T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

EŞİTSİZLİK VE KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI: TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI VERİLERİNDEN KANITLAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülşen GENÇ

DÜZCE, 2020

T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

EŞİTSİZLİK VE KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI: TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI VERİLERİNDEN KANITLAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülşen GENÇ

Danışman: Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN

DÜZCE, 2020

Gülşen GENÇ

Düzce Üniversitesi, SBE

Yüksek Lisans Tezi

Eylül, 2020

EŞİTSİZLİK VE KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI: TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI VERİLERİNDEN KANITLAR

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında oy birliği / oy çokluğu ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN

Üye (Başkan-Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Oğuz KARA

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Kamil TAŞKIN

Üye

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

01/09/2020

Prof. Dr. Zafer AKBAŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

EŞİTSİZLİK VE KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYAÇLARI: TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI VERİLERİNDEN KANITLAR

GENÇ, Gülşen
Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN
Eylül 2020, 258 Sayfa

Amaç: Bu çalışmanın amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki etkilerini belirlemektir.

Yöntem: Analizde kullanılan değişkenler 2010,2012, 2014 ve 2016 yılına ait "TÜİK Sağlık Araştırması" mikro veri setinden elde edilmiştir. Farklılık ve etki analizleri yapılmıştır. Depresyon hastalığı ve sosyo-ekonomik değişkenlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını etkileme derecesini tespit etmek için bir model kurulmuştur. Modellerin analizinde Binary Logit Regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının alt kategorileri (randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları), yıllara ve sosyodemografik değişkenlere göre farklılık arz etmektedir. Yaş, gelir, sağlık güvencesine sahip olmak, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon gibi faktörler, karşılanmayan sağlık ihtiyaçlara en çok etki eden faktörlerdir. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerden en çok dezavantajlı gruplar (kadınlar, işsizler, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık güvencesi olmayanlar) etkilenmektedir.

Sonuç: Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar, araştırmacılara, politika yapıcılara ve sağlık yöneticilerine kanıta dayalı bilgiler sunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Eşitsizlik, Sağlıkta Eşitsizlik, Karşılanmayan Sağlık İhtiyacı

ABSTRACT

INEQUALITY AND UNMET HEALTH NEEDS: EVIDENCE FROM TURKEY HEALTH SURVEY DATA

GENÇ, Gülşen

Master Thesis, Department of Health Management

Supervisor: Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN

September 2020, 258 Page

Objective: This study aims to determine the effects of socio-economic factors on unmet health needs.

Methods: The variables used in the analysis were obtained from the "2010, 2012, 2014, and 2016 TURKSTAT Health Survey" micro data set. Differences and impact analyzes have been made. The model was established to determine the degree of depression and socio-economic variables affecting the unmet medical need. Binary Logit Regression analysis was used to analyze the model.

Findings: The subcategories of unmet health needs (unmet health needs due to the too long appointment time, distance or transportation problems, and insolvency) differ according to years and socio-demographic variables. Age, income, having health insurance, gender, marital status, education, employment status, eneral health status, physical pain and depression are the most influential factors on unmet health needs. The most affected groups from health inequalities stemming from unmet health needs are disadvantageous ones (women, those who are unemployed, with low education and income level, and no health insurance).

Conclusions: The results obtained with this study provided evidence-based information to researchers, policymakers, and healthcare administrators.

Keywords: Health, Inequality, Health Inequality, Unmet Health Need

İTHAF

Aileme ve yeğenlerim Ayşegül ve Barış'a İthafen…

TEŞEKKÜR METNİ

Araştırma konusu ile ilgili fikir vererek bu konuda çalışmamı teşvik eden, çalışma sürecinin her aşamasında bilimsel görüş ve önerileriyle rehberlik eden, çalışmanın her aşamasında desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN'a; araştırma sürecinde çeşitli konularda bilgisini ve deneyimlerini paylaşarak destek olan Doç. Dr. Oğuz KARA'ya ve tezin hazırlanmasında ilgilerini, sabırlarını ve desteklerini esirgemeyen, eğitim hayatım boyunca yanımda olan aileme ve özellikle de kız kardeşim Sümeyye GENÇ'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI ..... **i**
ÖZET ..... **ii**
ABSTRACT ..... **iii**
İTHAF ..... **iv**
TEŞEKKÜR METNİ ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vi**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xv**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xx**
1.GİRİŞ **1**
1.1. Problem 2
1.2. Araştırmanın Amacı 3
1.3. Araştırmanın Önemi 3
1.4. Araştırmanın Sayıltıları 3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 4
1.6. Tanımlar 4
2.LİTERATÜR **5**
2.1. EŞİTSİZLİK 5
2.1.1. Eşitsizlik Kavramı 5
2.1.1. Eşitsizliğin Tarihsel Gelişimi 6
2.1.3. Eşitsizliğin Temel Nedenleri 8
2.1.4. Eşitsizliğin Ölçümü 9
2.1.5. Eşitsizlikle Mücadele 13
2.2. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK 14
2.2.1. Sağlıkta Eşitsizlik Kavramı 14
2.2.2. Sağlıkta Eşitsizliğin Tarihsel Gelişimi 16
2.2.3. Sağlıkta Eşitsizliği Açıklayan Kuramlar 19
2.2.4. Sağlıkta Eşitsizliğin Temel Nedenleri 20
2.2.5. Sağlıktaki Eşitsizlik Türleri 24
2.2.6. Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümü 26
2.2.6.1. Genel Sağlığın Ölçümü 26
2.2.6.2. Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümünde Kullanılan Başlıca Yöntemler 28
2.2.6.2.1. İnsani Gelişme (Kalkınma) Endeksi 28

2.2.6.2.2. Lorenz Eğrisi ve Gini Katsayısı 30
2.2.6.2.3. Konsantrasyon Endeksi 30
2.2.6.2.4. Hastalık Yükü (Burden of Disease).....31
2.2.6.2.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçütleri.....34
2.2.6.2.6.Diğer Yöntemler.....38
2.2.6.3. Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümünde Kullanılan Göstergeler 41
2.2.7. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadele.....45
2.2.7.1. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadelenin Önemi 45
2.2.7.2. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadele Stratejileri 47
2.2.7.3. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadelenin Temel İlkeleri.....48
2.2.7.4. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadelede Uluslararası Kuruluşlar.....49
2.2.8. Sağlıkta Eşitsizliğe Yönelik Literatür İncelemesi.....51
2.3. KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYACI.....60
2.3.1. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacı Kavramı 60
2.3.2. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacının Önemi 63
2.3.3. Nesnel ve Öznel Perspektiften Karşılanmayan Sağlık İhtiyacı 64
2.3.4. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacının Temel Nedenleri 64
2.3.5. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacını Etkileyen Faktörler 71
2.3.6. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacına Yönelik Literatür İncelemesi.....71
3. YÖNTEM 75
3.1.Araştırmanın Modeli.....75
3.2.Evren ve Örneklem.....76
3.3.Verilerin Toplanması.....76
3.4.Verilerin Analizi.....85
4.BULGULAR VE YORUM 88
4.1. Tanımlayıcı İstatistiklere İlişkin Bulgular 89
4.1.1. 2014 ve 2016 Yılları Tanımlayıcı İstatistiklerlere İlişkin Bulgular.....89
4.1.2. 2010 ve 2012 Yılları Tanımlayıcı İstatistiklerlere İlişkin Bulgular.....90
4.2. Farklılık Analizine İlişkin Bulgular.....91
4.2.1. 2014 ve 2016 Yılları Farklılık Analizine İlişkin Bulgular 91
4.2.2. 2010 ve 2012 Yılları Farklılık Analizine İlişkin Bulgular 133
4.3. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular 162
4.3.1. 2014 ve 2016 Yılları Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular 162

4.3.2. 2010 ve 2012 Yılları Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular 182
4.4. Tüm Yıllara İlişkin Genel Değerlendirme 199
5.SONUÇ VE ÖNERİLER 210
5.1. Sonuçlar 210
5.1.1. Farklılık Analizine İlişkin Sonuçlar 211
5.1.2. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar 221
5.2. Öneriler 229
5.2.1. Randevu Alma Süresinin Çok Uzun Olmasına İlişkin Öneriler 229
5.2.2. Uzaklık ya da Ulaşım Problemlerine İlişkin Öneriler 230
5.2.3. Ödeme Güçlüğüne İlişkin Öneriler 232
6. KAYNAKÇA 235

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlıktaki Eşitsizliklerle İlgili Bazı Göstergeler 41

Tablo 2. 2016 Yılı Değişken Açıklamaları Tablosu 77

Tablo 3. 2014 Yılı Değişken Açıklamaları Tablosu 79

Tablo 4. 2012 ve 2010 Yılları Değişken Açıklamaları Tablosu 81

Tablo 5. Değişkenlere ve Yıllara Göre Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları Düzeyi 88

Tablo 6. 2014 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 91

Tablo 7. 2014 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 93

Tablo 8. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 95

Tablo 9. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 98

Tablo 10. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 100

Tablo 11. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 103

Tablo 12. 2016 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 105

Tablo 13. 2016 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 107

Tablo 14. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 109

Tablo 15. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 112

Tablo 16. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 114

Tablo 17. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 116

Tablo 18. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 119

Tablo 19. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 121

Tablo 20. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 123

Tablo 21. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 126

Tablo 22. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 128

Tablo 23. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 130

Tablo 24. 2010 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 133

Tablo 25. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 135

Tablo 26. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 137

Tablo 27. 2010 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 139

Tablo 28. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 141

Tablo 29. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 143

Tablo 30. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 145

Tablo 31. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 147

Tablo 32. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 149

Tablo 33. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 151

Tablo 34. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi.....153

Tablo 35. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi 155

Tablo 36. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi.....157

Tablo 37. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi.....159

Tablo 38. 2014 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....162

Tablo 39. 2014 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....163

Tablo 40. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 164

Tablo 41. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 165

Tablo 42. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 166

Tablo 43. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 168

Tablo 44. 2016 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....169

Tablo 45. 2016 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....170

Tablo 46. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 171

Tablo 47. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 172

Tablo 48. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 173

Tablo 49. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 174

Tablo 50. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 175

Tablo 51. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 177

Tablo 52. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 178

Tablo 53. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 179

Tablo 54. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 180

Tablo 55. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 181

Tablo 56. 2010 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....183

Tablo 57. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 184

Tablo 58. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....185

Tablo 59. 2010 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 186

Tablo 60. 2010 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....186

Tablo 61. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....187

Tablo 62. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 188

Tablo 63. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 189

Tablo 64. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....190

Tablo 65. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 191

Tablo 66. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....192

Tablo 67. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 193

Tablo 68. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....195

Tablo 69. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 196

Tablo 70. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....197

Tablo 71. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi 197

Tablo 72. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi.....199

Tablo 73. 2010 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme.....200

Tablo 74. 2012 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme.....201

Tablo 75. 2014 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme.....202

Tablo 76. 2016 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme.....203

Tablo 77. Farklılık Analizine İlişkin Sonuçlar 220

Tablo 78. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar.....228

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Temsili Lorenz Eğrisi.....11

Şekil 2. Sağlıkta Eşitsizlikleri Oluşturan Temel Etmenler 22

Şekil 3. Sağlıkta Eşitsizliklerin Nedenleri ve Temel Neden.....24

Şekil 4. İnsani Gelişme Endeksinin Boyutları 29

Şekil 5. Tedavi Sonucunda QALY Kazancı 34

Şekil 6. Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Çalışmalarda Kullanılan Değişkenler 42

Şekil 7. Gökkuşağı Modeli.....43

Şekil 8. Tanımlarda Bulunmayan Tıbbi İhtiyaç Unsurları ve Bunları Ölçmenin Olası Yolları 62

Şekil 9. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Tıbbi Muayenede Karşılanmayan İhtiyaç, Gelir Dilimine Göre, 2016 (veya en yakın yıl).....67

Şekil 10. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Diş Muayenesinde Karşılanmayan İhtiyaç, Gelir Dilimine Göre, 2016 (veya en yakın yıl).....68

Şekil 11. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Karşılanmayan Tıbbi Bakım İhtiyacının Değişimi, Gelir Dilimine Göre, Bütün Avrupa Birliği Ülkeleri, 2008-2016.....69

Şekil 12. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Karşılanmayan Diş Bakımı İhtiyacının Değişimi, Gelir Dilimine Göre, Bütün Avrupa Birliği Ülkeleri, 2008-2016.....69

Şekil 13. Araştırmanın Modeli 75

KISALTMALAR DİZİNİ

BM: Birleşmiş Milletler

CV: Coefficient of Variation (Değişim Katsayısı)

DALY: Disability Adjusted Life Years (Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı)

DBG: Dünya Bankası Grubu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EUROSTAT: European Statistics (Avrupa İstatistik Ofisi)

GSMH: Gayri Safi Milli Hâsıla

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla

İGE: İnsani Gelişme Endeksi

NHP: Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili)

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)

QALY: Quality Adjusted Life Years (Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı)

SF-36: Short Form (Kısa Form-36)

SIP: Sickness Impact Profile (Hastalık Etkisi Profili)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNDP: United Nations Development Programme (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Assessment (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi)

YLD: Years Lived with Disability (Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılı)

YLL: Years of Life Lost (Kaybedilen Yaşam Yılı)

BÖLÜM 1

1.GİRİŞ

İnsanların doğuştan kazandıkları en temel insan haklarından biri sağlık hakkıdır. Sağlık hakkı çeşitli yasalar ve sözleşmelerle koruma altına alınmış bir hak olmasına rağmen çoğu insan bu haktan yeteri kadar yararlanamamaktadır. Oysa her insan mutlu bir şekilde yaşamak ve sağlıklı olmak istemektedir. Kişilerin sağlığının korunmasının yolu ise tıbbi hizmet gerektiğinde tıbbi hizmetleri gecikmeksizin kullanmaktır. Aynı şekilde sağlık hizmetlerine erişim ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi de kişilerin sağlığında önemli rol oynamaktadır.

Kişilerin ve toplumun sağlık hallerinin korunması veya sağlık hallerinin devam etmesi için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda bu hizmetlere erişimin sağlanması gerekmektedir. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı bu durum mümkün olmamaktadır. Gerek ödeme güçlüğü gerek ulaşımda yaşanan problemler gerekse de randevu alma süresinin uzun olması bu nedenler arasında en sık bildirilenlerdir. Bu nedenle, kişiler gereksinim duydukları sağlık hizmetlerini kullanamamakta ve sağlık ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Karşılanmayan bu ihtiyaçlar da kişilerin sağlığını olumsuz etkilemekte ve sağlıkta eşitsizliklere neden olmaktadır. Sağlık alanında kişiler ve toplumlar arasındaki mevcut farklılıkları ifade eden sağlıkta eşitsizlik, doğal nedenlerden değil toplumsal nedenlerden kaynaklanan, gereksiz, önlenebilir, adil olmayan farklılıklardır. 1970'lerin ortasından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunda önemli bir gündem konusu olan sağlıkta eşitsizlikler hem ülke içindeki farklı bölgelerde hem de ülkeler arasında görülebilmektedir. Bu yüzden sağlıkta eşitsizlik tüm ülkeler için sorun teşkil etmektedir. Nitekim, bu çalışma Türkiye genelinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri ortaya çıkarmayı hedeflemektedir.

Örneklemini TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketlerinin oluşturduğu bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde çalışmaya ilişkin genel bilgilerin verildiği giriş kısmının ardından araştırmanın problemi, amacı, önemi, sayıltıları, sınırlılıkları ve araştırmada geçen önemli kavramların tanımlarına yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde eşitsizlik kavramı, eşitsizliğin tarihsel gelişimi, eşitsizliğin temel nedenleri, eşitsizliğin ölçümü, eşitsizlikle mücadele, sağlıkta eşitsizlik kavramı, sağlıkta eşitsizliğin tarihsel gelişimi, sağlıkta eşitsizliği açıklayan kuramlar, sağlıkta eşitsizliğin temel nedenleri, sağlıkta eşitsizlik türleri, sağlıkta eşitsizliğin ölçümü, sağlıkta eşitsizlikle mücadele, sağlıkta eşitsizliğe yönelik literatür incelemesi, karşılanmayan sağlık ihtiyacı kavramı, karşılanmayan sağlık ihtiyacının önemi, nesnel ve öznel perspektiften karşılanmayan sağlık ihtiyacı, karşılanmayan sağlık ihtiyacının temel nedenleri, karşılanmayan sağlık ihtiyacını etkileyen faktörler ve karşılanmayan sağlık ihtiyacına yönelik literatüre dair bilgilere yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırmanın yönteminden bahsedilmektedir. Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örneklemi, araştırma verilerinin toplanması ve verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmada kullanılan analiz yöntemlerine ilişkin sonuçlara ve yorumlara yer verilmiştir.

Çalışmanın son bölümü olan beşinci bölümde ise araştırma bulgularının yorumlarından yola çıkarak araştırmanın sonuçlarına ve bu sonuçlar doğrultusunda çeşitli önerilere yer verilmiştir.

1.1. Problem

Araştırmanın temel problem cümlesini; Türkiye genelinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerin mikro veriler çerçevesinde değerlendirilmesi ile elde edilen sonuçlar nelerdir? sorusu oluşturmaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlik olgusunun Türkiye Sağlık Araştırması verileri çerçevesinde incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık hakkı, kişilere tanınmış en temel haklardan biri olmasına rağmen toplumların çoğunda sağlık hizmetlerine eşit erişim imkânı bulunmamakta ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Karşılanmayan sağlık ihtiyacı, sağlıkta eşitsizliklerin ortaya konmasında önemli bir göstergedir. Bu nedenle, toplumda mevcut sağlık eşitsizliklerinin belirlenmesinde politika yapıcıların üzerinde durması gereken önemli bir konudur. Bu doğrultuda yapılan literatür taraması sonucunda; karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliği konu edinen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve mevcut çalışmaların belirli hastalıklara ve belirli yaş gruplarına odaklandığı görülmektedir. Bu anlamda, bu çalışmanın Türkiye genelini kapsayan karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerin ölçümüne dair eksikliği gidereceği düşünülmektedir.

Bu çalışma, Türkiye genelinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerin analiz edilmesi bakımından önem arz etmektedir. Çünkü daha önceden de belirtildiği gibi spesifik olarak yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Bu nedenle çalışma, literatürdeki bu boşluğu doldurmaya yönelik bir katkı sağlama amacını taşımaktadır. Bu çalışma ile elde edilen sonuçların, araştırmacılara, politika yapıcılara ve sağlık yöneticilerine sunacağı kanıta dayalı bilgiler çalışmanın önemini arttırmaktadır.

1.4. Araştırmanın Sayıltıları

Bu araştırma, karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri Türkiye genelinde incelemek için TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketleri üzerinden hareketle yapılmıştır. Araştırmada anketlerden elde edilen bilgilerin doğru ve tutarlı bir şekilde ifade edildiği varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri Türkiye genelinde inceleyen bu çalışmada, araştırmanın evrenini TÜİK'den elde edilen "Sağlık Araştırması" anketleri oluşturmaktadır. Söz konusu evrenin büyüklüğü nedeniyle çalışma TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketlerinin verileri ve kullanılan istatistiki yöntemlerle sınırlandırılmıştır. TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketleri verilerinin Türkiye genelindeki sağlıkta eşitsizliği ortaya koyduğu varsayılarak araştırma sınırlandırılmıştır. Ayrıca, yıllar açısından veri setlerinde farklılıkların olması ve çalışmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin seçiminde veri setine bağlı kalınması çalışmada kullanılan değişkenleri sınırlandırmıştır. Bu açıdan, çalışmada kullanılan değişkenlerin sağlıkta eşitsizliği ölçen parametreler olduğu varsayılmış ve sağlıkta eşitsizlik kavramı sadece sağlık hizmetini talep edenler açısından gösterilmiştir. Çalışmanın uygulama kısmı da sağlıkta eşitsizliği açıklayan kuramlardan sosyo-politik modele uygun şekilde yapılmıştır.

1.6. Tanımlar

Sağlık: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlık; "Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli" şeklinde tanımlanmıştır.

Eşitsizlik: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından eşitsizlik; "Sadece gereksiz ve önlenebilir değil, aynı zamanda haksız sağlık farklılıkları" şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlıkta Eşitsizlik: Sağlık alanında bireyler ve gruplar arasındaki mevcut farklılıkları, değişimleri ve eşitsizlikleri ifade eden genel bir terimdir (Kawachi vd., 2002:647).

Karşılanmayan Sağlık Hizmeti İhtiyacı: Belirli bir sağlık sorunu ile başa çıkmak için gerekli görülen sağlık hizmetleri ile alınan fiili hizmetler arasındaki farkı ifade etmektedir (Marshall, 2011:490).

BÖLÜM 2

2.LİTERATÜR

2.1. EŞİTSİZLİK

2.1.1. Eşitsizlik Kavramı

Geçmiş toplumlarda da önemli bir kavram olan eşitsizlik, günümüz toplumlarında da son derece ciddi ve hayati bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Okumuş, 2011:4). Diğer bir ifadeyle, eşitsizlik sadece günümüz toplumlarına özgü olmayan bir sorundur ve tarihin her döneminde eğitim, hukuk, sağlık gibi birçok alanlarda görülmektedir (Bahar ve Gördes Aydoğdu, 2011:131).

Eşitsizlik kavramı en basit tanımıyla, farklı insanlara farklı davranmak anlamına gelmektedir. Bu tanımıyla eşitsizlik ister gelirde ister tüketimde veya bir toplumun göstergelerindeki farklılıklarında olsun, bölüşüm dengesizliği olarak ifade edilebilmektedir (Doğanoğlu ve Gülcü, 2001:47). Aynı zamanda eşitsizlik kavramının ahlaki ve etik boyutu da bulunmaktadır. Burada eşitsizlik tanımıyla anlatılmak istenen aslında eşitsizliğin gereksiz ve önlenebilir olmasının yanı sıra adil olmayan farklılıkları da ifade etmesidir. Böylece belirli bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki bütün koşulların göz önünde bulundurularak nedenlerin araştırılması ve haksız olarak tanımlanması gerekmektedir (Whitehead, 1992:5). Bu anlamda, eşitsizliğin üç önemli boyutuna odaklanılmaktadır. Bunlar; *çıktılardaki eşitsizlik, özerklikteki eşitsizlik ve davranıştaki eşitsizliktir*. Çıktılardaki eşitsizlik, sağlık durumu ya da istihdam gibi başlıklarda bireyin varlığı ve eylemiyle ilgilidir. Özerklikteki eşitsizlik, bireyin tercihleri ve bunlar üzerindeki kontrolüyle ilgilidir. Davranıştaki eşitsizlik ise, bireyin onurlu bir yaşam sürüp sürmediği ile ilgilidir (Arun, 2016:45).

Eşitsizlik kavramı ile birlikte vurgulanan eşitlik kavramı ve bu iki kavram ile sıklıkla karıştırılan hakkaniyetsizlik/hakkaniyet kavramlarını açıklığa kavuşturmak gerekmektedir. Eşitlik (equality), iki veya daha çok şeyin eşit olması durumunu yani denklik durumunu ifade etmektedir. Bu kavramın zıttı olan eşitsizlik (inequality) ise, iki veya daha çok şeyin eşit olmadığı durumu ifade etmektedir. Buradan hareketle, hem eşitlik (equality) hem de eşitsizliğin (inequality) ölçülebilir kavramlar olduğu görülmektedir. Hakkaniyet kavramı çoğu zaman eşitlik kavramı ile karıştırılıyor olsa da aslında farklı anlam taşımaktadır. Hakkaniyet (equity), en basit ifadeyle adalet, doğruluk, haklılık anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeyle tanımlanacak olursa da 'teoride değil pratikte, herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanabilmesidir.' Buradan yola çıkarak hakkaniyet kavramının ahlaki ve etik boyutu göz önünde bulundurulmaktadır. Hakkaniyetsizlik (inequity) ise, gereksiz, önlenebilir ve adil olmayan farklılıkları ifade etmektedir. Burada eşitsizlik ve hakkaniyetsizlik kavramı arasındaki farka dikkat çekmek gerekmektedir. Eşitsizlik ile kastedilen insan eliyle değiştirilmesi mümkün olmayan durumların yol açtığı farklılıklar iken, hakkaniyetsizlik ile kastedilen insan eliyle meydana gelmiş ve yine insan eliyle düzeltilmesi gereken durumlardır. Bu nedenle, eşitsizliği azaltmak amacıyla yapılan girişimler hakkaniyetsizliği de azaltabilir veya artırabilir. Buradan hareketle, aslında hakkaniyetsizliklerin eşitsizlikler sonucu ortaya çıktığı görülmektedir. Ancak, her eşitsizlik hakkaniyetsizlik anlamına gelmemektedir. Bunun yanı sıra sağlıkta eşitsizliklerin üç özelliğe sahip olması durumunda sağlıkta hakkaniyetsizlikten bahsedilebilir. Bu özellikler; *eşitsizliğin sistematik olması, sosyal olarak üretilmiş olması ve haksız olmasıdır* (Aba vd., 2016:25; Kawachi vd., 2002:647; Kılıç ve Çalışkan, 2013:198; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:148; Braveman, 2003:182; Öz, 2008:24-25; Braveman ve Gruskin, 2003:255; Whitehead ve Dahlgren, 2007:2).

2.1.1. Eşitsizliğin Tarihsel Gelişimi

Tarihte meydana gelen gelişmelere bakıldığında, insanlığın ulaştığı her gelişmenin bu gelişimi yakalayamayan toplumlar açısından eşitsizliği doğurduğu görülmektedir (Bul, 2016:21). Toplumlar arasında var olan bu eşitsizlikler sonucu, yaşam tarzı, sahip olunan haklar vb. konularda bir grup insanın başka bir grup insandan daha avantajlı, daha üstün olduğu gözlenmektedir. Kapitalist toplumların başta gelen

ortak özelliklerinden biri olan eşitsizlik, tarih boyunca hem kapitalist ekonomilerde hem de neoliberal ekonomilerde isim değiştirerek aristokrat, din adamı, zanaatkâr, iş adamı, işçi gibi isimlerle devam etmekte ve bazı insanların diğer insanlara göre daha avantajlı konumlara sahip olmalarına neden olmaktadır. Eğer insanlar eşitliğe ulaşma konusunda sonsuz bir mücadele göstermeseydi eşitsizlik temel bir toplumsal sorun olarak ele alınmazdı. 18. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan Amerikan ve Fransız Devrimleri ile bu devrimler neticesinde meydana gelen siyasal gelişmeler bu dönemden itibaren eşitsizliklere karşı toplumların mücadele başlatmasına neden olmuştur. Bu devrimler Amerika'da İngiliz sömürgeciliğine karşı verilen bir bağımsızlık savaşı olurken, Fransa'da ise kanlı bir iç savaş olmuştur. 1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi ve 1789 Fransa İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi'nde ortak düşünce olarak her insanın eşit olarak yaratıldığına ve eşit yaşama hakkına sahip olduğuna dikkat çekilmiştir (Erdendoğdu, 2014:4; Arslan, 2003:115).

Eşitsizlik kavramı zıddı olan eşitlik kavramı ile tarihsel bir birliktelik halinde ortaya çıkmaktadır. İnsanlığın ilk var olduğu zamandan beri eşitsizliklerin de var olduğu tarihsel geçmiş, insanı eşitlik arayışına sevk ederek eşitlik kavramını ortaya çıkarmaktadır. Çünkü eşitsizlikler toplumsal ilişkileri etkilemekte ve toplumsal sürtüşmelere sebebiyet vermektedir. Bu nedenle eşitlik arayışı, tarihsel olarak 16-18. yüzyıllarda daha çok gündeme gelmesine karşın asıl ortaya çıkışı 1789 Fransız Devrimi'ne dayanmaktadır. Fransız Devrimi'nin *eşitlik, kardeşlik* ve *özgürlük* üçlemesi temelini oluşturmaktadır. Buradan hareketle, feodaliteye ve burjuvaya başkaldırı söz konusudur. Feodalitenin yıkılmaya başlamasıyla birlikte eşitlik önem kazanmaya ve ön plana çıkmaya başlamıştır. (Şimşek ve Kılıç, 2012:117; Demirel ve Akın, 2014:239).

İnsanlık tarihinde var olan eşitsizlikler, sınıfsal ayrıcalıklar ve haksızlıklar kişilerin hak ve adalet arayışına girmelerine neden olmuştur. Bu durum da, tarihsel geçmişte insanları eşitliği aramaya yönlendirmiştir. İnsanlık tarihi için çok önemli bir gelişme olan bu durum sadece yasalar önünde kişilere eşitlik sağlamıştır. Genel olarak insanlar eşitsizliklerin nedenlerini yok etmekten çok, oluşan sonuçları kabullenme ya da sonuçları değiştirme girişimlerinde bulunmuşlardır. Ancak 18 ve 19. yüzyıllarda bazı bilim adamları bu konu üzerine bilimsel olarak birtakım çalışmalar yapmaya

başlamışlardır. Bu konu hakkında Durkheim sosyal eşitsizliklerin ancak doğal eşitsizliklerin bir yansıması olduğu zaman kabul edilebilir olduğunu belirtmiştir. Marx ise kapitalist sistemin eşitsizlikleri ortaya çıkaran temel etken olduğunu söylemiştir. Marx değer yasası ile artı değeri ve sömürüyü tanımlamış ve böylelikle kapitalist üretim biçiminin eşitsizliğin temel nedeni olduğunu ifade etmiştir (Şimşek ve Kılıç, 2012:117). Değer yasası, bütün ekonomik değerlerin emek tarafından üretildiği düşüncesine dayanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, değer yasasının kaynağı emektir. Marx'a göre üretimde kullanılan tüm üretim faktörleri tüketimle birlikte yok olurken, emek gücünün tüketimi değer yaratmaktadır. Emek gücü belli bir süre içinde kendi değerine eşit bir değer yaratmaktadır. Geriye kalan sürede ise, karşılıksız olarak sermaye adına çalışmaktadır. Marx, emeğin kendi değerine eşit miktarın ötesinde yarattığı değere "artı değer" adını vermektedir. Artı değer kavramı, kapitalist ekonominin emek gücünün ekonomik sömürüsü üzerine kurulduğu anlamını taşımaktadır (Tokol ve Alper, 2013:29; Özgüven, 2011:185). Nitekim, kapitalizmin toplumsal eşitsizliğin kaynağı olduğunu vurgulayan birçok çalışma da mevcuttur ve bu çalışmalardaki ortak görüş Marx'ın düşüncesini doğrulamaktadır (Karakaş, 2006:10). Toplumsal sınıflar arasında ve bireyler arasında gerek gelir uçurumu gerekse de eşitsizlikler her dönemde olmasına karşın, gelir adaleti, gelir eşitsizliği, yoksulluk gibi sorunlar sanayileşme ve kapitalist piyasa ile daha da önem kazanan bir durum olmuştur. Sanayi Devrimi ile birlikte 1800'lü yılların sonunda sağlık sektörü de dâhil olmak üzere birçok sektör politikleşme sürecine girerek eşitsizliğe karşı bir mücadele alanı oluşturmuşlardır (Demirel ve Akın, 2014:239).

2.1.3. Eşitsizliğin Temel Nedenleri

Modern kapitalizm, gerek zenginlik gerek mülkiyet gerekse de gelir açısından eşitlikten son derece uzak olan toplumsal bir sistemi ifade etmektedir. Bu nedenle insanlık tarihinin en dinamik ekonomik sistemi olan kapitalizmde ortaya çıkan ekonomik zenginlik ile daha yüksek yaşam standardı ve eşitlik isteyen politik talepler arasında sıkıntılar mevcuttur. Bu durum da eşitsizlik ile kapitalizm arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Zaten hem dünya sistemi hem de üretim modeli kapitalist sistemin doğası gereği yapısında eşitsizliği barındırdığını ifade etmektedir. Kapitalist sistem ile birlikte sınıflı toplum yapısı da eşitsizliklerin var olmasında temel neden olmaktadır.

Çünkü insana özgü üretim modelleri ve üretim ilişkileri geliştikçe üretim fazlası olan artı değerler ile bu artı değerleri paylaşma kavgası çıkmıştır. Bu sınıf mücadeleleri sonucunda da belli sınıflar iktidarları ele geçirirken geriye kalan çoğunluk ise ezilerek köleleştirilmiş ve sömürülmüştür. (Karakaş, 2006:10; Hodgson, 2003:471; Cereseto, 1982:8-9; Aba ve Ateş, 2015:42-43).

Eşitsizlikte temel neden olan kapitalizmin gelişmesinde küreselleşme bir aşama olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni ise, kapitalizmin ilk ortaya çıktığı andan itibaren küreselleşmiş olmasıdır. Günümüzde küreselleşmenin hem dünya ölçeğinde hem de her ülkenin kendi içinde yarattığı en çok eleştirilen toplumsal sonucu da eşitsizliktir. Eşitsizlik zaten insanlığın ilk var olduğu tarihten itibaren meydana gelen toplumsal gelişimler sonucu ortaya çıkan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan eşitsizlik kapitalist üretim biçiminin doğasında var olan bir özelliktir. Diğer bir ifadeyle, eşitsizlik sadece küreselleşme süreci ile ortaya çıkan yeni bir olgu değildir. Ancak, küreselleşme sürecinin beraberinde getirmiş olduğu serbest rekabet, zaten var olan eşitsizliği rekabet gücü olan kişilerle olmayan kişiler arasındaki mesafeyi daha da çok arttırıcı bir duruma sebebiyet vermiştir. Böylece kapitalist sistemin yanı sıra özellikle ekonomik küreselleşmeyle birlikte eşitsizliğin hem ulusların kendi içinde ve gruplar arasında hem de ülkeler arasında arttığı gözlenmektedir (Çeken vd., 2008:83; Özerkmen, 2004:137-138; Dreher ve Gaston, 2008:517).

2.1.4. Eşitsizliğin Ölçümü

Pek çok iktisatçı eşitsizlik kavramının üzerinde durmuş ve bu kavramın ölçümüne ilişkin farklı farklı yöntemler geliştirmişlerdir. Eşitsizliğin ölçülmesinde, sezgisel veya matematiksel yaklaşımlar da dâhil olmak üzere birçok farklı yöntem kullanılmaktadır (Doğanoğlu ve Gülcü, 2001:47-48). Bu nedenle burada sadece gelir ve sağlık eşitsizliklerine ait olan bazı yöntemlerin isimleri verilmiştir. Aynı zamanda, literatürde sıkça değinilen gelir eşitsizliği ile ilgili bazı yöntemlerin açıklamalarına yer verilmiş, sağlık eşitsizliği ile ilgili yöntemlerin açıklamalarına da Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümü başlığı altında değinilmiştir.

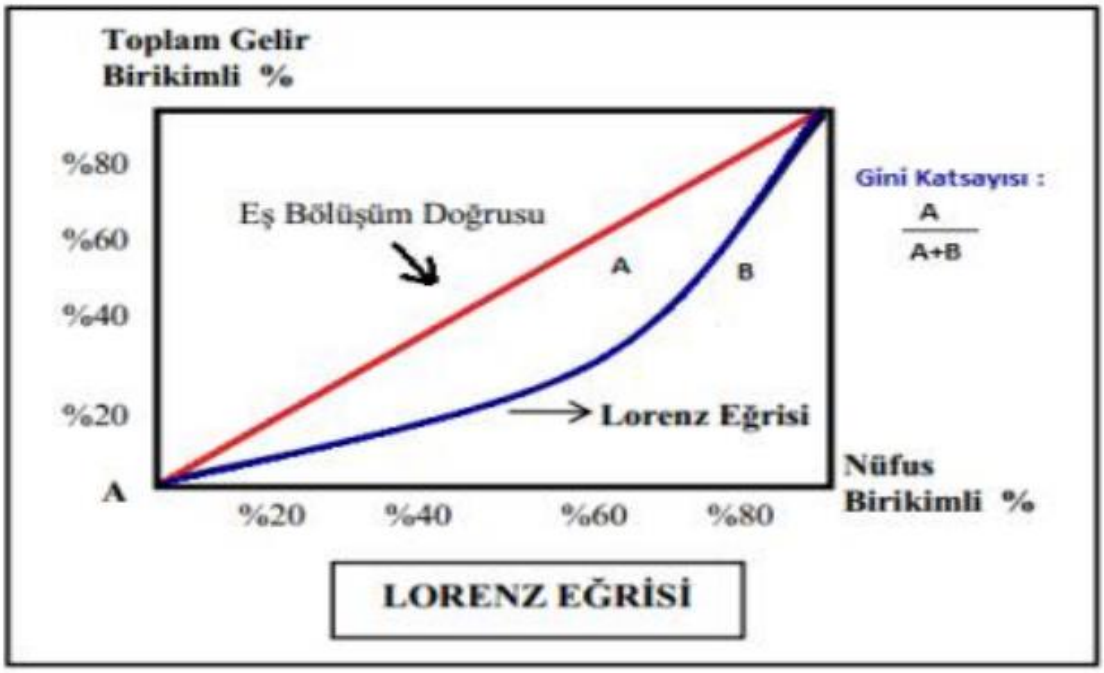
Gelir Eşitsizliğinin Ölçümünde Kullanılan Bazı Yöntemler (De Maio, 2007:849-851; İmanlı, 2018:18-21).

- Gini Katsayısı
- Atkinson Endeksi
- Değişim Katsayısı
- Onda Birlik Oranlar
- Genelleştirilmiş Entropi Endeksi
- Kakwani Artan Oranlılık Endeksi
- Kazanılmış Toplam Gelir Oranı
- Robin Hood Endeksi
- Sen Yoksulluk Ölçüsü
- Lorenz Eğrisi
- Yüzde Paylar Analizi
- Ters U Hipotezi
- Dalton Endeksi

- ***Lorenz Eğrisi***

1905 yılında Amerikalı istatistikçi Max Otto Lorenz tarafından gelir dağılımındaki eşitsizliği göstermek için geliştirilen Lorenz eğrisi, X ve Y eksenlerinden oluşan grafiksel bir gösterimdir. Dikey eksen gelirin birikimli yüzde paylarını, yatay eksen ise nüfusun birikimli yüzde paylarını göstermektedir. Bu açıdan Lorenz eğrisi, bir karenin köşegenini uç noktalarda kesmektedir (Doğan, 2019:63; Yardım ve Üner, 2013:488; Kaya, 2008:9).

Şekil 1. Temsili Lorenz Eğrisi



Kaynak: (Doğan, 2019:63).

Şekilde görünen 45 derecelik doğru eş bölüşüm doğrusu diğer bir ifadeyle tam eşitlik doğrusudur. Bu doğru, bütün gelirin dağılımdaki bütün bireyler tarafından eşit bir biçimde paylaşıldığı ideal durumu temsil etmektedir. Buna karşılık, gelirin eşitsiz dağılması gelir dağılımından en az payı alan %20'lik kesimin gelirin %20'sinden azını ve en üstteki %20'lik kesimin de %20'sinden fazlasını alması anlamına gelmektedir. Bu durumda Lorenz eğrisi her zaman eş bölüşüm doğrusunun altında yer almaktadır. Herhangi bir dağılımın Lorenz eğrisi çizildiğinde söz konusu eğri ne kadar eş bölüşüm doğrusuna yakınsa o dağılım o kadar eşit dağılmış denilmektedir (Öztürk, 2017,120-121).

- ***Gini Katsayısı***

Gelir dağılımındaki eşitsizliği ölçmek için geliştirilen bir diğer yöntem ise Gini katsayısıdır ve Lorenz eğrisinden elde edilmektedir. Gini katsayısı, Lorenz eğrisi ile eş bölüşüm doğrusu arasında kalan alanın, eş bölüşüm doğrusunun altında kalan üçgene oranlanmasıyla bulunmakta ve 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Lorenz eğrisinin eş bölüşüm doğrusundan uzaklaşması gelir dağılımındaki eşitsizliğin

artmasıdır ve bu uzaklaşmanın sonucu olarak eş bölüşüm doğrusu ile Lorenz eğrisi arasında kalan alan ve dolayısıyla da Gini katsayısı büyüyeceğinden, gelir dağılımındaki eşitsizlik artacaktır. Buradan hareketle, Gini katsayısı 1'e yaklaştıkça eşitsizliği, 0'a yaklaştıkça da eşitliği ifade edecektir (Kuştepeli ve Halaç, 2004:147; Altınışık ve Peker, 2008:104).

- ***Değişim Katsayısı (Coefficient of Variation; CV)***

Standart sapmanın ortalamaya oranına değişim katsayısı denir. Gelir ölçeğinden bağımsızdır ve ortalama gelir düzeyinden etkilenmemektedir. Gelir aktarımlarına karşı duyarlı olan değişim katsayısı, aktarım ilkesini sağlamaktadır. Ancak ortalama gelire göre daha düşük ya da daha yüksek gelir seviyelerinde gerçekleşebilecek gelir aktarımlarının eşitsizlik üzerindeki etkisini ayırt etmekte yetersiz kalmaktadır. Diğer bir anlatımla, ortalama gelire göre farklı gelir seviyeleri arasında gerçekleşen aktarımlara karşı eşit duyarlılık göstermektedir. Bu nedenle de değişim katsayısı, azalan aktarım ilkesini sağlayamamaktadır (Karaman, 1998:112; Kaya, 2008:21).

- ***Kakwani Artan Oranlılık Endeksi***

Sağlık değişkenlerinde sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanan eşitsizliklerin derecesinin ölçümünde sıklıkla kullanılan Kakwani artan oranlılık endeksi, konsantrasyon endeksinden Gini endeksinin çıkarılması ile elde edilmektedir ve dikey hakkaniyetin ölçüsüdür. Kakwani (1977), bu endeksi vergi sistemindeki hakkaniyetinin ölçümü için önermiştir ancak bu yöntem, sağlık sistemlerinin değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kakwani artan oranlılık endeksi, (+)1 ile (-) 2 arasında değerler almaktadır. Endeks değeri eksi uca yaklaştıkça hakkaniyetsizlik o denli artmaktadır (Kara vd., 2018:2544; Castano vd., 2002:6; Alcan ve Özsoy, 2017:190; Yardım ve Üner, 2013:489).

<u>Sağlık Eşitsizliğinin Ölçümünde Kullanılan Bazı Yöntemler</u>

Sağlık eşitsizliğinin ölçümünde kullanılan bazı yöntemler Aba ve Ateş (2015:53-63)'e göre aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

- İnsani Gelişme (Kalkınma) Endeksi
- Lorenz Eğrisi ve Gini Katsayısı
- Konsantrasyon Endeksi
- Hastalık Yükü (Burden of Disease)
    - Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY)
    - Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (Quality Adjusted Life Years; QALY)
- Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçütleri
    - Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP)
    - Kısa Form-36 (Short Form-36)
    - Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment-WHOQOL)
    - Hastalık Etkisi Profili (Sickness Impact Profile-SIP)
- Diğer Yöntemler
    - En Düşük ve En Yüksek Sosyoekonomik Statüdeki Grupların Hız Oranı
    - En Düşük ve En Yüksek Sosyoekonomik Statüdeki Grupların Hız Farkı
    - Regresyon Temelli Göreceli Etki Endeksi
    - Regresyon Temelli Mutlak Etki Endeksi
    - Topluma Atfedilebilir Risk (Göreceli Versiyon)
    - Topluma Atfedilebilir Risk (Mutlak Versiyon)
    - Benzemezlik Endeksi (Göreceli Versiyon)
    - Benzemezlik Endeksi (Mutlak Versiyon)
    - Eşitsizliğin Göreceli Endeksi
    - Eşitsizliğin Eğim Endeksi

2.1.5. Eşitsizlikle Mücadele

Genel olarak entegrasyon ve küreselleşme ile ilgili tartışmalarda büyüme ve eşitlik arasında var olan karşılıklı ilişki gözden kaçırılmaktadır. 1950'li yıllardan sonra yoksul ülkeler hızlı bir büyüme sürecine girmiştir. Bu hızlı büyüme süreci ile birlikte yoksul ülkelerin gelir dağılımındaki dengesizliği kabul etmek zorunda oldukları belirtilmiş ve bu nedenle eşitsizlik ciddi bir sorun olarak göz önüne alınmamıştır. Bir

başka deyişle, bu tarihlerde Nicholas Kaldor, Simon Kuznets ve Arthur Lewis gibi bazı iktisatçılar da eşitsizliğin büyümeye yol açtığını ifade etmişlerdir. Bu görüşler, büyüme hızlandıktan sonra yoksulluk sorunlarına eğilmenin mümkün olduğunu göstermektedir. 1990'larda ise Doğu Asya kalkınma deneyiminden de yararlanılarak büyüme ve sosyal sermayenin önemine yönelik araştırmalar bu geleneksel bakış açısını derinden etkileyerek bu bakış açısının neoklasik uzantılarında sarsıntılar meydana getirmiştir. Birçok sosyal bilimcinin görüşü daha büyük bir gelir eşitliğinin daha hızlı bir büyümenin ön şartı olduğu yönündedir. İktisat düşüncesindeki bu önemli kayma sonucunda doğru politikaların uygulanması ile hem daha yüksek büyüme sağlanacak hem de eşitsizlik azaltılacaktır. Diğer bir ifadeyle, eşitsizliği azaltan politikaların uygulanması büyümeyi hızlandıran politikalar ile doğrudan neden-sonuç ilişkisine dayanmaktadır. Nitekim eşitsizliği azaltmaya yönelik olan politikalar geliştirmenin büyük önemi vardır. Bu nedenle gerek sosyal gerekse de beşeri sermayeye yönelik yapılan büyük yatırımlar eşitsizliğin azaltılmasında önemli politikaları oluşturmaktadır (Uzun, 2003:165-166). Küresel ekonomide de hem eşitsizlikle mücadele hem de eşitsizlik ile beraber ele alınan yoksullukla mücadele için spesifik olarak büyümenin kazançlarını, bu kazançlardan yeterince yararlanamayan gruplara da paylaştıracak bir stratejinin izlenmesi gerekmektedir. Buna yönelik olarak da, dezavantajlı grup olan yoksulların katılabileceği sektörlerde ekonomik faaliyetler teşvik edilmelidir. Aynı zamanda ekonomi, yoksul olan gruplara daha kaliteli eğitim ve öğretim ile sağlık hizmetleri ve diğer sosyal düzenlemeleri sağlayacak şekilde yeniden yapılandırılmalıdır (Kim, 1997:1919).

2.2. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

2.2.1. Sağlıkta Eşitsizlik Kavramı

Sağlıkta eşitsizlik kavramı 1970'lerin ortasından itibaren gündemde olan bir konudur. Bu anlamda, 1970'lerin ortasından itibaren sağlıkta eşitsizlik olgusu uluslararası sağlık kamuoyunda önemli bir yer tutmaya başlamıştır. 1978 yılında düzenlenen Alma Ata Konferansı Bildirgesi, uluslararası sağlık politikaları alanında sosyal adalete ve insan haklarına vurgu yapan ve bu konulara dikkat çeken temel metinlerden biri olmuş ve bu bildirgede '2000 yılında herkes için sağlık' sloganı ile sağlık alanında önemli bir hedef belirlenmiştir. Ancak benimsenmiş olan '2000 yılında

herkes için sağlık' sloganına rağmen, dünyanın birçok farklı bölgelerinde yapılan ulusal ve uluslararası araştırmalarda gerek sosyal gruplar gerekse de ekonomik gruplar arasında sağlık ve sağlık hizmeti kullanımı açısından günümüzde de çok önemli eşitsizliklerin varlığına dair kanıtlar ortaya konmuştur (Bahar ve Gördes Aydoğdu, 2011:131; Polat ve İçağasıoğlu Çoban, 2015:178; Masseria, 2009:4; Belek, 2000:63).

Sağlıkta eşitsizlik, sağlık alanında bireyler ve gruplar arasındaki mevcut farklılıkları ifade eden genel bir terimdir. Bu anlamda sağlıkta eşitsizlik, sosyal açıdan dezavantajlı olan grupların önlenebilir sağlık farklılıklarının olmasıdır (Kawachi vd., 2002:647; Gakidou vd., 2000:42; Braveman, 2003:182). Sağlıkta eşitsizlik (Belek, 1998: 102);

- Doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan,
- Doğal nedenlerin ancak toplumsal nedenler vasıtasıyla etki gösterdikleri,
- Önlenebilir ve önlenebilir olması nedeniyle kabul edilemez olan,
- Bireysel değil toplumsal bağlamda saptanan,
- Ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin etkinliğini gerektiren,
- Sosyal, politik, ekonomik, ahlaki bir sorun olarak kavranması gereken, toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımına göre ise; sağlık alanında var olan eşitsizlikler, önlenebilir ve ortadan kaldırılabilir nitelikteki sağlık düzeyi, sağlığı etkileyen risk faktörleri ve sağlık hizmetleri kullanımındaki farklılıklardır (WHO, 1997: 4-5). Yapılan çalışmalarda da sağlık hizmetleri kullanımının, eğitim düzeyi düşük olanlarda (La Vecchia vd., 1987:161), yoksul bölgelerde yaşayanlarda (Benzeval ve Judge, 1996:36), düşük gelire sahip olanlarda (Katz vd., 1996:520; Kephart vd., 1998:800), sosyal güvencesi olmayanlarda (Hafner Eaton, 1993:787) ve göçmenlerde (Smaje ve Le Grand, 1997:485), bu grupların aleyhine olacak şekilde eşitsiz olduğu ortaya çıkmıştır.

Kunst ve Mackenbach, sağlıkta eşitsizlik kavramını, sosyoekonomik durumu daha yüksek ve daha düşük bireyler arasında var olan sağlık sorunlarının prevelansı ve insidansı arasındaki farklılıklar olarak ifade etmektedir (Carr-Hill ve Chalmers-Dixon, 2005:3). Başka bir tanımda ise, sağlıkta eşitsizlik, insanlar arasında hiçbir biyomedikal

ve davranışsal risk faktörleriyle kesin bir biçimde açıklanamayan sağlık durumu ve yaşam sürelerindeki farklılıklardır (Nesanır, 2007:2).

2.2.2. Sağlıkta Eşitsizliğin Tarihsel Gelişimi

Eşitsizliklerin, toplumsal ilişkilerde var olan çatışma ve istikrarsızlığın kaynağı olduğu bilinmektedir. Bu duruma örnek olarak gösterilebilecek olan 1789 Fransız Devrimini, eşitlik/eşitsizlik alanında yapılan incelemelerin başlangıç tarihi olarak görmek mümkündür. Günümüzde ise ele alınan şekliyle sağlıkta eşitsizlik tartışmaları 2. Dünya Savaşından sonra başlamıştır. Savaş sonrası dönemdeki sosyal eşitsizlikler ve sağlığa erişimdeki yetersizlikler toplumsal refahı belirlemede önemli rol oynamıştır. Bu anlamda, 1942 yılında yayımlanan Beveridge Raporu ile; savaşın neden olduğu işsizlik, yoksulluk, hastalık ve sefalet gibi sorunlarla mücadele etmek için başlatılan ulusal politikalara ışık tutulmuştur. Aynı zamanda, rutin olarak yapılan sağlık istatistikleri sonucunda, toplumların yoksul-zengin grupları arasında, sağlık düzeylerinde belirgin farklılıkların gözlemlenmesi ve toplumsal çatışmaların varlığı, 1970'lerin ortasından itibaren sağlıkta eşitsizlik olgusunun, uluslararası sağlık kamuoyunda gündeme gelen ve dikkat çeken bir konu olmasına sebep olmuştur. Özellikle 1973-1977 yılları hem sağlık hizmetlerinin hem de sağlık düzeyinin çok fazla tartışıldığı yıllar olmuştur. Bu yıllarda hazırlatılan raporlar ve yapılan tartışmalar neticesinde hem gelişmekte olan hem de gelişmiş olan ülkelerde sağlık göstergelerinin iyi durumda olmadığına dikkat çekilmiştir. Doğuşta beklenen yaşam süresi bazı ülkelerde 72 yıl iken, bazı ülkelerde bu rakam 55 yıl olmaktadır. Dünya nüfusunun üçte ikisinin sürekli sağlık hizmetlerinden yoksun olduğu vurgulanmış ve yalnızca Afrika'da her yıl bir milyondan fazla çocuğun sıtma hastalığı nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Kısacası, 1970'li yıllarda yapılan değerlendirmelerin sonucu, dünyada sağlık düzeyinin beklenenlerin çok altında olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında çok büyük farklılıkların olduğuna ve büyük eşitsizliklerin varlığına işaret etmektedir (Türkkan, 2005:5-6; Ceylan, 2016:8; Koçoğlu, 2006:14).

Kanada'da 1974 yılında o dönemin sağlık bakanı olan Marc Lalonde tarafından "Lalonde Raporu" yayınlanmıştır. Bu raporda, sağlığın iyileştirilmesinde sağlık sistemlerinin daha az rol oynadığı, sağlığın iyileştirilmesi için sağlık hizmetlerinin

toplumda eşit ve hakkaniyetli dağıtılması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin toplumda eşit ve hakkaniyetli dağıtımı için de sağlığın yalnızca insan biyolojisi, sağlık sistemi organizasyonu, çevre ve yaşam tarzı faktörleriyle değil; gelir, meslek gibi diğer sosyal faktörler ile birlikte belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Lloyd vd., 2004:15).

Sağlıkta eşitsizlik konusu uluslararası sağlık kamuoyunda ilk kez 1978 Alma Ata Konferansı Bildirgesinde dile getirilmiş ve "halkın sağlık statüsündeki mevcut brüt eşitsizliğin… politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez" olduğu belirtilmiştir (Crombie vd., 2005:6) Bildirgede, dünyada yaşayan yüz milyonlarca insanın sağlık koşullarının kabul edilemez düzeyde olduğuna vurgu yapılmıştır. Ayrıca, sağlığa ve sağlık hizmetlerine ilişkin yeni bir yaklaşımın geliştirilmesine dair bir çağrıda bulunulmuştur. Bu yeni yaklaşıma göre, toplumun zengin kesimi ile yoksul kesimi arasındaki uçurumlar kapatılacak ve böylece sağlık kaynakları daha eşitlikçi bir yaklaşımla dağıtılacaktır. Bunlara ek olarak, dünyada yaşayan bütün insanlar hem toplumsal hem de ekonomik anlamda üretken oldukları sağlık düzeylerine kavuşturulacaktır (Aba ve Ateş, 2015:36). Bu bildirge ile, tüm toplumu kapsayacak ücretsiz sağlık hizmetlerini destekleyen veya özendiren devlet politikalarına yönelimler artmıştır (Gwatkin, 2000:4).

Sağlıkta eşitsizliklere vurgu yapan bir başka gelişme de 1980 yılında İngiltere'de yaşanmıştır. İngiltere Sağlık Bakanı, sağlıkta eşitsizlikler ile ilgili hem ulusal hem de uluslararası mevcut kanıtları incelemeleri ve politika önerileri geliştirmeleri için Sir Douglas Black önderliğinde bir çalışma grubu oluşturmuştur. Yapılan çalışma sonucu elde edilen çalışma bulguları, 1980 yılında "Black Rapor" adı altında yayınlanmıştır. Çalışma grubu tarafından sağlıkta eşitsizliklerin; gelir, iş, işsizlik, çevre, eğitim, ev koşulları, ulaşım, yaşam tarzı gibi sosyal ve ekonomik faktörlerden kaynaklanabileceği vurgulanmıştır. Diğer bir deyişle, bu raporda, sağlığı iyileştirmede, sağlık hizmetleri kadar sosyoekonomik faktörlerinde sosyal sınıfların sağlık statülerini belirlemede önemli etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bu anlamda, bu raporda, sağlık eşitsizliklerin nasıl ortaya çıktığını anlamak için dört temel teoriden bahsedilmiştir. Bunlar; *yapay teori (the artefact theory), seçim teorisi (selection theory), kültürel ve davranışsal teori (cultural and behavioural theory)* ve *yapısal teori (structural theory)* şeklindedir. Yapay teoride; sağlık çıktılarındaki eşitsizlik

göstergeleri ile sosyal statü (gelir, bölgesel mahrumiyet, eğitim, sosyal sınıf ve çalışma gruplarını içerir) ve sağlık çıktıları arasındaki ilişki kullanılmaktadır. Seçim teorisinde; kötü sağlık koşulları ile düşük sosyal statü arasındaki ilişki incelenmektedir. Kültürel ve davranışsal teori; sigara, alkol tüketimi, diyet ve fiziksel aktiviteler gibi davranışların yaygınlığındaki farklılıkların veya gruplar arasındaki baskın kültürlerdeki farklılıkların sağlık eşitsizliklerinin temel nedenleri olduğunu vurgulamaktadır. Yapısal teoride ise; yaşam döngüsünün tüm aşamalarında, sosyal grupların sosyoekonomik koşullarındaki farklılıklar (gelir, servet, güç, çevre ve erişimdeki farklılıklar dahil) sağlık çıktılarında farklılığa neden olmaktadır. Black Rapor, İngiltere'de yayınlanmasından bu yana, sağlıktaki sosyal eşitsizliklerle ilgili araştırmaların üzerinde önemli bir etkiye sahip olmuş ve bu araştırmalarda da sağlıkta var olan eşitsizliklerin boyutunun büyüklüğüne dikkat çekilmiştir. 1987 yılında Black Rapor güncellenerek "Sağlık Farkı" (The Health Divide) başlığı altında yeniden yayınlanmıştır (Acheson, 1998:10; Macintyre, 1997:723; McCartney vd., 2013:222-224; Smith vd., 1990:376; Lloyd vd., 2004:12-13).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesine üye 32 ülke, 1980 yılında ortak sağlık politikaları benimsemiş ve üye olan ülkeler 1984 yılında 38 bölgesel hedef belirlemiştir. Bu hedeflerin ilki DSÖ'nün 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık adlı bildirgesinde; 2000 yılına kadar ülkelerdeki sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili var olan farklılıkların, dezavantajlı grupların sağlık seviyesini artırarak tüm üye ülkelerde en az %25 oranında azaltılmasını amaçlamaktadır (Whitehead, 1991:217; Aba ve Ateş, 2015:37). 1998 yılında ise, Donald Acheson tarafından "Acheson Raporu" yayınlanmıştır. Acheson raporunda; gelir dağılımı, hane halkı geliri, işsizlik, eğitim, mesleksel statü, kamu güvenliği, ulaşım, evsizlik, ev koşulları, sağlık davranışları, azınlık grup ve cinsiyet değişkenleri ile sağlık arasındaki ilişki incelenmiş ve önerilerde bulunulmuştur. Aynı zamanda bu rapor, biyolojik, ekonomik, çevresel, kültürel ve davranışsal faktörlerin, sağlığın sosyal varyasyonlarının oluşmasında ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik faaliyetlerde oldukça etkili olduğunu belirtmiştir (Lloyd vd., 2004:12-13; Ceylan, 2016:9). Richard Wilkinson ve Michael Marmot tarafından 1998 yılında yayımlanan ve 2003'de yeni kanıtlarla desteklenen "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Sağlam Gerçekler" (Solid Facts), sağlık eşitsizliklerini azaltmayı amaçlamaktadır. Bu raporda, sosyal politikalar

ile ilişkili sağlığın 10 temel belirleyicisi (sosyal gradyan, stres, yaşamın erken dönemi, sosyal dışlanma, iş, işsizlik, sosyal destek, bağımlılık, gıda, ulaşım) ayrıntılı bir biçimde açıklanmıştır (Wilkinson ve Marmot, 2003:5; Marmot, 2005:1102). Tüm bu gelişmeler sağlıkta eşitsizliklerin neden olduğu sosyal sorunun boyutunu yansıtması açısından oldukça önemlidir.

2.2.3. Sağlıkta Eşitsizliği Açıklayan Kuramlar

Sağlıkta eşitsizliği tanımlayan ve açıklayan birçok kuramdan bahsedilmektedir. Avni ve ark. (2015) sağlıkta eşitsizlik kuramlarını 5 kategoriye ayırmaktadır. Bunlar; *biyomedikal, davranışsal, psiko-sosyal, materyalist ve ekososyal yaklaşımdır.* Biyomedikal yaklaşım; biyolojik farklılıkları, genetik farklılıkları vb. durumları içermektedir. Davranışsal yaklaşım; kültürel farklılıkların sonucu olarak sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri ve bu farklılıkların bireylerin davranış ve yaşam biçimine etkisini ortaya koymaktadır. Psiko-sosyal yaklaşım; psiko-sosyal mekanizmalara odaklanmaktadır. Örneğin, sosyal statüyle ilişkili stresin birey üzerindeki etkileri. Materyalist yaklaşım; kaynakların eşitsiz dağılımı sonucu oluşan sağlık eşitsizliklerini açıklamaktadır. Ekososyal yaklaşım; sağlığı biyolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimin dinamik ürünü olarak görmektedir (Avni vd., 2015:120; Tekingündüz vd., 2016:33).

Hexel ve Winstersberger ise, sağlıkta eşitsizliği açıklayan kuramları 3 kategoriye ayırmaktadır. Bu kuramların sadece sağlıktaki eşitsizliği açıklamakla kalmadığını, hastalık ve sağlık kavramları ile bu olguları belirleyen etkenleri de açıklamaya çalıştığını ileri sürmektedirler. Bu kuramlar; *geleneksel tıbbi model, epidemiyolojik model ve sosyo-politik modeldir* (Hexel ve Winstersberger, 1986:151-152). Geleneksel tıbbi model; sağlığı hastalığın yokluğu olarak tanımlamakta ve sağlık olgusuna tamamen tıbbi bir eksende yaklaşmaktadır. Bu modele göre hekim ile hasta arasındaki iyi ilişkilerin yanı sıra iyi bir tıbbi bakım hizmeti sunumu da sağlığın gelişmesine katkı sağlayacaktır. Bu açıdan bu modeldeki sağlıkta eşitsizlik, tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımı sonucu ortaya çıkan bir olumsuzluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu model sağlıktaki eşitsizliği tıp bilimi sınırları içinde açıklamaya çalıştığından sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan eşitsizliklere çözüm bulma etkisi çok az olmaktadır. Epidemiyolojik model; davranışsal tıbbi

modele oranla daha geniş bir yaklaşım sergilemektedir. Bu modelde sağlık ve hastalığa bireysel düzeyde değil, toplumsal düzeydeki istatistikler kullanılarak bakılmaktadır. Bu istatistiksel analizlerden hareketle sağlık durumu neden sonuç ilişkisi çerçevesine oturtulmaya çalışılmaktadır. Büyük vurgu yapılan alan koruyucu tıp uygulamaları olmaktadır. Bu modelde, bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları ciddi sosyal farklılıkların göstergesi olarak değerlendirilmekte ve sağlıkta eşitsizlik durumlarının ortadan kaldırılması için riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanması önerilmektedir. Nitekim bu modelde eşitsizliğin önlenmesi için, sağlık kaynaklarının yeniden ve gereksinimler temel alınarak dağıtılması gerektiği vurgulanmaktadır. Görüldüğü üzere, bu modelde vurgulanan durumun düzeyi genişleyerek tıbbi bakımdan sağlık hizmetlerinin organizasyonuna kaymaktadır. Böylece daha politik bir nitelik kazanmakta ancak yine de sağlık alanıyla sınırlanmaktadır. Sosyo-politik model ise; toplumsal yapının ve içerisindeki güç ilişkilerinin sağlıkta eşitsizliği belirlediğini vurgulamaktadır. Bu modelde, sağlık ve hastalık olguları ve sağlıkta eşitsizlik gerçeği ekonomik, toplumsal ve politik bileşenler bağlamında kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır. Burada sağlıkta eşitsizlikler, öncelikle, ekonomik eşitsizlik olarak tanımlanmakta ve sağlıktaki eşitsizliklerin önlenmesi ve yok edilmesi için refah politikalarının hazırlanması, yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi politik değişikliklere ihtiyaç duyulduğu savunulmaktadır. Model, sağlıkta eşitsizliklerle mücadele için tıp ve sağlık sistemleri dışında kalan alanlarda da düzenlemeler yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu anlamda, modelde sağlığa yaklaşımda ekonomik, toplumsal ve politik bileşenlerin bütünsellik içinde ele alınması gerektiğine dikkat çekilmektedir (Belek, 1998:55-56; Selçuk, 2010:20; Koçoğlu, 2006:11).

2.2.4. Sağlıkta Eşitsizliğin Temel Nedenleri

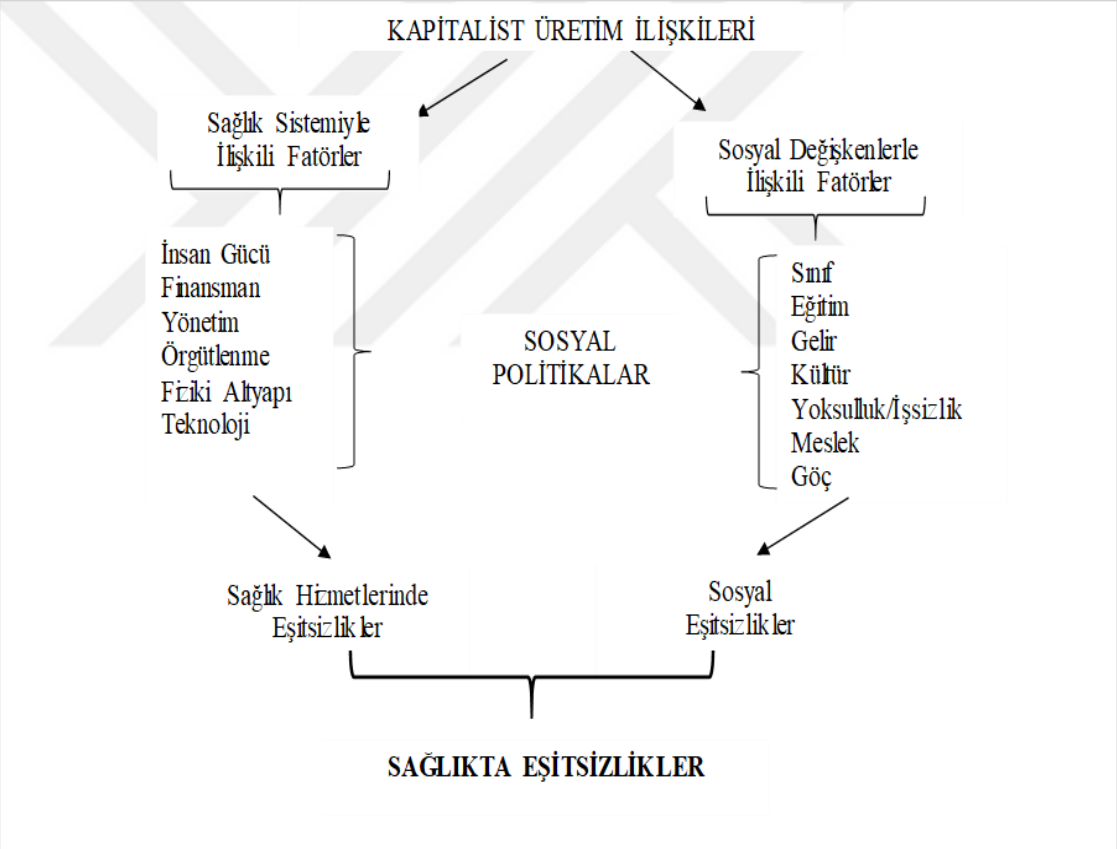
Sağlıkta eşitsizliğin temel nedenlerini açıklamadan önce bireylerin ve toplumların sağlık düzeyleri arasında var olan farklılıkların eşitsiz olup olmadığının iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlarında kullanılan eşitsizlik kavramı, sadece gereksiz ve önlenebilir değil, aynı zamanda haksız ve adil olmayan farklılıkları ifade etmektedir. Eşitsizlik tanımındaki önlenebilirlik, elde mevcut olan bilgi ve teknoloji ile eşitsizliğin yok edilebileceğine vurgu yaparken; gereksiz ve adil olmama durumu ise uygulanan politik kararlar nedeniyle eşitsizliğin

yok edilmemesine, azaltılmamasına vurgu yapmaktadır. Toplumda çeşitli gruplar arasında var olan yüksek hastalık hızı, tedaviye erişememe sonucu ortaya çıkan ölüm veya hastalık durumu, bazı hastalıkların daha sık görülmesi gibi sağlık durumundaki farklılıklar, bu eşitsizliklerin somut örneklerini oluşturmaktadır. Bu farklılıklar da mevcut sağlık istatistiklerinden elde edilmektedir. Ancak, yaş grupları ve cinsiyetler arasındaki sağlık farklılıkları eşitsizlik değil, kaçınılmaz olan bir durumdur. Örneğin, yaşlı bir erkeğin, genç bir erkeğe göre kalp hastalığına yakalanma riskinin yüksek olması eşitsizlik olarak nitelendirilmemekte, biyolojik yapıya bağlı bir farklılık olarak ifade edilmektedir. Ancak yoksul bir erkekte aynı yaştaki zengin bir erkeğe göre daha fazla hastalık görülmesi sağlıkta eşitsizlik olarak nitelenmektedir. Çünkü bu eşitsizliğin önlenebilir bir tarafı bulunmaktadır. Aynı şekilde bir kadında biyolojik nedenlere bağlı olarak bazı hastalıkların erkeklere göre daha sık görülmesi eşitsizlik olarak nitelendirilmemektedir. Ancak erkek çocuğa kız çocuktan daha fazla sağlık hizmeti sağlanmasına olanak tanımak yine sağlıkta eşitsizlik olarak nitelenmektedir. Çünkü bu eşitsizliğin de önlenebilir bir tarafı bulunmaktadır. Bu nedenle de her farklılık eşitsizlik olarak kabul edilmemektedir. Bir farklılığın eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için; toplumun geri kalan kesimine göre haksızlığın ortaya konması gerekmektedir. Sağlık farklılıklarının haksız olup olmadığının değerlendirilmesi de bireyi hastalığa götüren nedenlerin kendileri tarafından seçilmesine ya da bu nedenlerin kendi kontrolleri dışında oluşmasına bağlıdır. Bireyin bilinçli şekilde sağlığa yararlı ya da zararlı davranışları benimsemesiyle oluşacak sağlık farklılıkları da eşitsizlik olarak tanımlanmamaktadır. Diğer bir anlatımla, doğaya, biyolojik sürece ve gönüllü seçime dayalı kararların sonucu oluşan farklılıklar eşitsizlik olarak değerlendirilmemektedir (Aba ve Ateş, 2015:41; Whitehead, 1992:9; Polat ve İçağasıoğlu Çoban, 2015:177; Şimşek ve Kılıç, 2012:119; Türkkan, 2009:102).

Sağlıkta eşitsizlik, sağlığa etki eden sosyal etmenlerin ve sağlık sistemindeki yetersizliklerin sonucu olarak bireylerin ve toplumun sağlık durumunda kabul edilemez ve önlenebilir bozulmaların meydana gelmesini ifade etmektedir. Dolayısıyla, sağlıkta eşitsizliklere bir bütün olarak bakılması gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlıkta eşitsizlikler sadece sağlık sistemindeki yetersizliklerden değil aynı zamanda toplumsal ve sosyal yapı ile ilgili nedenlerden kaynaklanmaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012:117).

Sağlık hizmetleri bir ülkede meydana gelen sağlık farklılıklarının oluşmasında, etkili olan faktörlerden sadece birini oluşturmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile toplumun sağlık düzeyi istenen duruma getirilememekte ve sağlıkta eşitsizlik önlenememektedir. Diğer bir anlatımla, sağlıkta eşitsizlik politik, ekonomik, sosyal, kültürel vb. birçok faktörden meydana gelmektedir. Nitekim, sağlıkta eşitsizlik sosyal değişkenler ile sağlık sistemindeki değişkenlerin olumsuz yönde etkilenmesiyle oluşmaktadır. Sosyal değişkenler ve sağlık sistemindeki değişkenler eşitsizliklerin ortaya çıkmasında dinamik ve birbirinden etkilenen kompleks bir yapı oluşturmaktadır (Demirel ve Akın, 2014:240; Adelson, 2014:1235; Abel, 2008:1).

Şekil 2. Sağlıkta Eşitsizlikleri Oluşturan Temel Etmenler

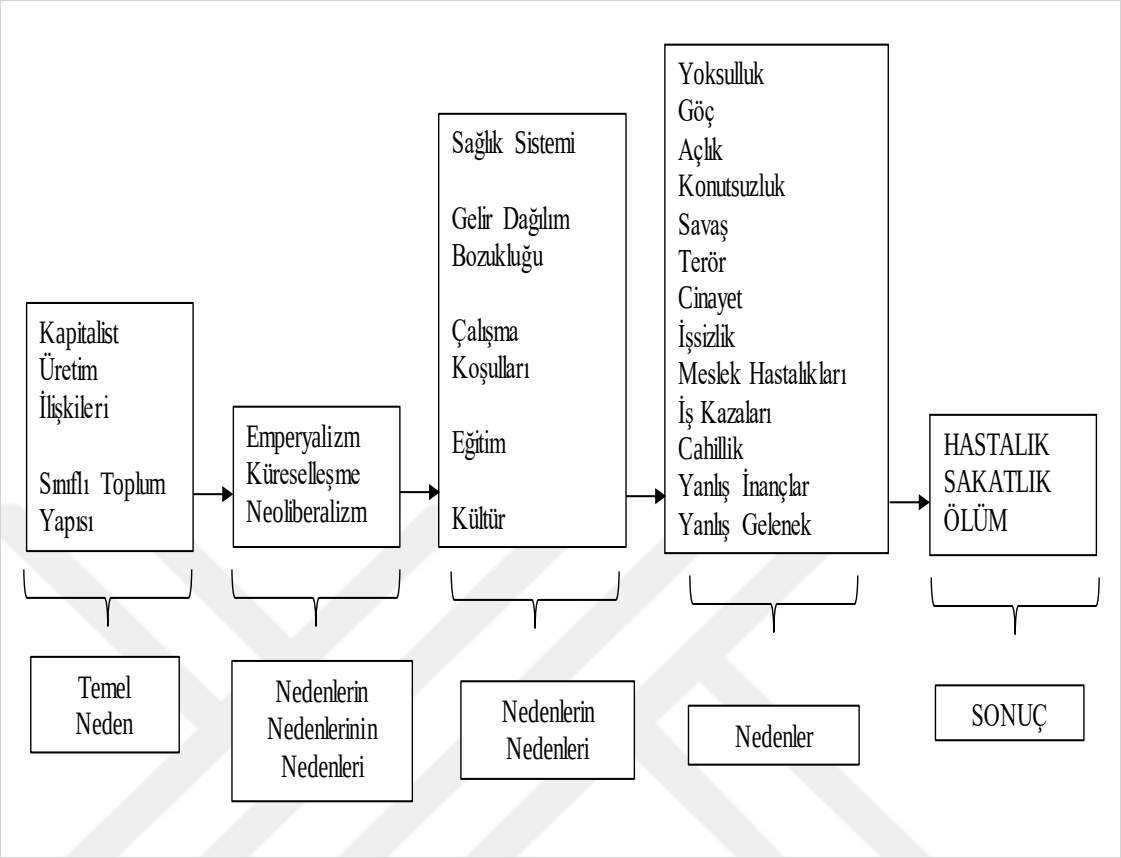


Kaynak: (Demirel ve Akın, 2014:240).

Şekil 2'de de görüldüğü üzere, sosyal değişkenler ile sağlık sistemindeki değişkenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu meydana gelen sağlıkta eşitsizliklerin temelinde kapitalist üretim ilişkileri yatmaktadır.

Sağlıkta eşitsizlikler karşımıza hastalıklar, sakatlıklar ve ölüm olarak çıkmaktadır. Görünürdeki nedenler yoksulluk, göç, açlık, işsizlik, iş kazaları, meslek hastalıkları, cahillik, yanlış inançlar, yanlış gelenek, savaş, terör gibi nedenlerdir. Ancak nedenlerin nedenleri dikkate alındığında yoksulluk, göç gibi sorunların gelir dağılımı bozukluğundan; iş kazaları ve meslek hastalıklarının çalışma koşullarından; yanlış inançların ve yanlış geleneğin kültürden kaynaklandığı görülmektedir. Bunlardan daha da önemlisi, tüm bu nedenlerin çıkış noktasına bakıldığında temel nedenin kapitalist üretim ilişkileri ve sınıflı toplum yapısının olduğu görülmektedir. Sınıflı toplum yapısı, sosyal tabakalaşma ve eşitsizliklere sebebiyet vermektedir. Kapitalist üretim ilişkileri ise, temel olarak daha çok işin daha az işçi tarafından yapılmasına, ücretlerin düşürülmesine, işsizliğin bir baskı aracı olarak kullanılmasına sebebiyet vermektedir. Örnek verilecek olursa, savaşların temel nedenini tıkanan ekonomiler ve yeni pazar yaratma arayışı oluşturmaktadır. Bunun gerçek nedeni de aslında sermayenin karını düşünen kapitalizm olmaktadır. Çalışma koşullarının değişmesi de kapitalizmin değişik bir biçimi olan neoliberalizmin etkisidir. Benzer şekilde kapitalist sistemde kar etme güdüsü özelleştirmeyi beraberinde getirmiştir. Sağlıkta özelleştirme de sağlıkta eşitsizlikleri beraberinde getirmiştir. Buradan hareketle, kapitalist sistemin neden olduğu görünür nedenler ile temel nedenin ilişkisi Şekil 3'de özetlenmiştir (Şimşek ve Kılıç, 2012:119-120; Aba ve Ateş, 2015:43-44).

Şekil 3. Sağlıkta Eşitsizliklerin Nedenleri ve Temel Neden



Kaynak: (Şimşek ve Kılıç, 2012:120).

2.2.5. Sağlıktaki Eşitsizlik Türleri

Sağlıkta eşitsizlik, a) sağlık durumu (sonuçlar), b) sağlık ile ilgili risk faktörleri ve c) sağlık hizmetinin kullanımında söz konusu olmaktadır. Bunlardan ilki sonuca yönelik eşitsizliği ifade ederken, diğer ikisi sürece yönelik eşitsizlikleri ifade etmektedir. Nedenleri ne olursa olsun sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetini elde etme yeterliliğindeki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Burada söz edilen yeterlilik kavramı, bireyin toplumdaki sosyoekonomik konumu ve sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimiyle yakından ilgilidir (Belek, 1998:104-105; Musgrove, 1986:325).

Sağlık hizmetlerindeki eşitlik kavramı, herkesin aynı sağlık sorunu için eşit ve aynı kalitede sağlık hizmetini kullanabilmesini; eşit ihtiyaçlar için sağlık hizmetine ulaşımda, sağlık hizmeti kullanımında eşitliğin sağlanmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin eşitlikçi yapısının değerlendirilmesinde gerek ulusal gerek uluslararası yapılan araştırmalarda, sağlık kaynaklarının özellikle de pahalı kaynakların

dağılımının diğer kaynaklara göre daha eşitsiz olduğu görülmektedir. Burada "ters hizmet yasası" geçerlidir. Ters hizmet yasası, eşitsizlikleri daha da arttırmaktadır. Çünkü, daha fazla gereksinimi olan grupların ödeme güçlüğü ya da bilgisizlik nedeniyle sağlık hizmetine erişememesi ya da daha yoksul grupların yaşadığı bölgelere daha az sağlık yatırımı yapılması yoksul grupların sağlık hizmetlerine erişememesine neden olur ve sağlıkta eşitsizlikleri arttırır. Hizmet eşitsizliğini yaratan etkenler, kişilerin hizmeti kullanmaları sürecinde yaşadıkları finansal ve ulaşımsal etkenlerin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Finansal eşitsizliğin en önemli nedeni gelir dağılımı eşitsizliğinden kaynaklanan yoksulluktur. Bunun yanı sıra, sosyal güvenlik sistemi ile ilgili sıkıntılar da finansal eşitsizliğin nedeni olmaktadır. Ulaşımsal eşitsizlik ise, sağlık hizmeti kaynaklarının daha çok gelişmiş, kentsel bölgelerde toplanmasına bağlı olarak geri kalmış bölgelerde sağlık hizmeti yetersizliğinin oluşmasıdır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı da sağlık hizmetleri kullanımındaki eşitsizliklere neden olmaktadır. Özellikle de piyasa türü sağlık hizmetlerinin, farklı gelir seviyelerine sahip toplumlarda kullanım eşitsizliğine neden olacağı, sağlık hizmetlerinin piyasa koşulları içinde reforme edilmesi ile ilgili çalışmalarda tereddütlere neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki talep belirsizlikleri, tarafların yeterli bilgiye sahip olmaması ve bilgi asimetrisinin varlığı, sağlık hizmetlerinin dışsallığı gibi özellikleri sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılması durumunda ortaya çıkacak sağlık eşitsizliklerinin nedenlerini oluşturmaktadır. Bu gibi etkenler de sağlık hizmeti kullanımında birkaç şekilde eşitsizlikler yaratmaktadır (Belek, 1998:105-107; Light, 1992:465; Normand, 1991:1572).

- Sağlık hizmetlerinde var olan bilgi asimetrisi, talebin üreticiler tarafından belirlenmesine ve yönlendirilmesine, dolayısıyla da gereksiz bir talebin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özellikle de zengin gruplarda gereksiz talepler yaratılabilir. Bu durum da eşitsizliklere sebebiyet vermektedir.
- Sağlık ve sağlık hizmetlerinde bilgi dağılımının bireyler ve toplumlar arasındaki dengesizliği, eğitim ve bilinç düzeyi daha düşük toplumlar aleyhine eşitsizlikler yaratmaktadır.

- Koruyucu sağlık hizmetleri özellikle de eğitim düzeyinin düşük olduğu toplumlarda talep edilen bir hizmet türü değildir. Dolayısıyla piyasa koşulları içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı eşitsizliği doğuracaktır.

2.2.6. Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümü

2.2.6.1. Genel Sağlığın Ölçümü

Sosyal sorunların çözümüne ilişkin politikaların geliştirilebilmesi ve uygulanabilmesi, var olan sorunun ölçülebilir nitelikte olması ile yakından ilgilidir. Sosyal bir sorun olan sağlık eşitsizlikleri öncelikle sağlık alanına yönelik kesin bilgiler elde edilmesini sağlayan araçların varlığını gerektirir. Aynı zamanda, sağlık ve sağlık hizmeti kullanma farklılıklarının sosyoekonomik gruplar açısından çalışılması, sağlığın uygun yöntemlerle ölçülmesini gerektirmektedir. Bu nedenle, sağlığın sosyal, psikolojik ve fiziksel yönlerini ölçmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (Selçuk, 2010:23; Yardım, 2001:13).

Genel sağlığın ölçülmesi, özellikle de "Herkes İçin Sağlık" ve "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramlarının ortaya atılmasından ve bu kavramların hayata geçirilmesine yönelik özel stratejilerin oluşturulmasından sonra iyice önem kazanmaya başlamıştır. Bu açıdan, genel sağlığın ölçülmesine yönelik amaçlar şu şekilde sıralanabilir (Belek, 1998:34-35):

- Sağlık durumu ile ilgili gelişmelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Ülkelerin kendi gelişme düzeyini özellikle de kendileriyle aynı sosyoekonomik gelişme düzeyinde olan diğer ülkelerin gelişme düzeyleri ile karşılaştırabilmesi,
- Sağlık ile ilgili gereksinimlerin belirlenmesi,
- Sağlık ile ilgili önemli mesajların sağlık düzeyini gösteren ölçütler üzerinden topluma aktarılabilmesi,
- Toplumun yaşam koşullarının ve bu koşulların neden olduğu etkilerin belirlenmesi,
- Yüksek risk alanlarının (toplumsal sınıf, coğrafi bölge vb. olarak) belirlenmesi,
- Koruyucu önlemlerin geliştirilmesi,

- Hastalık eğilimlerinin ortaya çıkarılması.

Sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda sağlık bağımlı değişken konumundadır. Diğer bir ifadeyle, bu çalışmalarda sağlık sonuçtur. Bu anlamda sağlık birçok bağımsız değişken tarafından değişik derecelerde etkilenmekte, değiştirilmekte, belirlenmektedir. Sağlığı etkileyen bu tür değişkenler de genel olarak "sağlığın belirleyicileri" olarak adlandırılmaktadır. Eşitsizlik çalışmalarında sağlığın bir çıktı olarak değerlendirilmesinde; hastalık ve ölüm durumları, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ile ölçülmesi söz konusu olmaktadır. Ölçümler de toplumsal ve bireysel düzeyde yapılmakta ancak bireysel düzeydeki ölçümler eşitsizliğin gösterilmesi ve izlenmesinde daha doğru sonuçlar vermektedir (Koçoğlu, 2006:20-21).

Bireysel ve toplumsal sağlık düzeyinin ölçülmesi için gerekli olan kaynaklar rutin veri kayıtlarından ve sağlık araştırmalarından elde edilmektedir. Rutin veri kayıtlarından elde edilen veriler (doğum-ölüm kayıtları, kaza verileri, sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili veriler vb.) çoğunlukla tıbbi kaynaklardan ve profesyonellerden sağlanmaktadır. Bu açıdan, tamamen tıbbi nitelikli veriler olduğu için sağlık, hastalık ve yetiyitimi hakkında geniş bilgi gereksinimini sağlayamamaktadır. Sağlık araştırmaları ise, sağlık muayene araştırmaları ve sağlık görüşme araştırmaları olmak üzere iki yoldan elde edilmektedir. Sağlık muayene araştırmaları, çeşitli laboratuvar incelemelerini de içine alan fiziksel muayeneleri içerirken; sağlık görüşme araştırmaları, genel sağlığı ölçen ölçekler (Algılanan Sağlık Durumu, Nottingham Sağlık Profili, SF-36), mental sağlık ölçekleri (Genel Sağlık Anketi), fiziksel sağlığı ölçen ölçekler (Uzun Süreli Yetiyitimi, Kısa Süreli Yetiyitimi) ve sosyal sağlık ölçekleri (Sosyal Etkileşim İçin Sağlık Ölçeği) olmak üzere dört biçimde yapılmaktadır. Sağlık görüşme araştırmalarındaki amaç, eşitsizliklerin boyutunu ölçerken aynı zamanda eşitsizlikleri belirleyen etki derecelerini ortaya çıkarmak ve eşitsizliklerle mücadelede geliştirilecek stratejilere yol göstermektir. Bu nedenle sağlık araştırmalardan, toplumsal sağlık düzeyi hakkında daha sağlıklı ve kullanılabilir veriler elde edilmektedir. Bireysel düzeyde sağlığın ölçülmesinde Algılanan Sağlık, Geçici ve Uzun Süreli Yetiyitimi, Sosyal Yetiyitimi, Kronik Hastalıklar, Akut Yakınmalar, Fiziksel Aktivite, Psikolojik Sağlık, Vücut Kitle İndeksi, Sigara

Alışkanlığı, Doğum Kilosu, Yaşam Umudu vb. araçlar kullanılırken; toplumsal düzeyde sağlığın ölçülmesinde Doğumda Yaşam Beklentisi, Mortalite ve Morbidite sıklıkla kullanılan göstergeler olmaktadır (Belek, 1998:35-41; Aba ve Ateş, 2015:48-49).

2.2.6.2. Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümünde Kullanılan Başlıca Yöntemler

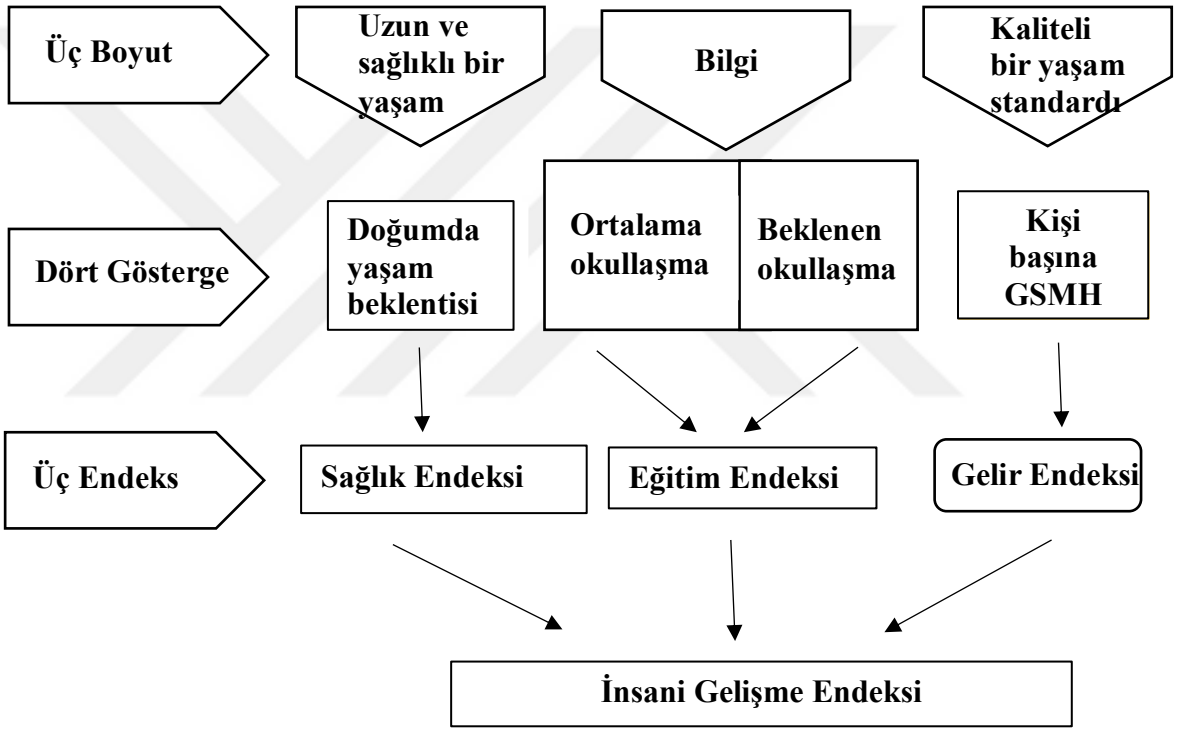
Sağlıkta eşitsizliğin ölçümünde kullanılan başlıca yöntemlere ve yöntemlerin açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir.

2.2.6.2.1. İnsani Gelişme (Kalkınma) Endeksi

Kalkınma 2. Dünya Savaşından sonra GSYİH (Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla) gibi ekonomik değerlerle ölçülürken 1970'ler ile birlikte kalkınma kavramının insani boyutu incelenmeye başlanmış ve kalkınma için sadece ekonomik göstergelerdeki iyileştirmelerin yeterli olmayacağı anlaşılmıştır. Günümüzde ekonomik kalkınma ile ilgili birden fazla kavramsallaştırma oluşturulmuştur. Kalkınma, sağlık, eğitim, GSMH (Gayri Safi Milli Hâsıla), yaşam standartları, eşitlik ve yoksulluk gibi birçok kavramla birlikte ele alınmış ve ekonomik kalkınmanın ölçülmesinde kapsamlı endekslere ihtiyaç duyulmuştur. 1990'dan itibaren her yıl Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme; UNDP) tarafından yapılan, ülkelerin kalkınmışlık seviyesini sağlık, eğitim ve yaşam düzeyleriyle ölçen, kalkınmanın insani boyutunu ele alan endeks, İnsani Gelişme Endeksi (İGE)'dir (Fırat ve Aydın, 2015:62). Bu endeks, kalkınmanın göstergesi olan ekonomik büyümeye alternatif olarak ortaya çıkmış ve ekonomik gelişme ile insani gelişme arasında kesin bir ayrım yapmıştır. İnsanların refah düzeylerini arttırmada sadece gelirin değil, sağlık ve eğitim olanaklarının da o ülke insanları için çok önemli olduğunu göstermektedir. Diğer bir ifadeyle, bir ülkenin kalkınmışlık seviyesi o ülkede yaşayan insanların gelir, eğitim ve sağlık göstergeleri ile birlikte açıklanmaktadır. Bu doğrultuda, İnsani Gelişme Endeksi, İnsani Gelişme Raporlarında insani gelişmeyi ölçmeyi amaçlayan endekslerden biri olup, insani gelişmenin, uzun ve sağlıklı bir yaşam, eğitim ve gelir olarak belirlenen üç boyutuna ilişkin bileşik bir ölçüt koymaktadır. Bu üç boyutu ölçmek için kullanılan değişkenler ise 1990 yılından 2010 yılına kadar sırasıyla doğumda beklenen ortalama yaşam, yetişkinlerde okur-yazarlık oranı ile brüt

okullaşma oranı ve satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYİH) iken, 2010 yılından itibaren sırasıyla doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen okullaşma yılı, ortalama okullaşma yılı ve kişi başına Gayri Safi Milli Hâsıla (GSMH) olmuştur. Nitekim, sağlığın İnsani Gelişme Endeksi'nin üç boyutundan biri olması, eğitime nitelik ve üretime verimlilik kazandırması kalkınma iktisadı açısından önemini ortaya koymaktadır (Gülel vd., 2017:209; Demir Şeker, 2011:1-3; Tüylüoğlu ve Tekin, 2009:1). Bu açıdan, İnsani Gelişim Endeksi'nin boyutları Şekil 4'de gösterilmiştir.

Şekil 4. İnsani Gelişme Endeksinin Boyutları



Kaynak: (Doğan ve Tatlı, 2014:104).

İnsani Gelişme Endeksi, aşağıdaki formül ile hesaplanan her bir boyut endeksinin geometrik ortalamasının alınmasıyla hesaplanmaktadır (Aba ve Ateş, 2015:53-54).

$$\textbf{Boyut Endeksi Formülü:} \quad \frac{\text{Gerçek Değer} - \text{Minimum Değer}}{\text{Maksimum Değer} - \text{Minimum Değer}}$$

İnsani Gelişme Endeksi ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda ülkeler dört kategoride sınıflanmakta ve sıralanmaktadır. Bu sınıflama, hesaplanan endeks puanlarının, toplam ülke sayısının dörtte birlik hangi sınıfa denk geldiyse o gruba dahil edilmesiyle oluşturulmaktadır (Aba ve Ateş, 2015:54).

2.2.6.2.2. Lorenz Eğrisi ve Gini Katsayısı

Gelir dağılımının ölçülmesinde kullanılan Lorenz eğrisi ve Gini katsayısı sağlıkta var olan eşitsizliklerin ölçülmesinde de kullanılmaktadır. Lorenz eğrisinin X ekseninde en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru sıralanmak üzere nüfusun kümülatif yüzdesi yer alırken; Y ekseninde sağlıkla ilgili bir değişkenin kümülatif yüzdesi yer almaktadır. Eşitsizliğin belirlenmesinde y=x eşitlik doğrusu vardır. İlgilenilen olayın toplumda eşit dağılımı köşegenden geçen 45 derecelik doğru ile belirtilmektedir. Lorenz eğrisinin eşitlik doğrusundan uzaklaşması diğer bir ifadeyle Lorenz eğrisinin eşitlik doğrusunun altında kalması ilgilenilen değişkenle ilgili toplumdaki eşitsizliğin arttığını göstermektedir. Lorenz eğrisi, ne ölçüde eşitlik olduğunu sayısal olarak ifade etmemektedir. Bu nedenle, Gini katsayısı, Lorenz eğrisine dayanmaktadır ve Lorenz eğrisinin sağladığı bilgiyi sayısal olarak ifade etmek için kullanılmaktadır. Lorenz eğrisi ile eşitlik doğrusu arasında kalan alanın, eşitlik doğrusunun altında kalan üçgene oranlanmasıyla bulunmaktadır. 0 ile 1 arasında değerler alan Gini katsayısı sıfıra yaklaştıkça eşitliği, bire yaklaştıkça da eşitsizliği ifade etmektedir (Belek, 1998:111-112; Özdemir ve Karabulut, 2009:47; Öz, 2008:41; Meral, 2016:16-17; Groves-Kirkby vd., 2009:2481-2482; Dorfman, 1979:147; Jacobson vd., 2005:1826).

2.2.6.2.3. Konsantrasyon Endeksi

Gini endeksine benzer şekilde hesaplanan konsantrasyon endeksi, konsantrasyon eğrisi ile doğrudan ilişkilidir. Konsantrasyon eğrisi, sağlıkla ilgili değişkenlerdeki sosyoekonomik eşitsizliğin varlığını ortaya koymak için kullanılmaktadır ancak eşitliğin sayısal bir ölçüsünü vermemektedir. Bu nedenle, sağlıkla ilgili bir değişkende gelirle ilgili eşitliğin sayısal ölçüsünü elde etmek amacıyla konsantrasyon endeksi geliştirilmiştir. Bu endeks, konsantrasyon eğrisi ile eşitlik doğrusu arasında kalan alanın iki katına eşittir ve -1 ile +1 arasında değerler

almaktadır. Endeks, eşitsizlik söz konusu olmadığında 0 değerini almaktadır. Konsantrasyon eğrisinin eşitlik doğrusunun yukarısında kalması durumunda "-'' değer alırken, konsantrasyon eğrisinin eşitlik doğrusunun altında kalması durumunda "+'' değer almaktadır. Endeks değerinin -1 olması sağlıkla ilgili değişkenin en yoksul kesimde yoğunlaştığını ifade ederken; endeks değerinin 1 olması sağlıkla ilgili değişkenin en zengin kesimde yoğunlaştığını ifade etmektedir (Harper ve Lynch, 2005:51; O'Donnell vd., 2008:95; Öz, 2008:44-45; Wagstaff, 1991:184; Kakwani, 1997:88).

2.2.6.2.4. Hastalık Yükü (Burden of Disease)

Hastalık yükü, ölümlere, hastalıklara ve yaralanmalara yönelik kapsamlı, sürekli ve karşılaştırılabilme özelliğine sahip küresel bilgi ihtiyacına yanıt niteliğinde olan bir analiz yöntemidir. Hastalık yükü yaklaşımı ile hastalıklar, yaralanmalar ve ölümlerin yanı sıra sağlık sorunları ile ilişkili risk faktörlerine yönelik tahminlerde bulunulabilmektedir. Aynı zamanda, bu risk faktörleri ile ilgili atfedilebilen değerler hesaplanabilmekte, hesaplanan standart değerler ülkeler ve toplumlar arasında karşılaştırmalar yapılmasını sağlamaktadır. Bunlara ek olarak, karar vericiler için kapsamlı, kanıta dayalı veri sağlanmakta ve müdahalelerin toplum sağlığı üzerindeki etkisi ve maliyet verisi ile birleştirildiğinde müdahalelerin maliyet-etkililiği değerlendirilebilmektedir. Hastalık yükü, toplumun sağlığını özetleyen bir ölçüttür ve ölüm verileri ile ölüme yol açmayan sağlık sonuçlarını tek bir rakamla ortaya koymayı hedeflemektedir. Küresel düzeydeki tahminler yaşa, cinsiyete ve bölgelere özel olarak verilmektedir. Hastalık yükü çerçevesinde geliştirilmiş birden fazla ölçüt olmakla birlikte bunlardan en yaygın kullanılan ölçütler Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) ve Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılıdır (QALY) (Paksoy Erbaydar, 2009:20).

2.2.6.2.4.1. Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY)

Uluslararası sağlık politikası sözlüğünde "hastalık yükü"nün yeni bir ölçüsü olarak ortaya çıkan Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY); Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından morbidite ve mortalitenin birleşik ölçüsü olarak başlatılmıştır (Murray, 1994:429; Anand ve Hanson, 1997:686; Arnesen ve Nord, 1999:1423). Bu anlamda, DALY

hesaplamasında sağlık sorunlarının insidans ve prevelansları ile sağlık sorunlarının neden olduğu erken yaştaki ölümlere bağlı olarak kaybedilen yaşam yılları ve ölümle sonuçlanmayan hastalıklar birlikte değerlendirilebilmektedir (Altındiş ve Şimşek, 2018:177).

DALY, ölüme neden olan sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı olarak adlandırılmakta ve bireyin erken ölmesi ile kaybettiği ve sakat olarak sürdürdüğü yılları belirlemektedir. Bu doğrultuda, DALY kavramı, çeşitli hastalıklardan kaynaklanan erken ölümler ile ölümle sonuçlanmayan ancak uzun süreli sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının oluşturduğu hastalık yükünün, tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır. "Bir DALY", "Bir sağlıklı yaşam yılından kayıp" anlamını taşımaktadır (Paksoy, 2017:12; Okyay vd., 2012:179).

DALY ölçümünün temel bileşenlerini, Kaybedilen Yaşam Yılı (Years of Life Lost; YLL) ve Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılı (Years Lived with Disability; YLD) oluşturmaktadır. YLL, prematür ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yıllarını ifade etmekte ve ölümün gerçekleştiği yaşın standart bir yaşam beklentisi eğrisiyle karşılaştırılmasına dayanmaktadır. YLD ise, DALY'nin ölümcül olmayan sağlık sonuçlarını ifade eden bir yetersizlik bileşenidir. Buradaki yetersizlik terimi ağrı, fiziksel işlev bozukluğu, rahatsızlık, günlük aktiviteleri yerine getirmede yaşanan güçlük, duygusal sıkıntı vb. durumları kapsamaktadır. DALY hesaplamasında ilk aşama, 0 (mükemmel sağlık durumu) ve 1 (ölüm) değerlerini içeren bir çizelgede, altı grupta toplanan yetersizlikler için ağırlıklandırma değeri atamak ve bu sınıflara karşılık gelen hastalık ve yaralanmaları belirlemektir. Daha sonra ise, aşağıda verilen eşitlikler aracılığıyla hastalık yükünü belirlemektir (Eser ve Özdemir Sonçağ, 2012:338).

DALY = (YLL + YLD)

YLL= N X L1

YLD= I X DW X L2

DALY : Yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı (Disability adjusted life year)

YLL = Erken ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yılı (Years of life lost)

YDL = Yeti yitimine bağlı kaybedilen yaşam yılı (Years lived with disability)

N = Ölüm sayısı

L1 = (Standart yaşam beklentisi) – (Ölüm yaşı)

I = Referans süre içindeki yeni vaka sayısı

DW = Yeti yitimi ağırlığı (Disability weight)

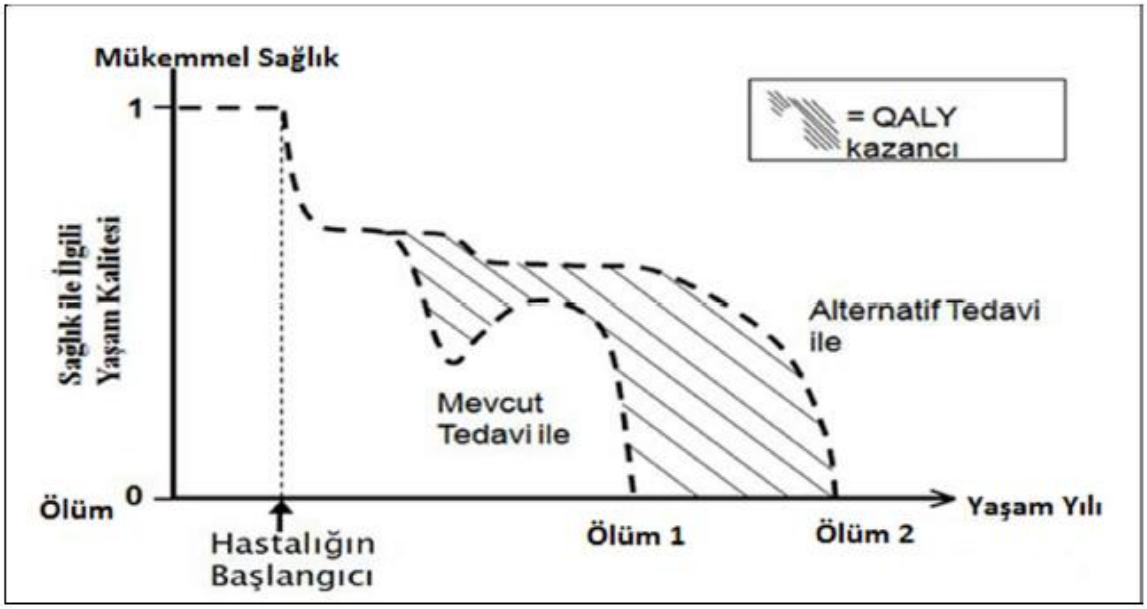
L2 = Sağlık sorununun ortalama süresi

2.2.6.2.4.2. Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (Quality Adjusted Life Years; QALY)

Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirmesinde çıktının ölçümünde çok sık kullanılan ölçülerden biri olan "Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (QALY)", bir kavram olarak 1970'lerde geliştirilmiştir. Bu doğrultuda QALY, yaşam kalitesi (morbidite) ile yaşam süresi (mortalite) arasındaki ödünleşimi değerlendirmek için en sık kullanılan sonuç ölçüsüdür. Diğer bir ifadeyle, QALY değeri, hastanın hem miktar/süre (mortalite) hem de kalitede (morbidite) kazanımı ile kayıplarını tek bir ölçüm üzerinde birleştiren araçtır. QALY tıbbi müdahaleler sonucunda yaşamın kalitesinde oluşan değişiklikleri ve yaşamın nicel yönünü dikkate almaktadır. QALY "tahmini yaşam süresi"yle birlikte "kalan yaşam yıllarının kalitesi"nin hesaplanmasına dayanmakta ve farklı sağlık durumlarında "geçirilen yaşam süresi"ni değerlendirmektedir. QALY hesaplamalarında tamamen sağlıklı olma durumu 1, ölüm ise 0 olarak bir skala üzerinde hastalığın şiddetine göre puan verilmektedir. Diğer bir anlatımla, "1 QALY" mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş bir yılı ifade ederken, sağlıksız geçirilmiş bir yıl "1" den düşük değere karşılık gelmektedir. Ölüm 0 (sıfır)'a denktir ve bazı sağlık durumları ölümden de kötü olarak değerlendirildiğinde negatif değer bile alabilmektedir. Örneğin, bir kişi 10 yıl boyunca tamamen sağlıklı bir yaşam sürmüş, daha sonraki 10 yılını ise daha azalmış mesela 0,5 düzeyinde bir sağlık koşulu

ile geçirmiştir. Bu durumda bu birey için hesaplanan QALY=10*1+10*0,5=15 olarak bulunacaktır (Yiğit, 2013:17; Torrance ve Feeny, 1989:560; Mehrez ve Gafni, 1989:142; Aktaş vd., 2013:35; Edisan ve Kadıoğlu, 2011:10). Şekil 5'de tedavi sonucunda elde edilen QALY kazancı gösterilmiştir. Buna göre, bireyin hastalığı başlamadan önce yaşam kalitesi düzeyi 1 iken, hastanın mevcut tedavisi ile yaşam kalitesi düşmektedir. Tedavisine alternatif olan bir tedavi ile de hem yaşam yılı hem de yaşam kalitesi uzamaktadır.

Şekil 5. Tedavi Sonucunda QALY Kazancı



Kaynak: (Yiğit, 2013:18).

2.2.6.2.5. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçütleri

Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. Bu kavram, bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenilmişlik düzeylerini kapsamakta ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini göstermektedir. Günümüzde tıbbın giderek ilerlemesiyle birlikte sadece hastalıkların yok edilmesi değil, bireylerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu sebeple iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi için büyük uğraşlar verilmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011:62).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genellikle, bireylerin sağlıklarını ya da hastalıklarını nasıl tanımladıkları üzerinde bir kanıya varılması ve bu sonucun özetlenmesini içermektedir. Bu nedenle, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, hastalığın olup olmamasını ya da bireylerin günlük aktivitelerini yerine getirmedeki kısıtlılıklarını da kapsayan daha geniş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Kaya, 2014:10).

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler *jenerik* ve *hastalığa özgü* olmak üzere iki gruba ayrılabilmektedir. Jenerik ölçütler; genel nüfusta kullanılan, çeşitli sağlık durumları ile hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütleri kapsamaktadır. Hastalığa özgü ölçütler ise; sadece o hastalık grubunda kullanılan ölçütleri kapsamaktadır. Sağlıkta eşitsizlikler ölçülürken genellikle jenerik ölçütler kullanılmaktadır. Bunlardan en yaygın olarak kullanılan yöntemlere de aşağıda değinilmiştir (Aba ve Ateş, 2015:60).

2.2.6.2.5.1. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP)

Yaşam kalitesinin objektif bir şekilde değerlendirilmesinde diğer bir deyişle kişinin genel sağlık sürecini değerlendiren birçok sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden Nottingham Sağlık Profili (NSP) (Nottingham Health Profile- NHP) en sık kullanılanlardan birisidir (Küçükdeveci, 2005: 26). NSP hastalık veya hastalıkların bireyler üzerindeki sosyal, emosyonel ve bedensel etkileri ölçmede kullanılan bir skaladır (Madenci vd., 2003: 12).

Sağlık göstergeleri 1930'larda önem kazanmış ancak 1970'li yıllarda ilgi patlaması yaşamıştır (McEwen, 1993: 111). NSP ölçeği üzerine ilk çalışmalar 1975 yılında yaşam kalitesinin sağlıklı bir şekilde ölçülebilmesi için Nottingham Üniversitesi Toplum Sağlığı Bölümü'nde yapılmıştır. Bu süreçte 700'den fazla kişiden oluşan bir örneklemden sosyal, psikolojik, davranışsal ve fiziksel durumlara yönelik ifadeler toplanmıştır. İlk olarak toplanan 2200 madde havuzu değerlendirilmiş, bunların içinden açık ve anlaşılır toplamda 138 ifadeye kadar indirgeme olmuştur. Daha sonra 1976- 1978 yılları arasında bu ifadeler çeşitli hasta grupları üzerinde uygulanmış ve formun madde sayısı 82'ye düşürülmüştür. Tekrarlayan uygulamalar ve uzman görüşleri neticesinde ölçeğin toplam madde sayısı 38 ifadeye kadar

düşürülmüştür. Aynı zamanda ölçek uyku, fiziksel hareketlilik, enerji, ağrı, duygusal tepkiler ve sosyal izolasyon şeklinde toplamda altı bölümden oluşmaktadır (Hunt vd. 1985: 185-186; Martini ve McDowell, 1976: 508; McEwen, 1993: 112).

NSP, sağlıkla ilişkili kalite düzeyinin değerlendirilmesinde, sağlıklı veya hastalıklı türlü gruplarda geçerli, güvenilir, uygulanması kolay, karşılaştırılabilir bir ölçek olarak kullanılabilmektedir (Yıldırım ve Yılmaz, 2009: 55). Nitekim migren, kronik hastalıklar ve nöromusküler gibi birçok hastalıklı gruplarda karşılaştırmalı uygulamalar yapılmıştır (Salter vd., 2008:111; Hunt vd., 1981:221; Yıldırım ve Yılmaz, 2009:55).

Nottingham Sağlık Profili ölçeğinin Türkçe versiyonu bulunmakta olup yaşam kalitesi çalışmalarında kullanılmış ve geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi ölçek, 38 ifadeden oluşmakta ve sağlık durumu ile ilişkili altı boyutu değerlendirmektedir. Boyutlar; ağrı (8 madde), enerji (3 madde), uyku (5 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), fiziksel aktivite (8 madde) ve sosyal izolasyon (5 madde) şeklindedir. Sorular evet veya hayır şeklinde cevaplandırılır. Ölçeğin her bir boyutu 0-100 arası puanlama ile değerlendirilir. Değer 0'a yaklaştıkça sağlık durumunun iyi olduğu, 0'dan uzaklaştıkça yani 100'e yaklaştıkça sağlık durumunun kötü olduğunu gösterir (Tarsuslu Şimşek vd., 2010: 148).

2.2.6.2.5.2. Kısa Form-36 (Short Form-36)

SF-36, tetkik ve klinik araştırmalardaki mental ve fiziksel sağlık durumunu değerlendirmek ve tıbbi bakım sonuçlarını izlemek için sıkça kullanılan bir skaladır. Form 8 alt skaladan ve toplamda 36 maddeden oluşmaktadır (Andresen ve Meyers, 2000: S35; Brazier vd., 1992: 160; Forchheimer vd., 2004: 391; Küçükdeveci, 2005: 27). Formun 8 alt skalası fonksiyonel durumu, refahı ve genel sağlık değerlendirmesini kapsayan bir değerlendirme ile sağlığı ölçebilmektedir (Brazier vd., 1992: 160). Ölçüm tekniği olan SF-36 formunun daha önce geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Mossberg ve McFarland, 2001: 897). SF-36 formunda ölçülen sağlık durumları; fiziksel işlevsellik (10 madde), fiziksel sağlık sorunlarının neden olduğu rol sınırlamaları (4 madde), duygusal sorunların neden olduğu rol sınırlamaları (3 madde), sosyal işlevsellik (2 madde), ruh sağlığı (5 madde), enerji ve yorgunluk (4

madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde) ve sağlık değişikliği (1 madde) şeklindedir (Hays vd., 2002: S4; Brazier vd., 1992: 160). Son tek maddelik skala algılanan sağlıktaki değişimi değerlendirir. Öğeler tek bir özet indeksi elde etmek için birleştirilebilir. Fiziksel ve zihinsel sağlık özet puanları da elde edilebilir (Hays vd., 2002: S4; Ware vd., 1994: 3:2).

Her maddeye verilen yanıtlar 0 (negatif sağlık) ile 100 (pozitif sağlık) arasında puanlanır ve maddenin yüksek puanlı oluşu sağlık durumunun iyi olduğunu gösterirken düşük puanlı oluşu kötü sağlık durumunu temsil etmektedir (Andresen ve Meyers, 2000: S35; Forchheimer vd., 2004: 391). SF-36, genel nüfusta kullanılmak üzere geliştirilmiştir ve çok çeşitli araştırma ve klinik ortamlarında kullanılmıştır. Bazı hareket kısıtlılıkları yaşayabilecek hasta grupları arasında SF-36'nın araştırma uygulamalarına örnek olarak artrit, inme, lupus, kas-iskelet sistemi sorunları, travmatik beyin hasarı ve omuz ağrısı verilebilir. SF-36'yı kullanan nörolojik durumların sonuçları üzerine yapılan araştırmalar arasında epilepsi, vertigo ve Parkinson hastalığı bulunur (Andresen ve Meyers, 2000: S35; Husted vd., 1997:517; Tennant vd., 1996: 574; Strand vd., 1999: 490).

Skalanın Türkiye'ye uyarlaması yapılmış ve kronik bel ağrısı olan ve osteoartrit hastalara uygulanarak güvenilirlik ve geçerliliği sağlanmıştır. SF-36'nın kısa bir formu olan SF-12 formu 12 maddelik olup spinal kord yaralanması üzerinde güvenilirlik ve geçerliliği sağlanmıştır (Küçükdeveci, 2005: 27). Bedensel hastalığı var olan hastalara uygulanabileceği ve bu sayede hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilebileceği de aktarılmaktadır (Kutlu vd., 2015: 526).

2.2.6.2.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment-WHOQOL)

Bireyin iyilik halini ölçmek ve kültürler arası karşılaştırmalar yapabilmek amacıyla DSÖ tarafından geliştirilen WHOQOL, genel amaçlı bir yaşam kalitesi profil ölçeğidir. Uzun ve kısa olmak üzere iki sürümü bulunmaktadır. Bunlar; WHOQOL-100 ve 26 sorulu WHOQOL-BREF şeklindedir. WHOQOL-100'de 25 bölüm ile altı boyut varken, WHOQOL-BREF de ise sadece dört boyut bulunmaktadır (Aba ve Ateş, 2015:61; Eser vd., 2010:38).

2.2.6.2.5.4. Hastalık Etkisi Profili (Sickness Impact Profile-SIP)

Bu anket, davranışsal olarak kronik veya akut sağlık problemleri ile ilişkili fonksiyon bozukluklarının ölçümünde kullanılan güvenilir ve geçerli bir ankettir. Kişinin o an içinde bulunduğu sağlık durumunu yansıtan anket, günlük yaşam aktivitelerini sorgulayan 12 bölüm ve 136 ifadeden oluşmaktadır. 12 bölümün her biri özel bir alandaki aktiviteyi içermektedir. Toplam puan işaretlenen ifadelerin skala değerlerinin toplanması ve sabit bir değer olan maksimum fonksiyon bozukluğu puanına bölünmesi ile elde edilen değerin 100 ile çarpılması ile hesaplanmaktadır. Anketteki skor aralığı 0-100 arasındadır. Yüksek skor fonksiyon bozukluğunun büyüklüğüne işaret etmektedir (Erel ve Uygur, 2010:37-38).

2.2.6.2.6.Diğer Yöntemler

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ölçümünde 12 tane özet ölçüm yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemler, *eşitsizliğin mutlak ya da göreceli olması* ve *eşitsizliğin basit ya da karmaşık olması* şeklinde iki biçimde birbirinden farklılık göstermektedir. Eşitsizliğin göreceli olması, sosyoekonomik gruplar arasındaki hız oranını ifade ederken; eşitsizliğin mutlak olması sosyoekonomik gruplar arasındaki hız farkını ifade etmektedir. Eşitsizliğin basit ölçümleri, hesaplanması ve yorumlanması kolay olan ölçümleri kapsarken; karmaşık ölçümler ise tüm toplumsal gruplar arasındaki eşitsizliklerin büyüklüğünü ortaya koymak amacıyla yapılan regresyon temelli ölçümleri kapsamaktadır (Belek, 1998:114; Aba ve Ateş, 2015:61).

2.2.6.2.6.1. En Düşük ve En Yüksek Sosyoekonomik Statüdeki Grupların Hız Oranı

Bu yöntem, toplumdaki en yüksek ve en düşük statülü sosyoekonomik grupların hız oranlarının karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Örneğin, İngiliz sınıf sistemindeki 5.sınıfın 1.sınıfa oranı ya da 4+5. sınıfların hızının 1+2. sınıfların hızlarına oranlanması ile elde edilen sonuçlar. Eğer, karşılaştırılan gruplar arasında çok uç değerler varsa, gerçek eşitsizliğin gözden kaçırılmasına sebebiyet verebilir. Diğer bir ifadeyle, eşitsizlik olduğundan daha büyük saptanabilir. Bu yanılsama, en alt ve üst sosyoekonomik grupların toplam içindeki oranlarının küçük, buna karşılık

aralarındaki farkın büyük olması durumunda söz konusu olmaktadır (Belek, 1998:114-115).

2.2.6.2.6.2. En Düşük ve En Yüksek Sosyoekonomik Statüdeki Grupların Hız Farkı

Bu yöntem, toplumdaki sosyoekonomik grupların (örneğin İngiliz sınıf sistemi) her bir düzeyi arasındaki hız farklarının karşılaştırılmasına dayanmaktadır (Aba ve Ateş, 2015:62).

2.2.6.2.6.3. Regresyon Temelli Göreceli Etki Endeksi

Yukarıda açıklanan iki yöntem, sadece iki grup arasındaki sağlık eşitsizliklerini hesaba katarken diğer grupları göz ardı etmektedir. Bu nedenle, bütün grupların değerlerini dikkate almanın yolu, sağlık göstergesini, çeşitli sosyoekonomik nitelikli bağımsız değişkenlerden belirlenen bir sonuç olarak ele alarak model geliştirmeyi amaçlayan regresyon analizi kullanmaktır. Bu yöntem, en alt ve üstteki sosyoekonomik grupların hız oranlarının, regresyon denklemiyle bulunan hızlarına göre hesaplanmasına dayanmaktadır (Belek, 1998:115; Aba ve Ateş, 2015:62).

2.2.6.2.6.4. Regresyon Temelli Mutlak Etki Endeksi

Bu yöntem de sosyoekonomik gruplar arasındaki mutlak hızların, sosyoekonomik değişkenler karşısında regresyon analizine tabi tutulmasına dayanmaktadır. Genellikle, mutlak etki indeksi, referans kategorisindeki tahmini sağlık problemi oranı ile ilişkilendirilerek kolayca göreceli bir etki indeksine dönüştürülebilir (veya tam tersi) (Mackenbach ve Kunst, 1997:760).

2.2.6.2.6.5. Topluma Atfedilebilir Risk (Göreceli Versiyon)

Bruzzi ve ark. topluma atfedilebilir riskleri, vaka kontrol çalışmalarından elde edilen verilere dayanılarak tahmin edilmelerini sağlar ve bu riskler metinde yüzde olarak gösterilir (Mezzetti vd., 1998:390). Bu yöntem, en üst düzeydeki sosyoekonomik grubun hastalık ya da ölüm hızına sahip olması durumunda, toplumdaki hızda meydana gelecek azalmayı ifade etmektedir. Bu doğrultuda, toplumun hızından, en üst düzeydeki sosyoekonomik grubun hızı çıkarılıp, yine

toplumun hızına bölünmesi ile elde edilen sonucun yüzde olarak gösterilmesiyle elde edilmektedir (Yardım ve Özcebe, 2010:22-23).

2.2.6.2.6.6. Topluma Atfedilebilir Risk (Mutlak Versiyon)

Bu yöntem, yukarıdaki yöntemde elde edilen oranın toplam nüfus ile çarpılması sonucu elde edilmektedir. Böylece, toplumdaki herkesin, en yüksek düzeydeki sosyoekonomik grupta bulunanların şansına sahip olması durumunda hastalıktan kurtarılabilecek insan sayısını vermektedir (Belek, 1998:116).

2.2.6.2.6.7. Benzemezlik Endeksi (Göreceli Versiyon)

Bu endeks, bütün sosyoekonomik gruplarda aynı sağlık sorunu hızını (yani toplumun ortalama hızını) elde edecek şekilde dağıtılması gereken vaka yüzdesinin bir ölçüsünü vermektedir. Bu durumda, hızı daha yüksek olan gruplardan hızı daha düşük olan gruplara doğru bir vaka dağılımının yapılması gerekecektir. Bu endekste bütün sosyoekonomik grupların durumunun, toplumun ortalaması ile eşitlenmesi söz konusu iken; atfedilebilir riskte ise, toplumun genelinin en iyi durumda olan sosyoekonomik gruba eşitlenmesi söz konusu olmaktadır (Aba ve Ateş, 2015:62-63).

2.2.6.2.6.8. Benzemezlik Endeksi (Mutlak Versiyon)

Bu endeks ise, bütün sosyoekonomik gruplarda, morbidite / mortalite hızlarında eşitlik elde etmek için yeniden dağıtılması gereken mutlak vaka sayısının bir ölçüsünü vermektedir (Mackenbach ve Kunst, 1997:761).

2.2.6.2.6.9. Eşitsizliğin Göreceli Endeksi

Özellikle, Kunst ve Mackenbach'ın çalışmasının ardından, sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin araştırılmasında sıkça kullanılan bu endeks hem nüfus büyüklüğünü hem de nüfusun sosyoekonomik açıdan göreceli pozisyonunu dikkate alan regresyon temelli bir endekstir. Grubun nüfus büyüklüğünün dikkate alınması bundan önceki regresyon temelli yöntemlere göre üstünlük elde etmesini sağlamaktadır. Sosyoekonomik hiyerarşinin en alt ve en üstünde yer alan grupların regresyon temelli hızlarının birbirine oranlanmasıyla elde edilmektedir. Endeks sonucunun büyük olması, en alt ve en üstteki sosyal hiyerarşiler arasındaki farkın da büyük olduğunu göstermektedir (Sergeant ve Firth, 2006:213; Belek, 1998:116-117).

2.2.6.2.6.10. Eşitsizliğin Eğim Endeksi

Bu endeks, eşitsizliğin göreceli endeksinin mutlak versiyonudur. Sosyoekonomik hiyerarşinin en alt ve en üstünde yer alan gruplar arasındaki hız farkını kat olarak değil, mutlak hız farkı olarak ele almaktadır (Aba ve Ateş, 2015:63).

2.2.6.3. Sağlıkta Eşitsizliğin Ölçümünde Kullanılan Göstergeler

Literatürde kullanılan, sağlıkta eşitsizlikleri saptamada ve izlemede kullanılabilecek göstergelerin bir kısmı aşağıdaki Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlıktaki Eşitsizliklerle İlgili Bazı Göstergeler

Sağlığı Belirleyen Etkenlere ait Göstergeler	Yoksulluk düzeyi, eğitim düzeyi, yeterli sanitasyon ve temiz suya sahip nüfus yüzdesi, kişi başı ulusal gelir, gelir dağılımı
Sağlık Düzeyi Göstergeleri	Bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı, çocuklardaki beslenme bozukluğu sıklığı, anne ölüm hızı, yaşam umudu, enfeksiyon hastalıklarının sıklığı, algılanan sağlık, psikolojik sağlık, yeti yitimi
Sağlık Hizmetinde Kullanılan Kaynaklara İlişkin Göstergeler	Sağlık personeli başına düşen nüfus, sağlık kaynaklarının birincil, ikincil, üçüncül sağlık hizmetlerine dağılımı, yatırımlara ayrılan kaynak oranı, sağlık hizmet alt yapısının durumu, kişi başı sağlık harcaması, ulusal gelirden sağlık için ayrılan paranın oranı, Bakanlık bütçesinin genel bütçe içindeki oranı
Sağlık Hizmet Kullanımıyla ilgili Göstergeler	Bağışıklama oranları, gebelik hizmetlerinin durumu, sağlık kurumunda doğum yapan gebelerin oranı, gebelikten korunma yöntemi kullanan kadınların oranı, kişi başı hekim kullanma sıklığı

Kaynak: (Belek, 2004:17).

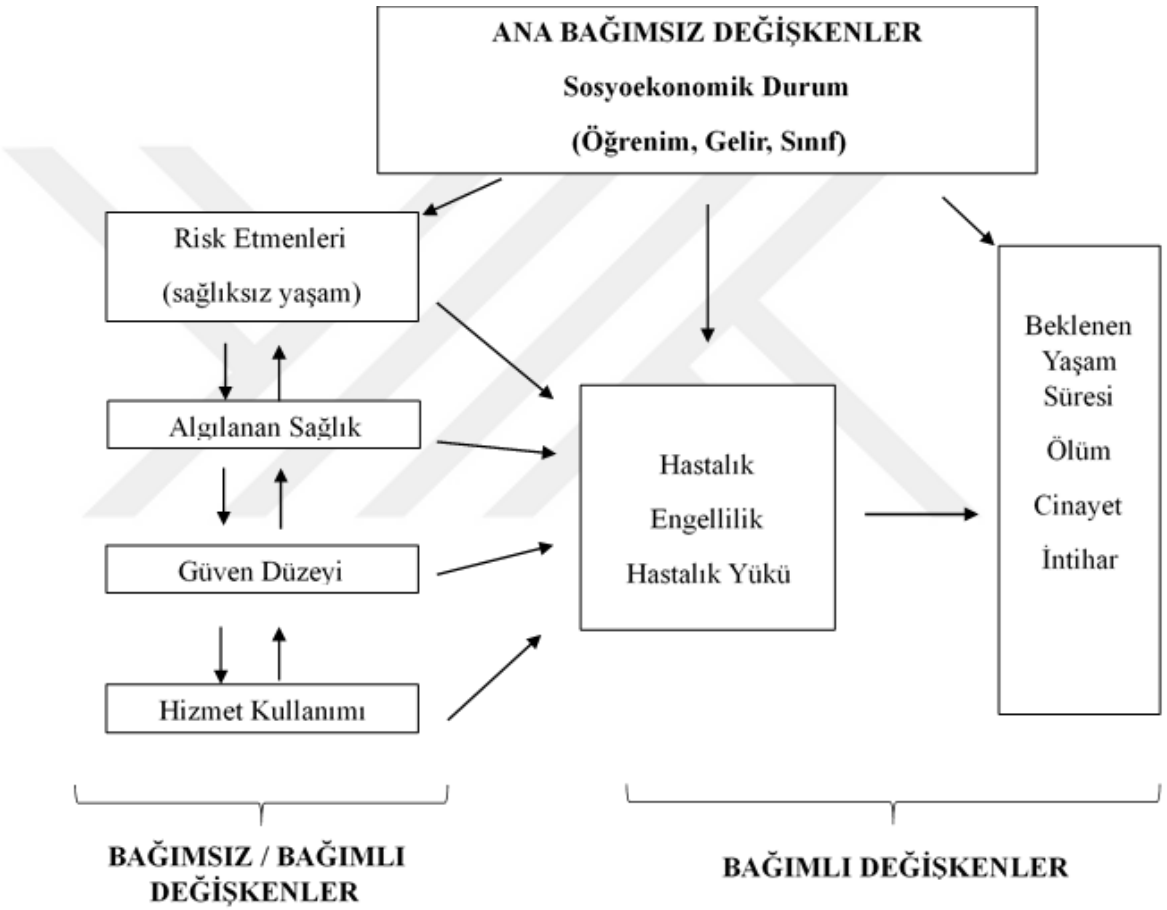
Şimşek ve Kılıç (2012:121-124)' a göre sağlıkta eşitsizliklerin ölçümü iki başlık altında incelenmiştir:

a) **Sağlık Durumuna İlişkin Eşitsizlikler**: Bu alanda kullanılan başlıca değişkenler; mortalite, morbidite, sağlığı etkileyen risk etmenleri, sağlık

hizmetlerinin erişebilirliği, engellilik, sağlık algısı, sağlık hizmetlerinin kullanımıdır.

b) **Sosyoekonomik Etmenlere Bağlı Eşitsizlikler:** Bu alanda kullanılan başlıca değişkenler; öğrenim durumu, gelir düzeyi, meslek, sınıf, sosyal güvence durumu, yaşanılan konutun özellikleri, yaşamı kolaylaştırıcı araçlar/dayanıklı tüketim mallarına sahip olma durumudur.

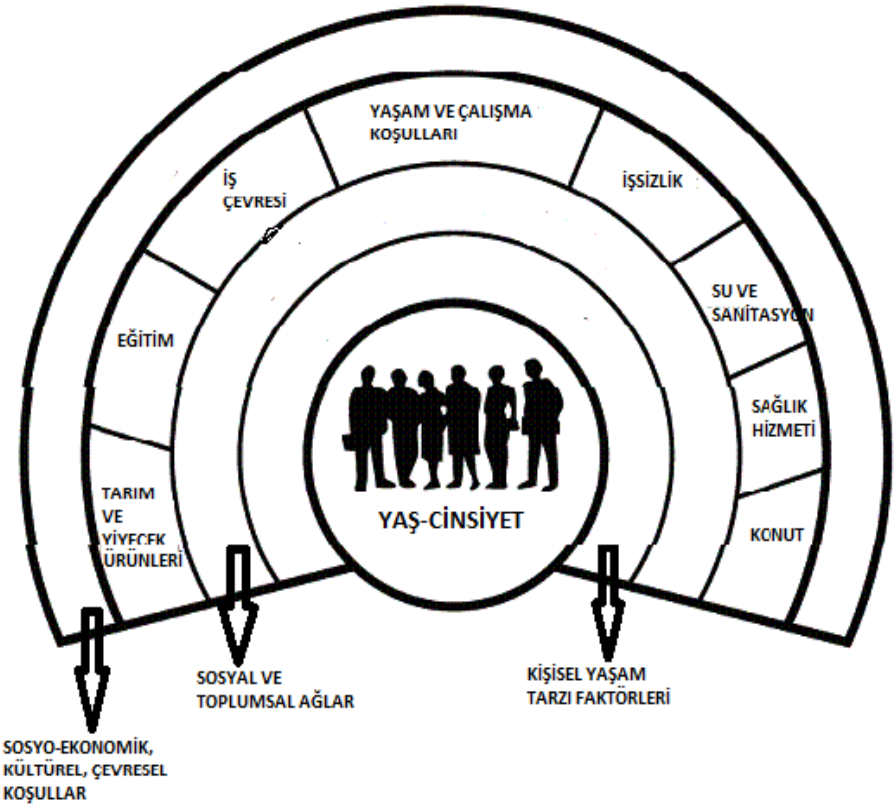
Şekil 6. Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Çalışmalarda Kullanılan Değişkenler



Kaynak: (Şimşek ve Kılıç, 2012:121).

Sağlıkta eşitsizlik üzerinde etkisi olan değişkenler Dahlgren ve Whitehead tarafından geliştirilen Gökkuşağı Model'ine göre (Rainbow Model); cinsiyet, yaş gibi değişkenlerle merkezde kalan bireyin; kişisel alışkanlıkların, sosyal ve toplumsal etkilerin ve yapısal faktörlerin etkisinde olduğunu belirtmektedir (Tekingündüz vd., 2016:33-34).

Şekil 7. Gökkuşağı Modeli



Kaynak: (Tekingündüz vd., 2016:34).

Türkkan (2005:13-14)'a göre ise, dünyada sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında kullanılan başlıca göstergeler üç başlık altında incelenmiştir.

1- Sağlığın Belirleyicileri ile İlgili Göstergeler

- Eğitim düzeyi,
- Yoksulluk düzeyi ve prevelansı
- Yeterli sanitasyon koşullarına sahip olan nüfusun yüzdesi,
- İşsizlik oranı,
- Sağlıklı içme suyu kullanma oranı,
- Sosyal güvenlik durumu,
- Lorenz eğrisi,
- Gini katsayısı,
- Bireyin gelir düzeyi,
- Robin Hood indeksi.

2- Sağlık Düzeyi Göstergeleri

- Algılanan sağlık,
- Yeti yitimi,
- Kavruk, bodur çocuk yüzdesi,
- Hastalıkların görülme sıklığı (özellikle felç, kalp hastalığı)
- Çocuklarda malnutrisyon prevalansı,
- Beş yaş altı ölüm oranı,
- Kronik hastalıkların sıklığı,
- Bulaşık hastalık hızları,
- Doğumda yaşam beklentisi,
- Bebek ölüm hızı,
- Anne ölüm hızı,
- Perinatal ölüm hızı,
- Yaşa, cinse, yerleşim yerine, mesleğe ve nedene özel ölüm hızı,
- Potansiyel yaşam yılı kaybı,
- Ölü doğum hızı ve oranı,
- Ölüm nedenleri,
- Yaş ve cinse özel yaşam beklentisi,
- Yaşam kalitesi,
- Vücut kitle endeksi,
- Fiziksel aktivite,
- Hastalıklara özgü göstergeler,
- Kaliteye ayarlanmış yaşam yılları,
- Genel sağlık anketi,
- Nottingham sağlık profili,
- SF-36.

3- Sağlık Hizmeti Kaynakları ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik

- Yeterli sağlık hizmetine ulaşabilen nüfus oranı,
- Gayri safi milli hasıla,
- Sağlık personeli başına düşen nüfus,
- Sağlık kurumu başına düşen nüfus,

- Bağışıklama oranları,
- Kişi başına yapılan sağlık harcaması,
- Servical kanser tarama hızı,
- Aile planlaması kullanım durumu,
- Sağlık harcamaları dağılımı,
- Doğumun yapıldığı yer,
- Sağlık kurumları dağılımı,
- Antenatal bakım alan kadınların oranı,
- Sağlık personeli yardımı ile yapılan doğum oranı.

2.2.7. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadele

2.2.7.1. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadelenin Önemi

Sağlıkta eşitsizlik, bireyler ve toplumun değişik kesimleri arasında ekonomik, kültürel, siyasal, sınıfsal, mesleksel, dinsel vb. nedenlerle ve sağlık hizmetlerine ulaşımdaki yetersizlik nedeniyle sağlıkla ilgili önlenebilir ve kabul edilemez farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (Demir, 2019:22-23). Buradan anlaşılacağı üzere, sadece sağlık hizmetlerine ilişkin faktörlerden değil, birçok faktörden kaynaklanan sağlıkta eşitsizlikler ile niçin mücadele edilmesi gerektiğine yönelik dört tane argüman sunulmaktadır. Bu argümanlar (Woodward ve Kawachi, 2000:924-926);

1.Eşitsizlikler adil değildir,

2.Eşitsizlikler herkesi etkiler,

3.Eşitsizlikler çoğunlukla önlenebilirdir,

4.Maliyet etkin müdahaleler vardır.

Dünyada sağlıkta eşitsizliklerle mücadele, uluslararası örgütlerin ve ülkelerin ekonomik felsefesi ile yakından ilişkilidir. Gelirin eşit dağıtılmaması ve sağlık hizmetinin örgütlenmesi ve finansmanından kaynaklanan nedenlerle eşitsizliği yaşayan ülkelerde eşitsizlikle mücadele edilmesi için toplumun zengin ve yoksul kesimi arasındaki sosyoekonomik eşitsizlikler azaltılmaya çalışılmaktadır (Koçoğlu, 2006:28). Aynı zamanda, son yıllarda sağlıkta eşitsizliklerle mücadele birçok hükümet

tarafından önemli bir halk sağlığı politikası haline gelmektedir. Bunun nedeni, bireyler, gruplar, toplum ve ülkeler arasındaki sağlık çıktılarındaki farklılıkların (sağlık göstergeleri) sağlıkta eşitsizliklere sebebiyet vermesidir. Bu anlamda, sağlıkta eşitsizlikle mücadele iki boyutta ele alınmaktadır. *Birinci boyutu,* meydana gelen eşitsizliklerden en çok etkilenen kesimin maruz kaldığı hastalık ve yaralanmaları azaltarak kişilerin mağduriyetlerini gidermektir. *İkinci boyutu ise,* insan haklarının ve insan onurunun korunmasına atıf yapan ahlaki boyuttur (Aba ve Ateş, 2015:66).

Sağlıkta eşitsizlik olgusuyla mücadele ve eşitsizlik durumunun ortaya çıkışının en baştan engellenmesi gerekmektedir. Diğer bir anlatımla, eşitlikçi politikalar geliştirilmesi, üretimde, toplumsal kalkınmada, tüketim ilişkilerinde, servetin paylaşım ve kullanımında eşitlikçi tercihlerin yapılması gerekmektedir. Bütün bunlar doğrudan sağlıkla ilişkili disiplinlerin ilgi alanına girmeyen, ancak sağlığı doğrudan etkileyen tercihler olmaktadır. Dolayısıyla sağlıktaki eşitsizlik olgusunun ele alınması, politika yapılmasını zorunlu kılmaktadır (Belek, 1998:122-123). Bu anlamda, sağlıkta eşitsizlikle mücadele etme süreci iki yönde yürütülebilmektedir. Bu süreçler; sonuca odaklanan müdahaleler ve kaynağa yönelik müdahalelerdir. *Sonuca odaklanan müdahaleler,* sağlıkta eşitsizliğin sağlık üzerinde yarattığı olumsuz etkilerin giderilmesini amaçlamaktadır. Diğer bir ifadeyle, sonuca odaklanan müdahaleler, birey düzeyinde sağlık sorunlarının nedenlerini ya da eşitsizliğin bireysel sonuçlarını gidermeyi hedeflemektedir. Bu anlamda, bireysel düzeyde bireyin sağlıklı yaşam tarzına yönelik farkındalığın artırılması, sağlıklı yaşam tarzını benimseten çalışmalar, yoksul bireyler ve gruplar için sağlık hizmetlerinin erişebilirliğinin artırılması vb. çalışmalar bu kapsamda ele alınabilmektedir. *Kaynağa yönelik müdahaleler ise,* eşitsizliğin altında yatan faktörleri gidermeye yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Bu müdahaleler ile sağlığın yapısal ve sosyal belirleyicileri olan işsizlik, eğimden dışlanma, yoksulluk, yetersiz barınma vb. sorunlar hedeflenmektedir. Diğer bir anlatımla kaynağa yönelik müdahaleler, sadece sağlık sorunlarını değil, sağlıkta eşitsizliği ortadan kaldıracak tüm çalışmaları kapsamaktadır (Polat ve İçağasıoğlu Çoban, 2015:185).

2.2.7.2. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadele Stratejileri

Sağlıkta eşitliği ve adaleti sağlamak için geliştirilen politikaların temel amacı, sağlıkta var olan farklılıkları yok ederek herkesin aynı düzeyde ve kalitede sağlık hizmeti almasını sağlamak değil, önlenebilir ve adil olmayan etkenler sonucu oluşan farklılıkları azaltmaktır. Bu nedenle, sağlıkta eşitsizlikle mücadelede, sadece sağlık hizmetlerine yapılan yatırım ve hizmetleri geliştirme çalışmaları yeterli olmamaktadır. Mücadele için, eşitsizliğe yol açan ve sağlığı ya da sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen tüm etkenlerin dikkate alınması gerekmektedir. Şüphesiz ki sağlıkta eşitsizlikle mücadele, eşitsizliklerin nedenlerinin ele alınış biçimiyle yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, eşitsizlikle mücadele stratejileri oldukça dar kapsamlı olabileceği gibi çok geniş kapsamlı da olabilmektedir. Bu açıdan, sağlıkta eşitsizlikle mücadele stratejileri aşağıdaki alanlarda somutlanmalıdır (Polat ve İçağasıoğlu Çoban, 2015:182-183; Belek, 1998:122-125; Whitehead, 1991:222-225):

Yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile ilgili aktiviteler: Sağlıkta mevcut eşitsizliklerin çoğu yaşam ve çalışma koşullarına göre belirlenmektedir. Bu nedenle, sorunların temel nedenlerine odaklanarak sorunların gelişmesini önlemek gerekmektedir. Sağlıkta eşitsizlikle mücadelede, yaşam koşulları ile ilgili gerek fiziksel çevre gerekse de sosyal çevreyi kapsayan stratejilerin geliştirilmesi gerekirken; çalışma koşulları ile ilgili çeşitli kimyasallara temasın tamamen yasaklanması, işçilerin işyerinde alınan kararlara katılımının sağlanması, işyeri sağlık hizmetlerinin standardının yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması gibi stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Bireylerin daha sağlıklı yaşam tarzı benimsemeleri ile ilgili aktiviteler: Sigara, alkol, uyuşturucu ile mücadele edilmesi, fiziksel aktivitenin arttırılması, bireylere sağlık eğitimi verilmesi, hastalıkların önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi, sağlıklı beslenme gibi bireysel sorumluluk gerektiren sağlık davranışlarının benimsetilmesi, riskli sağlık davranışlarının azaltılması bu alandaki stratejileri oluşturmaktadır. Ancak, toplumdaki bazı gruplar, örneğin yetersiz gelir nedeniyle, yaşam biçimlerini seçme konusunda dezavantajlı durumundadır. Bu nedenle, geliştirilen politikalar dezavantajlı grupları da kapsayacak şekilde belirlenmelidir.

Kaliteli sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir hale getirmesi ile ilgili aktiviteler: Bu alanda sosyal ve sağlık ihtiyaçları dikkate alınarak kaynak dağılımının yapılması, hizmetlerin coğrafi dağılımında ihtiyaçların göz önünde bulundurulması, farklı sosyal grupların sağlık hizmetlerine erişiminin araştırılması gibi stratejiler yer almaktadır.

Düşük gelirle ilgili aktiviteler: Düşük gelir düzeyine sahip bireyler hem birtakım maddi olanaklardan yoksun kalmakta hem de sosyal dışlanmaya maruz kalmaktadır. Bu durum bireylerin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu nedenle, yoksullukla mücadelede, mevcut kaynakların eşit dağılımın sağlanması, yoksul grupların kendi bireysel yeteneklerini geliştirebilecekleri fırsatların oluşturulması, yoksulluğun neden olduğu sağlık zararlarının ortadan kaldırılması gibi stratejiler belirlenmelidir. Yoksulluğa yönelik doğrudan ve dolaylı mücadele yöntemlerinin kullanımı sağlıkta eşitsizlikle mücadelede de temeldir.

İşsizlikle ilgili aktiviteler: Bireyin sağlığı üzerinde doğrudan olumsuz etkisi olması nedeniyle işsizliğin azaltılmasına yönelik stratejilerin belirlenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerine sınırlı ulaşımla ilgili aktiviteler: Sağlık hizmetine daha fazla ihtiyacı olan kesimin sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanmaları gelişmemiş bölgelerin çok önemli bir sorunudur. Bu doğrultuda, bütün topluma ulaşabilir ve evrensel nitelikli sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, kamusal sosyal güvenlik sisteminin kapsamının genişletilmesi, finansal ve bölgesel eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

2.2.7.3. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadelenin Temel İlkeleri

Sağlıkta eşitsizlikle mücadelenin temel ilkeleri uluslararası boyutta özellikle DSÖ'nün öncülüğünde geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu uğraşlar neticesinde sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik geliştirilen temel ilkeler şu şekildedir (Selçuk, 2010:24-25):

- Öncelikli olarak gerek yaşam koşullarından gerekse de çalışma koşullarından kaynaklanan eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

- Sağlıkta eşitsizliklerin yok edilmesi yoksulluğun ortadan kaldırılmasını gerektirmektedir.
- Gelir dağılımında adaletin sağlanması gerekmektedir.
- Sağlıkta eşitsizliklerin yok edilmesi işsizliğin ortadan kaldırılmasını gerektirmektedir.
- Sağlıkta eşitsizliklerin yok edilmesi için toplumu sınıflar; dünyayı ise gelişmiş/gelişmemiş olarak dilimlere ayıran gerek ulusal gerek uluslararası ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sağlıkta eşitsizlikler üzerindeki etkisi ekonomik ve politik etkenlerden daha geri planda yer alsa da eşitsizliklerin yok edilmesi için sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanması gerekmektedir.
- Sağlıkta eşitsizlikle mücadelede, sağlık hizmetinin hakkaniyetli biçimde dağıtılması ve hizmet kullanımın önündeki finansal engellerin kaldırılması kadar, hizmetin temel sağlık hizmeti odaklı örgütlenmesi de önemli olmaktadır. Bu doğrultuda, sağlık hizmeti toplumun öncelikli sorunlarına yönelebilir, dezavantajlı gruplara öncelik verebilir. Aynı zamanda sağlık, toplumsal gelişmenin vazgeçilmez bileşenlerinden biri olarak ele alınabilir.
- Sağlıkta eşitsizlik olgusunun çözümü için toplumun sorunun çözümüne yönelik politik ve teknik katılımının sağlanması gerekmektedir.
- Sağlıkta eşitsizlik olgusunun çözümünde bireysel davranışların sağlıklı yönde değiştirilmesi gerekmektedir. Böylece toplumun genelinde çıkarların gözetilmesi sağlanmaktadır.

2.2.7.4. Sağlıkta Eşitsizlikle Mücadelede Uluslararası Kuruluşlar

Sağlıkta eşitsizlikle mücadelede uluslararası kuruluşlar (BM, WHO, Dünya Bankası Grubu vb.) güç, refah, toplumsal, ekonomik ya da politik fırsatlar konusunda mevcut eşitsizliklerin çarelerini bulmakla sorumludurlar. Bu anlamda, uluslararası kuruluşlar eşit sağlık sonuçlarına ulaşma konusunda birincil olmasa da ikincil rol oynarken kamu malları üretme, küresel piyasa başarısızlıklarını düzeltme ve küresel ölçekte eşitlik ve adalet olgusunu dikkate alarak sorunlara eğilme isteğindedirler (Tekingündüz vd., 2016:41).

Sağlıkta eşitsizlikle mücadele konusunda faaliyet gösteren önemli aktörlerden biri Birleşmiş Milletlerdir. Eşitsizliklerle mücadele için, 2000 yılı Eylül ayında toplanan BM Genel Kurulu'nda 147 devlet ve hükümet başkanı (ve toplam 189 üye ülke) "insan onuru, eşitlik ve esenlik ilkelerinin güçlendirilmesi için topluca taşıdıkları sorumluluğu" kabul ederek Binyıl Bildirgesi'ni ilan etmişlerdir. Söz konusu ilkelerin hayata geçirilmesi için sekiz temel hedeften oluşan "Binyıl Kalkınma Hedefleri" belirlenmiştir. Bu hedefler şu şekildedir (Bahar ve Gördes Aydoğdu, 2011:131):

- Yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak,
- Eğitim fırsatı sağlamak,
- Cinsiyet eşitliğini güdülemek ve kadının güçlendirilmesini sağlamak,
- Çocuk ölümlerini azaltmak,
- Anne sağlığını iyileştirmek,
- HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele,
- Sağlıklı çevre yaratmak,
- Uluslararası iş birliği.

Yukarıdaki hedeflerin bazıları sağlık ile doğrudan ilişkili iken bazıları dolaylı olarak sağlıkta eşitsizlikle mücadelede önem arz etmektedir. Bunun nedeni ise, sağlık ve diğer göstergeler arasındaki bağlantıdır. Çünkü sağlık eşitsizliği sosyal, ekonomik ve siyasal birçok faktör tarafından meydana gelmektedir. Bu anlamda, bu hedefler dünyanın her yerinde sağlık ve refah içinde yaşama şartlarının iyileştirilmesi için çok sektörlü yaklaşım içerisinde olmanın gerekliliğine vurgu yapmaktadır (Aba ve Ateş, 2015:68).

Sağlıkta eşitsizlikle mücadele konusunda faaliyet gösteren önemli aktörlerden biri de Dünya Sağlık Örgütüdür. DSÖ'nün yayınladığı rapor, istatistik ve diğer dokümanlar sağlık eşitsizliklerini ortaya koyan önemli kaynaklardır. İlk kez 1995 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Raporu, DSÖ'nün önde gelen yayınını oluşturmaktadır. Bu raporda, tüm ülkelerle ilgili istatistiklere ve küresel sağlık ile ilgili uzman değerlendirmelerine yer verilmekte ve her raporda belirli bir konuya odaklanılmaktadır. Raporun temel amacı, ülkelere, yardım kuruluşlarına, uluslararası kuruluşlara ve diğerlerine, politika yapmalarında ve finansman kararlarında yardımcı olmak için ihtiyaç duydukları bilgileri sağlamaktır (Aba ve Ateş, 2015:69). DSÖ'nün

2002 yılında yayımladığı raporunda sağlık alanında giderek artan eşitsizliklere dikkat çekmek için, "Kazanımların yavaşladığı ve sağlıkta uçurumun derinleştiğine" vurgu yapılmaktadır. (Yıldız, 2008:32). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" hedefleri dezavantajlı durumda olan birey ve toplumların içinde bulunduğu eşitsizlikleri gidermeye yöneliktir. Bu doğrultuda, DSÖ'nün 2008 yılında yayımladığı raporunda ise, "Nesiller arası farkı kapatmak; Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde sağlıkta eşitlik" konusuna yer verilmiştir. Ülkeler ve ülkelerin kendi içerisindeki eşitsizliklerin yıllar geçtikçe azalması beklenirken tam tersi artış gösterdiği ve günümüz sağlık politikalarıyla ulaşılması belirtilen hedeflere ulaşmanın mümkün olmadığı vurgulanmaktadır (Demirel ve Akın, 2014:238). DSÖ, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Hakkında Rio Deklarasyonu'nda da "Ülkelerin kendi içerisinde ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri sosyal, politik ve ekonomik olarak kabul edilemez; bu eşitsizlikler adaletsizdir ve büyük ölçüde önlenebilir. Sağlık alanında eşitliğin geliştirilmesi sürdürülebilir kalkınma, daha yüksek bir yaşam kalitesi ve herkes için sağlık konusunda hayati bir öneme sahiptir, barış ve güvenliğe de katkı sunabilir." şeklinde sağlıkta eşitsizlikler konusu ifade edilmektedir (Aba vd., 2015:26).

Sağlıkta eşitsizlikle mücadelede önemli aktörlerden bir diğeri de Dünya Bankası Grubudur. Dünya Bankası Grubu (DBG), aşırı yoksulluğu sona erdirme ve paylaşılan refahı artırma hedefleriyle, gelişmekte olan ülkelere finansal ve teknik destek sağlamaktadır. Sağlığı iyileştirmek de bu hedeflere ulaşmanın ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Bu açıdan, her kadının ve çocuğun hayatta kalması ve sağlıklı, üretken bir yaşam sürebilmesi için gerekli olan kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetinin alınmasını sağlamak için kanıta dayalı yaklaşımlar kullanmaktadır. Böylece, anne ve çocuk ölümlerinde küresel düzeyde azalmalara ve yoksul kadın ve çocukların sağlık hizmetlerine erişiminin genişlemesine katkıda bulunmaktadır (The World Bank, 2013).

2.2.8. Sağlıkta Eşitsizliğe Yönelik Literatür İncelemesi

Sağlıkta eşitsizlik, 1970'lerin ortasından itibaren gündemde olan ve günümüze kadar önemini yitirmeden devam eden bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerek uluslararası konferanslarda gerek uluslararası hazırlanan raporlarda konunun önemine

sıklıkla değinilmektedir. Bu doğrultuda, burada hem yurt dışı hem de ülkemizde sağlık eşitsizliğini konu edinen çalışmalara yer verilmiştir.

Makinen ve ark. (2000) çalışmalarında zengin kesimde yer alan bir kişinin hasta olduğunda bir doktora muayene olması veya ilaç almasının fakir kesimde yer alan bir kişiye göre daha yüksek olasılığa sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca zenginlerin sağlık bakımına daha fazla harcama yaptıkları saptanmıştır (Makinen vd., 2000).

Zhang ve Kanbur (2005) çalışmalarında Çin'deki eğitim ve sağlık hizmetlerindeki bölgesel eşitsizlikler üzerinde durmuşlardır. Kırsal ve kentsel alanlar incelemeye tabi tutulmuştur. Eğitim alanındaki eşitsizliğin göstergesi olarak okuryazarlık oranı yıllara göre incelenmiştir. Okuryazarlık oranının bölgesel eşitsizliğini değerlendirmede Gini katsayısından yararlanılmış ve eşitsizlikler belirlenmiştir. Kırsal ve kentsel alanlardaki sağlık eşitsizliğinde ise bebek ölüm hızının yanı sıra kişi başına düşen personel sayısı ile hastane yatakları verisi kullanılmıştır. Bu göstergelerde de ciddi eşitsizliklerin olduğu belirlenmiştir (Zhang ve Kanbur, 2005).

Morris ve ark. (2005) çalışmalarında İngiltere'de sağlık hizmeti kullanımında gelir, etnik köken, istihdam durumu ve eğitim açısından eşitsizlikler olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, düşük gelirli bireylerin ve etnik azınlıkların pratisyen hekimlere başvurma olasılıkları daha yüksek olurken ikinci basamak tedavi hizmeti alma olasılıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, sağlık hizmeti kullanımında ekonomik faaliyetler bazı işsiz grupların hizmetlerden beklenenden daha az etkilenmesine neden olmaktadır. Daha yüksek düzeyde örgün eğitime sahip olan bireylerin genel olarak pratisyen hekimlere başvurma ve ayakta tedavi ziyaretleri yapma olasılıkları da daha azdır (Morris vd., 2005).

Shi ve ark. (1999) çalışmalarında gelir eşitsizliği, temel bakım ve sağlık göstergelerinden bahsedilmiştir. Çalışma hem temel bakım hem de gelir eşitsizliğinin yaşam beklentisi ve toplam mortalite üzerinde güçlü ve anlamlı bir doğrudan etkiye neden olduğunu göstermektedir. Temel bakım, inme ve postneonatal mortalite üzerinde de belirgin bir doğrudan etkiye sahiptir (Shi vd., 1999).

Politzer ve ark. (2001) Amerika'da yapılan çalışmalarında uygun sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması ile sağlık hizmeti eşitsizliklerinde azalma arasında bir ilişki olduğunu gösteren literatür gözden geçirilmiştir. Veriler, üç aşamalı olarak toplanmıştır. Uniform Data System (UDS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ve The National Health Interview Survey (NHIS) veri toplama yöntemleridir. Bu veriler ışığında, yalnızca düzenli ve olağan bir bakım kaynağına erişimin, sağlık hizmeti eşitsizliklerini azaltacağına ulaşılmıştır. Ayrıca, Amerika Sağlık Merkezlerinin birincil sağlık hizmetlerine erişimde ve önemli koruyucu tarama prosedürlerinde ırk / etnik köken, gelir ve sigorta statüsündeki eşitsizlikleri azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Politzer vd., 2001).

Shi ve Starfield (2000) Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarında gelir dağılımı ile temel bakım sağlık hizmetlerinin devletler içerisindeki dağılımlarının bireylerin kendi sağlık durumunu değerlendirmesinde önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Daha yüksek oranda birinci basamak hekimine sahip olan eyaletlerde yaşayan bireyler, daha düşük bir orana sahip olan eyaletlerde yaşayan bireylere göre sağlıklarını daha iyi bildirme ve değerlendirme olasılıklarına sahiptir (Shi ve Starfield, 2000).

Veugelers ve Yip (2003) çalışmalarında düşük sosyoekonomik geçmişe sahip insanların, mortalitedeki sosyoekonomik farklılıkları iyileştirecek şekilde, daha fazla aile hekimi ve hastane hizmetlerini kullandıklarını saptamışlardır. Bu kişilerin, uzmanlığın olduğu hizmetleri daha az kullandıklarını ortaya koymuşlardır. Uzmanlığın olduğu hizmetler yüksek gelir grubunda daha yaygın olarak kullanılmıştır. Buradan hareketle de aile hekimi ve hastane hizmetlerinin evrensel kapsamı, mortalitedeki sosyoekonomik farklılıkları iyileştirmektedir (Veugelers ve Yip, 2003).

Fleurbaey ve Schokkaert (2009) çalışmalarında sağlık alanındaki eşitsizliklerin, toplumsal eşitsizliğin genel değerlendirmesinde nasıl bütünleştirilebileceği tartışılmıştır (Fleurbaey ve Schokkaert, 2009).

Pathak ve ark. (2010) Hindistan'da yapılan çalışmalarında anne sağlığına yönelik sağlık hizmeti kullanımında yoksul annelerin dezavantajına olacak şekilde eşitsizlik olduğunu tespit etmişlerdir (Pathak vd., 2010).

Wang ve ark. (2004) çalışmalarında Güney Kaliforniya'da özel sigortalılarla karşılaştırıldığında devlet tarafından finanse edilen sigortalı çocuklar için cerrahi özel sağlık hizmetlerine erişimde büyük ölçüde eşitsizlikler olduğu saptanmıştır (Wang vd., 2004).

Zhao (2006) çalışmasında Sağlık Bakanlığı tarafından yaklaşık 100 ilçeden ve ülkeden 2003 Ulusal Sağlık Hizmetleri Anketi ile toplanan sağlık ve ölüm verileri analiz edilmiştir. Öncelikle gelişmiş ve daha az gelişmiş bölgeler arasındaki ölüm oranları karşılaştırılmıştır. Daha sonra bu bölgelerdeki sağlık hizmetlerindeki farklılıklar ve mortalite değişimleri ile geniş çaplı sosyoekonomik faktörler arasındaki ilişki, özellikle de sağlık hizmetlerinde son değişiklikler incelenmiştir. Son olarak, Çin'deki ölüm oranlarında daha fazla iyileşme için sağlık bakımı ve gelir dağılımındaki eşitsizliğin etkileri ele alınmıştır (Zhao, 2006).

Petrovic ve ark. (2018) çalışmalarında sağlık davranışlarının sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlikleri açıklamadaki rolü sistematik olarak incelenmiştir. Yayınlanan çalışmalar, PubMed, Embase ve Web of Science'ın sistematik bir incelemesiyle belirlenmiştir. Dört sağlık davranışı göz önünde bulundurulmuştur. Bunlar; sigara içmek, alkol tüketimi, fiziksel aktivite ve diyet. Sağlık sonuçları kardiyometabolik bozukluklar ve mortalite ile sınırlandırılmıştır. Çalışmalar arasında karşılaştırma yapmak için, sağlık davranışlarının katkısı ya da sağlık davranışları ile açıklanan sosyoekonomik değişimin bir bölümü, tüm çalışmalarda mutlak ölçek farkı yöntemine göre yeniden hesaplanmıştır. Elektronik veri tabanlarından sosyoekonomik durum, sağlık davranışları ve kardiyometabolik bozukluklar veya mortalite hakkında 114 makale ve makalelerin referans listeleri belirlenmiştir. Düşük sosyoekonomik durum, tüm nedenlere bağlı ölüm ve kardiyometabolik bozukluk riskindeki artış ile ilişkilidir, bu değişim, sağlık davranışlarıyla değişen derecelerde açıklanmıştır (minimum katkı -% 43; maksimum katkı % 261). Sağlık davranışları, Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da yapılan çalışmalarda, tüm nedenlere bağlı ölüm ve kardiyovasküler hastalıkları inceleyen çalışmalarda, erkekler arasında, genç bireylerde ve uzun vadeli çalışmalarda, diğer ortamlarla karşılaştırıldığında, SEP-sağlık değişiminin daha büyük bir bölümünü açıklamıştır. İncelenen dört davranıştan sigara kullanımı sağlıkta sosyal eşitsizliklere en fazla katkı sağlayandır ve medyan katkısı %

19 olmuştur. Sağlık davranışları, kardiyometabolik hastalık ve mortalitede sosyoekonomik değişime katkıda bulunur, ancak bu katkı nüfusa ve çalışma özelliklerine göre değişir. Bununla birlikte, çalışma sonuçları, sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltabileceği ve nüfus sağlığını artırabileceğinden sağlık davranışlarını hedefleyen müdahalelerin uygulanmasını teşvik etmektedir (Petrovic vd., 2018).

Campos-Matos ve ark. (2016) çalışmalarında Portekiz'deki sağlıkta sosyal eşitsizliklerle ilgili mevcut kanıtları açıklamak amacıyla, onlarla mücadeleye yönelik kapsamlı ve odaklanmış bir stratejiye katkıda bulunmak için sistematik bir inceleme yapılmıştır. PRISMA kuralları takip edilmiş ve 2000 yılından bu yana Portekiz'de yaşayan nüfusun sosyoekonomik statü ölçüsü ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye bakılarak araştırmalar için Scopus, Web of Science ve PubMed aranmıştır. Sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımı araştırmanın dışında tutulmuştur. Sonuçların nitel bir tanımı yapılmıştır. Tamamı kesitsel verileri kullanan, tümü gözlemsel analizleri rapor eden yetmiş bir yayın seçilmiştir. Bu yayınlar, başta obezite, kişinin kendi sağlık durumunu değerlendirmesi ve zihinsel sağlık olmak üzere eğitim ve cinsiyetle ilgili sağlık eşitsizlikleri için güçlü kanıtlar göstermiştir (Campos-Matos vd., 2016).

Su ve ark. (2006) çalışmalarında katastrofik sağlık harcamalarının temel belirleyicilerinin; ekonomik durum, özellikle modern tıbbi bakım için evde sağlık hizmeti kullanımı, yetişkin bir hane üyesindeki hastalık olayları ve kronik hastalığı olan bir üyenin varlığı olduğu tespit edilmiş ve toplumun en fakir kesiminin katastrofik sağlık harcamalarına maruz kaldığı saptanmıştır (Su vd., 2006).

Lundberg (1991) çalışmasında fiziksel çalışma koşullarının fiziksel hastalıkta sınıf eşitsizliğinin ana kaynağı olduğu gösterilmiştir (Lundberg, 1991).

Joe ve ark. (2008) çalışmalarında yüksek gelir düzeyine sahip olan kesim yanlısı gelir eşitsizliğinin sağlık eşitsizliğinin derecesini arttırdığını tespit etmişlerdir (Joe vd., 2008).

Lopez-Cevallos ve Chi (2010) çalışmalarında hane halkının ekonomik durumu ile önleyici ve iyileştirici hizmetlerin kullanımı arasında önemli bir negatif ilişki bulunmuştur. Ayrıca, yerli etnik köken, ekonomik durumdan bağımsız olarak sağlık hizmeti kullanımının önemli bir negatif belirleyicisi olarak bulunmuştur (Lopez-Cevallos ve Chi, 2010).

Kennedy ve ark. (1998) çalışmalarında bir eyalet içinde var olan gelirdeki eşitsizliklerin kişinin kendi sağlık durumunu değerlendirmesine olan etkileri belirlenmiştir (Kennedy vd., 1998).

Van Doorslaer ve ark. (1997) çalışmalarında tüm ülkelerde yüksek gelir grupları yanlısı sağlık eşitsizliklerinin mevcut olduğu ve ülkeler arasında, sağlıktaki eşitsizlikler ile gelirdeki eşitsizlikler arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Van Doorslaer vd., 1997).

Van Doorslaer ve ark. (2006) çalışmalarında verilerin mevcut olduğu tüm ülkelerde daha yüksek geliri olan kişilerin daha düşük geliri olan kişilere göre daha sık uzman hekim başvurusunda bulunma olasılığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Van Doorslaer vd., 2006).

Zaboli ve ark. (2014) çalışmalarında sağlıkta eşitsizliği azaltmak için sağlığın sosyal belirleyicilerine yatırım yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, gelecekteki makroekonomik politikaların nüfus sağlığını ne ölçüde etkilediğini değerlendirmenin gerekliliğine dikkat çekilmiştir (Zaboli vd., 2014).

Alegría ve ark. (2002) çalışmalarında etnik gruplar arasında demografik özellikler, coğrafi konum, ikamet bölgesi, sigorta durumu, gelir, servet ve akıl sağlığı hizmetlerinin kullanımında önemli farklılıklar bulunmuştur. Sonuçlar, yoksul Latinlerin (15.000 $ 'dan daha az aile geliri), Latin olmayan beyazlara göre uzmanlık hizmetlerine daha düşük erişime sahip olduğunu göstermiştir (Alegría vd., 2002).

Aba ve ark. (2015) çalışmalarında ülkelerin global sağlık göstergelerinden aldıkları toplam puana göre, Afrika ülkelerinin en kötü, Avrupa ülkelerinin ise genel olarak en yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık göstergeleri arasında çok güçlü bir ilişkinin

olduğu ve ülkeler arası sağlık göstergelerinde büyük uçurum olduğu göze çarpan diğer önemli hususlardır (Aba vd., 2015).

İlhan ve ark. (2006) çalışmalarında kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda ve yüksek sosyal sınıflarda son bir yıl içinde yapılan sağlık başvuru sayısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Başvurular içinde eğitim düzeyi arttıkça ve gelir düzeyi arttıkça koruyucu sağlık hizmetlerini alma azalmaktadır (İlhan vd., 2006).

Özdemir ve Karabulut (2009) çalışmalarında bölgelere göre bebek ölümleri incelendiğinde bebek ölüm hızının en düşük olduğu bölge Doğu Karadeniz (binde 35) ve en yüksek olduğu bölge Kuzeydoğu Anadolu (binde 62) bölgesi olduğu bulunmuştur (Özdemir ve Karabulut, 2009).

Türkkan (2013) çalışmasında iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle yaralanma ve ölümlerde bölgelerarası eşitsizliklerin belirgin olduğu saptanmıştır (Türkkan, 2013).

Gönç Şavran (2014) çalışmasında hem kırsal hem de kentsel alanda kadınların sağlıklarının, aynı gelir ve eğitim düzeyine sahip olsalar dahi erkeklere oranla daha kötü olduğunu, ayrıca kırsal alanda yaşayan kadınların sağlığının da kentsel alanda yaşayan kadınlara oranla daha kötü olduğunu göstermektedir (Gönç Şavran, 2014).

Kara ve ark. (2018) çalışmalarında hastane sayıları açısından artan oranlı hakkaniyetsiz, bebek ölüm sayıları açısından artan oranlı hakkaniyetsiz, kişi başına düşen hastane sayıları açısından azalan oranlı hakkaniyetsiz, bebek ölüm sayılarının nüfusa oranı açısından ise hakkaniyetli bir dağılım olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Kara vd., 2018).

Genel olarak sağlıkta eşitsizlik konusuna değinen çalışmalara yukarıda değinilmiştir. Aşağıda ise sağlıkta eşitsizliği konu edinen tezlere yönelik bilgilere yer verilmiştir.

Demir (2019) çalışmasında sağlık hizmetlerinin bölgeler arası dağılımında en dengeli olan gösterge grubu tıbbi cihazlar gibi sağlık hizmet kaynakları olduğu, sağlık işgücünün bölgeler arası dağılımı dengeli/eşit bir yapıya sahip olduğu ve buna karşılık

sağlık kurumları ve sağlık hizmet alımlarında bölgeler arası dengesizliğin/eşitsizliğin yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Gösterge grupları içerisindeki değişkenler açısından da ciddi farklılıkların yaşandığı ortaya çıkmıştır. (Demir, 2019).

Ceylan (2016) çalışmasında Manisa'nın tüm ilçelerindeki merkez mahallelerin sosyoekonomik durumu ile iskemik kalp hastalıkları insidansı ve tüm nedenlere bağlı ölüm hızı arasında ilişki saptanmıştır. Mahalle yoksulluğu arttıkça iskemik kalp hastalıkları insidansı ve tüm nedenlere bağlı ölüm hızı da artmaktadır (Ceylan, 2016).

Beyaz Sipahi (2014) çalışmasında obez olmanın ve aşırı kilolu/obez olmanın yaratmış olduğu eşitsizlikte temel sorun olarak eğitim düzeyi ve gelir dağılımı görülmektedir. Bu nedenle uygulanacak politikalar, bireyin sağlığını ve yaşam tarzını doğrudan etkileyeceği düşünülen eğitim ve gelir dağılımını hedef almalıdır (Beyaz Sipahi, 2014).

Şimşek (2011) çalışmasında Balçova İlçesi Çetin Emeç Mahallesi'nde yaşayan 30 yaş ve üzeri kişilerde koroner kalp hastalığının riskleri yüksek olduğu bulunmuştur. Sigara kullanımı, sağlıksız beslenme ve 10 yıllık risk açısından erkekler kadınlardan; fiziksel inaktivite açısından kadınlar erkeklerden anlamlı olarak daha risklidir (Şimşek, 2011).

Selçuk (2010) çalışmasında bölgeler arasında sosyal destek ve mental sağlık yönünden sosyoekonomik eşitsizlikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Selçuk, 2010).

Gönç Şavran (2010) çalışmasında sağlık risklerinin, sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin ve sağlık hizmetlerini alma biçimlerinin toplumda eşitsiz bir şekilde dağıldığı, sağlık kurumlarına, sağlık personeline ve genel olarak sağlık hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerin de buna bağlı olarak farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır (Gönç Şavran, 2010).

Çevik (2010) çalışmasında sağlık güvencesi olmayanlar aleyhine ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirliği açısından eşitsizlik bulunduğunu göstermektedir (Çevik, 2010).

Binbay (2009) çalışmasında eşikaltı psikotik belirtiler ve klinik bozulmaya yol açan psikozlar düşük eğitim, doğum yerinin nüfus yoğunluğu yüksek yerleşim birimi olması, alt sosyoekonomik konum grubunda yer almak ve hane mülkiyetine sahip olmama ile artmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Binbay, 2009).

Nesanır (2007) çalışmasında sosyoekonomik durum içinden kadın eğitimi ve hane reisinin iş/mesleğine dayalı sosyal sınıf değişkenlerinin, kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bağımlı değişkenlere duyarlı değişkenler olduğu ortaya çıkmıştır. Bu iki temel değişkenden oluşturulan indekslerin sınayıcı (bağımlı) değişkenlerin alt kategorilerine duyarlı olduğu gösterilmiştir (Nesanır, 2007).

Koçoğlu (2006) çalışmasında sosyoekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini etkilediği ve dezavantajlı bölgelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi bakımından daha olumsuz özelliklere sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Koçoğlu, 2006).

Çapık (2006) çalışmasında elde edilen verilere göre sağlık algısı yoksul bireylerde daha kötüdür (Çapık, 2006).

Türkkan (2005) çalışmasında Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi içinde yer alan sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede, bölgeler arasında ve toplumsal sınıflarda sosyoekonomik açıdan farklılıklar ile sağlık farklılıkları gösterilmiştir. Akkent bölgesine göre daha düşük sosyoekonomik durumda olduğu saptanan Balat bölgesinin ve diğer toplumsal sınıflara göre daha düşük sosyoekonomik durumda olduğu saptanan işsizler, niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı ücretlilerin sağlık durumu göstergeleri açısından dezavantajlı durumda olduğu saptanmıştır (Türkkan, 2005).

Yardım (2001) çalışmasında eğitim düzeyi, sağlıkla en fazla ilişkili sosyoekonomik düzey göstergesi olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin gelir veya mesleki saygınlık göstergeleri ile ölçümünde anlamlı sağlık farklılıkları saptanmıştır (Yardım, 2001).

2.3. KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYACI

2.3.1. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacı Kavramı

Literatürde sağlık kavramına ilişkin çok farklı şekillerde tanımlar yapılmaktadır. Ancak en çok kabul edilen DSÖ tarafından yapılan tanım olmaktadır. Bu tanıma göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halleri olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu tanıma göre erişilebilir en yüksek sağlık seviyesi, bireylerin ırk, politik görüş, din, sosyal veya ekonomik durumlarına göre hiçbir ayrım yapılmaksızın sahip olması gereken en temel haklardan birisi olarak kabul edilmektedir (Çelik, 2006:27).

Yapılan birçok çalışma, sosyoekonomik durum ile sağlık hizmeti kullanımı arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Herkes mutlu bir şekilde yaşamak ve sağlıklı olmak istemektedir. Sağlığın korunmasının anahtarı ise, tıbbi hizmet gerektiğinde tıbbi hizmetleri gecikmeksizin kullanmaktır (Kim vd., 2018:2). Bununla birlikte gerek sağlık hizmetlerine erişim gerekse de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi sağlığı etkilemektedir. Sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin ve toplumun sağlık hallerinin devam etmesi veya sağlık hallerinin sağlanması amacına yönelik ihtiyaç duyulduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personelleri tarafından sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz olacak şekilde diğer bir anlatımla hiçbir engelle karşılaşılmadan sunulması şeklinde ifade edilmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerine erişimin önünde başlıca engeller bulunmaktadır. Bu engeller şu şekildedir:

- Sağlık hizmetlerini kullanma durumu
- Sağlık hizmetlerinde var olan yüksek fiyatlandırma
- Sağlık sigortasının olmaması
- Dil konusunda yaşanan iletişim sorunları

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki bu engellerin sonucunda ise aşağıdaki durumlar ortaya çıkmaktadır:

- Karşılanmayan sağlık ihtiyaçları,
- Sağlık hizmeti alımlarında yaşanan gecikmeler,

- Önleyici sağlık hizmetlerini alamama,
- Önlenebilecek yatışların önüne geçememe (Budak, 2019:32; Gözlü ve Tatlıdil, 2015:147).

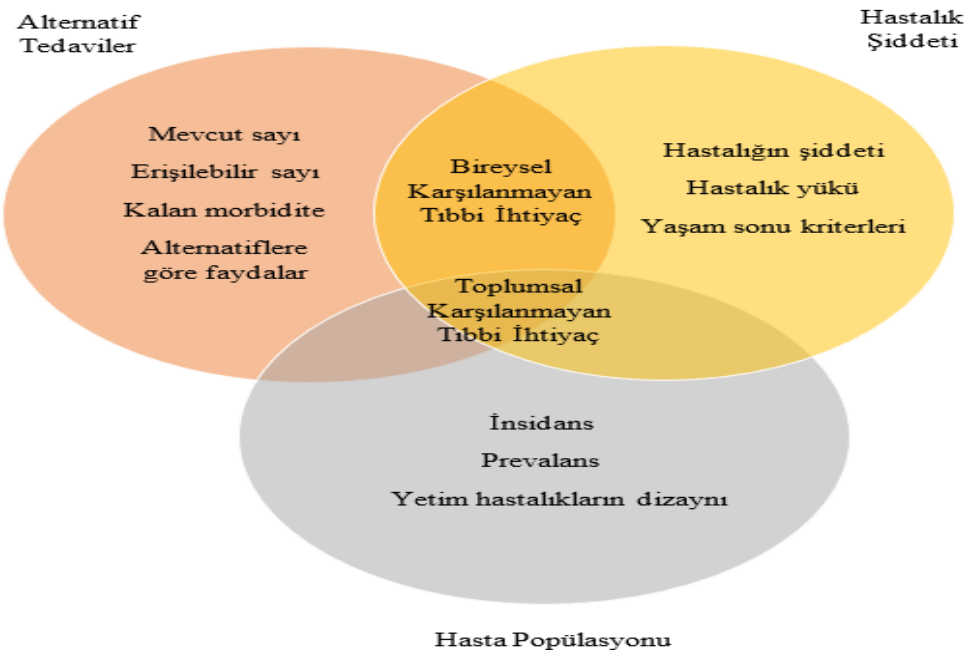
İhtiyaç, giderildiğinde insana mutluluk veren, giderilmediğinde ise üzüntü, keder, acı veren her şey olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde önemli olanın istekler (want) ya da talep (demand) değil, ihtiyaç (need) olduğu geniş kabul gören bir anlayış olarak karşımıza çıkmaktadır. İhtiyaç, talebin daha özel bir konseptidir ve birtakım farklı tanımlara açıktır. Sağlık ekonomistleri genel olarak sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı, sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesi olarak yorumlamaktadır. Sağlık ihtiyacı Donabedian tarafından ise en genel anlamıyla "sağlıkta meydana gelen bozulmalar" şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ihtiyaç, bireyin kendisini rahatsız hissetmesi ya da kaza vb. durumlarla sağlığının bozulması sonucu ortaya çıkmaktadır. Eğer toplumlar arasında verilen hizmetler açısından farklılıklar mevcutsa ve bir toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında verilen hizmetlerde eksiklikler bulunuyorsa o toplumda karşılanmayan bir sağlık ihtiyacı söz konusu olmaktadır (Kara ve Kurutkan, 2018:17-19).

Bütün Avrupa ülkeleri önemli bir politika hedefi olarak tüm insanlar için sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti desteklemektedir. Bu hedefe ne ölçüde ulaşıldığını ölçmenin yöntemi ise, sağlık hizmetlerinde karşılanmayan ihtiyaçların raporlarını değerlendirmektir. İnsanların hasta veya yaralı olduklarında bakım alma konusunda rapor ettikleri sorunlar genellikle bakımın önündeki önemli engelleri yansıtmaktadır (OECD, 2012:90). Bu nedenle, topluma sunulan sağlık hizmetleri belirli bir kalitede olmalı ve toplumdaki tüm gruplara kabul edilebilir ve maliyet etkin bir şekilde verilmelidir. Bununla birlikte, insanlar karar vericiye bağlı olarak geniş ölçüde tıbbi ihtiyaçlara ve tıbbi isteklere göre sınıflandırılabilen çeşitli sağlık hizmetlerini talep etmektedir. İhtiyaçlar uzman kararlarına dayanırken, istekler ise hastaların kendisinden kaynaklanmaktadır. Bu açıdan, evrensel olarak kabul edilmiş bir "karşılanmayan ihtiyaç" tanımı bulunmamaktadır. Reeves ve ark. (2015) karşılanmayan ihtiyacı, insanların tıbben gerekli olduğuna inandıkları bakımı alamaması olarak tanımlamaktadır (Yoon vd., 2019:1). Başka bir tanıma göre ise, karşılanmayan ihtiyaç, bakımın sağlanmadığı şeklinde algılanan bir sağlık bakım

ihtiyacını ifade etmektedir (Bryant vd., 2009:25). Bu anlamda, karşılanmayan sağlık ihtiyaçları, bir hastanın tıbbi bakımının veya hizmetinin yetersiz ya da eksik olduğu durumu ifade etmekte ve karşılanmayan ihtiyaç, sağlık hizmeti sistemlerinde bakıma erişimin kritik bir göstergesi olarak tanımlanmakta, farklı sağlık sistemleri arasındaki erişimi karşılaştırmak için kullanılmaktadır (Yoon vd., 2019:1; Marshall, 2011:490).

Karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçları, olumsuz sağlık sonuçlarından kaçınmak için gerekli görülen hizmetlerin eksikliği olarak tanımlanmaktadır. Başka bir anlatımla, karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyacı, belirli bir sağlık sorunu ile başa çıkmak için gerekli görülen sağlık hizmetleri ile alınan fiili hizmetler arasındaki farkı ifade etmektedir. Bir kişinin diğer kişilere nazaran daha fazla sağlık problemine sahip olması o kişinin karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyacının da fazla olma olasılığını arttırmaktadır. Karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçları da hastalıkların şiddetini, komplikasyonları ve mortaliteyi arttırmaktadır (Kim vd., 2018:2; Marshall, 2011:490; Bryant vd., 2009:25). Karşılanmayan tıbbi ihtiyaç tanımlarında bulunmayan tıbbi ihtiyaç unsurları ve incelemeye göre bunları ölçmenin olası yolları ise aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Vreman vd., 2019:3).

Şekil 8. Tanımlarda Bulunmayan Tıbbi İhtiyaç Unsurları ve Bunları Ölçmenin Olası Yolları



Kaynak: (Vreman vd., 2019:3).

Bu şekil, karşılanmayan tıbbi ihtiyaç tanımı için düşünülebilecek 3 unsuru ve literatür taramasında bulunan tanımlara dayanarak bu unsurların ölçülme yöntemleri için bazı önerileri göstermektedir (Vreman vd., 2019:3).

2.3.2. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacının Önemi

Zamanında, etkili ve verimli sağlık hizmetlerine erişimdeki sınırlamalar ve kısıtlamalar, çeşitli nedenlerden dolayı bireyler ve halk üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilir. Hastalıkların önlenmesi, teşhisi, prognozu, tedavisi ve rehabilitasyonu için uygun fiyatlı sağlık hizmetlerinin kullanılamaması ve sağlık hizmetlerine erişilememesi, gelecekte komplikasyonlara ve birey, aile, sağlık sistemi ve kamu için önemli bir yüke neden olabilir. Örneğin, cepten yapılan sağlık harcamalarında maliyetin karşılanamaması nedeniyle hekim muayenesinin ertelenmesi kişinin mevcut durumunu daha da kötüleştirebilir ve yaşam kalitesini düşürebilir. Bu durum, sık sık acil servis başvuruları ve daha fazla personel, zaman, sermaye ve gelişmiş sağlık teknolojilerini içeren karmaşık tıbbi hizmetlerin kullanılmasına yol açabilir. Sağlık sistemlerindeki kaynakların azlığı göz önüne alındığında, karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına bir ölçüde tolerans tanınabilir ancak, bu karşılanmayan ihtiyaçlar nüfusun tüm sosyoekonomik katmanlarında daha şiddetli ve yaygın hale geldiğinde, sosyoekonomik veya demografik gruplara bakılmaksızın, karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına atfedilebilen tüm sağlıkta eşitsizliklere neden olan kaynakları sistematik olarak araştırmaya daha fazla dikkat edilmesi gerekmektedir (Khanijahani, 2019:3-4).

Karşılanmayan ihtiyaçlar artan hastaneye yatış riski, hastaneye yeniden kabul, acil servis başvuruları, özellikle düşme ve yaralanmalar ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir (Beach vd., 2018:2). Ayrıca, karşılanmayan ihtiyaçlar yaşam kalitesinin ve hasta memnuniyetinin azalmasıyla da ilişkilidir. Bu nedenle karşılanmayan ihtiyaçlar ciddi bir sağlık hizmeti sorunu olarak görülebilmektedir. Bunun dışında, karşılanmayan ihtiyaçları tanılamayla elde edilen bilgiler ışığında sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanların ve önceliklerin neler olduğunu belirlemek daha kolaylaştırılabilir. Sağlık sistemine, zamana, teknolojiye, yaşa ve kültüre göre değişebilecek olan bu ihtiyaçların karşılanmasında ilk aşama, ihtiyaçların tespit edilmesidir. Hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarını belirlemek, sağlık bakımı verenlerin uygun müdahalelerde bulunabilmesi için de önemlidir. Bu nedenle, bu ihtiyaçların karşılanması için, sağlık

bakım hizmetlerinin hem hastayı hem de hasta yakınlarını bir bütün olarak ele almayı hedeflemesi gerekmektedir (Kocaman Yıldırım vd., 2013:153-154; Ayvat, 2019:3).

2.3.3. Nesnel ve Öznel Perspektiften Karşılanmayan Sağlık İhtiyacı

Karşılanmayan tıbbi ihtiyaç hem nesnel (klinik) hem de öznel (algılanan) yollarla ölçülebilir. Tıbbi ihtiyacı ve benzer şekilde karşılanmayan tıbbi ihtiyacı belirlemenin nesnel yolu, sağlık taramaları, laboratuvar sonuçları, tıbbi muayene veya sağlık profesyonellerin değerlendirmesi şeklinde olabilir. Öznel tıbbi ihtiyacının belirlenmesi ise, belirli bir kişinin herhangi bir tıbbi bakım alması gerektiğini düşünüp düşünmediği veya karşılanmayan tıbbi ihtiyaç yaşamış olup olmadığı sorularak ölçülebilir. Başlangıçta tıbbi ihtiyacın nesnel olarak değerlendirilmesinin öznel değerlendirmeden daha geçerli ve öngörülebilir sağlık hizmeti kullanımı hakkında bilgi verebileceği düşünülebilir. Bununla birlikte, algılanan tıbbi ihtiyaç, farklı tıbbi hizmet türlerinin ve miktarının kullanımına ilişkin kişisel kararları etkilemede daha önemli bir faktördür. Sağlık hizmetleri piyasasında bireyler, sağlık hizmeti sunucuları ve tedarikçileri arasında sağlık ihtiyaçları ile ilgili asimetrik bilginin varlığı, tıbbi bakımın verilmesi için öznel gereksinimin önemini gösteren etkili bir unsurdur. Aynı zamanda, sağlık hizmeti sunucuları teşhis ve tedaviye karar vermesi gerektiğinde hastadan alacağı bilgilere bağlı olmaktadır. Çünkü çoğu durumda, acil ve bariz şekilde hayatı tehdit eden durumlar dışında, bir bireyin algısı ve tercihleri sağlık hizmeti arama davranışını yönlendirir. Bu açıdan bireylerin tıbbi ihtiyaçlarını tanımlamaları önem arz etmektedir. Sonuç olarak da karşılanmayan tıbbi ihtiyaç veya genel olarak sağlık ihtiyacı, politika yapıcıların ve ulusun refahı, istikrarlı büyümesi ve hakkaniyet ile ilgilenenlerin dikkate alması gereken önemli bir konudur (Khanijahani, 2019:4-5).

2.3.4. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacının Temel Nedenleri

Karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarının temel nedenleri, sağlık hizmeti sisteminin türüne ve sağlık ihtiyacının çeşidine göre ayrılmaktadır. Örneğin, evrensel sağlık sigortası kapsamı olan veya sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulduğu ülkelerin çoğunda, karşılanmayan sağlık ihtiyacının yaygın nedeni uzun bekleme süreleri olurken; Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın nedenin cepten yapılan sağlık ödemeleri olduğu görülmektedir (Khanijahani, 2019:3). Bu anlamda,

karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarının nedenleri kategorize edildiğinde üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

a) Hizmetlerin kullanılabilirliği (örneğin, bekleme süresi),
b) Erişilebilirlik (maliyet, ulaşım vb.)
c) Mevcut hizmetlerin kabul edilebilirliği (sağlık hizmetlerine yönelik tutumlar ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi) dir (Kim vd., 2018:2; Pappa vd., 2013:2018).

Bu nedenler üzerine yapılan geçmiş çalışmalarda kadınlar, gelir ve sağlık durumu faktörleri, karşılanmayan tıbbi ihtiyaçların kronik hastalıklarla ilişkisi, hane halkı özellikleri, maliyetler, istihdam durumu gibi farklı faktörler üzerinde durulmuştur (Yoon vd., 2019:2).

Aşağıda yer alan üç sorunun birleşimi, dünya genelinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına yol açmaktadır (Hsiao, 2001:1-2):

1. Bir ülke sağlığı için kabul edilebilir bir miktar harcıyor mu?
2. Bir ülke parayı kırsal ve yoksul nüfus için etkili hizmetlere dönüştürme kapasitesine sahip mi?
3. Hane halkları tarafından doğrudan harcanan miktarların en maliyet etkin hizmetleri satın almadığı bilinmektedir. Bu kaynaklar daha verimli ve etkin kullanılacak şekilde düzenlenebilir mi?

Yukarıdaki sorularda göz önüne alındığında özellikle, kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemlerinde gerekli sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişim sağlanması açısından hastaların bakım almada yaşadıkları gecikmeler ve tıbbi bakımda karşılanmayan ihtiyaçları hakkında edinilen bilgiler önem arz etmektedir. Çünkü, sağlık hizmetlerine erişim maliyet, en yakın sağlık kurumuna olan uzaklık ve bekleme süreleri gibi çeşitli nedenlerle sınırlı olmaktadır. Yapılan çalışmalarda da 2013 yılı itibariyle, Avrupa nüfusunun yaklaşık %3'ünde maliyet, bakım almadan önce beklenen süre ve ihtiyaç duyulan hizmetlerin mevcut olmaması nedeniyle karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçları bulunduğu tespit edilmiştir. Nitekim, karşılanmayan bu ihtiyaçlar bakıma devam eden insanlarda kötüye giden sağlık durumuyla sonuçlanmakta ve

karşılanmayan ihtiyaçlar yoksul insanlar arasında yoğunlaşırsa sağlık eşitsizliklerini arttırabilmektedir (Diamant vd., 2004:783; Kim vd., 2018:2; OECD, 2018:170).

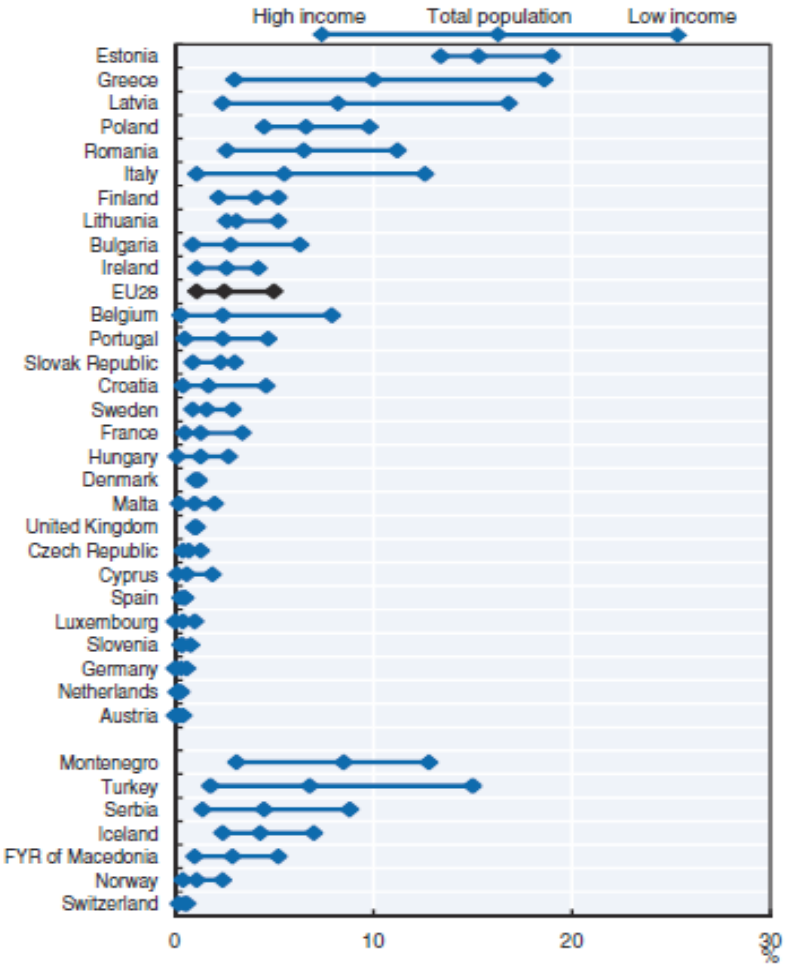
İhtiyaç duyulan bakımın alınamamasında yüksek tedavi maliyetleri, uzun bekleme süreleri, işten zaman ayıramama, çocuklara bakmak zorunda kalma veya ulaşım problemleri gibi nedenler de yaygın şekilde gösterilmektedir. Letonya ve Romanya'da gerekli bakımın alınamamasında en yaygın nedenin tedavi masrafı; Kanada ulusal nüfus ve sağlık araştırmasında uzun bekleme süreleri ve hizmet verilememesi; Bulgaristan, Estonya, Finlandiya ve Polonya'daki bazı kişiler tarafından da bekleme süreleri olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda, kadınların karşılanmayan sağlık bakımı ihtiyaçlarını erkeklerden biraz daha fazla rapor etme eğiliminde olduğu ve düşük gelir grubundaki kişilerin yanı sıra, işsiz veya daha az eğitimli olanların da karşılanmayan ihtiyaçları bildirme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (OECD, 2012:90; Arı, 2016:18). Pappa ve ark. (2013) yılında yapmış oldukları çalışmalarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarında en sık bildirilen nedenlerin maliyet ve zaman yetersizliği olduğu belirtilmiştir (Pappa vd., 2013:2017).

Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde Avrupa Birliği ülkelerine yönelik yapılan çalışmada, karşılanmayan sağlık ihtiyaçları hakkındaki sorular Avrupa Birliği Gelir ve Yaşam Koşulları İstatistikleri anketinden elde edilmiştir. Kişilere son 12 ay içinde tıbbi bakıma veya diş bakımına ihtiyaç duydukları halde karşılanmayan ihtiyaçların olup olmadığı ve bakım ihtiyacının neden karşılanmadığı sorusu sorulmuştur. Burada yer alan karşılanmayan ihtiyaçlar üç nedenden kaynaklanmaktadır: Finansal nedenler, coğrafi nedenler ve bekleme süreleridir (OECD, 2018:170).

Şekil 9'da tüm Avrupa ülkelerinde 2016 yılındaki nüfusun çoğunun, ankette bulunan finansal, coğrafi veya bekleme süreleri nedeniyle karşılanmayan bakım ihtiyaçlarının olmadığını bildirdiği görülmektedir. Bununla birlikte, Estonya ve Yunanistan'da, nüfusun en az % 10'u sağlık hizmetlerine yönelik karşılanmayan bazı ihtiyaçları olduğunu bildirmiştir. Yük, özellikle Yunanistan'da olmak üzere, çoğunlukla düşük gelir gruplarına düşmektedir. En düşük gelir dilimindeki beş Yunanlıdan hemen hemen biri, özellikle finansal nedenlerle ihtiyaç duyduklarında

tıbbi bakım alamadıklarını bildirirken, Estonya'da ise, insanların karşılanmayan bakım ihtiyaçlarını bildirmelerinin ana nedeni uzun süren bekleme süreleridir (OECD, 2018:170). Türkiye'de de nüfusun büyük bir bölümünde tıbbi muayenede karşılanmayan ihtiyaçların olduğu görülmektedir.

Şekil 9. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Tıbbi Muayenede Karşılanmayan İhtiyaç, Gelir Dilimine Göre, 2016 (veya en yakın yıl)

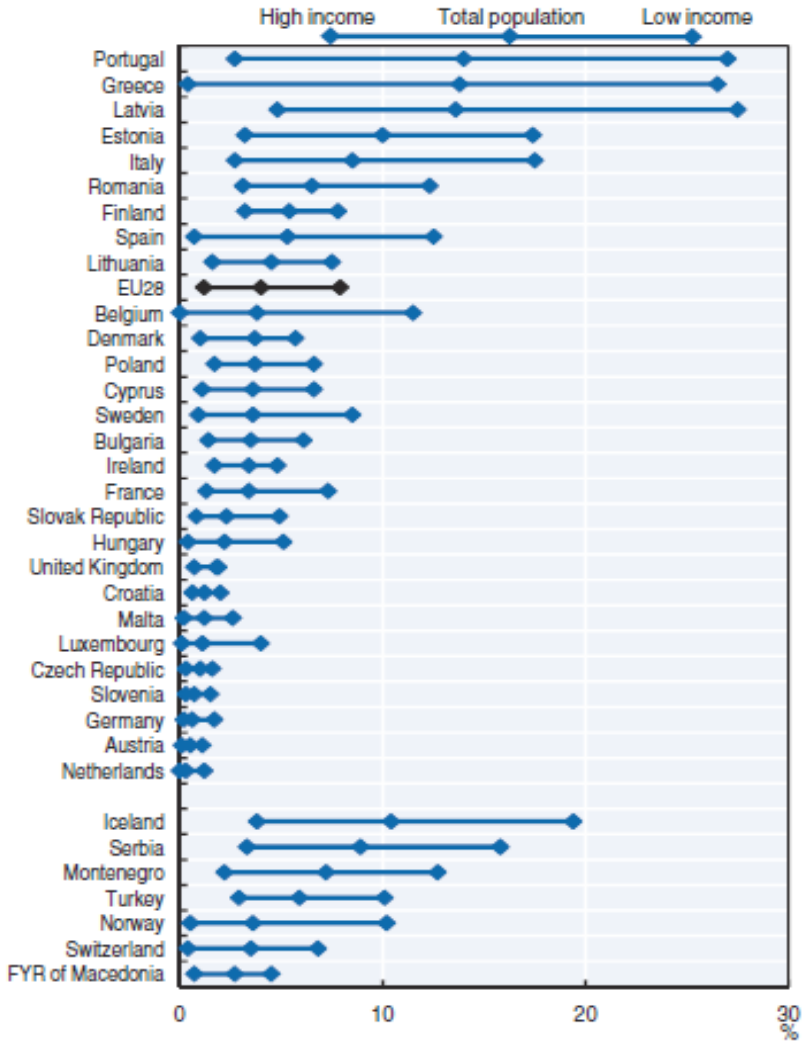


Kaynak: (OECD, 2018:171).

Şekil 10'da çoğu ülkede nüfusun büyük bir bölümünün diş bakımında tıbbi bakımdan daha çok karşılanmayan ihtiyaç bildirdiği görülmektedir. Portekiz, Yunanistan ve Letonya'da sekiz kişiden biri (% 13), 2016 yılında karşılanmayan diş bakımı ihtiyaçlarının özellikle finansal nedenlerden kaynaklandığını bildirmiştir. Bunun yanı sıra, 2016 yılında Hollanda, Avusturya, Almanya, Slovenya ve Çek Cumhuriyeti'ndeki insanların çok küçük bir oranı karşılanmayan diş bakımı

ihtiyaçlarını rapor etmiş ve gelir grupları arasında çok az fark olduğunu bildirmiştir (OECD, 2018:170). Türkiye'de de nüfusun büyük bir bölümünde diş muayenesinde karşılanmayan ihtiyaçların olduğu görülmektedir.

Şekil 10. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Diş Muayenesinde Karşılanmayan İhtiyaç, Gelir Dilimine Göre, 2016 (veya en yakın yıl)

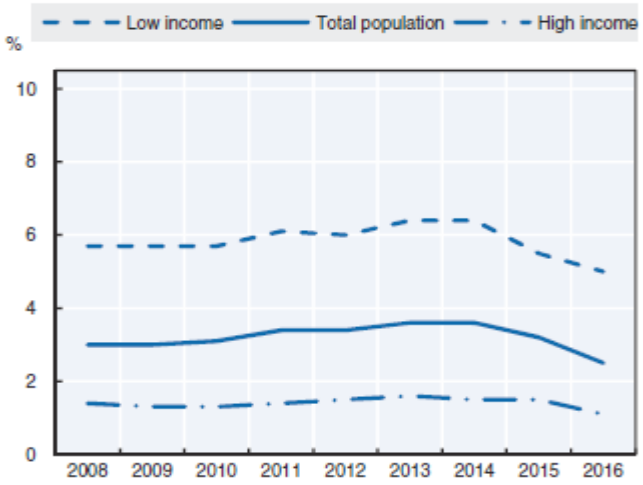


Kaynak: (OECD, 2018:171).

Şekil 11 ve Şekil 12'de Avrupa Birliği ülkelerinde karşılanmayan tıbbi bakım ve diş bakımındaki ihtiyaçların, ortalama olarak 2015'ten bu yana azaldığı görülmektedir. Bununla birlikte, fakir insanlar ile zengin insanlar arasında karşılanmayan tıbbi bakım ve diş bakımı ihtiyaçlarındaki uçurum aynı kalmıştır: En düşük gelire sahip beşte birlik gruptaki insanların karşılanmayan tıbbi bakım

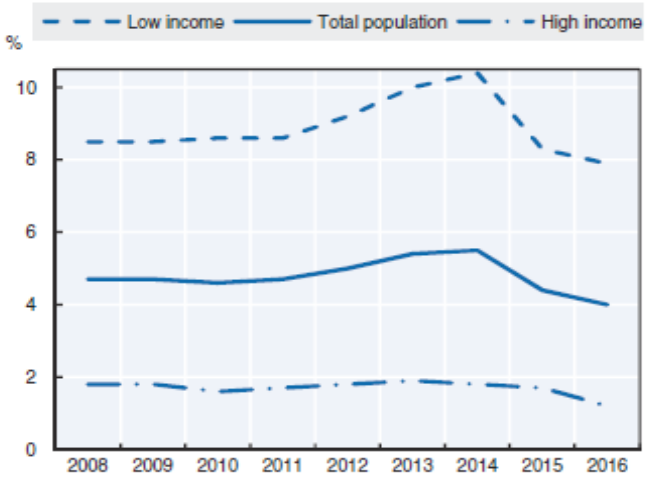
ihtiyaçlarını bildirme olasılığı en yüksek beşte birlik gruptaki insanlardan beş kat daha fazla iken, karşılanmayan diş bakımı ihtiyaçlarını altı kat daha fazla bildirme olasılıkları vardır (OECD, 2018:170).

Şekil 11. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Karşılanmayan Tıbbi Bakım İhtiyacının Değişimi, Gelir Dilimine Göre, Bütün Avrupa Birliği Ülkeleri, 2008-2016



Kaynak: (OECD, 2018:171).

Şekil 12. Finansal, Coğrafi veya Bekleme Süreleri Nedeniyle Karşılanmayan Diş Bakımı İhtiyacının Değişimi, Gelir Dilimine Göre, Bütün Avrupa Birliği Ülkeleri, 2008-2016



Kaynak: (OECD, 2018:171).

OECD'ye üye 27 ülkede hastaların yaklaşık % 2.5'i karşılanmayan tıbbi ihtiyaçlarının olduğunu bildirmiştir. Karşılanmayan tıbbi ihtiyaçların nedenleri arasında da finansal nedenler (Yunanistan, İtalya, Polonya ve Portekiz), bekleme süresi (Polonya, Finlandiya ve Estonya) ve ulaşım güçlüğü (Norveç) bulunmaktadır. Birleşik Krallıkta, nüfusun üst düzey gelir grubu ile alt düzey gelir grubunun %50'si arasında düşük seviyede eşitsizlik mevcutken, Birleşik Devletlerde, gelir düzeyi açısından büyük ölçüde eşitsizlikler mevcuttur. Bu açıdan, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda, ödeme güçlüğünden ziyade ihtiyaca göre tıbbi bakıma erişimin garanti edilmesi nüfus sağlığını iyileştirme yöntemi olarak belirtilmektedir. Bu nedenle, sağlık sistemleri bireylerin ihtiyaç duydukları tıbbi hizmetleri aldıklarından emin olmak için değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme ölçüsü de "karşılanmayan ihtiyaçları olan nüfusun oranı" dır (Yoon vd., 2019:1-2). 2018 yılında da Avrupa Birliğine üye ülkelere yönelik yapılan çalışmalarda 16 yaş ve üstü nüfusun % 3'ünden fazlasının tıbbi muayene veya tedavide karşılanmayan bir ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Hizmetlerin pahalı olması tıbbi muayene veya tedavide karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ana nedenini oluştururken, daha sonraki en yaygın ana nedenler bekleme süreleri ve sorunun kendi başına iyileşip iyileşmediğini görmek istemektir. Daha az yaygın nedenler, zaman yetersizliği, doktorlar, hastaneler, muayene veya tedavi korkusu, sağlık kuruluşunun seyahat etmek için çok uzak olması veya kişinin iyi bir doktor veya uzman tanımamasıdır. Tıbbi muayene veya tedavideki karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının yaşlılar arasında yaygın olduğu tespit edilirken, gelirin artması ve eğitim seviyesinin yükseltilmesiyle karşılanmayan sağlık ihtiyacı bildirme sıklıklarının azaldığı tespit edilmiştir. Diş muayenesi veya tedavisinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçları 16 yaş ve üstü nüfusta % 4'tür ve ana nedeni hizmetlerin pahalı olmasıdır. Daha sonra bildirilen en yaygın ana neden korkudur. Korkudan sonra bildirilen nedenler arasında zaman yetersizliği, bekleme süreleri bulunmaktadır. Diş muayenesi veya tedavisindeki karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının genel olarak 45-64 yaşları arasında yaygın olduğu tespit edilmiştir (Eurostat, 2019).

2.3.5. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacını Etkileyen Faktörler

Karşılanmayan ihtiyaçlar, sağlık sistemi özelliklerinin (örneğin, hizmetlerin kullanılamaması veya bekleme süreleri) veya bakım arayan kişilerin bireysel durumlarının (örneğin, sosyo-ekonomik durum veya zaman kısıtlamaları) bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Diğer bir ifadeyle, birçok faktörün karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde etkisi vardır. Bunlar; yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, aile yapısı, ırk ve etnik köken, sağlık sigortası kapsamı, algılanan sağlık durumu, fiziksel veya zihinsel kısıtlamalar vb. faktörlerdir. Yaş ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı yaş gruplarının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına sahip olduğu ve bulgular arasında tutarsızlıkların bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet ile ilgili yapılan bazı çalışmalar kadınların karşılanmayan sağlık ihtiyacı yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Gelir ve eğitim ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda, daha düşük gelir ve daha düşük eğitim düzeyine sahip insanlarda karşılanmayan sağlık ihtiyacı olasılığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bir ailede ebeveynlerden birinin veya her ikisinin olmaması, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı ve çocuklarda karşılanmayan sağlık ihtiyacı yaşama olasılığını artırabilir. Irk ve etnik azınlıkların kaliteli sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerden olumsuz etkilenme olasılıkları daha yüksektir. Sigortası olmayan kişiler sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşamaktadır ve bu kişilerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları daha fazladır. Kötü sağlık durumu, karşılanmayan sağlık ihtiyacı yaşama riski ile ilişkili olmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde bir veya daha fazla kısıtlamanın varlığı, karşılanmayan sağlık ihtiyacı yaşamanın önemli bir yordayıcısıdır. Aynı zamanda, yoksulluk, yalnız yaşama ve azınlık durumlarının da karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde etkisi vardır (Arı, 2016:17-18; Sanmartin vd., 2002:16; Yoon vd., 2019:1; Beach vd., 2018:2; Khanijahani, 2019:15-20).

2.3.6. Karşılanmayan Sağlık İhtiyacına Yönelik Literatür İncelemesi

Literatürde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu doğrultuda, literatürde yer alan bazı çalışmalara aşağıda değinilmiştir.

Newacheck ve ark. (2000) çalışmalarında karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocukları arasında yaklaşık 3 kat daha fazla yaygın olduğu saptanmıştır (Newacheck vd., 2000).

Ayanian ve ark. (2000) çalışmalarında uzun süre sigortası olmayan yetişkinlerin sigortalı yetişkinlere oranla çok daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyacı bildirdikleri saptanmıştır (Ayanian vd., 2000).

Sanmartin ve ark. (2002) çalışmalarında karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarını bildiren kişilerin yüzdesinin yıllara göre arttığı ve karşılanmayan ihtiyaçlar için en sık bildirilen nedenin uzun bekleme süresi olduğu belirtilmiştir (Sanmartin vd., 2002).

Mayer ve ark. (2004) çalışmalarında sosyal koşulları (örneğin, yoksulluk, vb.) nedeniyle savunmasız olan çocukların gerek rutin hekim bakımında gerekse de uzman hekim bakımında karşılanmayan ihtiyaçlara sahip olma ihtimallerinin önemli ölçüde yüksek olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmada, gerekli rutin tıbbi hizmetlere ve uzmanlık gerektiren tıbbi hizmetlere erişimin sağlanmasında sigorta kapsamının önemi vurgulanmıştır (Mayer vd., 2004).

Nelson ve Park (2006) çalışmalarında karşılanmayan ihtiyaçların gençler ve kadınlar arasında daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Nelson ve Park, 2006).

Kjeken ve ark. (2006) çalışmalarında karşılanmayan çeşitli sağlık hizmeti ihtiyaçlarının neredeyse üçte birinin rapor edildiği ve bu rapor edilen ihtiyaçların kötü sağlık durumu ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Kjeken vd., 2006).

Wang ve ark. (2007) düşük, orta ve yüksek gelire sahip 17 ülkede yapmış oldukları çalışmalarında gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla çok daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının mevcut olduğu tespit edilmiştir (Wang vd., 2007).

Sibley ve Glazier (2009) çalışmalarında karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarının nedenlerinin hizmetlerin kullanılabilirliği ile ilgili problemler (% 54.9),

hizmetlerin kabul edilebilirliği (% 42.8) ve maliyet veya ulaşımla ilgili erişilebilirlik (% 12.7) olduğunu bildirmişlerdir (Sibley ve Glazier, 2009).

Allin ve Masseria (2009) çalışmalarında karşılanmayan ihtiyacı olduğunu bildiren kişilerin genel olarak kötü sağlık durumuna ve düşük gelire sahip olduğu saptanmıştır (Allin ve Masseria, 2009).

Nelson ve ark. (2011) Amerika Birleşik Devletleri'nde yapmış oldukları çalışmalarında çocuklarda ağız ve diş sağlığı bakımından karşılanmayan sağlık ihtiyaçları ile ailelerinin gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gelir seviyesi ile karşılanmayan sağlık ihtiyaçları arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (Nelson vd., 2011).

Pappa ve ark. (2013) Yunanistan'da yapmış oldukları çalışmalarında katılımcıların % 9.9'unda araştırmadan önceki 12 ay boyunca karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının mevcut olduğu tespit edilmiştir. Gençlik, ebeveynlik, hekim konsültasyonları ve kötü ruh sağlığının karşılanmayan ihtiyaç olasılığını arttırdığı saptanmıştır (Pappa vd., 2013).

Chaupain-Guillot ve Guillot (2014) çalışmalarında Avrupa Birliği istatistiklerinden yararlanarak Avrupa ülkelerinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını analiz etmişlerdir. Karşılanmayan tıbbi bakım veya diş bakımı ihtiyaçlarının ülkeden ülkeye farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir. Ülkeler arasındaki bu değişkenlikler sağlık hizmeti finansmanındaki farklılıklar ile açıklanmış, hane halkının cepten ödemelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı ile karşılanmayan ihtiyaç olasılığı arasında pozitif bir bağlantı bulunmuştur (Chaupain-Guillot ve Guillot, 2014).

Lee ve ark. (2015) çalışmalarında düzenli bir ücreti olmayan işçilerin "ekonomik yük" nedeniyle sağlık hizmetlerine yönelik karşılanmayan bir ihtiyacının olması normal ücretli işçilere göre daha fazla bulunmuştur (Lee vd., 2015).

Zavras ve ark. (2016) çalışmalarında olumsuz ekonomik ortamın karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır (Zavras vd., 2016).

Han ve ark. (2016) çalışmalarında karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarının temel nedenlerinin ekonomik ve ulaşımdaki zorluklar olduğu tespit edilmiştir (Han vd., 2016).

Mahendran ve ark. (2017) yılında yapmış oldukları sistematik derleme çalışmalarında yetersiz sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, erişilebilirlik sorunları ve sağlık bilgisinde eksikliğin hem Batı ülkelerinde hem de gelişmekte olan ülkelerde karşılanmayan ihtiyaçlara neden olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, ABD'de yapılan çalışmalarda da bakım maliyetleri nedeniyle karşılanmayan ihtiyaçların daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Mahendran vd., 2017).

Yoon ve Jang (2017) Kore'de yapmış oldukları çalışmalarında düşük gelire sahip olan nüfusun yüksek gelire sahip nüfustan yaklaşık 5 kat daha fazla karşılanmayan ihtiyaç bildirdiği saptanmıştır. Bu nedenle karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarını azaltmak için düşük gelirli nüfusa odaklanan stratejilere ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir (Yoon ve Jang, 2017).

Connolly ve Wren (2017) İrlanda'da yapmış oldukları çalışmalarında katılımcıların yaklaşık yüzde dördünde karşılanmayan tıbbi bakım ihtiyacının olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak, düşük gelire sahip olan grupların, sağlık durumu kötü olanların, ücretsiz birinci basamak tedavi alamayanların ve özel sigortası olmayanların, karşılanmayan bir sağlık hizmeti ihtiyacını bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Connolly ve Wren, 2017).

Yoon ve ark. (2019) Kore'de yapmış oldukları çalışmalarında Koreli her on vatandaştan birinin (% 11.60) oranında karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyacının bulunduğu tespit edilmiştir (Yoon vd., 2019).

BÖLÜM 3

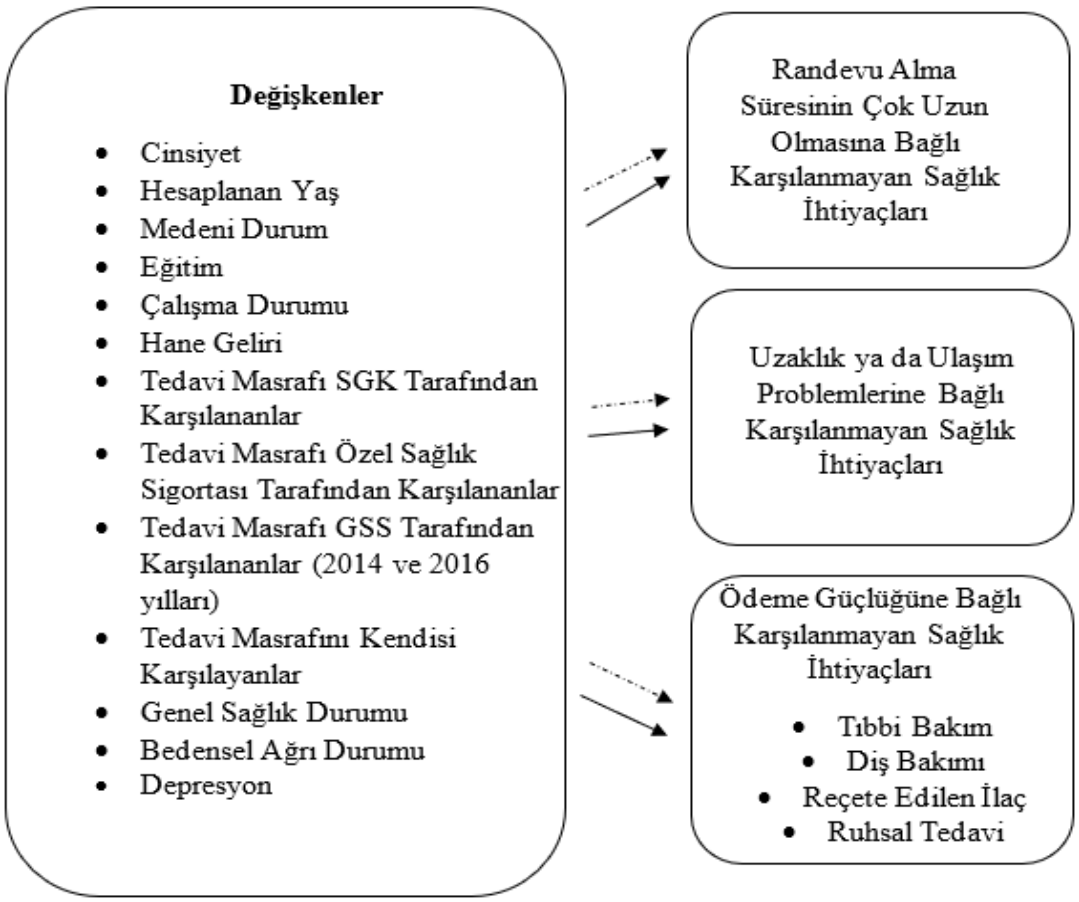
3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örneklemi, verilerin toplanması ve analizi hakkında bilgi verilecektir.

3.1.Araştırmanın Modeli

Çalışmanın amacı doğrultusunda oluşturulan araştırmanın modeli şekilde şematize edilmiştir.

Şekil 13. Araştırmanın Modeli



Bu bağlamda araştırma kapsamında oluşturulan temel hipotez: Bireyin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, tedavi masrafının nasıl karşılandığı, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve bireyin depresyon durumu randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesini anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

3.2.Evren ve Örneklem

Evren, herhangi bir araştırmada, gerekli duyulan verilerin toplandığı canlı veya cansız olgulardan oluşan bir grubu temsil etmektedir (Büyüköztürk vd., 2016: 80). Örneklem ise, belli bir evrenin içerisinden o evreni temsil etme yeterliliğine sahip olan, belli kurallar çerçevesinde seçilmiş küçük bir grubu temsil etmektedir (Büyüköztürk vd., 2016: 81).

Bu anlamda, TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)'den elde edilen "Sağlık Araştırması" anketleri bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Söz konusu evrenin büyüklüğü nedeniyle TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketlerinin verileri ise çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.3.Verilerin Toplanması

Türkiye'de karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri araştırmak için yapılan bu çalışma çerçevesinde TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketleri kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan veri seti (Sağlık Araştırması) Türkiye genelinden toplanmış olan bir veri setidir. TÜİK tarafından bu verilere geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmaktadır. Sonrasında da bilimsel amaçlı kullanıma hazır hale getirilmektedir. İlk defa 2008 yılında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması iki yılda bir yapılmaktadır. Türkiye Sağlık Araştırması ile Türkiye'nin sağlık göstergelerine ait bilgilerin edinilmesi ve mevcut yapıdaki eksik bilgilerin giderilmesi amaçlanmaktadır. Kapsamı, Türkiye sınırları dahilinde bulunan tüm yerleşim yerlerindeki hane halklarıdır. Kurumsal olarak nitelendirilen nüfus (asker, yurtlarda, hapishanede, huzurevleri ve hastanede sürekli olarak kalanlar vb.) kapsam dışı olup, ayrıca yeterli örnek hane sayısına ulaşılamayacağı düşünülen (küçük köyler, oba,

mezra vb.) (adres sayısı 20'den küçük) yerleşim yerleri kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırmalarda, 0-6 yaş grubu, 7-14 yaş grubu ve 15 yaş ve üzeri gruplar bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada, 15 yaş ve üzeri kişilerle ilgili bilgilere yer verilmiştir. Aynı zamanda, veri setinde her yıla ait gözlem sayıları eksik gözlemlerin çıkarılması ve gerekli düzenlemelerin yapılması ile çıkan sonuç üzerinden çalışılmıştır. Ele alınan bu verilerden yararlanılarak karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikleri anlamlı bir şekilde etkileyen unsurların belirlenmesi amaçlanmıştır. Yıllar arasında bütünlük sağlamak için, tüm veri setlerinde randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerinin belirlenmesine önem verilmiştir. Kullanılan veri setlerinin genel özelliği dikkate alındığında, aynı bireyler ve hane halklarına ulaşılamadığı için veri setlerinin panel veri özelliği yoktur.

Bu bağlamda, karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlık eşitsizliklerini belirlemek için düzenlenen veriler ışığında mikro modeller oluşturulmuştur. Oluşturulan mikro modellerde, 2016 ve 2014 yıllarında randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım, diş bakımı, reçete edilen ilaç ve ruhsal tedavi ihtiyaçları incelenmiştir. 2012 ve 2010 yıllarında ise, randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi, uzaklık ya da ulaşım imkânının olmaması ve ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması ve bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmaması incelenmiştir. Mikro modellerde kullanılan değişkenlerin açıklamaları ise aşağıdaki tablolarda detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 2. 2016 Yılı Değişken Açıklamaları Tablosu

Bağımsız Değişkenler	**Değişken Açıklaması**	**Veri Kaynağı**
Cinsiyet	0= Erkek 1= Kadın	
Hesaplanan Yaş	1= 15-24 2= 25-34 3= 35-44	

	4= 45-54 5= 55-64 6= 65-74 7= 75+	TÜİK, 2016 Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti
Medeni Durum	0= Evli 1= Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	
Eğitim	1= Bir okul bitirmedi, İlkokul, Genel ortaokul, Mesleki veya teknik ortaokul, İlköğretim, Lise veya mesleki lise, 2 veya 3 yıllık yüksekokul, Okuma-Yazma bilmeyen (Ön lisans ve öncesi eğitim) 2= 4 yıllık yüksekokul veya fakülte 3= Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	
Çalışma Durumu	0= Çalıştı 1= Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	
Hane Geliri	1= 0- 1264 TL 2= 1265- 1814 TL 3= 1815- 2540 TL 4= 2541- 3721 TL 5= 3722 + TL	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0= Hayır 1= Evet	
Genel Sağlık Durumu	1= Çok iyi, İyi 2= Orta 3= Kötü, Çok kötü	
Bedensel Ağrı Durumu	0= Hiç, Çok az, Az 1= Orta, Fazla, Çok fazla	
Depresyon	0= Hayır 1= Evet	
Bağımlı Değişkenler	**Değişken Açıklaması**	**Veri Kaynağı**
Son 12 ay içerisinde, randevu alma süresi çok	0= Hayır 1= Evet	

uzun olduğu için sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme var mı? (Randevuya bağlı gecikme)		TÜİK, 2016 Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti
Son 12 ay içerisinde, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme var mı? (Uzaklık ya da ulaşıma bağlı gecikme)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, tıbbi bakıma ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, diş bakımına ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, reçete edilen ilaca ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, ruhsal tedaviye ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi)	0= Hayır 1= Evet	

Tablo 3. 2014 Yılı Değişken Açıklamaları Tablosu

Bağımsız Değişkenler	Değişken Açıklaması	Veri Kaynağı
Cinsiyet	0= Erkek 1= Kadın	
Hesaplanan Yaş	1= 15-24	

	2= 25-34 3= 35-44 4= 45-54 5= 55-64 6= 65-74 7= 75+	TÜİK, 2014 Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti
Medeni Durum	0= Evli 1= Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	
Eğitim	1= Bir okul bitirmedi, İlkokul, Genel ortaokul, Mesleki veya teknik ortaokul, İlköğretim, Lise veya mesleki lise, 2 veya 3 yıllık yüksekokul, Okuma-Yazma bilmeyen (Ön lisans ve öncesi eğitim) 2= 4 yıllık yüksekokul veya fakülte 3= Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	
Çalışma Durumu	0= Çalıştı 1= Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	
Hane Geliri	1= 0- 1080 TL 2= 1081- 1550 TL 3= 1551- 2170 TL 4= 2171- 3180 TL 5= 3181 + TL	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0= Hayır 1= Evet	
Genel Sağlık Durumu	1= Çok iyi, İyi 2= Orta 3= Kötü, Çok kötü	
Bedensel Ağrı Durumu	0= Hiç, Çok az, Az 1= Orta, Fazla, Çok fazla	
Depresyon	0= Hayır 1= Evet	
Bağımlı Değişkenler	**Değişken Açıklaması**	**Veri Kaynağı**
Son 12 ay içerisinde, randevu alma süresi çok uzun olduğu için sağlık	0= Hayır 1= Evet	

hizmeti almada yaşanan gecikme var mı? (Randevuya bağlı gecikme)		TÜİK, 2014 Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti
Son 12 ay içerisinde, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme var mı? (Uzaklık ya da ulaşıma bağlı gecikme)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, tıbbi bakıma ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, diş bakımına ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, reçete edilen ilaca ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç)	0= Hayır 1= Evet	
Son 12 ay içerisinde, ruhsal tedaviye ihtiyaç olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanmayan hizmet oldu mu? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi)	0= Hayır 1= Evet	

Tablo 4. 2012 ve 2010 Yılları Değişken Açıklamaları Tablosu

Bağımsız Değişkenler	**Değişken Açıklaması**	**Veri Kaynağı**
Cinsiyet	0= Erkek 1= Kadın	
Hesaplanan Yaş	1= 15-24 2= 25-34	

	3= 35-44 4= 45-54 5= 55-64 6= 65-74 7= 75+	TÜİK, 2010 ve 2012 Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti
Medeni Durum	0= Evli 1= Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	
Eğitim	1= Okuma-yazma bilmiyor, Okur yazar olup bir okul bitirmedi, İlkokul, İlköğretim, Ortaokul veya mesleki ortaokul, Lise ve dengi okullar (Ön lisans öncesi eğitim) 2= Yüksekokul veya fakülte 3= Yüksek lisans, doktora	
Çalışma Durumu	0= Çalıştı 1= Çalışmadı	
Hane Geliri	1= 0-500 TL 2= 501-750 TL 3= 751-1100 TL 4= 1101-1700 TL 5= 1701 + TL	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0= Evet 1= Hayır	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0= Hayır 1= Evet	
Genel Sağlık Durumu	1= Çok iyi, İyi 2= Orta 3= Kötü, Çok kötü	
Bedensel Ağrı Durumu	0= Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim 1= Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	
Depresyon	0= Hayır 1= Evet	
Bağımlı Değişkenler	**Değişken Açıklaması**	**Veri Kaynağı**
Son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissettiğiniz halde bu sağlık hizmetinden yararlanamamanızın temel nedeni nedir? (Ödeme güçlüğüne bağlı	1= Ödeme güçlüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması) 0= Diğerleri (Poliklinikte muayene olma güçlüğü, sağlık kuruluşundan kaynaklanan diğer nedenler, İş, çocuk ya da	

karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı)	bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama, Sağlık kuruluşunun uzak olması / Ulaşım imkanının olmaması, Ameliyat / Tedavi korkusu, Kendisini hastaneye götürecek kimsenin olmaması, Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi/izin vermemesi, Randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi).	TÜİK, 2010 ve 2012 Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti
Son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissettiğiniz halde bu sağlık hizmetinden yararlanamamanızın temel nedeni nedir? (Uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı)	1= Sağlık kuruluşunun uzak olması / Ulaşım imkanının olmaması 0= Diğerleri (Ödeme güçlüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması), Poliklinikte muayene olma güçlüğü, sağlık kuruluşundan kaynaklanan diğer nedenler, İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama, Ameliyat / Tedavi korkusu, Kendisini hastaneye götürecek kimsenin olmaması, Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi/izin vermemesi, Randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi).	
Son 12 ay içerisinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı hissettiğiniz halde bu sağlık hizmetinden yararlanamamanızın temel nedeni nedir? (Randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı)	1= Randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi 0= Diğerleri (Ödeme güçlüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması), Poliklinikte muayene olma güçlüğü, sağlık kuruluşundan kaynaklanan diğer nedenler, İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama, Sağlık kuruluşunun uzak olması / Ulaşım imkanının olmaması, Ameliyat / Tedavi korkusu, Kendisini hastaneye götürecek kimsenin olmaması, Ailesinin veya yakınlarının	

	gerek görmemesi/izin vermemesi).	
Son 12 ay içerisinde bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmetini almamanızın temel nedeni nedir? (Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi)	1= Ödeme güçlüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması) 0= Diğerleri (Sıra bekleme, hastaneden kaynaklanan diğer nedenler, İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama, Hastanenin uzak olması / Ulaşım imkanının olmaması, Ameliyat / Tedavi korkusu, Kendisini hastaneye götürecek kimsenin olmaması, Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi/izin vermemesi, Randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi).	
Son 12 ay içerisinde bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmetini almamanızın temel nedeni nedir? (Uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi)	1= Hastanenin uzak olması / Ulaşım imkanının olmaması 0= Diğerleri (Ödeme güçlüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması), Sıra bekleme, hastaneden kaynaklanan diğer nedenler, İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama, Ameliyat / Tedavi korkusu, Kendisini hastaneye götürecek kimsenin olmaması, Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi/izin vermemesi, Randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi).	
Son 12 ay içerisinde bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmetini almamanızın temel nedeni nedir? (Randevuya bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi)	1= Randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi 0= Diğerleri (Ödeme güçlüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması), Sıra bekleme, hastaneden kaynaklanan diğer nedenler, İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama, Hastanenin uzak olması / Ulaşım imkanının	

	olmaması, Ameliyat / Tedavi korkusu, Kendisini hastaneye götürecek kimsenin olmaması, Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi/izin vermemesi).	

3.4.Verilerin Analizi

Araştırmada TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anket verileri SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) paket programı ile analiz edilmiştir. Çalışmanın araştırma konusuna uygun şekilde yapılacak analizler seçilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada SPSS yardımı ile aşağıdaki analizlerin yapılmasına karar verilmiştir. Bunlar;

- ✓ Tanımlayıcı İstatistikler (Frekans Analizi, Ortalama, Standart Sapma, Güven Aralığı)
- ✓ Farklılık Analizi (Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi)
- ✓ Etki Analizi (Binary Lojistik Regresyon Analizi)

Bu çalışmada, TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketi katılımcılarının bireysel ve demografik özelliklerine göre randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin belirlenmesine yönelik frekans ve yüzdelere yer verilmiştir. Ayrıca, randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin belirlenmesinde ortalama, standart sapma ve güven aralığı değerleri yer almaktadır.

Bu çalışmada, TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketi katılımcılarının randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin belirlenmesine yönelik farklılıkları ölçmek için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Mann Whitney U Testi, Bağımsız Örnek t testinin parametrik olmayan karşılığıdır. Mann Whitney U testi iki grup arasında bir karşılaştırma yapmayı sağlamaktadır (Güriş ve Astar, 2014:208; Bayram, 2009: 116). Bu araştırmada, iki gruba sahip değişkenlerde, gruplar arasında karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklere ilişkin farklılıklarının belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır.

Kruskal Wallis testi normal dağılım göstermeyen gruplarda üç veya daha fazla sayıda grubun ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlılığını test etmek amacıyla kullanılan bir analiz yöntemidir. Tek yönlü varyans analizinin (ANOVA) nonparametrik karşılığıdır (Bayram, 2009: 122). Bu araştırmada, üç veya daha fazla gruba sahip değişkenlerde, gruplar arasında karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklere ilişkin farklılıklarının belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır.

Bu çalışmada, TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketi katılımcılarının randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin belirlenmesi için ikili lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Lojistik regresyon, son yıllarda kullanımı giderek artan ileri düzey bir regresyon yöntemidir ve sosyal bilimlerde sıkça kullanılmaktadır. Lojistik regresyon analizi, bir veya birden fazla bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi modellemeyi amaçlamaktadır. Bu analizde bağımlı değişken kategorik, bağımsız değişken(ler) ise sürekli veya kategorik düzeyde olabilmektedir. Bu anlamda, lojistik regresyon analizinin yoğun olarak kullanılmasının önemli bir nedeni bağımlı değişkenin iki şıklı kategorik bir değişken olduğu durumlarda bağımlı değişkenin modellenmesini sağlamasıdır. Bağımlı değişkenin sadece iki kategoriye sahip olduğu modeller ikili (binary) lojistik regresyon analizi olarak bilinmektedir. Binary lojistik regresyon analizi, bağımlı değişken ile modele alınan her bir bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi diğer değişkenlerin etkisini arındırdıktan sonra değerlendirme olanağı veren yararlı bir analizdir. Bu analizde, bağımsız değişkenler sürekli veya kategorik olabileceğinden normallik varsayımı geçersiz olacaktır. Aynı zamanda, bu analizde kurulan modellerin iyi bir model olup olmadığı Hosmer and Lemeshow testi ile anlaşılmaktadır. Model için iyi denebilmesi için "sig" değerinin 0.05'den büyük

olması istenmektedir (Aksaraylı ve Saygın, 2011:24; Karcı ve Bayram Arlı, 2018:1041-1042; Kılıç, 2015:192-194).

Herhangi bir regresyon modelinde E(Y/x) ifadesi koşullu ortalama değerini göstermektedir. Bu ifade, bağımsız değişken (x) verildiğinde bağımlı değişkenin (Y) ortalama değerini göstermektedir.

$$E(Y/x) = \beta_0 + \beta_1 x$$

Lojistik regresyonda ise x verildiğinde Y'nin koşullu dağılım ortalaması $\pi(x)$=$E(Y/x)$ olarak gösterilir. Lojistik regresyon modelinin özel durumu;

$$E(Y/x) = \pi(x) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x}}$$

şeklindedir. Yukarıdaki eşitliğe lojit dönüşüm uygulandığında aşağıdaki eşitlik elde edilir.

$$g(x) = In\left[\frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)}\right] = \beta_0 + \beta_1 x$$

Logit değeri ile bağımsız ve bağımlı değişkenler arasında doğrusal bir ilişki vardır. Bu değer -∞ ile +∞ arasında olabilir.

İkili lojistik regresyon modelinde olayın gerçekleşme ve gerçekleşmeme durumu 0 ve 1 olmak üzere iki durum söz konusudur. Olayın gerçekleşme olasılığının, gerçekleşmeme olasılığına oranı odds oranı olarak tanımlanmaktadır. Odds oranı 0 ile +∞ arasında değer alabilmektedir (Karcı ve Bayram Arlı, 2018:1042).

$$Odds\ Oranı = \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} = e^{\beta_0 + \beta_1 x}$$

Nitekim, lojistik regresyon analizinde regresyon katsayılarının tahmininde en çok olabilirlik yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntemde, bir olayın olma olasılığının maksimum olması istenmektedir (Karcı ve Bayram Arlı, 2018:1042).

BÖLÜM 4

4.BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular ve analiz sonuçlarına ilişkin yorumlar yer almaktadır. Analizler, verilerin analizi bölümünde seçimi yapılan istatistiki testler yardımıyla gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle, değişkenlere ve yıllara göre karşılanmayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin belirlenmesine yönelik frekans analizi yapılmıştır.

Tablo 5. Değişkenlere ve Yıllara Göre Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları Düzeyi

Değişkenler		**Yıllar**			
		2016		**2014**	
		Sıklık	**Yüzde**	**Sıklık**	**Yüzde**
Randevu Alma Süresi Çok Uzun Olduğu İçin Sağlık Hizmeti Almada Yaşanan Gecikme	Evet	2524	15,4	3338	20,7
	Hayır	13877	84,6	12804	79,3
Uzaklık Ya Da Ulaşım Problemleri Nedeniyle Sağlık Hizmeti Almada Yaşanan Gecikme	Evet	1576	9,5	2221	13,3
	Hayır	14933	90,5	14473	86,7
Tıbbi Bakıma İhtiyaç Olduğu Halde Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanmayan Hizmet	Evet	1474	9,4	2382	14,6
	Hayır	14277	90,6	13881	85,4
Diş Bakımına İhtiyaç Olduğu Halde Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanmayan Hizmet	Evet	1662	10,8	2600	17,6
	Hayır	13666	89,2	12195	82,4
Reçete Edilen İlaca İhtiyaç Olduğu Halde Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanmayan Hizmet	Evet	987	6,1	1899	11,4
	Hayır	15100	93,9	14804	88,6
Ruhsal Tedaviye İhtiyaç Olduğu Halde Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanmayan Hizmet	Evet	392	2,9	719	6,5
	Hayır	13007	97,1	10343	93,5

Çalışma kapsamında bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılayabilme düzeyleri Tablo 5'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; bireylerin

randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 20,7 oranında iken, 2016 yılında % 15,4'dir. Bireylerin uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 13,3 oranında iken, 2016 yılında % 9,5'tir. Bireylerin ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 14,6 oranında iken, 2016 yılında % 9,4'dür. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakım ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 17,6 oranında iken, 2016 yılında % 10,8'dir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ilaç ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 11,4 oranında iken, 2016 yılında % 6,1'dir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi ihtiyaçları düzeyi ise 2014 yılında % 6,5 oranında iken, 2016 yılında % 2,9'dur. Tablo değerlendirildiğinde bireylerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına en fazla randevu alma süresinin çok uzun olması neden olmuştur. 2010 ve 2012 yıllarında ise, veri setinin randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi için uygun olmaması nedeniyle değişkenlere ve yıllara göre karşılanmayan sağlık ihtiyaçları düzeyi tespit edilememiştir.

Nitekim, çalışmaya ilişkin bulgular üç ayrı başlık altında değerlendirilerek ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir. Bu aşamalar *tanımlayıcı istatistiklere ilişkin bulgular, farklılık analizine ilişkin bulgular* ve *binary lojistik regresyon analizine ilişkin bulgular* şeklindedir.

4.1. Tanımlayıcı İstatistiklere İlişkin Bulgular

Bu araştırmada, çalışma kapsamındaki bireylerin bireysel ve demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

4.1.1. 2014 ve 2016 Yılları Tanımlayıcı İstatistiklerlere İlişkin Bulgular

Kullanılan veri setlerinin genel özelliği dikkate alındığında, aynı bireyler ve hane halklarına ulaşılamadığı için her döneme ve değişkene ait tanımlayıcı istatistikler farklılık göstermektedir. Bu nedenle, yapılan farklılık analizlerine ait tablolarda her döneme ve değişkene ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiş olup genel olarak veri setleri incelendiğinde; bireylerin % 50'den fazlasının kadın olduğu görülmektedir. Yaş bakımından bireylerin dağılımına bakıldığında 35-44 yaş aralığının fazla olduğu

görülmektedir. Bireylerin yaklaşık % 70'inin evli, % 90 oranlarında da düşük eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Bireylerin yarısından fazlası (% 60 oranlarında) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin çoğunluğunun aylık gelir düzeyi 1264 TL (2014 yılında 1 $= 2,19 TL, 2016 yılında 1 $= 3,02 TL) altında yer almaktadır. Bireylerin çoğunluğunun tedavi masrafı SGK tarafından karşılanırken, özel sağlık sigortası ve GSS'nin payının çok az olduğu görülmektedir. Tedavi masrafını kendisi karşılayan bireylerin oranı da % 20 civarındadır. Bireylerin çoğunluğunun (% 56-57) genel sağlık durumunu iyi olarak ifade ettiği, bedensel ağrı durumunu ise (% 69-70) az olarak ifade ettiği görülmektedir. Son olarak bireyler % 10 oranlarında depresyonda olduklarını ifade etmektedir.

4.1.2. 2010 ve 2012 Yılları Tanımlayıcı İstatistiklerlere İlişkin Bulgular

Kullanılan veri setlerinin genel özelliği dikkate alındığında, aynı bireyler ve hane halklarına ulaşılamadığı için her döneme ve değişkene ait tanımlayıcı istatistikler farklılık göstermektedir. Bu nedenle, yapılan farklılık analizlerine ait tablolarda her döneme ve değişkene ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiş olup genel olarak veri setleri incelendiğinde; bireylerin % 50'den fazlasının kadın olduğu görülmektedir. Yaş bakımından bireylerin dağılımına bakıldığında 35-44 yaş aralığının fazla olduğu görülmektedir. Bireylerin yaklaşık % 76'sının evli, % 90 oranlarında da düşük eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Bireylerin yarısından fazlası (% 60 oranlarında) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin çoğunluğunun aylık gelir düzeyi 500 TL (2010 yılında 1 $= 1,50 TL, 2012 yılında 1 $= 1,80 TL) altında yer almaktadır. 2010 yılında bireylerin yarısından fazlasının tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmazken, 2012 yılında % 60 oranlarında tedavi masrafının SGK tarafından karşılandığı görülmektedir. Bireylerin neredeyse tamamının da özel sağlık sigortasına sahip olmadığı görülmektedir. Tedavi masrafını kendisi karşılayan bireylerin oranı da % 10-20 civarındadır. Bireylerin çoğunluğunun genel sağlık durumunu iyi ve orta olarak ifade ettiği, bedensel ağrı durumunu ise az ve orta olarak ifade ettiği görülmektedir. Son olarak bireyler % 5-6 oranlarında depresyonda olduklarını ifade etmektedir.

4.2. Farklılık Analizine İlişkin Bulgular

Bu araştırmada, iki gruba sahip değişkenlerde ve üç veya daha fazla gruba sahip değişkenlerde, gruplar arasında karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklere ilişkin farklıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

4.2.1. 2014 ve 2016 Yılları Farklılık Analizine İlişkin Bulgular

2014 ve 2016 yıllarında randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım, diş bakımı, reçete edilen ilaç ve ruhsal tedavi ihtiyaçlarına yönelik farklılıklar ölçülmüştür.

Tablo 6. 2014 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	9192	56,9	,22	,004	,21	,23	**0,000**
	Erkek	6950	43,1	,19	,005	,18	,20	
Hesaplanan Yaş	15-24	2718	16,8	,21	,008	,19	,22	**0,000**
	25-34	3080	19,1	,24	,008	,23	,26	
	35-44	3114	19,3	,24	,008	,22	,25	
	45-54	2828	17,5	,21	,008	,20	,23	
	55-64	2232	13,8	,18	,008	,16	,20	
	65-74	1332	8,3	,14	,010	,12	,16	
	75+	838	5,2	,11	,011	,09	,13	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	4881	30,2	,19	,006	,18	,20	**0,005**
	Evli	11261	69,8	,21	,004	,21	,22	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	14715	91,2	,20	,003	,20	,21	0,078
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1232	7,6	,23	,012	,21	,25	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	195	1,2	,23	,030	,17	,28	

Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	10182	63,1	,21	,004	,20	,22	0,051
	Çalıştı	5960	36,9	,20	,005	,19	,21	
Hane Geliri	0- 1080 TL	4949	30,7	,20	,006	,19	,21	0,102
	1081- 1550 TL	3318	20,6	,20	,007	,18	,21	
	1551- 2170 TL	2622	16,2	,21	,008	,19	,22	
	2171- 3180 TL	2744	17,0	,21	,008	,20	,23	
	3181 + TL	2509	15,5	,22	,008	,21	,24	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	13417	83,1	,21	,003	,20	,21	0,243
	Hayır	2725	16,9	,22	,008	,20	,23	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	323	2,0	,19	,022	,15	,23	0,421
	Hayır	15819	98,0	,21	,003	,20	,21	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	446	2,8	,19	,019	,16	,23	0,460
	Hayır	15696	97,2	,21	,003	,20	,21	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	4370	27,1	,26	,007	,25	,28	**0,000**
	Hayır	11772	72,9	,19	,004	,18	,19	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	8928	55,3	,18	,004	,17	,19	**0,000**
	Orta	5045	31,3	,24	,006	,23	,25	
	Kötü, Çok kötü	2169	13,4	,25	,009	,23	,26	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	10832	67,1	,19	,004	,18	,19	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	5310	32,9	,25	,006	,24	,26	
Depresyon	Evet	2067	12,8	,30	,010	,28	,32	**0,000**
	Hayır	14075	87,2	,19	,003	,19	,20	
Gözlem Sayısı:16.142								

2014 yılında randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, tedavi masrafının kişinin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlar erkeklere göre, yaş aralığı 25-34 olan kişiler diğer kişilere göre, evliler bekarlara göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişiler tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, depresyonda olan kişiler de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla randevuya bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır. Eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkenleri açısından bakıldığında ise, randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 7. 2014 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	9464	56,7	,15	,004	,15	,16	**0,000**
	Erkek	7230	43,3	,11	,004	,10	,11	
Hesaplanan Yaş	15-24	2811	16,8	,12	,006	,11	,13	**0,002**
	25-34	3164	19,0	,15	,006	,14	,16	
	35-44	3253	19,5	,14	,006	,13	,16	
	45-54	2937	17,6	,13	,006	,12	,14	
	55-64	2286	13,7	,12	,007	,11	,14	
	65-74	1378	8,3	,12	,009	,11	,14	
	75+	865	5,2	,13	,011	,10	,15	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	5031	30,1	,12	,005	,12	,13	**0,040**
	Evli	11663	69,9	,14	,003	,13	,14	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	15210	91,1	,14	,003	,13	,14	**0,000**

	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1282	7,7	,10	,009	,09	,12	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	202	1,2	,08	,019	,04	,12	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	10482	62,8	,15	,003	,14	,15	**0,000**
	Çalıştı	6212	37,2	,11	,004	,10	,12	
Hane Geliri	0- 1080 TL	5157	30,9	,19	,005	,18	,20	**0,000**
	1081- 1550 TL	3405	20,4	,11	,005	,10	,12	
	1551- 2170 TL	2720	16,3	,11	,006	,10	,13	
	2171- 3180 TL	2827	16,9	,11	,006	,10	,12	
	3181 + TL	2585	15,5	,10	,006	,09	,11	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	13821	82,8	,11	,003	,11	,12	**0,000**
	Hayır	2873	17,2	,22	,008	,20	,24	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	331	2,0	,09	,016	,06	,12	**0,022**
	Hayır	16363	98,0	,13	,003	,13	,14	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	466	2,8	,22	,019	,18	,26	**0,000**
	Hayır	16228	97,2	,13	,003	,13	,14	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	4559	27,3	,18	,006	,16	,19	**0,000**
	Hayır	12135	72,7	,12	,003	,11	,12	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	9244	55,4	,09	,003	,09	,10	**0,000**
	Orta	5219	31,3	,16	,005	,15	,17	
	Kötü, Çok kötü	2231	13,4	,24	,009	,22	,26	

Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	11199	67,1	,10	,003	,10	,11	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	5495	32,9	,19	,005	,18	,20	
Depresyon	Evet	2129	12,8	,22	,009	,20	,24	**0,000**
	Hayır	14565	87,2	,12	,003	,12	,13	
Gözlem Sayısı:16.694								

2014 yılında uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlar erkeklere göre, yaş aralığı 25-34 olan kişiler diğer kişilere göre, evliler bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişiler eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlar çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişiler diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişiler tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişiler tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişiler tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişiler tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, depresyonda olan kişiler de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır.

Tablo 8. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	9209	56,6	,16	,004	,16	,17	**0,000**
	Erkek	7054	43,4	,12	,004	,12	,13	
	15-24	2742	16,9	,13	,006	,11	,14	**0,000**

Hesaplanan Yaş	25-34	3078	18,9	,16	,007	,14	,17	
	35-44	3171	19,5	,17	,007	,16	,18	
	45-54	2871	17,7	,17	,007	,15	,18	
	55-64	2223	13,7	,13	,007	,12	,15	
	65-74	1337	8,2	,11	,009	,10	,13	
	75+	841	5,2	,12	,011	,10	,14	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	4913	30,2	,13	,005	,12	,14	**0,000**
	Evli	11350	69,8	,15	,003	,15	,16	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	14814	91,1	,16	,003	,15	,16	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1250	7,7	,06	,006	,04	,07	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	199	1,2	,04	,014	,01	,07	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	10185	62,6	,16	,004	,15	,17	**0,000**
	Çalıştı	6078	37,4	,12	,004	,12	,13	
Hane Geliri	0- 1080 TL	5022	30,9	,24	,006	,23	,26	**0,000**
	1081-1550 TL	3348	20,6	,13	,006	,12	,14	
	1551-2170 TL	2622	16,1	,13	,007	,12	,14	
	2171-3180 TL	2754	16,9	,09	,005	,08	,10	
	3181 + TL	2517	15,5	,05	,004	,04	,06	
Tedavi Masrafı SGK	Evet	13454	82,7	,10	,003	,10	,11	**0,000**

Tarafından Karşılananlar	Hayır	2809	17,3	,35	,009	,33	,37	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	321	2,0	,05	,012	,02	,07	**0,000**
	Hayır	15942	98,0	,15	,003	,14	,15	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	450	2,8	,29	,021	,25	,33	**0,000**
	Hayır	15813	97,2	,14	,003	,14	,15	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	4500	27,7	,20	,006	,19	,21	**0,000**
	Hayır	11763	72,3	,13	,003	,12	,13	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	9008	55,4	,10	,003	,09	,10	**0,000**
	Orta	5073	31,2	,18	,005	,17	,19	
	Kötü, Çok kötü	2182	13,4	,28	,010	,26	,30	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	10905	67,1	,10	,003	,10	,11	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	5358	32,9	,23	,006	,22	,24	
Depresyon	Evet	2090	12,9	,26	,010	,24	,28	**0,000**
	Hayır	14173	87,1	,13	,003	,12	,14	
Gözlem Sayısı:16.263								

2014 yılında ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre,

tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 9. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	8339	56,4	,19	,004	,18	,20	**0,000**
	Erkek	6456	43,6	,16	,005	,15	,17	
Hesaplanan Yaş	15-24	2505	16,9	,14	,007	,13	,16	**0,000**
	25-34	2858	19,3	,19	,007	,17	,20	
	35-44	2963	20,0	,22	,008	,21	,24	
	45-54	2641	17,9	,20	,008	,19	,22	
	55-64	1985	13,4	,15	,008	,13	,16	
	65-74	1145	7,7	,12	,010	,10	,14	
	75+	698	4,7	,10	,011	,07	,12	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	4465	30,2	,15	,005	,14	,16	**0,000**
	Evli	10330	69,8	,19	,004	,18	,19	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	13442	90,9	,18	,003	,18	,19	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1160	7,8	,11	,009	,09	,13	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	193	1,3	,06	,017	,03	,10	

Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	9176	62,0	,18	,004	,17	,19	**0,025**
	Çalıştı	5619	38,0	,17	,005	,16	,18	
Hane Geliri	0- 1080 TL	4572	30,9	,24	,006	,23	,26	**0,000**
	1081- 1550 TL	3030	20,5	,17	,007	,16	,19	
	1551- 2170 TL	2367	16,0	,18	,008	,16	,19	
	2171- 3180 TL	2538	17,2	,12	,007	,11	,14	
	3181 + TL	2288	15,5	,10	,006	,08	,11	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	12227	82,6	,14	,003	,14	,15	**0,000**
	Hayır	2568	17,4	,33	,009	,31	,35	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	304	2,1	,11	,018	,07	,14	**0,001**
	Hayır	14491	97,9	,18	,003	,17	,18	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	420	2,8	,29	,022	,24	,33	**0,000**
	Hayır	14375	97,2	,17	,003	,17	,18	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	4097	27,7	,23	,007	,22	,24	**0,000**
	Hayır	10698	72,3	,15	,003	,15	,16	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	8370	56,6	,13	,004	,13	,14	**0,000**
	Orta	4504	30,4	,21	,006	,20	,22	
	Kötü, Çok kötü	1921	13,0	,27	,010	,25	,29	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	10019	67,7	,14	,003	,13	,14	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	4776	32,3	,26	,006	,24	,27	
Depresyon	Evet	1900	12,8	,28	,010	,26	,30	**0,000**
	Hayır	12895	87,2	,16	,003	,15	,17	
Gözlem Sayısı:14.795								

2014 yılında ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 10. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	9439	56,5	,13	,003	,12	,14	**0,000**
	Erkek	7264	43,5	,09	,003	,09	,10	
Hesaplanan Yaş	15-24	2804	16,8	,11	,006	,10	,12	**0,000**
	25-34	3156	18,9	,13	,006	,12	,14	
	35-44	3255	19,5	,13	,006	,12	,14	
	45-54	2952	17,7	,12	,006	,10	,13	
	55-64	2295	13,7	,09	,006	,08	,11	
	65-74	1376	8,2	,08	,007	,06	,09	
	75+	865	5,2	,09	,010	,07	,11	

Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	5022	30,1	,10	,004	,09	,11	**0,000**
	Evli	11681	69,9	,12	,003	,11	,13	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	15213	91,1	,12	,003	,12	,13	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1280	7,7	,03	,005	,02	,04	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	210	1,3	,01	,008	,00	,03	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	10444	62,5	,13	,003	,12	,13	**0,000**
	Çalıştı	6259	37,5	,09	,004	,08	,10	
Hane Geliri	0- 1080 TL	5182	31,0	,20	,006	,19	,22	**0,000**
	1081- 1550 TL	3419	20,5	,10	,005	,09	,11	
	1551- 2170 TL	2693	16,1	,09	,006	,08	,10	
	2171- 3180 TL	2824	16,9	,06	,005	,05	,07	
	3181 + TL	2585	15,5	,03	,003	,02	,03	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	13818	82,7	,07	,002	,07	,08	**0,000**
	Hayır	2885	17,3	,32	,009	,30	,33	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	335	2,0	,02	,007	,00	,03	**0,000**
	Hayır	16368	98,0	,12	,002	,11	,12	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	458	2,7	,26	,021	,22	,30	**0,000**
	Hayır	16245	97,3	,11	,002	,10	,11	

Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	4582	27,4	,16	,005	,15	,17	**0,000**
	Hayır	12121	72,6	,10	,003	,09	,10	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	9267	55,5	,07	,003	,07	,08	**0,000**
	Orta	5217	31,2	,13	,005	,12	,14	
	Kötü, Çok kötü	2219	13,3	,23	,009	,21	,25	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	11213	67,1	,08	,003	,08	,09	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	5490	32,9	,17	,005	,16	,18	
Depresyon	Evet	2121	12,7	,20	,009	,18	,21	**0,000**
	Hayır	14582	87,3	,10	,003	,10	,11	
Gözlem Sayısı:16.703								

2014 yılında ödeme güçlüğüne bağlı reçete edilen ilaç ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 25-34 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı reçete edilen ilaç ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 11. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	6392	57,8	,08	,003	,07	,09	**0,000**
	Erkek	4670	42,2	,05	,003	,04	,05	
Hesaplanan Yaş	15-24	1868	16,9	,06	,005	,05	,07	**0,000**
	25-34	2038	18,4	,07	,006	,06	,08	
	35-44	2210	20,0	,07	,006	,06	,09	
	45-54	2000	18,1	,08	,006	,07	,09	
	55-64	1482	13,4	,06	,006	,05	,07	
	65-74	897	8,1	,04	,006	,02	,05	
	75+	567	5,1	,04	,008	,03	,06	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	3441	31,1	,07	,004	,06	,07	0,977
	Evli	7621	68,9	,06	,003	,06	,07	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	10065	91,0	,07	,003	,06	,07	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	852	7,7	,03	,006	,02	,04	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	145	1,3	,02	,012	,00	,04	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	7010	63,4	,07	,003	,07	,08	**0,000**
	Çalıştı	4052	36,6	,05	,003	,04	,06	
Hane Geliri	0- 1080 TL	3481	31,5	,10	,005	,09	,11	**0,000**
	1081- 1550 TL	2238	20,2	,05	,005	,04	,06	
	1551- 2170 TL	1696	15,3	,07	,006	,06	,08	
	2171- 3180 TL	1912	17,3	,04	,004	,03	,05	
	3181 + TL	1735	15,7	,03	,004	,02	,03	

Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	9147	82,7	,05	,002	,04	,05	**0,000**
	Hayır	1915	17,3	,15	,008	,14	,17	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	234	2,1	,03	,012	,01	,06	0,053
	Hayır	10828	97,9	,07	,002	,06	,07	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	285	2,6	,06	,014	,03	,09	0,898
	Hayır	10777	97,4	,07	,002	,06	,07	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	2875	26,0	,10	,006	,09	,12	**0,000**
	Hayır	8187	74,0	,05	,002	,05	,06	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	6140	55,5	,04	,002	,03	,04	**0,000**
	Orta	3377	30,5	,09	,005	,08	,10	
	Kötü, Çok kötü	1545	14,0	,13	,009	,12	,15	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	7425	67,1	,04	,002	,04	,05	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	3637	32,9	,11	,005	,10	,12	
Depresyon	Evet	1742	15,7	,19	,009	,17	,20	**0,000**
	Hayır	9320	84,3	,04	,002	,04	,05	
Gözlem Sayısı:11.062								

2014 yılında ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 45-54 olan kişilerde diğer kişilere göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak

niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacı karşılanmamıştır. Medeni durum, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkenleri açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 12. 2016 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	9258	56,4	,17	,004	,16	,18	**0,000**
	Erkek	7143	43,6	,13	,004	,12	,14	
Hesaplanan Yaş	15-24	2699	16,5	,14	,007	,13	,16	**0,000**
	25-34	2880	17,6	,20	,007	,18	,21	
	35-44	3271	19,9	,17	,007	,16	,18	
	45-54	2850	17,4	,16	,007	,15	,18	
	55-64	2277	13,9	,13	,007	,12	,15	
	65-74	1494	9,1	,13	,009	,11	,14	
	75+	930	5,7	,06	,008	,05	,08	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	5010	30,5	,13	,005	,13	,14	**0,000**
	Evli	11391	69,5	,16	,003	,16	,17	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	14713	89,7	,15	,003	,15	,16	0,781
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1465	8,9	,15	,009	,14	,17	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	223	1,4	,17	,025	,12	,22	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	10343	63,1	,16	,004	,15	,16	0,387

	Çalıştı	6058	36,9	,15	,005	,14	,16	
Hane Geliri	0- 1264 TL	3426	20,9	,12	,006	,11	,13	**0,000**
	1265- 1814 TL	4469	27,2	,15	,005	,14	,16	
	1815- 2540 TL	3016	18,4	,16	,007	,15	,17	
	2541- 3721 TL	2821	17,2	,17	,007	,16	,18	
	3722 + TL	2669	16,3	,18	,007	,17	,19	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	13903	84,8	,15	,003	,15	,16	0,454
	Hayır	2498	15,2	,15	,007	,13	,16	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	404	2,5	,13	,017	,10	,16	0,156
	Hayır	15997	97,5	,15	,003	,15	,16	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1590	9,7	,17	,009	,15	,18	0,158
	Hayır	14811	90,3	,15	,003	,15	,16	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	2383	14,5	,18	,008	,16	,19	**0,001**
	Hayır	14018	85,5	,15	,003	,14	,16	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	9588	58,5	,13	,003	,13	,14	**0,000**
	Orta	4779	29,1	,19	,006	,18	,20	
	Kötü, Çok kötü	2034	12,4	,17	,008	,15	,18	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	11847	72,2	,13	,003	,13	,14	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	4554	27,8	,21	,006	,20	,22	
Depresyon	Evet	1387	8,5	,26	,012	,24	,28	**0,000**
	Hayır	15014	91,5	,14	,003	,14	,15	
Gözlem Sayısı:16.401								

2016 yılında randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, hane geliri, tedavi masrafının kişinin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon

unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlar erkeklere göre, yaş aralığı 25-34 olan kişiler diğer kişilere göre, evliler bekarlara göre, hane geliri en yüksek olan grupta yer alan kişiler diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişiler tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu orta olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, depresyonda olan kişiler de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla randevuya bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır. Eğitim, çalışma durumu, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkenleri açısından bakıldığında ise, randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 13. 2016 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	9314	56,4	,11	,003	,11	,12	**0,000**
	Erkek	7195	43,6	,07	,003	,07	,08	
Hesaplanan Yaş	15-24	2708	16,4	,08	,005	,07	,09	**0,000**
	25-34	2895	17,5	,11	,006	,09	,12	
	35-44	3290	19,9	,09	,005	,08	,10	
	45-54	2877	17,4	,11	,006	,10	,12	
	55-64	2292	13,9	,08	,006	,07	,09	
	65-74	1501	9,1	,10	,008	,08	,11	
	75+	946	5,7	,12	,010	,09	,14	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	5036	30,5	,09	,004	,08	,09	**0,004**
	Evli	11473	69,5	,10	,003	,09	,11	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	14819	89,8	,10	,002	,09	,10	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1466	8,9	,07	,006	,05	,08	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık	224	1,4	,07	,017	,03	,10	

	fakülteler dahil), Doktora							
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	10412	63,1	,10	,003	,10	,11	**0,000**
	Çalıştı	6097	36,9	,08	,003	,07	,09	
Hane Geliri	0- 1264 TL	3462	21,0	,14	,006	,13	,15	**0,000**
	1265- 1814 TL	4504	27,3	,11	,005	,10	,12	
	1815- 2540 TL	3030	18,4	,09	,005	,08	,10	
	2541- 3721 TL	2839	17,2	,06	,004	,05	,07	
	3722 + TL	2674	16,2	,06	,005	,05	,07	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	13983	84,7	,08	,002	,08	,09	**0,000**
	Hayır	2526	15,3	,16	,007	,14	,17	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	405	2,5	,05	,011	,03	,07	**0,001**
	Hayır	16104	97,5	,10	,002	,09	,10	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1610	9,8	,20	,010	,18	,22	**0,000**
	Hayır	14899	90,2	,08	,002	,08	,09	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	2410	14,6	,11	,006	,09	,12	0,061
	Hayır	14099	85,4	,09	,002	,09	,10	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	9654	58,5	,07	,003	,06	,07	**0,000**
	Orta	4807	29,1	,12	,005	,11	,13	
	Kötü, Çok kötü	2048	12,4	,17	,008	,15	,18	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	11918	72,2	,07	,002	,07	,07	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	4591	27,8	,16	,005	,15	,17	
Depresyon	Evet	1392	8,4	,17	,010	,15	,19	**0,000**
	Hayır	15117	91,6	,09	,002	,08	,09	
Gözlem Sayısı:16.509								

2016 yılında uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlar erkeklere göre, yaş aralığı 75 ve yukarısı olan kişiler diğer kişilere göre, evliler bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişiler eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlar çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişiler diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişiler tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişiler tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişiler tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, depresyonda olan kişiler de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır. Tedavi masrafının kişinin kendisi tarafından karşılanması değişkeni açısından bakıldığında ise, uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 14. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	8929	56,7	,11	,003	,10	,11	**0,000**
	Erkek	6822	43,3	,08	,003	,07	,08	
Hesaplanan Yaş	15-24	2521	16,0	,07	,005	,06	,08	**0,000**
	25-34	2779	17,6	,10	,006	,09	,11	
	35-44	3113	19,8	,11	,006	,10	,12	
	45-54	2762	17,5	,10	,006	,09	,12	
	55-64	2211	14,0	,09	,006	,08	,10	
	65-74	1452	9,2	,08	,007	,06	,09	
	75+	913	5,8	,08	,009	,06	,10	

Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	4754	30,2	,08	,004	,07	,09	**0,001**
	Evli	10997	69,8	,10	,003	,09	,10	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	14158	89,9	,10	,003	,10	,11	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1390	8,8	,03	,005	,02	,04	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	203	1,3	,02	,010	,00	,04	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	9983	63,4	,10	,003	,09	,11	**0,000**
	Çalıştı	5768	36,6	,08	,004	,07	,09	
Hane Geliri	0- 1264 TL	3366	21,4	,17	,006	,16	,18	**0,000**
	1265- 1814 TL	4308	27,4	,11	,005	,10	,12	
	1815- 2540 TL	2840	18,0	,08	,005	,07	,09	
	2541- 3721 TL	2729	17,3	,05	,004	,04	,06	
	3722 + TL	2508	15,9	,03	,003	,02	,04	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	13312	84,5	,07	,002	,06	,07	**0,000**
	Hayır	2439	15,5	,23	,009	,21	,25	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	366	2,3	,03	,009	,01	,05	**0,000**
	Hayır	15385	97,7	,10	,002	,09	,10	

Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1556	9,9	,23	,011	,21	,25	**0,000**
	Hayır	14195	90,1	,08	,002	,07	,08	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	2319	14,7	,17	,008	,15	,19	**0,000**
	Hayır	13432	85,3	,08	,002	,08	,09	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	9146	58,1	,06	,002	,05	,06	**0,000**
	Orta	4594	29,2	,13	,005	,12	,13	
	Kötü, Çok kötü	2011	12,8	,18	,009	,16	,20	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	11340	72,0	,06	,002	,06	,07	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	4411	28,0	,17	,006	,16	,18	
Depresyon	Evet	1329	8,4	,22	,011	,20	,24	**0,000**
	Hayır	14422	91,6	,08	,002	,08	,09	
Gözlem Sayısı:15.751								

2016 yılında ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu

orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 15. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	8660	56,5	,12	,003	,11	,12	**0,000**
	Erkek	6668	43,5	,10	,004	,09	,10	
Hesaplanan Yaş	15-24	2492	16,3	,08	,006	,07	,09	**0,000**
	25-34	2725	17,8	,11	,006	,10	,13	
	35-44	3091	20,2	,14	,006	,13	,15	
	45-54	2707	17,7	,12	,006	,11	,13	
	55-64	2127	13,9	,10	,007	,09	,12	
	65-74	1370	8,9	,08	,007	,06	,09	
	75+	816	5,3	,08	,009	,06	,09	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	4611	30,1	,10	,004	,09	,11	**0,011**
	Evli	10717	69,9	,11	,003	,11	,12	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	13743	89,7	,11	,003	,11	,12	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1384	9,0	,07	,007	,06	,09	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	201	1,3	,05	,016	,02	,09	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	9674	63,1	,11	,003	,10	,12	0,704
	Çalıştı	5654	36,9	,11	,004	,10	,12	
Hane Geliri	0- 1264 TL	3197	20,9	,17	,007	,16	,18	**0,000**
	1265- 1814 TL	4178	27,3	,12	,005	,11	,13	
	1815- 2540 TL	2815	18,4	,10	,006	,09	,11	

	2541- 3721 TL	2672	17,4	,08	,005	,07	,09	
	3722 + TL	2466	16,1	,05	,004	,04	,06	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	12978	84,7	,09	,003	,09	,10	**0,000**
	Hayır	2350	15,3	,21	,008	,19	,22	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	368	2,4	,06	,012	,03	,08	**0,001**
	Hayır	14960	97,6	,11	,003	,10	,11	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1481	9,7	,21	,010	,18	,23	**0,000**
	Hayır	13847	90,3	,10	,003	,09	,10	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	2191	14,3	,20	,008	,18	,21	**0,000**
	Hayır	13137	85,7	,09	,003	,09	,10	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	8993	58,7	,08	,003	,08	,09	**0,000**
	Orta	4465	29,1	,14	,005	,13	,15	
	Kötü, Çok kötü	1870	12,2	,16	,008	,14	,17	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	11111	72,5	,08	,003	,08	,09	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	4217	27,5	,17	,006	,16	,18	
Depresyon	Evet	1285	8,4	,23	,012	,21	,25	**0,000**
	Hayır	14043	91,6	,10	,003	,09	,10	
Gözlem Sayısı:15.328								

2016 yılında ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında

yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacı karşılanmamıştır. Çalışma durumu değişkeni açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 16. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	9116	56,7	,07	,003	,07	,08	**0,000**
	Erkek	6971	43,3	,05	,003	,04	,05	
Hesaplanan Yaş	15-24	2573	16,0	,06	,005	,05	,06	**0,000**
	25-34	2816	17,5	,07	,005	,06	,08	
	35-44	3180	19,8	,08	,005	,07	,09	
	45-54	2841	17,7	,07	,005	,06	,08	
	55-64	2249	14,0	,05	,005	,04	,06	
	65-74	1482	9,2	,04	,005	,03	,05	
	75+	946	5,9	,05	,007	,04	,07	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	4868	30,3	,06	,003	,05	,06	0,262
	Evli	11219	69,7	,06	,002	,06	,07	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	14452	89,8	,07	,002	,06	,07	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1426	8,9	,02	,003	,01	,02	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık	209	1,3	,00	,005	,00	,01	

	fakülteler dahil), Doktora							
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	10180	63,3	,07	,002	,06	,07	**0,001**
	Çalıştı	5907	36,7	,05	,003	,05	,06	
Hane Geliri	0- 1264 TL	3414	21,2	,14	,006	,13	,15	**0,000**
	1265- 1814 TL	4402	27,4	,07	,004	,06	,08	
	1815- 2540 TL	2920	18,2	,03	,003	,03	,04	
	2541- 3721 TL	2774	17,2	,03	,003	,02	,03	
	3722 + TL	2577	16,0	,02	,002	,01	,02	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	13618	84,7	,04	,002	,04	,04	**0,000**
	Hayır	2469	15,3	,18	,008	,16	,19	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	378	2,3	,03	,009	,01	,05	**0,008**
	Hayır	15709	97,7	,06	,002	,06	,07	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1579	9,8	,18	,010	,16	,20	**0,000**
	Hayır	14508	90,2	,05	,002	,04	,05	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	2353	14,6	,12	,007	,11	,13	**0,000**
	Hayır	13734	85,4	,05	,002	,05	,06	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	9324	58,0	,04	,002	,03	,04	**0,000**
	Orta	4723	29,4	,09	,004	,08	,09	
	Kötü, Çok kötü	2040	12,7	,12	,007	,11	,13	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	11550	71,8	,04	,002	,04	,05	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	4537	28,2	,11	,005	,10	,12	
Depresyon	Evet	1373	8,5	,15	,010	,14	,17	**0,000**
	Hayır	14714	91,5	,05	,002	,05	,06	
Gözlem Sayısı:16.087								

2016 yılında ödeme güçlüğüne bağlı reçete edilen ilaç ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı reçete edilen ilaç ihtiyacı karşılanmamıştır. Medeni durum değişkeni açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı reçete edilen ilaç ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 17. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	7624	56,9	,04	,002	,03	,04	**0,000**
	Erkek	5775	43,1	,02	,002	,02	,02	
Hesaplanan Yaş	15-24	2169	16,2	,02	,003	,01	,02	**0,000**
	25-34	2369	17,7	,03	,004	,03	,04	
	35-44	2680	20,0	,04	,004	,03	,05	
	45-54	2390	17,8	,03	,004	,03	,04	
	55-64	1845	13,8	,03	,004	,02	,04	

	65-74	1200	9,0	,01	,003	,01	,02	
	75+	746	5,6	,02	,005	,01	,03	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	4047	30,2	,03	,003	,03	,04	0,337
	Evli	9352	69,8	,03	,002	,02	,03	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	12044	89,9	,03	,002	,03	,03	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	1180	8,8	,01	,003	,00	,01	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	175	1,3	,01	,008	,00	,03	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	8528	63,6	,03	,002	,03	,04	**0,012**
	Çalıştı	4871	36,4	,02	,002	,02	,03	
Hane Geliri	0- 1264 TL	2809	21,0	,06	,005	,05	,07	**0,000**
	1265- 1814 TL	3658	27,3	,03	,003	,02	,03	
	1815- 2540 TL	2434	18,2	,02	,003	,01	,02	
	2541- 3721 TL	2354	17,6	,02	,003	,01	,02	
	3722 + TL	2144	16,0	,01	,002	,01	,02	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	11373	84,9	,02	,001	,02	,02	**0,000**
	Hayır	2026	15,1	,08	,006	,07	,09	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	310	2,3	,02	,007	,00	,03	0,165
	Hayır	13089	97,7	,03	,001	,03	,03	

Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1265	9,4	,08	,008	,07	,10	**0,000**
	Hayır	12134	90,6	,02	,001	,02	,03	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	1786	13,3	,06	,006	,05	,07	**0,000**
	Hayır	11613	86,7	,02	,001	,02	,03	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	7891	58,9	,01	,001	,01	,02	**0,000**
	Orta	3786	28,3	,04	,003	,04	,05	
	Kötü, Çok kötü	1722	12,9	,06	,006	,05	,07	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	9730	72,6	,02	,001	,02	,02	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	3669	27,4	,06	,004	,05	,07	
Depresyon	Evet	1248	9,3	,13	,010	,11	,15	**0,000**
	Hayır	12151	90,7	,02	,001	,02	,02	
Gözlem Sayısı:13.399								

2016 yılında ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacı karşılanmamıştır. Medeni durum ve tedavi

masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkenleri açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 18. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	18450	56,7	,20	,003	,19	,20	**0,000**
	Erkek	14093	43,3	,16	,003	,15	,17	
Hesaplanan Yaş	15-24	5417	16,6	,18	,005	,17	,19	**0,000**
	25-34	5960	18,3	,22	,005	,21	,23	
	35-44	6385	19,6	,20	,005	,19	,21	
	45-54	5678	17,4	,19	,005	,18	,20	
	55-64	4509	13,9	,16	,005	,15	,17	
	65-74	2826	8,7	,13	,006	,12	,15	
	75+	1768	5,4	,09	,007	,07	,10	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	9891	30,4	,16	,004	,16	,17	**0,000**
	Evli	22652	69,6	,19	,003	,18	,19	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	29428	90,4	,18	,002	,17	,18	0,279
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	2697	8,3	,19	,008	,17	,20	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	418	1,3	,20	,019	,16	,23	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	20525	63,1	,18	,003	,18	,19	**0,043**
	Çalıştı	12018	36,9	,17	,003	,17	,18	
Hane Geliri	0- 1264 TL	8375	25,7	,17	,004	,16	,18	**0,000**
	1265- 1814 TL	7787	23,9	,17	,004	,16	,18	

	1815- 2540 TL	5638	17,3	,18	,005	,17	,19	
	2541- 3721 TL	5565	17,1	,19	,005	,18	,20	
	3722 + TL	5178	15,9	,20	,006	,19	,21	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	27320	84,0	,18	,002	,17	,18	0,500
	Hayır	5223	16,0	,18	,005	,17	,19	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	727	2,2	,16	,013	,13	,18	0,080
	Hayır	31816	97,8	,18	,002	,18	,18	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	2036	6,3	,17	,008	,16	,19	0,319
	Hayır	30507	93,7	,18	,002	,18	,18	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	6753	20,8	,23	,005	,22	,24	**0,000**
	Hayır	25790	79,2	,17	,002	,16	,17	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	18516	56,9	,16	,003	,15	,16	**0,000**
	Orta	9824	30,2	,21	,004	,21	,22	
	Kötü, Çok kötü	4203	12,9	,21	,006	,20	,22	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	22679	69,7	,16	,002	,15	,16	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	9864	30,3	,23	,004	,22	,24	
Depresyon	Evet	3454	10,6	,28	,008	,27	,30	**0,000**
	Hayır	29089	89,4	,17	,002	,16	,17	
Gözlem Sayısı:32.543								

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının kişinin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlar erkeklere göre, yaş aralığı 25-34 olan kişiler diğer kişilere göre, evliler bekarlara göre, çalışmayanlar çalışanlara göre, hane geliri en yüksek olan grupta yer alan kişiler diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre,

tedavi masrafını kendisi karşılayan kişiler tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu orta olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, depresyonda olan kişiler de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla randevuya bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır. Eğitim, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkenleri açısından bakıldığında ise, randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 19. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	18778	56,6	,13	,002	,13	,14	**0,000**
	Erkek	14425	43,4	,09	,002	,09	,10	
Hesaplanan Yaş	15-24	5519	16,6	,10	,004	,09	,11	**0,000**
	25-34	6059	18,2	,13	,004	,12	,14	
	35-44	6543	19,7	,12	,004	,11	,13	
	45-54	5814	17,5	,12	,004	,11	,13	
	55-64	4578	13,8	,10	,004	,09	,11	
	65-74	2879	8,7	,11	,006	,10	,12	
	75+	1811	5,5	,12	,008	,11	,14	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	10067	30,3	,11	,003	,10	,11	**0,000**
	Evli	23136	69,7	,12	,002	,11	,12	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	30029	90,4	,12	,002	,11	,12	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	2748	8,3	,08	,005	,07	,09	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	426	1,3	,07	,013	,05	,10	

Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	20894	62,9	,13	,002	,12	,13	**0,000**
	Çalıştı	12309	37,1	,09	,003	,09	,10	
Hane Geliri	0- 1264 TL	8619	26,0	,17	,004	,16	,18	**0,000**
	1265- 1814 TL	7909	23,8	,11	,004	,10	,12	
	1815- 2540 TL	5750	17,3	,10	,004	,09	,11	
	2541- 3721 TL	5666	17,1	,08	,004	,08	,09	
	3722 + TL	5259	15,8	,08	,004	,07	,09	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	27804	83,7	,10	,002	,10	,10	**0,000**
	Hayır	5399	16,3	,19	,005	,18	,20	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	736	2,2	,07	,009	,05	,08	**0,000**
	Hayır	32467	97,8	,12	,002	,11	,12	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	2076	6,3	,20	,009	,19	,22	**0,000**
	Hayır	31127	93,7	,11	,002	,10	,11	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	6969	21,0	,15	,004	,14	,16	**0,000**
	Hayır	26234	79,0	,10	,002	,10	,11	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	18898	56,9	,08	,002	,08	,08	**0,000**
	Orta	10026	30,2	,14	,003	,14	,15	
	Kötü, Çok kötü	4279	12,9	,20	,006	,19	,22	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	23117	69,6	,09	,002	,08	,09	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	10086	30,4	,18	,004	,17	,18	
Depresyon	Evet	3521	10,6	,20	,007	,19	,21	**0,000**
	Hayır	29682	89,4	,10	,002	,10	,11	
Gözlem Sayısı:33.203								

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlar erkeklere göre, yaş aralığı 25-34 olan kişiler diğer kişilere göre, evliler bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişiler eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlar çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişiler diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişiler tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişiler tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişiler tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişiler tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre, depresyonda olan kişiler de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır.

Tablo 20. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	18138	56,7	,13	,003	,13	,14	**0,000**
	Erkek	13876	43,3	,10	,003	,10	,11	
Hesaplanan Yaş	15-24	5263	16,4	,10	,004	,09	,11	**0,000**
	25-34	5857	18,3	,13	,004	,12	,14	
	35-44	6284	19,6	,14	,004	,13	,15	
	45-54	5633	17,6	,14	,005	,13	,14	
	55-64	4434	13,9	,11	,005	,10	,12	
	65-74	2789	8,7	,09	,006	,08	,10	
	75+	1754	5,5	,10	,007	,09	,12	

Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	9667	30,2	,11	,003	,10	,11	**0,000**
	Evli	22347	69,8	,13	,002	,12	,13	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	28972	90,5	,13	,002	,12	,13	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	2640	8,2	,04	,004	,04	,05	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	402	1,3	,03	,008	,01	,05	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	20168	63,0	,13	,002	,13	,14	**0,000**
	Çalıştı	11846	37,0	,10	,003	,10	,11	
Hane Geliri	0- 1264 TL	8388	26,2	,21	,004	,21	,22	**0,000**
	1265- 1814 TL	7656	23,9	,12	,004	,11	,13	
	1815- 2540 TL	5462	17,1	,10	,004	,10	,11	
	2541- 3721 TL	5483	17,1	,07	,003	,06	,08	
	3722 + TL	5025	15,7	,04	,003	,03	,05	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	26766	83,6	,09	,002	,08	,09	**0,000**
	Hayır	5248	16,4	,29	,006	,28	,31	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	687	2,1	,04	,007	,02	,05	**0,000**
	Hayır	31327	97,9	,12	,002	,12	,13	
Tedavi Masrafı GSS	Evet	2006	6,3	,24	,010	,22	,26	**0,000**

Tarafından Karşılananlar	Hayır	30008	93,7	,11	,002	,11	,12	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	6819	21,3	,19	,005	,18	,20	**0,000**
	Hayır	25195	78,7	,10	,002	,10	,11	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	18154	56,7	,08	,002	,07	,08	**0,000**
	Orta	9667	30,2	,15	,004	,15	,16	
	Kötü, Çok kötü	4193	13,1	,23	,007	,22	,24	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	22245	69,5	,08	,002	,08	,09	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	9769	30,5	,20	,004	,20	,21	
Depresyon	Evet	3419	10,7	,25	,007	,23	,26	**0,000**
	Hayır	28595	89,3	,11	,002	,10	,11	
Gözlem Sayısı:32.014								

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan

kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 21. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	16999	56,4	,15	,003	,15	,16	**0,000**
	Erkek	13124	43,6	,13	,003	,12	,13	
Hesaplanan Yaş	15-24	4997	16,6	,11	,004	,11	,12	**0,000**
	25-34	5583	18,5	,15	,005	,14	,16	
	35-44	6054	20,1	,18	,005	,17	,19	
	45-54	5348	17,8	,16	,005	,15	,17	
	55-64	4112	13,7	,12	,005	,11	,13	
	65-74	2515	8,3	,10	,006	,09	,11	
	75+	1514	5,0	,09	,007	,07	,10	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	9076	30,1	,12	,003	,12	,13	**0,000**
	Evli	21047	69,9	,15	,002	,14	,15	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	27185	90,2	,15	,002	,14	,15	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	2544	8,4	,09	,006	,08	,10	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	394	1,3	,06	,012	,04	,08	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	18850	62,6	,14	,003	,14	,15	0,076
	Çalıştı	11273	37,4	,14	,003	,13	,14	
Hane Geliri	0- 1264 TL	7769	25,8	,21	,005	,21	,22	**0,000**
	1265- 1814 TL	7208	23,9	,14	,004	,13	,15	
	1815- 2540 TL	5182	17,2	,13	,005	,13	,14	
	2541- 3721 TL	5210	17,3	,10	,004	,09	,11	

	3722 + TL	4754	15,8	,07	,004	,07	,08	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	25205	83,7	,12	,002	,11	,12	**0,000**
	Hayır	4918	16,3	,27	,006	,26	,28	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	672	2,2	,08	,010	,06	,10	**0,000**
	Hayır	29451	97,8	,14	,002	,14	,15	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1901	6,3	,22	,010	,20	,24	**0,000**
	Hayır	28222	93,7	,14	,002	,13	,14	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	6288	20,9	,22	,005	,21	,23	**0,000**
	Hayır	23835	79,1	,12	,002	,12	,13	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	17363	57,6	,11	,002	,10	,11	**0,000**
	Orta	8969	29,8	,18	,004	,17	,18	
	Kötü, Çok kötü	3791	12,6	,21	,007	,20	,23	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	21130	70,1	,11	,002	,11	,11	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	8993	29,9	,22	,004	,21	,22	
Depresyon	Evet	3185	10,6	,26	,008	,25	,28	**0,000**
	Hayır	26938	89,4	,13	,002	,12	,13	
Gözlem Sayısı:30.123								

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK

tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacı karşılanmamıştır. Çalışma durumu değişkeni açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı diş bakımı ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 22. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	18555	56,6	,10	,002	,10	,10	**0,000**
	Erkek	14235	43,4	,07	,002	,07	,08	
Hesaplanan Yaş	15-24	5377	16,4	,08	,004	,07	,09	**0,000**
	25-34	5972	18,2	,10	,004	,09	,11	
	35-44	6435	19,6	,10	,004	,10	,11	
	45-54	5793	17,7	,09	,004	,08	,10	
	55-64	4544	13,9	,07	,004	,06	,08	
	65-74	2858	8,7	,06	,004	,05	,07	
	75+	1811	5,5	,07	,006	,06	,08	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	9890	30,2	,08	,003	,07	,08	**0,000**
	Evli	22900	69,8	,09	,002	,09	,10	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	29665	90,5	,09	,002	,09	,10	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	2706	8,3	,02	,003	,02	,03	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler	419	1,3	,01	,005	,00	,02	

	dahil), Doktora							
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	20624	62,9	,10	,002	,09	,10	**0,000**
	Çalıştı	12166	37,1	,07	,002	,07	,08	
Hane Geliri	0- 1264 TL	8596	26,2	,18	,004	,17	,19	**0,000**
	1265- 1814 TL	7821	23,9	,08	,003	,08	,09	
	1815- 2540 TL	5613	17,1	,06	,003	,06	,07	
	2541- 3721 TL	5598	17,1	,05	,003	,04	,05	
	3722 + TL	5162	15,7	,02	,002	,02	,03	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	27436	83,7	,06	,001	,05	,06	**0,000**
	Hayır	5354	16,3	,25	,006	,24	,26	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	713	2,2	,02	,006	,01	,04	**0,000**
	Hayır	32077	97,8	,09	,002	,09	,09	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	2037	6,2	,20	,009	,18	,22	**0,000**
	Hayır	30753	93,8	,08	,002	,08	,08	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	6935	21,1	,15	,004	,14	,15	**0,000**
	Hayır	25855	78,9	,07	,002	,07	,08	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	18591	56,7	,06	,002	,05	,06	**0,000**
	Orta	9940	30,3	,11	,003	,10	,12	
	Kötü, Çok kötü	4259	13,0	,18	,006	,16	,19	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	22763	69,4	,06	,002	,06	,07	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	10027	30,6	,15	,004	,14	,15	
Depresyon	Evet	3494	10,7	,18	,006	,17	,19	**0,000**
	Hayır	29296	89,3	,08	,002	,07	,08	
Gözlem Sayısı:32.790								

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme güçlüğüne bağlı reçete edilen ilaç ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, evlilerde bekarlara göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı reçete edilen ilaç ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 23. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	14016	57,3	,06	,002	,05	,06	**0,000**
	Erkek	10445	42,7	,03	,002	,03	,04	
Hesaplanan Yaş	15-24	4037	16,5	,04	,003	,03	,04	**0,000**
	25-34	4407	18,0	,05	,003	,04	,06	
	35-44	4890	20,0	,05	,003	,05	,06	
	45-54	4390	17,9	,05	,003	,05	,06	
	55-64	3327	13,6	,04	,004	,04	,05	
	65-74	2097	8,6	,02	,003	,02	,03	
	75+	1313	5,4	,03	,005	,02	,04	

Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	7488	30,6	,05	,002	,04	,05	0,468
	Evli	16973	69,4	,04	,002	,04	,05	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	22109	90,4	,05	,001	,05	,05	**0,000**
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	2032	8,3	,02	,003	,01	,02	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	320	1,3	,02	,007	,00	,03	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	15538	63,5	,05	,002	,05	,05	**0,000**
	Çalıştı	8923	36,5	,04	,002	,03	,04	
Hane Geliri	0- 1264 TL	6290	25,7	,09	,004	,08	,09	**0,000**
	1265- 1814 TL	5896	24,1	,04	,003	,03	,04	
	1815- 2540 TL	4130	16,9	,04	,003	,03	,04	
	2541- 3721 TL	4266	17,4	,03	,002	,02	,03	
	3722 + TL	3879	15,9	,02	,002	,01	,02	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	20520	83,9	,03	,001	,03	,03	**0,000**
	Hayır	3941	16,1	,11	,005	,10	,12	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	544	2,2	,02	,007	,01	,04	**0,015**
	Hayır	23917	97,8	,05	,001	,04	,05	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1550	6,3	,08	,007	,06	,09	**0,000**
	Hayır	22911	93,7	,04	,001	,04	,05	

Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	4661	19,1	,09	,004	,08	,09	**0,000**
	Hayır	19800	80,9	,04	,001	,03	,04	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	14031	57,4	,02	,001	,02	,03	**0,000**
	Orta	7163	29,3	,06	,003	,06	,07	
	Kötü, Çok kötü	3267	13,4	,10	,005	,09	,11	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	17155	70,1	,03	,001	,03	,03	**0,000**
	Orta, Fazla, Çok fazla	7306	29,9	,09	,003	,08	,09	
Depresyon	Evet	2990	12,2	,16	,007	,15	,18	**0,000**
	Hayır	21471	87,8	,03	,001	,03	,03	
Gözlem Sayısı:24.461								

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Cinsiyet, hesaplanan yaş, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere göre, yaş aralığı 35-44 olan kişilerde diğer kişilere göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, depresyonda olan kişilerde de depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacı karşılanmamıştır. Medeni durum değişkeni açısından

bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı ruhsal tedavi ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

4.2.2. 2010 ve 2012 Yılları Farklılık Analizine İlişkin Bulgular

2010 ve 2012 yıllarında randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi, uzaklık ya da ulaşım imkanının olmaması ve ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması ve bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmamasına yönelik farklılıklar ölçülmüştür. Ancak, 2010 yılında gözlem sayıları düzenlendiğinde randevu süresinin çok geç tarihte verilmesine bağlı bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmamasına yönelik cevap veren katılımcı olmadığı için farklılık analizi yapılamamıştır. Aynı zamanda, 2010 yılında ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması, 2010 ve 2012 yıllarının birleşiminde uzaklık ya da ulaşım imkanının olmamasına bağlı bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmaması ve 2010 ve 2012 yıllarının birleşiminde ödeme güçlüğüne bağlı bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmaması binary lojistik regresyon analizinde Hosmer-Lemeshow testine göre prob değerinin 0.05'den küçük olması nedeniyle bu değişkenlere ilişkin farklılık analizi yapılmamıştır. Ayrıca, 2010 ve 2012 yıllarında yapılan farklılık analizlerinde araştırmaya dahil edilen gözlem sayılarının yetersizliği nedeniyle bazı kısımlar SPSS programında analiz kapsamına alınmamış ve bu kısımlar noktalar ile gösterilmiştir.

Tablo 24. 2010 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	762	66,2	,02	,005	,01	,03	0,188
	Erkek	389	33,8	,01	,005	,00	,02	
Hesaplanan Yaş	15-24	126	10,9	,02	,014	,00	,05	0,645
	25-34	278	24,2	,02	,008	,00	,03	
	35-44	300	26,1	,01	,005	,00	,02	

	45-54	210	18,2	,02	,011	,00	,04	
	55-64	113	9,8	,02	,012	-,01	,04	
	65-74	72	6,3	,01	,014	-,01	,04	
	75+	52	4,5	,04	,027	-,02	,09	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	276	24,0	,01	,007	,00	,03	0,674
	Evli	875	76,0	,02	,005	,01	,03	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	1098	95,4	,02	,004	,01	,02	
	Yüksekokul veya fakülte	49	4,3	,04	,029	-,02	,10	0,426
	Yüksek lisans, doktora	4	,3	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	696	60,5	,02	,006	,01	,04	**0,024**
	Çalıştı	455	39,5	,01	,004	,00	,01	
Hane Geliri	0-500 TL	484	42,1	,00	,003	,00	,01	
	501-750 TL	270	23,5	,01	,006	,00	,02	
	751-1100 TL	208	18,1	,04	,013	,01	,06	**0,000**
	1101-1700 TL	107	9,3	,06	,022	,01	,10	
	1701 + TL	82	7,1	,01	,012	-,01	,04	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	509	44,2	,04	,008	,02	,05	**0,000**
	Hayır	642	55,8	,00	,002	,00	,00	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	3	,3	.	.	.	.	0,818
	Hayır	1148	99,7	,02	,004	,01	,03	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	277	24,1	.	.	.	.	**0,011**
	Hayır	874	75,9	,02	,005	,01	,03	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	484	42,1	,02	,006	,01	,03	
	Orta	420	36,5	,02	,007	,01	,03	0,947
	Kötü, Çok kötü	247	21,5	,02	,008	,00	,03	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif	625	54,3	,02	,005	,01	,03	0,697

	derecede hissettim							
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	526	45,7	,02	,006	,01	,03	
Depresyon	Evet	55	4,8	,04	,025	-,01	,09	0,270
	Hayır	1096	95,2	,02	,004	,01	,02	
Gözlem Sayısı:1.151								

2010 yılında randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması ve tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri 1101-1700 TL arasında olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilere göre daha fazla randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 25. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	762	66,2	,05	,008	,03	,06	0,376
	Erkek	389	33,8	,04	,009	,02	,05	
Hesaplanan Yaş	15-24	126	10,9	,05	,019	,01	,09	0,208
	25-34	278	24,2	,03	,011	,01	,05	
	35-44	300	26,1	,04	,011	,02	,06	
	45-54	210	18,2	,05	,015	,02	,08	

	55-64	113	9,8	,05	,021	,01	,10	
	65-74	72	6,3	,03	,020	-,01	,07	
	75+	52	4,5	,12	,045	,03	,21	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	276	24,0	,05	,014	,03	,08	0,308
	Evli	875	76,0	,04	,007	,03	,05	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	1098	95,4	,04	,006	,03	,06	0,656
	Yüksekokul veya fakülte	49	4,3	,02	,020	-,02	,06	
	Yüksek lisans, doktora	4	,3	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	696	60,5	,05	,008	,04	,07	0,088
	Çalıştı	455	39,5	,03	,008	,01	,05	
Hane Geliri	0-500 TL	484	42,1	,04	,008	,02	,05	0,823
	501-750 TL	270	23,5	,05	,013	,02	,07	
	751-1100 TL	208	18,1	,05	,015	,02	,08	
	1101-1700 TL	107	9,3	,06	,022	,01	,10	
	1701 + TL	82	7,1	,05	,024	,00	,10	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	509	44,2	,05	,010	,03	,07	0,155
	Hayır	642	55,8	,04	,007	,02	,05	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	3	,3	.	.	.	.	0,712
	Hayır	1148	99,7	,04	,006	,03	,06	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	277	24,1	,01	,007	,00	,03	**0,007**
	Hayır	874	75,9	,05	,008	,04	,07	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	484	42,1	,04	,009	,02	,06	0,501
	Orta	420	36,5	,04	,009	,02	,06	
	Kötü, Çok kötü	247	21,5	,06	,015	,03	,09	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif	625	54,3	,04	,008	,03	,06	0,965

	derecede hissettim							
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	526	45,7	,04	,009	,03	,06	
Depresyon	Evet	55	4,8	,02	,018	-,02	,05	0,347
	Hayır	1096	95,2	,04	,006	,03	,06	
Gözlem Sayısı:1.151								

2010 yılında uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişken şudur: Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması unsurunda istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuç değerlendirildiğinde; tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilere göre daha fazla uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 26. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	153	67,7	,03	,013	,00	,05	0,277
	Erkek	73	32,3	,05	,027	,00	,11	
Hesaplanan Yaş	15-24	26	11,5	,04	,038	-,04	,12	0,363
	25-34	41	18,1	,02	,024	-,02	,07	
	35-44	60	26,5	,02	,017	-,02	,05	
	45-54	45	19,9	,04	,031	-,02	,11	
	55-64	31	13,7	,03	,032	-,03	,10	
	65-74	13	5,8	,15	,104	-,07	,38	

	75+	10	4,4	.	.	.	.	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	57	25,2	,07	,034	,00	,14	0,101
	Evli	169	74,8	,02	,012	,00	,05	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	224	99,1	,04	,012	,01	,06	0,786
	Yüksekokul veya fakülte	2	,9	.	.	.	.	
	Yüksek lisans, doktora	.	.	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	146	64,6	,04	,016	,01	,07	0,532
	Çalıştı	80	35,4	,03	,018	-,01	,06	
Hane Geliri	0-500 TL	125	55,3	,04	,018	,01	,07	0,707
	501-750 TL	42	18,6	,02	,024	-,02	,07	
	751-1100 TL	30	13,3	,07	,046	-,03	,16	
	1101-1700 TL	13	5,8	.	.	.	.	
	1701 + TL	16	7,1	.	.	.	.	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	86	38,1	,05	,023	,00	,09	0,480
	Hayır	140	61,9	,03	,014	,00	,06	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	0	0	.	.	.	.	.
	Hayır	226	100,0	,04	,012	,01	,06	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	44	19,5	,02	,023	-,02	,07	0,613
	Hayır	182	80,5	,04	,014	,01	,07	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	61	27,0	,02	,016	-,02	,05	0,126
	Orta	91	40,3	,07	,026	,01	,12	
	Kötü, Çok kötü	74	32,7	,01	,014	-,01	,04	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	107	47,3	,04	,018	,00	,07	0,879

	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	119	52,7	,03	,017	,00	,07	
Depresyon	Evet	11	4,9	,09	,091	-,11	,29	0,308
	Hayır	215	95,1	,03	,012	,01	,06	
Gözlem Sayısı:226								

2010 yılında uzaklık ya da ulaşıma bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 27. 2010 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	153	67,7	,56	,040	,48	,64	0,209
	Erkek	73	32,3	,64	,056	,53	,76	
Hesaplanan Yaş	15-24	26	11,5	,65	,095	,46	,85	0,399
	25-34	41	18,1	,49	,079	,33	,65	
	35-44	60	26,5	,68	,061	,56	,80	
	45-54	45	19,9	,60	,074	,45	,75	
	55-64	31	13,7	,52	,091	,33	,70	
	65-74	13	5,8	,46	,144	,15	,78	
	75+	10	4,4	,50	,167	,12	,88	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	57	25,2	,58	,066	,45	,71	0,928
	Evli	169	74,8	,59	,038	,51	,66	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	224	99,1	,59	,033	,52	,65	0,093
	Yüksekokul veya fakülte	2	,9	.	.	.	.	

	Yüksek lisans, doktora	.	.	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	146	64,6	,58	,041	,50	,66	0,938
	Çalıştı	80	35,4	,59	,055	,48	,70	
Hane Geliri	0-500 TL	125	55,3	,64	,043	,55	,73	**0,000**
	501-750 TL	42	18,6	,71	,071	,57	,86	
	751-1100 TL	30	13,3	,43	,092	,25	,62	
	1101-1700 TL	13	5,8	,62	,140	,31	,92	
	1701 + TL	16	7,1	,06	,063	-,07	,20	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	86	38,1	,38	,053	,28	,49	**0,000**
	Hayır	140	61,9	,71	,039	,63	,78	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	0	0	.	.	.	.	.
	Hayır	226	100,0	,58	,033	,52	,65	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	44	19,5	,91	,044	,82	1,00	**0,000**
	Hayır	182	80,5	,51	,037	,43	,58	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	61	27,0	,61	,063	,48	,73	**0,027**
	Orta	91	40,3	,48	,053	,38	,59	
	Kötü, Çok kötü	74	32,7	,69	,054	,58	,80	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	107	47,3	,55	,048	,46	,65	0,346
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	119	52,7	,61	,045	,52	,70	
Depresyon	Evet	11	4,9	,64	,152	,30	,98	0,719
	Hayır	215	95,1	,58	,034	,51	,65	
Gözlem Sayısı:226								

2010 yılında ödeme güçlüğüne bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması ve genel sağlık durumu unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; hane geliri 501-750 TL arasında olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 28. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	819	62,6	,04	,007	,02	,05	0,527
	Erkek	489	37,4	,04	,009	,03	,06	
Hesaplanan Yaş	15-24	131	10,0	,03	,015	,00	,06	0,797
	25-34	246	18,8	,04	,013	,02	,07	
	35-44	319	24,4	,04	,011	,02	,07	
	45-54	268	20,5	,04	,012	,01	,06	
	55-64	177	13,5	,06	,017	,02	,09	
	65-74	103	7,9	,02	,014	-,01	,05	
	75+	64	4,9	,03	,022	-,01	,08	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	325	24,8	,03	,010	,01	,05	0,304
	Evli	983	75,2	,04	,007	,03	,06	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	1214	92,8	,04	,005	,03	,05	**0,002**

	Yüksekokul veya fakülte	85	6,5	,08	,030	,02	,14	
	Yüksek lisans, doktora	9	,7	,22	,147	-,12	,56	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	803	61,4	,04	,007	,03	,06	0,319
	Çalıştı	505	38,6	,03	,008	,02	,05	
Hane Geliri	0-500 TL	288	22,0	,00	,003	,00	,01	**0,000**
	501-750 TL	216	16,5	,04	,013	,01	,06	
	751-1100 TL	307	23,5	,03	,010	,01	,05	
	1101-1700 TL	278	21,3	,08	,016	,04	,11	
	1701 + TL	219	16,7	,06	,017	,03	,10	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	860	65,7	,05	,008	,04	,07	**0,003**
	Hayır	448	34,3	,02	,006	,01	,03	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	7	,5	,14	,143	-,21	,49	0,169
	Hayır	1301	99,5	,04	,005	,03	,05	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	126	9,6	,01	,008	-,01	,02	0,051
	Hayır	1182	90,4	,04	,006	,03	,06	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	602	46,0	,04	,008	,03	,06	0,983
	Orta	449	34,3	,04	,009	,02	,06	
	Kötü, Çok kötü	257	19,6	,04	,012	,02	,06	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	742	56,7	,04	,007	,03	,05	0,985
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	566	43,3	,04	,008	,02	,06	
Depresyon	Evet	63	4,8	,03	,022	-,01	,08	0,717
	Hayır	1245	95,2	,04	,006	,03	,05	

Gözlem Sayısı:1.308

2012 yılında randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Eğitim, hane geliri ve tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; eğitim seviyesi yüksek olan kişilerde eğitim seviyesi düşük olan kişilere göre, hane geliri 1101-1700 TL arasında olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilere göre daha fazla randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, çalışma durumu, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 29. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	187	67,5	,02	,009	,00	,03	0,748
	Erkek	90	32,5	,01	,011	-,01	,03	
Hesaplanan Yaş	15-24	25	9,0	,04	,040	-,04	,12	0,527
	25-34	41	14,8	,02	,024	-,02	,07	
	35-44	61	22,0	.	.	.	.	
	45-54	60	21,7	,03	,023	-,01	,08	
	55-64	32	11,6	.	.	.	.	
	65-74	37	13,4	.	.	.	.	
	75+	21	7,6	.	.	.	.	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	69	24,9	.	.	.	.	0,247
	Evli	208	75,1	,02	,010	,00	,04	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	267	96,4	,01	,007	,00	,03	0,927

	Yüksekokul veya fakülte	8	2,9	.	.	.	.	
	Yüksek lisans, doktora	2	,7	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	190	68,6	,02	,009	,00	,03	0,781
	Çalıştı	87	31,4	,01	,011	-,01	,03	
Hane Geliri	0-500 TL	71	25,6	.	.	.	.	0,400
	501-750 TL	46	16,6	,02	,022	-,02	,07	
	751-1100 TL	64	23,1	.	.	.	.	
	1101-1700 TL	65	23,5	,03	,022	-,01	,07	
	1701 + TL	31	11,2	,03	,032	-,03	,10	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	169	61,0	,02	,010	,00	,04	0,564
	Hayır	108	39,0	,01	,009	-,01	,03	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	1	,4	.	.	.	.	0,904
	Hayır	276	99,6	,01	,007	,00	,03	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	30	10,8	.	.	.	.	0,483
	Hayır	247	89,2	,02	,008	,00	,03	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	77	27,8	,03	,018	-,01	,06	0,359
	Orta	114	41,2	,02	,012	-,01	,04	
	Kötü, Çok kötü	86	31,0	.	.	.	.	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	112	40,4	,02	,013	-,01	,04	0,695
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	165	59,6	,01	,009	,00	,03	

Depresyon	Evet	18	6,5	,06	,056	-,06	,17	0,131
	Hayır	259	93,5	,01	,007	,00	,02	
Gözlem Sayısı:277								

2012 yılında randevuya bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 30. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	819	62,6	,08	,010	,06	,10	0,346
	Erkek	489	37,4	,07	,011	,05	,09	
Hesaplanan Yaş	15-24	131	10,0	,05	,020	,01	,09	**0,000**
	25-34	246	18,8	,05	,014	,02	,08	
	35-44	319	24,4	,05	,013	,03	,08	
	45-54	268	20,5	,06	,014	,03	,08	
	55-64	177	13,5	,10	,022	,05	,14	
	65-74	103	7,9	,20	,040	,12	,28	
	75+	64	4,9	,17	,048	,08	,27	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	325	24,8	,09	,016	,06	,12	0,448
	Evli	983	75,2	,07	,008	,06	,09	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	1214	92,8	,08	,008	,07	,10	**0,045**
	Yüksekokul veya fakülte	85	6,5	,01	,012	-,01	,04	
	Yüksek lisans, doktora	9	,7	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	803	61,4	,09	,010	,07	,11	**0,007**
	Çalıştı	505	38,6	,05	,010	,03	,07	
Hane Geliri	0-500 TL	288	22,0	,14	,020	,10	,18	**0,000**
	501-750 TL	216	16,5	,08	,018	,04	,11	
	751-1100 TL	307	23,5	,07	,014	,04	,09	

	1101-1700 TL	278	21,3	,03	,011	,01	,05	
	1701 + TL	219	16,7	,06	,017	,03	,10	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	860	65,7	,07	,009	,05	,09	0,139
	Hayır	448	34,3	,09	,014	,06	,12	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	7	,5	.	.	.	.	0,445
	Hayır	1301	99,5	,08	,007	,06	,09	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	126	9,6	.	.	.	.	**0,001**
	Hayır	1182	90,4	,08	,008	,07	,10	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	602	46,0	,06	,010	,04	,08	**0,000**
	Orta	449	34,3	,06	,012	,04	,09	
	Kötü, Çok kötü	257	19,6	,14	,022	,10	,18	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	742	56,7	,06	,008	,04	,07	**0,002**
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	566	43,3	,10	,013	,08	,13	
Depresyon	Evet	63	4,8	,06	,031	,00	,13	0,692
	Hayır	1245	95,2	,08	,008	,06	,09	
Gözlem Sayısı:1.308								

2012 yılında uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Hesaplanan yaş, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu ve bedensel ağrı durumu unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; yaş aralığı 65-74 olan kişilerde diğer kişilere göre, eğitim

seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, ciddi ve çok ciddi olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, medeni durum, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 31. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	187	67,5	,07	,019	,03	,11	0,241
	Erkek	90	32,5	,11	,033	,04	,18	
Hesaplanan Yaş	15-24	25	9,0	,12	,066	-,02	,26	**0,010**
	25-34	41	14,8	.	.	.	.	
	35-44	61	22,0	,03	,023	-,01	,08	
	45-54	60	21,7	,18	,050	,08	,28	
	55-64	32	11,6	,03	,031	-,03	,09	
	65-74	37	13,4	,14	,057	,02	,25	
	75+	21	7,6	,05	,048	-,05	,15	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	69	24,9	,12	,039	,04	,19	0,254
	Evli	208	75,1	,07	,018	,04	,11	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	267	96,4	,08	,017	,05	,12	0,072
	Yüksekokul veya fakülte	8	2,9	.	.	.	.	
	Yüksek lisans, doktora	2	,7	,50	,500	-5,85	6,85	
	Çalışmadı	190	68,6	,08	,020	,04	,12	0,917

Çalışma Durumu	Çalıştı	87	31,4	,08	,029	,02	,14	
Hane Geliri	0-500 TL	71	25,6	,11	,038	,04	,19	0,721
	501-750 TL	46	16,6	,09	,042	,00	,17	
	751-1100 TL	64	23,1	,08	,034	,01	,15	
	1101-1700 TL	65	23,5	,05	,026	-,01	,10	
	1701 + TL	31	11,2	,10	,054	-,01	,21	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	169	61,0	,07	,019	,03	,10	0,177
	Hayır	108	39,0	,11	,030	,05	,17	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	1	,4	.	.	.	.	0,763
	Hayır	276	99,6	,08	,017	,05	,12	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	30	10,8	,07	,046	-,03	,16	0,731
	Hayır	247	89,2	,09	,018	,05	,12	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	77	27,8	,06	,028	,01	,12	0,789
	Orta	114	41,2	,09	,027	,03	,14	
	Kötü, Çok kötü	86	31,0	,09	,032	,03	,16	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	112	40,4	,12	,030	,06	,18	0,101
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	165	59,6	,06	,019	,02	,10	
Depresyon	Evet	18	6,5	,06	,056	-,06	,17	0,663
	Hayır	259	93,5	,08	,017	,05	,12	
Gözlem Sayısı:277								

2012 yılında uzaklık ya da ulaşıma bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişken şudur: Hesaplanan yaş unsurunda istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuç değerlendirildiğinde; yaş aralığı 45-54 olan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla uzaklık ya da ulaşıma bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, uzaklık ya da ulaşıma bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 32. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	819	62,6	,44	,017	,41	,48	0,145
	Erkek	489	37,4	,40	,022	,36	,44	
Hesaplanan Yaş	15-24	131	10,0	,32	,041	,24	,40	0,119
	25-34	246	18,8	,41	,031	,35	,47	
	35-44	319	24,4	,48	,028	,42	,53	
	45-54	268	20,5	,44	,030	,38	,50	
	55-64	177	13,5	,41	,037	,34	,49	
	65-74	103	7,9	,44	,049	,34	,53	
	75+	64	4,9	,41	,062	,28	,53	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	325	24,8	,40	,027	,34	,45	0,212
	Evli	983	75,2	,44	,016	,41	,47	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	1214	92,8	,45	,014	,42	,48	**0,000**
	Yüksekokul veya fakülte	85	6,5	,14	,038	,07	,22	
	Yüksek lisans, doktora	9	,7	.	.	.	.	
	Çalışmadı	803	61,4	,45	,018	,42	,49	**0,019**

Çalışma Durumu	Çalıştı	505	38,6	,39	,022	,34	,43	
Hane Geliri	0-500 TL	288	22,0	,63	,028	,58	,69	**0,000**
	501-750 TL	216	16,5	,60	,033	,53	,66	
	751-1100 TL	307	23,5	,40	,028	,35	,46	
	1101-1700 TL	278	21,3	,34	,028	,28	,39	
	1701 + TL	219	16,7	,13	,023	,09	,18	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	860	65,7	,30	,016	,27	,33	**0,000**
	Hayır	448	34,3	,67	,022	,63	,72	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	7	,5	.	.	.	.	**0,022**
	Hayır	1301	99,5	,43	,014	,40	,46	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	126	9,6	,83	,033	,77	,90	**0,000**
	Hayır	1182	90,4	,38	,014	,36	,41	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	602	46,0	,36	,020	,32	,40	**0,000**
	Orta	449	34,3	,45	,024	,41	,50	
	Kötü, Çok kötü	257	19,6	,54	,031	,48	,61	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	742	56,7	,39	,018	,36	,43	**0,008**
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	566	43,3	,47	,021	,43	,51	
Depresyon	Evet	63	4,8	,51	,063	,38	,63	0,181
	Hayır	1245	95,2	,42	,014	,40	,45	
Gözlem Sayısı:1.308								

2012 yılında ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler

şunlardır: Eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu ve bedensel ağrı durumu unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, ciddi ve çok ciddi olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 33. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	187	67,5	,42	,036	,35	,49	0,166
	Erkek	90	32,5	,51	,053	,41	,62	
Hesaplanan Yaş	15-24	25	9,0	,36	,098	,16	,56	0,711
	25-34	41	14,8	,39	,077	,23	,55	
	35-44	61	22,0	,44	,064	,31	,57	
	45-54	60	21,7	,50	,065	,37	,63	
	55-64	32	11,6	,53	,090	,35	,71	
	65-74	41	14,8	,49	,079	,33	,65	
	75+	17	6,1	,35	,119	,10	,61	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	69	24,9	,45	,060	,33	,57	0,970
	Evli	208	75,1	,45	,035	,38	,52	

Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	267	96,4	,46	,031	,40	,52	0,170
	Yüksekokul veya fakülte	8	2,9	,13	,125	-,17	,42	
	Yüksek lisans, doktora	2	,7	,50	,500	-5,85	6,85	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	190	68,6	,48	,036	,41	,55	0,172
	Çalıştı	87	31,4	,39	,053	,29	,50	
Hane Geliri	0-500 TL	71	25,6	,58	,059	,46	,70	**0,001**
	501-750 TL	46	16,6	,59	,073	,44	,73	
	751-1100 TL	64	23,1	,39	,061	,27	,51	
	1101-1700 TL	65	23,5	,40	,061	,28	,52	
	1701 + TL	31	11,2	,19	,072	,05	,34	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	169	61,0	,34	,037	,27	,42	**0,000**
	Hayır	108	39,0	,62	,047	,53	,71	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	1	,4	.	.	.	.	0,270
	Hayır	276	99,6	,45	,030	,39	,51	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	30	10,8	,77	,079	,61	,93	**0,000**
	Hayır	247	89,2	,41	,031	,35	,47	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	77	27,8	,45	,057	,34	,57	0,978
	Orta	114	41,2	,46	,047	,36	,55	
	Kötü, Çok kötü	86	31,0	,44	,054	,33	,55	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	112	40,4	,45	,047	,35	,54	0,894

	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	165	59,6	,45	,039	,38	,53	
Depresyon	Evet	18	6,5	,61	,118	,36	,86	0,159
	Hayır	259	93,5	,44	,031	,38	,50	
Gözlem Sayısı: 277								

2012 yılında ödeme güçlüğüne bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması ve tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; hane geliri 501-750 TL arasında olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 34. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	1581	64,3	,03	,004	,02	,04	0,987
	Erkek	878	35,7	,03	,006	,02	,04	
Hesaplanan Yaş	15-24	257	10,5	,03	,010	,01	,05	0,827
	25-34	524	21,3	,03	,008	,02	,05	
	35-44	619	25,2	,03	,006	,01	,04	

	45-54	478	19,4	,03	,008	,02	,05	
	55-64	290	11,8	,04	,012	,02	,06	
	65-74	175	7,1	,02	,010	,00	,04	
	75+	116	4,7	,03	,017	,00	,07	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	601	24,4	,02	,006	,01	,04	0,288
	Evli	1858	75,6	,03	,004	,02	,04	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	2312	94,0	,03	,003	,02	,03	
	Yüksekokul veya fakülte	134	5,4	,07	,022	,02	,11	**0,001**
	Yüksek lisans, doktora	13	,5	,15	,104	-,07	,38	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	1499	61,0	,04	,005	,03	,04	**0,038**
	Çalıştı	960	39,0	,02	,005	,01	,03	
Hane Geliri	0-500 TL	772	31,4	,00	,002	,00	,01	
	501-750 TL	486	19,8	,02	,007	,01	,04	
	751-1100 TL	515	20,9	,03	,008	,02	,05	**0,000**
	1101-1700 TL	385	15,7	,07	,013	,04	,10	
	1701 + TL	301	12,2	,05	,013	,03	,07	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	1369	55,7	,05	,006	,04	,06	**0,000**
	Hayır	1090	44,3	,01	,003	,00	,01	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	10	,4	,10	,100	-,13	,33	0,189
	Hayır	2449	99,6	,03	,003	,02	,04	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	403	16,4	,00	,002	,00	,01	**0,000**
	Hayır	2056	83,6	,04	,004	,03	,04	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	1086	44,2	,03	,005	,02	,04	
	Orta	869	35,3	,03	,006	,02	,04	0,959
	Kötü, Çok kötü	504	20,5	,03	,007	,01	,04	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif	1367	55,6	,03	,005	,02	,04	0,889

	derecede hissettim							
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	1092	44,4	,03	,005	,02	,04	
Depresyon	Evet	118	4,8	,03	,017	,00	,07	0,782
	Hayır	2341	95,2	,03	,003	,02	,04	
Gözlem Sayısı: 2.459								

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerde randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması ve tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; eğitim seviyesi yüksek olan kişilerde eğitim seviyesi düşük olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri 1101-1700 TL arasında olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilere göre daha fazla randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, randevuya bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 35. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	340	67,6	,01	,005	,00	,02	0,751
	Erkek	163	32,4	,01	,006	-,01	,02	

Hesaplanan Yaş	15-24	51	10,1	,02	,020	-,02	,06	0,567
	25-34	82	16,3	,01	,012	-,01	,04	
	35-44	121	24,1	.	.	.	.	
	45-54	105	20,9	,02	,013	-,01	,05	
	55-64	63	12,5	.	.	.	.	
	65-74	50	9,9	.	.	.	.	
	75+	31	6,2	.	.	.	.	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	126	25,0	.	.	.	.	0,246
	Evli	377	75,0	,01	,005	,00	,02	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	491	97,6	,01	,004	,00	,02	0,952
	Yüksekokul veya fakülte	10	2,0	.	.	.	.	
	Yüksek lisans, doktora	2	,4	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	336	66,8	,01	,005	,00	,02	0,727
	Çalıştı	167	33,2	,01	,006	-,01	,02	
Hane Geliri	0-500 TL	196	39,0	.	.	.	.	0,159
	501-750 TL	88	17,5	,01	,011	-,01	,03	
	751-1100 TL	94	18,7	.	.	.	.	
	1101-1700 TL	78	15,5	,03	,018	-,01	,06	
	1701 + TL	47	9,3	,02	,021	-,02	,06	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	255	50,7	,01	,007	,00	,03	0,329
	Hayır	248	49,3	,00	,004	,00	,01	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	1	,2	.	.	.	.	0,929
	Hayır	502	99,8	,01	,004	,00	,02	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	74	14,7	.	.	.	.	0,405
	Hayır	429	85,3	,01	,005	,00	,02	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	138	27,4	,01	,010	-,01	,03	0,348
	Orta	205	40,8	,01	,007	,00	,02	

	Kötü, Çok kötü	160	31,8	.	.	.	.	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	219	43,5	,01	,006	,00	,02	0,794
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	284	56,5	,01	,005	,00	,02	
Depresyon	Evet	29	5,8	,03	,034	-,04	,11	0,098
	Hayır	474	94,2	,01	,004	,00	,01	
Gözlem Sayısı:503								

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerde randevuya bağlı yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacının karşılanmaması açısından cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenleri istatistiki açıdan anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 36. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	1581	64,3	,07	,006	,05	,08	0,249
	Erkek	878	35,7	,05	,008	,04	,07	
Hesaplanan Yaş	15-24	257	10,5	,05	,014	,02	,08	**0,000**
	25-34	524	21,3	,04	,009	,02	,06	
	35-44	619	25,2	,05	,008	,03	,06	
	45-54	478	19,4	,05	,010	,03	,07	
	55-64	290	11,8	,08	,016	,05	,11	
	65-74	175	7,1	,13	,026	,08	,18	
	75+	116	4,7	,15	,033	,08	,21	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş,	601	24,4	,07	,011	,05	,09	0,214

	Boşandı, Eşi öldü							
	Evli	1858	75,6	,06	,005	,05	,07	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	2312	94,0	,06	,005	,05	,07	
	Yüksekokul veya fakülte	134	5,4	,01	,011	-,01	,04	**0,046**
	Yüksek lisans, doktora	13	,5	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	1499	61,0	,07	,007	,06	,09	**0,001**
	Çalıştı	960	39,0	,04	,006	,03	,05	
Hane Geliri	0-500 TL	772	31,4	,07	,009	,06	,09	
	501-750 TL	486	19,8	,06	,011	,04	,08	
	751-1100 TL	515	20,9	,06	,010	,04	,08	0,234
	1101-1700 TL	385	15,7	,04	,010	,02	,06	
	1701 + TL	301	12,2	,06	,014	,03	,09	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	1369	55,7	,06	,007	,05	,08	
	Hayır	1090	44,3	,06	,007	,04	,07	0,673
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	10	,4	.	.	.	.	
	Hayır	2449	99,6	,06	,005	,05	,07	0,419
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	403	16,4	,01	,005	,00	,02	**0,000**
	Hayır	2056	83,6	,07	,006	,06	,08	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	1086	44,2	,05	,007	,04	,06	
	Orta	869	35,3	,05	,008	,04	,07	**0,000**
	Kötü, Çok kötü	504	20,5	,10	,013	,07	,13	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	1367	55,6	,05	,006	,04	,06	**0,015**
	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede	1092	44,4	,07	,008	,06	,09	

	hissettim, Çok ciddi derecede hissettim							
Depresyon	Evet	118	4,8	,04	,019	,01	,08	0,386
	Hayır	2341	95,2	,06	,005	,05	,07	
Gözlem Sayısı: 2.459								

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerde uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Hesaplanan yaş, eğitim, çalışma durumu, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu ve bedensel ağrı durumu unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; yaş aralığı 75 ve yukarısı olan kişilerde diğer kişilere göre, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, ciddi ve çok ciddi olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, medeni durum, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, uzaklık ya da ulaşıma bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 37. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	**%**	**Mean**	**Std**	**Confidence Interval**		**Sig.**
Cinsiyet	Kadın	1581	64,3	,53	,013	,50	,55	0,052
	Erkek	878	35,7	,49	,017	,46	,52	
Hesaplanan Yaş	15-24	257	10,5	,49	,031	,42	,55	0,100
	25-34	524	21,3	,49	,022	,45	,54	
	35-44	619	25,2	,56	,020	,52	,60	
	45-54	478	19,4	,51	,023	,46	,55	
	55-64	290	11,8	,51	,029	,45	,56	

	65-74	175	7,1	,55	,038	,48	,63	
	75+	116	4,7	,44	,046	,35	,53	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş, Boşandı, Eşi öldü	601	24,4	,49	,020	,45	,53	0,244
	Evli	1858	75,6	,52	,012	,50	,54	
Eğitim	Ön lisans öncesi eğitim	2312	94,0	,54	,010	,52	,56	
	Yüksekokul veya fakülte	134	5,4	,16	,032	,09	,22	**0,000**
	Yüksek lisans, doktora	13	,5	.	.	.	.	
Çalışma Durumu	Çalışmadı	1499	61,0	,54	,013	,51	,56	**0,006**
	Çalıştı	960	39,0	,48	,016	,45	,51	
Hane Geliri	0-500 TL	772	31,4	,71	,016	,68	,74	
	501-750 TL	486	19,8	,62	,022	,58	,66	
	751-1100 TL	515	20,9	,47	,022	,42	,51	**0,000**
	1101-1700 TL	385	15,7	,34	,024	,29	,39	
	1701 + TL	301	12,2	,15	,021	,11	,19	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	1369	55,7	,34	,013	,31	,36	**0,000**
	Hayır	1090	44,3	,74	,013	,71	,76	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	10	,4	,10	,100	-,13	,33	**0,009**
	Hayır	2449	99,6	,52	,010	,50	,54	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	Evet	403	16,4	,88	,016	,85	,91	**0,000**
	Hayır	2056	83,6	,44	,011	,42	,47	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	1086	44,2	,45	,015	,42	,48	
	Orta	869	35,3	,54	,017	,51	,58	**0,000**
	Kötü, Çok kötü	504	20,5	,61	,022	,57	,66	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç hissetmedim, Hafif derecede hissettim	1367	55,6	,48	,014	,46	,51	**0,001**

	Orta derecede hissettim, Ciddi derecede hissettim, Çok ciddi derecede hissettim	1092	44,4	,55	,015	,52	,58	
Depresyon	Evet	118	4,8	,54	,046	,45	,63	0,540
	Hayır	2341	95,2	,51	,010	,49	,53	
Gözlem Sayısı:2.459								

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması açısından demografik farklılığı anlamlı olan değişkenler şunlardır: Eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması, genel sağlık durumu ve bedensel ağrı durumu unsurlarında istatistiki açıdan farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar değerlendirildiğinde; eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre, tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre, tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre, bedensel ağrı durumunu orta, ciddi ve çok ciddi olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı karşılanmamıştır. Cinsiyet, hesaplanan yaş, medeni durum ve depresyon değişkenleri açısından bakıldığında ise, ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmamasında gruplar arasında farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

4.3. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu araştırmada, TÜİK'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketi katılımcılarının randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin belirlenmesi için ikili lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır.

4.3.1. 2014 ve 2016 Yılları Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

2014 ve 2016 yıllarında randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım, diş bakımı, reçete edilen ilaç ve ruhsal tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesi için ikili (binary) lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Tablo 38. 2014 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,211	0,810	**0,000**	0,787	0,833
Medeni Durum	-0,267	0,765	**0,000**	0,699	0,838
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,443	1,558	**0,000**	1,431	1,696
Genel Sağlık Durumu	0,317	1,373	**0,000**	1,283	1,469
Depresyon	0,422	1,525	**0,000**	1,366	1,702
Bedensel Ağrı Durumu	0,270	1,310	**0,000**	1,194	1,438
Eğitim	0,168	1,183	**0,006**	1,049	1,335
Hane Geliri	0,039	1,040	**0,012**	1,009	1,072
Çalışma Durumu	0,109	1,115	**0,023**	1,015	1,225
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,104	0,901	0,085	0,801	1,014
Cinsiyet	0,071	1,074	0,113	0,983	1,173
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,206	1,229	0,166	0,918	1,646
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,089	1,093	0,503	0,842	1,420
Cox & Snell R^2	0,035				
Nagelkerke R^2	0,054				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,117				
Gözlem Sayısı:16.142					

2014 yılı randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 1,55 kat arttırmaktadır. Bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,37 kat, bireylerin depresyonda olması 1,52 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,31 kat, bireylerin eğitim seviyesinin artması 1,18 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 1,04 kat, bireyin işsiz olması 1,11 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,81 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması ise 0,76 kat olasılığı azaltmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK, özel sağlık sigortası veya GSS tarafından karşılanması veya karşılanmaması, erkek veya kadın olmak randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını etkilememektedir.

Tablo 39. 2014 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Cinsiyet	0,193	1,213	**0,000**	1,092	1,347
Hesaplanan Yaş	-0,153	0,858	**0,000**	0,831	0,886
Medeni Durum	-0,191	0,826	**0,000**	0,743	0,918
Hane Geliri	-0,092	0,912	**0,000**	0,878	0,947
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,453	1,573	**0,000**	1,392	1,779
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,429	1,536	**0,000**	1,390	1,696
Genel Sağlık Durumu	0,508	1,661	**0,000**	1,539	1,794
Depresyon	0,385	1,470	**0,000**	1,300	1,663
Bedensel Ağrı Durumu	0,294	1,341	**0,000**	1,204	1,494
Çalışma Durumu	0,123	1,131	**0,033**	1,010	1,267
Eğitim	0,122	1,129	0,147	0,958	1,331
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,132	1,141	0,510	0,771	1,689
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,062	0,940	0,623	0,734	1,204
Cox & Snell R^2	0,048				
Nagelkerke R^2	0,088				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,105				

Gözlem Sayısı:16.694

2014 yılı uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 1,21 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 1,57 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,53 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,66 kat, bireylerin depresyonda olması 1,47 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,34 kat, bireyin işsiz olması 1,31 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,85 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,82 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,91 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artması veya azalması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası veya SGK tarafından karşılanması veya karşılanmaması uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını etkilememektedir.

Tablo 40. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Hesaplanan Yaş	-0,175	0,839	**0,000**	0,812	0,867
Medeni Durum	-0,356	0,701	**0,000**	0,628	0,781
Hane Geliri	-0,255	0,775	**0,000**	0,745	0,807
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	1,148	3,152	**0,000**	2,811	3,534
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,444	1,559	**0,000**	1,409	1,725
Genel Sağlık Durumu	0,447	1,563	**0,000**	1,447	1,689
Depresyon	0,552	1,736	**0,000**	1,534	1,965
Bedensel Ağrı Durumu	0,553	1,739	**0,000**	1,561	1,939
Cinsiyet	0,144	1,155	**0,008**	1,038	1,286
Eğitim	-0,300	0,741	**0,008**	0,593	0,925
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,293	1,340	**0,014**	1,061	1,692

Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar		0,604	1,830	**0,030**	1,061	3,155
Çalışma Durumu		-0,075	0,928	0,197	0,828	1,040
Cox & Snell R^2	0,112					
Nagelkerke R^2	0,198					
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,079					
Gözlem Sayısı:16.263						

2014 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 3,15 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,55 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,56 kat, bireylerin depresyonda olması 1,73 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,73 kat, kadın olmak 1,15 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,34 kat, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 1,83 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 0,83 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,70 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,77 kat, bireylerin eğitim seviyesinin artması 0,74 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin çalışma durumu ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını etkilememektedir.

Tablo 41. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,181	0,834	**0,000**	0,808	0,861
Medeni Durum	-0,402	0,669	**0,000**	0,603	0,743
Hane Geliri	-0,162	0,850	**0,000**	0,820	0,882
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,765	2,149	**0,000**	1,916	2,411
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,398	1,489	**0,000**	1,352	1,640
Genel Sağlık Durumu	0,312	1,366	**0,000**	1,268	1,472

Depresyon	0,489	1,631	**0,000**	1,445	1,841
Bedensel Ağrı Durumu	0,513	1,670	**0,000**	1,506	1,852
Çalışma Durumu	-0,129	0,879	**0,018**	0,791	0,978
Eğitim	-0,190	0,827	**0,031**	0,696	0,983
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,175	1,191	0,151	0,938	1,513
Cinsiyet	0,049	1,050	0,344	0,949	1,161
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,159	1,173	0,417	0,798	1,723
Cox & Snell R^2	0,074				
Nagelkerke R^2	0,123				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,099				
Gözlem Sayısı:14.795					

2014 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını 2,14 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,48 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,36 kat, bireylerin depresyonda olması 1,63 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,67 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını 0,83 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,66 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,85 kat, bireylerin çalışıyor olması 0,87 kat, bireyin eğitim seviyesinin artması 0,82 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının GSS veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, erkek veya kadın olmak ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 42. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,222	0,801	**0,000**	0,772	0,831
Medeni Durum	-0,404	0,668	**0,000**	0,591	0,754

Hane Geliri	-0,277	0,758	**0,000**	0,724	0,794
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	1,389	4,009	**0,000**	3,551	4,525
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,413	1,511	**0,000**	1,351	1,689
Genel Sağlık Durumu	0,532	1,703	**0,000**	1,564	1,854
Depresyon	0,451	1,570	**0,000**	1,368	1,802
Bedensel Ağrı Durumu	0,404	1,497	**0,000**	1,327	1,689
Eğitim	-0,515	0,598	**0,001**	0,444	0,804
Cinsiyet	0,193	1,212	**0,002**	1,076	1,365
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	1,184	3,268	**0,005**	1,418	7,531
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,292	1,339	**0,016**	1,055	1,699
Çalışma Durumu	-0,004	0,996	0,952	0,878	1,130
Cox & Snell R^2	0,113				
Nagelkerke R^2	0,223				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,597				
Gözlem Sayısı:16.703					

2014 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını 4,00 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,51 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,70 kat, bireylerin depresyonda olması 1,57 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,49 kat, kadın olmak 1,21 kat, bireyin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 3,26 kat ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,33 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını 0,80 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,66 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,75 kat, bireylerin eğitim seviyesinin artması 0,59 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin çalışma durumu ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını etkilememektedir.

Tablo 43. 2014 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Hesaplanan Yaş	-0,213	0,808	**0,000**	0,763	0,855
Hane Geliri	-0,192	0,826	**0,000**	0,771	0,884
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,988	2,686	**0,000**	2,219	3,252
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	1,004	2,729	**0,000**	1,620	4,597
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,668	1,951	**0,000**	1,645	2,314
Genel Sağlık Durumu	0,446	1,562	**0,000**	1,372	1,778
Depresyon	1,344	3,836	**0,000**	3,219	4,570
Bedensel Ağrı Durumu	0,494	1,638	**0,000**	1,357	1,977
Cinsiyet	0,312	1,366	**0,001**	1,130	1,651
Medeni Durum	-0,097	0,908	0,289	0,759	1,086
Eğitim	-0,167	0,846	0,370	0,587	1,219
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,126	1,135	0,744	0,531	2,424
Çalışma Durumu	0,007	1,007	0,942	0,826	1,228
Cox & Snell R^2	0,077				
Nagelkerke R^2	0,202				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,442				
Gözlem Sayısı:11.062					

2014 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını 2,68 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 2,72 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,95 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,56 kat, bireylerin depresyonda olması 3,83 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,63 kat, kadın olmak 1,36 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını 0,80 kat azaltmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar ise 0,82 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için

olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin medeni durumu, eğitim seviyesinin artması veya azalması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin çalışma durumu ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 44. 2016 Yılı Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,211	0,810	**0,000**	0,785	0,836
Medeni Durum	-0,364	0,695	**0,000**	0,627	0,771
Hane Geliri	0,145	1,156	**0,000**	1,115	1,198
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,513	0,599	**0,000**	0,476	0,754
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,615	0,540	**0,000**	0,417	0,700
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,353	1,423	**0,000**	1,252	1,618
Genel Sağlık Durumu	0,267	1,306	**0,000**	1,211	1,409
Depresyon	0,527	1,694	**0,000**	1,478	1,941
Bedensel Ağrı Durumu	0,509	1,664	**0,000**	1,500	1,846
Cinsiyet	0,144	1,154	**0,004**	1,047	1,273
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,250	1,285	0,107	0,947	1,742
Çalışma Durumu	0,041	1,041	0,439	0,940	1,154
Eğitim	-0,032	0,968	0,621	0,851	1,101
Cox & Snell R^2	0,033				
Nagelkerke R^2	0,056				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,248				
Gözlem Sayısı:16.401					

2016 yılı randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 1,15 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,42 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,30 kat, bireylerin depresyonda olması 1,69 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,66 kat, kadın olmak 1,15 kat olasılığı

arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,81 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,69 kat, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması 0,59 kat ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması 0,54 kat olasılığı azaltmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireyin çalışma durumu ve eğitim seviyesinin artması veya azalması randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını etkilememektedir.

Tablo 45. 2016 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Cinsiyet	0,303	1,354	**0,000**	1,199	1,529
Hesaplanan Yaş	-0,129	0,879	**0,000**	0,848	0,912
Medeni Durum	-0,287	0,750	**0,000**	0,663	0,849
Hane Geliri	-0,155	0,857	**0,000**	0,818	0,898
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,906	0,404	**0,000**	0,303	0,539
Genel Sağlık Durumu	0,367	1,443	**0,000**	1,321	1,577
Depresyon	0,317	1,373	**0,000**	1,169	1,614
Bedensel Ağrı Durumu	0,635	1,887	**0,000**	1,667	2,136
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,248	1,282	**0,003**	1,091	1,506
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,255	0,775	0,065	0,590	1,017
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,361	1,435	0,136	0,892	2,308
Eğitim	0,111	1,117	0,239	0,929	1,343
Çalışma Durumu	-0,055	0,946	0,400	0,831	1,076
Cox & Snell R^2	0,039				
Nagelkerke R^2	0,084				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,599				
Gözlem Sayısı:16.509					

2016 yılı uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 1,35 kat arttırmaktadır. Bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,44 kat, bireylerin depresyonda olması 1,37 kat, bireyin bedensel

ağrı durumunda meydana gelen artış 1,88 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,28 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,87 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,75 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,85 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması 0,40 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireylerin çalışma durumu uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını etkilememektedir.

Tablo 46. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,177	0,837	**0,000**	0,805	0,871
Medeni Durum	-0,391	0,677	**0,000**	0,593	0,772
Hane Geliri	-0,272	0,762	**0,000**	0,723	0,802
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,858	2,359	**0,000**	1,899	2,930
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,644	1,904	**0,000**	1,624	2,231
Genel Sağlık Durumu	0,423	1,527	**0,000**	1,391	1,676
Depresyon	0,803	2,232	**0,000**	1,906	2,614
Bedensel Ağrı Durumu	0,744	2,104	**0,000**	1,844	2,400
Cinsiyet	0,175	1,191	**0,008**	1,047	1,355
Eğitim	-0,362	0,697	**0,008**	0,532	0,912
Çalışma Durumu	-0,171	0,843	**0,014**	0,735	0,966
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,746	2,108	**0,019**	1,133	3,922
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,010	0,990	0,932	0,783	1,251
Cox & Snell R^2	0,082				
Nagelkerke R^2	0,177				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,080				
Gözlem Sayısı:15.751					

2016 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük

olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 2,35 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,90 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,52 kat, bireylerin depresyonda olması 2,23 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 2,10 kat, kadın olmak 1,19 kat, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 2,10 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 0,83 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,67 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,76 kat, bireyin eğitim seviyesinin artması 0,69 kat, bireyin çalışıyor olması 0,84 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması veya karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını etkilememektedir.

Tablo 47. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,144	0,866	**0,000**	0,835	0,899
Medeni Durum	-0,277	0,758	**0,000**	0,670	0,857
Çalışma Durumu	-0,266	0,766	**0,000**	0,677	0,868
Hane Geliri	-0,212	0,809	**0,000**	0,772	0,847
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,766	2,150	**0,000**	1,862	2,484
Genel Sağlık Durumu	0,231	1,260	**0,000**	1,152	1,378
Depresyon	0,758	2,135	**0,000**	1,832	2,488
Bedensel Ağrı Durumu	0,587	1,798	**0,000**	1,588	2,036
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,335	1,397	**0,002**	1,131	1,726
Cinsiyet	0,147	1,158	**0,016**	1,028	1,304
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,222	0,801	0,064	0,633	1,013
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,426	1,531	0,067	0,970	2,416
Eğitim	-0,048	0,953	0,622	0,789	1,153
Cox & Snell R^2	0,053				
Nagelkerke R^2	0,106				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,566				

Gözlem Sayısı:15.328

2016 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını 2,15 kat arttırmaktadır. Bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,26 kat, bireylerin depresyonda olması 2,13 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,79 kat, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 1,39 kat, kadın olmak 1,15 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını 0,86 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,75 kat, bireyin çalışıyor olması 0,76 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,80 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının GSS veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, eğitim seviyesinin artması veya azalması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 48. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Cinsiyet	0,285	1,329	**0,000**	1,137	1,554
Hesaplanan Yaş	-0,245	0,783	**0,000**	0,746	0,821
Medeni Durum	-0,312	0,732	**0,000**	0,627	0,856
Hane Geliri	-0,423	0,655	**0,000**	0,612	0,701
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,841	2,318	**0,000**	1,802	2,982
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,662	1,939	**0,000**	1,605	2,342
Genel Sağlık Durumu	0,491	1,633	**0,000**	1,462	1,825
Depresyon	0,830	2,292	**0,000**	1,910	2,752
Bedensel Ağrı Durumu	0,611	1,843	**0,000**	1,572	2,160
Çalışma Durumu	-0,251	0,778	**0,003**	0,661	0,916
Eğitim	-0,509	0,601	**0,009**	0,410	0,882
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,127	0,880	0,344	0,677	1,146

Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,033	1,034	0,917	0,550	1,943
Cox & Snell R^2	0,073				
Nagelkerke R^2	0,197				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,752				
Gözlem Sayısı:16.087					

2016 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını 1,32 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 2,31 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,93 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,63 kat, bireylerin depresyonda olması 2,29 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,84 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını 0,78 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,73 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,65 kat, bireyin çalışıyor olması 0,77 kat, bireylerin eğitim seviyesinin artması 0,60 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının GSS veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını etkilememektedir.

Tablo 49. 2016 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,202	0,817	**0,000**	0,759	0,880
Hane Geliri	-0,244	0,784	**0,000**	0,711	0,864
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,761	2,141	**0,000**	1,442	3,179
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,567	1,764	**0,000**	1,313	2,369
Genel Sağlık Durumu	0,449	1,567	**0,000**	1,323	1,856
Depresyon	1,703	5,490	**0,000**	4,359	6,914
Bedensel Ağrı Durumu	0,671	1,955	**0,000**	1,532	2,496

Cinsiyet	0,312	1,366	**0,013**	1,068	1,747
Çalışma Durumu	-0,300	0,741	**0,020**	0,575	0,954
Eğitim	-0,343	0,709	0,192	0,423	1,189
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,190	0,827	0,368	0,547	1,251
Medeni Durum	-0,081	0,922	0,497	0,730	1,165
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-0,041	0,960	0,930	0,384	2,398
Cox & Snell R^2	0,045				
Nagelkerke R^2	0,193				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,587				
Gözlem Sayısı:13.399					

2016 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını 2,14 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,76 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,56 kat, bireylerin depresyonda olması 5,49 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,95 kat, kadın olmak 1,36 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını 0,81 kat azaltmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,78 kat, bireyin çalışıyor olması 0,74 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artması veya azalması, medeni durumu, tedavi masrafının GSS veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 50. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,214	0,807	**0,000**	0,791	0,824
Medeni Durum	-0,315	0,730	**0,000**	0,682	0,781
Hane Geliri	0,077	1,080	**0,000**	1,055	1,105

Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,432	1,540	**0,000**	1,436	1,651
Genel Sağlık Durumu	0,299	1,349	**0,000**	1,283	1,418
Depresyon	0,480	1,616	**0,000**	1,484	1,760
Bedensel Ağrı Durumu	0,387	1,473	**0,000**	1,374	1,578
Cinsiyet	0,108	1,114	**0,001**	1,044	1,189
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,149	0,862	**0,005**	0,777	0,956
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,248	1,281	**0,020**	1,039	1,581
Çalışma Durumu	0,072	1,075	**0,041**	1,003	1,152
Eğitim	0,073	1,075	0,104	0,985	1,174
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,051	0,950	0,506	0,817	1,105
Cox & Snell R^2	0,034				
Nagelkerke R^2	0,056				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,964				
Gözlem Sayısı:32.543					

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerin randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 1,08 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,54 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,34 kat, bireylerin depresyonda olması 1,61 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,47 kat, kadın olmak 1,11 kat, bireyin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 1,28 kat, bireyin işsiz olması 1,07 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,80 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,73 kat, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması 0,86 kat olasılığı azaltmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artması veya azalması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması veya karşılanmaması randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını etkilememektedir.

Tablo 51. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Cinsiyet	0,245	1,278	**0,000**	1,181	1,384
Hesaplanan Yaş	-0,146	0,864	**0,000**	0,843	0,885
Medeni Durum	-0,236	0,790	**0,000**	0,729	0,856
Hane Geliri	-0,125	0,883	**0,000**	0,858	0,909
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,330	1,391	**0,000**	1,248	1,551
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,377	1,459	**0,000**	1,343	1,585
Genel Sağlık Durumu	0,452	1,572	**0,000**	1,484	1,665
Depresyon	0,377	1,458	**0,000**	1,323	1,607
Bedensel Ağrı Durumu	0,455	1,576	**0,000**	1,453	1,708
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,223	0,800	**0,003**	0,691	0,925
Eğitim	0,112	1,119	0,072	0,990	1,265
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,273	1,313	0,076	0,972	1,774
Çalışma Durumu	0,037	1,038	0,392	0,953	1,130
Cox & Snell R^2	0,043				
Nagelkerke R^2	0,085				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,483				
Gözlem Sayısı:33.203					

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerin uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 1,27 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 1,39 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,45 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,57 kat, bireylerin depresyonda olması 1,45 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,57 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,86 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,79 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,88 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması 0,80 kat olasılığı

azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artması veya azalması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin çalışma durumu uzaklık ya da ulaşıma bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını etkilememektedir.

Tablo 52. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Cinsiyet	0,155	1,168	**0,000**	1,076	1,268
Hesaplanan Yaş	-0,179	0,836	**0,000**	0,815	0,857
Eğitim	-0,328	0,721	**0,000**	0,607	0,855
Medeni Durum	-0,371	0,690	**0,000**	0,635	0,751
Hane Geliri	-0,271	0,763	**0,000**	0,739	0,787
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	1,131	3,098	**0,000**	2,805	3,423
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,353	1,423	**0,000**	1,241	1,631
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,516	1,676	**0,000**	1,541	1,822
Genel Sağlık Durumu	0,438	1,549	**0,000**	1,460	1,644
Depresyon	0,665	1,944	**0,000**	1,763	2,143
Bedensel Ağrı Durumu	0,646	1,907	**0,000**	1,754	2,074
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,722	2,059	**0,001**	1,368	3,100
Çalışma Durumu	-0,116	0,890	**0,009**	0,816	0,971
Cox & Snell R^2	0,101				
Nagelkerke R^2	0,194				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,154				
Gözlem Sayısı:32.014					

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerin ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 1,16 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 3,09 kat ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,42 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,67 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi

1,54 kat, bireylerin depresyonda olması 1,94 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,90 kat, bireyin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 2,05 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 0,83 kat azaltmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artması 0,72 kat, bireyin evli olması 0,69 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,76 kat, bireyin çalışıyor olması 0,89 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır.

Tablo 53. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	-0,169	0,844	**0,000**	0,824	0,865
Medeni Durum	-0,349	0,705	**0,000**	0,651	0,763
Çalışma Durumu	-0,190	0,827	**0,000**	0,763	0,897
Hane Geliri	-0,194	0,824	**0,000**	0,800	0,847
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,720	2,055	**0,000**	1,860	2,270
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,261	1,298	**0,000**	1,127	1,494
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,548	1,730	**0,000**	1,599	1,872
Genel Sağlık Durumu	0,278	1,320	**0,000**	1,247	1,398
Depresyon	0,621	1,862	**0,000**	1,693	2,047
Bedensel Ağrı Durumu	0,563	1,756	**0,000**	1,622	1,901
Cinsiyet	0,087	1,091	**0,026**	1,010	1,177
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,328	1,388	**0,028**	1,035	1,860
Eğitim	-0,126	0,881	0,052	0,776	1,001
Cox & Snell R^2	0,068				
Nagelkerke R^2	0,121				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,160				
Gözlem Sayısı:30.123					

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerin ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması

ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını 2,05 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,29 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,73 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,32 kat, bireylerin depresyonda olması 1,86 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,75 kat, kadın olmak 1,09 kat, bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 1,38 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını 0,84 kat azaltmaktadır. Bireylerin evli olması 0,70 kat, bireyin çalışıyor olması 0,82 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,82 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artması veya azalması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakımı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 54. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Cinsiyet	0,224	1,251	**0,000**	1,138	1,374
Hesaplanan Yaş	-0,235	0,790	**0,000**	0,768	0,814
Eğitim	-0,521	0,594	**0,000**	0,470	0,751
Medeni Durum	-0,370	0,691	**0,000**	0,628	0,760
Hane Geliri	-0,341	0,711	**0,000**	0,684	0,738
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	1,338	3,810	**0,000**	3,423	4,242
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,429	1,536	**0,000**	1,331	1,774
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,486	1,625	**0,000**	1,478	1,787
Genel Sağlık Durumu	0,517	1,677	**0,000**	1,568	1,793
Depresyon	0,610	1,840	**0,000**	1,648	2,054
Bedensel Ağrı Durumu	0,505	1,658	**0,000**	1,506	1,824
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,676	1,966	**0,008**	1,189	3,249
Çalışma Durumu	-0,099	0,906	0,052	0,820	1,001
Cox & Snell R^2	0,097				
Nagelkerke R^2	0,216				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,517				
Gözlem Sayısı:32.790					

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerin ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını 1,25 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 3,81 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,53 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,62 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,67 kat, bireylerin depresyonda olması 1,84 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,65 kat, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 1,96 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını 0,79 kat azaltmaktadır. Bireyin eğitim seviyesinin artması 0,59 kat, bireyin evli olması 0,69 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,71 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin çalışma durumu ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan reçete edilen ilaç olasılığını etkilememektedir.

Tablo 55. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	P	%95 CI	
Cinsiyet	0,326	1,385	**0,000**	1,193	1,610
Hesaplanan Yaş	-0,216	0,806	**0,000**	0,771	0,843
Hane Geliri	-0,224	0,799	**0,000**	0,756	0,845
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	1,005	2,733	**0,000**	2,306	3,238
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,439	1,552	**0,000**	1,221	1,972
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,663	1,940	**0,000**	1,677	2,244
Genel Sağlık Durumu	0,457	1,579	**0,000**	1,425	1,750
Depresyon	1,513	4,541	**0,000**	3,951	5,220
Bedensel Ağrı Durumu	0,580	1,787	**0,000**	1,540	2,073
Eğitim	-0,240	0,787	0,115	0,584	1,060
Çalışma Durumu	-0,117	0,889	0,140	0,761	1,039

Medeni Durum	-0,094	0,910	0,194	0,790	1,049
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,093	1,098	0,753	0,614	1,963
Cox & Snell R^2	0,063				
Nagelkerke R^2	0,205				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,243				
Gözlem Sayısı:24.461					

2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerin ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını 1,38 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 2,73 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,55 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,94 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,57 kat, bireylerin depresyonda olması 4,54 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,78 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını 0,80 kat azaltmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar ise 0,79 kat olasılığı azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireylerin çalışma durumu, bireylerin medeni durumu ve tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan ruhsal tedavi olasılığını etkilememektedir.

4.3.2. 2010 ve 2012 Yılları Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

2010 ve 2012 yıllarında randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi, uzaklık ya da ulaşım imkanının olmaması ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı ve bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen karşılanmayan bu sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi için ikili (binary) lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Ancak, 2010 yılında gözlem sayıları düzenlendiğinde randevu

süresinin çok geç tarihte verilmesine bağlı bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmamasına yönelik cevap veren katılımcı olmadığı için ikili (binary) lojistik regresyon analizi yapılamamıştır.

Tablo 56. 2010 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Çalışma Durumu	1,805	6,079	**0,015**	1,424	25,946
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-2,508	0,081	**0,020**	0,010	0,668
Hane Geliri	0,222	1,249	0,259	0,849	1,837
Medeni Durum	-0,316	0,729	0,584	0,236	2,257
Eğitim	0,364	1,439	0,662	0,282	7,340
Depresyon	0,245	1,278	0,756	0,273	5,990
Genel Sağlık Durumu	-0,075	0,928	0,839	0,450	1,913
Hesaplanan Yaş	-0,035	0,966	0,841	0,688	1,356
Cinsiyet	-0,061	0,941	0,924	0,268	3,307
Bedensel Ağrı Durumu	0,026	1,027	0,960	0,370	2,850
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-15,328	0,000	0,995	0,000	.
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	17,330	33598006,375	0,999	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,032				
Nagelkerke R^2	0,198				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,946				
Gözlem Sayısı:1.151					

2010 yılı randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireyin işsiz olması randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 6,07 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması ise randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 0,08 kat azaltmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artış veya azalış, bireylerin medeni durumu, bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireylerin depresyonda olması veya

olmaması, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin yaşı, erkek veya kadın olmak, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından ya da özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 57. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-1,319	0,267	**0,019**	0,089	0,806
Hane Geliri	0,197	1,217	0,146	0,934	1,586
Çalışma Durumu	0,445	1,560	0,209	0,780	3,123
Hesaplanan Yaş	0,113	1,120	0,251	0,923	1,359
Eğitim	-1,153	0,316	0,271	0,041	2,459
Depresyon	-1,016	0,362	0,324	0,048	2,721
Medeni Durum	0,247	1,281	0,443	0,680	2,410
Bedensel Ağrı Durumu	-0,199	0,820	0,551	0,427	1,574
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,107	1,113	0,768	0,547	2,262
Cinsiyet	0,077	1,080	0,827	0,542	2,151
Genel Sağlık Durumu	0,033	1,033	0,885	0,665	1,605
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	17,803	53933738,966	0,999	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,016				
Nagelkerke R^2	0,054				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,844				
Gözlem Sayısı: 1.151					

2010 yılı uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafını kendisinin karşılamaması uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 0,26 kat azaltmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artış veya azalış, bireyin çalışma durumu, bireylerin yaşı, bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireylerin depresyonda olması veya olmaması, bireylerin

medeni durumu, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, erkek veya kadın olmak ve bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 58. 2010 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Cinsiyet	-1,428	0,240	0,102	0,043	1,328
Medeni Durum	1,080	2,945	0,167	0,637	13,616
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-1,093	0,335	0,260	0,050	2,241
Depresyon	1,365	3,915	0,264	0,358	42,823
Çalışma Durumu	0,997	2,711	0,324	0,373	19,701
Hane Geliri	-0,356	0,701	0,376	0,319	1,541
Hesaplanan Yaş	0,160	1,173	0,508	0,731	1,882
Genel Sağlık Durumu	-0,319	0,727	0,628	0,200	2,639
Bedensel Ağrı Durumu	-0,331	0,718	0,725	0,113	4,542
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-0,120	0,887	0,923	0,079	10,016
Eğitim	-16,978	0,000	1,000	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,035				
Nagelkerke R^2	0,133				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,798				
Gözlem Sayısı:226					

2010 yılı uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, erkek veya kadın olmak, bireylerin medeni durumu, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin depresyonda olması veya olmaması, bireyin çalışma durumu, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artış veya azalış, bireylerin yaşı, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması ve bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 59. 2010 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Hane Geliri	-0,391	0,677	**0,000**	0,594	0,770
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,723	2,060	**0,000**	1,480	2,868
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	1,679	5,359	**0,000**	3,334	8,612
Eğitim	-0,975	0,377	**0,023**	0,163	0,873
Genel Sağlık Durumu	0,185	1,203	0,084	0,976	1,484
Bedensel Ağrı Durumu	0,158	1,171	0,315	0,861	1,593
Cinsiyet	0,147	1,159	0,359	0,846	1,588
Çalışma Durumu	-0,117	0,890	0,453	0,655	1,208
Hesaplanan Yaş	-0,017	0,983	0,727	0,892	1,083
Medeni Durum	0,047	1,048	0,774	0,763	1,439
Depresyon	-0,060	0,942	0,854	0,497	1,784
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-0,026	0,974	0,985	0,070	13,631
Cox & Snell R^2	0,226				
Nagelkerke R^2	0,307				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,033				
Gözlem Sayısı:1.151					

2010 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olmadığı Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den küçük olduğu için) anlaşılmaktadır. Bu nedenle, değişkenlerin anlamlılık düzeyleri yorumlanamamıştır.

Tablo 60. 2010 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	2,153	8,607	**0,000**	2,661	27,839
Hane Geliri	-0,399	0,671	**0,005**	0,509	0,885
Cinsiyet	-0,658	0,518	0,082	0,246	1,088
Genel Sağlık Durumu	0,356	1,428	0,142	0,887	2,298
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,456	1,578	0,205	0,779	3,197
Hesaplanan Yaş	-0,109	0,896	0,322	0,722	1,113
Bedensel Ağrı Durumu	0,143	1,154	0,691	0,568	2,344
Çalışma Durumu	0,146	1,157	0,699	0,552	2,427

Medeni Durum	-0,100	0,905	0,779	0,448	1,824
Depresyon	0,018	1,018	0,981	0,224	4,628
Eğitim	-19,362	0,000	0,999	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,208				
Nagelkerke R^2	0,280				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,253				
Gözlem Sayısı:226					

2010 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını 8,60 kat arttırmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar ise ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını 0,67 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Erkek veya kadın olmak, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin yaşı, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin çalışma durumu, bireylerin medeni durumu, bireylerin depresyonda olması veya olmaması ve bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 61. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Hane Geliri	0,391	1,479	**0,004**	1,130	1,935
Çalışma Durumu	1,022	2,777	**0,008**	1,307	5,901
Eğitim	0,674	1,963	0,057	0,979	3,934
Cinsiyet	-0,581	0,559	0,091	0,286	1,096
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-1,204	0,300	0,269	0,036	2,535
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,454	0,635	0,334	0,253	1,595
Medeni Durum	-0,338	0,713	0,365	0,343	1,482
Hesaplanan Yaş	-0,096	0,909	0,395	0,729	1,133

Bedensel Ağrı Durumu	0,255	1,290	0,432	0,683	2,438
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-0,816	0,442	0,474	0,047	4,138
Genel Sağlık Durumu	0,133	1,143	0,577	0,715	1,828
Depresyon	-0,216	0,806	0,776	0,182	3,563
Cox & Snell R^2	0,026				
Nagelkerke R^2	0,091				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,453				
Gözlem Sayısı: 1.308					

2012 yılı randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 1,47 kat ve bireyin işsiz olması 2,77 kat arttırmaktadır. Bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, erkek veya kadın olmak, bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin medeni durumu, bireylerin yaşı, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış ve bireylerin depresyonda olması veya olmaması randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 62. 2012 Yılı Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Hesaplanan Yaş	-0,973	0,378	0,122	0,110	1,299
Depresyon	2,017	7,517	0,179	0,396	142,809
Hane Geliri	0,827	2,286	0,191	0,662	7,894
Genel Sağlık Durumu	-1,159	0,314	0,234	0,047	2,116
Bedensel Ağrı Durumu	1,279	3,593	0,382	0,204	63,198
Çalışma Durumu	1,284	3,610	0,499	0,087	149,633
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,783	2,188	0,580	0,137	35,057

Cinsiyet	-0,986	0,373	0,622	0,007	18,703
Medeni Durum	-18,213	0,000	0,996	0,000	.
Eğitim	-17,731	0,000	0,998	0,000	.
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-17,410	0,000	0,998	0,000	.
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-0,239	0,788	1,000	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,045				
Nagelkerke R^2	0,321				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,987				
Gözlem Sayısı: 277					

2012 yılı randevuya bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin yaşı, bireylerin depresyonda olması veya olmaması, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artış veya azalış, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin çalışma durumu, bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, erkek veya kadın olmak, bireylerin medeni durumu, bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması ve bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması randevuya bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 63. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hesaplanan Yaş	0,220	1,246	**0,005**	1,069	1,452
Hane Geliri	-0,167	0,846	0,076	0,703	1,018
Eğitim	-1,377	0,252	0,168	0,036	1,787
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,321	1,378	0,206	0,838	2,265
Çalışma Durumu	0,215	1,240	0,430	0,727	2,114
Bedensel Ağrı Durumu	0,135	1,144	0,589	0,703	1,863
Depresyon	-0,268	0,765	0,622	0,263	2,223
Medeni Durum	0,103	1,109	0,674	0,686	1,793
Cinsiyet	0,048	1,050	0,847	0,642	1,715

Genel Sağlık Durumu	0,021	1,021	0,901	0,731	1,428
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-19,007	0,000	0,996	0,000	.
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	18,007	6613 9936, 814	0,999	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,048				
Nagelkerke R^2	0,116				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,976				
Gözlem Sayısı: 1.308					

2012 yılı uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 1,24 kat arttırmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artış veya azalış, bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireyin çalışma durumu, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin depresyonda olması veya olmaması, bireylerin medeni durumu, erkek veya kadın olmak, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış ve bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 64. 2012 Yılı Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Bedensel Ağrı Durumu	-1,065	0,345	0,051	0,118	1,003
Hesaplanan Yaş	0,170	1,185	0,279	0,872	1,612
Hane Geliri	-0,215	0,807	0,285	0,544	1,196
Eğitim	0,764	2,146	0,301	0,504	9,139
Medeni Durum	0,484	1,623	0,320	0,625	4,215
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-0,838	0,433	0,328	0,081	2,316
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,534	1,706	0,333	0,578	5,035
Cinsiyet	-0,283	0,753	0,570	0,283	2,004

Genel Sağlık Durumu	0,204	1,226	0,581	0,594	2,528
Çalışma Durumu	-0,174	0,840	0,759	0,277	2,553
Depresyon	0,092	1,097	0,933	0,128	9,430
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	19,088	1949 2158 6,393	1,000	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,041				
Nagelkerke R^2	0,094				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,666				
Gözlem Sayısı: 277					

2012 yılı uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin yaşı, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artış veya azalış, bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireylerin medeni durumu, bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, erkek veya kadın olmak, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin çalışma durumu ve bireylerin depresyonda olması veya olmaması uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 65. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Hane Geliri	-0,373	0,688	**0,000**	0,618	0,767
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,766	2,151	**0,000**	1,576	2,936
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	1,544	4,684	**0,000**	2,694	8,146
Genel Sağlık Durumu	0,313	1,368	**0,002**	1,118	1,675
Eğitim	-0,845	0,430	**0,011**	0,223	0,826
Medeni Durum	-0,330	0,719	**0,027**	0,537	0,963
Cinsiyet	0,193	1,213	0,192	0,908	1,621
Hesaplanan Yaş	-0,061	0,941	0,193	0,858	1,031
Çalışma Durumu	-0,183	0,833	0,225	0,620	1,119
Depresyon	0,261	1,298	0,381	0,724	2,329

Bedensel Ağrı Durumu	-0,116	0,890	0,425	0,669	1,185
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	20,309	6607 8834 7,536	0,999	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,203				
Nagelkerke R^2	0,273				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,091				
Gözlem Sayısı: 1.308					

2012 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 2,15 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 4,68 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,36 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 0,68 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireyin eğitim seviyesinin artması 0,43 kat, bireylerin evli olması 0,71 kat olasılığı azaltmaktadır. Erkek veya kadın olmak, bireylerin yaşı, bireyin çalışma durumu, bireylerin depresyonda olması veya olmaması, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 66. 2012 Yılı Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	P	%95 CI	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,797	2,219	**0,018**	1,146	4,294
Hane Geliri	-0,249	0,780	**0,028**	0,625	0,973
Depresyon	1,078	2,939	**0,045**	1,023	8,440
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,934	2,546	0,071	0,923	7,019

Genel Sağlık Durumu	-0,353	0,702	0,092	0,466	1,060
Hesaplanan Yaş	0,137	1,147	0,151	0,951	1,383
Cinsiyet	-0,265	0,767	0,391	0,418	1,407
Çalışma Durumu	0,269	1,309	0,404	0,696	2,462
Medeni Durum	-0,179	0,836	0,562	0,456	1,532
Eğitim	-0,310	0,734	0,633	0,206	2,619
Bedensel Ağrı Durumu	-0,100	0,905	0,752	0,488	1,679
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-21,400	0,000	1,000	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,139				
Nagelkerke R^2	0,187				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,674				
Gözlem Sayısı:277					

2012 yılı ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını 2,21 kat ve bireylerin depresyonda olması 2,93 kat arttırmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar ise ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını 0,78 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin yaşı, erkek veya kadın olmak, bireyin çalışma durumu, bireylerin medeni durumu, bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış ve bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 67. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Çalışma Durumu	1,228	3,413	**0,000**	1,768	6,588

Hane Geliri	0,363	1,438	**0,001**	1,161	1,781
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-1,008	0,365	**0,017**	0,160	0,833
Eğitim	0,596	1,815	0,068	0,957	3,443
Cinsiyet	-0,477	0,620	0,107	0,347	1,108
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-1,710	0,181	0,110	0,022	1,470
Medeni Durum	-0,310	0,733	0,317	0,400	1,346
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-0,862	0,422	0,434	0,049	3,652
Bedensel Ağrı Durumu	0,187	1,205	0,495	0,705	2,062
Hesaplanan Yaş	-0,059	0,942	0,524	0,785	1,131
Genel Sağlık Durumu	0,064	1,066	0,749	0,720	1,578
Depresyon	0,031	1,031	0,955	0,358	2,967
Cox & Snell R^2	0,029				
Nagelkerke R^2	0,123				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,658				
Gözlem Sayısı:2.459					

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerin randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireyin işsiz olması randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 3,41 kat arttırmaktadır. Aynı zamanda, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar da 1,43 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması ise randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 0,36 kat azaltmaktadır. Bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, erkek veya kadın olmak, bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin medeni durumu, bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin yaşı, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış ve bireylerin depresyonda olması veya olmaması randevuya bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 68. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Hane Geliri	0,853	2,346	0,116	0,810	6,791
Depresyon	2,052	7,785	0,161	0,442	137,012
Hesaplanan Yaş	-0,865	0,421	0,174	0,121	1,466
Genel Sağlık Durumu	-1,032	0,356	0,260	0,059	2,146
Bedensel Ağrı Durumu	1,185	3,271	0,381	0,231	46,276
Çalışma Durumu	1,043	2,837	0,565	0,081	98,905
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,469	1,598	0,753	0,086	29,625
Cinsiyet	-0,577	0,561	0,758	0,014	21,911
Medeni Durum	-17,049	0,000	0,995	0,000	.
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-16,688	0,000	0,996	0,000	.
Eğitim	-17,356	0,000	0,998	0,000	.
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-0,152	0,859	1,000	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,027				
Nagelkerke R^2	0,308				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,807				
Gözlem Sayısı:503					

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerin randevuya bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artış veya azalış, bireylerin depresyonda olması veya olmaması, bireylerin yaşı, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin çalışma durumu, bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, erkek veya kadın olmak, bireylerin medeni durumu, bireylerin tedavi masrafının kendisi tarafından karşılanması veya karşılanmaması ve bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması randevuya bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi olasılığını etkilememektedir.

Tablo 69. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**p**	**%95 CI**	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-2,103	0,122	**0,000**	0,044	0,340
Hesaplanan Yaş	0,194	1,214	**0,001**	1,081	1,364
Eğitim	-1,218	0,296	0,088	0,073	1,197
Çalışma Durumu	0,337	1,401	0,114	0,923	2,126
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,222	1,248	0,283	0,832	1,872
Depresyon	-0,462	0,630	0,328	0,249	1,591
Medeni Durum	0,166	1,181	0,391	0,808	1,726
Bedensel Ağrı Durumu	0,053	1,055	0,785	0,718	1,549
Genel Sağlık Durumu	0,027	1,028	0,839	0,790	1,337
Hane Geliri	-0,014	0,986	0,850	0,849	1,144
Cinsiyet	0,031	1,032	0,877	0,695	1,532
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	18,007	66149783,185	0,999	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,028				
Nagelkerke R^2	0,077				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,717				
Gözlem Sayısı:2.459					

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerin uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 1,21 kat arttırmaktadır. Bireylerin tedavi masrafını kendisinin karşılamaması ise uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 0,12 kat azaltmaktadır. Bireyin eğitim seviyesinin artması veya azalması, bireyin çalışma durumu, bireylerin tedavi masrafının SGK veya özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin depresyonda olması veya olmaması, bireylerin medeni durumu, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireyin genel sağlık durumunda meydana gelen artış veya azalış, bireylerin hane

gelirinde meydana gelen artış veya azalış ve erkek veya kadın olmak uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 70. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Bedensel Ağrı Durumu	-0,775	0,461	0,083	0,192	1,107
Medeni Durum	0,634	1,885	0,113	0,860	4,134
Hesaplanan Yaş	0,177	1,193	0,163	0,931	1,530
Cinsiyet	-0,571	0,565	0,172	0,249	1,283
Eğitim	0,746	2,110	0,301	0,513	8,674
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-0,669	0,512	0,326	0,135	1,946
Depresyon	0,515	1,673	0,517	0,353	7,935
Hane Geliri	-0,091	0,913	0,582	0,660	1,263
Çalışma Durumu	0,242	1,273	0,611	0,502	3,231
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,149	1,160	0,753	0,459	2,932
Genel Sağlık Durumu	0,086	1,090	0,774	0,606	1,961
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	18,851	1538 1494 4,211	1,000	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,026				
Nagelkerke R^2	0,069				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,036				
Gözlem Sayısı:503					

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerin uzaklık ya da ulaşıma bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olmadığı Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den küçük olduğu için) anlaşılmaktadır. Bu nedenle, değişkenlerin anlamlılık düzeyleri yorumlanamamıştır.

Tablo 71. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	**Katsayı**	**OR**	**P**	**%95 CI**	
Hane Geliri	-0,396	0,673	**0,000**	0,621	0,729
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,738	2,092	**0,000**	1,670	2,621

Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	1,656	5,241	**0,000**	3,667	7,488
Genel Sağlık Durumu	0,260	1,297	**0,000**	1,122	1,499
Eğitim	-0,891	0,410	**0,001**	0,245	0,688
Cinsiyet	0,191	1,211	0,076	0,980	1,496
Çalışma Durumu	-0,177	0,837	0,100	0,678	1,034
Medeni Durum	-0,169	0,845	0,119	0,683	1,044
Hesaplanan Yaş	-0,047	0,955	0,166	0,894	1,019
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	1,435	4,201	0,194	0,482	36,630
Depresyon	0,106	1,112	0,629	0,722	1,711
Bedensel Ağrı Durumu	0,002	1,002	0,985	0,814	1,233
Cox & Snell R^2	0,237				
Nagelkerke R^2	0,317				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,058				
Gözlem Sayısı: 2.459					

2010 ve 2012 yılları birleştirilmiş verilerin ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 2,09 kat arttırmaktadır. Tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 5,24 kat ve bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,29 kat olasılığı arttırmaktadır. Bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını 0,67 kat ve bireyin eğitim seviyesinin artması 0,41 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır. Erkek veya kadın olmak, bireyin çalışma durumu, bireylerin medeni durumu, bireylerin yaşı, bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması veya karşılanmaması, bireylerin depresyonda olması veya olmaması ve bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış veya azalış ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı olasılığını etkilememektedir.

Tablo 72. 2010 ve 2012 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Değişkenine İlişkin Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayı	OR	p	%95 CI	
Hane Geliri	-0,303	0,739	**0,000**	0,629	0,869
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	1,519	4,569	**0,000**	2,179	9,584
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	0,609	1,838	**0,012**	1,144	2,953
Cinsiyet	-0,398	0,671	0,088	0,425	1,061
Depresyon	0,691	1,995	0,112	0,850	4,680
Çalışma Durumu	0,194	1,214	0,416	0,761	1,935
Eğitim	-0,487	0,614	0,440	0,179	2,113
Medeni Durum	-0,130	0,878	0,574	0,559	1,380
Bedensel Ağrı Durumu	0,041	1,042	0,857	0,667	1,627
Hesaplanan Yaş	0,007	1,007	0,924	0,879	1,153
Genel Sağlık Durumu	-0,010	0,990	0,946	0,734	1,334
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-20,713	0,000	1,000	0,000	.
Cox & Snell R^2	0,166				
Nagelkerke R^2	0,221				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,033				
Gözlem Sayısı: 503					

2010 ve 2012 yılları ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan yataklı ya da günübirlik tedavi değişkenine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olmadığı Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den küçük olduğu için) anlaşılmaktadır. Bu nedenle, değişkenlerin anlamlılık düzeyleri yorumlanamamıştır.

4.4. Tüm Yıllara İlişkin Genel Değerlendirme

Tüm yıllara ait genel değerlendirme tablolarının tarihsel seyir açısından yorumlanmasına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 73. 2010 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme

Değişkenler	2010 Yılı														
	Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı			Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı			Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi		
	Katsayı	**OR**	**P**	**Katsayı**	**OR**	**P**	**Katsayı**	**OR**	**P**	**Katsayı**	**OR**	**p**	**Katsayı**	**OR**	**p**
Cinsiyet	-0,061	0,941	0,924	0,077	1,080	0,827	-1,428	0,240	0,102	0,147	1,159	0,359	-0,658	0,518	0,082
Hesaplanan Yaş	-0,035	0,966	0,841	0,113	1,120	0,251	0,160	1,173	0,508	-0,017	0,983	0,727	-0,109	0,896	0,322
Medeni Durum	-0,316	0,729	0,584	0,247	1,281	0,443	1,080	2,945	0,167	0,047	1,048	0,774	-0,100	0,905	0,779
Eğitim	0,364	1,439	0,662	-1,153	0,316	0,271	-16,978	0,000	1,000	-0,975	0,377	**0,023**	-19,362	0,000	0,999
Çalışma Durumu	1,805	6,079	**0,015**	0,445	1,560	0,209	0,997	2,711	0,324	-0,117	0,890	0,453	0,146	1,157	0,699
Hane Geliri	0,222	1,249	0,259	0,197	1,217	0,146	-0,356	0,701	0,376	-0,391	0,677	**0,000**	-0,399	0,671	**0,005**
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-2,508	0,081	**0,020**	0,107	1,113	0,768	-1,093	0,335	0,260	0,723	2,060	**0,000**	0,456	1,578	0,205
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	17,33	33598006,375	0,999	17,803	53933738,966	0,999	.	.	.	-0,026	0,974	0,985	.	.	.
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-15,328	0,000	0,995	-1,319	0,267	**0,019**	-0,120	0,887	0,923	1,679	5,359	**0,000**	2,153	8,607	**0,000**
Genel Sağlık Durumu	-0,075	0,928	0,839	0,033	1,033	0,885	-0,319	0,727	0,628	0,185	1,203	0,084	0,356	1,428	0,142
Bedensel Ağrı Durumu	0,026	1,027	0,960	-0,199	0,820	0,551	-0,331	0,718	0,725	0,158	1,171	0,315	0,143	1,154	0,691
Depresyon	0,245	1,278	0,756	-1,016	0,362	0,324	1,365	3,915	0,264	-0,060	0,942	0,854	0,018	1,018	0,981

Tablo 74. 2012 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme

Değişkenler	2012 Yılı																	
	Randevuya Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı			Randevuya Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi			Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı			Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Uzman Hekimden Sağlık Hizmeti Alma İhtiyacı			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Yataklı ya da Günübirlik Tedavi		
	Katsayı	**OR**	**p**	**Katsayı**	**OR**	**P**	**Katsayı**	**OR**	**p**	**Katsayı**	**OR**	**p**	**Katsayı**	**OR**	**p**	**Katsayı**	**OR**	**p**
Cinsiyet	-0,581	0,559	0,091	-0,986	0,373	0,622	0,048	1,050	0,847	-0,283	0,753	0,570	0,193	1,213	0,192	-0,265	0,767	0,391
Hesaplanan Yaş	-0,096	0,909	0,395	-0,973	0,378	0,122	0,220	1,246	**0,005**	0,170	1,185	0,279	-0,061	0,941	0,193	0,137	1,147	0,151
Medeni Durum	-0,338	0,713	0,365	-18,213	0,000	0,996	0,103	1,109	0,674	0,484	1,623	0,320	-0,330	0,719	**0,027**	-0,179	0,836	0,562
Eğitim	0,674	1,963	0,057	-17,731	0,000	0,998	-1,377	0,252	0,168	0,764	2,146	0,301	-0,845	0,430	**0,011**	-0,310	0,734	0,633
Çalışma Durumu	1,022	2,777	**0,008**	1,284	3,610	0,499	0,215	1,240	0,430	-0,174	0,840	0,759	-0,183	0,833	0,225	0,269	1,309	0,404
Hane Geliri	0,391	1,479	**0,004**	0,827	2,286	0,191	-0,167	0,846	0,076	-0,215	0,807	0,285	-0,373	0,688	**0,000**	-0,249	0,780	**0,028**
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,454	0,635	0,334	0,783	2,188	0,580	0,321	1,378	0,206	0,534	1,706	0,333	0,766	2,151	**0,000**	0,797	2,219	**0,018**
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	-0,816	0,442	0,474	-0,239	0,788	1,000	18,007	66139936, 814	0,999	19,088	194921586, 393	1,000	20,309	660788347, 536	0,999	-21,400	0,000	1,000
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	-1,204	0,300	0,269	-17,410	0,000	0,998	-19,01	0,000	0,996	-0,838	0,433	0,328	1,544	4,684	**0,000**	0,934	2,546	0,071
Genel Sağlık Durumu	0,133	1,143	0,577	-1,159	0,314	0,234	0,021	1,021	0,901	0,204	1,226	0,581	0,313	1,368	**0,002**	-0,353	0,702	0,092
Bedensel Ağrı Durumu	0,255	1,290	0,432	1,279	3,593	0,382	0,135	1,144	0,589	-1,065	0,345	0,051	-0,116	0,890	0,425	-0,100	0,905	0,752
Depresyon	-0,216	0,806	0,776	2,017	7,517	0,179	-0,268	0,765	0,622	0,092	1,097	0,933	0,261	1,298	0,381	1,078	2,939	**0,045**

Tablo 75. 2014 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme

Değişkenler	2014 Yılı																	
	Randevuya Bağlı Gecikme			Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi		
	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p
Cinsiyet	0,071	1,074	0,113	0,193	1,213	**0,000**	0,144	1,155	**0,008**	0,049	1,050	0,344	0,193	1,212	**0,002**	0,312	1,366	**0,001**
Hesaplanan Yaş	-0,211	0,810	**0,000**	-0,153	0,858	**0,000**	-0,175	0,839	**0,000**	-0,181	0,834	**0,000**	-0,222	0,801	**0,000**	-0,213	0,808	**0,000**
Medeni Durum	-0,267	0,765	**0,000**	-0,191	0,826	**0,000**	-0,356	0,701	**0,000**	-0,402	0,669	**0,000**	-0,404	0,668	**0,000**	-0,097	0,908	0,289
Eğitim	0,168	1,183	**0,006**	0,122	1,129	0,147	-0,300	0,741	**0,008**	-0,190	0,827	**0,031**	-0,515	0,598	**0,001**	-0,167	0,846	0,370
Çalışma Durumu	0,109	1,115	**0,023**	0,123	1,131	**0,033**	-0,075	0,928	0,197	-0,129	0,879	**0,018**	-0,004	0,996	0,952	0,007	1,007	0,942
Hane Geliri	0,039	1,040	**0,012**	-0,092	0,912	**0,000**	-0,255	0,775	**0,000**	-0,162	0,850	**0,000**	-0,277	0,758	**0,000**	-0,192	0,826	**0,000**
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,104	0,901	0,085	0,453	1,573	**0,000**	1,148	3,152	**0,000**	0,765	2,149	**0,000**	1,389	4,009	**0,000**	0,988	2,686	**0,000**
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,206	1,229	0,166	0,132	1,141	0,510	0,604	1,830	**0,030**	0,159	1,173	0,417	1,184	3,268	**0,005**	0,126	1,135	0,744
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	0,089	1,093	0,503	-0,062	0,940	0,623	0,293	1,340	**0,014**	0,175	1,191	0,151	0,292	1,339	**0,016**	1,004	2,729	**0,000**
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,443	1,558	**0,000**	0,429	1,536	**0,000**	0,444	1,559	**0,000**	0,398	1,489	**0,000**	0,413	1,511	**0,000**	0,668	1,951	**0,000**
Genel Sağlık Durumu	0,317	1,373	**0,000**	0,508	1,661	**0,000**	0,447	1,563	**0,000**	0,312	1,366	**0,000**	0,532	1,703	**0,000**	0,446	1,562	**0,000**
Bedensel Ağrı Durumu	0,270	1,310	**0,000**	0,294	1,341	**0,000**	0,553	1,739	**0,000**	0,513	1,670	**0,000**	0,404	1,497	**0,000**	0,494	1,638	**0,000**
Depresyon	0,422	1,525	**0,000**	0,385	1,470	**0,000**	0,552	1,736	**0,000**	0,489	1,631	**0,000**	0,451	1,570	**0,000**	1,344	3,836	**0,000**

Tablo 76. 2016 Yılına İlişkin Genel Değerlendirme

Değişkenler	2016 Yılı																	
	Randevuya Bağlı Gecikme			Uzaklık ya da Ulaşıma Bağlı Gecikme			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Diş Bakımı			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Reçete Edilen İlaç			Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Ruhsal Tedavi		
	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p	Katsayı	OR	p
Cinsiyet	0,144	1,154	**0,004**	0,303	1,354	**0,000**	0,175	1,191	**0,008**	0,147	1,158	**0,016**	0,285	1,329	**0,000**	0,312	1,366	**0,013**
Hesaplanan Yaş	-0,211	0,810	**0,000**	-0,129	0,879	**0,000**	-0,177	0,837	**0,000**	-0,144	0,866	**0,000**	-0,245	0,783	**0,000**	-0,202	0,817	**0,000**
Medeni Durum	-0,364	0,695	**0,000**	-0,287	0,750	**0,000**	-0,391	0,677	**0,000**	-0,277	0,758	**0,000**	-0,312	0,732	**0,000**	-0,081	0,922	0,497
Eğitim	-0,032	0,968	0,621	0,111	1,117	0,239	-0,362	0,697	**0,008**	-0,048	0,953	0,622	-0,509	0,601	**0,009**	-0,343	0,709	0,192
Çalışma Durumu	0,041	1,041	0,439	-0,055	0,946	0,400	-0,171	0,843	**0,014**	-0,266	0,766	**0,000**	-0,251	0,778	**0,003**	-0,300	0,741	**0,020**
Hane Geliri	0,145	1,156	**0,000**	-0,155	0,857	**0,000**	-0,272	0,762	**0,000**	-0,212	0,809	**0,000**	-0,423	0,655	**0,000**	-0,244	0,784	**0,000**
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	-0,513	0,599	**0,000**	-0,255	0,775	0,065	0,858	2,359	**0,000**	0,335	1,397	**0,002**	0,841	2,318	**0,000**	0,761	2,141	**0,000**
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	0,250	1,285	0,107	0,361	1,435	0,136	0,746	2,108	**0,019**	0,426	1,531	0,067	0,033	1,034	0,917	-0,041	0,960	0,930
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	-0,615	0,540	**0,000**	-0,906	0,404	**0,000**	-0,010	0,990	0,932	-0,222	0,801	0,064	-0,127	0,880	0,344	-0,190	0,827	0,368
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,353	1,423	**0,000**	0,248	1,282	**0,003**	0,644	1,904	**0,000**	0,766	2,150	**0,000**	0,662	1,939	**0,000**	0,567	1,764	**0,000**
Genel Sağlık Durumu	0,267	1,306	**0,000**	0,367	1,443	**0,000**	0,423	1,527	**0,000**	0,231	1,260	**0,000**	0,491	1,633	**0,000**	0,449	1,567	**0,000**
Bedensel Ağrı Durumu	0,509	1,664	**0,000**	0,635	1,887	**0,000**	0,744	2,104	**0,000**	0,587	1,798	**0,000**	0,611	1,843	**0,000**	0,671	1,955	**0,000**
Depresyon	0,527	1,694	**0,000**	0,317	1,373	**0,000**	0,803	2,232	**0,000**	0,758	2,135	**0,000**	0,830	2,292	**0,000**	1,703	5,490	**0,000**

Katılımcıların cinsiyetine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010, 2012 ve 2014 yıllarında cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2016 yılında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve kadın olmanın karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve kadın olmanın karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında diş bakımı ihtiyacı hariç diğer ihtiyaçlarda ve 2016 yılında anlamlı etkisinin bulunduğu ve kadın olmanın karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşlarına göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında yaş değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artışın karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2010 yılında yaş değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından etkisinin bulunduğu ve bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artışın karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. 2014 ve 2016 yıllarında ise, yaş değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artışın karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında medeni durum değişkeninin karşılanmayan

sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin evli olmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2010 yılında medeni durum değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacında ve 2014 ve 2016 yıllarında ruhsal tedavi ihtiyacı hariç diğer ihtiyaçlarda anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin evli olmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010, 2012 ve 2016 yıllarında eğitim değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin eğitim seviyesinin artmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, tüm yıllarda eğitim değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2010 ve 2012 yıllarında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacında, 2014 yılında tıbbi bakım, diş bakımı ve reçete edilen ilaç ihtiyaçlarında, 2016 yılında ise, tıbbi bakım ve reçete edilen ilaç ihtiyaçlarında anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin eğitim seviyesinin artmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalışma durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacında ve 2014 yılında çalışma durumu değişkeninin anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireyin işsiz olmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. 2016 yılında ise, anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010, 2012 ve 2016 yıllarında çalışma durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireyin işsiz olmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı

karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2010 ve 2012 yıllarında çalışma durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında diş bakımı ihtiyacında ve 2016 yılında tüm ihtiyaçlarda anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireyin çalışıyor olmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir düzeyine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 yılında hane geliri değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacında ve 2014 ve 2016 yıllarında anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışların karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında hane geliri değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışların karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, tüm yıllarda hane geliri değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışların karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 yılında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacında ve 2016 yılında tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir. 2012 ve 2014 yıllarında ise, anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010, 2012 ve 2016 yıllarında tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin

tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, tüm yıllarda tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, tüm yıllarda tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2010 ve 2012 yıllarında tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında tıbbi bakım ve reçete edilen ilaç ihtiyaçlarında ve 2016 yılında tıbbi bakım ihtiyacında anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması durumuna göre karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarının veri setinde tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeni olmadığı için değerlendirme yapılamamıştır. 2014 ve 2016 yıllarında ise randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2014 yılında tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2016 yılında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2014 yılında tıbbi bakım, reçete edilen ilaç ve ruhsal tedavi ihtiyaçlarında tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin

tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. 2016 yılında ise, anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 yılında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin anlamlı etkisinin bulunduğu ve tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını azalttığı tespit edilmiştir. 2012 yılında anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, tüm yıllarda tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu ve tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumunun karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında genel sağlık durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesinin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2010 yılında genel sağlık durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında uzman hekimden sağlık

hizmeti alma ihtiyacında ve 2014 ve 2016 yıllarında anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesinin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların bedensel ağrı durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında bedensel ağrı durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artışların karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların depresyon durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2010 ve 2012 yıllarında depresyon değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 ve 2016 yıllarında ise, anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin depresyonda olmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2010 yılında depresyon değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacında ve 2014 ve 2016 yıllarında anlamlı etkisinin bulunduğu ve bireylerin depresyonda olmasının karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını arttırdığı tespit edilmiştir.

BÖLÜM 5

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırmada elde edilen verilerin analizinden çıkan sonuçlara ve bu sonuçlardan yola çıkarak önerilere ver verilmiştir.

5.1. Sonuçlar

Birçok dünya ülkesinde toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde faydalanmasını sağlamak, devletin yükümlülükleri ve bireylerin hakkı olarak kabul edilmektedir. Bu hakkın eşitlik çerçevesinde ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda karşılanması gerekmektedir. Ancak, küresel ölçekte her toplum sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde yararlanamamakta ve bireylerin sağlık ihtiyaçları karşılanamamaktadır. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçları da ciddi bir sağlık hizmeti sorununa neden olmakta ve bireyler arasında sağlık eşitsizliklerini meydana getirmektedir. Türkiye'de randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin ortaya konulduğu bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın ilk olması bakımından literatüre özgün bir değer katması ve daha sonra yapılacak çalışmalara rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)'den elde edilen 2010, 2012, 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketleri kullanılmıştır. Ancak bu çalışmada, 15 yaş ve üzeri kişilerle ilgili bilgilere yer verilmiştir. 2016 ve 2014 yıllarında randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler, uzaklık ya da ulaşım problemleri nedeniyle sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmeler ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım, diş bakımı, reçete edilen ilaç ve ruhsal tedavi ihtiyaçları incelenmiştir. 2012 ve 2010 yıllarında ise, randevu süresinin çok geç tarihte verilmesi, uzaklık ya da ulaşım imkanının

olmaması ve ödeme güçlüğüne bağlı uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacının karşılanmaması ve bir doktor tarafından yataklı ya da günübirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti önerilmesine rağmen bu sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmaması incelenmiştir.

5.1.1. Farklılık Analizine İlişkin Sonuçlar

Katılımcıların cinsiyetine göre randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çalışmanın bu bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Nelson ve Park, (2006); Westin vd., (2004); Kshetri ve Smith, (2011) çalışmalarında da kadınlarda erkeklere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşlarına göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Yaş aralığı 25-34 olan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. 2016 yılında yaş aralığı 75 ve yukarısı olan kişilerde diğer kişilere göre, 2014 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise yaş aralığı 25-34 olan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2010 yılında yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Yaş aralığı 45 ve yukarısı kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Yaş

aralığı 25-54 olan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Genel olarak gençlerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu çalışmanın bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Pappa vd., (2013); Nelson ve Park, (2006); Lee vd., (2020) çalışmalarında da gençlerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Evlilerde bekarlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ise 2016 yılında tıbbi bakım ve diş bakımı ihtiyaçlarında, 2014 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ruhsal tedavi ihtiyacı hariç diğer ihtiyaçlarda medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Evlilerde bekarlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında eğitime göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2010 yılında da karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının eğitime göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından eğitime göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerde eğitim seviyesi düşük olan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ise 2016 ve 2014 yıllarında eğitime göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2010 yılında karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının eğitime göre anlamlı bir

farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından eğitime göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eğitim seviyesi yüksek olan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları hariç diğer ihtiyaçlarda elde edilen çalışmanın bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Dunlop vd., (2000); Westin vd., (2004); Lee vd., (2020) çalışmalarında da eğitim seviyesi düşük olanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalışma durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yılları ayrı ayrı analiz edildiğinde anlamlı bir farklılık göstermediği, 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmayanlarda çalışanlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 yılında anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2010 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmayanlarda çalışanlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmayanlarda çalışanlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2010 yılında anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmayanlarda çalışanlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2014 yılında tüm ihtiyaçlarda, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde diş bakımı hariç diğer ihtiyaçlarda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmayanlarda çalışanlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2010 yılında anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012

yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmayanlarda çalışanlara göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bu bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Lee vd., (2015); Yoon vd., (2019) çalışmalarında da çalışmayanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir düzeyine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2014 yılında hane gelirine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde hane gelirine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hane geliri en yüksek olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından hane gelirine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hane geliri 1101-1700 TL arasında olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında ve 2012 yılında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından hane gelirine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2010 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının hane gelirine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının tüm yıllarda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm yıllarda randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları hariç diğer ihtiyaçlarda çalışmanın bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Newacheck vd., (2000); Allin ve Masseria, (2009); Nelson vd., (2011); Yoon ve Jang, (2017); Connolly

ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019) çalışmalarında da hane geliri düşük olanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012 ve 2010 yıllarında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ise tüm yıllarda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı SGK tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı SGK tarafından karşılanan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının tüm yıllarda anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan

sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarının ayrı ayrı analizinde ruhsal tedavi hariç diğer ihtiyaçlarda, 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise tüm ihtiyaçlarda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2010 yılında anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan kişilerde tedavi masrafı özel sağlık sigortası tarafından karşılanan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bu bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019) çalışmalarında da özel sağlık sigortası olmayanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması durumuna göre karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2012 ve 2010 yıllarının veri setinde tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeni olmadığı için değerlendirme yapılamamıştır. 2016 ve 2014 yıllarında ise, randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2014 yılında ruhsal tedavi ihtiyacı hariç diğer ihtiyaçlarda, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafı GSS tarafından karşılanan kişilerde tedavi masrafı GSS tarafından karşılanmayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 yılında anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2010 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 yılında tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2014 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ise tüm yıllarda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tedavi masrafını kendisi karşılayan kişilerde tedavi masrafını kendisi karşılamayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yılları randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları hariç diğer ihtiyaçlarda çalışmanın bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Ayanian vd., (2000); Newacheck vd., (2000); Diamant vd., (2004); Yoon vd., (2019); DeRigne vd., (2009); Lee vd., (2020) çalışmalarında da sigortası olmayanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan

sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında genel sağlık durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Genel sağlık durumunu orta, kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise, randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının genel sağlık durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ise, 2012 ve 2010 yıllarında anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişiler diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bu bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Kjeken vd., (2006); Allin ve Masseria, (2009); Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019) çalışmalarında da genel sağlık durumu kötü olanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların bedensel ağrı durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında bedensel ağrı durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise, randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bedensel ağrı durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ise, 2010 yılında bedensel ağrı durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bu bulgusu benzer çalışmanın bulgusunu desteklemektedir. Yoon vd., (2019) çalışmasında da ağrı çeken kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların depresyon durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının 2016 ve 2014 yıllarında depresyon durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Depresyonda olan kişilerde depresyonda olmayan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2012 ve 2010 yıllarında ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının depresyon durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çalışmanın bu bulgusu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Pappa vd., (2013); Yoon vd., (2019) çalışmalarında da depresyonda olanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Yukarıda yer verilen farklılık analizine ilişkin sonuçlara ait özet tablo aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 77. Farklılık Analizine İlişkin Sonuçlar

Değişkenler	Randevuya Bağlı Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları				Uzaklık ya da Ulaşım Problemlerine Bağlı Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları				Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları			
	2016	2014	2012	2010	2016	2014	2012	2010	2016	2014	2012	2010
Cinsiyet	✓	✓			✓	✓			✓	✓		
Hesaplanan Yaş	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓		
Medeni Durum	✓	✓			✓	✓			✓	✓		
Eğitim			✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Çalışma Durumu				✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Hane Geliri	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar			✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar					✓	✓			✓	✓	✓	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar					✓	✓			✓	✓		
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Genel Sağlık Durumu	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bedensel Ağrı Durumu	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Depresyon	✓	✓			✓	✓			✓	✓		

5.1.2. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

Katılımcıların cinsiyetine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2014 yılında cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2014 yılında cinsiyet değişkeninin diş bakımı ihtiyacı hariç diğer ihtiyaçlarda karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, cinsiyet değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşlarına göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında yaş değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, yaş değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 ve 2014 yıllarında yaş değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2010 yılında yaş değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından yaş değişkeninin anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında medeni durum değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, medeni durum değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 ve 2014 yıllarında ruhsal tedavi ihtiyacı hariç diğer ihtiyaçlarda medeni durum değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 yılında uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından medeni durum değişkeninin etkisinin bulunduğu, 2010 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde medeni durum değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2014 yılında eğitim değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında da eğitim değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, tüm yıllarda eğitim değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 yılında tıbbi bakım ve reçete edilen ilaç ihtiyaçlarında, 2014 yılında tıbbi bakım, diş bakımı ve reçete edilen ilaç ihtiyaçlarında, 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise tıbbi bakım ve reçete edilen ilaç ihtiyaçlarında karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında da uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından eğitim değişkeninin etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalışma durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 yılında çalışma

durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında da uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından çalışma durumu değişkeninin anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2014 yılında çalışma durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında da çalışma durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 yılında çalışma durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu, 2014 yılında diş bakımı ihtiyacı hariç karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise tıbbi bakım ve diş bakımı ihtiyaçlarında çalışma durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında çalışma durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir düzeyine göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında hane geliri değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2010 yılında hane geliri değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından hane geliri değişkeninin anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında hane geliri değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, hane geliri değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, tüm yıllarda hane geliri

değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2014 yılında tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 yılında tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2010 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 yılında tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, tüm yıllarda tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarının ayrı ayrı analizinde tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkeninin

karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, tüm yıllarda tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 yılında tıbbi bakım ihtiyacında, 2014 yılında tıbbi bakım ve reçete edilen ilaç ihtiyaçlarında, 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise ruhsal tedavi ihtiyacı hariç diğer ihtiyaçlarda tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması durumuna göre karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2012 ve 2010 yıllarının veri setinde tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeni olmadığı için değerlendirme yapılamamıştır. 2016 ve 2014 yıllarında ise randevu alma süresinin çok uzun olmasına karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 yılında tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu, 2014 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2014 yılında tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2016 yılında ve 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 yılında tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2014 yılında tıbbi bakım, reçete edilen ilaç ve ruhsal tedavi ihtiyaçlarında, 2016 ve 2014 yıllarının birlikte analizinde ise tüm ihtiyaçlarda tedavi

masrafının GSS tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 yılında tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2010 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde uzman hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, tüm yıllarda tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında genel sağlık durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, genel sağlık durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 ve 2014 yıllarında genel sağlık durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2010 yılında genel sağlık durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, 2012 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde ise uzman

hekimden sağlık hizmeti alma ihtiyacı açısından genel sağlık durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların bedensel ağrı durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında bedensel ağrı durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, bedensel ağrı durumu değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların depresyon durumuna göre randevu alma süresinin çok uzun olması ve uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde, 2016 ve 2014 yıllarında depresyon değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 ve 2010 yıllarında ise, depresyon değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları incelendiğinde ise, 2016 ve 2014 yıllarında depresyon değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu tespit edilirken, 2012 yılında yataklı ya da günübirlik tedavi ihtiyacı açısından depresyon değişkeninin etkisinin bulunduğu, 2010 yılında ve 2012 ve 2010 yıllarının birlikte analizinde depresyon değişkeninin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Yukarıda yer verilen binary lojistik regresyon analizine ilişkin sonuçlara ait özet tablo aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 78. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Sonuçlar

Değişkenler	Randevuya Bağlı Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları				Uzaklık ya da Ulaşım Problemlerine Bağlı Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları				Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları			
	2016	2014	2012	2010	2016	2014	2012	2010	2016	2014	2012	2010
Cinsiyet	✓	□			✓	✓			✓	✓		
Hesaplanan Yaş	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓		
Medeni Durum	✓	✓			✓	✓			✓	✓	✓	
Eğitim		✓							✓	✓	✓	✓
Çalışma Durumu		✓	✓	✓		✓			✓	✓		
Hane Geliri	✓	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	✓			✓		✓			✓	✓	✓	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar									✓	✓		
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	✓				✓					✓		
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Genel Sağlık Durumu	✓	✓			✓	✓			✓	✓	✓	
Bedensel Ağrı Durumu	✓	✓			✓	✓			✓	✓		
Depresyon	✓	✓			✓	✓			✓	✓	✓	

5.2. Öneriler

Yukarıda ana hatlarıyla özetlenen bulgulara dayalı olarak karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur. Öneriler çalışmada ele alınan 3 temel değişken başlığında değerlendirilmiştir.

5.2.1. Randevu Alma Süresinin Çok Uzun Olmasına İlişkin Öneriler

Randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler üzerinde etkisi olan değişkenlerin yıllar içerisinde farklılıklar gösterdiği görülmektedir. 2010 yılında çalışma durumu ile tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkenlerinin etkisi bulunmakta iken, 2012 yılında çalışma durumu ile hane geliri değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2010 ve 2012 yıllarının birlikte analizinde ise çalışma durumu, hane geliri ve tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2014 yılında yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmakta iken, 2016 yılında cinsiyet, yaş, medeni durum, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2014 ve 2016 yıllarının birlikte analizinde ise cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2010 ve 2012 yıllarında çok az sayıda değişkenin randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler üzerinde etkisinin bulunduğu görülürken, 2014 ve 2016 yıllarında etkisi bulunan değişken sayısının arttığı görülmektedir. Bu durumun yıllara göre örneklem sayısının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik geliştirilen

öneriler şu şekildedir: Sağlık sistemi uzun bekleme sürelerine mahal vermeyecek yapıda olmalı ve toplumdaki her bireyin ihtiyaç duyduğu zamanda, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlamalıdır. Randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının kadınlar, gençler, işsizler, gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık güvencesi olmayanlar, genel sağlık durumunu kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişilerde yaygın olduğu tespit edilmektedir. Ancak en çok etkileyen değişkenin depresyon olduğu görülmektedir. (2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde, OR: 1,616 % 95 CI: 1,484-1,760). Bu nedenle hangi faktörlerin (stres, toplumsal baskı, şiddet vb.) kişiler üzerinde depresyona neden olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, bireyler depresyondan kurtulmak için yaşam düzeylerini yükseltecek faaliyetlerde bulunmalıdır. Örneğin, vitamin bakımından zengin yiyecekler tüketilmeli, fiziksel aktiviteye ağırlık verilmeli, sosyal faaliyetlerde bulunulmalıdır. Kurumlar çalışanların kendisini değerli hissetmesine yönelik çalışmalarda bulunmalı, çalışanların başarılarını takdir etmeli, ödül sistemiyle çalışan memnuniyetini arttırmalıdır. Devlet ise bireylerin ve toplumun yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik uygulamalarda bulunmalıdır. Örneğin, kişilerin doğayla etkileşim kurmasını sağlayacak alanlar arttırılmalı, ücretsiz kursların/seminerlerin sayıları arttırılmalı, düzenli aralıklarla kitap okuma etkinlikleri düzenlenmelidir.

5.2.2. Uzaklık ya da Ulaşım Problemlerine İlişkin Öneriler

Uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler üzerinde etkisi olan değişkenlerin yıllar içerisinde farklılıklar gösterdiği görülmektedir. 2010 yılında sadece tedavi masrafını kendisi karşılayanlar değişkeninin etkisi bulunmakta iken, 2012 yılında da sadece yaş değişkeninin etkisi bulunmaktadır. 2010 ve 2012 yıllarının birlikte analizinde ise yaş ve tedavi masrafını kendisi karşılayanlar değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2014 yılında cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmakta iken, 2016 yılında cinsiyet, yaş, medeni durum, hane geliri, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu,

bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2014 ve 2016 yıllarının birlikte analizinde ise cinsiyet, yaş, medeni durum, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2010 ve 2012 yıllarında çok az sayıda değişkenin uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler üzerinde etkisinin bulunduğu görülürken, 2014 ve 2016 yıllarında etkisi bulunan değişken sayısının arttığı görülmektedir. Bu durumun yıllara göre örneklem sayısının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler şu şekildedir: Sağlık kuruluşunun uzak olması ve ulaşım zorluğu, özellikle kırsal yerleşim yerlerinde karşımıza çıkmaktadır. Yaşanılan yerin sağlık kuruluşuna uzak olması, yolların zaman zaman kapalı olması, ulaşım aracının olmaması, sınırlı olması veya birden fazla ulaşım aracına ihtiyaç duyulması da önemli engeller arasındadır. Bazı bölgelerde de sağlık ocağında hekim bulunmaması durumunda kişilerin yakında bulunan başka sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi ulaşım zorluğunu ortaya çıkarmaktadır. Bu anlamda coğrafi konumun sağlık hizmetleri kullanımındaki etkisi düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerine erişim konusunda bölgeler arası altyapı ve sağlık insan gücü eşitsizlikleri ortadan kaldırılmalıdır. Aynı zamanda uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının kadınlar, gençler, gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık güvencesi olmayanlar, genel sağlık durumunu kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişiler arasında yaygın olduğunun tespit edilmesiyle birlikte bireysel özellikler ve sosyoekonomik koşullar açısından dezavantajlı olan bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişiminin sağlanmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra en çok etkileyen değişkenin bedensel ağrı durumu olduğu görülmektedir (2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde, OR: 1,576 % 95 CI: 1,453-1,708). Bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyen kişilerin ağrılarının nedenleri araştırılmalı ve ağrının fiziksel, psikolojik ve davranışsal etkileri göz önüne alınarak çözüm yolları aranmalıdır. Bu ağrıların kişilerin psikolojisi üzerindeki olumsuz etkilerini gidermeye yönelik uzman

yardımı alınması sağlanmalıdır. Ayrıca, ağrının şiddeti, tipi, yer ve zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan veya arttıran faktörlerin neler olduğu da araştırılmalıdır.

5.2.3. Ödeme Güçlüğüne İlişkin Öneriler

Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler üzerinde etkisi olan değişkenlerin yıllar içerisinde farklılıklar gösterdiği görülmektedir. 2010 yılında eğitim, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması ve tedavi masrafını kendisi karşılayanlar değişkenlerinin etkisi bulunmakta iken, 2012 yılında medeni durum, eğitim, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2010 ve 2012 yıllarının birlikte analizinde ise eğitim, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar ve genel sağlık durumu değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2014 yılında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmakta iken, 2016 yılında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. 2014 ve 2016 yıllarının birlikte analizinde ise cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması, tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanması, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon değişkenlerinin etkisi bulunmaktadır. Tüm yıllarda eğitim, hane geliri, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması ve tedavi masrafını kendisi karşılayanlar değişkenlerinin etkisinin bulunduğu görülmektedir. 2014 ve 2016 yıllarında ise tüm değişkenlerin etkisinin bulunduğu görülmektedir. Bu durumun da yıllara göre örneklem sayısının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler şu şekildedir: Kadınlar, gençler, eğitim düzeyi düşük olanlar, işsizler, gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık güvencesi olmayanlar, genel sağlık durumunu kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişiler arasında ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler yaygındır. En çok etkileyen faktörler arasında cinsiyet, eğitim, hane geliri, sosyal güvence durumu, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon olduğu görülmektedir. Bu anlamda, sosyal ve ekonomik açıdan savunmasız grupların karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının azaltılması için halk sağlığı yaklaşımları geliştirilmelidir. Aynı zamanda ekonomik yaklaşımların geliştirilmesiyle ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesi sağlanmalıdır. Ayrıca, toplumun eğitim ve gelir düzeyi yükseltilmelidir. Çünkü sağlığı ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen en önemli faktörler arasında eğitim ve gelir düzeyi yer almaktadır. Eğitim sağlıkla ilgili bilinçli kararların alınmasına ve bu kararların uygulanmasına katkı sağlarken, gelir kişilerin yoksullukla mücadele etmesine ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini kullanabilmelerine katkı sağlamaktadır. Bu açıdan dezavantajlı bireylerin özellikle kadınların eğitim ve gelir düzeyini artıracak politikaların üretilmesi ve bu politikaların uygulamaya konulması son derece önemlidir. Ayrıca, bireysel özelliklerden ve sosyoekonomik koşullardan kaynaklanan bu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir. Bu açıdan kadınların işgücüne katılımları teşvik edilmeli, cinsiyet ayrımcılığı ortadan kaldırılmalıdır. İşsizlikle mücadeleye yönelik politikalar geliştirilmelidir. Böylece işsizlik sonucu oluşabilecek olumsuz koşullara karşı bireylerin korunması sağlanmalıdır. Aynı zamanda çalışma koşullarından kaynaklanan eşitsizlikler önlenmelidir. Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve hastalıkların önlenebilmesi için gelir düzeyinde adalet sağlanmalıdır. Ekonomik gücü olmayan bütün bireylerin devlet güvencesi altında sağlık hizmetlerine ulaşımları sağlanmalıdır. Sosyoekonomik statü açısından dezavantajlı olan bireylerin sağlık düzeylerinin geliştirilmesi son derece önem taşımaktadır. Bireylerin sağlık düzeylerinin arttırılması için yaşam kalitesini yükseltecek faaliyetlere ağırlık verilmelidir.

Genel olarak çalışmanın bütün bulguları doğrultusunda karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler ise aşağıda sunulmuştur.

- ✓ Hangi faktörlerin (stres, toplumsal baskı, şiddet vb.) kişiler üzerinde depresyona neden olduğu tespit edilmelidir.
- ✓ Bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyen kişilerin ağrılarının nedenleri araştırılmalı ve ağrının fiziksel, psikolojik ve davranışsal etkileri göz önüne alınarak çözüm yolları aranmalıdır.
- ✓ Sosyal ve ekonomik açıdan savunmasız grupların karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının azaltılması için halk sağlığı yaklaşımları geliştirilmelidir.
- ✓ Ekonomik yaklaşımların geliştirilmesiyle ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler önlenmelidir.
- ✓ Toplumun eğitim ve gelir düzeyi yükseltilmelidir.
- ✓ Bireysel özelliklerden ve sosyoekonomik koşullardan kaynaklanan eşitsizliklerin önlenmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir.
- ✓ Kadınların işgücüne katılımları teşvik edilmeli, cinsiyet ayrımcılığı ortadan kaldırılmalıdır.
- ✓ İşsizlikle mücadeleye yönelik politikalar geliştirilmelidir.
- ✓ Çalışma koşullarından kaynaklanan eşitsizlikler önlenmelidir.
- ✓ Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve hastalıkların önlenebilmesi için gelir düzeyinde adalet sağlanmalıdır.
- ✓ Ekonomik gücü olmayan bütün bireylerin devlet güvencesi altında sağlık hizmetlerine ulaşımları sağlanmalıdır.
- ✓ Bireylerin sağlık düzeylerinin arttırılması için yaşam kalitesini yükseltecek faaliyetlere ağırlık verilmelidir.
- ✓ Türkiye ile farklı ülkelerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler açısından karşılaştırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKÇA

Aba, G. ve Ateş, M. (2015). *Sağlıkta Eşitsizlikler* (1.Basım). İstanbul: Beta Yayıncılık.

Aba, G.; Ateş, M. ve Sur, H. (2016). Ülkeler Arası Sağlıkta Eşitsizliklerin Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 1(1),* 24-37.

Abel, T. (2008). Cultural Capital and Social Inequality in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 62(7),* 1-5.

Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report.* The Stationery Office.

Adelson, N. (2014). Inequality and Health Care. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society,* 1235-1239.

Aksaraylı, M. ve Saygın, Ö. (2011). Algılanan Hizmet Kalitesi ve Lojistik Regresyon Analizi ile Hizmet Tercihine Etkisinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13(1),* 21-37.

Aktaş, İ.; Kaptanoğlu Yıldırım, A.; Ünlü Özkan, F.; Yılmaz Kaysın, M. ve Şilte, A. D. (2013). Yatarak Fizyoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Maliyet Analizi. *Marmara Medical Journal, 26(1),* 34-38.

Alcan, S. ve Özsoy, O. (2017). Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Açısından Hakkaniyet. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 72(1),* 183-219.

Alegría, M.; Canino, G.; Ríos, R.; Vera, M.; Calderón, J.; Rusch, D. and Ortega, A. N. (2002). Mental Health Care for Latinos: Inequalities in Use of Specialty Mental Health Services Among Latinos, African Americans, and Non-Latino Whites. *Psychiatric Services, 53(12),* 1547-1555.

Allin, S. and Masseria, C. (2009). Unmet Need as an Indicator of Health Care Access. *Eurohealth, 15(3),* 7-9.

Altındiş, S. ve Şimşek, G. (2018). Grip Ekonomisinde Aşının Maliyet Etkinliği. *Journal of Contemporary Medicine, 8(2),* 174-182.

Altınışık, İ. ve Peker, H. S. (2008). Eğitim ve Gelir Dağılımı Eşitsizliği. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2008(2),* 101-118.

Anand, S. and Hanson, K. (1997). Disability-Adjusted Life Years: A Critical Review. *Journal of Health Economics, 16(6),* 685-702.

Andresen, E. M. and Meyers, A. R. (2000). Health-Related Quality of Life Outcomes Measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81,* S30-S45.

Arı, A. (2016). *65 Yaş ve Üstü Bireylerin Karşılanmamış Sağlık Sorunları ve Konsültasyon Nedenlerinin Değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya.

Arnesen, T. and Nord, E. (1999). The Value of DALY Life: Problems with Ethics and Validity of Disability Adjusted Life Years. *Bmj, 319(7222),* 1423-1425.

Arslan, A. (2003). Eşitsizliğin Teorik Temelleri: Elit Teorisi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(6),* 115-135.

Arun, Ö. (2016). Çağdaş Türkiye'de Yaşlılık ve Eşitsizlik. *Mediterranean Journal of Humanities, 6(2),* 29-48.

Avni, S.; Filc, D. and Davidovitch, N. (2015). The Israeli Medical Association's Discourse on Health Inequity. *Social Science and Medicine, 144(2015),* 119-126.

Ayanian, J. Z.; Weissman, J. S.; Schneider, E. C.; Ginsburg, J. A. and Zaslavsky, A. M. (2000). Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. *Jama, 284(16),* 2061-2069.

Ayvat, İ. (2019). *Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi.*

Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bahar, Z. ve Gördes Aydoğdu, N. (2011). Sağlıkta Eşitsizlik ve Hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(3),* 131-136.

Bayram, N. (2009). *Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi* (2. Baskı). İstanbul: Güven Mücellit Matbaacılık.

Beach, S. R..; Schulz, R.; Friedman, E. M.; Rodakowski, J.; Martsolf, G. R. and James III, A. E. (2018). Adverse Consequences of Unmet Needs for Care in High-Need/High-Cost Older Adults. *Journals of Gerontology: Social Sciences, 00(00),* 1-12.

Belek, İ. (1998). *Sınıf Sağlık Eşitsizlik* (1.Basım). İstanbul: Sorun Yayınları.

Belek, İ. (2000). Sağlıkta ve Sağlık Hizmeti Kullanımında Sosyoekonomik Eşitsizlikler (Antalya'da Bir Araştırma). *Ekonomik Yaklaşım, 11(36),* 63-81.

Belek, İ. (2004). *Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma* (1. Basım). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Benzeval, M. and Judge, K. (1996). Access To Health Care In England: Continuing Inequalities In The Distribution Of Gps. *Journal of Public Health Medicine, 18(1),* 33-40.

Beyaz Sipahi, F. B. (2014). *Türkiye'de Obezite Üzerinde Sosyoekonomik Değişkenlerin Etkileri ve Eşitsizlik.* Yayınlanmamış doktora tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

Binbay, İ. T. (2009). *İzmir Kent Merkezinde Yaşayan 15-64 Yaş Arası Nüfusu Temsil Eden Bir Örneklemde Toplumsal Eşitsizlikler ile Psikoz-Benzeri Yaşantılar, Psikotik Belirtiler ve Psikotik Bozukluklar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

Braveman, P. A. (2003). Monitoring Equity In Health and Health Care: A Conceptual Framework. *Journal of Health, Population and Nutrition, 21(3),* 181-192.

Braveman, P. and Gruskin, S. (2003). Defining Equity In Health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57(4),* 254-258.

Brazier, J. E.; Harper, R.; Jones, N. M. B.; O'Cathain, A.; Thomas, K. J.; Usherwood, T. and Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: New Outcome Measure For Primary Care. *Bmj, 305(6846),* 160-164.

Bryant, T.; Leaver, C. and Dunn, J. (2009). Unmet Healthcare Need, Gender, and Health Inequalities in Canada. *Health Policy, 91(1),* 24-32.

Budak, F. (2019). Sağlık ve Sağlık Statüsü Belirleyicileri. (Editör: Fatih Budak). *Sağlık Statüsü Belirleyicileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 23-40.

Bul, A. (2016). *Dünyada ve Türkiye'de Gelir Dağılımı Eşitsizliğinin Tüketim ve Verimlilik Perspektifinden İş Dünyasına Yarattığı Tehditler.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Büyüköztürk, Ş.; Kılıç Çakmak, E.; Akgün, Ö.E.; Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (22. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Campos-Matos, I.; Russo, G. and Perelman, J. (2016). Connecting the Dots on Health Inequalities–A Systematic Review on the Social Determinants of Health in Portugal. *International Journal for Equity in Health, 15(1),* 1-10.

Carr-Hill, R. and Chalmers-Dixon, P. (2005). *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement.* Oxford: South East Public Health Observatory.

Castano, R. A.; Arbelaez, J. J.; Giedion, U. B. and Morales, L. G. (2002). Equitable Financing, Out-Of-Pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia. *Health Policy and Planning, 17(suppl 1),* 5-11.

Cereseto, S. (1982). Socialism, Capitalism and Inequality. *The Insurgent Sociologist, 11(2),* 5-29.

Ceylan, A. (2016). *Manisa'da Küçük Nüfus Bölgelerinde Sosyoekonomik Durumun Hastalık ve Ölüm Hızlarına Etkisi.* Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.

Chaupain-Guillot, S. and Guillot, O. (2014). Health System Characteristics and Unmet Care Needs in Europe: An Analysis Based on EU-SILC Data. *The European Journal of Health Economics, 16(7),* 781-796.

Connolly, S. and Wren, M. A. (2017). Unmet Healthcare Needs in Ireland: Analysis Using the EU-SILC Survey. *Health Policy, 121(4),* 434-441.

Crombie, I. K.; Irvine, L.; Elliott, L. and Wallace, H. (2005). *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Çapık, C. (2006). *Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Çeken, H.; Ökten, Ş. ve Ateşoğlu, L. (2008). Eşitsizliği Derinleştiren Bir Süreç Olarak Küreselleşme ve Yoksulluk. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 9(2),* 79-95.

Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1),* 19-37.

Çevik, C. (2010). *Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Kişilerde Ayakta Tanı ve Tedavi Hizmeti Kullanımı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

De Maio, F. G. (2007). Income Inequality Measures. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61(10),* 849-852.

Demir Şeker, S. (2011). Türkiye'nin İnsani Gelişme Endeksi ve Endeks Sıralamasının Analizi. *T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayını,* (2828).

Demir, Ş. (2019). *Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Eşitsizliklerin Analizi ve Türkiye Örneği.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.

Demirel, T. ve Akın, B. (2014). Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Adalet, Eşitlik ve Hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3),* 238-245.

DeRigne, L.; Porterfield, S. and Metz, S. (2009). The Influence of Health Insurance on Parent's Reports of Children's Unmet Mental Health Needs. *Maternal and Child Health Journal, 13(2),* 176-186.

Diamant, A. L.; Hays, R. D.; Morales, L. S.; Ford, W.; Calmes, D.; Asch, S.; Duan, N.; Fielder, E.; Kim, S.; Fielding, J.; Sumner, G.; Shapiro, M. F.; Hayes-Bautista, D. and Gelberg, L. (2004). Delays and Unmet Need for Health Care Among Adult Primary Care Patients in a Restructured Urban Public Health System. *American Journal of Public Health, 94(5),* 783-789.

Doğan, A. (2019). Müslüman Coğrafyada Kişisel Gelir Dağılımı Eşitsizliği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 20(1),* 62-74.

Doğan, E. M. ve Tatlı, H. (2014). İnsani Gelişme ve İnsani Yoksulluk Bağlamında Türkiye'nin Dünyadaki Yeri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 28(1),* 99-124.

Doğanoğlu, F. ve Gülcü, A. (2001). Gelir Eşitsizliği Ölçümünde Kullanılan Yöntemler. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(1),* 47-65.

Dorfman, R. (1979). A Formula for the Gini Coefficient. *The Review of Economics and Statistics, 61(1),* 146-149.

Dreher, A. and Gaston, N. (2008). Has Globalization Increased Inequality?. *Review of International Economics, 16(3),* 516-536.

Dunlop, S.; Coyte, P. C. and McIsaac, W. (2000). Socio-Economic Status and the Utilisation of Physicians' Services: Results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine, 51(1),* 123-133.

Edisan, Z. ve Kadıoğlu, F. G. (2011). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Etik Açıdan Bir Değerlendirme. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 19(1), 8-15.

Erdendoğdu, F. (2014). *Sosyal Tabakalaşma ve Eşitsizlik*. Pamukkale Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü, Web: https://pamukkale. academia. edu / FezaErdendogdu, (Erişim Tarihi: 13 Mart 2019).

Erel, S. ve Uygur, F. (2010). Toplumda ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Fiziksel Performans ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. *Fizyoterapi Rehabilitasyon, 21(1),* 35-42.

Eser, S. ve Özdemir Sonçağ, R. (2012). Birinci Basamak Çalışanları İçin, Kanser Epidemiyolojisinde Temel Ölçütler ve Kanser Kayıt Sistemleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 21(6),* 333-342.

Eser, S.; Saatli, G.; Eser, E.; Baydur, H. ve Fidaner, C. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1),* 37-48.

Eurostat (European Statistics) (2019). Unmet Health Care Needs Statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#General_overview adresinden 25 Haziran 2020 tarihinde alınmıştır.

Fırat, E. ve Aydın, A. (2015). İnsani Kalkınma Endeksine Göre Türkiye'nin Eğitim Endeks Göstergelerinin OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, (29),* 62-87.

Fleurbaey, M. and Schokkaert, E. (2009). Unfair Inequalities in Health and Health Care. *Journal of Health Economics, 28(1),* 73-90.

Forchheimer, M.; McAweeney, M. and Tate, D. G. (2004). Use of the SF-36 Among Persons with Spinal Cord Injury. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 83(5),* 390-395.

Gakidou, E. E.; Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000). Defining and Measuring Health Inequality: An Approach Based On The Distribution Of Health Expectancy. *Bulletin of the World Health Organization, 78(1),* 42-54.

Gönç Şavran, T. (2010). *Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir'de Sosyolojik Bir Araştırma.* Yayınlanmamış doktora tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Gönç Şavran, T. (2014). Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir'de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı. *Fe Dergi, 6(1),* 97-115.

Gözlü, M. ve Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(2),* 145-165.

Groves-Kirkby, C. J.; Denman, A. R. and Phillips, P. S. (2009). Lorenz Curve and Gini Coefficient: Novel Tools for Analysing Seasonal Variation of Environmental Radon Gas. *Journal of Environmental Management, 90(8),* 2480-2487.

Gülel, F. E.; Çağlar, A.; Kangallı Uyar, S. G.; Karadeniz, O. ve Yeşilyurt, M. E. (2017). Türkiye'de İllere Göre İnsani Gelişme Endeksi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (27),* 208-216.

Güriş, S. ve Astar, M. (2014). *Bilimsel Araştırmalarda SPSS ile İstatistik* (CD'li Basım). İstanbul: Der Yayınları.

Gwatkin, D. R. (2000). Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?. *Bulletin of the World Health Organization, 78 (1),* 3-18.

Hafner-Eaton, C. (1993). Physician Utilization Disparities Between the Uninsured and Insured: Comparisons of the Chronically Ill, Acutely Ill, and Well Nonelderly Populations. *JAMA, 269(6),* 787-792.

Han, K. T.; Park, E. C. and Kim, S. J. (2016). Unmet Healthcare Needs and Community Health Center Utilization Among the Low-Income Population Based on a Nationwide Community Health Survey. *Health Policy, 120(6),* 630-637.

Harper, S. and Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives.*

Hays, R. D.; Hahn, H. and Marshall, G. (2002). Use of the SF-36 and Other Health-Related Quality of Life Measures to Assess Persons With Disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 83,* S4-S9.

Hexel, P. C. and Wintersberger, H. (1986). Inequalities in Health: Strategies. *Social Science and Medicine, 22(2),* 151-160.

Hodgson, G. M. (2003). Capitalism, Complexity, and Inequality. *Journal of Economic Issues, 37(2),* 471-478.

Hsiao, W.C. (2001). *Ummet Health Needs of Two Bilion: Is Community Financing a Solution?* Washington: World Bank Publications.

Hunt, S. M.; McEwen, J. and McKenna, S. P. (1985). Measuring Health Status: A New Tool for Clinicians and Epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners, 35(273),* 185-188.

Hunt, S. M.; McKenna, S. P.; McEwen, J.; Williams, J. and Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical Consultations. *Social Science and Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, 15(3),* 221-229.

Husted, J. A.; Gladman, D. D.; Farewell, V. T.; Long, J. A. and Cook, R. J. (1997). Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire in Patients With Psoriatic Arthritis. *The Journal of Rheumatology, 24(3),* 511-517.

İlhan, M. N.; Tüzün, H.; Aycan, S.; Aksakal, F. N. ve Özkan, S. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3),* 33-41.

İmanlı, E. (2018). *Yeni Dünya Düzeninin Geleceği: Eşitsizlik, Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Jacobson, A.; Milman, A. D. and Kammen, D. M. (2005). Letting the (Energy) Gini Out of the Bottle: Lorenz Curves of Cumulative Electricity Consumption and Gini Coefficients As Metrics of Energy Distribution and Equity. *Energy Policy, 33(14),* 1825-1832.

Joe, W.; Mishra, U. S. and Navaneetham, K. (2008). Health Inequality in India: Evidence from NFHS 3. *Economic and Political Weekly, 43(31),* 41-47.

Kakwani, N.; Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (1997). Socioeconomic Inequalities in Health: Measurement, Computation, and Statistical Inference. *Journal of Econometrics, 77(1),* 87-103.

Kara, O ve Kurutkan M. N. (2018). *Mikro İktisadi Açıdan Sağlık Hizmetleri Piyasasının Analizi* (1. Basım). Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.

Kara, O.; Kurutkan, M. N. ve Genç, G. (2018). Sağlık Hizmetlerine Erişim Açısından Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Analiz. *İzmir Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Kongresi (İZCEAS) Bildiriler Kitabı.* 05-08 Aralık. Ankara: Detay Yayıncılık, 2541-2557.

Karakaş, M. (2006). Yeni Yoksulluk Bağlamında Sosyal Kimlik ve Tüketimde Eşitsizlik. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(2),* 1-16.

Karaman, D. (1998). *Yoksulluk ve Ekonomik Eşitsizlikle Mücadelede Negatif Gelir Vergisi.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Karcı, Z. ve Bayram Arlı, N. (2018). Maddi Yoksunluğu Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23(3),* 1039-1048.

Katz, S. J.; Hofer, T. P. and Manning, W. G. (1996). Physician Use In Ontario and The United States: The Impact Of Socioeconomic Status And Health Status. *American Journal of Public Health, 86(4),* 520-524.

Kawachi, I.; Subramanian, S. V. and Almeida-Filho, N. (2002). A Glossary For Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56(9),* 647-652.

Kaya, E. (2008). *Türkiye'de Gelir Bölüşümü Eşitsizliğine Cinsiyet Ayrımının Katkısı.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kaya, S. (2014). *Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarında Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kennedy, B. P.; Kawachi, I.; Glass, R. and Prothrow-Stith, D. (1998). Income Distribution, Socioeconomic Status, and Self Rated Health in the United States: Multilevel Analysis. Bmj, 317(7163), 917-921.

Kephart, G.; Thomas, V. S. and MacLean, D. R. (1998). Socioeconomic Differences In The Use Of Physician Services In Nova Scotia. *American Journal of Public Health, 88(5),* 800-803.

Khanijahani, A. (2019). *Factors Inflfluencing Unmet Medical Need among U.S. Adults: Disparities in Access to Health Services.* Electronic Theses and Dissertations, 2004-2019. 6406. https://stars.library.ucf.edu/etd/6406 adresinden 18 Haziran 2020 tarihinde alınmıştır.

Kılıç, D. ve Çalışkan, Z. (2013). Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Davranışsal Model. *NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(2013),* 192-206.

Kılıç, S. (2015). İki Durumlu Lojistik Regresyon Analizi. *Journal of Mood Disorders, 5(4),* 191-194.

Kim, K. S. (1997). Income Distribution and Poverty: An İnterregional Comparison. *World Development, 25(11),* 1909-1924.

Kim, Y. S.; Lee, J.; Moon, Y.; Kim, K. J.; Lee, K.; Choi, J. and Han, S. H. (2018). Unmet Healthcare Needs of Elderly People in Korea. *BMC Geriatrics, 18(1),* 1-9.

Kjeken, I.; Dagfinrud, H.; Mowinckel, P.; Uhlig, T.; Kvien, T. K. and Finset, A. (2006). Rheumatology Care: Involvement in Medical Decisions, Received Information, Satisfaction With Care, and Unmet Health Care Needs in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Care and Research, 55(3),* 394-401.

Kocaman Yıldırım, N.; Kaçmaz, N. ve Özkan, M. (2013). İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing, 4(3),* 153-158.

Koçoğlu, D. (2006). *Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Kshetri, D. B. and Smith, W. C. (2011). Self-Reported Health Problems, Health Care Utilisation and Unmet Health Care Needs of Elderly Men and Women in an Urban Municipality and a Rural Area of Bhaktapur District of Nepal. *The Aging Male, 14(2),* 127-131.

Kuştepeli, Y. ve Halaç, U. (2004). Türkiye'de Genel Gelir Dağılımının Analizi ve İyileştirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(4),* 143-160.

Kutlu, R.; Demirbaş, N.; Çivi, S. ve Can, A. (2015). Göğüs Cerrahisi Servisinde Yatan Hastalarda Depresyonun ve Yaşam Kalitesinin Kısa Form 36 İle Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 23(3),* 524-531.

Küçükdeveci, A. A. (2005). Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 51,* 23-29.

La Vecchia, C.; Negri, E.; Pagano, R. and Decarli, A. (1987). Education, Prevalence of Disease, and Frequency of Health Care Utilisation. The 1983 Italian National Health Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health, 41(2),* 161-165.

Lee, M.; Park, S.; Choi, M. and Lee, K. S. (2020). Unmet Medical Needs of Patients with Benign Prostate Enlargement. *Journal of Clinical Medicine, 9(4),* 895.

Lee, S. Y.; Kim, C. W.; Kang, J. H. and Seo, N. K. (2015). Unmet Healthcare Needs Depending on Employment Status. *Health Policy, 119(7),* 899-906.

Light, D. W. (1992). Equity and Efficiency in Health Care. *Social Science and Medicine, 35(4),* 465-469.

Lloyd, D.; Newell, S. and Dietrich, U. C. (2004). *Health Inequity: A Review of the Literature.* Health Promotion Unit, Northern Rivers Area Health Service, Lismore, NSW.

Lopez-Cevallos, D. F. and Chi, C. (2010). Health Care Utilization in Ecuador: A Multilevel Analysis of Socio-Economic Determinants and Inequality Issues. *Health Policy and Planning, 25(3),* 209-218.

Lundberg, O. (1991). Causal Explanations for Class Inequality in Health—An Empirical Analysis. *Social Science and Medicine, 32(4),* 385-393.

Macintyre, S. (1997). The Black Report and Beyond What Are the İssues?. *Social Science and Medicine, 44(6),* 723-745.

Mackenbach, J. P. and Kunst, A. E. (1997). Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with Two Examples from Europe. *Social Science and Medicine, 44(6),* 757-771.

Madenci, E.; Gürsoy, S.; Arıca, E. ve Keven, S. (2003). Primer Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Nottingham Sağlık Profili ile Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation, 3(1),* 11-14.

Mahendran, M., Speechley, K. N. and Widjaja, E. (2017). Systematic Review of Unmet Healthcare Needs in Patients With Epilepsy. *Epilepsy and Behavior, 75(2017),* 102-109.

Makinen, M.; Waters, H.; Rauch, M.; Almagambetova, N.; Bitran, R.; Gilson, L.; Mclntyre, D.; Pannarunothai, S.; Prieto, A. L.; Ubilla, G. and Ram, S. (2000). Inequalities in Health Care Use and Expenditures: Empirical Data From Eight Developing Countries and Countries in Transition. *Bulletin of the World Health Organization, 78(1),* 55-65.

Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *The Lancet, 365(9464),* 1099-1104.

Marshall, E. G. (2011). Do Young Adults Have Unmet Healthcare Needs?. *Journal of Adolescent Health, 49(5),* 490-497

Martini, C. J. and McDowell, I. (1976). Health Status: Patient and Physician Judgments. *Health Services Research, 11(4),* 508-515.

Masseria, C. (2009). Health Inequality: Why İs It Important and Can We Actually Measure It?. *Eurohealth, 15(3),* 4-6.

Mayer, M. L.; Skinner, A. C. and Slifkin, R. T. (2004). Unmet Need for Routine and Specialty Care: Data From the National Survey of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics, 113(2),* e109-e115.

McCartney, G.; Collins, C. and Mackenzie, M. (2013). What (or Who) Causes Health Inequalities: Theories, Evidence and Implications?. *Health Policy, 113(3),* 221-227.

McEwen, J. (1993). The Nottingham Health Profile. *In Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s (pp. 111-130).* Springer, Dordrecht.

Mehrez, A. and Gafni, A. (1989). Quality-Adjusted Life Years, Utility Theory, and Healthy-Years Equivalents. *Medical Decision Making, 9(2),* 142-149.

Meral, İ.G. (2016). *Eşitsizliğin Ölçülmesinde Kullanılan Endekslerin Birbirleriyle Karşılaştırılmaları: Ampirik Bir Çalışma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.

Mezzetti, M.; La Vecchia, C.; Decarli, A.; Boyle, P.; Talamini, R. and Franceschi, S. (1998). Population Attributable Risk for Breast Cancer: Diet, Nutrition, and Physical Exercise. *Journal of the National Cancer Institute, 90(5),* 389-394.

Morris, S.; Sutton, M. and Gravelle, H. (2005). Inequity and Inequality in the Use of Health Care in England: An Empirical Investigation. *Social Science and Medicine, 60(6),* 1251-1266.

Mossberg, K. and McFarland, C. (2001). A Patient-Oriented Health Status Measure in Outpatient Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 80(12),* 896-902.

Murray, C. J. L. (1994). Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years. *Bulletin of the World Health Organization, 72(3),* 429-445.

Musgrove, P. (1986). Measurement of Equity in Health. *World Health Statistics Quarterly, 39(4),* 325-335.

Nelson, C. H. and Park, J. (2006). The Nature and Correlates of Unmet Health Care Needs in Ontario, Canada. *Social Science and Medicine, 62(9),* 2291-2300.

Nelson, L. P.; Getzin, A.; Graham, D.; Zhou, J.; Wagle, E. M.; McQuiston, J.; McLaughlin, S.; Govind, A.; Sadof, M. and Huntington, N. L. (2011). Unmet Dental Needs and Barriers to Care for Children with Significant Special Health Care Needs. *Pediatric Dentistry, 33(1),* 29-36.

Nesanır, N. (2007). *Türkiye'de Sağlık Alanında Kullanılmak Üzere Bir Sosyoekonomik İndeks Denemesi.* Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.

Newacheck, P. W.; Hughes, D. C.; Hung, Y. Y.; Wong, S. and Stoddard, J. J. (2000). The Unmet Health Needs of America's Children. *Pediatrics, 105(4),* 989-997.

Normand, C. (1991). Economics, Health, and the Economics of Health. *BMJ: British Medical Journal, 303(6817),* 1572-1577.

O'Donnell, O.; Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A. and Lindelow, M. (2008). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. The World Bank. Washington, D.C.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2012). *Health at a Glance: Europe 2012.* OECD Publishing.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2018). Health at a Glance: Europe 2018 State of Health in the EU Cycle. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018/unmet-health-care-needs_health_glance_eur-2018-46-en adresinden 25 Şubat 2020 tarihinde alınmıştır.

Okumuş, E. (2011). Bir Sosyal Eşitsizlik Örneği Olarak Yoksulluğun Dinî Meşrûlaştırımı. *e-Şarkiyat İlmi Araştırmaları Dergisi, (5),* 3-14.

Okyay, P.; Atasoylu, G.; Önde, M.; Dereboy, Ç. ve Beşer, E. (2012). Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 23(3),* 178-188.

Öz, E. (2008). *Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özdemir, P. ve Karabulut, E. (2009). İl ve Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızlarındaki Değişkenliğin Gini Eşitsizlik Ölçüsü ile İncelenmesi: Sağlık Alanındaki Eşitsizliklerin Değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Biostatistics, 1(2),* 45-53.

Özerkmen, N. (2004). Uluslararası Eşitsizliği Derinleştiren Bir Süreç Olarak Ekonomik Küreselleşme. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi, 44(1),* 135-148.

Özgüven, A. (2011). *İktisadi Düşünceler- Doktrinler ve Teoriler.* (4.Basım). İstanbul: Filiz Kitabevi.

Öztürk, E. (2017). *Gelir Eşitsizliği – Kalkınma İlişkisi: Türkiye Örneği.* Yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Paksoy Erbaydar, N. (2009). Hastalık Yükü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve Daly Kavramına Kısa Bakış. *Toplum Hekimliği Bülteni, 28(1),* 20-22.

Paksoy, V. M. (2017). Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Teletıp Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4(1),* 9-16.

Pappa, E.; Kontodimopoulos, N.; Papadopoulos, A.; Tountas, Y. And Niakas, D. (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10(5),* 2017-2027.

Pathak, P. K.; Singh, A. and Subramanian, S. V. (2010). Economic Inequalities in Maternal Health Care: Prenatal Care and Skilled Birth Attendance in India, 1992–2006. *PloS ONE, 5(10),* 1-17.

Petrovic, D.; De Mestral, C.; Bochud, M.; Bartley, M.; Kivimäki, M.; Vineis, P.; Mackenbach, J. and Stringhini, S. (2018). The Contribution of Health Behaviors to Socioeconomic Inequalities in Health: A Systematic Review. *Preventive Medicine, 113(2018),* 15-31.

Polat, G. ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2015). 21. yy'da Sağlıkta Eşitsizlikler ve Eşitsizliğin Aşılmasında Sosyal Hizmetin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(1),* 177-189.

Politzer, R. M.; Yoon, J.; Shi, L.; Hughes, R. G.; Regan, J. and Gaston, M. H. (2001). Inequality in America: the Contribution of Health Centers in Reducing and Eliminating Disparities in Access to Care. *Medical Care Research and Review, 58(2),* 234-248.

Salter, K. L.; Moses, M. B.; Foley, N. C. And Teasell, R. W. (2008). Health-Related Quality of Life After Stroke: What Are We Measuring?. *International Journal of Rehabilitation Research, 31(2),* 111-117.

Sanmartin, C.; Houle, C.; Tremblay, S. and Berthelot, J. M. (2002). Changes in Unmet Health Care Needs. *Health Reports, 13(3),* 15-21.

Selçuk, A. (2010). *Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Sergeant, J. C. and Firth, D. (2006). Relative Index of Inequality: Definition, Estimation, and Inference. *Biostatistics, 7(2),* 213-224.

Shi, L. and Starfield, B. (2000). Primary Care, Income Inequality, and Self-Rated Health in the United States: A Mixed-Level Analysis. *International Journal of Health Services, 30(3),* 541-555.

Shi, L.; Starfield, B.; Kennedy, B. and Kawachi, I. (1999). Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators. *The Journal of Family Practice, 48(4),* 275-284.

Sibley, L. M. and Glazier, R. H. (2009). Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison. *Healthcare Policy, 5(1),* 87-101.

Smaje, C. and Le Grand, J. (1997). Ethnicity, Equity and The Use Of Health Services In The British NHS. *Social Science and Medicine, 45(3),* 485-496.

Smith, G. D.; Bartley, M. and Blane, D. (1990). The Black Report On Socioeconomic Inequalities In Health 10 Years On. *BMJ: British Medical Journal, 301(6748),* 373-377.

Strand, V.; Gladman, D.; Isenberg, D.; Petri, M.; Smolen, J. and Tugwell, P. (1999). Outcome Measures To Be Used in Clinical Trials in Systemic Lupus Erythematosus. *The Journal of Rheumatology, 26(2),* 490-497.

Su, T. T.; Kouyaté, B. and Flessa, S. (2006). Catastrophic Household Expenditure for Health Care in A Low-Income Society: A Study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization, 84(1),* 21-27.

Şimşek, H. (2011). *Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi.* Yayınlanmamış doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Şimşek, H. ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10(2),* 116-127.

Tarsuslu Şimşek, T.; Tütün Yümin, E.; Sertel, M., Öztürk, A. ve Yümin, M. (2010). Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 24(3), 147-153.

Tekingündüz, S.; Kurtuldu, A. ve Işık Erer, T. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8(4),* 32-43.

Tennant, A.; Hillman, M.; Fear, J.; Pickering, A. and Chamberlain, M. A. (1996). Are We Making the Most of the Stanford Health Assessment Questionnaire?. *British Journal of Rheumatology, 35(6),* 574-578.

The World Bank, (2013). World Bank Group to Invest $700 Million by 2015 to Improve Women and Children's Health in Poor Countries. https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2013/09/23/world-bank-group-invest-700-million-2015-improve-women-children-health-poor-countries adresinden 18 Ocak 2020 tarihinde alınmıştır.

Tokol, A. ve Alper, Y. (2013). *Sosyal Politika.* (4.Basım). Bursa: Dora Yayıncılık.

Torrance, G. W. and Feeny, D. (1989). Utilities and Quality-Adjusted Life Years. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 5(4),* 559-575.

Türkkan, A. (2005). *Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi Bölgesinde Sosyoekonomik Açıdan Farklı İki Bölgede Sağlıkta Eşitsizlikler ve Bunu Etkileyen Etmenler.* Yayınlanmamış doktora tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.

Türkkan, A. (2009). İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 35(2),* 101-106.

Türkkan, A. (2013). Mesleksel Yaralanma ve Ölümlerde Bölgesel Eşitsizlikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 11(3),* 121-128.

Tüylüoğlu, Ş. ve Tekin, M. (2009). Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1),* 1-31.

Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11 (2),* 133-159.

Uzun, A. M. (2003). Yoksulluk Olgusu ve Dünya Bankası. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 4(2),* 155-173.

Van Doorslaer, E.; Masseria, C. and Koolman, X. (2006). Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *Cmaj, 174(2),* 177-183.

Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A.; Bleichrodt, H.; Calonge, S.; Gerdtham, U. G.; Gerfin, M.; Geurts, J.; Gross, L.; Hakkinen, U.; Leu, R. E.; O'Donnell, O.; Propper, C.; Puffer, F.; Rodriguez, M.; Sundberg, G. and Winkelhake, O. (1997). Income-Related Inequalities in Health: Some International Comparisons. *Journal of Health Economics, 16(1),* 93-112.

Veugelers, P. J. and Yip, A. M. (2003). Socioeconomic Disparities in Health Care Use: Does Universal Coverage Reduce Inequalities in Health?. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57(6),* 424-428.

Vreman, R. A.; Heikkinen, I.; Schuurman, A.; Sapede, C.; Garcia, J. L.; Hedberg, N.; Athanasiou, D.; Grueger, J.; Leufkens, H.G.M. and Goettsch, W. G. (2019). Unmet Medical Need: An Introduction to Definitions and Stakeholder Perceptions. *Value in Health, 22(11),* 1-8.

Wagstaff, A.; Van Doorslaer, E. and Paci, P. (1991). On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care. *Journal of Health Economics, 10(2),* 169-205.

Wang, E. C.; Choe, M. C.; Meara, J. G. and Koempel, J. A. (2004). Inequality of Access to Surgical Specialty Health Care: Why Children With Government-Funded Insurance Have Less Access Than Those With Private Insurance in Southern California. *Pediatrics, 114(5),* e584-e590.

Wang, P. S.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Angermeyer, M. C.; Borges, G.; Bromet, E. J.; Bruffaerts, R.; De Girolamo, G.; De Graaf, R.; Gureje, O.; Maria Haro, J.; Karam, E. G.; Kessler, R. C.; Kovess, V.; Lane, M. C.; Lee, S.; Levinson, D.; Ono, Y.; Petukhova, M.; Posada-Villa, J.; Seedat, S. and Elisabeth Wells, J. (2007). Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders in 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys. *The Lancet, 370(9590),* 841-850.

Ware, J.E.; Kosinski, M. and Keller, S.D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual.* (5.Basım) Boston: The Health Institute, New England Medical Center.

Westin, M.; Åhs, A.; Persson, K. B. and Westerling, R. (2004). A Large Proportion of Swedish Citizens Refrain from Seeking Medical Care—Lack of Confidence in the Medical Services a Plausible Explanation?. *Health Policy, 68*(3), 333-344.

Whitehead, M. (1991). The Concepts and Principles of Equity and Health. *Health Promotion International, 6(3),* 217-228.

Whitehead, M. (1992). *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler*. TTB Yayınları, Ankara.

Whitehead, M. and Dahlgren, G. (2007). *Concepts and Principles For Tackling Social Inequities In Health: Levelling Up Part 1.* World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No 2. Denmark.

WHO (World Health Organization), (1997). *Final Report of Meeting on Policy Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care*. WHO.

Wilkinson, R. and Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization.

Woodward, A. and Kawachi, I. (2000). Why Reduce Health Inequalities?. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54(12),* 923-929.

Yardım, M. S. (2001). *Ankara İli Çankaya İlçesi'nde 25 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Düzeyinde ve Sağlık Hizmet Kullanımında Sosyoekonomik Farklılıklar.* Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Yardım, M. S. ve Özcebe, H. (2010). Ankara İli Çankaya İlçesinde 25 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Düzeyinde Sosyo-Ekonomik Farklılıklar. *Ege Tıp Dergisi, 49(1),* 19-30.

Yardım, M. S. ve Üner, S. (2013). Türkiye'de Hekim Dağılımında Coğrafi Farklılıklar. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(5),* 487-494.

Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2),* 61-68.

Yıldırım, S. A. ve Yılmaz, Ö. (2009). Yaşlılarda Nottingham Sağlık Profili ve SF-36 Sağlık Anketi Benzer Sonuç Verir Mi?. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 9(1-2),* 53-62.

Yıldız, Ö. (2008). Küreselleşme, Sağlık ve Toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi, 14(1),* 30-34.

Yiğit, V. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme: Türkiye'de Diyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Tedavi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi.* Yayınlanmamış doktora tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Yoon, H. J. and Jang, S. I. (2017). Unmet Healthcare Needs Status and Trend of Korea in 2015. *Health Policy and Management, 27(1),* 80-83.

Yoon, Y. S.; Jung, B.; Kim, D. and Ha, I. H. (2019). Factors Underlying Unmet Medical Needs: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(13),* 1-19.

Zaboli, R.; Seyedin, S. H. and Malmoon, Z. (2014). Macroeconomic Policies and Increasing Social-Health Inequality in Iran. *International Journal of Health Policy and Management, 3(3),* 129-134.

Zavras, D.; Zavras, A. I.; Kyriopoulos, I. I. and Kyriopoulos, J. (2016). Economic Crisis, Austerity and Unmet Healthcare Needs: The Case of Greece. *BMC Health Services Research, 16(1),* 309.

Zhang, X. and Kanbur, R. (2005). Spatial Inequality in Education and Health Care in China. *China Economic Review, 16(2005),* 189–204.

Zhao, Z. (2006). Income Inequality, Unequal Health Care Access, and Mortality in China. *Population and Development Review, 32(3),* 461-483.