

30285

T.C.
TRAKYA UNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTUSU
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

TRAKYA UNİVERSİTESİ HASTANESİ ve EDİRNE DEVLET HASTANESİ'NE
BASVURAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ve
HİZMET TALEPLERİYLE İLGİLİ ETMENLER

Nihat TURAN

HALK SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman : Doç.Dr.Ahmet SALTİK

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN YAYIN MERKEZİ

EDİRNE-1993

T e Ő e k k ũ r . . .

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yũrũttüğũm Yũksek
Lisans Eğitimim ve tez çalışmamda bũyũk katkıları
olan ve yardımlarını esirgemeyen Hocam, Doç.Dr.
Ahmet SALTIK'a ve tezimin yazımı ve basımında
yardımda bulunan eşim F.Nesrin TURAN'a teőekkũr
ederim.

Nihat TURAN

EDİRNE - 1993

K I S A L T M A L A R

- DSö : Dünya Sağlık Örgütü
EDH : Edirne Devlet Hastanesi
ES : Emekli Sandığı
FAK : Fakülte
GIH : Genel İdari Hizmetler
İLK : İlkokul
KSH : Koruyucu Sağlık Hizmeti
OY : Okuryazar
örn : örneğin
ös : özel sigorta
SH : Sağlık Hizmetleri
SHMYO : Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu
TDSP : Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı
TSH : Tedavi Edici Sağlık Hizmeti
TOYİG : Toplam Yurtiçi Gelir (GSMH)
TU : Trakya Üniversitesi
TUH : Trakya Üniversitesi Hastanesi
YK : Yaşam Koşulu
YKİ : Yaşam Koşulu İndeksi
YO : Yüksek Okul
YTK : Yataklı Tedavi Kurumları
YTKİY : Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa</u>
I. GİRİŞ	2
II. AMAÇLAR	7
III. GENEL BİLGİLER	8
IV. YÖNTEM ve GEREÇLER	19
V. BULGULAR	26
VI. TARTISMA	51
VII. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
VIII. ÖZET (Türkçe ve İngilizce)	65
IX. KAYNAKLAR	72
X. TABLO ve ŞEKİLLER LİSTESİ	75
XI. ÖZGEÇMİŞ	78
XII. EKLER	79

G İ R İ Ş

I.1. Giriş

Sağlık hizmetleri (SH), kendine özgü özellik arzeden bir hizmetler bütünüdür. SH; planlamadan, altyapı oluşturulmasına, finansmandan, personel istihdamına kadar uzanan karmaşık, aynı zamanda kapsamlı bir ilişkiler ağıdır (1). Bu çerçeveden yola çıkarak SH'ni şöyle tanımlayabiliriz: " Bireylerin, grup ve toplulukların, giderek toplumların sağlıklarını korumak, sürdürmek, olanaklı ise daha da geliştirerek varılabilecek en üst düzeye getirmek, hastalıkları sağaltarak insanların acılarını dindirmek, gerektiğinde rehabilite edici çalışmalar yapmak; birey ve toplumların bedensel sağlıklarının yanısıra ruhsal ve sosyal açıdan da tam iyilik durumlarını sağlama doğrultusunda sürdürülen etkinliklerin tamamıdır." (2).

SH'nin üç boyutu bulunmakta olup; bunlar koruma, tedavi ve rehabilitasyondur. Yirminci yüzyılın ilk yarısından itibaren SH kapsamı içinde Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (KSH) yeri giderek önem kazanmış ve devletlerin sağlık politikalarının temelini oluşturmuştur. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde -o arada Türkiye'de- bireylerin ve devletin KSH'nin önemini benimsediklerini söylemek zordur. SH denildiğinde, çoğunlukla Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri (TSH) anlaşılmakta, SH'nin düzey ve kalite değerlendirmesi de tedavi sürecinden yarar görme derecesine göre yapılmaktadır (3-5).

Ülkemizde SH'nin örgütlenme modelleri Cumhuriyet kurulduğundan bugüne kadar çeşitli aşamalardan geçmiştir. Cumhuriyet sonrasında ilk Sağlık Bakanı Dr.Refik Saydam, ülkenin içinde bulunduğu sağlık so-

runlarına yönelik olarak KSH'ne öncelik vermiştir. Önceliği olan sağlık sorunlarına karşı özel savaş örgütleri kurarak mücadele etmiştir. Diğer taraftan KSH'ne ağırlık veren hükümet tabipliği modelini tüm ülke düzeyinde yaymıştır. Hükümet tabipliği modeli idari bölünmeye göre ilçeler bazında kurulmuştur (3-5).

II. Dünya Savaşı'ndan sonra dünyada sağlık teknolojisinin gelişmesi ile TSH daha da ilerlemiştir. Bu hızlı gelişmeden ülkemiz de etkilenmiştir. Dönemin Sağlık Bakanı Dr.Behçet Uz, ülkemizde bazı temel sağlık sorunlarındaki iyileşmelerden de etkilenerek, TSH'nin gelişmesine öncelik vermiştir. Bu nedenle koruyucu ve TSH'nin entegrasyonunu hedefleyen ve belli büyüklükte nüfusu temel alan bir sağlık örgütlenmesi olarak Sağlık Merkezlerini planlamıştır. 20 000 nüfusa 10-25 yataklı bir sağlık merkezi kurularak yataklı tedavi kurumu olarak hizmet verilmesi öngörülmüştür. Ancak bu model benimsenmemiş ve yaygınlaşmamıştır. 1946 yılında, sadece sigorta kapsamındaki işçilere yönelik olarak, sağlık dışındaki sigortacılık hizmetleriyle başlayan İşçi Sigortaları Kurumu, zamanla günümüzün Sosyal Sigortalar Kurumu'na dönüşerek (SSK) çatısı altında yataklı TSH sunulmaya başlanmıştır. 1953 yılında ise il özel idarelerine bağlı olan hastaneler devletleştirilerek, TSH devlet sorumluluğu altına alınmıştır (3-7).

Çağdaş sağlık anlayışının yerleşmesi sonucu koruyucu ve tedavi edici SH'ni birarada götürmek gerekliliği düşüncesi ile, 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine ilişkin yasa yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile getirilen örgütlenme modelinde yuttaşlara çağdaş bir SH sunulması planlanmıştır. Bilimsel gelişme-

lere ve ülke gerçeklerine uyularak hazırlanan bu yasa ile dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesi benimsenmiştir. Kırsal alanda her 5-10 bin nüfusa bir sağlık ekibi kurulacaktır (kentsel bölgeler için bu nüfus ölçeği 50 bindir). Bu ekibin görev yapacağı ve SH'nin sosyalleştirilmesi modelinin temel aldığı örgüt ve hizmet birimi Sağlık Ocaklarıdır. Sağlık Ocaklarına bağlı olarak kırsal alanda 2 bin, kentsel alanda 2500 nüfus için Sağlık Evleri kurulmaktadır. Sağlık Ocakları, birinci basamak ya da temel sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevlendirilmişlerdir (4-7).

Nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde (genellikle ilçelerde beş-on Sağlık Ocağı bir Sağlık Grup Başkanlığı'nı oluşturmaktadır. Sağlık Grup Başkanlıkları bir yönetim birimidir ve 5-10 Sağlık Ocağından başka, bir laboratuvar ile 50-100 yataklı bölge hastanesi Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlanmıştır. Her 200-400 bin nüfus, (20-40. duruma göre daha çok Sağlık Ocağı ve ortalama bir il büyüklüğü) için bir il hastanesi kurulmuştur. Bu hastaneler ileri uzmanlık dalları dışında tam donanımlı hastanelerdir ve Sağlık Müdürlüğü'ne bağlıdırlar. Türkiye düzeyinde değişik illerde bulunan Tıp Fakültesi hastaneleri de, bu il hastanelerinin hizmetlerini ileri uzmanlık isteyen konularda desteklemekle görevlendirilmişlerdir (3,4,7-9).

I.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Konusunda Daha Önce Yapılan Araştırmalar

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin etkinliğini, kullanımını ve halkın yararlanma düzeyini belirlemek için birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar genellikle iki yönde planlanmış ve yapılmıştır. Bunlar-

dan ilki (KSH)'nin değerlendirilmesi, diğeri ise (TSH)'ne yöneliktir. KSH'nin kullanımında çoğunlukla Sağlık Ocağı ekibinin çalışma etkinliği üzerinde çalışılmıştır. TSH'nin değerlendirilmesinde ise değişik tipte çalışmalar mevcuttur. Sağlık Ocakları'nın kullanımını en fazla üzerinde çalışma yapılan konulardandır. Diğer taraftan hastanelerin kullanımını, hedef kitle kullanıcılarının sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerinin tanımlanması çalışmaları ise az da olsa bulunmaktadır. TSH sunan hastanelerin kentsel alanda kullanımında ulaşılabilirlik ve hastane hizmetlerinden hoşnutluk konuları üzerinde ülke içinde çalışma bulunamamıştır. Ancak dış yayınlarda çoğunlukla ulaşılabilirlik konusunda uzaklık yerine zaman ögesi dikkate alınmaktadır. Çünkü ulaşımın yol boyutu çözümlenmiştir (8).

Sunulan bu tezin planlama ve analiz aşamalarında, sözkonusu olgular ile ilgili çalışmalar incelenmiştir. Bulunabilen araştırmalar liste halinde sunulmuştur. Araştırma listesinde; araştıracının adı, araştırmanın konusu, yılı, yeri, yöntemi ve türü bulunmaktadır. Taraması yapılan araştırmalardaki sonuç ltleri aynı olmadığı için sonuçlar listede verilmemiştir. Ancak araştırmanın bulgular ve tartışma bölümünde elde edilen sonuçlar ile karşılaştırmalar yapılmıştır (8,10-15).

**SAGLIK HIZMETLERININ KULLANIMI KONUSUNDA
ULKEMIZDE DAHA ONCE YAPILAN ARASTIRMALAR**

Araştırmacı	Yıl	Yer	Konusu	Yöntem	Türü
Yavuz, S	1974	Sincan	SH'den Yararlanma	Anket	Tanımlayıcı
Eren, N	1974	Ankara	SH İçin Planlama ve Örgütlenme Modeli	Anket	Tanımlayıcı
Hiçyılmaz, İ	1977	Sincan	SH'den Yararlanma	Anket	Tanımlayıcı
Aksakoğlu, G	1979	Yenikent	Sağlık Ocağının Kullanımı	Anket	Tanımlayıcı
Özel, A	1979	Erzurum	S.H.nin Kullanımı	Anket	Tanımlayıcı
Kabadayı, F	1979	Adana	S.H.nin Kullanımı	Anket	Tanımlayıcı
Aytekin, H ve ark.	1987	Gemlik	S.H.nin Kullanımı	Anket	Tanımlayıcı
Ünlü, A	1988	Ankara	Büyükşehir Hastanelerini Seçiş Nedenleri	Anket	Analitik
Dincer, T	1988	Ankara	Ankara Hastanelerinin Kullanımı.	Kayıt	Tanımlayıcı
Koşay, C ve ark.	1989	Saray	S.H.den Yararlanma	Kayıt	Tanımlayıcı
Çalıkoğlu, Z ve ark.	1989	Çankırı	S.H.nin Kullanılmaması	Kayıt	Tanımlayıcı
Ceylan, T ve ark.	1989	Ankara	HÜ Çocuk Hastanesinin Kullanımı.	Anket	Tanımlayıcı
Hayran, O ve ark.	1989	Gemlik	Sağlık Kuruluşlarının Seçimi.	Anket	Tanımlayıcı
Hayran, O ve ark.	1990	Trabzon	Ted. Edici Hizmetler ve Kent Sağlık Ocakları.	Anket	Tanımlayıcı
Bulut, K ve ark.	1990	Istanbul	AÇS/AP Hizmetlerinden Yararlanma	Anket	Tanımlayıcı
Öztürk, Y ve ark.	1990	Kayseri	Sağlık Ocağının Kullanımında Mesafe Faktörü	Kayıt	Tanımlayıcı
özcebe, H.	1990	Etimesgut	TSH'nin Kullanımı.	Anket	Tanımlayıcı

II. A M A Ç L A R :

A. Kısa Erimli Amaçlar :

1. Trakya Üniversitesi Hastanesi'ne (TÜH) 1991 yılında başvuran kişilerin demografik, sosyal ve ekonomik durumlarını aynı dönemde Edirne Devlet Hastanesi'ne (EDH) başvuranlarla karşılaştırmalı olarak araştırmak;
2. Bu 2 hastane ile hedef kitle (halk) ilişkisini, TSH talebini yönlendiren ögeler bakımından irdelemek;
3. TÜH'nin sağlık sistemi içinde hasta sevk zincirine göre kaçınıcı basamak olarak kullanıldığını saptamak;
4. TÜH'nin hasta çekim alanı ve ulaşılabilirlik durumunu belirlemek.

B. Uzun Erimli Amaçlar :

1. Bölgesel sağlık planlaması çalışmalarına katkıda bulunmak;
2. TÜH'nin hizmet ettiği/etmesi gereken nüfusa yönelik olarak geliştirilecek hizmet planlaması çalışmalarına yardımcı olmak.
3. TÜH'nin gelecekteki gelişim hedeflerini kestirmek.

III. GENEL BİLGİLER :

A. Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Yapı :

Ülkemizde sağlık hizmetleri birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Aşağıda, Türkiye sağlık sektöründe doğrudan veya dolaylı olarak hizmet veren kurumlar, politika oluşturma, sağlık hizmeti sunma, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yönetim yetkilerine göre gruplandırılarak sunulmuştur (16,17).

Türkiye Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurumların İşlevleri Açısından Sınıflandırılması :

1. Politika Oluşturma

Siyasal Partiler

Devlet Planlama Örgütü

Sağlık Bakanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Yüksek Öğretim Kurumu

Yüksek Planlama Kurulu

Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Birlikleri

Bir Kısım KİT'ler

2. Yönetim Yetkisi

Sağlık Bakanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

İçişleri Bakanlığı

İlgili Diğer Bakanlıklar

Yerel Yönetimler, Üniversiteler v.d.

3. Sağlık Hizmeti Sağlama

Kamu

Sağlık Bakanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Sigortalar Kurumu ve BAğ-KUR)

Üniversite Hastaneleri

Belediyeler

Kamu İktisadi Teşebbüsleri

Diğer Bakanlıklar

Özel

Vakıflar, Dernekler ve Kişilere Ait Hastaneler ve Sağlık Kurumları

Sosyal Amaçlı

Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşmayı Teşvik Fonu

Kızılay

Kamu Yararına Çalışan Dernek ve Vakıflar

Diğerleri

4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Maliye Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Bağ-Kur, SSK)

Vakıflar, Dernekler

Özel Sigorta Kuruluşları

Bütçe Dışı Fonlar

Yerel Yönetimler

Kişilerin Doğrudan Ödemeleri

Bir Kısım KİT'ler

Uluslararası Kuruluşlar (daha çok proje bazında olmak üzere Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler)

5. Sağlık Hizmetlerine Destek Veren Kuruluşlar

Bayındırlık Bakanlığı

Belediyeler

İçişleri Bakanlığı

Gıda Tarım ve Orman Bakanlığı

Diğerleri (16-18).

Sağlık Bakanlığı, SSK ve üniversite hastaneleri yatak sayısı açısından önemli sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlara bağlı hastaneler, Türkiye'deki toplam 899 hastanenin % 81'ini (890 Hastane) oluşturmaktadır (1991).

B. Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması İşlevleri ve Özellikleri

TSH leri muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. Ülkemizde devlet adına TSH'ni yürütmek, 1936 yılında 3017 sayılı yasa ile 1983 yılında yayınlanan 181 sayılı yasa gücünde kararname ile Sağlık Bakanlığı'nın görevleri ve örgüt yapısı içinde yer almaktadır. Fakat TSH'ne diğer bakanlıklar, yerel yönetimler, KİT'ler, SSK, üniversiteler ve diğer özel kuruluşlar da sınırlı ölçülerde katılmaktadır (19,20).

Ülkemizde TSH, sağlık merkezleri ve hastaneler tarafından verilmektedir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) maddede 3-5'te TSH'ni yerine getiren YTK'nı sağlık merkezleri ve hastaneler olarak tanımlamıştır (3,5,19-21).

1. Hastanelerin Tanımı :

Hastaneler; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şöyle tanımlanmıştır. " Müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilen sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluslardır." Benzer bir tanımın yer aldığı Sağlık Bakanlığı YTKİY'nde ise hastaneler; hasta ve yaralıların, hastalık şüphe edilenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan ve yatarak müşahade, muayene teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Birbirini tamamlar nitelikteki bu iki tanımda hastaneleri, esas işlevleri olan "hasta ve yaralıların tedavisi" faaliyetleri ile tanımlanmaktadır.

Eğitim, araştırma ve geliştirme ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunma veya toplumsal sağlık programlarına katılma olarak bilinen ve bazı hastanelerce yürütülen diğer işlevler dikkate alındığında, yukarıdaki tanımların eksik olduğu söylenebilir (21.22).

Yukarıdaki tanımlar işlevsel tanımlardır. Hastaneleri sistem yaklaşımıyla ele alıp tanımlamak da olasıdır. Buna göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim (feed-back) mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri: hastalar, insangücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları ise; hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık

düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır (22).

Dönüştürme süreçleri. sözü edilen sonuç ve ürünlere ulaşabilmek için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade etmektedir. Bir bütün olarak hastane, sistem yaklaşımıyla tanımlanabileceği gibi, hastane içindeki çeşitli hizmet birimleri de birer alt sistem olarak tanımlanabilmektedir (22).

2. Hastanelerin Sınıflandırılması :

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne, büyüklüklerine, hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle "verilen tedavi hizmetlerinin türü, hastaların hastanede kalış süreleri, finansal kaynakların türü ve büyüklükleri" esas alınmaktadır (22). Hastaneler, kural olarak en az 50 yataklı olup, türlerine göre dört şekilde sınıflandırılmaktadır (21.22).

a. Tedavi hizmetlerinin türüne göre :

1. Genel hastaneler
2. Özel dal hastaneleri
3. Rehabilitasyon merkezleri ve servisleri
4. Eğitim hastaneleri

b. Ait oldukları kuruma göre :

1. Devlete doğrudan bağlı olan hastaneler
2. Devlete dolaylı olarak bağlı olan hastaneler
3. Özel hastaneler

c. Büyüklüklerine göre :

1. 50'den az ve 50-200 yataklı hastaneler
2. 201-400 yataklı hastaneler
3. 401-600 yataklı hastaneler
4. 601 ve daha fazla yataklı hastaneler

d. Hastaların hastanede kalış süresine göre:

1. Kısa süreli hastaneler (30 günden az yatış süresi)
2. Uzun süreli hastaneler (30 ≤ gün yatış süresi) (21,22).

3. Hastanelerin Temel Amaçları :

Hastanelerin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. Nitelikli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin, kabul edilebilir standartların altına inilmeden sunumunu sağlamak.
2. Ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma yöntemlerinin kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınması.
3. Kamusal ya da özel gelir kaynaklarını en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması (22).

4. Hastanelerin İşlevleri :

- a. Tıbbi bakım işlevi,
- b. Eğitim işlevi,
- c. Koruyucu sağlık hizmetleri işlevi (toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunma işlevi) (22).

5. Hastanelerin Örgütsel Özellikleri :

- a. Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır,

- b. Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir,
- c. Hastaneler matris yapıda faaliyet gösteren yani yatay ve dikey işlevsel entegrasyonu olan organizasyonlardır,
- d. Hastaneler 24 saat sürekli hizmet veren organizasyonlardır (22).

B. Sağlık Hizmetlerinde Ulaşılabilirlik ve Uzaklık Faktörü :

Sosyo-ekonomik ve sağlık sorunları çok olan az gelişmiş ülkelerde, kaynakların yetersizliği yanında; sağlık sisteminden yararlanmanın da yetersiz olması nedeniyle sağlık düzeyi, gelişmiş ülkelere göre daha düşüktür (3,23-26).

Gelişmekte olan ülkelerde hastalıkların görülme sıklığı ve toplumdaki dağılımları hakkında yeterli veri bulunmaması, zaten az olan mali olanakların, yararlı bir şekilde hasta bakımı ve hastalıklardan korunmak için harcanmasını engellemektedir. Birçok hastaneler yapılmakta, arac-gereçle donatılmakta fakat esas hizmeti vereceklerce toplumun sağlık sorunları bilinmemektedir. Toplumun gereksinmelerine uymayan hizmetler götürülmektedir. Önceliklere göre planlanmış hizmet uygulamasına ise uyulmamaktadır. Bu durum, sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirlik ve kullanımı da olumsuz yönde etkilemektedir (27).

Tıbbi bakımın odak noktası, sağlık hizmetine gereksinimi olan bireylerle, bu hizmetleri sunan örgütler arasındaki ilişkidir. Bu ilişki ağı içinde iyi bir tıbbi bakım, bireyin gerek duyduğu yerde ve zamanda bulunabilir olmalıdır (3,23-26).

Bir sağlık kuruluşunun çevresindeki kullanılma alanı (catchment

area) üç grupta toplanabilecek etkenlerle belirlenmektedir :

1. Bölgenin demografik yapısı.
2. Klinik veya hastanenin bölgede yaşayan halkı çekici özelliklere sahip olup olmaması.
3. Ulaşılabilirlik.

Hastanenin bulunduğu bölge; çevredeki nüfusun dağılımı ve yoğunluğuna göre çok önemlidir. Hastanenin çekiciliği ise; büyüklüğü, personeli, araç-gereç donanımı, fiyatı ve ünü ile yakından ilişkilidir. SH'den yararlanma ile ilgili olarak halkın karar vermesini ve sağlık kurumlarını kullanmasını etkileyen en önemli etmenlerden birisi de, hizmete ulaşabilmedir (23-27).

Ulaşılabilirlik, sosyal ulaşılabilirlik ve coğrafi ulaşılabilirlik olarak ikiye ayrılmaktadır (24). Sosyal ulaşılabilirlik; toplumsal, ekonomik, psikolojik ve kültürel etmenleri içerir (24).

Bireyin psikolojik ve biyolojik durumu, sağlık hizmetine gereksinim duyması ve bireylerin ekonomik kaynaklarının da uygun olması sağlık kuruluşlarını kullanmayı etkileyen faktörlerdir.

Coğrafi ulaşılabilirlik ise; uzaklık, ulaşım süresi, ulaşım yöntemi ve maliyetleri ile ölçülmektedir. Nitekim yerleşim yeri ile sağlık kuruluşu arasındaki uzaklığın sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen önemli etkenlerden biri olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (3,24-26,28). Ancak kentsel olarak uzaklığın etki düzeyi üzerine bir çalışma yapılmamıştır.

Coğrafi ulaşılabilirlikte ulaşım süresi standartı 30 dakika olarak belirlenmiştir. Ulaşım süresi, coğrafi uzaklıktan daha önemli görülmektedir (25,26).

C. Edirne İli Hakkında Genel Bilgiler :

1. Genel Konum: Marmara Bölgesinin Trakya bölümünde bulunan Edirne il toprakları 40-42 kuzey enlemleri ile 26-27 doğu boylamları arasında kalmaktadır. Yüzölçümü 6 276 km² dir. İlde 1990 genel nüfus sayımına göre 403 522 kişi yaşamaktadır. İli doğudan Kırklareli, Tekirdağ; batıdan Yunanistan, kuzeybatıdan Bulgaristan, güneyden ise Ege Denizi çevreler (29,30).

2. Yeryüzü Şekilleri: Balkan Yarımadasının güneydoğu kesimindeki Trakya Bölgesi'nde yer alan Edirne ili, yeryüzü şekilleri bakımından çeşitlilik göstermektedir. İlin kuzey ve kuzeydoğusu ile güney ve güneydoğusu dağlar ve platolarla kaplıdır (29,30). Dağlar fazla yer kaplamamaktadır. İli Istranca, Uzunköprü, Kuru ve Çandar Dağları kuşatır. En yüksek dağ, 725 m ile Kuru Dağı'dır. İlin büyük bölümü ovalar ve ova görünümlü platolar ile kaplıdır. Önemli ovalar arasında Kazanova, Tunca, Ergene ve Ipsala ovaları sayılabilir. İlin ovalık alanları Meriç Irmağı ile onun kolları olan Tunca, Arda ve Ergene'den yararlanılarak sulanmaktadır. Akarsuların rejimleri düzensizdir. Akarsular dışında kalan yüzey sularını doğal göller, barajlar, rezervuarlar ve göletler oluşturmaktadır. İldeki göller arasında Gala, Dalyan, Taşaltı, I. Tuzla, II. Tuzla, Bücürmene, Sığırcık, Pamuklu Gölbaba gibi doğal göller ile Altinyazı, Kadıköy gibi baraj gölleri sayılabilir (29,30).

3. İklim : Edirne hem Akdeniz ikliminin hem de Orta Avrupa'ya özgü kara ikliminin etkisi altında kalan bir geçiş bölgesidir. Bölge Karadeniz, Ege ve Marmara denizlerinin de etkileriyle zaman zaman ve yer yer farklı iklim özellikleri gösterir. Kışlar, Akdeniz iklimi

etkisini gösterdiği zamanlarda ılık ve yağışlı; kara iklimi etkisini gösterdiğinde de oldukça sert ve kar yağışlı geçmektedir. Yazlar sıcak ve kurak, bahar dönemi ise yağışlıdır. Sıcaklık ortalaması 13.5 C°, yağış ortalaması ise m² ye 599.3 mm dir (29,30).

4. Nüfus : Edirne ilinin ortalama nüfus sıklığı (km² 'ye 62 kişi) Türkiye ortalamasınının (65 kişi) biraz altındadır. Aslında kuzeydeki dağlık kısımlar tenha, yerleşmelerin ve tarım etkinliklerinin yoğunluk kazandığı orta kesim kalabalıktır. Nüfus artış oranı da, özellikle kırsal alanda çok daha düşüktür. (1980-1985 döneminde ortalama olarak yılda % 14, kentlerde % 30.6; kırsal kesimde % 9) Nüfusun yarısından çoğu (% 54) kırsal yerleşmelerde yasar.

ilçe merkezlerinden ancak ikisi (Keşan ve Uzunköprü) nüfusları 30 000'i aşan, orta büyüklükte birer kent görünümündedir. Diğerleri nüfusu 10 000'in altında küçük kasabalardır. Özet nüfus bilgileri TABLO 1'de verilmiştir (29,30).

TABLO 1: Edirne İlçeleri Toplam ve Merkez Nüfusları (1990).

Merkez	Toplam Nüfus	Merkez Nüfusu
Merkez	123 142	102 235
Uzunköprü	83 422	34 755
Keşan	71 256	36 969
İpsala	35 716	8 594
Havsa	27 734	9 249
Meriç	25 863	5 013
Enez	12 682	3 503
Süleoğlu	12 365	4 225
Lalapasa	11 342	1 146
Toplam	403 522	205 416

5. Tarım : Tarım toprakları il yüzölçümünün % 51'i kadardır. Tarımların % 62'si tahıllara ayrılmıştır. Yılda 500 bin ton dolayında

buğday ve özellikle aşağı Meriç boylarında olmak üzere 45 bin ton kadar pirinç (Türkiye pirinç üretiminin % 37'si) üretilir. Öteki önemli tarla ürünleri arasında şeker pancarı ile özellikle ayçiçeği ve koza yer alırlar. Ayrıca büyük miktarda meyve özellikle kavun ve karpuz yetiştirilir. Hayvancılık ve hayvan ürünleri üretimi de başta koyun, keçi, inek ve manda olmak üzere çok gelişmiştir. Süt ve ürünleri üretimi (ünlü Edirne beyaz ve kaşer peyniri) ve besi hayvanı yetiştiriciliği kırsal kesimin önemli gelir kaynaklarından.

Edirne ormanları genellikle yapraklı ağaçlardan oluşmaktadır. Ormanların çoğu bozuk baltalık niteliğindedir. İlde, 50-200 dönüm arasındaki tarım işletmeleri yaygındır ve küçük toprak mülkiyeti egemendir (29,30).

6. Sanayi : Edirne'de sanayi özellikle 1970'li yıllardan sonra önemli gelişme göstermiştir. Teşvik önlemleri, ilin İstanbul'a yakınlığı ve E5 karayolu üzerinde bulunması sermayenin Edirne'ye yatırım yapmasını sağlamıştır. Bu yatırımlar özellikle tekstil alanında yoğunlaşmıştır. Ayrıca ilin tarımsal yapısına dayanan besin sanayi de gelişmiştir. Kamu ve özel kesime ait bu yatırımlar süt, ayçiçeği, makarna, sarap alt sektörüne yönelmiştir. Ticaret büyük ölçüde tarım ürünlerine dayanır. Ayçiçeği, şeker pancarı ve pamuk gibi sanayi bitkileri; buğday, süt ve süt ürünleri ticarete konu önemli ürünlerdir.

Edirne, maden yatakları bakımından zengin sayılmaz. Linyit yatakları başlıca yeraltı kaynaklarını oluşturur. Bu yataklar, ilin gereksinimini karşılayacak düzeydedir (29,30).

IV. Y Ö N T E M - G E R E Ç L E R

1. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması :

Edirne belediye sınırları içinde yer alan fakat kent dışında kurulmuş bulunan TÜH; kent merkezinin 9 km kuzeydoğusunda E-5 Karayolu üzerinde yer almaktadır. TÜ Rektörlüğü'ne bağlı olarak on yıldır eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunmaktadır (31).

EDH ise; şehir merkezinde yer almaktadır. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak 40 yıldır sağlık hizmeti sunmaktadır (32).

a) Ulaşım Durumu :

TÜH'nin E5 karayolu üzerinde oluşu nedeni ile ulaşım sorunu yoktur. Edirne merkez ve diğer ilçelerle ulaşım olanakları oldukça fazla olup, otobüs, belediye otobüsü ve minibüs seferleri bulunmaktadır. EDH'nin şehir içinde olması nedeniyle ulaşım sorunu yoktur.

b) Sağlık Örgütlenmesi :

TÜH'nde 1991 yılında 203 hekim, 71 hemşire, 5 ebe-hemşire, 27 sağlık teknisyeni, 11 diğer sağlık personeli, 32 genel idari hizmetler (GİH) sınıfında memur, 71 hastabakıcı ve diğer meslek grupları personeli çalışmaktadır (31). Hastane, 324 fiili yatağa sahiptir. EDH'nde ise; 44 hekim, 266 hemşire, 59 sağlık teknisyeni, 73 GİH sınıfı memur ve hastabakıcı çalışmaktadır. Hastane 160 fiili yatağa sahiptir (32).

İl genelinde ise 433 hekim; 478 hemşire; 505 ebe; 247 sağlık memuru/teknisyeni, GİH sınıfı memur ve tıbbi sekreter, hizmetli ve hastabakıcı çalışmaktadır (33). Bazı parametreler şöyledir :

1991 yılı içinde;

Hekim başına nüfus : 1 200 kişi

Hemşire başına nüfus : 1 179 kişi

Ebe başına nüfus : 989 kişi

Sağlık memuru başına nüfus : 2 114 kişi

Toplam yatak sayısı : 791

10 000 nüfusa düşen yatak sayısı : 19.6

(1990 yılı nüfusu 403 522 alınmıştır)

Merkez ilçedeki Diğer sağlık kuruluşları :

Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi

Göğüs Hastalıkları Hastanesi

Özel Hayat Hastanesi

~~Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi~~

Verem Savaş Dispanseri

Sağlık Ocakları [4 adet]

Fabrika ve Kurum Sağlık Birimleri (33).

c) Demografik Özellikler :

TABLO 2'de 1991 yılına ait bazı demografik özellikler verilmiştir.

TABLO 2 : Edirne Bölgesi 1991 Yılına Ait Demografik Özellikler.

Demografik ölçütler	Düzey
Kaba Doğum hızı	%o 15.1
Genel Doğurganlık Hızı	%o 60.7
Kaba Ölüm Hızı	%o 2.9
Bebek Ölüm Hızı	%o 17.9
Ölü Doğum Hızı	%o 12.3
Kaba Düşük Oranı	%o 1.1
Evlenme Oranı	%o 9.3
5 Yaş Altı Ölüm Oranı	% 4.0

[Kaynak no : 33]

2. Araştırmanın Tipi :

TÜH'ne ve EDH'ne sağlık hizmetini kullanmak üzere başvuruda bulunan kişilerin demografik, sosyal ve ekonomik özelliklerini saptamak amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı, karşılaştırmalı, kesitsel bir araştırmadır. Mart 1991'de durum saptaması ile başlanmış ve ilgili çalışma yerlerinden (TÜH ve EDH) seçilen örnek gruplarından gerekli verilerin toplanması Kasım 1992'de tamamlanmıştır.

Araştırmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler şunlardır:

BAĞIMLI DEĞİŞKENLER	BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER
Sağlık kuruluşunu tercih nedeni	Yaş
Sağlık kuruluşundan hoşnutluk durumu	Cins
Sağlık kuruluşunu tanıma-bilme durumu	Eğitim durumu
	Meslek
	Oturduğu yer (kır-kent)
	Sosyal güvence
	Kuruma uzaklık
	Yaşam koşulları
	Medeni durum
	Aile tipi

a) Örnek Grubun Seçilmesi:

Hastanelerin poliklinik sayıları aylar itibarıyla alınarak örnek çekimi için kullanılmıştır (31,32). TÜH'nin 1990 yılı Nisan, Temmuz, Ekim, Aralık ayları (her mevsim için bir ay) poliklinik sayıları evren kabul edilmiştir. Örneklem oranı, eldeki olanaklar gözetilerek % 5 olarak saptanmış ve sözkonusu dört ay içinde TÜH polikliniklerine başvuran toplam 25 000 hastanın 1 250'si örneklem grubu olarak belirlenmiştir. Örnek hacmi hastane bazında bu şekilde bulunduktan sonra cinsiyet yönünden 4 aylık toplam değer (25 000

hastanın) % 49'u erkek. % 51'i kadın olarak saptandığından, 1 250 kişilik örneklem grubu 612 erkek, 638 kadın olarak oluşturulmuştur (34).

Benzer yöntemle, EDH'nden % 1 örneklem oranı ile rastgele çekilen 350 kişi kontrol grubunun örneklemini oluşturmuştur. Bu grupta kadın erkek oranları sırasıyla % 54 (n=189) ve % 46 (n=161) dir (31, 32,34). İki hastanenin evren ve örnek gruplarının cinsiyete göre dağılımı TABLO 3'te sunulmuştur.

TABLO 3 : Hastanelerin Evren ve Örneklem Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı.

Cins	Hastaneler		EDH	
	TUH n	% 5	n	% 1
Erkek	12 250	612	16 100	161
Kadın	12 750	638	18 900	189
Toplam	25 000	1 250	35 000	350

b) Veri Toplama Aşaması :

Örnekleme çıkan bireylere anket uygulanarak veri toplanmıştır. Anket formu tez önerisinin içinde tez danışmanına sunulmuştur. Tez danışmanının önerdiği düzeltmelerden sonra anket formu araştırmacı tarafından tekrar düzenlenmiştir. Anket; Tü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO) Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programı (TDSP) II. sınıf öğrencileri tarafından uygulanacağı için; ön denemesi ilgili öğrencilerce TÜH'nde belirlenmiş polikliniklerde 100 denek üzerinde uygulanmıştır. SHMYO TDSP öğrencileri ile görüşmeler sırasında ve görüşme sonrası anket formuna ve görüşmelere ilişkin aksayan yönler tartışılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldık-

tan sonra anket formu son seklini almıştır (bkz. ekler). Anket formunun son haline gelmesinden sonra, başta eğitilmiş öğrenci anketörlerin süreç boyunca denetimleri sürdürülmüştür.

Tüm anket formları (1600 adet) öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Öğrencilerin anketör olarak kullanılma nedenleri şu şekilde sıralanabilir :

Araştırma yapılacak örnek gruplarının büyük ve ayrı ayrı yerlerde olması nedeniyle araştırmacının 8 ay boyunca anket formu doldurması gerekecekti. Bu nedenle TÜH'de halkla ilişkiler dersi uygulaması yapan SHMYO TDSP öğrencilerinin hastane polikliniklerine başvuran hastalara ulaşmaları daha kolay ve pratik olacaktı. Anket formu ile görüşmeler iki hastanede de aynı tarihte, belirlenmiş polikliniklerde uygulanmıştır. Araştırmanın sadece veri toplama aşamasında 30 SHMYO öğrencisi 160 işgünü çalışmışlardır.

c) Verilerin Kodlanması ve Analizi Aşaması :

Veriler kodlanarak bilgisayarda NCSs paket programına girilmiştir. Gerek duyulan analizler ve tablolar bu paket program ile sağlanmıştır. İki ortalama arasındaki farkın önemliliği, X^2 testleri istatistiksel karar için kullanılmıştır. Grafik gösterimler ise HPG paket programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir.

Analiz aşamasında hazırlanan sosyo-ekonomik indeks üzerinde yeterlilik bulunamadığı, için sosyo-ekonomik değişkenler yaşam kosulu indeks puanlaması cetveli ile değerlendirilmiştir (Ek 2). Hastanelere başvuran hastalar, sosyo-ekonomik indeks değerlemesi yerine yaşam koşullarına göre değerlendirilmiştir.

3. Araştırmanın Süresi :

Araştırmanın planlanması Şubat 1991'de yapılmıştır. Literatür taraması yapılarak tez önerisi hazırlanmıştır. Tez önerisi, danışman tarafından değerlendirilerek gerekli değişiklikler yapılmıştır. Anketin son haline getirilmesi ve ön deneme çalışmalarının ardından anket uygulaması Nisan, Temmuz, Ekim, Aralık 1991 aylarında yapılmıştır. Daha sonra veriler bilgisayara girilerek hesaplamalar ve tablolar oluşturulmuş ve tez yazılmıştır.

4. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler :

Araştırmanın değişik dönemlerinde birtakım güçlüklerle karşılaşmıştır. Bunlar şöyle özetlenebilir :

1. Tez danışmanı iki kez değişmiş, çalışma ancak üçüncü danışman ile bitirilebilmiştir.
2. Görüşme yapılacak kişiler arasında yatan hastaların da bulunması ve SSK Hastanesi'nin de kapsanması önerileri kabul görmemiştir.
3. Ülkemizde yataklı tedavi kurumlarına başvuran kişilerin sosyo-ekonomik yapısını belirleyen yeterince çalışma yoktur. Ayrıca sosyo-ekonomik yapının tanımlanması için standartlaştırılmış ve üzerinde fikir birliğine varılmış değişkenlerin saptanması konusunda kaynak bulma ve değerlendirme sıkıntısı çekilmiştir.
4. Anket uygulaması sırasında anketörlere eğitim verilmesine rağmen bazı açık uçlu soruların sorgulanmasında ve açıklanmasında güçlükler ortaya çıkmıştır.

5. Anket çalışmasının bir bölümünün yaz aylarına gelmesi bazı anketörlerin katılımını olumsuz etkilemiştir. Dört ay boyunca sürekli anket uygulanması zaman zaman anketör öğrenciler için sıkıcı olmuştur. Uzun bir ek iş olması ve karşılığının bulunmaması da başka bir sıkıntı kaynağı olmuştur.



V. B U L G U L A R

1. Çalışma Gruplarının Tanıtımı:

örneklem grubunun % 79.3'nü TÜH (n=1 178), % 20.7'sini ise EDH (n= üç yüz yedi) hastaları oluşturmaktadır.

a. Cinsiyet :

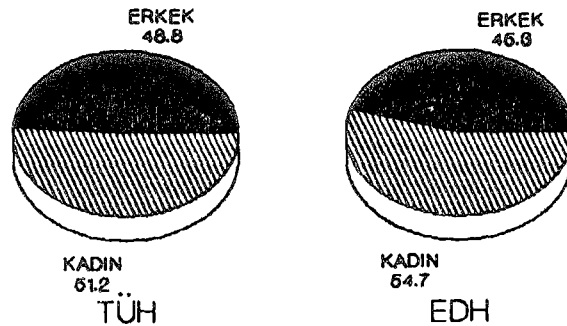
Araştırmaya giren bireylerin cinsiyet dağılımı TABLO 4 ve ŞEKİL 1' de gözlenmektedir.

TABLO 4 : Çalışma Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı.

Çalışma Grupları	C i n s				Toplam	
	Erkek Sayı	Erkek %	Kadın Sayı	Kadın %	Sayı	%
TÜH	575	48.8	603	51.2	1 178	100.0
EDH	139	45.3	168	54.7	307	100.0
TOPLAM	714	48.1	771	51.9	1 485	100.0

[$\chi^2=1.081$, $p=.298$]

ŞEKİL 1 : Çalışma Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı.



Tüm grupta 714'ü erkek (% 48.1) ve 771'i kadın (% 51.9) olmak üzere toplam 1 485 kişi mevcuttur. Bu sayı TÜH'de 575 (% 48.8) erkek, 603 (% 51.2) kadın; EDH'de ise 139 (% 45.3) erkek, 168 (% 54.7) kadındır.

b. Yaş :

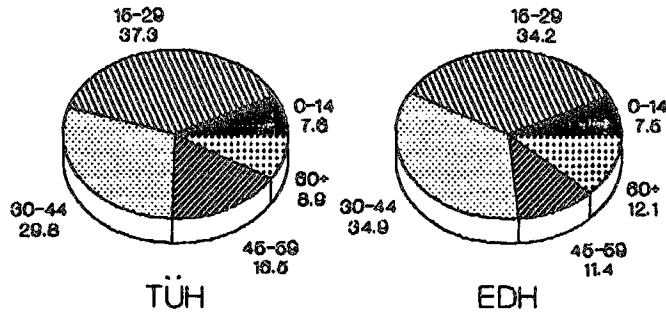
Deneklerin yaş gruplarına göre dağılımı TABLO 5 ve ŞEKİL 2'de görülmektedir.

TABLO 5 : Çalışma Gruplarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

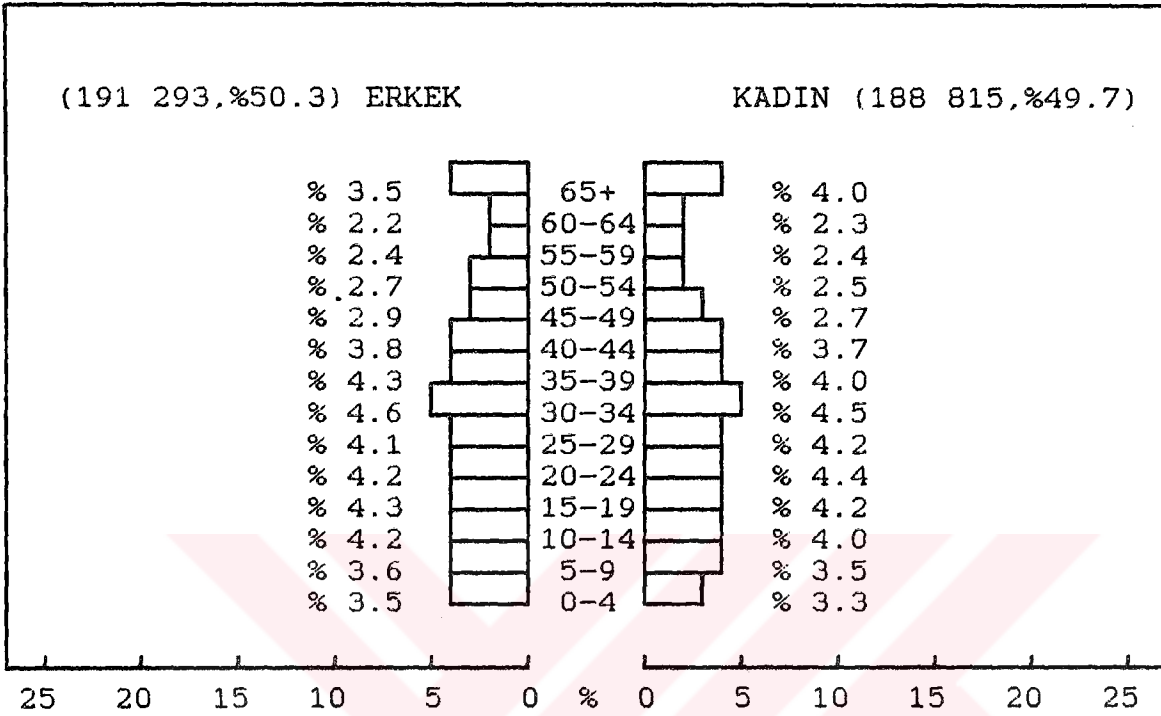
Yaş Grubu	TÜH		Hastaneler		EDH		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-14	89	7.6	23	7.5	112	7.5	112	7.5
15-29	439	37.3	105	34.2	544	36.6	544	36.6
30-44	351	29.8	107	34.9	458	30.8	458	30.8
45-59	194	16.5	35	11.4	229	15.4	229	15.4
60+	105	8.9	37	12.1	142	9.6	142	9.6
Toplam	1 178	100.0	307	100.0	1 485	100.0	1 485	100.0

[$X^2 = 9.21$, $p = .056$]

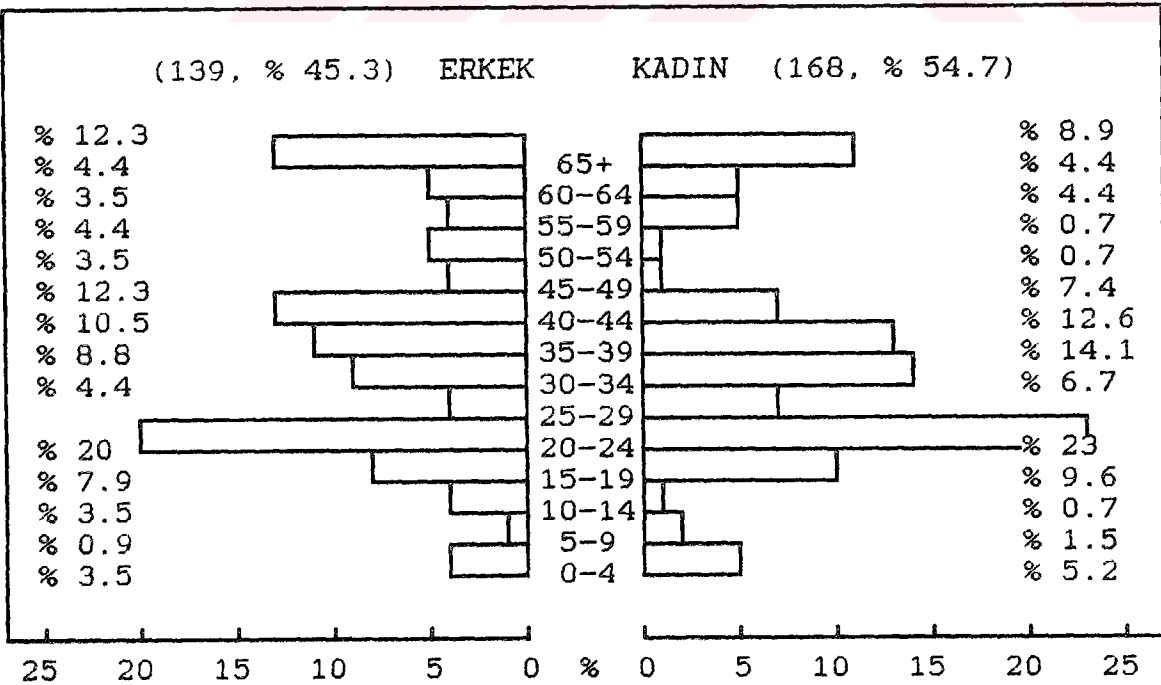
ŞEKİL 2 : Çalışma Gruplarının Yaşa Göre Dağılımı.



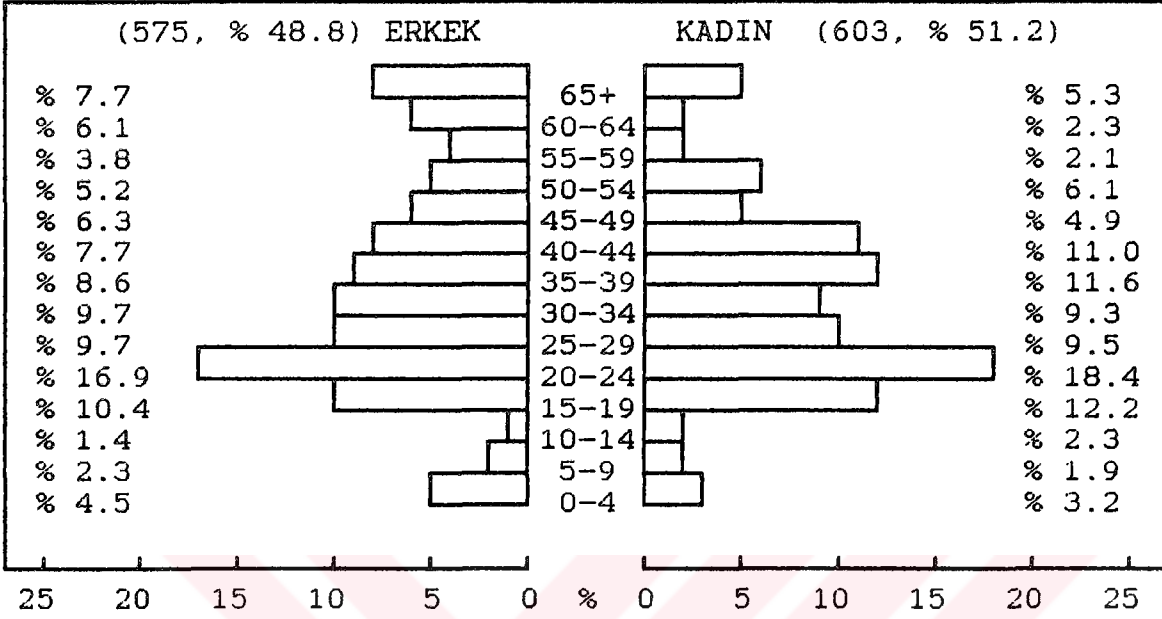
ŞEKİL 3 : Edirne İli Nüfus Piramidi (1991).



ŞEKİL 4 : TUH Polikliniklerine Başvuran Hastaların Nüfus Piramidi (1991).



ŞEKİL 5 : EDH Polikliniklerine Başvuran Hastaların Nüfus Piramidi (1991).



Her iki hastaneye başvuran hastaların yaş grupları dağılımı benzerdir. 0-14 ve 60+ yaş gruplarının hizmet istemi diğerlerine göre oldukça düşük oranlardadır. Buna karşılık 15-44 yaş grubu, her 2 hastanede de hizmeti kullananların 2/3 ünü aşmaktadır. Oysa toplam nüfus içinde bu yaş grubunun payı % 46.1 dolayındadır.

c. Eğitim Durumu :

Çalışma gruplarındaki bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımları TABLO 6 ve ŞEKİL 6'da gözlenmektedir.

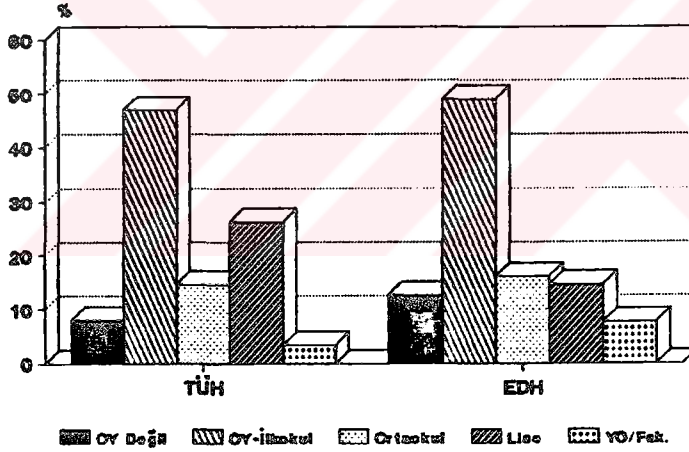
TABLE 6 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.*

Eğitim Düzeyi	Hastaneler				Toplam	
	TUH		EDH		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
OY değil	60	8.1	36	12.6	96	9.4
OY + ilk.	347	47.0	140	49.0	487	47.5
Ortaokul	109	14.7	46	16.1	155	15.1
Lise	195	26.4	42	14.7	237	23.1
YO/FAK.	28	3.4	22	7.7	50	4.9
Toplam	739	100.0	286	100.0	1 025	100.0

[$X^2=23.46$, $p=.000$]

* 12 yaş üzeri değerlendirmeye alınmıştır.

SEKİL 6 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.



Tüm grubun % 9.4'ü okur-yazar değildir. Bu değer TUH'de % 8.1, EDH'de ise % 12.6'dır. Tüm grup içinde % 47.5 ile ilk sırayı OY + ilköğretim mezunu grup oluşturmaktadır. Bunu % 23.1 ile Lise, % 15.1 ile ortaokul ve % 4.9 ile YO/Fakülte mezunları izlemektedir.

d. Medeni Durum :

Çalışma gruplarındaki bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı

TABLO 7 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Medeni Durumların Göre Dağılımı .*

Medeni Durum	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	TUH %	EDH Sayı	EDH %	Sayı	%
Evli	650	68.3	195	73.3	845	69.4
Bekar	250	26.3	52	19.5	302	24.8
Dul	51	5.4	19	7.1	70	5.8
Toplam	951	100.0	266	100.0	1 217	100.0

[$X^2=5.69$, $p=.058$]

* 18 yaş üzeri değerlendirmeye alınmıştır.

Tüm grubun medeni duruma göre dağılımına bakıldığında; % 69.4 ile ilk sırayı evli olanlar, % 24.8 ile bekarlar ve % 5.8 ile dul/ayrılmış kesimi oluşturmaktadır.

e. Meslek Durumu :

Çalışma gruplarındaki bireylerin mesleklerine göre dağılımı TABLO 8 ve ŞEKİL 7'de gözlenmektedir.

TABLO 8 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Mesleklerine Göre Dağılımı.*

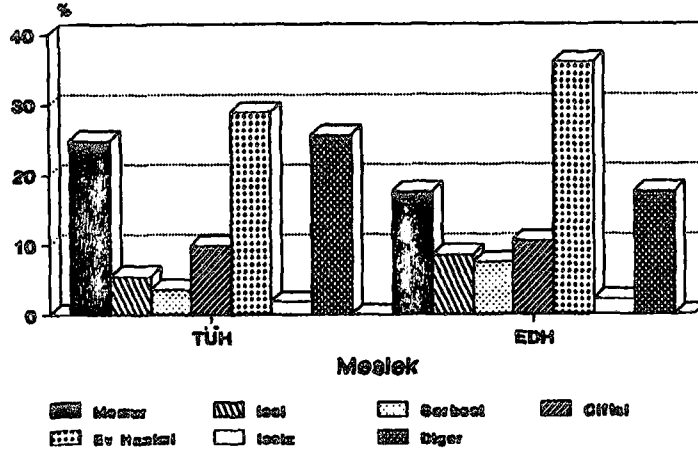
Meslek Grubu	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	TUH %	EDH Sayı	EDH %	Sayı	%
Memur	236	24.8	47	17.6	283	23.8
İşçi	53	5.6	23	8.6	76	6.2
Serbest	34	3.6	20	7.5	54	4.4
Çiftçi	94	9.9	28	10.5	122	9.9
Ev Hanımı	274	28.8	96	36.0	370	30.1
İssiz	18	1.9	6	2.2	24	2.0
Diğer **	244	25.6	47	17.6	291	23.7
Toplam	953	100.0	267	100.0	1 220	100.0

[$X^2=24.37$, $p=.000$]

* 18 yaş üzeri değerlendirmeye alınmıştır.

** Çoğunluğu emekli, asker ve öğrencilerdir.

SEKİL 7 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Meslek Durumu.



Çalışma grubunun % 23.8'ini memur, % 9.9'nu çiftçi, % 6.2'sini işçi ve % 4.4'ünü serbest meslek grupları oluşturmakta olup; % 38.1'i fiilen çalışmaktadır. Tüm grupta fiilen çalışmayanların oranına baktığında % 30.1 ile ev hanımı ve % 2.0 ile işsiz grupları görülmektedir. "Diğer" grubunda yeralanlar ise % 23.7 düzeyindedir.

f. Aile Yapısı :

Deneklerin aile yapısına göre dağılımı TABLO 9'da gözlenmektedir.

TABLO 9 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Aile Yapıları.

Aile Yapısı	Hastaneler				Toplam	
	TÜH		EDH			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek Aile	999	84.7	243	79.2	1 242	83.5
Geniş Aile	154	13.1	58	18.9	212	14.3
Bölünmüş Aile	27	2.3	6	2.0	33	2.2
Toplam	1 180	100.0	307	100.0	1 487	100.0

[$X^2=6.838$, $p=.033$]

Deneklerin aile yapısına bakıldığında; % 83.5 ile çekirdek aile, % 14.3 ile geniş aile ve % 2.2 ile bölünmüş aile şeklinde bir dağılım gözlenmektedir. Bu değerler TÜH'de % 84.7, % 13.1 ve % 2.3'tür. EDH'de ise aynı sırayla % 79.2, % 18.9 ve % 2.0 oranları saptanmıştır.

g. Ev Halkı Sayısı :

Çalışma gruplarının ev halkı sayısına göre dağılımı TABLO 10'da sunulmaktadır.

TABLO 10 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Ev Halkı Sayıları.

Ev Halkı Sayısı	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	%	EDH Sayı	%	Sayı	%
1 kişi	25	2.1	8	2.6	33	2.2
2 kişi	150	12.7	29	9.5	179	12.0
3 kişi	293	24.7	67	21.9	360	24.2
4 kişi	327	27.4	104	34.0	431	29.0
5 kişi	234	19.8	58	19.0	292	19.6
6+ kişi	152	12.9	40	13.1	192	12.9
Toplam	1 181	100.0	306	100.0	1 487	100.0

[$X^2=6.647$, $p=.248$]

Çalışma grupları içinde ev halkı sayısına bakıldığında; % 29 ile 4 kişilik aileler ilk sırada gelmektedir. Evde 1 kişi yaşayanlar ise % 2.2 ile en son sırayı almaktadır.

h. Sosyal Güvence :

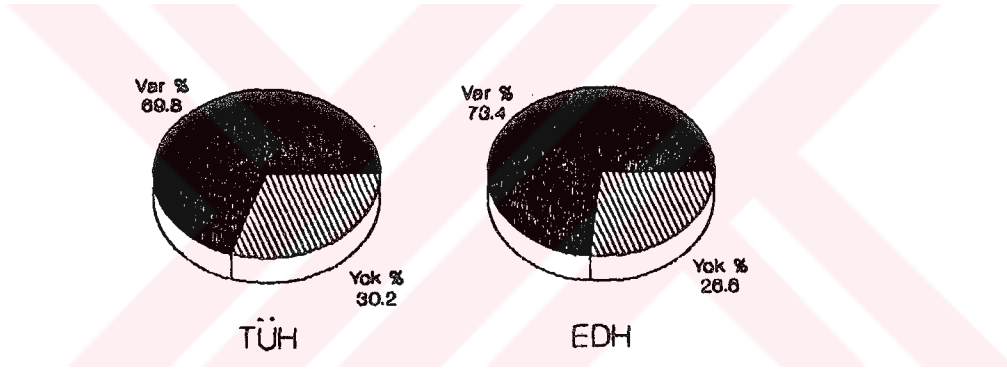
Çalışma gruplarındaki bireylerin sağlık harcamaları için sosyal güvenceye sahip olma durumları TABLO 11 ve SEKİL 8'de gözlenmektedir.

TABLO 11 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Sağlık Harcamaları Bakımından Sosyal Güvence Durumları.

Sosyal Güvence	Hastaneler				Toplam	
	Sayı	TÜH %	Sayı	EDH %		
Var	822	69.8	224	73.4	1 046	70.5
Yok	356	30.2	81	26.6	437	29.5
Toplam	1 178	100.0	305	100.0	1 483	100.0

[$X^2=1.393$, $p=.237$]

ŞEKİL 8 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Sosyal Güvence Durumu.



Tüm grupta sosyal güvenceye sahip olanlar 1 046 (% 70.5) kişidir. Sosyal güvenlik semsiyesi dışında olanlar ise 437 kişidir (% 29.5). TÜH'ne başvuranların % 69.8'i sosyal güvenceye sahipken; EDH'de bu oran % 73.4'tür.

1. Sosyal Güvenlik Kurumu :

Çalışma gruplarındaki bireylerden sosyal güvenceye sahip olanların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımı TABLO 12 ve ŞEKİL 9'da sunulmaktadır. Tüm grubun sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımına bakıldığında; % 58.2'sinin Emekli Sandığı'na (ES),

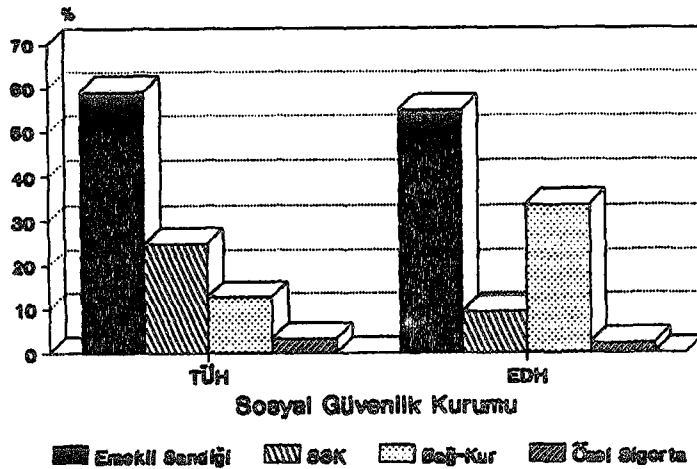
% 21.6'sinin Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK), % 17.1'inin BAĞ-KUR'a, % 3.1'inin ise özel sigortaya (ÖS) bağlı oldukları görülmektedir. Sosyal güvenceye sahip olanların sosyal güvenlik kurumları bakımından TÜH'ne başvuranların % 59.1'i ES'na, % 24.9'u SSK'ya, % 12.7'si Bağ-Kur'a, % 3.3'ü ise özel Sigorta'ya bağlıdır. EDH'ne başvuranlarda ise; bu oranlar aynı sırayla % 54.9, % 9.4, % 33.5 ve % 2.2' dir.

TABLO 12 : Sosyal Güvencesi Olanların Sosyal Güvenlik Kurumlarına Dağılımı.

Sosyal Güvenlik Kurumu	TÜH		Hastaneler EDH		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
ES	486	59.1	123	54.9	609	58.2
SSK	205	24.9	21	9.4	226	21.6
Bağ-Kur	104	12.7	75	33.5	179	17.1
ÖS	27	3.3	5	2.2	32	3.1
Toplam	822	100.0	224	100.0	1 046	100.0

[$X^2 = 65.542$, $p = .000$]

SEKİL 9 : Sosyal Güvencesi Olanlarının Sosyal Güvenlik Kurumlarına Dağılımı.



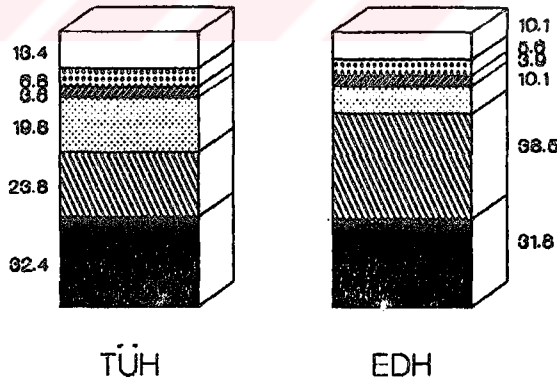
j. Sağlık Harcaması :

Çalışma gruplarındaki bireylerin yıllık sağlık harcamalarına göre dağılımı TABLO 13 ve ŞEKİL 10'da gözlenmektedir.

TABLO 13 : Hastaların Yıllık Sağlık Harcamaları (1991).

Sağlık Harcaması (TL)	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	TUH %	EDH Sayı	EDH %	Sayı	%
< yarım milyon	281	32.4	57	31.8	339	32.3
0.5-1	207	23.8	69	38.5	276	26.4
1-1.5	172	19.8	18	10.1	190	18.2
1.5-2	32	3.6	7	3.9	39	3.7
2-2.5	59	6.1	10	5.6	69	6.6
2.5 +	116	13.3	18	10.1	134	12.8
Toplam	867	100.0	179	100.0	1 046	100.0

ŞEKİL 10 : Hastaların Yıllık Sağlık Harcamaları (TL, 1991).



Tüm grupta yıllık sağlık harcama dilimlerine bakıldığında; % 32.3 ile birinci sağlık harcaması grubu (yılda kişi başına 500 000 TL'den az) ilk sırayı almaktadır. % 26.4 ile ikinci dilim, % 18.2 ile üçün-

cü dilim, % 12.8 ile altıncı dilim, % 6.6 ile beşinci dilim ve % 3.7 ile dördüncü sağlık harcama dilimi gelmektedir. Hastaların sağlık harcama istatistikleri TABLO 14'te sunulmuştur.

TABLO 14 : Hastaların Sağlık Harcaması İstatistikleri (TL/kışı/1991).

İstatistikler	Hastaneler	
	TUH	EDH
Ortalama	1 357 549	1 155 810
Standart sapma	2 827 547	1 775 003
Maksimum	45 000 000	10 000 000
Ortanca	500 000	500 000
Minimum	15 000	30 000
Hasta sayısı	867	179
% 95 güven aralığı	1 169 333	894 450
	1 545 764	1 417 170

[t=.92, p=.361]

TABLO 14'te gözlemlendiği gibi yıllık ortalama sağlık harcaması bakımından 2 grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (t=.92,p=.36)

Her iki hastaneye başvuran hastaların sosyal güvence durumlarına göre yıllık sağlık harcama durumları TABLO 15'de sunulmuştur.

TABLO 15 : Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Yıllık Sağlık Harcaması İstatistikleri (TL/Kışı/1991).

İstatistikler	Hastaneler			
	TUH		EDH	
	Var	Yok	Var	Yok
Ortalama	1 309 320	1 419 781	1 096 250	1 321 739
Standart Sapma	3 028 649	2 221 407	1 774 612	1 735 180
Maksimum	45 000 000	25 000 000	10 000 000	7 000 000
Ortanca	500 000	700 000	500 000	500 000
Minumum	15 000	20 000	30 000	100 000
Hasta Sayısı	617	250	135	44
% 95 Güven Aralığı	2 333 418	34 790	1 866 443	2 154 185
	2 812 210	5 564 826	2 468 130	3 188 284

TUH [t=.523, p=.601] EDH [t=.749, p=.455] Gruplar kendi içinde SG Var [t=.791, p=.429] İki hastaneye başvuranlar arasında SG Yok [t=.284, p=.777] İki hastaneye başvuranlar arasında

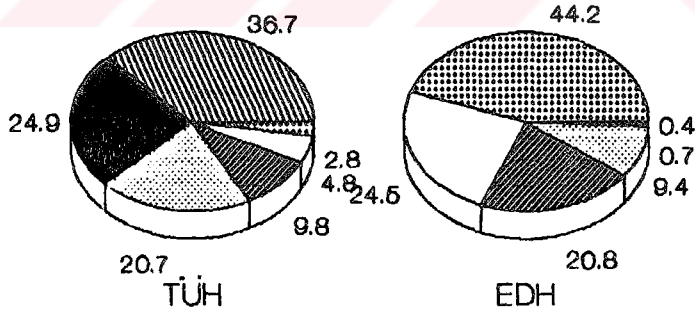
k. Gelir Durumu :

Çalışma gruplarındaki bireylerin aylık gelir düzeyine göre dağılımı TABLO 15 ve ŞEKİL 11'de sunulmuştur.

TABLO 16 : Hasta Ailelerinin Aylık Gelir Durumları (1991).

Aylık Gelir (TL)	Hastaneler				Toplam	
	TÜH	EDH	Sayı	%	Sayı	%
< .9 milyon	266	67	24.9	24.4	333	24.9
1-1.9 "	391	121	36.7	44.1	512	38.2
2-2.9 "	221	57	20.7	20.8	278	20.8
3-3.9 "	105	26	9.8	9.4	131	9.8
4-4.9 "	30	1	2.8	0.3	31	2.3
5 + "	52	2	4.8	0.7	54	4.0
Toplam	1 065	274	100.0	100.0	1 339	100.0

ŞEKİL 11 : Hasta Ailelerinin Aylık Gelir Durumları (TL, 1991).



TÜH'ne başvuranların % 24.98'i, EDH'ne başvuranların % 24.45'i ve tüm grubun % 24.9'u 1 milyon TL/ay'dan az gelire sahiptir. 4 milyon TL/ay gelirin üzerinde olanlar TÜH' ne başvuranlar arasında % 7.6 iken, EDH'ne başvuranlar arasında yalnızca % 1.0'dır. Bu durum daha açık bir şekilde TABLO 16'da gözlenmektedir.

TABLO 17 : Hasta Ailelerinin Aylık Gelir İstatistikleri (TL/Ay/1991).

İstatistikler	Hastaneler	
	TUH	EDH
Ortalama	1 807 768	1 599 582
Standart sapma	1 403 150	988 227
Maksimum	15 000 000	9 000 000
Ortanca	1 500 000	1 500 000
Minimum	172 000	50 000
Hasta sayısı	1 065	275
% 95 güven aralığı	1 723 496	1 482 186
	1 892 041	1 716 979

[t=2.32, p=.021]

Çalışma grupları arasında aylık ortalama gelir düzeyi bakımından istatistiksel yönden anlamlı bir fark vardır (t=2.32, p=.021).

1. Yaşam Koşulları :

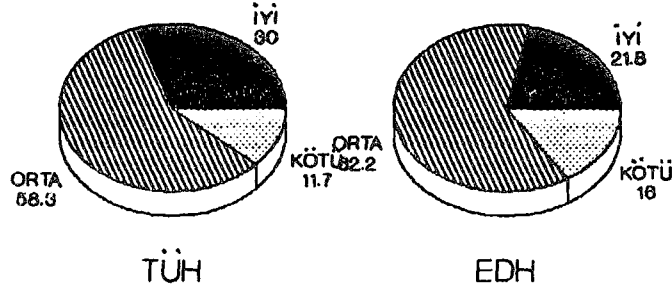
Deneklerin sosyo-ekonomik yapısının tanımlanması için, elde edilen verilerin yetersiz oluşu ve bu konuda bir fikir birliğinin olmaması nedeni ile yaşam koşulu indeksi geliştirilerek sosyo-ekonomik yapı tanımlanmaya çalışılmıştır. Çalışma grupları yaşam koşulu yönünden iyi, orta ve kötü olarak sınıflandırılmıştır (8,35). TUH, EDH ve ve tüm grup yaşam koşulu indeksine göre değerlendirilerek TABLO 18 ve ŞEKİL 12'deki değerler elde edilmiştir.

TABLO 18 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Yaşam Koşulu İndeksi (YKİ) Sonuçları.

YKİ	Hastaneler					
	TUH		EDH		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	354	30.0	67	21.8	421	28.3
Orta	688	58.3	191	62.2	879	59.1
Kötü	138	11.7	49	16.0	187	12.6
Toplam	1 180	100.0	307	100.0	1 487	100.0

[X²=9.907, p=.007]

SEKİL 12 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Yaşam Koşulu İndeksi'ne (YKİ) Göre Dağılımı.



Çalışma gruplarındaki bireylerin evlerinin ve ailelerinin YKİ puanlama sonuçlarına göre tüm grubun % 28.3'ü iyi, % 59.1'i orta ve % 12.6'sı kötü yaşam koşullarına sahiptir. İki gruptaki dağılıma baktığımızda TÜH başvuranlarının % 30'u iyi yaşam koşuluna sahipken % 58.3'ü orta ve % 11.7'si kötü yaşam koşuluna sahiptir. EDH'ne başvuranlarda ise sırasıyla % 28.1'i iyi dereceye sahipken % 62.2'si orta ve % 16'sı kötü yaşam koşullarına sahiptir. Deneklerin yaşam koşulu ve tüketim mallarının evlerinde bulunma durumları TABLO 19'da verilmiştir.

TABLO 19 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Yaşam Koşulu (YK) ve Tüketim Mallarının (TM) Evlerde Bulunma Oranları (%).

YK ve TM	Hastaneler			
	TÜH var	TÜH yok	EDH var	EDH yok
Radyo	92.5	7.5	94.3	5.7
Televizyon	86.3	13.7	91.0	9.0
Buzdolabı	92.3	7.8	90.6	9.4
Çamaşır makinası	73.5	26.5	68.1	31.9
Bulaşık "	17.2	82.8	8.4	91.6
Telefon	76.5	23.5	66.4	33.6
Otomobil	29.6	70.4	23.9	76.1
Kendi evi	65.2	34.8	74.7	25.3

TABLO 19'dan gözlendiği gibi evlerde en fazla radyo, buzdolabı ve televizyon; en az ise bulaşık makinası bulunmaktadır.

m. Oturulan Evin Durumu :

Hastaların halen oturdukları evlerin tipi TABLO 19'dadır. Tüm grubun % 42.6'sı apartman dairesinde, % 33'ü müstakil evlerde, % 21'i köy tipi evlerde ve % 3.3'ü ise diğer grubu olarak nitelenen çadır, baraka gibi yerlerde oturmaktadır. TÜH'ne başvuranların % 45.8'i, EDH'ne başvuranların % 30.7'si apartman dairesinde oturmaktadır. TÜH'ne başvuranların % 54.2'si, EDH'ne başvuranların % 69.3'ü müstakil, köy tipi ve diğer grup evlerde oturmaktadır.

TABLO 20: Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Halen Oturdukları Evin Tipine Göre Dağılımı.

Ev tipi	Hastaneler				Toplam	
	TÜH		EDH		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Apartman dairesi	539	45.8	94	30.7	633	42.6
Müstakil ev	363	30.9	120	39.2	483	33.0
Köy tipi ev	228	19.4	86	28.1	314	21.1
Diğer	46	3.9	6	2.0	52	3.3
Toplam	1 176	100.0	306	100.0	1 482	100.0

[$X^2 = 29.52$, $p = .000$]

n. Evlerdeki Oda sayısı :

Deneklerin oturdukları evlerin oda sayısına göre dağılımı TABLO 20'dedir. Hastalardan 1-2 odalı evlerde yaşayanların oranı TÜH grubunda % 9.1 iken; EDH grubunda % 20.2'dir.

TABLO 21 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Oturdukları Evde Oda Sayısına Göre Dağılımı.

Oda Sayısı	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	%	EDH Sayı	%	Sayı	%
1	10	0.8	10	3.3	20	1.3
2	98	8.3	52	16.9	150	10.1
3	473	40.1	125	40.7	598	40.2
4	507	43.0	93	30.3	600	40.3
5+	92	7.8	27	8.8	119	8.0
Toplam	1 180	100.0	307	100.0	1 487	100.0

[$X^2=38.54$, $p=.000$]

TABLO 22 : Hastaların Evlerinde Bulunan Oda Sayısı İstatistikleri.

İstatistikler	Hastaneler	
	TUH	EDH
Ortalama	3.50	3.24
Standart sapma	.79	.95
Maksimum	5	5
Ortanca	4	3
Minimum	1	1
Oda başına ort. nüfus	.86	.80

Hastaların evlerindeki oda sayısı istatistiklerine bakıldığında; TUH'ne başvuranların ortalama 3.5, EDH'ne başvuranların ise 3.24 oda sayısına sahip oldukları saptanmıştır.

o. Oturulan Evin Durumu :

Çalışma gruplarındaki bireylerin oturdukları evin durumuna göre dağılım TABLO 23'de verilmiştir.

TABLO 23 : Oturulan Evin Mülkiyet Durumu.

Evin Durumu	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	%	EDH Sayı	%	Sayı	%
Kendi evi	758	65.2	227	74.7	985	67.2
Kira	286	24.6	51	16.8	337	23.0
Lojman	118	10.2	26	8.6	144	9.8
Toplam	1 162	100.0	304	100.0	1 466	100.0

[$X^2 = 10.262$, $p = .006$]

Araştırma grubunun % 67.2'si kendi evinde, % 23'ü kirada % 9.8'i ise lojmanda oturmaktadır. Bu oranlar; TÜH'ne başvuranlarda aynı sırayla % 65.2, % 24.6 ve % 10.2'dir. EDH'e başvuranlar arasında kendi evine sahip olma oranı daha yüksektir.

p. Oturulan Yer :

Önemli sosyo-ekonomik göstergelerden birisi de kır-kent ayrımıdır. Örneklem grubunun sosyo-ekonomik durumunu tanımlamak amacıyla, deneklerin yaşadığı yer bakımından kır-kent ayrımına gidilerek değerlendirilmiştir. Nüfusu 10 000 ve daha az olan yerleşim yerlerinde oturanlar kır grubuna, diğerleri kent grubuna konmuşlardır. Çalışma gruplarının kır-kent ayrımına göre dağılımları TABLO 24'tedir.

TABLO 24 : Hastaların Kır-Kent Yerleşimi.

Yerleşim Yeri	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	%	EDH Sayı	%	Sayı	%
Kentsel alan	980	83.3	259	84.4	1 239	83.5
Kırsal "	197	16.7	48	15.6	245	16.5
Toplam	1 177	100.0	307	100.0	1 484	100.0

[$X^2 = .142$, $p = .706$]

TÜH'ne başvuranların % 83.3'ü, EDH'ne başvuranların % 84.4'ü ve tüm

gurubun % 83.5'i kentsel yerleşimlerde oturmakta iken; kırsal kesimde oturanlar aynı sırayla % 16.7 ve % 15.6'dır.

r. Hastaneye Uzaklık ve Ulaşılabilirlik :

Sağlık sistemi içinde tedavi edici SH sunan YTK'nın ulaşılabilirlik ve uzaklık durumunu tanımlamak için; deneklere yaşadığı yerden hangi ulaşım aracı ile hastaneye geldiği ve yaşadığı yer ile hastane arasındaki uzaklık sorulmuştur. Veriler TABLO 25 ve 26'tadır.

TABLO 25 : Hastaların Oturdukları Yerleşim Yerinin Başvurdukları Hastaneye Uzaklığı.

Uzaklık (km)	Hastaneler				Toplam	
	Sayı	TUH %	Sayı	EDH %	Sayı	%
0- 9	537	47.9	152	60.3	689	49.6
10- 49	251	22.1	83	32.9	334	24.0
50- 99	220	19.3	8	3.2	228	16.4
100-149	72	6.3	3	1.2	75	6.1
150-199	20	1.8	-	-	20	1.4
200-249	19	1.7	2	0.8	21	1.5
250-299	4	0.4	-	-	4	0.3
300-349	4	0.3	-	-	4	0.3
350-399	6	0.5	-	-	6	0.4
400 +	5	0.4	4	1.6	9	0.6
Toplam	1 138	100.0	252	100.0	1 390	100.0

TABLO 26 : Hastanelerin Uzaklık İstatistikleri (km).

İstatistikler	Hastaneler	
	TUH	EDH
Ortalama	36.3	13.9
Standart sapma	44.8	25.9
Maksimum*	250	240
Ortanca	10	8
Minumum	2	1
% 95 güven aralığı	68.6	24.2
	73.8	30.6

[t=7.619, p=.000]

* Aşırı uç değerler analiz dışı bırakılmıştır.

Hastalar arasında başvurulan hastaneye olan ortalama uzaklık bakımından anlamlı fark bulunmuştur ($t=7.62$, $p=.000$). Çalışma gruplarındaki bireylerin yaşadıkları yerden başvurdukları hastaneye olan uzaklık dağılımına bakıldığında; TÜH'ne başvuranların % 47.2'si, EDH'ne başvuranların % 60.3'ü ve tüm grubun % 49.6'sı 9 ve daha az km uzaklıktan (Edirne içinden) gelmektedir. 9 km'den daha uzak yerlerden gelenlerin oranı TÜH'de % 52.8, EDH'de % 39.7'dir. TÜH, EDH'ne göre daha geniş bir hinterlandtan hasta çekmektedir.

TABLO 27 : Hastaların Hastaneye Ulaşım Durumları.

Ulaşım Tipi	Hastaneler				Toplam	
	TÜH		EDH		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yürüyerek	1	0.1	56	18.2	57	3.8
Otobüs ile	386	32.9	109	35.5	495	33.4
Taksi ile	474	40.4	28	9.1	502	33.9
Dolmuş ile	85	7.2	4	1.3	89	6.0
Beled. otob. ile	63	5.4	13	4.2	76	5.1
Özel araç ile	7	0.6	1	0.3	8	0.6
Ambulans ile	39	3.3	3	1.0	42	2.8
Bilinmeyen	119	10.1	93	30.3	212	14.4
Toplam	1 174	100.0	307	100.0	1 481	100.0

TÜH'ne yürüyerek gelen yalnızca 1 kişi (%0.01) iken EDH'ne gelen 56 kişi yürüyerek gitmiştir (% 18.2). TÜH'nin şehir dışında, EDH'nin ise şehir içinde bulunması bulgularımızı doğrulamaktadır. Ulaşım aracı bakımından TÜH'ne geliste en çok taksi kullanılmaktadır ($n=474$ % 41). İkinci sırada otobüs vardır (386 kişi, % 32.9). Bu oranlar EDH'de % 35.5 otobüs, % 9.1 taksi ile gelme şeklindedir.

s. Hastaneyi Tercih Nedeni :

Deneklere, başvurdukları hastaneyi niçin tercih ettikleri sorulmuş ve aşağıda 11 ana başlıkta sıralanan nedenler ortaya çıkmıştır :

1. Daha iyi hizmet almak ve muayene olmak için,
2. Sevkli olduğu için,
3. Tavsiye üzerine,
4. Yakın olması,
5. Eğitim hastanesi olması,
6. Diğer sağlık kuruluşlarından sonuç alamaması,
7. Güvendiği ve beğendiği için,
8. Herhangi bir hastane personeli ile yakın ilişkisi,
9. Sıfı bulmak için,
10. Bütün olanaklar mevcut olduğu için,
11. Diğer.
 - a. Tam teşekküllü olması,
 - b. Gelişmiş teknoloji,
 - c. Kontrol için,
 - d. Bulunduğu yerdeki olanakların yetersizliği,
 - e. Hoşnut kaldığı için,
 - f. Her yönüyle inceleme yapıldığı için,
 - g. Özel uzmanlık dalları olduğu için,
 - h. Modern olduğu için,
 1. Ucuz olduğu için,
 - j. İnsan sağlığına çok önem verildiği için,
 - k. Birçok nedenden dolayı,
 1. Bilimsel olduğu için.

Çalışma gruplarındaki bireylerin her 2 hastaneyi tercih nedenlerine göre dağılımı TABLO 28'de sunulmuştur.

TABLO 28 : Hastaların Başvurdukları Hastaneyi Tercih Nedenleri (TÜH'e göre sıralı). *

Tercih Nedenleri	Sayı	Hastaneler	
		TÜH %	EDH %
1	258	22.8	15 5.0
2	220	19.4	152 50.8
3	151	13.3	7 2.3
4	92	8.1	17 5.7
5	80	7.1	— —
6	65	5.7	3 1.0
7	51	4.5	4 1.3
8	35	3.1	8 2.8
9	33	3.3	1 0.3
10	27	2.4	2 0.7
11 (diğer)	120	10.6	90 30.1
Toplam	1132	100.0	299 100.0

* numaralar için sayfa 45-46'ye bakınız.

Tercih nedenlerine bakıldığında; TÜH'ne başvuran hastaların % 22.8'inin (258 kişi) bu hastaneyi daha iyi hizmet almak ve muayene olmak için birinci sırada tercih ettikleri görülmektedir. EDH'de ise başvuranlardan % 50.8'i (152 kişi) sevklı olduğu için bu hastaneyi tercih etmişlerdir.

t. Hasta Sevk Zinciri :

TÜH ve EDH'nin sevk zincirine uygun şekilde kullanılıp kullanılmadığının tanımlanması amacıyla deneklere, başvurdukları hastaneye gelmeden önce sağlık sorunları ile ilgili olarak hangi kişi ya da kuruluşa başvurdukları sorulmuştur. Böylece hastanelerin kaçınıcı basamak olarak kullanıldıkları, TABLO 29'da görüldüğü gibi ilgi çekici biçimde ortaya konmuştur.

TABLO 29 : Hastaların Başvurdukları Hastaneyi Kaçınıcı Basamak Olarak Kullandıkları.

Hastaneler	Sevk Basamakları						Toplam	
	I. Basamak Sayı	%	II. Basamak Sayı	%	III. Basamak Sayı	%	Sayı	%
TÜH	469	39.9	500	42.5	206	17.5	1175	100.0
EDH	192	63.8	109	36.2	-	-	301	100.0
Toplam	661	44.7	609	41.3	206	14.0	1476	100.0

Çalışma gruplarındaki bireylerden TÜH'ne başvuranların % 39.9'u bu hastaneyi birinci basamak, % 42.6'sı ikinci basamak, % 17.5'i ise üçüncü basamak olarak kullanmaktadırlar. Bu oranlar EDH'ne başvuranlarda 1. ve 2. basamaklar için sırasıyla % 63.8 ve % 36.2'dir. Bu hastane, özelliği gereği üçüncü basamak olarak kullanılmamaktadır.

u. Hastanelerin Tanıtım Durumu :

Çalışma gruplarındaki bireylerin, başvurdukları hastanelerden hizmet almaları sırasında yapmaları gereken işlemleri bilip bilmedikleri, hastanelerin sundukları hizmetleri tanıyıp tanımadıkları sorulmuştur. Bulgular TABLO 30'dadır.

TABLO 30 : Hastaların TÜH ve EDH'ni Kullanırken İzleyecekleri Yola İlişkin Bilgi Düzeyleri.

Bilgi Düzeyi	Hastaneler				Toplam	
	TÜH Sayı	%	EDH Sayı	%	Sayı	%
Yeterli	360	30.5	91	30.3	451	30.5
Yetersiz	820	69.5	209	69.7	1029	69.5
Toplam	1180	100.0	300	100.0	1480	100.0

[$X^2 = .003$, $p = .95$]

TÜH'ne başvuranların % 69.5'i, EDH'ne başvuranların % 69.7'si bu hastaneleri yeterince tanımadıklarını, yapacakları işlemleri bilme-

diklerini; buna karşılık TÜH'ne başvuranların % 30.5'i, EDH'ne başvuranlarınsa % 30.3'ü kullandıkları hastaneleri tanıdıklarını ve yapacakları işlemleri bildiklerini belirtmişlerdir.

v. Hizmetin Kalitesi :

Çalışma gruplarındaki bireylerin başvurdukları hastanelerin hizmetlerinden hoşnut olma durumları tanımlanmaya çalışılmış ve TABLO 31'deki bulgular elde edilmiştir.

TABLO 31 : Hastanelerden Genel Hoşnutluk Durumu.

Genel Hoşnutluk Durumu	Hastaneler				Toplam	
	TUH Sayı	TUH %	EDH Sayı	EDH %	Sayı	%
Hoşnut	924	78.3	212	69.1	1136	76.4
Hoşnut değil	256	21.7	95	30.9	351	23.6
Toplam	1180	100.0	307	100.0	1487	100.0

[$\chi^2=11.56$, $p=.000$]

TUH'ne başvuranların % 78.3'ünün aldıkları hizmetten hoşnut oldukları, % 21.7'sinin hizmetlerden hoşnut olmadıkları; EDH'ne başvuranların % 69.1'inin hizmetlerden hoşnut, % 30.9'unun hoşnut kalmadıkları görülmüştür. Hastaların hastane hizmetlerinden hoşnut olmama nedenleri ise aşağıda sıralanarak TABLO 32'de özetlenmiştir.

1. Sifa bulamama,
2. Sıra bekleme,
3. İlgisizlik,
4. Personel yetersiz,
5. Temiz değil,
6. Bekleme salonu yok,
7. Hizmet aksak/eksik,
8. Pahalı hizmet,
9. Tahlil sonucu bekleme,
10. Diğer.

TABLO 32 : Hastaların Aldıkları Hizmetten Hoşnut Olmama Nedenleri.

Hoşnut Olmama Nedeni *	Sayı	Hastaneler		Toplam		
		TUH %	EDH Sayı %	Sayı	%	
1	71	27.7	7	7.4	78	22.2
2	67	26.2	34	35.8	101	28.8
3	51	19.9	32	33.7	83	23.6
4	15	5.9	5	5.2	20	5.7
5	12	4.7	4	4.2	16	4.6
6	10	3.9	6	6.2	16	4.6
7	10	3.9	3	3.2	13	3.7
8	9	3.5	1	1.1	10	2.8
9	7	2.7	-	-	7	2.0
10	4	1.6	3	3.2	7	2.0
Toplam	256	100.0	95	100.0	351	100.0

* neden kodları için sayfa 49'a bakınız.

VI. T A R T I Ş M A

Cinsiyet bakımından TÜH'ne başvuranlar ile EDH'ne başvuran hastalar arasında anlamlı bir fark yoktur ($X^2=1.81$, $p=.298$; TABLO 4). Hastaların yaş grupları dağılımları da benzerdir ($X^2=9.21$, $p=.056$). 0-14 ve 60+ yaş grupları diğerlerine göre oldukça düşüktür. Fakat 15-44 yaş grubu Edirne popülasyonunun % 46.1'i iken, hastane hizmetlerini kullananların 2/3'ünü oluşturmaktadır (TABLO 5).

Deneklerin eğitim düzeylerine bakıldığında (12 yaş üstü değerlendirilerek) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=23.46$, $p=.000$). Bu farklılık TÜH'ne başvuranların daha eğitilmiş olduğu yönündedir. Araştırma grupları, 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre Türkiye geneli ve Marmara Bölgesi geneline göre daha eğitilmiştir (TABLO 6), (35,36).

Çalışma grupları arasında medeni duruma göre istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ($X^2=5.69$, $p=.058$). Fakat hizmeti kullananların yaklaşık 2/3'ü evlilerdir.

Çalışma gruplarımız arasında meslek ve toplumsal statülerine göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=24.37$, $p=.000$). TÜH'ne memur ve diğer grubunda başvuru fazla oranlarda iken, EDH'ne ise işçi, serbest çalışma, çiftçi, ev hanımı ve işsiz grupları daha fazla başvurumaktadırlar.

Çalışma grupları arasında aile yapısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6.838$, $p=.033$). Çekirdek aile ile bölünmüş aile oranları TÜH'de daha fazla iken, geniş aile

oranı EDH'de daha fazladır. Bu durum da EDH'ne başvuran hastaların daha çok kırsal kökenli olduklarını düşündürmektedir. Kunt, Aile Yapısı ve Doğurganlık adlı çalışmasında, Türkiye'de ortalama olarak % 59 çekirdek aile olduğunu saptamıştır. Bizim bulgularımıza göre TUH'de % 84.7, EDH'de ise % 79.2 oranlarında çekirdek aile saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar Kunt'un sonuçlarından yüksek durumdadır (TABLO 9). (37). Fakat, ortalama aile büyüklüğü her 2 hastaneyi kullanan gruplarda 3.9-4.0 olup farksızdır. Edirne genelinde bu oran 3.90, Çanakkale genelinde 3.89 ve Türkiye genelinde ise 5.22 kişidir. Çalışma grubu Türkiye genelinden iyi durumdadır (35). Dirican, konut sağlığı konusunda şu saptamalarda bulunmaktadır. Bireylerin barındıkları yer, sağlıklarını en başta etkileyen etmenlerdendir. Ev başına düşen nüfus arttıkça, konutun olanaklarından yararlanma şansı azalmakta ve olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan konutun koşulları kişilerin sağlığını olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilmektedir (38).

Bir diğer gerçek de ailede yaşayan kişi sayısı arttıkça hekim ve sağlık kuruluşuna başvuru oranının artmasıdır. Türedi'nin kırsal alanda yaptığı bir çalışmada ailedeki birey sayısı arttıkça hekime başvuru oranının arttığı bulunmuştur (39).

TUH'ne başvuran bireylerin % 69.8'i sosyal güvenceye sahip iken, EDH'ne başvuran hastaların % 73'ü sosyal güvencelidir. İki grup arasında sosyal güvenceye sahiplik yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2 = 1.393$, $p = .237$). Dikkati çeken nokta, her iki hastaneye başvuranların % 70'ten fazlasının sosyal güvenceye sahip olmasıdır.

Her iki hastaneye başvuruda bulunan sigortalıların sosyal güvenlik kurumlarına dağılımı bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$X^2=65.542$, $p=.000$].

Özel sigortalılar, her iki hastaneden hizmet talep edenler arasında çok küçük oranlardadır (2-3 olgu). ES kökenliler her 2 çalışma grubunda yakın oranlardadır. SSK ve Bağ-Kur kökenlilerin oranları ise oldukça farklıdır. Bu farkı doğurabilecek nedenlere bakıldığında, TÜH ile SSK ve Bağ-Kur arasında bu kurumların üyelerinin tıbbi bakım ve tedavileri için protokol olmaması bir etken olarak gösterilebilir. SSK kökenlilerin TÜH ile protokol olmamasına karşın bu hastaneyi daha çok kullanması, acil başvuru yapıldığında bu engelin aşılmasına bağlanabilir. Öte yandan TÜH'nin uzman personel ve yüksek teknoloji kullanması ve ücretli oluşu (1991 yılı konjonktürü) bu farkı doğuran nedenlerden bir diğeri olabilir (TABLO 12), (16,33).

Ankara'da Eren'in 1974'te yaptığı çalışmada, parasız tıbbi bakım olanağı olanlar % 52.9 ve olmayanlar % 47.1 olarak saptanmıştır (40). Diğer bir çalışma da Erzurum'da 1980 yılında yapılan Özel'in çalışmasıdır. Burada da örnek grubun % 53'ünün parasız tıbbi bakım olanağı bulunmakta, % 47'sinin bulunmamaktadır (10). Bizim çalışma grubumuz sosyal güvence bakımından her iki araştırmaya göre çok daha iyi durumdadır. Yine Etimesgut Bölgesi'nde 1990 yılında Özcebe'nin yaptığı çalışmada ise sosyal güvenceye sahip olma oranı % 79, sosyal güvenceye sahip olmayanların oranı da % 21 olarak saptanmıştır (8). Bulgularımıza göre Özcebe'nin oranları daha iyi durumdadır.

TÜH ve EDH'ne başvuran bireylerin sağlık harcamaları ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($t=.92$, $p=.361$).

1991 yılı fiyatlarına göre TÜH'ne başvuranların ortalama 1 355 546 TL, EDH'ne başvuranların 1 555 810 TL sağlık harcaması yaptıkları saptanmıştır. Sağlık harcamalarının kalemlerine baktığımızda; heki-me, muayeneye, ilaç ve ulaşım yapılan harcamalar dikkat çekicidir. TÜH ve EDH'ne başvuran hastaların sosyal güvence durumlarına göre yaptıkları yıllık sağlık harcama miktarları arasında yapılan -grup içi ve gruplar arası- değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır [TÜH:(t=.523, p=.601), EDH:(t:.749, p=.455)] [SG Var (t=.791, p=.429), SG Yok (t=.284, p=.777)]. Sosyal güvence-ye sahip olup olmamak yapılan yıllık sağlık harcamasını etkileme-mektedir (TABLO 15).

Ülkemizde yıllık sağlık harcaması 1987 yılı fiyatları ile kişi başına ortalama 260 000 TL'dir. Dolar bazında ise 38 Dolardır. Yıl-lık kişi başına sağlık harcamaları ise İngiltere'de 715, ABD'de 1926 Dolardır (41). Bizim bulgularımız Dolar olarak TÜH grubunda 121, EDH'de 138 Dolarla Türkiye ortalamasının çok üstündedir. Fakat söz konusu Türkiye ortalaması yalnızca yataklı sağlık kurumlarına baş-vuranları içermemektedir.

Tüm grubun % 70'inin sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmasına karşın bu denli yüksek özel harcama dikkat çekicidir.

Hasta ailelerinin aylık gelir durumlarına ve grupların ortalama aylık gelir miktarına göre yapılan değerlendirmede istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2.32, p=.021). TÜH'ne baş-vuran hastaların aylık gelir düzeyinin EDH'ne göre daha yüksek ve iyi durumda olduğu saptanmıştır (TABLO 17).

Çalışmamızda sosyo-ekonomik statü tanımlaması YKİ'ne göre yapıldığından iki grup arasında YKİ bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=9.91$, $p=.007$). TÜH'ne başvuran hastaların % 30'u iyi derecede YK'na sahipken, bu oran EDH grubunda % 28.1'dir. Orta derece YK oranları TÜH'de % 58.3 iken EDH'de % 62.2'dir. TÜH'ne başvuranların % 11.7'si, EDH'ne başvuranların % 16'sı kötü YK'na sahiptir. TÜH, EDH'ne göre daha iyi durumdadır. Çalışma gruplarındaki bireylerin YK'na ve evlerinde bulunan tüketim mallarının dağılımında dikkati çeken; evlerde en fazla radyo, buzdolabı ve televizyon, en az ise bulaşık makinası bulunmasıdır (TABLO 19). (8).

Oturulan evin tipine göre yapılan değerlendirmede iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$X^2=29.52$, $p=.000$]. Her 2 hastaneye başvuran hastalarda apartmanda oturma oranı sırasıyla TÜH'de % 45.8 EDH'de ise % 30.7'dir. 1990 DİE sonuçlarına göre bu oran Türkiye genelinden (% 23) oldukça yüksek bulunmuştur (35).

Çalışma gruplarındaki bireylerden 1-2 odalı evlerde yaşayanların oranı TÜH grubunda % 9.1 iken; EDH grubunda % 20.2'dir. Bu bulgu da EDH hastalarının sosyo-ekonomik statü bakımından TÜH hastalarının daha gerisinde olduğunu göstermektedir [$X^2=38.54$, $p=.000$].

Hastaların evlerindeki oda sayısı istatistiklerine bakıldığında; TÜH'ne başvuranların ortalama $3.5 \pm .79$, EDH'ne başvuranların ise ortalama $3.24 \pm .95$ oda sayısına sahip oldukları saptanmıştır. Oda başına düşen ortalama nüfusa baktığımızda, çalışma gruplarımızda sırasıyla barınma yoğunluğu 0.86 ve 0.80 kişi/oda gibi bir durum ortaya çıkmıştır. Bu durum bölgenin sosyo-ekonomik yönden 2.2 kişi/oda düzeyindeki Türkiye ortalamasından oldukça iyi durumda olduğu-

nu göstermektedir (35). İki grubun ortalamaları ise oldukça birbirine yakındır.

Kiracı nüfus oranı bakımından Türkiye geneline göre (% 23) bakıldığında TÜH grubu Türkiye oranına yakın, EDH grubu ise kiracı nüfus oranı bakımından daha az durumdadır (35).

Yerleşim yeri dağılımına göre iki grup arasında istatistiksel yönden bir fark yoktur [$X^2=.142$, $p=.706$]. Her iki grupta da kentsel alanda oturanlar % 84'lük bir oranı oluşturmaktadır. Oysa bölgede var olan yerleşim durumuna göre halkın % 54'ü kırsal alanda, % 46'sı kentsel alanda oturmaktadır. Kentsel alanda oturanların hastaneleri fazla kullanmasının nedenini; kültür, ulaşım, uzaklık ve sosyal güvence etmenlerinin oluşturabileceğini söyleyebiliriz.

TÜH'ne yürüyerek (1 kişi) ve özel araba ile geliş en az; taksi ile geliş en fazla oranlardadır. EDH'ne ise özel araba, ambulans ve dolmuş ile ulaşım en az; otobüs ile ulaşım ise en fazla durumdadır (TABLO 24).

Çalışma gruplarındaki bireylerin, yaşadıkları yerden başvurdukları hastaneye olan uzaklık dağılımına bakıldığında TÜH'ne başvuranların % 47.2'si, EDH'ne başvuranların % 60.3'ü ve tüm grubun % 49.6'sı 9 ve daha az km uzaklıktan (Edirne içinden) gelmektedir. 9 km'den daha uzak yerlerden gelenlerin oranı TÜH'de % 52.8, EDH'de ise % 39.7'dir. TÜH, EDH'ne göre daha geniş bir hinterlanddan hasta çekmektedir. Çalışma grupları arasında başvuru hastaneye uzaklık bakımından anlamlı fark bulunmuştur [$t= 3.31$, $p= .001$], (TABLO 25).

Hastaneyi tercih etme bakımından TÜH'ni daha iyi hizmet ve muayene olmak için tercih edenler birinci sırada iken, EDH'ni sevdiği olduğu

için tercih edenler birinci sırada yer almaktadır. Bu durumda EDH'nin zorunlu kullanım durumunu düşündürmektedir. TÜH'ni tercihte zorunlu sevk durumu ikinci planda kalmaktadır. Bu durumun, TÜH'nin rekabet gücünün yüksek oluşu, teknolojik üstünlük ve nitelikli sağlık insangücüne sahip olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz (TABLO 27).

TÜH'ne başvuran hastaların % 40'ının bu hastaneyi birinci basamak olarak kullanmaları dikkat çekicidir. Bir üniversite hastanesinin kapasitesinin % 40'ını birinci basamak sağlık hizmetine ayırmak zorunda kalması hem eğitim ve araştırma faaliyetlerini, hem de sınırlı kaynak kullanımı ile sağlık hizmetlerinin maliyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yine TÜH'ne başvuranların % 43'ü bu hastaneyi ikinci basamak olarak kullanmaktadırlar. Sağlık Ocağı sevki ve özel hekim tavsiyesi ile gelmektedirler. Hacettepe Çocuk Hastanesinde Bertan ve ark.nın yaptığı araştırmada bu hastanenin; % 66.1 oranında 1'inci basamak, % 17.9 oranında ikinci basamak ve % 16 oranında üçüncü basamak tedavi hizmeti sunduğu saptanmıştır. TÜH'nin 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın öngördüğü örgütlenme ilke ve şemasına uygun olarak gerçek anlamda sevk zincirine uygun 3. basamak sağlık kurumu işlevi % 17.5 düzeyindedir. EDH'ni kullananlarda ise; % 63.8 oranında ilk basamak başvuru saptanmıştır. Yüzde 36 oranında ikinci basamak tespit edilmiştir. EDH'nin sağlık sistemi ve sevk zincirine göre çarpık şekilde kullanıldığı ortadadır. Her iki hastane arasında hastaların hastaneyi kaçınıcı basamak olarak kullandıkları yönünde yapılan ki-kare testine göre, anlamlı bir fark bulunmuştur [$X^2=85.60$, $p=.00$], 7,34). TÜH ve EDH'nin bu şekilde çarpık kullanılmasının temelinde yüksek

teknoloji, kaliteli hizmeti talep etme ve diğer sağlık kuruluşlarının rekabet gücünün yetersizliği sayılabilir. Bu durumun açıklığa kavuşturulması için çözümleyici araştırmalara başvurulması gerekmektedir (TABLO 28).

Halk ile bürokratik örgütler arasındaki ilişkilerin iyileştirilmesi, toplumsal katılımın sağlanması bir zorunluluk haline gelmektedir. Bu zorunluluğu temel amaç edinmiş olan Halkla İlişkiler bilimi kamuoyunu etkileme ve ondan etkilenme süreci açısından araştırma kapsamına alınarak TÜH ve EDH'ne başvuranların gözünde kurumsal görüntünün düzeyi araştırılmıştır (41). Toplumsal düzeyde hastanelerin nasıl çalıştığının bilinmesi; hizmetlerinin tanıtımı ve halk tarafından algılanması ile olanaklıdır. Araştırma kapsamındaki 2 hastaneyi tanıma-bilme durumu açısından TÜH'ne başvuranların % 69.5'inin, EDH'ne başvuranların % 69.7'sinin hastaneleri tanımadıkları, yapacakları işlemleri bilmedikleri, TÜH'ne başvuranların % 30.5'inin, EDH'ne başvuranların % 30.3'ünün başvurdukları hastaneleri tanıdıkları ve yapacakları işlemleri bildikleri saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır [$X^2=.003$, $p=.95$]. Bölge halkı açısından, % 70 oranında tanınmayan hastanelerin durumu halkla ilişkiler açısından oldukça kötü durumdadır (TABLO 30).

Hastanelerin sundukları hizmeti kullananların sonuçtan hoşnut kalma durumları ile hoşnut olmayanların hoşnut olmama nedenleri dönüt olarak saptanmıştır. Buna göre TÜH'ne başvuranların % 78.3'ünün ve EDH'ne başvuranların % 69.1'inin aldıkları hizmetten hoşnut oldukları; yine TÜH'ne başvuranların % 21.7'sinin, EDH'ne başvuranların % 30.9'unun hizmetlerden hoşnut kalmadıkları görülmüştür. İki grup arasında hizmetlerden hoşnutluk bakımından fark bulunmuştur [$X^2=11$.

56, p=.000]. TÜH'nin EDH'ne göre daha iyi hizmet sunması, olanaklarının daha geniş olması bu farklılığı doğurmaktadır. Hastanelerden alınan hizmetten hoşnut olmayanların niçin hoşnut olmadıklarına verdikleri yanıtlara göre 10 neden ortaya konmuştur. Hoşnut olmama nedenlerine bakıldığında, TÜH'ne başvuranlardan hizmetten hoşnut kalmayan grubun (% 21.7) hoşnut kalmama nedenlerinin oransal dağılımı ile EDH'ne başvuranların dağılımı karşılaştırıldığında; ilgisizlik nedeniyle TÜH'nden % 27.7, EDH'nden % 7.4, şifa bulamama nedeniyle; TÜH'nden % 26.2, EDH'nden % 35.8. sıra bekleme nedeniyle; TÜH'nden % 19.9, EDH'nden % 33.7, tahlil sonucu bekleme nedeniyle TÜH'nden % 2.7 oranında hoşnutsuzluk var iken; EDH'nde böyle bir bulguya rastlanmamıştır. Hoşnut olmama nedeni bakımından farklılığı doğuran yukarıda sıralanan nedenlerin dışında kalanlar iki grupta benzer düzeydedir (TABLO 32).

VII SONUÇ ve ÖNERİLER

Edirne popülasyonunda kadın ve erkek oranı 1990 sayımına göre sırasıyla % 49.7 ve % 50.3'tür. Oysa EDH ve TÜH hizmetlerini kullanan kesimde kadınlar sırasıyla % 54.7 ve % 51.2 ; erkekler yine sırasıyla % 45.3 ve % 48.8 oranındadır. Hizmetten yararlanmada kadınlar lehine bir durum vardır. Her 2 hastanenin hizmetlerini kullananların yaş dağılımları ilginç bir durum göstermektedir. Hizmetten en çok 15-44 yaş grubu yararlanmaktadır. Bu yaş grubunun genel popülasyondaki oranı % 46.1 iken, TÜH hizmetlerini kullananların % 67.1'ini, EDH'ni kullananların ise % 69.1'ini oluşturmaktadırlar. Bu durum, her 2 hastanede de genç öğrencilerin hizmeti kullanmalarına bağlanabilir. Öte yandan, TÜH'ne başvuranlar diğerlerinden daha eğitimidir. İki grubun medeni durumu da birbirinden farklıdır. TÜH'ne başvuranlarda bekar grubu fazla iken EDH'ne başvuranlarda evli ve dul grupları daha fazla oranlardadır.

Çalışma gruplarının meslek ve toplumsal statü dağılımları da birbirinden farklıdır. Üniversite hastanesi daha üst statülü toplum kesimlerince yeğlenmektedir. Aile yapıları bakımından iki grup arasında fark vardır. Ortalama hane büyüklüğü bakımından 2 denek grubu arasında önemli fark olmamakla birlikte; TÜH'ne başvuranlarda çekirdek aile, EDH'ne başvuranlarda geniş aile tipi egemendir. Bu durum EDH grubunun daha çok kırsal-feodal kökenli olduğunu göstermektedir.

Sosyal güvenceye sahip olma yönünden iki grup arasında fark yoktur. İki grupta da sosyal güvence oranı % 70'ten fazladır. Oysa Edirne

ili genelinde halkın % 23'ünün sosyal güvencesi olduğundan, bu durum normal görülebilir. Sosyal güvenliğin yaygınlaşması ile sağlık hizmeti kullanımında artış beklenebilir. Hastalarımızın sosyal güvenlik kurumlarına dağılımı ise farklıdır. TÜH'de ES, EDH'de ise Bağ-Kur mensupları daha fazladır.

iki grup arasında sağlık harcamaları bakımından farklılık bulunamamış ve benzer bulgular elde edilmiştir.

Ailelerin aylık gelir düzeyi yönünden TÜH'ne başvuran bireylerin EDH'ne göre daha yüksek ve iyi durumda olduğu saptanmıştır.

Sosyo-ekonomik statü bakımından iki grubun yaşam koşulları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaşam koşulu yönünden TÜH'ne başvuranlar daha iyi durumdadır.

Çalışma grupları halen oturulan evin tipine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı derecede bir fark bulunmuştur. TÜH'ne başvuranların % 46'sı apartman dairelerinde oturmaktadır. Bu oran EDH'de % 30'dur. EDH'de bağımsız evde ve köy tipi evde oturma oranları oldukça fazladır.

Her iki hastaneye başvuranların oturdukları evdeki oda sayıları bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. 1-2 odalı evlerde yaşayanların oranı TÜH'nde % 9.1 iken EDH'nde % 20.2'dir. EDH'ne başvuranlar sosyo-ekonomik yönden TÜH'ne başvuranlardan geri durumdadır. TÜH'de konut başına ortalama 3.5 ± 0.79 , EDH'de ise 3.24 ± 0.95 oda düşmektedir. Barınma yoğunluğu TÜH'de 0.86 kişi/oda iken EDH'de 0.80 kişi/odadır.

Oturulan evin durumuna göre EDH grubunda kendi evinde oturma ve ki-

racı nüfus bakımından TÜH'ne göre daha iyi durumdadır

Oturulan yer bakımından (kır-kent) iki grup arasında fark bulunmamıştır. Başvuran hastalardan % 83'ün üzerinde bir kısmı kentlerde oturmaktadır. Oysa genel popülasyonda % 54 kırsal yerleşim, % 46 kentsel yerleşim durumu vardır. Her iki hastaneyi kentsel yerleşimde oturanların daha fazla kullanması; kültürel yapı, uzaklık, ulaşım durumu ve sosyal güvence gibi etmenlere bağlanabilir.

Çalışma gruplarındaki bireylerin oturdukları yerleşim yerinin hastaneye olan uzaklıkları yönünden anlamlı bir farklılık bulunmuştur. EDH'ne başvuranların % 60'ının Edirne merkezinden geldiği, TÜH'ne başvuranların ise % 52.8'inin 9 km ve daha fazla uzaklıktan geldiği saptanmıştır. TÜH, EDH'ne göre daha geniş bir hinterlandtan hasta çekmektedir.

Hastaneyi tercih yönünden TÜH ve EDH'ne başvuranlar arasında farklılık bulunmuştur. TÜH'ni daha iyi hizmet ve muayene için tercih edenler birinci sırada iken, EDH'ini sevkli olduğu için tercih etme durumunda kalanlar birinci sıradadır.

TÜH'ne başvuranların bu hastaneyi % 40 oranında birinci basamak, % 43 oranında ikinci basamak, % 17 oranında da üçüncü basamak olarak kullandıkları; EDH'ne başvuranların ise bu hastaneyi % 63.8 oranında birinci basamak, % 36.2 oranında ikinci basamak olarak kullandıkları saptanmıştır.

TÜH'ne başvuranların % 69.5'inin, EDH'ne başvuranların % 69.7'sinin hastanelerde verilen hizmetlerin neler olduğunu, başvurularında yapacakları işlemleri bilmedikleri ortaya çıkmıştır.

TÜH grubunun % 21.7'si, EDH grubunun % 30.9'u hastanelerin sundukları hizmetten hoşnut kalmadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuca göre hoşnut kalmama oranı bakımından TÜH daha iyi durumdadır. Hizmetten hoşnut kalmayanların hoşnut olmama nedenlerine göre iki grup arasında farklılık bulunmuştur. Yapılan neden sıralamasında TÜH'de ilgisizlik birinci sıklıkta yer alırken, EDH'de şifa bulamama birinci sırada yer almaktadır.

Hastanelerin kullanımını ve toplumun yararlanma düzeyini etkileyen etmenler ile hastanelerin hizmet ettiği toplumun sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerinin tanımlanması için elde edilen sonuçlara ilişkin önerilerimiz şunlardır:

1. Toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin saptanmasında gerekli hizmet planlama çalışmalarının, epidemiyolojik araştırmalarla desteklenmesi.
2. Ülke düzeyinde toplumsal refah düzeyini geliştirici sosyo-ekonomik önlemlerin alınarak toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık kuruluşlarından dengeli bir biçimde yararlandırılması için gerekli düzenlemelerin yapılması.
3. Üniversite ve Devlet hastaneleri üzerindeki Birinci basamak tedavi edici hizmet yükünün, gerçek birinci basamak tedavi edici hizmet sunan/sunması gereken kurum ve birimlere kaydırılarak işlerlik kazandırılması.
4. Üniversite hastanesinin 1. ve 2. basamak tedavi edici hizmet yükünün hafifletilerek eğitim ve araştırma yönüne işlerlik kazandırılması.

5. Hastane-Halkla ilişkiler sürecinin değerlendirilerek sağlık örgütlerinin işleyiş sisteminin ve sundukları hizmetlerin halka etkin bir biçimde tanıtılması.
6. Hastanelerin; hizmet edilen/edilmesi gereken toplumun talep ettiği hizmetlerin düzeyi ve kalitesinin saptanması amacıyla hizmet araştırmaları yapması ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda hizmetlerin istenilir düzeyde tutulmasının sağlanması.



VIII. Ö Z E T

TÜH'ne başvuran hastaların sosyo-ekonomik özelliklerini EDH'ne başvuran hastalarla karşılaştırmalı olarak araştırmak, hastane hedef-kitle ilişkilerini tanımlamak ve TÜH'nin hasta sevk zincirine göre kullanımını ve ulaşılabilirlik durumlarını belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmış ve yapılmıştır.

Hastanelerin poliklinik sayıları aylar itibarıyla alınarak örnek çekimi için kullanılmıştır.

TÜH'nin 1990 yılı Nisan, Temmuz, Ekim, Aralık ayları poliklinik sayıları evren kabul edilmiştir. Örneklem oranı % 5 olarak saptanmış ve sözkonusu dört ay içinde TÜH polikliniklerine başvuran toplam 25 000 hastanın 1 250'si örneklem grubu olarak belirlenmiştir. Benzer yöntemle, EDH'nden % 1 örneklem oranı ile rasgele çekilen 350 kişi kontrol grubunun örneklemini oluşturmuştur. Örnekleme çıkan bireylere anket uygulanarak veri toplanmıştır.

Çalışma gruplarının % 79.4'ünü (n=1185) TÜH, % 20.6'sını (n=307)EDH hastaları oluşturmaktadır. TÜH'ne başvuranların % 48.8'i erkek, % 51.2'si kadın; EDH'de ise % 45.3'ü erkek, % 54.7'si kadındır. Hastalardan TÜH'ne başvuranların % 63.1'i evli, % 32.4'ü bekar ve % 4.5'i dul-ayrılmış; EDH'de ise % 69'u evli, % 24.5'i bekar ve % 6.5'i, dul- ayrılmış durumdadır. Aile yapısı bakımından TÜH'ne başvuranların % 84.7'si çekirdek, % 13.1'i geniş, % 2.3'ü bölünmüş; EDH'ne başvuranların % 79.2'si çekirdek, % 18.9'u geniş ve % 2'si bölünmüş ailelerden gelmektedir. TÜH'ne başvuranlarda konut başına ortalama 3.50, EDH'de 3.24 oda düşmektedir. TÜH'de ortalama ev ba-

sına düşen nüfus 3.89 ± 1.29 , EDH'de 3.96 ± 1.25 'tir. TÜH'ne başvuranların % 69.8'i, EDH'ne başvuranların % 73'ü sosyal güvenceye sahiptir. Çalışma gruplarındaki bireyler; hekime muayene, ilaç ve ulaşım için yılda kişi başına ortalama TÜH grubunda 1 807 768 TL.EDH grubunda 1 599 582 TL. sağlık harcaması yapmaktadırlar. Sosyo-ekonomik statü sınıflamasına göre TÜH'ne başvuranların % 30'u iyi, % 58.3'ü orta, % 11.7'si kötü; EDH'ne başvuranların ise % 21.8'i iyi, % 66.2'si orta, % 16'sı kötü yaşam koşullarında yaşamaktadır. TÜH'ne başvuranların % 83.3'ü kentlerde, % 16.7'si kırsal kesimde; EDH'ne başvuranların % 84.4'ü kentlerde, % 15.6'sı kırsal yerleşimlerde yaşamaktadır. Hastaneye uzaklık bakımından 0-9 km'den ulaşanların oranı TÜH'nde % 47.9, EDH'nde % 60.3'tür. 9 + km'den gelenlerin oranı ise TÜH'nde % 52.8, EDH'nde % 39.7'dir. TÜH % 39.9 1., % 42.6 2., % 17.5 oranında 3. basamak olarak; EDH ise, % 64 1., % 39.9 2. basamak olarak kullanılmakta, 3. basamak olarak kullanılmamaktadır. TÜH'ne başvuranların % 78.3'ü, EDH'ne başvuranların % 69'u bu hastanelerin sundukları hizmetlerden hoşnutlardır.

Cinsiyet, yaş grupları, ev halkı sayısı, sosyal güvenceye sahiplik yıllık sağlık harcaması ve oturulan yer (kır-kent) ayrımı değişkenleri yönünden iki hastaneye başvuranlar arasında farklılık bulunmamış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir. Eğitim durumu bakımından TÜH'ne başvuranlar daha eğitilidir. Medeni durum yönünden TÜH'ne başvuranlarda bekâr grubu daha fazla oranlarda iken, EDH'ne başvurularda evli ve dul-ayrılmış grupları daha fazla oranlardadır. İki grubun meslek ve toplumsal statü dağılımları birbirinden farklı bulunmuştur. TÜH'ne başvuranlarda çekirdek aile, EDH'ne başvuranlar geniş aile egemendir. Sosyal güvenceye sahip olanlardan Emekli San-

dığı mensupları TÜH'ni daha çok kullanmakta, EDH'ni ise Bağ-Kur'ular daha fazla oranda kullanmaktadır. Ailenin aylık gelir düzeyi bakımından TÜH'ne başvuranlar EDH'ne başvuran hastalara göre daha yüksek ve iyi gelir düzeyine sahiptirler. Sosyo-ekonomik statü yaşam koşulu sınıflamasına göre TÜH'ne başvuranlar daha iyi durumdadırlar. Oturulan evin tipine göre TÜH'ne başvuranlarda apartman dairesinde oturma, EDH'de bağımsız ev ve köy tipi evde oturma daha fazladır. EDH'de kiracılık TÜH grubundan daha azdır. Dolayısıyla oturulan evin sahibi olma, EDH grubunda daha yüksektir. Hastaneye uzaklık bakımından EDH'ne 0-9 km.uzaklıktan (Edirne içinden) gelenlerin oranı % 60'tır. 9 ve daha fazla km. uzaklıktan gelenlerin oranı TÜH'nde % 53'tür. TÜH, EDH göre daha geniş bir hinterlanddan hasta çekmektedir. Hastaneyi tercih yönünden daha iyi hizmet ve muayene için TÜH'ni tercih edenler 1. sırada iken EDH'ni sevкли olduğu için tercih etme zorunda olanlar 1. sırada yer almaktadır.

Konu, sağlık kurumlarının kullanımının toplumun sosyo-ekonomik düzeyi ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle önemli bir toplumsal sorundur. Kamu sağlık yönetimine bu alanda çok önemli görevler düşmektedir. Birinci basamak tedavi edici hizmetlerin, Devlet ve Üniversite hastanelerinden gerçek birinci basamak tedavi edici hizmet sunan kurum ve birimlere kaydırılarak üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma yönüne işlerlik kazandırılması, toplumun sosyo-ekonomik düzeyinin geliştirilerek sağlık hizmetlerinden dengeli biçimde yararlandırılması, yapılacak epidemiyolojik araştırmalarla hedef kitlenin tanımlanarak hizmet planlaması yapılması, hastanelerin çalışma biçimi hakkında tanıtım çalışmaları yapılarak sonuçlarının sürekli değerlendirilmesi önerilmektedir.

S U M M A R Y

This study was designed and performed to investigate, comparatively the socioeconomic status status of patients admitted to outpatient clinics of TUH (Trakya University Hospital) and ESH (Edirne State Hospital) and also to define the hospital-target population relationships and to determine the usefulness and the utility of the health services presented through referral chain in the University Hospital.

The outpatient visit numbers recorded in both hospitals for every month were used for sampling. The total number of outpatients in TUH for April, July, October and December 1990 constituted the study universe. The sample size was determined to be the 5 % of the study universe which amounted to 1250 of total 25 000 patients admitted to outpatient clinics of the University Hospital during these 4 months. With a similar method, the control group sample was constituted by randomly assigning 350 patients from ESH with a sample ratio of 1 %. The subjects in the sample groups were applied a questionnaire in order to gather the required data.

The 79.4 % (n= 1185) of the participants were belonging to those admitted to TUH and patients from ESH comprised the remaining 20.6 % (n= 307). The distribution among sexes was 48.8 % male, 51.2 % female and 45.3 % male, 54.7 % female for TUH and ESH respectively. 63.1 % of patients from TUH group were married, 32.4 % were unmarried and 4.5 % were widows while the respective values for those from ESH were 69 %, 24.5 % and 6.5 %. When the family structure was questioned, it was found that 84.7 % of those from TUH had small

families, 13.1 % had large families and 2 % had separated families; the same figures for the subjects from ESH were 79.2 %, 18.9 % and 2 % respectively. The average room number for each resident was 3.5 for the University Hospital group and 3.2 for the State Hospital group. The mean number of residents for each house was 3.89 ± 1.29 among the participants from TUH and 3.96 ± 1.25 in the ESH group.

69.8 % of the patients from TUH and 73 % of the sample from ESH declared that they had a social security. The average per capita expenditure for outpatient visit, medication and transportation was 1 807 768 TL annually for the TUH group and 1 599 582 TL for the ESH group. The figures reflecting the socioeconomic status were found to be good in 30 %, medium in 58.3 % and poor in 11.7 % for the participants from TUH and 21.8 %, 66.2 % and 16 % for the ESH group respectively. 83.3 % of the patients applied to the University Hospital proved to live in urban regions and 16.7 % in rural areas, while 84.4 % of those from ESH were living in urban areas and 15.6 % in rural areas. Evaluation of the distance from the residence to the hospital showed that 47.9 % of those applied to TUH and 60.3 % of those from ESH had to travel 0-9 km and the percentage of the patients who had to travel more than 9 km was 52.8 % in TUH group and 39.7 % in ESH group.

It was also understood from the questionnaire results that the University Hospital had being utilized as the primary health care services by 39.9 % of the patients, as the secondary health care by 42.6 % and as the tertiary health care by 17.5 %; the relevant figures for ESH were 64.1 % for primary health care, 39.9 % for the

secondary health care. None of the participants used the State Hospital as a tertiary health care service institution. 78.3 % of the patients admitted to the University Hospital stated that they were satisfied from the level of the health services while the satisfaction rate was 69 % among those admitted to ESH.

No significant difference could be demonstrated among the participants of both groups in respect to the parameters regarding sex, age, number of households, presence of social security, annual health expenditure and the place of residence in urban or rural/area. Educational status of those patients admitted to the University Hospital proved to be superior to the ESH group. On the other hand, unmarried patient population was greater in the University Hospital group compared to the ESH group. Of the patients who have a social security, those who are the members of Emekli Sandığı admit in a greater percent to the University Hospital and majority of those from Bağ-Kur apply to ESH primarily. The average level of income is higher among the University Hospital group compared with the patients admitted to ESH. As it was mentioned before, the socioeconomic status of the University Hospital participants are superior to the ESH group.

Overall, TUH attracts a greater portion from the hinterland in E-dirne. The majority of the patients who preferred the University Hospital showed the higher level of health service as the predominant cause of their choice while the majority of these in the ESH group stated that they have used to State Hospital because they were referred to this hospital.

As a conclusion, it should be underlined that above mentioned matter constitutes a social problem as it is directly related to the socioeconomic status of the society and the resultant choice and usage of health administration has a very great responsibility in the solution of this problem.

Consequently we suggest that the primary health care services should be presented in their own health units other than the University Hospitals should urgently take their place primarily in scientific researches and educational programs. Furthermore, the efforts to improve the socioeconomic status of the society should be executed in order to make use of a more balanced service of health among the society and the epidemiological researches should be carried out to define the target population and to make a through plan of the future health services. We also suggest that the efforts should be encouraged to introduce the health service levels of the hospitals and the results should cautiously be interpreted.

IX. KAYNAKLAR

1. Öztekin, Z. ve ark. Sağlık Hizmetlerinde Denetim, Ankara, SSBYB Sağlık Eğitimi Gn. Md.lüğü, 1987, s: 5-17.
2. Saltık, A. Sağlık Hizmetlerinde Denetim, T.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi. 4: (2-3.297-311), (1987).
3. Fişek, N. Halk Sağlığına Giriş, Ankara, H.Ü.DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, 1983, s:12-22, 311.
4. Öztekin, Z. Ulusal Sağlık Politikamız. Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayın Organı Sayı:41, Haziran 1986, s:11. 12.
5. Eren, N. İl ilçe ve Köylerde Sağlık Yönetimi ve Mevzuatı, İstanbul, Beta Yayınları, 1984, s: 114, 116.
6. Öztekin, Z. Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Yayını No: 86/33 Kısa Dizi No:1, 1986, s:6, 18, 43.
7. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa ve Yönerge, Yasa No: 224. Yönerge No:154, 1961.
8. Özcebe, H. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Saptanması, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 1990, s: 1-37,97.
9. Eren, N., Öztekin, Z. Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, HÜ Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No: 22, 1982, s: 1-21.
10. Özel, A. Erzurum Kentinde Halkın Sağlığına Verdiği Önem ve Sağlık Kuruluşlarını Kullanması Üzerine bir Araştırma, Doçentlik Tezi, A.Ü Toplum Hekimliği Bölümü, Erzurum, 1980, s: 40-50.
11. Yurt Ansiklopedisi Cilt 7 Anadolu Yayıncılık A.S, İstanbul, 1982, s: 5262, 5306.
12. Karadayı, F. Köylerden Adana'ya Gelen Ailelerin, Sağlık ve Hastalıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler. Adana, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1979, s: 17,52.
13. TC Hükümeti-Unicef Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi Ankara, Nisan 1991, Yeniçağ Matbaası, s: 149-180.
14. Tunçbilek, E. Türkiye'de Bebek Ölümleri Temel Etkenler. Ankara Semih Ofset Matbaacılık, 1988, s: 24, 34 ve 59.
15. Çilingiroğlu, N. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Ekonomisi. Ankara, Nüfus Bilim Dergisi sayı: 10,40-50, 1988, s: 45,46.

16. Ertuna, Ö. Finansal Kurumlar. Ankara, Teori Yayınları No: 2 2. Bası, Mayıs 1988, s: 103,106.
17. Soysal, M. ve ark. Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı. Ankara, MPM Yayını NO: 486, 1993. s: 21-37,68-72.
18. Keleş, R. Kentleşme Politikası. Ankara, Imge Kitabevi Yayını No: 13, Mayıs 1990, s:291-366.
19. 1936 Tarih ve 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Yasası.
20. 17/6/1982 Tarih ve 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.
21. 13/01/1983 Tarih ve 35238 Sayılı Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.
22. Seçim, H. Hastane Yönetim ve Organizasyonu. Eskişehir, AÜ Açık Öğretim Fakültesi Yayını, 1985, s: 7,26.
23. Hayran, O. ve ark. Tedavi Edici Hizmetler ve Kent Sağlık Ocakları. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni Sayı: 12, Nisan 1990. s: 23,24.
24. Öztürk, Y. ve ark. Kentsel Bölgede Sağlık Ocağına Başvuruda Mesafe Faktörünün Rolü. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni Sayı:13-14, Temmuz-Ekim 1990, s: 22,23.
25. Weiss, J.E., Greenlick, G. Determinants Of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly 1973, pp: 1186-7.
26. Bosanac, E.M., Parkinson R.C. Hall,D.S. Geographic Access to Hospital Care, Oxford Universty Press, London, 1983, pp: 198.
27. Barker, D.J.P. (Çev. Bertan, M., Tezcan, S.) Pratik Epidemiyoloji. Ankara, HÜ Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, 1976, s:49, 73.
28. Dinler, Z. Bölgesel İktisat. Bursa, UÜ Yayınları No: 3-049-01-33, 1986, s: 29-37,79-80,290 ve 333.
29. Yurt Ansiklopedisi Cilt 4. Anadolu Yayıncılık AŞ. İstanbul, 1982, s: 2364-2390,2432.
30. Büyük Ansiklopedi Cilt 1. İstanbul, Milliyet Yayınları 1991, s:286,287.
31. TÜH Hastane Kayıtları. 1991.
32. EDH Hastane Kayıtları. 1991.

33. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Kayıtları. 1991.
34. Ceylan, T. ve ark. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Polikliniğinin Hasta Sevk Zincirinde Kaçınıcı Basamak Olarak Kullanıldığının Saptanması. Katkı Pediatri Dergisi, 10-4 1989.
35. Türkiye Ekonomi Atlası. İstanbul, Hürriyet Yayınları, Ocak 1991, s: 5-9,20-21.
36. Kongar, E. İmparatorluktan Günümüze Türkiye'nin Toplumsal Yapısı. Cilt 1, İstanbul, Remzi Kitabevi Yayını No: 43-2. 1985 s: 377,391-397,419 ve 438-440.
37. Kunt, G. Aile Yapısı ve Doğurganlık, Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Sorunları 1973 Araştırması. Ankara, HÜ Yayınları D-25 Ayyıldız Matbaası, 1978, s:42,44.
38. Dirican, R. Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri. Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 1990, s: 93,123.
39. Türedi, M. Kırsal Alanda Birinci Basamak İyileştirici Hekimlik Hizmetleri ve İlgili Etmenler. Ankara, Coğaltılmış Uzmanlık Tezi, 1979, s: 56,64.
40. Eren, N. Ankara İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Planlanması İçin Veri Toplama Yöntemi Geliştirilmesi. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Ankara, 1974, s: 20,27 ve 32.
41. Hürriyet Gazetesi, Sayı 15845, 31 Mayıs 1992, s: 17.

X. TABLO ve SEKİLLER LİSTESİ

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
TABLO 1 : Edirne İlçeleri Toplam ve Merkez Nüfusları (1990)	17
TABLO 2 : Edirne Bölgesi 1992 Yılına Ait Demografik Özellikler	20
TABLO 3 : Hastanelerin Evren ve Örneklem Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı	22
TABLO 4 : Çalışma Gruplarının Cinsiyet Dağılımı	26
TABLO 5 : Çalışma Gruplarının Yaş Gruplarına Dağılımı.	27
TABLO 6 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	30
TABLO 7 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	31
TABLO 8 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	31
TABLO 9 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Aile Yapıları.....	32
TABLO 10 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Ev Halk Sayıları.....	33
TABLO 11 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Sağlık Harcamaları Bakımından Sosyal Güvence Durumları.....	34
TABLO 12 : Sosyal Güvencesi Olanların Sosyal Güvenlik Kurumlarına Dağılımı.....	35
TABLO 13 : Hastaların Yıllık Sağlık Harcamaları (1991).	36
TABLO 14 : Hastaların Sağlık Harcaması İstatistikleri (TL/kişi/yıl).....	37
TABLO 15 : Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Yıllık Sağlık Harcaması İstatistikleri (TL/Kişi/1991).....	37
TABLO 16 : Hasta Ailelerinin Aylık Gelir Durumları.....	38
TABLO 17 : Hasta Ailelerinin Aylık Gelir İstatistikleri (TL/Ay/ 1991).....	39
TABLO 18 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Yaşam Koşulu İndeksi (YKİ) Sonuçları.....	39

TABLO 19 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Yaşam Koşulu (YK) ve Tüketim Mallarının (TM) Evlerde Bulunma Oranları (%).....	40
TABLO 20 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Halen Oturdukları Evin Tipine Göre Dağılımı..	41
TABLO 21 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Oturdukları Evde Oda Sayısına Göre Dağılımı..	42
TABLO 22 : Hastaların Evlerinde Bulunan Oda Sayısı İstatistikleri.....	42
TABLO 23 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Oturdukları Evin Durumuna Göre Dağılımı.....	43
TABLO 24 : Hastaların Kır-Kent Yerleşimi.....	43
TABLO 25 : Hastaların Oturdukları Yerleşim Yerinin, Başvurdukları Hastaneye Uzaklığı.....	44
TABLO 26 : Hastanelerin Uzaklık İstatistikleri.....	44
TABLO 27 : Hastaların Hastaneye Ulaşım Durumları.....	45
TABLO 28 : Hastaların Başvurdukları Hastaneyi Tercih Nedenleri (TÜH'e göre sıralı).....	47
TABLO 29 : Hastaların Başvurdukları Hastaneyi Kaçınıcı Basamak Olarak Kullandıkları.....	48
TABLO 30 : Hastaların TÜH ve EDH'ni Tanıma-Bilme Durumları.....	48
TABLO 31 : Hastanelerden Genel Hoşnutluk Durumu.....	49
TABLO 32 : Hastaların Aldıkları Hizmetten Hoşnut Olmama Nedenleri.....	50

SEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
SEKİL 1 : Çalışma Gruplarının Cinsine Göre Dağılımı	26
SEKİL 2 : Çalışma Gruplarının Yaşa Göre Dağılımı	27
SEKİL 3 : Edirne İli Nüfus Piramidi (1991)	28
SEKİL 4 : TÜH Polikliniklerine Başvuran Hastaların Nüfus Piramidi (1991)	28
SEKİL 5 : EDH Polikliniklerine Başvuran Hastaların Nüfus Piramidi (1991)	29
SEKİL 6 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	30
SEKİL 7 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Mesleklerine Dağılımı	32
SEKİL 8 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Sosyal Güvence Durumu	34
SEKİL 9 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerden Sosyal Güvenceye Sahip Olanların Sosyal Güvenlik Kurumlarına Göre Dağılımı	35
SEKİL 10 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Yıllık Sağlık Harcamalarına Göre Dağılımı (1991) ..	36
SEKİL 11 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin Aylık Gelir Durumları	38
SEKİL 12 : Çalışma Gruplarındaki Bireylerin YKİ'ne Göre Dağılımı	40

XI. Ö Z G E Ç M İ Ş

Nihat TURAN, 1963 Yılında Bergama'nın Ayazkent kasabasında doğdu. İlköğrenimini bitirdikten sonra ortaöğrenimini Bergama Lisesinde tamamladı. 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu'nda yükseköğrenimine başladı. 1986 yılında Sağlık İdaresi Yüksek Okulu'ndan lisans diploması ile sağlık yöneticisi olarak mezun oldu. Aynı yıl Trakya Üniversitesi'nin açmış olduğu memuriyet giriş sınavını kazanarak devlet memurluğuna başladı. 1987 yılında Trakya Üniversitesi Tekirdağ Yüksek öğrenim öğrenci Yurdunun kuruluş çalışmalarına katıldı ve yaklaşık iki yıl bu yurdun yöneticiliğini yaptı. 1989 yılında Trakya Üniversitesi Hastanesinde Hastane Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda Halk Sağlığı Yüksek Lisans eğitimine başladı. Trakya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulun'da 5 yarıyıl "Sağlık Kurumlarında Halkla İlişkiler" ve "Arsiv Bilgisi" derslerini okuttu. 1993 yılında Trakya Üniversitesi Hastanesinde Hastane Başmüdürü olarak görevlendirildi. Su anda bu görevini sürdürmektedir.

Nihat Turan evli ve bir çocuk babasıdır. Ekim 1993. Edirne.

XII. EKLER

Ek 1.

TRAKYA UNİVERSİTESİ HASTANESİ ve EDİRNE DEVLET HASTANESİNE

BAŞVURAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ve

HİZMET TALEPLERİYLE İLGİLİ ETMENLER

ANKET FORMU

Sıra no :.....

Kod no :.....

1. Cinsiyetiniz: ()E ()K
2. Yaşınız:
3. Medeni Durumunuz : (18 yaş üstüne sorulacak)
() Evli () Bekar () Dul (Ayrılmış, boşanmış ve diğer)
4. Eğitim Durumunuz : (12 yaş üstüne sorulacak)
() Okur-yazar değil
() Okur-yazar/ilkokul
() Ortaokul
() Lise
() Yüksekokul/fakülte
5. Mesleğiniz : (18 yaş üstüne sorulacak)
() Memur
() İşçi
() Esnaf/ ticari eleman
() Çiftçi
() Ev hanımı
() İşsiz
() Diğer (Belirtiniz).....
6. Halen oturduğunuz evin tipi nedir?
() Apartman dairesi
() Müstakil ev
() Köy tipi ev
() Diğer (Belirtiniz).....
7. Halen oturduğunuz ev kaç odalıdır?
() 1
() 2
() 3
() 4
() 5 ve daha fazla

8. Halen oturduğunuz evde sürekli kaç kişi barınıyor?
() 1
() 2
() 3
() 4
() 5
() 6 ve daha fazla
9. Oturduğunuz evin mülkiyet durumu nedir?
() Kirada oturuyor
() Kendi evinde oturuyor
() Lojmanda oturuyor
() Diğer (Belirtiniz).....
10. Oturdunuz ev kira ya da lojman ise aylık kira miktarı nedir?
(TL olarak)
.....TL.
11. Oturduğunuz evde aşağıdaki yaşam kolaylıklarından hangileri mevcuttur?
- | | Var | Yok |
|------------------|-----|-----|
| Radyo | () | () |
| TV | () | () |
| Telefon | () | () |
| Buzdolabı | () | () |
| Çamaşır makinası | () | () |
| Bulaşık makinası | () | () |
12. Evinize günlük gazete ve dergi alınıp okunur mu?
() Evet () Hayır
13. Ailenizin yapısı hangi aile tipine uymaktadır?
() Çekirdek aile (Yalnız anne, baba ve çocuklar)
() Geniş aile (Anne, baba ve çocukların dışında diğer aile bireyleri de aynı evde birlikte)
() Bölünmüş aile (Anne-babadan biri ya da ikisi ölü, ayrılmış)
14. Ailenizin ve sizin oturduğunuz yer neresidir?
..... Köyü, İlçesi, İli.
15. Oturduğunuz yerin hastaneye olan uzaklığı kilometre olarak yaklaşık ne kadardır?
.....km.
16. Hastaneye hangi ulaşım aracı ya da şekli ile geldiniz?
.....
17. Sizin ya da ailenizin özel arabası var mı?
() Evet () Hayır
18. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı sigortalı mısınız?
() Evet () Hayır

19. (Soru 18'in yanıtı evet ise sorulacak!) Hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız?
- () Emekli Sandığı () SSK () Bağ-Kur
() Özel Sigorta Şirketleri
20. Bu hastaneye başvurmadan önce sağlık sorununuz ile ilgili hangi sağlık kişi ya da kuruluşuna başvurduunuz?
- () Özel muayenehane () Özel dispenser ya da hastane
() Sağlık Ocağı () Devlet Hastanesi
() Üniversite Hastanesi
21. TÜH/ EDH'ni niçin tercih ettiniz ve başvuru nedeniniz nedir?
-
.....
22. TÜH/EDH'ne gelmeden önce ve geldiğinizde bu hastaneyi, hizmetleri ve genel işlemleri hakkında bilgi sahibi miydiniz? Hangi işlemleri yapacağınızı biliyor musunuz?
- () Evet () Hayır
23. TÜH/EDH'nde verilen hizmetlerden hoşnut musunuz?
- () Evet () Hayır
24. (23. sorunun yanıtı HAYIR ise sorunuz!) Nelerden hoşnut değilsiniz? Çözüm için neler yapılabilir?
-
.....
25. Ailenizin aylık geliri ne kadardır?
- TL
26. Son bir yıl içinde sağlığınız için ortalama ne kadar harcamada bulundunuz?
-

ooo

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz...

YAŞAM KOŞULU İNDEKSİ

<u>DEĞİŞKENLER</u>	<u>VAR</u>	<u>YOK</u>	<u>PUAN</u>
Kendi evi	1	0	15
Özel arabası	1	0	8
Bulaşık makinası	1	0	2
Çamaşır "	1	0	1.5
Renkli televizyon	1	0	1.5
Buzdolabı	1	0	1.5
Telefon	1	0	1
Radyo	1	0	0.5
Toplam			32

Yaşam Koşulu Statüsü Puanı

1/ Kötü	0-10
2/ Orta	11-20
3/ İyi	21-32

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ