

PAPER DETAILS

TITLE: ESITSIZLIK BAGLAMINDA KARSILANMAYAN SAGLIK IHTIYACI: TÜRKİYE SAGLIK
ARASTIRMASI VERILERINDEN KANITLAR

AUTHORS: Gülsen GENÇ,Mehmet Nurullah KURUTKAN

PAGES: 34-51

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1521587>

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

EŞİTSİZLİK BAĞLAMINDA KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYACI: TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI VERİLERİNDEN KANITLAR*

UNMET HEALTH NEED IN THE CONTEXT OF INEQUALITY: EVIDENCE FROM TURKEY HEALTH SURVEY DATA

Bil. Uzm. Gülşen GENÇ¹

Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN²

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki etkilerini ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri belirlemektir. Çalışmanın analizinde kullanılan değişkenler, 2014 ve 2016 yıllarına 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. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının alt kategorileri (randevu alma süresinin uzunluğu, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğü), 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 ihtiyaçlarına en çok etki eden faktörlerdir. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerden de en çok dezavantajlı gruplar etkilenmektedir. Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar, araştırmacılara, politika yapıcılara ve sağlık yöneticilerine kanıta dayalı karar verme için veri oluşturmaktadır.

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

ABSTRACT

This study aims to determine the effects of socio-economic factors on unmet health needs and health inequalities caused by unmet health needs. The variables used in the analysis of the study were obtained from the “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. The subcategories of unmet health needs (long of appointment time, distance or transportation problems, and financial difficulty) differ according to socio-demographic variables. Age, income, having health insurance, gender, marital status, education, employment status, general 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 disadvantaged ones. The results obtained from this study provide data for researchers, policymakers, and healthcare administrators for evidence-based decision making.

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

*Bu çalışma, ikinci yazarın danışmanlığında birinci yazarın “Eşitsizlik ve Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları: Türkiye Sağlık Araştırması Verilerinden Kanıtlar” isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, gulsengenc44@hotmail.com.

² Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, nurullahkurutkan@duzce.edu.tr.

1.GİRİŞ

Eşitsizlik kavramı en basit tanımıyla, farklı insanlara farklı davranmak anlamına gelmektedir. Bu tanımla eşitsizlik ister gelirden 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 önlenabilir 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). Sağlık hizmetlerinden faydalanma açısından da bireyler arasında her zaman bir eşitsizlik vardır. Bu anlamda sağlıkta eşitsizlik kavramı, sağlık alanında bireyler ve gruplar arasındaki mevcut farklılıkları ifade eden genel bir terimdir. Diğer bir ifadeyle sağlıkta eşitsizlik, sosyal açıdan dezavantajlı olan grupların önlenabilir sağlık farklılıklarının olmasıdır (Kara vd., 2018:2543; Kawachi vd., 2002:647; Gakidou vd., 2000:42; Braveman, 2003:182).

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). Ancak, sağlık hizmetlerine erişimin önünde başlıca engeller bulunmaktadır. Bu engeller şu şekildedir (Budak, 2019:32):

- 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.

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).

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 sağlanamadığı 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). 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. Kişilerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmamasında randevu alma süresinin uzun olması, ulaşım da yaşanan problemler, ödeme gücü gibi sıkça bildirilen nedenler bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı kişiler gereksinim duydukları sağlık hizmetlerini kullanamamakta ve sağlık ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır (OECD, 2012:90). Karşılanmayan bu ihtiyaçlar da kişilerin sağlığını olumsuz etkilemekte ve sağlıkta eşitsizliklere neden olmaktadır. 1970'lerin ortasından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunda önemli bir gündem konusu olan sağlıkta eşitsizlikler hem ülke içindeki farklı bölgelerde hem de ülkeler arasında görülebilmektedir (Bahar ve Gördes Aydoğdu, 2011:131; Aba, 2014:3). Bu yüzden sağlıkta eşitsizlik tüm ülkeler için sorun teşkil etmektedir. Nitekim, bu çalışmada Türkiye genelinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri ortaya çıkarmayı hedeflemektedir.

2.YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki etkilerini ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri belirlemektir.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)'den elde edilen "Sağlık Araştırması" anket verileri bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Söz konusu evrenin büyüklüğü nedeniyle TÜİK'den elde edilen 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anketlerinin verileri ise çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır.

2.3. Verilerin Toplanması

Türkiye'de karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri araştırmak için yapılan bu çalışma çerçevesinde TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 'den elde edilen 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 güvenilirlik 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 ulaşamayacağı 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 2014 ve 2016 yıllarından elde edilen veriler birleştirilerek yer verilmiştir. Böylece örneklem sayısı büyütülerek çalışmanın Türkiye’yi temsil etme gücünün artacağı düşünülmüştür. 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.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) ’den elde edilen 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 tanımlayıcı istatistikler (Frekans Analizi, Ortalama, Standart Sapma, Güven Aralığı), farklılık analizi (Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi) ve etki analizi (Binary Lojistik Regresyon Analizi) yapılmıştır.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Değişkenlere ve Yıllara Göre Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları Düzeyi

Bağımlı 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
Dış Bakımına İhtiyaç Olduğu Halde Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanmayan Hizmet	Evet	1662	10.8	2600	17.6
	Hayır	13666	89.2	12195	82.4

Çalışma kapsamında bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılayabilme düzeyleri Tablo 1’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 gücüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 14.6 oranında iken, 2016 yılında % 9.4'dür. Ödeme gücüne bağlı karşılanmayan diş bakım ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 17.6 oranında iken, 2016 yılında % 10.8'dir. Tablo değerlendirildiğinde bireylerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına en fazla neden olan faktörün randevu alma süresinin uzunluğu olduğu görülmektedir.

3.1. Bulgular

Kullanılan veri setlerinin genel özelliği dikkate alındığında, aynı bireyler ve hane halklarına ulaşılamadığı için her değişkene ait tanımlayıcı istatistikler farklılık göstermektedir. Bu nedenle, yapılan farklılık analizlerine ait tablolarda her değişkene ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiş olup genel olarak veri setleri incelendiğinde; bireylerin % 50'den fazlasının cinsiyetinin 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.

3.1.1. Farklılık Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 2. 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 yüksek okul veya fakülte	2697	8,3	,19	,008	,17 ,20	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık	418	1,3	,20	,019	,16 ,23	

	fakülteler dahil), Doktora							
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 Karşılanaanlar	Evet	27320	84,0	,18	,002	,17	,18	0,500
	Hayır	5223	16,0	,18	,005	,17	,19	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılanaanlar	Evet	727	2,2	,16	,013	,13	,18	0,080
	Hayır	31816	97,8	,18	,002	,18	,18	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılanaanlar	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								

Tablo 2 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 25-34 olan kişiler, evliler, çalışmayanlar, hane geliri en yüksek olan grupta yer alanlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu orta olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişiler daha fazla randevuya bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır.

Tablo 3. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşımına 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 yüksek okul 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 Karşıllayanlar	Evet	6969	21,0	,15	,004	,14	,16	0,000
	Hayır	26234	79,0	,10	,002	,10	,11	
	Çok iyi, İyi	18898	56,9	,08	,002	,08	,08	0,000

Genel Sağlık Durumu	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								

Tablo 3 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde uzaklık ya da ulaşımına bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 25-34 olan kişiler, evliler, eğitim seviyesi düşük olanlar, çalışmayanlar, hane geliri en düşük olan grupta yer alanlar, tedavi masrafı SGK ve özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayanlar, tedavi masrafı GSS tarafından karşılananlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişiler daha fazla uzaklık ya da ulaşımına bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır.

Tablo 4. 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 yüksek okul 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 Karşılanaanlar	Evet	26766	83,6	,09	,002	,08	,09	0,000
	Hayır	5248	16,4	,29	,006	,28	,31	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılanaanlar	Evet	687	2,1	,04	,007	,02	,05	0,000
	Hayır	31327	97,9	,12	,002	,12	,13	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılanaanlar	Evet	2006	6,3	,24	,010	,22	,26	0,000
	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								

Tablo 4 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme gücüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacının karşılanmamasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 35-44 olan kişiler, evliler, eğitim seviyesi düşük olanlar, çalışmayanlar, hane geliri en düşük olan grupta yer alanlar, tedavi masrafı SGK ve özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayanlar, tedavi masrafı GSS tarafından karşılananlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişilerde daha fazla ödeme gücüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 5. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Gücüne Bağlı Karşılanmayan Dış 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 yüksek okul 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 Karşılایانlar	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								

Tablo 5 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme güçlüğüne bağlı dış bakımı ihtiyacının karşılanmamasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 35-44 olan kişiler, evliler, eğitim seviyesi düşük olanlar, hane geliri en düşük olan grupta yer alanlar, tedavi masrafı SGK ve özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayanlar, tedavi masrafı GSS tarafından karşılananlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişilerde daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı dış bakımı ihtiyacı karşılanmamıştır.

3.1.2. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 6. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin İki Gecikme Türüne Yönelik Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Randevuya Bağlı Gecikme				Uzaklık ya da Ulaşımına Bağlı Gecikme			
	Katsayı	OR	p	%95 CI	Katsayı	OR	p	%95 CI
Hesaplanan Yaş	-0,214	0,807	0,000	0,791 0,824	-0,146	0,864	0,000	0,843 0,885
Medeni Durum	-0,315	0,730	0,000	0,682 0,781	-0,236	0,790	0,000	0,729 0,856
Hane Geliri	0,077	1,080	0,000	1,055 1,105	-0,125	0,883	0,000	0,858 0,909
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,432	1,540	0,000	1,436 1,651	0,377	1,459	0,000	1,343 1,585
Genel Sağlık Durumu	0,299	1,349	0,000	1,283 1,418	0,452	1,572	0,000	1,484 1,665
Depresyon	0,480	1,616	0,000	1,484 1,760	0,377	1,458	0,000	1,323 1,607
Bedensel Ağrı Durumu	0,387	1,473	0,000	1,374 1,578	0,455	1,576	0,000	1,453 1,708
Cinsiyet	0,108	1,114	0,001	1,044 1,189	0,245	1,278	0,000	1,181 1,384
SGK'ya Tabi	-0,149	0,862	0,005	0,777 0,956	0,330	1,391	0,000	1,248 1,551
Özel Sağlık Sigortasına Tabi	0,248	1,281	0,020	1,039 1,581	0,273	1,313	0,076	0,972 1,774
Çalışma Durumu	0,072	1,075	0,041	1,003 1,152	0,037	1,038	0,392	0,953 1,130
Eğitim	0,073	1,075	0,104	0,985 1,174	0,112	1,119	0,072	0,990 1,265
GSS'ye Tabi	-0,051	0,950	0,506	0,817 1,105	-0,223	0,800	0,003	0,691 0,925
Cox & Snell R ²	0,034				0,043			
Nagelkerke R ²	0,056				0,085			
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,964				ProbChi-Sq(8): 0,483			
Gözlem Sayısı:	32.543				33.203			

Tablo 6 değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti almada **randevu almaya bağlı yaşanan gecikme** ile **uzaklık ya da ulaşımaya bağlı gecikme** değişkenlerine 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, 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 arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,80 kat, bireylerin evli olması 0,73 kat, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması 0,86 kat azaltmaktadır. Kadın olmak **uzaklık ya da ulaşımaya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme** olasılığını 1,27 kat, 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 arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış uzaklık ya da ulaşımaya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,86 kat, bireylerin evli olması 0,79 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,88 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması 0,80 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır.

Tablo 7. Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım ve Dış Bakımı Değişkenlerine Yönelik Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Ödeme Güçlüğüne Bağlı Tıbbi Bakım Alamama				Ödeme Güçlüğüne Bağlı Dış Bakım Alamama			
	Katsayı	OR	p	%95 CI	Katsayı	OR	p	%95 CI
Cinsiyet	0,155	1,168	0,000	1,076 1,268	0,087	1,091	0,026	1,010 1,177
Hesaplanan Yaş	-0,179	0,836	0,000	0,815 0,857	-0,169	0,844	0,000	0,824 0,865
Eğitim	-0,328	0,721	0,000	0,607 0,855	-0,126	0,881	0,052	0,776 1,001
Medeni Durum	-0,371	0,690	0,000	0,635 0,751	-0,349	0,705	0,000	0,651 0,763
Hane Geliri	-0,271	0,763	0,000	0,739 0,787	-0,194	0,824	0,000	0,800 0,847
SGK’ya Tabi	1,131	3,098	0,000	2,805 3,423	0,720	2,055	0,000	1,860 2,270
GSS’ye Tabi	0,353	1,423	0,000	1,241 1,631	0,261	1,298	0,000	1,127 1,494
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılayanlar	0,516	1,676	0,000	1,541 1,822	0,548	1,730	0,000	1,599 1,872
Genel Sağlık Durumu	0,438	1,549	0,000	1,460 1,644	0,278	1,320	0,000	1,247 1,398
Depresyon	0,665	1,944	0,000	1,763 2,143	0,621	1,862	0,000	1,693 2,047
Bedensel Ağrı Durumu	0,646	1,907	0,000	1,754 2,074	0,563	1,756	0,000	1,622 1,901
Özel Sağlık Sigortasına Tabi	0,722	2,059	0,001	1,368 3,100	0,328	1,388	0,028	1,035 1,860

Çalışma Durumu	-0,116	0,890	0,009	0,816	0,971	-0,190	0,827	0,000	0,763	0,897
Cox & Snell R ²	0,101					0,068				
Nagelkerke R ²	0,194					0,121				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,154					ProbChi-Sq(8): 0,160				
Gözlem Sayısı:	32.014					30.123				

Tablo 7 değerlendirildiğinde, **ödeme gücüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım ile karşılanmayan dış bakımı** değişkenlerine 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 gücüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım** olasılığını 1,16 kat, 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 arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme gücüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 0,83 kat, 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 azaltmaktadır. Tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması **ödeme gücüne bağlı karşılanmayan dış bakımı** olasılığını 2,05 kat, 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 arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme gücüne bağlı karşılanmayan dış bakımı olasılığını 0,84 kat, bireylerin evli olması 0,70 kat, bireyin çalışıyor olması 0,82 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,82 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır.

3.2. Tartışma

Bu çalışmanın amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki etkilerini ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda elde edilen bulgular literatürde yer alan diğer çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.

Bu çalışma neticesinde elde edilen kadınlarda erkeklere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu 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. Mevcut toplumsal yapı açısından değerlendirildiğinde, kadınların gerek çalışma koşullarındaki gerekse aile içindeki sorumluluklarının fazla olması, ayrıca cinsiyete bağlı hastalığa yakalanma oranlarının fazla olması erkeklere oranla daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunmasına neden olduğu söylenebilir.

Genel olarak gençlerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu çalışmanın sonucu Pappa vd., (2013); Nelson ve Park, (2006); Lee vd., (2020) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Genç nüfus olarak nitelendirilen kişilerin, çalışma hayatının yoğun tempoda olmasının yanı sıra stres ve birçok faktörden kaynaklı sağlık problemleri yaşaması, bu yaş aralığında karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkma ihtimalinin fazla olmasına neden olduğu söylenebilir.

Eğitim seviyesi düşük olan kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu çalışmanın sonucu Dunlop vd., (2000); Westin vd., (2004); Lee vd., (2020) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Eğitim seviyesi düşüğe elde edilen gelir seviyesinin de düşmesi, ayrıca eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlı olarak kişilerin bilinç ve farkındalık düzeylerinin de düşük olması bu kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunmasına neden olduğu söylenebilir.

Çalışmayanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Lee vd., (2015); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. İşsiz olan kişilerin düzenli bir gelire sahip olmaması ve refah seviyelerinin düşük olması bu kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunmasına neden olduğu söylenebilir.

Randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları hariç diğer ihtiyaçlarda hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Newacheck vd., (2000); Allin ve Masseria, (2009); Nelson vd., (2011); Yoon ve Jang, (2017); Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Kişilerin gelir düzeyinin düşük olması ödeme gücü nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamama olasılığını artırabilir. Aynı zamanda yaşanan yerin sağlık kuruluşuna uzak olması, yolların zaman zaman kapalı olması, ulaşım aracının olmaması, sınırlı olması veya birden fazla ulaşım aracına ihtiyaç duyulması da gelir düzeyi düşük olan kişilerde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkma ihtimalinin fazla olmasına neden olduğu söylenebilir.

Sosyal güvencesi olmayan kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019); Ayanian vd., (2000); Newacheck vd., (2000); Diamant vd., (2004); Yoon vd., (2019); DeRigne vd., (2009); Lee vd., (2020) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Sosyal güvencesi olmayan kişiler sağlık problemi yaşadıklarında sağlık hizmetlerine erişim ve finansal güçlükten dolayı daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçları yaşayabilir.

Genel sağlık durumunu orta, kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Kjekken vd., (2006); Allin ve Masseria, (2009); Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Algılanan sağlık ile ilişkili olan genel sağlık durumu kişilerin sağlık düzeylerini ifade etmelerinde önemli bir etkidir. Kişilerin içinde bulundukları kültürel, çevresel, sosyal ve ekonomik ortam doğrudan sağlık durumlarını etkilemekte ve genel sağlık durumunu kötü olarak niteleyenlerde birçok faktöre bağlı olarak karşılanmayan sağlık ihtiyaçları artabilmektedir.

Bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Yoon vd., (2019) çalışmasının sonucunu desteklemektedir. Bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyen kişilerde ağrının fiziksel, psikolojik ve davranışsal etkileri göz önüne alındığında bu kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçları bulunma olasılığı artabilmektedir.

Depresyonda olan kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Pappa vd., (2013); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Depresyonun kişilerin sağlık durumunu olumsuz etkilemesi ve çeşitli sağlık problemlerinin oluşmasında etkili olması, bu kişilerde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkma ihtimalinin fazla olmasına neden olduğu söylenebilir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. 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. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde; yaş, gelir, sağlık güvencesine sahip olmak, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon gibi faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına en çok etki eden faktörler olduğu görülmektedir. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerden de en çok dezavantajlı gruplar olarak nitelendirilen kadınlar, işsizler, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık güvencesi olmayanlar etkilenmektedir.

4.2. Öneriler

Genel olarak çalışmanın bütün bulguları doğrultusunda karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler 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 gücüne 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 mücadeleyle yönelik politikalar geliştirilmelidir.
- Çalışma koşullarından kaynaklanan eşitsizlikler önlenmelidir.
- Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi için gelir düzeyinde adalet sağlanmalıdır.
- Ekonomik gücü olmayan bütün bireylerin devlet güvencesi altında sağlık hizmetlerine ulaşmaları sağlanmalıdır.
- Bireylerin sağlık düzeylerinin artırılması için yaşam kalitesini yükseltecek faaliyetlere ağırlık verilmelidir.

Yapılan bu çalışma sonucu elde edilen bilgiler ışığında Türkiye ile farklı ülkelerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler açısından karşılaştırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

5. KAYNAKÇA

Aba, G., (2014), Ülkeler Arası Sağlık Eşitsizliklerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı, İstanbul.

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

Allin, S. and Masseria, C., (2009), “Unmet Need as an Indicator of Health Care Access”, Eurohealth, 15(3): 7-9.

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.

Bahar, Z. ve Gördes Aydoğdu, N., (2011), “Sağlıkta Eşitsizlik ve Hemşirelik”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(3): 131-136.

Braveman, P. A., (2003), “Monitoring Equity In Health and Health Care: A Conceptual Framework”, Journal of Health, Population and Nutrition, 21(3): 181-192.

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”, içinde F. Budak (Ed.), Sağlık Statüsü Belirleyicileri, (ss. 23-40), 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

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.

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. et al., (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.

Doğanoğlu, F. ve Gülcü, A., (2001), “Gelir Eşitsizliği Ölçümünde Kullanılan Yöntemler”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1): 47-65.

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.

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.

Kara, O ve Kurutkan M. N., (2018), *Mikro İktisadi Açıdan Sağlık Hizmetleri Piyasasının Analizi*, 1. Baskı, 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. (ss. 2541-2557), Ankara: Detay Yayıncılık.

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.

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.

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.

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.

Marshall, E. G., (2011), “Do Young Adults Have Unmet Healthcare Needs?”, *Journal of Adolescent Health*, 49(5): 490-497.

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. et al., (2011), “Unmet Dental Needs and Barriers to Care for Children with Significant Special Health Care Needs”, *Pediatric Dentistry*, 33(1): 29-36.

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.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2012), “Health at a Glance: Europe 2012”, OECD Publishing.

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.

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., (1992), “Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler”, TTB Yayınları, Ankara.

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.