

TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

Dr. Tefik Dinçer*, Uz. Şahin Kavuncubaşı**, Dr. Ersen Aloglu,**

I. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık hizmetleri endüstrisi en büyük ve karmaşık endüstrilerin başında gelmektedir. Sağlık endüstrisinin bu özelliği, "sağlık" kavramının anlam olarak genişliğinden kaynaklanmaktadır. En yaygın ve kabul görmüş tanımıyla sağlık; "yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, düşünsel ve toplumsal açıdan tam bir iyilik durumudur". Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği bu sağlık tanımlamasından anlaşılabilirliği gibi sağlık çok boyutlu bir olgudur. Sağlık durumunu veya düzeyini bir çok sistem ve süreç etkilediği için sağlık endüstrisinin sınırlarını belirleme sorunu henüz tam anlamıyla çözümlenememiştir.(1)

Birey ve toplumun sağlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesi (promotion) görev ve sorumluluğunu sağlık yöneticileri üstlenmiştir. Sağlık yöneticileri, çeşitli sağlık meslek mensuplarının (hekimler, eczacılar, hemşireler vb.) katkı ve katılımlarını sağlayarak, sağlık sisteminin hedeflerini belirlemek ve bu hedefleri gerçekleştirmek için plan ve programlar oluşturmak, insan ve maddi kaynakları örgütlemek, devinime geçirmek ve elde edilen sonuçları denetleme ve değerlendirme işlevini yerine getirirler. Sağlık yöneticileri, sağlık hizmetlerinin planlanması ve kaynak tahsis kararlarında sağlık durumunu etkileyen bütün etmenleri gözönünde tutmak zorundadırlar. Bireylerin sağlık durumunu etkileyen etmenlerden bir tanesinin ve belki de en önemlisinin bireysel yaşam biçimi veya davranış kalıpları olduğu söylenebilir. Bireylerin sigara içme, alkol alma, tehlikeli araç kullanma, dengesiz beslenme, uyuturucu kullanma, kişisel temizliğe özen göstermeme ve sağlık hizmetleri kullanmada gecikme gibi davranış ve alışkanlıkları sağlık ve esenlik durumunu önemli ölçüde etkilemektedir.(2) Sağlık yöneticileri ve meslek mensuplarının etkili olmak açısından kişilerin genelde toplumsal davranış, özelde de sağlık hizmeti kullanım davranışlarını iyi belirlemesi ve çözümlenmesi gerekmektedir.

* H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Doç. Dr.

** H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu.

Bireylerin hastalık durumunu algıladıktan sonra bir sağlık kurumuna başvurana kadar geçen sürenin, bireylerin sağlık durumuna özen gösterme davranışlarının bir sonucu ve ölçütü olduğu söylenebilir. Bu çalışmanın temel amacı; **bireylerin hastalık durumlarını algıladıktan veya ayrımsadıktan sonra hizmet almak için bir hastaneye başvurana kadar geçen süreyi hangi etmenlerin etkilediğini belirlemektir.** İzleyen bölümde çalışmanın çıkış noktasını ve kuramsal temelini oluşturan sağlığı etkileyen etmenler, yani sağlığın girdileri ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanım süreci ele alınacaktır. Üçüncü bölümde araştırma tasarımı ile ilgili bilgiler, dördüncü bölümde de araştırma bulguları ve bulguların tartışılması verilecektir.

II. SAĞLIĞIN GİRDİLERİ

A. Kavramsal Çerçeve

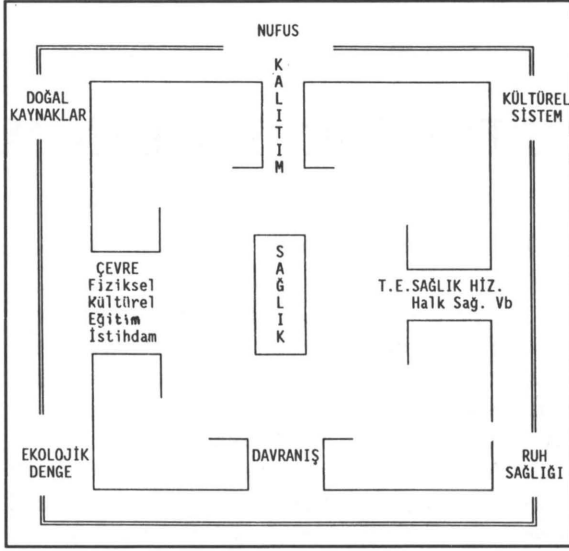
Giriş ve Amaç kısmında değinildiği gibi bireyin sağlık durumunu etkileyen ve kendi aralarında etkileşim durumunda olan bir çok etmen bulunmaktadır. Bu etmenleri sağlığın girdileri olarak görmek olanaklıdır. Henrik L. Blum, sağlığın girdilerini geniş perspektif içinde ele almakta ve bu girdileri, sağlık durumunu etkileme dereceleri bakımından aşağıdaki gibi sıralamaktadır:(3)

1. Çevre
2. Davranış
3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
4. Katılım

Şekil 1'de Blum tarafından tanımlanan sağlığın girdileri şematize edilmiştir. Bu şekilden de çıkarılabileceği gibi bu temel girdiler çeşitli sistem ve süreçler aracılığı ile etkileşim içindedirler. Bağlantı öğeleri olarak adlandırılacak bu etmenler şunlardır:

1. Doğal kaynaklar
2. Nüfus (Büyüklik, dağılım, artış hızı, genetik yapı)
3. Kültürel sistem
4. Akıl Sağlığı (Duygusal tatmin, entelektüel etkinlik, uyum gösterebilme yeterliliği)
5. Ekolojik Denge

Şekil 1. Sağlık Girdileri



B. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Bireylerin tedavi edici sağlık hizmeti kullanımını belirleyen çeşitli temel etmenler bulunmaktadır. Bu alanda sistematik çalışmaların öncülüğünü yapan Anderson ve arkadaşları (4), hizmet kullanımını belirleyen temel etmenler olarak şunları sıralamaktadır:

1. Kişisel (Predisposing) Etmenler
2. Kolaylaştırıcı (Enabling) Etmenler
3. Gereksinim Etmenleri

Yazarlara göre, bireyin hizmet arama kararı ve aldığı hizmet miktarı, bireyin özelliklerine (kişisel etmenler), hizmeti elde edebilme yeteneğine (kolaylaştırıcı etmenler) ve tıbbi bakıma duyduğu gereksinmeye (gereksinim etmenleri) bağlıdır. Riedel ve arkadaşları ise Anderson ve arkadaşları tarafından geliştirilen modelde bazı uyarlamalar yaparak, gereksinim etmenleri yerine, "Algılanan Hastalık Şiddeti" boyutunu eklemiştirler.(5) Şekil 2'de hizmet kullanım modeli sunulmuştur.

1. Kişisel Etmenler

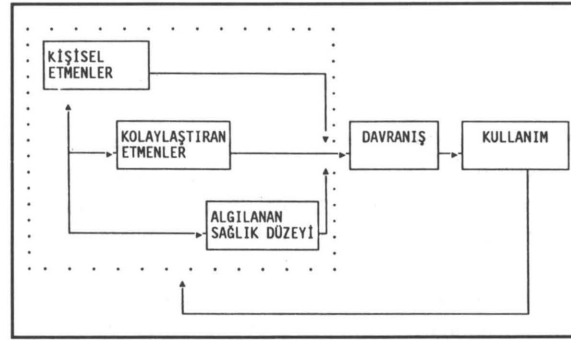
Bazı bireylerin, diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi (propensity) vardır. Bu eğilim belirli bir hastalığın başlangıcından önce varolan bireysel özellikler tarafından belirlenir. Kişisel etmenler, bireyin toplumsal, ekonomik ve kişilik-davranış özelliklerini içermektedir. Bu etmenler içinde yer alan değişkenlere örnekler Tablo 1'de verilmiştir.(6)

2. Kolaylaştırıcı Etmenler

Bireyler tedavi edici sağlık hizmetini kullanmaya ne kadar hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı olanakların varlığı gereklidir. Bireyin

hizmet elde etmesi ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı etmenler denmektedir. Kolaylaştırıcı etmenler Tablo 1'de görüldüğü gibi bireyin ailesi ile ilgili özellikleri, sigorta durumunu, ekonomik düzeyini, üyesi olduğu toplum ve yaşadığı bölgenin özelliklerini, ekonomik sistemi ve sağlık hizmetleri örgütlenmesini içermektedir.

Şekil 2. Hizmet Kullanım Modeli



3. Hastalığın Şiddeti

Birey veya onun ailesi hastalığı veya hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılayabilirler. Hastalığın algılanması, yani hizmet gereksinmesinin algılanması, tedavi edici sağlık hizmeti kullanımına yol açan temel uyarandır. Klinik değerlendirme de bu sürecin bir parçasıdır. Zira birey hastalık durumunu algıladıktan sonra formal hizmet arama davranışı göstererek kaynağa yönelmektedir. Bu yöneliş bir isteğin (want) ürünüdür. Bireyin sağlık durumunu düzeltme isteğiyle sağlık kurumuna başvurmasıyla gerçek anlamda istem (effective demand) ortaya çıkmaktadır. Klinik değerlendirme sağlık meslek mensuplarının yargılarını içeren teknik bir süreçtir. Bireyin sağlık istemini büyük ölçüde -çağdaş tıp bilimine dayalı olarak- hekim belirlemekte ve hastayı yönlendirmekte yani, bireyin tedavi edici sağlık hizmeti istemi sağlık meslek mensupları tarafından sağlık gereksinmesine dönüştürülmektedir.(7)

III. ARAŞTIRMA

A. Problem Durumu ve Cümlesi

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetiminde dikkate alınması gerekli faktörlerin başında hastaların tedavi edici sağlık hizmeti arama ve kullanma davranış kalıplarının analiz edilmesi gelmektedir. Zira insanların tedavi edici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyması ile hizmet arama ve kullanma davranışları sosyal, ekonomik, kültürel etmenlerden etkilenmektedir. Sağlık planlamacı ve yöneticilerinin hizmet düzenlemelerinde toplumun tedavi edici

Tablo 1. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanımı Etkileyen Etmenler(8)

Hazırlayıcı Etmenler	Kolaylaştırıcı Etmenler	Hastalık Durumu ve (Derecesi)
<p>a. Demografik Özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> —Yaş —Cinsiyet —İrk —Hane halkı sayısı —Medeni durum —Hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimler —Komşuluk ilişkileri <p>b. Toplumsal-Ekonomik Özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> —Eğitim düzeyi —Meslek —Gelir —Toplumsal sınıf —İstihdam durumu —Etnik köken —Dinsel köken <p>c. Tutum ve Davranış</p> <ul style="list-style-type: none"> —Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi —Koruyucu hizmetleri kullanıma ilişkin tutumlar —Sağlık hizmetinin değeri —Hastalık bilgisi —Tepki eşiği (response threshold) —Tıbbi bakımdan tatmin —Sigorta planından tatmin 	<p>a. Aile</p> <ul style="list-style-type: none"> —Ailenin toplam geliri —Sigorta durumu —Düzenli bakım —Başvuru süresi —Ulaşım süresi —Kuyrukta bekleme süresi —Özel muayene olanağı <p>b. Kamusal Özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> —İkamet —Bölge —Nüfusun hizmet kullanım oranı —Yatak başına düşen nüfus —Hizmetin sürekliliği —Hizmetin ulaşılabilirliği —Ekonomik sistem 	<p>a. Hastalık Derecesi- Algılanan</p> <ul style="list-style-type: none"> —Sakatlık süresi —Semptomlar —Algılanan sağlık düzeyi —Sağlıkla ilgili endişeler —Ağrı-sızının yoğunluğu <p>b. Hastalık-Değerlendirilen</p> <ul style="list-style-type: none"> —Tanı —Semptomlar

sağlık hizmetlerini arama ve kullanma davranış kalıplarını anlamasının zorunlu olduğu söylenebilir.

“Bireylerin hastalık durumunu algıladıktan sonra hizmet için herhangi bir sağlık kurumuna başvurana kadar geçen süreyi hangi faktörler etkilemektedir?” sorusu bu araştırmanın temel problem cümlesini oluşturmaktadır.

B. Materyal ve Yöntem

1. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Adıyaman, Ankara, Antalya, Denizli, Mersin, İstanbul, İzmir, Konya, Muğla, Samsun, Trabzon ve Zonguldak illerinde bulunan sağlık kurumlarına 25 Temmuz 30 Ağustos 1988 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmaktadır. Bu illerdeki sağlık kurumlarından olasılıksız örnekleme ile sağlık kurumları seçilmiş ve bu sağlık kurumlarının

polikliniklerine başvuran hastaların % 10'u örnekleme alınmıştır.

2. Değişkenler ve Ölçüm

Araştırmada kullanılan değişkenler, tanımları ve kodlama sistemi Tablo 2'de verilmiştir. Ancak yöntem kısmında verileceği gibi analiz işlemi sırasında kategorik değişkenler için kategori sayısının bir eksiği kadar tasarım değişkeni oluşturulmuştur.

3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu Araştırma ekibi tarafından tasarlanan, “Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması Anket Formu” kullanılmıştır.(9) Bu anket formu, 12 tanesi hastaların kişisel özellikleri, 10 tanesi sağlık hizmetleri olanakları ve 16 tanesi de sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili olmak üzere toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Anket, toplam 2733 hastaya uygulanmıştır.

Tablo 2. Değişkenlerin Tanımı ve Kodlama

Değişken Adı	Tanımı	Kodlama
BEKSUR	Hastalığın farkedilmesinden itibaren bir sağlık kurumuna başvuruncaya kadar geçen süre (Gün)	0 : Başvuru süresi <1 1 : Başvuru süresi >2
CİNS	Hastanın Cinsiyeti	1 : Erkek 2 : Kadın
YAŞ	Hastanın Yaşı	
MEDDUR	Hastanın Medeni Durumu	1 : Bekar, Dul, boşanmış 2 : Evli
ÇOCSAY	Hasta ailesindeki çocuk sayısı	
ÇOCENG	Çocuğun hizmet kullanımına engel olma durumu	0 : Engel olmuyor 1 : Engel oluyor
DIGENG	Bakıma muhtaç diğer kişinin engel olma durumu	0 : Engel olmuyor 1 : Engel Oluyor
HANEHALKI	Hane halkı sayısı	
SAĞHİZKU	Hastanın son yılda sağlık hizmeti kullanım sıklığı	
EĞİTİM	Hastanın eğitim düzeyi (YIL)	
İKAMET	Hastanın ikamet birimi	1 : İl merkezi 2 : İlçe 3 : Köy
ULAŞTUR	Ulaşım Türü	1 : Özel ve Ticari Taksi 2 : Yürüyerek, Otobüs, Dolmuş
ULAŞGİD	Hastanın hizmet kullanmak için yaptığı ulaşım giderleri (TL)	
ULAŞSÜR	Hastanın hizmet kullanmak için harcadığı süre (gün)	
UZAKLIK	Hastanın kaldığı yerin sağlık kurumuna uzaklığı	
İSTİHDAM	Hastanın istihdam durumu	1 : Çalışıyor 2 : İşsiz
CHECKUP	Hastanın düzenli checkup yaptırma durumu	0 : Yaptırmıyor 1 : Yaptırıyor
DÜZENLİGEL	Hastanın düzenli bir gelirinin bulunma durumu	0 : Düzenli Geliri var 1 : Düzenli geliri yok
SOSGÜV	Hastanın sosyal güvenlik durumu	0 : Sosyal Güvenliği Yok 1 : Sosyal Güvenliği Var
TOPGELİR	Hastanın toplam hanehalkı geliri (TL)	

NOT : Okur yazarlık değişkeni örnekler itibariyle değişmediğinden analize katılmamıştır.

4. Yöntem

Araştırmada veri analiz yöntemi olarak lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Lojistik regresyon analizi, model oluşturmak amacıyla ordinal ve nominal ölçekle ölçülmüş verilerin kullanımına olanak tanıyan ve giderek yaygın biçimde kullanılmaya başlanan çok değişkenli istatistiksel yöntemdir.

Lojistik regresyon analizinin temel amacı, doğrusal regresyon analizinde olduğu gibi model oluşturmak, yani, bağımlı değişken ile açıklayıcı (bağımsız) değişkenler kümesi arasındaki ilişkiyi belirlemek veya tanımlamak için en uygun, tutumlu

ve mantıksal modeli geliştirmektir.(10)

Lojistik regresyon analizi son yıllarda yoğun biçimde kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntem, çeşitli varsayımların (normallik, ortak kovaryansa sahip olma gibi) bozulmaları durumunda ayırma (diskriminant) analizi ve çapraz tablolara bir alternatif olurken, bağımlı değişkenin 0, 1 gibi ikili (binary) ya da ikiden çok düzey içeren kesikli değişken olması durumunda normallik varsayımının bozulması nedeniyle de doğrusal regresyon analizine alternatif olmaktadır. Varsayım kısıtı olmaması nedeniyle kullanım rahatlığının yanı sıra, çözümlenmeden elde

edilen matematiksel olarak çok esnek olması ve kolay kullanılabilirliği yönüne olan ilgiyi artırmaktadır.(11)

Araştırmada değişkenlerin tanımlanması ve ölçüm kısmında tanımlanan değişkenlerin tümü analize sokulmuş ve regresyon eşitliği elde edilmiştir. Kategorik değişkenler için tasarım değişkenleri kullanılan bilgisayar programı (SPSS.PC) tarafından yaratılmıştır. Elde edilen lojistik regresyon eşitliğindeki katsayıların önem denetimi için Wald istatistiği uygulanmıştır.

$$\text{Wald İstatistiği} = (B_1/SE (B_1))^2$$

B_1 : Bağımsız değişkenin katsayısı

SE (B_1): Regresyon katsayısının standart hatası

Elde edilen modelin doygun (full-ideal) modelden farklı olup olmadığını belirlemek için uyum iyiliği testi uygulanmıştır.(12)

IV. BULGULAR VE TARTIŞMA

Değişkenler ve ölçüm başlığında verilen değişkenlere ilişkin gözlemlerin tümü lojistik regresyon analizi işlemine tabi tutulmuş ve Tablo 3'de verilen sonuçlar elde edilmiştir. Tablonun birinci kolunda lojistik regresyon katsayısı (B), ikinci kolonda katsayının standart hatası, üçüncü kolonda Wald istatistiği değeri (Wald), dördüncü kolonda Wald istatistiğinin serbestlik derecesi (s.d.), beşinci kolonda Wald istatistiğinin önem düzeyi (p), beşinci kolonda bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle olan kısmi ilişki katsayısı (R), ve son kolonda (Exp B) ise odds oranları sunulmuştur.

Tablo 3. Lojistik Regresyon Çözümlemesi Bulguları

Değişkenler	B	S.E.(B)	Wald	s.d.	p	R	Exp(B)
CİNS	0.04800	0.21670	0.05	1	0.82	0.00	1.049
YAŞ	0.01080	0.00850	1.64	1	0.20	0.00	1.011
MEDDUR	0.40750	0.32570	1.57	1	0.21	0.00	1.503
COCSAY	3.76540	13.50390	0.08	1	0.78	0.00	43.180
COCENG	-0.33190	0.20140	2.72	1	0.10	-0.03	0.718
DİGENG	-0.57660	0.31020	3.46	1	0.06	-0.04	0.562
HANEHALKI	0.03480	0.04270	0.66	1	0.42	0.00	1.035
EĞİTİM	0.20320	0.14040	2.09	1	0.15	0.01	1.225
İKAMET	0.54280	2.00000	0.76	0			
İKAMET(1)	-0.12090	0.17370	0.48	1	0.49	0.00	0.886
İKAMET(2)	0.09580	0.14490	0.44	1	0.51	0.00	1.101
ULAŞTÜR	5.14600	13.5033	0.15	1	0.70	0.00	171.745
ŞİZKUL	0.03260	0.02690	1.47	1	0.23	0.00	1.033
ULAŞSÜR	0.00130	0.00080	2.35	1	0.13	0.02	1.001
UZAKLIK	0.62110	0.17380	12.77	1	0.00	0.10	1.861
İSTİHDAM	0.09360	0.21630	0.19	1	0.67	0.00	1.098
SOSGÜV	-0.12220	0.21030	0.34	1	0.56	0.00	0.885
CHCKUP	0.47890	0.20020	5.72	1	0.02	0.06	1.614
DÜZGEL	0.04470	0.21370	0.04	1	0.83	0.00	1.046
TOPGEL	-0.00003	0.00005	0.51	1	0.47	0.00	1.000
ULAŞHAR	-0.00007	0.00003	7.92	1	0.00	-0.08	1.000
SABİT	-14.96740	30.22510	0.25	1	0.62		

Lojistik Regresyon Eşitliğine İlişkin İstatistikler

	X ²	s.d.	p
-2 Log Olabilirlik	983.835	917	.0618
Model Kikare	61.103	20	.0000
Gelişme	61.103	20	.0000
Uyum İyiliği	928.447	917	.3891

Bu regresyon eşitliğinin istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı uyum iyiliği istatistiği ile irdelenmiş ve eşitliğin istatistiksel açıdan anlamlı, kuramsal (doygun) modelden farklı olmadığı saptanmıştır (X² = 928; sd = 917; p = 0.389). Modelin yeterliliğini değerlendirmede kullanılacak diğer ölçüt olan doğru sınıflama oranı da % 75.82 olarak bulunmuştur.

Lojistik regresyon katsayılarının önem denetimi sonuçları; DİGENG - Diğer bir kişinin engel olma durumu (p = 0.06), UZAKLIK - kişinin ikamet yerinin sağlık kurumuna uzaklığı (p = 0.0004), CHECKUP - checkup yaptırma durumu (p = 0.0167) ve ULAŞHAR Ulaşım Harcamaları (p = 0.0049) değişkenlerinin istatistiksel açıdan anlamlı göstermektedir. Buna göre lojistik regresyon eşitliğini şöyle formüle etmek olanaklıdır:

$$Y (\text{BAŞSÜR}) = -0.5766 (\text{DİGENG}) + 0.6211 (\text{UZAKLIK}) + 0.4789 (\text{CHECKUP}) - 0.00007 (\text{ULAŞHAR}).$$

Bir hastanın yukarıda verilen değişkenlerle ilgili ölçümleri yapıp yerine konulduğunda o hastanın başvuru süresinin 1 günden fazla olma olasılığı şu formülle bulunabilir:

$$P (\text{BAŞSÜR} > 1 \text{ GÜN}) = 1/(1 + e^Y)$$

Bu oranın 0.5'den büyük olması durumunda hastanın bir günden fazla süre içinde, 0.5'den küçük çıkması durumunda ise 1 günden daha az sürede başvuruda bulunacağı söylenebilir.

Değişkenlere ait katsayıların yorumlanmasında temel olarak odds oranları kullanılmakta ve odds oranı 1'den büyük ise aynı yönde bir ilişkinin, 1'den küçük olması durumunda ters ilişkinin varlığından sözedilir. Katsayının 1'e eşit olması durumunda iki değişken arasında bir ilişkinin bulunmadığı çıkarılır. Buna göre araştırmanın başlıca bulguları şöyle sıralanabilir:

(1) **Hastanın sorumlu olduğu bakıma muhtaç bir kişinin varlığı başvuru süresini artırmaktadır.** Çocuklar dışında bakıma muhtaç birisinin sorumluluğunu üstlenen kişinin (DİGENG = 1) 1 günden daha fazla sürede sağlık kurumuna başvurma süresi, böylesi bir sorumluluğu olmayan kişiye (DİGENG = 0) göre daha yüksektir.

Başka bir deyişle, bakıma muhtaç birisinin sorumluluğunu üstlenen kişinin, böyle bir sorumluluğu olmayan kişiye göre başvuru süresi hemen hemen iki kat daha fazla olasılıkla 1 günden uzun olacaktır.

- (2) **Hastanın sağlık kurumuna uzaklığı arttıkça başvuru süresi artmaktadır.** Uzaklık ile başvuru süresi arasında aynı yönde bir ilişki bulunmaktadır. Hastanın ikamet yerinin, sağlık kurumuna uzaklığı 1 birim (km) arttıkça bireyin 1 günden daha uzun sürede sağlık kurumuna başvuru riski 1.033 kat daha fazlalaşmaktadır.
- (3) **Checkup yaptıran bireyler, yaptırmayanlara göre daha kısa sürede sağlık kurumuna başvurmaktadır.** Sağlık durumu hakkında düzenli kontroller yaptıran kişilerin sağlık hizmeti arama davranışında daha özenli davranacakları ileri sürülebilir. Bu bulgu da, sağlık kontrolü yaptıran kişilerin yaptırmayan kişilere oranla daha kısa sürede sağlık kurumuna başvurduklarını ortaya koymaktadır. Checkup yaptırmayan bireylerin (CHECKUP = 1) yaptıranlara (CHECKUP = 0) göre 1 günden daha fazla sürede sağlık kurumuna başvurma olasılığı 1.6 kat daha fazladır.
- (4) **Ulaşım harcamaları arttıkça başvuru süresi azalmaktadır.** Bu durumun temel nedeninin, hastanın ucuz ulaşım olanakları (dolmuş, belediye otobüsü vb) kullanmak yerine daha pahalı ancak daha hızlı araçlar (örneğin ticari taksi) kullanmaları olduğu söylenebilir. Zira, katsayısının önemli olmamasına rağmen, ULAŞTÜR değişkeni ile başvuru süresi arasındaki ilişki incelendiğinde, özel ve ticari taksi kullanan kişilerin, diğer araçları kullanan kişilere oranla daha kısa sürede başvurdukları görülmektedir. Kuşkusuz hangi ulaşım aracının kullanılacağını hastanın gelir durumu da etkilemektedir. Toplam gelir ile başvuru süresi arasında ters bir ilişkinin bulunduğu ancak regresyon katsayısının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir.

Gesler ve Meade (13) tarafından yapılan araştırma bulguları, uzaklık değişkeninin sağlık hizmeti kullanımında önemli bir etmen olduğunu ve değişik, ırk, cinsiyet ve yaş gruplarında farklı etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Bu sonuç, yapılan araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Abernathy ve Moore (14) tarafından gerçekleştirilen diğer bir çalışmada da, değişik kökenli nüfus gruplarındaki sağlık hizmeti kullanımının (koruyucu sağlık hizmetleri) gelir, eğitim düzeyi, yaş, anadil, ulaşım süresi (logaritma dönüştürmesi yapılmıştır) ve ikamet biriminde kalış süresi bakımından farklılıklar göster-

diği, başka bir deyişle bu özelliklerin hizmet kullanımında önemli ve etkili olduğu saptanmıştır.

John F. Newman (15), yaş, cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi, hekimlik hizmetlerinin değeri (value), hizmetin değeri, sağlık bilgisi ve hastalık belirtilerine tepki (response) değişkenlerini içeren kişisel etmenler; aile geliri, istihdam durumu, sigortalılık durumunu içeren kolaylaştırıcı etmenler ve rahatsızlık süresi, hastalık belirtilerinin şiddetini içeren hastalık şiddeti etmenleri ile tıp ve dişçilik hizmetlerinin kullanımı hekim ve diş hekimine başvuru sayısı ve hekim ve diş hekiminin visit sayısı) arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonucunda, kişisel etmenlerin, hekime başvurma davranışındaki varyansın % 2.5'ini (R^2), hekim visitlerindeki varyansın % 2.0'unu, diş hekimliği hizmetlerine başvurma davranışındaki varyansın % 12'sini, diş hekimi visitlerindeki varyansın ise % 1.4'ünü açıkladığı saptanmıştır. Tüm etmenlerin ise hekime başvurma davranışındaki varyansın % 11'ini, hekim visitlerindeki varyansın % 9'unu, diş hekimliği hizmetlerine başvurma davranışındaki varyansın % 17'sini, diş hekimi visitlerindeki varyansın ise % 6.4'ünü açıkladığı saptanmıştır. Kasper (16) tarafından yapılan araştırma da ailedeki birey sayısı, ailenin toplam geliri, ikamet birimi, yaş ve ırk değişkenleri ile bir yılda ailedeki çocukların ve yetişkinlerin hekime başvuru yüzdesi, hekimin çocuklar ve yetişkinler için yaptığı yıllık ortalama visit sayısı arasındaki ilişkiyi irdelemiştir. Yazar, yukarıda verilen kullanımı etkileyen etmenlerin ailedeki çocukların hekime görünme sayısındaki varyansın % 17'sini (R^2), yetişkinlerin hekime görünme sayısındaki varyansın % 16.6'sını, hekimin ailedeki çocuklar için yaptığı visit sayısındaki varyansın % 13'ünü, yetişkinler için yaptığı visit yaptığı sayısındaki varyansın % 13.7'sini açıkladığını belirlemiştir.

Hizmet kullanımını etkileyen temel etmenler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, hastalık temelinde (apandisit, uterus fibromyoma, cholecystitis ve cholelithiasis, urinary trace infection) hizmet kaynağının özellikleri (hastanenin büyüklüğü ve yerleşim birimi, komplikasyon, tıbbi kadroların uzmanlaşma durumu, gerçekleştirilen cerrahi işlemler) ile bireysel özellikler (yaş, cinsiyet hastane giderlerine katılma oranı) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler belirlenmiştir (17), (18).

Kaya (19) tarafından yapılan araştırma bulguları, kişilerin sağlık olanağına başvuru süresinin yaş gruplarına, ikamet yerine, eğitim düzeyine, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumunun türüne ve toplam aile gelirine göre farklılık gösterdiğini, başka bir deyişle bu etmenlerle başvuru süresi arasında bir

ilişkinin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Aynı araştırmada, hekime görünme sayısını, bireyin genel sağlık durumunun, belirli bir doktorunun bulunmasının, işgöremezlik gün sayısının, sosyal güvenlik durumunun, okur yazarlık durumunun etkilediği saptanmıştır.

Hizmet kullanımını etkileyen bir diğer önemli etmen de ülkenin ekonomik sistemidir. Ekonomik sistemin, dayalı olduğu felsefenin insan ögesine bakışı açısından yukarıda sayılan kullanımı etkileyen etmenler üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisinin bulunduğu söylenebilir. (20)

V. SONUÇ

Araştırmada bireylerin sağlık hizmeti kullanımında, beklenildiği gibi sağlık kurumunun uzaklığı, bireyin ailesinde bakmakla yükümlü olduğu kişinin varlığı, sağlığı konusundaki özen gösterme davranışı (örneğin checkup yaptırma) ve ulaşım harcamalarının etkili olduğu görülmektedir. Bu konuda daha kapsamlı araştırmalar yapılarak hizmet kullanım sürecinde rol oynayan tüm etmenlerin yön ve derecesinin saptanmasına gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışmalar yapılmaksızın sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları planlamasının nesnel ve temel dayanaklarından yoksun kalacağı ve etkili sonuçlar veremeyeceği söylenebilir. Diğer yönden sağlık mesleği mensuplarının bu tür etmenleri belirlemesi ve çözümlenmesi, hizmet sunum sürecindeki davranışları biçimlendirmesi bakımından yararlı olacaktır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımında rol oynayan etmenlerin belirlenmesi, ayrıca, sağlıkta eşitliğin sağlanmasının çıkış noktasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün temel ilkelerinden bir tanesi, her bireyin, cins, ırk, siyasi ve dini inancı, olursa olsun sağlık düzeyini maksimum düzeye çıkarma hakkının bulunduğuudur. Toplumsal sınıflar arasındaki hizmet kullanım eşitsizliklerinin giderilmesi, her bireyin gereksinim duyduğu hizmete ulaşması ve özellikle kullanması eşitliğin sağlanmasının bir ifadesidir.

Diğer yönden, böylesi araştırmalar, halk sağlığı konusunda eğitim çalışmalarının tasarımı ve uygulanmasında da yararlı olabilir. Toplumun sağlık davranışlarının analiz edilmesi ve bu davranış kalıplarının ideal davranış normları ile karşılaştırılarak olumlu davranışların pekiştirilmesi, istenmeyen davranışların değiştirilmesi için girişimlerin başlatılması olanaklı olabilir.

DİPNOTLAR

1. Bu konuda daha fazla bilgi için bak: Zschock, K. Dieter (1979). *Health Care Financing in Developing Countries*. Washington: American Public Health Association. s.6-7.
2. Schultz, Rockwell, Johnson, A.C. (1976). *Management of Hospitals*. New York: McGraw Hill Book Company, s.6.
3. Blum, L. Henrik (1974). *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. New York: Human Sciences Press.
4. Andersen, Ronald, Kravits, Joanna, Enderson, W. Odin (1975). *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*. Cambridge: Ballinger Publishing Company.
5. Riedel, C. Donald, Walden, C. Daniel, Meyers, M. Samuel,

Wilson, Renate, (1984). *Use of Health Care Resources: Comparative Study of Two Health Plans*. Ann Arbor: Health Administration Press. s.36-37.

6. Temel etmenler konusunda ve değişkenlerin bu temel etmenler açısından gruplandırılmasında çeşitli farklılıklar bulunmaktadır. Değişkenler konusunda daha fazla bilgi için bak: Anderson, Anderson, Ronald (1975). "Health Services Distribution and Equity" içinde Andersen, Ronald, Kravits, Joanna, Enderson, W. Odin (Eds), *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*. Cambridge: Ballinger Publishing Company. ss 9-32. Meyers, M. Samuel (1984). "Household Survey Design and Methods" içinde Riedel, C. Donald, Walden, C. Daniel, Meyers, M. Samuel, Wilson, Renate, (eds). *Use of Health Care Resources: Comparative Study of Two Health Plans*. Ann Arbor: Health Administration Press. s.36-37.
7. Mooney, Gavin (1986). *Economics, Medicine and Health Care*. New York: Harvester Wheatsheaf Inc.
8. Kapsamlı değişkenler dizisi için ayrıca bak: Becker, H. Marshall, Maiman, A. Lois. "Models of Health Related Behavior" içinde Davit Mechanic (ed). *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*. New York: The Free Press, s. 561-566.
9. Araştırmanın yöneticiliğini Doç. Dr. Tevfik Dinçer üstlenmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı için bak: Dinçer, Tevfik (1988). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanımı*. (Yayınlanmamış Araştırma) Ankara: H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu.
10. Hosmer, C. Lemeshow, K. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley and Sons Inc., s.1.
11. Tatlıdil, Hüseyin (1992) *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Analiz*. Ankara: s. 225.
12. Norris, (1989). *SPSS Advanced Statistics User Guide*. Chicago: SPSS Inc, Lojistik Regresyon Çözümlemesi ile ilgili olarak daha fazla bilgi için bak: Tatlıdil, Hüseyin (1992). age, Hosmer, Lemeshov (1989), age.
13. Gesler, M. Wilbert, Meade, S. Melinda (1989). "Locational and Population Factors in Health Care-Seeking Behavior in Savannah, Georgia" içinde DeFries G. I., Ricketts, T.C., Stein S. Jane, *Methodological Advances in Health Services Research*. Ann Arbor: Health Administration Press. ss.67-86.
14. Abernathy, W.J., Moore J. R. (1972). "Regional Planning of Primary Health Care Services". *Medical Care*. Vol: 10, No: 5, ss.380-394.
15. Newman, F. John (1975). "Age, Race and Education as Predisposing Factors in Physician and Dentist Utilization", içinde Andersen, Ronald, Kravits, Joanna, Enderson, W. Odin. *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*. Cambridge: Ballinger Publishing Company. ss. 35-71.
16. Kasper, Judith (1975). "Physician Utilization and Family Size" içinde Andersen, Ronald, Kravits, Joanna, Enderson, W. Odin. *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*. Cambridge: Ballinger Publishing Company. ss. 55-70.
17. Riedel, C. Donald, Fitzpatrick, B. Thomas (1964). *Patterns of Patient Care: A Study of Hospital Use in Six Diagnosis*. Ann Arbor: University of Michigan Bureau of Hospital Administration. s. 167.
18. Hizmet kullanımı etkileyen etmenler ve hizmet kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer araştırmalar ve ana yaklaşımlar için ayrıca bak: Andersen, Ronald, Kravits, Joanna, Enderson, W. Odin (Eds), (1975). *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*. Cambridge: Ballinger Publishing Company. Becker, H. Marshall, Maiman, A. Lois (1983). "Models of Health-Related Behavior" içinde David Mechanic (Ed). *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*. New York: The Free Press, ss. 539-568.
19. Kaya, Sıdıka (1992). *Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
20. Bu konuda daha fazla bilgi için bak: Soyer, Ata (1993). "Sosyalizm mi, Kapitalizm mi?": Halkın Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama Hangisi Başarılı? *Toplum ve Hekim*. Sayı: 53, 27-40.