

Geliş Tarihi: 24/05/2023

Kabul Tarihi: 14/06/2023

## TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİN SAĞLIK COĞRAFYASINA DAYALI MORTALİTEYE ETKİSİ

**Bilgen ŞİMŞEK\*****Mustafa METE\*\***

### ÖZET

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerine erişim kısıtı yaşayan pek çok popülasyon bulunmaktadır. Bu kısıt, sağlık hizmetlerinde verimsizlik, hakkaniyet, eşitlik gibi pek çok açıdan ele alınmaktadır. Böylelikle eşitlik çerçevesinde, hakkaniyetli verimli bir sağlık sistemine ulaşmak hedeflenmektedir. Çalışmamızda, ülkemiz sınırlarında sağlık hizmetlerine erişim kısıtı yaşayan popülasyonun en fazla ölüme sebep olan hastalıklar açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma sonucunda nedensel ölümlerle, sağlık hizmetlerine erişim arasındaki ilişkinin varlığı ve ilişki yönünün tespit edilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada Covid-19 Pandemisinin bilinen ya da henüz bilinmeyen etkilerinin elemine edilmesi açısından 2018 yılı verilerinin kullanımı uygun görülmüştür. Ayrıca, İstanbul ilini diğer illerden farklılaştıran pek çok faktör mevcuttur. Yoğun popülasyon, ekonomik durum, mevcut sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve erişim imkanları dikkate alındığında İstanbul ilinin çalışmayı olumsuz etkileyeceğine kanaat getirilmiş ve dışlanmıştır.

Araştırmada ilk olarak illerin hastalık bazında ölümlerinin toplam ölümlere oranı ve il nüfusuna oranları hesaplanmıştır. Bulgular küçük değerden başlayarak sıralanmış ve en küçük değere sahip yani performansı en yüksek 15 il verileri değerlendirilmede kullanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sistemi, Sağlık göstergeleri, Mortalite, Morbidite, Doğum Oranı

## THE EFFECT OF ACCESS TO HEALTH SERVICES ON MORTALITY BASED ON HEALTH GEOGRAPHY IN TURKEY

### ABSTRACT

As in the world, there are many populations in our country who have limited access to health services. This constraint is discussed in many aspects such as inefficiency, equity and equality in health services. Thus, it is aimed to reach a fair and efficient health system within the framework of equality. In our study, it is aimed to evaluate the population that has limited access to health services in our country in terms of diseases that cause the most deaths. As a result of the study, it is thought that the existence and direction of the relationship between causal deaths and access to health services will contribute to the literature.

In the study, the use of 2018 data was deemed appropriate in order to eliminate the known or unknown effects of the Covid-19 Pandemic. In addition, there are many factors that differentiate the province of Istanbul from other provinces. Considering the dense population, economic situation, diversity of existing health services and access opportunities, it was concluded that the province of Istanbul would adversely affect the study and was excluded.

In the study, firstly, the ratio of the deaths of provinces on the basis of disease to total deaths and their ratio to the provincial population were calculated. The findings were ranked starting from the smallest value and the data of the 15 provinces with the lowest value, that is, the highest performance, were used in the evaluation.

**KeyWords:** Health System, Health indicators, Mortality, Morbidity, Birth Rate

\* Öğr. Gör. İstanbul İstinye Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Türkiye, bilgen.simsek@istinye.edu.tr ORCID: 0000-0001-6374-4136

\*\* Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, mustafamete@aydin.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1332-7905

## GİRİŞ

Temelde, birey ve bireylerin oluşturduğu toplumların sağlık düzeylerinin korunması ya da yükseltilmesi adına kurulmuş sistemler, bu alanda sarf edilen toplam eforun standartlaştırılması ile karakterize olmaktadır. Sistemler ülkelerde benimsenen ekonomik, siyasi ve sosyal yapılarla uyum içerisinde olmasına rağmen, ülkeler arası kıyas durumunda sağlık sistemleri ve çıktıları arasındaki farklılıklar gözlemlenebilmektedir. Global arenada karşılaştırmaların yapılabilmesi için veri toplanması, standartları belirlenmiş sağlık göstergeleri kullanılarak ulusal düzeyde sağlanmaktadır. Sağlık coğrafyasından yararlanılarak toplanan bölgesel veriler, sağlık sisteminin durumu, sağlık hizmetlerine erişim, toplumsal sağlık düzeyi gibi pek çok çıktıya ulaşılarak, mevcut durumun korunması ya da iyileştirilmesi adına aksiyon planlarının hazırlanmasını sağlamaktadır.

Üreme sağlığı, aşılama, mortalite, morbidite ve fertilitate kullanılan başlıca sağlık göstergeleri olup sağlık düzeyinin belirlenmesinde kullanılan mortalite ölçütleri, kaba ölüm, bebek ölümü, neonatal ölüm, postneonatal ölüm, perinatal ölüm, ölü doğum, ana ölümleri, yaşa özel ölüm ve nedensel ölüm hızları şeklindedir. Ancak yapılan literatür taramasında, ülkemizde nedensel ölümlerin, sağlık coğrafyası bazında ele alınarak sağlık hizmetlerine erişim ile etkileşiminin araştırılmasına dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma neticesinde, gösterge sonuçlarının çoğunda olduğu gibi negatif yönlü bir ilişki tespit edilmesi durumunda, her bir hastalığın tedavi gereksinimleri, tanı ve tedavi süreçleri için ihtiyaç duyulan hekim ziyareti, sıklığı ve süresi gibi özelliklerin dahil edileceği haritalar hazırlanması, bu ölümlerin bölgelerdeki sağlık altyapısının ve uzman insan gücü eksikliğine dayandırılıp dayandırılmayacağı üzerine bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinden yoksunluğun başlıca ölüm sebebi oluşturan bu hastalıklar üzerinde efektif rolü de çalışmaya dahil edilecektir.

Beklenenin aksine çalışma neticesinde pozitif yönlü bir ilişki saptandığında ise, sağlık hizmetine erişim kısıtı bulunan toplumsal sınıfın bu dezavantaja rağmen neden diğer bölgelerdeki bireylere göre daha iyi performans gösterdiğinin sebepleri üzerine durulacaktır. Sebeplerin doğru tespiti için ayrı bir çalışmaya ihtiyaç duyulacak olup, gelir kaybı sebebiyle yaşanan göçün durdurulması ya da yeniden kırsala dönüş gibi yeni projelerin oluşturulmasında öncülük edecektir.

## SAĞLIK SİSTEMİ KAVRAMI ve AMACI

Fiziksel beden bütünlüğünün bozulmaması ve hastalık durumunun olmamasının yanında ruhsal ve sosyal bakımdan da bireyin bütünsel iyilik halini tanımlayan sağlık kavramının pek çok tanımlaması mevcuttur. Bu tanımlardan en geçerli kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yaptığı sağlığın bireyin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan iyilik hali beklentisinin vurgulandığı tanım olmuştur. Sağlıklı olmak, hastalıkların önlenmesi, hastalık hallerinin giderilmesi gibi amaçlarla, doğrudan ya da dolaylı çalışmaların da içinde bulunduğu döngüsel çerçeveler, yerel ve global politika yapıcılar tarafından kurgulanarak, işleyen bir sisteme dönüştürülmüştür.

### Sağlık Sistemi Kavramı

Sağlık hizmetleri sunum ve işleyişinin temelde karmaşık ve iç içe geçmiş bir mekanizma olması, sağlık sistemlerinin de tanımsal olarak tam karşılığının bulunmasını, içerik ve sınırlarının belirlenmesini zorlaştırmaktadır. DSÖ'nün sağlık sistemine tanımsal yaklaşımı ise sağlığı geliştirmenin temel alındığı ayrıca yenileyip sürdürmenin hedef alındığı tüm aktiviteleri kapsamaktadır (WHO 2000; Murray, Frenk 2000; WHO 2001; Murray, Frenk 2001; IHSD 2000a; WHO 2000a).

### Sağlığın Sistem Olarak Değerlendirilmesi

Sağlık sistemleri sınırlarının anlaşılabilmesine dair 2000 Dünya Sağlık Raporu'nda farklı birkaç tanıma yer verilmiştir. Sağlık bakanlığının direkt kontrolünün mümkün olduğu aktivitelerin, sağlık sisteminin sınırlarının içeriklerini belirlemede gerekliliğini savunandır, kapsamlı ilk tanımını oluşturmaktadır. Ancak, tütün ve alkol kullanımı gibi sağlığın iyileştirilmesi hedeflerinde yer alan pek çok aktivite bu sınırların kapsamı dışında kalmaktadır. Yine bu sınırlar kapsamında bazı ülkelerde, devlet himayesinde olmayan vakıf ve dernekler, misyonerler, farklı devlet otoriteleri ile özel sektör tarafından sağlanan kişisel sağlık hizmetleri de sınırların dışında bırakılmıştır.

Biraz daha kapsamlı içeriğe sahip olan diğer bir tanımda ise, kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri sınırlara dahil edilmiş olup sağlığı geliştirmeye yönelik sektörler arası aktiviteler kapsam dışı bırakılmaktadır.

Kapsamın biraz daha genişletildiği üçüncü tanımda ise, sağlığı iyileştirmeyi amaç edinmiş her faaliyet sistemin bir parçası olarak görülmektedir. Böylelikle tıbbi ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerinin kapsama dahil edildiği ve trafik kazası kaynaklı ölüm oranlarını azaltmak amacıyla sektörlerin aralarında gerçekleştirdiği aktiviteler de içeriğe dahil edilmiştir. Sağlığı iyileştirmeye dair tüm aktivitelerin sisteme dahil edildiği yaklaşım ise son tanımı oluşturmaktadır. Eğitsel, çevresel, endüstriyel ve benzeri insan aktivitelerinin tamamı sağlığı etkilediğinden, sistemler arası operasyonel bir ayırım yapılmamaktadır (WHO 2001).

### **Sağlık Sisteminin Amacı**

Sağlık sistemleri çeşitli amaçlara yönelik kurgulanmış olsa da temel amaç insanların sağlığını iyileştirmektir. Bu işlevi gerçekleştirirken, insanların saygın bir şekilde tedavi edilmesini sağlarken, hastalık durumunda ortaya çıkan finansal risklere karşı da korunmasını sağlamaktadır. Sağlık sistemlerinin amaçları böylece üç temel başlık altında toplanmaktadır.

- Hizmet alan ya da sunulan nüfusun sağlık düzeyini yükseltmek;
- Sağlık hizmeti beklentilerine cevap vermek;
- Hastalık ya da sağlık hizmetinin doğuracağı maliyetlere karşı finansal koruma sağlamak.

Yapılan tüm çalışmaların ortak sonucu olarak, ülke popülasyonlarının sağlık statüleri ve bu popülasyonda yer alan bireylerin hem yaşam kalitesinin korunması hem de iyileştirilmesi adına mevcut ya da gelecekte oluşabilecek sorunlarla başa çıkma yetisini güçlendirmek üzere yapılandırılmaktadır.

### **SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANSI**

Bir sağlık hizmeti sunumu üstlenen sistemin, müşteri ve hasta beklentilerini karşılamadaki başarısı ve sağladığı hizmetin etkinliğinin değerlendirilmesi performans ölçümüdür. Bu değerlendirme sağlık bakımı hizmet sunucularının gerçekleştirdikleri faaliyetlerin etkinliğini gösteren kalite değerleri, sisteme ait kaynakları ve finansal özellikleri kapsamaktadır. Performansa dayalı veriler, tüketici seçimlerine rehber olmak, beklentileri karşılamak ve geliştirilmesi için en iyi işlev ve öncelikleri belirlemede etkinlik sağlamaktadır (Pransky et al., 2001). Uluslararası karşılaştırmalar için kullanılan sistem verileri, sağlık politikaları tartışmaları hususunda bilgi içeriği olarak kullanılmıştır (Anderson and Hussey, 2001). Sağlık bakımı yöneticileri, harcamalarda tasarrufa gitmek suretiyle, kalite ve hizmet erişimi performansını geliştirmeye çalışmaktadırlar. Farklı ülkelerde olduğu gibi sağlık hizmetleri sunumunda farklı yapısal özellikler, performans üzerinde oluşturduğu farklılıklarla ilişkilendirilmesi mümkündür (Anell and Willis, 2000). Sağlık sistem performansının değerlendirilmesinde hedeflenen temel amaç, ülkelerin kendi sistemlerindeki mevcut kalite ve performansın geliştirilmesine yönelik bilgi sağlanmasıdır (PAHO, 2001).

Sağlık göstergelerinin sağlığın belirleyicileri ve sağlık statüsü olmak üzere iki temel türü vardır. Göstergeler bütünsel değerlendirmeye imkân sağlayan küçük parçalar şeklindedir. Ölçümlenerek zaman içerisinde pek çok açıdan değişimleri izlenerek kayıt edilmektedir. (First Nations Center 2007:2).

### **Sağlığın Belirleyicileri Olarak Göstergeler**

İnsanlığın varoluşundan bu yana süregelen evrimsel gelişim ve değişimden bahsetmek mümkündür. Başta teknolojik gelişmeler, ekonomik, sosyal, kültürel alanlarla etkileşmekte ve beşerî unsurlar üzerinde hem pozitif hem de negatif etkiler yaratmaya devam etmektedir. Özellikle bu evrimlere paralel gelişen sağlık sorunları da çeşitlenmektedir. Geçmişte var olan hastalıkların bulunan tedavilerle görülme sıklığının düşmesinin yanında, maruz kalınan radyasyon, sanitasyon, çevre kirliliği ve beslenme alışkanlıkları da ciddiyeti yüksek yeni sorunlara sebep olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bu gelişmeler ışığında sağlığın temel belirleyicilerini sosyal, ekonomik, fiziksel çevreyle birlikte kişinin ya da toplumun süregelen alışkanlıkları, davranışları ya da karakteristiği olarak tanımlamaktadır (World Health Organization,2015b; Çelik, 2012).

Bireyin sağlık düzeyini etkileyebilecek belirleyiciler aşağıda verilen şekilde sıralanabilmektedir (Ersöz, 2017).

- Gelir veya sosyal konum
- Toplumsal ilişkiler ve Sosyal Destek Alabilme

- Okuryazarlık ve Eğitim
- İş ve Çalışma Koşulları
- Sosyal Çevrenin Özellikleri
- Fiziksel Çevrenin Özellikleri
- Problemlerle Başa Çıkma
- Çocuk Gelişimi
- Bireyin Biyolojik veya Genetik Özellikleri
- Halk Sağlığı Çalışmaları
- Cinsiyet
- Kültür

### **Sağlık Statüsüne İlişkin Göstergeler**

Sağlık statüsü toplumsal sağlığın çeşitli açılardan değerlendirildiği gösterge türüdür. Kişilerin, sağlık statülerini etkileyen faktörler, genetik özellikler, fiziksel çevre ve sosyal çevre şeklindedir. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, sakatlık ya da kronik hastalıklar oranı, anne ölüm oranları, bulaşıcı hastalıkların görülme oranı, kanser görülme oranı, diyabetin de dahil olduğu diğer kronik hastalıkların görülme oranı, kalp hastalıkları ve sakatlık oranları sağlık statüsüne yönelik göstergeler arasındadır (First National Center, 2007:2; U.S. Centers For Disease Control and Prevention, 2013:10). Bir ülkedeki sosyoekonomik durum ve sunulan kamu olanakları anne ve bebek ölüm riskini etkileyen faktörlerdendir. Çalışmalar bebek ölüm hızı ile toplumsal sosyoekonomik düzey arasındaki kuvvetli ilişkiyi ortaya koymaktadır (Ergin ve Hassoy, 2011:100; Barlas vd., 2014:1).

## **SAĞLIK COĞRAFYASI KAVRAMI ve ÖNEMİ**

Pratikte birbirinden bağımsız iki kavram olarak karşımıza çıkan coğrafya ve sağlık, aslen etkileşim ve ilişki oranları oldukça yüksektir. Bulunulan fiziksel ortam, çevresel faktörlerin etkisiyle doğrudan sağlık deneyimleri üzerinde etkinlik sağlamaktadır.

### **Kavramsal İçerik**

Sağlık coğrafyası aslen beşerî coğrafya alt başlıklarında incelenmesine rağmen, araştırma alan ve yönleriyle fiziki coğrafyayla yakından ilişkilidir. Kapsam olarak genel ve bölgesel coğrafyayı kapsamaktadır. Sağlık coğrafyası mekânsal, tarihsel ve kronolojik sistem çerçevesinde işlemektedir (Ütöne, 2013). Yakın ilişkiye sahip coğrafya ve sağlık kavramlarının ilişki içeriğinde mekânsal etkileşimden bahsetmek mümkündür. Mekânsal statü, çevresel faktöre bağlı riskler ve pek çok sağlık etkisinin gelişimde önemli düzeyde rol almaktadır. Sosyal düzey ve doğal yapılar, sağlık ve refah düzeyini direkt sağlık politikasıyla bağıntılı olarak etkilemektedir. Doğum yeri, çalışma alanı, hava kirliliği, beslenme şekilleri, virüsler ve sağlık hizmetlerine erişebilme de çalışma hayatı ve sağlık deneyimleri üzerinde etkilerdir (Tunstall vd., 2004).

### **Türkiye’de Sağlık Coğrafyası Çalışmalarının Önemi**

Ülkemizde sağlık coğrafyası literatürü tarandığında, sağlık coğrafyası üzerine hazırlanmış çeşitli tez, bildiri, makale ve kitaplar mevcuttur. Ayrıca “Sağlık Coğrafyası” yerine tıbbi ya da medikal coğrafya tabirlerinin de kullanıldı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde mevcut kaynakların kıtlığı sebebiyle hizmetlerin sunumuna dair de önceliklerin belirlenmesi gerekmektedir. Hizmetlerin eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde ihtiyaç duyulan yer ve zamanda sunulması beklenmektedir. Hakkaniyet değerlemesinin doğru tayin edilmesi çalışmaların doğru ilerlemesini sağlayacaktır. Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim ve erişimi etkileyen temel sebepler arasında bulunan gelir düzeyleri dağılımlarının en sağlıklı şekilde yapılabilmesi için sağlık coğrafyasından faydalanılmaktadır. Bölgelere göre elde edilen istatistiksel veriler, önceliklerin hakkaniyetle belirlenmesi ya da hakkaniyetli kaynak dağıtımı için yol gösterici olmaktadır. Disiplinler arası yapılan çalışmalarla elde edilen sonuçların, bölgesel

bazda sorunların tespitine yöneliktir. Sorunların insanları etkileyen yönleri ele alınarak çözüm önerileri sunulmaktadır. Örnek olarak il ya da ülke bazında dağılımı yapılan bir hastalığın, yoğunlukla görüldüğü bölgeler tespit edilerek kök nedenler sonrasında da çözümler araştırılır. 2019 TÜİK verilerinin kişi başı gayri safi yurtiçi hasıla bölgesel yansımada, ülkenin doğu kesimi en zayıf dağılıma sahip olarak görülmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin yorumlandığı sonraki bölümlerde görüleceği üzere, kişi başına düşen GSYİH ile sağlık hizmetlerine erişim arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık coğrafyası çalışmalarının efektif rolü, yokluk ya da yoksunluk yaşayan kesimlerin tespit edilmesine yöneliktir. Ülke performansında görülen yükseliş aslen gelişmişlik düzeyinin arttığı anlamına gelmemektedir. Gelişmişlik düzeyini arttıran yokluk ya da yoksunluk yaşayan bölgelerin durumunda pozitif değişimler yaratmak, hizmetlere ulaşımın ve hizmet kullanımının hakkaniyet çerçevesinde yapılmasıyla ilgilidir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yapılan sağlık coğrafyası çalışmalarıyla sağlık politikalarının geliştirilmesine yönelik aksiyon planları hazırlanmaktadır. Çalışmalar neticesinde ihtiyaç duyulan hizmetlerin desteklenmesi, uygun kaynakların yaratılması, finansal düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ve yönetsel etkinliklerin tekrar gözden geçirilmesi sağlanmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişim sıkıntısı yaşayan bölgelerin tespit edilmesiyle ihtiyaçlara cevap verecek süreçlerin tasarlanmasını sağlamaktadır. Tüm bu çabalara rağmen, ülkenin doğu kesimlerinin performansının yükseltilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımının artırılması için daha fazla çabaya ihtiyaç duyulmaktadır.

## **SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM**

Sağlık hizmetlerine erişim sorununun çözülmesine yönelik çalışmalar yoğun bir şekilde devam etse de bu kavram karmaşasının tanımlanması konusunda bir fikir birliği mevcut değildir (Russell vd., 2013).

Erişimle ilgili, nüfus özellikleriyle sunum sistemi arasındaki uyum iki farklı görüşten birini oluşturmaktadır. Diğer görüşe göre ise, bireylerin sağlık hizmeti alması sonucu elde edilen kullanım oranı, memnuniyet durumu gibi verilerin değerlendirilmesi şeklindedir (Aday and Andersen, 1974:209). Bireyler ve toplumların sağlık açısından iyilik hallerinin devamı veya iyilik hallerinin sağlanması amaçlanarak, ihtiyaç anında veya talep edilmeden sunulan temel sağlık hizmetlerinin, adil, kaliteli ve ücretsiz olarak engellemelere uğramaksızın sunulması şeklinde, sağlık hizmetlerine erişim tanımlanabilmektedir (Kurt, 2007:70). Türkiye’de sağlık hizmet kalitesinin artırımı ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması amaçlanarak 2000’li yıllarda fiziki altyapı ve mali desteklerin içerdiği bir değişim hareketi başlamıştır. Süreç dahilinde genel bir iyileşmenin sağlık göstergelerine yansımaları olsa da bölgesel farklılıklar ortadan kaldırılamamıştır.

### **Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Değişkenler**

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili pek çok farklı tanım yapılmış ve erişimi etkileyen değişkenler de farklı boyutlarda ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin erişimine demografik özellikler, finansal faktörler, sağlık hizmetlerine dair altyapı, ulaşım ve tesis kullanımı, memnuniyet oranı etki eden başlıca değişkenler olarak düşünülmektedir.

### **Sağlık Hizmetlerinde Karşılanamayan İhtiyaçlar Sorunu**

Yetim ve Çelik 2020 yılında yayınlanan araştırma makalelerinde, Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin, bireysel ve demografik özelliklere göre farklılık gösterdiğini, kadınlarda, eğitim almamış veya gelir seviyesi düşük kişilerde sağlık ihtiyacı karşılama düzeyinin diğerler kişilere göre çok daha az olduğunu, eğitim ve gelir düzeyindeki ivme ile karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin negatif yönlü etkileşimde olduğu, kısa dönemde, sağlık ihtiyaçları karşılanmasında dezavantaj yaratan ekonomik ve finansal problemlerin giderilmesi gerektiği çıkarımlarına ulaşmıştır. Ancak tedavi edilmeyen hem hastalığın hem birey hem de toplumsal sağlığı daha fazla olumsuz yönde etkileyerek, tedavi edilmesi için daha fazla kaynak ihtiyacı doğurabileceğini dile getirmiştir. Orta ve uzun vade için ise; cinsiyet eşitliğine yönelik çalışmalar yapılarak özellikle kadınların eğitsel faaliyetlerine eğilim gösterilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Yetim ve Çelik, 2020).

Karşılanamayan ihtiyaçlar sorunlarının beraberinde getireceği psikolojik, fizyolojik sorunlar bireysel ve toplumsal anlamda tehdit unsuru oluşturmasının yanında, sağlık harcamaları için oluşturacağı ekstra yük, bu başlığın en önemli çıktısı olacaktır.

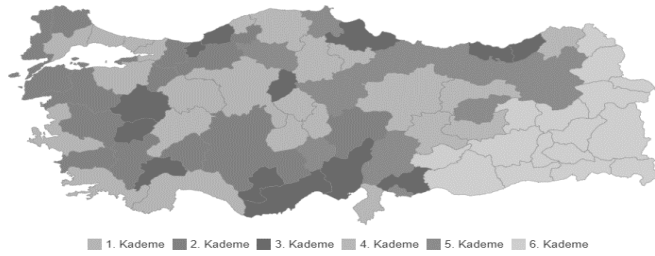
## Ülkemizde İl Bazında Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetlerine erişimi yorumlayabilmek için öncelikle Türkiye’de gelir düzeyleri temelli yapılan çalışmalar incelenmekte ve ardından temel sağlık göstergelerine dair verilerle ilişkilendirilmektedir. Gelir düzeyleri ile göstergeler arasında sıkı bir ilişki olduğundan bahsetmek mümkündür.

### İl ve Bölgesel Bazda Gelir Düzeyinin Ölçülmesi

52 değişkenin kullanılarak illerin sosyo-ekonomik gelişmelerinin ölçüldüğü 2017 İl SEGE raporuna göre, Türkiye’nin doğu bölümü 6. Kademe olarak gösterilmektedir. Sağlık sistemleri sınıflandırılırken söz konusu sınıfları kesin çizgilerle birbirinden ayırmanın mümkün olmaması sebebiyle, ülkeler genel olarak kullanılan finansman yöntemine tabi olarak sınıflandırılmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015:42).

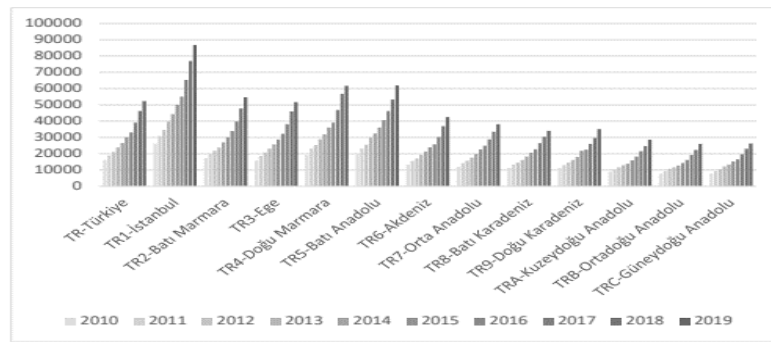
Bu durumda finansal gelir açısından altı kademeye bölünen ülke illeri değerlendirmesinde, altıncı kademe doğu illerinin finansal açıdan zayıf olması sebebiyle sağlık hizmetlerine erişim gücünün de zayıflığından bahsetmek mümkündür.



Şekil 1. 2017 İl SEGE Raporu (Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı)

Bölgeler arası gelir düzeyinin tespit edilmesine yönelik 2010-2019 yıllarını kapsayan TÜİK veri kaynağı kullanılarak kişi başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) dağılımları kullanılmıştır. Döneme ait veriler Şekil 8 ülkenin batı kesimlerinden doğuya gidildikçe gelir düzeyinde bir artış izlenmektedir. Ancak artışa rağmen doğu bölgelerinin Türkiye ortalamasının altında kaldığı gözlemlenmiştir. Şekil 9 üzerinde dikkat çeken dağılımda ise, doğu ve batı arasındaki fark açıkça görülebilir. İki şekilde de gelir düzeyi en yüksek il İstanbul performansı en düşük kesim ise Kuzey, Orta ve Güney Doğu Anadolu bölgeleridir.

Kişi başı GSYİH ’nın değerlendirme sonuçları ile İl SEGE raporu değerlendirme sonuçlarının birbiriyle örtüşmesi, sağlık hizmetlerine erişim konusunda bu bölgelerin finansal kriterler dikkate alınarak yetersiz olduğu anlamını taşımaktadır.



Şekil 2. Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (2009 Bazlı, TL ve Cari Fiyatlarla), 2010-2019 (TÜİK)



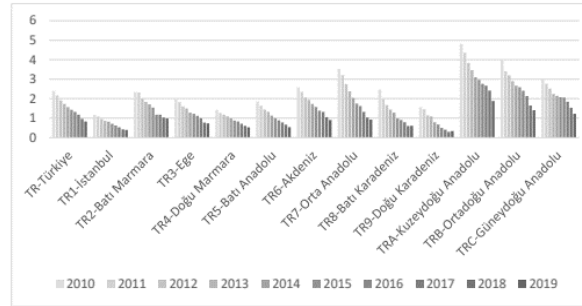
Şekil 3. Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Bölgesel Dağılımı (Düzey 1), 2019 (TUIK)

## Bölgesel Bazda Temel Sağlık Göstergelerinin Yorumlanması

### Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı

DSÖ'ne göre 10-19 yaşların tanımlandığı çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecine karşılık gelen adölesan kavramı, biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimin tamamlanmadığı ancak değişime açık olduğu bir süreçtir. DSÖ tanımına göre de adölesan gebelik 10-19 yaş kadınların gebelik sürecini kapsamaktadır. Bu süreç hem anne hem de bebek açısından ciddi sağlık riskleri içermesi sebebiyle tüm dünyada önemli görülen bir sorundur.

Türkiye genelinde toplam doğumlar içerisinde adölesan doğum oranları Şekil 10'da da görüleceği üzere düşüş eğilimindedir. Ancak Kuzeydoğu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinin halen ülke ortalamasının üzerinde olduğu izlenmektedir.



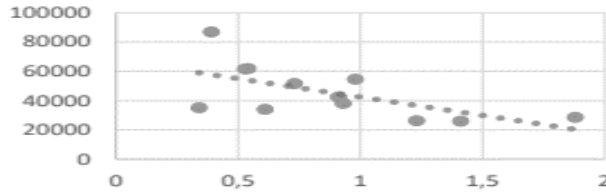
Şekil 4. Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı (%), 2010-2019 (TUIK)

Şekil 11'de adölesan doğumların her bir bölgedeki toplam doğumlara oranı verilmektedir. İstanbul ile Doğu Karadeniz Bölgesi adölesan doğumları en düşük, Kuzeydoğu, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri oranların en yüksek değerlerde olduğu bölgelerdir.



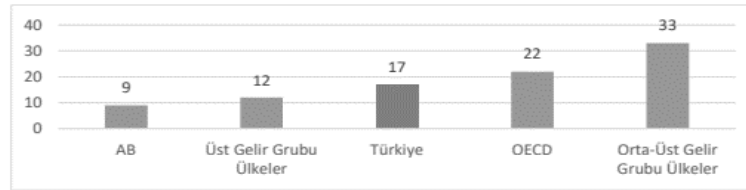
Şekil 5. Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı Bölgesel Dağılımı (%), 2019 (TÜİK)

Kişi başı GSYİH verileriyle benzerlik gösteren veri haritası, adölesan doğumlarla kişi başı GSYİH değerleri arasında ters yönde bir ilişki olduğunu yansıtmaktadır. Kişi başına gelirden yükseliş görülmesiyle, adölesan doğumlarda azalma gözlenmektedir.



Şekil 6. Kişi başı GSYİH ile Adölesan Doğumların Toplam Doğumlar İçindeki Oranı İlişkisi, 2019 (TÜİK)

OECD, orta-üst gelir grubu ülkeler, üst gelir grubu ülkeler ve AB ülkeleri arasında Türkiye'nin istatistiksel durumu incelendiğinde ise ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir. Veri değerlendirmesinde Türkiye'nin 2019 yılına ait verileri kullanılmıştır.

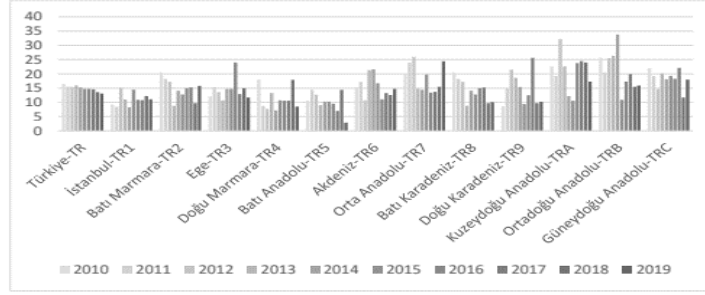


Şekil 7. Adölesan Doğurganlık Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2018 (TÜİK)

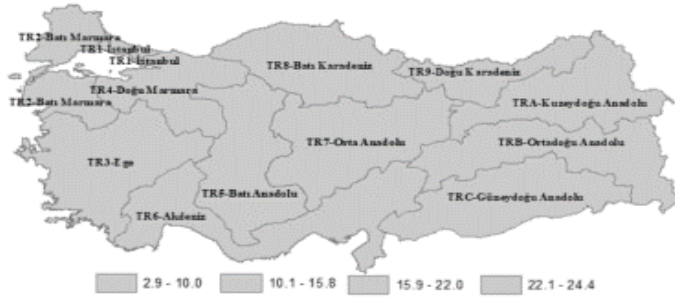
### Anne Ölüm Oranları

Değerlendirmeye konu olan popülasyonda, yıllık periyotta gebeliğe bağlı anne ölümlerinin o dönemde gerçekleşen canlı doğumlara oranının 100.000 ile çarpımına denk gelen değer anne ölüm oranlarını yansıtmaktadır. Sağlık göstergeleri içerisinde, elde edilen anne ölüm oranları mortalite kapsamında yer bulmaktadır. Aşağıdaki şekilde de gözlemlendiği üzere, Türkiye genelinde kronolojik olarak azalma gösteren bu oranlar bölgesel olarak incelendiğinde Doğu Anadolu bölgesinde tutarsız değişimler göstermektedir ve ülke ortalamalarının üzerinde bir seviyede seyir etmektedir.





Şekil 8. Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda), 2010-2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)

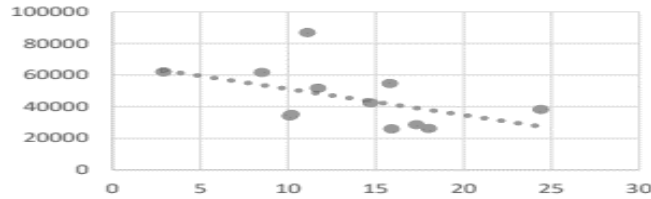


Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019

Şekil 9. Anne Ölüm Oranları (100.000 Canlı Doğumda) Bölgesel Dağılımı, 2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)

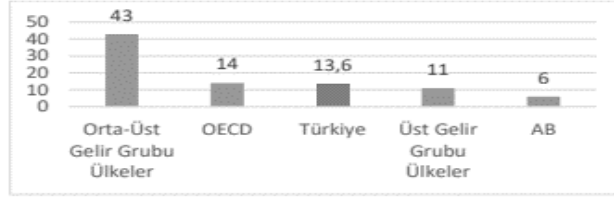
Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu anne ölüm oranları performansı da diğer göstergeler ve kişi başı GSYİH değerlendirme sonuçlarına uyum göstermektedir.

Kişi başı GSYİH oranlarının ülke ortalama değerlerinin altında olması ile anne ölüm oranlarının ülke ortalamasının üzerinde olması arasındaki ilişki, beklentilere paralel ters yönlü olarak değerlendirilmektedir.



Şekil 10. Kişi başı GSYİH ile Anne Ölüm Oranı İlişkisi, 2019 (TÜİK ve Sağlık Bakanlığı)

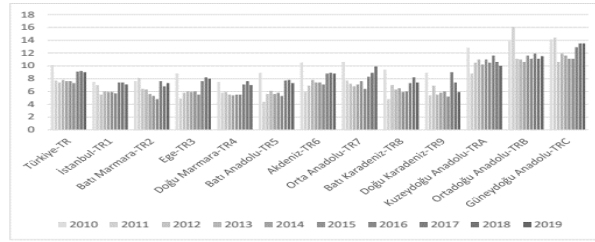
2018 Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı verilerinde değerlendirilen anne ölüm oranının diğer AB ülkelerinin iki katından fazla olduğu gözlemlenmektedir. Kişi başı gelir düzeyi ile anne ölüm oranı arasında mevcut negatif yönlü ilişki sebebiyle, gelir düzeyi düşük doğu bölgeleri yine kötü performans sergilemektedir.



Şekil 11. Anne Ölüm Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000 Canlı Doğumda), 2017, (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2018)

### Bebek Ölüm Hızı

Doğumundan itibaren ilk yaşına ulaşamayan çocukların ölümü, bebek ölümü olarak değerlendirilmektedir. Bir yıllık dönemde bebek ölümlerinin yanı sıra dönem gerçekleşen canlı doğumlara oranının 1.000 ile çarpılmasıyla formüle edilen değerler de bebek ölüm hızını vermektedir. Bebek ölüm hızları bölgesel sağlık sistemi ve ülkenin kalkınma durumunu yansıtan önemli göstergelerden biridir. 2010-2017 döneminde ülkemizde bebek ölüm hızlarında azalma sağlanmasına rağmen 2017-2018 döneminde tekrar yükseliş yaşamıştır. Buna rağmen 2010 yılındaki seviyeler kadar kötüleşmemiştir (Şekil 12). 2019 yılında da Batı Marmara, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu dışında kalan bölgelerde bebek ölüm hızı oranları düşüş eğiliminde olmuştur.



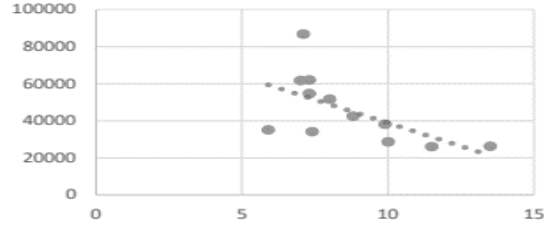
Şekil 12. Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda), 2010-2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)

Bölgesel performans en yüksek performansı Doğu Karadeniz Bölgesi sergilemektedir.



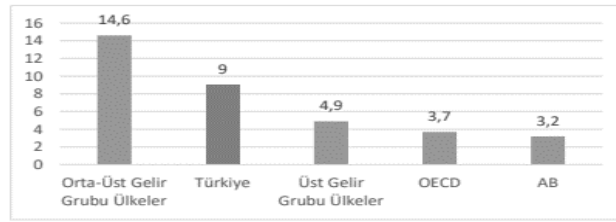
Şekil 13: Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda) Bölgesel Dağılımı, 2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019)

Sağlık coğrafyası bakımından incelendiğinde Türkiye'nin doğu kesimleri yine ortalama değerlerin üzerinde yer bulmaktadır. Bebek ölüm hızının da yine gelir seviyesi ile ilişkisi negatif yönlü olduğu kişi başı GSYİH ile ilişkilendirildiği grafikte sunulmaktadır. Gelir seviyesinin artışı bebek ölüm hızını azaltacak bir etmendir.



Şekil 14: Kişi başı GSYİH ile Bebek Ölüm Hızı İlişkisi, 2019 (TÜİK ve Sağlık Bakanlığı)

2019 Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı incelendiğinde, Türkiye bebek ölüm hızı açısından üst gelir grubu ülkelerle, OECD ve AB ülkeleri kıyaslamasında performans açısından geride kalmıştır. Şöyle ki ülkemiz bebek ölüm hızı OECD ülkeleri bebek ölüm hızının iki katından fazlasına denk düşmektedir. Bölgesel dağılım açısından incelendiğinde ise tüm sağlık göstergelerine paralel olarak, bebek ölüm hızında da yurdun doğu kesimlerinde batıya oranla geri kalmışlığı yansıttığı görülmektedir.

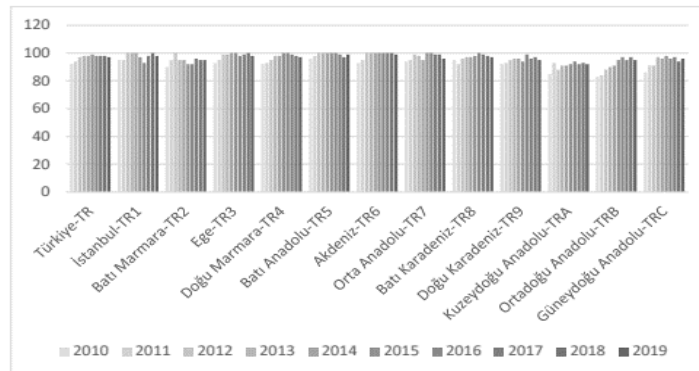


Şekil 15: Bebek Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019)

### Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğum Oranı

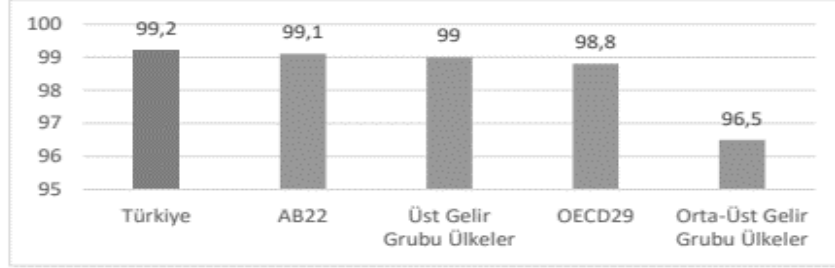
Ana ve çocuk sağlığı ile yakından alakalı bir diğer gösterge de sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranlarıdır. Doğumların sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesi anne ve bebek yönünden değerlendirildiğinde risklerin bertaraf edilmesi için önemli bir kriterdir. Böylelikle anne bebek ölümlerinin azalmasına fayda sağlamaktadır. Türkiye genelinde değerlendirme yapıldığında oranlar ortalama değerlere yakın değerlerdedir (Şekil 16).

Sağlık kurumlarında yapılan doğumların yıl bazında 2017 ve 2018 yıllarında düşmesi, bu dönem gözlemlenen bebek ölüm hızını arttırdığı düşünülebilir. 2019 verileri incelendiğinde ise sağlık kurumlarında gerçekleşen doğum oranının %92 üzerine ulaştığı bu bağlamda da kişi başı GSYİH ile bir ilişki durumunun olmadığı söylenebilir. Türkiye genelinde sağlık kuruluşlarında yapılan doğumların oldukça yaygın olduğundan bahsetmek mümkündür.



Şekil 16. Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğum Oranı (%), 2010-2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)

Uluslararası boyutta değerlendirildiğinde ise Türkiye'nin nitelikli sağlık personeli ile gerçekleştirilen doğum oranları, diğer göstergelerin aksine %99,2 oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Değerlendirmeye 29 OECD ülkesi, 22 AB ülkesi ile birlikte orta-üst gelir grubu ülkeler ve üst gelir grubu ülkeler dahil edilmiştir.

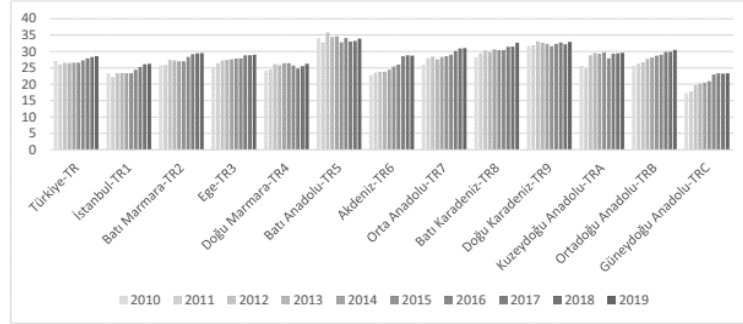


Şekil 17. Nitelikli Sağlık Personeli ile Gerçekleşen Doğumların Uluslararası Karşılaştırması (%), 2018 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019)

## Bölgesel Bazda Sağlık Altyapısına Dair Göstergelerin Yorumlanması

### 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı

Hastane yatak sayısının bölgesel popülasyona uygun olarak değerlendirmesi sonuçların realitesi açısından önemlidir. Şekil 18’de görüleceği üzere 2010 ile 2019 yılları arasında Türkiye genelinde yatak sayılarındaki artış dikkati çekmektedir. Hastane yatak sayıları açısından en yoksun bölgeler Kuzeydoğu ve Ortadoğu Anadolu olmuşken, ülke genelinde en az yatağa sahip bölge Güneydoğu Anadolu Bölgesidir.



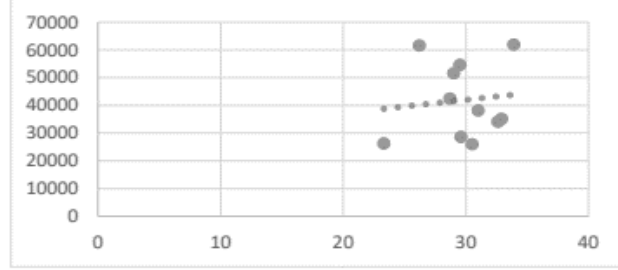
Şekil 18. 10.000 Kişi Başına Toplam Hastane Yatak Sayısı, 2010-2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)



Şekil 19. 10.000 Kişi Başına Toplam Hastane Yatak Sayısının Bölgesel Dağılımı, 2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)

Şekil 19’ da yapılan bölgesel dağılımda İstanbul, Doğu Marmara ve Güneydoğu Anadolu 10.000 kişi başına düşen hastane yatak sayısının en düşük olduğu kesimlerdir. Nüfusun efektif etkisiyle İstanbul’da yatak

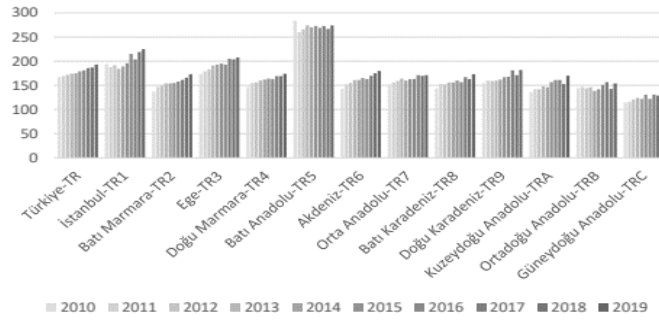
sayısının az çıkması beklenen bir sonuçtur ve Şekil 20’de gösterilen kişi başı GSYİH ile 10.000 kişi başına düşen hasta yatak sayısı analizinde, özel durumu sebebiyle İstanbul’a yer verilmemiştir. Sonuç olarak ta gelir durumu ile yatak sayısı arasında pozitif yönlü ilişkiden bahsedilmektedir.



Şekil 20: Kişi başı GSYİH ile 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının İlişkisi, 2019 (TÜİK ve Sağlık Bakanlığı)

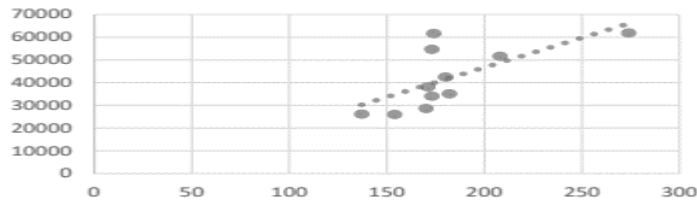
#### 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı

Sağlık hizmetlerine ulaşım açısından sağlık işgününün değerlendirilmesinde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, öncül göstergelerden birisidir.



Şekil 21. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, 2010-2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)

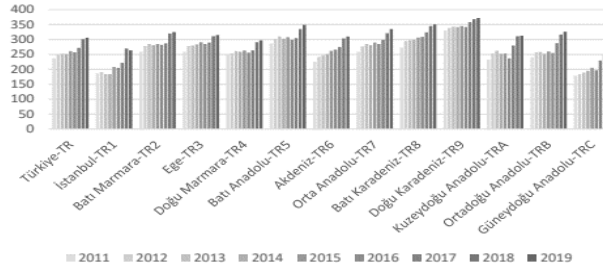
Batı Anadolu bölgesi 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı değerlendirmesinde ilk sıralarda yer almaktadır. Yatak sayısının değerlendirilmesinde de bölge, ortalamanın üzerinde yer almaktaydı. Güneydoğu Anadolu bölgesi ise en düşük gelir seviyesine sahip olduğu gibi aynı zamanda en düşük hekim sayısına sahiptir ve aralarında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.



Şekil 22. Kişi başı GSYİH ile 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının İlişkisi, 2019 (TÜİK ve Sağlık Bakanlığı)

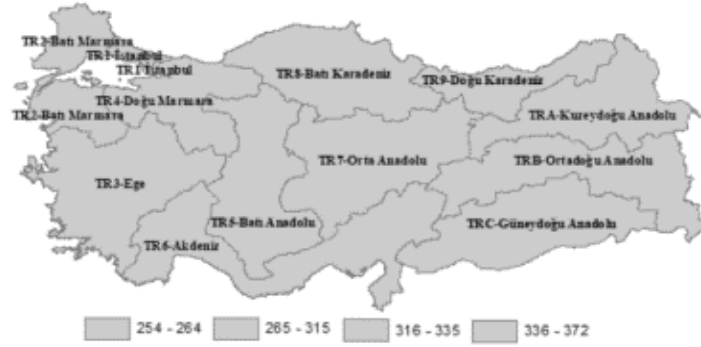
#### 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı

Sağlık hizmetleri performansı değerlendirmesinde kapasite hacminin belirlenmesi adına 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı da önemli veriler içermektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin önemli bir parçasıdır ve anne ve bebek ölüm hızlarının da aktif rol oynamaktadır.



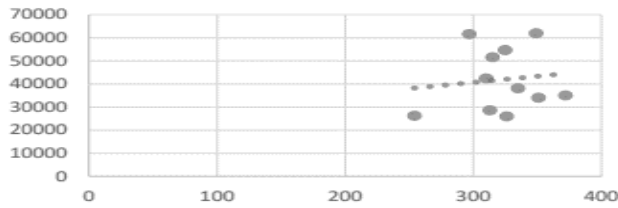
Şekil 23.100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, 2011-2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları)

Yukarıdaki şekilde 2010 yılına ait verilerin yetersizliği sebebiyle 2011-2019 yılları değerlendirme alınmıştır. Bu aralıkta hemşire ve ebe sayılarının tüm bölgelerde artış gösterdiği izlenmektedir. Toplam hastane sayısında çok bir farkın gözlenmediği Batı Anadolu bölgesinde hemşire ve ebe sayıları ortalama değerin üzerindedir. Güneydoğu Anadolu bölgesi ise yine çalışmada en sonda yer almaktadır.



Şekil 24. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı Bölgesel Dağılımı, 2019 (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019)

Gelir seviyesi ile 10.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı değerlendirildiğinde ise yine pozitif yönlü bir ilişkinden bahsetmek mümkündür.



Şekil 25. Kişi başı GSYİH ile 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının İlişkisi, 2019 (TÜİK ve Sağlık Bakanlığı)

## ÜLKEMİZDE SAĞLIK COĞRAFYASINA DAYALI ÖLÜM NEDENLERİNİN DAĞILIMI

TÜİK 2018 daimî ikametgaha göre seçilmiş ölüm nedenleri görülme sıklığı baz alınarak; dolaşım sistemi hastalıkları, iyi/kötü huylu tümörler, solunum sistemi hastalıkları, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları, endokrin beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, dışsal yaralanma ve zehirlenme, diğer sebepler şeklinde sıralanmış, iller bazında da bu sebeplere bağlı ölümlerin sayıları belirtilmiştir.

Tablo 1: 2018 Daimî İkamete Göre Nedensel Ölümler

İl	Toplam Ölüm	Dolaşım sistemi Hast.	İyi/Kötü Huylu tümör	Solunum Sistemi Hast.	Sinir sis. Duyu org Hast	Endokrin Beslenme Metab.	Dışsal Yaralanma Zehirlenme	Diğer
Adana	9 816	4 580	1 735	1 008	299	415	534	1 245
Adıyaman	2 391	1 055	367	324	74	118	76	377
Afyonkarahisar	5 029	2 324	741	656	196	189	250	673
Ağrı	1 773	593	374	226	60	96	145	279
Amasya	2 486	1 030	470	299	160	107	96	324
Ankara	25 413	9 822	5 479	2 697	1 389	1 396	1 111	3 519
Antalya	10 754	3 970	2 386	1 065	607	632	771	1 323
Artvin	1 406	565	257	200	78	72	53	181
Aydın	7 798	3 583	1 309	1 131	241	237	340	957
Balıkesir	10 484	4 607	2 011	1 367	570	323	417	1 189
Bilecik	1 553	645	288	242	58	79	64	177
Bingöl	971	394	202	97	46	33	26	173
Bitlis	1 024	357	207	125	44	50	48	193
Bolu	2 088	905	353	272	105	100	81	272
Burdur	2 163	936	348	237	141	160	130	211
Bursa	16 309	7 156	3 607	1 981	828	421	714	1 602
Çanakkale	4 420	2 044	856	514	277	96	168	465
Çankırı	1 606	655	267	249	64	102	65	204
Çorum	3 830	1 839	645	404	118	141	145	538
Denizli	6 016	2 839	1 041	699	232	193	290	722
Diyarbakır	4 522	1 836	818	495	201	212	163	797
Edirne	3 420	1 441	786	396	133	102	113	449
Elâzığ	2 990	1 152	602	323	206	214	172	321
Erzincan	1 396	551	301	145	96	87	51	165
Erzurum	4 012	1 454	902	495	222	186	159	594
Eskişehir	5 718	1 907	1 327	657	372	436	274	745
Gaziantep	6 894	2 545	1 023	720	262	338	202	1 804
Giresun	3 457	1 477	656	585	172	102	75	390
Gümüşhane	836	336	146	112	37	47	29	129
Hakkâri	523	180	82	67	20	24	35	115
Hatay	7 041	2 876	1 021	872	287	343	363	1 279
Isparta	3 067	1 189	481	504	174	169	138	412
Mersin	8 838	3 443	1 688	896	464	455	455	1 437
İstanbul	59 921	19 989	14 290	7 508	3 445	2 738	1 646	10 305
İzmir	25 756	9 837	5 448	3 979	957	1 277	960	3 298
Kars	1 340	467	291	220	48	44	71	199
Kastamonu	3 758	1 539	627	598	175	222	143	454
Kayseri	6 951	2 076	1 421	1 103	442	433	388	1 088
Kırklareli	2 786	1 134	686	321	140	117	70	318
Kırşehir	1 565	627	303	190	56	86	83	220
Kocaeli	8 279	2 851	1 900	1 035	471	425	283	1 314
Konya	11 322	4 019	2 189	1 487	628	676	623	1 700
Kütahya	4 497	1 602	822	551	290	396	218	618
Malatya	3 928	1 610	681	493	221	231	115	577
Manisa	9 864	4 023	1 708	1 403	470	527	482	1 251
Kahramanmaraş	4 687	1 958	741	558	197	201	266	766
Mardin	2 502	886	358	296	95	122	146	599
Muğla	5 313	1 881	1 154	629	372	297	341	639
Muş	1 177	378	251	152	48	66	42	240
Nevşehir	1 817	591	383	313	68	121	93	248
Niğde	1 996	771	325	301	67	73	120	339
Ordu	4 984	2 143	927	718	250	230	106	610
Rize	2 181	883	494	243	137	89	82	253
Sakarya	5 669	2 409	1 133	593	328	302	121	783
Samsun	8 205	3 541	1 568	1 093	408	183	286	1 126
Siirt	992	405	140	98	47	37	55	210
Sinop	1 961	817	391	246	87	98	82	240

Sivas	4 068	1 551	804	619	198	170	173	553
Tekirdağ	5 499	2 243	1 234	689	241	181	220	691
Tokat	4 309	1 608	766	615	279	246	205	590
Trabzon	4 877	1 897	965	672	275	218	189	661
Tunceli	519	211	99	69	33	26	24	57
Şanlıurfa	5 002	1 831	731	464	211	247	290	1 228
Uşak	2 471	1 028	396	284	119	148	107	389
Van	3 020	891	701	399	126	130	195	578
Yozgat	2 896	1 232	507	390	110	151	95	411
Zonguldak	4 232	1 558	856	732	200	281	168	437
Aksaray	1 895	696	371	235	84	132	118	259
Bayburt	474	196	96	71	20	16	15	60
Karaman	1 504	622	263	168	69	82	82	218
Kırıkkale	1 803	830	301	186	66	145	91	184
Batman	1 495	636	229	151	88	66	35	290
Şırnak	1 215	406	158	141	38	35	94	343
Bartın	1 559	598	267	253	59	87	74	221
Ardahan	736	295	156	118	24	22	41	80
İğdır	735	236	147	100	38	26	57	131
Yalova	1 653	591	337	244	93	85	54	249
Karabük	1 729	696	291	225	100	121	83	213
Kilis	709	294	110	84	33	51	19	118
Osmaniye	2 345	867	415	242	145	182	152	342
Düzce	2 250	863	458	300	116	131	84	298

**Kaynak:** TÜİK, 2018

Aşağıda 2018 yılı toplam Türkiye nüfusunun il bazında dağılımı listelenmektedir.

**Tablo 2. 2018 İl Bazında Türkiye Nüfusu (Veri Kaynağı: TÜİK, 2018)**

<b>TÜRKİYE TOPLAM</b>	82 003 882		
Adana	2 220 125	<b>Çanakkale</b>	540 662
Ankara	5 503 985	<b>Ağrı</b>	539 657
İzmir	4 320 519	<b>Çorum</b>	536 483
Bursa	2 994 521	<b>Osmaniye</b>	534 415
Antalya	2 426 356	<b>Şırnak</b>	524 190
Konya	2 205 609	<b>Giresun</b>	453 912
Şanlıurfa	2 035 809	<b>Isparta</b>	441 412
Gaziantep	2 028 563	<b>Yozgat</b>	424 981
İstanbul	15 067 724	<b>Aksaray</b>	412 172
Kocaeli	1 906 391	<b>Edirne</b>	411 528
Mersin	1 814 468	<b>Muş</b>	407 992
Diyarbakır	1 732 396	<b>Düzce</b>	387 844
Hatay	1 609 856	<b>Kastamonu</b>	383 373
Manisa	1 429 643	<b>Uşak</b>	367 514
Kayseri	1 389 680	<b>Niğde</b>	364 707
Samsun	1 335 716	<b>Kırklareli</b>	360 860
Balıkesir	1 226 575	<b>Bitlis</b>	349 396
Kahramanmaraş	1 144 851	<b>Rize</b>	348 608
Van	1 123 784	<b>Amasya</b>	337 508
Aydın	1 097 746	<b>Siirt</b>	331 670
Tekirdağ	1 029 927	<b>Bolu</b>	311 810
Denizli	1 027 782	<b>Nevşehir</b>	298 339
Sakarya	1 010 700	<b>Kars</b>	288 878
Ardahan	98 907	<b>Kırıkkale</b>	286 602
Muğla	967 487	<b>Hakkâri</b>	286 470
Tunceli	88 198	<b>Bingöl</b>	281 205
Eskişehir	871 187	<b>Burdur</b>	269 926
Mardin	829 195	<b>Yalova</b>	262 234
Bayburt	82 274	<b>Karaman</b>	251 913
Trabzon	807 903	<b>Karabük</b>	248 014
Malatya	797 036	<b>Kırşehir</b>	241 868
Ordu	771 932	<b>Erzincan</b>	236 034



Erzurum	767 848	<b>Bilecik</b>	223 448
Afyonkarahisar	725 568	<b>Sinop</b>	219 733
Sivas	646 608	<b>Çankırı</b>	216 362
Adıyaman	624 513	<b>Bartın</b>	198 999
Tokat	612 646	<b>Iğdır</b>	197 456
Zonguldak	599 698	<b>Artvin</b>	174 010
Batman	599 103	<b>Gümüşhane</b>	162 748
Elâzığ	595 638	<b>Kilis</b>	142 541
Kütahya	577 941		

2018 yılı Türkiye toplam nüfusu olan 82.003.8822' nin %0.51'lik kısmına tekabül eden 421.164 kişi çeşitli sebeplerden dolayı hayatını kaybetmiştir.

421.164 kişinin ölümünde etkin rol oynayan hastalıklar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- Dolaşım sistemi hastalıkları: Toplam ülke nüfusunda meydana gelen ölüm olaylarının %38.44'ünün sebebi olarak gösterilerek toplamda 161.920 kişi yıl içerisinde bu sebeple vefat etmiştir.
- İyi huylu ve kötü huylu tümörler: Ülkede yaşanan toplam ölümlerin %19.74'ünün sebebi olarak gösterilmiştir. Sayısal olarak 83.163 kişi iyi ve kötü huylu tümörler sebebiyle hayatını kaybetmiştir.
- Solunum sistemi hastalıkları: Ülke nüfusunda mortalite sebebiyle yaşanan kaybın 52.568 kişiye karşılık gelen %12.48'ini oluşturmaktadır.
- Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları: Bir yıllık periyotta ülke nüfusunda yaşanan ölümlerin %4.93'ü olarak 20.766 kişiyi tanımlamıştır.
- Endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar: Bu grup en fazla ölüme sebep olan 5. Hastalık grubu olarak gösterilmektedir. Ülke çapında yaşanan toplam ölümlerin %4.77'si olarak 20.074 kişiyi ifade etmektedir.
- Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler: Türkiye sınırlarında 2008 yılında meydana gelen toplam ölümlerin %4.38'ine denk gelen 18.462 kişinin hayatını kaybetmesinin sebebi olarak 6. Sırada yer almaktadır.
- Diğer sebepler: Oransal olarak gruplama sağlayamayan diğer tüm ölüm sebepleri tek başlıkta toplanmış ve toplam hayatını kaybeden kişi sayısının %15.25'ine karşılık gelmiştir. Kişi bazında ise 64.211 kişinin ölümüne sebep olmuş.

## VERİLER ve BULGULAR

### a) Dolaşım Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ölümler

Öncelikle il bazında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin il bazında toplam ölümlere oranı, sonrasında ise toplam il nüfusuna oranı hesaplanmıştır. Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin il nüfusuna göre en düşük oranın görüldüğü ilk 15 il arsından 14 'ü ülkemiz doğu kesiminde yer alan iller arasındadır.

**Tablo 3. Dolaşım Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ölümler**

Dolaşım sistemi hastalıklarından ölenlerin, il bazında toplam ölüme oranı		Dolaşım sistemi hastalıklarından ölenlerin, il bazında toplam nüfusa oranı	
Van	%29,50	Hakkâri	%0.06
Kayseri	%29,87	Van	%0.08
Kocaeli	%31,18	Şırnak	%0.08
Iğdır	%32,11	Muş	%0.09
Muş	%32,12	Şanlıurfa	%0.09
Nevşehir	%32,53	Bitlis	%0.10
Eskişehir	%33,35	Ağrı	%0.11

Şırnak	%33,42	Diyarbakır	%0.11
Ağrı	%33,44	Mardin	%0.11
Hakkâri	%34,42	Batman	%0.11
Kars	%34,85	Gaziantep	%0.12
Bitlis	%34,86	Siirt	%0.12
Muğla	%35,40	Aksaray	%0.12
Mardin	%35,41	Iğdır	%0.12
Konya	%35,50	Bingöl	%0.14

### b) İyi Huylu ve Kötü Huylu Tümörlere Bağlı Ölümler

İyi ve kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerin il bazında en düşük oranda görüldüğü ilk 15 ilin tamamı sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan doğu bölgesi sınırları içerisindedir.

**Tablo 4: İyi Huylu Kötü Huylu Tümörlere Bağlı Ölümler**

	Tümöre bağlı ölenlerin, il bazında toplam ölüme oranı		Tümöre bağlı ölenlerin, il bazında toplam nüfusa oranı
Şırnak	% 13.00	Hakkâri	%0.03
Siirt	% 14.11	Şırnak	%0.03
Mardin	% 14.31	Şanlıurfa	%0.035
Hatay	% 14.50	Batman	%0.038
Şanlıurfa	% 14,61	Mardin	%0.04
Afyonkarahisar	% 14,73	Siirt	%0.04
Gaziantep	% 14,84	Diyarbakır	%0.05
Batman	% 15.32	Gaziantep	%0.05
Adıyaman	% 15.35	Adıyaman	%0.06
Kilis	% 15.51	Ağrı	%0.06
Hakkâri	% 15,68	Bitlis	%0.06
Isparta	% 15,68	Hatay	%0.06
Kahramanmaraş	% 15,81	Kahramanmaraş	%0.06
Uşak	% 16.03	Muş	%0.06
Burdur	% 16.09		

### c) Solunum Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ölümler

Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerde, il nüfusuna kayıp oranı en düşük ilk 15 ilden 11 tanesi yine Türkiye doğu kesiminde yer almaktadır.

**Tablo 5. Solunum Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ölümler**

	Solunum sistemine bağlı ölenlerin, il bazında toplam ölüme oranı		Solunum sistemine bağlı ölümlerin, il bazında toplam nüfusa oranı
Batman	% 10.10	Şanlıurfa	%0.022
Mersin	% 10.14	Batman	%0.025
Adana	% 10.27	Şırnak	%0.027
Kırıkkale	% 10.32	Siirt	%0.029
Osmaniye	% 10.32	Bingöl	%0.03
Erzincan	% 10.39	Diyarbakır	%0.03
Gaziantep	% 10.44	Gaziantep	%0.035
Sakarya	% 10.46	Mardin	%0.035
Çorum	% 10.54	Van	%0.036
Ankara	% 10,61	Adana	%0.04
Elâzığ	% 10,80	Ağrı	%0.04

Diyarbakır	% 10,95	Antalya	%0.04
Burdur	% 10,96	Bitlis	%0.04
Rize	% 11.14	Muş	%0.04
Karaman	% 11.17	Adıyaman	%0.05

#### d) Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıklarına Bağlı Ölümler

Sinir sistemi ve duyu organları hastalıklarına bağlı gelişen ölümlerin en düşük olduğu 15 il içerisinde 13 tanesi ülkemiz doğu bölgesinde yer alan, sağlık hizmetlerine erişimi ve gelir düzeyi düşük illerdir.

**Tablo 6: Sinir Sistemi Ve Duyu Organı Hastalıklarına Bağlı Ölümler**

Sinir sis. Ve duyu org. Bağlı ölenlerin, il bazında toplam ölüme oranı		Sinir sis. Ve duyu org. Bağlı ölümlerin, il bazında toplam nüfusa oranı	
Çorum	%3.08	Hakkâri	%0.006
Adıyaman	%3.09	Şırnak	%0.007
Aydın	%3.09	Adana	%0.01
Şırnak	%3.13	Adıyaman	%0.01
Ardahan	%3.26	Ağrı	%0.01
Niğde	%3.36	Bitlis	%0.01
Ağrı	%3.38	Diyarbakır	%0.01
Kars	%3.58	Gaziantep	%0.01
Kırşehir	%3.58	Mardin	%0.01
Kırıkkale	%3,66	Muş	%0.01
İzmir	%3,72	Siirt	%0.01
Bilecik	%3,73	Şanlıurfa	%0.01
Nevşehir	%3,74	Van	%0.01
Bartın	%3,78	Batman	%0.01
Gaziantep	%3,80	Aydın	%0.02

#### e) Endokrin, Beslenme ve Metabolizmayla İlgili Hastalıklara Bağlı Ölümler

Endokrin beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıkların sebep olduğu ölümlerin en az görüldüğü 15 ilin 12 tanesi sağlık hizmetlerine erişim kısıtı yaşayan illerdir.

**Tablo 7: Endokrin Beslenme ve Metabolizmayla İlgili Hastalıklara Bağlı Ölümler**

End. Bes. Metab. Bağlı ölenlerin, il bazında toplam ölüme oranı		End. Bes. Metab. Bağlı ölümlerin, il bazında toplam nüfusa oranı	
Çanakkale	%2.17	Şırnak	%0.007
Samsun	%2.23	Hakkâri	%0.008
Bursa	%2.58	Bingöl	%0.01
Şırnak	%2,88	Bitlis	%0.01
Giresun	%2,95	Bursa	%0.01
Edirne	%2,98	Diyarbakır	%0.01
Ardahan	%2,99	Mardin	%0.01
Aydın	%3.04	Samsun	%0.01
Balıkesir	%3.08	Siirt	%0.01
Denizli	%3.21	Şanlıurfa	%0.01
Kars	%3.28	Van	%0.01
Tekirdağ	%3.29	Batman	%0.01
Bayburt	%3.38	Iğdır	%0.01
Diğer (1)- Other (1)	%3.38	Adana	%0.02
Bingöl	%3.40	Adıyaman	%0.02

### f) Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmelere Bağlı Ölümler

Dışsal yaralanma ve zehirlenme sebepli ölümlerin en az görüldüğü 15 il içerisinde 9 tanesi doğu bölgelerde yerleşimi olan illerdir.

**Tablo 8. Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmelere Bağlı Ölümler**

Yaralanma ve zehirlenme bağlı ölenlerin, il bazında toplam ölüme oranı		Yaralanma ve zehirlenme bağlı ölümlerin, il bazında toplam nüfusa oranı	
Ordu	%2.12	Batman	%0.006
Sakarya	%2.13	Bingöl	%0.009
Giresun	%2.17	Diyarbakır	%0.009
Batman	%2.34	Adıyaman	%0.01
Kırklareli	%2.51	Bitlis	%0.01
Bingöl	%2,68	Gaziantep	%0.01
Kilis	%2,68	Hakkâri	%0.01
Gaziantep	%2,93	Kocaeli	%0.01
Malatya	%2,93	Malatya	%0.01
Bayburt	%3.16	Muş	%0.01
Adıyaman	%3.18	Ordu	%0.01
Yalova	%3.27	Sakarya	%0.01
Yozgat	%3.28	Şanlıurfa	%0.01
Edirne	%3.30	Kilis	%0.01
Kocaeli	%3.42	Adana	%0.02

### g) Diğer Sebeplere Bağlı Ölümler

Diğer sebeplere bağlı ölümler çerçevesinde, diğer sebeplerin en az görüldüğü ilk 15 il arasında 12 doğu bölgesi ili bulunmaktadır.

**Tablo 9: Diğer Sebeplere Bağlı Ölümler**

Diğer Sebeplere bağlı ölenlerin, il bazında toplam ölüme oranı		Diğer Sebeplere bağlı ölümlerin, il bazında toplam nüfusa oranı	
Kırıkkale	%10.21	Hakkâri	%0.04
Zonguldak	%10.32	Ağrı	%0.05
Çanakkale	%10.52	Antalya	%0.05
Elâzığ	%10,74	Bursa	%0.05
Ardahan	%10,87	Diyarbakır	%0.05
Tunceli	%10.98	Elâzığ	%0.05
Giresun	%11.28	Van	%0.05
Balıkesir	%11.34	Batman	%0.05
Bilecik	%11.40	Adana	%0.06
Kırklareli	%11.41	Adıyaman	%0.06
Rize	%11,60	Ankara	%0.06
Erzincan	%11,82	Bingöl	%0.06
Denizli	%12.00	Bitlis	%0.06
Muğla	%12.03	Muş	%0.06
Kastamonu	%12.08	Siirt	%0.06

## SONUÇ

TÜİK 2018 daimî ikametgaha göre seçilmiş ölüm nedenleri ile 2018 Türkiye iller bazında nüfus dağılımı verileri betimsel olarak analiz edilerek, önce illerde gerçekleşen nedensel ölümlerin toplam ölümlere oranı, daha sonra ise yine il bazında gerçekleşen nedensel ölümlerin toplam il nüfusuna oranı bulunmuştur. Böylelikle elde edilen değerlerin büyüklük sıralaması yapılarak değerlendirmeye alınmıştır. İl bazında nedensel ölüm oranlarının toplam il nüfusuna oranlanarak elde edilen sıralaması, araştırma içeriği için daha anlamlı bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarının iki boyutta ele alınması mümkündür. Sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayan illerin, diğer illerde en fazla görülen hastalıkların görülme sıklığına göre değerlendirilmesi ve illerdeki toplam nüfuslara bakılarak mortalite oranına göre değerlendirilmesi yapıldığında da aynı sonuca varılmaktadır.

Yıllardır sağlık coğrafyası bazında incelenen, 10.000 kişi başına toplam hastane yatak sayısı, hekim sayısı, hemşire ve ebe sayısı, sağlık hizmeti kullanım oranları, GSYİH, Sosyo-Ekonomik gelişmişlik sıralamaları, sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri dikkate alındığında Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu sınırlarında bulunan iller sıralamaların sonlarında yer almıştır. Bu sonuçlara paralel olarak beklentinin ülkemizde en yaygın görülen nedensel ölümlerde, bu illerin il nüfusuna göre oranının yüksek olması yönündeyken, oranı en düşük iller olmuştur.

Daha net bir tabirle, Türkiye’de (İstanbul nüfus özellikleri sebebiyle değerlendirme dışı bırakıldığında) en fazla mortalite sebebi olarak gösterilen hastalıklar, gelişmişlik düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyi düşük illerde diğer illere göre daha az can kaybına sebep olmuştur.

Yetişkin ölümlerinin diğer illere göre daha az olmasının ya da gelişmişlik düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişimle aynı yönde (pozitif) etkileşimli olduğu düşünüldüğünde kök nedenlerin irdelenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerine ulaşımın engellerine rağmen, mortalite oranlarının diğer bölgelere göre daha az olmasının sebepleri arasında sigara ve alkol kullanımının batı bölgelerine göre daha düşük seviyede olması, stres faktörünün büyük şehirlere göre daha az olması, hava kirliliği ve sanitasyonun doğu bölgelerinde etkin olmayışı, beslenme alışkanlıkları ve doğal ortamlarda yetişen ürünlerin tüketilmesi, sağlık hizmeti kullanımına bağlı ilaç kullanımının da düşük oranlarda olması, genetik faktörler, alternatif tıp yöntemlerinin yaygın kullanımı gibi sebepler elde edilen sonuçları açıklamak yönünde uygun olabilir.

Ayrıca dini inanç kapsamında tevekkül yerine kadercilik yaklaşımına uygun hareketler de özellikle alternatif tıp yönelimini arttıran bir unsur olmaktadır.

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin daha geniş çapta irdelenmesi gerekmektedir. Bulguların kök nedenlerinin fiziki yaşam ortamıyla ilişkisinin kanıtlanması, finansal endişe sebebiyle yaşanan batıya göç dalgasının önüne geçebilecek çalışmalara öncülük edebileceği düşünülmektedir. Finansal kaygıyı ortadan kaldırarak insanların sağlıklı yaşam ortamlarına dönüşünü sağlayabilecek projelerin hayata geçirilmesi bölgede temel sorun olan gelir düzeyini arttıracak, buna bağlı olarak sağlık hizmetleri açısından da olumlu gelişmeler yaratacaktır.

Fiziksel faktörlerin etkinliğinin kanıtlanması için kullanılması düşünülen bir yöntem de, en fazla ölümlerle sonuçlanan hastalıkların, teşhis ve hastalık evreleri dikkate alınarak, ihtiyaç duyulan hasta bakım süresi, ihtiyaç duyulan hekim ziyaret sıklığı, ihtiyaç duyulan medikal cihazlar çerçevesinde incelenmesi daha detaylı bir araştırmanın sonuçlarıyla değerlendirilmesini mümkün kılacaktır.

## KAYNAKÇA

- Aday, Lu Ann and Ronald Andersen (1974), “A Framework for the Study of Access to Medical Care”, Health Services Research, 9(3) p.208-220
- Anderson G. and Hussey P. S. (2001) Comparing Health Systems Performance in OECD Countries. Health Affairs 20(3).
- Anell A. and Willis M. (2000) International Comparison of Health Care Systems Using Resource Profiles. Bulletin of the World Health Organization 78(6): 770-778.

- Barlas, Emin; Şantaş, Fatih ve Ahmet Kar (2014), “Türkiye’de Bölgesel Bebek Ölüm hızlarının Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Karşılaştırmalı Analizi,” International Conference on Eurasian Economies 2014.
- Ergin, Işıl ve Hür Hassoy (2011), “Bebek Ölümlülüğünde Eşitsizlikler:Dünya ve Türkiye’deki Duruma Dair Bir Değerlendirme,” İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi, 1(3):98-104.
- First National Center (2007), Understanding Health Indicators. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- IHSD (The Institute for Health Sector Development) (2000a) World Health Report 2000- Summary and Comments. London
- Kurt, Öner (2007), “Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? Aile Hekimleri Bu Sorunu Çözebilir Mi?”, Muzaffer Eskiocak (Edi.), “Kentsel Bölgede Sağlık örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?” İçinde (s. 69-78), (Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları
- MANAVGAT, G., ve ÇELİK, N., (2017). Sağlık Düzeyinin Belirleyicilerine Yönelik Mekânsal Bir Analiz: Türkiye İBBS-3 Örneği. Sosyo-ekonomi Dergisi, 25(34), 53-67.
- Murray C.J.L. and Frenk J. (2000) A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization 78(6): 717-731.
- Murray C.J.L. and Frenk J. (2001) World Health Report 2000: A Step Towards Evidence-Based Health Policy. The Lancet 357(26): 1698-1700.
- ÖZ, Necdet (2017), Hücresel Membranlar (Tıbbî Biyoloji ve Genetik Ders Notu, necdetersoztip.blogspot.com, e.10.3.2023
- Öztürk, Zekai ve Esmâ Tuğba Karakaş (2015), “Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri,” Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(2): 39-59.
- PAHO (Pan American Health Organization) (2001) Work Group of The Region of Americas on Health Systems Performance Assessment. Report of The Meeting Held in Ottawa, Canada, 4-6 September.
- Pransky G.; Benjamin K.; Dembe A. E. (2001), Performance and Quality Measurement in Occupational Health Services: Current Status and Agenda for Further Research. American Journal of Industrial Medicine, 40:295-306.
- Russell, J. Deborah; Humphreys, S. John; Ward, Bernadette,;Marita, Chisholm;Penny,Buykx;Matthew,McGrail and John Wakerman (2013), “Helping PolicyMakersAddressRural Health Access Problems”, The Australian Journal of Rural Health, Vol.21, p.61-71.
- Tunstall, H., Shaw, M., & Dorling, D. (2004). Places and Health. (J. TREVOR, Editör) J Epidemiol Comm Health, 58, 6-10.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html/> (e. 3.12.2022)
- Türkiye İstatistik Kurumu, Bölgesel Hesaplar, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=116&locale=tr> (e.3.12.2022)
- Türkiye İstatistik Kurumu. Çocuk İstatistikleri–Sağlık. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=116&locale=tr> (e. 3.12.2022)
- Ütöne, J. (2013). Geography of Health. EszterházyKárolyCollege. WHO. (2010), World Health Organization.
- WHO (2000), World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance. Geneva, Switzerland.
- WHO (2001), European Regional Consultation on Health System Performance Assessment. Geneva.
- Yetim, B. ve Çelik, Y. (2020), Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(2), 423-440.