

BİR KENT HASTANESİNE AYAKTAN BAŞVURANLARIN SAĞLIK HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRMESİ*

EVALUATION OF HEALTH CARE SERVICES BY THE OUTPATIENTS OF AN URBAN STATE HOSPITAL

Halûk Çağlayaner¹, Atilla Uysal², Demet Dinç³, Işık Gönenc⁴, Sevim Duman⁵, Şebnem Bilgen⁶

Özet

Ülkemizde 1961'de yürürlüğe giren sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasası ile sunulması öngörülen birinci basamak sağlık hizmetleri özellikle büyük kentlerde yeterince uygulanmamaktadır. Bu nedenle sağlık sorunları birinci basamakta çözülebilecek pek çok kişi hastanelere başvurmakta, ilk kez karşılaştıkları bir hekim tarafından muayene edilmektedirler. Hizmetten yararlanmayı etkileyen faktörlerin incelenmesi, sağlık alanında yapılacak düzenlemelerde yol gösterici olabilir. Bu amaçla ülkemizin en büyük kenti İstanbul'un Anadolu yakasında yer alan, aile hekimliği uzmanlık eğitimi de veren, Haydarpaşa Numune Hastanesi'ne ayakta tedavi için başvuruların sağlık hizmeti konusundaki değerlendirme ve isteklerini öğrenmek için bir araştırma yaptık. Elde ettiğimiz sonuçları benzer çalışmalarla karşılaştırdık.

Veriler 211 erişkinle yapılan görüşmelerle toplandı. Görüşülenlerin 3/4'ü aile hekimliği kavramını duymuştu, hemen tümü (%97.2'si) ilk başvuruda kendilerini tanıyan ve sürekli izleyen bir hekimi tercih edeceğini belirtti. Grubun yarısı bunun için ek bir ücret ödemeye de hazırды.

Hastaneye son başvuru nedeni olguların %80.2'sinde dört büyük uzmanlık dalı ile ilgili idi. Hastaneye başvuran her dört kişiden biri uzak ilçe ve diğer illerden, her sekiz kişiden biri Avrupa yakasındaki Bakırköy ilçesinden geliyordu. Yeşil kartlılar dışında bütün sosyal güvenlik gruplarında Türkiye'deki sağlık hizmetlerini yetersiz bulanlar çoğunluktaydı. Gerek sosyal güvenlik kurumundan memnuniyet, gerekse ülkedeki sağlık hizmetlerini yeterli bulma oranı öğretim düzeyi ile ters orantılıydı. Eğitim düzeyi yüksek, kentli, yaşam kalitesi Türkiye ortalamasının üzerinde olan bu grupta durumun düzeltilmesi için yapılması gerekenler konusunda belirgin, yaygın bir görüşün oluşmadığı da belirlendi.

Düzenli sağlık kontrollerine gitme, sağlıkla ilgili belgeleri saklama, aile hekimliği hizmetleri için ek ücret ödeme konusunda yüksek öğretim görenler ve görmeyenler arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, kentte sağlık hizmetleri

Summary

Primary health care facilities came into force in Turkey with the law of socialisation in 1961. Especially in big cities, these facilities are not sufficiently provided nor used. Accordingly, many people, who are able to solve their problems with the use of primary health care facilities, apply to hospitals and are examined by physicians who encounter them for the first time. Studying the factors influencing the utilization of health care services may guide to reforming health services. For this purpose we carried out a study and interviewed outpatients of Haydarpaşa Numune State Hospital where family medicine specialization education is also given. The hospital is on the Asian side of Istanbul, the largest city of Turkey.

Data were collected by interviews conducted from 211 adult outpatients. Results indicated that 3/4 of participants had already heard about family practice, most of them (97.2%) wanted to have a certain physician to take care of them. 49.8% were prepared to pay an extra fee for this service.

The reason for the hospital application was related with one of the four major specialities in 80.2% of cases. One of each four applicant lived in distant district or other provinces of the country and one of each eight applicant lived in Bakırköy; a district of Istanbul in the European side. Except persons whose health expenditure were completely sponsored by the state, the majority of each social insurance group found that health services were insufficient in Turkey. The higher the level of education, the lower was the level of satisfaction regarding the social insurance association and the level of satisfaction of health services in the whole country. In this citizen group with higher level of education and higher level of quality of life regarding the Turkish mean, it was also found that there was not a majoritary point of view about things to do for improving the health care services.

There was no significant differences between patients with higher education and others from the point of view of going to scheduled check-up examinations, preserving personal health data and willingness to pay an extra fee for family practice services.

Key words: Primary health care, family practice, medical care in cities

¹⁾ MEF Okulları, Aile Hekimliği Uzmanı

²⁾ Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Göğüs Cerrahi Merkezi, Göğüs Hastalıkları ve Biyoistatistik Uzmanı

³⁾ Acıbadem Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı

⁴⁾ Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanı

⁵⁾ Bonmed Sağlık ve Estetik Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı

⁶⁾ Özel İçerenköy Bilim Sağlık Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı

* Araştırmamıza yardımcı olan aile hekimi arkadaşlarımız Olcay Ulusoy, Sevgi Çetinyürek, Şahap Emiroğlu, Şeref Arman, Doç. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural ile bizi bu konuda destekleyen Haydarpaşa Numune Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü Doç. Dr. Yıldırım Çınar'a ve ilk metni gözden geçiren Prof. Dr. Aysen Bulut'a teşekkür ederiz.

Giriş

Sağlık hizmeti sunumunu etkin kılmak için bütün dünyada kabul gören yol, hizmetin basamaklandırılmasıdır. Türkiye’de, -özellikle büyük kentlerde- birinci basamak sağlık hizmetleri etkin değildir; %50’ dolayında bir yatak doluluk oranı ile çalışan, ayakta tedavinin ağırlık kazandığı hastaneler de verimli olmaktan uzaktır (Batı Avrupa’da etkin bir hizmet üretim sürecine sahip hastanelerde yatak doluluk oranı %75-85 arasındadır).¹ Türkiye’de hastanelere başvuranların %90’ının sağlık sorunlarının birinci basamakta çözülebileceği belirlenmiştir.² 1993 ‘te toplanan 1. Ulusal Sağlık Kongresi Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu “kentlerde aile hekimliği sisteminin oluşturulmasını ve mevcut sağlık ocaklarından bu sistem içinde yararlanılmasını” kararlaştırmıştır.³

Hizmetten yararlanmayı etkileyen faktörlerin incelenmesi, bu alanda yapılacak düzenlemelere yardımcı olabilir. Türkiye’de kırsal kesimi bu bakımdan inceleyen pek çok çalışma bulunmakla birlikte nüfusun yarısından fazlasının yaşadığı kentler için aynı şeyi söylemek mümkün değildir.⁴ Bu nedenle Anadolu’yu İstanbul’a bağlayan karayolunun bitiminde yer alan ve bir referans kurumu olan Haydarpaşa Numune Hastanesi’ne (HNH) ayakta tedavi için başvuranların hizmet kullanımını belirleyen etkenleri, sosyal güvenlik kurumlarından memnuniyetlerini, Türkiye’deki sağlık hizmetlerini yeterli bulup bulmadıklarını ve etkin birinci basamak sağlık hizmeti vermesi öngörülen aile hekimliği konusundaki bilgi ve eğilimlerini değerlendiren bir araştırma yaptık.

HNH 1903’ten beri (önce tıp fakültesi eğitim hastanesi, 1933’ten sonra da numune hastanesi olarak) hizmet veren, İstanbul’un en büyük sağlık kurumlarından biridir. 1994 yılı verilerine göre, fiili yatak sayısı 670 olan hastanede, yıl içinde 1.456.395 kişi ayakta, 16.949 kişi yatarak tedavi görmüştür, yatarak tedavi görenlerin oranı %1.16, yatak doluluk oranı %61.1’dir.⁵ Hastane Üsküdar ilçesinin Kadıköy’e bakan doğu sınırındadır. Her iki ilçede de devlete ve özel girişime ait hastaneler, kamuya ait birinci basamak sağlık kuruluşları ile özel çalışan çok sayıda hekim ve poliklinik bulunmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı kesit çalışması, 1994 yılı nisan-mayıs aylarında HNH’de gerçekleştirildi. Ön denemesi yapılarak son şekli verilen bilgi formu HNH aile hekimliği uzmanlık öğrencileri tarafından hastaneye ayakta tedavi için başvuranlara yüzyüze görüşme yoluyla uygulandı. Soruları yanıtlamayacak derecede rahatsız olanlar, çeşitli nedenlerle iletişim kurulamayanlar çalışma kapsamına alınmadı. Soruları yanıtlayanların ülkemizin sağlık sorunlarını değerlendirmeleri de istendiğinden alt yaş

sınırı 18 olarak belirlendi. Örnek seçilmedi; koşullara uyan yeterli sayıda kişiyle görüşülmesi amaçlandı.

211 kişinin verileri değerlendirildi, 11 kişi formlarındaki eksiklikler nedeniyle değerlendirme dışı bırakıldı. Veriler SPSS 5.0 for Windows istatistik programı ile işlendi. Gruplararası karşılaştırmalar non-parametrik kare testi ile yapıldı.

Bulgular

Araştırmamıza katılan ve verileri değerlendirilen 211 kişinin yaş, cinsiyet, öğretim durumu ve oturdukları bölgelere göre dağılımı 1. 2. ve 3. tablolarda yer almaktadır.

Tablo 1

Araştırmaya katılanların yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
18-29	32	47	79 (%37.4)
30-50	42	65	107 (%50.7)
> 50	14	11	25 (%11.9)
Toplam	88 (%41.7)	123 (%58.3)	211 (%100.0)

Tablo 2

Araştırmaya katılanların öğretim durumuna göre dağılımı

Öğretim Durumu	Sayı	%
Öğretimi olmayan	17	8
İlkokul mezunu	35	16.6
Ortaokul mezunu	24	11.4
Lise mezunu	66	31.3
Yüksekokul mezunu	69	32.7
Toplam	211	100.0

Tablo 3

Araştırmaya katılanların oturdukları yerlere göre dağılımı

İl. Bölge	Sayı	%
İstanbul Anadolu yakası	160	76.0
İstanbul Avrupa yakası (Haliç’in güneyi)*	30	14.2
İstanbul Avrupa yakası (Haliç’in kuzeyi)	7	3.4
Marmara bölgesinin diğer illeri	6	2.7
Diğer bölgeler	6	2.7
Toplam	211	100.0

* Toplamın %12.8’ini oluşturan 27 kişi Bakırköy ilçesinden gelmekteydi.

Araştırmaya katılan ve Türkiye’deki sağlık hizmetleri konusundaki soruyu yanıtlayan 204 kişiden %16.2’sinin sosyal güvencesi yoktu. Araştırmaya katılan diğer kişilerin sosyal güvenlik kurumlarından memnuniyetleri 4. tabloda, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin yeterliliği konusundaki görüşleri 5. tabloda yer almaktadır.

Tablo 4
Sosyal güvenlik kurumundan memnuniyetin dağılımı

Sosyal Güvenlik Kurumu	Memnun Olanlar	Memnun olmayanlar	Toplam*	
			N	%
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	13 (%18.3)	58 (%81.7)	71	35.1
Emekli Sandığı (ES)	24 (%42.1)	33 (%57.9)	57	28.2
Bağ-Kur	7	8	15	7.4
Özel sağlık sigortası (ÖSS)	9	7	16	7.9
Yeşil kart	9	1	10	4.9
Toplam	62 (%36,7)	107 (%63.3)	169	
Sosyal güvenliği bulunmayan			33	16.3

* Soruyu yanıtlayan 202 kişi. SSK ve ES için $\chi^2 = \dots p < 0.01$

Tablo 5
Sosyal güvenlik kurumuna göre ülke bütünündeki sağlık hizmetini yeterli bulma düzeyinin dağılımı

Sosyal Güvenlik Kurumu	Yeterli Bulanlar	Yetersiz Bulanlar	Toplam*	
			N	%
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	2 (%2.7)	70 (%97.2)	72	35.1
Emekli Sandığı (ES)	6 (%10.7)	50 (%89.3)	56	27.3
Bağ-Kur	5	0	15	7.3
Özel sağlık sigortası (ÖSS)	0	16	16	7.8
Yeşil kart	6	4	10	4.9
Toplam	19 (%11.2)	150 (%88.8)	169	
Sosyal güvenliği bulunmayan	3	33	36	17.6

* Soruyu yanıtlayan 205 kişi. SSK ve ES için $\chi^2 = \dots p > 0.05$

Emekli Sandığı'na bağlı olanlar arasında kurumundan memnun olanlar daha fazladır ($p < 0.01$); ancak araştırmanın bir devlet hastanesinde yapılmış olması sonucu belirlenmiş bir durum olduğunu düşündürmüştür. Az sayıda yeşil kartlı dışında bütün gruplar benzer şekilde sağlık hizmetlerinin ülke bütünündeki sunuluşunu yetersiz buluyordu; bu bakımdan ES ve SSK'lular arasındaki fark istatistik açıdan anlamlı değildi; $p > 0.05$. Araştırmaya katılanların yaklaşık 1/3'ü sosyal güvenlik kurumunun hizmetlerinden memnun olduğu halde ülke genelindeki sağlık hizmetlerini yetersiz buluyordu.

Gerek kurumdan memnuniyet, gerekse ülke bütünündeki sağlık hizmetlerini yeterli bulma oranı öğretim düzeyi ile ters orantılı olarak değişiyordu. Sosyal güvenlik kurumunun verdiği sağlık hizmetinden memnun olan tek grup, bir öğretim kurumundan mezun olmayıp, okuma yazma bilenlerdi. Şekil 1 Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yeterliliği konusundaki görüşlerin öğretim düzeyleri ile ilişkisini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerini yetersiz bulanların %23.2'si; daha iyi bir hizmet verilebilmesi için bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılmasını, %23.2'si; sağlık yasasının yeniden düzenlenmesini, daha küçük bir grup; %15.6'sı herkesin prim ödeyeceği özel sağlık sigortası uygulanmasını istiyordu, %27.9'u bu önerilerin birlikte uygulanmasını önerdi, %10.9'u ise görüş bildirmeydi. Yanıtların öğretim düzeylerine dağılımı farklılık göstermedi.

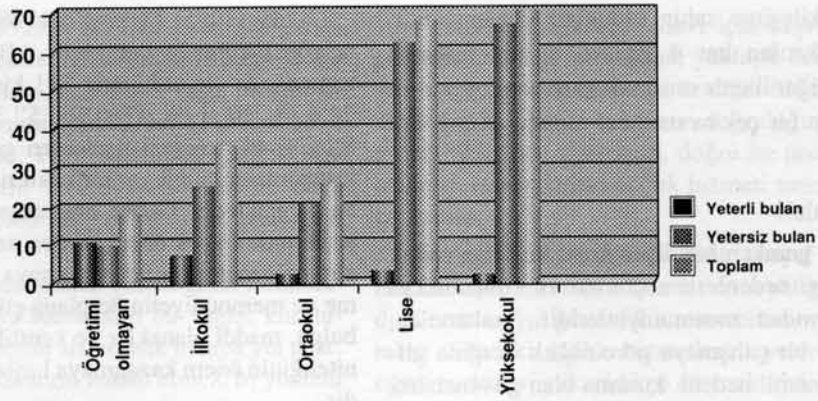
Ailede son hastalanan bireylerin %42.1'i özel hekim, poliklinik ya da hastaneye, %39.6'sı devletin sağlık kuruluşlarına, %8'inin diğer sağlık kuruluşlarına götürüldüğü bildirildi. Bu konuda karar verirken %38.6'sı tanıdıkları/hastayı izleyen hekime, %24.3'ü hizmetinden memnun kaldıkları, %13.3'ü hizmeti ucuz olan, %12.9'u yakın olan, %7.1'i tavsiye edilen hekimi seçmiş, %3.9'u birden çok nedenle hareket etmişti.

Niteliği belirtilen 200 son başvurudan %37'si acildi. En fazla başvuru; %32.2 ile iç hastalıklarına yapılmıştı. %20.4 ile çocuk sağlığı ve hastalıkları, %15.2 ile genel cerrahi, %10.2 ile kadın hastalıkları ve doğum diğer sık görülen başvuru nedenleri idi. Diğer dallarla ilgili başvurular daha azdı.

Her türlü olanak sağlansa bu başvuruların %40.8'i tam teşekküllü devlet hastanesine, %34.6'sı özel dal uzmanı, özel hastane ya da polikliniğe, %10.4'ü sürekli gittiği doktora yapılacaktı. Yurt dışına gitmek isteyenler azınlıktaydı; %11.4. Çoğunluk; (%46.9) gideceği hekimin şikayet konusu hastalığın uzmanı olmasını, %10.0'u hastaya çok zaman ayırıp ilgilenmesini, %8.5'i her an başvurulabilecek tanıdık bir hekim olmasını, %4.3'i doçent, profesör gibi bir ünvanının olmasını isterken, yalnızca 2 kişi %0.9'u hizmetin "ücretsiz" olmasını istiyor, %31.3'ü (62) ise bu özelliklerin birden fazlasının birlikte bulunmasını istiyordu.

Aile hekimliğini duyanlar çoğunlukta; %75.4, duyanların çoğu (%42.2) aile hekimini, "aile sağlığı ve hastalıkları konusunda uzman hekim" olarak tanımlarken %22.3'ü "aile bireylerinin sürekli gittikleri hekim" %13.7'si ise "aileyi iyi tanıyan herhangi bir konuda uzman hekim" olarak tanımladı. Yenilikleri daha iyi izledikleri varsayımıyla yüksek öğretim görenlerin yanıtlarını diğer öğretim düzeylerindekiyle karşılaştırdık (Tablo 6); yüksek öğretim görenlerin daha büyük bir bölümü aile hekimliği kavramını duymuştu ($p < 0.001$).

Araştırmaya katılanlardan %19.9'u (42) düzenli sağlık kontrolüne gittiğini belirtti. %34.6'sı alışıktı olmadığı, %16.6'sı pahalı bulduğu, %15.2'si zamanı olmadığı, %6.6'sı gerek duymadığı, %5.7'si başvuracağı yeri bilmediği için düzenli sağlık kontrolüne gitmiyordu. İlginç olan bulgu, yüksek öğretim görenler ile diğerleri arasında düzenli sağlık kontrollerine gitme açısından anlamlı fark bulunmamasıydı (Tablo 6).



Şekil 1

Öğretim düzeyi / Türkiye'deki sağlık hizmetlerini yeterli bulma ilişkisi

Araştırmaya katılanların çoğu (%73); sağlık hizmetleri sırasında yapılan işlemlerle ilgili (tahlil sonuçları, reçete, rapor v.d. gibi) belgeleri saklıyordu, yüksek öğretim görenler ile daha kısa süreli öğretim görenler arasında, bu belgeleri saklamak açısından da anlamlı fark yoktu (Tablo 6).

Tablo 6
Sağlık hizmetleri ile ilgili deneyim ve görüşlerin
öğretim düzeyi ile ilişkisi

Aile hekimliği kavramını duydunuz mu?			
	Evet	Hayır	P
≤ Lise	95	44	< 0.001
≥ Üniversite	64	6	
Toplam	159 (%76.1)	50 (%23.9)	
Düzenli sağlık kontrollerine gidiyor musunuz?			
	Evet	Hayır	P
≤ Lise	27	44	< 0.001
≥ Üniversite	16	6	
Toplam	43 (%21.2)	50 (%23.9)	
Sağlığınızla ilgili (reçete, rapor, tahlil v.d.) belgeleri saklıyor musunuz?			
	Evet	Hayır	P
≤ Lise	106	44	< 0.001
≥ Üniversite	48	6	
Toplam	154 (%74)	50 (%23.9)	
Alacağınız aile hekimliği hizmeti için ek ücret ödemeyi kabul eder misiniz?			
	Evet	Hayır	P
≤ Lise	69	44	< 0.001
≥ Üniversite	35	6	
Toplam	104 (%49.3)	50 (%23.9)	

"Yaşadığınız bölgede, sizi ve ailenizi izleyen, sizin tıbbi sorumluluğunuzu üstlenerek sürekli hizmet veren,

geçirdiğiniz hastalıkların, tahlillerinizin, kullandığınız tüm ilaçların dosyalamasını yapan bir aile doktorunuz olmasını ister miydiniz?" sorusuna %97.2'si "evet" yanıtını verdi. Bu hizmet için ek ücret ödemeye hazır olanlar grubun yarısını oluşturdu; %49.8, diğerleri ek ücret ödemek istemiyordu; %18.5, büyük bir bölümü de, maliyeti devletin üstlenmesini istiyordu; %31.8. Aile hekimliği için ek ücret ödeme isteği öğretim düzeyine göre fark göstermedi (Tablo 6).

Tartışma

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu aile hekimliğini duymuştu ve aile hekimliği hizmeti almak istiyordu, yarısı bunun için ek ücret ödemeye hazırdu.

Rosenberg ve Hanlon'a göre (1966) sağlık hizmetlerini konu alan araştırmalar genellikle iki farklı kavram olan kullanım (utilization) ya da ulaşılabilirlik (accessibility); üzerine yoğunlaşır.⁶ Araştırmamız daha çok sağlık hizmetlerinin kullanımını konu almışsa da ulaşılabilirlikle ilgili yönleri de vardır.

Kullanım

Genel olarak yakındaki sağlık kurumlarının daha çok tercih edildiği kabul edilir. Ancak HNH'ne ayaktan tedavi için başvuran örneklem grubunda her 8 kişiden biri hastaneye uzak ve kalabalık bir ilçe olan Bakırköy'den gelmekteydi. Hayran ve ark., 1987'de, Kireçhane Sağlık Ocağı bölgesinde, konutları ocağa 5 km'den daha uzak olanların sağlık ocağını kullanmadıklarını saptamışlardır.⁷ İstanbul-İzmit arasında bir sanayi bölgesi olan Gebze ilçesinde 1986'da yapılan bir araştırmada kişilerin konutlarının sağlık ocağına uzaklığı ile sağlık kuruluşu seçimi arasında belirgin bir ilişki saptanamamıştır.⁸

Ülke bütünü için çekim merkezi olan İstanbul metropoliten alanında, 1903'ten bu yana faaliyet gösteren HNH için önemli olan etkenlerin çok daha fazla sayıda

ve girift bir etkileşime sahip oldukları düşünülebilir. Araştırmamıza katılan her 4 kişiden birinin nisbeten uzak ilçe ya da diğer illerde oturması hastanenin yakın ve uzak çevresi için bir çekim merkezi olduğunu doğrulamaktadır.

Seçim nedenleri

Ele alınması gereken bir diğer konu kişilerin sağlık kurumlarını hangi nedenlerle seçtikleri ve kullandıkları sağlık kurumlarından memnuniyetleridir. Trabzon'da, 1987'de yapılan bir çalışmaya göre sağlık ocağına gitmeyenlerin en önemli nedeni kuruma olan güvensizlikti. Burada, her türlü olanağı olduğunda sağlık ocağını seçecek olanların oranı %4.7 idi.⁷ Gebze araştırmasına (1986) katılanların %55.6'sı ucuz-ücretsiz hizmetin, %20.7'si önceki deneyimin, %15.0'i ise yakınlığın kuruluş seçiminde başlıca neden olduğunu belirtmişlerdi.⁸ Özcebe'nin (1989)¹ Hacettepe Üniversitesi Etimesgut Araştırma ve Öğretim Yöresi'nde yaptığı araştırmada sağlık ocaklarına gidenlerle, özel doktora gidenlerin verilen hizmetten benzer oranda (%31 ve %30) çok memnun kaldıklarını söylemeleri bu yörenin 1930'larda açılan Etimesgut İhtimai Hıfzısıhha Dispanseri'nin geleneğini taşıması ve 1964'ten beri üniversiteye bağlı olarak çalışması sonucu sağlık ocaklarında nitelikli hizmet verilmesi ve halkın birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlığını edinmiş olması ile açıklanabilir.⁹ Etimesgut'ta hastane yerine fabrika hekimi, SSK dispanseri, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve özel hekim olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan ilk başvuruların toplamı ideale yakın %80 oranına ulaşmaktadır.

Berksoy'un (1994) İstanbul genelini temsil eden bulgularına göre en çok tercih edilen sağlık kuruluşları sırasıyla SSK hastaneleri (%38.7); özel hastaneler (%38.3); özel doktorlar (%31.0); devlet hastaneleri (%30.1) ve üniversite hastaneleri idi (%25). Özel poliklinikler (%13.6) ve devlete ait dispanserler (%4.1) ise en az tercih edilen sağlık kurumlarıydı.¹⁰ Taşdemir'in (1997) Ümraniye'deki sağlık kuruluşlarına başvuran hastaları temsil eden bulgularına göre özel poliklinik en çok iyi hizmet (%34.8) ve tavsiye edilme (%24.4); belediye dispanseri iyi hizmet (%36.3) ve düşük ücret (%26.6); sağlık ocağı yakınlık (%38.8) ve sosyal güvence nedeniyle sevk edilme (%30.3); semt polikliniği yakınlık (%61.7); SSK dispanseri ise sosyal güvence nedeniyle sevk edilme (%96.3) tercih edilmişti.¹¹

Bizim araştırmamıza katılanların %33.4'ü her türlü olanak sağlandığında yine tam teşekküllü devlet hastanesini, %27.2'si özel hastaneyi, %25.2'si özel hekim/özel polikliniği tercih edeceklerdi. Sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı polikliniği ve semt polikliniklerini tercih edecek olanların oranı yalnızca %6.7'da kaldı.

Akder (1995) Türkiye'deki 894 ilçeyi yaşam kalitesi-ne göre 6 kümede toplamıştır.¹² Bu sıralamaya göre araştırmamızda ele aldığımız 211 kişiden 93'ü 1., 27'si 2., 24'ü 18., 20'si 13., 17'si 16., 5'i 37., 3'ü 27., 2'si 3., 2'si 8., 2'si 14. sıradaki ilçelerden gelmekte, 3 kişi dışında grubumuzun tümü yaşam kalitesi en yüksek olan 1. gruba girmektedir. Gebze araştırmasında⁹ sağlık kuruluşu seçiminde en çok önem verilen neden olan ucuzluğun bizim çalışmamızda üçüncü sıraya düştüğü, tanıma/izlenme ve memnuniyetin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu bulgu, maddi olanaklar ve kentleşme arttıkça hizmetin niteliğinin önem kazanmaya başladığını düşündürmektedir.

Araştırmamızda her türlü olanak sağlandığında üniversite hastanesine gitmek isteyen olmaması ilginçtir; Bir görüşe göre¹³ araştırmamız bu açıdan bir sistematik hataya açıktır, ancak Berksoy da üniversite hastanelerini az kullanılan sağlık kurumları olarak sınıflamıştır; İstanbullu ailelerin 3/4'ü üniversite hastanelerini hiç kullanmazken, %7.1'i sık sık, %12.2'si bazen, %5.7'si nadiren kullanıyorlardı.¹¹

Hizmetlerin yeterliliği

İşsizliğin ve yoksulluğun bir belgesi olarak düşünülen yeşil kartlılar dışında bütün sosyal güvenlik gruplarında Türkiye'deki sağlık hizmetlerini yetersiz bulanlar çoğunlukta idi. Bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumunun verdiği sağlık hizmetlerinden tümü memnun olan tek grup bir öğretim kurumundan mezun olmayıp okuma yazma bilenlerdi. Gerek sosyal güvenlik kurumundan memnuniyet, gerekse ülkedeki sağlık hizmetlerini yeterli bulma oranı öğretim düzeyi yükseldikçe düşmekteydi. 3/4'ü ortaokul ve üzerinde eğitim görmüş ve kent merkezinde yaşayan grubumuzun %89.4'ü ülkemizdeki sağlık hizmetlerini yetersiz buluyordu. Durumun düzeltilmesi için "Ne yapılmalı?" sorusunun yanıtları öğretim düzeylerine göre neredeyse eşit olarak dağılıyordu; sorunun çözümü için ne yapılması gerektiği konusunda tutarlı, belirgin bir görüş yoktu.

Fitzpatrick'e göre soru formları hizmet sunanların moralini bozabilecek düzeyde, geniş kapsamlı bir tatminsizliği ortaya koyabilir. Evason ve Whittington'a göre ise aksine; ifade edilen tatmin düzeyi tipik olarak yüksektir. Kuzey İrlanda'da National Health Services hastaları, özellikle hastayken ya da bir tedavi görürken, dolayısıyla sisteme bağlıyken aldıkları hizmet konusunda eleştirel bir tutum almaktan kaçınmaktadırlar.¹⁴ Bir araştırma (1990), mümkün olan en iyi sağlık hizmetini aldıklarını düşünenlerin oranını ABD'de %87, Japonya'da ise %62 olarak -bize kıyasla çok yüksek düzeyde belirlemiştir.¹⁵ Avis ve arkadaşlarına göre bildirilen tatmin düzeyi genellikle yüksektir; toplum tarafından kabul edilme isteği, olumsuz görüş bildirmekten kaçınma ve soruların tasarımı bu sonuca neden olmaktadır (Locker Dunt 1978) (French 1981) (Cartwright Anderson 1981)

(Cartwright Winsdor 1992).¹⁶ Bu durumun vatandaş-devlet ilişkilerinde paternalist bir tutumun hakim olduğu ülkemizde de geçerli olması beklenir ve bağlı bulunulan sağlık kurumundan memnuniyetin %39.6'ya ulaşması bu yaklaşım ile açıklanabilir. Yurt genelindeki sağlık hizmetlerinden memnuniyetin %10.6'da kalması ise daha rahat ifade edilebilen ciddi bir yetersizliğin göstergesi olabilir.

Bulgularımızın toplumu temsil etmediğinin farkındayız. Timaeus ve ark. göre sonuçların bir sağlık kuruluşundan toplanması iki önemli sistematik hataya yol açar: a) örnekleme bütün veritabanını temsil etmez, b) yöntem sadece çalışma sırasında sağlık hizmetlerinden yararlananlarla ilgili bilgi toplar, şu anda sağlık hizmeti almayanlarla ilgili hiçbir bilgi vermez.¹³ Yine de, bir hastaneye başvuranların profilini sergileyen araştırmamızdaki memnuniyetsizliğin altında yatan nedenler incelenmelidir.

Hizmet alanlarının katkı ve sorumlulukları

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için güvensizliği ortadan kaldıracak iletişim ve uygulama becerileri ile donatılmış ekip kadar, güncel ve ayrıntılı tutulmuş kayıtlar da gereklidir. Kayıtların güncelliği ve güvenilirliği sağlık personelinin yanısıra hizmet alanlarına da katkısını gerektirir. Araştırmamızda düzenli olarak sağlık kontrollerine gidenlerin oranı fazla değilken (%19.9) sağlıkla ilgili bireysel belgelerini saklayanlar çoğunlukta (%73); görüşülenlerin neredeyse tümü bir aile hekimine bağlı olmayı istiyordu (%97.2). Grubumuzun yarısı aile hekimliği için bir ek ücret ödemeyi be-nimsiyordu. Ancak araştırmamıza katılanlardan yüksek öğretim görenler ve görmeyenler arasında düzenli sağlık kontrollerine gitme, sağlıkla ilgili belgeleri saklama ve aile hekimliği için ek ücret ödemeyi üstlenme açılarından anlamlı fark olmaması kullanıcılar tarafından sağlık hizmetleriyle ilgili tutarlı bir beklenti ve talep oluşturma ve sorumluluk alma konusunda daha pek çok mesafe alınması gerektiğini düşündürmüştür. Yüksek okul mezunu olanlar ve diğerleri arasında saptayabildiğimiz tek anlamlı fark aile hekimliği kavramını duymuş olma açısındandı.

Sonuçlar

1- Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%75.8'i) aile hekimliğini duymuştu ve aile hekimliği hizmeti almayı arzulamaktaydı, yarısı bunun için ek bir ücret ödemeye hazırdı.

2- Hastaneye son başvuru nedeni, olguların %80.2'sinde 4 büyük uzmanlık dalı ile ilgiliydi; büyük ölçüde bu dalları kapsayan aile hekimliği uzmanlık müfredatının ana hatlarıyla ihtiyaca uygun olduğu söylenebilir.

3- HNH'ne ayaktan tedavi için başvuran örneklem grubunun önemli bir bölümü yaklaşık her 4 kişiden biri şehrin uzak semtlerinden ya da diğer illerden gelmekteydi. Bu dikkat çekici bulgunun doğruluğunun daha geniş gruplar üzerinde sınanması, doğru ise nedenlerinin araştırılması kentimizdeki sağlık hizmeti sunumuna yardımcı olabilir.

4- Yeşil kartlılar dışında bütün sosyal güvenlik grupları Türkiye'deki sağlık hizmetlerini yetersiz bulmaktaydı. Gerek sosyal güvenlik kurumundan memnuniyet, gerekse ülkedeki sağlık hizmetlerini yeterli bulma oranı öğretim düzeyi yükseldikçe düşmekteydi.

5- Araştırmaya katılan eğitilmiş, kentli, yaşam kalitesi yüksek grubun yetersiz buldukları sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için ne yapılmalı sorusuna yanıtları öğretim düzeylerine göre neredeyse eşit bir dağılım göstermekteydi. Bu dağılım ülke geneli için de geçerliyse ülkemizde yapılması planlanan sağlık reformu konusunda kamuoyuna hakim, yönlendirici bir görüş oluşmadığı söylenebilir. Kamuoyunda bu konuda çoğunluğun benimsediği bir görüşün bulunmaması, bir başka deyişle bir beklentinin olmaması, sağlık reformunun sürüncemede kalmasının nedenlerinden biri olabilir. Bu durum daha geniş bir örneklem grubu üzerinde sınanması gereklidir.

6- 'Tıbbi mesleki hakimiyet' çalışmamızda ele alınmayan ve hizmetin niteliğini etkileyen bir başka konudur. Hastanelerde birinci basamak sağlık hizmeti verilmesine devam edildiği sürece zaman kısıtlılığı ve çok sayıda hastaya hizmet verme zorunluluğunun doğurduğu anonim ilişkiler, hasta ve hekim arasında daha eşitlikçi bir ilişkiyi engelleyecek, dolayısıyla iletişimi bozan 'tıbbi mesleki hakimiyet'i sürdürecektir. Hastanın memnuniyetsizliğinde önemli rol oynayabilecek olan bu durum, yapılacak yeni çalışmalarda bağımsız bir değişken olarak ele alınmalıdır.

7- Düzenli sağlık kontrollerine gitme, sağlıkla ilgili belgeleri saklama, aile hekimliği hizmeti için ek ücret ödeme konularında yüksek öğretim gören ve görmeyenler arasında anlamlı fark bulunmaması toplumun sağlıkla ilgili bilgi ve beklentisinin düşüklüğünü göstermektedir. Altında yatan nedenlerin anlaşılması için bu tutumların ayrıca incelenmeleri gerekir.

Kaynaklar

1. Price Waterhouse Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu. Aralık 1989 135; 207-8.
2. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Türkiye Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje. Ankara 1992; 1-7.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı II. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grubu Raporları. Ankara, Mart 1994; 120.
4. Hayran O, Aksayan S, Kayhan M. ve ark. Kentsel Bir Bölgede Halkın Sağlık Kuruluşlarının Seçimini Etkileyen Etkenler. *Gelişim*, 1994; 4: 1052-5.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Yılığ, 1994; 193.

6. **Rosenberg MW, Hanlon NT.** Access and utilization: a continuum of health service. *Social Sciences and Medicine* 1996; 43(6) 975-83.
7. **Hayran O, Nuhoglu A, İnan A.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler. *Toplum ve Hekim*, Mart 1988; 17-21.
8. **Hayran O, Seymenoğlu S, Eren AF.** Tedavi Edici Hizmetler ve Kent Sağlık Ocakları, *İstanbul Halk Sağlığı Bülteni* 1986; 12: 23-4.
9. **Saltık A.** Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi, Bilim ve Ütopya, 1998; 44: 16-20.
10. **Berksoy T.** İstanbul Halkının Hizmet Sektörüne Dönük Talebi. İstanbul, İstanbul Ticaret Odası, 1994;26:10-2.
11. **Taşdemir M.** Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul 1998; 73-4.
12. **Akder H.** Türkiye'de İlçe Merkezlerinde Yaşam Kalitesi Araştırması., Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara, 1995, App: II; 1-3.
13. **Develay A, Sauerborn R, Diesfeld HJ.** Utilization of health care in African urban area: result from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. *Social Sciences and Medicine* 1996; 43(11): 1611-9.
14. **Lewis JR.** Patients Views On Quality Care In General Practice: Literature Review. *Social Sciences and Medicine* 1994; 39(5) 655-70.
15. **Kurata JH, Watanabe Y, McBride C, Kawai K, Andersen R.** A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and in the United States. *Social Sciences and Medicine* 1994; 39(8): 1069-76.
16. **Avis M, Bond M, Arthur A.** Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Sciences and Medicine* 1997; 44(1): 85-92.

Geliş tarihi: 12. 08. 1998

Kabul tarihi: 01. 03. 1999

İletişim adresi:

Dr. Haluk Çağlayaner

MEF Eğitim Kampüsü Ambarlıdere Mevkii

Dereboyu Cad. 80840 Ortaköy-İstanbul

Tel: (0212) 287 69 00/243-244 Faks: (0212) 257 82 25

e-posta: caglayaner@turk.net Halukc@mef.k12.tr

TIP DÜNYASINDAN HABERLER

Hazırlayanlar:
Ecz. Duygu Yazıcıoğlu
Dr. Eşref Yazıcıoğlu

MEME KANSERİNE KARŞI BİLATERAL PROFLAKTİK MASTEKTOMİ

Son senelerde meme kanseriyle ilgili çeşitli genetik çalışmalar, yüksek riskli kadınlarla özdeşleşen BRCA 1 ve BCRA 2 genlerinin birçok mutasyonlarını ortaya çıkarmaya imkan vermektedir.

Bu malign lezyon ailevi bir bağlantıya da sahip olduğu taktirde meme dokularının koruyucu olarak bilateral çir-

karılması sürvi şansının büyük ölçüde artmasını sağlamaktadır. Bu girişim göğüs kanseri insidansını en azından %90 azaltmaktadır.

New England Journal of Medicine 14 Ocak tarihli son sayısında bildirilen Mayo Klinik onkoloji bölümünden Dr. Lynn, C. Hartmann ekibinin çalışmalarının kabaca formüle edilmiş sonucu bu şekildedir.

Médecine 1999; 57E: 285