

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÖDEMiŞ İLÇE MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN
SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DÜZEYLERİNİN “ANDERSEN’İN
SAĞLIK HİZMET KULLANIMI DAVRANIŞ MODELİ” ÇERÇEVESİNDE
DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Öğr. Gör. Aysun ÇELEBİOĞLU

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLiOĞLU

İZMİR- 2010

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÖDEMİŞ İLÇE MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN
SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DÜZEYLERİNİN “ANDERSEN’İN
SAĞLIK HİZMET KULLANIMI DAVRANIŞ MODELİ” ÇERÇEVESİNDE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**HAZIRLAYAN
Öğr. Gör. Aysun ÇELEBİOĞLU**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU**

İZMİR- 2010

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı SOYADI

İMZA

Başkan (Danışman): Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU.....

Üye: Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY.....

Üye: Doç. Dr. Zeliha Aslı ÖCEK.....

Üye: Prof. Dr. Ali Osman KARABABA.....

Üye: Prof. Dr. Reyhan UÇKU.....

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Yaşlılarda sağlık hizmet kullanımı ve sağlık bakım gereksinimine geniş bir bakış açısıyla bakmamı ve bu konuda bilgi ve deneyim kazanmamı sağlayan bu tez çalışmasını yapmış olmaktan mutluluk duymaktayım. Bu süreçte her aşamada pek çok kişinin emeği ve katkısı olmuştur. O nedenle buraya yazamayacağım sayıda çok kişiye şimdiden çok teşekkür etmek istiyorum.

Başta tüm aileme, özellikle sabrı için anneme, kardeşlerime ve tüm akrabalarım, aramızda olmayan babama, kardeşime ve dedeme sonsuz sevgi ve saygılar sunarım.

Ayrıca, Ödemiş halkı ve Ödemiş'te bana sonsuz yardımları olan arkadaş, dost ve yaşlılarıma, daha sonra Ödemiş Sağlık Yüksekokulu çalışma arkadaşlarıma ve yüksekokul müdürümüz Prof. Dr. Ayfer Karadakovan'a sonsuz teşekkür ederim.

Tüm doktora sürecim boyunca beni her konuda yüreklendiren desteği ve yol göstericiliğini hiç esirgemeyen sevgili danışmanın Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu'na, Doç. Dr. Zeliha Aslı Öcek'e ve ebedi danışmanım Prof. Dr. Süheyla Altuğ Özsoy'a sonsuz teşekkürü borç bilirim. Ayrıca, tüm doktora sürecinde bize engin bilgi ve deneyimlerini sunan tüm hocalarıma (E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve dışarıdan gelen) ve tüm kürsü çalışanlarına da sevgiler ve saygılar.

Bunun dışında tüm hayatım boyunca bana destek olan zor günlerimde hep yanımda hissettiğim dostlarım ve arkadaşlarım ile sevgili komşularıma da değinmeden olmaz. Hepinize kucak dolusu sevgiler ve teşekkürler. Bu süreçte ihmal ettiğim herkesin beni affetmesini dilerim. Liste daha uzayabilir, o nedenle burada adına yer veremediğim veya ismini yazamadıklarımın çok çok özür dilerim.

Bu çalışmanın halk sağlığı alanında bundan sonra yapılacak olan uygulama ve araştırmalara ışık tutabilmesi dileğiyle...

Aysun ÇELEBİOĞLU

HAZİRAN-İZMİR

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLOLAR DİZİNİ.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amaçları.....	2
1.3. Araştırma Hipotezleri.....	2
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.5. Araştırmanın Önemi.....	3
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
1.7. Tanımlar.....	4
1.8. Genel Bilgiler.....	5
1.8.1. Yaşlı Sağlığı Ve Demografik Özellikler	5
1.8.2. Sağlık Hizmetleri	10
1.8.2.1. Hizmetlerin Var Olması.....	10
1.8.2.2. Hizmetin Kabul Edilebilir Olması.....	10
1.8.2.3. Entegre Sağlık Hizmetleri.....	10
1.8.2.4. Basamaklı Hizmet Anlayışı.....	11
1.8.2.5. Ekip Anlayışı	11
1.8.3. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin üç boyutu	11
1.8.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
1.8.3.2. İyileştirici sağlık hizmetleri	14
a) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	14
b) İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	17
c) Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	18
1.8.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	18
1.8.4. Sağlık Hizmeti Kullanımı Ve Erişilebilirlik	18
1.8.5. Andersen'in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli	21

1.8.5.1. Sağlık Hizmeti Kullanımının Bireysel Belirleyicileri	23
A.Hazırlayıcı faktörler	23
B.Kolaylaştırıcı Faktörler	27
C.Gereksinim faktörleri	29
I) Sağlık Bakım Gereksinimi	30
II) Birey, Aile Ve Toplumun Sağlık Bakım Gereksiniminin Ölçülmesi ..	30

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	32
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	32
2.3. Araştırmada Kullanılan Yöntem.....	33
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
2.5. Araştırmanın Evreni.....	33
2.6. Araştırmanın Örneklemi.....	34
2.7. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri	35
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	38
2.9. Verilerin Analizi.....	38
2.10. Süre ve Olanaklar.....	38
2.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	39

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Yaşlı Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	40
3.1.1. Bireylerin sosyo- demografik özellikleri	40
3.2. Yaşlıların Son 15 Günde Doktora Başvurma Durumuna İlişkin Bulgular.....	42

3.3.Yaşlıların Karşılanmayan Sağlık Hizmet Gereksinimine İlişkin Bulgular	46
3.4.Yaşlı Bireylerin Koruyucu Hizmet Kullanımına İlişkin Bulgular	50
3.5.Yaşlı Bireylerin Diş Hekimi Hizmeti Kullanım Durumlarına İlişkin Bulgular...	54
3.6.Yaşlı Bireylerin Hastanede Yatış Durumlarına İlişkin Bulgular	56

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Temel Sosyo Demografik Özellikleri	61
4.2. Yaşlıların Son 15 Günde Doktora Başvurma Durumuna İlişkin Sonuçlar	64
4.3. Yaşlıların Karşılanmayan Sağlık Hizmet Gereksinimine İlişkin Sonuçlar	67
4.4. Yaşlıların Koruyucu Hizmet Kullanımına İlişkin Sonuçlar	69
4.5. Yaşlıların Diş Hekimi Hizmeti Kullanım Durumlarına İlişkin Sonuçlar.....	70
4.6.Yaşlıların Hastanede Yatış Durumlarına İlişkin Sonuçlar	71

BÖLÜM V

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar.....	73
5.2. Öneriler.....	76

BÖLÜM VI

ÖZET	77
ABSTRACT.....	79

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	81
-----------------------------	----

EKLER

EK 1 “Ödemiş İlçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli Çerçevesinde Değerlendirilmesi” Anketi Sosyo Demografik Özellikleri Formu.....	94
EK 2 Sağlık Hizmetleri Kullanım Anketi	96
EK 3 TSYDÖ Hemşirelik Tanılaması Formu	99
EK 4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	134
EK 5 Etik Kurul İzin Yazısı	136
EK 6 Araştırma İçin Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığı İzin Yazısı.....	138
ÖZGEÇMİŞ	139

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Türkiye’deki 65 yaş ve üstü nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımı (2008)	34
Tablo 2: Ödemiş İlçe Merkezi’ndeki 65 yaş ve üstü nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı (2008)	34
Tablo 3: Örneğe alınan bireylerin Aile Sağlığı Merkezi (ASM), cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı.....	35
Tablo 4: Araştırmanın zaman çizelgesi.....	39
Tablo 5: Hazırlayıcı faktörlerin cinsiyete göre dağılımı	40
Tablo 6: Kolaylaştırıcı faktörlerin cinsiyete göre dağılımı	41
Tablo 7: Gereksinim faktörlerinin cinsiyete göre dağılımı	42
Tablo 8: Sağlık hizmeti kullanımının erişim faktörlerine ilişkin özellikleri	42
Tablo 9: Yaşlıların son 15 günde yaptıkları doktor başvurusunun özellikleri	43
Tablo 10: Son 15 günde doktora başvurma durumunun hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı	44
Tablo 11: Son 15 günde doktora başvurma durumunun kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı.....	44
Tablo 12: Son 15 günde doktor başvuru durumunun gereksinim faktörlerine göre dağılımı	45
Tablo 13: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin son 15 günde doktora başvuru durumlarıyla ilişkili etmenler	46

Tablo 14: Bireylerin karşılanmayan gereksinimlerinin hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı	47
Tablo 15: Bireylerin karşılanmayan gereksinimlerinin kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı	48
Tablo 16: Bireylerin karşılanmayan gereksinimlerinin gereksinim faktörlerine göre dağılımı	49
Tablo 17: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin karşılanmayan gereksinim durumlarıyla ilişkili etmenler	49
Tablo 18: Yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini kullanım durumları	50
Tablo 19: Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı	51
Tablo 20: Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı.....	52
Tablo 21: Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının gereksinim faktörlerine göre dağılımı	52
Tablo 22: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini kullanım durumlarıyla ilişkili etmenler	53
Tablo 23: Bireylerin son bir yılda diş hekimine gitme durumlarına ilişkin özellikler	54
Tablo 24: Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı	54
Tablo 25: Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı	55
Tablo 26: Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının gereksinim faktörlerine göre dağılımı	56
Tablo 27: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin diş hekimi hizmetlerini kullanım durumlarıyla ilişkili etmenler	56
Tablo 28: Bireylerin son bir yılda hastanede yatma durumlarına ilişkin özellikler...	57
Tablo 29: Bireylerin yatış hizmetini kullanım durumlarının hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı	57
Tablo 30: Bireylerin yatış hizmeti kullanım durumlarının kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı	58

Tablo 31: Bireylerin yatış hizmetini kullanım durumlarının gereksinim faktörlerine göre dağılımı	59
Tablo 32: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin yatış hizmetlerini kullanım durumlarıyla ilişkili etmenler	59
Tablo 33: Sağlık hizmet kullanımı ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçlarının özeti	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Andersen ve Aday'ın sağlık hizmetleri erişim çerçevesi	21
Şekil 2: Andersen'in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli	22

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Yaşlılık; her canlının yaşam sürecinde işlevlerinde azalmayla seyreden, doğal ve kaçınılmaz bir dönemdir. Yaşlanma teoride biyolojik bir süreç olarak tanımlansa da kişinin sosyal yaşamını ve topluma katılımını doğrudan etkilemektedir (53).

Teknoloji ve tıp bilimindeki gelişmelerin ve beslenme konusundaki önemli değişimlerin sonucu olarak, yaşam süreci uzamış ve yaşlılık daha önemli bir konu haline gelmiştir (43, 58). Yaşlı nüfusta hastalıklar, fonksiyon kayıpları, sakatlıklar, ekonomik yük, sosyal ve sağlık bakım gereksinimleri artmaktadır. Bu nedenle yaşlılara yönelik kapsamlı, sürekli ve koordine sağlık hizmetlerinin sunulması önemlidir (43, 55).

Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı sayısının ve nüfus içindeki oranının artışı son derece hızlı olmakta ve büyük sorunlara yol açmaktadır. Dünyada 65 ve üstü yaş grubunda sağlık hizmetlerinin kullanımında yeni ve büyük talepler oluşacağı düşünülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı insanların sağlık sorunları ve gereksinimleri üzerine verilerin çok yetersiz olduğu ve sağlık hizmetlerinde yaşlılara çok az öncelik verildiği belirtilmiştir (80).

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun payı 2005 yılında %5.6'ya ve 2009 yılında %7'ye yükselmiştir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminden (ADNKS) elde edilen 2008 verilerine göre 65 yaş ve üzeri gruptaki bireylerin oranı %6.84 olarak hesaplanmıştır (3). Sonuç olarak, Türkiye'de de 65 yaş ve üzeri nüfus hızla artmaktadır (126). Buna karşın ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri gereksinimleri karşılamaktan oldukça uzaktır. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimi düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerinin saptanması gereklidir. Toplumun hizmet gereksinimleri, olanakları, bilimsel gerçekler ve toplumun beklentilerine uygun hizmeti geliştirmek ve bu hizmeti sunacak personeli yetiştirmek zorunludur (4). Yaşlıların hangi konularda sağlık bakım gereksinimleri olduğu ve gereksinimleri ölçüsünde sağlık hizmeti alıp almadıkları saptanarak sağlık hizmetlerinin planlanmasında gereksinim duyulan konulara öncelik verilmesi sağlık hizmet sunumunun iyileştirilmesi açısından son derece önemlidir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar yaşlıların gereksinimlerine yönelik sağlık hizmeti planlanmasına yön verecektir.

Bu çalışmada yaşlıların hizmet kullanımını değerlendirmek üzere teorik kavramsal çerçeve olarak “Andersen’in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli” çerçevesinden yararlanılmıştır. Andersen’in bu modeli geniş ölçüde bilinen ve bakıma erişimde en çok kullanılan modeldir. Bu modelde sağlık hizmet kullanımının bireysel belirleyicilerinin; hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri olduğu belirtilmiştir (13, 51, 86).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMAÇLARI

1.2.1. Araştırmanın Yakın Erimli Amaçları:

1. İzmir İli Ödemiş İlçesi merkezinde yaşayan 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini belirlemek,
2. Yaşlılarda sağlık hizmetini kullanımı ile hazırlayıcı faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile büyüklüğü veya kompozisyonu ve anadili) ilişkisini incelemek,
3. Yaşlılarda sağlık hizmetini kullanımı ile kolaylaştırıcı faktörlerin (sağlık güvencesi, çalışma durumu, gelir algısı ve kişi başına düşen gelir durumu, evin kendinin olma durumu ve niteliği) ilişkisini incelemek,
4. Yaşlılarda sağlık hizmetini kullanımı ile gereksinim faktörleri (kronik hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı, algılanan sağlık durumu ve sağlık bakım gereksinimi yoğunluğu yani Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği-TSYDÖ Puanları) arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

1.2.2. Araştırmanın Uzun Erimli Amaçları:

1. Sağlık hizmeti kullanımında dezavantajlı bir grup olarak yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını arttıracak yönetsel düzenlemeler için nesnel veriler sunmak,
2. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yaşlı sağlığına yönelik hizmetlerin planlanmasında yol gösterici olmaktır.

1.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Hipotez 1: İzmir İli Ödemiş İlçesi merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma durumları; hazırlayıcı faktörlerden (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile büyüklüğü veya kompozisyonu ve anadili) etkilenmektedir.

Hipotez 2: İzmir İli Ödemiş İlçesi merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma durumları; kolaylaştırıcı faktörlerden (sağlık güvencesi, çalışma durumu, gelir algısı ve kişi başına düşen gelir durumu, evin kendinin olma durumu ve niteliği) etkilenmektedir.

Hipotez 3: İzmir İli Ödemiş İlçesi merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma durumları; gereksinim faktörlerinden (kronik hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı, algılanan sağlık durumu ve sağlık bakım gereksinimi yoğunluğu yani Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği-TSYDÖ Puanları) etkilenmektedir. Yaşlılar sağlık hizmetlerini gereksindikleri kadar kullanamamaktadır.

1.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırmada kullanılan veri toplama formlarını yanıtlayanların verdikleri bilgilerin doğru olduğu ve gerçek durumu yansıttığı var sayılmıştır.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Türkiye’de 2008 yılında 65 yaş ve üzeri gruptaki bireylerin oranı %6.8’dir. Ödemiş ilçesi merkez nüfusu; 71.480 ve 65 yaş ve üzeri gruptaki bireylerin sayısı ise 7190’dır. Buna göre Ödemiş İlçe Merkezindeki 65 yaş ve üzeri bireylerin oranı %10.1’dir (3). Bu oran Türkiye ortalamasının üstündedir.

Bu çalışma Ödemiş İlçesinde yaşayan yaşlı bireylere yönelik sağlık hizmetlerini planlamada yol gösterici olması bakımından önemlidir. Ödemiş’teki 65 yaş ve üzeri bireylerin yeterli sağlık bakım hizmeti alıp almadıkları ve bu hizmetlerden yararlanma düzeyleri tanımlanmıştır. Sağlık hizmet kullanımı ile gereksinim faktörleri arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Bundan başka sağlık bakım hizmetleri kullanımındaki farklılıkların potansiyel belirleyicileri de saptanmıştır. Bu saptamalar ışığında yaşlıların sağlık bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları ve hizmetlerin planlanmasında daha etkin olunması amaçlanmıştır.

1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma yalnızca İzmir İli Ödemiş İlçe Merkezi ile sınırlıdır. Ayrıca yaşlı bireylerin hatırlama yeteneğindeki farklılıklar nedeniyle geriye dönük olarak sorgulanan sağlık hizmet kullanımı bilgilerinde hatırlama faktörünün etkisi de göz

önüne alınmalıdır. Örnekte yer alan yaşlıların büyük çoğunluğu emekli ve ev hanımı olduğu için sınıfsal durumu saptamaya yönelik sorular olmasına rağmen sınıfı yansıtan veriler elde edilememiştir. Dolayısıyla veriler analizlerde çalışma durumu olarak ele alınmıştır.

1.7. TANIMLAR

GEREKSİNİM: Karşılanmadığı zaman acı ve üzüntü, karşılandığı zaman zevk ve sevinç veren duygulardır (55).

SAĞLIK GEREKSİNİMİ: Sağlığı etkileyen çevresel, davranışsal, kalıtsal faktörleri, sağlık ve sosyal hizmetleri de içine alan geniş kapsamlı bir tanımdır. Bir toplumun sağlık gereksinimleri sürekli değişir ve sadece tıbbi gereksinim belirleme yaklaşımıyla sağlık gereksinimleri ölçülemez (38).

SAĞLIK BAKIM (HİZMET) GEREKSİNİMİ: Toplumun veya bireyin sağlık eğitimi, hastalıklardan korunma, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve terminal dönem bakımı gibi sağlık hizmetlerine var olan veya olası ihtiyacıdır (38). Sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma olasılığıdır, yani herhangi bir tedavi edilebilir nedenle hastaların fonksiyonlarının azalması veya azalma riskidir. “Sağlık bakım gereksinimlerinin” amacı ise sağlığın optimal durumunu sürdürmektir, yani sadece sağlıklıla ilgili konuları kapsar (14, 38).

SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMİ YOĞUNLUĞU: Sağlık bakım ihtiyacı olan ve sağlık hizmetlerinden yararlanması olası bir bireyin, bakım ihtiyacının derece ve miktar olarak belirtilmiş düzeyidir (71, 105).

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI: 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 (62).

HAZIRLAYICI FAKTÖRLER: Hastalık oluşmadan önce kişinin sahip olduğu, önceden de var olan özelliklerdir; demografik faktörler ve sağlık inançları gibi sağlık hizmet kullanımına katkıda bulunan bireysel faktörlerdir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aile büyüklüğü, aile kompozisyonu, meslek, medeni durum, anadil gibi sosyo-demografik değişkenleri kapsar (9).

KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLER: Bireylerin veya toplumların kendi davranışlarını ve çevrelerini değiştirmelerine olanak sağlayan/ kolaylaştıran kişisel,

ailesel ve toplumsal kaynaklardır. Var olan kaynakları, yaşam koşullarını, toplumsal destekleri ve bir davranışın meydana gelmesini kolaylaştıran becerileri kapsar (9).

GEREKSİNİM FAKTÖRLERİ: Sağlık hizmeti kullanımının uyarıcısı veya doğrudan hedefi olan, algılanan/değerlendirilen sağlık durumuna ilişkin kişisel sağlık özellikleridir (9).

KARŞILANMAYAN SAĞLIK HİZMET GEREKSİNİMİ: Belli bir sağlık problemi ile ona yönelik olarak alınan sağlık bakım hizmetleri arasındaki farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (84). Aynı zamanda, günlük yaşamda var olan bir probleme karşılık verilen hizmetleri almadaki güçlükler olarak da belirtilmiştir (85). Kısaca, bakım için gereksinimi olduğunu belirten bireylerin herhangi bir resmi sağlık bakımını kullanmamasıdır (8).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. YAŞLI SAĞLIĞI VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.8.1.1. Yaşlılık sınıflaması:

Genel olarak yaşlılık 60 ile 75 yaşları arasında başlamaktadır. Önceki yıllarda Birleşmiş Milletler (BM) ve diğer uluslar arası örgütler 60 ve üzeri yaşlardaki dönemi yaşlılık dönemi olarak ele almış ve bu dönemi üçe ayırmıştır: 60–69 yaş arası “genç yaşlı”, 70–79 yaş arası “orta yaşlı” ve 80 ve daha üstü “ileri yaşlı” olarak sınıflandırılmıştır. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yayınlarında ve yeni literatürde 65 ve üzeri yaşlılık dönemi olarak kabul edilmektedir. Bu dönem üçe ayrılmaktadır; 65–74 yaş arası “genç yaşlı”, 75–84 arası “orta yaşlı” ve 85 ve üzeri “ileri yaşlı” kabul edilmektedir (44). Bu gruplar içinde en hızlı artan grup ileri yaşlı (85 ve üzeri) grubudur. Sosyal veya yasal politikalarda çoğu zaman 65 yaş sınır olarak kullanılırken, fizyolojik değerlendirmelerde 75 yaş dikkate alınmaktadır (40). Yaşlılığa bakış açısı toplumdan topluma ve geleneklere göre değişmektedir.

1.8.1.2. Yaşlılık epidemiyolojisi:

DSÖ Yaşlı Sağlığı Uzmanlar Komitesi (WHO-Expert Committee on Health of Elderly) 2000 yılında dünyadaki 600 milyon 65 yaş üzeri kişinin yaklaşık üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığını bildirmiştir. Gelişmekte olan ülkelere 1980–2020 yılları arasında toplam nüfusun % 95 oranında artması beklenirken, yaşlı nüfusta bu artış oranı % 240 olarak hesaplanmıştır. DSÖ, 2020 yılında 60 yaş ve üzeri dünyada bir milyar kişi olacağını ve bunların %70’inin yoksul ve gelişmekte olan ülkelere yaşıyor olacağını tahmin etmektedir. Bu ülkelerin pek çoğu sağlık

hizmetlerinde yetersiz altyapıya sahiptir (138). Doğumda yaşam beklentisi 2002 yılında 46–78 arasında değişmektedir. Birçok bölgede yaşam beklentisi artmasına rağmen Sahra Altı Afrika’da azalmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 60 ve sonrası yaşlarda tüm ölümlerin % 42’si olmakta iken, gelişmiş ülkelerde % 78’i bu yaş sonrasında görülmektedir (138, 123, 140) .

Türkiye’de 1980 yılında ağırlıklı ortalama yaş 24.9 iken 1990’da 26.4’e, medyan yaş 19.9 iken 22.2’ye yükselmiştir (101, 127). Türkiye genelinde 65 yaş ve üzeri gruptaki bireylerin oranı 2000 yılında % 5.5 iken en son 2008 ADNKS’den elde edilen verilere göre % 6.8 olarak hesaplanmıştır (3).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı “21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek” metninde Hedef 5’te sağlıklı yaşlanma hedefine yer verilmiş ve 2020 yılına kadar 65 yaş üstü insanların tam sağlık potansiyellerinden zevk alabilme ve aktif sosyal rol oynama olanağına kavuşabilmeleri gerektiği vurgulanmıştır. Bu hedefte 65 yaştaki yaşam beklentisinde ve sakatlık olmadan yaşam beklentisinde en az % 20 artış sağlanması öngörülmüştür (111).

Gelişmiş ülkelerde demografik dönüşüm sonrası sağlık hizmetlerinin odağı bulaşıcı hastalıklardan kronik hastalıklara kaymıştır. Gelişmekte olan ülkelerde son 50 yılda ortalama yaşam beklentisinin artmasıyla daha farklı ve karmaşık birçok zorluk ortaya çıkmıştır. Bunlardan birisi de yaşlanan nüfusun problemlerinin bulaşıcı hastalık probleminin üzerine eklendiği “epidemiolojik geçiş” döneminin başlamasıdır (55).

“Epidemiolojik geçiş” terimi ilk kez Omran tarafından kullanılmış ve 1980’lerin sonlarından itibaren yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Epidemiolojik geçiş; ortalama yaşam süresinin ve yaşam standartlarının artmaya başladığı ülkelerde bulaşıcı hastalık yükünün oransal olarak azalması ve yaşlılığa bağlı olarak kanser, koroner damar hastalıkları ve kronik durumların artışı biçiminde kendini gösteren hastalık ve sağlık sorunlarının örüntüsündeki değişimdir (55, 82, 140). Son yüzyılda gelişmekte olan ülkelerde epidemiolojik geçiş yaşanmaktadır ve DSÖ tahminlerine göre 2020 itibarıyla bu ülkelerdeki sağlık gereksinimlerinin %70’ini kronik hastalıklar ve akıl hastalıkları oluşturacaktır. Bunun anlamı, günümüzde ve gelecekte yaşlı insanlar, bakım gerektiren en temel grup olacaktır (60, 136).

Yaşlı sağlığı ve politikaları:

Bir topluma “yaşlı toplum” denebilmesi için 65 ve üstü nüfusun % 10'un üzerinde olması gerekir. Doğuşta yaşam beklentisi 75 ve üzeri olan ülkelerin sayısı 1999 yılında 37 iken bu sayı gittikçe artmaktadır. Bu nedenle gelecekte yaşlılık ve getireceği sorunlar halk sağlığının önde gelen uğraşlarından biri olacaktır. Potansiyel olarak savunmasız olan bu yaş grubunun genişlemesi, sağlık hizmetlerinin en yüksek seviyede kullanımıyla birlikte mevcut sağlık bakım kaynaklarına büyük talepler oluşacaktır (82). Fakat yaşlı insanların taleplerini dile getiren öncü sivil toplum kuruluşları bile “eşsiz, acımasız ve hızlı küresel yaşlanma çağına” rağmen politik gündemde yaşlı nüfusun büyük oranda görünmez bir unsur olduğu öne sürmektedirler (60). Aslında gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların sağlık sorunları ve gereksinimleri üzerine kaliteli verilerin olmaması sağlık politikalarında bu alana ne kadar az öncelik verildiğini de göstermektedir (60, 82).

İnsanlar yaşlandıkça bulaşıcı hastalık olmayan diyabet, kanser ve dolaşım bozuklukları gibi daha masraflı tedaviler gerektiren kronik hastalıklara karşı savunmasız hale gelmektedir. Akıl hastalığı riski yaşa bağlı olarak artmaktadır. Senil demans hastası olan yaşlı insan sayısı 1996 yılında 22 milyon kişi iken 2025 yılında Afrika, Asya ve Latin Amerika'nın gelişmiş ekonomilerinde 80 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı insanlar hastanede daha uzun süre kalma eğilimindedir ve taburcu edilmeleri genç ve yetişkinlerden daha zordur. Bazı ülkelerde yaşlıların sıra dışı yüksek taleplerde bulundukları gerekçesiyle özel sağlık sigortacıları tarafından ihmal edilebilir oldukları ve izole edildikleri ortaya konulmuştur. Örneğin Şili'de özel sağlık sigortası kurumları 60 yaş üzerindeki çok az oranda sigortalamaktadır (92, 137).

Dünyada 75 yaş üstü grupta daha bağımlı olanların sayısı da artmaktadır. Ancak değişim hızı, özellikle az gelişmiş ekonomiler için önemlidir. İleri yaş grupları için ortalama sağlık hizmeti masraflarında keskin artışlar olduğu ortaya konulmuştur (82).

Uluslararası Yaşlılara Yardım Kuruluşu (HAI-Help Age International) 1982 yılında Dünya Yaşlılık Asamblesinde (World Assembly on Ageing) hükümetlerin politika oluşturmasını ve gerçekleştirmesini istemiştir. Yaşlıların birinci basamak sağlık hizmetlerine ve diğer sağlık kaynaklarına erişimini engelleyen olumsuz tutumları değiştirmeye ve hizmetlerin birçok yaşlı insanın yaşadığı kırsal kesime daha da yakınlaştırılması için harekete geçmeye çağırmıştır (60, 84).

Hennessy yaşı insanların bakımının politik gündemde öncelikli bir yer edinmesinin nedenini genellikle yaşı insanlar ve onların sağlık gereksinimleri ile ilgili kaygılardan ziyade bakım masraflarının ekonomik ve finansal etkileri olduğunu söylemiştir. Hennessy masrafların potansiyel olarak yükselmesini sağlayan politika paketlerinin yaşlılar için kabul edilebilir olduğunu söylemiştir (68).

Yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım politikaları OECD ülkeleri arasında “yüksek düzeyde bir uzlaşma” ile kabul edilmiştir. DSÖ’nün 2002 Yaşlanma Eylem Planında yaşı nüfusun öncelikli sorunları olarak; yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve refahın sağlanması, olanaklar sunan destekleyici ortamların hazırlanması sıralanmıştır. Kalkınma konusunda yaşlıların topluma ve kalkınma sürecine aktif bir şekilde katılmaları, çalışma yaşamında daha fazla yer almaları ve göç etmiş yaşlıların yaşam koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir (aktif yaşlanma). Yaşlılıkta refahın sağlanması konusunda sağlıkla ilişkili risk faktörlerinin azaltılması ve yeterli-dengeli beslenme için gerekli önlemlerin alınması (sağlıklı yaşlanma ve toplum temelli bakım) önerilmektedir. Olanaklar sunan destekleyici ortamlar konusunda da bakım hizmetleri ve bakım verenlerin desteklenmesi, ihmal ve istismarın önlenmesi önerilmektedir (58, 141, 122).

Buna göre yaşlıların ideal olarak kendi evlerinde yaşamaya devam etmesi, bu olmuyorsa “kendi topluluklarına olabildiğince yakın koruyucu ve destekleyici bir çevre” içinde desteklenmeleri ve daha sonra da “yerinde yaşlanma (evinde yaşama ve ölme) ve topluluk bakımı” önerilmiştir. Topluluk bakımı kavramı ilk başta hastane dışı hizmetleri içeren bir kavram olarak gelişmiştir, ancak daha sonraları bakım sorumluluğunu ailelere ve özel sektöre yüklemenin bir aracı olmuştur. Britanya’da yaşı bakımı ulusal sağlık sistemi içinde özelleştirilebilecek ilk bağımsız alan olarak ortaya çıkmış ve bu “topluluk bakımı” etiketi altında gerçekleştirilmiştir. Hükümet tarafından yerel otoritelere verilen topluluk bakımı fonlarının % 70’inden fazlasının özel ve bağımsız sektör tarafından harcanması zorunlu tutulmuştur (82).

AB ülkeleri 1990’ların başında 65 yaşın üzerindekiilere %3-10 arasında kurumsal bakım (hastane, huzur evi gibi) sunmakta iken, OECD verileri kurumsal bakımın giderek azaldığını göstermektedir. Bunun nedenlerinden biri özelleştirmelerdir. Yalnızca Danimarka’da yaşı bakımı ve evde bakım hizmetlerinin en büyük sunucusu halen kamu sektörüdür (76). Yaşı sayısının çalışan nüfusa göre daha da artacağı tahmininin yarattığı kaygı, OECD’de reform ihtiyacını doğurmuştur. Bu kaygıyla, emeklilik yaşının yükseltilmesi, kamu tarafından verilen emekli

maaşlarının kısıtlanması, sağlık ve uzun süreli bakım için yapılan harcamaların sınırlandırılması için çağrı yapılmaktadır (83).

Şimdiye kadar uygulanan politikaların çoğu, yaşlıların olabildiğince düşük maliyete bakılması gereken bir nüfus olarak, vergi ödeyen ve çalışan nüfus üzerinde pahalı bir yük oluşturdukları görüşünden hareket ettiği görülmektedir (82). Son zamanlarda OECD ve Avrupa Merkez Bankası emeklilik yaşında artışı ve yaşlıların aldıkları sağlık bakımının karşılığını ödemeye iten önlemleri içeren politikaları teşvik etmektedir (68). Bazı ülkelerde uygulamaya geçen yaşlı bakımının kamu sağlık bakım hizmetlerinden çıkarılması, bu hizmetlerin “yeniden metalaştırılması” yönünde önemli bir adımdır (82).

Dünya Bankası’nın yaşlı insanlar için yaygınlaştırılmış ve iyileştirilmiş sağlık hizmetlerini tartışmaktaki yetersizliği, çok sayıda yaşlı insanın pahalı ve karmaşık tedavilere gereksinim duyacaklarına dair yanlış izlenimdir. “Herkes İçin Sağlık” kampanyasında bile yaşlılara dolaylı olarak önem verilmiştir. En çok gereksinim duyulan tedavilerin pek çoğu nispeten daha ucuz ve etkili olanlardır (60, 82).

DSÖ’nün reform kampanyası yaşlıların gereksinimlerini birinci basamak sağlık hizmetlerinin dışında bırakmıştır, bu da ileri yaş gruplarının yararlandığı hizmetlere daha az öncelik verilmesine neden olmuştur. Yaşlı bakımının gerilemesi yaşa dayalı ayrımcı politikalarla ve bazen de sağlık hizmeti çalışanlarının yaşlılara karşı olan önyargı ve negatif kalıplarla yaklaşımlarıyla artmaktadır. Sonuç olarak yaşlılara çok az kaynak ayrılmaktadır (82).

Toplumdaki kültürel yapı, kişiler, aileler, sosyal gruplar ve yaşanan coğrafi yer bağlamında farklılık göstermektedir. Bu farklılık, insanların sağlık hizmetlerine erişememesine, dışlanmasına ve bazı dezavantajlı (örn; sosyal güvencesi olmayanlar, kadınlar, özellikle kırsal kesimde yaşayanlar, engelliler, yaşlılar vb) grupların ihmal edilmesine neden olmaktadır (20).

Yaşlılar ve akıl hastaları hemen hemen tüm sağlık sistemlerinde ayrımcılığa maruz kalan iki özel grup olarak tanımlanmıştır. Bunların var olan ve olası gereksinimlerinin karşılanmasındaki sorunlar, sağlık hizmetleri ve sağlık politikasını etkileyebilecek faktörden biri olarak belirtilmiştir. Sağlık reformları toplumun dezavantajlı ve sosyal olarak savunmasız gruplarının gereksinimlerini yeterince kapsamamaktadır, çünkü reformların sağlık gereksinimlerinden değil, ekonomik ve ideolojik etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (82).

1.8.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Kişilerin ve toplumların sağlıklarının korunması, hastalandıklarında tedavilerinin yapılması, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerinin sağlanması ve toplumların sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için yapılan planlı çalışmaların tümü sağlık hizmetleri olarak adlandırılır (47, 74, 99).

Sağlık doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Alma-Ata Bildirisinde yer alan bu ilke T.C. Anayasasında da en temel insan hakkı olarak yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak bir hak olduğuna göre, ülke sınırları içinde yaşayan herkesin bu hizmetleri eşit olarak almalarını sağlamak devletin görevlerindendir. Ancak, bu eşitlik kavramını, herkesin aynı miktarda hizmet alması değil, herkesin sağlık hizmetinden yararlanabilme olanağının ve şansının eşit olmasıdır. Kişilere sağlık hizmetlerinin hakkaniyet ölçüleri içinde, yeterli ve verimli bir biçimde verebilmesini sağlamak için DSÖ aşağıda belirtilen ilkelere uyulması gerektiğini vurgulamaktadır (79).

1. Hizmetlerin var olması
2. Hizmetlerin kabul edilebilir olması
3. Entegre sağlık hizmeti
4. Kademeli hizmet anlayışı
5. Ekip anlayışı

1.8.2.1. Hizmetlerin Var Olması: Sağlık hizmetleri, nerede yaşarlarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakınlarında ve gereksinim duydukları her anda erişebilecekleri biçimde örgütlenmelidir. Yani sağlık hizmetleri herkese, her yerde ve her zaman verilmelidir (79).

1.8.2.2. Hizmetin Kabul Edilebilir Olması: Sağlık hizmetlerini sunarken, toplumsal ve kültürel özellikleri de göz önünde bulundurmak ve halkın hizmetleri yeterince kullanmalarını sağlayıcı stratejiler uygulamak gerekir. Bunun en iyi yolu, halkı sağlık hizmetlerinin uygulamasına katmaktır (79).

1.8.2.3. Entegre Sağlık Hizmetleri: Eskiden ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan hizmetleri bir tek kuruluşa verilecek biçimde toplamak, entegre etmektir. Böylece, örgütün karmaşıklığı giderilebilir, hizmet tekrarı önlenir, paradan ve personelden tasarruf sağlanabilir, kişiler ve aileler bir bütünlük içinde ele alınabilir. Entegre hizmetlerin halk tarafından kullanımı da kolaydır. Çünkü vatandaşın her türlü sağlık sorununda başvuracağı tek bir kuruluş vardır (79).

1.8.2.4. Basamaklı Hizmet Anlayışı: Hastane bakımı gerekmeyen kişilerin, gereksiz yere hastanelerde yığılmalarını önlemek ve buraların daha verimli çalışmalarına imkân sağlamak kademeli hizmet anlayışıyla sağlanabilir. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşları, halkın yaşadığı yerlere daha yakın olduklarından, sağlık hizmetleri daha geniş bir alana yayılmış ve ailelerin mümkün olduğu kadar yakınlarına ulaştırılmış olacaktır. Bunun sonucu olarak da, hastalar hastalıkların daha erken dönemlerinde hekime başvurma şansını elde etmiş olacaklardır. Ayrıca hizmetler daha ucuza mal olacak, hastalar çevreleri ile birlikte değerlendirilecek ve tedavileri daha etkili olabilecektir (79).

1.8.2.5. Ekip Anlayışı: Sağlık hizmetleri hiçbir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Bu hizmetler, ancak bir ekip tarafından yürütülebilir. Sağlık ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli olamaz. Her birinin önemli ve değerli rolü vardır. Ancak, bunlardan birisinin ekip başı, yani yönetici olması kaçınılmazdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlıya yaklaşım hem bireyleri ve hem de ailelerini kapsar ve multidisipliner bir ekip anlayışı çerçevesinde sorunları çözer. Hasta ve aileye yapılacak testler, tedaviler ve terminal dönemdeki yaklaşım konusunda ekip danışmanlık yapar, yaşlıların nasıl sağlıklı tutulacağı konusunda eğitim verir (48).

Yaşlılara özel sağlık hizmeti ve yaşlı bakımının son derece önemli hale gelmesine neden olan bir çok özellik vardır. Bunlar; yaşlıların vücut direncinin düşmesi, hastalıklara yakalanma riskinin artması, ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalık prevalansının artması, ortaya çıkan kronik hastalıkların daha öldürücü ve prognozunun daha kötü olması, birden fazla kronik hastalık olması, yetersizlik ve sakatlık düzeyinin artması, yaşlıların sağlık bakım gereksiniminin artması ve daha uzun sağlık bakımı gerekmesi, sonuçta daha fazla sağlık hizmetlerini kullanmalarıdır. Öte yandan, koruyucu hizmetlerden daha az yararlanmaları, sosyal koşulların kötü olması, aile ve sağlık kurumlarının yeterince ilgi göstermemesi ve sağlık sorunlarının zamanında ve yeterince çözülememesi de önemli sorunlardır (141).

1.8.3. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin üç boyutu:

1.8.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: bu hizmetler kişiye yönelik ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak ikiye ayrılır (100, 130).

a) Kişiye yönelik koruyucu hizmetler: Doğrudan bireylere götürülen hizmetlerdir. Yaşlılıkta birincil koruma önemlidir, tüm yaşamı boyunca

verilmelidir. Yaşlının ve yakınlarının eğitimi gerekir. Bir yandan yaşlıya eğitim verilirken, diğer taraftan da gerekli olan sosyal ve sağlık kuruluşları oluşturulmalıdır. Hastalıkların olabildiğince erken belirlenmesi, yani ikincil korunma her yaşlı için önemlidir. Bu nedenle yılda en az bir kere bir sağlık personeli tarafından görülmesi, yeni çıkan bir problemin erken belirlenmesini sağlayabilir. Akut veya kronik bir hastalığı olan yaşlının olabildiğince kendi evinde ve bağımsız yaşamasını sağlamak için yapılan üçüncül korunma da önemlidir (130).

Yaşlılara yönelik koruyucu hizmetlerin amaçları, fiziksel, mental ve sosyal işlevleri en üst düzeyde sürdürme, kronik sağlık sorunlarından kaynaklanan sorunları en aza indirme, yaşlı bireyi emekliliğe hazırlama, etkili aktivite periyodunu bağımsız olarak yaşama yeteneğini sürdürme ve eğer mümkünse kurumsallaşmadan kaçınmadır. Ayrıca kronik durumlardan kaynaklanan rahatsızlık ve hareketsizliği azaltma, fiziksel ve mental sıkıntıyı olabildiğince azaltma ve hastalıkların terminal evresinde hasta ve ailesine duygusal destek sağlama da koruyucu hizmet vermedeki amaçlardandır (113).

DSÖ yaşlılara verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleri olarak; sigara, uyuşturucu ve alkol kullanımını önlemeyi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV ve güneşten korunmayı, yaralanmaları ve polifarmasiyi engellemeyi, beslenme, fiziksel aktivite ve oral sağlığı iyileştirmeyi önermiştir. Ayrıca, spesifik testlerle kan basıncı (Tansiyon arteriyel-TA), dislipidemi, tiroid disfonksiyonu, Tip-2 diabetes mellitus, osteoporoz, obezite, depresyon, kolorektal, meme, serviks ve prostat kanseri taramaları yapılmalıdır. Demans, işitme, görme, düşme ve abdominal aort anevrizması taramaları da yaşlılarda yapılması gereken taramalardandır. Diğer bir koruyucu hizmet ise kemoprofilaksidir. Bunun için de aspirin, vitaminler ve kadınlara hormon replasman tedavileri yapılabilmektedir. Yaşlılarda bağışıklama da önemli bir koruyucu hizmet türüdür. Tetanos- difteri, pnömokok, grip ve hepatit B aşıları bazı durumlarda yapılmaktadır (17).

b) Çevreye yönelik koruyucu hizmetler: çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemeleri önlenerek kişilerin sağlıklarını koruyan hizmetlerdir. Türkiye’de kente göç ve sanayileşme sonucu aile yapılarında önemli değişiklikler olmuştur. Ataerkil aile yapısından çekirdek (modern) aile yapısına geçiş görülmüştür. Bu değişimden en fazla etkilenen grup yaşlılardır ve bu yeni aile modeline ve kent yaşamına uyum sağlayamamaktadırlar. Yaşlının çevresinde sağlıklı bir yaşam ortamı olmalı ve bunu

sürdürebilmek için destek almalıdır. Yaşlılıkla ilgili yapılan geniş kapsamlı araştırmaların sonuçlarına göre; yaşlıların kurumsal hizmetleri tercih etme nedeni, güçsüzlük ve/veya muhtaçlık değil, yaşadıkları ortamlarda destek hizmetlerin yetersiz olması veya hiç olmaması olarak belirtilmiştir (16, 58).

Yaşlılar fizik, biyolojik ve sosyal çevre öğelerinden en büyük oranda etkilenen grubu oluşturmaktadır. Yaşlılık döneminde biyolojik çevre öğelerine direnç büyük oranda azalmaktadır. İmmün sistem zayıfladığı için çevresel kimyasallara verilen cevapta oldukça önemli değişiklikler olmaktadır. Yaşlılar enfeksiyonlara kolayca yakalanmakta, enfeksiyonlardan daha büyük oranda etkilenmekte, sıcak ve soğuk stresini daha az tolere etmekte, ilaç aldıktan sonra toksisite görülme riski artmaktadır. Yaşlıların çevresel streslere uyum gösterebilme yeteneklerinde önemli azalma olmaktadır. Yaşlıların çevresel kimyasallardan etkilenme derecesi daha yüksektir. Bu etki hem kronik etki, hem de birikim etkisi olarak önemli boyutta olabilir. Alzheimer, Parkinson ve motor nöron hastalığı gibi durumlarda lokal çevresel etkinin önemli olduğu belirtilmektedir. Altta yatan bir hastalığın olması, çevresel kirleticilerin etkisine dayanma derecesini de olumsuz etkilemektedir (58).

Yaşlılarda kaza oluşumunda fonksiyonel kaybının yanı sıra, yaşlıların yaşadığı konut ortamındaki yetersizlikler, gerekli ergonomik önlemlerin alınmaması da etkilidir. Normalde erişkinler için tehlike nedeni olmayacak birçok koşul yaşlılar için tehlikeli olabilir. Yaşlıların uyarı sinyallerini algılamaları (fren sesi, duman, vb.) ve tepki göstermeleri yavaştır. Yürümede eşgüdüm yetersizliğine bağlı düşmeler sık olur. Düşmenin ve diğer kazaların akut ve kronik etkileri daha şiddetlidir (41, 58). Düşmelerin %30-50'sinde kaza veya çevresel faktörler rol oynamaktadır. Uygun yerleştirilmemiş eşyalar, eşikler, merdivenler, kaygan zemin (özellikle banyo ve tuvalet), kayabilen halı/kilim, iyi aydınlatılmamış ortam, alışık olunmayan mekân ve uygunsuz ayakkabı kullanımı gibi çevresel faktörler, yaşlıda düşme nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır (5, 89).

Özellikle ev ortamının düzenlenmesi, kişisel yeteneklerin geliştirilmesine yönelik destek ve araç gereç kullanımı ile bu kişilere yardımcı olunabilmesi mümkündür. Yaşlılarda ortam ısısının düzenlenmesi gerekir. Uygun egzersiz ve tedavinin yanı sıra uygun hijyen ve ayak bakımı zorunludur. İşitme ve görme yeteneğindeki azalmaların önemli işlevsel sonuçlarının yanı sıra kazaları artırıcı etkisi de vardır. O nedenle çevresel risk faktörlerinin (kayan yer örtüleri, çarpma ve

düşmeye neden olabilecek durumlar ve kaygan zeminler gibi) azaltılmasına yönelik önlemler yaşlılarda daha da önem kazanmaktadır (58).

Yaşlılarda en az üzerinde durulan çevresel etmen ergonomik özelliklerdir. Yaşlılarla ilgili ergonomik yetersizlikler giyecekten, yaşama alanına ve tüm günlük yaşama kadar önemli boyutlarda etkili olabilmektedir. Söz konusu yetersizliklerin giderilememesi kazaların artmasında ve dejenerasyonunun hızlanmasında etkili olabilir. Ülkemizde ergonomi konusundaki alan değerlendirmelerine yönelik araştırma ve değerlendirmeler yeterli düzeyde değildir (58).

Bu bilgiler doğrultusunda günümüzde yaşlılar yaşadıkları ortamlarda, çevrelerinden koparmadan barındırabilecek koşullar sağlanmalıdır. OECD yaşlıların desteklendikleri kendi ortamlarında yaşamalarını tavsiye etmiş ve bu kavrama da “yerde yaşlanma” denmiştir (139).

1.8.3.2. İyileştirici sağlık hizmetleri: üç basamakta ele alınmaktadır ve bu basamaklar arasında bir sevk sistemi bulunmalıdır (57, 63, 100).

a) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: hastalıkların tedavisinin evde ve ayakta yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarda genellikle yatak yoktur. Sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, AÇS-AP Merkezleri, işyeri hekimlikleri birinci basamak iyileştirici hizmetlerin verildiği yerlerden bazılarıdır. Birinci basamakta teşhis ve tedavileri yapılamayan hastalar ikinci basamağa sevk edilir. Halkın yaşadığı yerlere en yakın olan ve hastaların ilk başvurdukları kuruluşlardır. Hem koruyucu hizmetleri, hem evde ve ayaktan tedavi hizmetlerini bir arada sunan hizmet basamağıdır (57, 63). Ayaktan bakım hizmetleri özellikle fonksiyonel yetersizliği ve sakatlığı bulunan yaşlıların erişimini kolaylaştırmak için desteklenmeli ve erişim kolaylaştırılmalıdır (108).

Sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanma hakkı yaşlılar için hizmetin onlara ulaştırılması ve yararlanmalarının sağlanmasıdır. Burada sağlık kurumunun yakınlığı, ilişkinin sürekliliği ve ilişkinin sıklığı bakımından yaşlıların için en uygun sağlık kuruluşu sağlık ocağıdır (120).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri:

a) İlk Başvuru Yeri Olması: birinci basamak herhangi bir sağlık sorununda ilk gelinen yerdir. Bunun için birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması gerekir. Bireyler sağlık kuruluşlarını erişilebilir olarak kabul edip, kullanmadıkça kurumlar ilk başvuru hizmeti sağlayamaz. İlk başvuru yeri olarak birinci basamağın kullanılması maliyeti azaltır, doğru sevk edilme olasılığını arttırır, uygun hizmetin en kısa sürede alınmasını sağlar. Acil sağlık hizmetleri ve uzman hekim hizmetleri daha verimli kullanılır (79, 52).

Yaşlı hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerini ziyaret eden önemli bir kitledir ve toplum yaşlandıkça ve kronik hastalık oranı yükseldikçe başvuru sayısı artacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri yaşlılara uygun biçimde sunulduğu takdirde, hastalar ile sürekli teması öngören sürekli bakım hizmeti alma potansiyeli ortaya çıkar. Bu hizmetlerde kolay erişilebilirlik, hekimin bakımı koordine edebilme özelliği, ekip anlayışı çerçevesinde hastanın gereksinim duyduğu bakım hizmetlerinin sunulabilmesi ile mümkün olacaktır. Birinci basamak yaşlı bireylerin sağlık sorunları için en sık başvurdukları merkezlerdir. Başvuru nedenleri; yalnızlık, bedeni ve sağlığı ile ilgili kaygılarını gidermek ve kronik hastalıklar ve yaşlılığa bağlı sağlık sorunlarını gidermektir. Bunu, DSÖ “aktif yaşlanma” olarak adlandırılmıştır. Aktif yaşlanma; yaşlanırken bireyin yaşam kalitesini artırmak üzere var olan sağlık ve güvenlik fırsatlarını en iyi şekilde kullanma sürecidir (95, 141).

b) Sürekli Hizmet Kaynağı Olması: düzenli bir hizmet kaynağı olarak var olması ve bunun kullanılmasıdır. Sürekli hizmet kişilerin sağlık hizmet aldıkları yeri tanıması ve benimsemesi, hizmet veren kurumun da kişi ve toplumu tanıması ve bu etkileşimin belli bir zaman diliminde devam etmesidir. Kurumsal süreklilik; hep aynı kurumun kullanılması, kişisel süreklilik ise; hep aynı sağlık çalışanından hizmet alma durumudur. Sürekliliğin sağlanmasıyla hasta ve sağlık personeli birbirini tanır, anlar, karşılıklı güven oluşur, uyum artar ve sonuçların niteliği iyileşir. Çeşitli iletişim olanakları ve koruyucu hizmetlerden yararlanma ve izlemler ile başvurular artar, acil kullanımı ve hastane yatışlarının süreleri azalır, dolayısıyla maliyet azalır (62). Yaşlılara yönelik hizmetler sürekli ve ulaşılabilir durumda olmalıdır (54).

c) Kapsayıcılık: bireyin sağlık gereksinimlerini karşılayacak olan tüm hizmetlerin kullanılabilir olması demektir. Toplum düzeyinde kapsayıcılık, hizmet yelpazesinin toplumun gereksinimlerine göre belirlenmesi ve bu hizmetin topluma ulaşmasının derecesiyle ölçülür. Yani tıbbi bakımın dört basamağını içermelidir;

gereksinim/sorunun belirlenmesi, tanı, izlem ve yeniden değerlendirmedir. Bu yelpazede, koruyucu, sağlığı geliştirici, sık görülen sorunların tanısı, tedavisi, gerektiğinde uzman hekime sevk, kronik sağlık sorunlarının izlenmesi, rehabilitasyon ve palyatif bakım ile sosyal hizmetleri içermelidir (48, 62, 82). Evrensel kapsayıcılık nüfusun tüm yaş gruplarının sigortalı olması ve hizmetlerin tamamının ücretsiz olması demektir. Sigortasız grupların olması, bazı hizmetlerin sunulmaması ve sağlık hizmetlerinin bir kısmının dahi ücretli olması kapsayıcılığın azalmasına yol açar (62, 88). Yaşlının herhangi bir sağlık sorunu için hayatının her döneminde hizmet alabileceği, her yerde ve her zaman sağlık hizmeti sunan birinci basamak örgütü olması ve ayrıca bu hizmetlerin ücretsiz sunulması hizmetlere erişim açısından önemlidir (82, 141).

d) Koordinasyon (Eşgüdüm): hizmet basamakları arasında ve koruyucu ile tedavi edici faaliyetler arasında bilgi aktarımı yapmak, haberdar olmaktır. Hekim, tıbbi kayıtlar veya her ikisi tarafından hizmetin kesintisiz olarak sağlanmasını, böylece toplumda ya da kişide ortaya çıkan sağlık sorunlarının daha kolay ve doğru olarak saptanmasını içerir. Koordinasyon sağlanmazsa süreklilik etkinliğini kaybeder, kapsayıcılığın gerçekleşmesi güçleşir ve ilk başvuru yeri olma boyutu etkin olamaz (48, 62, 91). Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran bir yaşlının olanak varsa bir bakım koordinatörü tarafından karşılanmaları ve bakım sürecinin bu koordinatörler tarafından yönlendirilmeleri sağlanmalıdır. Yaşlılığa özgü görüşme saatlerinin belirlenmesi, görüşmeden sonra izlemlerin yapılması ve bunların düzenlenmesi de koordinasyon işlerindendir (141).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen birçok faktör vardır. Bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, yaşadığı yer, eğitim, gelir düzeyi, meslek, sağlık güvencesi, kullanıcıların sağlık durumu, sağlık hizmeti sunan kurumun haneye uzaklığı, sağlık hizmetinin türü ve tüketicilerin sağlık hizmetlerinin etkinlik ve kalitesi hakkındaki düşünceleri sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemektedir (9, 25). Ayrıca aile reislerinin sağlık ocağı ve hizmetleri konusundaki bilgilerinin yetersiz olması sağlık hizmetinin kullanımını etkileyen faktörlerden biridir. Ailedeki hastalık ve sağlık anlayışı aile reisine göre yorumlanmakta ve ailedeki tüm bireylerin sağlık ile ilgili davranışları aile reisine bağlı olmaktadır. Hastaların hekime başvurmalarında mesafe çok önemlidir. Ulaşım zorsa ve kültürel düzey düşükse mesafenin etkisi de artmaktadır (97, 120).

Yaşlılara yönelik topluma dayalı bir sağlık hizmet modeli olan birinci basamak temel sağlık hizmetleri sunumu olmalıdır. Kapsamlı, herkese ücretsiz ve koordineli hizmet verildiğinde yaşlıya etkin bir sağlık hizmeti sunulabilir. Sağlık ocakları yaşlının yaşadığı yere en yakın ve tanıdık hizmet birimleri olmaları bakımından önemlidir (71, 73).

Yaşlılara yönelik hizmetler; hastalığa değil sağlığa yönelen, sağlığı koruma ve geliştirmeye öncelik veren, sorunlara bütüncül yaklaşılarak çözüm aranan, hizmetin basamaklı bir şekilde ve kamusal olanaklarla verildiği bir sağlık hizmeti modeli olması gerekmektedir. Yaşlılar hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden kolayca yararlanabilmeli, olabildiğince kendi ortamında hayatını sürdürebilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verilebilmeli, aktif yaşayabilmeli ve hizmet planlamaya katılabilmelidir (91).

Yaşlılara yönelik ağız-diş sağlığı hizmetleri:

Birinci basamak hizmetlerde yaşlılara yönelik verilmesi gereken en önemli hizmetlerden biri de ağız diş sağlığı hizmetleridir. Ülkemizde ağız diş sağlığı hizmetleri tedaviye yönelik hizmetlerdir. Ağız diş sağlığı açısından ülkemizde koruyucu uygulamalar yok denecek kadar azdır. Oysa ki, ağız diş sağlığı ile ilgili koruyucu hizmetler birinci basamakta verilmesi gereken görevler arasındadır. Ağız ve diş sorunlarına yönelik taramalar, halka yönelik eğitimler ve flor desteği gibi destekleyici uygulamalar birinci basamakta rahatlıkla verilebilecek hizmetlerdir (47, 99). Yaşlıların daha fazla sosyal güvencesiz olduğu düşünülürse ağız-diş sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri kapsamına alınmalı ve özellikle koruyucu uygulamalar devlet tarafından ücretsiz verilmelidir ve birinci basamak sağlık kurumlarında diş hekimi ve üniteleri bulunmalıdır (143).

Ağız diş sağlığı hizmetleri kullanımı için ters U şekilli kullanım grafiği olduğu literatürde belirtilmiştir. En genç ve en yaşlı grupların diş hekimlerini görmesi olasılığının daha az olduğu vurgulanmıştır (1, 11). Ayrıca erkeklerin daha fazla diş hekimliği hizmetlerini kullandığı da saptanmıştır (11). Gelir düzeyi diş hizmetleri kullanımında önemli bulunmuştur (18).

b) İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: hastalara yataklı teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Hastane kullanımı tüketilen hizmetlerin yoğunluğuna göre, hastanenin tipine göre, hizmetlerin tipine göre ve kabulün tipine

göre sınıflandırılabilir. Yaşlıların tedavi ve bakım gereksinimleri kronik ve dejeneratif hastalıkların ilerleyen yaşa paralel olarak artması nedeniyle, yaşamın diğer dönemlerine göre fazladır. Hastalıklar nedeniyle yataklı tedavi kurumlarına başvurular yaşlılık döneminde sıklaşır ve sayısında artış olur (57). Hastaneye yatış/taburculuk oranları 65 yaşlara kadar düşer, bu yaşlarda tekrar bir pik yapar. Hastanede kalışın uzunluğu yaşla birlikte düzenli olarak artar, 65 ve daha yaşlı kişiler diğer tüm yaş gruplarından daha fazla hastane hizmetlerine para harcarlar. Geriatri ve kronik hastalıklar hastanelerinde başlıca hastalar kadın yaşlılardır. Ancak, erkekler akıl hastanelerinde kadınlardan sayıca daha fazladır (10). Yaşlılara fiziksel ya da mental hastalık nedeni ile gereksinim duyduklarında kullanabilecekleri uygun hastane koşulları sunulmalıdır (101).

c) Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler ileri teknoloji uygulayan gelişmiş merkezlerdir. Belli bir hastalığın tedavisi için veya belli yaş gruplarına hizmet verirler. Kanser hastaneleri, sanatoryumlar ve ruh sağlığı hastaneleri üçüncü basamağa örneklerdir (38, 57, 99).

1.8.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri: bedenlen veya ruhen sakat kalmış kişilerin bağımsız yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmalardır, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak iki türü vardır. Yaşlılar için rehabilitasyon hizmetleri sakatlık ve yetmezliklerin daha sık görülmesi nedeniyle daha da önemlidir (38, 57, 100).

1.8.4. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE ERİŞİLEBİLİRLİK

Sağlıklı olmayı etkileyen en önemli faktörlerden birisi ‘sağlık bakım hizmetleridir’. Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri veya sağlık bakım hizmetleri” denir (57). Yaşlılıkta görülen sağlık problemlerinin çözümünde koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesi gerekmektedir (115).

Sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve bu açıdan kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinde eşitlik; eşit gereksinimler için mevcut sağlık hizmetlerine eşit erişilebilirlik ve eşit nitelikte hizmet anlamına gelmektedir (135). Sağlık hizmeti

veren kurumun sunduğu hizmetlerin, hizmet verdiği toplum tarafından amaca uygun olarak kullanılmasıdır (62).

Sağlık hizmetlerini kullanmak; klinik hizmetlerin, halk sağlığı hizmetlerinin veya tıbbi bakım hizmetlerinin kullanımıdır ve sağlık bakımı kullanım davranışı da denmektedir. Sağlık bakımı kullanımı (tıbbi hizmetleri kim kullanıyor, ne zaman ve niçin kullanıyor ve bu hizmetlerden ne kadar memnun) birçok farklı faktör tarafından etkilenir ve oldukça karmaşıktır. Koruyucu hizmetleri kullanmaktan, cerrahi işlemlere veya acil hastaneye yatışa kadar değişen bir çerçevede sağlık bakımını kullanım davranışı değişmektedir (1, 25). Kullanım doğrudan hastanın/bireyin isteği ile olabileceği gibi sağlık çalışanlarının yönlendirmesi ile de olabilir (62, 109).

Sağlık hizmeti kullanımının istenen düzeyde olabilmesi için kişilerin öncelikle bu hizmetlerin varlığından haberdar olması çok önemlidir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere tüm koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin boyutu, kapsayıcılığı ve ulaşılabilirliği ile ilgili toplumun her kesimine yönelik bilgilendirme çalışmaları gerekmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamadıkları düşünülen çocuk, adölesan ve yaşlı nüfus gruplarının (dezavantajlı gruplar) sağlık hizmeti kullanımlarına özel bir önem verilmelidir (37, 38, 94).

Yaşlılar, çocuklar engelliler, göçmenler ve yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımındaki eşitsizlikler sağlık düzeyini yükseltme amacını engelleyen faktörlerdendir. Bu konuda önceliklerin belirlenmesi, uygulanan politikalarda değişiklik yapılması ve eşitsizliklerin arkasındaki temel nedenlerin ortaya çıkarılabilmesi özel bir öneme sahiptir (20).

Sağlık hakkı, zorunlu ve birbiriyle ilişkili olarak bazı unsurları içermektedir. BM Ekonomik Kültürel ve Sosyal Haklar Komitesi'nin (CESCR) belirlediği bu unsurlar şöyledir: (28)

A. Mevcudiyet: Sağlık bakım kuruluşları, sağlıkla ilgili mal, hizmet ve programların devletin sınırları içerisinde var olmasıdır (28).

B. Erişilebilirlik: Sağlık tesisleri, mal ve hizmetlerinin ayrımcılık olmaksızın herkesin erişimine açık olması gerekmektedir. Erişim; kişisel sağlık hizmetlerinin gerçek kullanımıdır ve sağlık hizmetlerinin kullanımını kolaylaştıran ve engelleyen her şeydir. Sağlık sistemleri ile hizmet ettikleri toplum arasındaki bağı sağlar. Aynı zamanda erişim, sağlık hizmeti kullanımının kestirimcisidir ve sosyal adaleti

desteklemek ve sağlık çıktılarını iyileştirmek için kullanılabilir (şekil 1). Eşit erişime doğru ilk adım herkesin tam kapsanmasıdır (12).

Erişilebilirliğin dört boyutu bulunmaktadır:

1- Ayrımcılık olmaması; sağlık kuruluşlarının, mal ve hizmetlerin herkesin erişimine, özellikle de toplumun en savunmasız ya da dışına itilmiş kesimlerine hem hukuken hem de fiilen açık olmasıdır (12).

2- Fiziksel erişim; sağlık kuruluşlarının, mal ve hizmetlerin, özellikle etnik azınlıklar, yerel halklar, kadınlar, çocuklar, ergenler, yaşlılar, engelliler ve HIV/AIDS’li kişiler gibi toplumun en savunmasız ya da dışlanmış kesimlerinin tümünün güvenli fiziksel erişimine açık olmasıdır (12). Birinci basamak sağlık hizmetleri kolay ulaşılabilir olmalıdır (6).

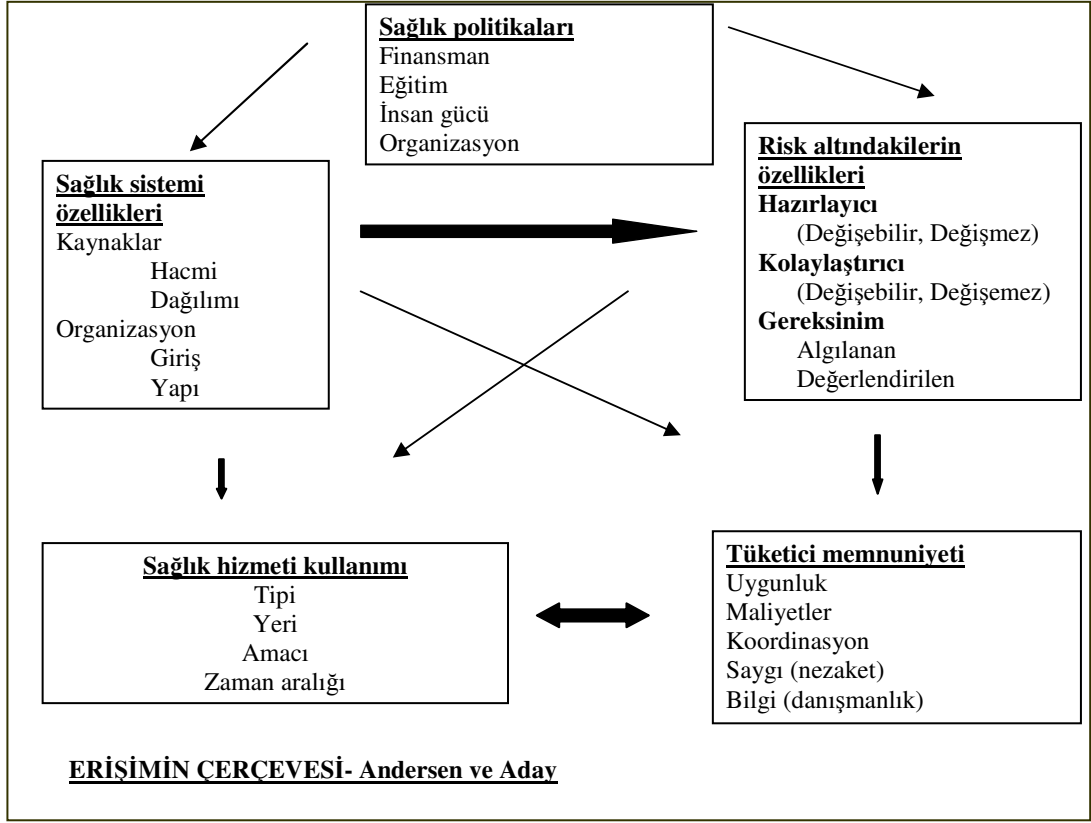
3- Ekonomik erişim; herkesin ekonomik olarak karşılayabileceği bir maliyette sağlık tesisleri, mal ve hizmet sunumunun olmasıdır (12, 7).

4- Bilgiye erişim; mahremiyetin söz konusu olduğu kişisel sağlık verilerine sahip olma hakkını ihlal etmeden, sağlıkla ilgili her konuda bilgi ve fikir isteme, alma ve verme haklarını kullanabilmedir (12).

Potansiyel erişim: sağlık olanaklarının ve personelinin hazır bulunmasıdır. Gerçekleşen erişim: nüfusun sağlık hizmetine olan gereksinimlerine göre sağlık hizmetini kullanması, yani sağlık hizmetinin güncel kullanımıdır. Sağlık olanakları ve personel kullanımının maliyeti (cepten ödenen para, hizmete ulaşmak için harcanan zaman) erişimde önemlidir (10).

C. Kabul edilebilirlik: Tüm sağlık kurumları, mal ve hizmetlerin tıp etiğine saygılı ve kültürel açıdan uygun olması anlamına gelmektedir. Bir başka deyişle hizmetlerin bireylerin, azınlıkların ve farklı grupların kültürlerine saygılı, toplumsal cinsiyete duyarlı ve mahremiyete saygı gösteren biçimde düzenlenmesidir (10).

D. Kalite: Sağlık kurumları ve hizmetleri tıbben ve bilimsel olarak uygun ve iyi kalitede olmalıdır. Bu, nitelikli sağlık personeli olmasını, bilimsel olarak onaylanan ve tarihi geçmemiş ilaç ve hastane donanımı bulunmasını, güvenli ve sağlıklı içme suyunu ve yeterli sağlık koşullarını gerektirir (10).



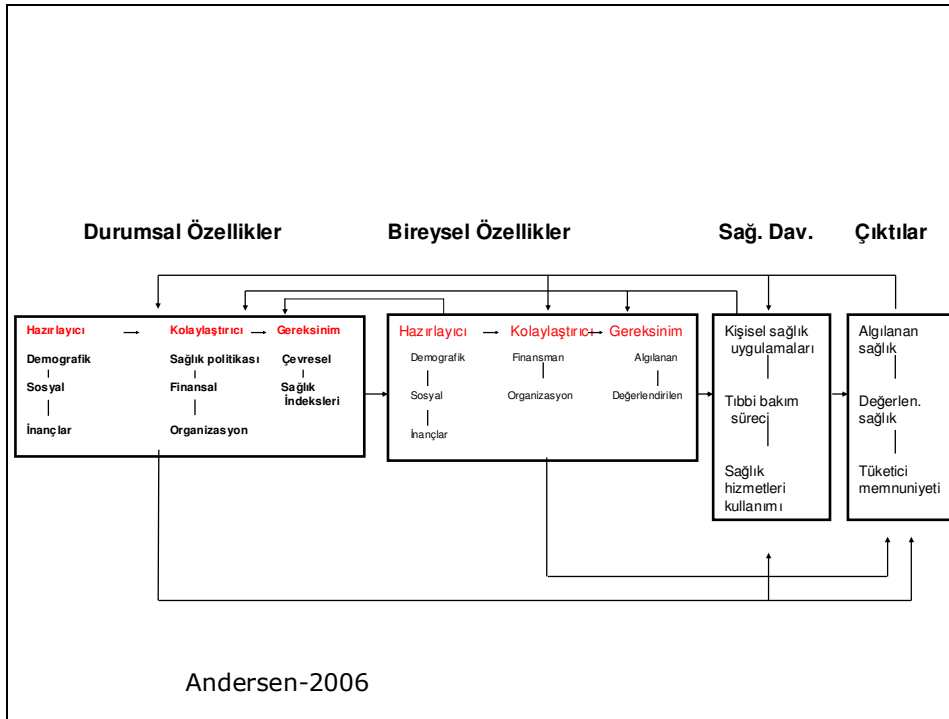
Şekil 1: Andersen ve Aday'ın sağlık hizmetleri erişim çerçevesi (10).

1.8.5. ANDERSEN'İN SAĞLIK HİZMET KULLANIMI DAVRANIŞ MODELİ

“Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli” Andersen tarafından geliştirilmiştir ve sağlık hizmetlerinin kullanımı bireyin hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim özelliklerinin bir işlevi olduğunu öne sürmüştür. Bu model, sağlık hizmetleri kullanımında bireysel ve durumsal (koşullar ve çevresel faktörler) özellikleri açıklayan teorik bir modeldir. Sağlık davranışlarının bireysel özelliklerden (hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri) ve çevresel faktörlerden etkilendiği kabul edilmiştir (1, 2, 9, 10, 11, 90).

Andersen 1968 yılında sağlık hizmeti kullanımını açıklamak amacıyla ilk kez bir model geliştirmiş ve bu modelde bireysel düzeydeki değişkenlere odaklanmıştır. Daha sonra 1974 yılında Andersen ve Aday buraya erişimi de ekleyerek modelin ilk varyasyonunu oluşturmuşlardır. Zamanla modele dışsal çevreyi ve sağlık bakım sistemi özelliklerini de eklemişlerdir (9, 12). Bu kavramsal çerçeve; bakım arama davranışıyla ilişkili bireysel, çevresel ve hizmet sunucusu ile ilişkili değişkenleri birleştirmede bir sistem perspektifi sağlamaktadır. Ayrıca bu model, sağlık hizmetleri

kullanımında bireysel ve durumsal özellikleri açıklayan teorik bir modeldir. Sağlık bakım hizmetlerini arama davranışlarının bireysel özelliklerden (hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri) ve çevresel faktörlerden etkilendiği kabul edilmektedir (Şekil 2) (53). Phillips ve arkadaşları, bu modelde kullanımı etkileyen çevresel ve hizmet sunucusu ile ilintili faktörleri odağa koyarak, durumsal değişkenler olarak adlandırmışlardır. Kullanımın meydana geldiği şartlar veya ortamı (çevre) ölçmeleri nedeniyle böyle adlandırdıklarını belirtmişlerdir. Sağlık bakım sağlayıcı ile ilgili değişkenlerden sağlık hizmet kullanımıyla en çok ilişkili olanı, düzenli bir bakım sağlayıcı kaynağına sahip olma olarak bulunmuştur ve Andersen modelinin gelişme aşamalarını açıklamışlardır (103, 106).



Şekil 2: Andersen'in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli

“Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli” ilk geliştirildiği zamandan beri üzerinde birkaç kez değişiklik yapılmıştır. İlk olarak 1970’lerde sağlık hizmet kullanımına; sağlık politikaları, sağlık organizasyonu ve kaynakların etkisi fark edilmiş ve modele sağlık sistemine ilişkin bu özellikler eklenmiştir. Andersen 1980-1990 arasında fiziksel, ekonomik ve politik dışsal çevre özelliklerini modele koymuştur. Hizmet kullanımıyla etkileşim içinde olan ve aynı zamanda sağlık çıktılarını etkileyen kişisel sağlık uygulamalarını (diyet, egzersiz ve kendi kendine

bakım gibi) da modele ilave etmiştir. Sonraki aşamada algılanan sağlık durumu ve gereksinim, değerlendirilen sağlık durumu ve tüketici memnuniyeti de etkili faktörler olarak modele dahil edilmiştir. Andersen 1995 yılında ilk baştaki kavramsal çerçeveyi tekrar gözden geçirmiş ve dört evre olarak uyarlamıştır. Dördüncü versiyon veya şu anda var olan model en son halidir. Bu modelde sağlık hizmet kullanımına etki eden birçok faktör yer almıştır ve sağlık hizmetleri kullanımının dinamik ve tekrarlayıcı doğasına vurgu yapılmıştır. Model aynı zamanda çıktılarla oluşan feed back döngüsünü de içermektedir (9, 90).

Bu model bireylerin farklı tipte demografik özelliklere, farklı tip ve miktarlarda hastalıklara sahip olduklarını öne sürer. Dahası bireylerin farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip olduğunu ve bu farklılıklara bağlı olarak bireylerin sağlık hizmetlerini farklı şekilde kullandıklarını kabul eder (90).

1.8.5.1. Sağlık Hizmeti Kullanımının Bireysel Belirleyicileri:

A.Hazırlayıcı faktörler: Hazırlayıcı faktörler; Andersen'in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli'nde bir kişinin bir hizmete gereksinim duymasını ve o hizmeti kullanmasını hazırlayan tüm etmenler, yani bireylerin sağlık hizmetleri kullanım eğilimi olarak tanımlanmıştır. Hazırlayıcı faktörler: demografik özellikler, sosyal yapıya ilişkin özellikler ve sağlık inançları olarak sınıflandırılmıştır. Bireyde var olan durumlar veya hastalık oluşmadan önce kişinin sahip olduğu özellikleri kapsamaktadır (10).

a. Sosyo-demografik faktörler: Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli'ne göre yaşlılarda sağlık hizmetleri kullanımı birçok faktörle ilişkilidir. Yaşlıların sağlık bakım hizmetlerinden eşit olarak yararlanmalarında arka plandaki özelliklerine bakılmalıdır (10).

1. Yaş; hizmet kullanımının önemli bir belirleyicisidir. Hastalıklarla yakın birlikteliği vardır. Yaş sağlık hizmet kullanımıyla negatif olarak ilişkili bulunmuştur. Yaşla birlikte doktor ziyaretleri azalırken, hastane günlerinin sayısı artmaktadır (90). Çok yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşma olasılığı daha azdır. Yaş ve doktor ziyaretlerinin yoğunluğu arasında U şeklinde bir grafik ile karakterize ilişki vardır (1). Yaşlı insanlar ve çocuklar hizmetleri daha fazla kullanmaya eğilimlidirler, çünkü yaşlılarda kronik hastalıklar daha yüksek prevalansa sahiptir. Yaşlı kişilerin doktorlar tarafından evlerinde ziyaret edilmeleri daha olasıdır, buna karşın bu grup için sağlık

personeli tarafından ev ziyareti yapılma oranı düşüktür. Çok yaşlılar ve çok küçükler orta yaş grubundan daha fazla doktora gitmektedir. Hemşirelik evlerinde ve bakım evlerinde yaşayanların yaklaşık %70'i 75 yaşında ve üzeri kişiler olduğu belirtilmiştir. Yaşlılarda sağlık hizmet kullanımının azalmasını artan yaşla birlikte ortaya çıkan hareket güçlüğü ve ölüm seçiciliği olması ile açıklanmıştır (10).

2. Cinsiyet: sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen temel faktörlerden biridir. Temelde hastalık örüntüleriyle ve özellikle kadınların obstetrik bakıma gereksinimleri ile ilişkilidir. Doğurgan yaşlarda (15–44) başlayan ve daha ileri yaşlarda devam eden bir şekilde kadınlar erkeklerden daha fazla doktor hizmetlerini kullanırlar, daha fazla geriatri ve kronik hastalık hastanelerinde kalırlar (1, 107). Andersen ve Anderson kadınların erkeklerden daha fazla sağlık bakım hizmetlerini kullandıklarını bildirmişlerdir (90).

Kadınlar daha uzun yaşam beklentilerine rağmen erkeklerden tutarlı bir şekilde daha yüksek hastalık oranlarına sahiptirler ve daha çok bakım evlerini kullanmakta ve daha çok ilaç ve tıbbi tedavi almaktadırlar. Ancak, sağlık bakımı arama davranışı açısından hem avantajlı ve hem de dezavantajlı konumları olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar ilk başlarda kadınların sağlık hizmetlerine daha fazla eriştiklerine ilişkin sonuçlar saptamışlardır. Ancak Tayland'ta yapılan çalışmada genelde erkeklerin daha fazla tıbbi bakım aldıkları ve acil hizmetlerini kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca kadınların hastane, klinik ve sağlık merkezi gibi daha kaliteli sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları saptanmıştır. Bu, ekonomik kaynakların yetersizliği veya yokluğuyla açıklanmıştır. Daha az ekonomik kaynağa sahip olmaları ve daha az eğitilmiş olmaları ekonomik erişimi etkilemektedir. Refah, gelir ve eğitim eşitsizlikleri kadınlar ve azınlıklar arasında en fazla olarak gözlenmektedir. Diğer bir faktör de kültürel normlardır. Kadınların sağlık arama davranışı direkt olarak geleneksel ve kültürel uygulamalardan etkilenmektedir. Cinsiyet eşitsizlikleri, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmada ayrımcılığa ve sonuçta daha az kullanmaya yol açmaktadır. Bazı kültürlerde kadın hastalandığında tek başına sağlık bakımı almaya gidemez. Genellikle babası, kardeşi veya eşi tarafından götürülür veya kararları etkilenir (90).

Öte yandan kadınlar sağlıklarıyla daha fazla ilgilenmektedirler ve daha fazla bilgilendirilmektedirler. Ayrıca, daha fazla semptom bildirmektedirler. Koruyucu hizmetler ve diyet konusunda da kadınların daha fazla duyarlı oldukları ortaya konmuştur. Ancak, cinsiyet farklılıklarının olmadığını bildiren çalışmalar da vardır

ve sağlık bakımına erişimde cinsiyet farklılıklarına ilişkin tartışma henüz sonuçlanmamıştır (90).

b.Sağlık inançları: Tutumlar, değerler ve gereksinimin algısını ile kullanımı etkileyen sağlık bilgisi gibi faktörlerdir (10).

c.Sosyal yapı: Eğitim, aile büyüklüğü/kompozisyonu, meslek, medeni durum, ırk/etnisite, dini tercih, toplumsal statü faktörleri, baş etme davranışları, fiziksel çevrenin sağlığı gibi faktörlerdir. Sosyo-kültürel faktörler sağlık bakım kullanımı üzerine önemli bir etkiye sahiptir. (10).

1)Eğitim: yaşlıların sağlık hizmet kullanım örüntülerini ve düzeylerini etkileyen bir diğer faktör eğitimidir. Toplam kullanımın ve özellikle koruyucu bakım arama davranışının önemli bir belirleyicisidir. Sağlık hizmet kullanımı eğitimle birlikte artar. Daha iyi eğitilmiş olanların koruyucu hizmetleri kullanması ve koruyucu muayenelere gitmesi daha muhtemeldir. Daha iyi eğitilmiş kadınlar, gebeliğin daha erken dönemlerinde doğum öncesi bakım almaya başlarlar ve daha fazla hizmet alırlar. Hastaneye kabul ve/veya taburculuk oranları en düşük eğitim grupları için daha azdır. Hastanede kalışın ortalama uzunluğu en az eğitilmişler için daha uzundur (10). Daha iyi eğitilmişler gelir farklılıklarından bağımsız olarak daha çok diş hekimliği hizmetleri kullanırlar. Çin Halk Cumhuriyeti'nde eğitimle birlikte yaşlıların sağlık hizmeti kullanımının arttığı bulunmuştur (51). Daha iyi eğitilmiş yaşlıların daha düşük eğitilmişlere göre daha fazla sağlık hizmetlerini kullanması; daha az eğitilmişlerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önünde engeller olmasıyla açıklanmıştır (90).

2) Medeni durum: Medeni durum yaşlılarda sağlık hizmet kullanımıyla anlamlı düzeyde ilişkili değişken olarak bulunmuştur ve temel olarak yaş, cinsiyet ve morbidite örüntülerini yansıtır. Çalışmalar evli bireylerin hiç evlenmemiş (bekar) ve şu anda evli olmayan (boşanmış, dul, ayrılmış) kişilere göre daha sağlıklı olduklarını ortaya koymuştur. Bu sağlık arama davranışını etkilemektedir. Medeni durum doktor hizmeti kullanımıyla ilişkilidir, çünkü evli, boşanmış ve ayrılmış kişiler daha yaşlı olmaya eğilimlidirler ve evli kadınlar daha fazla sağlık hizmetleri kullanırlar. Hastaneye kabul ve/veya taburculuk ve kalışın uzunluğu; yaş, cinsiyet ve farklı medeni durum kategorilerinin morbidite durumlarını yansıtır. Boşanma veya eşinin ölmesi durumlarında yaşlıların sağlıkları ve sağlık hizmet kullanımları etkilenmektedir. Literatürde dulların daha fazla acil servis hizmetlerini kullandığı,

evli kişilerin ise daha az sağlık bakım hizmetlerini kullandıkları ve daha az hastanede yattıkları bulunmuştur (90).

3)Aile büyüklüğü ve kompozisyonu: sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine etkileri; gelir, yaş ve cinsiyet değişkenleri ile bağlantılıdır. Aile büyüklüğü arttıkça toplam gereksinimin artması nedeniyle sağlık hizmeti kullanımı da artmaktadır (36). Ayrıca ailede kiminle birlikte yaşadığı da kullanım üzerine etkilidir. Çocuklarla yaşamak doktor ziyaretlerini azaltır ve hastanede kalış günlerini düşürür (90).

4)Yaşam düzeni: evde yalnız veya başka biriyle yaşamak da sağlık bakım hizmetlerinin kullanımını etkilemektedir. Bazı çalışmalar yalnız yaşayan yaşlıların sağlık hizmetlerine erişiminin daha zor olduğunu göstermiştir. Ancak tersine bazı araştırmalarda daha az sayıda kişinin yaşadığı ailelerin refahının daha iyi olduğu ve daha fazla sağlık hizmetlerini kullandıkları bulunmuştur. Aynı zamanda bireylerin yaşadıkları yer de sağlık hizmet kullanımında etkilidir. Kırsal veya kentsel bölgede yaşayanların sağlık hizmet kullanımı farklıdır. Kırsal bölgede yaşayanlar daha az sağlık hizmeti kullanmakta ve daha az hastaneye gitmektedirler (10, 90).

5) Irk ve etnisite: sağlık hizmetlerini kullanım düzeyleri ırklar arasında farklıdır ve ırklarla ilişkilidir. Tüketilen hizmetlerin yoğunluğunu ve yerini kestirir. Bu ilişkiler gelir farklılıklarından bağımsızdır. Beyazlar daha çok doktor hizmetlerini tüketirler, daha fazla evde, ofiste veya telefonla doktor konsültasyonu alırlar. Beyaz olmayanlar ise daha çok hastane kliniklerinde veya acilde doktoru görürler. Beyazlar daha büyük oranda uzmanları kullanırlar ve hastane taburculuk/kabul oranları beyazlarda daha fazladır. Genelde beyaz olmayanlar hastanede daha uzun kalırlar. Hastane hizmetleri için kişisel sağlık harcamaları beyazlarda daha fazladır. Geriatri ve kronik hastalık hastaneleri ile bakım evlerinde ikamet edenlerin çoğu beyazlardır. Beyaz olmayanlar daha az dış hekime giderler. Yerlilerle göçmenler arasında yerlilerin daha fazla sağlık bakımı aradıkları ve daha fazla hizmetleri kullandıkları bulunmuştur (10, 90).

6) Dini tercihler: sağlık hizmeti kullanımıyla direkt ilişkili olduğuna dair literatür oldukça sınırlıdır. Ancak dini inançlar geleneksel tıbbın kullanımında önemli bir faktördür. Bir çalışmada dini inançlar ve geleneksel Çin tıbbını tercih etme, geleneksel bakım kullanımıyla ilişkili bulunmuştur (33, 90).

D.Sosyal ve psikolojik faktörler: sağlık hizmet kullanımının en az düzeyde kestirimcileridir.

a) Genel sağlık bakım davranışları: Sağlık inançları ile kullanım arasında çok az veya hiç ilişki olmadığı gösterilmiştir. Tıbbi oryantasyon, bakımın algılanan erişilebilirliği, bir doktorun hizmetlerini kullanmaya eğilim ve tıbbi bakım ve doktorlara karşı kuşkuculuk da kullanımla çok az ilişkidir (10).

b) Sağlık bakımıyla ilgili bilgisi ve bilgi kaynağı: bunlar arasındaki ilişki en iyi eğitim düzeyindeki farklılıklar aracılığıyla belirlenmektedir. Çünkü eğitim sağlıkla ilgili bilgi düzeyini ve sağlık bilgi kaynağını belirler (10).

c) Duruma özel stresler: bu faktörlere ilişkin bulgular muğlaktır. Algılanan yatkınlık, algılanan ciddiyet, algılanan iyileşme şansı ve psikolojik hazır oluş Rosenstock'un sağlık hizmeti kullanımının sosyal-psikolojik yönleridir. Bu değişkenlerin ölçülmesindeki zorluk (metodolojik problemler) bu belirsizliklerin sebebi olabilir (10).

d) Genellenmiş stresler: bu değişkenin etkisine ilişkin kesin sonuçlar yoktur, ama stres yaşayan bireylerin sağlık hizmeti kullanımlarının artması olasıdır. Genellenmiş stresler; psikolojik- üzücü olaylar, krizler, kronik stresler veya korku, anksiyete ve yapısal değişkenleri (sosyal izolasyon, parçalanmış aile vb) içerir (10).

e) Hasta-doktor etkileşimi: bir hastanın bir doktora gitmesi ile ilişkili karar vermeyi ve kullanımı biraz etkileyebilir (10).

f) Önceki sağlık davranışı: geçmiş sağlık davranışı, şimdiki bakım arama davranışını etkiler, özellikle koruyucu hizmetler için bu daha da önemlidir (10).

g) Geçmişte doktor hizmetlerini arayıp bulan kişiler öyle yapmaya devam ederler ve özellikle annelerin geçmiş davranışı, çocukların koruyucu bakım almalarını etkiler. Benzer ilişkiler diş hekimi hizmetlerinin kullanımı için de gösterilmiştir (10).

B.Kolaylaştırıcı Faktörler: bireylerin kişisel, ailevi ve toplumsal kaynaklarına bağlıdır. Kolaylaştırıcı faktörler aslında bireyler sağlık hizmetlerini kullanmaya hazırlandığında ortaya çıkar ve aynı zamanda ait oldukları çevrenin kolaylaştırıcı özelliklerine de bağlıdır. Andersen Modeli'nde eğer aile ve toplum kaynakları uygun ve yeterli ise kolaylaştırıcı faktörler geçerlidir (90). Bireylerin veya toplumların davranışlarını ve çevrelerini değiştirmelerini mümkün kılacak (veya kolaylaştıracak) tüm faktörleri kapsamaktadır. Var olan kaynakları, yaşam

koşullarını, toplumsal destekleri ve bir davranışın meydana gelmesini kolaylaştıran becerileri kapsar. Sağlık sigortası ve gelir gibi kullanımı kolaylaştıran veya engelleyen kişisel, ailesel ve toplumsal kaynaklardır (10).

a)Toplum kolaylaştırıcı kaynakları: Var olan sağlık kuruluşlarının durumu, var olan sağlık personelinin durumu, düzenli hizmet kaynağı varlığı ve türü, sağlık hizmetinin maliyetidir (10).

b)Bireysel ve ailesel kolaylaştırıcı kaynaklar: Kişilerin hizmetlere nasıl erişebilecekleri ve kullanabilecekleri bilgisi ve çağrıştırdığı anlam, gelir düzeyi, sosyal güvence kapsamı ile ilgili etmenlerdir (10).

Ekonomik bağıntılar: sosyo-ekonomik durum, meslek, gelir, tıbbi hizmetlerin fiyatı ve finansman yöntemleridir. Genelde daha yüksek sosyo-ekonomik gruplar daha çok doktor hizmetlerini tüketir (10).

a.Sosyo-ekonomik durum ve meslek: ekonomik durum yaşlılarda sağlık hizmetlerine erişimin kestirimcisidir. Sosyo-ekonomik durumun düşüklüğü veya yokluğu kullanımı olumsuz etkiler. Düşük gelirli yaşlılar daha az düzenli tıbbi bakımı kullanırlar. Sosyo-ekonomik durum tek başına gelir değişkeninin yaptığından daha çok yönü (eğitim, meslek, sınıf) birleştirir. Daha düşük sınıftakiler hastane kliniklerinde veya acillerde doktorları daha çok görürken, göreceli daha orta ve üst sınıftakiler kendi evlerinde, doktorların ofislerinde ve telefonda daha fazla konsültasyon yaparlar. Düşük sosyal sınıfların yürüyerek doktora gitme olasılıkları daha yüksektir, ancak daha yüksek sınıftakiler genellikle planlanmış görüşmeye giderler. Daha yüksek sosyal sınıftakiler koruyucu hizmetleri daha fazla kullanırlar. Ancak özellikle çocuklar için doktora gitmek, hem düşük ve hem de yüksek sosyal sınıflar için aynıdır. Daha yüksek sosyo-ekonomik konumdaki kadınlar doğum öncesi bakımı daha erken başlatır ve daha fazla hizmetleri kullanırlar. Yüksek sosyal sınıftakiler daha çok diş hekimini hizmetini kullanırlar, buna karşın daha düşük sınıftakiler daha az uzman doktora giderler (10, 90).

b.Gelir: genelde sosyo-ekonomik durumla ilişkilidir ve yaşlılar için son derece önemlidir. Geçmişte, daha yüksek gelir, daha fazla doktor hizmetlerinin tüketimi ile ilişkili bulunmuştur. Ancak, fakirler için tıbbi bakım finansmanının yeni yöntemleri bu açığın daralmasına neden olmuştur. Düşük gelirli insanlar hastane acil odalarında ve kliniklerinde doktor hizmetlerini daha sıklıkla ararlar, en düşük cerrahi oranlarına sahiptirler. Yüksek gelir grupları koruyucu hizmetleri ve uzman hizmetlerini daha fazla kullanırlar. Hem düşük ve hem de yüksek gelir grupları ciddi

hastalıklar için aynı oranlarda doktor hizmetlerini alırlar. Geçmişte, düşük gelir grupları genellikle yüksek gelir gruplarından daha az hastane kabul oranlarına sahipti, fakat bu oran fakirler için sağlık sigorta ve finans programlarının büyümesi nedeniyle eşitlenmeye başlanmıştır. Düşük gelirli kişiler hala daha uzun ortalama kalış sürelerine sahiptir. Hastane hizmetleri için daha yüksek gelirli kişiler daha fazla harcama yapmaktadır. Gelir güçlü bir şekilde dış hekimi kullanımıyla ilişkilidir, yüksek gelirli kişiler daha fazla dış hekimi hizmeti kullanmaktadır ve daha fazla koruyucu hizmet alırlar. Reçete edilmiş/edilmemiş ilaçlar için harcamalar yüksek gelirli kişilerde daha fazladır. Düşük gelirli yaşlılar daha kötü sağlık durumuna sahiptir ve daha fazla hizmet kullanırlar (10, 90, 110).

c.Tıbbi hizmetlerin fiyatı: tıbbi hizmetlerin fiyatları düşürüldüğünde, daha çok hizmet satın almaktadır. Bu tür programlar aracılığıyla tıbbi hizmetlerin fiyatındaki değişiklikler kullanımdaki gelir ilişkilerinin değişmesine katkıda bulunur. Özellikle düşük gelirli insanlar hizmetlerin fiyatı düşürüldüğü zaman doktor hizmetlerini daha fazla kullanmaya eğilimlidirler. Benzer şekilde düşük ücretli veya bedava hastane bakımı daha fazla hastaneye yatışı cesaretlendirmektedir (10).

d.Finansman yöntemleri: sağlık sistemindeki hizmetlerin fiyatı, üçüncü parti ödeyici mekanizmaları, sağlanan kapsamın tipi ve tüketicinin gerekli ödeme yöntemi (bedava hizmet veya ön ödemeli hizmet gibi) sağlık hizmet kullanımını etkiler. Gönüllü sağlık sigortası olanlar daha fazla doktor hizmetlerini tüketmeye ve daha sıklıkla hastaneye yatmaya meyillidirler. Bu etki özellikle düşük gelirli sigortalılar için daha büyüktür. Sigortası olmayanlar sigortalılardan daha uzun kalış günlerine sahiptirler. Fakat hastanede cerrahi oranları sigortalılarda daha fazladır (10).

C.Gereksinim faktörleri: Sağlık hizmetinin kullanımının uyarıcısı veya doğrudan hedefidir ve sağlık durumu gibi kişisel sağlık özelliklerindendir. Bakım almada gereksinim yaşla birlikte en büyük etkiye sahip faktör olarak bulunmuştur. (124). Hastalığın fark edilmesi ve ciddiyetinin anlaşılması sağlık bakımı aramayı etkiler. Dolayısıyla sağlık bakım hizmetlerinin kullanımı algılanan semptomlar ve gereksinimlere göre değişir. Gereksinim algısı, bakım arama davranışında kritiktik önemdedir. Hastalığın ciddiyeti sağlık hizmet kullanımının örüntüsünü ve düzeyini belirler. Yaşlılar hastalığını ciddi olarak algılasa sağlık bakım hizmetlerine yönelirler. Yaşlandıkça algılanan sağlık kötüleşir ve kronik hastalıklar artar. Sağlık gereksinimleri sağlık hizmetleri kullanımını artırır. Sağlık ve hareketlilik durumu, algılanan hastalık semptomları, doktorun değerlendirdiği aciliyet durumu, kronik

aktivite kısıtlılığı, maluliyet günleri, tanılar ve cerrahi işlemlerin tümünün birleşimi “sağlık gereksinimini” belirler. Bireyler tarafından algılanan gereksinim ve hizmet sistemi tarafından değerlendirilen gereksinim olarak iki türde incelenir. Gereksinim genellikle kendi kendine bildirilen semptomlar, fonksiyonel sınırlılıklar ve algılanan sağlık düzeyleri ile ölçülür (10, 90, 102).

I) Sağlık Bakım Gereksinimi:

Biopsikososyal ve kültürel bir varlık olan insanın sağlık ya da hastalık durumunda biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel gereksinimlerini saptamak ve bu gereksinimi karşılamaya yönelik bakım vermek sağlık çalışanları için zorunludur (77). Birey, aile ve toplumun birçok gereksinimi vardır. Güvenlik/ korunma, sevmeye ve ait olma, beslenme, boşaltım gibi birçok fizyolojik gereksinimin yanı sıra birey/ aile veya toplumun karşılanmamış her türlü ihtiyacı bir sağlık bakım gereksinimi haline gelir. Ancak bunlardan en önemlisi ve temel olanı sağlıkla ilgili olan gereksinimleridir. Sağlık hizmetleri bireyin, ailenin veya toplumun vazgeçilmez gereksinimlerinden birisidir. Sağlık gereksinimleri; özel gereksinimler, hissedilen, dile getirilen ve karşılaştırmalı gereksinimler olarak sıralanabilir. Toplumun veya ailenin dile getirilen/talep edilen gereksinimleri dışında kalan önemli sağlık gereksinimlerini saptamak daha önemlidir ve bu önemli bir beceridir. Bunların saptanmasında birçok yöntem kullanılabilir. Bunlar; mevcut rapor, kayıt ve istatistikleri incelemek, kişisel görüşmeler, ev ziyaretleri, gözlemler ve grup görüşmeleridir (35, 117).

II) Birey, Aile Ve Toplumun Sağlık Bakım Gereksiniminin Ölçülmesi:

Aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini saptamak için önce hizmet verilecek hedef kitle belirlenmeli ve tanımlayıcı özellikler saptanmalıdır. Hedef kitlenin sağlık durumunu tanımlamak ve sağlık bakım gereksinimlerini belirlemek, topluma sağlık hizmeti götüren kişilere, politika belirleyicilere ve yöneticilere stratejik plan yapmada yardım eder (45). Bunun için toplum sağlık düzeyini gösteren sağlık göstergelerinden de yararlanılır. Sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde; sosyo demografik ve sosyo ekonomik veriler bilinmelidir. Sağlık hizmetinin durumu ve kullanımı, toplum katılımı ortaya konmalı, hastalık ve sağlık durumları belirlenmelidir. Başlıca ölüm nedenleri, ölüm hızları, hastalık ve sakatlık insidans ve prevalansları saptanmalı, beslenme, büyüme-gelişme durumları ile hastalık ve sağlık durumlarının zaman içindeki değişimleri ortaya konmalıdır. Aile ve toplumdaki

sağlık riskleri saptanmalı, sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış biçimleri bilinmelidir (116). Kısacası birey, aile ya da toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenebilmesi için; bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp tüm parametrelerde değerlendirilmesi gerekir (35, 119). Buna yönelik olarak Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği (TSYDÖ) geliştirilmiş ve çeşitli alanlarda kullanılmıştır (32, 35, 36, 64, 65, 66, 67, 70, 104, 105).

Yaşlanan nüfusun bakım gereksinimlerine yeterli ve kaliteli cevap vermek tüm dünyada önemli hale gelmiştir. Yaşlıların gereksinim duydukları bakım ve desteğin büyük bir kısmını kendileri, aileleri, arkadaşları veya komşuları sağlar. Birçok ülkede yoksul olan ve kırsal alanda yaşayan yaşlılar gereksinim duydukları sağlık hizmetine sınırlı düzeyde ulaşırlar veya hiç ulaşamazlar (131).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, kesitsel tipte analitik bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma kullanılan veri toplama araçları;

- a) Sosyo-demografik özellikler formu (EK-1),
- b) Sağlık hizmetleri kullanım anketi (EK-2),
- c) Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği (EK-3).

Anket formunun ilk bölümünde Sosyo-Demografik Özellikler Formu (EK-1) yer almaktadır. Bu formda yaşlıların bağlı oldukları Aile Sağlığı Merkezi (ASM), cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, evde yaşayan kişi sayısı, kiminle birlikte yaşadığı, sağlık güvencesi, anadili, çalışma durumu, gelir durumu, aileye giren aylık toplam gelir, oturdukları evin kendilerinin olma durumu ve niteliği, evdeki oda sayısı, kronik hastalık varlığı ve hastalığın tanısı gibi sorular yer almıştır.

Sağlık hizmeti kullanımını belirlemeye yönelik olarak Sağlık Hizmetlerini Kullanım Anketi (EK-2) kullanılmıştır. Burada, aile hekiminin yerini ve adını bilme, son bir yıl içinde ebe/hemşirenin ve aile hekiminin yapmış olduğu ev ziyareti, ziyaret nedeni, ASM'den telefon edilip edilmediği, son 15 günde doktora gitmeyi gerektirecek bir şikayeti/yakınması olup olmadığı ve son 15 günde doktora başvuru durumuna ilişkin sorular vardır. Ayrıca son 15 günde yapılan doktor başvurusuna ilişkin özellikler, son bir yıl içinde hastaneye yatma durumuna ilişkin bilgiler, son bir yıl içinde dış hekime başvuruyla ilişkin özellikler de yer almıştır.

Yaşlı bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik 'Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeği-TSYDÖ' (EK-3) kullanılmıştır. TSYDÖ; dört alanda (çevresel, psiko-sosyal, fiziksel ve sağlık davranışları) 15 parametre, 91 madde ve 974 alt maddeden oluşmuştur. Her bir maddeye 0-4 arası bir puan verilerek o maddenin yoğunluğu derecelendirilmekte ve bu puanlar toplanarak önce parametre oranı, sonra alan puanı, en sonunda da Toplam Ölçek Puanı (sıfır ile 60 arasında bir puan) hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ile geçerlik ve güvenirlik

alışması 2004 yılında elebioğlu tarafından yapılmıştır (35, 36). Soru formunun sonunda bireylerin sağlık durumlarını nasıl algıladıklarına yönelik “algılanan sağlık durumunu” sorusu yer almaktadır.

2.3. ARAşTIRMADA KULLANILAN YÖNTEM

Yaşlılarda sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bağımsız değişkenler “Andersen’in Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli” çerçevesinde belirlenmiştir. Bunun yanı sıra sağlık bakım gereksinimini değerlendirmeye yönelik de TSYDÖ’nün kullanılması kararlaştırılmıştır.

2.4. ARAşTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu alışma Ekim 2008 ile Haziran 2010 tarihleri arasında İzmir İli Ödemiş İlçesi’nde gerçekleştirilmiştir. Ödemiş; İzmir’in güneyinde bir ovaya yerleşmiş, geçim kaynaklarının başında tarım ve hayvancılık gelen ve genelde orta gelir düzeyine sahip ailelerin bulunduğu bir yerdir. Aynı zamanda hem kırsal, hem de kentsel yerleşim özellikleri vardır.

2.5. ARAşTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evreni Ödemiş İlçe merkezinde yaşayan 65 ve üzeri yaşlardaki tüm bireylerdir. Evrendeki bireylere ilişkin bilgiler ADNKS-2008 verilerinden elde edilmiştir. Ödemiş İlçe merkezinde yaşayan kişi sayısı: 71.480’dir. Ödemiş İlçe merkezinde yaşayan 65 ve üstü yaştakilerin sayısı ise; 7190’dır ve tüm nüfusa oranı %10.1 olarak hesaplanmıştır (3). Türkiye’deki 65 yaş ve üzeri nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1’de ve Ödemiş İlçe merkezinin 65 yaş ve üstü nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı da Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 1: Türkiye’deki 65 yaş ve üstü nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımı (2008)

Yaş grupları	Erkek	Kadın	Toplam	Yüzde (%)*
65–69	783.680	917.704	1.701.384	2.38
70–74	575.433	699.248	1.274.681	1.78
75–79	492 226	618 556	1 110 782	1.55
80–84	213 336	357 843	571 179	0.80
85–89	59 076	116 145	175 221	0.25
90 ve üstü	15 730	44446	60 176	0.08
Toplam	2.139.431	2.753.942	4.893.373	6.84

* Türkiye’deki toplam nüfus içindeki oran verilmiştir.

Türkiye 2008 nüfusu: 71.517.100 ve 65 yaş ve üstü nüfusun oranı: % 6.84’tür (3).

Tablo 2: Ödemiş İlçe Merkezi’ndeki 65 yaş ve üstü nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı (2008)

YAŞ GRUPLARI	ERKEK	KADIN	TOPLAM	YÜZDE (%)*
65–69	1112	1283	2395	3.35
70–74	794	1118	1912	2.67
75–79	639	926	1565	2.19
80–84	316	632	948	1.33
85–89	81	200	281	0.39
90 VE ÜZERİ	19	70	89	0.12
TOPLAM	2961	4229	7190	10.05

*Ödemiş İlçe Merkezi nüfusu içindeki oran verilmiştir.

Ödemiş İlçe Merkezindeki 65 ve üzeri yaş nüfusun tüm nüfus içindeki oranı: %10.1’dir. Bu grup içinde en yüksek oranda 65–69 yaş grubundakiler bulunmaktadır. Diğer yaş grupları giderek azalan bir oranda nüfus içerisinde bulunmaktadır (3).

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneğe alınacak birey sayısı Epi Info 2008 programında hesaplanmıştır. Epi Info programında Ödemiş için yaşlılarda sağlık hizmetlerine başvuru oranı bilinmediğinden prevalans %50 olarak alınmıştır. %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile en küçük örnek büyüklüğü 365 kişi olarak belirlenmiştir. Ödemiş Sağlık

Grup Başkanlığı ile görüşülerek yaşlı kayıtları ASM'lerden elde edilmiştir. Katılımcılar cinsiyete, yaşa ve ASM nüfusuna göre tabakalı örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Her tabakadan örneğe seçilecek kişinin belirlenmesinde sistematik örnekleme tekniği kullanılmıştır. Örneğe alınan bireylerin dağılımı Tablo 3'te görülmektedir

İlk ziyarette evde bulunamayan kişinin kapısına not bırakılmış ve komşuları bilgilendirilmiştir. Üç ziyarette de evde bulunamayan ve nota geri dönmeyen kişilerin yerine yedek listeden sıradaki kişiye gidilmiştir. Bu bağlamda yedek listeden toplam 10 kişi örnekleme dahil edilmiştir.

Tablo 3: Örneğe alınan bireylerin Aile Sağlığı Merkezi (ASM), cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

ASM	YAŞ GRUPLARI												Toplam
	65–69		70–74		75–79		80–84		85–89		90 ve üstü		
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	
1 NOLU	17	17	14	12	12	10	7	5	3	1	1	1	100
2 NOLU	10	9	9	6	7	5	6	2	1	1	1	1	58
3 NOLU	13	12	11	9	8	6	7	4	3	1	1	0	75
4 NOLU	9	9	9	6	7	6	5	3	2	0	0	0	56
5 NOLU	11	9	10	7	8	5	5	2	1	2	1	0	61
6 NOLU	3	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	15
TOPLAM	63	58	55	42	44	33	31	17	11	5	4	2	365

Tablo 3'te araştırma örneklemine alınan bireylerin bağlı bulundukları ASM'ye, yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI/BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

2.7.1. Bağımlı değişken:

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni olarak alınan sağlık hizmeti kullanımında aşağıdaki beş temel kullanım alanı değerlendirilmiştir. Bunlar;

1. Son 15 günde doktora başvuru durumu: son 15 gün içinde bir doktora başvurup başvurmadığı, başvurduysa kaç kez olduğu sorulmuştur.

2. Karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi: Son 15 gün içinde herhangi bir sağlık yakınması olup da bir sağlık kurumuna başvurmamış olanların sağlık hizmet gereksinimi karşılanmamış olarak kabul edilmiştir.

3. Koruyucu hizmet kullanımı: yaşlıların koruyucu hizmet kullanımına ilişkin: koruyucu ilaç (aspirin) kullanımları, grip ve pnömokok aşısı olma durumları, kendi kendine meme muayenesi yapma, diş muayenesi olma durumları, PAP-Smear testi yaptıрма durumları, mamografi çekirme durumları, testiküler muayene olma ve PSA (Prostata Spesifik Antijen) testi yaptıрма durumları, Tansiyon Arteriyel (TA) ölçtürme ve göz muayenesi olma durumları, biyokimya testlerini ve osteoporoz taraması yaptıрма durumları ve Gaitada Gizli Kan (GGK) Bakısı yaptıрма durumları sorgulanmıştır. Hem kadınlarda ve hem de erkeklerde yaptırmaları gereken testlerden en az %50'sini yaptırmış olanlar yeterli koruyucu hizmet almış olarak kabul edilmiştir.

4. Diş hekimi hizmeti kullanımı: Son bir yılda diş hekimine başvuru yapma durumu ve sayısı sorulmuştur.

5. Hastanede yatarak tedavi görme: Son bir yılda hastanede yatıp yatmadığı, yattıysa kaç kez yattığı sorgulanmıştır.

2.7.2. Bağımsız değişkenler: Sağlık bakım hizmetlerinin kullanımına etki eden faktörler olarak bağımsız değişkenler Andersen'in klasik modeline göre üç gruba ayrılmıştır: hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri.

2.7.2.1. Hazırlayıcı faktörler: Yaş (yaş grubu), cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile büyüklüğü (ailede yaşayan toplam birey sayısı) veya kompozisyonu (ailede kiminle birlikte yaşadığı) ve anadilidir.

Yaş; sürekli değişken olarak alınmış, ancak analizlerde iki gruba ayrılmıştır; 65–79 yaş grubu ve 80 ve üstü (ileri yaşlılık) yaş grubu.

Eğitim; iki gruba ayrılmıştır; okuryazar olmayan ve okuryazar olanlar (resmi eğitim almamış olanlar), ilkokul ve üzeri eğitilmişler (resmi eğitim almış olanlar).

Medeni durum; evliler ve diğerleri olarak iki gruba ayrılmıştır.

Aile büyüklüğü; evde tek kişi yaşayanlar, iki kişi yaşayanlar, üç ve daha çok kişi yaşayanlar olarak üç grupta incelenmiştir.

Aile kompozisyonu: bireylere kiminle birlikte yaşadıkları sorulmuştur. Yalnız yaşayanlar, eşyle birlikte yaşayanlar ve çocukları, diğer akrabaları ve bakıcılarıyla yaşayanlar olarak sınıflandırılmıştır.

Anadili Türkçe ve diğer diller olarak iki gruba ayrılmıştır. Ancak anadili Türkçe olmayan sadece üç kişi olduğu için anadil analizlere alınmamıştır.

2.7.2.2. Kolaylaştırıcı faktörler: çalışma durumu, algılanan gelir durumu, kişi başına düşen gelir (günlük), sağlık güvencesi, hizmetlerin uzaklığı, hizmetlere ek ödeme olup olmadığı, bu ücretlerin miktarı ve tanımlanması, evin kendinin olması, evin niteliği (gecekondu, müstakil, apartman) ve kişi başına düşen oda sayısıdır.

Çalışma durumu açısından; ev hanımlığı, emeklilik ve diğer olmak üzere üç grup oluşturulmuştur.

Algılanan gelir durumu; iyi ve orta diyenler birleştirilmiş ve kötü ve çok kötü diyenler birleştirilmiş ve sonuçta iki grup oluşturulmuştur.

Kişi başına düşen gelir (günlük); bir dolar ve altı ile bir doların üstünde geliri olanlar diye ikiye ayrılmıştır.

Sağlık güvencesi; sağlık güvencesi olmayan veya yeşil kartı olanlar, Emekli Sandığına, SSK'ya bağlı olanlar ve Bağ-Kur'lular olarak dört sınıfta analize alınmıştır.

Evin kendinin olma durumu ve niteliği; bireylere yaşadıkları evin kendilerine ait olup olmadığı sorulmuştur ve evin niteliği bakımından gecekondu, müstakil, apartman olarak üç kategoride ele alınmıştır.

2.7.2.3. Gereksinim faktörleri:

Gereksinim değerlendirmesi için;

a) Bakım gereksinimi: Bireylerin TSYDÖ'nden aldıkları puanlar 32 puan ve üzeri (yüksek bakım gereksinimi) ile 31 puan ve altı olarak iki kategoride ele alınmıştır. Kesme noktası ölçekten alınan ortalama puana (23.9) bir standart sapma (6.2) eklenerek belirlenmiştir. TSYDÖ ile ilgili daha geniş bilgi "Araştırmada Kullanılan Gereçler" bölümünde verilmiştir.

b) Algılanan sağlık durumu; bireylerin 100 puanlık bir görsel analog skalası üzerinde kendi sağlık durumlarına verdikleri puanlar sınıflanarak elde edilmiştir. Bireylerin algıladıkları sağlık puanı ortalaması: 65.5 ve standart sapma: 17.3

bulunmuştur. Algılanan sağlık puanları 70 ve üstü (algılanan sağlık durumu iyi) ile 69 ve altı (algılanan sağlık orta ve kötü) diye iki gruba ayrılmıştır.

c) Kronik hastalık varlığı: bireylerin kronik bir hastalığı olup olmadığı sorulmuştur.

d) Kronik hastalık sayısı; kronik hastalığı olanların kaç tane kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Hiç kronik hastalık yok, bir kronik hastalığı var ve iki ve daha çok sayıda kronik hastalığı var diye üç grupta analize alınmıştır.

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Veriler, araştırmacı tarafından, yapılandırılmış bir soru kağıdı kullanılarak, ev ziyaretleri yapılarak toplanmıştır. Yaşlı bireylere yapılan ev ziyaretlerinde; karşılıklı görüşme, fiziksel muayene (kan basıncı (TA) ve boy-kilo ölçülmesi, akciğer ve kalp sesleri değerlendirmesi), gözlem ve soru-cevap yöntemi ile veriler toplanmıştır. Verilerin toplanması sırasında ortamın sessiz, sakin, geniş, rahat ve bireyle yalnız olunacak şekilde düzenlenmesine dikkat edilmiştir. Kendisinden bilgi alınamayan yaşlıların bakıcısı olan yakınından bilgiler alınmıştır. Veri toplarken etkin olabilmek için öncelikle araştırmacı fiziksel muayene yöntemleri ile ilgili Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde bir aylık akciğer sesleri dinleme becerisi eğitimi almıştır.

2.10. VERİLERİN ANALİZİ

Bu araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) paket programının 16.0 versiyonu kullanılmıştır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda, araştırmaya katılan bireylerin sosyo demografik değişkenlere göre dağılımını gösteren sayı ve yüzde dağılımları bulunmuştur. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin (hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri) cinsiyete göre dağılımı; sayı ve yüzdelerle gösterilmiş ve Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Ki-kare analizinde anlamlı çıkan değişkenler lojistik regresyon analizine alınarak çoklu analizler gerçekleştirilmiştir.

2.11. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma konusuna Ekim 2008'de karar verilmiş olup, Mayıs 2009'a kadar araştırmanın planlanması ve ön çalışmalar yapılmıştır.

Veri toplama aşamasına Haziran 2009'da başlanmış, ancak yaşlıların yaz boyunca çoğunlukla İlçe merkezi dışında bulunmaları ve genelde evde

bulunamamaları nedeniyle Ekim 2009'a kadar ara verilmiştir. Veri toplama çalışmaları Mart 2010 başında tamamlanarak, veri girişi ve analiz aşamasına geçilmiştir. Mart 2010 - Haziran 2010' da analizler ve rapor yazımı gerçekleştirilmiştir. Araştırma takvimi Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Araştırmanın zaman çizelgesi

Yıl	2008	2009	2009	2009	2009	2010	2010
Ay	10, 11, 12	1, 2	3	4, 5	6-12	1, 2, 3	4, 5, 6, 7
Konu seçimi	X	X					
Kaynak inceleme	X	X	X	X	X		X
Tez önerisi			X				
Projelendirme				X			
Veri toplama					X		
Veri girişi							X
Analiz							X
Yazım							X
Sunum							X

2.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmada, E.Ü. Tıp fakültesi Etik Kurulundan onay (EK-5) ve çalışılacak olan Ödemiş ilçesi Sağlık Grup Başkanlığından yazılı izin (EK-6) alınmıştır. Ayrıca, veri toplarken her katılımcıdan da yazılı gönüllü oluru (EK-4) alınmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. YAŞLI BİREYLERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

3.1.1. Bireylerin sosyo- demografik özellikleri

Tablo 5: Hazırlayıcı faktörlerin cinsiyete göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	KADIN		ERKEK		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Yaş Grupları							3.462	0.646
65-69 yaş	63	52.1	58	47.9	121	33.2		
70-74 yaş	55	56.7	42	43.3	97	26.6		
75-79 yaş	44	57.1	33	42.9	77	21.0		
80-84 yaş	31	64.6	17	35.4	48	13.2		
85-89 yaş	11	68.8	5	31.2	16	4.4		
90 yaş ve üstü	4	66.7	2	33.3	6	1.6		
Eğitim düzeyleri							88.364	0.000
Okuryazar değil (OYD)	95	89.6	11	10.4	106	29.1		
Okuryazar (OY)	43	68.3	20	31.7	63	17.3		
İlkokul	60	37.3	101	62.7	161	44.1		
Ortaokul	5	35.7	9	64.3	14	3.8		
Lise	4	36.4	7	63.6	11	3.0		
Yüksekokul	1	10.0	9	90.0	10	2.7		
Medeni Durum							126.63	0.000
Bekar	5	62.5	3	37.5	8	2.2		
Evli	55	29.9	129	70.1	184	50.4		
Boşanmış	0	0.0	2	100.0	2	0.5		
Ayrı yaşıyor	1	100.0	0	0.0	1	0.3		
Eşi ölmüş	147	86.5	23	13.5	170	46.6		
Birlikte Yaşadığı Kişi							90.104	0.000
Yalnız	97	83.6	19	16.4	116	31.8		
Eşiyle	40	27.6	105	72.4	145	39.7		
Çocuklar+ diğer	71	68.3	33	31.7	104	28.5		
TOPLAM	208	57.0	157	43.0	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. **Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Bireylerin yaş ortalaması=73.66±6.265'tir. En büyük grubu 65-69 yaş grubundakiler oluşturmuştur. Eğitim durumu açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Okuryazar olmayanların (%89.6) ve sadece okuyup yazabilenlerin çoğu (%68.3) kadınlardır. Medeni durum bakımından; yaşlıların % 50.4'ünün evli ve % 46.6'sının eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır. Evlilerin çoğu (%70.1) erkek ve eşi ölmüşlerin çoğu (%86.5) kadındır. Birlikte yaşadığı kişi bakımından da fark vardır. Yalnız yaşayanların çoğu kadın (%83.6) ve eşiyle birlikte yaşayanların çoğu (%72.4) erkeklerdir. Evde yaşayan kişi sayısı ortalaması= 2.15±

1.27 ve en az bir kişi ve en çok sekiz kişi yaşıyor Yaşlıların %99.18'inin (n=362) ana dili Türkçe olarak bulunmuştur.

Tablo 6: Kolaylaştırıcı faktörlerin cinsiyete göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	KADIN		ERKEK		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Sağlık güvencesi							2.989	0.730
Yok	6	60.0	4	40.0	10	2.7		
SSK	57	55.3	46	44.7	103	28.2		
Emekli Sandığı	26	51.1	23	48.9	47	12.9		
Bağ-Kur	78	56.5	60	43.5	138	37.8		
Yeşil kart	41	63.1	24	36.9	65	17.8		
Çalışma durumu							2.793	0.000
Çalışmıyor	11	22.4	38	77.6	49	13.5		
Ev hanımı	184	100.0	0	0.0	184	50.4		
Çalışıyor	0	0.0	6	100.0	6	1.6		
Emk. çalışmıyor	13	11.3	102	88.7	115	31.5		
Emekli çalışıyor	0	0.0	11	100.0	11	3.0		
Gelir algısı							9.861	0.014
İyi	7	29.2	17	70.8	24	6.6		
Orta	128	56.6	98	43.4	226	61.9		
Kötü	71	64.0	40	36.0	111	30.4		
Çok kötü	2	50.0	2	50.0	4	1.1		
Kişi Başına Düşen Gelir (Günlük)							1.415	0.493
1 \$ ve altı	19	63.3	11	36.7	30	8.2		
1.1–4.2 \$	58	60.4	38	39.6	96	26.3		
4.3 \$ ve üzeri	131	54.8	108	45.2	239	65.5		
Evin kendinin olma durumu							0.642	0.423
Kendinin	171	56.1	134	43.9	305	83.6		
Kendinin değil	37	61.7	23	38.3	60	16.4	2.734	0.255
Evin niteliği								
Gecekondu	9	69.2	4	30.8	13	3.6		
Müstakil-dubleks	94	60.4	61	39.4	155	42.5		
Apartman	105	53.3	92	46.7	197	53.9	0.001	0.971
Kişi başına düşen oda sayısı								
1 ve altı	152	56.9	115	43.1	267	73.2		
1'in üstü	56	57.1	42	42.9	98	26.8		
Toplam	208	57.0	157	43.0	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. **Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Çalışma durumu açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bir işte çalışanların tamamı erkektir. Bireylerin gelir algıları açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Gelir algısı iyi olanların çoğu erkek ve kötü olanların çoğu da kadındır. Sağlık güvencesi, kişi başına düşen gelir ve evin kendilerinin olması bakımından erkeklerle kadınlar arasında anlamlı fark yoktur. Bireylerin oturduğu evin niteliği ve kişi başına düşen

ortalama oda sayısı bakımından da kadınlarla erkekler arasında fark yoktur. Evdeki ortalama oda sayısı: 3.17 ± 0.854 idi ve en az bir, en çok altı oda bulunuyordu.

Tablo 7: Gereksinim faktörlerinin cinsiyete göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	KADIN		ERKEK		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Kronik hastalık varlığı							7.509	0.006
Var	205	58.4	146	41.6	351	96.2		
Yok	3	21.4	11	78.6	14	3.8		
Kronik hastalık sayısı							33.571	0.000
Yok	3	21.4	11	78.6	14	3.8		
1 adet	14	26.4	39	73.6	53	14.6		
2 ve daha çok	191	64.1	107	35.9	298	81.6		
TSYDÖ Puanları ¹							14.789	0.000
32 ve üstü	41	82.0	9	18.0	50	13.7		
31 ve altı	167	53.0	148	47.0	315	86.3		
Algılanan sağlık puanları ²							21.384	0.000
70 ve üstü	107	71.3	43	28.7	150	41.1		
60 ve altı	101	47.0	114	53.0	215	58.9		
TOPLAM	208	57.0	157	43.0	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. **Sütun yüzdeleri verilmiştir.

¹ TSYDÖ Puan ortalaması= 23.85 ± 6.21 ve ² Algılanan sağlık puanları ortalaması= 65.51 ± 17.28 idi. Kronik hastalık sayısı bakımından cinsler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayanların çoğu (%78.6) erkeklerdir. Çok sayıda kronik hastalığı olanların çoğu (%64.1) ise kadınlardır. Algılanan sağlık puanları bakımından; kadınlarda iyi algılanan sağlık puanına sahip olma oranı (%71.3) erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

3.2. YAŞLILARIN SON 15 GÜNDE DOKTORA BAŞVURMA DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8: Sağlık hizmeti kullanımının erişim faktörlerine ilişkin özellikleri

		Sayı	%
Aile Hekiminin Yerini Bilme Durumu	Biliyor	358	98.1
	Bilmiyor	7	1.9
Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu	Biliyor	321	87.9
	Bilmiyor	44	12.1
Ebe/Hemşire Tarafından Ev Ziyareti	Yapıldı	5	1.4
	Yapılmadı	360	98.6
Son 1 Yılda ASM'den Telefon Edildi Mi	Evet	1	0.3
	Hayır	364	99.7
TOPLAM		365	100.0

Tüm bireyler (%100) son bir yıl içinde aile hekimi tarafından, %98.6'sı ise ebe/hemşire tarafından ziyaret yapılmadığını bildirmiştir. Yaşlıların %1.9'u aile hekiminin yerini, %12.1'i de aile hekiminin adını bilmiyordu.

Tablo 9: Yaşlıların son 15 günde yaptıkları doktor başvurusunun özellikleri

Son 15 Günde Yapılan Başvuruya İlişkin Değişkenler		SAYI	YÜZDE (%)
Yapılan Başvuru Sayısı ¹	0	219	60.0
	1	122	33.4
	2 ve daha çok sayıda	22	6.6
Başvurulan kurum	Aile hekimliği birimi	72	50.0
	Ödemiş Devlet Hastanesi	60	41.7
	Diğer	12	8.3
Başvurulan Doktorun Uzmanlığı	Pratisyen Hekim	70	48.6
	Uzman Hekim	66	45.8
	Acil	8	5.6
Başvuru nedeni	Muayene	55	38.2
	Kontrol	14	9.7
	İlaç yazdırmak	47	32.6
	Tedavi ve diğer	28	19.5
Başvurunun eve uzaklığı (dakika)	20 dakika ve altı	117	81.3
	25 dakika ve üstü	27	18.8
Ek para ödeme durumu	Evet	19	13.2
	Hayır	125	89.8
Para ödemenin ek mali yük getirme durumu	Evet	14	73.7
	Hayır	5	26.3
Muayene için bekleme durumu	Evet	15	10.4
	Hayır	129	89.6
TOPLAM		144	100.0

¹ Son 15 günde doktora yapılan başvuru sayısı ortalaması= 0.51'dir.

Araştırmaya katılan bireyler son 15 günde yaptıkları başvuruda dil sorunu yaşamamışlardır. Yaşlıların %39.5'i son 15 günde en az bir kez doktora başvurmuştur. Başvuru yapanların %48.6'sı pratisyen hekime gitmiş ve %38.2'si muayene olmak için başvurmuştur.

3.2.1. Son 15 günde doktora başvurma durumunun hazırlayıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 10: Son 15 günde doktora başvurma durumunun hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	BAŞVURU VAR		BAŞVURU YOK		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Cinsiyet							0.726	0.394
Kadın	86	41.3	122	58.7	208	57.0		
Erkek	58	36.9	99	63.1	157	43.0		
Yaş grupları							0.193	0.660
65–79 yaş grubu	118	40.0	177	60.0	295	80.8		
80 ve üzeri	26	37.1	44	62.9	70	19.2		
Eğitim düzeyi							0.863	0.353
OYD ve OY	71	42.0	98	58.0	169	46.3		
İlkokul ve üstü	73	37.2	123	62.8	196	53.7		
Medeni durum							0.266	0.606
Evli	75	40.8	109	59.2	184	50.4		
Diğer	69	38.1	112	61.9	181	49.6		
Evde yaşayan kişi sayısı							1.585	0.453
1	44	37.9	72	62.1	116	31.8		
2	71	42.8	95	57.2	166	45.5		
3 ve üzeri	29	34.9	54	65.1	83	22.7		
Kiminle yaşadığı							2.009	0.366
Yalnız	45	38.8	71	61.2	116	31.8		
Eşiyle	63	43.4	82	56.6	145	39.7		
Diğer	36	34.6	68	65.4	104	28.5		
TOPLAM	144	39.5	221	60.5	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Yaşlı bireylerin hazırlayıcı faktörlere göre son 15 günde doktora başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

3.2.2. Son 15 günde doktora başvurma durumlarının kolaylaştırıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 11: Son 15 günde doktora başvurma durumunun kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	BAŞVURU VAR		BAŞVURU YOK		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Sağlık güvencesi							8.796	0.032
Yok/ yeşil kartlı	27	36.0	48	64.0	75	20.5		
SSK	53	51.5	50	48.5	103	28.2		
Emekli sandığı	16	32.7	33	67.3	49	13.4		
Bağ-Kur	48	34.8	90	65.2	138	37.8		
Çalışma durumu							0.123	0.940
Ev hanımı	75	39.7	114	60.3	189	51.8		
Emekli	50	40.0	75	60.0	125	34.2		
Diğer	19	37.3	32	62.7	51	14.0		

Gelir algısı							0.021	0.884
İyi ve orta	98	39.2	152	60.8	250	68.5		
Kötü, çok kötü	46	40.0	69	60.0	115	31.5		
Kişi Başına Düşen Gelir (Günlük)							1.223	0.269
1 \$ ve altı	9	30.0	21	70.0	30	8.2		
1 \$'ın üstü	135	40.3	200	59.7	335	91.8		
Evin kendinin olma durumu							2.371	0.124
Kendinin	115	37.7	190	62.3	305	83.6		
Kendinin değil	29	48.3	31	51.7	60	16.4		
Evin niteliği							3.736	0.154
Gecekondu	5	38.5	8	61.5	13	3.6		
Müstakil-dubleks	70	45.2	85	54.8	155	42.5		
Apartman	69	35.0	128	65.0	197	53.9		
Toplam	144	39.5	221	60.5	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Bireylerin sağlık güvencesine göre son 15 günde doktora başvurma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Son 15 günde doktora başvuru oranı SSK'lı grupta en yüksektir. Diğer kolaylaştırıcı faktörlerde başvuru durumu açısından fark yoktur.

3.2.3. Son 15 günde doktora başvurma durumlarının gereksinim faktörleriyle ilişkisi

Tablo 12: Son 15 günde doktor başvuru durumunun gereksinim faktörlerine göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	BAŞVURU VAR		BAŞVURU YOK		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Kronik hastalık varlığı							1.980	0.159
Yok	3	21.4	11	78.6	14	3.8		
Var	141	40.2	210	59.8	351	96.2		
Kronik hastalık sayısı							8.374	0.015
2 ve daha çok	128	43.0	170	57.0	298	81.6		
1	13	24.5	40	75.5	53	14.6		
Yok	3	21.4	11	78.6	14	3.8		
TSYDÖ Puanları							1.772	0.183
32 ve üstü	24	48.0	26	52.0	50	13.7		
31 ve altı	120	38.1	195	61.9	315	86.3		
Algılanan sağlık puanları							3.687	0.055
60 puan ve altı	68	45.3	82	54.7	150	41.1		
70 ve üzeri	76	35.3	139	64.7	215	58.9		
TOPLAM	144	39.5	221	60.5	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Çok sayıda (iki veya daha çok) kronik hastalığı bulunanların doktor başvurusu yapma durumu diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Diğer

gereksinim faktörleri açısından son 15 günde başvuru yapma durumu arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 13: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin son 15 günde doktora başvuru durumlarıyla ilişkili etmenler

DEĞİŞKENLER	S.E.	OR	P	%95 GA	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Kronik hastalık sayısı					
Yok (Ref)					
1 tane	0.345	2.305	0.015	1.173	4.531
2 ve daha çok	0.667	2.523	0.165	0.755	9.326
Sağlık güvencesi					
Diğerleri (Ref.)					
SSK	0.236	1.992	0.004	1.254	3.163

Modele giren değişkenler; kronik hastalık sayısı ve sağlık güvencesidir. Kronik hastalık sayısına göre; bir kronik hastalığı olanların hiç kronik hastalığı bulunmayanlara göre 2.3 kat daha fazla doktora başvurma olasılığı vardır ve SSK'ya bağlı olanların diğerlerine göre yaklaşık iki kat daha fazla son 15 günde doktora başvurma olasılığı bulunmaktadır.

3.3. YAŞLILARIN KARŞILANMAYAN SAĞLIK HİZMET GEREKSİNİMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Son 15 gün içinde herhangi bir sağlık yakınması olup da bir sağlık kurumuna başvurmamış olanların sağlık hizmet gereksinimi karşılanmamış olarak kabul edilmiştir. Son 15 günde herhangi bir sağlık yakınması olan 181 yaşlı vardır, ayrıca 20 kişi de yakınma bildirmemiş, fakat son 15 günde sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir. Son 15 günde sağlık hizmeti kullanan ve kullanması gereken 201 bireyden 57'si (%28.4) herhangi bir kuruma başvurmamıştır ve bunların karşılanmamış gereksinimi olduğu kabul edilmiştir. Karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi oranı:%28.4 olarak bulunmuştur.

3.3.1. Bireylerin karşılanmayan sağlık hizmeti gereksiniminin hazırlayıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 14: Bireylerin karşılanmayan gereksinimlerinin hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Karşılanmayan Gereksinim Var		Karşılanmayan Gereksinim Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Cinsiyet							7.973	0.005
Kadın	46	34.8	86	65.2	132	65.7		
Erkek	11	15.9	58	84.1	69	34.3		
Yaş grupları							2.478	0.115
65–79 yaş grubu	41	25.8	118	74.2	159	79.1		
80 ve üzeri	16	38.1	26	61.9	42	20.9		
Eğitim düzeyi							0.181	0.671
OYD ve OY	30	29.7	71	70.3	101	50.2		
İlkokul ve üstü	27	27.0	73	73.0	100	49.8		
Medeni durum							4.732	0.030
Evli	20	21.1	75	78.9	95	47.3		
Diğer	37	34.9	69	65.1	106	52.7		
Evde yaşayan kişi sayısı							2.204	0.332
1	23	34.3	44	65.7	67	33.3		
2	22	23.7	71	76.3	93	46.3		
3 ve üzeri	12	29.3	29	70.7	41	20.4		
Kiminle yaşadığı							6.416	0.040
Yalnız	23	33.8	45	66.2	68	33.8		
Eşiyle	14	18.2	63	81.8	77	38.3		
Diğer	20	35.7	36	64.3	56	27.9		
TOPLAM	57	28.4	144	71.6	201	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Bireylerin cinsiyetlerine göre karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimine bakıldığında; kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve karşılanmayan hizmet gereksinimi olanların çoğu kadındır. Evli ve eşiyle birlikte yaşayan bireylerin karşılanmayan gereksinimi diğerlerine göre daha düşüktür.

3.3.2. Bireylerin karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerinin kolaylaştırıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 15: Bireylerin karşılanmayan gereksinimlerinin kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Karşılanmayan Gereksinim Var		Karşılanmayan Gereksinim Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Sağlık güvencesi							7.751	0.051
Yok ve yeşil kart	16	37.2	27	62.8	43	21.4		
SSK	10	15.9	53	84.1	63	31.3		
Emekli sandığı	6	27.3	16	72.7	22	10.9		
Bağ-Kur	25	34.2	48	65.8	73	36.4		
Çalışma durumu							5.989	0.050
Ev hanımı	40	34.8	75	65.2	115	57.2		
Emekli	11	18.0	50	82.0	61	30.4		
Diğer	6	24.0	19	76.0	25	12.4		
Gelir algısı							3.319	0.068
İyi ve orta	31	24.0	98	76.0	129	64.2		
Kötü, çok kötü	26	36.1	46	63.9	72	35.8		
Kişi Başına Düşen Gelir (Günlük)							2.027	0.160
1 \$ ve altı	7	43.8	9	56.2	16	8.0		
1 \$'ın üstü	50	27.0	135	73.0	185	92.0		
Evin kendinin olma durumu							1.013	0.314
Kendinin	49	29.9	115	70.1	164	81.6		
Kendinin değil	8	21.6	29	78.4	37	18.4		
Evin niteliği							11.495	0.003
Müstakil	13	15.7	70	84.3	83	41.3		
Gecekondu	2	28.6	5	71.4	7	3.5		
Apartman	42	37.8	69	62.2	111	55.2		
Toplam	57	28.4	144	71.6	201	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Yaşlılarda yaşadıkları evin niteliği bakımından karşılanmayan gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Apartmanda yaşayanların karşılanmayan gereksinim oranı (%21.3) diğer gruplara göre daha yüksektir.

3.3.3. Bireylerin karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerinin gereksinim faktörleriyle ilişkisi

Tablo 16: Bireylerin karşılanmayan gereksinimlerinin gereksinim faktörlerine göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Karşılanmayan Gereksinim Var		Karşılanmayan Gereksinim Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Kronik hastalık varlığı							0.023	0.681
Yok	1	25.0	3	75.0	4	2.0		
Var	56	28.4	141	71.6	197	98.0		
Kronik hastalık sayısı							0.242	0.886
2 ve daha çok	52	28.9	128	71.1	180	89.6		
1	4	23.5	13	76.5	17	8.5		
Yok	1	25.0	3	75.0	4	1.9		
TSYDÖ Puanları							1.660	0.198
32 ve üstü	14	36.8	24	63.2	38	18.9		
31 ve altı	43	26.4	120	73.6	163	81.1		
Algılanan sağlık puanları							10.04	0.002
60 puan ve altı	41	37.6	68	62.4	109	54.2		
70 ve üzeri	16	17.4	76	82.6	92	45.8		
TOPLAM	57	28.4	144	71.6	201	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Bireylerin algıladıkları sağlık durumuna göre karşılanmayan gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Orta ve kötü sağlık algısı olanların karşılanmayan gereksinim düzeyi daha yüksektir.

Tablo 17: Lojistik regresyon analizine göre bireylerin karşılanmayan gereksinim durumlarıyla ilişkili etmenler

DEĞİŞKENLER	S.E.	OR	P	%95 GA	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Cinsiyet					
Erkek (Ref)					
Kadın	0.375	2.967	0.004	1.423	6.186
Evin niteliği					
Müstakil (Ref.)					
Gecekondu	0.822	1.986	0.404	0.397	9.937
Apartman	0.338	2.960	0.001	1.526	5.740
Algılanan sağlık					
İyi (Ref.)					
Orta ve kötü	0.318	4.687	0.000	2.509	8.724

Modele giren değişkenler; cinsiyet, medeni durumu, kiminle yaşadığı, evin niteliği ve algılanan sağlık durumudur. Kadınların erkeklere göre yaklaşık üç kat daha fazla karşılanmayan gereksinimi olma olasılığı vardır ve apartmanda yaşayanların müstakildekine göre üç kat fazla karşılanmayan gereksinim olasılığı vardır. Algılanan sağlık durumu orta ve kötü olanların da 4.7 kat daha çok karşılanmayan gereksinimi vardır.

3.4. YAŞLI BİREYLERİN KORUYUCU HİZMET KULLANIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 18: Yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini kullanım durumları

Koruyucu hizmetler	Kullanan			
	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Koruyucu ilaç kullanımı	73	35.1	61	38.9
Grip aşısı olma	52	25.0	45	28.7
Pnömonokok aşısı olma	5	2.4	5	3.2
KKMM yapma durumu	33	15.9	-	-
Diş muayenesi olma	25	12.0	29	18.5
PAP-Smear testi yaptırma	7	3.4	-	-
Mamografi çekirme	9	4.3	-	-
Testiküler muayene olma	-	-	45	28.7
PSA yaptırma	-	-	42	26.8
Tansiyon Arteriyel (TA) ölçtürme	206	99.0	147	93.6
Biyokimya testleri	179	86.1	127	80.9
Göz muayenesi	121	58.2	90	57.3
Osteoporoz taraması	107	51.4	19	12.1
Gaitada Gizli Kan (GGK) Bakısı	6	2.9	5	3.2
TOPLAM	208	57.0	157	43.0

Tablo 18'deki bulgular doğrultusunda yukarıda belirtilen hizmetlerden en az % 50'sini kullananlar yeterli koruyucu hizmet almış olarak kabul edilmiştir. Yaşlıların %16.4'ü koruyucu sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde (%50) kullanmışlardır. En çok kullanılan koruyucu hizmet her iki cinsten de TA ölçtürmedir. Daha sonra biyokimya testlerini (kan yağları ölçtürme) yaptırma gelmektedir. En az kullanılan hizmet ise pnömonokok aşısı yaptırma ve daha sonra GGK baktırmadır.

3.4.1. Bireylerin koruyucu sağlık hizmeti kullanımlarının hazırlayıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 19: Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Koruyucu Hiz. Kullanımı Var		Koruyucu Hiz. Kullanımı Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Cinsiyet							0.003	0.956
Kadın	34	16.3	174	83.7	208	57.0		
Erkek	26	16.6	131	83.4	157	43.0		
Yaş grupları							1.582	0.208
65–79 yaş grubu	52	17.6	243	82.4	295	80.8		
80 ve üzeri	8	11.4	62	88.6	70	19.2		
Eğitim düzeyi							4.857	0.028
OYD ve OY	20	11.8	149	88.2	169	46.3		
İlkokul ve üstü	40	20.4	156	79.6	196	53.7		
Medeni durum							0.605	0.437
Evli	33	17.9	151	82.1	184	50.4		
Diğer	27	14.9	154	85.1	181	49.6		
Evde yaşayan kişi sayısı							6.552	0.038
1	18	15.5	98	84.5	116	31.8		
2	35	21.1	131	78.9	166	45.5		
3 ve üzeri	7	8.4	76	91.6	83	22.7		
Kiminle yaşadığı							2.585	0.275
Yalnız	18	15.5	98	84.5	116	31.8		
Eşyle	29	20.0	116	80.0	145	39.7		
Diğer	13	12.5	91	87.5	104	28.5		
TOPLAM	60	16.4	305	83.6	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Eğitim düzeyi ilkököl ve üstü olanlar diğerlerine göre koruyucu sağlık hizmeti kullanımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Evde iki kişi yaşayanlar diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek koruyucu hizmet kullanmaktadır, üç ve daha fazla kişi birlikte yaşıyorsa en düşük koruyucu hizmet kullanımı bulunmaktadır.

3.4.2. Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının kolaylaştırıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 20: Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Koruyucu Hiz. Kullanımı Var		Koruyucu Hiz. Kullanımı Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Sağlık güvencesi							13.304	0.004
Yeşil kart/yok	4	5.3	71	94.7	75	20.5		
SSK	21	20.4	82	79.6	103	28.2		
Emekli sandığı	14	28.6	35	71.4	49	13.4		
Bağ-Kur	21	15.2	117	84.8	138	37.8		
Çalışma durumu							3.530	0.171
Ev hanımı	29	15.3	160	78.8	189	51.8		
Emekli	26	20.8	99	91.2	125	34.2		
Diğer	5	9.8	46	88.2	51	14.0		
Gelir algısı							4.406	0.036
İyi ve orta	48	19.2	202	80.8	250	68.5		
Kötü, çok kötü	12	10.4	103	89.6	115	31.5		
Kişi Başına Düşen Gelir (Günlük)							2.272	0.196
1 \$ ve altı	2	6.7	28	93.3	30	8.2		
1 \$'ın üstü	58	17.3	277	82.7	335	91.8		
Evin kendinin olma durumu							2.167	0.141
Kendinin	54	17.7	251	82.3	305	83.6		
Kendinin değil	6	10.0	54	90.0	60	16.4		
Evin niteliği							2.586	0.274
Gecekondu	2	15.4	11	84.6	13	3.6		
Müstakil	20	12.9	135	87.1	155	42.5		
Apartman	38	19.3	159	80.7	197	53.9		
Toplam	60	16.4	305	83.6	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir. Koruyucu hizmet kullanımını sağlık güvencesi ve gelir algısı etkilemektedir. Sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartlılar istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Gelir algısı kötü/çok kötü olanlarda da anlamlı düzeyde düşük koruyucu sağlık hizmeti kullanımı vardır.

3.4.3. Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının gereksinim faktörleriyle ilişkisi

Tablo 21: Bireylerin koruyucu hizmet kullanımlarının gereksinim faktörlerine göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Koruyucu Hiz. Kullanımı Var		Koruyucu Hiz. Kullanımı Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Kronik hastalık varlığı							2.864	0.139
Yok	0	0.00	14	100.0	14	3.8		
Var	60	17.1	291	82.9	351	96.2		

Kronik hastalık sayısı							3.181 [•]	0.043
2 ve daha çok	53	17.8	245	82.2	298	81.6		
1	7	13.2	46	86.8	53	14.6		
Yok	0	0.00	14	100.0	14	3.8		
TSYDÖ Puanları							1.748	0.186
32 ve üstü	5	10.0	45	90.0	50	13.7		
31 ve altı	55	17.5	260	82.5	315	86.3		
Algılanan sağlık puanları							1.554	0.213
60 puan ve altı	29	19.3	121	80.7	150	41.1		
70 ve üzeri	31	14.4	184	85.6	215	58.9		
TOPLAM	60	16.4	305	83.6	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

•X² EĞİMDE

Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayısına göre koruyucu sağlık hizmeti kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, hiç kronik hastalığı olmayanlarda koruyucu sağlık hizmeti kullanımı anlamlı düzeyde düşüktür.

Tablo 22: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini kullanım durumlarıyla ilişkili etmenler

DEĞİŞKEN	S.E.	OR	P	%95 GA	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Sağlık güvencesi					
Yok/ Yeşil kartlı (Ref.)					
SSK	0.393	3.182	0.003	1.474	6.868
Bağ-Kur	0.308	1.925	0.033	1.053	3.515
Emk. San. ve özel	0.291	2.041	0.014	1.154	3.611
Kronik hastalık sayısı					
2 ve daha çok sayıda (Ref.)					
1 adet	0.773	10.404	0.002	2.286	47.349
Yok	0.812	4.966	0.048	1.011	24.390

Modele giren değişkenler; eğitim, algılanan gelir durumu, evdeki kişi sayısı, sağlık güvencesi ve kronik hastalık sayısıdır. Sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartı olanlara göre; SSK'lılar 3.2 kat, emekli sandığına bağlı veya özel sağlık sigortası olanlar iki kat daha fazla koruyucu sağlık hizmeti kullanma olasılığı vardır. Çok sayıda kronik hastalığı bulunanlara göre; bir kronik hastalığı olanlar 10.4 kat ve hiç kronik hastalığı bulunmayanlar ise yaklaşık beş kat daha az koruyucu sağlık hizmeti kullanmama olasılığı vardır.

3.5. YAŞLI BİREYLERİN DİŞ HEKİMİ HİZMETİ KULLANIM DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 23: Bireylerin son bir yılda diş hekimine gitme durumlarına ilişkin özellikler

Değişkenler		Sayı	Yüzde (%)
Diş hekimine gitme durumu	Evet	51	14.0
	Hayır	314	86.0
Diş hekimine para ödeme durumu (başvuranlarda)	Evet	27	52.9
	Hayır	24	47.1
Alınan diş hekimi hizmeti	Çekim	18	35.3
	Dolgu	6	11.8
	Protez	22	43.1
	Koruyucu	3	5.9
	Diş eti tedavisi	2	3.9
TOPLAM		51	100.0

Yaşlı bireylerin son bir yıl içinde diş hekimine gitme oranı %14'tür. Gidenlerin %52.9'u para ödemiştir ve çoğunluğu (%78.4) diş çekimi ve protez için gitmişlerdir.

3.5.1. Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının hazırlayıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 24: Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanımlarının hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Diş Hizmetleri Kullanımı Var		Diş Hizmetleri Kullanımı Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Cinsiyet							0.105	0.746
Kadın	28	13.5	180	86.5	208	57.0		
Erkek	23	14.6	134	85.4	157	43.0		
Yaş grupları							4.914	0.027
65–79 yaş grubu	47	15.9	248	84.1	295	80.8		
80 ve üzeri	4	5.7	66	94.3	70	19.2		
Eğitim düzeyi							0.239	0.625
OYD ve OY	22	13.0	147	87.0	169	46.3		
İlkokul ve üstü	29	14.8	167	85.2	196	53.7		
Medeni durum							1.678	0.195
Evli	30	16.3	154	83.7	184	50.4		
Diğer	21	11.6	160	88.4	181	49.6		
Evde yaşayan kişi sayısı							4.789	0.091
1	14	12.1	102	87.9	116	31.8		
2	30	18.1	136	81.9	166	45.5		
3 ve üzeri	7	8.4	76	91.6	83	22.7		
Kiminle yaşadığı							3.238	0.198
Yalnız	14	12.1	102	87.9	116	31.8		
Eşiyle	26	17.9	119	82.1	145	39.7		
Diğer	11	10.6	93	89.4	104	28.5		
TOPLAM	51	14.0	314	86.0	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Diş hekimi hizmetlerini kullanmada yaşlı bireylerin yaş grupları önemlidir. Bireylerin diş hekimi hizmetlerini kullanma oranı 65–79 yaş (%15.9) grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

3.5.2. Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının kolaylaştırıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 25: Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Diş Hizmetleri Kullanımı Var		Diş Hizmetleri Kullanımı Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Sağlık güvencesi							4.516	0.211
Yok, Yeşil kartlı	6	8.0	69	92.0	75	20.5		
SSK	13	12.6	90	87.4	103	28.2		
Emk.san.	10	20.4	39	79.6	49	13.4		
Bağ-Kur	22	15.9	116	84.1	138	37.8		
Çalışma durumu							0.371	0.831
Ev hanımı	26	13.8	163	86.2	189	51.8		
Emekli	19	15.2	106	84.8	125	34.2		
Diğer	6	11.8	45	88.2	51	14.0		
Gelir algısı							5.277	0.022
İyi ve orta	42	16.8	208	83.2	250	68.5		
Kötü, çok kötü	9	7.8	106	92.2	115	31.5		
Kişi Başına Düşen Gelir (Günlük)							3.078	0.057
1 \$ ve altı	1	3.3	29	96.7	30	8.2		
1 \$'ın üstü	50	14.9	285	85.1	335	91.8		
Evin kendinin olma durumu							0.063	0.802
Kendinin	42	13.8	263	86.2	305	83.6		
Kendinin değil	9	15.0	51	85.0	60	16.4		
Evin niteliği							0.261	0.878
Gecekondu	2	15.4	11	84.6	13	3.6		
Müstakil	20	12.9	135	87.1	155	42.5		
Apartman	29	14.7	168	85.3	197	53.9		
TOPLAM	51	14.0	314	86.0	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Yaşlılarda diş hekimi hizmeti kullanımı, gelir algısından büyük ölçüde etkilenmektedir. Gelir algısı kötü ve çok kötü diyenler diş hizmetlerini anlamlı düzeyde daha düşük oranda kullanmışlardır.

3.5.3. Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının gereksinim faktörleriyle ilişkisi

Tablo 26: Bireylerin diş hekimi hizmeti kullanım durumlarının gereksinim faktörlerine göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Diş Hizmetleri Kullanımı Var		Diş Hizmetleri Kullanımı Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Kronik hastalık varlığı							0.565	0.702
Yok	1	7.1	13	92.9	14	3.8		
Var	50	14.2	301	85.8	351	96.2		
Kronik hastalık sayısı							0.282	0.595
2 ve daha çok	43	14.4	255	85.6	298	81.6		
Yok veya 1 adet	8	11.9	59	88.1	67	18.4		
TSYDÖ Puanları							1.719	0.190
32 ve üstü	4	8.0	46	92.0	50	13.7		
31 ve altı	47	14.9	268	85.1	315	86.3		
Algılanan sağlık puanları							0.102	0.761
60 puan ve altı	22	14.7	128	85.3	150	41.1		
70 ve üzeri	29	13.5	186	86.5	215	58.9		
TOPLAM	51	14.0	314	86.0	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Bireylerin diş hizmeti kullanımları ile gereksinim faktörleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 27: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin diş hekimi hizmetlerini kullanım durumlarıyla ilişkili etmenler

DEĞİŞKEN	S.E.	OR	P	%95 GA	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Gelir algısı					
İyi ve orta (Ref.)					
Kötü ve çok kötü	0.386	2.378	0.025	1.116	5.070
Yaş grupları					
65–79 (Ref.)					
80 ve üzeri	0.541	2.970	0.044	1.028	8.587

Modele giren değişkenler; yaş grubu ve algılanan gelir durumudur. Yaşlılarda gelir algısı kötü ve çok kötü olanlar iyi ve orta düzeyde olanlara göre 2.4 kat daha az diş hekimi hizmetlerini kullanma olasılığı vardır. Ayrıca, çok yaşlı bireylerin (80 ve üstü) 65–79 yaş grubundakilere göre yaklaşık üç kat daha az diş hekimi hizmetlerini kullanma olasılığı vardır.

3.6. YAŞLI BİREYLERİN HASTANEDE YATIŞ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 28: Bireylerin son bir yılda hastanede yatma durumlarına ilişkin özellikler

Değişkenler		Sayı	Yüzde (%)
Yatış durumu	Yatan	72	19.7
	Yatmayan	293	80.3
Yatış sayısı	1 kez	56	77.8
	2 kez	14	19.4
	3 kez	2	2.8
Yatış yapılan kurum	Ödemiş Devlet Hastanesi	45	62.5
	Diğer	27	37.5
Hastanede yatış nedeni	Muayene	4	5.6
	Kontrol	2	2.8
	İlaç yazdırmak	5	6.9
	Tedavi ve diğer	61	84.7
Yatış gün sayısı ¹	1–2	19	26.4
	3–10	34	47.2
	11 ve üzeri	19	26.4
Yatış için ek para ödeme durumu (yatanlarda)	Evet	15	20.8
	Hayır	57	79.2
Para ödeme ek mali yük getirme durumu	Evet	9	60.0
	Hayır	6	40.0
Yatış için bekleme durumu	Evet	11	15.3
	Hayır	61	84.7
TOPLAM		72	100.0

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

¹ Yaşlıların hastanede yatış gün sayısı ortalaması = 10.31 gündür. Yaşlıların %19.7'si yatarak tedavi hizmeti almışlardır, bunların %77.8'i bir kez yatmış ve %62.5'i Ödemiş Devlet Hastanesinde yatmıştır. En çok tedavi ve diyaliz gibi işlemler için yatmışlardır. Yatanların %20.8'i ek para ödemiş ve bunların % 60'ı da ek mali yük getirdiğini bildirmiştir. Bireylerin %15.3'ü yatış için beklemişlerdir.

3.6.1. Bireylerin yatış hizmeti kullanım durumlarının hazırlayıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 29: Bireylerin yatış hizmetini kullanımlarının hazırlayıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Yatış Var		Yatış Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Cinsiyet							1.786	0.181
Kadın	36	17.3	172	82.7	208	57.0		
Erkek	36	22.9	121	77.1	157	43.0		
Yaş grupları							1.961	0.161
65–79 yaş grubu	54	18.3	241	81.7	295	80.8		
80 ve üzeri	18	25.7	52	74.3	70	19.2		

Eğitim düzeyi							0.192	0.661
OYD ve OY	35	20.7	134	79.3	169	46.3		
İlkokul ve üstü	37	18.9	159	81.1	196	53.7		
Medeni durum							1.532	0.216
Evli	41	16.3	143	83.7	184	50.4		
Diğer	31	11.6	150	88.4	181	49.6		
Evde yaşayan kişi sayısı							4.097	0.129
1	16	13.8	100	86.2	116	31.8		
2	39	23.5	127	86.5	166	45.5		
3 ve üzeri	17	20.5	66	79.5	83	22.7		
Kiminle yaşadığı							2.860	0.239
Yalnız	17	14.7	99	85.3	116	31.8		
Eşiyle	33	22.8	112	77.2	145	39.7		
Diğer	22	21.2	82	78.8	104	28.5		
TOPLAM	72	19.7	293	80.3	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Yaşlı bireylerin yatış hizmeti kullanımları ile hazırlayıcı faktörler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

3.6.2. Bireylerin yatış hizmetini kullanım durumlarının kolaylaştırıcı faktörlerle ilişkisi

Tablo 30: Bireylerin yatış hizmeti kullanım durumlarının kolaylaştırıcı faktörlere göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Yatış Var		Yatış Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Sağlık güvencesi							1.661	0.646
Yeşil kart/yok	14	18.7	61	81.3	75	20.5		
SSK	19	18.4	84	81.6	103	28.2		
Emekli sandığı	13	26.5	36	73.5	49	13.4		
Bağ-Kur	26	18.8	112	81.2	138	37.8		
Çalışma durumu							3.914	0.141
Ev hanımı	30	15.9	159	84.1	189	51.8		
Emekli	31	24.8	94	75.2	125	34.2		
Diğer	11	21.6	40	78.4	51	14.0		
Gelir algısı							0.832	0.362
İyi ve orta	33	22.0	117	78.0	250	68.5		
Kötü, çok kötü	39	18.1	174	81.9	115	31.5		
Kişi Başına Düşen Gelir (Günlük)							0.269	0.604
1 \$ ve altı	7	23.3	23	76.7	30	8.2		
1 \$'ın üstü	65	19.4	270	80.6	335	91.8		
Evin kendinin olma durumu							0.171	0.679
Kendinin	59	13.8	246	86.2	305	83.6		
Kendinin değil	13	15.0	47	85.0	60	16.4		
Evin niteliği							8.512	0.014
Gecekondu	6	46.2	7	53.8	13	3.6		
Müstakil-dubleks	35	22.6	120	77.4	155	42.5		
Apartman	31	15.7	166	84.3	197	53.9		
TOPLAM	72	19.7	293	80.3	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Yaşlılarda yatış hizmeti kullanımını evin niteliği büyük ölçüde etkilemektedir. Gecekonduya yaşayanların %46'sı son bir yıl içinde yatış hizmeti kullanmışlardır. Apartmanda yaşayanların ise sadece %15.7'si son bir yıl içinde hastanede yatmıştır ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

3.6.3. Bireylerin yatış hizmetini kullanım durumlarının gereksinim faktörleriyle ilişkisi

Tablo 31: Bireylerin yatış durumlarının gereksinim faktörlerine göre dağılımı

DEĞİŞKENLER	Yatış Var		Yatış Yok		TOPLAM		X ²	P
	SAYI	%*	SAYI	%*	SAYI	%**		
Kronik hastalık varlığı							3.577	0.081
Yok	0	0.0	14	100.0	14	3.8		
Var	72	20.5	279	79.5	351	96.2		
Kronik hastalık sayısı							6.012	0.014
2 ve daha çok	66	22.1	232	77.9	298	81.6		
Yok veya 1 adet	6	9.0	61	91.0	67	18.4		
TSYDÖ Puanları							0.668	0.414
32 ve üstü	12	24.0	38	76.0	50	13.7		
31 ve altı	60	19.0	255	81.0	315	86.3		
Algılanan sağlık puanları							0.832	0.362
60 puan ve altı	33	22.0	117	78.0	150	41.1		
70 ve üzeri	39	18.1	176	81.9	215	58.9		
TOPLAM	72	19.7	293	80.3	365	100.0		

* Satır yüzdesi verilmiştir. ** Sütun yüzdesi verilmiştir.

Yaşlı bireylerin yatış hizmeti kullanımını gereksinim faktörlerinden kronik hastalık sayısı etkilemektedir. Kronik hastalık sayısı iki ve daha fazla olanlar daha yüksek oranda (%22.1) yatış hizmetini kullanmaktadırlar.

Tablo 32: Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin yatış hizmetlerini kullanım durumlarıyla ilişkili etmenler

DEĞİŞKEN	S.E.	OR	P	%95 GA	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Evin niteliği					
Gecekondu (Ref.)					
Müstakil	0.589	2.939	0.067	0.927	9.315
Apartman	0.590	4.590	0.010	1.445	14.581

Modele giren değişkenler; evin niteliği ve kronik hastalık sayısıdır. Evin niteliğine göre; apartmanda yaşayanlar gecekonduya yaşayanlara göre 4.6 kat daha az hastanede yatma olasılığına sahiptir.

Tablo 33: Sağlık hizmet kullanımı ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçlarının özeti

Değişkenler	Son 15 günde sağlık hizmet kullanımı	Karşılanma- yan hizmet gereksinimi	Koruyucu hizmet kullanımı	Diş hekimi hizmeti kullanımı	Yatış hizmeti kullanımı
Kullanan oranı	%39.5	%28.4	%16.4	%14.0	%19.7
	P değeri	P değeri	P değeri	P değeri	P değeri
Hazırlayıcı faktörler					
Yaş grubu				<0.05 (65-79 yaş grubunda yüksek)	
Cinsiyet		<0.05 (kadınlarda daha fazla)			
Kolaylaştırıcı faktörler					
Sağlık güvencesi	<0.05 (SSK diğerlerinde n yüksek)		<0.05 (yeşil kartlı ve yoklar daha az)		
Gelir algısı				<0.05 (kötü ve çok kötü olanlar daha az)	
Evin niteliği		<0.05 (apartmanda ve gecekonduda yaşayanların daha fazla)			<0.05 (apartmanda yaşayanlarda daha fazla)
Gereksinim faktörleri					
Kronik hastalık sayısı	<0.05 (bir kronik hastalığı olanlarda daha fazla)		<0.05 (çok sayıda kronik hastalığı olanlarda daha fazla)		
Algılanan sağlık		<0.05 (orta ve kötü olanlarda daha fazla)			

Yaşlılarda sağlık hizmet kullanımı ağırlıklı olarak kolaylaştırıcı faktör başlığı altında sorgulanan değişkenlerle ilişkilidir. Gereksinim faktörlerinin ağız-diş sağlığı ve yatış hizmeti kullanımıyla ilişkili olmadığı saptanmıştır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Temel Sosyo Demografik Özellikleri

Bu araştırma 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık hizmeti kullanım düzeylerini ve sağlık bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık bakım gereksinimi yoğunluğundaki farklılıkları yaratan hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörlerini belirleyerek yaşlılara sunulacak hizmetlerin planlanmasına katkısı olması beklenmektedir. Bu amaçla Ödemiş İlçe Merkezindeki yaşlılardan 365 kişi araştırmaya alınmıştır ve tartışma bu kişilerin verileri üzerinden yürütülmüştür.

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması ise: 73.66 ± 6.27 olarak saptanmıştır. Ayrıca bireylerin çoğu (%57) kadındır ve yaşlıların üçte biri 65–69 yaş grubunda yer almıştır. Düzce’de yaşlı bireylerde yapılan çalışmadaki dağılıma benzerdir (71). Araştırmaya katılan yaşlıların %44’ünün ilkokul mezunu olduğu, okuryazar olmayan ve sadece okuyup yazabilen kişilerin çoğunluğunun da (%81.7) kadın olduğu saptanmıştır. TNSA 2008 sonuçlarına göre Türkiye’de kadınların %82’si en az ortaokul mezunudur (129). Bu çalışmaya katılan yaşlı kadınların eğitim düzeyi Türkiye genelinden düşüktür. Türkiye’de kentlerde yaşayan kadınların kırsal alanlarda yaşayan kadınlara göre daha eğitilmiş olduğu bilinmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların % 31’i herhangi bir eğitim almamışken, bu oran kentlerde yaşayan kadınlarda % 18’e düşmektedir (129). Ayrıca, genel olarak yaşlı nüfusun eğitim düzeyi düşüktür, bir çalışmada 65 yaş üstü kadınların %76.4’ü ve erkeklerin de %43.8’inin eğitimi yok veya ilkokulu bitirmemiş olduğu belirtilmiştir (129). Araştırmaya katılan bireylerin ileri yaşta olması ve Ödemiş’in kısmen kırsal yerleşim özelliklerine sahip olması eğitim düzeyinin daha düşük çıkmasına sebep olmuş olabilir. Kadınların düşük eğitim düzeyi sağlık hizmetlerine erişimi engellemektedir ve sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizliklerin temel nedeni olarak vurgulanmaktadır (86, 90, 91).

Bu araştırmadaki yaşlılarda evli erkeklerin oranı evli kadınların oranından yaklaşık iki kat fazladır. Eşi ölmüş kadınların oranı ise erkeklerden yaklaşık beş kat fazladır. Evli erkek sayısı kadınların iki katı iken, dul kadın sayısı erkeklerin dört

katı olarak bulunmuştur. Yaş ilerledikçe her iki cinsten de dul olanların sayısının arttığı literatürde belirtilmiştir (129). Kadınların daha uzun yaşaması ve kendilerinden büyük yaştaki erkeklerle evlenmeleri nedeni ile yalnız yaşayan kadın oranı ileri yaşlarda artmaktadır (91).

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumları; % 50.4'ünün ev hanımı ve % 34.5'inin ise emekli olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kadınların sadece %11.3'ü bir işten emekli iken erkeklerin ise %72'sinin emekli olduğu belirlenmiştir. Bu da kadınların gelir ve sosyo-ekonomik durumunu etkilemiş olabilir. TNSA 2008 sonuçlarında kadınların %38'inin son 12 ayda bir işte çalıştığı belirtilmiş ve ayrıca emekli, gelir sahibi yaşlı nüfusun %80'inin erkekler olduğu saptanmıştır (129). Ödemiş İlçesinde kadınlar kayıt dışı işçi olarak tarımda veya aile işlerinde çalışmakta, ancak herhangi bir sosyal güvenlik ağına girmemektedir. Bu nedenle de Ödemiş'te kadınların bir işte çalışma ve emeklilik oranları düşük bulunmuş olabilir. Kayıt dışı çalışma sosyal ve sağlık açısından güvencesizliğe neden olmaktadır. Emeklilik sonrası sosyal risklerin sağlıktaki sosyal eşitsizliklerde önemli bir etken olduğu literatürde vurgulanmıştır (86).

Araştırmadaki yaşlıların toplam hane halkı sayılarına bakıldığında; %31.8'inin yalnız yaşadığı saptanmıştır. Türkiye'deki hanelerin sadece %6'sı tek kişilik haneler olup, bu oran kentsel ve kırsal alanlar arasında ve Doğu ile Batı bölgeleri arasında küçük bir farklılık göstermektedir. Türkiye genelinde ortalama hane halkı büyüklüğü dört kişidir (129). Ayrıca yaşlıların genellikle geniş aile düzeninde yaşamadığı ve İzmir İli ve ilçelerinde hane halkı büyüklüklerinin ülke genelinden düşük olduğu belirtilmiştir (126). Ödemiş'teki yaşlıların hane halkı sayısı TNSA verilerinden daha düşüktür. Bunun değişen yaşam tarzına bağlı olarak yaşlıların genellikle tek başına veya eşiyile birlikte yaşıyor olmalarından ve ilin genel nüfus yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan yaşlıların %61.9'u algıladıkları gelir durumunu orta, %30.4'ü ise kötü olarak belirtmişlerdir. Erkekler kadınlara göre daha yüksek oranda gelirlerini iyi ve çok iyi olarak algılamışlardır. Dolayısıyla gelir algısı kadınlarda daha kötüdür. Erkeklerin çalışma hayatına daha fazla katılmaları ileriki yaşlarda ekonomik açıdan daha iyi durumda olmalarına yol açmaktadır. Başka bir deyişle yaşlı kadınlar ve erkekler diğer özelliklerde olduğu gibi, gelir, ekonomik özgürlük, sosyal güvenceye sahip olmak konusunda da eşit değillerdir (61, 75).

Ayrıca kiři bařına dűřen geliri bir dolar ve altı olanların oranı % 8.2 olarak saptanmıřtır. TNSA 2003 verilerine gűre 65 yař ve űzeri nűfusun %31'nin herhangi bir geliri olmadıęı belirtilmiřtir (128). Devlet İstatistik Enstitűsűnűn (DİE) 2002 raporunda gűnde 4.3 dolardan az geliri olanların oranı kentsel yerleřim için %38.8 olarak verilmiřtir (142). Ödemiř'teki yařlı bireylerin %65.5'inin kiři bařına dűřen geliri 4.3 dolar ve űzeri, %26.3'űnűn ise 1.1–4.2 dolar arasında olduęu bulunmuř ve kiři bařı dűřen gelir bakımından cinsiyetler arasında fark saptanmamıřtır. Bu çalıřmadaki sonuçlar (%34.5) DİE verileriyle benzer bulunmuřtur.

Yařlı bireylerin %37.8'inin Baę-Kur'a ve %28.2'sinin ise SSK'ya baęlı olduęu saptanmıřtır. Saęlık gűvencesi bakımından erkeklerle kadınlara arasında anlamlı fark yoktur. İzmir İl Saęlık Műdűrlűęű 2003 verilerinde de %39.7 SSK'ya baęlı olduęu belirtilmiřtir (62). Ancak demiř'teki yařlıların saęlık gűvence őrűntűsű farklıdır ve daha çok Baę-Kur'a baęlı oldukları gűrűlműřtir ve hiçbir saęlık gűvencesi olmayan yařlı oranı %2.7'dir. İzmir 2003 verilerine gűre İzmir'de saęlık gűvencesi olmayanların oranı %28.9 olarak açıklanmıřtır (62). Bu çalıřmadaki saęlık gűvencesi olmayan oranı İzmir genelinden daha dűřűktűr. Ödemiř'teki yařlılarda saęlık gűvence őrűntűsűnűn daha iyi olduęu dűřűnűlmektedir.

Yařlıların %53.9'u apartmanda yařamaktaydı. Yařlılarda kiři bařına dűřen ortalama oda sayısı birin űstűnde olanların oranı %97.5 olarak bulunmuřtur. Ortalama 3.17 ± 0.854 oda dűřmekteydi. Ödemiř İlçe merkezinde sosyo-ekonomik durumu iyi olanlar genellikle műstakil evlerde yařamakta iken, kűtű olanlar ise gecekonduda yařamaktadırlar. Apartmanda yařayanlar ise genellikle iřçi emeklisi ve Baę-Kur emeklisi olanlardır, yani apartmanda oturmak demiř için yűksek sosyo-ekonomik dűzey gűstergesi deęildir. Ödemiř İlçesi'ndeki yařlıların %83.6'sı kendi evlerinde yařamakta idi. İzmir'de yapılan çalıřmada evin kendisine ait olma oranı %44.4 olarak bulunmuř (62) ve Belek'in Antalya'daki çalıřmasında %75.5 olarak saptanmıřtır (20).

Arařtırmaya katılan yařlıların bűyűk çoęunluęunda (%96.2) en az bir kronik hastalık bulunmaktadır ve cinsiyetler arasında bu bakımdan fark vardır. Ayrıca bireylerin %81.6'sında iki veya daha çok kronik hastalık saptanmıřtır. Bu grubun yař ortalamasının 73'űn űzerinde olması kronik hastalık sayısını arttırdıęı dűřűnűlműřtir. Literatűrde daha yařlı hastaların (80–84 ve 85 ve űstű gruptakiler) daha fazla kronik saęlık sorunu yařadıkları belirtilmiřtir (132) ve bu durum

bulgularımızca da desteklenmektedir. Düzce İli'nde de yaşlıların benzer şekilde %76.5 oranında en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (71).

Bu araştırmada çok sayıda kronik hastalığı olanların çoğu (%64.1) kadındır. Hipertansiyon, osteoporoz gibi kronik hastalıkların kadınlarda daha yüksek prevalansta olması ve kadınların daha uzun yaşamasına bağlı olarak çoklu kronik hastalığın kadınlarda daha fazla saptandığı düşünülmektedir (57, 96). Literatürde eğitim düzeyi düştükçe herhangi bir kronik hastalığa sahip olma oranının arttığı belirtilmiş ve bununla ilişkili faktörlerin yaş ve cinsiyet olduğu vurgulanmıştır. Kısacası kadınlar, ileri yaş grubundakiler, daha önce evlenmiş olanlar, düşük eğitilmiş olanlar ve orta ve yüksek ekonomik statüde olanların daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir (90). Bu çalışmaya katılan yaşlıların da eğitim düzeyinin ortalamasının altında olmasına bağlı olarak kronik hastalık sıklığı artmış olabilir. Diğer bulgular literatürle uyumlu bulunmuştur.

Yaşlıların %86.3'ü TSYDÖ'nden 31 ve altında puan almıştır. Yüksek bakım gereksinimi (32 puan ve üstü) olanların çoğu (%82) kadınlardır. Ancak algılanan sağlık puanı 70 ve üzerinde olanların çoğu da kadındır. Çoğu kaynakta kadınların sağlıklarını erkeklerden daha kötü algıladıkları belirtilmiştir (26, 96), ancak bu çalışmada kadınlar sağlık durumlarını daha iyi algılamaktadırlar. Buna benzer olarak Bingöl İli'nde 15–49 yaş grubu kadınlar da sağlık durumlarını genellikle iyi ve orta olarak belirtmişlerdir (72). Bunun nedeninin Türk toplumunun kültürel ve normatif özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmüştür.

4.2. Yaşlıların Son 15 Günde Doktora Başvurma Durumuna İlişkin Sonuçlar

Yaşlıların %39.5'i son 15 günde en az bir kez doktora başvurmuştur. Bu oran Çalışkan ve arkadaşlarının yetişkin grupta bulmuş olduğuna benzer bir sonuca (34). Yaşlıların son 15 günde doktora başvuru ortalaması 0.51 olarak bulunmuştur ve yaşlılarda son 15 gündeki başvuru sayılarından projeksiyon yapılarak elde edilen kişi başına düşen yıllık başvuru sayısı: 12.24 olarak hesaplanmıştır. Literatürdeki yıllık başvuru sayısı ortalamaları Ödemiş ortalamasından daha düşüktür (96, 102, 112, 125). Öte yandan nüfusun genelinde yıllar içinde sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin arttığı da belirtilmiştir (102). Sonuç olarak, geneldeki başvuru sayılarının artışı ve sağlık sistemindeki değişikliklere (Aile Hekimliği sistemine

geçilmesi) paralel olarak Ödemiş İlçesi'nde sağlık kurumlarına ortalama başvuru sayısı yüksek bulunmuş olabilir.

Başvuru yapanların %48.6'i pratisyen hekime ve %38.2'u muayene için gitmişlerdir. Yaşlılar son 15 günde yaptıkları başvurunun %50'sini aile hekimlerine yani birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapmışlardır. Literatürde yaşlıların evine yakın olması, sağlık personelinin tanındık olması, hizmetin parasız olması, bürokrasi ve sıra olmaması ve yalnız gidebilmesi nedeniyle en çok birinci basamak sağlık kurumlarını tercih ettiği bildirilmiştir (91). Çeşitli kaynaklarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru oranları değişiklik göstermektedir (62, 94, 96).

Tüm bireyler son bir yıl içinde aile hekimi tarafından hiç ev ziyareti yapılmadığını, %98.6'sı ise ebe/hemşire tarafından ziyaret yapılmadığını bildirmiştir. Ayrıca yaşlı bireylerin %1.9'u aile hekiminin yerini, %12.1'i de aile hekiminin adını bilmiyordu. Aynı şekilde Manisa'da yapılan çalışmada da katılımcıların %63.3'ü aile hekimliği sistemini duyduklarını belirtmişlerdir (39). Yaşlıların aile hekimliğini bilmemesi ve ulaşım engelleri nedeniyle bu hizmeti kullanamaması mümkündür. O nedenle yaşlıların yaşadıkları yerde yani evlerinde bakım verilebilecek bir uygulama olan ev ziyaretleri son derece önemlidir (91).

Buor'un Gana'da yaptığı çalışmada sağlık kurumuna coğrafi uzaklık ve harcanan paranın hizmet kullanımında en etkili faktörler olduğu bulmuştur (31). Sağlık merkezlerinin uzak ya da yakın oluşunun potansiyel talebin gerçek talebe dönüşünü etkilediği belirtilmiştir (13). Ödemiş'te yaşlıların %81.3'ü 20 dakika ve daha az bir sürede sağlık kurumuna ulaştıklarını belirtmişlerdir. Bu da Ödemiş'teki yaşlıların sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırıcı bir faktördür. Ayrıca yaşlıların %13.9'u son 15 günde başvuruda ek para ödemişlerdir. Berberoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların koruyucu hizmetler için ek para ödedikleri saptanmıştır (22). Ek para ödeme sağlık hizmetlerini kullanmada önemli bir engeldir (90).

Yaşlı bireylerin hazırlayıcı faktörlere (yaş grubu, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve birlikte yaşadığı kişi) göre son 15 günde doktora başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak, yine de son 15 günde doktora başvuranların yaklaşık %60'ı kadındır. Kadınların daha çok sayıda aile doktorunu ziyaret ettiği literatürde bildirilmiştir. Kadınların 1.3 kat daha fazla sağlık hizmetlerini kullandıkları belirtilmiştir. Diğer değişkenler kontrol edildikten sonra bile cinsiyet etkisi değişmediği gözlenmiştir, yani cinsiyetin diğer

değişkenlerden bağımsız olarak sağlık hizmet kullanımında önemli bir etkiye sahip olduğu çeşitli çalışmalarda ve bu çalışmada saptanmıştır (132, 90).

Yaşlı kadınların sağlık bakım hizmetlerini daha fazla kullanılmasını en iyi açıklayan faktörlerin kronik hastalık sayısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olduğu bildirilmiştir (107). Bertakis ve arkadaşları, çeşitli sağlık hizmetlerinin kullanımında eğitim düzeyi, gelir ve sınıf kontrol altına alındıktan sonra cinsiyet farklılıkları azaldığını bulmuşlardır (24). Kadınların daha çok doktorları ziyaret ettiği (1, 90, 103), ancak, sağlık bakımı arama davranışı açısından kadınların hem avantajlı ve hem de dezavantajlı konumları olduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada kadınların daha fazla ayaktan doktor hizmeti alırken, erkeklerin acil bakım hizmetlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır (27). Araştırmacılar ilk başlarda kadınların sağlık hizmetlerine daha fazla eriştiklerine ilişkin sonuçlar saptamış, ancak daha sonra bazı araştırmalar kadınların, bazıları ise erkeklerin hizmetleri daha fazla kullandıklarına ilişkin sonuçlar bulmuşlardır. Bunun da kadınların sağlıklarıyla daha fazla ilgilenmelerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (90, 107). Ancak Özmen yapmış olduğu çalışmada cinsiyetin kullanımı etkilemediğini saptamıştır (97).

Gürsoy ve arkadaşları cinsiyeti genel olarak sağlık hizmetlerini kullanımıyla ilişkili olarak bulmuşlardır (59). Ayrıca çalışma durumu açısından geçici işlerde çalışan veya işsiz olanların sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları belirtilmiştir (133) ve Ödemiş'teki kadınların çalışma durumları genel olarak bu sınıflara uymaktadır. Evde yalnız yaşamak bakım hizmetlerini daha fazla kullanmanın en büyük kestiricimsi olarak belirtilmiştir ve Ödemiş'te de yaşlı kadınların çoğunluğu yalnız yaşamaktadır (81, 121).

Son 15 günde yapılan başvuruların %36.8'i SSK'lılar ve %33.3'ü Bağ-Kur'lular tarafından yapılmıştır ve sağlık güvencesi açısından başvurma durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Son 15 günde doktora başvuru oranı SSK'lılarda en yüksektir. Hiçbir güvencesi olmayanlar ve yeşil kartlı olanlar da emekli sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı olanlara benzer düzeyde başvuru yapmışlardır. Sağlık güvencesinin olması veya olmaması doktora ne zaman başvuracağı hakkında belirleyici olmaktadır. Sağlık güvencesi olanlar hastalık belirtisi ortaya çıkınca doktora gitme eğilimindedir (114). Yaşlılarda hizmet kullanımında kolaylaştırıcı faktörden sağlık sigortası en önemli rolü üstlenmektedir (21, 138). Bu çalışmada SSK'lılar en fazla sağlık hizmetlerini kullanan grup olmuştur. Bunun nedeninin o dönemde tüm kamu sağlık kurumlarından bu grubun ücretsiz yararlanabilmelerine

olanak sağlayan düzenlemelerin y r rl ge geçmiş olması olarak düşünülmüştür.Bu çalışmada da literatürdekine benzer şekilde sağlık sigortası olanlar en fazla sağlık hizmetlerinden yararlanmıştır.

Son 15 günde doktora başvuranların çoğu evde yalnız yaşayan yaşlılardır. Evde yalnız yaşamak bakım hizmetlerinin daha fazla kullanımının en büyük kestiricimsi olarak belirtilmiş ve yalnızların bakacak kimseleri olmadığı için daha çok sağlık bakım hizmetlerine yöneldikleri vurgulanmıştır (81, 90, 121).

Gereksinim faktörlerinden de kronik hastalık sayısı ve sağlık bakım gereksinimi daha yüksek olanlar son 15 günde daha fazla doktor hizmeti kullanmışlardır.

Tüm değişkenlerin birbirlerine etkilerini ortadan kaldırmak için yapılan çoklu analizde ise son 15 günde sağlık hizmeti kullanımını belirleyen iki değişken saptanmıştır; kronik hastalık sayısı ve sağlık güvencesidir. Kronik hastalık sayısına göre; bir kronik hastalığı olanların hiç kronik hastalığı bulunmayanlara göre 2.3 kat daha fazla doktora başvurma olasılığı vardır. Sosyal güvencesi SSK olanların diğerlerine göre yaklaşık iki kat daha fazla son 15 günde doktora başvurma olasılığı bulunmaktadır. Benzer şekilde Dunlop ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığı olan yaşlıların üç kat daha fazla doktora gittikleri ve 1.6 kat daha fazla hastanede yattıkları gösterilmiştir (42).

4.3.Yaşlıların Karşılanmayan Sağlık Hizmet Gereksinimlerine İlişkin Sonuçlar

Bu çalışmada yaşlıların %28.4'ünün karşılanmayan gereksinimi olduğu bulunmuştur. Literatürde ise bir ya da daha fazla karşılanmamış gereksinimi olanlar %14 ile %60 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (134, 15). Bunun dışında, Avrupa  lkelerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %6.4'ünün karşılanmamış tıbbi gereksinimi olduğunu belirtmiştir. Karşılanmamış gereksinimin en önemli nedeni hizmetlerin çok pahalı olması olarak gösterilmiştir. Sağlık durumunu iyi ve çok iyi tanımlayanların karşılanmamış gereksiniminin daha az olduğu saptanmıştır (19). Black ve arkadaşları, yaşlı bakım evlerindeki yaşlılar arasında karşılanmayan gereksinim oranını %58 olarak bulmuştur (29). Karşılanmamış gereksinimi olanların daha yüksek hastanede yatma riski taşıdığı saptanmıştır (78).

Yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimine bakıldığında; kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark vardır ve karşılanmayan gereksinimi olanların çoğu kadındır. Evli bireylerin karşılanmayan gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, kiminle yaşadığına göre de karşılanmayan gereksinimler arasında fark vardır. Eşiyle birlikte yaşayanlar diğerlerine göre daha düşük karşılanmayan gereksinime sahiptir.

Sosyo ekonomik durum ve sağlık sonuçları arasında güçlü bir ilişki saptanmış ve temel gereksinimlerin karşılanmaması ile ilişkili en önemli faktör sosyoekonomik durum olarak bulunmuştur (30). Bu çalışmada da sosyoekonomik faktörlerden evin niteliği karşılanmayan gereksinimi etkilemektedir. Bireylerin yaşadıkları evin niteliği bakımından karşılanmayan gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Apartmanda yaşayanların karşılanmayan gereksinim oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Daha kötü sağlık algısı olanların karşılanmayan gereksinim düzeyleri daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişilerin hastalık algılarının, sağlık kurumuna başvuruyu etkilediği bilinmektedir (14). Kadınların sağlık algılarının daha kötü olması, sağlık bakım hizmetlerini daha fazla kullanmalarına yol açmaktadır. Kendi kendine rapor edilen (algılanan sağlık) sağlık, bazı sağlık hizmetlerinin kullanımının önemli bir kestirimcisi olarak belirtilmiştir (107). Ancak bu çalışmada kadınların yarısından fazlası kendi sağlıklarını iyi ve çok iyi olarak algıladıklarını belirtmişleridir. Bu sonuç literatürle uyumlu değildir. Bunun Türk toplumunun kültürel özellikleri nedeniyle böyle çıktığı düşünülmüştür.

Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin karşılanmayan gereksinimlerini cinsiyet, evin niteliği ve algılanan sağlık durumu etkilemektedir. Kadınların erkeklere göre ve apartmanda yaşayanların müstakil evde yaşayanlara yaklaşık üç kat daha fazla karşılanmayan gereksinim olasılığı vardır. Algılanan sağlık durumu orta ve kötü olanların da 4.7 kat daha fazla karşılanmayan gereksinim olasılığı vardır.

Literatürde de cinsiyete, medeni durum, etnisite ve sosyo-ekonomik duruma göre sağlık bakımına erişimde eşitsizlikler olduğu belirtilmiştir. Kadınların, 88 ve daha büyük yaşlarda olanların, yalnız yaşayan bireylerin, kentselde yaşayanların, zengin kişilerin, daha iyi eğitilmişlerin, evlilerin sağlık hizmetlerini kullanım oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (90). Diğer grupların sağlık bakım hizmetlerinden daha az oranda yararlanması sağlıkta eşitsizlikler olduğunun göstergesidir. Ödemiş yaşlılarına ilişkin sonuçlar da literatürü desteklemektedir.

4.4. Yaşlıların Koruyucu Hizmet Kullanımına İlişkin Sonuçlar

Koruyucu hizmet olmadan bütünlüklü bir hizmet sunumundan söz edilemez (57, 91, 93). Yaşlılar yılda ortalama 12.24 hekim başvurusu yapmalarına rağmen koruyucu hizmetlerin %50'sinden yararlanan oranı sadece %16 olarak bulunmuştur. Oysaki yaşlı bakımının en önemli özelliği koruyucu sağlık bakımı vererek kronik sağlık sorunlarının engellenmesidir. Bu çalışmada koruyucu hizmet kullanımı düşük bulunmuştur, çünkü birinci basamakta şu anda verilen hizmetler yaşlının bütüncül bakımına yönelik değildir. Sadece başvurulduğunda ve tedavi edici hizmet ağırlıklı bir hizmet sunumu vardır. Koruyucu sağlık hizmetleri gibi farkındalığın ve talebin az olduğu hizmetlerin talep edilmese de bireyi koruma adına sunulması gereklidir, bu sağlıktaki eşitsizlikleri önlemek için son derece önemlidir (48).

Yaşlılarda en çok kullanılan koruyucu hizmet her iki cinste de ilk sırada TA ölçtürmedir. Daha sonra da biyokimya testlerini (kan yağları ölçtürme) yaptırmak gelmektedir. En az kullanılan hizmet ise pnömokok aşısı yaptırmak ve daha sonra GKG bakısıdır.

Koruyucu hizmet kullanımı kadınlarda, 80 ve üzeri yaşlarda olanlarda ve dul-eşi ölmüşlerde düşük bulunmuştur ve anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim düzeyi ilkokul ve üstü olanlarda koruyucu sağlık hizmeti kullanımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca, evde yalnız yaşayanlar diğerlerine göre anlamlı derecede düşük koruyucu hizmet kullanmaktadır ve üç ve üzeri kişi birlikte yaşıyorsa en düşük koruyucu hizmet kullanımı olmaktadır. Ancak koruyucu hizmetlere en çok gereksinimi olan bu grupların (kadınlar, çok ileri yaştakiler, eşi ölmüşler, eğitimi düşük olanlar ve yalnız yaşayanlar) bu hizmetlerden yararlanmamalarının eşitsizliklerin en önemli göstergesi olduğu belirtilmiştir (48). Bu faktörler de temel olarak kadın olmakla ilişkilidir.

Yaşlı bireylerin koruyucu hizmet kullanımını sağlık güvencesi ve gelir algısı etkilemektedir. Sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartı olanlar en düşük oranda koruyucu hizmet kullanmaktadır. Gelir algısı kötü ve çok kötü olanlarda anlamlı düzeyde düşük koruyucu sağlık hizmet kullanımı vardır. Ayrıca kişi başına düşen günlük geliri bir doların üstünde olanlar ve evi kendinin olanlar daha fazla koruyucu hizmet kullanmaktadır. Yani koruyucu hizmetlerden bedelini ödeyebilenler ve talep edebilenler yararlanmaktadır. Bu da değişen sağlık bakım ortamında koruyucu hizmetlerin ihmal edildiğini göstermektedir (48).

Yaşlı bireylerden çok sayıda kronik hastalığı bulunanlar, TSYDÖ'den 31 ve altında puan alanlar ile sağlığını kötü ve orta olarak algılayanlar daha fazla koruyucu hizmet kullanmasına rağmen, bunların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmeti kullanımlarını sağlık güvenceleri ve kronik hastalık sayıları etkilemektedir. Yaşlılardan emekli sandığına bağlı olan veya özel bir sigortası olanlara göre; Bağ-Kur'lu olanlar 4.1 kat, sağlık güvencesi olmayanlar veya sadece yeşil kartı olanlar ise 2.2 kat daha az koruyucu sağlık hizmeti kullanma olasılığı vardır. Çok sayıda kronik hastalığı bulunanlara göre; bir kronik hastalığı olanlar 10.4 kat ve hiç kronik hastalığı bulunmayanlar ise yaklaşık beş kat daha az koruyucu sağlık hizmeti kullanmama olasılığı vardır.

Kadınlar, yoksulluktan, düşük sosyal statüden ve üretken rollerinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle pek çok zarar görmektedir ve bunun sonucunda sağlıkları olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla kadınların koruyucu hizmetlerden daha çok yararlanması için desteklenmesi gerekmektedir (87).

4.5. Yaşlıların Diş Hekimi Hizmeti Kullanım Durumlarına İlişkin Sonuçlar

Yaşlı bireylerin son bir yıl içinde diş hekimine gitme oranı %14'tür. Gidenlerin %52.9'u para ödemiştir ve çoğunluğu (%78.4) diş çekimi ve protez için gitmişlerdir. Diğerleri dolgu, koruyucu diş tedavisi ve diş eti problemleri için diş hekimine başvurmuştur. Genel olarak ülkemizde diş hekimine başvuru oranları düşüktür, ancak ağız diş sağlığı hizmetlerine gereksinim oldukça yüksektir (87). Diş hekimine başvuru sayısı kişi başı yıllık 0.72 olarak belirtilmiştir (143). Türkiye'de halkın sadece yaklaşık %43'ü son bir yılda diş hekimine gittiği belirtilmiştir (56). Yaşlılarda yapılan bir çalışmada %96'sının şikayet halinde diş hekimine başvurdukları belirlenmiştir. Bu bireylerin %1.9'u altı ayda bir, diğerlerini ise yılda bir kez diş hekimine başvurdukları saptanmıştır.

Kötü ağız hijyeni ve profesyonel bakım eksikliğinin, yaşlıda bir dizi ağız ve diş sağlığı sorununa temel teşkil edebileceğine işaret edilmiştir. Yaşlı bireylerde ağız hijyeni motivasyonu ve düzenli kontrollerle hem ağız sağlığının ve hem de genel sağlığının korunabileceği vurgulanmıştır (131). Buna göre Ödemiş'teki yaşlıların diş hekimi başvuru oranlarının düşük olduğu gözlenmektedir.

Cinsiyetler arasında diş hekimi hizmeti kullanma bakımından fark yoktur. Ancak, yaş gruplarında önemli fark saptanmıştır. Bireylerin diş hekimi hizmetlerini kullanma oranı 65–79 yaş (%15.9) grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hane halkı büyüklüğü iki olanlar ve eşiyle birlikte yaşayanlar daha çok ağız diş sağlığı hizmetlerini kullanmışlardır.

Mesleği ev hanımı olanlar, gelir algısı iyi ve orta olanlar, bir doların üstünde geliri olanlar ve evi kendine ait olanlar daha fazla diş hekimi hizmeti kullanmışlardır. Gelir algısı kötü ve çok kötü olanlar diş hizmetlerini anlamlı düzeyde daha az kullanmışlardır. Gelir durumu orta ve kötü olanların ağızda daha fazla çürük olduğu, yani ağız diş sağlığının gelir durumu ve algısından etkilendiği, düşük sosyoekonomik düzeyde kötü ağız sağlığı olduğu literatürde vurgulanmıştır (17).

Kronik hastalığı olan, TSYDÖ'den 31 ve altında puan alan, çok sayıda kronik hastalığı olan ve sağlığını iyi olarak algılayan yaşlılar daha fazla diş hekimi hizmetini kullanmasına rağmen, gereksinim faktörleriyle anlamlı bir ilişki yoktur.

Lojistik regresyon analizine göre yaşlı bireylerin diş hekimi hizmetlerini kullanımlarında gelir algıları ve yaş grupları önemli düzeyde etkilidir. Gelir algısı kötü ve çok kötü olanlar iyi ve orta düzeyde olanlara göre 2.4 kat daha az diş hekimi hizmetlerini kullanmaktadır. Çok yaşlı bireyler (80 ve üstü) 65–79 yaş grubundakilere göre yaklaşık üç kat daha az diş hekimi hizmetlerini kullanma olasılığına sahiptir. Aday yaşamın son yıllarında diş hizmeti kullanımının azalacağını bildirmiştir ve bu çalışmanın bulguları da bunu desteklemektedir (1).

4.5. Yaşlıların Hastanede Yatış Durumlarına İlişkin Sonuçlar

Yaşlıların son bir yıl içinde % 19.7'si yatarak tedavi hizmeti almışlardır, bunların çoğu (%77.8) bir kez yatmış ve Ödemiş Devlet Hastanesi'nde tedavi görmüştür. En çok tedavi ve diyaliz gibi işlemler için yatış yapılmış ve ortalama 10.3 gün yatmışlardır. Yatanların %20.8'i ek para ödemiş ve bunların % 60'ı da ek mali yük getirdiğini bildirmiştir. Bireylerin %15.3'ü yatış için beklemiştir. Flett ve arkadaşları da yaşlıların %21'inin hastanede yattığı belirtmişlerdir (50).

Yaşlı bireylerden 65–79 yaş grubunda olanlar, evliler ve iki kişi yaşayanlar ve eşiyle birlikte yaşayanlar yatış hizmetlerini daha fazla kullanmışlardır. Fakat diğer hazırlayıcı faktörler açısından anlamlı bir fark yoktur. Literatürde yaş, hastanede kalış süresi, doktora başvurma ve hemşirelik hizmet kullanımı için anlamlı bir kestirimci olarak bulunmuştur (45, 46).

Kolaylaştırıcı faktörlerden evin niteliği yatış hizmeti kullanımını büyük ölçüde etkilemektedir. Gecekondu da yaşayanların %46'sı son bir yıl içinde yatış hizmeti kullanmışlardır. Apartmanda yaşayanların ise sadece %15.7'si hastanede yatmıştır ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Literatürde genel olarak kadınların daha az hastanede yattığı saptanmıştır (108). İleri yaşı (70 yaş ve üstü) erkeklerin daha fazla hastaneye kabul edildiği ve ayaktan cerrahi hizmetlerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır (42). Bu çalışmada erkeklerin son bir yılda daha çok hastanede yattığı saptansa da cinsiyet anlamlı bir değişken olarak bulunmamıştır.

Yaşlı bireylerin yatış hizmeti kullanımını gereksinim faktörlerinden kronik hastalık sayısı etkilemektedir. Kronik hastalık sayısı iki ve daha fazla olanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda (%22.1) yatış hizmetini kullanmaktadırlar. Çalışmalarda kronik hastalığı olanların daha fazla hastaneye yatmakta olduğu da bildirilmiştir (42). Ayrıca, kronik hastalıkla ilişkili olan fonksiyonel sınırlılık önceki yıl hastanede yatış ile ilişkili bulunmuştur (108).

Lojistik regresyonda yaşlı bireylerin yatış hizmetlerini kullanım durumlarında yaşadıkları evin niteliği büyük ölçüde önemli bulunmuştur. Gecekondu da yaşayanlara göre apartmanda yaşayanların 4.6 kat daha az hastanede yatma olasılığı bulunmuştur. Literatürde de mülk sahibi olma sağlık hizmetleri kullanımıyla ilişkili bulunmuştur (42). Literatürde kadınlar, çocuklar, engelliler, kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, göçmenler ve yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerini kullanım farklılıklarının toplumun sağlık düzeyini yükseltmede ciddi engeller oluşturduğu belirtilmiştir (49, 69). Bu araştırmanın sonuçları da bunu desteklemektedir.

Genelde yaşlıların sağlık hizmetlerini aşırı kullandığına ilişkin yargı Flett ve arkadaşları tarafından desteklenmemiştir. Yaşlıların %89'unun genel pratisyene başvurduğu, %29'u ayaktan tedavi hizmetlerini kullandığı belirtilmiştir (50). Bu çalışmada da ayaktan doktor hizmetleri aşırı kullanılmakta gibi görünmesine rağmen, asıl gerekli olan koruyucu ve ağız-diş sağlığı hizmetleri yetersiz kullanılmaktadır.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Ödemiş İlçesi'nde 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık hizmet kullanımı ve sağlık bakım gereksinimlerinin incelendiği bu araştırma sonucu aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Örneklemdaki bireylerin çoğu kadındır ve kadınlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde erkeklere göre daha düşük eğitilmiş, eşi ölmüş, yalnız yaşayan ve çalışmayan gruptadırlar. Kadınların çoğu mesleğini ev hanımı olarak ve algılanan gelir durumlarını genel olarak orta, kötü ve çok kötü diye belirtmişlerdir. Ayrıca kronik hastalığı olma bakımından da iki cinsiyet arasında fark saptanmıştır. Hiç kronik hastalığı olmayanların çoğu erkeklerdir. Çok sayıda kronik hastalığı bulunanların çoğu ise kadındır. Ancak kadınlar sağlıklarını erkeklerden anlamlı derecede daha iyi algılamaktadırlar.

Yaşlıların yaklaşık beşte ikisi son 15 günde bir doktora başvurmuştur. Son 15 günde doktor hizmeti kullanımı açısından hazırlayıcı faktörler arasında fark saptanmamıştır. Ancak bireylerin sağlık güvence durumları bakımından son 15 günde doktor hizmeti kullanımı SSK'lılarda daha fazla olmuştur ve SSK'lılar diğerlerine göre iki kat daha fazla başvuru yapmışlardır. İki veya daha çok sayıda kronik hastalığı bulunanlar doktor hizmetini daha fazla kullanmışlardır.

Kadınların daha fazla karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi bulunmaktadır. Evli ve eşiyle birlikte yaşayan bireylerin karşılanmayan gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ayrıca apartmanda yaşayanların karşılanmayan gereksinimleri daha yüksek bulunmuştur. Gereksinim faktörlerinden sağlık algısı da karşılanmayan gereksinimi etkilemektedir. Sağlık algısı kötü ve çok kötü olanların karşılanmayan gereksinimi daha fazladır.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda; kadın olmak, apartmanda yaşamak ve algılanan sağlık durumu orta ve kötü olmak karşılanmayan gereksinim açısından risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Koruyucu sağlık hizmetlerinden en az %50'sini kullanan yaşlı bireylerin oranı sadece %16,4'tür. Bu oran ayaktan başvuru sayısının yüksekliğine karşın koruyucu hizmet kullanımının düşük olduğunu göstermektedir. En çok kullanılan

koruyucu hizmet TA ölçtürme ve en az kullanılan koruyucu hizmet ise pnömokok aşısı değildir. Eğitim düzeyi yüksek olmak, evde iki kişi yaşamak koruyucu hizmet kullanımı açısından olumlu etki eden değişkenlerdir. Ayrıca sağlık güvencesi olmayanlar ve yeşil kartlılar en düşük oranda koruyucu hizmet kullanmaktadırlar. Gelir algısı kötü ve çok kötü olanlarda da anlamlı düzeyde düşük koruyucu hizmet kullanımı saptanmıştır. Koruyucu hizmet kullanımında; gereksinim faktörleri açısından fark saptanmamıştır.

Araştırma sonucunda Bağ-Kur'luların ve sağlık güvencesi olmayan/yeşil kartlıların ve hiç kronik hastalığı olmayanların diğerlerine göre daha az koruyucu hizmet kullandığı bulunmuştur.

Bireylerin son bir yılda diş hekimine herhangi bir hizmet için başvurma durumu %14'tür. En çok çekim ve protez yaptırmak için başvuru olmuştur. Daha genç yaşlılar daha fazla diş hekimi hizmetlerini kullanmışlardır. Diş hekimi hizmetlerini gelir algısı kötü ve çok kötü olanlar istatistiksel anlamlı düzeyde düşük kullanmışlardır. Gereksinim faktörleri açısından diş hekimine başvuru durumu değişmemiştir.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda gelir algısı iyi ve orta olmak ile genç yaşlı grubunda olmak diş hekimi hizmetlerini kullanmayı etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Gelir algısı kötü ve çok kötü olanların, iyi ve orta düzeyde olanlara göre daha az diş hekimi hizmetlerini kullanma olasılığı vardır. Çok yaşlı olan bireylerin daha az diş hekimi hizmetlerini kullanma olasılığı bulunmuştur. Çok ileri yaşlılık döneminde olmak ve gelir algısı kötü olmak diş hekimliği hizmetlerini kullanma açısından olumsuz faktörler olması en gereksinimi olanların hizmete ulaşamadığının ve dolayısıyla eşitsizliklerin ve erişimin önünde engeller olduğunun bir göstergesidir.

Yaşlı bireylerin %19.7'si son bir yıl içinde hastaneye yatmışlardır. Hazırlayıcı faktörler, yatış hizmetlerini kullanma bakımından önemli faktörler olarak bulunmamıştır. Kolaylaştırıcı faktörlerden gecekonduda yaşamak yatış hizmetlerini daha fazla kullanmayı gerektiren bir faktör olarak bulunmuştur. Bu da gereksinimi olanların sağlık hizmetlerine erken dönemde başvurmadığı, ancak hastaneye yatacak düzeye gelince kullandığını göstermektedir. Gereksinim faktörlerinden kronik hastalık sayısı yatış hizmeti kullanımını etkilemektedir. Çok sayıda kronik hastalığa sahip yaşlı bireyler daha yüksek oranda yatış hizmetlerini kullanmaktadırlar.

Lojistik regresyon analizinde de, gecekonduda yaşamak yatış hizmeti kullanımını etkileyen başlıca faktördür, gecekonduda yaşayanlara göre apartmanda yaşayanların daha az hastanede yatma olasılığına sahip olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, yaşlıların sağlık hizmet kullanımı hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörlerinden etkilenmektedir, ancak sağlık hizmet kullanımı ağırlıklı olarak kolaylaştırıcı faktör başlığı altında sorgulanan değişkenlerle ilişkilidir. Yaşlıların toplam yıllık ortalama başvuru sayıları yüksek olmasına rağmen hala karşılanmayan gereksinimleri bulunmaktadır. Karşılanmayan gereksinimler kadınlarda, yalnız olanlarda, gelir durumu kötü ve çok kötü olanlarda, gecekonduda yaşayanlarda, algılanan sağlık puanları orta ve kötü olanlarda ve yüksek bakım gereksinimi bulunanlarda daha fazladır. Bu gruplar da yaşlı sağlığı açısından risk gruplarıdır. Ayrıca temel sağlık hizmetlerinden en temel koruyucu hizmetler ve diş hekimliği hizmetleri yeterince kullanılmamakta, bunun sonucunda yaşlı sağlığının olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

5.2. ÖNERİLER

- Bu sonuçlar doğrultusunda; gelir düzeyi düşük olan yaşlıların da sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmesi için tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak ve kapsamlı bir şekilde verilmelidir.
- Yaşlılara yönelik sağlık hizmeti örgütlenmesi oluşturulurken, yaşlıların sağlık hizmeti kullanım özellikleri dikkate alınmalıdır. Yaşlılara koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler evlerine/yaşadıklarına en yakın yere en yakın olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında sürekli izlem ve kayıtları yapılarak bütüncül yaklaşımla verilmelidir.
- Yaşlılardan, kadın olan, yalnız yaşayan, gelir durumu kötü olan, sağlık güvencesi olmayan veya sadece yeşil kartı olanlar ile çok sayıda kronik hastalığı olanlar özellikle riskli gruplar olup, onlara daha ayrıcalıklı hizmet sunulmalıdır. Sağlık hizmetlerinde eşitsizlikleri önlemek için bu gruplara öncelik verilmelidir.
- Evinden çıkamayan yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmetleri sunulmalıdır. Bu hizmetlerde birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları, özellikle hemşireler daha etkin rol almalıdırlar.
- Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetlerinin ilkelerine uygun olmalı ve eşitsizlikleri önlemeye yönelik riski azaltma girişimleri de yapılmalıdır.
- Yaşlı bireylere günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede, sağlık hizmetlerinden yararlanmada danışmanlık, eğitim ve destek hizmetleri oluşturulmalı, bu hizmetler kurumsal ve kamusal olmalıdır. Çoğu yaşlının okuma yazması olmadığı ve görme/işitme problemleri olduğu için eğitim almada yardım gerekmektedir. Bunun için de iyi eğitilmiş sağlık personeli yaşlı hizmetlerinde görev almalıdır.
- Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri yaşadıkları yer olan evlerinde tespit edilmeli ve yaşlılara ev ziyareti yapılarak düzenli kontrol ve bakım yapılmalıdır.
- Yaşlı sağlığının iyileştirilmesine yönelik daha fazla sayıda topluma dayalı çalışmalar yapılmalıdır. Bu araştırmaların sonuçları da topluma yayılmalı ve hizmet planlamada kullanılmalıdır.
- Farklı türde hizmetlerin kullanımına ilişkin araştırmalar yapılmalı ve bu çalışmalarda çevresel, sınıfsal ve sağlık bakım sistemine ilişkin değişkenler de incelenmelidir.

BÖLÜM VI

ÖZET

Ödemiş İlçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin “Andersen’in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli” Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Türkiye’de yaşlı popülasyonu sürekli artmaktadır ve gelecekte de artmaya devam edecektir. Yaşlılarda en önemli sorunlardan biri de sağlıktır. Yaşlıların sağlık durumunu iyileştirmek için önemli bir yol, sağlık hizmetlerini daha iyi kullanmalarını sağlamaktır. Herkes sağlık hakkına sahiptir ve bu hak erişilebilir, elde edilebilir, ücretsiz ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu gerektirir.

Amaç: bu araştırma, Ödemiş İlçe merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini belirlemek, hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörlerinin sağlık hizmet kullanımına etkisini incelemek ve yaşlıların sağlık bakım gereksinimi ile sağlık hizmet kullanımı arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: bu araştırma kesitsel tipte analitik bir çalışmadır. Araştırmada, sağlık hizmeti kullanım anketi, sosyo-demografik özellikler formu ve TSYDÖ kullanılmıştır. Soru formları tamamlanıp, izinler alındıktan sonra Ödemiş İlçe merkezinde yaşayan 365 yaşlıya ev ziyareti yapılarak veriler toplanmıştır. Elde edilen verilerin sayı ve yüzdeleri hesaplanmış, ki-kare ve regresyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular; araştırmaya katılan yaşlıların %57’si kadındır ve kadınların %58.4’ü kronik hastalığa sahiptir. Kadınların büyük çoğunluğunun resmi bir eğitimi yoktur, eşi ölmüştür ve yalnız yaşamaktadır. Bireylerin %39.5’i son 15 günde ayaktan doktor hizmeti almıştır. Kadınlar bu hizmeti daha fazla almışlardır, ancak anlamlı bir fark yoktur. Yaşlılardan SSK’ya bağlı olanlar (iki kat fazla), iki veya daha çok kronik hastalığı bulunanlar (2.3 kat fazla) anlamlı düzeyde daha çok ayaktan doktor hizmetini kullanmışlardır. Yaşlıların %28.4’ünün karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Kadınların, evli olmayanların, eşi dışında biriyle yaşayanların, apartmanda yaşayanların ve algılanan sağlık durumunu orta ve kötü olarak belirtenlerin anlamlı düzeyde daha çok karşılanmayan gereksinimleri vardır. Lojistik regresyonda bu değişkenler karşılanmayan hizmet gereksiniminde anlamlı etkiye sahip değişkenler olarak kalmıştır.

Bireylerin koruyucu hizmet kullanım oranı %16.4 olarak düşük bulunmuştur. Bu hizmetleri, eğitim düzeyi düşük olanlar, üç ve daha fazla kişi birlikte yaşayanlar, sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartı olanlar, gelir algısı kötü ve çok kötü olanlar ve hiç kronik hastalığı bulunmayanlar anlamlı düzeyde daha düşük kullanmışlardır. Lojistik regresyonda sağlık güvencesi ve kronik hastalık sayısı etkisini kaybetmeyen değişkenler olarak kalmıştır. Yaşlıların %14'ü son bir yıl içinde ağız-diş sağlığı hizmetlerini kullanmışlardır. İleri yaşlılık dönemindekiler, gelir algısı kötü ve çok kötü olanlar anlamlı düzeyde daha düşük ağız-diş sağlığı hizmetlerini kullanmışlardır ve bu değişkenler lojistik regresyonda da anlamlı etkiye sahip değişkenler olarak kalmıştır. Yaşlı bireylerin %19.7'si son bir yıl içinde hastaneye yatmıştır. Yatış hizmetlerini en çok gecekonduda yaşayanlar ve iki ve daha çok kronik hastalığı olanlar kullanmışlardır. Evin niteliği lojistik regresyon analizinde yatış hizmeti kullanımında etkili değişken olarak kalmıştır. Bu sonuçlara göre yaşlılarda koruyucu hizmet kullanımı ve diş hekimi hizmeti kullanımı düşüktür ve karşılanmayan gereksinim açısından kadınlar daha risk altındadır.

Bu çalışma aynı zamanda sağlık hizmet kullanımının ağırlıklı olarak kolaylaştırıcı faktörler olarak yer alan değişkenler ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Yaşlı bireylerin sağlık güvencesi, gelir algısı ve yaşadıkları evin niteliği sağlık hizmet kullanımıyla ilişkilidir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde onların sağlık hizmeti kullanım özellikleri dikkate alınmalı ve risk gruplarına öncelik verilmelidir.

ABSTRACT

Evaluation Of Health Services' Utility Level Of Elders Living in The Centre Of Ödemiş District On The Basis Of "Andersen's Behavioral Model Of Health Services Use"

The proportion of Turkey's elderly population has been growing continuously, and will going to increase. One of the most important problem in aging population is the health. Elderly health status can improve by providing the better health services utilization to them. Everybody have the right of health, so health services must have been accessible, available, free of charge and qualified.

The aim of the study; to identifying level of the health services utility 65 and over aged personnel that living in Centre of Ödemiş, determining of predisposing, enabling and need factors' effect to the health services utility, assigning of the health care needs of the elderly.

Methods: this is a cross-sectional and analytic study. It was used to a health services usage questionnaire, socio-demographics form and CHIRS (Community Health Intensity Rating Scale) in this study. Than obtained ethic permission. Data were collected on 365 elderly person that living in the Ödemiş by home visiting. Data were analyzed in the SPSS 16.0 program and calculated Chi-Square tests and regression analyzes.

The findings: 53% of the participants of study was the female, 58.4 % of the female had chronic disease. Most of women were illiterate or literate, spouses of them were died, and living alone. 39.5 of the elderly were used to out-patient health services with in last 15 days. They were used to the out-patient health services further than men. It was statistically significant usage differences among affiliated with SSK and had chronic diseases two and more in the out-patient health services utility. 28.4 % of the elder people had unmet health service need. There were significant differences in women, not married, out of living with spouses, living with apartments and perceived health status were bed or middle level elderly. They had more unmet health service need than others. In logistic regression model, sex, marital status, living arrangement, quality of home and perceived health status were statistically significant variables. Women at risk in terms of the unmet needs.

In elderly, dental health services and preventive services utility was lower than other health services. This study also found that health services usage is

associated mostly with the enabling factors. Elderly people's health coverage, perceived income level and quality of home had very important effect in health services utility.

According to this study's findings, in a health organization that oriented to the elderly health care must have consider their usage characteristic and give priority to the risky groups.

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Aday, L.A. (1972). The utilization of health services: Indices and correlates, A Research Bibliography, 73, 1-105.
2. Aday, L.A., Awe, W. (1997). Health services utilization models. In: Gochman D., Edit: *Handbook of Health Behavior Research*. NY: Plenum Press; 153–172.
3. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, (2008). TÜİK (Erişim Tarihi:29.06.2010). www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6164.
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>
4. Akdemir, N., Akyar, İ. (2009). Geriatri Hemşireliği, Akad. Geriatri, 1, 73-81.
5. Akgün, D., Ekiz, E., Ergör, A., Gerçek, H., Güleş Kartal, Z., Kırıl, A. (2008). Kentlerde Halk Sağlığı Hizmetleri ve Halk Sağlığı Uzmanlarının Belediyelerde İstihdamı (HASAM) Raporu, s: 26–27.
6. Akıllı, A., Genç, M. (2007). Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, İnönü Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2), 95–99.
7. Aksoy, R., Bayramoğlu, V. (2008). Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlemeleri, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 4, Sayı 7, 2008, s: 85–96.
8. Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Katz, S.J., Haro, J.M., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., LePine J.P., Brugha T.S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe, Bri. J. of Psychiatry, 190, 299–306.
9. Andersen, R. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" J. of Hea. and Social Behavior, 36 (1): 1-10.
10. Andersen R., Aday, L.A. (1978). Access to Medical Care in the U.S: Realized and Potential, Medical Care, 16 (4): 533-46.
11. Andersen, R., Davidson, P.L. (1997). Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework, advances in dental research, 11 (2): 203-9.

12. Andersen, R., Davidson, P.L. (2001). Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy and Management, Second Edition, San Francisco.
13. Andersen, R., Newman, J.F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, *Milbank Quarterly*, 51 (1): 95-124.
14. Asadi-Lari, M., Packham, C., Gray, D. (2003). Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services, *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(26), p:1–8.
15. Ateş, M., Erbaydar, T., Demirkıran, K., Özhan, G., Cevahir, E., İşçi, E. (2004). Gebze halkının sağlık hizmetlerini kullanımı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 319-341.
16. Auchincloss, A.H., Diez Roux, A.V. (2008). A new tool for epidemiology: The usefulness of dynamic-agent models in understanding place effects on health, *Am. J. Epidemiol.*, 16 (8):1–8.
17. Aydın, Z.D. (2005). Yaşlı bireye yönelik koruyucu hekimlik, IV. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metni, s:11–15.
18. Ayrancı, Ü. (2005). Bir Grup İlkokul Öğrencisinde Diş Çürüğü Saptama Araştırması, *Sted*, c: 14 (3), s:50–54.
19. Baert, K., Norre, B.D. (2009). Perception of health and Access to health care in the EU–25 in 2007, *Eurostat Statistics in Focus*, 24, 1–11.
20. Belek, İ. (2007). Kentlerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi: çok sektörlü yaklaşım, *Kentler, Sağlık ve Sağlık Hizmetleri*, Birinci Baskı, TTB Yayınları, Ank.
21. Bentley, J. (2003). Older people as health service consumers 4: disempowered or disinterested? *Br. J. Community Nurs.* 8: 181–7.
22. Berberoğlu, U., Eskiocak, M., Ekuklu, G., Saltık, A. (2001). Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı bölgesinde romanlar ve öbürlerinin ilk basamak sağlık hizmeti kullanımı, *Toplum ve Hekim*, 16(6): 470–474.

23. Berk, R.A., Nanna, J.P. (1997). Prediction of the healthcare needs of persons with HIV/AIDS from preliminary health assessment information, *AIDS CARE*, 9(2), 143-160.
24. Bertakis, K.D., Azari, R., Callahan, E.J. (2004). Patient Pain in Primary Care: Factors That Influence Physician Diagnosis, *Annals of Family Medicine*, Vol: 2(3), p: 224–230.
25. Beşparmak, A., Seviğ, Ü. (2005). Kayseri İl Merkezi Argıncık Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 14(Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 1-6.
26. Bhandari, S. (2006). Health Status, Health Insurance, and Health Services Utilization: 2001, *Household Economic Studies*, February, p: 1–15.
27. Bird, C.H., Shugarman, L.R., Lynn, J. (2002). Age and gender differences in health care utilization and spending for medicare beneficiaries in their last years of life, *Journal of Palliative Medicine*, 5(5), 705–713.
28. Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi (CESCR), (1991). Ekonomik, Kültürel ve Sosyal Haklar Uluslararası Sözleşmesi, ESKHUS, Erişim tarihi: 05.07.2010.
<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm> (İngilizce).
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyonsan/haklari/pdf01/83-93.pdf> (Türkçe).
29. Black, B.S., Rabins, P.V., German, P., McGuire, M., Roca, R. (1997). Need and unmet need for mental health care among elderly public housing residents, *Gerontologist*, 37:717-728.
30. Blazer, D.G., Sach-Ericsson, N., Hybels, C.F. (2005). Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults, *American Journal of Public Health*, 95(2), 299–304.
31. Buor, D. (2004). Gender and the utilization of health services in the Ashanti Region, Ghana, *Health Policy*, 69 (3), P: 375–388.
32. Burt, C.J., Beetem, N., Iverson, C., Hertel, V., Peters, D.A. (1996). Preliminary development of the School Health Intensity Rating Scale, *Journal of School Health*, 66(8), 286-290.
33. Chappell, N.L., Lai, D. (1998). Health care service use by Chinese seniors in British Columbia, Canada, *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13(1), pp. 21–37.

34. Çalışkan, D., Erçevik, E., İdil, A. (2003). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Kayıtlı Olan 15 Yaş Üstü Kişilerin Son Bir Ayda Sağlık Sorunu ile Karşılaşma ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları, Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Mecmuası, 56(2), 59–66.
35. Çelebioğlu, A. (2004). Toplum Sağlık Yoğunluğu Derecelendirme Ölçeğinin Türk Toplumunu için Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ege Üniv. Sağ. Bil. Ens. Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
36. Çelebioğlu, A., Özsoy, S.A., Peters, D.A. (2007). Study of the reliability and validity of the Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS) in the Turkish community, Public Health Nursing, 24 (3): 283-292.
37. Çiçeklioğlu, M. (1997). Birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde bir yaklaşım girişimi; Akçay Sağlık Ocağı'nda 0-5 yaş grubu çocuklara sunulan birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Uzmanlık Tezi, İzmir.
38. Dirican, R., Bilgel, N. (1993). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniv. Basımevi, İkinci Baskı, s: 507-532.
39. Doğan, B.G., Altıntaş, H., Yağız, G., Altunç, C., Aslan, A., Bakkal, M.F. (2009). Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20 Yaş Ve Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkındaki Bazı Bilgi Ve Görüşleri, VI. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması, Bildiri Özetleri Kitapçığı, s: 71.
40. Döner, B. (2007). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) Ölçeği'nin Türkçe'ye ve Türkiye'ye uyarlanması, Kızılay Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin gereksinimlerinin CANE Ölçeği ile belirlenmesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Uzmanlık Tezi, İzmir.
41. Dönmez, K. (2000). Buca Gürçeşme huzurevinde kalan yaşlılarda ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu, Mezuniyet Tezi, s: 2, 20–21.
42. Dunlop, D.D., Manheim, L.M., Song, J., Chang, R.W. (2003). Health care utilization among older adults with arthritis, Arthritis& Rheumatism, 49(2), p: 164–171.

43. Durgun, B., Tümerdem, Y. (1999). Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2 (3), s: 115–120.
44. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşlı Sağlığı Uzmanlar Komitesi, (2000). Yaşlı Sağlığı Raporu (Tec. Rep. Series: 779), WHO, Geneva.
45. Elnitsky, C., Alexy, B. (1988). Identifying health status and health risks of older rural residents, *J.O. Community Health Nursing*; 15(2), 61- 75.
46. Emlet, C.A., Farkas, K.J. (2002). Correlates of services utilization among midlife and older adults with HIV/AIDS, *Journal of Aging and Health*, 14(3), 315–335.
47. Eren, N., Öztekin, Z. (1997). Sağlık Ocağı Yönetimi, Okan Yayın Dağıtım, S:67–91, Ank.
48. Eser, E., Deveci, S., Yüksel, D., Bilge, B., Çalışkan, O., Lağarlı, T., Bambal, Ö., Kundak, B., Hacıoğlu, S., Yaslı, G. (2009). Manisa İli'nde Bir Yıllık Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Değerlendirilmesi, Manisa Tabip Odası Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu Raporu, s: 1–11.
49. Eskiocak, M. (2007). Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? TTB Halk Sağlığı Kolu 3. Grup Raporu, Ank.
50. Flett, R.A., Kazantzis, N., Long, N.R., Millar, M., MacDonald, C. (1999). Health care needs for older adults, *Social Policy Journal*, Issue Thirteen, December.
51. Foreman, S., Chen, L.W., Yu, L., Barley, D. (1995). Determinants of health services use among elderly in the people's Republic of China, *AHSR FHSR Annu. Meet. Abstr. Book.*, 12:105, Pennsylvania State Univ., University Pres.
52. Giray, H., Meseri, R., Saatlı, G., Yüceci, N., Aydın, P., Uçku R. (2008). Türkiye'ye ilişkin yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008: 7 (1).
53. Goldsmith, L. (2002). Academy for health services research and health policy. Meeting. *Abstr. Acad. Health Serv. Res. Health Policy Meet.*, 19(6).
54. Gözümlü, S., Tan, M. (2003). Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi, görüş ve uygulamaları, *Turkish Journal of Geriatrics*, 6 (1).

55. Gribble, J.N., Preston, S.H. (1993). The epidemiological transition, policy and planning implications for developing countries, National Academy Press, Washington, USA.
56. Gülcü, A., Coşkun, A., Yeşilyurt, C., Coşkun, S., Esener, T. (2004). Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nin Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Göreceli Etkinlik Analizi, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt.5, Sayı. 2*.
57. Güler, Ç. ve Akın, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 998–1004.
58. Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (1994). Yaşlı ve Çevre, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, s: 16–18, Ank.
59. Gürsoy, Ş.T., Saçaklıoğlu Aksu, F., Çiçeklioğlu, M., Durusoy, R., Davas, A., Hassoy, H., Şahin, H. (2007). Analysis of the case of Izmir a metropolitan area in Turkey: who could be neglected in health planning? *Journal of Public Health*, 15(6), p: 423-432.
60. HAI (Help Age International), (2002). State of the world's older people - 2002. Erişim tarihi:06.07.2010.
www.Heplage.Org
61. Hamzaoglu, O. (2004). Yoksulların sağlığı ne durumda, etken ne, sorun nasıl çözülür? *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak-Şubat: 54–57.
62. Hassoy, H. (2005). Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0–6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımları, sürekli hizmet kaynakları ve etkileyen faktörler, E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Uzmanlık Tezi, İzmir.
63. Hayran, O. (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı, s: 221–227, Ank.
64. Hays, B.J. (1995). Nursing intensity as a predictor of resource consumption in public health nursing, *Nursing Research*, 44(2), 106-110.
65. Hays, B.J., Kaiser, K.L., McMahon, C.E.S., Kaup, K.L. (2000). Public Health Nursing Data: Building the Knowledge Base for High Risk Prenatal Clients. *The A.J. of Maternal Child Nursing*, 25(3).
66. Hays, B.J., Kroeger, R.A., Tachenko-Achord, S.A., Peters, D.A. (1995). Determining intensity of need of high-risk maternal and infants clients, *Journal of Nursing Care Quality*, 9(2), 67-75.

67. Hays, B.J., Wilborn, E.H., Lopez, P. (1997). Measuring the need for nursing care in older adults living at home, *Public Health Nursing*, 14(1), 37-41.
68. Hennessy, P. (1995). Social protection for dependent elderly people: perspectives from a review of OECD countries, *OECD Labor Market and Social Policy Occasional Papers*, OECD Publishing, No:16.
69. İlhan, M., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F.N., Özkan, S. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi; sağlık reformu öncesi son saptamalar, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (3), s: 33-41.
70. Kaiser, K.L., Hays, B.J. (2002). Examining health problems and intensity of need for care in family- focused community and public health nursing, *Journal Of Community Health Nursing*, 19(1), p; 17- 32.
71. Karaca, A., Özeltin, G. (2003). Düzce İl merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım gereksinimlerinin saptanması. Hemşirelik sınıflama sistemleri. Klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı, Başkent Üniversitesi Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Bürosu, s: 277-290, Ank.
72. Kaya, H., Tatlı, H., Açıık, Y., Deveci, S.E. (2008). Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22 (4), s: 185-191.
73. Kılıç, B. (2009). Alma-Ata'dan 30 yıl sonra gelinen nokta: temel sağlık hizmetleri kavramı değişti, VI. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması Bildiri Kitabı, s: 2-7.
74. Kırılmaz, U., Çankaya, D., Özdemir, Ö., Madani, J., Choişiljav, G., Akbulut, S., Aslan, D. (2005). Bir meslek eğitim merkezi üçüncü sınıfında okuyan öğrencilerin sağlık hizmeti kullanım durumlarının saptanması, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(1), 19-24.
75. Kırımlı, Y. (2005). Nüfus sayımlarına yansıyan yönleri ile yaşlı nüfus. III. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 37-50.
76. Kröger T. (2001). Comparative Research on Social Care the State Of The Art, SOCCARE Project Report 1, European Commission, Brussels.

77. Kumsar, A.K. (2009). Hasta gereksinimleri, hasta bireyi anlamak ve hemşirelik, *Sağlık Dergisi*, vol:1, s:8–9.
78. Kuzuya, M., Hirakawa, Y., Suzuki, Y., Iwata, M., Enoki, H., Hasegawa, J., Iguchi, A. (2008). Association between unmet needs for medication support and all-cause hospitalization in community-dwelling disabled elderly people, *Journal of American Geriatrics Society*, 58(7), p:881-6.
79. Lağarlı, T., Eser, E. (2009). Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi, VI. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması, Kongre Bildiri Kitabı, s: 65.
80. Lima-Costa, M.F.F., Guerra, H. L., Firmo, J.O.A., Vidigal, P.G., Uchoa, E., Barreto, S. M. (2002). The Bambui Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults, *Cad. Saude Publica*, 18(1), 177–186.
81. Linden, M., Horgas, A.L., Gilberg, R., Steinhagen-Thiessen, E. (1997). Predicting Health Care Utilization in the Very Old, *Journal of Aging and Health*, 9(1), 3–27.
82. Lister, J. (2008). “Sağlık politikası reformu yanlış yolda mı gidiyoruz? Birinci Basım, İnsev Yayınları, İst.
83. Lynch, J. (2001). The age-orientation of social policy regimes in OECD countries, *Jnl Soc. Pol.*, 30 (3), p: 411–436.
84. Marshall, E.G., Wong, S.T., Haggerty, J.L., Levesque, J.F. (2010). Perceptions of unmet healthcare needs: what do Punjabi and Chinese-speaking immigrants think? A qualitative Study, *BMC Health Services Research*, 10:46, p:1-8.
85. McColl, M.A., Jarzynowska, A., Shortt, S.E.D. (2010). Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence, *Disability & Society* Vol. 25, No. 2, 205–218.
86. McMunn, A., Breeze, E., Goodman, A., Nazroo, J., Oldfield, Z. (2009). İleri yaşlarda sağlığın sosyal belirleyicileri, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kitabı*, Edit:Marmot, M., Wilkinson, R.G., 13. bölüm, Ege Basım, s:411.
87. Meydanlıoğlu, A.U., Emiroğlu, O.N. (2004). Kadınların sağlık ocağı hizmetlerini bilme durumu ve bu hizmetlerden beklentileri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1 (2), s:42–56.

88. Naçar, M., Çetinkaya, F., Öztürk, Y. (2004). Kayseri İli'nde 15–49 yaş grubu kadınların sağlık ocağından yararlanma durumu ve beklentileri, *Sted Dergisi*, 13(3), 103–109.
89. Naharcı, M.İ., Doruk, H. (2009). Yaşlı popülasyonda düşmeye yaklaşım, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5), s: 437–444.
90. Nyo, K.K. (2007). Access to health utilization among people aged 50 and older in KDSS: is it equal? Mahidol University, Thesis, Thailand. Erişim tarihi: 05.07.2010.
<http://mulinet10.li.mahidol.ac.th/e-thesis/4938533.pdf>
91. Okkaoğlu, Mutlu, S. (2010). Birinci basamak gözüyle yaşlı. 4. Türk Geriatri 2010 Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı, s:201- 203.
92. Oliver, D.R., Demiris, G., Fleming, D.A., Edison, K. (2003). A needs assessment study for the misouri tele-hospice project, *Symposium Proceedings*, p: 959. Erişim tarihi: 05.07.2010.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480051/>
93. Öcek, Z., Soyer, A. (2007). Birinci basamak sağlık hizmetleri deneyimimiz: 2000–2004 Türkiye fotoğrafı, TTB Yayınları, Ank.
94. Öz, Y.S. (1998). Örnekköy Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan insanların sağlık problemleri karşısındaki davranışları ve etkileyen faktörler, Dokuz Eylül Üniv., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
95. Özcebe, H., Aslan, D., Boran E., Durmuş N., Ercan H., Erol C., Erol F., Bağçecik G. (2002). Ankara'da bir Anadolu Lisesi'nde orta 3 ve lise 1. sınıf öğrencilerinin sağlık hizmeti kullanımı, *Sağlık ve Toplum*, 12 (2), s:59–65.
96. Özcebe, H., Sönmez, R., Atasoy, A., Dede, Ö., Demir, A., Fakıoğlu, E., Yılmaz, N. (2003). Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesi'nde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(1), 22–26.
97. Özmen, D. (1990). Narlıdere Sağlık Ocağı Bölgesi'nde halkın birinci basamak tedavi hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen etmenler, Dokuz Eylül Üniv., Sağ. Bil. Ens., Halk Sağlığı A.D., Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
98. Öztekin, Z. (2008). Türkiye'de sağlık hizmetleri sorunlar ve çözümler, Hasuder yayını, (Erişim tarihi: 27.06.2010).

http://www.istabip.org.tr/media/upload/ailehekimligi/ailehekimligi_rapor.doc

99. Öztekin Z. (1986). Temel sağlık hizmetleri, Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Yayını no:86/33, kısa dizi no:1. Ank.
100. Öztekin Z., Eren, N. (2006). Halk sağlığı temel bilgiler, sağlık yönetimi bölümü, Edit: Güler, Ç., Akın, L., Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 998.
101. Öztekin H., Şener, A., Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (1): 39–49.
102. Öztürk, A., Naçar, M., Aslan, A., Gün, İ., Çetinkaya, F. (2002). Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi’nde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, Turkish Journal of Geriatrics, 5(4), s: 138–143.
103. Papa, E., Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area, BMC Health Services Research, 6(146).
104. Peters, D.A. (1988). Development of a community health intensity rating scale, Nursing Research, 37(4), 202–207.
105. Peters, D.A., Hays, B.J. (1995). Measuring the essence of nursing: a guide for future practice, Journal of Professional Nursing, 11(6), 358–363.
106. Phillips, K.A., Morrison, K.R., Andersen, R., Aday, L.A. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization, 33(3 Pt 1):571–596, USA.
107. Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J.R., Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender difference in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain, BMC Public Health, 6(155).
108. Rodrigues, M.A., Facchini, L.A., Piccini, R.X., Tomasi, E., Thume, E., Silveira, D.S., Paniz, V.M., Siqueria, F.V. (2008). Use of out patient services by the elderly in the South and Northeast of Brazil, Cad. Saude Publica, 24(10), 2267–2278.
109. Rosenstock, I.M. (2005). Why people use health services? The Milbank Quarterly, 83(4), p: 1–32.

110. Rowland, D., Lyons, B. (1996). Medicare, medicaid, and the elderly poor, Health Care Financing Review/ Winter, 18(2), p: 61–85.
111. Sağlık Bakanlığı, (2007). 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Ank. Erişim Tarihi: 03.07.2010.
<http://www.Tusak.Saglik.Gov.Tr/Pdf/Kitaplar/200801212206080.Hedef>
112. Sağlık Bakanlığı, (2000). Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması. www.saglik.gov.tr (Erişim tarihi:25.06.2010)
113. Samancıoğlu, S., Karadakovan, A. (2010). Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13), s:125-141.
114. Smith, M.Y., Rapkin, B.D., Winkel, G., Springer, C., Chhabra, R., Feldman, I.S. (2000). Housing status and health care service utilization among low-income persons with HIV/AIDS, J. Gen. Intern. Med., 15, 731–738.
115. Söylemez, D., Sur, H., Atlı, H., Gemlik, N., Hayran, O. (2000). Ümraniye Mustafa Kemal, Dudulu Ve Şerif Ali Sağlık Ocağı Bölgesi'nde iyileştirici sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunu etkileyen etmenler, 3. Ulusal Sağlık Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ank.
116. Spradley, B.W. (1986). Readings in Community Health Nursing, Third Edition, USA.
117. Stanley, S.A.R., Stein, D.S. (1998). Health watch 2000: Community health assessment in South Central Ohio, Journal of Community Health Nursing, 15(4), 225–236.
118. Sütlaş, M. (2007). Yaşlıların sağlık hizmetleriyle ilgili hakları, Turkish Journal of Geriatrics, 10(2), 109–112.
119. Şahin, B. (1999). Sağlığın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış, Sağlık ve Toplum Dergisi; 9(3), s:3-11.
120. Şenol, V., Ünalın, D., Naçar, M., Öztürk, Y., Çetinkaya, F. (2002). Aile reislerinin sağlık ocağına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 1, s: 502.
121. Tennstedt, S.L., Sullivan, L.M., McKinlay, J.B., D'Agostino, R.B. (1990). How important is functional status as a predictor of service use by older people, Journal of Aging and Health, 2(4), 439–461.

122. Tezel Kurtoğlu, D. (1998). Seyranbağları Huzur Evindeki yaşlıların mediko-sosyal durumlarının değerlendirilmesi ve bu kişilerde depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi sıklığı araştırılması, Gazi Üniv., Sağ. Bil. Ens., Halk Sağlığı A.D. Doktora Tezi, Ankara.
123. The World Bank (2001). The World Bank Annual Report-2001. (Eriş. Tar: 04.07.2010).
<http://www.worldbank.org/html/extpb/2001/pdf/wbarvol1.pdf>
124. Tomiak, M., Berhelot, J., Guimond, E., Mustard, C.A. (2000). Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada, Journal of Gerontology, 55A (5), 279-287.
125. Toros, A., Öztekin, Z. (1995). Health services utilization survey in Turkey, Ministry of Health, s: 87, Ank.
126. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, (2007). Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT Yayını, Yayın No: DPT 2741. Erişim tarihi:05.07.2010.
<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>
127. Türkiye İstatistik Kurumu, (1993). Türkiye İstatistik Yıllığı. Eriş. Tar: 04.07.2010.
www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf.
128. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2003 (2004). Erişim Tarihi: 29.06.2010.
<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR115/SR115>.
129. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2008 (2009). Erişim Tarihi: 29.06.2010.
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/>
130. Uçku, R. (1990). Yaşlıların mediko-sosyal sorunları üzerine bir inceleme, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D., Uzmanlık Tezi, İzmir.
131. Uzun, H., Nazlıel, H.Ç. (2000). Yaşlıda medikal ve dental hikaye ile ekstraoral, intraoral ve dental muayene bulguları, Turkish Journal of Geriatrics, 3(1), s:15–21.
132. Vegda, K., Nie, J.X., Wang L., Tracy C.S., Moineddin, R., Upshur, R.E.G. (2009). Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice, BMC Health Services Research, 9:217.

133. Virtanen, P., Kivimaki, M., Vahtera, J., Koskenvuo, M. (2006). Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? BMC Health Services Research, 6(123), p.1-11.
134. Walters, K., Iliffe, S., Tai, S.S., Orrell, M. (2000). Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care, Age and Ageing, 29, 505–510.
135. Whitehead, M. (2001). Eşitlik ve sağlık: kavram ve ilkeler, TTB Yayınları.
136. WHO, (1996). Mental health and demographic factors, Fact Sheet No: 131. WHO Geneva.
137. WHO, (2000). World Health Report-2000, WHO, Geneva.
138. Wong, R., Diaz, J.J. (2007). Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities, Saude Publica Mexico, 49(4), p.505–514.
139. World Population Aging, (2007). Executive summary department of economic and social affairs, Population Division. Erişim Tarihi: 04.07.2010.
<http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf>
140. Yaman, H., Akdeniz, M., Kanevetçi, Z. (2008). Ülkemizde beklenen demografik değişime hazırlık: yaşlı dostu birincil bakım merkezleri, Aile Hekimliği Dergisi, cilt:2 (1).
141. Yardımcı, E. (1995). İstanbul’da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sorunlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi, İ.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Uzmanlık Tezi, İst.
142. Yükseler, Z. (2003). Devlet İstatistik Enstitüsü 2002 hane halkı bütçe anketi: gelir dağılımı ve tüketim harcamalarına ilişkin sonuçların değerlendirilmesi, Erişim Tarihi: 29.06.2010.
www.tek.org.tr/dosyalar/HANE2002.pdf.
143.(2000). Dış Hekimliği Örgütlenme ve Hizmet Sunumu Çalışma Grubu Raporu, 1.Ağız ve Dış Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı, Örgütlenmesi ve Sunumu Kurultayı, Türk Dış hekimleri Birliği Yayınları No:10, S:1–17.

“ÖDEMİŞ İLÇE MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DÜZEYLERİNİN SAĞLIK HİZMET KULLANIMI DAVRANIŞ MODELİ ÇERÇEVESİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ” ANKETİ

BİREYLERİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ FORMU

KATILIMCI NO:

Tarih:

Bağlı olunan aile sağlığı merkezi (ASM)

- ☐ I No’lu ASM ☐ IV No’lu ASM
☐ II No’lu ASM ☐ V No’lu ASM
☐ III No’lu ASM ☐ VI No’lu ASM ☐ VII No’lu ASM

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ FORMU

- Adres/ Posta kodu:
- Telefon:
- Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek
- Doğum yılı:.....
- Eğitim düzeyi: ☐ Okur – yazar değil ☐ Ortaokul mezunu
☐ Okuryazar ☐ Lise ve dengi okul mezunu
☐ İlkokul mezunu ☐ Yüksekokul ve üzeri eğitilmiş
- Medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı Yaşıyor ☐ Eşi ölmüş
- Evde sürekli yaşayan kişi sayısı:....
- Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız ☐ Eşimle ☐ Çocuklarımla ☐ Yardımcı ile ☐ Yakın akrabam ile ☐ Diğer
- Sağlık güvence durumu:
☐ Yok, ☐ SSK ☐ Emekli Sandığı+ Gazi ☐ Bağ-Kur ☐ Yeşil Kart ☐ Özel Sigorta
- Anadiliniz:
- Şu anda gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?
 a. Hayır çalışmıyorum (İşsiz) d. Emekli çalışmıyorum
 b. Ev hanımı e. Emekli çalışıyorum
 c. Çalışıyor
- Yaptığınız iş:
 a. Kamuda çalışan işçi/memur
 b. Özel sektörde çalışan işçi
 c. Tarım işçisi
 d. Kamuda yönetim ve denetim işlerinde çalışan
 e. Özel sektörde yönetim ve denetim işlerinde çalışan
 f. Kendi işinde çalışan serbest meslek sahibi (yanındaki sürekli/geçici işçi sayısı)...
 g. Kendi toprağında çalışan çiftçi
 h. İşçi çalıştıran serbest meslek sahibi (yanındaki sürekli/geçici işçi sayısı)...
 i. İşçi çalıştıran büyük toprak sahibi (yanındaki sürekli/geçici işçi sayısı)...
 j. Rantiye
 k. Ücretsiz aile işçisi
 l. Diğer (Belirtiniz:.....)
- Sizce gelir durumunuz nasıl?
☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü ☐ Bilmiyorum/fikrim yok
- Sizin gelir kaynağınızla birlikte evinize giren aylık toplam gelir ne kadar?.....TL
- Oturduğunuz ev kendinize mi ait? ☐ Evet ☐ Hayır
- Yaşanan evin niteliği: a)Gecekondu b) Müstakil c) Apartman d) Diğer (.....)
- Evde salon dahil toplam oda sayısı:....
- Doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- Sizde aşağıdaki hastalık/hastalıklardan hangisi var?

☐ a. Şeker hastalığı	☐ g. Romatizma
☐ b. Tansiyon yüksekliği	☐ h. Kronik bronşit/amfizem
☐ c. Guatr	☐ ı. Gastrit/ülser
☐ d. Kalp-damar hastalığı	☐ j. Bel ve sırt ağrıları
☐ e. Böbrek hastalığı	☐ k. Göz hastalıkları
☐ f. Kan yağlarında yükseklik	☐ l. Diğer (.....)

SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIM ANKETİ

20. Aile hekiminizin yerini biliyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

21. Aile hekiminizin adını biliyor musunuz? ☐ Evet (Adı nedir?.....) ☐ Hayır

22. Son bir yıl içinde ASM'den evinize ebe ya da hemşire yaptı mı? ☐ Evet. Kaç kez? ☐ Hayır

23. Ziyaret nedenini aşağıda belirtiniz.

1. ziyaret.....:	3. ziyaret.....
2. ziyaret.....	4. ziyaret.....

24. Son bir yıl içinde aile hekiminiz evinize ziyaretler yaptı mı? ☐ Evet. Kaç kez? ☐ Hayır

25. Ziyaret nedenini aşağıda belirtiniz.

1. ziyaret.....:	3. ziyaret.....
2. ziyaret.....	4. ziyaret.....

26. Son bir yıl içinde size ASM'den telefon edildi mi?

☐ Hayır ☐ Evet doktor etti (sayısı:.....) ☐ Evet ebe/hemşire etti (sayısı:.....)

27. Son 15 gün içinde doktora gitmenizi gerektirecek bir şikayetiniz/yakınmanız oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

28. Son 15 gün içinde herhangi bir doktora başvurduğunuz mu? ☐ Hayır hiç başvurmadım ☐ Evet (...) kez başvurdum.

29. Bu yakınma nedeniyle doktora gitmediyseniz neden gitmediniz?

.....

30. Son 15 günde yaptığınız başvurularla ilgili olarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

<u>Başvuru 1:</u> Kurumu: Dr. Uzmanlığı:..... Nedeni:	Bu başvurunuzda sağlık kurumuna ulaşmak için ne kadar süre yolculuk yaptınız?	Herhangi bir işlem için (tahlil, muayene) sağlık güvenceniz dışında para ödediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Hizmet almak için ödediğiniz ek para sizin için ne düzeyde bir maddi yük oluşturdu? a. Az b. Orta c. Fazla	Sağlık kurumunda hizmeti alırken dil sorunu yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır Sağlık kurumunda muayene olmak için ne kadar beklediniz?
<u>Başvuru 2:</u> Kurumu: Dr. Uzmanlığı:..... Nedeni:	Bu başvurunuzda sağlık kurumuna ulaşmak için ne kadar süre yolculuk yaptınız?	Herhangi bir işlem için (tahlil, muayene) sağlık güvenceniz dışında para ödediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Hizmet almak için ödediğiniz ek para sizin için ne düzeyde bir maddi yük oluşturdu? a. Az b. Orta c. Fazla	Sağlık kurumunda hizmeti alırken dil sorunu yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır Sağlık kurumunda muayene olmak için ne kadar beklediniz?
<u>Başvuru 3:</u> Kurumu: Dr. Uzmanlığı:..... Nedeni:	Bu başvurunuzda sağlık kurumuna ulaşmak için ne kadar süre yolculuk yaptınız?	Herhangi bir işlem için (tahlil, muayene) sağlık güvenceniz dışında para ödediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Hizmet almak için ödediğiniz ek para sizin için ne düzeyde bir maddi yük oluşturdu? a. Az b. Orta c. Fazla	Sağlık kurumunda hizmeti alırken dil sorunu yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır Sağlık kurumunda muayene olmak için ne kadar beklediniz?

Telefonla randevu almak için ne kadar beklediniz?

31. Son 15 günde herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadıysanız en son sağlık kurumuna gidişinizle ilgili olarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız

<u>Başvuru Son:</u> Kurumu: Dr. Uzmanlığı:..... Nedeni:	Bu başvurunuzda sağlık kurumuna ulaşmak için ne kadar süre yolculuk yaptınız?	Herhangi bir işlem için (tahlil, muayene) sağlık güvenceniz dışında para ödediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Hizmet almak için ödediğiniz ek para sizin için ne düzeyde bir maddi yük oluşturdu? a. Az b. Orta c. Fazla	Sağlık kurumunda hizmeti alırken dil sorunu yaşadınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır Sağlık kurumunda muayene olmak için ne kadar beklediniz?
---	---	---	---	--

Telefonla randevu almak için ne kadar beklediniz?

32. Son bir yıl içerisinde hiç hastaneye yatırıldınız mı? ☐ Hayır, hiç yatırılmadım ☐ Evet, (...) kez yatırıldım.

33. Hastaneye yatışınızla ilgili olarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

<u>Hastane Kullanımı 1:</u> Hastanenin adı: Hastanede kalınan gün sayısı: Yatış nedeni:	Herhangi bir işlem için (tahlil, muayene) sağlık güvenceniz dışında para ödediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Hizmet almak için ödediğiniz ek para sizin için ne düzeyde bir maddi yük oluşturdu? A. Az B. Orta C. Fazla	Hastaneye yatmak için ne kadar beklediniz?
<u>Hastane Kullanımı 2:</u> Hastanenin adı: Hastanede kalınan gün sayısı: Yatış nedeni:	Herhangi bir işlem için (tahlil, muayene) sağlık güvenceniz dışında para ödediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Hizmet almak için ödediğiniz ek para sizin için ne düzeyde bir maddi yük oluşturdu? A. Az B. Orta C. Fazla	Hastaneye yatmak için ne kadar beklediniz?
<u>Hastane Kullanımı 3:</u> Hastanenin adı: Hastanede kalınan gün sayısı: Yatış nedeni:	Herhangi bir işlem için (tahlil, muayene) sağlık güvenceniz dışında para ödediniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Hizmet almak için ödediğiniz ek para sizin için ne düzeyde bir maddi yük oluşturdu? A. Az B. Orta C. Fazla	Hastaneye yatmak için ne kadar beklediniz?

Telefonla randevu almak için ne kadar beklediniz?

34. Son 1 yıl içerisinde hiç diş hekimine gittiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

35. Gittiyseniz bir yılda toplam kaç lira harcadınız?TL

36. Ne tip hizmet aldınız?

a. Çekim b. Dolgu c. Protez d. Koruyucu e) Diş eti tedavisi

TOPLUM SAĞLIK YOĞUNLUĞU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
HEMŞİRELİK TANILAMASI

A. ÇEVRESEL ALAN

1. MALİ DURUM

1.1. Sağlık bakım fonları

- ☐ 1.1.1. Gereksinimleri karşılamaya yetiyor
- ☐ 1.1.2. Emekli Sandığına bağlı
- ☐ 1.1.3. Özel sağlık sigortası var
- ☐ 1.1.4. Bağ-kur'a bağlı
- ☐ 1.1.5. SSK'ya bağlı
- ☐ 1.1.6. Sosyal güvencesi yok
- ☐ 1.1.7. İlaç ve tıbbi malzemeleri almakta güçlük çekiyor
- ☐ 1.1.8. Yeşil Kart sahibi
- ☐ 1.1.9. İlaç ve tıbbi malzemeleri alamıyor
- ☐ 1.1.10. Sağlığına harcayabileceği hiç parası yok

1.2. Harcamaları için kazancı

- ☐ 1.2.1. Yanıtlamak istemiyor
- ☐ 1.2.2. Faturaları ödemeye yetiyor (konut, kamu hizmetleri)
- ☐ 1.2.3. Parası gereksinimlerini karşılamaya güçlükle yetiyor
- ☐ 1.2.4. Sadece zorunlu ihtiyaçları ödeyebiliyor
- ☐ 1.2.5. Zorunlu ihtiyaçlarını da karşılayamıyor (yiyecek, giyecek, çocuk bezi gibi)

1.3. Parasal yardım gereksinimi

- ☐ 1.3.1. İhtiyacı yok
- ☐ 1.3.2. Yardıma ihtiyacı var, alıyor
- ☐ 1.3.3. Yardıma ihtiyacı var, alamıyor
- ☐ 1.3.4. Yardıma ihtiyacı var, gerekli koşullara sahip değil
- ☐ 1.3.5. Yardım almak istemiyor

1.4. Mali durumu yönetebilme

- ☐ 1.4.1. Yanıtlamak istemiyor
- ☐ 1.4.2. Mali durumunu kendi başına yönetebiliyor
- ☐ 1.4.3. Mali durumunu yardımla yönetiyor

- ☐ 1.4.4. Mali durumunu yönetemiyor
- ☐ 1.4.5. Büyük miktarda birikmiş borcu var
- ☐ 1.4.6. Mali durumunu yönetmedeki güçsüzlüğü sağlığını etkiliyor
- ☐ 1.4.7. Sağlık harcamaları öncelikli sırada değil

1.5. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

1. FİZİKSEL ÇEVRE/ GÜVENLİK

2.1. İkametgah: Şu andaki toplam oturma süresi:yıl

- ☐ 2.1.1. Tek katlı/iki katlı
- ☐ 2.1.2. Apartman katı
- ☐ 2.1.3. Mobil ev
- ☐ 2.1.4. Az miktarda para ödenen halk evi veya yurt
- ☐ 2.1.5. Huzurevi/ yaşlı dinlenme evi
- ☐ 2.1.6. Pansiyon
- ☐ 2.1.7. Yaşlı bakım evi / sertifikalı bakım programı
- ☐ 2.1.8. Geçici mesken
- ☐ 2.1.9. Uygun olmayan bina
- ☐ 2.1.10. Evsiz

2.2. Yapısal engeller/ Güvenlik sorunu

- ☐ 2.2.1. Yok
- ☐ 2.2.2. Yetersiz soğutma
- ☐ 2.2.3. Elektrikli ısıtıcı
- ☐ 2.2.4. Gaz sobası
- ☐ 2.2.5. Odun/ kömür sobası
- ☐ 2.2.6. Evde düzensizlik ve dağınık olması
- ☐ 2.2.7. Uygun olmayan döşeme
- ☐ 2.2.8. Yangın alarmı yok
- ☐ 2.2.9. Uygunsuz çatı ve pencereler
- ☐ 2.2.10. Açıkta elektrik kabloları
- ☐ 2.2.11. Rahat olmayan giriş/ çıkış
- ☐ 2.2.12. Elverişsiz yerleştirilmiş yerler
- ☐ 2.2.13. Yetersiz ışıklandırma

- ☐2.2.14. Uygunsuz merdiven parmaklığı
- ☐2.2.15. Evin içinde sigara içiliyor
- ☐2.2.16. Oksijen tüpü var
- ☐2.2.17. Tehlikeli şekilde serilmiş halılar
- ☐2.2.18. Küçük çapta değişiklikler gerektiriyor
- ☐2.2.19. Küçük çapta onarım gerekiyor
- ☐2.2.20. Geniş çapta değişiklikler gerektiriyor
- ☐2.2.21. Geniş çapta onarım gerekiyor
- ☐2.2.22. Kullanılabilir telefon yok
- ☐2.2.23. Çocuklar için önlemler gerekiyor
- ☐2.2.24. Odanın küçük olması
- ☐2.2.25. Isıtma yok
- ☐2.2.26. Evin kalabalık olması
- ☐2.2.27. Güvensiz elektrik sistemi (sigorta veya toprak hattı olmaması)
- ☐2.2.28. Elektrik yok
- ☐2.2.29. Kurşun boya kullanılmış

2.3. Sanitasyon sistemi/ temizlik

- ☐2.3.1. Uygun, yeterli
- ☐2.3.2. Sıcak su yok
- ☐2.3.3. Yiyeceklerin uygunsuz saklanması
- ☐2.3.4. Uygun olmayan yiyecek soğutması
- ☐2.3.5. Pişirme için gerekli donanımın olmaması
- ☐2.3.6. Uygunsuz atılmış tek kullanımlık tıraş bıçakları
- ☐2.3.7. Hamamböcekleri
- ☐2.3.8. Böcekler: karıncalar, sinekler, arılar vb.
- ☐2.3.9. Pireler
- ☐2.3.10. Kemirgen hayvanlar
- ☐2.3.11. Su akıyor
- ☐2.3.12. Suların kirli olması
- ☐2.3.13. Yetersiz su tesisatı/ kanalizasyon sistemi
- ☐2.3.14. Sadece dışarıda tuvalet olması
- ☐2.3.15. Uygun olmayan şekilde atılmış katı ve sıvı insan çıkartıları

2.4. Evcil hayvanlar

- ☐ 2.4.1. Yok
- ☐ 2.4.2. Var, sağlıklı
- ☐ 2.4.3. Evin içinde
- ☐ 2.4.4. Dışarıda
- ☐ 2.4.5. Temiz
- ☐ 2.4.6. Sağlıksız
- ☐ 2.4.7. Temiz değil ve kontrol edilmiş
- ☐ 2.4.8. Temiz değil ve kontrol edilmemiş
- ☐ 2.4.9. Tehlikeli
- ☐ 2.4.10. Bakımı zorlaştıracak kadar çok sayıda var

2.5. Çevre güvenliği

- ☐ 2.5.1. Tehlikesiz görünüyor
- ☐ 2.5.2. Tehlikelerden korunmak için semt sakinleri birbirlerine göz kulak oluyor
- ☐ 2.5.3. Güvenlik sorunları var
- ☐ 2.5.4. Geçişli konutlar bulunuyor
- ☐ 2.5.5. Terk edilmiş binalar var
- ☐ 2.5.6. Duvar yazıları var
- ☐ 2.5.7. Çöp veya atıklar var
- ☐ 2.5.8. Bilinen suç bölgesi durumunda
- ☐ 2.5.9. Çatışmalar veya çeteler mevcut
- ☐ 2.5.10. Evsizler barınağı var
- ☐ 2.5.11. Ziyaret ederken koruma gerekiyor

2.6. Çevre kirliliği

- ☐ 2.6.1. Kirliliğe dair kanıtlar yok
- ☐ 2.6.2. Elverişsiz çöp toplama
- ☐ 2.6.3. Tuvalet dışarıda (genel tuvalet) - kötü koku var
- ☐ 2.6.4. Saptanmış kirlilik bölgesi durumunda
- ☐ 2.6.5. Sağlığı tehdit ediyor
- ☐ 2.6.6. Bölge oturmaya elverişli değil

2.7. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

B. PSİKOSOSYAL ALAN

3. TOPLUM AĞI

3.1. Birey veya ailenin sosyal kaynakları kullanımı

- ☐3.1.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐3.1.2. Kaynakların kullanımı yeterli
- ☐3.1.3. Yardım istemiyor
- ☐3.1.4. Bölgeye yeni, sosyal kaynakları bilmiyor
- ☐3.1.5. Yardıma gereksinim duyuyor
- ☐3.1.6. Randevulara gelmiyor
- ☐3.1.7. Verilen önerilere uymuyor
- ☐3.1.8. Sosyal kaynaklar kullanılmıyor, birey/ aile tehlikede

3.2. Ulaşım aracı

- ☐3.2.1. Ulaşım aracı var
- ☐3.2.2. Ulaşım aracı yok, ihtiyaç da yok
- ☐3.2.3. Ulaşım aracı güvenilir değil, şimdilik gerekli de değil
- ☐3.2.4. Ulaşım aracı güvenilir değil, ancak gerekli
- ☐3.2.5. Ulaşım güçlüğü var
- ☐3.2.6. Ulaşım aracı yok, fakat ihtiyaç var

3.3. Şu anda var olmayan, gereksinim duyulan kaynaklar

- ☐3.3.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐3.3.2. Coğrafik engeller
- ☐3.3.3. Sosyal engeller (karakterle ilgili engeller, kültürel kısıtlamalar)
- ☐3.3.4. Bekleme listesinde
- ☐3.3.5. Erişilemez halde olması (dille ve ulaşım ile ilgili engeller nedeniyle)
- ☐3.3.6. Diğer

3.4. Acil planı

- ☐3.4.1. Acil ambulans hizmetini (112) aramak
- ☐3.4.2. Aile veya bakım verenlerin (psikolog, sosyal hizmet uzmanı g.b.) kontrolü
- ☐3.4.3. Ücretsiz yardım/ danışma hatlarını aramak
- ☐3.4.4. Çevreyi kontrol etmek
- ☐3.4.5. Diğer yararlı planlar

☐3.4.6. Sürekli birinin varlığına gereksinimi var

☐3.4.7. Etkili bir planı yok

☐3.4.8. Planı uygulayamayacak durumda

3.5. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

4. AİLE SİSTEMİ

4.0. Aile içi yapı

☐4.0.1. Madde uygulanabilir değil

☐4.0.2. Son zamanlarda aile yapısında değişiklik olmadı

☐4.0.3. Son zamanlarda aile yapısında değişiklik oldu

Ebeveynlik rolü için destek

☐4.0.4. Madde uygulanabilir değil

☐4.0.5. Ebeveynlik rolü için destek iyi durumda

☐4.0.6. Ebeveynlik rolü için destek çok az

☐4.0.7. Ebeveynlik rolü için destek hiç yok

Ebeveynlik rolünün anlaşılması

☐4.0.8. Ebeveynlik rolü iyi anlaşılmış

☐4.0.9. Ebeveynlik rolünün anlaşılması geliştirilmeli

☐4.0.10. Ebeveynlik rolünün anlaşılması zayıf

4.1. Yaşama düzeni

☐4.1.1. Yalnız yaşıyor

☐4.1.2. Ailesi ile yaşıyor

☐4.1.3. Kendisi için önemli başka kişilerle yaşıyor

☐4.1.4. Arkadaşları ile yaşıyor

☐4.1.5. Bir bakıcı ile yaşıyor

☐4.1.6. Onu çevre destekliyor

☐4.1.7. Çevre bazen destekliyor

☐4.1.8. Çevre desteklemiyor

4.2. Bakıcı

- ☐4.2.1. İhtiyacı yok
- ☐4.2.2. Yetenekli
- ☐4.2.3. Bakıcı var
- ☐4.2.4. Bakıcı istekli
- ☐4.2.5. Bakıcı oldukça yaşlı
- ☐4.2.6. Bakıcı okuryazar değil
- ☐4.2.7. Sürekli bir bakıcı yok
- ☐4.2.8. Bakıcı var, her zaman işini göremiyor
- ☐4.2.9. Evhamlı
- ☐4.2.10. Yararından çok zararı var
- ☐4.2.11. Bakıcı yok
- ☐4.2.12. Bakıcı var, yetenekli değil
- ☐4.2.13. Bakıcı var, istekli değil

4.3. Bakım

- ☐4.3.1. İhtiyaçlara yeterli
- ☐4.3.2. İhtiyaçlara yeterli değil
- ☐4.3.3. Evde yalnız kalıyor
- ☐4.3.4. Bakım sürekli değil
- ☐4.3.5. İstismar / ihmal edilme ile ilgili öyküsü var
- ☐4.3.6. Bakım her zaman güvenli değil
- ☐4.3.7. Bakımda kötüye kullanma (istismar) veya ihmal şüphesi var
- ☐4.3.8. Bakımda ihmal edildiğine dair deliller var
- ☐4.3.9. Bakımda istismar edildiğine dair deliller var

4.4. Aile rolleri

Hastalık veya ortaya çıkan durumla ilgili olarak meydana gelen rol değişiklikleri:

- ☐4.4.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐4.4.2. Rol değişikliği yok
- ☐4.4.3. Koşullara uygun olarak roller değiştirilmiş
- ☐4.4.4. Yeni role uyum sağlama sürecinde yardım gerekiyor
- ☐4.4.5. Uyum sağlayamıyor
- ☐4.4.6. Rol değişikliğinden hastanın sağlığı olumsuz etkileniyor

Ebeveynlikle ilgili olarak hastalık veya durumla bağlantılı rol değişiklikleri:

- ☐4.4.7. Yok
- ☐4.4.8. Koşullara uygun olarak değiştirilmiş
- ☐4.4.9. Uyum sağlama sürecinde yardım gerekiyor
- ☐4.4.10. Uyum sağlayamıyor
- ☐4.4.11. Rol değişikliğinden hastanın sağlığı olumsuz etkileniyor

4.5. Kapsamlı sosyal ilişki desenleri

Sosyal Sistem

- ☐4.5.1. Ailesi var
- ☐4.5.2. Geniş aile ile birlikte
- ☐4.5.3. Komşuları veya arkadaşları var
- ☐4.5.4. Cemaat veya topluluklara katılıyor
- ☐4.5.5. Resmi destek grubu var
- ☐4.5.6. İş arkadaşları mevcut
- ☐4.5.7. Hiçbiri yok

Sosyal sistem desteği

- ☐4.5.8. Her zaman var
- ☐4.5.9. Bazen var
- ☐4.5.10. Nadiren var
- ☐4.5.11. Hiçbir zaman yok

Sosyal sistem içindeki baş etme davranışları

- ☐4.5.12. Destekleyici
- ☐4.5.13. Yardım istemiyor
- ☐4.5.14. Birey destekleyici davranışlara teşebbüs ediyor
- ☐4.5.15. Hastanın ihtiyaçlarını dikkate almadan rutini sürdürüyor
- ☐4.5.16. Ekonomik ve sosyal refaha zarar verebilecek kararlar veriyor
- ☐4.5.17. Tahammül edemiyor ve sık sık çatışma yaşıyor
- ☐4.5.18. Bireyin ihtiyaçlarını karşılamıyor
- ☐4.5.19. Sorun çözmede başarılı değil
- ☐4.5.20. Sosyal sistem içindeki çatışmalar bakımı etkiliyor
- ☐4.5.21. Terk edip gitme davranışı sergiliyor

4.6. Genel olarak birey tarafından şekillendirilen ilişkilerin tipi:

- ☐ 4.6.1. Uyumlu
☐ 4.6.2. Destekleyici
☐ 4.6.3. Kısa ömürlü
☐ 4.6.4. Mesafeli
☐ 4.6.5. Yapmacık, zoraki
☐ 4.6.6. Birileri ile çatışma içinde, çelişkili
☐ 4.6.7. İstismarcı
☐ 4.6.8. Hastanın sağlığını olumsuz etkiliyor

4.7. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

5. DUYGUSAL/ ZİHİNSEL YANIT

5.1. Bireyin durumu değerlendirmesi

- ☐ 5.1.1. Madde uygulanabilir değil
☐ 5.1.2. Sorun yok
☐ 5.1.3. Büyük yaşam değişikliği olarak değerlendiriyor
☐ 5.1.4. Zor bir durum olarak görüyor

5.2. Baş etme davranışları

- ☐ 5.2.1. İyi uyum sağlıyor
☐ 5.2.2. Duruma/ değişikliğe yavaş uyum sağlıyor
☐ 5.2.3. Yardım talep etmiyor
☐ 5.2.4. Sorun çözmede etkili olamıyor
☐ 5.2.5. Uygun olmayan yeme alışkanlıkları var
☐ 5.2.6. Çevreye yıkıcı davranışlarda bulunuyor
☐ 5.2.7. Sorunlarla baş edemiyor
☐ 5.2.8. Kendini kontrolünü kaybetme riski var
☐ 5.2.9. Diğer uygun olmayan davranışlar sergiliyor
☐ 5.2.10. Temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılayamıyor
☐ 5.2.11. Kendine veya başkalarına zararlı oluyor

5.3. Duygusal Durum

- ☐ 5.3.1. Neşeli
☐ 5.3.11. Depresyon işlevlerini etkiliyor
☐ 5.3.2. Yardımsever
☐ 5.3.12. İlgisiz

- | | |
|---|---|
| ☐ 5.3.3. Sessiz, sakin | ☐ 5.3.13. Endişe işlevlerini etkiliyor |
| ☐ 5.3.4. Olumlu davranışları var | ☐ 5.3.14. İlgi bekliyor |
| ☐ 5.3.5. Mutsuz | ☐ 5.3.15. Kızgın |
| ☐ 5.3.6. Ağlamaklı | ☐ 5.3.16. Hırçın |
| ☐ 5.3.7. Endişeli | ☐ 5.3.17. Acı çekme ile ilgili sorunları var |
| ☐ 5.3.8. Alınan | ☐ 5.3.18. Düşmanca, saldırgan |
| ☐ 5.3.9. Şüpheli | ☐ 5.3.19. Mücadeleci |
| ☐ 5.3.10. Bunalımda(depresyon) | ☐ 5.3.20. Duygusal hali güvenlik/sağlığını etkiliyor |

5.4. Zihinsel durum

- ☐5.4.1. Uygun yargılama (düşünme) yeteneği var
- ☐5.4.2. Emirleri anlayabilecek durumda
- ☐5.4.3. Emirlerle uyuyor
- ☐5.4.4. Yargılaması (muhakemesi) uygun durumda
- ☐5.4.5. İyi kararlar verebiliyor
- ☐5.4.6. Bozulmuş, dağınık düşünce yapısı mevcut
- ☐5.4.7. Yargılaması yetersiz
- ☐5.4.8. Emirleri anlayabilecek durumda değil
- ☐5.4.9. Uzak geçmişteki olayları hatırlama gücü var
- ☐5.4.10. Yakın geçmişteki olayları hatırlama gücü var
- ☐5.4.11. Unutkan
- ☐5.4.12. Bilinç bulanıklığı (yer, zaman ve kişileri tanımama)
- ☐5.4.13. İyi kararlar veremiyor
- ☐5.4.14. Yaşlılık bunaması var (güvenlik veya sağlığını etkiliyor)

5.5. Törenler, gelenekler ve yaşam şekli ile kültürünü/ dinini özdeşleştirme

- | | |
|---|---|
| ☐ 5.5.1. Özdeşleştirebiliyor | ☐ 5.5.2. Özdeşleştiremiyor |
|---|---|

5.6. Kültürel/ ruhsal inançlar

- ☐5.6.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐5.6.2. Durumla uyumlu
- ☐5.6.3. Aile desteğini etkiliyor
- ☐5.6.4. Durumdan etkilenmiş
- ☐5.6.5. Tedavisi ile inançları çatışıyor
- ☐5.6.6. İnançları sağlığını olumsuz etkiliyor

5.7. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

6. BİREYSEL BÜYÜME/ GELİŞME

6.1. Erken gelişme (yeni doğan veya yetişkin)

- ☐ 6.1.1. Normal sınırlar içinde
- ☐ 6.1.2. Sosyal gelişmede gerilik
- ☐ 6.1.3. Konuşması gecikmiş
- ☐ 6.1.4. Zihinsel gelişmede gerilik
- ☐ 6.1.5. Bilişsel gelişmede gerilik
- ☐ 6.1.6. Düşük doğum ağırlıklı yeni doğan
- ☐ 6.1.7. Fiziksel gelişmede gerilik
- ☐ 6.1.8. Doğumsal kusur veya sakatlık
- ☐ 6.1.9. Gelişim risk altında
- ☐ 6.1.10. Prematürelilik
- ☐ 6.1.11. Günlük yaşam aktivitelerinde kısmi bağımlı (yetişkin olarak)
- ☐ 6.1.12. Günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı (yetişkin olarak)

6.2. Okuma yazmada sorunlar: ☐ 6.2.1. Yok ☐ 6.2.2. Şüpheli ☐ 6.2.3. Var

6.3. Benlik tanımı

- ☐ 6.3.1. Benlik duygusu iyi
- ☐ 6.3.2. Kendini seviyor
- ☐ 6.3.3. İlişkilerini koruyor
- ☐ 6.3.4. Davranışlarının sorumluluğunu alıyor
- ☐ 6.3.5. Benlik duygusunu geliştiriyor
- ☐ 6.3.6. Davranışlarının sorumluluğunu almıyor
- ☐ 6.3.7. Benlik duygusu zayıf
- ☐ 6.3.8. Diğerlerini dışlıyor

6.4. Ebeveynlik

- ☐ 6.4.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐ 6.4.2. Çocuğu ile ilgili beklentileri gerçekçi
- ☐ 6.4.3. Çocuğu ile ilgili beklentileri gerçekçi değil

- ☐6.4.4. Büyüme ve gelişme sürecinin açıklanmasına ihtiyacı var
- ☐6.4.5. Gerçekçi olmayan tuvalet eğitimi beklentileri var
- ☐6.4.6. Uygun anne baba olmada başarısızlık/ isteksizlik gözleniyor

6.5. Manevi gelişim

- ☐6.5.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐6.5.2. Düzenli olarak ruhsal (manevi) uygulamalarda bulunuyor
- ☐6.5.3. Ara sıra ruhsal uygulamalar yapıyor
- ☐6.5.4. Manevi ya da dini uygulamalara hiç katılmıyor

6.6. Yaşlanma veya sağlık sınırlılıklarına uyum

- ☐6.6.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐6.6.2. Yaşamdan memnun
- ☐6.6.3. Yaşlılığın gerektirdiği değişimlere uygun aktiviteleri var
- ☐6.6.4. Geniş çapta öneriler almış
- ☐6.6.5. Toplum hizmetlerine katılıyor
- ☐6.6.6. Olumsuz beden imajına sahip
- ☐6.6.7. Doyumlu ilişkilerin yokluğunu çekiyor
- ☐6.6.8. Uyumda bazı zorlukları var
- ☐6.6.9. Kendi kendini suçluyor
- ☐6.6.10. Kendini beğenmiyor, küçümsüyor
- ☐6.6.11. Düşük benlik saygısına sahip
- ☐6.6.12. Umutsuz
- ☐6.6.13. İntihara eğilimli
- ☐6.6.14. Bağımlı kişilik

6.7. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

C. FİZYOLOJİK ALAN

7. DUYUSAL FONKSİYONLAR

7.1. Görme

- ☐7.1.1. Normal
- ☐7.1.2. Yazılanları görebiliyor
- ☐7.1.3. Renk körlüğü var

- ☐7.1.4. Gözlüğü var, kullanıyor
- ☐7.1.5. Kontak lens kullanıyor
- ☐7.1.6. Gözlüğü var, kullanmıyor
- ☐7.1.7. Yazılanları göremiyor
- ☐7.1.8. Bulanık görüyor
- ☐7.1.9. Çift görüyor
- ☐7.1.10. Tanılanmış körlüğü var, ancak uyum sağlamış
- ☐7.1.11. Tanılanmış körlüğü var, ancak GYA'nde başkalarından yardım gerekiyor

7.2. Gözler

- ☐7.2.1. Normal
- ☐7.2.2. Kızarıklık var
- ☐7.2.3. Eski protezler var
- ☐7.2.4. Tedavi edilmemiş kataraktı var
- ☐7.2.5. Akıntı mevcut
- ☐7.2.6. Glokomu var
- ☐7.2.7. İltihaplı
- ☐7.2.8. Kaşınma, göz yaşarması var
- ☐7.2.9. Ağrısı, acısı var
- ☐7.2.10. Şişlik var
- ☐7.2.11. Gözyaşı kanalları tıkalı
- ☐7.2.12. Yeni protezleri var
- ☐7.2.13. Işığa tepkisiz

7.3. İşitme/ kulaklar

- ☐7.3.1. Normal
- ☐7.3.2. İşitme cihazı kullanıyor
- ☐7.3.3. Kulak çınlaması var
- ☐7.3.4. Kulak ağrısı var
- ☐7.3.5. Her iki kulakta hafif işitme kaybı mevcut
- ☐7.3.6. Tek taraflı işitme kaybı var
- ☐7.3.7. İşitme cihazı yok veya kullanmıyor
- ☐7.3.8. Kulak kiri var
- ☐7.3.9. Her iki kulakta işitme ciddi işitme kaybı var
- ☐7.3.10. Tam sağırılık gelişmiş

7.4. Denge kaybı/ baş dönmesi

- ☐7.4.1. Yok
- ☐7.4.2. Ara sıra
- ☐7.4.3. Güvenlik önlemleri gerektirecek düzeyde var
- ☐7.4.4. Sıklıkla oluyor

7.5. Koku alma/ burun

- ☐7.5.1. Normal
- ☐7.5.2. Sinüs sorunları var
- ☐7.5.3. Koku alamıyor
- ☐7.5.4. Aşırı duyarlılık var
- ☐7.5.5. Burun kanaması var
- ☐7.5.6. Kokuyu algılaması azalmış
- ☐7.5.7. Burun tıkanıklığı var

7.6. Dokunma duyusu

- ☐7.6.1. Normal
- ☐7.6.2. Aşırı duyarlı
- ☐7.6.3. Batma ve yanma hissi var
- ☐7.6.4. Soğuk veya sıcaklığı alt ekstremitelerde hissetmiyor
- ☐7.6.5. Soğuk/ sıcaklığı üst ekstremitelerde hissetmiyor
- ☐7.6.6. Üst ekstremitelerde uyuşukluk veya duyu azalması var
- ☐7.6.7. Alt ekstremitelerde uyuşukluk veya duyu azalması var
- ☐7.6.8. Güvenlik önlemi gerektirecek kadar soğuk/ sıcaklığı hissedemiyor
- ☐7.6.9. Güvenlik önlemi gerektirecek kadar uyuşukluk ve duyu azalması var
- ☐7.6.10. Dokunma duyusu yok
- ☐7.6.11. Komada

7.7. Ağrı/ rahatsızlık- sıkıntı

- ☐7.7.1. Yok
- ☐7.7.2. Var

Yoğunluğu (1-10):

- ☐7.7.3. Ağrının yoğunluğu işlevlerini minimum etkiliyor

- ☐ 7.7.4. Ağrının yoğunluğu 1 – 3 arasında
☐ 7.7.5. Ağrının yoğunluğu 4 – 8 arasında
☐ 7.7.6. Ağrının yoğunluğu 9 ve 10 derecesinde

Ağrının kalitesi

- ☐ 7.7.7. Ağrının kalitesi acı şeklinde
☐ 7.7.8. Ağrı keskin değil, künt
☐ 7.7.9. Keskin ağrısı var
☐ 7.7.10. Kronik ağrısı var
☐ 7.7.11. Delici, batıcı ağrısı var

Ağrının sıklığı

- ☐ 7.7.12. Sıklığı; her 4 saatte bir veya daha seyrek
☐ 7.7.13. Sıklığı; her 1–3 saatte bir
☐ 7.7.14. Sıklığı; sürekli

7.8. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

8. SOLUNUM/ DOLAŞIM

8.1. Hava yolu

- ☐ 8.1.1. Temiz ve açık
☐ 8.1.2. Kuru öksürük var, balgamlı değil
☐ 8.1.3. Öksürme ile temizleniyor
☐ 8.1.4. Balgamlı öksürüğü var
☐ 8.1.5. Kısmen tıkalı
☐ 8.1.6. Trakeal tüp var (cuf'lı)
☐ 8.1.7. Trakeal tüpü yok (cuf'lı değil)
☐ 8.1.8. Aspirasyon gerekiyor

8.2. Solunum sesleri

- ☐ 8.2.1. Normal
☐ 8.2.2. Temiz ve açık
☐ 8.2.3. Hırıltılı (ronşlar mevcut)
☐ 8.2.4. Çıtırtılı (crackles)

- ☐8.2.5. Solunum sesleri azalmış
- ☐8.2.6. Soluk alırken ısıklık sesi var
- ☐8.2.7. Soluk verirken ısıklık sesi var

8.3. Nefes alma sayısı:...../ dakika

- ☐8.3.1. Dakikada 16 – 40 arası
- ☐8.3.2. Dakikada 16'dan az
- ☐8.3.3. Dakikada 40'tan fazla

Solunum desenleri

- ☐8.3.4. Normal
- ☐8.3.5. Düzenli
- ☐8.3.6. Düzensiz
- ☐8.3.7. Hızlı
- ☐8.3.8. Yüzeysel (sığ)
- ☐8.3.9. Aşırı iç çekmeli
- ☐8.3.10. Zorlu solunum
- ☐8.3.11. Hiperventilasyon (derin nefes alma)
- ☐8.3.12. Yalnızca otururken veya ayaktaiken rahat nefes alabiliyor
- ☐8.3.13. Kussmaul solunumu var
- ☐8.3.14. Apne periyotları var
- ☐8.3.15. Cheyne-Stokes solunum gözleniyor

8.4. Solunum güçlüğü/ Solunumun kısalığı

- ☐8.4.1. Yok
- ☐8.4.2. Orta derecede aktivite ile solunum güçlüğü var
- ☐8.4.3. Ara sıra solunum ekipmanı gerekiyor
- ☐8.4.4. Minimal aktivite ile solunum güçlüğü var
- ☐8.4.5. Dinlenme esnasında solunum güçlüğü var
- ☐8.4.6. İç çekme var veya burun kanatları solunuma katılıyor
- ☐8.4.7. Devamlı solunum ekipmanı gerekiyor
- ☐8.4.8. Ciddi derecede solunum güçlüğü var

8.5. Kardiyovasküler durum

- ☐8.5.1. Normal
- ☐8.5.2. Çarpıntıları var
- ☐8.5.3. Kramplar/ bacadaki dolaşım bozukluğu nedeniyle bazen topallaması oluyor
- ☐8.5.4. Arteriyel yetmezlik veya venöz tıkanıklık var
- ☐8.5.5. Aktivite ile göğüs ağrısı oluyor
- ☐8.5.6. Dinlenirken bile göğüs ağrısı oluyor
- ☐8.5.7. Ortostatik hipotansiyon belirti veya bulguları var
- ☐8.5.8. Dudaklarda morarma oluyor
- ☐8.5.9. Tırnaklarda morarma var
- ☐8.5.10. Bayılma ve göz kararması oluyor

Ödem durumu

- ☐8.5.11. Ödem derecesi: +1 (lokalizasyonu:.....)
- ☐8.5.12. Ödem derecesi: +2 (lokalizasyonu:.....)
- ☐8.5.13. Ödem derecesi: +3 (lokalizasyonu:.....)
- ☐8.5.14. Ödem derecesi: +4 (lokalizasyonu:.....)

Eğer hamileyse;

- ☐8.5.15. Parmaklarda veya yüzde ödemi var
- ☐8.5.16. Kısa zamanda çok fazla kilo almış

Kan basıncı:.....mm/ hg

- ☐8.5.17. Diyastolik 90 üstü veya 60 altında ise
- ☐8.5.18. Sistolik 140 üstü veya 90 altında ise

Nabız:...../ dakikada

- ☐8.5.19. 90'ın üstünde ise (dakikada)
- ☐8.5.20. 60'ın altında ise

Nabız ritmi

- ☐8.5.21. Düzenli ☐8.5.22. Düzensiz

Nabız kalitesi

- ☐8.5.23. Normal
- ☐8.5.24. Sıçrayıcı
- ☐8.5.25. İpliksi
- ☐8.5.26. Zayıf

8.6. Kardiyovasküler öykü

- ☐ 8.6.1. Normal
- ☐ 8.6.2. Tansiyon ilaçları alıyor ve kan basıncı kontrol altında
- ☐ 8.6.3. Bilinen kalp bloğu veya darlıkla ilgili öyküsü var
- ☐ 8.6.4. Aritmisi var (kontrol altına alınmış)
- ☐ 8.6.5. Tansiyon ilaçları alıyor, ancak kan basıncı kontrol edilememiş
- ☐ 8.6.6. Pacemaker var
- ☐ 8.6.7. Antikoagülan tedavi alıyor
- ☐ 8.6.8. Üfürümleri var
- ☐ 8.6.9. Defibrilatör kullanıyor
- ☐ 8.6.10. Aritmisi var ve yaşamını tehdit ediyor

8.7. Dayanıklılık

- ☐ 8.7.1. İyi
- ☐ 8.7.2. Sadece günlük yaşam aktiviteleri (GYA)ne dayanabiliyor
- ☐ 8.7.3. Sınırlı; sadece günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde bile yetersiz
- ☐ 8.7.4. Bağımlı durumda

8.8. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

9. SİNİR- KAS- İSKELET FONKSİYONLARI

9.1. Bilinç düzeyi

- ☐ 9.1.1. Uyanık
- ☐ 9.1.2. Hızlı tepki veriyor
- ☐ 9.1.3. Uyuşuk, sersemlemiş
- ☐ 9.1.4. Nöbet geçirme riski var
- ☐ 9.1.5. Sözlü/ ağırlı uyaranlara tepkisiz
- ☐ 9.1.6. Letarjik; uyandırılmada güçlük çekiliyor
- ☐ 9.1.7. Nöbet geçiriyor
- ☐ 9.1.8. Status epileptikus tablosunda
- ☐ 9.1.9. Koma halinde

9.2. Oryantasyon

- ☐9.2.1. Tam ☐9.2.2. Dört ☐9.2.3. Üç ☐9.2.4. İki
☐9.2.5. Bir ☐9.2.6. Hiç oryantasyonu yok

9.3. İletişim

- ☐9.3.1. Normal sesli iletişim kurabiliyor
☐9.3.2. Az konuşuyor, suskun
☐9.3.3. Aşırı konuşkan
☐9.3.4. Etkili iletişim kuruyor
☐9.3.5. Kısa dikkat süresine sahip
☐9.3.6. İsteklerini anlamlı şekilde dile getiremiyor
☐9.3.7. Uygun olmayan yapı ve zamanda konuşuyor
☐9.3.8. Anlamsız ve etkisiz konuşma
☐9.3.9. Anlatıyor, fakat anlamıyor
☐9.3.10. Sadece yazılı iletişim kurabiliyor
☐9.3.11. Sadece sözsüz iletişim kurabiliyor
☐9.3.12. İletişim kuramıyor
☐9.3.13. Anlatma ve anlamada bozukluk var

9.4. Konuşma yeteneği

- ☐9.4.1. Açık, anlaşılır
☐9.4.2. Tutarlı
☐9.4.3. Hızlı
☐9.4.4. Sözcükleri ağzında geveleyerek ve yutarak konuşması var
☐9.4.5. Konuşma özü var
☐9.4.6. Duraksayarak, yavaş konuşması var
☐9.4.7. Hiç konuşmıyor

9.5. Dil

- ☐9.5.1. Türkçe (aksanı yok)
☐9.5.2. Sadece işaret dilini kullanıyor, tercüman gerekmiyor
☐9.5.3. Sadece yabancı dil konuşuyor, tercüman gerekmiyor
☐9.5.4. Sadece yabancı dil konuşuyor, tercüman var
☐9.5.5. Sadece işaret dilini kullanıyor, tercümanı var
☐9.5.6. Sadece işaret dilini kullanıyor, tercüman yok

☐9.5.7. Sadece yabancı dil konuşuyor, tercüman yok

☐9.5.8. Türkçe (ağır aksanı var)

9.6. Yürüyüş

☐9.6.1. Düzgün, dengeli

☐9.6.2. Titreyerek yürüyor

☐9.6.3. Dengesiz yürüyor

☐9.6.4. Ataksik yürüyor

☐9.6.5. Ayak sürüyerek yürüyor

☐9.6.6. Üst ekstremitelerle kısmi ağırlık kaldırabiliyor

☐9.6.7. Sol alt ekstremitede ağırlık taşımada başarısız

☐9.6.8. Sağ alt ekstremitede ağırlık taşımada başarısız

☐9.6.9. Üst ekstremitelerde ağırlık taşıyamıyor

☐9.6.10. Yatağa bağımlı durumda

9.7. Hareket kabiliyeti

☐9.7.1. Üst ekstremitelerde tam

☐9.7.2. Alt ekstremitelerde tam

☐9.7.3. Üst ekstremitelerde sınırlı

☐9.7.4. Alt ekstremitelerde sınırlı

☐9.7.5. Üst ekstremitelerde kontraktürler var

☐9.7.6. Alt ekstremitelerde kontraktürler var

9.8. Günlük yaşam aktiviteleri

9.8.1. Beslenme ☐bağımsız ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐yedirilmesi gerek

9.8.2. Tuvalet ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.8.3. Banyo/duş ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.8.4. Ağız/ diş ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.8.5. Giyinme ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.8.6. Saçlar ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.8.7. Tırnaklar ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.8.8. Hareket ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.8.9. Yürüme ☐bağımsız ☐sınırlı ☐yardımcı araç ☐yardımla ☐bağımlı

9.9. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

10. ÜREME

☐ 10.1.1 Normal

☐ 10.2.2. Hamilelik var

Hamilelik durumu

☐ 10.2.3. Hamileliği normal

☐ 10.2.4. Sabah bulantıları oluyor

☐ 10.2.5. Bulantı ve kusma oluyor

☐ 10.2.6. Baş ağrısı var

☐ 10.2.7. Gebeliği sıkıntılı

☐ 10.2.8. Gebeliği kanamalı

☐ 10.2.9. Gebeliği yüksek riskli ve komplikasyonlu

☐ 10.2.10. Uygun olmayan egzersiz/ dinlenme/ diyet/ davranış alışkanlıkları var

☐ 10.2.11. Kasılmaları var

☐ 10.2.12. Riskli gebelik

Prenatal bakıma başlama zamanı

☐ 10.2.13. İlk trimesterde prenatal bakıma başladı

☐ 10.2.14. İkinci trimesterde prenatal bakıma başladı

☐ 10.2.15. Üçüncü trimesterde prenatal bakıma başladı

10.3. Doğum sonu

☐ 10.3.1. Doğum sonu dönemde normal

☐ 10.3.2. Doğum sonu dönemde sıkıntılı

☐ 10.3.3. Emzirmede güçlük çekiyor

☐ 10.3.4. Uygun olmayan egzersiz/ dinlenme/ diyet/ davranış alışkanlıkları var

☐ 10.3.5. Yüksek riskli ve komplikasyonlu doğum sonu dönem

10.4. Adetler

☐ 10.4.1. Madde uygulanabilir değil

☐ 10.4.2. Menopoz sonrası dönemde

☐ 10.4.3. Düzenli

☐ 10.4.4. Menopozda

- ☐10.4.5. Hamilelik var
- ☐10.4.6. Düzensiz
- ☐10.4.7. Hiç adet görmüyor
- ☐10.4.8. Aşırı kanaması oluyor
- ☐10.4.9. Ağrılı adet görüyor
- ☐10.4.10. Menopozla ilgili sorunları var

10.5. Vajina

- ☐10.5.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐10.5.2. Normal
- ☐10.5.3. Anormal; kanamalı/ akıntılı

10.6. Cinsel kimlik/ rol

- ☐10.6.1. Normal
- ☐10.6.2. Ortamı rahat
- ☐10.6.3. Tecavüz kurbanı
- ☐10.6.4. Ensest kurbanı
- ☐10.6.5. Cinsel kimlik veya rol karmaşıklığı yaşıyor
- ☐10.6.6. Sorunlu alan

10.7. Uygulamalar/ alışkanlıklar

- ☐10.7.1. Seksüel açıdan aktif değil
- ☐10.7.2. Güvenli seksi tercih ediyor
- ☐10.7.3. Edinilmiş cinsel yolla bulaşan hastalığı var
- ☐10.7.4. Cinsel açıdan aktif ve yetersiz korunma olasılığı var
- ☐10.7.5. Korunma yönteminden memnun değil
- ☐10.7.6. Ara sıra iktidarsızlığı var
- ☐10.7.7. Ağrılı cinsel ilişki şikayeti mevcut
- ☐10.7.8. Korunma yöntemini yanlış veya hatalı kullanıyor
- ☐10.7.9. Korunma yöntemini yetersiz kullanıyor
- ☐10.7.10. Çözülememiş iktidarsızlık sorunu var
- ☐10.7.11. Çok eşlilik

10.8. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

11. SİNDİRİM/ BOŞALTIM

11.1. Ağız

- ☐ 11.1.1. Normal
- ☐ 11.1.2. Ağız hijyeni iyi
- ☐ 11.1.3. Tam alt takma dişleri var
- ☐ 11.1.4. Tam üst takma dişleri var
- ☐ 11.1.5. Kısmi alt takma dişleri var
- ☐ 11.1.6. Kısmi üst takma dişleri var
- ☐ 11.1.7. Yarık damak mevcut
- ☐ 11.1.8. Yarık dudak mevcut
- ☐ 11.1.9. Diş telleri var
- ☐ 11.1.10. Ağız yaraları mevcut
- ☐ 11.1.11. Tel ile çenesi kapatılmış
- ☐ 11.1.12. Ağızda kırmızı lekeler var
- ☐ 11.1.13. Ağız kokusu var
- ☐ 11.1.14. Ağız hijyeni zayıf
- ☐ 11.1.15. Diş eti kanaması var
- ☐ 11.1.16. Dişsiz/ takma diş bile yok
- ☐ 11.1.17. Emmesi zayıf yeni doğan

11.2. Yemek yeme

- | | |
|--|--|
| ☐ 11.2.1. Normal | ☐ 11.2.6. Yutma güçlüğü var |
| ☐ 11.2.2. Çiğneme güçlüğü var | ☐ 11.2.7. Öğürüyor |
| ☐ 11.2.3. Mide içeriği ağza geliyor | ☐ 11.2.8. Hiç ememiyor |
| ☐ 11.2.4. Yutamıyor | ☐ 11.2.9. Emme güçlüğü var |
| ☐ 11.2.5. Boğuluyor | ☐ 11.2.10. Çiğneyemiyor |

Bulantı

- ☐ 11.2.11. Yok
- ☐ 11.2.12. Hazımsızlık var
- ☐ 11.2.13. Bazen bulantısı oluyor
- ☐ 11.2.14. Devamlı bulantısı oluyor
- ☐ 11.2.15. Bazı gıdaları tolere edemiyor
- ☐ 11.2.16. Yaşamı tehdit edici düzeyde bulantısı oluyor

Kusma

- ☐ 11.2.17. Yok
- ☐ 11.2.18. Bazen kusuyor
- ☐ 11.2.19. Devamlı kusuyor
- ☐ 11.2.20. Bazı gıdaları tolere edemiyor
- ☐ 11.2.21. Kusma yaşamını tehdit ediyor

11.3. Sıvı dengesi

- ☐ 11.3.1. İyi hidrate olmuş
- ☐ 11.3.2. Deri turgoru iyi
- ☐ 11.3.3. Diyüretik kullanıyor
- ☐ 11.3.4. Deri turgoru orta
- ☐ 11.3.5. Deri turgoru zayıf
- ☐ 11.3.6. Sıvı- elektrolit dengesizliği var
- ☐ 11.3.7. Dehidrate olmuş (susuz kalmış) yetişkin
- ☐ 11.3.8. Diyabetik ketoasidozu var
- ☐ 11.3.9. Dehidrate olmuş yeni doğan
- ☐ 11.3.10. Yaşamı tehdit eden sıvı dengesizliği var
- ☐ 11.3.11. Asit-baz dengesizliği var

11.4. Glikoz/ yağ/ protein metabolizması

- ☐ 11.4.1. Normal
- ☐ 11.4.2. Zayıf; tedavi/ ilaçlarla kompanse edilmiş (örn: insülin kullanan diyabetik)
- ☐ 11.4.3. Metabolizması zayıf; kompanse edilmemiş
- ☐ 11.4.4. Zayıf; tedaviye ve ilaca yeni başlamış
- ☐ 11.4.5. Yaşamı tehdit edici bozukluğu var

11.5. Bozulmuş karaciğer fonksiyonları ile ilgili belirti ve bulgular

- ☐ 11.5.1. Normal
- ☐ 11.5.2. Karaciğer fonksiyonları normal
- ☐ 11.5.3. Karaciğer fonksiyonları risk altında
- ☐ 11.5.4. Anormal karaciğer enzimleri
- ☐ 11.5.5. Boyun venlerinde dolgunluk
- ☐ 11.5.6. Sarılığı var

- ☐ 11.5.7. Karında asit var
- ☐ 11.5.8. Yeni doğan sarılığı var
- ☐ 11.5.9. Karaciğer büyümesi var
- ☐ 11.5.10. Karaciğer fonksiyonları yetersiz

11.6. Bağırsak fonksiyonları

- ☐ 11.6.1. Normal
- ☐ 11.6.2. Mide ve bağırsaklarda gaz birikmesi var
- ☐ 11.6.3. Lavman kullanıyor
- ☐ 11.6.4. Laksatif veya yumuşatıcılar kullanıyor
- ☐ 11.6.5. Hemoroidleri var
- ☐ 11.6.6. Orta derecede anal fissürler var
- ☐ 11.6.7. Tıkanıklık var
- ☐ 11.6.8. Karında distansiyon var
- ☐ 11.6.9. Yumuşak gaita (yetişkinde) yapıyor
- ☐ 11.6.10. Kendi kendine bakım yapan kolo-ileostomili
- ☐ 11.6.11. Kabızlık çekiyor
- ☐ 11.6.12. İnkontinans (dışkısını tutamama) var
- ☐ 11.6.13. İshali var
- ☐ 11.6.14. Sertleşmiş gaita mevcut
- ☐ 11.6.15. Yeni kolo- ileostomili
- ☐ 11.6.16. Fonksiyonel olmayan kolostomili
- ☐ 11.6.17. Fonksiyonel olmayan ileostomili
- ☐ 11.6.18. İnatçı (tedaviye cevap vermeyen) ishali mevcut
- ☐ 11.6.19. Ciddi anal fissürleri var

11.7. Mesane alışkanlıkları

- | | |
|---|--|
| ☐ 11.7.1. Normal | ☐ 11.7.8. Pollaküri var |
| ☐ 11.7.2. Hematüri (kanlı idrar) var | ☐ 11.7.9. Damla damla idrar yapıyor |
| ☐ 11.7.3. Yanma var | ☐ 11.7.10. Mesane distansiyonu var |
| ☐ 11.7.4. Sık sık idrar yapmakta | ☐ 11.7.11. Noktüri (gece işemesi) var |
| ☐ 11.7.5. Retansiyon var | ☐ 11.7.12. Poliüri (çok idrar yapma) var |
| ☐ 11.7.6. Ürostomili | ☐ 11.7.13. Disüri (ağrılı idrar yapma) mevcut |
| ☐ 11.7.7. Oligürisi var | ☐ 11.7.14. İdrar yapmaya başlamada güçlük var |

Mesane değişiklikleri

- ☐11.7.15. Yok ☐11.7.19. Fonksiyonu olmayan suprapubik t p
☐11.7.16. Fonksiyonel olan  rostomili ☐11.7.20. Yeni suprapubik tüpü var
☐11.7.17. Fonksiyonel suprapubik tüpü var ☐11.7.21. Yeni  rostomili
☐11.7.18. Fonksiyonel olmayan  rostomili ☐11.7.22. Nefrostomili

 nkontinans

- ☐11.7.23. Yok ☐11.7.29. Kateter bakımı için yardım gerekiyor
☐11.7.24. Tuvalet  yeti me g  l   var ☐11.7.30. Gece i emeleri var
☐11.7.25. Foley kateteri var ☐11.7.31. Ped kullanıyor
☐11.7.26. Kendi kendine kateter bakımı ☐11.7.32. Sürekli idrar kaçırmakta
☐11.7.27. Aralıklı kateter uygulaması var ☐11.7.33. Alt bezi kullanıyor (yetişkin)
☐11.7.28. Stresli durumlarda idrar kaçırıyor

11.8. Böbrek fonksiyonları

- ☐11.8.1. Normal
☐11.8.2. Risk altında
☐11.8.3. Yetersiz
☐11.8.4. Ayaktan diyalize giriyor
☐11.8.5. Evde diyalize giriyor

11.9. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 **YORUMLAR:**

12. YAPISAL BÜTÜNLÜK

12.1. Deri

- ☐12.1.1. Bozulmamı , normal
☐12.1.2. Yeni sünnet olmuş
☐12.1.3. Kızarıklık var
☐12.1.4. Kuruluk, pullanma var
☐12.1.5. Ka ıntılı
☐12.1.6. Derisi ince ve nazik
☐12.1.7. Elastikiyetini kaybetmiş
☐12.1.8. Akneleri var
☐12.1.9. Yara, bere, çürükleri var
☐12.1.10. Deride değişiklikler (ben / renk / b y kl  nde) gözleniyor

- ☐12.1.11. Drenaj tüpü var
- ☐12.1.12. Çocuk bezi pişiği gelişmiş
- ☐12.1.13. Su kabarcıkları (büller) mevcut
- ☐12.1.14. Cerrahi kesisi mevcut
- ☐12.1.15. Göbek kordonu henüz düşmemiş
- ☐12.1.16. Peteşi var
- ☐12.1.17. Epizyotomi var
- ☐12.1.18. İsilik var
- ☐12.1.19. Yara izleri var
- ☐12.1.20. Yayılan çizik hatları görülüyor
- ☐12.1.21. Rengi soluk
- ☐12.1.22. Lezyonları var

Bası yaraları

- ☐12.1.23. Bası yarası var 1. Evrede
- ☐12.1.24. Bası yarası var 2. Evrede
- ☐12.1.25. Bası yarası var 3. Evrede
- ☐12.1.26. Bası yarası var 4. Evrede

Yara durumu

- ☐12.1.27. Yara var; kısmi kalınlık oluşmuş
- ☐12.1.28. Çok sayıda yara var
- ☐12.1.29. Yara var; tam kalınlık oluşmuş
- ☐12.1.30. Açık yara var veya içerdekiler dışarı çıkmış

2.2. Ayaklar

- ☐12.2.1. Normal
- ☐12.2.2. Ayakları için profesyonel bakım alıyor
- ☐12.2.3. Tırnak batması var
- ☐12.2.4. Ayak tırnaklarının kesilmeye ihtiyacı var
- ☐12.2.5. Kalınlaşmış ayak tırnakları mevcut
- ☐12.2.6. Nasırlar ve kalınlaşmış deri var

12.3. İmmün yanıt

- ☐ 12.3.1. Zedelenmemiş
- ☐ 12.3.2. Uzun süre steroid tedavisi almış
- ☐ 12.3.3. Radyasyon tedavisi almış
- ☐ 12.3.4. Kemoterapi almış
- ☐ 12.3.5. (AİDS Related Complex) yapısında
- ☐ 12.3.6. Bağışıklık sistemi baskılanmış
- ☐ 12.3.7. HIV (+)
- ☐ 12.3.8. Lenf bezleri büyümüş
- ☐ 12.3.9. AİDS'Lİ

12.4. Enfeksiyon

- ☐ 12.4.1. Yok
- ☐ 12.4.2. Ayak tırnağı enfeksiyonu var
- ☐ 12.4.3. Kulak enfeksiyonu mevcut
- ☐ 12.4.4. Vajinal enfeksiyonu var
- ☐ 12.4.5. İdrar yolu enfeksiyonu var
- ☐ 12.4.6. Ağız enfeksiyonları mevcut
- ☐ 12.4.7. Üst solunum yolu enfeksiyonu var
- ☐ 12.4.8. Diğer lokal enfeksiyonlardan biri var
- ☐ 12.4.9. Sistemik enfeksiyonu var
- ☐ 12.4.10. Yara enfeksiyonu var

Enfeksiyon için tedavi;

- ☐ 12.4.11. Tedavi verilmemiş
- ☐ 12.4.12. Lokal antibiyotikler alıyor
- ☐ 12.4.13. Oral antibiyotikler kullanıyor
- ☐ 12.4.14. İ.M. antibiyotikler alıyor
- ☐ 12.4.15. İ.V. antibiyotikler alıyor

12.5. İyileşme yanıtı

- ☐ 12.5.1. Normal
- ☐ 12.5.2. Gecikmiş (diyabetiklerdeki gibi)
- ☐ 12.5.3. Tedaviye yanıt vermiyor

12.6. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

D. SAĞLIK DAVRANIŞLARI

13. BESLENME

13.1. Reçete edilmiş diyet uygulaması

- | | |
|--|---|
| ☐ 13.1.1. Düzenli olarak uyguluyor | ☐ 13.1.7. Sıvı kısıtlaması var |
| ☐ 13.1.2. Oturtulmuş | ☐ 13.1.8. Total parenteral beslenme alıyor |
| ☐ 13.1.3. Emzirerek besleniyor | ☐ 13.1.9. Bebeğin beslenme problemi var |
| ☐ 13.1.4. Katı gıdalarla beslenen bebek | ☐ 13.1.10. Yeni diyet verilmiş |
| ☐ 13.1.5. Formül mama kullanan bebek | ☐ 13.1.11. Tüple besleniyor |
| ☐ 13.1.6. Emzirme ve mama birlikte alıyor | |

13.2. İştah

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ 13.2.1. İyi | ☐ 13.2.2. Yeterli | ☐ 13.2.3. Çok iyi |
| ☐ 13.2.4. Zayıf | ☐ 13.2.5. Hiç yiyemiyor | |

Yetersiz beslenme durumu

- | |
|---|
| ☐ 13.2.6. Yetersiz beslenme durumu yok |
| ☐ 13.2.7. Yetersiz beslenme durumu var |
| ☐ 13.2.8. Yemeyi reddediyor |

13.3. Diyet alımı

- | |
|--|
| ☐ 13.3.1. Reçete edilen diyeti memnuniyetle uyguluyor |
| ☐ 13.3.2. Tercihlere göre yeniden değiştirilmiş diyeti uyguluyor |
| ☐ 13.3.3. Reçete edilmiş olan diyeti uygulamıyor |
| ☐ 13.3.4. Tercihlere göre yeniden düzenlenmemiş olan diyeti uyguluyor |

Protein alımı

- | |
|---|
| ☐ 13.3.5. Yeterli |
| ☐ 13.3.6. Protein alımı iyi |
| ☐ 13.3.7. Protein alımı zayıf |
| ☐ 13.3.8. Protein alımı yetersiz |

Sıvı alımı

- ☐ 13.3.9. Sıvı alımı yeterli
- ☐ 13.3.10. Sıvı alımı iyi
- ☐ 13.3.11. Sıvı alımı zayıf
- ☐ 13.3.12. Sıvı alımı yetersiz durumda

13.4. Beslenme destek sisteminin durumu

- ☐ 13.4.1. Yok
- ☐ 13.4.2. İşlevsel olarak mevcut
- ☐ 13.4.3. Kendi kendine bakımını yapıyor
- ☐ 13.4.4. Yeni beslenme destek sistemi var
- ☐ 13.4.5. Beslenme destek sistemi ile ilgili problemler var

13.5. Yiyeceğini satın alabilme

- ☐ 13.5.1. Alabiliyor
- ☐ 13.5.2. Eve yiyecek getiriliyor
- ☐ 13.5.3. Akraba veya arkadaşlarla birlikte alışveriş yapıyor
- ☐ 13.5.4. Yiyecek satın alamıyor

Gıda seçimi

- ☐ 13.5.5. Madde uygulanabilir değil
- ☐ 13.5.6. Sağlıklı gıdaları seçiyor
- ☐ 13.5.7. Yeterli ve dengeli besleniyor
- ☐ 13.5.8. Uygun gıdaları parası olmadığı için alamıyor
- ☐ 13.5.9. Uygun olmayan gıdalar seçiyor
- ☐ 13.5.10. Gıda seçimi sağlığını riske atıyor

13.6. Yemekleri hazırlayabilme

- ☐ 13.6.1. Madde uygulanabilir değil
- ☐ 13.6.2. Kendi yemeklerini hazırlayabiliyor
- ☐ 13.6.3. Sadece dış yardımla yemek hazırlayabiliyor
- ☐ 13.6.4. Uygun öğünleri düzensiz olarak hazırlıyor
- ☐ 13.6.5. Kendi yemeklerini hazırlayamıyor

Gıda hazırlama

- ☐ 13.6.8. Madde uygulanabilir değil
- ☐ 13.6.6. Sağlıklı gıdalar hazırlıyor
- ☐ 13.6.7. Doyurucu gıdalar hazırlıyor
- ☐ 13.6.9. Uygun olmayan yemekler hazırlıyor
- ☐ 13.6.10. Sağlığını riske atacak şekilde gıdalar hazırlıyor

Ağırlık

Kilo

Tarih:..... Kilo:.....kg Boy:.....cm BKİ:-----
(Boy m)²

- ☐ 13.6.11. Ağırlığı normal sınırlar içinde
- ☐ 13.6.12. Son zamanlarda kilo kaybediyor
- ☐ 13.6.13. İdeal kilosunun % 10 altında veya üstünde
- ☐ 13.6.14. İdeal kilosunun % 25 altında veya üstünde
- ☐ 13.6.15. Aşırı derecede şişmanlığı veya aşırı zayıflığı var

13.7. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

14. KİŞİSEL ALIŞKANLIKLAR

14.1. Hijyen/ dış görünüş

- ☐ 14.1.1. Uygun
- ☐ 14.1.2. Temiz
- ☐ 14.1.3. Düzenli
- ☐ 14.1.4. Aşırı derecede titiz
- ☐ 14.1.5. Olağan dışı veya acayip dış görünüşü var
- ☐ 14.1.6. Vücut kokusu kötü
- ☐ 14.1.7. Üstü başı dağınık durumda

Yeni tanı, sakatlık ve yaşam değişikliğine paralel alışkanlık değişiklikleri

- ☐ 14.1.8. Olmuş
- ☐ 14.1.9. Olmamış

Ev idaresi ve çamaşır yıkama

- ☐14.1.10. Uygun
- ☐14.1.11. Kendi kendine yapıyor
- ☐14.1.12. Ailesi veya önemli başka kişiler tarafından yapılıyor
- ☐14.1.13. Bu konuda dışarıdan yardım gerekiyor
- ☐14.1.14. Düzenli olarak yapılmıyor

14.2. Eksersiz

- ☐14.2.1. Optimal iyilik derecesi için çabalıyor
- ☐14.2.2. Aktif ve düzenli eksersiz yapıyor
- ☐14.2.3. Yeni tanı, sakatlık ve yaşam biçimindeki değişikliğe uygun aktivite yapıyor
- ☐14.2.4. Aşırı eksersiz yapıyor
- ☐14.2.5. Hareketsiz yaşam (sedanter) sürdürüyor
- ☐14.2.6. Eksersiz programı yok
- ☐14.2.7. Yeni doğan bebeğin gereksiz yere uyarılması (egzersizle)

14.3. Uyku alışkanlıkları

- ☐14.3.1. Dinlenmiş olarak uyanıyor
- ☐14.3.2. Yorgun olarak uyanıyor
- ☐14.3.3. Uykusuzluk çekiyor
- ☐14.3.4. Uyumada yardım gerekiyor
- ☐14.3.5. Gece kabusları var
- ☐14.3.6. Erken uyanıyor
- ☐14.3.7. Uykuda bölünmeler oluyor
- ☐14.3.8. Uyku düzeninde bozulma var
- ☐14.3.9. Uyurgezerliği mevcut

14.4. Sigara içme

- ☐14.4.1. Hiç sigara içmemiş
- ☐14.4.2. Sigarayı bırakmış
- ☐14.4.3. Sağlık yakınmaları yok
- ☐14.4.4. Pasif içici
- ☐14.4.5. Genellikle sigara içilen çevrede yaşıyor
- ☐14.4.6. Sigara içiyor
- ☐14.4.7. Sürekli sigara içenlerle yaşıyor
- ☐14.4.8. Sigaraya bağlı sağlık sorunları var

14.5. Birey veya ailesi tarafından madde kullanımı

Alkol kullanımı

- | | |
|---|---|
| ☐ 14.5.1. Yok | ☐ 14.5.7. Bir yıldan az zamandır içmiyor |
| ☐ 14.5.2. Sosyal içici konumunda | ☐ 14.5.8. Bir durumla baş etmede içmiş |
| ☐ 14.5.3. Ilımlı, orta karar içiyor | ☐ 14.5.9. Yaşam şeklini etkiliyor |
| ☐ 14.5.4. Bir yıldan uzun zamandır içmiyor | ☐ 14.5.10. Fonksiyonlarını etkiliyor |
| ☐ 14.5.5. Potansiyel veya şüpheli içici | ☐ 14.5.11. Sağlığını riske atıyor |
| ☐ 14.5.6. Ağır içici | |

Uyuşturucu madde kullanımı

- ☐ 14.5.12. İyileşmiş bağımlı
- ☐ 14.5.13. Reçete edilen veya reçete edilmeden alınabilen ilaçların uygun kullanımı
- ☐ 14.5.14. İlaçların kasti olarak yanlış kullanımı şüphesi var
- ☐ 14.5.15. İlaçları kasti yanlış kullanması fonksiyonlarını etkiliyor
- ☐ 14.5.16. İlaçları kasti yanlış kullanması yaşam şeklini etkiliyor
- ☐ 14.5.17. Kendinin ve başkalarının sağlığını/ güvenliğini riske atıyor

14.6. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 **YORUMLAR:**

15. SAĞLIK YÖNETİMİ

15.1. Hizmet alma

- ☐ 15.1.1. Sağlıklı olmak için çabılıyor
- ☐ 15.1.2. Sağlığını sürdürmek için sürekli girişimde bulunuyor
- ☐ 15.1.3. Sağlığını sürdürmek için ara sıra girişimde bulunuyor
- ☐ 15.1.4. Sağlığını sürdürmek için hiç bir girişimi yok
- ☐ 15.1.5. Sağlık hizmeti bakımını reddediyor

15.2. Sağlık davranışları

- ☐ 15.2.1. Son bir yıl içinde koruyucu ilaç (aspirin) aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ 15.2.2. Son 1 yıl içinde grip aşısı oldunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ 15.2.3. Son 1 yıl içerisinde zatürre aşısı oldunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ 15.2.4. Son 1 yıl içinde KKMM yaptınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ 15.2.5. Son 1 yıl içinde diş muayenesi yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ 15.2.6. En son ne zaman PAP smear testi yaptırdınız?

1. Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç yaptırmadım.

- ☐ 15.2.7. En son ne zaman mamografi ektirdiniz?
1.Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç ektirmedi
- ☐ 15.2.8. En son ne zaman testiküler muayene yaptırđınız?
1.Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç yaptırmadım
- ☐ 15.2.9. En son ne zaman prostat kanseri için kan testi yaptırđınız?
1.Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç yaptırmadım
- ☐ 15.2.10. En son ne zaman tansiyonunuzu ltrdnz?
1.Son 6 ay içinde 2. son 1 yıl içinde 3. son 2 yıl içinde 4. hiç ltrmedi
- ☐ 15.2.11. Kolesterol, HDL, şeker vb. tetkiklerinizi en son ne zaman yaptırđınız?
1.Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç yaptırmadım
- ☐ 15.2.12. Görme kontrolünüzü en son ne zaman yaptırđınız?
1.Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç yaptırmadım
- ☐ 15.2.13. En son ne zaman osteoporoz (kemik erimesi) taraması yaptırđınız?
1.Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç yaptırmadım
- ☐ 15.2.14. En son ne zaman gaitada gizli kan bakısı yaptırđınız?
1.Son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. daha eski 4. hiç yaptırmadım
- ☐ 15.2.15. Bağışıklığı tam (rn; tetanos)
- ☐ 15.2.16. Önerilen tarama testlerini (TA, kolesterol gibi) yaptırmış
- ☐ 15.2.17. Belirtilen diğerk tarama testleri (HIV, CYBH, görme, vb.) yapılmış
- ☐ 15.2.18. Çocuklar için emniyet kemeri kullanıyor
- ☐ 15.2.19. Kendisi emniyet kemeri kullanıyor
- ☐ 15.2.20. Önerilen tarama testlerini yaptırması gerek
- ☐ 15.2.21. Sağlık davranışları yok

15.3. İzleme görüşmeleri

- ☐ 15.3.1. Düzenli olarak geliyor
- ☐ 15.3.2. Düzenli gelmiyor
- ☐ 15.3.3. Sadece hatırlatıldığında geliyor
- ☐ 15.3.4. Acil sağlık hizmetlerini uygunsuz kullanıyor
- ☐ 15.3.5. Sağlık riski nedenlerini izlemede eksiklik

15.4. Hastalıklar, diyet, tedavi planı ile ilgili tıbbi bilgiler

- ☐ 15.4.1. ğrenmiş
- ☐ 15.4.2. ğreniyor: Çok az tekrar gerektiriyor
- ☐ 15.4.3. ğreniyor: Çok yoğun tekrar gerektiriyor

☐ 15.4.4. Öğrenemiyor

15.5. Teknik beceriler

☐ 15.5.1. Teknik işlemler veya ekipmanlar (lens, takma diş, protez gibi) yok

☐ 15.5.2. Bağımsız olarak işlemleri yapıyor/ ekipmanı doğru olarak kullanıyor

☐ 15.5.3. Ekipmanı yardım alarak doğru kullanıyor

□15.5.4. İşlemleri yapmada isteksiz

☐ 15.5.5. Haftada 3 defaya kadar sağlık görevlilerinden teknik yardım gerekiyor

☐ 15.5.6. Haftada 3'ten fazla teknik yardım gerekiyor (Eksternal damar girişimi vb.)

☐ 15.5.7. Yaşamı sürdürmede gereken işlemleri doğru/ güvenilir olarak yapamıyor

☐ 15.5.8. Günde 1 kereden fazla sağlık görevlilerinden teknik yardım gerekiyor

15.6. İlaç tedavi yönetimi

☐ 15.6.1. İlaç tedavisi yok

□15.6.2. Uygun ilaç tedavisi alıyor

□15.6.3. Tedavi alma nedenini anlamıyor

☐ 15.6.4. Verilen ilacın dozunu bilmiyor

☐ 15.6.5. Başlıca yan etkilerini bilmiyor

☐ 15.6.6. Uygun olmayan ilaç tedavisi sistemi var

☐ 15.6.7. Reçete edildiği gibi ilaç tedavilerini almıyor

☐ 15.6.8. İlaç tedavisinde yan etkiler görülüyor

☐ 15.6.9. İlaç tedavisini yönetmek için profesyonel destek gerekiyor

☐ 15.6.10. Tıbbi tedaviye başlamada profesyonel destek gerekiyor

☐ 15.6.11. İlaç tedavi yönetiminden sapmalar olması sağlık risklerine yol açıyor

15.7. Parametre Oranı: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

YORUMLAR:

TOPLAM ÖLÇEK PUANI:

Kendi sağlık durumunuza 0 ile 100 arasında kaç puan verirsiniz?

(Not: 0=çok kötü ve 100= en iyi sağlık durumuna sahip olduğunu ifade eder).

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**“Ödemiş İlçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin
“Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli” Çerçevesinde Değerlendirilmesi”**

isimli çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir.

Bu çalışma, Ödemiş İlçe Merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini belirlemek ve bazı kişisel özelliklerin buna etkisini değerlendirmek üzere planlanmış bulunmaktadır. Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 65 ve üzeri yaşlarda olmanız, araştırmaya katılmada istekli olmanız ve bir kurum bakımı (huzurevi gibi) alıyor olmamanız gerekmektedir. Bu çalışmada size bir anket uygulanacak, sağlığınıza değerlendirmek için fiziksel muayeneniz yapılacak, bunun için ateş, nabız, tansiyon, boy ve kilo ölçümlerinizi gerçekleştirilecek ve kalp-akciğer sesleriniz dinlenecektir. Araştırmaya 365 gönüllü birey katılacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Öğretim Görevlisi Aysun ÇELEBİOĞLU tarafından muayene edileceksiniz ve bulgularınız kaydedilecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Ayrıca araştırmada yapılacak olan ölçüm ve muayeneler size ve/veya bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kurum veya kuruluşa herhangi bir yük getirmeyecektir.

Size okunmuş olan bu belgenin (bilgilendirilmiş onay formu) bir kopyası tarafınıza yazılı olarak verilecektir. Çalışma sürecinde herhangi bir nedenle aşağıda açık adresi ve telefonu belirtilmiş olan Aysun Çelebioğlu’na başvurabilirsiniz.

Adres: Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, Atatürk Mah. Atatürk Cad. No: 3
Ödemiş/İZMİR
Tel: 0542-2236068 veya 0232-5443450

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Gönüllünün **İmzası:**

Tarih:

Adı Soyadı:

Adresi:

Araştırmacının

Adı Soyadı: Aysun ÇELEBİOĞLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU
RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, EGE UNIVERSITY
Bornova, İZMİR-TÜRKİYE

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU		
	PROTOKOL ADI	Ödemiş İlçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin "Andersen'in Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli" Çerçevesinde Değerlendirilmesi.	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ ADI	Aysun ÇELEBİOĞLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	EÜ. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu	
	DESTEK FİYAT FİRMA	-	
FAZİ	-		
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi / Değişiklik No. su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.03.2009	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	Türkçe
	OLGU RAPOR FORMU	-	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 09-4/6	Tarih : 11.05.2009
	Üniversitemizde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyeceği koşullarda adı geçen araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI		İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
ÜYELER							
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza	
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst.	E.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst.AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Doç. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Farmakoloji	E.Ü.T.F. Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Müge TUNÇYÜREK Üye	Patoloji	E.Ü.T.F. Patoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Mehmet UYAR Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Doç. Dr. Fisun AKDENİZ Üye	Psikiyatri	E.Ü.T.F. Psikiyatri AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Doç. Dr. Kenan AKSU Üye	Romatoloji	E.Ü.T.F. İç Hst. AD. Romatoloji BD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Doç. Dr. Yasemin AKÇAY Üye	Biyokimya	E.Ü.T.F. Biyokimya AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Yrd. Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Deontoloji	E.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Deontoloji	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Yrd. Doç. Ender ŞENOL Üye	Adli Tıp	E.Ü.T.F. Adli Tıp AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı / Analitik Kimya	E.Ü.T.F. Araştırma Etik Kurulu	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	EÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Bahri ÖZTÜRK Üye	Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku	Istanbul Kültür Üniversitesi	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI	

* Araştırma ile İlişki
 ** Toplantıda Bulunma

Revizyon Tarihi : 24.06.2005/Ver.no. 2

ASLI GİRİŞ
 EÜ Tıp Fakültesi Başkanı
 Etik Kurulu Başkanı

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU
RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, EGE UNIVERSITY
Bornova, İZMİR-TÜRKİYE

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	Ödemiş İlçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin "Andersen'in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli" Çerçevesinde Değerlendirilmesi.				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ ADI	Aysun ÇELEBİOĞLU				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	EÜ. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu				
	DESTEK FİYAT FİRMA	-				
	FAZİ	-				
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih / Değişiklik No. su	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.03.2009	Türkçe			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	Türkçe			
	OLGU RAPOR FORMU	-	Türkçe			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 09-4/6 Tarih : 11.05.2009					
	Üniversitemizde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda adı geçen araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU				
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst.	E.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst.AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Farmakoloji	E.Ü.T.F. Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Müge TUNÇYÜREK Üye	Patoloji	E.Ü.T.F. Patoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Mehmet UYAR Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Fisun AKDENİZ Üye	Psikiyatri	E.Ü.T.F. Psikiyatri AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Kenan AKSU Üye	Romatoloji	E.Ü.T.F. İç Hst. AD. Romatoloji BD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Yasemin AKÇAY Üye	Biyokimya	E.Ü.T.F. Biyokimya AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Deontoloji	E.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Deontoloji	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Ender ŞENOL Üye	Adli Tıp	E.Ü.T.F. Adli Tıp AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı / Analitik Kimya	E.Ü.T.F. Araştırma Etik Kurulu	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	EÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Bahri ÖZTÜRK Üye	Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku	İstanbul Kültür Üniversitesi	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI

* Araştırma ile İlişki
 ** Toplantıda Bulunma

Revizyon Tarihi : 24.06.2005/Ver.no. 2

ASLI GİRİDİR
 EÜ Tıp Fakültesi Araştırmalar Etik Komitesi Başkanı

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
ÖDEMiŞ İLÇESİ
SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI

SAYI : B-10-4-ISM-4-35-74-22/ 363
KONU : Tez çalışması Hk.

03/03/2009

SAĞLIK YÜKSEKOKUL MÜDÜRLÜĞÜNE

ÖDEMiŞ

İlgi : 03.03.2009 tarih ve 207 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile izin istenen okulunuzda görev yapan Öğr.Gör. Aysun ÇELEBİOĞLU' NUN İlçe merkezinde 65 yaş üstü bireylerin cinsiyete göre tespitlerinin yapılması için aile sağlığı merkezlerinde çalışmasına izin verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. İbrahim TELLİEL
Ödemiş Sağlık Grup Başkanı

GELEN EVRAK

Geliş Tarih : 04.03.2009

Kayıt No : 340

Sarıçöğür Cd.No:72 Ödemiş 35750 İZMİR
Telefon:(0232)545 11 97 -544 89 30 FAX :0 232 545 41 25
e-posta: odemissgb@ism.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

Aysun ÇELEBİOĞLU, 1969 yılında Muğla İli Milas İlçesi'nde doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı yerde tamamladı. 1987 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun oldu. Aynı yıl Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde göreve başladı. 1988–1991 yılları arasında Sarıkamış Askeri Hastanesi'nde ve 1991–1995 yılları arasında da 600 Yataklı İzmir Mevki Askeri Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştı. Daha sonra 1995 Haziranında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroşirurji Kliniği'ne atandı. Burada 1995–2001 yılları arasında yoğun bakımda ve serviste klinik hemşiresi ve bir dönem servis sorumlu hemşiresi olarak görev yaptı.

E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu'nu 1996 yılında bitirdi. 2001 yılı Şubat ayında E.Ü. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak işe başladı. 28.04.2004 tarihinde araştırma görevlisi kadrosunda öğretim görevlisi olarak atandı. Ocak 2004 itibariyle Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği A.D'nda yüksek lisansını tamamladı. Ekim 2006 tarihinden bu yana E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D'nda doktora tez çalışmasını sürdürmektedir. Ayrıca Ödemiş Sağlık Yüksekokulu'nda 16 Haziran 2005'ten itibaren Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.