

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE YAŞLILARDA 2008-2019 YILLARI
ARASINDA KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK
HİZMET GEREKSİNİMİ VE SOSYO-
EKONOMİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

DR. ALİ AKÖZ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE YAŞLILARDA 2008-2019 YILLARI
ARASINDA KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK
HİZMET GEREKSİNİMİ VE SOSYO-
EKONOMİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ALİ AKÖZ

Danışman Öğretim Üyesi:

Prof. Dr. Reyhan UÇKU

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLO DİZİNİ.....	III
ŞEKİL DİZİNİ.....	V
KISALTMALAR.....	VI
TEŞEKKÜR.....	VII
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ.....	5
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1 Yaşlılık Kavramı.....	8
2.2 Yaşlılık Epidemiyolojisi	9
2.3 Yaşlılıkta Temel Sağlık Sorunları.....	9
2.4 Yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri.....	11
2.5 Sağlık hizmetleri kullanımı ve etkileyen faktörler	14
2.6 Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi.....	17
3. AMAÇLAR.....	21
4. GEREÇ VE YÖNTEM	22
4.1 Araştırmanın yeri ve zamanı.....	22
4.2 Araştırmanın tipi	22
4.3 Araştırmanın evreni	22
4.4 Araştırmanın örnek büyüklüğü, örnek seçim yöntemi ve ulaşma oranı	22
4.5 Araştırmanın değişkenleri.....	24
4.5.1 Bağımlı değişken	24
4.5.2 Bağımsız değişkenler.....	24
4.5.3 Değişkenlerin tanım ve ölçüm yöntemi.....	25
4.6 Veri toplama yöntemi	28
4.7 Veri çözümlemesi	28
4.8 Araştırmanın kısıtlılıkları.....	30
4.9 Araştırmanın etik kurul onayı ve izinler	31
4.10 Araştırmanın zaman çizelgesi	31
5. BULGULAR	32
5.1 Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri	32
5.3 Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkili etmenler.....	51

6. TARTIŞMA	64
6.1 Tanımlayıcı özellikler	65
6.2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi	67
6.3 Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimini etkileyen etmenler	71
6.4 Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	75
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR.....	78
8.EKLER.....	85
EK 1. EK TABLOLAR	85
EK 2. EK ŞEKİLLER.....	88
EK 3. ETİK KURUL ONAY FORMU	94
EK 4. TÜİK MİKROVERİ TALEP FORMU KURUM ONAYI	96
EK 5. TÜİK MİKRO VERİ KULLANIM TAAHHAHÜTNAMESİ	98
EK 6. TÜİK VERİ KULLANIM İZNİ.....	99
EK 7. Özgeçmiş Formu	100

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ve etki eden etmenleri inceleyen çalışmaların özeti-1	18
Tablo 2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ve etki eden etmenleri inceleyen çalışmaların özeti-2	19
Tablo 3. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ve etki eden etmenleri inceleyen çalışmaların özeti-3	20
Tablo 4. Sağlık araştırmalarının yıllara göre örnek büyüklüğü ve ulaşma oranları	23
Tablo 5. Araştırma grubunun yıllara göre cinsiyet ve yaş grubu dağılımı	32
Tablo 6. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin yıllara göre dağılımı.....	34
Tablo 7. Araştırma grubunun yaşadıkları yere ait özelliklerinin yıllara göre dağılımı	35
Tablo 8. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerinin yıllara göre dağılımı	37
Tablo 9. Araştırma grubunun sağlık davranışlarına ait özelliklerinin yıllara göre dağılımı ...	38
Tablo 10. Araştırma grubunun duyuşal kısıtlılık ve yardımcı araç kullanımına ilişkin özelliklerinin yıllara göre dağılımı	40
Tablo 11. Araştırma grubunun sağlık durumu özelliklerinin yıllara göre dağılımı-1	41
Tablo 12. Araştırma grubunun sağlık durumu özelliklerinin yıllara göre dağılımı-2	43
Tablo 13. Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ile ilgili özelliklerinin yıllara göre dağılımı.....	44
Tablo 14. Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ve karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin yıllara göre dağılımı	46
Tablo 15. Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ve karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin yıllara göre mutlak ve görelî değişimi.....	49
Tablo 16. Yaş grubu, cinsiyet ve yıllara göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi	50
Tablo 17. Yıllara göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi	51
Tablo 18. Cinsiyet ve yaş grubuna göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi.....	52
Tablo 19. Yaşanılan yer özelliklerine göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi	53
Tablo 20. Sosyoekonomik değişkenlere göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi	54

Tablo 21. Duyusal kısıtlılık ve kaza durumuna göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi	55
Tablo 22. Sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi Modelleri)	57
Tablo 23. Sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi).....	59
Tablo 24. Sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi; cinsiyete göre tabakalı analiz (Lojistik Regresyon Analizi)	60
Tablo 25. Genç yaşlılarda (65-79 yaş grubu) sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi).....	62
Tablo 26. Yaşlı yaşlılarda (80 yaş ve üzeri grup) sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi)	63

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Bağlamsal ve bireysel özellikleri içeren sağlık hizmet kullanımında davranışsal model	14
Şekil 2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin görsel tanımlanması	26
Şekil 3. Araştırmanın zaman çizelgesi	30
Şekil 4. Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi	46



KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ADL: Activity of Daily Living Index

CDC: Centers of Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DM: Diabetes Mellitus

ES: Emekli Sandığı

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

HT: Hipertansiyon

İBBS: İstatistiki Bölge Birimi Sınıflaması

KVS: Kardiyovasküler Sistem

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları

MAR: Missing at Random

MCAR: Missing Completely at Random

ROK: Rassal Olarak Kayıp

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

T- GYA: Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri

TROK: Tamamıyla Rassal Olarak Kayıp

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında benimle bilgi ve birikimini paylaşan, her durumda yol gösteren, desteğini her zaman hissettiğim, örnek aldığım değerli danışman Hocam Prof. Dr. Reyhan Uçku'ya,

Tez konusu seçimimde tez çalışmalarımın uygulama aşamasında daha önce birlikte yapmış olduğumuz çalışmaların da katkısıyla bana ilham kaynağı olan, sonsuz destek sağlayan kıymetli Hocam Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin'e,

Akademik bilgi, beceri ve deneyimlerini, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aynı zamanda çok büyük ve köklü bir ailenin içinde yer aldığım hissini yaşatan anabilim dalının çok kıymetli ve saygıdeğer öğretim üyelerine,

Sıcak ve samimi bir çalışma ortamında çalışmama katkıda bulunan kıymetli çalışma arkadaşlarım ve halk sağlığı anabilim dalı çalışanlarına,

Beni bu hayata ve bu mesleğe hazırlayan, varlığımı, yaşamımı borçlu olduğum anneme, babama ve çok sevdiğim kardeşime,

Varlığı ve sevgisi ve güçlü duruşuyla her zaman yanımda olan biricik eşim Gamze'ye ve hayatımıza bambaşka anlamlar katan oğlum Uygur'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

TÜRKİYE’DE YAŞLILARDA 2008-2019 YILLARI ARASINDA KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK HİZMET GEREKSİNİMİ VE SOSYO-EKONOMİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Çalışmanın amacı Türkiye’de 2008 ile 2019 yılları arasında, 65 yaş üzeri bireylerde karşılanmamış sağlık hizmetleri gereksinimi sıklığının belirlenmesi, sosyoekonomik etmenler ile ilişkisinin belirlenmesi ve zaman içindeki değişimin değerlendirilmesidir.

Bu kesitsel araştırmada Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından altı kez yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarının mikro veri setleri kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimidir. Sağlık hizmeti gereksinimini belirlemek için 3 durumun varlığı değerlendirilmiştir. Kronik hastalık, temel günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık ve kötü sağlık algısı durumlarından en az birinin var olması sağlık hizmetine gereksinimi belirlemiştir. Hizmet gereksiniminin karşılanmaması son 12 ay içinde aile hekimi/pratisyen hekim, uzman hekim ya da evde sağlık hizmetleri birimlerinin hiçbirinden hizmet almamak şeklinde kabul edilmiştir. Temel bağımsız değişkenler sosyoekonomik değişkenlerdir. Bunlar gelir durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, hanehalkı tipi, hanehalkı büyüklüğü, sağlık güvencesi varlığı ve sosyal destektir. Diğer değişkenler yaş, cinsiyet gibi demografik değişkenler ve sağlık durumu ve sağlığın belirlenmesi ile ilgili değişkenlerdir. Tek değişkenli analizlerde ki-kare testi, çok değişkenli analizlerde Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçüm verileri ortalama, standart sapma ile sunulmuştur. Sayım verileri sayı ve yüzdeler ile sunulmuştur.

Araştırma grubunun %55.7’si kadın, %35.3’ü 65-69 yaş grubundadır. Asgari ücretin altında gelire sahip olanların oranı %56.5, çalışan yaşlıların oranı %9.7, emeklilik oranı da %34.8’dir. Toplamda sağlık güvencesizliği oranı %4.2’dir. Sosyal destek varlığı toplamda %93.1’dir. En az bir kronik hastalığı olanların oranı %69.0, temel günlük yaşam aktivitelerinin (T-GYA) en az birinden tam bağımlı olanların oranı %8.8, kötü sağlık algısı olanların oranı ise %33.2’dir. Son 12 ayda herhangi bir sağlık hizmeti kullananların oranı %88.3’tür. Sağlık hizmeti gereksinimi tüm bileşenler için %75.5’dir; yıllar içinde hafif artış göstermektedir. Gereksinimi olanlar içinde değerlendirildiğinde karşılanmamış sağlık hizmeti gereksiniminin sıklığı toplamda tüm bileşenlere göre %7.4, kronik hastalığa göre %6.7, bağımlılığa göre %10.4, kötü sağlık algısına göre %7.4’dür. Sosyo-ekonomik özelliklerin karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimine etkisinin değerlendirildiği çok değişkenli analiz sonucunda; tüm

değişkenlere göre düzeltildikten sonra karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi riskini asgari ücretin altında gelire sahip olmak 1.45 (% 95 GA:1.01-2.09) kat, yaşlının çalışması 1.37 (% 95 GA: 1.01-1.85) kat, sağlık güvencesizliği 2.70 (% 95 GA: 2.07-3.51) kat, yaşlının eşiyle yalnız yaşaması 1.71 (% 95 GA: 1.02-2.84) kat artırmaktadır.

Bu çalışmaya göre karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi ve buna bağlı olarak yaşlı sağlığı ile ilgili en önemli konuların yaşlıların gelir düzeyi, sosyal güvencesi (emeklilik hakkı), sağlık güvencesi, birlikte yaşama koşulları olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencenin olduğu, gelir düzeyinin asgari ücretin altında olmadığı bir emeklilik dönemi karşılanmamış gereksinimleri azaltarak hizmet alamamaya veya eksik, uygunsuz hizmete bağlı ortaya çıkacak sağlık risklerini azaltacaktır. Sağlık güvencesizliği her yaş grubunda, etkisi hiç değişmeyen, en önemli bir risk faktörüdür. Tüm yaşlıların sağlık güvencesi kapsamına alınması sağlanmalıdır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Yaşlı, sağlık hizmet gereksinimi, karşılanmamış gereksinim, Türkiye

UNMET HEALTH CARE NEEDS AMONG ELDERLY IN TURKEY BETWEEN 2008-2019 AND ASSOCIATED WITH SOCIO-ECONOMIC VARIABLES

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the prevalence of unmet health care needs in individuals over the age of 65 between 2008 and 2019 in Turkey, to determine its relationship with socioeconomic factors and evaluate the change over time.

In this cross-sectional study, the micro datasets of the Turkish Health Researches conducted by the Turkish Statistical Institute (TUIK) six times were used. The dependent variable of the study is the unmet health care needs. The presence of 3 items was evaluated to determine the need for health care. The presence of at least one of the conditions of chronic diseases, dependence on basic daily living activities and poor health perception determined the need for health care. Unmet healthcare need was accepted as not receiving service from any of the family physicians/practitioners, specialist physicians or home health services units in the last 12 months. The main independent variables are socioeconomic variables. These are income status, education level, employment status, marital status, household type, household size, health insurance and social support. Other variables are demographic variables such as age, gender, and variables related to health status and determination of health. Chi-square test was used in univariate analyzes and Logistic regression analysis was used in multivariate analyzes. Numerical data are presented as mean and standard deviation. Categorical data are presented as numbers and percentages.

A total of 55.7% of research group are female and 35.3% are 65-69 years old. Among the research group, 55.7% are female and 35.3% are 65-69 years old. The rate of those with an income below the minimum wage is 56.5%, the rate of working elderly people is 9.7%, and the retirement rate is 34.8%. In total, the rate of health insecurity is 4.2%. The presence of social support is 93.1% in total. The rate of those with at least one chronic disease is 69.0%, the rate of those full dependence on at least one of the ADL (Activity of Daily Living Index) is 8.8%, and the rate of those with poor health perception is 33.2%. The rate of those using any health service in the last 12 months is 88.3%.

The prevalence of healthcare need is 75.5% for all components; has increased slightly over the years. When evaluated among those in need, the prevalence of unmet health care needs

is in total 7.4% according to all components, 6.7% according to presence of chronic disease, 10.4% according to dependency on the ADL, and 7.4% according to the perception of poor health. As a result of the multivariate analysis in which the effect of socio-economic characteristics on the unmet health care needs was evaluated; after adjusting for all variables, having an income below the minimum wage increases the risk of unmet healthcare needs by 1.45 (95% CI: 1.01-2.09) times. Working the elderly increases the risk of unmet healthcare needs by 1.37 (95% CI: 1.01-1.85) times. Lack of health insurance increases the risk of unmet healthcare needs by 2.70 (95% CI: 2.07-3.51) times. The elderly living alone with their spouse increases 1.71 (95% CI: 1.02-2.84) times.

According to this study, it has been determined that the most important issues related to the unmet health care needs and accordingly the elderly health are the income level, social security (retirement right), health insurance, and cohabitation. A retirement period where there is social security and the income level is not below the minimum wage will reduce the health risks that may emerge due to inability to receive service or inadequate and inappropriate service by reducing unmet needs. Lack of health insurance is the most important risk factor in every age group, the effect of which never changes. It should be ensured that all elderly people are covered by health insurance.

KEYWORDS: Elderly, healthcare need, unmet need, Turkey

1. GİRİŞ

Tüm toplumlarda olduğu gibi Türkiye'de de toplum yaşlanmaktadır. Güncel verilerle 65 yaş ve üzeri kişilerin oranı %9.7'dir (1). Bu oranın 2023'te %10.2'ye, 2040 yılına kadar %16.3'e ulaşacağı öngörülmektedir (2,3). Toplum yaşlandıkça artmakta olan yaşlı bağımlılık oranı 2021 yılında %14.3'dür (1). Yaşlı nüfusun % 64.7'si 65-74 yaş aralığında genç yaşlılardan oluşmaktadır (3). İlerleyen yaşla birlikte sağlık sorunları ve sağlık hizmet gereksinimleri de artmaktadır.

Sağlık hizmeti gereksinimi, tanımlanması, ölçülmesi ve anlaşılması zor bir kavramdır. Kabul gören en geniş gereksinim tanımı, sağlık için ayrılan kısıtlı kaynaklar dahilinde mümkün olan en çok sağlık iyileştirilmesini sağlamak için gereken bakımın bütünü olarak yapılabilir (4–6). Bu nedenle, bir kişi sağlığını iyileştirebilecek uygun ve etkili bir tedavi almadığında karşılanmayan gereksinim ortaya çıkar. Karşılanmayan gereksinim, “tanımlanmış sağlık sorunlarıyla uygun şekilde ilgilenmek için gerekli olduğuna karar verilen hizmetler ile fiilen alınan hizmetler arasındaki, eğer varsa, farklılıkların bir ölçüsü” olarak ifade edilir (4,7). Bir grupta karşılanmayan gereksinimi ölçmek için iki yaklaşım vardır. Birinci yaklaşım bir bireyin sürekli bakım gerektiren kronik hastalığının olması ya da günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın olması gibi sağlık hizmet gereksinimi ortaya çıkartacak durumların varlığına göre belirlenen karşılanmamış gereksinimdir. Bu yaklaşım özellikle yaşlılarda daha uygun görünmektedir. Kronik hastalığı ya da bağımlılığı olan yaşlının sağlık hizmet gereksiniminin olacağı kabul edilir ve son 6 ay ya da bir yılda hizmet alma durumuna göre de gereksinimin karşılanıp karşılanmadığı belirlenir. İkinci yaklaşım bireylerin gereksinim duydukları sağlık hizmetini alıp almadıklarına dair öznel değerlendirmelerine dayanır (4).

Literatür incelemesinde iki yaklaşım için de örnekler yer almaktadır. Gereksinimin belirlenmesinde kronik hastalık varlığının, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın ve kötü sağlık algısının kullanıldığı çalışmalar olduğu gibi (8–10), “sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğu halde sağlık hizmeti alamadığınız oldu mu?” sorusunda olduğu gibi bireylerin gereksinim duydukları bakımı almadıklarına dair öznel değerlendirmelerine dayanan örnekler de vardır (11–14). Mevcut literatüre göre sağlıkta gereksinim ve karşılanmamış gereksinim ile yaş, cinsiyet, etnik köken gibi demografik ve eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu gibi sosyoekonomik etmenler arasında ilişki olabileceği ile ilgili kanıtlar bulunmaktadır (15–17). Ayrıca sağlık güvencesi durumu, özel sağlık sigortası varlığı, sosyal destek varlığı, eve bağımlı olma, araç-gereç kullanımını gerektiren yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık olması gibi etmenler de göze çarpmaktadır (8,10,18). Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen etmenler

Andersen'un sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili davranışsal modeline göre, hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleri olarak üç grupta toplanmıştır (19,20). Hazırlayıcı faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, kolaylaştırıcı faktörler; gelir düzeyi, ikamet yeri, sağlık sigortası türü, özel sağlık sigortası alma durumu, ihtiyaç faktörleri; yaşam kalitesi, kronik hastalık durumu, algılanan sağlık şeklinde ifade edilebilir.

Türkiye sağlık araştırmaları 2016 verilerinin kullanıldığı bir çalışmada yaşlıların da içinde olduğu, 15 yaş üzeri grupta karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinim sıklığı %25.0 bulunmuştur (21). Yaşlılarda karşılanmamış sağlık hizmetleri gereksinim sıklığı İzmir'de yapılan bir çalışmada, 80 ve üzeri yaş grubunda %32.5 olarak belirlenmiştir (10). Avrupa Birliği (AB) lkelerini içine alan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde AB ortalaması %8.7 iken, en yüksek İsrail'de %29.0, en düşük İsviçre'de %3.0 bulunmuştur (22). Dünyada farklı ülkelerde özellikle 65 yaş üzerinde yapılmış çalışmalar incelendiğinde %9.0 ile %30.0 arasında farklı sıklık değerleri dikkati çekmektedir (8,9,11–14,23). Bu rakamlar değerlendirilirken çalışmalardaki karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimini belirlemedeki farklılıklar göz ardı edilmemelidir.

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu Haziran 2021 verilerine göre tüm yaş gruplarında nüfusun sosyal sigorta kapsamı %88.0'dır; %12'si ise Genel Sağlık Sigortası (GSS), yani sadece sağlık sigortası, kapsamındadır; bu grubun %22.0'ı primini kendi ödeyen, %78.0'ı primi devlet tarafından ödenen grubunda yer almaktadır (24). Türkiye'de yaşlı nüfusun çoğu, sosyal sigortası olmasa da, sağlık güvencesine sahiptir. Bu, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırsa da, emeklilik, yaşlanma ve sosyoekonomik eşitsizlikler nedeniyle ortaya çıkan gelir kaybı sağlık ve sosyal ihtiyaçların karşılanmasında güçlüklere yol açabilmektedir. Sosyal güvencenin olmaması yaşlılık döneminde emekliliğin ve emekli maaşının olmamasını da beraberinde getirebilir ve bu durum yaşlının çalışması ya da alışamadığında aylık düzenli bir gelir sahip olamamak anlamına gelmektedir. Bunların karşılanmamış sağlık ve sosyal hizmet gereksinimi için önemli belirleyiciler olduğu tahmin edilebilir.

Yaşlanma ile birlikte yaşlı nüfusun sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçları daha belirgin hale gelir ve yaşlılarda bilişsel ve işlevsel kısıtlılıklar ile bakıma olan ihtiyaç artar (25,26). Karşılanmayan sağlık hizmeti ve bakım gereksinimleri yaşam kalitesini etkiler, hastalık şiddetini, komplikasyonları, hastaneye yatışları ve mortaliteyi artırır (9). Bu nedenlerle yaşlıların sağlık ve sosyal bakım gereksinimlerinin karşılanması önemlidir.

Dünya çapında 65 yaş üzeri insan sayısının artmasına rağmen, bu grubun özellikle karşılanmayan sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi daha önceki araştırmalarda yeterince ele alınmamıştır. Ayrıca Türkiye'de de konu ile ilgili çalışma sayısı sınırlıdır. Mevcut

alışmalar daha çok tüm yaşı gruplarını içermektedir. Yaşı bireylerin sağı hizmeti alma konusunda daha genç yaşı gruplarına göre daha dezavantajlı bir grup olduğı bilinmektedir. Bu gerekçelerle Türkiye’de 65 yaşı üzeri bireylerde, karşılanmamış sağık hizmetleri gereksinimi sıklığının ve sosyoekonomik etmenlerle ilişkisinin belirlenmesi, zaman içindeki değışimin değıerlendirilmesi amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Yaşlılık Kavramı

Biyolojik düzeyde yaşlanma kronolojik yaşı ilerlemesiyle çeşitli moleküler ve hücresel hasarın birikmesinin etkisinden kaynaklanan, fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalmaya ve artmış hastalık riskine yol açan bir süreçtir (27,28). Ancak bu değişiklikler kronolojik yaş ile her zaman doğrusal ve sürekli ilişkili değildir. Yaşlı bir kişinin kronolojik yaşının her zaman fiziksel işlevlerinin korunmasıyla doğrudan ilişkili olmadığı bilinmektedir. Yaşlı nüfus heterojen bir yapıya sahiptir. Yetmişli yaşlarına ulaşmış birçok yaşlı dinç ve aktif, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız, kişisel ve sosyal hayatlarında üretkendir; sağlık sorunları da orta yaştakilerden farklı değildir. Buna karşılık aynı yaşlarda veya daha genç bazı bireyler ise kırılgan, çoğu yaşlılıkla ilişkili birçok sağlık sorunu ile uğraşan, bakıma muhtaç, günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) kısmi veya tam bağımlıdır. Kronolojik yaş biyolojik yaşla aynı değildir, yaşlı hastaları değerlendirirken veya onlarla ilgili planlamalar yapılırken biyolojik yaşı temel alınması gerekir. Kronolojik ve biyolojik yaşı yanı sıra fonksiyonel yaş, sosyal yaş, etik yaş, kanuni yaş, dinsel yaş gibi farklı yaş sınıflamalarından da bahsedilebilir (29). Bireylerin biyolojik yaşlanmasında genetik faktörler ve yaşam tarzı önemli rol oynamaktadır. Yaşlanma biyolojik değişikliklerin dışında psikolojik ve sosyolojik değişiklikler açısından da tanımlanmış bir süreçtir. Psikolojik açıdan ele alındığında algı, öğrenme, psikomotor beceriler gibi bilişsel değişiklikler ve kişilik özelliklerinde, duygu durumunda değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Sosyolojik yaşlanmada ise emeklilik gibi sosyal rollerdeki, alışkanlıklardaki değişiklikler ve toplumun bu gruba verdiği değerdeki değişiklikler yer almaktadır (29,30). Yaşlılığın veya yaşlanmanın ne zaman başladığı sorusu sıklıkla gündeme gelmiştir. Çeşitli araştırmalar, yaşlanmanın yaşamın hemen her döneminde yalnızca fiziksel olarak değil zihinsel olarak da kendini gösterebileceğini göstermiştir. Örneğin, entelektüel işlevler yaklaşık 20 yaşından sonra bir değişime uğramaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaş sınırını seçmiştir. Bu, çoğu ülkede genel olarak kabul edilen emeklilik ve mesleki faaliyetin tamamlanma yaşı ile oldukça iyi örtüşmektedir. Seksen yaş ve üzeri ise çok yaşlı olarak tanımlanmaktadır (31,32). DSÖ yaşlı nüfusu kendi içinde 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası orta yaşlı ve 85 yaş üzeri ileri yaşlılık olarak sınıflandırmaktadır (33). Genç yaşlılık (65-74 yaş) çalışma hayatından sonra emeklilik ve değişen sosyal hayatın ön planda olduğu bir dönemi kapsar. Orta yaşlılık (75-84 yaş) dönemi fonksiyonel kayıpların başladığı bir süreç

olarak kabul edilebilir. İleri yaşlılık (85 ve üzeri) özel bakım ve destek gereksinimlerinin ön planda olduğu bir dönemdir (34).

2.2 Yaşlılık Epidemiyolojisi

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır; yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki sayısı ve oranı artmaktadır. DSÖ güncel verilerinde 60 yaş ve üzeri ile ilgili bilgiler sunmaktadır. Bu verilere göre 2021 yılında 60 yaş ve üzeri birey sayısı 1 milyarı aşmıştır. Bu sayının 2030'a kadar 1,4 milyara ve 2050'ye kadar 2,1 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir. Buna göre 60 yaş üzeri nüfusun oranı 2021 yılında %13.7 iken 2030'da %16.5'e, 2050'de 21.4'e yükseleceği tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfustaki bu artış yüksek bir hızla gerçekleşmektedir ve önümüzdeki on yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızlanacağı öngörülmektedir (35–37). Bu durumda on yıllar içindeki yaklaşık iki katı bulacak olan bu artışa uyum sağlamak için gelişmekte olan ülkelerin daha az bir zamanı vardır. Nüfusun yaşlanması olarak bilinen, bir ülkenin nüfus dağılımındaki ileri yaşlara doğru olan bu değişim, yüksek gelirli ülkelerde başlamıştır. Ancak şu anda en büyük değişimi düşük ve orta gelirli ülkeler yaşamaktadır. Yirmi birinci yüzyıl yarısına gelindiğinde, 60 yaş üstü dünya nüfusunun üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (28).

Ülkemizde 65 yaş üzeri kişi sayısı 2020 yılında 7.9 milyon, 2021 yılında 8.2 milyon olmuştur ve toplam nüfus içindeki oranlar sırasıyla % 9.5 ve % 9.7'dir. Seksen yaş ve üzeri gruba bakıldığında sayının 2021 yılında 1.5 milyonun üzerine çıktığını ve toplam nüfus içindeki oranının % 1.8 olduğu görülmektedir. Seksen yaş üzeri nüfusun yaşlılar içindeki oranı ise %18.0'dir (3). TÜİK'in yaptığı nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında 65 yaş üzeri kişi sayısı 8.8 milyona ve toplam nüfus içindeki oranı %10.2'ye çıkacaktır. 2040 yılında ise 65 yaş üzeri yaşlı sayısı iki katına çıkarak 16.3 milyona ulaşacaktır. Toplam nüfus içindeki oranı da %16.3'e yükselecektir (2).

2.3 Yaşlılıkta Temel Sağlık Sorunları

Sağlık söz konusu olduğunda, 'tipik' bir yaşlı insan yoktur. Bazen çok yaşlı bir birey çok genç bir insana benzer fiziksel ve zihinsel kapasiteye sahip olabilirken bazen de çok daha genç yaşlarda fiziksel ve zihinsel kapasitelerde düşüşler yaşanabilmektedir. Yaşlı insanların sağlığındaki bazı farklılıklar genetik özelliklerine bağlı olabilir de çoğu farklılığın fiziksel ve sosyal çevrelerinden ve bu ortamların sunduğu fırsatlar ve sağlık davranışları üzerindeki olumlu etkisinden kaynaklanmaktadır. Daha da önemlisi, bu faktörler yaşlanmayı çocukluktan itibaren etkilemeye başlar. Bu, dezavantajlı bir geçmişe sahip yaşlı bir kişinin hem sağlık durumunun

daha kötü olması hem de ihtiyaç duyabilecekleri hizmetlere ve bakıma erişim olasılığının daha düşük olduğu anlamına gelir (38). Yaşlılıkta en sık görülen sağlık sorunları bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yaşlı insanlar, zengin dünyadakilere göre daha fazla hastalık yükü taşırlar. Nerede yaşadıklarına bakılmaksızın, yaşlıların en sık ölüm nedenleri kalp hastalıkları, malign neoplazmlar, serebrovasküler olaylar ve kronik akciğer hastalıklarıdır (39). Engelliliğin en önemli nedenleri arasında duyuşal bozukluklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları özellikle düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde daha sık olmak üzere sırt ve boyun ağrısı, osteoartrit gibi kas iskelet sistemi hastalıkları, mental bozukluklar ve nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, düşme kaza-yaralanmalar, diyabet sayılabilir (38,40). Yaşlı hastaların çok önemli bir bölümünde bakım ve tedavi gerektiren en az 2 kronik hastalık bulunmaktadır.

Yaşlı hastalarda, klasik hastalık tanımları ile tam olarak açıklanamayan klinik durumları ve semptomları tanımlamak için geriatrik sendrom terimi kullanılmaktadır. Geriatrik sendrom birden fazla sistemdeki bozukluğun birikmiş etkilerinin kişiyi savunmasız bıraktığında farklı patogeneş mekanizmalarıyla genel olarak tek bir semptom olarak ortaya çıkan çok faktörlü sağlık koşulları olarak tanımlanabilir (41,42). Geriatrik sendrom, klinik duruma özgü stres faktörleri ve yaşa bağı risk faktörleri arasındaki etkileşimi içeren ve birden fazla organ sisteminde hasara neden olan durumlar olarak da tarif edilebilir. Geriatrik sendromlar, ilerledikçe bireyin yaşam kalitesi üzerinde yıkıcı bir etkiye sahiptir, önemli sakatlıklara yol açabilir ve genellikle bir yatılı kuruma yerleştirilme ile sonuçlanabilen, bağımlılığa geçişin bir basamağı, bir parçasıdır. Ana şikayeti geriatrik sendromun bir sonucu olan yaşlı bir hasta, genellikle ilk patolojiye neden olan organ sistemine ait semptomlarla açıklanamayacak başkaca semptomlarla ortaya çıkabilir. Ayakta tedavi ortamında yaşlı yetişkinlere bakanların en sık karşılaştığı geriatrik sendromlar düşmeler, bilişsel bozulma, inkontinans ve kırılğalıktır (43). Amerikan Geriyatri Topluluğuna göre en sık geriatrik sendromlar demans, uygun olmayan ilaç reçeteleme, inkontinans, depresyon, deliryum, iyatrojenik sorunlar, düşmeler, osteoporoz, duyuşal kısıtlılıklar (işitme ve görme ve kaybı), beslenme sorunlarıyla birlikte iyilik halinin bozulması, imobilite ve yürüme bozuklukları, bası ülserleri ve uyku bozuklarıdır (44). Geriatrik sendromların risk faktörlerine göre koruyucu sağlık hizmetlerinin ve uygun tedavi yaklaşımının belirlenmesi açısından yaşlı hastayla sık karşılaşan hekim ve sağlık ekibinin geriatrik sendromlar hakkında bilgi sahibi olması çok önemlidir. Tek bir nedene bağlanamasa da bir geriatrik sendromun tanı alması, yönetilmesi, tedavi edilmesi son derece önemlidir.

2.4 Yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık sadece hastalıkların olmaması değil bedensel, akılsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Bu sağlık tanımına göre sağlık hizmeti hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesi, bedensel, akılsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin sağlanması, sağlığın geliştirilmesi ve bu iyilik halinin sürdürülmesi için gereken koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin tamamı şeklinde tanımlanabilir (45).

Sağlık Hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak 1978 yılından beri genel kabul görmüş biçimde dört temel başlık altında toplanmaktadır. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, DSÖ tarafından 1996 yılında "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine yönelik Ottawa Sözleşmesiyle sunulmuş olup diğer sağlık hizmetlerine göre daha yeni bir alandır (46).

Yaşlı sağlığını koruyucu ve geliştirici girişimlerin başarılı olması için bir yaşlı sağlığı politikasının olması gerekmektedir. Bu politika yaşlılıkta sağlığın belirleyicilerini göz önüne alarak planlanmalıdır. Halk sağlığı yaklaşımı ile topluma dayalı bakım temelli olmalıdır. Topluma dayalı bakım ise geniş anlamıyla sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların ve engelliliğin önlenmesi, hastalık gelişmiş ise de etkilerinin azaltılması amacıyla yaşlılara kendi yaşam alanlarında sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulmasıdır. Bu şekilde yaşlıların kendi evlerinde bağımsız kalmaları sağlanabilir (47).

Yaşlıların bağımsız yaşam sürdürmeleri açısından çok önemli olan koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik ve çevreye yönelik olarak ikiye ayrılır (48). Yaşlılara yönelik koruyucu hizmetlerin amaçları fiziksel, akılsal ve sosyal fonksiyonların en az kayıpla üst düzeyde sürdürülmesi, kronik hastalıklara bağlı sorunların en aza indirilmesi, yaşlı bireyin yeni sosyal yaşamına uyumunun sağlanması (emekliliğe hazırlama), etkili aktivite programları ile bağımsız olarak yaşama yeteneğinin sürdürülmesi ve mümkünse bir kurumda yatılı olarak yaşamadan kaçınılmasıdır (49). Ayrıca kronik hastalıklara bağlı akılsal sıkıntıların azaltılması için hastalıkların terminal evresinde hasta ve ailesine sosyal destek sağlamak da koruyucu hizmet vermedeki amaçlardandır (50). Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden sağlık eğitimi, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, beslenmenin düzenlenmesi yaşlılarda ön planda düşünülmelidir. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler doğrudan bireylere götürülen hizmetlerdir. Koruyucu önlemler dört aşamada değerlendirilmelidir. Birincil koruma hastalık öncesi dönemdeki hizmetleri kapsar. Hastalığın ortaya çıkışını önlemek için yapılan girişimlerdir. Yaşlılarda birincil koruma önlemleri: Beslenmenin değerlendirilmesi ve düzenlenmesi, fiziksel

aktivitenin yaşının durumuna göre düzenlenmesi ve teşviki, sigara ve alkol kullanımını önlemeye yönelik hizmetler, kemoproflaksi (Ör; Aspirin kullanımı), aşılama şeklinde sıralanabilir. Amerika Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezine (CDC) göre yaşlılarda aşılamada tek doz herpes zoster, tek doz pnömokok, iki doz su çiçeği, her kış öncesi tek doz influenza, on yılda bir rapel Td önerilmektedir. Ayrıca risk faktörü olanlara hepatit A ve B aşıları, meningokok aşısı ve hemophilus influenza Tip b aşısı da önerilmektedir. (51). Ülkemizde de yaşlı aşı önerileri benzer olmakla beraber farklı olarak suçiçeği aşısı tüm yaşlılara değil risk gruplarına önerilmektedir (29). İkincil koruma, hastalıkları semptomatik hale gelmeden önce teşhis ederek morbidite ve mortaliteyi azaltmayı hedefler. Kanser taramaları(meme, serviks, prostat, kolorektal), işitme veya görme bozukluğu için değerlendirmeler osteoporoz için kemik mineral dansitesi ölçümü, kardiyovasküler risk faktörlerinin taranması yaşlılarda ikincil korunma örnekleridir. Kardiyovasküler risklere yönelik hipertansiyonu tespit için kan basıncı ölçümü ve abdominal aort anevrizması için abdominal ultrasonografi yapmak, dislipidemi, diyabetes mellitus, obezite için kanda lipid profil, kan şekeri ölçmek ve vücut kitle indeksi takibi yapmak ikincil koruma örnekleridir. Üçüncül koruma yaşının olabildiğince kendi evinde ve bağımsız yaşaması amacıyla mevcut kronik hastalıkların komplikasyonlarını önlemeye yönelik hizmetlerdir. Buna diyabetik hastanın yakından izlenmesi için HbA1c (3-6 ayda bir), lipid profil (yılda bir), mikroalbüminüri takibi (yılda bir), serum kreatinin (yılda bir) takipleri yapmak örnek olarak verilebilir (52).

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler çevreyi olumlu hale getirerek sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler sağlık sektörü dışındaki sektörler ve meslek gruplarının da katılımının gerektiği hizmetlerdir. Belediyeler, çevre, şehircilik ve iklim değişikliği bakanlığı, tarım ve orman bakanlığı ve bağlı il müdürlüklerinin sektörler arası işbirliği yapması gereken hizmetlerdir. Konut sağlığı ve güvenli ev ortamının sağlanması yaşlılarda ev içi kazaların ve yaralanmaların önlenmesi için çok önemlidir. Düşmelerin ve kazaların %30-50'sinde çevresel faktörler rol oynamaktadır (53). Yaşlılarda düşme nedenleri arasında kaygan zemin (banyo ve tuvalet), kayabilen halı, kilim, eşikler, merdivenler, uygun yerleştirilmemiş eşyalar, iyi aydınlatılmamış ortam, alışık olunmayan mekân ve uygunsuz ayakkabı kullanımı gibi çevresel faktörler sayılabilir (54,55). Ev ortamının yaşlıya uygun düzenlenmesi, kisisel yeteneklerin geliştirilmesine yönelik yardımcı araç gereç kullanımının sağlanması, ortam ısısının düzenlenmesi çevresel koruyucu sağlık hizmetlerindendir. Topluma dayalı bakım temeli bir yaşlı sağlığı politikası gereği da yaşlılara kendi yaşam alanlarında sağlık ve sosyal hizmetler birlikte sunulmalı ve yaşlıların kendi evlerinde bağımsız kalmaları

sağlanmalıdır. Aksi takdirde yaşlılar için uygun çevresel şartların ve destek bakımlarının sağlanabilmesi için tek seçenek kurumsal bakım hizmetleri olacaktır (49,55).

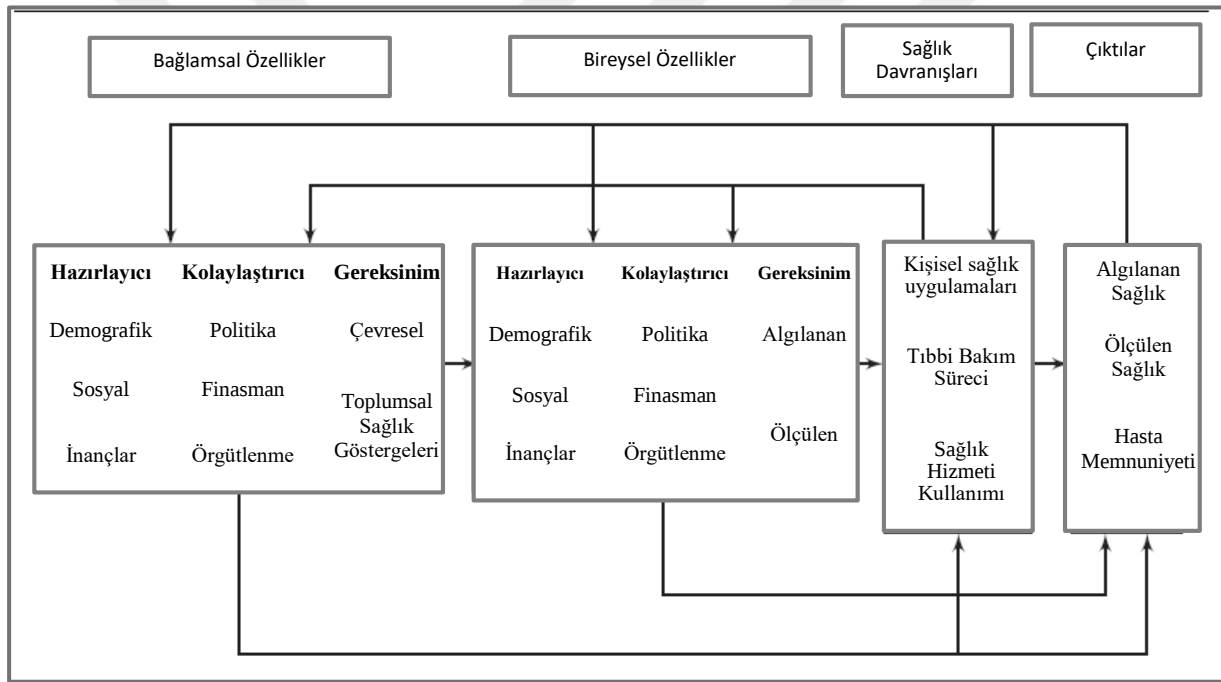
Sağlık örgütlenmesindeki tüm basamaklardaki sağlık kurumlarında yaşlılara yönelik iyileştirici sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu kapsamda yaşlının tedavi amacıyla ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimliği birimleridir. İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hastanede tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında yaşlının evinde, ikinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri vardır. Ayrıca palyatif bakım merkezleri hem tedavi edici hem de rehabilitasyon hizmeti veren, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yer alan merkezlerdir. Yaşlılıkta palyatif bakım, yaşlı hastaların belirtilerini gidermeyi ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi, aileleri ve bakım verenlerine bakım ve destek vermeyi amaçlamaktadır. Bu belirtiler içinde ağrının kontrolü yaşlı hastalarda tıbbi ve sosyal boyutuyla büyük önem taşımaktadır (56).

DSÖ'ye göre rehabilitasyon hastalık, yaralanma ya da yaşlılığa bağlı fonksiyon kayıplarına bağlı ortaya çıkan engellilik durumunun azaltılması, günlük yaşam aktivitelerinin mümkün olduğunca bağımsız olarak yapılabilmesi için bireyin psikolojik ve sosyal uyumunu da sağlamaya yönelik alınacak önlemlerin bütünüdür (57). Bedenen veya ruhen engellilik durumu ortaya çıkan yaşlıların bağımsız yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan çalışmaların bütünü rehabilitasyon hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Yaşlıların rehabilitasyonunda amaç; fonksiyonel kapasiteyi arttırmak ve korumak, engelliliği önlemek ve iyileştirmek, yaşlının günlük yaşamda bağımsız duruma gelmesini sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (58). Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak iki türü vardır. Yaşlılar için rehabilitasyon hizmetleri engelliliğin daha sık görülmesi nedeniyle daha da önemlidir (48). Tıbbi rehabilitasyon; kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme gibi duysal kısıtlılıkların etkilerinin azaltılmasına yönelik yardımcı araç kullanımı örnek olarak verilebilir. Sosyal rehabilitasyon; engelli ya da düşkün yaşlının fonksiyon kayıplarının etkilerini azaltarak başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi, günlük yaşama aktif olarak katılabilmesi için gereken çalışmaları kapsar (58).

2.5 Sağlık hizmetleri kullanımı ve etkileyen faktörler

Sağlık hizmeti kullanımı bireylerin koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden amaca uygun olarak yararlanmasıdır. Bir diğer ifade ile sağlık hizmeti veren kurumun sunduğu hizmetlerin, hizmet verdiği toplum tarafından amaca uygun olarak kullanımıdır (48,49).

Andersen sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri ortaya koyan bir davranışsal model geliştirmiştir. Bu model şekil 1’de yer almaktadır. Bu modele göre sağlık hizmet kullanımını etkileyen faktörler üç ana başlıkta değerlendirilebilir. Bunlar bağlamsal faktörler, bireysel faktörler ve sağlık davranışlarıdır. Bağlamsal ve bireysel faktörler hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri olarak üç gruba ayrılmıştır (19).



Kaynak: Andersen RM, Davidson P. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. İçinde: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, editörler. Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management. 3.Edition. San Francisco: John Wiley & Sons; 2007. (Part One: Access to Health Care).

Şekil 1: Bağlamsal ve bireysel özellikleri içeren sağlık hizmet kullanımında davranışsal model

Bağlamsal hazırlayıcı faktörler

Toplumun demografik özellikleri, sosyal yapı ve inançlar bileşenlerinden oluşur. Ağırlıklı olarak yaşlı kişilerden oluşan bir toplum, çoğunluğu genç ebeveynler ve çocuklardan oluşan bir toplumdaki farklı bir mevcut sağlık hizmetleri ve tesislerine sahip olabilir. Bağlam düzeyindeki sosyal özellikler, insanların yaşadığı ve çalıştığı toplulukların sağlığa ve sağlık hizmetlerine erişimi ne kadar destekleyici veya olumsuz olabileceğini tanımlar. Bu özellikler arasında eğitim düzeyi, etnik ve ırksal yapı, yeni göçmenlerin oranı, istihdam düzeyi ve suç oranı yer alır (59).

İnançlar sağlık hizmetlerinin nasıl organize edilmesi, finanse edilmesi ve nüfus için erişilebilir kılınması gerektiğine ilişkin altta yatan toplumsal değerler ve kültürel normlar ve hakim siyasi perspektifleri içerir.

Bağlamsal Kolaylaştırıcı Faktörler

Sağlık politikaları, sağlık finansmanı/kaynak ve sağlık örgütlenmesi özelliklerini içerir. Sağlık politikaları, sağlıkla ilgili veya sağlık arayışını etkileyen yetkili kararlardır. Finansman özellikleri arasında, kişi başına düşen milli gelir, sağlık hizmetleri için ödenebilecek potansiyel kaynakların durumu, sağlık sigortası kapsama oranı, tıbbi bakım ve hizmetlerin fiyatları, kişi başına yapılan sağlık harcamaları yer almaktadır. Bağlam düzeyinde örgütlenme özellikleri arasında, sağlık hizmetleri tesislerinin ve personelinin miktarı ve dağılımı, bunların hizmet sunmak için nasıl yapılandırıldığı, nüfus başına düşen doktor/hemşire hasta yatağı sayısı, çalışma saatleri ve hizmetin yeri, hizmetin sunum şekli yer almaktadır.

Bağlamsal Gereksinim Faktörleri

Çevresel gereksinim faktörleri ve toplumsal sağlık düzeyi göstergeleri olarak iki grupta değerlendirilir. Çevresel gereksinim faktörleri aralarında konut, su ve hava kalitesi (örneğin, yıl boyunca ulusal ortam hava kalitesi standartlarını karşılayan bir ilçede ikamet etmek) gibi fiziksel çevrenin sağlıkla ilgili ölçüm/göstergelerini içerir. Kaza-yaralanma ve bağlı ölüm oranları, motorlu araç yaralanmaları, cinayetler ve ateşli silahlardan kaynaklanan ölüm oranlarıdır. Toplumsal sağlık göstergeleri arasında mortalite, morbidite göstergeleri ve engellilik oranları yer almaktadır. Nüfus sağlığı endeksleri, fiziksel çevre ile ilişkili olabilecek veya olmayabilecek toplum sağlığının daha genel göstergeleridir.

Bireysel hazırlayıcı faktörler

Bireysel hazırlayıcı faktörler arasında demografik özellikler, sosyal faktörler, ve inançlar yer almaktadır. Demografi özelliklerinden yaş ve cinsiyet, sosyal yapıya ait faktörler arasında sosyal statü, medeni durum, eğitim durumu, meslek, etnik köken, sosyal ağlar/iletişim, aile büyüklüğü ve kiminle yaşadığı yer almaktadır. İnançlar arasında bireysel olarak gereksinim algısını ve sağlık hizmet arama ve kullanma davranışını etkileyebilecek değerler ve bilgilerdir (59).

Bireysel kolaylaştırıcı faktörler

Bireysel kolaylaştırıcı faktörler bireysel sağlık finansmanı ve sağlık örgütlenmesine ait faktörler olarak iki grupta incelenmektedir. Finansmana ait faktörler sağlık sigortası, cepten ödeme miktarı, özel sağlık sigortası, hizmet için yapılan ödemeler olarak sıralanabilir. Sağlık örgütlenmesi ve hizmet sunumuna ait faktörler arasında ulaşım araçları, randevu/bekleme süresi, hizmetin yeri ve niteliği, düzenli bakım sağlayıcı varlığı (aynı yerden, aynı hekimden hizmet alma) yer almaktadır.

Bireysel gereksinim faktörleri

Algılanan gereksinim: İnsanların kendi genel sağlık ve işlevsel durumlarını nasıl gördükleri şeklinde tanımlanabilir. Ayrıca hastalık, ağrı ve sağlık durumları hakkında endişe semptomlarını nasıl deneyimledikleri ve bunlara duygusal olarak nasıl tepki verdikleri de burada yer almaktadır. Bir sağlık sorununun veya semptomunun önemi ve büyüklüğü ile ilgili algılar, tıbbi bakım arama ya da aramama kararına yol açar. Algılanan gereksinim, büyük ölçüde, sosyal özellikler (etnik köken veya eğitim gibi) ve sağlık inançları (sağlık tutumları, sağlık hizmetleri hakkında bilgi vb.) ile açıklanması gereken sosyal bir olgu olarak da değerlendirilebilir.

Değerlendirilen(Ölçülen) Gereksinim: bir hastanın fiziksel durumu ve tıbbi bakım ihtiyacı (kan basıncı ölçümleri, vücut sıcaklığı ve kan hücresi sayımının yanı sıra hastanın yaşadığı belirli durumlar için teşhisler ve tahminler) hakkında bir sağlık profesyoneli tarafından yapılan değerlendirme sonucu belirlenen gereksinim olarak tanımlanabilir. Ancak değerlendirilen gereksinim kati, değişmez bir ölçü değildir. Aynı zamanda sosyal bir bileşeni vardır ve tıp biliminin değişen durumuna, klinik kılavuzlara ve protokollere ve geçerli uygulama modellerine ve ayrıca değerlendirmeyi yapan profesyonel uzmanın eğitimi ve yeterliliğine göre değişir.

2.6 Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi

Karşılanmamış gereksinim 1976 yılında Carr ve Wolf tarafından tanımlanmış sağlık sorunlarına yönelik gerekli olduğuna karar verilen hizmetler ile fiilen alınan hizmetler arasındaki farklar olarak tanımlanmıştır. Karşılanmamış gereksinim hizmetin yokluğu, eksikliği ya da uygun olmaması şeklinde ortaya çıkabilir (7).

Karşılanmayan ihtiyaçları incelemeye yönelik yaklaşımların incelendiği bir çalışmada karşılanmayan ihtiyaçların çeşitli ortamlarda ve çeşitli şekillerde ölçüldüğünü ortaya konulmuştur. Sağlık gereksiniminin belirlenmesi için kimi zaman birtakım semptomların varlığına, kimi zaman belirli kronik hastalıkların varlığına, kimi zaman engellilik ya da kısıtlılık varlığına, sağlık algısının bozuk olmasına bakılmıştır. Bazı çalışmalarda da sağlık hizmet gereksinimi katılımcıların kendi algıladıkları gereksinim ile ilgili olmuştur (7). Allin, 2010'da yayınladığı tüm yaş gruplarını içeren çalışmasında gereksinimi ölçmek için farklı yaklaşımları klinik ve öznel olarak ikiye ayırarak özetlemiştir. Klinik yaklaşımda gereksinim biraz önce de bahsedilen, bireyin sağlık hizmet gereksinimini gösterebilecek olan klinik koşulların varlığı ile belirlenmektedir. Bu klinik koşullar; kronik hastalık varlığı, duyuşsal kısıtlılık varlığı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık varlığı, bir takım semptomların varlığı ve sağlık algısının bozulması olarak sayılabilir. Öznel yaklaşımda ise gereksinim bireyin kendini öznel değerlendirmesine dayanır (4). Yani sağlık hizmeti alması gerektiğini kendisi belirler. Bu yaklaşımın daha uygun olduğu ve mevcut anketlerin birçoğunda karşılanmamış gereksinim ile ilgili soruların yer almasından dolayı daha kolay yapılabilir olduğu düşünülebilir. Ayrıca bireyler kendi sağlık durumlarını daha iyi tahmin edebildikleri ve aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili daha deneyimli oldukları için gereksinimi belirlemelerinin daha uygun olduğu görüşü de vardır (60).

Karşılanmayan ihtiyaçları ölçmeye yönelik bu yaklaşımların çoğunun temeli, gereksinimi belirlemede sınırlı, dar çerçeveli olmalarıdır. Örneğin, yalnızca tıbbi veya belirli kategori gereksinimlerine veya kronik hastalık gereksinimlerine veya sınırlı sayıda gösterge koşuluna bakmaktadırlar.

Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimini inceleyen çalışmalar aşağıda yer alan tablolarda özetlenmiştir.

Tablo 1. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ve etki eden etmenleri inceleyen çalışmaların özeti-1

Yeri-Zamanı	Yaş Grubu-Ölçme Yöntemi	Sıklık	Etki eden etmenler
İspanya-1997	65 yaş üzeri 1315 birey Gereksinim -Kronik hastalık (iki veya daha fazla), -T-GYA'nin en az birinden bağımlı olmak -Kötü sağlık algısı Karşılanmaması; son 12 hizmet alamamak	%10-%25	<u>Not: Çalışmanın çıktısı</u> -Karşılanmamış gereksinimin mortaliteyi artırdığı bulunmuş
Kore-2013	65 yaş üzeri 3943 birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	Kent %21 Kır %26	-Kadın cinsiyet -Kötü sağlık algısı -Çalışmak -Kötü yaşam kalitesi
Yunanistan-2013	18 yaş üzeri 1000 birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	%9.9	-Kadın cinsiyet -Dul/boşanmış olmak -Düşük eğitim seviyesi -Kronik hastalık varlığı -Çocuk sahibi olmak
Fransa-2014	70 yaş ve üzeri 2350 birey Gereksinim -Kronik hastalık varlığı -Görme/İşitme Engeli -Diş hekimi gereksinimi Karşılanmaması; son 6 ay hizmet alamamak	%23	-İleri yaş grubu -Düşük gelir algısı -Eve bağımlı olmak -İnsangücü yoğunluğu; 1000 kişiye düşen doktor sayısındaki bir artış riski %16 azaltıyor -GYA'ne göre bağımlılık -Depresif semptom varlığı
İrlanda-2017	15 yaş üzeri 9249 birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	65 yaş üzeri: %3.1	-Düşük gelir düzeyi -Sosyal güvencesizlik -Kötü sağlık algısı -Kronik hastalık varlığı -Düşük öğrenim düzeyi
AB(20 ülke)-2017	25-75 yaş arası 27879 birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	65-75 yaş arası: %9.3	-Kadın cinsiyet -Düşük gelir algısı -Kentte yaşamak -Kötü sağlık algısı -Kronik hastalık varlığı -Göçmen olmak -Depresif semptomlar

T-GYA: Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri

Tablo 2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ve etki eden etmenleri inceleyen çalışmaların özeti-2

Yeri-Zamanı	Yaş Grubu-Ölçme Yöntemi	Sıklık	Etki eden etmenler
Sırbistan-2017	65 yaş üzerini de içeren 20069 birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	16 yaş üzeri: %14.9 65 yaş üzeri: %15.5	-Düşük gelir düzeyi -Düşük eğitim seviyesi -Çalışmak -Boşanmış, dul olmak -Kötü sağlık algısı
Kanada-2018	12 yaş üzeri 58000 birey. 17.000 65 yaş üzeri. -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	12 yaş üzeri: %10,4 65 yaş üzeri : %7.0	-Kadın cinsiyet -Düşük gelir düzeyi -Düşük eğitim seviyesi -GYA'ya göre bağımlılık -Kötü sağlık algısı -Kronik hastalık varlığı
Kore-2018	65 yaş üzeri-8600 yaşlı -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	%17,4	-İleri yaş grubu -Düşük gelir düzeyi -Kötü sağlık algısı -İşsizlik
Kore-2019	65 yaş üzeri-28000 yaşlı -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	65+: %11.5 65-69: %9.7 70-74: %10 75-79: %12 80+: %14	-kadın cinsiyet -İleri yaş grubu -düşük eğitim -düşük gelir -İkiden fazla kişiyle yaşamak(farklı kuşaklarla)
AB-2019	15 yaş üzeri ve 65 yaş üzeri -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	65 yaş üzerinde AB Ort. %8,7 İsviçre: %3 İsrail: %29 UK: %7,5 İsveç: %7,5 -ülkelerin ayrı ayrı değerlendirildiği prevalans çalışması	
Vietnam-2020	15 yaş üzeri 233 birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	15 yaş üzeri %18 65 yaş üzeri %16	-Kırsal bölgede yaşamak -Sağlık güvencesinin olması -Evre 2 ve üzeri Hipertansiyon varlığı
Almanya-2020	75 yaş üzeri 988 birey -Sosyal kayıpların karşılanmayan bakım ve sağlığa etkisine bakılmış.	%8.9	-Evli olmamak -Sosyal desteğin olmaması -Kronik hastalık varlığı

Tablo 3. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ve etki eden etmenleri inceleyen çalışmaların özeti-3

Yeri-Zamanı	Yaş Grubu-Ölçme Yöntemi	Sıklık	Etki eden etmenler
Malezya-2021	60 yaş üzeri 1204 birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	%6.6	-Düşük gelir algısı -Kadın cinsiyet -Evli olmamak -Kötü sağlık algısı -İşitmede kısıtlılık -GYA'ya göre bağımlılık
Kore-2021	65 yaş üzeri 42698 kadın birey -Karşılanmaması; son 12 ayda gereksinim duyduğu halde hizmet alamamak	%9.7	Düşük gelir düzeyi Düşük öğrenim düzeyi Yalnız yaşama T-GYA'ya göre bağımlılık HT,DM varlığı Kötü sağlık algısı
Türkiye-2021	80 yaş ve üzeri 1603 birey -Gereksinim; • Kronik Hastalık • Bağımlılık(Barthel) • Kötü sağlık algısı -Karşılanmaması son 6 ay hizmet almamak	%32.5	-Düşük gelir algısı -Evli olmamak -Yalnız yaşamak(koruyucu)

3. AMAÇLAR

Araştırmanın amacı 2008 ile 2019 yılları arasında, Türkiye’de 65 yaş üzeri bireylerde:

- 1.Karşılanmamış sağlık hizmetleri gereksinimi sıklığının belirlenmesi
- 2.Sosyoekonomik etmenler ile ilişkisinin belirlenmesi
- 3.Zaman içindeki değişimin değerlendirilmesidir.



4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1 Araştırmanın yeri ve zamanı

Bu araştırma TÜİK Sağlık Araştırmaları verileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sağlık Araştırmalarında Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan tüm yerleşim yerlerinden örnek seçilerek Türkiye'nin bütünü temsil edilmiştir. Bu çalışmalar 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019 tarihlerinde altı kez yapılmıştır.

4.2 Araştırmanın tipi

Toplum tabanlı yapılan kesitsel bir araştırmadır.

4.3 Araştırmanın evreni

TÜİK Sağlık Araştırmalarının evreni Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan tüm yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerdir. Kurumsal olarak nitelendirilen nüfus (asker, yurtlarda, hapisanede, hastanede sürekli olarak kalan, huzurevleri vb.) ve yeterli örnek hane sayısına ulaşılamayacağı düşünülen (küçük köyler, oba, mezra vb.) küçük yerleşim yerleri kapsam dışı bırakılmıştır. Bu çalışmada, belirlenen tarihlerde yapılan altı sağlık araştırmasına katılan 65 yaş ve üzeri nüfus çalışma grubunu oluşturmuştur.

4.4 Araştırmanın örnek büyüklüğü, örnek seçim yöntemi ve ulaşma oranı

Bu çalışmada, belirlenen tarihlerde yapılan altı sağlık araştırmasına katılan 65 yaş ve üzeri nüfus çalışma grubunu oluşturmaktadır. TÜİK tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarının mikro veri setleri (2008-2010-2012-2014-2016-2019 yıllarına ait) kullanılmıştır. Bu veri setleri için tabakalı, iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Dışsal tabakalama kriteri olarak kır –kent ayrımı kullanılmıştır. (Nüfusu 20 000 ve altında olan yerleşim yerleri kır, nüfusu 20 001 ve üstünde olan yerleşim yerleri kent olarak ele alınmıştır). Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hane adresi ihtiva eden kümelerin (blok) içerisinde büyüklüğüne orantılı seçimle rasgele seçilen kümelerdir. İkinci aşama örnekleme birimi ise seçilen her kümeden sistematik rasgele olarak seçilen hane halkı adresleridir.

Bu çalışmalardaki örnek büyüklüğü, ulaşma oranı ve 65 yaş üstü birey sayısı Tablo 1’de özetlenmiştir. Buna göre 2008’de tabakalama sonrası kent bölgesinden 5580 hane seçilmiş, 4294 haneye ulaşılmıştır. Kır bölgesinden 2330 hane seçilmiş, 1846 haneye ulaşılmıştır. Kır-kent toplamında, 7910 hane seçilmiş, 6140 haneye ulaşılmıştır. Hane düzeyinde ulaşma oranı: %77.6’dır. Toplam 20624 katılımcı ile anketler tamamlanmıştır. 65 yaş üzeri katılımcı sayısı

1540 kişidir. Bir sonraki çalışmada (2010) tabakalama sonrası kent bölgesinden 5696 hane seçilmiş, 4682 haneye ulaşılmıştır. Kır bölgesinden, 2190 hane seçilmiş, 1869 haneye ulaşılmıştır. Kır-kent toplamında, 7886 hane seçilmiş, 6551 haneye ulaşılmıştır. Hane düzeyinde ulaşma oranı: %83,0'dır. Toplam 20200 katılımcı ile anketler tamamlanmıştır. 65 yaş üzeri katılımcı sayısı 1798 kişidir. Tabakalama sonrası 2012'de kent bölgesinden 10656 hane seçilmiş, 8928 haneye ulaşılmıştır. Kır bölgesinden 3744 hane seçilmiş, 3232 haneye ulaşılmıştır. Kır-kent toplamında 14400 hane seçilmiş, 12160 haneye ulaşılmıştır. Hane düzeyinde ulaşma oranı: %84,4'dür. Toplam 37979 katılımcı ile anketler tamamlanmıştır. Altmış beş yaş üzeri katılımcı sayısı 3396 kişidir. Daha sonraki çalışmalarda kır/kent ayrımı yapılmamış, 2014'de toplam 9740 hane seçilmiş, 8634 haneye ulaşılmıştır. Hane düzeyinde ulaşma oranı: %88,6'dır. Toplam 26075 katılımcı ile anketler tamamlanmıştır; 65 yaş üzeri katılımcı sayısı 2425 kişidir. İki yıl sonra (2016) toplam 9470 hane seçilmiş, 8325 haneye ulaşılmıştır. Hane düzeyinde ulaşma oranı: %87,9'dur. Toplam 23606 katılımcı ile anketler tamamlanmıştır; 65 yaş üzeri katılımcı sayısı 2512 kişidir. En son çalışmada (2019) toplam 9470 hane seçilmiş, 8166 haneye ulaşılmıştır. Hane düzeyinde ulaşma oranı: %86,2'dir. Toplam 26075 katılımcı ile anketler tamamlanmıştır; 65 yaş üzeri katılımcı sayısı 2458 kişidir (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık araştırmalarının yıllara göre örnek büyüklüğü ve ulaşma oranları

Yıl	Seçilen hane sayısı	Ulaşılan hane sayısı	Ulaşma oranı (%)	Katılımcı sayısı	65+yaş sayısı	65+yaş oranı (%)
2008	7910	6140	77.6	20624	1540	7.4
2010	7886	6551	83.0	20200	1798	8.9
2012	14400	12160	84.4	37979	3396	8.9
2014	9740	8634	88.6	26075	2425	9.3
2016	9470	8325	87.9	23606	2512	10.6
2019	9470	8166	86.2	26075	2458	9.4

4.5 Araştırmanın değişkenleri

4.5.1 Bağımlı değişken

Çalışmanın bağımlı değişkeni karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimidir.

4.5.2 Bağımsız değişkenler

Temel bağımsız değişken

Araştırmanın temel bağımsız değişkeni aşağıda belirtilen sosyo-ekonomik değişkenlerdir;

- Gelir durumu
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Birlikte yaşama
- Sağlık güvencesi
- Sosyal destek durumu
- Medeni durum
- Hanehalkı büyüklüğü

Diğer bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Çalışma yılları
- Kaza, yaralanma durumu
- İşitmede kısıtlılık
- İşitme cihazı kullanım durumu
- Görmede kısıtlılık
- Gözlük/ lens kullanım durumu
- Doğum yeri
- İBBS- 1 (İstatistiki bölge birimi sınıflaması Düzey-1)

-İBBS-2'ye göre gelişmişlik düzeyleri

Tanımlayıcı değişkenler

- Bedensel ağrı durumu
- Günlük faaliyet/ fiziksel aktivite durumu
- Tütün kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- Özel sağlık sigortası

4.5.3 Değişkenlerin tanım ve ölçüm yöntemi

Bağımlı değişken

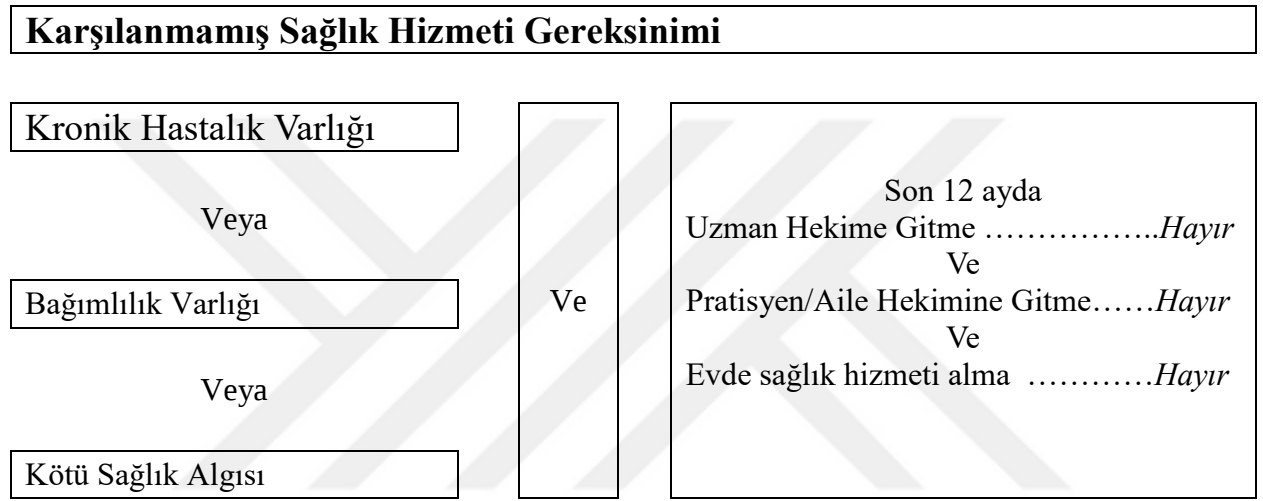
Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi belirlenirken öncelikle sağlık hizmet gereksinimi belirlenmiştir. Sağlık hizmeti gereksinimini belirlemek için 3 durumun varlığı değerlendirilmiştir. Kronik hastalık, temel günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık ve kötü sağlık algısı durumlarından en az birinin var olması sağlık hizmetine gereksinimi belirlemiştir.

Kronik hastalık varlığı hekim tarafından tanı konmuş Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA), Kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVS), Hipertansiyon (HT), İnme/felç, Diabetes Mellitus (DM) hastalıklarından en az bir tanesinin olması şeklinde kabul edilmiştir. Bunun için 2008, 2010 ve 2012 yıllarındaki çalışmalarda “*aşağıdaki hastalık/sağlık sorunlarından birini yaşadınız mı ya da yaşıyor musunuz?*” Ve “*bu hastalık/sağlık sorununu son 12 ay içerisinde yaşadınız mı?*” sorularına verilen yanıtlar birlikte değerlendirilmiştir. 2014, 2016 ve 2019 yıllarına ait çalışmalarda ise “*son 12 içinde Hipertansiyon yaşadınız mı?*” örneğinde olduğu gibi hastalıkların tek tek sorulduğu sorulara verilen yanıt ile değerlendirilmiştir.

Bağımlılık varlığı Temel günlük yaşam aktivitelerinin (T-GYA) en az birinden tam bağımlı olmak olarak kabul edilmiştir. T-GYA’nden (desteksiz yürüme, merdiven çıkma, beslenme, yatma/oturma-kalkma, giyinme/soyunma, tuvalet kullanımı, banyo yapma) herhangi birini yaparken zorluk çekiyor musunuz? (Ör: merdiven inip çıkarken zorluk çekiyor musunuz?) sorusuna hiç yapamıyorum cevabını verenler tam bağımlı olarak kabul edilmiştir. Her aktivite tek tek sorulmuş ve yanıtları alınmıştır.

Sağlık algısı “*genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?*” sorusu ile ölçülmüş, kötü ve çok kötü cevabını verenler kötü sağlık algısı var kabul edilmiştir.

Hizmet gereksiniminin karşılanmaması son 12 ay içinde aile hekimi/pratisyen hekim, uzman hekim ya da evde sağlık hizmetleri birimlerinin hiçbirinden hizmet almamak şeklinde kabul edilmiştir. “aile hekimi/pratisyen hekimden ve uzman hekimden en son ne zaman hizmet aldınız?” şeklinde sorulan iki soruya verilen “12 ay ve daha uzun süre önce ve hiçbir zaman” şeklindeki yanıtlar son 12 ay içinde hizmet almadı olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca “son 12 ay içinde evde sağlık hizmeti aldınız mı” sorusuna verilen hayır yanıtı da değerlendirmeye alınmıştır. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin özet görsel gösterimi Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin görsel tanımlanması

Bağımsız değişkenler

-Gelir durumu: Hane geliri olarak alınmıştır. Gelir aralığı olarak toplanmış olan veri asgari ücretin altında, asgari ücretten en fazla iki kat yüksek ve asgari ücretin iki katından faz olacak şekilde sınıflandırılarak analize alınmıştır. Çalışma yılına ait resmi asgari ücret rakamları kullanılmıştır(61).

-Öğrenim durumu: Çalışmalarda en son mezun olduğu okul bilgisi sorulmuştur. Altı kategoride değerlendirilmiştir. Bunlar okuryazar değil, okul bitirmedi, ilkokul mezunu, ortaokul ve dengi okullar mezunu, lise ve dengi okullar mezunu, lisans/yüksek lisans/doktora mezunu şeklinde gruplandırılmıştır. Çözümlemede okuryazar değil/okul bitirmedi, ilkokul/ortaokul ve dengi mezunu, lise ve üzeri okul mezunu şeklinde üçlü gruplandırılmıştır.

-Çalışma durumu: TÜİK araştırmalarında, çalışma “son 1 hafta içinde çalışma” olarak tanımlanmaktadır. Çözümlemede çalışıyor, çalışmıyor ve emekli şeklinde gruplandırılmıştır.

-Birlikte yaşama: Tek başına, eşiyle, aile (eş ve/veya çocuklar) ve diğer (akraba/bakıcı) şeklinde gruplandırılarak çözümleme yapılmıştır.

-Sağlık güvencesi: Var, yok şeklinde gruplandırılarak çözümlenmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu sosyal sigortası (SSK, ES, BAĞ-KUR) ve genel sağlık sigortası (GSS) olanlar sağlık güvencesi var olan grubu oluşturmaktadır.

-Medeni durum: Evli, dul, boşanmış, hiç evlenmemiş şeklinde sorulmuş ve çözümlemede evli, evli değil şeklinde yeniden gruplandırılmıştır.

-Sosyal destek durumu: Güvenilir yakın varlığı sorusuna (*Ciddi kişisel bir probleminiz olduğunda güvenebileceğiniz size çok yakın kaç kişi vardır*) hiç cevabını verenler sosyal desteği yok kabul edilmiştir. Çözümlemede var, yok şeklinde gruplandırılmıştır.

-Yaş: Çözümlemede 65-69 yaş, 70-74 yaş, 75-79 yaş, 80-84 yaş, 85 ve üzeri şeklinde ve ayrıca 80 yaş altı ve 80 yaş ve üzeri olacak şekilde de gruplandırılarak kullanılmıştır.

-Cinsiyet: Kadın, erkek şeklinde sorulmuştur.

-Kaza, yaralanma durumu: Son bir yıl içinde ev/gündelik kaza, iş kazası ve trafik kazalarından birini geçiren kaza yaralanma durumu var kabul edilmiştir. Var, yok şeklinde gruplandırılmıştır.

-İşitmede kısıtlılık: *Bir odada sohbet ederken karşıdakini duymakta güçlük çekiyor musunuz?* sorusuna “çok zorlanıyorum, hiç duyamıyorum” yanıtını verenler işitmede kısıtlılık var kabul edilmiştir. Var, yok şeklinde gruplandırılmıştır.

-İşitme cihazı kullanımı: Evet, hayır, hiç duyamayan şeklinde gruplandırılmıştır.

-Görmede kısıtlılık: *Normal metin yazılarını/gazete yazılarını okumada güçlük çekiyor musunuz?* sorusuna “çok zorlanıyorum, hiç göremiyorum” yanıtını verenler görmede kısıtlılık var kabul edilmiştir. Var, yok şeklinde gruplandırılmıştır.

-Gözlük/ lens kullanımı: Evet, hayır, hiç göremeyen şeklinde gruplandırılmıştır.

-Doğum Yeri: Türkiye, AB üyesi ülke, diğer ülke şeklinde sorulmuş ve çözümlemede Türkiye ve Türkiye dışı şeklinde gruplandırılmıştır.

-İBBS-1 (İstatistikî bölge birimi sınıflaması Düzey-1): TÜİK tarafından oluşturulan sınıflamaya göre Düzey 1’de 12 bölge yer almaktadır.

-İBBS-2’ye göre gelişmişlik düzeyleri: Ekonomik, sosyal ve coğrafi yönden benzerlik gösteren komşu illerin (Düzey-3) gruplandırılmasıyla 26 Düzey-2 istatistikî bölge birimi oluşturulmuştur. Gelişmişlik endeks değerleri göz önünde bulundurularak 26 Düzey-2 bölgesi dört gelişmişlik kademesinde gruplandırılmıştır. Grup 1’de en gelişmiş 6 bölge, grup 2 ve grup 3’te 8’er bölge, grup 4’te en a gelişmiş 4 bölge yer almaktadır.

Tanımlayıcı değişkenler

Bedensel ağrı durumu: Hiç, çok az, orta, oldukça fazla, çok fazla şeklinde gruplandırılmış ve sadece tanımlayıcı veri olarak sunulmuştur.

-Günlük faaliyet/ fiziksel aktivite durumu: Sedanter, sedanter değil şeklinde gruplandırılmış ve tanımlayıcı veri olarak sunulmuştur.

-Tütün kullanma durumu: Her gün, ara sıra, hiçbir zaman ve bırakmış şeklinde gruplandırılmıştır.

-Alkol kullanma durumu: Kullanıyor, bırakmış (daha önce kullanan, son 12 aydır içmeyen), hiç kullanmamış şeklinde gruplandırılmış ve tanımlayıcı veri olarak sunulmuştur.

-Özel sağlık sigortası: Var/yok şeklinde gruplandırılmıştır.

4.6 Veri toplama yöntemi

TÜİK tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarının mikro veri setleri (2008-2010-2012-2014-2016-2019 yıllarına ait) kullanılmıştır. Bu araştırmalarda veriler yüz yüze veri toplama formu aracılığı ile toplanmıştır. Sunulan çalışmada yeni veri toplanmamış yeni veri toplama formu kullanılmamıştır. TÜİK'ten resmi izin yolu ile elde edilen hazır veri seti kullanılmıştır.

4.7 Veri çözümlemesi

Veri temizliği ve düzenlemesi önce excel programı ile yapılmıştır. Daha sonra veriler SPSS v24 paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Ölçüm verileri ortalama, standart sapma ile sunulmuştur. Sayım verileri sayı ve yüzdeler ile sunulmuştur. Sayım verileri için normal dağılım kontrol edilmiştir. Bağımlı değişken ile diğer değişkenlerin tek değişkenli analizinde Pearson ki-kare, eğimde ki-kare ve hane de yaşayan kişi sayısı normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sosyo-ekonomik değişkenler ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasındaki ilişkinin çok değişkenli değerlendirilmesinde Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar Odds ratio ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. Çoklu modelleri oluştururken kişileri kaybetmemek için gelir durumuna ait eksik veriler çoklu atama (multiple imputasyon) yöntemi ile tamamlanmıştır.

Çoklu Atama (Multiple Imputation)

Kayıp veri mekanizmasının belirlenmesi kayıp veri sorununun giderilmesinde kullanılacak uygun yöntemin seçilip sınıflandırması için önemlidir. Kayıp veri mekanizmaları;

1. Tamamıyla Rassal Olarak Kayıp (Missing Completely at Random, MCAR, TROK)
 2. Rassal Olarak Kayıp (Missing at Random, MAR, ROK)
 3. İhmal Edilemez Kayıp (Noignorable, NI, İEK) olacak şekilde üç kategoriye ayrılmıştır (62).
- Model tabanlı atama yöntemlerinden biri olan çoklu atama yöntemi, kayıp verileri tamamlamada gerçek veri setine en yakın veri setini üretmesi ve kayıp veriler yerine birden çok değer atama olanağı sunması nedeniyle sık tercih edilen bir yöntemdir (63). Tekli atama yöntemlerinin bir kombinasyonudur. Bu yöntem aynı zamanda maksimum benzerlik tabanlı bir kayıp veri analizi yöntemidir. Çoklu atama bir Monte Carlo tekniğidir. Çoklu Atama yöntemi ROK ve TROK varsayımına dayanır (64,65). Kayıp veri sürecindeki rastgeleliğin yani TROK ve ROK koşulunun sağlanıp sağlanmadığının irdelenmesi gerekir. Bunun için yanıt verenler ile yanıt vermeyenler arasındaki gözlenen diğer değişkenlerin karşılaştırılması yapılabilir. Anlamli fark rastgele olmayan kayıp veriyi işaret eder. Bir başka yöntem de veri setindeki değişkenler kayıp değer içeren ve içermeyenler olmak üzere iki gruba ayrılıp, tam veriler 1, kayıp veriler 0 olarak kodlandıktan sonra değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanır. Bulunan korelasyon katsayıları her bir değişken çifti için kayıp veriler arasındaki ilişki miktarının derecesini belirtir. Küçük korelasyon katsayısı rastgeleliği işaret eder (62,64).

Bu çalışmada veri setindeki kayıp verileri değerlendirmek için gelir durumunda eksik veri bulunan ve verileri tam olan iki grup arasında diğer değişkenler açısından (özellikle sağli hizmet gereksinimi, karşılanmamış sağli hizmet gereksinimi, sağli hizmet kullanımı) rastgeleliği destekleyecek şekilde anlamlı bir fark izlenmemiştir. Ayrıca gelir durumu değişkeninde eksik veri durumunu içeren yeni bir değişken oluşturulmuş ve bu değişken ile diğer değişkenler arasında korelasyon değerlendirilmiştir; yüksek korelasyon izlenmemiştir. Böylelikle kayıp veri sürecinde rastgelelik sorgulanmış ve ihmal edilemez kayıp olmadığı, rastlantısal kayıplar olduğu değerlendirilmiştir. Buna göre çoklu atama yöntemi ile eksik verilerin tamamlandığı bir veri tabanı elde edilmiştir. Bu veri seti yalnızca karşılanmamış sağli hizmet gereksinimine etki eden etmenlerin incelendiği çok değişkenli lojistik regresyon analizinde kullanılmıştır.

Lojistik regresyon analizinde tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki saptanan değişkenler ($p<0.05$) ve literatür tarafından desteklenen cinsiyet değişkeni modele alınmıştır.

Modele alınacak değişkenler arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda aralarında yüksek korelasyon bulunan değişken saptanmamıştır. Basamaklı olacak şekilde düzeltmelerin yapıldığı dört model oluşturulmuştur. Model 1 yalnızca sosyoekonomik değişkenlerin yer aldığı diğer değişkenlere göre düzeltilmemiş modeldir. Model 1’de yer alan sosyoekonomik değişkenler; gelir durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, öğrenim durumu ve birlikte yaşama değişkenleridir. Model 2, Model 1’e ek olarak yıllara göre düzeltilmiş, Model 3, Model 2’ye ek olarak yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş, Model 4, Model 3’e ek olarak İBBS-1, görmede kısıtlılık ve kaza- yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir. Analizlerin tamamı veri setinde yer alan “fertfaktor” değişkeni kullanılarak ağırlıklandırılmış veri seti kullanılarak tamamlanmıştır.

Yıllara göre mutlak değişim hesaplanan çalışma yılları arasındaki karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığındaki farktır. Göreli değişim ise farkın oranıdır. Mutlak değişimi hesaplamak için yıllar arasındaki sıklıklar çıkarılmıştır. Göreli değişimi hesaplamak için ise yıllar arasındaki fark çıkartılmış ve farkın bakıldığı ilk yılın sıklığına bölünmüş ve yüz ile çarpılmıştır. Örneğin 2019 ile 2008 yılları arasındaki göreli riskin hesaplanması için 2019 yılındaki sıklıktan 2008 yılındaki sıklık çıkarılıp 2008 yılındaki sıklığa bölünmüş ve yüz ile çarpılmıştır.

4.8 Araştırmanın kısıtlılıkları

2008, 2010 ve 2012 yıllarında gelir durumuna ait verilerin bir bölümünün eksik olması gelir durumu ile ilgili tahminler için kısıtlılık oluşturmuş olabilir. Ancak eksik verilerin çoklu atama (multiple imputasyon) yöntemi ile tamamlanması ile kısıtlılığın önüne geçilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın kesitsel olması neden sonuç ilişkisini açıklamak için zayıf bir kanıt oluşturmuş olabilir. Hazır veri seti üzerinden çalışmaya ait bazı kısıtlılıklar vardır. Bağımlı değişkenin ölçülmesinde son 12 ay hizmet durumu ile birlikte son 6 ay hizmet kullanımının sorulması da uygun olabilirdi. Hazır veri setinde bağımlılık durumunun ölçülmesi için herhangi bir ölçek kullanılmaması daha düşük bir bağımlılık sıklığı ölçülmesine neden olmuş olabilir.

4.9 Araştırmanın etik kurul onayı ve izinler

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.10.2021 tarih ve 2021/27-28 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-3). TÜİK verilerinin kullanımına ilişkin kurum izinleri rektörlük aracılığı ile alınmış ve verilere kişiye özel gönderilen bağlantı linki ve şifre ile elektronik ortamda süreli erişim izni verilmiştir (EK-4-6).

4.10 Araştırmanın zaman çizelgesi

Yıl	2021											2022						
Ay	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
Literatür Tarama																		
Kurum İzni																		
Etik Kurul Başvuru/Onay																		
Veri Temizliği/Hazırlık																		
Veri Analizi																		
Yazım																		
Tez Savunması																		

Şekil 3. Araştırmanın zaman çizelgesi

5. BULGULAR

Araştırma bulguları üç bölümde sunulmuştur. Bulguların birinci bölümünde araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri, ikinci bölümünde araştırma grubunun karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Üçüncü bölümde karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkili etmenler yer almaktadır. Bu bölüm bağımlı değişken ile sosyoekonomik değişkenler ve diğer değişkenler arasındaki tek değişkenli analiz sonuçlarını ve çok değişkenli analiz sonuçlarını içermektedir.

5.1 Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri

Yıllara göre cinsiyet ve yaş grubu dağılımı Tablo 5'te sunulmuştur. Araştırma grubunun %55.7'si kadın, %44.3'ü erkektir. Yıllara göre de cinsiyet dağılımının benzer olduğu görülmektedir. Yaş grubu dağılımına bakıldığında %35.3'ünü 65-69 yaş, %6.9'unu da 85 yaş ve üzeri grup oluşturmaktadır. Yıllar içerisinde 80-84 yaş ve 85 ve üzeri yaş grubunda artış olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma grubunun yıllara göre cinsiyet ve yaş grubu dağılımı

Yıllar		Cinsiyet		Yaş grubu					Toplam
		Erkek	Kadın	65-69	70-74	75-79	80-84	85 +	
2008	n	682	858	526	404	385	161	65	1540
	%	44.3	55.7	34.1	26.2	25.0	10.5	4.2	100.0
2010	n	781	1017	626	515	384	197	76	1798
	%	43.4	56.6	34.8	28.7	21.4	10.9	4.2	100.0
2012	n	1584	1812	1156	1060	592	358	230	3396
	%	46.6	53.4	34.0	31.3	17.4	10.5	6.8	100.0
2014	n	1028	1397	854	636	449	319	167	2425
	%	42.4	57.6	35.2	26.2	18.5	13.2	6.9	100.0
2016	n	1097	1415	921	643	460	275	213	2512
	%	43.7	56.3	36.6	25.6	18.3	11.0	8.5	100.0
2019	n	1085	1373	901	609	440	280	228	2458
	%	44.1	55.9	36.6	24.8	17.9	11.4	9.3	100.0
Toplam	n	6257	7872	4984	3866	2710	1590	979	14129
	%	44.3	55.7	35.3	27.3	19.2	11.3	6.9	100.0

Tablo 6’da araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin yıllara göre dağılımı sunulmuştur. Buna göre çalışmaya dahil olan yaşlıların %51.1’i diplomasız ya da okur yazar değildir. Okur yazar olmayan ve diplomasız grup 2008 yılında %58.7 iken 2019 yılında %42.2’dir. Bu grubun oranı yıllar içinde azalırken diplomalı olanların oranı artış göstermiştir. Okur yazar olmayan yaşlıların oranı 2008 yılında %44.2’den 2019 yılında %30.2’ye gerilemiştir. Yaklaşık olarak her on yaşlıdan yalnızca biri ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olmuştur. Öğrenim durumu üniversite ve üzeri olanların oranı yalnızca %4.5’dir. Katılımcıların %61.0’i evli, %36.1’i duldur. Araştırma grubunun %19.7’si tek başına yaşamaktadır ve tek başına yaşam yıllar içinde artış göstermiştir. Katılımcıların %96.8’i Türkiye doğumludur (Tablo 6).

Araştırma grubunun yaşadıkları yere ait özelliklerinin yıllara göre dağılımı Tablo 7’de yer almaktadır. İstatistiki Bölge Birimi Sınıflaması Düzey-1(İBBS-1) sınıflamasına göre katılımcıların %17.5’i Orta Anadolu, %13.2’si Doğu Karadeniz ve %11.6’sı İstanbul bölgesinde yaşamaktadır. Düzey-2 bölgelerinin gelişmişlik grupları itibarıyla dağılımına göre %21.0’i en gelişmiş grup olan Grup 1’de yer almaktadır. Yaşlıların %40.7’i Grup 3’te yer almaktadır (Tablo 7)

Tablo 6. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin yıllara göre dağılımı

	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Öğrenim durumu														
Okuryazar değil	680	44.2	731	40.6	1278	37.6	928	38.3	916	36.5	743	30.2	5276	37.3
Okul bitirmedi	224	14.5	319	17.7	437	12.8	319	13.1	362	14.4	295	12.0	1956	13.8
İlkokul	484	31.4	561	31.3	1173	34.6	914	37.7	889	35.4	1033	42.1	5054	35.8
Ortaokul ve dengi okullar	51	3.4	70	3.9	139	4.1	88	3.6	116	4.6	102	4.1	566	4.0
Lise ve dengi okullar	53	3.4	59	3.3	182	5.4	90	3.7	119	4.7	143	5.8	646	4.6
Lisans ve lisansüstü	48	3.1	58	3.2	187	5.5	86	3.6	110	4.4	142	5.8	631	4.5
Medeni durum														
Evli	961	62.4	1116	62.1	2167	63.8	1411	58.2	1494	59.5	1468	59.8	8617	61.0
Dul	541	35.1	648	36.1	1139	33.5	947	39.0	927	36.8	895	36.4	5097	36.1
Boşanmış	20	1.3	26	1.4	37	1.1	43	1.8	62	2.5	63	2.5	251	1.7
Hiç evlenmemiş	18	1.2	8	0.4	53	1.6	24	1.0	29	1.2	32	1.3	164	1.2
Birlikte yaşama														
Tek başına	234	15.2	314	17.5	527	15.5	526	21.7	619	24.6	574	23.4	2794	19.7
Eşiyle	548	35.6	630	35.0	1259	37.1	797	32.9	789	31.5	776	31.5	4799	34.0
Aile (eş ve çocuklar)	413	26.8	462	25.7	829	24.4	549	22.6	599	23.8	424	17.3	3276	23.2
Aile (çocuklar)	328	21.3	378	21.0	744	21.9	541	22.3	468	18.6	148	6.0	2607	18.5
Diğer (akraba/bakıcı)	17	1.1	14	0.8	37	1.1	12	0.5	37	1.5	536	21.8	653	4.6
Doğum yeri														
Türkiye	1481	96.2	1736	96.5	3305	97.3	2353	97.1	2440	97.1	2386	97.1	13701	96.8
AB üyesi ülke	26	1.7	36	2.0	68	2.0	37	1.5	50	2.0	72	2.9	290	2.1
Diğer ülke	33	2.1	26	1.5	23	0.7	35	1.4	22	0.9	0	0.0	138	1.1
Toplam	1540	100.0	1798	100.0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0

Tablo 7. Araştırma grubunun yaşadıkları yere ait özelliklerinin yıllara göre dağılımı

	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İBBS-1														
İstanbul	133	8.6	205	11.4	425	12.5	305	12.6	306	12.2	264	10.8	1638	11.6
Batı Marmara	114	7.4	147	8.2	311	9.2	230	9.5	231	9.2	201	8.2	1234	8.7
Ege	168	10.8	184	10.2	276	8.1	233	9.6	199	7.9	227	9.3	1287	9.1
Doğu Marmara	87	5.7	114	6.3	198	5.8	152	6.2	158	6.3	155	6.3	864	6.1
Batı Anadolu	94	6.1	113	6.3	173	5.1	111	4.6	142	5.7	156	6.4	789	5.6
Akdeniz	141	9.1	205	11.4	252	7.4	264	10.9	245	9.7	258	10.5	1365	9.7
Orta Anadolu	277	18.0	310	17.2	660	19.4	405	16.6	394	15.7	431	17.5	2477	17.5
Batı Karadeniz	81	5.3	102	5.7	225	6.6	148	6.1	188	7.5	151	6.1	895	6.3
Doğu Karadeniz	208	13.5	225	12.5	493	14.5	280	11.6	334	13.3	331	13.4	1871	13.3
Kuzeydoğu Anadolu	65	4.3	48	2.7	90	2.7	65	2.7	76	3.0	67	2.7	411	2.9
Ortadoğu Anadolu	107	7.0	93	5.2	165	4.9	126	5.2	126	5.0	136	5.5	753	5.3
Güneydoğu Anadolu	65	4.2	52	2.9	128	3.8	106	4.4	113	4.5	81	3.3	545	3.9
İBBS-2'ye göre gelişmişlik düzeyleri														
Grup 1 (çok gelişmiş)	335	21.8	410	22.9	628	18.5	545	22.5	499	19.9	548	22.3	2966	21.0
Grup 2	324	21.0	342	19.0	738	21.8	538	22.2	608	24.2	515	20.9	3065	21.7
Grup 3	575	37.3	711	39.5	1522	44.8	974	40.1	1005	40.0	960	39.1	5746	40.7
Grup 4 (az gelişmiş)	306	19.9	334	18.6	507	14.9	368	15.2	400	15.9	436	17.7	2352	16.6
Toplam	1540	100.0	1798	100.0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0

İBBS: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması

Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerinin yıllara göre dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur. Buna göre araştırma grubunun %56.5’i asgari ücretin altında gelire sahipken yalnızca %13.5’i asgari ücretin 2 katından fazla gelire sahiptir. Asgari ücretin altında gelire sahip olanlarda yıllar içerisinde hafif bir artış olduğu dikkati çekmektedir. Toplamda çalışan yaşlıların oranı %9.7, emeklilik oranı da %34.8’dir. Yani her 10 yaşlıdan biri çalışmak zorunda kalmaktadır ve yalnızca 3 yaşlıdan biri emeklidir. Yıllara göre değerlendirildiğinde çalışıyor olma azalırken, emekli olma oranı artmıştır. Toplamda sağlık güvencesizliği oranı %4.2’dir. Bu oran 2008 yılında %6.1 iken 2019 yılında %2.7’ye gerilemiştir. Özel sağlık sigortası varlığı binde 5 olarak izlenmiştir. Sosyal destek varlığı toplamda %93.1’dir. Yıllar içinde değişim göstermemiştir ve % 90’ların üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 9’da sağlık davranışlarına ait özellikler görülmektedir. Sedanter yaşam yaşlıların %61.5’inde izlenmektedir. Bu oran yıllar içerisinde artış göstermektedir. Özellikle 2019 yılında her on yaşlıdan yalnızca ikisinin sedanter olmadığı görülmektedir. Alkol kullanımı %4.6’dır ve yıllara göre değişim göstermemiştir. Tütün kullanımı her on yaşlıdan birinde görülürken yıllar içinde hafif bir artış dikkati çekmektedir (Tablo 9).

Tablo 8. Araştırma grubunun sosyo-ekonomik özelliklerinin yıllara göre dağılımı

	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gelir durumu														
Asgari ücretin altında	345	56.0	465	60.5	568	47.5	1124	46.4	1640	65.3	1494	60.8	5636	56.5
Asgari ücretin üzerinde (en fazla 2 katı)	177	28.8	244	31.8	475	39.7	822	33.9	613	24.4	662	26.9	2993	30.0
Asgari ücretin üzerinde (2 katından fazla)	93	15.2	59	7.7	153	12.8	479	19.7	259	10.3	302	12.3	1345	13.5
*Toplam	615	100.0	768	100.0	1196	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	9974	100.0
Çalışma durumu														
Çalışıyor	206	13.4	249	13.8	295	8.7	254	10.5	208	8.3	161	6.5	1372	9.7
Emekli	418	27.1	528	29.4	1261	37.1	773	31.8	890	35.4	1040	42.3	4909	34.8
Çalışmıyor	916	59.5	1022	56.8	1840	54.2	1398	57.7	1414	56.3	1257	51.2	7848	55.5
Sağlık güvencesi														
Var	1401	90.9	1687	93.8	3268	96.2	2342	96.6	2446	97.4	2392	97.3	13535	95.8
Yok	139	9.1	111	6.2	128	3.8	83	3.4	66	2.6	66	2.7	594	4.2
Özel sağlık sigortası														
Var	4	0.3	6	0.3	17	0.5	17	0.7	13	0.5	17	0.5	14055	99.5
Yok	1536	99.7	1792	99.7	3379	99.5	2408	99.3	2499	99.5	2441	99.3	74	0.5
Sosyal destek														
Var	1454	94.4	1651	91.8	3156	92.9	2231	92.0	2343	93.3	2316	94.2	13152	93.1
Yok	86	5.6	147	8.2	240	7.1	194	8.0	169	6.7	142	5.8	977	6.9
Toplam	1540	100.0	1798	100.0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0

*Bu soruya yanıt verenler

Tablo 9. Araştırma grubunun sağlık davranışlarına ait özelliklerinin yıllara göre dağılımı

	2008*		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fiziksel aktivite durumu														
Sedanter	763	49.5	793	44.1	1623	47.8	1688	69.6	1752	69.8	2077	84.5	8696	61.5
Sedanter değil	777	50.5	1005	55.9	1773	52.2	737	30.4	760	30.2	381	15.5	5433	38.5
Alkol kullanım durumu														
Kullanıyor	73	4.7	87	4.8	139	4.1	97	4.0	117	4.7	143	5.8	656	4.6
Bırakmış	192	12.5	254	14.1	418	12.3	480	19.8	366	14.6	390	15.9	2100	14.9
Hiç kullanmamış	1275	82.8	1457	81.1	2839	83.6	1848	76.2	2029	80.7	1925	78.3	11373	80.5
Tütün kullanım durumu														
Her gün			172	9.6	311	9.2	220	9.1	243	9.7	277	11.3	1223	9.7
Ara sıra			27	1.5	76	2.2	70	2.9	46	1.8	45	1.8	264	2.1
Hiçbir zaman			1114	61.9	2161	63.6	1440	59.4	1595	63.5	1445	58.8	7754	61.6
Bırakmış			485	27.0	848	25.0	695	28.6	628	25.0	691	28.1	3347	26.6
Toplam	1540	100.0	1798	100,0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0

*Bu yılda tütün kullanımı sorgulanmamış

Tablo 10’da duyuşal kısıtlılık ve yardımcı araç kullanımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre araştırma grubunun yaklaşık yarısında görmede kısıtlılık olduğu görölmüştür. Görmede kısıtlılık sıklığı 2008 yılında %50.3, 2019 yılında %51.7’dir. Görmede kısıtlılık oranı yıllar içinde hafif artış göstermiştir. Yaşlıların gözlük/lens kullanım oranı %61.0 olarak bulunmuştur. Bu oran 2008 yılında %53.9’dur. 2019 yılına gelindiğinde gözlük/lens kullanma sıklığı %68.9 olduğu görölmüştür. Gözlük/lens kullanımında yıllara göre artış dikkati çekmektedir. İşitmede kısıtlılık araştırma grubunun %46.8’inde görölmüş olup bu oran da yıllar içinde artmıştır. İşitmede kısıtlılık 2008 yılında %35.9, 2019 yılında ise %48.4’tür. Yaşlıların hemen hemen yarısında işitmede kısıtlılık bulunmasına karşın işitme cihazı kullanım oranı %6.2’dir. Yıllara göre değerlendirildiğinde işitme cihazı kullanımında bir miktar artış olduğu görölmüştür. İşitme cihazı kullanımı 2008 yılında %5.6, 2019 yılında ise % 7.9’dur (Tablo 10).

Tablo 11’de araştırma grubunun sağlık durumu özelliklerinden kaza yaralanma ve bedensel ağrı durumlarının yıllara göre dağılımı sunulmuştur. Toplamda yaşlıların %7.1’i en az bir kaza geçirmiştir. En az bir kez kaza geçirenler yıllar içinde artış göstermiştir. En az bir kaza geçirenlerin oranı 2008 yılında %6.8 iken bu oran 2019 yılında %8.9’dur. Kazalar içinde en sık gündelik ev kazaları %5.5 ile ilk sırada yer almıştır. Gündelik ev kazaları görölme sıklığı 2008 yılında %4.4, 2019 yılında ise %7.9’dur. Yıllar içinde gündelik ev kazaları artmıştır. Trafik kazası geçirme sıklığında az da olsa bir azalma dikkati çekmektedir. İş kazası sıklığında da yıllar içinde azalma gözlenmiştir. Yaşlıların %20.2’si ciddi ağrı çekerken, %6.2’si çok ciddi ağrı çektiklerini ifade etmiştir. Yani yaşlıların yaklaşık dörtte birinin ciddi ve çok ciddi bedensel ağrı çektiği belirlenmiştir. Bedensel ağrı açısından yıllar içinde önemli bir fark gözlenmemiştir.

Tablo 10. Araştırma grubunun duyuşal kısıtlılık ve yardımcı araç kullanımına ilişkin özelliklerinin yıllara göre dağılımı

	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Görmede kısıtlılık														
Var	774	50.3	826	45.9	1336	39.3	1480	61.0	1582	63.0	1270	51.7	7268	51.4
Yok	766	49.7	972	54.1	2060	60.7	945	39.0	930	37.0	1188	48.3	6861	48.6
Gözlük/lens kullanımı														
Evet	830	53.9	991	55.2	2032	59.8	1510	62.3	1565	62.3	1694	68.9	8622	61.0
Hayır	702	45.6	799	44.4	1349	39.8	905	37.3	939	37.4	753	30.6	5447	38.6
Hiç göremeyen	8	0.5	8	0.4	15	0.4	10	0.4	8	0.3	11	0.5	60	0.4
İşitmede kısıtlılık														
Var	553	35,9	711	39.6	1293	38.1	1452	59.9	1407	56.0	1189	48.4	6606	46.8
Yok	987	64,1	1087	60.4	2103	61.9	973	40.1	1105	44.0	1269	51.6	7523	53.2
İşitme cihazı kullanımı														
Evet	86	5.6	99	5.5	176	5.2	158	6.5	169	6.7	195	7.9	883	6.2
Hayır	1452	94.3	1695	94.3	3211	94.5	2249	92.8	2333	92.9	2250	91.6	13191	93.4
Hiç duyamayan	2	0.1	4	0.2	9	0.3	18	0.7	10	0.4	13	0.5	56	0.4
Toplam	1540	100.0	1798	100.0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0

Tablo 11. Araştırma grubunun sağlık durumu özelliklerinin yıllara göre dağılımı-1

	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kaza-yaralanma durumu														
<i>Ev/ gündelik kaza</i>	67	4.4	63	3.5	130	3.8	158	6.5	170	6.8	194	7.9	783	5.5
<i>Trafik kazası</i>	27	1.7	29	1.6	50	1.5	39	1.6	16	0.7	21	0.9	183	1.3
<i>İş kazası</i>	15	1.0	13	0.7	24	0.7	6	0.2	8	0.3	5	0.2	71	0.5
En az bir kaza	107	6.9	102	5.6	192	5.6	193	8.0	191	7.6	215	8.7	999	7.1
Bedensel ağrı														
Hiç	385	25.0	510	28.4	867	25.5	521	21.5	545	21.7	624	25.4	3451	24.4
Hafif	338	22.0	387	21.5	905	26.7	585	24.1	671	26.7	612	24.9	3498	24.8
Orta	445	28.9	466	25.9	911	26.8	549	22.6	561	22.3	555	22.6	3487	24.7
Ciddi	300	19.5	345	19.2	601	17.7	529	21.8	585	23.3	486	19.8	2847	20.2
Çok ciddi	71	4.6	89	5.0	112	3.3	241	9.9	150	6.0	180	7.3	845	6.0
Toplam	1540	100.0	1798	100.0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0

Tablo 12’de araştırma grubunun sağlık durumu özelliklerinden kronik hastalıklar, bağımlılık ve sağlık algısına ait özellikleri sunulmuştur. On yaşının yedisinde en az bir kronik hastalık vardır ve en sık görülen kronik hastalık ise %52.1 ile hipertansiyondur. İnme/felç hariç diğer hastalıklar yıllar içinde artış eğilimindedir. Yaşlıların T-GYA’nden tam bağımlı olduğu aktiviteler en sık % 6.3 ile merdiven çıkma ve % 6.0 ile yürümedir (düz zeminde hareketlilik). T-GYA’nin en az birinden tam bağımlı olma sıklığı %8.8’dir. En az birinden tam bağımlı olma sıklığının yıllar içinde azaldığı dikkati çekmektedir. Yaklaşık dört yaşlıdan birinde sağlık algısının iyi ya da çok iyi olduğu görülürken kötü ve çok kötü sağlık algısının sıklığın sırasıyla %28.1 ve %5.1’dir (Tablo 12).

5.2 Araştırma grubunun karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi özellikleri

Araştırma grubunun son 12 ayda sağlık hizmet kullanımı değerlendirildiğinde aile hekimi/pratisyen hekimden hizmet kullanım oranının toplamda %70.2 olduğu ve bu oranın 2008 yılından 2019 yılına doğru %59.7’den %75.1’e yükseldiği görülmüştür. Uzman hekimden hizmet alma toplamda %75.3’tür. Bu oranın da 2008’de %69.3’ten 2019’da %79.9’a yükseldiği görülmektedir. Yaşlılarda evde sağlık hizmeti kullanımı %2.3’tür ve yıllar içinde kayda değer bir değişiklik izlenmemiştir. Son 12 ayda herhangi bir sağlık hizmeti kullanım oranı ise %88.3’tür (Tablo 13).

Tablo 12. Araştırma grubunun sağlık durumu özelliklerinin yıllara göre dağılımı-2

	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kronik hastalıklar														
KOAH	276	17.9	173	9.6	230	6.8	432	17.8	454	18.1	463	18.9	2028	14.4
KVS Hastalıkları	390	25.3	399	22.2	803	23.6	601	24.8	556	22.1	550	22.4	3298	23.3
Hipertansiyon	710	46.1	857	47.6	1746	51.4	1316	54.3	1362	54.2	1368	55.7	7360	52.1
İnme/ felç	71	4.6	86	4.8	152	4.5	94	3.9	90	3.6	58	2.4	551	3.9
Diabetes Mellitus	289	18.7	301	16.7	768	22.6	641	26.4	705	28.0	674	27.4	3377	23.9
En az bir kronik hastalık	1018	66.1	1172	65.2	2253	66.3	1754	72.3	1783	71.0	1765	71.8	9745	69.0
Bağımlılık(T-GYA)														
Yürüme	104	6.7	133	7.4	268	7.9	132	5.4	115	4.6	101	4.1	852	6.0
Merdiven inme/çıkma	113	7.3	151	8.4	257	7.6	132	5.4	134	5.3	103	4.2	890	6.3
Beslenme	24	1.6	16	0.9	79	2.3	24	1.0	21	0.8	20	0.6	183	1.3
Yatma/oturma/kalkma	26	1.7	33	1.8	95	2.8	38	1.6	30	1.2	32	1.3	253	1.8
Giyinme/soyunma	28	1.8	41	2.3	105	3.1	49	2.0	38	1.5	38	1.6	298	2.1
Tuvalet kullanımı	27	1.7	40	2.2	110	3.2	46	1.9	36	1.4	33	1.3	291	2.1
Banyo yapma	53	3.5	65	3.6	189	5.6	80	3.3	73	2.9	55	2.3	517	3.7
En az birinden tam bağımlı	163	10.6	184	10.2	368	10.8	201	8.3	183	7.3	145	5.9	1244	8.8
Sağlık algısı														
Çok iyi	27	1.8	22	1.2	52	1.5	48	2.0	21	0.8	22	0.9	192	1.4
İyi	360	23.4	421	23.4	900	26.5	511	21.1	524	20.9	513	20.9	3229	22.9
Orta	651	42.3	711	39.5	1523	44.8	979	40.4	1084	43.1	1071	43.6	6018	42.6
Kötü	419	27.2	527	29.3	799	23.5	733	30.2	768	30.6	727	29.6	3973	28.1
Çok kötü	84	5.4	117	6.5	123	3.6	153	6.3	115	4.6	125	5.1	717	5.1
Toplam	1540	100.0	1798	100.0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0

Tablo 13. Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ile ilgili özelliklerinin yıllara göre dağılımı

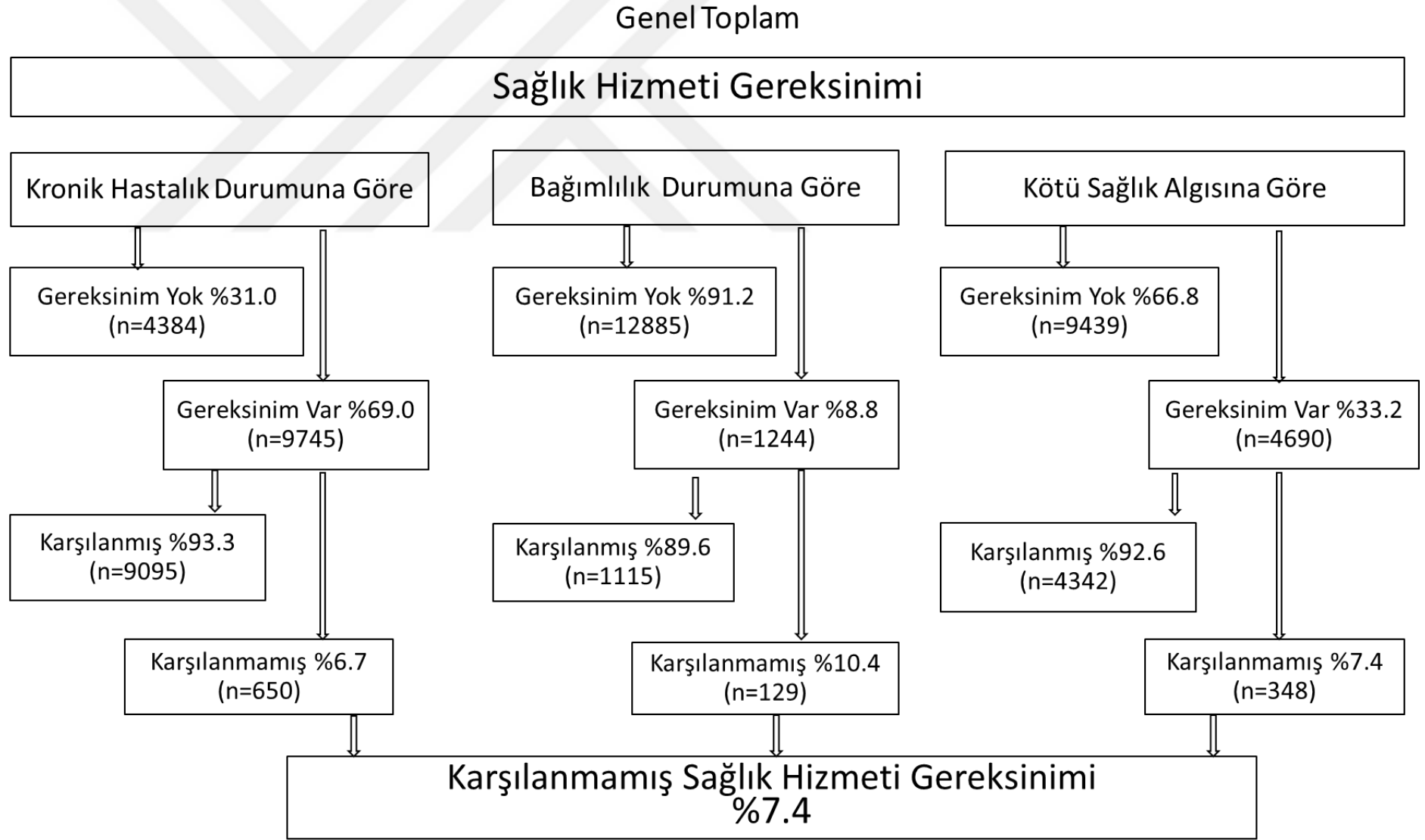
	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kronik hastalıklar														
Var	1018	66.1	1172	65.2	2253	66.3	1754	72.3	1783	71.0	1756	71.8	9745	69.0
Yok	522	33.9	626	34.8	1143	33.7	671	27.7	729	29.0	693	28.2	4384	31.0
Bağımlılık														
Var	163	10.6	184	10.2	368	10.8	201	8.3	183	7.3	145	5.9	1244	8.8
Yok	1377	89.4	1614	89.8	3028	89.2	2224	91.7	2329	92.7	2313	94.1	12885	91.2
Kötü sağlık algısı														
Var	502	32.6	644	35.8	921	27.1	886	36,5	883	35.2	853	34.7	4690	33.2
Yok	1038	67.4	1154	64.2	2475	72.9	1539	63,5	1629	64.8	1605	65.3	9439	66.8
Toplam	1540	100.0	1798	100.0	3396	100.0	2425	100.0	2512	100.0	2458	100.0	14129	100.0
Son 12 ayda sağlık hizmet kullanımı														
Aile/pratisyen hekim	919	59.7	1151	64.0	2527	74.4	1684	69.4	1795	71.4	1845	75.1	9920	70.2
Uzman hekim	1068	69.3	1287	71.6	2500	73.6	1835	75.7	1985	79.0	1965	79.9	10639	75.3
Evde sağlık hizmeti	35	2.3	33	1.9	113	3.3	40	1.7	41	1.6	67	2.7	329	2.3
Herhangi birinin kullanımı	1228	79.7	1502	83.6	3024	89.0	2195	90.5	2281	90.8	2252	91.6	12482	88.3

Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ve karşılanma durumu Tablo 14'te sunulmuştur. Sağlık hizmet gereksinimi kronik hastalık varlığına, bağımlılık varlığına ve kötü sağlık algısı varlığına göre belirlenmiştir. Bu üç özellikten en az bir duruma göre sağlık hizmeti gereksinimi olanlar sağlık hizmeti gereksinimi var olanlar olarak kabul edilmiştir. Buna göre sağlık hizmeti gereksinimi varlığı toplamda %75.5 olup 2008'de %73.6'dan 2019'da %76.7'ye yükselmiştir. Kronik hastalık varlığına göre gereksinim toplamda %69.0'dur. Kötü sağlık algısına göre gereksinim ise toplamda %33.2'dir. Her iki duruma göre de yıllar içinde sağlık hizmet gereksiniminde bir artış izlenmektedir. Bağımlılık durumuna göre sağlık hizmet gereksinimi toplamda %8.8'dir. Bu oran 2008 yılında %10.6 iken 2019 yılında %5.9'dur. Bağımlılık durumuna göre sağlık hizmet ihtiyacı yıllar içinde azalmıştır. Tablo 11'da görüldüğü gibi gereksinimi olanlar içinde değerlendirildiğinde karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin sıklığı toplamda %7.4'dür. Bu oran 2008'de %14.2 iken 2019'da %3.7'dir. Yıllar içinde karşılanmamış gereksinimin azaldığı dikkati çekmektedir. Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi toplamda kronik hastalık varlığına göre %6.7, bağımlılığa göre %10.4, kötü sağlık algısına göre %7.4'dür. Yıllar içinde her üç duruma göre de karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi azalmıştır. Bağımlılığa göre karşılanmamış gereksinimin 2008 yılında %20.8'den 2019'da %5.4'e gerilemesi özellikle dikkati çekmektedir (Tablo 14). Ayrıntıları verilen sağlık hizmet gereksinimleri ve bunların karşılanmama durumu Şekil 2'de özetlenerek gösterilmiştir

Tablo 14. Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ve karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin yıllara göre dağılımı

	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık hizmet gereksinimi														
Kronik hastalığa göre	1018	66.1	1172	65.2	2253	66.3	1754	72.3	1783	71.0	1765	71.8	9745	69.0
Bağımlılığa göre	163	10.6	184	10.2	368	10.8	201	8.3	183	7.3	145	5.9	1244	8.8
Kötü sağlık algısına göre	502	32.6	644	35.8	921	27.1	886	36.5	883	35.2	853	34.7	4690	33.2
En az bir duruma göre	1133	73.6	1361	75.7	2484	73.1	1881	77.6	1923	76.6	1884	76.7	10667	75.5
Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi*														
Kronik hastalığa göre	142	13.9	131	11.2	119	5.3	101	5.8	83	4.7	74	4.2	650	6.7
Bağımlılığa göre	34	20.8	22	12.2	35	9.5	17	8.2	13	7.2	8	5.4	129	10.4
Kötü sağlık algısına göre	66	13.1	76	11.8	52	5.7	64	7.3	49	5.5	41	4.8	348	7.4
En az bir duruma göre	161	14.2	163	11.9	152	6.1	120	6.4	104	5.4	90	3.7	790	7.4
Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi**														
Kronik hastalığa göre	142	9.2	131	7.2	119	3.5	101	4.1	83	3.3	74	3.0	650	4.6
Bağımlılığa göre	34	2.2	22	1.2	35	1.0	17	0.7	13	0.5	8	0.3	129	0.9
Kötü sağlık algısına göre	66	4,2	76	4.2	52	1.5	64	2.6	49	1.9	41	1.6	348	2.4
En az bir duruma göre	161	10.4	163	9.0	152	4.4	120	4.9	104	4.1	90	3.6	790	5.6

*Gereksinim olanlar içinde yüzde alındı ** Tüm grup içinde yüzde alındı



Şekil 4. Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi

Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ve karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin yıllara göre mutlak ve göreceli değişimi Tablo 15'te gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi en az bir duruma göre sağlık hizmet gereksiniminde 2008 ile 2019 yılları arasında %4.2'lik göreceli bir artış vardır. Ayrıca kronik hastalığa göre ve kötü sağlık algısına göre sağlık hizmet gereksiniminde 2008 ile 2019 yılları arasında göreceli artış sırasıyla %8.6 ve %6.4'tür. Bağımlılığa göre sağlık hizmet gereksinimi ise %44.3 azalmıştır. En az bir duruma göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminde 2008 ile 2019 yılları arasında %73.9'luk göreceli bir azalma vardır. Kronik hastalık durumuna ve kötü sağlık algısına göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminde de sırasıyla %69.7 ve %63.3'lük azalma vardır.

Tablo 16'da yaş grubu ve cinsiyete göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi görülmektedir. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi 65-69 yaş grubunda %6.5 iken 80-84 yaş grubunda %9.6, 85 yaş ve üzeri grupta %12.2'dir. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde yaş arttıkça karşılanmamış gereksinimde artış olduğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında yıllara göre değerlendirildiğinde 2008 yılında %14.1, 2019 yılında ise %4.8'dir. Tüm yaş gruplarında kadınlarda %7.5, erkeklerde %7.3'tür. Karşılanmamış gereksinimin hemen her yılda ve her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 16).

Tablo 15. Araştırma grubunun sağlık hizmet gereksinimi ve karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin yıllara göre mutlak ve görelî değişimi

	2008-2010 arası değişim %		2010-2012 arası değişim %		2012-2014 arası değişim %		2014-2016 arası değişim %		2016-2019 arası değişim %		2008-2019 Arası değişim %	
	Mutlak	Görelî	Mutlak	Görelî	Mutlak	Görelî	Mutlak	Görelî	Mutlak	Görelî	Mutlak	Görelî
Sağlık hizmet gereksinimi												
Kronik hastalığa göre	-0.9	-1.4	1.1	1.7	6.0	9.0	-1.3	-1.8	0,8	1.1	5.7	8.6
Bağımlılığa göre	-0.4	-3.8	0.6	5.9	-2.5	-23.1	-1.0	-12.0	-1.4	-19.2	-4.7	-44.3
Kötü sağlık algısına göre	3.2	9.8	-8.7	-24.3	9.4	34.7	-1.3	-3.6	-0.5	-1.4	2.1	6.4
En az bir duruma göre	2.1	2.9	-2.6	-3.4	4.5	6.2	-1.0	-1.3	0.1	0.1	3.1	4.2
Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi												
Kronik hastalığa göre	-2.70	-19.4	-5.9	-52.6	0.5	9.4	-1.10	-18.9	-0.5	-10.6	-9.70	-69.7
Bağımlılığa göre	-8.60	-41.3	-2.7	-22.1	-1.3	-13.6	-1	-12.2	-1.8	-25.0	-15.4	-74.0
Kötü sağlık algısına göre	-1.30	-9.9	-6.1	-51.6	1.6	28.0	-1.8	-24.6	-0.7	-12.7	-8.3	-63.3
En az bir duruma göre	-2.30	-16,2	-5.8	-48.7	0.3	4.9	-1	-15.6	-1.7	-31.4	-10.5	-73.9

Tablo 16. Yaş grubu, cinsiyet ve yıllara göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi

	Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi													
	2008		2010		2012		2014		2016		2019		Tüm Yıllar	
Yaş grubu/cinsiyet	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tüm yaş grupları														
Toplam	161	14.1	163	12.0	152	6.1	120	6.4	104	5.4	90	4.8	790	7.4
Erkek	62	13.8	60	11.3	65	6.3	45	6.4	40	5.4	35	4.7	307	7.3
Kadın	99	14.5	103	12.4	87	6.0	75	6.4	64	5.4	55	4.8	483	7.5
65-69 yaş														
Toplam	53	13.8	50	11.1	35	4.5	32	5.3	24	3.6	30	4.8	225	6.5
Erkek	20	12.7	10	6.3	15	4.0	6	2.4	10	3.8	10	4.2	71	5.3
Kadın	33	14.6	40	13.8	20	5.6	26	7.2	14	3.4	20	5.1	154	7.2
70-74 yaş														
Toplam	31	10.3	42	10.6	32	4.3	36	7.2	27	5.6	22	4.7	192	6.6
Erkek	17	13.5	20	12.7	12	3.2	22	12.0	14	7.0	11	5.7	97	7.8
Kadın	14	8.0	22	9.3	20	5.4	14	4.4	13	4.7	11	4.0	95	5.7
75-79 yaş														
Toplam	40	14.8	35	11.5	24	5.1	19	5.1	16	4.3	12	3.2	147	6.8
Erkek	12	11.2	17	12.6	13	6.6	7	5.5	3	2.2	4	2.9	57	6.8
Kadın	28	17.1	18	10.6	11	4.0	12	4.9	13	5.5	8	3.4	90	6.8
80-84 yaş														
Toplam	25	19.4	28	17.4	30	10.2	19	7.3	14	6.1	10	4.1	126	9.6
Erkek	10	27.8	10	17.5	12	10.1	5	5.1	6	7.3	5	5.1	48	9.8
Kadın	15	16.1	18	17.3	18	10.3	14	8.6	8	5.4	5	3.5	78	9.5
85 yaş ve üzeri														
Toplam	12	22.6	8	11.8	31	15.7	14	9.8	23	1.9	16	8.2	102	12.2
Erkek	3	14.3	3	10.3	12	18.2	5	10.2	7	11.7	5	6.6	35	11.6
Kadın	9	28.1	5	12.8	19	14.4	9	9.6	16	13.6	11	9.2	67	12.6

5.3 Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkili etmenler

Tablo 17’de yıllara göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sunulmuştur; tablodan izlendiği gibi 2008 yılında %14.2’dir ve yıllar içinde azalarak 2019 yılında %4.8’e gerilemiştir. Yıllar içindeki bu azalma eğilimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 17. Yıllara göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi

	Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi				
	Var		Yok		p*
Yıllar	n	%	n	%	
2008	161	14.2	972	85.8	<0.001
2010	163	12.0	1198	88.0	
2012	152	6.1	2332	93.9	
2014	120	6.4	1761	93.6	
2016	104	5.4	1819	94.6	
2019	90	4.8	1795	95.2	
Toplam	790	7.4	9877	92.6	

*Eğimde ki-kare

Tablo 18’de cinsiyet ve yaş grubuna göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sunulmuştur. Buna göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi kadınlarda daha sık görünse de bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0.779$). Yaş hem 5’li ve hem 2’li gruplar şeklinde değerlendirildiğinde yaş ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$); yaş arttıkça karşılanmamış sağlık hizmet gereksinim artmaktadır.

Tablo 18. Cinsiyet ve yaş grubuna göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi

	Karşılanmamış Sağlık Hizmet Gereksinimi				
	Var		Yok		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	307	7.3	3888	92.7	0.779
Kadın	483	7.5	5988	92.5	
Yaş grubu					
65-69	223	6.4	3257	93.6	<0.001*
70-74	190	6.6	2680	93.4	
75-79	147	6.8	2018	93.2	
80-84	127	9.6	1191	90.4	
85 ve üzeri	103	12.4	731	87.6	
Yaş grubu					
65-79	560	6.6	7955	93.4	<0.001
80 ve üzeri	229	10.6	1922	89.4	

*Eğimde ki-kare

Tablo 19’da görüldüğü gibi karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin en sık olduğu İBBS-1 bölgesi Kuzeydoğu Anadolu Bölgesidir. Yaşanılan yere göre değerlendirildiğinde İBBS-1 bölgeleri ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). İBBS-2’ye göre gelişmişlik düzeyleri ve doğum yeri ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.824$, $p=0.858$).

Tablo 19: Yaşanılan yer özelliklerine göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi

	Karşılanmamış Sağlık Hizmet Gereksinimi				
	Var		Yok		p
	n	%	n	%	
İBBS-1					
İstanbul	71	5.6	1188	94.4	<0.001
Batı Marmara	55	6.0	861	94.0	
Ege	80	8.1	904	91.9	
Doğu Marmara	49	8.0	563	92.0	
Batı Anadolu	63	10.3	547	89.7	
Akdeniz	68	6.9	921	93.1	
Orta Anadolu	124	6.7	1733	93.3	
Batı Karadeniz	74	10.8	610	89.2	
Doğu Karadeniz	104	7.3	1320	92.7	
Kuzeydoğu Anadolu	46	14.8	265	85.2	
Ortadoğu Anadolu	33	5.6	557	94.4	
Güneydoğu Anadolu	22	5.1	407	94.9	
İBBS-2'ye göre gelişmişlik düzeyleri					
Grup 1 (çok gelişmiş)	156	6.9	2091	93.1	0.824
Grup 2	174	7.5	2143	92.5	
Grup 3	324	7.6	3961	92.4	
Grup 4(az gelişmiş)	136	7.5	1682	92.5	
Doğum Yeri					
Türkiye	768	7.4	9591	92.6	0.858
Türkiye dışı ülkeler	22	7.1	286	92.9	

Araştırmanın temel bağımsız değişkeni olan sosyo-ekonomik değişkenlere göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi Tablo 20’de sunulmuştur. Gelir durumu ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Asgari ücretin altında gelire sahip olanlarda karşılanmamış gereksinim sıklığı %7.8 iken, asgari ücretin 2 katından fazla gelire sahip olanlarda %4.2’dir. Gelir durumu azaldıkça karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0.001$). Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı çalışan yaşlılarda %9.1, çalışmayan yaşlılarda %8.2 iken emeklilerde %5.5’dir; çalışma durumuna göre anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Karşılanmamış gereksinim sağlık güvencesi olanlarda %6.8 iken olmayanlarda %20.7 bulunmuştur; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 20. Sosyoekonomik değişkenlere göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi

	Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi				
	Var		Yok		p
	n	%	n	%	
Gelir durumu					
Asgari ücretin altında	343	7.8	4065	92.2	<0.001*
Asgari ücretin üzerinde (2 katına kadar)	141	6.3	2081	93.7	
Asgari ücretin üzerinde (2 kat ve üzeri)	42	4.2	949	95.8	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	77	9.1	766	90.9	<0.001
Emekli	188	5.5	3203	94.5	
Çalışmıyor	525	8.2	5908	91.8	
Sağlık güvencesi					
Var	699	6.8	9533	93.2	<0.001
Yok	90	20.7	344	79.3	
Öğrenim durumu					
OYD/okul bitirmedi	509	8.8	5277	91.2	<0.001*
İlk/ orta ve dengi okullara	241	6.0	3779	94.0	
Lise ve üzeri	40	4.6	821	95.4	
Birlikte yaşama					
Tek başına	167	7.4	2094	92.6	0.024
Eşiyle	250	7.3	3155	92.7	
Aile (eş ve/veya çocuklar)	352	7.8	4137	92.2	
Diğer (akraba/bakıcı)	21	4.1	492	95.9	
Medeni durum					
Evli	458	7.4	5697	92.6	0.872
Evli değil	332	7.4	4180	92.6	
Sosyal destek					
Var	654	7.2	8480	92.8	0.175
Yok	59	8.6	631	91.4	
Hanehalkı büyüklüğü	n	Ortalama (standart sapma)	n	Ortalama (standart sapma)	
	790	2.85 (2.05)	9877	2.74 (1.83)	0.369**

*Eğimde ki-kare

**Mann Whitney U testi

Tablo 20’de görüldüğü gibi okur yazar olmayan ya da diplomasız olan grupta karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi %8.8 iken lise ve üzeri eğitim alan grupta bu oran %4.6 olarak bulunmuştur. Öğrenim durumu arttıkça karşılanmamış hizmet gereksinimi anlamlı şekilde azalmıştır ($p<0.001$). Birlikte yaşama ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.024$); akraba/bakıcı ile yaşayan grupta karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi daha düşüktür. Medeni durum, sosyal destek ve hane halkı büyüklüğü ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.0872$, $p=0.175$, $p=0.176$) (Tablo 20).

Görmede kısıtlılık olan yaşlılarda karşılanmamış gereksinim sıklığı %7.8 iken kısıtlılık olmayanlarda %6.6’dır; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.022$). İşitmede kısıtlılık varlığı ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.232$). Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi kaza-yaralanma durumu olanlarda %4.3 ile olmayanlara göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 21).

Tablo 21. Duyusal kısıtlılık ve kaza durumuna göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi

	Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi				
	Var		Yok		p
	n	%	n	%	
Görmede kısıtlılık					
Var	429	7.8	5079	92.2	0.022
Yok	284	6.6	4032	93.4	
İşitmede kısıtlılık					
Var	344	6.9	4614	93.1	0.232
Yok	368	7.6	4497	92.4	
Kaza-yaralanma durumu					
Var	33	4.3	735	95.7	0.001
Yok	680	7.5	8377	92.5	

Sosyo-ekonomik özelliklerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimine etkisinin çok değişkenli analizinde 4 model içeren lojistik regresyon analizi yapılmış, sonuçları Tablo 22’de sunulmuştur. Model 1 yalnızca sosyo-ekonomik değişkenlerin yer aldığı diğer değişkenlere göre düzeltilmemiş modeldir. Buna göre asgari ücret altında gelire sahip olmanın, yaşlının çalışmasının, sağlık güvencesizliğinin, düşük öğrenim durumunun ve eş ile yaşamının karşılanmamış sağlık hizmeti riskini artırdığı görülmektedir. Model 2 yıllara göre düzeltilmiş modeldir. Burada da gelir durumu, sağlık güvencesi ve öğrenim durumu ile ilgili riskler devam etmektedir. Model 3, model 2’ye ek olarak yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiştir. Model 4, model 3’e ek olarak İBBS-1, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir. Düzeltilmemiş modelde asgari ücretin altında gelire sahip olmak karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi riskini 1.51 (%95 GA:1.04-2.18) kat, model 2’de 1.52 (%95 GA:1.06-2.18) kat, model 3’te 1.47 (%95 GA:1.03-2.09) kat artırmaktadır. Tüm değişkenlere göre düzeltilen model 4’te de 1.45 (%95 GA:1.01-2.09) kat risk artışı anlamlı şekilde devam etmektedir. Yaşlının çalışması düzeltilmemiş modelde karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi 1.42 (%95 GA: 1.06-1.90) kat artırmaktadır. Tüm değişkenlere göre düzeltilmiş olan model 4’te riskin 1.37 (%95 GA: 1.01-1.85) kat arttığı görülmektedir. Sağlık güvencesizliği düzeltilmemiş modelde karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi 3.07 (%95 GA: 2.37-3.96) kat artırmaktadır. Sağlık güvencesizliğinin riski anlamlı şekilde artırdığı tüm modellerde gösterilmiştir. Model 4’te tüm değişkenlere göre düzeltildikten sonra dahi risk artışı 2.70 (%95 GA: 2.07-3.51) kat olarak dikkati çekmektedir. Okuryazar olmamak ya da diplomasız olmak düzeltilmemiş olan model 1 ‘de karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi riskini 1.57 (%95 GA: 1.08-2.28) kat artırmaktadır. Ancak yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş model 3’te ve tüm değişkenlere göre düzeltilmiş model 4’te risk artışı anlamını kaybetmiştir. Model 4’te yaşlının eşiyle yalnız yaşaması karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi riskini 1.71 (%95 GA: 1.02-2.84) kat artırmaktadır (Tablo 22).

Tablo 22. Sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi Modelleri)

Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığı				
Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)
Gelir durumu				
Asgari ücret üzerinde (2 katından fazla)	1.00	1.00	1.00	1.00
Asgari ücret üzerinde (en fazla 2 kat)	1.36 (0.98-1.89)	1.35 (0.97-1.87)	1.34 (0.97-1.86)	1.35 (0.97-1.89)
Asgari ücret altında	1.51 (1.04-2.18)	1.52 (1.06-2.18)	1.47 (1.03-2.09)	1.45 (1.01-2.09)
Çalışma durumu				
Emekli	1.00	1.00	1.00	1.00
Çalışıyor	1.42 (1.06-1.90)	1.22 (0.91-1.64)	1.36 (1.01-1.84)	1.37 (1.01-1.85)
Çalışmıyor	1.11 (0.91-1.37)	1.08 (0.88-1.33)	1.18 (0.93-1.50)	1.15 (0.90-1.46)
Sağlık güvencesi				
Var	1.00	1.00	1.00	1.00
Yok	3.07 (2.37-3.96)	2.72 (2.10-3.53)	2.56 (1.97-3.33)	2.70 (2.07-3.51)
Öğrenim durumu				
Lise ve üzeri	1.00	1.00	1.00	1.00
Okuryazar değil/okul bitirmedi	1.57 (1.08-2.28)	1.47 (1.01-2.15)	1.44 (0.98-2.09)	1.37 (0.93-2.01)
İlk/ orta ve dengi okullar	1.16 (0.81-1.67)	1.15 (0.80-1.66)	1.16 (0.80-1.67)	1.15 (0.80-1.67)
Birlikte yaşama				
Akraba/bakıcı	1.00	1.00	1.00	1.00
Eşiyle	1.96 (1.21-3.15)	1.46 (0.88-2.43)	1.57 (0.95-2.61)	1.71 (1.02-2.84)
Aile(eş ve/ veya çocuklar)	2.01 (1.26-3.21)	1.49 (0.90-2.46)	1.55 (0.94-2.56)	1.65 (0.99-2.72)
Tek başına	1.73 (1.06-2.82)	1.38 (0.83-2.31)	1.42 (0.85-2.38)	1.56 (0.93-2.62)

Model 1: Diğer değişkenlere göre düzeltilmemiş (Gelir durumu, Çalışma durumu, Sağlık güvencesi, Öğrenim durumu, Birlikte yaşama değişkenleri yer almaktadır)

Model 2: Model 1'e ek olarak yıllara göre düzeltilmiş

Model 3: Model 2'ye ek olarak yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş

Model 4: Model 3'e ek olarak İBBS-1, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiş

Sosyo-ekonomik özelliklerin genel olarak ve alt gruplara göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimine etkisini gösteren lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 23'te sunulmuştur. Tablodaki bulgular yaş grubu, cinsiyet, İBBS-1, yıl, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir. Genel olarak karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi riskini asgari ücretin altında gelire sahip olmak 1.45 (%95 GA: 1.01-2.09) kat, yaşlının çalışıyor olması 1.37 (%95 GA: 1.01-1.85) kat, sağlık güvencesizliği 2.70 (%95 GA: 2.07-3.51) kat, eş ile yaşamak 1.71 (%95 GA: 1.02-2.84) kat artırmaktadır. Kronik hastalık durumuna göre karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi riskini yaşlının çalışması 1.48 (%95 GA: 1.08-2.03) kat, sağlık güvencesizliği 2.53 (%95 GA: 1.87-3.43) kat artırmaktadır. Kötü sağlık algısına göre ve bağımlılık durumuna göre karşılanmamış gereksinim riskini sağlık güvencesizliği sırasıyla 2.99 (%95 GA: 2.10-4.26) kat ve 2.47 (%95 GA: 1.36-4.50) artırmaktadır. Diğer sosyoekonomik değişkenlerin etkisi bulunmamaktadır (Tablo 23).

Tablo 23. Sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi)

Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı				
Değişkenler	Toplam	Kronik hastalık durumuna göre	Kötü sağlık algısına göre	Bağımlılık durumuna göre
	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)
Gelir durumu				
Asgari ücret üzerinde (2 katından fazla)	1.00	1.00	1.00	1.00
Asgari ücret üzerinde (en fazla 2 kat)	1.35 (0.97-1.89)	1.31 (0.90-1.91)	1.59 (0.54-4.73)	0.77 (0.30-1.96)
Asgari ücret altında	1.45 (1.01-2.09)	1.41 (0.95-2.09)	1.81(0.75-4.33)	0.89 (0.38-2.06)
Çalışma durumu				
Emekli	1.00	1.00	1.00	1.00
Çalışıyor	1.37 (1.01-1.85)	1.48 (1.08-2.03)	1.36 (0.75-2.44)	2.57 (0.83-7.94)
Çalışmıyor	1.15 (0.90-1.46)	1.10 (0.84-1.43)	1.58 (1.05-2.36)	1.20 (0.60-2.40)
Sağlık güvencesi				
Var	1.00	1.00	1.00	1.00
Yok	2.70 (2.07-3.51)	2.53 (1.87-3.43)	2.99 (2.10-4.26)	2.47 (1.36-4.50)
Öğrenim durumu				
Lise ve üzeri	1.00	1.00	1.00	1.00
Okuryazar değil/okul bitirmedi	1.37 (0.93-2.01)	1.33 (0.89-1.99)	1.47 (0.61-3.55)	2.49 (0.62-9.96)
İlk/ orta ve dengi okullar	1.15 (0.80-1.67)	1.13 (0.76-1.66)	1.14 (0.47-2.74)	2.40 (0.59-9.75)
Birlikte yaşama				
Akraba/bakıcı	1.00	1.00	1.00	1.00
Eşiyle	1.71 (1.02-2.84)	1.53 (0.87-2.69)	1.46 (0.74-2.89)	1.79 (0.53-5.99)
Aile(eş ve veya çocuklar)	1.65 (0.99-2.72)	1.65 (0.94-2.87)	1.20 (0.62-2.33)	1.39 (0.44-4.41)
Tek başına	1.56 (0.93-2.62)	1.39 (0.78-2.47)	1.26 (0.64-2.48)	1.64 (0.49-5.47)

*Yaş grubu, cinsiyet, İBBS-1, yıl, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir.

Tablo 24. Sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi; cinsiyete göre tabakalı analiz (Lojistik Regresyon Analizi)

Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı			
Değişkenler	Kadın	Erkek	Toplam
	*OR (%95 GA)	*OR (%95 GA)	**OR (%95 GA)
Gelir durumu			
Asgari ücret üzerinde (2 katından fazla)	1.00	1.00	1.00
Asgari ücret üzerinde (en fazla 2 kat)	1.20 (0.78-1.83)	1.68 (0.96-2.93)	1.35 (0.97-1.89)
Asgari ücret altında	1.18 (0.76-1.84)	2.06 (1.18-3.58)	1.45 (1.01-2.09)
Çalışma durumu Emekli	1.00	1.00	1.00
Çalışıyor	1.11 (0.63-1.95)	1.50 (1.04-2.16)	1.37 (1.01-1.85)
Çalışmıyor	0.97 (0.65-1.44)	1.35 (0.97-1.88)	1.15 (0.90-1.46)
Sağlık güvencesi Var	1.00	1.00	1.00
Yok	2.97 (2.16-4.08)	2.22 (1.37-3.60)	2.70 (2.07-3.51)
Öğrenim durumu Lise ve üzeri	1.00	1.00	1.00
Okuryazar değil/okul bitirmedi	1.65 (0.82-3.31)	1.24 (0.76-2.03)	1.37 (0.93-2.01)
İlk/ orta ve dengi okullar	1.31 (0.64-2.65)	1.15 (0.74-1.79)	1.15 (0.80-1.67)
Birlikte yaşama Akraba/bakıcı	1.00	1.00	1.00
Eşiyle	1.64 (0.89-3.03)	1.92 (0.74-4.99)	1.71 (1.02-2.84)
Aile(eş ve veya çocuklar)	1.60 (0.88-2.91)	1.83 (0.70-4.77)	1.65 (0.99-2.72)
Tek başına	1.56 (0.85-2.87)	1.72 (0.64-4.60)	1.56 (0.93-2.62)

*Yaş grubu, İBBS-1, yıl, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir.

**Yaş grubu, cinsiyet, İBBS-1, yıl, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir.

Cinsiyete göre tabakalı yapılan lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 24'te sunulmuştur. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi için tüm grupta bulunan risk faktörlerinden düşük gelir düzeyi, yaşlının çalışması ve sağlık güvencesizliği erkeklerde de tespit edilmiştir. Buna göre erkeklerde asgari ücretin altında gelire sahip olmak riski 2.06 (%95 GA: 1.18-3.58) kat, yaşlının çalışması 1.50 (%95 GA: 1.04-2.16) kat, sağlık güvencesizliği 2.22 (%95 GA: 1.37-3.60) kat artırmaktadır. Kadınlarda karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi için tek risk faktörü sağlık güvencesizliğidir. Sağlık güvencesi olmayan kadınlarda risk 2.97 (%95 GA: 2.16-4.08) kat yüksek bulunmuştur.

Yaşa gre tabakalı (65-79 yaşı/80 yaşı ve üzeri) yapılan lojistik regresyon analizleri Tablo 25 ve Tablo 26’da sunulmuştur. Genç yaşıllarda (65-79 yaşı grubu) asgari ücretin altında gelire sahip olmak genel olarak karşılanmamışı sağılık hizmeti gereksinimi riskini 1.53 (%95 GA: 1.07-2.18) kat, sağılık gvencesizliğı 3.03 (%95 GA: 2.19-4.18) kat artırmaktadır. Diğer sosyoekonomik değıışkenlerin riske bir etkisi bulunmamaktadır (Tablo 24). Yaşıllı yaşıllarda (80 yaşı ve üzeri grup) genel olarak ve alt gruplara göre karşılanmamışı sağılık hizmeti gereksinimi riskini artıran tek risk faktörü sağılık gvencesizliğı olmuştur [OR:2.23 (%95 GA:1.40-3.56)]. Diğer sosyoekonomik değıışkenlerin riske bir etkisi olmamıştır (Tablo 25).



Tablo 25. Genç yaşlılarda (65-79 yaş grubu) sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi)

Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı				
Değişkenler	Toplam	Kronik hastalık durumuna göre	Kötü sağlık algısına göre	Bağımlılık durumuna göre
	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)
Gelir durumu				
Asgari ücret üzerinde (2 katından fazla)	1.00	1.00	1.00	1.00
Asgari ücret üzerinde (en fazla 2 kat)	1.30 (0.90-1.87)	1.27 (0.82-1.96)	1.91 (0.40-8.99)	1.22 (0.24-6.13)
Asgari ücret altında	1.53 (1.07-2.18)	1.54 (1.06-2.25)	2.12 (0.64-7.06)	1.56 (0.38-6.37)
Çalışma durumu				
Emekli	1.00	1.00	1.00	1.00
Çalışıyor	1.32 (0.96-1.82)	1.41 (1.01-1.97)	1.53 (0.80-2.92)	2.36 (0.64-8.75)
Çalışmıyor	1.04 (0.78-1.39)	0.94 (0.69-1.28)	1.58 (0.94-2.65)	0.81 (0.31-2.06)
Sağlık güvencesi				
Var	1.00	1.00	1.00	1.00
Yok	3.03 (2.19-4.18)	2.63 (1.82-3.81)	3.55 (2.26-5.56)	2.42 (0.89-6.51)
Öğrenim durumu				
Lise ve üzeri	1.00	1.00	1.00	1.00
Okuryazar değil/okul bitirmedi	1.33 (0.86-2.05)	1.35 (0.86-2.12)	1.75 (0.56-5.48)	-
İlk/orta ve dengi okullar	1.08 (0.72-1.62)	1.09 (0.71-1.68)	1.52 (0.49-4.70)	-
Birlikte yaşama				
Akraba/bakıcı	1.00	1.00	1.00	1.00
Eşiyle	1.55 (0.83-2.89)	1.44 (0.73-2.83)	1.33 (0.55-3.20)	1.45 (0.24-8.53)
Aile (eş ve veya çocuklar)	1.45 (0.77-2.70)	1.45 (0.74-2.86)	1.08 (0.45-2.59)	0.98 (0.17-5.67)
Tek başına	1.35 (0.71-2.58)	1.24 (0.61-2.50)	1.15 (0.47-2.82)	1.18 (0.19-7.15)

*Cinsiyet, İBBS-1, yıl, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir.

Tablo 26. Yaşlı yaşlılarda (80 yaş ve üzeri grup) sosyo-ekonomik etmenlerin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkisi (Lojistik Regresyon Analizi)

Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı				
Değişkenler	Toplam	Kronik hastalık durumuna göre	Kötü sağlık algısına göre	Bağımlılık durumuna göre
	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)
Gelir durumu				
Asgari ücret üzerinde (2 katından fazla)	1.00	1.00	1.00	1.00
Asgari ücret üzerinde (en fazla 2 kat)	1.47 (0.56-3.84)	1.41 (0.50-3.95)	1.14 (0.36-3.55)	0.62 (0.10-2.08)
Asgari ücret altında	1.22 (0.46-3.26)	1.03 (0.32-3.29)	1.40 (0.47-4.14)	0.64 (0.20-2.01)
Çalışma durumu				
Emekli	1.00	1.00	1.00	1.00
Çalışıyor	0.70 (0.18-2.61)	0.59 (0.11-3.03)	0.75 (0.08-6.66)	-
Çalışmıyor	1.40 (0.87-2.25)	1.67 (0.94-2.95)	1.23 (0.62-2.42)	1.47 (0.47-4.60)
Sağlık güvencesi				
Var	1.00	1.00	1.00	1.00
Yok	2.23 (1.40-3.56)	2.29 (1.31-4.00)	2.51 (1.38-4.53)	2.79 (1.22-6.38)
Öğrenim durumu				
Lise ve üzeri	1.00	1.00	1.00	1.00
Okuryazar değil/ okul bitirmedi	1.44 (0.59-3.52)	1.19 (0.45-3.15)	1.21 (0.26-5.51)	1.44 (0.28-7.44)
İlk/ orta ve dengi okullar	1.33 (0.54-3.29)	1.14 (0.42-3.07)	0.74 (0.15-3.47)	2.05(0.37-11.20)
Birlikte yaşama				
Akraba/bakıcı	1.00	1.00	1.00	1.00
Eşiyle	1.90 (0.77-4.69)	1.59 (0.55-4.59)	1.46 (0.48-4.45)	1.51 (0.26-8.83)
Aile(eş ve veya çocuklar)	2.06 (0.88-4.85)	2.19 (0.81-5.91)	1.36 (.048-3.84)	1.29 (0.24-6.67)
Tek başına	2.10 (0.88-5.01)	1.92 (0.69-5.36)	1.42 (0.49-4.09)	1.55 (0.28-8.60)

*Cinsiyet, İBBS-1, yıl, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltilmiştir.

6. TARTIŞMA

Türkiye’de karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığını belirlemek, 2008 ile 2019 yılları arasında gereksinim sıklığındaki değişimi değerlendirmek ve sosyo-ekonomik değişkenlerin karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinim sıklığına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada karşılanmamış gereksinim sıklığı %7.4, erkeklerde %7.3, kadınlarda %7.5 bulunmuştur. Kronik hastalık varlığına, TGY-A’ne göre bağımlılığa ve kötü sağlık algısına göre belirlenen karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklıkları sırasıyla; %6.7, %10.4 ve %7.4 olarak bulunmuştur.

Yaş arttıkça, karşılanmamış gereksinim artmaktadır. Yıllara göre değerlendirildiğinde de zaman içinde karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi azalmaktadır. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin en sık olduğu İBBS-1 bölgesi Kuzeydoğu Anadolu Bölgesidir. Araştırmanın temel bağımsız değişkeni olan sosyo-ekonomik değişkenlerden gelir durumu incelendiğinde gelir düzeyi düşük olanlarda karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi daha yüksektir. Gelir durumu azaldıkça karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi anlamlı şekilde artmaktadır. Bir diğer sosyo-ekonomik değişken olan çalışma durumu incelendiğinde; çalışmak zorunda olan yaşlılarda karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi daha yüksektir. Sağlık güvencesizliği de karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimini artıran bir başka sosyo-ekonomik değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Öğrenim durumu arttıkça karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi artmaktadır. Diğer sosyo-ekonomik değişkenlerden olan medeni durum, sosyal destek ve hane halkı büyüklüğü ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Görmede kısıtlılığı bulunan yaşlılarda karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi daha yüksek bulunurken işitmede kısıtlılığın bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Kaza-yaralanma durumu olanlarda karşılanmamış gereksinim daha düşük bulunmuştur. Sosyo-ekonomik değişkenlerle karşılanmamış sağlık hizmetleri arasındaki ilişkinin incelendiği diğer değişkenlere göre düzeltilmiş lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre karşılanmamış gereksinim riskini asgari ücretin altında gelire sahip olmak 1.45 kat, yaşlının çalışıyor olması 1.37 kat, sağlık güvencesizliği 2.7 kat, yalnız eşiyle yaşamak 1.71 kat artırmaktadır.

6.1 Tanımlayıcı özellikler

Sosyodemografik özellikler açısından

Çalışmaya katılan yaşlıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında araştırma grubunun %55.7'si kadın, %44.3'ü erkektir. Yaş grubu dağılımına bakıldığında %35.3'ünü 65-69 yaş, %6.9'unu da 85 yaş ve üzeri grup oluşturmaktadır. Cinsiyet dağılımı ve yaş grubu dağılımının Türkiye verileriyle uyumlu olduğu söylenebilir (1,3).

Çalışmaya dahil olan yaşlıların yarısı okur yazar değildir ya da diplomasız okur yazardır. Yaklaşık olarak her on yaşlıdan yalnızca biri ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olmuştur. Öğrenim durumu üniversite ve üzeri olanların oranı yalnızca %4.5'tir. TÜİK'in 2020 verilerine göre yaşlı nüfusun ortaokul ve üzeri okullardan mezun olanların oranı % 23.3'tür. Yüksek öğretim mezunu olanların oranı ise %7.4'tür (3). Bu çalışmada öğrenim düzeyi TÜİK rakamlarından biraz daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmada 2008 ile 2019 yılları arasındaki verilerin kullanılması olabilir. Eski yıllara ait veriler öğrenim düzeyinin daha düşük bulunmasını açıklayabilir. Yıllar içinde eğitilmiş yaşlı nüfus oranının arttığı bilinmektedir. TÜİK verilerine göre yükseköğretim mezunu olanların oranı 2016 yılında %5.8 iken 2020 yılında %7.4'e yükselmiştir. Okuma yazma bilmeyenlerin oranı da azalmıştır (3). Ülkemizde yaşlılarda yapılan diğer çalışmalarda öğrenim durumuna ilişkin benzer dağılımlar izlenmektedir (49,66,67).

Araştırma grubundaki on yaşlıdan altısı evlidir. Bu Türkiye'deki medeni durum dağılımı ile uyumludur. TÜİK 2020 verileri ile benzer bulunmuştur; yaşlıların %62.7'si evlidir (3).

Araştırma grubunun beşte biri tek başına yaşamaktadır. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB) "Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu" verilerine göre bu oran biraz daha yüksektir; yaşlıların dörtte biri yalnız yaşamaktadır (29). TÜİK verilerine göre de tek başına yaşama oranı dört yaşlıdan biri olacak şekilde daha yüksektir. Bunun nedeni bu çalışmada 2008 ile 2019 yılları arasındaki verilerin değerlendirilmesine bağlı olabilir. Çünkü tek başına yaşama yıllar içinde atmaktadır. Eski yıllara ait verilerde yalnız yaşama daha düşük olduğundan toplam veride hafif de olsa bir azalmaya yol açmış olabilir.

Sosyoekonomik özellikler açısından

Araştırma grubunun yarısından fazlası asgari ücretin altında gelire sahipken yalnızca %13.5'i asgari ücretin iki katından fazla gelire sahiptir.

Her 10 yaşlıdan biri çalışmak zorunda kalmaktadır ve yalnızca üç yaşlıdan biri emeklidir. Bu çalışmaya benzer şekilde TÜİK istatistiklerle yaşlılar raporuna göre 65 yaş üstü bireylerde işgücüne katılım oranı %10.0 olarak bildirilmiştir (3). Altmış beş yaş üzeri yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Güzel'in 2016 yılında Burdur il merkezinde 65 yaş üzeri bireylerde yaptığı çalışmasında emeklilik oranı %50.3, çalışan yaşlıların oranı ise 11.9'dur (66). Çelebioğlu'nun 2010 yılında Ödemiş ilçe merkezinde 65 yaş üzeri bireylerde yaptığı çalışmasında ise yaşlıların %31.5'i emekli, %4.6'sı ise çalışmaktadır (49).

Çalışmamızda yaşlılarda sağlık güvencesizliği oranı %4.2'dir. Bu oran ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda %2.7 ile %10.0 arasında değişmektedir (49,66–68). Özel sağlık sigortası varlığı binde 5 ile çok düşük bulunmuştur.

Sosyal destek varlığı toplamda %93.1'dir. Şimşek'in 2020 yılında İzmir'de 80 yaş üzeri bireylerde yaptığı bir çalışmada benzer şekilde sosyal destek %94.9 bulunmuştur.

Sağlık davranışı ve sağlık durumu özellikleri açısından

Sedanter yaşam yaşlıların %61.5'inde izlenmektedir. Bu oran yıllar içerisinde artış göstermektedir. “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 ” verilerine göre 65 yaş üzeri bireylerde sedanter/hafif aktivite düzeyi %70.1'dir (69).

Araştırma grubunda alkol kullanım sıklığı %4.6'dır. Çalışmamızda TÜİK 2019 yılına ait 65 yaş üzeri bireylerde tütün kullanım sıklığı verilerine benzer şekilde her on yaşlıdan birinin tütün ürünü kullandığı bulunmuştur (70). Burdur'da yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada alkol kullanım sıklığı %5.7, sigara kullanım sıklığı 19.5'dir (66). Antalya'da 2016 yılında yapılan bir başka çalışmada da ayda bir kereden daha sık alkol kullanım sıklığı %4.1 bulunmuştur (71). İl düzeyindeki bu çalışmalarda tütün ve alkol kullanımı sıklığındaki küçük farkların olması çalışmanın yapıldığı yere ait özelliklere bağlı olabilir. Tüm ülkenin temsil edildiği çalışmamızdaki sıklıklar TÜİK raporu ile uyumludur.

Çalışmamızda yaşlıların %7.1'i en az bir kaza geçirmiştir. Kazalar içinde en sık gündelik ev kazaları %5.5 ile ilk sırada yer almıştır. Şimşek'in seksen yaş ve üzeri bireylerde 2019 yılında yaptığı çalışmada düşmeye bağlı yaralanma sıklığı %27.0 bulunmuştur. Burada

ev içi ve ev dışı düşmeler alınmıştır ve ileri yaşlılarda yapılmış olması karşılaştırma yapmayı güç kılarsa da yaşlılarda düşmeler ve kazaların düzeyi ile ilgili fikir vermesi açısından önemlidir.

Duyusal kısıtlılık ve yardımcı araç kullanımı açısından

Araştırma grubunun yaklaşık yarısında görmede kısıtlılık vardır. Yaşlıların gözlük/lens kullanım oranı %61.0 olarak bulunmuştur. İşitmede kısıtlılık da araştırma grubunun yarısına yakınında görülmektedir; buna karşın işitme cihazı kullanım oranı %6.2 ile oldukça düşüktür. Arı'nın 2016 yılında Antalya'da yaptığı çalışmada gözlük ve lens kullanma oranı %59.2 ve işitme cihazı kullanım oranı %1.3 olarak belirlenmiştir (71). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda duysal kısıtlılık sıklığında farklı sonuçlar dikkati çekmektedir. Görmede kısıtlılık sıklığı %10 ile %69 arasında değişmektedir (8,11,72–74). Bunun nedeni bazı çalışmalarda ciddi olmayan görme kusurlarının da kısıtlılık grubuna dahil edilmesi olabilir. Kesin bir kestirim noktasının olmaması ve bireylerin yapacağı öznel değerlendirmelere bağlı olması sonuçlardaki farklılıkların nedeni olabilir. İşitmede kısıtlılık için de benzer durum söz konusudur; %21 ile %45 arasında farklı sonuçlar görülmektedir (11,72–75). Bu farklı sonuçlar işitmede kısıtlılığın belirlenmesinde kullanılan yöntemlerin farklı olmasına bağlı olabilir.

6.2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi

Araştırma grubunun son 12 ayda sağlık hizmet kullanımı değerlendirildiğinde aile hekimi/pratisyen hekimden hizmet kullanım oranının toplamda %70.2, uzman hekimden hizmet alma toplamda %75.3, yaşlılarda evde sağlık hizmeti kullanımı %2.3'tür. Son 12 ayda herhangi bir sağlık hizmeti kullanım oranı ise %88.3'tür. Manisa'da 2019 yılında yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin son 12 ay içinde aile hekimi kullanım sıklığı %49.4, poliklinik (ayaktan, uzman) kullanım sıklığı %74.2'dir (76). Altı Avrupa ülkesini içine alan bir çalışmada toplamda pratisyen hekim kullanım oranı %73.1, uzman hekimden hizmet alma %36.4, evde sağlık hizmeti alma %31.5, hastaneden hizmet alma %24.3'tür (77). Çalışmamızda birinci basamaktan hizmet alma oranı altı Avrupa ülkesinde olduğu gibidir. Ancak uzman hekimden hizmet alma çalışmamızda yaklaşık iki kat daha fazladır. Bunun nedeni ülkemizde sağlık hizmet basamakları arasında sevk zincirinin olmaması olabilir. Evde sağlık hizmeti kullanım oranı da çalışmamızda çalışmaya dahil edilen Avrupa ülkelerinden çok daha düşüktür. Bunun nedeni daha çok ikinci basamak hastaneler tarafından sunulan, birinci basamağı kapsamayan, sadece tedavi hizmetlerini önceleyen evde sağlık hizmeti sunumuna bağlı olabilir. Manisa'da

yapılan çalışmaya göre uzman hekimden hizmet alma sıklığı benzerdir ancak birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı daha yüksektir.

Çalışmamızda sağlık hizmeti gereksinimi varlığı tüm bileşenlere göre toplamda %75.5'dir. Kronik hastalık varlığına göre gereksinim toplamda %69.0'dur. Kötü sağlık algısına göre gereksinim ise toplamda %33.2'dir. Bağımlılık durumuna göre sağlık hizmet gereksinimi toplamda %8.8'dir. Şimşek tarafından 2019 yılında İzmir, Balçova'da 80 yaş üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada sağlık hizmeti gereksinimi sıklığı %88.2 bulunmuştur. Kronik hastalığa varlığına göre %83.1, algılanan sağlığa göre %29.7, bağımlılığa göre %19.3 bulunmuştur (10). Gereksinim sıklığı çalışmamızda daha düşük bulunmuştur. Her iki çalışmanın da sağlık hizmeti gereksinimi belirleme yönteminin benzer olduğu göz önüne alındığında, gereksinim sıklığındaki bu fark çalışılan yaş gruplarındaki farktan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda 65 yaş üzeri yaşlılar değerlendirilirken adı geçen çalışmada 80 yaş üzeri bireyler yer almıştır.

Gereksinimi olanlar içinde değerlendirildiğinde karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin sıklığı %7.4'dür. Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi kronik hastalık varlığına göre %6.7, bağımlılığa göre %10.4, kötü sağlık algısına göre %7.4'dür. Gereksinimin tüm bileşenler dikkate alındığında %70'lerin üzerindeyken karşılanmamış gereksinimin oldukça düşük olması sağlık hizmet sunumu durumunun yanı sıra yaşlıların çok yüksek oranda sosyal desteklerinin olması ile açıklanabilir.

Şimşek'in çalışmasında karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığı tüm bileşenler için yaklaşık %30'larda bulunmuştur. Çalışmamızda karşılanmamış gereksinimin bu çalışmaya göre düşük çıkması yaş grubunun yanı sıra karşılanmamış gereksinimi ölçmedeki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda sağlık hizmet gereksiniminin karşılanmış sayılması için son 12 ay hizmet kullanımı kabul edilirken, Şimşek'in çalışmasında son 6 ay hizmet kullanımı kabul edilmiştir. Ayrıca, TÜİK verilerinin kullanıldığı çalışmamızda, son 12 içindeki hekim/kurumdan alınan her hizmet değerlendirmeye alınmıştır. Şimşek'in çalışmasında ise ilaç yazdırma dışındaki hizmetler değerlendirilmiştir. Çalışılan yaş grubundaki farklılığın karşılanmamış hizmet gereksinimindeki bu farkı açıklayabileceği düşünülse de çalışmamızda 80 yaş üzeri bireylerde de karşılanmamış gereksinim hesaplandığında; %10.6 bulunmuştur. Bu iki çalışmadaki karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığındaki farkın sadece çalışılan yaş gruplarındaki fark ile açıklanamayacağı söylenebilir.

Gereksinimi olmasına bakılmaksızın tüm araştırma grubunda karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığı ise %5.6 ile daha düşük bulunmuştur; sıklık kronik hastalık varlığına göre %4.6, bağımlılığa göre %0.9, kötü sağlık algısına göre %2.4'tür. Şimşek'in çalışmasında

bu sıklıklar yaklaşık dört beş kat daha yüksektir; bu yüksekliğin karşılanmamış gereksinim ölçüm kriterlerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi dünyada yapılan çeşitli çalışmalarda farklılıklar göstermektedir. İspanya'da 65 yaş ve üstü bireylerde yapılan bir çalışmada karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı kronik hastalığa göre %12.4, kötü sağlık algısına göre %9.9 ve bağımlılığa (T-GYA'nin en az birinden bağımlı) göre %25.0 bulunmuştur (9). İspanya'da yapılan bu çalışmada karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ölçüm yöntemleri çalışmamızla benzerdir. Ancak sıklıklar çalışmamıza göre daha yüksektir. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı yılın eski (1997) olmasına bağlı olabilir. Çünkü çalışmamızda yıllar ilerledikçe karşılanmamış gereksinimin azaldığını belirlemiştik; 2008 yılında 2019 yılından daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmayı doksanlı yılların sonunda yapmış olsaydık benzer sonuçları bulabilirdik.

Fransa'da 2014 yılında 70 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığı %23.0 bulunmuştur (8). Bu çalışmada da karşılanmamış gereksinim çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalık durumuna göre ölçülmüş ayrıca, duyuşsal kısıtlılığa göre de değerlendirilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak son 6 ay hizmet kullanımı kabul edildiği için karşılanmamış gereksinim sıklığı daha yüksek bulunmuş olabilir.

Altmış beş yaş üstü kişilerin algılanan karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimlerinin değerlendirildiği bazı çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda karşılanmamış gereksinim yaşlının sağlık hizmetine ihtiyacının olduğu halde sağlık hizmetini kullanıp kullanmadığı sorusuna dayanan yaşlının algıladığı karşılanmamış gereksinim şeklinde değerlendirilmektedir. Bu çalışmaların birinde Pappa Yunanistan'da karşılanmamış gereksinim sıklığını %26.3 bulmuştur (78). Bir diğerk çalışmada Kanada'da karşılanmamış gereksinim sıklığı %7.0 bulunmuştur (79). Güney Kore'de 2015 yılında yapılan bir başka çalışmada ise 65-74 yaş grubunda %15.6, 75 yaş üzeri grupta %18.6 bulunmuştur (80). Yine Güney Kore'de 2018 ve 2019 yıllarında yapılan iki farklı çalışmada karşılanmamış gereksinim sıklığı sırasıyla %17.4 ve %9.7 bulunmuştur (11,14). Vietnam'da 2020 yılında 65 yaş üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada ise sıklık %16'dır. Algılanan karşılanmamış gereksinimin hesaplandığı bu çalışmalarda genel olarak sıklıkların daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bunun nedeni gereksinimi yaşlının öznel olarak belirlemesi olabilir.

Bien'in altı Avrupa ülkesini içine alan 2013 yılındaki çalışmasında 65 yaş ve üzeri kişilerin üçte birinde bağımlılığa göre karşılanmamış sağlık gereksinimleri vardır. Sıklığın en yüksek olduğu ülke Yunanistan (%61,5) ve en düşük olduğu ülke İsveç (%3,6)'dir (77). Ancak bu çalışmada da algılanan karşılanmamış gereksinim kullanılmıştır. *“Yaşlıların sağlık hizmeti*

gereksinimi var mı?” ve ardından “bu gereksinimi karşılamak için daha fazla yardıma ihtiyaç duyuyor mu?” sorusuna verilen evet cevabı ile karşılanmamış gereksinim kabul edilmiştir.

Yirmi Avrupa ülkesinin verilerinin kullanıldığı 2017 yılında Fjaer tarafından yapılan çalışmada karşılanmamış gereksinim “Son 12 ay içinde belirtilen nedenlerden ötürü gereksinim duyduğunuz tıbbi bakım veya sağlık hizmetini alamadığınız oldu mu?” sorusuna verilen evet yanıtı ile belirlenmiş ve 65 yaş üzerinde sıklık %9.3 bulunmuştur (81).

Ramos’un 2019 yılında yaptığı yirmi Avrupa Birliği (AB) ülkesini içine alan çalışmasında 65 yaş üzeri bireylerde karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığı AB ortalaması %8.7’dir. En yüksek İsrail’de %29, en düşük İsveç’de % 3’tür (22).

Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığındaki büyük farklılıklar, sıklığı belirlemek için farklı yöntemlerin kullanılması ve uygulanmasından kaynaklanmış olabilir. Çeşitli sağlık ve sosyal bakım politikaları ve yaklaşımları nedeniyle ülkeler arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Farklı yaş gruplarının çalışılmış olması da prevalans farklılıklarına katkıda bulunmuş olabilir.

Bu çalışmada yıllar içinde karşılanmamış sağlık hizmeti gereksiniminin azaldığı belirlenmiştir. Yaşlı nüfus oranının hem ülkemizde hem de dünyada arttığı bilinmektedir. Bu artış sağlık hizmet gereksiniminde bir artışa yol açmıştır. Ancak bu artışa paralel olarak sağlık hizmeti kullanımı da artmıştır ve hatta daha da fazla artmıştır. Bu da karşılanmayan gereksinimin azalmasına neden olmuştur. Ülkemizde belirli bir nüfusa düşen sağlık personeli sayısının artış gösterdiği bilinmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşu sayısında ve toplam hekim sayısında da artış vardır. Sağlık kuruluşlarına kişi başı müracaat sayıları da yıllar içinde artmaktadır (82). Bunlar yaşlıların sağlık hizmetine daha kolay erişmesini sağlamış olabilir. Evde sağlık hizmetleri ülkemizde ilk olarak 2005 yılında uygulamaya girmiştir ve özel sağlık kuruluşları aracılığı ile verilmeye başlamıştır (83). Evde sağlık hizmetlerinin özellikle 2010 yılından sonra tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmeye başlamasıyla beraber hizmet sunumunun yaygınlaşması da karşılanmayan gereksinimin azalmasında rol oynamış olabilir. Ayrıca kişi başı sağlık harcamaları da yıllar içinde artış göstermektedir. Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi için ayrılan tutar oranında az da olsa bir artış vardır (84). Sosyal güvenceyi içermese de genel sağlık sigortası ile toplumun büyük bölümü sağlık güvencesi kapsamındadır. Kapsam dışı kalanların oranı yıllar içinde azalmıştır (24). Bu da yıllar içinde karşılanmayan gereksinimin azalmasını açıklayabilir zira çalışmamızda sağlık güvencesizliği karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi için en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir.

6.3 Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimini etkileyen etmenler

Bu çalışmada cinsiyete göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminde bir fark yoktur; yaş ile anlamı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça karşılanmamış gereksinim artmaktadır. Bu durum literatür tarafından desteklenmektedir. Yaş arttıkça karşılanmayan sağlık gereksinimlerinde genel bir artış olduğu bilinmektedir (8,85). Daha ileri yaş grubu, sağlık hizmeti ararken ve kullanırken bir refakatçiye daha çok gereksinim duymaktadır. Evli çiftler, ileri yaşta olsalar bile, sağlık hizmeti ararken birbirlerine yardım edebilirler. Yaş ilerledikçe eşlerden birinin kaybına bağlı yalnız yaşama ileri yaş grubundaki artmış karşılanmamış gereksinimin nedeni olabilir.

Araştırmanın temel bağımsız değişkeni olan sosyo-ekonomik değişkenler değerlendirildiğinde gelir durumu ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Gelir durumu azaldıkça karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi anlamlı şekilde artmaktadır; asgari ücretin altında gelire sahip olanlarda karşılanmamış gereksinim daha sık bulunmuştur. Şimşek'in çalışmasında 80 yaş ve üzeri bireylerde, düşük gelir düzeyi karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir (10). Düşük gelir düzeyi diğer birçok çalışmada da, karşılanmayan sağlık gereksiniminin temel belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır (8,16,18,21,86). Ancak gelir düzeyinin anlamlı bir risk faktörü olmadığı nadir çalışmalar da vardır (13). Türkiye'de yaşlıların çoğu sağlık güvencesi olduğunu belirtse de, gelir düzeyi ile karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki olması, sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen başka engellerin varlığına işaret etmektedir. Bu engellerden biri düşük gelirli yaşlıların sağlık güvencelerinin tüm ihtiyaçlarını karşılamaya yetmemesi olabilir. Bir diğeri ise yoksul bireylerin sağlık hizmetlerine erişim için ulaşım masraflarını veya cepten ödenen diğer tıbbi ücretleri karşılayamaması olabilir ve bu nedenle tıbbi hizmetlere erişimleri kısıtlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü 2015 Yaşlı Sağlığı raporunda düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük engelin, sağlık hizmeti için yapılan cepten ödemeler ve ulaşım ile ilgili maliyetler olduğu ifade edilmiştir (27). Çalışmamızda sağlık güvencesizliği birçok diğer çalışmada olduğu gibi karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimini artırmaktadır (8,10,11,18).

Çalışma durumuna bakıldığında karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı çalışan yaşlılarda %9.1, çalışmayan yaşlılarda %8.2 iken emeklilerde %5.5'dir; çalışmak zorunda olan yaşlılarda karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi daha yüksektir. Çalışmamıza benzer şekilde yaşlının çalışmamasının koruyucu olduğunu, yaşlının çalışmasının risk faktörü olduğunu bildiren yayınlar vardır (13). Güney Kore'de 2018 yılında Kim tarafından yapılan

çalışmada ekonomik statü olarak çalışma durumu değerlendirildiğinde çalışmamızdan farklı olarak işsiz yaşlılarda çalışan yaşlılara göre karşılanmamış gereksinim daha yüksek bulunmuştur (11). Bu durum yaşlının çalışmasının gelir düzeyindeki bir iyileşme olarak değerlendirilerek karşılanmamış gereksinimin aslında gelir düzeyi ile daha ön planda ilgili olduğu gerçeğini hatırlatmaktadır.

Çalışmamızda medeni durum ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak daha önce yapılan bazı çalışmalarda evli olmanın ya da bir partnerle birlikte yaşamanın karşılanmayan sağlık gereksinimlerine karşı koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir (8,10,80).

Okuryazar olmayan ya da diplomasız olan grupta karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi lise ve üzeri eğitim alan gruptan yaklaşık iki kat yüksektir. Öğrenim durumu arttıkça karşılanmamış hizmet gereksinimi anlamlı şekilde azalmaktadır. Bunun nedeni öğrenim düzeyi düşük olan grubun gelir düzeyinin de düşük olması olabilir. Nitekim gelir düzeyinin düşük olması çalışmamızda en önemli risk faktörü olarak bulunmuştur. Ayrıca düşük gelir düzeyi sağlık güvencesizliğini ve erişimin önündeki engellerden biri olan cepten ödemeler ve ulaşım maliyetlerinin de karşılanamamasını beraberinde getirebilir. Ayrıca düşük öğrenim düzeyi sağlık arama davranışında yetersizliklere, hizmete ulaşmada kısıtlılıklara neden olarak riski artırıyor olabilir. Bu çalışmaya benzer şekilde düşük öğrenim düzeyinin karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi için bir risk faktörü olarak bulunduğu çalışmalar vardır (14,87). Tüm yaş gruplarının incelendiği çalışmalarda da düşük öğrenim düzeyi risk faktörü olarak bulunmuştur (18,23) Ancak öğrenim düzeyi ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da dikkati çekmektedir (11,73).

Birlikte yaşama ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı fark bulunmuştur; akraba/bakıcı ile yaşayan grupta karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi daha düşüktür. Bunun nedeni akraba veya bakıcıyla birlikte yaşayan grupta bakımı üstlenen kişilerin daha fazla sorumluluk hissetmesi ve bu sorumluluğu paylaşmak için daha sık olarak sağlık profesyonellerinden hizmet talep ediyor olması olabilir. Choi 2019 yılında Kore’de yaptığı bir çalışmada farklı kuşaklarla birlikte yaşamanın yalnız yaşamaya göre daha riskli olduğunu, eş ile birlikte yaşamanın da koruyucu olduğunu belirlemiştir (14). Yaşlı kadınlarda yapılan bir çalışmada yalnız yaşamının eş, aile, akraba ile yaşamaya göre karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi riskini arttırdığı bulunmuştur (87). Yaşlının kiminle yaşadığı ile karşılanmamış gereksinim arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalar da vardır (8,11,73).

Bu çalışmada olduğu gibi medeni durum ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı çalışmalar vardır (8,10,11). Bununla birlikte evli

olmanın karşılanmamış sağlık hizmeti gereksiniminden koruyucu bir faktör olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (73,88,89).

Sosyal desteğin olmaması karşılanmayan sosyal bakımın temel risk faktörü olduğu bilinse de çalışmamızda karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi için bir risk oluşturmadığı belirlenmiştir (55,88). Şimşek'in çalışmasında da sosyal desteğin olmaması karşılanmamış bakım hizmetleri için risk faktörü olsa da karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi için bir risk oluşturmamaktadır (10).

Duyusal kısıtlılıklar değerlendirildiğinde çalışmamızda görmede kısıtlılık ile karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki vardır; işitmede kısıtlılık ile bir ilişki bulunmamaktadır. Duyusal kısıtlılıkları değerlendiren az sayıda çalışma bulunmuştur. Malezya'da 2021 yılında 60 yaş üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada işitme bozukluklarının karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığını artırdığı, görme bozukluklarının ise anlamlı bir ilişkisinin olmadığı rapor edilmiştir (73).

Çok değişkenli analizde ikili analizlerde anlamlı ilişki belirlenen yaş grubu, cinsiyet, İBBS-1, yıl, görmede kısıtlılık ve kaza yaralanma durumuna göre düzeltildiğinde asgari ücretin altında gelire sahip olmak karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığını 1.45 kat arttırmaktadır (%95 GA: 1.01-2.09). Güney Kore'de 2018 yılında yapılan çalışmada engellilik, depresif semptomlar, duyuşsal kısıtlılık, hafıza bozuklukları ve karar verme bozukluğunu içeren bir yaşlanma faktörü değişkenine ve diğer tüm değişkenlere göre düzeltildiğinde düşük gelir düzeyi karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi riskini 2.00 (%95 GA: 1.59-2.50) kat artırmaktadır (11). Yine Güney Kore'de 2019 yılında yapılan başka bir çalışmada tüm değişkenlere göre düzeltildikten sonra gelir düzeyinin en yüksek dördüncü diliminde yer almak karşılanmamış gereksinim riskini %32.0, üçüncü dilimde yer almak ise %29.0, ikinci dilimde yer almak ise %24.0 oranında azaltmaktadır (14). İrlanda'da 2017 yılında yapılan bir çalışmada gelir düzeyi çeyrekliklere bölüldüğünde en düşük çeyreklikte yer almak riski 2.47 kat (%95 GA: 1.47-4.13) artırmaktadır (18). Bu sonuçlarla düşük gelir düzeyinin karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi riskini artırdığı söylenebilir.

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre sağlık güvencesizliği karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimini 2.70 kat (%95 GA: 2.07-3.51) artırmaktadır. Çalışmamıza benzer şekilde tüm değişkenlere göre düzeltildikten sonra riskin 3.82 (%95 GA: 2.49-5.88) kat olarak ortaya konduğu çalışmalar da vardır (18).

Ayrıca yaşlının çalışıyor olması 1.37 kat (%95 GA: 1.01-1.85), eş ile yaşamak 1.71 kat (%95 GA: 1.02-2.84) artırmaktadır.

Cinsiyete göre tabakalı yapılan analizlerde erkeklerde tüm grupla benzer risk faktörleri belirlenmiştir; tüm gruptan farklı olarak birlikte yaşama durumunun etkisi ortadan kalkmıştır. Erkeklerde düşük gelir düzeyi ve yaşının çalışmasının karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi riskini tüm gruba göre daha fazla arttırdığı görülmektedir. Kadınlarda ise tek risk faktörü sağlık güvencesizliğidir; tüm gruba göre risk daha yüksek bulunmuştur. Böylece hem kadınlarda hem erkeklerde hem de tüm grupta en önemli risk faktörünün sağlık güvencesizliği olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyinin kadınlarda risk faktörü olmamasının nedeni ise sağlık arama davranışında gelir düzeyini erkekler kadar dikkate almamaları olabilir. Ayrıca evin gelir durumundan birinci derecede erkeğin sorumlu olduğu algısı da buna neden olmuş olabilir. Çalışma durumunun kadınlarda risk faktörü olmamasının nedeni kadınların daha çok evde ücretsiz çalışma yaşamında olması ile açıklanabilir. Nitekim kadınların büyük bölümü ev işleri ile uğraşan ya da kendi hesabına çalışan tarım işçisi olduğu bilinmektedir. Kadınlar ve erkeklerde benzer karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi oranları olmasına rağmen kadınlarda buna neden olan tek değişken sağlık güvencesizliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda kadınlarda riski açıklayacak başka faktörlerin olabileceği düşünülebilir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği bu faktörlerden biri olabilir. Nitekim toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmet sunumunu etkileyen belirleyicilerden biridir (90). Hem ekonomik kaynaklara erişimdeki eşitsizlikler hem de kadınların fiziksel hareketliliğini kısıtlayan sosyal ve kültürel koşullar nedeniyle kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde kısıtlamalar olabilir (91).

Yaş gruplarına göre tabakalı yapılan analizlerde tüm yaş gruplarındaki analizlere benzer şekilde genç yaşlılarda (65-79 yaş grubu) düşük gelir düzeyi ve sağlık güvencesizliği anlamlı risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada düşük öğrenim düzeyinin, yaşının çalışmasının ve eşi ile birlikte yaşamasının risk faktörü olarak etkisini kaybettiği görülmektedir. Yaşın etkisinin tamamen ortadan kalktığı bu tabakalı analiz göstermiştir ki öğrenim düzeyi, çalışma durumu ve birlikte yaşama değişkenlerine ait etkilerin bir bölümü yaşa atfedilebilmektedir. Yaşlı yaşlılarda (80 yaş ve üzeri grup) genel olarak ve alt gruplara göre karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi riskini artıran tek risk faktörü sağlık güvencesizliği olarak belirlenmiştir. Diğer sosyoekonomik değişkenlerin riske bir etkisi bulunmamıştır. Yaşlı yaşlılarda bakım daha çok yakınlar ya da bakıcılar tarafından üstlenilmiş olabilir. Bu durumda yaşının sağlık hizmeti arama ve alma kararı doğrudan kendisinde olmayacağı için yaşının gelir düzeyi ya da öğrenim düzeyinin etkisinin olmayacağı tahmin edilebilir. Bakım verenler için hastaların sağlık hizmetine ulaşmasındaki en önemli etken sağlık güvencesi durumu olabilir.

Çünkü sağlık güvencesizliği bakım veren için tüm ödemenin cepten yapılması anlamına gelecektir.

6.4 Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Araştırmanın tüm ülkeyi temsil eden verilerin kullanılarak yapılması, yüksek ulaşma oranları ve yüksek örnek sayısı çalışmanın güçlü yanı olarak sayılabilir. Örnek sayısının büyük olması karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin etkileyen etmenlerin tahmin edilmesinde kullanılan analizleri daha güçlü kılarak çok sayıda değişkenin değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin ölçümü daha nesnel değerlendirmeye dayanan kronik hastalık varlığı ve daha öznel bir sağlık ihtiyaç belirleyicisi olan kötü sağlık algısının bir arada kullanılması ve buna T-GYA'ne göre bağımlılığın da eklenmesiyle doğruya en yakın gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Birçok çalışma bunun aksine sadece gereksinim halinde sağlık hizmeti alınıp alınmadığı beyanına dayanan karşılanmamış sağlık hizmeti algısına yönelik yapılmıştır. Türkiye'de bu konuda yapılmış birçok yılı içine alan, ülkenin tamamının temsil edildiği ilk çalışma olması da bir diğer güçlü yan olarak sayılabilir.

Araştırmanın kesitsel tipte olması sosyo-ekonomik değişkenlerle karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi arasında yeterince güçlü bir nedensel ilişki sunamamış olabilir. Sağlık hizmet kullanımının son 12 ay için sorgulanması karşılanmamış gereksinimi olduğundan daha düşük bulmamıza neden olmuş olabilir. Bu durum hazır veri seti kullanımından kaynaklanan bir sorun olarak değerlendirilmiştir. Literatür incelemesinde karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin incelendiği bu tip çalışmalarda sağlık hizmet kullanımını son 6 ay, ya da son 12 ay şeklinde sorgulayan çalışmaların yer aldığı tespit edilmiştir. Karşılaştırılabilir sonuçlara ulaşabilmesi bu kısıtlılığın daha az dikkate alınmasına yol açmıştır.

Kurumsal olarak nitelendirilen nüfus (asker, yurtlarda, hapisanede, hastanede sürekli olarak kalan, huzurevleri vb.) ve yeterli örnek hane sayısına ulaşamayacağı düşünülen (küçük köyler, oba, mezra vb.) küçük yerleşim yerleri kapsam dışı bırakılması çalışmanın bir başka kısıtlılığı olarak sayılabilir. Kapsam dışı bırakılan bu nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda daha dezavantajlı bir grup olacağı düşünüldüğünde karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimini olduğundan daha düşük bulmuş olabiliriz.

Çalışmanın bir başka kısıtlılığı da bazı çalışma yıllarında gelir durumu bilgilerinde eksik verilerin yer almasıdır. Bu durumda çalışmanın gücünü düşürmemek analizlerin tahmin gücünü azaltmamak ve veri kaybı yaşamamak için çoklu atama yöntemiyle eksik gelir durumu verileri tamamlanmış; bu şekilde kısıtlılık giderilmeye çalışılmıştır. Tamamlanmış

veri seti sadece lojistik regresyon analizi için kullanılmıştır. Gelir bilgileri eksik olan grupla eksik olmayan grup sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılmış ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.



7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi prevalansı tüm bileşenlere göre %7.4 bulunmuştur. Çalışma yıllarına göre değerlendirildiğinde 2008'den 2019'a doğru gidildikçe sağlık hizmeti gereksinimi artsa da karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi riskinin azaldığı görülmektedir. En önemli risk faktörleri ise gelir düzeyinin düşük olması ve sağlık güvencesinin olmaması olarak belirlenmiştir. Ayrıca yaşının çalışması da bir diğer risk faktörü olarak bulunmuştur. Karşılanmamış sağlık hizmeti gereksiniminin özellikle yaşlılarda morbidite ve mortalitede artışa neden olduğu bilinmektedir. Karşılanmayan sağlık gereksinimlerini azaltılması için yaşının gelir düzeyinin artırılması teorik olarak önerilebilir. Gelir dağılımının daha adaletli olmasının tüm sağlık göstergelerinde iyileşme sağlayacağı tahmin edilse de özellikle yaşlılardaki başkaca risk faktörlerinin de potansiyelize edici etkisiyle karşılanmamış sağlık gereksinimine bağlı kötü sağlık koşullarında iyileşmeye daha fazla katkı sağlayacağı yadsınamaz bir gerçek olarak karşımızda durmaktadır. Gelir durumuyla çok yakından ilgili bir başka risk faktörü de yaşının sosyal güvencesiz dolayısıyla da emeklilik hakkının olmamasına bağlı çalışmak zorunda olmasıdır. Sosyal güvencenin olduğu, gelir düzeyinin asgari ücretin altında olmadığı bir emeklilik dönemi karşılanmamış gereksinimleri azaltarak hizmet alamamaya veya eksik, uygunsuz hizmete bağlı ortaya çıkacak sağlık risklerini azaltacaktır. Sağlık güvencesizliği her yaş grubunda, etkisi hiç değişmeyen, en önemli bir risk faktörüdür. Güvencesi olmayan yaşlı oranı düşük olsa da tüm yaşlıların sağlık güvencesi kapsamına alınması sağlanmalıdır. Yaş arttıkça karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi artmaktadır. Yaşlı yaşlıların sağlık hizmet gereksiniminin karşılanmasında daha yüksek bir riske sahip oldukları göz önünde bulundurulduğunda özellikle bakım ve yerinde hizmet planlamaları için bu gruba öncelik sağlanması daha uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021 [İnternet]. TÜİK Kurumsal. [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>
2. Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080 [İnternet]. TÜİK Kurumsal. [a.yer 04 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567>
3. İstatistiklerle Yaşlılar, 2021 [İnternet]. TÜİK Kurumsal. [a.yer 27 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2021-45636>
4. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? Soc Sci Med. 01 Şubat 2010;70(3):465-72.
5. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. J Health Econ. 01 Aralık 1993;12(4):431-57.
6. Stevens A, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. BMJ. 09 Mayıs 1998;316(7142):1448-52.
7. Carr W, Wolfe S. Unmet needs as sociomedical indicators. Int J Health Serv Plan Adm Eval. 1976;6(3):417-30.
8. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. Eur J Public Health. 01 Ekim 2014;24(5):808-13.
9. Alonso J, Orfila F, Ruigómez A, Ferrer M, Antó JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. Am J Public Health. Mart 1997;87(3):365-70.
10. Simsek H, Erkoyun E, Akoz A, Ergor A, Ucku R. Unmet health and social care needs and associated factors among older people aged ≥ 80 years in Izmir, Turkey. East Mediterr Health J. 26 Ağustos 2021;27(8):772-81.
11. Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim KJ, Lee K, Choi J, vd. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. BMC Geriatr. Aralık 2018;18(1):98.
12. Kim JY, Kim DI, Park HY, Pak Y, Tran PNH, Thai TT, vd. Unmet Healthcare Needs and Associated Factors in Rural and Suburban Vietnam: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. Eylül 2020;17(17):6320.
13. Ahn YH, Kim NH, Kim CB, Ham OK. Factors affecting unmet healthcare needs of older people in Korea. Int Nurs Rev. Aralık 2013;60(4):510-9.
14. Choi Y, Nam K, Kim CY. Association Between Convenience of Transportation and Unmet Healthcare Needs of Rural Elderly in Korea. J Prev Med Public Health Yebang Uihakhoe Chi. Kasım 2019;52(6):355-65.
15. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974;9(3):208-20.

16. Celik Y, Hotchkiss DR. The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Soc Sci Med*. 01 Haziran 2000;50(12):1797-806.
17. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q*. Aralık 2005;83(4):10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
18. Connolly S, Wren MA. Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. *Health Policy*. 01 Nisan 2017;121(4):434-41.
19. Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. *Behav Model Fam Use Health Serv* [Internet]. 1968 [a.yer 24 Mayıs 2022];(25). Erişim adresi: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19702701913>
20. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. Mart 1995;36(1):1-10.
21. Başar D, Dikmen FH, Öztürk S. The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey. *Health Policy*. 01 Haziran 2021;125(6):786-92.
22. Ramos LM, Quintal C, Lourenço Ó, Antunes M. Unmet needs across Europe: Disclosing knowledge beyond the ordinary measure. *Health Policy*. 01 Aralık 2019;123(12):1155-62.
23. Popovic N, Terzic-Supic Z, Simic S, Mladenovic B. Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. *PLoS ONE*. 08 Kasım 2017;12(11):e0187866.
24. Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni Sigortalı İstatistikleri Haziran, 2021 [İnternet]. Sosyal Güvenlik Kurumu. [a.yer 03 Ağustos 2021]. Erişim adresi: http://eski.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri
25. Fleg JL, Morrell CH, Bos AG, Brant LJ, Talbot LA, Wright JG, vd. Accelerated Longitudinal Decline of Aerobic Capacity in Healthy Older Adults. *Circulation*. 02 Ağustos 2005;112(5):674-82.
26. Salthouse TA. Selective review of cognitive aging. *J Int Neuropsychol Soc JINS*. Eylül 2010;16(5):754-60.
27. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. World Health Organization; 2015 [a.yer 01 Haziran 2022]. 246 s. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
28. Ageing and health [Internet]. World Health Organization. [a.yer 27 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
29. Karan MA, Satman İ, editörler. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar Ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler [Internet]. İstanbul: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü; 2021 [a.yer 01 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/yayinlar/raporlar>
30. Tekin ÇS, Kara F. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE YAŞLILIK. *Uluslar Bilimsel Araştırmalar Derg IBAD*. 31 Ağustos 2018;3(1):219-29.
31. WHO Scientific Group on Psychogeriatrics, Organization WH. Psychogeriatrics : report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 19 to 23 October 1970] [Internet]. World Health

- Organization; 1972 [a.yer 27 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40993>
32. WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging, Organization WH. The uses of epidemiology in the study of the elderly : report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging [meeting held in Geneva from 11 to 17 January 1983] [Internet]. World Health Organization; 1984 [a.yer 27 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39136>
 33. Multani NK, Verma SK. Principles of Geriatric Physiotherapy [Internet]. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher; 2007 [a.yer 27 Mayıs 2022]. 3 s. Erişim adresi: <https://www.jaypeedigital.com/eReader/chapter/9788184481051/ch1>
 34. Ünal E, Özdemir A. Old Age and Aging. İçinde 2019. s. 414-24.
 35. Number of persons aged over 60 years or over (thousands) [Internet]. WHO, Data Platform. [a.yer 26 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/mca>
 36. Percentage of total population aged 60 years or over [Internet]. WHO, Data Platform. [a.yer 26 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/mca>
 37. Percentage of total population aged 80 years or over [Internet]. WHO, Data Platform. [a.yer 26 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/mca>
 38. 10 facts on ageing and health [Internet]. World Health Organization. [a.yer 26 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>
 39. Mortality rate in older people - top 20 causes ,2019 [Internet]. WHO, Data Platform. [a.yer 29 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/mca>
 40. Years of healthy life lost due to disability (YLD),2019 [Internet]. WHO, Data Platform. [a.yer 29 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/mca>
 41. Şahin S. Geriatrik Sendromlar. Klin Gelişim İstanbul Tabip Odası. 2012;25(3):13-7.
 42. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared Risk Factors for Falls, Incontinence, and Functional Dependence: Unifying the Approach to Geriatric Syndromes. JAMA. 03 Mayıs 1995;273(17):1348-53.
 43. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. Med Clin North Am. 01 Mart 2015;99(2):263-79.
 44. Society TECWG of the AG. Core Competencies for the Care of Older Patients: Recommendations of the American Geriatrics Society. Acad Med. Mart 2000;75(3):252-5.
 45. Önder ÖR. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve sınıflandırılması(2) (Halk Sağlığı Dersi) [Internet]. Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri. [a.yer 31 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=1001>

46. Atasever M, Bağcı H. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ. Akademisyen Kitabevi A.Ş.; 2020. 350 s.
47. Uçku R, Şimşek H. Halk Sağlığı Uygulamaları ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli? İçinde: Ertem M, Aslan D, editörler. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler [İnternet]. 1. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2012 [a.yer 02 Haziran 2022]. s. 9-11. Erişim adresi: <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/Detay/yasli-sagligi-sorunlar-ve-cozumler/2370919e-e018-4a8e-ab8f-469234e83ed9>
48. Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı: Temel Bilgiler 1. 3. bs. C. 3. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. 996 s.
49. Çelebioğlu A. Ödemiş İlçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin “Andersen’in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli” Çerçevesinde Değerlendirilmesi [İnternet] [Doktora Tezi]. [İzmir]: Ege Üniversitesi; 2010 [a.yer 31 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
50. Softa H, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Sistemleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Yaşlı Sorunları Araşt Derg. 24 Haziran 2016;9(1):1-12.
51. Adult Immunization Schedule by Vaccine and Age Group | CDC [İnternet]. 2022 [a.yer 01 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>
52. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. Yaşlılık Döneminde Koruyucu Sağlık Bakımı. Turk J Fam Med Prim Care. 15 Mart 2016;10(1):0-0.
53. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing. 01 Eylül 2006;35(suppl_2):ii37-41.
54. Naharci MI, Doruk H. Approach to Fall in Elderly Population [İnternet]. Directory of Open Access Journals; 2009 [a.yer 14 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.ingentaconnect.com/content/doi/1303734x/2009/00000008/00000005/art00008>
55. Simsek H, Erkoyun E, Aköz A, Ergor A, Uçku R. Falls, fear of falling and related factors in community-dwelling individuals aged 80 and over in Turkey. Australas J Ageing. 2020;39(1):e16-23.
56. Tekin N. Yaşlılıkta Palyatif Bakım Uygulamaları. Türkiye Klin Aile Hekim - Özel Konular. 2019;10(3):130-6.
57. Rehabilitation [İnternet]. World Health Organization. [a.yer 14 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/rehabilitation>
58. Hasta ve Yaşlı Hizmetleri; Rehabilitasyon Hizmetleri [İnternet]. M.E.B Yayınları. 2016 [a.yer 14 Haziran 2022]. Erişim adresi: http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Rehabilitasyon%20Hizmetleri.pdf
59. Andersen RM, Davidson P. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. İçinde: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, editörler. Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management. 3.Edition. San Francisco: John Wiley & Sons; 2007. (Part One: Access to Health Care).

60. El I, Y B. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav [Internet]. Mart 1997 [a.yer 15 Haziran 2022];38(1). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9097506/>
61. T. C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İnternet Hizmetleri Şubesi, Başkanlığı BİD. Asgari Ücret [İnternet]. [a.yer 27 Haziran 2021]. Erişim adresi: <http://www.csqb.gov.tr/asgari-ucet/>
62. Köse İ, Öztemur B. Kayıp Veri Ele Alma Yöntemlerinin T-Testi ve ANOVA Parametreleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 30 Haziran 2014;14.
63. Koçak D, Bökeoğlu Çokluk Ö. Analyzing the Impacts of Alternated Number of Iterations in Multiple Imputation Method on Explanatory Factor Analysis. Eğitim Bilim Araştırmaları Derg. 21 Ekim 2017;7(2):95-111.
64. Baygöl A. Kayıp veri analizinde sıklıkla kullanılan etkin yöntemlerin değerlendirilmesi [İnternet] [Yüksek Lisans Tezi]. [Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa]: İstanbul Üniversitesi; 2007 [a.yer 27 Temmuz 2021]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
65. Ser G, Bati CT. Eksik Veri Analizinde Çoklu Atama Yönteminin Değerlendirilmesi: Hayvancılıkta Tekrarlı Ölçüm Verisi Üzerine Bir Uygulama. Turk J Agric - Food Sci Technol. 20 Kasım 2015;3:926-32.
66. Güzel A. Burdur il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin aynı nedenle birden fazla kez sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı, depresyon sıklığı, yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler [İnternet] [Doktora Tezi]. [Konya]: Selçuk Üniversitesi; 2016 [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
67. Özpinar S. Manisa Kent Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu. Sağlık Ve Toplum. 2020;30(1):43-51.
68. Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgöl Gündoğdu N, Güler G, Sağlığı T, vd. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri Health care needs of elderly İletişim adresi. Cumhuriyet Med J. 01 Ocak 2009;31:367-73.
69. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 [İnternet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2019 [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: https://hsbm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf
70. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020 [İnternet]. TÜİK Kurumsal. [a.yer 04 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227>
71. Ari A. 65 yaş ve üstü bireylerin karşılanmamış sağlık sorunları ve konsültasyon nedenlerinin değerlendirilmesi [İnternet] [Uzmanlık Tezi]. [Antalya]: Akdeniz Üniversitesi; 2016 [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/28313>
72. Tufan İ, Seeberger B, Öztürk S, Ayan S, Özgür Ö. Antalya Yaşlılık Araştırması (AYAR©) Yaşlıların Sağlık Durumu. Geriatr Bilim Derg. 29 Ekim 2018;1(2):49-60.
73. Shah SA, Safian N, Ahmad S, Nurumal SR, Mohammad Z, Mansor J, vd. Unmet Healthcare Needs Among Elderly Malaysians. J Multidiscip Healthc. 15 Ekim 2021;14:2931-40.

74. Çelik Seyitoğlu D. Malatya İli Battalgazi ilçesinde, 65 yaş ve üzeri yaşlılarda istismar, depresyon, başarılı yaşlanma durumlarının saptanması ve etkileyen faktörler [İnternet] [Uzmanlık Tezi]. [Malatya]: İnönü Üniversitesi; 2020 [a.yer 19 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/132682>
75. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları Ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. The Evaluation of the Daily Life Activities, Health and Social Status of the Elderly Living in the Nursing Home [İnternet]. 2005 [a.yer 19 Haziran 2022]; Erişim adresi: <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/handle/11616/1487>
76. Fettahoğlu R, Erdem R. Bireylerin Yaşlılık Algısının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sos Bilim Derg. 28 Aralık 2020;18(4):12-32.
77. Bień B, McKee KJ, Döhner H, Triantafillou J, Lamura G, Doroszkiewicz H, vd. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. Eur J Public Health. 01 Aralık 2013;23(6):1032-8.
78. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. Int J Environ Res Public Health. 17 Mayıs 2013;10(5):2017-27.
79. Awe OA, Okpalauwaekwe U, Lawal AK, Ilesanmi MM, Feng C, Farag M. Association between patient attachment to a regular doctor and self-perceived unmet health care needs in Canada: A population-based analysis of the 2013 to 2014 Canadian community health surveys. Int J Health Plann Manage. Ocak 2019;34(1):309-23.
80. Hwang BD, Choi R. The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Needs by Age Group in the Elderly. Korean J Health Serv Manag. 2015;9(1):81-93.
81. Fjær EL, Stornes P, Borisova LV, McNamara CL, Eikemo TA. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. Eur J Public Health. 01 Şubat 2017;27(suppl_1):82-9.
82. Bakanligi TCS. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanligi. [a.yer 20 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020-yayinlanmistir.html>
83. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASINDA TÜRKİYE. Sos Araştırmalar Ve Önetim Derg. 03 Aralık 2018;(1):45-56.
84. Sağlık Harcamaları İstatistikleri,2020 [İnternet]. TÜİK Kurumsal. [a.yer 20 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>
85. Kshetri DBB, Smith WCS. Self-reported health problems, health care utilisation and unmet health care needs of elderly men and women in an urban municipality and a rural area of Bhaktapur District of Nepal. Aging Male. 01 Haziran 2011;14(2):127-31.
86. Shi L, Stevens GD. Vulnerability and Unmet Health Care Needs. J Gen Intern Med. Şubat 2005;20(2):148-54.
87. Choi JA, Kim O. Factors Influencing Unmet Healthcare Needs among Older Korean Women. Int J Environ Res Public Health. 26 Haziran 2021;18(13):6862.

88. Stein J, Löbner M, Pabst A, König HH, Riedel-Heller SG. Unmet care needs in the oldest old with social loss experiences: results of a representative survey. BMC Geriatr. 20 Ekim 2020;20:416.
89. Gao Q, Prina M, Wu YT, Mayston R. Unmet healthcare needs among middle-aged and older adults in China. Age Ageing. 01 Ocak 2022;51(1):afab235.
90. Varol Z, Ciceklioglu M. Sağlık Hizmet Sunumunda Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Gender Inequality in Delivery of Health Care. 10 Kasım 2018;25:161-5.
91. Şavran TG. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir’de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı. Fe Dergi. 01 Haziran 2014;6(1):96-115.



8.EKLER

EK 1. EK TABLOLAR

Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinim ile ilişkili etmenleri gösteren lojistik regresyon çözümlemesine ait ek tablolar sonraki sayfada yer almaktadır. Bu tablolarda regresyon modeline dahil edilen tüm değişkenler bulunmaktadır.



Ek Tablo 1. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkili etmenler(Lojistik regresyon analizi)

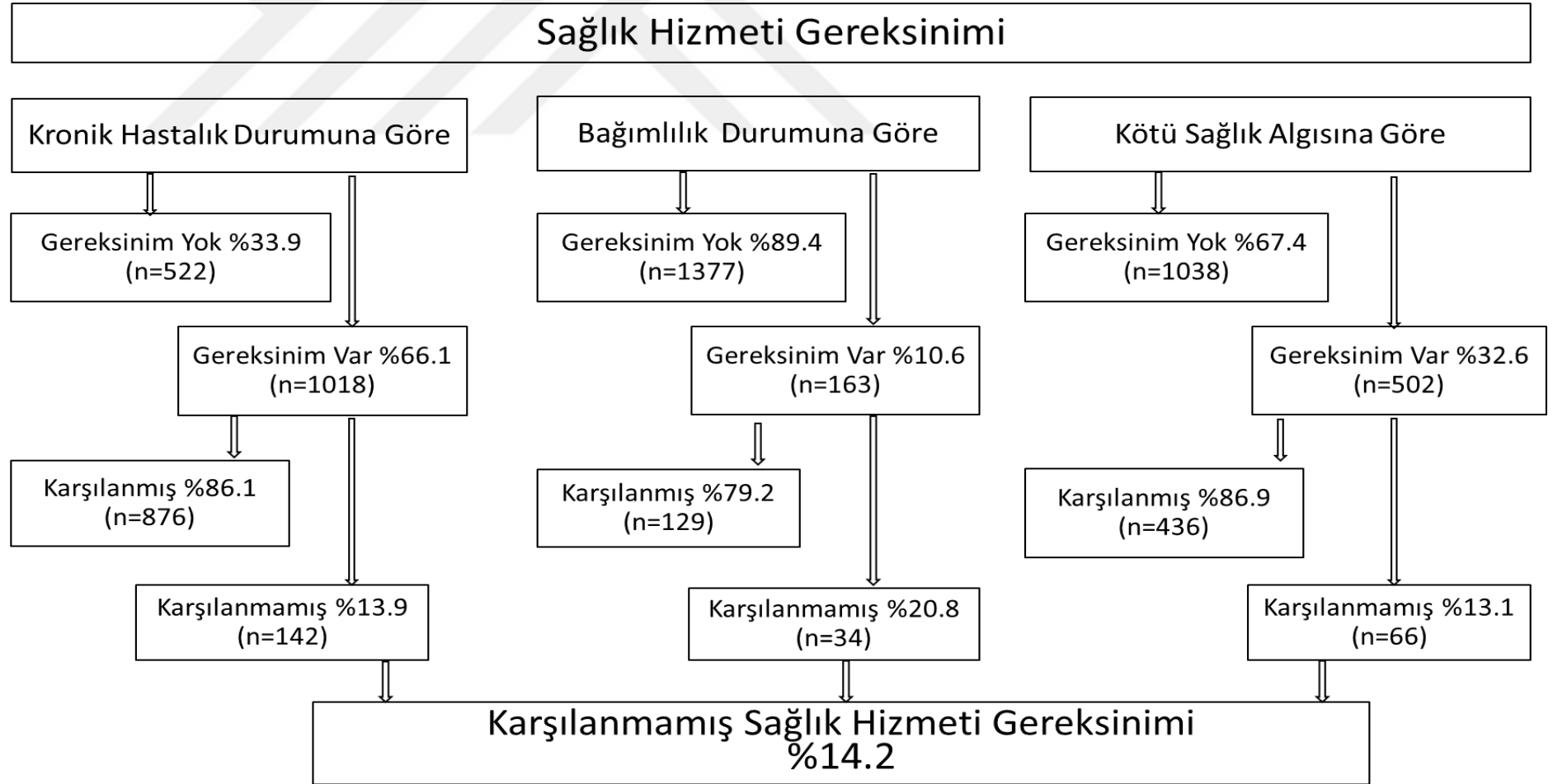
Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı									
Değişkenler		Toplam		Kronik hastalık durumuna göre		Kötü sağlık algısına göre		Bağımlılık durumuna göre	
		p	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)
Cinsiyet	Erkek		1.00		1.00		1.00		1.00
	Kadın	0.321	0.90 (0.74-1.10)	0.661	0.95 (0.76-1.18)	0.15	0.81 (0.60-1.08)	0.442	0.82 (0.50-1.34)
Yaş grubu	65-79		1.00		1.00		1.00		1.00
	80 ve üzeri	<0.001	1.64 (1.37-1.96)	<0.001	1.54 (1.26-1.88)	<0.001	1.92 (1.49-2.47)	0.008	1.73 (1.15-2.61)
Öğrenim durumu	Lise ve üzeri		1.00		1.00		1.00		1.00
	Okuryazar değil/okul bitirmedi	0.103	1.37 (0.93-2.01)	0.16	1.33 (0.89-1.99)	0.386	1.47 (0.61-3.55)	0.197	2.49 (0.62-9.96)
	İlk/orta ve dengi okullar	0.442	1.15 (0.80-1.67)	0.528	1.13 (0.76-1.66)	0.770	1.14 (0.47-2.74)	0.219	2.40 (0.59-9.75)
Gelir durumu									
Asgari ücret üzerinde (2 katından fazla)			1.00		1.00		1.00		1.00
Asgari ücret üzerinde (en fazla 2 kat)		0.072	1.35 (0.97-1.89)	0.147	1.31 (0.90-1.91)	0.356	1.59 (0.54-4.73)	0.576	0.77 (0.30-1.96)
Asgari ücret altında		0.044	1.45 (1.01-2.09)	0.080	1.41 (0.95-2.09)	0.167	1.81(0.75-4.33)	0.791	0.89 (0.38-2.06)
Çalışma durumu	Emekli		1.00		1.00		1.00		1.00
	Çalışıyor	0.040	1.37 (1.01-1.85)	0.014	1.48 (1.08-2.03)	0.304	1.36 (0.75-2.44)	0.101	2.57 (0.83-7.94)
	Çalışmıyor	0.259	1.15 (0.90-1.46)	0.479	1.10 (0.84-1.43)	0.026	1.58 (1.05-2.36)	0.596	1.20 (0.60-2.40)
Sağlık güvencesi	Var		1.00		1.00		1.00		1.00
	Yok	<0.001	2.70 (2.07-3.51)	<0.001	2.53 (1.87-3.43)	<0.001	2.99 (2.10-4.26)	0.003	2.47 (1.36-4.50)
Birlikte yaşama	Akraba/bakıcı		1.00		1.00		1.00		1.00
	Eşiyle	0.039	1.71 (1.02-2.84)	0.135	1.53 (0.87-2.69)	0.269	1.46 (0.74-2.89)	0.345	1.79 (0.53-5.99)
	Aile (eş ve veya çocuklar)	0.050	1.65 (0.99-2.72)	0.077	1.65 (0.94-2.87)	0.580	1.20 (0.62-2.33)	0.573	1.39 (0.44-4.41)
Tek başına		0.087	1.56 (0.93-2.62)	0.253	1.39 (0.78-2.47)	0.504	1.26 (0.64-2.48)	0.415	1.64 (0.49-5.47)

Ek Tablo 2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi ile ilişkili etmenler(lojistik regresyon analizi)-devamı

Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi sıklığı									
Değişkenler		Toplam		Kronik hastalık durumuna göre		Kötü sağlık algısına göre		Bağımlılık durumuna göre	
		p	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)	p	OR (%95 GA)
Kaza Yaralanma Durumu	Yok		1.00		1.00		1.00		1.00
	Var	0.002	0.56 (0.39-0.80)	0.005	0.57 (0.38-0.84)	0.031	0.57 (0.34-0.95)	0.071	0.39 (0.14-1.08)
İBBS-1	İstanbul		1.00		1.00		1.00		1.00
	Batı Marmara	0.465	1.15 (0.78-1.68)	0.694	1.08 (0.71-1.64)	0.564	1.20 (0.63-2.28)	0.679	0.82 (0.32-2.06)
	Ege	0.084	1.35 (0.96-1.90)	0.134	1.33 (0.91-1.92)	0.509	1.20 (0.69-2.07)	0.410	1.39 (0.63-3.09)
	Doğu Marmara	0.115	1.37 (0.92-2.03)	0.082	1.45 (0.95-2.21)	0.374	1.33 (0.70-2.49)	0.376	1.47 (0.62-3.50)
	Batı Anadolu	0.002	1.76 (1.22-2.54)	0.003	1.83 (1.23-2.72)	0.187	1.44 (0.83-2.49)	0.885	1.07 (0.42-2.69)
	Akdeniz	0.152	1.29 (0.90-1.85)	0.160	1.31 (0.89-1.94)	0.096	1.57 (0.92-2.69)	0.638	0.79 (0.31-2.04)
	Orta Anadolu	0.314	1.17 (0.85-1.60)	0.447	1.14 (0.81-1.60)	0.068	1.55 (0.96-2.50)	0.833	0.92 (0.43-1.96)
	Batı Karadeniz	<0.001	1.97 (1.38-2.81)	0.023	1.60 (1.06-2.41)	0.005	2.06 (1.25-3.39)	0.545	1.34 (0.51-3.52)
	Doğu Karadeniz	0.014	1.51 (1.08-2.09)	0.034	1.46 (1.03-2.09)	0.026	1.81 (1.07-3.06)	0.482	1.32 (0.60-2.90)
	Kuzeydoğu Anadolu	<0.001	2.56 (1.70-3.87)	<0.001	2.27 (1.44-3.60)	<0.001	3.35 (1.89-5.94)	0.644	1.29 (0.43-3.79)
	Ortadoğu Anadolu	0.743	0.92 (0.59-1.44)	0.693	0.90 (0.56-1.46)	0.818	1.08 (0.55-2.13)	0.042	2.64 (1.03-6.73)
	Güneydoğu Anadolu	0.354	0.78 (0.46-1.31)	0.266	0.71 (0.40-1.28)	0.631	1.17 (0.61-2.24)	0.831	0.89 (0.32-2.47)
Yıllar	2019		1.00		1.00		1.00		1.00
	2008	<0.001	2.81 (2.09-3.78)	<0.001	3.16 (2.30-4.35)	<0.001	2.79 (1.76-4.40)	0.008	3.52 (1.38-8.99)
	2010	<0.001	2.35 (1.76-3.15)	<0.001	2.47 (1.79-3.39)	<0.001	2.67 (1.72-4.14)	0.212	1.83 (0.70-4.74)
	2012	0.259	1.18 (0.88-1.58)	0.296	1.18 (0.86-1.63)	0.708	1.09 (0.68-1.73)	0.429	1.44 (0.57-3.61)
	2014	0.224	1.20 (0.89-1.64)	0.230	1.22 (0.87-1.71)	0.021	1.69 (1.08-2.66)	0.570	1.33 (0.49-3.59)
	2016	0.837	1.03 (0.76-1.40)	0.941	0.98 (0.70-1.38)	0.479	1.18 (0.74-1.88)	0.845	1.10 (0.40-3.00)

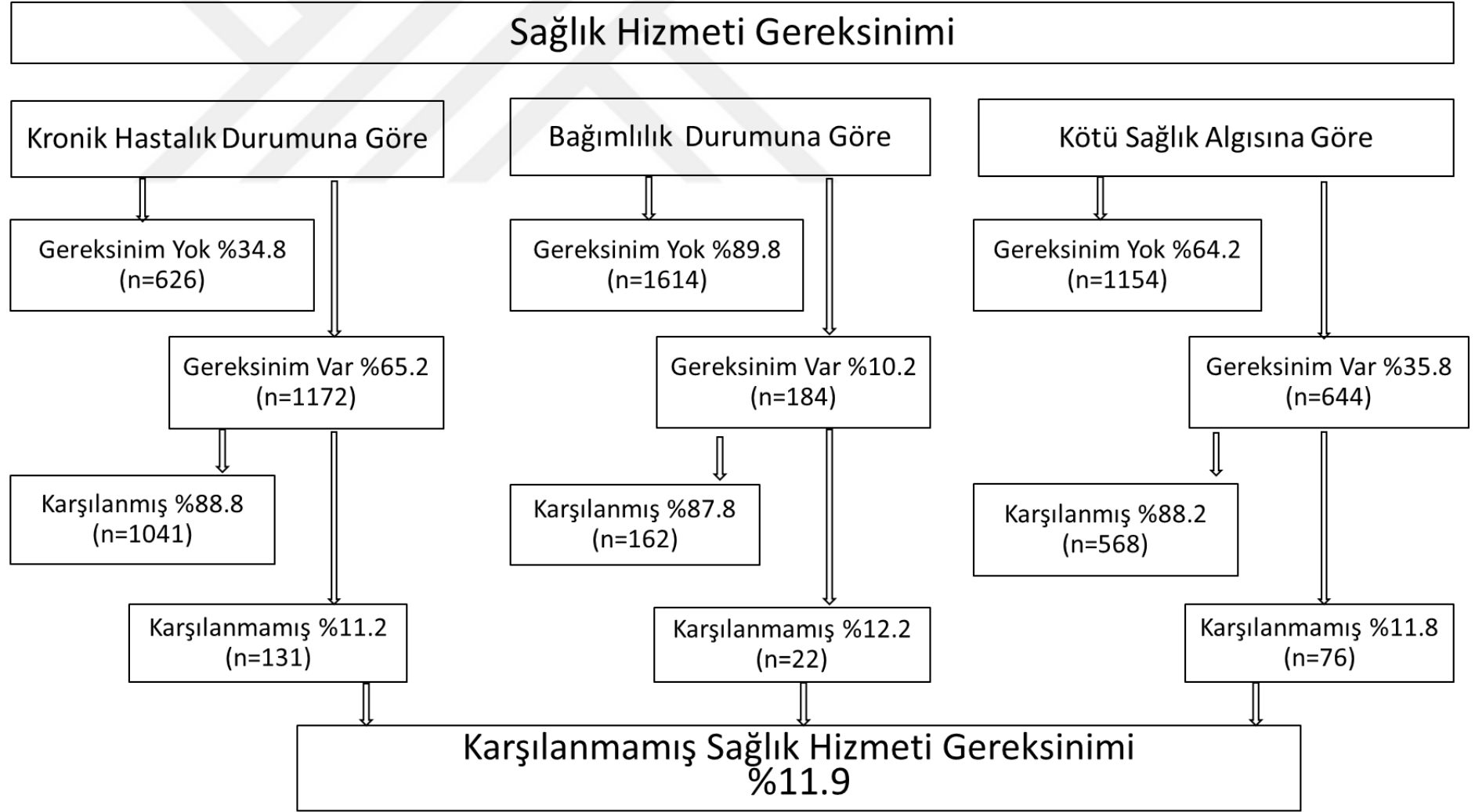
EK 2. EK ŞEKİLLER

2008 Yılı



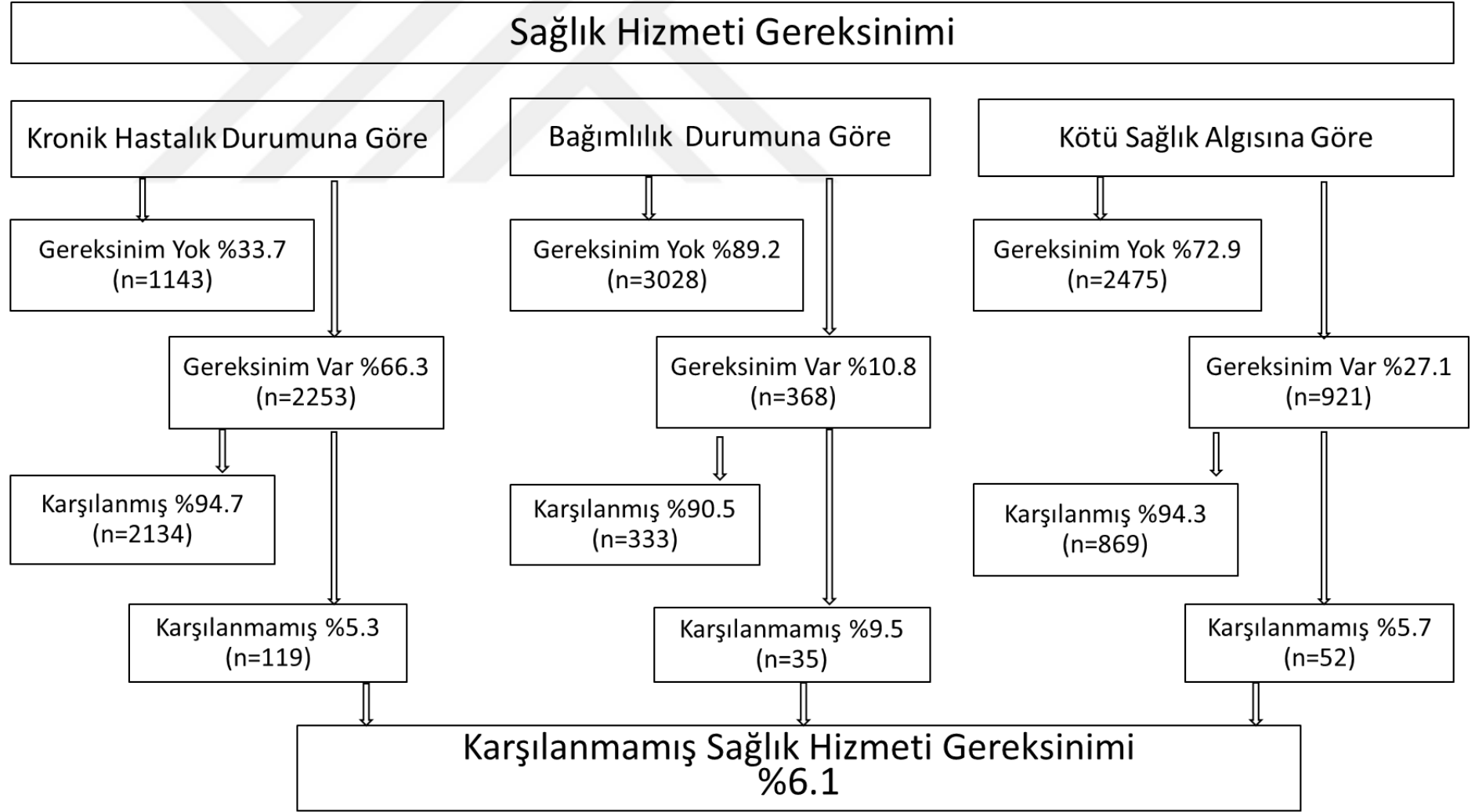
Ek Şekil 1. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi şematik gösterimi-2008

2010 Yılı



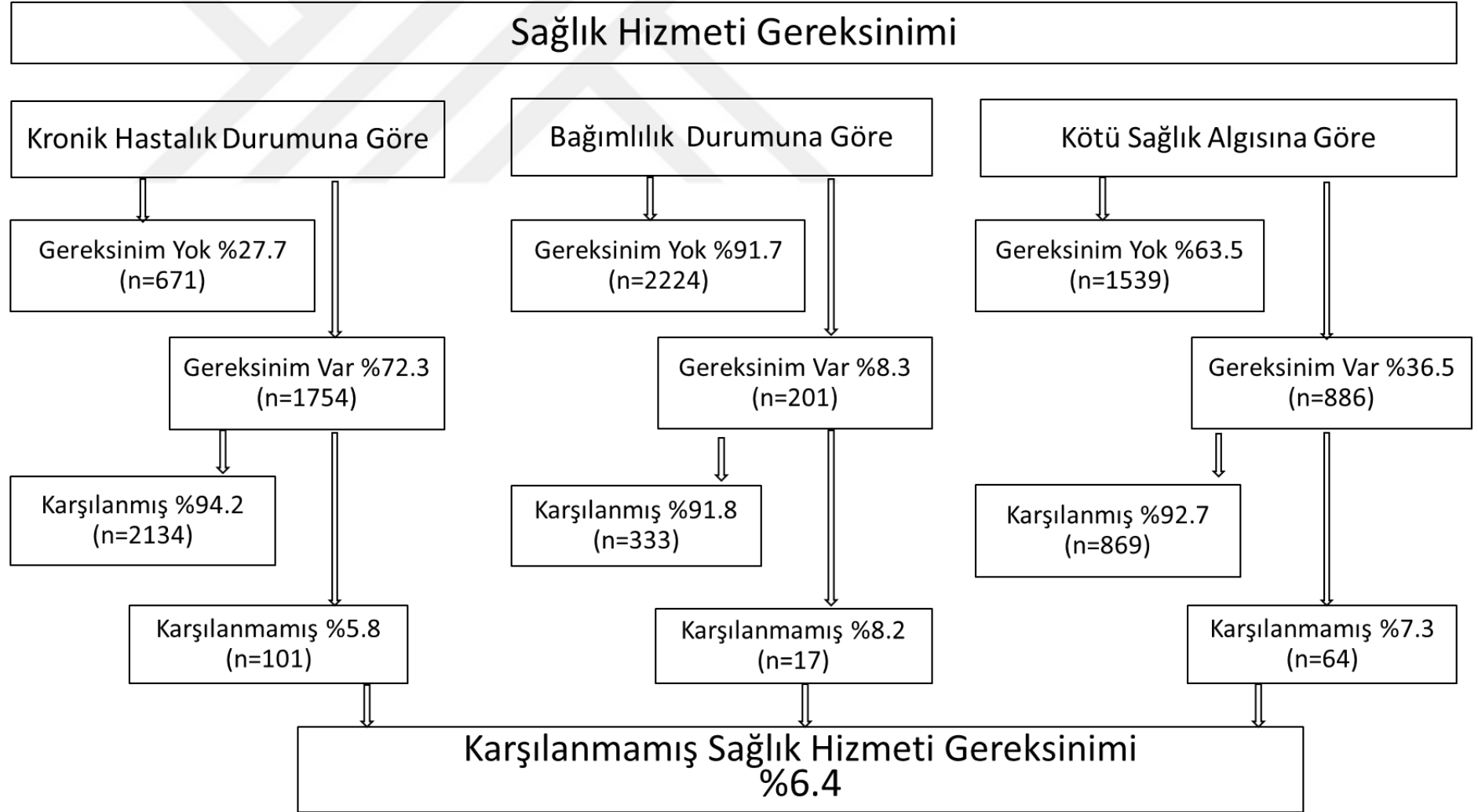
Ek Şekil 2. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi şematik gösterimi-2010

2012 Yılı



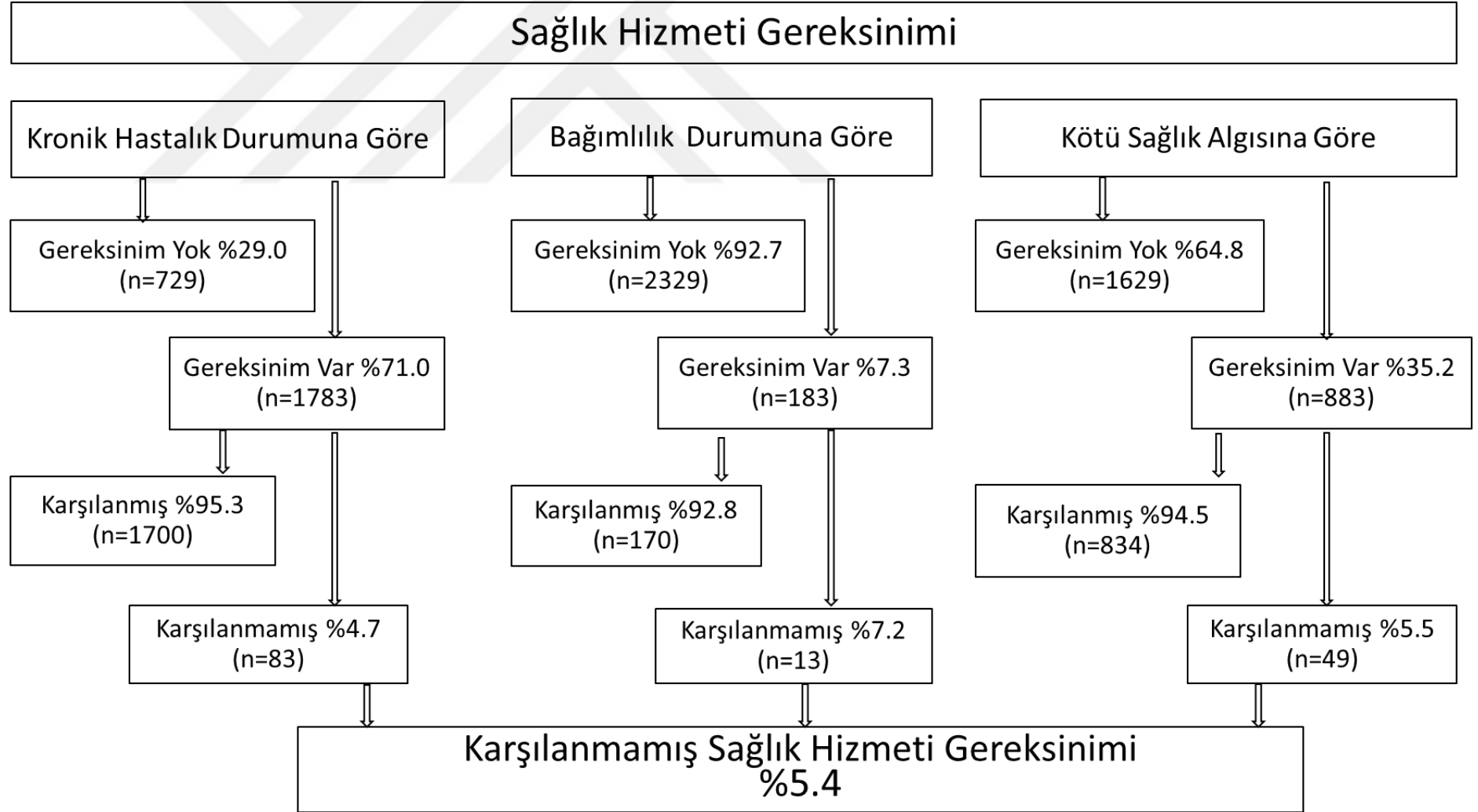
Ek Şekil 3. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi şematik gösterimi-2012

2014 Yılı



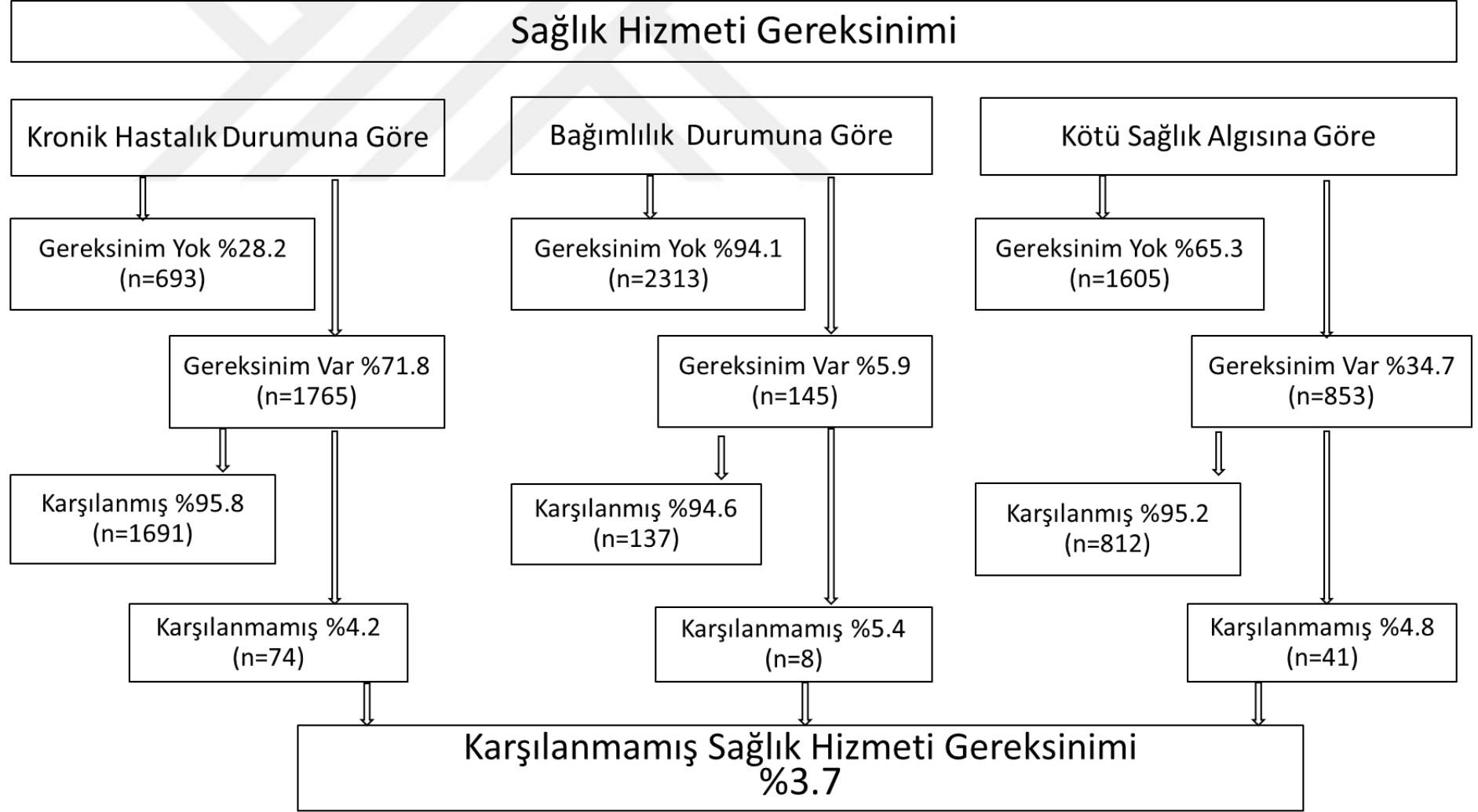
Ek Şekil 4. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi şematik gösterimi-2014

2016 Yılı



Ek Şekil 5. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi şematik gösterimi-2016

2019 Yılı



Ek Şekil 6. Karşılanmamış sağlık hizmet gereksinimi şematik gösterimi-2019

EK 3. ETİK KURUL ONAY FORMU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Reyhan Uçku
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6662-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye'de Yaşlılarda 2008-2019 Yılları Arasında Karşılanmamış Sağlık Hizmet Gereksinimi ve Sosyo-ekonomik Değişkenlerle İlişkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Reyhan Uçku Halk Sağlığı A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/27-28	Tarih:06.10.2021			
	Prof.Dr. Reyhan Uçku'nun sorumlusu olduğu "Türkiye'de Yaşlılarda 2008-2019 Yılları Arasında Karşılanmamış Sağlık Hizmet Gereksinimi ve Sosyo-ekonomik Değişkenlerle İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin Özyürek	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒

EK 4. TÜİK MİKROVERİ TALEP FORMU KURUM ONAYI

EK

Talep Numarası:01202100000003428

Türkiye İstatistik Kurumu Online Mikro veri Talep Formu Bilimsel Araştırma Projesi

1- Mikro veriyi talep eden Üniversite, Enstitü, Kurum/Kuruluşun Adı:

Adres: dokuz eylül üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık
Yerleşkesi / İnciraltı 35340-İZMİR

Posta Kodu:

35340

Telefon:

2324122222

Faks:

2324129798

2- Araştırmacının/Kurum yetkilisinin bilgileri

(Kurum adına araştırmacı belli ise sadece
araştırmacı bilgileri alınacak)

Ad - Soyad:

ALİ AKÖZ

Adres:

Telefon:

Vatandaşlık No:

E-posta:

Bağlı Bulunduğu:

dokuz eylül üniversitesi

Kurum/Kuruluş onay bilgileri

Türkiye İstatistik Kurumu "Mikro Veriye Erişim ve Kullanımı Hakkında Yönerge" kapsamında, araştırmayı yapacak olan ve formda 'Araştırmacının/Kurum yetkilisinin bilgileri' bölümünde ve 'Beraber çalışılacak kişiler' bölümünde adları soyadları bildirilen, kurumumuzun/kuruluşumuzun araştırmacıları için, yukarıda açık bilgileri bulunan araştırma/bilimsel çalışma konusunda ilişkin mikro veri talebinin karşılanmasını arz/rica ederim.

Onaylayan kurum yetkilisi Adı

Onaylayan kurum yetkilisi ünvanı :*

ONAY

07.06.2021

İmzası

*: Üniversitelerde en az bölüm başkanı, yüksek okullarda müdür, Resmi kurumlarda en az diğer kurumlarda eşdeğer düzeydeki makam.

NOT: Doldurduğunuz Mikro Veri Talep Formunun çıktısını alarak kurum

yetkilisine imzalatıp, kurumunuza onaylatıp, kurum resmi mührünü

EK 5. TÜİK MİKRO VERİ KULLANIM TAAHHAHÜTNAMESİ

Başvuru no: 3428

DAĞITIMINDA KISITLAMA OLMAYAN MİKRO VERİ KULLANIM TAAHHÜTNAMESİ

MADDE1- İşbu taahhütname, Başkanlık dışına çıkmasında sakınca olmayan mikro verilerin kullanım esaslarını, ilkeleri ve yükümlülükleri belirler.

MADDE2- İşbu taahhütname, Madde 1'de belirtilen amaç doğrultusunda "Türkiye Sağlık Araştırması 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019" yılları mikro veri setlerinin Türkiye İstatistik Kurumu Mikro Veriye Erişim ve Kullanımı Hakkındaki Yönerge çerçevesinde kullanımını düzenler.

MADDE 3- Mikro verilerin kullanımı için aşağıdaki hükümler uygulanır:

- Araştırmacının hatalı hesaplama sonucu elde ettiği bulgular, sadece araştırmacıyı bağlar.
- Araştırmacı, çalışmadan elde ettiği sonuçları yayınlarken kullandığı Kurum mikro verilerini kaynak gösterir.
- Araştırmacı, yayımladığı rapor, makale, yayın vb. çalışmalarının bir kopyasını en geç üç ay içerisinde Kurum Kütüphanesine göndermekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğünü yerine getirmediği tespit edilen araştırmacının daha sonraki mikro veri kullanım talepleri karşılanmaz.
- Araştırmacı aldığı mikro veri setini çoğaltamaz, üçüncü şahıslara veremez, satamaz veya devredemez.

MADDE 4- Araştırmacı, 5429 sayılı Türkiye İstatistik Kanunu'nun 13. ve 14. maddeleri ile "Resmi İstatistiklerde Veri Gizliliği ve Gizli Veri Güvenliğine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'te tanımlanan gizlilik ilkelerini dikkate alarak, bu ilkeyi ihlal edecek bilgi, tablo vb. yayımlamayacağını ve mikro verileri sadece istatistik üretmek amacıyla kullanacağını iş bu metin ile taahhüt etmiş sayılır.

MADDE 5- İhtilaf halinde Ankara Mahkemeleri yetkilidir.

MADDE 6- İşbu taahhütname Ali AKÖZ tarafından Türkiye İstatistik Kurumu'na verilmek üzere düzenlenmiştir. Bu taahhütnameye ilişkin olarak yapılan bütün tebligat ve yazışmalar aşağıdaki adrese iletilir. Adres değişikliği yazılı olarak tebliğ edilmediği sürece bu adrese yapılan bildirimler geçerli sayılır.

Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Yerleşkesi
35340 İnciraltı/İZMİR

Tel: [REDACTED]

Yukarıda yer alan hükümleri kabul ettiğimi ve bunlara uyacağımı taahhüt ederim.

Ad Soyad: Ali AKÖZ

Tarih 22/06/2021

İmza: [REDACTED]

EK 6. TÜİK VERİ KULLANIM İZNİ

17.06.2022 11:38

Gmail - mikro veri



Ali Aköz

mikro veri

1 mesaj

TÜİK-BİLGİ DAĞITIM <bilgi@tuik.gov.tr>

22 Haziran 2021 11:02

Alıcı:

Sayın Ali AKÖZ,

Bilgilerinizi alabilmeniz için lütfen aşağıdaki adımları izleyiniz.

Link: <https://dps.tuik.gov.tr/index.php/s/OyMjV640tvIPV14>

- 1) Verilen linki tıklayınız. Lütfen chrome kullanınız.
- 2) Aşağıdaki şifreyi kullanınız.

Şifre:

[Redacted]

- 3) Açılan sayfadaki klasörün üzerine tıklayınız.

Bilgileriniz kendi bilgisayarınıza inecektir.

- 4) Şifrenin kullanım süresi 1 haftadır lütfen süreyi geçirmeyiniz.
- 5) Bilgilere erişim sağlayamaz iseniz lütfen tarafımıza haber veriniz.
- 6) Bilgilerinizi kimseyle paylaşmayınız.

İyi çalışmalar,

Bilgi Dağıtım Grup Başkanlığı

EK 7. Özgeçmiş Formu



ALİ AKÖZ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

14 Eylül 2000 - 20 Haziran 2006 (5 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
TIP FAKÜLTESİ, TIP PR.
Diploma Numarası: 01002929
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 78.31 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Temmuz 2017 - Şu Anda (5 yıl) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ (DR.), ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ (DR.), DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Ar-Ge Yetkinlik

Makaleler

H. ŞİMSEK, E. ERKOYUN, A. AKÖZ, A. ERGOR & R. UCKU, Besoins non satisfaits en matiere de soins de sante et de soins sociaux et facteurs associes chez les personnes agees de 80 ans et plus a Izmir (Turquie) Resume, EASTERN MEDITERRANEAN HEALTH JOURNAL, 2021, 1020-3397, 27, 8, 772-781.

H. ŞİMSEK, E. ERKOYUN, A. AKÖZ, A. ERGOR & R. UCKU, Falls, fear of falling and related factors in community-dwelling individuals aged 80 and over in Turkey, AUSTRALASIAN JOURNAL ON AGEING, 2020, 1440-6381, 39, 1, E16-E23.

Bildiriler

H. ŞİMŞEK KESKİN, A. AKÖZ, E. BONCUKÇU EREN & Ş. R. UÇKU, İZMİR’de HUZUREVINDE YAŞAYAN YAŞLILARDA UYKU KALİTESİNİN DÜŞME VARLIĞI İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ, Sözlü Sunum, Dünyayı Sarsan SARS-CoV-2 Pandemisi ve Yaşlı Sağlığı Sempozyumu, 29 Haziran 2020, 30 Eylül 2020.

A. AKÖZ, H. ŞİMŞEK KESKİN, İ. E. ERKOYUN, O. A. ERGÖR & Ş. R. UÇKU, Seksen yaş ve üzeri bireylerde karşılanmamış sosyal hizmet gereksinimi ve ilişkili etmenler, Sözlü Sunum, 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2019, 26 Kasım

H. ŞİMŞEK KESKİN, İ. E. ERKOYUN, A. AKÖZ, O. A. ERGÖR & Ş. R. UÇKU, Balçova'da yaşayan 80 yaş ve üzeri bireylerde düşme, düşme korkusu ve ilişkili etmenler, Sözlü Sunum, 2.Uluslararası - 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2018, 13 Kasım 2018, 17 Kasım 2018, 978-605-66954-7-6.

H. ŞİMŞEK KESKİN, İ. E. ERKOYUN, A. AKÖZ, O. A. ERGÖR & Ş. R. UÇKU, Seksen yaş ve üzeri yaşlılarda karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi ve ilişkili etmenler: İzmir Balçova'dan kesitsel bir araştırma, Sözlü Sunum, 2.Uluslararası - 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2018, 13 Kasım 2018, 17 Kasım 2018, 978-605-66954-7-6.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0