



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**65 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDEKİ
BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE
BAĞIMSIZLIK DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: İZMİR KARŞIYAKA
ÖRNEĞİ**

SEDA DEMİRCİ SERDAR
ORCID ID: 0000-0001-6807-3116
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ASYA BANU BABAOĞLU

İZMİR-2025

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**65 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDEKİ
BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE
BAĞIMSIZLIK DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: İZMİR KARŞIYAKA
ÖRNEĞİ**

SEDA DEMİRCİ SERDAR
ORCID ID: 0000-0001-6807-3116
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ASYA BANU BABAOĞLU

İZMİR-2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER.....	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık Tanımı	4
2.2. Demografik Değişim ve Nüfus Projeksiyonları	6
2.3. Yaşlılık ile İlgili Uluslararası ve Ulusal Çalışmalar	8
2.4. Yaş Ayrımcılığı ve İnsan Hakları	9
2.5. Yaşlılarda Dijital Eşitsizlik	11
2.6. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Bağımsızlık.....	13
2.7. Randevu Alma Yöntemleri	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	20
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.5. Araştırmanın Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	21
3.6. Veri Toplama Araçları	21
3.7. Veri Toplama Yöntemi	25
3.8. İstatistiksel Analiz.....	25
3.9. Araştırma Takvimi	27
3.10. Etik İzinler.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Katılımcıların Genel Bulguları.....	28
4.2. Grupların Karşılaştırmalı Bulguları	36
4.3. Nedensel Bulgular	41
4.4. Katz GYA ve Lawton EGYA Ölçeklerine Ait Bulgular.....	43
4.5. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Daha İyi Hale Getirilmesi ile İlgili Fikir ve Öneriler.....	49

5. TARTIŞMA	53
5.1. Çalışma Grubunun Değerlendirilmesi.....	54
5.2. Gruplar Arası Karşılaştırmalar	59
5.3. Katz GYA ve Lawton EGYA Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
7. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER	73
8. KAYNAKLAR	74
EKLER.....	86



TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca, destekleyici ve ilham verici tutumuyla örnek aldığım, yolumu aydınlatan danışmanım Doç. Dr. Asya Banu BABAOĞLU'ya,

Bilgi ve tecrübelerini bizlerden esirgemeyen anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN'e,

Bilgi birikimi, özgün yaklaşımları ve değerli katkıları için Prof. Dr. Melih Kaan SÖZMEN'e,

Asistanlığım süresince verdiği istatistik dersleri ve tezimin analizlerine yönelik destekleri için Prof. Dr. Ferhan ELMALI'ya,

Dijital eşitsizlik konusundaki paylaşımları ile bana yeni bir bakış açısı kazandıran Prof. Dr. Elif KORAP ÖZEL'e,

Her tökezlediğimde yanımda olan, sevgi ve desteklerinden güç aldığım, tekrar birlikte çalışmayı ümit ettiğim mesai arkadaşlarım Dr. Melis UÇAR ve Dr. Ilgın TİMARCI'ya,

Asistanlığım süresince birlikte vakit geçirdiğim sevgili asistan arkadaşlarıma,

Manevi destekleri ile her zaman yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Her konuda en büyük destekçim, sevgisiyle bana huzur ve ilham veren canım sevgilim, değerli eşim Deniz SERDAR'a çok teşekkür ederim...

*Sevgisini, merhametini ve desteğini daima hissettiğim,
yaşlılar konusunda duyarlı bir hekim olmamın en büyük sebebi,
sevgili anneannem Nazo ÇOLAK'ı sevgi ve rahmetle anıyorum...*



Seda

ÖZET

65 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDEKİ BAĞIMSIZLIK DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE BAĞIMSIZLIK DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: İZMİR KARŞIYAKA ÖRNEĞİ

SEDA DEMİRCİ SERDAR

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uzmanlık Tezi, İzmir, Türkiye, 2025

Amaç: Yaşlı nüfusun dünya genelindeki artışı, bu grubun karşılaştığı sorunları daha görünür hale getirmiş ve yaşam kalitesine odaklanan, bağımsız ve aktif yaşlanmayı destekleyen hedef ve stratejilerin geliştirilmesini sağlamıştır. Bu çalışmanın amacı, 65 yaş ve üzeri bireylerin temel ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri ile sağlık hizmetlerine erişimde bağımsızlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine ulaşma yöntemleri ve karşılaşılan zorluklar değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kesitsel araştırma olarak tasarlanan çalışmada, veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle Temmuz-Ekim 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları arasında bilişsel fonksiyon değerlendirmesi için Mini-Cog Testi, sosyodemografik özellikler, sağlık hizmetlerine erişim durumları ve teknoloji kullanımı ile ilgili soruları içeren anket formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) ve Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA) bulunmaktadır. Araştırmanın evrenini İzmir ili Karşıyaka ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü G-Power ile her grupta 105 kişi olacak şekilde toplam 210 kişi hesaplanmıştır. Verilerin analizinde; Kikare, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman korelasyon testleri ile ileri analizler için iki durumlu lojistik regresyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, sağlık hizmetlerine erişimde bağımsız olmayan 105 kişi (Grup 1) ile bağımsız erişebilen 105 kişi (Grup 2) karşılaştırılmıştır. Çalışma grubunun yaş ortalaması $73,73 \pm 6,26$ yıl olup Katz GYA ölçeği puan ortalaması Grup 1’de $5,62 \pm 0,85$, Grup 2’de $5,94 \pm 0,27$ ’dir ($p=0,001$). Lawton EGYA ölçeği puan ortalaması Grup 1’de $5,58 \pm 2,02$, Grup 2’de $7,69 \pm 0,75$ ’dir ($p<0,001$). Sağlık hizmetlerine bağımsız erişim üzerinde belirleyici faktörler arasında Katz GYA ve Lawton EGYA puanları ile

eğitim düzeyi, gelir düzeyi, işitmede zorluk düzeyi ve internet kullanabilme becerisi bulunmaktadır.

Sonuçlar: Elde edilen sonuçlar, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde randevu alma gibi temel bir süreci daha bağımsız gerçekleştirebildiğini ortaya koymaktadır. Yaşlı bireylerin bağımsızlıklarının desteklenmesi, dijital teknolojilere uyumlarının artırılması ve sağlık hizmetlerine erişimlerini iyileştirecek stratejiler geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, bağımsız yaşam, sağlık hizmetlerine erişim, randevu alma, dijital teknoloji



ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVELS OF INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND THE INDEPENDENCE IN ACCESS TO HEALTH SERVICES OF PEOPLE AGED 65 AND OVER: THE EXAMPLE OF İZMİR KARŞIYAKA

SEDA DEMIRCI SERDAR

**Izmir Katip Celebi University, Faculty of Medicine, Department of Public
Health, Medical Specialization Thesis, İzmir, Türkiye, 2025**

Aim: The increase in the elderly population worldwide has made the challenges faced by this group more visible, leading to the development of goals and strategies focused on improving quality of life and supporting independent and active aging. The purpose of this study is to examine the relationship between the independence levels in basic and instrumental activities of daily living of individuals aged 65 and older and their independence in accessing health services. Additionally, the methods of accessing health services and the encountered challenges have been evaluated.

Methods: Designed as a cross-sectional study, data were collected through face-to-face interviews between July and October 2023. The data collection tools included the Mini-Cog Test for cognitive function assessment, a questionnaire addressing sociodemographic characteristics, health service access, and technology use, as well as the Katz Activities of Daily Living Scale (ADL) and the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL). The study population consisted of individuals aged 65 and older residing in the Karşıyaka district of İzmir. The sample size was calculated using G-Power, resulting in a total of 210 individuals, with 105 in each group. For data analysis, Chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, and Spearman correlation tests were used, along with logistic regression analysis for further analysis.

Results: In this study, 105 individuals who were not independent in accessing health services (Group 1) were compared with 105 individuals who could access services independently (Group 2). The mean age of the study group was 73.73 ± 6.26 years, with the mean Katz ADL scale score being 5.62 ± 0.85 in Group 1 and 5.94 ± 0.27 in Group 2 ($p=0.001$). The mean Lawton IADL scale score was 5.58 ± 2.02 in Group 1 and 7.69 ± 0.75 in Group 2 ($p<0.001$). The key factors determining independent access

to health services included Katz ADL and Lawton IADL scores, educational level, income level, hearing difficulty level, and internet usage skills.

Conclusion: The findings reveal that individuals with higher levels of independence in daily living activities are more capable of independently managing fundamental processes, such as scheduling appointments for health services. Supporting the independence of older adults, enhancing their adaptation to digital technologies, and developing strategies to improve access to healthcare are crucial for promoting their well-being.

Keywords: aged, independent living, access to health care, appointment scheduling, digital technology



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BİT	: Bilgi ve İletişim Teknolojileri
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HYP	: Hastalık Yönetim Platformu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OECD	: Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil 1: Araştırmanın Zaman Çizelgesi	27
Şekil 2. Randevu Yöntemlerinin Bilinme ve En Az Bir Kez Kullanılma Oranları ...	33



TABLÖLAR

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler	29
Tablo 2. Genel Sağlık Özellikleri.....	30
Tablo 3. Kronik Hastalık Dağılımı	31
Tablo 4. Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Özellikler	32
Tablo 5. Sağlık Kuruluşuna Başvuru Yöntemleri ile İlgili Özellikler	34
Tablo 6. Teknolojik Araçlara Sahip Olma ve Kullanım Özellikleri	35
Tablo 7. Grupların Tanımlayıcı Özellikleri	37
Tablo 8. Grupların Genel Sağlık Özellikleri	38
Tablo 9. Grupların Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Özellikler.....	39
Tablo 10. Grupların Teknolojik Araçlara Sahip Olma ve Kullanım Özellikleri.....	40
Tablo 11. Grupların Katz GYA ve Lawton EGYA Ölçekleri Puan Ortalamaları	41
Tablo 12. Model 1: Katz GYA Ölçeği ve Diğer Faktörlerin Bağımsız Randevu Alabilme Durumuna Etkisi	42
Tablo 13. Model 2: Lawton EGYA Ölçeği ve Diğer Faktörlerin Bağımsız Randevu Alabilme Durumuna Etkisi	43
Tablo 14. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları ile Korelasyonları.....	44
Tablo 15. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları.....	45
Tablo 16. Katılımcıların Genel Sağlık Özelliklerine Göre Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları	46
Tablo 17. Teknolojik Araçlara Sahip Olma ve Kullanım Özelliklerine Göre Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları.....	48

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde sanayileşme ve gelişen teknolojinin etkisi, tanı ve tedavide yaşanan gelişmeler ile doğumda beklenen yaşam süresi artmıştır. Yaşam süresindeki bu artışın yanında doğurganlık oranlarının düşmesi, nüfusun yaş yapısında belirgin değişimlere neden olmuş ve yaşlı nüfus oranını artırmıştır (1). Tarihte ilk kez 2020 yılında, altmış yaş ve üzeri nüfus beş yaş altı çocuk nüfusunu geride bırakmıştır (1). Nüfus projeksiyonlarına göre, 65 yaş ve üzeri nüfusun küresel düzeyde artacağı ve 2080 yılında 18 yaş altı nüfusu aşacağı öngörülmektedir (2). Ülkemizde de 2023 yılında yaşlı nüfus oranı %10,2 ile dünya yaşlı nüfus oranı ortalamasının (%10,0) hemen üzerine çıkmıştır (3).

Küresel düzeyde yaşlı nüfusun artması ve bu artışın devam edeceği öngörüsü, yaşlı sağlığı politikalarının gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Demografik değişim karşısında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “aktif yaşlanma” ve “sağlıklı yaşlanma” kavramlarını ortaya koymuştur. Aktif ve sağlıklı yaşlanma, yaşlılık döneminde refahı sağlayacak işlevsel yetkinliğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi sürecidir (1). Bu kapsamda, bireyin bağımsız, sağlıklı ve güvenli bir yaşam sürmesi hedeflenmektedir (4). Yaşlıların bağımsızlığı, yaşam kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişimleri ile doğrudan ilişkilidir (5).

Yaşlanma süreci, biyolojik değişimlerin yanı sıra sağlık sorunlarının artmasıyla karakterizedir. Bu durum, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarını artırmakta ve bu hizmetlere erişimde karşılaşılan zorlukları daha belirgin hale getirmektedir (1). Sağlık hizmetlerine erişim; bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunum şekillerine, karşılanabilirliğine ve kabul edilebilirliğine bağlıdır (6).

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde önemli bir dijital dönüşüm yaşanmaktadır. Çevrimiçi randevu planlama uygulamaları, dijital sağlık kayıtları, uzaktan sağlık hizmeti sunumu gibi birçok yenilik sağlık hizmetlerinde yaygınlaşmaktadır (7,8). Ancak, ülkemizde ve dünya genelinde yaşlı nüfus, teknolojiye erişim ve teknolojiyi kullanma konusunda zorluklar yaşamaktadır (9–11). Sağlık hizmetlerine erişimin temel bir aşaması olan randevu alma işlemi dahi, yaşlı bireyler için karmaşık hale

gelmektedir. Bu durum, işlemi kendi kendilerine gerçekleştirememelerine, başkalarından yardım istemelerine neden olmaktadır (12,13).

Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerinin, sağlık hizmetine erişim sürecini bağımsız olarak yürütebilmelerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Literatürde yaşlı bireylerin bağımsızlığı ya da teknolojiye erişimleri konusunda birçok çalışma bulunmasına rağmen, sağlık hizmetlerine erişimlerinde teknoloji kullanımını ve erişimin ilk adımı olan başvuru yöntemlerini bir arada inceleyen, bunları işlevsel bağımsızlıkları ile değerlendiren çalışmalar sınırlıdır (14).

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, 65 yaş ve üzeri kişilerin “temel günlük” ve “enstrümantal günlük” yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin sağlık hizmetlerine erişim konusundaki bağımsızlığı ile ilişkisinin belirlenmesi, sağlık hizmetlerine ulaşma şekillerinin incelenmesidir. Ayrıca, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler, genel sağlık durumu, mevcut sağlık hizmetleri kullanımı ve teknoloji kullanım durumlarının, sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0A: Yaşlıların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğine göre bağımlılık düzeyleri ile sağlık hizmetlerine erişimde bağımlı olmaları arasında bir ilişki yoktur.

H1A: Yaşlıların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğine göre bağımlılık düzeyleri ile sağlık hizmetlerine erişimde bağımlı olmaları arasında bir ilişki vardır.

H0B: Yaşlıların Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğine göre bağımlılık düzeyleri ile sağlık hizmetlerine erişimde bağımlı olmaları arasında bir ilişki yoktur.

H1B: Yaşlıların Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğine göre bağımlılık düzeyleri ile sağlık hizmetlerine erişimde bağımlı olmaları arasında bir ilişki vardır.

(Hipotezler H1 hipotez kurma ilkesine göre oluşturulmuştur.)

1.4. Araştırmanın Önemini ve Yaygın Etkisi

Araştırma, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişim süreçlerinin ilk aşamasında karşılaştıkları engelleri anlamayı hedeflemekte ve bu engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sunmayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda, elde edilen bulguların, sağlık hizmetlerine erişim alanında yapılacak diğer araştırmalar için de yol gösterici olması beklenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı

Yaşlılık ile ilgili yaşlanma sürecinin farklı yönleri olduğunu gösteren çeşitli tanımlamalar bulunmaktadır.

Kronolojik yaş; bireyin doğumundan itibaren geçen sürenin yıl ile ifadesidir. Toplumda sosyal rollerin belirlenmesi, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda kullanılan temel bir kriterdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) yayımlarında çoğunlukla kronolojik yaş kullanılmakta, 60 ve/veya 65 yaş ve üzeri kişiler “yaşlı” olarak kabul edilmektedir (2,4). Yaşlılarda en sık kullanılan gruplandırmalardan biri; 65-74 yaş genç yaşlı (*youngest-old*), 75-84 yaş orta yaşlı (*middle-old*), 85 yaş ve üzeri çok yaşlı (*oldest-old*) şeklindedir. Doğumda beklenen yaşam sürelerinin uzamasının etkisiyle yeni tanımlamalar eklenmiştir: 100 yaşını aşmış kimseler için “asırlık” (*centenarian*) ve 110 yaşını aşmış kimseler için de “süper asırlık” (*super centenarian*) terimleri kullanılmaktadır (15). Kronolojik yaş bir bireyin sağlık durumunun doğrudan ölçüsü değildir. Ancak yaş gruplaması nüfus ve sağlık ölçümlerinin ortak bir özelliğidir ve yaş grubuna özgü yaklaşımlar, ihtiyaç tespiti ve politika geliştirilmesi açısından yol göstericidir.

Biyolojik yaşlanma; zaman içinde çeşitli moleküler ve hücrel hasarın birikiminin etkisinden kaynaklanır. Bu durum, fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalmaya, artan hastalık riskine ve ölüme yol açar. Bu değişiklikler doğrusal ve tutarlı değildir, kronolojik yaş ile zayıf bir ilişkisi vardır (1).

Toplumsal yaşlanma; toplumdaki yaşlı nüfusun oranının artmasıdır. Durumun sosyal, ekonomik ve kültürel yapılar üzerindeki etkilerini ifade eden geniş bir kavramdır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranına dayalı bir sınıflandırmaya göre; 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %4’ten az olan toplumlar genç, %4-7 arasında olanlar erişkin, %7-10 arasında olanlar yaşlı ve %10’un üzerinde olanlar çok yaşlı toplumlar olarak tanımlanmaktadır (16). Bu sınıflandırma, toplumların demografik yapısındaki yaşlanma eğilimlerini değerlendirmek ve uygun politikalar geliştirmek için önemlidir.

Sosyal yaşlanma; bireylerin toplum içindeki rollerinin, statülerinin ve sosyal ilişkilerinin yaşla değişimini ifade eder. Kültürel normlardan ve geleneklerden etkilenir (17).

Ruhsal yaşlanma; bireyin farkındalığını ve yaşlanma sürecine uyumunu ifade eder. Yaşlanma ile yeni durumlara uyum sağlamada güçlükler artar, bilişsel kapasitede yavaşlama, algılama ve düşünme süreçlerinde değişiklikler meydana gelir (17).

Yaşlılıkla ilgili olumsuz algılara neden olabilen çeşitli tanımlamalara karşılık, yaşlanma sürecinin kalitesine odaklanan yeni kavramlar geliştirilmiştir (18).

Başarılı yaşlanma; fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik sağlık alanlarını kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Üç temel bileşeni vardır; i) kronik hastalıkların ve fiziksel engellerin önlenmesi veya en aza indirilmesi, ii) yaşlanma sürecinde bireylerin bağımsızlıklarını koruyarak fiziksel ve zihinsel sağlıklarını sürdürmeleri, iii) sosyal ilişkilerin devam ettirilmesi ve üretken faaliyetlere katılım (19).

Aktif yaşlanma; bireylerin yaşlandıkça fiziksel, sosyal ve zihinsel sağlıklarını koruyarak, yaşam kalitelerini artırmalarını ve topluma katılımlarını sürdürmelerini ifade eder. Fiziksel olarak aktif olmanın yanı sıra iş gücüne katılımı teşvik eden bir kavramdır (20).

Sağlıklı yaşlanma; bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini ve çevrelerine katkıda bulunabilmelerini sağlayan işlevsel yeteneklerin geliştirilmesi ve korunması süreci olarak tanımlanmaktadır. İşlevsel yetenekler; bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamasını, öğrenmesini, büyümesini ve kararlar almasını, hareketli olmasını, ilişkiler kurmasını ve sürdürmesini ve topluma katkıda bulunmasını sağlayan yetenekleri kapsar (21). Bu yetenekler, bireyin içsel fiziksel ve zihinsel yetenekleri (içsel kapasite) ile yaşadığı çevre (fiziksel, sosyal ve politik ortamlar) tarafından şekillenir. Sağlıklı yaşlanma için hastalık ve sakatlığın olmaması koşul değildir, amaç bireyin genel refahını sağlamaktır. Örneğin, çok sayıda hastalığı olan bir bireyin, bu hastalıkları uygun bir şekilde yönetildiği takdirde, bireyin yaşam kalitesi ve işlevselliği üzerindeki etkileri minimal düzeyde kalabilmektedir. DSÖ, sağlıklı yaşlanma sürecine bütüncül bir yaklaşım benimsenmesinin önemini vurgulamaktadır. Yaşlıların, ailelerin, toplumların ve hükümetlerin yaşlılıkta refahı artırmak için birlikte çalışması gerektiğini belirtmektedir (22).

Yaşlılık döneminin nasıl geçirileceği, yaşamın başlangıcından itibaren pek çok faktör tarafından belirlenir. Bu nedenle, yaşlılık dönemi büyük oranda çeşitlilikle karakterizedir. Örneğin, bazı 80 yaşındakiler, 20 yaşındakilerle karşılaştırıldığında olumlu fiziksel ve zihinsel kapasite seviyelerine sahiptir. Bu farklılıklar rastgele

gerçekleşmez (23). Yaşlının sağlığı, belirleyici faktörlerin etkileşimiyle belirlenir ve dinamiktir (17). Volpato ve Guralnik (2018) tarafından açıklanan yaşlılık döneminde sağlığın belirleyicileri; tıbbi durumlar, ekonomik koşullar, fonksiyonel durum, çevresel koşullar, kognitif durum, duygusal durum ve sosyal desteklerdir (24). Yapılan çalışmalar, doğuştan beklenen yaşam süresinin %20-30'unun genetik faktörlerden kaynaklanırken, geri kalanının çevresel, davranışsal ve diğer nedenlerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır (25,26).

Sağlıklı yaşlanmanın önemi, dünya genelinde demografik değişim nedeniyle daha belirgin hale gelmektedir. Yaşlı nüfusun artışı, toplumların sosyal, ekonomik ve politik yapılarını yeniden şekillendirmektedir (27).

2.2. Demografik Değişim ve Nüfus Projeksiyonları

Toplumların yaşlanması (nüfus artışı, kentleşme ve göç ile), dünyamızı şekillendiren en önemli demografik eğilimler arasında yer almaktadır (2).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık politikaları, yaşlı bireylerin bağımsız bir yaşam sürdürebilmesi ve topluma aktif katılımını sağlamayı hedeflemektedir. Gelişmiş ülkeler, demografik geçiş süreçlerini tamamladıkları için yaşlılıkla ilgili sorunlarla uzun süredir karşılaşmaktadır. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık henüz öncelikli bir gündem değildir. Türkiye gibi doğurganlık oranlarının hızla düştüğü ülkeler ise yakın gelecekte yaşlılık sorunlarıyla karşı karşıya kalacaklardır (28).

1974 ile 2024 arasında, 65 yaş grubunun dünya çapındaki payı neredeyse iki katına çıkarak %5,5'ten %10,3'e yükselmiştir. Nüfus tahminlerine göre, 2024 ile 2074 yılları arasında bu sayı tekrar ikiye katlanarak %20,7'ye yükselecektir. Aynı dönemde, 80 yaş ve üstü kişilerin sayısının üç kattan fazla olacağı tahmin edilmektedir. Küresel düzeyde nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisindeki iyileşmelere atfedilebilir ancak birçok ülkede doğurganlık oranlarındaki düşüşle de ilgilidir (2).

Bağımlı nüfus oranı, bir ülkenin demografik yapısının ekonomik ve sosyal etkilerini anlamak için önemli bir göstergedir. Bağımlı nüfus oranı, çalışma çağındaki (15-64 yaş) nüfusun, genç (0-14 yaş) nüfusa ve yaşlı (65 yaş ve üzeri) nüfusa oranını ifade etmektedir. Demografik geçiş sürecinde ülkelerin yaş yapılarında değişimin aşamaları vardır (29). İlk dönem sanayi devrimi öncesi hızlı nüfus artışı ve genç bağımlılık oranı yüksekliği, ardından daha yavaş nüfus artışı ve azalan genç bağımlılık

dönemi ve son olarak sanayi devrimi sonrası doğum oranlarının düşmesi ile nüfus artışının azalmasını ifade eden yaşlı bağımlılık dönemidir (29). Çeşitli kaynaklar, nüfus artış hızının sabit kaldığı veya azalmaya başladığı dördüncü dönemi, düşük doğum oranlarının yenilenme düzeyinin altına inmesi ile nüfusun azaldığı beşinci dönemi de eklemektedir (30,31). Günümüzde Japonya, İtalya gibi ülkeler nüfusun azalması tehlikesiyle karşı karşıyadır ve yüksek yaşlı bağımlılık oranları gözlenmektedir (32). Yüksek bir bağımlılık oranı, çalışan nüfusun, ekonomik olarak bağımlı olan daha fazla sayıda kişiyi desteklemesi gerektiğini göstermektedir. Sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve eğitim gibi alanlarda politika planlanması açısından önemlidir (33).

Türkiye’de yaşlı nüfus oranı 2023 yılında %10,2 olarak açıklanmıştır. Yaşlı nüfus yıllar içerisinde artan bir grafik çizmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi de 77,3 yıla çıkmıştır. Kadınlar için doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerden 5,3 yıl fazla olup, 80 yıldır. İzmir ilinde doğumda beklenen yaşam süresi 78,1 ile Türkiye ortalamasının biraz üzerindedir (34). Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında ise doğumda beklenen yaşam süresinin en uzun olduğu ülkeler, 84,1 yıl ile Japonya ve 83,7 yıl ile İsviçre’dir (35). Kişinin ciddi veya orta dereceli sağlık sorunu olmadan yaşaması beklenen yıl sayısı olan “sağlıklı yaşam süresi”, Türkiye’de kadınlarda 56,3 yıl iken erkeklerde 59,0 yıl olarak açıklanmıştır. Avrupa birliği üye ülkelerinin ortalama sağlıklı yaşam süresi ülkemize göre yüksektir, kadınlar için 62,8 yıl, erkeklerde 62,4 yıldır (34,36).

Nüfus projeksiyonlarında üç senaryo üzerinden gelecek nüfus tahminleri yapılmaktadır: i) mevcut durumun devam etmesi (ana senaryo), ii) doğurganlık oranının azalması (düşük senaryo), iii) doğurganlık oranının artması (yüksek senaryo). Her üç senaryoda da yaşlı nüfus oranının artışı beklenmektedir (37). Birleşmiş Milletler 2024 Dünya Nüfus Projeksiyonu’na göre, doğurganlık oranlarının beklenenden daha düşük seyretmesi nedeniyle dünya nüfusunun, önceki projeksiyonlara kıyasla daha erken bir dönemde zirveye ulaşması beklenmektedir. Türkiye’nin yer aldığı projeksiyonlara göre nüfusun otuz yıl daha artacağı ve 2100 yılında nüfusun üçte birinin 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşacağı öngörülmektedir (2). Türkiye gibi hızlı yaşlı nüfus artışıyla karşı karşıya olan ülkelere; sağlık ve uzun dönemli bakım sistemlerinin güçlendirilmesi, yaşam boyu öğrenmenin teşvik edilmesi, yaşlı bireyler için istihdam fırsatlarının artırılması, yaş temelli ayrımcılıkla

mücadele edilmesi, bu gruba yönelik yeni endüstrilere yatırım yapılması ve sosyal koruma sistemlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması önerileri yer almaktadır (2,38).

2.3. Yaşlılık ile İlgili Uluslararası ve Ulusal Çalışmalar

Dünyada yaşlı nüfus artışı ile yaşlılık bütün boyutlarıyla uluslararası alanda incelenmeye başlanmış, küresel yaklaşım stratejileri geliştirilmiştir. Viyana’da 1982 yılında yaşlanma konusunda ilk dünya asamblesi gerçekleştirilmiştir. İstihdam, gelir güvenliği, sağlık, barınma, eğitim ve sosyal refah gibi temel sorun alanları belirlenmiş ve refah eğilimli politikalar üzerinde durulmuştur (17).

Birleşmiş Milletler (BM), 1991 yılında yaşlı bireylerin bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme ve saygınlık haklarını içeren **Yaşlılık İlkeleri**’ni kabul etmiştir. Bu ilkeler, yaşlıların bağımsız olarak yaşamalarını, sosyal katılımlarını artırmalarını ve sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanmalarını içermektedir (27).

Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı (2002): Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen bu eylem planı, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmayı, toplumsal entegrasyonlarını sağlamayı ve tüm yaş gruplarını kapsayan politikalar geliştirmeyi hedeflemiştir. Eylem planında üç ana öncelik belirlenmiştir: i) yaşlı bireyler ve kalkınma, ii) yaşlılıkta sağlık ve refahın geliştirilmesi, iii) yaşlı bireylerin destekleyici ve olanak sağlayıcı çevrelerden yararlanmasının sağlanması (4).

Madrid Eylem Planı doğrultusunda, 2007’de Türkiye’de yaşlı bireylerin durumunu ele alan **“Türkiye’de Yaşlanma Ulusal Eylem Planı”** hazırlanmıştır. Eylem planı, yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerine erişim, ruh sağlığı ihtiyaçları, yeti yetersizliği gibi konulara odaklanmıştır (39).

Birleşmiş Milletler **Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015-2030)**, evrensel kalkınmayı sağlama amacıyla çizilen küresel bir yol haritasıdır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, “hiç kimseyi geride bırakma” ilkesini benimseyerek yaşlanma sürecini ve yaşlı bireyleri kalkınma süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirmektedir. Yaşlanma ayrı bir başlık olarak yer almamış olsa da birçok hedef, yaşlı bireylerin sağlığını, sosyal güvenliğini ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (27).

Hedef 1 ve Hedef 10: Yoksulluğun ve eşitsizliklerin azaltılması, yaşlı bireylerin ekonomik güvenliğini ve sosyal koruma mekanizmalarına erişimini desteklemektedir.

Hedef 3: Sağlıklı ve kaliteli yaşamın her yaşta güvence altına alınmasını öngörmektedir. Bu hedef, yaşlı bireyler için erişilebilir ve kapsayıcı sağlık hizmetlerinin sağlanmasını öncelikli bir alan olarak tanımlamaktadır.

Hedef 4 ve Hedef 5: Yaşam boyu öğrenme fırsatları ve toplumsal cinsiyet eşitliği, yaşlı bireylerin sosyal entegrasyonunu güçlendirmeyi hedeflemektedir

Hedef 11: Sürdürülebilir şehirler ve toplumlar hedefi, yaşlı bireylerin yaşamlarını kolaylaştıracak yaşlı dostu çevrelerin ve nesiller arası dayanışmanın oluşturulmasını öngörmektedir (22).

Birleşmiş Milletler tarafından 2020 yılında, “**Sağlıklı Yaşlanma On Yılı (2021-2030)**” başlatılmıştır. Yaşlı bireylerin refahını destekleyen stratejileri teşvik etmek amacıyla DSÖ’nün de yürütücüsü olduğu bu girişim, Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı'na dayanmaktadır ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyumlu bir şekilde ilerlemektedir (28). Sağlıklı Yaşlanma On Yılı, dört temel eyleme odaklanmaktadır: i) yaşlanmaya yönelik düşünce, duygu ve davranışların dönüştürülmesi, ii) yaşlı bireylerin yeteneklerini destekleyen yaş dostu toplumların geliştirilmesi, iii) yaşlıların ihtiyaçlarına duyarlı entegre ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması, iv) ihtiyaç duyan yaşlılara uzun dönemli bakım hizmetlerine erişim sağlanması. Bu eylemler, sağlıklı yaşlanmayı teşvik etmek ve daha kapsayıcı sistemler oluşturmak için kritik öneme sahiptir (22).

2.4. Yaş Ayrımcılığı ve İnsan Hakları

Yaşlanma konusunda çalışmaların artmasının etkisiyle, yaş ayrımcılığıyla mücadele ve yaşlı bireylerin haklarının korunması, uluslararası politikaların ve stratejik planların önemli bir parçası haline gelmiştir. Yaş ayrımcılığı, yaşa bağlı olarak başkalarına veya kendimize karşı nasıl düşündüğümüz, nasıl hissettiğimiz ve nasıl davrandığımız ile ilgilidir (40). Dünya genelinde her iki kişiden biri, yaşlılara yönelik ayrımcı tutum sergilemektedir (40). Yaş ayrımcılığı bireysel, kurumsal ve toplumsal boyutta gerçekleşebilir (41). Her yaştan insan yaş ayrımcılığından etkilenebilir. Cinsiyet, ırk, engellilik gibi farklı ayrımcılık türleriyle kesiştiğinde daha olumsuz sonuçlara neden olabilir (40). Birçok ülkede yaş ayrımcılığı, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişiminin ve sağlıklı yaşlanmasının önündeki en büyük sorunlardan biridir (42).

Yaş ayrımcılığı, sağlığın tüm yönlerini ciddi şekilde etkilemektedir ve sağlığın önemli bir sosyal belirleyicisidir (43). Yaşlı bireylerde daha kısa yaşam süresi, daha kötü fiziksel ve zihinsel sağlık, sakatlıktan daha yavaş iyileşme ve bilişsel gerileme ile ilişkilidir (40). Ayrıca sosyal izolasyon, yalnızlık, şiddet, istismar, demans riskini ve sağlıksız beslenme, aşırı alkol tüketimi, sigara içme gibi riskli sağlık davranışları artırmaktadır (40). Ayrımcılığa maruz kalan yaşlılarda, daha düşük yaşam memnuniyeti, daha az sosyal etkileşim, çalışma çağındaki yetişkinlere göre daha az sosyal destek görülmektedir (43).

Yaş ayrımcılığını azaltmada etkili olduğu kanıtlanmış üç temel strateji bulunmaktadır; politika ve yasalar, eğitim müdahaleleri ve nesiller arası iletişim girişimleri. Politika ve yasalar, yaş ayrımcılığını ve eşitsizliği önlemek için yeni düzenlemeler yapılmasını ve mevcut düzenlemelerin ayrımcılığı önleyecek şekilde güçlendirilmesini içerir (40). Eğitim müdahaleleri, bireylerin farklı yaş grupları hakkındaki yanlış algılarını düzelterek empatiyi artırmayı ve önyargıları azaltmayı hedefler. Nesiller arası iletişim girişimleri ise farklı yaş gruplarını bir araya getirerek grup içi önyargıları ve kalıp yargıları azaltmada etkili bir araçtır. Bu stratejiler, yaş ayrımcılığını hem bireysel hem de toplumsal düzeyde azaltmayı ve daha kapsayıcı, eşitlikçi bir toplum inşa etmeyi amaçlamaktadır (40,43).

Yaşlı bireylerin en yüksek sağlık standartlarından yararlanma hakkı, insan hakları çerçevesinde ele alınmakta ve bu hak, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile Madrid Uluslararası Eylem Planı gibi uluslararası belgelerde vurgulanmaktadır (44,45). Bu bağlamda, yaşlıların sağlık ihtiyaçlarını karşılamalarını ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyen yasal, sosyal ve yapısal engellerin ortadan kaldırılması temel bir öncelik olarak belirlenmiştir (44).

Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan ayrımcılık, yaşlı bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini zamanında ve etkili bir şekilde almasını engelleyerek daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir (46,47). Yaş ayrımcılığı, yaşlı bireylerin sağlık şikâyetlerinin yeterince ciddiye alınmamasına veya hizmetlerden tamamen dışlanmalarına neden olabilir. Bu durum, bireylerin sağlık sistemine olan güvenini zedeleyerek sağlık hizmetlerinden kaçınmalarına veya gecikmeli hizmet almalarına yol açabilir (41,44,48).

Yaşlı bireylerin toplumda karşılaştığı ayrımcılık türlerinden biri, dijital ayrımcılıktır. Dijital ayrımcılık, yaşlıların dijital teknolojilere erişim ve kullanım konusundaki sınırlılıklarını ve dijital ortamlardan dışlanmalarını ifade etmektedir (47). Yaşlı bireylerin teknoloji kullanımına ilişkin yaygın klişeler ve önyargılar, dijital teknolojilerin benimsenmesini ve kullanımını zorlaştıran önemli engellerdir. Yaşlılar sıklıkla teknolojiyi kullanamayan, teknolojik yeniliklere ilgisiz veya bu alanda yetersiz kişiler olarak algılanmaktadır. Bu tür olumsuz kalıplar, onların beceri ve deneyim çeşitliliğini göz ardı ederken, zamanla bireyler tarafından içselleştirilebilmektedir. Sonuçta bu önyargılar, yaşlı bireylerin dijital katılımını sınırlandırmakta ve onları toplumun dijital alanlarından dışlamaktadır (11,49).

2.5. Yaşlılarda Dijital Eşitsizlik

Dijital eşitsizlik, bilgi ve iletişim teknolojilerine (BİT) erişim, kullanım ve bu teknolojilerden sağlanan faydalar açısından yaşanan eşitsizliklerdir. Bireysel, toplumsal ve küresel düzeyde gerçekleşen ekonomik, yapısal, sosyal veya kültürel eşitsizliklerin dijital dünyaya yansısıyla oluşur (50).

Literatürde dijital eşitsizlik yanı sıra dijital bölünme ve dijital uçurum ifadeleri de sıklıkla kullanılmaktadır (50–52). Dijital bölünme veya dijital uçurum ile erişim eksikliği sahiplik ve kullanım düzeyi açısından ele alınarak, sosyodemografik değişkenler gibi sosyal belirleyicilerle açıklanmaya çalışılır. Oysaki dijital eşitsizlik, bir bilgisayara veya internete sahip olma eksikliğiyle sınırlı kalmayıp, bireylerin teknolojiyi etkin ve verimli bir şekilde kullanamaması, yeterli dijital okuryazarlık becerilerinin olmaması ve anlamlı kullanım olanaklarına erişememesi gibi unsurları kapsamaktadır (50).

Van Djik (2006), erişim kelimesinin farklı boyutları olduğunu ve aşamaları ifade ettiğini açıklamıştır. Erişimin içerdiği dört aşama; motivasyonel, maddi, beceri, kullanım. *Motivasyonel*; ilgi eksikliği, kaygı ve teknolojilerin cazip bulunmaması gibi nedenlerle teknolojinin benimsenmemesidir. *Maddi*; bilgisayar ve internet bağlantısına sahip olmama durumunu kapsamaktadır. *Beceri*; kullanıcı dostu olmayan teknolojiler, yetersiz eğitim veya sosyal destek nedeniyle dijital becerilerin eksikliğini tanımlamaktadır. *Kullanım*; süre ve faaliyetler açısından anlamlı kullanım fırsatlarının yetersizliği ya da bu fırsatların eşitsiz dağılımıdır (53).

COVID-19 pandemisi, internetin ve dijital teknolojilerin günlük yaşamı sürdürmede hayati önemini ortaya koymuştur. Dijital sağlık hizmetleri ve araçları hızla benimsenmiş, bilgi arama, iletişim, eğitim ve temel ihtiyaçlara erişim için internet kullanımı artmıştır. Ancak internet erişimi olmayan bireyler, sosyal izolasyon döneminde dışlanmış ve dijital teknolojileri kullanamayanlar geride kalma riskiyle karşılaşmıştır (54,55). Örneğin, resmî kurumların dijital platformlar üzerinden sunduğu doğru ve güvenilir sağlık bilgilerine ve hizmetlere zamanında erişim sağlanamaması bu sorunun bir göstergesidir (56). Literatürde bu durum “dijital ters bakım yasası” olarak tanımlanmaktadır ve sağlık hizmetleri bağlamında dijital teknolojilerin kullanımındaki eşitsizliklere dikkat çekmektedir (54). Julian Tudor Hart tarafından 1971’de ortaya atılan ters bakım yasasına (*inverse care law*) göre, iyi tıbbi bakımın erişilebilirliği, hizmet verilen nüfusun ihtiyaçlarıyla ters orantılı olma eğilimindedir. Yani, tıbbi bakıma en çok ihtiyaç duyanlar, paradoksal olarak en az ve en düşük kaliteli bakım alırlar (57). Ters bakım yasasını kırmamanın yolu, yaşlılar dahil, herkes için eşit derecede erişilebilir, kaliteli yani evrensel sağlık hizmetidir (58).

Dünyada her yıl 1 Ekim “Dünya Yaşlılar Günü” kabul edilmiştir. Belirlenen “tema” çerçevesinde yaşlı nüfus, sağlıklı yaşlanma ve yaşlı sağlığı gibi konularda farkındalık faaliyetleri gerçekleştirilerek yaşlılık dönemine dikkat çekilmektedir. Birleşmiş Milletler 2021 yılında “*Digital equity for all ages*- Her yaş için dijital eşitlik” temasını belirlemiştir. Bu doğrultuda politika yapıcıları ve vatandaşları, dijital teknolojilerin yaşlanma ve yaşlı bireyler üzerindeki dönüştürücü etkilerini ele almaya, bu teknolojilerin toplumlarımızdaki potansiyel faydalarını ve risklerini değerlendirmeye davet etmiştir (59).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2024 yılı Dünya Yaşlılar Günü teması, “Teknolojiye Hükmet, Sağlığını Yönet” olarak belirlenmiştir. Bu tema çerçevesinde, yaşlı bireylerin dijital sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki farkındalıklarının artırılması hedeflenmiştir. Özellikle, yaşlı bireylerin sağlık bilgilerine güvenilir internet kaynaklarından ulaşmaları, zararlı yazılım ve uygulamalardan korunmaları, Sağlık Bakanlığı web sitesi ve sosyal medya platformlarını aktif olarak kullanmaları teşvik edilmektedir. Bunun yanı sıra, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ve e-nabız gibi dijital sağlık platformlarından yararlanmaları ve e-sağlık uygulamaları hakkında bilgi edinmek amacıyla aile hekimlerine başvurmaları önerilmektedir. Bu öneriler, yaşlı bireylerin sağlık

hizmetlerine erişiminde dijital teknolojilerin kullanımını kolaylaştırmayı ve bireylerin sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetmelerini sağlamayı amaçlamaktadır (60).

Dijital sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetlerine erişimde giderek daha önemli bir kanal olacağı göz önüne alındığında, yaşlılar arasında dijital teknolojileri benimsemenin ve kullanmanın önündeki engellerin aşılması önem kazanmaktadır (11).

2.6. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Bağımsızlık

Sağlık hizmetlerine erişim, sadece hizmetin var olmasına değil, hizmetlerin karşılanabilirliğine, fiziksel erişilebilirliğine ve kabul edilebilirliğine bağlıdır. Hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişim engelleri, toplumdaki çeşitli grupların farklı bakış açıları, sağlık ihtiyaçları ve maddi ve kültürel ortamları bağlamında ele alınmalıdır (61).

Sağlık hizmeti kullanımını ve etkili olan faktörleri açıklamak için Andersen'in 1968 yılında geliştirdiği "davranışsal model" literatürde önemli yer tutmaktadır (5,62). Bu modele göre sağlık hizmeti kullanımı, hazırlayıcı faktörler (*predisposing factors*), kolaylaştırıcı faktörler (*enabling factors*) ve sağlık bakımı ihtiyacının (*health care need*) bir fonksiyonudur (62).

Hazırlayıcı Faktörler: Bazı bireylerin, kişisel özelliklerinden dolayı diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olmasını açıklar. Sağlık hizmeti kullanımı, bireyin demografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, ırk) ve sosyoekonomik özellikleri (eğitim, meslek, gelir, aile yapısı, dini inanç, kültür vb.) ile geçmişteki hastalıkları, sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarından etkilenir.

Kolaylaştırıcı Faktörler: Bazı bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma eğilimi, kullanmaya karar vermede etkili olsa da bunun gerçekleştirilebilmesi için bazı koşulların sağlanması gerekir. Bireyin ailevi (hane halkı geliri, düzenli gelirin olup olmaması, sağlık sigortası varlığı ve kapsamı vb.) ve toplumsal (yaşanılan yerin gelişmişlik düzeyi, kırsal-kentsel farklılıklar, sağlık kurumlarının uzaklığı, sağlık personelinin yeterliliği vb.) faktörler sağlık hizmetine erişimde kolaylaştırıcı faktörlerdir.

İhtiyaç Faktörleri: Algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç kavramlarına dayanır. Algılanan ihtiyaç, kişinin kendi sağlık durumuna dair öznel değerlendirmesidir ve farkında olunmayan sağlık ihtiyaçlarını da içerebilir. Değerlendirilen ihtiyaç ise

kişinin talebi sonrasında sağlık profesyonellerinin bu ihtiyacı değerlendirmesi ve uygun hizmeti belirlemesidir (62).

Yaşlı bireyler, yaşlanma ile artan sağlık sorunları nedeniyle sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Yaşlılık döneminin kaliteli ve sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, düzenli izlem yapılması, hastalıkların erken tanınması ve tedavisinin takip edilmesi büyük önem taşımaktadır (4). Sağlık sistemlerinin yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına yanıt vermesi, özellikle yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen faktörleri ortadan kaldırması gerekmektedir. Tüm bireyler, sağlık hizmetlerine eşit ve hakkaniyetli bir şekilde ulaşabilmelidir (23). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesi, her vatandaşın sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı olduğunu belirtir. Anayasa, devletin sağlık hizmetlerini herkesin beden ve ruh sağlığını koruyacak şekilde planlamasını ve bu hizmetleri düzenlemesini zorunlu kılar. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir birey veya grup ayrımcılığa uğramamalı, kaynaklar adil bir şekilde dağıtılmalı ve toplumun her kesimi sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmalıdır (63).

Aktif ve sağlıklı yaşlanmanın temel adımlarından biri, birinci basamağın güçlendirilmesidir (4). DSÖ tarafından geliştirilen 'Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi' bu amaçla hazırlanan gelişmiş uygulamaları içeren projelerden biridir. Projede, aile hekimleri yaşlı bireylerin özel ihtiyaçları konusunda duyarlı hale getirmeyi ve eğitmeyi amaçlamaktadır. Yaşlı Dostu Birincil Sağlık Hizmeti, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerden faydalanmalarını kolaylaştırmayı amaçlayan üç temel alanda eylemi kapsamaktadır; i) sağlık hizmeti sağlayıcılarının tutumlarını, eğitimlerini ve becerilerini iyileştirerek yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını daha iyi değerlendirebilmelerini ve etkili bir şekilde tedavi edebilmelerini sağlamak, ii) birincil sağlık hizmeti yönetim sistemlerini yaşlı bireylerin özel gereksinimlerine uygun şekilde uyarlamak, iii) hareket, görme veya işitme zorlukları olan yaşlı bireyler için fiziksel erişim koşullarını iyileştirmektir (64).

Ülkemizde de Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021-2026) kapsamında, yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve tam erişimin sağlanması, temel strateji olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma programının birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde uygulanması amaçlanmaktadır. Aile hekimleri tarafından kendilerine kayıtlı 65 yaş ve

üzeri bireylere en az bir defa kapsamlı geriatrik değerlendirme (çok yönlü yaşlı değerlendirme) yapılarak bireyin ihtiyacına göre düzenli izlem yapılması önerilmektedir. Kapsamlı geriatrik değerlendirmede; Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mini-Mental Test ve Mini Nütrisyonel Değerlendirme gibi çeşitli ölçekler kullanılmakta, fiziksel, psiko-sosyal ve çevresel faktörler, işlevsellik ve sağlık durumu bir arada incelenmektedir. Eylem Planında, sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir olması, geriatri hizmetlerinin eğitimli sağlık ekipleri tarafından sunulması, bekleme sürelerinin azaltılması ve sağlık gereksinimlerinin sosyal boyutlarıyla birlikte ele alınması hedeflenmiştir. Ayrıca, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı veya yarı bağımlı olan yaşlı bireylerin rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi, mesleki ve sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ve egzersiz ile fiziksel aktivite programlarının yaygınlaştırılması da hedefler arasında yer almaktadır (27).

Uluslararası ve ulusal politikalarda, yaşlı bireylerin bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilmesi öncelikli bir hedef olarak yer almış, aktif ve sağlıklı yaşlanmanın temel unsurlarından biri olarak kabul edilmiştir (4,11,20,27,38,44). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı olan yaşlı yetişkinler, bağımsız olanlara göre karşılanmamış sağlık ihtiyaçları açısından daha yüksek risklere sahiptir (65). Günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılık, özellikle hareket kabiliyetindeki azalma ve yürüme güçlüğü gibi birçok faktör sağlık kuruluşlarına erişimlerini zorlaştırmakta ve sıklıkla bir başkasının yardımına ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır (66). Bu nedenle, yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıklarının azaltılması sağlıklı yaşlanma açısından önemlidir.

Bu konuyla ilgili literatürde bağımsızlık, özerklik ve engellilik kavramları karşımıza çıkmaktadır. *Bağımsızlık*, günlük yaşamla ilgili işlevleri gerçekleştirme becerisi, yani toplumda başkalarından çok az veya hiç yardım almadan bağımsız yaşama kapasitesidir (20,22). *Özerklik*, kişinin kendi kurallarına ve tercihlerine göre günlük olarak nasıl yaşadığını kontrol etme, bunlarla başa çıkma ve kişisel kararlar alma yeteneğidir (20). *Engellilik* ise bireyin yaşadığı sağlık koşulları ve/veya kısıtlılıklar (örneğin, işitme güçlüğü, körlük, demans) ile çevresel ve kişisel faktörler arasındaki etkileşimden kaynaklanır. Bu faktörler; toplumsal tutumlar, altyapıya erişim, ayrımcı politikalar, yoksulluk, yaş ve cinsiyet gibi çeşitli bağlamsal unsurları içerir. Günlük aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk veya yardıma ihtiyaç duyulması

fonksiyonel engellilik olarak kendini gösterir (67). Yaşlılarda bağımsızlık ve fonksiyonel engellilik, DSÖ rehberleri ve çeşitli sağlık araştırmalarında kullanılan Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) ölçekleri ile değerlendirilebilmektedir (27,65,67–69).

Son yıllarda dijital teknolojiler, artan yaşlı nüfusun günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmada ve bağımsızlıklarını artırmada önemli bir rol oynamaktadır (70). Örneğin, ilaç hatırlatma uygulamaları, elektrikli tekerlekli sandalyeler, düşme algılama sensörü, akıllı ev sistemleri, tele-tıp uygulamaları yaşlı bireylerin hayatını kolaylaştıran yenilikler arasında yer almaktadır (71).

Dijital teknolojiler sağlık hizmetlerinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Elektronik sağlık kayıtları, hasta verilerinin daha hızlı ve güvenilir bir şekilde yönetilmesine olanak tanırken, uzaktan sağlık hizmetleri, yaşlı bireylerin doktorlarına evlerinden ulaşabilmelerini sağlamaktadır. Tele-tıp uygulamaları, özellikle hareket kısıtlılığı yaşayan bireyler için önemli bir çözüm sunmakta, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorlukları azaltmaktadır. Randevu sistemleri, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı zaman ve ulaşım zorluklarını azaltmakta, sağlık kuruluşlarına başvurularını planlamalarına olanak tanımaktadır. Dijital teknolojiler, kullanım alanlarının giderek genişlemesiyle birlikte, sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğini artırmada önemli bir araç haline gelmiştir. Bu teknolojiler, aynı zamanda yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinden daha etkin şekilde yararlanmalarını sağlamak açısından önemli bir rol oynamaktadır (11,72).

Sağlık hizmetlerinin dijital ortamlara taşınması, bu platformlara erişim ve kullanımın bazen tercihten çıkarak zorunluluk haline gelmesine neden olmaktadır (50). Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin etkili, sürekli, verimli ve adil olması amacıyla randevu sistemlerinde kuyruk sistemlerinin kullanımı devam ederken MHRS online randevu sistemi kurulmuştur (73). Sağlık kuruluşları, hasta yoğunluğunu yönetmek ve hizmet sunumunu daha planlı hale getirmek amacıyla randevu alınmasını zorunlu tutmaktadır. Ancak, sağlık hizmetlerine erişimin ilk adımı olan randevu alma süreci, yaşlı bireyler için dijital becerilerine ve bu teknolojilere erişim durumlarına bağlı olarak bir erişim engeline dönüşme riski taşımaktadır (72,74,75).

2.7. Randevu Alma Yöntemleri

Sağlık hizmetlerine erişimin temel yapı taşlarından biri olan randevu sistemleri, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimi düzenleyerek süreçleri daha etkin hale getirmektedir (72). Son yıllarda yapılan çalışmalar, dijital sağlık uygulamalarının özellikle randevu alma amacıyla yaygın bir şekilde kullanıldığını göstermektedir (76). Randevu sistemlerinin temel amacı, tüm hastaların sağlık hizmetlerine zamanında ve kolay erişimini sağlamaktır. Bu sistemler iyi tasarlandığında, yalnızca hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmakla kalmaz, aynı zamanda iş akışını düzenler, bekleme süresini kısaltır ve sağlık hizmeti sunumunda hem hasta hem de çalışan memnuniyetini artırır (72).

Türkiye’de randevu alma süreçleri, kullanıcıların farklı ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde çeşitlilik göstermektedir. Dijital teknolojilerin yanı sıra geleneksel yöntemler de halen kullanılmaktadır (77). Ülkemizde kullanılan randevu alma yöntemleri aşağıda açıklanmaktadır.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Vatandaşların Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir sistemdir. Türkiye’de 2010 yılından beri uygulanmakta olan MHRS, Avrupa Birliği’nin kabul ettiği 20 temel kamu hizmetlerinden biridir. MHRS; kamu hastanelerinde ve bağlı sağlık kurumlarında dağınık halde uygulanan randevu sistemlerini merkezileştirmiştir (73). Sistem, ön muayene bekleme sürelerini ortadan kaldırmayı ve hastanelerdeki kalabalığı azaltmayı amaçlamaktadır. Ülkemizde en çok kullanılan sağlık bilgi sistemlerindendir (78).

MHRS kanalları olan Alo 182 Çağrı merkezi, internet sitesi, mobil uygulamaları, hastaneler ve aile hekimlerindeki randevu birimleri ile randevu alınabilmektedir. Randevu işlemlerini kolaylaştırmak için web ve mobilde e-Devlet ile giriş seçeneği, randevu geri alma, randevu talebi uygulaması, SMS, e-posta ve Sesli Yanıt Sistemi ile randevu hatırlatma ve alternatif hastaneye randevu uygulaması gibi hizmetler eklenmiştir. Türkçe dışında dört dilde hizmet vermektedir (73).

MHRS Hekim Çalışma Cetvelleri; hastane, hekim ve vatandaş gereksinimlerine göre en erken aynı gün 2 saat sonrasına, en geç 15 gün sonrasına randevu alınabilecek şekilde planlanmakta ve süreç dinamik bir şekilde

yönetilmektedir. Sistemde 65 yaş ve üzeri kişiler, hamileler, kanser hastaları ve engelliler için “öncelikli” kontenjan ayrılmıştır.

Mayıs 2024’ten itibaren “Onaylı Randevu Dönemi” başlatılmıştır. Ertesi gün randevusu olan hastaların, saat 20:00’a kadar randevularına katılım sağlayacaklarını onaylamaları veya gelemeyeceklerini bildirmeleri gerekmektedir. Bu uygulama ile randevu devamsızlığının önüne geçerek randevu sadakatini arttırmak ve iptal edilen randevuların yerine bekleyen kişilere hizmet sunmak amaçlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda verimliliği önceleyen bu uygulamada 65 yaş ve üzeri hastalar ve kanserli hastalar ayrıcalıklı olarak muaf tutulmuştur (79,80).

ALO 182: Alo 182 Çağrı Merkezi, MHRS kapsamında hizmet sunmakta olan bir çağrı merkezidir. Bu sistem, kişilerin canlı operatörler aracılığıyla randevu oluşturabilmesine imkân tanımaktadır (73).

Çağrı merkezi arandığında, etkileşimli sesli yanıt sistemi yönergeleri doğrultusunda tuşlamalar yapılarak canlı operatöre bağlanılmaktadır. Çağrı merkezi çalışanı ile hastanın talebine uygun olan randevu seçenekleri sistem üzerinden kontrol edilerek randevu planlaması gerçekleştirilmektedir (73).

E-Nabız: e-Nabız, 2015 yılından beri hizmette olan, sağlık kuruluşlarından toplanan sağlık verilerine vatandaşların ve izin vermeleri durumunda sağlık profesyonellerinin erişebilecekleri bir kişisel sağlık kaydı sistemidir. Muayene, tetkik ve tedavilerin nerede yapıldığına bakılmaksızın, tüm sağlık bilgilerinin yönetilebildiği, tıbbi özgeçmişe tek bir yerden ulaşabilme imkânı sunmaktadır. E-Nabız ile aynı zamanda en yakın hastane/eczane ve nöbetçi eczaneye ulaşılabilir, organ bağışı için gönüllü formu doldurulabilir, başvuru sağlık kuruluşu ve hekimden alınan hizmet değerlendirilebilir (81).

E-nabız sistemine internet sitesi ve mobil uygulama üzerinden erişilebilir. Giriş yapıldığında, ekranda yer alan “Randevum” alanında MHRS üzerinden alınan mevcut ve geçmiş randevu bilgileri görüntülenebilir. “Randevu al” seçeneği tıklandığında kullanıcı MHRS web sitesine yönlendirilir ve yeniden giriş yapılmasına gerek kalmadan randevu alınabilir (82).

E-Nabız ile entegre çalışan “Neyim Var” uygulaması, kullanıcıların sağlık şikayetlerine uygun polikliniği seçmelerini kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiştir. Uygulama, kişinin belirttiği ana şikayetlere göre çeşitli sorular yöneltmekte ve bu

yanıtları, hastanın geçmiş sağlık bilgileri ve tahlil sonuçları ile yapay zekâ algoritmaları kullanarak değerlendirmektedir. Bu değerlendirme sonucunda, muhtemel tanılar belirlenerek hastaya uygun poliklinikler önerilmekte, hastanın randevu alabilmesi için MHRS web sitesine yönlendirme yapılmaktadır (81).

Sağlık kuruluşu telefonları: Özel hastaneler, özel muayenehaneler ve üniversite hastaneleri, telefon hatları aracılığıyla randevu hizmeti sunmaktadır. Bunun yanı sıra, bazıları kendi internet siteleri üzerinden de randevu alma imkânı sağlamaktadır. Örneğin, İzmir’de bulunan Ege Üniversitesi Hastanesi e-randevu sistemi aracılığıyla randevu hizmeti sunmaktadır (83).

Sağlık kuruluşu randevu birimi: Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında MHRS üzerinden randevu alınmasına olanak tanıyan randevu birimleri yer almaktadır. Bu birimlerde çalışan yardımcı personeller, başvuran kişilerin talepleri doğrultusunda varsa uygun randevu planlaması yapmaktadır. Özel muayenehanelerde, özel hastanelerde ve üniversite hastanelerinde ise danışma personeli veya doktor sekreterleri tarafından randevu planlanabilmektedir.

Doğrudan başvuru: Kuyruk sistemi olarak da literatürde kullanılmaktadır. Hastanın randevu almadan doğrudan sağlık kuruluşuna başvurması ile gerçekleşir. Eğer olabiliyorsa muayene olmak için sıraya yani kuyruğa girer, genellikle “ilk gelen ilk hizmeti alır” prensibiyle erken gelerek kuyruğun başında olmaya çalışır (77). MHRS başvuru oranları yıllar içerisinde artış gösterse de doğrudan başvurular halen devam etmektedir.

Türkiye’de COVID-19 pandemisi döneminde, salgın önlemleri kapsamında yalnızca MHRS üzerinden randevu alan hastaların muayene edilmesine ilişkin bir genelge yayımlanmıştır. Normalleşme sürecine geçişle birlikte, 2022 yılında yayımlanan yeni bir genelge ile randevulu ve randevusuz tüm hastaların kabul edilebileceği bildirilmiştir (84). Ancak başvuru yoğunluğunun fazla olduğu polikliniklerde, doktorlar yalnızca randevulu hastaları kabul edebilmekte ve randevusuz başvuruları kabul etmemektedir. Bu durum, randevu sistemine aşına olmayan ileri yaştaki bireylerde sağlık hizmetine erişimde güçlükler yaratmakta, hatta bazen hizmetten vazgeçmelerine neden olarak sağlık durumlarının kötüleşmesine yol açabilmektedir (8,72).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Kesitsel tipte araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın veri toplama aşaması İzmir ili Karşıyaka ilçesinde, Temmuz-Ekim 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir ili Karşıyaka ilçesinde yaşayan 65 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2022 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre Karşıyaka ilçe nüfusu 346.264, İzmir ili 65 yaş üstü kişilerin oranı %12,5 olarak açıklanmıştır (85). Buna göre yapılan hesaplamalarda evren büyüklüğü (Karşıyaka ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı) 42.396 bulunmuştur.

Örneklem büyüklüğü G-Power (v3.1.9.7) programı kullanılarak hesaplanmıştır. Randevu alabilme durumlarına göre iki grup arasındaki farkı, Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) puanına göre 0.5 etki büyüklüğünde ortaya çıkarabilmek için, 0.05 tip 1 hata, 0.95 istatistiksel güç ile her grupta 105 kişi olacak şekilde toplam 210 kişi hesaplanmıştır. Araştırmada kendi kendine (bağımsız) randevu alamayan katılımcılar “Grup 1”, kendi kendine randevu alabilen katılımcılar “Grup 2” olarak kodlanmış, iki grubun karşılaştırmalı analizleri yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Sağlık hizmetine erişimdeki bağımsızlık durumudur. Daha önce kendi kendine (yardımsız) randevu alıp alamadığı sorusu ile değerlendirilmiştir.

3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Aşağıda ana başlıklar halinde yer alan bağımsız değişkenlerin tanımları ve ölçüm yöntemleri veri toplama araçları bölümünde anlatılmıştır.

- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanı
- Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanı
- Sosyodemografik özellikler
- Genel sağlık durumu
- Sağlık hizmeti kullanımı
- Teknoloji kullanımı

3.5. Araştırmanın Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Dahil etme kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etme
- 65 yaş ve üzeri olma
- Bilişsel bozukluğun olmaması (Mini-cog testine göre)
- İletişim engelinin olmaması

Dışlama kriterleri:

- Teknolojik araçları kullanmaya engel fiziksel engeli olma
- Huzurevi, bakımevi gibi bakım alınan kurumlarda yaşama

3.6. Veri Toplama Araçları

İzmir ili Karşıyaka ilçesinde katılımcılara öncelikle demans hastalığını dışlamak için Mini-Cog testi uygulanmıştır. Bilişsel bozukluğu olmayan (Mini-Cog testi negatif) katılımcılara hazırlanan anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Sonrasında katılımcıların bağımsızlık düzeyini ölçmek için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği uygulanmıştır.

Kullanılan veri toplama araçlarının detayları aşağıda açıklanmıştır.

3.6.1. Mini-Cog Testi

Mini-Cog testi, özel ekipman gerektirmeyen bellek ve yürütücü işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılan, kolay uygulanabilir bir testtir. Test üç kelimeyi hatırlama ve saat çizme şeklinde iki bileşenden oluşur. Mini-cog testinde ilk olarak hastaya üç kelime söylenir ve bu üç kelimeyi tekrarlaması istenir. Hasta bu üç kelimeyi

tekrarladıktan sonra bu üç kelimeyi akılda tutmasını daha sonra bu kelimeleri tekrarlamasının isteneceği söylenerek saat çizme testine geçilir. Sonrasında hastadan saat çizmesi istenir. Son olarak hastadan önceden söylenmiş olan üç kelimeyi tekrarlaması istenir. Hatırlanan her kelime için 1 puan verilir ve saat çizmesi değerlendirilir.

Testin skorlaması şu şekildedir;

- ✓ Üç kelime tekrarlama testinden 3 puan alınması: Muhtemel kognitif bozukluk yok
- ✓ Üç kelime tekrarlama testinden 0 puan alınması: Muhtemel kognitif bozukluk var
- ✓ Üç kelime tekrarlama testinden 1 veya 2 puan alınması: Saat çizme testi değerlendirilir, saat çizimi anormal ise muhtemel kognitif bozukluk vardır.

Mini-Cog testinin geçerlilik güvenirlik çalışması 2015 yılında Dr. Gülsüm Gedik tarafından yapılmıştır. Açık erişimli olarak araştırmacıların kullanımına sunulmaktadır:

https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=oxyz3yUrMwfxJc8Y-_-EWQ&no=PZJeJ8H-SYC1giUp-mq8w (86).

3.6.2. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Ana başlıkları sosyodemografik özellikler, genel sağlık özellikleri, sağlık hizmeti kullanım durumu, sağlık kuruluşuna başvuru yöntemi ve teknoloji kullanım durumu olan ve sağlık hizmetine erişimi daha iyi hale getirmek için neler yapılabileceğini sorgulayan bir açık uçlu soru ile toplam 41 soruluk ankettir.

Sosyodemografik özellikler

- Yaş; açık uçlu olarak sorulmuştur. Daha sonra 65-74, 75-84, 85 yaş ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.
- Cinsiyet; kadın ve erkek olarak sorgulanmıştır.
- Medeni durum; hiç evlenmemiş, evli, eşinden ayrılmış, eşi vefat etmiş şeklinde sorgulanmıştır.
- Eğitim durumu; okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri olarak sorgulanmış, daha sonra ortaokul ve altı, lise ve üzeri olarak iki grupta incelenmiştir.

- Çocuk sayısı; açık uçlu olarak sorulmuştur. Daha sonra 0, 1-2, 3 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.
- Evde yaşadığı kişi ya da kişiler; yalnız, eşi ile, eş ve çocukları ile, çocukları ile, diğer şeklinde sorgulanmıştır. Diğer seçeneği not alınmıştır.
- Çalışma durumu; çalışıyor/çalışmıyor şeklinde sorgulanmıştır.
- Kendisine ait gelir durumu; evet/hayır şeklinde sorgulanmıştır.
- Ortalama aylık gelir düzeyi; açık uçlu olarak sorulmuştur. Ortanca değere göre gruplandırılmıştır.
- Gelir düzeyi algısı; çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü şeklinde sorgulanmıştır.
- Sağlık güvencesi; evet/hayır şeklinde sorulmuştur. Evet cevabı veren katılımcılarda sağlık güvencesinin türü devlet, özel, her ikisi şeklinde sorgulanmıştır.

Genel sağlık özellikleri

- Kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı; “Doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı, varsa hangileri için düzenli ilaç kullanıyorsunuz?” sorusuyla sorgulanmış ve cevap seçenekleri anket formundaki hastalıklara göre evet/hayır şeklinde not edilmiştir. Diğer hastalıklar not alınmıştır.
- Genel sağlık algısı; çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü şeklinde sorgulanmıştır. İyi-çok iyi, orta, kötü-çok kötü olarak gruplandırılmıştır.
- Akranlarına göre sağlık algısı; “Sizinle aynı yaşta olan başka kişilere göre beden sağlığınız nasıl?” şeklinde sorulmuş; cevaplar çok iyi, iyi, normal, kötü, çok kötü şeklinde kaydedilmiştir. İyi-çok iyi, normal, kötü-çok kötü olarak gruplandırılmıştır.
- Görmede zorluk; “Bir yazıyı okurken (gözlük takarak veya takmayarak) görmede zorluk çekiyor musunuz?” şeklinde sorulmuş; zorluk çekmiyor, biraz zorlanıyor, çok zorlanıyor, hiç göremiyor şeklinde not edilmiştir.
- İşitmede zorluk; “Biriyle sohbet ederken (işitme cihazı varken veya yokken) işitmede zorluk çekiyor musunuz?” şeklinde sorulmuş; zorluk çekmiyor, biraz zorlanıyor, çok zorlanıyor, hiç duymıyor şeklinde kaydedilmiştir.

Sağlık hizmeti kullanımı

- Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı; ayda birden sık, ayda bir, üç ayda bir, altı ayda bir, yılda bir, yılda birden az şeklinde seçeneklerle sorulmuştur. Daha

sonra ayda bir ve daha sık, üç-altı ayda bir, yılda bir ve daha az olarak gruplandırılmıştır.

- Sağlık kuruluşuna başvuru nedeni; en sık ve en son nedenleri ayrı ayrı sorgulanmış, kronik hastalığın rutin kontrolü için, reçete yazdırmak için, hastalık tanı-tedavisi için şeklinde gruplandırılmıştır.
- Başvurduğu sağlık kurumu türü; başvurduğu kurumlar, en sık ve en son gittiği kurumlar ayrı ayrı sorgulanmış, aile sağlığı merkezi, devlet hastanesi, üniversite ve eğitim araştırma hastanesi, özel hastane/özel muayenehane şeklinde sorgulanmıştır.

Teknoloji kullanımı

- Teknolojik araçlara sahip olma durumu; Evde internet, bilgisayar, tablet, tuşlu telefon, akıllı telefon varlığı her biri için sorgulanmış; yanıtlar evet/hayır şeklinde kaydedilmiştir.
- Teknolojik araçları kullanabilme durumu; internet, bilgisayar, tablet, tuşlu telefon, akıllı telefon seçeneklerinin her biri için sorgulanmış; yanıtlar evet, yardım alarak evet/hayır şeklinde kaydedilmiştir. İleri analizlerde internet kullanamayan katılımcılar referans grup alınmış; yardım alarak kullanabilen ve kendisi kullanabilen katılımcılar ise “internet kullanabiliyor” grubu olarak birleştirilmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim için öneriler

Katılımcılara “Siz ve akranlarınıza yönelik sağlık hizmetlerine erişimi daha iyi hale getirmek için neler yapılabilir?” şeklinde açık uçlu bir soru sorulmuş, yanıtlar not edilmiştir.

3.6.3. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (87). Bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyelerini ölçmek için kullanılan bir araçtır. Literatürde, “Temel” ya da “basit” günlük yaşam aktiviteleri olarak da geçebilmektedir (88). Bu ölçek; banyo yapma, giyinme, tuvalet kullanma, hareket etme yeteneği, idrar ve gaita kontrolü ve beslenme gibi temel günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık derecesini değerlendirir. Kişi, ölçekte yer alan her aktiviteyi yardıma ihtiyaç duymadan kendisi yapabiliyorsa 1 puan (bağımsız), yardım alıyor ya da yapamıyorsa 0 puan (bağımlı) olarak kodlanır. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 6 arasında değişir ve 6 puan alan birey bağımsız kabul edilir. Ölçeğin Cronbach Alpha

katsayısı 0,83 olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2022 yılında Özkan Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (69). Ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.6.4. Lawton Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilmiştir (89). Yaşlı bireylerin başkalarına olan bağımlılığını ölçer. Ölçek telefon kullanabilme becerisi, alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır, ulaşım yöntemi ve kendi ilaçlarını kullanma sorumluluğunu değerlendirir. Ölçekteki sekiz bileşenin her birine verilen yanıtlar “0” (yapamıyor ya da kısmen yapabiliyor) veya “1” (yapabiliyor) olarak kodlanır ve yanıtlar toplanır. Toplam, 0 puan (düşük işlevli, bağımlı) ile 8 puan aralığında (yüksek işlevli, bağımsız) değişmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,84 olup Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Işık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (68). Ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Karşıyaka ilçesinde mahalle muhtarları ile görüşülmüş, mahallelerin genel yaşlı popülasyonu hakkında bilgi alınmıştır. Yaşlıların sıklıkla vakit geçirdiği halk eğitim merkezleri, parklar, kahvehaneler ve camilerde araştırmaya dahil etme kriterlerine uygun olan kişilere saha çalışması yapılmıştır. Anket uygulaması sırasında dört katılımcı çeşitli nedenlerle anketi tamamlamadan çalışmadan çıkmıştır (çalışmadan çekilmek isteme, bir yere yetişme vb.). Araştırmanın dahil edilme kriterleri arasında yer alan mini-cog testini geçemeyen altı kişi ise araştırmaya dahil edilmemiştir. Örneklem hesabına göre hedeflenen grup sayılarına ulaşıncaya dek kota tamamlama yöntemiyle veri toplamaya devam edilmiştir.

3.8. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), ortanca (M), çeyreklikler arası uzaklık (IQR), en küçük değer (ekd) ve en büyük değer (ebd) olarak sunulmuştur. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi, Q-Q, box-plot grafikleri, histogram, basıklık

(*skewness*)- çarpıklık (*kurtosis*) katsayıları ile değerlendirilmiştir. Parametrik olmayan veriler, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Ortanca değerleri aynı ancak $p < 0,05$ olan değişkenler için ortalama sıra değeri (*mean rank*) verilmiştir. Çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn-Bonferroni testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon analizinde *rho* değeri için sınırlar 0,0-0,19 çok zayıf ilişki, 0,20-0,39 zayıf ilişki, 0,40-0,59 orta düzeyde ilişki, 0,60-0,79 iyi ilişki, 0,80-1,0 güçlü ilişki olarak kabul edilmiştir.

Kategorik değişkenler arası karşılaştırmalar Kikare testi ile değerlendirilmiştir. 2x2 tablolarda koşullar sağlandığında Yates düzeltmesi ve Fisher exact test uygulanmıştır. Rxc tablolarda en küçük beklenen değer 5'in altında olması durumunda Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Kikare testinde ilişki bulunması durumunda kategorilerde gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmeli İki Oran z testi ile belirlenmiştir. Bağımsız randevu alabilme üzerine etkili olan bağımsız değişkenlerin belirlenmesi için geriye doğru elemeli *Wald* çoklu lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Kurulan modellerin lojistik regresyon analizi için uygunluğu Hosmer Lemeshow model uyum iyiliği testi ile değerlendirilmiştir. Regresyon analizlerinde $p < 0,1$ değerine sahip değişkenlerden seçim yapılarak model oluşturulmuştur. Katz GYA ve Lawton EGYA aralarındaki kısmi korelasyon ve çalışma tasarımı nedeniyle iki ayrı modelde analiz edilmiştir. Analiz sonuçları için $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırma Takvimi

	Oca.23	şub.23	Mar.23	Nis.23	May.23	Haz.23	Tem.23	Ağu.23	Eyl.23	Eki.23	Kas.23	Ara.23	Oca.24	şub.24	Mar.24	Nis.24	May.24	Haz.24	Tem.24	Ağu.24	Eyl.24	Eki.24	Kas.24	Ara.24
Literatür tarama	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Anket hazırlama			X	X			X																	
Etik kurul onayı ve izinler					X	X																		
Pilot çalışma						X																		
Veri toplama							X	X	X	X														
Veri girişi ve analizler											X	X	X	X	X									
Raporlama															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

şekil 1: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

3.10. Etik İzinler

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 15.06.2023 tarih 0262 No’lu etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma sonucunda yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri (Katz GYA ve Lawton EGYA ölçeklerine göre) ile sağlık hizmetlerine erişimde bağımlı olmaları arasında ilişki bulunmuştur.

Çalışmanın bulguları beş bölümde sunulmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların genel bulguları yer almaktadır. İkinci bölümde, Grup 1 ve Grup 2'nin karşılaştırmalı analiz sonuçları incelenmektedir. Üçüncü bölümde katılımcıların kendi kendine randevu alabilme durumlarını etkileyen nedensel bulgular sunulmaktadır. Dördüncü bölümde çalışma grubunun Katz GYA ve Lawton EGYA ölçeklerine göre analiz sonuçları yer almaktadır. Beşinci ve son bulgular bölümünde ise sağlık hizmetlerine erişimi daha iyi hale getirmek için katılımcıların fikir ve önerilerinden örnekler sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Genel Bulguları

Çalışmada toplam 210 katılımcı yer almaktadır. Çalışma grubunun yaş aralığı 65-90, yaş ortalaması $73,73 \pm 6,26$ yıl olup %37,6'sı ($n=121$) 65-74 yaş aralığındadır. Katılımcıların %53,3'ü ($n=112$) kadındır. Eğitim durumuna göre, %38,5'i ($n=81$) ilkokul, %16,7'si ($n=35$) lise, %16,7'si ($n=35$) üniversite mezunudur. Katılımcıların %68,1'i ($n=143$) evlidir ve %48,6'sı ($n=102$) eşi ile birlikte yaşamaktadır. Çalışma grubunun %50,5'i ($n=106$) 1-2 çocuk sayısına sahiptir. Çocuk sayısı 0-16 arasında değişmektedir. Çalışma durumlarına göre %97,1'i ($n=204$) aktif bir işte çalışmamaktadır. Çalışma grubunun tamamının sağlık güvencesi olup üç katılımcının hem devlet hem özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Kendine ait geliri olanların oranı %84,8 ($n=178$)'dir. Kendine ait geliri olmayan 32 kişinin 31'i kadındır. Ortalama aylık gelir ortanca değeri 7500₺'dir ve %62,9 ($n=132$) 7500₺ ve üzeri gelire sahiptir. Tanımlayıcı özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler

Değişkenler	<i>n</i> (%)
Yaş grupları	
65-74	121 (57,6)
75-84	73 (34,8)
85 ve üzeri	16 (7,6)
Cinsiyet	
Kadın	112 (53,3)
Erkek	98 (46,7)
Eğitim durumu	
Okuryazar değil	4 (1,9)
Okuryazar	27 (12,9)
İlkokul	81 (38,5)
Ortaokul	28 (13,3)
Lise	35 (16,7)
Üniversite ve üzeri	35 (16,7)
Medeni durum	
Hiç evlenmemiş	2 (1,0)
Evli	143 (68,1)
Eşinden ayrılmış	11 (5,2)
Eşi vefat etmiş	54 (25,7)
Çocuk sayısı	
Yok	12 (5,7)
1-2	106 (50,5)
3 ve üzeri	92 (43,8)
Hanede yaşadığı kişiler	
Yalnız	37 (17,6)
Eş ile	102 (48,6)
Eş ve çocuklar ile	41 (19,5)
Çocuklar ile	24 (11,4)
Diğer*	6 (2,9)
Çalışma durumu	
Aktif çalışıyor	6 (2,9)
Çalışmıyor	204 (97,1)
Kendine ait gelir durumu	
Var	178 (84,8)
Yok	32 (15,2)
Ortalama aylık gelir (₺)	
<7500	78 (37,1)
≥7500	132 (62,9)
Hane gelir durumu algısı	
Çok iyi	0 (0,0)
İyi	37 (17,6)
Orta	113 (53,8)
Kötü	44 (21,0)
Çok kötü	16 (7,6)

n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer

*: Kardeş, yeğen

Katılımcıların %94,8'inin (n=199) en az bir kronik hastalığı olup, %92,4'ü (n=194) düzenli ilaç kullanmaktadır. Kronik hastalıklardan en sık görülenler hipertansiyon (%63,8; n=134), kalp-damar hastalığı (%40,5; n=85) ve diyabet (%36,2; n=76) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %42,9'u (n=90) genel sağlık durumlarını orta, %40,0'ı (n=84) ise iyi-çok iyi olarak değerlendirmiştir. Akranlarına göre sağlık algısı %58,1 (n=122) iyi-çok iyi olarak ifade edilmiştir. Katılımcıların %40,5'i (n=85) görmede, %35,7'si (n=75) işitmede biraz veya çok zorluk çekmektedir. Hiç göremeyen ve hiç duyamayan katılımcı yoktur. Genel sağlık özellikleri Tablo 2'de, kronik hastalıkların dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 2. Genel Sağlık Özellikleri

Değişkenler	n (%)
Kronik hastalık varlığı	
Evet	199 (94,8)
Hayır	11 (5,2)
Düzenli ilaç kullanımı	
Evet	194 (92,4)
Hayır	16 (7,6)
Genel sağlık durumu algısı	
İyi-çok iyi	84 (40,0)
Orta	90 (42,9)
Kötü-çok kötü	36 (17,1)
Akranlarına göre sağlık algısı	
İyi-çok iyi	122 (58,1)
Normal	60 (28,6)
Kötü-çok kötü	28 (13,3)
Görmede zorluk durumu	
Zorluk çekmiyor	125 (59,5)
Biraz zorlanıyor	58 (27,6)
Çok zorlanıyor	27 (12,9)
İşitmede zorluk durumu	
Zorluk çekmiyor	135 (64,3)
Biraz zorlanıyor	51 (24,3)
Çok zorlanıyor	24 (11,4)

n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer

Tablo 3. Kronik Hastalık Dağılımı

Kronik hastalıklar¹	Hastalık n (%)	İlaç kullanımı n (%)
Hipertansiyon	134 (63,8)	129 (61,4)
Kalp-damar hastalığı	85 (40,5)	84 (40,0)
Diyabet	76 (36,2)	73 (34,8)
Yüksek kolesterol	64 (30,5)	56 (26,7)
Osteoporoz	30 (14,3)	16 (7,6)
Kronik anksiyete/Depresyon	22 (10,5)	22 (10,5)
Astım/KOAH	19 (9,0)	18 (8,6)
Romatizmal artrit	15 (7,1)	9 (4,3)
Kronik böbrek hastalığı	13 (6,2)	9 (4,3)
İnme	4 (1,9)	4 (1,9)
Diğer*	65 (31,0)	64 (30,5)

¹Birden çok seçenek işaretlenebilir. n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer.

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

*Tiroit bozuklukları, migren, vertigo, hematolojik bozukluklar, karaciğer sirozu, kanserler, benign prostat hiperplazisi, osteoartrit, gut.

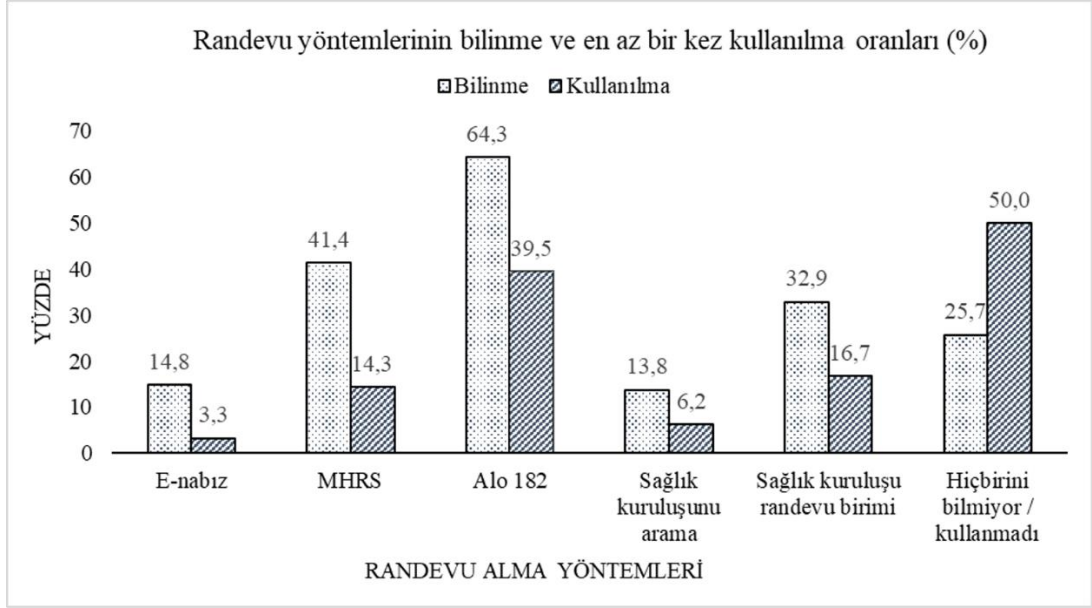
Sağlık hizmeti kullanım durumları incelendiğinde, çalışma grubunun %54,3'ü (n=114) üç-altı ayda bir sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Sağlık kuruluşuna en sık ve en son gitme nedeni kronik hastalık kontrolüdür. Sağlık sorunları nedeniyle tercih edilen sağlık kuruluşları arasında en fazla aile sağlığı merkezleri (ASM) bildirilmiştir (%85,2; n=179). Katılımcıların %39,0'ı (n=82) sağlık sorunları için en sık devlet hastanesine gitmektedir. Sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili özellikler Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Özellikler

Değişkenler	n (%)
Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı	
Ayda bir ve daha sık	71 (33,8)
Üç-altı ayda bir	114 (54,3)
Yılda bir ve daha az	25 (11,9)
Sağlık kuruluşuna en sık gitme nedeni	
Kronik hastalık kontrolü	105 (50,0)
Reçete yazdırma	63 (30,0)
Hastalık tanı ve tedavisi	42 (20,0)
Sağlık kuruluşuna en son gitme nedeni	
Kronik hastalık kontrolü	89 (42,4)
Reçete yazdırma	41 (19,5)
Hastalık tanı ve tedavisi	80 (38,1)
Sağlık sorunları için başvurulanan sağlık kuruluşları¹	
Aile Sağlığı Merkezi	179 (85,2)
Devlet Hastanesi	168 (80,0)
Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi	124 (59,0)
Özel Hastane/Özel Muayenehane	64 (30,5)
Sağlık sorunları için <u>en sık</u> başvurulanan sağlık kuruluşu	
Aile Sağlığı Merkezi	81 (38,6)
Devlet Hastanesi	82 (39,0)
Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi	44 (21,0)
Özel Hastane/Özel Muayenehane	3 (1,4)
Sağlık sorunları için <u>en son</u> başvurulanan sağlık kuruluşu	
Aile Sağlığı Merkezi	39 (18,6)
Devlet Hastanesi	98 (46,7)
Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi	66 (31,4)
Özel Hastane/Özel Muayenehane	7 (3,3)

¹ Birden çok seçenek işaretlenebilir. n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer.

Katılımcıların %50,0'ı (n=105) daha önce kendi kendine (bağımsız) randevu almamıştır (Grup 1), geri kalan %50'si (n=105) daha önce kendi kendine randevu alabilmiştir (Grup 2). Randevu alma yöntemlerinden en sık bilinenler %64,3 (n=135) Alo 182 ve %41,4 (n=87) Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)'dir. Katılımcıların %25,7'si (n=54) hiçbir randevu alma yöntemini bilmemektedir. Grup 1'de yer alan katılımcılar (n=105), randevu alırken her zaman başkasından yardım almaktadır. Grup 2'de yardım alma sıklığının kendi içerisindeki dağılımı; %39,1 (n=41) hiçbir zaman, %23,8 (n=25) nadiren, %19,0 (n=20) bazen ve %18,1 (n=19) sıklıkla şeklindedir. Randevu alabilen katılımcıların en sık kullandığı yöntem Alo 182'dir. Çalışma grubunda randevu yöntemlerinin bilinme ve en az bir kez kullanılma oranları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Randevu Yöntemlerinin Bilinme ve En Az Bir Kez Kullanılma Oranları

Çalışma grubunun %80,5'inin ($n=169$) randevusunu en az bir kez bir yakını almıştır. Randevu almadan doğrudan polikliniğe başvurmuş kişilerin oranı %32,9'dur ($n=69$). Katılımcıların %41,4'ü ($n=87$) telefonla arayarak, %16,7'si ($n=35$) internet üzerinden ve %16,7'si ($n=35$) sağlık kuruluşu randevu biriminden en az bir kez randevu almıştır. Randevu almaları gerektiğinde, en sık başvuru yöntemi bir yakınının yardımı ile randevu almaktır (%55,2; $n=116$). Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan en büyük zorluk sorgulandığında, %63,8 ($n=134$) randevu alma süreci, %10,0 ($n=21$) ulaşım sorunu, %1,9 ($n=4$) sağlık personeli ile iletişimde zorluk iken katılımcıların %24,3'ü ($n=51$) zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Sağlık kuruluşuna başvuru yöntemleri ile ilgili özellikler Tablo 5'te verilmiştir.

Katılımcıların Katz GYA ölçeği puan ortalaması $5,78 \pm 0,65$ olup %87,6'sı ($n=184$) tam bağımsızdır. Lawton EGYA ölçeği puan ortalaması $6,63 \pm 1,85$ olup %50,5'i ($n=106$) tam bağımsızdır.

Tablo 5. Sağlık Kuruluşuna Başvuru Yöntemleri ile İlgili Özellikler

Değişkenler	n (%)
Randevu alma yöntemlerinden hangilerini biliyorsunuz?¹	
E-Nabız	31 (14,8)
Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	87 (41,4)
Alo 182	135 (64,3)
Sağlık kuruluşunu telefonla arayarak randevu almak	29 (13,8)
Sağlık kuruluşu randevu biriminden randevu almak	69 (32,9)
Hiçbir yöntem bilmiyorum	54 (25,7)
Randevu almanız gerektiğinde ne sıklıkla yardıma ihtiyaç duyuyorsunuz?	
Her zaman	105 (50,0)
Sıklıkla	19 (9,1)
Bazen	20 (9,5)
Nadiren	25 (11,9)
Hiçbir zaman	41 (19,5)
Daha önce hiç kendiniz yardım almadan randevu aldınız mı?	
Evet	105 (50,0)
Hayır	105 (50,0)
Randevu alma yöntemlerinden hangilerini kendiniz kullandınız?¹	
E-Nabız	7 (3,3)
Merkezi Hekim Randevu Sistemi	30 (14,3)
Alo 182	83 (39,5)
Sağlık kuruluşunu telefonla arayarak randevu almak	13 (6,2)
Sağlık kuruluşu randevu biriminden randevu almak	35 (16,7)
Hiçbir yöntemi kullanmadım	105 (50,0)
Randevu alırken hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?¹	
Telefonla arayarak randevu alıyorum	87 (41,4)
İnterneti kullanarak randevu alıyorum	35 (16,7)
Sağlık kuruluşu randevu biriminden randevu alıyorum	35 (16,7)
Bir yakınım randevu alıyor	169 (80,5)
Randevu almadan direkt gidiyorum	69 (32,9)
Randevu alırken <u>en sık</u> yöntemi kullanıyorsunuz?	
Telefonla arayarak randevu alıyorum	53 (25,2)
İnterneti kullanarak randevu alıyorum	23 (11,0)
Sağlık kuruluşu randevu biriminden randevu alıyorum	7 (3,3)
Bir yakınım randevu alıyor	116 (55,2)
Randevu almadan direkt gidiyorum	11 (5,3)
Randevu alırken <u>en son</u> hangi yöntemi kullandınız?	
Telefonla arayarak randevu aldım	51 (24,3)
İnterneti kullanarak randevu aldım	21 (10,0)
Sağlık kuruluşu randevu biriminden randevu aldım	7 (3,3)
Bir yakınım randevu aldı	112 (53,3)
Randevu almadan direkt gittim	19 (9,1)
Sağlık hizmetlerine ulaşırken yaşadığınız en büyük zorluk nedir?	
Ulaşım sorunu	21 (10,0)
Randevu alma süreci	134 (63,8)
Sağlık personeli ile iletişimde zorluk	4 (1,9)
Zorluk yaşamıyorum	51 (24,3)

¹Birden çok seçenek işaretlenebilir. n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer

Çalışma grubunun %58,1'i (n=122) internet erişimine sahip olup, %51,4'ü (n=108) internet kullanmayı bilmemektedir. Bilgisayarı olmayanların oranı %70,0 (n=147) iken bilgisayar kullanmayı bilmeyenlerin oranı %74,8'dir (n=157). Katılımcıların %95,2'si (n=200) telefon sahibidir. Telefon sahibi olanların %73,0'ı (n=146) akıllı telefon, %27,0'ı (n=54) tuşlu telefon kullanmaktadır. Başkasından yardım almadan telefon kullanabilenlerin oranı %76,2 (n=160) olup %4,3'ü (n=9) ise telefon kullanmayı bilmemektedir. Teknolojik araçlarla ilgili özellikler Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Teknolojik Araçlara Sahip Olma ve Kullanım Özellikleri

Değişkenler	n (%)
İnternet erişimi	
Var	122 (58,1)
Yok	88 (41,9)
İnternet kullanımı	
Evet	88 (41,9)
Yardım alarak evet	14 (6,7)
Hayır	108 (51,4)
Bilgisayar	
Var	63 (30,0)
Yok	147 (70,0)
Bilgisayar kullanımı	
Evet	42 (20,0)
Yardım alarak evet	11 (5,2)
Hayır	157 (74,8)
Tablet	
Var	28 (13,3)
Yok	182 (86,7)
Tablet kullanımı	
Evet	43 (20,5)
Yardım alarak evet	3 (1,4)
Hayır	164 (78,1)
Telefon sahipliği	
Var	200 (95,2)
Yok	10 (4,8)
Telefon türü (n=200)	
Tuşlu telefon	54 (27,0)
Akıllı telefon	146 (73,0)
Telefon kullanımı	
Evet	160 (76,2)
Yardım alarak evet	41 (19,5)
Hayır	9 (4,3)

n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer

4.2. Grupların Karşılaştırmalı Bulguları

Kendi kendine daha önce randevu almayan 105 katılımcı ile (Grup 1) daha önce en az bir kez kendisi randevu alabilen 105 katılımcı (Grup 2) karşılaştırılmıştır.

Kendi kendine randevu alamayanların (Grup 1) yaş ortalaması $75,31 \pm 6,49$, alabilenlerin (Grup 2) yaş ortalaması $72,14 \pm 5,63$ olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,783$; $p<0,001$). Grup 1’de katılımcıların yaş aralığı 65-90, Grup 2’de katılımcıların yaş aralığı 65-85’tir. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 65-74 yaş grubunun %57,9’u ($n=70$) kendi kendine randevu alabilmekte iken, 85 yaş ve üzeri yaş grubunun %25,0’ı ($n=4$) kendi kendine randevu alabilmektedir. İki yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,013$). Kadınların %51,8’i ($n=58$) Grup 1’de iken, erkeklerin %52,0’ı ($n=51$) Grup 2’dedir ($p=0,580$). Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanların %68,6’sı ($n=96$) Grup 1’de, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların %87,1’i ($n=61$) Grup 2’de yer almaktadır. Gruplar arasında eğitim durumu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Medeni durum yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır ($p=0,510$). Üç ve üzeri çocuk sahibi olanların %72,8’i ($n=67$) Grup 1’de yer almaktadır. Çocuk sayısı 3 ve üzeri olan katılımcıların oranı Grup 1’de %72,8 ($n=67$) olup Grup 2’ye göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,001$). Hanede yaşadığı kişiler sorgulandığında her iki grupta katılımcılar en sık eşi ve çocukları ile yaşamaktadır. Çocukları ile yaşayanların %72,9’u ($n=19$) kendi kendine randevu alamamaktadır ($p<0,001$).

Aktif olarak çalışan katılımcıların tamamı ($n=6$) kendi kendine randevu alabilmektedir ($p=0,029$). Kendine ait geliri olmayanların %78,1’i ($n=25$) kendi kendine randevu alamamaktadır ($p<0,001$). Ortalama aylık gelir düzeyi 0-7499₺ olan katılımcıların %73,1’i ($n=57$) Grup 1’de, 7500 ₺ ve üzeri gelire sahip katılımcıların %63,6’sı ($n=84$) Grup 2’de yer almaktadır. İki grup arasında ortalama aylık gelir düzeyindeki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Hane gelir durumu algısında çok iyi yanıtı her iki grupta da alınmamıştır. Her iki grupta en sık yanıt orta düzeydir. Gelir durumu algısı yönünden gruplar arası istatistiksel farklılık bulunmamaktadır ($p=0,889$). Katılımcıların tamamının sağlık güvencesi vardır. Özel sağlık sigortası olan 3 kişi olup, tamamı kendi kendine randevu alabilen gruptadır. Grupların tanımlayıcı özellikleri ve test istatistikleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Grupların Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	GRUP 1 n (%)	GRUP 2 n (%)	Test istatistikleri
Yaş grupları			
65-74	51 (42,1) ^a	70 (57,9) ^a	$\chi^2=8,641^*$ $p=0,013$
75-84	42 (57,5) ^{ab}	31 (42,5) ^{ab}	
85 ve üzeri	12 (75,0) ^b	4 (25,0) ^b	
Cinsiyet			
Kadın	58 (51,8)	54 (48,2)	$\chi^2=0,306^*$ $p=0,580$
Erkek	47 (48,0)	51 (52,0)	
Eğitim durumu			
Ortaokul ve altı	96 (68,6)	44 (31,4)	$\chi^2=57,943^*$ $p<0,001$
Lise ve üzeri	9 (12,9)	61 (87,1)	
Medeni durum			
Hiç evlenmemiş	1 (50,0)	1 (50,0)	$\chi^2=2,575^{**}$ $p=0,510$
Evli	73 (51,0)	70 (49,0)	
Eşinden ayrılmış	3 (27,3)	8 (72,7)	
Eşi vefat etmiş	28 (51,9)	26 (48,1)	
Çocuk sayısı			
Yok	3 (25,0) ^a	9 (75,0) ^a	$\chi^2=34,400^*$ $p<0,001$
1-2	35 (33,0) ^a	71 (67,0) ^a	
3 ve üzeri	67 (72,8) ^b	25 (27,2) ^b	
Hanede yaşadığı kişiler			
Yalnız	13 (35,1) ^a	24 (64,9) ^a	$\chi^2=19,765^{**}$ $p<0,001$
Eş ile	48 (47,1) ^a	54 (52,9) ^a	
Eş ve çocuklar ile	25 (61,0) ^{ab}	16 (39,0) ^{ab}	
Çocuklar ile	19 (79,2) ^b	5 (20,8) ^b	
Diğer ¹	0 (0,0) ^a	6 (100,0) ^a	
Çalışma durumu			
Aktif çalışıyor	0 (0,0)	6 (100,0)	- $p=0,029^{**}$
Çalışmıyor	105 (51,5)	99 (48,5)	
Kendine ait gelir			
Var	80 (44,9)	98 (55,1)	$\chi^2=10,655^{\ddagger}$ $p=0,001$
Yok	25 (78,1)	7 (21,9)	
Ortalama aylık gelir (₺)			
<7500	57 (73,1)	21 (26,9)	$\chi^2=26,434^*$ $p<0,001$
≥7500	48 (36,4)	84 (63,6)	
Hane gelir durumu algısı			
İyi	20 (54,1)	17 (45,9)	$\chi^2=0,616^*$ $p=0,893$
Orta	57 (50,4)	56 (49,6)	
Kötü	20 (45,5)	24 (54,5)	
Çok kötü	8 (50,0)	8 (50,0)	

Satır yüzdesi verilmiştir.

¹: Kardeş, yeğen. n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer, χ^2 : Kikare testi

*: Pearson kikare, *: Yates düzeltmesi, **: Fisher exact test

a ve b üst simgeleri kategoriler arası farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı kategoriler istatistiksel olarak benzerdir.

Gruplar arasında kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, kronik hastalıklar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Genel sağlık durumuna kötü-çok kötü yanıtını veren katılımcıların oranı %66,7 ($n=24$) ile Grup 1’de daha fazladır. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,073$). Akranlarına göre sağlık durumu algısı incelendiğinde normal yanıtını verenlerin oranı Grup 1’de, iyi-çok iyi yanıtını verenlerin oranı Grup 2’de daha fazladır. İki grup arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,020$). Görme ve işitmede zorluk durumuna göre Grup 1 ve Grup 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Görmede çok zorlananların %70,4’ü ($n=19$), işitmede çok zorlananların %83,3’ü ($n=20$) Grup 1’dedir ve Grup 2’ye göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p=0,008$ ve $p=0,001$). Grupların genel sağlık özellikleri Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Grupların Genel Sağlık Özellikleri

Değişkenler	GRUP 1	GRUP 2	Test istatistikleri
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	101 (50,8)	98 (49,2)	$\chi^2=0,384^*$
Hayır	4 (36,4)	7 (63,6)	$p=0,536$
Düzenli ilaç kullanımı			
Evet	98 (50,5)	96 (49,5)	$\chi^2=0,068^*$
Hayır	7 (43,8)	9 (56,2)	$p=0,795$
Genel sağlık durumu algısı			
İyi-çok iyi	37 (44,0)	47 (56,0)	$\chi^2=5,235^*$
Orta	44 (48,9)	46 (51,1)	
Kötü-çok kötü	24 (66,7)	12 (33,3)	
Akranlarına göre sağlık algısı			
İyi-çok iyi	51 (41,8) ^a	71 (58,2) ^a	$\chi^2=7,831^*$
Normal	37 (61,7) ^b	23 (38,3) ^b	
Kötü-çok kötü	17 (60,7) ^{ab}	11 (39,3) ^{ab}	
Görmede zorluk durumu			
Zorluk çekmiyor	52 (41,6) ^a	73 (58,4) ^a	$\chi^2=9,734^*$
Biraz zorlanıyor	34 (58,6) ^{ab}	24 (41,4) ^{ab}	
Çok zorlanıyor	19 (70,4) ^b	8 (29,6) ^b	
İşitmede zorluk durumu			
Zorluk çekmiyor	56 (41,5) ^a	79 (58,5) ^a	$\chi^2=15,546^*$
Biraz zorlanıyor	29 (56,9) ^{ab}	22 (43,1) ^{ab}	
Çok zorlanıyor	20 (83,3) ^b	4 (16,7) ^b	

Satır yüzdesi verilmiştir.

n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer,

*, **: Pearson kıkare, *: Yates düzeltmesi, **: Fisher exact test.

a, b, c, d üst simgeleri kategoriler arası farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı kategoriler istatistiksel olarak benzerdir.

Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı açısından iki grup benzerdir ve her iki grup en sık üç-altı ayda bir sağlık kuruluşuna başvurmaktadır ($p=0,560$). Her iki grupta sağlık kuruluşuna en sık ve en son gitme nedeni kronik hastalık kontrolüdür (sırasıyla $p=0,813$ ve $p=0,845$). Sağlık sorunları için en sık başvuru yapılan sağlık kuruluşu Grup 1’de devlet hastanesi, Grup 2’de aile sağlığı merkezidir ($p=0,366$). Grupların sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili özellikler Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Grupların Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Özellikler

Değişkenler	GRUP 1 <i>n</i> (%)	GRUP 2 <i>n</i> (%)	Test istatistikleri
Sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı			
Ayda bir ve daha sık	39 (54,9)	32 (45,1)	
Üç-altı ayda bir	54 (47,4)	60 (52,6)	$\chi^2=1,046^*$
Yılda bir ve daha az	12 (48,0)	13 (52,0)	$p=0,593$
Sağlık kuruluşuna <u>en sık</u> gitme nedeni			
Kronik hastalık kontrolü	51 (48,6)	54 (51,4)	
Reçete yazdırmak	31 (49,2)	32 (50,8)	$\chi^2=0,483^*$
Hastalık tanı ve tedavisi	23 (54,8)	19 (45,2)	$p=0,786$
Sağlık kuruluşuna <u>en son</u> gitme nedeni			
Kronik hastalık kontrolü	43 (48,3)	46 (51,7)	
Reçete yazdırmak	20 (48,8)	21 (51,2)	$\chi^2=0,326^*$
Hastalık tanı ve tedavisi	42 (52,5)	38 (47,5)	$p=0,850$

Satır yüzdesi verilmiştir.

n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer

*: Pearson kare, *: Yates düzeltmesi, **: Fisher exact test

Grupların sağlık kuruluşuna başvuru yöntemleri ile ilgili özellikler karşılaştırıldığında, randevu alma yöntemlerinin bilinme oranları Grup 1’de daha düşüktür (tüm seçenekler için $p<0,001$). Randevusunu en sık bir yakını alan katılımcıların %83,6’sı ($n=97$) Grup 1’de yer almaktadır ($p<0,001$). Sağlık hizmetlerine ulaşmadaki en büyük zorluğun randevu alma süreci olduğunu ifade eden katılımcıların oranı %56,7 ile kendi kendine randevu alamayan grupta anlamlı olarak daha yüksekken ($n=76$), zorluk yaşamadığını ifade eden katılımcıların oranı %66,7 ($n=34$) ile kendi kendine randevu alabilen grupta anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,004$).

Grupların teknolojik araçlara sahip olma ve kullanım özellikleri ile istatistikleri Tablo 10’da verilmiştir. İnternet erişimine, bilgisayara, tablete ve telefona sahip olan katılımcıların oranı Grup 1’de anlamlı olarak daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,04$). Telefonu olmayan 10 katılımcının tamamı kendi kendine

randevu alamayan grupta (Grup 2) yer almaktadır. Tuşlu telefonu olanlar %72,2 (n=39) oranında Grup 1’dedir ($p<0,001$). Çalışmada yer alan teknolojik araçların her biri için, kullanamayanların oranı kullanabilenlere göre Grup 1’de daha yüksek bulunmuştur. Grup 1’de internet, bilgisayar, tablet ve telefon kullanamayanların oranı yardım almadan kullanabilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksektir (Tablo 10).

Tablo 10. Grupların Teknolojik Araçlara Sahip Olma ve Kullanım Özellikleri

Değişkenler	GRUP 1 n (%)	GRUP 2 n (%)	Test istatistikleri
İnternet erişimi			
Var	39 (32,0)	83 (68,0)	$\chi^2=37,869^*$
Yok	66 (75,0)	22 (25,0)	$p<0,001$
İnternet kullanımı			
Evet	13 (14,8) ^a	75 (85,2) ^a	$\chi^2=77,301^*$
Yardım alarak evet	8 (57,1) ^a	6 (42,9) ^a	$p<0,001$
Hayır	84 (77,8) ^b	24 (22,2) ^b	
Bilgisayar			
Var	17 (27,0)	46 (73,0)	$\chi^2=19,070^*$
Yok	88 (59,9)	59 (40,1)	$p<0,001$
Bilgisayar kullanımı			
Evet	1 (2,4) ^a	41 (97,6) ^a	$\chi^2=60,752^*$
Yardım alarak evet	1 (9,1) ^a	10 (90,9) ^a	$p<0,001$
Hayır	103 (65,6) ^b	54 (34,4) ^b	
Tablet			
Var	8 (28,6)	20 (71,4)	$\chi^2=4,986^*$
Yok	97 (53,3)	85 (46,7)	$p=0,026$
Tablet kullanımı			
Evet	4 (9,3) ^a	39 (90,7) ^a	$\chi^2=43,391^{**}$
Yardım alarak evet	0 (0,0) ^{ab}	3 (100,0) ^{ab}	$p<0,001$
Hayır	101 (61,6) ^b	63 (38,4) ^b	
Telefon			
Var	95 (47,5)	105 (52,5)	$\chi^2=8,505^*$
Yok	10 (100,0)	0 (0,0)	$p=0,004$
Telefon türü (n=200)			
Tuşlu telefon	39 (72,2)	15 (27,8)	$\chi^2=18,130^*$
Akıllı telefon	56 (38,4)	90 (61,6)	$p<0,001$
Telefon kullanımı			
Evet	61 (38,1) ^a	99 (61,9) ^a	$\chi^2=40,918^{**}$
Yardım alarak evet	35 (85,4) ^b	6 (14,6) ^b	$p<0,001$
Hayır	9 (100,0) ^b	0 (0,0) ^b	

Satır yüzdesi verilmiştir.

n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer

*: Pearson kıkare, *: Yates düzeltmesi, **: Fisher exact test

a ve b üst simgeleri kategoriler arası farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı kategoriler istatistiksel olarak benzerdir.

Grupların Katz GYA ve Lawton EGYA ölçekleri puan ortalamaları ve istatistikleri Tablo 11’de verilmiştir. Katz GYA ölçeği puan ortalaması Grup 1’de $5,62 \pm 0,85$, Grup 2’de $5,94 \pm 0,27$ ’dir ($p=0,001$). Lawton EGYA ölçeği puan ortalaması Grup 1’de $5,58 \pm 2,02$, Grup 2’de $7,69 \pm 0,75$ ’dir ($p<0,001$). Ölçek puan ortalamalarının kendi kendine (bağımsız) randevu alamayan grupta istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunması ile H0 hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 11. Grupların Katz GYA ve Lawton EGYA Ölçekleri Puan Ortalamaları

	GRUP 1	GRUP 2	Test istatistikleri
Katz GYA puanı			
$\bar{x} \pm ss$	$5,62 \pm 0,85$	$5,94 \pm 0,27$	Z=3,435
<i>M (ekd-ebd)</i>	5 (3-6)	6 (4-6)	p=0,001
Lawton EGYA puanı			
$\bar{x} \pm ss$	$5,58 \pm 2,02$	$7,69 \pm 0,75$	Z=9,221
<i>M (ekd-ebd)</i>	6 (1-8)	8 (5-8)	p<0,001

$\bar{x}$: Ortalama, *ss*: Standard sapma, *M*: Ortanca, *ekd*: en küçük değer, *ebd*: en büyük değer, *Z*: Mann-Whitney U testi

4.3. Nedensel Bulgular

65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde bağımsız olarak randevu alabilme durumlarını etkileyen faktörlerin tespit edilebilmesi amacıyla iki durumlu (*binary*) lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerde Katz GYA ve Lawton EGYA ölçekleri nispeten yüksek olan korelasyonları ve çalışma tasarımı nedeniyle iki farklı model oluşturularak değerlendirilmiştir.

Model 1’de eğitim durumu, ortalama aylık gelir düzeyi, işitmede zorluk durumu, internet kullanımı ve Katz GYA ölçek puanı, sağlık hizmetlerine erişimde bağımsız olarak randevu almayı etkileyen faktörlerdir. Eğitim durumu lise ve üzeri olanların bağımsız olarak randevu alabilme ihtimali ortaokul ve altı eğitim düzeyindekilerin 6,05 katıdır ($p<0,001$, %95 GA: 2,38-15,38). Ortalama aylık gelir düzeyi 7500₺ ve üzeri olanların bağımsız olarak randevu alabilme ihtimali düşük gelir düzeyine olanların 2,38 katıdır ($p=0,036$, %95 GA: 1,06-5,35). İşitmede zorluk çekmeyenlerin bağımsız olarak randevu alabilme ihtimali çok zorlanan kişilerin 4,12 katıdır ($p=0,040$, %95 GA: 1,07-15,86). İnternet kullanabilen katılımcıların bağımsız olarak randevu alabilme ihtimali internet kullanamayanların 7,72 katıdır ($p<0,001$, %95 GA: 3,59-16,62). Katz GYA ölçeğinde her bir puanlık artış, bağımsız olarak randevu alabilme ihtimalini 3,41 kat arttırmaktadır ($p=0,017$, %95 GA: 1,24-9,35).

Katz GYA ölçeği ve diğer faktörlerin bağımsız randevu alabilme durumuna etkisi ile ilgili regresyon analizi sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Model 1: Katz GYA Ölçeği ve Diğer Faktörlerin Bağımsız Randevu Alabilme Durumuna Etkisi

	β	Standart Hata	Wald	p	Exp (β)	%95 Güven Aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Sabit	-10,256	3,196	10,295	0,001	<0,001		
Eğitim durumu							
Ortaokul ve altı	ref						
Lise ve üzeri	1,800	0,476	14,313	<0,001	6,052	2,381	15,379
Ortalama aylık gelir düzeyi (₺)							
<7500	ref						
≥7500	0,866	0,414	4,383	0,036	2,38	1,057	5,349
İşitmede zorluk durumu							
Çok zorlanıyor	ref						
Biraz zorlanıyor	0,402	0,765	0,275	0,600	1,49	0,333	6,697
Zorluk çekmiyor	1,416	0,688	4,239	0,040	4,12	1,070	15,859
İnternet kullanımı*							
Kullanamıyor	ref						
Kullanabiliyor	2,044	0,391	27,318	<0,001	7,72	3,588	16,617
Katz GYA Puanı	1,226	0,515	5,665	0,017	3,41	1,242	9,351

Adım 1’de girilen değişkenler: Yaş grupları, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu, hanede yaşadığı kişiler, ortalama aylık gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, akranlarına göre sağlık algısı, görmede zorluk durumu, işitmede zorluk durumu, internet kullanımı, Katz GYA puanı.

Nagelkerke $R^2=0,579$; Hosmer-Lemeshow Testi: $\chi^2=5,847$ $p=0,664$.

*İnternet kullanamayan katılımcılar referans grup alınmış, yardım alarak kullanabilen ve kendi kendine kullanabilen katılımcılar “internet kullanabiliyor” grubu olarak birleştirilmiştir.

Model 2’de eğitim durumu, internet kullanımı ve Lawton EGYA ölçek puanı, sağlık hizmetlerine erişimde bağımsız olarak randevu almayı etkileyen faktörlerdir. Eğitim durumu lise ve üzeri olan katılımcıların bağımsız olarak randevu alabilme ihtimali ortaokul ve altı eğitim düzeyindekilerin 8,49 katıdır ($p<0,001$, %95 GA: 3,14-22,93). İnternet kullanabilenlerin bağımsız olarak randevu alabilme ihtimali internet kullanamayanların 4,21 katıdır ($p<0,001$, %95 GA: 1,88-9,44). Lawton EGYA

ölçeğinde her bir puanlık artış, bağımsız olarak randevu alabilme ihtimalini 2,62 kat arttırmaktadır ($p<0,001$, %95 GA: 1,76-3,91). Lawton EGYA ölçeği ve diğer faktörlerin bağımsız randevu alabilme durumuna etkisi ile ilgili regresyon analizi sonuçları Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Model 2: Lawton EGYA Ölçeği ve Diğer Faktörlerin Bağımsız Randevu Alabilme Durumuna Etkisi

	β	Standart Hata	Wald	p	Exp (β)	%95 Güven Aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Sabit	-8,026	1,492	28,953	<0,001	<0,001		
Eğitim durumu							
Ortaokul ve altı	<i>ref</i>						
Lise ve üzeri	2,139	0,507	17,792	<0,001	8,488	3,142	22,929
İnternet kullanımı*							
Kullanamıyor	<i>ref</i>						
Kullanabiliyor	1,437	0,412	12,174	<0,001	4,209	1,877	9,436
Lawton EGYA Puanı	0,965	0,203	22,608	<0,001	2,624	1,763	3,906

Adım 1'de girilen değişkenler: Yaş grupları, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu, hanede yaşadığı kişiler, ortalama aylık gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, akranlarına göre sağlık algısı, görmede zorluk durumu, işitmede zorluk durumu, internet kullanımı, Lawton EGYA puanı.

Nagelkerke $R^2=0,642$; Hosmer and Lemeshow Testi: $\chi^2=7,452$ $p=0,383$.

*İnternet kullanamayan katılımcılar referans grup alınmış, yardım alarak kullanabilen ve kendi kendine kullanabilen katılımcılar "internet kullanabiliyor" grubu olarak birleştirilmiştir.

4.4. Katz GYA ve Lawton EGYA Ölçeklerine Ait Bulgular

Katz GYA ölçeğine göre tam bağımsız (6 puan) katılımcıların oranı %87,6 ($n=184$) iken Lawton EGYA ölçeğine göre tam bağımsız (8 puan) katılımcıların oranı %50,5 ($n=108$) olarak bulunmuştur. Her iki ölçek için tam bağımlı (0 puan) kişi yoktur.

Yaş grupları incelendiğinde, 65-74 yaş grubunun Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları 85 yaş ve üzeri yaş grubuna göre anlamlı olarak yüksektir (Tablo 14). Katılımcıların yaşları ile Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır (sırasıyla $\rho = -0,255$, $p<0,001$; $\rho = -0,371$, $p<0,001$). Sayısal değişkenlerin Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları ile korelasyonları Tablo 15'te verilmiştir. Cinsiyet yönünden ölçek puanları arasında farklılık bulunmamaktadır (sırasıyla $p=0,188$; $p=0,471$).

Eğitim durumu lise ve üzeri olanların her iki ölçek puanları ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksektir (sırasıyla $p=0,036$; $p<0,001$). Evli olanların Katz GYA ölçek puanları eşi vefat etmiş olanlara göre yüksektir ($p=0,004$). Çocuk sayısı 1-2 olan ve çocuğu olmayanların Lawton EGYA ölçek puanları 3 ve üzeri çocuğu olanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$). Çocuk sayısı ile Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır (sırasıyla $\rho = -0,202$, $p=0,003$; $\rho = -0,366$, $p<0,001$). Hanede birlikte yaşadığı kişiler incelendiğinde, yalnızca çocukları ile yaşayanların Katz GYA ölçek puanı yalnız, eşi ile ve eşi ve çocukları ile yaşayanlara göre daha düşüktür ($p<0,001$). Çocukları ile yaşayanların Lawton EGYA puanları diğerlerine göre anlamlı olarak düşüktür ($p<0,001$).

Ortalama aylık gelir düzeyinde 7500₺ ve üzeri gelir grubunda olanların Lawton EGYA ölçek puanı 0-7499₺ gelir grubuna göre daha yüksektir ($p<0,001$). Ortalama aylık gelir düzeyi ile Katz GYA ölçek puanı arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki, Lawton EGYA ölçek puanı ile pozitif yönde zayıf ilişki vardır (sırasıyla $\rho = 0,163$, $p=0,029$; $\rho = 0,309$, $p<0,001$). Katz GYA ile Lawton EGYA ölçek puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanlarına göre sayısal değişkenlerin korelasyonları Tablo 14’te, tanımlayıcı özellikleri Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları ile Korelasyonları

	Katz GYA puanı		Lawton EGYA puanı	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Yaş	-0,255**	<0,001	-0,371**	<0,001
Çocuk sayısı	-0,202**	0,003	-0,366**	<0,001
Ortalama aylık gelir (₺)	0,163*	0,029	0,309**	<0,001
Katz GYA puanı	-		0,457***	<0,001

rho: Spearman Korelasyon Katsayısı, *çok zayıf ilişki, **zayıf ilişki, ***orta düzeyde ilişki

Tablo 15. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları

		Katz GYA		Lawton EGYA	
	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>IQR</i>)	Ortalama sıra değeri	<i>M</i> (<i>IQR</i>)	Ortalama sıra değeri
Yaş grupları					
65-74	121	6 (0) ^a	110,2	8 (1) ^a	120,8
75-84	73	6 (0) ^a	103,8	7 (3) ^b	91,1
85 ve üzeri	16	6 (3) ^b	77,5	4 (5) ^b	55,7
<i>H; p</i>		12,810; 0,002		25,973; <0,001	
Cinsiyet					
Kadın	112	6 (0)	102,5	8 (2)	108,1
Erkek	98	6 (0)	108,9	7 (2)	102,5
<i>Z; p</i>		1,317; 0,188		0,721; 0,471	
Eğitim durumu					
Ortaokul ve altı	140	6 (0)	101,94	7 (3)	90,67
Lise ve üzeri	70	6 (0)	112,61	8 (0)	135,16
<i>Z; p</i>		2,098; 0,036		5,377; <0,001	
Medeni durum					
Hiç evlenmemiş	2	6 (0) ^{ab}	118,5	7 (2)	108,5
Evli	143	6 (0) ^a	110,6	8 (2)	108,2
Eşinden ayrılmış	11	6 (0) ^{ab}	109,6	8 (1)	132,9
Eşi vefat etmiş	54	6 (1) ^b	90,8	7 (4)	92,5
<i>H; p</i>		13,158; 0,004		5,769; 0,123	
Çocuk sayısı					
Yok	12	6 (0)	109,5	8 (1) ^a	133,8
1-2	106	6 (0)	110,8	8 (1) ^a	122,7
3 ve üzeri	92	6 (0)	98,9	7 (4) ^b	82,0
<i>H; p</i>		5,877; 0,053		28,736; <0,001	
Hanede yaşadığı kişiler					
Yalnız	37	6 (0) ^a	110,3	8 (1) ^a	125,4
Eş ile	102	6 (0) ^a	111,4	8 (2) ^a	111,1
Eş ve çocuklar ile	41	6 (0) ^a	108,5	7 (3) ^a	101,1
Çocuklar ile	24	6 (2) ^b	69,2	4 (4) ^b	53,2
Diğer ¹	6	6 (1) ^{ab}	100,5	8 (2) ^a	126,3
<i>H; p</i>		30,231; <0,001		27,214; <0,001	
Çalışma durumu					
Aktif çalışıyor	6	6 (0)	118,5	8 (0)	145,9
Çalışmıyor	204	6 (0)	105,1	7 (2)	104,3
<i>Z; p</i>		0,930; 0,353		1,777; 0,076	
Kendine ait gelir durumu					
Var	178	6 (0)	105,6	8 (2)	95,7
Yok	32	6 (0)	105,5	7 (2)	107,3
<i>Z; p</i>		0,022; 0,982		1,070; 0,285	
Ortalama aylık gelir düzeyi (₺)					
<7500	78	6 (0)	100,9	7 (3)	86,5
≥7500	132	6 (0)	108,2	8 (2)	116,7
<i>Z; p</i>		1,484; 0,138		3,735; <0,001	
Hane gelir durumu algısı					
İyi	37	6 (0)	109,8	8 (2)	111,8
Orta	113	6 (0)	104,9	7 (2)	103,4
Kötü	44	6 (0)	105,8	7,5 (3)	103,0
Çok kötü	16	6 (0)	99,1	8 (3)	113,1
<i>H; p</i>		1,158; 0,763		0,998; 0,802	

¹: Kardeş, yeğen, *n*: gruplardaki kişi sayısı, %: Yüzde, *M*: Ortanca, *IQR*: Çeyreklikler arası uzaklık *Z*: Mann-Whitney U Testi, *H*: Kruskal-Wallis Testi. *a* ve *b* üst simgeleri kategoriler arası farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı kategoriler istatistiksel olarak benzerdir.

Genel sağlık durumu algısı iyi-çok iyi olanların Katz GYA ölçek puanı diğerlerine göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). Genel sağlık durumu algısı iyi-çok iyi ve orta olanların Lawton EGYA ölçek puanları kötü-çok kötü olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). Akranlarına göre sağlık durumu algısı iyi-çok iyi ve normal olanların Katz GYA ölçek puanı kötü-çok kötü olanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). Akranlarına göre sağlık durumu algısı iyi-çok iyi olanların Lawton EGYA ölçek puanı normal, kötü-çok kötü olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Görmede zorluk çekmeyen kişilerin Katz GYA puanı, biraz zorlananlara göre yüksektir ($p=0,005$). Görmede zorluk çekmeyenlerin Lawton EGYA ölçek puanı, diğer katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). İşitmede zorluk çekme durumlarına göre Katz GYA puanı ortanca değerleri tüm zorluk seviyelerinde istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ($p=0,394$). İşitmede hiç zorluk çekmeyen ve biraz zorlananların Lawton EGYA ölçek puanları çok zorlananlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların genel sağlık özelliklerine göre Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Genel Sağlık Özelliklerine Göre Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları

		Katz GYA		Lawton EGYA	
	<i>n</i>	<i>M (IQR)</i>	Ortalama sıra değeri	<i>M (IQR)</i>	Ortalama sıra değeri
Kronik hastalık varlığı					
Evet	199	6 (0)	105,3	7 (2)	103,8
Hayır	11	6 (0)	109,6	8 (1)	136,0
<i>Z; p</i>		0,401; 0,688		1,836; 0,066	
Düzenli ilaç kullanımı					
Evet	194	6 (0)	104,9	7 (2)	104,1
Hayır	16	6 (0)	112,4	8 (1)	122,1
<i>Z; p</i>		0,823; 0,410		1,222; 0,222	
Genel sağlık durumu algısı					
İyi-çok iyi	84	6 (0) ^a	116,2	8 (1) ^a	122,4
Orta	90	6 (0) ^b	102,2	7 (2) ^a	102,6
Kötü-çok kötü	36	6 (1) ^b	88,8	6 (2) ^b	73,2
<i>H; p</i>		17,066; <0,001		19,523; <0,001	
Akranlarına göre sağlık algısı					
İyi-çok iyi	122	6 (0) ^a	113,4	8 (2) ^a	116,2
Normal	60	6 (0) ^a	101,0	7 (3) ^b	94,7
Kötü-çok kötü	28	6 (1) ^b	80,9	6 (3) ^b	82,3
<i>H; p</i>		21,360; <0,001		11,269; 0,004	

Tablo 16. Katılımcıların Genel Sağlık Özelliklerine Göre Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları (devamı)

		Katz GYA		Lawton EGYA	
	<i>n</i>	<i>M (IQR)</i>	Ortalama sıra değeri	<i>M (IQR)</i>	Ortalama sıra değeri
Görmede zorluk durumu					
Zorluk çekmiyor	125	6 (0) ^a	111,9	8 (2) ^a	117,6
Biraz zorlanıyor	58	6 (0) ^b	97,0	7 (3) ^b	92,2
Çok zorlanıyor	27	6 (0) ^{ab}	94,4	6 (4) ^b	77,9
<i>H; p</i>		10,424; 0,005		15,404; <0,001	
İşitmede zorluk durumu					
Zorluk çekmiyor	135	6 (0)	106,1	8 (2) ^a	115,3
Biraz zorlanıyor	51	6 (0)	108,0	7 (2) ^a	102,0
Çok zorlanıyor	24	6 (0)	96,7	5 (3) ^b	58,0
<i>H; p</i>		1,863; 0,394		21,172; <0,001	

n: gruplardaki kişi sayısı, %: Yüzde *M*: Ortanca, *IQR*: Çeyreklikler arası uzaklık, *Z*: Mann-Whitney U testi, *H*: Kruskal-Wallis testi.

a ve *b* üst simgeleri kategoriler arası farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı kategoriler istatistiksel olarak benzerdir.

İnternet erişimi olan ve olmayan kişilerin Katz GYA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,621$). İnternet erişimi olanların Lawton EGYA puanları olmayan katılımcılara göre yüksektir ($p<0,001$). Bilgisayarı olan kişilerin Lawton EGYA ölçek puanları olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bilgisayarı kendi kendine ya da yardım alarak kullanabilenlerin Lawton EGYA ölçek puanı kullanamayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların bilgisayar sahibi olma ve kullanabilme durumlarına göre Katz GYA puanlarında kategoriler arasında istatistiksel olarak fark yoktur (sırasıyla $p=0,418$ ve $p=0,080$). Tableti olanların Lawton EGYA ölçek puanları olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,034$). Tableti yardım almadan kullanabilenlerin Lawton EGYA ölçek puanı tablet kullanamayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). Telefon sahibi olanların hem Katz GYA hem Lawton EGYA ölçek puanları olmayanlara göre yüksektir (her ikisi için $p<0,001$). Akıllı telefon kullananların Lawton EGYA ölçek puanları tuşlu telefon kullananlara göre yüksektir ($p<0,001$). Telefon kullanmayı bilmeyenlerin ($n=9$) Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları telefon kullanmayı bilen ve yardım alarak kullanabilenlere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (her ikisi için $p<0,001$). Katılımcıların teknolojik

araçlara sahip olma ve kullanım özelliklerine göre Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Teknolojik Araçlara Sahip Olma ve Kullanım Özelliklerine Göre Katz GYA ve Lawton EGYA Puanları

		Katz GYA		Lawton EGYA	
	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>IQR</i>)	Ortalama sıra değeri	<i>M</i> (<i>IQR</i>)	Ortalama sıra değeri
İnternet erişimi					
Var	122	6 (0)	106,5	8 (1)	121,6
Yok	88	6 (0)	104,1	7 (3)	83,2
<i>Z; p</i>		0,495; 0,621		4,854; <0,001	
İnternet kullanımı					
Evet	88	6 (0) ^a	112,8	8 (0) ^a	141,6
Yardım alarak evet	14	6 (0) ^{ab}	103,8	7,5 (3) ^{ab}	104,9
Hayır	108	6 (0) ^b	99,8	6 (4) ^b	76,2
<i>H; p</i>		6,883; 0,032		65,020; <0,001	
Bilgisayar					
Var	63	6 (0)	108,5	8 (1)	108,5
Yok	147	6 (0)	104,2	7 (3)	98,0
<i>Z; p</i>		0,810; 0,418		2,925; 0,003	
Bilgisayar kullanımı					
Evet	42	6 (0)	113,6	8 (0) ^a	143,4
Yardım alarak evet	11	6 (0)	118,5	8 (0) ^a	140,5
Hayır	157	6 (0)	102,4	7 (3) ^b	92,9
<i>H; p</i>		5,048; 0,080		30,910; <0,001	
Tablet					
Var	28	6 (0)	103,5	8 (1)	126,6
Yok	182	6 (0)	105,8	7 (2)	102,3
<i>Z; p</i>		0,321; 0,748		2,121; 0,034	
Tablet kullanımı					
Evet	43	6 (0)	113,7	8 (0) ^a	143,1
Yardım alarak evet	3	6 (0)	118,5	8 (0) ^{ab}	157,5
Hayır	164	6 (0)	103,1	7 (3) ^b	94,7
<i>H; p</i>		3,595; 0,166		27,538; <0,001	
Telefon					
Var	200	6 (0)	108,3	8 (2)	109,9
Yok	10	3,5 (3)	50,2	2,5 (3)	18,3
<i>Z; p</i>		5,156; <0,001		4,999; <0,001	
Telefon türü					
Tuşlu telefon	54	6 (0)	94,0	7 (3)	75,3
Akıllı telefon	146	6 (0)	102,9	8 (2)	109,8
<i>Z; p</i>		1,864; 0,062		4,075; <0,001	
Telefon kullanımı					
Evet	160	6 (0) ^a	109,6	8 (2) ^a	119,1
Yardım alarak evet	41	6 (0) ^a	103,3	6 (3) ^b	71,8
Hayır	9	3 (3) ^b	42,6	2 (3) ^c	17,4
<i>H; p</i>		31,884; <0,001		45,609; <0,001	

n: gruplardaki kişi sayısı, %: Yüzde *M*: Ortanca, *IQR*: Çeyreklikler arası uzaklık *Z*: Mann-Whitney U testi, *H*: Kruskal-Wallis testi. *a* ve *b* üst simgeleri kategoriler arası farklılıkları göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı kategoriler istatistiksel olarak benzerdir.

4.5. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Daha İyi Hale Getirilmesi ile İlgili Fikir ve Öneriler

Çalışmada anket sorularının sonunda açık uçlu olarak sorularak kaydedilen “Siz ve akranlarınıza yönelik sağlık hizmetlerine erişimi daha iyi hale getirmek için neler yapılabilir?” sorusuna yanıt veren 87 katılımcının cevapları incelenmiş ve bazı yanıtlar örnek olarak derlenmiştir.

Katılımcılar sıklıkla randevu alırken yaşadıkları zorlukları dile getirmiştir. Özellikle randevu sistemlerini bilmeyen bazı katılımcılar tarafından, bu konuda eğitim verilmesinin faydalı olacağı ifade edilmiştir. Örneğin;

“Kendim almak isterim. Ama bilmiyorum. Eğitim verseler iyi olur.” (67 yaş, Erkek)

“Randevu almayı bilmiyorum o yüzden hastaneye direkt gidiyorum. Öğrenmek istiyorum, anlatsalar... Kendim alabilmek isterim.” (73 yaş, Erkek)

“Bilsem, öğretseler iyi olur. Ama yönlendirmeler zor. Gözüm zor görüyor. Evde hizmet olsa, eve düzenli ziyaret olsa iyi olur.” (74 yaş, Kadın)

“182’den randevu almayı birisi öğrettiği için öğrendim. İnternette bilemiyorum. Belki öğretilse yapabilirim.” (69 yaş, Kadın)

Bazı katılımcılar tarafından, yaşlı bireyler için randevusuz muayene imkânı sağlanması veya sağlık hizmetlerinde her aşamada randevu zorunluluğunun kaldırılması, randevuların hekimler aracılığıyla alınmasının daha uygun olacağı ifade edilmiştir. Örneğin;

“Bu yaşta öğrendiğimi de unutuyorum, bize ya da en azından ileri yaşlara randevu olmasın.” (65 yaş, Kadın)

“Randevu almadan gidebilsem daha iyi. Randevu alsak bile gün boyu bekliyoruz. Muayene oluyoruz, sonuç göstermek için tekrar randevu istiyorlar. Sıra alıp bekliyoruz. Sonuç göstermek için randevu gerekmesin.” (73 yaş, Kadın)

“Randevu gerekmesin. Çocuklarım olmasa çok zorlanırdım. Hastanelerde eşlik edecek biri olması iyi olur. Kontrol için tekrar çağırıyorsa randevuyu doktor versin, ben doğrudan geleyim.” (83 yaş, Kadın)

“3 hafta sonraki kontrolüm için tekrar randevu almam gerekiyor. Kontrol randevularını doktor ya da sekreter vermeli.” (65 yaş, Kadın)

“Kanser hastasıyım. Doktor kontrole çağırırken randevuyu veriyor. Benim için çok iyi oluyor. Tek olsam yapamam.” (76 yaş, Kadın)

“Kronik hastalığı olan kişiler için otomatik randevu olmalı. İlaç raporu için de düzenli randevu verilebilir.” (67 yaş, Erkek)

“Aile hekimimden uzman doktor randevusunu alabilmeliyim.” (66 yaş, Kadın)

“Randevusuz muayene olamıyorum ama randevu da alamıyoruz. 65 yaş üstüne randevusuz kontenjan ayrılmalı. Koruyucu sağlık hizmetleri geliştirilmeli ki hastaneye ihtiyaç kalmasın.” (77 yaş, Erkek)

Randevu sistemlerini deneyimleyen katılımcılar tarafından genellikle uygun randevu bulmakta zorluk yaşandığı ifade edilmiş ve sistemin iyileştirilmesi gereken yönlerine dair öneriler sunulmuştur. Örneğin;

“Doktor sayısı az. Randevu her zaman bulamıyoruz. Bize öncelik tanınmalı. Öncelik var diyorlar ama bence yeterli değil.” (69 yaş, Erkek)

“Devlet hastanelerinde randevu sırası çok. Kızım doktor o hallediyor.” (85 yaş, Kadın)

“Randevu bulamadığımız için mecburen acile başvuruyoruz. Randevu sayısı artsın isterim.” (76 yaş, Kadın)

“İlaç raporu yazdırmak için uzman hekime gitmem gerekiyor. Ama devlet hastanelerinde randevu bulamıyorum o yüzden özel hastaneye gidiyorum.” (72 yaş, Erkek)

“Yaşlılara daha erken randevu versinler. Bize herkes gibi geç tarih veriyorlar.” (76 yaş, Erkek)

“Randevusuz aile hekimine bile gidemiyorum. Randevu alamazsam ilaçları parayla almak zorunda kalıyorum. Evlere düzenli gelinmesi ve ziyaretler yapılması iyi olur.” (80 yaş, Kadın)

“Daha önce 182’yi aradım. İşitme sıkıntısı yaşıyorum. Konuşan kişi çok hızlı konuşuyordu, anlamadım telefonu oğluma verdim. Yavaş yavaş konuşulmasını istiyorum. Kafam karışıyor, çok uzatılmasın konuşma.” (65 yaş, Erkek)

“182’yi arayınca ulaşamıyoruz. Bize öncelik tanınmasını istiyorum. Hastalığımdan dolayı ayakta duramıyorum, randevusuz hizmet almak istiyorum.” (74 yaş, Kadın)

“Kolay olsun. Basit olsun. Yönlendirme olmasın. Bize öncelik tanınsın.” (65 yaş, Kadın)

“182’yi arıyoruz. Acil ihtiyacımız var ama çok geç tarihe randevu veriyorlar. Aile doktoru randevulu olmasın. Hastanede muayene olduktan sonra her işlem için tekrar randevu gerekmesin.” (69 yaş, Erkek)

“182’yi arıyorum ulaşamıyorum. Çocuğuma söylüyorum internetten alıyor. Aradığımda duymakta zorlanıyorum. Numaraya bas diyorlar ama zor oluyor. Kolay olmasını istiyorum.” (70 yaş, Erkek)

“Randevu alma işleri çok karışık. Anlamak zor.” (81 yaş, Kadın)

“Randevu almayı biliyorum ama çocuklarıma aldırıyorum. Engelli raporum var, görmede ve duymada çok zorlanıyorum. Bize kolaylıklar olsa iyi olur.” (77 yaş, Erkek)

“Randevuyu çok ileri tarihe veriyorlar. Belli yaş üstü randevusuz gidebilsin. Evlere düzenli gelsinler. Ya da yaşlılar için -evde rahatsızım gelin- diyebileceğimiz bir bölüm olsun.” (79 yaş, Kadın)

“Randevu almak kolay olsun. Randevu alamadığım için hastalıklarım ilerliyor. Yoldan geçen kişilerden yardım isteyip randevu aldırıyorum. Randevuyu da ileri tarihe veriyorlar.” (65 yaş, Erkek)

“Çoğu zaman kızım randevu alıyor. Kendim de yapabilirim ama o bana göre daha kolay hallediyor.” (71 yaş, Kadın)

“Bizim için ayrı randevu sistemi olmalı. Teknolojik şeyleri de kullanmayı bilmiyorum. Kendim randevu alamıyorum.” (77 yaş, Kadın)

“Randevu alma seçenekleri arttırılabilir. Hiçbirini yapamıyorum.” (68 yaş, Kadın)

“Uygulamayı kullanırken zorlanıyoruz (MHRS). Sistem hata veriyor, tekrar tekrar girip randevu almaya çalışıyoruz. Kolay değil. Ben yapabiliyorum ama her yaşlı bir değil. Daha kolay olmalı.” (65 yaş, Erkek)

“Hastane başvuruları çok fazla. Aile hekimine gitmek zorunlu olsun. Sevk sistemi olsun.” (66 yaş, Erkek)

Ulaşım sorunları yaşayan katılımcılar tarafından hastane sayısının artırılması ve evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi önerilerde bulunulmuştur. Örneğin;

“Gidip gelirken çok zorlanıyorum. Ayakta durmak, beklemek zor oluyor. Eve gelsinler isterim.” (82 yaş, Kadın)

“Randevuyla uğraşmayalım eve gelsinler. Zaten çoğu zaman ilaçlarımızı yazdırmak için geliyoruz.” (73 yaş, Kadın)

“Randevusu olan hastalara servis olabilir.” (79 yaş, Kadın)

“Uzman doktor yetersiz, hastane sayısı yetersiz. Sayı artsın.” (77 yaş, Erkek)

“Daha fazla hastaneler açılıp kronik hastalıklar için bölüm açılabilir.” (83 yaş Erkek)

Hastanelerde yaşlı ve ihtiyaç sahibi hastalar için refakatçi personel olmasının, ayrı bir iletişim numarası olmasının faydalı olacağı bazı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Örneğin;

“Hastanede sistem çok karışık geliyor. Eşlik edecek biri olsa benimle ilgilense iyi olur.” (72 yaş, Erkek)

“Yardımcı olacak birisinin olması lazım. Çok hastalığı olan hastalar için biri olsa onlara randevu alsa, hastaneye nasıl geleceğimizle ilgilense iyi olur.” (71 yaş, Kadın)

“Otomatik bir numara olsun. Yaşlıların yardıma ihtiyacı olduğunda onu arayalım.” (70 yaş, Kadın)

Bunların yanında, kendi randevusunu alabilen katılımcılar arasında randevu sistemlerinden memnuniyet duyulduğu ve sistemin yeterli bulunduğu ifade edilmiştir. Örneğin;

“Randevu sistemlerinden çok memnunum, güzel çalışıyorlar.” (69 yaş, Kadın)

“Hastane randevu birimi yetiyor.” (75 yaş, Kadın)

“Hastaneden alınca iyi oluyor. Telefonla arayınca ileri tarihe veriyorlar.” (75 yaş, Erkek)

5. TARTIŞMA

Çalışma sonucunda, 65 yaş ve üzeri bireylerin Katz GYA ve Lawton EGYA ölçekleriyle ölçülen bağımsızlık düzeyleri ile sağlık hizmetlerine erişimde bağımlılık durumları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada 65 yaş ve üzeri kişilerin sağlık hizmetlerine erişimde bağımsızlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumlarını inceleyebilmek amacıyla araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulanmış, yaşlılarda bağımsızlık ölçütlerinden olan Katz GYA ve Lawton EGYA ölçekleri kullanılmıştır. Daha önce kendi kendine (bağımsız) randevu alamayan 105 katılımcı (Grup 1) ile kendi kendine randevu alabilen 105 katılımcının (Grup 2) ölçek puanları, sosyodemografik özellikleri, genel sağlık özellikleri, sağlık hizmeti kullanımları ve teknolojik araç sahipliği-kullanımları karşılaştırılmıştır. Bağımsız olarak randevu alabilmeyi etkileyen faktörler regresyon analizleri ile araştırılmıştır.

Grup 1 ve Grup 2 arasında yaş, yaş grupları, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, hanede yaşadığı kişiler, çalışma durumu, kendine ait gelir varlığı, ortalama aylık gelir düzeyi, akranlarına göre sağlık algısı, görme ve işitmede zorluk durumu, teknolojik araçlardan internet – bilgisayar – tablet – telefon sahipliği ve bu araçları kullanabilme durumlarında istatistiksel olarak anlamlı olarak ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Katz GYA puanı ve diğer değişkenlerin dahil edildiği lojistik regresyon analizine göre; eğitim durumu (OR=6,05; %95 GA: 2,38-15,38), ortalama aylık gelir düzeyi (OR=2,38; %95 GA: 1,06-5,35), işitmede zorluk durumu (OR=4,12; %95 GA: 1,07-15,86), internet kullanabilme durumu (OR=7,72; %95 GA: 3,59-16,62) bağımsız olarak randevu alabilmeyi anlamlı olarak etkileyen etmenlerdir. Katz GYA ölçeğinde her bir puanlık artış bağımsız olarak randevu alabilme ihtimalini 3,41 kat arttırmaktadır ($p=0,017$, %95 GA: 1,24-9,35).

Lawton EGYA puanı ve diğer değişkenlerin dahil edildiği lojistik regresyon analizine göre; eğitim durumu (OR=8,49; %95 GA: 3,14-22,93) ve internet kullanabilme durumu (OR=4,21; %95 GA: 1,88-9,44) bağımsız olarak randevu alabilmeyi anlamlı olarak etkileyen etmenlerdir. Lawton EGYA ölçeğinde her bir puanlık artış bağımsız olarak randevu alabilme ihtimalini 2,62 kat arttırmaktadır ($p<0,001$, %95 GA: 1,76-3,91).

5.1. Çalışma Grubunun Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan 65 yaş ve üzeri bireylerin demografik özellikleri, Türkiye ve İzmir'deki yaşlı nüfus ile benzerlikler göstermektedir. Türkiye'de 2023 yılında, 65 yaş ve üzeri nüfusun %55,5'i kadın, %44,5'i erkektir (3). Dünyada ise aynı yaş grubundaki nüfusun %55,7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların oranının daha fazla olmasının temel nedeni, kadınlarda beklenen yaşam süresinin erkeklere kıyasla daha uzun olmasıdır (2,90). İzmir'de 65 yaş ve üzeri kişilerin %63,1'i 65-74 yaş, %28,9'u 75-84 yaş ve %8,0'ı 85 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Bu çalışmada, 75-84 yaş grubunun oranı İzmir ortalamasından biraz yüksek olmakla birlikte, genel yaş dağılımı şehrin demografik yapısıyla uyumludur (91).

Sosyoekonomik açıdan incelendiğinde, bu çalışmadaki yaşlı bireylerin durumunun Türkiye genelindeki verilerle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Türkiye'de yaşlıların %62,8'i evli, %31,0'ının eşi vefat etmiştir (3). Bu oran, çalışmadaki katılımcılarla uyumludur. Ayrıca, Türkiye'de yaşlıların %19,3'ü yalnız yaşamaktadır; dünya genelinde bu oran %20-34 arasındadır (3,92). Bu çalışmada da yalnız yaşayan bireylerin oranı benzer şekilde bulunmuştur. Ülkemizde yaşlıların en sık eğitim düzeyi çalışma grubuyla benzer şekilde ilkökuldür. Türkiye'de yaşlı nüfusun %13,5'i okuryazar değildir, %17,4'ü ise lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (3). Bu araştırmada okuryazarlık oranı daha düşük, lise ve üzeri eğitim düzeyindeki katılımcıların oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum çalışmanın yapıldığı bölgenin eğitim düzeyi yüksek bir şehir merkezi olması ile açıklanabilir. Türkiye genelinde yaşlı nüfusun %12,2'si işgücüne katılmaktadır (3). Çalışmada ise katılımcıların yalnızca %2,9'u aktif olarak çalışmaktadır. TÜİK araştırmasında yaşlıların %60'ı tarım sektöründe yer alırken, bu çalışma, ülkemizin üçüncü büyük kenti İzmir'in merkez ilçelerinden birinde yapılmıştır. İzmir'de tarım alanları şehir merkezi dışında yoğunlaşmakta olup, bu durum işgücüne katılım oranlarının daha düşük bulunmuş olmasında etkili olabilir.

Çalışma grubunun tamamının sağlık güvencesi bulunmaktadır. Verilerin toplandığı dönemde, en düşük emekli maaşı 7500₺ idi (93). Çalışmada da ortanca gelir değeri buna uyumlu olmuştur. Aynı dönemde, dört kişilik bir aile için açlık sınırı 11.658₺ olarak belirlenmiştir (94). Literatür incelendiğinde, sağlık güvencesinin olmaması ve düşük gelir düzeyinin kötü sağlık durumu ile ilişkili olduğu, aynı

zamanda yaşlıların sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizliğe yol açan başlıca faktörler arasında yer aldığı görülmektedir (95–97).

Çalışmada kronik hastalık sıklığı yüksek bulunmuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalarda kronik hastalık sıklığı %60-90 arasında değişmektedir (98–100). Ülkemizde yaşlılarda hipertansiyon %60-70, kalp-damar hastalığı %22, diyabet sıklığı %34,7’dir (88). Bu çalışmada ise hipertansiyon oranı benzer, kalp damar hastalığı ve diyabet oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılıkların nedenleri, anketlerin hekim araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmelerle doldurulması, çalışmaların yaş grubu dağılımlarında farklılık, kronik hastalık tanımının ve kapsamının farklı araştırmalarda değişiklik göstermesi olabilir.

Kronik hastalıklar, yaşlıların sağlık hizmeti başvurularının en sık nedenidir (88). Bu çalışmada da benzer şekilde, en sık neden kronik hastalık kontrolüdür. Çalışma grubunun yaklaşık yarısı, üç-altı ayda bir sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Sağlık kuruluşu tercihleri arasında en sık bildirilen seçenek, aile sağlığı merkezleridir. Ülkemizde aile hekimleri, Hastalık Yönetim Platformu (HYP) yazılımı ile kendilerine kayıtlı bireylerin kronik hastalıklarını düzenli olarak takip edebilmekte, yaşlı bireylerin sağlık izlemelerini gerçekleştirebilmektedir (101). Kronik hastalıkların genellikle 3-6 ayda bir izlem gerektirmesi ve ilaçların yeniden gözden geçirilmesi ihtiyacı, çalışma grubundaki bireylerin aile hekimlerini tercih etmelerini beklenen bir durum haline getirmektedir. Devlet hastaneleri de katılımcılar tarafından oldukça yüksek bir oranda tercih edilmiştir.

Katılımcıların en sık başvurdukları sağlık kuruluşu olarak ASM ve devlet hastanesinin oranı neredeyse aynıdır. Gruplar arası karşılaştırmada ise, kendi kendine randevu alamayan grupta en sık başvuru yapılan sağlık kuruluşu devlet hastanesi iken kendi kendine randevu alabilen grupta aile sağlığı merkezi olarak bulunmuştur. Ülkemizde 2023 yılında hekime başvuruların %43,3’ü birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, %56,7’si ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmıştır (102). DSÖ’nün, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık ihtiyaçlarının %90’ını karşılayabileceği yönündeki önerisiyle karşılaştırıldığında, birinci basamak başvuru oranı oldukça düşüktür. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesinde ve herkes için eşit, erişilebilir hizmet sunulmasında kilit bir rol oynamaktadır. Ayrıca, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları kapsamında öngörülen sağlık kazanımlarının yaklaşık %75’inin bu yaklaşımla elde edilebileceği

belirlenmektedir (103). Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı'nda da birinci basamak sağlık kuruluşlarının düşük kullanım oranı bir risk olarak değerlendirilmiştir. Plan kapsamında, farkındalık eksikliği, sevk sisteminin etkin işlememesi ve aile hekimine düşen nüfusun fazlalığı temel sorunlar olarak tespit edilmiştir. Bu sorunlara yönelik olarak, aile sağlığı merkezlerinin hizmet basamakları içinde öncelikli kullanımını sağlamak, basamaklar arası etkileşimi güçlendirmek, aile hekimi başına düşen nüfusu azaltmak ve sevk uygulamasını yaygınlaştırmak hedeflenmiştir (104).

DSÖ ve Sağlık Bakanlığı, yaşlı sağlığı hizmetlerinin, temel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde yürütülmesini önermektedir (22,27). Birinci basamak, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin artırılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin uygulanması ve kronik hastalık yönetiminde sürekliliğin sağlanması açısından kritik bir role sahiptir (22,27).

Yaşlı bireyler, genel sağlık durumlarını genellikle ortalama olarak ifade etme eğilimindedir (105). Literatürde ve ulusal kapsamlı çalışmalarda, benzer şekilde genel sağlık durumu sıklıkla orta olarak değerlendirilmiştir (100,105,106). Ayrıca, literatürde genel sağlık durumunun iyileşmesinin yaşam kalitesinde artışla ilişkili olduğu belirtilmiştir (106).

Yaşlanma süreci ve/veya kronik hastalıkların etkisiyle ortaya çıkan görme ve işitme sorunları yaşlı yetişkinlerin sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Aynı zamanda bilişsel, sosyal, psikolojik ve fiziksel işlevselliği bozarak yaşam kalitesini düşürmekte ve yaşlıları bağımlı hale getirmektedir (107,108). Türkiye Yaşlı Profili Araştırması'na göre görmede zorluk çeken kişilerin oranı %10,1, duymada zorluk çekenlerin oranı %10,6'dır (100). Bu çalışmadaki bulgulara benzerdir.

Türkiye'de MHRS kapsamında Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlardan internet destekli mobil uygulama, web sitesi veya Alo 182 çağrı merkezi üzerinden randevu alınabilmektedir. Ülkemizde MHRS sisteminden alınan randevuların %64'ü Alo 182 aracılığıyla olmuştur (109). Çalışma grubunda da en sık bilinen randevu alma yöntemleri, Alo 182 ve MHRS olup randevu alabilen katılımcıların en çok kullandığı yöntem başka çalışmalarda da olduğu gibi Alo 182 ve telefonla aramaktır (110). Yaşlıların telefon kullanımlarının internete kıyasla daha yüksek olması, telefonla konuşarak randevu almanın daha pratik görünmesi, Alo 182'nin daha fazla tercih

edilmesinde etkili bir faktör olabilir (8,111). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada e-sağlık uygulamaları arasından da en sık bilinen ve kullanılan MHRS'dir (8,76,112). Yaşlılarda yapılan bir çalışmada e-Nabız ve/veya MHRS uygulamasından haberdar olanların oranı %79,1'dir (110). Bir çalışmada, 18 yaş ve üzeri bireylerin %44,5'inin Alo 182 hattını, %35'inin MHRS internet sitesini ve %14'ünün MHRS mobil uygulamasını kullanarak randevu aldığı görülmüştür (8). Akıllı telefonu olan 60 yaş ve üzeri kişilerde yapılan bir çalışmada %69,9'u MHRS üzerinden randevu oluşturamamaktadır (7). Ülkemizde MHRS üzerinden alınan randevu oranı 2023 yılında %48 olarak tespit edilmiş, bu sayının artırılması hedeflenmiştir (104). Çalışma grubunun yaklaşık dörtte biri hiçbir randevu alma yöntemini bilmemektedir. Bir çalışmada 18 yaş ve üstü kişilerde hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilenlerin oranı %89,5'tir (8). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, çevrimiçi randevu alınabilirliği %43 oranında bilinirken (74), Hollanda'da sağlık hizmeti kullanıcılarının yaklaşık yarısının internet üzerinden randevu alınabildiğinden haberdar olmadığı tespit edilmiştir (113). Söz konusu ülkelerde, hastalar genellikle kayıtlı oldukları aile hekimine telefonla ulaşmakta, ön değerlendirme sonrası randevu almakta ve muayene sonrasında bir sonraki randevuları sağlık kurumunda planlanmaktadır. Ayrıca, her aile hekiminin çevrimiçi randevu sistemi sunmaması, çevrimiçi randevu planlamalarının bilinirliğinin daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Saçıkara ve ark. (2024) yaşlılarda yaptığı araştırmada MHRS randevusu alma ve dijital sağlık uygulamalarını kullanmanın sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinden olduğu bulunmuştur (7).

Çalışma grubunda her beş kişiden dördü, randevusunu en az bir kez bir yakınının aldığını ifade etmiştir. Randevu alırken en sık kullanılan yöntem bir yakını aracılığı ile randevu almaktır. Kronik hastalığı olanlarda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %27'sinin başkasından yardım almadan randevu alamadığı bulunmuştur (114). Yaşlı bireylerin randevularını kendi kendine alamaması, bakım veren veya yardımcı olan kişiler için zaman alıcı ve stres yaratıcı bir durum olabilir. Bakım veren eşlerde yapılan bir araştırmaya göre, randevu alma gibi sağlık sistemiyle etkileşim gerektiren görevler, tıbbi bakım sağlamaya göre daha fazla duygusal yük oluşturabilmektedir. Ayrıca, bu tür görevlerin sayısının artması, bakım veren eşlerin duygusal zorluklarını arttırmaktadır. Bu durumun, görevlerin bireylerin kontrolünde olmaması, yorucu olması ve başarısızlıkla sonuçlanma olasılığı nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (115).

MHRS uygulamalarının memnuniyetinin değerlendirildiği bir çalışmada, istenilen tarihe randevu bulamamak en sık şikâyet edilen konudur (78). Hastaların ihtiyaç duyduklarında randevu alamamaları, hastaların acil servise yönelmelerine ve acil serviste gereksiz hasta yüküne neden olmaktadır (13,115). Ülkemizde bin kişi başına düşen hekim sayısı 2023 yılı için 2,39 olarak açıklanmıştır (102). Bu oran, 2021 yılında 3,7 olan OECD ortalamasının altında kalmaktadır. Örneğin, Avusturya'da bu sayı 5,4, Almanya'da 4,5, İtalya'da 4,1 ve Kore'de 2,6'dır (116). Türkiye'deki düşük hekim sayısına rağmen, vatandaşların yıllık hekime başvuru oranı, OECD ortalamasının üzerindedir. Türkiye'de kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı 8 iken, OECD ortalaması 6 düzeyindedir. Doktor başına düşen tahmini muayene sayısı, Kore, Japonya ve Türkiye'de en yüksek; Yunanistan ve İsveç'te ise en düşük seviyededir (116). Hekim sayısının düşük olması, başvuru sayısının yüksek olması, hastaların randevularına gitmemesi, MHRS doluluğuna neden olan faktörlerdendir (78,117).

Fitzpatrick ve ark (2004) tarafından yapılan bir araştırmada, tıbbi randevulara erişimde en önemli engelin, mali kaygılardan sonra ulaşım sorunları (%21,1) olduğu bulunmuştur (6). Farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmaya göre ulaşım sorunları ve uzaklık, sağlık hizmeti kullanımını belirleyen temel unsurlardandır (63,118,119). Bu çalışma grubunda on yaşlıdan biri sağlık hizmetlerine ulaşırken en büyük zorluğunun ulaşım sorunu olduğunu ifade etmiştir. Literatüre göre ulaşım engelleri yaşlılarda, yoksullarda, düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde, kronik hastalığı ve işlevsel engeli olanlarda daha fazla görülmektedir. Ulaşım imkanına sahip olmayan yaşlılar, sağlık hizmetlerine erişim için genellikle aile üyelerine veya alternatif ulaşım yöntemlerine bağımlı hale gelmektedir. Ulaşım sorunu yaşayan kişiler tıbbi randevularına uyum sağlamakta güçlük çekmekte, hatta sağlık hizmeti aramaktan vazgeçebilmektedir (119,120).

Ulusal düzeyde gerçekleşen bilişim teknolojileri araştırmasına göre, internet kullanan kişilerin %62,2'si doktordan randevu alma amacıyla internet kullanmıştır (10). Ülkemizde internet kullanan 16-74 yaş grubu kişilerin oranı %87,1'dir. Ancak 65-74 yaş grubunda %40,7'dir (10). Bu araştırmada da katılımcıların %58,1'i internet erişimine sahiptir, daha azı interneti başkasından yardım almadan kullanabilmektedir. Literatür incelendiğinde yaş, internet kullanımını etkileyen en belirgin faktördür (11,70).

Türkiye’de yaşlıların %52,7’si akıllı cep telefonu, %32’si tuşlu cep telefonu kullanmaktadır (3). Çalışmada akıllı telefon kullanımı çok daha yüksek bulunmuştur. Yaşlılarda akıllı telefon kullanımı yaş ilerledikçe azalmaktadır (121). Ülkemizde yaşlılarda bilgisayar kullanımı %6,0, tablet kullanımı %3,9 olarak açıklanmıştır (10). Bu çalışmada ise bilgisayar ve tablet kullanımı daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri kişilerde yapılan bir araştırmada yaş arttıkça teknolojik araçları kullanmayı öğrenmede aile üyeleri ve yakın çevreden yardım alma ihtiyacının arttığı belirlenmiştir (122). Yine aynı çalışmada yaş arttıkça yaşanan sorunların çözümünde aile ve yakın çevreden yardım alma oranının yükseldiği bulunmuştur (122).

Çalışma grubunda, Katz GYA ölçeğine göre %87,6’sı tam bağımsızdır ve puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Lawton EGYA ölçeğine göre yaklaşık yarısı tam bağımsızdı. Çalışma grubunun Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puan ortalamaları benzer tasarımlı farklı çalışmalarla uyumludur (123,124).

5.2. Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Üç alt başlıkta ele alınacaktır: sosyodemografik özellikler, genel sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanım özellikleri, teknolojik araç kullanımı.

5.2.1. Sosyodemografik özellikler

Yaşlıların kendi kendine randevu almaya çalışma olasılıkları gençlere göre daha düşüktür (13). Çalışma grubunda kendi kendine randevu alabilenlerin yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun, daha genç yaş grubuna göre internet randevularını daha az tercih ettiği bulunmuştur (125). Literatürde, çalışma bulguları ile benzer şekilde, özellikle 75 yaş üzeri kişilerin çevrimiçi sağlık hizmetleri farkındalığının ve kullanım oranlarının düşük olduğu bulunmuştur (126–128).

Cinsiyet ve medeni durum yönünden çalışma grubunda farklılık bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda, kadınların sağlık hizmetlerini erkeklere göre daha fazla kullandığı, ancak bu durumun ekonomik ve sosyal faktörlerden etkilendiği gösterilmektedir (129,130). Kadınların, erkeklere kıyasla daha düşük yaşam kalitesine ve gelir seviyesine sahip oldukları durumlarda sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (130,131). Çalışmada, yalnız yaşayan ve eşiyile yaşayan katılımcıların, çocukları ile birlikte yaşayan katılımcılara kıyasla

kendi kendine randevu alma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Luxenburg ve ark. (2022) yaptığı çalışmada, yalnız yaşayan kişilerin kendi kendine randevu alma olasılığı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (13). Bu durum, yalnız yaşayan yaşlıların günlük işlerini kendi kendilerine başa çıkarak zorunluluğu ile açıklanabilir.

Çalışma grubunda, üç ve daha fazla çocuğu olan bireylerin randevu alamayan grupta daha sık yer aldığı görülmüştür. Ayrıca, çocuklarıyla yaşayan yaşlı bireylerin yaklaşık dörtte üçünün kendi kendine randevu alamadığı tespit edilmiştir. Literatürde, yaşlıların karşılaştıkları zorluklar veya ihtiyaçlar doğrultusunda aile üyelerinden veya bakıcılarından yardım aldıkları ifade edilmektedir (131). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılama, beklentilerini karşılama ve sorunlarını çözme konusunda en fazla çocuklarından destek aldığını ortaya koymuştur (132). Literatürde, güçlü bir sosyal desteğin yaşlıların genel sağlık düzeyine olumlu etkileri olduğu, ancak aile desteğinin bazı durumlarda yaşlı bireylerde bağımlılığı artırabileceği belirtilmektedir. Bağımlılığın artması, aile desteğinin yaşlı bireyin kendi kendine bir şeyler yapma becerisine olan güvenini aşındırması, başkalarına daha fazla güvenme ya da fiziksel yeteneklerin kullanılmaması nedeniyle gerilemesi ile ilişkilendirilmiştir (132–135). Çalışma grubunda, çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlı bireylerin, genellikle kendi kendine randevu almak zorunda kalmadıkları için randevu alma konusunda bilgi sahibi olmadıkları düşünülmektedir. Yaşlı bireylerin çocuklarıyla birlikte yaşama gerekçeleri arasında günlük yaşam aktivitelerinde yardıma duyulan ihtiyaç, sağlık durumundaki yetersizlikler ve gelir düzeyinin düşüklüğü gibi faktörler bulunmaktadır (136). Mevcut araştırma verilerine dayanarak bu çalışma bulgularının bir neden-sonuç ilişkisini mi, korelasyonu mu yansıttığı konusunda kesin bir çıkarım yapılması mümkün görülmemektedir.

Çalışmada eğitim düzeyi, bağımsız randevu alabilmede önemli bir faktördür. Birçok çalışmada, yüksek eğitim seviyesine sahip olan yaşlıların çevrimiçi randevu planlama uygulamalarını daha fazla benimsedikleri bulunmuştur (6,127,137,138). Bu çalışmada da kendi kendine randevu alabilen katılımcıların eğitim düzeyi daha yüksektir. Almeida ve ark. (2017) yaptığı sistematik araştırmaya göre, birçok çalışmada daha yüksek gelir ve eğitim düzeyinin, tıbbi randevuların kullanımını ve erişimini artırdığı bildirilmiştir (5). Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler bir sağlık ihtiyacını fark etme ve bakım hizmetini arama konusunda daha yetkindir (139). Bir çalışmada eğlence amaçlı internet kullanımında kullanıcıların eğitim düzeyinin önemli

olmadığı ancak, internet üzerinden randevu alma gibi daha teknik beceri gerektiren kullanımlarda eğitim düzeyinin belirleyici olduğu bulunmuştur (140).

Çalışma grubunda aktif olarak çalışan katılımcıların tamamı kendi kendine randevu alabilmektedir. Çalışmalarda emeklilere göre aktif çalışanlarda ve aktif çalışma dönemi daha fazla olan kişilerin çevrimiçi randevu uygulamalarını kullanma olasılığı daha fazla bulunmuştur (138,141). Hindistan’da yapılan bir çalışmada, aktif çalışma durumun sağlık hizmetine erişimi etkilemediği bulunmuştur (142). Çalışmada ortalama aylık gelir düzeyi düşük olan katılımcıların kendi kendine randevu alabilme ihtimalleri daha düşüktür. Çalışmalarda daha iyi gelir düzeyine sahip olmanın sağlık hizmetine daha kolay erişebildiğini göstermektedir (6,143). Yüksek gelir düzeyine sahip olanlar e-sağlık ve çevrimiçi randevu planlama uygulamalarını daha fazla kullanmaktadır (138,144). Bir çalışmada sağlık hizmetleri kullanımında yıllar içerisinde düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanlar arasında önemli ve büyüyen bir dijital uçurum olduğunu gözlenmiştir (128). Başka bir çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip ve devam eden sağlık sorunları olan bireylerin, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini alamama riski taşıdığı bildirilmiştir (97).

Çalışmalar yaşlıların sağlık sigortasının olmaması, düşük gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı ve sayısı ile yetersiz sağlık hizmetlerine erişim arasında ilişki olduğunu göstermektedir (6,97). Sağlık sigortasının olmaması ile çevrimiçi randevu planlama uygulamalarının kullanılmayışı da ilişkili bulunmuştur (138). Çalışma grubunda katılımcıların tamamının sağlık güvencesine sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum, gruplar arasında karşılaştırma yapma imkânını ortadan kaldırmıştır. Bununla birlikte, özel sağlık sigortasına sahip üç katılımcının bulunduğu ve bu katılımcıların tamamının kendi kendine randevu alabilen grupta yer aldığı tespit edilmiştir.

5.2.2. Genel sağlık özellikleri

Türkiye’de yaşlıların en büyük mutluluk kaynağı %82,0 ile sağlıktır (100). Algılanan sağlık ise yaşam memnuniyeti, yaşlanmanın fiziksel ve bilişsel sağlığa etkisi, kişinin yaşlanma süreciyle ilgili inançları ve korkuları gibi birçok faktöre bağlıdır (145). Genel sağlık durumu algısının kişinin hissettiği yaş ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sağlık durumunun daha iyi olduğunu düşünenler daha genç hissetmektedir (146). Bir çalışmada kötü algılanan sağlık durumunun, daha düşük randevu alma çabasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (13).

Atherton ve ark. (2004) yaptıkları araştırmada, uzun süreli rahatsızlıkları olan bireylerin, rahatsızlığı olmayanlara kıyasla sağlık hizmetlerini daha sık kullandıkları ve çevrimiçi randevu sistemlerinin farkında olma ve kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcılar tarafından bu durum, çevrimiçi randevu sisteminin kendileri için uygun olması ve durumlarına yönelik rutin randevuların sağladığı faydalarla açıklanmıştır (126). Çalışmamızda gruplar arasında kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, kronik hastalıklar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda, işitmede ve görmede zorlanan yaşlıların kendi kendine randevu alamadığı bulunmuştur. İleri analizlerde özellikle işitme engelinin bağımsız randevu alma becerisi üzerinde etkili olduğu anlaşılmıştır. İşitme ve görme zorlukları yaş ile birlikte artmaktadır ve kişinin bağımsız yaşamasını, sosyal ilişkilerini, sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir (15,107). Aynı zamanda görme ve işitme problemleri akıllı telefonlar gibi dijital teknolojileri kullanımlarında zorluklarla neden olmaktadır. Devam eden bu engeller, yaşlıların teknolojik araçlardan uzaklaşarak, ilgilerinin azalmasına neden olmaktadır (50). Bir çalışmada, işitme engelli bireylerin randevu sistemlerine ilişkin farkındalıklarının yüksek olmasına rağmen kullanım oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Randevu sistemlerinin, işitme engelli bireyler için bir seçenek olduğunun farkında olmamalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (126). İngiltere’de yapılan bir çalışmada işitme kaybı yaşayan kişilerin yaşamayanlara göre çevrimiçi randevu sistemlerini daha az kullandığı bulunmuştur (144). Çalışmamızda, yaşlı bireylerin telefonla aramayı tercih etmesi, işitme problemlerinin kendi kendine randevu alma üzerinde daha büyük bir engel olarak ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir. Görme problemleri ise telefonla arama sırasında bu kadar büyük bir engel teşkil etmeyebileceği için lojistik regresyon analizinde anlamlı bir etkiye sahip olmamış olabilir.

5.2.3. Teknolojik araçların kullanımı

Araştırma sonuçlarımız, teknolojik araçlara erişim ve onları kullanabilme becerilerinin, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine bağımsız şekilde erişimlerini destekleyebileceğini göstermektedir. Bu değişkenlerden internet kullanımı, lojistik regresyon analizlerine dahil edilmiş ve kendi kendine randevu alabilen grupta internet kullanabilme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, internet kullanımının, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde önemli bir belirleyici olabileceğini

göstermektedir. Literatüre göre, internet kullanabilme becerisi dijital sağlık uygulamalarını kullanabilmenin de önemli bir gerekliliğidir (127). Başkalarının yardımı olmadan internet kullanabilme becerisi, dijital sağlık sistemlerinden randevu alabilmekle ilişkili bulunmuştur (147). Bir çalışmada dijital sağlık uygulamalarının kullanımının, internet, bilgisayar ve cep telefonu gibi teknolojik araçları kullanamayan yaşlı bireyler arasında belirgin şekilde düşük olduğu bulunmuştur (137).

Bir çalışmada internet kullanıcısı olan 65 yaş ve üzeri katılımcıların %39,'5'i internet kullanırken başkalarının yardımına ihtiyaç duymuştur (125). Başka bir çalışmada da 65 yaş ve üstü bireylerin teknolojik araçları kullanırken daha genç yaş gruplarına göre daha fazla yardım aldıkları ve teknolojik cihazlar hakkında daha az bilgi sahibi oldukları bulunmuştur (148). Yaşlıların teknoloji kabulü ve kullanım davranışlarının başarılı yaşlanma üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırmada, yaşlı bireylerin yaklaşık yarısının (%48,2) mobil interneti bir aile üyesinden öğrendiği ve yine yaklaşık yarısının (%43,5) mobil internetle ilgili bir sorun yaşadıklarında aile üyelerinden (çocukları, torunları vb.) yardım aldığı tespit edilmiştir (149).

Polonya'da yedi yıllık ulusal anket sonuçlarının incelendiği bir çalışmada, internetin ana kullanıcılarının gençler olduğu, ancak yaşlı bireyler için önemli bir büyüme potansiyeli öngörüldüğü belirtilmiştir (150). Literatürde, yaşlılar arasında internet kullanım oranlarının yıllar içinde arttığı görülmekle birlikte, özellikle 75 yaş ve üzeri bireylerde bu oranların hala düşük olduğu belirtilmektedir (151). Yaş ilerledikçe bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) kullanım becerilerinde ve bu teknolojilere olan aşinalıkta azalma gözlenmektedir (50,70). Bir çalışmada 75 yaş ve üzeri yaş grubunda daha genç yaşlı grubuna göre bilgisayar, tablet, akıllı telefon sahipliği ve internete erişimlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (127). İnternet kullanma becerisi düşük olan ve yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade eden katılımcılar 75 yaş ve üzeri yaş grubunda fazladır (127).

Yaşlı bireylerde dijital teknolojilerin benimsenmesi ve kullanımına ilişkin çeşitli engeller farklı çalışmalarda vurgulanmıştır (70,152).

Benimseme, Van Dijk (2005) tarafından da açıklanan teknolojiye erişimin ilk basamağıdır (153). İlgi eksikliği, motivasyon kaybı, önyargı, ihtiyacın farkında olmama, güven eksikliği, hata yapma korkusu ve kaygı gibi nedenler yaşlıların dijital teknolojileri benimsemesinin önünde bir engel olabilir. Örneğin bir çalışmada, sağlık

ile ilgili ilgili kararlarda internetin çok faydalı olduğunu düşünen katılımcıların doktor randevusu için internet kullanımında daha olumlu bir tutuma sahip olduğu (147), benzer şekilde daha önce sağlık ile ilgili interneti kullananların dijital randevu sistemlerini daha fazla benimsediği bulunmuştur (154). Yaşlıların randevu alma davranışlarını inceleyen bir çalışmada yaşlılar tarafından, dijital yöntemlerle randevu almanın öğrenilmesi zor, yeni ve alışılmadık bir şey olduğu ifade edilmiştir (126). Başka bir çalışmada yaşlılarda ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda dijital randevu sistemlerinin benimsenmesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (154).

Çalışmalarda yaşlılar internet ve teknoloji becerilerini geliştirmek istemektedir. Atakişi ve Orhan (2020) yaptıkları araştırmada internet kullanıcısı olan 65 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık üçte biri dijital becerilerini geliştirmeye yönelik kurslara katılmak istediklerini ifade etmiştir (125). Bir araştırmada da yaşlı kişilerin %38,4'ünün mobil interneti kullanmak için bir eğitime katılmak istedikleri bulunmuştur (149). Çalışmamızda da bazı katılımcılar, randevu sistemleri hakkında eğitim almak istediklerini ifade etmiştir.

5.3. Katz GYA ve Lawton EGYA Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları ile kendi kendine randevu alabilme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İleri analizlerde, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin sağlık hizmetlerine erişimde bağımsızlık üzerinde etkili olduğunu gösterilmiştir. Çalışmalar, yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığını göstermektedir (131,157). Çalışmalar sıklıkla Katz GYA üzerinde anlamlı sonuçlar elde etmiştir çünkü Katz GYA bağımlılığı temel bakım becerilerini ölçmektedir (157). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı olan kişilerin sağlık hizmeti ve bakım ihtiyacı daha fazladır (124). Daha ciddi engellilik yaşayan yaşlı bireylerde ihtiyaç duydukları tıbbi bakıma erişimini engelleyen veya geciktiren yetersiz kullanılmasını açıklayan birkaç faktör bulunmaktadır. Engelli bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla bariyerle karşılaştıklarını bildirmektedir. Örneğin, daha ileri düzeyde engeli olan bireylerin ulaşım engelleriyle karşılaşma olasılıkları daha yüksektir, bu da randevularını takip etmelerini zorlaştırabilir. Sosyal destek eksikliği ve olumsuz deneyimlerinin de hizmet kullanımını etkilediği ve gözlemlenen eşitsizliklerin altında yatan olası bir neden olabileceği gösterilmiştir (158).

Çalışmamızda Katz GYA ve Lawton EGYA ölçek puanları ile ilişkili değişkenler, literatürle büyük oranda uyumluluk göstermektedir. Çalışmalarda, artan yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, sağlık durumunu orta ve kötü düzeyde değerlendirme, görmede zorlanma ve çocuklarla yaşama çalışmamızla benzer şekilde günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ile ilişkili bulunmuştur (157,159–161).

Yapılan çalışmalarda çalışmamızla benzer şekilde, yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte eşlik eden hastalıklar, sağlık sorunları ve engellilik artmaktadır, bu durum yaşlıların işlevselliğini azaltmakta ve bağımlılıklarını arttırmaktadır (162).

Cinsiyet açısından çalışmalarda farklılıklar bulunmaktadır. Kadınların Katz GYA ve Lawton EGYA puanlarının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi daha yüksek puan aldıkları çalışmalar da olmuştur (160,162). Bazı çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi cinsiyet yönünden farklılık bulunmamıştır (88,131).

Düşük eğitim düzeyi çalışmamızda olduğu gibi günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ile ilişkili bulunmuştur (124,160,162). Eğitim düzeyi, iş ve gelir durumunu

etkileyerek erişkin sağlığını etkileyebilir. Düşük eğitim düzeyine sahip kişiler karmaşık işlevleri yerine getiremeyebilir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler, sağlık bilgilerini daha iyi anlayıp uygulayarak günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olabilirler (124,162).

Çalışmalarda, algılanan sağlık durumunun daha iyi olması, daha yüksek Katz GYA ve Lawton EGYA puanları ve işlevsel bağımsızlıkla ilişkilendirilmiştir (151,160). Bunun nedeni, algılanan sağlık durumunun kişinin gerçek sağlık durumu ile bağlantılı olması nedeniyle olabilir (160).

Görme ve işitme bozuklukları yaşlıların işlevselliğini bozarak bağımlılıklarını arttırmaktadır (161). Çalışma grubunda görmede zorluk çekmeyenlerin bağımsızlık düzeyleri daha yüksektir.

Literatürde, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi internet ve diğer teknolojilerin kullanımlarıyla ilişkili bulunmuştur. Bu araştırmanın bulgularıyla uyumludur. Bir çalışmada, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın bireylerin internet kullanım oranlarını düşürdüğü ve bağımlılığın bu bireyler için yaşam kalitesini etkileyebileceği belirtilmiştir (151). Fonksiyonel bağımlılık ve engellilik durumu yaşlıların dijital teknolojilere katılımında göz önüne alınması gereken bir faktördür (163). Dijital teknolojilerin kullanımı, sağlıklı yaşlanma, işlevsel bağımsızlık, bağımsız sosyal etkileşim ve yaşlılarda izolasyonun azalmasında etkilidir (50,163).

Çalışmalarda günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olan yaşlıların kırılabilirlik açısından daha yüksek risk taşıdıkları ve başkalarına büyük ölçüde bağımlı olmanın yaşlı istismarı için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (164–166). Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığının artırılması, kırılabilirlik ve yaşlı istismarı riskinin azalmasında etkili olacaktır.

İşlevsel düşüş ve bağımsızlık kaybı yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu değildir (88). Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık çeşitli müdahalelerle iyileştirilebilir. Araştırmalar, Lawton EGYA'daki bağımlılıkların genellikle Katz GYA'daki bağımlılıklardan önce gerçekleştiğini ve gelecekteki bağımlılık düzeyini öngörmede önemli bir gösterge olabileceğini göstermektedir (167). Yaşlılarda ihtiyaçların ve engelliliklerin erken dönemde tespiti, uygun bakım stratejilerinin geliştirilmesini katkı sağlayabilir (168). Bunun için sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması, birinci basamağın etkin kullanımı, kapsamlı geriatrik

değerlendirmelerinin düzenli yapılması gerekmektedir. Bağımsızlığı desteklemek için önerilen müdahaleler arasında fiziksel egzersiz, sosyal destek, yardımcı cihazların kullanımı gibi stratejiler yer almaktadır (168).

Sosyal destek, bağımsızlık üzerinde farklı etkiler gösterebilir. Sosyal destek, çoğu zaman bireyin bağımsızlığını artırmasına yardımcıdır ve psikolojik iyi oluş ile ilişkilendirilmiştir (169). Ancak bazen, günlük aktivitelerin büyük bir kısmının başkaları tarafından gerçekleştirilmesi zamanla alışkanlık haline gelebilir ya da destek veren kişinin ve yaşlının tutumuna bağlı olarak ilgi ve sosyal destek talebini artırarak yaşlı bireyin bağımsızlığını azaltabilir (134,169).

Yardımcı cihaz teknolojileri yaşlıların bağımsızlığını desteklemektedir. Örneğin, yürüteç veya baston yardımıyla kendi kendine yürüyebilir, engellilerin kullanımına uygun otomobil dizaynları ile ulaşımda bağımsızlık sağlanabilir, sesli asistanlar ile telefonda arama yapabilir, fiziksel engeli olan kişilerde robotik cihazlar ile yemek yeme giyinme gibi işlevleri yerine getirebilirler. Dijital sağlık teknolojileri ile sağlık durumlarının takibi ve sağlık hizmetlerine erişimde kolaylıklar sağlanabilir. Örneğin, akıllı saatler ile sağlık göstergeleri takip edilebilir, ilaç hatırlatma uygulamaları ile zamanında ilaçlarını alabilir, tele-sağlık hizmetleri ile uzaktan sağlık hizmeti alabilir, dijital randevu uygulamaları ile uzaktan randevusunu planlayabilirler (168,170).

Yaşlı bireylerde bağımsızlığın artırılması, sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması açısından önemlidir. Bağımsızlık, temel ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu kapsamda, fiziksel becerilerin güçlendirilmesi, çevresel düzenlemeler yapılması ve yardımcı teknolojilerin kullanılması, yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de psikososyal sağlığını desteklemektedir (20,71). Yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlanan programların ve destek hizmetlerinin uygulanması ile bağımsızlıklarının sürdürülebilirliği sağlanabilir (170).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri ile sağlık hizmetlerine erişim süreçlerindeki bağımsızlık durumları arasında ilişki değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde randevu alma gibi temel süreçleri daha bağımsız gerçekleştirebildiğini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerine bağımsız erişim üzerinde belirleyici faktörler; Katz GYA ve Lawton EGYA puanları ile eğitim düzeyi, gelir düzeyi, işitmede zorluk düzeyi ve internet kullanabilme becerisidir.

Demografik değişim ile nüfusun yaşlanması, yaşlanmayla yönelik araştırmaların artmasına, var olan ve oluşabilecek sorunlara yönelik politika ve stratejiler geliştirilmesine neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlıların yaşam kalitesinin arttırılmasını, aktif, bağımsız ve sağlıklı yaşamalarını hedeflemiş, Birleşmiş Milletler ile birlikte 2021-2030 yıllarını “Sağlıklı Yaşlanma On Yılı” ilan etmiştir. Sağlıklı yaşlanmanın sağlanabilmesi için yaşam boyu işlevsel yeteneklerin korunması ve geliştirilmesi gereklidir. Yaşlanma sürecinin biyolojik, sosyoekonomik ve çevresel etkenleri bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Yaşamın erken dönemlerinden itibaren fiziksel ve bilişsel kapasitelerin artırılması, bireylerin maksimum işlev düzeyine ulaşması ve yaşlanma sürecinde bu kapasitenin sürdürülebilmesi hedeflenmektedir.

Yaşlılık döneminin kaliteli ve sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, düzenli izlem yapılması, hastalıkların erken tanınması ve tedavisinin takip edilmesi çok önemlidir. Sağlık sistemlerinin yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına yanıt vermesi, özellikle yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen faktörlere yönelik çözümler geliştirmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşlı bireylerin karşılaştığı zorluklar, sadece bireysel düzeyde değil, toplumsal eşitsizlikler bağlamında da ele alınması gereken bir konudur. Sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlik, yaşlı bireylerde daha yüksek engellilik oranları, bilişsel bozukluklar ve yaşam süresini kısaltan olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir.

Sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturan randevu alma sistemleri, yaşlı bireyler için erişimin en kritik adımlarından biridir. Dijital sağlık teknolojilerinin giderek artan rolüne rağmen, yaşlı bireylerin bu teknolojileri benimseme oranları

gençlere göre daha düşüktür. Yaşlı bireylerin dijital teknolojileri kullanımları, sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra bilgi eksikliği, düşük motivasyon, teknolojik araçların tasarımıındaki engeller ve yaşa bağlı duyuusal kayıplar gibi çeşitli faktörler ile şekillenmektedir. Randevu sistemlerinin dijitalleşmesi, sağlık hizmetlerine erişim sürecini kolaylaştırırsa da bu sistemlerin yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlanmaması dijital eşitsizlikleri derinleştirebilir. Özellikle yaşlı bireylerin bilgi eksikliği, düşük dijital okuryazarlık düzeyi, motivasyon eksikliği ve kullanıcı dostu olmayan ara yüz tasarımlarına bağlı olarak bu sistemleri etkin bir şekilde kullanamadıkları görülmektedir.

Bilgi ve iletişim teknolojileri, yaşlı dostu dijital ortamlar oluşturulmasında önemli bir fırsat sunmaktadır. Erişilebilirlik ve evrensel tasarım ilkelerine göre geliştirilen dijital çözümler, yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını sürdürmelerine, sağlık hizmetlerine erişimlerini artırmalarına ve sosyal hayata daha aktif katılım sağlamalarına olanak tanıyabilir. Aynı zamanda, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek, kendi kendini yönetme becerilerini güçlendirmek ve sürekli sosyal destek sağlamak, dijital sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırabilir.

Sağlık hizmetlerine erişim süreçlerini yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uygun hale getirecek sosyal politikalar ve teknolojik çözümler geliştirmek hem bireysel refahı hem de toplumsal sağlık düzeyini olumlu yönde etkileyecektir. Randevu sistemlerinden başlayan bu süreçte, eşitsizlikleri azaltmak ve yaşlı dostu sağlık sistemi oluşturmak için yenilikçi yaklaşımlar kritik bir gerekliliktir.

Çalışma bulguları ve literatür araştırması sonucunda bazı öneriler sunulmuştur.

- **Gelir düzeyi**, bağımsızlık, dijital eşitsizlik, sağlık hizmetlerine erişim gibi birçok faktörün belirleyicisidir. Maddi engellere sahip yaşlıların tespit edilmesi, ihtiyacı olanlara yeterli ve düzenli finansal desteğin sağlanması gereklidir.

- **Eğitim düzeyi**, sağlıklı yaşlanma ve sağlık okuryazarlığı için önemlidir. Eğitimin, yaşamın erken yıllarından itibaren desteklenmesi ve her yaş grubuna hitap edecek şekilde çeşitlendirilmesi gerekmektedir. Yaşam boyu öğrenme yaklaşımı ile üçüncü yaş üniversiteleri gibi alternatif eğitim ortamlarının sağlanması, yaşlı bireylerin öğrenme süreçlerine katılımını teşvik ederek hem bilgi eksikliklerinin giderilmesine hem de sosyal izolasyonun önlenmesine önemli katkı sağlamaktadır.

- **Farkındalık**, yaşlı bireylere sağlanan hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanabilmeleri için gereklidir. Yaşlı bireyler, kendilerine sağlanan imkanların farkında olduklarında kullanım oranları yükselmektedir. Bu nedenle, yaşlıların yaşam alanlarında ve onlara ulaşılabilecek yöntemler kullanılarak sağlık hizmetlerine erişim yöntemleri, dijital teknolojiler, randevu sistemleri ve destek hizmetleri gibi konularda yaşlılara yönelik bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

- **Ulaşım**, yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı en büyük zorluklardan biridir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan ve gelir düzeyi düşük olan yaşlılar için maddi destek sağlanması, ücretsiz ulaşım seçeneklerinin artırılması, sağlık kuruluşlarının toplu taşıma güzergahlarının yeniden gözden geçirilmesi ve durak sayısının artırılması, evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarının artırılması gereklidir. Dijital teknolojilerin yaşlılar tarafından kullanımının yaygınlaşması, ulaşım engellerinin azalmasına katkıda bulunacaktır.

- **Bağımsızlık düzeyi**, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine bağımsız olarak erişimlerinde önemli bir etkidir. Yaşlı bireylerin bağımsızlık durumlarının saptanması, bağımsızlık düzeylerini kısıtlayabilecek engellerin erken dönemde tespit edilmesi, işlevselliklerinin korunması ve geliştirilmesi amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapsamlı geriatrik değerlendirme uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır. Fiziksel becerilerin güçlendirilmesi, çevresel düzenlemeler yapılması ve yardımcı teknolojilerin kullanılması bağımsızlık düzeylerinin artırılması için önemlidir. Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz konusunda farkındalığın artırılması için eğitim ve etkinlikler planlanmalı, kas güçsüzlüğü ve hareket kısıtlılığının azaltılması için fiziksel rehabilitasyon hizmetleri sağlanmalıdır. Düşme algılama sensörü, yürüteç, robotik yardımcılar, akıllı ev sistemleri, elektronik ev aletleri, online alışveriş uygulamaları, akıllı bileklikler gibi çok sayıda yardımcı teknoloji ürünleri, yaşlıların günlük yaşamlarının kolaylaştırmakta, bağımsızlıklarına destek olmaktadır. Yaşlılar yardımcı teknolojilerden faydalanabilmeleri için ekonomik olarak desteklenmeli, yardımcı teknolojilerin kullanımları pratik ve anlaşılır olmalıdır.

- **Yaşlı dostu çevre**, yaşlıların yaşam kalitelerini artıran, bağımsızlıklarını ve toplumsal hayata aktif katılımlarını destekleyen bir ortamı ifade etmektedir. Evrensel tasarım ilkesi çerçevesinde, yaşlıların hareket kabiliyetlerine uygun, onları

kısıtlamayan, toplumsal ayrımcılığın olmadığı, rahat, güvenli bir çevrenin sağlanması gereklidir.

- **Yaşlı dostu sağlık sistemi**, yaşlıların fiziksel, zihinsel ve sosyal ihtiyaçlarına yanıt veren, onların sağlıklı ve bağımsız yaşamalarını destekleyen hizmet modeli olarak uygulanmalıdır. Yaşlıların rahatlıkla ulaşabileceği, karar mekanizmalarına katıldığı, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırıldığı, yaşlılara yönelik eğitim ve bilgilendirmelerinin yapıldığı, sağlık personelinin yaşlılarla iyi iletişim kurduğu, yaşlıların sağlığını destekleyici teknolojilerin kullanıldığı bir sistem olmalıdır.

- **Yaşlı dostu dijital teknolojiler**, yaşlıların hem fiziksel hem bilişsel özellikleri göz önünde bulundurularak tasarlanmış teknolojilerdir. Görme bozukluğu olan kişiler için sesli okuma ve büyüteçler, işitme engeli olanlar için altyazı seçeneği olmalı, kaydırma hareketleri en düşük düzeyde gereksinim duyulmalı, yazı boyutu büyük ya da ayarlanabilir olmalı, simgeler ve tıklama imgeleri erişilebilir bir yerde ve büyük boyutta olmalıdır. Gerekli durumlarda yaşlılar için ayrı web siteleri ve uygulamalar tasarlanmalıdır.

- **İnternet kullanımı**, yaşlıların bağımsızlığı ve kendi kendine randevu alabilmeleri ile önemli ölçüde ilişkilidir. Yaşlıların internet kullanımlarının önündeki engellerin aşılması önemlidir. Bu konuda yaşlıların teknolojiyi benimsemeleri arttırılmalı, fiziksel engellere yönelik çözümler sunulmalı, internet ve günlük hayatlarını kolaylaştırabilecek uygulamaların kullanımları konusunda bilgi düzeyine göre eğitimler düzenlenmelidir. İnternet erişim altyapısı geliştirilmeli, uygun fiyatlı seçenekler sunulmalıdır. Nesiller arası etkileşim çerçevesinde dijital teknolojilere yönelik eğitim etkinlikleri düzenlenmelidir.

- **Randevu sistemleri**, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinde önemli bir faktördür. İyi işleyen randevu sistemleri ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşır, bekleme süreleri azalır, maliyet azalır, zaman kazanımı sağlanır, sağlık personeli ve hasta memnuniyetleri artar. MHRS kapsam ve kullanımının arttırılmasına yönelik stratejiler göz önüne alındığında, daha büyük erişim sorunlarıyla karşılaşmamak için randevu sistemlerinin yaşlılar tarafından kullanımı yaygınlaştırılmalı, yaşlı kişiler için randevu almanın önündeki engeller aşılanmalıdır.

➤ Yaşlıların randevu alma yöntemleri ile ilgili farkındalıkları arttırılmalıdır.

- Randevu alma yöntemleri hakkında, yaşlılara yönelik bilgilendirici broşürler hazırlanmalı, eğitimler düzenlenmelidir.
- Randevu sistemlerinde, yaşlılara daha fazla kontenjan ayrılmalıdır.
- Randevular, yaşlının şikâyeti ve sağlık durumu da göz önüne alınarak daha erken bir tarihe verilmeli, randevu doluluğu sorunları çözülmelidir.
- Alo 182 çağrı merkezinde, yaşlı bireylere yönelik iletişim becerileri geliştirilmeli, net, sade, anlaşılır bir dil kullanılarak hizmet sunulması sağlanmalıdır. Ayrıca çağrı merkezi arandığında, arayan kişinin yaşlı bir birey olduğu bilinmeli ya da bir engeli varsa buna yönelik iletişim stratejileri ile yaklaşılmalıdır. Tuşlama işlemlerinin yaşlı bireyler için zorlayıcı olabileceği göz önüne alındığında, yaşlı bireylerin doğrudan çağrı merkezi personeline bağlanması önerilmektedir.
- MHRS uygulama ve web sitesinin arayüzü yaşlı dostu olacak şekilde düzenlenmeli ya da yaşlılara özel ayrı bir uygulama sunulmalıdır.
- Yaşlı bireylerin kontrol ve izlem randevularının (Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde olduğu gibi) aile hekimleri tarafından oluşturulması, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırabilir.

7. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER

Çalışmada, tabakalama yöntemi kullanılmadığı için örnekleme belirli alt gruplar yeterince temsil edilememiş ve bu durum sonuçların genellenebilirliğini sınırlamış olabilir. Kesitsel bir araştırma olduğu için, elde edilen bulgular sadece çalışmanın yapıldığı zaman ve örnekleme sınırlıdır. Yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda sıkça karşılaşılan hafıza sorunları ve soruların farklı algılanması gibi durumlar, zaman zaman çelişkili yanıtların alınmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca, çalışmaya katılmayan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin bilinmemesi, sonuçların temsil gücünü azaltmış ve genellenebilirliğini sınırlamış olabilir.

Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini hem dijital hem de diğer tüm randevulu yöntemler açısından kapsamlı bir şekilde ele alan çalışmaların sınırlı olması, bu çalışmanın özgünlüğünü ve önemini ortaya koymaktadır. Bu kapsamlı yaklaşım, hem sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan farklı dinamiklerin daha iyi anlaşılmasını sağlamakta hem de politika geliştirme süreçlerine bilimsel bir temel sunarak alana değerli bir katkı sunmaktadır. Bu durum, çalışmanın güçlü yönlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Her katılımcıyla yüz yüze görüşülerek veri toplanması, çalışmanın güçlü yönlerinden biridir. Bu süreçte zaman kısıtlaması uygulanmaması, katılımcıların rahat bir ortamda soruları yanıtlamasına olanak sağlamış, anlaşılmayan noktaların açıklanması ise veri doğruluğunu ve güvenilirliğini artırmıştır.

8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ageing and health [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi: 08 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. United Nations. World Population Prospects 2024: Summary of Results. New York: United Nations; 2024.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 08 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>
4. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic Determinants of Access to Health Services Among Older Adults: A Systematic Review. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:50.
6. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1788-94.
7. Saçıkara Z, Duran G, Cingil D. Yaşlılarda teknoloji kullanım becerileri ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. *HUHEMFAD*. 2024;11(2):160-8.
8. Kırar R. Hastane randevu sistemlerinin hastalar açısından değerlendirilmesi. *Sağlık Akad Derg*. 2019;6(3):189-95.
9. Görgün Baran A, Koçak Kurt Ş, Serdar Tekeli E. Yaşlıların dijital teknolojileri kullanım düzeyleri üzerine bir araştırma. *İletişim Kuram ve Araş Derg*. 2017;(45).
10. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2024 [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 06 Eylül 2024]. Erişim adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2024-53492](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2024-53492)
11. United Nations Economic Commission for Europe. Ageing in the Digital Era - UNECE Policy Brief on Ageing No: 26. 2021. Erişim adresi: https://unece.org/sites/default/files/2023-03/PB26-ECE-WG.1-38_E.pdf
12. Demirci Ş, Uğurluoğlu Ö. İnternet üzerinden hekim randevusu alma davranışının bireysel özellikler açısından değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg*. 2022;25(3):643-54.
13. Luxenburg O, Myers V, Ziv A, Novikov I, Gimpelevitch I, Saban M, vd. Factors Affecting the Patient Journey in Scheduling a Specialist Appointment in a Public Healthcare System. *J Patient Exp*. 2022;9:1-9.
14. Kunonga TP, Spiers GF, Beyer FR, Hanratty B, Boulton E, Hall A, vd. Effects of Digital Technologies on Older People's Access to Health and Social Care: Umbrella Review. *J Med Internet Res*. 2021;23(11):e25887.
15. Bilir N. Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler. İçinde: Ertürk A, Bahadır A, Koşar F, editörler. Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi; 2018:13-32.

16. OECD, WHO. Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. Paris: OECD Publishing; 2022.
17. Aslan D. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Yaşlılık. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2023.
18. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: how is it defined and measured? *Australas J Ageing*. 2004;23(3):115-9.
19. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. *The Gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
20. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva; World Health Organization; 2002.
21. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability [internet]. [Erişim Tarihi: 08 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
22. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Geneva: World Health Organization; 2020. Report No.: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
23. World Health Organization. Misconceptions on ageing and health [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi: 06 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/ageing-and-life-course>
24. Volpato S, Guralnik JM. The Different Domains of the Comprehensive Geriatric Assessment. İçinde: Pilotto A, Martin FC, editörler. *Comprehensive Geriatric Assessment*. Cham: Springer International Publishing; 2018:11-25
25. Passarino G, De Rango F, Montesanto A. Human Longevity: Genetics or Lifestyle? It takes two to tango. *Immun Ageing A*. 2016;13:12.
26. Perls TT. Successful Agings: The Centenarians. İçinde: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, editörler. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology E-Book*. 7. bs Elsevier Health Sciences; 2010.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1242. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2021.
28. Aslan D, Ertem M, editörler. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Palme Yayıncılık. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2012.
29. Bongaarts J. Human population growth and the demographic transition. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2009;364(1532):2985-90.
30. Blue L, Espenshade TJ. Population Momentum Across the Demographic Transition. *Popul Dev Rev*. 2011;37(4):721-47.
31. Van De Kaa DJ. Europe's second demographic transition. *Popul Bull*. 1987;42(1):1-59.
32. Wang H, Abbas KM, Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abbastabar H, Abd-Allah F, vd. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1160-203.

33. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries. United Nations; 2023.
34. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları, 2021-2023 [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 11 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2021-2023-53678>
35. Organisation for Economic Co-operation and Development. Life expectancy at birth [internet]. [Erişim Tarihi: 10 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/life-expectancy-at-birth.html>
36. Eurostat. Database - Statistics [internet]. [Erişim Tarihi: 17 Kasım 2024]. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/all_themes?lang=en&display=list&sort=category
37. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları, 2023-2100 [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 17 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2023-2100-53699>
38. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World [internet]. New York: United Nations; 2023. (World Social Report). Erişim adresi: <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>
39. T.C. Kalkınma Bakanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yaşlanma. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Özel İhtisas Komisyonu Raporları. Ankara: 2018.
40. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.
41. Müftüler HG. Modern Toplumda Yaş ve Yaşlı Ayrımcılığı. Türkiye Sosyal Hizm Araş Derg. 2018;2(2):181-214.
42. Wilson DM, Errasti-Ibarrondo B, Low G. Where are we now in relation to determining the prevalence of ageism in this era of escalating population ageing? Ageing Res Rev. 01 Mayıs 2019;51:78-84.
43. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PLoS ONE. 2020;15(1):e0220857.
44. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı ve Bölgesel Uygulama Stratejisinin (MIPAA/RIS) uygulanmasının dördüncü döngüsü 2018-2022. Ankara: 2021.
45. United Nations. Universal Declaration of Human Rights [internet]. United Nations; [Erişim Tarihi: 16 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
46. Klusmann V, Cengiz S, Materna C, Spreckels C. Impact of Restricted Contact between Grandparents and Grandchildren during the COVID-19 Pandemic. Innov Aging. 2021;5(S1):1008.

47. Saif-Ur-Rahman KM, Mamun R, Eriksson E, He Y, Hirakawa Y. Discrimination against the elderly in health-care services: a systematic review. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* 2021;21(3):418-29.
48. Palsgaard P, Maino Vieytes CA, Peterson N, Francis SL, Monroe-Lord L, Sahyoun NR, vd. Healthcare Professionals' Views and Perspectives towards Aging. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(23):15870.
49. Helsper EJ, Reisdorf BC. A Quantitative Examination of Explanations for Reasons for Internet Nonuse. *Cyberpsychology Behav Soc Netw.* 2013;16(2):94-9.
50. Fiğan M, Dede Özdemir Y, editörler. Dijital Kültür, Dijital Eşitsizlikler ve Yaşlanma. Ankara: Alternatif Bilişim; 2020.
51. Akğün E. Sağlık Hizmetlerinde Sayısal Uçurumun E-nabız Sistemi ve E-Sağlık Okuryazarlığı ile Birlikte İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2020.
52. Kerman B, Sönmez A, Evcı Kiraz ED. Halk Sağlığı Bakış Açısı ile Dijital Bölünme. *Climatehealth.* 2021;1(2):58-67.
53. van Dijk JAGM. Digital divide research, achievements and shortcomings. *Poetics.* 2006;34(4-5):221-35.
54. Davies AR, Honeyman M, Gann B. Addressing the Digital Inverse Care Law in the Time of COVID-19: Potential for Digital Technology to Exacerbate or Mitigate Health Inequalities. *J Med Internet Res.* 2021;23(4):e21726.
55. Mubarak F, Suomi R. Elderly Forgotten? Digital Exclusion in the Information Age and the Rising Grey Digital Divide. *Inq J Health Care Organ Provis Financ.* 2022;59:1-7.
56. Carney F, Kandt J. Health, out-of-home activities and digital inclusion in later life: Implications for emerging mobility services. *J Transp Health.* 2022;24:101311.
57. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. *The Lancet.* 1971;297(7696):405-12.
58. The Lancet Global Health. Breaking the inverse care law. *Lancet Glob Health.* 2021;9(3):e218.
59. United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2021 UNIDOP: Digital Equity for All Ages [İnternet]. [Erişim Tarihi: 11 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://social.desa.un.org/issues/ageing/events/2021-unidop-digital-equity-for-all-ages>
60. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 14 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-16/1-ekim-dunya-yaslilar-gunu.html>
61. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, vd. What does "access to health care" mean? *J Health Serv Res Policy.* 2002;7(3):186-8.
62. Kılıç D, Çalışkan Z. Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Davranışsal Model. *NEÜ Sosyal Bilim Enst Derg.* 2014;2(2):192-206.
63. Gözölü M, Tatlıdil H. Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları. *Sos Güvenlik Derg.* 2015;5(2):145-65.

64. World Health Organization. Age-friendly primary health care centres [internet]. [Erişim Tarihi: 22 Ekim 2024]. Erişim adresi: <http://www.emro.who.int/elderly-health/age-friendly-phc-centres/>
65. Hyejin L, Bumjo O, Sunyoung K, Kiheon L. ADL/ IADL dependencies and unmet healthcare needs in older persons: A nationwide survey. Arch Gerontol Geriatr. 2021;96(5):104458.
66. Özpınar S. Manisa Kent Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu. Sağlık ve Toplum. 2020;20(1).
67. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2024.
68. Isik EI, Yilmaz S, Uysal I, Basar S. Adaptation of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale to Turkish: Validity and Reliability Study. Ann Geriatr Med Res. 2020;24(1):35-40.
69. Özkan Pehlivanoğlu EF, Özkan MU, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. Ank Med J. 2018;18(2):219-23.
70. Frishammar J, Essén A, Bergström F, Ekman T. Digital health platforms for the elderly? Key adoption and usage barriers and ways to address them. Technol Forecast Soc Change. 2023;189:122319.
71. Mois G, Rogers WA. Developing a Framework for Digital Activities of Daily Living. The Gerontologist. 2024;64(10):gnae110.
72. Gupta D, Denton B. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. IIE Trans. 2008;40(9):800-19.
73. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hakkımızda. [Erişim Tarihi: 13 Haziran 2024]. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS). Erişim adresi: <https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html>
74. Gomez-Cano M, Atherton H, Campbell J, Eccles A, Dale J, Poltawski L, vd. Awareness and use of online appointment booking in general practice: analysis of GP Patient Survey data. Br J Gen Pract. 2020;70(suppl 1):bjgp20X711365.
75. Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2017;19(4):e134.
76. Yayla EN, Çizmeci B. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Mobil Sağlık Uygulamalarının Bilinirliğine Yönelik Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniv Vizyoner Derg. 2022;13(33):254-70.
77. Demirdağ HG, Tuğrul B. Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvuruları, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2022;25(1):1-16.
78. Polat E, Özer K. Merkezi Hekim Randevu Sisteminde Hasta Memnuniyeti Araştırması. Sci Acad Res. 2024;3(1):199-212.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı. Bakan Koca: Onaylı Randevu Dönemi Pazartesi Başlıyor [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2024]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-103836/bakan-koca-onayli-randevu-donemi-pazartesi-basliyor.html>

80. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. MHRS Eğitim Kılavuzu [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 10 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-104035/mhrs-egitim-kilavuzu.html>
81. Birinci Ş. A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız). Balk Med J. 2023;40(3):215-21.
82. T.C. Sağlık Bakanlığı. E-Nabız [İnternet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://enabiz.gov.tr/>
83. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi. EÜTF e-Randevu Sistemi [İnternet]. [Erişim Tarihi: 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://hastane.ege.edu.tr/randevu/>
84. Tükel R. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Toplum ve Hekim. 2023;38(2):154-60.
85. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022 [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi: 18 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>
86. Gedik G. Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesinde Mini-Cog Testinin Minimental Teste Göre Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi [internet] [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2015 [Erişim Tarihi: 12 Nisan 2023]. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=oxyz3yUrMwfxJc8Y-_-EWQ&no=_PZJeJ8H-SYC1giUp-mq8w
87. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963;185(12):914-9.
88. Karan MA, Satman İ, editörler. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. İstanbul: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü; 2021.
89. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
90. World Health Organization. Ageing and health [internet]. 2024 [Erişim Tarihi: 15 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
91. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2023. 2024 [Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684>
92. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief [internet]. Geneva: World Health Organization; 2021.
93. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. En Düşük Emekli Maaşı 7 bin 500 TL'ye Bayram İkramiyesi ise 2 Bin TL'ye Yükseliyor [İnternet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2024]. Erişim adresi: <http://www.csgb.gov.tr/haberler/en-dusuk-emekli-maasi-7-bin-500-tl-ye-bayram-ikramiyesi-ise-2-bin-tl-ye-yukseliyor-1/>

94. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ). Temmuz 2023 Açlık ve Yoksulluk Sınırı [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi: 06 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.turkis.org.tr/turk-is-temmuz-2023-aclik-ve-yoksulluk-siniri/>
95. Gong CH, Kendig H, He X. Factors predicting health services use among older people in China: An analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. BMC Health Serv Res. 2016;16:63.
96. Moon JH. Factors Affecting Activity Limitation in the Elderly: Data Processed from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2016. Osong Public Health Res Perspect. 2019;10(3):117-22.
97. Reed MC, Tu HT. Triple jeopardy: low income, chronically ill and uninsured in America. Issue Brief No: 49 (Center for Studying Health System Change); 2002.
98. Düzgün G, Üstündağ S, Karadakovan A. Assessment of Frailty in the Elderly. Florence Nightingale J Nurs. 2021;29(1):2-8.
99. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. Ankara; 2021.
100. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 27 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>
101. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Hastalık Yönetim Platformu Uygulaması [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi: 13 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platformu.html>
102. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 02 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-105979/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-haber-bulteni.html>
103. World Health Organization. Primary health care [internet]. 2023 [Erişim Tarihi: 19 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
104. T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Stratejik Plan 2024-2028 [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 [Erişim Tarihi: 11 Kasım 2024]. Erişim adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372
105. Baskan E, Yağcı N, Cavlak U, Öztop M. Türkiye’de yaşlı yetişkinlerin genel sağlık durumu görüşleri: cinsiyet farklılığı. Pamukkale Tıp Derg. 04 Ocak 2021;14(1):71-7.
106. Arabacı S, Tunç Karaman S, Basat O. Yaşlıların Sağlık Durumları ile Kırılabilirlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin İncelenmesi. Turk J Fam Med Prim Care. 2023;17(2):324-32.
107. Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, vd. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health. 2021;9(4):e489-551.

108. Jee J, Wang JJ, Rose K, Landau P, Lindley R, Mitchell P. Incorporating vision and hearing tests into aged care assessment: Methods and the pilot study. *Ophthalmic Epidemiol.* 2004;11(5):427-36.
109. Alper M, Küçük A, Kerman G, editörler. MHRS Hizmet Raporu 2017 [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü; 2020 [Erişim Tarihi: 04 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR,43856/mhrs-hizmet-raporu-2017.html>
110. İlgar Y, Bilgili N. Yaşlı Bireylerde E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve Dijital Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı. *Euroasia J Soc Sci Humanit.* 2023;10(32):126-35.
111. Neves BB, Amaro F, Fonseca JRS. Coming of (Old) Age in the Digital Age: ICT Usage and Non-Usage among Older Adults. *Sociol Res Online.* 2013;18(2):22-35.
112. Eke E, Kişi M, Uğurluoğlu D. E-Sağlık Uygulamalarının Farkındalığına Yönelik Bir Araştırma. *J Mehmet Akif Ersoy Univ Econ Adm Sci Fac.* 2019;6(2):510-22.
113. Peeters JM, Krijgsman JW, Brabers AE, Jong JDD, Friele RD. Use and Uptake of eHealth in General Practice: A Cross-Sectional Survey and Focus Group Study Among Health Care Users and General Practitioners. *JMIR Med Inform.* 2016;4(2):e11.
114. Dost A, Özsoy Durmaz M. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniv Sağlık Hizm Meslek Yüksek Okulu Derg.* 2022;10(2):652-66.
115. Polenick CA, Leggett AN, Kales HC. Medical Care Activities among Spouses of Older Adults with Functional Disability: Implications for Caregiving Difficulties and Gains. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* 2017;25(10):1085-93.
116. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.
117. Topçuoğlu E, Kavak O, Kaygın E. Sağlıkta Yönetim Bilişim Sistemi Olarak MHRS'nin Teknoloji Kabul Modeli ile Analizi. *Uluslar İşletme Bilimi ve Uyg Derg.* 2022;2(1):1-16.
118. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract.* 2004;5(1):17.
119. Wolfe MK, McDonald NC, Holmes GM. Transportation Barriers to Health Care in the United States: Findings From the National Health Interview Survey, 1997–2017. *Am J Public Health.* 2020;110(6):815-22.
120. Wallace R, Hughes-Cromwick P, Mull H, Khasnabis S. Access to Health Care and Nonemergency Medical Transportation: Two Missing Links. *Transp Res Rec.* 2005;1924(1):76-84.
121. Zengin Ş, Tuna Uysal M. Yaşlı Bireylerin Dijital Alanda Sosyalleşmesi Üzerine Bir Çalışma. *Süleyman Demirel Üniv Fen-Edeb Fak Sos Bilim Derg.* 2023;1(59):59-71.

122. Sinav A. Genç-Yaşlı, Orta-Yaşlı ve İleri-Yaşlı Bireylerin Sosyal Medya Kullanım Davranışlarının Karşılaştırmalı Analizi: Eskişehir İli Örneği. *Etkileşim*. 2020;3(5):116-45.
123. Aktura B. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Yaşlılarda Kırılganlık ve Fonksiyonelliğin Depresif Semptomlara Etkisinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2022.
124. Aydın ZD, Ersoy İH, Baştürk A, Kutlucan A, Göksu SS, Güngör G, vd. Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik ve İlişkili Faktörler. *Geriatric ve Geriatric Nöropsikiatri*. 2009;2(1):11-20.
125. Atakışi B, Orhan ŞF. Orta Yaş ve Üstü Yetişkinlerin Günlük Yaşamda İnternet Kullanma Durumlarının İncelenmesi. *Yıldız J Educ Res*. 2020;5(1):1-26.
126. Atherton H, Eccles A, Poltawski L, Dale J, Campbell J, Abel G. Investigating Patient Use and Experience of Online Appointment Booking in Primary Care: Mixed Methods Study. *J Med Internet Res*. 2024;26:e51931.
127. Gordon NP, Hornbrook MC. Differences in Access to and Preferences for Using Patient Portals and Other eHealth Technologies Based on Race, Ethnicity, and Age: A Database and Survey Study of Seniors in a Large Health Plan. *J Med Internet Res*. 2016;18(3):e50.
128. Hsu J, Huang J, Kinsman J, Fireman B, Miller R, Selby J, vd. Use of e-Health Services between 1999 and 2002: A Growing Digital Divide. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 2005;12(2):164-71.
129. Cameron KA, Song J, Manheim LM, Dunlop DD. Gender Disparities in Health and Healthcare Use Among Older Adults. *J Womens Health*. 2010;19(9):1643-50.
130. Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006;6(1):155.
131. Mai S, Cai J, Li L. Factors associated with access to healthcare services for older adults with limited activities of daily living. *Front Public Health*. 2022;10:921980.
132. Küçük M. Yaşlıların İhtiyaçları, Beklentileri ve Karşılaştığı Sorunların Çözümünde Sosyal ve Politik Çevrenin Rolü: Konya İlinin Beyşehir ve Hüyük İlçeleri Örneği. *Sos Çalış Derg*. 2021;5(2):258-84.
133. Bowling A. Social Support and Social Networks: Their Relationship to the Successful and Unsuccessful Survival of Elderly People in the Community. An Analysis of Concepts and a Review of the Evidence. *Fam Pract*. 1991;8(1):68-83.
134. Candela F, Zucchetti G, Ortega E, Rabaglietti E, Magistro D. Preventing Loss of Basic Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living in Elderly: Identification of Individual Risk Factors in a Holistic Perspective. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(5):313-22.
135. Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. Social Network Characteristics and Onset of ADL Disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *J Gerontol Ser B*. 1996;51B(4):191-200.

136. Sever H. Yaşlı Bireylerin Geniş Aileden Kopuş Nedenleri ve Alternatif Yaşama Aranjanlarına Dair Algıları: Gaziantep Örneği. *Yaşlı Sorunları Araşt Derg.* 2020;13(1):1-9.
137. Bujnowska-Fedak MM, Pirogowicz I. Support for e-Health Services Among Elderly Primary Care Patients. *Telemed J E Health.* 2014;20(8):696-704.
138. Ganguli I, Orav EJ, Lupo C, Metlay JP, Sequist TD. Patient and Visit Characteristics Associated With Use of Direct Scheduling in Primary Care Practices. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e209637.
139. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *J Health Commun.* 2016;21(2):54-60.
140. Görgün Baran A, Erdem MT. Bilgi Toplumunda Dijital Bölünme: Bilişim ve İletişim Teknolojileri Kullanım Yetenekleri Üzerinden Bir Tartışma. *Süleyman Demirel Üniv İktisadi ve İdari Bilim Fak Derg.* 2017;22(Kayfor 15 Özel Sayısı):1505-18.
141. Ellouze S, Lafortune J, Soares A. Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale [Predictors of online medical appointments with general practitioners]. *Santé Publique.* 2018;30(3):371-82.
142. Nath NJ, Chaudhary A, Kumar S. Exploring Drivers of Healthcare Utilization among the Working and Non-Working Elderly Population: Insights from LASI. *Hosp Top.* 2024;1-13.
143. Zhang X, Dupre ME, Qiu L, Zhou W, Zhao Y, Gu D. Urban-rural differences in the association between access to healthcare and health outcomes among older adults in China. *BMC Geriatr.* 2017;17:151.
144. Alturkistani A, Greenfield G, Beaney T, Norton J, Costelloe CE. Cross-sectional analyses of online appointment booking and repeat prescription ordering user characteristics in general practices of England in the years 2018–2020. *BMJ Open.* 2023;13(10):e068627.
145. Montepare JM, Lachman ME. “You’re only as old as you feel”: self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychol Aging.* 1989;4(1):73-8.
146. Choi NG, DiNitto DM, Kim J. Discrepancy Between Chronological Age and Felt Age: Age Group Difference in Objective and Subjective Health as Correlates. *J Aging Health.* 2014;26(3):458-73.
147. Duplaga M. A cross-sectional study assessing determinants of the attitude to the introduction of eHealth services among patients suffering from chronic conditions. *BMC Med Inform Decis Mak.* 19 Nisan 2015;15:33.
148. Hazer O, Kılınç VS. Kırkbeş yaş ve üzeri yetişkinlerin günlük yaşamda teknolojiyi kullanma durumlarının incelenmesi. *Türk Geriatri Derg.* 2009;12(2):82-92.
149. Özsungur F. Yaşlıların Teknoloji Kabul ve Kullanım Davranışlarının Başarılı Yaşlanma Üzerindeki Etkilerinin Analizi: Adana İli Örneği [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
150. Bujnowska-Fedak MM. Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland. *BMC Public Health.* 2015;15:194.

151. Greysen SR, Garcia CC, Sudore RL, Cenzer IS, Covinsky KE. Functional Impairment and Internet Use among Older Adults: Implications for meaningful use of patient portals. *JAMA Intern Med.* 2014;174(7):1188-90.
152. Paul G, Stegbauer C. Is the digital divide between young and elderly people increasing? *First Monday* [internet]. 2005 [Erişim Tarihi: 17 Aralık 2024];10(10). Erişim adresi: <https://firstmonday.org/ojs/index.php/fm/article/view/1286>
153. van Dijk JAGM. The Deepening Divide: Inequality in the Information Society [internet]. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2005 [Erişim Tarihi: 17 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://doi.org/10.4135/9781452229812>
154. Zhang X, Yu P, Yan J. Patients' adoption of the e-appointment scheduling service: A case study in primary healthcare. *Stud Health Technol Inform.* 2014;204:176-81.
155. Barnard Y, Bradley MD, Hodgson F, Lloyd AD. Learning to use new technologies by older adults: Perceived difficulties, experimentation behaviour and usability. *Comput Hum Behav.* 2013;29(4):1715-24.
156. Kırca K, Kutlutürkan S, Sözeri Öztürk E. Yaşlı Yetişkinlerde Mobil Uygulamaların Kullanımındaki Engeller ve Çözüm Önerileri. *Yaşlı Sorunları Araşt Derg.* 2021;14(1):40-4.
157. Shen HW, Feld S, Dunkle RE, Schroeffer T, Lehning A. The Prevalence of Older Couples With ADL Limitations and Factors Associated With ADL Help Receipt. *J Gerontol Soc Work.* 2015;58(2):171-89.
158. Na L, Hennessy S, Bogner HR, Kurichi JE, Stineman M, Streim JE, vd. Disability Stage and Receipt of Recommended Care among Elderly Medicare Beneficiaries. *Disabil Health J.* 2017;10(1):48-57.
159. Al-Qahtani AM. Health Status and Functional Abilities of Elderly Males Visiting Primary Health-care Centers in Khamis Mushait, Saudi Arabia. *Clin Interv Aging.* 2020;15:2129-43.
160. Redzovic S, Vereijken B, Bonsaksen T. Aging at home: factors associated with independence in activities of daily living among older adults in Norway - a HUNT study. *Front Public Health.* 2023;11:1215417.
161. Wallhagen MI, Strawbridge WJ, Shema SJ, Kurata J, Kaplan GA. Comparative Impact of Hearing and Vision Impairment On Subsequent Functioning. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(8):1086-92.
162. Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA, Laredo-Aguilera JA, López-Soto PJ, Santacruz-Salas E, Cobo-Cuenca AI. Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLoS ONE.* 26 Temmuz 2019;14(7):e0220157.
163. Park S, Kim B. Predictors of Internet Use Among Older Adults With Diabetes in South Korea: Survey Study. *JMIR Med Inform.* 2020;8(12):e19061.
164. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2011;11:33.
165. Al Snih S, Graham JE, Ray LA, Samper-Ternent R, Markides KS, Ottenbacher KJ. Frailty and incidence of activities of daily living disability among older Mexican

Americans. *J Rehabil Med Off J UEMS Eur Board Phys Rehabil Med.* 2009;41(11):892-7.

166. Robinson TL, Gogniat MA, Miller LS. Frailty and Cognitive Function in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Neuropsychol Rev.* 2022;32(2):274-93.

167. Beltz S, Gloystein S, Litschko T, Laag S, van den Berg N. Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):894.

168. Hardy SE, Dubin JA, Holford TR, Gill TM. Transitions between States of Disability and Independence among Older Persons. *Am J Epidemiol.* 2005;161(6):575-84.

169. Hwang HL, Lin HS, Tung YL, Wu HC. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(4):429-37.

170. Babadağ Savaş B. Aktif Yaşlanma, Yaşlılık ve Teknoloji. *Türkiye Klinikleri J Health Sci,* 2020;5(2):361-9.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

EK 2: BENZERLİK DURUM RAPORU



EK 1: ETİK KURUL ONAYI

T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu		0290	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlık Düzeyleri ile Sağlık Hizmetlerine Erişimde Bağımsızlık Durumları Arasındaki İlişki: İzmir Karşıyaka Örneği"		
VARSA ARAŞTIRMA PROTOKOL/PLAN KODU			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR	
	TELEFON	0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1034	
	FAKS	0 232 245 04 38	
	E-POSTA		
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Asya Banu BABAOĞLU		
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD		
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Halk Sağlığı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD		
DESTEKLEYİCİ			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Uzmanlık tezi		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	18.05.2023	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
	OLGU RAPOR FORMU		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 0262	Tarih: 15.06.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.		
KARŞI OY			
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU			
ÇALIŞMA ESASI	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Çalışma Esasları Yönergesi		
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Yılmaz ÖZKUL		

EK 2: BENZERLİK DURUM RAPORU

21.01.2025 03:58

Turnitin - Originality Report - SedaTez1

Turnitin Originality Report

Processed on: 28-Dec-2024 00:42 +03
ID: 2558445128
Word Count: 15930
Submitted: 1

SedaTez1 By Seda Demirci Serdar

Similarity Index

8%

Similarity by Source

Internet Sources: 7%
Publications: 6%
Student Papers: 4%

< 1% match (Internet from 13-Oct-2022)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/85821/yokAcikBilim_357788.pdf?isAllowed=y&sequence=-1

< 1% match (Internet from 09-Jan-2023)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/117840/yokAcikBilim_10319269.pdf?sequence=-1

< 1% match (Internet from 12-Oct-2022)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/677625/yokAcikBilim_10244526.pdf?isAllowed=y&sequence=-1

< 1% match (Internet from 02-Oct-2022)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/93007/yokAcikBilim_10231351.pdf?isAllowed=y&sequence=-1

< 1% match (Internet from 11-Oct-2022)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/584881/yokAcikBilim_334173.pdf?isAllowed=y&sequence=-1

< 1% match (Internet from 11-Oct-2022)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/334637/yokAcikBilim_10133221.pdf?isAllowed=y&sequence=-1

< 1% match (Internet from 28-Nov-2024)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/124125/yokAcikBilim_10130755.pdf?isAllowed=y&sequence=-1

< 1% match (Internet from 02-Oct-2022)

https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/677820/yokAcikBilim_10149180.pdf?isAllowed=y&sequence=-1

< 1% match (Internet from 23-Mar-2023)

https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/2157/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf?isAllowed=y&sequence=1

< 1% match (student papers from 12-Apr-2019)

[Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi on 2019-04-12](#)

< 1% match (student papers from 07-Nov-2023)

[Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi on 2023-11-07](#)

< 1% match (student papers from 08-Aug-2022)

[Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi on 2022-08-08](#)

< 1% match (student papers from 31-May-2021)

[Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi on 2021-05-31](#)

< 1% match (Internet from 30-Sep-2022)

<https://mhhs.gov.tr/hakimizda.html>

< 1% match (Internet from 02-Dec-2024)

<https://yalovacevre.com/teknolojiye-hukmet-sagligini-yonet-1-ekim-dunya-yasli-lar-gunu/>

< 1% match (Eren, Elif Boncukcu. "İzmir ili Narlıdere İlçesinde bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Düzeyi ve Sosyo-Ekonomik Durumla İlişkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024)

[Eren, Elif Boncukcu. "İzmir ili Narlıdere İlçesinde bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Düzeyi ve Sosyo-Ekonomik Durumla İlişkisi". Dokuz Eylül Üniversitesi \(Turkey\), 2024](#)

< 1% match (Internet from 24-Sep-2022)

<https://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12452/8572/%c3%96zlem%20Kezer.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

< 1% match (Internet from 23-Jul-2024)

<https://www.adatavir.com/dunya-nufus-sayisi-belli-oldu-turkiye-18-sirada>

< 1% match (Internet from 26-May-2015)

http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/16.UHSK%20Kitap.pdf

< 1% match (student papers from 28-May-2016)

[Submitted to Beykent Universitesi on 2016-05-28](#)

< 1% match (student papers from 24-Aug-2016)

[Submitted to Beykent Universitesi on 2016-08-24](#)

https://www.turnitin.com/newreport_printview.asp?eq=1&eb=1&esm=10&oid=2558445128&sid=0&n=0&m=2&svr=6&r=74.48992732442498&lan... 1/16