T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMLARI

**Sevda URAL**

**DOKTORA TEZİ**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Danışman**
**Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA**

**KONYA-2017**

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini bizlerle paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım saygıdeğer danışman hocam; Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA'ya, doktora eğitimim boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma ve çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli aileme ve Süleyman Yaman'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**İçindekiler**

**ÖNSÖZ** ..... **ii**
**ÇİZELGELER** ..... **iv**
**ŞEKİLLER LİSTESİ** ..... **v**
**SİMGELER ve KISALTMALAR** ..... **vi**
**ÖZET** ..... **vii**
**SUMMARY** ..... **viii**
**1. GİRİŞ** ..... **1**
1. 1. Sağlık Hizmetleri ..... 1
1. 1. 1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ..... 1
1. 1. 2. Sağlık Hizmetleri Sınıflaması ..... 1
1. 1. 3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ..... 2
1. 1. 4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ..... 3
1. 1. 5. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler ..... 3
1. 2. Sağlık Sektöründe Devletin ve Özel Sektörün Yeri ..... 5
1. 2. 1. Hastaneler ..... 5
1. 3. Sağlık Hizmet Kapsamı ve Ödemeler ..... 10
1. 3. 1. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm ve Sigortalılık Durumu ..... 10
1. 3. 2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Cepten Ödemeler (Katılım Payı) ..... 11
1. 3. 3. Bazı Avrupa Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Kapsamı ..... 12
1. 4. Üniversiteler ve Genç Nüfus ..... 13
**2. GEREÇ ve YÖNTEM** ..... **14**
**3. BULGULAR** ..... **16**
**4. TARTIŞMA** ..... **30**
**5. SONUÇ** ..... **40**
**6. KAYNAKLAR** ..... **42**
**7. EKLER** ..... **46**
EK A1: Anket Formu ..... 46
EK A2: Etik Kurul Kararı ..... 49
EK A3: Kurum İzni ..... 50
**8. ÖZGEÇMİŞ** ..... **51**

## ÇİZELGELER

**Çizelge 2. 1.** Selçuk Üniversitesi'nde 2014-2015 Eğitim-Öğretim Yılında Lisans Düzeyinde Eğitim Almakta Olan Öğrencilerin Fakülte/Yüksekokullara Göre Dağılımı. ..... 15

**Çizelge 3. 1.** Katılımcılara İlişkin Bazı Sosyo-demografik Özellikler. ..... 16

**Çizelge 3. 2.** Katılımcılara İlişkin Bazı Tanımlayıcı Özellikler. ..... 17

**Çizelge 3. 3.** Katılımcıların Sağlık Davranışlarına İlişkin Özellikleri. ..... 18

**Çizelge 3. 4.** Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Özellikleri. ..... 19

**Çizelge 3. 5.** Katılımcıların Acil Durumlarda Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Düşünceleri. ..... 21

**Çizelge 3. 6.** Katılımcıların Acil Olmayan Durumlarda Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Düşünceleri. ..... 22

**Çizelge 3. 7.** Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişki. ..... 24

**Çizelge 3. 8.** Logit Modeli Tahmin Sonuçları. ..... 26

**Çizelge 3. 9.** Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu ile Değişkenler Arasındaki İlişki. ..... 29

# ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 1.1.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları, Türkiye. ..... 7
**Şekil 1.2.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye. ..... 7
**Şekil 1.3.** Konya İli Hastaneler. ..... 8

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

**A.S.M.:** Aile Sağlığı Merkezi

**D.H. :** Devlet Hastanesi

**DSÖ :** Dünya Sağlık Örgütü

**E.A.H.:** Eğitim Araştırma Hastanesi

**Ö.S.K.:** Özel Sağlık Kuruluşu

**SB :** Sağlık Bakanlığı

**SUT :** Sağlık Uygulama Tebliği

**SGK :** Sosyal Güvenlik Kurumu

# ÖZET

## Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları

**Sevda Ural**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi**

**2017**

Çalışmanın amacı Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Selçuk Üniversitesi'nde lisans düzeyinde öğrenim gören 23 900 öğrenci çalışmanın evrenini oluşturdu, örneklem büyüklüğü hesaplandığında 1 600 öğrenciye ulaşılmasına karar verildi. Örneklemin tamamına ulaşıldı.

Veri toplama aracı olarak 43 sorudan oluşan bir anket formu kullanıldı. Veriler ortalama, standart sapma ve yüzdelerle özetlendi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanıldı. Ayrıca değişkenlerin birbiri üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesinde logit model kullanıldı.

Çalışmaya alınan öğrencilerin %55'i kadın ve %5,4'u 25 yaş ve üzerindeydi ve %82,9'u gelir düzeyini "orta" olarak ifade etti. Sosyal güvencesi olmayanların oranı %3,7, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma oranı %3,4 olarak belirlendi. Öğrencilerin %60,8'i sadece ciddi bir hastalık durumunda sağlık kurumuna başvurduğunu, %55,7'si de sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadığını düşündüğünü belirtti. Yararlanamama sebebi olarak hastane ortamının daha çok hasta etmesi ve beklemek istememe olduğu bulundu. Öğrenciler, acil ve acil olmayan durumlarda çoğunlukla devlet hastanelerini tercih ettiği ve bu seçimlerinde sosyal güvence ve yakınlık faktörünün etkili olduğunu ifade etti.

Sağlık ile ilgili bilgi ve davranışları öğrenmeye en açık olunan, çoğunlukla genç nüfusun mevcut olduğu üniversitelerde yaşanan sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık sektörüne güven duyulması ve sağlıklı bir gelecek için önemlidir. Araştırma sonuçlarına göre gençlerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilmeleri için gerekli düzenlemelerin yapılması gerektiği kanısına varıldı.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Hizmetleri, Üniversite Öğrencileri, Sağlık Kurumları

## SUMMARY

**Benefiting From the Health Services of Selçuk University Students**

**Sevda Ural**

**Advisor: Asist. Prof. Dr. Fatih KARA**

**Public Health**

**Ph.D Thesis**

**2017**

The aim of this study is to reveal the factors that influence the students of Selçuk University in benefiting from the health services. The universe comprised 23 900 undergraduate students that study at Selçuk University and the sample size was 1 600 students.

A questionnaire that included 43 questions was used to collect data. Mean, standard deviation and percentage was used as descriptive statistics. Chi-square test was used to compare categorical data. Logit model was used to evaluate the impact of the factors over each other.

55% of the 1 600 participants were male, 40.9% were 25 and above, and 82.9% had middle income levels. 3.7% did not have any social security, 3.4% had chronicle diseases. 60.8% of the students expressed that they went to health institutions in case of serious diseases whereas 55.7% of the students stated that they did not benefit from the health services adequately. The queues at the health institutions and the perceived contributions of the health institutions to getting sick were stated as the reasons behind the students' reluctance to benefit from the health services. The students mostly expressed that they preferred to use the state hospitals in case of emergencies or for regular visits and that their preferences were related with the factors of social insurance and proximity.

Health problems of the university youth, which are more open to learning and changing their behaviors and the use of the health services are important for a healthy nation and the confidence to the health sector. The findings of this study imply that necessary measures should be taken in order to increase the use of health services by the university students.



**Keywords:** Health Services, University Students, Health Institutions

# 1. GİRİŞ

## 1. 1. Sağlık Hizmetleri

### 1. 1. 1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri sadece hastaların tedavisi olmayıp, sağlığı olumsuz etkileyen tüm etmenlerin ortadan kaldırılması yoluyla bireysel ve toplumsal korunma sağlanması, tam olarak iyileşmeyen veya sakat kalan hastaların bağımsız bir şekilde yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla, rehabilite edilmeleri ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için planlı olarak yapılan çalışmalardır (Wahab ve Kefeli 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise sağlık hizmetlerini; tüm sağlık çalışanlarından faydalanmak suretiyle, talepler ve gereksinimler doğrultusunda kişilere sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ülke çapında organize olmuş hali olarak tanımlamıştır (World Health Organization 2015).

### 1. 1. 2. Sağlık Hizmetleri Sınıflaması

- **Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlık sorunları ortaya çıkmadan insanları koruyabilmek amacıyla sunulan hizmetlerdir. Toplumun sağlık düzeyini yükseltmenin en kestirme yoludur. Sosyal faydası özel faydasından fazladır. İki kısımda incelenebilir (Frumkin 2016):

- **Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Bireylerin çevresinde olan ve sağlığını olumsuz etkileyen faktörleri ortadan kaldırarak veya bireylere etkisini azaltarak çevreyi sağlıklı kılma çabalarıdır. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerle diğer sektör ve meslek grupları teknik olarak daha çok ilgilenir. Sağlık hizmetleri bu alanda daha çok danışmanlık görevi ile öne çıkmaktadır. Hava, su ve toprak kirliliği, radyasyon, gürültü ve vektörler ile savaş gibi konuları içerir (Frumkin 2016, Miller ve ark 2016).

- **İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişileri, dolayısı ile de toplumu, hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Erken tanı ve tedavi, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi konuları içerir.

- **Tedavi Edici Hizmetler**

Sağlık sorunu yaşayan kişilerin sağlıklarına kavuşabilmeleri amacıyla, yalnızca sağlık sektörü ve uzmanlaşmış sağlık personelleri aracılığı ile verilen hizmetlerdir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılır. İlk başvuruların ve ayaktan tedavinin yapıldığı birimler birinci basamağı, yataklı sağlık kurumları ikinci basamağı, üst seviye teknolojinin kullanıldığı kurumlar ise üçüncü basamağı oluşturur.

- **Rehabilitasyon Hizmetleri**

Hastalıklardan sonra meydana gelen sekeller ile çalışma gücünü kaybedenler ve aileleri için sunulan bir hizmet olup, bu kişilerin yaşama uyumlarını arttırmayı ve acılarını hafifletmeyi amaçlar. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır (Akdur 2006):

- **Tıbbi Rehabilitasyon**

Hastalıklar veya sakatlıklar sonrasında kaybedilen veya güçsüz kalan organ ve uzuvların çeşitli yöntemlerle tekrardan güçlendirilmesini hedefler. Bireylerin normal yaşantılarını mümkün olan en verimli seviyeye kavuşturmaya yönelik çalışmalardır. Sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülür (Akdur 2006)

- **Sosyal Rehabilitasyon**

Hastalık veya sakatlığı olan kişilere, yapabilecekleri uygun işler bulunması ve uyumlarının sağlanması, bu yolla hayatlarını kazandırmayı amaçlayan hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon bireylerin topluma katılmalarını önemsemektedir (Frumkin 2016).

### 1. 1. 3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı

İnsan ve toplum sağlığı pek çok faktörden etkilenen bir yapıya sahip olmakla birlikte, zaman içerisinde değişim göstermektedir. Sağlık hizmetleri bu değişimlerin olumlu yönde gerçekleşmesini amaçlar. Daha sağlıklı ve sağlık bilinci yüksek bir toplum hedefler. Sağlıklı dünyayı oluşturacak konular üzerinde çalışmalar yapar. Kişilerin sadece sağlıklı olmalarını yeterli bulmaz, mevcut sağlıklarını koruyup geliştirmeleri gerekliliğine inanır (Kayral ve ark 2016).

Bu hedeflere ulaşılması ise ancak adil bir hizmet sunumu ile gerçekleşebilir. Kişi, dil, din veya başka bir ayrım yapılmaksızın, herkese ihtiyacı olan hizmetin ulaştırılması gerekir. Sağlık hizmetleri modern çağa ayak uydurabilmelidir. Sağlık hizmetleri globalleşen dünyaya uyum sağlayabilmeli ve bölgeler arasında sağlık düzeyi farklılıklarını azaltabilmelidir (Zerenler ve Öğüt 2007, Altan ve ark 2015).

### 1. 1. 4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hizmet sektöründen bazı özellikleri ile ayrılır. Sağlık hizmetlerinin sadece sağlık personelleri ile verilmesi yeterli olmaz, farklı meslek grupları ile eşgüdümlü çalışması yoluyla verilmesi gereken hizmetlerdir. Kişiye özgü özellikler göstermenin yanı sıra pahalı hizmetlerdir, bir standardı olamaz, genellikle önceden tahmin edilemez ve ertelenemez özellik taşımaktadır. Pazarlık edilemiyor olması, kişilerin inisiyatif kullanmasına ve hizmeti denemesine izin vermez. Hizmet kalitesinin ölçümü zordur (Tutar ve Kılınç 2007, Papatya ve ark 2012, Özmen 2015)

### 1. 1. 5. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

- **Algılanan Sağlık**

Belirli durumlarda, kişi veya ailesinin sağlık hizmetlerini kullanması için, hastalığı ya da hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılaması gerekir. Genellikle hastalıkla ilgili belirti ve işaretlerin kişi tarafından algılanması ile başlayan bu süreç nesnel deneyimlere dayanan bir özellik taşır. Birey fiziksel görünümünde, bedensel fonksiyonlarında, duyularında, düşünce akışında değişiklik hissettiği zaman, sosyokültürel yapının, kendisinin ve çevresinin geçmiş hastalık deneyimlerinin ve bilgilerinin etkisiyle bir tepki oluşturur. Her bireyin sağlık algısı ve bilgisi farklı olduğu için, verilen tepkiler de kişiden kişiye değişebilir (Akman 2015, Altan ve ark 2015).

- **Tıbbi Yardım Arama ve Hizmet Kullanma Davranışları**

Bireyin sağlığı ile ilgili rahatsızlık veya anormalliği algılayıp değerlendirmesinden ve danışmasından sonra, sıra hastalık için yardım alma aşamasına gelir. Yardım alma aşamasında, bu hizmetlerin varlığı, niceliği, niteliği, erişim ve kullanım şartları gibi faktörler önem kazanır (Conseil Sante ve ark 2007).

Sağlık yardımı arama ve hizmet kullanımını etkileyen faktörler:

- ✓ Kişiye ait faktörler
- ✓ Hastalığa ait faktörler
- ✓ Toplumsal ve sosyal faktörler olarak sınıflandırılabilir.

Bazı bireyler diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya meyillidir. Bu meyil, kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumu gibi demografik veriler, kişinin duygu ve inanç dünyası, geçmiş hastalık deneyimleri, risk algısı gibi) tarafından belirlenir. Hizmeti kullanacak kişinin hizmeti satın alma gücücün yeterli olması da önemli bir faktör olarak kendini göstermektedir. İncelenen çalışmalarda, bazı sağlık hizmetlerinin fiyatlarıyla kullanım oranları zıt orantılıdır. Sağlık sigortası da benzer şekilde kişinin ihtiyaç duyduğunda düşük bir fiyatla hizmet alımına olanak sağlamaktadır. Bu özellikler, kaçınılmaz olarak hasta davranışını etkileyen önemli faktörlerdendir (Conseil Sante ve ark 2007).

Hastalık ile ilgili faktörler ise, hastalığın ve belirtilerinin ciddiyeti, günlük hayatı etkileme derecesi, hastalığın tipi, bulaşıcılığı, süresi, sıklığı toplum sağlığını ne oranda tehdit ettiği, bireye vereceği hasarın geri döndürülme oranı gibi birçok etmenden oluşmaktadır. Kişilerin sağlıklarını kötü olarak algılayıp sağlık yardımı arayışına karar verme aşamasında belirtilen etkenlerin önemi vardır. Ani başlayan ve şiddetli belirtilerle (ağrı, kanama, yüksek ateş, kusma, ishal, fonksiyon kayıpları gibi) birlikte gözlenen hastalıklarda sağlık arama ve hizmet kullanma davranışı daha hızlı olabilirken, günlük hayatı ve bireysel fonksiyonları aksatmayan belirtilerde bu süreç oldukça uzayabilmektedir (Koçoğlu ve Akın 2009).

Toplumsal ve sosyal faktörler kapsamında; kişinin içinde yaşadığı toplumun yapısına uygun olarak geliştirilen ilişkiler ağından ve bunların yaptırım gücünden, rahatsızlıklar karşısında bir danışma sisteminin varlığı ve etkinliğinden, gelenek ve göreneklerden, toplumun sağlık algısı ve inanç modelleri gibi birçok faktörden söz edilebilir. Kısmen toplumsal faktörlerin içinde de yer alabilen sağlık hizmet sunumu, profesyonel anlamda birey ve topluma sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Oluşturulan teknik alt yapıdan hizmetleri yerine getiren insan faktörüne kadar geniş bir bakış açısıyla değerlendirilebilir. Bu hizmetlerin varlığı kadar niteliği de önemli olup, sağlık hizmeti kullanırken, bir ailenin ihtiyaçlarını karşılamasına olanak tanıyan koşulların bulunması gerekir (Mohammad Mosadeghrad 2014).

Yapılmış antropolojik çalışmalarda, geleneksel toplumlarda bazı hastalıkların sadece biyolojik olarak algılanmayıp, biyolojik faktörlerle açıklanmadığı ve geleneksel çözümler arandığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda, bilimsel araştırmalarda ağırlıklı olarak iki alanın önemi artmaktadır (Conseil Sante ve ark 2007).

1. Kişilerin mevcut sağlık sistemi içerisinde nereye başvurdukları ile ilgili araştırmalar,
2. Sağlık algı ve sağlık davranışlarına etki eden etmenler ile ilgili çalışmalar.

Bir başka deyişle bu araştırmalar, kişilerin kendilerini iyi hissetmedikleri durumda neler yaptıklarını inceleyen çalışmalardır (Conseil Sante ve ark 2007, Dawson ve ark 2007, Martín ve ark 2011, Payne ve ark 2015).

## 1. 2. Sağlık Sektöründe Devletin ve Özel Sektörün Yeri

İnsan hayatının vazgeçilmezi olan sağlığın sunumunda görev alan tüm kurum ve kuruluşların meydana getirdikleri yapı "sağlık sektörü" olarak tanımlanmaktadır (Kurşun ve Rakıcı 2014).

Sağlık hizmetleri bütün dünya ülkelerinde ciddi bir dönüşüm yaşamış veya yaşamaktadır. Sağlık yöneticileri hastane masraflarındaki sürekli artış doğrultusunda, stratejilerine ticari boyut kazandırmaya başlamışlardır. Bu sebeple, sağlık kurumlarının hedef kitlelerini oluşturan alanların tanımlanması ve sunulan hizmetin kullanıcılar tarafından algılanışı rekabet ortamı oluşturmaktadır (Çınaroğlu ve Şahin 2015, Ünaldı 2015).

Devletin, sağlık giderlerinin karşılanmasında kamu kaynaklarını kullanması çoğunlukla üzerinde anlaşılan bir konudur. Devlet sağlık hizmetleri piyasasına doğrudan katılmadığı durumlarda; sağlık politikalarının belirlenmesinde, sağlık hizmetleri piyasasının düzenlenmesinde gerektiğinde önlemler alınmasında güçlü, etkili ve düzenleyici olmak zorundadır (Mohammad Mosadeghrad 2014).

### 1. 2. 1. Hastaneler

Dünya Sağlık Örgütü, 1965 yılında hastaneleri, müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun ve kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamıştır. Hastaneler 24 saat hizmet vermekle yükümlü kurumlardır (Mackintosh ve ark 2016)

- **Hastanelerin Amaçları**

Günümüzde sağlık hizmetleri, ekonomide önemli bir yere sahiptir. Bu endüstrinin başında hastaneler gelmektedir. Sağlık kuruluşları, hastalık, yaralanma ve engelliliğin etkisini ve yükünü azaltmak, kişilerin sağlıklarını geliştirmek, bedensel ve ruhsal fonksiyonlarını iyileştirmek için hizmet ve tedavi sunmaktadır. Temel amacı, topluma hasta bakım hizmeti sunmak olan hastaneler de sağlık sisteminin en önemli öğesidir. Hastaneler geniş ölçekli hizmet üretebilmek için profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çok sayıda mesleki ekibin emek sarf ederek çalışmasıyla işbirliği gerektiren faaliyetlerle belli amaçları gerçekleştirmek amacıyla kurulan organizasyonlardır. Topluma çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler oldukça karışık bir yapıda bulunmakta, hızla gelişmekte ve devletlerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümü kapsayan sosyo-ekonomik organizasyonlar haline gelmektedir (Mackintosh ve ark 2016).

Ülkemizde çoğunlukla ikinci basamak sağlık kuruluşu olarak kullanılan devlet hastaneleri tercih edilmektedir. Bu hastanelerin sorunlarının saptanıp çözülmesi sunulan hizmetin kalitesini daha üst seviyeye çıkaracaktır. Bu durum ancak modern bir yönetim anlayışı ile sağlanabilir. Devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından atanan başhekim ve başhemşireler ile yardımcıları tarafından yönetilmektedir (Yılmaz ve ark 2016).

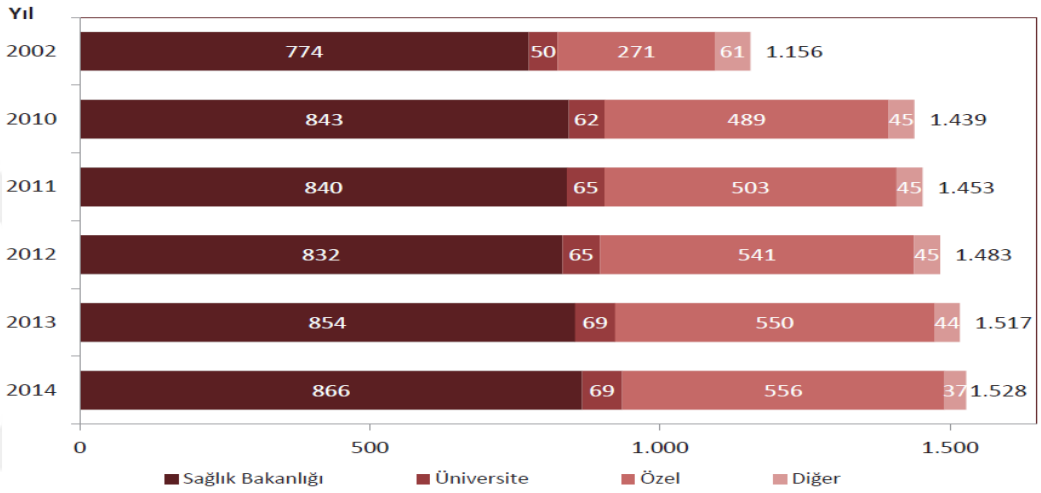
Üniversite hastaneleri birinci ve ikinci basamak hizmetler yolu ile çözülemeyen sağlık sorunları ile ilgilenen birimlerdir. Tıbbi araştırmaların yapıldığı, sağlık personelinin eğitimlerinin gerçekleştiği ve ileri düzey teknolojilerin kullanıldığı kurumlardır ve başhekim ve yardımcı idari personel tarafından yönetilir. Başhekim için herhangi bir yönetim eğitimi alma zorunluluğu bulunmamaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2014).

Özel hastaneler ise kar amacıyla kurulup işletilen hastanelerdir. Özel hastaneler de kamu hastaneleri gibi 24 saat sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. Kamu hastanelerinden farkı özel mülkiyetin varlığıdır. Sunulan her hizmetin bir ücreti bulunmaktadır. Sigorta şirketleri veya kamu otoriteleri ile anlaşması olan kuruluşlar bazı hizmetlerde farklı ücretlendirmeler yapabilmektedirler (Mackintosh ve ark 2016).

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği**

**G**enel tanımıyla aile hekimleri; birinci basamak sağlık hizmetlerini hiçbir ayrım gözetmeksizin bütüncül bir yaklaşımla sunmakla yükümlü, uzman hekimlerdir. Tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sunar, kayıtları güncel tutar (THSK 2016).

Ülkemizde sayı olarak devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarından daha fazladır. Konya ili ve ülkemiz genelinde mevcut sağlık kurumları hakkındaki istatiksel veriler aşağıda belirtilmiştir (Şekil 1, Şekil 2, Şekil 3)




**Şekil 1. 1.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları, Türkiye.

Kaynak: (SağlıkİstatistikleriYıllığı 2015).

| | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sağlık Bakanlığı | 109.793.128 | 235.172.924 | 254.342.943 | 260.974.401 | 277.485.135 | 292.100.331 |
| Üniversite | 8.823.361 | 20.098.754 | 24.437.107 | 27.080.436 | 29.985.697 | 32.143.930 |
| Özel | 5.697.170 | 47.712.540 | 59.069.486 | 66.582.098 | 71.341.411 | 72.333.383 |
| Toplam | 124.313.659 | 302.984.218 | 337.849.536 | 354.636.935 | 378.812.243 | 396.577.644 |

**Şekil 1. 2.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye.

Kaynak: (SağlıkİstatistikleriYıllığı 2015)

| Kurum Türü | Kurum Sayısı | Yatak Sayısı | 10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı |
|---|---|---|---|
| Sağlık Bakanlığı | 28 | 3 606 | 17,3 |
| Özel | 9 | 672 | 3,2 |
| Üniversite | 4 | 2 204 | 10,6 |
| TOPLAM | 41 | 6 482 | 31,2 |

**Şekil 1. 3.** Konya İli Hastaneler.

Kaynak: (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2014).

- **Hastane Seçimine Etki Eden Faktörler**

Bireyler sağlık kurumlarını tercih etme hakkına sahiptir. Ancak bu seçimin etkilendiği çok fazla etken bulunmaktadır (Mohammad Mosadeghrad 2014). Her insan kaliteli hizmet veren, kendini güvende hissettiği, tam teçhizatlı ve aldığı hizmetten dolayı memnun olduğu hastanelerden yararlanmak ister (Bahadori ve ark 2016).

➢ **Hastane Seçimine Etki Eden Fiziksel Faktörler**

Ülkemizde sağlık sektöründe yer alan kurumların nüfus artış hızına yetişemediği bir gerçektir. Toplumun refah seviyesinin artmasıyla, sağlık hizmetlerinden beklentileri artmaktadır. Sağlık işletmelerinin ve hastanelerde çalışan personelin niceliksel ve niteliksel olarak eksikliği, malzeme ve ekipmanların ihtiyaçları karşılamadaki yetersizliği bu sektörde düzenleyici önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır (Conseil Sante ve ark 2007, Mohammad Mosadeghrad 2014).

Fiziksel yapının içerisinde sağlık hizmetinin sunulması için gereken ambulans ve diğer teknik cihazları içeren tıbbi ekipmanlar, hastanenin fiziksel olanakları (yatak kapasitesi, temizliği, havalandırılması vb.), hastanenin dış görünüşü, otoparkının geniş olması, bekleme yerlerinin uygun olması, sağlık hizmeti dışında sosyal tesislerinin olması gibi unsurlar yer almaktadır. Günümüzde pek çok hasta yer olmadığı gerekçesiyle geri çevrilmekte; zor şartlarda yatak bulabilen hastalar ise genellikle sağlık koşullarına uygun olmayan şartlardaki odalarda tedavilerini sürdürmektedirler. Eksikliklerin özellikle hastane yönetimi tarafından giderilmesi ve hastalara daha uygun koşullarda hizmet verilmesi önemlidir (Mohammad Mosadeghrad 2014).

Literatürde, hastanenin fiziksel koşullarının hasta memnuniyetinde etkili olmasından dolayı, fiziksel koşulların iyileştirmesi, tıbbı gelişmelerin yakından takip

edilmesi ve hastalarla sürekli iletişim halinde olunması beklendiği vurgulanmıştır (Yang ve Yoon 2015, Santos ve ark 2016).

- **Hastanelerde Hizmet Faktörü**

Hastanelerin en temel kuruluş sebebi hastalara tedavi hizmeti sunmak olduğundan, hastaneler hizmet organizasyonları arasında sayılmışlardır. Hizmet kurumları, dolayısıyla hastaneler; hastalara sunulan tedavi hizmetlerinin türünü, içeriğini ve kalitesini tespit eder ve değerlendirirler. Bu durum, hastaneleri diğer organizasyonların çoğundan ayırmaktadır. Sağlık sorunu yaşayan bireyler suistimal edilmeye uygundur. Hastaneler kurum çıkarlarını gözetmenin yanı sıra hastaların çıkarlarını da düşünmek zorundadır. Çünkü sağlık hizmeti sunan kişiler kadar halkın da anlamlı seçimler yapmaya ihtiyaçları vardır. Vatandaşların sağlık hizmeti sunan kişilerle bilinçli diyalog içine girmeleri, hasta olduklarında veya tedavi altındayken yaşantılarını nasıl düzenleyeceklerine karar vermeleri, özellikle kalite ve bakım sonuçlarından makul şekilde ne bekleyecekleri konusunda tam bilgi alma hakları vardır (Mohammad Mosadeghrad 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite de sağlık kuruluşlarının seçiminde önemli bir faktördür. İyi hizmet almak her insanın hakkıdır. Bir ürünü yenilemenin telafisi mümkünken; insan hayatında sağlıkla ilgili bir hata, kişinin yaşamını bütünüyle etkileyebilir ve yaşam hak ve kalitesini düşürebilir. Kişinin yaşam kalitesi, hasta psikolojisi ve kişi üzerinde etkileri telafisi mümkün olmayan sonuçları doğurabileceğinden sağlık hizmetlerinde kalitenin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Hartwell ve ark 2016).

- **Hasta-Sağlık Personeli İlişkisi Faktörü**

Sağlık personeli, çalışma alanında hem sağlıklı bireylerle hem de hastalarla doğrudan iletişim içerisinde olan bir meslek grubudur. Sağlık personeli özellikle verdiği hizmetin kalitesi için iletişim becerisini geliştirmeli ve her alanda bu becerisini kullanmalıdır. Hastane personelinden; hastalar sinirli, öfkeli, çökkün olduklarında ya da başka fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşadıklarında, onlarla etkili iletişim kurma becerisinin olması beklenmektedir. Kişiler arası ilişkilerde uzmanlaşmak bu yüzden sağlık personelinin her alanda en önemli yardımcısıdır. Doktor-hasta ilişkisinde doktorların iletişim yöntemini seçerken hastanın birçok yönünü bilmesi ve ona göre davranması, hastasıyla etkili iletişim kurmasına destek olur. Özellikle hastaların

hekimlerine güvenmeleri, hastalığın tedavi edilmesini etkileyerek hasta memnuniyetini arttırır. Hastasına saygı duyan hekim ona ayırdığı süre boyunca tüm dikkatini sadece ona yöneltir. Aynı zamanda sabır, eş duyum, anlayış, saygı ve ilgi gibi erdemlerin üzerine yapılandırılan hasta-hekim ilişkisinde hekim hastasının, kendisi ve hastalığı ile ilgili olarak sorumluluk almasını sağlar. Bu da verilen hizmetin kalitesini artıracaktır. Hastaların beklenti düzeyi sağlık personeli tarafından bilinmeyebilir ve beklenti hastadan hastaya farklılık gösterebilir (Van de Walle ve Cornelissen 2014, Baker ve ark 2015). Hasta beklentisinin bilinmesi veya en azından görüşmelere başlandığı andan itibaren tahmin edilmesi hasta memnuniyetini olumlu etkiler (Beukers ve ark 2014).

Dünya genelinde birçok ülkede kişiler sağlık kurumları arasında sağlıklı kıyaslamalar yapabilme olanağına sahip olmamıştır. Kurumların performans verilerini anlamakta zorlanmışlar veya yeterli güven duymamışlardır. Ancak bu durum yıllar içerisinde değişmiş, kişiler tercih yapmak istemeye başlamış, karşılaştırmalı performans verilerine ilgi duymaya başlamışlardır (Beukers ve ark 2014).

## 1. 3. Sağlık Hizmet Kapsamı ve Ödemeler

### 1. 3. 1. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm ve Sigortalılık Durumu

Sağlık hizmetlerinin erişiminde pek çok faktör etkili olmasına karşın, bireylerin ekonomik durumları ve sosyal güvenceye sahip olma durumları hakkaniyeti belirleyen önemli hususlardır. Ödenen katılım payları hizmete erişimi engelleyebilmektedir. Sağlığa erişim bütün dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de dönüşüme uğramaya başlamıştır. Uygulanana reformlar ile sağlık hizmeti sunan kurumların yapı ve işleyişleri yeni ve kapsamlı bir yapılanmaya gidilmiştir. Türkiye bu çalışmalara ancak 2003 yılında başlayabilmiştir (Tatli ve Göçer 2015, Koçkaya ve ark 2016).

SB, 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile planlayıcı ve denetleyici bir görev üstlenmiş, Sağlık Bakanlığına bağlı bütün hastaneler Kamu Hastaneleri Birlikleri çatısı altında toplamıştır. “5510 Sayılı Kanun” ile de Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur SGK'ya bağlanmış, herkes genel sağlık sigortasından yararlanma hakkına sahip olmuştur (Koçkaya ve ark 2016).

Kişilerin sağlık sigortasından yararlanabilmeleri için sağlık kurumuna başvurusundan önceki son bir sene içerisinde 30 günlük prim ödemeleri gerekmektedir. On sekiz yaşın altındaki kişiler, acil durumlar, tıbbi olarak başka birinin bakımına muhtaç kişiler istisnadır. Zorunlu genel sağlık sigortası 2012 senesinde uygulanabilmiş ve gelir testi yapılması ile başlamıştır. Başbakanlık konuyla alakalı bir genelge ve bir yönetmelik yayınlamıştır. Mevzuata göre; 18 yaşını doldurmuş kişilerin anne veya babasının sağlık güvencesi kapsamında olabilmeleri için yükseköğrenim görmeleri ve bekar olmaları gerekmektedir. Uygulama, her yıl öğrenci belgelerinin sosyal güvenlik kurumuna beyan edildiği taktirde 25 yaşına kadar geçerli olup, bu yaştan sonra sağlık sigortasından faydalanabilmeleri için, gelir testi yaptırdıktan sonra prim ödemeleri gerekmektedir. Testin sonucunda ailenin geliri o dönemin asgari ücretinin üçte birinden az ise sigorta primleri devlet tarafından ödenir (Topgül 2012). Genel sağlık sigortası 2012 yılında %70, 2010 yılında %83, 2013 yılında elde edilen verilere göre ise %98 kapsayıcılık oranına ulaşmıştır (Mills 2014).

### 1. 3. 2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Cepten Ödemeler (Katılım Payı)

Alma-Ata Konferansı'nda, temel sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlara ulaştırma yaklaşımının en maliyet-etkin strateji olduğuna karar verilmiştir. Fakat daha sonra kaynakların yetersizliği ve istenen hedefe erişmek için ek kaynaklara ihtiyaç olduğu tartışılmıştır. Ek kaynak elde etmek amacıyla kamu hizmetlerinden katılım payları alınması ve sağlığın özel sektörden destek alması önerileri ileri sürülmüştür. Katkı payları, sağlık harcamalarının düşük olması halinde sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak yaratmak veya sağlık harcamaları yüksek olduğunda talebi azaltarak verimliliği arttırmak amacıyla kullanılabilmektedir (İstanbulluoğlu ve ark 2010).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda sağlık hakkının kullanılabilmesi için ödenmesi gereken ücretler katılım payı olarak belirtilmiştir (Tuncay ve Ekmekçi 2015). Katılım payı muayene, malzeme, ilaç, sağlık hizmetlerini karşılamaktadır. SGK, katılım paylarının ödenme usulünü, bireylerin gelirlerini hesaplayarak belirleyebilir. Ayrıca bu payları eczaneler gibi diğer kurumlar aracılığıyla da düzenlemekle yetkilidir. Katılım payları sağlık hizmet sunucusunun basamaklarına, sigortalının başvurusunun sevkli olup olmamasına, hizmet sunucusunun kamu ya da özel sağlık hizmeti sunucusu olup olmamasına bağlı olarak belirlenmiştir. Hizmet tutarları 5510 Sayılı Kanunu'nun 72. maddesi baz alınarak

hesaplanmıştır (Tuncay ve Ekmekçi 2015). Bunlara SUT değişikliği ile ilaç alıp almaması da eklenerek tedavilerde alınan katkı payları arttırılmıştır. Primleri devlet tarafından ödenenlere, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri gereğince katkı paylarının kendilerine ödenmesi hükmü getirilmiştir. Katılım paylarının alındığı hizmetler:

- Aile hekimleri dışında ayakta tedavi muayenesi katılım payı,
- Ayaktan tedavilerde temin edilen ilaçlar,
- Vücut dışı protez ve ortezler,
- Kurumca belirlenen sağlık problemlerine göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri.

Kamu kuruluşlarında verilen birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz olup, ikinci basamak kamu ve özel sağlık kuruluşlarında katılım payı ödenmektedir. Bu ödemeleri, çalışanlar ve bakmakla yükümü oldukları kişiler kazandıkları gelirden öderken, diğerleri ise eczaneler aracılığı ile tahsil edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar için %10 ile %20 oranları arasında ilaç bedeli alınmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından alınacak tüm ilave ücretler ile ilgili düzenlemeler mevzuatta yer almaktadır (R.G 2012, Beylik ve ark 2015, Tuncay ve Ekmekçi 2015, Dost 2016).

### 1. 3. 3. Bazı Avrupa Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Kapsamı

Bir toplumda istenen düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerekli kaynakların özel ya da kamusal kaynaklarla sağlanması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme yapma şeklinde üç şekilde gerçekleşmektedir (Koçkaya ve ark 2016).

Sağlık hizmetleri İngiltere ve İtalya gibi ülkelerde tamamen devlet sorumluluğunda, Almanya, Fransa, Belçika gibi ülkelerde özel sektör ile birlikte yürütülmektedir. Hollanda'da ise özel sektör ağırlıkla görev almaktadır (TC Sağlık Bakanlığı 2010). Brezilya belediyeler ile devlette federal hükümet tarafından finanse edilen, herkese kapsamlı ve ücretsiz sağlık hizmeti sağlayan bir sağlık sistemi bulunmaktadır. 190 milyonluk bu ülke için halk sağlığı sisteminin temelini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır (Tomassini 2008). Türkiye'de de sağlık sisteminin finansmanı ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası yoluyla sağlanmaktadır (Önder ve ark 2016). Avrupa Birliği'nin, ülkeler arasındaki uçurumları giderecek bir

çalışması bulunmamaktadır, ancak toplumsal büyük riskler içeren ciddi durumlarda müdahale edilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2010).

### 1. 4. Üniversiteler ve Genç Nüfus

DSÖ 15-24 yaş aralığını "genç" olarak tanımlamış olup, fiziksel, psikolojik ve sosyal pek çok değişimin yaşandığı, erişkin yaşamına hazırlanılan dinamik bir dönem olduğunu vurgulamaktadır (Erikli 2016).

Türkiye 2000-2025 yılları arasında demografik fırsat penceresi olarak nitelendirilen dönemi yaşamaktadır. Bu dönemin özelliği, toplam nüfus içerisinde çalışabilir nüfusun en yüksek oranı kapsamasıdır. Bu dönemde genç nüfus nitelikli, çağın koşullarına uyum sağlayabilecek bir şekilde yetiştirildiğinde hiç şüphesiz gerek bireylerin gerekse toplumun kalkınma seviyesi artacaktır. Aksi durumda gelecek dönemlerde işsizlik, yoksulluk gibi toplumsal sorunların oldukça büyük bir sarmal haline gelmesi kaçınılmazdır (Erikli 2016). Türkiye nüfusunun 77 milyon olduğu varsayıldığında, her 7 kişiden 1'inin 15-24 yaş arası nüfus grubunda yer aldığı görülmektedir. Bu durum ülkenin dinamik ve genç bir nüfus yapısına sahip olduğunu göstermektedir. Buna göre 15-24 yaş arası genç nüfus 11 786 000 olmakla birlikte söz konusu yaş grubunda yer alanların 4 630'u işgücü içerisinde yer almaktadır (Demir 2016). Ülkemizde, 2016 yılının Ocak ayı verilerine göre 76 adet vakıf ve 114 adet devlet üniversitesi bulunmaktadır (Savaş Yavuzçehre 2016). Selçuk Üniversitesi 2014-2015 eğitim öğretim yılı öğrenci sayıları itibariyle Türkiye'de örgün öğretim veren devlet üniversiteleri içinde 3. sırada yer almaktadır (1. sırada İstanbul Üniversitesi, 2. sırada Atatürk Üniversitesi) (YOK 2015).

Araştırmamızda Selçuk Üniversitesi'nde lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları, etkileyen faktörler ve yaşadıkları sorunların belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma, kesitsel tipte olup, araştırma verileri Selçuk Üniversitesi'nde 2015-2016 eğitim öğretim yıllarında Mayıs-Haziran ayları arasında toplandı.

Araştırma evrenini, Selçuk Üniversitesi'nde lisans düzeyinde eğitim veren fakülte ve yüksekokullarda birinci öğretimde eğitim gören 23 900 öğrenci oluşturdu. Örneklem büyüklüğü Epi-İnfo 7 StatCalc Programında güven aralığı %95, alfa hata %5, beta hata %20, bilinmeyen prevalans (%50) değerleri ve desen etkisi "iki" alınarak hesaplandı. Buna göre en küçük örnek büyüklüğü 1 566 olarak belirlendi ve toplam 1 600 öğrenciye ulaşılmasına karar verildi. Selçuk Üniversitesi'nde 2014-2015 eğitim öğretim yılında lisans öğrenimine devam eden öğrencilerin fakülte-yüksekokullara dağılımı Selçuk Üniversitesi Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı'ndan elde edildi. Belirlenen örneklem fakülte/yüksekokullara ağırlıklandırıldı (Çizelge 2. 1.).

Araştırmada merkez kampüs dışında öğrenim gören ve yabancı uyruklu öğrenciler kapsam dışı bırakıldı. Ankete başlamadan önce etik kurul izni alındı. Veriler, öğrenciler ile yüz yüze görüşme yoluyla, onamları alındıktan sonra, sosyo-demografik özelliklerini ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanarak hazırlanan, 43 adet sorudan oluşan anket aracılığı ile toplandı. Ankette gelir durumu (düşük, orta, yüksek), genel sağlık durumları (kötü, orta, iyi, çok iyi, mükemmel) ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanma durumları (yeterli, yetersiz) ile ilgili soruları, bireylerden algıladıkları şekilde ifade etmeleri istendi. Her bir anketin uygulanması yaklaşık on dakika sürdü. Örneklemin tamamına ulaşıldı. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında kodlanarak sayı ve yüzdelikler hesaplandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyen faktörler logit model ile açıklanmaya çalışıldı. Anlamlılık seviyesi 0.05 alındı.

**Çizelge 2. 1.** Selçuk Üniversitesi'nde 2014-2015 Eğitim-Öğretim Yılında Lisans Düzeyinde Eğitim Almakta Olan Öğrencilerin Fakülte/Yüksekokullara Göre Dağılımı.

| **Fakülte/Yüksekokul** | **N=23 900** | **n=1 600** |
|---|---|---|
| Edebiyat Fakültesi | 3 515 | 235 |
| Mesleki Eğitim Fakültesi | 72 | 5 |
| Ziraat Fakültesi | 1 843 | 123 |
| Tıp Fakültesi | 932 | 62 |
| Diş Hekimliği Fakültesi | 517 | 35 |
| Hukuk Fakültesi | 3 145 | 211 |
| Teknik Eğitim Fakültesi | 60 | 4 |
| Mühendislik Fakültesi | 4 822 | 323 |
| Mimarlık Fakültesi | 746 | 50 |
| İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi | 2 811 | 188 |
| Dilek Sabancı Devlet Konservatuarı | 184 | 12 |
| Veteriner Fakültesi | 1 162 | 77 |
| Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu | 593 | 40 |
| Sağlık Bilimleri Fakültesi | 1 839 | 123 |
| Turizm Fakültesi | 597 | 40 |
| Güzel Sanatlar Fakültesi | 559 | 37 |
| Teknoloji Fakültesi | 426 | 29 |
| Sanat ve Tasarım Fakültesi | 77 | 6 |

## 3. BULGULAR

Üniversite öğrencilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesinde öğrencilere ait bulgular Çizelge 3. 1. ’de verildi.

Üniversite öğrencilerinden 86 kişinin (%5,4) 25 yaş ve üzerinde, yaş ortalamasının 21,28±2,04 olduğu, 880 öğrencinin (%55,0) kadın olduğu, 1 574 öğrencinin (%98,4) bekar olduğu belirlendi. 752 kişinin (%47,0) anne öğretim düzeyinin ilkokul olduğu, 443 kişinin (%27,7) baba öğretim düzeyinin üniversite mezunu ve üzeri olduğu, 1 509 öğrencinin (%94,3) anne babasının birlikte yaşadığı, 919 öğrencinin (%56,9) yaşadığı yerin il merkezi olduğu saptandı.

**Çizelge 3. 1.** Katılımcılara İlişkin Bazı Sosyo-demografik Özellikler.

| Değişken | Sayı | % |
|---|---|---|
| **Yaş Grupları** | | |
| 24 Yaş ve ↓ | 1 514 | 94,6 |
| 25 Yaş ve ↑ | 86 | 5,4 |
| **Cinsiyet** | | |
| Erkek | 720 | 45,0 |
| Kadın | 880 | 55,0 |
| **Medeni Durum** | | |
| Evli | 26 | 1,6 |
| Bekar | 1 574 | 98,4 |
| **Anne Öğrenim Durumu** | | |
| Okuryazar Değil | 99 | 6,1 |
| Okuryazar | 14 | 0,9 |
| İlkokul | 752 | 47,0 |
| Ortaokul | 267 | 16,7 |
| Lise | 304 | 19,0 |
| Üniversite ve Üzeri | 164 | 10,3 |
| **Anne-Baba Durumu** | | |
| Birlikte Yaşıyorlar | 1 509 | 94,3 |
| Ayrı Yaşıyorlar | 91 | 5,7 |
| **Yaşanan Yer** | | |
| Köy | 146 | 9,1 |
| Kasaba | 77 | 4,8 |
| İlçe | 458 | 28,6 |
| İl | 919 | 57,5 |

Araştırmaya katılan 439 öğrencinin (%27,4) eğitim süresince evde, arkadaşlarıyla kaldığı. 1 284 kişinin (%80,2) sigara kullanmadığı, 1 362 kişinin

(%85,1) alkol kullanmadığı belirlenmiştir. 1 327 öğrencinin (%82,9) gelir düzeyinin orta, 1 476 kişinin (%92,3) çalışmadığı, 1 361 öğrencinin (%85,1) ailesinde sağlık çalışanı olmadığı, 1 541 kişinin (%96,3) sosyal güvencesinin olduğu ve 55 kişinin (%3,4) kronik bir hastalığa sahip olduğu tespit edildi (Çizelge 3. 2. ).

**Çizelge 3. 2.** Katılımcılara İlişkin Bazı Tanımlayıcı Özellikler.

| **Değişken** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| **Eğitim Süresince Kalınan Yer** | | |
| Evde, Ailemle | 383 | 23,9 |
| Evde, Yalnız | 48 | 3,1 |
| Evde, Arkadaşlarımla | 439 | 27,4 |
| Özel Yurt | 389 | 24,3 |
| Devlet Yurdu | 341 | 21,3 |
| **Sigara Kullanma Durumu** | | |
| Kullanmıyor | 1 284 | 80,2 |
| Kullanıyor | 316 | 19,8 |
| **Alkol Kullanma Durumu** | | |
| Kullanmıyor | 1 362 | 85,1 |
| Kullanıyor | 238 | 14,9 |
| **Gelir Durumu Algısı** | | |
| Düşük | 181 | 11,3 |
| Orta | 1 327 | 82,9 |
| Yüksek | 92 | 5,8 |
| **Çalışma Durumu** | | |
| Çalışmıyorum | 1 476 | 92,3 |
| Çalışıyorum | 124 | 7,7 |
| **Ailede Sağlık Çalışanı** | | |
| Yok | 1 361 | 85,1 |
| Var | 239 | 14,9 |
| **Sosyal Güvence Durumu** | | |
| Yok | 59 | 3,7 |
| Var | 1 541 | 96,3 |
| **Kronik Hastalık** | | |
| Yok | 1 545 | 96,6 |
| Var | 55 | 3,4 |

Öğrencilerin 38'inin (%2,4) devamlı kullandığı herhangi bir ilacın olduğu, 144'ünün (%9,0) sıkça sağlık sorunu yaşadığı, 845'inin (%52,8) genel sağlık

durumunu iyi olarak algıladığı belirlendi. Hastalıklardan korunmak veya kurtulmak amacıyla alternatif tıp olarak 838 kişinin (%32,1) bitkisel çay içtiği, 744 kişinin (%28,4) dua ettiği ve 530 kişinin (%20,2) vitamin desteği aldığı tespit edildi. Sağlık sorunlarıyla ilgili 1 069 kişinin (%47,0) sağlık personelinden bilgi aldığı, 972 kişinin (%60,8) ciddi hastalık durumlarında sağlık merkezine gittiği saptandı (Çizelge 3. 3. ).

**Çizelge 3. 3.** Katılımcıların Sağlık Davranışlarına İlişkin Özellikleri.

| **Değişken** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| **Devamlı Kullanılan İlaç** | | |
| Hayır | 1 562 | 97,6 |
| Evet | 38 | 2,4 |
| **Sıkça Yaşanan Sağlık Sorunu** | | |
| Hayır | 1 456 | 91,0 |
| Evet | 144 | 9,0 |
| **Genel Sağlık Durumu Algıları** | | |
| Kötü | 30 | 1,8 |
| Orta | 412 | 25,8 |
| İyi | 845 | 52,8 |
| Çok İyi | 204 | 12,8 |
| Mükemmel | 109 | 6,8 |
| **Alternatif Tıp Yöntemleri** | | |
| Akupunktur | 42 | 1,6 |
| Dua Etme | 744 | 28,4 |
| Masaj | 348 | 13,3 |
| Reiki | 11 | 0,4 |
| Meditasyon | 56 | 2,1 |
| Vitamin Desteği | 530 | 20,2 |
| Bitkisel Çay | 838 | 32,1 |
| Yoga | 49 | 1,9 |
| **Sağlık Sorunlarıyla İlgili Bilgi Temini** | | |
| Televizyon | 145 | 6,4 |
| Eş Dost Akraba | 211 | 9,3 |
| İnternet | 734 | 32,3 |
| Gazete/Dergi | 109 | 4,7 |
| Sağlık Personeli | 1 069 | 47,0 |
| Diğer | 6 | 0,3 |
| **Sağlık Merkezine Gitme Sıklığı** | | |
| Her Rahatsızlıkta | 432 | 27,0 |
| Ciddi Hastalık Durumunda | 972 | 60,8 |
| Aralıklı Olarak Kontrol Amaçlı | 191 | 11,9 |
| Diğer | 5 | 0,3 |

Öğrencilerden 698'unun (%43,6) en son rahatsızlanıp bir sağlık kuruluşuna gittiği zamanı hatırlamadığı belirlendi. Araştırmaya katılan 1 075 kişinin (%67,2) son sağlık kuruluşunda ilk karşılayan kişinin kayıt memuru olduğunu belirttiği, 499 kişinin (%31,2) son sağlık kuruluşunda 16-45 dakika arasında beklediği, 1 136 kişinin (%71,0) son gittiği sağlık kuruluşunda oturma imkanı olduğu, 891 kişinin (%55,7) sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadığını düşündüğü, 189 kişinin (%11,8) son bir yılda sağlık hizmetlerinden memnun kalmadığı ve 116 kişinin (%7,3) ihtiyacı olduğu zaman ilaç alamadığını ifade ettiği belirlendi (Çizelge 3. 4. ).

Sağlık hizmetlerinden yararlanamama sebebi olarak 348 öğrencinin (%19,7) hastane ortamının daha fazla hasta ettiğini düşünmesinden dolayı olduğu, 939 öğrencinin (%58,7) acil durumda ilk başvuran kuruluşun devlet hastanesi olduğu ve acil durumlarda sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni olarak 744 kişinin (%29,1) sosyal güvencesi olması nedeniyle tercih ettiği belirlendi (Çizelge 3. 5. ).

Üniversite öğrencilerinden 989 kişinin (%61,8) acil olmayan durumlarda ilk başvurduğu yerin devlet hastanesi olduğu belirlendi. Acil olmayan durumlarda sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni olarak 722 kişinin (%28,1) sosyal güvencesi nedeniyle bu kuruluşları tercih ettiği tespit edildi (Çizelge 3. 6. )

**Çizelge 3. 4.** Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Özellikleri.

| Değişken | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Rahatsızlanıp Sağlık Merkezine Gitme** | | |
| Ayda | 492 | 30,8 |
| Son İki Ayda | 298 | 18,6 |
| Hatırlamıyorum | 698 | 43,6 |
| Diğer (Son iki aydan daha önce) | 112 | 7,0 |
| **Son Sağlık Kuruluşunda İlk Karşılayan** | | |
| Kayıt Memuru | 1 075 | 67,2 |
| Hemşire/Ebe | 165 | 10,3 |
| Güvenlik | 349 | 21,8 |
| Diğer | 11 | 0,7 |
| **Son Sağlık Kuruluşunda Bekleme Süresi** | | |
| 5 Dakika | 246 | 15,3 |
| 15 Dakika | 452 | 28,3 |
| 16-45 Dakika | 499 | 31,2 |
| 46-60 Dakika | 129 | 8,1 |
| 1 Saat Üzeri | 274 | 17,1 |
| **Son Sağlık Kuruluşunda Oturma İmkanı** | | |
| Hayır | 464 | 29,0 |
| Evet | 1136 | 71,0 |
| **Son Sağlık Kuruluşunda Muayene Süresi** | | |
| 5 Dakikadan Az | 257 | 16,1 |
| 5 Dakika | 508 | 31,7 |
| 10 Dakika | 645 | 40,3 |
| 20 Dakika | 128 | 8,0 |
| 30 Dakika | 62 | 3,9 |
| **Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlandığını Düşünme Durumu** | | |
| Hayır | 891 | 55,7 |
| Evet | 709 | 44,3 |
| **Son 1 Yılda Sağlık Hizmetlerinden Memnun Kalma** | | |
| Memnun Kaldım | 970 | 60,6 |
| Memnun Kalmadım | 189 | 11,8 |
| İhtiyacım Olmadı | 441 | 27,6 |
| **İhtiyaç Olduğunda İlaç Alabilme Durumu** | | |
| İhtiyacım Oldu, Aldım | 879 | 54,9 |
| İhtiyacım Oldu, Alamadım | 116 | 7,3 |
| İhtiyacım Olmadı | 605 | 37,8 |

**Çizelge 3. 5.** Katılımcıların Acil Durumlarda Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Düşünceleri.

| Değişken | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Sağlık Hizmetlerinden Yararlanamama Sebebi** | | |
| Hastalığı Önemsememe | 304 | 17,2 |
| Kendi Kendini Tedavi Etme | 289 | 16,3 |
| Hastane Ortamının Daha Hasta Etmesi | 348 | 19,7 |
| Sağlık Hizmetine Ulaşamama | 68 | 3,8 |
| Sağlığa Karşı Olan İlgisizlik | 151 | 8,5 |
| Zaman Olmaması | 195 | 11,1 |
| Eczaneye Danışıp İlaç Alabilme | 75 | 4,2 |
| Beklemek İstememe | 311 | 17,6 |
| Genel Sağlık Sigortası | 29 | 1,6 |
| **Acil Durumda İlk Başvurulan Kuruluş** | | |
| Devlet Hastanesi | 939 | 58,7 |
| Özel Sağlık Kuruluşu | 282 | 17,6 |
| Üniversite Hastanesi | 379 | 23,7 |
| **Acil Durumda Sağlık Kuruluşunu Tercih Etme Nedeniniz** | | |
| Sosyal Güvencem Nedeniyle | 744 | 29,1 |
| Başka Seçenek Olmadığı İçin | 89 | 3,5 |
| Daha İyi Bir Kuruluş Olduğu İçin | 389 | 15,2 |
| Tanıdık Personel Olduğu İçin | 96 | 3,8 |
| Ucuz Olması Nedeniyle | 182 | 7,1 |
| İlaç Temini İçin | 88 | 3,4 |
| Sevk Edildiğim İçin | 37 | 1,4 |
| Rahatsızlığım Ciddi Olmadığı İçin | 47 | 1,8 |
| Bekletilmediğim İçin | 172 | 6,7 |
| İyi Davranıldığı İçin | 130 | 5,1 |
| Tavsiye Edildiği İçin | 105 | 4,1 |
| Diğer Sebepler (yakınlık) | 480 | 18,8 |

**Çizelge 3. 6.** Katılımcıların Acil Olmayan Durumlarda Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Düşünceleri.

| Değişken | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Acil Olmayan Durumda İlk Başvurulan Kuruluş** | | |
| Devlet Hastanesi | 989 | 61,8 |
| Özel Sağlık Kuruluşu | 222 | 13,9 |
| Üniversite Hastanesi | 299 | 18,7 |
| Aile Sağlığı Merkezi | 90 | 5,6 |
| **Acil Olmayan Durumda Sağlık Kuruluşunu Tercih Etme Nedeniniz** | | |
| Sosyal Güvencem Nedeniyle | 722 | 28,1 |
| Başka Seçenek Olmadığı İçin | 54 | 2,1 |
| Daha İyi Bir Kuruluş Olduğu İçin | 308 | 12,0 |
| Tanıdık Personel Olduğu İçin | 117 | 4,6 |
| Ucuz Olması Nedeniyle | 175 | 6,7 |
| İlaç Temini İçin | 116 | 4,5 |
| Sevk Edildiğim İçin | 16 | 0,6 |
| Rahatsızlığım Ciddi Olmadığı İçin | 272 | 10,6 |
| Bekletilmediğim İçin | 182 | 7,1 |
| İyi Davranıldığı İçin | 149 | 5,8 |
| Tavsiye Edildiği İçin | 87 | 3,4 |
| Diğer Sebepler(yakınlık) | 372 | 14,5 |

Cinsiyet ve yaşanan yer değişkenleri ile "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Çizelge 3. 7. ). Gelir durumu ile "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2=6,369$; $p=0,041$). Gelir grupları içinde sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanma durumuna göre ise Çizelge 3. 7.'den görülebileceği üzere düşük gelir grubundakilerin %62,4'ü sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığını ifade etti. Bu oran orta gelir grubu için %55,4 olarak bulunmuştur.

Sosyal güvenceye sahip olma durumu ile "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 3. 7. ). Kronik hastalık ile "Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma

Durumu" değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05) (Çizelge 3. 7. ).

Sıkça yaşanan sağlık sorunu ile "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2$=5,898; p=0,015). Sıkça sağlık sorunu yaşayan 144 öğrencinin 50'si (%34,7) sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanırken 94'ü (%65,3) yararlanmadığını belirtti (Çizelge 3. 7.).

Genel sağlık durumu ile "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=25,842; p=0,001) (Çizelge 3. 7. ).

Genel durumunu kötü gören 30 öğrenciden, 7 öğrencinin (%23,3) sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığı, 23'ü (%76,7) sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, sağlık hizmetlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yararlandığı saptandı. Genel durumunu iyi gören 845 öğrencinin (%46,9) sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığı, genel durumunu iyi gören 449 öğrencinin (%53,1) sağlık hizmetlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yararlanamadığı tespit edildi. Genel durumunu iyi gören ve sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını düşünenlerin sayısı, sağlık hizmetlerinden yararlandığını düşünenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($\chi^2$=25,842; p=0,000) (Çizelge 3. 7. ).

Alternatif tıp kullanımı ile "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=8,983, p=0,002). Alternatif tıbba başvuran öğrenciler, başvurmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az sağlık hizmetlerinden yararlandığını ifade etti (Çizelge 3. 7. ).

Tıp fakültesi ile diğer fakülteler arasında "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($\chi^2$=14,348; p=0,001). Tıp fakültesinde öğrenim gören öğrenciler, diğer bölümlerdeki öğrenci sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığı tespit edildi (Çizelge 3. 7. ).

**Çizelge 3. 7.** Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişki.

| Değişken | Yetersiz Sayı(%) | Yeterli Sayı(%) | $\chi^2$ | P |
|---|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | | | | |
| Erkek | 398 (55,3) | 322 (44,7) | 0,89 | 0,765 |
| Kadın | 493 (56,0) | 387 (44,0) | | |
| **Yaşanan yer** | | | | |
| Köy | 85(58,2) | 61(41,8) | | |
| Kasaba | 48(62,3) | 29(37,7) | 1,99 | 0,573 |
| İlçe | 253(55,2) | 205(44,8) | | |
| İl | 505(55,0) | 414(45,0) | | |
| **Gelir Durumu** | | | | |
| Düşük | 113(62,4) | 68(37,6) | | |
| Orta | 735(55,4) | 592(44,6) | 6,36 | 0,041 |
| Yüksek | 43(46,7) | 49(53,3)* | | |
| **Sosyal Güvence Durumu** | | | | |
| Yok | 37(62,7) | 22(37,3) | 1,22 | 0,268 |
| Var | 854(55,4) | 687(44,6) | | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | |
| Yok | 867(56,1) | 678(43,9) | 3,35 | 0,067 |
| Var | 24(43,6) | 31(56,4) | | |
| **Sıkça Yaşanan Sağlık Sorunu** | | | | |
| Yok | 797(54,7) | 659(45,3) | 5,89 | 0,015 |
| Var | 94(65,3)* | 50(34,7) | | |
| **Sağlık Durumu Algısı** | | | | |
| Kötü | 23(76,7) | 7(23,3) | | |
| Orta | 262(63,6)* | 150(36,4) | | |
| İyi | 449(53,1) | 396(46,9) | 25,84 | 0,001 |
| Çok iyi | 94(46,1) | 110(53,9) | | |
| Mükemmel | 63(57,8) | 46(42,2) | | |
| **Alternatif Tıp Kullanımı** | | | | |
| Hayır | 182(48,9) | 190(51,1) | 8,89 | 0,002 |
| Evet | 709(57,7) | 519(42,3) | | |
| **Bölümler** | | | | |
| Diğer Fakülteler | 871(56,6) | 667(43,4) | 14,34 | 0,001 |
| Tıp Fakültesi | 20(32,3)* | 42(67,7) | | |

Çizelge 3. 8.'den görüleceği üzere logit modeli tahmin sonuçlarına göre; alternatif tıptan yararlandığını ifade eden öğrencilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığını düşürdüğü sonucu elde edilmiş olup sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,007). Benzer şekilde öğrencinin sıkça yaşadığı bir sağlık

sorununun olması sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığını ters yönde etki etmekte olup istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edildi (p=0,005).

Diğer fakültelere kıyasla tıp fakültesinde öğrenim gören öğrenciler (p=0,001) ile kronik hastalığa sahip öğrencilerin kronik bir hastalığı olmayanlara kıyasla sağlık hizmetlerinden yaralanma olasılıkları istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde daha yüksek olmaktadır (p=0,049). Sağlık hizmetlerinden yaralanma olasılığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu etkiye sahip diğer bir değişken ise öğrencinin aile geliridir. Gelir arttıkça sağlık hizmetinden yararlanma olasılığı da artmaktadır (p=0,012).

Tahmin sonuçlarına göre kadınlar erkeklere göre hastane hizmetlerinde yararlanma olasılığı daha düşüktür. Benzer şekilde öğrencinin babasının eğitim düzeyi lise ve üstü olma durumunda diğer eğitim düzeylerine göre öğrencinin hastane hizmetlerden yararlanma olasılığını arttırmaktaydı. Benzer şekilde öğrencinin sosyal güvencesi olması, ailesinde sağlık personelinin bulunması hastane hizmetlerinden yararlanma olasılığı üzerine olumlu etki yapmasına rağmen bu değişkenler istatistiksel olarak anlamsız bulundu.

Ayrıca tahmin edilen logit modeli açıklama gücü açısından değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığını düşünen 891 öğrencinin 764'ünü "yararlanmıyor" olarak doğru tahmin edilmiş olup, doğru tahmin oranı %85,7 bulundu. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığını düşünenler için bu oran %23,3 bulundu. Tüm gözlemler için modelin doğru tahmin etme yüzdesi %58,1'di.

**Çizelge 3. 8.** Logit Modeli Tahmin Sonuçları.

| Değişkenler | Parametre | SE | Wald testi | p | Odds Oranı | Güven Aralığı | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Alt | Üst |
| Baba eğitim düzeyi | 0,176 | 0,106 | 2,738 | 0,098 | 1,192 | 0,968 | 1,468 |
| Tıp ve diğer bölümler | 1,145 | 0,285 | 16,124 | 0,000 | 3,141 | 1,797 | 5,492 |
| Sosyal güvence | 0,301 | 0,282 | 1,140 | 0,286 | 1,352 | 0,777 | 2,350 |
| Alternatif tıp kullanımı | -0,326 | 0,122 | 7,170 | 0,007 | 0,722 | 0,568 | 0,916 |
| Cinsiyet | 0,003 | 0,105 | 0,001 | 0,975 | 1,003 | 0,817 | 1,231 |
| Gelir düzeyi | 0,324 | 0,130 | 6,271 | 0,012 | 1,383 | 1,073 | 1,783 |
| Sıkça yaşanan sağlık sorunu | -0,533 | 0,190 | 7,857 | 0,005 | 0,587 | 0,405 | 0,852 |
| Kronik hastalık | 0,564 | 0,286 | 3,891 | 0,049 | 1,758 | 1,004 | 3,080 |
| Ailede sağlık çalışanın varlığı | 0,126 | 0,145 | 0,764 | 0,382 | 0,722 | 0,568 | 0,916 |
| Sabit terim | -1,193 | 0,441 | 7,313 | 0,007 | 0,303 | | |

Cinsiyet ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=25,227, p=0,00). Erkek öğrencilerden 422'sinin (%58,6) devlet hastanesini 97'sinin (%13,5) özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği, kadın öğrencinin 567'sinin (%64,4) devlet hastanesini, 125'inin (%14,2) özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği belirlendi (Çizelge 3. 9. ).

Yaşanan yer ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi, aradaki ilişkiyi istatistiksel olarak kasabada yaşayan öğrencilerin oluşturduğu belirlendi ($\chi^2$=29,437; p=0,001), (Çizelge 3. 9. ).

Gelir durumu ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=68,472;

p=0,001). Gelir durumu düşük olan 119 öğrencinin (%65,7) ilk tercihinin devlet hastanesi olduğu, gelir durumu orta olan 840 öğrencinin (%63,3) ilk tercihinin devlet hastanesi olduğu ve gelir durumu yüksek olan 37 öğrencinin (%40,2) acil olmayan durumlarda sağlık kuruluşu tercihinin özel sağlık kuruluşları olduğu belirlendi (Çizelge 3. 9. ).

Sosyal bir güvenceye sahip olma durumu ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=16,068; p=0,001). Sosyal güvenceye sahip olan 951 öğrencinin (%61,7) ilk tercihinin devlet hastanesi, 298 kişinin (%19,3) sonraki tercihinin üniversite hastanesi olduğu, sosyal güvenceye sahip olmayan 38 öğrencinin (%64,4) ilk tercihinin devlet hastanesi, 14 kişinin (%23,7) sonraki tercihinin özel sağlık kuruluşu olduğu belirlendi (Çizelge 3. 9. ).

Kronik bir hastalığa sahip olma durumu ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=25,598; p=0,001). Kronik bir hastalığa sahip olan 22 öğrencinin (%40,0) ilk tercihinin devlet hastanesi, 20 kişinin (%36,4) sonraki tercihinin özel sağlık kuruluşu olduğu, kronik bir hastalığa sahip olmayan 967 öğrencinin (%62,6) ilk tercihinin devlet hastanesi, 288 kişinin (%18,6) sonraki tercihinin üniversite hastanesi olduğu belirlendi (Çizelge 3. 9. ).

Sıkça sağlık sorunu yaşama durumu ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=26,940; p=0,001). Sağlık sorunu yaşayan 67 öğrencinin (%46,5) ilk tercihlerinin devlet hastanesi olduğu, 41 kişinin (28,5) üniversite hastanelerini, 33 kişinin (%22,9) özel sağlık kurumlarını seçtiği, sıkça sağlık sorunu yaşamayan 922 öğrencinin (%63,3) ilk tercihlerinin devlet hastanesi olduğu belirlendi (Çizelge 3. 9. ).

Genel sağlık durumu algısı ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=27,007; p=0,008). Genel sağlık durumu iyi olarak algılayan 533 öğrencinin (%63,1) ilk tercihlerinin devlet hastanesi olduğu belirlendi. İstatistiksel olarak sağlık durumunu "mükemmel" olarak algılayan 32 (%29,4) öğrencinin eğitim araştırma hastanelerini tercih ettiği saptandı (Çizelge 3. 9. ).

Alternatif tıp kullanım durumu ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=24,580; p=0,001). Alternatif tıp kullanan 785 öğrencinin (%63,9) ilk tercihlerinin devlet hastanesi olduğu,170 kişinin (%13,8) özel sağlık kuruluşlarını seçtiği, Alternatif tıp kullanmayan 204 öğrencinin (%54,8) ilk tercihlerinin devlet hastanesi olduğu belirlendi (Çizelge 3. 9. ).

Fakülteler ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\chi^2$=39,014; p=0,000). Tıp fakültesinde öğrenim gören 26 öğrencinin (%41,9) tercihlerinin üniversite hastaneleri (48,4) diğer bölümlerde okuyan 963 öğrencinin (%62,6) tercihlerinin devlet hastanesi olduğu belirlendi (Çizelge 3. 9. ).

**Çizelge 3. 9.** Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu ile Değişkenler Arasındaki İlişki.

| | D.H | Ö.S.K. | E.A.H. | A.S.M. | $\chi^2$ | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | | | | | | |
| Erkek | 422(58,6) | 97(13,5) | 171(23,8)* | 30(4,2) | 25,23 | 0,001 |
| Kadın | 567(64,4) | 125(14,2) | 128(14,5) | 60(6,8) | | |
| **Yaşanan yer** | | | | | | |
| Köy | 94(64,4) | 9(6,2) | 32(21,9) | 11(7,5) | | |
| Kasaba | 62(80,5)* | 8(10,4) | 3(3,9) | 4(5,2) | 29,44 | 0,001 |
| İlçe | 283(61,8) | 58(12,7) | 97(21,2) | 20(4,4) | | |
| İl | 550(59,8) | 147(16,0) | 167(18,2) | 55(6,0) | | |
| **Gelir Durumu** | | | | | | |
| Düşük | 119(65,7) | 15(8,3) | 32(17,7) | 15(8,3) | | |
| Orta | 840(63,3) | 170(12,8) | 246(18,5) | 71(5,4) | 68,47 | 0,001 |
| Yüksek | 30(32,6) | 37(40,2)* | 21(22,8) | 4(4,3) | | |
| **Sosyal Güvence** | | | | | | |
| Yok | 38(64,4) | 14(23,7)* | 1(1,7) | 6(10,2) | 16,07 | 0,001 |
| Var | 951(61,7) | 208(13,5) | 298(19,3) | 84(5,5) | | |
| **Kronik Hastalık** | | | | | | |
| Yok | 967(62,6) | 202(13,1) | 288(18,6) | 88(5,7) | 25,60 | 0,001 |
| Var | 22(40,0) | 20(36,4)* | 11(20,0) | 2(3,6) | | |
| **Sıkça Yaşanan Sağlık Sorunu** | | | | | | |
| Yok | 922(63,3) | 189(13,0) | 258(17,7) | 87(6,0) | 26,94 | 0,000 |
| Var | 67(46,5) | 33(22,9)* | 41(28,5) | 3(2,1) | | |
| **Sağlık Durumu Algısı** | | | | | | |
| Kötü | 22(73,3) | 0(0,0) | 5(16,7) | 3(10,0) | | |
| Orta | 245(59,5) | 51(12,4) | 81(19,7) | 35(8,5) | | |
| İyi | 533(63,1) | 129(15,3) | 144(17,0) | 39(4,6) | 27,01 | 0,008 |
| Çok iyi | 130(63,7) | 27(13,2) | 37(18,1) | 10(4,9) | | |
| Mükemmel | 59(54,1) | 15(13,8) | 32(29,4)* | 3(2,8) | | |
| **Alternatif Tıp Kullanımı** | | | | | | |
| Hayır | 204(54,8) | 52(14,0) | 101(27,2) | 15(4,0) | 24,58 | 0,001 |
| Evet | 785(63,9) | 170(13,8) | 198(16,1)* | 75(6,1) | | |
| **Bölümler** | | | | | | |
| Diğer Fakülteler | 963(62,6) | 216(14,0) | 269(17,5) | 90(5,9) | 39,01 | 0,001 |
| Tıp Fakültesi | 26(41,9) | 6(9,7) | 30(48,4)* | 0(0,0) | | |

## 4. TARTIŞMA

Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının, etkileyen faktörlerin ve yaşadıkları sorunlara yönelik olarak yaptığımız çalışma yüksek sayıda örnekleme sahip olması ve örneklemin tamamına ulaşılması açısından önemli olmakla beraber, kampüs dışındaki bölümlerin dahil edilmemiş olması kısıtlılık olarak belirtilebilir. Araştırmamıza katılan 1 541 kişinin (%96,3) sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Sağlıkta dönüşüm sonrasında yapılmış bazı çalışmalara bakıldığında sosyal güvenceye sahip olma oranı Konya'da %94,1 (Özata ve ark 2016), Kırıkkale'de %88,7 (Papatya ve ark 2012), Kocaeli-İstanbul'da %86,0 (Deniz ve Hobikoğlu 2011) olarak bulunmuştur. Elde ettiğimiz oranın, gerek Konya, gerek diğer iller ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuş olması, bu çalışmanın il genelinde değil, yalnızca üniversite öğrencilerini kapsamasından kaynaklanabilir. Ülkemizde genel sağlık sigortası 5510 sayılı kanun kapsamında erkek ve kız çocukları için 18 yaş, yüksek öğrenime devam etmeleri durumunda ise öğrenim süresince 25 yaşını doldurucaya kadar sağlık sigortasından faydalanabilmektedir. Daha sonra yayınlanan bir genelge ile evlenme ve işe girme durumları dışında kız çocukları bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmıştır. Kız çocukların bu hakları ölene kadar devam etmekte olup, ancak öğrenim gören erkek çocuklar için bir düzenleme yapılmamıştır (Pekten 2006, Güzel ve ark 2012, Tuncay ve Ekmekçi 2015). Çin halkının 2011 yılı itibariyle %95'ten fazlası, Amerika halkının (2014) ırka göre değişiklik göstermekle birlikte (beyaz ırklarda %88,3) %78,1'i sigortalı olarak belirtilmiştir (Yu 2015, Buchmueller ve ark 2016, Villarroel ve Cohen 2016).

Sigara ve tütün ürünleri kullanımı, üzerinde ciddi çalışmalar yapılmakta olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Araştırma grubumuzda sigara kullanım oranı %19,8 iken, Erciyes Üniversitesi'nde %37,9 (Ünalan ve ark 2007), Dokuz Eylül Üniversitesi'nde %18,5 (Bayrak ve ark 2010), Ege Üniversitesinde %20,2 (Kaylı ve Yararbaş 2016)'dir. Türkiye' de yapılmış olan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre de 15-24 yaş grubunda tütün kullanım oranı %20,0 olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı 2012). Literatürde sigara içme oranlarının gençler arasında değişim gösteriyor olması, öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümler, barınma ve ulaşım durumları, gelir düzeyleri ve çevre etkisi gibi farklı birçok demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerden kaynaklanabilir. Araştırmamızda bulunan alkol kullanma oranı (%14,9) Türkiye'de 2014 yılında yayınlanmış bir araştırma ile benzeşmektedir (%

13,0) (Ünal ve ark 2013). Küresel Alkol ve Sağlık Raporu''na göre ülkemizdeki alkol tüketimi Fas, Libya, Ürdün ve Afganistan gibi ülkelerden yüksek bulunmuştur (WHO 2014).

Kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için, periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır (Özdemir ve Taşcı 2013). Kronik hastalıklar risk faktörleri azaltılarak önlenebilir. Bu açıdan yaşam tarzı ile yakından ilişkisi olan hastalıklardır ve gençlerin bu konuda farkındalıkları önemlidir (Öner 2014, Varì ve ark 2016). Araştırmamızdaki öğrencilerden çok azının kronik hastalığının olduğu ve bu bulgu ile uyumlu olarak 38'inin (%2,4) devamlı kullandığı bir ilacın olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık bulunma oranı Dokuz Eylül Üniversitesi'nde öğrencilerde %6,6 (Bayrak ve ark 2010), Marmara Üniversitesi öğrencilerinde ise %15,7 (Demircan ve ark 2010) olarak bulunmuştur. 2013 yılında yayınlanan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasına göre 15-24 yaş grubunda bulunan kronik hastalıklar prevalansı düşük olmasına karşın, yaşla beraber hızla artmaktadır (Ünal ve ark 2013). Kronik hastalıklar tedavileri oldukça zor ve maliyetli olan, hatta çoğu zaman tedavileri mümkün olmayan hastalıklar olduğu için, bu hastalıklarda önlem alınması daha önemlidir. Riskli uygulamaların azaltıldığı bir yaşam şeklinin benimsenmesinin önemi ülkemizde yapılmış olan Ulusal Hastalık Yükü araştırmasında da vurgulanmıştır (Ünal ve ark 2013, Weitzman 2016). Kronik hastalıkların büyük bir bölümünün tütün ve alkollü içecek tüketimi, yanlış beslenme ve hareketsiz yaşam gibi risk faktörleri ile artış göstermesi, ayrıca genetik yatkınlıklarının olabileceği gençleri bu konuda dikkat edilmesi gereken grup yapmaktadır (Ünal ve ark 2013, Moussa ve ark 2016).

Öğrencilerin çoğu sıkça yaşadıkları sağlık sorunu olmadığını belirtmiş olmasına rağmen; literatürde gençlerin sıklıkla yaşadıkları uyku, obezite gibi sorunları, bulaşıcı veya kronik bir hastalığa dönüşmediği sürece sağlık sorunu olarak algılamadıkları görülmektedir (Kumari 2015, Smagula ve ark 2016). Ayrıca sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan ve Türkiye'de tabu olan konularda yanlış sağlık uygulamalarından kaynaklanan problemleri ifade etmekten çekinmektedirler. Dolayısıyla bu yaklaşım ileride yaşanabilecek sağlık sorunlarına yönelik olarak ciddi bir risk oluşturabilir (de Visser ve ark 2013).

Öğrencilerin büyük bir kısmının yalnızca ciddi hastalık durumlarında sağlık merkezine gittiğini ve yaklaşık yarısının en son rahatsızlanıp bir sağlık kuruluşuna gittiği zamanı hatırlamadığını belirtmesi sağlık bilincinin üniversite öğrencileri arasında yetersiz olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Kamboçya'da yapılmış bir çalışmada da bireylerin ciddi semptomlar olmadıkça sağlık kurumuna gitmeyi tercih etmedikleri bulunmuştur (Ozawa ve Walker 2011). Nitekim bireyler ciddi olmadığına inandığı durumlarda eczaneden doktor kontrolü dışında da ilaç alabilme imkanına sahiptir. Bu durum hekim kontrolünde bulunmamaya bağlı olarak, önlenebilir ve erken teşhis edilebilecek sağlık sorunlarının artmasına neden olabilir.

Sağlık hizmeti kullanımının belirleyicilerinden biri de bireylerin kendi sağlık algılarıdır. Öğrencilerin yarısı genel sağlık durumunu iyi olarak algıladığı belirlenmiştir. Erciyes Üniversitesi'nde yapılmış olan bir çalışmada genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren öğrencilerin oranı %49,2' dir (Ünalan ve ark 2007). Tunceli Üniversitesi'nde ise bu oran %43,8 olarak bulunmuştur (Deveci ve ark 2012). Araştırmamızdaki gençlerin algısal sağlık durumları literatür ile uyumludur.

Literatürde kişinin sağlık algısının, genel sağlık durumunun güçlü bir göstergesi olduğu belirtilmesine rağmen; kişinin algısı medeni durum, gelir, yaş, eğitim gibi kişisel özelliklerle beraber ülkeden ülkeye aşırı farklılıklar sergilemektedir (Sun ve ark 2016). Yeni Zelanda, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'da sağlığını "iyi" olarak algılayanların oranı %85' ten fazla iken, bu oran Japonya, Kore ve Portekiz'de %50'den daha düşüktür (OECD 2015). Sağlık algısı öznel bir değerlendirme olup, kişisel özelliklerle birlikte kültürel farklılık da gösterebilmektedir.

Araştırmamızda, bir sağlık kuruluşuna gittiğinde, muayene sırasında sağlık personelinden, sağlık durumu ile ilgili aldığı bilgiyi "yeterli" bulanların oranı yarıdan az bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı Hasta Şikayetleri Genel Müdürlüğü verilerine (2006-2009) göre hastalar %93,8 oranında bilgilendirildiklerini ifade etmiştir (Kırgın Toprak ve Şahin 2012). Bir üniversite hastanesinde yapılmış bir çalışmada hastaların muayene sırasında sağlık personelinden aldığı bilgiyi yeterli bulma oranı %73,5'tur (Tezcan ve ark 2014). Sağlık kuruluşlarında hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgi almak istemeleri o kurumu seçmelerinde önemli bir etken olup hasta memnuniyeti açısından önemli bir faktördür (Öksüz 2010). Verilen sağlık bilgilendirmesinde önemli bir husus da üslubun açık ve anlaşılır olmasıdır (Yüksel ve ark 2010). Buna ek olarak

2016 yılında Ankara'da özel sağlık kurumu yöneticilerinin %60,8'i ifadelerinde sağlıkta dönüşüm sonrasında sağlık personelinin iş yükünün arttığını belirtilmiştir (Yılmaz ve ark 2016). Ancak araştırmamıza benzer şekilde birinci basamakta yapılmış bir çalışmada da hastaların bilgiye ihtiyaç duydukları sigara, alkol, aile planlaması, beslenme, egzersiz ve hijyen konularında verilen bilgiyi "yeterli" bulma oranları oldukça düşüktü (yaklaşık %30) (Özata ve ark 2016). Sağlık durumu hakkında yeterli bilgi alma durumundaki bu düşük oran, sağlık kuruluşlarının tedavi hizmetlerinin yoğunluklarından dolayı hasta bilgilendirmeye vakit bulamamalarından kaynaklanabilir. Ayrıca önceki bulgularımız da göstermektedir ki üniversite öğrencilerinin çoğunluğu ciddi sağlık problemleri yaşadığında sağlık kurumuna başvurmakta olup, bu durum verilen bilginin algılanmasını olumsuz etkileyebilir. Nitekim sağlıkla ilgili verilen bilgiyi anlayabilme kişinin mevcut sağlık durumu ile olduğu kadar demografik özellikleri ile de yakından ilgilidir (Ilgaz ve Gözüm 2016). Ancak bu konuda bireysel çabalar yetersizdir. Üniversite, sivil toplum kuruluşları, medya ve iletişim sektörü işbirliği halinde olması düşüncesindeyiz.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla bilginin elde edilip, özümsenip kullanılması literatürde "sağlık okuryazarlığı" kapsamında tartışılmaktadır. Kişilerin sağlık bilgisinin artmasının, daha kaliteli sağlık hizmeti alımında etkili olduğu belirtilmektedir (WHO 2013).

Sağlık sorunlarıyla ilgili bilgileri nereden aldıkları sorulduğunda üçte bir oranında internetten bilgi alındığı saptanmıştır. Yüksel ve arkadaşlarının (2010) Türkiye'de 33 ilde yapılmış bir projenin sonuçlarını yayınladığı araştırmada da bu oran %35,0 olarak bildirilmiştir ki, çalışmamızla benzer bir bulgudur.

Teknoloji her geçen gün gelişmekte olup, insan hayatını ciddi bir şekilde kolaylaştırması bakımından, kullanımı oldukça yaygınlaşmaktadır. İnsanlar web siteleri aracılığı ile pek çok hizmete ulaşabilmektedir. Bu hizmetler sağlık bilgilerinin yanı sıra, sağlık ürünlerine de ulaşabilmeyi, hatta sağlık profesyonelleri ile iletişim kurabilmeyi mümkün kılmaktadır. İnternetin sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanımının bu kadar yaygın olması, sürekliliği ve ücretsiz olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sayede kişiler istedikleri bilgiye özgürce ulaşabilmekte ve sağlık personeli bilgisini yetersiz bulabilmektedir. Avantajı ve dezavantajı bulunmaktadır. Nitekim kişilerin kendi kendilerine tanı koyup yanıltıcı bilgilerle sağlıklarını tehlikeye atmaları mümkündür (Yılmaz 2013, Ilgaz ve Gözüm 2016).

İnternet aracılığı ile ulaşılan bilginin doğruluğu veya doğru algılandığı varsayımı altında, araştırmamızda bulunan oran üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı konusunda belirleyici bir gösterge olarak yorumlanabilir.

Alternatif ve tamamlayıcı tıp kavramları tıp fakültesi müfredatında yer almaz, hastanelerde sunulmaz, sağlık sigortası tarafından ödenmez. Hastalara destek amacı güder ve etkinliği yönünde henüz yeterli ve kesin bilgi bulunmamaktadır. Günümüzde tartışılmaya ve araştırılmaya devam etmektedir. Konu ile ilgili SB tarafından düzenlemeler yapılmaktadır (NIH 2008).

Alternatif tıp uygulaması olarak ilk sırada bitkisel çay içmenin geldiği, bunu dua etme ve vitamin desteği almanın izlediği belirlenmiştir. Ayrıca alternatif tıbba başvuran öğrenciler, başvurmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az sağlık hizmetlerinden yararlandığını ifade etmiştir. Üniversite öğrencilerinin alternatif tıbbı, modern tıbbın bir ikamesi olarak görmeleri üzerinde durulması gereken bir konu olup, alternatif tıbbın modern tıp kontrolünde uygulanması konusunda gençlerin bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır. Selçuk Üniversitesi ve Mersin Üniversitesi'nde yapılmış çalışmalarda da öğrencilerin ciddi boyutta olabilecek birçok hastalık karşısında (karın ağrısı, grip, ishal, yaralanma, yanık gibi), sağlık kuruluşuna gitmek yerine geleneksel uygulamalara başvurduğu bulunmuştur (Ögenler ve Yapıcı 2012, Emiroğlu ve ark 2016).

Geleneksel uygulamalar insanlığın varoluşundan beri süre gelmektedir. Modern tıp konusunda oldukça yaygın çalışmalar yapılmasına rağmen geleneksel sağlık uygulamaları hala kendini korumaktadır. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı yönetmelik ile geleneksel sağlık uygulamaları alanında yaşanan boşluklar doldurulmaya, uygulamalar kontrol altına alınmaya çalışılmıştır (Karahancı ve ark 2015).

Öğrencilerin son gittiği sağlık kuruluşunda, kendilerini ilk karşılayan kişinin çoğunlukla kayıt memuru olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Yılmaz (2011)'ın çalışmasında da hastalar yüksek oranında kayıt memuru tarafından karşılandıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar hastaneye geldiklerinde ne yapacağını bilmeyerek stres yaşayabilmekte ve bu durum hastanelerdeki hasta kabulünü önemli kılmaktadır. Hasta ile hastane arasındaki ilişkinin başladığı bu birimlerde karşılaşılan olumsuz yaklaşımlar uyum sorunları oluşturabilir (Şahin ve ark 2014). Konunun önemi Sağlık

Bakanlığı Kalite Standartlarında da belirtilmiş olup, kurumlarda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetlerinin bulunması, bu birimlerde hasta bilgilendirici rehberler, broşürler, telefon ve bilgisayar gibi teknik donanımın yanı sıra personel sayısının yeterli düzeyde olması gerekliliğinin üzerinde durulmuştur (Sağlık Bakanlığı 2016).

Son gidilen sağlık kuruluşunda ilk 15 dakika içinde muayene olabilenlerin oranı yarıya yakın bulunmuştur. Tezcan ve arkadaşlarının (2014) Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde yapmış olduğu çalışmada bu oran benzerdir. Öztürk (2014)'ün Meram Tıp Fakültesi Üniversite Hastanesi'nde yaptığı çalışmada ise yarıdan fazla olarak belirtilmiştir. Erdem (2007) de çalışmasında bekleme süresinin hastalar üzerindeki memnuniyetsizlik yarattığını belirtmiştir. Araştırmamızda son başvurulan sağlık kuruluşunda oturma imkanının yüksek olduğu bulunmuştur. Tezcan ve arkadaşları(2014)'nın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapmış olduğu araştırmada da bu oran benzer olarak bulunmuştur. Yapılmış olan çalışmalar da hastaların sağlık kuruluşlarında oturma imkanına önem verdiği vurgulanmıştır (Erdem 2007, Yılmaz 2011, Santaş ve ark 2016). Bekleme süresi ve oturma imkanı sağlık kurumlarında bulunan bireylerde psikolojik durumlarında tekrarlayan düşünceler, anksiyete ve negatif hisler gibi olumsuz duyguları tetiklemektedir (Howell ve Sweeny 2016).

Araştırmamıza katılan öğrencilerin yarıdan fazlası sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadığını düşündüğünü belirtmiştir. Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi aracılığı ile Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı 12 hastaneyi ilgilendiren şikâyet başvurularında şikayet nedenlerinin dağılımında birinci sırada yer alan şikâyet başvurusu "Hizmetten Faydalanamama" ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Akgül ve ark 2015). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Şikayetleri Genel Müdürlüğü 2006-2009 yılları arasındaki verilerine göre hastaların benzer oranda çeşitli sebepler nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (Kırgın Toprak ve Şahin 2012). Tıp fakültesi ile diğer fakülteler arasında "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Tıp fakültesinde öğrenim gören öğrenciler, diğer bölümlerdeki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığı düşüncesi tespit edilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık bilincinin daha fazla olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur.

Gelir durumunu "düşük" ve sağlık algısını "kötü" olarak ifade eden, sıkça yaşanan bir sağlık sorununa sahip olan ve hastalıklardan kurtulmak veya korunmak amacıyla alternatif tıp kullanan öğrencilerin "sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığını düşündüğünü" ifade etmesi ve değişkenlerin istatistiksel açıdan da anlamlı bulunması, gençlerin sağlık sorunlarına yönelik beklentilerinin istenen düzeyde karşılanmadığını düşündürmektedir. Cinsiyet, sigortalılık durumu, yaşanan yer ve kronik hastalık değişkenleri ile "Sağlık Hizmetlerinden Yeterince Yararlanma Durumu" değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamış olması araştırma grubunun üniversite öğrencileri ile sınırlı olmasından kaynaklanabilir.

İlaçların üretimi ve ihtiyacı olan herkese ihtiyaçlarına, önceliklerine uygun bir şekilde ulaştırılabilmesi, politikalar belirlenmesi, farkındalığın arttırılmasına yönelik çalışmalar devletin sosyal sorumluluklarındandır (Balçık ve Karsavuran 2012).

Araştırmamızda ihtiyacı olduğu zaman ilaç alamama oranı düşük bulunmasına karşın Konya' da yapılmış bir çalışmada daha yüksek bulunmuştur (Özata ve ark 2016). Bu farklılık çalışmamızın genç bireyler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Son birkaç yıldır ilaç harcamalarındaki artış ya yavaşlamış ya da negatife dönmeye başlamıştır. Antibiyotik kullanımını ve reçetelendirilmesini azaltmaya yönelik kampanyalar Dünya Sağlık Örgütü desteğiyle birçok ülkede yapılmaktadır. Benzer şekilde antidiyabetik ve antidepresan ilaçların tüketimi de son on yılda artmıştır (Balçık ve Nangır 2016).

Buna ek olarak son bir yılda sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını ve ihtiyacı olduğunda eczaneden ilaç almakta sorun yaşadığını ifade eden öğrencilerin oranlarının yakınlığı genel sağlık sigortası hakkında bilgi eksikleri olmasından kaynaklanabilir. Nitekim genel sağlık sigortası sisteminde basamak ve hizmet kalitesi arttıkça sigortalının ödeyeceği katkı paylarının da arttığı bir sistem benimsenmiştir (Dost 2016).

Sağlık hizmetlerinden yararlanamama sebebi olarak çoğunlukla hastane ortamının daha hasta etmesinden dolayı olması bulgusu, kurumların fiziki ortamları hakkında düzenlemeler yapılması gerekliliğini akla getirmektedir. Bu konu literatürde detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Kapalı ortamlarda hava kalitesinin bozulması ve ortaya çıkan sorunlar literatürde hasta bina sendromu olarak ele alınmaktadır.

Kişilerde yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, konsantrasyon bozukluğu, cilt ve solunum rahatsızlıkları görülebilmekte ve binadan uzaklaşıldığında yüksek ihtimalle belirtilerin kaybolması nedeniyle fark edilmesi zordur. Ülkemizde de iç hava kalitesinin sağlık etkileri önemli halk sağlığı araştırılmalarında yer almaktadır (Güllü 2013).

Acil durumda ilk başvurulan kuruluşun çoğunlukla devlet hastanesi olduğu ve tercih etme nedeninin ise yüksek oranda sosyal güvence ve yakınlık faktörü olduğu belirlenmiş olup literatürde benzer bulgulara rastlanmaktadır. Öksüz (2010)'ün yaptığı çalışmada acil durumda tercih edilen sağlık kuruluşunda yakın olma faktörünün önemli olduğu bulunmuştur. Kamu hastanelerinden yararlanma birey açısından bir hak ve bireylere sağlık hizmeti sunma Devlet açısından bir yükümlülüktür. Acil durumlarda hastaların, acil olmayan durumlara bakarak daha savunmasız hissediyor olmaları tercihlerini etkileyebilir. Üniversite öğrencilerinden yarıdan fazlasının acil olmayan durumlarda ilk başvurduğu yerin devlet hastanesi olduğu belirlenmiştir. 2013 Yaşam Memnuniyeti Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye genelinde kişilerin hastalandıklarında %50,2 oranında devlet hastanelerine, %35,5 oranında aile hekimleri veya aile sağlık merkezleri yer almaktadır. Özel hastanelere başvuru oranı ise %10,6'dır (TUIK 2013).

Araştırmamızda Acil olmayan durumlarda sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni olarak ise sosyal güvence, yakınlık ve daha iyi bir kuruluş olduğu düşüncesi olduğu belirlenmiştir. Kamboçya (Ozawa ve Walker 2011), Çin (Qian ve ark 2010) ve İsrail'de (Greenberg 2015) yapılmış çalışmalarda da çoğunlukla sağlık kurumu tercih edilme sebebi olarak yüksek oranlarda yakınlık faktörünün etkili olduğu bildirilmiştir. Yılmaz (2011)'ın yapmış olduğu çalışmada ilk başvurulan kurumun çok yüksek oranda devlet hastanesi olduğu bulunmuş ve tercih sebebi olarak en fazla yakınlık faktörü olduğu belirtilmiştir. Santaş ve arkadaşları (2016)'nın yaptığı çalışmada hastane tercihine etki eden faktörlerde personel davranışının etkisi vurgulanmış ve devlet hastanesini tercih etme oranı yüksek, özel hastane tercih edenlerin oranı düşük bulunmuştur. Papatya ve arkadaşlarının (2012) Kırıkkale ilinde yapmış oldukları çalışmada özel sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni olarak yüksek oranda yakınlık ve tavsiye edilmesi bulunmuştur. Öztürk (2014)'ün Konya'da Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde yaptığı çalışmada ise kurum seçiminde yüksek oranda kurumun daha iyi olmasının yanı sıra tanıdık personel varlığı, tavsiye, sosyal güvence ve yakınlık

faktörlerinin de etkili olduğu saptanmıştır. Türkiye genelinde devlet hastanelerinin tercih edilmesinde en önemli faktör yakınlık (%30,4), özel hastanelerde ise daha iyi hizmet verildiği düşüncesi (%58,8)'dir (TUIK 2013).

Çoğu hasta hekime gitmeden değişik kaynaklardan hastalıklarına ait ihtimallere dair bilgi sahibi olarak güven duydukları hekimleri tercih etmektedirler. Günümüzde gerek yazılı gerekse de görsel medyada çıkan tıbbi hatalara yönelik haberler, yanlış yapılan ameliyatlar, malpraktis davalarının artması, sağlık alanını ile ilgili karar alıcıların birbirlerine karşı tezat açıklamaları hastaları düşünce karmaşasına itmektedir. Bu nedenle hastalar, güven duydukları sağlık kurumlarını tercih etmektedir (Gülcemal ve Keklik 2016). Bireylerin hastane seçimlerinde sosyo-demografik özellikleri, sosyokültürel durumları ve değer faktörleri önemli olmakla birlikte, bu faktörlerin önem sırası herkes için farklı olabilir. Acil durumlarda yakınlık faktörü önemli olabilirken, diğer durumlarda sağlık personelinin niteliği kişilerin tercihlerini değiştirebilir (Erdem 2007, Santaş ve ark 2016). Araştırmamızda yaşanan yer ile "Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu" değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Araştırmamız Özkoç (2013)' un çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bu durum köy ve kasabalarda yaşamış olan gençlerde devlet hastanesine gitme alışkanlıklarının üniversite öğrenimleri sırasında da devam ediyor olmasından kaynaklanabilir. Kurum seçimine cinsiyet, sosyal güvenceye sahip olma ve gelir durumun etkisi olması beklenen bir bulgudur. Gelir durumu yüksek olan grupta özel kurumların seçilmesine etki eden faktörler arasında devlet hastanesine güvenmemek, devlet hastanelerinin kalabalık oluşu ve devlet hastanelerinde yeterli bilgi alamamak bulunmuştur (Papatya ve ark 2012). Erkek öğrencilerin devlet hastanelerini kadın öğrencilere oranla daha az tercih ediyor olmaları yaş sınırı nedeniyle sigorta kapsamında olmayışları ile ilişkili olabilir. Sosyal güvencesi olmayan öğrencilerin de kamu hastanelerinde hizmetten yararlanamadığı ve fark ödemesi yapılması gereken durumlarda ikincil olarak özel kuruluşları seçmesi beklenebilecek sonuçlardır. Bulgumuz Halasa ve Nandakumar (2009)'ın çalışmasıyla benzemektedir.

Sık sağlık sorunu yaşama durumu, kronik hastalık varlığı, alternatif tıp kullanımının ve genel sağlık durumu algısının sağlık kurumu tercihine etkisine yönelik literatürde çalışmaya rastlanmamış olmasının yanı sıra bireylerin daha az oranda üniversite hastanelerini tercih etmelerinin bir diğer sebebi de üniversite hastanelerinde

daha fazla tetkik ve tahlil uygulanması sonucunda daha fazla fark ödeyeceği kaygısından da kaynaklanabilir. Nitekim Sağlık İstatistikleri Yıllığı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015) verilerine göre tetkik ve tahlil isteme oranları sırasıyla Üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve devlet hastaneleri olarak azalarak gitmektedir. Buna ek olarak Tıp fakültelerinde öğrenim gören öğrencilerin üniversite hastanelerini tercih etmeleri uygulama alanlarının çoğunlukla üniversite hastaneleri olmasından kaynaklanabilir.

## 5. SONUÇ

Öğrencilerin %96,3'ü sosyal güvenceye sahiptir ve çoğu gelir durumunu orta olarak ifade etmiştir. Sosyal güvence ve gelir durumu sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Ancak 25 yaşın üzerindeki erkek öğrenciler ilgili mevzuata göre primleri ödenmediği taktirde sigorta kapsamından çıkarılmaktadır. Üniversite yılları öğrencilerin sağlık davranışlarını şekillendirmeleri konusunda önemli bir dönemdir. Ayrıca ailelerden ayrı yaşamanın yaygın olduğu bu süreç içerisinde mevcut sağlık sorunları artış gösterebilir. Bu sebeple sağlık sigortasının yaş ve cinsiyet farkı gözetilmeksizin tüm öğrencileri kapsaması, üniversitelerde öğrencilerin sosyal güvenceleri hakkında bilinçli olmaları için eğitimler düzenlenmesi olumlu sonuçlar oluşturabilir.

Araştırmamızda sigara ve alkol kullanım oranları Türkiye verileri ile uyumlu bulunmuştur. Alkolün zararlı kullanımının artmasını önlemek başta toplum ve birey sağlığının korunması açısından önemlidir. Ülkemizde sigara ve alkollü içki tüketimi düşüktür, ama riskli kullanımdan etkilenen nüfus dikkate alındığında bu soruna yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sağlık politikaları içinde yer alması gerektiği görülmektedir. Madde bağımlılıklarının bedensel ve ruhsal olarak ciddi hasarlar oluşturması ve yaşam kalitesini bozarak sağlık hizmetlerine olan talebi ve sağlık harcamalarını arttırıcı etkisi de olacaktır. Bu sorunlar ve maliyetler ortaya çıkmadan önleyici müdahalelerin planlanması önemlidir.

Öğrencilerin %60,8'i yalnızca ciddi hastalık durumlarında sağlık merkezine gittiğini ve %52,8'sinin genel sağlığını "iyi" olarak belirtmeleri, %32,0 oranında sağlık personelinden muayene esnasında alınan bilgiyi yeterli bulması sağlık hizmetlerinden yeterli faydalanmadıklarını, özellikle ciddi durumlarda sağlık hizmetlerinin kullanımı birinci basamak sağlık hizmetlerinin gençleri ihmal ettiğini düşündürmektedir. Genel sağlık durumunu iyi gören ve sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını düşünenlerin sayısı, sağlık hizmetlerinden yararlandığını düşünenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Bu durum öğrencilerin çoğunun ciddi sağlık problemleri ile karşılaştıklarında sağlık kurumuna gidiyor olmaları bulgusu ile örtüşmektedir. Yaşlanan nüfus politikaları ile hastane sağlık sistemimizde poliklinik hizmetlerinde yaşlılara verilen öncelik her ne kadar çok olumlu bir değer taşısa da gençlerin randevu almalarında ve sağlıksız olma durumlarında hastane başvuru motivasyonlarında azalmaya neden olabilir. Bu sebeple üniversitelerde sayıları oldukça yüksek rakamlara

ulaşan ve üretken olması beklenen gençlere yönelik sağlık hizmet birimlerinin bulunması gerekliliği ortaya çıkabilir. Selçuk Üniversitesinde böyle bir birim bulunmaması Türkiye'nin öğrenci sayısı olarak en yüksek üniversitelerinden biri olan kurum için gereklidir.

Araştırmamızda ihtiyacı olduğu zaman ilaç alamama oranı %7,3 olarak belirlenmiştir. Sağlıklı bir toplum yaratılması ve sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesinde ihtiyacı olan herkese ihtiyaç duyulduğu anda ulaştırılabilmesi gerekir. Düzenlenen ilaç politikalarının daha fazla özümsenmesinin yanı sıra, pahalı ilaçların (kanser ilaçları vb) ulaşımı kolaylaştırılmalı ve bu alanda denetimlerin artırılması faydalı olabilir.

Araştırmamızda alternatif tıbba başvuran öğrencilerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığı bulunmuştur. Literatürün modern tıbbi uygulamalar ile alternatif tıp uygulamalarının birleştirilmesinin daha iyi sonuç vereceğine yönelik vurgusunun son dönemde artmış olması, insanların modern tedavi yöntemlerine ilave olarak alternatif tıp uygulamalarına yönelmeleri sonucunu doğurmuştur. İki uygulama türünün aynı anda kullanımına veya birbirlerinin yerine kullanımına ilişkin kapsamlı bilimsel çalışmalar yapılmalı, terapi türlerinin birbirleri üzerindeki etkileri hakkındaki bilgiler insanlara verilmelidir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanamama sebebi olarak öğrencileri hastane ortamının daha hasta etmesinin yanı sıra, sağlık kuruluşlarında bekleme süreleri ve oturma imkanları ile ilgili bulgular kurumların fiziki ortamları hakkında düzenlemeler yapılması ve bireylerin hastane ortamına uyumlarını arttıracak düzenlemelerin gerekliliğini akla getirmektedir.

Öğrenciler sağlık sorunları yaşadıklarında çoğunlukla devlet hastanelerini tercih etmektedirler. Tercih sebeplerinin ise sıklıkla sosyal güvence durumları ve yakınlık faktörü olduğu saptanmıştır. Özel sağlık kuruluşlarındaki hasta giderlerinin bir kısmı devlet tarafından karşılanmasına rağmen elde edilen sonuçlar katkı payının tercih noktasındaki etkisinin oldukça önemli olduğunu ve bu sorunun giderilmediğini, dolayısıyla kamu kuruluşlarında ortaya çıkan hasta yoğunluğunun sağlık hizmeti kullanımını olumsuz etkilediği sonucuna varılabilir.

# 6. KAYNAKLAR


Akdur R, 2006. Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Ankara Üniversitesi Basımevi, Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi, p. 44-45.

Akgül N, Palteki T, Şimşek EE, Bayram M, Erkan I, Ulutin HC, 2015. Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişimMerkezi (SABİM) Şikâyet Başvurularının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri.

Akman M, 2015. Sağlık arama davranışı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 19, 2, 53-4.

Altan Ş, Atan M, Kızılkaya S, 2015. Genel Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörlerin Chaid Analizi Yöntemi ile İncelenmesi, ODTÜ Örneği. NWSA: Social Sciences, 10, 2, 92-106.

Bahadori M, Teymourzadeh E, Ravangard R, Nasiri A, Raadabadi M, Alimohammadzadeh K, 2016. Factors contributing towards patient's choice of a hospital clinic from the patients' and managers' perspective. Electronic Physician, 8, 5, 2378.

Baker LC, Bundorf MK, Kessler DP, (2015). The effect of hospital/physician integration on hospital choice, National Bureau of Economic Research**:** 12-26.

Balçık PY, Karsavuran S, 2012. Dünyada ve Türkiye'de İlaç Fiyatlandırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15, 2, 38-67.

Balçık PY, Nangır ÖF, 2016. Health Manpower and Health Technology in Europe and Turkey. Ankara Medical Journal, 16, 1, 90-7.

Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş ZG, Sayar HC, Skrijelj E, Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H, 2010. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Degisi, 24, 3, 95-104.

Beukers PD, Kemp RG, Varkevisser M, 2014. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. The European Journal of Health Economics, 15, 9, 927-36.

Beylik U, Yılmaz A, Akça N, 2015. Hastanelere Geri Ödemede Sağlık Uygulama Tebliği İle Tanı İlişkili Grupların Karşılaştırması: Kolesistektomi Vakası Örneği. İşletme Bilimi Dergisi, 3, 2, 39-53.

Buchmueller TC, Levinson ZM, Levy HG, Wolfe BL, 2016. Effect of the Affordable Care Act on Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage. American journal of public health, e1-e6.

Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER, (2007). Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Ankara, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu.

Çınaroğlu S, Şahin B, 2015. Hastanelerin Tercih Edilme Sıklığı ile Kurumsal İtibar ve İmajları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Dergisi 24, 1, 24-30.

Dawson D, Gravelle H, Jacobs R, Martin S, Smith PC, 2007. The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment. Health Econ, 16.

de Visser RO, Wheeler Z, Abraham C, Smith JA, 2013. 'Drinking is our modern way of bonding': Young people's beliefs about interventions to encourage moderate drinking. Psychology & health, 28, 12, 1460-80.

Demir O, 2016. Nüfus Politikaları ve Çin, Fransa ve Türkiye Örneklerinin Değerlendirilmesi. Social Sciences, 11, 1, 41-61.

Demircan D, Çanga B, Gün M, Ünal Ç, Önem İ, Akıcı A, 2010. Üniversite Öğrencilerin İlaç/Tıbbi Ürün Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal, 23, 2, 276-84.

Deniz MH, Hobikoğlu EH. Türkiye'de "Değere Bağlı Sağlık Sistemi" Temelinde Kamu ve Özel Sektör Açısından Algılanan Hizmet Kalitesi. International Conference on Eurasian Economies, 160-5.

Deveci SE, Çalmaz A, Açık Y, 2012. Doğu Anadolu\'da yeni açılan bir üniversitenin öğrencilerinde kaygı düzeylerinin sağlık, sosyal ve demografik faktörler ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi, 39, 2, 189-96.

Dost Z, 2016. Genel Sağlık Sigortası'nın Uygulanabilirliğinin İncelenmesi. Journal of Academic Studies, 17, 68, 123-40.

Emiroğlu M, Kara F, Arı E, Bolat G, Dönmez H, Karademir R, Okay Ö, Polat M, Seçal A, Şahin B, Şahin M, Yıldırım H, Emiroğlu H, 2016. Üniversite Öğrencileri Arasında Bitkisel İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlar. Genel Tıp Dergisi, 26, Ek 1, 7-10.

Erdem Ş, 2007. Sağlık hizmetleri pazarlaması: Hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama, Trakya Üniversitesi Edirne.

Erikli S, 2016. Genç Yoksulluğunun Temel Belirleyicileri: Eğitim ve Düzgün İş. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18, 1, 283-302.

Frumkin H, 2016. Environmental health: from global to local, John Wiley & Sons, p.
Greenberg SB, 2015. Inequalities in waiting times by socioeconomic status–a possible causal mechanism. Israel journal of health policy research, 4, 1, 1.
Gülcemal E, Keklik B, 2016. Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği-An Investigation On Factors Affecting The Confidence of Patients to Physicians: A Research In Isparta. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8, 14, 64-87.
Güllü G, 2013. Türkiye'de İç Ortam Hava Kirliliği Çalışmaları. Hava Kirliliği AraĢtırmaları Dergisi, 2, 146-58.
Güzel A, Okur A, Caniklioğlu N, 2012. Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul Beta Yayın, p.
Halasa Y, Nandakumar A, 2009. Factors determining choice of health care provider in Jordan. Eastern Mediterranean Health Journal, 15, 4, 959-68.
Hartwell H, Johns N, Edwards JS, 2016. E-menus—Managing choice options in hospital foodservice. International Journal of Hospitality Management, 53, 12-6.
Howell JL, Sweeny K, 2016. Is waiting bad for subjective health? Journal of behavioral medicine, 1-13.
Ilgaz A, Gözüm S, 2016. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9, 2, 67-77.
İstanbulluoğlu H, Güleç M, Oğur R, 2010. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 85, 2, 86-99.
Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Zeybek Ünsal Ç, Hayırlıdağ M, Örnek Büken N, 2015. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın karşılaştırılması* Comparison of Traditional, Complementary Medicine Draft Regulations and Regulations. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2, 2, 117-26.
Kaylı DS, Yararbaş G, 2016. Ege Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları. CBU-SBED Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3, 1, 134-8.
Kayral İH, Beylik U, Orhan F, 2016. Hastane standartlarının çok boyutlu kalite analizi: Bir standart seti örneği. Health Care, 3, 1, 7.
Kırgın Toprak D, Şahin B, 2012. Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 3, 1, 1-29.
Koçkaya G, Atikeler K, Yenilmez FB, 2016. Türkiye Özel ve Kamu Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi. Sosyal Güvence Dergisi, 1, 9, 82-101.
Koçoğlu D, Akın B, 2009. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEUHYO ED, 2, 4, 145-54.
Kumari C, 2015. Life style and risk behaviors among university students. Indian Journal of Applied Research, 5, 12, 66-8.
Kurşun A, Rakıcı C, 2014. Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi. İnsan Hakları Yıllığı, 32, 77-105.
Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H, 2016. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. The Lancet, 1-10.
Martín JJM, Puerto Lopez del Amo Gonzalez M, Dolores Cano Garcia M, 2011. Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. Applied Economics, 43, 1, 19-46.
Miller M, Bailey B, Govindarajah V, Levin L, Metzger T, Pinney SM, Leung Y-K, Ho S-M, 2016. A community survey on knowledge of the impact of environmental and epigenetic factors on health and disease. Perspectives in public health, 1757913916630341.
Mills A, 2014. Health care systems in low- and middle-income countries. N Engl J Med, 370, 6, 552-7.
Mohammad Mosadeghrad A, 2014. Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. International journal of health care quality assurance, 27, 2, 152-64.
Moussa MMM, El-Mowafy RI, El-Ezaby HH, 2016. Prevalence of hypertension and associated risk factors among university students: Comparative study. Journal of Nursing Education and Practice, 6, 5, 19-27.
NIH NIoH, 2008. Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name. Retrieved August, 6.
OECD I, (2015). Health at a Glance 2015. Series: Health at a Glance. Paris.
Ozawa S, Walker DG, 2011. Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. Health policy and planning, 26, suppl 1, i20-i9.

Ögenler O, Yapıcı G, 2012. Bir grup üniversite öğrencisinin batıl inanışlar ve hastalıklara karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Cumhuriyet Medical Journal, 34, 1, 1-8.
Öksüz S, 2010. Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Atılım Üniversitesi, ankara.
Önder ME, Ersoy E, Karacaoğlu K, 2016. Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. IJBEMP, 1, 1, 23-36.
Öner C, 2014. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi.
Özata M, Tekin F, Öztürk YE, 2016. Konya'daki Aile Hekimliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Selcuk University Social Sciences Institute Journal, 35, 1, 205-18.
Özdemir Ü, Taşcı S, 2013. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1, 1, 57-72.
Özkoç H, 2013. Hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: uygunluk analizi ve nested logit model. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15, 2, 267-80.
Özmen A, 2015. Globalization and Health Services. Health Care Academician Journal, 2, 4, 165.
Öztürk YE, 2014. Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi. Gümüşhane University Journal Of Health Sciences, 3, 4, 1079-94.
Papatya G, Papatya N, HAMŞIOĞLU AB, 2012. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2, 1, 87-108.
Payne JE, Anderson S, Lee J, Cho MH, 2015. Do per capita health care expenditures converge among OECD countries? Evidence from unit root tests with level and trend-shifts. Applied Economics, 47, 52, 5600-13.
Pekten A, 2006. Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. Sayıştay Dergisi, 61, 119-38.
Qian D, Lucas H, Chen J, Xu L, Zhang Y, 2010. Determinants of the use of different types of health care provider in urban China: A tracer illness study of URTI. Health policy, 98, 2, 1-9.
Resmi Gazete (26532 sayılı), 2012. Sağlık Uygulama Tebliği.
Pozitif Matbaa, 2016. Sağlıkta Kalite Standartları. Ankara p. 1
SağlıkBakanlığı, (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
Sentez Yayıncılık, 2015. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara p.
Santaş F, Kurşun A, Kar A, 2016. Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19, 1, 17-33.
Santos R, Gravelle H, Propper C, 2016. Does Quality Affect Patients' Choice of Doctor? Evidence from England. The Economic Journal, 1-50.
Savaş Yavuzçehre P, 2016. Üniversitelerin Kentlerine Etkileri: Denizli Pamukkale Üniversitesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21, 1, 235-50.
Smagula SF, Koh WP, Wang R, Yuan JM, 2016. Chronic disease and lifestyle factors associated with change in sleep duration among older adults in the Singapore Chinese Health Study. Journal of Sleep Research, 25, 1, 57-61.
Sun S, Chen J, Johannesson M, Kind P, Burström K, 2016. Subjective well-being and its association with subjective health status, age, sex, region, and socio-economic characteristics in a Chinese population study. Journal of Happiness Studies, 17, 2, 833-73.
Şahin D, Küçükaltan D, Toker Kaya F, 2014. Özel Hastanelerdeki Kabul Biriminde Çalışan Profilini Belirlemeye Yönelik Trakya Bölgesinde Bir Araştırma. Electronic Journal of Vocational Colleges, 4, 3, 350-63.
Tatli H, Göçer I, 2015. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Politikalarinin Sürdürülebilirligi: Çoklu Yapisal Kirilmali Esbütünlesme Analizi/Sustainability of Social Security Policies in Turkey: Cointegration Analysis with Multiple Structural Breaks. Business and Economics Research Journal, 6, 3, 87.
TC Sağlık Bakanlığı ABBD, 2010. Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları. 780, p.
Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T, 2014. Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. Pam Tıp Derg, 7, 57-62.
Aile Hekimliği Kanunu, 2016. Erişim tarihi 17.07. Erişim adresi, http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/kanunlar/3289-aile-hekimlii-kanunu-.html.
Tomassini HCB, 2008. Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor. Bulletin of the World Health Organization, 86, 4, 248-9.
Topgül S, 2012. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda Kadının Durumu. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19, 2, 301-19.

İl Düzeyinde Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2013. Erişim. Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014_27_20140506.pdf.
Tuncay AC, Ekmekçi Ö, 2015. Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, İstanbul, Beta, p.
Tutar F, Kılınç N, 2007. Türkiye'nin sağlık sektöründeki ekonomik gelişmişlik potansiyeli ve farklı ülke örnekleriyle mukayesesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, □.□.B.F. Dergisi, 9, 1, 31-54.
Ance matbaa, 2014. KAMU HASTANE BİRLİKLERİ. Ankara p.
Ünal B, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K, (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" Turkey (TR), Study of chronic diseases and risk factors Sağlık Bakanlığı Yayın, Ankara. **909**.
Ünalan D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü, 2007. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 14, 2.
Ünaldı N, 2015. Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlarda İtibarın Önemi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2, 2, 100-11.
Van de Walle S, Cornelissen F, 2014. Performance reporting. In: The Oxford Handbook on Public Accountability. Eds: Bovens M, Goodin RE, Schillemans T. Oxford: Oxford University Press, p. 441-55.
Varì R, Scazzocchio B, D'Amore A, Giovannini C, Gessani S, Masella R, 2016. Gender-related differences in lifestyle may affect health status. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 52, 2, 158-66.
Villarroel M, Cohen R, 2016. Health Insurance Continuity and Health Care Access and Utilization, 2014. NCHS data brief, 249, 1-8.
Wahab AAOA, Kefeli Z, 2016. Projecting a Long Term Expenditure Growth in Healthcare Service: A Literature Review. Procedia Economics and Finance, 37, 152-7.
Weitzman E, 2016. TEENS, CHRONIC ILLNESS, AND SUBSTANCE ABUSE. journal of christian nursing, 33, 1, 64.
WHO WHO, (2013). Health literacy. The solid facts.
WHO WHO, 2014. Global status report on alcohol and health, World Health Organization, p.
2015. Erişim. Erişim adresi, World HealthOrganisation, http://www.who.int/topics/health_services/en/.
Yang J-H, Yoon J-A, 2015. How the Factors of Hospital Choice of Cancer Patients Affect Customer Satisfaction. Liver, 63, 14.
Yılmaz E, 2013. Türkiye'de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. İletişim, 93-108.
Yılmaz F, Tosun B, Çolak MY, 2016. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Özel Hastaneler Ve Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD, 1, 1, 63-79.
Yılmaz Ş, 2011. Tunceli İli Ovacık İlçesinde Yaşayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma ve Memnuniyet Düzeyinin Ölçülmesi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
2015. Erişim tarihi 20 Ekim. Erişim adresi, istatistik.yok.gov.tr/yuksekogretimIstatistikleri/2015/2015_T12_v2.pdf
Yu H, 2015. Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's success? Health policy, 119, 9, 1145-52.
Yüksel E, Kaya AY, Koçak A, Aydın S, (2010). Türkiye'de Sağlık Konulu Yayınların Analizi. Projeleri AÜBA, TUBITAK**:** 17-43.
Zerenler M, Öğüt A, 2007. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya. Selcuk University Social Sciences Institute Journal, 18, 501-19.

## 7. EKLER

### EK A1: Anket Formu

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMLARI**

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Değerli katılımcılar, ankete ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız. Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

---

1. **Yaş**:……..
2. **Cinsiyet**: a) Erkek b) Kadın
3. **Bölüm:**……Sınıf:……
4. **Medeni Durum:** a) Evli b) Bekar
5. **Boy:**…… **Kilo:**…….
6. **Kardeş sayınız:**……
7. **Annenizin öğrenim durumu:** a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
8. **Babanızın öğrenim durumu:** a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
9. **Anne babanızın durumu:** a) Birlikte yaşıyorlar b) Ayrı yaşıyorlar
10. **Babanızın mesleği:** a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Çalışmıyor e) Diğer…….
11. **Annenizin mesleği:** a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Çalışmıyor e) Diğer…….
12. **Üniversiteye başlamadan önceki yaşadığınız yer:** a) Köy b) Kasaba c) İlçe merkezi d) İl merkezi(….)
13. **Üniversite eğitiminiz süresince kaldığınız yer:**
    a) Evde, ailemle
    b) Evde, yalnız
    c) Evde, arkadaşlarımla
    d) Özel yurt
    e) Devlet yurdu
    f) Diğer……
14. **Sigara kullanma durumunuz:**a) Kullanmıyorum b)Kullanıyorum (günde…….adet)
15. **Alkol kullanma durumunuz:**a) Kullanmıyorum b)Kullanıyorum(ne sıklıkla(……)
16. **Gelir durumunuz:** a) Düşük b) Orta c) Yüksek
17. **Gelir getiren bir işte çalışma durumunuz:** a) Çalışmıyorum b) Çalışıyorum(İşiniz:….)
18. **Ailenizde bir sağlık çalışanı var mı?** a) Hayır b) Evet
19. **Sosyal bir güvenceniz var mı?** a) Hayır b) Evet

**20. Sürekli tedavi ve doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız var mı?**

(Varsa nedir? Ne kadar süredir devam ediyor?)

a) Hayır b)Evet (İsmi:……../Süresi:……..)

**21. Sürekli tedavi ve doktor kontrolü gerektiren bir hastalığınız varsa düzenli hekim kontrolüne gidiyor musunuz?**

a) Hayır b) Evet

22. **Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı?** (Varsa nedir?/ Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?)

a) Hayır b)Evet (İsmi:……../Süresi:……..)

23. **Sık sık bir yaşadığınız sağlık sorununuz var mı?** Varsa nedir?

a) Hayır b) Evet (İsmi:…….……..)

24. **Sizce genel sağlık durumunuz:** a) Kötü b) Orta c) İyi d) Çok iyi e) Mükemmel

25. **Sağlığınız için alternatif tıbba başvurur musunuz?** a) Hayır b) Evet

**26. Başvurduğunuz alternatif tıp yöntemleri:**

( ) Akupunktur ( ) Bitkisel çaylar
( ) Dua etme ( ) Meditasyon
( ) Masaj ( ) Vitamin desteği
( ) Yoga ( ) Reiki
( ) Diğer……

**27. Yaşadığınız sağlık sorunları ile ilgili nereden/ nerelerden bilgi alırsınız?**

( ) Televizyon ( ) Eş dost akraba ( ) İnternet
( ) Gazete/dergi ( ) Sağlık personeli ( ) Diğer……

**28. Herhangi bir sağlık merkezine gitme sıklığınız:**

a) Her rahatsızlandığımda c) Aralıklı, kontrol için
b) Ciddi hastalık durumunda d) Diğer……

29. **Acil bir durumda sağlık merkezine ne kadar süre içinde ulaşırsınız?.....**

**30. En son ne zaman rahatsızlanıp bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz?**

a) Son bir ayda b) Son iki ayda c) Hatırlamıyorum d) Diğer……

**31. Sağlık hizmeti aldığınız son kuruluşta sizi ilk karşılayan kimdi?**

a) Kayıt memuru c) Güvenlik
b) Hemşire-ebe d) Diğer…….

**32. Sağlık hizmeti aldığınız son kuruluşta hizmet almak için ne kadar süre beklediniz?**

a) 5 dakika
b) 15 dakika
c) 16-45 dakika
d) 46-60 dakika
e) 1 saat ve üzeri

**33. Sağlık hizmeti aldığınız son kuruluşta hizmet almak için beklerken oturma imkanınız var mıydı?**

a) Hayır b) Evet

**34. Sağlık hizmeti aldığınız son kuruluşta muayene için size ayrılan süre ne kadardı?**

a) 0-4 dakika

b) 5 dakika

c) 10 dakika

d) 20 dakika

e) 30 dakika

**35. Sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabildiğinizi düşünüyor musunuz?**

a) Hayır b) Evet

36. **Bir sağlık kuruluşuna gittiğinizde sağlık personelinden sağlık durumunuzla ilgili yeterli bilgi aldığınızı düşünüyor musunuz?** a)Hayır b)Evet

**37. Son bir yılda sağlık hizmetlerinden yararlanamama durumunuz oldu mu?**

a) Yararlandım b) Yararlanamadım c) İhtiyacım olmadı

**38. Son bir yılda ihtiyacınız olduğu halde ilaç alamama durumunuz oldu mu?**

a) İhtiyacım oldu, aldım b) İhtiyacım oldu, alamadım c) İhtiyacım olmadı

**39. Sağlık hizmetlerinden yararlanamıyorsanız sebebi:**

( )Hastalığı önemsememe ( ) Sağlık hizmetine ulaşamama

( ) Kendi kendini tedavi etme ( ) Sağlığa karşı olan ilgisizlik

( ) Zaman olmaması ( ) Beklemek istememe

( ) Eczaneye danışıp ilaç alabilme ( )Hastane ortamının daha hasta etmesi

( ) Diğer……

**40. Acil durumlarda ilk olarak başvurduğunuz sağlık kuruluşu:**

a) Devlet hastanesi b) Özel sağlık kuruluşu

c) Üniversite hastanesi d) Diğer……..

**41. Acil durumlarda gittiğiniz sağlık kuruluşunu tercih etme nedeniniz:**

( ) Sosyal güvencem nedeniyle ( ) Ucuz olması nedeniyle

( ) Başka seçenek olmadığı için ( ) İyi davranıldığı için

( ) Bekletilmediğim için ( ) Daha iyi bir kuruluş olduğu için

( ) Tanıdık personel olduğu için ( ) Sevk edildiğim için

( ) Tavsiye edildiği için ( ) Rahatsızlığım ciddi olmadığı için

( ) İlaç temini için ( ) Diğer sebepler……..

**42. Acil olmayan durumlarda ilk olarak başvurduğunuz sağlık kuruluşu:**

a) Devlet hastanesi b) Özel sağlık kuruluşu

c) Üniversite hastanesi d) Diğer…….

## EK A3: Kurum İzni

*BEA53344E*

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 25669789-044/
Konu : Anketler

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Üniversitemiz Tıp Fakültesinin "Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları"nı değerlendirmek amacıyla Fakülteniz/Müdürlüğünüzde 15 Mayıs 2015-31 Aralık 2015 tarihleri arasında anket yapma istekleri Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hasan Kürşat GÜLEŞ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek : Yazı ve Ekleri(7 sayfa)
Dağıtım:
Gereği:
Edebiyat Fakültesi Dekanlığına
Mesleki Eğitim Fakültesi Dekanlığına
Ziraat Fakültesi Dekanlığına
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığına
Hukuk Fakültesi Dekanlığına
Teknik Eğitim Fakültesi Dekanlığına
Mühendislik Fakültesi Dekanlığına
Mimarlık Fakültesi Dekanlığına
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığına
Veteriner Fakültesi Dekanlığına
Spor Bilimleri Fakültesi Dekanlığına
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına
Turizm Fakültesi Dekanlığına
Güzel Sanatlar Fakültesi Dekanlığına
Teknoloji Fakültesi Dekanlığına
Sanat ve Tasarım Fakültesi Dekanlığına
Dilek Sabancı Devlet Konservatuvarı Müdürlüğüne

Bilgi:
Tıp Fakültesi Dekanlığına

Halk Sağlığı ANABİLİM DALI
GELEN EVRAK
Kayıt Tarihi : 28.04.2015
Kayıt No.su : 98
Havale Edildiği Yer : —

Evrakı Doğrulamak İçin : http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BEA53344E
Şemsi Tebrizi Mah. Ankara Cad. No:6 Karatay/KONYA Bilgi İçin: Semra Ağababa
Tel:0332 350 7005 Faks:0332 350 9693
E-Posta :ogrisleri@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.selcuk.edu.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

**Adı – Soyadı: Sevda URAL**

**Doğum Yılı:** 1986

**Lisans:** Erciyes Üniversitesi Yozgat Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

**Yüksek lisans:** Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Tez:** Yüksek Lisans Tezi: Erciyes Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan ve Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-24 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirmeye Yönelik Geleneksel Uygulamaları.

**İş:** Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Araştırma Görevlisi