

757260

TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

YAŞLILARIN SON BAŞVURUDA KULLANDIĞI SAĞLIK
KURUMLARI VE ETKİLEYEN ETMENLER

Dr. ESİN KULAÇ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Doç. Dr. SEMİH ŞEMİN

İZMİR
2004

Bilim bulunan şeylerle, şeyle övünür..
Ken bulunmayan bir şey vardır diye üzülen sanattır.

Özdemir Asaf



İÇİNDEKİLER

	<u>sayfa no</u>
İÇİNDEKİLER.....	I
TABLOLAR LİSTESİ.....	IV
EKLER LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	IX
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Yaşlılık Tanımı	2
2.2. Toplumların Yaşlanması.....	3
2.3. Toplumların Yaşlanmasının Oluşturacağı Sorunlar.....	6
2.3.1. Yaşlanan Toplumda Cinsiyet Dağılım Sorunu.....	6
2.3.2. Bağımlı Nüfusun Artması.....	6
2.3.3. Sosyal Bakım Gereksiniminin Artması.....	6
2.3.4. Sağlık Bakım Gereksiniminin Artması.....	7
2.4. Yaşlıların Sağlık Sorunları.....	7
2.5. Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler	9
2.5.1. Dünyada Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler	9
2.5.2. Türkiye’de Yaşlı Bakımı Hizmetleri.....	10
2.6. Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanımı	11
2.6.1. Sağlık Hakkından Doğan Sağlık Hizmeti.....	11
2.6.2. Yaşlılar ve Sağlık Hizmetleri.....	11
2.6.3. Sağlık Hizmetinin Kullanılabilirliği	12
2.6.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....	13
2.6.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Durumu ve Yaşlılar	14
3. AMAÇ	16
4. YÖNTEM.....	17
4.1. Araştırmanın Tipi.....	17
4.2. Evren.....	17
4.2.1. Örnek Büyüklüğü ve Seçimi	17

4.2.1.1. Örnek Büyüklüğü.....	17
4.2.1.2. Örnek Seçimi	17
4.2.1.3. Ulaşma Oranı.....	17
4.2.1.4. Ulaşılamama Nedenleri	17
4.3. Değişkenler	18
4.3.1. Bağımlı Değişken	18
4.3.2. Bağımsız Değişkenler.....	18
4.4. Veri Toplama	19
4.5. Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri.....	20
4.5.1. Bağımlı Değişkenin Değerlendirilmesi	20
4.5.2. Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi	20
4.6. Veri Değerlendirme	22
4.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları	22
5. BULGULAR	23
5.1. Sosyo-Demografik Özellikler	23
5.2. Sosyo-Ekonomik Özellikler	24
5.3. Sağlık Durumları	25
5.4. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumları.....	26
5.5. Son Başvuruda Kamu Sağlık Kurumlarını Kullanımı Etkileyen Etmenler	27
5.5.1. Sosyo-Demografik Etmenler	27
5.5.2. Sosyo-Ekonomik Etmenler	29
5.5.3. Sağlık Durumları ile İlgili Etmenler	30
5.6. Son Başvuruda Sağlık Ocağı Kullanımını Etkileyen Etmenler	30
5.6.1. Sosyo-Demografik Etmenler	31
5.6.2. Sosyo-Ekonomik Etmenler	32
5.6.3. Sağlık Durumları ile İlgili Etmenler	33
5.7. Herhangi bir Sağlık Kurumunu Kullanımı Etkileyen Etmenler	34
5.7.1. Sosyo-Demografik Etmenler	34
5.7.2. Sosyo-Ekonomik Etmenler	35
5.7.3. Sağlık Durumları ile İlgili Etmenler	36
5.8. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumlarını Seçme Nedenleri.....	37
5.9. Yaşlıların Kullanmak İstedığı Sağlık Kurumları ve Seçme Nedenleri.....	38

6. TARTIŞMA	40
6.1. Tanımlayıcı Özellikler	40
6.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler	40
6.1.2. Sosyo-Ekonomik Özellikler	41
6.1.3. Sağlık Durumları	43
6.2. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumları ve Bunu Etkileyen Etmenler	44
6.2.1. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumları	44
6.2.2. Son Başvuruda Kamu Sağlık Kurumlarını Kullanımı Etkileyen Etmenler	45
6.2.3. Son Başvuruda Sağlık Ocağı Kullanımını Etkileyen Etmenler	46
6.2.4. Herhangi Bir Sağlık Kurumunu Kullanımı Etkileyen Etmenler	46
6.3. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumlarını Seçme Nedenleri	47
6.4. Yaşlıların Kullanmak İstedikleri Sağlık Kurumları ve Seçme Nedenleri	48
8. SONUÇLAR	50
9. ÖNERİLER	50
10. EKLER	51
11. KAYNAKLAR	59

TABLO LİSTESİ

	<u>sayfa no</u>
Tablo.1. Dünya nüfusunun ortalama yaşı	3
Tablo.2. Dünyada doğumda beklenen yaşam süresi	3
Tablo.3. 1995-2000 arasında ortalama yaşam süresi	4
Tablo.4. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	23
Tablo.5. Yaşlıların sosyo- ekonomik özelliklerine göre dağılımı	24
Tablo.6. Yaşlıların sağlık durumlarına göre dağılımı	25
Tablo.7. Son başvuruda kullanılan sağlık kurumları	26
Tablo.8. Yaşlılarda sosyo-demografik özelliklere göre kamu sağlık kurumlarına başvuru..	28
Tablo.9. Yaşlılarda sosyo- ekonomik özelliklere göre kamu sağlık kurumlarına başvuru...	29
Tablo.10. Yaşlıların sağlık durumlarına göre kamu sağlık kurumlarına başvuru	30
Tablo.11. Yaşlılarda sosyo-demografik özelliklere göre sağlık ocağına başvuru... ..	31
Tablo.12. Yaşlılarda sosyo- ekonomik özelliklere göre sağlık ocağına başvuru	32
Tablo.13. Yaşlıların sağlık durumlarına göre sağlık ocağına başvuru	33
Tablo.14. Yaşlılarda sosyo-demografik özelliklere göre son 1 ayda sağlık kurumlarına başvuru	34
Tablo.15. Yaşlılarda sosyo-ekonomik özelliklere göre son 1 ayda sağlık kurumlarına başvuru... ..	35
Tablo.16. Yaşlıların sağlık durumlarına göre son 1 ayda sağlık kurumlarına başvuru	36
Tablo.17. Yaşlıların başvurduğu sağlık kurumlarını seçme nedenleri	38
Tablo.18. Yaşlıların başvurdukları kuruma göre başvurmak istedikleri diğer sağlık kurumu..	39
Tablo.19. Yaşlıların başvurdukları kuruma göre başvurmak istedikleri diğer sağlık kurumu..	39

EKLER LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
EK 1. Değerlendirme formu... ..	50
EK 2. “Sosyal durum” bileşik göstergesi... ..	55
EK 3. “Günlük Yaşam Aktiviteleri” bileşik göstergesi... ..	57

KISALTMALAR

SSK: Sosyal sigortalar kurumu

ETF: Ev halkı tespit fişi



Teşekkür

Fuat Baykara öğretmen beni kitaplarla tanıştırdı. Yaşamı ve insanları öyküleriyle anlamaya çalışmayı ondan öğrendim. Bir de “okudukça yaban kalmamanın” gereğini.

Tıp fakültesinde, yaşamın değerini öğrendim. Dr. Ömür Çınar Elçi, halk sağlığını aklıma düşürdü, arkadaşım ve hep hocam oldu. Dr. Ahmet Can Bilgin, kavramlarla düşünmeyi ve nesnel olmayı anımsattı. Akli, yüreği ve emeğiyle hep yanımdaydı, karşılaşmasaydık bu eğitim çok eksik kalacaktı.

Dr. Ata Soyer, meslek örgütümle ve halk sağlığına gönül veren diğerleriyle tanıştırdı. Ankara toplantılarının yeri doldurulamayacak. Dr. Gazanfer Aksakoğlu’ndan eleştirel bakışı ve ayrıntının önemini öğrendim. Dr. Reyhan Uçku, nesnelliği, anlayışı ve duruşuyla her alanda örnek oldu. Dr. Zuhâl Okuyan, doğa, bilim ve sanatın bütüncüllüğünü, biri olmadığında diğerinin eksik kalacağını gösterdi.

Dr. Alp Ergör, asistan odasının en sık ziyaretçisi oldu, Dr. Gül Ergör’le en zor zamanlarda destek verdiler. Dr. Yücel Demiral, kütüphanesini, bilgisini paylaştı.

Dr. Türkan Günay varlığı ve anlayışıyla güven verdi. Dr. Belgin Ünal, güler yüzünü ve bilgisini eksik etmedi. Dr. Bülent Kılıç, eğitimime önemli katkılar sağladı.

Ve danışmanım Dr. Semih Şemin, sabrı ve çalışkanlığı ile örnek oldu. Doğrularını esirgemedi. Varlığı hep güven verdi.

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimimde, sağlığın yaşamın kendisi olduğunu gördüm. Emek veren tüm hocalarıma, çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

Tezin çeşitli aşamalarında zamanlarını ve düşüncelerini benimle paylaşan, Güzelbahçe Sağlık Ocağı çalışanlarına, soruları içtenlikle yanıtlayan, çaylarını, sohbetlerini esirgemeyen tüm yaşlılarına binlerce teşekkürler.

Ve bir de, her düzeydeki eğitimim boyunca, desteklerini ve güvenlerini hep sürdüren sevgili aileme teşekkürler.

ÖZET

Bu çalışmada yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumları belirlenmiş ve bunu etkileyen etmenler incelenmiştir.

Kesitsel ve analitik tipte planlanan araştırmada, örnek büyüklüğü 187 bireydir. Örnek seçimi, evrendeki 366 bireyin ETF (Ev Halkı Tespit Fişi) kayıt sırasına göre kaydedilerek oluşturulan listeden rasgele sayılar tablosu aracılığıyla yapılmış, ek 37 (% 20) birey yedek olarak belirlenmiştir. Sonuçta 169 bireye (% 90.3) ulaşılmıştır.

Yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumlarını belirleyen etmenler; sosyo-demografik etmenler, sosyo-ekonomik etmenler, sağlık durumları ve son başvuru kurumları seçme nedenleri olarak öngörülmüştür. Yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumları; en son başvurdukları sağlık kurumları sorularak belirlenmiştir. Belirlenen değişkenlerle ilgili veriler, “değerlendirme formu” yardımı ile, yüz-yüze görüşme yapılarak toplanmıştır.

Değişkenlerin, son başvuruda kullanılan sağlık kurumlarına etkisi; son başvuruda kamu sağlık kurumlarını kullanım, sağlık ocağını kullanım ve herhangi bir sağlık kurumunu kullanım olmak üzere ayrı ayrı incelenmiştir.

Son başvuruda, sağlık güvencesi olmayanlar ve 75 yaş üzerindeki yaşlılar, kamu sağlık kurumlarını diğerlerine göre anlamlı olarak daha az kullanmışlardır. Diğer etmenler arasında, kamu sağlık kurumlarını kullanım açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sağlık güvencesi olmayanlar ve SSK’lılar, son başvurularında sağlık ocağını diğerlerine göre anlamlı olarak daha az kullanırken, Yeşil Kart’lılar ise diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla kullanmışlardır.

Sağlık güvencesi olmayanlar ve SSK’lılar, son başvurularında, herhangi bir sağlık kurumunu diğerlerine göre anlamlı olarak daha az kullanmışlardır.

Yaşlıların son başvurularında kullandıkları sağlık kurumlarını en önemli seçme nedeni “ulaşımın kolay olması”dır. Seçme nedenleri, başvuru kuruma göre ayrı ayrı incelendiğinde; sağlık ocağı için “ulaşımın kolay olması”, devlet hastanesi ve SSK hastanesi

için “sağlık güvencesinin giderlerini karşıladığı kurum olması”, üniversite hastanesi için “güven duyulması”, özel hekim için ise “diğer” nedenler ön plana çıkmaktadır.

Yaşlıların kullanmak istedikleri sağlık kurumlarına bakıldığında, büyük çoğunluğunun, yine son başvurduğu kurumları kullanmak istediği görülmektedir. Bu tablo, yaşlılar son başvuruda kullandıkları sağlık kurumlarına göre ayrılarak incelendiğinde ise değişmektedir. Sağlık ocağı ve SSK'nın bu kurumlara başvuranlar dışında seçilmediği görülmüştür. Ayrıca, SSK hastanesine başvuranlar dışında, son başvurularında kamu sağlık kurumlarını kullananlar, yine kamu kurumlarını kullanmak istemektedirler. Özel hekime başvuranların % 30'unun bile kamuya başvurmak istemesi, yaşlıların, sağlık sorunlarının çözümü için kurumsal bir yapıya gereksinim duyduklarını düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: yaşlılar, sağlık kurumu, kullanım, başvuru



ABSTRACT

Factors impacting the preferences of elderly people in choosing a health care facility were evaluated in this cross-sectional and analytical study.

187 individuals were randomly selected from the list of household member identification cards of the total 366 elderly individuals in the population and additional 37 (20%) elderly were also selected as a reserve group. At the end of the data collection process 169 (90.3%) elderly patients were evaluated.

Underlying factors of their preference of the health service facility were predicted as: socio-demographic factors, socio-economical factors, and health status. Data related to the study variables were collected by “evaluation forms” implemented in face-to-face interviews.

Relationship between variables and the preference of the health service facility were evaluated in three categories: utilization of public health service facilities, utilization of health centres, and overall utilization of any health service facilities.

Elderly people without a social security and over 75 years of age preferred to use public health facilities significantly less than other groups. There were no other significant relationships between variables and the utilization of health service facilities.

While elderly people without a social security and those covered with SSK used health centres significantly less than others, “Yesil Kart” owners utilized health centres significantly more than other groups.

Overall use of health service facilities among elderly people without a social security and those covered with SSK were significantly lower than others.

The most important factor on the preference was “easy to reach the health service facility” or convenient location of the facility in other terms. When these factors were evaluated based on the preferred facilities, for health centre “convenient location”, for public hospital and SSK hospitals “being reimbursing of health expenses”, for university hospitals “trust for the service,” and for the private physicians “other” were observed as important factors.

When elderly people were asked to choose a preferred health service facility, in general, they selected the last facility visited as the one they preferred to utilize. However, category based evaluation revealed a different picture. Not one individual studied selected health centres and SSK hospitals in the category based evaluation other than those who preferred to use them. Thirty percent of those who utilized private services desired to use public services in the future and this highlights the necessity of public services for addressing the health service needs of elderly.

Key words: elderly, health centre, utilization



1. GİRİŞ

Sağlık hakkı, insanın varolmasını sağlayan en önemli haktır. Toplum sağlığı açısından sağlık hakkının önemi; varolan olanakların ne derece eşit kullanıldığı konusunda kendisini gösterir. Kuşkusuz bu olanaklar yalnızca varolan sağlık hizmetleri ile sınırlı değildir¹.

Sosyal, kültürel ve ekonomik alanlara yönelik olanakların da eşit kullanımı sağlığı doğrudan ya da dolaylı olarak etkiler. Çocuk, yaşlı ve fiziksel engellilerin sağlık alanındaki özel konumları bilinmektedir².

Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üstünü “yaşlılık dönemi” olarak tanımlamaktadır. Dünya genelinde yaşlı nüfus giderek artmaktadır³. Yaşlılık dönemindeki sosyal ve fiziksel koşullar diğer yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir⁴. Bu dönemde kan basıncı değişiklikleri, kas gücünde, kemik kitlesinde ve solunum kapasitesinde azalma, bağışıklık sistemin zayıflaması, beslenme bozuklukları, kanser baskılayıcı genlerin çalışmasında azalma, bazı hormonal değişiklikler olur⁵. Bu değişikliklere bağımlılığın artması, çalışma yaşamından uzaklaşma, sosyal dışlanma, ekonomik durumun bozulması gibi sosyal sağlık riskleri de artarak eklenir. Söz konusu etmenler yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve / ve ya varolan sağlık sorunlarının ilerlemesine neden olur ve sağlık hizmetlerine gereksinim artar.

Bu yaş grubundaki bireylerin sağlığının korunması ve yaşlanmaya uyumunun sağlanması için verilecek sağlık hizmetlerinin niteliği kadar yaşlının varolan hizmetlere ulaşımı da önemli bir halk sağlığı konusudur. Bu nedenle, Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesindeki yaşlılar özelinde yaşlıların sağlık kurumlarına başvurularını etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı

Yaşlılığın herkes tarafından kabul gören ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Sıklıkla psikolojik yaşlılık, fizyolojik yaşlılık, ekonomik yaşlılık ve kronolojik yaşlılık tanımları kullanılmaktadır.

Psikolojik yaşlılık; anılarda yaşama, geçmişe özlem ve geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı ve üzüntü gibi duyguların tümü olarak tanımlanmaktadır.

Fizyolojik yaşlılık; hastalık, kaza ve benzeri diğer çevresel ve toplumsal etmenlerin kaçınılmaz bir şekilde artmasına neden olan, organizmanın fizyolojik olarak yeterliliğinin azalmasıdır.

Ekonomik yaşlılık; bir insanın çalışma performansının, verimliliğinin azaldığı ve emekli olduğu dönem olarak kabul edilmektedir.

Kronolojik yaşlılık, yaşlılıkla ilgili en sık kullanılan tanımdır. Geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınır. Toplumda bir yıllık birimlerin karşılığı “yaş” tır. Kronolojik yaşlılık da kendi içinde birkaç grupta incelenir. Sıklıkla emekliliği takip eden dönem olarak kabul edilen “genç yaşlılık” dönemi 65-74 yaş grubudur. Fonksiyonel kayıpların görülmeye başlandığı 75-84 yaş dönemi “ileri yaşlılık” ve özel bakım ya da yardımcıya gereksinimin doğduğu 85 yaş ve üzerindeki dönem ise “çok ileri yaşlılık” olarak tanımlanmıştır⁶.

Dünya Sağlık Örgütü'nün psikogeriatric grubu, 1975 yılında yaşlılığı 64 yaş bitiminde (65 yaş) başladığını kabul etmiştir⁷. Birleşmiş Milletler 1980 yılında yaşlılığı 60 yaş ve üzeri olarak tanımlamıştır ve Dünya Sağlık Örgütü bu tanımı kullanmaya başlamıştır⁶. Yaşlılıkla ilgili yapılan çalışmalarda her iki tanımın da kullanıldığı görülmektedir.

2.2. Toplumların Yaşlanması

20. Yüzyılda eğitim ve beslenmenin düzeltilmesi, infeksiyon hastalıklarının insidansının düşürülmesi, çocuk ve anne ölümlerinin azaltılması ile doğumda beklenen yaşam süresi artmıştır. Doğurganlıktaki azalma ile birlikte toplumların yaşlı nüfusu ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı artmıştır⁸.

Tablo.1. Dünya nüfusunun ortalama yaşı⁹

	1950	1998	2050
Gelişmiş ülkeler	28.6	36.8	45.6
Az gelişmiş ülkeler	21.3	23.9	36.7
Dünya	23.5	26.1	37.8

Türkiye’de 1940-1960 yılları arasında, genel olarak, nüfusun medyan yaşı 20 olarak saptanmıştır. 1970 Yılından sonra Türkiye toplumunun medyan yaşı sürekli olarak artış göstermiştir. 2000 Yılında toplamda 24.8’e, erkek nüfusta 24.4’e ve kadın nüfusta 25.3’e yükselmiştir¹⁰.

Tablo.2. Dünyada doğumda beklenen yaşam süresi¹¹

	1950-1955 ¹²	1970-1975	1997	2025
Gelişmiş ülkeler	66.5	71.0	74.5	79.2
Az gelişmiş ülkeler	40.9	55.5	63.6	71.1
Dünya	54.7	59.5	65.8	72.4

Doğumda beklenen yaşam süresi genel olarak tüm dünyada artarken, gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkeler arasındaki farklılıklar azalmaktadır¹³. Bununla birlikte, bazı ülkeler arasındaki ortalama yaşam süreleri farklılıkları dikkat çekicidir¹². Ortalama yaşam süresi en yüksek olan Japonya ile en düşük olan Sierre Leone arasındaki fark 38.9 yıldır.

Tablo.3. 1995-2000 arasında ortalama yaşam süresi⁹

EN YÜKSEK		EN DÜŞÜK	
Japonya	79.9	Sierra Leone	41.0
Hong Kong	79.1	Uganda	43.3
İsviçre	78.6	Afganistan	45.5
İtalya	78.3	Zambiya	46.1
İspanya	78.2	Gine	46.5
Kanada	78.1	Ruanda	46.6
Yunanistan	78.1	Burkina Faso	46.7

1990 Yılında, Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi 66.4 iken¹⁴, 2000 yılında 68.0 olarak bildirilmiştir¹⁰.

Birleşmiş Milletlerin tahminlerine göre, 1950’lerde tüm dünyada 200 milyon yaşlı, 1975’de 350 milyona, 2000 yılında 590 milyona ulaşmış ve 2050 yılında ise 1,100 milyona ulaşacağı beklenmektedir. Yaşlı nüfus % 224 atış gösterirken, aynı zaman dilimindeki toplam nüfus artışı % 102 olarak hesaplanmaktadır⁸. Bu da ekonomik ve sosyal olarak desteklenmesi gereken kişi sayısı ve oranının artması demektir.

Genel olarak toplumlardaki tüm yaş gruplarının nüfusu artmakla birlikte, yaşlı nüfus artış hızı diğerlerinden daha yüksektir. 1996’dan 2020 yılına kadar olan süreçte, tüm dünyada toplam nüfus artış hızı 1.1, yaşlı nüfus artış hızı ise 2.6 olarak hesaplanmaktadır¹⁵.

Türkiye’de de toplam nüfus artış hızı azalırken, yaşlı nüfus artış hızı artmaktadır. 1935-2000 döneminde yaş gruplarına göre nüfus artışı incelendiğinde; 1935-1970 yılları arasında genç (0-14 yaş grubu) ve üretken nüfus (15-64 yaş grubu) artış hızlarının yüksek olduğu; yaşlı nüfus (65 + yaş grubu) artış hızının ise diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmektedir. 1970-1990 Döneminde genel olarak önceki döneme göre genç nüfus artış hızı azalmış, üretken nüfus artış hızı artmıştır. 1990-2000 Döneminde ise genç nüfusun artış hızı sıfıra yaklaşmış, üretken nüfus artış hızı aynı düzeyde kalmış ve yaşlı nüfusun ise en yüksek artış hızına sahip olduğu görülmüştür. Yaşlı nüfus artış hızındaki bu yükselmenin gelecek yıllarda da devam etmesi beklenmektedir¹⁰.

Türkiye toplumunun zamana göre yaş yapısındaki değişimleri, yaşlı nüfus oranının artışı, nüfus piramidlerine de yansımaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü’nün nüfusun sosyal ve

ekonomik niteliklerine ilişkin çalışmasında, 1955 ve 2000 yıllarındaki nüfus piramidleri karşılaştırılmıştır. 1955 Yılı'nın nüfus piramidi doğurganlığın ve ölümlülüğün yüksek olduğunu göstermektedir. Yaşlı nüfus, her iki cinsiyet için de düşüktür. 2000 Yılı'ndaki nüfus piramidinde ise doğurganlığın 1955 yılına görece azaldığını göstermektedir. Ölüm oranındaki azalmanın da etkisiyle 65 yaş ve üzeri yaş grubunun toplam nüfusa oranı 1955 yılına göre artmıştır¹⁰.

Bugün dünyada her on kişiden biri 60 yaş ve üzerindedir. 2050 yılında her beş kişiden birinin 2150 yılında ise her üç kişiden birinin 60 yaş ve üzerinde olacağı beklenmektedir¹⁵.

Türkiye Genel Nüfus Sayımlarına göre 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı sürekli bir artış göstermiş, 1945'de 3.3 iken 2000'de 5.7 olarak saptanmıştır¹⁰. 2025 Yılı'nda ise toplam nüfusun % 9'unun 65 yaş üstü olması beklenmektedir. Diğer bir deyişle her 10 kişiden 1'inin 65 yaşın üstünde olacağı düşünülmektedir¹⁰.

2000 Yılı'nda yaş grubu bilinen toplam 67,780,546 kişinin % 5.7'si (3,858,949 kişi) 65 yaş ve üzerindedir. Yaşlı nüfusun % 45.3'ünü (1,749,563 kişi) erkekler, % 54.7'sini (2,109,386 kişi) kadınlar oluşturmaktadır. İzmir'de yaş grubu bilinen toplam 3,370,250 kişinin % 6.8'ini (229,623 kişi) 65 yaş ve üzeridekiler oluşturmaktadır. Bu yaş grubundaki bireylerin % 43.3'ünü erkekler (99,532 kişi); % 56.7'sini (130,091 kişi) kadınlar oluşturmaktadır¹⁰.

2.3. Toplumların Yaşlanmasının Oluşturacağı Sorunlar

2.3.1. Yaşlanan toplumda cinsiyet dağılım sorunu

Kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzundur. Bu da yaşlı nüfus içinde kadınların oranının yüksek olması anlamına gelmektedir.

Kadınların dul kalma, yalnız yaşama, yoksul yaşama olasılığı erkeklerden daha yüksektir.

2.3.2. Bağımlı nüfusun artması

Tüm dünyada yaşlı nüfusun artışıyla toplumlar yaşlanmaktadır. Toplumların yaşlanması, bağımlı nüfusun artması anlamına da gelmektedir.

“15-64” yaş grubundaki nüfus üretime katkı sağladığından, “üretken nüfus” olarak tanımlanmaktadır. “0-14” yaş grubundaki nüfus “genç nüfus”, “65 +” yaş grubundaki nüfus ise “yaşlı nüfus” olarak tanımlanmakta ve bu iki grup genel olarak ekonomik olarak bağımlı nüfus olarak kabul edilmektedir¹⁰. Önümüzdeki 25 yılda 65 yaş ve üstü nüfus tüm dünyada % 88 artarken, çalışan nüfus % 45 artacaktır⁹.

Bugün, yaşlı nüfusun yüksek olduğu gelişmiş ülkelerde yaşanan sosyal ve ekonomik sorunlarla, yakın gelecekte diğer ülkelerin de karşı karşıya kalacağı beklenmektedir.

Japonya’da 1960-2000 yılları arasında 15-64 yaş grubunun 65 yaş ve üzeri nüfusa oranı % 11’den % 4’e gerilemiştir. Kanada’da % 8’den % 5’e; İngiltere, Almanya ve Fransa’da yaklaşık % 6’dan % 4’e gerilediği görülmektedir¹⁶. 2000 Yılı Genel Nüfus Sayımına göre Türkiye için bu oran % 8.3’tür¹⁰.

2.3.3. Sosyal bakım gereksiniminin artması

Zaman içinde toplumsal yapıda oluşan değişimler göz önüne alındığında, bağımlı nüfusa ve özellikle yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır.

Geniş aile tipinden çekirdek aile tipine değişim, daha fazla yaşlı kuşak ve daha az çocuk sahibi olma yaşlıların bakımını kendi içinde çözen toplumsal yapıyı da değiştirmektedir¹³.

Gelecekte daha fazla karşılaşılabilecek olan bu bakım açığının kapatılması ve tüm yaşlılara eşit bakım hizmetlerinin sağlanabilmesi için kamu hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Yaşlı nüfusa yönelik ev ziyaretleri, sürekli bilgilendirme ve destek programları planlanmalıdır.

2.3.4. Sağlık bakım gereksiniminin artması:

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte dolaşım sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, işitme ve görme sorunları, demans, kanserler gibi yeti yitimi ile sonuçlanan süreğen hastalıklar daha sık görülmektedir. Bu da sağlık bakım hizmetlerini artmasına neden olur.

Sosyal ve sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda kamu harcamaların azaltılmasının benimsenmesi, gereksinim duydukları bakım için gerekli masrafları karşılayamayanlar ile diğerleri arasındaki eşitsizliğin artmasına neden olacaktır.

2.4. Yaşlıların Sağlık Sorunları

Yaş alma ile birlikte bireyin bedeninde tüm yaşamı boyunca değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler yaşamın erken dönemlerinde iç ve dış koşullara uyumu artırırken, geç dönemlerinde genellikle uyumda azalmaya neden olmaktadır.

Uyumu azaltıcı değişikliklerin nedenlerinden biri, metabolizma sonucu oluşan ya da dışardan alınan toksik bileşimlerin hücrelere verdiği zararlardır. Doku, organ ve sistemlerde oluşan yapısal ve işlevsel değişiklikler, sıklıkla kan basıncı değişiklikleri, kas gücünde, kemik kitlesinde ve solunum kapasitesinde azalma, bağışıklık sistemin zayıflaması, kanser baskılayıcı genlerin çalışmasında azalma ve bazı hormonal değişikliklerle kendini göstermektedir⁵.

Bu değişikliklere bağımlılığın artması, çalışma yaşamından uzaklaşma, sosyal dışlanma, ekonomik durumun bozulması gibi sosyal sağlık riskleri de artarak eklenir. Söz konusu etmenler yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve/ve ya varolan sağlık sorunlarının ilerlemesine neden olur.

Yaşlılık döneminin sıklıkla 60-65 yaşlarda başladığı kabul edilmekle birlikte, bireyin sosyal ve fizyolojik olarak yeterliliğinin azalması için bir kesim noktası değildir.

Yaşlılık döneminde sağlık sorunlarının ve hastalıkların sıklığı artar. Bazı çalışmalarda, 65 yaş üstü bireylerin ortalama 4-6 hastalığı olduğu ve yatan hastaların günde ortalama 8-10, poliklinik hastalarının ise ortalama 3-8 ayrı ilaç kullandıkları gösterilmiştir¹⁷.

Ayrıca bu dönemde hastalıkların tipik bulguları olmaksızın ortaya çıkabilmesi¹⁸, kimi yaşlıların ve yakınlarının sağlık sorunlarını yaşlılığın gereği kabul etmesi¹⁹ gibi nedenler, yetersiz ya da fazla tanıya neden olabilmektedir.

Yaşlılık döneminde, dolaşım sistemi hastalıklarından kalp-damar hastalıkları ve felç; iskelet sistemi hastalıklarından artrit ve osteoporoz; nörolojik ve psikiyatrik hastalıklardan demans ve depresyon; solunum sistemi hastalıklarından kronik obstrüktif akciğer hastalıkları; ürogenital sistem hastalıkları ve bazı kanserler ile işitme ve görmenin azalması sıklıkla karşılaşılan sağlık sorunlarıdır.

Dolaşım sistemi hastalıkları bu yaş grubunda en sık görülen sağlık kurumuna başvuru nedenidir ve dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin % 80'inden fazlası 65 yaş üstü bireylerde görülmektedir¹³.

Ayrıca hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı risk etmenlerinin birçoğu 65 yaş üstü bireylerde daha sık görülmektedir. Bunların başında yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol, beslenme bozuklukları, günlük yaşam hareketlerinin azalması gelmektedir.

Risk etmenlerine yapılacak girişimlerle (eğitim, erken tanı vb.) süreğen hastalıklar önlenemez ya da geciktirilebilir. Ayrıca yaşlılığa ve süreğen hastalıklara uyumun sağlanması da önemlidir.

2.5. Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler

2.5.1. Dünyada Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler

Dünyada yaşlılara sunulan hizmetlerle ilgili ilkeler belirlenirken, maliyetin en belirleyici faktör olduğu görülmektedir. Göz önüne alınan diğer unsurlar ise, demografik, coğrafi ve kültürel etmenlerdir. Yaşlılara sağlık bakımı, kişisel bakım, konut bakımı ile ilgili değişen niteliklerde hizmetler sunulmaktadır. İngiltere’de bu hizmetler ülke genelinde Sağlık ve Sosyal Yardım Birimleri tarafından verilirken, yerel yönetimlere de sorumluluklar verilmiştir. Birçok ülkede yaşlıların aile içi bakımları desteklenmektedir^{20,21}.

Birçok toplumda yaşlıların bakımı aile üyeleri, arkadaşlar ya da komşular tarafından gerçekleştirilirken, bazı ülkelerde buna kamu kurumları tarafından sağlanan bakım hizmeti eşlik etmektedir. Kamusal bakım hizmetleri sağlık ve sosyal görevlilerin ev ziyaretleri olabileceği gibi ev işlerinde bir yardımcının görevlendirilmesi şeklinde de olabilmektedir.

Evde aile üyeleri tarafından gerçekleştirilen bakımın, kamu harcamalarını azalttığı bilinmektedir. Bu nedenle birçok ülke, yaşlıya evde aile üyelerinin bakımını ekonomik olarak desteklemektedir. Almanya, İngiltere, Avustralya ve Danimarka’da devlet tarafından, evde bakım yapanlara (aile ya da aile dışı birey) para yardımıyla bulunulmaktadır. Danimarka’da bu yardım bakım veren kişinin önceki kazancına göre belirlenmektedir. Ayrıca bakım verenlere eğitim yapılmaktadır²².

Yaşlılara evde bakım desteğinin yanı sıra Japonya, Avustralya gibi ülkelerde yaşlı konutları bulunmaktadır. Bunlar genellikle toplu yaşam alanları olmakla birlikte, bireyin kendisine ait alanları da içerirler²³.

2.5.2. Türkiye’ de yaşlı bakımı hizmetleri

Türkiye’de yaşlılara bakım ve yardım görevi 1930 yılında çıkarılan Belediyeler kanunu ile belediyelere verilmiştir. Bu dönemde belediyeler tarafından huzurevleri açılmıştır. 1963 Yılında çıkarılan kanun ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurularak yaşlılara yönelik sosyal hizmetleri planlama ve yürütme görevini doğrudan devlet üstlenmiştir.

Ayrıca Anayasası’nın 61.Maddesi; “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” demektedir.

Yaşlılara verilecek sosyal hizmetler, 1983 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ile yeniden düzenlenmiştir.Yasanın amacı, “korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmet ve faaliyetlerin düzenlenmesi”dir²⁴.

Bu amaçla 1984 yılında “yaşamı desteksiz, sıkıntısız olarak sürdüremeyen yaşlı, yalnız ve kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık ve mutluluklarını sağlamak, onların fiziki, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için” huzurevleri açılmıştır²⁴.

Türkiye’de, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna, dernek ve vakıflara, belediyelere, azınlıklara, diğer bakanlıklara, Emekli Sandığı’na ve özel sektöre ait 150 huzurevi bulunmaktadır²⁴.

Ülkemiz yaşlı nüfusu giderek artmasına karşın, yalnızca huzurevi düzeyindeki hizmetlerde dahi, kamusal hizmetler yetersizdir. Özel sektöre ait huzurevlerinin sayısı hızla artmaktadır.

2.6. Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanımı

2.6.1. Sağlık hakkından doğan sağlık hizmeti

Sağlık hakkı, insanın varolmasını sağlayan en önemli hakktır. Sağlık hakkı, ulusal, uluslar arası ve uluslar üstü belgelerde yer almakta, devletlere ve bireylere sağlığın korunması için önemli görev ve sorumluluklar vermektedir. Bu sorumluluklardan biri de sağlık bakım hizmeti sunumudur.

Sağlık hakkından doğan sağlık bakım hizmetleri için sağlık sistemleri oluşturulmuş, bu sistemlerden doğan yasalar ile sağlık hizmetlerinin kapsamı belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerini, ülkelerin yönetim ve sağlık sistemleri ile ekonomik ve kültürel yapıları etkilemektedir. Sağlık hizmetlerini etkileyen bir başka önemli etmen de uluslar arası ekonomik ilişkilerdir.

2.6.2. Yaşlılar ve sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetleri genel olarak, koruma, geliştirme, sağaltım ve esenlendirme hizmetlerini içermelidir. Sağlık hizmetlerinin temel çatısını temel sağlık hizmetleri oluşturmaktadır²⁵. Yaşlılara verilecek sağlık hizmetleri de temel sağlık hizmetlerinden bağımsız düşünülemez²⁶.

Yaşlılarda sağlık sorunlarının çok az bir kısmı sağaltıcı hekimlik uygulamaları ile çözümlenebilir niteliktedir. Bu nedenle, yaşlılara sunulan hizmetlerde koruma ve sağlığın sürdürülebilmesi, sağlık eğitimi, esenlendirme gibi hizmetlerin yeri ön sıralardadır. Tüm sağlık sistemleri içinde yaşlılık döneminde süregelen hastalıklardan, yeti yitiminden korumak ve akıl sağlığının sürdürülmesini sağlamak ayrıcalıklı bir sorumluluk olarak önerilmektedir²⁶.

Bu yaş grubundaki bireylerin sağlığının korunması ve yaşlanmaya uyumunun sağlanması için verilecek sağlık hizmetlerinin niteliği kadar yaşlının varolan hizmetlere ulaşabilirliği de önemlidir²⁷. Ulaşabilirlik, hizmetin bulunduğu yer ile bireylerin bulunduğu yer arasındaki ilişkidir. Kişilerin ulaşım kaynaklarını, ulaşım süresini,uzaklığı ve bunun maliyetini içerir²⁸.

Temel sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü kurumlar olan sağlık ocakları ulaşılabilirlik açısından uygun kurumlardır. Birinci basamakta koruma, geliştirme, sağaltım ve esenlendirme hizmetlerinin bir arada sunulmasının önemi bu açıdan da ön plana çıkmaktadır^{27,29}.

Yaşlılara sağlık hizmeti verilirken göz önünde bulundurulması gereken diğer bir önemli nokta da, sağlık ve sosyal hizmetlere en fazla gereksinimi olanların bu hizmeti az kullananlar olduğu gerçeğidir²⁶. Oysa “toplum sağlığı açısından sağlık hakkının önemi; varolan olanakların ne derece eşit kullanıldığı konusunda kendisini gösterir”¹.

2.6.3. Sağlık hizmetinin kullanılabilirliği

“Sağlık hizmetinin kullanılabilirliği” sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde, en az hizmetin niteliği kadar önemlidir.

Andersen ve Aday kullanılabilirliğin²⁸,

1. Sağlık olanaklarının ve personelin hazır bulunması (hekim/nüfus oranı)
2. Bu olanakları kullanmanın çeşitli maliyetleri (kişinin cebinden çıkan para, bakım kaynağına ulaşım süresi, hekime ulaşmaya kadar beklenen süre),
3. Sağlık hizmetlerinin fiili kullanımı (belirli bir zaman aralığında hekime başvuran kişilerin oranı, belirli bir zaman aralığında kişi başı hekime gitme sayısı),
4. Nüfusun sağlık hizmetlerine olan görünürdeki gereksinimine ilişkin bazı ölçülere göre sağlık hizmetlerinin kullanımı (algılanan belirtilere, işgörmezliğe ya da sağlık sorunlarının şiddetine göre hekime başvurma sayısı) olarak tanımlandığını belirtir.

Timmreck, kullanılabilirliği²⁸;

1. Sistemin, kişinin hizmet alabilmesini engelleme ya da kolaylaştırma derecesi,
2. Bir kişinin ya da grubun tıbbi bakım elde edebilme gücü olarak tanımlar.

Kullanılabilirliğin en iyi şekilde, sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin ölçüler ve alınan hizmetlerden memnuniyet düzeyleri yoluyla değerlendirilebileceği belirtilmektedir²⁸.

Kullanım ölçüleri; kullanılan hizmetin türü (acil bakım, evde bakım vb), bakımın verildiği yer (ev, özel muayenehane, kamu kurumu vb), bakımın amacı (koruma, sağaltım, geliştirme, esenlendirme), zaman aralığı (belirli bir zaman aralığında hizmete başvuran ve başvurmeyen risk altındaki nüfusun yüzdesi) olarak belirtilmektedir. Kişinin memnuniyetine ilişkin ölçüler; incelenen nüfusta uygunluk, maliyet, koordinasyon, sağlık çalışanının davranışı, bakımın niteliğinden memnun olanlar ve olmayanların yüzdesi, sağlık bakımı isteyen fakat elde edemeyenlerin yüzdesi ve neden elde edemediklerinin nedenlerine yönelik veriyi içerir.

2.6.4. Türkiye’de sağlık hizmetleri

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” la düzenlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve amaçlarına ulaşmasında sorumlu temel sağlık birimleri olarak sağlık ocakları ve sağlık evleri tanımlanmıřtır³⁰. Bu temel sağlık birimleri de merkezde Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, hizmetin sunulduğu basamağa göre sınıflandırıldığında;

Birinci basamakta; sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, semt poliklinikleri, verem savaş dispanserleri, SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) dispanserleri, kurum hekimleri, işyeri sağlık birimleri, belediyelerin sağlık birimleri yer alır.

İkinci basamakta; Sağlık Bakanlığı, SSK ve diğer bakanlıklara bağlı hastaneler bulunmaktadır.

Üçüncü basamakta ise; Üniversitelere bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıklara bağlı özel dal hastaneleri ve eğitim hastaneleri bulunmaktadır.

Ayrıca; özel muayenehaneler, özel poliklinikler, özel hastaneler, dernek ve vakıf hastaneleri ile azınlık hastaneleri de sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

2.6.5. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin durumu ve yaşlılar

Ülkemizde sağlık hizmetleri çeşitli kamu (Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Kamu İktisadi Teşebbüsleri, Milli Savunma Bakanlığı, diğer bakanlıklar ve belediyeler) ve özel kuruluşlar (özel muayenehaneler, özel poliklinikler, özel hastaneler, yabancı hastaneler, azınlık hastaneleri, dernek ve vakıf hastaneleri ile eczanelerdir) tarafından sunulmaktadır.

Ortaya çıkan tablo son derece dağınık bir yapıya işaret etmektedir. Çok başlılık ve denetim eksikliği ile eğitim, finansman, istihdam sorunlarını da içinde barındırmaktadır³¹.

Özellikle temel sağlık hizmetlerinde yapılan kısıtlamalar, hizmetlerde gelişme yerine gerilemeye neden olmaktadır³².

Sağlık finansman kaynaklarının içinde bulunduğu sorunlar, belki de sağlık hizmetlerinin kullanımındaki sorunların en önemli kaynağıdır.

Ülkemizde, sağlık yardımı yapan üç temel sosyal güvenlik kuruluşu vardır (Emekli Sandığı, BağKur, SSK). En büyük sosyal sigorta kuruluşu olan SSK nüfusun % 51.6’sını kapsamına almakta, SSK’yı %20.8 ile BağKur ve % 18.5 ile Emekli Sandığı izlemektedir³². Bunun dışında bankalar, Kızılay, özel dernek ve kuruluşlar da sosyal bakım hizmetleri vermektedirler. Ayrıca Yeşil Kart da gerçek bir sosyal güvenlik kuruluşu olmamakla birlikte, sağlık yardımı sağlamaktadır.

Türkiye’de, SSK ve BağKur’un önemli sorunlarından biri giderlerin karşılanması için gereken primleri toplayamamaktır. Emekli Sandığı’nın temel sorunu olarak 1774 sayılı erken emeklilik uygulamasıyla 1992 yılında emekli olan kişi sayısının önceki yıla göre % 125’lik artış yaşanması sonucunda finansman yapısının temelden bozulması olarak belirtilmektedir³³.

Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık ve sosyal bakım ile ilgili hizmetlerde farklı niteliklerde olması ve sağlık hizmetlerindeki olumsuzluklar, hem yaşlılara hem de toplumun diğer bireyelerine verilen hizmetin niteliğine yansımakta, daha da önemlisi varolan hizmetlere ulaşımda eşitimsizlikleri artırmaktadır.

Yaşlanma ile birlikte, sosyal sorunlar ve sağlık sorunları artmaktadır¹³. Bu da sağlık hizmetlerine gereksinimi artırırken aynı zamanda bu hizmetleri kullanımı da

güçleştirmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda, yaşlıların sağlık hizmetine başvurularının arttığı saptanmıştır^{33,34}. Bu, belki de yalnızca buzdağının görünen kısmıdır.

Sağlık hizmetine ulaşımında yaşanan eşitsizlikler, sağlık sisteminin ve sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı sorunlarla giderek artmakta, toplumun tüm bireylerinde olduğu gibi yaşlıları da etkilemektedir.

Yaşlıların gereksinimlerine uygun hizmetlerin planlanması ve bu hizmetleri kullanımını kolaylaştırıcı düzenlemelerin yapılması gerekliliği açıktır. Bu düzenlemeler, gereksinimi olanların hizmete ulaşımını sağlarken, sorunun diğer bir çıktısı olan gereksiz kullanımı da önleyecektir.



3. AMAÇ

Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesindeki yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumlarını belirlemek ve bu kullanımı etkileyen etmenleri irdelemektir.



4. YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel, analitik

4.2. Evren

Araştırma evrenini İzmir Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesindeki 65 yaş ve üzerindeki 366 birey oluşturmaktadır.

Bölgedeki yaşlıların sayı ve adreslerinin saptanması, çalışma ile ilgili görüş ve önerilerin alınması amacı ile Güzelbahçe Sağlık Ocağı hekim ve ebeleri ile görüşülmüştür. Sağlık Ocağının 2003 yıl ortası Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) kayıtlarını kapsayan ön çalışma sonucunda, bölgede 5,083 birey yaşadığı ve bunlardan 366 bireyin 65 yaş ve üstünde olduğu saptanmıştır.

4.2.1. Örnek büyüklüğü ve seçimi

4.2.1.1. Örnek büyüklüğü

Örnek büyüklüğü, 65 yaş ve üzeri 366 birey için sağlık kurumlarına başvuru oranı bilinmeyen prevalans %50 alınarak, Epi Info 2002 Statcalc programı yardımıyla % 5 hata payı ile % 95 GA da en az 187 birey olarak belirlenmiştir.

4.2.1.2. Örnek seçimi

Evrendeki 366 birey ETF (Ev Halkı Tespit Fişi) sırasına göre listelenmiş ve rasgele sayılar tablosu yardımıyla 187 birey örnek olarak ve 37 (% 20) birey yedek olarak seçilmiştir.

4.2.1.3. Ulaşma oranı

Bulgular, araştırma kapsamına alınan 187 yaşlı içerisindeki 169 yaşlının verisini içermektedir. Ulaşma oranı %90.3' dür.

4.2.1.4. Ulaşılamama nedenleri

Araştırma kapsamına alınan 187 yaşlının; 27'sinin adreste bulunamaması, 6'sının araştırmaya katılmayı reddetmesi, 5'inin ölmüş olması, 3'ünün yakınından bilgi alınma kriteri olduğu

halde yakınının olmaması ve 1'inin bölgeden taşınmış olması nedeniyle ilk aşamada 145 yaşlıya ulaşılmıştır.

Ulaşılamayanlar için oluşturulan 37 kişilik yedek havuzundan 24'üne ulaşılmıştır. Yedek havuzundaki yaşlıların 11'inin adreste bulunamaması, 1'inin araştırmaya katılmayı reddetmesi, 1'inin ölmüş olması nedeniyle 13'üne ulaşılamamıştır.

Ulaşılan toplam 169 yaşlı, çalışma grubunu oluşturmuştur.

Çalışma grubundaki yaşlıların 153'ünün (% 90.5) kendisi ile görüşülmüş, 16 yaşlının (%9.5) bakımından sorumlu kişi ile görüşülmüştür. Yakınından bilgi alınan 16 yaşlının 9'unda (% 56.3) bilgi almayı engelleyecek düzeyde işitme azlığı/kaybı; 5'inde (% 31.3) yer, zaman veya kişi oryantasyon bozukluğu; 2'sinde (%12.5) bilgi almayı engelleyecek konuşma problemi olduğu saptanmıştır.

4.3. Değişkenler

4.3.1. Bağımlı değişken

Bölgedeki yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumları

4.3.2. Bağımsız değişkenler

1. Sosyodemografik değişkenler

- a) Yaş
- b) Cinsiyet
- c) Öğrenim durumu
- d) Medeni durum
- e) Emekli olma durumu
- f) Çalışma durumu
- g) Yaptığı iş
- h) Ortalama hane geliri
- i) Handede yaşayan kişi sayısı
- j) Kişi başına düşen hane geliri
- k) Sağlık güvencesi varlığı
- l) Sağlık güvencesi türü
- m) Sosyal durum

2. Sağlık durumu ile ilgili değişkenler

- a) Kronik hastalık varlığı
- b) Günlük yaşam aktiviteleri
- c) Sağlık algısı

3. Kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili değişkenler

- a) Sağlık güvencesinin gereksinimini karşılama durumu
- b) En yakın sağlık kurumu
- c) Sağlık kurumuna son başvuru tarihi
- d) Sağlık kurumunu seçme nedeni
- e) Sağlık kurumuna başvuru nedeni
- f) Başka bir sağlık kurumuna başvurma isteği
- g) Başka bir sağlık kurumuna başvurmak isteyenlerin başvurmak istediği sağlık kurumu
- h) Başka bir sağlık kurumuna başvurmak isteyenlerin başvurmak istediği sağlık kurumunu tercih nedeni

4.4. Veri Toplama

Veri, yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanarak toplanmıştır. Anket uygulama öncesinde bireylere çalışmanın amacı aktarılmış, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı açıklanmış ve onayları alınmıştır. Veri toplama aşamasından önce hazırlanan anket, evren içerisinde örnek ve yedek grubunda bulunmayan 5 yaşlıya uygulanarak kontrol edilmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Daha sonra araştırma grubuna uygulanmıştır. Anket soruları ve seçenekleri araştırmacı tarafından bireye okunmuş, yanıt alınamadığı durumlarda soru yinelenmiştir.

Anket öncelikle bireyin kendisine uygulanmıştır. Bireyin yer, zaman veya kişi oryantasyon bozukluğu varsa ya da kendisiyle sağlıklı iletişimi engelleyecek düzeyde işitme sorunu varsa, anket bakımıyla ilgilenen kişiye uygulanmıştır. Bireyin yakınıyla görüşülen durumlarda "sağlık algısı" sorgulanmamıştır.

Yedek alma ölçütleri: Örneğe çıkan bireyin ölmesi, bireyin araştırmaya katılmayı reddetmesi, bireyin yakınından bilgi alınma ölçütü olduğu halde yakınının olmaması, bireyin bölgeden taşınmış olması, üç kez adrese gidilmesine karşın bireye ulaşılamaması durumlarında yedek alınmıştır.

4.5. Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri

4.5.1 Bağımlı değişkenin değerlendirilmesi

Son başvuruda kullanılan sağlık kurumu: Yaşlılara son başvurdukları sağlık kurumu sorulmuş, sağlık ocağı, SSK hastanesi, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hekim/poliklinik/hastane ve diğer olarak kaydedilmiştir.

Değerlendirmede son başvuruda kullanılan sağlık kurumları iki farklı şekilde ölçülerek incelenmiştir;

- En son başvuruda kamu sağlık kurumlarını kullanıp kullanmadığı: Sağlık ocağı, SSK hastanesi, devlet hastanesi ve üniversite hastanesi "kamu"; özel hekim/poliklinik/hastane "diğer" olarak gruplandırılarak değerlendirilmiştir.
- En son başvuruda sağlık ocağını kullanıp kullanmadığı; "sağlık ocağı" ve "diğer" olarak gruplandırılarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca;

Herhangi bir sağlık kurumunu kullanımı etkileyen etmenler; son başvurusunu "son 1 ayda yapanlar" ile "son 1 ayda yapmayanlar" olarak gruplandırılarak değerlendirilmiştir.

4.5.2. Bağımsız değişkenlerin değerlendirilmesi

1. Sosyodemografik değişkenler

- a) Yaş: 65 Yaş ve üstü alınmış, bitirilen yaş kaydedilmiştir.
- b) Cinsiyet: Erkek ya da kadın olarak tanımlanmıştır.
- c) Öğrenim durumu: Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokulu bitirmiş, ortaokulu bitirmiş, liseyi bitirmiş ve üniversiteyi bitirmiş olarak tanımlanmıştır.
- d) Medeni durum: Evli, bekar, dul ve eşinden ayrı olarak tanımlanmıştır.
- e) Emeklilik: Emekli ya da emekli değil olarak tanımlanmıştır.
- f) Çalışma durumu: Çalışıyor ya da çalışmıyor olarak tanımlanmıştır.
- g) Yaptığı iş: İşçi (ücretli), memur (maaşlı), düzensiz işler (işporta, gündelik iş, götürü iş), esnaf zanaatkar olarak tanımlanmıştır.
- h) Hane geliri: Eve giren ortalama hane geliri kaydedilmiştir.
- i) Hanede yaşayan kişi sayısı: Açık uçlu olarak kaydedilmiş, daha sonra yalnız yaşıyor ve en az bir kişiyle birlikte yaşıyor olarak gruplandırılmıştır.

- j) Kişi başına düşen hane geliri: Ortalama hane geliri hanede yaşayan kişi sayısına bölünerek kişi başına düşen hane geliri hesaplanmış, daha sonra asgari ücrete göre (303 milyon), 303 milyon ve altı, 303 milyon üstü olarak gruplandırılmıştır.
- k) Sağlık güvencesi varlığı: Var ya da yok olarak tanımlanmıştır.
- l) Sağlık güvencesi türü: Yeşil kart, SSK, Emekli sandığı, Bağ-Kur, özel sigorta, ES + özel, SSK+ özel, Bağ-Kur+ özel olarak gruplandırılmıştır.
- m) Sosyal durum: Bileşik gösterge ile değerlendirilmiş, “iyi” ve “kötü” olarak tanımlanmıştır. Bileşik gösterge, aynı bölgede yaşlılar üzerine yapılmış olan bir çalışmadan alınmıştır (EK 1). Elde edilen toplam puanların ortalaması 34.4 dür. Sosyal puan toplamı 34 ve altında olanların sosyal durumları “iyi”; 35 ve üzerinde olanların sosyal durumları “kötü” olarak tanımlanmıştır⁴.

2. Sağlık durumu ile ilgili değişkenler

- a) Kronik hastalık varlığı: Var ya da yok olarak tanımlanmıştır.
- b) Günlük yaşam aktiviteleri: Bileşik gösterge ile değerlendirilmiş, “bağımlı” ve “bağımsız” olarak tanımlanmıştır. Bileşik gösterge, aynı bölgede yaşlılar üzerine yapılmış olan bir çalışmadan alınmıştır (EK 2). Günlük yaşam aktiviteleri toplam puanı 24 ve altında olanlar “bağımlı”; 25 ve üzerinde olanların “bağımsız” olarak tanımlanmıştır⁴.
- c) Sağlık algısı: Kötü, orta, iyi, çok iyi, mükemmel olarak gruplandırılmış, daha sonra kötü-orta ve iyi-çok iyi-mükemmel grupları birleştirilmiştir. Sağlık algısı bireyin yakınından bilgi alındığı durumlarda sorulmamıştır.

3. Kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili değişkenler

- a) Bireyin sağlık güvencesinin gereksinimini karşılama durumu: Bireye sağlık güvencesinin sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılması ile ilgili görüşü sorularak evet ve hayır olarak tanımlanmıştır.
- b) En yakın sağlık kurumu: Sağlık ocağı, SSK hastanesi ya da dispenseri, devlet hastanesi , özel poliklinik/hastane/hekim, üniversite hastanesi seçenekleri okunarak bireyden gerekirse yakınından sorularak kaydedilmiştir.
- c) Sağlık kurumuna son başvuru tarihi: Gün, ay ve yıl olarak kaydedilmiştir.

- d) Sağlık kurumunu seçme nedeni: Sağlık güvencesi kurumun giderlerini karşıladığı için, ucuz olduğu için, yakın olduğu için, kuruma güvendiği için, hekime güvendiği için, özel hekiminin çalıştığı kurum olduğu için, başka kurum olmadığı için seçenekleri araştırmacı tarafından okunmuş ve varsa diğer nedenler kaydedilmiştir
- e) Başka bir sağlık kurumuna başvurma isteği: Var ya da yok olarak tanımlanmıştır.
- f) Başka bir sağlık kurumuna başvurmak isteyenlerin başvurmak istediği sağlık kurumu: Sağlık ocağı, SSK hastanesi ya da dispanseri, devlet hastanesi , özel muayenehane-poliklinik-hastane, üniversite hastanesi seçenekleri okunarak başvurmak istediği sağlık kurumu kaydedilmiştir.
- g) Başka bir sağlık kurumuna başvurmak isteyenlerin başvurmak istediği sağlık kurumunu tercih nedeni: Sağlık güvencesi kurumun giderlerini karşıladığı için, ucuz olduğu için, yakın olduğu için, kuruma güvendiği için, hekime güvendiği için, özel hekiminin çalıştığı kurum olduğu için seçenekleri araştırmacı tarafından okunmuş ve seçenek dışında belirtilen diğer nedenler kaydedilmiştir.

4.6. Veri Değerlendirme

Toplanan verilerin biyoistatistik analizleri, SPSS for Windows 11.0 ve Epi Info versiyon 2002 Statcalc programlarında yapılmıştır.

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini saptamak için “ki-kare testi” uygulanmış, dört gözlü düzenlerde en az bir beklenen değer 5’ in altında olduğu durumlarda “Fisher’in kesin testi”, diğerlerinde “Yates süreklilik düzeltmesi” göz önüne alınarak anlamlılık değerlendirilmiştir.

Kafa karıştırıcı etki olabileceği düşünülen değişkenler, Mantel Haenszel analizi ile kontrol edilmiştir.

Ayrıca, davranış ve görüş belirten değişkenlerde McNemar Ki-kare testi ve tutarlılık değerlendirmesi ile irdelenmiştir.

5. BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

5.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Yaşlıların, yaş ortalaması 71.6 ± 5.4 (standart hata: 0.4) olup, en sık gözlenen yaş grubu, % 40.8 ile 65-69 yaş grubudur. Erkek ve kadınların yüzde dağılımı birbirine çok yakındır.

Yaşlıların yaklaşık üçte biri (% 27.2) okuma-yazma bilmemektedir.

Yaşlıların % 63.3'ü evlidir (Tablo 4).

Tablo.4. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n=169)	%
Cins		
Erkek	87	51.5
Kadın	82	48.5
Yaş grubu		
65-69	69	40.8
70-74	49	29.0
75-79	38	22.5
80+	13	7.7
Öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	46	27.2
Okur-yazar	21	12.5
İlkokul bitirmiş	67	39.6
Ortaokul-lise bitirmiş	26	15.4
Yüksek okul bitirmiş	9	5.3
Medeni durum		
Evli	107	63.3
Dul	57	33.7
Bekar + eşinden ayrı	5	3.0

5.2. Sosyo- Ekonomik Özellikler

Yaşlıların % 59.8'inin sosyal durumu iyidir. Düzenli bir hane geliri olduğunu belirten ve hane geliri miktarını bilen toplam 133 yaşlının yaklaşık dörtte üçü (% 74.4) asgari ücret ve altında gelire sahiptir (Tablo 5).

Yaşlıların % 81.1'i en az bir kişi ile birlikte yaşamaktadır.

Yaşlıların 76'sı emeklidir (% 45.0), 24'ü çalışmaktadır (% 14.2). Çalışan yaşlıların 14'ü (% 58.4) kendi işyerinde çalışmakta iken, 10'u (% 41.7) geçimini sağlamak için düzensiz işlerde (işporta/ gündelik iş) çalışmaktadır.

Yaşlıların sahip olduğu sağlık güvencelerinin (% 84.6), dağılımına bakıldığında ilk sırada Emekli Sandığı (% 29.6) gelmektedir ve bunu sırasıyla Bağ-Kur (% 27.8), SSK (% 21.3) , Yeşil Kart (% 5.9) izlemektedir.

Tablo.5. Yaşlıların sosyo- ekonomik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n=169)	%
Sosyal durum		
Kötü	68	40.2
İyi	101	59.8
Çalışma durumu		
Çalışan	24	14.2
Çalışmayan	145	85.8
Sağlık güvencesi		
Yok	26	15.4
Yeşil Kart	10	5.9
SSK	36	21.3
Emekli Sandığı	50	29.6
Bağ-Kur	47	27.8
Hane kişi sayısı		
1	32	18.9
2+	137	81.1
Kişi başına düşen hane geliri*		
303 milyon ve altı	99	74.4
303 milyon üzeri	34	25.6

*36 Kişi hane gelirini belirtmemiştir. Toplam 133 kişi üzerinden yüzde alınmıştır.

5.3. Sağlık Durumları

Kendisinden bilgi alınan toplam 153 yaşlının, % 56.9'u kendilerini iyi hissettiğini belirtmişlerdir. Çok iyi hissettiğini belirten yalnızca 3 bireydir (% 2.0) (Tablo 6).

Yaşlıların % 85.8'inin en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır, % 14.8'i günlük yaşam aktivitelerinde bağımlıdır.

Yaşlıların % 57.4'ü son bir ayda bir sağlık kurumuna başvurmuşlardır.

Tablo.6. Yaşlıların sağlık durumlarına göre dağılımı

	Sayı (n=169)	%
Günlük yaşam aktivitesi		
Bağımlı	25	14.8
Bağımsız	144	85.2
Kronik hastalık varlığı		
Var	145	85.8
Yok	24	14.2
Sağlık algısı*		
Kötü	24	15.7
Orta	42	27.5
İyi+Çok iyi	87	56.9
Son 1 ayda sağlık kurumuna başvuru		
Var	97	57.4
Yok	72	42.6

*16 Kişinin yakınından bilgi alındığı için sağlık algısı sorgulanmamıştır. Toplam 153 kişi üzerinden yüzde alınmıştır.

5.4. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumları

Yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumlarına bakıldığında; en sık Sağlık Ocağı'nın (% 57.4) kullanıldığı görülmektedir. Sağlık Ocağı'nı sırasıyla Devlet Hastanesi (% 17.2), Özel Hekim (% 11.8), Üniversite Hastanesi (% 7.1) ve SSK Hastanesi (% 6.5) izlemektedir (Tablo 7).

Tablo.7. Son başvuruda kullanılan sağlık kurumları

Son başvuruda kullanılan kurum	Sayı (n=169)	%
Sağlık ocağı	97	57.4
Devlet hastanesi	29	17.2
Özel hekim	20	11.8
Üniversite hastanesi	12	7.1
SSK hastanesi	11	6.5
Toplam	169	100.0

ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR

5.5. Son Başvuruda Kamu Sağlık Kurumlarını Kullanımı Etkileyen Etmenler

Yaşlıların son başvurduğu sağlık kurumlarına bakıldığında, 149 (% 88.2) yaşlının kamu sağlık kurumlarını kullandığı belirlenmiştir.

5.5.1. Sosyo-demografik etmenler

Kadınlar, okur-yazar olmayanlar, evli olmayanlar, Yeşil Kart'lılar ve sağlık güvencesinin gereksinimlerini karşıladığını düşünenler kamu sağlık kurumlarına diğerlerine göre daha fazla başvurmakla birlikte bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Yaşlıların yaş gruplarına göre sağlık kurumlarına başvurularına bakıldığında, farklı yaş grupları arasında kamuya başvuru açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p: 0.006$). Yapılan ileri analiz sonucunda, 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların, diğer yaş gruplarındaki yaşlılara göre anlamlı düzeyde daha az kamu kurumlarına başvurdukları, diğer yaş gruplarındaki yaşlılar arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık güvencesi olan yaşlılar kamu sağlık kurumlarına, olmayanlara göre çok anlamlı düzeyde daha fazla başvurmuştur ($p: 0.001$) (Tablo 8).

Yaşlılar arasında sağlık güvencesi varlığına göre kamu sağlık kurumlarına başvuru sıklığı açısından çok anlamlı bir fark olduğu göz önüne alınarak, sağlık güvencesi varlığının yaş grupları üzerine kafa karıştırıcı etkisi olup olmadığı incelenmiştir. Bunun için, önce 65-69 ve 70-74 yaş grupları birleştirilmiş ve oluşturulan yeni yaş grupları sağlık güvencesi varlığına göre tabakalandırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda anlamlılığın devam ettiği belirlenmiştir ($\chi^2_{MH} = 4.72, p: 0.030$).

Tablo.8. Yaşlılarda sosyo-demografik özelliklere göre kamu sağlık kurumlarına başvuru

	n	Kamuya başvuru %	χ^2	p
Yaş grubu				
65-69	69	91.3		
70-74	49	95.9		
75+	51	76.5	10.160	0.006
Sağlık güvencesi varlığı				
Var	143	92.3		
Yok	26	65.4	-	0.001
Sağlık güvencesi				
Yeşil Kart	10	100.0		
SSK	36	86.1		
Emekli Sandığı	50	96.0		
Bağ-Kur	47	91.5	3.780	0.286
S. güvencesinin gereksinimini karşılama durumu				
Evet, karşılıyor	102	93.1		
Hayır, karşılamıyor	41	90.2	-	0.512

5.5.2. Sosyo- ekonomik etmenler

Yalnız yaşayanlar, asgari ücretin üzerinde geliri olanlar ve sosyal durumu iyi olanlar kamu sağlık kurumlarına daha fazla başvurmakla birlikte diğerleriyle aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Tablo.9. Yaşlılarda sosyo- ekonomik özelliklere göre kamu sağlık kurumlarına başvuru

	n	Kamuya başvuru %	χ^2	p
Hane kişi sayısı				
1	32	93.8		
2+	137	86.9	0.612*	0.434
Kişi başına düşen hane geliri (n= 133**)				
303 milyon ve altı	99	90.9		
303 milyon üzeri	34	94.1	-	0.728
Sosyal durum				
Kötü	68	86.8		
İyi	101	89.1	0.048*	0.826

* χ^2 Yates

** 36 Kişi hane gelirini belirtmediği için analiz hane gelirini belirten toplam 133 kişi üzerinden yapılmıştır.

5.5.3. Sağlık durumları ile ilgili etmenler

Sağlık algısı kötü ve orta olanlar, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olanlar ve kronik hastalığı olanlar kamu sağlık kurumlarına diğerlerine göre daha fazla başvurmuşlardır. Ancak bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 10).

Tablo.10. Yaşlıların sağlık durumlarına göre kamu sağlık kurumlarına başvuru

	n	Kamuya başvuru %	χ^2	p
Sağlık algısı (n=153**)				
Kötü-orta	66	90.9		
İyi-çok iyi	87	89.7	0.000*	1.000
Günlük yaşam aktivitesi				
Bağımlı	25	80.0		
Bağımsız	144	89.6	-	0.183
Kronik hastalık varlığı				
Var	24	91.7		
Yok	145	87.6	-	0.742

* χ^2 Yates

** 16 Kişinin yakınından bilgi alındığı için bu kişilerde sağlık algısı sorgulanmamıştır. Analiz, sağlık algısı sorgulanan toplam 153 kişi üzerinden yapılmıştır.

5.6. Son Başvuruda Sağlık Ocağı Kullanımını Etkileyen Etmenler

Yaşlıların son başvurduğu sağlık kurumlarına bakıldığında, 97 (% 57.4) yaşının sağlık ocağını kullandığı belirlenmiştir.

5.6.1. Sosyo-demografik etmenler

70-74 Yaş grubundaki yaşlılar, sağlık güvencesi olanlar ve sağlık güvencesinin gereksinimini karşıladığını düşünenler sağlık ocağına diğerlerine göre daha fazla başvurmuşlardır. Ancak bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kadınlar (% 61.0), evliler (% 57.0), okur-yazar olmayanlar (% 65.2) sağlık ocağına diğerlerine göre daha fazla başvurmakla birlikte bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Yaşlıların sağlık güvencelerine göre sağlık ocağına başvurularına bakıldığında, farklı sağlık güvenceleri arasında sağlık kurumuna başvuru açısından çok anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p: 0.001$). Yapılan ileri analiz sonucunda, Yeşil Kart'lıların sağlık ocağına diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla başvurdukları, SSK'lıların ise sağlık ocağına diğerlerinden anlamlı olarak daha az başvurdukları saptanmıştır. Diğer sağlık güvencesi olan yaşlılar arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo.11. Yaşlılarda sosyo-demografik özelliklere göre sağlık ocağına başvuru

	n	S. Ocağına başvuru %	χ^2	p
Yaş grubu				
65-69	69	60.9		
70-74	49	61.2		
75+	51	49.0	2.098	0.350
Sağlık güvencesi varlığı				
Var	143	60.8		
Yok	26	38.5	3.637*	0.057
Sağlık güvencesi				
Yeşil Kart	10	90.0		
SSK	36	33.3		
Emekli Sandığı	50	70.0		
Bağ-Kur	47	66.0	17.279	0.001
S. güvencesinin gereksinimini karşılama durumu				
Evet, karşılıyor	102	64.7		
Hayır, karşılamıyor	41	51.2	1.702*	0.192

* χ^2 Yates

5.6.2. Sosyo- ekonomik etmenler

En az bir kişiyle birlikte yaşayanlar, kişi başına düşen geliri asgari ücretin üzerinde olanlar sağlık ocağına diğerlerine göre daha fazla başvurmakla birlikte bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Aynı şekilde sosyal durumu iyi olan yaşlılarla kötü olan yaşlılar arasında da sağlık ocağına başvuru açısından anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Tablo.12. Yaşlılarda sosyo- ekonomik özelliklere göre sağlık ocağına başvuru

	n	S. Ocağına başvuru %	χ^2 Yates	p
Hane kişi sayısı				
1	32	56.3		
2+	137	57.7	0.000	1.000
Kişi başına düşen hane geliri (n= 133*)				
303 milyon ve altı	99	59.6		
303 milyon üzeri	34	64.7	0.104	0.747
Sosyal durum				
Kötü	68	57.4		
İyi	101	57.4	0.000	1.000

* 36 Kişi hane gelirini belirtmediği için analiz hane gelirini belirten toplam 133 kişi üzerinden yapılmıştır.

5.6.3. Sağlık durumları ile ilgili etmenler

Sağlıklarının iyi ve çok iyi olduğunu düşünenler, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olanlar ve en az bir kronik hastalığı olanlar diğerlerine göre sağlık ocağına daha fazla başvurmuşlardır. Ancak bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Tablo.13. Yaşlıların sağlık durumlarına göre sağlık ocağına başvuru

	n	S. Ocağına başvuru %	χ^2 Yates	p
Sağlık algısı (n=153*)				
Kötü-orta	66	54.5		
İyi-çok iyi	87	62.1	0.594	0.441
Günlük yaşam aktivitesi				
Bağımlı	25	44.0		
Bağımsız	144	59.7	1.558	0.212
Kronik hastalık varlığı				
Var	145	75.0		
Yok	24	54.5	2.755	0.097

*16 Kişinin yakınından bilgi alındığı için bu kişilerde sağlık algısı sorgulanmamıştır. Analiz, sağlık algısı sorgulanan toplam 153 kişi üzerinden yapılmıştır.

5.7. Herhangi bir sağlık kurumunu kullanımı etkileyen etmenler

Çalışma grubundaki 169 yaşlının 97'si (% 57.4) son başvurularını son 1 ayda yapmışlardır. Bu başvuruları etkileyen etmenler ile herhangi bir sağlık kurumunu kullanımı etkileyen etmenler değerlendirilmiştir.

5.7.1. Sosyo-demografik etmenler

Kadınlarda, okur yazar olmayanlarda, evlilerde, 70-74 yaş grubundaki yaşlılarda ve sağlık güvencesinin gereksinimlerini karşıladığını düşünenlerde sağlık hizmetine başvuru diğerlerine göre daha fazla olmasına karşın bu fark anlamlı değerdir ($p > 0.05$).

Yaşlıların sağlık güvencelerine göre sağlık kurumlarına başvuruya bakıldığında, farklı sağlık güvenceleri arasında sağlık kurumuna başvuru açasından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p: 0.039$). Yapılan ileri analiz sonucunda, SSK'hıların sağlık kurumlarına diğerlerinden anlamlı olarak daha az başvurdukları saptanmıştır. Diğer yaşlılar arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sağlık güvencesi olan yaşlılar olmayanlara göre sağlık kurumlarına anlamlı olarak daha fazla başvurmuştur ($p: 0.019$) (Tablo 14)

Tablo.14. Yaşlılarda sosyo-demografik özelliklere göre son 1 ayda sağlık kurumlarına başvuru

	n	Son 1 ayda başvuru %	χ^2	p
Yaş grubu				
65-69	69	56.5		
70-74	49	67.3		
75+	51	49.0	3.470	0.176
Sağlık güvencesi varlığı				
Var	143	61.5		
Yok	26	34.6	5.467*	0.019
Sağlık güvencesi				
Yeşil Kart	10	60.0		
SSK	36	41.7		
Emekli Sandığı	50	70.0		
Bağ-Kur	47	68.1	8.380	0.039

* χ^2 Yates

5.7.2. Sosyo- ekonomik etmenler

Yalnız yaşayanlar, kişi başına düşen geliri asgari ücret ve altında olanlar sağlık kurumlarına daha fazla başvurmakla birlikte diğer yaşlılarla aralarındaki bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Aynı şekilde sosyal durumu iyi olan yaşlılarla kötü olan yaşlılar arasında da sağlık kurumuna başvuru açısından anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Tablo.15. Yaşlılarda sosyo-ekonomik özelliklere göre son 1 ayda sağlık kurumlarına başvuru

	n	Son 1 ayda başvuru %	χ^2 Yates	p
Hane kişi sayısı				
1	32	59.4		
2+	137	56.9	0.003	0.958
Kişi başına düşen hane geliri (n= 133*)				
303 milyon ve altı	99	52.5		
303 milyon üzeri	34	67.6	1.779	0.182
Sosyal durum				
Kötü	68	57.4		
İyi	101	57.4	0.000	1.000

* 36 Kişi hane gelirini belirtmediği için analiz hane gelirini belirten toplam 133 kişi üzerinden yapılmıştır.

5.7.3. Sağlık durumları ile ilgili etmenler

Sağlıklarının kötü ve orta olduğunu düşünenler, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlar, kronik hastalığı olanlar sağlık kurumlarına daha fazla başvurmakla birlikte diğer yaşlılarla aralarındaki bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Yaşlılarda kronik hastalık varlığına göre sağlık algıları incelendiğinde, kronik hastalığı olmayanların sağlık algıları olanlara göre anlamlı düzeyde daha iyi olduğu görülmüştür (χ^2 Yates = 6.132, p : 0.030).

Tablo.16. Yaşlıların sağlık durumlarına göre son 1 ayda sağlık kurumlarına başvuru

	n	Son 1 ayda başvuru %	χ^2 Yates	p
Sağlık algısı (n=153*)				
Kötü-orta	66	62.1	1.586	0.208
İyi-çok iyi	87	50.6		
Günlük yaşam aktivitesi				
Bağımlı	25	60.0	0.004	0.947
Bağımsız	144	56.9		
Kronik hastalık varlığı				
Var	145	60.7	4.630	0.057
Yok	24	37.5		

*16 Kişinin yakınından bilgi alındığı için bu kişilerde sağlık algısı sorgulanmamıştır. Analiz, sağlık algısı sorgulanan toplam 153 kişi üzerinden yapılmıştır.

5.8. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumlarını Seçme Nedenleri

Tüm yaşlıların sağlık kurumlarını en önemli seçme nedeni ulaşımın kolay olmasıdır (% 53.8). Bunu sağlık güvencesinin giderleri karşılaması (% 17.8), güven duyulması (% 17.8) ve ucuz olması (% 5.3) izlemektedir.

Yaşlıların son başvurduğu sağlık kurumlarına göre, kurumu seçme nedenlerine bakıldığında, her sağlık kurumu için en sık seçme nedeninin farklı olduğu görülmektedir.

Tabloda “diğer” başlığı altında belirtilen seçme nedenlerini, “yaşlının sağlık güvencesi olmaması (% 3.6)”, “daha çabuk sonuç alındığının düşünülmesi (% 2.9)”, “sağlık ocağından sevk (% 1.8)” ve “acil başvuru (% 0.6)” oluşturmaktadır.

Sağlık Ocağını seçme nedenlerinin başında bu kurumun yakın olması gelmektedir (% 83.5).

SSK Hastanesini seçme nedeni, sağlık ocağından gönderilen bir yaşlı dışında, tek seçme nedeni sağlık güvencelerinin SSK olmasıdır (% 100.0).

Devlet Hastanesi’ne başvuranlar, üçte birinden fazlası sağlık güvenceleri giderlerini karşıladığı için, yaklaşık üçte biri yakın olduğu için ve yine yaklaşık üçte biri hekime ya da kuruma güvendiği için bu kurumu seçtiğini belirtmiştir.

Üniversite Hastanesi % 83.4 oranıyla güvenilir olduğu düşünüldüğü için seçilmiştir.

Özel Hekim ya da hastaneye başvurularda en çok dikkati çeken, yaşlıların yarıya yakınının (% 45.0) diğer seçme nedenlerini belirtmiş olmasıdır. Bunların da üçte birine yakını (% 30.0) “sağlık güvencesinin olmaması”dır. Yine yarıya yakını “hekime ya da kuruma güven” duydukları için özel hekime başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 17).

Tablo.17.Yaşlıların başvurduğu sağlık kurumlarını seçme nedenleri

	Yakın	Sağ. güv. giderlerini karşılıyor	Hekime güven	Kuruma güven	Ucuz	Diğer
Satır yüzdesi*	%	%	%	%	%	%
S. Ocağı (n=97)	83.5	7.2	9.3	6.2	7.2	1.0
SSK (n=11)	-	100.0	-	-	-	9.1
Devlet H (n=29)	31.0	37.9	13.8	24.1	6.9	3.4
Üniv. H (n=12)	8.3	-	41.7	41.7	-	25.0
Ö. Hekim (n=20)	-	-	40.0	15.0	-	45.0
Toplam (n=169)	53.8	17.8	15.4	12.4	5.3	8.9

* Görüşülen kişiler birden fazla seçme nedeni belirttikleri için yüzde toplamı % 100.0'ın üzerindedir

5.9. Yaşlıların Kullanmak İstedikleri Sağlık Kurumları ve Seçme Nedenleri

Yaşlıların başvurdukları kuruma göre, olanakları olsa başvurmak istedikleri diğer sağlık kurumlarına bakıldığında; büyük çoğunluğunun yine aynı kurumlara başvurmak istediği görülmektedir. SSK hastanesine başvuranlar ise diğer kurumlara başvuranlara göre daha az kendi kurumlarına başvurmak istemektedirler.

Başvurulmak istenen kurumlar içinde ikinci sırada üniversite hastanesi gelirken, SSK hastanesine başvuranlar ikinci sırada özel hekime başvurmayı istediklerini belirtmişlerdir.

Sağlık ocağına başvuranların büyük çoğunluğu (% 68.0) yine sağlık ocağına başvurmak isterken, bu kurumun daha önce başvuranlar dışında seçilmediği görülmektedir. Kurumlar “sağlık ocağı” ve “diğer” olarak gruplandırılarak yapılan çözümlemelerde, başvuru ile başvurulmak istenen kurumun tutarlılığı Kappa olarak 0.043'dür. Tutarlılık yok denecek kadar azdır.

Aynı çözümleme, bu kez kurumlar “SSK” ve “diğer” olarak gruplandırılarak yapılmış ve başvuru ile başvurulmak istenen kurumun tutarlılığının yine yok denecek kadar zayıf olduğu saptanmıştır (Kappa: 0.065).

Görüldüğü gibi SSK Hastanesi ve Sağlık Ocağına başvuranların dışında bu kurumlara başvurmak isteyen olmamıştır (Tablo 18).

Tablo.18. Yaşlıların başvurdukları kuruma göre başvurmak istedikleri diğer sağlık kurumu

	S.Ocağı	SSK H	Devlet H	Üniv. H	Ö.Hekim
Başvurulan kurum	%*	%*	%*	%*	%*
Sağlık Ocağı (n:97)	68.0	-	9.3	15.5	7.2
SSK H (n:11)	-	36.4	9.1	18.2	36.4
Devlet H (n:29)	-	-	79.3	20.7	-
Üniversite H (n:12)	-	-	-	100.0	-
Özel Hekim (n:20)	-	-	5.0	25.0	70.0

*Satır yüzdesi.

**Kurumlar “sağlık ocağı” ve “diğer” olarak gruplandırıldığında Kappa: 0.043; kurumlar “SSK” ve “diğer” olarak gruplandırıldığında Kappa: 0.065

Başka bir kurumu kullanmak isteyen toplam 51 yaşlı, % 54.9 oranıyla Üniversite Hastanesi’ne, % 23.5 oranıyla Özel Hekim’e ve % 21.6 oranıyla da Devlet Hastanesi’ne başvurmak istediklerini belirtmiştir.

Üniversite ve Devlet Hastanesi’ne başvurmak isteyenler genellikle bu kurumlara ve hekimlerine “güven duyma” larını isteme nedeni olarak belirtirken, Özel Hekim ya da hastaneye başvurmak isteyenlerin dörtte üçü “daha fazla zaman ayrılması” ve “daha çabuk sonuç alınması” nı belirtmiştir.

Başvurulan kurumlara göre, olanakları olsaydı başvurmak istedikleri kurumlar, “kamu” ve “özel” olarak yeniden gruplandırılarak incelendiğinde, kamuya başvuranların % 92.6’sının, özele başvuranların % 95.5’inin kamu kurumlarına başvurmak istediği görülmüştür (Tablo 19) Yapılan çözümlemede, kamuya başvuranların yine kamuya başvurma olasılığı özele başvuranların yarısı kadardır ve fark anlamlıdır ($\chi^2_{McNemar} = 1.63$, SD= 1, OR= 0.58, %95 GA 0.25-0.34).

Tablo.19. Yaşlıların başvurdukları kuruma göre başvurmak istedikleri diğer sağlık kurumu

Başvurulan kurum	Kamu		Özel	
	sayı	%*	sayı	%*
Kamu (n:149)	138	92.6	11	7.4
Özel (n:20)	19	95.5	1	5.0

*Satır yüzdesi.

$\chi^2_{McNemar} = 1.63$, SD= 1, OR= 0.58, % 95 GA 0.25-0.34).

6. TARTIŞMA

6.1. Tanımlayıcı Özellikler

Çalışma kapsamına alınan yaşlılar, Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesinde bulunan 366 yaşlının % 51.1'ini oluşturmaktadır.

6.1.1. Sosyo-demografik özellikler

Çalışma grubunun yaş dağılımlarına bakıldığında (Tablo 4), en sık gözlenen yaş grubunun “65-69 yaş grubu” olduğu görülmektedir. En az gözlenen yaş grubu ise “80 ve üzeri yaş grubu”dur. Bu bulgu, ülke geneli ve çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalar ile uyumludur^{4,10,35,36,37}.

Çalışma grubunun cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, erkeklerin % 3'lük bir oranla kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4). Türkiye genelinde ise yaşlı nüfustaki erkeklerin oranı % 43.3, kadınların oranı ise % 56.7'dir¹⁰. Yapılan benzer çalışmalarda yaşlı nüfusun cinsiyet dağılımı Türkiye geneli ile uyumludur^{4,33,35}.

Yarış ve ark. Trabzon'da yaptıkları çalışmada, yaşlıların cinsiyete göre dağılımının eşit olduğu saptanırken, Bilir ve ark. Ankara'da yaptıkları çalışmada yaklaşık %9'luk bir farkla erkeklerin kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır^{36,37}. Kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden uzundur. Bu da yaşlı nüfus içinde kadınların oranının daha fazla olacağını düşündürmektedir. Çalışma grubunda erkeklerin oranının daha fazla olması, ulaşamayan kişilerin daha çok kadınlardan oluştuğunu düşündürmektedir. Örneğe çıkan kişilerin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında 87'sinin kadın (% 51.5), 82'sinin erkek olduğu (% 48.5) görülmüştür. Bu da erkeklere daha fazla ulaşıldığı görüşünü desteklemektedir. Bunun nedeni, yalnız yaşayan kadınların kendi evlerinden çok çocuklarının ve ya başka akrabalarının yanına erkeklerden daha fazla oranda gitmeleri olabilir.

Çalışma grubunun öğrenim durumuna bakıldığında, % 60.3'ünün bir okul bitirdiği, % 72.8'inin okur-yazar olduğu görülmektedir (Tablo 4). Türkiye genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun okur-yazarlık oranı % 52.2; ilçe merkezlerinde % 56.7'dir¹⁰.

Güzelbahçe'de 14 yıl önce yaşlılarda yapılan çalışmada, okur-yazarlık oranı % 45.0 ve bir okul bitirme oranı ise % 28.3 olarak saptanmış, okul bitirmeyenlerin oranının yüksek olmasına dikkat çekilmiştir. Aynı çalışmada kentsel bölgenin okur-yazarlık oranı % 53.3

olarak bildirilmiştir⁴. Bulgularda belirtilmemekle birlikte, çalışma grubunda erkeklerin okur-yazarlık oranı kadınlardan anlamlı olarak yüksektir (p: 0.001). Bu bulgu Türkiye geneli ve yaşlılarda yapılan diğer çalışmalarla uyumludur^{4,10,33,35}. Çalışma grubunun okur-yazarlık oranının yüksek olması, bölgenin kent merkezine yakınlığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma grubunun medeni durumları incelendiğinde, çoğunun evli olduğu (% 63.3), bunu dul ve bekarların izlediği görülmektedir (Tablo 4). Medeni duruma göre dağılım da Türkiye geneli ve yaşlılarla ilgili yapılmış diğer çalışmalar ile uyumludur^{4,10,35,36,37}.

6.1.2. Sosyo-ekonomik özellikler

Çalışma grubunun sosyo-ekonomik özellikleri; “kişi başına düşen hane geliri”, “emeklilik durumu”, “çalışma durumu”, “sağlık güvencesi varlığı ve türü” “hanede yaşayan kişi sayısı” ve “sosyal durum bileşik göstergesi” ile incelenmiştir (Tablo 5).

Çalışma grubundaki yaşlıların yaklaşık beşte biri (% 21.3) hane gelirini söylemek istemeyenlerden oluşmaktadır. Söylemek istememe nedenleri hane gelirlerinin çok düşük olması ya da yüksek olmasından kaynaklanabilir ve çalışma grubunun gerçek ekonomik durumunun belirlenmesini engellemiş olabilir.

Hane gelirini belirten 133 yaşlının (% 78.7) yaklaşık dörtte üçünün kişi başına düşen hane geliri asgari ücret ve altındadır. Bornova’da 1992 yılında yapılan çalışmada yaşlıların % 22.9’unun, Güzelbahçe’de 1990 yılında yapılan çalışmada yaşlıların dörtte birinin geliri olmadığı, geliri olanların ise dörtte üçünün gelirlerini yetersiz bulduğu saptanmıştır^{4,38}. Bu bulgular yaşlıların ekonomik olanaklarının yetersizliğini göstermektedir.

Çalışma grubunun yarısından daha azı emeklidir (% 45.0). Bu da barınma, beslenme ve diğer sosyal gereksinimlerin sağlanabilmesi için, banka faizi ya da kira gibi gelirleri olanların dışında, yaşlıların düzenli bir geliri olmadığına, ekonomik olarak aileye bağımlılığa, bir kısmının da halen çalışmak zorunda olmalarına işaret etmektedir.

Çalışma grubundaki yaşlıların % 14.2’si çalışmaktadır. Bu oran Türkiye genelinden (% 34.4) düşük, Bornova’da yapılan çalışmadan (% 3.9) yüksektir^{10,38}.

Yaşlıların çalışma oranlarının Türkiye geneli ve bölgelere göre farklılık göstermesinin nedenleri, emeklilik oranlarının farklılığı, bölgenin geçim kaynaklarının farklı olması ve

özellikle kadınların tarım işkolunda ailelerine yardım etmek amacıyla çalışmalarını “çalışma olarak kabul etmemelerinden” ve bildirmemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca emekli olanların % 15.8’inin (12 kişi) halen çalışıyor olması da düşündürücü bir bulgudur.

Çalışma grubundaki yaşlıların % 15.4’ünün bir sağlık güvencesi yoktur (Tablo 5). Bu oran yeşil kart uygulamasından sonraki tarihlerde ve kentsel bölgede yapılan çalışmalar ile uyumludur. Trabzon’da 2001 yılında % 12.9, Ankara Altındağ’da 2002 yılında % 7.3 olarak bildirilmiştir^{36,37}.

Sağlık güvencesi türü, ülke geneliyle karşılaştırıldığında, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’luların oranının daha yüksek, ve SSK’lıların oranının daha düşük olduğu görülmektedir³². Bu durum, bölgede tarımın daha fazla yapıyor olmasından kaynaklanabilir.

Çalışma grubundaki yaşlıların yaklaşık beşte biri (% 18.9) yalnız yaşamaktadır (Tablo 5). Bu bulgu Güzelbahçe’de 1990 yılında yapılan çalışmada % 22.2, Ankara Altındağ’da % 17.6, İspanya’da 3154 yaşlıda yapılan çalışmada % 19.6 olarak bildirilmiştir^{4,36,39}. Bu bulgu görüldüğü gibi diğer çalışmalarla uyumludur. Evli olan yaşlı oranının da % 63.3 olduğu göz önüne alınırsa, yaşlıların % 17.8’inin bakımı aileleri tarafından üstlenilmektedir.

Kişilerin sosyodemografik özellikleri, yaşamdan beklentileri, sosyal iletişimleri “sosyal durum bileşik göstergesi”⁴ ile bir arada değerlendirilmiştir. Bu göstergeye göre, çalışma grubunun yalnızca % 59.8’inin sosyal durumu “iyi”dir (Tablo 5). Yaşlıların genellikle kendi evinde oturdukları, evli oldukları, akraba, arkadaş ve çocuklarıyla sık görüştikleri buna karşın hayatta yapmak isteklerinin bulunmadığı, gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmediği, uğraşlarının olmadığı gözlenmiştir. Bu bulgular genellikle uğraşlarının olmaması dışında, Güzelbahçe’de 1990 yılında yapılmış çalışma ile uyumludur⁴.

6.1.3. Sağlık Durumları

Sağlık hizmetlerini kullanma gereksinimini artıran etmenlerden biri kronik hastalık varlığıdır. Kronik hastalık varlığının saptanmasında kullanılan yöntemlerden biri, öykü ve fizik bakı ile ön tanı konması, bir diğeri de kişilerin bildirimlerinin dikkate alınmasıdır. Yapılan birçok çalışmada, kronik hastalık varlığı kişilerin kendi bildirimlerine dayanarak değerlendirilmektedir^{36,37}. Güzelbahçe’de 1990 yılında yapılan çalışmada kişilerin kronik hastalık bildirimleri ile öykü ve fizik bakı ile konulan ön tanımlar karşılaştırılmış, bildirilen

hastalık sıklığı ile ön tanı sonucu konan kronik hastalık sıklığının tutarlı olduğu saptanmıştır⁴. Bu çalışmada kişilerin bildirimlerine dayanılarak kronik hastalık varlığı belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki yaşlıların % 85.8'inin en az bir kronik hastalığı olduğu görülmektedir (Tablo 6). Yaşlıların sosyal ve sağlık durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda da en az bir kronik hastalık bulunma sıklığının % 90'lara kadar çıktığı gösterilmiştir^{35,38}.

Yaşlılarda görülen kronik hastalıklar içinde en sık "hipertansiyon", "görme yetersizliği", "kas-iskelet sistemi hastalıkları" görülmektedir. Bu yaş grubunda kronik hastalık sıklığı artarken birden fazla kronik hastalığın bir arada görülme olasılığının da arttığı görülmektedir^{4,36}.

Yaşlılarda sağlık sorunlarının ve bunların içinde özellikle kronik hastalıkların sıklığının artmasının bir sonucu olarak, bu hastalıklara yönelik sürekli ilaç kullanımı gerekliliği de artmaktadır. İlaç kullanımının gerektiği kronik hastalığı olan bazı yaşlıların ilaçla sağaltıma uyumsuzluk ya da sağlık güvencesinin yokluğu gibi nedenlerle ilaç kullanmadığı ya da analjezik kullanımının suistimaline de dikkat çekilmektedir³⁷.

Sağlık algısı, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergedir⁴⁰.

Araştırma grubunun sağlık algısı, kendisinden bilgi alınan 153 yaşlıda (% 90.5) değerlendirilmiş, yalnızca % 56.9'unun sağlığını "iyi" olarak algıladığı saptanmıştır (Tablo 6). Bu bulgu sosyal durum değerlendirmesiyle de uyumludur (Tablo 5). Bir çalışmada, 65 yaş ve üzerindeki toplam 36 yaşlının % 47.2'si "çok iyi" ve "iyi" olarak bildirirken; % 52.8'i "orta" ve "kötü" olarak bildirmişlerdir⁴⁰. Diğer bir çalışmada da, kadınların, 75 yaş üzerindeki, sağlık güvencesi olmayanların sağlıklarını diğerlerine göre daha "kötü" olarak belirttiklerini göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte, sağlık sorunlarının artması, yaşlılığın "hastalık", "kötü bir durum, ölüm" olarak algılanması da sağlık algısını olumsuz olarak etkilemektedir³⁵.

Yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri bileşik gösterge ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların yaklaşık altıda biri günlük yaşam aktivitelerinde "bağımlı" olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Bulgulara yer almamakla birlikte, yaşla birlikte bağımlılığın anlamlı düzeyde arttığı (χ^2 eğitim= 28.3, p: 0.001) saptanmıştır. Anlamlı olmamakla birlikte yine yaşla birlikte “yalnız yaşam” da artmaktadır. Sosyal duruma göre günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık incelendiğinde, sosyal durumu “kötü” olanlarda bağımlılık oranı % 32.4 iken, iyi olanlarda % 3.0 olarak saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 25.6$, p: 0.001). Kötü sosyal durum sağlığı ve dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği düşünülebilir. Sosyal durumu kötü olanlar, daha fazla bağımlıdırlar, daha fazla yalnız yaşamaktadırlar ve bu bulgular kamu sağlık ve sosyal bakımının gerekliliğini düşündürmektedir.

6.2. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumları ve Bunu Etkileyen Etmenler

6.2.1. Son başvuruda kullanılan sağlık kurumları

Yaşlılarda sağlık sorunlarının daha sık görülmesine bağlı olarak sağlık hizmetine başvuru diğer yaş gruplarına göre daha fazladır³⁴.

Çalışma grubunun son başvuruda en sık sağlık ocağını kullandıkları görülmektedir. Bunu sırasıyla devlet hastanesi, özel hekim, üniversite hastanesi ve SSK hastanesi izlemektedir (Tablo 7). Ülke düzeyinde yapılan bir çalışmada ise 65 yaş ve üzeri kişilerin, hastalandıklarında, ilk başvurularını devlet hastanesine (% 31.4) yaptıkları, birinci basamak sağlık kurumuna yaklaşık beşte birinin başvurduğu (% 21.2) saptanmıştır⁴¹.

Sağlık ocağına başvurunun yüksek olmasının en önemli nedeninin ulaşımın kolay olması düşünülebilir. Ayrıca, SSK’lıların yeni yasal düzenleme ile sağlık ocaklarını kullanabilmeleri de sağlık ocaklarına başvuruların artmasında bir etmendir.

Çalışmaya göre, SSK en az kullanılan kurumdur. Bu, SSK kurumlarına yalnızca SSK’lıların başvuru yapabilmesinden kaynaklanabilir. Ayrıca, bölgedeki SSK’lıların oranının düşük olması ve çalışmanın yapıldığı tarihte SSK’lıların da sağlık ocaklarına başvurularına olanak sağlayan yasal düzenlemenin yapılmış olması bu sonucu doğurabilir.

6.2.2. Son başvuruda kamu sağlık kurumlarını kullanımı etkileyen etmenler

Bu çalışmada, yaşlıların % 88.2'sinin son başvurularında kamu sağlık kurumlarını kullandığı saptanmıştır.

Sosyo-demografik etmenlere bakıldığında, kadınlar, okur-yazar olmayanlar, evli olmayanlar, Yeşil Kart'lılar kamu sağlık kurumlarına diğerlerinden daha fazla başvurmuşlardır ancak bu farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 8). Sosyal güvencesi olanlar ise kamuya diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla başvurmaktadır. Bu da beklenen bir bulgudur.

Tüm sağlık kurumlarını ve sağlık ocağını kullanımdan farklı olarak, yaş gruplarına göre kamuya başvuru açısından anlamlı bir fark vardır. 75 Yaş ve üzerindeki yaşlılar, özel hekime diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla başvurmuşlardır. Bu durum, sağlık güvencesi varlığının, kamuya başvuru açısından, yaş grupları üzerine etkili olabileceği dşntlerek, ileri analizle kontrol edilmiş, ancak anlamlılığın değişmediği görülmüştür. 75 Yaş zerindeki yaşlıların, özel hekime diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla başvurmalarının nedeni, kamu kurumlarında sıra beklemek istememe ya da daha bağımlı olmaları nedeniyle eve özel hekim getirme olabilir.

Sosyo-ekonomik etmenlerin kamuya başvurularına bakıldığında, yalnız yaşayanların, ekonomik durumu kötü olanların ve sosyal durumu iyi olanların kamu sağlık kurumlarına diğerlerine göre daha fazla başvurmakla birlikte bu farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 9).

Çalışmada, yaşlıların sağlık durumlarını belirleyen etmenlerin de kamuya başvuruyu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 10). Bu beklenen bir bulgudur.

Bu bulgular, yaşlıların kamu sağlık kurumlarına başvurularını, sosyo-ekonomik ve sağlık durumlarının değil, sağlık güvencesi varlığının ve ileri yaşın etkilediğini göstermektedir.

6.2.3. Son başvuruda sağlık ocağı kullanımını etkileyen etmenler

Yaşlıların yarıdan fazlası (% 57.4), son başvurularında sağlık ocağını kullanmışlardır. Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik etmenlerin sağlık ocağını kullanım üzerine etkisi, tüm sağlık kurumlarını kullanıma olan etkilerinden farklı değildir. Cinsiyetin, yaş grubunun, medeni

durumun, eğitim durumunun sosyal güvence varlığının ve sağlık durumunun sağlık ocağına başvuru üzerine etkisi görülmemiştir (Tablo 11,12,13).

Çalışmada, farklı sağlık güvenceleri arasında ise sağlık ocağına başvuru açısından anlamlı bir fark olduğu, Yeşil Kart'lıların sağlık ocağına diğerlerinden anlamlı olarak daha fazla başvurduğu, SSK'lıların ise anlamlı olarak daha az başvurduğu görülmektedir. SSK'lıların sağlık ocağına daha az başvurmaları, SSK'lıların da sağlık ocaklarından yararlanmasını sağlayan yasal düzenlemenin yeni uygulamaya konmuş olması nedeniyle, sağlık ocaklarının SSK'lılar tarafından az tanınıyor olmasından kaynaklanabilir.

Yeşil Kart'lıların sağlık ocaklarını daha fazla kullanım nedeni ise, sağlık ocağına başvuru yapılmaksızın diğer basamaktaki sağlık kurumlarına başvuru yapamamaları olabilir.

6.2.4. Herhangi bir sağlık kurumunu kullanımı etkileyen etmenler

Çalışmada, yaşlıların sağlık kurumlarını kullanımları, son başvurusunu son bir ayda yapanlar ile diğerleri karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Yaşlıların % 57.4'ünün son başvurularını son bir ayda yaptıkları saptanmıştır. Ankara Gülveren'deki yaşlılarda, son bir aydaki başvuru oranı % 37.2 olarak bildirilmiştir³⁵. Bu fark, çalışma grubundaki sağlık güvencesi olan yaşlıların oranının, Gülveren'deki yaşlılara göre daha yüksek olmasından ve mevsimsel değişikliklere göre sağlık kurumlarına başvuru sıklığının değişmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Kadınların, eğitim durumu kötü olanların, evlilerin, ileri yaş grubundaki yaşlıların ve sağlık güvencesinden memnun olanların sağlık kurumlarına diğerlerinden daha fazla başvurdukları ancak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 14).

Sağlık güvencesi türü ve sağlık güvencesi varlığının, sağlık kurumlarına başvuruyu etkilediği saptanmıştır. Sağlık güvencesi olanlar sağlık kurumlarını diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla kullanmaktadırlar. Gereksinim duyulduğunda, sağlık kurumuna başvuruda kişiyi maddi olarak sıkıntıya sokmayacak bir güvencenin olmasının, rahatlıkla başvuru yapılmasını sağlayacağı beklenen bir bulgudur. Ülke çapında yapılan bir çalışmada da kişi başına yıllık başvuru ortalaması 3.34 iken, bu sağlık güvencesi olmayanlarda yaklaşık yarısı kadar (1.57) olarak bildirilmektedir⁴¹.

Çalışmada, sağlık güvencesi olanlar içinde, SSK'lıların sağlık kurumlarına diğerlerinden anlamlı olarak daha az başvurduğu saptanmıştır. Bu bulgu SSK'lıların verilen hizmetten memnun olmadığını da bir göstergesi olabilir.

Yalnız ya da en az bir kişiyle birlikte yaşama, gelir düzeyi ve sosyal durumun başvuruyu etkilemediği görülmektedir (Tablo 15). Bu bulgu da Özçebe ve ark. yaptıkları çalışmanın verisiyle uyumludur³⁵.

Sağlıklarını “kötü” ve “orta” olarak algılayanlar, günlük yaşam aktivitelerinde “bağımlılar” ve kronik hastalığı olanlar kurumlara diğerlerine göre daha fazla başvurmakla birlikte bu fark da anlamlı değildir (Tablo 16). Çalışmanın başlangıcında, kronik hastalık varlığının sağlık kurumuna başvuruyu anlamlı olarak artıracığı öngörülmüştür. Anlamlılık düzeyinin sınırda anlamlılığa çok yakın olması (p: 0.057) bunu desteklemektedir. Bu bulgular da , Gülveren çalışması ile uyumludur³⁵.

6.3. Son Başvuruda Kullanılan Sağlık Kurumlarını Seçme Nedenleri

Bu çalışmada, yaşlıların sağlık kurumlarını en sık seçme nedeni “ulaşımın kolay olması”dır. Bunu, “sağlık güvencesinin giderlerini karşılaması” nedeni izlemektedir (Tablo 17).

Ankara Gülveren’de yapılan çalışmada yaşlıların sağlık kurumlarını seçme nedenlerinde belirleyici olanın kurumun yakın olması yani ulaşımın kolay olup olmaması değil, sağlık güvencelerinin etkilediği saptanmıştır³⁵. Bunun nedeni Gülveren bölgesinde yaşlıların % 44.4’ünün SSK’lı olması ve Emekli Sandığı’na bağlı olanların oranının çok düşük (% 14.8) olmasından kaynaklanabilir.

En sık başvuru alan kurum olan sağlık ocağını seçme nedenlerinin başında “ulaşımın kolay olması” gelmektedir (Tablo 17). Benzer çalışmalarda da “ulaşımın kolay olması” sağlık ocağını en sık seçme nedeni olarak saptanmıştır⁴². Bu çalışmada, diğer kurumlara göre “sağlık ocağına güvenin az olması” sorgulanması gereken önemli bir bulgudur

SSK hastanelerini tek seçme nedeni “sağlık güvencesi” olması önemli bir araştırma konusudur.

Özel hekim ve üniversite hastanesi için “hekim/ kuruma güven” ön plana çıkmaktadır.

6.4. Yaşlıların Kullanmak İstedikleri Sağlık Kurumları ve Seçme Nedenleri

Yaşlıların büyük çoğunluğu, olanakları olsaydı bile, yine aynı kurumlara başvurmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 18).

Bu oran SSK hastanelerine başvuranlarda oldukça düşüktür. Kurumlar “SSK” ve “diğer” olarak gruplandırılarak yapılan çözümlemede, başvuru alan kurum ile başvurulmak istenen kurumun tutarlılığının yok denecek kadar zayıf olduğu görülmüştür. Bu bulgu, SSK hastanelerini kullananların memnuniyetinin düşüklüğüne işaret etmektedir. Bunun nedeni, SSK hastanelerinde yaşanan karmaşa, işlerliği olmayan randevu sistemi ve sunulan hizmetin niteliğinin kötü olması olabilir.

Bu grupta özel hekime başvurma isteğinin oldukça yüksek olması da dikkat çekicidir ve “işlerinin görülebilmesi için SSK hekimlerinin muayenehanelerine gitmeleri” alışkanlığının bir yansıması olabilir.

Sağlık ocağına başvuranların % 32.0'ı olanakları olsa sağlık ocağına başvurmak istemediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca diğer kurumlara başvuran kişilerin hiç birinin sağlık ocağına başvurmak istememeleri dikkat çekicidir. Bunun nedeni, yaşlıların, sağlık sorunlarının sağlık ocağında çözüleceğine güvensizlikleri olabilir. Seçme nedenleri arasında sağlık ocağına güvenin düşük oranda belirtilmesi (% 6.2) bunu desteklemektedir.

Kurumlar “sağlık ocağı” ve “diğer” olarak gruplandırılarak yapılan çözümlemede, başvuru alan kurum ile başvurulmak istenen kurumun tutarlılığının yok denecek kadar az olması da, sağlık ocağını kullanmayanların bu kurumu tanımamalarını düşündürmektedir.

Üniversite hastanelerine gidenlerin tümü de yine aynı kurumu kullanacaklarını belirtmişlerdir. Bunun nedeni bu kuruma ve bu kurumun hekimlerine duyulan güven (% 83.4) olabilir.

SSK hastanelerine başvuranlar dışında, kamu sağlık kuruluşuna başvuran yaşlıların, olanakları olsaydı başvuracakları arasında “özel hekim” lerin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Özel hekime başvuranların % 30'nun bile olanakları olsaydı kamuya başvuracaklarını belirtmeleri de dikkat çekicidir (Tablo 18).

Kamuya ait kurumlara başvuranlar ile özel hekime başvuranların kamuya başvurma isteği incelendiğinde (Tablo 19), yaşlıların büyük çoğunluğunun, olanakları olsaydı, başvurmak istedikleri kurumların yine kamuya ait kurumlar olduğu saptanmıştır. Ayrıca daha önce özeli kullananların kamuya başvurma olasılığı diğerlerinin iki katı kadardır. Bunun nedeni de yaşlıların, sağlık sorunlarının çözümü için kurumsal bir yapıya gereksinim duymaları olabilir.



7. SONUÇLAR

7.1. Son başvuruda kullanılan sağlık kurumları

Yaşlılar, son başvurularında en sık sağlık ocağını kullanmışlardır.

Yaşlılar sıklıkla, SSK kurumlarını “sağlık güvencesi”; sağlık ocağını “ulaşımın kolay olması”; devlet hastanesini “sağlık güvencesi” ve “ulaşımın kolay olması”; üniversite hastanesini “bu kuruma ve hekimlerine duydukları güven” nedenleriyle seçmişlerdir.

Sağlık güvencesi varlığının, kamu sağlık kurumlarını kullanımda önemli bir rolü vardır.

Son başvuruda Yeşil Kart’lıların, sağlık ocağını daha fazla kullanırken, SSK’lıların daha az kullandıkları saptanmıştır.

Son başvuruda tüm sağlık kurumlarını kullanımda, sağlık güvencesi varlığı ve sağlık güvencesi türü etkilidir.

Yaşlıların sağlık güvencesinin olmaması, tüm sağlık kurumlarının kullanımını olumsuz etkilemektedir.

Sağlık güvencesi olmayanlar ve SSK’lılar sağlık kurumlarını daha az kullanmışlardır.

8. ÖNERİLER

- Sağlık güvenlik kuruluşlarının, toplumun tüm bireylerini kapsayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.
- Yaşlıların gereksinimlerine uygun sağlık hizmetlerin planlanması ve bu hizmetlerden tüm yaşlıların yararlanmasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Yaşlılar için, sağlık ocaklarının en yakın kurum olması, bütüncül sağlık hizmeti vermesi ve ulaşımın kolay olması nedeniyle önemi büyüktür. Sağlık ocaklarında, yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması ve SSK’lıların da bu kurumu kolaylıkla kullanabileceği etkin düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

8. EKLER

EK 1. Değerlendirme formu

Sıra no:

**Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Yaşlıların
Sağlık Kurumlarına Başvurularını Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi**

Görüşme: 1. Kendisi ile 2. Bakımından sorumlu kişi ile (.....)

Ad soyad:

Adres:

Tel. no:

I. Sosyodemografik Değişkenler

1. Cinsiyet 1. Erkek 2. Kadın

2. Yaşınız nedir?(Doğum tarihi: 19...)

3. Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlk okul mezunu
4. Orta okul mezunu
5. Lise mezunu
6. Üniversite-yüksek okul mezunu

4. Emekli misiniz?

0. Hayır
1. Evet

5. Çalışıyor musunuz?

0. Hayır
1. Evet

6. Düzenli bir geliriniz var mı?

0. yok
1. emekli maaşı
2. dul aylığı
3. ihtiyarlık maaşı
4. diğer.....

7. (Düzenli geliri var ise) miktarı

1.
9. gereksiz

8. Ortalama hane gelirinin miktarı

1.
9. gereksiz

9. Hanede yaşayan kişi sayısı

.....

10. Sosyal durumu: 1. iyi 2. orta 3. kötü

Değişken		Puan
Medeni durum	evli	3
	bekar	2
	dul	1
	eşinden ayrı	1
Yaşayan çocuk sayısı	İki ya da daha fazla	3
	Tek çocuk	2
	Hiç çocuğu yok	0
Oturduğu ev	Kendisinin	3
	Birlikte yaşadığı kişilerin	2
	Kira	1
	Diğer	1
Evde kendisine ait oda	Var	3
	Yok	0
Sosyal güvence	Var	3
	Yok	0
Gelir durumu	Var, gereksiniminden fazla	3
	Var, ancak yetiyor	2
	Var, yetmiyor	1
	Yok	0
Kitle iletişim araçlarından herhangi birini kullanım	Hergün kullanıyor	3
	Bazen kullanıyor	1
	Hiç kullanmıyor	0
Birlikte yaşadığı kişi	Eşi	3
	Eşi ve çocuğu	3
	Diğer	1
	Yalnız yaşıyor	0
İkamet durumu	Sürekli aynı evde oturuyor	3
	Sürekli dolaşıyor	0
Uğraşı varlığı	Üretime yönelik uğraşlar	3
	Üretime katkısı olmayan uğraşlar	2
	Uğraşısı yok	0
Hayatta yapmak istediği	Var	3
	Yok	0
İhtiyaç hissettiğinde yardım edecek kişi	Var	3
	Yok	0
Çocuklar ile görüşme sıklığı	Haftada 1 kez	3
	Ayda 1-3 kez	2
	Yılda 1-3 kez	1
	Görüşmüyor	0

Akraba ile görüşme sıklığı	Haftada 1 kez	3
	Ayda 1-3 kez	2
	Yılda 1-3 kez	1
	Görüşmüyor	0
Arkadaş sayısı	Var, 2 ya da daha fazla	3
	Var 1 tane	2
	Yok	0

II.Sağlık Kurumuna Başvuru İle İlgili Değişkenler

11. Doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı? (süreğen hastalık ise alınacak)

0. yok
1. var

12. Genel olarak değerlendirdiğinizde sizce sağlığınız nasıldır?

1. kötü
2. orta
3. iyi
4. çok iyi
5. mükemmel

13. Sağlık harcamalarınızı karşılayan bir sağlık güvenceniz var mı? Varsa nedir?

0. Yok
1. Yeşil kart
2. SSK
- 3 Emekli sandığı
4. Bağ- Kur
5. özel sigorta
6. ES + özel
7. SSK+ özel
8. Bağ- Kur+ özel

14. Size göre sağlık güvenceniz gereksiniminizi karşılıyor mu?

0. hayır
1. evet

15. (Hayır ise) Sağlık güvencenizin gereksinimlerinizi karşılayamama nedeni nedir?

.....
.....
.....

16. Evinize en yakın sağlık kurumu hangisidir?

1. Sağlık ocağı
2. SSK Hastanesi ya da dispanseri
3. Devlet hastanesi
4. Özel muayenehane, poliklinik, hastane
5. Üniversite hastanesi
6. Diğer

17. Evinize en yakın sağlık kurumuna yuruyerek kac dakikada ulasabiliyorsunuz?
.....dakika

18. Evinize en yakın sağlık kurumu yaklasik kac metre uzakliktadir?
... ..metre

19. En son ne zaman bir sağlık kurumuna gittiniz?

0. Hiç gitmedi

1. gün/ay once (... .. tarihinde)

20. En son basvurduğunuz sağlık kurumu neresidir?

1. Sağlık ocağı

2. SSK Hastanesi ya da dispanseri

3. Devlet hastanesi

4. Özel muayenehane, poliklinik, hastane

5. Üniversite hastanesi

5. Diğer.....

21. Niçin bu kuruma basvurdunuz?

1. Sağlık güvencesi kurumun giderlerini karşiladığı için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
2. Ucuz olduğu için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
3. Yakın olduğu için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
4. Kuruma güvendiği için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
5. Hekime güvendiği için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
6. Özel hekiminin çalıştığı kurum olduğu için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
7. Başka kurum olmadığı için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
8. Diğer.....			

22. (Tüm basvuranlar için) Başka bir sağlık kurumuna basvurmak ister miydiniz?

0. Hayır

1. Evet

23. (Başka bir sağlık kurumuna basvurmak isteyenler için) Hangi sağlık kurumuna basvurmak isterdiniz?

1. Sağlık ocağı

2. SSK Hastanesi ya da dispanseri

3. Devlet hastanesi

4. Özel muayenehane, poliklinik, hastane

5. Üniversite hastanesi

6. Diğer.....

9. gereksiz

24. (Başka bir sağlık kurumuna basvurmak isteyenler için) Neden bu sağlık kurumuna basvurmak isterdiniz?

1. Sağlık güvencesi kurumun giderlerini karşiladığı için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
2. Ucuz olduğu için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
3. Yakın olduğu için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
4. Kuruma güvendiği için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
5. Hekime güvendiği için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
6. Özel hekiminin çalıştığı kurum olduğu için	0. hayır	1. evet	9. gereksiz
8. Diğer.....			

25. Günlük yaşam aktivitesi: 0. Bağımlı (< 25 puan) 1. Bağımsız (≥ 25 puan)

Değişken		Puan
Banyo yapma	Yardımsız yıkıyor	3
	Yardımsız yıkanamıyor	0
Giyinme	Kendi başına giyiyor	3
	Yardımsız giyinmiyor	0
Tuvalete gitme	Yardımsız gidiyor, yıkıyor, giyiyor	3
	Hiç gidemiyor	0
Sandalye ya da yatakta oturup kalkma	Yardımsız hareket ediyor	3
	Hiç yataktan kalkamıyor	0
Yürüme	Yardımsız yürüyor	3
	Hiç yürüyemiyor	0
Yemek yeme	Yardımsız besleniyor	3
	Yardımsız beslenemiyor	0
Sokağa çıkma	Yardımsız çıkıyor	3
	Hiç çıkamıyor	0
Bakkal ya da manavdan alışveriş yapma	Yardımsız yapıyor	2
	Kendi başına yapamıyor	0
Kendi yemeğini hazırlama	Yardımsız yapıyor	2
	Hiç yemek yapamıyor	0
Ev işi yapma	Yardımsız yapıyor	2
	Hiçbir iş yapamıyor	0
Maaş ya da kira gibi diğer gelirini alma	Yardımsız bankaya gidip parasını alıyor ve harcıyor	2
	Hiç yapamıyor	0
Kendi ilacını içme	Zamanında ve uygun dozda içiyor	2
	Kendi başına ilaç içemiyor	0

EK 2. “Sosyal durum” bileşik göstergesi

Değişken		Puan
Medeni durum	evli	3
	bekar	2
	dul	1
	eşinden ayrı	1
Yaşayan çocuk sayısı	İki ya da daha fazla	3
	Tek çocuk	2
	Hiç çocuğu yok	0
Oturduğu ev	Kendisinin	3
	Birlikte yaşadığı kişilerin	2
	Kira	1
	Diğer	1
Evde kendisine ait oda	Var	3
	Yok	0
Sosyal güvence	Var	3
	Yok	0
Gelir durumu	Var, gereksiniminden fazla	3
	Var, ancak yetiyor	2
	Var, yetmiyor	1
	Yok	0
Kitle iletişim araçlarından herhangi birini kullanım	Hergün kullanıyor	3
	Bazen kullanıyor	1
	Hiç kullanmıyor	0
Birlikte yaşadığı kişi	Eşi	3
	Eşi ve çocuğu	3
	Diğer	1
	Yalnız yaşıyor	0
İkamet durumu	Sürekli aynı evde oturuyor	3
	Sürekli dolaşıyor	0
Uğraşı varlığı	Üretime yönelik uğraşlar	3
	Üretime katkısı olmayan uğraşlar	2
	Uğraşısı yok	0
Hayatta yapmak istediği	Var	3
	Yok	0
İhtiyaç hissettiğinde yardım edecek kişi	Var	3
	Yok	0

Çocuklar ile görüşme sıklığı	Haftada 1 kez	3
	Ayda 1-3 kez	2
	Yılda 1-3 kez	1
	Görüşmüyor	0
Akraba ile görüşme sıklığı	Haftada 1 kez	3
	Ayda 1-3 kez	2
	Yılda 1-3 kez	1
	Görüşmüyor	0
Arkadaş sayısı	Var, 2 ya da daha fazla	3
	Var 1 tane	2
	Yok	0



EK 3. “Günlük Yaşam Aktiviteleri” bileşik göstergesi

Değişken		Puan
Banyo yapma	Yardımsız yıkıyor	3
	Yardımsız yıkanamıyor	0
Giyinme	Kendi başına giyiniyor	3
	Yardımsız giyinemiyor	0
Tuvalete gitme	Yardımsız gidiyor, yıkıyor, giyiniyor	3
	Hiç gidemiyor	0
Sandalye ya da yatakta oturup kalkma	Yardımsız hareket ediyor	3
	Hiç yataktan kalkamıyor	0
Yürüme	Yardımsız yürüyor	3
	Hiç yürüyemiyor	0
Yemek yeme	Yardımsız besleniyor	3
	Yardımsız beslenemiyor	0
Sokağa çıkma	Yardımsız çıkıyor	3
	Hiç çıkamıyor	0
Bakkal ya da manavdan alışveriş yapma	Yardımsız yapıyor	2
	Kendi başına yapamıyor	0
Kendi yemeğini hazırlama	Yardımsız yapıyor	2
	Hiç yemek yapamıyor	0
Ev işi yapma	Yardımsız yapıyor	2
	Hiçbir iş yapamıyor	0
Maaş ya da kira gibi diğer gelirini alma	Yardımsız bankaya gidip parasını alıyor ve harcıyor	2
	Hiç yapamıyor	0
Kendi ilacını içme	Zamanında ve uygun dozda içiyor	2
	Kendi başına ilaç içemiyor	0

9. KAYNAKLAR

1. Şemin S. Toplum sağlığı ve insan hakları. Toplum ve Hekim 1996;11:12-16.
2. Okuyan AZ. Halk sağlığı ve insan hakları eğitimi. Toplum ve Hekim 1996;11:115-118.
3. World Ageing Atlas. Geneva. World Health Organization; 1999.
4. Uçku R. Yaşlıların mediko-sosyal sorunları üzerine bir inceleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, uzmanlık tezi, İzmir 1990.
5. Khaw KT. Epidemiological aspects of ageing. World J Urol 2002;20:11-6.
6. WHO Expert Committee. Health of elderly. Geneva. World Health Organization; 1989. Technical Report Series 779.
7. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva. World Health Organization; 1975. Technical report series 706. İçinde: Mandıracıoğlu A. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 65 yaş üzeri populasyonun medikososyal sorunlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Uzmanlık tezi. İzmir, 1992.
8. United Nations, Division for Social Policy and Development. International plan of action on ageing. (erişim adresi: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaa1.htm>, erişim tarihi: 22.05.2004).
9. World Health Organization. World health report.; 1998.
10. TC. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 2000 Yılı genel nüfus sayımı, nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri. Ankara: DİE Matbaası; Mart 2003. Yayın no:2759.
11. United Nations. Revision of the world population; 1998. (erişim adresi: <http://www.popin.org/pop1998>, erişim tarihi: 22.05.2004).
12. Wall S, Janlert U. The world health report 2003: conveying new insights while refurbishing old ideas. Scand J Public Health 2004;32:1-2.
13. Davies AM. WHO centre for health development ageing and health in the 21st century - an overview. (erişim adresi: <http://www.who.or.jp/ageing/introduction/background/6papers1.htm>, erişim tarihi: 24.05.2004).
14. TC. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 1990 Yılı nüfus ve kalkınma göstergeleri. (erişim adresi: <http://nkg.die.gov.tr> , erişim tarihi:22.05.2004).
15. United Nations. The ageing of the world's population. (erişim adresi: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/agewpop.htm>; erişim tarihi: 22.05.2004).

16. McDevitt TM. Population composition. (erişim adresi: <http://www.census.gov/ipc/prod/wp96/wp96017.pdf>, erişim tarihi: 23.05.2004).
17. Akan P, Erdiñler D, Tezcan V, Beger T. Yaşlıda ilaç kullanımı. Geriatri 1999; 2(1):33-38.
18. Uncu Y. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. Geriatri 2003; 6(1):31-37.
19. Batman A. Yaşlı populasyonun özellikleri ve sunulan hizmetler. Geriatri 2002;5(3):123 (editöre nektup).
20. Anderson GF, Hussey PS. Population aging: a comparison among industrialized countries. Health Affairs 2000. (erişim adresi: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/3/191>, erişim tarihi: 25.05.2004).
21. Beier LM. My twelve years in the U.K. health system. Health Affairs 2000. (erişim adresi: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/3/191>, erişim tarihi: 25.05.2004).
22. Merlis M. Caring for the frail elderly:an international review. Health Affairs 2000. (erişim adresi: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/3/141>, erişim tarihi:25.05.2004).
23. Durgun B. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan hizmetler. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, uzmanlık tezi, İstanbul;1997.
24. TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. Türkiye’de yaşlılık alanındaki sosyal hizmet uygulamaları. (erişim adresi: <http://www.shcek.gov.tr>, erişim tarihi: 18.05.2004).
25. Çiçeklioğlu M. Sağlık hizmeti araştırmalarında farklı bir yaklaşım: birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1998;13(5):328-333.
26. Gökkoca Z, Etiler N. Yaşlılık döneminde hizmet programları. Toplum Hekimliği Bülteni 1999;3-4:3-6.
27. Eyyüboğlu İ, Yılmaz R, Şahpaz F. 1. Basamak gözüyle geriatri. İçinde: 1.Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Özel Sayı;2004;Antalya. Güneş Kitabevi; Ankara 2004. s. 61-66
28. Kaya S. Ankara metropolitan alanda sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Doktora Tezi, Ankara 1992.
29. Keskinöglü P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 No’ lu Sağlık Ocağı Bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Geriatri 2003;6(1):27-30.
30. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Hekimler ve tabip odası yöneticileri için mevzuat. Ankara; Mart 1998.

31. Soyer A. Sanayi devriminden küreselleşmeye darbeden ak partiye sağlığın öyküsü. Birinci Baskı. Sorun Yayınları. İstanbul; Mart 2004.
32. Türk Tabipleri Birliği. Sağlık hizmetlerinde genel değerlendirme. İçinde: Öztürk A. Sağlık Hakkı. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstrisi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001.
33. Öztürk A. Sağlık Hakkı. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstrisi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001.
34. Calnan M, Almond S, Smith N. Ageing and public satisfaction with the health service: an analysis of recent trends. *Social Science & Medicine* 2003;57:157-172. (erişim adresi: www.elsevier.com/locate/socscimed, erişim tarihi:02.06.2004).
35. Özcebe H. ve ark. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesi'nde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. *Geriatry* 2003;6(1):22-26.
36. Bilir N. ve ark. Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne bağlı Sakarya Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. *Geriatry* 2002;5(3):97-102.
37. Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kapucu M. Trabzon 2 No.lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi. *Geriatry* 2001;4(4):159-166.
38. Mandıracıoğlu A. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 65 yaş üzeri popülasyonun medikososyal sorunlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. uzmanlık tezi. İzmir, 1992.
39. Mayoloras GF, Rodriguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Social Science & Medicine* 2000;50:17-26. (erişim adresi:www.elsevier.com/locate/socscimed, erişim tarihi:02.06.2004).
40. Erengin HK, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim* 1997;12:11-16.
41. Toros A, Öztekin Z.(ed) Health services utilization survey in Turkey. Ministry of Health, Ankara 1995. İçinde: Öztürk A. Sağlık Hakkı. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstrisi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001.
42. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Geriatry* 2002;5(4):138-143