

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KONAK İLÇESİNDE 65 YAŞ ve ÜZERİ  
BİREYLERİN İYİLEŞTİRİCİ SAĞLIK  
HİZMETLERİNDE BİRİNCİ BASAMAĞI  
KULLANIMI**

İBRAHİM PADIR

**HALK SAĞLIĞI  
DOKTORA TEZİ  
İZMİR-2016**

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2008970057

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KONAK İLÇESİNDE 65 YAŞ ve ÜZERİ  
BİREYLERİN İYİLEŞTİRİCİ SAĞLIK  
HİZMETLERİNDE BİRİNCİ BASAMAĞI  
KULLANIMI**

**HALK SAĞLIĞI  
DOKTORA TEZİ**

**İBRAHİM PADIR**

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Reyhan UÇKU

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2008970057

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Doktora programı öğrencisi İbrahim Padır, **'KONAK İLÇESİNDE 65 YAŞ ve ÜZERİ BİREYLERİN İYİLEŞTİRİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRİNCİ BASAMAĞI KULLANIMI'** konulu Doktora 29/06/2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

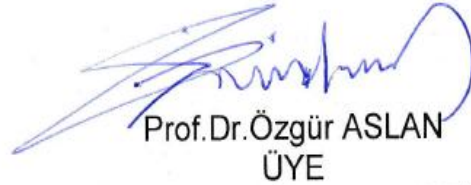


Prof.Dr. Reyhan UÇKU  
BAŞKAN  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof.Dr. Belgin ÜNAL  
ÜYE  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof.Dr.Meltem ÇİÇEKLİOĞLU  
ÜYE  
Ege Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Doç.Dr.Hatice ŞİMŞEK KESKİN  
YEDEK ÜYE  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD



Prof.Dr.Özgür ASLAN  
ÜYE  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Kardiyoloji AD

Prof. Dr. Pınar OKYAY  
ÜYE  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU  
YEDEK ÜYE  
Ege Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

## İçindekiler

	Sayfa No
İçindekiler .....	i
Teşekkür .....	iv
Tablolar Dizini .....	v
Şekiller Dizini .....	vii
Kısaltmalar Dizini .....	viii
Özet .....	1
Abstract .....	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Yaşlılık Tanımı .....	6
2.2. Dünyada Yaşlı Nüfus .....	7
2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus .....	9
2.4. Toplum Yaşlanması ve Sorunlar .....	11
2.4.1. Kentleşme .....	11
2.4.2. Bağımlı Nüfusun Artması .....	11
2.4.3. Sağlık Bakım Gereksiniminin Artması .....	12
2.5. Dünyada Yaşlı Sağlığı Politikaları .....	13
2.6. Türkiye’de Yaşlı Sağlığı Politikaları .....	15
2.7. Yaşlılık ve İyileştirici Sağlık Hizmetleri .....	18
2.7.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri .....	19
2.7.2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri .....	20
2.8. Türkiye’de Yaşlılara İyileştirici Sağlık Hizmet Sunumu .....	21
2.9. Sağlık Hakkı, Sağlık Hizmet Erişimi ve Kullanımı .....	22
2.9.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Etmenler .....	26
2.9.2. Andersen’in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli .....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	30
3.1. Araştırmanın Tipi .....	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	30
3.4. Çalışma Materyali .....	31
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	32
3.5.1. Bağımlı Değişken .....	32

3.5.2. Bağımsız Değişkenler .....	32
3.5.2.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili değişkenler .....	32
3.5.2.2. Yaşlıların çevreyle iletişim durumları ile ilgili değişkenler ....	32
3.5.2.3. Yaşlıların sağlık durumları ile ilgili değişkenler.....	32
3.5.2.4. Kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili değişkenler: .....	33
3.5.3 Tanımlayıcı değişkenler .....	33
3.5.3.1. Son başvuruda kullandıkları sağlık hizmeti ve aile hekimliği kullanımı ile ilgili değişkenler .....	33
3.5.3.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili değişkenler: .....	34
3.5.4. Değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri .....	34
3.5.4.1. Bağımlı değişken .....	34
3.5.4.2. Bağımsız değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri: .....	34
3.5.4.2.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri .....	34
3.5.4.2.2. Yaşlıların çevreyle iletişim durumları ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri.....	36
3.5.4.2.3. Yaşlıların sağlık durumları ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri: .....	37
3.5.4.2.4. Kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri: .....	39
3.5.4.2.5. Tanımlayıcı değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri: .....	40
3.5.4.2.5.1. Yaşlıların son başvuruda kullandıkları sağlık hizmeti ve aile hekimliği kullanımı ile ilgili veriler .....	40
3.5.4.2.5.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri .....	41
3.6. Veri Toplama Araçları .....	42
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi .....	42
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	43
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	43
3.10. Etik Kurul Onayı .....	43
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>44</b>
4.1.Tanımlayıcı Bulgular: .....	44
4.1.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili bulgular: .....	44
4.1.2. Çevreyle iletişim durumlarıyla ilgili tanımlayıcı bulgular: .....	48

4.1.3. Sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı bulgular: .....	49
4.1.4. Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili tanımlayıcı bulgular: .....	54
4.2.1. İyileştirici sağlık hizmetlerinde (son başvuruda) birinci basamağın kullanımı ve etkileyen etmenlerle ilgili bulgular: .....	60
4.2.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili bulgular .....	64
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>66</b>
5.1.Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Tartışma .....	66
5.1.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili bulgulara ilişkin tartışma .....	66
5.1.2. Çevreyle iletişim durumlarıyla ilgili tanımlayıcı bulgulara ilişkin tartışma .....	68
5.1.3. Sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı bulgulara ilişkin tartışma .....	68
5.1.4. Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili tanımlayıcı bulgulara ilişkin tartışma .....	71
5.2.1. İyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımı ve etkileyen etmenlerle ilgili bulgulara ilişkin tartışma .....	73
5.2.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili bulgulara ilişkin tartışma .....	75
5.3. Araştırmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları .....	77
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>78</b>
6.1. Sonuç .....	78
6.2. Öneriler .....	80
<b>7.KAYNAKLAR .....</b>	<b>82</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>96</b>
Ek.1 Anket formu .....	96
Ek 2. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi .....	101
Ek 3. Etik Kurul Onayı .....	102
Ek 4. Özgeçmiş .....	103

## Teşekkür

Sağlığa bakış açımı yenileyen ve ufkumu genişleten, yaşamımda yeni pencereler oluşmasını sağlayan, bilgi dağarcığımı çok arttıran doktora eğitimim ve tez çalışmalarım süresince katkı ve destek sağlayan başta tez danışmanım Prof.Dr.Reyhan Uçku olmak üzere, Prof.Dr.Gazanfer Aksakoğlu, Prof.Dr.Belgin Ünal, Prof.Dr.Özgür Aslan ve tüm Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı AD öğretim üyelerine içten teşekkür ederim.

Gerek eğitimim gerekse tez çalışmalarım sırasında benden desteklerini ve anlayışlarını esirgemeyen Dr.Nuray Yüçetin, Dr.Aylin Sena Beliner ve tüm çalışma arkadaşlarıma gönülden teşekkür ederim.

Ayrıca bu araştırmanın özellikle veri toplama aşamasında büyük emekleri olan sağlık çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Doktora eğitimim ve tez sürecinde bana sürekli destek olan ve çok büyük anlayış gösteren sevgili eşim, canım çocuklarım ve tüm aileme çok teşekkür ederim.

## TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Tablo Adı</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1	Sağlık Bakım Hizmetlerine Erişimin Tanımları ve Boyutları	24
Tablo 2	Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler	26
Tablo 3	Andersen Modeli bileşenleri	27
Tablo 4	Örneğe çıkan yaşlılara ulaşma durumu	31
Tablo 5	Yaşlıların demografik özelliklerine göre dağılımı	44
Tablo 6	Yaşlıların emekli olma-çalışma durumlarına göre dağılımı	45
Tablo 7	Yaşlıların sahip oldukları çocuk ve birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre dağılımı	46
Tablo 8	Yaşlıların sağlık güvence, sosyo-ekonomik ve gelir durumlarına göre dağılımı	47
Tablo 9	Yaşlıların çocukları ve yakınları dışında kişilerle görüşme sıklıklarının dağılımı	48
Tablo 10	Yaşlıların hobi ve ev dışında katıldığı sosyal aktivite durumlarına göre dağılımı	49
Tablo 11	Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme ve ev dışında yardıma gereksinim duyma durumlarına göre dağılımı	50
Tablo 12	Yaşlıların kendilerine ve yaşlılarına göre sağlık durum algılarının dağılımı	51
Tablo 13	Yaşlıların yaşamları etkileyecek engellilik durumu, kronik sağlık sorunu olması ve kronik sağlık sorunlarının dağılımı	52
Tablo 14	Yaşlıların düzenli ilaç kullanma ve düzenli olarak kullandığı ilaç kutu sayına göre dağılımı	53
Tablo 15	Yaşlıların düzenli tetkik yaptırma, evde kendi kendilerine/yakını yardımı ile tansiyon arteriyel ve kan şekeri ölçümlerine göre dağılımı	53



Tablo 16	Yaşlıların sağlık sorunlarında yeğledikleri sağlık kurumu ve nedenlerinin dağılımı	55
Tablo 17	Yaşlıların en son kullandıkları sağlık hizmetinin özelliklerine göre dağılımı	56
Tablo 18	Yaşlıların en son kullandıkları sağlık kurumu ve eczanede ücret ödeme durumları	57
Tablo 19	Yaşlıların aile hekimine en son ne zaman gittikleri ve aile hekimini kullanmama nedenlerinin dağılımı	58
Tablo 20	Yaşlıların aile hekiminden beklentilerinin dağılımı	59
Tablo 21	Yaşlıların aile hekimlerini değiştirme durumu özelliklerine göre dağılımı	59
Tablo 22	Yaşlılarda sosyo-demografik özelliklere göre iyileştirici sağlık hizmetlerinde(son başvuruda) birinci basamağın kullanımını etkileyen etmenlerin dağılımı	60
Tablo 23	İyileştirici sağlık hizmetlerinde (son başvuruda) birinci basamağın kullanımını etkileyen çevreyle iletişim ile ilgili etmenlerin dağılımı	61
Tablo 24	İyileştirici sağlık hizmetlerinde(son başvuruda) birinci basamağın kullanımını etkileyen sağlık durumu ile ilgili etmenlerin dağılımı	62
Tablo 25	İyileştirici sağlık hizmetlerinde(son başvuruda) birinci basamağın kullanımını etkileyen kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili etmenlerin dağılımı	63
Tablo 26	İyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamağın kullanımını etkileyen etmenleri değerlendiren lojistik regresyon analizi sonuç tablosu	64
Tablo 27	Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili bulguların dağılımı	65

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Şekil Adı</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 1	Dünya nüfus piramidi 2000 ve 2050	7
Şekil 2	Dünyada çocuklar ve yaşlıların nüfus içindeki oranlarının değişimi (1950-2050)	9
Şekil 3	Nüfus piramidi 2013 -2075	10



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AHB</b>	.....	Aile Hekimliği Birimi
<b>AKŞ</b>	.....	Açlık Kan Şekeri
<b>ASE</b>	.....	Aile Sağlığı Elemanı
<b>ASM</b>	.....	Aile Sağlığı Merkezi
<b>CESCR</b>	.....	Birleşmiş Milletler Ekonomik Kültürel ve Sosyal Haklar Komitesi
<b>DM</b>	.....	Diabetes Mellitus
<b>DPT</b>	.....	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	.....	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GFR</b>	.....	İdrarda mikroalbuminüri
<b>GYA</b>	.....	Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>HT</b>	.....	Hipertansiyon
<b>SHÇEK</b>	.....	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>TA</b>	.....	Tansiyon Arteriyel
<b>TKŞ</b>	.....	Tokluk Kan Şekeri
<b>TSM</b>	.....	Toplum Sağlığı Merkezi
<b>TÜİK</b>	.....	Türkiye İstatistik Kurumu

## KONAK İLÇESİNDE 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN İYİLEŞTİRİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRİNCİ BASAMAĞI KULLANIMI

İbrahim Padır, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,  
ipadir@gmail.com

### ÖZET

**Amaç:** Konak ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin, iyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamağı kullanım düzeylerini belirlemek, kullanımı etkileyen etmenleri değerlendirmek, birinci basamakta yaşlılara sunulan hizmetin niteliğini incelemektir.

**Yöntem:** Kesitsel tipte, çözümleyici bir çalışmadır. Araştırma evrenini, Konak ilçesindeki Aile Hekimliği Birimlerine (AHB) kesin kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfus (49,845 kişi) o oluşturmuştur. Bu evreni temsil eden örnek büyüklüğü 381 kişi olarak hesaplanmış, %20 yedekle birlikte 457 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak örnek seçimi yapılmıştır. Araştırma sonunda 330 yaşlıya ulaşılmıştır. Örneğe çıkan yaşlıların evlerine gidilerek, anket aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplanmıştır. Bağımlı değişkeni iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımınıdır. Hizmetin niteliği diabetes mellitus(DM) tanısı alan yaşlılara sunulan hizmet üzerinden değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Yaşlıların %39.5'inin 3-4 çocuğu olduğu, %56.4'ünün çocuklarıyla her gün görüştüğü saptanmıştır. Merdiven inip-çıkma dışındaki günlük yaşam aktivitelerini (GYA) %90'dan fazlasının yapabildiği, %57.6'sının ev dışında yardıma gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %84.2'si kronik bir hastalığı olduğunu, %26.9'u en son yaşadığı sağlık sorununda AHB'ye gittiğini belirtmiştir. Tek değişkenli çözümlemelerde çocuklarıyla her gün görüşmeyenlerin, genel olarak sağlık sorunları için AHB'yi yeğleyenlerin, anlamlı olarak daha fazla birinci basamağı kullandıkları bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde evlilerin ve genel olarak birinci basamağı yeğleyen yaşlıların, son sağlık sorunlarında birinci basamağı daha fazla kullanmış oldukları saptanmıştır. Hizmet niteliği açısından DM tanısı alan yaşlıların kayıtlarının değerlendirilmesi sonucunda, beklenen hizmet ölçütlerinin tamamının yapıldığı yaşlının bulunmadığı görülmüştür.

**Sonuç:** Yaşlıların çoğunluğunun oturdukları yere en yakın sağlık kurumu birinci basamak olduğu ve sağlık sorunlarında en çok birinci basamağı yeğledikleri, ancak kronik hastalık tanısının ve izleminin daha çok birinci basamak sağlık kurumları dışındaki kurumlar tarafından yapıldığı saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Birinci basamağın kullanımı, yaşlılar, iyileştirici sağlık hizmetleri

**UTILIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES FOR  
THERAPEUTIC HEALTH SERVICES  
IN KONAK DISTRICT BY INDIVIDUALS 65 YEARS AND OLDER**

İbrahim Padır, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,  
ipadir@gmail.com

**ABSTRACT**

**AIM:** The aim of this study is to determine the level of utilization of therapeutic health services, to evaluate the factors that affect the utilization and explore the quality of service in primary health care for people aged over 65 who live in Konak District.

**MATERIALS AND METHODS:** It is a cross-sectional and analytical study. All the people aged over 65 and above who are registered to the Family Health Care Unit's (FHUs) in Konak District represent the universe of this study. This universe is calculated as 381 individuals and planned to reach 457 individuals with 20% replacements. Samples are selected by using simple randomized sampling method. 330 elder people are reached at the end of study. Data are collected by face-to-face interviews by visiting the elder people in the selected sample. Dependent variable is the utilization of primary health services at the latest visit of health service. The quality of the service is evaluated out of the care of the elder people who have Diabetes mellitus (DM) diagnosis.

**RESULTS:** It is found that 39.5% of elder people have 3-4 children and 56.4% have daily contact with them. It is stated that 90.0% of them can make their daily activities except going up and down the stairs and 57.6% need help outside their homes. It is also found that 84.2% of older people have a chronic disease and 26.9% of them have visited FHU during their latest health problem. In simple variable analysis it is found that, people who don't have daily contact with their children and who generally prefer FHU's in health problems are using it explicitly more often. It is stated that in logistic regression analysis, elder people who are married and generally preferring primary health care, are excessively using primary health care during their latest health problem. Consequently with the evaluation of the records of the elder people who have DM diagnosis, in terms of service quality, it is detected that there are no elder people whom the expected service criteria are completely applied.

**CONCLUSIONS:** It is found that the nearest health establishment to the elder peoples' settlements is primary health care and it is mostly preferred by them. But chronic disease diagnosis and observations are made by establishments other than primary health care.

**KEY WORDS:** primary health care utilization, elderly, therapeutic health services

# KONAK İLÇESİNDE 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN İYİLEŞTİRİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRİNCİ BASAMAĞI KULLANIMI

## **1. GİRİŞ ve AMAÇ**

Nüfusun yaşlanması, 21. yüzyılda ön plana çıkan, toplumun tüm bileşenlerini etkileyebilecek güçte bir demografik dönüşümdür. Öncelikle Avrupa ülkelerinde olmak üzere gelişmiş ülkelerde başlayan toplum yaşlanması, günümüzde tüm toplumların önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hemen hemen bütün toplumlarda yüksek doğurganlık ve ölümlülüğün görüldüğü demografik dönüşümün ilk aşamasını ölümlülük ve doğurganlıktaki azalma izlemiş ve izlemeye devam etmektedir. Gerek bebek/çocuk gerekse erişkin ölümlerindeki azalma, beklenen yaşam süresinin uzamasına yol açarken, doğurganlıktaki azalma ile birlikte yaşlı nüfus sayısı ve oranı artmaktadır (1).

Birleşmiş Milletler kaynaklarına göre dünya genelinde, 1950-55 döneminde 46.9 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2010-15 döneminde 70.0 yıl olurken; gelişmiş ülkelerde 64.7 yıldan 77.7 yıla çıkmıştır (2).

Son altmış yılda 60 yaşta beklenen yaşam süresi 5.8 yıllık artış ile 20.0 yıla ulaşmıştır (1).

Yapılan çalışmalar demografik yapının dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de değişmekte olduğunu ve nüfusumuzun giderek yaşlandığını göstermektedir. Yakın bir gelecekte, 2014 yılında 2.17 olan toplam doğurganlık hızının, yenilenme düzeyine inmesi ve bunun bir sonucu olarak da çocuk ve genç nüfusun zaman içerisinde azalması ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması öngörülmektedir. Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanmasının sosyoekonomik yapıya olan etkileri üzerine yapılan değerlendirme ve çalışmalar ile birlikte yaşlı nüfusun sosyal yaşamdan koparılmadan yaşamlarını devam ettirmelerine yönelik uygulamalar önem kazanmaktadır.

Türkiye’de, demografik değişimin etkilerinin ülke için bir soruna dönüşmeden çözümlenebilmesi için, nüfustaki değişimlerin ve bu değişimlerin etkilerinin iyi

değerlendirilmesi gerekmektedir. Türkiye’de; 65 yaş üstü kişilerin genel nüfusa oranı 1935 yılında %3.9, 1990 yılında %4.3 iken; 2015 yılında %8.2’ye yükselmiş, 2023 yılında %10.2 (8.6 milyon), 2050 yılında %20.8 (19.5 milyon), 2075 yılında ise %27.7’ye (24.7 milyona) yükseleceği tahmin edilmektedir (3). Pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de ileri yaşta beklenen yaşam süresi uzayarak, 60 yaşta 20.9 yıl olmuştur (2).

Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, sosyo-kültürel aktivitelere ve aile yaşamına kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir (4).

Toplum yaşlanması ile birlikte toplumun yaş yapısındaki değişim sağlık sorunlarının nitelik ve niceliğini de etkilemektedir. Uzun süreli tedavi ve kontrol gerektiren bulaşıcı olmayan hastalıklar en sık morbidite ve mortalite nedenlerini oluşturmaktadır. Toplumun yaş yapısının değişimi ve beklenen yaşam süresinin uzaması ile bulaşıcı olmayan hastalıklarla yaşanan sürenin daha uzun olmasına yol açmaktadır. Uzun süre bulaşıcı olmayan hastalıklarla birlikte yaşam ve kimi zaman ortaya çıkan komplikasyonlar sağlık gereksinimlerini de arttırmaktadır (1).

Yaşın ilerlemesi ile biyolojik ve sosyal sorunlar artmakta ve buna bağlı olarak, bulaşıcı olmayan ve dejeneratif hastalıklar daha sık ortaya çıkmaktadır ve tüm bu nedenlerden dolayı yaşlı nüfusun gereksinimleri, toplumun geri kalan kesimine göre farklılık göstermekte ve yaşlılıkta görülen sağlık sorunlarının çözümünde koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin bir arada sunumunun daha fazla düşünülmesi gerekmektedir (5-8).

Bu kapsamda oluşturulacak yaşlı sağlığı politikası önem taşımaktadır. Bu politika, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi, hastalık ve engelliliğin önlenmesi, geciktirilmesi ya da etkilerinin en aza indirilmesi amacıyla yaşlılara kendi yaşam alanlarında sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulmasını içeren topluma dayalı bakım temelli olmalıdır. En uygun yaklaşımın ise; tüm yaşlıların finansal, coğrafik, kültürel, örgütsel erişebilirliğinin olduğu, önceliklere göre düzenlenmiş, evde ve kurumda sistematik bir izlem temeline dayalı, multidisipliner bir ekiple, sağlık ve

sosyal hizmetlerin birlikte sunulduğu ikinci/üçüncü basamakla entegre bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ile gerçekleştirilebileceği vurgulanmaktadır (9, 10).

**AMAÇ:** Bu araştırmanın amacı, Konak ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin,

1. İyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmet kullanım düzeyini belirlemek,

2. Kullanımı etkileyen etmenleri değerlendirmek,

3. Birinci basamakta yaşlılara sunulan hizmetin niteliğini incelemektir.





## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Yaşlılık Tanımı**

Yaşlılığın herkes tarafından kabul edilen ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Ancak birçok bilim insanı tarafından, konumlandığı bilim dalına özgü tanımlanabilmektedir; demograf için yaşı ya da bağımlı nüfusu ifade ederken, ekonomist için maliyeti, fizyolog için doku ve organ fonksiyonlarını, klinisyen için kronik hastalıkları, sosyolog için toplumsal ilişkileri ifade edebilmektedir (11, 12).

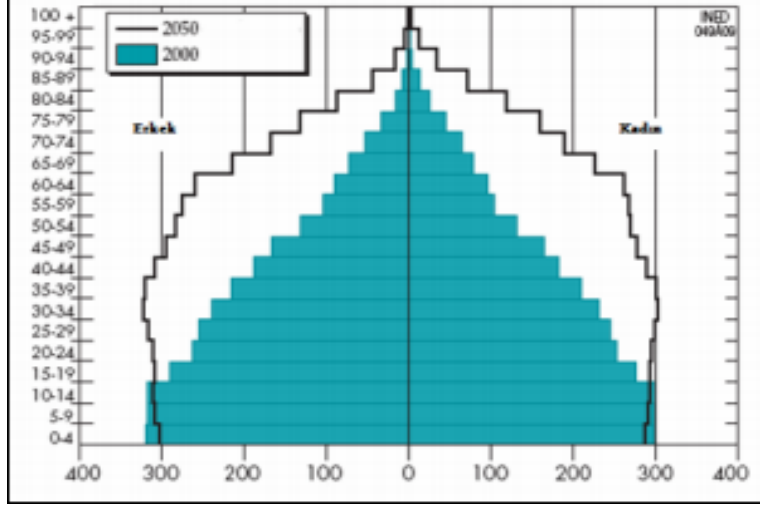
Geçmiş yıllarda Birleşmiş Milletler ve bazı uluslararası kuruluşlar yaşlılığı 60 yaş ve üzeri olarak gruplandırırken, bugün daha çok 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilmektedir (13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri nüfusu:

1. Sıklıkla emekliliği takip eden dönem olarak kabul edilen 65 – 74 yaş arası “Genç yaşlı”
2. Fonksiyonel kayıpların görülmeye başlandığı 75 – 84 yaş arası “Yaşlı”
3. Özel bakım gereksiniminin doğduğu 85 yaş ve üzerini ise “İleri yaşlı” olarak sınıflamaktadır (11).

Toplumsal sağlık, doğumdan ölüme kadar olan süreç için geçerlidir. Sağlıklı toplum, çocuklar ve yetişkinler kadar yaşlıları da kapsar. Normal fizyolojik bir süreç olan yaşlılıkta, bireylerin hareketlilik seviyesi ve fonksiyonları azalmakta veya sınırlandırmakta, sosyal ve fiziksel anlamda değişik derecelerde bağımlı hale gelmektedirler (14).

Küresel yaşlanma süreci ile nüfusun yaş grupları yapılanması şekil değiştirmektedir. Ölümlülük ve doğurganlıkta azalma sonucu, doğumdan sonra yaşam süresinde artış olmaktadır. Bunun sonucunda çocuk ve gençlerin nüfus içinde oranı azalırken yaşlıların yüzdesi artış göstermektedir (15).



**Şekil 1. Dünya nüfus piramidi 2000 ve 2050 (15)**

Toplumun yaşlanmasının demografik belirleyicileri olarak; doğurganlık ve ölümlülükte azalma, yaşlılık indeksinde ve ortanca yaşta artış ile 65 yaş üzeri her bir kişi başına düşen 15-64 yaş kişi sayısı olarak tanımlanan potansiyel destek oranında düşme sayılmaktadır (14).

## 2.2. Dünyada Yaşlı Nüfus

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır ve bu da toplumun tüm bileşenlerini etkileyecek güçte bir demografik dönüşümdür.

DSÖ 2015 raporuna göre; ortalama yaşam süresi, 1950 – 2000 yılları arasında 20 yıl artarak 66 yıl olmuştur ve 2050 yılına kadar 10 yıl daha artması beklenmektedir. Yirmi birinci yüzyılın ilk yarısındaki bu demografik dönüşüm ve nüfusun hızla çoğalması sonucu, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı ve 2015 yılında dünya nüfusunun %12'sini oluştururken, 2050 yılında %22'sine ulaşacağı öngörülmektedir. Geçmişe göre nüfus yaşlanma hızı daha yüksektir. Yaşlı nüfusun en hızlı artan grubu, ileri yaşta olanlar, yani 80 yaş ve üstünde olan kişilerdir. Dünyada, 2000 yılında 70 milyon olan ileri yaş grubunun, gelecek 50 yılda beş kat artacağı tahmini yapılmaktadır (16-18).

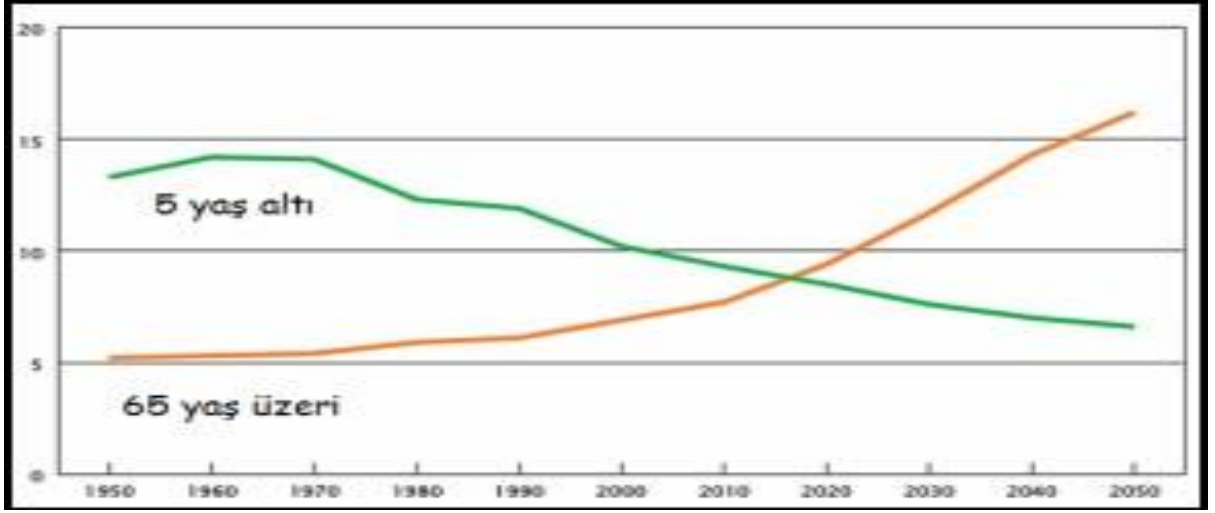
Fransa sosyal, kültürel, sağlık ve ekonomik olarak, 60 yaş üzeri nüfusun %10'dan %20'ye artışına 150 yılda uyum sağlarken, Brezilya, Çin ve Hindistan gibi

lkelerde bu değişime uyum için 20 yıl daha fazla süre gerekecektir. Geçmişe göre nüfus yaşlanma hızı daha yüksektir. Toplum yaşlanması gelir düzeyi yüksek ülkelerde başlarken (rneğin; Japonya'da halen 60 yaş üzeri nüfus toplam nüfusun %30'unu oluşturmaktadır), günümüzde düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkeler bu büyük değişimi deneyimlemektedir. Günümüzde yaşlıların üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ve bu oranın 2025 yılında %75, 2050 yılında %85 olacağı öngörülmektedir. Yüzyılın ortalarında Avrupa ve Kuzey Amerika kadar şili, in, İnan İslam Cumhuriyeti ve Rusya Federasyonu gibi lkeler Japonya gibi bir nüfus dağılımına sahip olacaktır (17).

Nüfus artış hızının azalması sonucu, 2050 yılında 11 ülkenin (Japonya, Rusya, Ukrayna gibi) nüfusu şimdiki nüfuslarının altına düşecektir. Diğer taraftan bu ülkelerde yaşayan yaşlıların nüfus içindeki payı daha da artacaktır. Dünya nüfusunun 1950-2050 yılları arasında dörde katlanması beklenirken, yaşlı nüfusun bu sürede 10 kez artması beklenmektedir (15, 17-19).

Dünyada yaşlıların nüfus içinde yüzdesinin en fazla olduğu kıta Avrupa (%20) ve en az Afrika (%5) olmak ile birlikte Sahra altı ülkelerde 2015'te 46 milyon olan yaşlı nüfusunun 2050 yılında 157 milyon olması tahmin edilmektedir (15, 17, 18).

Yaşlıların 0-14 yaş çocuklara oranı artarak gelecek 50 yıl içinde e katlanacaktır. 2000 yılında her 100 çocuğa 33 yaşlı düşerken, 2050'de her 100 çocuğa 101 yaşlı karşılık gelecektir (15).



**Şekil 2.Dünyada çocuklar ve yaşlıların nüfus içindeki oranlarının değişimi (1950-2050) (15)**

Önümüzdeki 25 yılda, 65 yaş ve üzeri nüfus %88 artarken, çalışan nüfustaki artış %45 olacaktır. Bu da gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin çözmeleri gereken en önemli sorunlarından biri olacaktır (20, 21).

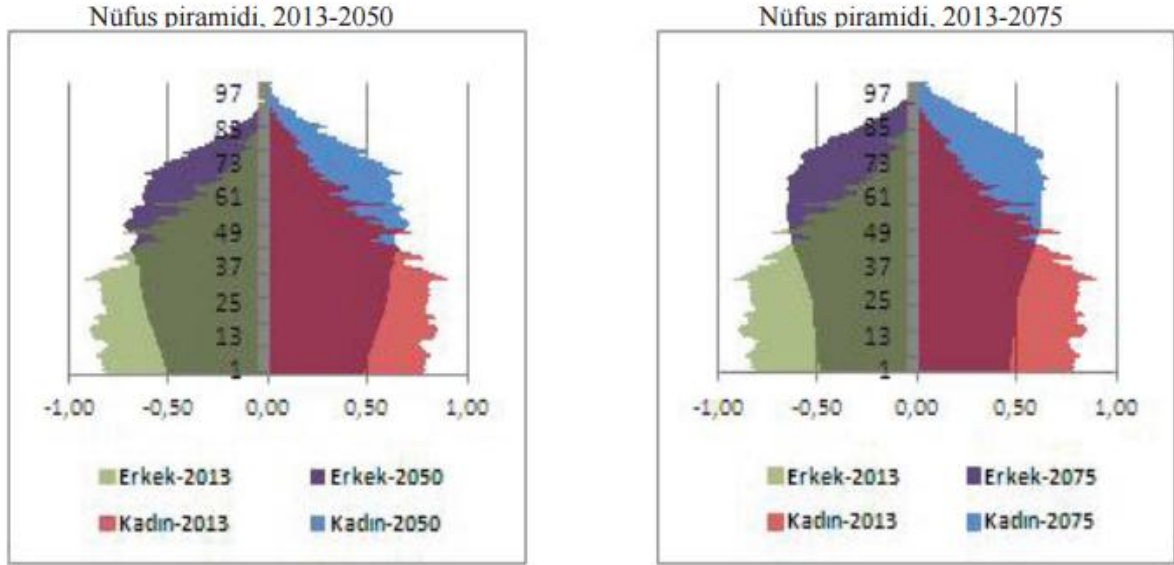
### **2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus**

Yirmi birinci yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan birisi nüfusumuzun yaşlanmasıdır. Doğurganlık ve ölümlülük oranlarının düşmesine paralel olarak, 1970’lerden sonra Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun payı genel nüfusun içinde artış göstermiştir. Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 1940 yılında yüzde 3.5 iken, 1970 yılında yüzde 4.4’e 2015 yılında yüzde 8.2’e çıkmıştır; 2023 yılında yüzde 10.2, 2050 yılında yüzde 20.8 ve 2075 yılında ise yüzde 27.7’ye yükseleceği öngörülmektedir (22, 23).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) projeksiyonlarına göre ise 2015 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfus yaklaşık 6.5 milyon iken, 2023 yılında 8.6 milyona 2050 yılında 19.5 milyona, 2075 yılında ise 24.7 milyona çıkacağı beklenmektedir (23).

Yaşlı nüfusun alt sınıflamalarına göre baktığımızda 65-74 yaş aralığındaki genç yaşlı nüfus 1940’ta %2.4 iken 2015 yılında %5.1’e yükselmiştir. En yaşlı grup olan 85 yaş ve üstü nüfus oranı ise 1940 yılında %0.3 iken 2015 yılında %0.7 olmuştur. Yaşlı

nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibariyle artış göstermiştir. Bu oran, 1940 yılında %5'ten 1970'te %8.2'ye yükselmiş ve günümüzde %12.2 olmuştur. Ülkemizde 2025 yılına gelindiğinde nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8.4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025'te nüfusun %10'u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise %14.5'e yükselecektir (22, 23).



**Şekil 3. Nüfus piramidi 2013 -2075 (TÜİK-2013)**

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. DSÖ 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre ülkemizde, 1990 yılında 66 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2011 yılında 76 yıla çıkmıştır. Doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 73, kadınlarda ise 78 yıl olarak belirlenmiştir (25). Genel olarak kadınlarda beklenen yaşam süresi daha uzundur. Bunun sonucunda toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da bilinen diğer gerçeklerdir (26).

TÜİK verilerine göre, ülkemizde 2014 yılı için doğuştan beklenen yaşam süresinin erkeklerde 75.3, kadınlarda ise 80.7 yıl olduğu, bu sürenin 2023 yılında erkeklerde 75.8, kadınlarda ise 80.2 yıl olacağı öngörülmektedir (24). İzmir için 2013 yılı doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 75.8, kadınlarda 81.9 yıldır (27, 28).

Yaşlı nüfusun % 0.1'ini oluşturan 100 yaş ve üzerindeki yaşlı kişi sayısı 2015 yılında 5 293 olup, en fazla sayıda 100 yaş üzeri yaşlı sırasıyla İstanbul (675), İzmir (236) ve Ankara'da (234) yaşamaktadır (23).

İzmir için 2008 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus %8.1, kadın / erkek oranı 1.3'tür. 2014 yılında ise 65 yaş ve üzeri nüfus %9.7, yaşlı bağımlılık oranı %13.6'dır (29).

## **2.4.Toplum Yaşlanması ve Sorunlar**

### **2.4.1.Kentleşme**

Kentleşme ve nüfus yaşlanması son 50 yılın en önemli nüfus değişimi olarak ön plana çıkmaktadır. Yaşlılık ile birlikte sosyal bakım gereksiniminin artması sonucu özellikle yaşlılara yönelik hizmetlerin planlanmasında kentleşme ve nüfus yaşlanması bir arada ele alınacak sorunlardır. "Yaşlı dostu kent" kavramı bu bağlamda daha da önem kazanmaktadır (30).

Kentleşme olgusunun en bariz sonuçlarından biri olan geniş aileden çekirdek aileye dönüş, yaşlıların yaşam ve bakım şeklini etkilemektedir. Kentleşme açısından 2008 yılı önemli bir kilometre taşı olmuştur, tarihte ilk kez dünya nüfusunun yarısı kentlerde yaşamaya başlamıştır. Dünyadaki her 5 kişiden 3'ünün 2030 yılında kentlerde yaşayacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kent nüfusu, gelişmiş ülkelerinkinden 4 kat fazla olacaktır. Gençlerin kentlere göç etmesi ile kırsal alanda yaşlılar kalmıştır, ayrıca kentlerden kırsal alana yaşlıların geri göçü de yaşanmaktadır. Bununla beraber 2030 yılına gelindiğinde kentli yaşlı nüfusunun da 16 kez artacağı bildirilmektedir (30). Kentleşme ile birlikte büyük aileden çekirdek aileye geçiş, yaşanan ekonomik problemlerde yaşlının tüketici olması ve yeni yaşam tarzını karşılayacak değerler bakımından güçlük çekilmesi yaşlıların en sık yaşadığı sorunları oluşturmaktadır (31).

### **2.4.2. Bağımlı nüfusun artması**

Demografik değişim sürecinde nüfusun yaşlanmasıyla birlikte ekonomik açıdan kamunun tasarruf oranının daha da düşmesi, sağlık ve emeklilik ücretleri gibi

harcamaların ise ciddi ölçüde artması beklenmektedir. Altmış beş ve üzeri yaş grubunda görülen hızlı nüfus artışı, önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemleri açısından en önemli tehditlerden birisi olarak görülmektedir (32).

Yaşlı nüfus ekonomik faaliyetlerin dışında kalan veya işgücüne katılımları sınırlı olan gruplardan birisidir. Nüfusun yaşlanması sonucu çalışabilecek yaştaki nüfusun azalması ekonomide işgücünün kıt bir üretim faktörü haline gelmesine neden olmaktadır. Yaşlı nüfusa sahip ülkelerde işgücü piyasasına giren işgücünün sayıca azalması yanında, yaşlı işgücünün verimliliğinin düşük olması da toplam işgücü arzını azaltmaktadır. Avrupa'da her bir yaşlıya karşılık çalışan yaş grubundan dört kişi mevcut iken; 2050'e varıldığında her bir yaşlıya karşılık çalışan yaş grubundan iki kişi var olacaktır (33).

#### **2.4.3. Sağlık bakım gereksiniminin artması**

Yaşlı nüfustaki artış beraberinde önemli sağlık ve bakım sorunlarını gündeme getirmektedir. Yaşlanmaya bağlı olarak bulaşıcı olmayan ve dejeneratif hastalıklarda artış görülmekte ve aynı zamanda yaşlılığın herhangi bir sağlık sorunu olmasa da bakım sorunu gündeme gelmektedir.

Yaşlılarda hastalık ortaya çıkışı çoğu zaman atipik seyrederek, sıklıkla birkaç sağlık sorunu birliktedir, kompanzasyon mekanizması yavaşlamıştır, iyileşme süreci daha yavaştır, koruyucu önlemler daha fazla önem taşımaktadır ve genel olarak organlardaki yeti azalması yaşlıların daha fazla yaralanmalar ile karşılaşmalarına neden olmaktadır (34).

Kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler yaşlılarda önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Bununla birlikte kas iskelet sisteminin dejeneratif hastalıkları da çok sık görülen sağlık sorunları arasındadır. Doğuştan beklenen yaşam süresi arttıkça yaş ile birlikte hipertansiyon, diyabet gibi en az bir bulaşıcı olmayan hastalık görülme riski artmaktadır. Ekonomik kalkınma ile paralel olarak son yıllarda tüm dünyada diabetes mellitus prevalansında artış söz konusudur ve altmış beş yaşın üzerindeki popülasyonun %20'sinde bulunur. Gelişmiş ülkelerde diyabetin en fazla olduğu yaş grubu 65'in üzeri iken, gelişmekte olan ülkelerde hastaların çoğu 45 – 64

yaş grubundadır. Bu eğilimin 2025 yılına kadar daha da belirginleşeceği öngörülmektedir. Yaşlı popülasyondaki diyabetiklerin en az yarısının tanı almadıkları bilinmektedir (11).

İdrar kaçıırma, depresyon ve demans, görme ve işitme kayıpları ve lökomotor yetersizlikler sıklıkla atlanan sağlık problemlerindedir (13). Yaşlılarda yaralanma hızları bütün yaş grupları için genel ortalamaların üzerindedir. Evde yaşayan yaşlıların yaklaşık 1/3'ü her yıl en az bir kere düşmekte, %5 kadarı kırıklarla sonuçlanmakta ve hastaneye yatmaktadır. Yaralanmalar yanında düşmeler fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır (35). Endüstrileşmiş ülkelerde 65 – 69 yaş grubunun %25'inde, 80 – 84 yaş grubunun %50'sinde iki ya da daha fazla bulaşıcı olmayan hastalık görülmektedir (36).

Türkiye'de 2000 yılında gerçekleştirilen Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik Çalışması sonuçlarına göre, 60 yaş ve üzeri grupta ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıkların başlıcaları iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), hipertansif kalp hastalığı ve trakea – bronş – akciğer kanseridir. Hastalık yüküne (DALY) neden olan ilk beş hastalık ise iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, KOAH, diabetes mellitus ve hipertansif kalp hastalığıdır (37).

## **2.5. Dünyada Yaşlı Sağlığı Politikaları**

Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, özellikle ileri yaşlarda görülen birçok kronik hastalık ve yetersizliği beraberinde getirmektedir. Ayrıca endüstrileşme, küçülen aile yapısı, özellikle kadının çalışma yaşamına katılması, bu grubun barınma ve bakım sorunları yaşamalarına da neden olmaktadır. Tüm bunlar yaşlıları hastalık ve sakatlıkları / yetersizlikleri ile başkalarına bağımlı kılmakta ve sonuçta fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak yaşamın tüm yönlerini etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (38).

Yaşlılık ve yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunları uzun süreli bakım gerektirmektedir ve ekonomik ve sosyal yönden toplumsal yükü artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Herkes Sağlıklı" genel politikası kapsamında "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri" arasında yer alan hedeflerden beşincisinde özellikle



yaşlı sağlığına yönelik olarak yaşam beklentisinde artış, otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda insanların en az %50 arttırılması hedeflenmiştir.

Uluslararası Yaşlılar Yılı olan 1999 yılının ana teması “bütün yaşlar için bir toplum” dört önemli konu içermektedir:

1. Yaşam boyu bireysel gelişme,
2. Kuşaklar arası ilişkiler,
3. Toplum yaşlanması,
4. Kalkınma ilişkisi ile yaşlıların durumu.

Uluslararası Yaşlılar Yılı, bütün sektörlerde yaşlanma konusunun katılması ve yaşamın bütün aşamalarında olanakların artırılması da dahil olmak üzere dünya çapında durumun fark edilmesine, araştırma ve politik eylemlerin artırılmasına katkıda bulunmuştur (39).

Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı'nın amacı; “Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek” şeklinde ifade edilmektedir (16).

DSÖ, sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı duyarlılığını arttırmak ve yaşlı bireylerin güçlendirilmesine yönelik sağlık çalışanlarının eğitimi ve birinci basamak sağlık kurumunda yapılacak fiziksel düzenlemeler ile gereksinimlerine hitap edilmesi, sağlık hizmetlerine daha kolay erişimlerinin sağlanması amaçlı “Yaşlı Dostu Birinci Basamak Sağlık Kurumu” adında bir program yürütmüştür (21).

DSÖ çatısı altında 2006 yılında 24 ülkeden 33 şehir aktif ve sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak temel kentsel elemanları belirlemek için bir araya gelmiş ve sonuçta “Küresel Yaşlı Dostlu Kentler Rehberi” oluşturulmuştur. Bu program geliştirilerek DSÖ tarafından Haziran 2010'da “Küresel Yaşlı Dostu Kentler Ağı” kurulmuştur. Bununla ilgili DSÖ, Yaşlı Dostu Kent Rehberi ve Denetim Listesi hazırlamıştır:

“Yaşlıların kapasitelerini ve verebileceklerini gören, yaşa bağlı gereksinimlerine ve tercihlerine karşılık veren, kararları ve yaşam tarzlarına saygı gösteren,

savunmasız olanları koruyan, toplum yaşamının her alanına katılmalarını teşvik eden, politika, hizmet, oluşum ve yapıların bulunduğu kentler ‘Yaşlı Dostu Kent’ olarak” tanımlanmaktadır. Ülkemizde de bu proje içinde yer alan kentler bulunmaktadır; İstanbul, Malatya, Amasya, Çankaya, İzmir Yaşlı Dostu kent projesi içindedir. T.C. Kalkınma Bakanlığı’nın genel koordinasyonunda Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı tarafından yürütülen 2011 Yılı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı çerçevesinde “Yaşlı Dostu Kenti Amasya” projesi yapılmış ve raporu da yayınlanmıştır. Halen dünyada 22 ülkeden 145 şehir kayıtlıdır (40-45).

Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Birliği tarafından 2012 yılı “Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma Yılı” olarak kabul edilmiştir. Bu yıl kapsamında, “aktif yaşlanma konusunda farkındalık artırımı, iyi uygulamaların tespit edilerek paylaşılması, karar vericilerin ve ilgili tarafların aktif yaşlanmaya olanak sağlaması yönünde cesaretlendirilmesi” amaçlanmıştır. Bu çalışmalarda aktif yaşlanma konusunda çeşitli kesimlere yapılan öneriler, ulusal ve yerel yönetimlere ruhsal sağlık, engellilik ve bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi konularına odaklanmak yoluyla koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık danışmanlığına, koruyucu hizmetlere, nitelikli sağlık hizmetlerine ve uzun dönemli bakım hizmetlerine evrensel ve eşit erişimin sağlanması, yaşlı kişilerin her türlü suiistimalinin önlenmesi, bu kişilerin bağımsız yaşamalarını teşvik edecek barınma ve ulaşım olanaklarının yaşlıların erişimlerine uygun ve güvenli hale getirilmesi ve bu kişilere evlerinde yeterli düzeyde bakım ve destek sunacak araçların sağlanmasını içermektedir (46).

## **2.6. Türkiye’de Yaşlı Sağlığı Politikaları**

Türkiye’de yaşlı sağlığı politikalarının ilk adımı 1930 yılında yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile belediyelere “muhtaç” kişilerin korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğünün verilmesi ile atılmıştır.

Sosyal Hizmetler Enstitüsü 1959 yılında kurulmuş, 1961 yılında Anayasa’nın 10. ve 48. maddeleri ile sosyal hizmetler temel haklar arasına alınmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na (SSYB) bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü ise 1963’te

kurulmuş, daha önce “hayır” amacı ile sürdürülen yaşlı bakımına sistematik bir yön verilmeye çalışılmıştır(10).

Uçku ve Şimşek'in ülke önceliklerini göz önüne alan bir yaşlı sağlığı politikası oluşturulması tartışmasını yürüttüğü makalesinde ilk dokuz kalkınma planındaki yaşlı sağlığı politikaları irdelenmiştir.

Makalede “Türkiye’de daha çok sosyal hizmetler özelinde ele alınmış olan yaşlı politikaları, kalkınma planlarında 1960’lı yıllardan beri yer almıştır. Ancak yaşlanma, toplum yaşlanması ve yaşlı sağlığına ilgi 1980’lerde başlamış, 2000’li yıllarda belirgin şekilde artmıştır. Birinci beş yıllık kalkınma planında yaşlı bakımı toplum ve kişi refahının sağlanması için ele alınacak bir konu olarak vurgulanmış, yaşlı bakımevleri yatırım giderleri içinde belirtilmiştir. Bazı öncelikli gruplarla birlikte yaşlılar için de etkin ve yaygın bir toplumsal hizmet örgütlenmesine gidileceği vurgusu ilk kez dördüncü planda yer almıştır. Bu hizmet örgütlenmesinde amacın, sağlıklı toplumsal ilişkiler ile ruhsal ve bedensel gelişme olanaklarında adalet sağlamak olduğu belirtilmektedir. Altıncı plan sosyal hizmetler ve yardımların ulaştırılmasında aile biriminin esas alınacağını, yaşlılara yönelik tedavi ve esenlendirme hizmetleri geliştirileceğini belirtirken, yedinci planda yaşlıların bakımı konusunda ailenin eğitilmesi ve desteklenmesine yer verilmiştir. Bu iki planda sosyal hizmetlerde birey değil aile ön plana çıkmaktadır. Sosyal hizmetler dışında yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin kalkınma planlarında yer alması 1990’ların başına rastlamaktadır. Birinci basamakta hizmet sunan birimlerin iyileştirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, yaşlı sağlığı ve evde bakım hizmetlerine yönelik programlar geliştirilmesi hedefleri ilk kez yedinci kalkınma planında belirtilmiştir. Sekizinci ve dokuzuncu planlarda yaşlı nüfustaki artışa dikkat çekilerek, bakım veren kurum sayısının ve niteliğinin artırılması ve yaşlı sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu planlarda, yaşlı bakımı daha çok kurum bakımı olarak ele alınmış ise de yaşlılara yönelik evde bakım hizmetinin destekleneceği de ilk kez dokuzuncu planda yer almıştır.” denilmektedir (9). Onuncu Kalkınma Planı’nda (2014-2018) ise; demografik fırsat penceresine vurgu yapılmakta ve yeterince iyi değerlendirilmediği, emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde, artan sağlık harcamalarının önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi

üzerinde baskı oluşturabileceği, artan yaşlı nüfusa yönelik hizmetlerin çeşitlendirilmesi, yaygınlaştırılması, kendi çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde bakımının sağlanması, kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliğinin artırılması aktif bir yaşam sürmelerine yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiği vurgulanmıştır (47).

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, belediyeler ve sivil toplum örgütleri kanalıyla 1982 yılına kadar gerçekleştirilen sosyal hizmetler, bu yılda çıkarılan kanunla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)'nin bünyesine geçmiştir. Yayın tarihi 2008 olan bir yönetmelikle, yaşlılar için kurum bakımı dışında gündüzlük bakım ve evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi başlamıştır. Huzurevi, bakımevi gibi kurum tabanlı hizmetleri olan SHÇEK, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na devredilmiştir. Aynı yıl Özürlü Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın birleştirilmesiyle Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş, 2013 yılında ise bu Genel Müdürlüğün adı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilmiştir (9, 48).

Sağlık Bakanlığı 2002 yılında "Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı"nı geliştirmiş ve ana hedeflerden birini "Yaşlıların ülke koşullarına uygun olarak evde bakımlarına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması" olarak belirlemiştir (49). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Müsteşarlığı, SHÇEK, ilgili kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler ve sivil toplum örgütlerinin katkıları ile ilk kez 2007 yılında hazırlanan "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı", 2013 yılında yenilenmiştir. Programın önceliklerini; yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması ve yaşlılıkta olanaklar sunan, destekleyici ortamların sağlanması oluşturmaktadır. Sağlık başlığı altında; yaşlılık döneminde, hastalık ve bağımlı kalma riskini artıran faktörlerin birikmiş etkilerinin azaltılması, hastalıkları önlemek için politikaların geliştirilmesi, gıda maddelerine ulaşımın ve yeterli beslenmenin sağlanması, ihtiyaçlarının karşılanması için bakım hizmetlerinde sürdürülebilirliğin sağlanması, yaşlıların ihtiyaçları konusunda sağlık çalışanlarının ve bakım veren diğer bireylerin bilgilendirilmesi ve eğitim olanaklarının sağlanması hedefleri bulunmaktadır (50).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü içinde 2008’de Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuş ve çalışmalarını “Birinci basamak sağlık hizmeti sunulan kuruluşlarda yaşlılara özel rutin izleme programları uygulanmasını ve izlenmelerini sağlamak” olarak tanımlamıştır (51). Adı geçen şube günümüzde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığı altında çalışmalarına devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından “Birinci Basamak Hekimlere Yönelik Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi- 2010” hazırlanmıştır (34).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020’e göre yaşam boyu sağlıklılığın sürdürülmesi, toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması, yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacı ile öncelikli müdahale yaklaşımları belirlenmiş ve bu basamaklar beş grupta toplanmıştır.

Birinci öncelikli müdahale: Bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve esenlendirme hizmetlerinin geliştirilmesi,

İkinci öncelikli müdahale: Yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,

Üçüncü öncelikli müdahale: Yaşlılıkta nöropsikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konusunda planlamalar ve etkinlikler yapılması,

Dördüncü öncelikli müdahale: Yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işleminin sağlanması,

Beşinci öncelikli müdahale: sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitimlerinin düzenlenmesidir (52).

## **2.7. Yaşlılık ve İyileştirici Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmeti sunumunda temel amaç hastalıkların önlenmesi / sağlam olanların korunması, hastalananların sağaltılması, risk grubundakilerin sağlığının geliştirilmesi ve sakat kalan ya da tam iyileşme olanağı olmayanların

esenlendirilmesidir. Esenlendirme, bedenen veya ruhen engelli bireylerin bağımsız yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün girişimlerdir, tıbbi esenlendirme ve sosyal esenlendirme olarak ikiye ayrılır. Yaşlılar için esenlendirme hizmetleri engel ve yetmezliklerin daha sık görülmesi nedeniyle tüm basamaklarda daha da önem kazanmaktadır (53-55).

Sağlık hizmeti toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir. Epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemeler bu amaca ulaşıp ulaşılmadığını kanıtlayabilir. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ve doğumda beklenen yaşam süresinin arttırılması, bu amaca ulaşıldığının en somut örnekleri olmakla birlikte yaşlanan dünyamızla birlikte, yaşlı nüfusa sunulan sağlık hizmetleri de önemli ölçütler arasına girmiştir (56).

Sağlık hizmeti sınırları belirlenmiş bir nüfusa hizmet vermek üzere düzenlenmelidir. Her toplumun sağlık örgütlenme modeli o toplumun özel sorunlarına ve bunların çözümlenmesinde yararlanılacak yerel, kültürel, siyasal ve ekonomik farklılıklara bağlı olarak değişir. Günümüzde yaşlı nüfusu incelemeyen, onların sağlık sorunlarına çare bulamayan sağlık örgütlenme modellerinin başarılı olması mümkün görünmemektedir (56).

### **2.7.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Günümüzde sağlık sistemleri açısından en temel sorun, eşitsizlik ve yoksulluktur. Toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile, yaygın ve eşitlikçi biçimde sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık eşitsizlerinin azaltılmasında çok etkili olduğu gösterilmiştir (57). En basit olarak, “vatandaşın”, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti “birinci basamak sağlık hizmeti” olarak tanımlanabilir (58, 59).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen birçok etken vardır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çevre, eğitim, gelir düzeyi, meslek, sağlık güvencesi durumu, kullanıcıların sağlık durumu, sağlık kurumuna erişim, sağlık hizmetinin türü ve bireylerin sağlık hizmetlerinin etkinlik ve kalitesi hakkındaki düşünceleri sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemektedir (60).

Birinci basamak sağlık hizmetleri herkese ücretsiz, basamaklı, eşgüdümlü verildiğinde ve ulaşım olarak iyi planlandığı zaman yaşlıya etkin hizmet sunabilir.

Geriatrik değerlendirme ile doğru tanıyı koymak, tıbbi tedaviyi geliştirmek, uzun dönem bakım planlarının yapılmasını sağlamak, fonksiyonel durumu geliştirmek, yaşam kalitesini arttırmak, hastanın temel özellikleri, özgeçmişi ve tedavinin sonuçlarını belirlemek gerekmektedir. Belli aralıklarla kapsamlı geriatrik değerlendirme yapıldığı zaman mortalitede ve bakımevine yerleştirilme oranlarında azalma ve fonksiyonel durumda olumlu yönde gelişme olduğu bilinmektedir (52).

Yaşlılara yönelik hizmetlerin, hastalığa değil sağlığa yönelik, sağlığı koruma ve geliştirmeye öncelik veren, sorunlara bütüncül yaklaşılarak çözüm aranan, hizmetin basamaklı bir şekilde ve kamusal olanaklarla verildiğı bir sağlık hizmet modeli olması gerekmektedir (61). Bu nedenle birinci basamak yaşlıda nitelikli bir sağlık hizmet sunumu için en temel basamaktır.

### **2.7.2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri**

Hastalara yataklı tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiğı sağlık kuruluşlarında ikinci basamak sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Hastane kullanımı tüketilen hizmetlerin yoğunluğuna, hastanenin, hizmetlerin ve kabulün tipine göre sınıflandırılabilir. Yaşlıların tedavi ve bakım gereksinimleri bulaşıcı olmayan ve dejeneratif hastalıkların ilerleyen yaşa paralel olarak artması nedeniyle, yaşamın diğer dönemlerine göre daha fazladır. Hastalıklar nedeniyle yataklı tedavi kurumlarına başvurular yaşlılık döneminde sıklaşır ve sayıca artar (54,62). Üçüncü basamak sağlık kurumları, üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal hastanelerinin oluşturduğu gruptur. Bu hastaneler ileri teknoloji uygulayan gelişmiş merkezlerdir ve yaşlıların sıklıkla hizmet aldıkları kurumlardır.

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmakta olup, batı ülkelerinde yaşlı nüfus toplam nüfusun %15'ini oluşturmaktadır. Bununla beraber bu %15'lik kesim hastaneye kabullerin %50'sinden fazlasını ve sağlık kaynaklarının yaklaşık %40'ını tüketmektedir (52).

## 2.8. Türkiye’de Yaşlılara İyileştirici Sağlık Hizmet Sunumu

İyileştirici sağlık hizmetleri kapsamında yaşlılara yönelik net olarak tanımlanmış ayrı bir yapılanma bulunmamakta ve genel sağlık hizmetleri içinde yürütülmektedir. Ayrıca topluma ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri net olarak birbirinden ayıramadığı gibi, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri de birbirinden kesin sınırlarla ayıramamaktadır. Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri kapsamında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’na dayanılarak 1964 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 Sayılı Yönerge)”nin 75. maddesinde “Toplam nüfus içerisindeki oranı giderek artan 65 yaş ve üzerindeki kişiler bazı organik ve ruhsal bozukluklar, kazalar ve sakatlıklar yönünden risk altındadırlar. Hareket yeteneklerinin sınırlı olması ve mental durgunlukları nedeniyle sağlık hizmetlerinden de yeteri kadar yararlanamazlar. Bu nedenlerle, bölgede yaşayan yaşlılar sağlık ocağı personeli tarafından bilinmeli, bunlar arasında kronik hastalığı olanların sağlık kuruluşlarında ya da evlerinde izlenmeleri sağlanmalıdır. Bu yaş grubundakilerin yılda iki kez sağlık ocaklarında ya da ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlık denetiminden geçirilmeleri uygun olur. Gerekenler için sosyal yardım kuruluşları ile ilişki kurularak destek ve yardım sağlamak sağlık ocağı personelinin görevlerindedir.” denilerek bundan 52 yıl önce yaşlılar da risk grubunda tanımlanmıştır (9, 63, 64). Yayımlı tarih 2006 olan Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge Madde 13’te sağlık ocağı gezici sağlık hizmeti ekibinin 65 yaş ve üstü kişileri tespit etmesini, yılda en az iki kez genel fizik muayeneden geçirmesini ve herhangi bir kronik hastalığı olanların hastalığın türüne göre belli aralıklarla izlenmesini söylemektedir (9, 65). Çıkarılan genelgelerle sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri içinde yaşlı sağlığı ve izlemi, daha çok tıbbi yönüyle ele alınarak gündeme gelmişse de, yaşlının sistematik izlemi ile ilgili standartlar ve formlar oluşturularak işlerlik kazanmamıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrasında birinci basamakta, aile hekimlerinin sorumlulukları içinde yaşlı sağlığı hizmetleri yer almaktadır ancak yaşlılara özel bir hizmet planlaması ve uygulaması bulunmamaktadır (9, 66). Birinci basamakta dikkat çeken bir uygulama da aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında kullanılan katsayıdır. Yaşlılar için kullanılan katsayı bebek ve çocukların katsayısına eşittir (9, 67). Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve



korumayı ön plana alan Toplum Sağlığı Merkezlerine ise yaşlı sağlığı konusunda bir sorumluluk verilmemiştir (9,68). Evde sağlık hizmetleri ile ilgili ilk çalışmalar 2005 yılında başlamış olup, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ve Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge kapsamında çalışmalar yürütülmektedir (69,70). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi (07/07/2015) ile yataklı sağlık kurumlarında palyatif bakım hizmetleri sunulmakta olup, Palyat İzmir gibi il düzeyinde pilot çalışmalar da yürütülmektedir (71,72). Üçüncü basamak sağlık kurumlarında yaşlı sağlığı ve hastalıklarını inceleyen İç Hastalıkları Anabilim Dalı içinde Geriatri Bilim Dalı bulunmaktadır. Ülkemizde ilk Geriatri Bilim Dalı 1987 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. Mayıs 2016 itibariyle İstanbul, Bursa, İzmir, Ankara, Isparta, Kayseri, Erzurum, Sivas Gaziantep ve Erzurum'daki Tıp Fakültelerinde Geriatri Bilim Dalı ve klinikleri bulunmaktadır (73).

## **2.9. Sağlık Hakkı, Sağlık Hizmet Erişimi ve Kullanımı**

Birleşmiş Milletler Ekonomik Kültürel ve Sosyal Haklar Komitesi (CESCR)'nin, 03 Ocak 1976 tarihinde ülkemizde yürürlüğe giren, Türkiye'nin 15 Ağustos 2000 tarihinde imzaladığı Ekonomik, Kültürel ve Sosyal Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. maddesinde sözleşmeye taraf devletlerin herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ettikleri belirtilmektedir. Bu hakkın kullanılmasını sağlamak için alacakları tedbirleri: 1) Ölü doğum ve çocuk ölümleri oranlarının düşürülmesi ve çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağlamak, 2) Çevresel ve sanayi sağlık şartlarının her yönüyle iyileştirilmesi, 3) Salgın, yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü, 4) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması olarak sıralamaktadır (74).

İnsan Hakları Derneği, Uluslararası Af Örgütü Türkiye, İnsan Hakları Araştırmaları Derneği, İnsan Hakları Gündemi Derneği, Helsinki Yurttaşlar Derneği tarafından oluşturulan İnsan Hakları Ortak Platformu'nun (İHOP) Ekonomik, Kültürel ve Sosyal Haklar Uluslararası Sözleşmesi değerlendirmesine ait 2000 yılı raporunda; sağlık hakkının, diğer insan haklarının kullanımı için vazgeçilmez olan temel bir insan

hakkı olduğu, sağlık tesisleri, mal ve hizmetleri toplumun tüm kesimlerinin ve özellikle de etnik azınlıklar ve yerel halklar, kadınlar, çocuklar, ergenler, yaşlılar, engelli kişiler ve genel nüfusun en savunmasız veya dışına itilmiş kesimlerinin güvenli fiziksel erişimine açık olması gerektiği vurgulanmaktadır. Yine aynı sözleşme kapsamında yaşlılar için, koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici önlemleri bir araya getiren bütüncül bir yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır. Bu türden önlemlerin, düzenli kontrollerle, yaşlı kişilerin işlevselliklerinin ve özerkliklerinin sürdürülmesine yönelik fiziksel ve psikolojik esenlendirmeye yönelik önlemlere ve kronik ve ölümcül hastalığı olan kişilere özen gösterilmesine ve bu kişilerin bakımına dayanması gerektiği belirtilmektedir (75).

Sağlık hizmetlerine erişim; toplumun ve bireylerin sağlık durumlarının devamı veya sağlık durumlarının sağlanması amacıyla ihtiyacı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeline sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulması şeklinde tanımlanabilmektedir (76).

Sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili genel olarak iki görüş bulunmaktadır. Birinci görüş bireysel özellikleri (gelir, sigorta kapsamı, sağlık hizmetleri kullanma davranışları gibi) ile sağlık hizmeti sunum sistemi özellikleri (kaynak dağıtımı, işgücünün organizasyonu ve olanaklar gibi) arasındaki uyumun değerlendirilmesini savunurken, ikinci görüş ise; erişimin, sağlık hizmeti kullanım oranı, memnuniyet durumu gibi, bireylerin sağlık hizmetleri alması sonucunda elde ettiği sonuçların değerlendirilmesi ile açıklanabileceğini savunmaktadır (77,78).

Sağlık hizmetlerine erişim, hazır bulunma, coğrafi, finansal karşılayabilirlik, yerleştirme, zamanlama, kabul edilebilirlik ve farkında olmak üzere toplam yedi boyut altında incelenebilmektedir (79).

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili pek çok model olmasına rağmen, bu kavramın en iyi nasıl tanımlanması gerektiği yönünde bir fikir birliği bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili tanım ve boyutlar Levesque ve arkadaşları tarafından 2013 yılında derlenmiştir (Tablo 1) (80).

**Tablo 1. Sağlık Bakım Hizmetlerine Erişimin Tanımları ve Boyutları (80)**

Yazarlar	Tanımlar	Boyutlar
Bashshur vd. 1971	Erişebilirlik, nüfus ile tıbbi olanaklar ve kaynaklar arasındaki fonksiyonel ilişkidir.	
Donabedian, 1973	Erişebilirlik, kaynaklar ve nüfus arasındaki düzenlemelerin derecesini ifade eden kavramdır.	
Salkever, 1976	Erişebilirlik, kaynak özellikleri ile nüfus özelliklerinin birleştirilmesidir.	Finansal erişebilirlik
		Fiziksel erişebilirlik
Aday & Andersen, 1974	Erişim, sağlık bakım sistemine giriştir.	Zemin hazırlayan faktörler
		Fırsat veren faktörler
		Sağlık Bakım gereksinimi
Penchansky & Thomas, 1981		Finansal karşılayabilirlik
		Ulaşılabilirlik
		Yerleştirme
		Hazır bulma
		Kabul edilebilirlik
Dutton, 1986	Kullanım, hasta niteliklerinin çarpımı, sunucu ve sistem özelliklerin toplamı olarak değerlendirilir.	Finansal faktörler
		Zaman faktörü
		Örgütsel faktörler
Frenk, 1992	Erişim, bakımı arayan ve elde etmek isteyen nüfusun yeteneğidir. Erişebilirlik ise sağlık bakım kaynaklarının nitelikleri ile sağlık bakımını arayan ve elde etmek isteyen nüfusun özellikleri arasındaki düzenlemelerin derecesidir.	
Margolis vd. 1995	En iyi olası sonucu elde etmek için kişisel sağlık hizmetlerinin zamanında kullanılmasıdır.	Finansal
		Kişisel
		Yapısal
Haddad & Mohindra, 2002	Sağlık hizmetlerini ve ürünlerini kullanma fırsatıdır.	Hazır bulunma
		Finansal karşılayabilirlik
		Kabul edilebilirlik
		Yeterlilik
Shengelia vd.2003	Kapsam: Sağlık bakım gereksinimini durumunda gerekli olan sağlık girişimlerini alabilme olasılığıdır. Kullanım: Kullanılan sağlık bakım hizmetlerinin ve işlemlerinin miktarıdır.	Fiziksel erişim
		Kaynakların hazır bulunması
		Kültürel kabul edilebilirlik
		Finansal karşılayabilirlik
		Bakımın kalitesi
Peters vd. 2008	Erişim, sağlık hizmetlerinin fiili kullanımını kapsayacak şekilde ele alındığında, sağlık hizmetleri ile sağlık hizmetleri kullanıcıları arasındaki uyumun farkı şeklinde ifade edilebilir.	Kalite
		Coğrafi erişebilirlik
		Hazır bulunma
		Finansal erişebilirlik
		Hizmetin uygunluğu

Sağlık hizmetleri kullanımı, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesine katkı yapan en önemli etmenlerden birisidir. DSÖ tarafından 1999 yılında benimsenen “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” politikasının 10 küresel hedefinden birisi “Genel kapsamlı, temel ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasıdır” (81).

Sağlık hizmeti kullanımı; “Bireylerin koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici sağlık hizmetlerinden amacına uygun olarak yararlanması”dır ve “Sağlık hizmeti veren kurumun sunduğu hizmetlerin, hizmet sunduğu toplum tarafından amaca uygun olarak kullanımı” olarak tanımlanmaktadır (82).

Sağlık hizmetlerini kullanma, bireylerin ekonomik kazanımlarından bağımsız en temel hak olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu temel hakkı, kırsal bölgelerde ve şehirlerin yoksul kesimlerinde yaşayanların hem nicelik hem de nitelik olarak daha varsıl kesimlere göre daha düşük düzeyde kullandıkları bir gerçektir (83). Bunun sonucunda toplumun yoksul kesimleri ile diğer kesimleri arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ile kullanım farklılığı artmakta, toplumun sağlık düzeyleri olumsuz olarak etkilenmektedir. Sağlık hizmet kullanım farklılığı yalnızca toplumun kendi içinde sağlık eşitsizliğine yol açmamakta, aynı zamanda ülkelerin sağlık sistemlerinin başarılarının değerlendirilmesine ve sağlık reformlarının gerçekleştirilmesine etki etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin, hizmet sunulan toplum tarafından uygun olarak kullanımı için, toplumun tüm kesimlerinin sunulan sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacakları ve kurumların hizmet çeşitliliği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hizmet sunucuları tarafından başta birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere, tüm koruyucu, sağıaltıcı ve esenlendirici hizmetlerin boyutu, kapsayıcılığı ve ulaşılabilirliği konusunda toplum bilgilendirilmelidir. Ayrıca hizmete ulaşmada güçlük çekmesi olası risk gruplarının (gebe, bebek, çocuk, adölesan, yaşlı vb) sağlık hizmetini almaları sağlanmalıdır (84-86). Gebe, bebek, çocuk, adölesan, yaşlı, engelli, göçmen ve yoksullar gibi risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımlarını sağlayabilmek için, erişim ve hizmet almayı engelleyen temel nedenlerin ortaya konması ve uygulanan politikalarda değişiklik yapılması gereklidir (87).

### 2.9.1.Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Etmenler

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok sosyo-ekonomik ve fiziksel faktör bulunmaktadır (88). Sağlık hizmetlerine erişim, genel olarak finansal, coğrafik, sosyo-kültürel, örgütsel ana başlıklarıyla incelense de daha geniş bir bakış açısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, kullanabilme, kabul edilebilirlik gibi noktaları da göz önüne alıp değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok faktör ortaya çıkmaktadır (76). Bu faktörler bireysel ve toplumsal başlıkları altında sınıflandırılarak Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Etmenler (76)

A) Bireysel	B) Toplumsal
• Cinsiyet	• Sosyal sınıfların varlığı
• Yaş	• Politik gücün kimde olduğu
• Öğrenim düzeyi	• Siyasi iktidarın/ SB’nin sosyo-politik tercihleri
• Etnik köken	• Mevzuatın yeterliliği
• Dil farklılığı	• TTB’nin çalışmaları, sağlık politikalarına müdahil olma düzeyi
• Din farklılığı	• Sağlık kurumunun varlığı
• Gelir düzeyi	• Sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı
• Kültür düzeyi	• Hizmetin var olaması
• Çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri	• Hizmetin yeterli olması (niceliği), halkın taleplerine yanıt verme durumu
• Yerli veya göçmen olunması	• Hizmetin niteliği
• Sağlık güvencesi	• Hizmetin sürekliliği
• Hizmet hakkında bilgi sahibi olunması	• Hizmetin merkezîyetçi olma durumu
• Özel gruplar (bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar)	• Hizmetin ücretli olması
	• Basamaklı sevk sisteminin olup olmaması
	• Coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri
	• Coğrafi bölgesel farklılıklar
	• Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı
	• Ülkenin başlıca sağlık sorunları

Türkiye’de 81 ilde yürütülen bir çalışma kapsamında, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, demografik özellikler, finansal engeller, sağlık hizmetleri altyapısı, sağlık tesisi kullanımı ve memnuniyet oranı ile ulaşım olmak üzere beş kategoride incelenmiş ve sağlık hizmetleri erişimine etki eden en önemli boyutlar; sağlık hizmetleri altyapısı, demografik özellikler ve ulaşım olanakları olarak saptanmıştır (89).

### 2.9.2. Andersen’in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli

Andersen tarafından 1968 yılında geliştirilen “Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli”nin temelinde sosyo-ekonomik düzeyden ve ödeme kapasitelerinden bağımsız olarak sağlık bakımının bütün bireylerin temel hakkı olduğu görüşü bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri kullanımı, kullanım konusundaki hazırlayıcı faktörlerin (predisposing), kullanımı kolaylaştırıcı faktörlerin (enabling factors) ve sağlık bakım gereksiniminin (health care need) bir fonksiyonudur (Tablo 3) (90-92).

**Tablo 3. Andersen Modeli bileşenleri**

1. Kullanım konusunda hazırlayıcı faktörler
a. Demografik özellikler ( yaş, cinsiyet, medeni durum, geçmişte yaşanan hastalıklar)
b. Sosyal yapı veya bireyin toplum içindeki yeri (eğitim, etnik köken, mesleki statü)
c. Sağlık hizmetlerine ilişkin tutum, davranış ve inanışlar
2. Kullanımı kolaylaştırıcı faktörler
a. Hane halkı düzeyinde (hane halkı geliri, sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, düzenli ve yeterli bir gelir kaynağına sahip olma, sağlık hizmetlerine erişim durumu)
b. Toplumsal düzeyde (sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının nüfusa oranı, sağlık hizmetlerinin fiyatı, ülkenin bölgeleri arasındaki gelişmişlik farkı, kır /kent özelliği)
3. Sağlık bakım gereksinimi
a. Algılanan gereksinim (bireylerin genel sağlık durumunu değerlendirme sonucu, bireyin yaşadığı iş görmezlik / engelli gün sayısı, belli bir zaman diliminde bireyin algıladığı hastalık belirtileri)
b. Değerlendirilen gereksinim (Hekim tarafından bireyin yaşamakta olduğu sağlık problemi ve klinik bulguları)

Sağlık hizmetlerine erişim, model çerçevesinde potansiyel erişim ve farkına varılmış erişim olmak üzere iki başlık altındadır. Potansiyel erişim kolaylaştırıcı faktörlerin bulunduğu durumu tanımlarken, daha yüksek miktarda kolaylaştırıcı faktörün varlığı bireylerin sağlık hizmeti kullanımında artışa neden olmaktadır. Farkına varılmış kullanım ise sağlık hizmeti kullanımının gerçekleşmesi olarak tanımlanmaktadır (92).

Andersen modeli ilk geliştirdiğinde bireysel düzeydeki değişkenler üzerinde durmuştur. Ancak daha sonraki yıllarda model üzerinde değişiklikler yapılmıştır. Modele 1970 yılında sağlık politikaları, sağlık organizasyonu ve sağlık kaynakları eklenmiştir. Daha sonra 1974 yılında Andersen ve Aday modele erişimi, zamanla da dışsal çevreyi ve sağlık bakım sistemi özelliklerini de eklemişlerdir (93-94).

Andersen tarafından 1980-1990 arasında fiziksel, ekonomik ve politik dışsal çevre özellikleri modele eklenmiştir. Hizmet kullanımıyla etkileşim içinde olan ve aynı zamanda sağlık çıktılarına etkileyen kişisel sağlık uygulamalarını (diyet, egzersiz ve kendi kendine bakım gibi) da modele ilave etmiştir. Sonraki aşamada algılanan sağlık durumu ve gereksinim, değerlendirilen sağlık durumu ve hasta memnuniyeti de etkili faktörler olarak modele eklenmiştir. Andersen 1995 yılında ilk baştaki kavramsal çerçeveyi tekrar gözden geçirmiş ve dört evre olarak uyarlamıştır. Bu modelde sağlık hizmet kullanımına etki eden birçok etmen yer almıştır ve sağlık hizmetleri kullanımının dinamik ve tekrarlayıcı doğasına vurgu yapılmıştır. Model aynı zamanda çıktılarıyla oluşan feedback döngüsünü de içermektedir (82, 94-97).

Modelin üç ana ayağını oluşturan bileşenlerin gerçekleşmesindeki görece önemlilik ya da baskınlık dereceleri, sağlık hizmeti kullanımının eşit ve hakkaniyetli dağılımı ile yakından ilişkilidir. Sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyet özellikle gereksinim faktörünün sağlık hizmeti kullanımının ana nedeni olduğu durumda belirginleşmektedir (93, 98).

Davranışsal modelde hangi tür sağlık hizmetinin kullanıldığına bağlı olarak bileşenler sağlık hizmeti kullanım davranışını açıklamasında farklı rollere sahip olmaktadır. Örneğin; yataklı tedavi hizmetlerinde ciddi sağlık problemlerine ait başvurular nedeni ile esas olarak gereksinim ve demografik faktörler önemli rol

oyarken, diş bakım hizmetlerinde ise daha çok isteğe bağlı olduğu için sosyo-ekonomik durum, sağlığa ilişkin algı, tutum, davranışlar ile kolaylaştırıcı faktörler devreye girmektedir. Ayakta tedavi hizmetlerinin kullanımında ise davranışsal modelin bütün bileşenleri devreye girmektedir.

Davranışsal modelin önemli vurgularından biri olan bileşenlerin değiştirilebilirlik düzeyi, uygulanacak sağlık politikalarında ve hakkaniyetli sağlık hizmeti kullanımında önemli bir özellik olarak izlenmektedir. Toplumun özellikle dezavantajlı kesimleri arasında sağlık hizmet kullanımını arttırabilmek için bu faktörlerin devreye sokulması gerekmektedir. Örneğin sağlık sigortasına sahip olma durumu sağlık hizmet kullanımı ile olumlu yönde ilişkili ve değiştirilebilirlik düzeyi yüksek bir değişkendir ve özellikle sağlık sigortası olmayanlar bu açıdan dezavantajlı grubu oluşturmaktadır. Bu kesimi hedef alan genel sağlık sigortası politikalarıyla sağlık hizmeti kullanım düzeyi arttırılabilmektedir (60,77,92). OECD raporunda da özellikle sağlık bakım hizmetlerini sunan ve finans eden kurumların birbirinden farklı olduğu ülkelerde, sağlık sigortasının kapsama durumunun yüksek olmasının sağlık hizmetlerine erişimi arttırdığı vurgulanmaktadır (93).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Kesitsel tipte çözümleyici bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Konak ilçesindeki TSM'ye bağlı 29 Aile Sağlığı Merkezleri nüfusunda Temmuz 2013- Haziran 2014 tarihleri arasında veri toplayarak yapılmıştır.

2008 yılı Ağustos ayında kaynak incelemesine başlanmış ve konu seçimi yapılmıştır. Ağustos 2008 – Haziran 2013 tarihleri arasında hazırlık ve ön çalışmalar tamamlanmıştır. 01 Temmuz 2013 – 30 Haziran 2014 tarihleri arasında veri toplanmıştır. 2014 yılı Ocak ayından 2014 yılı sonuna değin veri girişi – değerlendirme yapılmış, Kasım 2014 - Aralık 2015 tarihleri arasında çözümlenmeler yapılmış ve tez yazımına başlanmıştır. 2016 yılı Mayıs ayında tez yazımı tamamlanmış, 2016 yılı Haziran ayında tez savunma sınavına girilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **Araştırma Evreni:**

İzmir'de birinci basamak olarak değerlendirilen kurumlar, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Aile Hekimliği Birimleri (AHB)'dir. Araştırma evrenini, 2008 Yılı Aralık sonu itibariyle Konak ilçesindeki AHB'lere kesin kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfus (49,845 kişi) oluşturmuştur (2008 yılı Aralık sonu verisinin kullanılmasının nedeni, söz konusu tarihten sonra ilgili veriye ulaşma olanağının olmamasıdır).

##### **Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçim Yöntemi:**

Bu evreni temsil eden örnek büyüklüğü; en son sağlık sorununda birinci basamağı kullanma oranı %50, %5 sapma ile %95 güven düzeyinde 381 kişi olarak hesaplanmıştır. %20 yedek ile birlikte toplam 457 kişiye ulaşılması planlanmıştır.

SPSS programı ile basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak örnek seçimi yapılmıştır.

Araştırma sonunda 330 yaşlıya ulaşılmış ve ulaşım oranı, üç farklı şekilde değerlendirildiğinde en düşük %72.2, en yüksek ise %86.6 olarak bulunmuştur:

- %50 sıklık, %5 sapma ile %95 güven düzeyinde 381 kişi olarak hesaplanan örnek büyüklüğünün %86.6'sına ulaşılmıştır.

- %20 yedek ile birlikte 457 yaşlı üzerinden hesaplandığında ulaşma oranı %72.2 olmuştur.

- Örneğe çıkan ancak vefat nedeniyle ulaşılamayanlar (60 yaşlı) dışarıda bırakıldığında ise, 397 yaşlı üzerinden ulaşma oranı %83.1 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4'te örneğe çıkan yaşlılara ulaşma durumu sunulmuştur.

**Tablo 4. Örneğe çıkan yaşlılara ulaşma durumu**

	Sayı	%
Ulaşılan	330	72.2
Vefat	60	13.1
Evde Yok	14	3.1
Yanlış adres	19	4.2
İlçe dışında	18	3.9
Göç	9	2.0
Yurt dışında	2	0.4
İl dışı	1	0.2
Ret eden	4	0.9
<b>Toplam</b>	<b>457</b>	<b>100.0</b>

### 3.4. Çalışma materyali:

Araştırmada herhangi bir materyal kullanılmamıştır.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri:**

Öncelikle araştırmanın ilk iki amacı ile ilgili olarak bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak sunulmuştur. Daha sonra yaşlıların son başvuruda kullandıkları sağlık hizmeti ve aile hekimliği kullanımı ile ilgili özellikler tanımlayıcı değişkenler başlığı altında sunulmuş, en son araştırmanın üçüncü amacı olan, sunulan hizmetin niteliği diyabet hastaları üzerinden tanımlayıcı değişkenler olarak belirtilmiştir.

**3.5.1. Bağımlı Değişken:** Yaşlıların (65 yaş üzeri nüfusun) iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağı kullanım düzeyleri

### **3.5.2. Bağımsız Değişkenler:**

#### 3.5.2.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili değişkenler:

- a) Kişinin yaşı
- b) Cinsiyeti
- c) Medeni durumu
- d) Öğrenim durumu
- e) Emekli olma durumu
- f) Kaç çocuğu olduğu
- g) Evde kaç kişi yaşadığı ve kimlerle yaşadığı
- h) Sağlık güvencesi varlığı
- i) Ekonomik durum

#### 3.5.2.2. Yaşlıların çevreyle iletişim durumları ile ilgili değişkenler:

- a) Çocuklarıyla/yakın akrabalarıyla görüşme sıklığı
- b) Yakınları dışında görüştüğü kimse varlığı
- c) Hobilerinin varlığı
- d) Ev dışında katıldığı aktivitelerin varlığı

#### 3.5.2.3. Yaşlıların sağlık durumları ile ilgili değişkenler:

- a) Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu
- b) Ev dışında yardıma ihtiyaç duyma durumu
- c) Sağlık durumu algısı
- d) Engellilik durumu
- e) Kronik sağlık sorunu varlığı

- f) Düzenli kullandığı ilaç varlığı ve sayısı (yanıt evet ise)
- g) Düzenli olarak yaptırdığı tetkik varlığı
- h) Evde kendi kendine ya da yakını yardımı ile tansiyon ve kan şekeri ölçülme durumu

#### 3.5.2.4. Kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili değişkenler:

- a) En yakın sağlık kurumu
- b) Genel olarak sağlık sorunları için tercih ettiği sağlık kurumu
- c) Bu kurumu yeğleme nedenleri ve en önemli neden

#### **3.5.3. Tanımlayıcı değişkenler:**

Araştırmada sağlık hizmet kullanımının özellikleri ve hizmet niteliğinin bir hastalık üzerinden incelenmesi tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

#### 3.5.3.1. Son başvuruda kullandıkları sağlık hizmeti ve aile hekimliği kullanımı ile ilgili değişkenler:

Bir sağlık sorunu nedeniyle

- a) En son ne zaman
- b) Hangi sağlık kurumuna gittiği
- c) Sağlık sorununun ne olduğu
- d) Sağlık sorunu için yapılanlar
- e) En son kullanılan sağlık kurumu ve ilaç alındıysa eczanede ücret ödeme durumu
- f) En son ne zaman aile hekimine gittiği
- g) Aile hekiminden beklentileri
- h) Aile hekimine gitmiyor ise nedenleri
- i) Aile hekimini değiştirdiyse en önemli nedeni
- j) Aile hekimini değiştirmeyi düşünme durumu

3.5.3.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili değişkenler:

Her hasta için son bir yıl içinde;

- AKŞ ve TKŞ
- HbA1c
- Göz dibi bakısı
- Serum kreatinin ve idrarda mikroalbuminüri (GFR)
- TA ölçümü yapıp yapılmadığı

**3.5.4. Değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:**

**3.5.4.1. Bağımlı değişken:**

Kullanım, öncelikle sağlık kurumuna gitmeyi gerektiren bir sağlık sorunu olduğunda hizmet aldığı en son kurum üzerinden sorgulanmış; "ASM" ve "diğer sağlık kurumları" olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

**3.5.4.2. Bağımsız değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:**

**3.5.4.2.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:**

a) Kişinin yaşı: Veri toplama aşamasında çalışmaya katılanların yaşları doğrudan girilmiş ancak çözümleme aşamasında "65-74", "75-84" ve "85 ve üzeri" olarak üç gruba ayrılmıştır.

b) Cinsiyeti: "Erkek" ve "kadın" olarak veri toplanmıştır.

c) Medeni durumu: "Evli", "bekar", "eşi ölmüş" ve "eşinden ayrı" olarak veri toplanmış, çözümleme aşamasında "evli" ve "evli değil" olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

d) Öğrenim durumu: Veri toplama aşamasında yaşlıların öğrenim durumları bitirdikleri okul olarak sorgulanmış, "okur-yazar değil", "okur-yazar", "ilkokul mezunu", "ortaokul mezunu", "lise mezunu" ve "lisans/lisansüstü" olarak gruplanmıştır. Çözümleme aşamasında "diploması var" ve "diploması yok" şeklinde iki grupta değerlendirilmiştir.

e) Emekli olma durumu: Herhangi bir işten emekli olma durumu “evet” ve “hayır” olarak veri toplanmıştır. Eşinden, babasından vb. emekli maaşı alanlar, “hayır” olarak kabul edilmiştir. Veri toplama döneminde herhangi bir işte çalışma durumu da sorgulanmış; “evet” ve “hayır” olarak gruplanmıştır. Çalışanlara ne iş yaptığı sorulmuş; “kendi işini yapıyor”, “ücretli/maaşlı olarak çalışıyor”, “düzensiz işlerde çalışıyor” ve “diğer” olarak toplanmış, diğer seçeneğine açıklama yapılması istenmiştir.

f) Kaç çocuğu olduğu: Açık uçlu olarak veri toplanmış, çözümleme aşamasında “1-2”, “3-4”, “5 ve üzeri” ile “çocuğu yok” olarak gruplanmıştır. Çapraz tablolarda ise çocuk sayısı “2 ve daha az” ve “3 ve daha çok” olarak iki gruba ayrılmıştır.

g) Evde kaç kişi yaşadığı: Açık uçlu olarak veri toplanmış, çözümlenelerde “yalnız”, “1-2”, “3-4”, “5 ve üzeri” olarak gruplanmıştır. Çapraz tablolarda ise “yalnız” ve “yalnız değil” şeklinde iki grup olarak çözümlenmeye alınmıştır. Yalnız yaşamayanlarda evde kim(ler)le birlikte yaşadığıda sorgulanmış; “eşi”, “eşi+çocuklar (evli/bekar)”, “eşi+ 1. derece akraba (kendisinin ya da eşinin anne, baba ve/veya kardeşi)”, “çocuklar”, “1. derece akraba (kendisinin ya da eşinin anne, baba ve/veya kardeşi)” ve “diğer” olarak veri toplanmış “diğer” seçeneğinde kim(ler)le yaşadığını belirtmesi istenmiştir.

h) Sağlık güvencesi varlığı: Kendisinin veya eş, baba vb.den dolaylı olarak sağlık güvencesinin olup olmadığı ile ilgili veriler “evet” ve “hayır” seçenekleri ile toplanmıştır. Yanıt “evet” ise sağlık güvencesinin türü için “Emekli sandığı”, “Bağ-Kur”, “SSK”, “Yeşilkart”, “özel sigorta” ve “diğer” seçenekleri ile veri toplanmış, “diğer” seçeneğinde belirtmesi istenmiştir.

i) Ekonomik durum: Ekonomik durum algısı, eve giren aylık gelir, gelirin gideri karşılama durumu ve kendine ait gelirin varlığı üzerinden değerlendirilmiştir. Kişilerin kendilerine göre sosyo-ekonomik durumları sorulmuş ve “iyi”, “orta” ve “kötü” olarak gruplanmıştır.

• Eve giren toplam aylık gelir: Veri toplama aşamasında ayda eve giren toplam gelir ile ilgili veriler, veri toplamaya başlanan 2013 yılı itibari ile geçerli olan asgari ücretin katlarına göre sorgulanmış, “701 TL ve altında”, “702-1402 TL arasında”, “1403-2103 TL arasında”, “2013 TL üzerinde” ve “bilmiyor” şeklinde gruplanarak

toplanmıştır. Çözümlemelerde 701 TL ve altında olanlar “kötü”, 702-1402 TL arasında olanlar “orta” ve 1403 TL ve üzerinde olanlar “iyi” olarak gruplanmıştır.

- Eve giren gelirin gideri karşılaması: Yeterli gelirin olması “evet, karşılıyor (gelirim giderimden fazla)”, “evet, karşılıyor (gelirim giderime eşit)” ve “hayır, karşılamıyor (gelirim giderimden düşük)” olarak veri toplanmıştır. Çözümleme aşamasında evet karşılıyor seçenekleri “yeterli”, hayır karşılamıyor seçeneği ise “yetersiz” olarak yeniden kodlanmıştır.

- Kendine ait gelirin olması: “Evet” ve “hayır” olarak veri toplanmış, yanıt evet ise kaynağı sorulmuştur.

#### **3.5.4.2.2. Yaşlıların çevreyle iletişim durumları ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:**

a).Çocuklarıyla/yakın akrabalarıyla görüşme sıklığı: Çocuklarıyla/yakın akrabalarıyla yüz yüze ne sıklıkta görüştüğü sorulmuş (telefonla görüşmeler kabul edilmemiştir), “her gün”, “2-3 günde bir”, haftada bir”, “ayda bir”, “ayda birden az” ve “hiç” olarak veri toplanmıştır. Çözümleme aşamasında her gün görüşmeyenler ve hiç görüşmeyenler “her gün değil” kabul edilerek yeniden kodlanmıştır.

b).Yakınları dışında görüştüğü kimse varlığı: Komşu, arkadaş ve uzak akraba/ahbablarıyla yüz yüze görüşme sıklığı sorulmuş, telefonla görüşmeler kabul edilmemiştir. Veri toplama, “her gün”, “2-3 günde bir”, haftada bir”, “ayda bir”, “ayda birden az” ve “hiç” seçenekleri ile yapılmıştır. Çözümleme aşamasında her gün görüşmeyenler ve hiç görüşmeyenler “her gün değil” kabul edilerek yeniden kodlanmıştır.

c) Hobilerinin varlığı: Çalışmaya katılanlara dikiş dikme, şiir okuma/yazma, çiçek bakımı, kitap okuma vb herhangi bir hobisi olup olmadığı “evet” ve “hayır” olarak sorulmuş, yanıt evet ise ne olduğunu belirtmesi istenmiştir.

d) Ev dışında katıldığı aktivitelerin varlığı: Çalışmaya katılanların ev dışında katıldığı gezi, kahveye gitme, güne gitme vb aktivitesi olup olmadığı “evet” ve “hayır” seçenekleri ile sorulmuş, yanıt evet ise ne olduğunu açıklaması istenmiştir.

### 3.5.4.2.3. Yaşlıların sağlık durumları ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:

a) Kişilerin günlük yaşam aktivitelerini kimsenin yardımı olmadan kendi başına yapabilmesi ile ilgili olan veriler, her birini tek tek “evet” ve “hayır” olarak yanıtlanması istenerek toplanmıştır.

- Giyinme
- Yemek yeme
- Banyo yapma
- Tuvalet
- Kişisel temizlik (Yüz yıkama, diş fırçalama, tıraş vb)
- Yatak ya da sandalyeye oturma/kalkma
- Yürüme (baston gibi yardımcı bir araçla da olsa)
- Merdiven inip çıkma

Çapraz tablolarda “hepsinde yardıma ihtiyacı olanlar”, “bazılarında yardıma ihtiyacı olanlar” ve “hiçbirinde yardıma ihtiyacı olmayanlar” şeklinde gruplandırılmıştır.

b) Ev dışında yardıma ihtiyaç duyma durumu: Çalışmaya katılanların ev dışındaki işleri (banka işleri, telefon-elektrik parası yatırma, alışveriş vb) kendi başına yapıp yapamadığı sorulmuş, “evet” ve “hayır” seçenekleri ile veri toplanmıştır.

c) Sağlık durumu algısı: İki şekilde değerlendirilmiştir:

- İlk olarak kişilerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorulmuş, “çok iyi”, “iyi”, “fena değil”, “kötü” ve “çok kötü” olarak gruplama yapılmıştır. Çözümleme aşamasında çok iyi ve iyi seçenekleri “iyi” olarak, kötü ve çok kötü seçenekleri “kötü” olarak yeniden kodlanmış, fena değil seçeneği ise “orta” olarak yeniden adlandırılmıştır.

- İkinci olarak kendi yaşlılarıyla karşılaştığında sağlık durumunu nasıl değerlendirdikleri sorgulanmış ve “daha iyi”, “aynı” ve “daha kötü” seçenekleri ile veri toplanmıştır.

d) Yaşantılarını etkileyecek engellilik durumu: Çalışmaya katılanların yaşantılarını etkileyecek kadar engellilik durumu varlığı ile ilgili veriler “evet, bedensel”, “evet, görme ile ilgili”, “evet, konuşma ile ilgili”, “evet, duyma ile ilgili”,



“evet, zihinsel” ve “hayır” seçenekleri ile toplanmıştır. Çapraz tablolarda herhangi bir engellilik durumu olanlar “var” olarak yeniden kodlanmış, hayır seçeneği ise “yok” olarak yeniden adlandırılmıştır.

e) Kronik sağlık sorunu varlığı: Kronik sağlık sorunu ile ilgili değerlendirme için düzenli olarak ilaç kullanmalarını gerektiren uzun süreli bir hastalıkları olup olmadığı “evet” ve “hayır” seçenekleri ile sorulmuş, yanıt “evet” ise;

- Açık uçlu olarak hastalığın adını belirtmeleri istenmiştir. Çözümleme aşamasında evet seçeneği “var”, hayır seçeneği ise “yok” olarak yeniden adlandırılmıştır.

- Kronik hastalık tanısının nerede konduğu sorulmuş, “aile sağlığı merkezi/aile hekimi”, “devlet hastanesi”, “üniversite hastanesi”, “özel hekim-özel hastane” ve “diğer” şeklinde gruplanarak veri toplanmıştır. Yanıtı “diğer” olanlardan açıklama istenmiş ve birden fazla seçenek kabul edilmiştir. Çapraz tablolarda aile sağlığı merkezi/aile hekimi dışındaki seçenekler birleştirilerek “aile sağlığı merkezi/aile hekimi” ve “diğer sağlık kurumu” olarak yeniden kodlanmıştır.

- Kronik hastalık/hastalıkların kontrollerinin nerede yapıldığı sorulmuş, “aile sağlığı merkezi/aile hekimi”, “devlet hastanesi”, “üniversite hastanesi”, “özel hekim-özel hastane”, “diğer” ve “kontrole gitmiyor” şeklinde gruplanarak veri toplanmıştır. Yanıtı “diğer” olanlardan açıklama istenmiş ve birden fazla seçenek kabul edilmiştir.

- Kronik hastalık/hastalıklarıyla ilgili heyet raporu olup olmadığı “evet” ve “hayır” seçenekleri ile sorularak veri toplanmıştır.

- Yanıt “evet” ise kimin önerdiği: Kronik hastalığı ile ilgili heyet raporunu kimin önerdiği sorularak “aile sağlığı merkezi/aile hekimi”, “devlet hastanesi”, “üniversite hastanesi”, “özel hekim-özel hastane”, “diğer” ve “hatırlamıyor” şeklinde gruplanarak veri toplanmıştır. Yanıtı “diğer” olanlardan açıklama istenmiştir.

f) Düzenli kullandığı ilaç varlığı ve sayısı: Düzenli olarak ilaç kullanıp kullanmadığı “evet” ve “hayır” seçenekleri ile sorulmuş, yanıt “evet” ise kaç farklı kutu olduğunu (tablet değil) belirtmesi istenmiştir. Çözümlemelerde kutu sayısı “1-3” ve “4 ve üzeri” olarak gruplandırılmıştır. Bu soru aynı zamanda kronik hastalık varlığını değerlendirmek için sorulmuş olan “düzenli ilaç

kullanmanızı gerektiren uzun süreli bir hastalığınız var mı?” sorusuna kontrol amacıyla bu şekilde yöneltilmiştir.

g) Düzenli yaptırdığı tetkik varlığı: Düzenli olarak kan şekeri, kan yağları, tiroid testleri, prostat için PSA vb tetkik yaptırıp yaptırmadığı “evet” ve “hayır” seçenekleri ile sorulmuş, yanıt “evet” ise ne olduğunu belirtmesi istenmiştir.

h) Evde kendi kendine ya da bir yakını yardımıyla tansiyon, kan şekeri ölçülme durumu ile ilgili veriler, “evet” ve “hayır” şeklinde gruplanarak toplanmıştır.

#### **3.5.4.2.4. Kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:**

a) En yakın sağlık kurumu: İkamet ettiklere yere en yakın sağlık kurumu ile ilgili veriler, “aile sağlığı merkezi/aile hekimi”, “devlet hastanesi”, “üniversite hastanesi”, “özel hekim-özel hastane” ve “diğer” şeklinde gruplanarak toplanmıştır. Yanıtı “diğer” olanlardan açıklama istenmiştir. Çözümlemelerde “ASM” ve “diğer” olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

b) Genel olarak sağlık sorunları için tercih ettiği sağlık kurumu: Sağlık sorunları için hangi sağlık kurumunu yeğledikleri, “aile sağlığı merkezi/aile hekimi”, “devlet hastanesi”, “üniversite hastanesi”, “özel hekim-özel hastane” ve “diğer” seçenekleri ile sorulmuş, yanıtı “diğer” olanlardan açıklaması istenmiştir. Çözümlemelerde “ASM” ve “diğer” olarak iki grupta değerlendirilmiştir.

c) Bu kurumu yeğleme nedenleri ile ilgili veriler, “yeterli tanı ve tedavi olanağı olması”, “ulaşım kolaylığı”, “alışkanlık”, “memnuniyet”, “sıra beklenilmemesi”, “daha fazla ilgi gösterilmesi”, “para ödenmemesi” ve “diğer” şeklinde gruplanmıştır. Yanıtı “diğer” olanlardan açıklaması istenmiş ve birden fazla seçeneğin seçilebileceği belirtilmiştir. Bu kurumu yeğlemedeki en önemli neden ile ilgili veriler de aynı seçeneklerle toplanmış, ancak tek seçenek seçilmesi istenmiştir.

### 3.5.4.2.5. Tanımlayıcı değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:

#### 3.5.4.2.5.1. Yaşlıların son başvuruda kullandıkları sağlık hizmeti ve aile hekimliği kullanımı ile ilgili veriler:

a) En son ne zaman doktora/hastaneye gittiği: Kişinin en son hastalandığında ne zaman hekim veya hastaneye gittiği ile ilgili veriler, “son bir hafta içinde”, “son bir ay içinde”, “son altı ay içinde”, “son bir yıl içinde”, “bir yıldan uzun süredir doktora gitmedim”, “hatırlamıyorum” ve “hiç doktora gitmem” şeklinde gruplanmıştır. Yanıtı “hiç doktora gitmem” şeklinde olanların sonraki yedi soruyu atlamaları istenmiştir. Çapraz tablolarda “son bir ay içinde” ve “daha eski” olarak yeniden kodlanmıştır.

b) En son doktora/hastaneye gitme nedeni, açık uçlu sorulmuş ve yakınmalarını belirtmesi istenmiştir.

c) En son gittiği sağlık kuruluşunun hangisi olduğu, “aile sağlığı merkezi/aile hekimi”, “devlet hastanesi”, “üniversite hastanesi”, “özel hekim-özel hastane” ve “diğer” seçenekleri ile sorulmuş, yanıtı “diğer” olanlardan açıklaması istenmiştir.

d) Doktora/hastaneye en son gittiği bu sorunu için yapılanlar ile ilgili veriler, “muayene”, “muayene + ilaç yazıldı”, “enjeksiyon, pansuman yapıldı”, “sevk-öneri”, “tetkik istendi” ve “diğer” şeklinde gruplanmıştır. Yanıtı “diğer” olanlardan açıklaması istenmiştir.

e) En son kullanılan sağlık kurumunda ve ilaç alındıysa eczanede ücret ödeme durumu, “evet”, “hayır” ve “hatırlamıyor” şeklinde sorulmuştur. Yanıtı “evet” olanlardan ne kadar olduğunu belirtmeleri istenmiştir.

f) Aile hekimine en son ne zaman gittiği ile ilgili veriler, “son bir hafta içinde” “son bir ay içinde”, “son altı ay içinde”, “son bir yıl içinde”, “bir yıldan uzun süredir doktora gitmedim”, “hatırlamıyorum” ve “hiç gitmedim” seçenekleri ile sorulmuştur.

g) Aile hekiminden beklentilerin neler olduğu, “ilgi gösterme”, “doğru tanı+tedavi”, “sıra beklememe”, “evde sağlık hizmeti sunumu”, “güven verme” ve “diğer” şeklinde gruplanarak sorulmuş, yanıtı “diğer” olanlardan açıklaması istenmiştir. Birden fazla seçeneği seçebilecekleri belirtilmiştir.

h) Aile hekimine gitmiyor ise gitmeme nedenleri ile ilgili veriler, “ilgisizlik”, “uzak olması”, “tanımama/bilmeme”, “kalabalık olması”, “hastalık/engellilik nedeniyle evden çıkamama”, “yeterince güvenememe” ve “diğer” seçenekleri ile toplanmış, yanıtı

“diğer” olanlardan açıklaması istenmiştir. Birden fazla seçeneği seçebilecekleri belirtilmiştir.

i) Aile hekimini değiştirme durumu, “evet” ve “hayır” şeklinde sorulmuştur.

• Yanıtı “evet” olanlara en önemli nedeni sorulmuş, “ilgisizlik”, “evine uzak olması”, “işine uzak olması”, “tanıdığı/önerilen bir hekimin hastası olmak için” ve “diğer” seçenekleri ile veri toplanmıştır. Yanıtı “diğer” olanlardan açıklaması istenmiştir.

j) Aile hekimini değiştirmeyi düşünme: Aile hekimini değiştirmeyi düşünüp düşünmediği ile ilgili veriler, “evet”, “hayır” ve “kararsızım” şeklinde gruplanarak toplanmıştır.

#### **3.5.4.2.5.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçüm biçimleri:**

Bu yaş grubunda sık görülen bir kronik hastalık olması ve rehberlerde birinci basamakta izlem ölçütleri açık olarak tanımlanmış bir hastalık olması nedeniyle diabetes mellitusu (DM) olan ve bu sağlık sorunları nedeniyle aile hekimine giden yaşlıların son bir yıl içinde aldığı hizmetlerin niteliği incelenmiştir (34). Bu amaçla aile hekimi kayıtları incelenmiş ve aşığıdaki ölçütlere göre değerlendirilmiştir:

Her hasta için son bir yıl içinde;

- AKŞ ve TKŞ
- HbA1c
- Göz dibi bakısı
- Serum kreatinin ve idrarda mikroalbuminüri (GFR)
- TA ölçümü yapıp yapılmadığına bakılmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nde AKŞ ve TKŞ için haftada 1-2, HbA1c için 3-6 ayda bir, göz dibi muayenesi için yılda bir, serum kreatinin ve idrarda mikroalbuminüri için ise 6-12 ayda bir kez ölçüm önerilmektedir (34).

Bu çalışmada tüm ölçümler için standardizasyonu sağlamak için bir yıl içinde en az bir kez yapıldı ise hizmet niteliği “uygun” olarak değerlendirilmiştir.

### 3.6. Veri Toplama Araçları:

Veri toplamak için anket formu hazırlanmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce ön uygulama yapılmış, bazı sorularda düzeltme yapılarak ankete son şekli verilmiştir.

Veri toplama gönüllülük esasına dayalı olarak belirlenen, TSM'de görevli üç hekim dışı sağlık çalışanı tarafından eğitim verildikten sonra yapılmıştır. Örneğe çıkan yaşlıların evlerine gidilerek, anket (Ek 1) aracılığı yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplanmıştır. Örneğe çıkan diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği, anımsama etmeni nedeniyle, aile hekiminin kayıtlarından araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Araştırmaya çıkan altı zihinsel engelli yaşlının verileri, yaşlının bakımını üstlenen kişi ile görüşülerek toplanmıştır.

Araştırmada veri toplanması 01 Temmuz 2013 - 30 Haziran 2014 tarihleri arasında (yaşlıların evlerine gidilerek veri toplanması Temmuz 2013 - Şubat 2014, aile hekimi kayıtlarından veri toplanması ise 2014 yılı Mart-Haziran aylarında) tamamlanmıştır.

### 3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:

Yıllar	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016
Aylar	08	09-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06
Konu Seçimi																	
Kaynak İnceleme																	
Hazırlık-Ön Çalışma																	
Veri Toplama																	
Veri girişi ve değerlendirme																	
Çözümleme																	
Yazım																	
Tez savunma sınavı																	

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Veri değerlendirilmesinde, SPSS for Windows 16.0 istatistik programı ve Epi-info 2007 programlarından yararlanılmıştır. Veri çözümlerinde ki-kare, eğitimde ki-kare testi uygulanmıştır. Ki-kare testlerinin tümünde Yates düzeltmesi yapılmıştır. Çoklu analiz olarak lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Lojistik regresyon analizinde modele, ikili analizlerde p değerinin 0.20'den düşük olduğu değişkenlerle (cinsiyet, medeni durum, sağlık güvence durumu, çocukla görüşme, ev dışında yardıma gereksinim olma, engellilik ve genel yeğlediği kurum) birlikte, yaş (sürekli olarak) alınmıştır (99). Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre kronik hastalık için yeğlediği kurum da anlamlı bulunmuştur ama genel olarak yeğlediği kurum arasında yüksek korelasyon olabileceğinden modele alınmamıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:**

Araştırmanın başlangıcından tez yazımının tamamlanmasına değin geçen sürede ülkemizin sağlık sisteminin yeniden yapılanıyor olması nedeniyle ortaya çıkan beklenmeyen durumlar, özellikle zamanla ilgili sıkıntılara neden olmuştur.

Diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliğini değerlendirebilmek için aile hekimi kayıtlarının incelenmesi aşamasında, aile hekimlerinin çoğunluğunun diyabetik hasta kontrollerini/ izlemlerini rehberlerdeki şekilde yaptığını belirtmesine rağmen kayıtlarının olmadığı görülmüştür. Bu çerçevede diyabetik yaşlılara birinci basamakta sunulan hizmetin niteliğinin değerlendirilmesi, aile hekimleri tarafından diyabet izlemleri ile ilgili kayıtları işlenmiş olanlar üzerinden olabilmektedir.

### **3.10. Etik Kurul Onayı:**

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 2).

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 5/Şubat/2009 tarihinde, yazılı izin alınmıştır (Ek 3).

## 4. BULGULAR

### 4.1.Tanımlayıcı Bulgular

#### 4.1.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili bulgular:

Çalışmaya katılan yaşlıların yaşları 65 ile 96 arasındadır. Yaş ortalaması  $75.7 \pm 6.7$  yıl, ortanca yaş ise 75.0 olarak bulunmuştur. Yaşlıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir. Yaş grupları dağılımına göre çalışmaya katılan yaşlıların en fazla (%52.7) 65-74 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Çalışmaya alınan yaşlıların %65.5'inin kadın olduğu, yarıya yakınının evli olduğu, %29.7'sinin okur-yazar olmadığı tabloda görülmektedir (Tablo 5). Ek olarak okur-yazar olmayan yaşlıların %82.7'sinin kadın, %17.3'ünün erkek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Yaşlıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik özellikler (n=330)	Sayı	%
<b>Yaş grubu</b>		
65-74	174	52.7
75-84	130	39.4
85-96	26	7.9
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	114	34.5
Kadın	216	65.5
<b>Medeni durum</b>		
Evli	154	46.7
Bekar	7	2.1
Eşi ölmüş	158	47.9
Eşinden ayrı	11	3.3
<b>Öğrenim durumu</b>		
OY değil	98	29.7
OY	35	10.6
İlkokul mezunu	117	35.5
Ortaokul mezunu	20	6.1
Lise mezunu	34	10.3
Lisans/Lisansüstü	26	7.9

Yaşlıların %54.5'inin herhangi bir işten emekli olduğu saptanmıştır. Veri toplama döneminde herhangi bir işte sadece sekiz kişinin (%2.4) halen çalışıyor olduğu, bunlardan da üç kişinin serbest meslek, üç kişinin düzensiz işler yaptığı, iki kişinin ise ücretli olarak çalıştığı tabloda görülmektedir (Tablo 6).

**Tablo 6. Yaşlıların emekli olma-çalışma durumlarına göre dağılımı**

<b>Çalışma durumu (n=330)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Emeklilik</b>		
Evet	180	54.5
Hayır	150	45.5
<b>Çalışma</b>		
Evet	8	2.4
Hayır	322	97.6
<b>Yapılan iş*</b>		
Kendi hesabına çalışan	3	37.5
Ücretli	2	25.0
Düzensiz işler	3	37.5

\*Halen çalışanlar (n=8)

Çalışmaya katılan yaşlıların %39.5'i 3-4 çocuğu olduğunu, %6.4'ü ise çocuğu olmadığını bildirmişlerdir. Yaşlıların yaklaşık dörtte birinin yalnız yaşadığı, üçte ikisine yakın bir kısmının ise evde 1-2 kişi yaşadığı saptanmıştır. Yalnız yaşamayan yaşlıların %42.3'ünün eşleriyle, %20.2'sinin ise eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 7).



**Tablo 7. Yaşlıların sahip oldukları çocuk ve birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre dağılımı**

Sahip olunan çocuk ve birlikte yaşanılan kişi sayıları (n= 330)	Sayı	%
<b>Çocuk sayısı</b>		
1-2	114	34.5
3-4	130	39.4
5 ve üzeri	65	19.7
Çocuğu yok	21	6.4
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>		
Yalnız	82	24.9
1-2	193	58.5
3-4	45	13.6
5 ve üzeri	10	3.0
<b>Evde yaşadığı kişi*</b>		
Eşi	105	42.3
Çocuklar	68	27.4
Eşi ve çocuklar	50	20.2
1. derece akraba	7	2.8
Eşi ve 1.derece akraba	2	0.8
Diğer	16	6.5

\*yalnız yaşamayan yaşlılar (n=248)

Çalışmaya katılan yaşlıların tamamına yakını (%94.2) sağlık güvencesi olduğunu, bunların yarıdan fazlası da SSK'lı olduğunu belirtmiştir. Yaşlıların %62.7'si sosyo-ekonomik durumlarının orta olduğunu, %59.1'i ise eve giren aylık gelirin 702-1402 TL arasında olduğunu bildirmiştir. Yaklaşık üçte ikisinin kendi gelirleri olmadığı, yarıdan fazlasının ise yeterli geliri olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8. Yaşlıların sağlık güvencesi, ekonomik ve gelir durumlarına göre dağılımı**

<b>Sağlık güvencesi ve ekonomik durum (n=330)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	311	94.2
Yok	19	5.8
<b>Sağlık güvencesinin ne olduğu*</b>		
SSK	178	57.2
Emekli sandığı	71	22.8
Bağ-kur	51	16.4
Yeşilkart	5	1.6
Özel sigorta	3	1.0
Diğer	3	1.0
<b>Ekonomik durum algısı</b>		
İyi	42	12.7
Orta	207	62.7
Kötü	81	24.5
<b>Aylık gelir</b>		
701 TL ve altında	94	28.5
702-1 402 TL	195	59.1
1 403-2 103 TL	26	7.9
2 103 TL üzerinde	6	1.8
Bilmiyor	9	2.7
<b>Kendi geliri</b>		
Var	106	32.1
Yok	224	67.9
<b>Yeterli gelir</b>		
Evet (geliri giderinden çok)	31	9.4
Evet (geliri giderine eşit)	173	52.4
Hayır (geliri giderinden az)	126	38.2

\*Sağlık güvencesi olanlar (n=311)

#### 4.1.2. Çevreyle iletişim durumlarıyla ilgili tanımlayıcı bulgular:

Yaşlıların %56.4'ünün çocuklarıyla, %22.7'sinin yakın akrabalarıyla, %82.7'sinin ise yakınları dışındaki kişilerle her gün görüştüğü saptanmıştır. Çocukları ile hiç görüşmediğini bildiren yaşlıların sayısı 11 (%3.3) bulunurken, yakın akrabalarıyla hiç görüşmeyenlerin 32 kişi (%9.7), yakınları dışındakilerle hiç görüşmediğini bildirenlerin ise 9 kişi (%2.7) olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

**Tablo 9. Yaşlıların çocukları ve yakınları dışında kişilerle görüşme sıklıkları**

Görüşme sıklığı (n=330)	Sayı	%
<b>Çocukları ile görüşme sıklığı</b>		
Çocuk yok	17	5.2
Her gün	186	56.4
2-3 günde bir	21	6.4
Haftada bir	45	13.6
Ayda bir	24	7.3
Ayda birden az	26	7.9
Hiç	11	3.3
<b>Yakın akrabalarla görüşme sıklığı</b>		
Her gün	75	22.7
2-3 günde bir	24	7.3
Haftada bir	63	19.1
Ayda bir	51	15.5
Ayda birden az	85	25.8
Hiç	32	9.7
<b>Yakınları dışında görüşme</b>		
Her gün	273	82.7
2-3 günde bir	23	7.0
Haftada bir	13	3.9
Ayda bir	5	1.5
Ayda birden az	7	2.1
Hiç	9	2.7

Çalışmaya katılan yaşlıların %67.3'ü hobisi olmadığını, %76.7'si de sosyal aktivitesi olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 10).

**Tablo 10. Yaşlıların hobi ve ev dışında katıldığı sosyal aktivite durumlarına göre dağılımı**

Hobi ve sosyal aktivite varlığı (n=330)	Sayı	%
<b>Hobi varlığı</b>		
Evet	108	32.7
Hayır	222	67.3
<b>Sosyal aktivite</b>		
Evet	77	23.3
Hayır	253	76.7

#### **4.1.3. Sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı bulgular:**

Çalışmaya katılan yaşlıların giyinme, yemek yeme, banyo yapma vb temel günlük yaşam aktivitelerini kimsenin yardımı olmadan kendi başlarına yapabilmelerine bakıldığında, merdiven inip-çıkma dışındakileri %90'dan fazlasının yapabildiği görülmüş, %88.2'sinin kimsenin yardımı olmadan merdiven inip – çıkabildiği belirlenmiştir. Yaşlıların %57.6'sı ise ev dışında banka işleri, telefon-elektrik parası yatırma, alışveriş gibi işlerde yardıma gereksinim duyduğunu belirtmiştir (Tablo 11).

**Tablo 11. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme ve ev dışında yardıma gereksinim duyma durumlarına göre dağılımı**

	<u>Evet</u>		<u>Hayır</u>		<u>Toplam</u>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Günlük yaşam aktivitesi</b>						
Giyinme	305	92.4	25	7.6	330	100.0
Yemek yeme	312	94.5	18	5.5	330	100.0
Banyo yapma	297	90.0	33	10.0	330	100.0
Tuvalete gitme	302	91.5	28	8.5	330	100.0
Kişisel temizlik	304	92.1	26	7.9	330	100.0
Oturma-kalkma	309	93.6	21	6.4	330	100.0
Yürüme	309	93.6	21	6.4	330	100.0
Merdiven inip-çıkma	291	88.2	39	11.8	330	100.0
<b>Ev dışında yardıma gereksinim duyma</b>						
	190	57.6	140	42.4	330	100.0

Kendi algılarına göre sağlık durumları yaşlıların %33.9'u tarafından çok iyi ve iyi olarak değerlendirilirken, %47.3'ü tarafından fena değil olarak değerlendirilmiştir. Yaşlıların %40.3'ü yaşlılarına göre sağlık durumlarının daha iyi olduğunu belirtirken, %16.4'ü daha kötü olduğunu belirtmiştir (Tablo 12).

**Tablo 12. Yaşlıların kendilerine ve yaşlılarına göre sağlık durum algıları**

Sağlık durum algıları (n=330)	Sayı	%
<b>Kendilerine göre sağlık durum algısı</b>		
Çok iyi	14	4.2
İyi	98	29.7
Fena değil	156	47.3
Kötü	54	16.4
Çok kötü	8	2.4
<b>Yaşlılarına göre sağlık durum algısı</b>		
Daha iyi	133	40.3
Aynı	143	43.3
Daha kötü	54	16.4

Çalışmaya katılan yaşlıların %64.8'inin (214 kişi) yaşamlarını etkileyecek herhangi bir engellilik durumu olmadığı bulunmuştur. Herhangi bir engelliliği olduğunu belirtenlerden %16.4'ünün bedensel, %16.4'ünün görme, %34.5'inin duyma ile ilgili engeli olduğu, %27.6'sının ise birden çok durum ile ilgili engellilik hali olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %84.5'i düzenli olarak ilaç kullanmalarını gerektiren uzun süreli (kronik) bir hastalığı olduğunu beyan etmişlerdir. Kronik hastalığı olan yaşlılarda en fazla (%74.9) HT, %31.9 ile ikinci sıklıkta DM olduğu, %68.5'inde ise birden fazla sayıda kronik hastalık olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

**Tablo 13. Yaşlıların yaşamları etkileyecek engellilik durumu, kronik sağlık sorunu olması ve kronik sağlık sorunlarının dağılımı**

<b>Sağlık durumları (n=330)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Engellilik durumu</b>		
Hayır	214	64.8
Evet	116	35.2
Evet / duyma	40	34.5
Evet / bedensel	19	16.4
Evet / görme	19	16.4
Evet / zihinsel	6	5.2
Evet / konuşma	0	0.0
Birden fazla engellilik	32	27.6
<b>Kronik sağlık sorunu</b>		
Evet	279	84.5
Hayır	51	15.8
<b>Kronik sağlık sorununun dağılımı</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>% (*)</b>
Hipertansiyon	209	63.3 (74.9)
DM	89	27.0 (31.9)
KVS Hastalıkları	78	23.6 (28.0)
Nörolojik Sistem Hastalıkları	39	11.8 (14.0)
Solunum Sistemi Hastalıkları	25	7.6 (9.0)
Üriner Sistem Hastalıkları	16	4.8 (5.7)
Endokrin Sistem Hastalıkları	13	3.9 (4.7)
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	12	3.6 (4.3)
Osteoporoz	10	3.0 (3.6)
Kanserler	4	1.2 (1.4)
Diğer	10	3.0 (3.6)

(\*): Kronik hastalığı olanlara göre %

Yaşlıların %83.9'u düzenli olarak ilaç kullandığını, bunların %58.1'i de günde 1-3 farklı kutudan ilaç kullandığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan yaşlıların düzenli ilaç kullanma durumları ile kullandıkları ilaç-kutu sayıları Tablo 14'te gösterilmiştir.

**Tablo 14. Yaşlıların düzenli ilaç kullanma ve düzenli olarak kullandığı ilaç kutu sayına göre dağılımı**

İlaç kullanımı (n=330)	Sayı	%
<b>Düzenli ilaç kullanma</b>		
Evet	277	83.9
Hayır	53	16.1
<b>Kutu ilaç*</b>		
1-3 kutu	161	58.1
4-6 kutu	101	36.5
7-9 kutu	13	4.7
10-12 kutu	2	0.7

\*İlaç kullanan sayısı (n=277)

Yaşlıların %19.4'ü kan şekeri, kan yağları, tiroid testleri, PSA vb düzenli olarak tetkik yaptığını beyan etmiştir. Yaşlıların %61.5'i kendi kendilerine ya da bir yakınları yardımı ile tansiyon ölçümlerinin yapıldığını belirtirken, sadece %20.6'sı aynı şekilde kan şekerinin ölçüldüğünü belirtmiştir (Tablo 15).

**Tablo 15. Yaşlıların düzenli tetkik yaptırma, evde kendi kendilerine/yakını yardımı ile tansiyon arteriyel ve kan şekeri ölçümlerine göre dağılımı**

Tetkik yaptırma (n=330)	Sayı	%
<b>Düzenli tetkik yaptırma</b>		
Evet	64	19.4
Hayır	266	80.6
<b>Düzenli TA ölçümü</b>		
Evet	203	61.5
Hayır	127	38.5
<b>Düzenli kan şekeri ölçümü</b>		
Evet	68	20.6
Hayır	262	79.4



#### 4.1.4. Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili tanımlayıcı bulgular:

Kronik sağlık sorunu olan yaşlılara bu hastalığın tanısının %71.2 (198 kişi) ile en fazla devlet hastanesinde bulunduğu, bunu %11.2 (31 kişi) ile özel hekim/hastane, %9.4 (26 kişi) ile üniversite hastanesinin izlediği, AHB'de tanı konma oranının ise %4.3 (12 kişi) olduğu saptanmıştır. Yaşlıların kronik hastalıklarının kontrolü için 148'inin (%53.2) devlet hastanesine, 53'ünün (%19.1) AHB'ye, 27'sinin (%9.7) özel hekim/hastaneye, 18'inin (%6.5) ise üniversite hastanesine gittiği görülmüştür. Çalışmaya katılan yaşlıların %90.3'ü (251 kişi) kronik sağlık sorunları için heyet raporunun olduğunu beyan etmişlerdir. Heyet raporu olan yaşlıların 176'sı (%70.1) bu raporu devlet hastanesinin önerdiğini, 32'si (%12.7) ise özel hekim/hastane tarafından önerildiğini belirtmişlerdir. Yirmi kişiye (%8.0) AHB'den, yine aynı sayıda kişiye de üniversite hastanesinden önerildiği saptanmıştır.

Yaşlıların oturdukları yere en yakın sağlık kurumunun %87.5 (288 kişi) oranı ile en fazla AHB olduğu, bunu %7.0 (23 kişi) ile devlet hastanesi, %1.8 (6 kişi) ile de üniversite hastanesinin izlediği bulunmuştur.

Yaşlıların sağlık sorunlarında en çok (%61.8) AHB'yi yeğlediği bunun en önemli nedeninin de ulaşım kolaylığı olduğu (%39.1) belirlenmiştir (Tablo 16). Yaşlılardan sağlık sorunlarında yeğledikleri kurumu belirtmeleri birden fazla seçenekle istendiğinde, ulaşım kolaylığının yine %16.1 ile en fazla oranda ve tek tercih olarak belirtildiği, yeterli teşhis ve tedavi olanağı olması seçeneğinin %13.7 ile ikinci sırada olduğu, her ikisini birden yeğleyenlerin ise %7.0 olduğu saptanmıştır.

**Tablo 16. Yaşlıların sağlık sorunlarında yeğledikleri sağlık kurumu ve nedenlerinin dağılımı**

Yeğlenen sağlık kurumu ve nedeni (n=330)	Sayı	%
<b>Yeğlenen sağlık kurumu</b>		
ASM/AH	204	61.8
Devlet hastanesi	88	26.7
Üniversite hastanesi	10	3.0
Özel doktor/hastane	25	7.6
Diğer	3	0.9
<b>En önemli yeğleme nedeni*</b>		
Yakın/ulaşım kolaylığı	129	39.1
Yeterli tanı/sağaltım olanağı	87	26.4
Memnuniyet	81	24.5
Alışkanlık	11	3.3
Sıra beklememe	9	2.7
Daha fazla ilgi	4	1.2
Ücret ödememe	1	0.3
Diğer	8	2.4

\*tek seçenek

Bir hastalık nedeniyle yaşlıların %14.5'inin son bir hafta içinde, %23.3'ünün son bir ay içinde, %30.6'sının da son altı ay içinde sağlık kurumuna gittiği saptanmıştır. Yaşlıların %1.2'si ise hiç doktora gitmediğini belirtmiştir. Yaşlıların %44.4'ünün en son gittiği bu sağlık kurumunun devlet hastanesi olduğu ve %65.8'ine fizik bakı yapılarak reçete yazıldığı saptanmıştır (Tablo 17).

**Tablo 17. Yaşlıların en son kullandıkları sağlık hizmetinin özelliklerine göre dağılımı**

Sağlık kurumu özellikleri	Sayı	%
<b>Sağlık kurumuna en son ne zaman gidildiği (n=330)</b>		
Son bir hafta içinde	48	14.5
Son bir ay içinde	77	23.3
Son altı ay içinde	101	30.6
Son bir yıl içinde	43	13.0
Bir yıldan uzun	47	14.2
Hatırlamıyorum	10	3.0
Hiç doktora gitmem	4	1.2
<b>En son kullanılan sağlık kurumu (n=324)</b>		
Devlet hastanesi	144	44.4
ASM/AH	87	26.9
Özel doktor/hastane	78	24.1
Üniversite hastanesi	11	3.4
Diğer	4	1.2
<b>En son kullanılan sağlık kurumunda yapılan işlem (n=319)</b>		
Fiziki bakı	22	6.9
Fiziki bakı + reçete	210	65.8
Enjeksiyon/pansuman	1	0.3
Sevk-öneri	1	0.3
Tetkik	9	2.8
Çoklu işlem	50	15.7
Diğer	26	8.2

Çalışmaya katılan yaşlıların %19.1'inin en son kullandıkları sağlık kurumunda, %28.2'sinin de eczanede ücret ödedikleri saptanmıştır (Tablo 18).

**Tablo 18. Yaşlıların en son kullandıkları sağlık kurumu ve eczanede ücret ödeme durumları**

Ücret ödeme (n=330)	Sayı	%
<b>Sağlık kurumunda ücret ödeme</b>		
Evet	63	19.1
Hayır	267	80.9
<b>Eczanede ücret ödeme</b>		
Evet	93	28.2
Hayır	237	71.8

Yaşlıların %48.5'i son bir hafta-bir ay içinde, %32.5'i de son altı ay-bir yıl içinde aile hekimine gittiğini belirtirken, 24 yaşlı (%7.4) hiç gitmediğini beyan etmiş, dört yaşlı bu soruya yanıt vermemiştir. Aile hekimine gitmiyor iseniz nedenleri nelerdir, sorusuna yukarıda son bir ay ve son altı ay içinde diyen iki yaşlı, hastalık/engellilik nedeniyle gitmediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan bir yaşlı ise hekimine en son altı ay içinde gittiğini beyan ettiği halde, aile hekimini tanımadığı/bilmediği için gitmediğini açıklamıştır. Aile hekimine hiç gitmediğini beyan eden yaşlıların %8.3'ü tanımadığı/bilmediği için, yine %8.3'ü ulaşım zorluğu ve diğer nedenlerle, %4.2'si ise sadece ulaşım zorluğu nedeniyle gitmediğini belirtmiştir. Yaşlıların %29.2'si (yedi kişi), aile hekimini kullanmama nedenini belirtmezken %45.8'i (11 kişi) "diğer" seçeneğini seçtiği halde açıklama yapmamıştır (Tablo 19).

**Tablo 19. Yaşlıların aile hekimine en son ne zaman gittikleri ve aile hekimini kullanmama nedenlerinin dağılımı**

AHB kullanımı ile ilgili özellikler	Sayı	%
<b>Aile hekimine en son gidilen zaman (n=326)</b>		
Son bir hafta içinde	60	18.4
Son bir ay içinde	98	30.1
Son altı ay içinde	88	27.0
Son bir yıl içinde	18	5.5
Bir yıldan uzun	21	6.4
Hatırlamıyorum	17	5.2
Hiç gitmedim	24	7.4
<b>Aile hekimini kullanmama nedenleri (n=24)</b>		
Ulaşım zorluğu	1	4.2
Tanınamama/bilmeme	2	8.3
Sıra bekleme	1	4.2
Ulaşım zorluğu+diğer	2	8.3
Diğer	11	45.8
Yanıt vermeyen	7	29.2

Aile hekiminden beklentileri sorusuna birden fazla seçenek seçebilecekleri belirtilmiş, dört yaşlı seçeneklerin tümündeki hizmetleri beklediğini belirtirken, on bir yaşlı (%3.3) yanıt vermemiştir. Yaşlıların %81.8'inin aile hekiminden ilgi göstermesini, %59.6'sı doğru tanı konması ve sağaltım verilmesini, %46.4'ü aile hekimine gittiklerinde sıra beklemek istemediklerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan yaşlıların aile hekiminden beklentilerinin dağılımı Tablo 20'de gösterilmiştir.

**Tablo 20. Yaşlıların aile hekiminden beklentileri**

Aile hekiminden beklentiler (n = 319)	Sayı	%
İlgi gösterme	261	81.8
Doğru tanı+sağaltım	190	59.6
Sıra beklememe	148	46.4
Evde sağlık hizmet sunumu	59	18.5
Güven verme	70	21.9
Diğer	7	2.2

Aile hekimini toplam 23 yaşlının (%7.0) değiştirmiş olduğu, en önemli nedenlerinin de ulaşım sıkıntısı (%52.2) olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %94.8'inin aile hekimini değiştirmeyi düşünmediği, %2.7'sinin ise kararsız olduğu bulunmuştur (Tablo 21).

**Tablo 21. Yaşlıların aile hekimlerini değiştirme durumu özelliklerine göre dağılımı**

Aile hekimini değiştirme durumu ve nedenleri (n=330)	Sayı	%
<b>Aile hekimini değiştirme</b>		
Evet	23	7.0
Hayır	307	93.0
<b>Aile hekimini değiştirme nedeni*</b>		
Evine uzaklığı	12	52.2
İlgisizlik	4	17.4
Tanıdığı/önerilen hekim	4	17.4
Diğer	3	13.0
<b>Aile hekimini değiştirmeyi düşünme</b>		
Evet	8	2.4
Hayır	313	94.8
Kararsız	9	2.7

\*Aile hekimini değiştiren kişi sayısı (n=23)

#### 4.2.1. İyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımı ve etkileyen etmenlerle ilgili bulgular:

Çalışmaya katılan yaşlıların 87'si (%26.9) en son yaşadığı sağlık sorununda AH/ASM'ye gittiğini, 237'si (%73.1) diğer sağlık kurumlarını kullandığını belirtmiştir. Hiç doktora gitmediğini beyan eden dört yaşlı ile bu soruya yanıt vermeyen iki kişi çözümlenmeye alınmamıştır. Yaşlıların iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağı kullanmalarını etkileyen demografik etmenler arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 22).

**Tablo 22. Yaşlılarda iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımını etkileyen sosyo-demografik özellikler ile ilgili etmenlerin dağılımı**

Etmenler (n= 324)	AH/ASM		Diğer		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
75 altı	48	27.9	124	72.1	0.741
75 ve üzeri	39	25.7	113	74.3	
Cins					
Erkek	36	32.7	74	67.3	0.114
Kadın	51	23.8	163	76.2	
Medeni durum					
Evli	47	31.1	104	68.9	0.134
Değil	40	23.1	133	76.9	
Öğrenim					
Diploma var	49	25.5	143	74.5	0.599
Diploma yok	38	28.8	94	71.2	
Emeklilik					
Var	47	26.9	128	73.1	0.902
Yok	40	26.2	109	73.8	
Sağlık güvencesi					
Var	78	25.6	227	74.4	0.069
Yok	9	47.4	10	52.6	
Sosyo-ekonomik durum					
İyi	13	31.0	29	69.0	0.682
Orta	53	26.2	149	73.8	
Kötü	21	26.3	59	73.7	
Geliri					
Yeterli	59	27.9	145	72.1	0.693
Yetersiz	31	25.2	92	74.8	

Yaşlıların iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağı kullanmalarını etkileyen çevreyle iletişim ile ilgili etmenlere bakıldığında, çocuklarıyla her gün görüşmeyenlerin, her gün görüşenlere göre anlamlı olarak daha fazla ( $p=0.041$ ) birinci basamağı kullandıkları görülmüştür (Tablo 23).

**Tablo 23. İyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımını etkileyen çevreyle iletişim ile ilgili etmenlerin dağılımı**

Etmenler (n= 324)	AH/ASM		Diğer		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Çocuk sayısı					
2 ve daha az	35	36.3	98	73.7	0.957
3 ve daha çok	52	27.3	139	72.7	
Evde yaşayan kişi					
Yalnız	26	32.5	54	67.5	0.243
Yalnız değil	61	25.0	183	75.0	
Çocuklarla görüşme*					
Her gün	39	21.3	144	78.7	<b>0.041</b>
Her günden az	39	32.5	81	67.5	

\*n=303

Çalışmaya katılan yaşlıların iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağı kullanmalarını etkileyen sağlık durumları ile ilgili etmenler arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 24).



**Tablo 24. İyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımını etkileyen sağlık durumu ile ilgili etmenlerin dağılımı**

Etmenler (n=324)	AH/ASM		Diğer		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Günlük yaşam aktivitelerini yapabilme					
Hepsinde/bazılarında yardıma gereksinim duyanlar	9	20.9	34	79.1	0.324
Hiç birinde yardıma gereksinim duymayanlar	78	27.8	203	72.2	
Ev dışında yardıma gereksinim duyma					
Evet	29	21.0	109	79.0	0.055
Hayır	58	31.2	128	68.8	
Kendine göre sağlık durum algısı					
İyi	33	29.7	78	70.3	0.824
Orta	40	26.1	113	73.9	
Kötü	14	23.3	46	76.7	
Yaşlarına göre sağlık durum algısı					
Daha iyi	35	26.9	95	73.1	0.292
Aynı	41	28.9	101	71.1	
Daha kötü	11	21.2	41	78.8	
Engellilik durumu					
Evet	23	20.2	91	79.8	0.062
Hayır	64	30.5	146	69.5	
Kronik sağlık sorunu olma					
Evet	71	25.8	204	74.2	0.412
Hayır	16	32.7	33	67.3	
Düzenli ilaç kullanma					
Evet	71	26.0	202	74.0	0.534
Hayır	16	31.4	35	68.6	

Yaşlıların iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağı kullanmalarını etkileyen, kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili

etmenlere bakıldığında, genel olarak sağlık sorunları için AHB'yi yeğleyenlerin görüldüğü gibi anlamlı olarak ( $p<0.001$ ) daha fazla birinci basamağı kullandıkları bulunmuştur. Kronik hastalık kontrollerini AHB dışındaki diğer sağlık kurumlarında yaptıran yaşlıların ise son başvuruda anlamlı olarak daha fazla diğer kurumları yeğledikleri saptanmıştır (Tablo 25).

**Tablo 25. İyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımını etkileyen kullanılan sağlık kurumu ve başvuru özellikleri ile ilgili etmenlerin dağılımı**

Etmenler (n=324)	AH/ASM		Diğer		p
	Sayı	%	Sayı	%	
En yakın sağlık kurumu					
ASM	79	27.3	210	72.7	0.717
Diğer	8	22.9	27	77.1	
Genel olarak yeğlediği sağlık kurumu					
ASM	75	37.1	127	62.9	<b>&lt;0.001</b>
Diğer	12	9.8	110	90.2	
Kronik hastalık tanısının konduğu sağlık kurumu*					
ASM	5	35.7	9	64.3	0.579
Diğer	66	25.3	195	74.7	
Kronik hastalık kontrollerinin yapıldığı sağlık kurumu*					
ASM	25	39.7	38	60.3	<b>0.007</b>
Diğer	46	21.7	166	78.3	

\*Kronik hastalığı olan ve yanıtlayanlar (n=275)

Tablo 26'da iyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamağın kullanımını etkileyen yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, çocuklarıyla görüşme sıklığı, ev dışında yardıma gereksinim, engellilik ve genel olarak yeğlediği kurum değişkenlerini içeren "geriye doğru azaltma" (backward elimination) yöntemiyle

yapılan lojistik regresyon sonuç tablosu sunulmuştur. Tablodan görüldüğü gibi iyileştirici sağlık hizmetlerinde evliler, bekarlardan 1.8 kat daha fazla birinci basamağı kullanmaktadır. Genel olarak sağlık hizmeti kullanımında birinci basamağı yeğleyen yaşlılar da son sağlık sorunlarında 4.7 kat daha fazla bu kurumu kullanmışlardır.

**Tablo 26.** İyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımını etkileyen etmenleri değerlendiren lojistik regresyon analizi sonuç tablosu

Değişken*	Beta	SE	p	OR	GA
Çocuklarla görüşme (Ref: hergün )	0.489	0.280	0.080	1.631	0.942-2.824
Yeğlenen kurum (Ref:diğer)	1.540	0.345	<0.001	4.665	2.372-9.178
Medeni durum (Ref:Evli değil)	0.580	0.281	0.039	1.786	1.029-3.100

\*yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, çocuklarıyla görüşme sıklığı, ev dışında yardıma gereksinim, engellilik, genel olarak yeğlediği kurum.

#### 4.2.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili bulgular:

Çalışmaya katılan ve DM hastası olduğunu beyan eden 89 (%27.0) yaşlının (kronik hastalığı olanların %31.9'u) aile hekimi kayıtlarının değerlendirilmesi sonucunda;

- Beş yaşlının veri toplanması döneminde öldüğü,
- On üç yaşlının ilişığinin kesilmiş olduğu,

- İki yaşlının DM tanısı olmadığı için kayıtları değerlendirilememiştir.
- Diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin değerlendirilmesi için ulaşma oranı %77.5 olmuştur.

Hizmet niteliği açısından DM tanısı alan yaşlıların kayıtlarının değerlendirilmesi sonucunda, beklenen hizmet ölçütlerinin tamamının yapıldığı yaşlının olmadığı görülmüştür. Bu durumla ilgili aile hekimleri genel olarak her geldiklerinde TA ölçümlerinin yapıldığını, 2-3 ayda bir kan şekeri ölçümlerinin yapıldığını, ancak iş yükü fazlalığı/iş yoğunluğu nedeniyle bu ölçümlerin veri girişlerini yapamadıklarını ileri sürmüşlerdir. Bu doğrultuda hizmet niteliği “uygun” olarak değerlendirilen hasta yoktur.

Aile hekimi kayıtlarının değerlendirilmesinde 69 yaşlının ilgili AH'ne kayıt oldukları zamandan bu yana ortalama 29.6 kez, son bir yılda ise ortalama 7.3 kez başvuruda bulunmuş oldukları saptanmıştır. DM'li yaşlıların %18.8'ine son bir yıl içinde AKŞ ölçümü, % 17.4'üne TA ölçümü yapılmıştır. DM hastalarının aile hekimi kayıtlarının incelenmesi ile bulunan sonuçlar Tablo 27'de gösterilmiştir.

**Tablo 27. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili bulguların dağılımı**

Son bir yılda yapılma durumu (n=69)	Sayı	%
AKŞ ölçümü	13	18.8
TA ölçümü	12	17.4
HbA1C bakısı	10	14.5
Serum kreatinin bakısı	9	13.0
TKŞ ölçümü	1	1.4
Göz dibi bakısı	1	1.4
İdrarda mikroalbuminüri bakısı	4	5.8

## **5. TARTIŞMA**

### **5.1.Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Tartışma**

#### **5.1.1. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili bulgulara ilişkin tartışma:**

Çalışmaya katılan yaşlıların yaşları 65 ile 96 arasında ve %65.5'inin kadın olduğu bulunmuştur. TÜİK 2015 verilerine göre 65 yaş ve üzeri kadın nüfusun toplam 65 yaş ve üzeri nüfusa oranı Konak ilçesinde %59.9, ülke genelinde %56.2'dir (100).

Yaşlıların yarıya yakınının (%46.7) evli, daha fazlasının ise (%47.9) eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır. Bu bulgu çalışmaya katılan yaşlıların ortanca yaşının (75.0), erkekler için doğumda beklenen yaşam süresinden uzun olması ve üçte ikisinin de kadın olması bulguları ile paralellik göstermektedir. Eşinin ölmüş olduğunu beyan eden yaşlıların %88.7'sinin kadın olduğu bulgusu da bu düşüncüyü desteklemektedir.

Konak ilçesindeki 65 yaş ve üzeri bireylerin öğrenim durumlarına bakıldığında beşte üçünün bir okulu bitirmiş olduğu, üçte bir kadarının ise okuryazar olmadığı görülmektedir. Okuryazar olmayanların oranının yüksek olması, çalışmaya katılan yaşlıların üçte ikisinin kadın olmasından kaynaklanabilir. Okuryazar olmayanların %82.7'sinin kadın olması bulgusu, bu düşüncüyü desteklemektedir. TÜİK verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun %21.5'i okuryazar olmayanlar ve bunun %83.5'i kadın, %16.5'i ise erkektir (100). İzmir ilinde 65 yaş ve üzeri okuryazar olmayanlar nüfusun %9.2'sini oluştururken, bunun %85.4'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada okuma-yazma bilmeyenlerin oranı hem İzmir hem Türkiye verilerine göre daha yüksek olmasına karşın, okuryazar olmayanların içindeki kadınların oranının benzer olması, yukarıdaki düşüncüyü desteklemektedir. Düzce ilinde yapılan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir tez çalışmasında çalışma grubundaki yaşlıların yarısının okuma-yazma bilmediği belirlenmiştir (101).

Konak ilçesindeki 65 yaş ve üzeri bireylerin tamamına yakını sağlık güvencesi olduğunu beyan etmiştir. Yaşlıların yaklaşık üçte ikisi sosyo-ekonomik durumlarının orta olduğunu bildirmiştir. Kayseri ilinde yaşayan, ASM'lere kayıtlı 65 yaş ve üzeri

872 bireyin katıldığı çalışmada, yaşlıların yarısının gelir durumunun orta düzeyde olduğu ve büyük çoğunluğunun (%95) bu çalışma ile benzer şekilde sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (102). Sağlık güvencesinin olması, sağlık hizmetlerine ulaşma ve sağlıkta eşitliğin sağlanması bakımından önemlidir. Gaziantep'te 65 yaş üstü bireylerde yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen etkenleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada yaşlıların %12.5'inin sağlık güvencesinin olmadığı, %68.2'sinin sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır (103). Ölüç'ün 2007'de Edirne'de 65 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı çalışmada da bu çalışma ile benzer şekilde sağlık güvencesi olmayanlar %5.0 bulunurken, sağlık güvencesi olan yaşlılar %83.0 bulunmuştur (104).

Çalışmaya katılan yaşlıların %94'üne yakınının en az bir çocuğu olduğu, sadece %6.4'ünün çocuğu olmadığı saptanmıştır. Yaşlıların dörtte biri evde yalnız yaşadıklarını, yarıdan fazlası ise kendisi dışında 1-2 kişi ile birlikte yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yalnız yaşamayan yaşlıların en fazla eşleri ile birlikte yaşadıkları, dörtte birinden fazlasının sadece çocukları ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır. Bu durum, çalışmanın yapıldığı Konak İlçesi'nin İzmir İli'nin merkez ilçesi olması, dolayısı ile kentleşmiş aile modelinin (çekirdek aile) yaygınlaşmış olmasına bağlı olabilir. Ülkemizde önceleri yaygın olan kırsal nüfus ve geleneksel geniş aile modelinin yerini, köyden kente göçlerle birlikte elli yıla yakın zamandır kentsel yaşama daha uygun çekirdek aile modeli almıştır (105,106). Edirne'de 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan çalışmada bu çalışma ile uyumlu olarak bireylerin %61.0'ünün eşi veya eşi ve çocuklarıyla beraber, %18.4'ünün çocuklarıyla beraber, %17.3'ünün ise yalnız yaşamakta olduğu saptanmıştır (104). Birleşmiş Milletler 2006 verilerine göre, Dünya'da yaşlı nüfusun %14'ünün yalnız yaşadığı saptanmıştır. Dünya'daki erkeklerin %8'i, kadınların %19'u yalnız yaşamaktadır (107). Bu çalışmada da benzer şekilde yaşlı erkeklerin %11.0'ünün, kadınların ise %89.0'ünün yalnız yaşamakta olduğu saptanmıştır.

### **5.1.2. Çevreyle iletişim durumlarıyla ilgili tanımlayıcı bulgulara ilişkin tartışma:**

Yaşlıların yarısından fazlasının çocuklarıyla, dörtte bire yakınının yakın akrabalarıyla, beşte dördten çoğunun ise yakınları dışındaki kişilerle her gün görüştüğü saptanmıştır. Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 1,300 yaşlının katıldığı bir çalışmada, bireylerin yaş ilerledikçe çocuklarla, eş ve akrabalarla olan ilişkilerinde değişiklik olmadığı belirlenmiş, yaşlıların yarısından fazlasının çocukları tarafından sıklıkla, akrabaları ve arkadaşları tarafından özel günlerde ya da ara sıra ziyaret edildikleri saptanmıştır. Bu duruma gerek kendi evinde yalnız, gerek kendi evinde eşi, çocukları veya akrabaları ile gerekse kızı, oğlu ya da akrabalarının yanında yaşamasının bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Sonuçta toplumumuzun geleneksel değerlerine bağlı olarak sosyal dayanışma içinde olduğunun, yaşlıların çocukları ve akrabalarıyla ilişkilerinin yoğun bir şekilde sürdürüldüğünün kanıtı olduğu belirtilmektedir (108). Bu çalışmanın yapıldığı Konak İlçesi de benzer özellikler taşımaktadır.

### **5.1.3. Sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı bulgulara ilişkin tartışma:**

Yaşlanmayla birlikte bireylerin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getirme durumları büyük ölçüde değişmektedir. GYA temel (primary) ve yardımcı (instrumental) aktiviteler şeklinde ele alınmaktadır. Temel GYA'lar yemek yeme, giyinme, kişisel hijyen, tuvalet ve fiziksel hareket gibi günlük yaşam için gerekli aktiviteleri içerirken, yardımcı GYA ise yemek yapma, alışveriş yapma, ev işleri, çamaşır yıkama, motorlu araç kullanma ve bahçe işleri gibi bağımsız olarak çevreye adaptasyon için gerekli olan aktiviteleri içermektedir (109).

Çalışmaya katılan yaşlıların giyinme, yemek yeme gibi GYA'lerini kimsenin yardımı olmadan kendi başlarına yapabilmelerine bakıldığında, merdiven inip-çıkma dışındakileri %90'dan fazlasının yapabildiği görülmüştür. Yaşlıların %88.2'si kimsenin yardımı olmadan merdiven inip-çıkabildiğini, %57.6'sı ise ev dışındaki işlerde yardıma gereksinim duyduğunu belirtmiştir. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumlarını inceleyen birçok çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde

günlük yaşam aktivitelerini yapabilmek için yardıma gereksinim duyma düzeyinin yaşla birlikte anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır (110-112).

Yaşlanma, tüm organizmayı etkileyen bir süreçtir ve kişide fizyolojik, anatomik bazı değişikliklere neden olmaktadır. Yaşlılıktaki bu değişikliklere bağlı olarak, hastalıklara yakalanma riski yüksektir. Özellikle kronik hastalıkların sayısı artmaktadır ve çoğu kez birkaç sağlık problemiyle baş etmek zorunda kalınmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireyler diğer yaş gruplarına göre daha sık sağlık merkezlerine başvurmakta ve daha fazla sağlık hizmeti almaktadır. Dişçigil ve arkadaşlarının toplum içinde ve bakımevinde kalan yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını araştırdığı bir çalışmada; yaşlılarda günlük ortalama ilaç kullanımı 4.5 olarak bulunmuş aynı çalışmada kullanılan ilaç sayısının artması ile günlük yaşam aktiviteleri puanının daha da düştüğü saptanmıştır (113). Kronik hastalıklar, yaşlı bireylerin GYA bağımlılık durumunu artırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Kendilerine göre sağlık durumları yaşlıların üçte biri tarafından çok iyi ve iyi olarak değerlendirilirken, yarıya yakını tarafından fena değil olarak değerlendirilmiştir. Yaşlıların %40.3'ü yaşlılarına göre sağlık durumlarının daha iyi olduğunu belirtirken, %16.4'ü daha kötü olduğunu belirtmiştir. İzmir ili Balçova 2 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan çalışmada yaşlıların üçte ikisi şimdiki sağlık durumlarını çok iyi ya da iyi olarak değerlendirirken, dörtte biri orta düzeyde değerlendirmiştir. Bulguların bu çalışmadan farklı olması, söz konusu çalışmadaki yaş ortalaması ve ortanca yaşın daha genç (ortalama yaş:72.43 ± 5.80, ortanca yaş: 71) olmasına bağlı olabilir (111). Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Eğitim Hastanesinde kliniklerde çalışmaya katılmayı kabul eden ve soruları cevaplayabilen 65 yaş ve üzeri hastalarla yapılan başka bir çalışmada, hastaların kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde %45.0'ı "iyiyim" ve %27.5'i "fena değilim" ifadesini kullandıkları belirtilmiştir (114). Bizim çalışmamızdaki sonuçlar bu çalışma ve Türkiye verileriyle uyumlu bulunmuştur. TÜİK verilerine göre 2014 yılında genel sağlık durumundan memnun olduğunu beyan eden yaşlıların oranı %47.5'dir, bu oran 2015 yılında %45.6'ya düşmüştür (23).

Çalışmaya katılan yaşlıların yaklaşık üçte ikisinin yaşamlarını etkileyecek herhangi bir engellilik durumu olmadığı bulunmuştur. Herhangi bir engelliliği olduğunu



belirtenlerden %16.4'ünün bedensel, %16.4'ünün görme, %34.5'inin duyma ile ilgili engeli olduğu, %27.6'sının ise birden çok durum ile ilgili engellilik hali olduğu saptanmıştır. TÜİK 2015 verilerine göre 65-74 yaş arası bireylerin %17.6'sında görme, %14.7'sinde işitme sorunu, 75 yaş ve üzeri bireylerin ise %28.8'inde görme, %35.8'inde de işitme sorunu bulunduğu açıklanmıştır (115). Bu çalışmanın sonuçları TÜİK verileri ile benzerlik göstermektedir.

Yaşlıların %84.5'i düzenli olarak ilaç kullanmalarını gerektiren uzun süreli (kronik) bir hastalığı olduğunu beyan etmişlerdir. Kronik hastalığı olan yaşlıların dörtte üçünde HT, üçte birinde ise DM olduğu, üçte ikisinden fazlasında ise birden fazla sayıda kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ev ziyareti ile yaşlıların düzenli izleminin yaşam kalitesine ve medikal durumundaki değişime etkisini saptamak üzere İzmir İli Bayraklı ilçesinde yapılan bir tez çalışmasında yaşlıların yaklaşık dörtte üçünde daha öncesinden tanı almış HT, dörtte birinde de daha öncesinden tanı almış DM olduğu saptanmıştır (14).

Kronik hastalıklar yaşlı nüfusun artmasıyla ilişkili olarak hızla artmakta, tedavilerindeki gelişmeler nedeniyle tam olarak iyileşme sağlanamasa da yaşam süresi uzamaktadır (116). İstanbul'da bir yaşlı bakımevinde yaşlıların sağlık durumlarını değerlendirmek üzere yapılan araştırmada HT, diyabet ve kalp yetmezliği başta olmak üzere yaşlıların üçte ikisine yakınında en az bir kronik hastalığın olduğu saptanmıştır (117). Yaşlanma, tüm organizmayı etkileyen bir süreçtir ve kişide fizyolojik, anatomik bazı değişikliklere neden olmaktadır. Yaşlılıktaki bu değişikliklere bağlı olarak, hastalıklara yakalanma riski yüksektir. Özellikle kronik hastalıkların sayısı artmaktadır ve çoğu kez birkaç sağlık problemiyle baş etmek zorunda kalınmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireyler diğer yaş gruplarına göre daha sık sağlık merkezlerine başvurmakta ve daha fazla sağlık hizmeti almaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların %90'nında kronik bir hastalık olduğu ve bunların %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört ve daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu saptanmıştır (114).

Yaşlıların %83.9'u düzenli olarak ilaç kullandığını, bunların %58.1'i de 1-3 kutu olduğunu belirtmiştir. Olgun ve ark. tarafından yapılan çalışmada, bu çalışma ile

uyumlu olarak yaşlıların %84.9'unun sürekli kullandığı ilaçlarının olduğu saptanmıştır (117).

#### **5.1.4. Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili tanımlayıcı bulgulara ilişkin tartışma:**

Kronik sağlık sorunu olan yaşlıların dörtte üçüne yakınına bu hastalığın tanısının devlet hastanesinde bulunduğu, yaşlıların yarıdan fazlasının kronik hastalıklarının kontrolü için devlet hastanesine gittiği saptanmıştır. Kronik hastalık tanısı birinci basamakta konan yaşlıların oranı %5'ten az olmakla birlikte, yaklaşık beşte birinin kontrol için AHB'ye gittiği görülmüştür.

Yaşlıların oturdukları yere en yakın sağlık kurumunun en fazla AHB olduğu, sağlık sorunlarında en çok AHB'yi yeğlediği bunun en önemli nedeninin de ulaşım kolaylığı olduğu belirlenmiştir. Sağlık hizmetinden yararlanma konusunda yapılan araştırmalar hizmet almayı etkileyen en önemli etkenin ulaşım olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetleri ulaşılabilir olmalıdır. Sadece yakınlık bakımından değil kültür, dil, ekonomik vb yönlerden de ulaşılabilir olmalı ve herkese eşit yaklaşmalıdır. Sağlık sorunlarını saptadığı bireyler arasında kendisi, çevresi ve toplum için önemli tehlikeler yaratabilecek olanları seçerek yani öncelik belirleyerek hizmet sunmalıdır (118). Buor'un Gana'da yaptığı çalışmada sağlık kurumuna coğrafi uzaklık ve harcanan paranın hizmet kullanımında en etkili faktörler olduğu bulunmuştur (119). İleri yaşlarla birlikte, özellikle fiziksel sağlık ile ilgili sıkıntıların arttığı, dolayısıyla sağlık ile ilgili olanaklara ulaşımın önemli olduğu bilinmektedir. Ödemiş'te yapılan çalışmada yaşlıların %81.3'ü 20 dakika ve daha az bir sürede sağlık kurumuna ulaştıklarını belirtmişlerdir. Bu da Ödemiş'teki yaşlıların sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırıcı bir etmen olarak değerlendirilmiştir (120). Burdur ilinde 5 No'lu AHB'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılan bir çalışmada da yaşlıların %64'ü en çok kendine yakın sağlık kurumundan yararlandıklarını belirttikleri saptanmıştır (121).

Bir hastalık nedeniyle yaşlıların yarıya yakını son bir hafta/son bir ay içinde, üçte bir kadarı ise son altı ay içinde sağlık kurumuna gittiğini belirtmişlerdir. Burdur ilinde yapılan çalışmada, son 15 gün içinde sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kurumuna başvuranların bu çalışmayla uyumlu olarak üçte bir kadar olduğu

bulunmuştur (121). Ödemiş'te de yine benzer şekilde yaşlıların beşte ikisi son 15 gün içinde sağlık kurumuna başvurmuştur (120). Güzelbahçe'de yapılan çalışmada bu çalışma ile uyumlu olarak yaşlıların yarısından biraz fazlasının son bir ayda bir sağlık kurumuna başvurdukları bulunmuştur (122).

Çalışmaya katılan yaşlıların beşte birinin en son kullandıkları sağlık kurumunda, üçte birinin de eczanede ücret ödedikleri saptanmıştır. Ödemiş'te yapılan çalışmada ayrıca yaşlıların yedide bir kadarının son 15 günde başvuruda ek para ödedikleri bulunurken (120), Burdur'daki çalışmada son 15 gün içinde sağlık kurumlarına başvuranların, reçete giderleri hariç %2.3'ünün cepten para ödedikleri belirlenmiştir (121). Bu çalışma ve Ödemiş'te yapılan çalışma ile Burdur çalışmasının sonuçlarının farklı bulunması, Burdur'daki çalışmanın yalnızca bir AHB'ye kayıtlı yaşlılarda yapılmasına bağlı olabilir.

Yaşlıların yarıya yakını son bir hafta-bir ay içinde, üçte biri de son altı ay-bir yıl içinde aile hekimine gittiğini belirtmiş ve 24 yaşlı (%7.4'ü) hiç gitmediğini beyan etmiştir. Aile hekimine hiç gitmeme nedenleri arasında en fazla tanımadığı/bilmediği için ve ulaşım zorluğunun olduğunu belirtmişlerdir. Burdur'da yapılan çalışmada bu çalışma ile uyumlu olarak son 15 gün içinde sağlık kurumuna başvuran yaşlıların yarıya yakınının aile hekiminden yararlandığı bulunmuştur (121).

Yaşlıların beşte dördünden çoğu aile hekiminden ilgi göstermesini, üçte ikisi doğru tanı konması ve sağaltım verilmesini, yaklaşık yarısı ise aile hekimine gittiklerinde sıra beklemek istemediklerini belirtmişlerdir. Yaşlı sağlığı, aile hekimliğinin özel konularından biri olup önemi giderek artmaktadır. Aile hekimleri ile sürekli iletişimin, hekimin ilgisinin özellikle yaşlılar açısından önemli olduğu bilinmektedir. Oklahama'da 23 aile hekimine kayıtlı (primary care physicians) ilk yıl 799, ikinci yıl 579 yaşlının katıldığı ve aile hekimini değiştirme nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, sağlık sistemi uygun olursa yaşlıların, aynı aile hekiminde hekim emekli oluncaya, taşınıncaya ya da ölünceye değin kayıtlı kalmayı yeğledikleri gösterilmiştir (123,124).

Yaşlıların tamamına yakınının aile hekimini değiştirmeyi düşünmediği, sadece 23 yaşlının (%7.0) aile hekimini değiştirmiş olduğu, en önemli nedenlerinin de ulaşım sıkıntısı olduğu saptanmıştır. Yüce'tin tarafından Konak ilçesinde yapılan başka bir

araştırmada da çalışmaya katılanların tamamına yakınının aile hekimini değiştirmeyi düşünmediği bulunmuştur (56). Parson hasta-hekim ilişkisini çoklu güvene dayanan birlikte yönlendirme olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda hastalıkların tanı ve sağaltım sürecinin güvene dayalı olarak gerçekleştirilebilmesi için öncelikle hasta ve hekim arasında sağlıklı bir iletişimin kurulması gerekmektedir (125). Hasta ile hekim arasında güvene dayalı kurulan sağlıklı bir iletişim sonucunda, hem hasta zorunlu olmadıkça hekimini değiştirmek istememekte hem de tedaviye uyumu artmaktadır.

### **5.2.1. İyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağın kullanımı ve etkileyen etmenlerle ilgili bulgulara ilişkin tartişma:**

Yaşlıların iyileştirici sağlık hizmetlerinde son başvuruda birinci basamağı kullanmalarını etkileyen etmenlere bakıldığında erkeklerin, evli olanların ve sağlık güvencesi olmayanların AH/ASM'yi daha fazla kullandıkları saptanmış olmakla birlikte aralarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Ödemiş ilçesinde yapılan çalışmada ise son 15 günde doktora başvuranların yaklaşık üçte ikisinin kadın olduğu saptanmıştır (120). Kadınlar sağlıklarıyla daha fazla ilgilenir ve daha fazla bilgilenirler. Ayrıca, daha fazla semptom bildirirler. Koruyucu hizmetler ve diyet konusunda da kadınların daha fazla duyarlı oldukları ortaya konmuştur. Ancak, cinsiyet farklılıklarının olmadığı bildirilen çalışmalar da vardır ve sağlık bakımına erişimde cinsiyet farklılıklarına ilişkin tartişma halen sürmektedir (86).

Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak, elebioğlu'nun yaptığı çalışmada son 15 günde birinci basamağa yapılan başvuruların üçte ikisinin sağlık güvencesi olanlar tarafından yapıldığı ve bunun anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur. Sağlık güvencesinin olması veya olmaması hekime ne zaman başvurulacağı hakkında da önemli bir belirleyicidir. Sağlık güvencesi olanlar hastalık belirtisi ortaya çıkınca hekime gitme eğilimindedir (120, 125).

Kolaylaştırıcı faktörden olan sağlık sigortasının varlığı, yaşlılarda hizmet kullanımında çok önemli yer almaktadır. Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da bulgular bunu desteklemektedir. Güzelbahçe ilçesinde yapılan çalışmada sağlık güvencesi olan yaşlıların olmayanlara göre sağlık kurumlarına anlamlı olarak daha fazla başvurdukları bulunmuştur (122).

Çocuklarıyla her gün görüşmeyen yaşlıların, her gün görüşenlere göre birinci basamağı anlamlı olarak daha fazla kullandıkları görülmüştür. Bununla birlikte evde yalnız yaşayanların ve iki ve daha az sayıda çocuğu olanların da birinci basamağı daha fazla kullandıkları saptanmış, ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır. Evde yalnız yaşamak bakım hizmetlerinin daha fazla kullanımının en büyük belirleyicisi olarak belirtilmiş ve yalnız yaşayanların kendilerine bakacak kimseleri olmadığı için daha çok sağlık bakım hizmetlerine yöneldikleri vurgulanmıştır (86,126,127). Bu çalışmada, tek değişkenli analiz sonucunda, çocuklarıyla her gün görüşmeyen yaşlıların, evde yalnız yaşayanların ve iki ve daha az sayıda çocuğu olanların birinci basamağı anlamlı olarak daha fazla kullanmaları, birinci basamağın salt sağlık hizmeti almak için değil, birinci basamaktaki olumlu ilişkiler sonucunda sosyal amaçlı da kullanıldığını düşündürmektedir.

Genel olarak sağlık sorunları için AHB'yi yeğleyen yaşlıların anlamlı olarak daha fazla birinci basamağı kullandıkları bulunmuştur. Flett ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşlıların %89'unun genel pratisyene başvurduğu, %29'u ayaktan tedavi hizmetlerini kullandığı belirtilmiştir (128).

Kronik hastalık kontrollerini AHB dışındaki diğer sağlık kurumlarında yaptıran yaşlıların ise son başvuruda anlamlı olarak daha fazla diğer kurumları yeğledikleri saptanmıştır. İstanbul'da bir üniversite hastanesi iç hastalıkları geriatri polikliniğine başvuran hastalarla Fatih ilçesindeki ASM'lere başvuranların karşılaştırıldığı bir çalışmada, ASM'lerde görüşülen yaşlılar hastalanınca ilk olarak çoğunlukla ASM'ye başvurduğunu belirtirken, hastanede görüşülen yaşlıların çoğunluğu ilk olarak devlet hastanesine ya da üniversite hastanesine başvurduğunu belirtmiştir. Bu durum, üçüncü basamak sağlık kuruluşunda takip edilen kronik hastalığa sahip yaşlıların, hastalandıkları zaman doğrudan takipli oldukları birime başvurmaları şeklinde açıklanmıştır (129).

Bu çalışmada evlilerin bekarlardan 1.8 kat daha fazla birinci basamağı iyileştirici sağlık hizmetlerinde kullandıkları saptanmıştır. Bu durum, evlilerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin artmış olmasından kaynaklanabilir. Genel olarak sağlık hizmeti kullanımında birinci basamağı yeğleyen yaşlılar da son sağlık sorunlarında 4.7 kat daha fazla bu kurumu kullanmışlardır.

### **5.2.2. Birinci basamakta diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile ilgili bulgulara ilişkin tartışma:**

Diyabet, toplumda sık rastlanan, ömür boyu süren, komplikasyonları ve tedavi maliyetinin yüksek olmasından dolayı sadece hastayı değil, tüm toplumu ilgilendiren bir hastalıktır. Oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle tüm tıp dallarını ilgilendirmektedir. Bu nedenle erken dönemde tedavisi çok önemlidir. Tedavi edilmediğinde veya yetersiz tedavi uygulandığında hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, iş gücü ve ekonomik kayba sebep olmakta ve geriye dönüşü olmayan sekeller bırakarak hastanın ömrünü kısaltmaktadır.

Diyabette temel hedef, hastanın yaşam kalitesini yükselterek gelişebilecek komplikasyonları önlemek ve geciktirmektir. Bu amacı gerçekleştirmek için temel unsur hasta eğitimi ve bakımıdır. Bu amaçla tüm sağlık ekibi (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist gibi) üyelerinin multidisipliner bir yaklaşım içerisinde hareket etmesi gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılı "Diyabet Küresel Raporu"nda diyabetlilerin yetkin sağlık hizmet sunucularından oluşan bir takım ile organize, sürekliliği sağlanan ve sistematik hizmet sunumuna gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Birinci basamakta reçeteleme, sağlık eğitimi - danışmanlık ve devamlılığı sağlanan takipler ile sağlık çıktılarının iyileştirilebileceği vurgulanmaktadır. Raporda diyabet izlemi açısından dünyadaki ülkelerin %72'sinde ulusal diyabet politikası, %71'inde ulusal rehber veya standartlar, %44'ünde diyabet kayıt sistemi, %14'ünde toplum tabanlı kayıt sistemi ve %19'unda hastane tabanlı kayıt sistemi olduğu belirtilmektedir. Diyabet kayıt sistemi düşük gelirli ülkelerde % 19 iken, orta ve yüksek gelirlilerde sırasıyla %54 ve %50 olduğu paylaşılmaktadır (130).

DM yaşlıların yaşam kalitesini ve süresini olumsuz etkileyen metabolik bir hastalıktır. Yaşla birlikte DM prevalansı artmaktadır. 65 yaş ve üstü diyabetik hastalar tüm diyabetik hastaların yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun %10'unda tanı konmamış DM olduğu kabul edilmektedir (34).

Kayıtları değerlendirilen 69 DM'li yaşlının hiçbirinde son bir yıl içinde yapılması beklenen izlem ölçütlerinin (AKŞ, TKŞ, TA ölçümü, göz dibi bakısı, HbA1c, serum kreatinin ve İdrarda mikroalbuminüri tetkikleri) tümünün yapıldığı görülmemiştir. Bu durumla ilgili aile hekimleri genel olarak her geldiklerinde TA ölçümlerinin yapıldığını, 2-3 ayda bir kan şekeri ölçümlerinin yapıldığını, ancak iş yükü fazlalığı/iş yoğunluğu nedeniyle bu ölçümlerin veri girişlerini yapamadıklarını ileri sürmüşlerdir. Bu doğrultuda hizmet niteliği "uygun" olarak değerlendirilen hiç hasta olmamıştır.

Aile hekimi kayıtlarının değerlendirilmesinde 69 yaşlının ilgili AH'ne kayıt oldukları zamandan bu yana ortalama 29.6 kez, son bir yılda ise ortalama 7.3 kez başvurdukları saptanmıştır. DM'li yaşlıların %14.5'ine metabolik kontrol için HbA1c ölçümü, %5.8'ine idrarda mikroalbuminüri bakısı yapılmıştır. Göz dibi bakısı yapılan DM'li yaşlı ise sadece bir (%1.4) kişidir. Manisa merkez ilçede diyabetli hastalarda yürütülen izlem niteliğine yönelik bir çalışmada göz dibi bakısının %58.4, mikroalbuminüri bakısının %14.1'inde yapılmış olduğu saptanmıştır (131). Diyarbakır'da üniversite hastanesine başvuran hastalarla diğer sağlık kuruluşlarından (sağlık ocağı, devlet hastanesi, SSK hastanesi) hizmet alan DM'li hastaların, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada HbA1c ölçümünün hastaların %52.0'ına yapılmış olduğu (üniversite hastanesine başvuranların %83.7'sine, diğer sağlık kuruluşlarına başvuranların ise %2.1'ine) bulunmuştur. Aynı çalışmada göz dibi bakısının üniversite hastanesine başvuranlarda %56.9, diğer sağlık kuruluşlarına başvuranlarda %40.2 olduğu saptanmıştır (132). Ordu Fatsa Devlet Hastanesi dahiliye servisinde yatan /polikliniğine başvuran ve tanı süresi en az bir yıl olan DM'li hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların %59.1'inin kan şekerinin düzenli kontrol edildiği saptanmıştır (133). Bu çalışmalarda bulunan sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu olmamakla birlikte, hem Manisa'daki hem diğer çalışmalardaki sonuçlar DM için izlem ve kontrol rehberlerinde önerilen düzenli izlem oranlarının hastaların çoğunluğu için son derece yetersiz düzeyde olduğunu göstermektedir. DM izleminde beklenenin tersine birinci basamağın yerinin çok sınırlı kaldığı söylenebilir.

### 5.3. Araştırmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları

Araştırmanın başlangıcından tez yazımının tamamlanmasına değin geçen sürede ülkemizin sağlık sisteminin yeniden yapılanıyor olması nedeniyle ortaya çıkan beklenmeyen durumlar, özellikle zamanla ilgili sıkıntılara neden olmuştur.

Diyabetik yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin niteliğini değerlendirebilmek için aile hekimi kayıtlarının incelenmesi aşamasında, aile hekimlerinin çoğunluğunun diyabetik hasta kontrollerini/ izlemlerini rehberlerdeki şekilde yaptığını belirtmesine rağmen kayıtlarının olmadığı görülmüştür. Bu çerçevede diyabetik yaşlılara birinci basamakta sunulan hizmetin niteliğinin değerlendirilmesi, aile hekimleri tarafından kayıtları yapılmış olanlar üzerinden olabilmektedir.

Sadece hizmet almak üzere sağlık kurumuna gelmiş yaşlılardan veri toplanmaması, basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak yapılan örnek seçimi ile seçilen kişilerin evlerine gidilerek sağlık kurumunu hiç kullanmayanlardan da veri toplanması, araştırmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.



## **6. SONUÇ ve ÖNERİLER**

### **6.1. Sonuç**

Konak ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin, iyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmet kullanım düzeyini belirlemek, kullanımı etkileyen etmenleri değerlendirmek, birinci basamakta yaşlılara sunulan hizmetin niteliğini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada 330 yaşlıya ulaşılmıştır. Yaşlıların %39.5'i 3-4 çocuğu olduğunu, %6.4'ü ise çocuğu olmadığını bildirmişlerdir. Yaklaşık dörtte birinin yalnız yaşadığı, yalnız yaşamayanların %42.3 oranında eşleriyle, %20.2'sinin ise eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları bulunmuştur. Yaşlıların %56.4'ünün çocuklarıyla, %22.7'sinin yakın akrabalarıyla, %82.7'sinin ise yakınları dışındaki kişilerle her gün görüştüğü saptanmıştır.

Çalışmaya katılan yaşlıların merdiven inip- çıkma dışındaki GYA'lerini %90'dan fazlasının yapabildiği, %57.6'sının ev dışında yardıma gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Kendilerine göre sağlık durumları %33.9'u tarafından çok iyi ve iyi olarak değerlendirilirken, %40.3'ü yaşlılarına göre sağlık durumlarının daha iyi olduğunu belirtmiştir. Yaşlıların %83.9'u düzenli olarak ilaç kullandığını, %84.2'si kronik bir hastalığı olduğunu beyan etmişlerdir. Yaşlıların %19.4'ü kan şekeri, kan yağları, tiroid testleri, PSA vb düzenli olarak tetkik yaptırdığını beyan etmiştir. Yaşlıların %61.5'i kendi kendilerine ya da bir yakınları yardımı ile tansiyon ölçümlerinin yapıldığını belirtirken, sadece %20.6'sı aynı şekilde kan şekerinin ölçüldüğünü belirtmiştir.

Yaşlıların oturdukları yere en yakın sağlık kurumunun AHB olduğu, sağlık sorunlarında en çok AHB'yi yeğlediği, bunun en önemli nedeninin de ulaşım kolaylığı olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların yarıya yakını aile hekiminden ilgi gösterme ile birlikte başka beklentileri de olduğunu (en çok doğru tanı+sağaltım) ifade etmişlerdir. Yaşlıların dörtte birinden biraz fazlası en son yaşadığı sağlık sorununda AHB'ye gittiğini belirtmiştir.

Çalışmada genel olarak yaşlıların sağlık sorunlarında daha fazla AHB'yi yeğledikleri saptansa da son başvuruda AHB kullanım oranının yüksek olmadığı (dörtte bir kadar) bulunmuştur.

Tekli analiz sonucunda çocuklarıyla her gün görüşenlerin, genel olarak sağlık sorunları için AHB'yi yeğleyenlerin son başvuruda anlamlı olarak daha fazla birinci basamağı kullandıkları ancak kronik hastalık tanısının daha fazla diğer sağlık kurumlarında bulunduğu bulunmuştur. Kronik hastalık kontrollerini AHB dışındaki diğer sağlık kurumlarında yaptıran yaşlıların ise son başvuruda anlamlı olarak daha fazla diğer sağlık kurumlarını yeğledikleri saptanmıştır.

Çoklu analiz sonrası ise son sağlık sorunlarında evlilerin 1.8 kat, genel olarak sağlık hizmeti kullanımında birinci basamağı yeğleyen yaşlıların da 4.7 kat daha fazla bu kurumu kullandıkları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan ve DM hastası olduğunu beyan eden yaşlılarda son bir yıl içinde yapılması beklenen izlem ölçütlerinin tümünün yapıldığı görülmemiştir. Bu doğrultuda hizmet niteliği "uygun" olarak değerlendirilen hiç hasta olmamıştır. Sonuçta AHB'de kronik hastalık izlem niteliğinin yeterli olmadığı saptanmıştır. DM'li yaşlılara son bir yıl içinde en sık AKŞ ölçümü, en az TKŞ ölçümü ve göz dibi bakısı yapılmıştır.

## 6.2. Öneriler

Yaşlıların oturdukları yere en yakın sağlık kurumunun AHB olduğu, sağlık sorunlarında en çok AHB'yi yeğlediği, bunun en önemli nedeninin de ulaşım kolaylığı olduğu ve yaşlıların yarıya yakınının aile hekiminden ilgi gösterme ile birlikte en çok doğru tanı+sağaltım beklentileri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek, yaşlıların daha fazla kullanmaları sağlanabilir.

Güçlü bir birinci basamak için;

- Hastalık ve sağaltıma odaklı, hizmetin sadece poliklinik odası ile sınırlı kaldığı, hizmet alanların sağlık tüketicisi olarak görüldüğü sağlık modelinden, bütüncül, kapsamlı, sürekli, kişisel bakımın sunulduğu, hasta ile toplumu birlikte ele alan sağlık modeline yönelmelidir.
- Hizmetin ulaşılabilirliğinin ve sürekliliğinin olması gerekir. Bunun için de özellikle ekonomik açıdan toplumun diğer kesimlerine göre daha yoksul olan ileri yaş gruplarının katkı paylarının ve cepten ödemelerinin, birinci basamakta az bile olsa, kabul edilebilir sınırlara indirilmesi veya kaldırılması uygun olur.
- Aile hekimleri başına düşen nüfusun azaltılması ileri yaş nüfusa sunulan sağlık hizmetlerinin niceliksel ve niteliksel olarak daha iyi olmasını sağlayabilir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına kayıtlı nüfuslar çok fazla olduğundan, riskli gruplara ayrılan zamanlar sınırlı olmakta, bu da sunulan hizmetin kalitesini olumsuz etkilemektedir.
- Sağlıkta dönüşüm programı (SDP), sağlık ocaklarında daha güçlü ve geniş bir ekiple kişiye ve topluma birlikte sunulan koruyucu sağlık hizmetlerini ikiye bölmüştür. Halk sağlığı hizmetleri ile aile hekimliği hizmetlerini bir araya getiren birinci basamak sağlık merkezlerinin oluşturulması zayıflayan ekip anlayışının daha güçlü hale gelmesini ve sunulan hizmetlerin bütünselliğini sağlayabilir.
- Birinci basamak sağlık çalışanı çeşitliliği artırılmalıdır. Oluşturulacak yeni sağlık merkezlerinde diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı mesleklerden çalışanlar bulundurularak, ileri yaş grubuna bu merkezlerde ve evlerinde daha iyi sağlık bakım hizmeti sunumu sağlanabilir.

- SDP kapsamında Aile Hekimliği modeline geçiş döneminde, çok farklı alanlarda çalışan (idarecilik, ana ocuk sağlığı, aile planlaması, verem savaş dispanseri, ikinci-üçüncü basamak, acil yardım istasyonları gibi) hekimlerin aile hekimi olmaları beraberinde, kendilerine kayıtlı her yaş grubundan kişiye sağlık hizmeti sunmalarına neden olmuştur. Bu durumda hekimin niteliklerine bağlı olarak hizmet sunumunun farklılaşmasına neden olmuştur. Bu nedenle birinci basamak sağlık çalışanlarının geriatri konusunda hizmet içi eğitimden geçirilmeleri hizmet sunumunda oluşan farklılıkların ortadan kalkmasını sağlayabilir.



## **7. KAYNAKLAR**

1. Uçku R. Yaşamın son döneminde sağlık hizmetleri: Gereksinim ve sunum ne durumda? Toplum ve Hekim, 2016; 31: 5-8.
2. United Nations. World Mortality Report 2013. UN, Department of Economic and Social Affairs Population Division. New York: UN Publications, 2013. Erişim tarihi: 03/04/2016. Erişim adresi:  
[http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/WMR2013/World\\_Mortality\\_2013\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/WMR2013/World_Mortality_2013_Report.pdf)
3. TÜİK. Demografik veriler, 2015. Erişim tarihi: 03/04/2016. Erişim adresi:  
<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.
4. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, 2013. Ankara, 2013.
5. Aslan D, Özcebe H, Takmaz S, Topatan S ve ark. Ankara’da bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2006;9(2):65-9. Erişim tarihi: 13/03/2015. Erişim adresi: [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_295.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_295.pdf)
6. Danış MZ. Türkiye’de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2009; 20 (1). Erişim tarihi: 13/03/2016. Erişim adresi:  
<http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423931289.pdf>
7. Diker J. Körfez 6 No’lu Sağlık Ocağı ile Yüzbaşılar Sağlık Ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi, 2000;3(3):91-97. Erişim tarihi: 13/03/2015. Erişim adresi:  
[http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_41.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_41.pdf)
8. Pala K, Aytekin N, Aytekin H. Gemlik İlçe merkezinde kişilerin hastalanma sıklıkları ve hekime başvuruları. Toplum ve Hekim, 1997;12(81):10-25.
9. Uçku R, Şimşek H. Halk Sağlığı uygulamaları ve yaşlanma, Ne kadar yeterli? In: Aslan D, Ertem M, editors. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler 1<sup>st</sup> ed. Ankara, Palme Yayıncılık, 2012. p. 9-11. Erişim tarihi: 13/03/2015 Erişim adresi:  
[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1saglgiyeni16.7.2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1saglgiyeni16.7.2012.pdf).

10. Giray H, Meseri R, Saatlı G, Yücecin N ve ark. Türkiye'ye ilişkin yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008; 7(1): 81-6.
11. Tümerdem Y. Gerçek yaş (real age). Turkish Journal of Geriatrics, 2006; 9 (3): 195-196. Erişim tarihi: 13/04/2016. Erişim adresi: [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_310.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_310.pdf).
12. Arpacı F. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi açısından günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunun incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2015; 1: 46-53. Erişim tarihi: 13/03/2015. Erişim adresi: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/yasad/article/download/5000119259/5000118490>.
13. Ebrahim S. Intervention for special populations: Health of elderly people In: Detels R, McEven J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford Textbook of Public Health. Dördüncü basımın tekrar baskısı. New York: Oxford Press; 2005. Sayfa: 1713–36.
14. Beliner AS. Birinci basamakta ev ziyareti ile yaşlıların düzenli izleminin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi. İzmir, 2014.
15. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010;49(3) Ek:39-45.
16. Koçoğlu GO, Bilir N. Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı (Çeviri) Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM). 31 Ağustos 2002, Ankara. Erişim tarihi: 13/03/2015. Erişim adresi: <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf>.
17. WHO (2015). Ageing and health. Fact sheet N°404 September 2015. Erişim Tarihi: 25/04/2016. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
18. WHO. World report on ageing and health, Geneva, 2015. Erişim Tarihi: 25/04/2016. Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf).
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye'de sağlığa bakış 2007, Ed: Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S. Bölük Ofset. Ankara, 2007.

20. WHO. Active ageing: Towards age-friendly primary health care France, 2004. Erişim Tarihi: 25/03/2015. Erişim adresi:  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>.
21. WHO. Age-friendly primary health care centres toolkit. Geneva, 2008. Erişim Tarihi: 25/03/2015. Erişim adresi:  
[http://www.who.int/ageing/publications/upcoming\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/index.html).
22. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de demografik değişim: Yaşlılık perspektifi. In: Aslan D, Ertem M, editors. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler 1<sup>st</sup> ed. Ankara, Palme Yayıncılık, 2012. p. 1-8.
23. TÜİK. Haber bülteni. İstatistiklerle yaşlılar, 2015. Erişim tarihi: 03/05/2016. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>.
24. TÜİK. Haber bülteni, 2013. Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075. Erişim tarihi: 03/05/2016. Erişim adresi:  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>.
25. WHO. World Health Statistics 2013. Italy, 2013 Erişim tarihi: 03/05/2016. Erişim adresi: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/)
26. Akın A. Toplumsal cinsiyet ve yaşlılık. In: Aslan D, Ertem M, editors. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler 1<sup>st</sup> ed. Ankara, Palme Yayıncılık, 2012. p. 17-24. Erişim tarihi: 13/03/2015 Erişim adresi:  
[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf).
27. TÜİK Hayat tabloları, 2015 Erişim tarihi: 25/04/2016 Erişim adresi:  
[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1100](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1100)
28. TÜİK. Bölgesel istatistikler, 2013. Erişim tarihi: 25.04.2016 Erişim adresi:  
<https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/degiskenlerUzerindenSorgula.do>
29. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistik Yıllığı 2014. Erişim tarihi: 03/05/2016. Erişim adresi:  
[http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2014.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf).
30. Help Age International: Older people in disasters and humanitarian crises: Guidelines for best practice. Erişim tarihi: 03/05/2016. Erişim adresi:  
[http://www.reliefweb.int/library/documents/HelpAge\\_olderpeople.pdf](http://www.reliefweb.int/library/documents/HelpAge_olderpeople.pdf).

31. Ersoy S, Okçay H, Özkahraman Ş. Kentleşmenin yaşlı üzerine etkileri. Akademik Geriatri Dergisi. Erişim tarihi: 09/05/2016. Erişim adresi: [www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2013-02/html/2013-5-2-051-056.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2013-02/html/2013-5-2-051-056.htm)
32. Erdönmez PA. Küresel demografik değişim süreci ve finansal sektör üzerindeki etkileri. Bankacılar Dergisi, 2007;62:59-70.
33. Kuzgun İK. Nüfusun yaşlanmasının işgücü arzına etkisi. Geriatri, 2002; 5:38.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi 2010. Ankara, 2010. Erişim tarihi: 09/08/201. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t3.pdf>.
35. Bergland A, Wyller TB. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. Inj Prev, 2004;10:308–13.
36. WHO. Primary health care: Now more than ever. The World Health Report 2008. Erişim tarihi: 14/09/2015. Erişim adresi: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.
37. T. C. Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkinlik çalışması, hastalık yükü final raporu. Ankara, 2005.
38. Pınar R. Türkiye’de evde bakımda mevcut durum. Akademik Geriatri Dergisi, 2010;153-6.
39. WHO. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life 2002, Geneva. Erişim tarihi: 09/08/2015. Erişim adresi: <http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>.
40. T.C. Amasya Üniversitesi. Yaşlı Dostu Kent Amasya. Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı. 2011. Erişim tarihi: 09/08/2015. Erişim adresi: <http://www.oka.org.tr/Documents/YaslikentDostuAmasya.pdf>.
41. Şeker A. Prof. Dr. Mehmet ERSOY ile kent ve yaşlılık üzerine bir söyleşi. Erişim tarihi: 09/08/2015. Erişim adresi: [http://www.sosyalhizmetuzmani.org/kentveyaslilik\\_mehmetersoy.htm](http://www.sosyalhizmetuzmani.org/kentveyaslilik_mehmetersoy.htm)
42. WHO. Global age-friendly cities: a guide. Geneva, 2007. Erişim tarihi: 09/08/2015. Erişim adresi:



[http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)

43. WHO. Global network of Age-friendly cities and communities Geneva, 2009.

Erişim tarihi: 14/09/2015. Erişim adresi:

<http://www.who.int/ageing/Brochure-EnglishAFC9.pdf>.

44. WHO. WHO launches Global Network of Age-friendly Cities News release, 2010 Geneva, 2010. Erişim tarihi: 14/09/2015. Erişim adresi:

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/age\\_friendly\\_cities\\_20100628/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/age_friendly_cities_20100628/en/index.html).

45. Türk Geriatri Derneği. Yaşlı dostu şehirler: Kavramsal çerçeve ve örneklerle değerlendirmeler. Kasım 2013, Güneş Tıp Kitapevi. Erişim tarihi: 14/09/2015. Erişim adresi:

[www.turkgeriatri.org/pdf/Yasli\\_Dostu\\_Sehirler\\_Baski11\\_11\\_2013.pdf](http://www.turkgeriatri.org/pdf/Yasli_Dostu_Sehirler_Baski11_11_2013.pdf)

46. T.C.Avrupa Birliği Bakanlığı. Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma Yılı hakkında bilgi notu Ankara, 2011. Erişim tarihi: 14/09/2015. Erişim adresi:

[http://www.abgs.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif\\_yaslanma\\_bilgi\\_notu.pdf](http://www.abgs.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf)

47. T.C. Kalkınma Bakanlığı. 10. Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara, 2013. Erişim tarihi: 15/05/2016. Erişim adresi:

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf>

48. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Sağlığı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Erişim tarihi: 15/05/2016. Erişim adresi:

<http://eyh.aile.gov.tr/>

49. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı. Ankara, 2002.

50. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara, 2013

51. Aydın K. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Şubesi ve geriatriye yaklaşımı. 7. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı: p.79–80, June 18 - 22 2008, Çeşme.

52. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015-2020). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara, 2015.

53. Dirican, R., Bilgel, N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, İkinci Baskı, s: 507-532.1993.
54. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 998–1004. 2006.
55. Öztekin Z, Eren N. Halk sağlığı temel bilgiler, sağlık yönetimi bölümü, Edit: Güler Ç, Akın L, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 998.2006-Ankara.
56. Yüçetin N. Konak İlçesinde birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında sağlık çalışanları ve hastaların görüşleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir, 2016
57. Öcek Z, Soyer A. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz: 2000-2004. Türkiye fotoğrafı Birinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Aralık 2007.
58. Starfield B. Primer care and health. A cross-national comparison. 1991. Erişim tarihi: 10/05/2013. Erişim adresi: [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/D52.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/D52.pdf).
59. Starfield B. Is primary care essential? (Primary care tomorrow). Lancet, 334(8930), 1129-1133. Erişim tarihi: 10/05/2013. Erişim adresi: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/isprimarycare.pdf>
60. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" J. of Hea. and Social Behavior, 1995;36(1):1-10. Erişim tarihi: 10/05/2016. Erişim adresi: <http://mph.ufl.edu/files/2012/01/session6april2RevisitingBehavioralModel.pdf>
61. Okkaoğlu Mutlu S. Birinci basamak gözüyle yaşlı. 4. Türk Geriatri 2010 Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı: Sayfa: 201- 203, April 1-4, 2010, Antalya.
62. Arpacı F, Demirci A. Sağlık hizmeti pazarlamasında tüketici memnuniyeti: Yaşlıların hastane hizmetlerine ilişkin görüşleri. New World Sciences Academy, 2011; 6 (4): 120-9. Erişim tarihi: 10/05/2016. Erişim adresi: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/nwsavoca/article/download/5000061820/5000058279>

63. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge - 2001, Erişim tarihi: 15/05/2016. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10644/h/ysaglikhizyuryon.pdf>.

64. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2005. Erişim tarihi: 15/05/2016 Erişim adresi: [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&id=240](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240)

65. T.C. Sağlık Bakanlığı. Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge- 2006. Erişim tarihi: 15/05/2016. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2865/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerg.html>

66. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Mayıs 2010, Resmî Gazete, Sayı: 27591.

67. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 30 Aralık 2010, Resmî Gazete, Sayı:27801.

68. T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Erişim tarihi: 15/05/2016. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonergerge.pdf>.

69. T.C. Sağlık Bakanlığı. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005. Erişim tarihi: 15/05/2016 Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatTliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>

70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim Tarihi: 15.05.2016. Erişim adresi: <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenergeler/603-salk-bakanlınca-sunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakında-yoenerge.html>

71. T.C. Sağlık Bakanlığı. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi, 2015. Erişim tarihi: 15/05/2016 Erişim adresi: <http://hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/dosya/1-97341/h/palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesi.pdf>

72. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü. Palyatif Bakım Çalışma Raporu 2013-2014. İzmir, 2015. Erişim tarihi: 15/05/2016 Erişim linki:

<http://www.ism.gov.tr/dokuman.ashx?t=3&id=16>

73. Akademik Geriatri Derneği. Geriatri klinikleri. Erişim tarihi: 15/05/2016  
Erişim adresi: <http://akademikgeriatri.org/index.php?func=clinics>

74. Birleşmiş Milletler Ekonomik Kültürel ve Sosyal Haklar Komitesi (1966).  
Ekonomik, Kültürel ve Sosyal Haklar Uluslararası Sözleşmesi URL:  
[http://www.unicankara.org.tr/doc\\_pdf/metin134.pdf](http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/metin134.pdf) Erişim tarihi: 05.02.2016

75. İnsan Hakları Ortak Platformu. Ekonomik, Kültürel ve Sosyal Haklar  
Uluslararası Sözleşmesi'ne değerlendirme raporu, 2000. Erişim tarihi: 08/01/2016  
Erişim adresi: [www.ihop.org.tr](http://www.ihop.org.tr)

76. Kurt Ö. Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? Aile hekimleri  
bu sorunu çözebilir mi? In: Eskiocak M, editor. Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi:  
Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? Ankara:  
Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2007. p. 69-78

77. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care.  
Health Services Research, 1974;9(3): 208-20. Erişim tarihi: 10/05/2016.

78. Gözlü M, Tatlıdil H. Türkiye'deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık  
hizmetlerine erişim durumları. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2015;5(2):145-65 Erişim tarihi:  
15/05/2016 Erişim adresi:

[Türkiyedeki\\_81\\_İlin\\_Kamu\\_Tarafından\\_Sunulan\\_Sağlık\\_Hizmetlerine\\_Erişim\\_Durum  
ları\\_Access\\_Situation\\_of\\_the\\_81\\_Provinces\\_in\\_Turkey\\_to\\_Health\\_Services\\_Provide  
d\\_by\\_Public](#)

79. Russell JD, Humphreys SJ, Ward B, Chisholm M and at all. Helping policy-  
makers address rural health access problems. The Australian Journal of Rural  
Health, 2013;21:61-71.

80 Levesque JF, Harris F, Russell M and G. Patient-centred access to  
healthcare: Conceptualising access at the interface of health systems and  
populations. International Journal for Equity in Health. 2013;12-18.

81. World Health Organization. Health 21 The Health For All. Policy Framework  
for the WHO European Region. Geneva, 1999. Erişim tarihi: 15/05/2016 Erişim  
adresi:

[www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

82. Aday LA. The utilization of health services: Indices and correlates, A Research Bibliography. 1972;73:1-105.
83. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Quarterly 1973;51(1):95-124
84. Çiçeklioğlu M. Birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde bir yaklaşım girişimi; Akçay Sağlık Ocağı'nda 0-5 yaş grubu çocuklara sunulan birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı AD. Uzmanlık tezi. İzmir, 1997.
85. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2<sup>nd</sup> ed. Bursa:Uludağ Üniv. Basımevi; 1993. p.507-32.
86. Öz YS. Örnekköy Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan insanların sağlık problemleri karşısındaki davranışları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir, 1998.
87. Belek İ. Kentlerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi: çok sektörlü yaklaşım. Kentler, sağlık ve sağlık hizmetleri. Birinci Baskı, TTB Yayınları, Ankara-2007.
88. Çelik Y. Sağlık Ekonomisi, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2011.
89. Gözölü M, Tatlıdil H. Türkiye'deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. Sosyal Güvenlik Dergisi, Ekim 2015;5(2):145-65.
90. Andersen RA. Behavioral model of families' use of health services. Research series #25, The University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Chicago-1968.
91. Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the US: Realized and potential. Medical Care.1978;16(7):533-546.
92. Kılıç D, Çalışkan Z. Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2013;2:192-206. Erişim tarihi: 10/05/2016. Erişim adresi: <http://oaji.net/articles/2016/2811-1452512142.pdf>
93. Docteur, Elizabeth and Oxley, Howard (2003), Health-Care Systems: Lessons From The Reform Experience, OECD Health Working Papers. Erişim tarihi: 10/05/2016. Erişim adresi: <https://www1.oecd.org/els/health-ystems/22364122.pdf>
94. Andersen R, Davidson PL. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. In: Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy and Management, Second Edition, San Francisco-2001.

95. Nyo KK. Access to health utilization among people aged 50 and older in KDSS: is it equal? Mahidol University, Thesis, Abstract, Thailand, 2007. Erisim tarihi: 10/05/16. Erişim adresi:

<http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/thesis/2550/cd404/4938533.pdf>

96. Aday L, Awe W. Health services utilization models. In: Gochman DS, editor. Handbook of health behavior research, Vol. 1

97. Andersen R, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework, advances in dental research, 1997;11(2):203-9.

98. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Balkrishnan R. Evaluating the healthcare system: Effectiveness, efficiency and equity. Health Administration Press, Chicago, 2004.

99. Altman Douglas G, Multipl regression, Altman Douglas G. Practical statics for medical research, Originally published: London: Chapman & Hall, 1991. s. 349.

100. TÜİK 2015. Veri tabanları. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları. Erişim tarihi: 09/06/2016. Erişim adresi:

<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>

101. Karaca A. Düzce il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım gereksinimlerinin saptanması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek lisans tezi. Bolu, 2003.

102. Kızılcay HD. Altmış beş yaş ve üstü bireylerin mental durum ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta uzmanlık tezi. Kayseri, 2014.

103. Aydın S. Gaziantep ili şehitkâmil ve şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş üstü popülasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi. Malatya, 2009.

104. Ölüç F. Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilintili yaşam kalitesi Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği AD. Uzmanlık Tezi. Edirne, 2007.

105. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Yaşlı Sağlığı. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara, 2002.

106. Akgün S, Erdal R. Yaşlılık kavramı ve yaşlıya yaklaşım In: Kutsal YG, Aslan D, editors. Temel Geriatri. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. p.73–86.

107. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Population ageing 2006. Erişim tarihi: 14/05/2016 Erişim adresi:

<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>.

108. Terzioğlu G, Güven S, Hazer O, Öztop H ve ark. Yaşlılıkta sosyal ve ekonomik yaşam, Yaşlılık gerçeği, H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayını Ankara,2004 p.115-130.

109. Yazıcı SÖ, Kalaycı I. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi. 2015; 3(3):385-90. ISSN: 1308-6693. Erişim tarihi: 19/05/2016 Erişim adresi: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sdumuhtas/article/viewFile/5000148268/5000145925>.

110. Güneş G, Demircioğlu N, Karaoğlu L. Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlı kadınların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. Turkish Journal of Geriatrics. 2005;8(2):78-83 Erişim tarihi: 19/05/2016 Erişim adresi: [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_258.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_258.pdf)

111. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(4):199-205. Erişim tarihi: 19/05/2016 Erişim adresi: [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_234.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_234.pdf)

112. Erkal S. Kırıkkale Ovacık mahallesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin ev kazaları ile karşılaşma durumlarının ve kaza nedenlerinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2005;8(1):17-21. Erişim tarihi: 19/05/2016 Erişim adresi: [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_247.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_247.pdf)

113. Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Turk J Geriatr 2006;9:117- 21 Erişim tarihi: 19/05/2016 Erişim adresi: [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_304.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_304.pdf)

114. Özbek YS, Kalaycı I. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 3(3), ÖS:Ergonomi2015, 385-390, 2015. ISSN: 1308-6693. Erişim adresi: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sdumuhtas/article/viewFile/5000148268/5000145925>

115. TÜİK. TÜİK. Engellilik ve yaşlılıkla ilgili göstergeler. Erişim tarihi: 19/05/2016. Erişim adresi: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=10959](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=10959).

116. Sahyoun NR, Lentzner H, Hoyert D, Robinson KN. Trends in causes of death among the elderly. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health for Statistics 2001. Erişim tarihi: 19/05/2016. Erişim adresi: <http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/agingtrends/01death.pdf>

117. Olgun N, Aslan FE, Yücel N, Öntürk ZK, Laçın Z. Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;4(2):72-8. Erişim tarihi: 04/052016 Erişim adresi: [http://acibadem.dergisi.org/pdf/pdf\\_AUD\\_180.pdf](http://acibadem.dergisi.org/pdf/pdf_AUD_180.pdf)

118. Aksakoğlu G. Çağdaş sağlık anlayışı ve aile hekimliği modeli. Erişim tarihi: 10/09/2015. Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Dergi/396/Cagdas-saglik-anlayisi-ve-aile-hekimligi-modeli.aspx>

119. Buor D. Gender and the utilization of health services in the Ashanti Region, Ghana. Health Policy 2004;69(3):375–88. Erişim tarihi: 10/09/2015 Erişim adresi: <https://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp1946.pdf?>

120. Çelebioğlu A. Ödemiş İlçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin “Andersen’in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli” Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı AD, Doktora Tezi, 2010.

121. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Sarioğlu O. Bir aile hekimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusta sağlık hizmet kullanımı, kronik hastalık sıklığı ve bağımlılık durumu. Akademik Geriatri Dergisi 2011;1 Erişim tarihi: 10/09/2015 Erişim adresi: [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2011-02/html/2011-3-2-088-094.html](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2011-02/html/2011-3-2-088-094.html)

122. Kulaç E, Şemin S, Bilgin AC. Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşlıların kullandığı sağlık kurumları ve etkileyen etmenler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011;2(1):1-7. Erişim tarihi: 10/09/2015 Erişim adresi:

<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sdusbed/article/download/1089002180/1089002495>

123. Dişçigil G. Aile hekimliği ve yaşlı sağlığı. Turkish Family Physician. 2010;1:29-30. Erişim tarihi: 10/05/2016 Erişim adresi: <http://turkishfamilyphysician.com/upload/2010-1/aile%20hekimligi%20ve%20yasli%20sagligi.pdf>



124. Mold JW, Fryer GE, Roberts M. When do older patients change primary care physicians? Journal of the American Board of family medicine (JABFM), 2004; 17(6):453-60. Erişim tarihi: 10/06/2016. Erişim adresi:

<http://www.jabfm.org/content/17/6/453.full.pdf+html>

125. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K. Patient-centered communication and diagnostic testing. Annals of Family Medicine. 2005;33(5):415-21. Erişim tarihi: 10/09/2014. Erişim adresi:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466928/pdf/0030415.pdf>.

126. Smith MY, Rapkin BD, Winkel G, Springer C, Chhabra R, Feldman IS. (2000). Housing status and health care service utilization among low-income persons with HIV/AIDS. J. Gen. Intern. Med. 2000;15:731–8. Erisim tarihi: 20/05/06. Erişim adresi: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495606/pdf/jgi\\_91003.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495606/pdf/jgi_91003.pdf).

127. Linden M, Horgas AL, Gilberg R, Steinhagen-Thiessen E. Predicting health care utilization in the very old. Journal of Aging and Health 1997;9(1):3–27.

128. Flett RA, Kazantzis N, Long NR, Millar M, MacDonald C. Health care needs for older adults. Social Policy Journal. 1999;13 Erişim tarihi: 15/05/2016 Erişim adresi: <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj13/13-health-care-needs.doc>.

129. Bulakçı BB. Yaşlılarda ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlar. T.C. İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2013.

130. WHO. Global report on diabetes. Geneva, 2016. Erişim tarihi: 20/05/16. Erişim adresi:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1)

131. Dede B. Manisa kent merkezinde yaşayan diyabetli hastalarda izlem ve bakım niteliğinin değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Manisa, 2014

132. Acemoğlu H. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. TC Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Diyarbakır-2004.

133. Ustaalioğlu S. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2015. Erişim tarihi: 20/05/16. Erişim adresi: <http://www.atauni.edu.tr/tip-2-diyabetli-hastalarin-bakim-ve-tedaviye-yonelik-tutum-ve-davranislarinin-incelenmesi>



## **8. EKLER**

### **Ek 1. Anket Formu**

#### **KONAK İLÇESİNDE 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN İYİLEŞTİRİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİRİNCİ BASAMAĞI KULLANIMIARAŞTIRMASI ANKET FORMU**

Yaşlı nüfusun gereksinimleri, toplumun geri kalan kesimine göre farklılık göstermekte ve yaşlılıkta görülen sağlık sorunlarının çözümünde koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin bir arada daha fazla düşünülmesi gerekmektedir. Yaşlılara sunulacak sağlık hizmetinin niteliğine katkıda bulunmak amacıyla, Konak ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin iyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamağı kullarımları ile ilgili bu çalışma planlanmıştır.

Bu nedenle,eğer kabul ederseniz, size bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından sağlığını ve sağlık kurumlarını kullanımınızla ilgili bazı sorular sorulacaktır. Tarafınızdan verilen bilgiler tamamen saklı tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

**Anketi dolduranın adı- soyadı ve mesleği :** .....

**Anketin doldurulduğu tarih:**...../...../.....

**Ad Soyad :** .....

**TC kimlik No veya bağlı olduğu aile hekiminin adı-soyadı:** .....

**Ankete katılanın bağlı bulunduğu aile sağlığı merkezi:** .....

**Ankete katılanın ev adresi :** .....

**Ankete katılanın ev/cep telefonu :** .....

**Anketi yanıtlayan kişi :** .....

**1. Doğum tarihi (bizdeki bilgi yazılacak, kişiye sorulmayacak):** .....

**2. Cinsiyeti:**

1) Erkek 2) Kadın

**3. Medeni durumunuz?**

1) Evli 2) Bekar 3) Eşi ölmüş 4) Eşinden ayrı

**4. Öğrenim durumunuz?**

1) Okuryazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul Mezunu

4) Ortaokul Mezunu 5) Lise Mezunu 6) Lisans/lisans üstü

**5. Herhangi bir işten emekli misiniz? (eş, baba vb. ise “hayır” işaretlenecek)**

1) Evet 2) Hayır

**6. Şu anda bir işte çalışıyor musunuz?**

1) Evet 2) Hayır

**7. Yanıtınız “evet” ise ne iş yapıyorsunuz?**

1) Kendi işini yapıyor 2) Ücretli/Maaşlı olarak çalışıyor

3) Düzensiz işlerde çalışıyor 4) Diğer.....

8. Kaç çocuğunuz var? .....
9. Evde **sizin dışınızda** kaç kişi yaşıyor? ..... (Yalnız yaşıyorsa 11. soruya geçilecek)
- 10.Evde sizinle birlikte kimler yaşıyor?
- 1) Eşi
- 2) Eşi + ocuklar (evli/bekar)
- 3) Eşi + 1. derece akraba (kendisinin ya da eşinin anne, baba ve kardeşi)
- 4) ocuklar
- 5) 1. derece akraba (kendisinin ya da eşinin anne, baba ve kardeşi)
- 6) Diğer ..... (belirtiniz)
- 11.Sağlık gvencesiniz var mı? (eşi, baba vb. ise **“evet”** işaretlenecek)
- 1) Evet 2) Hayır
- 12.Yanıt “evet” ise sağlık güvencesinin türü nedir?
- 1) Emekli sandığı 2) Bağ-Kur 3) SSK
- 4) Yeşilkart 5) zel sigorta 6) Diğer(belirtiniz).....
- 13.Eve giren aylık toplam geliriniz ne kadar?
- 1) 701 TL nin altında
- 2) 702-1402 TL arasında
- 3) 1403-2103 TL arasında
- 4) 2103 TL zerinde
- 5) Bilmiyor
- 14.Eve giren gelir giderinizi karşılıyor mu?
- 1) Evet, karşılıyor (gelirim giderimden fazla)
- 2) Evet, karşılıyor (gelirim giderime eşit)
- 3) Hayır, karşılamıyor (gelirim giderimden düşük)
- 15.Size ait bir geliriniz var mı?
- 1) Evet (Yanıt “evet” ise kaynağı yazılacak) ..... 2)Hayır
- 16.Sosyo-ekonomik durumunuz sizce nasıl?
- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 17.ocuklarınızla yüz yüze ne sıklıkta görüşürsünüz? (**telefonla görüşme kabul edilmeyecek**)
- 1) Her gün 2) 2-3 günde bir 3) Haftada bir 4) Ayda bir 5) Ayda birden az 6) Hiç
- 18.Yakın akrabalarınızla yüz yüze ne sıklıkta görüşürsünüz? (**telefonla görüşme kabul edilmeyecek**)
- 1) Her gün 2) 2-3 günde bir 3) Haftada bir 4) Ayda bir 5) Ayda birden az 6) Hiç

19. Komşu, arkadaş ve uzak akraba/ahbablarınızla yüz yüze ne sıklıkta görüşürsünüz? (**telefonla görüşme kabul edilmeyecek**)

1) Her gün 2) 2-3 günde bir 3) Haftada bir 4) Ayda bir 5) Ayda birden az 6) Hiç

20. Hobileriniz (dikiş, nakış, örgü, çiçek bakımı, şiir, kitap okuma vb) var mı?

1) Evet (Ne olduğu yazılacak)..... 2) Hayır

21. Ev dışında katıldığınız sosyal aktiviteler (Gezi, kahveye gitme, güne gitme vb.) var mı?

1) Evet (ne olduğu yazılacak)..... 2) Hayır

**22-30. sorular, kişinin günlük yaşam aktivitelerini kimsenin yardımı olmadan kendi başına yapabilmesi ile ilgilidir. Her birini tek tek kimsenin yardımı olmadan kendi başına yapıp yapamadığını sorunuz.**

22. Giyinme 1) Evet 2) Hayır

23. Yemek yeme 1) Evet 2) Hayır

24. Banyo yapma 1) Evet 2) Hayır

25. Tuvalet 1) Evet 2) Hayır

26. Kişisel temizlik (Yüz yıkama, diş fırçalama, tıraş vb.) 1) Evet 2) Hayır

27. Yatak ya da sandalyeye oturma/kalkma 1) Evet 2) Hayır

28. Yürüme (*baston gibi bir yardımcı araçla da olsa*) 1) Evet 2) Hayır

29. Merdiven inip çıkma 1) Evet 2) Hayır

30. Ev dışındaki işleri (banka işleri, telefon-elektrik parası yatırma, alışveriş gibi işlerde) kendi başınıza yapabiliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

31. Sizce sağlık durumunuz nasıl?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Fena değil 4) Kötü 5) Çok kötü

32. Kendi yaşitlarınızla karşılaştırdığınızda sizce sağlık durumunuz nasıl?

1) Daha iyi 2) Aynı 3) Daha kötü

33. Yaşantınızı etkileyecek engellilik durumunuz var mı?

1) Evet, bedensel 2) Evet, görme ile ilgili 3) Evet, konuşma ile ilgili  
4) Evet, duyma ile ilgili 5) Evet, zihinsel 6) Hayır

34. Düzenli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren uzun süreli bir hastalığınız var mı?

1) Evet 2) Hayır (yanıt "hayır" ise 41. soruya geçilecek)

35. Yanıt evet ise hastalık/ hastalıkların adı:.....

36. Tanı nerede kondu (*birden fazla şık işaretlenebilir*)?

1) Aile sağlığı merkezi/aile hekimi 2) Devlet hastanesi 3) Üniversite hastanesi  
4) Özel doktor-özel hastane 5) Diğer (belirtiniz) .....

37. Hastalık/hastalıklarınızın kontrolleri nerede yapılıyor? (*birden fazla şık işaretlenebilir*)

1) Aile sağlığı merkezi/aile hekimi 2) Devlet hastanesi 3) Üniversite hastanesi  
4) Özel doktor-özel hastane 5) Diğer (belirtiniz) ..... 6) Kontrole gitmiyor

38. Hastalık/hastalıklarınızla ilgili heyet raporunuz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

39. Eğer rapor varsa kim önermiş?

- 1) Aile sağlığı merkezi/aile hekimi 2) Devlet hastanesi 3) Üniversite hastanesi  
4) Özel doktor-özel hastane 5) Diğer (belirtiniz) ..... 6) Hatırlamıyor

40. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

- 1) Evet (Kaç tane .....) (*tablet değil, kutu*)  
2) Hayır (44. soruya geçiniz)

41. Düzenli olarak yaptırdığı bir tetkik var mı?

(kan şekeri, kan yağları, troid testleri, prostat için PSA gibi)

- 1) Evet (*ne olduğunu yazınız*) ..... 2) Hayır

42. Evde kendi kendinize ya da bir yakınınız yardımıyla tansiyonunuz ölçülüyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

43. Evde kendi kendinize ya da bir yakınınız yardımıyla kan şekeriniz ölçülüyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

44. Oturduğunuz yere en yakın sağlık kurumu hangisi?

- 1) Aile sağlığı merkezi/aile hekimi 2) Devlet hastanesi 3) Üniversite hastanesi  
4) Özel doktor - özel hastane 5) Diğer.....

45. Genel olarak sağlık sorunlarınız için hangi sağlık kurumunu tercih edersiniz?

- 1) Aile sağlığı merkezi/aile hekimi 2) Devlet hastanesi 3) Üniversite hastanesi  
4) Özel doktor-özel hastane 5) Diğer.....

46. Bu kurumu tercih etme nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

- 1) Yeterli teşhis ve tedavi olanağı olması 2) Yakın olması/ulaşım kolaylığı 3) Alışkanlık  
4) Memnuniyet 5) Sıra beklenilmemesi 6) Daha fazla ilgi gösterilmesi 7) Para ödenmemesi  
8) Diğer.....

47. Bu kurumu tercih etmedeki en önemli nedeniniz nedir? (Tek şık)

- 1) Yeterli teşhis ve tedavi olanağı olması 2) Ulaşım kolaylığı 3) Alışkanlık  
4) Memnuniyet 5) Sıra beklenilmemesi 6) Daha fazla ilgi gösterilmesi 7) Para ödenmemesi  
8) Diğer .....

**48-53. sorular, kişinin en son hastalandığında gittiği doktor ya da hastane ile ilgilidir. (İlaç yazdırma nedeniyle gidişler kabul edilmeyecek)**

48. Bir hastalığınız, sağlık sorununuz nedeniyle en son ne zaman doktora/hastaneye gittiniz?

- 1) Son bir hafta içinde 2) Son bir ay içinde 3) Son altı ay içinde  
4) Son bir yıl içinde 5) Bir yıldan uzun süredir doktora gitmedim 6) Hatırlamıyorum  
7) Hiç doktora gitmem (*bu şık işaretlendi ise 56. soruya geçiniz*)

49. Eğer gittiyseniz gitme nedeniniz neydi? (Yakınmaları yazılacak)

.....  
.....

50. En son gittiğiniz bu sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisiydi?  
1) Aile sağlığı merkezi/aile hekimi 2) Devlet hastanesi 3) Üniversite hastanesi  
4) Özel doktor- özel hastane 5) Diğer.....
51. Doktora/hastaneye en son gittiğiniz bu sorununuz için ne yapıldı?  
1) Muayene 2) Muayene + ilaç 3) Enjeksiyon, pansuman yapıldı  
4) Sevk-öneri 5) Tetkik istendi 6) Diğer.....
52. Doktorda/hastanede herhangi bir ücret ödediniz mi?  
1) Evet.....TL 2) Hayır
53. İlaç aldıysanız eczanede herhangi bir ücret ödediniz mi?  
1) Evet .....TL 2) Hayır
54. En son ne zaman aile hekiminize gittiniz?  
1) Son bir hafta içinde 2) Son bir ay içinde 3) Son altı ay içinde 4) Son bir yıl içinde  
5) Bir yıldan uzun süredir doktora gitmedim 6) Hatırlamıyorum 7) Hiç gitmedim
55. Aile hekiminizden beklentileriniz nelerdir? (*birden fazla sık olabilir*)  
1) İlgı gösterme 2) Doğru tanı+tedavi 3) Sıra beklememe  
4) Evde sağlık hizmeti sunumu 5) Güven verme 6) Diğer.....
56. (Aile hekimine gitmiyor ise) Aile hekiminize gitmemenizin nedenleri nelerdir?  
**(birden fazla sık olabilir)**  
1) İlgisizlik 2) Uzak olması 3) Tanımama/bilmeme 4) Kalabalık olması  
5) Hastalık / engellilik nedeniyle evden çıkamama 6) Yeterince güvenememe  
7) Diğer .....
57. Aile Hekiminizi hiç değiştirdiniz mi? (**yanıt “hayır” ise 59. Soruya geçilecek**)  
1) Evet 2) Hayır
58. Aile Hekiminizi değiştirdiyseniz, en önemli nedeni nedir?  
1) İlgisizlik 2) Evime uzak olması 3) İşime uzak olması  
4) Tanıdığım/ önerilen bir hekimin hastası olmak için 5) Diğer.....
59. Aile hekiminizi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?  
1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ 05-12-2008

SAYI: Egt.Şb.B.104.İSM.4350009/3695-90087  
KONU: Tez Çalışması.

KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 01.12.2008 tarih ve 18676 sayılı yazınız.

Sağlık Grup Başkanlığınızda görev yapmakta olan Dr.İbrahim PADİR'in, "Konak İlçesinde 65 yaş ve üzeri bireylerin iyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamağın kullanımı" isimli tez çalışmasının sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmesi suretiyle ilgil sayılı yazınızda belirtilen kurumlarımızda yapmasında sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.

Şenol SARIANCI  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Hürriyet Bulv. No.1 Alsancak/İZMİR  
Tel: 0232 441 81 11 Fax: 0232 483 36 39 [www.ism.gov.tr](http://www.ism.gov.tr)



### Ek 3. Etik Kurul Onayı

#### DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

##### Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.A.Arzu SAYINER  
Prof.Dr.Tunç ALKIN  
Prof.Dr.Mustafa SEÇİL  
Doç.Dr.M.Hakan ÖZDEMİR  
Doç.Dr.Vesile ÖZTÜRK  
Doç.Dr.Murat DUMAN  
Doç.Dr.Güven ASLAN  
Doç.Dr.Servet AKAR  
Yard.Doç.Dr.Murat ÖRMEN  
Öğr.Gör.Üzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN  
Yanus KARSLI



**Etik Kurul Sekreteri**  
Hatice İGÇİ

##### DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun 05 Şubat 2009 tarih ve 15/03/2009 no.lu toplantısında; 43/2009 Protokol numaralı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Öğretim Üyelerinden Prof.Dr.Reyhan UÇKU'nun proje yöneticisi ve Dr.İbrahim PADIR'ın sorumlusu olduğu, "Konak İlçesinde 65 yaş ve üzeri bireylerin iyileştirici sağlık hizmetlerinde birinci basamağı kullanımı" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.

Katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**Prof. Dr.A.Arzu SAYINER**  
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları  
Etik Kurul Başkanı

Tel: 0232 412 22 54

#### Ek 4. Özgeçmiş

#### İBRAHİM PADIR

<b>TC Kimlik No / Pasaport No:</b>	28696980918
<b>Doğum Yılı:</b>	1964
<b>Yazışma Adresi :</b>	Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü-Eşrefpaşa Cad. No:213 35240 İzmir/Türkiye
<b>Telefon :</b>	0232 261 0234
<b>Faks :</b>	0232 255 8467
<b>e-posta :</b>	ipadir@gmail.com

#### EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Tıp Fakültesi	Tıp	Lisans	1987
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı	Yüksek Lisans	2006

#### AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
TC Sağlık Bakanlığı	Türkiye	Van	Sağlık Müdürlüğü	Doktor	1988-1991
TC Sağlık Bakanlığı	Türkiye	İzmir	Sağlık Ocağı	Doktor	1991-1995
TC Sağlık Bakanlığı	Türkiye	İzmir	Konak Sağlık Grup Başkanlığı	Doktor	1995-2013
TC Sağlık Bakanlığı	Türkiye	İzmir	Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü	Doktor	2013---

#### UZMANLIK ALANLARI

--

## DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı				
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı				
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı				
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam Eden	
	Yüksek Lisans			
	Doktora			
	Uzmanlık			
• Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.) Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimlik Derneği				

## ÖDÜLLER

Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
------------	------------------	------

## YAYINLARI

### SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

<ul style="list-style-type: none"><li>Yamazhan T, Taşbakan M.I, Pullukçu H, Şenol Ş, Yolaşmaz G, Padır İ, Kıdak L, Ertem E, Gökengin D. Sexual attitudes and knowledge on HIV/AIDS and other sexually transmitted infections in registered sex workers in İzmir. J Med Sciences 2009; 29: 946-951.(SCI EXPANDED)</li></ul>

### **Diğer dergilerde yayınlanan makaleler**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Güzelant A, Gündoğdu Ü, Ar C, Beliner AS, Böncü M, Padır İ. Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşayan 40 - 69 Yaş Arası Nüfusta Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Sıklığı Araştırması. Toraks Dergisi. Cilt: 5, Ek 1. Nisan 2004, Sayfa: 175</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• KSGB Diyabet Kontrol Programı Enformasyon Sistemi - İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Konak Sağlık Grup Başkanlığı Birinci Basamakta Diyabetik Hastanın Yönetimi 2001 (Kitap Bölümü)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü Genel Pratisyenlik Mesleki Eğitimi Temel Modüller Eğitim Programı – Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara, 2003 ISBN: 975-6984-61-9 S: 44 – 65, 98 – 111 (Kitap Bölümü)</li></ul>

### **Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Guzelant A, Gundogdu U, Ar C, Beliner AS, Böncü M, Padır İ. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in population aged 40 – 69 in Konak – Izmir – Turkey. European Respiratory Journal. 2004, UK. (Sözel Bildiri)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Beliner AS, Güzelant A, Gündoğdu Ü, GÖRÇİZ D, Padır İ, Çavuşoğlu A, Bozkaya G. Konak Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan 30-64 yaş arası nüfusta Diyabet, Hipertansiyon, Dislipidemi ve Obesite Sıklığı Araştırması 7.Pratisyen Hekimlik Kongresi 2002 Antalya(Sözel Bildiri)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Padır İ. Konak Sağlık Grup Başkanlığı ile Konak Belediyesi arasında işbirliği oluşumu ve bu işbirliği sonucu yapılan çalışmalar 7.Pratisyen Hekimlik Kongresi 2002 Antalya S: 26-31(Sözel Bildiri)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Güzelant A, Gündoğdu Ü, Ar C, Beliner AS, Böncü M, Padır İ. Konak Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan 40 – 69 yaş arası nüfusta Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) sıklığı araştırması. 8. Pratisyen Hekimlik Kongresi. 2003, Antalya. S: 147(Sözel Bildiri)</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yamazhan T, Taşbakan M I, Pullukçu H, Şenol Ş, Yolasiğmaz G, Padır İ, Kıdak L, Gökengin D, İzmir Genelevinde Çalışan Kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Araştırılması, 1. Ulusal Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Sempozyumu, Kuşadası-Aydın, 1-4 Nisan 2004(Sözel Bildiri)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demiral Y, Kılıç B, Padır İ. Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Yöneticilerinde İş Stresi 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 3-6 Kasım 2004; Ankara: 302 (Sözel Bildiri)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Köse S, Güneş H, Şehirli S, Padır İ, Nohutçu N, Gürbüz İ, Serin E, Özkan M, Taşyurt A. İzmir ilinde seks işçilerinde HPV prevalansı. 15. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi, 23–27 Mart 2011, Antalya (Sözel Bildiri)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Güzelant A, Padır İ, Yüctin N., Konak Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı kurumlarda çalışan sağlık personelinin sigara içme sıklığı ve özellikleri, sağlık kurumuna başvuranlarda sigara ile ilgili yaklaşımları araştırması 7.Pratisyen Hekimlik Kongresi 2002 Antalya</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yüctin N, Güzelant A, Yurtman N, Padır İ, Konak Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı kurumlarda ev halkı tespit fişi (ETF) kayıtları doğruluğu araştırması 7.Pratisyen Hekimlik Kongresi 2002 Antalya</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yüctin N, Padır İ, Berk T, Ergör G, Erbezci M. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Engellenebilir Körlük (Ambliopi) Çalışması 8.Pratisyen Hekimlik Kongresi 2003 Antalya S-4</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beliner AS, Güzelant A, Gündoğdu Ü, GÖRÇİZ D, Padır İ., Çavuşoğlu A., Bozkaya G. Konak Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan 30-64 yaş arası nüfusta Diyabet, Hipertansiyon, Dislipidemi ve Obesite Sıklığı Araştırması 40, Ulusal Diyabet Kongresi. 2004 Antalya S-07.</li> </ul>