

# Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (E-ASM) Kayıtlı Hastaların Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerine Yönelik Karşılanmayan İhtiyaçlarının Belirlenmesi

## Assessment of Unmet Healthcare Needs of Therapeutic Health Services in Patients Who Apply to the Educational Primary Care Center

İD Sema Nur ŞAHİN<sup>a</sup>,

İD Mehmet AKMAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Aile Hekimliği AD,  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
İstanbul, TÜRKİYE

Received: 27.01.2019  
Received in revised form: 10.04.2019  
Accepted: 11.04.2019  
Available online: 15.04.2019

Correspondence:  
Sema Nur ŞAHİN  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği AD, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drsemasahin@gmail.com

Bu çalışma, 11. Aile Hekimliği Güz Okulu  
(27 Eylül-01 Ekim 2017, Antalya)'nda  
poster bildiri olarak sunulmuştur.  
11. Güz Okulu En İyi Poster Bildirisi Birincilik  
ödülü almıştır.

Bu çalışma, Türkiye Aile Hekimliği Vakfı  
(TAHEV) En İyi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi  
Jüri Özel Ödülü almıştır.

Bu çalışma, 22. WONCA Dünya Konferansı  
(17-21 Ekim 2018 Seul, Kore)'nda sözlü olarak  
sunulmuştur.

**ÖZET Amaç:** Birinci basamağa (BB) kronik hastalık (KH) nedeni ile başvuran hastaların aldıkları tedavi edici sağlık hizmetleri açısından karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca KH bakımı alma durumu ve hastalık algısının hastalar tarafından belirtilen sağlık ihtiyaçları dikkate alındığında bir fark yaratıp yaratmadığı araştırılacaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 1 Eylül 2016-30 Mart 2017 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı üç BB merkezinde yürütülmüştür. KH sahibi gönüllü kişiler çalışmaya alınmıştır. Veri toplama araçları yarı yapılandırılmış anket formu, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC) ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)'dir. SPSS 21,0 ile yapılan analizde  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** Toplam 373 katılımcının %64,3'ü kadın, %35,7'si erkek, yaş ortalaması  $51,58 \pm 15,82$  yıl'dır. En sık 3 KH sırasıyla; %47,5 ile hipertansiyon, %24,9 ile diyabet, %13,10 ile tiroid hastalıklarıdır. Ulaşılabilirlik (%96,8) ve cepten ödeme (%96,2) ihtiyaçları karşılanmaktadır. Hastaların çoğunun tanı (%90) ve takip (%79-98) yeri ikinci basamak (İB) iken, ilaç yazdırmak (%52-88) için ise BB'den hizmet almıştır. Aile hekiminin sağlık hizmetini koordine etme durumunu hastaların %86'sı "hiçbir zaman" olarak ifade etmiştir. Toplam puan ortalaması PACIC:  $2,18 \pm 1,30$ , HAÖ:  $50,27 \pm 15,57$ 'dir. Hipertansiyon takibi için İB tercih edenlerin HAÖ skoru daha yüksek, hastalığı endişe verici olarak algılamaları daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). **Sonuç:** BB'den KH tanı, tedavi ve izlemi için yararlanma yetersiz düzeyde görülmektedir. Ne yazık ki hasta perspektifinde; BB'nin KH'lere yönelik tedavi edici sağlık hizmetini yeterince karşılamadığı ve konununun "ilaç yazdırma yeri" olarak algılanması şeklinde karşılık bulmaktadır. Karşılanmayan ihtiyaçlar ile hastalık algısı ve hastalık bakımı arasında korelasyon gözlenmiştir. KH'lere yönelik tanı ve tedavi edici hizmetlerde BB'nin yerini artıracak ve güçlendirecek müdahaleler planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği; kronik hastalık; ihtiyaç tespit; E-ASM

**ABSTRACT Objective:** It was aimed to assess the unmet needs of therapeutic health services in patients with chronic disease (CD) who apply to the primary care. In addition, it will be examined whether chronic illness care, illness perception makes a difference when considering the health needs specified by patients. **Material and Methods:** This is a descriptive research. It was carried out 01.09.2016-30.03.2017 in three primary care centers (PCC). Volunteers are the patients with at least one CD. Data collection tools: semi-structured questionnaire, Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Analysis with SPSS 21.0,  $p < 0.05$  was considered significant. **Results:** Total 373 participants 64.3% were female, average age was  $51.58 \pm 15.82$  years. The three most common CD; hypertension (47.5%), diabetes (24.9%) and thyroid disease (13.10%). Accessibility (96.8%) and out-of-pocket payments (96.2%) needs are met. While more diagnosis (90%) and follow-up (79-98%) took place in secondary care, mostly (52%-88%) be used PCC for re-prescription. Of the 86% patient's stated that the coordinating health service by PCC was never. Mean score PACIC:  $2.18 \pm 1.30$ , IPQ-R:  $50.27 \pm 15.57$ . Patients who preferred the secondary care for hypertension treatment follow-up were found to have higher IPQ-R scores ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** It is PCC is ineffectively used for diagnosis, treatment and follow-up of CDs. Unfortunately, the patient's perspective; the PCCs as having inadequate health services for CD and the position thinks that it is considered as 'a place of prescription'. It has been found that illness perception and chronic illness care may be related to unmet needs. Interventions should be planned in order to increase the effect and strong of the PC in diagnostic and therapeutic services for CDs.

**Keywords:** Family physicians; chronic disease; needs assessment; PCC

**S**on 20 yılda epidemiyolojik ve demografik değişiklikler ile beraber tedavi edici sağlık hizmetleri açısından birinci basamak (BB) gündemi bulaşıcı hastalıklardan kronik hastalıklara doğru bir kayma göstermektedir.<sup>1</sup> Nüfusta yaşlı oranının artışı, sosyoekonomik farklılaşmalar, multimorbiditenin yükselişi ile sağlık ihtiyaçları karmaşıklaşmaktadır.<sup>2</sup> Kronik hastalık (KH) yükü hem multimorbiditeye bağlı sakatlık hem de önemli bir mortalite nedeni olmaya devam ederken, dünya genelinde KH'ye bağlı mortalite sıklığı 36 milyon kişi/yıldır.<sup>3</sup> Önemli bir ölüm nedeni olmasının yanında, erişkinlerde tüm poliklinik başvurularının %72'si kronik bir hastalık nedeniyledir.<sup>4</sup> Buna rağmen KH yönetimindeki aile hekimliği uygulamalarının yerine ve bireyin sağlık ihtiyaçlarının ne kadarını karşılayabildiğine yönelik veri sınırlıdır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (SB) verilerine göre en az bir KH sahibi olan 22 milyon kişi bulunmaktadır. Ülkemizde KH'ye bağlı mortalite 380 bin kişi/yıldır.<sup>5</sup> Yıllık kişi başına hekim ziyareti "Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)" ortalaması 2012 yılındaki verilere göre 6,7 kez iken, Türkiye'de daha yüksek olan bu oran, ortalama 8,2 kezdir.<sup>6</sup> SB verilerine göre hastalar, bir yıl içerisinde ortalama 8,3 kez bir sağlık kurumuna başvurmaktadır (BB sağlık kurumlarına 2,8 kez, hastanelere ise 5,5 kez).<sup>5,6</sup>

Bu bilgiler ve veriler, KH yönetiminin önemi ve bu alanda sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinin gerekliliğini göstermektedir. Çalışmamızda, BB'ye başvuran KH sahibi hastaların aldıkları tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi ve KH ile ilgili karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca katılımcılardan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği [Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)] kullanılarak aldıkları KH bakımını kendileri için değerlendirmeleri ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) aracılığıyla sahip oldukları hastalıkları nasıl algıladıklarını ortaya koymaları istenmiştir. Ayrıca KH bakımı alma durumu ve hastalık algısının hastalar tarafından belirtilen sağlık ihtiyaçları dikkate alındığında bir fark yaratıp yaratmadığı araştırılacaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

### ARAŞTIRMANIN TİPİ VE YERİ

Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 1 Eylül 2016-30 Mart 2017 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH)'ne bağlı üç BB eğitim merkezinde yürütülmüştür [Maltepe Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (MEASM), Pendik (PEASM), Tuzla (TEASM)]. Örneklem hesaplanmamıştır. Araştırmanın evrenini, bu merkezlere kayıtlı ve herhangi bir nedenle başvurulanlardan kriterlere uyan en az bir KH olan gönüllü kişiler oluşturmaktadır.

KH; akut ve bulaşıcı hastalıklar dışında, yavaş ilerleyen, 6 ay ve daha uzun süreli, genellikle birden fazla risk faktörünün sebep olduğu ve komple bir seyir gösteren, kişinin yaşam kalitesini etkileyen hastalıklardır. Bizim çalışmamızda da Boeckstaens ve ark. tarafından yapılan bir multimorbidite çalışmasında kullanılan bir KH listesi üzerinden dizayn edilen anket formu kullanılmıştır. Araştırmada, katılımcıların aile hekimleri tarafından hastanın hem tıbbi geçmişi hem şu anki tıbbi problemlerinden oluşan kapsamlı bir raporlamayla bu KH listesi meydana getirilmiştir. Bu KH listesinde belirtilen 22 hastalığın (hipertansiyon, lipid bozuklukları, kardiyomiyopati, iskemik kalp hastalığı, periferik arter hastalığı, kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, kalp kapak hastalığı, tiroid hastalığı, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Parkinson hastalığı, artrit, romatizma, osteoartrit, osteoporoz, kanser, depresyon, böbrek yetmezliği, serebrovasküler hastalık, stroke, diabetes mellitus) varlığı ve yokluğu üzerinden yapılandırılmış anket formu doldurulmuştur.<sup>7,8</sup>

Çalışmamızda MEASM'yi temsilen toplam 460 kişi; Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) ve Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (MÜDHF)'nde görev yapan Başibüyük Yerleşkesi'nde çalışan akademik kadro, idari kadro ve diğer personelden veri toplanmıştır. Başibüyük Yerleşkesi'nde tüm katlar gezilerek 331 (%71,9) kişiye ulaşılmış ve çalışma anlatılmıştır. Üç kez gidilmesine rağmen yanıt alınamayanlar "ulaşılmayanlar" olarak kabul edilmiştir.

ASM'ye başvuranlardan TEASM'de 88, PEASM'de 78 kişi anket sorularını yanıtlarak çalışmaya dâhil edilmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin kullandığı bilgisayar programı sistemi üzerinden KH tanı analiziyle hasta listeleri çıkarılmıştır. Tanı analizlerine göre, her bir ASM'de 18 yaş ve üzeri ortalama 314 kişide en az bir KH olduğu tespit edilmiştir. Tanı analizine göre hasta listelerinden telefon ile ulaşılabilenlerden ASM'ye davet edilen gönüllülerden TEASM'de 122 kişiden 57 (yanıt oranı: %46,7), PEASM'de 93 kişiden 44 (yanıt oranı: %47,3) kişi çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırma süresince ulaşılabilen en az bir kronik hastalığı olan 18 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmayı kabul eden toplamda 373; MEASM 106, PEASM 122, TEASM 145 gönüllüyle 10-15 dk yüz yüze anket ve ölçekler doldurularak çalışmaya dâhil edilmiştir (Şekil 1).

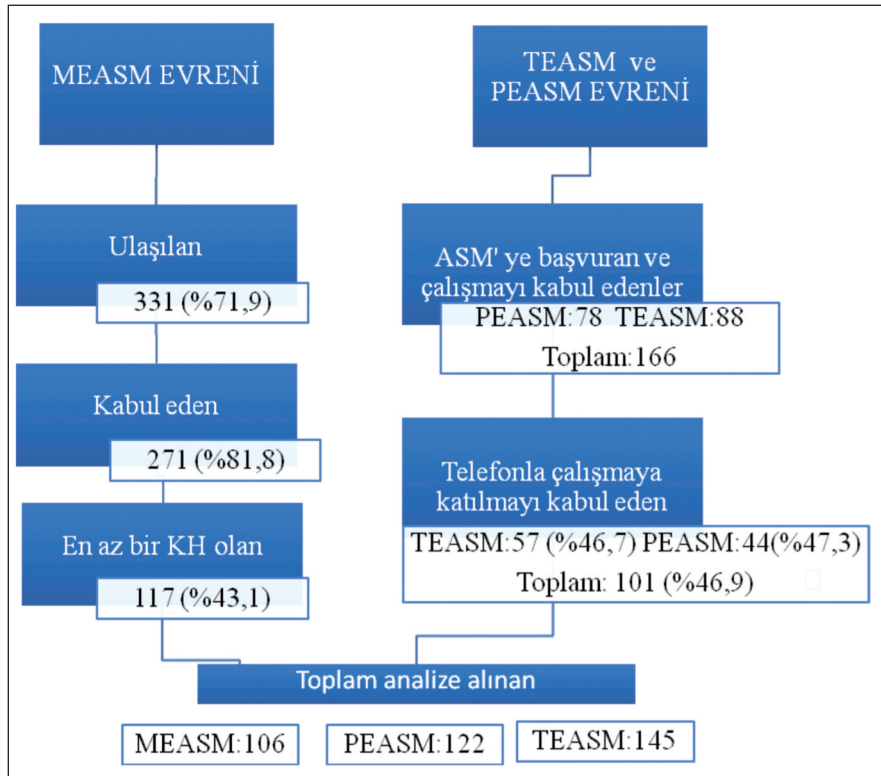
#### ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanan yapılandı-

rılmış anket formu ve iki adet ölçekten oluşmaktadır.

1. Anket formu; sosyodemografik verileri, sağlık kuruluşları kullanımını, KH'ler ile ilgili özellikleri ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik (ulaşılabilirlik, cepten ödeme, koordinasyon, tedaviye uyum, BB'den yararlanım, bakım kalitesi) soruları içermektedir.

2. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC): Yirmi sorudan oluşan; her soruya 1-5 arası puan verilen 5'li likert tip bir ölçektir. Beş alt boyuttan oluşmaktadır: 1-3. sorular "hasta katılımı", 4-6. sorular "karar verme desteği", 7-11. sorular "amaç belirleme/rehberlik", 12-15. sorular "problem çözme", 16-20. sorular "izlem/koordinasyon". Tüm sorulardan alınan puan toplanarak "toplam PACIC puanı" üzerinden 20 sorunun ortalaması alınarak değerlendirilir. Aynı zamanda her bir alt boyutun ortalama puanı üzerinden de değerlendirilebilir. KH sahibi bireylerin ölçek puanlarındaki artış, hasta perspektifinden KH yönetiminin yeterli olarak değerlendirildiğini gösterir.



ŞEKİL 1: Veri toplama akışı.

MEASM: Maltepe Eğitim Aile Sağlığı Merkezi; TEASM: Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi; ASM: Aile Sağlığı Merkezi; PEASM: Pendik Eğitim Aile Sağlığı Merkezi; KH: Kronik hastalık.

Aynı zamanda “toplam PACIC puanı” ne kadar yüksek ise hastaların aldıkları bakımdan memnuniyetini o oranda yüksek olduğunu gösterir.

3. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): Toplam 9 sorudan oluşan, her bir soruya 0-10 arası puan verilen 11’li likert tip ölçektir. Sorular şu şekilde tanımlanabilir; 1: Hastalıktan etkilenme, 2: Hastalık süresi, 3: Hastalık üzerinde kontrol, 4: Tedaviye inanç, 5: Şikayetlerin derecesi, 6: Hastalıktan duyulan endişe, 7: Hastalığı anlama, 8: Hastalıktan duygusal olarak etkilenme, 9: Hastalık nedeni olarak inandıkları en önemli üç neden. Tüm sorulardan alınan puan toplanarak “toplam HAÖ puanı” üzerinden değerlendirilir. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır.

## ANALİZ

Veriler “Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21)” bilgisayar paket programı ile değerlendirilerek analiz edilmiştir. Analizde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma vb.) ve karşılaştırmalı analizler (ki-kare testi, t-testi, Mann-Whitney U) yapılmıştır. Verilerin analizi sonucunda  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## AYDINLATILMIŞ ONAM VE ETİK KURUL

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 02.09.2016 tarihinde onay alınmıştır (09.2016.473 protokol kodu olan Etik Kurul onayı).

## BULGULAR

### KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ

Toplam 373 katılımcının %64,3’ü kadın, %35,7’si erkek, yaş ortalaması  $51,58 \pm 15,82$  yıl, toplam eğitim ortalaması  $8,77 \pm 6,14$  yıl’dır. Tüm katılımcıların sahip olduğu en sık 5 KH sırasıyla; %47,5 (n:177) ile hipertansiyon, %24,9 (n:93) ile diyabet, %13,10 (n:49) ile tiroid hastalıkları, %12,6 (n:47) ile iskemik kalp hastalığı ve %10,7 (n:40) ile astım olarak belirlenmiştir. Katılımcıların özellikleri **Tablo 1**’de görülmektedir.

**TABLO 1:** Katılımcıların özellikleri [n (%): sayı (yüzde)].

Cinsiyet:		Eğitim durumu:	
Kadın	240 (64,3)	Yok	47 (12,6)
Erkek	133 (35,7)	İlkokul	137 (36,7)
Toplam	373 (100)	Ortaokul	28 (7,5)
Medeni durum:		Lise	57 (15,3)
Evli	261 (70,2)	Üniversite	77 (20,6)
Bekâr	55 (14,8)	Yüksek lisans	21 (5,7)
Dul	56 (15)	Diğer	6 (1,6)
Toplam	372 (100)*	Toplam	373 (100)
Sağlık güvencesi:		Aylık gelir:	
Yok	8 (2,1)	0-1.300 TL	103 (32,1)
Sosyal Güvenlik Kurumu (Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı)	365 (97,9)	1.301-2.602 TL	133 (41,4)
Toplam	373 (100)	2.603-5.203 TL	62 (19,3)
		5.204 ve üstü	23 (7,1)
		Toplam	321 (86,1)**
Meslek:		Çalışma durumu:	
İşçi, personel	38 (22,8)	Çalışmıyor	29 (7,8)
Teknisyen	5 (3)	Çalışıyor	142 (38,1)
Devlet memuru	87 (41,2)	Ev kadını	93 (24,9)
Çalışmıyor, ev kadını, emekli	231 (33)	Emekli	109 (29,2)
Toplam	361 (100)***	Toplam	373 (100)

\* Tüm katılımcılardan 372 kişi “medeni durum” sorusunu yanıtlamıştır.

\*\* Tüm katılımcılardan 321 kişi “aylık gelir” sorusunu yanıtlamıştır.

\*\*\*Tüm katılımcılardan 361 kişi “meslek” sorusunu yanıtlamıştır.

**Son bir yıl içinde sağlık kuruluşlarının kullanımı:** Katılımcıların yıllık sağlık kurumuna başvuru ortalamaları; aile hekimine  $3,55 \pm 2,8$  ve uzman hekime  $3,34 \pm 3,02$  kezdir. Tüm katılımcıların %81,5 (n:304)’i son bir yıl içinde aile hekimine gitmiştir. Son bir yıl içinde uzman hekim ya da hastaneye gidenler tüm katılımcıların %76,4 (n:285)’üdür. En sık başvurulmuş bölüm %33,9 (n:95) ile dâhiliye ve %13,9 (n:39) ile kardiyoloji olmuştur. “Hangi bölüme gitmeniz gerektiğine nasıl karar verdiniz?” sorusuna “Kendim karar verdim.” diyenler, %59,4 (n:164) oranı ile çoğunluktadır. “Sürekli gittiğim aile hekimim yönlendirdi.” diyenler %8 (n:22) ile azınlıktadır.

### KARŞILANMAYAN İHTİYAÇLAR

**Ulaşılabilirlik:** Katılımcılardan %67,8 (n:253)’i, “KH ile ilişkili ihtiyaç duyduğunda sağlık kurumuna ulaşabiliyorum.” önermesine “Kesinlikle katılıyorum.”; %64,1 (n:239)’i, “KH ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda uzman hekime ulaşabiliyorum.” önermesine “Kesinlikle katılıyorum.” yanıtını vermiştir. Katılımcılar arasında KH ile ilgili son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyen ve tıbbi bakım aramayanların oranı %4,3 (n:16)’tür. Git-

meme nedeni olarak en sık “ulaşımın olmaması/zor olması” yanıtı alınmıştır. Son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenler arasında “sağlık kurumuna ulaşamayanların oranı %43,8 iken, herhangi bir sağlık kurumuna gidenlerde aynı oran %13,2’dir (*Fisher kesinlik testi: 0,004*) (Tablo 2).

**Cepten Ödeme:** Katılımcılardan “KH ile ilişkili ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetini-ilaçları maddi olarak hiçbir zaman karşılayamayan %3,8 (n:14)-%3,5 (n:13) oranındadır. Son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenler arasında çalışanlar (%87,5) çalışmayanlara (%12,5) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ( $\chi^2:17,32$ ;  $p<0,001$ ) (*Ki-kare testi ile analiz edilmiştir*). Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumuna gidenlerde gitmeyenler karşılaştırıldığında çalışmayanların oranı (%64,1), çalışanlara (%35,9) göre daha yüksektir ( $\chi^2:17,32$ ,  $p<0,001$ ) (*Ki-kare testi ile analiz edilmiştir*) (Tablo 3).

Aile hekiminin sağlık hizmetini koordine etme durumuna katılımcıların %86 (n:276)’sı “hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Son bir yıl içinde KH’ler için ilaç bırakmak zorunda kalanların oranı, %19,9 (n:64)’dur.

**Birinci Basamaktan Yararlanım:** Katılımcıların KH ile ilişkili tedavi edici hizmet ihtiyaçlarından; ilaç yazdırma için katılımcıların %51,2 (n:191)’si her zaman aile hekiminden yararlanmaktadır. Tet-

kik, acil bir sağlık durumu, takip, tedavi düzenlenmesi, egzersiz-diyet önerileri ve branş uzmanına sevk edilmek için ise nadiren aile hekiminden yararlanmaktadırlar [%21,2 (n:79), %12,9 (n:47), %18,2 (n:68), %14,2 (n:53), %9,9 (n:37), %9,7 (36)].

**Bakım kalitesi:** Toplam PACIC (n:368) puan ortalaması  $2,18\pm 1,30$ ’dur (min:1-max:5). HAÖ (n:367) toplam puan ortalaması  $50,27\pm 15,57$ ’dir (min:0-max:80). Son bir yıl içinde sadece uzman hekime başvuranlar (n:49) ile sadece aile hekimine başvuranlar (n:68) arasında toplam PACIC puanı açısından anlamlı fark saptanmıştır ( $t:2,895$ ,  $p:0,005$ ).

### BİRİNCİ VE İKİNCİ BASAMAK TERCİH DURUMLARI

En sık 5 KH’nin tanı, tedavi ve takibi için BB ve ikinci basamak (İB) tercihleri Şekil 2 ve Şekil 3’te görülmektedir.

## TARTIŞMA

Katılımcıların çoğunlukla sağlık güvencesi olanlar (%97,9), kadınlar (%64,3), çalışmayanlar (%61,9) olduğu görülmüştür. BB en sık ilaç yazdırma, İB ise en sık tanı ve takip için kullanılmıştır. Temel anlamlı farklar; BB ulaşılabilir ve cepten ödemesi karşılanabilir olarak saptanmış olup, sayıca daha sık BB kullanımı olduğu belirlenmiştir. Sağlık hizmeti ko-

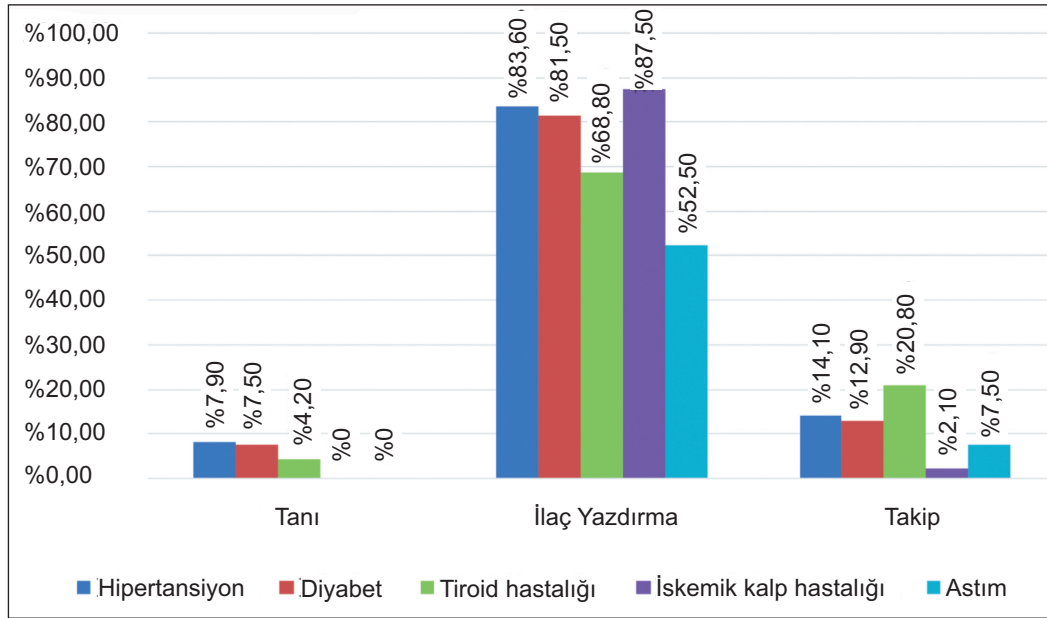
**TABLO 2:** Sağlık kurumuna gitme ve ulaşılabilirlik ilişkisi.

<i>Fisher kesinlik testi: 0,004</i>		1: Sağlık kurumuna ulaşamayan	2: Sağlık kurumuna ulaşabilen	Toplam	
Son bir yıl içinde;	Hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenler	n	7	9	16
		%	43,8	56,3	100,0
	Herhangi bir sağlık kurumuna gidenler	n	47	310	357
		%	13,2	86,8	100,0
<b>Toplam</b>	n	54	319	373	

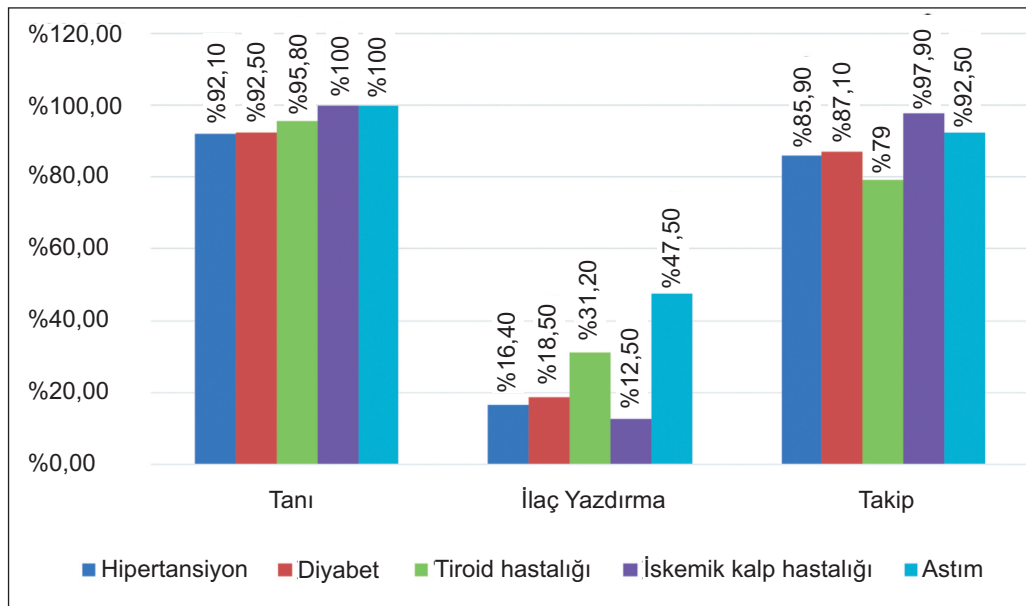
**TABLO 3:** Sağlık kurumuna gitme ve çalışma ilişkisi.

$\chi^2:17,32$ , $p<0,001$		Çalışmayan	Çalışan	Toplam	
Son bir yıl içinde;	Hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenler	n	2	14	16
		%	12,5	87,5	100,0
	Herhangi bir sağlık kurumuna gidenler	n	229	128	357
		%	64,1	35,9	100,0
<b>Toplam</b>	n	231	142	373	





ŞEKİL 2: KH için birinci basamak tanı, tedavi (ilaç yazdırma) ve takip oranları. İskemik kalp hastalığı ve astım birinci basamakda tanı almamıştır.



ŞEKİL 3: Kronik hastalık için ikinci basamak tanı, tedavi (ilaç yazdırma) ve takip oranları.

ordinasyonu ve etkili yararlanım parametrelerinde BB yetersiz orandadır. Katılımcıların çoğunluğu KH takibi için İB'yi tercih ederken; en son sağlık kurumuna başvurular değerlendirildiğinde, BB'nin daha fazla tercih edildiği görülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) sonrası Genel Sağlık Sigortası şemsiyesi altında tüm toplumu kap-

sayan hizmet sunumu ile cepten ödemelerin azaldığı görülmektedir. Herkes için ücretsiz olan aile hekimliği sistemi ile ulaşılabilir ve cepten ödemesi düşük hizmet ile özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik programlar yürütülmektedir.<sup>9</sup> Ulaşılabilirlik ve cepten ödeme açısından çalışmamızdaki hastaların da karşılanmayan ihti-

yaçları düşük orandadır (sırasıyla %3,2 ve %3,8). Bununla beraber katılımcıların çoğunluğu sağlık kurumuna ulaşabildiğini ifade etse de hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenlerin en önemli engeli ulaşılabilirliktir. Aynı zamanda çalışmak ve yüksek gelirli olmak da sağlık kurumuna gitmeyi zorlaştıran faktörler olarak bulunmuştur.

Kringos ve ark. tarafından yapılan ülkeler açısından ulaşılabilirlik ve sürekliliğin incelendiği araştırmada, ülkelerin zenginliği arttıkça ulaşılabilirliğin arttığı bildirilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda göreceli olarak yüksek gelirli kişilerin sağlık kurumuna gitmesini zorlaştıran faktör olarak bulunmasının nedeninin bu grubun çalışanlarda oluşması ve mesai saatleri içerisinde veya maddi kayıp kaygısıyla sağlık kurumlarına erişememeleri olabileceği düşünülmektedir. Özellikle BB’de mesai dışı hizmet verilmemesinin sürekliliği olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.<sup>10</sup> Araştırmamızda da çalışan bireylerin göreceli olarak ulaşılabilirliğinin daha az saptanması BB’de mesai dışı hizmet verilmesi gerektiğini düşündürse de sonuçlarımız, ülke bazında genelleme yapabileceğimiz bir örneklem üzerinden elde edilmemiştir. BB’de muayene olan hasta sayısının yıllar geçtikçe giderek artması ve aile hekimlerine kayıtlı hasta sayısının yüksek olması hasta yükünü artırırken sunulan hizmet kalitesini düşürmektedir. (2002 yılından 2010 yılına kadar 2,5 kat artış).<sup>11</sup> Bu nedenle öncelikle hasta yükünün azaltılması ve hizmet sunum kalitesinden ödün verilmeden hizmette sürekliliğin sağlanmasına yönelik planlamalar gerekmektedir.

**Koordinasyon ve BB yararlanımı:** Araştırmamızdaki hastaların büyük bir kısmının (%82) KH ile ilişkili tedavi edici sağlık hizmetlerinden branş uzmanına sevk edilmek için BB kullanmadıkları görülmüştür. Ülkemizde “sevk zinciri sistemi” zorunlu olmadığından, sağlık hizmeti koordinasyonunun karşılanmayan ihtiyaç olarak saptanması ve bu nedenle sevk edilmek amacıyla BB’nin hiçbir zaman kullanılmama oranının yüksek olması beklenen bir durumdur. Atun ve ark.nın SDP ile BB sağlık hizmetlerinin kapsamını incelediği araştırmasında ise; bu projeye evrensel sağlık ölçütlerinin (bebek ölüm hızı vs.) iyileştiği, ulaşılabilirliğin arttığı, hasta memnuniyetinin yükseldiği ve sağ-

lıkta eşitsizliklerin azaldığı aktarılmıştır.<sup>12</sup> Böylece “kolay ulaşılabilir BB” ile hizmette takdir edilesi yol katedilmiş ve hangi hizmetler için ulaşıldığı tartışılmaya başlanmıştır. Yıldız ve ark.nın çalışmasında, BB’de görülen hastaların yarısından fazlasının ilaç yazdırmak için geldiği aktarılmıştır.<sup>13</sup> Çalışmamızda da benzer olarak hastalarımızın KH ile ilgili ilaç yazdırmak için çoğunlukla BB’yi tercih ettiği saptanmıştır. Bu bağlamda hastaların ilaç yazdırma nedeni ile başvurularında aile hekimleri tarafından takip ve tedavi etkinliği için değerlendirme yapılsa da hastaların bu durumu “Sadece ilaç yazdırdım.” olarak algulamalarının sonucu olabilir. Oysaki sağlık sorunlarının çoğunluğu BB’de çözülebilmelidir. Aile hekimleri, çoğu KH tanı, takip ve tedavisini yönetebilecek yetkinliğe sahiptir.<sup>14</sup> Bu bağlamda BB’den yararlanımın istenen düzeyde olmaması, hastalar açısından ulaşılabilir ve etkin bir aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilemediğini düşündürmektedir.<sup>15</sup> Bu durum da bizi, BB’den inefektif yararlanmak ile karşılanmayan ihtiyaçlar arasında ilişki olabileceği sonucuna ulaştırmaktadır.

**Bakım kalitesi:** PACIC ve HAÖ ile hastanın beyanına dayalı kısıtlı düzeyde değerlendirilmiştir. PACIC ölçeği multimorbidite ve hastalık şiddetinden bağımsız olarak hastalık bakımı hakkında kişisel görüşü yansıtır. HAÖ ise hastalıkla mücadele etme ve KH yönetimi ile korele olarak düşünülmektedir. BB’de yapılan KH sahibi 50 yaş ve üstü 266 kişinin değerlendirildiği bir araştırmada, PACIC puan ortalaması 2,6 olarak saptanmıştır.<sup>16</sup> İn-cirkuş ve ark.nın yaptığı PACIC Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise ortalama 2,54±0,9 olarak bildirilmiştir.<sup>17</sup> Bu nedenle araştırmamızdaki PACIC ölçek puanının (2,18±1,30) diğer araştırmalara göre düşük olması, katılımcılarının hastalık bakımlarını yetersiz olarak değerlendirdiği bir çalışma grubuna sahip olduğumuzu düşündürmektedir. Son bir yıl içinde sadece uzman hekime başvuranlar ile sadece aile hekimine başvuranlar arasında toplam PACIC puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır. Sadece uzman hekime gidenlerin aldıkları toplam PACIC puanı daha yüksektir. Bu yükseklik, görece olarak sadece uzman hekime gidenlerin kronik hastalığının daha iyi yönetildiği algısına sahip olduğunu düşündürmektedir.

**Hastaların aile hekimi ve uzman hekim kullanım durumları:** Çalışmamızda, yıllık BB başvuru ortalaması Türkiye ortalamasından daha yüksek (3,55'e karşı 2,8) saptanmıştır. Buna karşılık tüm katılımcıların kronik hastalığa sahip olmasına rağmen yıllık uzman hekim-hastane başvurusu, çalışmamızda Türkiye ortalamasından daha düşük (3,34'e karşı 5,5) saptanmıştır. Tüm katılımcıların kronik hastalığı olmasından dolayı daha yüksek oranda uzman hekim ya da hastane başvurusu olması beklenen bir durum olmasına rağmen Türkiye ortalamasından daha düşük (3,34:3,55'e karşı 5,5:2,8) olması, çalışmanın BB'ye başvuran hastaları içermesinden kaynaklanmış olabilir. Son bir yıl içinde sadece uzman hekime gidenler (12,51±6,2) ve sadece aile hekimine gidenler (6,56±5,48) arasında toplam eğitim görülen yıl ortalaması açısından anlamlı fark vardır. Bir çalışmada, BB kullanımının öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi ile ters orantılı olduğu saptanmıştır.<sup>18</sup> OECD'ye üye ülkelerin araştırıldığı bir çalışmada, yüksek gelirli-lerin uzmana daha çok başvurduğu bildirilmiştir.<sup>19</sup> Çalışmamızda da benzer olarak sadece uzman hekime giden grubun daha eğitilmiş olduğu görülmektedir. Bazı araştırmalar, sosyal sınıflar arasında BB'ye başvuru farklılıkları olduğunu; bir çalışma ise kadınlar ve yaşlılar tarafından ilk başvuru yeri olarak BB'nin tercih edildiğini göstermektedir.<sup>19</sup> Çalışmamızda ise yaş, cinsiyet açısından BB ve İB tercihleri arasında fark saptanmamıştır.

**Kronik hastalıklara yönelik birinci basamağın konumu:** Hastaların çoğunluğunun KH tanı ve takibi için BB'den yararlanmadıkları görülmüştür. Hastaların neredeyse tamamı hipertansiyon ve diyabet tanısını İB'de almıştır. Katılımcılardan iskemik kalp hastalığı ve astım hastalığına sahip olanların tamamı, tanısını BB'de almadığını ifade etmiştir. En sık 5 KH çoğunlukla İB'de takip edilmektedir. Akman tarafından kaleme alınan "Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü" makalesinde, BB'de sevk zinciri olmamasından dolayı dal uzmanlarıyla resmî iletişimin kurulamaması durumunun KH tanı, tetkik ve izleminde BB'de eksikliklere neden olduğu vurgulanmıştır. Aynı zamanda KH hizmetlerinin yeterli olmadığı ve SDP öncesine göre pek ilerleme kaydedilmediği bildirilmiştir.<sup>20</sup> Bu ça-

lışmalarla benzer düzeyde bizim çalışmamızda KH tanı, takip ve tedavi hizmetleri açısından aile hekimliğinden yetersiz düzeyde yararlandığını göstermektedir. İlaç yazdırmak için ise hastaların %51,2 (n:191)'si her zaman aile hekimine gitmektedir.

**Araştırmanın Güçlü Yanları:** Ülkemizde daha önce KH olan bireylerde sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ve HAÖ ile PACIC'ın beraber incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamız, aile hekimlerine KH yönetiminde yol gösterici olabilir. Hastalarla yüz yüze görüşülmesi, yanıtların, sorular tam anlaşılabilir şekilde verildiğini ve yanıtların geçerliliğini desteklemektedir. Toplamda 373 hasta analiz edilmiştir, PACIC ve HAÖ uygulanarak değerlendirdiği diğer çalışmalara göre araştırmamız, daha yüksek hasta sayısı olması nedeni ile değerlidir.

**Araştırmanın Kısıtlılıkları:** Araştırmamızda depresyon değerlendirilmemiş olup, KH olan bireylerde sıkça görülmesi nedeni ile çalışma açısından bu durum bir kısıtlılıktır. PACIC, hastaların KH bakımındaki kişisel görüşünü yansıtmaktadır. Multimorbidite ve hastalık şiddetinden bağımsız olarak hastalık bakımı hakkında fikir vermektedir. Bu parametrelerin hastalık bakımını nasıl etkilediği çalışmamızda değerlendirilmemiştir. Tanımlayıcı tipte üç merkezde yürütülen bir araştırma olması nedeni ile temsiliyet gücü yoktur. Çalışma verileri tamamen hastaların beyanına dayalıdır; hafıza faktörü nedeni ile hastaların verdikleri bilgilerde hatalar olabilir.

## SONUÇ

Ulaşılabilirlik ve cepten ödeme açısından çalışmamızdaki hastaların karşılanmayan ihtiyaçları düşük orandadır. Hastalar, KH ile ilişkili hem tedavi edici hizmetleri hem de tanı ve takip ihtiyaçlarını yetersiz düzeyde aile hekimliğinden karşılamaktadırlar. KH ile ilgili ilaç yazdırmak için ise çoğunlukla BB'yi tercih ettikleri saptanmıştır. Ne yazık ki bu durum, hasta perspektifinde; BB'nin KH'lere yönelik sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde karşılamadığının ve konununun "ilaç yazdırma yeri" olarak algılandığının göstergesidir.



Katılımcıların çoğunluğu KH takibi için İB'yi tercih ederken, en son sağlık kurumuna başvurular değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda katılımcı "KH takip-tedavisi" sağlık durumunu işaret eden semptomlarla ilk olarak BB'yi tercih etmiştir (%71'e karşı %44). Çalışmanın yürütüldüğü merkezlerin yeni kurulmuş olduğu ve hastalarının ikinci ya da üçüncü kez ziyaret ettiği düşünüldüğünde, KH takibi için İB tercihlerinin E-ASM öncesini yansıttığı düşünülmektedir.

Bu nedenle, hastaların BB'de KH yönetiminin iyi şekilde yapılabileceğini algulamalarını kolaylaştıracak ve farkındalık oluşturacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Böylece hastalık algısının ve KH bakımının güçlendirilmesiyle BB'nin KH yönetimiindeki payı artırılabilir.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

*Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.*

## KAYNAKLAR

- De Maeseneer J, Roberts RG, Demarzo M, Health I, Sewankambo N, Kidd MR, et al. Tackling NCDs: a different approach is needed. *Lancet*. 2012;379(9829):1860-1. [Crossref]
- De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362(9392):1314-9. [Crossref]
- World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2008. [Link]
- Akman M, Çifçili S. [Family practice and chronic care model]. *Türk Aile Hek Derg*. 2010;14(1):32-7. [Crossref]
- T. C. Ministry of Health General Directorate of Treatment Services. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Yayın No: 909. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı: Anıl Matbaa Ltd. Şti; 2013. p.291.
- Bora Başara B, Güler C, Yentür GK, Birge B, Pulgat E, Mamak Ekinci B, Republic of Turkey Ministry of Health Directorate General for Health Research. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Yayın No: 917. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2013. p.153.
- Boeckxstaens P, Vaes B, Legrand D, Dalleur O, De Sutter A, Degryse JM. The relationship of multimorbidity with disability and frailty in the oldest patients: a cross-sectional analysis of three measures of multimorbidity in the BELFRAIL cohort. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(1):39-44. [Crossref] [PubMed]
- O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract*. 2004;21(4):381-6. [Crossref] [PubMed]
- Civaner MM, Azap A, Pala K, Akalın A, Ak-sakoğlu G, Tanık FA, et al. [The lancet markets the 'successes' of transformation in health internationally]. *Toplum ve Hekim Derg*. 2013;28(6):403-21.
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(616):e742-50. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Republic of Turkey Ministry of Health Directorate General for Health Research. [Use of Health Services.] Vol. 7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Yayın No: 917. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2013. p.97.
- Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. [Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity]. *Lancet*. 2013;382(9886):65-99. [Crossref]
- Yıldız AN, Akkaya AE, Günay İ, Bektaşoğlu G, Güler M, Doğan C, et al. [Evaluation of the applications made between 7-11 April 2003 to a health center of Keçiören Municipality and a health center of Keçiören Health Group]. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2004;14(4):28-33.
- Gücük S, Atmaca B, Alkan S, Sunay D, Cansever Z. [Assessment of patients that request prescription by primary care physicians' views]. *TAF Prev Med Bull*. 2011;10(2):149-54. [Crossref]
- Başer AD, Kahveci R, Koç EM, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. [Strong primary care for effective health systems]. *Ankara Med J*. 2015;15(1):26-31.
- Apaydın Kaya Ç, Akturan S, Şimşek M, Uguz K, İçen F, Akman M. [Evaluation of the chronic illness care from the patients' perspective]. *Turkish Family Physician*. 2013;4(3):1-9.
- İncirkus K, Nahcivan ÖN. [Validity and reliability study of Turkish version of the patient assessment of chronic illness care-patient form]. *DEUHYO ED*. 2011;4(1):102-9.
- İlhan NM, Tüzün H, Aycan S, Aksakal NF, Özkan S. [Health care service use characteristics of the primary health care center attendants and the variation with regard to some socioeconomic indicators: last determinations before the health reform]. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006;25(3):33-41.
- Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktepe O, et al. [Patients evaluate physicians the Europep instrument]. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002;16(3):153-60.
- Akman M. [Strength of primary care in Turkey]. *Türk Aile Hek Derg*. 2014;18(2):70-8. [Crossref]