

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

171244

GÜLYAKA SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 0-6 YAŞ ÇOCUKLARIN
SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMLARI, SÜREKLİ HİZMET
KAYNAKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Hür HASOY

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Yard. Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

İZMİR

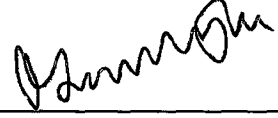
2005

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

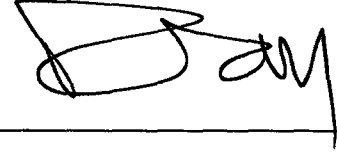
Adı Soyadı:

İmza

Başkan: Prof. Dr. Feride SAÇAKLIOĞLU



Üye: Prof. Dr. Fethi DOĞAN



Üye: Prof. Dr. Ali Osman KARABABA



Üye: Doç. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU



Üye: Yard.Doç. Dr. Meral TÜRK SOYER



Uzmanlık Tezinin Kabul Edildiği Tarih:

27 / 06 / 05

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
TEŞEKKÜR.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XII
ÖZET.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Temel Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Hizmeti.....	4
2.1.1. Temel Sağlık Hizmeti Kavramı.....	4
2.1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak Temel Sağlık Hizmetleri.....	5
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri ve Değerlendirilmesi.....	6
2.2.1. Birinci Basamağı Fonksiyonları Açısından Tanımlama Çabaları	6
2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirmesi.....	10
2.3. Sağlık Hizmetlerine Erişebilirlik ve Kullanım.....	17
2.4. Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkili Bir Faktör Olan Yoksulluk.....	23
2.4.1. Yoksulluk Tanımları	23
2.4.2. Yoksulluğa Kuramsal Yaklaşımlar.....	24
2.4.3. Türkiye’de Yoksulluk.....	26
2.4.4. Yoksulluğun Sağlık Üzerine Etkileri.....	27
2.4.5. Yoksulluğun Ölçümü.....	29
2.5. Toplumsal Sınıf Kavramı ve Sağlık Üzerine Etkisi.....	32
2.5.1. Toplumsal Sınıf Kavramı Kavramsal Çerçeve	32
2.5.2. Meslekler Üzerinden Yapılan Farklı Sosyal Sınıflamalar.....	33
2.5.3. Sınıfsal Konumun Sağlık Üzerindeki Etkisi.....	34
2.6. Göç Kavramı ve Sağlık Etkileri.....	36
2.6.1. Göç Tanımlar ve Kavramsal Çerçeve.....	36
2.6.2. Göçün Sağlık Üzerine Etkisi.....	38
3. AMAÇ.....	41
3.1. Araştırmanın Yakın Erimli Amaçları.....	41
3.2. Araştırmanın Uzun Erimli Amaçları.....	41
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
4.1. Araştırma Bölgesinin Özellikleri.....	42
4.2. Araştırmanın Tipi.....	42

4.3. Araştırmanın Evreni.....	42
4.3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	42
4.4. Örnekleme Yöntemi.....	43
4.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	43
4.5.1. Bağımsız Değişkenler.....	43
4.5.2. Bağımlı Değişkenler.....	48
4.6. Veri Toplama	50
4.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	51
4.8. Zaman Çizelgesi.....	52
4.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler.....	52
5. BULGULAR.....	53
5.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	53
5.1.1. Araştırma Grubundaki Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	53
5.1.2. Hane ve Alt Yapısı ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular.....	53
5.1.3. Hane Halkına Ait Tanımlayıcı Sosyo demografik Bulgular.....	54
5.1.4. Sosyal Güvenceye İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	55
5.1.5. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Bulgular.....	56
5.1.6. Göçle İlgili Bulgular	56
5.1.7. Yoksullukla İlgili Bulgular.....	61
5.1.7.1. Objektif Gelir Göstergeleri.....	61
5.1.7.2. Subjektif Gelir Göstergeleri.....	62
5.1.8. Son 15 Gün İçinde Sağlık Sorunu Varlığı ve Tedavi Edici Hizmet Kullanımı...63	
5.1.9. Tedavi Edici Hizmete Erişim.....	65
5.1.10. Yataklı Tedavi Kurumundan Hizmet Kullanımı.....	66
5.1.11. Koruyucu Hizmet Kullanımı.....	67
5.1.11.1. Periyodik İzlem.....	67
5.1.11.2. Bağışıklama.....	68
5.1.12. Koruyucu Hizmete Erişim.....	69
5.1.13. Son Bir Yılda Yapılan Hizmet Kullanımına İlişkin Bulgular.....	70
5.1.14. Sürekli Hizmet Kaynağı ve Özellikler.....	71
5.1.15. Var Olan Sağlık Durumu.....	74
5.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI.....	76
5.2.1. Son Bir Yıldaki Sağlık Hizmeti Kullanımı.....	76
5.2.1.1. Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	76
5.2.1.2. Son Bir Yılda Toplam Başvuru Sayısını Etkileyen Etmenler.....	80

5.2.2. Son 15 Günde Sağlık Sorunu Olanların Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	83
5.3. SAĞLIK OCAĞI KULLANIMI.....	88
5.3.1. Sağlık Ocağı Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	88
5.3.1.1. Sağlık Ocağından Tedavi Edici ve Koruyucu Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	88
5.3.1.2. Sağlık Ocağından Koruyucu Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	91
5.3.1.3. Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	96
5.3.2. Sağlık Ocağına Erişimin Sağlık Ocağı Kullanımına Etkisi.....	100
5.3.2.1. Sağlık Ocağı' na Erişimin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımına Etkisi.....	100
5.3.2.2. Sağlık Ocağına Erişimin Sağlık Ocağından Koruyucu Hizmet Kullanımına Etkisi.....	101
5.4. SÜREKLİ HİZMET KAYNAĞI	102
5.4.1. Sürekli Hizmet Kaynağının Varlığını Etkileyen Etmenler.....	102
5.4.2. Sürekli Hizmet Kaynaklarının Birinci Basamak Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve birinci basamak puan Ortalamalarına etki eden Etmenler.....	107
6. TARTIŞMA.....	110
6.1. Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımını ve Toplam Başvuru Sayısını Etkileyen Etmenler.....	112
6.2. Son 15 Günde Sağlık Sorunu Olanların Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	115
6.3. Tüm Başvurular İçinde Sağlık Ocağı Başvurularının Oranını Etkileyen Etmenler.....	116
6.4. Sağlık Ocağından Koruyucu Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	117
6.5. Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	118
6.6. Sağlık Ocağına Erişimin Sağlık Ocağından Tedavi Edici ve Koruyucu Hizmet Kullanımına Etkisi.....	118
6.7. Sürekli Hizmet Kaynağının Varlığını Etkileyen Etmenler.....	120
7. SONUÇ.....	122
8. ÖNERİLER.....	123
9. KAYNAKLAR.....	124
10. EKLER.....	133

TEŞEKKÜR

Sağlık hizmeti kullanımı ve etkileyen sosyal bileşenlere geniş bir perspektifle bakmamı ve bir çok bilgi ve beceriyi kazanmamı sağlayan bu çalışmayı yapmış olmaktan çok mutluyum.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında emeği geçen çok fazla kişi var. Uzun bir liste olmasından endişeliyim. Başta sevgili danışmanım Yard. Doc. Dr. Meltem Çiçeklioğlu' na sürecin başından sonuna kadar yaptığı her şey için ne kadar teşekkür etsem azdır.

Tezin her aşamasını titizlikle değerlendiren, katkı ve önerileri ile zenginleştiren tez danışma komitesindeki değerli hocalarım Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu' na, Yard. Doç. Dr. Şafak Taner Gürsoy' a, Yard. Doc. Dr. Kevser Vatansever' e çok teşekkür ederim.

Engin bilgisi, bilimsel desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocam, ağabeyim, Yard. Doc. Dr. Ata Soyer' e bu çalışmaya yaptığı katkılardan dolayı çok teşekkür ederim.

Gülyaka Sağlık Ocağı sorumlu hekimi Dr. Turgut Çelik' e, Dr. Mehmet Servet Şatıroğlu ve tüm Gülyaka Sağlık Ocağı çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Asistanlık eğitim sürecim boyunca beni her konuda yüreklendiren sevgisi ve desteğini hiç esirgemeyen, her konuda yol gösteren sevgili hocam ve ablam Feride Saçaklıoğlu' nun hakkını nasıl ödeyeceğimi hiç bilmiyorum. Eğitim sürecimi titizlikle takip eden, sevgisini ve desteğini her ihtiyacım olduğunda yanımda bulduğum sevgili hocam ve ablam Yard. Doc. Dr. Meral Türk' e, gerçek bir abla gibi başımın sıkıştığı her konuda her zaman yanımda olan Yar. Doc. Dr. Şafak Taner Gürsoy' a, tüm bilgisi ve arkadaşlığı ile her konuda hep yanımda olan Yard. Doc. Dr. Zeliha Uğur Öcek' e güveni ve desteğiyle bana ağabeylik yapan, bana her zaman moral veren sevgili hocam Prof. Dr. Ali Osman Karababa' ya, eğitime katkılarından dolayı Prof. Dr. Fethi Doğan ve Doc Dr. Aliye Mandıracıoğlu' na teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışma arkadaşlarım sevgili Dr. Aslı Davas Akşan ve Dr. Işıl Ergin' ine ne desem az, en içten teşekkürlerimi sunuyorum. Özellikle tez döneminde destekleri ile bana güç veren Dr. Banu Döner ve Dr. Ese Esen Armağan' a ve tüm çalışma arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Halk Sağlığı Anabilim dalının tüm çalışanlarına ayrıca teşekkür ederim. Liste daha uzun, ismini yazamadıklarımın şimdiden özür dilerim...

Tablolar Dizini

Tablo 1. Birinci Basamak Özelliklerinin Tarihsel Gelişimi

Tablo 2. Birinci Basamak Hizmeti İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmetten Ayıran Önemli Özellikleri

Tablo 3. Temel Özelliklerin Ölçümünde Kullanılan Yapı ve İşleyiş Elemanları

Tablo 4. Yoksulluk Ara Faktörler Sağlık Sonuçları

Tablo 5. Bileşik Yoksulluk İndeksleri

Tablo 6. İşe Bağlı Sosyal Sınıflar

Tablo 7. İngiltere Ulusal Sosyo-Ekonomik Sınıflaması

Tablo 8. İngiltere ve İsveç'te toplumsal sınıflara göre Hastalanma Düzeyleri

Tablo 9. Gülyaka S.O bölgesi 0-72 ay çocuk nüfusunun, örnek büyüklüğünün, örnek ve yedek toplamının ve ulaşılan çocukların ebe bölgelerine göre dağılımları

Tablo 10. Sınıf Değişkenin Analizi

Tablo 11. İşsizler ve Emekliler İçin Önerilen Sınıflamalar

Tablo 12. Şubat 2005 Tarihi İtibarıyla Hesaplanan Mutlak Yoksulluk Değerleri

Tablo 13. Şubat 2005 Tarihi İtibarıyla Hesaplanan Görelî Yoksulluk Değerleri

Tablo 14. Birinci Basamak Özelliklerinin Puanlaması

Tablo 15. Çocukların Cinsiyet, Sağlık Güvencesi ve Yaş Dağılımları

Tablo 16. Hanelerin Yaşanan Evin Niteliği, Kullanma Suyu Kaynağı, Kanalizasyon Durumu, Oda Başına Düşen Kişi Sayısına göre dağılımı

Tablo 17. Hane Halkına Ait Sosyo Demografik Bulgular

Tablo 18. Hane Reisinin Sosyal Güvencesine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 19. Hane reislerinin Çalışma Durumu, İşsizlik ve Sınıfsal Durumlarının Dağılımı

Tablo 20. Hane Reislerinin Doğum Yerlerinin İllere Göre Dağılımı

Tablo 21. Hane Reislerinin Gülyaka ve İzmir'de Yaşadıkları Sürelere Göre Dağılımı

Tablo 22. Hane Reislerinin Doğum Yerlerine Göre Göçmenlik Durumu

Tablo 23. İzmir İl Merkezine Göçen Kişilerin Göç Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Tablo 24. Hanelerin Objektif Gelir Göstergeleri

Tablo 25. Hanelerin Mutlak ve Görelî Yoksulluk Sınırına Gore Durumlarının Dağılımı

Tablo 26. Hanelerin Subjektif Gelir Algıları

Tablo 27. Subjektif Gelir Algısı Puan Ortalaması Gruplar

Tablo 28. Son 15 Günde Sağlık Sorunu Varlığı

Tablo 29. Son 15 Gündeki Sağlık Sorunlarının Sistem ya da Organ Tutulumuna Göre Dağılımı

Tablo 30. Son 15 Günde Olan Sağlık Sorunu Nedenle Herhangi Bir Sağlık Kurumu Ya da Sağlık Çalışanına Başvurma Durumu

Tablo 31. Başvurmayanların Sağlık Sorununu Gidermek İçin Başvurdukları Yöntemler

Tablo 32. Başvurulan Kurumların Seçilmiş Özellikleri Göre Dağılımı

Tablo 33. İlk Başvuru Kaynağını Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılım

Tablo 34. Tedavi Edici Hizmete Erişim

Tablo 35. Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatması Önerilen Çocukların Dağılımı

Tablo 36. Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatması Önerilen Çocukların Yatış Sayıları ve Yatış Nedenlerine Göre Dağılımları

Tablo 37. Periyodik İzlem Hizmeti Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 38. Bağışıklama Hizmeti Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 39. Koruyucu Sağlık Hizmetine Erişimin Coğrafi, Finansal, Sosyokültürel, Organizasyonel Yönden Değerlendirilmesi

Tablo 40. Kurumlara Göre Toplam Yıllık Başvurular

Tablo 41. Son Bir Yılda Başvuru Sayısı Ortalamalarının Kurumlara Göre Dağılımı

Tablo 42. Son 15 Gündeki Başvurularından Hesaplanan Kişi Başına Düşen Yıllık Başvuru Sayısı

Tablo 43. Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı

Tablo 44. Sürekli Hizmet Kaynaklarının Kurumlara, Kamu ya da Özel Kurum Olmalarına Göre Dağılımları

Tablo 45. Sürekli Hizmet Kaynaklarının Birinci Basamağın Özelliklerine Göre Durumu ve Puanları

Tablo 46. Çocukların Doğuştan Gelen Anomali Kronik Hastalık Varlığına Göre Dağılımları

Tablo 47. Kronik Hastalık Ya da Anomalinin Sistem, Organ Tutulumuna Göre Dağılımları

Tablo 48. Annelere Göre Çocuklarının Sağlık Durumları

Tablo 49. Çocuklarda Engel Gelişme Geriliği Varlığı Durumunu

Tablo 50. Engel Gelişme Geriliğinin Türlerine Göre Dağılımı

Tablo 51. Hane ve Alt Yapısı İle İlgili Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 52. Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

- Tablo 53.** İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması
- Tablo 54.** Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması
- Tablo 55.** Göçle İlgili Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması
- Tablo 56.** Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması
- Tablo 57.** Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığının Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması
- Tablo 58.** Son Bir Yıldaki Toplam Başvuru Sayısını Etkileyen Etmenler
- Tablo 59.** Hane ve Alt Yapısı ile ilgili Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanım ile Karşılaştırılması
- Tablo 60.** Çocuk ve Diğer Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması
- Tablo 61.** İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması
- Tablo 62.** Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması
- Tablo 63.** Göçle İlgili değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması
- Tablo 64.** Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması
- Tablo 65.** Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığının Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması
- Tablo 66.** Bağımsız Değişkenlerin Son Bir Yıldaki Sağlık Ocağı Başvuruları-Toplam Başvuru Oranı ile Karşılaştırılması
- Tablo 67.** Hane ve Alt Yapısı İle İlgili Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı İle Karşılaştırılması
- Tablo 68.** Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik değişkenlerin Koruyucu Hizmet kullanımı ile karşılaştırılması
- Tablo 69.** İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı İle Karşılaştırılması
- Tablo 70.** Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı İle Karşılaştırılması

Tablo 71. Göçle İlgili Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

Tablo 72. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

Tablo 73. Sürekli Hizmet Kaynağı varlığının Koruyucu Hizmet kullanımı ile karşılaştırılması

Tablo 74. Hane ve Alt Yapısı İle İlgili Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 75. Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 76. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 77. Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 78. Göçle İlgili Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 79. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 80. Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığının Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Tablo 81. Coğrafi, Finansal, Sosyokültürel ve Organizasyonel Erişimin Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

Tablo 82. Koruyucu Sağlık Hizmetine Coğrafi, Finansal, Sosyokültürel ve Organizasyonel Erişimin Koruyucu Hizmeti Kullanımına Etkisi-

Tablo 83. Hane ve Alt Yapısı ile ilgili Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 84. Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 85. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 86. Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 87. Göçle İlgili Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 88. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 89. Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 90. Kurumlara Göre Sürekli Hizmet Kaynaklarının Birinci basamak Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 91. Bağımsız Değişkenlerle Birinci Basamak Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması



Şekiller Dizini

Şekil 1. Toplumun Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler

Şekil 2. Yapı, Süreç ve Çıktı İlişkisinin Sağlık Hizmeti Sistemi İçindeki Yeri

Şekil 3. Birinci basamak Sağlık Hizmetinin Yapı ve İşleyiş Elemanları

Şekil 4. Starfield' ın Erişim İçin Önerdiği Yaklaşım

Şekil 5. Sağlık Hizmetine Erişim Aday&Andersen

Şekil 6. Sağlık Hizmetleri Erişebilirlik ve Kullanımının Davranışsal Modeli

Şekil 7. Erişilebilirlik Kullanım İlişkisi

Şekil 8. Yoksulluk Sınırı Altında Yaşayan Ev Halkı %' si (DPT1997)

Şekil 9. İngiltere' de Sosyal Sınıf ve Engellilik İlişkisi (Registrar General Scale' e göre)

Şekil 10. İngiltere' de Sosyal Sınıf ve Engellilik İlişkisi (NS-SEC' göre)

Şekil 11. Hane Reislerinin Doğdukları İllere Göre Dağılımı

Şekil 12. Hane Reislerinin Doğum Yerlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Özet:

Giriş ve amaç: Temel sağlık hizmeti (TSH) yaklaşımının en önemli amacı, toplumun her kesiminin ulaşabileceği, hakkaniyetli bir sağlık hizmetinin gerçekleştirmektir. Birinci basamak sağlık hizmeti ise TSH' nin tüm özelliklerini taşıyan merkezi bir parçasıdır. Yoksulların, alt sınıfsal grupların, göçmenlerin sağlık hizmetine erişimde ve sağlık hizmeti kullanımlarında sorunlar yaşadığı gözlenmektedir. Bu sorunların ortadan kaldırılmasında birinci basamak sağlık hizmetleri kritik öneme sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve entegrasyondur. Çalışmanın amacı Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-72 aylık çocukların koruyucu, tedavi edici ve genel sağlık hizmeti kullanımlarını tespit etmek, sürekli hizmet kaynaklarının varlığını ve neresi olduğunu belirlemek, sağlık hizmetine erişimin hizmet kullanımına etkisini belirlemek, göç, yoksulluk, sınıfsal durum, hane ve alt yapısı, hane halkına ilişkin sosyo-demografik, var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkisini değerlendirmek, sürekli hizmet kaynaklarını birinci basamağın temel özellikleri açısından değerlendirmektir.

Gereç Yöntem: Kesitsel analitik tipteki bu araştırma, İzmir İli Konak Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bağlı olan 0-72 aylık 2830 çocuk oluşturmaktadır. Ebe bölgelerine göre tabakalama yapılarak sistematik örnekleme yöntemi ile 291 çocuk örnek olarak seçilmiştir, kapsayıcılık %88,3' tür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri olan ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyonun değerlendirilmesinde Starfield modeli kullanılmıştır. Yoksulluk değerlendirmelerinde mutlak yoksulluk hesaplaması, sınıfsal analizde ise Boratav sınıflaması kullanılmıştır. Göçmenlik durumu tespit edilirken hane reislerinin doğum yerleri temel alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde χ^2 testi, t testi ve varyans analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunda annelerin %57,6 sı, babaların %55,6' sı ilkokul mezunu ve altı eğitim düzeyindedir. Hane reislerinin %43,2' sinin sosyal güvencesi SSK dır. Hane reislerinin %28,4' ünün ise sosyal güvencesi yoktur. Hane reislerinin %43,2' si nitelikli ve niteliksiz mavi yakalıdır, %10,9'u işsizdir. Hane reislerinin %64,6'

İzmir iline dışarıdan göç etmiştir. %29.8' inin doğum yeri ise Doğu ve Güneydoğu illeridir. Hanelerin % 54,5' i mutlak, %97.7 si görelî yoksulluk sınırının altında gelire sahiptir. Çocukların %55,3' ünün son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu vardır. Son bir yıldaki toplam başvuru ortalaması $4,96 \pm 3,86$ bulunmuştur. Son bir yıldaki hizmet kullanımı ile sosyal güvence, çocuğun yaşı, ana dil, sürekli hizmet kaynağı varlığı, yoksulluk, sınıf, eğitim arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Yoksullar, alt sınıfsal gruplar, sosyal güvencesi olmayanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, göçmenler, koruyucu ve tedavi edici hizmetler için sağlık ocağını tercih etmektedir. Bağ-kur ve emekli sandığına bağlı olanlar, beyaz yakalılar, subjektif gelir algısı puan ortalaması iyi olanlar, sağlık ocağı dışındaki kurumları anlamlı olarak fazla kullanmaktadır. Araştırma grubunun % 66,7'si herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağına başvurmuştur. Çocukların % 90,0' ı sağlık kurumlarına ulaşmak için 30 dakikadan az zaman harcamaktadır. Çocukların % 61,7' si sosyal güvencesi dışında ek para ödemektedir, %8,3'ü dil sorunu yaşamaktadır. Çocukların %90.0' inin muayene için 30 dakikadan az süre beklediği görülmüştür. Çalışmada çocukların %29,2' sinin sürekli hizmet kaynağı olduğu saptanmıştır. Sürekli hizmet kaynaklarının %49,3' ü sağlık ocaklarıdır. Sürekli hizmet kaynağı olarak sağlık ocaklarını kullananların ve kamu kurumlarını kullananların birinci basamak puan ortalaması diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir.

Sonuç: Kamu sağlık kurumlarının verdikleri hizmetin niteliğinin tartışıldığı, iyi hizmet veremedikleri gerekçesiyle özel sektöre sevklerin gündeme geldiği, kamu kurumlarında birinci basamak tedavi hizmetlerinin ücretli hale getirildiği, yatırımların tedavi edici, yüksek teknoloji gerektiren hizmetlere ve özel sektöre aktarıldığı bir dönemde sağlık ocaklarının hala birinci basamağın temel özelliklerini en iyi taşıyan kurumlar olduğu görülmektedir. Sağlık kurumlarının verdikleri hizmetin temel özellikleri göz önüne alınarak, performans, hasta memnuniyeti gibi çıktılar üzerinden yapı ve işleyiş elemanları üzerinden değerlendirilmesi durumunda kamu kurumlarının ve sağlık ocaklarının sağlık hizmet sunumunda özellikle toplumun dezavantajlı kesimleri için hala çok önemli bir görevi üstlendiği görülmektedir.

ABSTRACT

The main target of Primary Health Care approach is to establish an equitable, accessible health care system. The risk groups like lower social classes, people living in poverty and the immigrants have difficulties in accessing to health care. The primary health care has an important role to reduce inequalities in access.

OBJECTIVE This study aimed to determine the health care access and the utilization of health care of 0-72 month old children. The study also tried to find out the factors that effect the health care utilization process.

METHODS A cross sectional study was conducted in Gülyaka Heath Center area. The population size is 2830 including all the registered 0-72 month children in this area. 291 children was randomly selected using the systematic sampling method and the sample is stratified by the midwives region. The response rate is 88,3%. χ^2 test, student t test and Anova test is used for the data analysis. The calculation of primary health care score was based on the general characteristics of primary care "first contact, longitudinality, comprehensiveness, coordination" with the help of Primary Care Assessment Tool manual

RESULTS Belonging to lower social classes, living under the poverty treshold, having lower educational status, having no insurance, being unemployed is significantly related with having no visit to any health care provider in the previous year. 29,2% of the children had a regular source of care. 49,3% of these were primary health care centers. The scores of primary health care centers and the other public health care providers are significantly higher than the private health care providers.

CONCLUSION Recent discussions are focused on the quality of health care provided by primary health care. It has been clearly seen that the primary health care centers even in the recent situation they have been pulled in, are the best units of primary health care service with their general characteristics. They still have an important role especially for the disadvantaged groups.

1. GİRİŞ

Sağlık hakkı, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi başta olmak üzere birçok uluslararası ve ulusal belgede temel insan haklarının en önemlilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu kabul ediş, tüm insanlara sağlık hizmeti alma hakkının da beraberinde tanınmasını gerektirmektedir¹. Sağlık herkesin doğuştan elde ettiği bir hak olmanın yanı sıra ülkemizde anayasal bir görev olarak devlet eliyle sunulmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinden 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında yasa ile herkesin eşit olarak yararlanabilmesi amaçlanmıştır². Halen geçerli olan bu yasanın amacı da ülkede yaşayan herkesin ruh ve beden sağlığını korumak, bütün çabalara karşın hasta olanlara ırk, cins, mezhep, sınıf ve yaş farkı gözetmeksizin eşit sağaltım olanakları sağlamak olarak tanımlanmıştır³. 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata deklarasyonu, ikinci maddesinde, sağlıkta özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde var olan büyük eşitsizlik durumunu politik, sosyal ve ekonomik bakımdan kabul edilemez olarak belirlemiştir. 1984 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi' ne üye ülkelerin '2000 yılında Herkes İçin Sağlık' anlayışı doğrultusunda Avrupa bölgesi sağlık politikası belirlenirken kabul ettiği ortak hedeflerinin ilki "2000 yılına kadar dezavantajlı ülkeler ve ülkelerdeki dezavantajlı gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları en az % 25 azaltılmalıdır" olarak belirlenmiştir^{4 5}. Bu hedefe ulaşılamamıştır ve dolayısıyla aynı ülkede yaşayan farklı sosyal gruplar ve coğrafi bölgeler arasında belirgin mortalite ve morbidite farklılıkları sürmektedir.

Sağlıkta eşitsizlik kavramı, çeşitli sosyal gruplar arasında var olan ve ancak sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan, bu nedenle de ortadan kaldırılabilir ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıkları ifade etmektedir. Sağlık düzeyindeki eşitsizlikler yaşam koşulları ve sosyoekonomik durumları aynı olmayan bireyler arasında sağlık problemlerinin sıklığındaki farklılığı ifade etmektedir⁶.

"İdeal olarak, sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Bu yaklaşımla sağlık hizmetlerinde eşitlik şu başlıklar altında ele alınabilir;

Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit erişilebilirlik: Herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olmasıdır. Sağlık hizmeti ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılım, her bölgede hizmetlere kolay erişilebilirlik ve erişilebilirliği engelleyen unsurların ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Erişilebilirlikteki eşitsizliğin aşırı bir örneği, insanların gelir düzeyi, ırk, cinsiyet, yaş, din ve diğer sağlık hizmet ihtiyaçları ile doğrudan ilgili olmayan bazı faktörlerin etkisi ile sağlık hizmetlerini kullanamadıklarında ortaya çıkar.

Eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım: Bu konuda, sosyal veya ekonomik dezavantajlardan dolayı hizmetlerin kullanımında kısıtlama söz konusu ise eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım hızlarının sağlanması hedeflenmelidir.

Herkes için eşit kalitede hizmet: Her bireyin sosyal etkenlerden ziyade, ihtiyaca göre adil bir yöntem ile hizmete ulaşma şansının olması son derece önemlidir. Bu konu özellikle kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda kritik önem arz eder. Böyle bir ortamda, eğer belli bir sosyal grup dezavantajlı gruplara göre daha iyi hizmet alıyorsa ya da, ırk veya etnik köken gibi nedenlerle bazı grupların tedavisi devamlı gecikiyorsa haksız bir durum ortaya çıkar⁷

Hizmet eşitsizliğine yol açan finansal, coğrafi, sosyokültürel, organizasyonel erişilebilirlik düzeylerindeki engeller sağlık hizmeti kullanımı etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Finansal eşitsizliğin en önemli nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliklerin sonucunda ortaya çıkan yoksulluktur. Bu durum hizmet kullanımı düzeyinde sosyal güvencenin olmaması ve cepten ödemelerdeki güçlükle kendini gösterir. Coğrafi eşitsizlik ise sağlık ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılımın olmaması sonucunda yoksul bölgelerde ortaya çıkan sağlık hizmeti yokluğu ya da var olan hizmetlere coğrafi olarak ulaşamamadır. Sağlık hizmetlerine dil etnik köken ya da din nedeniyle erişememe sosyokültürel erişim eşitsizliğine neden olur. Sağlık sistemi ya da sağlık hizmeti veren kurumların yönetim, örgütlenme ve organizasyonlarındaki olumsuzluklar organizasyonel erişim sorunlarını beraberinde getirir ve bu boyutta eşitsizliklere neden olur.

Hizmet kullanımını etkileyen bu nedensellik ağı içinde bu engellerin çözümünde sağlık sistemlerinin temelini oluşturan birinci basamak kritik rol oynamaktadır. Sağlık Ocakları, 224 sayılı yasa uyarınca kurulan birinci basamak sağlık hizmeti vermesi amaçlanan, kullanıcıların çeşitli nedenlerle ilk başvurdukları yerlerdir⁸. Ancak günümüzde değişik nedenlerle sağlık sorunu ile karşılaşan kişilerin ilk başvuru yeri her zaman sağlık ocakları olmamaktadır. Bireylerin sağlık kurumu tercihinde, sağlık hizmetlerine erişebilmede, sağlık hizmetlerinden

yararlanma düzeylerinde toplumlar arası farklılıkların yanı sıra toplumu oluşturan bireyler arasında da farklılıklar olması önemle üzerinde durulması gereken bir konudur⁹.

Çocuklar, yaşlılar, engelliler, göçmenler ve yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımındaki farklılıklar ve bu grupların sürekli sağlık hizmeti aldıkları kurumların olmaması tüm toplumun sağlık düzeyini yükseltmede ciddi engellerdir. Sağlık hizmetlerinde planlanan hedefe ulaşmak için bu farklılıkları oluşturan faktörlerin araştırılması ve bunlara yönelik önlemlerin alınması esastır.

Bu çalışma yukarıda bahsedilen faktörlerin sağlık hizmetine, erişim, kullanım ve sürekli hizmet kaynağı varlığına etkilerini incelemek ve şimdiye dek yapılan araştırmalarla oluşturulan yapıya, bir tuğla daha koymak arzusundadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temel Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Hizmeti

2.1.1. Temel Sağlık Hizmeti Kavramı

Temel sağlık hizmeti (TSH) yaklaşımının en önemli amacı, toplumun her kesiminin ulaşabileceği, hakkaniyetli bir sağlık hizmetinin gerçekleştirmektir. 1979 Alma-Ata'da TSH leri "Çağdaş Sağlık Hizmetini herkese eşit olarak, toplumun gelenek ve gereksinimlerine uygun, her basamakta bireylerin ve toplumun katılımı sağlanarak, uygun bir teknoloji ile etkin olarak halka sunmaktır" olarak tanımlanmıştır¹⁰.

TSH' nin içerdiği kavramları farklı açılardan inceleyen yaklaşımlar;

Bir Felsefe Olarak TSH: TSH felsefesinin temelini dört temel nokta oluşturur.

- **Sosyal Eşitlik:** Sağlık Hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara değil, toplumdaki herkese ve en uzak yerleşim yerlerinde oturanlara da, sosyal adalet anlayışı içinde ve hakkaniyet ölçüsünde götürülmelidir.
- **Öz sorumluluk:** Herkes kendi sağlığının sorumluluğunu bilmelidir. Bunun için de kişiler eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir. Kişiler ve toplumlar sorumluluk duygusu içinde sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunulmasında söz sahibi olmalı, yani toplum sağlık hizmetlerine katılmalıdır.
- **Sağlık Hizmetlerinin Boyutu:** Sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörü tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur ve bir çok başka sektörü de ilgilendirir. Sektörler arası eşgüdüm (koordinasyon) gereklidir.
- **Uluslar arası dayanışma:** Sağlık bir Dünya ve insanlık sorunudur. Gelişmiş ülkelerin, geliştirmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kalkınmasını desteklemeleri gerekir. Tüm ülkeler dezavantajlı grupların sağlığını öncelemelidir.

Örgütlenme Anahtarı Olarak TSH: TSH' ni örgütlenme ilkeleri açısından inceleyen yaklaşımdır.

- Sağlık hizmetleri 'ekip anlayışı' içinde verilmelidir.
- Halkın ilk başvuruları için birimler kurulmalıdır.
- Kademeli hasta sevki sistemi işletilmelidir.

- Koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler birlikte, entegre hizmet anlayışı içinde bir bütün olarak ele alınmalıdır.
- Hizmetler sürekli olmalıdır.
- Sağlık yönünden risk altındakiileri belirlemek için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır.
- Hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.
- Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve diğer koşullarına uygun olmalıdır¹¹.

TSH' nin Aktivite Alanı: TSH' nin aktivite alanı Alma-Ata' da söyle tanımlanmıştır.

- Sağlık sorunları ve hastalıklardan korunma konusunda eğitim
- Yeterli besin sağlanması ve dağıtımı
- Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması, temel sanitasyon
- Anne ve ocuk sağlığı, aile planlaması
- Bağışıklama
- Yöresel endemik hastalıkların tedavisi
- Sık görülen hastalık ve yakınmaların tedavisi
- Temel ilaçların sağlanması

TSH' nin Hizmet Düzeyi

- TSH kişilerin sağlık ihtiyaçları için ilk başvurdukları yerden başlar. İkinci ve nc basamak sağlık hizmeti düzeylerini de kapsar¹².

2.1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak Temel Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri' nin en yaygın olarak bilinen yönü budur. Bu tanım koruyucu hizmetlerle evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır. Bu, halkın ilk başvuru basamağıdır. Tanısı ve tedavisi bu basamakta yapılamayan hastalar bir st basamağa sevk edilir. Bu tanıma göre Türkiye' de temel sağlık hizmetlerinin verildiği başlıca yerler sağlık ocaklarıdır¹¹. Gerçeklik payı olsa da TSH' n ini birinci basamak sağlık hizmeti olarak algılamak; TSH prensipleri açısından yanlış bir sınırlama olur. TSH ulusal sağlık sistemi ve hizmetinin tümünü kapsayan bir çatıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti ise bu yapının tüm özelliklerini taşıyan merkezi bir parçasıdır.

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri ve Değerlendirilmesi

2.2.1. Birinci Basamağı Fonksiyonları Açısından Tanımlama Çabaları

Birinci basamağı fonksiyonları açısından tanımlama çabaları süreç içinde gelişmiş ve kavramlar birbiri üzerine eklenmiştir.

1966 Milis Raporu' nda

- İlk başvuru yeri
- Hastalığın varlığından ya da yokluğundan bağımsız sürekli sorumluluk alanı
- Sağlığın sosyal, psikolojik ve fiziksel entegrasyonunun sağlandığı yer olarak tanımlanmıştır.

1974' de Alpert, Charney ve Parker bugün de birinci basamağın olmazsa olmaz özellikleri olarak bilinen dört özelliği tanımlamıştır.

- İlk başvuru yeri
- Süreklilik
- Kapsayıcılık
- Entegrasyon, koordinasyon

1978' de 'Tıp Enstitüsü' Komitesi bu tanımlara erişilebilirlik ve ödenebilirlik kavramlarını eklemiştir^{13 14 15 16}.

- Erişilebilirlik
- Kapsayıcılık
- Koordinasyon
- Süreklilik
- Ödenebilirlik

Birinci basamak 1994' de Tıp Enstitüsü Komitesince; "Kişisel sağlık ihtiyaçlarının büyük çoğunluğunu içeren, entegre ve erişilebilir, hasta ve onun birinci basamak hekimi arasında sürekli bir ilişkinin geliştirildiği, aile ve toplum temelinde hizmet veren sağlık hizmetidir" şeklinde tanımlanmıştır^{17 18}.

1996' da Donaldson ve arkadaşları birinci basamak sağlık hizmetinin koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içeren 'entegre edilmiş', herhangi bir sağlık sorunu için hayatın her döneminde 'kapsayıcı', hastanın gereksinimlerini karşılayan, hizmetler arası işbirliğini içeren 'eşgüdümlü', etkin ve uygun zamanlı iletişimle 'sürekli', coğrafi, yönetsel, finansal, kültürel, dil engeli açısından 'erişilebilir', hastaların klinisyenlere getirdiği sorunların

tümünü çözümlleyen 'sağlık ihtiyaçlarının çoğunluğunu içeren' ve 'ödenebilir' özelliklerini taşıması gerektiğini vurgulamıştır.

1994 yılında Kanada Tabipler Birliği, birinci basamağın sağlık sistemine giriş noktası olduğunu vurgulamış ve sistemin diğer komponentleri ile sıkı bağlantılı olması gerektiğini vurgulayarak şu tanımlamayı yapmıştır: "Sağlık hizmetlerinin yönetimi, koruma, sağlığın geliştirilmesi, gerekli yerlerde toplum ve aile aracılığı ile desteğin sürdürülmesi ve geniş çeşitlilikteki sağlık sorunları için sürekli hizmet veren, hastanın ilk başvuru yeridir."

DSÖ Avrupa bölgesi çalışma grubu 1994 yılında (Charter for General Practice/Family Medicine in Europe) 12 özellik belirlemiştir¹⁹.

Genel: Yaş grubu, sorunun tipi ile sınırlanmamış,

Ulaşılabilir: Zaman, yer, finansal ve kültürel açıdan ulaşılabilir,

Entegre: Tedaviyi, rehabilitasyonu, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi kavramlarını birleştiren,

Sürekli: Hayatın önemli evrelerini içeren,

Ekip çalışması: Doktor multidisipliner bir grubun üyesidir,

Bütüncül: Toplumlar, aileler, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal perspektiflerini içeren

Kişisel: Hastalık yerine kişiye odaklı

Aile yönelimli: Sağlık sorunlarının aile ve sosyal bağlantılar bağlamında algılandığı,

Toplum yönelimli: Toplumun sağlık ihtiyaçlarından haberdar, olumlu sağlık değişimi sağlamak için diğer sektörlerle işbirliği içinde, yerel toplumun yaşamıyla ilgili,

Koordineli: Kişini aldığı tüm destek ve önerilerin koordinasyonu sağlanmış

Gizlilik: Hasta mahremiyeti ilkesini gözetken,

Savunma: Hastaların sağlık ile ilgili sorunlarını diğer sağlık hizmet sunucuları ile işbirliği içinde sürdüren ve hastayı sahipsiz bırakmayan²⁰.

Süreç içinde geliştirilen bu kavramların tümünün özeti tablo 1' de görülmektedir.

Tablo 1. Birinci Basamak Özelliklerinin Tarihsel Gelişimi

	Milis Raporu 1966	Alpert, Charney, Parker 1974	Tıp Enstitüsü Komitesi 1978	DSÖ Avrupa Bölgesi Çalışma Grubu 1994	Donaldson ve ark. 1996
İlk Başvuru	+	+	+		
Süreklilik	+	+	+	+	+
Entegrasyon	+	+	+	+	+
Koordinasyon		+	+	+	+
Kapsayıcılık		+	+		+
Ulaşılabilirlik			+	+	+
Ödenebilirlik			+		+
Genel				+	
Ekip Çalışması				+	
Bütüncül				+	
Bireysel				+	
Aileye Dayalı				+	
Topluma Dayalı				+	
Savunma				+	
Gizlilik				+	

Birinci basamak sağlık hizmeti bazı temel özellikler açısından ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerden ayrılır. Bu özellikler tablo 2' de görülmektedir²⁰.

Tablo 2. Birinci Basamak Hizmeti İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmetten Ayıran Önemli Özellikleri

		Birinci Basamak Hizmeti	İkinci Basamak Hizmeti	Üçüncü Basamak Hizmeti
Sağlık Sorunu	Nadir ve Komplike	+	+	++++
	Seyrek ve Spesifik	++	++++	++
	Sık Görülen ve Nonspesifik	++++	++	+
Hizmetin Yeri	Toplum Alanları	++++	++	+
	Hastane Tabanlı (Genel Hizmet)	++	++++	++
	Hastane Tabanlı (Yoğun Bakım Gerektiren H.)	O	++	++++
Sevk Paterni	Doğrudan Ulaşım	++++	+++	O

	Sevklı Ulaşım	+	+++	++++
Sorumluluğun Boyutu	Sürekli Hizmet	++++	+	+++
	Aralıklı Hizmet	+	++++	+
	Dönemsel Hizmet	+	++	+++
Bilgi Kaynağı	Hasta ve Yakınları	++++	++	+
	Epidemiyolojik Veri Tabanı	++++	+++	+
	Biyomedikal Veri Tabanı	+	++	++++
Teknoloji kullanımı	Karmaşık Donanım ve Personel	+	++	++++
	Düzenli Laboratuvar	++++	++++	++
Yönelimi	Koruma/Sağlıklılığın Sürdürülmesi	++++	++	+
	Erken tanı/Engellilik	+++	+++	++
	Palyasyon/Rehabilitasyon	++	++	++++
Eğitim İhtiyacı	Geniş ve Genel	++++	++	+
	Yoğun ve Dar	++	+++	++
	Dar ve Yüksek Derecede	O	++	++++
	Uzmanlaşmış			

Gelinen bu noktada birinci basamak sağlık hizmetinin olmazsa olmaz diye tanımlanan dört temel özelliği belirlenmiştir^{21 22}.

- İlk Başvuru Yeri
- Süreklilik
- Kapsayıcılık
- Entegrasyon, Koordinasyon

İlk Başvuru Yeri

Birinci basamak herhangi bir sağlık sorunu ya da sağlık sorununun yeni bir yönü için ilk gelinen yerdir. Birinci basamak ilk başvuru yeri olarak kullanılması için erişilebilir olmalıdır. Kişiler sağlık hizmeti veren kurumu erişilebilir olarak kabul edip bunu kullanımlarıyla yansıtmadıkça, kurum ilk başvuru hizmeti sağlayamaz.

İlk başvuru yeri olarak birinci basamağın kullanılması, maliyeti azaltır,doğru yere sevk edilme olasılığını artırır, uygun hizmetin daha kısa sürede alınmasını sağlar. Aile, yaşadığı çevre gibi faktörlerle birlikte değerlendirilen semptomlardan doğru tanıya ulaşma olasılığı artar.

Acil hizmetler ve uzman hekim hizmetleri daha verimli kullanılır.

Süreklilik

Düzenli bir hizmet kaynağının varlığı ve bunun kullanımıdır. Sürekli hizmet, kişilerin sağlık hizmeti aldıkları kaynağı tanıması ve benimsemesi, uygulayıcı kişi ya da kurumun da hizmet verdiği kişi ya da toplumu tanıması ve bu etkileşimin belli bir zaman diliminde devam etmesidir. Kurumsal süreklilik denildiğinde hep aynı kurumun kullanılması, kişisel süreklilik denildiğinde ise aynı sağlık çalışanından hizmet alma kastedilmektedir.

Sağlık probleminin tipine hatta varlığına bakılmaksızın hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişkilerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşabilmesi için, kişilerin bir sağlık sorunu olsun olmasın sürekli hizmet kaynağı olarak kurumu kullanmaları gerekir.

Sürekliliğin sağlanması ile, hasta ve sağlık personeli birbirini tanır, anlar, karşılıklı güven duygusu oluşur, uyum artar, çıktının niteliği artar.

Farklı yollarla iletişim olanağı sağlar, koruyucu hizmetlerden yararlanma artar, hastalık nedeniyle değil izlem nedeniyle başvuru oranı artar, Acil hastaneye yatış ve hastanede yatış süreleri ve maliyetler azalır.

Kapsayıcılık

Kapsayıcı yaklaşım tıbbi bakım sürecinin dört basamağını içermelidir. Bu basamaklar gereksinim ya da sorunun belirlenmesi, tanı, izlem, yeniden değerlendirmedir.

Toplum düzeyinde kapsayıcılık, hizmet yelpazesinin toplumun gereksinimlerine göre belirlenmesi ve bu hizmetin topluma ulaşmasının derecesi ile ölçülür.

Kapsayıcı diyebilmek için; kalkınma etkinlikleri ile, toplum ve sağlık sistemi tarafından hedeflenen sorunlar ilişkili ve dengede olmalı, kültürel olarak kabul edilebilir, teknik olarak uygun, yönetilebilir, bölgesel gereksinimleri karşılayabilir olmalıdır.

Kapsayıcı hizmet kişilerin ailenin ve toplumun sağlık problemlerini fiziksel psikolojik ve sosyal açıdan değerlendiren tümelci bir hizmettir.

Koordinasyon

Hekim, tıbbi kayıtlar ya da her ikisi tarafından hizmetin kesintisiz olarak sağlanmasını, böylece toplumda ya da kişide ortaya çıkan sağlık sorunlarının daha kolay ve doğru olarak ortaya çıkarılması içerir. Koordinasyon esası bir önceki sorun ya da alınan hizmetten haberdar olmak ve buna göre şu andaki gereksinimi belirlemektir. Koordinasyon sağlanamazsa süreklilik etkinliğini kaybeder, kapsayıcılığın gerçekleşmesi güçleşir, ilk başvuru sadece uygulamada kalır, etkin olmaz. Birinci, ikinci, üçüncü basamak hizmetinin uyumunu ve etkinliğini sağlar.

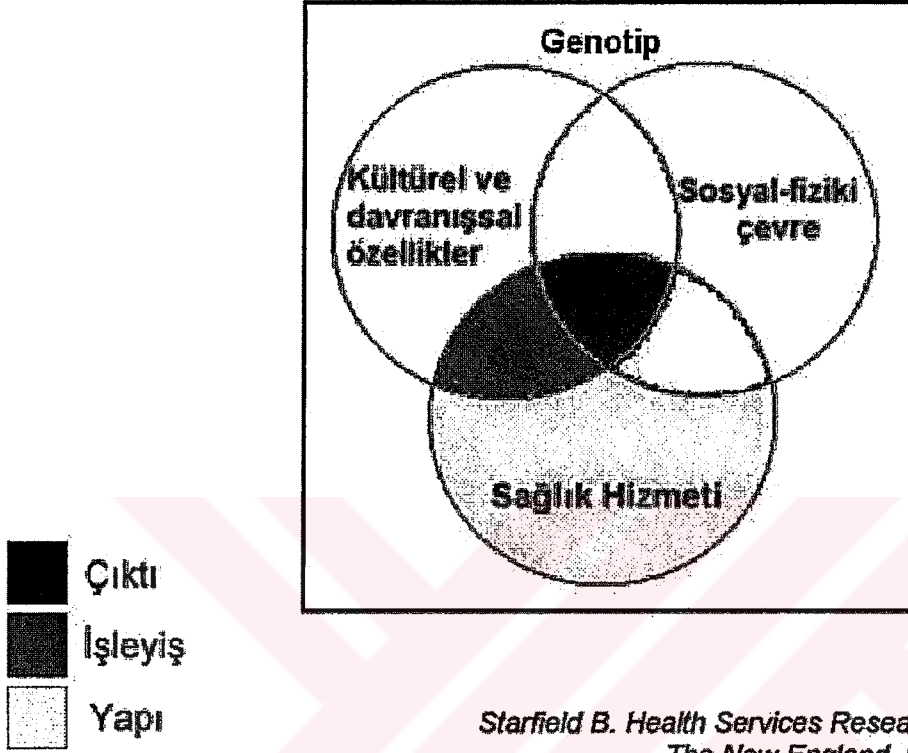
2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirmesi

Donabedian' ın sağlık hizmeti değerlendirme modeline göre kişilerin ve toplumun sağlık durumunu etkileyen etmenler; genetik faktörler, sosyal ve fiziki çevre koşulları, kişilerin kültürel ve davranışsal özellikleri ve sağlık hizmetlerinin durumudur^{23 24}(şekil 1).

Kişi davranışları ile sağlık hizmeti sisteminin kesiştiği alan sağlık sisteminin işleyişini oluşturur. Kişisel özelliklerle sağlık hizmetinin sunumu sırasındaki ilişkileri açıklayan alandır. Sistemin diğer iki faktörle kesişmeyen parçası tüm alt yapı ve donanımla sağlık sisteminin yapısını, her üç faktörün etkisiyle oluşan ortak alan çıktıyı oluşturur (Şekil 1).

Şekil 1. Toplumun Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler

Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler



Starfield B. Health Services Research: A Working Model
The New England Journal of Medicine 1973

Şekil 1' de tanımlanan bu üçlü yapıyı biraz daha açmak gerekirse;

Sağlık Hizmetinin Yapısı

Tıbbi hizmetin verildiği alan ve bu hizmetin verilmesini sağlayan bütün elemanlar olarak tanımlanır. Bu elemanlar ve değerlendirmeye alınacak özellikleri şunlardır.

- **Personel;** sayısı, niteliği, eğitim düzeyi süresi
- **Bina;** sayısı, özellikleri güvenilirliği, standartları
- **Ekipman;** verilen hizmete uygun, verimli, maliyet etkin teknoloji kullanımı
- **Organizasyon;** verilen sağlık hizmetinin topluma kişiye uygunluğu, kullanılabilir olup olmadığı, sürekliliği
- **Bilgi akış sistemleri ve kayıtlar;** yeterliliği, kullanılabilirliği, güvenilirliği
- **Finansman;** kişilerin hizmetten yararlanmak için harcadığı para, sistemin oluşturulmasındaki ve işletilmesindeki harcamalar

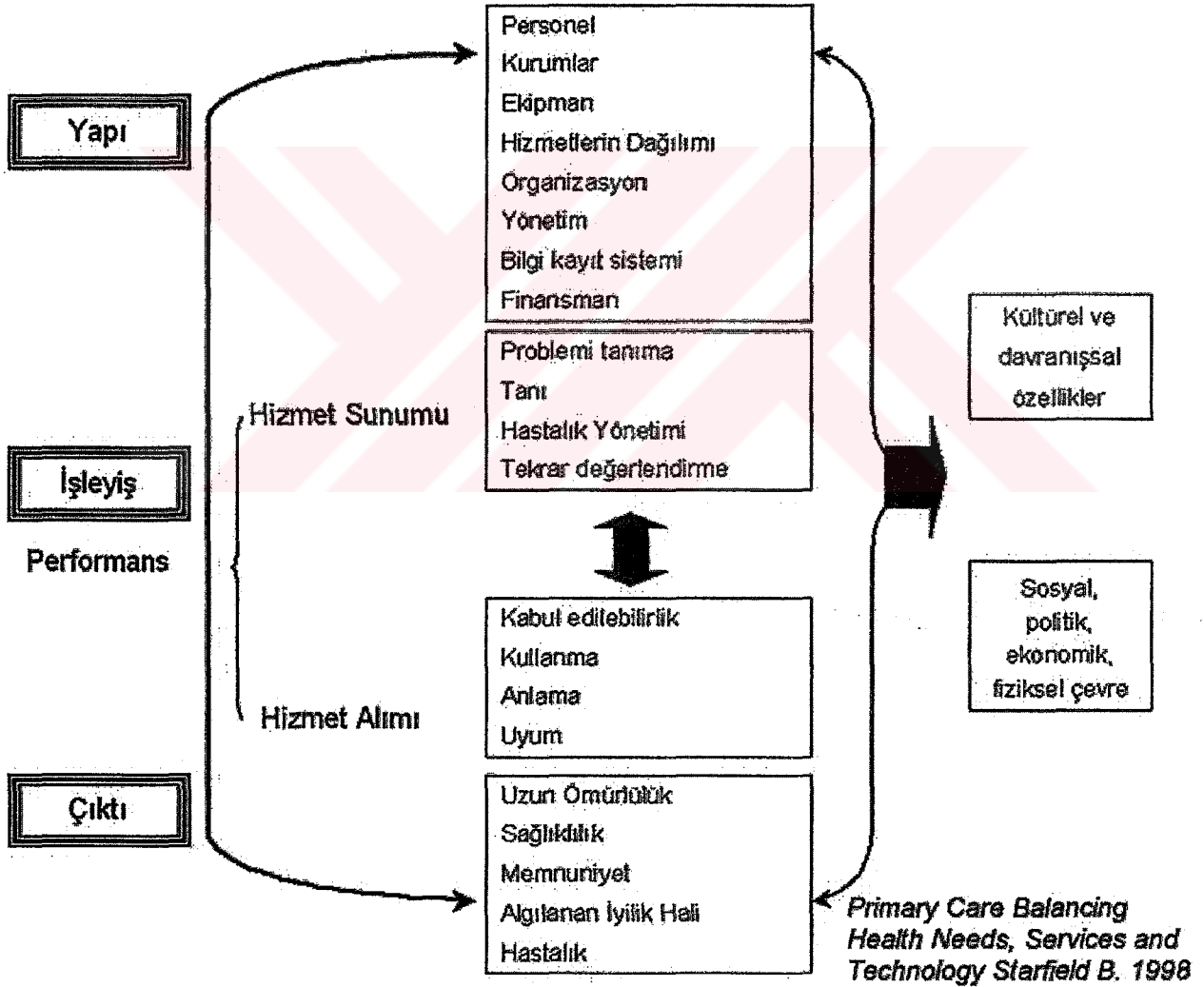
Sağlık Hizmetinin İşleyişi

Sağlık sistemi ile hasta arasındaki ilişkiyi ve etkileşimi yansıtır. Hizmet sunucuları açısından ve hizmeti alanlar açısından İki etkinlik alanı vardır. Sağlık sistemi açısından değerlendirme basamakları; sorunun tanımlanması, tanısal süreç, tanı, izlem, sağaltım, değerlendirme, sürveyanstır. Hizmet alan kişi açısından; hizmeti anlaması, kabul etmesi, kullanması basamakları sayılabilir

Sağlık Hizmetinin Çıktısı

Sağlık hizmetinin etkinlik ve aktivitesinin en son değerlendirilmesi, hastanın sağlık hedefine ulaşmasıdır. Sağlık durumunu etkileyen tüm faktörlerce belirlenir. Yapı, süreç ve çıktı ilişkisinin sağlık hizmeti sistemi içindeki yeri şekil 2' de görülmektedir.

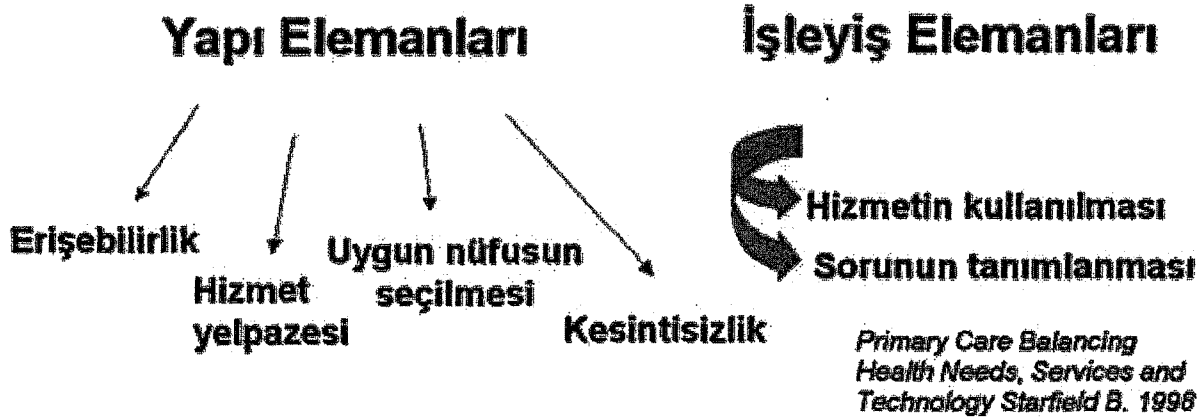
Şekil 2. Yapı, Süreç ve Çıktı İlişkisinin Sağlık Hizmeti Sistemi İçindeki Yeri



Starfield, birinci basamak sağlık hizmetinin temel özellikleri olan ilk başvuru, süreklilik, koordinasyon ve kapsayıcılığı, Donabedian'ın yapı, işleyiş, çıktı modeli üzerinden

değerlendirmeyi önermiş ve bu bileşenleri tekrar sınıflamıştır. Bu yaklaşım şekil 3' te görülmektedir.

Şekil 3. Birinci basamak Sağlık Hizmetinin Yapı ve İşleyiş Elemanları



Birinci basamak sağlık hizmetinin yapısal elemanlarını açacak olursak;

- **Erişilebilirlik:**

Erişilebilirlik (accessibility) var olan hizmete ulaşmak için karşılaşılan tüm sorunları içeren çok boyutlu bir kavramdır. Erişim, erişilebilirlik, kullanılabilirlik⁵⁴ terimleri aynı kavramı ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Penchansky ve Thomas 1981 erişilebilirliği şu özelliklerle açıklamaktadır^{21 25}.

Hizmetin var olması: Hizmet ihtiyacına cevap verebilecek yeterli hizmetlerin bulunması

Ulaşılabilirlik: Hizmet alanın, hizmet veren kurumla olan fiziksel ilişkisi bağlamında ulaşım zamanı, süresi ve maliyetini içerir.

Uyum: Varsa randevu sistemi, çalışma saatleri gibi hizmetin organizasyonuna ait özelliklerin hastalara uygunluğunu ifade eder.

Ödenebilirlik: Hizmet maliyetleri ile hastaların geliri, ödeme gücü ve sağlık sigortası arasındaki ilişkiyi gösterir.

Kabul edilebilirlik: Sağlık hizmeti sunanlarla hastalar arasındaki ilişki bağlamında hizmeti sunanların özelliklerinin hastalarca kabul edilebilirliğinden bahseder.

Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen etmenlerin her açıdan irdelenmesi ve yeterli sağlık hizmeti alamayanların neden bu haklarından yoksun kaldıklarının bilimsel olarak saptanması gereklidir²⁶. Sağlık hizmetine erişimin gerçekleşip gerçekleşmediğini belirlemede en bilinen yollardan biri hizmet sunuculara yapılan başvuruların sıklığına bakmaktır. Bu yol çok kullanışlı bir ölçüm yöntemi olmasına rağmen, erişimde eşitliği belirlemede problemler taşır. Başvurusu olan ancak sosyal güvencesi ya da yeterli parası olmadığı için ilacını alamayan bir kişinin sağlık hizmetine erişiminin yeterli olduğunu söylemek güçtür²⁷.

Erişilebilirlik kavramı diğer boyutları ve literatür örnekleri ile bölüm 2.3' de ayrıntılı incelenecektir.

- **Hizmet Yelpazesi:**

Sağlık sisteminin verdiği her türlü hizmeti kapsar. Verilen hizmetlerin toplumun sağlık gereksinimlerini ne oranda karşılayabildiğini değerlendirir. Hizmet yelpazesi ülkeden ülkeye, toplumda topluma farklıdır.

- **Uygun Nüfusun Seçimi:**

Sağlık sisteminin sorumluluğunu aldığı toplumu, kişilerin de hizmet aldıkları yeri tanımlama becerisini içerir. Kurum hizmet verdiği toplumu sosyodemografik ve sağlık düzeyi açısından tanımlayabilmeli, bireyler de aynı kurumu sürekli sağlık hizmeti aldıkları yer olarak tanımlamalı ve verilen hizmetlerden haberdar olmalıdır.

- **Kesintisizlik:**

Verilen hizmetin kesintiye uğramadan sonuca ulaşma başarısını tanımlar. Kişinin kuruma ya da kurum dışındaki bir yere yaptığı bir önceki başvurunun ve sonuçlarının hekim tarafından bilinmesi ile gerçekleşir. Bunun için iki yol önerilir. Birincisi kişiye her türlü hizmetin tek hekim tarafından verilmesi ve gerek duyulduğunda uzman için iletişimi bu hekimin sağlaması, ikincisi hasta izlem kayıtlarının yeterli ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetinin işleyiş elemanları ise aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır;

- **Hizmetin kullanılması:**

İlk defa ortaya çıkan bir sağlık sorunu için gerçekleşen başvurudan, kronik bir hastalığın izlemi ya da koruyucu hizmet almak için gerçekleştirilen başvuruya kadar tüm hizmet alımları kullanım kavramı içinde yer alır. Kullanım doğrudan hastanın isteği ile olabileceği gibi diğer sağlık çalışanlarının yönlendirmesi ile de olabilir. Sağlık hizmeti veren kurumun sunduğu hizmetlerin, hizmet verdiği toplum tarafından amaca uygun olarak kullanımını tanımlar. Bölüm 2.3' de daha ayrıntılı tartışılacaktır.

- **Sorunun tanımlanması:**

Toplumda ya da kişide var olan sağlık sorunlarının ya da gereksinimlerinin ortaya çıkarılmasını kapsar. Tanısal süreçten önce gelen bir basamaktır. Sağlık sorunu tanımlanmazsa tanısal süreç oluşamaz ya da uygun olarak gelişemez.

Birinci basamak sağlık hizmeti tanımlanırken belirtilen temel özelliklerden herbirinin başarısını ölçmek için dört yapısal ve iki işlevsel elemanlardan birer tanesine gereksinim vardır²⁰(tablo 3).

Tablo 3. Temel Özelliklerin Ölçümünde Kullanılan Yapı ve İşleyiş Elemanları

	Yapısal	İşleyiş
İlk Başvurunun Değerlendirilmesi	Erişilebilirlik	Kullanım
Sürekliliğin Değerlendirilmesi	Uygun Toplumun Seçimi	Kullanım
Kapsayıcılığın Değerlendirilmesi	Hizmet Yelpazesi	Sorunların Tanımlanması
Koordinasyonun Değerlendirilmesi	Kesintisizlik	Sorunların Tanımlanması

İlk Başvurunun değerlendirilmesi

Erişilebilirliğin ölçümü: Toplum ve kurum bazında olmaktadır.

Toplum bazında: Hizmet kullanımındaki engellerin izlenmesi, öncelikle toplumun her kesimi tarafından sosyal, ekonomik, kültürel ve coğrafi açıdan erişilebilirliğinin değerlendirilmesini içerir. Bir diğer yol erişilebilirliğin dolaylı ölçümüdür. Sağlık hizmetinin kullanıma yansıyan boyutu açısından değerlendirilir. Kullanım/iş görmezlik, kullanım/hastalık oranı gibi değerlendirmeler bu amaçla kullanılmıştır.

Kurum bazında: Sağlık hizmetinin verilen günleri, çalışma saatlerini, bekleme sürelerini, hastaların ulaşımını, belirli standartlara uygunluk aranarak ve hizmet verenlerden bilgi alınarak değerlendirilmesidir. Hasta davranışı olarak kullanımı ölçmek için yapılan toplum tabanlı çalışmalarda, en son başvuru ya da son belli bir zaman periyodunda yapılan başvurular ilk başvuru özelliği taşıması açısından değerlendirilir.

Sürekliliğin değerlendirilmesi

Yapı elemanı; uygun toplumun seçimi: Kişilerin sürekli hizmet kaynağı olarak birinci basamak sağlık hizmetini kullanıp kullanmadığı araştırılır.

İşleyiş elemanı; kullanım: Belli bir zaman diliminde gerçekleşen başvurular öncelikle süreklilik açısından tanımlanır ve bunların ne kadarı birinci basamağa yapılmış incelenir.

Sürekliliğin ölçümünde toplum düzeyinde kullanılan üç ölçüt bulunmaktadır.

- **Genel Sunucu Kesintisizliği:**

Düzenli hizmet alınan yere yapılan başvuru sayısının tüm başvuru sayısına bölünmesi ile elde edilir.

- **Hizmet Kesintisizliği:**

Belli bir periyotta yapılan başvuruların hangi hekime kaç defa olduğu belirlenir. Toplam başvuru sayısının az olduğu durumlarda tercih edilir.

- **Olasılıklı Kesintisizlik:**

Bir bölgede birden fazla hizmet kaynağı kullanılıyorsa tercih edilmelidir. Pek çok hekim ya da kurumun kullanıldığı bir bölgede tek bir yerin sürekliliği yüksek olması anlamlıdır. Bu ölçütler yapılan başvurunun tek bir problem için mi yoksa tüm hizmetler için mi olduğunu ayırt edemez. Ayrıca sevkle sonuçlanma durumunun da ayrımını yapamaz. Bu nedenle kullanımları sınırlıdır.

Süreklilik ölçütü olarak kullanılacak bir diğer model de kişilerin sürekli hizmet kaynaklarının varlığının araştırılmasıdır. Belli bir period boyunca kayıtlardan ya da hastaların kendisinden alınan bilgilerle karar verilir.

Kapsayıcılığın değerlendirilmesi

Yapısal eleman olan hizmet yelpazesinin değerlendirilmesinde verilen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerin ne kadar verilebildiği araştırılır. Hizmet yelpazesinin hizmeti alanlar değil hizmeti verenler düzeyinde sorgulanması daha doğru bir yaklaşımdır. Kurumların verdiği hizmetleri başka bir kurumla ya da standart bir hizmetler bütünü ile karşılaştırmaktadır.

Sorunların tanımlanmasında kullanılan bir yaklaşım toplumda sık rastlanan sorunların tanımlanıp birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların bu hastalıkları bulma başarısını ölçmektir. Diğer bir yaklaşım ise eşit ve kapsamlı hizmet veren sağlık kurumlarının sağlık hizmeti verdiği kişiler arasında sağlık düzeyi açısından farklılıkların olup olmadığının ölçülmesine dayanır.

Koordinasyonun Değerlendirilmesi

Koordinasyon açısından kesintisizlik birbirini izleyen başvurulardan ne kadarının aynı hekime yapıldığı ya da kayıtlarda var olduğudur. İşleyiş elemanı olan sorunların saptanmasının değerlendirilmesinde esas olan hekimin hastasının başka bir yerden aldığı tedavi ya da tanıdan haberdar olmasıdır. Bu bilgi doğrudan hastadan alınabileceği gibi kayıt ve bilgi sistemlerinin incelenmesi ile de öğrenilir.

Starfield modelinde sistemin yapı ve işleyişi arasındaki etkileşim incelemektedir. Doğrudan çıktı ile ilgilenmediği için kalite yaklaşımından çok, hizmetin şu anki durumunu değerlendirir. Bu model üzerinden yapılacak değerlendirmeler sistemdeki sorunların saptanmasına ve farklı kurumları karşılaştırmaya olanak verebilmektedir.

2.3. Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik ve Kullanım

Bir toplumun sağlık hizmeti sistemine girişini kapsayan alanlar bütünü erişilebilirliği tariflemektedir. Tıp Enstitüsü Komitesi erişimi, "sağlık hizmetlerinin en iyi sağlık çıktısını alacak şekilde uygun zamanda kullanılması olarak tanımlamıştır²⁷

'Amerika' da Sağlık Bakımına Erişim' raporunda erişimle ilgili engeller yapısal, finansal ve kişisel olarak üç grupta toplanmıştır. Hizmetlerin varlığı, nasıl organize edildiği, hizmete ulaşım yapısal engeller olarak tanımlanmıştır. Sosyal güvence kapsayıcılığı, sigorta geri ödeme düzeyi, kamunun katkısı finansal engeller grubundadır. Kabul edilebilirlik, kültürel faktörler, dil, eğitim düzeyi ise kişisel engeller olarak değerlendirilmiştir. Erişimi, coğrafi, sosyokültürel, finansal, organizasyonel olmak üzere dört başlık altında inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır²⁸. Bu araştırmada kullanılan model bu çerçevededir.

Coğrafi erişim: Hizmete erişmek için aşılması gereken ulaşım engellerinin tümünü içerir.

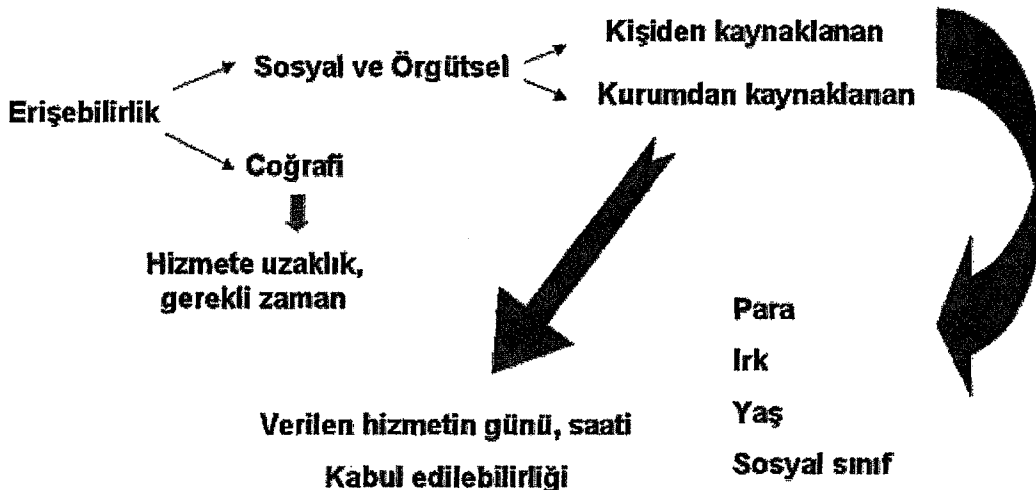
Finansal erişim: Sosyal güvence varlığı, hizmet alırken yapılan cepten ödemeler, yolda harcanan ücretler bu kapsamdadır.

Sosyokültürel erişim: Etnik, köken ve dil başlıca engellerdir

Organizasyonel erişim: Sağlık örgütlenmesi ve hizmet veren kurumdan kaynaklanan çalışma günleri, saatleri, hizmet almak için bekleme süresi gibi özelliklerdir.

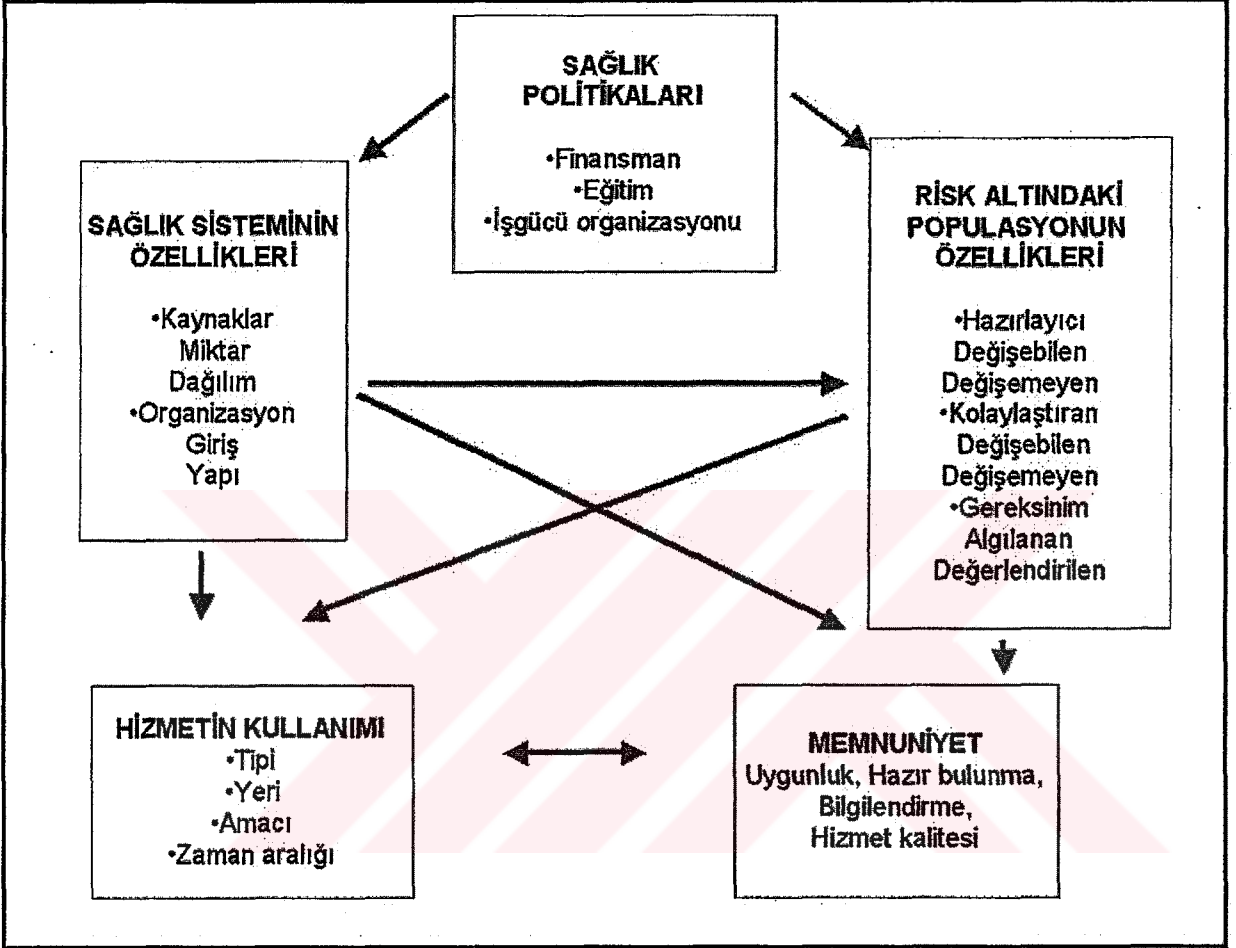
Starfield' e göre var olan hizmete erişmek için karşılaşılan tüm sorunlar erişilebilirlik kapsamında değerlendirilir. Buna göre erişilebilirlik temelde coğrafi ve sosyal, örgütsel olarak ikiye ayrılır. Coğrafi erişilebilirlik hizmete uzaklık ve bunun için gereken zaman ve parayı içerir. Sosyal ve örgütsel erişilebilirlik kişiden ve kurumdan kaynaklanabilmektedir. Starfield' ın erişim yaklaşımı şekil 4' de görülmektedir.

Şekil 4. Starfield' ın Erişim İçin Önerdiği Yaklaşım



Aday ve Andersen 1975' te oluşturdıkları erişim şemasında, sağlık politikaları, sağlık sisteminin özellikleri, risk altındaki toplumun özellikleri, sağlık hizmetlerinin sunumu, ve kişilerin sağlık hizmeti kullanımı, hastadaki memnuniyetin etkileşim içinde olduğunu bildirmiştir^{29 30}(Şekil 5).

Şekil 5. Sağlık Hizmetine Erişim Aday ve Andersen

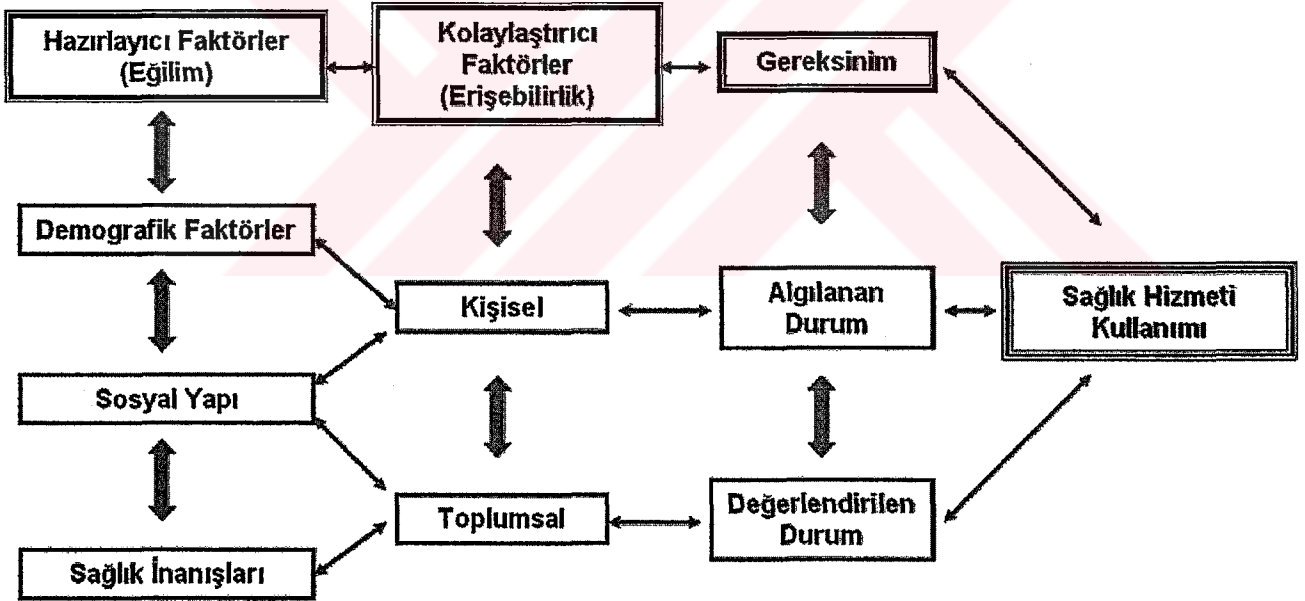


Bir çok sağlık politikasının amacı, sağlık hizmetlerine erişimin ve kullanımın artırılmasıdır. Bu nedenle erişim ve kullanım kavramları incelenirken, başlangıç noktası olarak sağlık politikalarını tanımlamak anlamlıdır. Sağlık yöneticileri değerlendirme için sıklıkla kullanımı dikkate alırlar. Sağlık sisteminin iki temel elemanı kaynaklar ve organizasyondur. Kaynaklar sağlık için ayrılmış finansman ve insan gücü temelindedir. Organizasyonun bileşenleri giriş ve yapıdır. Giriş sisteme giriş sağlama sürecini kasteder (yol süresi, bekleme süresi, vs). Yapı, "hastanın sisteme girişinden sonra ne olduğunu belirleyen, sistemin özellikleridir."(kimi gördüğü, nasıl davranıldığı, nasıl tedavi edildiği gibi). Toplumun özellikleri olarak üç öge belirlenmiştir: Bunlar hazırlayıcı özellikler, kolaylaştırıcı özellikler ve gereksinim

özellikleridir. Hazırlayıcı faktörler, kişilerin hizmeti kullanmaya yatkınlığını tanımlayan değişkenleri içerir. Bunlar hastalık öncesi de vardır. Yaş, cinsiyet, din, sağlık ve hastalık ile ilgili değerler gibi değişkenlerdir. Kişinin sağlık hizmeti kullanmaya yatkın olduğu durumlarda bile, bunu gerçekleştirebilmesi için olanakları olması gereklidir. Bireysel ve aile kaynakları, gelir ve sigorta durumu, kırsal ya da kentsel köken, bölge gibi değişkenler kolaylaştırıcı faktörler kapsamında ele alınabilir. Gereksinim, sağlık hizmeti kullanımına doğrudan neden olan rahatsızlık düzeyini belirtir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlık hizmetine gerçekten ihtiyacı olan kişilerin bu hizmetleri alıp almaması şeklinde düşünülebilir. Sağlık hizmetinin kullanımı, alınan hizmetin türü, yeri, amacı ve zaman aralığı açısından karakterize edilebilir. Memnuniyet sağlık bakım hizmeti alan kişilerin, bakım sistemine karşı tutumunu yansıtır^{29 1}.

1973' de Andersen ve arkadaşları, sağlık hizmeti kullanımında kişisel karakteristiklerle ilgili davranışsal bir model formüle etmişlerdir. Bu model, bu alandaki çalışmalarda bir başlangıç noktası olarak kullanılmaktadır(şekil 6).

Şekil 6. Sağlık Hizmetleri Erişilebilirlik ve Kullanımının Davranışsal Modeli ^{1 10 29 31}



Andersen ve ark 1973

Hazırlayıcı Faktörler değişkenleri kişinin hastalığı başlamadan önce varolan kişilik özellikleridir ve üçe ayrılır:

- Demografik Faktörler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eski hastalıklar, hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimler .

- Sosyal Yapı Faktörleri: Eğitim, ırk, din, gelir.
- Tutum ve İnanç Faktörleri: Sağlık ve hastalık ile ilgili değerler ve bilgiler, hekimlik hizmetlerini ve koruyucu hizmetleri kullanıma ilişkin eğilimlerdir.

Kolaylaştırıcı Faktörler İki kategoriye ayrılır:

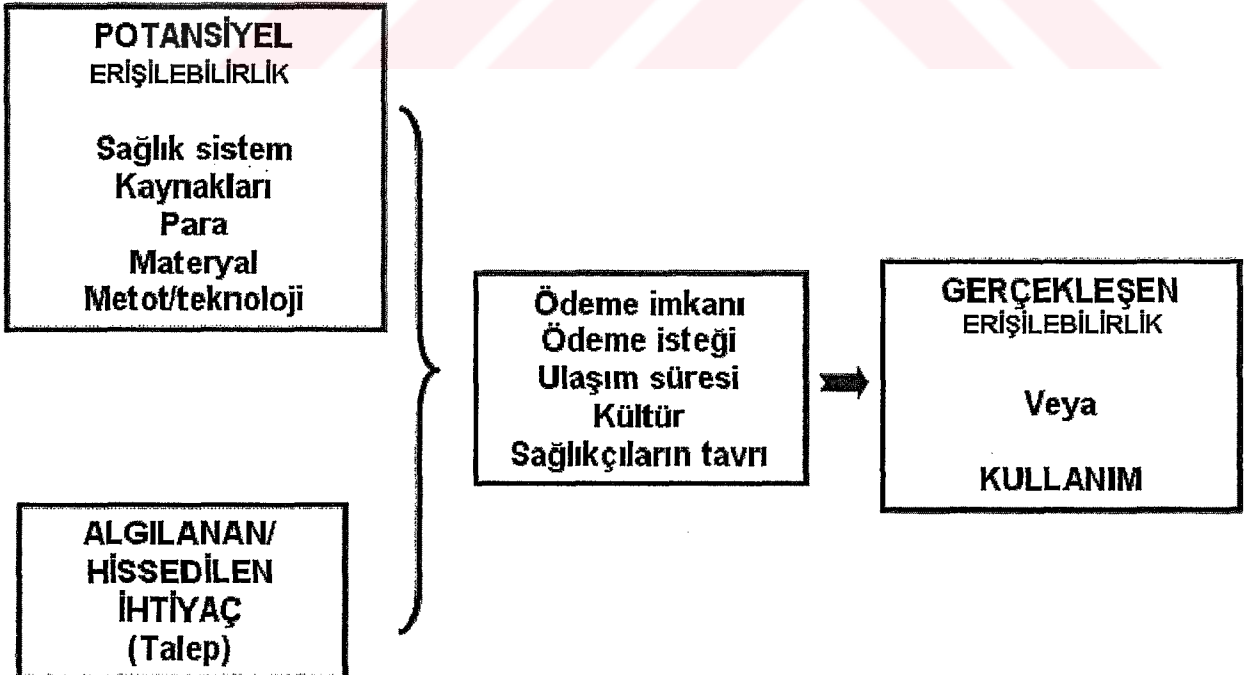
- Kişi İlgili Olanlar: Ailenin toplam geliri, sağlık sigortası, düzenli hizmet kaynağı.
- Toplumla İlgili Olanlar: Toplumdaki sağlık hizmeti olanakları, personel sayısı, hizmetin sürekliliği gibi faktörlerdir.

Gereksinim değişkenleri ise;

- Kişi tarafından algılanan hastalık: Semptom ve sakatlıklar.
- Hekim tarafından tanı almış hastalıklardır.

Erişim, potansiyel ve gerçekleşen olmak üzere iki boyutta da değerlendirilmiştir. Potansiyel erişim sağlık hizmeti kullanımını sağlayan sağlık güvencesi ve sürekli hizmet kaynağı varlığı gibi faktörlerdir. Gerçekleşen erişim ise kullanılan hizmeti ve hizmetlerden memnuniyeti ifade eder. Andersen' in kavramsal çerçevesine göre, potansiyel erişimin alanları, gerçekleşen erişimin belirleyicileridir. Dünya Sağlık örgütü bu çerçeveyi şöyle özetlemiştir³²(şekil 7).

Şekil 7. Erişilebilirlik Kullanım İlişkisi



Equity in Access to Public Health DSÖ 2000

Potansiyel erişilebilirlik, algılanan ihtiyaçla birlikte erişim imkanı bulunduğunda kullanım gerçekleşir. 2010 yılında “Sağlıklı İnsanlar” yaklaşımında da belirtildiği üzere, sosyal adalet önemli bir hedeftir. Bu yaklaşımla toplumun ortak iyilik hali için herkesin potansiyel erişilebilirliğe ulaşması gerekir ve gerçekleşen erişilebilirlik sosyal yapısal özelliklerdence sağlık ihtiyaçları belirlemelidir³³.

Düzenli hizmet kaynağının olması birinci basamak sağlık hizmetinin sürekliliği için çok önemlidir ve erişim için de anahtar bir göstergedir³⁴. Hizmet sürekliliği kullanımın önemli bir bileşenidir. Hizmet kullanımında süreklilik olan hastalar daha az sağlık hizmeti kullanma ihtiyacı duymaktadır. Sürekli hizmet kaynağı olanların problemi tanıma sürecinin kolaylaştığı, daha erken tanı konduğu, tedavi önerisine uyumun daha fazla olduğu, daha az hastane başvurusu ve yatışların olduğu daha az sağlık maliyetlerinin olduğu, hasta merkezli koruyucu hizmetlerde daha iyi sonuçlar alındığı sonuçta verimlilikte ve memnuniyette artış olduğu belirlenmiştir³⁵. Hizmet sürekliliğinin hem hasta hem de hekimin memnuniyetini arttırdığı, gebelik ile ilgili göstergeleri iyileştirdiği, acil ve hastane hizmetlerinin kullanımını efektif hale getirdiği ve maliyetleri düşürdüğünü kanıtlayan olumlu sonuçlar literatürde gösterilmiştir³⁶.

Hizmet kullanımı erişimden etkilenmektedir, hizmet kullanımı da çıktıları etkilemektedir. Andersen’ in sağlık hizmetine erişim modeline göre çıktılar sağlık durumu ve memnuniyettir. Toplumun özellikleri, sağlık davranışları ve pratikleri sağlık hizmeti kullanımını belirleyen faktörlerdir. Çıktılarda aynı zamanda erişim bileşenlerini etkiler. Sağlık hizmeti sistemi ve dış çevre de sağlık davranışlarını, sağlık çıktılarını, gelir ve eğitim gibi toplumun özelliklerini etkiler. Bu iki kavramın iç içe geçmişliği literatürde birbiri yerine kullanımını da beraberinde getirmiştir³⁷.

Erişimin nedenselliğini araştıran pek çok çalışmada, kullanımın çeşitli özellikleri irdelenmiştir. Hizmeti sağlayanın kim olduğu, hizmetin verildiği yer, başvurunun tedavi edici ya da koruyucu hizmet için olması ve özellikle de kullanım sıklığı ve sürekliliği araştırılan özelliklerdir²⁷.

Sağlık hizmeti erişimi ve kullanımının kimi değişkenlerce nasıl etkilendiğine ilişkin yapılmış olan pek çok çalışmadan bir kısmının sonuçları şöyledir:

- Yeterli sağlık hizmetine erişimi engelleyen en önemli faktör maddi engeldir. Diğer engeller ise var olan sağlık problemi, etnik köken, oturulan yer, sosyal sınıf, kültür, cinsiyet, yaştır. Sosyoekonomik olarak dezavantajlı hastalar, sosyal güvencenin olmayışı, ulaşım sorunları, şiddete maruz kalmak, düzenli hizmet kaynağı olmamanın bağımsız belirteçleri olarak tespit edilmiştir³⁸.

- Yabancı ülke doğumlu olanların, okula gitmeyen ve öğrenme güçlüğü olanların, bilinçsiz ilaç kullananlar, kronik hastalığı olanların hizmete erişim ve kullanımla daha azdır³⁹.
- Ailesinin geliri yoksulluk sınırının altında olan adolesanların, sınırın üzerinde olanlara göre üç kat daha az oranda sağlık güvencesi vardır. Afrika kökenli Amerikalı adolesanların, beyazlara göre % 40 daha az sağlık güvencesi vardır. Sağlık güvencesi olmayan bu grup daha az sağlık hizmeti kullanmakta ve sağlık hizmeti alma sürelerinin arası çok uzundur, rutin kontrollerine daha az gelmektedir ve acil servis hizmetlerini daha fazla kullanmaktadır. Sağlık güvenceleri olsa bile, adolesanlar için koruyucu hizmetlerin güvence kapsamında olmaması, ya da yılda bir kez kullanımının kapsam dahilinde olması hizmet kullanımını azaltmaktadır. Çok küçük ek ödemeler bile adolesanların hizmet kullanımlarını olumsuz etkilemektedir⁴⁰.
- Sosyal güvencesi olmayan çocukların finansal engellerden dolayı sağlık sorunlarını ertelediği ve karşılanmamış sağlık ihtiyacı olduğu, düzenli bir hizmet kaynağının olmadığı tespit edilmiştir^{41 42}.
- Sosyal güvence varlığının farklı etnik kökenlilerde sağlık hizmeti kullanım farklılıklarını azaltmadaki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada sağlık hizmeti kullanımını ölçmek için; karşılanmayan tıbbi ihtiyaçların yüzdesi, düzenli hizmet kaynağı olmayanların yüzdesi, son bir yılda başvurusu olmayanları tespit ederek değerlendirilmiştir⁴³. Sosyal güvencenin olmayışı, etnik kökenin farklı olması ve düşük gelir düzeyinin sürekli hizmet kaynağı varlığını da olumsuz etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir^{44 45}. Sosyal güvence yokluğu, düzenli hizmet kaynağı yokluğu ve karşılanmamış sağlık ihtiyacı varlığını da beraberinde getirmektedir⁴⁶. Sosyal güvencenin ve düzenli hizmet kaynağının olması hizmet kullanımındaki başlıca belirleyicileri oluşturmuştur^{47 48}. Ayrıca sosyal güvencenin türü de kullanımı etkilemektedir⁴⁹. Ailenin gelir düzeyinin ve yaşanan coğrafi bölgenin de etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır⁵⁰. Coğrafi erişim ve kullanımı inceleyen çalışmalarda uzaklık kadar, yolculuğun maliyeti ve yolculuk süresinin de hizmet kullanımında etkili olduğu gösterilmiştir⁵¹.
- Erişkinlerde ayaktan uzun dönemli hizmetlere erişimle ilgili yapılan bir çalışmada organizasyonel ve coğrafi erişim bariyerlerinin finansal olanlardan daha sık olduğu tespit edilmiştir. Afrika kökenli Amerikalıların, yaşamını idame ettirirken maddi zorluk çekenlerin, var olan sağlık durumunu kötü olanların, coğrafi ve organizasyonel erişimleri anlamlı olarak daha kötü bulunmuştur⁵².

- Çin’de 1980 deki değişimle birlikte, köylerdeki kolektif sigortanın kaldırılmasıyla, kırsal hane halkının %20’ si hasta oldukları zaman ekonomik güçlükler nedeniyle sağlık kurumlarına başvuramadıklarını söylemişlerdir. % 16’ sı gerekli olduğunda ücretleri karşılayamadığı için tıbbi bakım alamadıklarını belirtmişlerdir¹.
- Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı bir çalışmada, kadınların erkeklerden, erkek çocukların kız çocuklarından, üniversite mezunlarının daha düşük öğrenim görenlerden, sigortalıların sigortasızlardan yüksek gelir grubundakilerin düşük gelir gruplarından daha çok hekime başvurdıkları ortaya konmuştur⁵³. Kılıç ve Kaya’ nın çalışmalarında da , sosyal güvencesi olmayanların, sosyal güvencesi olanlardan daha az sağlık kurumuna başvurdıkları görülmektedir^{26 54}.
- Sağlık güvencesi ve etnik köken ile, son 12 ayda sağlık sorunundan dolayı herhangi bir sağlık kurumu ya da çalışanına başvurularının ve sürekli hizmet aldıkları bir kurum ya da çalışanın varlığının değerlendirildiği bir çalışmada Latin kökenlilerin ve sağlık güvencesi olmayanların sağlık hizmeti kullanımlarının anlamlı olarak daha az olduğu tespit edilmiştir⁵⁵.

2.4. Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkili Bir Faktör Olan Yoksulluk

2.4.1. Yoksulluk Tanımları

Yoksulluk günümüzün en çok tartışılan kavramlarından birisidir. Bir yanda kavramın tanımlanmasına yönelik tartışmalar sürerken, diğer yandan yoksulluğun ölçülmesi ve önlenmesi konusundaki politikaların oluşturulması da ayrı tartışma konularıdır.

Drewnowski 1977’ de kişilerin veya hane halkının kendileri için uygun görecekları bir tatmin düzeyini sağlamaya yetecek gelire sahip olmamaları olarak subjektif yoksulluğu tanımlamıştır. Dünya Bankası 1990’ da yoksulluğun geleneksel tanımını yapmıştır. Buna göre yoksulluk; asgari yaşam standardına erişememe durumudur ya da asgari bir yaşam düzeyini sürdüreceğ gelirden yoksun olma halidir. 1996’ da Baulch “Yoksul olmamak, diğer kişilere boyun eğmeyi gerektiren faaliyetleri yapmamakta özgür olmayı ve yaşam tarzını belirleyebilme yeteneğine sahip olmayı gerektirir diyerek izzet ve onur ile otonomi kavramlarını tanıma dahil etmiştir.⁵⁶

Yoksulluk tartışmaları üç temel açımda yoksulluk kavramının tanımlanma, yoksulluğun ölçülmesi ve yoksulluğun önlenmesi sürmektedir.

Yoksulu tanımlarken iki temel görüşten bahsetmek mümkündür.

- Parametrik görüş:Yoksulu gelire ve tüketime bağlı olarak açıklar.

Bir insanın yaşamını sürdürebilmesi için günlük olarak tüketilmesi gereken kalori ölçütü başat alınarak yapılan yoksulluk sınırı tanımlamaları bu çerçevededir.

- Yoksunluk görüşü: Temel gereksinimlerin dışında, insanın onurlu bir yaşam sürebilmesi için gereken kültürel, toplumsal ve ekonomik gereksinimlerinin (güvence, eğitim, sağlık vb...) bir kısmının ya da tamamının olmamasıdır.

Yoksunluk üç temel özelliği içerir. *Kaynak yoksunluğu*; temel gereksinimlerin karşılanmasında düşük gelir sorununu anlatır. *Fırsat yoksunluğu*; kamusal olanakların ve hizmetlerden (sağlık, eğitim, barınma, güvenlik gibi...) eşitsiz yararlanmayı anlatır. *Ekonomik hareket yoksunluğu*; eğitimsizlikten kaynaklanan beceri noksanlığı yüzünden yapabileceği işlerin ve olanakların sınırlı olması ve bu yüzden dikey olarak ekonomik hareketliliğin olmamasını anlatır. Yoksulluk daha çok istenilen gelir düzeyinde olmamayı ya da düzeyin altında yaşamayı tanımlarken, yoksunluk istenilen niteliğin ya hiç olmaması, ya da bir kısmının eksik olması anlamını taşımaktadır⁵⁷. Yoksulluk kavramı 4 yolla açıklanabilir:

- **Temel gereksinimlerin karşılanmasındaki eksiklik:** Bireysel ya da hane ölçeğinde gelir yetersizliği nedeniyle giyinme, barınma, yiyecek ve korunma gibi temel gereksinimlerin karşılanmasında ortaya çıkan zorluklardır.

- **Üretim kaynaklarına sahiplik sürecinin eksikliği:** Tarım arazileri, fiziksel sermaye ve finansal varlık gibi üretim kaynaklarına sahip olmada ortaya çıkan zorluklardır.

- **Kamusal kaynakların sunumundaki etkisizlik ve eşitsiz kullanım:** Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, altyapı ve yatırımlar gibi kamusal kaynakların eşitsiz bir biçimde paylaşılmasından dolayı ortaya çıkan zorluklardır.

- **“Özel düzenekler”in/mekanizmaların bir sonucu olarak yoksulluk:** Özelleştirme, işgücü piyasalarındaki tekelleri yapı, sendikal örgütlenmeler ve sivil toplum örgütlenmelerinin etkisizliği ve yetersizliği gibi nedenlerle ortaya çıkan eşitsizliklerdir⁵⁸.

2.4.2.Yoksulluğa Kuramsal Yaklaşımlar

Kültürel bakış açısı ve yapısalıcı bakış açısı olmak üzere İki temel yaklaşımdan bahsetmek mümkündür.

- **Kültürel bakış açısı:** Aile içi toplumsallaşma araçlarıyla kuşaktan kuşağa aktarılan, kendine özgü bir yapısı, bir akılcılığı ve savunma mekanizmaları bulunan bir yaşam biçimidir. Buna göre yoksulluk; yoksul olarak tanımlanan kişilerin eğitim, örgütsüzlük, aile yaşamının duyarlılığı/kırılganlığı, beceri ve kapasite gibi bireysel niteliklerinin düşüklüğü nedeniyle ortaya çıkan fırsatlardan yararlanamamaları durumudur.

Yoksulluk kültürü ya da kültürel yoksulluk yaklaşımı, Neo-Klasiklerin yoksulluk sorununa kültürel bir olgu olarak bakışıdır. İlk kez A.B.D.li antropolog Oscar Lewis tarafından ortaya atılan kavram ile yoksullar arası modellerin oluşturduğu yapısal özelliklerin yol açtığı ayrı bir kültüre dikkat çekmektedir. Lewis'e göre yoksulluk koşullarına göre tam bir uyarlanma biçimi olarak ortaya çıkan yoksulluk kültürü; aile içi toplumsallaşma araçlarıyla kuşaktan kuşağa geçen/aktarılan, kendine özgü bir yapısı, bir akılcılığı ve savunma mekanizmaları bulunan bir yaşam biçimidir. Buna göre yoksulluk; yoksul olarak tanımlanan kişilerin eğitim, örgütsüzlük, aile yaşamının duyarlılığı/kırılganlığı, beceri ve kapasite gibi bireysel niteliklerinin düşüklüğü nedeniyle ortaya çıkan fırsatlardan yararlanamamaları durumudur. Londra, Porto Riko, Mexico City varoşları ve Meksika köyleri ile A.B.D' ndeki Zenci alt sınıflardaki aile yapısı, akrabalık bağları, aile içi ilişkilerin niteliği, zaman yönelişi, harcama ilişkileri, değer dizgeleri ve topluluk/cemaat duygusu arasındaki benzeşme bu kültürün belirleyici özelliklerindendir.

- **Yapısalcı bakış açısı**

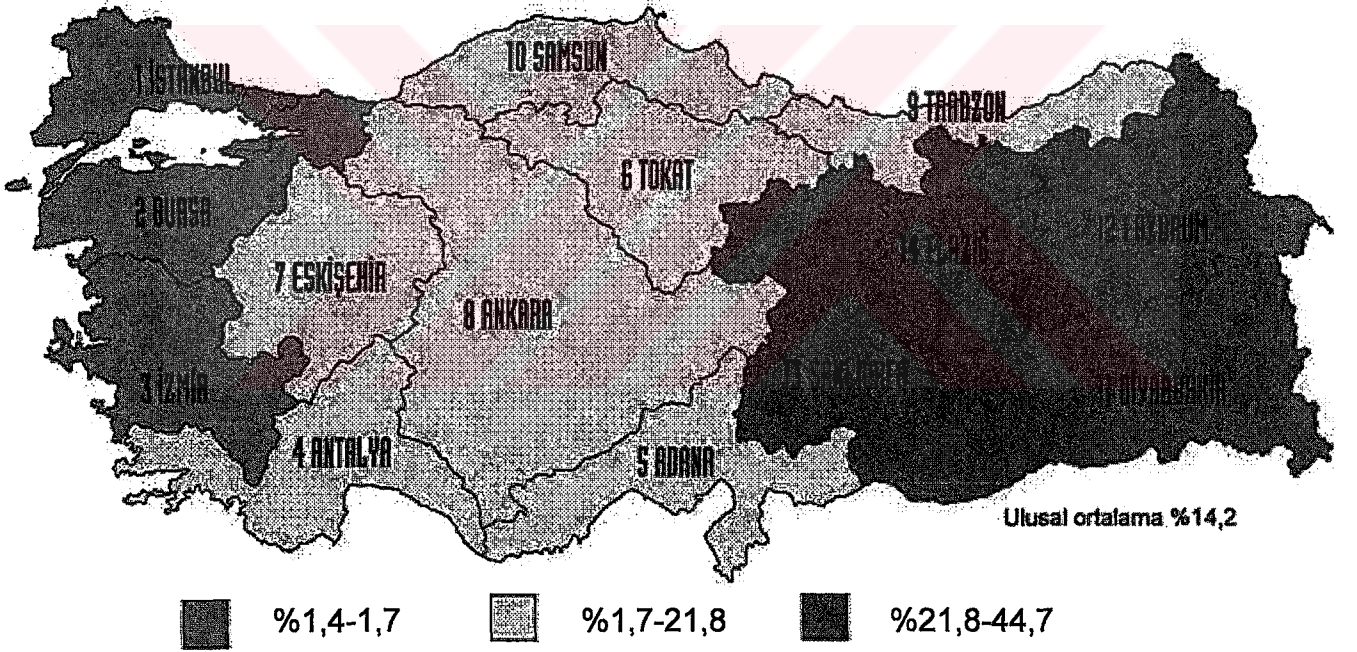
Bu bakış açısına göre yoksulluk sistemin yapısından ve işleyişinden kaynaklanan güç ve servet dağılımındaki eşitsizliğin sonucu ortaya çıkmaktadır. Zenginlikleri, eğitimleri, aile geçmişleri, kültürel geçmişleri ve yeteneklerini geliştirmek için sahip oldukları şansları bile aynı olmayan insanların yasalar önünde eşit olduğunu savunmak anlamsızdır. Toplumdaki zenginliğin bölüşüm sorunu, bölüşümde kimlerin etkili olduğu, toplumsal sınıfların zenginlikten ne kadar yararlandıkları; yoksulluğun, suçun, sınıfsal çatışmaların nedenleri üzerinde durulmaktadır. Bu bakış açısı eşitsizliklerin toplumsal adalet ve eşitlik ilkelerine göre çözülebileceği kanısındadır⁵⁷.

Küreselleşme ile az gelişmiş bölgelerden gelişmiş olanlara doğru kaynak aktarımı artmaktadır. Gelişmiş dünyada artan üretimin satılması için gereken pazarlar oluşturulmaktadır. Dünya piyasasında rekabet belirli üstünlüklere ve bu üstünlüklerin devamına bağlı olduğu için şirketler durmadan büyümekte, birleşmekte ve küresel düzeyde bir tekelci yapı oluşmaktadır. Örneğin günümüzdeki dünyada yalnızca 200 milyarder topluca 1135 milyar\$ lık bir servete sahipken, gelişmekte olan ülkelerdeki 582 milyon insanın toplam geliri 146 milyar\$ dır. Zengin ülkelerde kişi başına düşen gelir ortalaması ile yoksul ülkelerdeki ortalama arasındaki fark 1960' larda 30 katken, 1990 sonlarında 70 kata ulaşmış ve günümüzde halen artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin toplam ödenmemiş uzun vadeli borçları 1970' de yaklaşık 62 milyar\$ düzeyindeydi. Bu miktar 1970 lerde 481 milyar\$' a ulaştı ve 1996'da 2 trilyon \$' ı aşmıştır⁵⁹.

2.4.3. Türkiye’ de Yoksulluk

Türkiye’de de gelir dağılımı adaletsizliği son 10 yıllık dönemde gündemde sıkça tartışılan bir konu olmuştur. Özellikle 1980’li yıllarda uygulanan günümüzde de değişik boyutlarıyla sürdürülmeye çalışılan ekonomik ve sosyal politikalar varolan olumsuzlukları ve yoksulluğu daha da belirgin hale getirmiştir. Kişi başına gelir düzeyinin düşük olduğu bir ekonomik yapıda, gelir dağılımının bozuk olması bölgesel yoksulluk sorununu da beraberinde getirmektedir⁶⁰. Birleşmiş Milletler Gelişim Programı (UNDP) İnsani Gelişim Raporu 2002’ ye göre Ülkemizdeki insanların %2,4’ ü günde 1\$’ dan az, %18’ i ise günde 2\$’ dan az gelire sahiptir. Ülkemizde de yoksulluğun doğrudan sonucu beslenme yetersizliğidir. Ülkemizde beş yaş altındaki çocukların %8’ inin ağırlığı yaşına göre düşüktür. DPT’ nin 1997 yılı verilerine göre Ülkemizde yoksulluk sınırı altından yaşayan ev halkı yüzdesi şekil 8’ de görülmektedir⁶¹

Şekil 8. Yoksulluk Sınırı Altında Yaşayan Ev Halkı %’ si (DPT1997)



Hatun ve ark. 'nın 2002 yılında Diyarbakır ve Kocaeli illerinde yaptıkları çalışmada Diyarbakır’ da yaşayan çocukların % 62’ sinin babasının işsiz olduğu ve % 77,9’ unun ekonomik yetersizlik nedeniyle doktora getirilemediği tespit edilmiştir. Yoksulluk hastalık sıklığını artırırken, bir yandan da zamanında ve yeterli sağlık hizmetine erişmeyi de engellemektedir⁶².

Gelir dağılımında incelenmesi gereken diğer bir konu da sosyal grupları meydana getiren ücretli ve maaşlıların büyük bir kısmını oluşturan işçi ve memurlar, küçük esnaf ve

sanatkarlar, kendi hesabına çalışanlar ve işverenler arasında yaratılan gelirin nasıl bölüşüldüğünü ortaya koymaktır. Sosyal grupların sahip olduğu ekonomik potansiyele ilişkin göstergeler farklı olduğuna göre, bu grupta da ancak görece eşitlikten söz etmek mümkün olacaktır. Sosyal adaletten ve dengesizliklerin giderilebilmesinden söz etmek için bu grupta yer alan işçi, memur, küçük esnaf, kendi hesabına çalışan ve işverenler arasındaki ilişkilerin de ortaya konulması gerekmektedir.

Bu verilerin ışığında konunun önemi ve farklı disiplinler tarafından ele alınması daha anlaşılır görünmektedir. Özellikle Yoksulluk, son yıllarda sosyal bilimcilerin araştırma gündeminin en önemli maddelerinden biri haline gelmiştir. Yoksulluk üzerine olan bu odaklaşma ile iktisadi analizdeki dönüşüme paraleldir. Yoksulluk araştırmalarında dikkat edilecek noktaların başında, yoksul nüfusun toplam olarak ya da oran olarak artıp azaldığını ortaya koyan mekanik bir hesaplama sürecindense, sınıfsal analiz perspektifi ile bakmak gelmektedir. Bu bağlamda sosyal politika yaklaşımı yerine yoksullukla mücadele ve yardım gündemli tartışmalarına da dikkatli yaklaşmak gerekmektedir⁶³.

2.4.4. Yoksulluğun Sağlık Üzerine Etkileri

Sağlık ve yoksulluk arasındaki ilişkinin bir kısır döngü oluşturduğu, sağlıksızlığın yoksulluğa, yoksulluğun da sağlıksızlığa yol açtığı sık gözlenen bir durumdur. Sağlığın bozulması ile yoksullar daha yoksullaşmakta, sınırda yaşayanlar ise yoksulluğa düşmektedir. Bu yoksullaşmada hem hastalığın tedavi masraflarının ek maddi yükü, hem hastalanan aile bireyinin bakım yükü, hem de iş veriminde dolayısıyla gelirden düşmenin rolü vardır. Geniş aile, hemşehri ve komşulardan gelen sosyal dayanışma hafif krizlerin atlatılmasında yardımcı olsa da, ağır hastane bakımı veya evde bakım gerektiren bir hastalık veya sakatlık aileyi yoksulluğa itmektedir. Yoksulluk herkesin sağlığını aynı düzeyde etkilemez. Yaşlılar, kadınlar, sakatlar, işsizler, etnik azınlıklar, çocuklar, emekliler, tek ebeveynli aileler, zaten bir hastalığı olanlar yoksulluk etkilerinde daha fazla zarar görürler.

Yoksulluğun etkisi kalıcıdır. Yoksulluktan olumsuz etkilenme anne karnından başlamaktadır. Annenin ağır ve tehlikeli çalışma koşulları, sigara alkol uyuşturucu kullanımı, kötü ve yetersiz beslenmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin düşüklüğü nedeniyle gelecek nesillere de aktarılır. Yoksulluk çemberi başka türlü de oluşmaktadır; yoksul ailelerin çocukları okuyamamakta, iyi beslenememekte, erken evlenmekte, çalışma hayatına erken atılmaktadır⁶⁶.

DSÖ' nün 2002 Sağlık Raporuna göre sağlık için en belirleyici risk faktörü yoksulluktur. Aynı rapora göre en büyük hastalık yükü yoksul ülkelere veya ülkelerin yoksul

kesimlerinden kaynaklanmaktadır. DSÖ' nün küresel ve bölgesel ölçekte hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan temel risk faktörlerini inceleyen araştırmasında “çocuk ve annelerin düşük ağırlıklı olması” en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir⁶⁴.

Dünyadaki insanların en yoksul %20' sinin 14 yaşından önce ölme olasılığı en zengin %20' ye göre yaklaşık 10 kat, yoksul ülkelerde yaşayan kadınların gebelik ya da doğum sürecinden kaynaklanan ölme olasılığı yaklaşık 500 kat daha fazladır. Yoksul ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi 50 yaşın altındadır. DSÖ' nün 2003 yılı raporunda 60 ülkede yapılan, 106 nüfus ve sağlık araştırmasının sonuçlarına göre, yoksul hane halkının 5 yaş altı çocuklarının ölüm riski aynı ülkelerdeki zengin hane halkı çocuklarından anlamlı derecede yüksektir. Bu bağlamda hastalık çeşitliliği ve seyri de ülkelerin yoksulluk zenginlik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Yoksul ülkelerde özellikle bulaşıcı hastalıklar, gebelik ve doğum sürecinde ortaya çıkan sorunlar ve çevre koşulları ile ilgili hastalıklar sağlık sorunlarının büyük kısmını oluştururken, zengin ülkelerde kalp-damar hastalıkları, ruhsal hastalıklar, kanserler ve sakatlıklar sağlık sorunlarının çoğunluğunu oluşturmaktadır. Yoksul ülkelerdeki ölümlerin %57' si bulaşıcı hastalık kaynaklıyken, zengin ülkelerde bu oran %8 civarındadır⁶⁵. Tablo 4' te yoksulluk öğeleri, ara faktörler ve sağlık sonuçlarına ilişkin özet sunulmuştur.

Tablo 4. Yoksulluk Ara Faktörler Sağlık Sonuçları⁶⁶

Yoksulluk öğeleri	Ara faktörler	Sağlık Sonucu
Parasal yetersizlik	Yetersiz Sağlık Bilgisi	Sık Hastalık
Birikim Olmayışı	Sık ve çok doğum	Ağır bulaşıcı, kronik hastalık
Sağlıksız Çevre	Alkol, sigara	Sakatlık
Sağlıksız, kalabalık konut	Yetersiz beslenme	Sık erken ölüm
Sosyal güvencenin olmayışı	Yetersiz koruyucu sağlık hizmeti	Anne ve bebek ölümleri
Sınırlı Eğitim	Yetersiz tedavi edici hizmet	Kalıtsal hastalık
İşsizlik	İlaç alamama	Düşük doğum ağırlığı
Çocuk işçiliği	Sık ve çok doğum	Ruh hastalıkları
Ağır çalışma koşulları	Kimyasal maruziyet	Alkolizm, tütün tüketimi
Göç	Suç, yasa dışı davranış	İntihar
Marjinal yaşam	Sağlık hizmetine erişememe	Kaza
Yabancılaşma	kullanamama	Obezite
Dışlanmışlık		Protein Enerji Malnütrisyonu
Güçsüzlük		Şiddet

Yoksulluğun en kötü sonuçlarında biri çocukluk çağı mortalitesi üzerinedir. Bebek ölümleri, insani gelişimi ve sosyal farklılıkları yansıtan anahtar parametre olarak kabul edilmekte ve yoksulluğun bebek ölüm hızında dört kata varan farklılıklar yarattığı bilinmektedir.

Yoksulluğun dolaylı etkileri başında ailelerin genel tükenmişliği ve eğitimsizliği nedeniyle çocuklardaki hastalık bulgularının erken fark edilmemesi veya yoksulluk nedeniyle sağlık kuruluşlarına geç getirilmesi veya hiç getirilmemesidir.

2.4.5. Yoksulluğun Ölçümü

Yoksulluğun ölçülmesine ilişkin temel aşamalar, yoksulluğun tanımlanması, yoksulluk kıstaslarının, ölçüm sorun ve yöntemlerinin belirlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi olarak sıralanabilir⁶⁷.

Uluslararası literatürde yoksulluğun ölçümünde genellikle asgari beslenme standardına göre mutlak yoksulluk ve gelire göre belirlenen göreceli yoksulluk kavramları kullanılmaktadır.

Mutlak yoksulluk

Yaşamı sürdürebilmek için gerekli olan asgari besin bileşenlerini veya kaloriyi esas alır. Kakwani, Sen, Ahluwalia, Fields, Atkinson, Altimir, Lipton, Edmundson-Sukhatme, Foster-Shorrocks, Glewwe-Hall, Pryor, Lewis, Hicks, ve Gaiha'nın çalışmaları bu tanımlama üzerindendir⁶⁸.

Yoksulluğun nesnel kriterlerle ölçülmesi zorunluluğundan yola çıkılırsa, kişi başına tüketilen kalori düzeyine bağlı "mutlak yoksulluk" kavramı önemli bir göstergedir. Dünya Bankası'nın 1990'daki çalışmasında bu tanım şu şekildedir. Hesaplama bir insanın hayatta kalabilmesi için gerekli minimum kalori miktarı olan 2400 k/cal hesaplamasına dayanarak (tıbben; normal bir erişkinin yeterli kalori alabilmesi için gerekli kalori 2800-3000, ağır işlerde çalışanlar için ise işin niteliğine göre 3200-3800 k/cal ihtiyacı esas alınmaktadır) geliştirilmiş ve bu noktadan hareketle günlük geliri 2400 k/cal besini almaya yetmeyen insanlar Dünya Bankası'na "mutlak yoksul" olarak tanımlanmıştır. ortalama bir hesaplama yöntemi ile mutlak yoksulluk sınırı az gelişmiş ülkeler için kişi başına günde 1\$ kabul edilirken, Latin Amerika ve Karaibler için bu sınır 2\$, Türkiye'nin de dahil edildiği Doğu Avrupa ülkelerinin de içinde bulunduğu grup için 4\$, gelişmiş sanayi ülkeleri için 14.40\$ olarak belirlenmiştir⁶⁹. Asgari kalori hesabından elde edilen bu yoksulluk sınırı ile hesaplanan gerçek hane halkı ya da fert geliri karşılaştırılır. Yoksulluk sınırı altında gelire sahip olan kişi veya hane halkı yoksuldur.

Görelî yoksulluk

Tüketim harcamalarına göre yoksulluk hesaplanmasına yönelik ve yoksulluk ile sosyal göstergeler arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar ise Lewis, Glewwe-Hall, Balisican, Denslow-Tyler ve Dünya Bankası Raporu'dur⁶⁸.

Ülkelerin kendi tüketim alışkanlıklarına bağlı olarak geliştirilen "görelî yoksulluk" tanımına göre, minimum kalori ihtiyacının yanı sıra, kültürel ve toplumsal açıdan tüketimi yoksul olanlar için de zorunlu görülen malların kapsamına alınması öngörülmektedir. Görelî yoksulluk sadece kaynaklara erişememe ve yaşamı sürdürme meselesi değildir. Yoksulluk, kişi ya da hane halkının, içinde yaşadığı toplum tarafından kabul edilen asgari bir yaşam düzeyine sahip olup olmadığı ile ilgilidir. Dolayısıyla görelî yoksulluk sınırı, bir ulusun genel yaşam düzeyini yansıtması ve içerisindeki eşitsizliği göstermesi açısından yardımcıdır^{67 68}.

Her iki kavram da, sayısal bir sınırı göstermektedir. Bu sınırı belirlemek için de, gelir düzeyi kullanılmaktadır. Gelir seviyesi, birçok ekonomik ve sosyal göstergenin parasal toplamı olan bir göstergedir. Yoksulluk araştırmaları iktisadi ağırlıklı bir gelişim göstermesi ekonomik göstergeleri ön plana çıkarmıştır. Salt ekonomik açıdan tanımlansa bile gelir ve

tüketim harcamaları birçok farklı kriteri kapsayan bir göstergeler yelpazesi ile karşılaşılmaktadır..

Yoksulluk tanım ve ölçümünde hakim yaklaşım gelir/tüketim harcamalarına dayalı mutlak yoksulluk çizgisi yaklaşımıdır⁶⁷. Mutlak yoksulluk çizgisi yaklaşımı; öznel unsurlar içermesi, değişik kıyaslamalar için elverişsiz olması, yoksul kitle içindeki çeşitliliği yansıtmaması, yeterli bir refah göstergesi olmaması gibi yönleri nedeniyle eleştirilmektedir. Ancak yine de yoksulluk nedeniyle oluşan sağlık sorunları için mutlak yoksulluk ölçülmelidir⁶⁶. Daha kolay nicelleştirilebildiği için en yaygın kullanılan yoksulluk kıstasları parasal gelir ve tüketim harcamalarıdır. Tüketim Harcamalarına ilişkin hesaplamalar, genellikle gerekli olan en az miktarda temel gıda maddesinden oluşan gıda sepetinin maliyeti veya bir asgari kalori normunun gerektirdiği tüketim harcamaları esasına göre yapılır. Buna göre, yaşamda kalabilmek için gerekli en düşük maliyetli gıda harcamalarının parasal değeri yoksulluk çizgisini oluşturmakta ve bu gelirin altında kalanlar yoksul sayılmaktadır. Çeşitli sivil toplum örgütlerince bu hesaplamalar aylara göre yapıp kamuoyuna duyurulmaktadır^{69 70 71}.

Diğer Yoksulluk Göstergeleri

Gelir ve tüketim harcamalarının yeterli bir kıstas olmadığı noktasından hareketle farklı yoksulluk ve refah göstergeleri bulma çabaları gelişme yazınında eskilere dayanmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, açlık ve beslenme ölçütleri, kişi başına düşen toprak alanı, okuryazarlık oranı, eğitim düzeyi gibi göstergeler bu amaç doğrultusunda kullanılmıştır. Çocuklarda yaşa göre boy ve boya göre kilo ölçümlerinin Harvard Standartları ile karşılaştırılması da kötü beslenme ve yoksulluk göstergesi olarak kullanılmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü' de değişik ülkelerde ve işlerde belirli malları satın alabilmek için gereken çalışma süresini temel yoksulluk kıstasları arasında yer vermektedir⁶⁷.

Bileşik Yoksulluk Göstergeleri

Yoksulluk ölçümlerinde ön plana çıkan bir diğer eğilim de, yoksulluğun tek bir kıstas bazında ölçülemeyeceği noktasından hareketle gelir ve tüketim harcamalarına ilişkin verilerin başta sağlık ve eğitim olmak üzere diğer sosyoekonomik göstergelerle desteklenmesi ve bu kıstaslardan birkaçının birlikte kullanılarak karma 'bileşik' göstergeler oluşturulmasıdır.

UNDP tarafından geliştirilen başlıca yoksulluk indeksleri olan İnsani Gelişim İndeksi (IGI), gelişmekte olan ve OECD ülkeleri için geliştirilmiş iki versiyonu olan İnsani Yoksulluk İndeksi (IYI) ve Toplumsal Cinsiyet Bazında Gelişim İndeksi (TBGI) nin tanımları Tablo 5' de sunulmuştur.

Tablo 5. Bileşik Yoksulluk İndeksleri

Endeks	Uzun Yaşam	Bilgi Düzeyi	İyi Yaşam Standardı
İGİ	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	1. Yetişkin Okuryazarlık Hızı 2. Bileşik Okullaşma Oranı*	Kişi Başına GSYİH (\$)
İYİ-1	Doğumda 40 Yaşına Kadar Yaşama Olasılığı	Yetişkin Okuryazarlık Hızı	1. Kaliteli Su Kaynaklarından Yoksun İnsanların Oranı 2. Beş Yaş Altı Düşük Kilolu Olanların Oranı
İYİ-2	Doğumda 60 Yaşına Kadar Yaşama Olasılığı	İşlevsel Okuryazar Olmayan Yetişkinlerin Oranı	1.Yoksulluk Çizgisinin Altında Kalanların Oranı** 2. Uzun Dönem İşsizlik Hızı
TBGİ	Kadın Ve Erkeklerin Doğumda Yaşam Beklentisi	1. Kadın ve Erkeklerin Okuryazarlık Oranı 2. Kadın ve Erkeklerin Birleşik Okullaşma Oranı*	Kadın ve Erkeklerin Kazanılmış Gelir Tahminleri

*İlk, orta ve yüksek öğretim birlikte **Kullanılabilir medyan hane halkı gelirinin % 50' si

Kaynak ^{67 72}

2.5. Toplumsal Sınıf Kavramı ve Sağlık Üzerine Etkisi

2.5.1. Toplumsal Sınıf Kavramı Kavramsal Çerçeve

"Araştırma sonuçlarını ortalama bulgular halinde sunmak mümkündür. Ancak, incelenen nüfusu, farklı özelliklere göre gruplayarak, gruplar arası farklılaşmaları incelemek daha anlamlıdır. Ancak hangi ölçütlerle ne gibi gruplar inşa edilecek sorusu kritiktir. 'Doğum yılı' gibi en basit ve somut bir ölçütün kullanıldığı durumlarda bile, gruplar soyutlamalardır ve insanlar 'doğum yıllarını' bilirler, ama hangi 'yaş grubuna', hangi kuşağa ait olduklarını çoğu zaman bilmezler. Dolayısıyla araştırmalarda ki bilgi kullanılarak kapsanan nüfusu, kuram ve yöntem açısından amaca en uygun gruplara ayırmak araştırmacının, bilim adamının görevi olarak karşımıza çıkar" ⁷³.

Bireylerin sağlık durumlarını belirleyen nesnel bir ölçüt olan sınıf kavramı üzerindeki tartışmalarda, Marksist ve Weberci olmak üzere iki temel ekolün görüşlerinden bahsetmek mümkündür. Weberci ekolde sınıf piyasadaki güç ilişkileri çerçevesinde ortaya çıkan gruplaşmaları tanımlamaktadır. Piyasadaki ekonomik gücü ise eğitim ve mesleğin tanımladığı statü konumu belirler. Sağlıktaki saha araştırmalarında çoğu kez , meslek, eğitim ve gelir

sınıfı tanımlayan değişkenler olarak ele alınırlar. Amerikan ekolünde sınıf belirlenirken gelir eğitim ve meslek ya ayrı ayrı ya da birleştirilerek kullanılır. Avrupa ekolünde ve özellikle İngiltere’ de ise sınıf mesleki konuma göre belirlenmektedir. Marksist ekolde ise sınıf yine ekonomik bir temelde tanımlanır. Ancak bu kez sınıfı belirleyen, bireylerin üretim ilişkileri içindeki konumları ve üretim araçlarına sahip olup olmamalarıdır⁷⁴.

Sosyologlar, kimlikleri, kişiler arası ilişkileri ve toplumsal kuramları öncelikli olarak, ‘toplumsal sınıf’ kavramına başvurarak tanımlamaktadır. Literatürde geleneksel olarak kabul edilen sınıf kriterlerine göre, meslekler sınıf kategorileri içinde tanımlanır⁷⁵.

2.5.2. Meslekler Üzerinden Yapılan Farklı Sosyal Sınıflamalar

İngiltere’de 10 yılda bir devletin yaptığı nüfus sayımı sonrasında ülkedeki insanları yaptıkları işlere göre yedi farklı gruba ayrılmaktadır. 1990 yılında yapılan sayım sonrasında “Nüfus Kayıtları Sosyal Ölçeği” (The Registrar General's Social Scale) ya da “İşe Bağlı Sosyal Sınıflar” adı verilen bir sınıflama oluşturulmuştur⁷⁶. Bu ölçeğin sağlıkla ve sosyal sınıf ilişkisini inceleyen çalışmalarda kullanım alanı bulduğunu görülmektedir^{77, 78, 80} (tablo 6).

Tablo 6. İşe Bağlı Sosyal Sınıflar

<i>Nüfus Kayıtları Sosyal Ölçeği</i>
I Profesyoneller
II Yönetimsel ve Teknik işler
III Kalifiye İşler
N Kol gücü –dışı çalışanlar
M Kol gücü ile çalışanlar
IV Yarı Kalifiye işler
V Kalifiye Olmayan İşler
VI Ordu Mensupları

2001 yılında Essex Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Enstitüsü ve Rose ’ un katkısıyla bu skala geliştirilerek “Ulusal Sosyo-ekonomik Sınıflamalar” (The National Statistics Socio-economic Classifications) (NS-SEC) adını almıştır⁷⁹ (Tablo 7).

Tablo 7. İngiltere Ulusal Sosyo-Ekonomik Sınıflaması

<i>Ulusal Sosyo-ekonomik Sınıflamalar (NS-SEC)</i>
1. Yüksek yönetimsel ve uzmanlık işleri,
1.1 Büyük Kuruluşlarda İşverenler ve yöneticiler (örn: şirket yöneticileri, üst düzey kamu yöneticileri, polis ve silahlı kuvvet yöneticileri)
1.2 Yüksek Uzmanlar (örn: doktorlar, avukatlar, öğretmenler, papazlar)

2. Daha düşük yönetimsel ve uzmanlık işleri (örn: hemşireler, ebeler, gazeteciler, aktörler, müzisyenler, hapishane müdürleri, düşük dereceli polis ve silahlı kuvvet mensupları)
3. Ara İşler (örn: memurlar, sekreterler, sürücü eğitmenleri)
4. Küçük esnaflar ve kendi işine sahip (örn: çiftçiler, taksi şoförleri, cam silicileri, boyacılar)
5. Düşük beceri isteyen zanaatkarlar (örn: yazıcılar, televizyon tamircileri, tren sürücüler, tesisatçı, kasaplar.)
6. Yarı zamanlı işçiler (örn: kasiyer, kuaför, otobüs şoförleri, tezgahlar, aşçılar)
7. Tam zamanlı işçiler (örn: kuryeler, rençper, garson, atık toplayanlar)
8. Hiç çalışmayanlar ya da uzun dönemli işsizler)

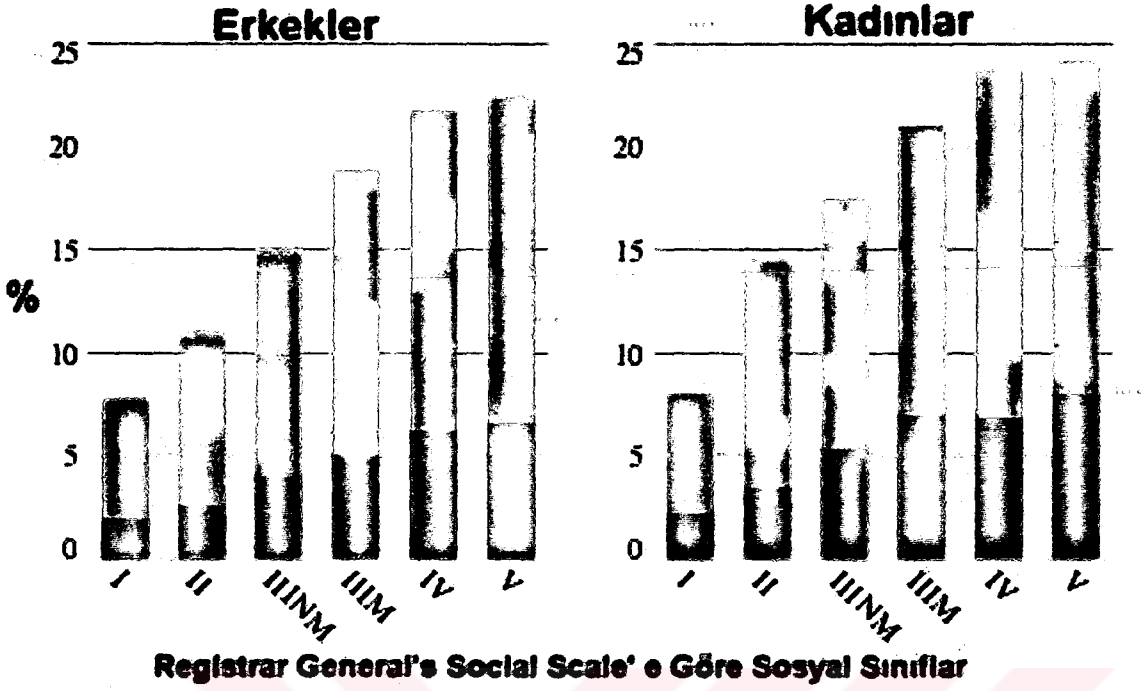
Türkiye için toplumsal sınıfların analitik düzeyde değerlendirmesini en kapsamlı olarak Boratav yapmıştır⁷³. Boratav İstanbul kent merkezi ve ondokuz Anadolu köyünde yaptığı çalışmada kırsal ve kentsel yerleşim yerleri için iki farklı sınıflama kullanmıştır. Gülyaka bölgesinde yapılan bu çalışmada, sınıfsal verilerin değerlendirilmesinde, Boratav' ın kentsel yerleşim için önerdiği sınıflama kullanılmıştır. Bu modele göre ilk sınıfsal ayrışma üretim araçlarının sahip olup olmama temelinde başlıca iki sınıfa ayrılarak oluşturulmuştur. Analizin ayrıntısı bölüm 5.5.2' de açıklanmıştır.

2.5.3. Sınıfsal Konumun Sağlık Üzerindeki Etkisi

Sosyal sınıf ve sağlığın değişik boyutları arasındaki ilişki pek çok çalışmada ortaya konulmuştur. Sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizliklerin çoğu, sosyal sınıfın kimi özel mekanizmalarla sağlık üzerine gösterdiği etki sonucunda ortaya çıkmaktadır. Sınıflar arasındaki eğitim düzeyi ve gelir farklılıkları ile farklı sağlık davranışlarına sahip olmaları sınıfsal sağlık eşitsizliklerine neden olmaktadır. Doğum kilosu, erişkin yaşta görülen obezite, alkol ve sigara alışkanlığı gibi riskler bireylerin sınıfsal konumlarıyla ilişkilendirilmektedir^{74 80}. Adolesan dönemde kişinin algılanan sağlığı, ev kazasına maruziyeti, okul başarısı ve var olan sağlık durumu sosyal sınıfla anlamlı olarak ilişkidir^{81 82}. Erişkin yaş grubunda yapılan çalışmalarda işteki pozisyon, çalışma koşulları, subjektif sağlık algısının sosyal sınıflar arasında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir^{83 84}. Düşük sosyal sınıflarda yetişmiş bireylerin; çocuklukta yoksul büyüme koşulları, ev içindeki olumsuz kültürel ve sosyal ilişkiler, eğitim düzeyinin düşüklüğü, daha kötü iş koşulları gibi risk etmenlerine maruziyetleri daha fazladır. Son dönemde İngiltere' de engellikle sosyal sınıf ilişkisi arasında da anlamlı ilişki saptanan çalışmalar bulunmaktadır (Şekil 1,2). İngiltere ve İsveç'te alt toplumsal sınıfların hastalanma düzeylerinin üst sınıflara göre daha fazla olduğu Tablo 8'de izlenmektedir. Bu bilgilerin ışında sınıfsal konumun, sağlığın değişik boyutlarında etkili bir değişken olduğu görülmektedir.

Şekil 9. İngiltere' de Sosyal Sınıf ve Engellilik İlişkisi (Registrar General's Social S.)

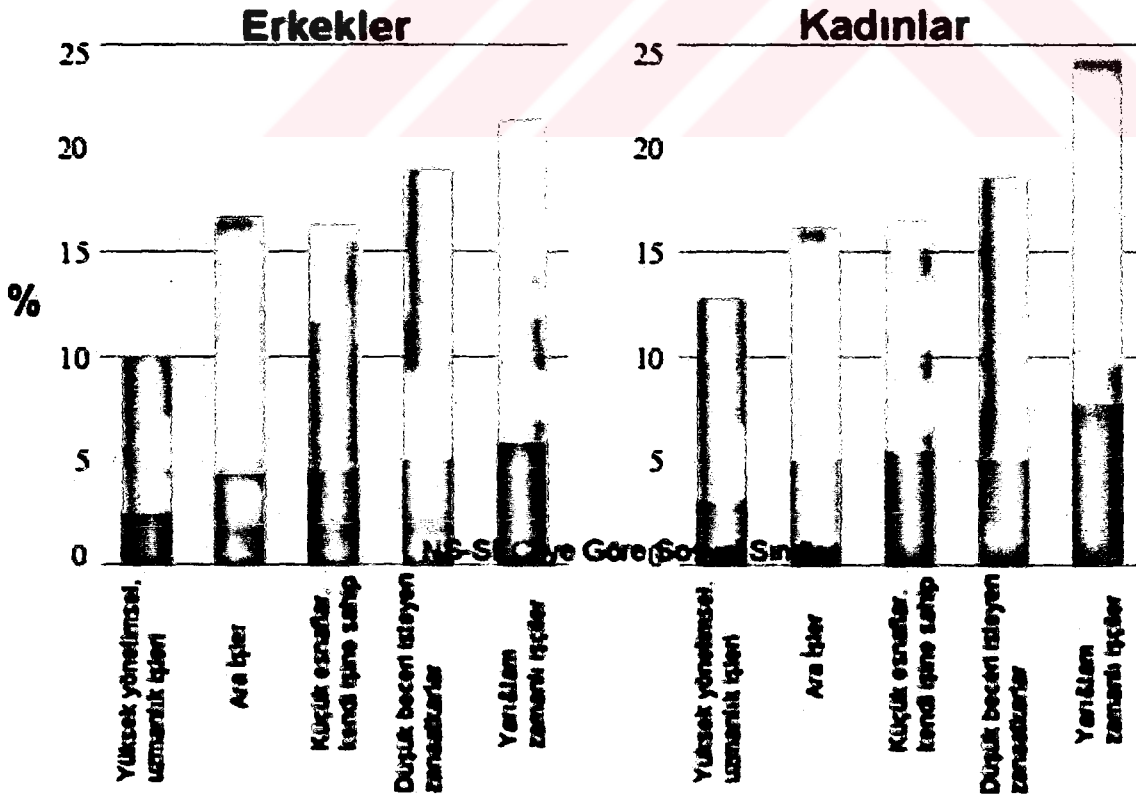
Sosyal Sınıflara Göre Engelliliğin Prevalansı ve Şiddeti □ Orta
■ Şiddetli
(Veriler yaşa göre standardize edilmiştir)



Health Official Documents Of United Kingdom 2001⁷⁸

Şekil 10. İngiltere' de Sosyal Sınıf ve Engellilik İlişkisi (NS-SEC)

Sosyal Sınıflara Göre Engelliliğin Prevalansı ve Şiddeti □ Orta
■ Şiddetli
(Veriler yaşa göre standardize edilmiştir)



Health Official Documents Of United Kingdom 2001⁷⁸

Tablo 8. İngiltere ve İsveç'te toplumsal sınıflara göre Hastalanma Düzeyleri⁷⁵

Toplumsal Sınıf	İngiltere	İsveç
1. Yönetici ve Profesyonel	0,52	0,79
2. Alt düzey Yönetici, Denetçi	0,94	0,75
3. Rutin kafa İşçisi	1,05	1,09
4. Vasıflı Kol işçisi	1,14	1,18
5. Yarı-Vasıflı Kol işçisi	1,23	1,21
6. Vasıfsız Kol İşçisi	1,38	1,20
Hepsi	1,00	1,00
Sınıf 6' nın Sınıf 1' e oranı	2,65	1,52

2.6. Göç Kavramı ve Sağlık Etkileri

2.6.1. Göç Tanımlar ve Kavramsal Çerçeve

Göç olgusu, insanlığın tarihi kadar eskidir. İnsan topluluklarının bir yerleşim alanından diğerine gitmesi durumu tarih sahnesinde ekonomik, sosyopolitik ve kültürel değişimlere yol açmıştır. Türkiye' yi oluşturan halkların çeşitliliğinden de anlaşılacağı gibi Anadolu toprakları, nüfus hareketine bin yıllardır hiç de yabancı değildir. Sosyokültürel ve ekonomik yönleri olan göç, sosyal değişme ile karşılıklı etkileşim içindedir. Göç sosyal değişmeyi doğurduğu gibi sosyal değişimler de göçü doğurur. Göç daha önce sosyal bilimler alanında sadece coğrafya ile ilgili görülürken günümüzde sosyoloji, psikoloji, hukuk, siyaset bilimi, ekonomi ve sağlık gibi pek çok disiplinin çalışma alanına girmiştir. Bu yönüyle artık göç bir sürecin tarifi olagelmıştır.

Nüfusun bir yerleşim alanından diğerine hareketliliği göç etmek olarak tanımlanır. Göç kavramı en genel anlamda, bireysel ya da kitlesel olarak yaşanan mekanın, gönüllü veya zoraki olarak değiştirilmesidir. Hilmann' ın tanımına göre "Göç, insanların içinde yaşadıkları coğrafi ve sosyokültürel çevreden ayrılarak başka bir coğrafi ve sosyo kültürel çevreye girmesidir. Başka bir araştırmacıya göre göç; bir yerleşim yerinde var olan savaş, politik ve etnik şiddet, sosyal ayrımcılık, yoksulluk, ekolojik değişiklikler, kıtlık gibi nedenlerden dolayı mortalite ve morbiditeden kaçınmak için kaynaklanan yer değişikliğidir⁹⁰. Karakterine göre göç iç göç, dış göç, gönüllü ve zorunlu göç, kısıtlı ya da sürekli göç olarak farklılık gösterir. Göç kavramında ülke sınırları ölçüt alındığında iç göç ve dış göç tanımları yapılmaktadır. Buna göre; ülke sınırları içinde olan göç iç göç, ülke sınırlarının dışına olan göçe dış göç denmektedir^{11 88}. Göçler yerleşme süreleri, kalıcılık-geçicilik ölçüt alındığında kısıtlı (sürelî) göç ve süresiz göç olmak üzere ikiye ayrılır. Sürelî göçler, yaygın olarak ekonomik faktörlerin etkisiyle geçici olmak kaydıyla, yıl içinde belli dönemlerde farklı yerleşim yerlerine iş gücü olarak göçmektir. Bu sınıflama içinde, mevsimlik tarım işçisinin kır temelli çalışma

faaliyetlerinin yanı sıra kentte istihdama yönelik inşaat işçilerinin faaliyetleri girer. Süresiz göç, gelinen bölgede daimi ikamet olacağı anlamını taşır.

Göç zorunlu ve gönüllü olmak üzere ikiye ayrılır. Zorunlu göç, insanların kendi istekleri dışında, baskıyla, mecbur bırakılarak bir yerden başka bir yere göç ettirilmesi iken, gönüllü göçte isteme, tercih söz konusudur. Gönüllü göçte insanların beklentileri, gidecek yere ilişkin bilgileri ve gelecekle ilgili tasarıları söz konusudur.

Göçleri geleneksel olarak "itici"(savaşlar, açlık, siyasal ya da dini baskı gibi olaylar, durgun ekonomik koşullar, artan nüfus baskısı, yetersiz ve kötü dağıtılmış toprak, düşük verimlilik, doğal âfetler, kan davaları, tarımda makinalaşma ile oluşan işsizlik, terör ve güvenlik) ve "çekici" (insanları belirli bir yere çeken, örneğin iyi iş, yüksek ücret, iyi eğitim, ulaşım gibi kamu hizmetlerini içeren ekonomik fırsatlar veya çekici çevre özgürlük, aile ya da belirli gruplara yakın olma) faktörler belirler^{11 85}.

Köyden kente göçenlerin, birincil göç nedeni işsizliktir. Kitleler "iş bulmak" amacı ile alıştıkları hayat tarzından koparak kente göç etmektedirler. Nüfusunun genç yapısı, sanayileşmeye paralel olarak gerçekleşmeyen kentleşme, köyden kente göçenlerin kentte iş bulamamaları ve marjinal sektörde çalışmalarına, aynı zamanda gizli işsizlik oranının kentlerde artmasına neden olmaktadır. Türkiye'de sanayileşmeye dayanmayan kentleşme, köyden kente göç eden kitlelerin "marjinal sektör"lerdeki istihdamını arttırmaktadır. Marjinal sektör; -işportacılık, hamallık, ayakkabı boyacılığı, piyango satıcılığı, kapıcılık, büro müstahdemliği vb. gibi- prodüktif olmayan bütün serbest iş kollarını kapsamaktadır. Kentlerdeki ekonomik yapının bu görünümü anomik kentleşmeyi ifade etmektedir⁸⁵. Merkezin uzağına inşa edilen, kondurulan yapılar o alan içinde kendi alt kültürünü meydan getirip kent içinde gettoların oluşumunu yaygınlaştırır. Köyden kente göçle birlikte tam olarak kentlileşemeyen kitleler, köydeki cemaat yapısını yeni bir tarzda sürdürmektedirler. Bu bağlamda, gecekondü nüfusunun yaşadığı mekanların "özgün cemaat" yapıları vardır. Cemaatleşme "tampon mekanizma" işlevi görmektedir. Ancak böylesi bir cemaatleşme dahi kentin getirdiği bu yükümlülükleri, farklı sosyal ekonomik fiziksel yaşamı içselleştirmeye yetmemektedir. Buna ek olarak cemaatleşmenin kendi içlerine kapalı olmaları dolayısıyla, "çoğulcu" kent kültürüne eklemlenememe tehlikesi de vardır^{85 86 87}.

Türkiye' de göçler

Türkiye Cumhuriyetinde birinci göç hareketi Osmanlı İmparatorluğu' nun toprak kaybetmeye başladığı dönemden başlayıp, Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşunun ilk yıllarında da süren Müslüman ve Türk asıllı nüfusun Anadolu' ya yerleşmesi ile Anadolu' daki Ermeni ve Rum nüfusunun dışarıya göç etmesi olarak tanımlanabilir. İkinci göç hareketi, 1935-1950

yıllarında göç olgusu kentten kıra doğru planlı programlı dikey bir hareketlilik söz konusudur. Üçüncü göç hareketi ise, köylerden kentlere göçün başladığı ve sonra yavaşladığı 35 yıllık dönem olan 1950-1985 dönemidir. Türkiye’ de göçün son dönemine bakıldığında, göçlerin yoğun bir biçimde kırsal yerleşimden kente doğru gerçekleştiği görülmektedir. Buna sosyoloji literatüründe ‘kırın iticili kentin çekiciliği’ denmektedir. Türkiye nüfusu, Kuzeyden ve Doğudan, Güneye ve Batıya doğru yer değiştirmeye başlamış, nüfusun önemli bir bölümü Ankara ili hariç kıyı illerine toplanmıştır⁸⁶.

Dördüncü ve son göç hareketi, 1989-1999 yılları arasında gerçekleşmiştir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde terör ve düşük yoğunluklu savaş nedeniyle, ani kitlesel ve zorunlu bir göç söz konusudur. Zorunlu göçler Türkiye’ nin eski geleneksel göç bölgelerine olan akışı yeni bölgelerin ve kentlerin eklenmesi ile farklı boyut ve biçimlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Zorunlu göç, ilk olarak bulunulan ilin kırsalından kent merkezine, ardından da diğer illere gerçekleşmektedir^{86 88}. Ülkemizdeki nüfus hareketleri bölgeler temelinde ele alındığında sürekli göç veren ve sürekli göç alan bölgeler ayrımı söz konusu olabilmektedir. Sürekli göç veren bölgeler Doğu, Güneydoğu ve Karadeniz Bölgeleri, sürekli göç alan bölgeler ise İstanbul ve Kocaeli gibi sanayi merkezlerini, Muğla ve Antalya gibi yumuşak iklimli kentleri içine alan Akdeniz, Marmara ve Batı Anadolu bölgeleridir⁸⁸.

2.6.2. Göçün Sağlık Üzerine Etkisi

Göçmenler göç ve geldikleri ülkeye entegrasyon sürecinde çeşitli sağlık riskleriyle karşı karşıyadır. Tuberküloz⁸⁹, sıtma, hepatit ve HIV gibi bulaşıcı hastalıkların sıklığının artması yanında kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve hipertansiyon, mental hastalıklar gibi kronik hastalıkların artışı ve obezite, madde kötüye kullanımının göçmenlerde daha sık olduğu bilinmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişimin ve hizmet kullanımının yetersizliği de farklı çalışmalarda gösterilmiştir⁹⁰.

Göçmenlik ya da mülteci olma durumu sosyal güvence sahibi olmayı da etkilemektedir⁹¹. Sosyal güvencenin olmaması göçmenlerin hizmet kullanımlarını da azaltmaktadır⁹². A.B.D’ deki göçmenlerin sağlık hizmetine erişimde riskler olduğu, yabancı ülke doğumluların, ABD doğumlu olanlara göre iki kat daha az sağlık güvencesine sahip olduğu, zamanında sağlık hizmetine başvuruda yetersiz olduğu ve geldikleri ülke kökenli enfeksiyon hastalıklarının sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir⁹³. Literatürde farklı sağlık sistemlerine adaptasyon sürecinde, göçmen ve mülteci grupların sağlık hizmetine erişimine özen gösterilmesi ve sağlık sistemini gerektiğinde yeniden yapılandırılmasının gereğini vurgulayan çalışmalar mevcuttur⁹⁴.

Farklı türdeki göçler, sağlık düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkilidir. Göç edenler gittikleri yerlerdeki enfeksiyonlar, parazitik hastalıklar, kazalardan daha fazla etkilenirler. Ayrıca geldikleri yöredeki bulaşıcı hastalıkları beraberlerinde taşıyarak göçü alan yörede salgınlara neden olabilirler¹¹. Göçmenler var olan sağlık durumları yönünden değerlendirildiğinde yerel nüfustan anlamlı olarak daha kötü sağlık durumu olduğu saptanmıştır⁹⁵.

Göçe maruz kalan aileler, alt yapısı tamamlanmamış kentlere gelip, yoksul kenar mahallelerine yerleşmek durumunda kaldıklarından, yaşadıkları fiziksel ortam bir çok hastalığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Kentteki işsizlik ya da sosyal güvenceden yoksun çalışma koşullarında devletin sağladığı kamusal sosyal hizmetlerden de yararlanamamaktadırlar. Aynı hanede iki-üç ailenin yaşaması, iyi beslenememe, ısınamama, temizlik koşullarının tam olmaması, içme suyunun yetersiz ve pis olması, atık sularının düzensiz tahliye edilmesi, katı atıkların rastgele atılması gibi etmenler sağlığı tehdit eden unsurlardır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanı göç alan yerlerde çok mümkün olmadığı gibi, göç öncesi yaşanan bölgede de personel yetersizliği ve güvenlik sorunu gibi nedenlerden dolayı, asgari düzeyde hizmet alma durumu görülmektedir⁸⁶.

Göçün ruh sağlığı üzerine etkisine vurgu yapmak gerekmektedir. Ağırlaştırıcı başka faktörlerin yokluğunda, sadece göçün bile depresyon anksiyete ve madde bağımlılığını artırıcı etkileri saptanmıştır. Göçün istemli olup olmadığı, göçün ruh sağlığı etkilerini belirleyen çok önemli bir faktördür. İstemli bir şekilde göç eden kişilerde ruhsal bozukluğun, zorunlu göç eden kişilere göre daha az bulunduğu saptanmıştır. Kosova savaşından dolayı Türkiye'ye zorunlu göç etmiş ve Kırklareli'ndeki göçmen kampına yerleşmiş Arnavut çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmada kaygı, depresyon ve somatizasyon oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, ayrıca çocuklarda altına işeme, tırnak yeme gibi diğer belirtilerin daha fazla görüldüğü bulunmuştur⁹⁶. Güneydoğu göçmenlerinde, özellikle kadın ve çocuklarda psikosomatik hastalıkların sıklığında artış olduğu bildirilmektedir⁹⁷.

Sağlık sisteminin bürokratik, yasal düzenlemelerin karmaşıklığı da göçmenlerin sağlık hizmeti kullanmalarını etkileyen faktörlerden biridir⁹⁸. İletişim zorluğu, kültürel farklılıklar ve sağlık sistemine yabancılaşma çektikleri için göçmenlerin sağlık hizmetlerine eşit olmayan erişimi söz konusudur³³.

Sınıfsal durum, ırk, düşük eğitim seviyesi, kötü çalışma koşulları ve düşük gelir düzeyi gibi etmenler farklı göçmen gruplar arasında çeşitlilik gösterebilmektedir. Bu da göçmenler koruyucu hizmetlere erişim açısından farklılık yaratmaktadır⁹⁹. ABD' de özellikle Latin kökenli göçmenlerin, sağlık güvencesi, sağlık hizmetine erişimi, nüfus artışı ve son bir yıl içinde

sağlık hizmeti kullanma durumu gibi göstergeler açısından en kötü durumda olan grup olduğu bildirilmektedir.

Literatürde bazı yayınlarda göçmenlerin özellikle ilk geldikleri dönemde, sağlık durumlarının yerel halktan daha iyi olduğu durumlar da tespit edilmiştir. Bunun sebepleri göç veren ülkenin sağlık sisteminin göç alan ülkeden daha iyi örgütlenmesi, rutin koruyucu hizmetlerin daha nitelikli verilmesi ve sağlık olanaklarına erişimin daha kolay olması olabilmektedir^{100, 101, 102}.



3. AMAÇ

3.1. Araştırmanın Yakın Erimli Amaçları:

- Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-72 aylık çocukların genel sağlık hizmeti kullanımlarını, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti kullanımlarını tespit etmek ve hizmet aldıkları kurumları belirlemek
- Son bir yıldaki toplam başvuru içinde sağlık ocağı kullanımını, sağlık ocağından koruyucu ve tedavi edici hizmet kullanımını tespit etmek
- Sağlık hizmetine erişimin hizmet kullanımına etkisini belirlemek
- Göç, yoksulluk, sınıfsal durum, hane ve alt yapısı, hane halkına ilişkin sosyo-demografik, var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin sağlık hizmeti kullanımına ve sağlık ocağından sağlık hizmeti kullanımına olan etkisini değerlendirmek
- Sürekli hizmet kaynaklarının varlığını belirlemek ve sürekli hizmet kaynaklarının neresi olduğunu tespit etmek. Sürekli hizmet kaynaklarını birinci basamağın temel özellikleri açısından değerlendirmek

3.2. Araştırmanın Uzun Erimli Amaçları:

- Sağlık hizmeti kullanımında dezavantajlı grupların tespit edilmesi yönünde tartışma zemini yaratmak, uzun erimde bu grupların hizmet kullanımlarını arttıracak yönetsel düzenlemeler için nesnel veri sunmak
- Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetini temel kavramlar üzerinden değerlendiren standartların oluşturulmasına katkıda bulunmak

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırma Bölgesinin Özellikleri:

Araştırma, İzmir İli Konak Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Gülyaka sağlık ocağı, Bozyaka ve Yeşilyurt semtlerinde ebe bölgeleri olan 42,574 nüfuslu kent tipi bir sağlık ocağıdır. Sağlık ocağı Gülyaka 1 ve 2, Doğanay 1 ve 2, Bahar 1, Bozyaka 1, 2 ve 3 numaralı ebe bölgeleri olmak üzere toplam 8 ebe bölgesinden oluşmaktadır. Eski İzmir caddesi sağlık ocağı bölgesinin ortasından geçerek bölgeyi kabaca ikiye ayırmaktadır. Ulaşım sürekli olarak belediye otobüsü ve dolmuşlarla sağlanmaktadır. Bölgede sağlık ocağı dışında, bir özel poliklinik, bir serbest pratisyen hekim ve altı tane serbest diş hekimi sağlık hizmeti vermektedir. Ayrıca Bozyaka Devlet Hastanesi sağlık ocağı bölgesinin sınırlarını oluşturmaktadır. Yeşilyurt devlet hastanesi bölgeye 10 dakikalık yürüme mesafesindedir.

Bölgede yaşayan kişiler, metropolde yaşamının sağladığı bir olanak olarak, sağlık ocağından üniversiteye kadar her türlü sağlık kurumundan hizmet alabilmektedirler.

4.2. Araştırmanın Tipi:

Araştırma kesitsel, analitik bir çalışma olarak planlanmıştır.

4.3. Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini, Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesine bağlı olan 0-72 aylık çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın planlandığı 2004 yılı yıl ortası nüfusu 42547, 0-72 aylık çocuk nüfusu 2830' dur.

4.3.1. Araştırmanın Örneklemi:

Araştırma Kapsamına alınan Gülyaka S.O bölgesindeki çocukların ebe bölgelerine göre dağılımları Tablo 9' da sunulmuştur.

Tablo 9. Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesi 0-72 Ay Çocuk Nüfusunun, Örnek Büyüklüğünün, Örnek ve Yedek Toplamının ve Ulaşılan Çocukların, Yedeklerin Ebe Bölgelerine Göre Dağılımları

Ebe Bölgesi	Evren		0-72 ay örnek+yedek		Örnek Büyüklüğü		Ulaşılan		Kullanılan Yedek	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gülyaka1	293	10,4	36	10,3	30	10,3	26	86,7	2	6,6
Doğanay2	421	14,9	52	14,9	43	14,8	36	83,7	3	8,3
Bahar1	213	7,5	26	7,4	23	7,9	19	82,6	1	5,2
Bozyaka2	417	14,7	51	14,6	43	14,8	39	90,7	5	12,8
Bozyaka3	485	17,1	60	17,2	50	17,2	42	84,0	5	11,9
Doğanay1	217	7,7	27	7,7	22	7,6	18	81,8	1	5,5
Bozyaka1	393	13,9	49	14,0	40	13,7	38	95,0	5	13,1
Gülyaka2	391	13,8	48	13,8	40	13,7	39	97,5	5	12,8
Toplam	2830	100,0	349	100,0	291	100,0	257	88,3	27	10,5

Evren ile örnek büyüklüğünün ebe bölgelerine göre dağılımları arasında anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,06$ $p=0,99$). 291 kişilik örnek büyüklüğünün 257' sine ulaşılmıştır kapsayıcılık %88,3' tür (Tablo 9).

4.4. Örneklem Yöntemi:

Araştırma evreni olan 2830 0-72 aylık çocuk içinden, %8.3 prevalansla (Öncelikli Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi Tıp Eğitimi Müfredatına Aktarılması Projesi Saha Çalışması 0-6 yaş grubu çocukların sağlık hizmeti kullanımı prevalansı)¹⁰³ % 3 hata payı ile %95 güven aralığında 291 çocuk epi info programı yardımıyla örnek olarak seçilmiştir. %20 yedek ile toplam 349 çocuk örneğe dahil edilmiştir. Örnek seçiminde olasılıklı örneklem yöntemlerinden biri olan "Sistemik Örneklem Yöntemi" kullanılmış, ebe bölgelerine göre tabakalama yapılmıştır. Gülyaka Sağlık Ocağında bulunan "Bebek, çocuk ve çocukluktan çıkan (5 yaş çocuklar) tespit fişleri kullanılarak her sekiz karttan birine denk gelen 0-72 aylık çocuk örneklem dahil edilmiştir.

4.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

4.5.1. Bağımsız Değişkenler:

Hane alt yapı değişkenleri

- Yaşanan evin niteliği
- Oda başına düşen kişi sayısı
- Evde kullanma suyu kaynağı

Hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenler

- Cinsiyet
- Doğum tarihi
- Çocuk sayısı
- Sosyal ve sağlık güvence durumu
- Sosyal güvencenin sağlık gereksinimlerini karşılama durumu
- Anne ve babanın öğrenim durumu
- Anne ve babanın tamamladığı eğitim yılı
- Anne ve babanın ana dili

İş ya da işsizlik durumu, Sınıfsal duruma ilişkin değişkenler

- Gelir getirici işi olup olmaması
- İşteki konumu
- İş öyküsü
- Sınıfsal durum

Sınıfsal durum değişkeninin analizi Boratav sınıflamasına sadık kalınarak yapılmıştır⁷³. Sorular hane reislerine sorulmuştur. Hane reisleri annelerin bildirimi ile belirlenmiştir. Tablo 10' da sınıf değişkeni analizinde izlenen algoritma görülmektedir.

Tablo 10. Sınıf Değişkenin Analizi

Üretim Araçlarının Mülkiyetine Sahip Olan (Kendi İşine Sahip Olanlar)

- **Kendi Hesabına Çalışanlar** Hangi tür meslekten olursa olsun kendi işine sahip olup yanında birini çalıştırmayanlar.
Örn: Esnaf, zanaatkar, serbest meslek sahipleri
- **İşverenler**
 - Küçük (1- 2 işçi çalıştıran)
 - Orta (3-5 işçi çalıştıran)
 - Büyük (5'ten fazla işçi çalıştıran)

Üretim Araçlarına Yani Kendi İşine Sahip Olmayanlar (Ücretli, Maaşlılar)

- **Beyaz Yakalılar** Hangi sektörde çalışırsa çalışsın kafa emeği ile üretim yapanlar
 - **Yüksek Nitelikli Beyaz Yakalılar**
 - Yüksek öğrenime gerek duyan
 - Toplumda elit nitelikli olarak değerlendirilen
 - Belli bir özel ya da resmi kuruma bağlı olmaksızın kendi başına çalışma ve sermaye elde etme olanağı da bulanlar Örn: Avukatlık, hekimlik, mühendislik
 - **Beyaz Yakalılar**

-
- Belli bir eğitim düzeyine veya hizmet içi eğitimden kaynaklanan uzmanlaşmaya gerek duyan
 - Yüksek niteliklilerden belirgin biçimde daha az nitelik gerektiren
 - Kendi işlerini kurma olanağı olmayan
Hemşire, banka memuru, sekreter, polis, öğretmen
 - **Niteliksiz Hizmet İşçileri**
 - Sınıfsal konum olarak niteliksiz mavi yakalılara benzeyen örn: şoför, bekçi, tezgahdar, garson
 - **Mavi Yakalılar** Hizmet ve imalat sektöründe daha çok el emeği ile üretim yapan işçiler
 - **Niteliksiz Mavi Yakalılar**
 - Küçük sanayi sitelerinde çalışan bütün çıraklar
 - Belediye alt yapı hizmetlerinde çalışanlar
 - Bütün inşaat işçileri, marangoz, kaynakçı, boyacılar
 - Çoğu kez hiç bir formel eğitime gerek göstermeyen meslekler
 - **Nitelikli Mavi Yakalılar**
 - Fabrikada tezgah başında çalışıp, kimi kez meslek içi kurslara alınanlar ve o mesleğe ilişkin bir formasyona sahip olmaları beklenenler.
-

Bu sınıflamanın dışında kalan işsizler emekliler için literatürde önerilen yollar tablo 11' de gösterilmiştir⁷⁴.

Tablo 11. İşsizler ve Emekliler İçin Önerilen Sınıflamalar

İşsizler

- En son yaptığı işin niteliğine göre
- İşsiz kalıncaya dek en uzun süre yaptıkları işe göre
- Aile reisinin sınıfsal konumuna göre
- Ayrı bir sınıf olarak değerlendirilerek sınıflanabilir

Emekliler

- Ayrı bir sınıf olarak bırakılabilirler
 - Emekli oldukları işin niteliğine göre bırakılabilirler.
 - Emekli olduktan sonra yeni bir işe başlamış ve bu iş yaşam koşulları açısından belirleyici ise bu yeni duruma göre sınıflanabilir
-

Emekliler ise en son yaptıkları için niteliğine göre ve emekli olduktan sonra yeni bir işe başlamış ve bu iş yaşam koşulları açısından belirleyici ise bu yeni duruma göre sınıflanmıştır. Nitelikli ve niteliksiz mavi yakalılar bir grupta toplanmıştır. Yüksek nitelikli beyaz yakalılar ve beyaz yakalılar tek bir grup içinde değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma grubumuzda niteliksiz hizmet işçisi bulunmamaktadır. Küçük, orta ve büyük işverenler de bir gruba

toplanmıştır. Analizlerde kendi hesabına çalışanlarla burjuvalar birlikte değerlendirilmiştir. İşsizler de ayrı bir grup olarak bırakılıp marjinallerle birleştirilerek gruplanmıştır. Daha anlaşılır karşılaştırma yapabilmek için; işsizler, marjinaler ve mavi yakalılar alt sınıfsal gruplar, yüksek nitelikli beyaz yakalılar, beyaz yakalılar, işverenler ve kendi hesabına çalışanlar üst sınıfsal gruplar olarak ayrılarak değerlendirmeler yapılmıştır.

Yoksulluk ve sınıfsal durumu birlikte değerlendirmek amacıyla yoksulluk ve sınıfsal durumu çapraz tablosundan yeni bir değişken elde edilmiştir. Analizlerde ek olarak bu değişken de kullanılmıştır.

	Yoksul		Yoksul Değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alt sınıf	87 (a)	60,0	58 (b)	40,0	145	100,0
Üst sınıf	30 (c)	26,8	82 (d)	73,2	112	100,0
Toplam	117	45,5	140	54,5	257	100,0

Yoksulluk+ Sınıfsal Durum

	Sayı	%
Yoksul alt sınıf	87 (a)	33,9
Yoksul üst sınıf	30 (c)	11,7
Yoksul değil alt sınıf	58 (b)	22,5
Yoksul değil üst sınıf	82 (d)	31,9

Yoksullukla İlgili Değişkenler

➤ Objektif Yoksulluk Değişkenleri

- Haneye giren toplam aylık gelir
- Kişi başına düşen aylık gelir
- Oturulan eve sahiplik
- Diğer taşınmaz mülklere sahip olma durumu
- Hane halkına ait araba sahipliği, arabanın kullanım amacı

Objektif yoksulluk göstergeleri değerlendirilirken her hane için mutlak ve görelî yoksulluk sınırları hesaplanmıştır. Her hanenin toplam aylık geliri ile belirlenen mutlak ve görelî yoksulluk sınırları karşılaştırılmış ve o hanenin yoksulluk durumu tespit edilmiştir. Tablo 12 ve 13' te mutlak ve görelî yoksulluk sınırı hesaplamasında kullanılan değerler sunulmuştur.

Tablo 12. Şubat 2005 Tarihi İtibarıyla Hesaplanan Mutlak Yoksulluk Değerleri

1- Çalışan Kişi (2800 Kalori)	134.88 Ytl
2- Çalışmayan Eş (2800 Kalori)	134.88 Ytl
3- (0-6) Yaş Grubu Çocuk (2400 Kalori)	115.61 Ytl
4- (6-15) Yaş Grubu Çocuk (2800 Kalori)	134.88 Ytl

Tablo 13. Şubat 2005 Tarihi İtibarıyla Hesaplanan Göreli Yoksulluk Değerleri

1- Çalışan Kişi (Tek Kişi)	884.40 Ytl
2- Çalışmayan Eş (Tek Kişi)	237.30 Ytl
3- (0-6) Yaş Grubu Çocuk (Tek Çocuk)	144.60 Ytl
4- (6-15) Yaş Grubu Çocuk (Tek Çocuk)	218.40 Ytl

Kaynak: ⁶⁹

Görelî yoksulluk sınırı hesaplanırken kullanılan kriterler, bunların Şubat 2005 itibarıyla YTL ederleri ve her hane halkı bireyi için aylık toplamaları gösteren tablolar ekler Tablo 5' te sunulmuştur.

Araştırmanın çözümleyici karşılaştırmalarında yoksul olarak tanımlananlar, mutlak yoksulluk sınırına göre belirlenen gruptur. Yoksullukla ilgili yapılan tüm değerlendirmelerde mutlak yoksulluk temel alınmıştır.

➤ **Subjektif Yoksulluk Değişkenleri**

- Annenin gelir düzeyi algısı
- Üç yıl önceye göre gelir durumu algısı
- Gelire göre gider durumu algısı
- Gelecekte gelirle ilgili beklenti

Subjektif gelir göstergeleri 5' li likert tipi ölçekle değerlendirildi.

çok iyi=1 puan, iyi=2 puan, orta=3, kötü=4, çok kötü=5 olacak şekilde puanlandırıldı. Gelecekle gelirle ilgili beklentileri sorgulandığında annelerin %41.6' sı "herhangi bir fikrim yok ya da allah bilir" ifadelerini bildirmiştir. Bu ifadelere puan verilmemiştir. Subjektif gelir algısı toplam risk puanı ve her bir toplam puanın hesaplamaya dahil edilen değişken sayısına bölünerek elde edilen subjektif gelir algısı risk puan ortalamaları hesaplanmıştır. Ortalamanın (3,0451) üstü subjektif gelir algı puanı kötü, altı iyi olarak kabul edilmiştir.

Göçle ilgili değişkenler

- Hane reisinin memleketi ve doğum yeri
- Hane reisinin memleketi ve doğum yerinin kentleşme derecesi
- Gülyaka'da yaşanan süre
- İzmir'de yaşanan toplam süre
- İzmir'e göç nedeni
- Sosyal dayanışma ağlarının varlığı

Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenler

- Konjenital ya da kronik hastalık varlığı

- Anneye göre çocuğun algılanan sağlık durumu
- Çocukta engel ya da gelişme geriliği varlığı

Tedavi Edici ve Koruyucu Hizmetlere Erişim

Bu araştırmada erişim, coğrafi, sosyokültürel, finansal, organizasyonel olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir²⁸.

Coğrafi erişim: Hizmete erişmek için geçen süre

Finansal erişim: Sosyal güvence varlığı, sosyal güvence dışı cepten ödemeler

Sosyokültürel erişim: Dil engelinin olup olmaması

Organizasyonel erişim: Hizmet almak için bekleme süresi sorgulanmıştır.

4.5.2. Bağımlı Değişkenler:

- Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı
- Tedavi edici hizmet kullanımı
- Koruyucu Hizmet kullanımı
- Son bir yılda sağlık ocağı kullanımı
- Sağlık ocağından koruyucu ve tedavi edici hizmet kullanımı
- Sürekli Hizmet Kaynağına ilişkin değişkenler
- Sürekli hizmet kaynağının varlığı:

Sürekli hizmet kaynağını belirlemek üzere annelere, literatürde önerilen^{104 105} iki soru yöneltilmiştir.

1. *Çocuğunuz hasta olduğunuzda ya da çocuğunuzun sağlığıyla ilgili bir konuda tavsiyeye ihtiyacınız olduğunda sıklıkla kullandığınız bir yer(sağlık kurumu) ya da doktor(sağlık çalışanı) var mı?*

2. *Çocuğunuzun bugüne kadar geçirdiği sağlık sorunlarını, sağlığı ile ilgili geçmişini iyi tanıyan yer(sağlık kurumu) ya da doktor(sağlık çalışanı) var mı?*

- Sürekli hizmet kaynağının birinci basamağın temel özelliklerini karşılama durumu:

Sürekli hizmet kaynağı olanların birinci basamak özelliklerine ilişkin birinci basamak skorları hesaplanmıştır. Bu hesaplama Starfield değerlendirme modelince önerilen ilk başvuru, erişim, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon özellikleri temel alınarak yapılmıştır. Bu amaçla 1998 yılında John Hopkins Üniversitesince geliştirilen Primary Care Assessment Tool Child – Expanded Version ölçeği ve değerlendirme kriterlerinden

yararlanılmıştır¹⁰⁵. Puanlar 0-5 arasında verilen puanlarla, ilk başvuru, erişim, kapsayıcılık, koordinasyon ve süreklilik puanları hesaplanmıştır. Birinci basamak skoru ise aşağıdaki formülle hesaplanmıştır. Sürekli hizmet kaynağı olamayanların skorları hesaplanmamıştır¹⁷.

$$B.B.S=[Ku1+(E1+E2+E3+E4+E5)/5+(Ka1+Ka2+Ka3+Ka4+Ka5)/5+(Ko1+Ko2+Ko3)/3+(S1+S2+S3)/3]/5^{106}(\text{Tablo 14}).$$

Tablo 14. Birinci Basamak Özelliklerinin Puanlaması

Birinci basamak özelliği	Puan
Ku1 ilk başvuru yeri	
Evet	5
Hayır	0
E1 coğrafi erişim	
0-30 dakika	5
31-60 dakika	4
61-120 dakika	3
121-180 dakika	2
E2 finansal erişim cepten ödeme	
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemiyor	5
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödüyor	0
E3 finansal erişim sosyal güvence	
Sosyal güvencesi var	5
Sosyal güvencesi yok	0
E4 sosyokültürel erişim	
Hizmet alırken dil sorunu yaşamıyor	5
Hizmet alırken dil sorunu yaşıyor	0
E5 organizasyonel erişim	
0-30 dakika	5
31-60 dakika	4
61-120 dakika	3
121-180 dakika	2
181+ dakika	1
K1 kapsayıcılık aşılama hizmetinin verilme durumu	
Tamamen veriliyor	5
Kısmen veriliyor	3
Hiç verilmiyor	0
K2 kapsayıcılık izlem hizmetinin verilme durumu	
Tamamen veriliyor	5
Kısmen veriliyor	3
Hiç verilmiyor	0
K3 kapsayıcılık akut hastalık durumunda muayene hizmetinin verilme durumu	
Tamamen veriliyor	5
Kısmen veriliyor	3
Hiç verilmiyor	0
K4 kapsayıcılık akut hastalık durumunda tahlil yapılabilme durumu	

Tamamen veriliyor	5
Kısmen veriliyor	3
Hiç verilmiyor	0
K5 kapsayıcılık sağlığı koruyucu bilgi verilme durumu	
Evet	5
Kısmen	3
Hayır	0
Ko1 koordinasyon sevk	
Evet her zaman	5
Çoğunlukla	4
Kısmen	3
Hayır hiç	0
Bilmiyorum	0
Ko2 koordinasyon gelişme takibi	
Evet her zaman	5
Çoğunlukla	4
Kısmen	3
Nadiren	2
Hayır hiç	0
Bilmiyorum	0
Ko3 koordinasyon kayıtlar	
Evet her zaman	5
Çoğunlukla	4
Hayır hiç	0
Bilmiyorum	0
S1 kurumsal süreklilik	
Var	5
Yok	0
S2 kişisel süreklilik	
Var	5
Yok	0
S3 sürekli hizmet kaynağını kullanma süresi	
Doğduğundan beri kullanıyor	5
Doğduğundan beri kullanmıyor	0

4.6. Veri Toplama

Veriler geliştirilen anket formuyla 0-72 aylık çocukların anneleri ile yüzyüze görüşme yapılarak toplandı.

Soru formunda hane alt yapı özelliklerini belirlemeye yönelik altı, sosyo demografik özellikleri belirlemeye yönelik 19 soru, İş, işsizlik ve sınıfsal durumu belirlemeye yönelik 14 soru, yoksulluğu değerlendirmek için dokuz soru, Göçle ilişkili sekiz soru, tedavi edici hizmet kullanımını değerlendirmek için sekiz, koruyucu hizmet kullanımını değerlendirmek için 10, tedavi edici ve koruyucu hizmete erişimi ölçmek için altı şar soru, sürekli hizmet kaynağını belirlemek için iki, sürekli hizmet

kaynağından alınan hizmetin niteliğini değerlendirmek için 14 ve var olan sağlık durumunu belirlemek için üç soru soruldu.

***Pilot Uygulama ve Veri Toplama:**

Veriler toplanmaya başlamadan önce 23-24 Ekim 2004 tarihleri arasında Karşıyaka Gümüşpala semtinde beş adet ve 2 Kasım tarihinde Çiğli Güzeltepe gecekondü bölgesinde beş adet anket pilot uygulama amaçlı yapıldı. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra 8 Kasım 2004-8 Şubat 2005 tarihleri arasında 51 iş gününde veriler toplandı. Günde ortalama beş anket yapıldı.

Toplam 257 haneye ulaşıldı ve 257 çocuğun anneleriyle görüşüldü. Her eve en az üç kez gidildi. Üç kez evde bulunamayan durumlarda bölgenin sorumlu ebesinden telefonla arayarak randevu alması talep edildi. Randevular sonucu yüz yüze görüşmeler kişilerin hanelerinde ya da sağlık ocağında gerçekleştirildi. 114 kişi ilk ziyarette, 50 kişi ikinci ziyarette 65 kişi üçüncü ziyarette, 26 kişi randevu alınarak ulaşıldı. Randevuların 20' si sağlık ocağında altısı evlere gidilerek gerçekleştirildi. Hiçbir şekilde yüzyüze görüşme imkanı bulunamayan iki çalışan anne ile telefonda görüşme yapıldı.

Evde sağlıklı bilgi alınacak kimsenin bulunmaması (iki kişi), belirlenen adresin bulunamaması (11 kişi), çocuğun ölümü (bir kişi), en az üç kez tekrarlanan ziyaret ve ardından randevu yoluyla da ulaşılamayan (10 kişi), red edilme durumu (iki kişi), göç, veri toplama zaman aralığında belirlenen hanede bulunmama (üç aylığına memlekete gitme bir kişi) gibi durumlarda yedekler kullanıldı. Toplamda 27 (%10,5) adet yedek kullanıldı.

4.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesi, kişisel bilgisayarda SPSS 11.5 versiyon istatistik programı kullanılarak, χ^2 testi ve t testi ve varyans analizi uygulanarak yapılmıştır.

4.8. Zaman Çizelgesi

	Ş 04	M 04	N 04	M 04	H 04	T 04	A 04	E 04	E 04	K 04	A 04	O 05	Ş 05	M 05	N 05	M 05	H 05
Aylar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18
Konu seçimi																	
Literatür tarama																	
Anket oluşturma																	
Ön deneme																	
Veri toplama																	
Veri girişi																	
Analiz																	
Tez yazımı																	

4.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler:

Veriler kış aylarında toplandığı için çocukların son 15 gün içinde olan sağlık sorunları üst solunum yolları ve alt solunum yolları enfeksiyonu ağırlıklı olmuştur. Son 15 gün içinde yapılan başvurulardan hesaplanan yıllık başvuru sayısı, başvurunun yoğun olduğu kış aylarını yansıttığı için, yıllık toplam başvuru sayısı değerlendirmelerde kullanılmıştır. Çocukların tamamına yakını koruyucu sağlık hizmeti aldıkları için, analizler kurum bazında sağlık ocağı ve diğer olarak gruplanarak yapılmıştır.

5. BULGULAR

5.1. TANIMLAYICI BULGULAR

5.1.1. Araştırma Grubundaki Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 15' de çocukların cinsiyet, sağlık güvencesi ve yaş dağılımları görülmektedir.

Tablo 15. Çocukların Cinsiyet, Sağlık Güvencesi ve Yaş Dağılımları

	Sayı	%
Çocuğun cinsiyeti		
Erkek	152	59,1
Kız	105	40,9
Çocuğun sağlık güvencesi		
SSK	109	42,4
Bağ kur	30	11,7
Emekli sandığı	32	12,5
Yeşil kart	7	2,7
Yok	75	29,2
Özel	3	1,2
Diğer	1	0,4
Çocukların ay olarak yaş dağılımı		
0-12	36	14,0
13-24	37	14,4
25-36	45	17,5
37-48	54	21,0
49-60	38	14,8
61-72	47	18,3
Toplam	257	100,0

Çocukların % 59.1'i erkektir, sağlık güvencesi olmayanların oranı %29.2 dir. Sağlık güvencelerine bakıldığında %42,4'ü SSK' ıdır. Çocukların yaş ortalamaları $2,68 \pm 1,74$ tür.

5.1.2. Hane ve Alt Yapısı ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 16' da araştırma grubuna ait haneler ve alt yapı özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 16. Hanelerin; Yaşanan Evin Niteliği, Kullanma Suyu Kaynağı, Kanalizasyon Durumu, Oda Başına Düşen Kişi Sayısına Göre Dağılımı

	Sayı	%
Yaşanan evin niteliği		
Gecekondu	3	1,2
Müstakil	101	39,3
Apartman	153	59,5
Kullanma suyu kaynağı		
Eve şebeke ile gelen şehir suyu	250	97,3
Bahçede çeşme ile gelen şehir/kaynak suyu	6	2,3
Arıtma suyu	1	0,4
Kanalizasyon durumu		

Kanalizasyona bağlı	256	99,6
Açık çukura akıyor	1	0,4
Oda başına düşen kişi sayısı		
1	111	43,2
2	132	51,4
3 ve üstü	14	5,5
Toplam	257	100,0

Hanelerin %59,5' i apartmandır. Kullanma suyu kaynağı olarak eve şebeke ile gelen şehir suyunu kullananlar %97.3' tür. Bir hane hariç tümü kanalizasyona bağlıdır. Oda başına birden fazla kişi düşen haneler % 56.9' dur. Hanelerde ortalama 3,27±0,68 oda bulunmaktadır. Hanede yaşayan kişi sayısı ise ortalama 4,14±1,13' tür.

5.1.3. Hane Halkına Ait Tanımlayıcı Sosyodemografik Bulgular

Tablo 17' de hane halkına ait sosyo demografik özellikler yer almaktadır.

Tablo 17. Hane Halkına Ait Sosyo Demografik Bulgular

	Sayı	%
Toplam Çocuk Sayısı		
1	89	34,6
2	102	39,7
3	48	18,7
4 ve üstü	18	7,0
Annenin Eğitim Durumu		
Okur yazar değil+okur yazar	15	3,9
İlkokul	138	53,7
Ortaokul	29	11,3
Lise	62	24,1
Üniversite ve üstü	13	4,7
Babanın Eğitim Durumu		
Okur yazar değil+okur yazar	7	2,7
İlkokul	136	52,9
Ortaokul	36	14,0
Lise	53	20,6
Üniversite ve üstü	25	9,7
Medeni Durumları		
Evli	254	98,8
Boşanmış	3	1,2
Annenin Ana Dili		
Arapça	2	0,8
Kürtçe	26	10,1
Türkçe	229	89,1
Babanın Ana Dili		
Arapça	3	1,2
Kürtçe	24	9,3
Türkçe	230	89,5

Hane Reisinin Cinsiyeti		
Erkek	246	95,7
Kadın	11	4,3
Hane Reislerinin Yaş Grupları		
23-32	118	45,9
33-42	114	44,4
43>	25	9,7
Toplam	257	100,0

Hanelerin %34.6' sının bir çocuğu vardır. Annenin tamamladığı eğitim yılı ortalama 6,98±3,48 iken babalarınki ortalama 7,47±3,53 tür. Her iki grup ortalaması için de zorunlu sekiz yıllık temel eğitim sınırının altında olduğunu söylemek mümkündür. Annelerin % 10.9'unun, babaların 10.5' inin Türkçe dışında bir anadili vardır. Hane reislerinin %48,6' sı 23-33 yaş grubu arasındadır, yaş ortalaması 34,07±6,14 tür.

5.1.4. Sosyal Güvenceye İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 18'de sosyal güvence ve sağlık güvencesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 18. Hane Reisinin Sosyal Güvencesine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Hane reisinin sosyal güvencesi	Sayı	%
SSK	111	43,2
Bağ kur	32	12,4
Emekli sandığı	29	11,3
Yeşil kart	8	3,1
Özel	3	1,2
Diğer	1	0,4
Yok	73	28,4
Hane reisinin sosyal güvencesinde kesinti varlığı		
Evet	35	13,6
Hayır	149	58,0
Sağlık güvencesi olmayan	73	28,4
Sağlık güvencelerinin gereksinimlerini karşılama durumu		
Evet tümünü karşılıyor	63	24,5
Çoğunlukla karşılıyor	53	20,6
Kısmen karşılıyor	51	19,8
Nadiren karşılıyor	8	3,1
Hayır hiç karşılamıyor	4	1,6
Bilmiyorum/Fikrim Yok	5	1,9
Toplam	184	71,6
Sağlık Güvencesi Olmayan	73	28,4
Toplam	257	100,0

Hane reislerinin %43.2' si SSK' ıdır ve %28.4' ünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Buna ek olarak %13.6 sının sosyal güvencesinde en az bir kez kesinti olmuştur. Hane

reislerinin sosyal ve sağlık güvencelerini varlığı (Kikare:0,45 p:0,799) ve kesinti varlığı (0,69 p:0,405) arasında istatistiksel olarak anlamalı bir fark saptanmamıştır.

5.1.5. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Bulgular

Tablo 19'da hane reislerinin çalışma durumu, işsizlik ve sınıfsal durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 19. Hane reislerinin alışma Durumu, İşsizlik ve Sınıfsal Durumlarının Dağılımı

	Sayı	%
Çalışma durumu		
Hayır	42	15,2
Evet	215	84,8
alışmıyorsa ne durumda		
İşsiz	28	10,9
Emekli	7	1,9
Ev hanımı	7	1,6
alışıyor	215	84,8
Sınıfsal Durum		
Mavi yakalılar	111	43,2
Beyaz yakalılar	49	19,1
Burjuvalar	12	4,7
Kendi hesabına alışanlar	51	19,8
İşsizler ve marjinaller	34	13,2
Toplam	257	100,0

Hane reislerinin %15,2' si çalışmamaktadır. %10.9' unun çalışmama nedeni işsiz olmasıdır.

Hane reislerinin % 62.3' üretim araçlarının mülkiyetine sahip olmayan, kafa ya da gücü ile çalışanlardır. %24.5'i ise üretim araçlarının mülkiyetine sahip olan kendi hesabına çalışanlar ya da yanında en az bir işçi çalıştıran işverenlerdir.

5.1.6. Göçle İlgili Bulgular

Tablo 20. Hane Reislerinin Doğum Yerlerinin İllere Göre Dağılımı

İL	Sayı	%	Bölge	Bölge Toplamı
İstanbul	3	1.2	Marmara	Marmara Bölgesi %1,6
anakkale	1	0.4	Marmara	
Tokat	3	1.2	Karadeniz	Karadeniz Bölgesi %6
Artvin	2	0.8	Karadeniz	
Bolu	2	0.8	Karadeniz	
Gümüşhane	2	0.8	Karadeniz	
Rize	2	0.8	Karadeniz	
Bartın	1	0.4	Karadeniz	
Samsun	1	0.4	Karadeniz	
Trabzon	1	0.4	Karadeniz	

Zonguldak	1	0.4	Karadeniz	
Konya	17	6.6	İç	İç Anadolu Bölgesi %9.8
Ankara	4	1.6	İç	
Niğde	2	0.8	İç	
Eskişehir	1	0.4	İç	
Kırıkkale	1	0.4	İç	
Mardin	14	5.4	Güney doğu	Güney doğu Anadolu Bölgesi %12
Urfa	8	3.1	Güney doğu	
Diyarbakır	5	1.9	Güney doğu	
Gaziantep	3	1.2	Güney doğu	
Siirt	1	0.4	Güney doğu	
İzmir	92	35.8	Ege	Ege Bölgesi %50.3
Manisa	15	5.8	Ege	
Aydın	8	3.1	Ege	
Sivas	4	1.6	Ege	
Afyon	3	1.2	Ege	
Denizli	3	1.2	Ege	
Uşak	2	0.8	Ege	
Kütahya	1	0.4	Ege	
Muğla	1	0.4	Ege	
Erzurum	24	9.3	Doğu	Doğu Anadolu Bölgesi %17,8
Van	8	3.1	Doğu	
Elazığ	5	1.9	Doğu	
Malatya	5	1.9	Doğu	
Bitlis	2	0.8	Doğu	
Bingöl	1	0.4	Doğu	
Muş	1	0.4	Doğu	
Maraş	2	0.8	Akdeniz	Akdeniz Bölgesi %2.4
Antakya	1	0.4	Akdeniz	
Antalya	1	0.4	Akdeniz	
Burdur	1	0.4	Akdeniz	
Hatay	1	0.4	Akdeniz	
Irak	1	0.4	Yurt dışı	Yurt dışı %0,4
Toplam	257	100.0		

Hane reislerinin doğum yerlerinin illere göre dağılımına bakıldığında (Tablo 20) %50.3' ünün Ege bölgesinde doğduğu görülmektedir. %29.8' inin doğum yeri ise Doğu ve Güney Doğu illeridir. Bir hane reisinin doğum yeri Türkiye dışındadır. Doğum yerleri il bazında değerlendirildiğinde %35.8 ile İzmir ilk sıradadır. İzmir'i % 9.3 ile Erzurum, %6.6 ile Konya, %5.8 ile Manisa ve %5.4 ile Mardin takip etmektedir(Şekil 11).

Tablo 21' de hane reislerinin Gülyaka ve İzmir'de yaşadıkları sürelerle göre dağılımları sunulmuştur.

Tablo 21. Hane Reislerinin Gülyaka ve İzmir'de Yaşadıkları Sürelere Göre Dağılımı

	Sayı	%
Gülyaka' da yaşanan süre10 yıllık dilim		
0-10 yıl	181	70,4
11-20 yıl	49	19,1
21-30 yıl	21	8,2
31 ve üstü	6	2,3
İzmir' de yaşanan toplam süre 10 yıllık dilimler		
0-10 yıl	145	56,4
11-20 yıl	75	29,2
21-30 yıl	27	10,5
31 ve üstü	10	3,9
Toplam	257	100,0

Hane reislerinin %56.4' ü İzmir'de, % 70.4'ü ise Gülyaka'da on yıl ve daha az süredir yaşamaktadır. Gülyaka' dan önce İzmir' in başka yerinde yerinde yaşamış olanların oranı % 30,3 tür. Bu kişiler ortalama 7,73±2,43 yıl İzmir' in diğer semtlerinde oturduktan sonra Gülyaka' ya yerleşmişlerdir.

Tablo 22' de hane reislerinin doğum yerlerine göre göçmenlik durumları sunulmuştur.

Tablo 22. Hane Reislerinin Doğum Yerlerine Göre Göçmenlik Durumu

	Sayı	%
Göçmenlik durumu		
İzmir dışı	166	64,6
İzmirli	48	18,7
İzmirin ilçesi ya da köyü	43	16,7
Toplam	257	100,0

Hane reislerinin %64,6' sı İzmir ili dışında doğup daha sonra İzmir iline göçmüştür. İzmir ilinde doğanların % 47.2' si İzmir'in ilçe ya da köyünde doğmuş ve daha sonra İzmir iline göçmüştür. İzmir dışı ve İzmir'in ilçe ve köyünde doğup daha sonra İzmir metropolüne göçen kişiler çalışmada göçmen olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 23' de göç etme nedenlerine göre dağılımlar sunulmuştur.

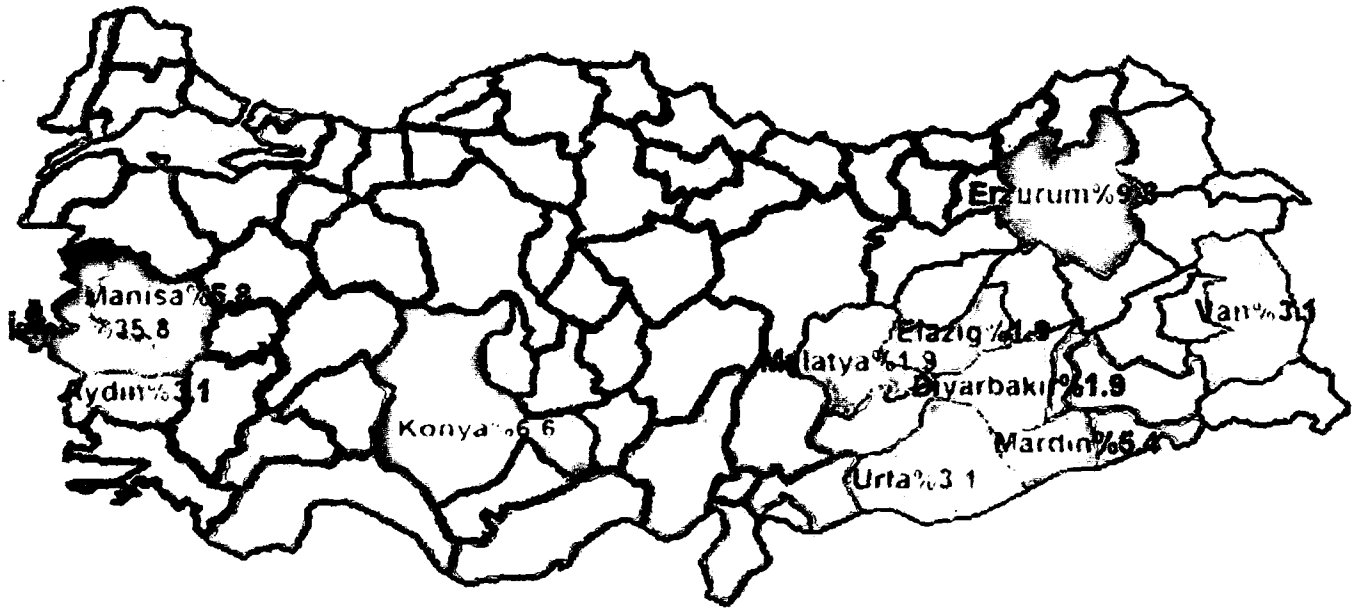
Tablo 23. İzmir İl Merkezine Göçen Kişilerin Göç Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

	Sayı	%
Göç etme nedenleri*		
İşsizlik	99	38,5
İş nedeniyle	64	22,2
Ailesel nedenler	27	10,2
Evlilik nedeniyle	9	2,7
Eğitim-Sağlık	5	1,6
Memlekette can güvenliği yok	4	1,6
Ev aldık	2	0,8
Mülteci olarak geldik	1	0,4
Maddi manevi destek olan akraba hısım		
Evet	152	72,7
Hayır	57	27,3
Göç etmelerine aracılık eden akraba hısım		
Evet	102	48,8
Hayır	107	51,2
Toplam	209	100,0

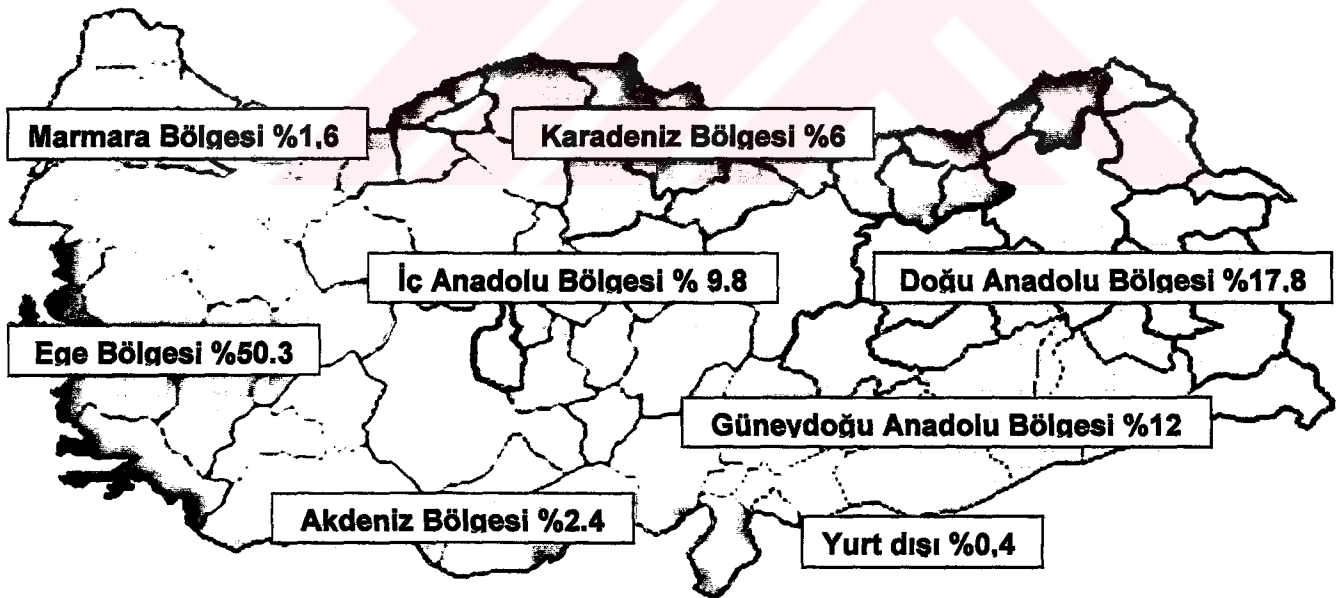
*Birden fazla neden belirtilmiştir.

Hane reislerinin göç etme nedenlerine bakıldığında ilk sırayı %38,5 ile işsizlik almaktadır. İşsizlik nedenini %22,2 ile yine işle ilişkili nedenler(tayin, yeni iş kurma veya bulma, işini taşıma gibi) takip etmektedir. Hane reislerinin %12,9' u evlilik ya da ailesel nedenlerle İzmir' e göç etmişlerdir.Göç etme sırasında ve daha sonra İzmir' e entegrasyon sürecinde sosyal ağ örüntüleri incelendiğinde; hane reislerinin % 48,8' i göç etme sırasında aracılık eden hısım ve akrabası olduğunu, %72,7 si ise maddi manevi desteğe ihtiyacı olduğunda İzmir'de hısım ya da akrabası olduğunu belirtmiştir.

Şekil 11. Hane Reislerinin Doğdukları İllere Göre Dağılımı



Şekil 12. Hane Reislerinin Doğum Yerlerinin Bölgelere Göre Dağılımı



5.1.7. Yoksullukla İlgili Bulgular

5.1.7.1. Objektif Gelir Göstergeleri:

Tablo 24' de hanelerin objektif gelir göstergelerini özetlemektedir.

Tablo 24. Hanelerin Objektif Gelir Göstergeleri

	Sayı	%
Asgari ücretin katlarına göre geliri		
0-350	65	25,3
351-700	109	42,4
701-1050	70	27,2
1051>	13	5,1
Oturulan eve sahiplik		
Evet hane halkından birine ait	114	44,4
Kira	143	55,6
Diğer taşınmaz mülk sahipliği*		
Taşınmaz Mülkü Yok	246	95,7
Taşınmaz Mülkü Var	11	4,3
Hane halkına ait araba		
Yok	193	74,7
Var	64	25,3
Toplam	257	100,0

* 8 kişi ev, 3 kişi tarla, 2 kişi bahçesi olduğunu bildirmiştir. Bir kişinin birden fazla taşınmaz mülkü mevcuttur.

Araştırma grubunun hanelerine giren aylık toplam gelir ortalama 613,99±462.52 YTL (0-5500) dir. Kişi başına düşen aylık gelir hesaplandığında ortalama 158,12±120,81 YTL dir.

Hanelerin %25,3'ünün aylık toplam geliri asgari ücret ve altındadır. Hanelerin %44,4' ünün oturduğu ev kendilerine aittir. %95,7' sinin ek taşınmaz mülkü yoktur. %25,3' ünde hane halkına ait araba bulunmaktadır. Hanelerin üçünde (%1,2) iki tane araba sahipliği söz konusudur. Arabaların %51,5' iş amaçlı kullanılmaktadır.

Tablo 25' te hanelerin mutlak ve görel yoksulluk sınırına göre durumları sunulmuştur.

Tablo 25. Hanelerin Mutlak ve Görel Yoksulluk Sınırına Göre Durumlarının Dağılımı

	Sayı	%
Mutlak yoksulluk sınırına göre gelir		
Mutlak yoksulluk sınırının altında	117	45,5
Mutlak yoksulluk sınırının üstünde	140	54,5
Görel yoksulluk sınırına göre gelir		
Görel yoksulluk sınırının altında	251	97,7
Görel yoksulluk sınırının üstünde	6	2,3
Toplam	257	100,0

Hanelerin % 45,5' i mutlak, %97.7 si görel yoksulluk sınırının altında gelire sahiptir.

5.1.7.2. Subjektif Gelir Göstergeleri:

Tablo 26' da hanelerin subjektif gelir algılarına ait bulgular görülmektedir.

Tablo 26. Hanelerin Subjektif Gelir Algıları

	Çok İyi		İyi		Ort		Kötü		Çok Kötü		Bilmiyor/Fikri Yok/Allah bilir		Toplam	
Gelir algısı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üç yıl öncesine göre gelir algısı	4	1,6	93	36,2	132	51,4	25	9,7	3	1,2	0	0	257	100,0
Gelir-gider durumu	1	0,4	4	1,6	52	20,2	193	75,1	5	1,9	2	,8	257	100,0
Gelecekte gelirle ilgili beklentileri	5	1,9	98	38,1	21	8,2	20	7,8	6	2,3	107	41,6	257	100,0

Annelerin %51,4' ünün ailelerinin gelir algısı ile ilgili değerlendirmesi ortadır. Geriye dönük gelir algısı sorgulandığında annelerin %24,9'ü şimdiki durumun üç yıl öncesine göre kötü ya da daha kötü olduğunu bildirmektedir. Haneye giren gelirin, gidere göre durumunun algısı sorgulandığında hanelerin %77' sinin geliri gidere göre azdır. Gelecekle gelirle ilgili beklentileri sorgulandığında annelerin %41,6' sı bilmiyorum cevabı alınmıştır. Subjektif gelir algısı toplam risk puanı ($ort \pm ss: 10,79 \pm 2,25$) ve her bir toplam puanın hesaplamaya dahil edilen değişken sayısına bölünerek elde edilen subjektif gelir algısı risk puan ortalamaları hesaplanmıştır. ($ort \pm ss: 3,0451 \pm 0,50$) Ortalamanın (3,0451) üstü subjektif gelir algısı risk puanı kötü, altı iyi olarak kabul edilmiştir.

Tablo 27' de subjektif gelir algısı puan ortalamaları sunulmuştur.

Tablo 27. Subjektif Gelir Algısı Puan Ortalaması Gruplar

	Sayı	%
Subjektif gelir algısı puan ort. Kötü	100	38,9
Subjektif gelir algısı puan ort. iyi	157	61,1
Toplam	257	100,0

5.1.8. Son 15 günde Sağlık Sorunu Varlığı ve Tedavi Edici Hizmet Kullanımı

Tablo 28’ de son 15 gün içinde sağlık sorunu varlığı durumu görülmektedir.

Tablo 28. Son 15 Günde Sağlık Sorunu Varlığı

	Sayı	%
Hayır	115	44,7
Evet	142	55,3
Toplam	257	100,0

Çocukların %55,3’ ünün son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu vardır.

Sağlık sorunlarının sistem ve organ tutulumlarına göre dağılımları tablo 29’ da görülmektedir.

Tablo 29. Son 15 Gündeki Sağlık Sorunlarının Sistem ya da Organ Tutulumuna Göre Dağılımı*

	Sayı	%
ÜSY (Grip+Üsye+Nezle+Geniz A.+Boğaz Enf-Ağrısı+Burun A-Tık+ Kulak Ağrısı-İltihabı-Akıntısı.)	75	29,2
ASY (Öksürük+Hırıltı+Balgam+Bronşit)	36	14,0
GİS (İshal+Karın A.+Kusma+Mide Bul.+Barsak Enf+ Gaz. Kabızlık)	18	7,0
Ateş	15	5,8
Diğer (Yanık+ Su Çiçeği+ Parazitoz+ Iye+ Gözde Sulanma)	5	1,9

*Çocukların birden fazla sağlık sorunu bulunabilmektedir.

Buna göre çocukların %43,2’ sinin Üst solunum yolların (ÜSY) ya da alt solunum yollarına (ASY) ait bir sağlık sorunu bulunmaktadır.

Tablo 30’ da son 15 günde olan sağlık sorunu nedenle herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurma durumu görülmektedir.

Tablo 30. Son 15 Günde Olan Sağlık Sorunu Nedenle Herhangi Bir Sağlık Kurumu Ya da Sağlık Çalışanına Başvurma Durumu

		Sayı	%	Geçerli %
Sağlık sorunu var	Başvuru Yok	82	31,9	57,7
	Başvuru Var	60	23,3	42,3
	Toplam	142	55,3	100,0
Sağlık sorunu yok		115	44,7	
Genel Toplam		257	100,0	

Buna göre araştıma grubunun %57.7’ sinin son 15 gün içinde herhangi bir sağlık sorunu olmasına rağmen herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurmadığı görülmektedir.

Tablo 31. Başvurmayanların Sağlık Sorununu Gidermek İçin Başvurdukları Yöntemler

	Sayı	%
Evde var olan ilaçlardan kullanma	54	65,9
Hiç bir şey	18	22,0
Geleneksel tedavi yöntemi	10	12,2
Toplam	82	100,0

Son 15 günde sağlık sorunu olmasına rağmen, herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurmayanların sağlık sorunu karşısında yaptıkları davranışlar incelendiğinde annelerin %65,9' unun evde var olan ilaçları kullandıkları görülmektedir.

Tablo 32' de başvuru kurumlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular görülmektedir.

Tablo 32. Başvurulan Kurumların Seçilmiş Özelliklerine Göre Dağılımı

İlk başvuru kurumları	Sayı	%
Sağlık ocağı	40	66,7
Özel doktor	5	8,3
Dokuz eylül üniversitesi	3	5,0
SSK hastanesi	4	6,7
Devlet hastanesi	3	5,0
SSK dispanseri	2	3,3
Emniyet polikliniği	1	1,7
Özel poliklinik/hastane	2	3,3
Kurumların yapısı		
Kamu	53	88,3
Özel	7	11,7
Sevk edilme durumu		
Evet	4	6,7
Hayır	56	93,3
Toplam	60	100,0

Sağlık Ocağı % 66,7 ile ilk başvuru kurum özelliği taşımaktadır. Başvuruların %81,7' si birinci basamak kurumlara, % 88,3'ü kamu kurumlarına yapılmıştır. Tedavi edici hizmet almak için yapılan başvuruların % 93,3' ünde sevk gerekmemiştir.

Tablo 33' te ilk başvuru kaynağını tercih etme nedenlerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 33. İlk Başvuru Kaynağını Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılım

Tercih nedenleri*	Sayı	%
Memnun	25	41,7
Yakın	24	40,0
Sağlık güvencesi nedeniyle	7	11,7
Tavsiye	3	5,0
İlaçları da Oradan Alabilmek için	3	5,0
Kurumda tanidik	2	3,3
Gece olduğu için	2	3,3

* Birden fazla neden bildirilmiştir.

Başvurulan kurumları seçme nedenleri incelendiğinde; %41,7 memnun olma, % 40.0 yakın olması nedenleri belirtilmiştir.

5.1.9. Tedavi Edici Hizmetlere Erişim

Tablo 34' de tedavi edici hizmete erişimle ilgili bulgular sunulmuştur

Tablo 34. Tedavi Edici Hizmete Erişim

Coğrafi erişim	Sayı	%
30 dakikadan az	54	90,0
30 dakika ve üzeri	6	10,0
Finansal erişim		
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödüyor	23	38,3
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemiyor	37	61,7
Sosyokültürel erişim		
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu var	5	8,3
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu yok	55	91,7
Organizasyonel erişim		
Muayene için bekleme süresi 30 dakikadan az	54	90,0
Muayene için bekleme süresi 30 dakika ve üzeri	6	10,0
Toplam	60	100,0

Çocukların % 90,0' ı sağlık sorunları nedeniyle başvurdıkları kurumlara ulaşmak için 30 dakikadan az zaman harcamaktadır. Erişim için süre yürüyerek ortalama 11,01dk±6,44 süre harcanırken arabayla ortalama 23,91dk±12,52 dır(EklerTablo 5). Çocukların % 61,7' si sağlık hizmetine erişebilmek için sosyal güvencesi dışında ek para ödemektedir. Bu para muayene ücreti ya da bağış için alınan fiş parası olabilmektedir. Ailelerin % 8,3' ü çocukları muayene olurken dil sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Organizasyonel erişim açısından muayene için bekleme süresi incelendiğinde çocukların %90.0' ının muayene için 30 dakikadan az süre beklediği görülmüştür.

5.1.10. Yataklı Tedavi Kurumundan Hizmet Kullanımı

Tablo 35 son bir yıl içinde hastaneye yatması önerilen çocukların dağılımını göstermektedir.

Tablo 35. Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatması Önerilen Çocukların Dağılımı

	Sayı	%
Hayır Önerilmedi	245	95,3
Evet Önerildi	12	4,7
Toplam	257	100,0

Buna göre çocukların %4.7' sine son bir yıl içinde, bir hekim tarafından hastaneye yatması önerilmiştir. Araştırmaya katılan çocukların bir tanesi (%8.3) yatış önerilmesine karşın maddi nedenlerle hastaneye yatamamıştır. Perikardit tanılı hasta yakınları tarafından evde bakılmıştır. Tablo 36' da son bir yıl içinde hastaneye yatması önerilen çocukların yatış sayıları ve yatış nedenleri görülmektedir.

Tablo 36. Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatması Önerilen Çocukların Yatış Sayıları ve Yatış Nedenlerine Göre Dağılımları

	Sayı	%
Yatış sayısı		
1 kez	10	90,9
2 kez	1	9,1
Yatış nedeni		
Tosillektomi ve Geniz Eti	2	18,2
Boğaz enfeksiyonu	1	9,1
Fıtık ameliyatı	1	9,1
Gastroenterit	1	9,1
Havale	1	9,1
Inguinal herni operasyonu	1	9,1
Kawasaki sendromu	1	9,1
Kısa barsak sendromu	1	9,1
Pnömoni	1	9,1
Yenidoğan sarılığı	1	9,1
Toplam	11	100,0

Hastaneye yatan çocukların yatış süreleri ortalama 5,09 ±2,21 gündür.

5.1.11. Koruyucu Hizmet Kullanımı

5.1.11.1. Periyodik İzlem

Araştırma grubundaki çocukların %99,6' sı doğumdan bu yana periyodik izlem hizmeti almıştır. Çocukların bir tanesinin (%0,4) periodik izlemi, sağlık çalışanı tarafından yapılmamıştır. Dağılımlar periodik izlem hizmeti alan 256 kişi üzerinden yapılmıştır. Tablo 37' de periodik izlem hizmeti kullanımına ilişkin tanımlayıcı bulgular sunulmuştur.

Tablo 37. Periyodik İzlem Hizmeti Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Ağırlıklı olarak kullanılan kurumlar		
Sağlık ocağı	229	89,5
Özel doktor	23	9,0
SSK hastanesi	1	0,4
Univ hastanesi	3	1,2
Bu kurumları seçme nedenleri*		
Bulunduğum yere yakın	147	57,2
Hizmetinden memnunum	112	43,6
Bağlı bulunduğumuz kurum bizi takip ediyor	80	31,1
Bekleme süresi uygun	20	7,8
Oraya bağlıyız	16	6,2
Sağlık güvencem nedeniyle	11	4,3
Kuruluştta tanıdık birinin olması	7	2,7
Tavsiye	5	1,9
Tek yer orası	1	0,4
Hijyen	1	0,4
İstediğim saatte buluyorum	1	0,4
İyi bakım	1	0,4
Daha çok ilgileniyor	1	0,4
Parasızlıktan	1	0,4
En Son izleminyapıldığı Yer		
Sağlık ocağı	234	91,4
Özel doktor	18	7,0
Üniversite hastanesi	3	1,2
SSK hastanesi	1	0,4
Toplam	256	100,0

* Anneler birden fazla neden belirtmişlerdir.

Araştırma grubunun %89,5' i periodik izlemini sağlık ocağında yaptırmıştır. %9' u ise bu amaçla özel doktoru tercih etmiştir. Kurumları tercih etme nedenlerine bakıldığında %57,2' si bulunduğu yere yakın,% 42,8' i memnun olduğu için, %31,1' i bağlı bulunduğu kurum tarafından takip edildiği için tercih ettiğini bildirmiştir. 12 çocuk periodik izlem için ağırlıklı olarak kullandığı kurum yanında bir başka kurumdan da hizmet almaktadır. Bu diğer kurum; 7 kişi için (% 58) özel doktor, 5 kişi için (% 42) sağlık ocağıdır. En son izlemin yapıldığı yer sorgulandığında çocukların % 91.4' ü Sağlık Ocağı' na gittiğini ifade etmiştir.

5.1.11.2. Başışıklama

Araştırma grubundaki çocukların tamamı doğumdan bu yana başışıklama hizmeti almıştır.

Tablo 38' de başışıklama hizmeti kullanımına ilişkin tanımlayıcı bulgular özetlenmektedir.

Tablo 38. Başışıklama Hizmeti Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

	Sayı	%
Ağırlıklı olarak kullanılan kurumlar*		
Sağlık ocağı	232	90,3
Özel doktor	21	8,2
Devlet hastanesi	1	0,4
SSK hastanesi	1	0,4
Üniversite hastanesi	2	0,8
Bu kurumları seçme nedenleri*		
Yakın olduğu için	149	58,0
Memnun olduğu için	110	42,8
Bağlı olduğumuz kurum bizi takip ediyor	80	31,1
Tavsiye	21	8,2
Sağlık güvencem nedeniyle	18	7,0
Oraya bağlıyız	16	6,2
Kurumda tanıdık var	7	2,7
Bekleme süresi uygun	5	1,9
Tek yer orası	1	0,4
İyi bakım	1	0,4
Parasızlık	1	0,4
En son aşıısının yapıldığı yer		
Sağlık ocağı	233	90,7
Özel doktor	20	7,8
SSK hastanesi	1	0,4
Üniversite hastanesi	3	1,2
Toplam	257	100,0

*Birden fazla tercih nedeni belirtilmiştir. 257 kişi toplam 409 neden belirtmiştir.

Araştırma grubunun %90,3' ü aşıılarını sağlık ocağında yaptırmıştır. % 82' si ise u ise bu amaçla özel doktoru tercih etmiştir. Kurumları tercih etme nedenlerine bakıldığında %58,0' i yakın olduğu için, %41,6' sı memnun olduğu için, %31,1' i bağlı bulunduğu kurum tarafından takip edildiği için tercih ettiğini bildirmiştir. Araştırma grubundaki dört çocuk periyodik izlem için ağırlıklı olarak kullandığı kurum yanında bir başka kurumdan da hizmet almaktadır. Bu diğer kurum; iki kişi için özel doktor, iki kişi için sağlık ocağıdır. En son aşıısının yapıldığı yer sorgulandığında çocukların % 90,7' si sağlık ocağına gittiğini ifade etmiştir.

5.1.12. Koruyucu Hizmete Erişim

Koruyucu hizmete erişimi ölçmek için en son koruyucu hizmet alınan kurum dikkate alınmıştır. En son periodik izlemin yapıldığı kurum ile en son bağışıklama hizmetinin alındığı yer arasında ki kare analizine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($Kikare=0,22$ $SD=2$ $P=0,89$). Araştırma grubundaki çocukların dördünün (%1,6) en son periodik izlem ve bağışıklama hizmetini aldıkları kurumlar farklıdır. Bu dört çocuk için koruyucu hizmete erişim değerlendirmeleri bağışıklama hizmeti alınan kurum üzerinden yapılmıştır.

Koruyucu Sağlık hizmetine coğrafi olarak erişim değerlendirildiğinde yürüyerek gidilen sağlık kurumu ya da çalışanına ortalama $11,50\pm5,60$ dakikada, arabayla gidilen sağlık kurumu ya da çalışanına ortalama $25,60\pm13,56$ dakikada erişilmiştir. Muayene olmak için ortalama beklenen süre $19,45\pm20,72$ dakikadır (Ek Tablo 6).

Ek para ödemenin sağlık hizmetine erişimine etkisi sorgulandığında annelerin "olumsuz etkiliyor", "her hasta olduğunda gidemiyoruz", "zorlanıyoruz" gibi cevapları söz konusudur. Cepten ödeme yapan her anneden yanıt alınamadığı için veriler değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 39' da koruyucu sağlık hizmetine erişimin coğrafi, finansal, sosyokültürel, organizasyonel boyutlarının değerlendirilmesi özetlenmiştir.

Tablo 39. Koruyucu Sağlık Hizmetine Erişimin Coğrafi, Finansal, Sosyokültürel, Organizasyonel Yönden Değerlendirilmesi

	Sayı	%
Coğrafi Erişim		
30 dakikadan az	246	95,7
30 dakika ve üzeri	11	4,3
Finansal Erişim		
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemiyor	110	42,8
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödüyor	147	57,2
Sosyokültürel Erişim		
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu yok	241	93,8
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu var	16	6,2
Organizasyonel Erişim		
Muayene için bekleme süresi 30 dakikadan az	170	66,1
Muayene için bekleme süresi 30 dakika ve üzeri	87	33,9

Çocukların %95,7' si koruyucu hizmet aldıkları kurum ya da sağlık çalışanına 30 dakikadan daha az sürede ulaşmakta, %57,2' si sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemekte, %6,2' si dil sorunu yaşamakta, %33,9' u muayene için 30 dakika ya da daha fazla beklemektedir.

5.1.13. Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular

Tablo 40'da son bir yılda kurumlara göre yıllık başvuru durumu görülmektedir.

Tablo 40. Kurumlara Göre Toplam Yıllık Başvurular

	Yok		Var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Son bir yılda herhangi bir sağlık kurumuna başvuru	25	9,7	232	90,3	257	100
Sağlık ocağına başvuru	82	31,9	175	68,1	257	100
Özel doktora başvuru	214	83,3	43	16,7	257	100
Devlet hastanesine başvuru	190	73,9	67	26,1	257	100
SSK hastanesine başvuru	212	82,5	45	17,5	257	100
Üniversite hastanesine başvuru	247	96,1	10	3,9	257	100
Özel poliklinik/hastanelere başvuru	242	94,2	15	5,8	257	100
Diğersağlık kurumlarına başvuru*	246	95,7	11	4,3	257	100

*Diğer kurumlar: Son bir yılda dört kişi askeri hastanelere, üç kişi polis çevik kuvvet polikliniğine, iki kişi SSK dispanserine, bir kişi Tedaş kurum doktoruna en az bir kez başvurmuştur.

Son bir yılda toplam başvuru ortalamaları ve kurumlara göre başvuru ortalamaları tablo 41' de sunulmuştur.

Tablo 41. Son Bir Yılda Başvuru Sayısı Ortalamalarının Kurumlara Göre Dağılımı

	(n=257)	Ortalama	Std. sapma
Toplam başvuru		4,4786	3,9539
Sağlık ocağına başvuru		2,5953	2,84489
Özel doktora başvuru		0,5914	1,65135
Devlet hastanesine başvuru		0,5214	1,11477
SSK hastanesine başvuru		0,4280	1,44822
Üniversite hastanesine başvuru		0,1284	0,89870
Özel polikliniğe başvuru		0,0389	0,34010
Özel hastaneye başvuru		0,0623	0,38019
Diğer kurumlara başvuru		0,0856	0,69630
Tüm özel kurumlara başvuru*		0,6926	1,69410

* Tüm özel kurumlar= Özel doktor+ Özel poliklinik+ Özel hastane

Toplam başvuru ortalaması $4,48 \pm 3,95$ dir. Bu toplam başvurunun %58' i sağlık ocağına yapılmıştır. Tüm özel kurumlara yapılan başvuru ortalaması 0,69 dur. Toplam başvurular içinde sağlık ocağı başvurularının oranına bakıldığında $0,59 \pm 0,38$ dir.

Tablo 42' de son 15 gündeki başvurularından yola çıkılarak projekte edilen kişi başına düşen yıllık başvuru sayıları görülmektedir.

Tablo 42. Son 15 Gündeki Başvurulardan Hesaplanan Kişi Başına Düşen Yıllık Başvuru Sayısı

	N	Min.	Maks	Ortalama	Std. sapma
Son 15 gündeki başvurulardan hesaplanan yıllık başvuru sayısı	257	0,00	52,00	6,3735	11,8921

Formül: Son 15 gündeki başvuru sayısıX26/kişi sayısı

Toplam yıllık başvuru sayısı ortalama 6,37±11,89 dur.

5.1.14. Sürekli Hizmet Kaynağı ve Özellikler

Tablo 43'de çocukların sürekli hizmet kaynağı varlığına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 43. Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı

	Sayı	%
Yok	182	70,8
Var	75	29,2
Toplam	257	100,0

Çocukların %29,2' sinin sürekli hizmet kaynağı vardır.

Sürekli hizmet kaynaklarının kurumlara, kamu ya da özel kurum olmalarına göre dağılımları tablo 44' de sunulmuştur.

Tablo 44. Sürekli Hizmet Kaynaklarının Kurumlara ve Kurumun Kamu ya da Özel Kurum Olmasına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Sağlık Ocağı	37	49,3
Özel doktor	28	37,3
Üniversite hastanesi	3	4,0
Özel hastane	2	2,6
Devlet Hastanesi	1	1,3
Kara hastanesi	1	1,3
Özel poliklinik	1	1,3
Polis polikliniği	1	1,3
Tedaş kurum doktoru	1	1,3
Kurumun niteliği		
Kamu	44	58,7
Özel	31	41,3
Toplam	75	100,0

Çocukların %49,3' ünün sürekli hizmet kaynağı sağlık ocağıdır. İkinci sırada %37,3 ile özel doktor gelmektedir. Sürekli hizmet kaynaklarının %58,7' si kamu kurumlarıdır.

Tablo 45' de sürekli hizmet kaynaklarının birinci basamağın özelliklerine göre durumu ve puanları sunulmuştur.

Tablo 45. Sürekli Hizmet Kaynaklarının Birinci Basamağın Özelliklerine Göre Durumu ve Puanları

	Sayı	%	Puan
İlk başvuru yeri			
Evet	48	64,0	5
Hayır	27	36,0	0
Coğrafi erişim			
0-30 dakika	68	90,7	5
31-60 dakika	7	9,3	4
Finansal erişim cepten ödeme			
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemiyor	33	44,0	5
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödüyor	42	56,0	0
Finansal erişim sosyal güvence			
Sosyal güvencesi var	59	78,7	5
Sosyal güvencesi yok	16	21,3	0
Sosyokültürel erişim			
Hizmet alırken dil sorunu yaşamıyor	73	97,3	5
Hizmet alırken dil sorunu yaşıyor	2	2,7	0
Organizasyonel erişim bekleme süresi			
0-30 dakika	63	84,0	5
31-60 dakika	11	14,7	4
61-120 dakika	1	1,3	3
121-180 dakika	0	0	2
181+ dakika	0	0	1
Kapsayıcılık aşılama hizmeti			
Tamamen veriliyor	63	84,0	5
Kısmen veriliyor	2	2,7	3
Hiç verilmiyor	10	13,3	0
Kapsayıcılık periodik izlem			
Tamamen veriliyor	67	89,3	5
Kısmen veriliyor	3	4,0	3
Hiç verilmiyor	5	6,7	0
Kapsayıcılık akut hastalanmada muayene			
Tamamen veriliyor	73	97,3	5
Kısmen veriliyor	1	1,3	3
Hiç verilmiyor	1	1,3	0
Kapsayıcılık akut hastalanmada tahlil			
Tamamen veriliyor	44	58,7	5
Kısmen veriliyor	5	6,7	3
Hiç verilmiyor	26	33,6	0
Kapsayıcılık sağlığı korumayla ilgili bilgi			
Evet	53	70,7	5
Kısmen	2	2,7	3
Hayır	21	25,3	0
Kapsayıcılık gerektiğinde sevk			
Evet her zaman	32	42,7	5
Çoğunlukla	7	9,3	4
Kısmen	4	5,3	3
Hayır hiç	16	21,3	0
Bilmiyorum	16	21,3	0

Koordinasyon sağlıkla ilgili gelişme takibi			
Evet her zaman	28	37,3	5
Çoğunlukla	8	10,7	4
Kısmen	7	9,3	3
Nadiren	5	6,7	2
Hayır hiç	14	18,7	0
Bilmiyorum	13	17,3	0
Koordinasyon gerektiğinde kayıtlara erişme			
Evet her zaman	45	60,0	5
Çoğunlukla	8	10,7	4
Hayır hiç	3	4,0	0
Bilmiyorum	19	25,3	0
Kurumsal süreklilik			
Var	75	100,0	5
Yok	0	0	0
Kişisel süreklilik			
Var	47	62,7	5
Yok	28	37,3	0
SHK kullanma süresi			
Doğduğundan beri kullanıyor	63	84	5
Doğduğundan beri kullanmıyor	12	16	0
Toplam	75	100,0	

Sürekli hizmet kaynaklarının %64' ü ilk başvuru yeri olarak kullanılmaktadır. Sürekli hizmet kaynaklarının %90,7' sine ulaşmak için 30 dakikadan daha az zaman gerekmektedir(Arabayla ortalama 25,62±13, yürüyerek 11,72±8,59). Çocukların % 56,0'sı hizmet almak için sosyal güvencesi dışında muayene, bağış fiş i için para ödemektedir. Çocukların %21.3' ünün sosyal güvencesi yoktur. Çocukların % 2.7' si hizmet alırken dil sorunu yaşamaktadır. Çocukların %16,0' sı hizmet almak için 30 dakikanın üzerinde beklemektedir (20,97±22,07). Sürekli hizmet kaynaklarının %16,0' sında aşılama hizmeti kısmen verilmekte ya da hiç verilmemektedir. %10,7 sinde periyodik izlem kısmen yapılmakta ya da hiç yapılmamaktadır. %97.3' ünde akut hastalanma durumunda muayene, %58.7sinde akut hastalanma durumunda tahlil hizmeti verilmektedir. %70.7'sinde çocuğun büyümesi, gelişmesi, beslenmesi ve genel davranışları ile ilgili bilgi verilmektedir. % 21,3' ü gerektiği durumda bir üst kuruma resmi olarak sevk edememektedir. %37,3' ü çocuğun diğer sağlık kurumlarından aldığı hizmetleri ve sonuçlarını takip etmektedir. Annelerin %60.0' ı talep ettiklerinde çocukların kayıtlarını görebilmektedir. %100'ünde kurumsal süreklilik vardır. %62,7' sinde kişisel süreklilik vardır. Çocukların %84,0' ü sürekli hizmet kaynaklarını doğduğundan beri kullanmaktadır. Sürekli hizmet kaynağını ortalama kullanma süresi 2,52±1,71 yıldır.

5.1.15. Var Olan Sağlık Durumu

Çocukların doğuştan gelen anomali kronik hastalık varlığına göre dağılımları tablo 46' da sunulmuştur.

Tablo 46. Çocukların Doğuştan Gelen Anomali Kronik Hastalık Varlığına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Hayır	222	86,4
Evet	35	13,6
Toplam	257	100,0

Çocukların %13,6' sının doğuştan gelen anomalisi ya da kronik hastalığı vardır.

Tablo 47' de doğuştan gelen kronik hastalık ya da anomalilerin organ ya da sistem tutulumlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 47. Kronik Hastalık Ya da Anomalinin Sistem, Organ Tutulumuna Göre Dağılımları

Kronik hastalık ya da anomaliler*	Sayı	%
Alt solunum yolu hastalıkları (Allerjik bronşit, kr. bronşit, astım)	7	20,0
Baş boyun bölgesi hastalıkları (Beyinde doğumsal zedelenme, boyunda doğumsal kist, beyin tm, görme bozukluğu, göz kayması, havale nöbet)	7	20,0
Hematolojik hastalıklar (B12 eksikliği anemisi, Fe eksikliği anemisi, ITP, AML M7, talasemi taşıyıcılığı)	6	17,1
Üst solunum yolu hastalıkları (Geniz eti, kr. ÜS YE, kr. Otit, kr. tonsillit)	6	17,1
Kalp hastalıkları (ASD, perikardit, kawasaki sendromu, morarma)	5	14,3
Ürogenital sistem hastalıkları (Böbrek taşı , pyelonefrit, kriptorsidizm, kr. İYE)	5	14,3
Gastrointestinal sistem hastalıkları (kısa barsak send, kr. barsak enf)	3	8,6
Genetik hastalıklar (down sendromu)	2	5,7
Diğer (Yenidoğan Resusasyonu)	1	2,9

*Birden fazla kronik hastalık ve anomali söz konusudur.

En sık alt solunum yolları %20,0 ve baş boyun bölgesi hastalıkları %20,0 görülmektedir.

Tablo 48' de annelere göre çocuklarının sağlık durumları görülmektedir.

Tablo 48. Annelere Göre Çocuklarının Sağlık Durumları

	Sayı	%
Çok İyi	77	30,0
İyi	144	56,0
Orta	31	12,1
Kötü	4	1,5
Çok Kötü	1	0,4
Toplam	257	100,0

Annelerin % 86' sı çocuklarının sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak algılamaktadır.

Çocukların engel ya da gelişme geriliği varlığına ilişkin bulgular tablo 49' da görülmektedir.

Tablo 49. Engeli ve Gelişme Geriliği Olan Çocukların Dağılımı

	Sayı	%
Hayır	248	96,5
Evet	9	3,5
Toplam	257	100,0

Çocukların % 3,5' inin herhangi bir engeli ya da gelişme geriliği vardır.

Tablo 50' de çocuklarda var olan engel ve gelişme gerilikleri sıralanmıştır.

Tablo 50. Engelin ya da Gelişme Geriliğinin Türlerine Göre Dağılımı

Engel ya da gelişme gerilikleri*	Sayı	%
Geç yürütme	3	25,0
Konuşma engeli	3	25,0
Zeka engeli	1	8,3
Hiperaktivite	1	8,3
Geç emekleme	1	8,3
Dışlerde gelişim bozukluğu	1	8,3
Üstün zekalı	1	8,3
Boy kısalığı	1	8,3

*Çocukların birden fazla engeli mevcuttur.

Geç yürütme %25,0 ve konuşma engeli %25,0 en sık görülenlerdir.

5.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

5.2.1. Son Bir Yıldaki Sağlık Hizmeti Kullanımı

5.2.1.1. Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Etmenler

Tablo 51' de hane ve alt yapısı ile ilgili değişkenlerin son bir yılda sağlık hizmeti kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 51. Hane ve Alt Yapısı İle İlgili Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Başvuru Yok		Son Bir Yılda Başvuru Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaşanan evin niteliği								
Müstakil	14	13,5	90	86,5	104	100,0	2,774	0,096
Apartman	11	7,2	142	92,8	153	100,0		
Oda başına düşen kişi sayısı								
1 kişi	19	13,0	127	87,0	146	100,0	4,157	0,061
2 ve daha fazla	6	5,4	105	94,6	111	100,0		

Hane ve alt yapısı ile ilgili değişkenler ile son bir yılda yapılan sağlık hizmeti kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 52' de hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerin son bir yılda sağlık hizmeti kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 52. Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Başvuru Yok		Son Bir Yılda Başvuru Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çocuk sayısı								
3' ten az	15	7,9	176	92,1	191	100,0	2,98	0,080
3 ve daha fazla	10	15,1	56	84,9	66	100,0		
Çocuğun yaşı								
3 yaş ve altı	11	6,4	161	93,6	172	100,0	6,59	0,010
3 yaş üstü	14	16,5	71	83,5	85	100,0		
Çocuğun cinsiyeti								
Erkek	16	10,5	136	89,5	152	100,0	0,270	0,384
Kız	9	8,6	96	91,4	105	100,0		
Hane reisinin sosyal güvencesi								
Yok	13	17,8	60	82,2	73	100,0	7,582	0,006
Var	12	6,5	172	93,5	184	100,0		
Annenin eğitim durumu								

İlkokul mezunu ve altı	22	14,4	131	85,6	153	100,0	9,316	0,002
İlkokul üstü	3	2,9	101	97,1	104	100,0		
Babanın eğitim durumu								
İlkokul mezunu ve altı	20	14,0	123	86,0	143	100,0	6,657	0,010
İlkokul üstü	5	4,4	109	95,6	114	100,0		
Annenin ana dili								
Türkçe	19	8,3	210	91,7	229	100,0	4,90	0,039
Diğer	6	21,4	22	78,6	28	100,0		

FisherExact

Üç yaş ve altı çocukların son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı üç yaş üstü çocuklara göre anlamlı olarak fazladır. Sosyal güvencesi olan hane reislerinin çocukların son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı olmayanlara göre anlamlı olarak fazladır. İlkokul mezunu ve altı eğitim durumuna sahip olan annelerin çocuklarının son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı ilkököl mezunu üstü eğitime sahip olanlara göre anlamlı ölçüde fazladır. Ana dili Türkçe olan annelerin çocuklarının son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı, anadili diğer diller olan annelere göre anlamlı ölçüde fazladır. Babaların eğitim durumu ve ana dilleriyle olan karşılaştırmalar için de aynı durum geçerlidir.

Tablo 53' de iş, işsizlik ve sınıfsal duruma ilişkin değişkenlerin son bir yılda sağlık hizmeti kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 53. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Başvuru Yok		Son Bir Yılda Başvuru Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
Hane reisinin çalışma durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hayır	7	16,7	35	83,3	42	100,0	2,753	0,097
Evet	18	8,4	197	91,6	215	100,0		
Sınıfsal durum								
Mavi yakalı	9	8,1	102	91,9	111	100,0	8,83	0,031
Beyaz yakalı	1	2,0	48	98,0	49	100,0		
Burjuva+kendi hesabına çalışanlar	8	12,7	55	87,3	63	100,0		
İşsiz+marjinal	7	20,6	27	79,4	34	100,0		
Yoksulluk+sınıfsal durum								
Yoksul altsınıf	15	17,2	72	82,8	87	100,0	11,499	0,009
Yoksul üstsınıf	4	13,3	26	86,7	30	100,0		
Yoksul değil altsınıf	1	1,7	57	98,3	58	100,0		
Yoksul değil üstsınıf	5	6,1	77	93,9	82	100,0		

Çocukların sınıfsal konumları ile son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Bu fark işsiz-marjinal kesimin diğer sosyal sınıflara göre son bir yıldır daha az sağlık hizmeti kullanımından kaynaklanmaktadır. Yoksulluk-sınıfsal durum değişkeni ile son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yoksul alt sınıflar diğer gruplara göre anlamlı olarak daha az sağlık hizmeti kullanmaktadır. Diğer değişkenlerle anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 54’ de yoksullukla ilgili değişkenlerin son bir yılda sağlık hizmeti kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur

Tablo 54. Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Başvuru Yok		Son Bir Yılda Başvuru Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Mutlak yoksulluk sınırına göre gelir								
Yoksul	19	16,2	98	83,8	117	100,0	10,371	0,001
Yoksul değil	6	4,3	134	95,7	140	100,0		
Oturulan eve sahiplik								
Hane halkından birine ait	9	7,9	105	92,1	114	100,0	0,784	0,376
Kira	16	11,2	127	88,8	143	100,0		
Taşımaz mülk sahipliği								
Yok	24	9,8	222	90,2	246	100,0	0,005	0,942
Var	1	9,1	10	90,9	11	100,0		
Hane halkına ait araba								
Yok	20	10,5	171	89,5	191	100,0	0,468	0,494
Var	5	7,6	61	92,4	66	100,0		
Subjektif gelir algısı puanı								
Kötü	22	10,4	189	89,6	211	100,0	0,656	0,418
İyi	3	6,5	43	93,5	46	100,0		

Yoksul olanların son bir yılda sağlık hizmeti kullanımları yoksul olmayanlara göre anlamlı ölçüde düşüktür. Diğer yoksullukla ilgili değişkenlerle anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 55’ da göçle ilgili değişkenlerin son bir yılda sağlık hizmeti kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 55. Göçle İlgili Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Başvuru Yok		Son Bir Yılda Başvuru Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Göçmenlik durumu								
İzmir	5	5,4	87	94,6	92	100,0	3,007	0,083
İzmir dışı	20	12,1	145	87,9	165	100,0		
Doğu-güneydoğu göçmenliği								
İzmir	6	15,4	33	84,6	39	100,0	1,676	0,196
Doğu güney doğu	19	8,7	199	91,3	218	100,0		
Gülyakada yaşanan süre								
0-10 yıl	15	8,3	166	91,7	181	100,0	1,65	0,439
11-20	7	14,3	42	85,7	49	100,0		
21 ve üstü	3	11,1	24	88,9	27	100,0		
İzmir'de yaşanan süre								
0-10 yıl	14	9,7	131	90,3	145	100,0	0,19	0,910
11-20	8	10,7	67	89,3	75	100,0		
21 ve üstü	3	11,1	34	88,9	37	100,0		

Buna göre; göçle ilgili değişkenlerle son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 56' de var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin son bir yılda sağlık hizmeti kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 56. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Başvuru Yok		Son Bir Yılda Başvuru Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Doğuştan gelen anomali kronik hast varlığı								
Yok	24	11,0	195	89,0	219	100,0	2,557	0,110
Var	1	2,6	37	97,4	38	100,0		
Çocuğun algılanan sağlık durumu								
Çok iyi-iyi	24	10,9	197	89,1	221	100,0	2,30 FisherExact	0,104
Orta-kötü-çok kötü	1	2,8	35	97,2	36	100,0		
Engel gelişme geriliği varlığı								
Yok	24	9,7	223	90,3	247	100,0	0,001	0,648
Var	1	10,0	9	90,0	10	100,0		

Buna göre; var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerle son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 57’ de sürekli hizmet kaynağı varlığının son bir yılda sağlık hizmeti kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 57. Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığının Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Başvuru Yok		Son Bir Yılda Başvuru Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sürekli hizmet kaynağı varlığı								
Yok	24	13,2	158	86,8	182	100,0	8,498	0,004
Var	1	1,3	74	98,7	75	100,0		

Sürekli hizmet kaynağı varlığı ile son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sürekli hizmet kaynağı olmayanların, olanlara göre son bir yıl içinde sağlık hizmeti kullanmama durumu daha fazladır.

5.2.1.2. Son Bir Yılda Toplam Başvuru Sayısını Etkileyen Etmenler

Tablo 58’ de bağımsız değişkenlerin son bir yıldaki toplam başvuru sayısı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 58. Son Bir Yıldaki Toplam Başvuru Sayısını Etkileyen Etmenler

	Sayı	Ort	Stand. Sapma	Stand. Hata	t değeri	p değeri
Yaşanan evin niteliği						
Müstakil	104	4,21	3,74	0,36	-0,892	0,373
Apartman	153	4,66	4,09	0,33		
Oda başına düşen kişi sayısı						
1 kişi	111	5,33	3,90	0,37	2,864	0,005
2 ve üstü	146	3,88	3,98	0,35		
Çocuk sayısı						
3 ve üstü	66	3,42	3,08	0,37	-2,929	0,004
3 ten az	191	4,84	4,15	0,30		
Çocukların yaşı						
3 yaş üstü	85	3,58	3,36	0,36	-2,565	0,011
3 yaş ve altı	172	4,91	4,15	0,31		
Çocukların cinsiyeti						
Erkek	152	5,00	4,54	0,36	2,837	0,005
Kız	105	3,71	2,74	0,26		
Hane reisinin sosyal güvence varlığı						
Yok	73	3,79	3,77	0,44	-1,754	0,081

Var	184	4,75	4,00	0,29		
Annenin eğitim durumu						
İlkokul ve altı	143	4,31	4,35	0,36	-0,775	0,439
İlkokul üstü	114	4,69	3,39	0,32		
Babanın eğitim durumu						
İlkokul ve altı	143	4,30	4,35	0,36	-0,775	0,439
İlkokul üstü	114	4,69	3,39	0,31		
Annenin ana dili						
Diğer	28	4,82	6,00	1,13	0,332	0,742
Türkçe	229	4,43	3,64	0,24		
Hane reisinin çalışma durumu						
Hayır	42	4,45	4,73	0,73	-0,047	0,963
Evet	215	4,48	3,80	0,26		
Sınıfsal durum						
Alt sınıfsal gruplar	145	4,37	4,40	0,37	-0,489	0,625
Üst sınıfsal gruplar	112	4,62	3,30	0,31		
Sınıf+yoksulluk						
Yoksul alt sınıf	87	3,95	4,53	0,48		
Yoksul üst sınıf	30	3,40	2,62	0,47	F=	0,087
Yoksul değil alt sınıf	58	5,00	4,15	0,54	2,215	
Yoksul değil üst sınıf	82	5,06	3,42	0,37		
Yoksulluk						
Yoksul	117	3,81	4,12	0,38	-2,496	0,013
Yoksul değil	140	5,04	3,73	0,32		
Oturulan eve sahiplik						
Evet hane halkından birine ait	114	4,76	4,52	0,42	1,030	0,304
Kira	143	4,25	3,44	0,29		
Taşınmaz mülk sahipliği						
Yok	246	4,47	3,98	0,25	-0,213	0,832
Var	11	4,73	3,55	1,07		
Hane halkına ait araba						
Yok	191	4,57	4,23	0,31	0,598	0,550
Var	66	4,23	3,03	0,37		
Subjektif gelir algısı puan ortalaması						
Kötü	100	4,24	3,59	0,35	-0,771	0,441
İyi	157	4,63	4,16	0,33		
Doğum yerine göre göçmenlik durumu						
İzmir	92	4,36	3,22	0,34	-0,362	0,717
İzmir dışı	165	4,55	4,32	0,34		
Doğum yerine göre göçmenlik durumu						
Doğu-güneydoğu	39	5,28	5,53	0,89	1,380	0,169
Diğer	218	4,33	3,60	0,24		
Gülyaka' da Yaşanan Süre						
0-10 yıl	181	4,90	4,26	0,31	*F=	0,270
11-20	49	3,51	2,91	0,41	3,663	
21 ve Üstü	27	3,37	2,78	0,53		
İzmir' de Yaşanan Süre						

0-10 yıl	145	4,84	4,33	0,35	*F= 1,687	0,187
11-20	75	3,81	2,86	0,33		
21 ve Üstü	37	4,40	4,21	0,69		
Maddi manevi destek olan akraba hısımları						
Var	120	4,48	4,55	0,41	-0,204	0,839
Yok	46	4,63	2,87	0,42		
Göç etmelerine aracılık eden akraba hısımları						
Var	86	4,61	4,92	0,53	0,252	0,801
Yok	79	4,45	3,13	0,35		
Doğuştan gelen anomali-kronik hast						
Hayır	219	4,26	3,80	0,26	-2,140	0,033
Evet	38	5,74	4,62	0,75		
Engel gelişme geriliği						
Hayır	247	4,35	3,81	0,24	-2,659	0,008
Evet	10	7,70	6,06	1,92		
Çocuğun algılanan sağlık durumu						
Çok iyi-iyi	36	5,22	5,08	0,84	0,979	0,333
Orta-kötü-çok kötü	221	4,35	3,73	0,25		
Tedavi edici hizmet kullanımı						
Yok	82	4,43	4,13	0,46	-2,658	0,009
Var	60	6,33	4,34	0,56		
Koruyucu hizmet kullanımı						
Sağlık ocağı	228	4,33	3,93	0,26	-1,657	0,099
Diğer	29	5,62	4,00	0,74		
Sürekli hizmet kaynağı varlığı						
Yok	182	3,81	3,57	0,26	-4,386	0,000
Var	75	6,11	4,37	0,50		

* Varyans Analizi Uygulanmıştır

Bağımsız değişkenlerin son bir yıldaki toplam başvuru sayısı ile karşılaştırılması sonucundaki bulgular şöyledir; Yoksul olanların yıllık başvuru ortalamaları yoksul olmayanlara göre anlamlı ölçüde düşüktür. Oda başına düşen kişi sayısı bir kişi olan hanelerin yıllık toplam başvuru ortalaması, iki ve daha fazla kişi olan hanelere göre anlamlı derecede yüksektir. Sürekli hizmet kaynağı olanların yıllık toplam başvuru ortalaması olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Doğuştan gelen anomali veya kronik hastalığı olanların yıllık toplam başvuru ortalaması, olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Engel ya da gelişme geriliği olanların yıllık toplam başvuru ortalaması, olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Son 15 gün içinde tedavi edici hizmet alanların yıllık toplam başvuru ortalaması, almayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Diğer bağımsız değişkenler için ortalamalarda farklılıklar olsa da anlamlı düzeyde değildir.

5.2.2. Son 15 Günde Sağlık Sorunu Olanların Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Tablo 59' da hane ve alt yapısı ile ilgili değişkenlerin tedavi edici hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 59. Hane ve Alt Yapısı ile ilgili Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanım ile Karşılaştırılması

	Yok		Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaşanan evin niteliği								
Müstakil	34	57,6	25	42,4	59	100,0	0,001	0,981
Apartman	48	57,8	35	42,2	83	100,0		
Oda başına düşen kişi sayısı								
1 kişi	42	52,1	23	47,9	65	100,0	2,328	0,312
2 ve daha fazla	40	51,9	37	48,1	77	100,0		

Müstakil evlerde oturanların %57,6' sının apartmanda oturanların %57,8' inin, oda başına düşen kişi sayısı bir kişi olan hanelerde yaşayan çocukların % 52,1' inin, iki ve daha fazla olan hanelerde yaşayan çocukların %51,9' unun tedavi edici hizmet kullanımı yoktur.

Tablo 60' da çocuk ve diğer hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerin tedavi edici hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 60. Çocuk ve Diğer Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Yok		Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Toplam Çocuk Sayısı								
1 Çocuk	32	64,0	18	36,0	50	100,0	1,38	0,501
2 Çocuk	34	55,7	27	44,3	61	100,0		
3 ve Daha Fazla	16	51,4	15	48,6	31	100,0		
Çocukların yaşı								
3 yaş üstü	22	56,4	17	43,6	39	100,0	0,039	0,843
3 yaş ve altı	60	57,7	43	42,3	103	100,0		
Çocukların cinsiyeti								
Erkek	44	52,4	40	47,6	84	100,0	2,426	0,083
Kız	38	65,5	20	34,5	58	100,0		
Hane Reisinin Cinsiyeti								
Erkek	78	57,8	57	42,2	135	100,0	0,000	1,000
Kadın	4	57,1	3	42,9	7	100,0		
Hane Reisinin Sosyal Güvencesi								
Yok	33	71,7	13	28,3	46	100,0	4,645	0,031
Var	49	51,0	47	49,0	96	100,0		
Annenin Eğitim								

Durumu								
İlkokul ve altı	45	53,6	39	46,4	84	100,0	1,080	0,299
İlkokul üstü	37	63,8	21	36,2	58	100,0		
Babanın Eğitim Durumu								
İlkokul ve altı	41	55,4	33	44,6	74	100,0	0,176	0,675
İlkokul üstü	41	60,3	27	39,7	68	100,0		
Annenin Ana Dili								
Türkçe	8	53,3	7	46,7	15	100,0	0,134	0,714
Diğer	74	58,3	53	41,7	127	100,0		
Babanın Ana Dili								
Türkçe	74	58,3	53	41,7	127	100,0	4,505	0,105
Diğer	8	53,3	7	46,7	15	100,0		

Çocuk sayısı arttıkça hizmet kullanımı artmaktadır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hane reisinin cinsiyeti ile tedavi edici hizmet kullanımı arasında ilişki yoktur. Hane reisinin sosyal güvence durumu ile tedavi edici hizmet kullanımı karşılaştırıldığında, anlamlı fark saptanmıştır. Sosyal güvencesi olmayanların tedavi edici hizmet kullanımı, sosyal güvencesi olanlara göre daha azdır. Annenin, babanın eğitim durumu ve ana dilleri tedavi edici hizmet kullanımıyla ilişkili görülmemektedir.

Tablo 61' de iş, işsizlik ve sınıfsal duruma ilişkin değişkenlerin tedavi edici hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 61. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Yok		Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hane reisinin çalışma durumu								
Hayır	15	65,2	8	34,8	23	100,0	0,628	0,428
Evet	67	56,3	52	43,7	119	100,0		
Sınıfsal durum								
Mavi yakalı	33	55	27	45	60	100,0	4,34	0,227
Beyaz yakalı	13	50	13	50	26	100,0		
Burjuva-kendi hesabına çalışanlar	21	56,7	16	43,3	37	100,0		
İşsiz-Marjinal	15	78,9	4	21,1	19	100,0		
Alt sınıf- Üst sınıf								
Maviyakalı- İşsiz-Marjinal	48	60,8	31	39,2	79	100,0	0,663	0,416
Burjuva-Kendi hesabına çalışan-beyaz yakalı	34	54,0	29	46,0	36	100,0		
Sınıf+Yoksulluk								
Yoksul alt sınıf	29	63,0	17	37,0	46	29	0,944	0,815
Yoksul üst sınıf	9	56,3	7	43,8	16	9		

Yoksul değil alt sınıf	19	57,6	14	42,4	33	19
Yoksul değil üst sınıf	25	53,2	22	46,8	47	25

Çalışmayan hane reislerinin çocuklarının %65,2' si, çalışan hane reislerinin çocuklarının %56,3' ü tedavi edici hizmet almamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da işsiz ve marjinalerin diğer gruplara göre, alt sosyal sınıfların ise üste göre tedavi edici hizmet kullanımı daha azdır.

Tablo 62' de yoksullukla ilgili değişkenlerin tedavi edici hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 62. Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Yok		Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Mutlak yoksulluk sınırına göre gelir								
Yoksul	38	61,3	24	38,7	62	100,0	0,566	0,452
Yoksul değil	44	55,0	36	45,0	80	100,0		
Oturulan eve sahiplik								
Hane halkından birine ait	32	54,2	27	45,8	59	100,0	0,509	0,475
Kira	50	60,2	33	39,8	83	100,0		
Taşınmaz mülk sahipliği								
Yok	78	57,8	57	42,2	135	100,0	0,001	0,974
Var	4	57,1	3	42,9	7	100,0		
Hane halkına ait araba								
Yok	60	55,6	48	44,4	108	100,0	0,887	0,346
Var	22	64,7	12	35,3	34	100,0		
Subjektif gelir algısı puan ortalaması								
Kötü	37	66,1	19	33,9	56	100,0	2,626	0,105
İyi	45	52,3	41	47,7	86	100,0		

Yoksulların %61,3' ünün ve yoksul olmayanların %55,0' inin tedavi edici hizmet kullanımı yoktur. Oturulan eve sahiplik, taşınmaz mülk sahipliği, hane halkına ait araba sahipliği ile tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.

Subjektif gelir algısı ile tedavi edici hizmet kullanımı karşılaştırmaları arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 63' te göçle ilgili değişkenlerin tedavi edici hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 63. Göçle İlgili değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

Göç durumu	Yok		Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
İzmirli	39	73,6	14	26,4	53	100,0	8,694	0,003
İzmir dışı	43	48,3	46	51,7	89	100,0		
Doğu-güneydoğu göçmenliği								
İzmir	11	47,8	12	52,2	23	100,0	1,107	0,293
Doğu güney doğu	71	59,7	48	40,3	119	100,0		
Gülyakada yaşanan süre grup								
0-10 yıl	62	57,9	45	42,1	107	100,0	0,04	0,832
11 ve üstü	20	76,0	15	60,0	35	100,0		
İzmir'de yaşanan süre								
0-10 yıl	54	60,7	35	39,3	89	100,0	0,84	0,360
11 ve üstü	28	52,8	25	47,2	53	100,0		
Maddi manevi destek olan akraba hısım								
Evet	29	46,8	33	53,2	62	100,0	0,367	0,545
Hayır	14	53,8	12	46,2	26	100,0		
Göç etmelerine aracılık eden akraba hısım								
Evet	21	44,7	26	55,3	47	100,0	0,706	0,401
Hayır	22	53,7	19	46,3	41	100,0		

İzmir dışı doğumlu olanlar İzmir doğumlu olanlara göre tedavi edici hizmet kullanımı anlamlı olarak fazladır. Diğer göçle ilişkili değişkenlerle tedavi edici hizmet kullanımı ile anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 64' te var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin tedavi edici hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 64. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Yok		Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Doğuştan gelen anomali kronik hast varlığı								
Yok	68	57,6	50	42,4	118	100,0	0,004	0,949
Var	14	57,7	10	42,3	24	100,0		
Çocuğun algılanan sağlık durumu								
Çok iyi-iyi	67	56,8	51	43,2	118	100,0	3,05	0,021
Orta-kötü-çok kötü	15	62,5	9	37,5	24	100,0		
Engel gelişme geriliği varlığı								
Yok	80	58,4	57	41,6	137	100,0	0,669	0,413
Var	2	40,0	3	60,0	5	100,0		

Buna göre doğuştan gelen anomali ve kronik hastalık varlığı ve engel ve gelişme geriliği varlığı tedavi edici hizmet kullanımı açısından anlamlı fark yaratmamaktadır. Çocuğun algılanan sağlık durumu ve tedavi edici hizmet kullanımı açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Algılanan sağlık durumu çok iyi ve iyi olan grup diğerlerine göre daha fazla tedavi edici hizmet kullanmaktadır.

Tablo 65’ te sürekli hizmet kaynağı varlığının tedavi edici hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 65. Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığının Tedavi Edici Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Yok		Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sürekli hizmet kaynağı varlığı								
Yok	66	65,3	35	34,7	101	100,0	8,281	0,004
Var	16	39,0	25	61,0	41	100,0		

Sürekli hizmet kaynağı varlığı ile tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sürekli hizmet kaynağı olmayanlar daha az sağlık hizmeti kullanmaktadırlar.

5.3. SAĞLIK OCAĞI KULLANIMI

5.3.1. Sağlık Ocağı Kullanımını Etkileyen Etmenler

5.3.1.1. Sağlık Ocağından Tedavi Edici ve Koruyucu Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Tablo 66’ da bağımsız değişkenlerin son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 66. Bağımsız Değişkenlerin Son Bir Yıldaki Sağlık Ocağı Başvuruları-Toplam Başvuru Oranı ile Karşılaştırılması*

	Sayı	Ort	Stand. Sapma	Stand. Hata	t değeri	p değeri
Yaşanan evin niteliği	90	0,61	0,37	0,03	0,471	0,638
Müstakil	142	0,58	0,38	0,03		
Apartman						
Oda başına düşen kişi sayısı						
2 ve Üstü	127	0,61	0,38	0,03	0,902	0,368
1 kişi	105	0,57	0,37	0,03		
Çocuk sayısı						
3 ve Üstü	56	0,64	0,38	0,05	1,032	0,303
3’ ün Altı	176	0,58	0,37	0,02		
Çocukların yaşı						
3 yaş üstü	71	0,57	0,40	0,04	-0,484	0,629
3 Yaş ve altı	161	0,60	0,37	0,02		
Hane reisinin sosyal güvence varlığı						
Yok	60	0,76	0,29	0,03	4,575	0,000
Var	172	0,53	0,38	0,02		
Annemi eğitim durumu						
İlkokul ve altı	131	0,65	0,37	0,03	2,555	0,011
İlkokul üstü	101	0,52	0,37	0,03		
Babanın eğitim durumu						
İlkokul ve altı	123	0,64	0,37	0,03	1,959	0,051
İlkokul üstü	109	0,54	0,38	0,03		
Annenin ana dili						
Diğer	22	0,74	0,33	0,07	1,837	0,068
Türkçe	210	0,58	0,38	0,02		
Hane reisinin çalışma durumu						
Hayır	35	0,68	0,33	0,05	1,454	0,147
Evet	197	0,58	0,38	0,02		
Sınıfsal durum						
Mavi yakalı	48	0,42	0,37	0,05	F=3,678∞	0,006
Beyaz yakalı#	12	0,56	0,37	0,10		
Burjuva+kendi hesabına çalışan	43	0,66	0,39	0,05		
İşsiz+marjinal	27	0,68	0,36	0,06		
Sınıfsal durum						

Altsınıf	129	0,64	0,36	0,03	2,136	0,034
Üstsınıf	103	0,53	0,39	0,03		
Sınıf+yoksulluk						
Yoksul altsınıf	72	0,70	0,35	0,04	F=7,334 [∞]	0,000
Yoksul üstsınıf	26	0,76	0,28	0,05		
Yoksul değil altsınıf	57	0,57	0,36	0,04		
Yoksul değil üstsınıf#	77	0,46	0,39	0,04		
Yoksulluk						
Yoksul	98	0,71	0,33	0,03	4,360	0,000
Yoksul değil	134	0,50	0,38	0,03		
Oturulan eve sahiplik						
Evet hane halkıdan birine ait	105	0,56	0,37	0,03	-1,236	0,218
Kira	127	0,62	0,38	0,03		
Taşınmaz mülk sahipliği						
Yok	222	0,60	0,37	0,02	1,664	0,097
Var	10	0,40	0,44	0,14		
Hane halkına ait araba						
Yok	171	0,60	0,37	0,02	0,248	0,804
Var	61	0,58	0,39	0,05		
Subjektif gelir algısı puan ortalaması						
Kötü	88	0,60	0,36	0,03	0,287	0,774
İyi	144	0,59	0,39	0,03		
Doğum yerine göre göçmenlik durumu						
İzmir	87	0,61	0,37	0,04	0,618	0,537
İzmir dışı	145	0,58	0,38	0,03		
Doğum yerine göre göçmenlik durumu						
Doğu-Güneydoğu	33	0,71	0,33	0,05	2,169	0,035
Diğer	199	0,57	0,38	0,02		
Gülyaka' da Yaşanan Süre						
0-10 yıl	166	0,59	0,37	0,02	F=0,787 [∞]	0,457
11-20	42	0,64	0,39	0,06		
21 ve üstü	24	0,51	0,42	0,08		
İzmir' de Yaşanan Süre						
0-10 yıl	131	0,58	0,37	0,03	F=1,741 [∞]	0,178
11-20	67	0,66	0,37	0,04		
21 ve üstü	34	0,52	0,38	0,06		
Maddi manevi destek olan akraba hısım						
Var	103	0,63	0,37	0,03	1,686	0,094
Yok	44	0,52	0,39	0,05		
Göç etmelerine aracılık eden akraba hısım						
Var	71	0,65	0,36	0,04	1,632	0,105
Yok	75	0,55	0,39	0,04		

Kronik hastalık anomali varlığı						
Hayır	195	0,60	0,38	0,02	0,803	0,423
Evet	37	0,55	0,37	0,06		
Çocuğun algılanan sağlık durumu						
Orta-kötü-çok kötü	35	0,44	0,35	0,06	-2,641	0,009
Çok iyi-iyi	197	0,62	0,37	0,02		
Engel gelişme geriliği varlığı						
Yok	223	0,59	0,38	0,02	0,488	0,626
Var	9	0,53	0,38	0,12		
Tedavi edici hizmet kullanımı						
Yok	75	0,65	0,34	0,04	0,962	0,338
Var	59	0,59	0,37	0,04		
Tedavi edici hizmet için kullandığı kurum						
Diğer	19	0,26	0,36	0,08	-5,174	0,000
Sağlık ocağı	40	0,74	0,26	0,04		
Koruyucu hizmet kullanımı						
Sağlık ocağı	204	0,64	0,35	0,02	5,989	0,000
Diğer	28	0,22	0,32	0,06		
Sürekli hizmet kaynağı varlığı						
Yok	158	0,61	0,37	0,02	0,883	0,406
Var	74	0,56	0,39	0,04		

*Son 1 yılda hiç başvurusu olmayan 25 kişi analize dahil edilmemiştir.

∞Varyans analizi uygulanmıştır. Anlamlılığa neden olan grubu belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Anlamlılığa neden olan grup.

Yoksul olanların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları yoksul olmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. Alt sınıfların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları üst sınıflara göre göre anlamlı ölçüde yüksektir. Farklı sosyal sınıfların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları arasında yapılan varyans analizine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Yapılan Bonferroni analizi ile bu farkın beyaz yakalılarından kaynaklandığı görülmektedir. Beyaz yakalıların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları diğer sosyal sınıflara göre anlamlı ölçüde düşüktür. Sınıfsal durum+yoksulluk grupları arasında son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları açısından varyans analizine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Yapılan Bonferroni analizi ile bu farkın zengin üst sınıflardan kaynaklandığı görülmektedir. Zengin üst sınıfların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı ölçüde düşüktür. Sosyal güvencesi olmayan hane reislerinin son bir yıldaki sağlık ocağı

başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları olmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. İlkokul mezunu ve altı öğrenim durumundaki annelerin çocuklarının son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları ilkököl mezunu üstü öğrenim durumundaki annelerin çocuklarına göre anlamlı ölçüde yüksektir. Doğu ve Güneydoğu doğumlu olanların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları diğer yerlerde doğanlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. Tedavi edici hizmetler için sağlık ocağını kullananların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları diğer kurumları kullananlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. Koruyucu hizmet için sağlık ocağını kullananların son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları diğer kurumları kullananlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. Diğer bağımsız değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda anlamlı ilişki saptanmamıştır.

5.3.1.2. Sağlık Ocağından Koruyucu Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Tablo 67’ de hane ve alt yapısı ile ilgili değişkenlerin koruyucu hizmet kullanımı ile karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 67. Hane ve Alt Yapısı İle İlgili Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı İle Karşılaştırılması

	Sağlık Ocağı		Diğer		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaşanan evin niteliği								
Müstakil	101	97,1	3	2,9	104	100,0	12,311	0,000
Apartman	127	83,0	26	17,0	153	100,0		
Oda başına düşen kişi sayısı								
1 kişi	91	82,0	20	18,0	111	100,0	8,816	0,003
2 ve daha fazla	137	93,8	9	6,2	146	100,0		

Müstakil evlerde yaşayanların %97,1’ i apartmanda yaşayanların ise %83,0’ ü sağlık ocağında koruyucu hizmet almaktadır. Yaşanan evin niteliğine göre koruyucu hizmetin alındığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Müstakil evde oturanlar apartmanda oturanlara göre daha fazla sağlık ocağından koruyucu hizmet almaktadır. Oda başına düşen kişi sayısı arttıkça sağlık ocağı kullanma olasılığı anlamlı olarak artmaktadır.

Tablo 68’ da hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerin koruyucu hizmet kullanımı ile ilişkisi sunulmuştur.

Tablo 68. Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

	Sağlık Ocağı		Diğer		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Toplam çocuk sayısı								
1 çocuk	75	84,3	14	15,7	89	100,0	5,754 eğim	0,016
2 çocuk	89	87,3	13	12,7	102	100,0		
3 ve daha fazla	64	95,8	2	4,2	66	100,0		
Çocukların yaşı								
3 yaş üstü	77	90,6	8	9,4	85	100,0	0,445	0,505
3 yaş ve altı	151	87,8	21	12,2	172	100,0		
Çocuğun cinsiyeti								
Erkek	133	87,5	19	12,5	152	100,0	0,549	0,297
Kız	95	90,5	10	9,5	105	100,0		
Hane reisinin sosyal güvencesi								
SSK	100	90,1	11	9,9	111	100,0	11,44	0,003
Bağkur+Emekli sandığı	48	78,7	13	21,3	61	100,0		
Yeşil kart+yok	78	96,3	3	3,7	81	100,0		
Özel	2	50,0	2	50,0	4	100,0		
Hane reisinin sosyal güvencesi								
Yok	70	95,9	3	4,1	73	100,0	6,79	0,038
Diğer	158	85,9	26	14,1	184	100,0		
Annenin eğitim durumu								
İlkokul ve altı	145	94,8	8	5,2	153	100,0	12,394	0,000
İlkokul üstü	83	79,8	21	20,2	104	100,0		
Annenin eğitim durumu								
Okuryazar değil+	14	93,3	1	6,7	15	100,0	20,009 eğim	0,000
Okuryazar	131	94,9	7	5,1	138	100,0		
İlkokul	27	93,1	2	6,9	29	100,0		
Ortaokul	48	77,4	14	22,6	62	100,0		
Lise	8	61,5	5	38,5	13	100,0		
Babanın eğitim durumu								
İlkokul mezunu ve altı	136	95,1	7	4,9	143	100,0	11,745	0,001
İlkokul üstü	92	80,7	22	19,3	114	100,0		
Annenin ana dili								
Türkçe	200	87,3	29	12,7	229	100,0	4,00	0,028
Diğer	28	100,0	0	100,0	28	100,0		

Çocuk sayısı arttıkça sağlık ocağını kullanma olasılığı anlamlı olarak artmaktadır. Bağ-kur ve emekli sandığına bağlı olanlar diğer sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olanlara göre sağlık ocağı dışındaki kurumları anlamlı olarak fazla kullanmaktadır. Sosyal güvencesi olmayanlar,

olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla sağlık ocağını kullanmaktadırlar. Eğitim durumu ilkökul ve altı olan anneler, diğer annelere göre anlamlı olarak da fazla sağlık ocağını kullanmaktadır. Baba eğitimi de benzer sonucu vermektedir. Eğitimde ki kare analizi yapıldığında anne eğitim düzeyi azaldıkça sağlık ocağını kullanma olasılığı anlamlı bir biçimde artmaktadır. Ana dili Türkçe dışında diğer dillerden olan anneler anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını kullanmaktadır. Babanın ana dili için yüzdeler benzerdir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Çalışmayan hane reislerinde sağlık ocağını kullanma % 90,5 iken çalışan hane reislerinde %88,4' tür.

Tablo 69' da iş, işsizlik ve sınıfsal duruma ilişkin değişkenlerin koruyucu hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 69. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı İle Karşılaştırılması

Hane reisinin çalışma durumu	Sağlık Ocağı		Diğer		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hayır	38	90,5	4	9,5	42	100,0	0,15	0,693
Evet	190	88,4	25	11,6	215	100,0		
Sınıfsal durum								
Mavi yakalı	104	93,7	7	6,3	111	100,0	10,41	0,015
Beyaz yakalı	38	77,6	11	22,4	49	100,0		
Burjuva+kendi hesabına çalışanlar	54	91,7	9	8,3	63	100,0		
İşsiz+marjinal	32	94,1	2	5,9	34	100,0	8,568	0,003
Sınıfsal durum								
Altsınıf	136	93,8	9	6,2	145	100,0		
Üstsınıf	92	82,1	20	17,9	29	100,0	17,248	0,001
Sınıf+yoksulluk								
Yoksul altsınıf	82	94,3	5	5,7	87	100,0		
Yoksul üstsınıf	29	96,7	1	3,3	30	100,0		
Yoksul değil altsınıf	54	93,1	4	6,9	58	100,0	17,248	0,001
Yoksul değil üstsınıf	63	76,8	19	23,2	82	100,0		

Koruyucu sağlık hizmetlerini sağlık ocağından alma açısından sosyal sınıflar arasında anlamlı bir fark vardır. Beyaz Yakalılar diğer sosyal sınıflara göre anlamlı olarak daha az sağlık ocağını kullanmaktadırlar. Yine alt sınıflar ile üst sınıflar karşılaştırıldığında alt sınıfların anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını kullandıkları gözlenmiştir.

Tablo 70' de yoksullukla ilgili değişkenlerin koruyucu hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 70. Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı İle Karşılaştırılması

	Sağlık Ocağı		Diğer		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Mutlak yoksulluk sınırına göre gelir								
Yoksul	111	94,9	6	5,1	117	100,0	8,130	0,004
Yoksul değil	117	83,6	23	16,4	140	100,0		
Oturulan eve sahiplik								
Hane halkından birine ait	100	87,7	14	12,3	114	100,0	0,203	0,652
Kira	128	89,5	15	10,5	143	100,0		
Taşınmaz mülk sahipliği								
Yok	220	89,4	26	10,6	246	100,0	2,935	0,087
Var	8	72,7	3	27,3	11	100,0		
Hane halkına ait araba								
Yok	175	91,6	16	8,4	191	100,0	6,279	0,012
Var	53	80,3	13	19,7	66	100,0		
Subjektif gelir algısı puan ortalaması								
Kötü	95	95,0	5	5,0	100	100,0	6,457	0,011
İyi	133	84,7	24	15,3	157	100,0		

Buna göre mutlak yoksulluk sınırı altında gelire sahip olanlar anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını kullanmaktadır. Oturdukları eve sahip olanlar ve diğer taşınmaz mülk sahibi olanlar oransal olarak daha az sağlık ocağından hizmet alsalar da bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Subjektif gelir algısı puan ortalaması iyi olanlar, kötü olanlara göre koruyucu sağlık hizmetini anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağı dışındaki kurumlardan almaktadır.

Tablo 71' de göçle ilgili değişkenlerin koruyucu hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 71. Göçle İlgili Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

Göç durumu	Sağlık Ocağı		Diğer		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İzmirli	82	89,1	10	10,9	92	100,0	0,025	0,875
İzmir dışı	146	88,5	19	11,5	165	100,0		
Doğu-Güneydoğu göçmenliği								
İzmir	36	92,3	3	7,7	39	100,0	0,592	0,441
Doğu güney doğu	192	88,1	26	11,9	218	100,0		
Gülyaka' da yaşanan süre grup								
0-10 yıl	157	86,7	24	13,3	181	100,0	2,39	0,122
11 ve üstü	71	93,4	5	6,6	76	100,0		
İzmir'de yaşanan süre								

0-10 yıl	125	86,2	20	13,8	145	100,0	1,09	0,148
11 ve üstü	103	92,0	9	8,0	112	100,0		
Maddi manevi destek olan akraba hisım								
Evet	109	90,8	11	9,2	120	100,0	0,544	0,461
Hayır	40	87,0	6	13,0	46	100,0		
Göç etmelerine aracılık eden akraba hisım								
Evet	79	91,9	7	8,1	86	100,0	0,86	0,354
Hayır	70	87,5	10	12,5	80	100,0		

Göçle ilgili değişkenlerle koruyucu hizmet kullanımı ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır

Tablo 72' de var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin koruyucu hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 72. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Koruyucu Hizmet Kullanımı ile Karşılaştırılması

Doğuştan gelen anomali ya da kronik hastalık varlığı	Sağlık Ocağı		Diğer		Toplam		Ki-kare	p değeri
Yok	192	87,7	27	12,3	219	100,0	1,615	0,204
Var	36	94,7	2	5,3	38	100,0		
Çocuğun algılanan sağlık durumu								
Çok iyi-iyi	204	88,3	27	11,7	231	100,0	1,21	0,210
Orta-kötü-çok kötü	34	94,4	2	5,6	36	100,0		
Engel gelişme geriliği varlığı								
Yok	221	89,5	26	10,5	247	100,0	3,641	0,056
Var	7	70,0	3	30,0	10	100,0		

Buna göre doğuştan gelen anomali ya da kronik hastalığı olan çocukların % 94,7' si, olmayanların % 87,0' si sağlık ocağından hizmet almaktadır. Annelere göre çocuğun algılanan sağlık durumu iyi ve çok iyi olanların % 88,3' ü, orta- kötü ve çok kötü diyenlerin % 94,4' ü sağlık ocağını kullanmaktadır. Herhangibir engel ya da gelişme geriliği olan çocukların % 30,0' ü diğer çocukların % 10,5' i sağlık ocağı dışı kurumlardan koruyucu sağlık hizmetini almaktadır.

Tablo 73' de sürekli hizmet kaynağı varlığının koruyucu hizmet kullanımı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 73. Sürekli Hizmet Kaynağı varlığının Koruyucu Hizmet kullanımı ile karşılaştırılması

Sürekli hizmet kaynağı varlığı	Sağlık Ocağı		Diğer		Toplam		Ki-kare	p değeri
Yok	175	96,2	7	3,8	182	100,0	34,465	0,000
Var	53	70,7	22	29,3	75	100,0		

Sürekli hizmet kaynağı olmayanlar, olanlara göre anlamlı olarak daha çok sağlık ocağından koruyucu sağlık hizmetini almaktadır.

5.3.1.3. Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Tablo 74' de hane ve alt yapısı ile ilgili değişkenlerin sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 74. Hane ve Alt Yapısı İle İlgili Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaşanan Evin Niteliği								
Müstakil	6	24,0	19	76,0	25	100,0	1,680	0,195
Apartman	14	40,0	21	60,0	35	100,0		
Oda Başına Düşen Kişi Sayısı								
1 Kişi	5	21,7	18	78,3	23	100,0	2,256	0,133
2 ve daha fazla	15	40,5	22	59,5	37	100,0		

Hane ve alt yapısı ile ilgili değişkenlerle sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 75' de hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerin sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 75. Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çocuk sayısı								
3' ten az	15	33,3	30	66,7	45	100,0	0,000	1,000
3 ve daha fazla	5	33,3	10	66,7	15	100,0		
Çocuğun yaşı								
3 yaş ve altı	13	30,2	30	69,8	43	100,0	0,657	0,418
3 yaş üstü	7	41,2	10	58,8	17	100,0		
Hane reisinin sosyal güvencesi								
Yok	2	15,4	11	84,6	13	100,0	2,406	0,121
Var	18	38,3	29	61,7	47	100,0		
Annenin eğitim durumu								
İlkokul mezunu ve altı	12	30,8	27	69,2	39	100,0	0,330	0,566
İlkokul üstü	8	38,1	13	61,9	21	100,0		
Babanın eğitim durumu								
İlkokul mezunu ve altı	10	30,3	23	69,7	33	100,0	0,303	0,582
İlkokul üstü	10	37,0	17	63,0	27	100,0		
Annenin ana dili								

Türkçe	20	37,7	33	62,3	53	100,0	3,96	0,046
Diğer	0	0,0	7	100,0	7	100,0	FisherExact	

Türkçe dışında anadili olan annelerin çocukları anlamlı olarak tedavi edici sağlık hizmetini sağlık ocağından almaktadır. Diğer hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerle, sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 76' da iş, işsizlik ve sınıfsal duruma ilişkin değişkenlerin sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 76. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hane reisinin çalışma durumu								
Yok	1	12,5	7	87,5	8	100,0	1,803	0,179
Var	19	36,5	33	63,5	52	100,0		
Sınıfsal durum								
Alt sınıf	7	22,6	24	77,4	31	100,0	3,337	0,068
Üst sınıf	13	44,8	16	55,2	29	100,0		
Yoksulluk+sınıfsal durum								
Yoksul altsınıf	6	35,3	11	64,7	17	100,0	9,948	0,019
Yoksul üstsınıf*	1	14,3	6	85,7	7	100,0		
Yoksul değil altsınıf	1	7,1	13	92,9	14	100,0		
Yoksul değil üstsınıf	12	54,5	10	45,5	22	100,0		

*Analiz yapılırken yoksul değil altsınıf ve yoksul üstsınıf grupları birleştirilmiştir.

İş, işsizlik ve sınıfsal duruma ilişkin değişkenlerin sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur. Zengin üst sınıflar tedavi edici sağlık hizmetini anlamlı olarak sağlık ocağı dışındaki kurumlardan almaktadır. Diğer iş, işsizlik ve sınıfsal duruma ilişkin değişkenlerle sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 77' de yoksullukla ilgili değişkenlerin sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 77. Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Mutlak yoksulluk sınırına göre gelir								
Yoksul	7	29,2	17	70,8	24	100,0	0,313	0,576
Yoksul değil	13	36,1	23	63,9	36	100,0		

Oturulan eve sahiplik								
Hane halkından birine ait	8	29,6	19	70,4	27	100,0	0,303	0,582
Kira	12	36,4	21	63,6	33	100,0		
Taşınmaz mülk sahipliği								
Yok	20	35,1	37	64,9	57	100,0	1,579	0,209
Var	0	0,0	3	100,0	3	100,0		
Hane halkına ait araba								
Yok	15	31,3	33	68,8	48	100,0	0,469	0,494
Var	5	41,7	7	58,3	12	100,0		
Subjektif gelir algısı								
puanı								
Kötü	4	21,1	15	78,9	19	100,0	1,887	0,170
İyi	16	39,0	25	61,0	41	100,0		

Yoksullukla ilgili değişkenlerle sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 78' de göçle ilgili değişkenlerin sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 78. Göçle İlgili Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
Göçmenlik durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İzmir	3	21,4	11	78,6	14	100,0	1,165	0,281
İzmir dışı	17	37,0	29	63,0	46	100,0		
Doğu-güneydoğu göçmenliği								
İzmir	18	37,5	30	62,5	48	100,0	1,875	0,171
Doğu-Güneydoğu	2	16,7	10	83,3	12	100,0		
Gülyakada yaşanan süre								
0-10 yıl	12	26,7	33	73,3	45	100,0	3,627	0,163
11-20	6	54,5	5	45,5	11	100,0		
21 ve üstü	2	50,0	2	50,0	4	100,0		
İzmir'de yaşanan süre								
0-10 yıl	11	31,4	24	68,6	35	100,0	0,343	0,842
11-20	6	33,3	12	66,7	18	100,0		
21 ve üstü	3	42,9	4	57,1	7	100,0		
Maddi manevi destek olan akraba hısım								
Evet	11	33,3	22	66,7	33	100,0	1,040	0,308
Hayır	6	50,0	6	50,0	12	100,0		
Göç etmelerine aracılık eden akraba hısım								
Evet	8	30,8	18	69,2	26	100,0	1,287	0,257
Hayır	9	47,4	10	52,6	19	100,0		

Göçle ilgili değişkenlerle sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 79’ da var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 79. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Doğuştan gelen anomali kronik hast varlığı								
Yok	16	32,0	34	68,0	50	100,0	0,240	0,624
Var	4	40,0	6	60,0	10	100,0		
Çocuğun algılanan sağlık durumu								
Çok iyi-iyi	17	33,3	34	66,7	51	100,0	0,000	1,000
Orta-kötü-çok kötü	3	33,3	6	66,7	9	100,0		
Engel gelişme geriliği varlığı								
Yok	19	33,3	38	66,7	57	100,0	0,000	1,000
Var	1	33,3	2	66,7	3	100,0		

Var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerle sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 80’ de sürekli hizmet kaynağı varlığının sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımıyla karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 80. Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığının Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımıyla Karşılaştırılması

Sürekli hizmet kaynağı varlığı	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yok	12	34,3	23	65,7	35	100,0	0,034	0,853
Var	8	32,0	17	68,0	25	100,0		

Sürekli hizmet kaynağı varlığı ile sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

5.3.2. Sağlık Ocağına Erişimin Sağlık Ocağı Kullanımına Etkisi

5.3.2.1. Sağlık Ocağı' na Erişimin Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımına Etkisi

Son 15 gün içinde sağlık sorunu nedeniyle ilk başvurulanan kurumlar, sağlık ocağı ve diğer olarak gruplanarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 81' de coğrafi, finansal, sosyokültürel ve organizasyonel erişimin tedavi edici sağlık hizmeti alınan kurumlara göre karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 81. Coğrafi, Finansal, Sosyokültürel ve Organizasyonel Erişimin Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Coğrafi erişim								
30 dakikadan az	10	20,4	39	79,6	49	100,0	20,09 Fisher Exact	0,000
30 dakika ve üzeri	10	90,9	1	9,1	11	100,0		
Finansal erişim								
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödüyor	18	78,2	5	21,8	23	100,0	33,88	0,000
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemiyor	2	0,5	35	95,0	37	100,0		
Sosyokültürel erişim								
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu var	2	40,0	3	60,0	5	100,0	0,11 FisherExact	0,544
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu yok	18	32,7	37	67,3	55	100,0		
Organizasyonel erişim								
Muayene için bekleme süresi 30 dakika ve az	8	34,8	15	65,2	23	100,0	0,04	0,851
Muayene için bekleme süresi 30 dakikan çok	12	32,4	25	67,6	37	100,0		

Buna göre; coğrafi erişim süresi ile tedavi edici hizmet alınan kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık ocağını kullananların erişimi, diğer kurumları kullananlara göre daha az süre almaktadır. Finansal erişim açısından da anlamlı bir ilişki söz konusudur. Sağlık ocağı dışındaki kurumları kullananlar hizmet alırken anlamlı bir şekilde daha fazla sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemektedirler. Sosyokültürel erişim ve organizasyonel erişim açısından tedavi edici hizmet alınan kurumlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

5.3.2.2. Sağlık Ocağına Erişimin Sağlık Ocağından Koruyucu Hizmet Kullanımına Etkisi

Tablo 82' de koruyucu sağlık hizmetine coğrafi, finansal, sosyokültürel ve organizasyonel erişimin koruyucu hizmeti kullanımına etkisi sunulmuştur.

Tablo 82. Koruyucu Sağlık Hizmetine Coğrafi, Finansal, Sosyokültürel ve Organizasyonel Erişimin Koruyucu Hizmeti Kullanımına Etkisi

	Diğer		Sağlık Ocağı		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Coğrafi erişim								
30 dakikadan çok	9	81,8	2	18,2	11	100,0	57,111	0,000
30 dakikadan az	20	8,1	226	91,9	246	100,0		
Finansal erişim								
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödüyor	24	16,3	123	83,7	147	100,0	8,72	0,003
Sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemiyor	5	4,5	105	95,5	110	100,0		
Sosyokültürel erişim								
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu var	12	75,0	4	25,0	16	100,0	2,25	0,133
Sağlık hizmeti alırken dil sorunu yok	17	12,0	224	88,0	241	100,0		
Organizasyonel erişim								
Muayene için bekleme süresi 30 dakika ve az	26	12,0	190	88,0	216	100,0	3,23	0,103
Muayene için bekleme süresi 30 dakikadan çok	3	7,3	38	92,7	41	100,0		

Coğrafi erişim süresi ile koruyucu hizmet alınan kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık ocağı' nı kullananların ulaşım süresi, diğer kurumları kullananlara göre daha azdır. Finansal erişim açısından da anlamlı bir ilişki söz konusudur. Sağlık ocağı dışındaki kurumları kullananlar hizmet alırken anlamlı bir şekilde daha fazla sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemektedirler. Sosyokültürel erişim ve organizasyonel erişim açısından tedavi edici hizmet alınan kurumlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

5.4. SÜREKLİ HİZMET KAYNAĞI

5.4.1. Sürekli Hizmet Kaynağının Varlığını Etkileyen Etmenler

Tablo 83’ de hane ve alt yapısı ile ilgili değişkenlerin sürekli hizmet kaynağı varlığı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 83. Hane ve Alt Yapısı ile ilgili Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

	Sürekli Hizmet Kaynağı Yok		Sürekli Hizmet Kaynağı Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaşanan evin niteliği								
Müstakil	85	81,7	19	18,3	104	100,0	10,068	0,002
Apartman	97	63,4	56	36,6	153	100,0		
Oda başına düşen kişi sayısı								
1 kişi	66	59,5	45	40,5	111	100,0	12,20	0,000
2 ve daha fazla	116	79,5	30	20,5	146	100,0		

Yaşanan evin niteliği ile sürekli hizmet kaynağı varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Apartmanda oturanların müstakil evlerde oturanlara göre anlamlı olarak daha fazla sürekli hizmet kaynağı vardır. Oda başına düşen kişi sayısı ile sürekli hizmet kaynağı varlığı karşılaştırıldığında yine anlamlı ilişki saptanmıştır. Oda başına düşen kişi sayısı bir kişi olan hanelerin çocuklarının, iki ve daha fazla kişi olan hanelere göre anlamlı olarak sürekli hizmet kaynağı varlığı daha fazladır.

Tablo 84’ de hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerin sürekli hizmet kaynağı varlığı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 84. Hane Halkına İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

	Sürekli Hizmet Kaynağı Yok		Sürekli Hizmet Kaynağı Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çocuk sayısı								
3’ ten az	129	67,5	62	32,5	191	100,0	3,87	0,049
3 ve daha fazla	53	80,3	13	19,7	66	100,0		
Çocuğun yaşı								
3 yaş ve altı	66	77,6	19	22,4	85	100,0	2,867	0,090
3 yaş üstü	116	67,4	56	32,6	172	100,0		
Çocuğun cinsiyeti								

Erkek	108	71,1	44	28,9	152	100,0	0,010	0,514
Kız	74	70,5	31	29,5	104	100,0		
Hane reisinin sosyal güvencesi								
SSK	81	73,0	30	27,0	111	100,0		
Bağ kur	20	62,5	12	37,5	32	100,0	8,05	0,045
Yeşil kart+yok	63	77,8	18	22,2	81	100,0		
Emekli sandığı+özel	17	53,1	15	46,9	32	100,0		
Hane reisinin sosyal güvencesi								
Yok	57	78,1	16	21,9	73	100,0	2,604	0,107
Var	125	67,9	59	32,1	184	100,0		
Annenin eğitim durumu								
İlkokul ve altı	116	75,8	37	24,2	153	100,0	4,573	0,032
İlkokul üstü	66	63,5	38	36,5	104	100,0		
Babanın eğitim durumu								
İlkokul mezunu ve altı	112	78,3	31	21,7	143	100,0	8,785	0,003
İlkokul üstü	70	61,4	44	38,6	114	100,0		
Annenin ana dili								
Türkçe	161	70,3	68	29,7	229	100,0	0,266	0,393
Diğer	21	75,0	7	25,0	28	100,0		

Çocuk sayısı ile sürekli hizmet kaynağı varlığı karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmıştır. Üç' ten az çocuk sahibi olanların üç ve daha fazla çocuk sahibi olanlara göre sürekli hizmet kaynağı varlığı daha fazladır. Annenin ana dili ve hane reisinin sosyal güvencesinin varlığı sürekli hizmet kaynağı varlığı ile ilişkili görülmemektedir. Buna karşın annenin eğitim durumu ile sürekli hizmet kaynağı karşılaştırıldığında anlamlı fark gözlenmektedir. İlkokul mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının sürekli hizmet kaynağı varlığı, ilkokul üstü eğitim düzeyinde olanlara göre anlamlı şekilde azdır. Babanın eğitim durumu ile olan karşılaştırmanın sonucu da benzerdir.

Tablo 85' te iş, işsizlik ve sınıfsal duruma ilişkin değişkenlerin sürekli hizmet kaynağı varlığı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 85. İş, İşsizlik ve Sınıfsal Duruma İlişkin Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

	Sürekli Hizmet Kaynağı Yok		Sürekli Hizmet Kaynağı Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hane reisinin çalışma durumu								
Hayır	34	81,0	8	19,0	42	100,0	2,50	0,114
Evet	148	68,8	67	31,2	215	100,0		
Sınıfsal durum								
Mavi yakalı	85	76,6	26	23,4	111	100,0	13,23	0,004
Beyaz yakalı	26	53,1	23	46,9	49	100,0		

Burjuva+kendi hesabına çalışanlar	42	33,3	21	66,7	63	100,0		
İşsiz+marjinal	29	85,3	5	14,7	34	100,0		
Sınıfsal durum								
Alt sınıf	114	78,6	31	21,4	145	100,0	9,804	0,002
Üst sınıf	68	60,7	44	39,3	112	100,0		
Yoksulluk+sınıfsal durum								
Yoksul Altsınıf	69	79,3	18	20,7	87	100,0		
Yoksul Üstsınıf	22	73,3	8	26,7	30	100,0	13,011	0,005
Yoksul Değil Altsınıf	45	77,6	13	22,4	58	100,0		
Yoksul Değil Üstsınıf	46	56,1	36	43,9	82	100,0		

Buna göre hane reisinin çalışma durumu ile sürekli hizmet kaynağı varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sınıfsal durum ile sürekli hizmet kaynağı varlığı karşılaştırıldığında, üst sınıfların alt sınıflara göre sürekli hizmet kaynağı varlığının anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Mavi Yakalılarda ve işsiz-marjinallerde diğer sosyal sınıflara göre sürekli hizmet kaynağı varlığının anlamlı olarak daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 86' da yoksullukla ilgili değişkenlerin sürekli hizmet kaynağı varlığı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 86. Yoksullukla İlgili Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

	Sürekli Hizmet Kaynağı Yok		Sürekli Hizmet Kaynağı Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Mutlak yoksulluk sınırına göre gelir								
Yoksul	91	77,8	26	22,2	117	100,0	5,035	0,025
Yoksul değil	91	65,0	49	35,0	140	100,0		
Oturulan eve sahiplik								
Hane halkından birine ait	80	70,2	34	29,8	114	100,0	0,041	0,840
Kira	102	71,3	41	28,7	143	100,0		
Taşımaz mülk sahipliği								
Yok	178	72,4	68	27,6	246	100,0	6,601	0,010
Var	4	36,4	7	63,6	11	100,0		
Hane halkına ait araba								
Yok	147	77,0	44	23,0	191	100,0	13,595	0,000
Var	35	53,0	31	47,0	66	100,0		
Subjektif gelir algısı puanı								
Kötü	75	75,0	25	25,0	100	100,0	1,386	0,239
İyi	107	68,2	50	31,8	157	100,0		

Mutlak yoksulluk sınırına göre gelirle sürekli hizmet kaynağı varlığı karşılaştırıldığında, yoksulların yoksul olmayanlara göre sürekli hizmet kaynağı varlığının anlamlı olarak daha az olduğu görülmüştür. Oturulan eve sahiplik ile sürekli hizmet kaynağı varlığı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Taşınmaz mülk sahibi olanların ve araba sahibi olanların sürekli hizmet kaynağı varlığının anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Subjektif gelir algısı ile sürekli hizmet kaynağı varlığı arasında anlamlı ilişki yoktur.

Tablo 87’ de göçle ilgili değişkenlerin sürekli hizmet kaynağı varlığı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 87. Göçle İlgili Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

	Sürekli Hizmet Kaynağı Yok		Sürekli Hizmet Kaynağı Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Göçmenlik durumu								
İzmir	63	68,5	29	31,5	92	100,0	0,379	0,538
İzmir dışı	119	72,1	46	27,9	165	100,0		
Doğu-Güneydoğu göçmenliği								
İzmir	26	66,7	13	33,3	39	100,0	0,383	0,536
Doğu-Güneydoğu	156	71,6	62	28,4	218	100,0		
Gülyakada yaşanan süre grup								
0-10 yıl	121	66,9	60	33,1	181	100,0	4,66	0,060
11 ve üstü	61	80,3	15	19,7	76	100,0		
İzmir’de yaşanan süre								
0-10 yıl	99	68,3	46	31,7	145	100,0	1,04	0,307
11 ve üstü	83	74,1	29	25,9	112	100,0		
Maddi manevi destek olan akraba hısım								
Evet	86	71,7	34	28,3	120	100,0	0,071	0,789
Hayır	32	69,6	14	30,4	46	100,0		
Göç etmelerine aracılık eden akraba hısım								
Evet	64	74,4	22	25,6	86	100,0	3,210	0,201
Hayır	54	68,4	25	31,6	79	100,0		

Buna göre; istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem İzmir dışı doğumluların hem de doğu ve güney doğu doğumlu olanların sürekli hizmet kaynağı varlığı oransal olarak daha azdır. Gülyaka’ da yaşanan süre, İzmir’ de yaşanan süre, göç sonrası maddi manevi destek olan akraba hısım varlığı ve göç etmelerine yardım eden akraba hısım varlığı ile sürekli hizmet kaynağı varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 88' de var olan sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin sürekli hizmet kaynağı varlığı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 88. Var Olan Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

	Sürekli Hizmet Kaynağı Yok		Sürekli Hizmet Kaynağı Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Doğuştan gelen anomali kronik hast varlığı								
Yok	156	71,2	63	28,8	219	100,0	0,124	0,725
Var	26	68,4	12	31,6	38	100,0		
Çocuğun algılanan sağlık durumu								
Çok iyi-iyi	154	69,7	67	30,3	221	100,0	1,56	0,210
Orta-kötü-çok kötü	28	77,8	8	22,2	36	100,0		
Engel gelişme geriliği varlığı								
Yok	175	70,9	72	29,1	247	100,0	0,003	0,954
Var	7	70,0	3	30,0	10	100,0		

Buna göre; istatistiksel olarak anlamlı olmasa da doğuştan gelen anomali kronik hastalığı ve engel gelişme geriliği var olanlarda sürekli hizmet kaynağı varlığı artmaktadır. Çocuğun algılanan sağlık durumu çok iyi-iyi olanlar, orta-kötü-çok kötü olanlara göre daha yüksek oranda sürekli hizmet kaynağına sahiptir. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 89' da tedavi edici hizmet kullanımının sürekli hizmet kaynağı varlığı ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 89. Tedavi Edici Hizmet Kullanımının Sürekli Hizmet Kaynağı Varlığı ile Karşılaştırılması

	Sürekli Hizmet Kaynağı Yok		Sürekli Hizmet Kaynağı Var		Toplam		Ki-kare	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Son 15 günde sağlık sorunu varlığı								
Yok	81	70,4	34	29,6	115	100,0	0,015	0,903
Var	101	71,1	41	28,9	142	100,0		
Sağlık Sorunu nedeniyle herhangi bir kuruma başvuru								
Yok	66	80,5	16	19,5	82	100,0	8,281	0,004
Var	35	58,3	25	41,7	60	100,0		

**Son bir yıl içinde
hastaneye yatması
önerilen çocuklar**

Hayır önerilmedi	175	71,4	70	28,6	245	100,0	0,949	0,330
Evet önerildi	7	58,3	5	41,7	12	100,0		

**Koruyucu hizmet
kullanımı**

Sağlık ocağı	175	76,8	53	23,2	228	100,0	34,465	0,000
Diğer	7	24,1	22	75,9	29	100,0		

Buna göre; tedavi edici hizmet kullanımı olmayanların olanlara göre, sürekli hizmet kaynağı varlığı anlamlı olarak azdır. Koruyucu hizmet kullanımı ile sürekli hizmet kaynağı varlığı arasındaki ilişkiye bakıldığında koruyucu hizmetini sağlık ocağından alanların diğerlerine göre sürekli hizmet kaynağı varlığı anlamlı olarak azdır.

5.4.2. Sürekli Hizmet Kaynaklarının Birinci Basamak Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Birinci Basamak Puan Ortalamalarına Etki Eden Etmenler

Tablo 90' da kurumlara göre sürekli hizmet kaynaklarının birinci basamak puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 90. Kurumlara Göre Sürekli Hizmet Kaynaklarının Birinci basamak Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sayı	Ort	Stand. Sapma	Stand. Hata	t değeri	p değeri
Sağlık ocağı ve diğer						
Sağlık ocağı	37	4,3252	0,45	0,07	9,332	0,000
Diğer	38	3,1504	0,62	0,10		
Kamu-özel kurum						
Özel	31	3,1699	0,66	0,11	-6,250	0,000
Kamu	44	4,1246	0,64	0,09		

Sürekli hizmet kaynağı sağlık ocağı olanların birinci basamak puan ortalaması diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir. Sürekli hizmet kaynağı kamu kurumu olanların birinci basamak puan ortalaması özel kurumlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 91’ de bağımsız değişkenlerle birinci basamak puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 91. Bağımsız Değişkenlerle Birinci Basamak Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sayı	Ort	Stand. Sapma	Stand. Hata	t değeri	p değeri
Yaşanan evin niteliği						
Müstakil	19	3,95	0,77	0,18	1,390	0,169
Apartman	56	3,66	0,81	0,11		
Oda başına düşen kişi sayısı						
2 ve Üstü	30	3,69	0,82	0,15	-0,336	0,738
1 kişi	45	3,76	0,80	0,12		
Hane reisinin sosyal güvence varlığı						
Yok	16	3,83	0,72	0,18	0,567	0,572
Var	59	3,70	0,83	0,11		
Anneni eğitim durumu						
İlkokul ve altı	37	3,77	0,85	0,14	0,372	0,711
İlkokul üstü	38	3,70	0,76	0,12		
Babanın eğitim durumu						
İlkokul ve altı	31	3,88	0,75	0,13	1,379	0,172
İlkokul üstü	44	3,62	0,83	0,13		
Hane reisinin çalışma durumu						
Hayır	8	4,04	0,85	0,30	1,178	0,243
Evet	67	3,69	0,79	0,10		
Sınıfsal durum						
Mavi yakalı	26	3,84	0,77	0,15	F=2,132	0,086
Beyaz yakalı	23	3,57	0,85	0,18		
Burjuva+kendi hesabına çalışan	21	3,67	0,39	0,14		
İşsiz+marjinal	5	4,41	0,54	0,24		
Sınıfsal durum						
Altsınıf	31	3,93	0,76	0,14	1,838	0,070
Üstsınıf	44	3,59	0,81	0,12		
Sınıf+yoksulluk						
Yoksul altsınıf	18	4,00	0,84	0,20	F=1,326	0,273
Yoksul üstsınıf	36	3,56	0,84	0,14		
Yoksul değil altsınıf	13	3,84	0,66	0,18		
Yoksul değil üstsınıf	8	3,74	0,65	0,23		
Yoksulluk						
Yoksul	26	3,92	0,78	0,15	1,491	0,140
Yoksul değil	49	3,63	0,80	0,11		
Oturulan eve sahiplik						
Evet hane halkıdan birine ait	34	3,66	0,84	0,14	-0,686	0,495
Kira	41	3,79	0,77	0,12		

Taşımaz mülk sahipliği						
Yok	68	3,74	0,83	0,10		
Var	7	3,68	0,54	0,20	0,169	0,866
Hane halkına ait araba						
Yok	44	3,83	0,81	0,12		
Var	31	3,59	0,79	0,14	1,127	0,220
Subjektif gelir algısı puan ortalaması						
Kötü	25	3,81	0,70	0,14		
İyi	50	3,69	0,85	0,12	0,639	0,525
Doğum yerine göre göçmenlik durumu						
İzmir	29	3,65	0,79	0,15		
İzmir dışı	46	3,78	0,81	0,12	-0,649	0,518
Doğum yerine göre göçmenlik durumu						
Doğu-Güneydoğu	13	4,09	0,94	0,26		
Diğer	62	3,65	0,76	0,10	1,820	0,073
Gülyaka' da Yaşanan Süre						
0-10 yıl	60	3,79	0,75	0,10		
11-20	11	3,50	0,93	0,28	0,960	0,388
21 ve üstü	4	3,40	1,20	0,60		
İzmir' de Yaşanan Süre						
0-10 yıl	46	3,73	0,79	0,12		
11-20	20	3,77	0,79	0,18	0,067	0,977
21 ve üstü	9	3,64	0,84	0,60		
Maddi manevi destek olan akraba hısım						
Var	34	3,97	0,75	0,13		
Yok	14	3,68	0,85	0,23	1,146	0,258
Göç etmelerine aracılık eden akraba hısım						
Var	22	4,05	0,71	0,15		
Yok	25	3,77	0,82	0,16	1,203	0,235
Kronik hastalık anomali varlığı						
Hayır	63	3,74	0,78	0,10		
Evet	12	3,69	0,96	0,28	0,202	0,840
Engel gelişme geriliği varlığı						
Yok	72	3,72	0,80	0,09		
Var	3	4,08	0,77	0,08	-0,759	0,451

Bağımsız değişkenlerle, sürekli hizmet kaynağı olanların birinci basamak puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumun sürekli hizmet kaynağı olan çocukların sayısındaki sınırlılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. Tartışma

Bu araştırma, nüfusun çeşitli sosyoekonomik alt gruplarının sağlık hizmetine erişim ve kullanım düzeylerindeki farklılıkları ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetine erişim ve kullanımındaki farklılığı yaratan engellenebilir nitelikte olan bu nedenlerin ortaya çıkarılmasının, toplum sağlığını istenen düzeylere getirilmesine katkısı olacaktır. Bu amaçla ebe bölgeleri, sosyoekonomik değişkenler açısından heterojenlik gösteren Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesi araştırma bölgesi olarak seçilmiştir. Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesi; her on haneden dördünü müstakil evler ve gecekonduların oluşturduğu, her iki kişiden birinin ilkokul mezunu olduğu, her 10 kişiden yaklaşık dördünün SSK' lı ve üçünün sosyal güvencesinin olmadığı bir bölgedir. Ayrıca bölgede, hane reislerinde işsizlik %10,9, göçmenlik %64,6' dır. Hanelerin yarısından fazlasının mutlak yoksulluk çizgisi altında yaşadığı saptanmıştır. Araştırma grubundaki 257 çocuk, bölgedeki 0-5 yaş çocukların yaklaşık %10' unu oluşturmaktadır.

Hanede yaşayan kişi sayısı ise ortalama $4,14 \pm 1,13$ 'tür. TNSA 2003 verilerine göre¹⁰⁷ de Türkiye genelinde ortalama hane halkı büyüklüğü 4.1 kişidir. Oda başına birden fazla kişi düşen haneler %56,9'dur. Hanelerin %64,6' sının birden fazla çocuğu vardır. Annelerin %57,6'sı, babaların %55,6'sı ilkokul mezunu ve altı eğitim düzeyindedir. Annenin tamamladığı eğitim yılı ortalama $6,98 \pm 3,48$ iken babalarinki ortalama $7,47 \pm 3,53$ ' tür. TNSA 2003 verilerine göre ortalama eğitim süresi erkeklerde 4.8 yıl, kadınlarda 4,3 yıldır¹⁰⁷. Bölge İzmir'de birçok bölgede sıkça rastlandığı gibi Türkiye ortalamasının biraz üstünde eğitim düzeyine sahiptir. Annelerin %10,9' unun, babaların 10,5' inin ana dili Türkçe değildir. Bu değer Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 verilerine göre % 22.8' dir. Bölgedeki anadili Türkçe olmayan nüfusun oranı Türkiye genelinin yaklaşık yarısı kadardır¹⁰⁸.

Hane reislerinin %43,2' sinin sosyal güvencesi SSK dır. Bu değer İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 2003 verilerine¹⁰⁹ göre İzmirde %39,7 olan SSKlı oranına göre daha fazladır. Bu durum bölgedeki işçi nüfusunun fazlalılığı ile açıklanabilir. Hane reislerinin %28,4' ünün ise sosyal güvencesi yoktur. 1992 Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye'yi temsil eden kullanım çalışmasında kentsel bölge için sosyal güvencesi olmayanların oranı % 37,1 olarak tespit edilmiştir⁵³. Öz' ün Kaşıyaka Örnekköy' deki çalışmasında bu oran % 30,8'dir¹. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nün ev halkı tespit fişlerinden yararlanarak hazırladığı 2003 yılı verilerine göre tüm İzmir' de sosyal güvencesi olmayanların oranı %28,9 olarak açıklanmıştır¹⁰⁹. Çalışmada saptanan sosyal güvencesi olmayanların oranı İzmir ili verisiyle uyumlu olmakla

birlikte her üç kişiden birinin sosyal güvencesinin olmaması sağlık hizmetine erişebilirlik açısından ciddi bir engel olarak görünmektedir. Sosyal güvencesi olanların oranı %71,4 olmakla birlikte hane reislerinin ancak %24,5' i sağlık güvencelerinin sağlık gereksinimlerinin tümünü karşıladığını düşünmektedir.

Hane reislerinin %43,2' si nitelikli ve niteliksiz mavi yakalıdır, beyaz yakalılar % 19,1, burjuvalar %4,7, kendi hesabına çalışanlar % 19,8' dir. Hane reislerinin %10,9' u işsizdir. Belek' in Antalya' da yaptığı çalışmada Ahatlı mahallesinde mavi yakalıların oranı %48,0 beyaz yakalıların %11,6, burjuvaların %6,7, kendi hesabına çalışanların %13,3, işsizlerin %2,5 olarak bulunmuştur⁷⁴. Bu iki bölge birbiri ile karşılaştırıldığında gözlenen iki temel fark , beyaz yakalı ve işsiz kesimlerin Gülyaka bölgesinde daha fazla olmasıdır.

Hane reislerinin %50,3' ünün Ege bölgesinde doğduğu görülmektedir. %29,8' inin doğum yeri ise Doğu ve Güneydoğu illeridir. Öz' ün İzmir Örnekköy bölgesindeki çalışmasında bireylerin % 63,0' ünün batı illerinde doğdukları ve Doğu Anadolu bölgesi doğumluların ise % 13,5 olduğu bulunmuştur¹. Araştırma grubunun %70,4' ü 10 yıldan daha kısa süredir Gülyaka' da oturmaktadır. Bu bulgular bölgenin göç almakta olduğunu doğrular niteliktedir. Hane reislerinin % 30,7' si daha önce İzmirde Gülyaka dışında bir semtte oturduklarını bildirmiştir. Gülyaka dışında oturulan yerler içinde Kadifekale % 5,0 ile en fazla bulunulan semttir. Daha önce Kadifekale' de oturanların tamamı Doğu ve Güney Doğu bölgelerinden gelen göçmenlerdir. Bu kişiler Kadifekale'de ortalama 4,9 yıl yaşadktan sonra Gülyaka bölgesine göçmüşlerdir ve Gülyaka içinde de genelde aynı ebe bölgesinde oturmaktadırlar. Bu grupta akrabalık oranı yüksektir ve dayanışma içinde oldukları gözlenmiştir. Hane Reislerinin göç etme nedenlerine bakıldığında ilk sırada %38,5 ile işsizlik yer almaktadır. İşsizlik nedenini %22,2 ile yine işle ilişkili nedenler takip etmektedir. (tayin, yeni iş kurma, bulma, işini taşıma gibi). Hane reislerinin %12,9' u evlilik ya da ailesel nedenlerle İzmir' e göç etmişlerdir. Göç etme sırasında ve daha sonra İzmir' e entegrasyon sürecinde sosyal ağ örüntüleri incelendiğinde; hane reislerinin % 48,8' i göç etme sırasında aracılık eden hısım ve akrabası olduğunu, %72,7' si de göç etme sırasında yardım almış olmasa bile maddi manevi desteğe ihtiyacı olduğunda İzmir'de başvurabileceği bir hısım ya da akrabası olduğunu belirtmiştir.

Hanelerin %44,4' ünün oturduğu ev kendilerine aittir. %25,3' ünde hane halkına ait araba bulunmaktadır. Belek' in Antalya' daki çalışmasında bu değerler sırasıyla % 75,5 ve %56,3'tür. Hanelerin %95,7' sinin ek taşınmaz mülkü yoktur⁷⁴. Hanelerin %25,3'ünün aylık toplam geliri asgari ücret ve altındadır. Hanelerin % 54,5' i mutlak, %97,7' si görece yoksulluk

sınırının altında gelire sahiptir. Devlet İstatistik Enstitüsünün 2002 yılı yoksulluk çalışması verilerine göre¹¹⁰ günde 4,3 Dolardan az geliri olanların oranı kentsel yerleşim için % 38,8' dir. Gıda yoksulluğu ise %2,1 ' dir. Göreli yoksulluk için kentsel bölge oranı %34,5' dir. Bu bulgulara göre Gülyaka bölgesi Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında oldukça yoksul bir bölgedir. Subjektif gelir algılarına bakıldığında; annelerin %51,4' ü ailelerinin gelirini orta derecede olarak değerlendirmiştir. Bu bulgu, maddi durumlarını orta olarak algılayanların tüm çalışma grubunun yaklaşık yarısını oluşturduğu Öz' ün çalışmasıyla uyumludur¹. Hanelerin %77' si gelirlerinin giderlerine göre az olduğunu bildirmiştir. Belek' in Antalya'daki çalışmasında bu değer %42,0 olarak bulunmuştur⁷⁴. Tüm subjektif gelir göstergelerinin birlikte değerlendirildiği subjektif gelir algısı puan ortalamalarına bakıldığında %38,9' unun puanı kötüdür. Her 10 haneden yaklaşık dördü kendini yoksul olarak değerlendirmektedir. Bütün bu değerler dikkate alındığında bölge hem subjektif hem de objektif gelir düzeyi değerlendirmeleri açısından Türkiye geneline göre daha yoksuldur.

Çocukların %55,3' ünde son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu olduğu saptanmıştır. Çocukların %29,2' sinin ÜSY, %14,0' ünün ASY na ait bir sağlık sorunu olduğu bildirilmiştir. TNSA 2003' e göre Türkiye'de beş yaşın altındaki çocuklarda kış mevsiminde en yaygın görülen hastalık % 29 ile ASYE' dir¹⁰⁷. Manisa Nüfus ve Sağlık araştırmasında akut solunum yolu enfeksiyonları 0-4 yaş grubunda %17.6 olarak bulunmuştur¹¹¹.

Çocukların %13,6' sının doğuştan gelen anomalisi ya da kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalık ve anomalilerin %20,0'si alt solunum yolları ve %20,0'si de baş boyun bölgesi hastalıkları ile ilişkilidir. Annelerin % 86' sı çocuklarının sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak algılamaktadır. Çocukların % 3,5' inde herhangi bir engel ya da gelişme geriliği vardır.

6.1. Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımını ve Toplam Başvuru Sayısını Etkileyen Etmenler

Araştırma grubunun %9,7' sinin son bir yılda herhangi bir sağlık kurumuna başvurusu yoktur. Kaya'nın Ankara metropolünde yürüttüğü çalışmasında aynı yaş grubu için sağlık kurumlarına başvurmayanlar araştırma grubunun %23'ünü oluşturmaktadır. Bu fark İzmir genelinde sağlık hizmetlerinin Türkiye geneline göre daha fazla kullanıyor olmasından kaynaklanabilir. Bu çalışmada hiç başvurusu olmayanların da toplama dahil edilerek yapıldığı analizde yıllık toplam başvuru ortalaması $4,48 \pm 3,95$ saptanmıştır. Bu toplamdan hiç başvurusu olmayan 25 kişi çıkarılarak yapılan analizde sadece son bir yılda en az bir kere

başvurusu olanların ortalaması $4,96 \pm 3,86$ bulunmuştur. Kaya'nın çalışmasında aynı yaş grubu için başvurusu olmayanları dahil edildiği ve çıkarıldığı analizlerde bu değerler sırasıyla 4,4 ve 5,7 olarak belirtilmiştir.

Araştırma grubunda son 15 gündeki başvuru sayılarından projeksiyon yapılarak elde edilen kişi başına düşen yıllık başvuru sayısı ortalama $6,37 \pm 11,89$ olarak bulunmuştur. Bu değer sadece tedavi edici hizmet kullanımı göz önüne alınarak projekte edilmiştir ve toplam bir yıllık başvuru sayısından daha büyük bir değer elde edilmiştir. Bu farkın kış aylarında sık sağlık sorunu görülmesine bağlı olarak hizmetin daha fazla kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Projeksiyonla hesaplanan başvuru sayısı yerine, sağlık karnesi ve aşı kartlarıyla kontrol edilerek geçerliliği kabul edilen verilerle hesaplanan toplam yıllık başvuru sayısı daha güvenilir bir veri olarak değerlendirilmiş ve analizlerde bu değer kullanılması tercih edilmiştir. Ancak bu veride de hafıza faktörünün etkisi bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

Üç yaş ve altı çocukların, sosyal güvencesi olan hane reislerinin çocuklarının, ana dili Türkçe olan anne ve babaların, sürekli hizmet kaynağı olanların son bir yıl içinde hizmet kullanımları anlamlı olarak fazladır. Üç yaş altı çocuklarda izlemin fazla olmasının nedeni bu yaş grubu çocukların hem bağışıklama hem de izlem gibi nedenlerle daha fazla sağlık hizmeti almaları olabilir. Buna paralel olarak araştırma grubunda sosyal güvencesi olanların hizmet kullanımı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Literatürde son bir yılda başvurunun olup olmadığını inceleyen dört farklı çalışmada sağlık güvencesi olanların hizmet kullanımlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir^{1 26 42 112}. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Kaya'nın Ankara metropolünde yürüttüğü çalışmada da son bir yıl içinde doktora gitme yüzdesi en düşük olan grup sosyal güvencesi olmayanlardır. Bu çalışmada ana dili Türkçe olan anne ve babaların çocuklarının hizmet kullanımları anlamlı olarak fazla bulunmuştur, benzer şekilde Jang ve arkadaşlarının 1998' de Çin kökenli Amerikalılarda yürüttüğü çalışmada İngilizceyi iyi derecede konuşanların, konuşamayanlara göre iki kat daha fazla hizmet kullanımı olduğu saptanmıştır¹¹². TNSA 1998 verilerine göre; annelerin ana dillerine ve Türkçe konuşabilmelerine göre doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumlarında önemli farklar saptanmıştır¹⁰⁸. Ana dili Türkçe olanların % 22' si gebelikleri boyunca hiç doğum öncesi bakım almazken, ana dili Kürtçe olanlarda bu sıklık % 60' a yükselmektedir¹⁰⁸.

İlkokul mezunu ve altı eğitim durumuna sahip olan anne ve babaların, işsiz-marjinal kesimin, yoksulların, yoksul alt sınıfların ise anlamlı olarak daha az hizmet kullanımı olduğu görülmektedir. Kaya'nın çalışmasında doktora gitme yüzdesi düşük gruptan biri, benzer şekilde iş arayan ve işsiz kesim olarak saptanmıştır, ancak yoksullukla son bir yıldaki başvuru arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır⁵⁴. Literatürde eğitimin sağlık hizmet kullanımına etkisiyle ilgili araştırmalarda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Öz' ün çalışmasında, öğrenim düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerinden yararlanmanın düştüğü gözlenmiştir¹. Pala'nın Gemlik çalışmasında ise, öğrenim durumu ile, sağlık kurumuna başvuru arasında bir ilişki bulunamamıştır¹¹³. Çiçeklioğlu' nun Akçay Sağlık Ocağı bölgesinde aynı yaş grubunda yürüttüğü çalışmada yüksek eğitim düzeyiyle koruyucu hizmet kullanımı arasındaki ilişki anlamlıyken tedavi edici ve acil hizmetlerde böyle bir ilişki saptanamamıştır¹².

Çalışmada yıllık başvuru ortalaması erkek çocuklarda, kız çocuklara göre anlamlı olarak fazla saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında da 0-6 yaş grubu için yıllık toplam başvuru ortalaması erkek çocuklarda daha fazladır⁵³. Cinsiyet ayrımcılığının her yönüyle tartışıldığı günümüzde bu beklenen ve müdahale edilmesi gereken değerli bir bulgudur.

Oda başına düşen kişi sayısı bir, yani düşük olan hanelerde oturan çocukların yıllık toplam başvuru ortalaması anlamlı olarak yüksektir. Sürekli hizmet kaynağı olanların ve son 15 gün içinde tedavi edici hizmet alanların, son bir yıldaki toplam başvuru sayısı daha fazladır.

Doğuştan gelen anomali veya kronik hastalığı olanlar ve engeli ya da gelişme geriliği olanların yıllık toplam başvuru ortalaması, olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Bu grubun daha çok başvurusu olması sağlık hizmetine olan gereksiniminin daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

6.2. Son 15 Günde Sağlık Sorunu Olanların Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Son 15 gün içinde sağlık sorunu olanların sağlık hizmeti kullanma durumları sağlık hizmetine ihtiyacı olanların hizmetten ne oranda yararlanabildiklerini gösteren önemli bir göstergedir. Son 15 gün içinde sağlık sorunu olanların %57.7' si herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurmadığı görülmektedir. Kılıç'ın çalışmasında bu değer 0-4 yaş için %20,4, 4-9 yaş için %49,3' tür²⁶. TNSA 2003' e göre her 10 çocuktan 4' ü son 15 gün içindeki sağlık sorunlarından dolayı bir sağlık kuruluşundan veya sağlık personelinden tedavi hizmeti almıştır¹⁰⁷. Bu sonuçlar çalışmayla uyumludur ve tüm bu veriler, hem Gülyaka bölgesi hem Türkiye için sağlık ihtiyacı olmasına rağmen hizmete erişemeyenlerin önemli bir yoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Son 15 günde sağlık sorunu olmasına rağmen, herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurmayanların, sağlık sorunu karşısında yaptıkları davranışlar incelendiğinde, annelerin %65,9' unun evde var olan ilaçları kullandığı görülmektedir. Öz' ün Örnekköy' deki çalışmasında bu değer % 40,6' dır¹. Gülyaka bölgesinde herhangi bir sağlık çalışanı tarafından önerilmeden ilaç kullanma oranı Öz' ün araştırmasına göre daha yüksek bulunmuştur.

Herhangibir sağlık sorunu varlığı durumunda yapılan başvuruların % 88.3'ü kamu kurumlarına yapılmıştır. Benzer şekilde Öz' ün İzmir' de Örnekköy Sağlık Ocağı Bölgesinde 1998 yılındaki çalışmasında bireylerin % 83.2 si kamu sağlık kurumlarını tercih ederken, % 16.8' i özel sağlık kurumlarını seçmiştir¹. Sağlık Bakanlığının hizmet kullanımı araştırmasında da, kamusal sağlık kurumlarını seçenlerin oranı % 69.2, özel sağlık kurumlarını seçenlerin oranı ise % 30.8 dir⁵³. Çalışmanın sonuçları Öz' ün İzmir Örnekköy Bölgesiyle uyumlu olmasına karşın Bakanlığın kullanım çalışmasının sonuçlarına göre daha yüksektir. Bu İzmir' de kamusal sağlık alt yapısının ve örgütlenmesinin Türkiye geneline göre daha iyi olmasından kaynaklanabilir. İzmir sağlık ocağı sayısı, hekim ve ebe başına düşen nüfus sayıları açılarından Türkiye'deki en iyi olanaklara sahip illerden biridir¹¹⁴. Bu nedenle Örnekköy ve Gülyaka bölgelerindeki kamusal sağlık imkanlarına erişimin daha yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Başvurulan kurumları seçme nedenleri incelendiğinde; %41,7 memnun olma, % 40.0 yakın olması, %11,7 sağlık güvencesi nedenleri belirtilmiştir. Kılıç' ın Gölbaşı çalışmasında kurumun yakın olması %47,0 sağlık güvencesi nedeniyle başvuru

%23,0 olarak bulunmuştur²⁶. Öz' ün Örnekköy çalışmasında da 0-4 yaş grubunun başvuru kurumu seçme nedenleri % 37,5 ile memnun olma, % 33,9 sağlık güvencesi, % 19,6 ise yakın olması olarak saptanmıştır¹. Gülyaka bölgesinde sağlık güvencesi nedeniyle olan başvurular diğer iki çalışmadan daha azdır.

Sosyal güvencesi ve sürekli hizmet kaynağı olmayanların, tedavi edici hizmet kullanımı anlamlı olarak daha azdır. Öz'ün çalışmasında da sosyal güvencesi olanların % 90,7'si tedavi edici hizmetlerden yararlanmaktadır. Bu çalışmada sosyal güvencesi olmayanların, bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında, sağlık bakım hizmetini anlamlı olarak daha az aldıkları ortaya konmuştur. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı'nın, Kaya'nın, Kılıç'ın çalışmalarında ve TTB'nin 2001'de yaptığı geçici yerleşim yerlerinde sağlık hizmeti kullanım araştırmasında ve pek çok literatürde, sosyal güvencesi olmayanların daha az sağlık hizmeti kullandıkları gösterilmiştir^{26 46 55 54 92 118}.

İzmir dışında doğanların tedavi edici hizmet kullanımları İzmir doğumlu olanlara göre anlamlı ölçüde fazladır. Göçmenlere ait veriler incelendiğinde sağlık hizmeti almak için son bir yılda sağlık ocağına başvuranların toplam başvurulara oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Göçmenler sağlık hizmetini temel olarak sağlık ocağından almaktadır. Göçmenlerin sağlık hizmeti almak için sağlık ocağını seçmelerinin nedenlerinden biri Gülyaka Sağlık Ocağı' nda göçmenlerin dilini bilen, kendisi de göçmen olan bir hekimin bulunması ve sürekli hizmet kaynağı olarak sıklıkla bu hekimin tercih edilmesi olarak saptanmıştır. Literatürde de hekim ve hastaların etnik köken uyumunun sağlık hizmetine olumlu yansıdığı doğrulanmaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalarda azınlık gruba ait olan hastalar hekimlerle olan temaslarından memnun kalmadıklarını ve dil-kültürel engellerden dolayı zorluklar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kişiler arası iletişimin, güvenin, sağlık gereksinimlerindeki kültürel farklılıkların ayırda olma ve beklentilerin, hem hastanın hem de hekimin etnik kökeninden etkilendiği gösterilmiştir¹¹⁵.

6.3. Tüm Başvurular İçinde Sağlık Ocağı Başvurularının Oranını Etkileyen Etmenler

Var olan sağlık örgütlenmesi içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan sağlık ocaklarından alınan hizmet, hem sevk zincirinin işletilmesi hem de koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütüncül verilmesi açısından çok önemlidir. Toplumun sağlık sorunları saptanmak, öncelikleri belirlemek ve çözüm yolları geliştirmede sağlık ocakları, toplumun en yakınında olan kurumlar olarak kilit rol oynamaktadır¹¹⁶. 0-4 yaş grubunun diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha yüksek oranda sağlık ocağını kullandığı bilinmektedir¹.

Kılıç' ın Ankara Gölbaşı bölgesinde tüm başvurular içinde sağlık ocağı başvurularının % 40,0 lık oranla en fazla olduğu gösterilmiştir²⁶. Özcebe' nin Ankara Etimesgut bölgesinde yaptığı çalışmada ise sağlık ocağına başvuru oranı oldukça yüksektir ve %40,2 dir¹¹⁷. Bu bilgilerden hareketle tüm hizmet kullanımı içinde sağlık ocağı kullanımı ayrıca değerlendirilmiştir. Bu bilgi bize hizmet kullanımı olan çeşitli gruplar içinde, hizmet alınan kurumlar açısından bir farklılık olup olmadığını göstermede yardımcı olacaktır.

Toplam başvurular içinde sağlık ocağı başvurularının oranını ortalaması $0,59 \pm 0,38$ ' dir. Yoksullar, alt sınıfsal gruplar, sosyal güvencesi olmayan hane reislerinin çocukları, anneleri ilkokul mezunu ve altı öğrenim durumundakiler, Doğu ve Güneydoğu göçmenleri, koruyucu ve tedavi edici hizmetler için sağlık ocağını tercih edenlerin son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları anlamlı ölçüde yüksektir. Sağlık hizmetine erişimde riskli gruplar olan göçmenler, yoksullar, alt sınıfsal gruplar, sosyal güvencesi olmayanlar başka kurumlara gidememekte ve sağlık ihtiyaçlarını sağlık ocağından temin etmektedirler. Berberoğlu ve arkadaşlarının Edirne' de romanlarda yaptığı çalışmada da sağlık ve sosyal güvencesi olmayan alt sınıfsal grupların tek seçeneğinin sağlık ocağı olduğu gösterilmiştir⁸. Öz' ün İzmir Örnekköy' deki çalışmasında da sağlık güvencesi olmayanları 4,3 kat daha fazla sağlık ocağını seçtikleri gözlenmiştir¹. Pala' nın Gemlik çalışmasında da sosyal güvencesi olmayanlarla sağlık ocağı kullanımı arasında benzer ilişki bulunmuştur¹¹³. Buna karşılık beyaz yakalılar ve zengin üst sınıfların ise son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları-toplam başvuru oranı ortalamaları anlamlı ölçüde düşüktür.

6.4. Sağlık Ocağından Koruyucu Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Araştırma grubundaki çocukların %99,6' sı doğumdan bu yana periyodik izlem, % 100,0' ü ise bağışıklama hizmeti almıştır. %89,5' i bu hizmeti sağlık ocağından alırken %9' u bu amaçla özel doktoru tercih etmiştir. Çiçeklioğlu' nun Akçay Bölgesindeki çalışmasında bu değerler sırasıyla % 61,0 ve %26,2' dir¹². Gülyaka bölgesindeki çocukların Akçay bölgesi' ne göre, koruyucu hizmetler için daha yüksek oranda sağlık ocağını kullandıkları görülmektedir. Koruyucu hizmetler için bu kurumları seçme nedenlerine bakıldığında %57,2' si bulunduğu yere yakın, % 42,8' i memnun olduğu, %31,1' i bağlı bulunduğu için tercih ettiğini bildirmiştir. En son izlemin yapıldığı yer sorgulandığında çocukların % 91,4' ü sağlık ocağına gittiği saptanmıştır. Çalışma grubunun %90,3' ü aşılarını sağlık ocağında yaptırmıştır. % 8,2' si ise bağışıklama hizmetini özel bir doktordan aldığını bildirmiştir. Çiçeklioğlu' nun Akçay bölgesindeki çalışmasında bu değerler sırasıyla %77,7 ve %15,3' tür¹². Kurumları seçme

nedenlerine bakıldığında benzer şekilde %58,0' i yakın olduğu için, %41,6' sı memnun olduğu için, %31,1' i bağlı bulunduğu kurum tarafından takip edildiği için tercih ettiğini bildirmiştir. Kılıç'ın çalışmasında da sağlık ocaklarının seçimini belirleyen en önemli etken yakın olmasıdır²⁶. En son aşının yapıldığı yer sorgulandığında çocukların % 90,7' sinin bu hizmeti sağlık ocağından aldığı saptanmıştır.

Müstakil evde oturanlar, sosyal güvencesi olmayanlar, eğitim durumu ilkökul ve altı anne ve babalar, ana dili Türkçe olmayanlar, alt sınıfsal gruplar, yoksullar, sürekli hizmet kaynağı olmayanlar anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağından koruyucu hizmet almaktadır. Oda başına düşen kişi sayısı ve çocuk sayısı arttıkça, anne eğitim düzeyi azaldıkça, sağlık ocağı kullanma olasılığı anlamlı olarak artmaktadır. Çiçeklioğlu' nun Akçay bölgesindeki çalışmasında da ilkökul ve altı öğrenime sahip anne ve babaların, yoksulların, işçi ailelerinin çocuklarının, sosyal güvencesi olmayanların, aşı ve periodik izlem amacıyla anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağını kullanmaktadır¹².

Bağ-kur ve emekli sandığına bağlı olanlar, beyaz yakalılar, subjektif gelir algısı puan ortalaması iyi olanlar, sağlık ocağı dışındaki kurumları anlamlı olarak fazla kullanmaktadır.

6.5. Sağlık Ocağından Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağına başvurma bu çalışmada % 66,7 bulunmuştur. Çalışmada bulunan bu değer diğer çalışmalara göre yüksektir. Pala ve arkadaşlarının Bursa Gemlik' te yaptıkları çalışmada sağlık ocağına başvuru % 35,1¹¹³, Berberoğlu ve arkadaşlarının Edirne çalışmasında bu hız % 43,4 olarak bulunmuştur⁸. Sağlık Bakanlığının hizmet kullanım çalışmasında son iki haftada yapılan başvurularda 0-6 yaş grubu çocuklar için kırsal alanda sağlık ocağı başvuruları % 50,0 olarak bildirilmiştir⁵³. Tüm bu oranlar göz önüne alındığında, Gülyaka Sağlık Ocağı kentsel alanda bir sağlık ocağı olmasına rağmen, tedavi edici hizmetler açısından Türkiye oranlarına göre daha sık kullanılan bir sağlık ocağıdır. Türkçe dışında anadili olan annelerin çocukları tedavi edici sağlık hizmetini anlamlı düzeyde daha fazla sağlık ocağından almaktadır. Zengin üst sınıflar tedavi edici sağlık hizmetini anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağı dışındaki kurumlardan almaktadır.

6.6. Sağlık Ocağına Erişimin Sağlık Ocağından Tedavi Edici ve Koruyucu Hizmet Kullanımına Etkisi

2003 yılında Buor' un Gana' da yaptığı çalışmada sağlık kurumuna coğrafi uzaklık ve harcanan paranın hizmet kullanımına en etkili faktörler olduğu belirlenmiştir⁵¹. Bu çalışmada

ise çocukların % 90,0' ı sağlık sorunları nedeniyle, tedavi edici hizmet için başvurdukları kurumlara ulaşmak için 30 dakikadan az zaman harcamaktadır. Bu değer koruyucu hizmet için % 95,7' dir. Kaya' nın Ankara metropolitan alanda yaptığı çalışmada 30 dakikadan daha az bir sürede sağlık ocağına ulaşabilenlerin oranı bu yaş grubu için %77 olarak bulunmuştur⁵⁴. Türk Tabipleri Birliği' nin geçici yerleşim alanlarında yaşayanlarda yaptığı kullanım araştırmasında sağlık ocağına erişimde 30 dakikadan az zaman harcayanların oranı % 76,3 olarak bildirilmiştir¹¹⁸. Diğer çalışmalara kıyasla coğrafi erişimin Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesi' nde yüksek olması, hem tedavi hem de koruyucu hizmetler açısından yaygın olarak kullanılmasının en önemli nedenlerinden birisi olabilir.

Çocukların % 61,7' si tedavi edici sağlık hizmetine erişebilmek için sosyal güvencesi dışında ek para ödemektedir. Bu değer koruyucu hizmet için %57,2' dir. Berberoğlu ve arkadaşlarının Edirne çalışmasında bu oran %31,3' tür⁸. Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık hizmetinin pahalı olması %20,3 ile sağlık hizmeti almada karşılaşılan güçlüklerin başında sayılmıştır⁹.

Annelerin % 8,3' ü tedavi edici hizmet alırken muayene sırasında dil sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu değer koruyucu hizmet alırken %6,2' dir. Göç'ün yüksek olduğu bu bölgede dil sorunun az yaşanmasının en önemli nedenlerinden biri yukarıda da belirtildiği gibi sağlık ocağında göç edilen bölgenin dilini bilen bir hekimin çalışmasıdır.

Organizasyonel erişim açısından muayene için bekleme süresi incelendiğinde çocukların %90.0' inin muayene için 30 dakikadan az süre beklediği görülmüştür. Bu oran Kaya' nın çalışmasında ise %37,0' dir. Bekleme süresine sayısal değer olarak bakıldığında ortalama 40,12±17,12 dakika olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet kullanım Çalışmasında ortalama bekleme süresi 70 dakikadır⁵³. Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bekleme süresi sağlık hizmeti almada karşılaşılan güçlükler (% 37,4) içinde ilk sırada yer almaktadır⁹. 2002 Ankara Uyanış Sağlık Ocağı Bölgesinde yapılan çalışmada muayene olmak için ortalama 69.2±5.7 beklendiği bildirilmiştir¹¹⁹. Gülyaka sağlık ocağında muayene için bekleme süresi diğer çalışmalardakilere göre oldukça kısadır, bu da sağlık ocağının hizmet kullanım yeri olarak tercih edilmesindeki nedenlerden birisi olabilir.

Sonuç olarak hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde sağlık ocağını kullananların coğrafi erişimi, diğer kurumları kullananlara göre daha az süre almaktadır. Sağlık ocağı dışındaki kurumları kullananlar hizmet alırken anlamlı bir şekilde daha fazla sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemektedirler. Sosyokültürel erişim ve organizasyonel erişim açısından gerek koruyucu hizmet ve gerekse tedavi edici hizmet alınan kurumlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

6.7. Sürekli Hizmet Kaynağının Varlığını Etkileyen Etmenler

Hizmet kullanımını etkileyen en önemli faktörlerden biri sürekli hizmet kaynağının varlığıdır. Çalışmada çocukların %29,2' sinin sürekli hizmet kaynağı olduğu saptanmıştır. Sürekli hizmet kaynağı olan çocukların %49,3' ü bu hizmeti sağlık ocaklarından almaktadır. Çalışmada en sık başvurulmuş ikinci sürekli hizmet kaynağı özel doktorlar (%37,3) olarak saptanmıştır. Sürekli hizmet kaynaklarının %58,7' si kamu kurumlarıdır. Yapılan çalışmalarda kişinin düzenli bir kaynağı olmasının, yani hastalandığında ya da sağlığı konusunda danışmak istediği zaman genellikle gittiği belirli bir kişi ya da belirli bir kurumun olmasının sadece hizmet kullanımını değil, aldığı hizmetlerden memnuniyetinin de bir göstergesi olduğu gösterilmiştir⁵⁴. Sürekli hizmet kaynağı olan çocukların son bir yıl içindeki sağlık hizmeti kullanımlarının anlamlı olarak fazla olduğu bilinmektedir³³. Bazı yayınlarda Sürekli hizmet kaynağına sahip olma süreklilik özelliğinin sağlanması ile bir tutulmaktadır¹ Kaya'nın çalışmasında⁵⁴ 0-5 yaş grubu için sürekli hizmet kaynağının varlığı %57 bulunmuştur

Beklendiği gibi gelir düzeyi daha yüksek olan üst sınıflarda sürekli hizmet kaynağı varlığı anlamlı olarak daha fazladır. Aynı şekilde yüksek sosyoekonomik düzey göstergesi olarak kabul edilebilecek olan apartmanda oturma, oda başına düşen kişi sayısının az olması, taşınmaz mülk ve araba sahibi olma durumu sürekli hizmet kaynağı varlığıyla ilişkili bulunmuştur. Üçten az çocuk sahibi olanların ve eğitim düzeyi ortaokul ve üstünde olanların da sürekli hizmet kaynağı varlığının anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Yoksulların ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı grupların sürekli hizmet kaynaklarının olmadığı gösterilmiştir³⁸. Kaya'nın çalışmasında sosyal güvencesi olanların, hane geliri yüksek olanların sürekli hizmet kaynağı olduğu, işsiz ya da iş arayanlarda ise anlamlı olarak daha az bulunduğu gösterilmiştir⁵⁴.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri ilk başvuru, süreklilik, erişebilirlik, kapsayıcılık ve koordinasyondur. Bu özelliklerin karşılandığı sistemlerde birinci basamak sağlık hizmeti daha nitelikli sunulmaktadır. Bunun sonucu olarak bu ülkelerde temel sağlık hizmet göstergeleri istenen düzeylerde dir. Yapılan çeşitli çalışmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu özellikler üzerinden değerlendirilmesi gerektiği ortaya konmuştur^{120 121 122}. Oysa son yıllarda sağlık hizmet değerlendirmelerini hasta memnuniyeti ve performans üzerinden değerlendirme eğilimi artmaktadır . Bu çalışmada da bu özelliklerin ne oranda karşılandığını belirlemek amacıyla birinci basamak puan hesaplaması kullanılmıştır.

Birinci basamak puanlarının hesaplanmasının amacı sürekli hizmet kaynağı olarak tanımlanan kurumların, birinci basamağın temel özellikleri olarak kabul edilen özelliklerini ne oranda karşıladığını belirlemektir. Bu çalışmada da hesaplanan birinci basamak puanı bu özelliklerin tamamının değerlendirme imkanı sunmaktadır.

Birinci basamak puanı hesaplanırken; sürekli hizmet kaynağının ilk başvuru yeri olarak kullanılma durumu, hizmet kaynağına coğrafi erişim için gereken süre, hizmet alırken kullanıcı ödentisi ve cepten ödeme varlığı, sosyal güvencenin olup olmadığı, hizmet alırken dil sorunu yaşama, hizmet almak için bekleme süresi değerlendirilmiştir. Ayrıca sürekli hizmet kaynağında bağışıklama, periyodik izlem, akut hastalanma durumunda muayene ve tahlil, gerektiğinde sevk hizmetlerinin verilme durumu ile sağlığı korumak ve geliştirmekle ilgili bilgi verilmesi göz önünde bulundurulmuştur. Başka kurumlardan hizmet alındığı durumda dahi bu bilginin sürekli hizmet kaynağınca gerek kayıtlar yada sürveyans sistemiyle gerekse hasta yakınlarının hekimi bilgilendirmesiyle takip edilmesi, kurum tarafından gerektiğinde çocuğuyla ilgili sağlık kayıtlarını görme imkanının sağlanma durumu incelenmiştir. Hizmet alırken her seferinde aynı kurumu kullanma, aynı sağlık çalışanından hizmet alma ve sürekli hizmet kaynağını kullanma süresi gibi parametreler de bu puanın hesaplanmasında kullanılmıştır.

Bu çalışmada sürekli hizmet kaynağı olarak sağlık ocaklarını kullananların birinci basamak puan ortalaması diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir. Bu bulgular sağlık ocaklarının birinci basamak kurumlarının vazgeçilmez özelliklerini diğer kurumlara göre daha iyi taşıdığını göstermektedir. Benzer şekilde sürekli hizmet kaynağı kamu kurumu olanların birinci basamak puan ortalaması özel kurumlara göre anlamlı derecede yüksektir. Kamu sağlık kurumlarının verdikleri hizmetin niteliğinin tartışıldığı, iyi hizmet veremedikleri gerekçesiyle özel sektöre sevklerin gündeme geldiği, kamu kurumlarında birinci basamak tedavi hizmetlerinin ücretli hale getirildiği, yatırımların tedavi edici, yüksek teknoloji gerektiren hizmetlere ve özel sektöre aktarıldığı bir dönemde bu bulgular yapılan girişimlerin ve izlenen politikaların ne kadar yanlış olduğunu göstermek açısından oldukça değerlidir. Sağlık kurumlarının verdikleri hizmetin temel özellikleri göz önüne alınarak, yapı ve işleyiş elemanları üzerinden değerlendirilmesi durumunda kamu kurumlarının ve sağlık ocaklarının sağlık hizmet sunumunda hala çok önemli bir görevi üstlendiği görülmektedir.

7. Sonuç

- Üç yaş ve altı çocukların, sosyal güvencesi olan hane reislerinin çocuklarının, ana dili Türkçe olan anne ve babaların, sürekli hizmet kaynağı olanların, oda başına düşen kişi sayısı bir yani düşük olan hanelerde oturan çocukların, yoksul olmayanların son bir yıl içinde hizmet kullanımları anlamlı olarak fazladır. İlkokul mezunu ve altı eğitim durumuna sahip olan anne ve babaların, işsiz-marjinal kesimin, yoksulların, yoksul alt sınıflarının ise anlamlı olarak daha az hizmet kullanımı olduğu görülmektedir. Bu gruplar için sağlık hizmetine erişim önemli bir sorundur.
- Son 15 gün içinde sağlık sorunu olanların %57.7' si herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurmadığı görülmektedir. Son 15 günde olan sağlık sorunu olmasına rağmen, herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurmayanların büyük oranda evde var olan ilaçları kullandığı görülmektedir.
- Sosyal güvencesi ve sürekli hizmet kaynağı varlığının tedavi edici hizmet kullanımının başlıca belirleyicileridir .
- Yoksullar, alt sınıfsal gruplar, sosyal güvencesi olmayan hane reislerinin çocukları, anneleri ilkokul mezunu ve altı öğrenim durumundakiler, Doğu ve Güneydoğu göçmenleri, toplam yıllık başvuruları içinde sağlık ocağı başvuruları anlamlı olarak yüksektir. Sağlık hizmetine erişim konusunda önemli sıkıntıları olan bu grupların tek hizmet alma alternatiflerinin sağlık ocağı olduğu görülmektedir.
- Müstakil evde oturanlar, sosyal güvencesi olmayanlar, eğitim durumu ilkokul ve altı anne ve babalar, ana dili Türkçe olmayanlar, alt sınıfsal gruplar, yoksullar, sürekli hizmet kaynağı olmayanlar anlamlı olarak daha fazla sağlık ocağından koruyucu hizmet almaktadır. Oda başına düşen kişi sayısı ve çocuk sayısı arttıkça, anne eğitim düzeyi azaldıkça, sağlık ocağı kullanma olasılığı anlamlı olarak artmaktadır. Bağ-kur ve emekli sandığına bağlı olanlar, beyaz yakalılar, subjektif gelir algısı puan ortalaması iyi olanlar, sağlık ocağı dışındaki kurumları anlamlı olarak fazla kullanmaktadır.
- Hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde sağlık ocağını kullananların coğrafi erişimi, diğer kurumları kullananlara göre daha az süre almaktadır. Sağlık ocağı dışındaki kurumları kullananlar hizmet alırken anlamlı bir şekilde daha fazla sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemektedirler.
- Hizmet kullanımını etkileyen en önemli faktörlerden biri sürekli hizmet kaynağının varlığıdır. Çalışmada çocukların %29,2' sinin sürekli hizmet kaynağı olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun yaklaşık yarısı sürekli hizmet kaynağı olarak sağlık

ocasını tercih etmektedir. Sürekli hizmet kaynağı olarak sağlık ocaklarını kullananların ve kamu kurumlarını kullananların birinci basamak puan ortalaması diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yeni model arayışlarının gündemde olduğu günümüzde, bu sonuçların tartışmalara nesnel bir zemin oluşturabileceği görülmektedir.

8. Öneriler

- Son yıllarda sağlık hizmet değerlendirmelerini hasta memnuniyeti ve performans üzerinden değerlendirme eğilimi artmaktadır. Sağlık kurumlarının verdikleri hizmetin temel özellikleri göz önüne alınarak yapı ve işleyiş elemanları üzerinden değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.
- Sosyal güvencenin olmaması hastaların sağlık kurumlarına başvuruyu engellemektedir. Bu nedenle, bir an önce, tüm nüfus bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında toplanmalıdır. Ancak bu, genel sağlık sigortası ile bireylerden prim toplayarak değil, devletin vergilerle oluşturduğu genel bütçeden ayıracağı payla yapılmalıdır.
- Yoksullar, göçmenler ve alt sınıfsal grupların sağlık hizmetine erişimlerini arttıracak düzenlemeler yapılmalıdır.
- Ek para ödemek kullanımı engellemektedir. Kamu sağlık kurumlarında döner sermaye uygulaması kaldırılmalı, bağış vb. nedenlerle halktan para alınmasına son verilmelidir. Hastane giderleri, hastalardan toplanan paralarla değil, devlet tarafından karşılanmalıdır.
- Sağlık ocakları geliştirilmeli, gerekli olan alt yapı sağlanmalıdır. Sevk zinciri, sağlık ocaklarından başlayarak işletilmelidir.
- Genel sağlık sigortası, aile hekimliği modelleri ve özelleştirme, sağlıkta eşitsizliklerin daha da derinleşmesine ve parası olmayanın sağlık hizmeti alamamasına neden olacaktır. Bu nedenle, özelleştirmeden bir an önce vazgeçilmeli ve devlet, sağlık hizmetlerini bir kamu görevi olarak üstlenmelidir.

KAYNAKLAR

- ¹ Öz Y.S, (1998) Örnekköy Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan İnsanların Sağlık Problemleri Karşısındaki Davranışları ve Etkileyen Faktörler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi Sağlık İzmir
- ² Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun no:224, (1961)
- ³ Pala K, (1994) Sağlık Ocaklarından Beklenen Sağlık Hizmetleri ve Bu Hizmetlerin Sunumunu Etkileyen Etmenler Toplum Hekim Dergisi Ekim 1994 Cilt 9 Sayı 63
- ⁴ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care (1978) Alma-Ata 6-12 September
- ⁵ Belek I, Nalçacı E, Onuroğulları H, Ardıç F, (1998) Türkiye İçin Sağlık Tezi Sorun Yayınları
- ⁶ Şenol Y, Belek I, (2002) Antalya'nın İki Mahallesinde Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Kullanımında Eşitsizlikler ve Eşitsizliklerdeki İki Yıllık Değişim Sonuçları 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı
- ⁷ Whitehead M, (2001) Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler TTB yayınları
- ⁸ Berberoğlu U, (2001) "Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Romanlar ve Öbürlerinin İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı" Toplum Hekim Dergisi Kasım- Aralık 2001 Cilt 16 Sayı 6
- ⁹ Çalışkan D, Erçevik E, İdil A, (2003) Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Kayıtlı Olan 15 Yaş Üstü Kişilerin Son Bir Ayda Sağlık Sorunu İle Karşılaşma ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 2
- ¹⁰ Ebrahim, GJ, Ranken, JP, (1998) "Primary Health Care and Change" in Primary Health Care Reorienting Organizational Support, Mc Millan Publishers
- ¹¹ Bertan M, Güler Ç, (1997) Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara
- ¹² Çiçeklioğlu M, (1997) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Bir Yaklaşım Girişimi Akçay Sağlık Ocağı' nda 0-5 Yaş Grubu Çocuklara Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi İzmir
- ¹³ Safran DG, Kosinski M, et all (1998) The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance Medical Care Volume 36(5) May pp 728-739
- ¹⁴ Stange KC, (2002) The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice International Journal for Quality in Health Care 14:267-268
- ¹⁵ Seid M, Varni JW, et all (2001) Parents' Perceptions of Primary Care: Measuring Parents' Experiences of Pediatric Primary Care Quality Pediatrics Vol. 108 No. 2 August, pp. 264-270

-
- ¹⁶ Taira DA, Safran DG, et al (2001) "Do patient assessments of primary care differ by patient ethnicity " Health Services Research, December
- ¹⁷ Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J, (2002) "Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health" Health Services Research, June
- ¹⁸ Seid M, James W, Varni JW, (2001) Parents' Perceptions of Primary Care: Measuring Parents' Experiences of Pediatric Primary Care Quality PEDIATRICS Vol. 108 No. 2 August
- ¹⁹ Framework For Professional And Administrative Development Of General Practice/ Family Medicine In Europe World Health Organization Regional Office For Europe 1998
- ²⁰ Starfield B, (1998) Primary Care Balancing Health Needs, Services, and technology New York Oxford University Press
- ²¹ Johansen A. S, Starfield B, Harlow J, (1994) "Analysis Of The Concept Of Primary Care For Children And Adolescents" Child and Adolescent Health Policy Center The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Department of Maternal and Child Health
- ²² Starfield B, Parrino T. A, Headley E, Ashton C, (1995) "Primary Care in VA" Primer publication of Management Decision and Research Center, Health Services Research and Development Service
- ²³ Weinberg J. K, Anderlik M, The Health of the Public, Public Health, and the U.S. Health Care System ASBH Presidential Working Group Ethics of Public Health and Access to Health Care www.asbh.org/resources/taskforce/pdf/accesstf.pdf erişim tarihi: 14 Mayıs 2005
- ²⁴ Brook RH, Glynn MC, (1996) "Measuring Quality Of Care The New England Journal Of Medicine P: 966 _September 26
- ²⁵ Gulzar L, (1999) Access to health care Journal of Nursing Scholarship; First Quarter; 31, 1; ProQuest Medical Library pg. 13
- ²⁶ Kılıç B, (1996) Gölbaşı bölgesindeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. Toplum ve Hekim; 11(74):2-10.
- ²⁷ Millman M, (1993) Access to Health Care in America Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, Institute of Medicine
- ²⁸ A Primary Care Community Assessment Tool St. Luke's Health Initiatives, www.slhi.org. Erişim tarihi: Temmuz 2004
- ²⁹ Aday LA, Andersen R, (1975) " Access To Medical Care" Usa
- ³⁰ Campbell S. B, (2000) "Access to health care: Effects of public funding on the uninsured" Journal of Nursing Scholarship Indianapolis Third Quarter Vol. 32, Iss. 3; pg. 295, 6 pgs

-
- ³¹ Coughlin TA, Long SK, Kendall S, (2002) Health care access, use, and satisfaction among disabled Medicaid beneficiaries Health Care Financing Review Winter Vol. 24, Iss. 2; pg. 115, 22 pgs
- ³² Equity in Access to Public Health Report and Documentation of the Technical Discussions held in conjunction with the 37th Meeting of CCPDM New Delhi, 31 August 2000
- ³³ Documet PI, Sharma RK, (2004) "Latinos' Health Care Access: Financial and Cultural Barriers" Health Services Research Journal of Immigrant Health, Vol. 6, No. 1, January
- ³⁴ Dubay L, Kenney GM, (2001) "Health care access and use among low-income children: Who fares best?" Health Affairs Jan/Feb Vol. 20, Iss. 1; pg. 112, 10 pgs
- ³⁵ Starfield B, (1998) "Primary care visits and health policy" CMAJ;159:795-6 Canadian Medical Association Journal
- ³⁶ Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC, (2003) Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When? Annals Of Family Medicine Vol. 1, No. 3 . September/October
- ³⁷ D'Amour D, Goulet L, Labadie J. F, Bernier L, Pineault R, (2003) "Accessibility, continuity and appropriateness: key elements in assessing integration of perinatal services" Health and Social Care in the Community 11 (5), 397-404
- ³⁸ McCoy H. V, Messiah S, E, Zhao W, (2002) "Improving access to primary health care for chronic drug users: An innovative systemic intervention for providers" The Journal of Behavioral Health Services & Research: Nov. Vol. 29, Iss. 4; pg. 445, 13 pgs
- ³⁹ Yu SM, Huang ZJ, Singh GK, (2004) Health status and health services utilization among US Chinese, Asian Indian, Filipino, and other Asian/Pacific Islander Children. Pediatrics;113(1 Pt 1):101-7.
- ⁴⁰ Brindis C, Park J, Ozer EM, Irwin CE, (2002)"Adolescents' access to health services and clinical preventive health care: Crossing the great divide" Sep Vol. 31, Iss. 9; pg. 575, 7 pgs
- ⁴¹ Guendelman S, (2004) Pearl M, Children's Ability To Access and Use Health Care The effects of no coverage, child-only coverage, and family coverage. Health Affairs - volume 23, number 2
- ⁴² Newacheck PW, Claire D, Brindis CD, et al (1999) Adolescent health insurance coverage: Recent changes and access to care Pediatrics; Aug; 104, 2; Health Modulepg. 195
- ⁴³ Hargraves JL, Hadley J, (2003) "The contribution of insurance coverage and community resources to reducing racial/ethnic disparities in access to care" Health Services Research June Vol: 38, Iss.; 3 pg 809
- ⁴⁴ Rocha CJ, Kabalka LE, (1999) A comparison study of access to health care under a Medicaid managed care program Health & Social Work; Aug; 24, 3; Health Module pg. 169

-
- ⁴⁵ Zuckerman S, Haley J, Roubideaux Y, Blanton M, (2004) Health Service Access, Use, and Insurance Coverage Among American Indians/Alaska Natives and Whites American Journal of Public Health; Jan; 94, 1;pg. 53
- ⁴⁶ Newacheck PW, Stoddard JJ, Hughes DC, Pearl M, (1998) "Health insurance and access to primary care for children" The New England Journal of Medicine. Feb 19, 1998 Vol. 338, Iss. 8; pg. 513, 7 pgs
- ⁴⁷ Shavers LV, Shankar S, Alberg AJ, (2002) Perceived access to health care and its influence on the prevalence of behavioral risks among urban African Americans Journal of the National Medical Association Nov. Vol. 94, Iss. 11; pg. 952, 11 pg
- ⁴⁸ Newacheck PW, Yun-Yi Hung Y, Wright K, (2002) Racial and Ethnic Disparities in Access to Care for Children With Special Health Care Needs Ambulatory Pediatrics: Vol. 2, No. 4, pp. 247–254
- ⁴⁹ Zuvekas SH, Taliaferro GS, (2003) "Pathways to access: Health insurance, the health care delivery system, and racial/ethnic disparities, 1996-1999" Health Affairs Mar/Apr Vol. 22, Iss. 2; pg. 139
- ⁵⁰ Simpson L, Zodet MW, et all, (2002) Health Care for Children and Youth in the United States: Report on Trends in Access, Utilization, Quality, and Expenditures Ambulatory Pediatrics: Vol. 4, No. 2, pp. 131–153. 2004
- ⁵¹ Buor D, (2003) Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo-Ano South district, Ghana international journal of health planning and management Int J Health Plann Mgmt; 18: 293–311.
- ⁵² Marlene R. Niefeld MR, Kasper JD, (2005) "Access to Ambulatory Medical and Long-Term Care Services Among Elderly Medicare and Medicaid Beneficiaries: Organizational, Financial, and Geographic Barriers" Medical Care Research and Review, Vol. 62, No. 3, 300-319 2005
- ⁵³ Ministry Of Health, Turkey, (1995) "Health Services Utilization Survey In Turkey"
- ⁵⁴ Kaya S, (1996) Ankara metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim; 11(71): 2-14.
- ⁵⁵ Guendelman S, Pearl M, (2004) "Children's Ability To Access And Use Health Care" Health Affairs March April Vol.23, Iss. 2; pg. 235, 9 pgs
- ⁵⁶ Aktan C.C. (2002) Yoksullukla Mücadele Stratejileri, Ankara: hak-iş- konfederasyonu yayınları, Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri
- ⁵⁷ Gökdayı İ, (2004) Unutulmuş Ötekiler:"Kırsal Yapısal Yoksulluk" Kültürü ve Anamas Yöresi Örneği Birinci Sınıf Araştırmaları Sempozyumu İstanbul

- ⁵⁸ Ajakaiye D, Adeyeye VA, (2001) "Concepts, Measurement and Causes of Poverty", CBN Economic & Financial Review, Vol, 39, No, 4, s.6.
- ⁵⁹ Koray M, (2001) "Ötekileşen Yoksulluk" Toplum ve Bilim Dergisi Yoksulluk ve Yoksunluk sayısı Yaz sayı 89
- ⁶⁰ DPT 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara 2001
- ⁶¹ DPT Kaliteli Yaşam Göstergeleri' Konusunda Kadın ve Çocukların Bölgesel Bilgi Sistemi Haritaları <http://www.die.gov.tr/CIN/got-unicef/progress/map3a.jpg> Erişim Tarihi: 03,05,2005
- ⁶² Hatun Ş, (2002) Çocuk Hakları Sözleşmesinin 13. Yılında Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri TTB yayınları
- ⁶³ Boratav K, (2004) "Yoksulluk Kavramı Üzerine Notlar" Toplum Hekim Ocak Şubat Cilt 19 Sayı 1
- ⁶⁴ Hatun Ş, Etiler N, Gönüllü E, (2003) Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, Cilt 46, Sayı 4, Sayfa 251-260
- ⁶⁵ Hamzaoglu O, (2004) Yoksulların Sağlığı Ne durumda, Etken Ne, Sorunlar nasıl Çözülür? Toplum ve Hekim Ocak Şubat Cilt 19 Sayı 1
- ⁶⁶ Dedeoğlu N, (2004) "Sağlık ve Yoksulluk" Toplum ve Hekim-Ocak Şubat 2004 Cilt 19 Sayı1
- ⁶⁷ Şenses F, (2001) Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk Kavramlar, Nedenler, Politikalar ve Temel Eğilimler İletişim Yayınları
- ⁶⁸ Dansuk E, (1997) "Türkiye'de Yoksulluğun Ölçülmesi Ve Sosyo-Ekonomik Yapılarla İlişkisi" Dpt Uzmanlık Tezi – Uzmanlık Tezleri Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Ücretler ve Gelirler Dairesi Başkanlığı
- ⁶⁹ Türk Harb-İş Sendikası Sendikal Politikalar Araştırma Merkezi SEPAM <http://www.harb-is.org.tr/default.asp?id=10&mnu=10> Erişim tarihi Şubat 2005
- ⁷⁰ Türkiye Kamu-Sen Araştırma Geliştirme Merkezi Şubat ayı geçim endeksi sonuçları <http://www.kamusen.org.tr/imag/arge/Subat2004.pdf> Erişim Tarihi: Nisan 2005
- ⁷¹ Açlık ve Yoksulluk Sınırı Nisan 2005 <http://www.turkis.org.tr/icerik/acliknisan05.doc> Erişim Tarihi: Mayıs 2005
- ⁷² Human Development Report 2002 Technical Notes hdr.undp.org/reports/global/2002/en/pdf/backtwo.pdf Erişim Tarihi: 27,05,2005
- ⁷³ Boratav K, (2004) İstanbul ve Anadolu' dan Sınıf Profilleri Imge Kitapevi Yayınları 2. Baskı

- ⁷⁴ Belek İ, (2004) Sosyoekonomik Konumda ve Sağlık ta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya' da Beş Yıllık Bir Araştırma TTB Yayınları
- ⁷⁵ Scase R, (2000) "Sınıf Yöneticiler, Mavi ve Beyaz Yakalılar" çeviri Barış Şarer Rastlantı Yayınları Ankara
- ⁷⁶ Rose D, (1995) Official Social Classifications in the UK Social Research Update Issue 9 July the Department of Sociology, University of Surrey
- ⁷⁷ Olausson PO, Vasgero D, (1991) "Miscellanea, A Swedish Classification Into Social Classes Based on Census Information and Comparable to The British Classification – A Proposal" Journal of Official Statistics, Vol.7, No.1, pp. 93-103
- ⁷⁸ "Socio-Demographic Profile Of Adults With A Disability" Main Findings Of The Eleventh Year Of The Health Survey For England, Undertaken On Behalf Of The Department Of Health Official Documents Of United Kingdom
<http://www.official-documents.co.uk/document/deps/doh/survey01/disa/disa02.htm>
Erişim tarihi: 27,05,2005
- ⁷⁹ The National Statistics Socio-economic Classification
http://www.statistics.gov.uk/methods_quality/ns_sec/default.asp
Erişim Tarihi 26,05,2005
- ⁸⁰ Power C, Manor O, Matthews S, (2003) Child to adult socioeconomic conditions and obesity in a national cohort September, Volume 27, Number 9, Pages 1081-1086 International Journal of Obesity
- ⁸¹ Starfield B, A W Riley, W P Witt, Robertson J, (2002) Social class gradients in health during adolescence J Epidemiol Community Health; 56:354–361
- ⁸² Starfield B, J Robertson, Riley A. W, (2002) Social class Gradients and Health in Childhood Ambulatory Pediatrics July-August 2 (4): 238-46
- ⁸³ Väänänen A, Pahkin K, Kalimo R, Buunk B.P, (2004) Maintenance of subjective health during a merger: the role of experienced change and pre-merger social support at work in white- and blue-collar workers Social Science and Medicine Volume 58 Issue 10, May, Pages 1903-1915
- ⁸⁴ Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L, (2004) Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? Social Science and Medicine Volume 58 Issue 10, May, Pages 1869-1887
- ⁸⁵ Pınarcıoğlu M, Işık O, "Nöbetleşe Yoksulluk Sultanbeyli Örneği", İletişim Yayınları İstanbul, 2001

- ⁸⁶ Bayhan V, (1997) Türkiye'de İç Göçler ve Anomik Kentleşme Toplum ve Göç, (2.Ulusal Sosyoloji Kongresi 20-22 Kasım 1996 Mersin), Sosyoloji Derneği Yayınları:5, Die Matbaası, Ankara.
- ⁸⁷ Zorunlu Göçün Çocuklar ve Gençler Üzerine Etkileri Araştırma Raporu SES ÇIK Sorun Etme Sahip Çık Projesi Başak Kültür ve Sanat Vakfı Yayınları
- ⁸⁸ Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2001) Ankara Sekizinci beş yıllık kalkınma planı DPT: 2556 . ÖİK: 572
- ⁸⁹ Reimann DR, Nicassio P, et all (2004) "Acculturation and Health Beliefs of Mexican Americans Regarding Tuberculosis Prevention" Journal of Immigrant Health, Vol. 6, No. 2, April
- ⁹⁰ Palinkas LA, Pickwell SM, Brandstein K, Clark TJ, et all (2003) "The Journey to Wellness: Stages of Refugee Health Promotion and Disease Prevention" Journal of Immigrant Health, Vol. 5, No. 1, January
- ⁹¹ Currie J, Do Children of Immigrants Make Differential Use of Public Health Insurance? Research Report NBER and UCLA Dept. of Economics, UCLA
- ⁹² Granados G, Puvvula J, (2001) "Health care for Latino children: Impact of child and parental birthplace on insurance status and access to health services" American Journal of Public Health Nov. Vol. 91, Iss. 11; pg. 1806, 2 pgs
- ⁹³ Joanna E, Siegel JE, Horan SA, (2001) Teferra T "Health and Health Care Status of African-Born Residents of Metropolitan Washington, DC" Journal of Immigrant Health, Vol. 3, No. 4, October
- ⁹⁴ Ivanov LL, Buck K, (2002) "Health Care Utilization Patterns of Russian-Speaking Immigrant Women Across Age Groups" Journal of Immigrant Health, Vol. 4, No. 1, January
- ⁹⁵ Livingston G, (2002) "Accessibility Of Health And Social Services To Immigrant Elders: The Islington Study" The British Journal Of Psychiatry 180: 369-373
- ⁹⁶ Yurtbay T, Alyanak B, ve ark (2003) "The psychological effects of forced emigration on Muslim Albanian children and adolescents" Community Mental Health Journal, 39, 203-212
- ⁹⁷ Diyarbakır Tabipler Odası (1996) "Güneydoğu' da İç Göç Tartışmaları ve sağlık Boyutu raporu TTB yayınları
- ⁹⁸ Berk LM, Schur CL, (2001) "The Effect of Fear on Access to Care Among Undocumented Latino Immigrants" Journal of Immigrant Health, Vol. 3, No. 3,
- ⁹⁹ Jones ME, Cason CL, Bond ML, (2002) Access to preventive health care: is method of payment a barrier for immigrant Hispanic women? Women's Health Issues Volume 12, Issue 3 , May-June, Pages 129-137

- ¹⁰⁰ Beiser M, Hou F, Kaspar V, Noh S, (2000) Changes in Poverty Status and Developmental Behaviours: A Comparison of Immigrant and Non-Immigrant Children in Canada Human Resources Development Canada
- ¹⁰¹ Geltman PL, Meyers AF, (1999) "Immigration Legal Status and Use of Public Programs and Prenatal Care" Journal of Immigrant Health, Vol. 1. No. 2
- ¹⁰² Searight HR, (2003) Bosnian Immigrants' Perceptions of the United States Health Care System: A Qualitative Interview Study Journal of Immigrant Health, Vol. 5, No. 2, April
- ¹⁰³ Öncelikli Sağlık Sorunlarının belirlenmesi ve Tıp Eğitimi Müfredatına Aktarılması Ege Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı DPT projesi Saha Çalışması Tanımlayıcı Raporu 2004
- ¹⁰⁴ Shi L, Starfield B, Xu J, (2001) Validating the Adult Primary Care Assessment Tool The Journal of Family Practice February vol. 50, no. 2 n 161 w
- ¹⁰⁵ Child Primary Care Assessment Tool – Expanded Version Self-administered consumer-client survey (1998) Primary Care Policy Center Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health Developed by Barbara Starfield, MD, MPH
- ¹⁰⁶ Child Primary Care Assessment Tool – Expanded Version Manual (2002) Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health Department of Health Policy and Management
- ¹⁰⁷ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm> erişim tarihi 1 Haziran 2005
- ¹⁰⁸ Türkiye' de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları, Editör Prof. Dr. Ayşe Akın Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2002
- ¹⁰⁹ İzmir İl Sağlık Müdürlüğü <http://www.ism.gov.tr/dosyaindir.htm> Erişim Tarihi: Nisan 2005
- ¹¹⁰ T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yoksulluk Çalışması 2002 <http://www.die.gov.tr/> Erişim Tarihi: Haziran 2005
- ¹¹¹ Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999 Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Manisa
- ¹¹² Jang M, Lee E, Woo K, (1998) "Income, language, and citizenship status: Factors affecting the health care utilization" Health & Social Work; May; 23, 2; Health Module pg. 136
- ¹¹³ Pala K. Aytekin N. Aytekin H, (1997) Gemlik İlçe Merkezi' nde kişilerin hastanma sıklıkları ve hekime başvuruları Toplum ve Hekim:12 (81):10-12
- ¹¹⁴ Temel Sağlık Hizmetleri Yıllığı 2002 www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: Şubat 2004

-
- ¹¹⁵ Stevens GD, Shi L, Cooper LA, (2003) Patient-Provider Racial and Ethnic Concordance and Parent Reports of the Primary Care Experiences of Children
Annals of Family Medicine 1:105-112
- ¹¹⁶ Aksakoğlu G, (2005) "Kuşkusuz sağlık Ocağı" Genel Pratisyen Pratisyen Dergisi Hekimlik derneği Sayı 6
- ¹¹⁷ Özcebe H, (1990) "Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Saptanması" Uzmanlık Tezi, hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD. Ankara
- ¹¹⁸ 17 Ağustos ve 12 Kasım 1999 Depremleri Sonrasında Geçici Yerleşim Alanlarında Yaşayanların Sağlık Hizmetlerini Kullanımının Değerlendirilmesi Türk Tabipler Birliği Ağustos 2001
- ¹¹⁹ Akhüseyinoğlu M, Ayhan S, ve ark, (2002) Uyanış Sağlık Ocağına 3-6 Haziran 2002 Tarihleri Rasında Başvuran Hastaların Bekleme Süreleri Ve Memnuniyet Düzeyleri
- ¹²⁰ Shi L, Starfield B, Xu J, (2001) "Validating The Adult Primary Care Assessment Tool" The Journal of Family Practice February Vol: 50, No:2, n 161 w
- ¹²¹ Cassady CE, Starfield B, et all (2000) "Measuring Consumer Experiences With Primary Care" Pediatrics Vol. 105 No.4 April
- ¹²² Seid M, Varni J. W, et all (2001) "Parents' Perceptions of Primary Care: Measuring Parents' Experiences of Pediatric Primary Care Quality" Pediatrics Vol. 108 No. 2 August 2001