

## Araştırmalar

# ANKARA METROPOLİTAN ALANDA SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN POTANSİYEL VE GERÇEKLEŞEN KULLANILABİLİRLİĞİ

Sıdıka KAYA\*

### GİRİŞ

Sağlığı etkileyen faktörlerden biri olan sağlık bakım hizmetleri sisteminin toplum sağlığına en fazla katkıyı sağlayabilmesi için, sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan kişilerin hepsi tarafından kullanılabilir olması gerekir.

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğine ilişkin en kapsamlı modelde, Aday ve Andersen kullanılabilirlik kavramının çeşitli yönlerini teorik bir çerçeve içinde bütünlüştürmüşlerdir.

Bu çerçeveye göre kullanılabilirlik, belirli bir nüfusun sağlık bakım hizmetleri sistemine potansiyel ve gerçekleşen (fiili) girişini niteleyen boyutlar olarak tanımlanabilir. Kişinin bakım sistemine girme olasılığı sistemin kendi yapısından (sağlık bakım kaynaklarının mevcudiyeti ve organizasyonundan) ve potansiyel tüketicilerin bakım arama sürecine getirebileceği istekler, kaynaklar ve ihtiyaçların tabiatından etkilenir. Giriş amacının gerçekleşmesi nüfusun kullanım yüzdelerinde ve kişilerin aldıkları bakımı öznel olarak değerlendirmelerinde yansır.

Kişinin düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, bakım almak için gitmek zorunda olduğu uzaklık, sigorta kapsamı ve toplam yıllık geliri, istediği ya da ihtiyaç duyduğu bakımı alabilmesini ve bakım arama sürecinin ne kadar memnuniyet verici

olacağını etkileyebilir. Bununla birlikte, kullanım yüzdeleri ve memnuniyet puanları, bunların ve diğer çeşitli determinantların gerçek etkisini tanımlar. Genellikle kullanılabilirliğin nüfusun sağlık statüsündeki en son değişikliklere bakılmaksızın sisteme giriş hakkına işaret ettiği düşünüldüğü ve sağlık bakım hizmetleri sistemiyle ilişkide bulunmaktan başka faktörler de (örneğin, kalıtsal, beslenmeyle ilgili ve çevresel etkiler) sağlık statüsünü etkileyebileceği için, kullanılabilirlik çerçevesinin son noktaları olarak, sağlık statüsündeki değişikliklerden çok, kullanım yüzdeleri ve memnuniyet puanları alınır (2).

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırarak daha sağlıklı bir toplum oluşturulabilmesi için, sağlık yöneticileri, öncelikle bu hizmetlerin toplumu oluşturan kişiler ya da gruplar tarafından kullanılabilme derecesini ve kullanılabilirlik sorunlarını belirlemelidir.

### AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Ankara metropolitan alanda yaşayan halkın çeşitli grupları arasında sağlık hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği bakımından fark olup olmadığının ve hizmetlerin kullanılabilirliğiyle ilgili sorunların belirlenmesidir.

### YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde bulunan Altındağ, Çankaya, Keçiören, Mamak ve Yenimahalle ilçe merkezlerindeki evhalkı oluşturmaktadır. Etimesgut İlçe Belediyesi 20 Mayıs 1990 tarihinde kurulmuştur. Araştırmanın veri toplama aracı olan anketin uygulanmasına ise Mart 1991 tarihinde başlanmış ve son bir yıla ilişkin (Nisan 1990 - Mart 1991) veri toplanmıştır. Etimesgut, araştırmanın kapsadığı sürenin başlangıcında ilçe olmadığı için araştırma kapsamına

\* Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Yrd. Doç. Dr. Türk Tabipleri Birliği ve Milli Prodüktivite Merkezi tarafından mali olarak kısmen desteklenen *Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği(1)* isimli doktora tezinin bulgularından yararlanılarak hazırlanan bu çalışmanın ilk versiyonu European Healthcare Management Association tarafından 1993 yılında Varşova'da düzenlenen "Managing Healthcare Markets" konulu konferansta sunulmuştur.

alınmamıştır. 30 Mart 1988 tarihinde Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içine alınan Sincan İlçe Merkez Belediyesinde ise bu araştırma açısından metropolitan alan davranışına esas olacak bir hastane bulunmamakta, burada yaşayan halk, çevre köylerde yaşayanlar gibi başka yerlerdeki hastanelere gitmektedir. Bu ilçe sakinleri metropolitan alan davranışlarını göstermekten fiziki olarak yoksun oldukları ve ayrıca nüfusunun da çok az olduğu dikkate alınarak, Sincan ilçesi de araştırma kapsamına alınmamıştır.

Örneklem seçimi Altındağ, Çankaya, Mamak, Keçiören ve Yenimahalle ilçe merkezlerinin nüfuslarına orantılı olarak yapılmıştır. Böylece, örnekleme alınması kararlaştırılan 500 evhalkından her ilçeye düşen evhalkı sayısı bulunmuştur. Daha sonra, Devlet İstatistik Enstitüsüne başvurulmuş ve burada önce her ilçeden tesadüfi yöntemle mahalleler, sonra bu mahallelerden de yine tesadüfi yöntemle onar evden oluşan kümeler seçilmiştir.

Örnekleme çıkan evhalkına anket uygulanarak toplanan verilerin analizi SPSS programı ile bilgisayarda yapılmıştır. Analizde  $\chi^2$ , t ve F testlerinden yararlanılmıştır.

Örneklemin evreni temsil edip etmediği araştırılmıştır. Ekim 1990'da yapılan Genel Nüfus Sayımının Ankara ili sonuçlarından (3) Altındağ, Çankaya, Keçiören, Mamak ve Yenimahalle ilçe merkezlerinin yaş gruplarına göre nüfusları bulunarak toplanmıştır. Tablo 1'de görüldüğü gibi, örneğe çıkan ve çıkmayan kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı arasında istatistiksel olarak fark yoktur. Bu ilçe merkezleri nüfusunun %51'i erkektir. Örneklem grubunun da %51'i erkeklerden oluşmaktadır. Aynı ilçe merkezleri nüfusundan 6 ve daha yukarı yaşta olanların %91'i okuma-yazma bilmektedir. Örneklem grubunda 6 ve daha yukarı yaşta olanların ise %92'sinin okuma-yazması vardır ve aradaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $t=0.48$ ,  $SD=1.64$ ,  $p>0.05$ ). Ayrıca, örneğe çıkan ve çıkmayan evlerin evhalkı büyüklükleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $\chi^2=2.45$ ,  $SD=6$ ,  $p>0.05$ ). Bu bilgilerin ışığında örneklemin evreni temsil ettiği sonucuna varılmıştır.

#### BULGULAR VE TARTIŞMA

Örnekleme giren evhalkının %95'inden cevap alınmıştır. 475 evde yaşayan 1922 kişinin %51'i erkek, %49'u kadındır. Araştırmada, medeni durum 12 ve daha büyük yaşta kişiler için, eğitim ve çalışma durumu ise 7 ve daha büyük yaşta kişiler için sorulmuştur. 7 ve daha büyük yaşta 1685 kişinin %93'ünün okuma-yazması vardır ve %35'i gelir getirsin veya getirsin her hangi bir işte çalışmaktadır. Çalışmayan 1097 kişinin %42'si evhanımı, %41'i öğ-

renci, %9'u emekli, %5'i işsiz, %3'ü ise irat sahipleri, hastalar, özürlüler, askerler, yaşlılar ve kursa gidenlerden oluşmaktadır. İncelenen kişilerin %60'ının evhalkı gelirin düşük, %26'sının yüksek, %11'inin en yüksek, %3'ünün en düşük grupta yer aldığı bulunmuştur. Gelirin gruplanmasında araştırma yapılan evlerin yıllık ortalama evhalkı geliri ve bunun standart sapmasından yararlanılmıştır.

Araştırma yapılan evlerin yıllık ortalama evhalkı geliri 19,570,000 TL dir. Bunun standart sapması 14,786,000 TL dir. Buna göre en düşük evhalkı gelirin 600,000 TL - 4,784,000 TL (belirtilen minimum evhalkı geliri ile ortalamadan bir standart sapma eksik değer), düşük evhalkı gelirin 4,785,000 TL - 19,570,000 TL (1. grubun yüksek değerinin 1,000 TL fazlası ile ortalama değer), yüksek evhalkı gelirin 19,571,000 TL - 34,356,000 TL (2. grubun yüksek değerinin 1,000 TL fazlası ile ortalamadan bir standart sapma fazla değer), en yüksek evhalkı gelirin ise 34,357,000 TL - 120,000,000 TL (3. grubun yüksek değerinin 1,000 TL fazlası ile belirtilen maksimum evhalkı geliri) arasında olduğu kabul edilmiştir.

Aşağıda sağlık hizmetlerinin örnekleme çıkan evhalkını oluşturan kişiler tarafından potansiyel ve gerçekleştirilen kullanılabilirliği üzerinde durulmaktadır.

**Tablo 1 : Örneğe Çıkan ve Çıkmayan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Yaş Grupları	Örneğe Çıkan		Örneğe Çıkmayan		Toplam*
	Sayı	%	Sayı	%	
0-4	162	8.4	211110	8.8	211272
5-9	197	10.3	240779	10.1	240976
10-14	199	10.4	254668	10.6	254867
15-19	199	10.4	273542	11.4	273741
20-24	200	10.4	267296	11.2	267496
25-29	189	9.8	245540	10.3	245729
30-34	170	8.8	204613	8.5	204783
35-39	117	6.1	168540	7.0	168657
40-44	118	6.1	134173	5.6	134291
45-49	98	5.1	101413	4.2	101511
50-54	69	3.6	83367	3.5	83436
55-59	66	3.4	73182	3.1	73248
60-64	58	3.0	57972	2.4	58030
65-69	36	1.9	34562	1.4	34598
70-74	19	1.0	18384	0.8	18403
75-79	11	0.6	13998	0.6	14009
80+	14	0.7	12286	0.5	12300
Toplam	1922	100.0	2395425	100.0	2397347

\* Kaynak : T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (1993). 1990 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal Ekonomik Nitelikleri, İli: Ankara, Yayın No: 1561, Ankara, s.42-45.  
 $\chi^2=20.028$ ,  $SD=16$ ,  $p>0.05$

## 1. Potansiyel Kullanılabilirlik

### a. Düzenli Bakım Kaynağı

Yapılan çalışmalar kişinin düzenli bir bakım kaynağının (regular source of care), yani hastalandığında ya da sağlığı konusunda danışmak istediği zaman genellikle gittiği belirli bir kişi ya da belirli bir yerin olmasının, sadece hizmetleri kullanımının değil, aldığı hizmetlerden memnuniyetinin de bir göstergesi olduğunu göstermiştir. Üstelik, düzenli bir bakım kaynağına sahip olma sürekliliği daha fazla olan bakımla bir tutulur. Bu da genelde alınan bakımın kalitesini yükselttiğinden istenen bir durumdur. Ayrıca bakımın sürekliliği ve düzenli bir bakım kaynağına sahip olma, kaliteli bakımı oluşturan öğelerden biri olan önerilen tedaviye uyma ile de ilgilidir.

Bununla birlikte, düzenli bir bakım kaynağına sahip olma, kendiliğinden bütün çıktıların olumlu olmasını sağlamaz. Kaynağın türü de sürekli bakım elde etmede önemli olabilir. Düzenli bakım kaynağının hastane polikliniği veya acil servisi olmasının, sadece özel muayenehaneye göre daha az sürekli bakımla ilişkili olabileceği için değil, fakat aynı zamanda genellikle hastayı daha az memnun edici ve daha pahalı bakım sağladığı için de genelde nüfus için uygun olmadığı düşünülür(4).

Tablo 2'de düzenli bakım kaynağı olan ve olmayan kişilerin seçilmiş bazı özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Düzenli bakım kaynağı ile ilgili soruya (hastalandığında ya da sağlığı konusunda danışmak istediği zaman, genellikle gittiği belirli bir kişi ya da belirli bir yer var mı şeklindeki soruya) geçerli cevap veren 1864 kişiden %57'sinin düzenli bakım kaynağı vardır, %43'ünün ise yoktur. Bu durum kişilerin oturdukları ilçelere, sağlık açısından sosyal güvencelerinin olup olmasına, evhalkı gelirlerine ve çalışmama nedenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekte, ancak yaş gruplarına göre anlamlı fark göstermemektedir.

Araştırmada, "sağlık masraflarını kısmen veya tamamen karşılayan herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mı?" sorusuna "evet" cevabı alınan 1480 kişinin %34.9'u halen çalışmakta olan memur ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, %8.9'u Emekli Sandığı'na bağlı (emekli), %41.9'u Sosyal Sigortalar Kurumuna, %12.4'ü Bağ-Kur'a, %0.9'u özel sigortaya bağlı, %0.7'si öğrenci, %0.3'ü ise Kore gazileri ve yaşlılık aylığı alanlardan oluşmaktadır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, sosyal güvencesi olanların %36'sının, olmayanların ise %67'sinin düzenli bakım kaynağı yoktur. Sosyal güvencesi olanlar içinde düzenli bakım kaynağına sahip olanların en az bulunduğu gruplar Bağ-Kur'lular ve SSK'lılardır.

Tablo 2 : Düzenli Bakım Kaynağı Olan ve Olmayan Kişilerin Seçilmiş Nüfus Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Düzenli Bakım Kaynağı Olanlar		Düzenli Bakım Kaynağı Olmayanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grupları*</b>				
0-5	108	57	81	43
6-17	247	55	205	45
18-34	341	55	284	45
35-54	239	60	158	40
55-64	76	62	46	38
65+	53	67	26	33
Toplam	1064	57	800	43
<b>İlçeler</b>				
Altındağ	218	73 **	82	27
Çankaya	253	54 **	216	46
Keçiören	200	42 **	275	58
Mamak	224	62	140	38
Yenimahalle	169	66	87	34
Toplam	1064	57	800	43
<b>Sosyal Güvencesi</b>				
Var	932	64 **	533	36
Yok	132	33	267	67
Toplam	1064	57	800	43
<b>Evhalkı Geliri</b>				
En Düşük	16	33 **	33	67
Düşük	612	55 **	505	45
Yüksek	301	61 **	189	39
En Yüksek	135	65 **	73	35
Toplam	1064	57	800	43
<b>Çalışmama Nedeni</b>				
Emekli	70	70 §	30	30
Öğrenci	235	55	193	45
Evhanımı	246	55	200	45
İş Arıyor, İşsiz	25	47	28	53
Diğer	21	57	16	43
Toplam	597	56	467	44

Anlamlılık düzeyleri, her bir özellik kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.

\* p > 0.05

\*\* p < 0.001

§ p < 0.05

Bağ-Kur'luların %45'inin, SSK'luların ise %43'ünün düzenli bakım kaynağı yoktur. Araştırmada kişilere neden düzenli bir bakım kaynaklarının olmadığı sorulmamıştır. Ancak, düzenli bakım kaynağı bulunmadığını belirten Bağ-Kur'luların %47'si, SSK'luların %12'si, hastalandıklarında özel muayenehaneye veya özel polikliniğe gidebileceklerini belirtmiştir. Ayrıca, sosyal güvencesi olup düzenli bakım kaynağı olmayan kişilerin %28'i son bir yıl içinde en az bir kere özel muayenehane veya özel po-

**Tablo 3 : Düzenli Bakım Kaynağında Belirli Bir Doktora Giden ve Gitmeyen Kişilerin Seçilmiş Nüfus Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Belirli Bir Doktora Gidenler		Belirli Bir Doktora Gitmeyenler	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>				
0-5	16	15	92	85
6-17	22	9	225	91
18-34	29	9	312	91
35-54	21	9	216	91
55-64	15	20*	61	80
65+	15	29*	37	71
Toplam	118	11	943	89
<b>İlçeler</b>				
Altındağ	11	5	207	95
Çankaya	62	25*	190	75
Keçiören	15	8	184	92
Mamak	10	4	214	96
Yenimahalle	20	12	148	88
Toplam	118	11	943	89
<b>Sosyal Güvencesi</b>				
Var	113	12§	816	88
Yok	5	4	127	96
Toplam	118	11	943	89
<b>Evhalkı Geliri</b>				
En Düşük+				
Düşük	54	9	574	91
Yüksek	21	7	278	93
En Yüksek	43	32*	91	68
Toplam	118	11	943	89
<b>Çalışmama Nedeni</b>				
Emekli	14	20	55	80
Öğrenci	22	9	213	91
Evhanımı	27	11	219	89
İş Arıyor, İşsiz	1	4	24	96
Diğer	2	10	19	90
Toplam	66	11	530	89
Anlamlılık düzeyleri, her bir özellik kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.				
* p < 0.001				
§ p < 0.01				

likliniğe gitmiştir. Sosyal güvencesi olanların bir kısmının, para vermeden sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma imkanı varken, düzenli bakım kaynaklarının olmaması ve özel sağlık bakım kaynaklarına başvurmaları, aldıkları hizmetten duydukları memnuniyetle ilgili olabilir.

Kişilerin evhalkı geliri düştükçe, düzenli bir bakım kaynağına sahip olma yüzdeleri de düşmektedir. Evhalkı geliri en yüksek grupta olanların düzenli bakım kaynağına sahip olma yüzdesi (%65),

en düşük grupta olanlarınkinin (%33) iki katı kadardır. Çankaya ve Keçiören ilçelerinde oturanların ve çalışmayan kişilerden emekliler dışında kalanların da düzenli bakım kaynağına sahip olma yüzdeleri diğerlerinden düşüktür (Tablo 2).

Kişilerin düzenli bir bakım kaynağı olsa bile, orada belirli bir doktora gidip gitmedikleri, bakımın sürekliliği açısından önemlidir.

Süreklilik (continuity), hastalara sağlık bakım hizmetlerinin verilmesindeki koordinasyon derecesine işaret eder. Sağlık sisteminin, zaman içinde, çeşitli kuruluşlarda hastaya verilen çeşitli hizmetleri bir-biriyle ilişkilendirme ve bütünleştirme derecesinin bir ölçüsüdür (5). Myers'in belirttiği gibi, iyi bir tıbbi bakımın temel öğelerinden biri sürekliliktir (6). Kişisel sağlık bakım hizmetlerinin sürekliliğinin en iyi şekilde sağlanması için, kişilerin merkezi bakım kaynaklarına sahip olması gerekir. Genellikle kişi veya aile doktoru olan bu kaynak, kişinin ihtiyacı olan genel sağlık hizmetlerinin çoğunu sürekli olarak yönlendirebilir ve kişinin ihtiyaç duyduğu tüm bakımı direkt olarak sağlamasına bile koordine edebilir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, düzenli bakım kaynağı olan kişilerin sadece % 11'i orada belirli bir doktora gitmekte yani oraya gittiği zaman genellikle aynı doktora görünmektedir. Bu durum, kişilerin yaş gruplarına, oturdukları ilçelere ve sosyal güvencelerinin olup olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. İş arıyor, işsiz ve diğer grubu birleştirilerek X<sup>2</sup> testi yapıldığında bu durumun çalışmama nedenine göre anlamlı fark göstermediği görülmüştür. Ancak, en düşük ve düşük gelir grupları birleştirilerek X<sup>2</sup> testi yapıldığında bu durum, evhalkı gelirine göre anlamlı fark göstermiştir.

Genelde, tüm nüfus için düzenli bakım kaynağında belirli bir doktora gitme yüzdesi çok düşük olmakla birlikte, 55 yaşından küçükler, Altındağ, Keçiören ve Mamak ilçelerinde oturanlar, sosyal güvencesi olmayanlar, evhalkı geliri düşük olanlar ve işsizler sağlık bakım hizmetlerinin sürekliliği açısından daha dezavantajlı grupları oluşturmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4'te görüldüğü gibi, düzenli bakım kaynağı olan kişilerin büyük bir çoğunluğu (%61) bakım kaynaklarının hastane polikliniği olduğunu belirtmiştir. Düzenli bakım kaynağı olarak en çok belirtilen ikinci bakım kaynağı türü işyeri doktorudur (%11) ve bunu özel muayenehane izlemektedir (%10). Hastane acil servisinin düzenli bakım kaynağı olarak hiç belirtilmemiş olması istenilen bir durumdur.

Düzenli bakım kaynağı olmayan kişilerin, hastalandıklarında ya da sağlıkları konusunda danışmak istedikleri zaman gidebileceklerini belirttikleri yerler Tablo 4'ün ikinci sütununda verilmiştir. Bu kişilerin de çoğunluğu (%56) hastane po-

**Tablo 4 : Düzenli Bakım Kaynağı Olan ve Olmayan Kişilerin Bakım Kaynağı Türüne Göre Dağılımı**

Bakım Kaynağı Türü	Düzenli Bakım Kaynağı Olanlar		Düzenli Bakım Kaynağı Olmayanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastane Polikliniği	652	61	445	56
İşyeri Doktoru	114	11	76	9
Özel Muayenehane	111	10	120	15
Dispanser	80	8	26	3
Özel Poliklinik	34	3	42	5
Sağlık Ocağı	28	3	37	5
Kurum Polikliniği	19	2	16	2
Öğrenci Sağlık Merkezi	15	1	13	2
AÇSAP Merkezi	7	1	16	2
Sağlık Evi	4	0	0	0
Hastane Acil Servisi	0	0	9	1
<b>Toplam</b>	<b>1064</b>	<b>100</b>	<b>800</b>	<b>100</b>

likliniğine gidebileceklerini belirtmiştir. Sağlık evinin hiç belirtilmemesi ancak hastane acil servisinin ilk başvurulacak yer olarak belirtilmesi (%1) istenilen bir durum değildir.

Özetle, incelenen kişilerin %57'sinin düzenli bir bakım kaynağı vardır ve bunların %61'inin düzenli bakım kaynağı hastane polikliniğidir. Düzenli bakım kaynağı olan her on kişiden sadece biri orada belirli bir doktora görünmektedir. 1982 yılında ABD'de yapılan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği Ulusal Araştırmasında (1982 National Survey of Access to Medical Care), ABD nüfusunun %89'unun düzenli bakım kaynağı olduğu, %77'sinin belirli bir doktora gittiği ve düzenli bakım kaynağı olanların %83'ünün bakım kaynağının özel muayenehane veya özel klinik olduğu bulunmuştur (7). Bu durumda Ankara metropolitan alanda yaşayanlar için, düzenli bakım kaynağı açısından potansiyel kullanılabilirlik düzeyinin düşük olduğu söylenebilir.

#### b. Sağlık Açısından Sosyal Güvence

Potansiyel kullanılabilirliğin gerçekleşen kullanılabilirliği önemli derecede etkileyen diğer bir ölçüsü sağlık açısından sosyal güvencedir.

İncelenen kişilerin %77'si sağlık masraflarını kısmen veya tamamen karşılayan herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlıdır, %23'ü ise bu imkandan yoksundur. Eren, 1974 yılında Ankara il merkezinde yaptığı çalışmada, parasız tıbbi bakım imkanı olmayan kişilerin yüzdesini %45 olarak bulmuştur (8). 1988 yılında Ankara Etimesgut sağlık ocağı bölgesinde yapılan diğer bir çalışmada, sosyal güvencesi olmayan kişilerin yüzdesi %26 olarak bulunmuştur(9).

Tablo 5'te görüldüğü gibi, 35 yaşından küçüklerin, Altındağ ve Mamak ilçelerinde oturanların,

ortaokulu bitirmiş veya eğitim düzeyi daha düşük olanların, çalışmayanlardan öğrenciler ve evhanımları dışında kalanların ve evhalkı geliri en düşük grupta olanların sağlık açısından sosyal güvenceye sahip olma yüzdeleri diğerlerinden düşüktür.

**Tablo 5 : Sağlık Açısından Sosyal Güvencesi Olan ve Olmayan Kişilerin Seçilmiş Nüfus Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sosyal Güvencesi Olanlar		Sosyal Güvencesi Olmayanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>				
0-5	132	68	62	32
6-17	355	75	121	25
18-34	475	74	171	26
35-54	345	86*	57	14
55-64	105	85*	19	15
65+	68	85*	12	15
<b>Toplam</b>	<b>1480</b>	<b>77</b>	<b>442</b>	<b>23</b>
<b>İlçeler</b>				
Altındağ	220	70*	94	30
Çankaya	398	82	90	18
Keçiören	393	81	92	19
Mamak	269	73*	99	27
Yenimahalle	200	75	67	25
<b>Toplam</b>	<b>1480</b>	<b>77</b>	<b>442</b>	<b>23</b>
<b>Bitirilen En Son Okul</b>				
İlkokul Mezunu**	751	73	275	27
Ortaokul Mezunu	179	78	50	22
Lise Mezunu	263	88*	37	12
Fakülte, Y.O. Mezunu	123	95*	7	5
<b>Toplam</b>	<b>1316</b>	<b>78</b>	<b>369</b>	<b>22</b>
<b>Evhalkı Geliri</b>				
En Düşük	31	58§	22	42
Düşük	876	76	277	24
Yüksek	406	81	96	19
En Yüksek	167	78	47	22
<b>Toplam</b>	<b>1480</b>	<b>77</b>	<b>442</b>	<b>23</b>
<b>Çalışmama Nedeni</b>				
Öğrenci	354	80	90	20
Evhanımı	351	77	107	23
İş Arıyor, İşsiz	31	53*	27	47
Diğer	22	59*	15	41
<b>Toplam</b>	<b>758</b>	<b>76</b>	<b>239</b>	<b>24</b>

Anlamlılık düzeyleri, her bir özellik kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.

\*\* Hiç okula gitmeyenler ile ilkökula gidip bitirmeyenler de bu gruba dahildir.

\* p < 0.001

§ p < 0.01

İş arayanlar, işsizler (%47) ve evhalkı geliri en düşük olanların (%42) sosyal güvenceye sahip olmama yüzdelerinin yüksek olması özellikle önemlidir. Çünkü bu grupların alacakları sağlık hizmetinin karşılığını kendi gelirleriyle karşılama imkanları da kısıtlıdır. Bu yüzden, sağlık hizmetlerini kullanma olasılıklarının da düşük olduğu söylenebilir.

### c. Ulaşım Süresi

Herhangi bir sosyal sistemin kapasitesi, ona ulaşabilen ve onu kullanabilen kişilerin sayısı ile sınırlıdır(10). Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğiyle (accessibility) ilgili literatürü inceleyen Bosanac ve diğerleri(11) sağlık hizmetleri ve hastalar arasındaki uzaklığın ulaşılabilirliğin geleneksel bir ölçüsü olmasına rağmen, değişik arazi ve trafik yapıları nedeniyle ulaşım süresinin daha anlamlı bir göstergelenebileceğini ve hastane hizmetleri için 30 dakikalık ulaşım süresi standardının önerildiğini belirtmektedir.

Araştırmada, hafıza faktörünün etkisini en aza indirmek için, kişilere en son doktora gidişlerindeki ulaşım süresi sorulmuştur. Genel olarak kişiler sağlık hizmeti aldıkları yere yarım saat içinde ulaşmaktadır (%70). Kişilerin yaklaşık olarak üçte birinin ulaşım süresi ise yarım saati geçmektedir.

Tablo 6'da görüldüğü gibi, 65 yaşından küçüklerin, Keçiören ilçesinde oturanların, sosyal güvencesi olanların ve evhalkı geliri en yüksek grupta olmayanların ulaşım süresi, diğerlerinden daha uzundur. Sosyal güvencesi olanların ulaşım süresinin daha uzun olmasının nedeni, bu kişilerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmeleri için öncelikle belirli sağlık bakım kaynaklarına başvurmalarının gerekmesi olabilir. Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin hastalandıklarında başvuracakları yerler "Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğinde" belirtilmiştir. SSK'lular, Bağ-Kur'lular ve sağlık açısından sosyal güvenceye sahip olan diğer kişiler için de benzer düzenlemeler vardır. Oysa sosyal güvencesi olmayanlar, ücretini ödeyerek, kendilerine en yakın sağlık bakım kaynağına başvurabilirler. Örneklem grubunu oluşturan kişilerden sosyal güvencesi olup yıl içinde doktora gidenlerin %27'si en son doktora gidişinde işyeri doktoruna, dispansere ya da kurum polikliniğine başvurmuştur. İşyeri doktoruna başvuran aile reislerinin eş ve çocuklarının üçte birinin ulaşım süresi yarım saatten uzundur. Ayrıca, hastane polikliniğine giden ve sosyal güvencesi olmayanların % 32'sinin, olanların ise %39'unun ulaşım süresi yarım saatten uzundur.

### d. Bekleme Süresi

Sağlık hizmetlerinin potansiyel kullanılabilirlik bozulmalarından biri de kişilerin doktora gittikten sonra doktora görününceye kadar bekledikleri süredir.

**Tablo 6 : Kişilerin En Son Doktora Gittiklerinde Sağlık Hizmeti Aldıkları Yere Ulaşım Süresinin Seçilmiş Nüfus Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sağlık Hizmeti Alınan Yere Ulaşım Süresi			
	1-30 Dakika		31+ Dakika	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>				
0-5	114	77	35	23
6-17	161	67	81	33
18-34	245	69	110	31
35-54	168	68	78	32
55-64	49	62	30	38
65+	40	87*	6	13
Toplam	777	70	340	30
<b>İlçeler</b>				
Altındağ	154	89Ş	19	11
Çankaya	200	71	83	29
Keçiören	151	54Ş	128	46
Mamak	158	75	54	25
Yenimahalle	114	67	56	33
Toplam	777	70	340	30
<b>Sosyal Güvencesi</b>				
Var	628	68	301	32
Yok	149	79q	39	21
Toplam	777	70	340	30
<b>Evhalkı Geliri</b>				
En Düşük	22	71	9	29
Düşük	458	67	224	33
Yüksek	191	69	87	31
En Yüksek	106	84q	20	16
Toplam	777	70	340	30
Anlamlılık düzeyleri, her bir özellik kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.				
* p < 0.05				
Ş p < 0.001				
q p < 0.01				

Tablo 7'de kişilerin en son doktora gittiklerinde doktora görününceye kadar bekledikleri sürenin seçilmiş nüfus özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Kişilerin %37'si doktora görününceye kadar 0-29 dakika, %29'u 30-60 dakika, %34'ü ise 61 dakikadan fazla beklemiştir. ABD'de 1982 yılında yapılan ve tüm ülkeyi kapsayan bir araştırmada, en son doktora gittiklerinde kişilerin %83'ünün 30 dakikaya kadar, %12'sinin 30-60 dakika ve %5'inin bir saatten fazla beklediği bulunmuştur (12). Bu araştırmanın sonuçlarına göre, örneklem grubunun bekleme sü-

resinin oldukça uzun olduğu söylenebilir. Zaten bekleme süresinin uzunluğu, "alınan hizmetlerden memnuniyet" başlığı altında belirtildiği gibi, tıbbi bakımın hastalar tarafından en çok eleştirilen yönünü oluşturmaktadır.

Tablo 7'de görüldüğü gibi, bekleme süresi kişilerin sosyal güvencesinin olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir. Ancak, 55 ve daha büyük yaştakiler, Keçiören ilçesinde oturanlar, SSK'ya bağlı olanlar ve evhalkı geliri en düşük grupta olanlar, diğerlerine göre daha uzun süre beklemiştir.

Yıl içinde doktora giden SSK'luların %58'i en son doktora gidişinde hastane polikliniğine gitmiştir. Hastane polikliniğine giden SSK'luların %12'si doktora görününceye kadar yarım saatten az, %28'i 30-60 dakika, %60'ı ise bir saatten fazla beklemiştir ve SSK'luların hastane polikliniğinde bekleme süresi, sosyal güvencesi olan diğer grupların hastane polikliniğinde bekleme süresinden uzun bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Hastane polikliniğine giden SSK'luların %85'i SSK hastanelerine gitmiştir. Bu kişilerin %9'u doktora görününceye kadar yarım saatten az, %26'sı 30-60 dakika, %64'ü ise bir saatten fazla beklemiştir. SSK hastanelerinden başka hastanelere gidenler için ise bu yüzdeler sırasıyla %26, %40 ve %34'tür. Bu bulguların ışığında, SSK'luların bekleme süresinin uzunluğu SSK hastanelerine bağlanabilir.

Bütün gruplar içinde bir saatten fazla bekleme yüzdesinin en büyük (%65) olduğu grup evhalkı geliri en düşük olanlardır. Bu grubun bir saatten fazla bekleme yüzdesi ortalamanın yaklaşık olarak iki katı ve evhalkı geliri en yüksek olanların yüzdesinin altı katı kadardır.

Kişilerin en son doktora gittiklerinde en az bekledikleri yerler sırasıyla özel muayenehane, özel poliklinik ve hastane acil servisi; en çok bekledikleri yerler ise dispensar ve hastane polikliniğidir.

## 2. Gerçekleşen Kullanılabilirlik

### a. Doktora Gitme

Bir toplumda sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini değerlendirirken, nüfusun çeşitli altgruplarının hizmetleri kullanımı incelenmelidir (13). Birçok araştırmacı kullanılabilirliğin kendisinin tıbbi hizmetlere gerçekten ihtiyacı olan kişilerin hizmet alıp almadıkları çerçevesinde en iyi şekilde düşünüleceğini vurgulamaktadır(14). Donabedian'ın belirttiği gibi, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin kanıtı sadece imkanların varlığı değil, hizmetlerin kullanımudur. Bu nedenle kullanılabilirlik, ihtiyaca göre kullanım düzeyiyle ölçülebilir(15).

Araştırmada, yıl içinde özel muayenehaneye, işyeri doktoruna, öğrenci sağlık merkezine, sağlık oca-

**Tablo 7 : Kişilerin En Son Doktora Gittiklerinde Doktora Görününceye Kadar Bekledikleri Sürenin Seçilmiş Nüfus Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Doktora Görününceye Kadar Beklenen Süre					
	0-29 Dakika		30-60 Dakika		61+ Dakika	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>						
0-5	56	38	52	35	41	27
6-17	91	38	70	29	78	33
18-34	148	43	98	28	102	29
35-54	78	32	69	29	95	39
55+	38	31*	30	24	55	45
Toplam	411	37	319	29	371	34
<b>İlçeler</b>						
Altındağ	62	37	50	29	57	34
Çankaya	136	49§	102	36	43	15
Keçiören	83	30§	65	24	128	46
Mamak	61	30	62	30	83	40
Yenimahalle	69	41	40	24	60	35
Toplam	411	37	319	29	371	34
<b>Sosyal Güvencesi**</b>						
Var	335	36	272	30	309	34
Yok	76	41	47	25	62	34
Toplam	411	37	319	29	371	34
<b>Sosyal Güvenlik Kurumu</b>						
Memur	161	45	106	29	92	26
Emekli						
Sandığı	29	38	25	32	23	30
SSK	93	25q	104	28	174	47
Bağ-Kur	46	48	30	32	19	20
Diğer	6	43	7	50	1	7
Toplam	335	36	272	30	309	34
<b>Evhalkı Geliri</b>						
En Düşük	5	16§	6	19	20	65
Düşük	217	32§	191	29	261	39
Yüksek	108	39§	90	33	77	28
En Yüksek	81	64§	32	26	13	10
Toplam	411	37	319	29	371	34

Anlamlılık düzeyleri, her bir özellik kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.

\*  $p < 0.05$

§  $p < 0.001$

\*\*  $p > 0.05$

q  $p < 0.001$   $\chi^2$  testi "Diğer" grubu katılmadan yapılmıştır.

ğına, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine, hastane polikliniğine, hastane acil servisine, özel polikliniğe, kurum polikliniğine veya dispensere gitme doktora gitme olarak kabul edilmiştir. Yıl içinde bu yerlerden hiçbirine gitmediği halde, doktorun eve gelmesiyle doktora muayene olan 6 kişinin de doktora gittiği kabul edilmiştir. Ancak sağlığıyla ilgili olarak doktorla veya doktordan başka bir sağlık personeliyle telefonla görüşme ve sağlık evine gitme doktora gitme olarak kabul edilmemiştir.

Örneklem grubunu oluşturan 1922 kişiden 19'unun (%1) yıl içinde doktora gidip gitmediği bilinmemektedir. Geriye kalan 1903 kişiden %59'u yıl

içinde doktora gitmiş, %41'i ise doktora gitmemiştir. 1988 yılında Ankara Etimesgut sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir araştırmada da doktora gitme yüzdesi %59.5 olarak bulunmuştur (16). 1963 yılında ABD ve İsveç'te yapılan araştırmalarda, doktora giden kişilerin yüzdesi İsveç'te %69, ABD'de %65 ola-

rak bulunmuştur (17). Bu yüzde, 1982 yılında ABD'de %81'e ulaşmıştır(18).

Tablo 8'de görüldüğü gibi, doktora gitme yüzdesi en düşük olan gruplar, 6-17 yaş grubu (%51), erkekler (%54), sosyal güvencesi olmayanlar (%43) ve iş arayanlar, işsizlerdir (%41). Kişilerin yıl içinde doktora gitme durumu oturdukları ilçelere ve evhalkı gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir.

Yıl içinde doktora gitmeyen kişilere neden doktora gitmedikleri sorulduğunda, sosyal güvencesi olanların %89'u, olmayanların ise %77'si "hasta olmadığı, ihtiyacı olmadığı için gitmediğini" belirtmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların bunun dışında en önemli doktora gitmeme nedeni, paralarının ya da sosyal güvencelerinin olmamasıdır (%19). İleride, "kullanılabilirlik sorunları" başlığı altında bu konuya tekrar değinilecektir.

Yıl içinde doktora giden kişilerin %22'si bir kere, %21'i iki kere, %14'ü üç kere, %10'u dört kere, %33'ü ise beş kere veya daha fazla doktora gitmiştir. Oysa, Ankara'da Şubat 1975-Ocak 1976 tarihleri arasında yapılan bir araştırmada bu yüzdeler sırasıyla %86, %10, %2, %0 ve %2 olarak bulunmuştur(19). Bu durum, 1975-1991 tarihleri arasındaki 16 yıllık sürede Ankara'da doktora giden kişilerin doktora gitme sıklığının arttığını göstermektedir.

Tablo 9'da kişilerin yıl içinde ortalama doktora gitme sayısının seçilmiş bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hiç doktora gitmeyenler dahil edildiğinde, örneklem grubunu oluşturan tüm nüfusta yıl içinde ortalama doktora gitme sayısı 2.7 ( $\pm 0.1$ )'dir. Hiç doktora gitmeyenler (yıl içinde doktora gitme sayısı sıfır olanlar) çıkartıldığında, yani en az bir kere doktora gidenlerin ortalama doktora gitme sayısı hesaplandığında ise, ortalama 4.6( $\pm 0.2$ ) olarak bulunmuştur.

1982 yılında ABD'de "doktora gidenlerin" ortalama doktora gitme sayısı 6.1( $\pm 0.2$ ) olarak bulunmuştur (20). Bu sayı 1963 yılında ABD'de 6.2, İsveç'te 3.6 idi (21).

Bir OECD yayınında, kişi başına doktora başvuru sayısının 1985 yılında Türkiye'de 2.0, 1989 yılında Portekiz'de 2.8, İngiltere'de 5.7, 1990 yılında İsveç'te 2.8, ABD'de 5.5, 1988 yılında İtalya'da 11.0, Almanya'da 11.5 ve Japonya'da 12.9, OECD ortalamasının ise 6.2 olduğu belirtilmiştir(22).

Tablo 9'da görüldüğü gibi, hem tüm nüfusun hem de sadece doktora gidenlerin ortalama doktora gitme sayısı, yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Genel olarak, 0-5 yaş grubundaki çocukların ve yaşlıların (55+yaş) doktora daha fazla gittikleri söylenebilir. Emeklilerin ça-

**Tablo 8 : Yıl İçinde Doktora Giden ve Gitmeyen Kişilerin Seçilmiş Nüfus Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Doktora Gidenler		Doktora Gitmeyenler	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>				
0-5	150	77*	44	23
6-17	242	51*	232	49
18-34	359	57	275	43
35-54	250	63	149	37
55-64	81	66	41	34
65+	47	59	33	41
Toplam	1129	59	774	41
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	526	54	440	46
Kadın	603	64*	334	36
Toplam	1129	59	774	41
<b>İlçeler**</b>				
Altındağ	178	57	135	43
Çankaya	288	60	192	40
Keçiören	280	58	202	42
Mamak	213	59	148	41
Yenimahalle	170	64	97	36
Toplam	1129	59	774	41
<b>Sosyal Güvencesi</b>				
Var	940	64*	524	36
Yok	189	43	250	57
Toplam	1129	59	774	41
<b>Evhalkı Geliri**</b>				
En Düşük	31	58	22	42
Düşük	684	60	460	40
Yüksek	285	57	211	43
En Yüksek	129	61	81	39
Toplam	1129	59	774	41
<b>Çalışmama Nedeni</b>				
Emekli	65	65*	35	35
Öğrenci	235	53	205	47
Evhanımı	300	66*	157	34
İş Arıyor, İşsiz	24	41	34	59
Diğer	16	44	20	56
Toplam	640	59	451	41

Anlamlılık düzeyleri, her bir özellik kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.

\* p < 0.001

\*\* p > 0.05



**Tablo 9 : Kişilerin Yıl İçinde Ortalama Doktora Gitme Sayısının Seçilmiş Nüfus Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Hiç Doktora Gitmeyenler Dahil Tüm Nüfusta Ortalama Doktora Gitme Sayısı		En Az Bir Kere Doktora Gidenlerin Ortalama Doktora Gitme Sayısı	
<b>Yaş Grupları</b>				
0-5	4.4	(0.3)*	5.7	(0.4)*
6-17	1.7	(0.2)	3.4	(0.3)
18-34	2.4	(0.2)	4.2	(0.3)
35-54	3.0	(0.3)	4.9	(0.5)
55-64	3.8	(0.5)	5.9	(0.6)
65+	3.6	(0.6)	6.1	(0.9)
Toplam	2.7	(0.1)	4.6	(0.2)
	p < 0.001		p < 0.001	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	2.4	(0.2)	4.4	(0.3)
Kadın	3.1	(0.2)	4.8	(0.2)
Toplam	2.7	(0.1)	4.6	(0.2)
	p < 0.05		p > 0.05	
<b>İlçeler</b>				
Altındağ	2.9	(0.4)	5.1	(0.7)
Çankaya	2.7	(0.2)	4.6	(0.3)
Keçiören	2.5	(0.2)	4.3	(0.3)
Mamak	2.6	(0.2)	4.5	(0.3)
Yenimahalle	3.0	(0.3)	4.7	(0.4)
Toplam	2.7	(0.1)	4.6	(0.2)
	p > 0.05		p > 0.05	
<b>Sosyal Güvencesi</b>				
Var	3.0	(0.1)	4.7	(0.2)
Yok	1.6	(0.2)	3.8	(0.3)
Toplam	2.7	(0.1)	4.6	(0.2)
	p < 0.001		p < 0.05	
<b>Evhalkı Geliri</b>				
En Düşük	3.2	(0.8)	5.4	(1.3)
Düşük	2.7	(0.2)	4.6	(0.2)
Yüksek	2.5	(0.2)	4.4	(0.3)
En Yüksek	2.9	(0.3)	4.8	(0.5)
Toplam	2.7	(0.1)	4.6	(0.2)
	p > 0.05		p > 0.05	
<b>Çalışmama Nedeni</b>				
Emekli	4.9	(1.1)	7.5	(1.6)
Öğrenci	1.6	(0.2)	3.1	(0.3)
Evhanımı	3.1	(0.2)	4.8	(0.3)
İş Arıyor, İşsiz	2.1	(0.7)	5.1	(1.6)
Diğer	1.2	(0.4)	2.9	(0.7)
Toplam	2.6	(0.2)	4.4	(0.3)
	p < 0.001		p < 0.001	

\* Standart Hata

Anlamlılık düzeyleri, her bir özellik kategorisindeki ortalamalar arasında fark aranırken; iki altgrup varsa İki Ortalama Arasındaki Farkın önemlilik Testi (t Testi), ikiden çok altgrup varsa Tek Yönlü Varyans Analizi (F Testi) uygulanarak belirlenmiştir.

lışmayan diğer kişilerden daha fazla doktora gitmesi de yaşlıların doktora daha çok gittiklerinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Dever (23), yaş ve doktora gitme sayısı arasındaki ilişkinin U-şeklindeki bir eğri ile en iyi şekilde tanımlandığını, küçük çocukların ve yaşlıların diğer yaş gruplarına göre hizmetleri daha fazla kullandığını ve bunun yeni hizmetler geliştirirken ya da mevcut hizmetlerin kapasitesini artırırken sağlık yöneticilerinin dikkate almaları gereken önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir.

Hiç doktora gitmeyenler dahil edildiğinde, ortalama doktora gitme sayısı bakımından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların ortalama doktora gitme sayısı (3.1), erkeklerinkinden (2.4) büyüktür. Ancak, hiç doktora gitmeyenler analize katılmadığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kişilerin ortalama doktora gitme sayısı, oturdukları ilçelere ve evhalkı gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken, sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre anlamlı fark göstermektedir. Hiç doktora gitmeyenler dahil edildiğinde, sosyal güvencesi olanların ortalama doktora gitme sayısı, olmayanların sayısının iki katı kadardır.

Örneklem grubundaki kişilerden yıl içinde doktora gidenlerin toplam doktora gitme sayısının %51'ini toplam hastaneye gitme sayısı oluşturmaktadır. Başka bir deyişle, toplam ayaktan bakım hizmetlerinin yarısı hastanelerde verilmiştir. Hastaneye dayalı bakım acil durumlar ve uzmanlık bakımının arandığı belirli ciddi hastalıklar için tamamen uygun olmakla beraber maliyetin farkında olan politika belirleyiciler, ayaktan bakım hizmetlerini hastanenin dışına çekmeye çalışmaktadırlar (24).

Ankara metropolitan alanda ayaktan bakım hizmeti veren özel muayenehaneler, işyeri doktorları, öğrenci sağlık merkezleri, sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇSAP merkezleri, özel poliklinikler, kurum poliklinikleri ve dispanserler de bulunmasına rağmen, doktora gidenlerin yarısının hastanelere gitmesinin, hem bakımın maliyetini artırdığı hem de uzun kuyruk oluşmasına sebep olarak bekleme süresini uzattığı, doktorların hastalara ayırdıkları süreyi kısalttığı ve sonuçta hastaların aldıkları hizmetten memnun kalmamalarına yol açtığı söylenebilir.

#### b. Hastaneye Yatma

Kullanımın önemli bir türü olan yatan hasta bakımı incelendiğinde, örneklem grubunun %4'ünün yıl içinde hastaneye yattığı bulunmuştur. Ancak yaşlıların hastaneye yatma yüzdesi gençlerden, kadınları erkeklerinkinden yüksektir. Kadınların hastaneye daha fazla yatmalarının nedeni hastanede

doğum yapmaları olabilir. Yıl içinde hastaneye yatan kişiler, ortalama 1.1 ( $\pm 0.4$ ) kere hastaneye yatmıştır ve ortalama yatış süresi 15 ( $\pm 2.4$ ) gündür. 1982 yılında ABD nüfusunun %10'u hastaneye yatmıştır ve bunların ortalama hastaneye yatma sayısı 1.5 ( $\pm 0.1$ ), ortalama yatış süreleri ise 10 ( $\pm 0.8$ ) gündür (25).

### c. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Kullanımı

Kişisel sağlık hizmetlerinin bir türü de ağız ve diş sağlığı hizmetleridir (26). Dişle ilgili sorunlar genellikle yaşamı tehdit edici olmadığından ve halk tarafından, günlük faaliyetleri kısıtlayan türden sağlık sorunlarına göre daha fazla seçime bağlı olarak görüldüğünden, ağız ve diş sağlığıyla ilgili davranışın, hastalık bakımıyla ilgili davranıştan çok koruyucu sağlık davranışına benzediği düşünülür(27).

Örneklem grubundaki kişilerin %29'u yıl içinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri almıştır, %71'i ise almamıştır. Sosyal güvencesi olanların bu hizmeti alma yüzdesi (%32) olmayanlarınkinden (%18); evhalkı geliri en yüksek grupta olanların yüzdesi ise (%42) en düşük grupta olanlarınkinden (%15) çok yüksektir. ABD'de yapılan çalışmalarda da bu hizmetlerin kullanımı ile gelir arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur, ancak orada ağız ve diş sağlığı hizmetleri alan nüfusun yüzdesi 1975 yılında %50'lere ulaşmıştır(28).

### d. Koruyucu Hizmetlerin Kullanımı

Araştırmada, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili olarak, kişilerin yıl içinde hasta olmadıkları halde genel sağlık kontrolü (check-up) yaptırıp yaptırmadıkları incelenmiş ve örneklem grubundaki kişilerin sadece %4'ünün hasta olmadığı halde genel sağlık kontrolü yaptırdığı bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların genel sağlık kontrolü yaptırma yüzdesi (%4.7), olmayanların yüzdesinin (%1.4) üç katından fazladır ( $p < 0.01$ ). Kişilerin evhalkı geliri düştükçe, genel sağlık kontrolü yaptırma olasılıkları da düşmektedir.

### e. İhtiyaca Göre Kullanım

Yıl içinde doktora gitme durumu, kişilerin algıladıkları sağlık statüleri (genelde sağlık durumlarının nasıl olduğu hakkında kendilerinin belirttiği durumlar -mükemmel, iyi, orta, kötü-) kontrol edilerek incelendiğinde, algılanan sağlık statüleri "iyi" olan kişilerden, 6 ve daha büyük yaşta kişilerden daha küçüklerden; erkeklerin kadınlardan; bekarların halen evli, dul, boşanmış veya ayrı yaşayanlardan; iş arayanlar ve işsizlerin çalışmayan diğer kişilerden daha az doktora gittikleri bulunmuştur. Kadınların doktora daha fazla gitmesi, doğurganlıkla ilgili olabilir.

Potansiyel kullanılabilirlik boyutlarından düzenli

bakım kaynağı ile doktora gitme arasındaki ilişki, algılanan sağlık statüsü kontrol edilerek incelendiğinde, algılanan sağlık statüsü ne olursa olsun, düzenli bakım kaynağı olmayanların doktora gitme olasılıklarının, düzenli bakım kaynağı olanlarınkinden düşük olduğu görülmüştür (Tablo 10). Ayrıca, düzenli bakım kaynağında belirli bir doktora görünenlerden algılanan sağlık statüsü iyi olanların %81'i, orta olanların ise %87'si yıl içinde doktora gitmişken, belirli bir doktora görünmeyenlerde bu yüzdeler sırasıyla %54 ve %70'tir ve aradaki farklar istatistiksel olarak önemlidir ( $p < 0.05$ ).

Yine, potansiyel kullanılabilirlik boyutlarından sosyal güvence ile doktora gitme arasındaki ilişki, algılanan sağlık statüsü kontrol edilerek incelendiğinde, algılanan sağlık statüsü kötü olanlar dışındaki kişilerden sosyal güvencesi olmayanların doktora gitme olasılıklarının, olanlarınkinden oldukça düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

**Tablo 10 : Yıl İçinde Doktora Giden ve Gitmeyen Kişilerin Algılanan Sağlık Statüsü ve Düzenli Bakım Kaynağına Göre Dağılımı**

Algılanan Sağlık Statüsü	Düzenli Bakım Kaynağı	Doktora Gidenler		Doktora Gitmeyenler	
		Sayı	%	Sayı	%
Mükemmel ( $p < 0.05$ )	Var	43	40	64	60
	Yok	13	22	45	78
İyi ( $p < 0.05$ )	Var	365	59	258	41
	Yok	287	52	266	48
Orta ( $p < 0.01$ )	Var	203	76	63	24
	Yok	124	65	68	35
Kötü	Var	56	93	4	7
	Yok	38	86	6	14
Toplam ( $p < 0.001$ )	Var	667	63	389	37
	Yok	462	55	385	45

Anamlılık düzeyleri, her bir algılanan sağlık statüsü kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.

### f. Alınan Hizmetlerden Memnuniyet

Kişilerin aldıkları hizmetlerden memnuniyeti, kullanılabilirlik derecesini belirlemenin bir başka yoludur. Kullanım ölçüleri bir grubun kullanılabilirliği olduğunu gösterebilir ancak eğer bir grup aldığı bakımın bazı yönlerinden memnuniyetsizlik belirtirse, bu durum onların kullanılabilirlik derecesine şüphe düşürür.

Araştırmada, kişilerin doktora en son gittiklerinde aldıkları hizmetin çeşitli yönlerinden mem-

**Tablo 11 : Yıl İçinde Doktora Giden ve Gitmeyen Kişilerin Algılanan Sağlık Statüsü ve Sosyal Güvencesine Göre Dağılımı**

Algılanan Sağlık Statüsü	Sosyal Güvencesi	Doktora Gidenler		Doktora Gitmeyenler	
		Sayı	%	Sayı	%
Mükemmel (p<0.05)	Var Yok	47 9	39 20	73 36	61 80
İyi (p<0.001)	Var Yok	534 118	59 42	364 160	41 58
Orta (p<0.001)	Var Yok	283 44	78 46	79 52	22 54
Kötü	Var Yok	76 18	90 90	8 2	10 10
Toplam (p<0.001)	Var Yok	940 189	64 43	524 250	36 57

Anlamlılık düzeyleri, her bir algılanan sağlık statüsü kategorisinin altgrupları arasındaki frekans farklılıklarına Ki-Kare Testi uygulanarak belirlenmiştir.

nuniyeti, sadece anketi cevaplayan kişi ve 17 yaşından küçükler için sorulmuştur. Kişilerin aldıkları hizmetten ne kadar memnun kaldıklarının kendilerine sorulması gerektiği düşünüldüğü için, anketi cevaplayan kişiye diğer kişilerin aldıkları hizmetten memnuniyet dereceleri sorulmamıştır. Ancak, anketi cevaplayan kişiden, 17 yaşından küçükler için de (vekil olarak) memnuniyet sorularına cevap vermesi istenmiştir. Çünkü, genellikle 17 yaşından küçükler doktora tek başına değil evhalkından bir kişiyle beraber giderler ve bu kişi hizmet alma süreci boyunca onlara refakat ettiği için alınan hizmetin çeşitli yönlerini değerlendirebilir. Ayrıca, memnuniyetle ilgili bazı sorulara (aldıkları hizmet için kendilerinin ödediği para miktarından memnuniyet gibi) küçükler doğru cevap veremeyebilir. Araştırmada, doktora en son gidişlerinde, 17 yaşından küçüklerin %46'sının, büyüklerin ise %18'inin "evhalkından gelir getiren bir işte çalışan bir kişiyle" beraber gittikleri bulunmuştur. Kuşkusuz, gelir getiren bir işte çalışmayan refakatçiler de sorulsaydı, bu yüzdeler daha yüksek çıkacaktı. Sonuçta, doktora giden kişilerden, doktora gidişin çeşitli yönlerinden memnuniyetle ilgili soruya cevap alma yüzdesi %63 olmuştur.

Bu kişilerin %78'i genel olarak doktora gitmekten, %76'sı bekleme süresinden, %71'i doktorun tedavisinden, %70'i doktorun onlara ayırdığı süreden, %69'u ulaşım süresinden, %68'i doktorun hastalıklarıyla ilgili olarak verdiği açıklayıcı bilgiden ve %59'u aldıkları hizmet için kendi ceplerinden öde-

dikleri para miktarından çok memnun kalmamıştır (orta derecede veya az derecede memnun kalmıştır ya da hiç memnun kalmamıştır). Görüldüğü gibi, kişilerin yaklaşık olarak dörtte üçü aldıkları hizmetin çeşitli yönlerini eleştirmektedir.

### 3. Kullanılabilirlik Sorunları

#### a. Potansiyel Kullanılabilirlik Sorunları

Potansiyel kullanılabilirlik sorunları ailelerin bakım almalarını zorlaştırabilen faktörlere işaret ederken, gerçekleşen kullanılabilirlik sorunları, daha az hizmet kullanma ya da bazı nedenlerle alınan bakımdan memnun olmama şeklinde tanımlanabilir. Bu kavramların göstergelerini açık ve kesin bir şekilde bir gruba veya ötekine ait olarak sınıflandırmak her zaman kolay değildir. Burada, gerçekleşen kullanılabilirlik ölçüleri olarak, ihtiyaç duyulduğunda bakım alırken yaşananlar üzerinde durulurken, potansiyel ölçüler olarak, daha geniş şekilde, eninde sonunda bakım alabilmeyi etkileyebilecek faktörler üzerinde durulmaktadır.

Araştırmada, hastalıkla ilgili mali sorunlar üzerinde durularak, yıl içinde evhalkından gelir getiren bir işte çalışan bir kişinin hastalığı nedeniyle evhalkının gelirinin azalıp azalmadığı sorulmuştur. 475 evhalkının %10'u bu nedenle gelirlerinin azaldığını ve bunların %40'ı gelirlerinin ciddi şekilde azaldığını belirtmiştir.

Ayrıca, evhalkını oluşturan kişilerden herhangi birine sosyal güvencesi olmadığı ya da ücretini ödeyemediği için sağlık hizmeti verilmesinin reddedilip reddedilmediği sorularak mali engellerin sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisi dolaysız olarak belirlenmeye çalışılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan 475 evhalkının %4'ü, mali nedenlerle evhalkı bireylerinden birine sağlık hizmeti verilmesinin reddedildiğini belirtmiştir. Aile reisinin sosyal güvencesinin olmadığı ve geliri en düşük grupta olan evhalkının böyle bir durumla karşılaşma olasılığının nüfusun tümüne göre iki kat fazla olduğu bulunmuştur. Örneklem grubunu oluşturan evhalkının %4'ünde ücretsiz sağlık hizmeti verilen en az bir kişi bulunmasına rağmen, bu durum, ödeme gücü olmayan evhalkının tamamının bu uygulamadan yararlanmadığını ve mali engellerin, sağlık hizmetlerinin kullanımını sınırladığını göstermektedir.

Yıl içinde sosyal güvenlik kapsamından çıkan kişilerin tamamı (8 kişi) bu nedenle bakım kaynağını değiştirdiğini, 7'si bazı sağlık hizmeti türlerini alamadığını ve 4'ü bazı sağlık hizmeti türlerini almayı ertelediğini belirtmiştir. Bu durum, sosyal güvencenin sağlık hizmetlerinin gerçekleşen kullanılabilirliği üzerindeki etkisini bir kez daha göstermektedir.

### b. Gerçekleşen Kullanılabilirlik Sorunları

Aşağıda, özellikle, sağlık hizmetine ihtiyaç duyarak bu hizmeti almaya çalışan, ancak hizmet alırken çeşitli sorunlarla karşılaşan kişiler ya da evhalkı üzerinde durulmaktadır.

Örneklem grubunu oluşturan 475 evhalkının %18.5'inde (88 evhalkında) ihtiyaç duyduğu halde sağlık hizmeti alamayan en az bir kişi bulunmaktadır. Geliri en düşük grupta olan evhalkının ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini alamama yüzdesi (%38), geliri en yüksek grupta olan evhalkının yüzdesinin (%7) 5 katından fazladır.

İhtiyaç duyduğu halde sağlık hizmeti alamayan bir kişinin bulunduğu 88 evhalkının %65'i ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini almaya çalışmış, %35'i ise almaya çalışmamıştır. Her iki durumda da, sağlık hizmetlerinin çok pahalı olmasının, randevu almanın zorluğunun ve bekleme süresinin uzunluğunun, sağlık hizmetlerinin kullanımını engelleyen önemli kullanılabilirlik sorunları olduğu görülmüştür. Ankara il merkezinde yapılan başka bir çalışmada da, Ocak-Şubat 1974 ayları içinde evhalkı tarafından hastalandığı belirtilen kişilerin %31'inin doktora götürülmediği ve bunun en önemli nedeninin (%20) parasızlık olduğu belirlenmiştir(29).

İhtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alamadığını belirten kişiler (161 kişi), örneklem grubunun %8.4'ünü oluşturmaktadır. Bu kişilerin %37'si ağız ve diş sağlığı hizmeti alamadığını, %28'i doktora muayene olmadığını, %12'si gece veya hafta sonunda ilaç alamadığını, %12'si hastaneye yatmadığını, %4'ü aile planlaması ve doğum kontrolü hizmetleri alamadığını, %4'ü çocuk doktoru hizmeti alamadığını, %1'i acil sağlık hizmeti alamadığını, %1'i evde bakım hizmeti alamadığını, %1'i ise doğum öncesi bakım hizmeti alamadığını, belirtmiştir. Genel olarak, kişilerin algılanan sağlık statüsü kötüye doğru gittikçe, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamama yüzdeleri de artmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin, bu hizmetlere daha çok ihtiyacı olan kişiler tarafından daha az kullanılabilir olduğunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Kullanılabilirliğinin mümkün olduğu kadar artırılması gereken bir sağlık hizmeti türü de acil bakım hizmetleridir. Örneklem grubunu oluşturan kişilerin %10'u yıl içinde acil rahatsızlık geçirmiştir. Acil bakım almak için gittiği bakım kaynağı türü öğrenilen 153 kişinin büyük bir çoğunluğu (%87) acil bakım almak için hastaneye gittiğini belirtmiştir. Acil bakım kaynağına gitmede sorunla karşılaşan 5 kişiden dördü ulaşım sorunu olduğunu, taşıt bulmakta güçlük çektiğini, biri ise hastaneye sevk yaptırmakta zorluk çektiğini ifade etmiştir.

### SONUÇ

Araştırmada, Ankara metropolitan alanda yaşayan halkın çeşitli grupları arasında sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği bakımından fark olduğu ve özellikle sosyal güvencesi olmayan ve evhalkı geliri düşük kişilerin hem potansiyel hem de gerçekleşen kullanılabilirlik boyutları bakımından dezavantajlı grupları oluşturduğu görülmüştür.

Daha önce de belirtildiği gibi, kullanılabilirliğin kanıtı hizmetlerin kullanımında ve kullanılabilirlik "ihtiyaca" göre kullanım düzeyiyle ölçülebilir. Araştırmada, sağlık hizmetlerinin kullanımını direkt olarak algılanan ihtiyaçla ilişkilendirmek için, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğu halde çeşitli nedenlerle bu hizmetleri kullanamayan kişilerin belirlenmesine çalışılmış ve örneklem grubunu oluşturan kişilerin %8'inin ihtiyaç duyduğu halde sağlık hizmeti alamadığı, bunun en önemli nedenlerinin ise hizmetlerin çok pahalı olması, randevu almanın zorluğu ve bekleme süresinin uzunluğu olduğu bulunmuştur.

Ayrıca, yıl içinde doktora gitme durumu, kişilerin algıladıkları sağlık statüleri kontrol edilerek incelendiğinde, genel olarak, düzenli bakım kaynağı ve sosyal güvencesi olan kişilerin doktora daha çok gittikleri görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği üzerinde etkili olduğu belirlenen değişkenlerden sağlık politikası yoluyla değiştirilebilecek olanlar, bakımın organizasyon ve finansman boyutlarını içermektedir. Herkesin sağlık açısından sosyal güvencesinin, düzenli bir bakım kaynağının ve özellikle belirli bir doktorunun olmasını, randevu alma ve bekleme sürelerinin kısaltılmasını sağlama çabaları, Ankara metropolitan alanda sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırmak için etkili bir yol olabilir. Bulgular, son reform çalışmaları çerçevesinde hazırlanan ve henüz yasalasmamış olan Ulusal Sağlık Politikasının, "... kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen / aile hekimi sistemi oluşturulacaktır" stratejisini ve "ülke nüfusunun tamamı sağlık açısından sosyal güvenceye kavuşmalıdır" ilkesini(30) destekler niteliktedir.

### KAYNAKLAR

1. Kaya, S., (1992). *Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı), Ankara.
2. Aday, L.A., Fleming, G.V., Andersen, R., (1984). *Access To Medical Care in The U.S.: Who Has It, Who Doesn't*, Pluribus Press, Inc., Division of Teach'em, Inc., Chicago, s.13,15.

3. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (1993). **1990 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri**, İli: Ankara, Yayın No: 1561, Ankara.
4. Aday ve diğerleri, a.e.g., s. 21.
5. Timmreck, T.C., (1987). **Dictionary of Health Services Management**, National Health Publishing, U.S.A., s.130.
6. Myers, B.A., (1970). **A Guide to Medical Care Administration**, Volume 1. The American Public Health Association, Inc., s.32-34.
7. Aday ve diğerleri, a.g.e, s.45, 46.
8. Eren, N., (1974). **Ankara İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Planlanması İçin Veri Toplama Yöntemi Geliştirilmesi**, (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Toplum Hekimliği Bilim Dalı), Ankara, s.65.
9. Özcebe, H., (1990). **Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Saptanması**, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı), Ankara, s. 100.
10. Anyinam, C., (1987), "Availability, Accessibility, Acceptability, and Adaptability: Four Attributes of African Ethno-Medicine", **Social Science of Medicine**, Vol: 25, No: 7, s. 805.
11. Bosanac, E.M., Parkinson, R.C., Hall, D.S., (1976), "Geographic Access to Hospital Care: A 30-Minute Travel Time Standard", **Medical Care**, Vol: 14, No: 7, s.616-619.
12. Aday ve diğerleri, a.g.e, s. 48.
13. Salber, E.J., Greene, S.B., Feldman, J.J., Hunter, G., (1976), "Access to Health Care in a Southern Rural Community", **Medical Care**, Vol: 14, No: 12, s.972.
14. Aday, L.A., (1975), "Economic and Noneconomic Barriers to the Use of Needed Medical Services", **Medical Care**, Vol: 13, No: 6, s.448.
15. Donabedian, A., (1972), "Models For Organizing The Delivery of Personal Health Services And Criteria For Evaluating Them", **Milbank Memorial Fund Quarterly**, Vol: 50, s.111.
16. Özcebe, a.g.e., s.67.
17. Andersen R., Smedby, B., Anderson, O.W., (1970). **Medical Care Use in Sweden and the United States-A Comparative Analysis of Systems and Behavior**, Center For Health Administration Studies, Research Series 27, Illinois, s.17.
18. Aday ve diğerleri, a.g.e., s. 49.
19. T.C. Başbakanlık DPT, (1979). **Ankara Kentinde Yaşayan Halkın Saptanan Sorunlarına Göre Sağlık Hizmetleri İçin Örgütlenme Önerileri**, Yayın No: DPT: 1687-SPD: 314, s.57.
20. Aday ve diğerleri, a.g.e., s.50.
21. Andersen ve diğerleri, a.g.e., s.17.
22. Schieber, G.J., Poullier, J.P., Greenwald, L.M., (1993), "Health Spending, Delivery, And Outcomes In OECD Countries", **Health Affairs**, Vol: 12, No: 2, s.126.
23. Dever, G.E.A., (1984). **Epidemiology in Health Services Management**, Aspen Publishers, Inc., Rockville, Maryland, s.217.
24. Aday ve diğerleri, a.g.e., s.33.
25. Aynı, s. 52, 53.
26. Anderson, O.W., Andersen, R.M., (1972). "Patterns of Use of Health Services", **Handbook of Medical Sociology** içinde, (eds.) H.E., Freeman, S. Levine, L.G. Reder, Prentice-Hall, Inc., New Jersey, s.388.
27. Kronenfeld, J., (1979), "Access to Dental Care A Comparison of Medicine/Dentistry and the Role of a Regular Source", **Medical Care**, Vol: 17, No: 10, s.1001.
28. Aynı, s.1001, 1002.
29. Eren, a.g.e., s.119, 120.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1993). **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara, s.50, 58.