

**ARAŞTIRMA****İZMİR İLİ GÜLYAKA SAĞLIK OCAĞI  
BÖLGESİNDE 0-6 YAŞ ÇOCUKLARIN SAĞLIK  
HİZMETİ KULLANIMLARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER***Hür HASOY\*, Meltem ÇİÇEKLIOĞLU\*\****Özet**

Amaç(lar): Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımlarını tespit etmek, sağlık hizmetine erişim, göç, yoksulluk, sınıfsal durum, hane özelliği ve alt yapısı ve hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerin sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır

**Gereç ve Yöntem:**

Kesitsel tipteki araştırmada, Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-6 yaş 2830 çocuktan ebe bölgelerine göre tabakalama yapılarak sistematik örnekleme yöntemi ile 291 çocuk örnek olarak seçilmiştir. Kapsayıcılık %88.3'tür.

**Bulgular**

Araştırma grubundaki çocukların hane halkı reislerinin %28.4'ünün sosyal güvencesi yoktur, %43.2'si mavi yakalıdır, %10.9'u işsizdir. Hanehalkı reislerinin %64.6'sı İzmir iline dışarıdan göç etmiştir. Hanehalklarının %19.1'inin kişi başına düşen geliri günde iki doların altındadır. Çocukların %55.3'ünün son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu olmasına karşın bu grubun %57.7'sinin başvurusu yoktur. Son bir yıldaki hizmet kullanımı ile sosyal güvence, çocuğun yaşı, ana dil, yoksulluk, sınıf, eğitim arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yoksullar, alt sınıfsal gruplar, sosyal güvencesi olmayanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, göçmenler, koruyucu ve tedavi edici hizmetler için sağlık ocağını daha çok kullanmaktadır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç**

Sağlık ocakları tüm yıpratmalara rağmen, göç alan, yoksulların, alt sınıfsal grupların yoğunlukta yaşadığı bir bölgede, sağlık hizmet sunumunda çok önemli bir görev üstlenmektedir.

**Anahtar kelimeler:**

Sağlık hizmeti kullanımı, erişilebilirlik, yoksulluk, sınıfsal durum, göç

**I. Giriş**

Sağlık hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 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 tanınmasını gerektirmektedir (Güler, M. 2001). Halen geçerli 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa'nın 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 tanımlanmıştır (Güler, M. 2001). Sağlıkta özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde var olan büyük eşitsizlik durumu, politik, sosyal ve ekonomik bakımdan kabul edilemeyecek düzeyde olduğu uzun yıllardır bilinmektedir (WHO, 2005; Belek, İ. ve ark 1998).

Sağlıkta eşitsizlik kavramı, çeşitli sosyal gruplar arasında var olan ve sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan, bu nedenle de ortadan kaldırılabılır ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımı farklılıklarını ifade etmektedir (Şenol, Y. 2002).

\*Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD  
\*\*Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

İdeal olarak, sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinde eşitlik; eşit gereksinimler için mevcut sağlık hizmetlerine eşit erişilebilirlik, kullanım ve herkes için eşit nitelikte hizmet anlamına gelmektedir (Whitehead, M. 2001). Hakkaniyet ve sosyal adalet değerleri üzerine oturan sağlıkta eşitlik, yeni bir konu değildir ve halk sağlığı geleneği, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası ve Temel Sağlık Hizmetleri anlayışı bu kavram üzerine şekillenmiştir (Mills, C. 1999).

Çocuklar, yaşlılar, engelliler, göçmenler ve yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımındaki eşitsizlikler sağlık düzeyini yükseltme amacının önündeki ciddi engellerdir. Önceliklerin belirlenmesi, uygulanan politikalarda gerekli değişikliklerin gerçekleştirilmesi ve eşitsizliklerin arkasındaki temel nedenlerin ortaya çıkarılabilmesi özel bir öneme sahiptir (Belek, İ. 2004). Hizmet kullanımını etkileyen nedensellik ağı içinde, eşitsizliklerle ilgili engellerin aşılmasında sağlık sistemlerinin temelini oluşturan birinci basamak sağlık hizmetleri kritik rol oynamaktadır.

Türkiye’de sağlık alanında yürütülen, sağlık hizmetlerinde liberalizasyon ile kendini gösteren ‘reform süreci’ 1980’lerde başlamıştır. Günümüzde ‘sağlıkta reform’ çalışmaları sağlıkta dönüşüm programı adıyla sürmektedir. Bu programın ana eksenini oluşturan düzenlemelerin başlıcaları; birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık ocaklarının ortadan kaldırılarak aile hekimliği sistemine geçilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi ve döner sermaye uygulamalarıdır (TTB Halk Sağlığı Kolu, 2003). Sağlıkta Dönüşüm programında önerildiği gibi Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modelinin uygulanması sosyalleştirme anlayış ve koşullarına taban tabana karşıttır (Aksakoğlu, G. 2005). Sağlık hizmet sunumunda hızlı değişikliklerin yaşandığı ülkemiz sağlık ortamında, sağlık hizmetine erişim ve kullanımın ölçülmesi ve buna etki eden etmenlerin ortaya çıkarılması daha büyük önem taşımaktadır.

## II. Amaç

- Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-6 yaşındaki çocukların sağlık hizmeti kullanımlarını tespit etmek ve hizmet aldıkları kurumları belirlemek.

- Son bir yıldaki toplam sağlık hizmeti kullanımı içinde sağlık ocağı kullanımını tespit etmek.

- Sağlık hizmetine erişimin hizmet kullanımına etkisini belirlemek.

- Göç, yoksulluk, sınıfsal durum, hane ve alt yapısı, hane halkına ilişkin sosyo-demografik değişkenlerin sağlık hizmeti kullanımına ve sağlık ocağından sağlık hizmeti kullanımına olan etkisini değerlendirmek.

## III. Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırma, İzmir İli Konak Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesi’nde 2004 yılında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-6 yaşındaki (0-72 ay) 2830 çocuk oluşturmuştur. Ebe bölgelerine göre tabakalama yapılarak sistematik örnekleme yöntemi ile 291 çocuk örnek olarak seçilmiştir, kapsayıcılık %88.3’tür. Veriler Kasım 2004-Şubat 2005 tarihleri arasında anket yöntemiyle toplanmıştır. Anketler çocukların anneleriyle yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket aşağıdaki bölümlerden oluşmuştur.

**Hane ve alt yapısı:** Yaşanan evin niteliği (apartman ya da müstakil ev olma), hanede yaşayan kişi sayısı, oda başına düşen kişi sayısı

**Sosyo-demografik özellikler:** Çocuğun cinsiyeti ve doğum tarihi, hane reisinin yaşı, çocuk sayısı, sosyal güvence durumu, çalışma durumu, anne ve babanın öğrenim durumu ve ana dili

**Göç:** Göç durumu tespit edilirken hane reislerinin doğum yerleri temel alınmıştır. İzmir dışı ve İzmir’in ilçe ya da köyünde doğup daha sonra İzmir metropolüne göçen kişiler çalışmada göçmen olarak değerlendirilmiştir.

**Yoksulluk:** Yoksulluk değerlendirmesinde objektif ve subjektif göstergelerden yararlanılmıştır. Objektif gelir göstergesi olarak haneye giren toplam aylık gelir, oturlan eve sahiplik, oturlan ev dışı mülk varlığı ve hane halkına ait araba varlığı kullanılmıştır. Günde kişi başı iki doların altında geliri olanlar yoksul olarak kabul edilmiştir. Subjektif gelir göstergeleri olarak annenin gelir algısı, üç yıl önceye göre gelir algısı, gelire göre gider durumu algısı, gelecekte gelirle ilgili beklenti kullanılmıştır. Subjektif gelir göstergeleri çok iyi=1 puan, çok kötü=5 olacak şekilde 5’li Likert tipi ölçekle değerlendirilmiştir. Subjektif gelir algısı risk puan ortalamaları hesaplanmıştır. Ortalamanın üstü subjektif gelir algı puanı kötü, altı iyi olarak kabul edilmiştir.

**Sınıfsal durum:** Hanehalkı reisinin sınıfsal konumu hanenin dolayısıyla araştırma katılımcılarının sınıfsal konumları olarak kabul edilmiştir. Boratav sınıflaması (Boratav, K, 2004) ve Belek’in (Belek, İ. 2004) Antalya’da yaptığı çalışmalarındaki sınıflama temel alınarak aşağıdaki algoritma kullanılmıştır;

Üretim Araçlarının Mülkiyetine Sahip Olan (Kendi İşine Sahip Olanlar)

**Kendi Hesabına Çalışanlar:** Hangi tür meslekten olursa olsun kendi işine sahip olup yanında birini çalıştırmayanlar.

**Burjuvalar:** 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

**Mavi Yakalılar:** Hizmet ve imalat sektöründe daha çok el emeği ile üretim yapan işçiler

Emekliler en son yaptıkları işin niteliğine göre ya da emekli olduktan sonra yeni bir işe başlamışlar ve bu iş yaşam koşulları açısından belirleyici olmuş ise bu yeni işlerine göre sınıflanmıştır. İşsizler marjinallerle birleştirilerek gruplanmıştır.

**Erişim:** Starfield (Starfield, B. 1998), Aday& Andersen'in (Aday, L.A.& Andersen, R. 1978) erişilebilirlikle ilgili kavramsal çerçevesinden yola çıkılarak dört başlık altında sorgulanmıştır (SLHI, 2004);

- 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.

**Sağlık hizmeti kullanımı:** Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı, son 15 günde tedavi edici hizmet kullanımı, son bir yılda sağlık ocağı kullanımı, sağlık ocağından koruyucu ve tedavi edici hizmet kullanımı çerçevesinde değerlendirilmiştir. Son bir yıldaki sağlık hizmet kullanım sayıları, annelerin son bir yılda çocukları için yaptıkları tüm başvurular ve evde aldıkları koruyucu hizmetler sorgulanarak elde edilmiştir. Ayrıca son 15 gündeki başvuru sayılarından projeksiyonla yıllık başvuru sayısı da hesaplanmıştır.

**İstatistiksel Değerlendirme:** Verilerin değerlendirilmesinde  $\chi^2$ , t testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Varyans analizinde anlamlılığa neden olan grubu belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

#### IV. BULGULAR

##### 1. Araştırma Grubuna İlişkin Genel Özellikler

**Hane ve alt yapısı:** Hanelerin %59.5'i apartman dairesidir. Hanede yaşayan kişi sayısı ise ortalama  $4.14 \pm 1.13$ 'tür ve hanelerin %56.9'unda oda başına birden fazla kişi düşmektedir.

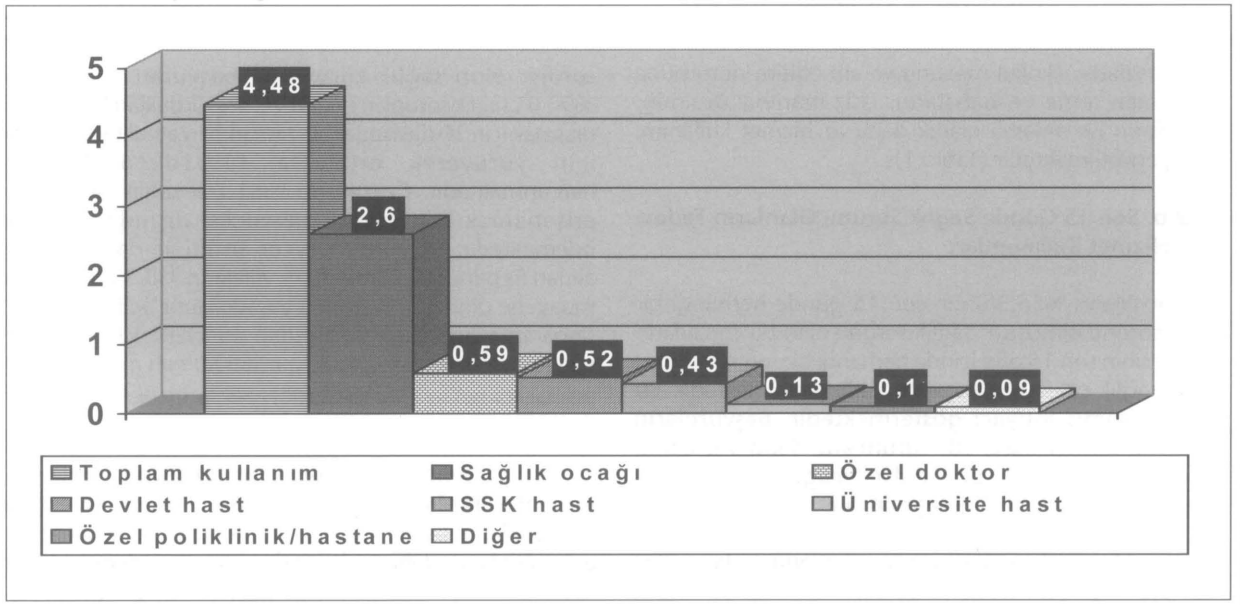
**Sosyo-demografik özellikler:** Araştırma grubundaki çocukların %59.1'i erkek, yaş ortalamaları  $2.68 \pm 1.74$ 'tür. Hane reislerinin %48.6'sı 23-33 yaş grubundadır, yaş ortalaması  $34.07 \pm 6.14$  tür. Hane reislerinin %43.2'sinin sosyal güvence kurumu SSK'dir ve %28.4'ünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Hane reislerinin %15.2'si çalışmamaktadır. Annelerin %57.6'ı, babaların %55.6'sı ilkokul mezunu ya da daha düşük eğitim düzeyindedir. Annelerin %10.9'unun, babaların %10.5'inin anadili Türkçe değildir.

**Sınıfsal durum:** Hanehalkı reislerinin %62.3'ü üretim araçlarının mülkiyetine sahip olmayan, kafa ya da kol gücü ile çalışanlardır. %24.5'i ise üretim araçlarının mülkiyetine sahip olan kendi hesabına çalışanlar ya da yanında en az bir işçi çalıştıran burjuvalardır.

**Göç:** Hanehalkı reislerinin %64.6'sı İzmir ili dışında, %16.7'si İzmir'in ilçe ya da köyünde, %18.7'si İzmir metropolünde doğmuştur. %29.8'inin doğum yeri Doğu ve Güneydoğu bölgesi illeridir.

**Yoksulluk:** Araştırma grubunun hanelerinin aylık toplam geliri ortalama  $613.99 \pm 462.52$  YTL dir.

Şekil 1. Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının kurumlara göre dağılımı



Hanehalklarının %7'sinde kişi başına düşen gelir günde 1\$'ın altındayken, %19.1'inin kişi başına düşen geliri günde 2\$'ın altındadır. Hanehalklarının %25.3'ünün aylık toplam geliri asgari ücret ve altındadır, %44.4'ünün oturduğu ev kendilerine aittir, %95.7'sinin ek taşınmaz mülkü yoktur. Hanehalklarının %25.3'ünde hane halkına ait araba bulunmaktadır. Subjektif gelir algısı risk puan ortalaması 3.05±0.50'dir. %38.9'unun subjektif gelir algısı kötü olarak değerlendirilmiştir.

## 2. Sağlık Hizmeti Kullanımı

### 2.a. Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımı

Araştırma grubunun %9.7'si son bir yılda herhangi bir

sağlık kurumuna başvurmamıştır. Yıllık kullanım ortalaması 4.48±3.95'dir. Başvuruların %58'i sağlık ocağına yapılmıştır. Son 15 günde yapılan başvurulardan projeksiyonla elde edilen yıllık başvuru sayısı 6.37±11.89 olarak bulunmuştur. Son bir yılda toplam kullanım ortalamaları ve kurumlara göre dağılımları şekil 1'de sunulmuştur.

Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımını etkileyen etmenler Tablo 1'de sunulmuştur.

Üç yaş ve altı çocukların, sosyal güvencesi olan hane reislerinin çocuklarının, ana dili Türkçe olan anne ve babaların, son bir yıl içinde hizmet kullanımları anlamlı

**Tablo 1. Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımını etkileyen etmenler (N=257)**

Son bir yılda hizmet kullanımını etkileyen etmenler		Son Bir Yılda Sağlık Hizmeti Kullanımı				Ki-kare	p değeri
		Yok		Var			
		Sayı	%	Sayı	%		
Çocuğun yaşı	3 yaş ve altı	11	6.4	161	93.6	6.59	0.010
	3 yaş üstü	14	16.5	71	83.5		
Hane reisinin sosyal güvencesi	Yok	13	17.8	60	82.2	7.582	0.006
	Var	12	6.5	172	93.5		
Annenin eğitim Durumu	İlkokul mezunu ve altı	22	14.4	131	85.6	9.316	0.002
	İlkokul üstü	3	2.9	101	97.1		
Babanın eğitim durumu	İlkokul mezunu ve altı	20	14.0	123	86.0	6.657	0.010
	İlkokul üstü	5	4.4	109	95.6		
Annenin ana dili	Türkçe	19	8.3	210	91.7	4.90*	0.039
	Diğer	6	21.4	22	78.6		
Sınıfsal durum	Mavi yakalı	9	8.1	102	91.9	8.83	0.031
	Beyaz yakalı	1	2.0	48	98.0		
	Burjuva+KHÇ**	8	12.7	55	87.3		
	İşsiz+marjinal	7	20.6	27	79.4		
Yoksulluk durumu	Yoksul	19	16.2	98	83.8	10.371	0.001
	Yoksul değil	6	4.3	134	95.7		

\*Fisher Exact , \*\*Kendi Hesabına Çalışanlar

olarak fazladır. İlkokul mezunu ve altı eğitim durumuna sahip olan anne ve babaların, işsiz-marjinal kesimin, yoksulların ise anlamlı olarak daha az hizmet kullanımı olduğu görülmektedir (Tablo 1).

### 2.b. Son 15 Günde Sağlık Sorunu Olanların Tedavi Edici Hizmet Kullanımları

Çocukların %55.3'ünün son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu olmuştur. Sağlık sorunu olan bu çocukların %57.7'sinin son 15 gün içinde herhangi bir sağlık kurumu ya da sağlık çalışanına başvurmadığı görülmektedir. Bu karşılanmamış ihtiyacı göstermektedir. Başvuruların %81.7'si birinci basamak kurumlara, %88.3'ü kamu kurumlarına yapılmıştır. Sağlık Ocağı %66.7 ile ilk başvuru alan kurum özelliği taşımaktadır.

Son 15 günde sağlık sorunu olanların tedavi edici hizmete erişimleri incelendiğinde; Herhangi bir sağlık

sorunu olup sağlık kurumuna başvuran çocukların %90.0'ı sağlık sorunları nedeniyle başvurdukları kurumlara ulaşmak için 30 dakikadan az zaman harcamaktadır. Erişim için yürüyerek ortalama 11.01dk±6.44 süre harcanmaktadır. 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.

Son 15 günde tedavi edici hizmet kullanımını etkileyen etmenler Tablo 2'de sunulmuştur. Sosyal güvencesi olmayanlar ve İzmir doğumlu olanların hizmet kullanımları anlamlı olarak daha azdır. Diğer bağımsız değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Son 15 günde tedavi edici hizmet kullanımını etkileyen etmenler (N=142)

Son 15 günde tedavi edici hizmet kullanımını etkileyen etmenler		Son 15 günde tedavi edici hizmet kullanımı				Ki-kare	p değeri
		Yok		Var			
		Sayı	%	Sayı	%		
Hanehalkı Reisinin	Yok	33	71.7	13	28.3	4.645	0.031
Sosyal Güvencesi	Var	49	51.0	47	49.0		
Göçmenlik Durumu	İzmirli	39	73.6	14	26.4	8.694	0.003
	İzmir dışı	43	48.3	46	51.7		

### 3. SAĞLIK OCAĞI KULLANIMI

#### 3.a Son Bir Yılda Sağlık Ocağından Hizmet Kullanımı

Toplam başvurular içinde sağlık ocağı başvurularının ortalaması  $0.59 \pm 0.38$ 'dir. Yoksullar, mavi yakalı, işsiz ve marjinallerin oluşturduğu grup, sosyal güvencesi olmayan hanehalkı reislerinin çocukları, anneleri ilkököl mezunu ve altı öğrenim durumundakiler, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden gelmiş göçmenlerin son bir yıldaki toplam başvurular içinde sağlık ocağı başvuruları anlamlı ölçüde yüksektir. Beyaz yakalıların ise diğer sınıfsal gruplara göre daha az sağlık ocağı başvurusu olduğu görülmektedir (Tablo 3).

#### 3. b. Sağlık Ocağından Son 15 Günde Tedavi Edici Hizmet Kullanımını Etkileyen Etmenler

Son 15 gün içinde sağlık sorunu nedeniyle ilk başvuru kurumlar, sağlık ocağı ve diğer olarak gruplanarak karşılaştırılmıştır. Türkçe dışında anadili olan annelerin çocukları anlamlı olarak tedavi edici sağlık hizmetini sağlık ocağından almaktadır (**Fisher Exact: 3.96; p:0.046**). Diğer tüm değişkenlerle sağlık ocağından tedavi edici hizmet kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sağlık ocağına erişim sağlık ocağından son 15 günde tedavi edici hizmet kullanımına etkisi Tablo 4'te

Tablo 3. Son bir yılda toplam başvurular içinde sağlık ocağı başvurularını etkileyen etmenler\* (N=232)

Son bir yılda toplam başvurular içinde sağlık ocağı başvurularını etkileyen etmenler		Sayı	Ort.	Stand. sapma	t değeri	p değeri
Hanehalkı reisinin sosyal güvencesi	Yok	60	0.76	0.29	4.575	0.000
	Var	172	0.53	0.38		
Annenin eğitim durumu	İlkokul ve altı	131	0.65	0.37	2.555	0.011
	İlkokul üstü	101	0.52	0.37		
Sınıfsal durum1	Mavi yakalı	102	0.63	0.37	F=4.711***	0.003
	Beyaz yakalı	48	0.42	0.37		
	Burjuva+KHÇ**	55	0.64	0.39		
	İşsiz+marjinal	27	0.69	0.36		
Sınıfsal durum2	Mavi yakalı+işsiz+marjinal	129	0.64	0.36	2.136	0.034
	Beyaz yakalı+Burjuva+KHÇ**	103	0.53	0.39		
Yoksulluk	Yoksul	98	0.71	0.33	3.279	0.001
	Yoksul değil	134	0.50	0.38		
Göçmenlik durumu	Doğu-Güneydoğu	39	0.78	0.31	2.169	0.035
	Diğer	193	0.56	0.38		

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

\*\*Kendi Hesabına Çalışanlar

\*\*\*Varyans analizi uygulanmıştır.

incelenmektedir. Sağlık ocağını kullananların erişimi, diğer kurumları kullananlara göre daha az süre almaktadır. Sağlık ocağı dışındaki kurumları kullananlar hizmet alırken anlamlı bir şekilde daha sık sosyal güvencesi dışında ek

ücret ödemektedirler. Sosyokültürel erişim ve organizasyonel erişim açısından tedavi edici hizmet alınan kurumlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. Erişimin tedavi edici sağlık hizmeti kullanımına etkisi (n=60)**

Erişilebilirliğin Bileşenleri		Diğer		Sağlık Ocağı		Ki-kare	p değeri
		Sayı	%	Sayı	%		
Coğrafi erişim	30 dakikadan az	10	20.4	39	79.6	20.09*	0.000
	30 dakika ve üzeri	10	90.9	1	9.1		
Finansal erişim	Ek ücret ödüyor	18	78.2	5	21.8	33.88	0.000
	Ek ücret ödemiyor	2	0.5	35	95.0		
Sosyokültürel erişim	Dil sorunu var	2	40.0	3	60.0	0.11*	0.544
	Dil sorunu yok	18	32.7	37	67.3		
Organizasyonel erişim	30 dk ve az	8	34.8	15	65.2	0.04	0.851
	30 dk çok	12	32.4	25	67.6		

\*Fisher Exact

### 3.c. Sağlık Ocağından Koruyucu Hizmet Kullanımı

Araştırma grubundaki çocukların %99.6'sı doğumdan bu yana periyodik izlem hizmeti almıştır. Araştırma grubunun %89.5'i periyodik izlemine, %90.3'ü aşılarını sağlık ocağında yaptırmıştır. %9'u periyodik izlem, %8.2'si bağışıklama hizmeti için özel doktoru tercih etmiştir.

Sağlık ocağından koruyucu hizmet kullanımını etkileyen etmenler Tablo 5'te sunulmuştur. Müstakil evde oturanlar, sosyal güvencesi olmayanlar, eğitim durumu ilkököl ve altı anne ve babalar, ana dili Türkçe olmayanlar, yoksullar, 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 (Tablo 5). Sosyal güvenceleri yönünden Bağ-Kur ve Emekli Sandığına bağlı olanlar, beyaz yakalılar, subjektif gelir algısı puan ortalaması iyi olanlar, sağlık ocağı dışındaki kurumları anlamlı olarak fazla kullanmaktadır (Tablo 5).

Sağlık ocağına erişimin sağlık ocağından koruyucu hizmet kullanımına etkisi Tablo 6'da görülmektedir. Sağlık ocağı'nı kullananların ulaşım süresi, diğer kurumları kullananlara göre daha azdır. Sağlık ocağı dışındaki kurumları kullananlar hizmet alırken anlamlı bir şekilde daha fazla sosyal güvencesi dışında ek ücret ödemektedirler. Sosyokültürel erişim ile organizasyonel erişim açısından ve tedavi edici hizmet alınan kurumlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6).

### V. TARTIŞMA

Sosyoekonomik değişkenlerin sağlık hizmetine erişimi ve kullanımı etkilediğini gösteren çalışma, bu değişkenler açısından heterojenlik gösteren Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesi'ni temsil etmektedir. Bölgede, her on haneden dördünü müstakil evler ve gecekonduların oluşturduğu, her iki kişiden birinin ilkököl mezunu olduğu, her 10 kişiden yaklaşık üçünün sosyal güvencesinin olmadığı, hane reislerinin %10.9'nun işsiz olduğu ve %64.6'sının İzmir dışından göç ettiği, her beş kişiden birinin günde kişi başına iki doların altında geliri olduğu saptanmıştır.

### Sağlık Hizmeti Kullanımı

Bu çalışmada yıllık toplam sağlık hizmeti kullanım ortalaması 4.48 olarak saptanmıştır. Bu ortalama Kaya'nın aynı yaş grubunda saptadığı 4.4 ile uyumlu (Kaya, S. 1996) ve İzmir genelinde aynı yaş grubu çocuklar için saptanan 6.89 değerinden düşüktür. (EÜTF, 2005). Bunun nedeni İzmir çalışmasındaki değerlerin son bir aydan projeksiyonla hesaplanmasına bağlı olabilir.

Araştırma grubunda son 15 gündeki başvuru sayılarından projeksiyon yapılarak elde edilen kişi başına düşen yıllık başvuru sayısı ortalama 6.37 olarak bulunmuştur. Bu değer sadece tedavi edici hizmet kullanımını yansıtmamasına rağmen veriler çocuk hastalıklarının sık rastlandığı kış aylarında toplandığı için toplam bir yıllık başvuru sayısından daha büyüktür. Bu çalışmada sağlık kartları ile kontrol edilerek geçerliliği kabul edilen verilerle hesaplanan toplam yıllık başvuru sayısının kullanılması tercih edilmiştir. Ancak bu veride de hafıza faktörünün etkisi bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

Üç yaş altı çocuklarda kullanımın fazla olmasının nedeni bu yaş grubu çocukların hem bağışıklama hem de izlem gibi nedenlerle diğer yaş gruplarına göre daha fazla sağlık hizmeti almaları olabilir. Yıllık başvuru ortalamasının erkek çocuklarda, kız çocuklara göre fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında da 0-6 yaş grubu için yıllık toplam başvuru ortalaması erkek çocuklarda daha fazladır (Sağlık Bakanlığı, 1995). Cinsiyet ayrımcılığının her yönüyle tartışıldığı günümüzde bunun beklenen ve müdahale edilmesi gereken bir durum olduğu düşünülmektedir.

Hizmet kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların pek çoğuyla uyumlu olarak bu çalışmada da sağlık güvencesi olmayanların hizmet kullanımının daha az olduğu gösterilmiştir (Kılıç, B. 1996; Jang, M. Et al 1998; Newacheck, P.W. et al 1999; Zuvekas, S.H. et al 2003; Çiceklioğlu, M., Soyer, M.T., Öcek, Z.A. 2005).

Tablo 5. Sağlık ocağından koruyucu hizmet kullanımını etkileyen etmenler (n=257)

Sağlık ocağından koruyucu hizmet kullanımını etkileyen etmenler	Sağlık ocağı		Diğer		Ki kare	p değeri	
	Sayı	%	Sayı	%			
Yaşanan evin niteliği	Müstakil	101	97.1	3	2.9	12.31	0.000
	Apartman	127	83.0	26	17.0		
Oda başına düşen kişi sayısı	1 kişi	91	82.0	20	18.0	8.82*	0.003
	2 ve daha fazla	137	93.8	9	6.2		
Çocuk sayısı	1 çocuk	75	84.3	14	15.7	5.76*	0.016
	2 çocuk	89	87.3	13	12.7		
	3 ve daha fazla	64	95.8	2	4.2		
Hanehalkı reisinin sosyal güvencesi	SSK	100	90.1	11	9.9	11.44	0.003
	Bağkur+Emekli S.	48	78.7	13	21.3		
	Yeşil kart+yok	78	96.3	3	3.7		
	Özel	2	50.0	2	50.0		
Hane reisinin sosyal güvencesi	Yok	70	95.9	3	4.1	6.79	0.038
	Var	158	85.9	26	14.1		
Annenin eğitim durumu	İlkokul ve altı	145	94.8	8	5.2	12.39	0.000
	İlkokul üstü	83	79.8	21	20.2		
Annenin eğitim durumu	O.Y.D.+O.Y*	14	93.3	1	6.7	20.00*	0.000
	İlkokul	131	94.9	7	5.1		
	Ortaokul	27	93.1	2	6.9		
	Lise	48	77.4	14	22.6		
	Üniversite ve üstü	8	61.5	5	38.5		
Babanın eğitim durumu	İlkokul ve altı	136	95.1	7	4.9	11.74	0.001
	İlkokul üstü	92	80.7	22	19.3		
Annenin ana dili	Türkçe	200	87.3	29	12.7	4.00	0.028
	Diğer	28	100	0	100		
Sınıfsal durum	Mavi yakalı	104	93.7	7	6.3	10.41	0.015
	Beyaz yakalı	38	77.6	11	22.4		
	Burjuva+ KHÇ**	54	91.7	9	8.3		
	İşsiz+marjinal	32	94.1	2	5.9		
Yoksulluk	Yoksul	48	98.0	1	2.0	5.17	0.023
	Yoksul değil	180	86.5	28	13.5		
Hanehalkına ait araba	Yok	175	91.6	16	8.4	6.28	0.012
	Var	53	80.3	13	19.7		
Subjektif gelir algısı	Kötü	95	95.0	5	5.0	6.46	0.011
	İyi	133	84.7	24	15.3		

\*Okur yazar değil+Okur yazar

\*\*Kendi Hesabına Çalışanlar

\*\*\* $\chi^2$  Eğitim

Tablo 6. Erişimin koruyucu hizmeti kullanımına etkisi (N=257)

Erişilebilirliğin Bileşenleri		Diğer		Sağlık Ocağı		Ki-kare	p değeri
		Sayı	%	Sayı	%		
Coğrafi erişim	30 dk dan az	9	81.8	2	18.2	57.11	0.000
	30 dk ve üzeri	20	8.1	226	91.9		
Finansal erişim	Ek ücret ödüyor	24	16.3	123	83.7	8.72	0.003
	Ek ücret ödemiyor	5	4.5	105	95.5		
Sosyokültürel erişim	Dil sorunu var	12	75.0	4	25.0	2.25	0.133
	Dil sorunu yok	17	12.0	224	88.0		
Organizasyonel erişim	30 dk ve az	26	12.0	190	88.0	3.23	0.103
	30 dk çok	3	7.3	38	92.7		

İşsizler ve marjinal işlerde çalışanlar diğer sınıflara göre son bir yıldır daha az sağlık hizmeti kullanmaktadır. Yapılan çalışmalarda (Starfield, B. Et al 2002; Väänänen, A. Et al 2004; Borrell, C. 2004) sınıfsal konumun, sağlık durumu ve sağlık algısını etkilediği gösterilmiştir. Bu çalışmada da sağlık hizmet kullanımının belirleyicilerinden birinin sınıfsal durum olduğu görülmektedir. Yoksullar da son bir yıldır daha az sağlık hizmeti kullanmaktadır. Çeşitli araştırmacılar yoksulluğun zamanında ve yeterli sağlık hizmeti almayı engellediğini göstermiş (Hatun, Ş. 2002) ve sağlık hizmetlerine daha zor erişebildikleri bildirilmiştir (Soyer, A. 2001; Hamzaoglu, O. 2004).

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 saptanmıştır (Jang, M. et al 1998). TNSA 1998 verilerine göre; ana dili Türkçe olanların %22'si gebelikleri boyunca hiç doğum öncesi bakım almazken, ana dili Kürtçe olanlarda bu sıklık %60'a yükselmektedir (TNSA, 1998).

Son 15 gün içinde sağlık sorunu olduğu halde sağlık hizmeti kullanmayan kişi oranı karşılanmayan ihtiyacın önemli bir göstergesidir. 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'tür (Kılıç, B. 1996). TNSA 2003'e göre her 10 çocuktan ancak 4'ü son 15 gün içindeki sağlık sorunlarından dolayı bir sağlık kuruluşundan veya sağlık personelinden tedavi hizmeti almıştır (TNSA, 2003). Bu sonuçlar çalışmayla uyumludur ve tüm veriler, hem Gülyaka bölgesi hem Türkiye için sağlık ihtiyacı olmasına rağmen hizmete erişemeyenlerin önemli bir yoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir sağlık sorunu varlığında yapılan başvuruların %88.3'ü kamu kurumlarına yapılmıştır. Benzer şekilde Öz'ün İzmir'de Örnekköy Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki çalışmasında bireylerin %83.2'si kamu sağlık

kurumlarını tercih ederken, %16.8'i özel sağlık kurumlarını seçmiştir (Öz, Y.S., 1998). Sağlık Bakanlığının hizmet kullanımı araştırmasında da, kamusal sağlık kurumlarını seçenlerin oranı %69.2, özel sağlık kurumlarını seçenlerin oranı ise %30.8'dir. (Sağlık Bakanlığı, 1995). Bu durum 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 açısından Türkiye'deki en iyi olanaklara sahip illerden biridir (Temel Sağlık Hizmetleri Yıllığı, 2002).

İzmir dışında doğanlar tedavi edici hizmetleri İzmir doğumlu olanlara göre daha fazla kullanmaktadır. Göçmenlerin son bir yıl içindeki toplam başvurularının büyük bölümü sağlık ocağına yapılmıştır. Göçmenlerin en önemli sağlık hizmet kaynağının sağlık ocağı olması Gülyaka Sağlık Ocağı'nda göçmenlerin dilini bilen, kendisi de göçmen olan bir hekimin bulunmasına bağlanabilir. Literatürde de hekim ve hastaların etnik köken uyumunun sağlık hizmeti kullanımına olumlu yansıtıldığı bildirilmektedir (Stevens, G.D. et al 2003).

Tedavi edici hizmetlerde karşılanmayan ihtiyaç eşitsizliğin önemli bir göstergesidir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre sosyal güvencenin olup olmaması karşılanmayan gereksinim düzeyini belirleyen önemli bir değişkendir. Yapılan farklı çalışmalarda sosyal güvencesi olmayan çocukların sağlık sorunlarını ertelediği ve karşılanmamış sağlık ihtiyacı olduğu gösterilmiştir (Newacheck, P.W. et al 1998; Guendelman, S. 2004; Stefanie, M et al 2005).

#### Sağlık Ocağı Kullanımı

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. Bu çalışmada toplam başvuruların yarısında fazlasının sağlık ocağına yapıldığı gösterilmiştir. Kılıç'ın Gölbaşı (Kılıç, B. 1996) ve Özcebe'nin Etimesgut (Özcebe, H. 1990) bölgesinde yaptığı çalışmalarda her 10 başvurudan 4'ü sağlık ocağına yapılmıştır.



Son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık ocağına başvurma bu çalışmada %66.7 olarak bulunmuştur. Çalışmada bulunan bu değer diğer çalışmalara göre yüksektir. Gemlik çalışmasında sağlık ocağına başvuru %35.1 (Pala, K. 1997), Edirne çalışmasında ise %43.4 olarak bulunmuştur (Berberoğlu, U. 2001). Sağlık Bakanlığı'nın hizmet kullanım çalışmasında son iki haftada yapılan başvurularda 0-6 yaş grubu çocuklar için kırsal alanda sağlık ocağı başvuruları %50.0 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1995). Tüm bu oranlar göz önüne alındığında, Gülyaka Sağlık Ocağı kentsel alanda bir sağlık ocağı olmasına rağmen, çocuklar için tedavi edici hizmetler açısından Türkiye ortalamasına göre daha sık kullanılan bir sağlık ocağıdır.

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'nun Edirne'de Romanlar'da yaptığı çalışmada da sağlık ve sosyal güvencesi olmayan alt sınıfsal grupların tek seçeneğinin sağlık ocağı olduğu gösterilmiştir (Berberoğlu, U. 2001). Örnekköy (Öz, Y.S, 1998) ve Gemlik'te (Pala, K. 1997) yapılan çalışmalarda da sosyal güvencesi olmayanlarda sağlık ocağı kullanımının düşük olduğu gösterilmiştir. Buna karşılık diğer kurumlara erişebilme potansiyeli yüksek olan beyaz yakalılar ve zengin üst sınıfların ise son bir yıldaki sağlık ocağı başvuruları düşüktür.

Toplumun dezavantajlı gruplarının hastalanma olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir (Dedeoğlu, N. 2004). Bu gruplara koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaştırılması çok önemlidir. Araştırmada, sosyal güvencesi olmayan, düşük eğitim düzeyindeki, yoksul, ana dili Türkçe olmayan ve alt sınıfsal grupların koruyucu hizmetleri sağlık ocağından aldıkları görülmüştür. Çiçeklioğlu'nun, Akçay bölgesindeki çalışmasında da ilkokul ve altı öğrenime sahip anne ve babaların, yoksulların, işçi ailelerinin çocuklarının, sosyal güvencesi olmayanların, koruyucu hizmetler için sağlık ocağını daha fazla kullandıklarını belirtmiştir (Çiçeklioğlu, M. 1999).

#### Erişimin Sağlık Hizmet Kullanımına ve Sağlık Ocağı Kullanımına Etkisi

Bu çalışmada hizmet kullanımı ile erişimin coğrafi, finansal, sosyokültürel ve organizasyonel boyutları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Gana'da yapılan bir çalışmada sağlık kurumuna coğrafi uzaklık ve harcanan paranın hizmet kullanımında etkili faktörler olduğu belirlenmiştir (Buor, D. 2003). 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 30 dakikadan daha az bir sürede sağlık ocağına ulaşabilenlerin oranını, bu yaş grubu için %77.0 olarak bulmuştur (Kaya, S. 1996). 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 birisidir.

Çok küçük ek ödemelerin bile hizmet kullanımını olumsuz etkilediği bilinmektedir (Brindis, C. 2002). Bu çalışmada çocukların %61.7'si tedavi edici sağlık hizmetine erişebilmek için sosyal güvencesi dışında ek para ödemektedir. Bu oran koruyucu hizmet için %57.2'dir. Berberoğlu'nun çalışmasında (Berberoğlu, U. 2001) bu oran %31.3'tür. Çalışkan'ın araştırmasında (Çalışkan, D. ve ark. 2003) toplumun %20.3'ünün pahalı olması nedeniyle ile sağlık hizmet kullanımında güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışmada, katılımcıların %8.3'ü tedavi edici hizmet alırken dil sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu değer koruyucu hizmet alırken %6.2'dir. Göçün yüksek olduğu bu bölgede dil sorununun az yaşanmasının en önemli nedeni sağlık ocağında göç edilen bölgenin dilini bilen bir hekimin olmasıdır.

Çalışkan'ın araştırmasında (Çalışkan, D. ve ark 2003) ise bekleme süresi sağlık hizmeti almada karşılaşılan güçlükler (%37.4) içinde ilk sırada yer almaktadır. Muayene olmak için ortalama bekleme süresi Ankara Uyanış Sağlık Ocağı Bölgesinde yapılan çalışmada (Akhüseyinoğlu, M. ve ark 2002) 69.2 dakika, Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında ise ortalama 70 dakika olarak belirlenmiştir. Gülyaka sağlık ocağı bölgesinde hesaplanan ortalama 40 dakika bekleme süresi bu araştırmalarda bildirilen sürelerden oldukça kısadır. Bu bakımdan sağlık ocağının hizmet kullanım yeri olarak tercih edilmesi bekleme süresinin görece kısıtlılığına da bağlanabilir.

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.

#### VI. Sonuç

Sosyal güvencesi olmayanlar, yoksullar, eğitim düzeyi düşük olanlar, alt sınıfsal gruplar için sağlık hizmetine erişememek önemli bir sorundur.

Sağlık ihtiyacı olmasına rağmen hizmete erişemeyen çocuk oranı yüksektir.

Sağlık reformları sürecindeki tüm yıpratmalara rağmen sağlık ocakları, sosyal güvencesi olmayanlar, yoksullar, eğitim düzeyi düşük olanlar, alt sınıfsal gruplar ve göçmenler için en önemli hizmet kaynağıdır.

Hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetler için sağlık ocağına coğrafi ve finansal erişim diğer kurumlara göre daha iyidir.

#### VII. Öneriler

Yoksullar, göçmenler ve alt sınıfsal grupların sağlık hizmetine erişimlerini arttırmak ve eşitsizlikleri azaltmak

için cepten ödeme sistemlerinden vazgeçilmeli ve doğrudan vergilerle oluşturulan genel bütçeden ayrılan kaynakla finanse edilen bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulmalıdır.

Sağlık ocakları geliştirilmeli, gerekli olan alt yapı sağlanmalıdır. Sevk zinciri, sağlık ocaklarından başlayarak işletilmelidir.

### Teşekkür

Bu makale yazarın 2004 yılında yaptığı uzmanlık tezinin bir ürünüdür. Tez izleme kurulunda yer alan Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu, Yard. Doç. Dr. Şafak Taner Gürsoy, Yard. Doç. Dr. Kevser Vatandaş'a desteklerinden dolayı teşekkür ederiz. Ayrıca tezin şekillenmesine büyük katkıda bulunan Yard. Doç. Dr. Ata Soyer'e teşekkürlerimizi sunarız.

### KAYNAKLAR

- Aday, L.A.; Andersen, R.** (1978) "Access To Medical Care USA" Med. Care, W: 16, No: 7; 533-46.
- Akhüseyinoğlu, M. ve ark,** (2002) "Uyanış Sağlık Ocağına 3-6 Haziran 2002 Tarihleri Arasında Başvuran Hastaların Bekleme Süreleri ve Memnuniyet Düzeyleri" 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Diyarbakır 23-28 Eylül 2002
- Aksakoğlu, G.** (2005) "Kuşkusuz Sağlık Ocağı" Genel Pratisyen Dergisi Sayı 6 Pratisyen Hekimlik Derneği
- Belek, İ.** (2004) "Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma" TTB Yayınları
- Belek, İ.** (2004) Sağlıkta Eşitsizliklerin Değişimi Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma Toplum ve Hekim Mart-Nisan 2004 Cilt 19 Sayı 2
- Belek İ, Nalçacı E, Onuroğulları H, Ardıç F,** (1998) Türkiye İçin Sağlık Tezi Sorun Yayınları
- Berberoğlu, U.** (2001) "Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Romanlar ve Öbürlerinin ilk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı" Toplum Hekim Dergisi Kasım-Aralık 2001 Cilt 16 Sayı 6
- Boratav, K.** (2004) İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri İmge Kitapevi Yayınları 2. Baskı
- Borrell, C. et al** (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, Pages1869-1887
- Brindis, C. Et al** (2002) "Adolescents'access to health services and clinical preventive health care: Crossing the great divide" Sep Vol. 31, Iss. 9; pg. 575, 7 pgs
- 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; 18: 293-311.
- 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
- Çiçeklioğlu, M.** (1999) "0-5 Yaş Grubu Çocuklara Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin İlk Başvuru ve Sürekli Kullanım Açısından Değerlendirilmesi" Toplum ve Hekim Eylül-Ekim 1999 Cilt 14 Sayı 5
- Çiçeklioğlu, M., Soyer, M.T., Öcek, Z.A.** (2005) "Factors associated with the utilization and content of prenatal care in a western urban district of Turkey".International Journal for Quality in Health Care; 17: 533-539.
- Dedeoğlu, N.** (2004) "Sağlık ve Yoksulluk" Toplum ve Hekim Ocak-Şubat 2004 Cilt 19 Sayı 1
- EÜTF,** (2005) "Tıp Fakültesi Eğitim Programı Geliştirmede Öncelikli Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi" Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Ekim 2005 Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir.
- Guendelman, S., Pearl, M.** (2004) "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
- Güler, M.** (2001) "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Birleşmiş Milletler 10 Aralık 1948" Hekimler ve Tabip Odaları Yöneticileri İçin Mevzuat Türk Tabipleri Birliği Yayınları
- Güler, M.** (2001) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun no:224, 1961 Hekimler ve Tabip Odaları Yöneticileri İçin Mevzuat Türk Tabipleri Birliği Yayınları Ankara
- Hamzaoğlu, O.** (2004) "Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Etken Ne, Sorunlar nasıl Çözülür?" Toplum ve Hekim Ocak Şubat Cilt 19 Sayı 1
- Hatun, Ş.** (2002) "Çocuk Hakları Sözleşmesinin 13. Yılında Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri" TTB yayınları
- Jang, M. et al** (1998) "Income, language, and citizenship status: Factors affecting the health care utilization" Health & Social Work; May; 23, 2; Health Module pg. 136

**Kaya, S.** (1996) "Ankara metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği" *Toplum ve Hekim*; 11(71): 2-14.

**Kılıç, B.** (1996) "Gölbaşı bölgesindeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler" *Toplum ve Hekim*; 11(74):2-10.

**Mills, C. Çeviri Belek İ.** (1999) "Eşitlik ve Sağlık Anahtar Konular ve WHO'nun Rolü" *Toplum ve Hekim* Mart Nisan 1999 cilt 14 sayı 2

**Newacheck, P.W. et al** (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

**Newacheck, P.W. et al** (1999) "Adolescent health insurance coverage: Recent changes and access to care" *Pediatrics*; Aug; 104, 2; Health Modulepg. 195

**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

**Özcebe, H.** (1990) "Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Saptanması" Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD. Ankara

**Pala, K.** (1994) "Sağlık Ocaklarından Beklenen Sağlık Hizmetleri ve Bu Hizmetlerin Sunumunu Etkileyen Etmenler" *Toplum ve Hekim Dergisi* Ekim 1994 Cilt 9 Sayı 63

**Pala, K., AYTEKİN, N., AYTEKİN, H.** (1997), "Gemlik İlçe Merkezi'nde Kişilerin Hastalanma Sıklıkları ve Hekime Başvuruları" *Toplum ve Hekim*:12 (81):10-12

**Sağlık Bakanlığı,** (1995) Ministry Of Health, Turkey, "Health Services Utilization Survey In Turkey"

**SLHI** (2004) "A Primary Care Community Assessment Tool" St. Luke's Health Initiatives, [www.slhi.org](http://www.slhi.org). Erişim tarihi: Temmuz 2004

**Soyer, A.** (2001) "Türkiye'de Sağlıkta Eşitsizlikler" Türk Tabipleri Birliği Yayınları

**Starfield, B.** (1998) "Primary Care Balancing Health

Needs, Services, and Technology" New York Oxford University Press

**Starfield, B.** (2002) "Social Class Gradients And Health In Childhood" *Ambulatory Pediatr* July-August;2(4):238-46

**Stefanie, M. Et al** (2005) "Delayed Care and Unmet Needs among Health Care System Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter?" *Health Services Research* 40:6, Part I December

**Stevens, G.D. et al** (2003) "Patient-Provider Racial and Ethnic Concordance and Parent Reports of the Primary Care Experiences of Children" *Annals of Family Medicine* 1:105-112

**Temel Sağlık Hizmetleri Yıllığı,** (2002) [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)

**TNSA,** (1998) Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2002

**TNSA,** (2003) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm> erişim tarihi 1 Haziran 2005

**TTB Halk Sağlığı Kolu,** (2003) "Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere / Sağlık Personeline Ne Getiriyor?" TTB Yayınları Ankara

**Väänänen, A. et al** (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,

**Whitehead, M.** (2001) "Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler" TTB yayınları

**WHO** (2005) Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care (1978) Alma-Ata 6-12 September erişim tarihi Aralık 2005 [www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

**Zuvekas, S.H. et al** (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