamağa kadar olan tüm sağlık kuruluşlarını içermeli, ikinci ve üçüncü basamağa sevk zinciriyle gidilmelidir. Sağlık hizmetlerinin bu basamaklarında multidisipliner bir yaklaşım olmalıdır (15).

Sağlık hizmetlerini izlemek, değerlendirmek, planlamak ve kanıta dayalı karar vermek için ulusal ya da uluslararası standartlarda kayıt ve bildirim yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin güçlenmesi için uluslararası işbirliği ve koordinasyon mekanizmaları güçlendirilmelidir (15).

2.3.2. Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri talebi, bireylerin belli bir sağlık problemiyle karşılaştıklarında sağlık kurumlarından faydalanabilme imkanı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık ihtiyacının hayatı idame ettirmek için gerekli ve önemli bir ihtiyaç olması sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (16).

Kişilerin sağlık hizmeti alma ve sağlık hizmeti almaya karar verme süreçleri çok karmaşıktır. Bireyler öncelikle seçim kararları verirler. Hastalandıklarında doktora gitmek, gerekli durumlarda operasyon geçirmek, çocuklarını aşılatmak seçim kararlarından birkaçıdır. Yakınların tavsiyeleri, doktorun yönlendirmesi, çevrenin fikirleri, karşılaşılması olası riskler ve kazanılacak faydalar, alım gücü gibi pek çok faktör sağlık hizmetlerini kullanma kararında etkili olmaktadır (17).



Kaynak: Andersen 1968, Andersen 1995:8 (18,19)

Şekil 2.2. Davranışsal Model (18,19)

Sağlık hizmetlerinin kullanımını daha iyi anlamak için Andersen tarafından 1968 yılında çıkan ve literatürde önemli bir yere sahip olan “Sağlık hizmetleri kullanımının davranışsal modeli” ni incelemek gerekmektedir. Bu model daha sonra çeşitli değişimler geçirerek, bazı eklemelerle günümüze kadar gelmiştir (20).

Geliştirilen bu modele göre sağlık hizmetleri kullanımı üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar; (18)

1. Hazırlayıcı ya da Eğilim(Predisposing) Faktörleri
2. Kolaylaştırıcı veya İmkân (Enabling) Faktörleri
3. Gereksinim veya İhtiyaç (Need) Faktörleri

Hazırlayıcı Faktörler

Hazırlayıcı Faktörler ya da Eğilim; bireylerin sağlık hizmetini kullanma eğilimleri olarak ifade edilebilir. Bu faktörler bireylerin sahip olduğu kişisel özellikler tarafından belirlenmektedir. Hazırlayıcı faktörler kişinin sağlık hizmetine ihtiyaç duymasını ve kullanmasını hazırlayan faktörler yani bu hizmetleri kullanım eğilimi olarak tanımlanmıştır (21,13).

Bazı insanların diğerlerine göre daha çok sağlık hizmetlerini kullanmaya eğilimleri olmaktadır. Bu eğilim hastalık ortaya çıkmadan önce sahip olunan bireysel faktörler tarafından belirlenir. Hazırlayıcı faktörler; cinsiyet, yaş, geçirilen hastalıklar, medeni durum, eğitim, meslek, gelir düzeyi vb faktörlerdir. Bu faktörler doğrudan sağlık hizmeti kullanımını etkilemeseler de dolaylı yoldan daha fazla sağlık hizmeti kullanmayı teşvik etmektedirler (20).

Kolaylaştırıcı Faktörler

Bireyler sağlık hizmetlerini kullanmak için hazır olsalar da bu hizmetlerden faydalanmak için bazı imkânlar gereklidir. Kişilerin hizmeti kullanması ve bu hizmetten

tatmin olmasını sağlayan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Hazırlayıcı faktörlere sahip olmak, kişilerin tam anlamıyla sağlık hizmetlerinden faydalanacağı manasına gelmemektedir. Hizmetleri alabilme konusu çok önemlidir. Kaynaklar gerektiği kadar varsa, uzun sıralar beklemeden sağlık hizmetleri kullanılabilir ve bu hizmetlerin maliyeti yüksek değilse, bu hizmetler daha fazla toplum tarafından kullanılabilir (20).

Kolaylaştırıcı faktörler, ailesel ve toplumsal özellikler olmak üzere iki başlık altında incelenebilir. Hane halkı gelir düzeyi, sağlık sigortasının olup olmaması, düzenli gelir kaynağının olması, bu kaynağa erişim imkanı ailesel düzeyinde kolaylaştırıcı faktörler başlığındadır. Bununla birlikte, sağlık kuruluşlarının ve personellerinin nüfusa göre sayısı, sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi, yaşanılan yerin gelişmişlik düzeyi, kırsal ve kentsel özellikler de toplumsal düzeydeki kolaylaştırıcı faktörler başlığı altındadır (18,14).

İhtiyaç Faktörleri

Hastalığın farkedilmesi, sağlık hizmetini almaya neden olan asıl uyarıdır. Çünkü kişi, hastalık halini farkettikten sonra hizmet arama davranışında bulunarak sağlık hizmeti kullanımına yönelmektedir. Kişi kendisi ya da yakınlarının hastalıklarının ortaya çıkmasını algıladıkları zaman sağlık hizmetlerini kullanma ihtiyacı duymaktadır. Bu da ihtiyaç faktörünün en temel sebebidir (22).

İhtiyaç Faktörlerini algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olarak iki alt gruba ayırabiliriz.

Algılanan ihtiyaç;

- Bireylerin kendilerinin belirttiği genel sağlık durumlarına (iyi,orta,kötü, mükemmel)
- Bireylerin rutin hayatında hastalıktan dolayı iş göremediği gün sayısına
- Bireylerin algıladığı hastalık semptomlarına göre ölçülmektedir (22,23).

Kişiler sağlık sorunları ortaya çıktığı zaman sağlık hizmeti almak için talepte bulunacaktır. Ancak kişi ihtiyacı olduğu halde, sağlık hizmeti talebinde bulunmuyorsa algılanan ihtiyaç ‘‘karşılanmayan ihtiyaç’’ olarak tanımlanır (24).

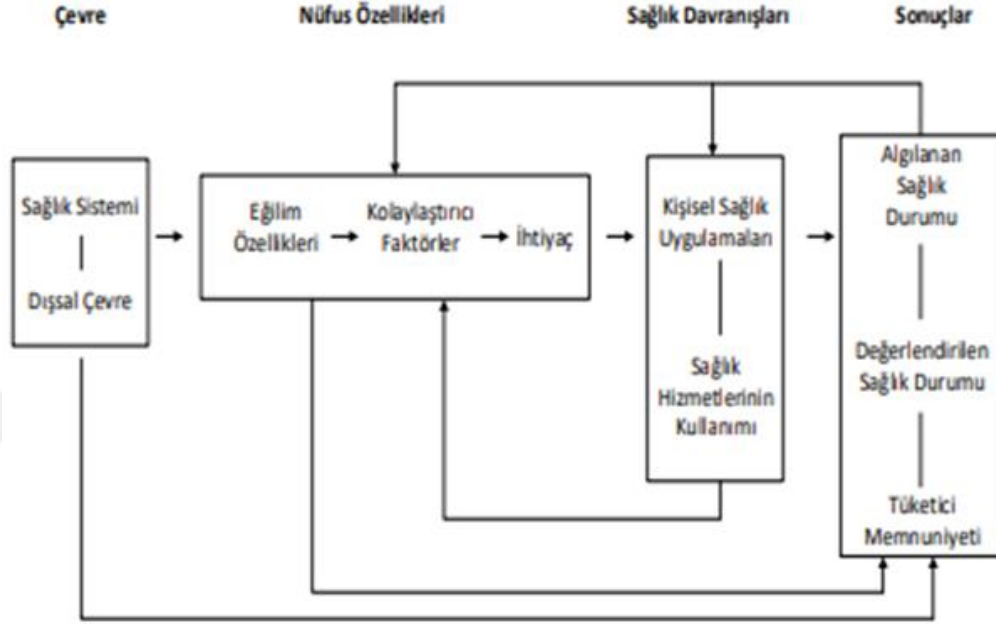
Değerlendirilen İhtiyaç;

Kişinin sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda, sağlık hizmeti talebinde bulunduğu zaman talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına hekim karar vermektedir.

Kişinin talebi profesyonel olarak değerlendirilip, sağlık hizmeti talebi hekim tarafından belirlenen ihtiyaca değerlendirilen ihtiyaç denilmektedir (24).

Andersen tarafından 1968’de oluşturulan Davranışsal Model, birtakım görüş ve eleştiriler sonucunda zaman içinde bazı değişimler geçirmiş ve bu modele bazı eklemeler yapılmıştır (19).

Şekil 2.3’de Davranışsal Modelin son hali görülmektedir .



Kaynak: Andersen 1995:8 (19)

Şekil 2.3. Davranışsal Modelin son hali (19)

Tablo 2.1. Sağlık hizmetlerinden faydalanmada etkili olan faktörler daha detaylı gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler (25,26)

Hazırlayıcı veya Eğilim Faktörleri		
Demografik özellikler	Sosyoekonomik özellikler	Tutum ve davranışla ilgili özellikler
Bireyin yaşı	Eğitim düzeyi	Sağlık hizmetini kullanma eğilimi
Bireyin cinsiyeti	İş durumu	Koruyucu hizmetlerin kullanımıyla ilgili tutum ve davranış
Bireyin uyruğu	Gelir düzeyi	Sağlık hizmetlerin değeri
Hanehalkı genişliği	Toplumsal sınıf	Hastalık ili ilgili bilgi
Bireyin medeni hali	İnanç	Sigorta planında tatmin olma durumu
Eçmiş sağlık hizmeti kullanımı	Etnisite	

Kolaylaştırıcı Faktörler	
Aileye ilişkin özellikler	Toplumsal düzeye ilişkin özellikler
Ailenin gelir durumu	Bireyin yaşadığı yer veya bölge
Bireyin bağlı olduğu sigorta sistemi	Yatak başına düşen hasta sayısı
Düzenli bakım	Sağlık hizmetinin sürekliliği
Başvuru aşamaları	Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği
Uzlaşma süreci	Ekonomik sistem
Sırada bekleme süresi	

İhtiyaç Faktörleri	
Algılanan ihtiyaç	Değerlendirilen ihtiyaç
Bireyin geçirdiği rahatsızlık süresi	
Hastalıkla ilgili semptomlar	Teşhis
Bireyin algıladığı sağlık düzeyi	Semptomlar
Bireyin sağlıkla ilgili endişeleri	
Bireyin hastalıkla ilgili ağrı yoğunluğu	

Kaynak: Kavuncubaşı 2000:61-62, Kavuncubaşı ve Kısa 2008:8-9 (25,26)

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Türkiye’de sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlıklı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta sınıflanabilir.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık henüz baş göstermeden önce alınan her türlü tedbir ve mücadeleyi içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde işlemesi sonucu sadece o kişiye değil toplumun geri kalan diğer fertlerine de yarar sağlamaktadır. Dolayısıyla toplumsal faydası bireysel faydasından daha fazla olan bir sağlık hizmetidir (27).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri; aile planlaması, aşılar, taramalar, dengeli beslenme, gıda denetimi vb konuları içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere iki başlık altında toplanabilir (27).

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri; bireyleri ve de dolayısıyla toplumu dirençli hale getirmeyi, hastalık çıkmadan ya da erken dönemde hastalıkları teşhis etmeyi

amaçlayan sağlık hizmetleridir. Aşılar, taramalar, sağlık eğitimi, aile planlaması örnek verilebilir (27).

Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri: Çevre sağlığını kötü yönde etkileyen faktörlerin belirlenerek, sağlıklı çevresel bir yaşam alanının oluşturulması olarak tanımlanabilir (27). Temiz su sağlanması, haşerelerle mücadele, atıkların uygun şekilde yok edilmesi, kanalizasyon vb hizmetleri içermektedir.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastalığın teşhis ve tedavi edilme sürecini ifade eder. Tedavi edici sağlık hizmetleri kişilerin yaşam kalitesini yükseltip, verimliliğini artırıp, milli gelir artışı da sağlamaktadır (27).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır.

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Birinci basamak tedavi hizmetleri tedavide ilk basamağı oluşturmaktadır. Hasta olan kişinin ilk başvurduğu yer aile sağlığı merkezi, semt polikliniği ya da kendine en yakın sağlık kuruluşudur. Hastaya ilk tanı burada konulup, tedavisi mümkünse yapılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri muayene, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri şeklinde olabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim ve kuruluşlar, koruyucu sağlık hizmetleri sağlamakla da yükümlüdürler (28).

Birinci basamak tedavi hizmetleri;

- Hastanın ilaç kullanarak veya ilaç almadan evde dinlenip kendi kendine veya yakın çevresinin bakımıyla tedavi edilmesi,
- Aile sağlığı merkezi ya da hastanede muayene olup, tedavisi düzenlenen hastanın evde dinlenmesi şeklinde de ifade edilebilir (29).

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: İkinci basamak tedavi hizmetleri, hastaların tanıların konulup ve yatırılarak tedavi edildiği hizmetlerdir. Hekim, hemşire ve diğer personellerle birlikte, tıbbi malzemeler kullanılarak yapılan teşhis ve tedavi hizmetleridir. Bu tedavi hizmetlerin amacı hastayı tekrar eski sağlıklı dönemine kavuşturmasıdır. Yani hasta özel bakım ve tedavi uygulamak için hastaneye yatırılır ve gözlem altında tutulur (29). Özel Hastaneler ve Devlet Hastaneleri örnek gösterilebilir.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için hizmet verilen üniversite hastaneleri, dal hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, göğüs-kalp damar cerrahisi hastaneleri üçüncü basamak olarak adlandırılmaktadır (29).

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon; doğuştan var olan veya daha sonradan meydana gelen hastalık, sakatlık kazalar sebebiyle bazı yetilerini kaybetmiş kişilere tıbbi, ruhsal, sosyal, mesleki yönlerden en iyi düzeye ulaştırmaya çalışarak kendisine, yakınlarına, topluma daha faydalı olmasını amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını minimal düzeye indirmek için sunulan hizmetlerdir (30).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri iki gruba ayrılmaktadır:

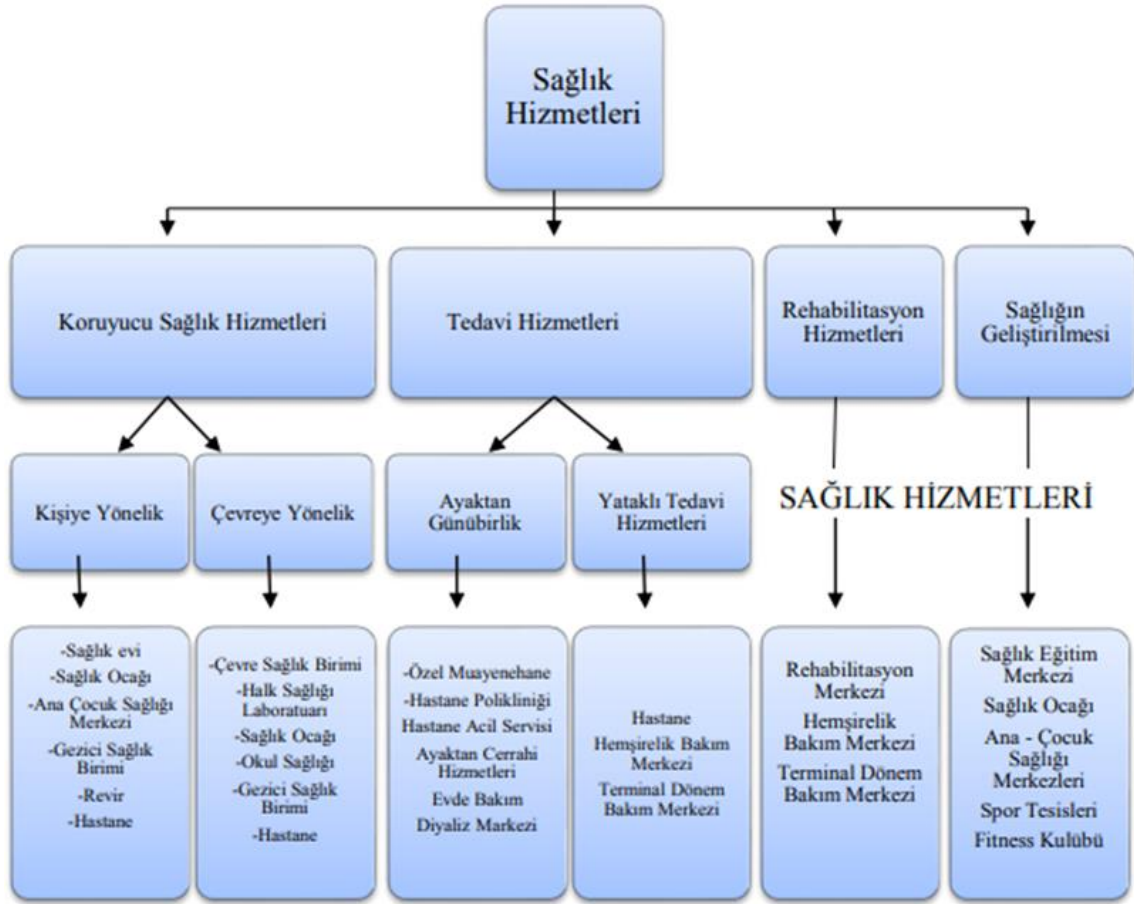
Tıbbi Rehabilitasyon: Kaza veya hastalık sonrası işlevi azalan uzuvların tıbbi yöntemlerle (fizik tedavi) güçlendirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Örnek ekstremitte protezleri (31).

Sosyal Rehabilitasyon: Kişilerin aktif hayata katılması, yeni iş bulması ya da yeni işe ortama uyum sağlaması ve başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesini amaçlayan, kişileri sosyal ve psikolojik yönden destekleyen programları kapsamaktadır.

Sağlığı Geliştirici Hizmetler

Sağlığın geliştirilmesi; kişilerin kendi sağlığını geliştirebilmesi ve kontrol edebilme gücüdür. Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalığı önlemek değil, bireylerin uzun ömürlü ve kaliteli bir hayat için ortaya koyduğu davranışları tanımlar. Sağlığın geliştirilmesi kişinin pozitif enerjisini yükseltip şiddet ve intihar gibi problemlerin oranını azaltır (32).

Şekil 2.4'teki tabloda sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması gösterilmiştir. Kavuncubaşı tarafından hazırlanan tabloda da sağlık hizmetleri Koruyucu, Tedavi edici ve Rehabilitasyon hizmetleri olarak üçe ayrılmış ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) de önemle vurguladığı sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de bu sınıflandırmaya dahil edilmiştir (25).



Şekil 2.4. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması (Kavuncubaşı, 2000: 34.) (25)

2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin geçmişine bakıldığında dönemsel olarak sağlık politikalarının değiştiği görülmektedir. Değişen zamanın şartlarına göre sağlığı geliştiren, yaşam kalitesini artıran sağlık hizmetleri sunulmaya çalışılmıştır.

2.4.1. Osmanlı Dönemi

Osmanlı İmparatorluğu zamanında monarşinin bütün özellikleri sağlık politikalarına da sıçramıştır. Devletin sağlık işlerini ayarlayan, hekim, cerrah ve sağlık personellerinin atama görevlerini üstlenen Reisul Etibba yani hekim başı diye adlandırılan bir kurum bulunmaktadır (33).

Hekimbaşların başlıca görevleri şunlardır (1):

- Tabiplerin atanması, yer değiştirmesi, görevden alınması
- Hekim dışı personelin atamalarını yönetme

- Muayenehane açma yetkisi verilmesi
- Savaş durumu halinde ordunun hekimbaşılık görevini üstlenme
- Ordunun tanı ve tedavi ile ilgili malzemeleri temin etme.
- Salgın durumlarını yönetme

Bu dönemde insanlar genellikle belli bir ücret karşılığında tabip ve cerrahlardan sağlık hizmeti almıştır. Bununla birlikte padişahın ve hayırseverlerin kurduğu yoksul kesime hizmet veren kurumlar da bulunmaktadır. İstanbul, Edirne, Bursa, Kayseri gibi büyük kentlerde bu hizmetler verilmiştir (33).

Devlet sunduğu bu tıbbi hizmetlerle birlikte içme suları, kanalizasyon, gıda kontrolü ve sosyal yardım hizmetleri gibi halk sağlığı konularına da değinmiş, birtakım hizmetler üretmiş ancak bu hizmetler de yine bazı büyük illerle sınırlı kalmıştır. Yani kısaca sağlık hizmetleri 19.yy'ın sonuna kadar devletin asıl sorumluluğunda değildir. Yine bu devirde sağlık hizmetleri batı toplumlarının gerisinde kalmıştır. Salgın hastalıklar gibi pek çok sorunla karşılaşan toplum üfürükçülere, bilim dışı kurumlara başvurmuştur (33).

Sağlık hizmetleri konusunda 19 yy'ın sonlarına doğru Batı'ya yönelme olmuştur. Hekimbaşılık 1849'da kaldırılmıştır. 1850 yılında ise Tıbbiye Nezareti kurulmuştur. Böylelikle Hekimbaşı kurumunun yetkileri, Tıbbiye Nezareti'ne verilmiştir. 1862 yılında bir tüzük çıkarılmış ve hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birini bitirme şartı aranmıştır. 1870 yılında Nezareti Tıbbiyei Mülkiye kurulmuş birçok sağlık hizmeti sunulmuştur. 1871 yılında ise, Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü yayımlanmıştır. Bu tüzüklerle birlikte memleket tabiplikleri, sağlık müfettişlikleri kurulmuş ve sağlık hizmetlerini devlet eli ile yürütmek için atılan ilk adım olmuştur. Memleket tabipleri tarafından hastadan herhangi bir ücret talep edilmemiştir. Memleket tabiplerinin aşı, salgın hastalıklar, savaşta sağlık hizmeti gibi pek çok görevleri vardır. Bu dönemde tabiplerin maaşı aylık 6-12 altın arası, müfettişlerin maaşı ise 20 altın olarak belirlenmiştir (1).

Osmanlı Döneminde Kurulan Bazı Hastaneler (34);

- İstanbul Deniz Hastanesi 1838
- Haydarpaşa Askeri hastanesi 1845
- Gümüşsuyu Askeri Hastanesi 1846
- Gülhane Askeri Hastanesi 1845
- Zeynep Kamil Hastanesi 1862
- Vakıf Gureba Hastanesi 1845

2.4.2. 1920-1938 Dönemleri

Sağlık Bakanlığı (SB), 3 Mayıs 1920’de kurulmuştur. Sağlık Bakanlığının kurulmasıyla beraber merkezi örgüt ve taşra teşkilatlarında yeniden düzenleme yapılmıştır. Bakanlığın birinci görevi sağlık hizmetlerinin temellerini belirlemek, bu alandaki kazanımları artırmak,

Kaynakların doğru bir şekilde dağılımını gerçekleştirmektir. Bu hedefler doğrultusunda, koruyucu sağlık hizmetlerinin işlenmesi için hükümet doktorluğu ve sağlık müdürlüğü kurulmuştur. Tedavi hizmetlerininse, bağlı bulunan belediyeler ve özel idareler tarafından yürütülmesi planlanmıştır. Sağlık hizmeti gereksinimi olan fakir hastalarinsa hükümet tabipleri ve diğer kuruluşlarca parasız bir şekilde iyileştirilmesi planlanmıştır (35).

TBMM’de ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar çalışmıştır. Fakat bu dönemde sağlık hizmetleri ile ilgili programlı bir kayıt sistemi yapılmamış, daha çok savaş yaralarının iyileştirilmesine ve mevzuatın geliştirilmesine önem verilmiştir (33).

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte Dr. Refik Saydam, Sağlık Bakanı görevini üstlenmiştir. Refik Saydam Dönemi sağlık hizmet ve örgütünün kurulup günümüze kadar devam ettirildiği bir dönem olmuştur. Yine bu dönemde özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuş, tedavi edici hizmetler ise hükümet görevi olarak tanımlanmamıştır. Bu bağlamda Sivas, Kayseri, Erzurum, İstanbul, Ankara ve Diyarbakır’da Sağlık Bakanlığına bağlı Numune hastaneleri hizmet vermiştir (33).

1928’de 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” çıkarılmıştır. Bu kanunla sağlık personelinin görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır. 1930’da ise sağlık hizmetleriyle ilgili olan 1593 Sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmıştır. Bu kanunla da sağlık hizmetleri uygulamalarının esasları bildirilmiştir. 1936’da, 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” çıkarılmıştır. Bu kanunla da bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanmış, görev ve sorumlulukları netleşmiştir. Bu üç kanun başta olmak üzere, yürürlüğe giren diğer kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri atılmıştır. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, o dönem çıkarılan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların günümüz ihtiyaçlarına kısmen cevap vermeye devam etmesi, bu yasaları düzenleyenlerin ne kadar ileri görüşlü olduğunu da bize göstermektedir (33).

2.4.3. 1938-1960 Dönemleri

Cumhuriyet döneminin ikinci Sağlık Bakanı ise Dr. Behçet Uz'dur. Uz özellikle koruyucu hekimliği yaygınlaştırmayı ve sağlık personellerini ülkenin geneline dağıtmayı amaçlamıştır. Ülkeyi 7 sağlık bölgesine ayırıp, her bölgede 40 köy için 10ar yataklı bir sağlık merkezi kurulmasını amaçlamıştır. Bu merkezlerde 2 hekim, 1 ebe, 1 sağlık memuru, 1 hemşire çalışması planlanmıştır. 2 hekimden birinin uzman birinin pratisyen olması istenmiştir. Fakat Behçet Uz bakanlıktan ayrıldıktan sonra bu plan uygulamaya geçmemiştir. Sadece ilçelere sağlık merkezi inşa edilmiştir (36).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra görülen sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile baş etmek için "Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası" çıkarılmış ve bu hastalıklarla baş etmek için örgütsel yapılanmalar geliştirilmiştir (37).

2.4.4. 1960-1980 Dönemleri

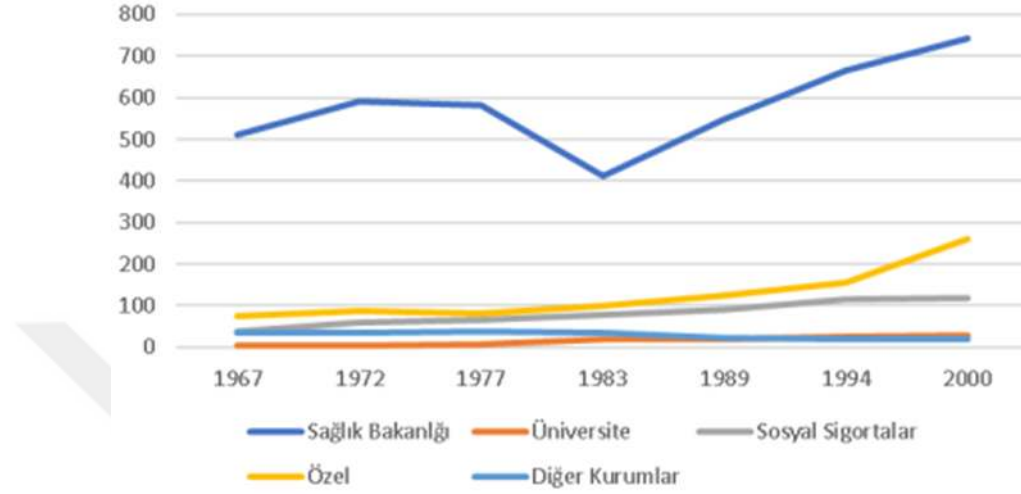
1961'de Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un yürürlüğe konmasıyla, ülkedeki sağlık hizmetleri yeniden yapılanmıştır. Halkın gereksinimlerine cevap verecek şekilde sağlık hizmetlerinin entegre, yaygın ve devamlı olması amaçlanmıştır. Bununla beraber sağlık evi, sağlık ocağı, ilçe hastanesi ve il hastanesi açılarak kademeli bir işleyişin olması istenmiştir (38).

Yine bu dönemde Nusret Fişek sağlık hizmetlerinin sunumunda finansmanın nasıl olacağı konusunu da sık sık gündeme getirmiştir. Fişek, sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesinin sadece komünist ülkelerde gerçekleşebileceğini söylemiştir. Bireysel mülkiyet bilincinin az da olsa hakim olduğu gelişmiş ülkelerde bu sistem uygulanırsa problemler yaratacaktır. Ayrıca tüm sağlık hizmetlerinin ücretsiz bir şekilde sunulması da imkansızdır. Bu nedenle Nusret Fişek, sağlığa özel olarak kullanılmak üzere puldan ve tuzdan bir vergi alınmasını önermiştir. Fakat dönemin Milli Birlik Komitesinde (MBK) bu karar kabul görmemiştir. Bu yüzden 224 sayılı kanun, MBK'nin görev süresinin son dakikalarında güncellenerek yayınlanmıştır (38).

1963'de birinci beş yıllık kalkınma planlaması hazırlanmış, sağlık hizmetleriyle ilgili hedefler konulmuştur. Hedefler; koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın hale getirilmesi, Bakanlık yoluyla hizmet verilmesi, personelin uygun ve doğru bir şekilde görevlendirilmesi, döner sermaye uygulamasının devlet hastanelerinde de ödenmesi,

ilaç firmalarının güçlendirilmesi ve özel hastane uygulamasının desteklemesi hedefler arasındadır (38).

Şekil 2.5'te görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde daha çok SB (Sağlık Bakanlığı) hastaneleri yer almaktadır. Özel hastanelerin sayısının 1983 yılından sonra arttığı da görülmektedir.



Şekil 2.5. 1967-2000 Yılları Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı ((TÜİK; Aralık/2006-Mayıs/2007) (39)

Ekim 2008’de yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) kavramı, ilk kez bu dönemde masaya yatırılmıştır. 1967’de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı hazırlanmış, ama o dönemde kurula sunulmamıştır. 1967’de İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası yeniden gündeme gelmiş taslak Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulmuş fakat bu defa da tartışılmamıştır (37).

2.4.5. 1980-2000 Dönemleri

1982 Anayasasında insanların sosyal güvenlik haklarından ve bu haklarının devlet tarafından korunduğuna dair maddeler bulunmaktadır. Özellikle 60. Maddede sosyal güvenlik hakkından bahsedilmiş ve 56. Maddede de herkesin benden ve ruh sağlığı içinde hayatını devam ettirmesi amacıyla sağlık kurumlarının tek elden planlanıp sağlık hizmeti sunmaları konusuna değinilmiştir. Ayrıca bu maddede geçmişte de gündeme gelen fakat kabul edilmeyen “Genel Sağlık Sigortası’nın kurulabileceğine dair bir hüküm de bulunmaktadır (40).

1980’den sonra sağlık politikalarıyla ilgili bir takım değişiklikler yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında bazı problemlerle karşılaşılıp bu problemlerin çözülmesi amacıyla, diğer ülkelerdeki gelişmelere benzer çalışmalar başlatılmıştır. Bu

alışmalar iki grupta toplanabilir. Birinci grupta, sağlık sistemini iyileştirmek için mevcut olan sistemin üzerinde değişiklikler yapılması ve sağlık projelerinin hayata geçirilmesi, ikinci grupta ise daha gelişmiş bir sağlık sistemi oluşturmak için gerekli yeniliklerin yapılmasıdır. Bununla beraber 1990’da Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından Price Water House ve Ankon Danışmanlık Firmalarına Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ’nn yapılması ve Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası arasında sırasıyla Birinci Sağlık Projesi, İkinci Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ikraz anlaşmaları imzalanmıştır (41).

1992’de birinci, 1993 yılında ise ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmıştır. 1992’de 3861 sayılı Kanunla maddi durumu sağlık hizmetlerinden yararlanacak düzeyde olmayan geliri düşük vatandaşlar için “Yeşil Kart” uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamayla kamu tarafından sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmeye başlanmıştır (42).

1990 yıllarında uygulamada olan sağlık reformunun içerdiği konular; (42)

- GSS’nin (Genel sağlık sigortası) kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının da tek çatı da toplanması
- Sağlık Bakanlığında sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için yapılanmaya gidilmesi
- Sağlık hizmeti sunma ile sağlık hizmeti finansmanın birbirinden ayrılması
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılması ve Aile Hekimliği uygulamalarının geliştirilmesi

2.4.6. 2000’den Günümüze

2002 yılında hükümet tarafından ‘ Acil Eylem Planı’ (AEP) ilan edilmiştir. Bu planda ‘Herkes e Sağlık’ başlığı altında sağlık alanında uzun süredir hazırlıkları yapılan ancak uygulama konusunda sıkıntılar yaşanan reformların temel prensipleri belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, 2003’de ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı’ (SDP) uygulamaya geçmiştir (43).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan bazı değişiklikler (42):

- 2003 yılında; Bakanlığa bağlı 10 hastanede Performansa Dayalı deme Sistemine geçilmiştir. Ambulanslar cretsiz hizmet vermeye başlamıştır. Devlet Memuru ve Emekli Sandığı olan kişilere sevk sistemi olmadan özel hastanelere gitme imknı sunulmuştur.

- 2004 yılında; Devlet hastanelerinde çalışanlara performansa dayalı ödeme sistemi daha da yaygınlaştırılmıştır. Reçeteye alınan ilaçlarda KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür. Yeşil Kartlı vatandaşlar için tedavi masraflarını kapsama alan 5222 sayılı Kanun yayınlanmıştır fakat bakanlığın belirlediği 3 pilot şehirde uygulanmıştır.
- 2005 yılında; Yeşil Kartlı vatandaşlar tüm serbest eczanelerden faydalanmaya başlamıştır. Önceden pilot olarak uygulamaya konulan Yeşil Kartlılar için ayakta tedavi masrafları Türkiye genelinde kapsam altına alınmıştır. Reçeteli olmayan ilaçlarda da KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür. Aile Hekimliği uygulamasına yine bu yılda ilk olarak Düzce'de geçilmiştir. 5502 sayılı Kanunla SSK, Bağkur ve Emekli Sandığı kaldırılıp SGK kurularak hepsi tek çatı altında birleştirilmiştir.
- 2007 yılında; Sigortalı sigortasız tüm vatandaşlara birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz olmaya başlamıştır.
- 2008 yılında; Yatarak tedavi edilen hastaların ilaçları ve tıbbi malzemelerinin hastane tarafından temin edilmesi zorunluluğu getirilmiştir. SGK ile anlaşması olan özel hastanelere SUT fiyatından maksimum %30 fark alabilme sınırı getirilmiştir. Acil servisler, yoğun bakımlar ücretsiz olmuştur. Genel Sağlık Sigortası (GSS) yürürlüğe girmiştir.
- 2010 yılında; GSS kapsamına kamu personelleri de dahil edilmiştir. Tam gün yasası da TBMM kurulunda kanunlaşmıştır.
- Ayrıca Zorunlu Genel Sağlık Sigortası da 1 Ocak 2012'den itibaren zorunlu olarak uygulamaya girmiştir.

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Hizmetlere ilişkin genel özelliklere baktığımızda; hizmetlerin elle tutulup gözle görülemediğini, kalitelerinin değişken olduğunu, hizmetlerin depolanamadığını ve kaynağından ayıramadığını görmekteyiz. Bu özellikler sağlık hizmetleri için de geçerlidir (44).

Bu özelliklere ek olarak sağlık hizmetlerinin birkaç özelliği daha bulunmaktadır. Bu özellikler;

2.5.1. Kamusalılık Özelliği

Bütün sağlık hizmetlerinin özellikleri aynı değildir. Direkt hastalarla ilgilenmeyen koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mallar sınıfında yer almaktadır. Bu hizmetler toplumun tüm kesimine sunulur. Herhangi bir ücret ödemeyenler hizmetten mahrum bırakılamaz. Kamu kesimi bu hizmetlerde üretici olmak durumundadır. Sağlık piyasasındaki mal ve hizmetlerin bir kısmı koruyucu ve önleyici hizmetler gibi tam kamusal mal niteliği taşıırken, bir kısmı ise tedavi edici hizmetler gibi yarı kamusal mal niteliği taşırlar (45).

2.5.2. Dışsalılık Özelliği

Dışsalılık özelliği; mal ya da hizmetlerin fiyatlanamayan yani ölçülemeyen etkisi olarak adlandırılır. Bu etki hem olumlu hem olumsuz anlamda değerlendirilebilir (44).

Koruyucu sağlık hizmetleri gibi saf kamusal mal ve hizmetler; toplumu oluşturan her bir bireye dışsal fayda sağlamaktadırlar. Örnek olarak; kişilere uygulanan aşılar sadece o kişi için değil, aynı zamanda muhtemel bir salgını da önleyerek toplum için dışsal fayda sağlamaktadır (46).

2.5.3. Erdemli Mal Olabilme Özelliği

Erdemli mal olabilme özelliği; yaşama alanlarının sağlanması ve artırılması, kamu sağlık kurumları, tarımsal yardımlar, yaşlılara, maddi durumu yetersiz olanlara, kimsesi olmayanlara devlet tarafından destek olunması gibi örnekleri içerir (47).

2.5.4. Devletin Rolü

Kamu harcamalarının uygun ve dengeli bir şekilde olması konusundaki tartışmalar kamusal müdahale nedeniyle başlamaktadır. Bu nedenleri sıralayacak olursak;

- a) Fırsat eşitliğinin olmaması
- b) Gelir dağılımı dengesizlikleri ve fakirlik
- c) Sonraki kuşaklar: Sadece kendi menfaatlerini düşünen kuşaklar, ileri kuşakların haklarını koruyacak yönde kararlar almayabilirler. Örneğin; iklim krizi, hava kirliliği, çevrenin korunması gibi konularda duyarsız olabilirler.
- d) Düzgün olmayan rekabet piyasaları, yanlış bilgi, artan getiriler, piyasa engelleri gibi piyasa başarısızlıkları

- e) Paternalizm: Kişilerin çıkarlarını kişilerden daha çok devletin düşünmesi demektir.

Bu maddelerin tamamında kamusal müdahale gerekçeleri oldukça net ve somuttur. Özellikle sosyal, eğitim, sağlık, güvenlik, çevre, ekonomi gibi konularda yapılacak olan kamusal müdahalelere değinirler (48).

2.5.5. Bilgi Asimetrisi Özelliği

Simetri, iki objenin şekil, büyüklük ve ölçü açısından aynı ya da benzer olmasıdır. Asimetrik bilgi demek ise ekonomik bir işlem yapan taraflarından birinin diğerine göre bu işlemle ilgili olarak daha fazla bilgiye beceriye sahip olması durumudur (49).

Başka bir ifadeyle, ekonomik birimlerin bir bölümünün diğerlerine göre farklı bilgi düzeyine sahip olmaları asimetrik bilgi olarak adlandırılır (50).

2.5.6. Belirsizlik Özelliği

Sağlık hizmetleri piyasasında, talebin nerede, nasıl, hangi ölçüde, hangi zaman diliminde olacağı belirsizdir. Yani talebin ani olabilmesi ve sağlık hizmetlerinin ne zaman tüketileceğinin bilinmemesi belirsizlik kavramını ortaya çıkarmıştır (51).

Örneğin; bireyin nasıl bir hastalığa yakalanacağı, ne zaman trafik kazası geçireceği ya da kalp krizi salgın gibi durumlara maruz kalacağını bilememektedir. Bu gibi durumlarda sağlık hizmetleri nedeniyle oluşacak toplam tedavi maliyeti de belli değildir. Aynı durum piyasanın arz cephesi için de geçerlidir. Bu sağlık kurumlarının hangi zamanda ve nerede hizmet vereceği de belirsizdir (52).

2.5.7. Ters Seçim Özelliği

Ters seçim kavramı ilk olarak, Akerlof'un (1970) ikinci el araba piyasasının işleyişinin ele alındığı bilgi ekonomisi ile ilgili bir makalesinde geçmektedir. Bu çalışmada arz ve talep arasındaki asimetrik bilginin rekabet piyasasını engellediği ortaya konulmuştur. Daha sonra Rothschild ve Stiglitz (1976) tarafından ters seçim kavramı sağlık sigortası piyasası için incelenmiştir (52). Örneğin;

- Sürekli araç kullanan ve kaza yapma riski fazla olan kişiler kaza sigortası yaptırmayı daha çok istemektedirler.
- Kronik hastalığı olanlar, yüksek risk grubunda yer alan kişiler daha fazla sağlık sigortası yaptırmak istemektedirler.

Sağlık Hizmetlerinin bu özelliklerden başka bir takım özellikleri daha vardır;

- Sağlık hizmetleri kişilerin tıbbi ihtiyaçlarına göre farklılık gösterir. Dolayısıyla kişiye özgüdür. Yani herkes aynı hizmeti alamaz.
- Sağlık hizmetleri pahalıdır ve diğer hizmetlerin aksine standart değildir.
- 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti verilir.
- Ekip çalışmasını gerektirir. Hizmetler oldukça kompleks ve değişkendir.
- Çatışmalar çok sık görülmektedir.
- Hizmet sunucuları hızlı ve doğru karar vermek zorundadırlar.
- Sağlık hizmetinde hataya, yanlışa ve şüpheyeye yer yoktur.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez.
- Birçok sektörle etkileşim halindedir.
- Değişime ve gelişime açık olmak zorundadır.
- Kişilerin üretim sürecine katılmasını zorunlu kılar.
- Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde denetilmesi için yönetsel ve kurumsal anlamda bir mekanizma kurulamamıştır (53,54).

Şekil 2.6’da sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde temel ilkelerin neler olduğu gösterilmiştir (55)

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Temel İlkeler Nelerdir?		
İlke	Tanım	Amaç
Entegre Sağlık Hizmeti	Sağlık hizmetlerinin tek bir yapı altında toplanması ve yönetilmesi	Hizmetlerin daha etkin ve verimli bir şekilde sunulması
Nüfus Yoğunluğuna Göre Örgütlenme	Sağlık hizmetlerinin sunum şeklinin, nüfus yoğunluğuna göre düzenlenmesi	Hizmetlerin, insanların yaşadığı yerlere yakın olması ve erişilebilir olması
Sürekli Hizmet	Sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi	Herkesin, her zaman ve her yerde sağlık hizmetlerine erişebilmesi
Ekip Hizmeti	Aynı amaç doğrultusunda birbirini tamamlayan beceri, bilgi, sorumluluk ve yetki sahibi ekiplere dayalı hizmet anlayışı	Hizmetlerin daha etkin, etkili ve hızlı bir şekilde sunulması
Kademeli Hizmet	Sağlık kuruluşları arasında sevk sistemi üzerine kurulu bir hizmet anlayışı	Hastanelerin gereksiz hasta yükünün oluşmasının önlenmesi, daha hızlı ve kaliteli hizmet sunulması ve maliyetlerin düşürülmesi
Kaliteli Yaklaşım	Sağlık işletmelerinde işlemler, mekan ve ürün kalitelerinin yükseltilmesi	Hizmet kalitesinin artırılması ve hizmeti alanların memnuniyetinin sağlanması
Katılımlı Hizmet	Sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması sürecine toplumun katılımı	Hizmetlerin toplumun gereksinimlerine ve beklentilerine uygun olarak sunulması
Risk Yaklaşımı	Sağlığı tehlike altında olabilecek bireylerin daha fazla hizmet alması	Sağlığı tehlike altında olabilecek bireylerin sağlık durumlarının korunması ve iyileştirilmesi
Aile Hekimliği	Aile hekiminin belirlenen bir nüfus üzerindeki sağlık hizmetlerinden sorumlu olması	Kişiyi özel sağlık hizmeti sunulması ve daha etkin bir hizmet sağlanması
Hasta Yolu Sevk Sistemi	Hastaların, aile hekimlerinden sevk olarak bir üst sağlık kuruluşuna gitmeleri	Hastanelerdeki gereksiz hasta yükünün azaltılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması

Kaynak: www.iienstitu.com 30.09.2024 (55)

Şekil 2.6. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde temel ilkeler

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 2024 yılı Ocak-Mayıs ayları arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi polikliniklerine başvuran hastalar üstünde yapılmıştır. Çalışmayı yapabilmek için İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği'nden izin alınmıştır. İnönü Üniversitesi Etik Kurulu'ndan da gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi polikliniklerine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Şenol V.'nin "Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İle İlişkisi" çalışması referans alınarak %80 güven aralığında, %95 güçle; 201 kadın, 201 erkek olmak üzere toplamda 402 hastaya ulaşılması gerektiği saptanmıştır. Çalışmamızda 404 kişiye ulaşılmıştır. Her poliklinikten 20 kişi basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

18 yaşından büyük olmak

Gönüllü olmak

Dışlanma kriterleri;

18 yaşından küçük olmak

Onkoloji ve organ nakli hastaları

Psikiyatri poliklinik hastaları

Acil servise başvuran hastalar

Çalışmaya katılmak isteyen hastalarla yüz yüze görüşülerek anketler doldurulmuştur.

Verilerin analizi için SPSS v.22 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve (%) şeklinde gösterilmiştir.

Çalışma kapsamında karşılaştırılması gereken kategorik değişkenlerin birbiri ile kıyaslanmasında Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi) kullanılmış olup, test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için rezidüel değerler (Z skoru) üzerinden ki-kare ve her grup için ayrı p değerleri hesaplandıktan sonra Bonferonni düzeltmesi yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslanmıştır. $P < 0,05$ önemli olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan 404 hastanın yaş ortalaması 44,52±17,48'dir. (min:18 max:87). Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler

		Sayı	Yüzde (%)
CİNSİYET	Erkek	201	49,8
	Kadın	203	50,2
	Toplam	404	100,0
YAŞANILAN YER	Malatya Merkez İlçeleri	270	66,8
	Diğer İlçeler	54	13,4
	Köy	25	6,2
	Kahramanmaraş, Elazığ, Adıyaman	33	8,2
	Diğer	22	5,4
	Toplam	404	100,0
ÖĞRENİM DURUMU	Okur Yazar Değil	30	7,4
	İlkokul Mezunu	113	28,0
	Ortaokul Mezunu	47	11,6
	Lise Mezunu	120	29,7
	Üniversite Mezunu	94	23,3
	Toplam	404	100,0
MESLEĞİNİZ	Ev Hanımı	121	30
	Memur	49	12,1
	Çiftçi	45	11,1
	Emekli	37	9,2
	İşçi	22	5,4
	Esnaf Zanaatkar	12	3,0
	Öğrenci	61	15,1
	Diğer	57	14,1
	Toplam	404	100,0
EKONOMİK DURUMUNUZ	İyi	64	15,8
	Orta	244	60,4
	Kötü	96	23,8
	Toplam	404	100,0
ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI DURUMU	Var	47	11,6
	Yok	357	88,4
	Toplam	404	100,0
KRONİK HASTALIK DURUMU	Hayır	246	60,9
	Kalp Damar Hastalıkları	62	15,3
	Solunum Sistemi Hastalıkları	19	4,7
	Romatolojik Hastalıklar	13	3,2
	Nörolojik Hastalıklar	12	3,0
	Endokrin Hastalıklar	28	6,9
	Malignite	13	3,2
	Genitoüriner Hastalıklar	11	2,7
	Toplam	404	100,0

Çalışmaya katılan 404 katılımcıdan 201 kişi erkek (%49,8), 203 kişi kadın (%50,2) olarak saptanmıştır.

Yaşanılan yere baktığımızda Malatya merkez ilçelerinde 270 kişi (%66,8), diğer ilçelerde 54 kişi (%13,4), köyde 25 kişi (%6,2), Kahramanmaraş, Elazığ, Adıyaman’da 33 kişi (%8,2), diğer yerlerde yaşayan kişi sayısı 22 (%5,4)’dir.

Çalışmaya katılan katılımcıların öğrenim durumuna baktığımızda; okur yazar olmayan 30 kişi (%7,4), ilkokul mezunu 113 kişi (%28), ortaokul mezunu 47 kişi (%11,6), lise mezunu 120 kişi (%29,7), üniversite mezunu 94 kişi (%23,3) olarak saptanmıştır.

Katılımcılardan ev hanımı olanlar 121 kişi (%30), öğrenci olanlar 61 kişi (%15,1), memur olanlar 49 kişi (%12,1), çiftçi olanlar 45 kişi (%11,1), emekli 37 kişi (%9,2), işçi olanlar 22 kişi (%5,4), esnaf zanaatkar olanlar 12 kişi (%3), diğer grup 57 kişi (%14,1) olarak saptanmıştır.

Katılımcılardan ekonomik durumu iyi olanlar 64 kişi (%15,8), orta olanlar 244 kişi (%60,4), kötü olanlar 96 kişi (%23,8) olarak saptanmıştır.

Katılımcılardan 158 kişinin (%39,1) kronik hastalığı olduğu, 246 kişinin (%60,9) ise kronik hastalığının olmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalıklardan 62 kişi (%15,3) Kalp Damar Hastalığı, 28 kişi (%6,9) Endokrin Hastalıklar, 19 kişi (%4,7) Solunum Sistemi Hastalığı, 13 kişi (%3,2) Romatolojik Hastalıklar, 12 kişi (%3) Nörolojik Hastalıklar, 13 kişi (%3,2) Malignite ve 11 kişi (%2,7) Genitoüriner Hastalıklar olarak gruplandırılmıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Kurumu Tercihleri

		Sayı	Yüzde (%)
EKONOMİK DURUMUNUZ SAĞLIK KURUMU TERCİHİNİZİ ETKİLER Mİ	Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim	68	16,8
	Önemli Hastalıklarda Malatya İçi Özel Hastaneleri Tercih Ederim	110	27,2
	Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim	226	55,9
	Toplam	404	100,0
KANSER NEDENİYLE AMELİYAT OLUNMASI GEREKSE VE HER TÜRLÜ İMKANINIZ OLSA MALATYA DIŞINDA İLK TERCİH EDECEĞİNİZ KURUM	İstanbul’da Özel Hastaneler	65	16,1
	İstanbul’da Tıp Fakülteleri	113	28,0
	Ankara’da Özel Hastaneler	32	7,9
	Ankara’da Tıp Fakülteleri	176	43,6
	Diğer	18	4,5
	Toplam	404	100,0%

Katılımcılardan “Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi” sorusuna; Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim diye yanıtlayan 226 kişi (%55,9), Önemli Hastalıklarda Malatya İçi Özel Hastaneleri Tercih Ederim diye yanıtlayan 110 kişi (%27,2), Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim diye yanıtlayan 68 kişi (%16,8) olarak saptanmıştır.

“Sizin ya da ailenizden birinin kanser nedeniyle ameliyat olması gerekse ve her türlü imkanınız olsa Malatya dışında ilk tercih edeceğiniz kurum neresi olurdu”? Sorusuna katılımcılardan 176 kişi (%43,6) Ankara’da Tıp Fakülteleri, 113 kişi (%28) İstanbul’da Tıp Fakülteleri, 65 kişi (%16,1) İstanbul’da Özel Hastaneleri, 32 kişi (%7,9) Ankara’da Özel Hastaneleri, seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo 4.3. Gittiğiniz kurumu tercih etme nedenleriniz

		Sayı	Yüzde (%)
ULAŞIM KOLAYLIĞI/YAKINLIĞI	Çok Önemli	285	70,5
	Önemli	88	21,8
	Kısmen Önemli	31	7,7
	Toplam	404	100,0
SOSYAL GÜVENCEM GEREĞİ	Çok Önemli	278	68,8
	Önemli	97	24,0
	Kısmen Önemli	29	7,2
	Toplam	404	100,0
HEKİM BİLGİ BECERİ YETERLİLİĞİ	Çok Önemli	348	86,1
	Önemli	45	11,1
	Kısmen Önemli	11	2,7
	Toplam	404	100,0
HEMŞİRE BİLGİ BECERİSİ	Çok Önemli	290	71,8
	Önemli	84	20,8
	Kısmen Önemli	30	7,4
	Toplam	404	100,0
SAĞLIK KURULUŞUNDA İLAÇ MALZEME YETERLİLİĞİ	Çok Önemli	305	75,5
	Önemli	79	19,6
	Kısmen Önemli	20	5,0
	Toplam	404	100,0
KURUMUN GENEL TEMİZLİĞİNİN YETERLİ OLMASI	Çok Önemli	293	72,5
	Önemli	89	22,0
	Kısmen Önemli	22	5,4
	Toplam	404	100,0

BEKLEME SÜRESİNİN KISA OLMASI	Çok Önemli	263	65,1
	Önemli	111	27,5
	Kısmen Önemli	30	7,4
	Toplam	404	100,0
MAHREMİYETE DİKKAT EDİLMESİ	Çok Önemli	300	74,3
	Önemli	83	20,5
	Kısmen Önemli	21	5,2
	Toplam	404	100,0
MUAYENE SÜRESİNİN YETERLİ OLMASI	Çok Önemli	268	66,3
	Önemli	104	25,7
	Kısmen Önemli	32	7,9
	Toplam	404	100,0
HİZMETLERİN UCUZ OLMASI	Çok Önemli	231	57,2
	Önemli	123	30,4
	Kısmen Önemli	50	12,4
	Toplam	404	100,0
KURUMDA TANIDIKLARIN ÇALIŞMASI	Çok Önemli	173	42,8
	Önemli	102	25,2
	Kısmen Önemli	129	31,9
	Toplam	404	100,0
OTELCİLİK HİZMETLERİ, ODA KALİTESİ	Çok Önemli	210	52,0
	Önemli	112	27,7
	Kısmen Önemli	82	20,3
	Toplam	404	100,0
YAKINLARIN TAVSİYESİ	Çok Önemli	187	46,3
	Önemli	120	29,7
	Kısmen Önemli	97	24,0
	Toplam	404	100,0

Gittiğiniz kurumu tercih etme nedenleriniz sorusuna; sırasıyla hekim bilgi beceri yeterliliği, sağlık kuruluşunda ilaç malzeme yeterliliği, mahremiyete dikkat edilmesi gibi konuların çok önemli olduğu saptanmıştır. En az önem verilen konular da kurumda tanıdıkların çalışması, yakınların tavsiyesi, otelcilik hizmetleri ve oda kalitesi olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. Özel sağlık sigortasının olup olmamasına göre sağlık kurumu tercihinin karşılaştırılması

		Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?				Toplam	p
			Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda Malatya içi Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim		
Özel Sağlık Sigortanız Var mı	Var	Sayı	8	13	26	47	0,996
		%	17,0%	27,7%	55,3%	100,0%	
	Yok	Sayı	60	97	200	357	
		%	16,8%	27,2%	56,0%	100,0%	
Toplam		Sayı	68	110	226	404	
		%	16,8%	27,2%	55,9%	100,0%	

X²:0.008

“Özel Sağlık Sigortanız Var mı” kategorik değişkeni ile “**Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?**” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı.

Test sonuçlarına göre “**Özel Sağlık Sigortanız Var mı**” kategorik değişkeni ile “**Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?**” (p=0,996) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.5. Özel sağlık sigortasının olup olmamasına göre hastalık durumunda Malatya dışında tercih edilen kurumların karşılaştırılması

		Sizin Veya Ailenizden Birinin Kansere Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?							p
							Toplam		
		İstanbul Özel Hastaneler	İstanbul Tıp Fakülteleri	Ankara Özel Hastaneler	Ankara Tıp Fakülteleri	Diğer			
Özel Sağlık Sigortanız Var mı?	Var	Sayı	11	11	3	20	2	47	0,673
		%	23,4%	23,4%	6,4%	42,6%	4,3%	100,0%	
	Yok	Sayı	54	102	29	156	16	357	
		%	15,1%	28,6%	8,1%	43,7%	4,5%	100,0%	
Toplam		Sayı	65	113	32	176	18	404	
		%	16,1%	28,0%	7,9%	43,6%	4,5%	100,0%	

$X^2:2.342$

“Özel Sağlık Sigortanız Var mı” kategorik değişkeni ile “Sizin Veya Ailenizden Birinin Kansere Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı.

Test sonuçlarına göre “Özel Sağlık Sigortanız Var mı” kategorik değişkeni ile “Sizin Veya Ailenizden Birinin Kansere Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?” (p=0,673) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.6. Özel sağlık sigortası ile kronik hastalığın karşılaştırması

		Kronik Hastalığınız Var mı?		Toplam	P	
		Yok	Var			
Özel Sağlık Sigortanız Var mı?	Var	Sayı	27	20	47	
		%	57,4%	42,6%	100,0%	
	Yok	Sayı	219	138	357	0,722
		%	61,3%	38,7%	100,0%	
Toplam		Sayı	Sayı	158	404	
		%	%	39,1%	100,0%	

X²:0.265

“Özel Sağlık Sigortanız Var mı” kategorik değişkeni ile “Kronik Hastalığınız Var mı?” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı.

Test sonuçlarına göre “Özel Sağlık Sigortanız Var mı” kategorik değişkeni ile “Kronik Hastalığınız Var mı?” (p=0,722) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.7. Ekonomik durum ile hastalık halinde Malatya dışında ilk tercih edilen kurumların arasındaki ilişki

		Sizin Veya Ailenizden Birinin Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?								
			İstanbul Özel Hastaneler	İstanbul Tıp Fakülteleri	Ankara Özel Hastaneler	Ankara Tıp Fakülteleri	Diğer	Toplam		p
Ekonomik Durumunuz Nasıl?	İyi	Sayı	15	10	11	24	4	64	0,002	
		%	23,4%	15,6%	17,2%	37,5%	6,3%	100,0%		
	Orta	Sayı	42	69	15	111	7	244		
		%	17,2%	28,3%	6,1%	45,5%	2,9%	100,0%		
	Kötü	Sayı	8	34	6	41	7	96		
		%	8,3%	35,4%	6,3%	42,7%	7,3%	100,0%		
Toplam	Sayı	65	113	32	176	18	404			
	%	16,1%	28,0%	7,9%	43,6%	4,5%	100,0%			

X²:23,912

“Ekonomik Durumunuz Nasıl” kategorik değişkeni ile “Sizin Veya Ailenizden Birinin Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?”

kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için *rezidüel değerler (Z skoru)* üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “**Ekonomik Durumunuz Nasıl?**” kategorik değişkeni ile “**Sizin Veya Ailenizden Birinin Kansere Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?**” ($p=0,002$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak ($p=0.0033$ için) hesaplanan *rezidüel değerler (Z skoru)* değerleri ise -2.9351995 & 2.9351995 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; “**Ekonomik durumunuz nasıl?**” değişkeni için;

- “**iyi**” grubunda “**Ankara Özel Hastaneler**” sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır ($z=3.0$)

Tablo 4.8. Ekonomik durum ile sağlık kurumu tercihinin kıyaslanması

		Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?						
			Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda Malatya İçi Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim	Toplam		p
Ekonomik Durumunuz Nasıl	İyi	Sayı	6	20	38	64	0,011	
		%	9,4%	31,3%	59,4%	100,0%		
	Orta	Sayı	54	59	131	244		
		%	22,1%	24,2%	53,7%	100,0%		
	Kötü	Sayı	8	31	57	96		
		%	8,3%	32,3%	59,4%	100,0%		
Toplam	Sayı	68	110	226	404			
	%	16,8%	27,2%	55,9%	100,0%			

$X^2:12.980$

“**Ekonomik Durumunuz Nasıl**” kategorik değişkeni ile “**Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?**” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square**

(**Ki-Kare Testi**) testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için *rezidüel değerler (Z skoru)* üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “**Ekonomik Durumunuz Nasıl?**” kategorik değişkeni ile “**Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?**” ($p=0,011$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak ($p=0.0055$ için) hesaplanan *rezidüel değerler (Z skoru)* değerleri ise -2.7729213 & 2.7729213 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; “**Ekonomik durumunuz nasıl?**” değişkeni için;

- “Orta” grubunda “**Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim**” sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptandı. ($z=3.5$)

Tablo 4.9. Öğrenim durumu ile hastalık durumunda Malatya dışında ilk tercih edilen kurumların karşılaştırılması

		Sizin Veya Ailenizden Birinin Kansere Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?						Toplam	p
		İstanbul Özel Hastaneler	İstanbul Tıp Fakülteleri	Ankara Özel Hastaneler	Ankara Tıp Fakülteleri	Diğer			
Öğrenim Durumunuz	Okur Yazar	Sayı	3	9	3	12	3	30	0,023
	Değil	%	10,0%	30,0%	10,0%	40,0%	10,0%	100,0%	
	İlkokul	Sayı	16	34	7	48	8	113	
		%	14,2%	30,1%	6,2%	42,5%	7,1%	100,0%	
	Ortaokul	Sayı	3	23	2	16	3	47	
		%	6,4%	48,9%	4,3%	34,0%	6,4%	100,0%	
	Lise	Sayı	24	28	10	54	4	120	
		%	20,0%	23,3%	8,3%	45,0%	3,3%	100,0%	
	Üniversite	Sayı	19	19	10	46	0	94	
		%	20,2%	20,2%	10,6%	48,9%	0,0%	100,0%	
Toplam		Sayı	Sayı	113	32	176	18	404	
		%	%	28,0%	7,9%	43,6%	4,5%	100,0%	

$\chi^2:29,195$

“**Öğrenim Durumunuz**” kategorik değişkeni ile “**Sizin Veya Ailenizden Birinin Kansere Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?**” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için

rezidüel değerler (Z skoru) üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “**Öğrenim Durumunuz**” kategorik değişkeni ile “**Sizin Veya Ailenizden Birinin Kansere Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?**” ($p=0,023$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak ($p=0.002$ için) hesaplanan *rezidüel değerler (Z skoru)* değerleri ise -3.0902323 & 3.0902323 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; “**Öğrenim durumunuz**” değişkeni için;

- “**Ortaokul**” grubunda “**İstanbul Tıp Fakülteleri**” sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptandı. ($z=3.4$)

Tablo 4.10. Öğrenim durumu ile ekonomik durumun sağlık kurumu tercihi arasındaki ilişki

		Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?			Toplam	P
		Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda Malatya İç Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim		
Öğrenim Durumunuz	Okur Yazar Değil	Sayı 7	8	15	30	0,547
		% 23,3%	26,7%	50,0%	100,0%	
	İlkokul	Sayı 17	29	67	113	
		% 15,0%	25,7%	59,3%	100,0%	
	Ortaokul	Sayı 3	14	30	47	
		% 6,4%	29,8%	63,8%	100,0%	
	Lise	Sayı 25	31	64	120	
		% 20,8%	25,8%	53,3%	100,0%	
	Üniversite	Sayı 16	28	50	94	
		% 17,0%	29,8%	53,2%	100,0%	
Toplam		Sayı 68	110	226	404	
		% 16,8%	27,2%	55,9%	100,0%	

$X^2:6,902$

“**Öğrenim Durumunuz**” kategorik değişkeni ile “**Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?**” kategorik değişkeni arasında istatistiki

açından anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı.

Test sonuçlarına göre “**Öğrenim Durumunuz**” kategorik değişkeni ile “**Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?**” ($p=0,547$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.11. Yaşanılan yer ile hastalık durumunda Malatya dışında ilk tercih edilen kurumların karşılaştırılması

		Sizin Veya Ailenizden Birinin Kanser Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu						Toplam	p
Yaşadığınız Yer		İstanbul Özel Hastaneler	İstanbul Tıp Fakülteleri	Ankara Özel Hastaneler	Ankara Tıp Fakülteleri	Diğer			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Malatya (Merkez İlçeleri)	Sayı	43	78	22	117	10	270		
	%	15,9%	28,9%	8,1%	43,3%	3,7%	100,0%		
Diğer İlçeler	Sayı	9	13	6	26	0	54		
	%	16,7%	24,1%	11,1%	48,1%	0,0%	100,0%		
Köy	Sayı	6	10	1	8	0	25		
	%	24,0%	40,0%	4,0%	32,0%	0,0%	100,0%		
Kahramanmaraş, Elazığ, Adıyaman	Sayı	3	8	2	14	6	33		0,048
	%	9,1%	24,2%	6,1%	42,4%	18,2%	100,0%		
Diğer	Sayı	4	4	1	11	2	22		
	%	18,2%	18,2%	4,5%	50,0%	9,1%	100,0%		
Toplam	Sayı	65	113	32	176	18	404		
	%	16,1%	28,0%	7,9%	43,6%	4,5%	100,0%		

$X^2:26,424$

“**Yaşadığınız Yer**” kategorik değişkeni ile “**Sizin Veya Ailenizden Birinin Kanser Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü İmkânınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?**” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için *rezidüel değerler (Z skoru)* üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “**Yaşadığınız Yer**” kategorik değişkeni ile “**Sizin Veya Ailenizden Birinin Kanser Nedeniyle Ameliyat Olması Gerekse Ve Her Türlü**

İmkancınız Olsa Malatya Dışında İlk Tercih Edeceğiniz Kurum Neresi Olurdu?" ($p=0,048$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı.

Bonferonni düzeltmesi yapılarak ($p=0.002$ için) hesaplanan *rezidüel değerler (Z skoru)* değerleri ise -3.0902323 & 3.0902323 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; **"Yaşadığınız Yer"** değişkeni için;

- **"Kahramanmaraş, Elazığ, Adıyaman"** grubunda **"Diğer"** sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptandı. ($z=4$)

Tablo 4.12. Yaşanılan yer ile sağlık kurumu tercihinin karşılaştırılması

		Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?			Toplam	P
		Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda Malatya İçi Özel Hastaneleri Tercih Ederim	Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim		
Yaşadığınız Yer	Malatya (Merkez İlçeleri)	Sayı 53 % 19,6%	83 30,7%	134 49,6%	270 100,0%	0,018
	Diğer İlçeler	Sayı 7 % 13,0%	11 20,4%	36 66,7%	54 100,0%	
	Köy	Sayı 2 % 8,0%	8 32,0%	15 60,0%	25 100,0%	
	Kahramanmaraş, Elâzığ	Sayı 4 % 12,1%	7 21,2%	22 66,7%	33 100,0%	
	Adıyaman	Sayı 2 % 9,1%	1 4,5%	19 86,4%	22 100,0%	
	Diğer	Sayı 2 % 9,1%	1 4,5%	19 86,4%	22 100,0%	
	Toplam	Sayı 68 % 16,8%	110 27,2%	226 55,9%	404 100,0%	

$X^2:18,499$

"Yaşadığınız Yer" kategorik değişkeni ile **"Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?"** kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için *rezidüel değerler (Z skoru)* üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra **Bonferonni düzeltmesi** yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre **"Yaşadığınız Yer"** kategorik değişkeni ile **"Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?"** ($p=0,018$) kategorik değişkeni

arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. **Bonferonni düzeltmesi** yapılarak ($p=0.0033$ için) hesaplanan **rezidüel değerler (Z skoru)** değerleri ise -2.9351995 & 2.9351995 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; “Yaşadığınız Yer” değişkeni için;

- “Malatya (Merkez İlçeleri)” grubunda “Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim” sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha düşük olarak saptanmıştır ($z=3,6$)
- “Diğer” grubunda “Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim” sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır ($z=3,0$)

Tablo 4.13. Yaşanılan yer ile ekonomik durumun karşılaştırılması

		Ekonomik Durumunuz Nasıl?			Toplam	P
		İyi	Orta	Kötü		
Yaşadığınız Yer	Malatya (Merkez İlçeleri)	Sayı	49	165	56	270
		%	18,1%	61,1%	20,7%	100,0%
	Diğer İlçeler	Sayı	4	35	15	54
		%	7,4%	64,8%	27,8%	100,0%
	Köy	Sayı	4	9	12	25
		%	16,0%	36,0%	48,0%	100,0%
	Kahramanmaraş, Elazığ Adıyaman	Sayı	2	19	12	33
		%	6,1%	57,6%	36,4%	100,0%
	Diğer	Sayı	5	16	1	22
		%	22,7%	72,7%	4,5%	100,0%
	Toplam	Sayı	64	244	96	404
		%	15,8%	60,4%	23,8%	100,0%

0,004

$X^2:22,450$

“Yaşadığınız Yer” kategorik değişkeni ile “Ekonomik Durumunuz Nasıl?” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için **rezidüel değerler (Z skoru)** üzerinden **ki-kare** ve her grup için ayrı **p değerleri** hesaplandıktan sonra **Bonferonni düzeltmesi** yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “Yaşadığınız Yer” kategorik değişkeni ile “Ekonomik Durumunuz Nasıl?” ($p=0,004$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. **Bonferonni düzeltmesi** yapılarak ($p=0.0033$ için) hesaplanan **rezidüel**

değerler (Z skoru) değerleri ise -2.9351995 & 2.9351995 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; “Yaşadığınız Yer” değişkeni için;

- “Köy” grubunda “Ekonomik durumu kötü” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır ($z=2,94$)

Tablo 4.14. Son 6 ay içinde başvurulanan kurumlar

		Sayı	Yüzde (%)
Son 6 Ay İçinde Hastalandığınızda Hangi Kuruma Başvurdunuz en Yakın Tarih	Turgut Özal Tıp Merkezi	404	100,0
	Toplam	404	100,0
Son 6 Ay İçinde Hastalandığınızda Hangi Kuruma Başvurdunuz 2. en Yakın Tarih	Turgut Özal Tıp Merkezi	120	35,3
	Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	91	26,8
	Aile Sağlığı Merkezi	44	12,9
	Battalgazi Devlet Hastanesi	34	10,0
	Yeşilyurt Devlet Hastanesi	7	2,1
	Diğer	44	12,9
	Toplam	340	100,0
Son 6 Ay İçinde Hastalandığınızda Hangi Kuruma Başvurdunuz 3. en Yakın Tarih	Turgut Özal Tıp Merkezi	50	31,8
	Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	38	24,2
	Aile Sağlığı Merkezi	38	24,2
	Battalgazi Devlet Hastanesi	14	8,9
	Yeşilyurt Devlet Hastanesi	3	1,9
	Diğer	14	8,9
	Toplam	157	100,0
Son 6 Ay İçinde Hastalandığınızda Hangi Kuruma Başvurdunuz 4. en Yakın Tarih	Aile Sağlığı Merkezi	8	36,4
	Turgut Özal Tıp Merkezi	7	31,8
	Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4	18,2
	Battalgazi Devlet Hastanesi	1	4,5
	Yeşilyurt Devlet Hastanesi	1	4,5
	Diğer	1	4,5
	Toplam	22	100,0

Çalışmaya katılan katılımcıların son 6 ay içinde hastalandığınızda hangi kuruma başvurduğu incelendiğinde,

- 1. En yakın tarihte bütün hastalar yani 404 kişi (%100) Turgut Özal Tıp Merkezi’ne başvurduğu,
- 2. En yakın tarihte 120 kişi (%35,3) Turgut Özal Tıp Merkezi’ne, 91 kişi (%26,8) Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’ne, 34 kişi (%10) Battalgazi Devlet Hastanesi’ne, 7 kişi (%2,1) Yeşilyurt Devlet Hastanesi’ne,

44 kişi (%12,9) Aile sağlığı merkezi'ne ve 44 kişi (%12,9) Diğer merkezlere başvurduğu

- 3. En yakın tarihte 50 kişi (%31,8) Turgut Özal Tıp Merkezi'ne, 38 kişi (%24,2) Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ne, 14 kişi (%8,9) Battalgazi Devlet Hastanesi'ne, 3 kişi (%1,9) Yeşilyurt Devlet Hastanesi'ne, 38 kişi (%24,2) Aile sağlığı merkezi'ne ve 14 kişi (%8,9) Diğer merkezlere başvurduğu
- 4. En yakın tarihte 7 kişi (%31,8) Turgut Özal Tıp Merkezi'ne, 4 kişi (%18,2) Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ne, 1 kişi (%4,5) Battalgazi Devlet Hastanesi'ne, 1 kişi (%4,5) Yeşilyurt Devlet Hastanesi'ne, 8 kişi (%36,4) Aile sağlığı merkezi'ne ve 1 kişi (%4,5) Diğer merkezlere başvurduğu tespit edildi.

Tablo 4.15. Son 6 ay içinde başvurulan kurum sayısı

		Sayı	Yüzde (%)
Başvuru Sayısı	1 Kez Başvuruda Bulunan	64	15,8
	2 Kez Başvuruda Bulunan	183	45,3
	3 Kez Başvuruda Bulunan	135	33,4
	4 Kez Başvuruda Bulunan	22	5,4
	Toplam	404	100,0

Çalışmaya katılan katılımcıların hastanelere başvuru sayıları incelendiğinde, 1 kez başvuruda bulunan hasta sayısı 64 (%15), 2 kez başvuruda bulunan hasta sayısı 183 (%45,3), 3 kez başvuruda bulunan hasta sayısı 135 (%33,4) ve 4 kez başvuruda bulunan hasta sayısı 22 (%5,4) olarak saptandı.

Tablo 4.16. Ekonomik durumla özel sağlık sigortasının karşılaştırılması

		Özel Sağlık				
		Sigortanız Var Mı		Toplam		p
		Var	Yok			
Ekonomik Durumunuz Nasıl	İyi	Sayı	14	50	64	0,001
		Yüzde	21,9%	78,1%	100,0%	
	Orta	Sayı	30	214	244	
		Yüzde	12,3%	87,7%	100,0%	
	Kötü	Sayı	3	93	96	
		Yüzde	3,1%	96,9%	100,0%	
Toplam		Sayı	47	357	404	

Yüzde	11,6%	88,4%	100,0%
-------	-------	-------	--------

X²:13,394

“**Ekonomik Durumunuz Nasıl?**” kategorik değişkeni ile “**Özel Sağlık Sigortanız Var mı**” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için *rezidüel değerler (Z skoru)* üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “**Ekonomik Durumunuz Nasıl?**” kategorik değişkeni ile “**Özel Sağlık Sigortanız Var mı**” (p=0,001) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. *Bonferonni düzeltmesi* yapılarak (p=0.0083 için) hesaplanan *rezidüel değerler (Z skoru)* değerleri ise -2.6382574 & 2.6382574 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; “**Ekonomik Durumunuz Nasıl?**” değişkeni için;

- “**Ekonomik durumu iyi**” grubunda “**Özel sağlık sigortası var**” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır (z=2,8)
- “**Ekonomik durumu kötü**” grubunda “**Özel sağlık sigortası var**” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha düşük olarak saptanmıştır (z=3,0)

Tablo 4.17. Yaşanılan yer ile mesleğin karşılaştırılması

		Mesleğiniz					Toplam	p
		İşçi/ Memur	Çiftçi	Emekli	Esnaf	Diğer		
Yaşadığınız Yer	Malatya (Merkez İlçeleri)	Sayı	31	13	18	8	56	126
		Yüzde	24,6%	10,3%	14,3%	6,3%	44,4%	100,0%
	Diğer İlçeler	Sayı	4	16	3	2	7	32
		Yüzde	12,5%	50,0%	9,4%	6,3%	21,9%	100,0%
	Köy	Sayı	4	9	1	0	2	16
		Yüzde	25,0%	56,3%	6,3%	0,0%	12,5%	100,0%
	Kahramanmaraş, Elazığ, Adıyaman	Sayı	3	5	3	0	7	18
		Yüzde	16,7%	27,8%	16,7%	0,0%	38,9%	100,0%
	Diğer	Sayı	0	0	4	0	5	9
		Yüzde	0,0%	0,0%	44,4%	0,0%	55,6%	100,0%
Total		Sayı	42	43	29	10	77	201
		Yüzde	20,9%	21,4%	14,4%	5,0%	38,3%	100,0%

X²:51,585

“Yaşadığınız Yer” kategorik değişkeni ile “Mesleğiniz” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için *rezidüel değerler (Z skoru)* üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra **Bonferonni düzeltmesi** yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “Yaşadığınız Yer” kategorik değişkeni ile “Mesleğiniz” ($p<0,001$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. **Bonferonni düzeltmesi** yapılarak ($p=0.002$ için) hesaplanan *rezidüel değerler (Z skoru)* değerleri ise -3.0902323 & 3.0902323 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi.

Test sonuçlarına göre; “Yaşadığınız Yer” değişkeni için;

- “Malatya (Merkez İlçeleri)” grubunda “Çiftçi” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha düşük olarak saptanmıştır ($z=-5,0$)
- “Diğer İlçeler” grubunda “Çiftçi” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır ($z=4,3$)
- “Köy” grubunda “Çiftçi” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır ($z=3,5$)

Tablo 4.18. Yaşanılan yer ile mesleğin karşılaştırılması

		Mesleğiniz					p
		İşçi/Memur	Çiftçi	Emekli	Esnaf	Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Yaşadığınız Yer	Malatya (Merkez İlçeleri)	Sayı	31	13	18	8	70
		Yüzde	44,3%	18,5%	25,7%	11,5%	100,0%
	Diğer İlçeler	Sayı	4	16	3	2	25
		Yüzde	16,0%	64,0%	12,0%	8,0%	100,0%
	Köy	Sayı	4	9	1	0	14
		Yüzde	28,6%	64,2%	7,2%	0,0%	100,0%
	Kahramanmaraş, Elazığ Adıyaman	Sayı	3	5	3	0	11
		Yüzde	27,5%	45,3%	27,2%	0,0%	100,0%
	Total	Sayı	42	43	25	10	120
		Yüzde	35%	35,8%	20,8%	8,4%	100,0%

<0,001

“Yaşadığınız Yer” kategorik değişkeni ile “Mesleğiniz” kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak adına **Pearson Chi Square (Ki-Kare Testi)** testi uygulandı. Test sonrası anlamlı çıkan sonuçlar için *rezidüel değerler (Z skoru)* üzerinden *ki-kare* ve her grup için ayrı *p değerleri* hesaplandıktan sonra **Bonferonni düzeltmesi** yapılarak anlamlılık düzeyleri kıyaslandı.

Test sonuçlarına göre “Yaşadığınız Yer” kategorik değişkeni ile “Mesleğiniz” ($p<0,001$) kategorik değişkeni arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptandı. Bonferonni düzeltmesi yapılarak ($p=0.002$ için) hesaplanan rezidüel değerler (Z skoru) değerleri ise -3.0902323 & 3.0902323 (two tailed) olarak bulundu. Test sonuçları bu değerler gözetilerek değerlendirildi

Test sonuçlarına göre; “Yaşadığınız Yer” değişkeni için;

- “Malatya (Merkez İlçeleri)” grubunda “Çiftçi” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha düşük olarak saptanmıştır ($z=-5,0$)
- “Diğer İlçeler” grubunda “Çiftçi” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır ($z=4,3$)
- “Köy” grubunda “Çiftçi” olanların sayısı beklenene göre istatistiki açıdan daha yüksek olarak saptanmıştır ($z=3,5$)

5. TARTIŞMA

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi polikliniklerine başvuran hastaların başvurusunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada temel demografik değişkenler şöyleydi:

Çalışmamızda öğrenim durumunda en fazla sayıda olanlar lise mezunuydu.

Akbaş tarafından 2014 yılında Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesine başvuran 250 hastada yapılan bir çalışmada eğitim durumunda en yüksek sayıda olan lise mezunlarıdır (56).

Büber ve Başer tarafından 2012 yılında Ankara il merkezinde bulunan Fatih Üniversitesi Hastaneleri'nden yararlanan 80 hasta ile yapılan bir araştırmada katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında % 75i lise ve üniversite seviyesindeki eğitim kurumlarından mezundu (57).

Vural ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Kocaeli Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi'nde 120 hastada yapılan bir çalışmada öğrenim durumunda lise mezunları en fazla sayıdadır (58).

Özcan ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Silvan Devlet Hastanesine başvuran 117 hastada yapılan bir çalışmada; eğitim durumuna baktığımızda lise mezunları en fazla sayıdadır (59) .

Gökkaya ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Isparta Şehir Hastanesinde 303 hastaya yapılan bir çalışmada eğitim durumunda lise mezunu çoğunluktadır (20).

Aydoğdu tarafından 2007 tarihinde İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 210 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların %21,4'ünün eğitim seviyesi ilkokul altı, %46,2'si ilkokul ve %32,4'ü ilkokul üstü olarak saptanmıştır (60).

Şişe ve Altinel tarafından 2012 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi ANS Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran toplam 345 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada öğrenim durumundan ilköğretim mezunu olanlar en fazla sayıdadır (61) .

Emrah ve Bez tarafından 2009 yılında Dicle Üniversitesi Hastanesinde yatarak veya ayaktan tedavi görerek hizmet alan 820 hastada yapılan bir çalışmada eğitim durumunda ise en fazla ilköğretim mezunu olanlar bulunmaktadır (62).

Ulus tarafından 2024 yılında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dahiliye polikliniklerine ayaktan tedavi amacıyla başvuru yapan 203 hastada yapılan bir çalışmada eğitim durumuna bakıldığında üniversite mezunları en yüksek orandadır (63).

Taşlıyan ve Akyüzün 2009 yılında Malatya Devlet Hastanesi'ne müracaat eden 300 hastada yaptıkları bir çalışmaya göre eğitim düzeyinde en fazla sayıda olan grup ilköğretim mezunları bulunmuştur (64).

Bizim çalışmamızda zorunlu eğitimin 12 yıl olması sebebiyle en fazla lise mezunu grubu bulunmuş olabilir. Ayrıca lise mezunlarının sağlık hizmeti taleplerinin daha fazla olduğu ihtimali de vardır.

Çalışmamızda en fazla sayıda ev hanımlarının n=121 (%30), ikinci sırada da memurların n=49 (%12,1) bulunduğunu görüyoruz.

Şişe ve Altinel tarafından 2012 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi ANS Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran toplam 345 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ev hanımları en fazla sayıdadır (61).

Akbaş tarafından 2017 yılında Manisa Merkez efendi Devlet Hastanesine başvuran 250 hastada yapılan bir çalışmada en fazla sayıda olan ev hanımlarıdır (56).

Gökkaya ve Erdem tarafından 2016 yılında Isparta il merkezinde yaşayan 386 kişiyle yapılan bir çalışmada en fazla sayıda ev hanımları bulunmaktadır (20).

Vural ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Kocaeli Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi'nde 120 hastada yapılan bir çalışmada en fazla sayıda ev hanımı ve işçi grubu bulunmuştur (58).

Tükel ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesine yatırılarak tedavi edilen 650 hastada yapılan bir araştırmada meslek olarak memur sayısı en fazladır (65).

Büber ve Başer tarafından 2012 yılında Ankara il merkezinde bulunan Fatih Üniversitesi Hastaneleri'ne başvuran 80 hasta ile yapılan bir araştırmada mesleki grupta en fazla memur kesimin olduğu görülmüştür (57).

Ulus tarafından 2024 yılında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dahiliye polikliniklerine ayaktan tedavi amacıyla başvuru yapan 203 hastada yapılan bir çalışmada işçi ve ev hanımlarının sayısı eşit ve en yüksek olarak bulunmuştur (63).

Bizim Çalışmamız mesai saatleri içinde yapıldığından çalışan kesimin daha az başvuru yaptığı söylenebilir. Yine ev hanımlarının zaman ve mesai sorunu olmadığından, basit hastalıklarda bile hastaneye kolayca başvuru yapabildiklerinden dolayı sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda özel sigortaya sahip olanlar 47 (%11,6) kişi, olmayanlar 357 (%88,4) kişidir.

Şişe ve Altinel tarafından 2012 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi ANS Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran toplam 345 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada sosyal güvenceden sgk'ya (%78,6) sahip olanlar en fazla sayıda, özel sigortaya (%4,1) sahip olanlar en az sayıdadır (61).

Tükel ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesine yatırılarak tedavi edilen 650 hastada yapılan bir araştırmada, bağlı olunan sosyal güvenlik kuruluşlarından en fazla emekli sandığı (%60,5), en az özel sigortalılar (%1) bulunmaktadır (65).

Emrah ve Bez tarafından 2009 yılında Dicle Üniversitesi Hastanesinde yatarak veya ayaktan tedavi görerek hizmet alan 820 hastada yapılan bir çalışmada sosyal güvenceden en az özel sigortalılar (%0,5) bulunmaktadır (62).

Ulus tarafından 2024 yılında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dahiliye polikliniklerine ayaktan tedavi amacıyla başvuru yapan 203 hastada yapılan bir çalışmada özel sigortası (%1,5) olanlar en az orandadır (63).

Taşıyan ve Akyüz tarafından 2009 yılında Malatya Devlet Hastanesi'ne müracaat eden 300 hastada yapılan bir çalışmaya göre sosyal güvenlik kurumuna sahip olanlardan özel sağlık sigortası olanlar (%3,3) en az sayıdadır (64).

Gökkaya ve Erdem tarafından 2016 yılında Isparta il merkezinde yaşayan 386 kişiyle yapılan bir çalışmada sigorta kapsamında en az sayıda olan grup özel sigorta (%1) sahibi olanlardır (20).

Bizim araştırmamızda ekonomik durumun sorgulanmasındaki güçlükler sebebiyle kendilerinin yorumuna göre ekonomik kategorilerini seçmeleri istenmiştir. Böylesi durumlarda insanların genellikle “orta” ifadesini tercih ettikleri bilinmektedir. Çalışmamızda da ekonomik durumunu orta olarak ifade edenler 244 (%60,4) kişi, kötü olarak ifade edenler 96 (%23,8) kişi, iyi olarak belirten kişi sayısı sadece 64 kişidir. (%15,8). Özel sağlık sigortası ile gelir durumu arasında doğrudan bir bağlantı bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasına yüksek primler ödenmesi gerektiği için insanların özel sigorta yaptırmadığı da düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların en fazla yaşadığı yer Malatya merkez ilçeleriydi. (%66,8).

Tükel ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesine yatırılarak tedavi edilen 650 hastada yapılan bir araştırmada, il merkezinde yaşayanlar en fazla, köyde yaşayanlar ise en az sayıdadır (65).

Şişe ve Altınel tarafından 2012 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi ANS Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne başvuran toplam 345 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada yaşadıkları yere bakıldığında köyde yaşayanların sayısı en fazladır (61).

Bizim çalışmamızda, Hastanenin Malatya merkezde olması, merkezden ulaşımın kolay olması ve de çalışmanın merkezdeki hastaneye başvuran hastalarda yapılması nedeniyle böyle bir sonuç çıkmış olabilir. Kahramanmaraş, Elazığ ve Adıyaman'da yaşayanlar %8,2, diğer illerde yaşayanlar ise %5,4 oranındadır. Burada dikkat çeken bir konu ise diğer illerden başvurunun fazla olmamasıdır. Hastane randevusu bulamama ya da randevu almada yaşanan gecikmeler de il dışından gelen hasta sayısını azaltmış olabilir.

Çalışmamızdaki katılımcılardan 158 kişinin (%39,1) kronik hastalığı olduğu, 246 kişinin (%60,9) ise kronik hastalığının olmadığı tespit edildi.

Gökkaya ve Erdem tarafından 2016 yılında Isparta il merkezinde yaşayan 386 kişiyle yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olmayanlar (%82,1), kronik hastalığı olanlara (%17,9) göre daha fazla sayıda bulunmuştur (20).

Bizim Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması 44,5 idi. Yaş ile kronik hastalık arasında bir bağlantı bulunmaktadır. Yaş ortalamasının düşük olmasından dolayı kronik hastalığı olanların sayısı az çıkmış olabilir.

Çalışmamızda son 6 ay içinde hastanelere başvuru sayıları incelendiğinde, bir kez başvuruda bulunan hasta sayısı 64 (%15), iki kez başvuruda bulunan hasta sayısı 183 (%45,3), üç kez başvuruda bulunan hasta sayısı 135 (%33,4) ve dört kez başvuruda bulunan hasta sayısı 22 (%5,4) olarak saptandı.

Çezik tarafından 2015 yılında Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi'nde 199 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada "Yılda kaç defa kontrol amaçlı sağlık kurumuna gidiyorsunuz?" sorusuna verilen yanıtların; 1 defa %15,1 (n=30), 2 defa %10,6 (n=21), yanıt yok %74,4 (n=148) olduğu saptanmıştır (66).

Büber ve Başer tarafından 2012 yılında Ankara il merkezinde bulunan Fatih Üniversitesi Hastaneleri'ne başvuran 80 hasta ile yapılan bir araştırmada hastaneye ilk kez gelme durumuna göre katılımcılar gruplandırıldığı zaman 61 kişinin (%76,25) hastaneye iki veya daha fazla sayıda gelmiş oldukları görülmüştür (57).

Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan kişiler (%60,9), kronik hastalığı olan kişilerden (%39,1) daha fazla olduğu için son 6 ayda da hastaneye başvuru sayıları az bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda “Sizin ya da ailenizden birinin kanser nedeniyle ameliyat olması gerekse ve her türlü imkanınız olsa Malatya dışında ilk tercih edeceğiniz kurum neresi olurdu?” sorusuna katılımcılardan, 176 kişi (%43,6) Ankara’da Tıp Fakülteleri, 113 kişi (%28) İstanbul’da Tıp Fakülteleri, 65 kişi (%16,1) İstanbul’da Özel Hastaneleri, 32 kişi (%7,9) Ankara’da Özel Hastaneleri seçeneğini işaretlemiştir.

Gökkaya ve Erdem tarafından 2016 yılında Isparta il merkezinde yaşayan 386 kişiyle yapılan bir çalışmada kişilerin sağlık hizmeti alırken hafif şiddetli hastalıklarda aile hekimlerini tercih etme yönelimi daha fazla iken, orta ve ağır şiddetli hastalıklarda bu yönelimin azaldığı görülmüştür. Yine bu çalışmada kişilerin basit hastalıklarda devlet hastanesini tercih etme eğilimi az iken, hastalık şiddeti arttıkça kişiler için devlet hastanesine gitmek daha da önemli hale gelmiştir. Kişiler sağlık hizmeti kullanırken hafif şiddetli hastalıklarda üniversite hastanelerini daha az tercih ediyorken, orta ve ağır şiddetli hastalıklarda ise üniversite hastanelerini daha çok tercih etmişlerdir. Hastalık şiddeti arttıkça kişilerin üniversite hastanesine gitme yönelimi de artmaktadır. Hastalık şiddeti arttıkça kişilerin tedavileri için il dışındaki sağlık kurumunu ya da hekimi daha fazla tercih ettikleri görülmüştür (20).

Bizim çalışmamızda hastaların en çok tercih ettiği yer Ankara’daki tıp fakülteleri olmuştur. Ankara’da köklü üniversite hastanelerinin olması, her türlü imkanların bulunması, Türkiye’nin başkenti olması, Malatya’ya yakın olması, Malatya’dan ulaşımın kolay olması nedeniyle daha fazla tercih edilmiş olabilir.

Katılımcılardan “Ekonomik Durumunuz Sağlık Kurumu Tercihinizi Etkiler mi?” sorusuna; “Önemli Hastalıklarda İl Dışını Tercih Ederim” diye yanıtlayan 226 kişi (%55,9), “Önemli Hastalıklarda Malatya İçi Özel Hastaneleri Tercih Ederim” diye yanıtlayan 110 kişi (%27,2), “Basit Hastalıklarda Özel Hastaneleri Tercih Ederim” diye yanıtlayan 68 kişi (%16,8) olarak saptanmıştır

Özcan ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Silvan Devlet Hastanesine Başvuran 117 hastada yapılan bir çalışmada“ Maddi imkanlarınız elverişli olsaydı nerede tedavi olmak isterdiniz” sorusuna katılımcıların %45,2’si özel hastane, %22,5’i iyi olanakları olan başka bir hastane, %13’ü de il dışında daha iyi bilinen bir hastane seçeneğini işaretlemiştir (59).

Bizim çalışmamızda İnsanların basit hastalıklarda özel hastaneleri daha az tercih ettiklerini ve önemli hastalıklarda da Malatya'daki özel hastaneleri tercih etmektense il dışına gitmeyi tercih ettiklerini görüyoruz. Önemli hastalık durumunda insanların tüm imkanlarını kullanarak, sağlıkları için gerekli tüm harcamaları yaparak en iyi şekilde hizmet alacakları yere gidebileceklerini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda “Gittiğiniz kurumu tercih etme nedenleriniz nelerdi?” sorusuna; sırasıyla hekim bilgi beceri yeterliliği, sağlık kuruluşunda ilaç malzeme yeterliliği, mahremiyete dikkat edilmesi, kurumun genel temizliği ve hemşire bilgi becerisi gibi konuların çok önemli olduğu saptanmıştır.

En az önem verilen konular ise kurumda tanıdıkların çalışması, yakınların tavsiyesi, otelcilik hizmetleri ve oda kalitesi olarak saptanmıştır.

Malik ve Sharma tarafından 2017 yılında Hindistan'da bir hastanede 460 kişide yapılan bir çalışmada hastalar tarafından en fazla önemli olan ilk üç nedenin; sağlık çalışanlarının mesleki bilgi yetkinliği, hastanenin klinik etkililiği ve hastaların kişisel özellikleri olduğu belirlenmiştir. Diğer nedenler ise; hizmetlere erişimde kolaylık, hastanenin itibarı, hastane yönetimi, tavsiye, hastane altyapısı olarak belirlenmiştir (67).

Prang ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Avustralya'da kamu veya özel hastanelere başvuran 243 kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmaya göre hastaneler tarafından halka sunulan; ameliyatın maliyeti, komplikasyon ve ölüm oranları, bekleme süreleri, hasta tatmin oranları, yatış süresi gibi birtakım bilgilerin ve hastane ile ilgili tanıtımların yer aldığı broşür tarzı reklam materyallerinin hastaların hastane seçimlerinde önemli olduğu saptanmıştır. Hastane tercihinde en fazla etkili olan faktörler ise sırayla; uzman hekim varlığı, hastanenin eve olan mesafesi, hastanenin itibarı, hastaneyle ilgili kişisel tecrübeler, pratisyen hekimlerin önerileri, bekleme süreleri, sağlık sigortası türü, arkadaş tavsiyeleri, hastanenin hizmet sunduğu bölge, büyüklüğü (kapasitesi) ve web sitesi olduğu bildirilmiştir (68.)

Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2009 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde 550 hasta üzerinde gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada kişilerin sağlık hizmeti talebinde en önemli faktörün hastane doktorlarına duyulan güven olduğu bulunmuştur (69).

Taşlıyan ve Akyüz tarafından 2009 yılında Malatya Devlet Hastanesi'ne müracaat eden 300 hastada yapılan bir çalışmaya göre tedavi olmak için gidilen hastaneyi seçme nedenleri; hastaların % 41,7'sinin kaliteli hizmetten dolayı güven

duyması, % 39,7'si önceki hizmetten memnun kalması % 32,0'ı ise imkanları en iyi hastane olması nedeniyle o kurumu seçmiştir (64).

Tengilimoğlu tarafından 1999 yılında İbni Sina Hastanesi, Gazi Hastanesi, Etlik Eğitim Hastanesi polikliniklerinde muayene olan 869 hastaya yapılan bir ankete göre sağlık hizmetlerinin kullanımında ve hastane seçiminde hastaların bilgi, ücret, kalite ve tavsiye gibi faktörleri göz önüne aldığı belirlenmiştir. Kişilerin sağlık hizmeti talebinde hastane tercihlerinde önemli olan faktörler sırasıyla şöyle ifade edilmiştir; hastaneye olan mesafe, hastanenin modern ekipmanı ve fiziki koşulları, hastanenin imajı, sağlık hizmeti ücretleri, sosyal güvenceye sahip olma, bürokratik işlemler ve alanında uzmanların bulunması olarak belirlenmiştir (70).

Cruppé ve Geraedts tarafından 2012 yılında Almanya'da 17 hastanede yatan 1925 kişide yapılan bir çalışmada hastane tercihinde en fazla etkili olan ilk beş faktör sırayla; hastaların o hastane ile ilgili daha önceki tecrübeleri, hastanenin imajı, aile hekiminin tavsiyesi, hastanenin eve olan mesafesi ve hekimlerin hastaları için yeterli zamanı ayırıp ayırmaması olduğu belirlenmiştir (71).

Ayrıca hastanenin kalitesiyle ilgili belirteçlerin ise, hastane seçim nedenleri açısından ikincil düzeyde önemli olduğu saptanmıştır. (Cruppe ve Geraedts)

Öztürk tarafından 2014 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde poliklinik ve servis hizmeti alan 150 hastada yapılan bir çalışmada; hastaların üniversite hastanelerini tercih etme sebepleri araştırılmış ve en yüksek oranlara sahip faktörler; daha iyi tedavi alma ümidi (%33,3), hastanede tanıdıkların olması (%24,7), hastanenin tavsiye edilmesi (%15,3), sosyal güvence nedeniyle hizmetlerin ücretsiz olması (%9,3) ve doktorun tercih edilen hastanede hizmet veriyor olması (%7,3) şeklinde belirtilmiştir (72).

Ayhan ve Canöz tarafından 2006 yılında Konya'daki özel hastanelerden hizmet alan 235 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastane seçiminde etkili olan faktör en yüksek oranla başarılı bir imajın olması (% 45,1), hastanenin sigorta ile anlaşmasının bulunması (%23), tanıdıkların tavsiyeleri (%14) olmuş; en düşük oranlar ise; eve ve işyerine yakınlığı (% 3,8), ekonomik olarak uygunluğu (% 3), dini inançlara uygun olması(% 2,1) ve tesadüfen seçilmiş olması (% 1,3) olarak belirlenmiştir (73).

Çelik ve Hotchkiss tarafından 15 ila 49 yaş aralığındaki evlenmiş kadınların ulusal düzeyde temsili bir anketi olan 1993 Türkiye Demografi ve Sağlık Araştırması'ndan (TDHS) 6519 evlenmiş kadından oluşan Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınların ana sağlığı hizmetlerini kullanımını etkileyen faktörler

incelenmiştir. Araştırmaya göre eğitim seviyesi, hizmetin ücretlendirilmesi, sağlık sigortası, bireylerin gelir düzeyi ve coğrafi bölge sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerdir (74).

Bizim çalışmamızda benzer çalışmalarda olduğu gibi hastane seçiminde hekimin tanı ve tedavisine duyulan güven ön plana çıkmıştır. Önceden sıklıkla hastaların başına gelen ama günümüzde geçmiş dönemlere oranla azalan dışardan ilaç malzeme istemi hala hastalar arasında önemini korumaktadır.

Dikkat çeken başka bir konu ise hastanedeki hasta yoğunluğuna rağmen muayene sürelerinin kısalığı ve bekleme sürelerinin uzunluğu konuları çok önem verilen konular arasında ilk 5'e girememiştir.

Hastanenin şehir dışında olması, merkeze uzak bir konumda bulunması hastalar tarafından önemli görülmemiştir. Bu durum hastanelerin şehir merkezi dışına da yapılabileceği konusunda fikir verebilir.

Çalışmamızdaki hastaların yaklaşık %67'si Malatya merkezde oturdukları için otelcilik hizmetleri ve oda kalitesi daha az önemsenen bir konu olmuş olabilir. Yine burada dikkat çeken bir konu ise tanıdık biri olunca daha iyi hizmet alınacağına dair inanç en az önemsenen konu olmuştur. Bu durumun sebebi, hasta muayenesinde adil bir sıra sisteminin olduğuna dair inanç olabilir.

6. SONUÇ

Ülkemizde 2024 yılı itibariyle her hastanın hekim ve hastane seçme hakkı var olup, her insanın hastaneye başvurusunu etkileyen faktörler sahip olduğu imkanlara göre değişebilmektedir. Bilgiye ulaşmanın çok kolay olduğu günümüzde hastaların önemli bir kısmı gerekli araştırmaları yapıp hastane tercihinde bulunmaktadır.

Çalışmamızda hastalar tarafından; hekimin bilgi ve beceri yeterliliği çok önemli kriter olarak saptanmıştır. En az önem verilen konu ise otelcilik hizmetleri ve oda kalitesi olmuştur.

Hastane yönetimleri, hastaların hastane seçimini yaparken en çok nelere önem verdiğini ya da nelere daha az önem verdiğini bilirse gerekli yapılanma ve güncellemelerle en optimal düzeyde hizmet verebilecek konuma gelebilirler.

KAYNAKLAR

1. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş, 2. Baskı. Ankara Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını 1983: 1-46
2. ÖZTÜRK MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997: 17-18
3. ATKINSON RL, Smith E, Bem DJ, Hoeksema SN, Psikolojiye Giriş, Alogan Y. (çeviri editörü) Introduction to Psychology 5.Baskı, Ankara, Arkadaş Yayınevi, 2010:8-221
4. Potter, P.; Perry, A.; Fundamentals Of Nursing Concepts, Process And Practice, Third Edition, Mosby Year Book, 1993:41
5. Güler Ç, Doğan B. Çevre Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, 1.Baskı Ankara, 1997: 230-231.
6. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı, 2. Baskı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993.
7. Kızılcılık S. Türkiye'nin Sağlık Sistemi, 1. Baskı İzmir, Saray Kitabevleri, 1996:143
8. Özen S. Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri, Sosyoloji Dergisi 1994,5: 133-145
9. Öztekin Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı sayı 39 2001,1:295
10. Bulutoğlu K. Kamu Ekonomisine Giriş, Devletin Ekonomik Durumu, 1.Baskı. İstanbul, Filiz Kitabevi, 1988:1-614
11. Seçim H. Hastane İşletmeciliği, 1. Baskı. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1995. Ss:1-327
12. Clark DW. Dimensions of the Concepts of Access to Health Care. Bulletin of The New York Academy of Medicine 1983,59(1): 5-6
13. Andersen R, Aday LA. Access to Medical Care in the US: Realized and Potential Medical Care, 1978,16: 533-546.
14. Andersen R, Newman, J F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in The United States, Milbank Quarterly 2005,83(4):1-28

15. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2007:3-6 <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/326> 30 Eylül 2024.
16. Orhaner E. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi 2006,1:1-22.
17. World Bank (2015). The Demand for Health Care Services. Health Economics, World Bank Resources. <https://www.worldbank.org/en/about/annual-report-2015> 30 Eylül 2024
18. Andersen R. Behavioral Model of Families Use of Health Services Research Series Center for Health Administration Studies, University of Chicago 1968,25:16-17.
19. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior,1995,36:1-10.
20. Gökkaya D, Erdem R. Sağlık hizmeti kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017,26:149-184.
21. Andersen R, Newman J F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society. 1973,51:95-124.
22. Kaya S. Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği Toplum ve Hekim. 1995,10: 101-106.
23. Kılıç D. ve Çalışkan Z. Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Davranışsal Model. NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2013,2:192-206.
24. Erdem R, Pirinççi E. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Ö.M.Ü. Tıp Dergisi, 2003,1:39-46.
25. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 1. Baskı. Ankara, Siyasal Kitabevi, 2000: 17-70.
26. Kavuncubaşı Ş, Kısa A. Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi yayınevi. 2008,8:20
27. Aktan CC, Saran U. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi. 1.Baskı Ankara, Aura Yayıncılık, 2007:10-21.
28. Karafakioğlu M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması.İstanbul. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınevi 1998,271:110.

29. Sözen C. Özdevecioğlu M. Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim. 1.Baskı, Ankara. Nobel Yayın Dağıtım. 2002: 3-6.
30. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006,13:82-91.
31. Karaca Ş. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama. 1. Baskı İstanbul, Beta Yayıncılık, 2015: 3-25.
32. Bayar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014,7:59-67.
33. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. 1999 Ankara <https://www.recepakdur.com/media/1720/turkiye-de-saglik-hizmetleri-ve-avrupa-toplulugu-ulkeleri-ile-kiyaslanmasi.pdf> 30 Eylül 2024
34. Yavuz Y, Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları. ODTU Mfd Dergisi. 1988,8: 123-142
35. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 1.Baskı, Ankara 2008: 45-76 <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/29204729-d626-4ed2-97ca-d7226f6c5f55> 30 Eylül 2024
36. Dirican MR, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi <http://fbe.atauni.edu.tr/eajm/Makaleler%5C1970%5C1970-2%5C7.pdf>. 30 Eylül 2024
37. Özbay H. Sağlık Sektörü Finansmanı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, ss:100-209.
38. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Yönetimi Dergisi 2017,1: 48-57.
39. <https://data.tuik.gov.tr/kategori/getkategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101>. 30 Eylül 2024
40. Akdağ R., Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003 – 2010), Ankara. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf>. 30 Eylül 2024
41. Mollahaliloğulları S. Türkiye’de Sağlık Reformları Süreci, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, s.243-286.
42. Sülkü SN. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları. 1.Baskı. Ankara Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı 2011:1-104.

43. TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı (2003) <https://vergiyedair.com/wp-content/uploads/2021/03/t.c.-58.-hukumat-acil-eylem-planı-aep.pdf> 30 Eylül 2024
44. Sayım Ferhat. Sağlık Hizmetinin Özellikleri Sağlık Piyasası ve Etik, 1. Baskı. Bursa, MKM Yayıncılık, 2011: 17-28.
45. Mutlu A, Işık A. Sağlık Ekonomisine Giriş, 2. Baskı. Bursa, Ekin Kitabevi Yayınları, 2005: 47.
46. Çetiner E, Özen E. Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri. Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2019,4: 235-244.
47. Akdoğan A, Kamu Maliyesi. 12. Baskı. Ankara, Gazi Kitabevi, 2007: 50.
48. Burgess R, Stern N. Vergileme ve Kalkınma, Çeviri editörü: Mustafa Durmuş, Maliye Dergisi, 2007,152: 1-59.
49. Tumay M. Asymmetric Information and Adverse Selection in Insurance Markets: The Problem of Moral Hazard. Yönetim ve Ekonomi Dergisi 2009,16: 107-114.
50. Şimşek S, Karakaş A. Asimetrik Bilgi- İktidar ve Kurumsal Düzenleme Üzerine. TUHIS İş Hukuku ve İktisat Dergisi 2006,20: 21-27.
51. Weisbrod BA, Competition in Health Care: A Cautionary View , Institute For Research on Poverty Discussion Paper, University of Wisconsin 1991,23: 678-81.
52. Bilgili E, Ecevit E. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2009,11:201-228.
53. Ateş M. Sağlık İşletmeciliği. 2. Baskı İstanbul, Beta Yayınları 2012:4.
54. Söyük, S. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları. 2015:49.
55. <https://www.iienstitu.com/blog/saglik-ve-saglik-hizmetleri-kavramlari> 30 Eylül 2024
56. Akbaş E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkez efendi Devlet Hastanesi). Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2014.
57. Büber B, Başer R. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 2012,4:265-274.

58. Vural F, Aydın A, Fil Ş, Torun S, Vural B. Bir Devlet Hastanesinde Yatan Hastalarda Memnuniyete Etki Eden İki Önemli Faktör: İletişim ve Hasta Güvenlik Kültürü Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015,4: 335-344.
59. Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi, 2008,35: 96-101.
60. Aydoğdu N. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
61. Şişe Ş. Altın E. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti. Selçuk Tıp Dergisi 2012,28:213-218.
62. Emrah A, Bez Y. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi 2010,37:241-247.
63. Ulus C. Hastane Hizmetinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Kamu Hastanesi Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi, 2024.
64. Taşlıyan M, Akyüz M. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2010,12: 61-66.
65. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgöl A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004,57: 205-214.
66. Çezik L. Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi 2015.
67. Malik J, Sharma VC. Determinants of Patients' Choice of Healthcare Provider a Study of Selected Private Hospitals in Delhi- NCR. NICE Journal of Business 2017,12: 45-59.
68. Prang KH, Canaway R, Bismark M, Dunt D, Miller JA, Kelaher M. Public Performance Reporting and Hospital Choice: A Cross-Sectional Study of Patients Undergoing Cancer Surgery in the Australian Private Healthcare Sector. 2018,8: 1-9.
69. Yıldırım YS, Aksoy F, Veyseller B, Altın S. Hastaların Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler. Haseki Tıp Bülteni, 2009,47: 11-16

70. Tengilimoğlu D. Hastane Seçiminde Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2001,1: 85-98.
71. De Cruppé W, Geraedts M. Hospital Choice in Germany from the Patient's Perspective: A Cross-sectional Study. 2017,17: 1-10.
72. Öztürk Y. Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2014,3: 1079-1094.
73. Ayhan B, Canöz K. Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. II Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu 21. Yüzyılda Halkla İlişkiler Yeni Yönelimler, Sorunlar ve Çözümler. 2006: 71-89
74. Çelik Y, Hotchkiss DR. The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. Sociel Science and Medicine. 2000,50;1797-1806

EK-1. Etik Kurul Kararı



EK-2. Çalışma İzni



EK-3. Anket

Sayın hastamız;

Hastanemize başvuran sizlerin istek ve şikayetlerini değerlendirmek için yapacağımız bu ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

Prof.Dr. Metin GENÇ İnönü Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Bölümü Başkanı

Size uygun şıkka çarpı koyunuz.

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz

1. Erkek

2. Kadın

3.Yaşadığınız yer:.....Malatya merkez ilçeleri

Diğer ilçeler

Köy.....

Malatya dışında yaşadığınız yer.....

4. Öğrenim durumunuz? 1. Okur-Yazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu

4. Lise mezunu 5. Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz/ işiniz: 1. İşçi 2.Çiftçi 3. Memur 4. Emekli 5. Ev hanımı 6. Esnaf- zanaatkar

7. Diğer (avukat, muhasebeci, eczacı vb) 8. Öğrenci

6. Sizce ekonomik durumunuz nasıl? 1. İyi 2.Orta 3.Kötü

7. Özel sağlık sigortanız var mı?.....1. var 2.yok

8 .Kronik (müzmin) hastalığınız var mı? (doktor tarafından teşhis edilmiş).....

1.Hayır 2.Evet hastalığın adı ne?.....

9. Ekonomik durumunuz sağlık kurumu tercihinizi etkiler mi?

1. Basit hastalıklarda özel hastaneleri tercih ederim.

2. Önemli hastalıklarda Malatya içi özel hastaneleri tercih ederim.

3. Önemli hastalıklarda il dışını tercih ederim.

10. Sizin veya ailenizden birinin kanser nedeniyle ameliyat olması gerekse ve her türlü imkanınız olsa Malatya dışında ilk tercih edeceğiniz kurum neresi olurdu?

1. İstanbulda Özel Hastaneler 2. İstanbulda Tıp Fakülteleri

3. Ankarada Özel Hastaneler

4. Ankarada Tıp Fakülteleri

Diğer (belirtiniz).....

11. Son 6 ay içinde hastalandığınızda ya da sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda hangi kuruma, hangi amaçla başvurduunuz?

1. Aile Hekimi
2. Battalgazi Devlet Hastanesi
3. Malatya EAH
4. Özel hastane
5. TÖTM
6. Öğretim üyesine özel muayene

En yakın zamandan geriye doğru tarih	Kurum:	Sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri	Yapılan/yapılacak işlem
1.	TÖTM		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Genellikle gittiğiniz kurumu tercih etme nedenlerine puan veriniz.

	1. Çok önemli	2. Önemli	3. Kısmen önemli
1. Ulaşım kolaylığı/yakınlık			
2. Sosyal güvencem gereği			
3. Hekim bilgi beceri yeterliliği			
4. Hemşire bilgi, becerisi			
5. Sağlık kuruluşunda ilaç malzeme yeterliliği			
6. Kurumun genel temizliğinin yeterli olması			
7. Bekleme süresinin kısa olması			
8. Mahremiyete dikkat edilmesi			
9. Muayene süresinin yeterli olması			
10. Hizmetlerin ucuz olması			
11. Kurumda tanıdıkların çalışması			
12. Otelcilik hizmetleri, oda kalitesi			
13. Yakınların tavsiyesi			