



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

**KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI VE SAĞLIKLA
İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLEYİCİLERİ: DOLAŞIM
SİSTEMİ HASTALIKLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Birol YETİM

Doktora Tezi

Ankara, 2023

KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI VE SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM
KALİTESİNİN BELİRLEYİCİLERİ: DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA

Birol YETİM

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2023

KABUL VE ONAY

Biol YETİM tarafından hazırlanan “Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri: Dolaşım Sistemi Hastalıkları Üzerine Bir Araştırma” başlıklı bu çalışma, 20/11/2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail AGIRBAŞ (Başkan)

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU (Danışman)

Prof. Dr. Bayram SAHİN (Üye)

Prof. Dr. Oğuz IŞIK (Üye)

Prof. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

20/11/2023

BİROL YETİM

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metodların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sisteminde yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Özgür UğURLUOğLU** danışmanlığında tarafımdan retilildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Bırol YETİM

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının tamamlanmasında birçok kişinin bilgi ve desteğine ihtiyaç duydum. Bu süreçte yardımlarını esirgemeyen herkese teşekkür etmek isterim.

Öncelikle, bu çalışmanın her aşamasında bilgi birikimi ve engin tecrübeleri ile en büyük destekçim olan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na minnettar olduğumu belirtmek isterim. Sadece bilgi birikimi, rehberliği ve sabrı değil, aynı zamanda ilham veren tutumu sayesinde bu tez çalışmasını tamamlayabildim. Kendilerine en içten teşekkürlerimi sunarım.

Sürecin tamamında görüş ve önerileri ile sağladıkları değerli katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'e ve Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ'a da teşekkürü bir borç bilirim. Rehberlikleri ile bu tezin çok daha sağlam bir temel üzerine inşa edildiğine inanıyorum. Kendilerine her şey için içtenlikle teşekkür ettiğimi belirtmek isterim.

Ayrıca bana bilimi sevdiren ve öğrenme tutkumu daha da pekiştiren değerli hocam Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e de teşekkürü bir borç bilirim. Bilgi, deneyim ve öğretileri ile yıllar önce başladığım bu yolculuk, benim için eşsiz bir deneyime dönüştü. İnancı ve desteği olmadan bu yolda yürümem mümkün değildi. Kendisine minnettarım.

Son olarak; bugünlere gelmemde büyük emekleri olan aileme de teşekkürlerimi iletmek isterim.

ÖZET

YETİM, Birol. *Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri: Dolaşım Sistemi Hastalıkları Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Ankara, 2023.

Sağlık, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Ancak sağlığın nasıl sağlanacağı, halen tartışmalıdır. Sağlık; çevre, yaşam tarzı ve genetik özellikler gibi çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinin ise sağlık statüsünü etkilediği ileri sürülmektedir. Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç anında kullanılabilir olması gerekmektedir. Bu duruma engel olan çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başında, ödeme güclüğü ve sağlık sistemi ile ilgili sorunlar gelmektedir. Bu sorunlar nedeniyle giderilemeyen ihtiyaçlara da karşılanamayan sağlık ihtiyaçları adı verilmektedir. Literatürde konu ile ilgili çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Ancak bu konunun Türkiye’de yeterince ele alınmadığı düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkileri de net değildir. Bu nedenle bu çalışmada, Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve bu durumun sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ele alınmıştır. Bu çalışmada ayrıca dolaşım sistemi hastalarında bu türden sorunların görülme sıklığı da ele alınan konular arasında yer almaktadır. Çalışmanın amaçlarına ulaşabilmek için TÜİK tarafından yayınlanan sağlık araştırmaları kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden, fark testlerinden ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Çalışma sonucunda, Türkiye’de çok sayıda karşılanamayan sağlık ihtiyacı olduğu ve bu durumun yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bireysel ve demografik özelliklerin de karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda, daha düşük bir eğitim ve gelir düzeyine sahip bireylerde ve dolaşım sistemi hastalarında karşılanamayan ihtiyaçların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, söz konusu grupların finansal açıdan desteklenmesi, eğitim ve gelir düzeylerinin iyileştirilmesi ve sağlık sisteminin de ihtiyaçları ile uyumlu hale getirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler

Dolaşım Sistemi Hastalıkları, EQ-5D-3L, Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

YETİM, Birol. *The Determinants of Unmet Health Needs and Health-Related Quality of Life: A Study on Circulatory System Diseases*, Ph. D. Dissertation, Ankara, 2023.

Health is a concept as ancient as human history, but continues to be a subject of debate regarding how it can be effectively maintained. It's well-known that health is influenced by numerous factors such as the environment, lifestyle, and genetic characteristics. Health services are suggested to be one of the key factors affecting health status. However, health services must be readily available when needed. There are, but, several factors hindering this accessibility. Among these factors, financial and systemic problems are prominent. Unmet healthcare needs arise due to these issues. While there is an abundance of literature on this subject, it has been observed that it has not been sufficiently addressed in Türkiye. Furthermore, the impact of unmet healthcare needs on quality of life remains unclear. Therefore, this study focuses on unmet healthcare needs in Türkiye and their effects on health-related quality of life, with a specific focus on circulatory system patients. In order to achieve the objectives of the study, health research data collected by TUIK has been utilized. Data analysis involved descriptive statistics, t-tests and regression analyses. The study revealed that a significant number of unmet healthcare needs in Türkiye, negatively impacting individuals' quality of life. On the other hand, individual and demographic characteristics were found to have statistically significant effects on unmet healthcare needs and health-related quality of life. It was determined that unmet healthcare needs are more prevalent among women, individuals with lower education and income levels, and individuals having circulatory diseases. Consequently, it is recommended to provide financial support to these groups, improve education and income levels, and align the healthcare system with the needs of the population.

Keywords

Cardiovascular Diseases, EQ-5D-3L, Health-Related Quality of Life, Unmet Health Needs.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
ÖNSÖZ.....	xv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: SAĞLIK KAVRAMI.....	4
1.1. SAĞLIK NEDİR?	4
1.2. SAĞLIĞIN ÖLÇÜMÜ	7
1.3. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ	9
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI	12
2. BÖLÜM: YAŞAM KALİTESİ	18
2.1. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI.....	18
2.2. YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLEYİCİLERİ.....	24
2.3. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜM MODELLERİ	27

2.4. YAŞAM KALİTESİ VE KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI	30
3. BÖLÜM: DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI	33
3.1. DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE EPİDEMİYOLOJİSİ ..	33
3.2. DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALARINDA SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI.....	37
3.3. DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ	40
4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
4.1. ÇALIŞMANIN AMAÇ VE ÖNEMİ	44
4.2. ÇALIŞMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ	46
4.3. ÇALIŞMANIN VERİLERİ.....	48
4.4. EVREN VE ÖRNEKLEM	49
4.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER	50
4.6. VERİLERİNİN ANALİZİ	52
4.6.1. Geçerlik Analizi	54
4.6.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi ve Sonuçları.....	55
4.6.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Sonuçları	57
4.6.2. Güvenirlik Analizi.....	59
4.7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI	60
5. BÖLÜM: BULGULAR.....	61
5.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	61
5.2. KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI İLE İLGİLİ BULGULAR.....	67
5.2.1. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerine İlişkin Bulgular.....	67

5.2.2. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelere İlişkin Bulgular	80
5.2.3. Uzaklık ve Ulaşım Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelere İlişkin Bulgular	93
5.2.4. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan İlaçlara İlişkin Bulgular.....	106
5.3. SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	119
6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	135
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	162
KAYNAKÇA	172
EK 1. DEĞİŞKEN KODLAMALARI VE AÇIKLAMALARI	212
EK 2. VERİLERİN KULLANIMINA İLİŞKİN İZİNLER.....	218
EK 3. VERİ KULLANIM TAAHHÜTNAMESİ	219
EK 4. ETİK KURUL MUAFİYET FORMU.....	220
EK 5. TEZ ORJİNALLİK RAPORU	222

KISALTMALAR DİZİNİ

15D	: 15 Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
AQOL	: Richardson vd. Tarafından Geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği
Bkz	: Bakınız
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DALY	: Disabilities Adjusted Life Year (Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılları)
EQ-5D	: EuroQol Scale (EuroQol Tarafından Geliştirilen Beş Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği)
Eurostat	: European Statistics (Avrupa Birliği İstatistik Ofisi)
GFI	: Goodnes of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
H_0	: Yokluk Hipotezi
$H_{1,2,...,N}$	: Alternatif Hipotez
HUI	: The Health Utilities Indeks (Sağlık Araçları Endeksi)
IBM SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KSİ	: Karşılanmayan Sağlık İhtiyacı
mmHg	: Basınç Birimi
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı)

RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SF	: Short Form (Kısa Form)
TLI	: Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
TSA	: Türkiye Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO (DSÖ)	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WHOQOL	: DSÖ Tarafından Geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Leeuwen ve Arkadaşlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Boyutları	22
Tablo 2. Farklı Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Temel Bazı Farklılıkları	29
Tablo 3. Evren ve Örneklem	50
Tablo 4. Açımlayıcı Faktör Analizi, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	56
Tablo 5. Güvenirlilik Analizi, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	60
Tablo 6. Bireysel ve Demografik Özelliklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	62
Tablo 7. Kronik Hastalıklar	64
Tablo 8. Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı Düzeyi.....	66
Tablo 9. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması	70
Tablo 10. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Temel Belirleyicileri.....	77
Tablo 11. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması	83
Tablo 12. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri	90
Tablo 13. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması	96

Tablo 14. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri.....	103
Tablo 15. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaç Düzeyinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması.....	109
Tablo 16. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaçların Temel Belirleyicileri.....	116
Tablo 17. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin İstatistikler.....	119
Tablo 18. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Bireysel ve Demografik Özelliklerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Farklılık Testleri İle Karşılaştırılması.....	123
Tablo 19. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçlarına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Farklılık Testleri İle Karşılaştırılması.....	126
Tablo 20. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Temel Belirleyicileri.....	130
Tablo 21. Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları.....	134

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık ve Sağlık Statüsünün Belirleyicileri, DSÖ Yaklaşımı.....	11
Şekil 2. Sağlık İnanç Modeli.....	13
Şekil 3. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı	14
Şekil 4. Andersen'in Davranışsal Modeli.....	15
Şekil 5. Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçlarını Etkileyen Temel Faktörler-1	16
Şekil 6. Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçlarını Etkileyen Temel Faktörler-2	17
Şekil 7. Testa ve Simonson'un Yaşam Kalitesi Modeli	19
Şekil 8. Wilson ve Cleary'nin Yaşam Kalitesi Modeli.....	20
Şekil 9. Rahman'ın Yaşam Kalitesi Modeli	21
Şekil 10. Farquar'ın Yaşam Kalitesi Tanımları Sınıflandırması	24
Şekil 11. Yaşam Kalitesi ve Temel Belirleyicileri.....	26
Şekil 12. Çalışma Modeli.....	47
Şekil 13. Doğrulamalı Faktör Analizi, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	58

ÖNSÖZ

Sağlık, insanlığın var olduğu günden beri doğasını anlamaya çalıştığı ve hakkında sayısız araştırma yaptığı az sayıda alandan biridir. Bu durumun nedeni, şüphesiz ki insanoğlunun yaşam arzusudur. Çünkü yaşamın devamlılığı, ancak sağlığın korunması ile mümkündür. İnsanoğlu sırf bu nedenle kayalara şekiller vermiş, yerin metrelerce altına devasa şehirler inşa etmiştir. Sırf bu nedenle varlığını ve doğayı anlamaya çalışmıştır. Ancak ilginçtir ki, aynı zamanda uğruna sayısız savaşlar vermiş, sayısız canın yitmesine de neden olmuştur. Öte yandan aşının gelişimi de bu yaşama arzusunun bir sonucudur. İlk kan transfüzyonu da bu nedenle gerçekleştirilmiştir, ilk organ nakli de. İnsan genetiğine ilişkin araştırmalar da bu nedenle yapılmaktadır. Muhtemelen yarınlarda gerçekleştirilecek olan birçok buluş da insanoğlunun bu arzusuna hizmet edecektir.

Ancak sağlık, uğruna savaşlar verilecek kadar önemli bir konu olsa da sağlıklı toplumlar yaratmak, savaşmak kadar kolay değildir. Çünkü sağlık, tabiatın bizatihi kendisinin yanı sıra genetik faktörlerden de etkilenmektedir. Dahası insan davranışları ve yaşam tarzı da birey ve toplum sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Söz konusu faktörlerden herhangi birindeki meydana gelebilecek ufacık bir sapma geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olabilmektedir. Sırf bu nedenle birçok yazar, mutlak sağlığın yakalanabilmesinin mümkün olmadığını ileri sürmektedir. Ancak tüm bu zorluklara rağmen birey ve toplum sağlığının iyileştirilmesinde insanoğlunun elinde çok güçlü bir araç bulunmaktadır. O da sağlık hizmetleridir.

Sağlık hizmetleri de her ne kadar insanoğlunun sahip olduğu en önemli araç olsa da etkili ve başarılı olabilmesi çok sayıda unsurun bir araya gelmesine bağlıdır. Ancak halen dünya üzerinde çok sayıda insan, insanoğlunun bunca uğraşına rağmen ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmına ulaşamamaktadır. Bu, artık çözülmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur. Ancak bu sorunun sıklığı ve nedenleri net olarak bilinmemektedir. Bu çalışma da bu nedenle yapılmıştır. Sonuçlarının bu sorunun çözümüne katkılar sağlaması umut edilmektedir.

Ancak halen çözülecek çok sayıda sorun, yapılacak çok sayıda iş vardır.

Saygılarımla.

GİRİŞ

Sağlık, insanlığın var olduğu günden beri üzerinde çalıştığı, çok boyutlu ve bir o kadar da karmaşık kavramlardan biridir (Coulomb, 2008; Shepherd ve Patzelt, 2015). Literatür incelendiğinde de sağlık ile ilgili çok sayıda tanım (Antonacci, 2018; Bagaria vd., 2020; Gladman, 1998; Viner ve Macfarlane, 2005; WHO, 1948) ve araştırma (McCartney vd., 2019; Pishvaei vd., 2013; Sartorius, 2003; WHO, 2022) olduğunu görmek mümkündür. Bu noktada; önceleri “*herhangi bir hastalık ve/veya bir sakatlığın olmaması*” olarak ele alınan sağlık kavramı, günümüzde daha çok “*özel iyilik hali*” ile ilişkilendirilmektedir (Compton, 1998; Hassett vd., 2009; Kim ve Fox, 2006; Kumar ve Kapoor, 2008). Bunun yanı sıra sağlığı, doğrudan çevre, kültür ya da insan yaşamının diğer unsurları ile birlikte açıklamaya çalışan farklı türden çok sayıda çalışmadan da bahsetmek mümkündür. Ancak sağlığın içerik ve kapsamı ile ilgili genel kabul görmüş bir tanımdan bahsetmek oldukça zordur.

Literatürde her ne kadar sağlık kavramının doğası ile ilgili çok sayıda tanım söz konusu olsa da en çok atıf yapılanı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1948 yılında ortaya atılan sağlık tanımıdır. DSÖ sağlığı, “*sadece hastalık ve/veya sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziken, zihnen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali*” olarak ele almaktadır (WHO, 1948). DSÖ’nün bu tanımı, doğası gereği insan yaşamını oluşturan farklı türden çok sayıda alanı içerisine almakta ve sağlığa çok daha bütüncül bir perspektiften bakmayı zorunlu kılmaktadır (Larson, 1999). Bu noktada; birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi, eğitim ve sağlık hizmetleri başta olmak üzere insan yaşamını oluşturan farklı türden çok sayıda alanda sayısız eylem ve politikanın hayata geçirilmesi ve bu politikaların sürekli temelde izlenmesi ile mümkündür. Bu durumun uygulanabilirliği ise son zamanların en tartışmalı konularından biridir. Ancak farklı türden olgu ve fenomenin etkisi altında kalsa da sağlık hizmetlerinin sağlığın korunması ve iyileştirilmesindeki rolü yadsınamaz (Blum, 1974; Lalonde, 1974; Roemer, 1991). Öte yandan barınma, eğitim ve sosyal yaşam gibi sağlık sektörü dışında kalan diğer faktörler ile kıyaslandığında da sağlık hizmetlerinin birey ve toplum sağlığı üzerindeki etkisi çok daha kısa bir zaman diliminde ortaya çıkabilmektedir. Bu açıdan ele alındığında ise sağlık hizmetleri, optimum sağlık statüsünün sağlanmasında önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Jappelli vd., 2007;

Wan, 1987). Sağlık hizmetlerinin bu türden amaçlarının hayata geçirilebilmesi ise sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliği ile ilişkilidir. Ancak söz konusu hizmetlerin varlığı, birey ve toplum sağlığının temel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için tek başına yeterli değildir. Bu hizmetlerin aynı zamanda sağlık sistemi içerisinde erişilebilir olması ve ihtiyaç sahibi bireylere hakkaniyet çerçevesinde sunulması gerekmektedir (Marşap vd., 2010). Ancak halen dünya genelinde ihtiyaç duydukları halde sosyal, kültürel ve ekonomik nedenlerden dolayı milyonlarca insan, sağlık hizmetlerine erişim söz konusu olduğunda bazı sıkıntılar yaşamaktadır (Ko, 2016; OECD, 2011). Oysa bireylerin ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerinin sürekli takibi, mevcut ve olası sorunların tespiti ve çözümünde başta karar vericiler ve politika yapıcılar olmak üzere tüm paydaşlar için oldukça önemlidir (Yetim ve Çelik, 2020).

Sağlık hizmetlerinde erişim, *“ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ilgili sistem içerisinde bulunabilir olması”* şeklinde ele alınabilir (Wagstaff ve van Doorslaer, 2000). Bu açıdan ele alındığında erişim, kullanımdan çok daha fazlasını ifade etmektedir. Özellikle bazı yazarlara göre kullanım, sağlık hizmetlerine erişimin bir kanıtıdır ancak kendisi değildir (Donabedian, 1972). Literatür incelendiğinde de sağlık hizmetlerinde kullanım ve erişim ile ilgili çok sayıda teorik ve ampirik çalışma (Cho vd., 2016; Kim vd., 2015; Park vd., 2017; Smith ve Connolly, 2020; Vahedi vd., 2020) olduğunu görmek mümkündür. Ancak sağlık hizmetlerinde erişimin ölçümü söz konusu olduğunda, ilgili literatürde genel kabul görmüş herhangi bir tanım ya da yöntemden bahsetmek mümkün değildir (Gu vd., 2009). Bu noktada en sık kullanılan yöntem ise ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin zamanında karşılanıp karşılanamadığının yani sağlık sistemi içerisinde karşılanamayan türden sağlık ihtiyaçlarının olup olmadığının incelenmesidir.

Karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, genel hatları ile *“ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde ve/veya uygun miktarda sağlanamamış olması”* olarak tanımlanmaktadır (Kerpershoek vd., 2018; Van der Roest vd., 2009). Ancak bu tanımdan da anlaşılacağı üzere karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, farklı türden çok sayıda faktörün etkisi altındadır ve konu ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda da bireysel (Cavalieri, 2009; Rogero-Garcia ve Ahmed-Mohamed, 2014; Tabriz vd., 2017) ve ekonomik faktörler (Allin vd., 2010; Assari ve Hani, 2018; Diamant vd., 2004; Karanikolos ve Kentikelenis, 2016; Pagán ve Pauly, 2006) ön plana çıkmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde erişim, sadece

bireysel, demografik ya da ekonomik faktörlerin değil aynı zamanda sağlık sistemleri ile ilgili yapısal birtakım özelliklerin de etkisi altındadır (Chaupain-Guillot ve Guillot, 2015; MacKinney vd., 2014). Ancak ekonomik/finansal faktörlerin erişim ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde çok daha büyük bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Literatürde sağlık hizmetlerinde karşılanamayan ihtiyaçlar ile ilgili çok sayıda çalışma söz konusu olsa da bu kavramın içerik ve kapsamı halen tartışmalı konular arasında yer almaktadır. Uygulamada da karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının ölçümü konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Türkiye’de ise sağlık hizmetlerinde erişim, karşılanamayan ihtiyaçlar ve hakkaniyet ile ilgili teorik ve ampirik çalışmaların görece daha az olduğu söylenebilir. Bu çalışmalardan ilki, Yavuz (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yazar, çalışmasında evde sağlık hizmeti alan bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin ne ölçüde erişilebilir olduğunu ve bireylerin sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili olarak karşılaştıkları temel sorunların neler olduğunu ortaya koymaya çalışmıştır. Yetim ve Çelik de (2021) yaptıkları çalışmada Türkiye’de karşılanamayan sağlık sorununu, sağlık hizmetlerine erişimin önünde bir engel olarak dikkate almışlar ve kronik hastalıklı bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyini değerlendirmişlerdir. Benzer konuları ele alan diğer bazı çalışmalarda ise kanser ya da şizofreni gibi bazı kronik hastalıklar dikkate alınmıştır (Ayvat, 2019; Karamustafalıoğlu, 2009; Kocaman-Yıldırım vd., 2013; Küçükoğlu, 2019; Uygur ve Esen-Danacı, 2019). Öte yandan ilgili literatürde Türkiye’de dolaşım sistemi hastalıklarında sağlık hizmetlerine erişim ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile ilgili çok daha az çalışma (Dengiz ve Tanyer, 2020; Köroğlu, 2014) olduğunu görmek mümkündür. Oysa Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2020) tarafından yayımlanan istatistikler incelendiğinde, Türkiye’de söz konusu hastalıkların başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Ayrıca bu türden hastalıklara sahip olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algıları da net değildir. Bu ve benzeri nedenlerle bu çalışmada, Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ile bu durumu etkileyen temel faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi de bu çalışmanın temel amaçlarından biridir. Bu çalışmada ayrıca dolaşım sistemi hastalıklarının karşılanamayan ihtiyaçlar ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkileri de değerlendirilmeye çalışılmıştır. Son olarak, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının bireylerin yaşam kaliteleri üzerindeki olası etkileri de bu çalışmada değerlendirilmeye çalışılan konular arasında yer almaktadır.

1. BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI

Çalışmanın bu bölümünde sağlık kavramının içerik ve kapsamına odaklanılmış ve tarihsel süreç içerisinde insanlığın sağlığa ilişkin bakış açısı ele alınmıştır. Bu kapsamda, sağlık tanım modelleri ve bu modellerin temel bazı özellikleri incelenmiştir. Bölüm kapsamında ayrıca sağlık statüsünün önemi, belirleyicileri ve ölçümü ile ilgili bilgiler üzerinde de durulmuştur. Bu durumun yanı sıra sağlık hizmetleri kullanımı ve karşılanamayan sağlık ihtiyacı kavramı da bu bölüm kapsamında ele alınan konular arasında yer almaktadır.

1.1. SAĞLIK NEDİR?

İnsanlık tarihi kadar eski ve bir o kadar da köklü bir kavram olan sağlık, tarih boyunca çok sayıda araştırmacı ve yazar tarafından farklı şekillerde ele alınmış ve farklı yönleri ile tartışılmıştır (Annerstedt, 2009; Oral ve Sayın, 2013; Resende vd., 2016). Örneğin; Yunan ve Roma mitolojilerinde tıbbın ve sağlığın tanrısı olarak kabul edilen Asklepios, tıbbı, “*hastalıkları yok etme sanatı*” olarak ele almış ve doğrudan hastalıkların tedavisi ile ilgilenmiştir. Bu durum; Asklepios’un, bulunduğu coğrafyanın tamamını gezmesine ve şifa dağıtan bir hekim olarak ünlenmesine neden olmuştur. Asklepios’un ölümünden sonra hekimlik anlayışı ise kendisine ithafen Asklepiades adı verilen bir yapı içerisinde varlığını devam ettirmiştir (Compton, 1998; King, 2004; Stafford, 2004; Taylor, 2021).

Asklepios’un kızı olan ve döneminde sağlık tanrıçası olarak kabul edilen Hygieia ise sağlığı, bireyler ile ilişkilendirmiş ve söz konusu kavramı, “*bilinçli ve sorumlu bir yaşam sürme biçimi*” olarak ele almıştır (Antonacci, 2018). Ancak bu tanım, doğrudan sağlığın kendisine odaklanmakta ve hastalıkların tedavi edilmesinden ziyade hastalıklara hiç yakalanmamaya yani sağlığın korunmasına öncelik vermektedir. Öyle ki, heykel ve rölyeflerin çoğunda elinde bir yılan ve şifa verdiği inanan sıvı dolu bir kâse ile tasvir edilen Hygieia, modern tıbbın kurucusu Hippocrates döneminde dâhi sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve hijyenin sembolü olarak kabul görmüştür (Ağartan, 2009).

Sağlık ile ilgili yukarıda yer alan iki tanım da sağlığa ilişkin ilk açıklamalar olarak son derece önemlidir. Her iki tanım da içerik ve kapsamı bakımından ele alındığında, sağlığın

Antik Yunan ve Roma medeniyetlerinde daha çok hastalık olgusu üzerinden ele alındığını göstermektedir. Dolayısıyla sağlığa ilişkin ilk tanım ve açıklamaların “*hastalık karşıtlığı ya da yokluğu*” üzerine kurulu olduğu söylenebilir. Bu tanımlar ise ilgili literatürde *tıbbi model* kapsamında ele alınıp incelenmektedir. Tıbbi model sağlığı, patolojik bulgu ve anomaliler üzerinden tanımlamaya çalışmakta ve kavramın anlaşılabilirliği ile ilgili olarak basit bir metodoloji sunmaktadır. Doğası gereği ayrıca, birey ve toplum sağlığının nasıl sağlanacağı noktasında da daha açık ve uygulanabilir bir yol haritası ortaya koymaktadır. Ancak model, sağlığı negatif yönü ile açıklamaya çalıştığı, sağlık ile anlatılmak istenen asıl durumun anlaşılmasını karmaşıktırdığı ve yaşam kalitesi ve iyilik halinden ziyade doğrudan hastalıklara odaklandığı için sıklıkla eleştirilmektedir. Ayrıca bu model, sağlığa ilişkin gerçekçi bir yaklaşımın önünde bir engel olarak dahi görülmektedir (Illich, 1975; Larson, 1999; Schoeb, 2016; Warwick-Booth vd., 2021).

Asklepios ve kızı Hygieia’dan önce de benzer bir şekilde sağlığın, hastalıkların ortadan kaldırılması şeklinde ele alındığını söylemek mümkündür. Ancak tarihin ilk çağlarında hastalıkların temelinde yatan yaygın inanış, kötü ruhların ve/veya var olduğuna inanılan doğaüstü varlıkların temiz ve sağlıklı insanlara musallat olduğu şeklindedir. Dolayısıyla hastalıkların tedavisinde büyü ve sihir gibi bazı yöntemler sıklıkla kullanılmıştır (Arnason vd., 1980; Ferguson, 1947; Gordetsky ve O'Brien, 2009). Bu yöntemler, Asklepios ve sonrasında dâhi yaygın bir şekilde varlığını devam ettirmiştir. Ancak Ege sahillerinde Asklepios ile başlayan ve kızı Hygieia ile hızla gelişen hekimlik anlayışı, Hippocrates döneminde farklı bir noktada ele alınmaya başlanmıştır. Hippocrates, doğrudan insan anatomisi üzerine çalışmalar yapmış ve gözlem ve deneyleri ile batı tıbbının babası olarak ün kazanmıştır (Craik, 2009; Mansfeld, 1980). Hippocrates ayrıca beslenmenin insan sağlığı üzerindeki önemine atıfta bulunmuş ve geliştirdiği ilaçları da tedavilerinde sıklıkla kullanmıştır. Sağlığı ise “*vücutta dengenin sağlanması*” şeklinde ele almıştır (Çalışkan, 2007; Pásztor, 1982). Bu açıdan ele alındığında; Hippocrates’in sağlık anlayışının çok daha bütüncül bir yapıda olduğu görülmektedir. Bir benzer yaklaşım ise Hippocrates’ten yıllar sonra 1948 yılında DSÖ tarafından ortaya atılmıştır. DSÖ, 1948 yılında düzenlediği geniş katılımlı bir toplantıda sağlığı, “*sadece hastalık ve/veya sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, sosyal ve zihinsel açıdan tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamıştır. DSÖ’nün yapmış olduğu bu sağlık tanımı da doğası gereği bütüncül bir yapıya sahiptir

ve yaşamın ve sağlığın farklı yönlerine odaklanmaktadır. Bu tanımlar ise ilgili literatürde *holistik model* kapsamında ele alınıp incelenmektedir. Çünkü holistik modele göre sağlık, sadece hastalığın ya da sakatlıkların yokluğu ile açıklanabilecek bir olgu değildir. Sağlık aynı zamanda onu etkilediği düşünülen farklı unsurlar ile birlikte ele alınmaktadır. Bu açıdan ele alındığında, holistik modelin sağlığı pozitif yönü ile ele aldığını söylemek mümkündür. Ancak holistik model de günümüzde yaygın bir şekilde kullanılsa da belirsiz ve soyut oluşu nedeni ile sıklıkla eleştirilmektedir. Bu modele getirilen bir diğer eleştiri de mükemmeliyetçi bir yapıda olmasıdır. Özellikle de DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı, sağlığı tüm yönleri ile mutlak iyilik hali olarak ele almaktadır. Bu durum, birçok insanın aslında sağlıklı olmadığını da ifade etmektedir (Larson, 1999).

Yukarıda yer alan tanımlar, sağlığı daha çok fiziksel anomaliler üzerinden ve bütüncül bir perspektiften ele almaktadır. Bu noktada, patolojik olgu ve biyolojik semptomların göz önünde bulundurulduğu tanımlar, literatürde tıbbi model olarak da kabul edilmektedir (Schoeb, 2016). Öte yandan yaşamın farklı yönleri üzerinden insan sağlığını açıklamaya çalışan tanımlar, holistik model kapsamında ele alınmaktadır (Kim ve Fox, 2006). Ancak ilgili literatür incelendiğinde; sağlık kavramının içerik ve kapsamı ile ilgili farklı türden çok sayıda tanım modelinin de geliştirildiğini görmek mümkündür (Larson, 1999). Bu modellerden ilki; DSÖ tarafından 1948 yılında yapılan sağlık tanımında yer alan “iyilik hali” kavramına odaklanan ve bu alanı daha da geliştirmeye çalışan tanımları içeren *iyilik hali modelidir* (Bagaria vd., 2020). Bu modele göre sağlık, bireyin kendisi ile ilgilidir ve öznel bir özellik taşımaktadır. Kısacası sağlık, “*doğrudan bireyin kendi sağlığı ile ilgili öznel algı ve değerlendirmeleridir*”. Dolayısıyla bu modelde sağlık, “*iyilik hali*” olarak ele alınmakta ve fiziksel sağlık ile birlikte enerji hissetme, yaşam sevinci, sosyal ilişkiler ve günlük faaliyetleri yerine getirebilme becerisi gibi doğrudan bireyin kendisi tarafından değerlendirilebilecek öznel birtakım değer yargılarını içermektedir. İyilik hali modeli de tıpkı DSÖ’nün ve Hippocrates’in sağlık tanımlarında olduğu gibi sağlığı, bütüncül bir yapıda ele almaktadır. Ancak bu model de sağlığı öznel değerlendirmeler üzerinden ele aldığı ve ölçümü ile ilgili olarak tutarlı ve güvenilir bir metodoloji ortaya koyamadığı için sıklıkla eleştirilmektedir. Bu modele getirilen bir diğer eleştiri, bireylerin sağlık durumları ile ilgili algı ve değerlendirmelerinin içerisinde bulundukları yere, zamana, yaşa ve hatta kültüre göre değişkenlik gösterebileceği ve kontrol edilemeyeceğidir.

Sağlığın tanımı ile ilgili olarak ortaya atılan bir diğer model ise sağlık kavramını “*çevreye uyum sağlayabilme yeteneği*” olarak tanımlayan *çevre modeli* ya da *çevresel uyumlama modelidir*. Bu model, bireyin içerisinde bulunduğu çevre ve dinamiklerinden bağımsız bir şekilde değerlendirilemeyeceği fikrine dayanmakta ve birey ve toplum sağlığını etkileyen temel unsurlardan birinin de çevrenin kendisi olduğunu ileri sürmektedir. Bu açıdan ele alındığında; bu modelde birey, sadece biyolojik bir unsur değil aynı zamanda çevresi ile karşılıklı bir etkileşim içerisinde bulunan canlı bir organizmadır. Dolayısıyla çevresel uyumlama modelinde birey, çevresi ile olan ilişkisi ile birlikte değerlendirilmektedir. Söz konusu çevreyi ise fiziki yapı ve unsurların yanı sıra sosyal ve kültürel çevre faktörleri de etkilemektedir. Bu açıdan ele alındığında bu modelin de sağlığı bütüncül bir perspektiften ele aldığını söylemek mümkündür. Bu model ise çevrenin değişkenliği ve sürekli temelde uygulanabilirliğinin zorluğu nedeni ile sıklıkla eleştirilmektedir (Larson, 1999).

1.2. SAĞLIĞIN ÖLÇÜMÜ

Yukarıda yer alan sağlık sağlığa ilişkin farklı türden tanımlar ele alındığında, insanlığın sağlığa yönelik bakış açısının zaman içerisinde farklılık gösterdiği görülmektedir. Öyle ki; sağlık ile ilgili ilk çalışmalarda “*hasta olmayan birey sağlıklıdır*” anlayışının hâkim olduğu ancak zaman içerisinde bu anlayışın yerini çok daha karmaşık açıklamalara bıraktığı görülmektedir. Özellikle de günümüzde sağlık, sadece “*hastalığın karşıtı*” olarak kabul görmemektedir. Fiziksel iyilik halinin yanı sıra zihnen ve sosyal açıdan da iyilik aranmaktadır (Bagaria vd., 2020; WHO, 1948). Günümüzde ayrıca sosyal çevrenin yanı sıra kültürel bazı unsurların da birey ve toplum sağlığı üzerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir (Karademas, 2008). Dolayısıyla günümüz dünyasında sağlığın çok daha bütüncül bir yaklaşımla ele alındığını ve çok boyutlu bir unsur olarak kabul edildiğini söylemek mümkündür. Bu durum sağlık kavramının ölçümü ile ilgili farklı türden çok sayıda araç ve yöntemin de gelişmesine neden olmuş durumdadır. Bu yöntemlerden en yaygını, daha önceden hazırlanmış bir çizelge üzerinden sağlık statüsünün görsel bir teknik ile tespit edilmesidir. Uygulama bakımından kolay olan bu yöntem, sağlığı tek bir faktör ile açıklamaya çalıştığı için sıklıkla eleştirilmektedir. Bu türden eleştirileri ortadan kaldırmak için ise farklı zamanlarda çok sayıda ölçek geliştirilmiş durumdadır. Örneğin; 1972 yılında geliştirilen Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu tür ölçeklerden biridir. Bu ölçek, esas itibarıyla hastalık kaynaklı işlev bozukluklarının tespiti amacı ile

kullanılmakta ve hastalıkların fiziksel ve duygusal fonksiyonlar (işlevsellik) üzerindeki etkilerine odaklanmaktadır. Ayrıca bireylerin genel sağlık statüsünü de kolay bir şekilde ortaya koyabildiği için birçok hastalıkta yaygın olarak kullanılmaktadır (Prcic vd., 2013).

Bir başka örnek de ilk kez 1975 yılında Nottingham Üniversitesi'nde yapılan çalışmalar sonucunda geliştirilen ve sonraki yıllarda yapılan iyileştirmeler ile 80'li yıllardan itibaren yaygınlaşan Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)'dir. Özellikle de son yıllarda sıklıkla kullanılan Nottingham Sağlık Profili, bedensel ağrı, duygusal tepki, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite ve enerji olmak üzere 6 farklı boyut ve 38 farklı sorudan oluşmaktadır. Nottingham Sağlık Profili ayrıca, doğrudan sağlık statüsüne odaklanan 7 soruluk bir bölüme daha sahiptir (Chmaj-Wierzchowska vd., 2020; Jenkinson, 2013).

Literatürde Duke ya da Duke Sağlık Profili (The Duke Health Profile) olarak da bilinen ve 1990 yılında Parkerson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek de sağlık statüsünün ölçümünde sıklıkla kullanılmaktadır. Duke Sağlık Profili de sağlık statüsünü çok boyutlu bir kavram olarak ele almaktadır. Ancak bu ölçek, sağlık statüsünü kaygı, depresyon, ağrı ve engellilik olmak üzere 4 boyutta değerlendirmektedir. Bu boyutların ölçümünde ise 17 farklı soru kullanılmaktadır.

1991 yılında bir grup bilim insanı tarafından ortaya atılan ve sonraki yıllarda da Health Utilities Inc. tarafından geliştirilen Sağlık Araçları Endeksi (The Health Utilities Index, HUI) de bu kapsamda ele alınabilir. Bu endeks de bireylerin sağlık statülerinin ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin ölçümünde sıklıkla kullanılmaktadır. Uygulamada, HUI-2 ve HUI-3 olmak üzere iki farklı örneği bulunmaktadır. Bu örneklerden HUI-2, 24000 sağlık durumuna ilişkin değerlendirme imkânı sunmaktadır. HUI-3'de ise 972000 farklı sağlık durumu dikkate alınabilmektedir. Öte yandan HUI-2'de sağlık; algı, hareketlilik, duygu durumu, biliş, kişisel bakım, bedensel ağrı ve üreme sağlığı olmak üzere 7 farklı boyutta ele alınırken bu boyutlar HUI-3'de ise görme, işitme, konuşma, hareketlilik, el becerisi, duygu durumu, biliş ve bedensel ağrı şeklindedir (Horsman vd., 2003).

Söz konusu ölçeklerden bir diğeri ise Kısa Form-36 (The Short Form (36) Health Survey) adı ile bilinen ankettir. İlk kez 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Sağlık statüsünün ölçümünde sıklıkla kullanılmakta ve 36 soru

ve 8 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin boyutları ise fiziksel ve sosyal işlevsellik, canlılık, ağrı, genel sağlık, fiziksel ve duygusal rol kısıtlamaları ve zihin sağlığı şeklindedir (Lins ve Carvalho, 2016). Uygulamada ise SF-36'dan türetilmiş SF-12 ve SF-8 gibi çok daha kısa versiyonlarını da görmek mümkündür (Campolina ve Ciconelli, 2008; Newman vd., 2003; Vilagut vd., 2005). Ölçek, kolay uygulanabilirliği ve hastalık, ağrı gibi olumsuz bazı faktörlerin yanı sıra sağlık statüsü ile ilgili olumlu faktörleri de dikkate aldığı için sıklıkla tercih edilmektedir (Koçyiğit vd., 1999).

Yukarıda yer alan ölçekler uygulama kolaylığı ve kısa sürede tamamlanabilmesi nedeni ile sıklıkla tercih edilmektedir. Bu türden ölçekler, aynı zamanda spesifik bazı hastalık gruplarında ve küçük örneklemelerde de kolaylıkla uygulanabilmektedir. Ayrıca boyutlara ilişkin görsel bir sıralama imkanı sunmakta ve her bir boyut ve soruya ilişkin farklı türden ağırlıklar verilebilmesine olanak tanımaktadır (Panagiotakos, 2009). Bu türden nedenler ile bu ölçekler yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Ancak bu ölçekler, sağlığı öznel bir unsur olarak ele aldıkları için eleştirilmektedir. Özellikle de bireysel değerlendirmelerin cinsiyete, yaşa, kültüre ya da hastalığın kendisine göre farklılık gösterebileceği varsayımı ileri sürülmektedir. Ayrıca bu ölçeklerde yer alan sorulara cevap veren kişilerin sağlık durumları ile ilgili bilgi durumlarının yeterliliği de bazı tartışmalara neden olmaktadır. Hastalık süresi de bu ölçeklerde çoğu zaman dikkate alınamamaktadır. Bu noktada; söz konusu ölçekler yardımı ile elde edilen sağlık statüsünün gerçeği yansıtmıyor olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

1.3. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık kavramının içerik ve kapsamı incelendiğinde -özellikle de son zamanlarda yapılan çalışmalarda- sağlığın çok boyutlu bir kavram olduğu yönünde genel kabul görmüş bir anlayış olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlığın ölçümü ile ilgili olarak çok sayıda araç ve tekniğin ortaya çıkmasına neden olmuş durumdadır. Bu çok boyutlu sağlık anlayışı aynı zamanda sağlık statüsünün belirleyicilerinin de çok daha geniş kapsamlı bir şekilde ele alınmasına neden olmaktadır. Bu noktada ise literatürde iki farklı hâkim yaklaşım olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki, *tarihsel yaklaşımdır*. Bu yaklaşım temelde doğum ve ölüm gibi sağlığa ilişkin temel göstergelerdeki gelişmelere ve belirli toplumlardaki gelişim ve değişimin nasıl gerçekleştiğine odaklanmaktadır. Kısacası tarihsel yaklaşım,

geçmişten günümüze birey ve toplum sağlığındaki gelişmeleri nedenleri ile birlikte ele almaya çalışmaktadır. İkinci anlayış ise *karşılaştırma yaklaşımı*dır. Bu yaklaşım, sağlıklı ve sağlıksız bölgeler, ülkeler ya da toplumlar arasındaki farklılıklara ve bu farklılıkların temel nedenlerine odaklanmaktadır (Çelik, 2019).

Sağlığın belirleyicileri ile ilgili olarak yukarıda ele alınan yaklaşımların yanı sıra farklı türden modellerden de bahsetmek mümkündür. Bu modellerden en bilineni, 1974 yılında H. Blum tarafından ortaya atılmıştır. Yazara göre sağlık, çok boyutlu bir yapıya sahiptir ve temelde çevre, yaşam tarzı, kalıtım (genetik) ve sağlık hizmetleri olmak üzere dört ana unsurdan etkilenmektedir. Bu unsurlardan en önemlisi ise çevredir. Blum çevreyi, insan yaşamını etkileyen dışsal faktörlerin tamamı olarak tanımlamakta ve etkisinin ise göz ardı edilemeyecek kadar büyük olduğunu ileri sürmektedir. Birey ve toplum sağlığı üzerinde en az etkiye sahip olan bileşenin de sağlık hizmetlerinin kendisi olduğunu belirtmektedir. Yazar ayrıca sağlık hizmetlerini, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi olarak ele almakta ancak diğer faktörlerin sağlık hizmetlerinden çok daha etkili olduğunu ifade etmektedir (Blum, 1974, 1983; Schulz ve Johnson, 2003).

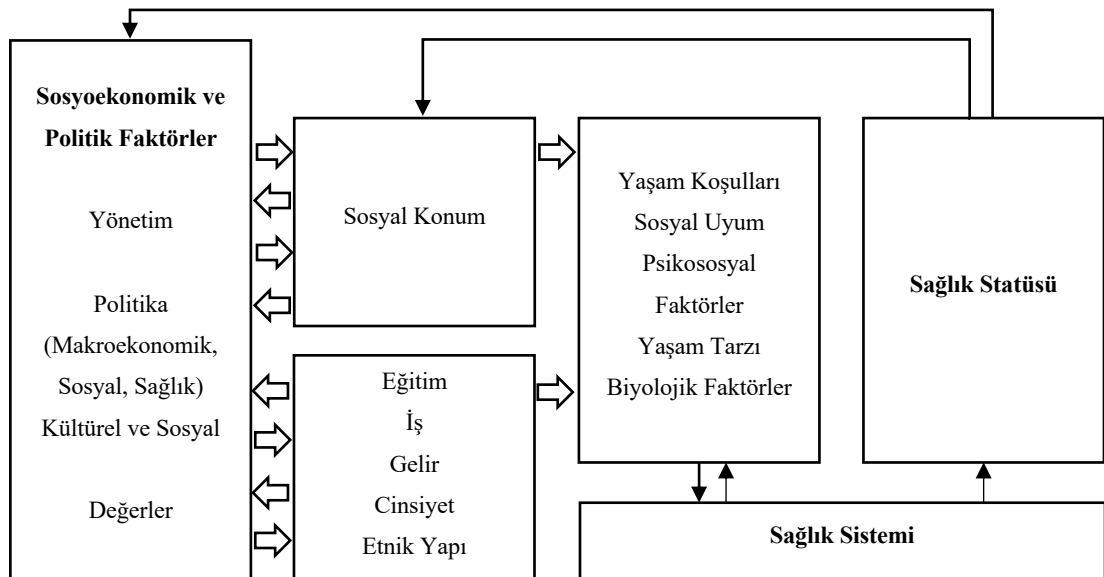
Bir diğer ölçüm modeli ise 1974 yılında Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde tarafından yayımlanan raporda yer almıştır. Söz konusu rapor, literatürde Lalonde Raporu olarak da bilinmekte ve sağlığı, Blum'un modeline benzer şekilde çok boyutlu bir yapı olarak ele almaktadır. Lalonde'ye göre sağlık, insan fizyolojisi, çevre, kalıtım ve sağlık sisteminin organizasyonu olmak üzere dört temel faktörün etkisi altında şekillenmektedir (Lalonde, 1974). Bu açıdan ele alındığında, Lalonde'nin Blum'dan farklı olarak insan biyolojisine çok daha fazla önem atfettiği görülmektedir. Lalonde ayrıca, sadece sağlık hizmetlerine değil söz konusu sistemin tamamına odaklanılması gerektiğini ifade etmektedir.

1991 yılında Roemer tarafından ortaya atılan sağlık modeli de bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Roemer'e göre sağlık, "*özel iyilik halidir*" ve kişisel özelliklerin yanı sıra sağlık hizmetlerinden de etkilenmektedir. Ancak Roemer; yaş, cinsiyet gibi unsurlar ile birlikte kalıtım, yaşam tarzı ve bireysel alışkanlıkların da kişisel özellikler kapsamında ele alınıp incelenmesi gerektiğini savunmaktadır. Yazar ayrıca kişisel özelliklerin önemli bir kısmının çevresel faktörlerden etkilendiğini ifade etmekte ve çevresel faktörleri ise

fiziki ve sosyal çevre olarak iki başlıkta ele alıp incelemektedir. Dolayısıyla Roemer için de sağlık çok boyutlu bir kavramdır.

Sağlığın belirleyicileri ile ilgili olarak ortaya atılan bir diğer model ise 1998 yılında Lerer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya dayanmaktadır. Söz konusu çalışmada yazarlar, sağlığın makroekonomik, çevresel ve demografik faktörlerden etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Yazarlar ayrıca beslenme, alkol ve tütün kullanımı ile ilgili alışkanlıkların da sağlığın temel belirleyicileri arasında yer aldığını ifade etmişlerdir (Çelik, 2019).

DSÖ'ye göre ise sağlık iki yönü ile birlikte ele alınması gereken bir kavramdır. Sağlık, sosyo-ekonomik ve demografik faktörler başta olmak üzere farklı türden faktörlerin etkisi altındadır. Bu faktörlerin temelinde ise ülke yönetimi, politik gelişmeler ile kültürel norm ve değerler yer almaktadır. Bu faktörler, doğrudan bireyi ve bireyin gelir düzeyi, eğitim durumu ya da sosyal konumu gibi birtakım özelliklerini de etkilemektedir. Birey ise en nihayetinde ilgili sistemlerin işleyişine karar vermekte ya da söz konusu sistemlere bazı katkılarda bulunmaktadır. Bu noktada DSÖ, sağlık sistemlerinin birey ve toplum sağlığı üzerinde önemli etkilere sahip olduğunu ifade etmektedir (bkz. Şekil 1). Bu açıdan ele alındığında; daha sağlıklı bireyler, sağlıklı sistemlerin gelişmesine; sağlıklı sistemler ise çok daha sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkı sağlamaktadır (Solar ve Irwin, 2007).



Şekil 1. Sağlık ve Sağlık Statüsünün Belirleyicileri, DSÖ Yaklaşımı

Kaynak: Solar ve Irwin'in 2007 yılında yayımladıkları rapordan derlenmiştir.

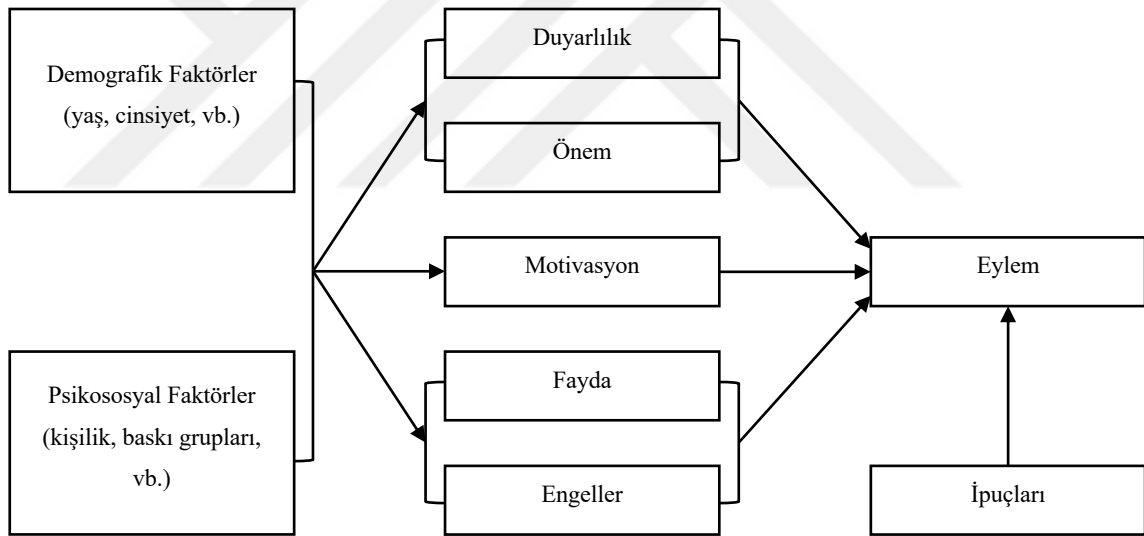
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI

Sağlık hizmetleri, her ne kadar sağlık statüsünün temel belirleyicilerinden biri olsa da bu türden hizmetlerin sağlık sistemlerindeki varlığı, birey ve toplum sağlığının iyileştirilmesi söz konusu olduğunda tek başına yeterli değildir. Bu noktada; sağlık hizmetlerinin sistem içerisinde kullanılabilir yani erişilebilir olması gerekmektedir. Ayrıca, DSÖ'nün sağlık tanımında yer alan “iyi halinin” sağlanması da sağlık hizmetlerine erişim ile mümkündür. Ancak halen dünya üzerinde ihtiyaç duyduğu halde söz konusu sağlık hizmetlerine erişim sağlayamayan milyonlarca insan olduğu tahmin edilmektedir (Ko, 2016). Bu noktada ise sağlıkta erişim kavramı ön plana çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde erişim, “*ihtiyaç duyulan hizmetlerin ilgili sağlık sistemi içerisinde ulaşılabilir*” olması ile ilişkilidir. Bu nedenle erişim, sağlık hizmetleri kullanımından çok daha fazlasını ifade etmekte ve çoğu zamanda doğrudan “*bulunabilirlik*” kavramı ile ele alınmaktadır. Donabedian'a göre ise kullanım, erişilebilirliğin bir kanıtıdır ancak kendisi değildir. Literatürde de bu konu ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde erişim olgusunun genel kabul görmüş bir tanımından bahsetmek mümkün değildir. Bu durum, sağlık hizmetleri kullanımı ve ölçümü ile ilgili olarak farklı türden çok sayıda yöntem ve tekniğin gelişmesine neden olmuştur. Ayrıca erişim, her ne kadar sağlık hizmetleri kullanımından daha fazlasını ifade etse de sıklıkla kullanım düzeyi ile ilişkilendirilmekte ve ölçülmektedir. Bu noktada, çok sayıda faktör ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmeti kullanımı, hizmetlerin ilgili sistem içerisindeki varlığının yanı sıra kabul edilebilirliği, maliyeti ve olası faydaları başta olmak üzere farklı türden faktörlerin etkisi altındadır (Hong vd., 2003). Ayrıca sağlık hizmetleri arzı ve talebi tarafında yaşanan bazı gelişmeler ve sosyo-demografik yapıda meydana gelen değişimler ile ilaç ve tedavideki yenilikler de sağlık hizmeti kullanımını etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Bireylerin yaşları, cinsiyetleri, gelir durumları ve/veya hastalıkları ile ilgili algıları da bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Bu noktada, literatürde sağlık hizmetlerinde erişim ve kullanım ile ilgili çok sayıda model bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri kullanımını etkilediği düşünülen temel faktörleri ele alan modellerden belki de en çok bilineni, halk sağlığı alanında çalışan Hochbaum ve arkadaşları tarafından

1950’li yıllarda geliştirilen Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model)’dir (bkz. Şekil 2). Bu modelde sağlık hizmeti kullanımı, “*eyleme geçmek*” olarak değerlendirilmekte ve doğrudan öznel algı ve değerlendirmeler ile açıklanmaktadır. Modele göre ayrıca sağlık hizmetinin kullanımı yönünde bir motivasyonun ortaya çıkabilmesi, doğası gereği sağlık riski ile ilişkilidir. Birey risk içerisinde olduğunu düşündüğünde, mevcut durumunu ve söz konusu durum karşısında alabileceği tüm aksiyomları göz önünde bulundurmaktadır. Bu noktada, sağlık riski ile birlikte kullanımı sonucunda elde edeceği olası faydaları da değerlendirmekte, faydaların risklere kıyasla daha yüksek olduğuna inandığı an harekete geçmektedir. Yazarlar aynı zamanda söz konusu algıların bireylerin cinsiyetleri, yaşları ya da içerisinde bulundukları sosyal sınıfları gibi farklı türden bireysel özelliklerinden ve kişilikleri gibi bazı psikososyal faktörlerden etkilendiğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, erişim ve kullanım, esasında doğrudan birey ile de ilgidir (Alhamad ve Donyai, 2021; Gözüm ve Çapık, 2014; Hochbaum vd., 1952).

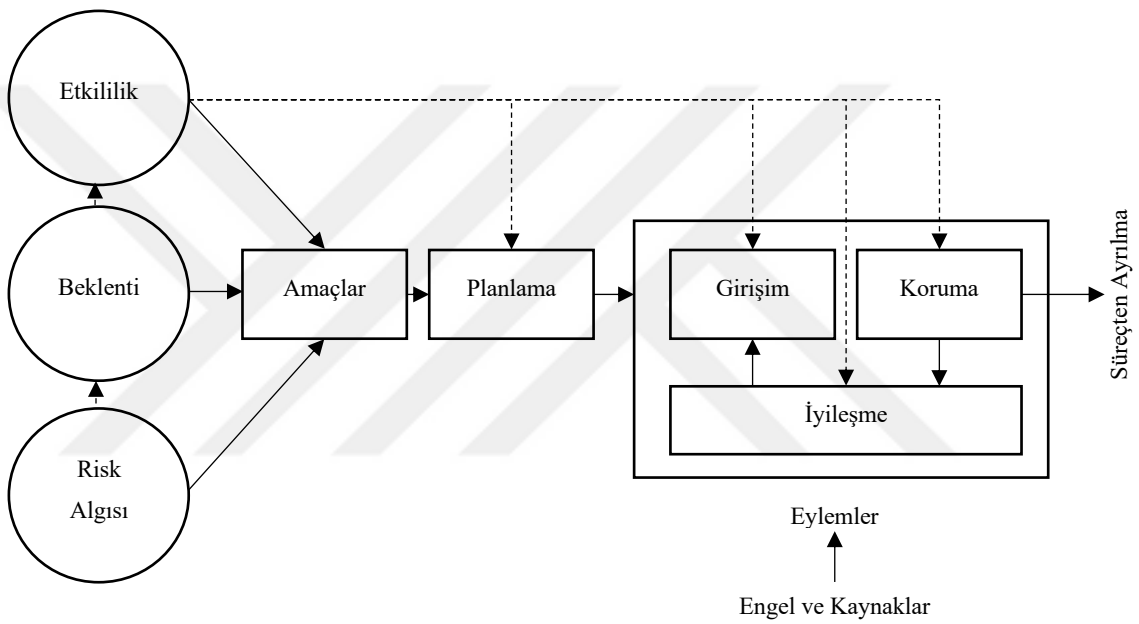


Şekil 2. Sağlık İnanç Modeli

Kaynak: Abraham ve Sheeran, 2015

1992 yılında Alman psikolog Schwarzer tarafından ortaya atılan Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı (The Health Action Process Approach) da bu kapsamda dikkate alınabilecek bir diğer modeldir (bkz. Şekil 3). Yazar, söz konusu modelde sağlıklı yaşam davranışına odaklanmış ve bu durumu, doğrudan birey ile ilişkilendirmiştir. Hizmet kullanımı da bu model kapsamında ele alınıp incelenen temel konulardan biridir. Yazara göre ilk olarak

davranış değişikliğine neden olabilecek bir durumun ortaya çıkması ve bu durumun birey tarafından fark edilmesi gerekmektedir. Farkındalık ise doğrudan bireysel risk algısı ile ilgilidir. Bireyler, fonksiyonel durumları ile ilgili bir birtakım anomaliler ya da işlevsel kayıpları olduğunu düşündüklerinde bu anomalilerin gündelik yaşantıları üzerindeki olası risklerini değerlendirmekte ve doğrudan bu sorunu ortadan kaldırmaya yönelik harekete geçmektedirler. Bu süreç ise mevcut durumun korunması ya da yaşam tarzı değişiklikleri ile son bulmaktadır (Schwartz, 1992; Schwarzer vd., 2003). Bu açıdan ele alındığında, sağlık hizmeti kullanımı için öncelikle bir algı ya da durumun/sorunun ortaya çıkması ve bireyin bu sorunun farkına varması gerekmektedir.

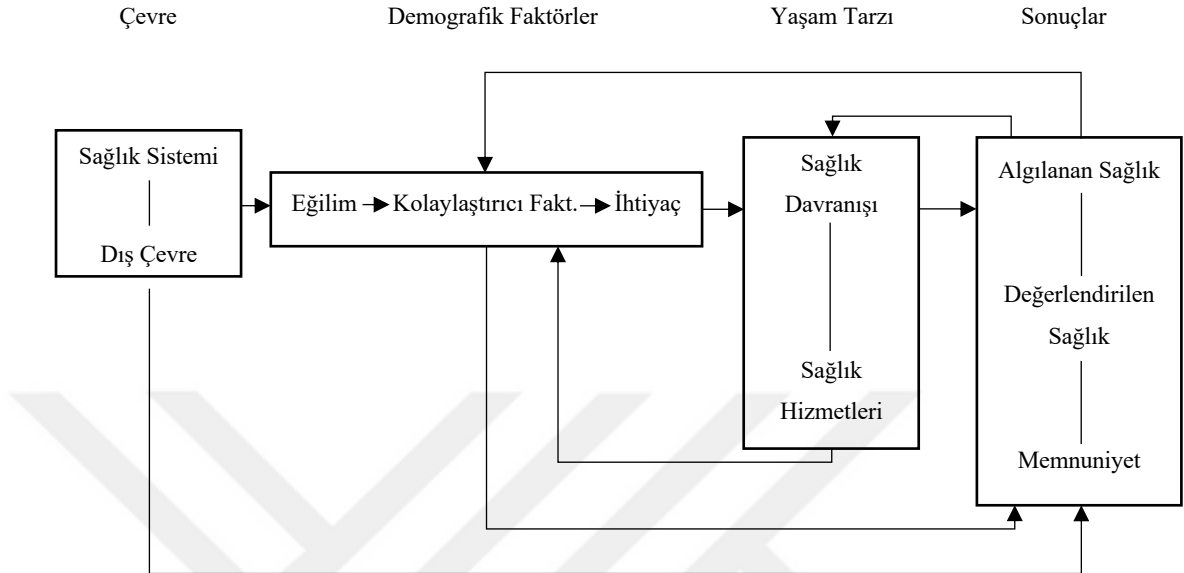


Şekil 3. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı

Kaynak: Schwarzer vd., 2003

Bu kapsamda ele alınabilecek bir diğer model ise Andersen tarafından ortaya atılan sağlık hizmeti kullanım modelidir. Bu model, literatürde aynı zamanda Andersen'in Davranışsal Modeli (Andersen's Behavioral Model) olarak da bilinmektedir. Modelde sağlık hizmeti kullanımı, üç unsur ile açıklanmaya çalışılmaktadır (bkz. Şekil 4). Bunlar; sağlık hizmeti ihtiyacı, bireysel eğilimler ve kolaylaştırıcı faktörlerdir. Andersen; bu üç temel faktörün karşılıklı etkileşim içerisinde olduğunu, eğilimlerin kolaylaştırıcı nitelikteki faktörleri ve nihayetinde her ikisinin de sağlık hizmeti ihtiyacını etkilediğini ifade etmektedir. Yazara göre yaş, cinsiyet ya da medeni durum gibi faktörler ile bireylerin sağlık durumları ile ilgili algı ve tutumları, bilgi düzeyleri, inançları ve değer yargıları, bireysel eğilimlerini

oluşturmaktadır. Kolaylaştırıcı faktörler ise daha çok gelir düzeyi, sağlık sigortası ya da ihtiyaç duyulan hizmetin varlığı gibi sistemsel konular ile ilişkilidir (Adongo ve Asaarik, 2018; Andersen, 1968; Andersen, 1995).

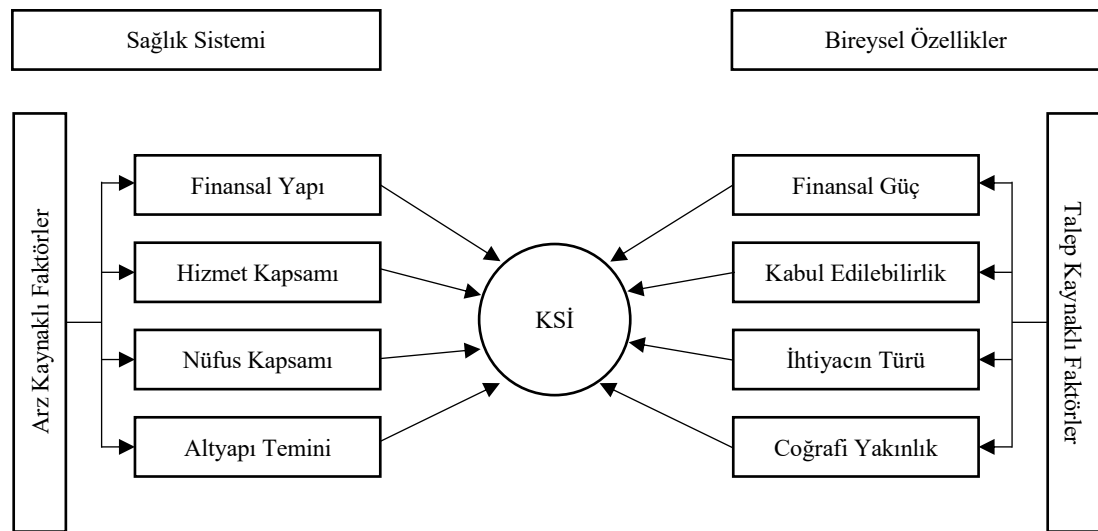


Şekil 4. Andersen'in Davranışsal Modeli

Kaynak: Andersen, 1995

Yukarıda yer alan modeller genel hatları itibariyle incelendiğinde, sorumluluğun temelde bireylere atfedildiği görülmektedir. Bu kapsamda; sağlık hizmetleri kullanımı, daha çok hastalık hali ve bireysel algı ve değerlendirmeler ile ilişkilendirilmektedir. Ancak sağlıklı olma halinin kendisine has özellikleri nedeni ile bu türden hizmetler, sadece bireysel algı ve değerlendirmeler ile açıklanabilecek ya da bireysel sorumluluğa bırakılabilecek bir konu değildir. Ayrıca sağlık hizmetleri, dışsallığı olan hizmetlerdir ve ifası ya da eksikliği sağlık statüsü açısından beklenmedik sonuçlara neden olabilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2021). Öte yandan sağlıklı toplumlar da ancak sağlıklı bireyler ile inşa edilebilmektedir (Solar ve Irwin, 2007). Bu ve benzeri nedenler ile sağlık hizmetleri ve kullanımı, hayati önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık sistemlerinin işleyişi de bu türden hizmetlerin kullanım düzeyi ile ölçülmekte ve eksikliği, karşılanamayan ihtiyaçlar olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının sistem ile ilgili yapısal bazı sorunların da göstergesi olduğu düşünülmektedir.

Karşılanamayan sağlık ihtiyacı, “*ihtiyaç duyulan bir sağlık ihtiyacının giderilememesi*” olarak ele alınabilir. Ancak bu kavram, “*bir sağlık sorununun ortadan kaldırılabilmesi için ihtiyaç duyulan hizmetler ile sağlananlar arasındaki farklılıklar ya da boşluklar*” şeklinde de ele alınmaktadır (Sou vd., 2017; Stojisavljevic vd., 2020). Clari ve arkadaşları bu noktada, 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarını, “*kronik hastalığı olan kişilerin sağlık durumları ile ilgili fiziki, duygusal, sosyal, ruhsal ve/veya bilgisel düzeyde dile getirilememiş ya da giderilememiş ihtiyaçları*” şeklinde tanımlamışlardır (Clari vd., 2017). Dolayısıyla bu kavram, sadece erişim ya da kullanım ile ilgili değil aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinin yeterliliği ile ilgili de bir kavram olarak ele alınmalıdır (Kitching vd., 2020). Bu açıdan ele alındığında, karşılanamayan sağlık ihtiyacı kavramı, “*ihtiyaç duyulan bir sağlık hizmetinin yeteri düzey ve/veya uygun miktarda alınamaması*” olarak da tanımlamaktadır (Van der Roest vd., 2009). Ancak bu durum, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin sistem içerisinde bulunabilirliğinin yanı sıra bireysel, kültürel ve sosyo-demografik çok sayıda faktörün etkisi altında şekillenmektedir (Cavalieri, 2009; Chaupain-Guillot ve Guillot, 2015; Gannotti vd., 2004; Karanikolos ve Kentikelenis, 2016; Tabriz vd., 2017). Bu faktörleri, bireysel özellikler ve sağlık sistemi ile ilgili faktörler olmak üzere yani arz ve talep tarafı olarak iki başlıkta ele alıp incelemek mümkündür (bkz. Şekil 5).

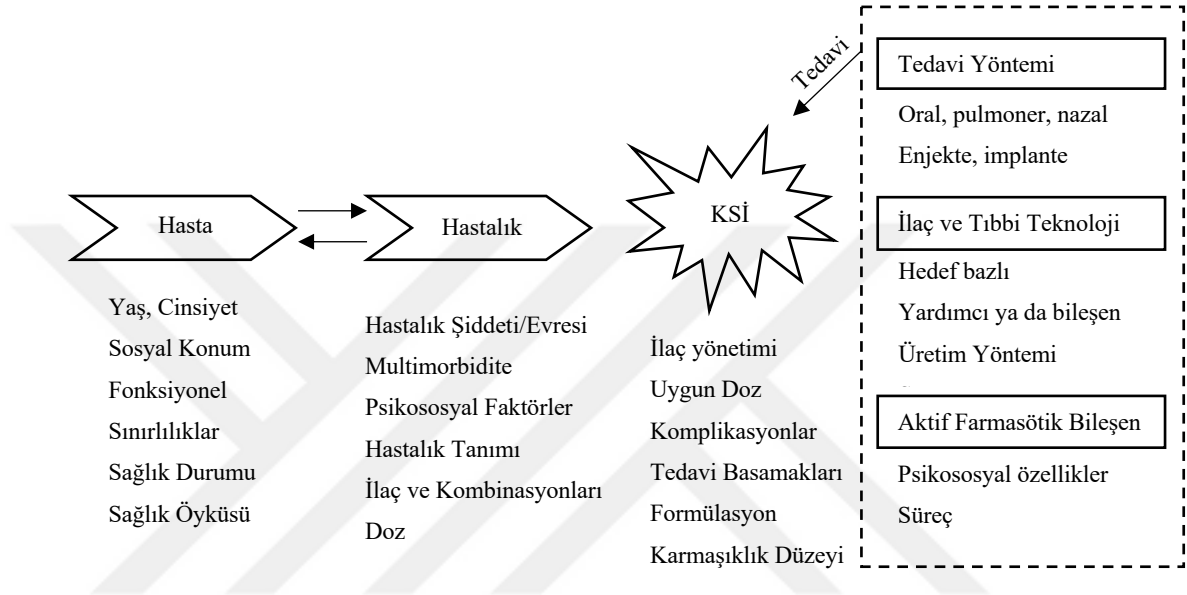


KSİ: Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları

Şekil 5. Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçlarını Etkileyen Temel Faktörler-1

Kaynak: Israel, 2016

Park'a (2017) göre karşılanamayan sağlık ihtiyacı, hasta ve hastalığın yanı sıra hastalığa ilişkin tedavi yol ve yöntemlerinden de doğrudan etkilenmektedir. Park ayrıca, hasta ve hastalık arasında da karşılıklı bir etkileşim olduğunu ifade etmektedir (bkz. Şekil 6). Bu açıdan ele alındığında, bireysel özellikler uygun dahi olsa kimi zaman hastalığa özgü bazı nedenlerden kimi zaman da tedavi ile ilgili sistematik sorunlardan dolayı bazı ihtiyaçların karşılanması mümkün olmamaktadır.



KSI: Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları

Şekil 6. Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçlarını Etkileyen Temel Faktörler-2

Kaynak: Park vd., 2017

Pan ve arkadaşları ise (2022) 1995 yılında Andersen tarafından geliştirilen modele atıfta bulunarak karşılanamayan sağlık ihtiyaçları sorununun dört ana faktörden etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Bu faktörlerden ilki eğilimler ile ilgili olan ve yaş ya da cinsiyet gibi durumları tanımlayan demografik özelliklerdir. Bir diğeri ise sağlık hizmetlerine erişim noktasında yardımcı olduğu düşünülen gelir durumu ve sağlık sigortası gibi kolaylaştırıcı faktörlerdir. Yazarlara göre ayrıca, karşılanamayan ihtiyaçların gelişmesinde bireylerin sağlık ihtiyaçları ve yaşadıkları sorunların şiddeti de önemlidir. Dolayısıyla sağlık statüsü ve algısı, bu noktada ele alınabilecek önemli unsurlardan biri olarak ön plana çıkmaktadır.

2. BÖLÜM

YAŞAM KALİTESİ

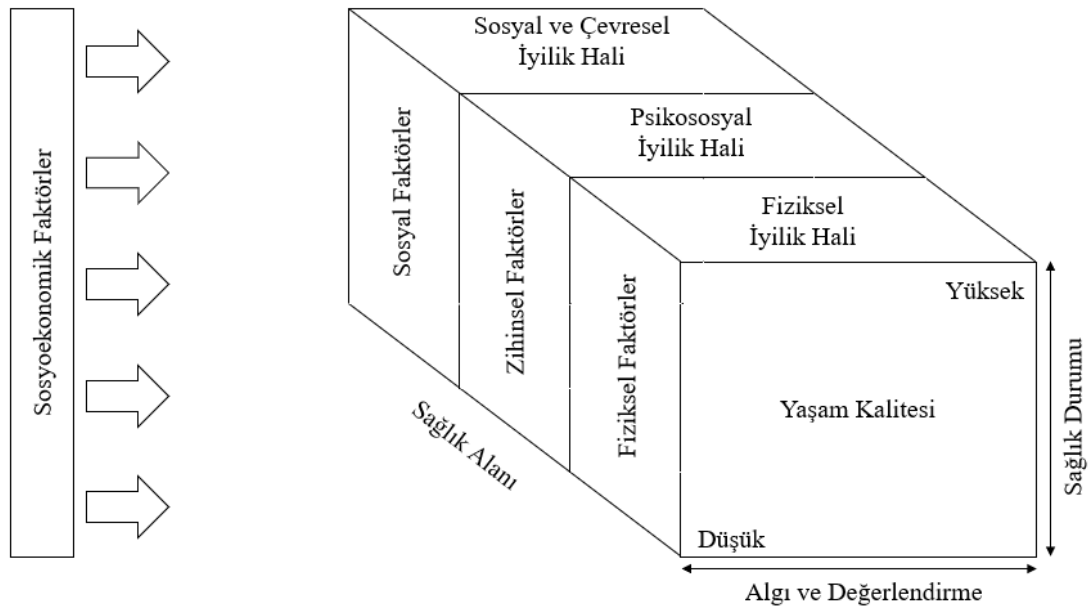
Çalışmanın bu bölümünde yaşam kalitesi kavramı ve doğası ele alınmaya çalışılmıştır. Yaşam kalitesinin ölçümü amacı ile geliştirilen farklı modeller ve bu modellerin temel özellikleri de bu bölümde ele alınan konular arasında yer almaktadır. Bu bölümde ayrıca yaşam kalitesinin temel belirleyicileri de incelenmiştir.

2.1. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam kalitesi kavramı da tıpkı sağlık kavramı gibi uzun süredir üzerinde çalışılan ve farklı dönemlerde farklı şekillerde ele alınan kavramlardan biridir. Söz konusu kavram, önceleri mutluluk ile ilişkilendirilmiş (Pisulkar vd., 2021) ancak zaman içerisinde iyilik hali ve memnuniyet gibi kavramların gündeme gelmesi ile birlikte yaşam kalitesinin içerik ve kapsamı ile ilgili de farklı türden çok sayıda çalışma ortaya çıkmaya başlamıştır. Ayrıca savaşlar, doğal afetler ve salgın hastalıklar gibi toplumsal olaylar da bireylerin kendilerini ve yaşamlarını sorgulamalarına neden olmuştur. Bu durum, birçok araştırmacı ve yazarın, insan yaşamının farklı yönlerine odaklanmasını zorunlu kılmıştır. II. Dünya Savaşı sonrasında yaşanan bazı toplumsal değişimler de yaşamın sadece mutluluk ile açıklanmasının mümkün olmadığını ortaya koymuştur. Bu ve benzeri durumların bir sonucu olarak; yaşam kalitesi, çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olarak ele alınmaya başlanmıştır (Popovici vd., 2020; Söderman vd., 2002). Bu durum aynı zamanda yaşam kalitesinin tanımı ile ilgili farklı türden görüş ve düşüncelerin de ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Literatür incelendiğinde, yaşam kalitesinin tanımı ile ilgili olarak iki farklı hâkim görüşün olduğunu söylemek mümkündür. Bu görüşlerden ilki; yaşam kalitesini doğrudan zihinsel bir değerlendirme sürecinin ürünü olarak ele almakta ve öznel algı ve değerlendirmeler ile açıklamaya çalışmaktadır. Dolayısıyla yaşam kalitesi, öznel ve içerisinde bulunan koşul ve zamana göre farklılıklar gösteren bir olgu olarak ele alınmaktadır. Literatürde bu görüşü savunan farklı türden çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin; Mărginean ve Precupețu (2008), yaşam kalitesini öznel algı ve değerlendirmeler olarak ele almışlar

ve “fiziksel, ekonomik, sosyal ya da kültürel durumlara verilen tepkilerin toplamı” olarak tanımlamışlardır. Holmes ve Dickerson (2003) da benzer bir yaklaşım ile yaşam kalitesi kavramını, “bireylerin günlük yaşantılarını oluşturan fiziksel, zihinsel ve/veya sosyal faktörlere verdikleri bireysel tepkilerinin soyut ve karmaşık ifadesi” olarak tanımlamışlar ve yaşam kalitesinin kişi ve koşula bağlı olarak farklılıklar gösteren bir değerlendirme sürecinden ibaret olduğunu ileri sürmüşlerdir. Testa ve Simonson (1996) da benzer bir şekilde yaşam kalitesi kavramının odağına bireysel değer yargılarını koymuşlar ve söz konusu kavramı, “bireylerin yaşamları ile ilgili öznel algı ve değerlendirmeleri” olarak tanımlamışlardır. Ancak yazarlar kendinden önceki çalışmalardan farklı olarak algı ve değerlendirmelerin aynı zamanda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve gelir düzeyi gibi farklı türden çok sayıda nesnel faktörden de etkilendiğini (bkz. Şekil 7) ileri sürmüşlerdir.

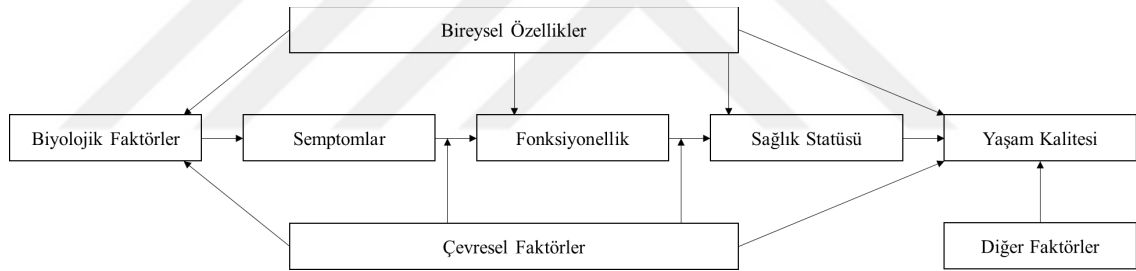


Şekil 7. Testa ve Simonson'un Yaşam Kalitesi Modeli

Kaynak: Schott vd., 2021

Yaşam kalitesinin tanımı ile ilgili ikinci görüş ise söz konusu kavramın doğrudan insan ihtiyaçları ile ilişkili olduğunu ve bireylerin ihtiyaçları karşılandığı ölçüde yaşamlarından memnun olduklarını ileri sürmektedir. Dolayısıyla bu görüşe göre yaşam kalitesi, nesnel birtakım göstergeler bakımından ele alınması gereken bir durumdur. Ayrıca bu görüş,

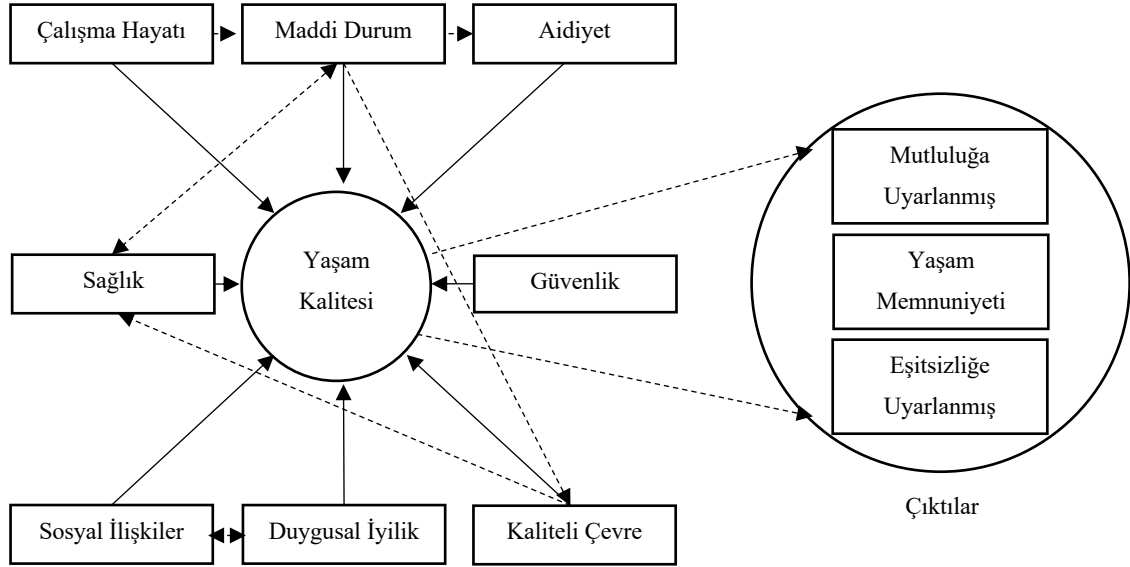
yaşam kalitesinin ölçümünde bireysel kazanımlar ile yaşam koşullarının da göz önünde bulundurulması gerektiğini savunmaktadır. 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada, Payne ve arkadaşları da yaşam kalitesini benzer bir yaklaşım ile ele almışlardır. Yazarlar; söz konusu kavramı, doğrudan gelişim ile ilişkilendirmişler ve *“bireylerin gelişim düzeylerini etkileyen faktörlerin bir çıktısı”* olarak tanımlamışlardır. DSÖ (1995b) de yaşam kalitesi kavramının tanımı ile ilgili olarak öznel değerlendirmelerin tek başına yeterli olmadığını ileri sürmüş ve bireysel değer yargılarının yanı sıra kültürel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade etmiştir. DSÖ’nün çalışmasına göre yaşam kalitesi, *“bireylerin içerisinde bulundukları kültür ve değer yargıları ile kendilerini algılama biçimleridir”*. Öte yandan Wilson ve Cleary (1995), yaşam kalitesini doğrudan sağlık ile ilişkilendirmişler ve sağlık statüsü ölçümü ile yaşam kalitesinin ortaya konulabileceğine inanmışlardır. Ayrıca yaşam kalitesi kavramını, *“bireylerin sağlık durumları ile ilgili genel algıları”* olarak tanımlamışlardır. Yazarlara göre bireysel algılar, sosyoekonomik ve çevresel bazı faktörlerden etkilenmektedir (bkz. Şekil 8).



Şekil 8. Wilson ve Cleary’nin Yaşam Kalitesi Modeli

Kaynak: Robinson, 2016

Rahman ve arkadaşları da (2005) benzer şekilde yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu ancak girdi ve çıktıları ile birlikte ele alınması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Yazarlara göre iyilik hali, memnuniyet ve/veya mutluluk gibi kavramlar, doğrudan değer yargıları ile ilişkilidir ve yaşam kalitesinin çıktısı niteliğindedir. Ancak yaşam kalitesi, tüm bunlardan çok daha fazlasını ifade etmekte ve yaşama dair farklı türden çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerin çoğu da nesnel bazı göstergeler ile ölçülebilir niteliktedir. Sosyal yaşam, sağlık statüsü, çalışma hayatı, gelir düzeyi ve çevre, bu türden faktörlerin başında gelmektedir (bkz. Şekil 9).



Şekil 9. Rahman'ın Yaşam Kalitesi Modeli

Kaynak: Rahman vd., 2005; Rátz vd., 2008

Veenhoven (2000) ise tüm bu tanımlardan farklı olarak yaşam kalitesinin sadece öznel ya da sadece nesnel birtakım unsurlar ile açıklanmasının olası olmadığını ileri sürmüştür. Yazara göre yaşam kalitesi, “*yaşamın bizzatı kendisidir*” ve insan yaşamını oluşturan faktörlerin tamamı ile birlikte ele alınmalıdır. Bu noktada; Veenhoven, yaşam kalitesi kavramını bireysel arzu ve istekler ile ilişkilendirmiş ve bu isteklerin karşılanması halinde yaşam kalitesinin de sağlanacağını ifade etmiştir. Ancak Veenhoven, bu durumun çevre koşulları, fayda beklentisi, yaşama arzusu ve hayatta kalma becerisi gibi farklı türden faktörlerden etkilendiğini ileri sürmüştür.

Van Leeuwen ve arkadaşları da (2019) çalışmalarında Veenhoven’a benzer şekilde yaşam kalitesinin yaşamı oluşturan farklı türden çok sayıda alanı bünyesinde barındırdığını ileri sürmüşlerdir. Yazarlar yaşam kalitesi kavramının algılanan sağlık statüsü, özerklik, rol ve etkinlik, sosyal ilişkiler, algı ve tutum, duygusal durum, maneviyat, barınma ve finansal güvenlik olmak üzere 9 ana boyuttan meydana geldiğini ve bu alanların, karşılıklı etkileşim içerisinde olduğunu ifade etmişlerdir (bkz. Tablo 1). Ayrıca bu alanların her biri farklı türden öznel ve nesnel unsurları içermektedir. Bu açıdan ele alındığında, yaşam kalitesinin insan yaşamının tüm yönleri ile birlikte ele alınması gerekmektedir.

Tablo 1. Leeuwen ve Arkadaşlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Boyutları

Yaşam Kalitesi Alanları	Açıklama
Algılanan Sağlık Statüsü	Sağlıklı ve kısıtlanmamış hissetme
<i>Fiziksel Sağlık</i>	Fiziksel ve zihinsel anlamda bir sorunun olmaması
<i>Kıyaslama</i>	Geçmişe kıyasla daha sağlıklı hissetmek
<i>İşlevsellik</i>	Hastalık vb. durumlar nedeni ile kısıtlanmamak
Özerklik	Kendi kararlarını alabilme ve kendine yetebilme
<i>Bağımsızlık</i>	Kendi kararlarını alabilmek
<i>Kontrol</i>	Hayatı ile ilgili kontrole sahip olmak
<i>Kendine Yetme</i>	Başkasına yük olduğunu düşünmemek
<i>Saygınlık</i>	Saygınlığını koruyabilmek
Rol ve Etkinlik	Kaliteli zaman geçirmek
<i>Zaman Yönetimi</i>	Zamanını dilediğinde belirleyebilmek
<i>Meşguliyet</i>	Bir meşgale sahibi olmak
<i>Aktivite</i>	Eğlenceli aktiviteler bulmak
<i>Etkileşim</i>	Zihnen aktif ve çevreye açık olmak
<i>Yardımlaşma</i>	Diğer insanlara yardımcı olmak
<i>Başarı</i>	Kazanımlar elde etmek
<i>Benlik Saygısı</i>	Kendini ve sahip olduklarını sevmek
Sosyal İlişkiler	Destekleyici ve geliştirici ilişkiler kurmak
<i>Güçlü İlişkiler</i>	Güçlü ve devamlılık arz eden ilişkiler kurmak
<i>Aile</i>	Aile üyeleri ile güzel vakit geçirmek
<i>Sosyal Destek</i>	Fikir ve düşüncelerin diğerleri tarafından önemsenmesi
<i>Sevgi</i>	Sevgi ve takdir görmek
<i>Mütekabiliyet</i>	Karşılıklı iyi niyete sahip olmak
Algı ve Tutum	Hayata iyi tarafından bakmak
<i>Olumlu Düşünme</i>	Pozitif olmak ve en iyisini yapmaya çalışmak
<i>Kabul</i>	Kontrolün dışında olanı kabul etmek
<i>Beklentiler</i>	Hayat ile ilgili beklentileri sürekli gözden geçirmek
<i>Davranış Değişikliği</i>	Alışkanlık ve davranışları değiştirebilme
Duygusal Durum	Huzurlu hissetmek
<i>Kaygı</i>	Kaygılı olmamak
<i>Mutluluk</i>	Mutlu ve enerjik hissetmek
<i>Yalnızlık</i>	Yalnız ya da dışlanmış hissetmemek
<i>Anımsama</i>	Geçmişin acılarını unutmak

Tablo 2. Leeuwen ve Arkadaşlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Boyutları - Devamı

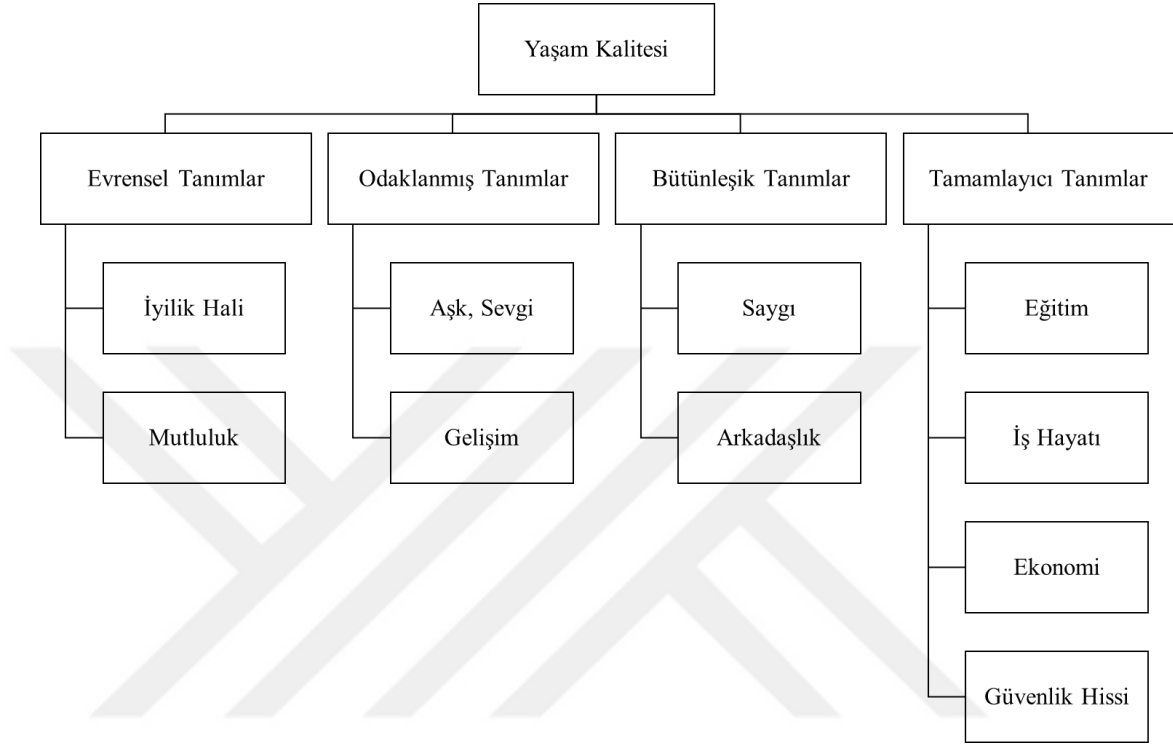
Yaşam Kalitesi Alanları	Açıklama
Maneviyat	İnançlı bir birey olmak ve bunu yaşamak
<i>İnanç</i>	Bir inanç sahibi olmak
<i>Maneviyat</i>	Hayatı anlamlandırmak, kendini geliştirmek
<i>İbadet</i>	Dini ritüelleri yerine getirmek
Barınma	Güvenli ve huzur içinde yaşamak
<i>Konut</i>	Mahremiyet ve güvenlik
<i>Yaşama</i>	Kendi evinde yaşamak
<i>Güvenlik</i>	Konut ile ilgili güvenlik kaygıları yaşamamak
<i>Komşuluk İlişkileri</i>	Samimi komşuluk ilişkileri kurmak
<i>Erişim</i>	Erişim ve ulaşımın kolay olması
Finansal Güvenlik	Finansal olarak kendi kendine yetebilmek
<i>Asgari Gelir</i>	Temek ihtiyaçları karşılayabilecek gelire sahip olmak
<i>Finansal Özgürlük</i>	Dilediğinde yaşayabilecek finansal özgürlük
<i>Yaşam Standartları</i>	Kaliteli ve konforlu eşyalara sahip olmak

Kaynak: Van Leeuwen vd., 2019

Yukarıda yer alan tanımlar incelendiğinde, ilgili literatürde yaşam kalitesinin tanımı ile ilgili olarak farklı türden çok sayıda görüş olduğunu söylemek mümkündür (Jindrová ve Poláčeková, 2013). Bu durumun nedeninin, yaşam kalitesi kavramının içerik ve kapsam bakımından geniş bir yapıya sahip olması ve araştırmacıların da yaşam kalitesinin farklı yönlerine odaklanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu noktada, konu ile ilgili olarak Farquar (1995), yaptığı bir çalışmada yaşam kalitesi ile ilgili tanımları içerik ve kapsam bakımından incelemiş ve yaşam kalitesi tanımlarının dört ana başlık altında toplanabileceğini ifade etmiştir (bkz. Şekil 10). Yazara göre literatürde en çok atıf yapılan yaşam kalitesi tanımları, daha çok memnuniyet, iyilik hali ve mutluluk gibi kavramlar etrafında şekillenmektedir. Ancak literatürde aşk, sevgi ya da bireysel gelişim gibi çok daha soyut ve çok daha spesifik alanlar ile yaşam kalitesini açıklamaya çalışan tanımlar da bulunmaktadır. Bu türden tanımların yanı sıra yaşam kalitesini doğrudan saygınlık ve/veya arkadaşlık gibi kendini gerçekleştirme güdüsü ile ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur. Ancak bu tanımların tamamı, yaşam kalitesini belirli yönleri ile açıklamaya

çalışmaktadır. Oysa az sayıda da olsa yaşam kalitesi kavramının insan yaşamını oluşturan faktörlerin tamamı ile birlikte ele alan tanımlar da görmek mümkündür.

Şekil 10. Farquar'ın Yaşam Kalitesi Tanımları Sınıflandırması



Kaynak: Berglund vd., 2006

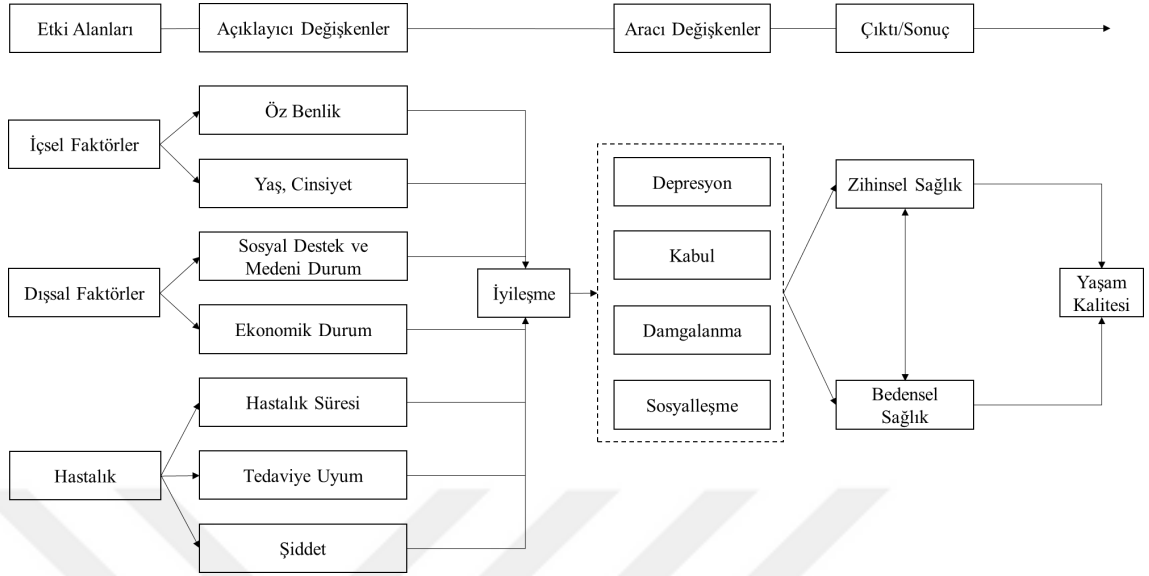
2.2. YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLEYİCİLERİ

Yaşam kalitesi, doğası gereği son derece karmaşık bir kavramdır. Bu durumunun temel nedeninin yaşam kalitesinin insan yaşamını oluşturan farklı türden çok sayıda alandan etkilenmesi olduğu düşünülmektedir (Rahman vd., 2005). Ancak yaşam kalitesi, sadece yaşama ilişkin faktörler ile açıklanabilecek bir olgu değildir. Yaşam kalitesi aynı zamanda bireylerin söz konusu faktörlere verdikleri tepkilerin toplamını ifade etmektedir (Testa ve Simonson, 1996). Dolayısıyla yaşam kalitesi, bireysel algı ve değerlendirmeler ile birlikte ele alınması gereken çok boyutlu bir kavram olarak ön plana çıkmaktadır (Heimans ve Taphoorn, 2002; Popovici vd., 2020). Kavramın bu yönü, temel belirleyicilerinin ne olduğu ile ilgili farklı türden çok sayıda soru ve araştırmanın gün yüzüne çıkmasına neden olmaktadır. Literatür incelendiğinde, farklı türden grup ve örneklerde yaşam kalitesini

etkileyen faktörlerin tespitine yönelik çok sayıda çalışma olduğunu görmek mümkündür. Örneğin; söz konusu kavramı, “*bireylerin soyut tepkileri*” olarak değerlendiren Holmes ve Dickerson (2003), yaptıkları bir çalışmada yaşam kalitesi kavramını çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamışlar ve bu kavramın insan yaşamını oluşturan farklı türden faktörlerden etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Yazarlara göre bu faktörlerin başında yaşam memnuniyeti, benlik saygısı, fiziksel aktivite, ekonomik durum, sağlık statüsü, duygusal durum, deneyim ve kıyaslama gelmektedir.

Bir başka çalışma da Jirava ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır ve söz konusu çalışmada yazarlar yaşam kalitesi kavramını, “*yaşam standartları ile ilgili öznel ve nesnel değerlendirmelerin toplamı*” olarak ele almışlar ve bu değerlendirme sürecinin ise dışsal birtakım faktörlerden etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Yazarlara göre yaşam kalitesi; yaş ve cinsiyet gibi bireysel birtakım özellikler ile bireylerin ekonomik durumları ve bireysel değer yargılarından da önemli ölçüde etkilenmektedir.

Ben-Shlomo ve arkadaşları (2002) da benzer bir şekilde yaşam kalitesini çok faktörlü bir yapı olarak ele almışlardır. Ancak yazarlara göre yaşam kalitesi, doğrudan sağlık statüsü ile ilişkilidir. Bu durum, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde farklı türden faktörlerin ön plana çıkmasına neden olmaktadır. Yazarlara göre yaşam kalitesi, “*fiziksel ve zihinsel sağlığın çıktısı niteliğindedir*” ve hastalıkların seyri ve kabulü ile yakından ilişkilidir. Ayrıca hastalıklar ve hastalıklar ile mücadelede bireysel tutum ve değerlendirmeler de yaşam kalitesi üzerinde oldukça önemli etkilere sahiptir. Bu tutum ve değerlendirmeler ise farklı türden faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir (bkz. Şekil 11).



Şekil 11. Yaşam Kalitesi ve Temel Belirleyicileri

Kaynak: Ben-Shlomo vd., 2002

Aggarwal da (2019) çalışmasında, yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu ve farklı türden çok sayıda faktörden etkilendiğini ileri sürmüştür. Yazar yaptığı çalışmada söz konusu faktörlerin başında bireysel ve demografik faktörlerin geldiğini ifade etmiştir. Ayrıca yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi faktörlerin yanı sıra duyuşsal ve psikolojik bazı durumların da yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Yazar ayrıca hastalık ile ilgili süreç ve söz konusu tedavilerin olası etkilerin de bireylerin yaşam kalitesi algılarını etkilediğini savunmuştur.

Puciato ve arkadaşları (2021) da benzer şekilde yaşam kalitesinin doğası gereği geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir kavram olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak yazarlar, yaşam kalitesinin esasen öznel bir değerlendirme sürecinden ibaret olduğunu ve bu sürecin birey ile ilgili bazı faktörlerden etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Bu kapsamda, yaşam kalitesinin başta sağlık statüsü, eğitim durumu, medeni durum ve yaşam koşullarındaki iyileşmelere bağlayan yazarlar, bu alanlardaki iyileşmelerin bireysel farkındalık ve yaşam amacı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

2.3. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜM MODELLERİ

Yaşam kalitesi kavramının çok boyutlu doğası, sadece tanımı noktasında bir çeşitliliğe neden olmamış aynı zamanda ölçümü ile ilgili de farklı türden çok sayıda araç ve tekniğin gelişmesine katkı sağlamıştır. Örneğin; 1970’li yılların başında geliştirilmeye başlanan ve günümüzde de yaygın olarak kullanılan 12 boyutlu yaşam kalitesi ölçeği, bu araçlardan sadece biridir. Söz konusu ölçek, yaşam kalitesini toplamda 12 alana ilişkin 60 farklı soru ile ölçmeye çalışmaktadır. Ancak bu ölçek, DSÖ’nün sağlık tanımında yer alan fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali alanlarına ilişkin soruların da eklenmesi ile birlikte 15 boyut ve 75 sorudan oluşan geniş kapsamlı bir ölçek haline gelmiştir. Eklenen yeni boyutlar ile söz konusu ölçek, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ölçeği olarak kabul edilmiştir. Bu ölçek, günümüzde yaygın olarak 15D adı ile anılmaktadır (Sintonen, 2001).

Bir diğer yaşam kalitesi ölçeği, Morris tarafından 1970’lerde geliştirilen Fiziksel Yaşam Kalitesi Endeksi (The Physical Quality of Life Index)’dir. Bu endeks, yaşam kalitesinin ölçümünde okuryazar birey oranı, bebek ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresini dikkate almaktadır. Ölçek analiz sonucunda elde edilen ortalamalar ile ülkeleri/toplumlari yaşam kalitelerine göre karşılaştırmaktadır (Morris, 1978; Morris, 1980). Günümüzde bu ölçeğin yerini İnsani Gelişmişlik Endeksi (Human Development Index) almıştır.

1985 yılında yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi kavramını *“kişinin kendisi için önemli olan alanlardaki memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinden kaynaklanan esenlik durumu”* olarak ele alan Ferrans ve Power’ın geliştirdikleri yaşam kalitesi endeksi de bu kapsamda ele alınabilir. Söz konusu endeks, yaşam kalitesini bireylerin yaşam memnuniyetleri ile ilişkilendirmekte ve iki bölümden oluşmaktadır. Ölçekte toplamda 70 soru bulunmaktadır ve ölçeğin ilk bölümü, bireylerin memnuniyet düzeyleri ile ilgili iken ikinci bölümü ilk bölümde dikkate alınan alanların bireylerin hayatlarındaki önem dereceleri ile ilişkilidir (Ferrans ve Powers, 1985).

Bu kapsamda ele alınabilecek bir diğer ölçek ise EuroQoL Group tarafından 1990 yılında geliştirilen beş boyutlu yaşam kalitesi ölçeğidir. Söz konusu ölçek, EQ-5D kısa adı ile de bilinmektedir. EQ-5D’de yaşam kalitesinin ölçümünde hareketlilik, kişisel bakım, günlük aktiviteler, ağrı ve depresyon olmak üzere insan yaşamına ilişkin 5 farklı alanda toplamda

5 farklı soru dikkate alınmaktadır. Ayrıca 3'lü ve 5'li Likert tipinde farklı türden örnekleri de bulunmaktadır (EuroQoL, 2022).

Yaşam kalitesindeki kültürel farklılıkları ortaya koyabilmek amacı ile 1995 yılında DSÖ tarafından 15 farklı merkezde eş zamanlı olarak gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda geliştirilen ve literatürde WHOQOL adı ile bilinen yaşam kalitesi ölçeği de bu kapsamda ele alınabilecek ölçüm araçlarından biridir. Söz konusu ölçek; yaşam kalitesini duyular, özerklik, fiziksel aktivite, katılım, ölüm ve mahremiyet olmak üzere toplamda altı boyutta ele almakta ve boyutların ölçümünde yüz farklı soru kullanmaktadır. Bu nedenle bu ölçek aynı zamanda WHOQOL-100 olarak da adlandırılmaktadır (WHO, 1995a). Bu ölçek, sonraki yıllarda farklı türden fiziksel, sosyal, psikososyal ve çevresel faktörlerin dikkate alındığı yirmi altı sorudan oluşan dört boyutlu bir kısa form haline de dönüştürülmüştür. Bu yeni ölçek, WHOQOL-BREF olarak adlandırılmıştır (WHO, 1998). Günümüzde ise bu ölçeğin WHOQOL-OLD (Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi Ölçeği), WHOQOL-HIV (HIV Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği), WHOQOL-DIS (Engelli Bireylerde Yaşam Kalitesi Ölçeği) ve WHOQOL-SRPB (Maneviyat, Din ve Kişisel İnançlar İle İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği) gibi çok daha spesifik gruplar için geliştirilmiş farklı örnekleri de bulunmaktadır (Den Oudsten ve Skevington, 2022).

Richarson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve AQoL-8D olarak bilinen yaşam kalitesi ölçeği de söz konusu ölçeklerden bir diğeridir. Bu ölçek de yaşam kalitesini çok boyutlu bir kavram olarak ele almaktadır ve 35 farklı soru ile ölçmeye çalışmaktadır. Ölçeğin boyutları ise özerklik, mutluluk, zihinsel sağlık, mücadele, sosyal ilişkiler, benlik, acı ve duyular şeklindedir. Ayrıca AQoL-8D ölçeğinin farklı amaçlar için geliştirilmiş 7, 6 ve 4 boyutlu kısa formları da bulunmaktadır (Richardson vd., 2009).

Sonuç olarak literatür incelendiğinde, yaşam kalitesinin tanımı ve ölçümü ile ilgili farklı türden çok sayıda çalışma olduğunu görmek mümkündür. Bu çalışmalarda yaşam kalitesi, çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olarak ele alınmakta ve ölçümünde insan yaşamının farklı yönlerine odaklanan farklı türden araçlar kullanılmaktadır. Ancak literatürde yaşam kalitesini doğrudan sağlık ile ilişkilendiren çok sayıda çalışma da bulmak mümkündür. Bu çalışmaların çoğunda yaşam kalitesi, doğrudan algılanan sağlık statüsünün soyut bir ifadesi/yansıması olarak ele alınmaktadır. Bu durum, sağlık statüsü ölçümünde sıklıkla

kullanılan bazı araçların aynı zamanda yaşam kalitesinin ölçümünde de kullanılmasına neden olmaktadır. Bu da yaşam kalitesinin ölçümü ile ilgili çeşitliliğin artmasına neden olan temel faktörlerden biridir. Ancak her bir ölçeğin de kendine has birtakım avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır (bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Farklı Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Temel Bazı Farklılıkları

Yaşam Kalitesi Ölçekleri	SF-36	SD-12	EQ-5D	NHP	WHQOL-BRIEF	DHP	15D	FP
<i>Avantajları</i>								
Tanımlama	+	+	+	+	+	+	+	+
Yönetim Kolaylığı	+	+	+	+	+	+	+	
Yapısal Geçerlilik	+	+	+	+	+	+	+	+
Güvenirlik	+	+	+	+	+	+	+	+
Uyarlanabilirlik	+	+	+	+	+	+	+	
Çok Boyutluluk	+	+	+	+	+	+	+	+
Prosedürlere Uygunluk	+	+	+	+	+	+	+	
Farklı Dillerde Geçerlilik	+	+	+	+	+	+	+	+
Kesinlik	+	+	+	+	+	+	+	+
Test-Tekrar Test (Tedavi)	+	+	+	+	+	+	+	
Uygulama Süresi, dakika	5-10		<1	5-10	<5	5-10	5-10	
Ücretsiz	+	+	+	+	+	+		
<i>Dezavantajları</i>								
Sınırlı Kategoride Soru	+	+	+	+	+	+	+	+
Öznel Değerlendirme	+	+	+	+	+	+	+	+
Sadece Sağlık Odaklı								+

Kaynak: Bourdel vd., 2019'den uyarlanmıştır.

2.4. YAŞAM KALİTESİ VE KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI

Doğası gereği karmaşık bir kavram olan yaşam kalitesi, farklı türden çok sayıda faktörün etkisi altındadır (Rahman vd., 2005) ve bu faktörlerin başında ise yaş, cinsiyet ve gelir düzeyi gibi bireysel ve demografik faktörler gelmektedir (Holmes ve Dickerson, 2003). Ancak hastalıklar da yaşam kalitesini azaltan önemli faktörlerden biri olarak ön plana çıkmaktadır. Özellikle kronik bazı hastalıklar, insan yaşamını oluşturan çok sayıda alanı doğrudan etkilemekte ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (Borowiak ve Kostka, 2006; Chatzinikolaou vd., 2021). Ben-Sholomo ve arkadaşlarına (2002) göre ise hastalık türü ve şiddeti, yaşam kalitesinin temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmelidir. Yazarlara göre hastalığın şiddeti azaldıkça yaşam kalitesinde önemli iyileşmeler meydana gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri ile hasta bireylerde algılanan yaşam kalitesinin artırılması mümkündür. Ancak ihtiyaç duyulan hizmetlerin karşılanamaması durumunda yaşam kalitesi daha da kötüye gidebilmektedir. Bu noktada literatürde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz birtakım etkileri olduğunu ortaya koyan bazı çalışmalar görmek mümkündür.

Ponzio ve arkadaşları (2020) tarafından İtalya’da yapılan çalışma, bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Yazarlar, 1013 hasta üzerinde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyini ele almışlar ve söz konusu durumun bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki olası etkilerini değerlendirmişlerdir. Hastaların yaşam kalitesinin ölçümünde ise EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğini dikkate almışlardır. Çalışma sonucunda hastaların en az %80’ninin farklı türden karşılanamayan sağlık ihtiyacına sahip olduklarını ve bu bireylerde bedensel ağrı ve depresyon boyutlarında çok daha fazla sorun görüldüğünü belirlemişlerdir. Söz konusu bireylerde aynı zamanda kişisel bakım ve günlük faaliyetler ile ilgili alanlarda da sorunlar olduğunu ortaya koymuşlardır. Yazarlar ayrıca karşılanamayan sağlık ihtiyaçları bulunan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu da tespit etmişlerdir.

Slade ve arkadaşlarının (2004) ruh ve sinir hastası 265 hasta üzerinde yaptıkları çalışma da bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Yazarlar, çalışmalarında iki farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanmışlardır. Söz konusu ölçeklerden ilki, öznel yargı ve değerlendirmeler ile

algılanan yaşam kalitesinin ölçümüne dayanırken diğeri ise yaşam kalitesinin ölçümünde klinik ve nesnel göstergelere odaklanmaktadır. Çalışma sonucunda her iki ölçek ile elde edilen sonuçları karşılaştıran yazarlar, ruh sağlığı hastalarının yaşama ilişkin farklı türden sorunlara sahip olduklarını ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Yazarlara göre ruh sağlığı sorunları olan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyini azaltan önemli faktörlerden biridir.

Benzeri bir çalışma, Wiersma ve Busschbach (2001) tarafından Hollanda’da yapılmıştır. Yazarlar, çalışmalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi üzerinde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının olası etkilerini ele almışlardır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçümünde EuroQual Group tarafından geliştirilen yaşam kalitesini ölçeğini kullanmışlar ve çalışma sonucunda, söz konusu bireylerin önemli bir kısmının ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları olduğunu ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin büyük kısmını karşılayamadıklarını ortaya koymuşlardır. Yazarlar, çalışma sonucunda ayrıca karşılanamayan sağlık ihtiyacı olduğu belirlenen bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin ise diğerlerine kıyasla daha düşük olduğunu da tespit etmişlerdir.

Bouldin ve arkadaşları da (2021) bilişsel bazı bozuklukları olan hastalar üzerinde benzer bir çalışma yapmışlar ve çalışmalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki olası etkilerini dikkate almışlardır. Çalışma sonucunda, hastaların en az %40’ında karşılanamayan bir sağlık hizmeti olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılayamayan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin diğerlerine kıyasla daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir.

Ju ve arkadaşları (2017) tarafından Kore’de yapılan çalışma da bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Yazarlar, 1068 birey ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlar ve söz konusu bireylerin yaşam kalitesi skorlarını EQ-VAS indeksi ile karşılaştırmışlardır. Yazarlar çalışma sonucunda, çalışma kapsamında dikkate aldıkları bireylerin yaklaşık %13’ünün farklı türden karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarına sahip olduklarını ve bu durumun temel nedenlerinden birinin de sosyoekonomik faktörler olduğunu belirlemişlerdir. Yazarlara göre daha düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerde karşılanamayan ihtiyaçlar daha fazla gözlemlenmektedir. Söz konusu durumun bireylerin

yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini de ele alan yazarlar, karşılanamayan sağlık ihtiyaçları olduğunu belirten bireylerin daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduklarını ve EQ-5D ölçeğinin alt boyutlarının tamamında çok daha fazla sorun yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Yazarlar, yaptıkları analizler ile bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Kanser hastalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ele alan Jang ve Jeong (2021) da çalışmalarında ele aldıkları bireylerin karşılanamayan farklı türden sağlık ihtiyaçları olduğunu tespit etmişlerdir. Söz konusu sağlık ihtiyaçlarının başında ise bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlık durumları ile ilgili bazı hizmetler geldiğini belirlemişlerdir. Yazarlar ayrıca karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin bireysel ve demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini, çalışmayan bireylerde her iki alanda da daha fazla sorun olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca akciğer ve meme kanseri hastalarında ise diğer kanser türleri ile kıyaslandığında karşılanamayan ihtiyaçların daha fazla görüldüğünü ortaya koymuşlardır. Söz konusu hastalarda yaşam kalitesi düzeyinin de daha düşük olduğunu ifade eden yazarlar, bu durumun başlıca nedenlerinden birinin de karşılanamayan sağlık ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir.

3. BÖLÜM

DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI

Çalışmanın bu bölümünde dolaşım sistemi hastalıkları ve tanımı ile ilgili temel bilgilere yer verilmiştir. Söz konusu hastalıkların tedavi yöntemleri de bu bölüm kapsamında ele alınan konular arasında yer almaktadır. Bu bölümde ayrıca dolaşım sistemi hastalığı olan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalara da yer verilmiştir.

3.1. DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

İnsan vücudu, sayısız organ, doku ve hücreden oluşan son derece karmaşık bir yapıya sahiptir (Dijkstra, 2002; Khan vd., 2019; Vidhyasree ve Parameswari, 2018). Yaşam, bu türden yapıların işlevselliği ve birbiri arasındaki ilişkiden ibarettir. Ancak bu yapıların kendisi, yaşamın varlığı ve devamlılığı için tek başına yeterli değildir. İnsan vücudunun aynı zamanda besin, su ve oksijen gibi temel gereksinimleri de bulunmaktadır (Mayhob, 2017; Peate, 2018; Polaki ve Yarla, 2014) ve bu türden gereksinimlerini karşılayabilmesi için dış dünya ile sürekli etkileşim halinde bulunması gerekmektedir. Bu etkileşim, bir bütünün parçalarını oluşturan farklı türden çok sayıda yapı ve organın bir araya gelerek oluşturduğu farklı sistemler ile gerçekleşmektedir. Bu noktada; insan vücudu, biyolojik yapılar arası etkileşime dayanan çok sayıda sistemden oluşmaktadır. Bu sistemler ise ilgili literatürde solunum, sindirim, sinir, boşaltım ve dolaşım sistemi gibi farklı başlıklarda ele alınmaktadır (Hasirci vd., 2018; Tortora ve Derrickson, 2017).

İnsan vücudunu oluşturan bu sistemler farklı türden yapı ve organların bir araya gelmesi ile oluşmaktadır ve her bir sistemin kendine özgü bir işlevi bulunmaktadır (Mader, 2001). Örneğin; solunum sistemi, ağız ve burun ile dışarıdan alınan hava içerisindeki oksijeni hücrelere taşımaktan ve oluşan karbondioksitin dışarı atılmasından sorumludur (Marieb ve Hoehn, 2007). Sindirim sistemi ise ihtiyaç duyulan besinin vücuda alınması, sindirimi ve emilimi gibi farklı türden görevleri yerine getirmektedir ve ağız, yemek borusu, mide, ince bağırsak, kalın bağırsak ve pankreas gibi farklı yapılardan meydana gelmektedir (Marieb ve Keller, 2011). Beyin, omurilik ve sinir lifleri gibi yapıların bir araya gelmesi

ile oluşan sinir sistemi ise yapılar arası iletişimden ve koordinasyonun sağlanmasından sorumludur. Boşaltım sistemi de vücutta oluşan atıkların dışarı atılmasını sağlamaktadır (Mader, 2001).

Bu sistemlerden bir diğeri ise dolaşım sistemidir. İlgili literatürde kardiyovasküler sistem olarak tanımlanan bu yapının temel işlevi, vücudun farklı bölgelerine kanın taşınmasını sağlamaktır. Dolaşım sistemi, vücudun temel fonksiyonları ile diğer yapı ve sistemlerin işleyişine devam edebilmesi için gerekli olan besin maddelerinin ve oksijenin taşınmasına da yardımcı olmaktadır. Ayrıca hormonlar da kan yolu ile taşınmakta ve dolaşım sistemi, atık maddeler ile karbondioksitler gibi metabolik atıkların vücut dışına atılmasından da sorumludur. Dolayısı ile yaşamın ve bedensel faaliyetlerin devamlılığının sağlanmasında oldukça önemli görevlere sahiptir (Marieb ve Keller, 2011).

Dolaşım sistemi, vücuttaki besin ve oksijeni taşıyan önemli bir sistemdir ve kalp, damar ve kan olmak üzere üç ana yapıdan meydana gelmektedir (Mosier, 2017). Ancak, bu yapı ve organların işleyişini etkileyen farklı türden çok sayıda hastalık bulunmaktadır. Kalp, damar ya da kanın yapısal özellikleri ile ilgili bir sorun nedeni ile ortaya çıkan bu tür hastalıklara ilgili literatürde dolaşım sistemi hastalıkları ya da kardiyovasküler hastalıklar (Koskelainen, 2013; Mosler, 2014; Uddin ve Halder, 2021) adı verilmektedir.

Dolaşım sistemini oluşturan kalp, damar ya da kan gibi yapılarda meydana gelen bozulma ve aksaklıklar olarak ele alınan dolaşım sistemi hastalıklarının başında ise *ateroskleroz* gelmektedir. Damar sertliği olarak da bilinen ateroskleroz, arter damarların duvarlarında oluşan plaklar nedeni ile damar çeperinin kalınlaşması ve esnekliğini yitirmesidir. Bu plaklar, daha çok yağ, kolesterol ve inflamatuvar hücreler gibi farklı maddelerin vücutta birikmesi nedeni ile meydana gelmekte (Babu vd., 2016; Kalabarathi ve Abinaya, 2021; Sathiyamoorthy vd., 2020) ve çoğu zaman da orta yaş ve üzerinde ortaya çıkmaktadır. Bu hastalık; hipertansiyon, obezite ve diyabet gibi farklı faktörler tarafından tetiklenmektedir (Tohirova ve Shernazarov, 2022). Aterosklerozun spesifik bir belirtisi bulunmamaktadır. Ancak ilerleyen dönemlerde damar tıkanıklığı, kalp krizi, inme ve/veya börek yetmezliği gibi farklı hastalıklara neden olabilmektedir (Xiao vd., 2021). Bu nedenle de erken tanısı hayati öneme sahiptir. Tedavisi ilaçlar ve cerrahi operasyonlar ile yapılmaktadır (Qu vd.,

2022). Ateroskleroz tedavisinde ayrıca yaşam tarzı değişiklikleri de önemli yöntemlerden biri olarak sıklıkla kullanılmaktadır (Vuorio vd., 2012).

Kanın damarlarda uyguladığı yüksek basınç olarak ele alınan *hipertansiyon* da en yaygın dolaşım sistemi hastalıklarından biridir. 90/60mmHg ile 120/80mmHg aralığında olması gereken kan basıncının 140/90mmHg veya daha yüksek seviyelerde olması durumuna hipertansiyon adı verilmektedir. (Fagard, 2002; Yaxley ve Thambar, 2015). Kalp ve böbrekler başta olmak üzere birçok organa ciddi zararlar vermektedir (Azahra vd., 2022; O'Shea vd., 2017). Bu nedenle önemli risk faktörlerinden biri olarak dikkate alınmaktadır. Öte yandan hipertansiyonun spesifik bir nedeni bulunmamakla birlikte vücutta sodyum fazlalığı ya da potasyum eksikliği gibi durumlar vücutta kan basıncının artmasına neden olabilmektedir (Gençtoy, 2017; Grillo vd., 2019; Houston, 2011). Obezite başta olmak üzere sağlıksız yaşam tarzı, sigara ve alkol kullanımı gibi bazı faktörler, hipertansiyon riskini artıran temel faktörler arasında yer almaktadır (Akram vd., 2021; Wu vd., 2022). Genellikle de ilaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi edilmektedir.

İnme ya da halk arasındaki adı ile *felç* de dolaşım sistemi hastalıkları kapsamında ele alınabilecek hastalıklardan biridir. Beyne giden kan akışının azalması ya da kesilmesi nedeni ile vücutta hareket yetisinin tamamen ya da kısmi kaybı olarak tanımlanmaktadır (Adi vd., 2021; Mohammad, 2013). Damar tıkanıklıkları, pıhtı atmaları ve damarlarda meydana gelen yırtılmalardan sonra gözlemlenmektedir. Kalıcı beyin hasarlarına neden olabilmektedir (Jiang vd., 2011). İnmenin temel belirtileri de hasarın yeri ve büyüklüğüne göre değişkenlikler göstermektedir. Ancak sıklıkla konuşma bozuklukları, koordinasyon kaybı ve zayıf kas kontrolü ile ortaya çıkmaktadır. Tedavisinde kan akış hızını artıracak ve beyne yeteri miktarda besin ve oksijenin gitmesini sağlayacak farklı türden yöntemler uygulanmaktadır.

Koroner arter hastalığı ise koroner arterlerde meydana gelen daralmalar ve tıkanıklıklar nedeni ile kalp kasına yeteri düzeyde kan ve oksijenin gitmemesidir (Grech, 2003; Mishra ve Samanta, 2012). Kalbin beslenme bozukluğudur. Kalp krizi gibi birçok hastalığa neden olabilmektedir (Hemingway vd., 2010; Li vd., 2022). Hipertansiyon, kolesterol, diyabet ve obezite başlıca risk faktörleri arasındadır (Banz vd., 2003). Ayrıca tütün kullanımı, aile öyküsü ve hareketsiz yaşam tarzı da koroner arter hastalığının temel tetikleyicileri

arasında yer almaktadır. Göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı ve halsizlik gibi farklı türden belirtileri bulunmaktadır (Kyker ve Limacher, 2002).

Kardiyomiyopati de yaygın görülen dolaşım sistemi hastalıklarından bir diğeridir. Kalp kaslarında meydana gelen bozulmalar nedeni ile kalbin işlevini yerine getirememesi şeklinde tanımlanabilir (Davies vd., 2015; Schaufelberger, 2019). Koroner arterlerde meydana gelen sorunlar, hipertansiyon, kalp kapağı hastalıkları, enfeksiyonlar ve çeşitli zehirlenmeler ile tetiklenebilmektedir. Genetik faktörler de kardiyomiyopatinin nedenleri arasında yer almaktadır (Gear ve Marcus, 2003; Knowlton, 2017; Nallamothu ve Baman, 2014). Nefes darlığı, göğüs ağrısı, çarpıntı ve ödem gibi farklı semptomlar ile birlikte de ortaya çıkabilmektedir (Kumar vd., 2016). Çoğu zaman ilaçlar, cerrahi işlemler ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi edilmektedir.

Kardiyak ritim bozukluğu ise kalp atış hızında meydana gelen olağan dışı sapmalar olarak tanımlanmaktadır (de Oliveira ve Zarzoso, 2018; Li vd., 2017). Sağlıklı bir bireyin kalbi normal şartlarda dakikada 60 ila 100 arasında bir atım değerine sahiptir. Ancak kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, tiroid ve stres gibi nedenlerden bu değerlerde bazı dalgalanmalar meydana gelebilmektedir. Bu tür sapmalar, literatürde kardiyak ritim bozukluğu olarak adlandırılmaktadır (Chen vd., 2007; Hung vd., 2001). Ancak kalp atış hızının olması gereken aralığın üzerinde olması durumuna taşikardi (Brady vd., 2017), altında yer almasına bradikardi (Delasobera ve Goodwin, 2020) adı verilmektedir.

Kalbin işlevini tam olarak yerine getirememesi olarak tanımlanan *kalp yetmezliği* de bu türden hastalıklar arasında yer almaktadır. Kalp yetmezliğinin bilinen farklı türden çok sayıda nedeni bulunmaktadır. Ancak bu nedenlerden en yaygını, kalp kası hasarıdır. Kalp kası hasarlarının yanı sıra kalp kapakçığında meydana gelen bozulmalar ve hipertansiyon, kalp yetmezliğinin temel nedenleri arasında sayılmaktadır. Öte yandan kalp yetmezliği hastalığı da tıpkı diğer kalp hastalıkları gibi göğüste ağrı, çarpıntı, yorgunluk, öksürük, baş dönmesi ve halsizlik gibi farklı belirtiler ile kendini göstermektedir (Jain ve Borlaug, 2020; Masarone vd., 2022). Tedavisinde beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri ile cerrahi işlemler sıklıkla kullanılmaktadır.

Vaskülit de bu kapsamda ele alınması gereken dolaşım sistemi hastalıklarından biridir. Vaskülit, kan damarlarında meydana gelen iltihaplanma olarak tanımlanmakta ve farklı türden nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Enfeksiyonlar, kanserler, otoimmün hastalıklar, bazı ilaçlar ve alerjik reaksiyonlar, vaskülit hastalığının gelişimine neden olabilmektedir. Semptomları, etkilenen damarların yeri ve büyüklüğüne göre değişiklik göstermektedir. Eklem ve kas ağrıları, ateş, yorgunluk, kilo kaybı, stres, baş ağrısı, görme kaybı ve kalp krizi, bu hastalığın en önemli semptomları arasında yer almaktadır. İlaç ve az da olsa cerrahi işlemler ile tedavisi mümkündür (Otsuka vd., 2007; Weiss, 2012).

Kalp, kan damarları ve kanın vücutta dolaşımı ile ilgili yapı ve organların birinde ya da tamamında meydana gelen anomali ve bozukluklar olarak ele alınan dolaşım sistemi hastalıkları, aynı zamanda birey ve toplum sağlığı için de önemli bir tehdittir. 2020 yılında DSÖ tarafından yayımlanan küresel hastalık yükü ve tahminleri ile ilgili saha çalışmaları incelendiğinde; 2019 yılı itibarıyla iskemik kalp hastalıkları ve inmenin tüm dünyada en ölümcül hastalıklar arasında yer aldığı görülmektedir. 2000 yılı ile kıyaslandığında da dolaşım sistemi hastalığı kaynaklı ölümlerde önemli artışlar meydana gelmiştir. TÜİK (2022) de yapmış olduğu çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşmıştır. TÜİK'e göre 2021 yılında Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin %33,4'ü dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerden dolayı da dolaşım sistemi hastalıklarının erken teşhis ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sağlıklı beslenme, fiziksel hareketlilik ve yaşam tarzı değişiklikleri ile dolaşım sistemi hastalıklarına yakalanma riskini azaltmak mümkündür.

3.2. DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALARINDA SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI

Dolaşım sistemi hastalıkları ya da diğer adı ile kardiyovasküler hastalıklar, her ne kadar kalp ve damar yolu ile ilgili anomali ve bozuklukları tanımlasa (Koskelainen, 2013) da bu türden hastalıklar, sadece dolaşım sistemi ile ilgili yapı ve organların işleyişini değil aynı zamanda solunum, boşaltım ya da sindirim sistemi gibi diğer mekanizmaların da işlevselliğini doğrudan etkilemektedir (Kim, 2016; Santoyo-Suarez vd., 2023). Ayrıca kardiyovasküler hastalıklar, dolaşım sistemi dışında kalan organ ve yapıların da hasar görmesine ve farklı türden yeni hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmakta ve dünya

genelinde en önemli ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (WHO, 2020). Dolaşım sistemi hastalıkları aynı zamanda, insan yaşamını da olumsuz yönde etkilemekte ve hasta ve yakınlarının sosyal, ekonomik ve zihinsel anlamda yıpranmalarına neden olmaktadır. Bu açıdan ele alındığında; dolaşım sistemi hastalarının yaşam kaliteleri de düşüktür (Xu vd., 2022). Bu türden hastalıklar ayrıca iş gücündeki kayıpların da nedenleri arasında yer almaktadır (Fu vd., 2019). Bu nedenle, dolaşım sistemi hastalıklarının teşhis ve tedavisinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bu noktada ise sağlık hizmetleri kullanımı ön plana çıkmaktadır. Zira; kardiyovasküler hastalıklar, çoğu durumda uygun tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilmektedir (Li ve He, 2021; Mohanty ve Khasa, 2019). Tedavi edilemediği durumlarda ise olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılabilmesi ya da azaltılması mümkündür. Ancak literatürde dolaşım sistemi hastalarında sağlık hizmeti kullanımı ve erişiminde sorunlar olduğunu ortaya koyan çok sayıda ampirik çalışma bulunmaktadır. Örneğin; Kanada’da kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı ve risk faktörleri ile ilgili çalışmalar yapan Kreatsoulas ve Annand (2009), çalışmalarında daha düşük gelir düzeyine sahip bireyler ile şehir merkezinden uzaklarda yaşayanların dolaşım sistemi hastalıklarına yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca söz konusu bireylerin sağlık hizmeti kullanımlarının da daha düşük olduğunu ve ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimleri ile ilgili farklı sorunlar da yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Söz konusu çalışmada yazarlar ayrıca sosyo-ekonomik sorun yaşayan ve şehir merkezine uzakta bulunan bireylerde kardiyovasküler hastalık kaynaklı ölümlerin çok daha fazla gözlemlendiğini belirlemişlerdir.

Joshi ve arkadaşları (2008), sağlık hizmetlerinde erişim ve hakkaniyet ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, dolaşım sistemi hastalıklarının tüm dünyada en sık gözlemlenen ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığını ve söz konusu hastalıkların 2005 yılında 17,5 milyon insanın ölümünden sorumlu olduğunu ortaya koymuşlardır. Yazarlara göre bu ölümlerin en az %80’i, nüfusları çok daha genç olmasına rağmen düşük ve orta gelir grubunda yer alan ülkelerde meydana gelmektedir ve bu durum aynı zamanda sağlıklı yaşam yılı ve üretim verimliliği üzerinde de olumsuz etkilere sahiptir. Yazarlar ayrıca söz konusu hastalıkların tedavisine yönelik temel uygulama ve ilkelerin de düşük ve orta gelir grubunda yer alan ülkelerde sorunlu olduğunu ve bu ülkelerde yaşayan dezavantajlı bazı grupların sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Mendis ve arkadaşları da (2005) benzer bir şekilde düşük ve orta gelir grubunda yer alan ülkelerde akut miyokardiyal enfarktüs (kalp krizi) ve inme hastalıklarının görülme sıklığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, söz konusu hastaların önemli bir kısmının ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimlerinin çok daha düşük olduğunu ve tedavileri için gerekli olan bazı ilaç ve ekipmanlara ise erişim sağlayamadıklarını tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının da bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde olmadığını ifade etmişlerdir.

Joshi ve arkadaşları (2006) tarafından Hindistan’da yapılan bir çalışmada da benzer bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Yazarlar söz konusu çalışmada, Hindistan’ın kırsal bölgelerinden biri olan Andhra Pradesh’de kronik hastalıkların görülme sıklığı ve epidemiyolojisi ile ilgili incelemelerde bulunmuşlar ve araştırma sonucunda, dolaşım sistemi hastalıklarının Andhra Pradesh’de gerçekleşen ölümlerin önemli bir kısmından sorumlu olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar, söz konusu bölgede yaşayan hastalarının sadece %15’ine yakın bir kısmının pıhtı oluşumunu engelleyecek türden ilaçlar kullanabildiklerini belirlemişlerdir.

Reddy (2004) de çalışmasında dolaşım sistemi hastalıklarının tüm dünyada başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığını ve dolaşım sistemi hastalıklarının daha çok gelişmekte olan ülkelerde ölümlere neden olduğunu gözlemlemiştir. Yazar çalışmasında ayrıca düşük gelir grubunda yer alan ülkelerin dolaşım sistemi hastalıklarına yakalanma olasılıklarının da daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla yazara göre gelir düzeyi, önemli risk faktörlerinden biri olarak ele alınmaktadır. Yazar ayrıca düşük gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin de görece daha düşük olduğunu belirlemiştir.

Zilla ve arkadaşları da (2018) kalp ve damar hastalıkları olan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyini ele almışlar ve çalışma sonucunda, söz konusu hastalarda cerrahi sağlık hizmetleri ile ilgili çok sayıda karşılanamayan ihtiyaç olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca bu durumun Mozambik ve Nijerya gibi daha düşük bir gelir düzeyine sahip ülkelerde daha sık gözlemlendiğini belirlemişlerdir.

Maharani ve Tampubolon (2014) da Endonezya’da kalp ve damar hastalıkları üzerine bir çalışma yapmışlar ve çalışma kapsamında dikkate aldıkları 3406 hastanın yarısından

fazlasının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamadıklarını ve yaşlanma ile dolaşım sistemi hastalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçların daha da arttığını belirlemişlerdir.

Türkiye’de dolaşım sistemi hastalıklarında sağlık hizmeti kullanımı ve erişimi ile ilgili ampirik çalışmaların ise görece az olduğunu söylemek mümkündür. Köroğlu’nun (2014) kalp pili implante edilmiş hastalar üzerinde yaptığı çalışma, bu kapsamda ele alınabilir. Yazar, çalışmasında dikkate aldıkları hastaların ise yaklaşık %3’ünün sağlık hizmetlerine erişim noktasında bazı sorunlar yaşadıkları tespit etmiştir. Yazara göre bu sorunların başında ise ulaşım güçlükleri gelmektedir. Bu kapsamda ele alınabilecek bir diğer ampirik çalışma da Dengiz ve Tanyer (2020) tarafından yapılmıştır. Yazarlar, kalp ve damar yolu hastalıklarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanım durumunun incelenmesi amacı ile yaptıkları çalışmalarında bireylerin yaklaşık %20’sinin aile sağlığı merkezlerini tercih ettiklerini gözlemlemişlerdir. Yazarlar, ikinci basamak sağlık kurumlarına başvuru yapan dolaşım sistemi hastalarının beşte birlik bir kısmının ise aile sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetleri yeterli bulmadıklarını belirlemişlerdir. Ancak literatür incelendiğinde; Türkiye’de dolaşım sistemi hastalarında bahsedilen bu iki çalışma dışında sağlık hizmeti kullanımı ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

3.3. DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

Dolaşım sistemi ile ilgili yapı ve organların işlevselliğini yitirmesi olarak tanımlanan kardiyovasküler hastalıklar, sadece söz konusu fizyolojiyi değil aynı zamanda bu türden hastalıklara sahip olan bireylerin günlük yaşantılarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu türden hastalıklar ayrıca, dolaşım sisteminin yanı sıra diğer biyolojik sistemlerin de işleyişinde kalıcı hasarlar oluşturabilmekte ve bireylerin farklı türden sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir. Ayrıca dolaşım sistemi hastalıkları, çoğu zaman uzun süreli tedavileri zorunlu kılmakta ve sürekli takip edilmesi gereken az sayıda hastalık arasında yer almaktadır. Çoğu vakada ilaçların etkin kullanımı da hastalığın seyri açısından oldukça önemlidir. Dolaşım sistemi hastalıklarında yaşam tarzı değişiklikleri de sıklıkla önerilmektedir. Dolayısıyla dolaşım sistemi hastalıkları, bireylerin yaşamlarını oluşturan farklı türden çok sayıda alanda bazı değişiklikleri zorunlu kılmaktadır. Bu ve benzeri durumlar ise hastaların yaşam kalitesi algılarının çok daha düşük olmasına neden

olmaktadır. Literatür incelendiğinde de bu konu ile ilgili farklı türden çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Örneğin; Ko ve arkadaşları (2015) tarafından Kore’de yapılan bir çalışmada, dolaşım sistemi hastalarının daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit edilmiştir. Yazarlar ayrıca, EQ-5D ölçeğinin hareketlilik, kişisel bakım ve günlük aktiviteler boyutlarında dolaşım sistemi hastalarında daha ciddi sorunlar olduğunu ortaya koymuşlardır.

Komalasari ve Yoche (2019) ise Hindistan’ın Tangerang şehrinde yaşayan 60 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, kalp rahatsızlığı olan yaşlıların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini dikkate almışlardır. Yazarlar söz konusu çalışmalarında DSÖ tarafından geliştirilen ve sonraki yıllarda yapılan çalışmalar ile yeniden gözden geçirilen ve WHOQOL’ın çok daha kısa bir versiyonu olan WHOQOL-BREF’i kullanmışlardır. Yazarlar araştırma sonucunda, çalışma kapsamına alınan hastaların büyük bir bölümünün yaşamlarından genel olarak memnun olduklarını ancak %90’ının ise sağlık statüleri ile ilgili birtakım şikayetlerinin olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca hastaların en az %15’inin asgari yaşam koşullarına sahip olmadıklarını ve %40’a yakın bir kısmının ise sosyal ilişki kurmakta zorluk yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Ayrıca katılımcıların yarısı, fiziki sağlık durumlarından da memnun olduklarını ile getirmişlerdir. Yaklaşık %55’i ise farklı türden psikolojik sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Chatzinikolaou ve arkadaşları (2021) ise Yunanistan’da kardiyovasküler hastalığı olan 80 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastaların yaşam kalitelerini SF-36 ve EQ-5D gibi farklı ölçekler ile incelemişlerdir. Yazarlar çalışma sonucunda, dolaşım sistemi hastalığı olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca kalp yetmezliği olan hastaların da diğer hastalar ile kıyaslandığında daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduklarını belirlemişlerdir.

Dolaşım sistemi hastalarında yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar yapan Borowiak ve Kostka (2006) da çalışmalarında benzer şekilde, EQ-5D’yi kullanmışlardır. Yazarlar çalışma sonucunda dolaşım sistemi hastalığının yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını tespit etmişlerdir. Öte yandan kardiyovasküler hastalıkları olan bireylerin bedensel ağrı düzeylerinin de görece çok daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca hastane yatışı yapılan dolaşım sistemi hastalarının ayakta tedavi gören hastalar ile kıyaslandığında

yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğunu gözlemlemişlerdir. Ancak yazarlar, hastane yatışlarının EQ-5D ölçeğinin hareketlilik boyutundan elde edilen skoru azaltırken bedensel ağrı boyutunda ise iyileşme sağladığını da belirlemişlerdir.

Dolaşım sistemi hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili bir diğer araştırma ise Han ve arkadaşları (2005) tarafından Kore’de yapılmıştır. Söz konusu çalışmada yazarlar, 2001 ve 2002 yıllarında Seoul’de bir üniversite hastanesine kalp rahatsızlıkları nedeni ile başvuruda bulunan 436 hastayı dikkate almışlardır. Yazarlar, 1998 yılında Ro tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlar ve araştırma sonucunda ise sağlıklı yaşam tarzı ve bireysel etkililiğin bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Sağlık statüsü, benlik saygısı ile bariyer ve tercihlerin yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğunu belirlemişlerdir.

Rodrigues ve arkadaşları (2015) tarafından 60 yaş ve üzerinde yer alan dolaşım sistemi hastalarında yapılan çalışma da bu kapsamda ele alınabilir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanan yazarlar, çalışma sonucunda hastaların %87’sinin ortalamaların üzerinde skorlar elde ettiklerini tespit etmişlerdir. Yazarlar, depresyon ve fiziksel bazı rahatsızlıkların da yaşam kalitesini azaltan önemli faktörler arasında yer aldığını belirlemişlerdir.

Literatür incelendiğinde; Türkiye’de de dolaşım sistemi hastalarında yaşam kalitesi ile ilgili çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Örneğin; koroner bazı sendromlar sonrası hastaların kısıtlılık durumları ve semptomları ile yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri ve depresyon algıları arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Özcanlı-Atik ve Çınar (2014) tarafından yapılan çalışma, bu kapsamda ele alınabilir. Yazarlar, çalışmalarını bir devlet hastanesine başvuran 245 hasta üzerinde gerçekleştirmişler ve analiz sonucunda hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının orta düzeylerde olduğunu belirlemişlerdir. Yazarlar ayrıca, dolaşım sistemi hastası bireylerin ev içi faaliyetlerinin de daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu da kısıtlılık düzeyi ve semptomlar ile bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir korelasyonun varlığıdır.

Dural ve Çıtlık-Sarıtaş (2017) da akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini ve yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile bir üniversite

hastanesinde yatan, 18 yaş ve üzerinde yer alan ve bilinci açık 200 hasta üzerinde bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yazarlar söz konusu çalışmalarında Rolls Royce yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlardır. Bireylerin ölçekten elde ettikleri skorun $132,3 \pm 24,42$ olduğunu tespit etmişlerdir. Söz konusu bireylerin en çok sorun yaşadığı alanlar; sırasıyla iştah durumu, uyku bozukluğu ve tıbbi etkileşim olarak belirlenmiştir. Diğerlerine kıyasla en yüksek skorun elde edildiği alanların başında sosyal ilişkiler, iş performansı ve iyilik hali gelmektedir.

Diğer taraftan Yel ve Ünsar (2020) da kardiyovasküler hastalık tanısı almış ve koroner anjiyografi uygulanacak hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, SF-36 ile söz konusu bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmişlerdir. Yazarlar araştırma sonucunda, bireysel ve demografik özelliklerin yanı sıra klinik tanı ve ilaç kullanımı gibi hastalık ile ilişkili faktörlerin de hastalarda kaygı düzeyi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediğini ortaya koymuşlardır. Yazarlar ayrıca, hastaların kaygı puanları arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığını gözlemlemişlerdir.

Pulmoner arteriyel hipertansiyonlu hastaların semptom durumu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele alan Türen ve arkadaşları (2022) SF-36 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarında ise söz konusu ölçeğin genel sağlık ve sosyal işlevsellik dışında kalan tüm alt boyutları ile hastalık semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca hastalık semptomları ve düzeyinin söz konusu pulmoner arteriyel hipertansiyonlu hastaların yaşam kalitesi düzeyini azalttığını ifade etmişlerdir.

Mert ve arkadaşları (2016) miyokardiyal enfarktüs hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin incelenmesi amacı ile bir çalışma yapmışlardır. Yazarlar çalışmalarında yaşam kalitesi ölçümünde EQ-5D'yi dikkate almışlar ve araştırma sonucunda, çalışma kapsamında ele alınan miyokardiyal enfarktüs hastalarının yaşam kalitesi düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca altıncı ayın sonunda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu çok daha düşük olan olgularda yaşam kalite düzeyinin de görece düşük olduğunu gözlemlemişlerdir.

4. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde çalışmanın amacı ve önemine, araştırma modeline ve bu model kapsamında oluşturulan hipotezlere yer verilmiştir. Bu bölümde ayrıca çalışmanın temel amaçlarını gerçekleştirebilmek ve hipotezlerini test edebilmek için kullanılan veriler ile verilerin analizinde dikkate alınan istatistiksel yöntemler ile ilgili ayrıntılı bilgilere de yer verilmiştir.

4.1. ÇALIŞMANIN AMAÇ VE ÖNEMİ

DSÖ tarafından 1948 yılında yayımlanan raporda “*tam bir iyilik hali*” olarak ele alınan sağlık, doğası gereği birey ve toplum yaşamını oluşturan farklı türden çok sayıda alanı etkilemekte ve bu alanların birçoğundan da etkilenmektedir (Forget, 2018; Haseena vd., 2017; Pop vd., 2013; Subramanian ve Kawachi, 2006). Bu durum, sağlığa daha bütüncül bir perspektiften bakmayı zorunlu kılmaktadır. Bu noktada; birey ve toplum sağlığının korunması, insan yaşamını oluşturan farklı türden çok sayıda alanda çağın ve toplumun ihtiyaçlarına uygun eylem ve politikaların hayata geçirilmesi ile mümkündür. Ancak bu durumun uygulanabilirliği, bazı tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Oysa literatür incelendiğinde, farklı türden çok sayıda olgu ve fenomenin etkisi altında kalsa da sağlık hizmetlerinin sağlık statüsü üzerinde oldukça etkili olduğu görülmektedir (Jappelli vd., 2007; Ukawuilulu ve Livingston, 1994). Ancak sağlık hizmetlerinin bu tür amaçlarının gerçekleştirilmesi, bu türden hizmetlerin varlığının yanı sıra sistem içerisinde erişilebilir olması ile de yakından ilişkilidir (Grewal ve Kishore, 2017; Somade ve Abaribe, 2020; Van Huy vd., 2018).

Sağlık hizmetlerine erişim, “*ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ilgili sistem içerisinde bulunabilir olmasıdır*” (Wagstaff ve van Doorslaer, 2000). Ancak bir sağlık hizmetinin ilgili sağlık sistemi içerisinde bulunması, o hizmetin ihtiyaç sahibi bireyler tarafından ihtiyaç halinde kullanılabildiği anlamına gelmemektedir. İhtiyaç duyulan hizmetlere zamanında ulaşılamayabilir ya da bazı sağlık hizmetleri yeteri düzeyde ve/veya uygun miktarda sağlanamayabilir. Bu duruma, literatürde karşılanamayan sağlık ihtiyac(lar)ı adı

verilmektedir (Aaltonen ve Van Aerschot, 2021; Arnault vd., 2021; Bakker vd., 2014; Kröger vd., 2019) ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, sistem ile ilgili yapısal faktörlerin yanı sıra bireysel, kültürel ve sosyoekonomik çok sayıda faktörden etkilenmektedir (Allin vd., 2010; Assari ve Hani, 2018; Diamant vd., 2004; Karanikolos ve Kentikelenis, 2016; MacKinney vd., 2014; Pagán ve Pauly, 2006; Tabriz vd., 2017).

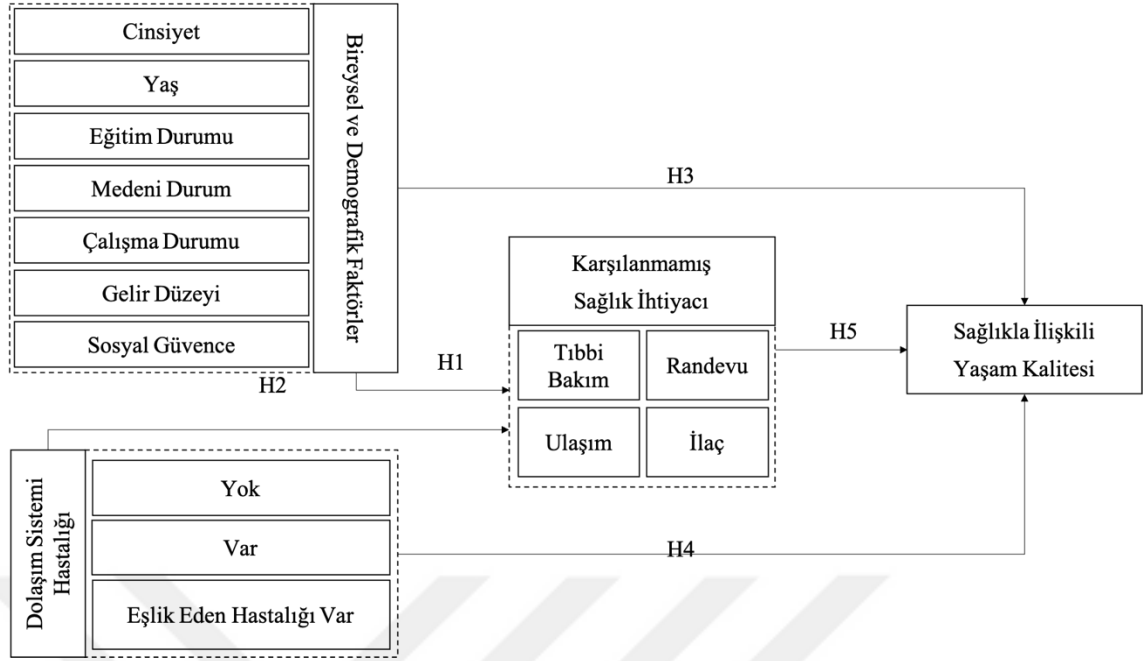
Karşılanamayan sağlık ihtiyaçları kavramı, literatürde sıklıkla tartışılan konular arasında yer alsa da söz konusu kavramın içerik ve kapsamı ile ilgili Türkiye’de yapılan teorik ve ampirik çalışmaların (Ayvat, 2019; Karamustafalıoğlu, 2009; Kocaman-Yıldırım vd., 2013; Küçüköğlu, 2019; Uygur ve Esen-Danacı, 2019; Yetim ve Çelik, 2020) görece az olduğunu söylemek mümkündür. Öte yandan bu çalışmalar incelendiğinde, Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin net bir şekilde ortaya konulamadığı görülmektedir. Ayrıca dolaşım sistemi hastalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyi ile bu durumun yaşam kalitesi algıları üzerindeki etkileri de belirsizdir. Oysa dolaşım sistemi hastalıkları, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (TÜİK, 2020). Bu türden hastalıklar ayrıca, hasta ve yakınlarını ekonomik, sosyal ve toplumsal açıdan da olumsuz şekilde etkilemektedir (Dirimeşe vd., 2016; Erci vd., 2018; Jaracz ve Kozubski, 2003; Opara ve Jaracz, 2010; Zengin vd., 2012). Bu noktada; bu çalışmanın temel amaçları, aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı, türü ve düzeyinin ortaya konulması,
- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının (tıbbi bakım, randevu, ulaşım, ilaç) bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin test edilmesi,
- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının (tıbbi bakım, randevu, ulaşım, ilaç) bireylerin sahip oldukları hastalıkların türü ve düzeyine (dolaşım sistemi hastalıkları ve eşlik eden diğer kronik hastalıklar) göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi,

- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının (tıbbi bakım, randevu, ulaşım, ilaç) temel belirleyicilerinin ortaya konulması,
- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının incelenmesi,
- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının söz konusu bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin test edilmesi,
- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam algısının söz konusu bireylerin sahip oldukları hastalıkların türü ve düzeyine (dolaşım sistemi hastalıkları ve eşlik eden diğer kronik hastalıklar) göre farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi ve
- 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin ve temel belirleyicilerinin ele alınması.

4.2. ÇALIŞMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ

Bu çalışmada, temel olarak Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyinin incelenmesi ve bu durumun bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki olası etkilerinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Söz konusu amaçlara ulaşabilmek için oluşturulan çalışma modeli, Şekil 1’de verilmiştir.



H: Hipotez

Şekil 12. Çalışma Modeli

Şekil 1 incelendiğinde; çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin yaş, cinsiyet ve gelir durumu gibi bireysel ve demografik özellikleri ile söz konusu bireylerin dolaşım sistemi hastalıklarına sahip olma durumunun karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerindeki olası etkilerinin dikkate alındığı görülmektedir. Bu kapsamda, bu çalışmanın temel hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1: 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin bireysel ve demografik özelliklerinin (*cinsiyet* (H_{1a}), *yaş* (H_{1b}), *eğitim durumu* (H_{1c}), *medeni durum* (H_{1d}), *çalışma durumu* (H_{1e}), *gelir düzeyi* (H_{1f}), *sosyal güvence* (H_{1g})) karşılanamayan sağlık ihtiyaçları (tıbbi bakım, randevu, ulaşım, ilaç) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H2: 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin dolaşım sistemi hastalıklarından herhangi birine sahip olup olmama durumunun karşılanamayan sağlık ihtiyaçları (tıbbi bakım, randevu, ulaşım, ilaç) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H3: 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin bireysel ve demografik özelliklerinin (*cinsiyet (H_{3a}), yaş (H_{3b}), eğitim durumu (H_{3c}), medeni durum (H_{3d}), çalışma durumu (H_{3e}), gelir düzeyi (H_{3f}), sosyal güvence (H_{3g})) sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.*

H4: 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin dolaşım sistemi hastalıklarından herhangi birine sahip olup olmama durumunun sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H5: 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının (*tıbbi bakım (H_{5a}), randevu (H_{5b}), ulaşım (H_{5c}), ilaç (H_{5d})) olup olmama durumunun sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.*

4.3. ÇALIŞMANIN VERİLERİ

Bu çalışmanın amaçlarına ulaşabilmek ve yukarıda yer alan araştırma hipotezlerini test edebilmek için TÜİK tarafından 2008 yılından itibaren iki yılda bir olmak üzere düzenli olarak yayımlanan Türkiye Sağlık Araştırmalarından (TSA) yararlanılmıştır. Söz konusu verilerin kullanımı ile ilgili yasal izinler alınmış ve EK 2 ve EK 3’te verilmiştir.

TSA, bireylerin sağlık durumları ve sağlık hizmeti kullanım düzeyleri ile ilgili temel bazı istatistiklerinin elde edilebilmesi amacıyla 2008 yılından itibaren düzenli olarak yapılan ve yayımlanan verilerden oluşmaktadır. TÜİK, ilgili istatistikleri elde edebilmek için çift aşamalı ve tabakalı bir örnekleme yöntemi kullanmaktadır. Örnekleme yönteminin ilk aşamasında, 100 haneden oluşan ve Türkiye’yi temsil ettiği düşünülen farklı kümeler seçilmektedir. Sürecin ikinci aşamasında ise oluşturulan her bir kümeden rastgele 10’ar hane seçilmekte ve bu hanelerde yer alan bireylerin tamamına ulaşılmaya çalışılmaktadır. Ulaşılan bireyler ile yüz yüze görüşmeler yapılmakta ve görüşmelerde TÜİK tarafından önceden hazırlanan soru formları kullanılmaktadır (TÜİK, 2019).

TSA soru formları Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (The Statistical Office of the European Union [EUROSTAT]) tarafından Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkelere önerilen modüller dikkate alınarak hazırlanmaktadır. Ancak söz konusu formlarda bu modüllerin yanı sıra ulusal ihtiyaçlar ile ilgili de farklı soru ve ifadeler de yer verilmektedir. Bu noktada; TSA soru formları, “0-14 yaş” ve “15 yaş ve üzeri” bireylere sorulmak üzere hazırlanan iki farklı bölümden oluşmaktadır. Söz konusu bölümlerin yanı sıra ayrıca bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine ilişkin sorulara da yer verilmektedir (TÜİK, 2019). Ancak Avrupa Birliği İstatistik Ofisi ile yapılan çalışmalar ve toplumsal ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak söz konusu formlarda kimi zaman bazı değişikliklere gidilebilmektedir. TSA’da da benzeri değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişikliklerin bir sonucu olarak soru formlarına yeni sorular ve bazı bölümler eklenmiştir. Ayrıca bireylerin bazı sorulara verdikleri cevapların da içerik ve kapsamı genişletilmiştir. Bu nedenle, farklı yıllara ait veri setlerinde yer alan bazı bölüm ve değişkenler ile ilgili soruların tamamına aynı ya da benzer şekilde ulaşmak mümkün değildir. Bu durum, aynı zamanda farklı yıllara ilişkin istatistiklerin de karşılaştırılması noktasında bazı zorlukları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, söz konusu soru formlarında köklü değişikliklerin yapılmadığı ve elde edilen bulguların çok daha karşılaştırılabilir olduğu 2014, 2016 ve 2019 yıllarına ait veri setleri kullanılmıştır.

4.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

TSA verileri, yapıldığı yıl oluşturulan farklı kümeler içerisinde sistematik bir biçimde seçilen farklı hane halkları dikkate alınarak oluşturulmuştur. Dolayısıyla veri setlerinde yer alan hane ve birey sayıları, yıllara göre farklılıklar göstermektedir. Bu noktada; 2014 yılı veri setinde toplamda 26075 katılımcı yer almaktadır. 2016 TSA verileri ise 23606 katılımcıdan elde edilen veriler ile oluşturulmuştur. 2019 yılında TSA kapsamında dikkate alınan katılımcı sayısı, 23199’dur (TÜİK, 2019). Ancak ilgili veri setlerinde yer alan katılımcıların önemli bir bölümü (%30’a yakını), 15 yaşın altında yer almaktadır ve bu bireylere yöneltilen sorular daha çok sağlık taramaları ile ilgilidir ve bu çalışmanın temel amaçlarını gerçekleştirecek nitelikte değildir. Bu nedenle, 0-14 yaş aralığında yer alan bireyler, bu çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Diğer taraftan bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Bu nedenle, 15-17 yaş aralığında yer alan bireyler de bu

çalışma kapsamında dikkate alınmamıştır. Bu noktada; çalışmanın örneklemini, 18 yaş ve üzerinde yer alan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın amaçlarını gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan bazı ifadelerde de eksik veriler (missing value) gözlemlenmektedir. Eksik verilerin yer aldığı gözlemler de çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Örneklem ile ilgili özet bilgiler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Evren ve Örneklem

Açıklamalar	2014	2016	2019
TSA Örneklemini Oluşturan Küme Sayısı	974	947	947
TSA Örneklemini Hanehalkı Sayısı	9740	9470	9470
TÜİK Tarafından Ulaşılan Birey Sayısı	26075	23606	23199
0-14 Yaş (Bu çalışma Kapsamı Dışında Tutulan)	6946	6364	6115
15-17 Yaş (Bu çalışma Kapsamı Dışında Tutulan)	1093	837	739
Eksik Veriler (Bu çalışma Kapsamı Dışında Tutulan) ¹	1118	1478	1330
Bu Çalışmanın Yapıldığı Kişi Sayısı	16918	14927	15015

Tablo 3 incelendiğinde, bu çalışma kapsamında dikkate alınan birey sayısının yıllara göre farklılık gösterdiği ve veri setlerinde yer alan katılımcıların yaklaşık %35’inin bu çalışma kapsamında dikkate alınamadığı görülmektedir. Dikkate alınamayan bireylerin büyük bir kısmı, 18 yaş altında yer almaktadır. Bu noktada bu çalışmanın kapsamını, veri setlerinde yer alan bireylerin yaklaşık %65’i [%64,88 (2014 yılı), %63,23 (2016 yılı), %64,72 (2019 yılı)] oluşturmaktadır.

4.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER

TSA veri setleri, birey ve toplum sağlığı ile ilgili farklı türden çok sayıda gösterge ve istatistikten meydana gelmektedir. Bu açıdan ele alındığında söz konusu veri setlerinin içerik ve kapsam bakımından oldukça karmaşık ve bir o kadar da geniş bir yapıya sahip

¹ Bu çalışmanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değişkeninin ölçümünde kullanılan “yardım almadan hafif/ağır ev işlerini yapmada zorluk çekiyor musunuz?” sorularına “hiç denemedim/yapmaya ihtiyaç duymadım” cevabını veren katılımcılar ile “yardım almadan kendi kendinize beslenirken zorluk çekiyor musunuz?” sorusunu boş bırakan bireyler, çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

olduğu görülmektedir. Ancak TSA’larda yer alan verilerin tamamı, bu çalışmanın temel amaçlarını gerçekleştirebilecek nitelik ve özellikte değildir. Bu nedenle; bu çalışmanın istatistiki analizleri gerçekleştirilmeden önce TSA veri setleri ve söz konusu veri setleri oluşturulurken kullanılan soru formları, detaylı bir şekilde gözden geçirilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda; çalışmanın amaç ve hipotezleri ile uyumlu olduğu düşünülen farklı türden ve nitelikteki çok sayıdaki değişken, çalışma amaçları kapsamında bağımlı ve bağımsız değişkenler olmak üzere iki farklı kategoride bir araya getirilmiştir. Bu noktada; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve sosyal güvence durumu, bu çalışmanın bağımsız değişkenleri olarak ele alınmıştır. Söz konusu bireysel ve demografik değişkenlerin yanı sıra bireylere ilgili soru formlarında sorulan “*Son 12 ay içerisinde aşağıdaki hastalıklardan ya da durumlardan birini yaşadınız mı?*” ya da “*Son 12 ay içerisinde ... yaşadınız mı?*” sorularına verdikleri cevapların bir araya getirilmesi ile oluşturulan dolaşım sistemi hastalığına sahip olma durumu da bu çalışma kapsamında dikkate alınan bir diğer bağımsız değişkendir.

TSA soru formlarında yer alan ve çalışma kapsamında dikkate alınan bireylere sağlık hizmetleri kullanım durumları ile ilgili olarak yöneltilen “*Son 12 ay içerisinde, tıbbi bakıma ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu?*” sorusuna verilen cevaplar ise bu çalışmanın bağımlı değişkeni olarak dikkate alınmıştır. Çalışma kapsamındaki bireylerin ayrıca randevu kaynaklı gecikmeler ile ilgili “*Son 12 ay içerisinde, randevu alma süresi çok uzun olduğu için sağlık hizmeti almada gecikme yaşadınız mı?*” sorusuna verdikleri cevaplar ile uzaklık ve/veya ulaşım problemleri ile ilgili “*Son 12 ay içerisinde, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada gecikme yaşadınız mı?*” sorusuna verdikleri cevaplar da bu çalışma kapsamında dikkate alınan diğer bağımlı değişkenler arasında yer almaktadır. Son olarak, söz konusu bireylerin reçeteli ilaçlara erişim durumları ile ilgili olarak “*Son 12 ay içerisinde, reçete edilen ilacı ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu?*” sorusuna verdikleri cevaplar da bu çalışmanın bağımlı değişkenlerden biri olarak dikkate alınmıştır. Bu değişkenlerin tamamı aynı zamanda çalışmanın sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ile ilgili hipotezlerini test edebilmek için kullanılan regresyon analizlerinin bağımsız değişkenleridir.

Çalışmanın bir diğer bağımlı değişkeni ise çalışma kapsamında dikkate alınan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleridir. Ancak TSA veri setlerinde doğrudan yaşam kalitesi ölçümü ile ilgili herhangi bir değişkene/soruya yer verilmemektedir. Bu nedenle bu çalışmada, Türkiye’de yaşayan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin ölçümünde EuroQoL Group (1990) tarafından geliştirilen 3’lü Likert tipindeki beş boyutlu yaşam kalitesi ölçeği (EQ-5D-3L) esas alınmıştır (EuroQoL, 2022). Bu noktada, TSA soru formlarında yer alan ve EQ-5D-3L ölçeğindeki ifadelerle en yakın içerik ve anlama sahip olduğu düşünülen sorular tespit edilmiş ve bireylerin bu sorulara verdikleri cevapların ortalaması dikkate alınarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri hesaplanmaya çalışılmıştır.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin büyük bir kısmı, analiz öncesi bu çalışmanın amaç ve hipotezleri doğrultusunda yeniden kodlanmıştır. Bu noktada, farklı veri setlerinde yer alan veri ve bulguların kıyaslanması ve yorumlanmasını kolaylaştırabilmek için kodlamalarda benzer bir sınıflama tercih edilmiştir. Dolayısıyla farklı yıllarda farklı şekillerde sınıflandırılan veri ve cevaplar, çok daha karşılaştırılabilir nitelikte yeni değişkenlere dönüştürülmüştür. Ayrıca bulguların kolay yorumlanabilmesi için de en iyi ya da en olumlu durumu ifade eden cevaplar, kendi içerisinde en yüksek değerlere sahip olacak şekilde kodlanmıştır. Yapılan tüm kodlama ve değişiklikler, EK 1’de özetlenmiştir.

4.6. VERİLERİNİN ANALİZİ

TÜİK tarafından 2014, 2016 ve 2019 yıllarında kullanıma sunulan TSA veri setlerinin analizinde IBM SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistiksel paket programından yararlanılmıştır. Ancak analizlerin tamamında çalışma amaç ve hipotezleri doğrultusunda oluşturulan yeni değişkenler (EK-1) dikkate alınmıştır.

Çalışma kapsamında ele alınan bireylerin bireysel ve demografik özellikleri ile dolaşım sistemi hastalığına sahip olma durumları hakkındaki tanımlayıcı bilgileri, frekans (sıklık, n) ve yüzde (%) şeklinde verilmiştir. Ancak farklı türden (tıbbi bakım, randevu, ulaşım ve ilaç) karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarına sahip olma durumu ve düzeyinin, bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin

test edilmesinde ise bağımlı değişkenlerin kategorik (0: yok, 1: var) bir yapıda olmasından dolayı Pearson Ki-Kare (Pearson Chi-Square Test) testleri tercih edilmiştir. İlgili test, her biri en az iki farklı kategorik yapıya sahip olan iki farklı durum ve/veya durumu birbiri ile karşılaştırmak için kullanılan ve gruplar arasındaki benzerlikler ile farklılıkları ortaya koyan istatistiksel bir teknik olarak ön plana çıkmaktadır (Alpar, 2016; Howell, 2011). Bu nedenle, Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının bireylerin dolaşım sistemi hastalığına sahip olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği de Pearson Ki-Kare testleri ile ele alınmıştır. Ancak çalışmanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değişkeni süreklilik arz etmektedir. Bu nedenle; çalışma kapsamında ele alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin bireysel ve demografik özelliklerine, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini ne ölçüde karşıladıklarına ve dolaşım sistemi hastalıklarına sahip olup olmama durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik (t-testi) testleri ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizleri ile değerlendirilmiştir. Özellikle de t-testi, geçerliliği test edilmiş bir ölçüm yöntemi ile elde edilen sürekli bir değişken bakımından bağımsız iki farklı grup arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ortaya koymak için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (Kim, 2015; Stoltzfus, 2015). Öte yandan tek yönlü varyans analizlerinde karşılaştırılan gruplar arasındaki farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığının değerlendirilmesinde ise çoklu karşılaştırma testlerinden (pos doc) testlerinden biri olan Tukey HSD testinden yararlanılmıştır.

Bu çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyini etkileyen temel faktörlerin belirlenmesinde ise regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Çünkü regresyon analizi, bir bağımlı değişkeni açıklamak amacıyla dikkate alınan farklı bağımsız değişkenlerden hareketle söz konusu bağımlı değişkenin ortalama değerini hesaplamaya yönelik bir fonksiyon tanımlamaya çalışan istatistiksel bir tekniktir (Karagöz, 2019). Ancak regresyon analizi, dikkate alınan değişkenin nitelik ve özelliğine göre farklı şekillerde yapılabilmektedir. Bu noktada, bağımlı değişkenin kategorik bir yapıya sahip olduğu durumlarda ikili ya da çoklu lojistik regresyon analizi önerilmektedir (Gogtay vd., 2017). Bu çalışmada dikkate alınan bağımlı değişkenlerinden biri olan karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile ilgili sorulara verilen cevaplar da iki kategorili bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, bireylerin karşılanamayan sağlık

ihtiyaçlarını etkilediği düşünülen değişkenlerin etki ve düzeyinin değerlendirilmesinde ikili lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Diğer taraftan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine ilişkin sorulara verilen cevaplar, süreklilik göstermektedir. Bu nedenle bu çalışmada, bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde çok değişkenli doğrusal regresyon analizi dikkate alınmıştır. Ancak ilgili regresyon analizlerine fark testlerinde anlamlı olduğu tespit edilen bağımsız değişkenler dahil edilmiştir. Ayrıca bağımsız değişkenler arası ilişkiler, Pearson korelasyon analizleri ile test edilmiş ve tüm yıllarda ilgili değişkenler arası ilişki düzeylerinin düşük ve orta düzeylerde olduğu tespit edilmiştir.

Öte yandan bu çalışma kapsamında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçümünde esas alınan EQ-5D ölçeğinde yaşam kalitesi; hareketlilik, kişisel bakım, günlük faaliyetler, bedensel ağrı/rahatsızlık ve kaygı/depresyon olmak üzere beş boyutta ele alınmaktadır (EuroQoL, 2022). Ancak TSA veri setlerinde EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan boyutları oluşturabileceği düşünülen farklı türden çok sayıda soru/ifade yer almaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin hesaplanmasında bu soruların tamamı dikkate alınmıştır. Ancak farklı yıllarda kurulan modellerde dikkate alınan soru ve ifadelerin, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçtüğünden emin olabilmek ve elde edilen bulguların güvenilir olup olmadığını test edebilmek için analizler öncesinde geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Analizlere ilişkin açıklamalar aşağıdaki gibidir.

4.6.1. Geçerlik Analizi

Geçerlik, esasında ölçülmek istenen bir durum, özellik ya da olgunun farklı türden yapılar ile karıştırılmadan ölçülebilmesi olarak tanımlanabilir. Geçerlik, bu anlamda amaçlanan bir özelliğin ölçülebilme düzeyi ya da kapasitesi olarak ele alınabilir (Gliner vd., 2016). Bu nedenle, bilimsel çalışmalarda kullanılacak olan ölçeklerin geçerli olup olmadığının kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu noktada literatürde farklı türden çok sayıda geçerlik kontrol yöntemi bulunmaktadır (Alpar, 2016). Bunlardan en yaygını, yapı geçerliğinin kontrolüdür. Yani, birbiri ile ilgili olduğu düşünülen soru ve ifadelerin aynı yapılar altında toplanıp toplanmadığının incelenmesidir. Söz konusu ifadelerin benzer yapılar altında bir araya gelmesi ise ilgili ölçeğin yapısal açıdan geçerli olduğu anlamına gelmektedir. Yapısal geçerliğin testinde ise açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri olmak üzere iki

farklı analiz yöntemi bulunmaktadır. Bu noktada; geçerliliğin, öncelikle açımlayıcı faktör analizi ile kontrol edilmesinin ve açımlayıcı faktör analizi sonucunda geçerli olduğuna karar verilen ölçeklerin farklı bir örneklem üzerinden elde edilen veriler yardımıyla doğrulanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle; bu çalışmada öncelikle, TÜİK tarafından 2014 yılında yayımlanan veri seti dikkate alınarak bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin ölçümünde kullanılan farklı soruların yapısal bakımdan geçerli olup olmadığı açımlayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Söz konusu veri seti ile yapılan faktör analizi sonrasında yapısal olarak geçerli olduğu ortaya konulan bir model elde edilmiştir. Bu model sonucunda elde edilen bulguların doğrulanmasında ise 2019 yılında yayımlanan TSA veri seti kullanılmıştır. Söz konusu test sonuçları aşağıdaki gibidir:

4.6.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi ve Sonuçları

Çalışma kapsamında 18 yaş ve üstü bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin ölçümünde kullanılan farklı soruların yapısal bakımdan geçerli olup olmadığının testinde 2014 yılı veri seti dikkate alınmıştır. İlgili veri setinde yer alan ifadelerin benzer yapılar altında toplanıp toplanmadığı, açımlayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Açımlayıcı faktör analizinde yer alan faktörler, temel bileşenler analizi yardımı ile elde edilmiş ve temel bileşenler analizinde döndürme tekniği olarak ise varimax dik döndürme (varimax rotation) yöntemi seçilmiştir. Ayrıca birbiri ile ilişkili çok sayıda değişkenin kavramsal olarak daha az ancak daha anlamlı yapılar altında bir araya getirildiği açımlayıcı faktör analizinde yapı sayısına belirlemek için yapı özdeğerlerinin 1'den, yapıları oluşturan ifadelerin faktör yüklerinin 0,30'dan daha büyük olması istenmektedir (Stevens, 2002; Thompson, 2006). Bu çalışmada da bu hususlara dikkat edilmiş ve analiz sonucunda elde edilen bulgular, Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Açımlayıcı Faktör Analizi, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Sorular	Hrk	Kb	Gf	Ağrı	Dep
Yürürken Zorlanma (Hrk1)	0,829				
Merdiven Çıkarken Zorlanma (Hrk2)	0,846				
Tuvalet Kullanırken Zorlanma (Kb1)		0,880			
Giyinirken Zorlanma (Kb2)		0,878			
Duş Alırken Zorlanma (Kb3)		0,852			
Beslenirken Zorlanma (Kb4)		0,777			
Yemek Hazırlarken Zorlanma (Kb5)		0,632			
Hafif Ev İşlerinde Zorlanma (Gf1)			0,748		
Ağır Ev İşlerinde Zorlanma (Gf2)			0,720		
Bedensel Ağrı Çekme (Ağrı1)				0,907	
Ağrı Nedenli Hayatın Engellenmesi (Ağrı2)				0,880	
Bunalımda Hissetme (Dep1)					0,853
Zevk Alamama (Dep2)					0,809
Yorgun Hissetme (Dep3)					0,794
Uykusuzluk Çekme (Dep4)					0,729
Özdeğer	1,780	3,606	1,695	1,803	2,791
Açıklanan Varyans Yüzdesi	11,868	24,038	11,299	12,019	18,609
Toplam Varyans Yüzdesi	11,868	35,906	47,205	59,224	77,833
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)					0,879
Bartlett Küresellik Testi					154169,105
p	<0,001				

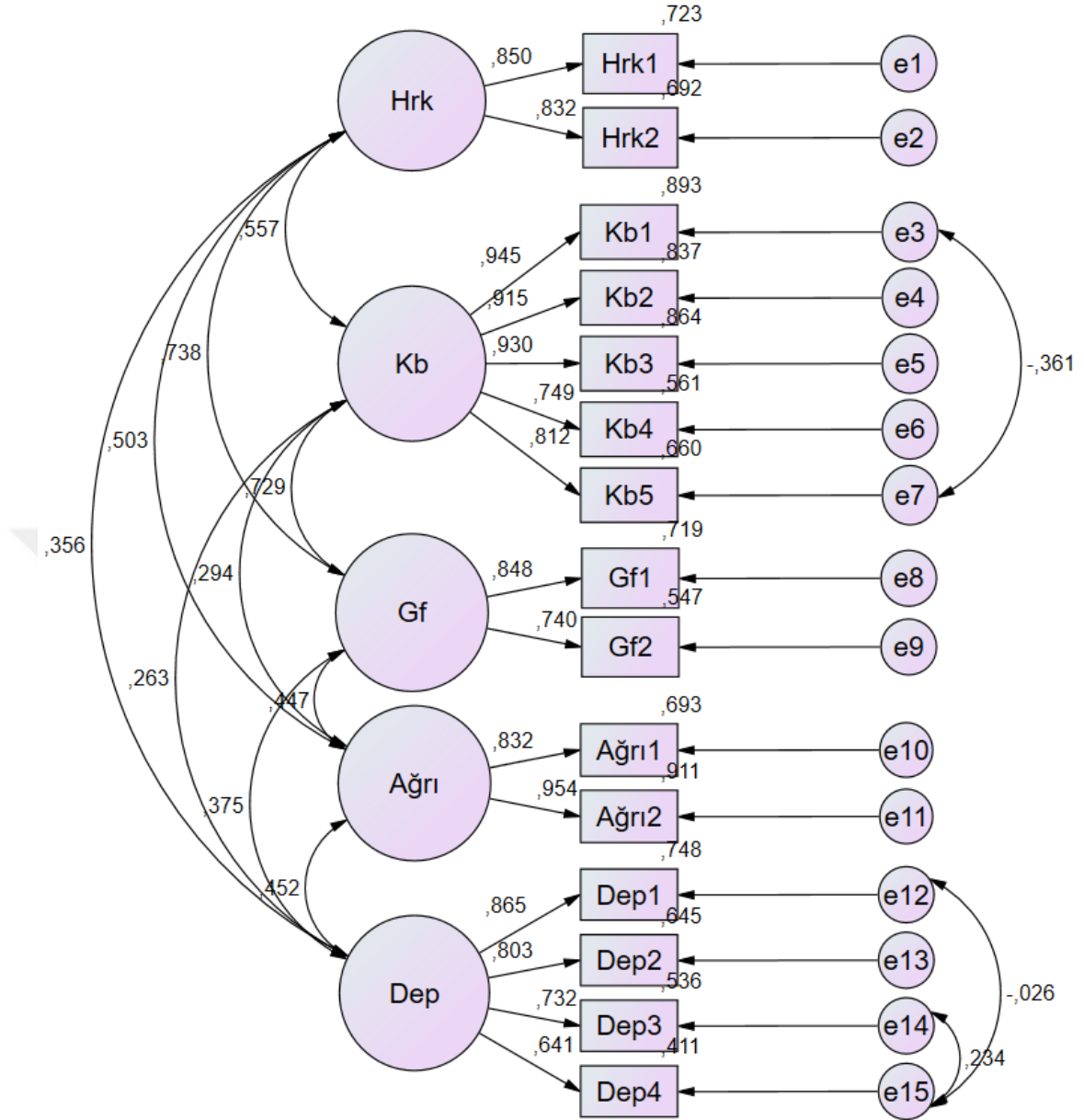
Hrk: hareketlilik; Kb: kişisel bakım; Gf: günlük faaliyetler; Ağrı: ağrı/rahatsızlık; Dep: kaygı/depresyon

Tablo 4 incelendiğinde; çalışmada sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan 15 ifadenin EuroQoL Group tarafından geliştirilen EQ-5D-3L ölçeğinde olduğu gibi beş boyutlu bir yapıda bir araya geldiği görülmektedir. Söz konusu boyutların özdeğerleri 1'in üzerindedir ve farklı boyutlar altında toplanan ifadelerin faktör yükleri de 0,6'nın üzerinde yer almaktadır. Ayrıca bu çalışma kapsamında dikkate alınan veri seti, faktör analizi için yeterli (KMO:0,879>0,60) örneklem büyüklüğüne sahiptir (Alpar, 2016) ve kovaryans matrisi söz konusu analizler için uygun (Bartlett Küresellik Testi: 154169,105;

$p < 0,001$) durumdadır (Taherdoost vd., 2022). Bu açıdan ele alındığında; TÜİK tarafından kullanılan soru formlarında yer alan “*Düz bir arazide baston veya diğer bir yürüme aracı kullanmadan ya da destek almadan 500 metre yürümekte zorluk çekiyor musunuz?*” ve “*12 basamaklı bir merdiveni inip çıkmakta zorluk çekiyor musunuz?*” sorularına verilen cevaplar, bir yapı altında toplanmaktadır. Öte yandan bireylerin “*Aşağıdaki faaliyetleri (beslenme, yatağa girme, kalkma ya da oturma, giyinme ve elbiselerini çıkarma, tuvalet kullanma, banyo yapma) yardım almadan gerçekleştirirken zorluk çekiyor musunuz?*” sorularına verdikleri cevaplar, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin ölçümünde esas alınan EQ-5D-3L ölçeğinin kişisel bakım boyutunu; “*Aşağıdaki faaliyetleri (hafif ev işleri, ağır ev işleri) yardım almadan gerçekleştirirken zorluk çekiyor musunuz?*” ya da “*Yardım almadan hafif/ağır ev işlerini yapmada zorluk çekiyor musunuz?*” sorularına verdikleri cevaplar, günlük faaliyetler boyutunu; “*Son 4 hafta içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?*” ve “*Son 4 hafta içerisinde yaşadığınız ağrı normal hayatınızı ne derece engelledi?*” sorularına verdikleri cevaplar, bedensel ağrı boyutunu ve “*son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler (Bunalımlı veya umutsuz hissetme, bir şeyler yaparken çok az ilgi duyma ve keyif alma, yorgun veya enerjisiz hissetme, uykuya dalmakta veya uyumakta zorluk çekme ya da çok fazla uyuma) sizi ne sıklıkla rahatsız etti?*” sorularına verdikleri cevaplar ölçeğin depresyon/kaygı boyutunu oluşturmaktadır.

4.6.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Sonuçları

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için kullanılan 15 farklı sorunun EuroQoL Group tarafından geliştirilen 5 boyutlu yaşam kalitesi ölçeğine uygun olup olmadığı açımlayıcı faktör analizleri ile test edilmiş ve elde edilen yapının EQ-5D ile benzer bir yapıya sahip olduğu ortaya konmuştur. Ancak bu yapının geçerli olduğunun ileri sürülebilmesi için bir başka örneklem üzerinde yeniden gözden geçirilmesi yani doğrulanması gerekmektedir. Bu nedenle, 2014 yılı esas alınarak elde edilen bu beş boyutlu yapı, doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Bu noktada, söz konusu yapının doğrulanmasında 2019 yılına ait veri seti kullanılmış ve analizler IBM tarafından geliştirilen AMOS 23 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizine dayalı ölçüm modeli aşağıda verilmiştir.



Hrk: hareketlilik; Kb: kişisel bakım; Gf: günlük faaliyetler; Ağrı: ağrı/rahatsızlık; Dep: kaygı/depresyon

Şekil 13. Doğrulayıcı Faktör Analizi, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Şekil 13 incelendiğinde; modelde yer alan ifadelerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Model ayrıca kabul edilebilir uyum iyiliği sınırları [*Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)*: $0,066 < 0,080$; *Uyum İyiliği İndeksi (Goodnes of Fit Index, GFI)*: $0,958 > 0,900$; *Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI)*: $0,968 > 0,900$; *Normlaştırılmış Uyum İyiliği İndeksi (Normed Fit Index, NFI)*: $0,967 > 0,900$ ve *Tucker-Lewis İndeksi (Tucker-Lewis Index,*

$TLI:0,956 > 0,900$] içerisinde yer almaktadır (Hoyle, 2000; Schumacker ve Lomax, 2010). Ancak modelin χ^2 /serbestlik derecesi (sd) (66,58), önerilen üst sınırın üzerindedir. Bu durumun nedeninin örneklem büyüklüğünden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü ki-kare testi, örneklem hacmine aşırı duyarlıdır. Bu nedenle χ^2 /sd’de yaşanan sapmaların örneklem büyüklüğünden mi yoksa yapısal bir sorundan mı kaynaklandığının ele alınması gerekmektedir. Bu noktada, RMSEA, CFI ya da TLI gibi uyum iyiliği indekslerinde bir sapma olup olmadığı incelenmelidir (Karagöz, 2019). Bu çalışmada, sadece χ^2 /sd’de bir sapma söz konusudur ve diğer uyum iyiliği indekslerinin tamamı olması gereken aralıkta yer almaktadır. Sonuç olarak, bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için EQ-5D esas alınarak oluşturulan 5 boyutlu ölçek yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmış durumdadır.

4.6.2. Güvenirlik Analizi

Çalışmada bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için dikkate alınan ifadelerin güvenirliği, içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa, α ;) bakımından incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde; ölçeğin hareketlilik boyutunun 2 sorudan oluştuğu ve söz konusu sorulara verilen cevapların güvenirlik düzeyinin 0,800’ün üzerinde olduğu görülmektedir. Bu düzey, 2014 yılında 0,851; 2016 yılında 0,855 ve 2019 yılında 0,829’dur. Benzer şekilde ölçeğin günlük faaliyetler ve bedensel ağrı boyutları da ikişer sorudan meydana gelmektedir ve iki boyutun da güvenirlik düzeyleri 0,700’ün üzerinde yer almaktadır. Ancak ölçeğin bedensel ağrı boyutunun içsel tutarlılık düzeyi çok daha yüksektir. Ölçeğin kişisel bakım boyutu ise 5 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bakım boyutuna ilişkin farklı yıllarda elde edilen güvenirlik katsayıları 0,900’ün üzerinde yer almaktadır. Dolayısıyla ölçekte dikkate alınan beş boyut içerisinde içsel tutarlılık düzeyinin en yüksek olduğu boyutun kişisel bakım boyutu olduğu söylenebilir. Ölçeğin kaygı boyutu incelendiğinde ise söz konusu boyutun 4 sorudan meydana geldiği ve güvenirlik düzeyinin 0,700’den fazla olduğu gözlemlenmektedir. Ölçeğin genel tutarlılık düzeyi ise tüm yıllarda 0,900’e yakın durumdadır. Dolayısıyla bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmek için bir araya getirilen 15 soruluk yapının güvenilir yani içsel açıdan tutarlı olduğu söylenebilir.

Tablo 5. Güvenirlilik Analizi, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Boyutlar	Madde Sayısı	2014	2016	2019
Hareketlilik	2	0,851	0,855	0,829
Kişisel Bakım	5	0,907	0,901	0,937
Günlük Faaliyetler	2	0,748	0,748	0,771
Bedensel Ağrı	2	0,807	0,811	0,827
Kaygı/Depresyon	4	0,775	0,776	0,772
Genel	15	0,891	0,889	0,901

4.7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI

Bu çalışma, 2014, 2016 ve 2019 yıllarında yayınlanan sağlık araştırmaları üzerinden gerçekleştirilmiştir. Araştırmalara katılan bireylerin soru formlarında yer alan sorulara samimi bir şekilde cevap verdikleri kabul edilmiştir. Ayrıca ilgili veri setlerinde yer alan kayıp veriler de gözlem dışında tutulmuştur. Dolayısıyla elde edilen bulguların sadece çalışma kapsamında yer alan bireylere ilişkin bilgiler sunduğu düşünülmektedir. Ayrıca söz konusu verilerin ikincil veriler olması nedeniyle de veri toplama ve girişlerinin doğru yapıldığı varsayılmıştır.

Araştırmanın en önemli sınırlılığı ise bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümüne ilişkindir. TÜİK tarafından kullanılan soru formlarında doğrudan yaşam kalitesi ile ilgili herhangi bir soru/bölüm bulunmamaktadır. Bu nedenle; bu çalışmada, EQ-5D’de yer alan boyutlar esas alınarak ilgili formlarındaki bazı sorular bir araya getirilmiştir. Dolayısıyla çalışma sonucunda elde edilen yaşam kalitesi skorları doğrudan EQ-5D’ye atfedilmez. Ayrıca farklı yıllara ilişkin veri setlerinde yer alan bireylerin farklılık göstermesidir. Söz konusu verilerin ikincil veriler olması da çalışma kapsamında ele alınan değişkenlerin sınırlandırılmasına neden olmuştur. Dolayısı ile sağlık kurumlarının yapısal özellikleri ile ilgili farklı türden çok sayıda değişken analiz kapsamında ele alınamamıştır.

5. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde; 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile çalışma kapsamına alınan ve Türkiye’de yaşayan 18 yaş üzerindeki bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklerine ve ihtiyaç duydukları halde ödeme güçlüğü ve/veya sağlık sistemi ile ilgili yapısal sorunlar nedeniyle karşılayamadıkları sağlık ihtiyaçlarının olup olmadığına ilişkin araştırma bulgularına yer verilmiştir. Bu bölümde ayrıca, söz konusu hastalık türüne ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyine göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği de ele alınmıştır. Öte yandan Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısını etkileyen faktörlere ilişkin analiz sonuçlarına da bu bölüm kapsamında yer verilmiştir.

5.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin bireysel ve demografik özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler, Tablo 6’da verilmiştir. Tablo 6 incelendiğinde; tüm yıllarda söz konusu bireylerin %60’a yakınının kadın olduğu görülmektedir. Bireylerin ayrıca yarısına yakını, 45 yaş ve üzerinde yer almaktadır. 65 yaş ve üzerinde yer alan bireyler ise çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin 2014 yılında %12,8’ini, 2016 yılında %14,6’sını ve 2019 yılında ise %14,2’sini oluşturmaktadır. Tüm yıllarda bireylerin yaklaşık %72’si ise evli bireylerden oluşmaktadır. Boşanmış ve dul bireylerin oranı ise yaklaşık %10’dur.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde ise eğitim almadığını belirten bireylerin oranında 2016 yılında bir artış olduğu gözlemlenmektedir. 2014 yılında %15,7 olan eğitim almamış bireylerin oranı, 2016 yılında %16,2’ye kadar yükselmiştir. Ancak bu oran, 2019 yılında kayda değer bir azalış göstermiştir ve %13,6 olarak ölçülmüştür. Ayrıca söz konusu bireylerin -ilgili tüm yıllarda- yarısına yakınının ilköğretim, %20’sinin ise lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Ön lisans mezunu bireylerin oranında ise yıllar itibari ile bir artış söz konusudur ve 2014 yılında %14,6 olan ön lisans mezunu birey oranı, 2019 yılında %19,2’ye kadar yükselmiş durumdadır.

Tablo 6. Bireysel ve Demografik Özelliklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Yıllar		2014		2016		2019	
Değişkenler		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	7215	42,6	5997	40,2	6286	41,9
	Kadın	9703	57,4	8930	59,8	8729	58,1
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Yaş	18-24	2120	12,5	1768	11,8	1735	11,6
	25-34	3528	20,9	2834	19,0	2916	19,4
	35-44	3598	21,3	3232	21,7	3205	21,3
	45-54	3123	18,5	2756	18,5	2719	18,1
	55-64	2378	14,1	2165	14,5	2310	15,4
	65+	2171	12,8	2172	14,6	2130	14,2
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Eğitim Düzeyi	Eğitim Almamış	2651	15,7	2413	16,2	2045	13,6
	İlköğretim	8642	51,1	7290	48,8	7121	47,4
	Lise	3147	18,6	2821	18,9	2962	19,7
	Ön Lisans+	2478	14,6	2403	16,1	2887	19,2
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Medeni Durum	Bekar	2851	16,9	2367	15,9	2537	16,9
	Evli	12330	72,9	10917	73,1	10829	72,1
	Boşanmış, Dul	1737	10,3	1643	11,0	1649	11,0
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6753	39,9	5753	38,5	5508	36,7
	Çalışmıyor	10165	60,1	9174	61,5	9507	63,3
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Gelir Düzeyi	1. Düzey	5165	30,5	3159	21,2	2412	16,1
	2. Düzey	3423	20,2	4090	27,4	3372	22,5
	3. Düzey	2765	16,3	2674	17,9	2783	18,5
	4. Düzey	2889	17,1	2558	17,1	3573	23,8
	5. Düzey	2676	15,8	2446	16,4	2875	19,1
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Sosyal Güvence	Yok	972	5,7	764	5,1	817	5,4
	Var	15946	94,3	14163	94,9	14198	94,6
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0

Çalışma kapsamında ele alınan bireylerin önemli bir kısmının düzenli gelir getirici bir işe sahip olmadığı da görülmektedir. Bu noktada, 2014 yılında düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan bireylerin oranı %60,1'dir. Ancak bu oran, 2016 yılında %61,5'e ve 2019 yılında %63,3'e yükselmiştir. Öte yandan bireylerin hane halkı gelir düzeyleri de zaman içerisinde bir artış göstermiştir. Ancak ilgili yıllar itibari ile söz konusu bireylerin yaklaşık %5'inin herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 7'de ise bu çalışma kapsamında ele alınan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin şikayetçi oldukları kronik hastalıklara yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde; bireylerin tüm yıllarda üçte bire yakınının [%35,7 (2014 yılı), %37,7 (2016 yılı), %35,9 (2019 yılı)] en az bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Söz konusu kronik hastalıkların başında ise kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon ve inme gibi hastalıklar gelmektedir. Bu açıdan ele alındığında bu çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin yaklaşık %25'inin en az bir dolaşım sistemi hastalığına [miyokardiyal enfarktüs (%2,2 (2014 yılı), %2,5 (2016 yılı), %2,6 (2019 yılı)), koroner kalp hastalığı (%9,2 (2014 yılı), %7,5 (2016 yılı), %7,8 (2019 yılı)), hipertansiyon (%19,4 (2014 yılı), %19,8 (2016 yılı), %19,2 (2019 yılı)), inme (%0,8 (2014, 2016 ve 2019 yılı))] sahip olduğu söylenebilir. Ancak dolaşım sistemi hastalıklarından şikayetçi olan bireylerin yaklaşık %30,0'u, aynı zamanda farklı türden bir kronik hastalığa daha sahiptir. Dolaşım sistemi hastalıklarını ise tüm yıllarda sırasıyla bel ve boyun bölgesi ağrıları ile alerjik reaksiyonlar, depresyon ve şeker hastalığı takip etmektedir.

Tablo 7. Kronik Hastalıklar

Hastalıklar		2014		2016		2019			
		n	%	n	%	n	%		
Kronik Hastalık	Yok	6037	35,7	5628	37,7	5369	35,9		
	Var	10881	64,3	9299	62,3	9646	64,1		
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0		
Dolaşım Sistemi Hastalığı (Miyokardiyal enfarktüs, koroner kalp hastalığı, inme ve hipertansiyon hastalıklarından en az biri)	Yok	12831	75,8	11427	76,6	11488	76,5		
	Var	4087	24,2	3500	23,4	3527	23,5		
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0		
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	Miyokardiyal enfarktüs ve Enfarktüs kronik sonuçları	Yok	16549	97,8	14561	97,5	14626	97,4	
		Var	369	2,2	366	2,5	389	2,6	
		Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0	
	Koroner kalp hastalığı (Anjina, göğüs ağrısı, spazm)	Yok	15367	90,8	13812	92,5	13843	92,2	
		Var	1551	9,2	1115	7,5	1172	7,8	
		Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0	
	Hipertansiyon	Yok	13642	80,6	11972	80,2	12134	80,8	
		Var	3276	19,4	2955	19,8	2881	19,2	
		Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0	
	İnme-felç (Beyin kanaması, serebral tromboz)	Yok	16782	99,2	14802	99,2	14895	99,2	
		Var	136	<1	125	<1	120	<1	
		Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0	
	Diğer Kronik Hastalıklar	Astım (Alerjik astım dahil)	Yok	15428	91,2	13572	90,9	13517	90,0
			Var	1490	8,8	1355	9,1	1498	10,0
			Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Kronik bronşit, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, amfizem		Yok	15463	91,4	13701	91,8	13788	91,8	
		Var	1455	8,6	1226	8,2	1227	8,2	
		Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0	
Arthrosis (Eklem iltihabı hariç)		Yok	15284	90,3	13491	90,4	13064	87,0	
		Var	1634	9,7	1436	9,6	1951	13,0	
		Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0	
Bel bölgesi problemleri (Bel ağrısı, bel fıtığı ve diğer bel defektleri)	Yok	10669	63,1	10254	68,7	10019	66,7		
	Var	6249	36,9	4673	31,3	4996	33,3		
	Toplam	16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0		

Tablo 7. Kronik Hastalıklar - Devamı

Hastalıklar			2014		2016		2019	
			n	%	n	%	n	%
Boyun bölgesi problemleri (Boyun ağrısı, boyun fıtığı, diğer boyun defektleri)	Yok		12711	75,1	11723	78,5	11479	76,5
	Var		4207	24,9	3204	21,5	3536	23,5
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Şeker Hastalığı (Diyabet)	Yok		15083	89,2	13246	88,7	13267	88,4
	Var		1835	10,8	1681	11,3	1748	11,6
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Alerji (Alerjik rinit, dermatit, yiyecek vb. alerjisi) (alerjik astım hariç)	Yok		14617	86,4	13123	87,9	13018	86,7
	Var		2301	13,6	1804	12,1	1997	13,3
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği	Yok		16611	98,2	14673	98,3	14758	98,3
	Var		307	1,8	254	1,7	257	1,7
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
İdrar kaçırma, idrarı tutamama	Yok		15430	91,2	13833	92,7	13690	91,2
	Var		1488	8,8	1094	7,3	1325	8,8
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Böbrek problemleri	Yok		15545	91,9	13858	92,8	14085	93,8
	Var		1373	8,1	1069	7,2	930	6,2
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Depresyon	Yok		14859	87,8	13655	91,5	13466	89,7
	Var		2059	12,2	1272	8,5	1549	10,3
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Alzheimer	Yok		16690	98,7	14766	98,9	14864	99,0
	Var		228	1,3	161	1,1	151	1,0
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Çölyak	Yok		16837	99,5	14903	99,8	14995	99,9
	Var		81	<1	24	<1	20	<1
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Madde Kullanımı	Yok		16906	99,9	14920	100,0	15012	100,0
	Var		12	<1	7	<1	3	<1
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0
Down Sendromu	Yok		16913	100,0	14922	100,0	15012	100,0
	Var		5	<1	5	<1	3	<1
	Toplam		16918	100,0	14927	100,0	15015	100,0

Tablo 8’de ise karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile ilgili bazı tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Tablo 8 incelendiğinde; çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin 2014 yılında %15’inin, 2016 ve 2019 yıllarında ise yaklaşık %9’unun, ödeme güçlüğü sorunları nedeni ile ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılayamadıkları görülmektedir. Öte yandan söz konusu bireylerin 2014 yılında %21’i, 2016 yılında %15,8’i ve 2019 yılında %25,8’i, randevularda yaşanan gecikmeler nedeni ile ihtiyaç duydukları bazı hizmetlere geç ulaştıklarını ifade etmişlerdir. Ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle sağlık hizmetlerini almada zorluk yaşadığını ifade eden bireyler ise 2014 yılında %13,6, 2016 yılında %9,7 ve 2019 yılında %11,8 dolaylarındadır. Ayrıca çalışma kapsamında ele alınan bireylerin 2014 yılında %11,6’sı, 2016 ve 2019 yıllarında ise %6’ya yakını ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alabilmelerine rağmen reçeteli bazı ilaçları ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılayamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 8. Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı Düzeyi

Değişkenler	Yıllar	2014		2016		2019	
	Sağlık İhtiyaçları	n	%	n	%	n	%
Tıbbi Bakım	Evet	2177	15,0	1313	9,5	1307	9,2
	Hayır	12350	85,0	12436	90,5	12934	90,8
	Toplam	14527	100,0	13749	100,0	14241	100,0
Randevu	Evet	3030	21,0	2247	15,8	3753	25,8
	Hayır	11375	79,0	12017	84,2	10779	74,2
	Toplam	14405	100,0	14264	100,0	14532	100,0
Ulaşım	Evet	2025	13,6	1398	9,7	1717	11,8
	Hayır	12838	86,4	12951	90,3	12849	88,2
	Toplam	14863	100,0	14349	100,0	14566	100,0
İlaç	Evet	1728	11,6	867	6,2	931	6,5
	Hayır	13150	88,4	13164	93,8	13450	93,5
	Toplam	14878	100,0	14031	100,0	14381	100,0

5.2. KARŞILANAMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde ödeme gücü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılanamayan tıbbi bakım hizmetleri ile reçeteli ilaçlara ilişkin araştırma bulgularına yer verilmiştir. Bu bölümde ayrıca randevu kaynaklı gecikmeler ile uzaklık ve/veya ulaşım sorunları ile ilgili analiz sonuçları da ele alınmıştır.

5.2.1. Ödeme Gücü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin ilgili yıllar itibarıyla karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının bireysel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği, Pearson Ki-Kare testleri ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bulgular, Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9 incelendiğinde; 2014, 2016 ve 2019 yılları itibarı ile bir düşüş söz konusu olsa da ödeme gücü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının kadınlarda daha sık gözlemlendiği görülmektedir. Özellikle, 2014 yılında dikkate alınan kadınların %16,6’sı, ekonomik nedenlerle karşılayamadıkları sağlık ihtiyaçları olduğunu dile getirmişlerdir. Bu oran, 2016 ve 2019 yıllarında %10 seviyelerindedir. Yapılan ki-kare testlerinde karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçları bakımından kadınlar ve erkekler arasındaki bu farklılıkların ise ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Öte yandan Türkiye’de ödeme gücü kaynaklı sorunlar nedeniyle karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, aynı zamanda söz konusu bireylerin yaşlarına göre de istatistiksel bazı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Özellikle 35-54 yaş aralığında yer alan bireylerin diğerlerine kıyasla daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. 65 yaş ve üzeri bireylerde ise bu sorunun görece daha az olduğu söylenebilir. 65 yaş ve üzerindeki bireyleri ise sırasıyla 18-24 ve 25-34 yaş aralığında yer alan bireyler takip etmektedir.

Ki-kare testlerine göre çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının eğitim durumlarına göre de tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği de bu çalışma kapsamında elde edilen bir diğer bulgudur ($p<0,05$).

Özellikle eğitim almadığını belirten bireylerde karşılanamayan tıbbi bakım hizmetlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. 2014 yılında söz konusu bireylerin yaklaşık %25'inin ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları tıbbi bakım hizmetlerini karşılayamadıkları tespit edilmiştir. 2016 ve 2019 yıllarında ise bu oran %15,0'a yakındır. 2014 yılında ön lisans mezunlarının ise sadece %6,6'sı ödemelerde yaşadıkları zorluklar nedeni ile karşılayamadıkları farklı tıbbi bakım hizmetleri olduğunu belirtirken 2016 ve 2019 yıllarında ise sadece %5'inin bu durumdan şikayetçi oldukları belirlenmiştir.

Çalışma kapsamındaki bireylerde ödeme güçlüğü nedeni ile karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının düzeyi, bireylerin medeni durumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu çalışmada dikkate alınan tüm yıllarda boşanmış ve dul bireylerde karşılanamayan tıbbi bakım hizmetlerinin daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir. Ancak ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının en düşük olduğu grubu bekar bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 9 incelendiğinde, düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan bireylerde de ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Özellikle de 2014 yılında çalışma kapsamında alınan ve herhangi bir işe sahip olmadığını belirten bireylerin %16,6'sı, ekonomik sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamadıklarını belirtmişlerdir. 2016 ve 2019 yıllarında ise çalışmayan bireylerin sadece %10'u, tıbbi bakım hizmetlerinde karşılanamayan ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir. Ki-kare analizi sonuçlarına göre karşılanamayan tıbbi bakım hizmetleri bakımından gruplar arasındaki bu farklılıkların ise tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Benzer şekilde, çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlar, bireylerin hane halkı gelir düzeylerine göre de ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Özellikle düşük gelir grubunda (1. düzey) yer alan bireylerde [%24,8 (2014 yılı), %17,3 (2016 yılı), %20,1 (2019 yılı)] sağlık hizmetlerinde ödeme güçlüğü kaynaklı sorunların daha fazla olduğu söylenebilir. Söz konusu bireyleri sırası ile ikinci [%13,7 (2014 yılı), %10,9 (2016 yılı), %10,7 (2019 yılı)] ve üçüncü gelir grubunda [%13,7 (2014 yılı), %8,0 (2016 yılı), %7,6 (2019 yılı)] yer alan bireyler takip etmektedir. Ancak gelir düzeyi görece çok daha yüksek

olan bireylerde (5. düzey) ise karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının 2014 yılında %5, 2016 yılında %3,2 ve 2019 yılında %3,7 olduğu gözlemlenmektedir.

Sosyal güvence sahipliği bakımından da gruplar arasında benzer bir durumun varlığından bahsetmek mümkündür. Yapılan ki-kare testlerinde 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçları açısından ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ortaya konmuştur ($p<0,05$). Bu kapsamda; herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığını belirtenlerin 2014 yılında %34,6'sı, 2016 yılında %27,2'si ve 2019 yılında %24,7'si, ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları tıbbi bakım hizmetlerini karşılayamadıklarını belirtmişlerdir.

Dolaşım sistemi hastalığı bulunan bireylerde de çalışma kapsamında dikkate alınan tüm yıllarda ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının daha yaygın olduğunu görmek mümkündür. 2014 yılında dolaşım sistemi hastası olduğunu belirten bireylerin %16,7'si, dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra eşlik eden farklı hastalıkları da olduğunu belirten bireylerin ise %22,8'i, ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları bazı tıbbi bakım hizmetlerini alamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran, sadece dolaşım sistemi hastalığı olduğunu belirten bireylerde 2016 ve 2019 yıllarında ise %11 seviyelerindedir. Ancak dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra eşlik eden farklı tür kronik hastalıklardan da şikayetçi olan bireylerde ise 2016 yılında %15,2 ve 2019 yılında %17,8'dir. Ki-kare testlerine göre karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçları bakımından söz konusu gruplar arasındaki bu türden farklılıkların ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir ($p<0,05$).

Tablo 9. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
Cinsiyet	Erkek	739	5145	5884	45,702 <0,001	420	4962	5382	31,212 <0,001	411	5428	5839	54,316 <0,001
		(12,6)	(87,4)	(100,0)		(7,8)	(92,2)	(100,0)		(7,0)	(93,0)	(100,0)	
	Kadın	1438	7205	8643		893	7474	8367		896	7506	8402	
		(16,6)	(83,4)	(100,0)		(10,7)	(89,3)	(100,0)		(10,7)	(89,3)	(100,0)	
Yaş	18-24	246	1518	1764	48,990 <0,001	114	1446	1560	27,048 <0,001	122	1507	1629	34,792 <0,001
		(13,9)	(86,1)	(100,0)		(7,3)	(92,7)	(100,0)		(7,5)	(92,5)	(100,0)	
	25-34	465	2512	2977		265	2368	2633		263	2484	2474	
		(15,6)	(84,4)	(100,0)		(10,1)	(89,9)	(100,0)		(9,6)	(90,4)	(100,0)	
	35-44	523	2520	3043		325	2611	2936		322	2712	3034	
		(17,2)	(82,8)	(100,0)		(11,1)	(88,9)	(100,0)		(10,6)	(89,4)	(100,0)	
	45-54	456	2251	2707		265	2280	2545		276	2282	2558	
		(16,8)	(83,2)	(100,0)		(10,4)	(89,6)	(100,0)		(10,8)	(89,2)	(100,0)	
	55-64	260	1820	2080		182	1846	2028		172	2043	2215	
		(12,5)	(87,5)	(100,0)		(9,0)	(91,0)	(100,0)		(7,8)	(92,2)	(100,0)	
	65+	227	1729	1956		162	1885	2047		152	1906	2058	
		(11,6)	(88,4)	(100,0)		(7,9)	(92,1)	(100,0)		(7,4)	(92,6)	(100,0)	

Tablo 9. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması- Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almamış</i>	584	1769	2353	348,825 <0,001	347	1917	2264	203,946 <0,001	284	1677	1961	186,397 <0,001
		(24,8)	(75,2)	(100,0)		(15,3)	(84,7)	(100,0)		(14,5)	(85,5)	(100,0)	
	<i>İlköğretim</i>	1189	6262	7451		710	5995	6705		726	6033	6759	
		(16,0)	(84,0)	(100,0)		(10,6)	(89,4)	(100,0)		(10,7)	(89,3)	(100,0)	
	<i>Lise</i>	265	2353	2618		171	2402	2573		174	2623	2797	
		(10,1)	(89,9)	(100,0)		(6,6)	(93,4)	(100,0)		(6,2)	(93,8)	(100,0)	
	<i>Ön Lisans+</i>	139	1966	2105		85	2122	2207		123	2601	2724	
		(6,6)	(93,4)	(100,0)		(3,9)	(96,1)	(100,0)		(4,5)	(95,5)	(100,0)	
Medeni Durum	<i>Bekar</i>	277	2033	2310	19,423 <0,001	135	1954	2089	32,588 <0,001	161	2189	2350	27,597 <0,001
		(12,0)	(88,0)	(100,0)		(6,5)	(93,5)	(100,0)		(6,9)	(93,1)	(100,0)	
	<i>Evli</i>	1658	9028	10686		997	9119	10116		961	9349	10310	
		(15,5)	(84,5)	(100,0)		(9,9)	(90,1)	(100,0)		(9,3)	(90,7)	(100,0)	
	<i>Boşanmış, Dul</i>	242	1289	1531		181	1363	1544		185	1396	1581	
		(15,8)	(84,2)	(100,0)		(11,7)	(88,3)	(100,0)		(11,7)	(88,3)	(100,0)	

Tablo 9. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması- Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	688	4887	5575	49,683	422	4758	5180	18,942	369	4756	5125	37,569
		(12,3)	(87,7)	(100,0)		(8,1)	(91,9)	(100,0)		(7,2)	(92,8)	(100,0)	
	<i>Çalışmıyor</i>	1489	7463	8952	<0,001	891	7678	8569	<0,001	938	8178	9116	<0,001
		(16,6)	(83,4)	(100,0)		(10,4)	(89,6)	(100,0)		(10,3)	(89,7)	(100,0)	
<i>Gelir Düzeyi</i>	<i>1. Düzey</i>	1103	3336	4439	588,133	504	2406	2910	368,731	459	1819	2278	487,020
		(24,8)	(75,2)	(100,0)		(17,3)	(82,7)	(100,0)		(20,1)	(79,9)	(100,0)	
	<i>2. Düzey</i>	411	2582	2993	<0,001	410	3354	3764	<0,001	345	2869	3214	<0,001
		(13,7)	(86,3)	(100,0)		(10,9)	(89,1)	(100,0)		(10,7)	(89,3)	(100,0)	
	<i>3. Düzey</i>	323	2038	2361	<0,001	196	2241	2437	<0,001	203	2459	2662	<0,001
		(13,7)	(86,3)	(100,0)		(8,0)	(92,0)	(100,0)		(7,6)	(92,4)	(100,0)	
	<i>4. Düzey</i>	226	2235	2461	<0,001	132	2262	2394	<0,001	202	3210	3412	<0,001
		(9,2)	(90,8)	(100,0)		(5,5)	(94,5)	(100,0)		(5,9)	(94,1)	(100,0)	
	<i>5. Düzey</i>	114	2159	2273	<0,001	71	2179	2244	<0,001	98	2577	2675	<0,001
		(5,0)	(95,0)	(100,0)		(3,2)	(96,8)	(100,0)		(3,7)	(96,3)	(100,0)	

Tablo 9. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması- Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Yok</i>	264	500	764	242,395 <0,001	182	486	668	254,531 <0,001	182	555	737	224,508 <0,001
		(34,6)	(65,4)	(100,0)		(27,2)	(72,8)	(100,0)		(24,7)	(75,3)	(100,0)	
	<i>Var</i>	1913	11850	13763		1131	11950	13081		1125	12379	13504	
		(13,9)	(86,1)	(100,0)		(8,6)	(91,4)	(100,0)		(8,3)	(91,7)	(100,0)	
<i>Dolaşım Sistemi Hastalığı</i>	<i>Yok</i>	1490	9270	10760	63,764 <0,001	901	9483	10384	48,184 <0,001	863	9926	10768	104,692 <0,001
		(13,8)	(86,2)	(100,0)		(8,7)	(91,3)	(100,0)		(8,0)	(92,0)	(100,0)	
	<i>Var</i>	467	2337	2804		288	2260	2548		301	2347	2648	
		(16,7)	(83,3)	(100,0)		(11,3)	(88,7)	(100,0)		(11,4)	(88,6)	(100,0)	
	<i>+ Eşlik Eden</i>	220	743	963		124	693	817		143	661	804	
		(22,8)	(77,2)	(100,0)		(15,2)	(84,8)	(100,0)		(17,8)	(82,2)	(100,0)	

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerde ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım hizmetleri düzeyinin temel belirleyicilerinin tespitinde ikili lojistik regresyon analizlerinden faydalanılmıştır. Analiz sonuçları, Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10 incelendiğinde; kurulan regresyon modellerinin tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Söz konusu regresyon modelleri, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarındaki toplam varyansın 2014 yılında %12,8'ini, 2016 yılında %10,5'ini, 2019 yılında %12,4'ünü açıklamaktadır. Ayrıca modellerin doğru sınıflandırma yüzdeleri ise tüm yıllarda 85 ve üzerinde yer almaktadır.

Yapılan analizler incelendiğinde, ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım hizmetlerinin kadınlarda 2014 yılında 1,016, 2016 yılında 1,139 ve 2019 yılında ise 1,380 kat fazla olduğu görülmektedir. Ancak cinsiyetin sadece 2019 yılında ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). 2014 ve 2016 yıllarında ise cinsiyetin tıbbi bakım ihtiyacı üzerinde anlamlı bir etkisinden söz etmek mümkün değildir ($p>0,05$).

Bireylerin yaşları bakımından karşılanamayan tıbbi bakım hizmetleri incelendiğinde ise ödeme güclüğü kaynaklı sorunların 65 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde daha az olduğu gözlemlenmektedir. 25-34 ve 35-44 yaş aralığındaki bireylerde ise sağlık hizmetlerinde ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçların ilgili yılların tamamında 65 yaş ve üzeri bireylere kıyasla 4 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. 25-34 yaş grubunda yer alan bireyleri ise sırasıyla 18-24 ve 55-64 yaş grubundaki bireyler takip etmektedir. Bu açıdan ele alındığında, orta yaş ve altında yer alan bireylerde ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının daha yaygın olduğunu söylemek mümkündür. 2014, 2016 ve 2019 yıllarının tamamında da içerisinde bulunan yaş grubunun ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Yapılan analizlerde ayrıca eğitim durumunun da tüm yıllarda Türkiye'de karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur ($p<0,05$). Özellikle ön lisans mezunu bireyler ile kıyaslandığında, herhangi bir

eğitim almadığını belirten bireylerde ödeme güçlüğü sorunları nedeni ile karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçların 2014 yılında 3,049, 2016 yılında 2,591 ve 2019 yılında 1,969 kat fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca ilgili yılların tamamında eğitim düzeylerindeki artışla beraber karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarında kayda değer bir azalış görülmektedir.

Bekar bireylerde de ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının daha az görüldüğünü söylemek mümkündür. Bekar bireyler ile kıyaslandığında; ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının evli bireylerde 2014 yılında 1,186, diğer yıllarda ise yaklaşık 1,3 kat fazla görüldüğü söylenebilir. Bu oran, boşanmış ve dul bireylerde çok daha düşüktür. Ayrıca medeni durumun 2014 yılı hariç diğer tüm yıllarda karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmayan bireylerde de benzeri bir durum söz konusudur. Ancak sadece 2014 yılında çalışma durumunun karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu noktada ise düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi ihtiyaçların daha yaygın olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamında yer alan ve daha düşük gelir düzeyine sahip bireylerde (1. 2. ve 3. düzey) de ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının daha fazla olduğu gözlemlenmektedir. Özellikle üst gelir grubunda (5. düzey) yer alan bireyler ile kıyaslandığında, daha düşük (1. ve 2. düzey) bir gelir grubunda yer alan bireylerde sağlık hizmetlerinde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ihtiyaçların 4 kattan fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak bu oran, bireylerin gelir düzeyindeki artış ile beraber azalma eğilimi içerisine girmektedir. Bu açıdan ele alındığında, hane halkı gelir düzeyinin tüm yıllarda ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Sosyal güvence bakımından da benzer bir durumdan bahsedilebilir. Çünkü tüm yıllarda sosyal güvence durumunun karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu noktada, herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmayan bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan

tıbbi bakım ihtiyaçlarının sosyal güvence kapsamında yer alan bireylere göre 2014 yılında 2,531, 2016 yılında 2,956 ve 2019 yılında 2,890 kat fazla olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamında dikkate alınan ve dolaşım sistemi hastalıklarından herhangi birisine sahip olan bireylerde de herhangi bir dolaşım sistemi hastalığına sahip olmadığını ifade eden bireyler ile kıyaslandığında, ödeme gücü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının 2014 yılında 1,355, 2016 yılında 1,450 ve 2019 yılında 1,765 kat fazla sorun olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra eşlik eden farklı bir hastalığı daha sahip olan bireylerde bu oran, 2014 ve 2016 yıllarında yaklaşık 2 kat, 2019 yılında ise 3 olarak belirlenmiştir. Bu noktada, dolaşım sistemi hastalıklarının ilgili tüm yıllarda karşılanamayan ihtiyaçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 10. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Temel Belirleyicileri

Yıllar		2014			2016			2019		
Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
<i>Cinsiyet</i>	<i>Erkek</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Kadın</i>	0,015	0,797	1,016 (0,903-1,143)	0,130	0,082	1,139 (0,984-1,319)	0,322	<0,001	1,380 (1,186-1,605)
<i>Yaş</i>	<i>18-24</i>	1,253	<0,001	3,501 (2,684-4,568)	0,867	<0,001	2,381 (1,698-3,337)	1,149	<0,001	3,156 (2,252-4,422)
	<i>25-34</i>	1,348	<0,001	3,850 (3,100-4,783)	1,168	<0,001	3,215 (2,472-4,181)	1,330	<0,001	3,780 (2,887-4,948)
	<i>35-44</i>	1,327	<0,001	3,771 (3,058-4,651)	1,150	<0,001	3,159 (2,463-4,050)	1,270	<0,001	3,563 (2,764-4,591)
	<i>45-54</i>	1,158	<0,001	3,183 (2,603-3,891)	0,930	<0,001	2,535 (1,994-3,223)	1,058	<0,001	2,879 (2,262-3,666)
	<i>55-64</i>	0,531	<0,001	1,701 (1,387-2,086)	0,574	<0,001	1,775 (1,397-2,254)	0,494	<0,001	1,638 (1,282-2,093)
	<i>65+</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Eğitim Almamış</i>	1,115	<0,001	3,049 (2,417-3,847)	0,952	<0,001	2,591 (1,939-3,460)	0,678	<0,001	1,969 (1,510-2,569)
	<i>İlköğretim</i>	0,476	<0,001	1,609 (1,311-1,974)	0,578	<0,001	1,782 (1,381-2,300)	0,517	<0,001	1,677 (1,342-2,097)
	<i>Lise</i>	0,130	0,257	1,139 (0,910-1,425)	0,344	0,015	1,411 (1,069-1,862)	0,112	0,382	1,118 (0,870-1,437)
	<i>Ön Lisans+</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 10. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Temel Belirleyicileri – Devamı

Yıllar		2014			2016			2019		
Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
<i>Medeni Durum</i>	<i>Bekar</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Evli</i>	0,170	0,070	1,186 (0,986-1,426)	0,254	0,039	1,290 (1,013-1,642)	0,237	0,040	1,267 (1,011-1,588)
	<i>Boşanmış, Dul</i>	0,164	0,193	1,178 (0,92-1,508)	0,325	0,037	1,383 (1,021-1,875)	0,296	0,046	1,345 (1,006-1,797)
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Çalışmıyor</i>	0,145	0,019	1,156 (1,024-1,304)	0,009	0,909	1,009 (0,870-1,169)	-0,076	0,354	0,926 (0,788-1,089)
<i>Gelir Düzeyi</i>	<i>1. Düzey</i>	1,427	<0,001	4,164 (3,350-5,176)	1,441	<0,001	4,224 (3,200-5,577)	1,574	<0,001	4,828 (3,754-6,209)
	<i>2. Düzey</i>	0,814	<0,001	2,257 (1,797-2,834)	1,016	<0,001	2,763 (2,102-3,631)	0,914	<0,001	2,495 (1,948-3,197)
	<i>3. Düzey</i>	0,849	<0,001	2,337 (1,853-2,946)	0,751	<0,001	2,120 (1,589-2,828)	0,568	<0,001	1,765 (1,361-2,289)
	<i>4. Düzey</i>	0,480	<0,001	1,617 (1,273-2,052)	0,428	0,005	1,534 (1,137-2,071)	0,379	0,003	1,461 (1,134-1,882)
	<i>5. Düzey</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 10. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Temel Belirleyicileri – Devamı

Yıllar		2014			2016			2019		
Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Yok</i>	0,929	<0,001	2,531 (2,143-2,989)	1,084	<0,001	2,956 (2,438-3,584)	1,061	<0,001	2,890 (2,383-3,503)
	<i>Var</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
<i>Dolaşım Sistemi Hastalığı</i>	<i>Yok</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Var</i>	0,304	<0,001	1,355 (1,189-1,544)	0,372	<0,001	1,450 (1,234-1,705)	0,568	<0,001	1,765 (1,502-2,074)
	<i>+ Eşlik Eden</i>	0,733	<0,001	2,082 (1,730-2,506)	0,707	<0,001	2,029 (1,611-2,555)	1,127	<0,001	3,087 (2,462-3,871)
<i>Sabit</i>		-4,615			-5,076			-5,077		
<i>Modelle İlişkin İstatistikler</i>	<i>Nagelkerle R²</i>	0,128			0,105			0,124		
	<i>Hosmer & Lemeshow Ki-Kare</i>	6,398			10,466			2,417		
	<i>Hosmer & Lemeshow Testi P Değeri</i>	0,603			0,234			0,965		
	<i>Doğru Sınıflandırma Yüzdesi</i>	85,0			90,5			90,8		
	<i>Omnibus Test</i>	<0,001			<0,001			<0,001		

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

5.2.2. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelere İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin randevu sürelerinin uzun olması nedeniyle ihtiyaç duyduklarını sağlık hizmetlerinin karşılanmasında gecikme yaşama durumlarının bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Ki-Kare analizleri ile test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11 incelendiğinde, tıpkı ödeme gücü kaynaklı karşılanamayan tıbbi ihtiyaçlarda olduğu gibi randevu kaynaklı gecikmelerde de kadınların daha büyük bir sorun ile karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Kadınların 2014 yılında %22,5’i, 2016 yılında %17,2’si ve 2019 yılında %28,1’i ihtiyaç duydukları halde yakın tarihli randevu alamadıklarını ve bu nedenle sağlık ihtiyaçlarını zamanında karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran, erkeklerde 2014 yılında %18,9, 2016 yılında %13,6 ve 2019 yılında %22,6 şeklindedir. Yürütülen ki-kare testlerine göre ilgili gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Randevu süresinin uzun olması nedeni ile sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerin düzeyi, aynı zamanda çalışma kapsamında yer alan bireylerin içerisinde bulundukları yaş gruplarına göre de tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı bazı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Ancak randevular kaynaklı gecikmeler nedeni ile ihtiyaç duydukları bazı sağlık hizmetlerini zamanında alamadıklarını ifade eden bireylerin başında ise 25-34 ve 35-44 yaş aralığında yer alan bireyler gelmektedir. 24 yaş ve altında yer alan bireylerin 2014 yılında %22,8’i, 2016 yılında %16’sı, randevularda yaşanan gecikmelerden şikayetçidir. Öte yandan bu oran, 2016 yılında anlamlı bir azalma gösterse de 2019 yılında %27,2’lere kadar yükselmiş durumdadır. Ancak 65 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde ise randevu kaynaklı gecikmelerin daha az olduğu gözlemlenmektedir.

Randevularda yaşanan gecikmelerin aynı zamanda bireylerin eğitim durumlarına göre de tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ancak bu farklılık, ödeme gücü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarından

çok daha farklıdır. Randevu kaynaklı gecikmelerin lise ve ön lisans mezunlarında daha fazla görüldüğü gözlemlenmektedir. Bu noktada, 2014 yılında eğitim almadığını belirten bireylerin %20,7'si randevu kaynaklı gecikmeler yaşadıklarını ifade ederken lise mezunu bireylerin %21'i ve ön lisans mezunlarının ise %23,7'si benzer bir durumdan şikayetçi olmuşlardır. Diğer taraftan ön lisans mezunu bireylerde randevu kaynaklı gecikmelerin 2016 yılında %16,5'lere kadar gerilediği ancak 2019 yılında yeniden %20'lerin üzerine çıktığı görülmektedir.

Randevu süresinin uzun olması nedeni ile sağlık hizmetlerinde yaşanan gecikmeler, söz konusu bireylerin medeni durumları açısından ele alındığında ise evli bireylerin ilgili tüm yıllarda bu sorun ile daha fazla karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. 2014 yılında evli bireylerin %21,5'i, 2016 yılında %16,4'ü ve 2019 yılında ise %26,3'ü ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini randevu kaynaklı gecikmeler nedeni ile zamanında alamadıklarını ifade etmişlerdir. Tüm yıllarda evlileri ise sırasıyla bekar, boşanmış ve dul bireyler takip etmektedir. Ki-kare analizlerinde ise 2014 ve 2016 yıllarında bireylerin medeni durumları bakımından randevularda yaşadıkları gecikmelerin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ancak 2019 yılında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Çalışma kapsamında dikkate alınan ve düzenli bir işe sahip olmadığını belirten bireylerde de benzer şekilde randevu kaynaklı sağlık hizmeti almada daha fazla gecikme yaşandığı tespit edilmiştir. Söz konusu bireylerin 2014 yılında %21,6'sı, 2016 yılında %16,0'sı ve 2019 yılında %25,6'sı bu durumdan şikayetçidir. Ancak yapılan analizlerde sadece 2014 yılında çalışma durumu bakımından bireylerin randevu kaynaklı sağlık hizmeti almada gecikme yaşama durumlarının istatistiksel bakımdan anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer yıllarda ise ilgili gruplar arasında anlamlı bir farklılıktan söz etmek mümkün değildir ($p>0,05$). Diğer taraftan randevularda yaşanan sorunlar nedeni ile sağlık hizmeti alımında yaşanan gecikmeler, bireylerin hane halkı gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Özellikle üst gelir grubunda (4. ve 5. düzey) yer alan bireylerin daha büyük bir kısmının randevu sürelerinin uzun olması nedeniyle sağlık hizmetleri kullanımında bazı gecikmeler yaşadıkları tespit edilmiştir. 2014 yılında söz konusu bireylerin %22,6'sı, 2016 yılında %18,1'i ve 2019 yılında ise %27,2'si bu durumu dile getirmişlerdir. Sosyal güvencesi bulunan bireylerde

de benzer bir şekilde randevu kaynaklı gecikmelerin çok daha yaygın olduğu söylenebilir [%21,3 (2014 yılı), %16 (2016 yılı), %26,1 (2019 yılı)]. Yapılan testlere göre de randevu sorunu bakımından ilgili gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamında yer alan ve dolaşım sistemi hastalıklarına sahip olan bireylerde de benzer bir şekilde randevu kaynaklı sorunlar nedeni ile sağlık hizmeti alımında yaşanan gecikmelerin daha yaygın görüldüğü söylenebilir. Ancak dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra farklı türden kronik hastalıklara sahip olduğunu ifade eden bireylerde bu türden sorunların daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir. Ancak yapılan ki-kare testlerinde ise dolaşım sistemi hastalığına sahip olma durumu bakımından randevu kaynaklı sorunlar nedeni ile sağlık hizmeti alımında gecikme yaşama durumunun istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 11. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Randevularda Gecikme		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
<i>Cinsiyet</i>	<i>Erkek</i>	1089	4678	5767	26,791	756	4853	5609	38,038	1348	4623	5971	55,886
		(18,9)	(81,1)	(100,0)		(13,5)	(86,5)	(100,0)		(22,6)	(77,4)	(100,0)	
	<i>Kadın</i>	1941	6697	8638	<0,001	1491	7164	8655	<0,001	2405	6156	8561	<0,001
		(22,5)	(77,5)	(100,0)		(17,2)	(82,8)	(100,0)		(28,1)	(71,9)	(100,0)	
<i>Yaş</i>	<i>18-24</i>	395	1349	1744	127,391	267	1397	1664	91,365	449	1204	1653	125,131
		(22,6)	(77,4)	(100,0)		(16,0)	(84,0)	(100,0)		(27,2)	(72,8)	(100,0)	
	<i>25-34</i>	719	2260	2979		529	2190	2719		830	1980	2810	
		(24,1)	(75,9)	(100,0)		(19,5)	(80,5)	(100,0)		(29,5)	(70,5)	(100,0)	
	<i>35-44</i>	722	2266	2988		523	2551	3074		862	2239	3101	
		(24,2)	(75,8)	(100,0)		(17,0)	(83,0)	(100,0)		(27,8)	(72,2)	(100,0)	
	<i>45-54</i>	573	2087	2660		436	2187	2623		729	1890	2619	
		(21,5)	(78,5)	(100,0)		(16,6)	(83,4)	(100,0)		(27,8)	(72,2)	(100,0)	
	<i>55-64</i>	366	1719	2085		278	1808	2086		526	1729	2255	
		(17,6)	(82,4)	(100,0)		(13,3)	(86,7)	(100,0)		(23,3)	(76,7)	(100,0)	
	<i>65+</i>	255	1694	1949		214	1884	2098		357	1737	2094	
		(13,1)	(86,9)	(100,0)		(10,2)	(89,8)	(100,0)		(17,0)	(83,0)	(100,0)	

Tablo 11. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Randevularda Gecikme		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	486	1867	2353	10,909 0,012	311	2005	2316	11,838 0,008	430	1563	1993	24,781 <0,001
		(20,7)	(79,3)	(100,0)		(13,4)	(86,6)	(100,0)		(21,6)	(78,4)	(100,0)	
	İlköğretim	1506	5874	7380		1107	5817	6924		1802	5078	6880	
		(20,4)	(79,6)	(100,0)		(16,0)	(84,0)	(100,0)		(26,2)	(73,8)	(100,0)	
	Lise	548	2058	2606		446	2253	2699		743	2113	2856	
		(21,0)	(79,0)	(100,0)		(16,5)	(83,5)	(100,0)		(26,0)	(74,0)	(100,0)	
	Ön Lisans+	490	1576	2066		383	1942	2325		778	2025	2803	
		(23,7)	(76,3)	(100,0)		(16,5)	(83,5)	(100,0)		(27,8)	(72,2)	(100,0)	
Medeni Durum	Bekar	468	1805	2273	9,475 0,009	321	1885	2206	14,822 0,001	609	1796	2405	5,612 0,060
		(20,6)	(79,4)	(100,0)		(14,6)	(85,4)	(100,0)		(25,3)	(74,7)	(100,0)	
	Evli	2282	8310	10592		1718	8744	10462		2764	7753	10517	
		(21,5)	(78,5)	(100,0)		(16,4)	(83,6)	(100,0)		(26,3)	(73,7)	(100,0)	
	Boşanmış, Dul	280	1260	1540		208	1388	1596		380	1230	1610	
		(18,2)	(81,8)	(100,0)		(13,0)	(87,0)	(100,0)		(23,6)	(76,4)	(100,0)	

Tablo 11. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Randevularda Gecikme		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p
Çalışma Durumu	Çalışıyor	1098	4359	5457	4,413 0,036	829	4591	5420	1,380 0,240	1381	3874	5255	0,886 0,347
		(20,1)	(79,9)	(100,0)		(15,3)	(87,4)	(100,0)		(26,3)	(73,7)	(100,0)	
	Çalışmıyor	1932	7016	8948		1418	7426	8844		2372	6905	9277	
		(21,6)	(78,4)	(100,0)		(16,0)	(84,0)	(100,0)		(25,6)	(74,4)	(100,0)	
Gelir Düzeyi	1. Düzey	884	3498	4382	9,696 0,046	375	2597	2972	36,021 <0,001	492	1823	2315	53,602 <0,001
		(20,2)	(79,8)	(100,0)		(12,6)	(87,4)	(100,0)		(21,3)	(78,7)	(100,0)	
	2. Düzey	594	2367	2961		602	3287	3889		789	2481	3270	
		(20,1)	(79,9)	(100,0)		(15,5)	(84,5)	(100,0)		(24,1)	(75,9)	(100,0)	
	3. Düzey	494	1864	2358		421	2154	2575		704	1997	2701	
		(20,9)	(79,1)	(100,0)		(16,3)	(83,7)	(100,0)		(26,1)	(73,9)	(100,0)	
	4. Düzey	546	1892	2438		421	2041	2462		1015	2461	3476	
		(22,4)	(77,6)	(100,0)		(17,1)	(82,9)	(100,0)		(29,2)	(70,8)	(100,0)	
	5. Düzey	512	1754	2266		428	1938	2366		753	2017	2770	
		(22,6)	(77,4)	(100,0)		(18,1)	(81,9)	(100,0)		(27,2)	(72,8)	(100,0)	

Tablo 11. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Randevularda Gecikme		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p
Sosyal Güvençe	Yok	118	595	713	9,083	82	610	692	8,349	160	594	754	8,806
		(16,5)	(83,5)	(100,0)		(11,8)	(88,2)	(100,0)		(21,2)	(78,8)	(100,0)	
	Var	2912	10780	13692	0,003	2165	11407	13572	0,004	3593	10185	13778	0,003
		(21,3)	(78,7)	(100,0)		(16,0)	(84,0)	(100,0)		(26,1)	(73,9)	(100,0)	
Dolaşım Sistemi Hastalığı	Yok	2190	8452	10642	5,460	1681	9130	10811	1,977	2805	8215	11020	3,467
		(20,6)	(79,4)	(100,0)		(15,5)	(84,5)	(100,0)		(25,5)	(74,5)	(100,0)	
	Var	633	2173	2806	0,065	423	2200	2623	0,372	724	1975	2699	0,177
		(22,6)	(77,4)	(100,0)		(16,1)	(83,9)	(100,0)		(26,8)	(73,2)	(100,0)	
	+ Eşlik Eden	207	750	957		143	687	830		224	589	813	
		(21,6)	(78,4)	(100,0)		(17,2)	(82,8)	(100,0)		(27,6)	(72,4)	(100,0)	

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin randevu sürelerinin uzun olması nedeniyle ihtiyaç duyduklarını sağlık hizmetlerinin karşılanmasında gecikme yaşama durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ikili lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Ancak ki-kare testlerinde 2014 yılında dolaşım sistemi hastalığı, 2016 yılında çalışma durumu ve dolaşım sistemi hastalığı ve 2019 yılında ise medeni durum, çalışma durumu ve dolaşım sistemi hastalığı bakımından ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilemediği için söz konusu değişkenler ilgili yıllarda regresyon analizi kapsamında dikkate alınamamıştır. Analiz sonuçları, Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12 incelendiğinde; kurulan regresyon modellerinin ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ayrıca bu modeller, sağlık hizmetlerinde yaşanan randevu kaynaklı gecikmelerdeki toplam varyansın 2014 ve 2019 yıllarında %2,5’ini ve 2016 yılında ise %2,2’sini açıklamaktadır. Modellerin doğru sınıflandırma yüzdeleri de tüm yıllarda 70’in üzerinde yer almaktadır.

Çalışma kapsamında dikkate alınan kadınlarda randevu kaynaklı gecikmelerin erkeklere göre 2014 yılında 1,077, 2016 yılında 1,317 ve 2019 yılında ise 1,370 kat sorun olduğu görülmektedir ve 2014 yılı hariç diğer yılların tamamında cinsiyetin sağlık hizmetlerinde randevu kaynaklı gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Söz konusu tablo incelendiğinde, bireylerin içerisinde bulundukları yaş gruplarının ilgili tüm yıllarda randevu süresi kaynaklı sorunlar nedeniyle sağlık hizmeti alımında yaşanan gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Özellikle 65 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde randevu kaynaklı gecikmelerin çok daha az görüldüğü söylenebilir. 65 yaş ve üzeri bireyler ile kıyaslandığında 18-24 yaş aralığında yer alan bireylerde randevu sürelerinden kaynaklı gecikmelerin 2014 yılında 2,827, 2016 yılında 2,084 ve 2019 yılında 1,820 kat yaygın olduğu görülmektedir. 25-34 yaş aralığındaki bireylerde 65 yaş ve üzeri bireyler ile kıyaslandığında, randevu kaynaklı gecikmelerin 2014 yılında 2,683, diğer yıllarda yaklaşık 2 kat fazla olduğu söylenebilir. Söz konusu bireyleri tüm yıllarda sırasıyla 35-44 ve 45-54 yaş grubunda yer alan bireyler

takip etmektedir. Dolayısıyla yaşlanma ile birlikte randevu kaynaklı gecikmelerin giderek azaldığı gözlemlenmektedir.

Ön lisans mezunu bireyler ile kıyaslandığında ise eğitim almamış bireylerde söz konusu gecikmelerin 2014 ve 2016 yıllarında yaklaşık 1,010 kat fazla olduğu söylenebilir. Ancak ön lisans mezunları ile kıyaslandığında sadece 2014 yılında ilköğretim ve lise mezunu bireylerde randevu kaynaklı gecikmelerin çok daha az görüldüğü ve sadece 2014 yılında eğitim durumunun randevu kaynaklı gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 2016 ve 2019 yılları için ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkiden söz etmek mümkün değildir ($p>0,05$).

Medeni durumları bakımından çalışma kapsamında yer alan bireylerin randevu süresinin uzunluğu nedeniyle sağlık hizmetlerinde gecikme yaşayıp yaşamadıkları incelendiğinde de evli, boşanmış ve dul bireylerin bekar bireylere kıyasla daha fazla sorun yaşadıkları görülmektedir. Özellikle bekar bireyler ile kıyaslandığında evli bireylerde 2014 yılında randevu kaynaklı gecikmelerin 1,302 ve 2016 yılında 1,354 kat fazladır. Bu gecikmeler, boşanmış ve dul bireylerde ise bekar bireylere kıyasla 2014 yılında 1,373, 2016 yılında ise 1,350 kattır. Bu açıdan ele alındığında medeni durumun 2014 ve 2016 yıllarında söz konusu sorun üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu söylenebilir ($p<0,05$).

Çalışma durumu söz konusu olduğunda da benzeri bir durumdan bahsetmek mümkündür. Özellikle çalışan bireyler ile kıyaslandığında çalışmayan bireylerde sağlık hizmetlerinde randevu kaynaklı gecikmelerin 2014 yılında 1,2 kat fazla olduğu ve 2014 yılı itibariyle çalışma durumunun randevu kaynaklı gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hane halkı gelirleri bakımından ele alındığında, gelir düzeyinde yaşanan artış ile birlikte randevu süresinin uzunluğu nedeniyle sağlık hizmetlerinde yaşanan gecikmelerin azaldığı görülmektedir. Özellikle üst gelir grubunda (3., 4. ve 5. düzey) yer alan bireylerde daha düşük gelir grubunda (1. düzey) yer alan bireyler ile kıyaslandığında, sağlık hizmetlerinde randevu kaynaklı gecikmelerin çok daha düşük olduğunu söylemek mümkündür. Ancak yapılan regresyon analizlerinde sadece 2016 ve 2019 yıllarında hane halkı gelir düzeyinin

sağlık hizmeti alımında randevu kaynaklı gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur ($p<0,05$).

Tablo 12 incelendiğinde ayrıca sosyal güvence kapsamında yer almayan bireylerin sağlık hizmetlerinde çok daha az randevu kaynaklı gecikmeler yaşadıkları görülmektedir. Ancak yapılan analizlerde sosyal güvence kapsamında yer almanın randevu kaynaklı gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).



Tablo 12. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri

Yıllar		2014			2016			2019		
Randevularda Gecikme		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
Cinsiyet	Erkek	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	Kadın	0,074	0,139	1.077 (0,976-1,188)	0,276	<0,001	1,317 (1,192-1,455)	0,315	<0,001	1,370 (1,265-1,483)
Yaş	18-24	1,039	<0,001	2.827 (2,267-3,524)	0,734	<0,001	2,084 (1,629-2,665)	0,599	<0,001	1,820 (1,536-2,157)
	25-34	0,987	<0,001	2.683 (2,237-3,218)	0,782	<0,001	2,186 (1,799-2,655)	0,686	<0,001	1,985 (1,707-2,309)
	35-44	0,957	<0,001	2.605 (2,179-3,114)	0,559	<0,001	1,749 (1,448-2,112)	0,592	<0,001	1,807 (1,560-2,093)
	45-54	0,757	<0,001	2.132 (1,786-2,543)	0,513	<0,001	1,671 (1,383-2,018)	0,571	<0,001	1,770 (1,527-2,052)
	55-64	0,438	<0,001	1.550 (1,294-1,856)	0,258	0,011	1,294 (1,062-1,577)	0,349	<0,001	1,418 (1,217-1,653)
	65+	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	0,056	0,533	1.057 (0,88-1,260)	0,103	0,307	1,109 (0,910-1,352)	-0,033	0,690	0,968 (0,824-1,137)
	İlköğretim	-0,150	0,031	0,861 (0,752-0,986)	0,132	0,078	1,141 (0,985-1,322)	0,077	0,181	1,080 (0,965-1,209)
	Lise	-0,191	0,011	0,826 (0,714-0,957)	0,083	0,302	1,086 (0,928-1,271)	-0,036	0,574	0,965 (0,853-1,092)
	Ön Lisans+	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 12. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri - Devamı

Yıllar		2014			2016			2019		
Randevularda Gecikme		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
Medeni Durum	Bekar	Ref	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	Evli	0,264	<0,001	1.302 (1,122-1,511)	0,303	0,001	1,354 (1,140-1,607)	-	-	-
	Boşanmış, Dul	0,317	0,003	1.373 (1,114-1,693)	0,300	0,013	1,350 (1,066-1,711)	-	-	-
Çalışma Durumu	Çalışıyor	Ref	-	-	-	-	-	-	-	-
	Çalışmıyor	0,237	<0,001	1.268 (1,145-1,404)	-	-	-	-	-	-
Gelir Düzeyi	1. Düzey	-0,093	0,197	0,911 (0,790-1,050)	-0,388	<0,001	0,679 (0,572-0,805)	-0,245	0,001	0,783 (0,679-0,904)
	2. Düzey	-0,115	0,123	0,892 (0,771-1,032)	-0,217	0,004	0,805 (0,693-0,935)	-0,126	0,048	0,881 (0,777-0,999)
	3. Düzey	-0,072	0,345	0,931 (0,802-1,080)	-0,160	0,045	0,852 (0,729-0,996)	-0,047	0,467	0,954 (0,841-1,083)
	4. Düzey	0,008	0,911	1.008 (0,875-1,162)	-0,096	0,218	0,909 (0,780-1,058)	0,103	0,078	1,109 (0,989-1,244)
	5. Düzey	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 12. Randevu Süreleri Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri - Devamı

Yıllar		2014			2016			2019		
Randevularda Gecikme		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
Sosyal Güvence	Yok	-0,384	<0,001	0,681 (0,555-0,836)	-0,316	0,010	0,729 (0,574-0,926)	-0,277	0,003	0,758 (0,631-0,910)
	Var	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
Sabit		-2,321			-2,517			-1,707		
Modele İlişkin İstatistikler	Nagelkerle R ²	0,025			0,022			0,025		
	Hosmer & Lemeshow Ki-Kare	4,136			3,125			2,389		
	Hosmer & Lemeshow Testi P Değeri	0,845			0,926			0,967		
	Doğru Sınıflandırma Yüzdesi	79,0			84,2			74,2		
	Omnibus Test	<0,001			<0,001			<0,001		

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

5.2.3. Uzaklık ve Ulaşım Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelere İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeni ile sağlık hizmetlerinde gecikme yaşama durumlarının bireysel ve demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Pearson Ki-Kare testleri ile değerlendirilmiştir. Ki-kare analizleri ile ilgili bulgular, Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13 incelendiğinde; kadınların sağlık hizmetleri erişimi noktasında erkeklere kıyasla çok daha fazla uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler ile karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Kadınların 2014 yılında %15,5'i, 2016 yılında %11,4'ü ve 2019 yılında yaklaşık %13'ü ulaşım ve/veya uzaklık kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini zamanında karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran erkeklerde 2014 yılında %10,9, 2016 yılında %7,1 ve 2019 yılında ise %9,2 düzeylerindedir. Yapılan ki-kare testlerinde cinsiyet açısından bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeni ile sağlık hizmetlerinde gecikme yaşama durumlarının tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeni ile sağlık hizmeti alımında gecikme yaşama durumları, bireylerin yaşlarına göre farklı düzeylerde gerçekleşmektedir. 25-34 yaş aralığında yer alan bireylerin 2014 yılında diğer yaş gruplarına göre daha fazla ulaşım kaynaklı gecikme yaşadıkları söylenebilir. 2016 yılında 45-54 yaş aralığında yer alan bireylerde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. 2019 yılında ise sağlık hizmetlerinde en sık uzaklık veya ulaşım kaynaklı gecikme yaşayan yaş grubu, 65 yaş ve üzeridir. Yapılan ki-kare testlerinde 2014 ve 2016 yıllarında yaş grupları bakımından bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler yaşama durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ortaya konmuştur ($p<0,05$). 2019 yılında ise ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıktan söz etmek mümkün değildir ($p>0,05$).

Yapılan ki-kare analizlerinde ayrıca çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım sorunları nedeni ile sağlık hizmetlerinde yaşadıkları gecikmelerin eğitim

durumlarına göre de istatistiksel olarak farklılıklar gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Bu noktada, herhangi bir eğitim almadığını ifade eden bireylerin sağlık hizmetlerinde ulaşım kaynaklı gecikme yaşama olasılıklarının ilgili yılların tamamında daha fazla olduğunu söylemek mümkündür. Söz konusu bireylerin 2014 yılında %22,2'si, 2016 yılında %16'sı ve 2019 yılında ise yaklaşık %18'i ulaşım ve/veya uzaklık gibi sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini zamanında alamadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan ön lisans mezunu bireylerde ise bu oran, 2014 yılında %10,5, 2016 yılında %6,5 ve 2019 yılında yaklaşık %8 civarındadır.

Boşanmış ve dul bireylerde de benzer bir durumdan bahsetmek mümkündür. Zira; medeni durum değişkeni bakımından da bireylerin sağlık hizmetlerinde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikme yaşama durumlarının ilgili yılların tamamında istatistiksel olarak bazı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu noktada çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin 2014 yılında %15,1'i, 2016 yılında %12,1'i ve 2019 yılında %14,8'i sağlıkta uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle bazı gecikmeler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Boşanmış ve dul bireylerin ise diğerlerine kıyasla sağlık hizmetlerine erişim noktasında daha fazla ulaşım kaynaklı gecikme sorunu yaşadıkları söylenebilir. Söz konusu bireyleri sırasıyla evli ve bekar bireyler takip etmektedir.

Bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeni ile sağlık hizmeti alımında gecikme yaşama durumlarının ilgili tüm yıllarda çalışma durumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği söylenebilir ($p<0,05$). Özellikle düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan bireylerin diğerlerine kıyasla çok daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Söz konusu bireylerin 2014 yılında %15,3'ü, 2016 yılında %10,7'si ve 2019 yılında %13,2'si ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle zamanında karşılayamadıkları gözlemlenmektedir. Bu oran, düzenli bir işe sahip olan ve çalışan bireylerde ise 2014 yılında %11,0 ve 2016 ve 2019 yıllarında %9 dolaylarındadır.

Düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerde de benzer bir durum söz konusudur. 2014 yılı itibari ile en düşük gelir grubunda yer alan (1. düzey) bireylerin %18,7'si uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları bazı sağlık hizmetlerini zamanında alamadıklarını belirtmişlerdir. Bu oran, 2016 yılında %14,4'lerde iken 2019 yılı itibariyle

%18'lerin üzerine çıkmış durumdadır. Görece çok daha yüksek gelir düzeyine sahip olan bireylerde (4. ve 5. düzey) uzaklık ve ulaşım kaynaklı gecikmeler, 2014 yılında %10,5'tir. 2016 ve 2019 yıllarında söz konusu grupta bu oran %6,5'lere kadar azalmış durumdadır. İlgili gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının tespiti amacı ile yapılan fark testlerine göre ise gelir düzeyi bakımından sağlık hizmetlerinde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin söz konusu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$).

Öte yandan 2014 yılında herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmadığını belirtenler bireylerin %14,2'si, 2016 ve 2019 yıllarında ise söz konusu bireylerin yaklaşık %10'u, uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları bazı hizmetlere zamanında ulaşamadıklarını dile getirmişlerdir. Ancak yapılan ki-kare testlerinde ulaşım kaynaklı gecikmeler bakımından ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Bu çalışma kapsamında ayrıca sağlık hizmeti alımında yaşanan uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin bireylerin hastalık durumuna göre de istatistiksel olarak anlamlı bazı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma kapsamında dikkate alınan dolaşım sistemi hastalarının 2014 yılında %16,5'i, 2016 yılında %11,6'sı ve 2019 yılında %14,3'ü ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeni ile erişim sağlayamadıklarını ifade etmişlerdir. Dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra eşlik eden ikincil ve/veya üçüncül bir hastalığı daha olan bireylerde ise bu oran, tüm yıllarda artış göstermiş durumdadır. Söz konusu bireylerin 2014 yılında %21'i, 2016 yılında %13,5'i ve 2019 yılında %19,7'si benzeri bir durumdan şikayetçidir.

Tablo 13. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Uzaklık ve/veya Ulaşım		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
Cinsiyet	Erkek	651	5331	5982	63,951 <0,001	402	5238	5640	72,272 <0,001	552	5440	5992	64,934 <0,001
		(10,9)	(89,1)	(100,0)		(7,1)	(92,9)	(100,0)		(9,2)	(90,8)	(100,0)	
	Kadın	1374	7507	8881		996	7713	8709		1165	7409	8574	
		(15,5)	(84,5)	(100,0)		(11,4)	(88,6)	(100,0)		(13,6)	(86,4)	(100,0)	
Yaş	18-24	226	1565	1791	16,846 0,005	146	1519	1665	17,958 0,003	170	1490	1660	4,942 0,423
		(12,6)	(87,4)	(100,0)		(8,8)	(91,2)	(100,0)		(10,2)	(89,8)	(100,0)	
	25-34	463	2594	3057		290	2442	2732		339	2477	2816	
		(15,1)	(84,9)	(100,0)		(10,6)	(89,4)	(100,0)		(12,0)	(88,0)	(100,0)	
	35-44	457	2656	3113		294	2800	3094		368	2738	3106	
		(14,7)	(85,3)	(100,0)		(9,5)	(90,5)	(100,0)		(11,8)	(88,2)	(100,0)	
	45-54	369	2392	2761		289	2353	2642		318	2314	2632	
		(13,4)	(86,6)	(100,0)		(10,9)	(89,1)	(100,0)		(12,1)	(87,9)	(100,0)	
	55-64	258	1873	2131		164	1935	2099		263	1995	2258	
		(12,1)	(87,9)	(100,0)		(7,8)	(92,2)	(100,0)		(11,6)	(88,4)	(100,0)	
	65+	252	1758	2010		215	1902	2117		259	1835	2094	
		(12,5)	(87,5)	(100,0)		(10,2)	(89,8)	(100,0)		(12,4)	(87,6)	(100,0)	

Tablo 13. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Uzaklık ve/veya Ulaşım		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	540	1891	2431	199,052 <0,001	375	1964	2339	158,519 <0,001	357	1638	1995	122,423 <0,001
		(22,2)	(77,8)	(100,0)		(16,0)	(84,0)	(100,0)		(17,9)	(82,1)	(100,0)	
	İlköğretim	987	6636	7623		686	6293	6979		852	6048	6900	
		(12,9)	(87,1)	(100,0)		(9,8)	(90,2)	(100,0)		(12,3)	(87,7)	(100,0)	
	Lise	274	2395	2669		186	2519	2705		284	2580	2864	
		(10,3)	(89,7)	(100,0)		(6,9)	(93,1)	(100,0)		(9,9)	(90,1)	(100,0)	
	Ön Lisans+	224	1916	2140		151	2175	2326		224	2583	2807	
		(10,5)	(89,5)	(100,0)		(6,5)	(93,5)	(100,0)		(8,0)	(92,0)	(100,0)	
Medeni Durum	Bekar	269	2072	2341	12,472 0,002	142	2070	2212	39,204 <0,001	220	2197	2417	31,458 <0,001
		(11,5)	(88,5)	(100,0)		(6,4)	(93,6)	(100,0)		(9,1)	(90,9)	(100,0)	
	Evli	1519	9432	10951		1062	9470	10532		1258	9281	10539	
		(13,9)	(86,1)	(100,0)		(10,1)	(89,9)	(100,0)		(11,9)	(88,1)	(100,0)	
	Boşanmış, Dul	237	1334	1571		194	1411	1605		239	1371	1610	
		(15,1)	(84,9)	(100,0)		(12,1)	(87,9)	(100,0)		(14,8)	(85,2)	(100,0)	

Tablo 13. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Uzaklık ve/veya Ulaşım		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	622	5045	5667	54,599	448	5004	5452	23,275	493	4780	5273	47,252
		(11,0)	(89,0)	(100,0)		(8,2)	(91,8)	(100,0)		(9,3)	(90,7)	(100,0)	
	<i>Çalışmıyor</i>	1403	7793	9196	<0,001	950	7947	8897	<0,001	1224	8069	9293	<0,001
		(15,3)	(84,7)	(100,0)		(10,7)	(89,3)	(100,0)		(13,2)	(86,8)	(100,0)	
<i>Gelir Durumu</i>	<i>1. Düzey</i>	853	3700	4553	148,280	431	2566	2997	150,963	437	1881	2318	179,103
		(18,7)	(81,3)	(100,0)		(14,4)	(85,6)	(100,0)		(18,9)	(81,1)	(100,0)	
	<i>2. Düzey</i>	357	2674	3031	<0,001	431	3490	3921	<0,001	422	2856	3278	<0,001
		(11,8)	(88,2)	(100,0)		(11,0)	(89,0)	(100,0)		(12,9)	(87,1)	(100,0)	
	<i>3. Düzey</i>	290	2146	2436	<0,001	236	2350	2586	<0,001	311	2400	2711	<0,001
		(11,9)	(88,1)	(100,0)		(9,1)	(90,9)	(100,0)		(11,5)	(88,5)	(100,0)	
	<i>4. Düzey</i>	280	2230	2510	<0,001	150	2324	2474	<0,001	340	3142	3482	<0,001
		(11,2)	(88,8)	(100,0)		(6,1)	(93,9)	(100,0)		(9,8)	(90,2)	(100,0)	
	<i>5. Düzey</i>	245	2088	2333	<0,001	150	2221	2371	<0,001	207	2570	2777	<0,001
		(10,5)	(89,5)	(100,0)		(6,3)	(93,7)	(100,0)		(7,5)	(92,5)	(100,0)	

Tablo 13. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Uzaklık ve/veya Ulaşım		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Yok</i>	108	650	758	0,264	63	634	697	0,413	81	676	757	0,908
		(14,2)	(85,8)	(100,0)		(9,0)	(91,0)	(100,0)		(10,7)	(89,3)	(100,0)	
	<i>Var</i>	1917	12188	14105	0,607	1335	12317	13652	0,520	1636	12173	13809	0,341
		(13,6)	(86,4)	(100,0)		(9,8)	(90,2)	(100,0)		(11,8)	(88,2)	(100,0)	
<i>Dolaşım Sistemi Hastalığı</i>	<i>Yok</i>	1341	9649	10990	84,670 <0,001	980	9899	10879	30,432 <0,001	1171	9883	11054	80,445 <0,001
		(12,2)	(87,8)	(100,0)		(9,0)	(91,0)	(100,0)		(10,6)	(89,4)	(100,0)	
	<i>Var</i>	478	2412	2890	<0,001	305	2331	2636	<0,001	386	2314	2700	<0,001
		(16,5)	(83,5)	(100,0)		(11,6)	(88,4)	(100,0)		(14,3)	(85,7)	(100,0)	
	<i>+ Eşlik Eden</i>	206	777	983		113	721	834		160	652	812	
		(21,0)	(79,0)	(100,0)		(13,5)	(86,5)	(100,0)		(19,7)	(80,3)	(100,0)	

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinde gecikme yaşama durumlarının temel belirleyicilerinin tespitinde ikili lojistik regresyon analizlerinden faydalanılmıştır. Ancak ki-kare testlerinde 2014, 2016 ve 2019 yıllarında sosyal güvence ve 2019 yılında ayrıca yaş bakımından ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu nedenle, söz konusu değişkenler farksız olduğu tespit edilen yıllarda regresyon analizi kapsamında dikkate alınamamıştır. Regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular ise Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14 incelendiğinde, kurulan regresyon modellerinin tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Modeller, sağlık hizmetlerinde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerdeki toplam varyansın yaklaşık %4’ünü açıklamaktadır. Öte yandan söz konusu modellerin doğru sınıflandırma yüzdeleri ise 90’a yakındır.

Söz konusu tablo incelendiğinde, ilgili yılların tümünde cinsiyetin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmektedir ($p<0,05$). Erkekler ile kıyaslandığında, uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunların kadınlarda 2014 yılında 1,285, 2016 yılında 1,336 ve 2019 yılında 1,427 kat fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamında bireylerin içerisinde bulundukları yaş gruplarının ise sadece 2014 ve 2016 yıllarında söz konusu gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Özellikle 65 yaş ve üzerinde yer alan bireyler ile kıyaslandığında, 18-24 yaş aralığında yer alan bireylerde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin 2014 yılında 1,852 ve 2016 yılında 2,522 kat fazla olduğu söylenebilir. 25-34 yaş aralığında yer alan bireylerde ise bu oran 2014 yılında 2,013 ve 2016 yılında 2,260 olarak hesaplanmıştır. İlgili yıllarda söz konusu bireyleri ise sırasıyla 35-44 ve 45-54 yaş aralığında yer alan bireyler takip etmektedir. Bu açıdan ele alındığında, 2014 ve 2016 yılları için yaşlanma ile uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeni ile sağlık hizmeti alımında yaşanan gecikmelerin önemli ölçüde azaldığı görülmektedir. Ancak regresyon analizi öncesi yapılan ki-kare testlerinde 2019 yılı için uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler bakımından bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

tespit edilemediği için 2019 yılı etki analizinde yaş değişkeni dikkate alınamamıştır. Dolayısıyla 2019 yılında yaşın ilgili sorun üzerindeki etkisi incelenememiştir.

Eğitim durumunun ise tüm yıllarda uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Herhangi bir eğitim almadığını ifade eden bireylerde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin ön lisans mezunu bireylere kıyasla 2014 yılında 1,640, 2016 yılında 1,927 ve 2019 yılında 1,380 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu bireyleri ise sırasıyla ilköğretim ve lise mezunları takip etmektedir. İlköğretim mezunu bireylerde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunların ön lisans mezunu bireylere kıyasla 2014 yılında 1,279, 2016 ve 2019 yıllarında yaklaşık 1,2 kat fazla olduğu söylenebilir. Dolayısıyla eğitim düzeyindeki artış ile beraber söz konusu gecikmelerde de önemli bir azalma meydana gelmektedir.

Öte yandan ilgili tüm yıllarda bekar bireyler ile kıyaslandığında evli, dul ve boşanmış bireylerde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin daha sık görüldüğünü söylemek mümkündür. Özellikle de boşanmış ve dul bireylerde söz konusu gecikme sorunları bekar bireylere kıyasla 2014 yılında 1,337, 2016 yılında 1,829 ve 2019 yılında 1,201 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Bekar bireyler ile kıyaslandığında evli bireylerde de daha fazla gecikme olduğu görülmektedir. Yapılan analizlerde ise sadece 2014 ve 2016 yıllarında medeni durumun sağlık hizmeti alımında uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 14 incelendiğinde ayrıca, düzenli gelir getirici bir işte çalışmayan bireylerin uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinde çok daha fazla gecikme yaşadıkları görülmektedir. 2014 yılında çalışmayan bireylerde çalışan bireyler ile kıyaslandığında sağlık hizmeti alımında uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin 1,068 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu oran, diğer yıllarda da benzer şekildedir. Ancak yapılan regresyon analizlerinde herhangi bir yılda çalışma durumunun uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ortaya konulamamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin hane halkı gelir düzeylerine göre sağlık hizmetlerinde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler yaşıyıp yaşamadıkları incelendiğinde ise gelir düzeylerindeki artışla

beraber söz konusu gecikmelerde kayda değer bir azalış meydana geldiği görülmektedir. Özellikle en iyi gelir grubuna sahip bireyler ile kıyaslandığında, en yoksul bireylerde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar 2014 yılında 2,262, 2016 yılında 1,891 ve 2019 yılında ise 2,387 kat fazla olduğu gözlemlenmektedir. Regresyon analizlerinde ilgili tüm yıllarda çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin hane halkı gelir düzeylerinin sağlık hizmetlerinde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikme yaşama durumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmada ayrıca hastalık türünün sağlık hizmetlerinde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler üzerinde tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu açıdan ele alındığında, çalışma kapsamında ele alınan ve dolaşım sistemi hastalıklarına sahip olan bireylerde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin çok daha yaygın bir biçimde gözlemlendiği tespit edilmiştir. Dolaşım sistemi hastalığına sahip olmadığını belirten bireyler ile kıyaslandığında ise dolaşım sistemi hastalarında söz konusu gecikmelerin, 2014 yılında 1,402, diğer yıllarda en az 1,2 kat fazla sorun olduğu söylenebilir. Dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra eşlik eden farklı türden hastalıkları da bulunan bireylerde ise uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler çok daha yaygın bir biçimde görülmektedir.

Tablo 14. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri

Yıllar		2014			2016			2019		
Uzaklık ve/veya Ulaşım		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
<i>Cinsiyet</i>	<i>Erkek</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Kadın</i>	0,251	<0,001	1.285 (1,132-1,460)	0,290	<0,001	1,336 (1,160-1,539)	0,355	<0,001	1,427 (1,262-1,612)
<i>Yaş</i>	<i>18-24</i>	0,616	<0,001	1.852 (1,399-2,452)	0,925	<0,001	2,522 (1,863-3,414)	-	-	-
	<i>25-34</i>	0,699	<0,001	2.013 (1,615-2,508)	0,815	<0,001	2,260 (1,779-2,872)	-	-	-
	<i>35-44</i>	0,566	<0,001	1.761 (1,429-2,117)	0,569	<0,001	1,767 (1,403-2,225)	-	-	-
	<i>45-54</i>	0,415	<0,001	1.515 (1,241-1,850)	0,607	<0,001	1,835 (1,476-2,281)	-	-	-
	<i>55-64</i>	0,224	0,024	1.251 (1,030-1,521)	0,059	0,611	1,061 (0,846-1,330)	-	-	-
	<i>65+</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	-	-	-
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Eğitim Almamış</i>	0,494	<0,001	1,640 (1,319-2,038)	0,656	<0,001	1,927 (1,505-2,468)	0,322	0,003	1,380 (1,117-1,706)
	<i>İlköğretim</i>	0,246	0,006	1,279 (1,072-1,527)	0,174	0,104	1,190 (0,965-1,468)	0,173	0,050	1,189 (1,000-1,414)
	<i>Lise</i>	0,117	0,235	1,124 (0,927-1,364)	-0,070	0,554	0,932 (0,738-1,177)	0,110	0,259	1,116 (0,923-1,350)
	<i>Ön Lisans+</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 14. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri- Devamı

Yıllar		2014			2016			2019		
Uzaklık ve/veya Ulaşım		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
<i>Medeni Durum</i>	<i>Bekar</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Evli</i>	0,253	0,011	1,288 (1,059-1,567)	0,550	<0,001	1,734 (1,372-2,191)	0,142	0,084	1,152 (0,981-1,353)
	<i>Boşanmış, Dul</i>	0,290	0,025	1,337 (1,038-1,722)	0,604	<0,001	1,829 (1,364-2,454)	0,021	0,852	1,201 (0,823-1,266)
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Çalışmıyor</i>	0,066	0,352	1,068 (0,930-1,228)	-0,001	0,994	0,999 (0,867-1,152)	-0,053	0,429	0,948 (0,830-1,082)
<i>Gelir Düzeyi</i>	<i>1. Düzey</i>	0,816	<0,001	2,262 (1,855-2,757)	0,637	<0,001	1,891 (1,516-2,360)	0,870	<0,001	2,387 (1,959-2,908)
	<i>2. Düzey</i>	0,439	<0,001	1,552 (1,284-1,875)	0,428	<0,001	1,535 (1,241-1,898)	0,482	<0,001	1,619 (1,341-1,955)
	<i>3. Düzey</i>	0,337	0,001	1,401 (1,153-1,703)	0,284	0,013	1,329 (1,061-1,664)	0,385	<0,001	1,469 (1,210-1,783)
	<i>4. Düzey</i>	0,216	0,023	1,241 (1,031-1,494)	-0,119	0,329	0,888 (0,699-1,128)	0,241	0,011	1,273 (1,057-1,532)
	<i>5. Düzey</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 14. Uzaklık ve Ulaşım Sorunları Nedeniyle Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gecikmelerin Temel Belirleyicileri- Devamı

Yıllar		2014			2016			2019		
Uzaklık ve/veya Ulaşım		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
<i>Dolaşım Sistemi Hastalığı</i>	<i>Yok</i>	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	<i>Var</i>	0,338	<0,001	1,402 (1,218-1,614)	0,269	0,001	1,308 (1,120-1,529)	0,178	0,008	1,195 (1,047-1,363)
	<i>+ Eşlik Eden</i>	0,699	<0,001	2,011 (1,640-2,466)	0,411	0,001	1,509 (1,197-1,903)	0,502	<0,001	1,652 (1,360-2,007)
	<i>Sabit</i>	-3,585			-4,022			-2,945		
<i>Modele İlişkin İstatistikler</i>	<i>Nagelkerle R²</i>			0,042			0,050			0,036
	<i>Hosmer & Lemeshow Ki-Kare</i>			6,504			8,375			4,688
	<i>Hosmer & Lemeshow Test</i>			0,591			0,398			0,790
	<i>Doğru Sınıflandırma Yüzdesi</i>			88,2			90,3			88,2
	<i>Omnibus Test</i>			<0,001			<0,001			<0,001

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

5.2.4. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Karşılanamayan İlaçlara İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamındaki bireylerin kendilerine reçete edilen ilaçları karşılayabilmeleri ile ilgili ödeme güçlüğü kaynaklı herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadıkları ve bir sorun söz konusu ise bu sorunun hangi gruplarda daha sık gözlemlendiğinin belirlenmesi amacıyla Pearson Ki-Kare testlerinden yararlanılmıştır. Test sonucunda elde edilen bulgular, Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15 incelendiğinde, çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile kendilerine reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme durumunun bireylerin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer ihtiyaçlarda olduğu gibi reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme noktasında da kadınların erkeklere göre daha fazla ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar ile karşılaştığı görülmektedir. Kadınların 2014 yılında %13,2'si, 2016 ve 2019 yıllarında %7'si önerilen ilaçları ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılayamadıklarını belirtmişlerdir. Bu oran, erkeklerde ilgili tüm yıllarda daha düşüktür [%9,3 (2014 yılı), %4,7 (2016 yılı), 4,8 (2019 yılı)].

Çalışma kapsamında ayrıca reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme noktasında yaş grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). 25-34 yaş aralığında yer alan bireylerin ihtiyaç duydukları ve kendilerine hekim tarafından reçete edilmiş ilaçları karşılarken ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar ile daha fazla karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir. Söz konusu bireylerin 2014 yılında %13,3'ü, 2016 %6,9'u ve 2019 yılında %13,4'ü kendilerine reçete edilmiş ilaçları temin edemediklerini belirtmişlerdir. 65 yaş ve üzerindeki bireylerde ise bu oran, 2014 yılında %8,6, 2016 ve 2019 yıllarında ise %4'ler civarındadır.

Çalışma kapsamında yer alan bireylerin kendilerine reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme düzeylerinin eğitim durumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Resmi olarak herhangi bir eğitim almadığını belirten bireylerde ödeme güçlüğü nedeni ile reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme sorununun daha yaygın olduğu söylenebilir. Söz konusu bireylerin 2014 yılında %21,6'sı, 2016 yılında %10,8'i

ve 2019 yılında ise %11,1'i ödeme güçlüğü sorunları nedeni ile ihtiyaç duydukları bazı ilaçları karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak eğitim düzeyindeki artış ile beraber bu durumda bir azalma meydana gelmektedir. Özellikle ilköğretim mezunu bireylerde bu oran, 2014 yılında %12,1 iken ön lisans mezunlarında %4,0 olarak hesaplanmıştır. 2016 ve 2019 yıllarında ise ilköğretim mezunlarının yaklaşık %7'si, ön lisans mezunlarının ise %2'si ihtiyacı olduğu halde bazı ilaçları ödeme güçlüğü nedeni ile karşılayamadıklarını belirtmişlerdir.

Öte yandan boşanmış ve dul bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile reçete edilmiş ilaçları karşılayamama durumunun daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Boşanmış ve dul bireylerin 2014 yılında %12,2'si, 2016 yılında %8,1'i ve 2019 yılında ise %7,2'si ödeme güçlüğü nedeni ile ihtiyaç duydukları ilaçları karşılayamadıklarını belirtmişlerdir. Söz konusu bireyleri ise ilgili tüm yıllarda sırası ile evli ve bekar bireyler takip etmektedir. 2014 ve 2016 yıllarında bireylerin reçete edilmiş ilaçlar ile ilgili ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar ile karşılaşma durumunun bireylerin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak 2019 yılı için ise söz konusu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Çalışma kapsamında ayrıca bireylerin ihtiyaç duydukları ilaçları ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılayamama durumlarının çalışma durumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan bireylerin 2014 yılında %13,2'si, diğer yıllarda ise yaklaşık %7'si, reçete edilmiş bazı ilaçları ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılayamadıklarını dile getirmişlerdir. Bu oran, düzenli bir işe ve düzenli bir gelire sahip olan bireylerde çok daha düşüktür [%9,1 (2014 yılı), %5,2 (2016 yılı), %4,8 (2019 yılı)].

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin ihtiyaç duydukları ilaçları ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar ile karşılayamama durumlarının gelir düzeylerine göre de tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği gözlemlenmektedir ($p<0,05$). Bu noktada, en düşük gelir grubunda (1. düzey) yer alan bireylerin 2014 yılında %20'ye, 2016 ve 2019 yıllarında %15'e yakını kendilerine reçete edilmiş bazı ilaçları ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran, gelir düzeyi arttıkça kayda değer bir biçimde azalmaktadır. Özellikle çok daha yüksek bir gelir düzeyine sahip

olan (5. düzey) bireylerin 2014 yılında %2,9'u, 2016 yılında %1,6'sı ve 2019 yılında ise sadece %2,3'ü bu durumdan şikayetçidir.

Benzeri bir durum, sosyal güvence kapsamında olmayan bireyler için de geçerlidir. Söz konusu bireylerin 2014 yılında yaklaşık %30'u, 2016 yılında %19,1'i ve 2019 yılında da %18,7'si ihtiyaçları olduğu halde ödeme güclüğü nedeni ile kendilerine reçete edilmiş bazı ilaçları karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran, sosyal güvence kapsamında bulunan bireylerde ise 2014 yılı itibari ile %10, 2016 ve 2019 yıllarında yaklaşık %5'tir. Bireylerin ödeme güclüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları ve kendilerine bir hekim tarafından reçete edilen ilaçları karşılayamama durumları söz konusu bireylerin sosyal güvence kapsamında olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin ayrıca kendilerine reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme durumlarının sahip oldukları hastalıklara ve sayısına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu kapsamda, dolaşım sistemi hastası bireylerin kendilerine reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme noktasında çok daha fazla sorun yaşadıkları gözlemlenmektedir. Özellikle 2014 yılında dikkate alınan bireylerin %13'e yakını, ödeme güclüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile kendilerine reçete edilmiş bazı ilaçları karşılamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran, 2016 ve 2019 yıllarında %7 civarındadır. Öte yandan herhangi bir dolaşım sistemi hastalığı olmadığını belirten bireylerde bu sorunun diğerlerine kıyasla daha az gözlemlendiği görülmektedir. Ancak dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra farklı kronik hastalıkları da bulunan bireylerde ise ilaçları karşılama noktasında ödeme güclüğü kaynaklı sorunların daha fazla olduğu söylenebilir.

Tablo 15. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaç Düzeyinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan İlaçlar		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
Cinsiyet	Erkek	561	5455	6016	54,565 <0,001	260	5234	5494	32,600 <0,001	285	5601	5886	43,823 <0,001
		(9,3)	(90,7)	(100,0)		(4,7)	(95,3)	(100,0)		(4,8)	(95,2)	(100,0)	
	Kadın	1167	7695	8862		607	7930	8537		646	7849	8495	
		(13,2)	(86,8)	(100,0)		(7,1)	(92,9)	(100,0)		(7,6)	(92,4)	(100,0)	
Yaş	18-24	210	1583	1793	48,140 <0,001	91	1501	1592	31,917 <0,001	106	1530	1636	46,436 <0,001
		(11,7)	(88,3)	(100,0)		(5,7)	(94,3)	(100,0)		(6,5)	(93,5)	(100,0)	
	25-34	406	2644	3050		183	2484	2667		216	2552	2768	
		(13,3)	(86,7)	(100,0)		(6,9)	(93,1)	(100,0)		(7,8)	(92,2)	(100,0)	
	35-44	418	2698	3116		226	2770	2996		229	2832	3061	
		(13,4)	(86,6)	(100,0)		(7,5)	(92,5)	(100,0)		(7,5)	(92,5)	(100,0)	
	45-54	324	2449	2773		175	2439	2614		189	2410	2599	
		(11,7)	(88,3)	(100,0)		(6,7)	(93,3)	(100,0)		(7,3)	(92,7)	(100,0)	
	55-64	198	1940	2138		102	1962	2064		105	2134	2239	
		(9,3)	(90,7)	(100,0)		(4,9)	(95,1)	(100,0)		(4,7)	(95,3)	(100,0)	
	65+	172	1836	2008		90	2008	2098		86	1992	2078	
		(8,6)	(91,4)	(100,0)		(4,3)	(95,7)	(100,0)		(4,1)	(95,9)	(100,0)	

Tablo 15. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaç Düzeyinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan İlaçlar		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almamış</i>	525	1910	2435	401,948 <0,001	252	2071	2323	189,566 <0,001	220	1764	1984	173,809 <0,001
		(21,6)	(78,4)	(100,0)		(10,8)	(89,2)	(100,0)		(11,1)	(88,9)	(100,0)	
	<i>İlköğretim</i>	916	6685	7601		469	6367	6836		518	6315	6833	
		(12,1)	(87,9)	(100,0)		(6,9)	(93,1)	(100,0)		(7,6)	(92,4)	(100,0)	
	<i>Lise</i>	200	2492	2692		107	2510	2617		122	2685	2807	
		(7,4)	(92,6)	(100,0)		(4,1)	(95,9)	(100,0)		(4,3)	(95,7)	(100,0)	
	<i>Ön Lisans+</i>	87	2063	2150		39	2216	2255		71	2686	2757	
		(4,0)	(96,0)	(100,0)		(1,7)	(98,3)	(100,0)		(2,6)	(97,4)	(100,0)	
Medeni Durum	<i>Bekar</i>	210	2128	2338	18,760 <0,001	90	2043	2133	24,731 <0,001	131	2228	2359	5,235 0,073
		(9,0)	(91,0)	(100,0)		(4,2)	(95,8)	(100,0)		(5,6)	(94,4)	(100,0)	
	<i>Evli</i>	1325	9639	10964		648	9663	10311		683	9737	10420	
		(12,1)	(87,9)	(100,0)		(6,3)	(93,7)	(100,0)		(6,6)	(93,4)	(100,0)	
	<i>Boşanmış, Dul</i>	193	1383	1576		129	1458	1587		117	1485	1602	
		(12,2)	(87,8)	(100,0)		(8,1)	(91,9)	(100,0)		(7,3)	(92,7)	(100,0)	

Tablo 15. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaç Düzeyinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan İlaçlar		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	x ² , p
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	521	5199	5720	<0,001	275	5022	5297	<0,001	249	4931	5180	<0,001
		(9,1)	(90,9)	(100,0)		(5,2)	(94,8)	(100,0)		(4,8)	(95,2)	(100,0)	
	<i>Çalışmıyor</i>	1207	7951	9158		592	8142	8734		682	8519	9201	
		(13,2)	(86,8)	(100,0)		(6,8)	(93,2)	(100,0)		(7,4)	(92,6)	(100,0)	
<i>Gelir Durumu</i>	<i>1. Düzey</i>	948	3620	4568	<0,001	415	2540	2955	<0,001	362	1946	2308	<0,001
		(20,8)	(79,2)	(100,0)		(14,0)	(86,0)	(100,0)		(15,7)	(84,3)	(100,0)	
	<i>2. Düzey</i>	314	2737	3051		267	3578	3845		251	2986	3237	
		(10,3)	(89,7)	(100,0)		(6,9)	(93,1)	(100,0)		(7,8)	(92,2)	(100,0)	
	<i>3. Düzey</i>	234	2183	2417		84	2420	2504		150	2532	2682	
		(9,7)	(90,3)	(100,0)		(3,4)	(96,6)	(100,0)		(5,6)	(94,4)	(100,0)	
	<i>4. Düzey</i>	165	2345	2510		65	2364	2429		105	3333	3438	
		(6,6)	(93,4)	(100,0)		(2,7)	(97,3)	(100,0)		(3,1)	(96,9)	(100,0)	
	<i>5. Düzey</i>	67	2265	2332		36	2262	2298		63	2653	2716	
		(2,9)	(97,1)	(100,0)		(1,6)	(98,4)	(100,0)		(2,3)	(97,7)	(100,0)	

Tablo 15. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaç Düzeyinin Ki-Kare Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Değişkenler*Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan İlaçlar		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	χ^2 , p
Sosyal Güvence	Yok	235	534	769		129	546	675		140	607	747	
		(30,6)	(69,4)	(100,0)	283,511	(19,1)	(80,9)	(100,0)	204,557	(18,7)	(81,3)	(100,0)	195,852
	Var	1493	12616	14109	<0,001	738	12618	13356	<0,001	791	12843	13634	<0,001
		(10,6)	(89,4)	(100,0)		(5,5)	(94,5)	(100,0)		(5,8)	(94,2)	(100,0)	
Dolaşım Sistemi Hastalığı	Yok	1165	9854	11019		588	9990	10578		640	10236	10876	
		(10,6)	(89,4)	(100,0)		(5,6)	(94,4)	(100,0)		(5,9)	(94,1)	(100,0)	
	Var	382	2495	2877	63,862	185	2433	2618	47,724	198	2495	2693	42,923
		(13,3)	(86,7)	(100,0)	<0,001	(7,1)	(92,9)	(100,0)	<0,001	(7,4)	(92,6)	(100,0)	<0,001
	+ Eşlik Eden	181	801	982		94	741	835		93	719	812	
		(11,6)	(81,6)	(100,0)		(11,3)	(88,7)	(100,0)		(11,5)	(88,5)	(100,0)	

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile kendilerine reçete edilmiş ilaçları karşılayabilme noktasında herhangi bir sorun ile karşı karşıya kalıp kalmadığı üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesinde ikili lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Ancak ki-kare testlerinde 2019 yılında medeni durum bakımından ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu nedenle, 2019 yılında medeni durum ile ilgili değişken regresyon analizi kapsamında dikkate alınamamıştır. Analiz sonuçları Tablo 16’ta verilmiştir.

Tablo 16 incelendiğinde kurulan regresyon modellerinin tamamının çalışma kapsamında dikkate alınan yıllar itibari ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu modeller ayrıca, çalışma kapsamında ele alınan bireylerin ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile kendilerine reçete edilmiş bazı ilaçları karşılayamama durumlarındaki toplam varyansın %14’ünü açıklamaktadır. Modellerin doğru sınıflandırma yüzdeleri tüm yıllarda %90 seviyelerindedir.

Yapılan analizler sonucunda, 2014 ve 2016 yıllarında cinsiyetin ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeniyle karşılanamayan ilaçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı ortaya konmuştur ($p>0,05$). Ancak 2019 yılı için yapılan regresyon analizi incelendiğinde ise anlamlı bir etkiden söz etmek mümkündür ($p<0,05$). Buna göre 2019 yılında erkeklere kıyasla kadınlarda ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeniyle reçete edilmiş ilaçlarda karşılanamayan ihtiyaçlar 1,37 kat fazladır.

Çalışma kapsamında ayrıca bireylerin ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları ve kendilerine bir hekim tarafından reçete edilmiş ilaçlara erişimleri üzerinde içerisinde bulundukları yaş gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 65 yaş ve üzeri bireylere kıyasla, diğer yaş gruplarında yer alan bireylerde ihtiyaç duyulan ilaçların karşılanması noktasında ödeme güçlüğü sorunlarının daha fazla gözlemlendiği görülmektedir. Özellikle 18-24 yaş aralığındaki bireylerde 65 yaş ve üzeri bireylere göre ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaçların 2014 yılında 5,467 kat, 2016 yılında 5,500 kat ve 2019 yılında 5,050 kat fazla olduğu söylenebilir. 35-44 yaş aralığında yer alan bireylerde ise bu sorun, 2014 yılında 4,708 kat, 2016 yılında

5,540 kat ve 2019 yılında 6,278 kat fazladır. Ayrıca yaşlanma ile birlikte ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaçlar sorununda önemli bir azalma meydana gelmektedir.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin kendilerine reçete edilmiş ilaçlara erişim durumları üzerinde eğitim durumlarının da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu söylemek mümkündür ($p<0,05$). Özellikle ön lisans mezunu bireyler ile kıyasla resmi olarak herhangi bir eğitim almadığını belirtenler [1,443 (2014 yılı), 1,280 (2016 yılı), 1,132 (2019 yılı)] ile ilköğretim mezunu bireylerin [0,617 (2014 yılı), 0,833 (2016 yılı), 0,809 (2019 yılı)] ihtiyaç duydukları ilaçları karşılayabilme noktasında daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Söz konusu bireyleri ise ilgili tüm yıllarda lise mezunu bireyler takip etmektedir. Dolayısıyla tüm yıllarda eğitim düzeyindeki artış ile birlikte ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaç sorununun bir azalış gösterdiğini söylemek mümkündür.

Yapılan regresyon analizlerinde ayrıca sadece 2014 ve 2016 yıllarında medeni durumun bireylerin ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılayamadıkları ve kendilerine reçete edilmiş ilaçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Özellikle bekar bireyler ile kıyaslandığında, 2014 yılında evlilerde karşılanamayan reçeteli ilaçların 1,362 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Evli bireyleri ise ilgili tüm yıllarda boşanmış ve dul bireyler takip etmektedir.

Öte yandan yapılan regresyon analizlerinde sadece 2014 yılında bireylerin reçeteli ilaçları alabilme durumları üzerinde çalışma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ancak 2016 ve 2019 yıllarında anlamlı bir etkiden söz etmek mümkün değildir ($p>0,05$). Bu noktada; düzenli gelir getirici bir işi olmayan bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaç düzeyinin 2014 yılında 1,197 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak 2016 ve 2019 yıllarında ödeme güçlüğü kaynaklı erişim sorunlarının çalışmayan bireylerde daha fazla gözlemlendiği söylenebilir.

Tablo 16 incelendiğinde; ilgili tüm yıllarda bireylerin eğitim durumlarının ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaç düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Özellikle hane halkı gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler (5. düzey) ile kıyaslandığında çok daha düşük gelir grubunda (1. düzey) yer alan

bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılanamayan ilaç düzeyinin 2014 yılında 5,213 kat, 2016 yılında 6,437 kat ve 2019 yılında 5,277 kat fazla olduğu söylenebilir. Söz konusu bireyleri ise sırasıyla ikinci ve üçüncü gelir grubunda yer alan bireyler takip etmektedir. Bu açıdan ele alındığında, bireylerin gelir düzeylerinde yaşanan artış ile ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaç düzeyinin azaldığı söylenebilir.

Sosyal güvence bakımından incelendiğinde, çalışma kapsamında dikkate alınan yılların tamamında sosyal güvence durumunun ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan reçeteli ilaçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olmayan bireylerin sosyal güvence kapsamında bulunan bireylere göre ihtiyaç duydukları ilaçları temin noktasında 2014 yılında 2,782 kat, 2016 yılında 2,546 kat ve 2019 yılında 2,583 kat fazla sorun yaşadıkları söylenebilir.

Çalışma kapsamında ayrıca hastalık türü ve sayısının bireylerin ilaçlara erişim noktasında yaşadıkları ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur ($p<0,05$). Bu noktada; çalışma kapsamında yer alan ve farklı türden dolaşım sistemi hastalıklara sahip olduğunu ifade eden bireylerin ise dolaşım sistemi hastalığı olmadığını belirten bireylere kıyasla ihtiyaç duydukları halde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaçlarının 2014 yılında 1,509 kat, 2016 yılında 1,556 kat ve 2016 yılında 1,682 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra farklı hastalıkları da olduğunu ifade eden bireylerde ise ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaçların daha fazla olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 16. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaçların Temel Belirleyicileri

Yıllar		2014			2016			2019		
Karşılanamayan İlaçlar		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
Cinsiyet	Erkek	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	Kadın	-0,006	0,934	0,994 (0,871-1,136)	0,164	0,077	1,178 (0,983-1,414)	0,317	<0,001	1,373 (1,152-1,637)
Yaş	18-24	1,699	<0,001	5,467 (4,080-7,326)	1,705	<0,001	5,500 (3,654-8,279)	1,619	<0,001	5,050 (3,570-7,145)
	25-34	1,730	<0,001	5,642 (4,434-7,179)	1,779	<0,001	5,922 (4,248-8,258)	1,837	<0,001	6,278 (4,607-8,555)
	35-44	1,549	<0,001	4,708 (3,723-5,954)	1,712	<0,001	5,540 (4,040-7,598)	1,614	<0,001	5,022 (3,721-6,777)
	45-54	1,202	<0,001	3,327 (2,651-4,174)	1,365	<0,001	3,916 (2,884-5,318)	1,331	<0,001	3,784 (2,834-5,052)
	55-64	0,608	<0,001	1,836 (1,459-2,311)	0,768	<0,001	2,154 (1,577-2,944)	0,624	<0,001	1,866 (1,376-2,530)
	65+	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	1,443	<0,001	4,234 (3,220-5,568)	1,280	<0,001	3,596 (2,429-5,322)	1,132	<0,001	3,101 (2,254-4,267)
	İlköğretim	0,617	<0,001	1,853 (1,445-2,377)	0,833	<0,001	2,299 (1,605-3,293)	0,809	<0,001	2,245 (1,703-2,961)
	Lise	0,244	0,076	1,277 (0,975-1,672)	0,598	0,002	1,818 (1,237-2,672)	0,295	0,064	1,343 (0,983-1,834)
	Ön Lisans+	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 16. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaçların Temel Belirleyicileri - Devamı

Yıllar		2014			2016			2019		
Karşılanamayan İlaçlar		β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)	β	p	OR $\pm$ (%95)
Medeni Durum	Bekar	Ref	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	Evli	0,309	0,003	1,362 (1,107-1,675)	0,375	0,013	1,455 (1,084-1,952)	-	-	-
	Boşanmış, Dul	0,307	0,029	1,359 (1,032-1,789)	0,567	0,002	1,763 (1,222-2,543)	-	-	-
Çalışma Durumu	Çalışıyor	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-
	Çalışmıyor	0,180	0,009	1,197 (1,046-1,371)	-0,044	0,634	0,957 (0,800-1,146)	-0,029	0,764	0,971 (0,804-1,174)
Gelir Düzeyi	1. Düzey	1,651	<0,001	5,213 (3,977-6,833)	1,862	<0,001	6,437 (4,445-9,324)	1,663	<0,001	5,277 (3,913-7,118)
	2. Düzey	0,969	<0,001	2,636 (1,987-3,497)	1,162	<0,001	3,195 (2,207-4,625)	0,941	<0,001	2,562 (1,899-3,456)
	3. Düzey	0,951	<0,001	2,588 (1,940-3,454)	0,474	0,022	1,606 (1,069-2,412)	0,633	<0,001	1,884 (1,377-2,576)
	4. Düzey	0,644	<0,001	1,905 (1,417-2,561)	0,347	0,103	1,415 (0,932-2,149)	0,106	0,522	1,111 (0,804-1,536)
	5. Düzey	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

Tablo 16. Ödeme Güçlüğü Kaynaklı Sorunlar Nedeniyle Karşılanamayan İlaçların Temel Belirleyicileri - Devamı

Yıllar		2014			2016			2019			
Karşılanamayan İlaçlar		β	p	OR ± (%95)	β	p	OR ± (%95)	β	p	OR ± (%95)	
Sosyal Güvence	Yok	1,023	<0,001	2,782 (2,337-3,312)	0,934	<0,001	2,546 (2,04-3,177)	0,949	<0,001	2,583 (2,088-3,195)	
	Var	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-	
Dolaşım Sistemi Hastalığı	Yok	Ref	-	-	Ref	-	-	Ref	-	-	
	Var	0,411	<0,001	1,509 (1,306-1,742)	0,442	<0,001	1,556 (1,276-1,896)	0,520	<0,001	1,682 (1,388-2,039)	
	+ Eşlik Eden	0,831	<0,001	2,295 (1,875-2,809)	1,003	<0,001	2,727 (2,084-3,569)	1,061	<0,001	2,890 (2,208-3,783)	
Sabit		-5,667			-6,603			-5,880			
Modelle İlişkin İstatistikler	Nagelkerle R ²			0,155			0,145			0,140	
	Hosmer & Lemeshow Ki-Kare			7,244			4,840			11,143	
	Hosmer & Lemeshow Test			0,511			0,775			0,194	
	Doğru Sınıflandırma Yüzdesi			88,4			93,8			93,5	
	Omnibus Test			<0,001			<0,001			<0,001	

B: Beta, OR: Odds Ratio (Olayın Olma Olasılığı)

5.3. SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışma kapsamında yer alan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin istatistikler, Tablo 17’de verilmiştir. Tablo 17 incelendiğinde, söz konusu bireylerin yıllar itibari ile birbirine yakın ve görece olarak da yüksek bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları görülmektedir. 2014 yılında 2,686 olarak hesaplanan yaşam kalitesi skoru, 2016 yılına gelindiğinde 2,698’e ve 2019 yılında ise 2,700’e kadar ulaşmıştır. Bu açıdan ele alındığında; Türkiye’de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin ilgili yıllar itibari ile bir artış eğilimi içerisinde olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 17. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin İstatistikler

Yıllar	2014		2016		2019	
Boyutlar	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ
Hareketlilik	2,754	0,422	2,748	0,423	2,783	0,396
Kişisel Bakım	2,960	0,186	2,959	0,187	2,956	0,200
Günlük Faaliyetler	2,767	0,445	2,776	0,428	2,775	0,438
Bedensel Ağrı	2,442	0,548	2,465	0,526	2,457	0,526
Depresyon/Kaygı	2,508	0,491	2,545	0,480	2,531	0,495
Yaşam Kalitesi	2,686	0,307	2,698	0,299	2,700	0,301

$\bar{x}$: ortalama, σ : standart sapma

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyini oluşturan alt boyutlar incelendiğinde ise bedensel ağrı [2,442 (2014 yılı), 2,465 (2016 yılı), 2,457 (2019 yılı)] ve depresyon [2,508 (2014 yılı), 2,545 (2016 yılı), 2,531 (2019 yılı)] boyutlarında görece olarak daha düşük skorlar elde edildiği görülmektedir. Söz konusu boyutları ise sırasıyla ölçeğin günlük faaliyetler, hareketlilik, kişisel bakım ve depresyon boyutları takip etmektedir. Ayrıca kişisel bakım düzeyinin [2,960 (2014 yılı), 2,959 (2016 yılı), 2,956 (2019 yılı)] yaşam kalitesinin diğer boyutlarına göre çok daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri ile tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular ise Tablo 18’de verilmiştir.

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri incelendiğinde, bu çalışma kapsamında ele alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin tüm yıllarda söz konusu bireylerin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği gözlemlenmektedir ($p<0,05$). İlgili tüm yıllarda erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları söylenebilir. Özellikle de 2014 yılında kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyi, 2,610 iken erkeklerde 2,788’dir. 2016 ve 2019 yıllarında kadınların yaşam kalitesi düzeyleri ise 2,630 seviyelerindedir. 2016 yılında erkeklerde 2,794’lük bir skor elde edilmiştir. Ancak kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarında zamansal bir iyileşme olduğu da tespit edilmiştir. Öte yandan erkeklerde ise 2016 yılında bir artış gözlemlense de bu artış 2019 yılında varlığını devam ettirememiştir.

Bireylerin yaşları bakımından yaşam kaliteleri ele alındığında da benzer şekilde ilgili tüm yıllarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Tukey HSD sonuçlarına göre ise grupların tamamının ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Bu açıdan ele alındığında, yaşlanma ile beraber bireylerin yaşam kalitelerinde anlamlı bir düşüş meydana geldiği söylenebilir. Özellikle de 18-24 yaş aralığında yer alan bireylerin diğerlerine kıyasla çok daha yüksek bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları gözlemlenmektedir. 18-24 yaş aralığında bireyleri ise 25-34, 35-44 ve 45-54 yaş bireyler takip etmektedir. 65 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin çok daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Benzer bir durum eğitim durumları için de geçerlidir. Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri, eğitim durumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Tukey HSD sonuçlarına göre ise söz konusu grupların tamamı ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu açıdan ele alındığında, bireylerin eğitim düzeylerindeki artış ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinde de anlamlı bir iyileşme meydana geldiği gözlemlenmektedir.

Söz konusu gruplar içerisinde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en düşük olduğu eğitim grubunu eğitim almadığını belirten bireyler oluşmaktadır. Eğitim almadığını ifade eden bireyleri ise sırasıyla ilköğretim, lise ve ön lisans mezunu bireyler takip etmektedir. Bu noktada ise ön lisans mezunu bireylerin diğerlerine göre daha yüksek bir yaşam kalitesi skoruna sahip olduğu söylenebilir [2,826 (2014 yılı), 2,829 (2016 yılı), 2,818 (2019 yılı)].

Çalışma kapsamında ayrıca bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin ilgili tüm yıllarda söz konusu bireylerin medeni durumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirlenmiştir ($p<0,05$). Tukey HSD analizi sonuçlarına göre ise grupların tamamı yaşam kalitesi düzeyi bakımından birbirinden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bekar bireylerin [2,823 (2014 yılı), 2,835 (2016 yılı), 2,825 (2019 yılı)] evli, boşanmış ve dul bireylere göre daha yüksek bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları söylenebilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en düşük olduğu bireyleri ise boşanmış ve dul bireyler [2,422 (2014 yılı), 2,451 (2016 yılı), 2,463 (2019 yılı)] oluşturmaktadır. Evli, boşanmış ve dul bireylerin ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin zaman içerisinde bir iyileşme kaydettiği de tespit edilmiştir.

Bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri, aynı zamanda söz konusu bireylerin çalışma durumlarına göre de ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,001$). Özellikle çalışan bireylerin yaşam kalitesi algılarının çok daha yüksek [2,793 (2014 yılı), 2,799 (2016 yılı), 2,808 (2019 yılı)] olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan analizlerde çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarının ilgili tüm yıllarda (2014, 2016 ve 2019) hane halkı gelir düzeylerine göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Tukey HSD sonuçları incelendiğinde ise ilgili yılların tamamında söz konusu gelir gruplarının tümünün sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyi bakımından anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu noktada, daha yüksek gelir düzeyine (5. düzey) sahip bireylerde yaşam kalitesi algılarının daha yüksek olduğu söylenebilir [2,781 (2014 yılı), 2,779 (2016 yılı), 2,787 (2019 yılı)]. Ayrıca düşük gelir düzeyine (1. düzey) sahip bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri zaman içerisinde daha da düşerken [2,597 (2014 yılı), 2,586 (2016 yılı), 2,566 (2019 yılı)] orta ve yüksek gelir düzeyinde yer alan bireylerde anlamlı bir iyileşme söz konusudur.

Herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığını belirten bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri daha yüksektir (2,734 (2014), 2,721 (2016), 2,753 (2019)). Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri, gruplar arasındaki bu yaşam kalitesi farklılığının ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamındaki bireylerin sahip oldukları hastalıklara göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırıldığında ise ilgili tüm yıllarda herhangi bir dolaşım sistemi hastalığına sahip olmadığını belirten bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha yüksek [2,758 (2014 yılı), 2,766 (2016 yılı), 2,770 (2019 yılı)] olduğu görülmektedir. Dolaşım sistemi hastalıklarından şikayetçi olan bireyler ile söz konusu hastalıkların yanı sıra farklı türden hastalıklara da sahip olduğunu ifade eden bireylerin [2,306 (2014 yılı), 2,314 (2016 yılı), 2,306 (2019 yılı)] ise yaşam kalitesi algıları çok daha düşüktür. Yapılan analizler tüm yıllarda hastalık grupları açısından sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır ($p<0,05$). Tukey HSD sonuçlarına göre ise grupların tamamı ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 18. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Bireysel ve Demografik Özelliklerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Farklılık Testleri İle Karşılaştırılması

Yıllar		2014				2016				2019			
Değişkenler		n	$\bar{x}$	σ	t (F) /p	n	$\bar{x}$	σ	t (F) /p	n	$\bar{x}$	σ	t (F) /p
<i>Cinsiyet</i>	<i>Erkek</i>	7215	2,788	0,245	40,507	5997	2,794	0,242	34,831	6286	2,786	0,258	31,334
	<i>Kadın</i>	9703	2,610	0,326	<0,001	8930	2,634	0,316	<0,001	8729	2,639	0,315	<0,001
<i>Yaş</i>	<i>18-24</i>	2120	2,826	0,191		1768	2,847	0,177		1735	2,838	0,181	
	<i>25-34</i>	3528	2,785	0,208		2834	2,803	0,201		2916	2,808	0,191	
	<i>35-44</i>	3598	2,737	0,242	748,851	3232	2,759	0,225	714,871	3205	2,763	0,227	690,283
	<i>45-54</i>	3123	2,676	0,284	<0,001	2756	2,688	0,273	<0,001	2719	2,697	0,268	<0,001
	<i>55-64</i>	2378	2,624	0,324		2165	2,641	0,302		2310	2,635	0,309	
	<i>65+</i>	2171	2,387	0,408		2172	2,420	0,396		2130	2,422	0,414	
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Eğitim Almamış</i>	2651	2,414	0,384		2413	2,432	0,379		2045	2,428	0,397	
	<i>İlköğretim</i>	8642	2,689	0,283	1217,313	7290	2,702	0,271	1118,598	7121	2,689	0,287	975,660
	<i>Lise</i>	3147	2,796	0,212	<0,001	2821	2,805	0,209	<0,001	2962	2,801	0,209	<0,001
	<i>Ön Lisans+</i>	2478	2,826	0,183		2403	2,829	0,187		2887	2,818	0,189	
<i>Medeni Durum</i>	<i>Bekar</i>	2851	2,823	0,203	1047,292	2367	2,835	0,204	911,508	2537	2,825	0,218	811,645
	<i>Evli</i>	12330	2,691	0,287	<0,001	10917	2,706	0,277	<0,001	10829	2,707	0,280	<0,001
	<i>Boşanmış, Dul</i>	1737	2,422	0,403		1643	2,451	0,393		1649	2,463	0,397	

$\bar{x}$: ortalama, σ : standart sapma, t: iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi t değeri, F: tek yönlü varyans analizi F değeri

Tablo 18. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Bireysel ve Demografik Özelliklerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Farklılık Testleri İle Karşılaştırılması - Devamı

Yıllar		2014				2016				2019			
Değişkenler		n	$\bar{x}$	σ	t (F) /p	n	$\bar{x}$	σ	t (F) /p	n	$\bar{x}$	σ	t (F) /p
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	6753	2,793	0,212	42,081	5753	2,799	0,208	37,172	5508	2,808	0,198	39,468
	<i>Çalışmıyor</i>	10165	2,615	0,338	<0,001	9174	2,635	0,329	<0,001	9507	2,638	0,332	<0,001
<i>Gelir Düzeyi</i>	<i>1. Düzey</i>	5165	2,597	0,346		3159	2,586	0,354		2412	2,566	0,368	
	<i>2. Düzey</i>	3423	2,684	0,299	208,811	4090	2,686	0,295	195,365	3372	2,676	0,312	210,690
	<i>3. Düzey</i>	2765	2,705	0,295	<0,001	2674	2,723	0,279	<0,001	2783	2,706	0,293	<0,001
	<i>4. Düzey</i>	2889	2,741	0,267		2558	2,755	0,256		3573	2,740	0,267	
	<i>5. Düzey</i>	2676	2,781	0,235		2446	2,779	0,241		2875	2,787	0,223	
<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Yok</i>	972	2,734	0,253	6,014	764	2,721	0,305	2,175	817	2,753	0,267	5,722
	<i>Var</i>	15946	2,683	0,309	<0,001	14163	2,697	0,299	0,030	14198	2,697	0,303	<0,001
<i>Dolaşım Sistemi Hastalığı</i>	<i>Yok</i>	12831	2,758	0,246	2022,711	11427	2,766	0,242	1748,490	11488	2,770	0,237	1853,435
	<i>Var</i>	3070	2,511	0,346	<0,001	2662	2,528	0,331	<0,001	2712	2,522	0,340	<0,001
	<i>+Eşlik Eden</i>	1017	2,306	0,375		838	2,314	0,383		815	2,306	0,408	

$\bar{x}$: ortalama, σ : standart sapma, t: iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi t değeri, F: tek yönlü varyans analizi F değeri

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğinin analizinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testlerinden yararlanılmıştır. Elde edilen bulgular ise Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19 incelendiğinde; çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin ilgili tüm yıllarda bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Bu noktada, ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım hizmetleri, randevu, uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler ve ödeme güclüğü kaynaklı karşılanamayan ilaç sorunu olduğunu belirten bireylerin tamamının ilgili yılların tamamında daha düşük bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Ödeme güclüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları tıbbi bakım hizmetlerini karşılayamadıklarını ifade eden bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri, 2014 yılında 2,517, 2016 yılında 2,499 ve 2019 yılında 2,512’tir. Ödeme güclüğü ile herhangi bir sorun yaşamadığını ifade eden bireylerde ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin 2014 yılında 2,694, 2016 ve 2019 yıllarında ise 2,712 olduğu belirlenmiştir.

Randevu sürelerinin uzun olması nedeni ile ihtiyaç duydukları sağlık bakım hizmetlerini zamanında alamadıklarını belirten bireylerde de sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin [2,611 (2014 yılı), 2,632 (2016 yılı), 2,653 (2019 yılı)] düşük olduğunu söylemek mümkündür. Uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle söz konusu hizmetlerde gecikmeler yaşayan bireylerde de -benzer şekilde- sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyi [2,535 (2014 yılı), 2,534 (2016 yılı), 2,561 (2019 yılı)] daha düşüktür.

Son olarak, çalışma kapsamında dikkate alınan ve ödeme güclüğü nedeniyle kendilerine reçete edilmiş bazı ilaçları karşılayamadıklarını ifade eden bireylerde [2,519 (2014 yılı), 2,501 (2016 yılı), 2,539 (2019 yılı)] daha düşük bir yaşam kalitesi gözlemlenmektedir.

Tablo 19. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçlarına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Farklılık Testleri İle Karşılaştırılması

Yıllar		2014				2016				2019			
Karşılanamayan İhtiyaçlar		n	$\bar{x}$	σ	t/p	n	$\bar{x}$	σ	t/p	n	$\bar{x}$	σ	t/p
<i>Tıbbi Bakım</i>	<i>Yok Var</i>	12350	2,694	0,301	23,299	12436	2,712	0,292	22,336	12934	2,712	0,294	20,258
		2177	2,517	0,332	<0,001	1313	2,499	0,332	<0,001	1307	2,512	0,344	<0,001
<i>Randevu</i>	<i>Yok Var</i>	11375	2,683	0,312	11,296	12017	2,705	0,301	10,668	10779	2,709	0,307	10,080
		3030	2,611	0,308	<0,001	2247	2,632	0,295	<0,001	3753	2,653	0,289	<0,001
<i>Ulaşım</i>	<i>Yok Var</i>	12838	2,689	0,304	19,502	12951	2,711	0,293	19,256	12849	2,713	0,293	17,536
		2025	2,535	0,334	<0,001	1398	2,534	0,329	<0,001	1717	2,561	0,342	<0,001
<i>İlaç</i>	<i>Yok Var</i>	13150	2,688	0,303	19,969	13164	2,703	0,297	17,815	13450	2,704	0,299	14,587
		1728	2,519	0,335	<0,001	867	2,501	0,326	<0,001	931	2,539	0,335	<0,001

$\bar{x}$: ortalama, σ : standart sapma, t: iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi t değeri

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi için çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular, Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20 incelendiğinde, kurulan regresyon modellerinin ilgili tüm yıllarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ayrıca bu modeller, bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki toplam varyansın yaklaşık %40’ını açıklamaktadır. Durbin-Watson değerleri de kurulan regresyon modellerinde herhangi bir otokorelasyon sorunu olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca VIF değerleri de tüm yıllarda 3’ün altındadır.

Tablo 20 incelendiğinde, çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin ilgili tüm yıllarda söz konusu bireylerin cinsiyetlerinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilendiği görülmektedir ($p<0,05$). Çalışma kapsamında yer alan kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin [S.β: -0,159 (2014 yılı), S.β: -0,151 (2016 yılı), S.β: -0,133 (2019 yılı)] erkekler ile kıyaslandığında daha düşük bir düzeyde olduğu gözlemlenmektedir.

Yapılan regresyon analizleri sonuçlarına göre bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarının aynı zamanda yaşlarından da istatistiksel olarak etkilendiği görülmektedir ($p<0,001$). Yaşlanma ile birlikte sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarında gözle görülür bir azalma meydana gelmektedir. Özellikle 65 yaş ve üzerinde yer alan bireyler ile kıyaslandığında, orta yaş ve altında yer alan bireylerin daha yüksek bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri, ilgili tüm yıllarda bireylerin eğitim düzeylerinden de etkilenmektedir ($p<0,05$). Eğitim düzeyindeki artış ile birlikte bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinde anlamlı bir artış gözlemlenmektedir. Özellikle ön lisans mezunu bireyler ile kıyaslandığında eğitim almamış olanlar [S.β: -0,193 (2014 yılı), S.β: -0,198 (2016 yılı), S.β: -0,179 (2019)] ile ilköğretim mezunlarının [S.β: -0,085 (2014 yılı), S.β: -0,081 (2016 yılı), S.β: -0,066 (2019 yılı)] sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Söz konusu bireyleri lise mezunları [S.β: -0,029 (2014 yılı), S.β: -0,025 (2016 yılı), S.β: -0,008 (2019 yılı)] takip etmektedir.

Bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen bireysel ve demografik faktörlerden birisi de medeni durumlarıdır ($p<0,05$). Bekar bireyler ile kıyaslandığında, boşanmış ve dul bireylerin [S.β: -0,070 (2014 yılı), S.β: -0,054 (2016 yılı), S.β: -0,052 (2019 yılı)] daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Ancak evli bireylerin [S.β: 0,023 (2014 yılı), S.β: 0,035 (2016 yılı), S.β: 0,026 (2019 yılı)] sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algıları bekar bireylere kıyasla çok daha yüksektir.

Çalışma durumu bakımından da benzer bir durumdan bahsetmek mümkündür. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre çalışma durumu, çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir ($p<0,05$). Düzenli gelir getirici bir işte çalışmayan bireylerin [S.β: -0,034 (2014 ve 2019 yılları), S.β: -0,025 (2019 yılı)] daha düşük bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Gelir düzeyleri bakımından bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri ele alındığında ise gelirdeki artışa paralel olarak yaşam kalitesinde de anlamlı bir artış meydana geldiği görülmektedir. Yapılan regresyon analizlerinde hane halkı gelir düzeyinin bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu açıdan ele alındığında ise özellikle düşük ve düşük-orta gelir seviyesinde yer alan bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri, üst düzey gelir grubunda yer alan bireylere kıyasla çok daha düşüktür.

Çalışma kapsamında yer alan ve herhangi bir sosyal güvencesi olmadığını ileri süren bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (S.β: 0,012 (2014 yılı), S.β: 0,010 (2016 ve 2019 yılları)). Ancak yapılan regresyon analizleri incelendiğinde, sosyal güvence sahipliğinin söz konusu bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çalışma kapsamında ele alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde sahip oldukları hastalıklarının türü ve sayısının da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Dolaşım sistemi hastalığına sahip olan [S.β: -0,110 (2014 yılı), S.β: -0,123 (2016 yılı), S.β: -0,147 (2019 yılı)] bireylerin dolaşım sistemi hastalığı olmayanlara göre çok daha düşük bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları gözlemlenmektedir. İlgili gruplar arasında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en düşük olduğu grup, dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra eşlik eden farklı türden kronik hastalıklara da sahip olan bireylerden oluşmaktadır [S.β: -0,204 (2014 yılı), S.β: -0,200 (2016 yılı), S.β: -0,207 (2019 yılı)].

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının etkisi incelendiğinde çalışma kapsamında dikkate alınan değişkenlerin tamamının (2019 yılında ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan ilaçlar hariç) bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamadığını belirten bireyler [S.β: -0,097 (2014 yılı), S.β: -0,108 (2016 yılı), S.β: -0,103 (2019 yılı)] ile yine ödeme güçlüğü nedeniyle reçeteli bazı ilaçları karşılayamadığını belirtenlerin [S.β: -0,032 (2014 yılı), S.β: -0,037 (2016 yılı), S.β: -0,014 (2019 yılı)] sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri diğerlerine kıyasla çok daha düşüktür. Öte yandan sağlık hizmetleri alımında yaşanan randevu kaynaklı gecikmeler ile [S.β: -0,047 (2014 yılı), S.β: -0,041 (2016 yılı), S.β: -0,052 (2019 yılı)] uzaklık ve/veya ulaşım sorunu nedeniyle birtakım gecikmeler [S.β: -0,055 (2014 yılı), S.β: -0,064 (2016 yılı), S.β: -0,052 (2019 yılı)] yaşadığını dile getiren bireylerin de daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 20. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Temel Belirleyicileri

Yıllar		2014						2016						2019					
Yaşam Kalitesi		β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF
<i>Cinsiyet</i>	<i>Erkek</i>	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	<i>Kadın</i>	-0,102	0,005	-0,159	-20,101	<0,001	1,367	-0,094	0,005	-0,151	-19,422	<0,001	1,343	-0,082	0,005	-0,133	-16,945	<0,001	1,374
<i>Yaş</i>	<i>18-24</i>	0,254	0,012	0,264	22,040	<0,001	3,144	0,263	0,011	0,274	23,574	<0,001	3,005	0,241	0,011	0,251	21,792	<0,001	2,958
	<i>25-34</i>	0,211	0,009	0,270	22,577	<0,001	3,144	0,211	0,009	0,273	23,628	<0,001	2,959	0,209	0,009	0,270	23,333	<0,001	2,988
	<i>35-44</i>	0,179	0,009	0,230	19,824	<0,001	2,951	0,178	0,008	0,241	21,134	<0,001	2,877	0,177	0,008	0,237	20,880	<0,001	2,887
	<i>45-54</i>	0,149	0,009	0,185	17,352	<0,001	2,494	0,137	0,008	0,176	16,944	<0,001	2,387	0,154	0,008	0,194	18,975	<0,001	2,330
	<i>55-64</i>	0,145	0,008	0,162	17,257	<0,001	1,946	0,132	0,008	0,155	16,708	<0,001	1,897	0,129	0,008	0,154	16,549	<0,001	1,935
	<i>65+</i>	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Eğitim Almamış</i>	-0,164	0,009	-0,193	-17,333	<0,001	2,737	-0,162	0,009	-0,198	-18,255	<0,001	2,617	-0,158	0,009	-0,179	-18,064	<0,001	2,203
	<i>İlköğretim</i>	-0,053	0,007	-0,085	-7,264	<0,001	3,000	-0,049	0,007	-0,081	-7,229	<0,001	2,755	-0,040	0,006	-0,066	-6,268	<0,001	2,462
	<i>Lise</i>	-0,024	0,008	-0,029	-3,047	0,002	2,047	-0,019	0,007	-0,025	-2,665	0,008	1,923	-0,006	0,007	-0,008	-0,852	0,394	1,816
	<i>Ön Lisans+</i>	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-

B: Beta, SE: Standart Hata, S. B: Standartlaştırılmış Beta

Tablo 20. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Temel Belirleyicileri - Devamı

Yıllar		2014						2016						2019					
Yaşam Kalitesi		β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF
Medeni Durum	Bekar	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	Evli	0,016	0,008	0,023	2,053	0,040	2,746	0,024	0,008	0,035	3,151	0,002	2,815	0,018	0,007	0,026	2,416	0,016	2,626
	Boşanmış, Dul	-0,071	0,011	-0,070	-6,512	<0,001	2,538	-0,051	0,010	-0,054	-4,944	<0,001	2,609	-0,051	0,010	-0,052	-5,016	<0,001	2,428
Çalışma Durumu	Çalışıyor	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	Çalışmıyor	-0,022	0,005	-0,034	-4,186	<0,001	1,475	-0,021	0,005	-0,034	-4,217	<0,001	1,448	-0,016	0,005	-0,025	-2,998	0,003	1,588
Gelir Düzeyi	1. Düzey	-0,038	0,008	-0,056	-5,014	<0,001	2,713	-0,026	0,008	-0,035	-3,396	0,001	2,386	-0,052	0,008	-0,063	-6,606	<0,001	2,034
	2. Düzey	-0,022	0,008	-0,028	-2,818	0,005	2,163	-0,007	0,007	-0,010	-1,003	0,316	2,337	-0,023	0,007	-0,032	-3,361	0,001	2,037
	3. Düzey	-0,021	0,008	-0,024	-2,606	0,009	1,904	-0,005	0,007	-0,007	-0,722	0,470	1,896	-0,028	0,007	-0,036	-3,997	<0,001	1,818
	4. Düzey	-0,009	0,008	-0,011	-1,183	0,237	1,824	-0,002	0,007	-0,003	-0,310	0,757	1,778	-0,014	0,006	-0,020	-2,199	0,028	1,835
	5. Düzey	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-

B: Beta, SE: Standart Hata, S. B: Standartlaştırılmış Beta

Tablo 20. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Temel Belirleyicileri - Devamı

Yıllar		2014						2016						2019					
Yaşam Kalitesi		β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF
<i>Sosyal Güvence</i>	<i>Yok</i>	0,017	0,010	0,012	1,674	0,094	1,053	0,014	0,010	0,010	1,418	0,156	1,062	0,016	0,010	0,012	1,729	0,084	1,066
	<i>Var</i>	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
<i>Dolaşım Sistemi Hastalığı</i>	<i>Yok</i>	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	<i>Var</i>	-0,110	0,006	-0,139	-18,311	<0,001	1,258	-0,096	0,006	-0,123	-16,222	<0,001	1,274	-0,115	0,006	-0,147	-19,631	<0,001	1,261
	<i>+Eşlik Eden</i>	-0,254	0,009	-0,204	-27,631	<0,001	1,195	-0,255	0,009	-0,200	-27,379	<0,001	1,184	-0,272	0,010	-0,207	-28,623	<0,001	1,172
<i>Tıbbi Bakım</i>	<i>Yok</i>	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	<i>Var</i>	-0,086	0,008	-0,097	-10,111	<0,001	2,004	-0,112	0,009	-0,108	-12,292	<0,001	1,707	-0,109	0,009	-0,103	-11,885	<0,001	1,693
<i>Randevu</i>	<i>Yok</i>	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	<i>Var</i>	-0,036	0,006	-0,047	-6,089	<0,001	1,298	-0,035	0,006	-0,041	-5,565	<0,001	1,230	-0,036	0,005	-0,052	-7,026	<0,001	1,227

B: Beta, SE: Standart Hata, S. B: Standartlaştırılmış Beta

Tablo 20. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Temel Belirleyicileri - Devamı

Yıllar		2014						2016						2019					
Yaşam Kalitesi		β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF	β	SE	S. β	t	p	VIF
Ulaşım	Yok	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	Var	-0,050	0,007	-0,055	-6,854	<0,001	1,402	-0,065	0,008	-0,064	-8,254	<0,001	1,329	-0,049	0,007	-0,052	-6,861	<0,001	1,292
İlaç	Yok	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-	Ref	-	-	-	-	-
	Var	-0,032	0,009	-0,032	-3,485	<0,001	1,906	-0,047	0,011	-0,037	-4,428	<0,001	1,586	-0,017	0,011	-0,014	-1,640	0,101	1,614
Sabit		2,724						2,717						2,718					
Modelle İlişkin İstatistikler	R					0,625						0,628						0,611	
	Uyarlanmış R2					0,390						0,394						0,373	
	Durbin-Watson					1,886						1,390						1,704	
	F(ANOVA)					373,402						380,806						363,791	
	p					<0,001						<0,001						<0,001	

B: Beta, SE: Standart Hata, S. B: Standartlaştırılmış Beta

Bu çalışmanın tüm bulguları dikkate alındığında, araştırma hipotezlerine ilişkin kabul/ret durumları tablo 36’da verilmiştir.

Tablo 21. Hipotezlerin Kabul ve Ret Durumları

Değişkenler	Karşılanamayan Sağlık İhtiyacı												Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi		
	Tıbbi Bakım			Randevu			Ulaşım			İlaç					
	2014	2016	2019	2014	2016	2019	2014	2016	2019	2014	2016	2019	2014	2016	2019
Cinsiyet _(H1a)	-	-	+	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
Yaş _(H1b)	+	+	+	+	+	+	+	+	*	+	+	+	+	+	+
Eğitim Durumu _(H1c)	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Medeni Durum _(H1d)	-	+	+	+	+	*	+	+	-	+	+	*	+	+	+
Çalışma Durumu _(H1e)	+	-	-	+	*	*	-	-	-	+	-	-	+	+	+
Gelir Düzeyi _(H1f)	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sosyal Güvence _(H1g)	+	+	+	+	+	+	*	*	*	+	+	+	-	-	-
Hastalık Türü _(H2)	+	+	+	*	*	*	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tıbbi Bakım													+	+	+
Randevu													+	+	+
Ulaşım													+	+	+
İlaç													+	+	-

+: Kabul; -: Ret, * Fark testlerinde anlamsız olduğu için regresyon analizinde dikkate alınamayan değişkenler

6. BÖLÜM

TARTIŞMA

Sağlık kavramının içerik ve kapsamı ile ilgili tartışmalar insanlık tarihi kadar eskidir. Ancak sağlığın bugünkü anlamı ile ele alınması ancak yirminci yüzyılın ortalarında DSÖ ile mümkün olmuş ve sağlık, ilk kez DSÖ ile yaşamı oluşturan farklı türden alanlar ile birlikte ele alınmıştır (WHO, 1948).

DSÖ'nün yapmış olduğu bu tanım, çok daha kapsayıcı ve bütüncül bir yapıdadır. Ayrıca insan hayatına ve iyilik haline atıfta bulunmaktadır. Ancak halen tartışmalı yönleri olduğu söylenebilir. Özellikle iyilik hali kavramı ile anlatılmak istenen durumun ne olduğunun tam olarak anlaşılamaması ve bu durumun nasıl sağlanacağını belirsiz oluşu, söz konusu tanıma getirilen başlıca eleştiriler arasında yer almaktadır. Öte yandan DSÖ'nün bu tanımı çevresel faktörlerden sosyal yaşama kadar insan yaşamını oluşturan alanların tamamını bünyesinde barındırsa da sağlıklı birey ve toplum yaratma noktasında sağlık hizmetlerinin rolü ve etkisinin ne olacağını açık ve net bir şekilde ortaya koyamamıştır. Ancak ilgili literatür incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin sağlık statüsü üzerinde yaşam tarzı ve/veya çevre kadar önemli bir faktör olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Blum, 1974; Lalonde, 1974; Roemer, 1991).

Sağlık hizmetleri her ne kadar, sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile ilgili önemli bir unsur olarak ön plana çıksa da bu türden hizmetlerin varlığı, sağlıklı bir toplum yaratmak ve bu durumu sürdürebilmek için tek başına yeterli değildir (Kaushal vd., 2021). Söz konusu hizmetlerin aynı zamanda ilgili sağlık sistemleri içerisinde ulaşılabilir yani kullanılabilir de olması gerekmektedir (Chelogoi vd., 2020; Deitenbeck, 2011; Yamanis vd., 2021). İhtiyaç sahibi bireylerin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi, birey ve toplum sağlığının sağlanmasında önemlidir. Bu noktada, karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve ölçümü ön plana çıkmaktadır.

“Bir sağlık hizmetinin yeteri düzeyde ve/veya uygun miktarda temin edilememesi” (Van der Roest vd., 2009) olarak ele alınan karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, temel olarak *“ihtiyaç duyulan hizmetler ile sağlananlar arasındaki farklılıkları/boşlukları”* ifade

etmektedir (Sou vd., 2017). Dolayısıyla karşılanamayan ihtiyaçların varlığı ya da yokluğu, bir sağlık sisteminin etkili ve verimli bir şekilde çalışıp çalışmadığının da önemli bir göstergesidir. Bireysel, sosyal ya da ekonomik birtakım nedenleri bulunmakla birlikte (Allin vd., 2010; Cavalieri, 2009; Diamant vd., 2004; Tabriz vd., 2017) varlığı, yapısal bazı sorunların da habercisi niteliğindedir (Chaupain-Guillot ve Guillot, 2015; MacKinney vd., 2014). Bu ve benzeri nedenlerden dolayı da ülke sağlık sistemleri içerisinde özellikle incelenmesi gereken alanların başında gelmektedir.

Literatür incelendiğinde, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyi ile ilgili farklı türden çok sayıda araştırma olduğu görülmektedir (Assari ve Hani, 2018; Cho vd., 2016; Gu vd., 2009; Kerpershoek vd., 2018). Ancak bu araştırmaların birçoğu, ABD ve Kuzey Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilmiştir. Türkiye'deki çalışmaların (Ayvat, 2019; Karamustafalıoğlu, 2009; Küçükoğlu, 2019; Uygur ve Esen-Danacı, 2019) görece daha az olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca bu çalışmalarda, küçük bazı gruplar ve/veya kanser ve şizofreni gibi farklı türden kronik hastalıklar dikkate alınmıştır. Ancak dolaşım sistemi hastalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile ilgili sadece iki farklı çalışma olduğu tespit edilmiştir (Dengiz ve Tanyer, 2020; Köroğlu, 2014). Bu çalışmalarda ise bazı kalp hastalıkları dikkate alınmış ve söz konusu bireylerin sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri değerlendirilmiştir. Ancak karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının Türkiye'deki görülme sıklığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkilerinin yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Ayrıca, dolaşım sistemi hastalıklarının varlığı ve düzeyinin de söz konusu bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyi ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkileri belirsizliğini korumaktadır. Bu nedenle; bu çalışmada, Türkiye'de yaşayan 18 yaş ve üzerindeki bireylerde karşılanamayan farklı türden sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve bu durumun belirleyicilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu çalışmada söz konusu bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin de tespit edilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca s"12ağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin temel belirleyicileri de bu çalışma kapsamında ele alınan konular arasında yer almaktadır.

Çalışmanın amaçlarına ulaşabilmek için ise TÜİK tarafından düzenli olarak yürütülen sağlık araştırmalarından (2014, 2016 ve 2019) yararlanılmıştır. Veriler, çalışmanın temel amaçları doğrultusunda gözden geçirilmiş ve yapılan bazı değişiklikler ile analizlere hazır

hale getirilmiştir. Veri analizinde ise tanımlayıcı istatistikler, fark testleri ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

Analizler sonucunda Türkiye’de yıllar (2014, 2016 ve 2019) itibariyle karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının önemli bir sorun olduğu ve bu sorunun farklı türden ihtiyaçlarda farklı düzeylerde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Bu noktada, çalışma kapsamında dikkate alınan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin 2014 yılında %15’i, 2016 ve 2019 yıllarında ise yaklaşık %9’u tıbbi bakım ihtiyaçlarını ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadıklarını ifade etmişlerdir. İlgili yıllar itibari ile bu oranda azalma söz konusu olsa da Türkiye’de halen ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım ihtiyaçlarının önemli bir sorun olduğu söylenebilir. Benzer birçok ülkede de bu sorun çeşitli seviyelerde görülmektedir. Örneğin; Kore’de katastrofik sağlık harcamaları ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile ilgili yaptıkları bir çalışmada Kang ve Kim (2021), 20-64 yaş arasında yer alan bireylerin %1,7’sinin ihtiyaç duydukları hizmetleri finansal sorunlar nedeni ile karşılayamadıklarını belirlemişlerdir. Bir diğer örnek, Hawks ve arkadaşları tarafından (2020) ABD’de yapılan çalışmadır. Yazarlar ise söz konusu çalışmada 1998 ve 2017 yılları arasında yayımlanan ulusal sağlık anketlerinden yararlanmışlar ve yaptıkları panel veri analizi sonucunda da ABD’de yaşayan ve 18-64 yaş aralığında yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının önemli bir bölümünün ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar gibi finansal bazı sorunlardan kaynaklandığını ve son yıllarda bu durumun %2,7’lik bir artış gösterdiğini tespit etmişlerdir. Ancak söz konusu artışa rağmen ABD’de ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyini %5,9 olarak ölçmüşlerdir (Hawks vd., 2020). Ancak 2020 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi’nin (Centers of Disease Control and Prevention, CDCP) yayınladığı istatistiklere göre ABD’de ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçların düzeyi %8,5 dolaylarındadır. Öte yandan 2019 yılında OECD tarafından yayımlanan bir raporda da benzer bulgulara ulaşılmıştır. OECD üyesi ülke verileri ile sağlık hizmetlerinde erişim ve hakkaniyet sorunlarının ele alındığı bir raporda, OECD ülkelerinde farklı türden nedenlerden dolayı çok sayıda sağlık hizmetinin karşılanamadığı ya da zamanında temin edilemediği tespit edilmiştir. Karşılanamayan sağlık hizmetlerine neden olan faktörlerden birinin de ödeme güçlüğü olarak ele alındığı raporda, kronik hastalıklara sahip olduğunu bildiren bireylerin yaklaşık %17’sinin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ödeme güçlüğü nedeni ile ulaşamadıkları raporlanmıştır.

Bu oranın en yüksek olduğu ülkelerin başında Letonya (%34) ve İrlanda (%33) gelirken söz konusu ülkeleri ise sırasıyla, Portekiz (%31), Yunanistan (%26), Bulgaristan (%18) ve Romanya (%16) takip etmektedir (OECD, 2019).

Türkiye’de ödeme gücünü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım hizmetlerinin yanı sıra reçete edilmiş ilaçların alımı konusunda da benzer sorunlar vardır. Çalışma kapsamında yer alan bireylerin yaklaşık beşte biri, ihtiyaç duydukları ve kendilerine reçete edilmiş bazı ilaçları ödeme gücünü kaynaklı sorunlar nedeni ile alamadıklarını ifade etmişlerdir. İlgili literatür incelendiğinde de benzer sonuçlara ulaşan çok sayıda ampirik çalışma olduğunu görmek mümkündür. Bu noktada; Stransky (2018) tarafından ABD’de yapılan bir çalışmada, 18-64 yaş aralığında yer alan bireylerin yaklaşık %5’inin kendilerine reçete edilmiş ilaçları ödeme gücünü sorunları nedeniyle alamadıkları tespit edilmiştir. Benzer bir çalışma Coube ve arkadaşları (2022) tarafından Brezilya’da da yapılmıştır. Yazarlar çalışmalarında, Brezilya’da 2013 ve 2019 yıllarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığını incelemişler ve çalışma sonucunda 2013 yılı kıyaslandığında 2019’da gözle görülür bir azalma olsa da karşılanamayan ilaçların oranının %7,5 olduğunu ve bu duruma neden olan faktörlerin başında ekonomik sorunların geldiğini tespit etmişlerdir. Ayrıca OECD (2019) tarafından yayımlanan raporda da ödeme gücünü sorunlarından kaynaklı karşılanamayan reçeteli ilaç düzeyinin OECD üyesi 31 ülkede ortalama %7 civarlarında olduğu belirlenmiştir. Söz konusu rapora göre ödeme gücünü nedeni ile reçete edilmiş ilaçları karşılayamadığını belirten bireylerin en yoğun olduğu ülkelerin başında %18 ile İrlanda ve Letonya gelmektedir. Bu ülkeleri Yunanistan (%16), Portekiz (%11) ve Bulgaristan (%10) takip etmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye’de ilgili yıllar itibariyle randevu süresinin uzun olması ve uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinde bazı gecikmelerin de sıklıkla yaşandığı söylenebilir. Bu çalışmada özellikle randevu süresi kaynaklı gecikmelerin ilgili tüm yıllarda diğer karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarına göre çok daha fazla gözlemlendiği tespit edilmiştir. Bu noktada, 2014 yılı itibariyle Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzeri bireylerin %21’i, randevu süreleri nedeniyle sağlık hizmetlerinde gecikmeler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran, 2016 yılında %15,8 iken 2019 yılında %25’lerin üzerine çıkmıştır. Uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin oranı ise yaklaşık %10’dur. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde,

Türkiye’de randevu ve uzaklık kaynaklı gecikmelerin daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Örneğin, ABD’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir birim olan Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2021) yayınladığı rapora göre randevu kaynaklı gecikmeler ülke genelinde 24 milyona yakın insanı etkilenmektedir. Ayrıca yine OECD tarafından (2019) yayımlanan raporda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. 31 üye ülkenin dikkate alındığı çalışmada, çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin %19’una yakın bir kısmının randevu süresi kaynaklı gecikmelerden şikayetçi oldukları gözlemlenmektedir. İlgili çalışmada ayrıca sağlık hizmetlerinde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerin OECD ülkeleri genelinde %4 dolaylarında raporlandığı tespit edilmiştir. Griffin ve Osterbur (2019) tarafından Peru’da yapılan bir çalışmada ise uzaklık kaynaklı sorunlar nedeniyle karşılanamayan ya da zamanında temin edilemeyen çok sayıda sağlık ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca literatürde uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunların sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde olumsuz bazı etkileri olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma da vardır (Choi vd., 2019; Neculau vd., 2019; OECD, 2022; Quattrochi vd., 2020; Rotarou ve Sakellariou, 2019; Syed vd., 2013).

Bu çalışmada ayrıca karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde etkili olduğu düşünülen faktörler de incelenmiş ve kadınların 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle erkeklere göre ilgili tüm alanlarda (tıbbi bakım, randevu ve uzaklık/ulaşım kaynaklı gecikmeler ve ilaç) çok daha fazla karşılanamayan ihtiyaçları olduğu tespit edilmiş ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyi üzerinde cinsiyetin etkili bir faktör olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İlgili literatür incelendiğinde de kadınlarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha fazla olduğunu ortaya koyan çok sayıda ampirik çalışma olduğu gözlemlenmektedir. Kim ve arkadaşları (2015) tarafından Kore’de ulusal sağlık anketleri kullanılarak sağlık hizmetlerinde karşılanamayan ihtiyaçlar ve bu durumun nedenleri üzerine bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Yazarlar söz konusu çalışmaları sonucunda, Kore’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının kadınlarda erkeklere kıyasla 1,555 kat daha fazla gözlemlendiğini ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmişlerdir. Ahn ve arkadaşları (2013) tarafından Kore’de yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığı ve belirleyicileri ele alınmıştır. Bu çalışmada da karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının şikayetçi olan bireylerin büyük bir bölümünün

kadınlar olduğu ortaya konulmuştur. Jeon ve arkadaşları (2019) da yaptıkları çalışmada, ihtiyaç duydukları hizmetleri karşılayamadığını belirten bireylerin önemli bir kısmının kadınlardan oluştuğunu ve kadınların erkeklere göre sağlık hizmeti kullanımı noktasında daha fazla sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir. İlgili literatürde bu bulguyu destekleyen farklı türden çok sayıda çalışma da (Ayanian vd., 2000; Bryant vd., 2009; Chae ve Kim, 2020; Fjær vd., 2017; Shi ve Stevens, 2005) bulunmaktadır. Ancak literatürde az da olsa erkeklerin söz konusu alanlarda daha çok sorun yaşadıklarını ortaya koyan çalışmalar olduğu söylenebilir. Osorio ve arkadaşları (2011) tarafından Brezilya’da yapılan çalışma ise bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Brezilya ulusal sağlık anketleri ele alınarak yapılan bu çalışma sonucunda yazarlar, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının erkeklerde görülme sıklığının kadınlara kıyasla daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer bir şekilde Popovic ve arkadaşları (2017) tarafından Sırbistan’da yapılan çalışmada da, erkeklerin kadınlara kıyasla çok daha fazla karşılanamayan sağlık ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir. Jung ve Ha da (2020) Kore’de yaptıkları bir çalışmada erkeklerde daha fazla sorun olduğunu tespit etmiştir. Ancak bu türden çalışmaların sayıca daha az olduğu gözlemlenmektedir. Öte yandan bu çalışmada kadınlarda karşılanamayan ihtiyaçların daha fazla olmasının temel nedeninin ise çalışma kapsamında dikkate alınan kadınların büyük bir kısmının düzenli gelir getirici bir işe sahip olmamalarından ve erkeklere kıyasla çok daha düşük bir eğitim düzeyine sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde de eğitim ve gelir düzeyi ile kadınlarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının azaldığını ortaya koyan bazı çalışmalar (Hwang, 2018; Lim, 2017) olduğu görülmektedir.

Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgulardan biri de ilgili tüm yıllarda karşılanamayan (tıbbi bakım, ilaç, randevu ve uzaklık/ulaşım) sağlık ihtiyaçlarının bireylerin yaşlarından istatistiksel olarak etkilendiğidir ($p<0,05$). Özellikle 65 yaş ve üzerinde yer alan bireyler ile kıyaslandığında, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının tüm alanlarda orta yaş ve altında yer alan bireylerde daha fazla sorun olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun temel nedeninin 65 yaş ve üzeri bireyler ile orta yaş ve altında yer alan bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle 45 yaş altında yer alan bireylerin çok daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti beklentisi ilgili grupta karşılanamayan sağlık ihtiyacının çok daha önemli bir sorun olarak algılanmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca 65 yaş ve üzeri bireylere yönelik bazı uygulamalar da (öncelik gibi)

ilgili grupta karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha az görülmesine olmuş olabilir. Bu açıdan ele alındığında, Türkiye’de yaşlanma ile birlikte ödeme gücünün kaynaklı karşılanamayan ihtiyaçları ile randevu süresi ve uzaklık/ulaşım gibi sorunlardan kaynakların gecikmelerin giderek azaldığı söylenebilir. Literatürde bu bulguyu destekler nitelikte ise az sayıda da olsa çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan biri, Jung ve Ha (2020) tarafından Kore’de yapılmıştır. Yazarlar söz konusu çalışmalarında ikincil verilerden yararlanmışlar ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının sıklığı ve belirleyicileri üzerine çalışmışlardır. Çalışma sonucunda, Kore’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığının bireylerin yaşlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilendiğini ve yaşlanma ile birlikte bu sorunun sıklığında anlamlı bir azalma meydana geldiğini gözlemlemişlerdir. Yazarlar 60 yaş ve üzeri bireyler ile kıyaslandığında, 19-39 yaş aralığındaki bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının kullanılan üç farklı modelde de en az 1,59 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. 40-59 yaş aralığında yer alan bireylerde ise bu oran 1,14 ile 1,27 arasında yer almaktadır. Benzeri bir bulgu da Kim ve arkadaşları tarafından (2015) yapılan çalışmada elde edilmiştir. Yazarlar çalışmalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin bireylerin yaşlarındaki artışla beraber azalma gösterdiğini ortaya koymuşlardır. Ancak yazarlar söz konusu çalışmalarında sadece 70 yaş ve üzerindeki bireylerde diğerlerine kıyasla daha fazla sorun olduğunu ifade etmişlerdir. Lim de (2017) çalışmasında yaştan karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının önemli belirleyicilerinden biri olduğunu ve yaşlanma ile birlikte bu sorunun sıklığında kayda değer bir azalma meydana geldiğini bulmuştur. Hwang da (2018) çalışmasında 50-64 yaş aralığında yer alan bireyler ile kıyaslandığında 19-34 yaş aralığındaki bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının tüm türlerinde daha fazla sorun olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak literatürde yaşlanma ile birlikte bu türden sorunların daha da artarak devam ettiğini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalar da benzer şekilde sınırlıdır. Örneğin; Bryant ve arkadaşları (2009) tarafından Kanada’da yapılan bir çalışmada, yaşlanma ile birlikte karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği tespit edilmiştir. Öte yandan Popovic (2017) tarafından Sırbistan’da yapılan çalışmada da benzer şekilde yaşlanma ile sağlık hizmetleri kullanım düzeyinde bir azalmanın meydana geldiği ancak karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığının da artış gösterdiği belirlenmiştir. Yazarlar özellikle 45 yaşın üzerindeki bireylerde daha büyük sorunların

olduğunu dile getirmişlerdir. Dolayısıyla literatürde yaşlanmanın karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki olası etkilerinin farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu çalışmada orta yaş ve altında yer alan bireylerde karşılanamayan ihtiyaçların daha fazla görülmesinin temel nedeninin ise 18-24 yaş aralığında yer alan bireylerin önemli bir kısmının düzenli gelir getirici bir işe sahip olmamalarından ve çalışan orta yaş ve altındaki bireylerin ise daha düşük bir gelire sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık sistemi içerisinde 65 yaş ve üzerinde yer alan bireylere sağlık hizmetleri kullanımında sağlanan bazı öncelikler ve finansman desteği de bu sorunun söz konusu yaş grubunda daha az görülmesine neden olmuş olabilir. Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin önemli bir kısmı ise orta yaş ve üzerinde yer almaktadır (Çatak vd., 2012; Çayır, 2013; Işık vd., 2016). Bu durum, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının Türkiye’de daha çok orta yaş ve altında yer alan bireylerde görülmesinin temel nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir. Ancak bu çalışmada kullanılan verilerde bu tür varsayımları test edebilecek herhangi bir değişken bulunmamaktadır.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin eğitim durumları da söz konusu bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının temel belirleyicilerinden biri olarak öne çıkmaktadır ($p<0,05$). Özellikle ön lisans mezunu bireyler ile kıyaslandığında, 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle herhangi bir eğitim almadığını dile getirenler ile ilköğretim mezunlarının görece çok daha büyük bir bölümünün, ihtiyaç duydukları halde bazı sağlık hizmetlerine ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeniyle ulaşamadıkları tespit edilmiştir. Söz konusu bireylerde aynı zamanda reçete edilmiş ilaçların da ödeme güçlüğü nedeniyle daha fazla karşılanamadığı görülmektedir. Bu bireylerde ayrıca randevu sürelerinin uzunluğundan ve uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlardan dolayı sağlık hizmeti alımı noktasında bazı gecikmeler de daha fazla gözlemlenmektedir. Bu durumun temel sebebinin ise eğitim düzeyindeki artış ile beraber bireylerin gelir düzeylerinde anlamlı artışların yaşanması ve daha iyi bir eğitim düzeyine sahip olan bireylerin farkındalık ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde de bu çalışma bulgusunu destekler nitelikte çok sayıda çalışma olduğu söylenebilir. Örneğin, Mitrasevic ve arkadaşları (2020) Sırbistan’da yaptıkları çalışmada 20 yaş ve üzerinde yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyinin çalışmalarında dikkate aldıkları bireylerin eğitim düzeylerine göre istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve eğitim düzeyi çok daha düşük olan bireylerde karşılanamayan farklı türden çok sayıda sağlık ihtiyacı olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca eğitim düzeylerinde yaşanan artış ile birlikte Sırbistan’da karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin giderek azaldığını da belirlemişlerdir. Çalışmaya göre Sırbistan’da lise ve üniversite mezunu bireyler ile kıyaslandığında ilköğretim mezunu ve eğitim almamış bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyacı görülme olasılığı 1,9 kat daha fazladır. Ahn ve arkadaşları (2013) da Kore’de benzer bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda, eğitim düzeyinin bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile karşılaşma olasılıkları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ve ilköğretim mezunu bireylerin lisans mezunu bireylere kıyasla çok daha fazla karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarına sahip olduklarını belirlemişlerdir. Yunanistan’da birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım ile ilgili bir çalışmalar yapan Pappa ve arkadaşları (2013) ise söz konusu çalışmalarında ödeme gücü, uzaklık ve sosyal güvence gibi nedenlerle farklı türden çok sayıda karşılanamayan sağlık ihtiyacı olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar bu durumun üniversite mezunu bireyler ile kıyaslandığında ilköğretim ve lise mezunlarında daha yüksek olduğunu ve eğitim düzeylerindeki artış ile azalma birlikte trendine girdiğini belirlemişlerdir. Vahedi ve arkadaşları da (2021) İran’da yaptıkları çalışmalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyinin bireysel ve demografik çok sayıda faktörün etkisi altında olduğu tespit etmişlerdir. Yazarlara göre bu faktörlerden biri de çalışma kapsamında ele aldıkları bireylerin eğitim durumlarıdır. Yazarlar çalışma sonucunda, lisans mezun bireyler ile kıyasla bu türden sorunların okuma yazma bilmeyen bireylerde 1,23 kat, ilköğretim mezunu bireylerde ise 1,18 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. Yazarlara göre ayrıca eğitim düzeyinin artması, bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile karşılaşma durumlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaltmaktadır. Jung ve Ha da (2021) ikincil veriler yardımı ile Kore’de yaptıkları bir çalışmada benzer şekilde ilk ve orta öğretim mezunu bireylerde lisans ve üzeri bireyler ile kıyaslandığında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha sık gözlemlendiğini tespit etmişlerdir. Ayrıca literatürde düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyacı düzeyinin daha yüksek olduğunu ortaya koyan farklı çalışmalar (Argintaru vd., 2013; Ayanian vd., 2000; Hwang, 2018; Kim vd., 2015; Lim, 2017; Popovic vd., 2017) da bulunmaktadır.

Bu çalışmada medeni durumun da çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin ihtiyaç duydukları bazı sağlık hizmetlerini ve reçeteli ilaçlarını karşılayamaması ya da randevu ve/veya uzaklık/ulaşım gibi sorunlar nedeniyle daha geç almaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Bu noktada ise ilgili tüm alanlarda 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle evli, boşanmış ve dul bireylerin çok daha büyük sorunlarla karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde ise az sayıda da olsa hizmet kullanım düzeyi ve/veya karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde bireylerin medeni durumlarının istatistiksel olarak herhangi bir etkiye sahip olmadığını ortaya koyan (Kim vd., 2015) ya da evli bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha fazla gözlemlendiğini tespit eden çalışmalar (Wiltshire vd., 2009) bulunmaktadır. Ancak literatürde yer alan çalışmaların büyük çoğunda karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve daha çok boşanmış ve dul bireylerde gözlemlendiği görülmektedir. Örneğin; Nho ve Park (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, medeni durumunun karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde önemli etkilere sahip olduğu ve boşanmış, dul ve bekar bireylerin evliler ile kıyaslandığında çok daha fazla karşılanamayan sağlık ihtiyacına sahip olduklarını tespit edilmiştir. Benzeri bir başka çalışma, Simsek ve arkadaşları tarafından (2021) Türkiye’de yapılmıştır. İzmir’de yapılan çalışmada, 80 yaşın üzerindeki bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyi ele alınmıştır. Çalışma sonucunda yazarlar, ilgili örnekleme karşılanamayan sağlık ihtiyacı düzeyinin %32,5 düzeyinde olduğunu ve bu durumda söz konusu bireylerin bireysel ve demografik özelliklerinden etkilendiğini tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca çalışma kapsamında dikkate aldıkları 80 yaş ve üzeri bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının bekar bireylerde evlilere göre yaklaşık 1,4 kat fazla gözlemlendiğini ortaya koymuşlardır. Vahedi ve arkadaşları (2021) tarafından İran’da yapılan çalışmada da benzer bazı sonuçlar elde edilmiştir. İran’da ayakta sağlık hizmetlerinde karşılanamayan ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyini araştıran yazarlar, çalışma sonucunda İran’da karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının farklı türden bireysel ve demografik faktörlerden etkilendiğini ve bu faktörlerden birinin de bireylerin medeni durumları olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca karşılanamayan sağlık ihtiyacı sorunun en sık görüldüğü grubun boşanmış ve dul bireylerden oluştuğunu ve söz konusu bireyleri ise sırasıyla bekar ve evli bireylerin takip ettiğini belirlemişlerdir. Literatürde ayrıca benzer bulgulara ulaşan çok sayıda çalışma (Bryant vd., 2009; Hwang, 2018;

Mitrsevic vd., 2020; Pappa vd., 2013; Popovic vd., 2017; Wiltshire vd., 2009; Yamson vd., 2021) yer almaktadır. Bu çalışmada, boşanmış ve dul bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha sık görülmesinin nedeninin boşanma ve ölüm gibi durumların yaşam tarzlarında birtakım değişikliklere neden olmasından ve bu durumun da bireylere sosyal ve finansal sorumluluklar yüklemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öyle ki, ilgili yılların tamamında boşanmış ve dul bireylerin çok az bir kısmı düzenli gelir getirici bir işe sahip olduğunu bildirmiştir. Ayrıca söz konusu bireylerin büyük bir kısmının gelir düzeyi de en düşük iki gelir diliminde yer almaktadır.

Bu çalışmada ayrıca Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin çalışma durumlarından da etkilendiği ($p<0,05$) ve çalışmayan bireylerin çalışanlar ile kıyaslandığında ilgili alanların tamamında (tıbbi bakım, randevu ve uzaklık/ulaşım kaynaklı gecikmeler ve ilaç) daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durumun temel nedeninin ise gelir getirici bir işe sahip olmayan bireylerin hane halkı gelir düzeylerinin de diğerlerine kıyasla daha düşük olmasından ve bu bireylerin önemli bir kısmının da kadın katılımcılardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan ilgili literatür incelendiğinde de söz konusu bulguyu destekler nitelikte çok sayıda ampirik çalışma olduğu görülmektedir. Lee ve arkadaşları tarafından (2015) Kore’de yapılan ve 9163 katılımcının yer aldığı çalışmada katılımcıların yaklaşık %23’ünün karşılanamayan farklı sağlık ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir. Yazarlar çalışmalarında düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan ve ailelerine ait işletmelerde ücretsiz çalışmak zorunda kalan bireylerde ödeme gücü kaynaklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Madureira-Lima ve arkadaşları (2018) da OECD üyesi bazı ülkeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, daha düşük bir gelir grubunda yer alan ve cepten yapılan sağlık harcamaların daha yüksek olduğu ülkelerde düzenli bir işe sahip olmayan bireylerin çalışan bireylere kıyasla daha fazla karşılanamayan sağlık ihtiyacının olduğunu tespit etmişlerdir. Mitrsevic ve arkadaşları da (2020) Sırbistan’da yaptıkları bir çalışmada benzer şekilde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının çalışan bireylere göre çalışmayan bireylerde daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. Çalışma durumu bakımından sağlık hizmetleri kullanım düzeyini ele alan Ha ve arkadaşları (2019) ise Kore’de yayımlanan ulusal sağlık anketlerini kullanmışlar ve çalışmalarında, geçici

işçi statüsünde yer alan işçilerin tamamının daimi işçi statüsündeki bireylere kıyasla daha fazla karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının olduğunu tespit etmişlerdir.

Çalışma kapsamında elde edilen bulgulardan biri de hane halkı gelir düzeyinin bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediğidir ($p<0,05$). 2014, 2016 ve 2019 yılları itibari ile yüksek gelir grubunda yer alan bireyler ile kıyaslandığında düşük ve düşük-orta gelir grubundaki yer alan bireylerin çok daha büyük bir bölümünün ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve randevu ve uzaklık/ulaşım kaynaklı gecikmelerden şikâyetçi oldukları tespit edilmiştir. Bu oran, gelir düzeyi arttıkça azalma gösterme eğilimindedir. Bu açıdan ele alındığında, Türkiye’de hane halkı gelir düzeylerindeki artış ile bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının anlamlı bir şekilde azaldığı söylenebilir. Bu durumunun nedeninin ise gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin satın alma güçlerinin daha fazla olmasından ve olası gecikme durumlarında alternatif sağlık kurumlarını daha kolay tercih edebilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin çok daha merkezi yerlerde yaşadıkları ve bu nedenle uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar ile karşılaşma olasılıklarının daha düşük olduğu da bu kapsamda ele alınan hususlardan biridir. Literatür incelendiğinde de gelir düzeyindeki artış ile beraber karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığında bir azalma meydana geldiğini ortaya koyan çok sayıda ve farklı türden çalışma olduğunu görmek mümkündür. Örneğin; Sibley ve Glazier (2009), Kanada’da karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve nedenleri ile ilgili bir araştırma gerçekleştirmişler ve araştırma sonucunda, orta ve üst gelir grubunda yer alan bireylerin %11,4’ünün, düşük gelir grubundakilerin ise %16’sının ihtiyaç duydukları bazı sağlık hizmetlerini karşılayamadıkları tespit etmişlerdir. Yoon ve Jang (2017) tarafından Kore’de yapılan çalışmada ise düşük gelir grubunda yer alan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının 5 kat daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir. Heo ve arkadaşları (2012) ise Kore’de 7200 birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada benzer bazı sonuçlara ulaşmışlardır. Yazarlar, en düşük gelir düzeyinde yer alan bireylerin yaklaşık %30’unun karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarından şikâyetçi olduklarını gözlemlemişlerdir. Bu oran, ikinci gelir düzeyinde ise %25’lere kadar düşmekte ve gelir düzeyindeki artış ile beraber istatistiksel olarak anlamlı bir azalma göstermektedir. Mitrsevic ve arkadaşlarının (2020) Sırbistan’da yaptığı

çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Yazarlar söz konusu çalışmalarında Sırbistan'da karşılanamayan sağlık ihtiyacının temel nedenlerini dikkate almışlar ve çalışma sonucunda ise gelir düzeyi başta olmak üzere bireysel ve demografik birçok faktörün önemli bir faktör olduğu tespit etmişlerdir. Yazarlara göre en düşük gelir grubunda yer alan bireylerin %30,9'u karşılanamayan çok sayıda sağlık ihtiyacı olduğunu ifade ederken orta gelir grubunda yer alan bireylerde bu oran, %23,2 olarak ölçülmüştür. Üst gelir grubunda yer alan bireylerin ise %22,2'sinin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları olduğunu ifade eden yazarlar, yaptıkları analiz sonucunda da gelir durumunun bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri karşılayabilme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Öte yandan ilgili literatürde çok sayıda çalışmada da (Ahn vd., 2013; Ayanian vd., 2000; Lee vd., 2016; Lim, 2017; Popovic vd., 2017) benzer şekilde düşük gelir grubunda yer alan bireyler karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha yüksek ve bu durumun da bireylerin gelir düzeyindeki artış ile beraber azalma eğilimi içerisinde olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin karşılanamayan tıbbi ihtiyaçları üzerinde sosyal güvencelerinin olup olmamasının da istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Ödeme gücü kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları tıbbi bakım hizmetlerini alamadıklarını ifade eden bireylerin oranı, ilgili tüm yıllarda sosyal güvence kapsamında olmadığını belirten bireylerde daha fazladır. Yapılan analizlerde de söz konusu durumun karşılanamayan tıbbi bakım hizmetleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Benzeri bir durum reçete edilmiş ilaçlar için de geçerlidir. İlgili tüm yıllarda herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmadığını belirten bireylerin önemli bir kısmı ihtiyaç duydukları ve kendilerine bir hekim tarafından reçete edilmiş bazı ilaçları doğrudan ödeme gücü kaynaklı sorunlar nedeniyle alamadıklarını ifade etmişlerdir. Regresyon analizlerinde 2014 2016 ve 2019 yılları itibariyle sosyal güvence sahipliğinin ilaçlara erişim üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ancak randevu sürelerinin uzun olmasından kaynaklanan gecikmelerin daha çok sosyal güvence kapsamında yer alan bireylerde gözlemlendiği tespit edilmiştir. Bu durum, uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler için de geçerlidir. Ayrıca sadece 2014 yılında uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmeler hariç ($p>0,05$) her iki gecikme türünün de ilgili tüm yıllarda bireylerin sosyal

güvencelerinden anlamlı bir şekilde etkilendiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Karşılanamayan ihtiyaçlar arasındaki bu türden farklılıkların ise sosyal güvence kapsamında yer almayan bireylerin ulaşabildikleri sınırlı sayıdaki sağlık hizmetlerinde gecikme ya da uzaklık gibi farklı türden sorunları göz önünde bulundurmamalarından ve onlar için ihtiyaç duydukları hizmetleri alabilmelerinin yeterli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kısaca bu farklılıkların bireylerin sağlık hizmetlerine ilişkin algı ve beklentilerinden kaynaklandığı varsayılmaktadır. Sosyal güvence kapsamında yer alan bireylerin ise ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini daha kolay alabildiklerini ve daha sık sağlık hizmeti kullandıkları göz önünde bulundurulduğunda, bu türden bireyler için sadece sağlık hizmetlerine ulaşmanın yeterli olmadığı ve sağlık hizmetlerinin aynı zamanda zamanında ve kabul edilebilir bir fiyat düzeyinde sunulması çok daha önemli bir unsur olabilir. Bu durum da aynı zamanda sosyal güvence kapsamında yer alan bireylerde gecikme kaynaklı sorunların çok daha önemli görülmesine neden olmuş olabilir. Literatür incelendiğinde ise karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığının herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmayan bireylerde daha fazla olduğu görülmektedir. Örneğin; ABD’de 18 yaş ve altında yer alan bireylerde yaptıkları çalışmada Newacheck ve arkadaşları (2020), söz konusu grupta karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının en sık görüldüğü grubun 11-17 yaş aralığında yer alanlarda olduğunu ve bu bireylerde özellikle ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde daha fazla sorun gözlemlendiğini tespit etmişlerdir. Yazarlar ekonomik durumu çok daha düşük olan ailelerin çocuklarında ise diğerlerine kıyasla 3 kat daha fazla karşılanamayan ihtiyaçların bulunduğunu belirlemişlerdir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulardan biri de sosyal güvencesi olmayan çocuklarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görüme sıklığının sosyal güvence kapsamındaki bireylere kıyasla 3 kattan daha fazla olduğudur. Yazarlar bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. Ayanian ve arkadaşları (2000) ise ABD’de yaşayan 18-64 yaş aralığında yer alan bireyler üzerinde benzer bir çalışma yapmışlardır. İlgili grupta karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarını dikkate alınan bireylerin sigorta durumlarına göre karşılaştıran yazarlar, çalışma sonucunda ise herhangi bir sağlık sigortası olmayan olmadığını belirten bireylerin %30’dan fazlasının son bir yıl içerisinde farklı türden çok sayıda sağlık ihtiyacının karşılanamadığını tespit etmişlerdir. Bu durumun sigortalı bireylerde görülme sıklığının ise %7,4 olarak belirlemişlerdir. Shi ve Stevens (2005) ise 18 yaş ve üzerinde yer alan 32374 birey üzerinde sağlık hizmetleri kullanım düzeyi ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığını ele almışlardır. Yazarlar

çalışma sonucunda ise düşük gelir grubunda yer alan ve/veya sağlık sigortası bulunmayan bireylerde ödeme gücü kaynaklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının ve gecikmelerin diğerlerine kıyasla daha fazla gözlemlendiğini tespit etmişlerdir. Ayrıca ilgili literatürde benzer bulgulara ulaşan çok sayıda çalışma da (Kataoka vd., 2002; Long vd., 2002; Roll vd., 2013) bulunmaktadır.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sahip oldukları hastalıkların da ilgili tüm yıllarda bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Özellikle herhangi bir dolaşım sistemi hastalığı olmadığını belirten bireyler ile kıyaslandığında koroner kalp, hipertansiyon ve inme gibi dolaşım sistemi hastalıklarından bir veya birkaçından şikayetçi olan bireylerde ödeme gücü sorunları nedeniyle ihtiyaç duyulan tıbbi bakım hizmetlerinin ve reçete edilmiş ilaçların daha fazla karşılanamadığı ortaya konmuştur. Bireylerde aynı zamanda randevu sürelerinin uzun olması ve uzaklık ve/veya ulaşım gibi sorunlardan kaynaklı gecikmelerin de daha sık gözlemlendiği tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerde dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra ikincil ya da üçüncül bir hastalığın daha görülmesi halinde ise karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının ilgili tüm alanlarında daha da arttığı görülmektedir. Dolaşım sistemi hastalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha fazla görülmesinin nedeninin ise bu türden hastalıkların insan vücudunun büyük bir kısmını etkilemesi ve karmaşık yapısı nedeniyle tedavisinin zaman alması ve takibini zorunlu kılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Dolaşım sistemi hastalıkları teşhis ve tedavisinde kullanılan yöntem ve ilaçların da görece daha pahalı olması da bu türden hastalıklarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçların daha da artmasına neden olmuş olabilir. Öte yandan dolaşım sistemi hastalıkları, türü ve şiddetine bağlı olarak bireylerin sosyal yaşamlarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çalışma kapsamında yer alan dolaşım sistemi hastalarının büyük bir bölümünün düzenli gelir getirici bir işe sahip olmadığı da bilinmektedir. Bu durum ise dolaşım sistemi hastalarında gelir düzeylerinin azalmasına ve ödeme gücü kaynaklı karşılanamayan ihtiyaçların çok daha büyük bir sorun haline gelmesine neden olmuş olabilir. Son olarak, dolaşım sistemi hastalıkları Türkiye’de diğer hastalıklara kıyasla çok daha sık görülmektedir. Bu durum ise sağlık kurumlarında yoğunlukların artmasına ve randevu ve uzaklık ve/veya ulaşım gibi sorunların çok daha önemli hale gelmesine sebep olmuş olabilir. Literatür

incelendiğinde de benzer bir şekilde dolaşım sistemi hastalıklarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının oldukça yaygın bir sorun olduğu ve bu durumun ise farklı türden sebepleri olduğu görülmektedir. Örneğin; Zilla ve arkadaşları (2018) kalp hastalarında karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla 16 ülke istatistiklerini kullanarak ampirik bir çalışma yapmışlardır. Söz konusu çalışmalarında yazarlar, kalp hastalıklarında cerrahi sağlık hizmetleri ile ilgili çok sayıda karşılanamayan ihtiyaç olduğunu ve bu durumun Mozambik ve Nijerya gibi düşük gelirli bazı ülkelerde daha sık gözlemlendiğini tespit etmişlerdir. Maharani ve Tampubolon (2014) ise Endonezya’da kalp ve damar hastalıkları üzerine yaptıkları bir çalışmada, çalışma kapsamında dikkate aldıkları 3406 bireyden yalnızca üçte birinin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alabildiklerini, yaşlanma ile söz konusu bireylerde karşılanamayan ihtiyaçların daha da arttığını ve kadınlar ile kıyaslandığında erkeklerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının çok daha sık gözlemlendiğini belirlemişlerdir. Jang ve arkadaşları (2021) yılında Kore’de 2014 ve 2017 yıllarında elde edilen panel veriler yardımıyla 4069 kronik hasta üzerinde karşılanamayan ihtiyaçların varlığı ve düzeyini ele almışlardır. Yazarlar çalışmalarında ise sadece hipertansiyon, dislipidemi (dyslipidemia), diyabet ve arthrosis hastalıklarını dikkate almışlardır. Çalışma sonucunda ise söz konusu hastalarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının önemli bir sorun olduğunu ve bu durumun çalışmalarında dikkate aldıkları bireylerin bireysel ve demografik özelliklerinden, sahip oldukları hastalık sayılarından ve tedaviye uyum düzeylerinden etkilendiğini tespit etmişlerdir. Bu noktada, yazarlara göre 70 yaş ve üzerinde yer alan bireyler ile kadınlarda, evlilerde ve çok daha düşük bir eğitim düzeyine sahip olan hastalarda karşılanamayan daha fazla sağlık ihtiyacı vardır. Ayrıca gelir düzeyindeki artış ile birlikte ise söz konusu sorunun görülme sıklığında bir azalma meydana gelmektedir. Asadi-Lari ve arkadaşları (2003) da koroner kalp hastalığı tanısı almış 242 hasta üzerinde bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yazarlar karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla yaptıkları bu çalışma sonucunda ise çalışma kapsamında dikkate aldıkları 242 hastanın büyük bir bölümünün sağlık hizmetlerinin bir kısmını ya hiç alamadıklarını ya da zamanında karşılayamadıklarını tespit etmişlerdir. Bu noktada, söz konusu hastaların yarısından fazlası, sağlık hizmetlerinde ulaşım kaynaklı sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan Ronksley ve arkadaşları (2012) tarafından Kanada’da yapılan çalışmada ise çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin yaklaşık %12’sinin ulaşılabilirlik, erişilebilirlik ve bulunabilirlik gibi farklı sorunlar

nedeniyle en az bir sağlık ihtiyaacının karşılanamadığını belirlenmiştir. Farklı hastalık türlerinin dikkate alındığı çalışmada aynı zamanda ruh sağlığı ile ilgili sorunların hemen ardından diyabet, hipertansiyon ve kalp krizi gibi bazı dolaşım sistemi hastalıklarının geldiği bulunmuştur. Çalışmada kronik hastalık sayısındaki artış ile karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarında da bir artış olduğu tespit edilmiştir. Vyas ve arkadaşları da (2020) benzer şekilde Kanada'da yaşayan ve inme geçirmiş bireylerde yaptıkları çalışmalarında ilgili grupta farklı türden dolaşım sistemi hastalıklarının da sıklıkla görüldüğünü ve bu bireylerin aynı zamanda önemli bir bölümün de karşılanamayan farklı türden sağlık ihtiyaçları olduğunu belirlemişlerdir. Yazarlara göre diğer hastalıklar ile kıyaslandığında ise inme hastalığının yanı sıra kalp hastalıkları da olan bireylerde ise bu sorun çok daha baskındır. Söz konusu bireyleri ise sırasıyla diyabet ve hipertansiyon hastaları takip etmektedir. Van de Port ve arkadaşları (2007) ise çalışmalarında, kronik inme hastalığı 147 hasta ile bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yazarlar alışma sonucunda ise hastaların yaklaşık %30'unun farklı karşılanamayan sağlık ihtiyaçları olduklarını belirlemişlerdir. Bu durumun daha genç hastalar ile motor kabiliyetlerinde bozulmalar bulunan bireylerde daha sık gözlemlendiğini belirtmişler. Ayrıca inme ile birlikte depresyondan da şikayetçi olan bireylerin daha büyük bir kısmı ihtiyaç duydukları bazı hizmetleri karşılayamadıkları konusunda şikayetçidirler.

Çalışma kapsamındaki bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri ele alındığında ise söz konusu bireylerin yaşam kalitesi algılarının ortalamaların oldukça üzerinde olduğu görülmektedir. 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle EQ-5D-3L yaşam kalitesi  leğinin kişisel bakım ve hareketlilik boyutlarında ise diğer boyutlara kıyasla daha yüksek skorlar elde edilmiştir. Öte yandan bu çalışma kapsamında dikkate alınan ve 18 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri, söz konusu bireylerin çeşitli bireysel ve demografik özelliklerinden etkilenmektedir. Bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen faktörlerden biri ise cinsiyetleridir ($p<0,05$). Özellikle erkekler ile kıyaslandığında çalışma kapsamında dikkate alınan yıllar itibariyle kadınların daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları gözlemlenmektedir. Bu durum, EQ-5D  leğini oluşturan boyutların tamamında da benzer şekildedir. Literatür incelendiğinde de benzer şekilde kadınlarda algılanan yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin, Zimmermann ve arkadaşları

(2017) tarafından Brezilya’da 1820 birey üzerinde yapılan çalışmada bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Yazarlar çalışmalarında, kronik hastalıkları olan bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine odaklanmışlar ve yaşam kalitesinin ölçümünde ise EuroQual Group tarafından geliştirilen beş boyutlu ölçeği kullanmışlardır. Çalışma sonucunda ise yazarlar, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının bireylerin bireysel ve demografik bazı özelliklerinden etkilendiğini tespit etmişlerdir. Bu özelliklerden biri de cinsiyettir ve kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyi erkeklere kıyasla daha düşüktür. Sakamaki ve arkadaşları (2006) da benzer bir şekilde Japonya’da tip 2 diyabet hastası bireyler üzerinde yaptıkları bir çalışmada EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğini dikkate almışlardır. Yazarlar çalışma sonucunda ise söz konusu bireylerde ilgili ölçeğin herhangi bir boyutunda aşırı bir sorun olduğunu gözlemleyememişlerdir. Ancak yazarlar, çalışma kapsamında dikkate aldıkları diyabet hastalarının yarısına yakının kadın olduğunu ve bu kadınların ise EQ-5D’nin alt boyutlarının tamamında erkeklere kıyasla daha fazla sorun yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Dolayısıyla kadınlarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğunu söylemek mümkündür. Benzeri bir başka çalışma ise Lee ve arkadaşları (2012) tarafından Kore’de yapılmıştır. Söz konusu çalışmada da yaşam kalitesi ölçümünde EQ-5D dikkate alınmıştır. Çalışma sonucunda ise Kore’de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının bireylerin bireysel ve demografik özelliklerinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilendiği ve kadınlarda yaşam kalitesi düzeyinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca kadınların en çok sorun yaşadıkları alanların başında bedensel ağrı ve depresyon geldiği tespit edilmiştir. 420 Covid-19 hastası üzerinde çalışan Arab-Zozani ve arkadaşları (2020) İran’da yaşam kalitesinin önemli bir sorun olduğunu ve bireysel ve demografik faktörlerin algılanan yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu grupların başında kadınlar gelmektedir. Ayrıca literatürde kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğunu ortaya koyan farklı türden çalışmalar (Cherepanov vd., 2011; Hajian-Tilaki vd., 2017a, 2017b; Høyer vd., 2011; Michelson vd., 2000; Thijssen vd., 2020; Velenik vd., 2017) da görmek mümkündür. Bu çalışmada kadınlarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düşük olmasının nedeninin ise söz konusu bireylerin büyük bir kısmının farklı türden kronik hastalıklara sahip olmalarından ve erkeklere kıyasla daha fazla karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının olmasından kaynaklandığı

düşünülmektedir. Çalışma kapsamındaki kadınların önemli bir bölümün aynı zamanda düzenli gelir getirici bir işe de sahip değildir ve gelir düzeyleri de daha düşüktür. Erkekler ile aralarındaki bu türden farklılıklar da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının kadınlarda daha düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışma kapsamında ele alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri aynı zamanda yaşlarından da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilenmektedir ($p<0,05$). Özellikle 65 yaş ve üzerinde yer alan bireyler ile kıyaslandığında 18-24 ve 25-34 yaş aralığında yer alan bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin tüm boyutlarında daha yüksek skorlar elde ettikleri görülmektedir. Söz konusu bireyleri ise 35-44, 45-54 ve 55-64 yaş aralığında yer alan bireyler takip etmektedir. Bu açıdan ele alındığında, Türkiye’de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının yaşlanma ile beraber istatistiksel olarak azaldığı yorumu yapılabilir. Bu durumun temel nedenlerinin başında ise yaşlanma ile kronik hastalıkların sayıca artış göstermesi ve bu durumun da bireylerin hareketlilik düzeyleri ve günlük yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri gelmektedir. Ayrıca yaşlanma ile hareketliliğin azalmasının yanı sıra bireylerin daha çok bedensel ağrı çektikleri de bilinmektedir. Öte yandan literatür incelendiğinde, yaşın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ve orta yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olduğunu gösteren çok sayıda çalışma olduğu bilinmektedir. McCaffrey ve arkadaşları (2016) tarafından Avustralya’da yapılan bir çalışma bu türden çalışmalara örnek niteliğindedir. Söz konusu çalışmada yazarlar, EQ-5D-5L ile bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini incelemişlerdir. Avustralya’da yaşam kalitesinin temel belirleyicilerini de değerlendiren yazarlar, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin bireysel ve demografik bazı faktörlerden de istatistiksel olarak etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Bu noktada; 75 yaş ve üzeri bireyler ile kıyaslandığında, 15-24 ve 25-34 yaş aralığında yer alan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarının çok daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Xu ve arkadaşları (2017) ise Çin’de farklı türden kronik hastalıkları olan 7496 bireyin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini incelemiş ve karşılaştırmışlardır. Yazarlar da yaşam kalitesi ölçümü noktasında EQ-5D’yi dikkate almışlardır. Çalışma sonucunda ise 60 yaş üzeri bireyler ile kıyaslandığında 18-40 ve 41-60 yaş aralığında yer alan bireylerin daha yüksek bir sağlıkla ilişkili yaşam algısına sahip olduklarını belirlemişlerdir. Lee ve arkadaşları da (2012) Kore’de tip 2 diyabet hastaları üzerine yaptıkları çalışmalarında

benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Yazalar, EQ-5D ölçeğinin tüm alt boyutlarında da 70 yaş ve üzerindeki bireylerde daha fazla sorun olduğunu tespit etmişlerdir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin en yüksek olduğu bireyler ise 39 yaş ve altında yer alanlardır. Bu bireyleri ise sırasıyla 40-49, 50-59 ve 60-69 yaş aralığındaki bireyler takip etmektedir.

Bu çalışmada ayrıca eğitim durumunun da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu noktada, çalışma kapsamında dikkate alınan ve ön lisans mezunu bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri diğerlerine kıyasla tüm yıllarda daha yüksektir. Söz konusu bireyleri ise sırası ile lise ve ilköğretim mezunu bireyler takip etmektedir. Ayrıca ilgili tüm yıllarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin en düşük olduğu grubu eğitim almadığını belirten bireyler oluşturmaktadır. Bu durumun temel nedeninin eğitimdeki artış ile karşılanamayan ihtiyaçların azalmasından ve daha iyi bir eğitim düzeyine sahip olan bireylerin imkân ve kabiliyetlerinin diğerlerine kıyasla daha iyi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada dikkate alınan ve eğitim düzeyi daha düşük olan bireylerin aynı zamanda gelirleri de düşüktür. Bu da Türkiye’de daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerden biri olabilir. Tan ve arkadaşları (2013) da Çin’in Shaanxi şehrinde yaptıkları çalışmalarında EQ-5D ile bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini ortaya koymaya çalışmışlardır. Yazarlar yaptıkları çalışmaların sonucunda daha çok depresyon ve bedensel ağrılar ile ilgili bazı sorunlar olduğunu gözlemlemişler ve daha iyi bir eğitim düzeyine olan bireylerin diğerlerine kıyasla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Jyani ve arkadaşları (2023) tarafından 3548 katılımcı ile Hindistan’da yapılan çalışmada da benzer şekilde EQ-5D dikkate alınmıştır. Yazarlar çalışma sonucunda ise bireylerin eğitim durumlarının da yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Özellikle okuma yazma bilmeyen bireyler ile kıyaslandığında lise ve lisans mezunlarının daha yüksek bir yaşam kalitesi algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Kularatna ve arkadaşları (2014) tarafından Sri Lanka’da yapılan çalışmada da eğitim düzeyindeki artış ile beraber sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ve EQ-5D ölçeğinin tüm alt boyutlarında elde edilen skorların arttığı ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ilgili literatürde benzer şekilde eğitim düzeyindeki artış ile beraber bireylerin sağlık ile ilişkili

yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığını ortaya koyan farklı türden çalışmalar da (Lee vd., 2012; McCaffrey vd., 2016; Purba vd., 2018; Xu vd., 2017) görmek mümkündür.

Çalışma kapsamında ayrıca sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin -2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle- medeni durumdan da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Regresyon analizleri incelendiğinde, ilgili tüm yıllarda boşanmış ve dul bireylerin diğerlerine kıyasla daha düşük bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları gözlemlenmektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin en yüksek olduğu grup ise evli bireylerden oluşmaktadır. Bu durumun temel sebeplerinin başında ise boşanma ya da dul kalma gibi durumların insan yaşamında önemli birtakım değişikliklere neden olması ve bireylere farklı tür sorumluluklar getirmesi yer almaktadır. Ancak bu türden değişiklikler orta yaş ve üzerinde yer alan bireylerde daha sık görülmektedir. Bu, boşanmış ve dul bireylerin aynı zamanda yaşlılığın getirdiği kronik hastalıklar ve sorunlar ile mücadele etmesini gerektirmektedir. Bu durum da Türkiye’de boşanmış ve dul bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca evli bireylerde eşlerin birbirine sosyal anlamda destek olması da mümkündür. Bu destek ise söz konusu bireylerin yaşama dair sorunları paylaşmalarına ya da diğerlerine kıyasla daha az hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle, evli bireylerde algılanan yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olması kabul edilebilir bir durumdur. Literatür incelendiğinde de benzer türden bulgulara ulaşan farklı çalışmalar görmek mümkündür. Örneğin, McCaffrey ve arkadaşları (2016) tarafından Avustralya’da yapılan çalışma, bu açıdan ele alınıp incelenebilir. Söz konusu çalışmada yazarlar, 2908 katılımcının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyini benzer şekilde EQ-5D ölçeği ile değerlendirmeye çalışmışlar ve çalışma sonucunda ise Avustralya’da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının bireylerin bireysel ve demografik özelliklerinden etkilendiğini belirlemişlerdir. Yazarlar çalışmalarında ayrıca en yüksek yaşam kalitesi düzeyine sahip bireylerin evliler olduğunu, evlileri ise sırasıyla bekar, boşanmış ve dul bireylerin takip ettiğini ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde, Yao ve arkadaşları (2021) da Çin’de yaşam kalitesini EQ-5D-3L ile değerlendirmişler ve çalışma kapsamında dikkate aldıkları bireylerin büyük bir kısmının bedensel ağrı boyutundan şikayetçi olduklarını tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca, Çin’de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin aynı zamanda bireylerin bireysel ve demografik bazı özelliklerinden de etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Bu noktada ise

bekar ve evli bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin boşanmış ve dul bireylere göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Jyani ve arkadaşları (2023) da Hindistan’da EQ-5D-5L ile yaptıkları bir çalışmada benzer şekilde bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin bireysel ve demografik özelliklerden etkilendiğini ve evli bireyler ile kıyaslandığında boşanmış ve dul bireylerin söz konusu ölçeğin ilgili tüm alanlarında daha fazla sorun ile karşı karşıya kaldıklarını tespit etmişlerdir. Bekar bireylerin yaşam kalitesi algılarının ise diğerlerine kıyasla daha iyi olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışma durumu bakımından da benzer bir durum söz konusudur. Özellikle tüm yıllarda çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin çalışma durumlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışan bireyler ile kıyaslandığında ise çalışmayan bireylerin ilgili tüm yıllarda fiziksel hareketlilik, ağrı ve depresyon gibi alanlarda daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durum ölçeğin tüm boyutları için de geçerlidir. Bu açıdan ele alındığında, çalışmayan bireylerin daha düşük bir yaşam kalitesi algısına sahip oldukları söylenebilir. Bu durumun nedeninin çalışan bireylerin gelir düzeylerinin daha fazla olmasından ve ihtiyaçlarını daha kolay karşılayabilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçları da daha azdır. Bu bireylerin ayrıca sosyal hayatta daha aktif oldukları ve bu nedenle de yaşamlarına ilişkin sorunları daha kolay atlatabildikleri düşünülmektedir. Bu durumlar da benzer şekilde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin çalışmayan bireylerde daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Mai ve arkadaşları da (2022) Vietnam’da yaptıkları bir çalışmada EuroQual Group tarafından geliştirilen EQ-5D-5L yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlar ve çalışma sonucunda benzer şekilde çalışmayan bireylerin çalışanlara kıyasla daha düşük bir yaşam kalitesi düzeyine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Gelir getirici bir işe sahip olmayan bireyleri ise emekli, öğrenci ve ev hanımlarının takip ettiğini belirten yazarlar, çalışan bireylerde ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Tran ve arkadaşları da (2012) HIV/AIDS hastalarının yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacı ile 1016 hasta üzerinde bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yaşam kalitesi ölçümünde EQ-5D-5L’yi kullanan yazarlar, çalışma sonucunda düzenli bir işe sahip olmadığı tespit edilen hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin söz konusu ölçeğin ilgili tüm boyutlarında daha düşük olduğunu gözlemlemişlerdir. Jensen ve arkadaşları (2021) da

benzer şekilde Danimarka’da yaşam kalitesi ile ilgili bir çalışma yapmışlardır. Yazarlar çalışmalarında, EQ-5D ölçeğinin tüm alt boyutlarında çalışan bireyler ile kıyaslandığında düzenli gelir getirici bir işe sahip olmayan bireylerin daha fazla sorun raporladıklarını tespit etmişlerdir. Yazarlara göre söz konusu bireylerde en fazla sorunun belirlendiği alan ise kişisel bakımdır. Çalışmayan bireylerde bu sorunun görülme olasılığı çalışan bireylere kıyasla 3,1 kat daha fazladır. Bu alanı sırasıyla günlük faaliyetler, depresyon, hareketlilik ve ağrı takip etmektedir. Literatürde benzer sonuçlara ulaşan farklı türden çok sayıda çalışma da (Huang vd., 2017; Jyani vd., 2023; McCaffrey vd., 2016; Ping vd., 2020; Singh vd., 2017) bulunmaktadır.

Bu çalışmada ayrıca çalışma kapsamında dikkate alınan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin söz konusu bireylerin gelir durumlarından da etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en düşük olduğu grup, daha düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerden meydana gelmektedir. Ayrıca gelir düzeyleri arttıkça bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği söylenebilir. Literatürde bu bulguyu destekler nitelikte çok sayıda ampirik çalışma bulunduğu tespit edilmiştir. Örneğin, Purba ve arkadaşları tarafından (2018) Endonezya’da yapılan çalışmada da gelir düzeyindeki artış ile beraber bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. McCaffrey ve arkadaşları (2016) da EQ-5D-5L ile Avustralya’da yaptıkları bir çalışmada benzer şekilde yıllık hane halkı gelir düzeyi 20000 dolar ve altında olan bireyler ile kıyaslandığında 120000 dolar ve üzeri yıllık geliri olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Gelir düzeyindeki artış ile bireylerin yaşam kalitesinin de anlam bir artış kaydettiğini tespit eden yazarlar, aynı zamanda gelirin söz konusu bireylerin yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden biri de olduğunu ifade etmişlerdir. Yao ve arkadaşları (2021) da Çin’de EQ-5D ile yaptıkları çalışmalarında, bedensel ağrı ile ilgili daha fazla şikâyet olduğunu ancak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ise başta gelir düzeyi olmak üzere farklı türden bireysel ve demografik değişkenlerin etkisi altında olduğunu belirlemişlerdir. Yazarlara göre en düşük %20’lik gelir diliminde yer alan bireylerin EQ-VAS skorları 77,60 iken %40-50 gelir diliminde yer alanlar bireylerde 19,69’dır. Rn yüksek gelire sahip %20’liğin ise diğerlerinde kıyasla daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu açıdan ele alındığında Yao

ve arkadaşlarının çalışmasında da gelir düzeyindeki artış ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı artışlar olduğu söylenebilir. Aslam ve arkadaşları (2022) da hipertansiyon tanısı almış hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada düşük gelirli hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarının daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Literatürde bu bulguları destekleyen çok sayıda çalışma (Kularatna vd., 2014; Mielck vd., 2013; Sultana vd., 2016; Sun vd., 2011; Tan vd., 2018) da olduğunu görmek mümkündür. Bu çalışmada sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin düşük gelirli bireylerde daha düşük çıkmasının nedeninin ise söz konusu grupta karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha sık gözlemlenmesinden ve daha yüksek gelirli bireylere kıyasla görece daha az olanaklara sahip olmalarından kaynaklı kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu bireylerin büyük kısmı, 45 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Bu durumun getirdiği sınırlılık ve zorlukların da söz konusu bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi mümkündür.

Bu çalışmada ayrıca 2014, 2016 ve 2019 yılları itibarıyla çalışma kapsamında ele alınan bireylerin sahip oldukları hastalık türü ve sayısının da sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu noktada, özellikle herhangi bir dolaşım sistemi hastalığı olmadığını belirten bireyler ile kıyaslandığında hipertansiyon, inme ya da kalp spazma gibi hastalıklarından bir ya da birkaçına sahip olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri çok daha düşüktür. Bu türden hastalıkların yanı sıra eşlik eden farklı bir kronik hastalığın daha olması halinde yaşam kalitesi daha da düşmektedir. Bu durum, ilgili ölçeğin tüm boyutlarında da benzer şekildedir. Dolaşım sistemi hastalarının özellikle günlük faaliyetlerini yerine getirirken zorluk çektikleri görülmektedir. Günlük faaliyetleri ise tüm yıllarda EQ-5D-3L ölçeğinin ağrı, depresyon, hareketlilik ve kişisel bakım boyutları takip etmektedir. Bu bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin diğerlerine kıyasla daha düşük olmasının sebebinin ise dolaşım sistemi hastalıklarının insan yaşamına ve fiziksel sağlığa olan olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir. Söz konusu bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının da daha sık gözlemlendiği bilinen bir durumdur. Bu durum da dolaşım sistemi hastalarında sağlıkla ilişki yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. İlgili literatür incelendiğinde, diğerleri ile kıyaslandığında dolaşım sistemi hastalarında yaşam kalitesi ile ilgili çok daha fazla sorunlar olduğunu ortaya koyan farklı türden çalışmalar

görmek mümkündür. Burström ve arkadaşları (2001) tarafından İsveç'te yapılan çalışma, bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Yazarlar çalışmalarında, bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin ölçümünde EQ-5D'yi kullanmışlar ve farklı türden kronik hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini karşılaştırmalı analiz etmişlerdir. Çalışma sonucunda yazarlar, hipertansiyon ve diyabet hastalarının söz konusu ölçeğin tüm alanlarında diğer hastalara kıyasla daha fazla sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir. Dolaşım sistemi hastalıklarında en çok sorun yaşanan alanların başında ise bedensel ağrı ve depresyonun geldiğini tespit etmişlerdir. Benzer bir başka çalışma, Solli ve arkadaşları (2020) tarafından Norveç'te gerçekleştirilmiştir. Söz konusu çalışmada yazarlar, yaşam kalitesi ölçümünde EQ-5D'yi dikkate almışlar ve farklı türden kronik hastalıklarda bazı karşılaştırmalar yapmışlardır. Çalışma sonucunda ise yazarlar, iskemik kalp ve diyabet hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düşük olduğunu ve söz konusu hastaların daha çok hareketlilik ve depresyon ile ilgili sorunlar yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Tan ve arkadaşları (2013) Çin'de EQ-5D ile bir çalışma yürütmüşlerdir. Yazarlar da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini farklı kronik hastalıklar ile karşılaştırmışlar ve çalışma sonucunda kronik herhangi bir hastalığa sahip olmadığını belirten bireyler ile kıyaslandığında hasta bireylerde algılanan yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar ayrıca ruh sağlığı ile kanser hastalarına kıyasla çok daha iyi olsa da dolaşım sistemi hastalarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin kronik hastalığı olmayan bireylere göre oldukça düşük olduğunu ve hastalık türünün de yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu belirlemişlerdir. Wu ve arkadaşları, (2015) İngiltere'nin Yorkshire şehrinde 2010-2012 yılları arasında yapılan bir kohort çalışmasından elde edilen veriler yardımı ile yaşam kalitesinin farklı hastalık gruplarında ne düzeyde gerçekleştiğini değerlendirmeye çalışmışlardır. Yazarlar çalışmalarında ise diyabet, inme, hipertansiyon, kanser ve depresyon gibi 11 farklı kronik hastalığı dikkate almışlardır. Söz konusu çalışma sonucunda ise kronik hastalıkların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini negatif etkilediği ve herhangi bir dolaşım sistemi hastalığı olmadığı tespit edilen bireylerde EQ-5D skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca dikkate alınan hastalıklarda yaşam kalitesi düzeyinin en düşük olduğu grubun ise depresyon hastaları olduğu ortaya konmuştur. Öte yandan bu çalışmada, kalp ve damar hastalıklarına sahip olan bireylerin de birçok hastaya kıyasla daha düşük bir yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Bardage ve Isacson (2001) da İsveç'te yaptıkları çalışmada,

hipertansiyon hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini SF-36 ile değerlendirmeye çalışmışlardır. Yazarlar çalışma sonucunda ise ilgili ölçeğin tüm alt boyutlarında tansiyon hastalığı olmadığını belirten bireyler ile kıyaslandığında hipertansiyon hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu ve en sorunlu alanın ise genel sağlık ve fiziksel ağrı olduğunu tespit etmişlerdir.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin aynı zamanda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyinden de istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle ilgili alanlardan herhangi birinde (ödeme gücü/kaynaklı tıbbi hizmetler ile ilaç, randevu ve uzaklık/ulaşım kaynaklı gecikme) karşılanamayan ihtiyacı olduğunu dile getiren bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algıları diğerlerine kıyasla daha düşüktür. Bu durumun nedeninin, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlık statüleri ve günlük hayatları üzerinde olumsuz birtakım etkilere sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tedavi edilemeyen ya da tedavisi geciken her hastalık, çok daha fazla bedensel ağrı ve depresyon sorunlarına neden olabilmektedir. Ayrıca hastalık şiddeti ilerledikçe de günlük faaliyetler ve kişisel bakım gibi alanlarda daha fazla sorun yaşanması beklenmektedir. İlgili literatür incelendiğinde de karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu ya da bu durumun algılanan yaşam kalitesi olumsuz etkilediğini ortaya koyan çok sayıda ampirik çalışma olduğunu görmek mümkündür. Bu çalışmalardan biri, Ponzio ve arkadaşları tarafından (2020) İtalya’da yapılmıştır. Multipl Sklerozlu (Multiple Sclerosis) 1013 hasta üzerinde yapılan bu çalışma sonucunda bireylerin en az %83’ünün en az bir sağlık ihtiyacının karşılanamadığı tespit edilmiştir. Yazarlar ayrıca bu durumun çalışma kapsamında dikkate aldıkları hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu belirlemişlerdir. Ju ve arkadaşları tarafından (2017) Kore’de yapılan çalışma da bu kapsamda ele alınıp incelenebilir. Söz konusu çalışmada yazarlar, Kore’de 2011 ve 2013 yılları arasında toplanan ulusal sağlık anketleri yardımıyla bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algılarını değerlendirmeye çalışmışlardır. Yaşam kalitesi ölçümünde EQ-5D’yi kullanan yazarlar çalışma sonucunda ise bireylerin yaklaşık %13’ünün farklı türden karşılanamayan bazı sağlık ihtiyaçlarının olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar, karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının ise büyük bir

bölümünün ekonomik sorunlardan kaynaklandığını ortaya koymuşlardır. Bu durumun söz konusu bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri üzerindeki olası etkilerini incelediklerinde ise karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğunu belirlemişlerdir. Yazarlar, Kore’de yaşam kalitesinin iyileştirilmesi noktasında ise sağlık hizmetlerine erişimlerin önündeki engellerin kaldırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Slade ve arkadaşları (2004) tarafından İtalya’nın Verona kentinde yapılan çalışma da bu çalışmalardan bir diğeridir. Bu çalışma ise ruh sağlığı hastalıkları tanısı almış 265 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir ve bireylerin yaşam kaliteleri ise Camberwell İhtiyaç Değerlendirme Ölçeği (Camberwell Assessment of Need) ile Lancashire Yaşam Kalitesi Profili (Lancashire Quality of Life Profile) değerlendirilmiştir. Hem öznel hem de klinik yaşam kalitesi değerlendirmesinin yapıldığı bu çalışma sonucunda ise karşılanamayan herhangi bir sağlık ihtiyacı olduğunu ifade eden ruh sağlığı hastalarının her iki yaşam kalitesi ölçeğinde de sağlık ilişkili yaşam kalitesi algılarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık, her ne kadar insanlık tarihi kadar eski ve bir o kadar da köklü bir kavram olsa da halen tartışmalı konulardan biri olarak varlığını devam ettirmektedir. Bu durum, zaman içerisinde sağlıkla ilgili çok sayıda araştırmanın da yapılmasına neden olmuş durumdadır. Ancak tüm bu çalışmalara rağmen sağlık kavramının içerik ve kapsamı ile ilgili genel kabul görmüş bir yaklaşımın varlığından söz etmek mümkün değildir. Bu durumun temel sebebinin ise sağlığın insan yaşamını oluşturan farklı türden birçok alanı etkilemesinden ve etkilerinin de uzun soluklu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan sağlığın tanımından ziyade birey ve toplum sağlığının nasıl sağlanacağı ve bu durum ile ilgili olarak nelerin yapılacağı, daha önemli bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Sağlık statüsünün nasıl sağlanacağı ile ilgili bir yol haritasının belirlenmesi aynı zamanda karar vericiler ve politika yapıcılar da başta olmak üzere sağlık sektöründe yer alan paydaşların tamamının temel ihtiyaçlarına yanıt verecek ve onların rasyonel kararlar alabilmelerine olanak tanıyacaktır. Literatürde ise bu konu ile ilgili olarak çevre, yaşam tarzı ve genetik gibi farklı türden çok sayıda faktörün dikkate alındığı görülmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra sağlık hizmetlerinin kendisini de sağlık statüsünü belirleyen faktörlerden biri olarak ele almak mümkündür. Özellikle hastanın ihtiyaçlarına uygun ve ihtiyaç anında sunulan sağlık hizmetleri, birçok sağlık sorununu ortadan kaldırması ve orta-uzun vadede sağlıklı toplumlar oluşturulması noktasında oldukça önemlidir. Literatürde de bu duruma ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri, her ne kadar sağlık statüsünün temel belirleyicilerinden biri olarak ele alınsa da sağlık sistemleri içerisinde bu hizmetlerin varlığı, sağlık statüsünün sağlanması ve sağlıklı toplumlar yaratma noktasında tek başına yeterli değildir. Bu türden hizmetlerin aynı zamanda ihtiyaç anında erişilebilir ve kullanılabilir olması gerekmektedir. Kısacası, ihtiyaç duyulan bir sağlık hizmetinin yerinde ve zamanda alınabilmesi, sağlık sistemi içerisinde yer alması kadar önemli bir konudur. Ancak bu duruma engelleyen çok sayıda neden bulunmaktadır. Bu nedenlerin başında ise finansal sorunlar ile sağlık sistemlerinin işleyişi ve yapısı ile ilgili faktörler gelmektedir. Bu sorunların ortadan kaldırılabilmesi için ise toplumsal ihtiyaçların sürekli takip edilmesi ve sağlık hizmetlerinde arz ve talep dengesinin bu ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak planlanması gerekmektedir. Aksi

takdirde karşılanamayan farklı türden çok sayıda talep ve/veya sağlık ihtiyacı söz konusu olacaktır. Bu türden ihtiyaçlar da kısa süre içerisinde birey ve toplum sağlığında olumsuz birtakım sonuçlara neden olacaktır. Bu açıdan ele alındığında, bir sağlık sisteminin etkili ve/veya verimli çalışıp çalışmadığının ya da temel amaç ve hedeflerine uygun bir şekilde planlanıp planlanmadığının ölçümünde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyi önemli göstergelerden biri olarak ön plana çıkmaktadır.

Belirli bir zaman dilimi içerisinde bir bölgede ihtiyaç duyulan hizmetler ile sağlananlar arasındaki farklılıklar ya da boşluklar olarak ele alınan karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, aynı zamanda sağlık hizmetlerinde erişim ve hakkaniyet ile ilgili yapısal sorunların tespiti noktasında önemli araçlardan biridir. Ayrıca karşılanamayan her bir sağlık ihtiyacı, farklı hastalıkların ortaya çıkmasına ve sağlık hizmetlerine olan talebin daha da artmasına neden olabilmektedir. Öte yandan hastalıklar sadece fiziksel sağlığı değil aynı zamanda sosyal ilişkileri de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca hastalıklar, çoğu zaman işgücü kayıplarına da neden olmakta ve hane halklarını geri dönüşü zor bir hastalık-yoksulluk sarmalı içine itebilmektedir. Bu durum, ülke ekonomisinde de bazı kayıplara neden olabilmektedir. Bu ve benzeri nedenlerden dolayı da karşılanamayan sağlık ihtiyaçları, özellikle ele alınması gereken konulardan biri olarak ön plana çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde de dünya genelinde sağlıkta karşılanamayan ihtiyaçlar ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ise genellikle söz konusu durumun görülme sıklığı ve temel nedenleri ile yaşam kalitesi üzerindeki bazı etkileri ele alınmaktadır. Ayrıca uluslararası bazı yapı ve organizasyonlar da karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile nasıl mücadele edileceği ile ilgili raporlar yayınlamaktadır. Türkiye’de ise konu ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu az sayıdaki çalışmalarda ise bazı hastalıklar ya da küçük bazı gruplar dikkate alınmış durumdadır. Ancak halen Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyi net değildir. Ayrıca Türkiye’de hangi türden sağlık hizmetlerinin karşılanmasında daha çok sorun olduğu da belirsizdir. Literatürde ayrıca bu durumun sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ele alan herhangi bir çalışma da tespit edilememiştir. Bu ve benzeri nedenlerle; bu çalışmada, TÜİK tarafından 2014, 2016 ve 2019 yıllarında yayımlanan sağlık araştırmaları yardımı ile Türkiye’de yaşayan bireylerde karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca Türkiye’de başlıca ölüm nedenleri arasında yer alan

dolaşım sistemi hastalarında da karşılanamayan ihtiyaçlar yeterince ele alınamamıştır. Bu nedenle; bu çalışmada dolaşım sistemi hastalıkları, diğerk hastalık türleri ile kıyaslanmış ve dolaşım sistemi hastalıklarına sahip olmanın karşılanamayan sağık ihtiyaçı ve sağıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki olası etkileri de değeriendirilmiştir.

Çalışma sonucunda ise Türkiye’de farklı nedenlerden dolayı karşılanamayan çok sayıda sağık ihtiyaçı olduğıu tespit edilmiştir. Özellikle ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile ihtiyaçı duydukları sağık hizmetlerini alamadığını ifade eden bireylerin tüm yıllarda çok daha fazla olduğıu söylenebilir. Çalışma kapsamında ele alınan bireylerin 2014 yılında %15, 2016 ve 2019 yıllarında ise yaklaşık %9’u son 12 ay içerisinde ihtiyaçı duydukları bazı sağık hizmetlerini ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılayamadıklarını dile getirmişlerdir. Bu oran, ilaçlarda da benzer şekilde zaman içerisinde bir azalma eğilimi içerisine girmiştir. Ancak söz konusu bireylerin 2014 yılında %11,6’sı, diğerk yıllarda ise %6’ya yakını, kendilerine bir hekim tarafından reçete edilmiş bazı ilaçları ödemelerinde zorlandıkları için alamadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışma kapsamında ele alınan bireylerin önemli bir kısmının ayrıca ihtiyaçı duydukları bazı sağık hizmetlerini farklı nedenlerden dolayı zamanında karşılayamadıkları da tespit edilmiştir. Bu nedenlerin başında ise randevu sürelerinin uzunluğu gelmektedir. Öyle ki; bireylerin 2014 yılında %21’inin, 2016 yılında %15,8’inin ve 2019 yılında ise %25,8’inin randevu sürelerinin uzunluğundan şikayetçi oldukları gözlemlenmiştir. Randevu kaynaklı gecikmeleri ise ilgili tüm yıllarda uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar izlemektedir. Özellikle 2014 yılında uzaklık/ulaşım kaynaklı gecikme yaşayan bireylerin oranı %13,6 olarak belirlenmiştir. 2016 yılında ise bu oranda bir düşüş (%9,7) gözlemlenmiştir ancak 2019 yılında yeniden %12’lere yaklaştığıu tespit edilmiştir.

Çalışmada ayrıca karşılanamayan sağık ihtiyaçlarının bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği de tespit edilmiştir. Tüm yıllarda ve karşılanamayan sağık ihtiyaçlarının tüm boyutlarında kadınlarda erkeklere kıyasla daha büyük sorunlar olduğıu gözlemlenmiştir. Ayrıca yapılan regresyon testlerinde karşılanamayan sağık ihtiyaçlarında cinsiyetin önemli bir belirleyici olduğıu belirlenmiştir.

Bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları üzerinde yaşlarının da etkili olduğu tespit edilen önemli bulgulardan biridir. Başta ödeme gücü kaynaklı tıbbi bakım hizmetleri ve reçete edilmiş ilaçlar olmak üzere karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının tamamında 45 yaş altında yer alan bireylerde 65 yaş ve üzeri bireyler ile kıyaslandığında karşılanamayan çok daha fazla sağlık ihtiyacı olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşlanma ile birlikte karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir azalma meydana gelmektedir.

Eğitim durumları bakımından ele alındığında da çalışma kapsamında ele alınan bireylerin karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile farklı düzeylerde karşılaştıkları bulunmuştur. 2014, 2016 ve 2019 yılları itibarıyla ön lisans mezunu bireyler ile kıyaslandığında herhangi bir eğitim almadığını belirten bireyler ile lise mezunlarında ödeme gücü kaynaklı sorunlar nedeniyle daha fazla sağlık ihtiyacının karşılanamadığı tespit edilmiştir. Reçete edilmiş ilaçlar ve sağlık hizmeti alımında gecikmelerde de benzer bir şekilde daha düşük eğitim düzeyindeki bireylerde daha fazla sorun gözlemlenmektedir. Dolayısıyla eğitim düzeyi arttıkça Türkiye’de karşılanamayan ihtiyaçların görülme sıklığında istatistiksel olarak anlamlı azalmalar meydana gelmektedir.

Boşanmış ve dul bireylerde de benzer şekilde bekar bireyler ile kıyaslandığında daha çok sorun olduğu belirlenmiştir. Özellikle ödeme gücü kaynaklı tıbbi bakım hizmetlerinde daha fazla şikâyet olduğu görülmektedir ve bu noktada, boşanmış ve dul bireyleri ise evliler takip etmektedir. Ayrıca randevu sürelerinin uzunluğu ve uzaklık ve/veya ulaşım nedeni ile gözlemlenen gecikmelerde de benzer bir durum söz konusudur. İlgili tüm yıllarda bu iki alanda da karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının boşanmış ve dul bireylerde daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur. Her iki alanda da söz konusu grubu evliler takip etmektedir. Ancak ödeme gücü kaynaklı sorunlar nedeniyle karşılanamayan reçete edilmiş ilaçların evli bireylerde daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir. İlaçlar noktasında ise evlileri, boşanmış ve dul bireyler takip etmektedir. Dolayısıyla tüm alanlarda bekar bireylerde görece daha az sorun olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamındaki bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı ve düzeyi aynı zamanda söz konusu bireylerin çalışma durumlarına göre de farklılık göstermektedir. Çalışan bireyler ile kıyaslandığında düzenli gelir getirici herhangi bir işte çalışmadığını

belirten bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım hizmetleri ile reçete edilmiş ilaçlar daha fazla gözlemlenmektedir. Ayrıca bu durum randevu süresi ve uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı gecikmelerde de çalışmayan bireylerde daha fazladır.

Gelir düzeyi bakımından ele alındığında ise gelir düzeyi çok daha düşük olan bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha büyük bir sorun olduğu tespit edilmiştir. Öyle ki; 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle en yüksek gelir düzeyindeki (5. düzey) bireyler ile kıyaslandığında, düşük (1. düzey) ve düşük-orta (2. 3. ve 4. düzey) gelir seviyesine sahip bireylerin daha büyük bir kısmının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini ve/veya kendilerine reçete edilmiş ilaçları ödeme güçlüğü sorunları nedeniyle karşılamadıkları belirlenmiştir. Bu açıdan ele alındığında, gelir düzeyinde yaşanan artış ile karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının azaldığı söylenebilir.

Ayrıca sosyal güvencesi olmayan bireylerin de ödeme güçlüğü nedeniyle tıbbi hizmeti ve reçete edilmiş ilaç alımı noktasında daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Benzeri bir durum, ulaşım ve/veya uzaklık kaynaklı gecikmeler için de geçerlidir. Ancak 2014, 2016 ve 2019 yılları itibariyle randevu sürelerinin uzunluğundan şikâyet eden bireylerin büyük bir kısmının ise sosyal güvence sahibi bireyler olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan testlerde sosyal güvencenin karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının tüm alanlarında (ödeme güçlükleri ve gecikmeler) anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamındaki bireylerde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının görülme sıklığını etkileyen faktörlerden birinin de söz konusu bireylerin sahip oldukları hastalıklar olduğu bulunmuştur. Özellikle herhangi bir dolaşım sistemi hastalığı olmadığını belirten bireyler ile kıyaslandığında dolaşım sistemi hastalıklarından en az birine sahip olduğunu belirten bireylerde ödeme güçlüğü kaynaklı karşılanamayan tıbbi bakım hizmetlerinin daha sık görüldüğü ortaya konmuştur. Söz konusu bireylerde ödemeleri nedeniyle karşılanamayan ilaçlar da daha fazladır. Bu durumun sağlık hizmeti alımında gecikmeler için de geçerli olduğu söylenebilir. Öyle ki; ilgili ilgili tüm yıllarda herhangi bir dolaşım sistemi hastası olmayan bireyler ile kıyaslandığında, dolaşım sistemi hastalarında randevu, uzaklık ve ulaşım kaynaklı gecikmelerin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Öte yandan dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra eşlik eden ikincil ya da üçüncül bir hastalığın görülmesi halinde karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarından şikâyet oranının istatistiksel olarak arttığı

tespit edilmiştir. Bu durum, ödeme gücü kaynaklı tıbbi bakım hizmetlerinin yanı sıra reçete edilmiş ilaçlarda ve randevu/uzaklık kaynaklı gecikmelerde de geçerlidir.

Bu çalışma kapsamında yer alan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri incelendiğinde ise ortalamanın üzerinde skorlar elde edildiği söylenebilir. Ayrıca söz konusu bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algıları ve ilgili alanlarda yaşadıkları sorunlar, bireysel ve demografik özelliklerinden de etkilenmektedir. Özellikle de erkekler ile kıyaslandığında kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algıları ilgili tüm yıllarda daha düşüktür. Ayrıca yapılan testler, bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Söz konusu bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri sadece cinsiyetlerinden değil aynı zamanda içerisinde bulundukları yaş gruplarından da istatistiksel olarak etkilenmektedir. Özellikle de 65 yaş ve üzerinde yer alan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri diğerlerine kıyasla daha düşüktür. Söz konusu bireyleri ise sırasıyla 55-64 ve 45-54 yaş aralığında yer alan bireyler takip etmektedir. 18-24 yaş aralığında yer alan bireylerin ise sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri yaş gruplarına kıyasla daha iyi durumdadır. Bu açıdan ele alındığında, Türkiye’de yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesinin düştüğü söylenebilir.

Bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri aynı zamanda eğitim durumundan da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. Bu kapsamda; ön lisans mezunu bireyler ile kıyaslandığında, herhangi bir eğitim almamış bireylerde daha düşük bir yaşam kalitesi olduğu gözlemlenmiştir. İlgili tüm yıllarda eğitim almamış bireyleri ise sırasıyla ilköğretim ve lise mezunu bireyler takip etmektedir. Bu açıdan ele alındığında, eğitim düzeyindeki artış ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin de artış gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri aynı zamanda medeni durumlarından da istatistiksel olarak etkilenmektedir. 2014, 2016 ve 2019 yılları itibarıyla evliler ile kıyaslandığında bekar, boşanmış ve dul bireylerin EQ-5D-3L’ye göre algılanan yaşam kalitesi düzeyleri daha düşüktür. Yaşam kalitesi ile ilgili olarak en fazla sorun yaşayan grup ise boşanan ve dul bireylerden oluşmaktadır.

Çalışma kapsamındaki bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri çalışma durumlarından da etkilenmektedir. Özellikle çalışmayan bireyler ile kıyaslandığında, çalışan bireylerin

tüm yıllarda daha kaliteli bir yaşam algısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Söz konusu durum gelir düzeyi bakımından ele alındığında ise gelir düzeyindeki artış ile birlikte de bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği tespit edilmiştir. Özellikle en düşük gelir grubunda (1. düzey) yer alan bireyler ile kıyaslandığında, orta ve üst gelir grubunda yer alan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma kapsamında dikkate alınan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin aynı zamanda söz konusu bireylerin sahip oldukları hastalıklardan da etkilendiği tespit edilmiştir. Özellikle herhangi bir dolaşım sistemi hastalığı olmadığını belirten bireyler ile kıyaslandığında dolaşım sistemi hastalarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, ilgili tüm yıllar için geçerlidir. Ayrıca inme ya da tansiyon gibi dolaşım sistemi hastalıklarının yanı sıra farklı türden bir kronik hastalığın daha olması durumunda ise algılanan yaşam kaliteleri daha da düşmektedir.

Karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının varlığı da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini negatif etkileyen faktörlerden biridir. Yapılan tüm testler, bu bulguyu doğrular niteliktedir. Bu noktada, ödeme güçlüğü kaynaklı sorunlar nedeniyle ihtiyaç duydukları tıbbi hizmetleri ile kendilerine reçete edilmiş ilaçları karşılayamadığı belirlenen bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri diğerlerine kıyasla daha düşüktür. Bu açıdan ele alındığında, bu bireylerde de algılanan yaşam kalitesi daha düşüktür.

Bu bulgulardan hareketle, Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının azaltılması ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinin iyileştirilmesi için aşağıdaki çözüm önerileri öne sürülmektedir:

- Genel sağlık sigortasının içerik ve kapsamının geliştirilmesine yönelik politikalar hayata geçirilmeli, muayene ve ilaç gibi hizmetler karşılığında talep edilen katılım ve katkı payları yeniden gözden geçirilmelidir. Söz konusu ödemeler, hastaların gelir düzeyleri ile ilişkilendirilerek kademeli bir hale getirilebilir.
- Türkiye’de her ne kadar işgöremezlik gibi bazı maliyetler geri ödeme kapsamında olsa da dolaylı maliyetlerin finansmanı noktasında bazı sorunlar bulunmaktadır. Bu noktada işgöremezlik ödeneğinin içerik ve kapsamı genişletilmeli, bireylerin

söz konusu ödenekten daha kolay yararlanmaları sağlanmalıdır. Ayrıca kamuoyu söz konusu ödemeler noktasında bilgilendirilmelidir. Ancak sadece işgöremezlik değil aynı zamanda ulaşım gibi diğer dolaylı maliyetler de geri ödeme kapsamına alınmalı ya da bur türden maliyetleri finanse edecek yeni araçlar geliştirilmelidir.

- Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olan bireyler ile dolaşım sistemi hastalığı olanlar başta olmak üzere karşılanamayan sağlık ihtiyaçları noktasında diğerlerine kıyasla çok daha fazla ödeme güclüğü sorunu yaşayan bireylerin ihtiyaçlarını finanse edecek yardım programları geliştirilmeli ve mevcut programların içerik ve kapsamı iyileştirilmelidir.
- Dijital sağlık hizmetlerinin kullanımı yaygınlaştırılmalı, uzaklık ve/veya ulaşım kaynaklı sorunlar nedeni ile karşılanamayan ancak doğrudan hekim müdahalesi gerekmeyen hizmetler dijital sağlık uygulamaları ile uzaktan verilebilmelidir.
- Toplu taşıma sistemlerinde iyileştirmeler yapılmalı, bakanlık ve yerel yönetimler iş birliği ile hızlı ve etkili çalışan bir hasta nakil sistemi geliştirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliği artırılmalı, ülke genelinde yaygınlaşması sağlanmalıdır. Bu noktada, bölge sağlık planlamasındaki aksaklıklar giderilmeli, sağlık kurumlarının bölgeler arasındaki dağılımında yerel ihtiyaçlar göz önünde bulundurulmalı, taşra ve kalabalık nüfuslu bölgelerde sağlık hizmet sunucularının yaygınlaştırılmasına özen gösterilmelidir.
- Merkezi Hekim Randevu Sistemi, randevu ve muayene sürelerini takip edebilecek bir şekilde yeniden ele alınmalıdır. Sistem ile elde edilen veriler belirli aralıklarla analiz edilmeli ve veriye dayalı istatistiksel modeller ile randevularda arz ve talep dengesinin nasıl sağlanacağına ilişkin raporlar üretilmelidir. Sistemin ayrıca hasta ile etkileşim halinde olması ve hastanın talebine uygun boşluğun oluşması halinde hastayı bilgilendirmesi sağlanmalıdır.
- Aile hekimlikleri ve aile sağlığı merkezlerinin ilgili sistem içerisinde daha etkin rol almaları sağlanmalı ve randevularda yaşanan gecikmelerin önüne geçebilmek için sevk zinciri etkin bir şekilde işletilmelidir.
- Kadınlarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının sıklığını azaltmak için özel sağlık sigortalarına erişimleri artırılmalı ve kamu destek/yardım programlarından daha kolay yararlanmaları sağlanmalıdır.

- Farklı yaş gruplarında yer alan bireylerin farklı sağlık ihtiyaçlarına yönelik özel planlar oluşturulmalı ve özellikle 45 yaş altındaki bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak politikalar geliştirilmelidir. Söz konusu bireylerin yoğun bir şekilde bulunduğu kamusal alanlarda ise sağlık hizmeti sunucularının nicelik ve niteliği iyileştirilmelidir. Ayrıca yaşlı bireylere yönelik hizmetlerin içerik ve kapsamı da ihtiyaçlar doğrultusunda genişletilmeli, yaşlılığa bağlı sağlık sorunlarına öncelik veren bir anlayışın geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Düşük gelir düzeyine sahip bireyler başta olmak üzere dezavantajlı gruplarda yer alan bireylerin eğitim düzeylerinin artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmeli, söz konusu bireylerde sağlık okuryazarlığının artırılmasına özen gösterilmelidir.
- Boşanmış ve dul bireyler için sosyal destek ağları oluşturulmalı, psikolojik destek almaları kolaylaştırılmalıdır. Söz konusu bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri de desteklenmelidir. Bekar bireylerde ise sosyal izolasyonu azaltacak bazı destek sistemleri oluşturulmalıdır.
- Çalışmayan bireylerin de sağlık hizmetlerini finansa edecek araçlar geliştirilmeli ve kendilerine sağlanan ekonomik destek programlarının içerik ve kapsamı sağlık ihtiyaçlarını da karşılayacak şekilde gözden geçirilmelidir.
- Koroner kalp ve hipertansiyon gibi yaygın görülen dolaşım sistemi hastalıklarının önlenmesi ve erken teşhisine yönelik kampanyalar düzenlenmeli, bu konu ile ilgili olarak kamuoyu bilgilendirilmelidir. Ayrıca eşlik eden hastalık durumunda sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmalıdır.

Yukarıda yer alan önerilerin yanı sıra gelecek çalışmalarda ise bu çalışma kapsamında ele alınamayan hastalıklar göz önünde bulundurulabilir. Bu çalışmada, engelli bireylerin ya da otizm gibi genetik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetleri kullanım durumları ele alınamamıştır. Bu bireylerde karşılanamayan herhangi bir ihtiyacın olup olmadığı ve var ise temel nedenleri belirsizdir. Bu nedenle, bu hastalıklarda benzer çalışmalar yapılabilir. Ayrıca bu çalışmada her ne kadar kadınlarda çok daha fazla sorun olduğu tespit edilmiş olsa da bu durumun temel nedenleri tam olarak ortaya konulamamıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinde hakkaniyet noktasında Türkiye’de bir cinsiyet eşitsizliğinin olup olmadığı net değildir. Gelecek çalışmalarda bu konu da dikkate alınabilir. Ayrıca bu çalışmada söz konusu veri seti nedeniyle sınırlı hastalıklar dikkate alınabilmiştir. Oysa farklı türden çok

sayıda dolaşım sistemi hastalığı bulunmaktadır. Ayrıca bu hastalıklar solunum, sindirim ve boşaltım sistemi hastalıkları gibi farklı hastalık grupları ile de karşılaştırılabilir. Son olarak, bu çalışmada Türkiye’de karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının ölçümünde sadece ödeme güçlüğü ve gecikmeler dikkate alınabilmektedir. İlerleyen çalışmalarda sağlık sistemi ile ilgili konular ve yapısal sorunlar ele alınabilir.



KAYNAKÇA

- Aaltonen, M. S., & Van Aerschot, L. H. (2021). Unmet care needs are common among community-dwelling older people with memory problems in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(4), 423-432.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The health belief model. Predicting and changing health behavior. *McGraw-Hill*.
- Adi, N. S., Farhany, R., Ghina, R., & Napitupulu, H. (2021). Stroke risk prediction model using machine learning. *2021 International Conference on Artificial Intelligence and Big Data Analytics*.
- Adongo, W. B., & Asaarik, M. J. (2018). Health seeking behaviors and utilization of healthcare services among rural dwellers in under-resourced communities in Ghana. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2).
- Ağartan, C. A. (2009). Sanat eserlerinde yaşayan bir mit: sağlık tanrısı Asklepios ve kızı Hygieia. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(1), 49-52.
- Ahn, Y., Kim, N., Kim, C., & Ham, O. (2013). Factors affecting unmet healthcare needs of older people in Korea. *International Nursing Review*, 60(4), 510-519.
- Akram, J., Rehman, H. R., Muneer, F., Hassan, S., Fatima, R., Khan, T. M., Khizar, M., Tahir, S., Asim, M., & Shabbir, M. (2021). Hypertension and obesity: a cross-sectional study. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 3(4), 90-94.
- Alhamad, H., & Donyai, P. (2021). The validity of the theory of planned behaviour for understanding people's beliefs and intentions toward reusing medicines. *Pharmacy*, 9(1), 58.

- Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70(3), 465-472.
- Alpar, R. (2016). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik*. Detay Yayıncılık.
- Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*.(25).
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 1-10.
- Annerstedt, M. (2009). Health promotion, environmental psychology and sustainable development—a successful “menage-a-trois”. *Global Health Promotion*, 16(1), 49-52.
- Antonacci, C. (2018). *The moral obligation to promote your own health*, Johns Hopkins University.
- Arab-Zozani, M., Hashemi, F., Safari, H., Yousefi, M., & Ameri, H. (2020). Health-related quality of life and its associated factors in COVID-19 patients. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 11(5), 296.
- Argintaru, N., Chambers, C., Gogosis, E., Farrell, S., Palepu, A., Klodawsky, F., & Hwang, S. W. (2013). A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BMC Public Health*, 13(1), 1-9.
- Arnason, T., Uck, F., Lambert, J., & Hebda, R. (1980). Maya medicinal plants of san Jose Succotz, Belize. *Journal of Ethnopharmacology*, 2(4), 345-364.

- Arnault, L., Jusot, F., & Renaud, T. (2021). Economic vulnerability and unmet healthcare needs among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. *European Journal of Ageing*, 1-15.
- Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003). Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1-8.
- Aslam, N., Shoaib, M. H., Bushra, R., Asif, S., & Shafique, Y. (2022). Evaluating the socio-demographic, economic and clinical (SDEC) factors on health related quality of life (HRQoL) of hypertensive patients using EQ-5D-5L scoring algorithm. *PLoS One*, 17(6), e0270587.
- Assari, S., & Hani, N. (2018). Household income and children's unmet dental care need; Blacks' diminished return. *Dentistry Journal*, 6(2), 17.
- Ayanian, J. Z., Weissman, J. S., Schneider, E. C., Ginsburg, J. A., & Zaslavsky, A. M. (2000). Unmet health needs of uninsured adults in the United States. *Jama*, 284(16), 2061-2069.
- Ayvat, İ. (2019). *Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Azahra, S. N., Ferlianti, R., Arifandi, F., & Syam, E. (2022). The knowledge level of medical students at Yarsi University class of 2019 about hypertension and its review by islamic perspective. *Junior Medical Journal*, 1(4), 467-476.
- Babu, M., Nagaraja, B., & Reddy, K. B. (2016). Prevalence and distribution of atherosclerosis in different age groups in Tirupati area AP-Autopsy based study. *The Pharma Innovation*, 5(1, Part B), 87.

- Bagaria, N., Laamarti, F., Badawi, H. F., Albraikan, A., Martinez Velazquez, R. A., & El Saddik, A. (2020). Health 4.0: Digital twins for health and well-being. *Connected Health in Smart Cities*, 143-152.
- Bakker, C., de Vugt, M. E., van Vliet, D., Verhey, F., Pijnenburg, Y. A., Vernooij-Dassen, M. J., & Koopmans, R. T. (2014). Unmet needs and health-related quality of life in young-onset dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1121-1130.
- Banz, W. J., Maher, M. A., Thompson, W. G., Bassett, D. R., Moore, W., Ashraf, M., Keefer, D. J., & Zemel, M. B. (2003). Effects of resistance versus aerobic training on coronary artery disease risk factors. *Experimental Biology and Medicine*, 228(4), 434-440.
- Bardage, C., & Isacson, D. G. (2001). Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(2), 172-181.
- Ben-Shlomo, Y., Camfield, L., & Warner, T. (2002). What are the determinants of quality of life in people with cervical dystonia? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(5), 608-614.
- Berglund, A.-L., Claesson, D., & Kröldrups, R. (2006). Quality of life: young people's interpretation of the concept. *Vård i Norden*, 26(3), 4-8.
- Blum, H. L. (1974). *Planning for health; development and application of social change theory*. Human Science Press.
- Blum, H. L. (1983). *Expanding health care horizons: from a general systems concept of health to a national health policy*. Third party Publishing company.

- Borowiak, E., & Kostka, T. (2006). *Influence of chronic cardiovascular disease and hospitalisation due to this disease on quality of life of community-dwelling elderly*. Springer.
- Bouldin, E. D., Taylor, C. A., Knapp, K. A., Miyawaki, C. E., Mercado, N. R., Wooten, K. G., & McGuire, L. C. (2021). Unmet needs for assistance related to subjective cognitive decline among community-dwelling middle-aged and older adults in the US: prevalence and impact on health-related quality of life. *International Psychogeriatrics*, 33(7), 689-702.
- Bourdel, N., Chauvet, P., Billone, V., Douridas, G., Fauconnier, A., Gerbaud, L., & Canis, M. (2019). Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS One*, 14(1), e0208464.
- Brady, W. J., Mattu, A., Tabas, J., & Ferguson, J. D. (2017). The differential diagnosis of wide QRS complex tachycardia. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(10), 1525-1529.
- Bryant, T., Leaver, C., & Dunn, J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy*, 91(1), 24-32.
- Burström, K., Johannesson, M., & Diderichsen, F. (2001). Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 10, 621-635.
- Campolina, A. G., & Ciconelli, R. M. (2008). SF-36 and the development of new assessment tools for quality of life. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 33(2), 127-133.
- Cavalieri, M. (2009). Geographical patterns of unmet health care needs in Italy. *Munich Personal RePEc Archive, Paper*, 16097.
- CDCCP, C. (2020). *Unmet need for health care*.

- Chae, H. J., & Kim, M. (2020). Unmet healthcare needs and related factors according to gender differences in single-person households. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 26(1), 93-103.
- Chatzinikolaou, A., Tzikas, S., & Lavdaniti, M. (2021). Assessment of quality of life in patients with cardiovascular disease using the SF-36, MacNew, and EQ-5D-5L Questionnaires. *Cureus*, 13(9).
- Chaupain-Guillot, S., & Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781-796.
- Chelogoi, D. N., Jonyo, F. O., & Amadi, H. (2020). The influence of demographic factors in access to public health care in Kenya: A Case of Nairobi County, Kenya. *Journal of Social and Political Sciences*, 3(2).
- Chen, W.-P., Su, M.-J., & Hung, L.-M. (2007). In vitro electrophysiological mechanisms for antiarrhythmic efficacy of resveratrol, a red wine antioxidant. *European Journal of Pharmacology*, 554(2-3), 196-204.
- Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G., Robert, S. A., Hays, R. D., & Kaplan, R. M. (2011). Gender differences in multiple underlying dimensions of health-related quality of life are associated with sociodemographic and socioeconomic status. *Medical Care*, 49(11), 1021.
- Chmaj-Wierzchowska, K., Rzymiski, P., Wojciechowska, M., Parda, I., & Wilczak, M. (2020). Health-related quality of life (Nottingham Health Profile) in patients with endometriomas: correlation with clinical variables and self-reported limitations. *Archives of Medical Science*, 15(1).
- Cho, J., Song, Y., Jun, Y., Lee, Y., & Kim, J.-I. (2016). The mediation role of unmet need in healthcare providers' support for diabetes. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(35), 9.

- Choi, Y., Nam, K., & Kim, C.-y. (2019). Association between convenience of transportation and unmet healthcare needs of rural elderly in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(6), 355.
- Clari, M., Casciaro, R., Matarese, M., & Ivziku, D. (2017). Unmet needs of people with COPD: an interpretive synthesis of qualitative research. *European Respiratory Journal*, 50(61).
- Compton, M. T. (1998). The union of religion and health in ancient Asklepieia. *Journal of Religion and Health*, 37, 301-312.
- Coube, M., Nikoloski, Z., Mrejen, M., & Mossialos, E. (2023). Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. *The Lancet Regional Health-Americas*, 19, 100426.
- Coulomb, D. (2008). Refrigeration and cold chain serving the global food industry and creating a better future: two key IIR challenges for improved health and environment. *Trends in food science & technology*, 19(8), 413-417.
- Craik, E. M. (2009). Hippocratic bodily “channels” and oriental parallels. *Medical History*, 53(1), 105-116.
- Çalışkan, Ö. (2007). *Okul öncesi dönemi astım hastası çocuklar ile sağlıklı çocukların depresyon seviyelerinin karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Çatak, B., Kılınç, A., Badıllıoğlu, O., Sütlü, S., Sofuoğlu, A. E., & Aslan, D. (2012). Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*, 10(1), 13-21.
- Çayır, Y. (2013). Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Medical Journal*, 5(3), 9-12.

Çelik, Y. (2019). *Sağlık ekonomisi*. Siyasal Kitabevi.

Davies, A., Scott, A., Davies, A., & Scott, A. (2015). Chamber Abnormalities. *Starting to Read ECGs: A Comprehensive Guide to Theory and Practice*, 61-80.

de Oliveira, P. M. R., & Zarzoso, V. (2018). *Block term decomposition analysis in long segments of atrial fibrillation ECGs*. XXXVI Simpósio Brasileiro de Telecomunicações e Processamento de Sinais,

Deitenbeck, B. A. (2011). *Technology infrastructures for healthcare access to rural residents*. University of Nebraska at Omaha.

Delasobera, B. E., & Goodwin, T. (2020). Bradycardia. *Electrocardiogram in Clinical Medicine*, 433-440.

Den Oudsten, B. L., & Skevington, S. M. (2022). Using the WHOQOL as a generic measure to assess quality of life during cancer. In *Handbook of Quality of Life in Cancer* (pp. 13-38). Springer.

Dengiz, K. S., & Tanyer, D. K. (2020). Hastaneye başvuran kalp damar hastalarının birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(3), 402-411.

Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., Duan, N., Fielder, E., Kim, S., & Fielding, J. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American Journal of Public Health*, 94(5), 783-789.

Dijkstra, C. (2002). Nobel Prize for Physiology or Medicine 2002 is awarded for research into the genetic regulation of organ development and programmed cell death. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 146(52), 2525-2527.

- Dirimeşe, E., Demir-Korkmaz, F., & Alcan, A. O. (2016). Koroner arter bypass greft cerrahisi öncesi hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 56-61.
- Donabedian, A. (1972). Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103-154.
- Dural, G., & Çıtlık-Sarıtaş, S. (2017). Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(17), 131-141.
- Erci, B., Elibol, M., & Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92.
- EuroQoL. (2022). *About EQ-5D-3L*. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>.
- Fagard, R. H. (2002). Epidemiology of hypertension in the elderly. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 11(1), 23-28.
- Farquar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. Journal of Advanced Nursing. In (Vol. 20, pp. 502-508): *Journal of Advanced Nursing*.
- Ferguson, E. A. (1947). *The theory and practice of medicine among preliterate peoples*. Yale University.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in nursing science*, 8(1), 15-24.
- Fjær, E. L., Stornes, P., Borisova, L. V., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2017). Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social

groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *The European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 82-89.

Forget, E. L. (2018). *Basic income for Canadians: The key to a healthier, happier, more secure life for all*. James Lorimer & Company.

Fu, R., Noguchi, H., Kaneko, S., Kawamura, A., Kang, C., Takahashi, H., & Tamiya, N. (2019). How do cardiovascular diseases harm labor force participation? Evidence of nationally representative survey data from Japan, a super-aged society. *PLoS One*, 14(7), e0219149.

Gannotti, M. E., Kaplan, L. C., Handwerker, W. P., & Groce, N. E. (2004). Cultural influences on health care use: Differences in perceived unmet needs and expectations of providers by Latino and Euro-American parents of children with special health care needs. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(3), 156-165.

Gear, K., & Marcus, F. (2003). Arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy. *Circulation*, 107(4), e31-e33.

Gençtoý, G. (2017). Tuz ve böbrek yetmezliđi. *Türkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 10(2), 73-83.

Gladman, J. R. (1998). Assessing health status with the SF-36. In (Vol. 27, pp. 3-3): Oxford University Press.

Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Leech, N. L. (2016). *Research methods in applied settings: An integrated approach to design and analysis*. Routledge.

Gogtay, N., Deshpande, S., & Thatte, U. (2017). Principles of regression analysis. *Journal of the Association of Physicians of India*, 65(48), 48-52.

- Gordetsky, J., & O'Brien, J. (2009). Urology and the scientific method in ancient Egypt. *Urology*, 73(3), 476-479.
- Gözüm, S., & Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- Grech, E. D. (2003). Pathophysiology and investigation of coronary artery disease. *Bmj*, 326(7397), 1027-1030.
- Grewal, G., & Kishore, J. (2017). Age-friendly primary health care services: emerging need in India. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*, 13(1).
- Grillo, A., Salvi, L., Coruzzi, P., Salvi, P., & Parati, G. (2019). Sodium intake and hypertension. *Nutrients*, 11(9), 1970.
- Gu, D., Zhang, Z., & Zeng, Y. (2009). Access to healthcare services makes a difference in healthy longevity among older Chinese adults. *Social Science & Medicine*, 68(2), 210-219.
- Ha, R., Jung-Choi, K., & Kim, C.-Y. (2019). Employment status and self-reported unmet healthcare needs among South Korean employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 9.
- Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017a). Are gender differences in health-related quality of life attributable to sociodemographic characteristics and chronic disease conditions in elderly people? *International Journal of Preventive Medicine*, 8.
- Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017b). Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: a population based cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), 39.

- Han, K. S., Lee, S. J., Park, E. S., Park, Y.-J., & Cheol, K. H. (2005). Structural model for quality of life of patients with chronic cardiovascular disease in Korea. *Nursing Research*, 54(2), 85-96.
- Haseena, M., Malik, M. F., Javed, A., Arshad, S., Asif, N., Zulfiqar, S., & Hanif, J. (2017). Water pollution and human health. *Environmental Risk Assessment and Remediation*, 1(3).
- Hasirci, V., Hasirci, N., Hasirci, V., & Hasirci, N. (2018). Fundamentals of human biology and anatomy. *Fundamentals of Biomaterials*, 131-140.
- Hassett, A. L., Maclean, R., Peterson, C., Stuart, M. R., Buyske, S., Park, N., Savage, S. V., Li, T., & Seligman, M. E. (2009). The observational evaluation of subjective well-being in patients with rheumatoid arthritis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(1), 46-61.
- Hawks, L., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S., Bor, D. H., Gaffney, A., & McCormick, D. (2020). Trends in unmet need for physician and preventive services in the United States, 1998-2017. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 439-448.
- Heimans, J. J., & Taphoorn, M. J. (2002). Impact of brain tumour treatment on quality of life. *Journal of Neurology*, 249, 955-960.
- Hemingway, H., Philipson, P., Chen, R., Fitzpatrick, N. K., Damant, J., Shipley, M., Abrams, K. R., Moreno, S., McAllister, K. S., & Palmer, S. (2010). Evaluating the quality of research into a single prognostic biomarker: a systematic review and meta-analysis of 83 studies of C-reactive protein in stable coronary artery disease. *PLoS Medicine*, 7(6), e1000286.
- Heo, J., Oh, J., Kim, J., Lee, M., Lee, J.-s., Kwon, S., Subramanian, S., & Kawachi, I. (2012). Poverty in the midst of plenty: unmet needs and distribution of health care resources in South Korea. *PLoS One*, 7(11), e51004.

- Hochbaum, G., Rosenstock, I., & Kegels, S. (1952). Health belief model. *United States Public Health Service, 1*.
- Holmes, S., & Dickerson, J. (2003). The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *International Journal of Nursing Studies, 40*(5), 515-520.
- Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., & Torrance, G. (2003). The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(1), 1-13.
- Houston, M. C. (2011). The importance of potassium in managing hypertension. *Current hypertension reports, 13*(4), 309-317.
- Howell, D. C. (2011). Chi-square test: analysis of contingency tables. In *International encyclopedia of statistical science* (pp. 250-252). Springer.
- Høyer, M., Johansson, B., Nordin, K., Bergkvist, L., Ahlgren, J., Lidin-Lindqvist, A., Lambe, M., & Lampic, C. (2011). Health-related quality of life among women with breast cancer—a population-based study. *Acta Oncologica, 50*(7), 1015-1026.
- Hoyle, R. H. (2000). Confirmatory factor analysis. In *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling* (pp. 465-497). Elsevier.
- Huang, W., Yu, H., Liu, C., Liu, G., Wu, Q., Zhou, J., Zhang, X., Zhao, X., Shi, L., & Xu, X. (2017). Assessing health-related quality of life of Chinese adults in Heilongjiang using EQ-5D-3L. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(3), 224.
- Hung, L.-M., Chen, J.-K., Lee, R.-S., Liang, H.-C., & Su, M.-J. (2001). Beneficial effects of astringinin, a resveratrol analogue, on the ischemia and reperfusion damage in rat heart. *Free Radical Biology and Medicine, 30*(8), 877-883.

- Hwang, J. (2018). Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? *BMC Health Services Research*, 18, 1-9.
- Illich, I. (1975). Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: three dimensions of iatrogenic tort. *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 78.
- Israel, S. (2016). How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1-14.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., & Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- Jain, C. C., & Borlaug, B. A. (2020). Hemodynamic assessment in heart failure. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 95(3), 420-428.
- Jang, B.-N., Kim, H.-J., Kim, B.-R., Woo, S., Lee, W.-J., & Park, E.-C. (2021). Effect of Practicing Health Behaviors on Unmet Needs among Patients with Chronic Diseases: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7977.
- Jang, Y., & Jeong, Y. (2021, July). Unmet needs and quality of life of cancer patients and their families: Actor–Partner Interdependence Modeling. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 7, p. 874). MDPI.
- Jappelli, T., Pistaferri, L., & Weber, G. (2007). Health care quality, economic inequality, and precautionary saving. *Health Economics*, 16(4), 327-346.
- Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(5), 324-329.

- Jenkinson, C. (2013). Weighting for ill health: the Nottingham Health Profile. In *Measuring Health And Medical Outcomes* (pp. 77-88). Routledge.
- Jensen, M. B., Jensen, C. E., Gudex, C., Pedersen, K. M., Sørensen, S. S., & Ehlers, L. H. (2023). Danish population health measured by the EQ-5D-5L. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(2), 241-249.
- Jeon, C. H., Kwak, J. W., Kwak, M. H., Kim, J. H., & Park, Y. S. (2019). Factors associated with unmet healthcare needs of the older Korean population: the seventh Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2017. *Korean Journal of Health Promotion*, 19(2), 84-90.
- Jiang, M., Lv, L., Ji, H., Yang, X., Zhu, W., Cai, L., Gu, X., Chai, C., Huang, S., & Sun, J. (2011). Induction of pluripotent stem cells transplantation therapy for ischemic stroke. *Molecular and Cellular Biochemistry*, 354, 67-75.
- Jindrová, A., & Poláčková, J. (2013). Dimensionality reduction of quality of life indicators. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 60(7), 147-154.
- Jirava, P., Mandys, J., Kašparová, M., & Křupka, J. (2010). System approach to determinants of quality of life within a region. *WSEAS Transaction on Systems*, 9(3), 243-252.
- Joshi, R., Cardona, M., Iyengar, S., Sukumar, A., Raju, C. R., Raju, K. R., Raju, K., Reddy, K. S., Lopez, A., & Neal, B. (2006). Chronic diseases now a leading cause of death in rural India—mortality data from the Andhra Pradesh Rural Health Initiative. *International Journal of Epidemiology*, 35(6), 1522-1529.
- Joshi, R., Jan, S., Wu, Y., & MacMahon, S. (2008). Global inequalities in access to cardiovascular health care: our greatest challenge. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(23), 1817-1825.

- Ju, Y. J., Kim, T. H., Han, K.-T., Lee, H. J., Kim, W., Ah Lee, S., & Park, E.-C. (2017). Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: a longitudinal study. *The European Journal of Public Health*, 27(4), 631-637.
- Jung, B., & Ha, I. H. (2021). Determining the reasons for unmet medical needs in Korea: A secondary data analysis.
- Jyani, G., Prinja, S., Garg, B., Kaur, M., Grover, S., Sharma, A., & Goyal, A. (2023). Health-related quality of life among Indian population: The EQ-5D population norms for India. *Journal of Global Health*, 13.
- Kalabarathi, S., & Abinaya, M. (2021). Assessment of risk factors for atherosclerosis among working professionals. *International Journal of Advance Research in Medical Surgical Nursing*, 3(2), 83-85.
- Kang, J. H., & Kim, C.-W. (2021). The Relationship between unmet healthcare needs due to financial reasons and the experience of catastrophic health expenditures. *Research in Community and Public Health Nursing*, 32(1), 95-106.
- Karademas, E. C. (2008). Culture and health: current perspectives of continuous relationship. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*.
- Karagöz, Y. (2019). SPSS-AMOS-META uygulamalı istatistiksel analizler. *Ankara: Nobel Yayıncılık*.
- Karamustafalıoğlu, K. O. (2009). Sizofreni tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar: Psikofarmakolojik boyutlar. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 19, S311.
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1-3.

- Kataoka, S. H., Zhang, L., & Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among US children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1548-1555.
- Kaushal, N., Ghalawat, S., Malik, J. S., & Goyal, M. (2021). A study on evidence-based decision making in hospitals of Haryana. *Indian Journal of Extension Education*, 57(1), 99-104.
- Kerpershoek, L., de Vugt, M., Wolfs, C., Woods, B., Jelley, H., Orrell, M., Stephan, A., Bieber, A., Meyer, G., & Selbaek, G. (2018). Needs and quality of life of people with middle-stage dementia and their family carers from the European Actifcare study. When informal care alone may not suffice. *Aging & Mental Health*, 22(7), 897-902.
- Khan, T. N., Ansari, T. H., & Zulkifle, M. (2019). Concept of transformation and incorporation of nutriment in the body: A review. *International Journal of Food Science and Nutrition*, 4(3), 93-96.
- Kim, E. Y. (2016). Wounds. *Integumentary Physical Therapy*, 43-59.
- Kim, J., Kim, T. H., Park, E.-C., & Cho, W. H. (2015). Factors influencing unmet need for health care services in Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP2555-NP2569.
- Kim, K. M., & Fox, M. H. (2006). Moving to a holistic model of health among persons with mobility disabilities. *Qualitative Social Work*, 5(4), 470-488.
- Kim, T. K. (2015). T-test as a parametric statistic. *Korean Journal of Anesthesiology*, 68(6), 540-546.
- King, H. (2004). Introduction: what is health? In *Health in Antiquity* (pp. 23-33). Routledge.

- Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., Rotondi, M., Nisenbaum, R., Maddox, R., & Smylie, J. (2020). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111, 40-49.
- Knowlton, K. U. (2017). Myocarditis: an intersection between genetic and acquired causes of human cardiomyopathy. In (Vol. 69, pp. 1666-1668): *American College of Cardiology Foundation*, Washington, DC.
- Ko, H. Y., Lee, J. K., Shin, J. Y., & Jo, E. (2015). Health-related quality of life and cardiovascular disease risk in Korean adults. *Korean Journal of Family Medicine*, 36(6), 349.
- Ko, H. (2016). Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea. *Health Policy*, 120(6), 646-653.
- Kocaman-Yıldırım, N., Kaçmaz, N., & Özkan, M. (2013). İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(3), 153-158.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- Komalasari, R., & Yoche, M. M. (2019). Quality of life of people with cardiovascular disease: a descriptive study. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 4(2), 92.
- Koskelainen, M. (2013). *Stakeholder involvement: an integral part of radiation protection decision making*. The University of Manchester, United Kingdom.
- Köroğlu, E. (2014). *Kalp pili (pacemaker) takılan hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının etkinliğinin belirlenmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Kreatsoulas, C., & Anand, S. S. (2010). The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 26, 8C-13C.
- Kröger, T., Puthenparambil, J. M., & Van Aerschot, L. (2019). Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4), 485-500.
- Kularatna, S., Whitty, J. A., Johnson, N. W., Jayasinghe, R., & Scuffham, P. A. (2014). EQ-5D-3L derived population norms for health related quality of life in Sri Lanka. *PLoS One*, 9(11), e108434.
- Kumar, A., Dey, S., Mahendran, K., Haque, M., Saxena, A., Kumar, B., & Mahajan, S. (2016). Clinico-epidemiological and electrocardiographic study of canine dilated cardiomyopathy. *Indian J. Vet. Med.*, 36(2), 117-119.
- Kumar, R. K., & Kapoor, K. (2008). Health profile of parhaiya. *Bio-social Issues in Health*, 463.
- Küçüköğlu, E. (2019). *Kemoterapi alan hastaların bakım verenlerinin karşılanmamış gereksinimleri, bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kyker, K. A., & Limacher, M. C. (2002). Gender differences in the presentation and symptoms of coronary artery disease. *Current Women's Health Reports*, 2(2), 115-119.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf.
- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.

- Lee, S. Y., Kim, C.-W., Kang, J.-H., & Seo, N.-K. (2015). Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy, 119*(7), 899-906.
- Lee, S. E., Yeon, M., Kim, C. W., & Yoon, T. H. (2016). The association among individual and contextual factors and unmet healthcare needs in South Korea: a multilevel study using national data. *Journal of preventive medicine and public health, 49*(5), 308.
- Lee, W. J., Song, K. H., Noh, J. H., Choi, Y. J., & Jo, M. W. (2012). Health-related quality of life using the EuroQol 5D questionnaire in Korean patients with type 2 diabetes. *Journal of Korean Medical Science, 27*(3), 255-260.
- Li, J., Hu, D., Song, X., Han, T., Gao, Y., & Xing, Y. (2017). The role of biologically active ingredients from natural drug treatments for arrhythmias in different mechanisms. *BioMed Research International, 2017*.
- Li, P., & He, L. (2021). Clinical treatment analysis and imaging study of patients with acute angina in cardiovascular medicine. *Journal of Healthcare Engineering, 2021*, 1-8.
- Li, X., Luo, L., Jiang, J., & Pan, D. (2022). Related factors for sensitivity to the initial dose of intravenous immunoglobulin in children with kawasaki disease. *Iranian Journal of Pediatrics, 32*(1).
- Lim, J. H. (2017). Regional disparity and factors influencing unmet medical needs: a study based on the sixth korea national health and nutrition examination survey (2015). *Osong Public Health and Research Perspectives, 8*(5), 295.
- Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Medicine, 4*, 2050312116671725.
- Long, S. K., Coughlin, T. A., & Kendall, S. J. (2002). Unmet need among rural Medicaid beneficiaries in Minnesota. *The Journal of Rural Health, 18*(3), 437-446.

- MacKinney, A., Coburn, A., Lundblad, J., McBride, T., Mueller, K., & Watson, S. (2014). Access to rural health care—a literature review and new synthesis. *Policy Report. Rupri: Rural Policy Research Institute.*
- Mader, S. S. (2001). *Understanding human anatomy and physiology*, McGraw Hill.
- Madureira-Lima, J., Reeves, A., Clair, A., & Stuckler, D. (2018). The Great Recession and inequalities in access to health care: a study of unemployment and unmet medical need in Europe in the economic crisis. *International Journal of Epidemiology*, 47(1), 58-68.
- Maharani, A., & Tampubolon, G. (2014). Unmet needs for cardiovascular care in Indonesia. *PLoS One*, 9(8), e105831.
- Mai, V. Q., Giang, K. B., Minh, H. V., Lindholm, L., Sun, S., & Sahlen, K. G. (2022). Reference data among general population and known-groups validity among hypertensive population of the EQ-5D-5L in Vietnam. *Quality of Life Research*, 31(2), 539-550.
- Mansfeld, J. (1980). Plato and the Method of Hippocrates. *Greek, Roman, and Byzantine Studies*, 21(4), 341-362.
- Mărgineanu, I., & Precupețu, I. (2008). Quality of life and sustainable development. *Ways of social cohesion (in Romanian). Bucharest: Expert Publishing House.*
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2007). *Human anatomy & physiology*. Pearson Education.
- Marieb, E. N., & Keller, S. (2011). *Essentials of Human Anatomy and Physiology: Books a la Carte Edition*. Benjamin-Cummings.
- Marşap, A., Akalp, G., & Yeniman, E. (2010). Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1).

- Masarone, D., Kittleson, M., Petraio, A., & Pacileo, G. (2022). Advanced heart failure: state of the art and future directions. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(2), 48.
- Mayhob, M. (2017). Nurses' knowledge, practices and barriers affecting a safe administration of oxygen therapy. *J Nurs Health Sci*, 7(3), 42-51.
- McCaffrey, N., Kaambwa, B., Currow, D. C., & Ratcliffe, J. (2016). Health-related quality of life measured using the EQ-5D-5L: South Australian population norms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1-12.
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health Inequalities. *Public health*, 172, 22-30.
- Mendis, S., Abegunde, D., Yusuf, S., Ebrahim, S., Shaper, G., Ghannem, H., & Shengelia, B. (2005). WHO study on prevention of recurrences of myocardial infarction and stroke (WHO-PREMISE). *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 820-829.
- Mert, K. U., Mert, G., Dural, M., & Unalır, A. (2016). Akut ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü sonrası yaşam kalitesi (EQ5D). *MN Kardiyoloji*, 23(4), 182-191.
- Michelson, H., Bolund, C., Nilsson, B., & Brandberg, Y. (2000). Health-related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30: reference values from a large sample of the Swedish population. *Acta Oncologica*, 39(4), 477-484.
- Mielck, A., Reitmeir, P., Vogelmann, M., & Leidl, R. (2013). Impact of educational level on health-related quality of life (HRQL): results from Germany based on the EuroQol 5D (EQ-5D). *The European Journal of Public Health*, 23(1), 45-49.
- Mishra, P., & Samanta, L. (2012). Oxidative stress and heart failure in altered thyroid states. *The Scientific World Journal*, 2012.

- Mitrasevic, M., Radovanovic, S., Radevic, S., Maricic, M., Macuzic, I. Z., & Kanjevac, T. (2020). The unmet healthcare needs: evidence from Serbia. *Iranian Journal of Public Health*, 49(9), 1650.
- Mohammad, Q. (2013). Management of stroke-Bangladesh perspective. *Bangladesh Medical Journal*, 42(1), 34-37.
- Mohanty, S., & Khasa, Y. P. (2019). Enzymes as therapeutic agents in human disease management. *High Value Fermentation Products: Human Health*, 1, 225-263.
- Morris, M. D. (1978). A physical quality of life index. *Urban Ecology*, 3(3), 225-240.
- Morris, M. D. (1980). The physical quality of life index (PQLI). *Development Digest*, 18(1), 95-109.
- Mosier, D. A. (2017). Vascular disorders and thrombosis. *Pathologic Basis of Veterinary Disease*, 6, 44-72.
- Mosler, C. (2014). Cardiovascular risk associated with NSAIDs and COX-2 inhibitors. *US Pharm*, 39(3), 35-38.
- Nallamotheu, B. K., & Baman, T. S. (2014). Dilated and restrictive cardiomyopathy. *Inpatient Cardiovascular Medicine*, 178-186.
- Neculau, A., Rogozea, L., Popa, D., Atudorei, I., Leasu, F., Moga, M., & Lacatus, A. (2019). *Population's unmet needs in relation to primary care in Romania-a pilot survey in County Brasov*.
- Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Hung, Y.-Y., Wong, S., & Stoddard, J. J. (2000). The unmet health needs of America's children. *Pediatrics*, 105(Supplement_3), 989-997.
- Newman, D., Lau, C., Tang, A. S., Irvine, J., Paquette, M., Woodend, K., Dorian, P., Gent, M., Kerr, C., & Connolly, S. J. (2003). Effect of pacing mode on health-

related quality of life in the Canadian Trial of Physiologic Pacing. *American Heart Journal*, 145(3), 430-437.

Nho, J.-H., & Park, S. K. (2021). Factors affecting unmet healthcare needs of low-income overweight and obese women in Korea: analysis of the Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2017. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(2), 93-103.

O'Shea, P., Griffin, T., & Fitzgibbon, M. (2017). Hypertension: the role of biochemistry in the diagnosis and management. *Clinica Chimica Acta*, 465, 131-143.

OECD. (2011). Health at a Glance 2011. *Organisation for Economic Co-operation and Development*.

OECD. (2019). *Inequalities in unmet needs for health care*, OECD Health Policy Studies.

OECD. (2022). *Health at a glance: europe 2022: state of health in the EU cycle*. In: OECD Publishing Paris, France.

Opara, J. A., & Jaracz, K. (2010). Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *Journal of Medicine and Life*, 3(3), 216.

Oral, B. G., & Sayın, F. (2013). Bölgesel eşitsizliklerin sağlık göstergeleri ile analizi: Manisa ilinin sağlık statüsü. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(3), 395-411.

Osorio, R. G., Servo, L. M. S., & Piola, S. F. (2011). Unmet health care needs in Brazil: an investigation about the reasons for not seeking health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3741.

Otsuka, H., Morita, N., Yamashita, K., & Nishitani, H. (2007). FDG-PET/CT for diagnosis and follow-up of vasculitis. *The Journal of Medical Investigation*, 54(3, 4), 345-349.

- Özcanlı-Atik, D., & Çınar, S. (2014). Correlation of cardiovascular limitations and symptoms, profile with the quality of life, anxiety and depression scales. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 4(2), 51-56.
- Pagán, J. A., & Pauly, M. V. (2006). Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults. *Health Services Research*, 41(3p1), 788-803.
- Pan, L., Wang, C., Cao, X., Zhu, H., & Luo, L. (2022). Unmet healthcare needs and their determining factors among unwell migrants: a comparative study in Shanghai. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5499.
- Panagiotakos, D. (2009). Health measurement scales: methodological issues. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, 3, 160.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), 2017-2027.
- Park, C., Meghani, N. M., Amin, H. H., Nguyen, V. H., & Lee, B.-J. (2017). Patient-centered drug delivery and its potential applications for unmet medical needs. *Therapeutic Delivery*, 8(9), 775-790.
- Parkerson, J., George, R., Broadhead, W., & Chiu-Kit, J. T. (1990). The Duke health profile: a 17-Item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 28(11), 1056-1072.
- Pásztor, E. (1982). European association of neurosurgical societies. third European lecture. naples, 23 april, 1982. some aspects of personality of the neurosurgeon. *Acta Neurochirurgica*, 65(3-4), 141-152.

- Peate, I. (2018). Anatomy and physiology, 10. The respiratory system. *British Journal of Healthcare Assistants*, 12(4), 178-181.
- Ping, W., Zheng, J., Niu, X., Guo, C., Zhang, J., Yang, H., & Shi, Y. (2020). Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*, 15(6), e0234850.
- Pishvaei, M., Moradi, N., Armanmehr, V., & Baghery, P. (2013). Equity in health: from concept to application in healthcare system. *Journal of Research and Health*, 3(2), 333-334.
- Pisulkar, S. G., Pakhan, A. J., Bhola, R. D., Pisulkar, D., Purohit, D. S., & Mistry, D. A. (2021). Comparative evaluation of Health-related quality of life (QoL) after maxillectomy with and without rehabilitation using obturator prosthesis. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 15018-15034.
- Polaki, H., & Yarla, N. S. (2014). Water as a new vehicle for nutrition. *Journal of Nutrition & Food Sciences*, 4(5), 1.
- Ponzio, M., Tacchino, A., Vaccaro, C., Traversa, S., Brichetto, G., Battaglia, M. A., & Uccelli, M. M. (2020). Unmet needs influence health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 38, 101877.
- Pop, I. A., Van Ingen, E., & Van Oorschot, W. (2013). Inequality, wealth and health: Is decreasing income inequality the key to create healthier societies? *Social Indicators Research*, 113(3), 1025-1043.
- Popovic, N., Terzic-Supic, Z., Simic, S., & Mladenovic, B. (2017). Predictors of unmet health care needs in Serbia; analysis based on EU-SILC data. *PLoS One*, 12(11), e0187866.

- Popovici, N., Munteanu-Florea, I., & Condrea, E. (2020). A perspective on quality of life. *Lumen Proceedings, 11*, 45-55.
- Prcic, A., Aganovic, D., & Hadziosmanovic, O. (2013). Sickness impact profile (SIP) score, a good alternative instrument for measuring quality of life in patients with ileal urinary diversions. *Acta Informatica Medica, 21*(3), 160.
- Puciato, D., Rozpara, M., Bugdol, M., Borys, T., & Słaby, T. (2021). Socioeconomic determinants of health-related quality of life of entrepreneurs. a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(22), 12103.
- Purba, F. D., Hunfeld, J. A., Iskandarsyah, A., Fitriana, T. S., Sadarjoen, S. S., Passchier, J., & Busschbach, J. J. (2018). Quality of life of the Indonesian general population: Test-retest reliability and population norms of the EQ-5D-5L and WHOQOL-BREF. *PLoS One, 13*(5), e0197098.
- Qu, S., Liu, R., Zhang, N., Xu, Y., Yue, X., & Dai, Z. (2022). Non-viral nucleic acid therapeutics: Revolutionizing the landscape of atherosclerotic treatment. *Nano Today, 45*, 101514.
- Quattrochi, J. P., Hill, K., Salomon, J. A., & Castro, M. C. (2020). The effects of changes in distance to nearest health facility on under-5 mortality and health care utilization in rural Malawi, 1980–1998. *BMC Health Services Research, 20*(1), 1-12.
- Rahman, T., Mittelhammer, R. C., & Wandscheider, P. (2005). *Measuring the quality of life across countries: A sensitivity analysis of well-being indices*. Wider Research Paper.
- Rátz, T., Michalkó, G., & Kovács, B. (2008). The influence of Lake Balaton's tourist milieu on visitors' quality of life. *Tourism: An International Interdisciplinary Journal, 56*(2), 127-142.

- Reddy, K. S. (2004). Cardiovascular disease in non-Western countries. *New England Journal of Medicine*, 350(24), 2438-2440.
- Resende, O. L. C., Barbosa, M. T. S., Simões, B. F. T., & Velasque, L. d. S. (2016). The representation of getting ill in adolescents with systemic lupus erythematosus. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56, 398-405.
- Richardson, J., Khan, M., Iezzi, A., Sinha, K., Mihalopoulos, C., Herrman, H., Hawthorne, G., & Schweitzer, I. (2009). The AQoL-8D (PsyQoL) MAU Instrument: Overview September 2009. *Centre for Health Economics, Monash University*.
- Ro, Y.-J. (1988). *An analytical study of the quality of life of the middle-aged in Seoul*. Unpublished Doctoral Dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Robinson, P. (2016). Choosing a measure of health related quality of life. *Community Dent Health*, 33(2), 107-115.
- Roemer, M. I. (1991). Global health and its determinants. *National Health Systems of the World*. Oxford University Press: Toronto, 11-30.
- Rogero-Garcia, J., & Ahmed-Mohamed, K. (2014). What is the best care for community-dwelling dependent adults? Sources of care and perception of unmet needs in Spain. *Revista Internacional de Sociología*, 72(2), 403-427.
- Roll, J. M., Kennedy, J., Tran, M., & Howell, D. (2013). Disparities in unmet need for mental health services in the United States, 1997–2010. *Psychiatric Services*, 64(1), 80-82.
- Ronksley, P. E., Sanmartin, C., Quan, H., Ravani, P., Tonelli, M., Manns, B., & Hemmelgarn, B. R. (2012). Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. *Open Medicine*, 6(2), e48.

- Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2019). Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Critical Public Health*, 29(1), 48-60.
- Sakamaki, H., Ikeda, S., Ikegami, N., Uchigata, Y., Iwamoto, Y., Origasa, H., Otani, T., & Otani, Y. (2006). Measurement of HRQL using EQ-5D in patients with type 2 diabetes mellitus in Japan. *Value in Health*, 9(1), 47-53.
- SAMHSA. (2021). *Key substance use and mental health indicators in the united states: results from the 2020 national survey on drug use and health*. USA.
- Santoyo-Suarez, M. G., Mares-Montemayor, J. D., Padilla-Rivas, G. R., Delgado-Gallegos, J. L., Quiroz-Reyes, A. G., Roacho-Perez, J. A., Benitez-Chao, D. F., Garza-Ocañas, L., Arevalo-Martinez, G., & Garza-Treviño, E. N. (2023). The Involvement of Krüppel-like Factors in Cardiovascular Diseases. *Life*, 13(2), 420.
- Sartorius, N. (2003). Social capital and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, S101-S105.
- Sathiyamoorthy, S., Priya, V. V., & Gayathri, R. (2020). Awareness and risk factors of atherosclerosis among working professionals--A survey. *Drug Invention Today*, 14(3).
- Schaufelberger, M. (2019). Cardiomyopathy and pregnancy. *Heart*, 105(20), 1543-1551.
- Schoeb, V. (2016). Healthcare service in Hong Kong and its challenges. The role of health professionals within a social model of health. *China Perspectives*, 2016(2016/4), 51-58.
- Schott, N., Johnen, B., & Klotzbier, T. J. (2021). Assessing the well-being of residents in nursing facilities: translation and validation of the German version of the Laurens Well-being Inventory for Gerontopsychiatry (LWIG-GER). *German Journal of Exercise and Sport Research*, 4.

- Schulz, R., & Johnson, A. C. (2003). *Management of hospitals and health services: strategic issues and performance*. Beard Books.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). A beginner's guide to structural equation modeling (third). *Oxfordshire: Taylor and Francis Group, LLC*.
- Schwartz, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. *Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere*, 217-243.
- Schwarzer, R., Sniedhota, F. F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., Wegner, M., & Ziegelmann, J. P. (2003). *On the assessment and analysis of variables in the health action process approach conducting an investigation*. Freie Universität Berlin, Berlin.
- Shepherd, D. A., & Patzelt, H. (2015). The “heart” of entrepreneurship: The impact of entrepreneurial action on health and health on entrepreneurial action. *Journal of Business Venturing Insights*, 4, 22-29.
- Shi, L., & Stevens, G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs: the influence of multiple risk factors. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 148-154.
- Sibley, L. M., & Glazier, R. H. (2009). Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Healthcare Policy*, 5(1), 87.
- Simsek, H., Erkoyun, E., Akoz, A., Ergor, A., & Ucku, R. (2021). Unmet health and social care needs and associated factors among older people aged ≥ 80 years in Izmir, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(8).
- Singh, K., Kondal, D., Shivashankar, R., Ali, M. K., Pradeepa, R., Ajay, V. S., Mohan, V., Kadir, M. M., Sullivan, M. D., & Tandon, N. (2017). Health-related quality of

life variations by sociodemographic factors and chronic conditions in three metropolitan cities of South Asia: the CARRS study. *BMJ open*, 7(10), e018424.

Singh, S. K. (2015). Quality of life in Lucknow: A principal component analysis. *Indian Journal of Economics and Business*, 14(1).

Sintonen, H. (2001). The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Annals of Medicine*, 33(5), 328-336.

Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3), 183-189.

Smith, S., & Connolly, S. (2020). Re-thinking unmet need for health care: introducing a dynamic perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 15(4), 440-457.

Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health: discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. *Geneva: World Health Organization*.

Solli, O., Stavem, K., & Kristiansen, I. S. (2010). Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1-8.

Somade, E. C., & Abaribe, C. E. (2020). *Awareness of and barriers to maternal health care services in ogun state*, Nigeria.

Sou, J., Goldenberg, S. M., Duff, P., Nguyen, P., Shoveller, J., & Shannon, K. (2017). Recent im/migration to Canada linked to unmet health needs among sex workers in Vancouver, Canada: findings of a longitudinal study. *Health Care for Women International*, 38(5), 492-506.

- Söderman, A.-C. H., Bagger-Sjöbäck, D., Bergenius, J., & Langius, A. (2002). Factors influencing quality of life in patients with Ménière's disease, identified by a multidimensional approach. *Otology & Neurotology*, 23(6), 941-948.
- Stafford, E. (2004). 'Without you no one is happy': the cult of health in ancient Greece. In *Health in Antiquity* (pp. 142-157). Routledge.
- Stevens, J. P. (2002). Applied multivariate statistics for the social sciences. *Hillsdale, NS: Erlbaum*.
- Stojisavljevic, S., Grabez, M., & Stojanovski, K. (2020). Unmet health needs of Roma women in the two biggest Roma communities in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Frontiers in Public Health*, 8, 30.
- Stoltzfus, J. C. (2015). Student's t-test for independent samples. *International Journal of Academic Medicine*, 1(1), 27.
- Stransky, M. L. (2018). Unmet needs for care and medications, cost as a reason for unmet needs, and unmet needs as a big problem, due to health-care provider (dis) continuity. *Journal of Patient Experience*, 5(4), 258-266.
- Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health & Place*, 12(2), 141-156.
- Sultana, M., Sarker, A. R., Mahumud, R. A., Ahmed, S., Ahmed, W., Chakrovorty, S., Rahman, H., Islam, Z., & Khan, J. A. (2016). Inequalities in health status from EQ-5D findings: a cross-sectional study in low-income communities of Bangladesh. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(5), 301.
- Sun, S., Chen, J., Johannesson, M., Kind, P., Xu, L., Zhang, Y., & Burström, K. (2011). Population health status in China: EQ-5D results, by age, sex and socio-economic

- status, from the National Health Services Survey 2008. *Quality of Life Research*, 20, 309-320.
- Syed, S. T., Gerber, B. S., & Sharp, L. K. (2013). Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *Journal of Community Health*, 38, 976-993.
- Tabriz, E. R., Yekta, Z. P., Shirdelzade, S., Saadati, M., Orooji, A., Shahsavari, H., & Khorshidi, M. (2017). Unmet needs in Iranian cancer patients. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 35.
- Taherdoost, H., Sahibuddin, S., & Jalaliyoon, N. (2022). Exploratory factor analysis; concepts and theory. *Advances in Applied and Pure Mathematics*, 27, 375-382.
- Tan, Z., Liang, Y., Liu, S., Cao, W., Tu, H., Guo, L., & Xu, Y. (2013). Health-related quality of life as measured with EQ-5D among populations with and without specific chronic conditions: a population-based survey in Shaanxi Province, China. *PLoS One*, 8(7), e65958.
- Tan, Z., Shi, F., Zhang, H., Li, N., Xu, Y., & Liang, Y. (2018). Household income, income inequality, and health-related quality of life measured by the EQ-5D in Shaanxi, China: a cross-sectional study. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-10.
- Taylor, S. (2021). *The humoral herbal: in good humour*. Aeon Books.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
- Thijssen, C. G., Dekker, S., Bons, L. R., Gökalp, A. L., Kauling, R. M., van den Bosch, A. E., Cuypers, J. A. A. E., Utens, E. M., van Kimmenade, R. R., & Takkenberg, J. J. (2020). Health-related quality of life and lived experiences in males and

females with thoracic aortic disease and their partners. *Open Heart*, 7(2), e001419.

Thompson, B. (2006). *Foundations of behavioral statistics: An insight-based approach*. Guilford Press.

Tohirova, J., & Shernazarov, F. (2022). Atherosclerosis: causes, symptoms, diagnosis, treatment and prevention. *Science and Innovation*, 1(D5), 7-12.

Tortora, G. J., & Derrickson, B. H. (2017). *Introduction to the Human Body*. John Wiley & Sons.

Tran, B. X., Ohinmaa, A., & Nguyen, L. T. (2012). Quality of life profile and psychometric properties of the EQ-5D-5L in HIV/AIDS patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1-8.

TÜİK. (2019). *Türkiye sağlık araştırması mikro veri seti 2019*. Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2020). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2019*. <https://data.tuik.gov.tr>.

TÜİK. (2022). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2021*. <https://data.tuik.gov.tr>.

Türen, S., Sancar, K. M., & Türe, S. (2022). The relationship between symptom status and health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(32), 173-179.

Uddin, M. N., & Halder, R. K. (2021). An ensemble method based multilayer dynamic system to predict cardiovascular disease using machine learning approach. *Informatics in Medicine Unlocked*, 24, 100584.

Ukawuilulu, J. O., & Livingston, I. L. (1994). Underrepresentation and change. *Handbook of Black American Health: The Mosaic of Conditions, Issues, Policies, and Prospects*, 344.

- Uygur, A. B., & Esen-Danacı, A. (2019). Şizofreni hastalarının ihtiyaçları ve öngörülebilirliği. *Turkish Journal of Psychiatry*, 30(3).
- Vahedi, S., Torabipour, A., Takian, A., Mohammadpur, S., Olyaeemanesh, A., & Kiani, M. (2020). *Socioeconomic determinants of unmet healthcare needs in Iran*.
- Vahedi, S., Torabipour, A., Takian, A., Mohammadpur, S., Olyaeemanesh, A., Kiani, M. M., & Mohamadi, E. (2021). Socioeconomic determinants of unmet need for outpatient healthcare services in Iran: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 1-9.
- van de Port, I. G., van den Bos, G. A., Voorendt, M., Kwakkel, G., & Lindeman, E. (2007). Identification of risk factors related to perceived unmet demands in patients with chronic stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), 1841-1846.
- Van der Roest, H. G., Meiland, F. J., Comijs, H. C., Derksen, E., Jansen, A. P., Van Hout, H. P., Jonker, C., & Dröes, R.-M. (2009). What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 949-965.
- Van Huy, N., Nam, Y. S., Van Thanh, N., Tuan, N. T., Ha, N. T. T., Hoat, L. N., Hoang, N. M., & Hoa, D. M. (2018). Who's service availability and readiness assessment of primary health care services of commune health centers in a rural district of northern Vietnam. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 202-211.
- Van Leeuwen, K. M., Van Loon, M. S., Van Nes, F. A., Bosmans, J. E., De Vet, H. C., Ket, J. C., Widdershoven, G. A., & Ostelo, R. W. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One*, 14(3), e0213263.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

- Velenik, V., Secerov-Ermenc, A., But-Hadzic, J., & Zadnik, V. (2017). Health-related quality of life assessed by the EORTC QLQ-C30 questionnaire in the general Slovenian population. *Radiology and Oncology*, 51(3), 342.
- Vidhyasree, M., & Parameswari, R. (2018). An exhaustive study of disease predictions by different organs in human body. *International Journal of Advanced Studies of Scientific Research*, 3(10).
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., & Domingo-Salvany, A. (2005). The Spanish version of the short form 36 health survey: a decade of experience and new developments. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Viner, R., & Macfarlane, A. (2005). ABC of adolescence: health promotion. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7490), 527.
- Vuorio, T., Jauhiainen, S., & Ylä-Herttuala, S. (2012). Pro-and anti-angiogenic therapy and atherosclerosis with special emphasis on vascular endothelial growth factors. *Expert Opinion on Biological Therapy*, 12(1), 79-92.
- Vyas, M. V., Fang, J., & Kapral, M. K. (2020). Temporal trends in the unmet health care needs of Canadian stroke survivors. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 47(2), 176-182.
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. Handbook of Health Economics, Vol. 1B. eds. A. Culyer, and J. Newhouse, 1803-62. In: Amsterdam: Elsevier (North-Holland).
- Wan, T. T. (1987). Functionally disabled elderly: Health status, social support, and use of health services. *Research on Aging*, 9(1), 61-78.
- Warwick-Booth, L., Cross, R., & Lowcock, D. (2021). *Contemporary health studies: An introduction*. John Wiley & Sons.

- Weiss, P. F. (2012). Pediatric vasculitis. *Pediatric Clinics*, 59(2), 407-423.
- WHO. (1995a). *Field trial WHOQOL-100 February 1995: the 100 questions with response scales* (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012). World Health Organization.
- WHO. (1995b). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHO. (2020). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. <https://www.who.int/data/gho/data/>.
- WHO. (2022). *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
- WHO, W. G. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- WHO, W. H. O. (1948). *Constitution. World Health Organization*. WHO.
- Wiersma, D., & van Busschbach, J. (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 239-246.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.
- Wiltshire, J. C., Person, S. D., Kiefe, C. I., & Allison, J. J. (2009). Disentangling the influence of socioeconomic status on differences between African American and white women in unmet medical needs. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1659-1665.

- Wu, M., Brazier, J. E., Kearns, B., Relton, C., Smith, C., & Cooper, C. L. (2015). Examining the impact of 11 long-standing health conditions on health-related quality of life using the EQ-5D in a general population sample. *The European Journal of Health Economics*, 16, 141-151.
- Wu, Y., Ma, G., Feng, N., Zhang, Z., Zhang, S., & Li, X. (2022). The pathogenesis and influencing factors of adult hypertension based on structural equation scanning. *Scanning*, 2022.
- Xiao, S., Mao, L., Xiao, J., Wu, Y., & Liu, H. (2021). Selenium nanoparticles inhibit the formation of atherosclerosis in apolipoprotein E deficient mice by alleviating hyperlipidemia and oxidative stress. *European Journal of Pharmacology*, 902, 174120.
- Xu, J., Wang, W., Wang, Y., Zhu, Z., Li, D., Wang, T., & Liu, K. (2022). Progress in research on the role of exosomal miRNAs in the diagnosis and treatment of cardiovascular diseases. *Frontiers in Genetics*, 13.
- Xu, R. H., Cheung, A. W. L., & Wong, E. L.-Y. (2017). Examining the health-related quality of life using EQ-5D-5L in patients with four kinds of chronic diseases from specialist outpatient clinics in Hong Kong SAR, China. *Patient Preference and Adherence*, 1565-1572.
- Yamanis, T. J., del Río-González, A. M., Rapoport, L., Norton, C., Little, C., Barker, S. L., & Ornelas, I. J. (2021). Understanding Fear of Deportation and Its Impact on Healthcare Access among Immigrant Latinx Men Who Have Sex with Men. In *Sexual and Gender Minority Health* (Vol. 21, pp. 103-131). Emerald Publishing Limited.
- Yamson, P., Tetteh, J., DeGraft-Amoah, D., Quansah, H., Mensah, G., Biritwum, R., & Yawson, A. E. (2021). Unmet Needs of Healthcare Services and Associated Factors among a Cohort of Ghanaian Adults: A Nationally Stratified Cross-

Sectional Study Design. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211028172.

Yao, Q., Liu, C., Zhang, Y., & Xu, L. (2021). Population norms for the EQ-5D-3L in China derived from the 2013 National Health Services Survey. *Journal of Global Health*, 11.

Yavuz, E. (2018). Evde sağlık hizmeti alan hastaların karşılanmamış İhtiyaçları. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 7(2), 68-72.

Yaxley, J. P., & Thambar, S. V. (2015). Resistant hypertension: an approach to management in primary care. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 193.

Yel, P., & Ünsar, S. (2020). Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(24), 7-15.

Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440.

Yoon, H.-J., & Jang, S.-I. (2017). Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2015. *Health Policy and Management*, 80-83.

Zengin, N., Besey, Ö., Yıldız, H., & Akıncı, A. Ç. (2012). Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 16(2), 41-48.

Zilla, P., Yacoub, M., Zühlke, L., Beyersdorf, F., Sliwa, K., Khubulava, G., Bouzid, A., Mocumbi, A. O., Velayoudam, D., & Shetty, D. (2018). Global unmet needs in cardiac surgery. *Global Heart*, 13(4), 293-303.

Zimmermann, I. R., Silva, M. T., Galvao, T. F., & Pereira, M. G. (2016). Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39, 62-68.



EK 1. DEĞİŞKEN KODLAMALARI VE AÇIKLAMALARI

Soru formunda yer alan ifadeler	Sorulara Verilen Cevaplar (<i>Değişiklik Sonrası Verilen Yeni Değer</i>)			Yeni Değişkenler
	2014	2016	2019	
Cinsiyetiniz nedir?	1. Erkek (1) 2. Kadın (2)	1. Erkek (1) 2. Kadın (2)	1. Erkek (1) 2. Kadın (2)	1. Erkek 2. Kadın
Bitirdiğiniz yaş nedir?	...	...	...	1. 18-24 2. 25-34 3. 35-44 4. 45-54 5. 55-64 6. 65+
En son hangi okulu bitirdiniz?	0. Bir okul bitirmedi (1) 1. İlkokul (2) 21. Genel ortaokul (2) 22. Mesleki veya teknik ortaokul (2) 23. İlköğretim (2) 3. Lise veya mesleki lise (3) 4. 2 veya 3 yıllık yüksekokul (4) 5. 4 yıllık yüksekokul veya fakülte (4) 6. Yüksek lisans (4) 7. Doktora (4) 8. Okuma-Yazma bilmeyen (1)	0. Bir okul bitirmedi (1) 1. İlkokul (2) 21. Genel ortaokul (2) 22. Mesleki veya teknik ortaokul (2) 23. İlköğretim (2) 3. Lise veya mesleki lise (3) 4. 2 veya 3 yıllık yüksekokul (4) 5. 4 yıllık yüksekokul/fakülte (4) 6. Yüksek lisans (4) 7. Doktora (4) 8. Okuma-Yazma bilmeyen (1)	1. Bir okul bitirmedi (1) 2. İlkokul (2) 31. Genel ortaokul (2) 32. Mesleki veya teknik ortaokul (2) 33. İlköğretim (2) 4. Genel, mesleki veya teknik lise (3) 511. 2 veya 3 yıllık yüksekokul (4) 512. 4 yıllık yüksekokul/fakülte (4) 52. Yüksek lisans (4) 53. Doktora (4) 6. Okuma-Yazma bilmeyen (1) 99. Bilinmeyen (m)	1. Eğitim Almamış 2. İlköğretim 3. Lise 4. Ön Lisans +

m:missing value (eksik veri)

EK 1. DEĞİŞKEN KODLAMALARI VE AÇIKLAMALARI - DEVAMI

Soru formunda yer alan ifadeler	Sorulara Verilen Cevaplar (<i>Değişiklik Sonrası Verilen Yeni Değer</i>)			Yeni Değişkenler
	2014	2016	2019	
<i>Medeni durumunuz nedir?</i>	1. Hiç evlenmedi (1) 2. Evli (2) 3. Boşandı (3) 4. Eşi öldü (3)	1. Hiç evlenmedi (1) 2. Evli (2) 3. Boşandı (3) 4. Eşi öldü (3)	1. Hiç evlenmedi (1) 2. Evli (2) 3. Boşandı (3) 4. Eşi öldü (3)	1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış, Dul
<i>Son bir hafta içerisinde nakdi (para) veya ayni (mal) gelir elde etmek amacıyla (ev kadını, öğrenci veya emekli de olsanız) bir saat bile olsa bir işte çalıştınız mı? (2014-2016)</i> <i>Çalışma durumunuz nedir? (2019)</i>	1. Çalıştı (1) 2. Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor (2) 3. Çalışmadı (2)	1. Çalıştı (1) 2. Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor (2) 3. Çalışmadı (2)	11. Ücretli, maaşlı veya yevmiyeli çalışan (1) 12. İşveren/kendi hesabına çalışan (1) 13. Ücretsiz aile işçisi (2) 21. İş arayan (2) 22. Eğitim/öğretime devam eden (2) 231. Emekli (2) 232. Yaşa bağlı nedenlerle çalışma hayatını bırakan (2) 24. Engelli veya kalıcı sağlık sorunları nedeniyle çalışamaz halde (2) 25. Ev işleri ve/veya ailedeki çocuk, yaşlı, hasta vb. kişilerin bakımı ile meşgul (2) 26. Zorunlu askerlik yapan (2)	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
<i>Hanenizin ortalama aylık net geliri aşağıdaki gelir gruplarından hangisinde yer almaktadır?</i>	1. 0-1080 TL (1) 2. 1081-1550 TL (2) 3. 1551-2170 TL (3) 4. 2171-3180 TL (4) 5. 3181 TL + (5)	1. 0-1264 TL (1) 2. 1265-1814 TL (2) 3. 1815-2540 TL (3) 4. 2541-3721 TL (4) 5. 3722 TL + (5)	1. 0-992 TL (1) 2. 993-1298 TL (1) 3. 1299-1500 TL (1) ... 5. 1669-1849 TL (2) .. 9. 2425-2656 TL (3) .. 13. 3399-3695 TL (4) .. 17. 5053-5784TL (5) .. 19. 6891-8912 TL (5) 20. 8913 + TL (5)	1. 1. Düzey 2. 2. Düzey 3. 3. Düzey 4. 4. Düzey 5. 5. Düzey

m:missing value (eksik veri)

EK 1. DEĞİŞKEN KODLAMALARI VE AÇIKLAMALARI - DEVAMI

Soru formunda yer alan ifadeler	Sorulara Verilen Cevaplar (<i>Değişiklik Sonrası Verilen Yeni Değer</i>)			Yeni Değişkenler
	2014	2016	2019	
<i>Tedavi masraflarınız aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılanıyor? (2014)</i> <i>Tedavi masraflarınız SGK/özel sağlık sigortası/özel sandık/GSS/kendiniz tarafından mı karşılanıyor? (2016-2019)</i>	1. Sosyal Güvenlik Kurumu (1)			
	2. Özel sağlık sigortası (1)			
	3. Özel sandık (1)			
	4. GSS (1)	1. Evet (1)	1. Evet (1)	0. Yok
	5. Yeşil kart (1)	2. Hayır (0)	2. Hayır (0)	1. Var ²
	6. Kendisi karşılıyor (0)			
	90. Sağlık sigortası yok (0)			
	98. Diğer (m)			
<i>Son 12 ay içerisinde aşağıdaki hastalıklardan ya da durumlardan birini yaşadınız mı? (2014)</i> <i>Son 12 ay içerisinde miyokardiyal enfarktüs (kalp krizi)/koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm)/hipertansiyon/inme-felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı? (2016-2019)</i>	1. Astım (alerjik astım dahil)			
	2. Kronik bronşit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, amfizem			
	3. Miyokardiyal enfarktüs (kalp krizi) veya enfarktüs kronik sonuçları	1. Evet (1)	1. Evet (1)	0. Yok
	4. Koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm)	2. Hayır (0)	2. Hayır (0)	1. Var
	5. Hipertansiyon			2. +Eşlik Eden
	6. İnme-felç (beyin kanaması, serebral tromboz)			
	...			

m:missing value (eksik veri)

² Sosyal güvence durumuna ilişkin sorular farklı yıllarda farklı şekillerde sorulmuş ve verilen cevaplar ilgili programlar tarafından ayrı birer değişken olarak tanımlanacak şekilde girilmiştir. Bu nedenle, bir bireyde birden fazla sosyal güvence türüne sahiplik söz konusudur. Bu sorunu aşabilmek için “sağlık sigortası yok” ya da ilgili yıllarda “hayır” cevabını vermiş bireylerden herhangi bir sağlık sigorta türünden birine sahip olduğunu belirtenler çıkarılmış ve böylece oluşturulan yeni sosyal güvence değişkenin “yok” cevabı oluşturulmuştur. Farklı sağlık sigorta türlerinden herhangi birine sahip olduğunu belirtenler ise yeni değişkenin “var” cevabı altında dikkate alınmıştır.

EK 1. DEĞİŞKEN KODLAMALARI VE AÇIKLAMALARI - DEVAMI

Soru formunda yer alan ifadeler	Sorulara Verilen Cevaplar (<i>Değişiklik Sonrası Verilen Yeni Değer</i>)			Yeni Değişkenler
	2014	2016	2019	
<i>Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? (2014)</i>	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	0. Hayır 1. Evet
<i>Son 12 ay içerisinde, tıbbi bakıma ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? (2016-2019)</i>				
<i>Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? (2014)</i>	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	0. Hayır 1. Evet
<i>Son 12 ay içerisinde, randevu alma süresi çok uzun olduğu için sağlık hizmeti almada gecikme yaşadınız mı? (2016-2019)</i>				
<i>Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? (2014)</i>	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	0. Hayır 1. Evet
<i>Son 12 ay içerisinde, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada gecikme yaşadınız mı? (2016-2019)</i>				
<i>Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? (2014)</i>	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	0. Hayır 1. Evet
<i>Son 12 ay içerisinde, reçete edilen ilaca ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? (2016-2019)</i>				
<i>Son 12 ay içerisinde, aşağıdaki tedavilere ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu? (2014)</i>	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	1. Evet (<i>I</i>) 2. Hayır (<i>0</i>) 3. İhtiyacım olmadı (<i>m</i>)	0. Hayır 1. Evet

m:missing value (eksik veri)

EK 1. DEĞİŞKEN KODLAMALARI VE AÇIKLAMALARI - DEVAMI

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçümünde Dikkate Alınan Sorular	Sorulara Verilen Cevaplar (Değişiklik Sonrası Verilen Yeni Değer)			Değişiklikler
	2014	2016	2019	
Aşağıdaki faaliyetleri (kendi kendine beslenme, yatağa girme, kalkma, ya da oturma, giyinme ve elbiselerini çıkarma, tuvalet kullanımı, banyo yapma) yardım almadan gerçekleştirirken zorluk çekiyor musunuz?	1. Hiç zorlanmıyorum (3) 2. Biraz zorlanıyorum (2) 3. Çok zorlanıyorum (2) 4. Yapamıyorum (1)	1. Hiç zorlanmıyorum (3) 2. Biraz zorlanıyorum (2) 3. Çok zorlanıyorum (2) 4. Yapamıyorum (1)	1. Hiç zorlanmıyorum (3) 2. Biraz zorlanıyorum (2) 3. Çok zorlanıyorum (2) 4. Yapamıyorum (1)	1. Hiç yapamıyorum 2. Biraz zorlanıyor 3. Hiç zorlanmıyor
Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler (bunalımlı veya umutsuz hissetme/bir şeyler yaparken çok az ilgi duyma ve keyif alma/yorgun/enerjisiz hissetme/uykuya dalmakta veya uyumakta zorluk çekme/çok fazla uyuma) sizi ne sıklıkla rahatsız etti?	1. Hiç (3) 2. Bazı günler (2) 3. Bir haftadan fazla (2) 4. Neredeyse her gün (1)	1. Hiç (3) 2. Bazı günler (2) 3. Bir haftadan fazla (2) 4. Neredeyse her gün (1)	1. Hiç (3) 2. Bazı günler (2) 3. Bir haftadan fazla (2) 4. Neredeyse her gün (1)	1. Sürekli 2. Bazı günler 3. Hiç
Son 4 hafta içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?	1. Hiç (3) 2. Çok az (2) 3. Az (2) 4. Orta (2) 5. Fazla (2) 6. Çok fazla (1)	1. Hiç (3) 2. Çok az (2) 3. Az (2) 4. Orta (2) 5. Fazla (2) 6. Çok fazla (1)	1. Hiç (3) 2. Çok az (2) 3. Az (2) 4. Orta (2) 5. Fazla (2) 6. Çok fazla (1)	1. Çok fazla 2. Zaman zaman 3. Hiç
Son 4 hafta içerisinde ağrı normal hayatınızı ne derece engelledi?	1. Hiç (3) 2. Çok az (2) 3. Orta (2) 4. Oldukça fazla (2) 5. Çok fazla (1)	1. Hiç (3) 2. Çok az (2) 3. Orta (2) 4. Oldukça fazla (2) 5. Çok fazla (1)	1. Hiç (3) 2. Çok az (2) 3. Orta (2) 4. Oldukça fazla (2) 5. Çok fazla (1)	1. Çok fazla 2. Zaman zaman 3. Hiç

m:missing value (eksik veri)

EK 1. DEĞİŞKEN KODLAMALARI VE AÇIKLAMALARI - DEVAMI

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçümünde Dikkate Alınan Sorular	Sorulara Verilen Cevaplar (<i>Değişiklik Sonrası Verilen Yeni Değer</i>)			Değişiklikler
	2014	2016	2019	
<i>12 basamak merdiven inip çıkmakta zorluk çekiyor musunuz?</i>	1.Zorluk çekmiyorum (3) 2.Biraz zorlanıyorum (2) 3.Çok zorlanıyorum (2) 4.Hiç yapamıyorum (1)	1.Zorluk çekmiyorum (3) 2.Biraz zorlanıyorum (2) 3.Çok zorlanıyorum (2) 4.Hiç yapamıyorum (1)	1.Zorluk çekmiyor (3) 2.Biraz zorlanıyor (2) 3.Çok zorlanıyor (2) 4.Hiç yapamıyor (1)	1. Hiç yapamıyor 2. Zaman zaman 3. Hiç zorlanmıyor
<i>Düz bir arazide baston veya diğer bir yürüme aracı kullanmadan ya da destek almadan 500 metre yürümekte zorluk çekiyor musunuz?</i>	1.Hiç zorlanmıyorum (3) 2.Biraz zorlanıyorum (2) 3.Çok zorlanıyorum (2) 4.Hiç yürüyemiyorum (1)	1.Hiç zorlanmıyorum (3) 2.Biraz zorlanıyorum (2) 3.Çok zorlanıyorum (2) 4.Hiç yürüyemiyorum (1)	1.Zorluk çekmiyor (3) 2.Biraz zorlanıyor (2) 3.Çok zorlanıyor (2) 4.Hiç yapamıyor (1)	1. Hiç yapamıyor 2. Zaman zaman 3. Hiç zorlanmıyor
<i>Aşağıdaki faaliyetleri (hafif ev işleri/ağır ev işleri) yardım almadan gerçekleştirirken zorluk çekiyor musunuz? (2014)</i>	1. Hiç zorlanmıyorum (3) 2. Biraz zorlanıyorum (2) 3. Çok zorlanıyorum (2) 4. Yapamıyorum (1)	1. Hiç zorlanmıyorum (3) 2. Biraz zorlanıyorum (2) 3. Çok zorlanıyorum (2) 4. Yapamıyorum (1)	1. Hiç zorlanmıyor (3) 2. Biraz zorlanıyor (2) 3. Çok zorlanıyor (2) 4. Yapamıyor (1)	1. Hiç yapamıyor 2. Biraz zorlanıyor 3. Hiç zorlanmıyor
<i>Yardım almadan hafif/ağır ev işlerini yapmada zorluk çekiyor musunuz? (2016-2019)</i>	5. Denemendim/İhtiyacım olmadı (m)	5. Denemendim/İhtiyacım olmadı (m)	5. Denemendi/İhtiyacı olmadı (m)	

m:missing value (eksik veri)

EK 2. VERİLERİN KULLANIMINA İLİŞKİN İZİNLER

TÜİK Talep Yönetimi Sistemi

ty.tuik.gov.tr/Request/DetailRequest?reqId=eJHZH9MKOrByVf0CIAbsQobEMQBQT29Wg64/7o1NE6fRIAv5XJOP9s...

BİROL YETİM B

Talep Cevabı

Sayın Birol YETİM,

Hacettepe Üniversitesi adına, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Yaşam Kalitesi: Dolaşım Sistemi Hastalarında Karşılanmamış Sağlık İhtiyaçları Sorunu" konulu doktora tezi için talep ettiğiniz, B grubu "Türkiye Sağlık Araştırması 2008-2019" verileri Değerlendirme Kurulunca uygun bulunmuştur. Mikro verileri alabilmeniz için, adınıza düzenlenerek sisteme yüklenmiş olan "Dağıtımında Kısıtlama Olmayan Mikro Veri Kullanım Taahhütnamesi'nin imzalanması gerekmektedir.

Mikro veri ücreti olan **600 TL**'yi T.C. Ziraat Bankası'nın 833 Şube Kodlu Anıttepe/ANKARA şubesi hesabına (IBAN No: TR7100 0100 0833 0351 5131 5051) banka şubesinden veya İnternet Bankacılığı aracılığıyla EFT yaparak, dekontunu imzalı taahhütname ile birlikte sisteme yüklemeniz durumunda mikro verileri indirebileceğiniz bağlantı, sistemdeki "Mesaj" bölümüne yüklenecektir. T.C. Ziraat Bankası Bankacılık Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın 22.03.2001 tarih ve 6211 sayılı genel mektubuna istinaden TR7100 0100 0833 0351 5131 5051 IBAN nolu hesaba gönderdiğiniz mektup ve online havaleleriniz için komisyon veya haberleşme ücreti ödemeyiniz.

Önemli Not:

- Resmi kurum/kuruluş çalışmaları kapsamında yapılan başvurular için; mikro veri talebinizin uygun bulunması halinde kurumunuzdan alacağınız talep numarası, araştırmacının/projenin adı, talep edilen mikro veri seti ve ait olduğu yıl bilgisini içeren resmi yazıyı taratarak sistemin "Mesaj" bölümüne yüklemeniz gerekmektedir. Bu tür talepler ücretsiz olarak karşılanmaktadır.
- Üniversite çalışmaları kapsamında yapılan başvurular için; mikro veri talebinizin uygun bulunması halinde okulunuzdan talep numarası, araştırmacının/projenin adı, talep edilen mikro veri seti ve ait olduğu yıl bilgisini içeren ve rektörlük makamından alınmış olan resmi yazıyı sistemin "Mesaj" bölümüne yüklemeniz gerekmektedir. Bu tür talepler ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Bununla beraber, üniversite çalışmaları kapsamında olmayan bilimsel amaçlı çalışmalara ilişkin yapılan başvurular için; öğretim üyesi, öğretim görevlisi, araştırma görevlisi, doktora/yüksek lisans öğrencisi olduğunuza dair yetkili makamlarca onaylanmış antetli belgeyi sistemin "Mesaj" bölümüne yüklemeniz gerekmektedir. Bireysel amaçlı talepler ücretli olarak karşılanmaktadır.
- Araştırma amaçlı kuruluşların bilimsel amaçlı çalışmaları kapsamında yapılan başvurular için; mikro veri talebinizin uygun bulunması halinde kurumunuzdan alacağınız talep numarası, araştırmacının/projenin adı, talep edilen mikro veri seti ve ait olduğu yıl bilgisini içeren antetli belgeyi taratarak sistemin "Mesaj" bölümüne yüklemeniz gerekmektedir. Araştırma amaçlı kuruluşların talepleri ücretli olarak karşılanmaktadır.

Mikro veri kullanılarak yapılan tüm araştırmalara, Kurum web sitesi ana sayfası kütüphane bağlantısı aracılığıyla veya <http://kutuphane.tuik.gov.tr/> adresindeki arama bölümünde "TÜİK Mikro Verileri ile Hazırlanan Çalışmalar" başlığını seçerek erişim sağlayabilirsiniz.

Bilgilerinize sunulur.

Bilgi Dağıtım Grup Başkanlığı

EK 3. VERİ KULLANIM TAAHHÜTNAMESİ

Başvuru No: 6918

DAĞITIMINDA KISITLAMA OLMAYAN MİKRO VERİ KULLANIM TAAHHÜTNAMESİ

MADDE 1- İşbu taahhütname, Başkanlık dışına çıkarılmasında sakınca olmayan mikro verilerin kullanım esaslarını, ilkeleri ve yükümlülükleri belirler.

MADDE 2- İşbu taahhütname, Madde 1’de belirtilen amaç doğrultusunda “**Türkiye Sağlık Araştırması 2008-2019**” mikro veri setlerinin Türkiye İstatistik Kurumu Mikro Veriye Erişim ve Mikro Veri Kullanımı Hakkındaki Yönerge çerçevesinde kullanımını düzenler.

MADDE 3- Mikro verilerin kullanımı için aşağıdaki hükümler uygulanır:

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

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

MADDE 5- İhtilaf halinde Ankara Mahkemeleri yetkilidir.

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

Hacettepe Üniversitesi
İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü
Eskişehir Yolu 7. Km Beytepe Kampüsü
Ankara

Yukarıda yer alan hükümleri kabul ettiğimi ve bu hükümlere uyacağımı taahhüt ederim.

Ad Soyad: Birol YETİM ve Özgür UĞURLUOĞLU

Tarih: 24/11/2021

İmzalar:

EK 4. ETİK KURUL MUAFİYET FORMU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ		Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-12
			Yayın Tarihi Date of Pub.	22.11.2023
	FRM-DR-12 Doktora Tezi Etik Kurul Muafiyeti Formu <i>Ethics Board Form for PhD Thesis</i>		Revizyon No Rev. No.	00
			Revizyon Tarihi Rev.Date	

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA	
Tarih: 20/11/2023	
Tez Başlığı*: Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri: Dolaşım Sistemi Hastalıkları Üzerine Bir Araştırma	
Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmam: 1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır. 2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasını gerektirmemektedir. 3. Beden bütünlüğüne veya ruh sağlığına müdahale içermemektedir. 4. Anket, ölçek (test), mülakat, odak grup çalışması, gözlem, deney, görüşme gibi teknikler kullanılarak katılımcılardan veri toplanmasını gerektiren nitel ya da nicel yaklaşımlarla yürütülen araştırma niteliğinde değildir. 5. Diğer kişi ve kurumlardan temin edilen veri kullanımını (kitap, belge vs.) gerektirmektedir. Ancak bu kullanım, diğer kişi ve kurumların izin verdiği ölçüde Kişisel Bilgilerin Korunması Kanuna riayet edilerek gerçekleştirilecektir.	
Hacettepe Üniversitesi Etik Kurullarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kuruldan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
20/11/2023 Date and Signature	

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Birol YETİM	Öğrenci No	N17241762
	Enstitü Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi		
	Programı	Sağlık Yönetimi		
	E-posta/Telefon			
	Statüsü	Doktora ☒	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr ☐	

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
 Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

* Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.

FRM-DR-12 Rev.No/Tarih: 00/22.11.2023 1

EK 4. ETİK KURUL MUAFİYET FORMU - DEVAMI

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-12
		Yayın Tarihi Date of Pub.	22.11.2023
	FRM-DR-12 Doktora Tezi Etik Kurul Muafiyeti Formu <i>Ethics Board Form for PhD Thesis</i>	Revizyon No Rev. No.	00
		Revizyon Tarihi Rev.Date	

HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES DEPARTMENT OF HEALTH ADMINISTRATION	
Date: 20/11/2023	
Thesis Title (In English): The Determinants of Unmet Health Needs and Health-Related Quality of Life: A Study on Circulatory System Diseases	
My thesis work related to the title above: - Does not perform experimentation on people or animals. - Does not necessitate the use of biological material (blood, urine, biological fluids and samples, etc.). - Does not involve any interference of the body's integrity. - Is not a research conducted with qualitative or quantitative approaches that require data collection from the participants by using techniques such as survey, scale (test), interview, focus group work, observation, experiment, interview. - Requires the use of data (books, documents, etc.) obtained from other people and institutions. However, this use will be carried out in accordance with the Personal Information Protection Law to the extent permitted by other persons and institutions.	
I hereby declare that I reviewed the Directives of Ethics Boards of Hacettepe University and in regard to these directives it is not necessary to obtain permission from any Ethics Board in order to carry out my thesis study; I accept all legal responsibilities that may arise in any infringement of the directives and that the information I have given above is correct.	
I respectfully submit this for approval.	
20/11/2023 Date and Signature	

Student Information	Name-Surname	Biröl YETİM	Student Number	N17241762
	Department	Health Administration		
	Programme	Health Administration		
	E-mail/Phone Number			
	Status	PhD ☒	Combined MA/MSc-PhD ☐	

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

EK 5. TEZ ORJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	22.11.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orjinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	00
		Revizyon Tarihi Rev. Date	

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA	
Tarih: 20/11/2023	
Tez Başlığı* Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri: Dolaşım Sistemi Hastalıkları Üzerine Bir Araştırma	
Yukarıda başlığı verilen tezin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 242 sayfalık kısmına ilişkin, 20/11/2023 tarihinde ~~çalışmam~~ tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 6'dır.	
Uygulanan filtrelemeler**: ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç ☒ Kaynakça hariç ☐ Alıntılar hariç ☒ Alıntılar dâhil ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
20/11/2023 Tarih ve İmza	

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Birol YETİM	Öğrenci No	N17241762
	Enstitü Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi		
	Programı	Sağlık Yönetimi		
	E-posta/Telefon			
	Statüsü	Doktora ☒	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr ☐	

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

*Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

EK 5. TEZ ORJİNALLİK RAPORU – DEVAMI

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	22.11.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	00
		Revizyon Tarihi Rev.Date	

TO HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES DEPARTMENT OF HEALTH ADMINISTRATION		Date: 20/11/2023
Thesis Title (In English): The Determinants of Unmet Health Needs and Health-Related Quality of Life: A Study on Circulatory System Diseases		
According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 20/11/2023 for the total of 242 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 6 %.		
Filtering options applied**:		
1. ☒ Approval and Declaration sections excluded 2. ☒ References cited excluded 3. ☐ Quotes excluded 4. ☒ Quotes included 5. ☒ Match size up to 5 words excluded		
I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.		
I respectfully submit this for approval.		
		20/11/2023 Date and Signature

Student Information	Name-Surname	Biröl YETİM	Student Number	N17241762
	Department	Health Administration		
	Programme	Health Administration		
	E-mail/Phone Number			
	Status	PhD ☒	Combined MA/MSc-PhD ☐	

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

**As mentioned in the second part [article (4)/3] of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding reference, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.

