

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE (E-ASM) KAYITLI HASTALARIN TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KARŞILANMAYAN İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

Dr. SEMA NUR ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2017



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE (E-ASM) KAYITLI HASTALARIN TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KARŞILANMAYAN İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

Dr. SEMA NUR ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MEHMET AKMAN

İSTANBUL 2017

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca yanında çalışmaktan onur duyduğum, engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı başta tez danışmanım değerli hocam sayın Doç. Dr. Mehmet Akman olmak üzere, hepsi birbirinden değerli bölüm hocalarım sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye, sayın Prof. Dr. Pemra C. Ünalan'a ve sayın Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya

Birlikte çalıştığım süre içinde dostluklarını, fedakârlıklarını ve özverilerini her zaman hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma, uzmanlarıma ve anabilim dalımız personeline,

Toplanan verilerin elektronik ortama aktarılmasında bana destek olan meslektaşım Dr. İ. Hümay Akyıldız'a, İngilizce özet için destek olan değerli meslektaşım Dr. T.Didem Yıldız'a ,

Dualarını hep arkamda hissettiğim, hayatımın her bölümünde desteklerini ve güvenlerini benden esirgemeyen sevgili annem Nadire Şahin , babam Ahmet Şahin, kardeşim, ablalarım Zehra Şahin ve Avukat Kübra Nur Şahin'e en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Sema Nur Şahin Haziran 2017

İÇİNDEKİLER **Sayfalar**

ÖNSÖZ ..... **i**
ŞEKİLLER VE TABLOLAR ..... **iv**
ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vii**
KISALTMALAR ..... **x**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Birinci Basamak **3**
2.1.1. Sağlık Hizmetleri **4**
2.2. Aile Hekimliği Uzmanlığının Tarihçesi **4**
2.2.1. Aile hekimliği disiplini çekirdek yeterlilikler **6**
2.3.Ülkemizde Aile Hekimliğinin Sağlık Sistemindeki Gelişimi **7**
2.3.1. E-ASM **9**
2.3.2. Birinci Basamağın Güçlendirilmesi **10**
2.3.2.1. Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi (Health Needs Assessment (HNA)) ve Karşılanmayan Sağlık Hizmetleri (Unmet healthcare needs) **11**
2.4. Kronik Hastalıklar **13**
2.4.1. Tanımı ve önemi **13**
2.4.2. Kronik hastalık yönetimi **14**
2.4.2.1. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme **14**
2.4.3. Hastalık Algısı **15**
3. GEREÇ VE YÖNTEM **17**
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri **17**
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi **17**
3.3. Araştırmanın Zaman Planı **22**
3.4.Katılımcıların Seçimi **22**
3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri **22**
3.4.1.1. Kronik hastalık tanımı ve çalışmaya dahil edilen kronik hastalıklar listesi **23**
3.4.2. Çalışmadan hariç tutulma ve çıkarılma kriterleri: **24**

3.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları 24
3.6. Analiz 26
3.7. Aydınlatılmış Onam ve Etik Kurul : 26
4. BULGULAR 27
4.1. Tanımlayıcı Veriler 27
4.1.1. Katılımcıların özellikleri 27
4.1.2. Son bir yıl içinde sağlık kuruluşlarını kullanım 31
4.1.3. Karşılanmayan ihtiyaçlar 35
4.1.4. Kronik hastalık sıklıkları 42
4.1.5. En sık 5 kronik hastalık 43
4.1.6. En sık 5 kronik hastalığa sahip katılımcıların Birinci basamak ve İkinci basamak tercih durumları 45
4.1.7. En son sağlık sorunu 51
4.2. Karşılaştırmalı Analizler 53
5. TARTIŞMA 61
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 72
KAYNAKLAR 74
EKLER 78

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Şekil-1: TEASM ve PEASM çalışmaya alınanlar 20
Şekil-2: MEASM ulaşılan-red-kabul-tam yanıt alınan hasta sayıları 21
Tablo-1: Katılımcıların Özellikleri 28
Tablo-2: Katılımcıların Alışkanlıkları 30
Tablo-3: Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri 31
Tablo-4: Yıllık aile hekimi başvuru sayısı 32
Tablo-5: Yıllık uzman hekim-hastane başvuru sayısı 33
Şekil-3: Aile hekimi ve uzman hekime gidenlerin memnuniyet oranları 34
Şekil-4: Aile hekimine gitmeyenlerin gitmeme nedenleri 35
Şekil-5: Tıbbi bakım aramamanın en sık nedenleri 36
Tablo-6: Kronik hastalık ile ilgili ihtiyaç duyulduğunda sağlık kurumu-uzman hekime ulaşım sıklıkları 37
Tablo-7:Aile hekiminin koordinasyon rolü 38
Tablo-8: Kronik hastalık tedavisine uyum 39
Tablo-9: İlaç bırakma nedenleri 39
Tablo-10: PACIC ve HAÖ puan analizleri 41
Tablo-11: Kronik hastalıkların sıklık sıralaması 42
Şekil-6: En sık 5 kronik hastalık ve oranları 43
Şekil-7: Kronik Hastalıklar İçin Birinci Basamakta Tanı, Tedavi (İlaç Yazdırma) Ve Takip Oranları 46
Şekil-8: Kronik Hastalıklar İçin İkinci Basamakta Tanı, Tedavi (İlaç Yazdırma) Ve Takip Oranları 46
Şekil-9 :En sık 5 kronik hastalığın BB ve İB tanı alma oranları 47
Şekil-10: En sık 5 kronik hastalığın BB ve İB ilaç yazdırma oranları 48
Şekil-11: En sık 5 kronik hastalığın BB ve İB takip oranları 48
Tablo-12: En sık 5 kronik hastalığın tanı, takip, ilaç yazdırma için BB ve İB tercihleri açısından karşılaştırılması 49
Şekil-12: Kontrol kararında etkili olan faktörlerin oranları 50
Şekil-13: Kronik hastalık için sürekli takip olunan hekim oranları 50
Tablo-13: En son sağlık sorunu için BB ve İB tercih durumları 52
Tablo-14: Hipertansiyon, Diyabet tanısı açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi 53
Tablo-15: Tiroid hastalığı tanısı açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi 54
Tablo-16: Hipertansiyon, Diyabet, Tiroid hastalığı için ilaç yazdırma açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi 55
Tablo-17: Hipertansiyon, Diyabet, Tiroid hastalığı için takip açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi 56
Tablo-18: Hekim tercihi açısından HAÖ ve PACIC karşılaştırılması 57
Tablo-19: Hekim tercihi açısından BSD, toplam eğitim görülen yıl, VKİ karşılaştırılması 58
Tablo-20: Sağlık kurumuna gitme ve ulaşılabilirlik ilişkisi 58
Tablo-21: Sağlık kurumuna gitme ve çalışma ilişkisi 59
Tablo-22: Sağlık kurumuna gitme ve aylık gelir durumu ilişkisi 60

ÖZET

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalık yönetim modeli olarak temel sağlık hizmetlerine dayalı entegre sağlık sistemi modelleri geliştirmeyi önermektedir. Bu bağlamda bireyin sağlık ihtiyaçlarını belirleyen programların desteklenmesini öncelikler. Tedavi edici sağlık hizmetleri açısından birinci basamak gündemini ‘’kronik hastalıklar’’ oluşturmasına rağmen kronik hastalık yönetimindeki aile hekimliği uygulamalarının yeri ve bireyin sağlık ihtiyaçlarının ne kadarını karşılayabildiğine yönelik veri sınırlıdır. Bu araştırmada birinci basamağa başvuran kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları tedavi edici sağlık hizmetlerinden kronik hastalık ile ilişkili karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca kronik hastalık bakımı ve hastalık algısı ile hastalar tarafından belirtilen sağlık ihtiyaçlarının ilişkisi incelenecektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 1 Eylül 2016 - 30 Mart 2017 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı üç birinci basamak merkezinde yürütülmüştür. Örneklem hesaplanmamıştır. Bu merkezlere herhangi bir nedenle başvuranlardan kriterlere uyan en az bir kronik hastalığı olan gönüllü kişiler çalışmaya alınmıştır. Veri toplama araçları yapılandırılmış anket formu, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC) ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeğidir (HAÖ). Veriler 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 analiz sonucunda $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Toplam 373 katılımcının %64,3’ü kadın, %35,7’si erkek, yaş ortalaması 51,58±15,82 yıldır. Katılımcıların toplam eğitim gördüğü yıl ortalaması 8,77±6,1’dır.Tüm katılımcıların sahip olduğu en sık üç kronik hastalık ; %47,5 (n:177) oranında Hipertansiyon birinci , %24,9 (n:93) oranında Diyabet ikinci, %13,10 (n:49) oranında Tiroid hastalığı üçüncü sıradadır. Aile hekimine gidenlerin %80,9 (n:279)’u memnun kalmıştır. Yıllık birinci basamak başvuru ortalaması Türkiye ortalamasından daha yüksek saptanmıştır (3,55 vs 2,8). Buna karşılık tüm katılımcıların kronik hastalığa sahip olmasına rağmen yıllık uzman hekim-hastane

başvurusu Türkiye ortalamasından daha düşüktür (3,34 vs 5,5). İlaç yazdırmak için ise %51,2 (n:191) her zaman aile hekimine gidilmektedir. Ulaşılabilirlik ve maddi erişim açısından bizim çalışmamızdaki hastaların karşılanmayan ihtiyaçları düşük orandadır (%3,2 ve %3,8). Katılımcılar arasında kronik hastalığı ile ilgili son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyen ve tıbbı bakım aramayanlar %4,3 (n:16) olarak saptanmıştır. Gitmeme nedeni olarak en sık ‘‘ulaşımın olmaması/zor olması’’dır. Son bir yıl içinde kronik hastalıkları için ilaç bırakmak zorunda kalan %19,9 (n:64) oranındadır. İlaç bırakma nedeni olarak en sık ‘’daha iyi hissetmem’’ %43,7 (n:31) oranındadır. Toplam PACIC puan ortalaması 2,18±1,30 (n:368) olarak bulunmuştur. HAÖ ölçeğine göre toplam ortalama 50,27±15,57 olarak sonuçlanmıştır. Hipertansiyon takibi için ikinci basamağı tercih edenlerin HAÖ skoru daha yüksek, hastalığı algılama düzeyleri daha düşük ve hastalığı endişe verici olarak görme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Ulaşılabilirlik ve maddi erişim açısından bizim çalışmamızdaki hastaların karşılanmayan ihtiyaçları düşük orandadır. Bununla birlikte hastaların çoğunluğu sağlık kurumuna ulaşabildiğini ifade etse de hiçbir sağlık kurumuna gitmeyen küçük bir grubun en önemli engeli ulaşılabilirliktir. Kronik hastalıkların tanı, tedavi ve izlemi için yetersiz düzeyde birinci basamaktan yararlanıldığı görülmektedir. Ne yazık ki bu durum hasta perspektifinde; birinci basamağın kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde karşılamadığının ve konumunun ‘’ilaç yazdırma yeri’’ olarak kanıksanması şeklinde karşılık bulmaktadır. Hastalık algısının, kronik hastalığı olan bireylerde birinci basamaktan yararlanım durumu ile ilişkili olabileceği bulunmuştur. Bu nedenle hastaların kronik hastalıklarını algılamalarını kolaylaştıracak ve farkındalık oluşturacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Aynı zamanda hekimlerin kronik hastalıklara yönelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi ile birinci basamakta kronik hastalık yönetimi güçlendirilebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme, Hastalık Algısı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM), Birinci Basamak, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

ASSESSMENT OF UNMET HEALTHCARE NEEDS OF THERAPEUTIC HEALTH SERVICES IN PATIENTS WHO APPLY TO THE EDUCATIONAL PRIMARY CARE CENTER (E-PCC)

Background and Aim: The World Health Organization recommends the development of integrated health system models based on primary health services as a chronic disease management model. In this context, WHO prioritizes the support of programs that determine the individual's health needs. In terms of therapeutic health services, although the primary care agenda is a ‘’chronic disease’’, data on the role of family medicine practices in chronic disease management and how much of the individual's healthcare needs can be met is limited. In this study, it was aimed to assessment the unmet healthcare needs of therapeutic health services in patients with chronic disorders who apply to the primary care. In addition, the relationship between chronic illness, illness perception and the health needs of patients will be examined.

Method: This is a descriptive research. The study is carried out between September 1, 2016 and March 30, 2017 in three different primary care centers affliated with Marmara University Pendik Research and Training Hospital.

The sample size is not calculated. The volunteers were chosen between the patients with at least one chronic disorder,who applied to one of these primary healthcare centers with any reason and who met the criteria for this study. Data collection tools are semi-structured questionnaire, Patient Assessment of Chronic Illness Care and Illness Perception Questionnaire-Revised. The data were analyzed by SPSS 21 computer package program. Descriptive statistics (number, percentage, mean and standard deviation etc.) and comparative analyzes (chi-square test, t-test, Mann-Whitney U) were performed in the analysis. A p value of <0.05 was considered statistically significant at the end of the analysis.

Results:. Of the total 373 participants 64.3% are female, 35.7% are male, the average age is 51,58±15,82 years, the average year of education is 8,77±6,1. The three most common chronic illnesses among the participants –in order of frequency- are; Hypertension (47,5% , n: 177), diabetes (24,9%, n: 93) and thyroid disease (13,10%, n: 49). Of the 80,9% participants are satisfied of their attendance to

primary healthcare center. Average of the annual application to the primary healthcare centers is found to be higher than Turkey average (3,55 vs 2,8). Despite the fact that all participants have chronic illnesses, the annual specialist physician-hospital application is lower than the average in Turkey(3,34 vs 5,5). A little more than half participants(51.2%, n:191) go to their family physician for their medicine to be prescribed In terms of accessibility and material access, the unmet needs of our patients are low (3,2% ve 3,8%). 4.3% (n: 16) of the participants did not go to any health institution and did not seek any medical care about their chronic illnesses in the last year. They tell the most common reason for not going to any health institution as " Difficult to access/ no accessibility". In the last year, the rate of discontinuing medication for chronic diseases was 19,9% (n:64). The most common reason for the rate of discontinuing medication was ''feeling better'' (43.7%). Total PACIC mean score is found 2,18±1,30 (n: 368). Total IPQ-R mean score is found 50,27±15,57. Patients who preferred the secondary care centers for hypertension treatment follow-up were found to have higher IPQ-R scores, lower levels of illness perception and higher levels of anxiety for their illnesses ($p<0,05$).

Conclusion: In terms of accessibility and material access, the unmet needs of our patients are low. Although, the majority of patients say that they can easily access the health institution, the most important obstacle for a small group that does not go to any health institution is accessibility. It is seen that the primary care center is ineffectively used for diagnosis, treatment and follow-up of the chronic illnesses. Unfortunately, this is the patient's perspective; the primary care centers as having inadequate health services for chronic illnesses and the position thinks that it is considered as "a place of prescription''. It has been found that illness perception may be related to primary care use for people with chronic diseases. For this reason, there is a need for studies that will facilitate the perception of chronic disease and create awareness of their ilnesses. Meanwhile, with the development of physicians' knowledge and skills on chronic diseases, chronic disease management can be strengthened in the primary care.

Keywords: Health Needs Assesment (HNA), Unmet healtcare needs Patient Assessment of Chronic Illness Care, IIlness Perception, The Educatıonal Primary Care Center (E-PCC), Primary Care, Primary Health Services

KISALTMALAR

BBSH: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

BB: Birinci Basamak

ASB: Aile Sağlığı Birimi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

E-ASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

E-PCC: The Educational Primary Care Center

PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care

IPQ-R: Illness Perception Questionnaire-Revised

DH: Devlet Hastanesi

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

ÜH: Üniversite Hastanesi

ÖH: Özel Hastane

İB: İkinci Basamak

MÜPEAH: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

MÜTF: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

MEASM: MÜPEAH Maltepe Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

PEASM: MÜPEAH Pendik Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

TEASM: MÜPEAH Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

Türkçe PACIC: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin fiziki, psikolojik ve sosyal olarak sağlıklılık halini kazanmasında sağlık hizmetlerinin rolü büyüktür. ‘’Birinci basamak sağlık hizmetleri’’(BBSH) kendine özgü ve multidisipliner yapıdadır. Birinci Basamağın (BB) doktoru olan aile hekimi; biyopsikosoyal yaklaşımla, bireyi bütün olarak ele alarak süreklilik içinde yaşamının başlangıcından sonuna kadar izleyebilir. BBSH bireyin sağlıklılık hali için hem ‘’koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri’’ hem ‘’tedavi edici sağlık hizmetleri’’ni kapsayan pek çok fonksiyon içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri açısından BB gündemini ‘’kronik hastalıklar’’ oluşturmasına rağmen kronik hastalık yönetimindeki aile hekimliği uygulamalarının yeri ve bireyin sağlık ihtiyaçlarının ne kadarını karşılayabildiğine yönelik veri sınırlıdır.[1]

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) kronik hastalık yönetim modeli olarak temel sağlık hizmetlerine dayalı entegre sağlık sistemi modelleri geliştirmeyi önermektedir.[2] Bu bağlamda bireyin sağlık ihtiyaçlarını belirleyen programların desteklenmesini öncelikler.[2] Sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde nüfusun sağlık sorunlarını gözden geçirmek için sistematik bir yönteme ihtiyaç vardır. Öncelikler tanımlanmalı, sağlığı güçlendirecek ve mevcut eşitsizlikleri azaltacak kaynak dağılımı tanımlanmalıdır.[3] Bu bağlamda, 2005 yılında yayınlanan ‘‘Health Needs Assesment: A Practical Guide’’ rehberi birinci basamak sağlık hizmet sunucuları ve yöneticiler için sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde pratik yarar sağlayabilmektedir.[3]

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edici sağlık hizmetleri pratiğinin önemli bir kısmını kronik hastalık yönetimi oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki tüm ölümlerin %60 ı kronik hastalıklara bağlıdır. Dünyada kronik hastalıktan ölme sıklığı 36 milyon kişi/yıl' dır. En sık ölüm nedeni olan kronik hastalıklar sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum hastalığıdır.[2,6] Önemli bir ölüm nedeni olmasının yanında, erişkinlerde tüm poliklinik başvurularının %72'si kronik bir hastalık nedeniyledir.[4]

Türkiye'de sağlık bakanlığı verilerine göre en az bir kronik hastalığa sahip olan 22 milyon kişi bulunmaktadır.[5] Türkiye nüfusunun (78 milyon 741 bin 53 kişi) neredeyse üçte birinde bir veya birden fazla kronik hastalık olduğu hesaplanabilir. Ülkemizde kronik hastalıktan ölme sıklığı 380 bin kişi/yıl' dır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2014-2015 yılında en sık ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı olduğu görülmektedir. İkinci sırada iyi ve kötü huylu tümörler vardır. Yani kronik bir hastalık nedeniyle ölümler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur.[6]

Bu bilgiler ve veriler kronik hastalık yönetiminin önemi ve bu alanda sağlık ihtiyaçları belirlenmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Bizim çalışmamızda birinci basamağa başvuran kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi ve kronik hastalık ile ilgili karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca katılımcıların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) kullanılarak aldıkları kronik hastalık bakımını kendileri için değerlendirmesi ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ (IIlness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) aracılığıyla sahip oldukları kronik hastalıkları nasıl algıladıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Böylece kronik hastalık bakımı ve hastalık algısı ile katılımcılar tarafından belirtilen sağlık ihtiyaçlarının ilişkisi incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Birinci Basamak

BBSH kendine özgü ve multidisipliner yapıdadır. BBSH yapısını oluşturan etmenler ; yönetim, maliyet, insan-malzeme kaynakları, sağlık hakkı, hizmet sunumu, tedavinin sürekliliği, tedavide koordinasyon, kapsamlı tedavi, kaliteli ve etkili tedavidir. Bu yapının güçlendirildiği ülkelerde ekonomi ve sağlık alanında olumlu çıktılar gözlemlenmektedir. Aynı zamanda BBSH ilk başvuru yeri olması, sürekli kişi merkezli bakımı desteklemesi, bütüncül yaklaşıma sahip olması, ikinci ve üçüncü basamakla koordinasyon kurması gibi özellikleri ile sağlık hizmetine kalite katmaktadır.[7]

BBSH' nin dünyada gerektiği gibi fonksiyonunu yerine getirdiği ülkelerde sağlık giderleri düşmekte ve hizmet sunum kalitesi artmaktadır.[7] Aile hekimliği BBSH' nin ana unsurudur.[7] Topluma dayalı sağlık hizmeti sunumu için aile hekimleri tanımlanmış bir nüfusa süreklilik ilişkisi ile hizmet verdiklerinden önemli bir konumdadırlar.

2.1.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmet Sunumunda Birinci Basamak Düzlemi;

1.Koordinasyon

1.1.Uzman ve Aile Hekimi İşbirliği 1.2.Uzmana Ulaşım

2.Kapsayıcılık

2.1.İlk Temas 2.2.Kronik Hastalık Takibi 2.3.Tıbbi Prosedürler 2.4.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

3.Süreklilik

3.1.Tıbbi Kayıtlar 3.2.Sevk İletişimi

4.Ulaşım

4.1.Çalışma Saatleri 4.2.Mesai Dışı Çalışma 4.3.Organizasyon 4.4.Ev Ziyareti[8]

2.2. Aile Hekimliği uzmanlığının Tarihçesi

Tıp bilim dalları insanların ihtiyaçları ve çevrenin etkisi ile evrilmektedir. Hastalıktan korunma, sağlıklı yaşam ve biyopsikososyal iyilik hali gibi toplum sağlığı konuları Hippokrates döneminden beri gündemdedir. Tüm dünyada koruyucu hekimlik ve sağlıklı yaşam trendleriyle genel itibariyle bulaşıcı olmayan hastalıklar ve takip gerektiren kronik hastalıkların artmasıyla en önemli sağlık sorunu kronik hastalıklar olmuştur. Son yıllarda ise hızlı tıbbi gelişmeler ile hekimlerin uzmanlaşma ve spesifikleşme eğilimi , hastadan çok hastalığı ilgi odağı olmaya başlamış, toplum sağlığı konuları geri planda kalmıştır. Bireyleri bir bütün olarak değerlendirecek aynı zamanda da koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetleri aynı kaynaktan verebilecek uzmanlık dalı ihtiyacı doğmuştur.[3,7,9]

‘’Aile hekimliği uzmanlık dalı’’ bu ihtiyaca yönelik Amerika birleşik devletlerinde 1969 yılında kurulmuştur.[9]

Dünyada aile hekimliği disiplini ülkelerde farklılıklar olmakla beraber birinci basmak sağlık hizmetini sunumunda uzmanlık dalı olarak yeralmaktadır.[9] Aile hekimliği uzmanlık dalı Amerika’da 20. Uzmanlık dalı olarak ortaya çıkmış ve şimdilerde ise uzman sayısına bakıldığında aile hekimleri uzmanları 2. sıraya yerleşmiştir.[10] İngiltere’de ise 1947 yılında başlayan aile hekimliği uygulamalarında sevk zinciri uygulanmaktadır.[10]

Ülkemizde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne girerek 1983 yılında ilk aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır.[10] Yaklaşık 10 yıl sonra üniversitelerde aile hekimliği anabilim dalları kurulması Yüksek Öğretim Kurulu kararı ile başlamıştır. Ülkemizde ilk kurulan aile hekimliği anabilim dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmakla beraber o yıllarda uzmanlık eğitimi vermemiştir. Halen aktif olarak uzmanlık eğitimi veren ilk aile hekimliği anabilim dalı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1993 yılında kurulmuştur. Hemen sonrasında Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1995 yılında kurulmuş, 1997’den beri Aile Hekimliği uzmanı yetiştirmektedir. Halen 5 değerli öğretim üyesi, 50 asistanı, MÜPEAH Aile Hekimliği poliklinikleri, evde bakım birimi ve 3 birinci basamak merkeziyle kaliteli hizmet sunmaya devam etmektedir. Son yıllarda aile hekimliği anabilim dalı sayısı, aile hekimliği asistan ve uzman sayısı giderek artmaktadır.[11]

2.2.1. Aile hekimliği disiplini çekirdek yeterlilikler

Uzmanlık eğitiminde temel yeterlilikler:

1.Mesleki değerler ve etik

2.Aile hekimliğinde klinik uygulamalar

3.İletişim

4.Eğitim ve eğiticilik

5.Araştırma ve kanıta dayalı tıp

6.Yönetsel beceriler[12]

Disiplini tanımlayan çekirdek yeterlikler

- Birinci basamak yönetimi
- Kişi merkezli bakım: Yapısal, davranışsal, bilişsel
- Spesifik problem çözme yeteneği
- Kapsamlı yaklaşım
- Toplum yönelimli
- Bütüncül model[13]

2.3.Ülkemizde Aile Hekimliğinin Sağlık Sistemindeki Gelişimi

Ülkemizde 1947 yılında ‘’genel sağlık uzmanlığı’’ hastanesiz yerlerdeki sağlık merkezlerinde uzman doktor yetiştirmeyi amaçlayan genel tıp alanında ilk uzmanlık eğitimi olarak başlamıştı. Ancak ülkemizde 1955 yılında bu uygulama kaldırılmıştır.[14]

Türkiye’de 1961 yılında ‘‘Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirilmesi’’ yasası ile birinci basmak sağlık hizmetleri uygulamaları başlamıştır. Ücretsiz olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler ebe ve pratisyen hekimlerle sunulması planlanmıştır. 1963’de tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Dünya sağlık örgütünün 1978’de ‘‘Alma-Ata toplantısı’’nda birincil bakımın önemi vurgulanmış ve sağlık hizmetlerinde daha kapsamlı hale getirilmiştir.[14]

1990’larda ‘‘Sağlık Reformu’’ ile aile hekimliği temelleri atılmaya başlamıştır. 2005 yılında pilot uygulamayla ilk Düzce ilinde başlayan aile hekimliği uygulamasına 2010 yılında tüm illerde geçilmiştir.[14] Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde ilk Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Halen 81 ilimizde birinci basamakta Aile hekimleri hizmet vermektedir. Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. "30.12.2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazetede Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında yönetmelik yayımlanmıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında

Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "11.10.2011tarihli ve 663 sayılı KHK" ile Aile Hekimliği Kanunu olarak ismi ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır.[14]

21. yy da ''herkes için sağlık'' anlayışıyla DSÖ, Alma-Ata kongresinde alınan kararların devamı olarak birinci basamağın desteklenmesini hedeflemiştir. Ülkemizde bu anlamda uygulanan ''Sağlıkta Dönüşüm Programı'' ile temel sağlık hizmetlerinin tüm hizmet basamaklarında yürütücü işlevi olması, sağlık sisteminin kontrol mekanizması olması hedeflenmektedir.[14]

Bu programla;

1. her bireyin sağlıklı bir hayat geçirmesi için erişilebilirliğin arttırılması,
2. toplumların gelişmişlik düzeyiyle korele olarak görülen ''anne bebek ölümlerinin azaltılması'',
3. bulaşıcı hastalıklarla ve risk faktörleriyle mücadele edilmesi,
4. bulaşıcı olmayan hastalıklar ile özellikle ''kronik hastalıklar ve risk faktörleriyle'' mücadelenin birincil hedefler yerinde olması,
5. koruyucu hekimlik uygulamalarının güçlendirilmesi,
6. tüm toplumun sağlıklılığının arttırılması,
7. yerinde kaynak kullanımı ile hizmetlerin arttırılması,
8. sağlık ihtiyaçları doğrultusunda her bireye eşit şekilde sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması,
9. coğrafi konum gözetmeksizin hem kırsal hem kentsel nüfusa hitap eden biçimiyle sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması,
10. ve bölgeler arası sağlık çıktılarının farklılıklarının azaltılması,
11. sevk sistemi uygulanması, ikinci basamağın yükünün ve kalitesinin arttırılması,
12. yaşlı nüfusun artması ile gereksinimlerin buna göre değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programıyla ülkemizde hedeflerden biri olan sevk zinciri sistemi tam olarak hayata geçememiştir. Aynı zamanda erişilebilirlik ve süreklilik hedeflerine zayıf düzeyde ulaşılmıştır. Bunun haricinde üç temel değişiklikle sağlıkta dönüşüm programı kapsamında hedeflenenler gerçekleştirilmeye devam etmektedir.[15]

Bu üç temel değişiklik;

1. 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu kurulması ile Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi ve herkes için sağlık sistemi kullanılabilir olması
2. 2010 yılında tüm Türkiye'de aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile topluma yönelimli BBSH güçlendirilerek coğrafi konum gözetmeksizin tüm ülkede aile hekimliğinin yaygınlaşması
3. 2012 yılında Kamu Hastane Birlikleri kurularak hastanelerin finansal ve yönetimsel özerkleşmesi[15]

BBSH güçlendirilmesi bu hedefler doğrultusunda tüm topluma hitap etmesi sağlanmalıdır. Erişilebilir aile hekimliği sağlık sisteminin olmazsa olmazıdır. Aile hekimliği kendine özgü disipliniyle güvene dayalı iletişim kurarak bütüncül yaklaşımla, kişi merkezli bakım vererek aile temelinde topluma dayalı ve süreklilik ilkeleriyle hizmet sunar. Aile hekimliği uygulaması tüm dünyada pek çok ülkede uygulanmakla birlikte ülkemizde de desteklenmektedir.[14,15]

2.3.1. E-ASM

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde 3 yıllık asistanlık dönemi diğer bölümlerde rotasyonlar ve varsa aile hekimliği polikliniğinde eğitim sürecinde yer almaktadır. Aile hekimliği poliklinikleri eğitim araştırma hastaneleri (EAH) , üniversite hastaneleri ya da üniversiteye bağlı entegre EAH olmak üzere farklı konumlarda bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti verilen kurumlarda yer alan polikliniklerden oluşan aile hekimliği poliklinikleri ASM'lerde sunulan aile hekimliği hizmetlerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Daha çok tedavi edici hizmetler, sigara bırakma poliklinikleri, aile planlaması yöntemleri ve obezite-beslenme danışmanlık hizmetleri gibi uygulama alanları olmaktadır.

Halbuki uzman aile hekimi koruyucu hizmetler, aşılama, gebe takibi gibi birinci basamakta verilen hizmetlerin hepsini öğrenmek ve uygulamakla yükümlüdür. Uzman aile hekimi sahada birinci basamak hizmetleri sunmak üzere genellikle ASM, TSM kurumlarında çalışmaktadır. Uzmanlık eğitiminde birinci basamakta sunulan aile hekimliği uygulamalarını sahada deneyimlemek ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarda yer alan aile hekimliği eğitici ve öğrencilerini saha ile buluşturmak için E-ASM kurulmaya başlanmıştır. Bu merkezler için 25.01.2013 de yayınlanan aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde sekizinci bölümünde E-ASM ilişkin usul ve esasları belirtilmiştir.

2.3.2. Birinci Basamağın Güçlendirilmesi

Birinci basamağı güçlü ülkelerde toplumda sağlıkta eşitsizliklerin azalması, yüksek maliyet etkinlik ile düşük sağlık harcamaları olacağı ve sağlık ihtiyaçlarının daha iyi karşılanacağı tahmin edilebilir. Kronik hastalık yönetimi, multimorbidite artışı, kompleks sağlık gereksinimlerinin doğması, yaşlı nüfusun artışı ve artan maliyetler gibi zor sorunlarla ancak güçlü bir birinci basamak ile baş edilebilir. DSÖ birinci basamak prensipleri ve aile hekimliği temel değerleri doğrultusunda sağlık sisteminin güçlendirilmesini önermektedir.[15,16]

Birinci basamağın güçlendirilmesi için Türkiye halk sağlığı kurumunun önerileri;

- Aile hekimliği çağımız seviyesine yükseldikçe, sağlıktaki entegrasyonda o oranda görülecektir.
- Tüm topluma ulaşabilen dengeli hizmet sunumu ile bireylerin yaşam alanlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi.
- Aile sağlığı elemanları ve hekimlerin eğitici, özendirici programlarla BBSH güçlendirilmesi.
- Aile hekimliği yaklaşımıyla bireyin bütüncül olarak; fiziksel, sosyal, psikolojik yönleriyle ele alınması, bununla birlikte hem birey merkezli hem aile ve toplumun bakış açısıyla bakılarak değerlendirilmesi.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlam temeller üzerine kurulduğu ve iyi bir organizasyon ile sistematize edildiği bir toplumda, sağlık sorunları büyük ölçüde çözümlenmiş demektir.[1,17] Güçlü bir birinci basamak için öncelikle sağlık ihtiyaçları belirlenmelidir. Değişen politikaların, sağlık personelinin rolünün ve hasta beklentilerinin karşılıklı etkileşimi ihtiyaçların şekillenmesi üzerinde etkili olmaktadır.[17]

2.3.2.1. Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi (Health Needs Assessment (HNA) ve Karşılanmayan Sağlık Hizmetleri (Unmet healthcare needs)

Sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde nüfusun sağlık sorunlarını gözden geçirmek için sistematik bir yönteme ihtiyaç vardır. Öncelikler tanımlanmalı ,sağlığı güçlendirecek ve mevcut eşitsizlikleri azaltacak kaynak dağılımı tanımlanmalıdır.[3,18] Bu bağlamda, 2005 yılında yayınlanan ‘‘Health Needs Assessment: A Practical Guide’’ rehberi birinci basamak sağlık hizmet sunucuları ve yöneticiler için sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde pratik yarar sağlayabilmektedir.[18]

Bu rehbere göre sağlık ihtiyaçları belirlenirken öncelikle hizmet verilecek nüfus tanımlanmalı, bu nüfusun beklentileri gözlemlenen ve ifade ettikleri ihtiyaçları algılanmalıdır. Belirlenen nüfusun mevcut sağlık durumu belirlenmelidir. Bu nüfus için sağlık sorunları, varsa mevcut hastalıkların sıklığı ve şiddeti araştırılmalıdır. Önceden varsa mevcut veriler incelenerek belirlenen nüfus için sağlık sorunları ve hastalıkların diğer toplumlarla karşılaştırılmalı, farklılıkları incelenmelidir. Ayrıca bu nüfustaki bireylerin yaşadığı yerin coğrafi konumu, yaşadığı mahallenin yoksulluk düzeyi, yüksek gelirli konut sitelerinde yaşaması, işyeri, ceza infaz kurumları, mülteciler, evsizlik gibi durumlar, tıbbi özgeçmiş (psikiyatrik hastalık, diyabet, solunum sitemi hastalığı, inme gibi sosyal ve eve bağımlığa neden olabilen durumlar) değerlendirilerek hizmet sunulacak nüfus tam anlamıyla tanımlanmalıdır.

‘’Sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi’’ için bu rehbere göre hizmet verilecek nüfus tanımlandıktan sonra bireylerin sağlık durumunu etkileyen faktörleri tanımlamak için Dahlgren ve Whitehead' in (1991)oluşturduğu ‘’Sağlık Belirleyicileri Modeli’’ kullanılmıştır . Bu model, bireylerin sağlığını etkileyen karmaşık faktörleri katmanlar halinde sıralayarak tanımlamaktadır. Sağlığı etkileyen faktörlerin merkezinde ; yaş, cinsiyet ve genetik kalıtım gibi faktörler ilk katmanı oluşturmaktadır. Sigara, beslenme ve fiziksel aktivite gibi alışkanlıklar ikinci katmanda bulunmaktadır. Sosyal çevre, ekonomik statü ve maddi durum üçüncü katmanı oluşturmaktadır. Eğitim, çalışma ortamı, ulaşım araçları, yaşadığı konut şartları gibi yaşam standartları dördüncü katmandadır. En dış tabakada ise yaşadığı toplumun ekonomik, kültürel, politik ve çevresel şartları yer almaktadır.[18] Sağlık ve hizmet sunumunu iyileştirmek için, tüm bu modelin katmanları içerisinde müdahaleler gerektirmektedir ve ‘’sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi’’ etkin müdahalenin nerede hedeflenmesi gerektiğinin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve öncelik verilmesi için kullanılabilmektedir. Dolayısıyla, ‘’sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi’’ sağlık ve hizmet sunumunu iyileştirmek için kullanılabilmektedir. Böylece ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri sunumu planlanarak toplumun en avantajlı kesimiyle en dezavantajlı kesimi arasında ki sağlık açısından boşluk dengelenerek sağlıkta eşitsizlikler azaltılabilir.[18]

Sağlığın kötüye gitmesini önleme ve hastalıklardan korunmada bireyler ve toplumda etkili müdahaleler için üç korunma seviyesi vardır (aşağıda sıralanmıştır) ve sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde korunma düzeylerini öğrenmek önemlidir.

1. Birincil koruma; yeni oluşan sorunu önlemeye yönelik
2. İkincil koruma; sürekliliği olan kronik sorunları önlemeye yönelik
3. Üçüncül koruma; komplikasyonları önlemeye yönelik

Sonuç olarak ‘‘Health Needs Assesment: A Practical Guide’’ rehberine göre öncelikle hizmet verilecek nüfus tanımlanarak, bu nüfusun ‘‘sağlık belirleyicileri modeli’’ kullanılarak sağlık durumunu etkileyen faktörler tanımlanır ve mevcut hastalıklar için korunma düzeylerinin hangi seviyesinde olduğu belirlenerek sistematik şekilde oluşturulan raporlarla sağlık ihtiyaçları değerlendirilir.[18]

Sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinin faydaları ve zorluklarını içeren ana konular;

- Sağlık eşitliği
- Topluma dayalı stratejiler üretilmesi
- Hizmetlerin geliştirilmesi
- Sağlık ve sosyal bakım için ortak planlama
- Karar vermede topluluğun katılımının güçlendirilmesi
- Geliştirilmiş ekip ve ortak çalışma
- Mesleki beceri ve tecrübelerin geliştirilmesi
- Geliştirilmiş hasta bakımı
- Hizmet verilen nüfus ile ile daha iyi iletişim
- Kaynakların daha iyi kullanılması.[18]

2.4. Kronik Hastalıklar

2.4.1. Tanımı ve önemi

Kronik hastalıklar; akut ve bulaşıcı hastalıklar dışında, yavaş ilerleyen, 6 ay ve daha uzun süreli, genellikle birden fazla risk faktörünün sebep olduğu, genellikle komplike bir seyir gösteren ve kişinin yaşam kalitesini etkileyen hastalıklardır. DSÖ'nün hastalıktan korunma ve önleme merkezine göre kronik hastalıkların temel nedeni fiziksel aktivite azlığı ve yanlış beslenmedir.[19]

Birinci basamak sağlık hizmetleri pratiğinin önemli bir kısmını kronik hastalık yönetimi oluşturmaktadır.[4,19] DSÖ verilerine göre dünyadaki tüm ölümlerin %60 ı kronik hastalıklara bağlıdır. Dünyada kronik hastalıktan ölme sıklığı 36 milyon kişi/yıl' dır. En sık ölüm nedeni olan kronik hastalıklar sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum hastalığıdır.[2,19] Erişkinlerde tüm poliklinik başvurularının %72'si kronik bir hastalık nedeniyledir.[4,19]

Türkiye'de sağlık bakanlığı verilerine göre en az bir kronik hastalığa sahip olan 22 milyon kişi bulunmaktadır. Türkiye nüfusunun (78 milyon 741 bin 53 kişi) neredeyse üçte birinde bir veya birden fazla kronik hastalık olduğu hesaplanabilir. Ülkemizde kronik hastalıktan ölme sıklığı 380 bin kişi/yıl'dır. TÜİK verilerine göre 2014-2015 yılında en sık ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı olduğu görülmektedir. İkinci sırada iyi ve kötü huylu tümörler vardır.[6,19]

2.4.2. Kronik hastalık yönetimi

Kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetiminin önemini ortaya koymaktadır.[20] Kronik hastalık yönetiminde , hastanın öz-yönetim becerisi kazanması için birinci basamak yönelimli bir sağlık sistemi dizayn edilmelidir.[20] Kronik hastalık yönetimi için pek çok model olmasına rağmen en çok kullanılan, en etkili kabul edilen Ed Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilen ''kronik hastalık bakım modeli'' dir.[20] Bu model altı ana başlığı içermektedir; 1.toplumsal kaynaklar ve politikalar 2.sağlık sisteminin organizasyonu 3.kendi kendine bakım desteği 4.hizmet sunum şekli 5.karar desteği 6.klinik bilgi sistemleri.[4,20] Modele göre, bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş ''hasta'' ile hastalık konusunda gerekli olan uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip ''sağlık bakım ekibi'' birlikte var olan kaynakları kullanarak kronik hastalık bakımını yüksek kalitede , etkili olarak yönetebilecektir.[4,20]

2.4.2.1. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme

Kronik hastalık bakım modeline dayanarak Glasgow ve arkadaşları tarafında 2005 yılında Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) İngilizce olarak geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İncirkuş ve arkadaşı tarafından yapılmış olup Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC-Ek1) olarak kullanılan kısa ve kolay uygulanabilir bir ölçektir. Bu ölçek hastaların kronik hastalığı ile ilgili aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirilmesi ile

hasta perspektifinden; sunulan hizmetin düzeyini hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli açısından ortaya koyar.[20]

2.4.3. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya yakınma ile ilgili inanç ve beklentilerinin göstergesidir.[21] Her bireyin bir diğerinden farklı sahip olduğu inanç, yorum, duygusal ve davranışsal reaksiyonlar bulunmaktadır.[21] Tüm bunlar ile oluşan hastalık algısı ile bireyin hastalığı anlamasını etkilenir. Ve hastalıkla mücadele etme yöntemleri, tıbbi tedavi uyumu ve tedavinin etkinlikleri bu hastalık algısına göre şekillenir.[22] Diyabet tanılı ve miyokard infarktüs tanılı hastalarda ayrı ayrı yapılan araştırmalarda hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. İlaç uyumunun çok önemli olduğu astım hastalarında yapılan bir çalışmada tedavi uyumu ve hastalık algısı ilişkili bulunmuştur. Osteoartrit hastalarında ise hastalık algısının öz-yönetimi (self-management) etkilediği bildirilmiştir.[22] Bu sonuçlar fiziksel hastalığı olan kişilerin etkin tedavisi için hastalığı nasıl algıladıklarını öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır. Böylece hastalık algısını değerlendirmek için Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-IIlness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından revize edilmiştir.[21] Dokuz sorudan oluşan HAÖ (Ek-2) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup ilk sekiz sorusu 0'dan 10'a kadar puanlandırma içerir.[21,22]

BBSH bireyin sağlıklılık hali için hem ‘’koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri’’ hem ‘’tedavi edici sağlık hizmetleri’’ni kapsayan pek çok fonksiyon içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri açısından BB gündemini ‘’kronik hastalıklar’’ oluşturmasına rağmen aile hekimliği uygulamalarının kronik hastalık yönetimindeki yeri ve bireyin sağlık ihtiyaçlarının ne kadarını karşılayabildiğine yönelik veri sınırlıdır. Kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetiminin önemini ortaya koymaktadır. Kronik hastalık yönetiminde , hastanın öz-yönetim becerisi kazanması için birinci basamak yönelimli bir sağlık sistemi dizayn edilmelidir.[20,22] Aynı zamanda bireyin sahip olduğu kronik

hastalıkları kendi kendine yönetebilmesi için hastalığını nasıl algıladığının bilinmesi önemli bir gerekliliktir. Kişinin hastalık algısı ile hastalığı anlamasını, onunla baş etme biçimini, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirmesi ilişkilenmektedir.[22] Bu bilgiler, birinci basamakta kronik hastalık yönetiminin önemini ve bu alanda sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinin gerekliliğini yansıtmaktadır. Bu araştırmada birinci basamağa başvuran kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları tedavi edici sağlık hizmetlerinden kronik hastalık ile ilişkili karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca katılımcıların PACIC ölçeği kullanılarak aldıkları kronik hastalık bakımını kendileri için değerlendirmesi ve HAÖ ölçeği aracılığıyla sahip oldukları kronik hastalıkları nasıl algıladıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Böylece kronik hastalık bakımı ve hastalık algısı ile katılımcılar tarafından belirtilen sağlık ihtiyaçlarının ilişkisi incelenecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. 1 Eylül 2016 - 30 Mart 2017 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH)' ne bağlı üç birinci basamak merkezinde yürütülmüştür.

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) Başıbüyük kampüsünde bulunan ''MÜPEAH Maltepe Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (MEASM)''
2. Pendik Ahmet Yesevi Mahallesinde bulunan ''MÜPEAH Pendik Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (PEASM)''
3. Tuzla Aydınlı Mahallesinde bulunan '' MÜPEAH Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (TEASM)''

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

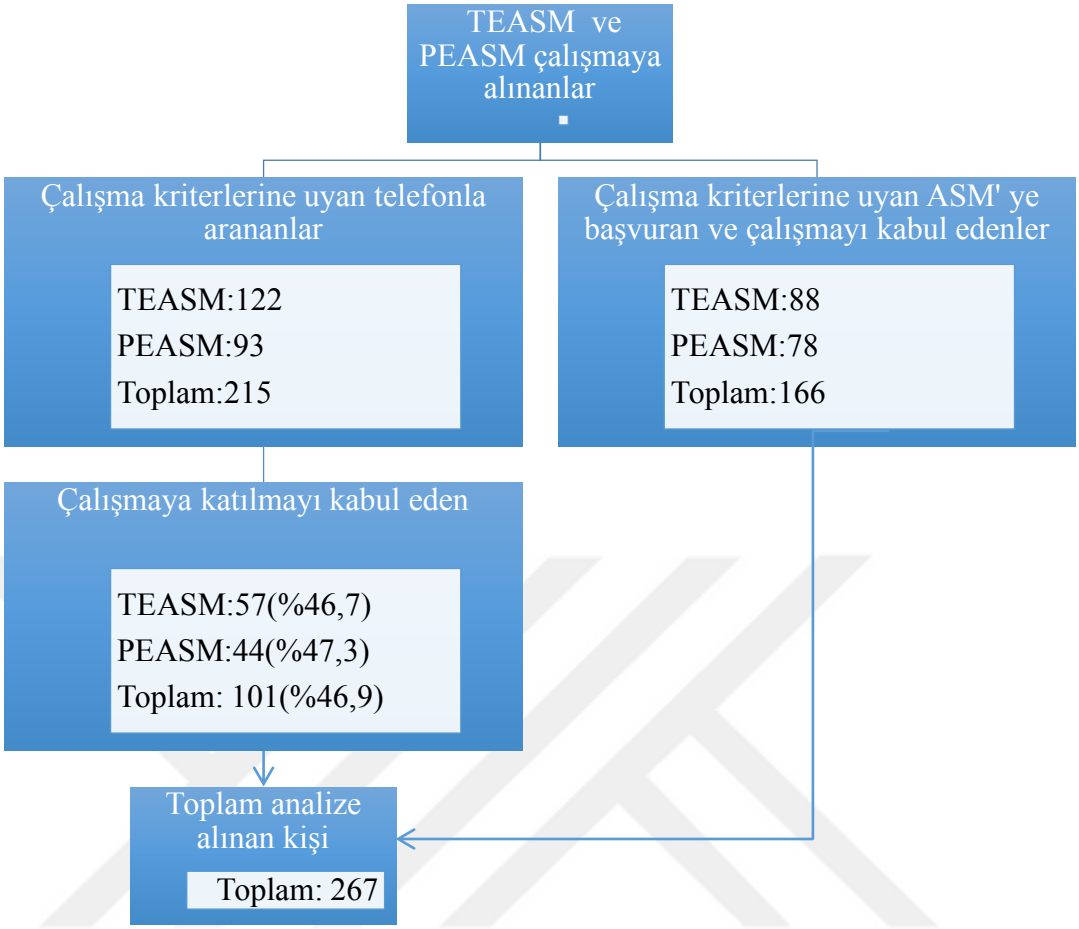
Araştırmanın evrenini oluşturan bu merkezlere kayıtlı ve başvuran kişiler oluşturmaktadır. Bunlardan TEASM ve PEASM Temmuz 2016 tarihinde kurulmuştur. MEASM ise Eylül 2016 tarihinde kurulmuştur. TEASM ve PEASM her bir merkezde; 3 Aile Sağlığı Birimi (ASB) olarak kurulmuş ve 3 Aile Hekimliği Asistanı, 3 Hemşire, 1 Aile Sağlığı Elemanıyla hizmet vermesi planlanmıştır. Ancak TEASM' de 3 Aile

Hekimliği Asistanı ile birlikte MÜPEAH'den görevlendirilen sadece 1 Hemşire ile hizmet verilmeye başlanmıştır. Çalışma planlanırken her bir ASB'ye 2500 nüfus kayıt olacağı varsayılmıştır. Hemşire, personel ve diğer eksiklikler nedeniyle verilmek istenen hizmetler verilememiş ve kayıtlı nüfus sayısı tahmin edilenden düşük olmuştur. 3 merkezden en yüksek olanı TEASM olmakla birlikte kayıtlı nüfus sayısı her bir ASB' de 1600 kişiydi.[1] PEASM 6 ay gibi uzun bir süre sadece 3 Aile Hekimliği Asistanı ile hemşire olmadan hizmet vermiştir. Bu sebeple kayıtlı nüfus sayısı her bir ASB' de 1400 kişiydi.[2] TEASM kayıtlı kişiler 4800(1600X3) kişi, PEASM kayıtlı kişiler 4200(1400X3) kişi, MEASM için toplam tıp fakültesi ve diş hekimliği personel sayısı 460(212+248) kişidir.

MEASM 2 ASB olarak planlanarak Marmara Üniversite Başıbüyük kampüsü bünyesinde yer alması ve eksikleri olması nedeniyle kayıtlı nüfusu çok azdır. Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Nörolojik Bilimler Enstitüsü ve Sağlık Bilimleri Fakültesinin; akademik kadrosu, idari kadrosu, çalışan personeli ve öğrencilerine kayıtlı olmasalar da hizmet sunmaktadır. Çalışmamızda MEASM'yi temsilen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi(MÜTF) ve Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde(MÜDHF) görev yapan Başıbüyük kampüsünde çalışan akademik kadro, idari kadro ve diğer personelden veri toplanmıştır. MÜTF Başıbüyük kampüsü binasında toplam 212 kişi çalışmaktadır. 115 kişi akademik kadro , 67 idari kadro ve 30 temizlik personeli ve güvenlikten oluşmaktadır. 115 akademik personel içinde 31 profesör , 16 doçent, 9 yardımcı doçent, 1 öğretim görevlisi, 3 uzman, 54 araştırma görevlisi, 1 okutman bulunmaktadır. MÜDHF binasında toplam 248 kişi çalışmaktadır. 141 akademik, 70 idari kadrodur. 22 temizlik personeli ve 15 güvenlikten oluşmaktadır. 141 akademik kadroda; 29 profesör, 9 doçent, 33 yardımcı doçent, 1 öğretim görevlisi, 6 uzman, 46 araştırma görevlisi, 17 diğer akademik kadrodan oluşmaktadır.[3]

[1] Çalışmanın tamamlandığı tarihe kadar kayıtlı hasta sayısı alınmıştır.
[2] Çalışmanın tamamlandığı tarihe kadar kayıtlı hasta sayısı alınmıştır.
[3] MÜTF ve MÜDHF personel işlerinden çalışma tamamlandığı tarihe kadar olan veriler alınmıştır.

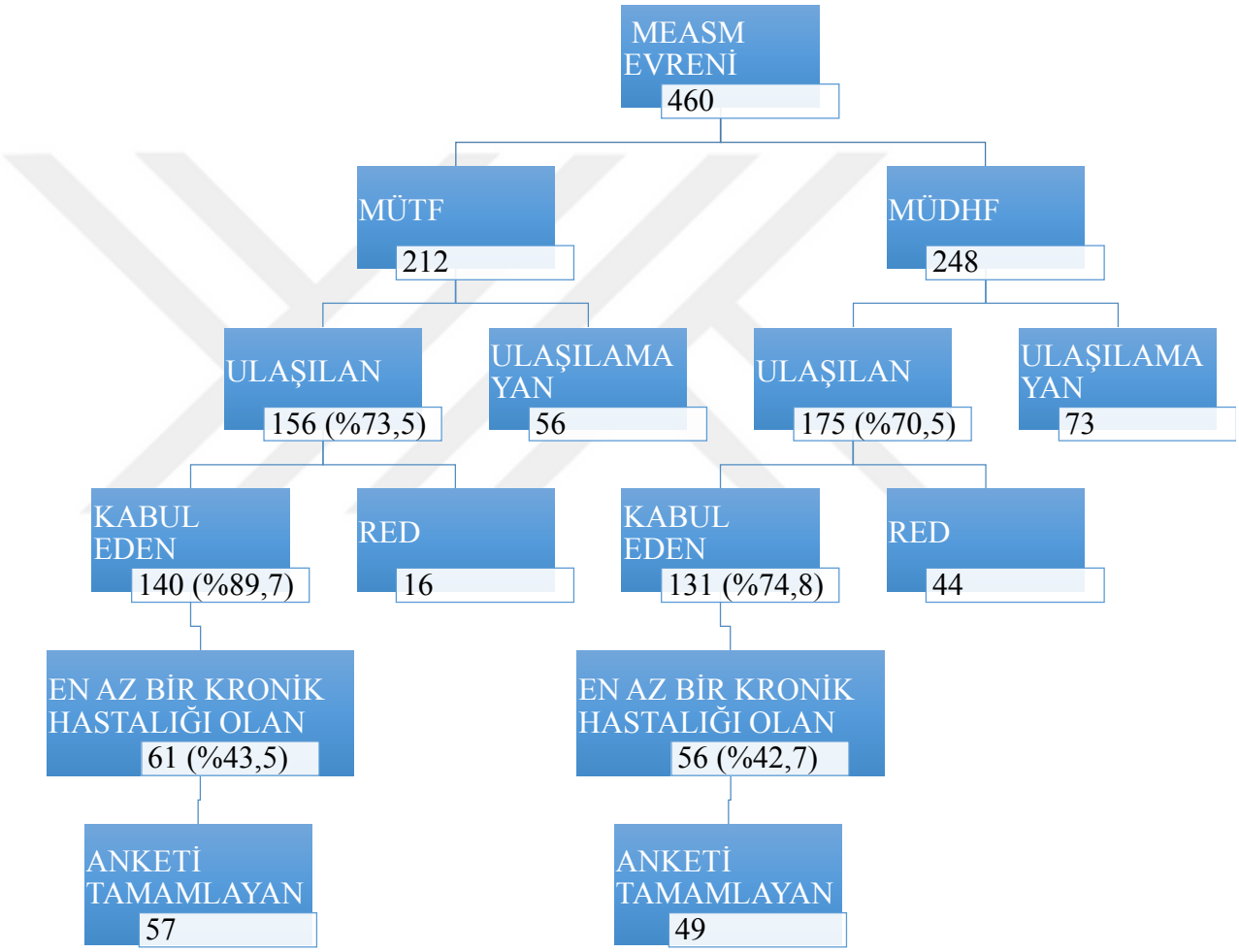
Örneklem hesaplanmamıştır. 1 Eylül 2016 - 30 Mart 2017 tarihleri arasında bu merkezlere herhangi bir nedenle başvuranlardan kriterlere uyan en az bir kronik hastalığı olan gönüllü kişiler çalışmaya alınmıştır. Çalışma kriterlerine uyan ASM'ye başvuran TEASM'de 74, PEASM'de 73 kişi toplamda 147 kişi anket sorularını yanıtlayarak çalışmaya dahil edilmiştir. Aynı zamanda aile hekimlerinin kullandığı bilgisayar programı sistemi üzerinden Diyabet, Hipertansiyon, Koah, Astım, Hiperlipidemi, Romatoid artrit, SVO, Epilepsi, Tiroid hastalığı tanıları 18 yaş ve üzeri kayıtlı hastalar için analiz edilerek kronik hastalığı olan hastaların listeleri çıkarılmıştır. Tanı analizlerine göre 18 yaş ve üstü her bir ASB de ortalama 314 kişinin en az bir kronik hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Ve bu listelerden telefon ile ulaşılabilenlerden ASM'ye davet edilen gönüllüler de dahil edilmiştir. Bu listelerde TEASM'de 183, PEASM'de 139 kişinin telefonu sistemde kayıtlı olduğu görülmüştür. TEASM' de 122, PEASM' de 93 kişiye telefon ile ulaşılabilmiştir. Telefonla ulaşılabilenlerden çalışmayı kabul eden TEASM'de 57 (yanıt oranı:%46,7), PEASM'de 44 (yanıt oranı:%47,3) ve toplamda 101(yanıt oranı:%46,9) kişi çalışmaya dahil edilerek analiz edilmiştir. (Şekil-1).



Şekil-1: TEASM ve PEASM çalışmaya alınanlar

Çalışmamızda MEASM'yi temsilen toplam 460 (212+248) kişi MÜTF ve MÜDHF de görev yapan Başıbüyük kampüsünde çalışan akademik kadro, idari kadro ve diğer personelden veri toplanmıştır. MÜTF Başıbüyük yerleşkesinde tüm katlar gezilerek, çalışan 212 kişiden 156 (%73,5)kişiye ulaşılarak çalışma anlatılmıştır. Ulaşılamayanlara en az üç kez tekrar gidilmiştir. Üç kez gidilmesine rağmen yanıt alınamayanlar ulaşılamayanlar olarak kabul edilmiştir. Ulaşılan 156 kişiden 140'ı çalışmaya katılmayı kabul etmiştir (yanıt oranı:%89,7). Kabul edenlerden 61 kişi de en az bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır (140'ın %43,5). 61 kişiden 57' si anket soruları ve ölçeklere yanıt vermiştir. MÜDHF tüm katlar gezilerek, çalışan 248 kişiden 175(%70,5) ine ulaşılmıştır. Üç kez gidilmesine rağmen yanıt alınamayanlar ulaşılamayanlar olarak kabul edilmiştir. Bunlardan 131'i çalışmaya katılmayı kabul

etmiştir (yanıt oranı:%74,8). Bunların 56'sında en az bir kronik hastalığa sahip kişi olduğu tespit edilmiştir(131 in %42,7). 56 kişiden 49'u anket ve ölçekleri yanıtlamıştır. Araştırma süresince ulaşılabilen en az bir kronik hastalığı olan 18 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmayı kabul eden MEASM'yi temsilen toplam 106 kişi; MÜTF:57 kişi, MÜDHF:49 kişi ile 10-15 dk yüz yüze anket ve ölçekler doldurularak çalışmaya dahil edilmiştir (Şekil-2).



Şekil-2: MEASM ulaşılan-red-kabul-tam yanıt alınan hasta sayıları

Sonuç olarak toplamda 373 hasta; PEASM 122, TEASM 145, MEASM 106 kronik hastalığı olan kişiyle yüz yüze görüşme yapılmış ve çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Zaman Planı

Literatür taraması	Ağustos2016
Etik kurul onayı	Eylül 2016
Veri toplama	Ekim 2016-Mart 2017
Spss veri girişi	Mart-Nisan 2017
Tez yazımı	Nisan-Mayıs 2017

3.4.Katılımcıların Seçimi

3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaş ve üzeri olmak
- En az bir kronik hastalığa sahip olmak
- PEASM veya TEASM kayıtlı hastası olmak
- MEASM için MÜTF veya MÜDHF personeli olmak (akademik kadro, idari kadro ve diğer personel)

3.4.1.1. Kronik hastalık tanımı ve çalışmaya dahil edilen kronik hastalıklar listesi

Kronik hastalıklar ile ilgili araştırmalarda ve multimorbiditenin araştırılmasında kronik hastalık tanımı için çeşitli listeler kullanılmıştır. Çalışmalar arasında dahil edilen hastalıklar ve sayıları açısından farklılıklar bulunur. Psikiyatrik hastalıklar çoğu çalışmada bu listede yer almaz, hatta dışlama kriteri olarak kullanılan çalışmalarda vardır. Multimorbidite araştırmalarında ise dahil edilen kronik hastalıklar listesinin uzun olması dezavantaj yaratabilir. Uzun bir liste multimorbidite ölçme doğruluğunu arttırsa da, çalışman karmaşıklaşır ve diğer çalışmalarla karşılaştırmalarda sorun oluşturabilir. Multimorbidite için sadece hastalıkları sayısal olarak saymak aynı sayıda hastalığı olanların hastalık şiddetini göstermez. Sadece sayısal hastalık çokluğu değil hastanın işlevselliği ve şuandaki sağlık durumunu da dikkate almak gerekir.[23]

Pauline ve arkadaşları tarafından yapılan bir multimorbidite çalışmasında kullanılan liste, katılımcıların aile hekimleri tarafından hastanın hem tıbbi geçmişi hem şuan ki tıbbi problemlerinden oluşan kapsamlı bir raporlamayla meydana getirilmiştir. Bu raporlama sonucunda araştırmada aşağıda sıralanan 22 kronik hastalığın varlığı ve yokluğu üzerinden yapılandırılmış anket formu doldurulmuştur.[24]

1. Hipertansiyon
2. Lipid bozuklukları
3. Angina pectoris
4. Kardiyomiyopati
5. Miyokardiyal infarktüs, İskemik kalp hastalığı
6. Transiyen iskemik atak
7. Periferik arter hastalığı
8. Kalp yetmezliği
9. Atrial fibrilasyon
10. Kalp kapak hastalığı

11. Troid hastalığı
12. Astım
13. Koah
14. Parkinson hastalığı
15. Artrit, romatizma
16. Osteoartrit
17. Osteoporoz
18. Kanser
19. Depresyon
20. Böbrek yetmezliği
21. Svo, stroke
22. Diyabetes mellitus

Bizim çalışmamamızda da bu liste üzerinden dizayn edilen anket formu kullanılmıştır.

3.4.2. Çalışmadan hariç tutulma ve çıkarılma kriterleri:

Anket sorularına yanıt veremeyecek düzeyde bilişsel işlev bozukluğuna sahip olmak

3.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanan yapılandırılmış anket formu ve iki adet ölçekten oluşmaktadır. Anket formu, sosyodemografik verileri, sağlık kuruluşları kullanımını, kronik hastalıklar ile ilgili özellikleri ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik soruları içermektedir (Ek-1).

Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik aşağıda ki konuları içeren sorular yer almaktadır.

1. Ulaşılabilirlik (sağlık kurumuna ve uzman hekime ulaşım)
2. Maddiyat (sağlık hizmeti, ilaç, uzman hekim)
3. Koordinasyon (aile hekimi ve uzman hekim arasında),
4. Tedaviye uyum durumu
5. Birinci basamaktan yararlanım
6. Bakım kalitesi (kronik hastalık bakımını değerlendirme)

Ölçekler ise Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)(Ek-2) ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)'dir (Ek-3). PACIC ölçeği toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Her soruya 1:hiçbir zaman, 2:nadiren, 3:bazen, 4:çoğu zaman, 5:her zaman olarak 1-5 arası puan verilen 5'li likert tip bir ölçektir. 20 soru 5 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' olarak alt boyutları oluşturur. 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. Kronik hastalığı olan bireylerin ölçek puanlarındaki artış, hasta perspektifinden kronik hastalık yönetiminin yeterli olarak değerlendirildiğini gösterir. Aynı zamanda ''toplam PACIC puanı'' ne kadar yüksekse hastaların aldıkları bakımdan memnuniyetini o oranda yüksek olduğunu gösterir. HAÖ ölçeği 9 sorudan oluşmaktadır. Her bir soruya 0 ile 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 3 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

3.6. Analiz

Veriler SPSS 21 (Statistical Package for Social Sciences) 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 analiz sonucunda $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Aydınlatılmış Onam ve Etik Kurul :

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 02.09.2016 tarihinde onay alınmıştır. (09.2016.473 protokol kodu olan Etik Kurul onayı) (Ek- 4)

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Veriler

4.1.1. Katılımcıların özellikleri

Toplamda 373 kişi çalışmaya katılmıştır. Tüm katılımcıların (n:373) %64,3'ü kadın (n:240), %35,7'si erkektir (n:133). Tüm katılımcıların (n:373) %97,9' unun Sağlık güvencesi (SGK) vardır. Sağlık güvencesi olanların %1,1' inin özel sağlık sigortası da vardır. Çalışmaya katılanların minimum yaşı 18 yıl, maksimum yaşı 96 yıl, yaş ortalaması 51,58±15,82 yıldır.

Katılımcıların (n:372) %70,2'si evlidir. Tüm katılımcılardan (n:373) %38,1'i çalışıyor, %29,2'si emekli, %24,9'u ev hanımıdır. Tüm katılımcıların (n:373) %36,7'si ilkokul, %20,6'sı üniversite mezunudur. Katılımcı özellikleri Tablo-1'de, alışkanlıkları (sigara, alkol kullanımı) ve antropometrik ölçümleri Tablo-2 ve 3'de verilmiştir.

Tablo-1: Katılımcıların Özellikleri

n: sayı, %: yüzde, ort: ortalama, SD: standart sapma	
Cinsiyet: n (%)	373 (100)
Kadın	240 (64,3)
Erkek	133 (35,7)
Yaş: ort (SD)	51,58 (15,82)
Yaşadığı yer: n (%)	371 (100)*
Tuzla	141 (38)
Pendik	131 (35,3)
Maltepe	32 (8,6)
Diğer	67 (18,1)
Medeni durum: n (%)	372 (100)**
Evli	261 (70,2)
Bekar	55 (14,8)
Dul	56 (15)
Çalışma durumu: n (%)	373 (100)
Çalışmıyor	29 (7,8)
Çalışıyor	142 (38,1)
Ev hanımı	93 (24,9)
Emekli	109 (29,2)
Meslek: n (%)	361 (100)***
İşçi, personel	38 (22,8)
Teknisyen	5 (3)
Öğretmen	10 (6)
Hemşire	16 (9,6)
Doktor	17 (10,2)
Memur	36 (10,6)
Öğretim üyesi	8 (4,8)
Çalışmıyor, ev hanımı ve emekli	231 (33)

Eğitim durumu: n (%)	**373 (100)**
Yok	**47 (12,6)**
İlkokul	**137 (36,7)**
Ortaokul	**28 (7,5)**
Lise	**57 (15,3)**
Üniversite	**77 (20,6)**
Yüksek lisans	**13 (3,5)**
Doktora	**8 (2,1)**
Diğer	**6 (1,6)**
Toplam eğitim gördüğü yıl: ort (SD)	**8,77 (6,14)**
Sağlık güvencesi: n (%)	**373 (100)**
Yok	**8 (2,1)**
Sgk (Bağkur, Ssk, Emekli Sandığı)	**365 (97,9)**
Aylık gelir durumu: n (%)	**321 (86,1)******
0-1300tl	**103 (32,1)**
1301-2602tl	**133 (41,4)**
2603-5203tl	**62 (19,3)**
5204-10406tl	**21 (6,5)**
10407 ve üstü	**2 (0,6)**

*tüm katılımcılardan 371 kişi ‘‘yaşadığı yer’’ sorusunu yanıtlamıştır.

**tüm katılımcılardan 372 kişi ‘‘medeni durum’’ sorusunu yanıtlamıştır.

***tüm katılımcılardan 361 kişi ‘‘meslek’’ sorusunu yanıtlamıştır.

****tüm katılımcılardan 321 kişi ‘‘aylık gelir durumu’’ sorusunu yanıtlamıştır.

Tablo-2: Katılımcıların Alışkanlıkları

Sigara Kullanımı: n (%)	**Kullanmıyor**	**243 (65,1)**
	Bırakmış	**61 (16,4)**
	Kullanıyor	**69 (18,5)**
	Toplam	**373 (100)**
Ne sıklıkta alkol alırsınız? n (%)	**Hiç**	**331 (89)**
	Ayda 1 ya da daha az	**24 (6,5)**
	Ayda 2-4 kez	**15 (4)**
	Haftada 2-3 kez	**2 (0,5)**
	Haftada 4 ya da daha fazla	**0**
	Toplam	**372 (100)**
Sigara Kullanım Süresi paket/yıl:	**0rtalama±SD** **Minimum** **Maksimum**	**23,94±12,47** **2** **50**
Sigara Günlük Kullanım Adedi adet/ gün:	**0rtalama±SD** **Minimum** **Maksimum**	**14,72±8,2** **1** **40**

Tablo-3: Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri

Vücut ölçüleri	0rtalama±SD	Minimum	Maksimum
Boy (cm)	164,68±8,71	145	195
Kilo (kg)	76,37±15,46	41	120
Vücut Kitle İndeksi(VKİ) (kg/m^2)	28.13±5.34	16,46	45,04
VKİ ve Obezite durumu n (%)	<24,99=normal	102 (30,6)	
	25-29.99=fazla kilolu	117 (35,1)	
	>30=obez	114 (34,2)	

Katılımcılardan bugün ki sağlık durumu(BSD) için 0:en kötü sağlık durumu ile 100:en iyi sağlık durumu arasında kendilerine puan vererek değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların BSD ortalaması 73,89 ±23,74' tür (min:0,max:100).

4.1.2. Son bir yıl içinde sağlık kuruluşlarını kullanım

Katılımcıların yıllık aile hekimi ve uzman hekime başvuru sıklıkları sorgulanmıştır. Aile hekimine son bir yıl içinde gittilerse memnuniyet durumları, gitmedilerse nedeni sorgulanmıştır. Son bir yıl içinde uzman hekim-hastaneye gidenlerin memnuniyet oranları, hangi bölüme başvurdukları, nasıl karar verdikleri ve gitmedilerse nedeni sorgulanmıştır. Tüm katılımcıların (n=373) %81,5'u (n=304) son bir yıl içinde aile hekimine gitmiştir. Aile hekimine son bir yılda gitme sayısı 3,55±2,8 minimum:1 maksimum:24 kez olmuştur (Tablo-4).

Tablo-4: Yıllık aile hekimi başvuru sayısı

Aile hekimi başvuru sayısı	n	%
1	71	23,3
2	50	16,4
3	47	15,4
4	76	24,9
5	23	7,5
6	13	4,3
7	2	,7
8	2	,7
10 ve üzeri	21	6,9
Total	305	100,0

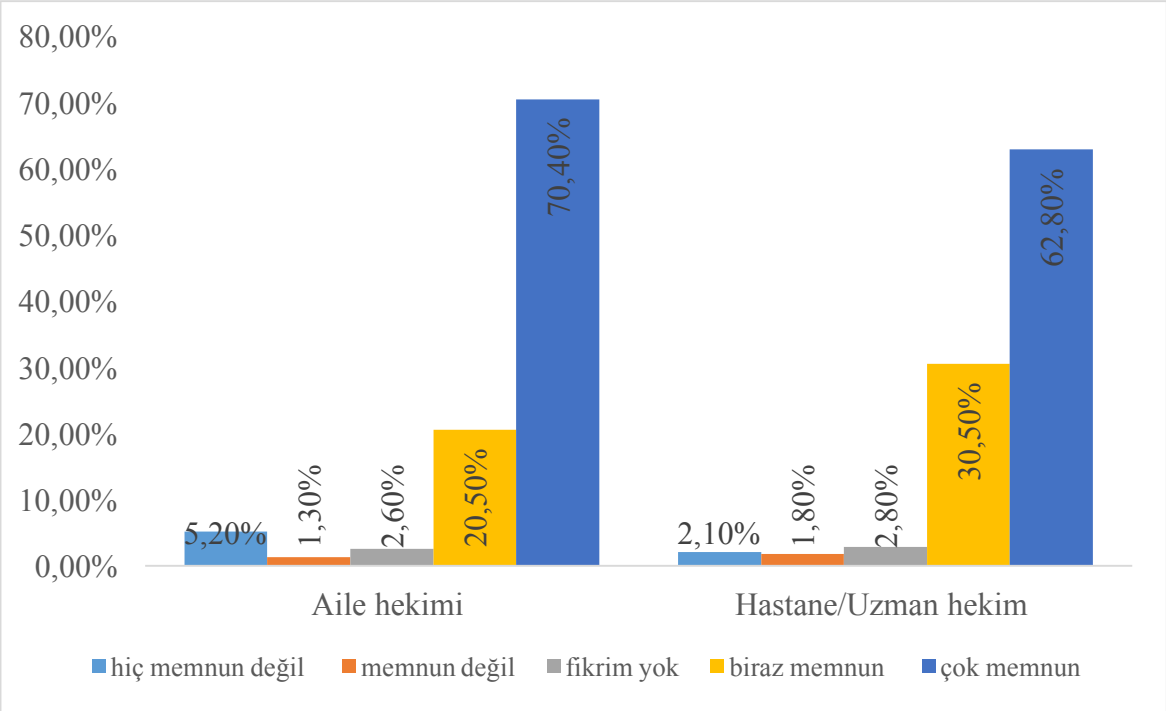
Tüm katılımcıların (n=373) %76,4'ü (n=285) son bir yıl içinde uzman hekim ya da hastaneye gitmiştir. Uzman hekime son bir yılda gitme sıklığı 3,34±3,02 minimum:1 maximum:20 kezdir. Uzman hekim ya da hastaneye son bir yıl içinde gidenlerin en sık başvurduğu bölüm %33,9 (n=95) Dahiliye ve %13,9 (n=39) 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 (Tablo-5).

Tablo-5: Yıllık uzman hekim-hastane başvuru sayısı

Uzman hekim-hastane başvuru sayısı	n	%
1	**95**	**33,3**
2	**55**	**19,3**
3	**38**	**13,3**
4	**38**	**13,3**
5	**14**	**4,9**
6	**9**	**3,2**
7	**5**	**1,8**
8	**7**	**2,5**
10 ve üzeri	**24**	**8,5**
Total	**285**	**100,0**

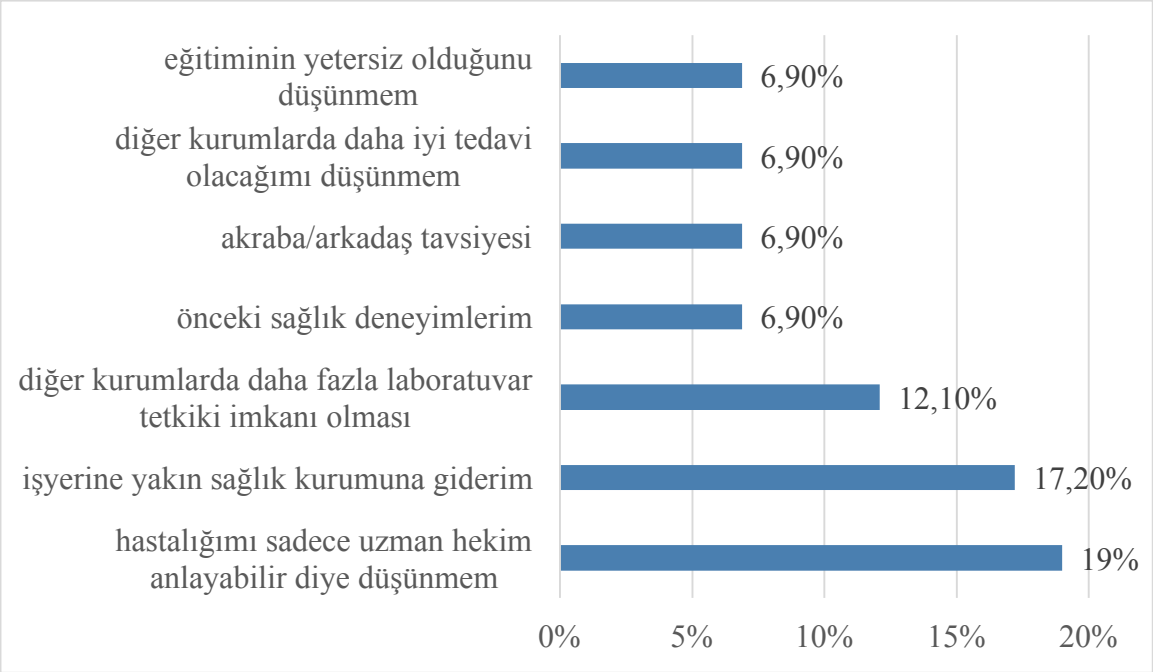
Tüm katılımcıların (n=373) %8 (n=30)'i son bir yıl içinde hastaneye yatmıştır. Hastaneye yatanların %88,1 (n=27)'i memnun kalmıştır. Aile hekimine gidenlerin %80,9 (n=279)'u memnun (%70,4'ü çok memnun) kalmıştır. Uzman hekime gidenlerin %62,8'i (n=179) çok memnun kalmış, %30,5'u (n=87) biraz memnun kalmıştır (Şekil-3).

Şekil-3: Aile hekimi ve uzman hekime gidenlerin memnuniyet oranları



Aile hekimine gitmeyenlerin gitmeme nedenleri sorgulanmıştır; %19 (n=11) ‘‘hastalığımı uzman hekim anlayabilir diye düşünmem’’, %17,2 (n=10) ‘‘işyerine yakın sağlık kurumuna giderim’’ ve %12,1 (n=7) ‘‘diğer kurumlarda daha fazla laboratuvar tetkiki imkanı olması’’ en sık üç neden olmuştur (Şekil-4).

Şekil-4: Aile hekimine gitmeyenlerin gitmeme nedenleri



4.1.3. Karşılanmayan ihtiyaçlar

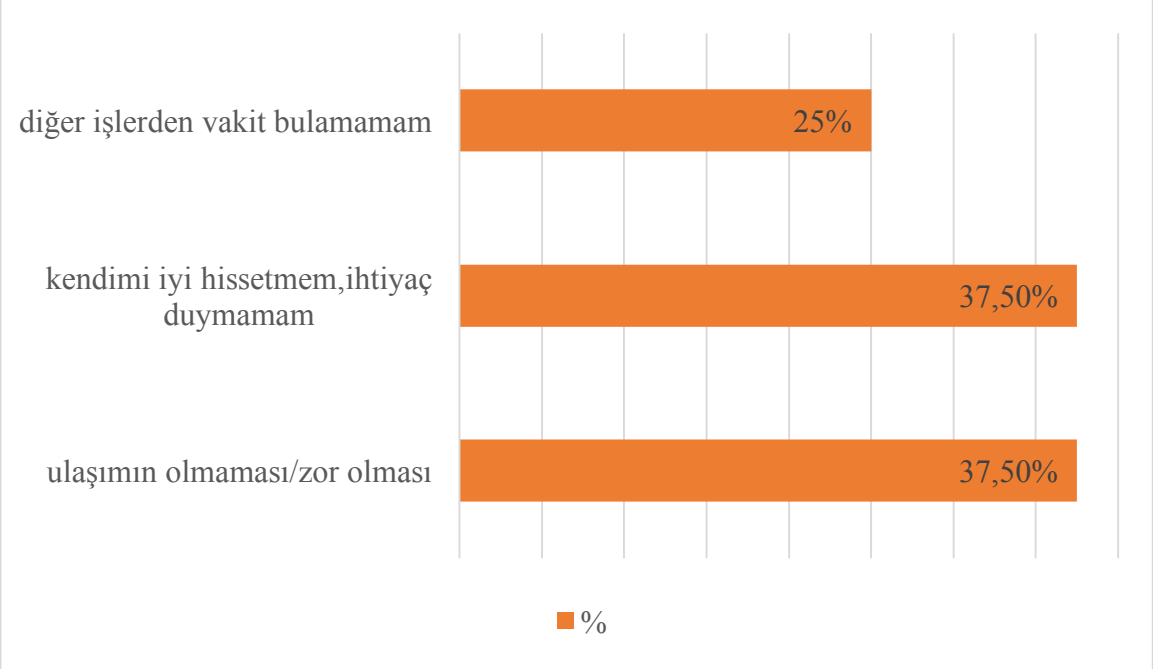
1. **Ulaşılabilirlik**

Katılımcılardan %67,8 (n:253) oranında ‘‘kronik hastalığı ile ilişkili ihtiyaç duyduğunda sağlık kurumuna ulaşabiliyorum’’ kesinlikle katılıyorum, %64,1(n:239) oranında ‘‘kronik hastalığı ile ilişkili ihtiyaç duyduğunda uzman hekime ulaşabiliyorum’’ kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir (Tablo-6).

Tüm katılımcılardan son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyen %4,3 (n:16) kişidir. Son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenler için tıbbi bakım aramamasının temel nedeni %37,5 oranı ile ‘’ulaşımın olmaması/zor olması’’dır (Şekil-5)

Şekil-5: Tıbbi bakım aramamanın en sık nedenleri

*Son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmediyseniz kronik hastalığınız için tıbbi bakım aramamanızın temel nedeni neydi?



2. **Maddiyat**

Katılımcılardan ‘‘kronik hastalığı ile ilişkili ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetini maddi olarak karşılayabiliyorum’’ hiçbir zaman yanıtını veren %3,8 (n:14) ‘‘İlaçları maddi olarak karşılayabiliyorum’’ hiçbir zaman yanıtını veren %3,5’tir (n:13) (Tablo-6).

Tablo-6: Kronik hastalık ile ilgili ihtiyaç duyulduğunda sağlık kurumu-uzman hekime ulaşım sıklıkları

Kronik hastalığım ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda;	**Kesinlikle katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Fikrim yok**
Sağlık kurumuna ulaşabiliyorum	253(%67,8)	80(%21,4)	**20(%5,4)**	**12(%3,2)**	**8(%2,1)**
Uzman hekime ulaşabiliyorum	239(%64,1)	80(21,4)	**26(%7)**	**18(%4,8)**	**10(%2,7)**
Kronik hastalığım ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda;	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
Sağlık hizmetini maddi olarak karşılayabiliyorum	**14(%3,8)**	**14(%3,8)**	**34(%9,1)**	69(%18,5)	242(%64,9)
İlaçları maddi olarak karşılayabiliyorum	**13(%3,5)**	**11(2,9)**	**42(%11,3)**	59(%15,8)	248(%66,5)

3. Sağlık hizmetinin koordinasyonu

Tablo-7:Aile hekiminin koordinasyon rolü

* Aile hekiminiz sizi bir uzman hekime yönlendirdiğinde;

N(%)	hiçbir zaman	nadiren	çoğu zaman	her zaman	fikrim yok
Yazılı sevk kağıdı verir	276(86)	14(4,4)	17(5,3)	9(2,8)	5(1,6)
Uzman hekimden benim için randevu alır	278(86,6)	15(4,7)	15(4,7)	7(2,2)	6(1,9)
Gidebileceğim sağlık kurumunun adını söyler	269(83,8)	15(4,7)	13(4)	19(5,9)	5(1,6)
Gidebileceğim uzman hekimin adın söyler	279(86,9)	18(5,6)	11(3,4)	9(2,8)	4(1,2)

4. Tedaviye uyum durumu

Tablo-8: Kronik hastalık tedavisine uyum

Kronik hastalıklar için ilaç kullanırken zaman zaman ilacı bıraktığınız oluyor mu?	n	%
hayır	227	70,7
evet	94	29,3
Total	321	100,0
Son bir yıl içinde ilaçları 2hafta veya daha fazla süreyle bırakmak zorunda kaldınız mı?	n	%
hayır	246	76,6
evet	64	19,9
hiç ilaç kullanmadım	11	3,4
Total	321	100,0

5. Tedaviyi bırakma nedeni

Tablo-9: İlaç bırakma nedenleri

Son bir yıl içinde ilaçları 2hafta veya daha fazla süreyle bırakmak zorunda kaldınız ise ilaçlarınızı almayı neden bıraktınız?	n	%
Belirtiler geriledi/daha iyi hissettim ve bıraktım	31	43,7
Doktor bırakmamı söyledi	11	15,5
Ulaşabildiklerini beğenmedim	5	7,0
İlaçları nereden alacağımı bilemedim	3	4,2
İlaçların bulunduğu yer çok uzaktaydı	2	2,8
İlaçların ücretini ödeyemedim	1	1,4
Diğer	18	25,4
Total	71	100,0

6. Birinci basamaktan yararlanım

Katılımcıların kronik hastalığı ile ilişkili hizmet ihtiyaçlarından; ilaç yazdırma, tetkik, acil bir sağlık durumunda, takip, tedavi düzenlenmesi, egzersiz diyet önerileri ve branş uzmanına sevk edilmek için ne kadar sıklıkta birinci basamakta aile hekimlerinden karşıladıkları sorgulanmıştır. İlaç yazdırma için %15,8 (n:59) hiçbir zaman kullanmazken , %51,2 (n:191) her zaman aile hekiminde ilaç yazdırmaktadır. Tetkik için %21,2 (n:79) oranda nadiren aile hekimini kullanırken, büyük oranda %57,1 (n:213) hiçbir zaman aile hekiminden yararlanmıyordu. %76,9 (n:287) kronik hastalıklarıyla ilişkili acil bir durumda aile hekiminden hiçbir zaman yararlanmadıkları yanıtını verirken, %12,9 (n:47) nadiren yanıtını vermiştir. Takip için %64,9 (n:242) hiçbir zaman, %18,2 (n:68) nadiren aile hekiminden yararlanmaktadır. Tedavi düzenlemesi için %71,3 (n:266) hiçbir zaman, %14,2 (n:53) nadiren , egzersiz diyet için %79,6 (n:297) hiçbir zaman, %9,9 (n:37) nadiren, branş uzmanına sevk için %82 (n:306) hiçbir zaman, %9,7 (36) nadiren aile hekiminden yararlanmaktadır.

7. Bakım kalitesi

PACIC ve HAÖ ölçeklerinin değerlendirilmesi

PACIC ölçeği iç tutarlılığı; Cronbach alfa katsayısı 0,98 saptanmıştır.

Tablo-10: PACIC ve HAÖ puan analizleri

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	SD
Toplam PACIC puanı	368	1	5	2,18	1,30
Toplam HAÖ puanı	367	,00	80,00	50,27	15,57
PACIC Alt Ölçek Puanları					
Hasta katılımı (PACIC 1-3)	370	1	5	2,32	1,48
Karar verme desteği (PACIC 4-6)	370	1	5	2,35	1,46
Amaç belirleme/rehberlik (PACIC 7-11)	370	1	5	2,14	1,32
Problem çözme (PACIC 12-15)	368	1	5	2,26	1,44
İzlem/koordinasyon (PACIC 16-20)	370	1	5	1,96	1,30

4.1.4. Kronik hastalık sıklıkları

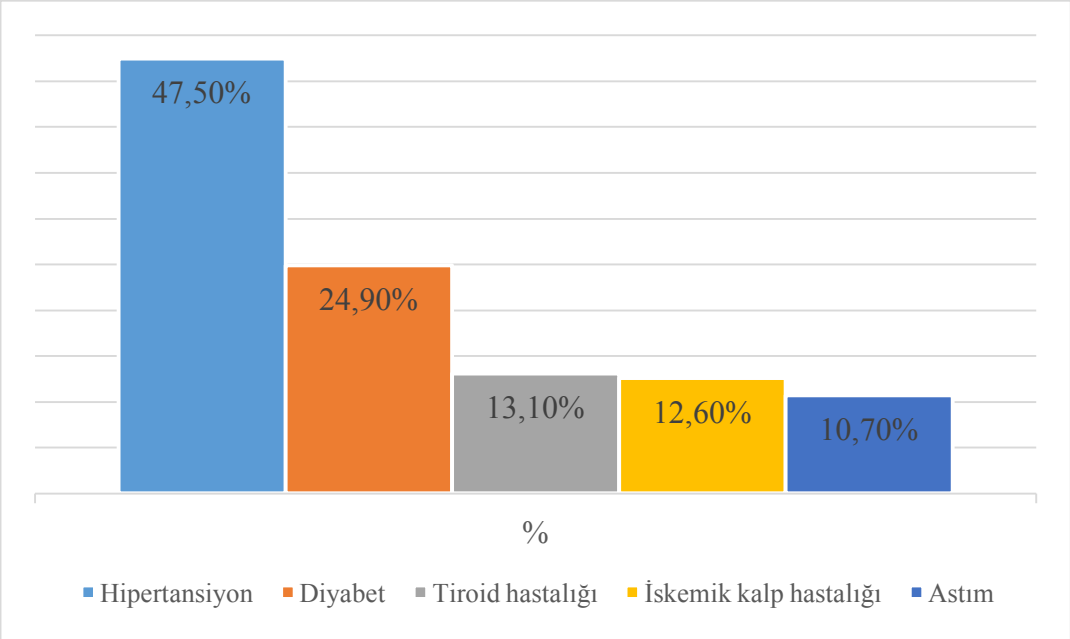
Tüm katılımcıların en az bir kronik hastalığı vardır(n:373). Pauline ve arkadaşlarının kullandığı 22 kronik hastalık listesinden[26] 16 tanesi katılımcılarda tespit edilerek çalışmamızda analiz edilmiştir. Hastaların sahip olduğu bu 16 kronik hastalık ve sıklık sıralamasına göre Tablo-11'de verilmiştir.

Tablo-11: Kronik hastalıkların sıklık sıralaması

Kronik hastalık	n	%
1. Hipertansiyon	177	47,5
2. Diyabet	93	24,9
3. Tiroid hastalığı	49	13,1
4. İskemik kalp hastalığı	47	12,6
5. Astım	40	10,7
6. Hiperlipidemi	36	9,7
7. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	26	7
8. Romatizmal hastalık	21	5,6
9. Kanser	10	2,9
10. Serebrovasküler hastalık	6	1,6
11. Osteoporoz	5	1,3
12. Böbrek yetmezliği	4	1,1
13. Parkinson hastalığı	3	0,8
14. Osteoartrit	2	0,6
15. Kalp kapak hastalığı	2	0,6
16. Kalp yetmezliği	2	0,5

4.1.5. En sık 5 kronik hastalık

Şekil-6: En sık 5 kronik hastalık ve oranları



Tüm katılımcıların sahip olduğu en sık 5 kronik hastalık sırasıyla; %47,5 (n:177) oranında Hipertansiyon birinci , %24,9 (n:93) oranında Diyabet ikinci, %13,10 (n:49) oranında Tiroid üçüncü, %12,6 (n:47) oranında İskemik kalp hastalığı dördüncü, %10,7 (n:40) oranında Astım beşincidir (Şekil-6). Hipertansiyonu olanların %88'i (n:138) eski tanı, 3 yıldan uzun süredir bu kronik hastalığa sahiptir. Bu grubun %48'i 6-10 yıl önce teşhisini almıştır. Katılımcılara her bir kronik hastalıkları ile ilişkili tanı açısından ‘‘teşhis nerede kondu?’’, takip açısından ‘‘kontrole hangi kuruma gidiyorsunuz?’’, tedavi için ‘‘ilaçlarınızı nerede yazdırıyorsunuz?’’ sorularına yanıt olarak ‘’ASM tercih edenler ‘‘Birinci Basamak (BB)’’, ‘‘Devlet Hastanesi (DH), Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH), Üniversite Hastanesi (ÜH) ve Özel Hastane(ÖH) tercih edenler ‘‘İkinci Basamak(İB)’’ olarak değerlendirilmiştir. Hipertansiyon tanısına sahip hastaların teşhisleri büyük çoğunlukla %92,1 (n:163) İB'de konmuştur. Hipertansiyonu olanların sadece %7,9'u (n=14) BB'de tanı almış ve %14,1'i (n:25) kronik hastalığının kontrolü için BB'ye gitmektedir.

Kontrole gitmediğini ifade eden Hipertansiyon tanısı olanların oranı %4, geriye kalan %81,9 (n:141) İB'ye kontrole gitmektedir. ''Kontrole nereye gideceğinize karar verirken etkili olan neydi?'' sorusuna Hipertansiyon tanısına sahip hastaların en sık yanıtı %31 (n:54) oranı ile ''kendim'', ikinci en sık yanıtı ise %27 (n:47) ile ''akraba'', %21,3 (n:37) ''aile hekimi dışında diğer doktor'', sadece %11,5 (n:20) oranında da ''aile hekimim'' olmuştur. Kontrole giden ve Hipertansiyonu olanların kontrole gitme sıklığı çoğunlukla %46,9 (n:82) 0-6ay aralığındadır. Hipertansiyonu olanların çok büyük oranı %83,6 (n:148) ile ilaçlarını BB'de yazdırmaktadır. Hipertansiyon tanısına sahip hastalardan %73'ü (n:129) kronik hastalığı için ''uzman hekim'' tarafından sürekli takip edildiğini ifade ederken, %19,9'u (n:35) ''aile hekimi''nin bu hastalığı için sürekli takip eden hekim olduğunu söylemiştir.

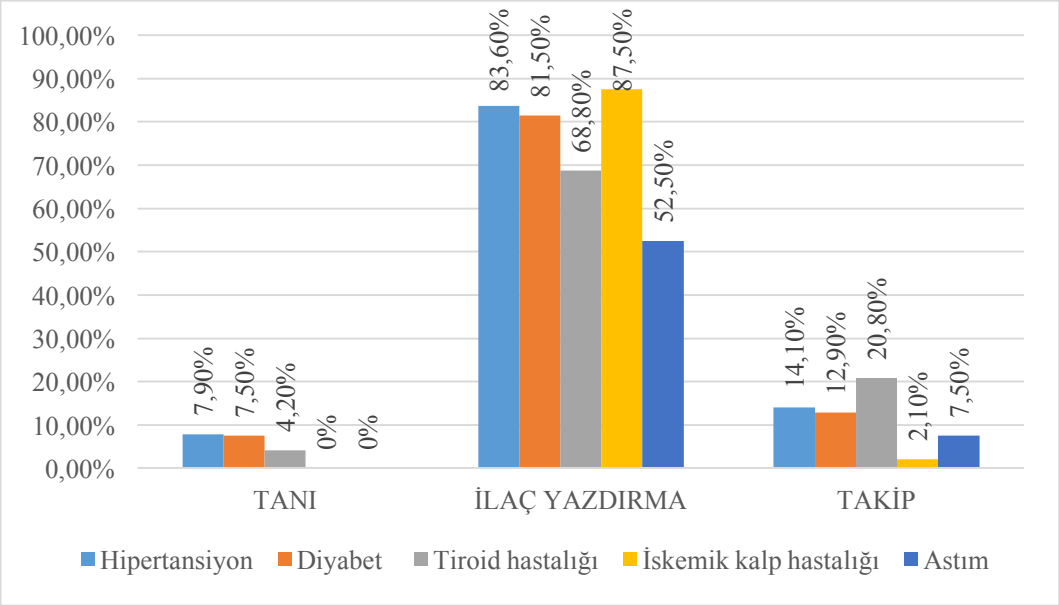
Diyabeti olanların (n:93), %69,9'u (n:65) eski tanı, 3yıldan uzun süredir bu kronik hastalığa sahiptir. Bu grubun %47,3'ü 6-10 yıl önce Diyabet teşhisini almıştır. Teşhisler çoğunlukla %92,5 (n:84) İB'de konmuştur. Diyabeti olanların sadece %7,5'u (n:7) BB'de tanı almış ve %12,9'i (n:12) kronik hastalığının kontrolü için BB'ye gitmektedir. Kontrole gitmediğini ifade eden Diyabet tanısı olanların oranı %4,3, geriye kalan %88,5 (n:77) İB'ye kontrole gitmektedir. ''Kontrole nereye gideceğinize karar verirken etkili olan neydi?'' sorusuna Diyabet olanların en sık yanıtı %32,6 (n:30) ''kendim'', ikinci en sık yanıtı %27,2 (n:25) ile ''akraba'', %22,8 (n:21) ''aile hekimi dışında diğer doktor'', ,%9,8 (n:9) ''aile hekimim'' olmuştur. Kontrole giden Diyabeti olanların kontrole gitme sıklığı çoğunlukla %52,8 (n:48) 0-6ay aralığındadır. Diyabeti olanların çok büyük oranı %81,5 (n:75) ilaçlarını BB'de yazdırmaktadır. Uzman hekimin Diyabet hastalığı için sürekli takip eden hekim olduğunu ifade eden Diyabeti olanların %77,4'ü (n:72), Aile hekiminin sürekli takip eden hekim olduğunu söyleyenler de %14 (n:13)'dür.

4.1.6. En sık 5 kronik hastalığa sahip katılımcıların Birinci basamak ve İkinci basamak tercih durumları

Tüm katılımcıların sahip oldukları her bir kronik hastalık için ‘‘teşhis nerede kondu?’’ sorusu ile tanısı nerde konduğu, ‘‘ilaçlarınızı nerede yazdırıyorsunuz?’’ sorusu ile tedavi için nereyi tercih ettiği, ‘‘kontrole hangi kuruma gidiyorsunuz?’’ sorusu ile takip için hangi kurumu tercih ettiği sorgulanmıştır. ASM ve EASM tercih edenler ‘’Birinci Basamak(BB)’’, Devlet Hastanesi(DH), Eğitim Araştırma Hastanesi(EAH), Üniversite Hastanesi(ÜH) ve Özel Hastane(ÖH) tercih edenler ‘’İkinci Basamak(İB)’’ olarak değerlendirilmiştir.

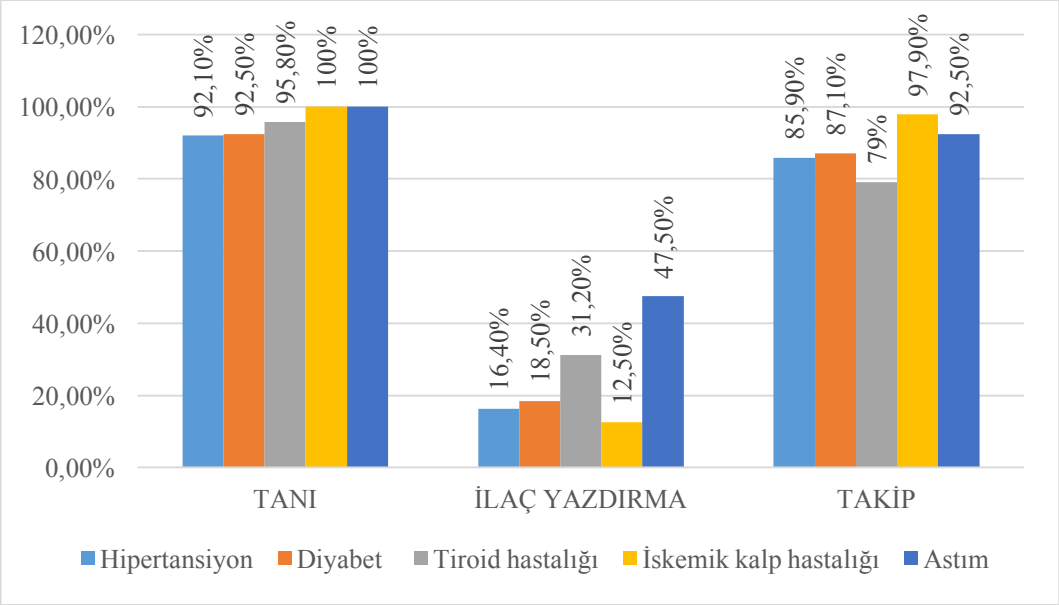
En sık 5 kronik hastalığa sahip hastaların her bir hastalık için tanı, tedavi ve takip için BB ve İB tercihleri Şekil-7 ve 8’de verilmiştir.

Şekil-7: Kronik Hastalıklar İçin Birinci Basamakta Tanı, Tedavi (İlaç Yazdırma) Ve Takip Oranları



[4]İskemik kalp hastalığı ve Astım BB'de tanı almamıştır.

Şekil-8: Kronik Hastalıklar İçin İkinci Basamakta Tanı, Tedavi (İlaç Yazdırma) Ve Takip Oranları



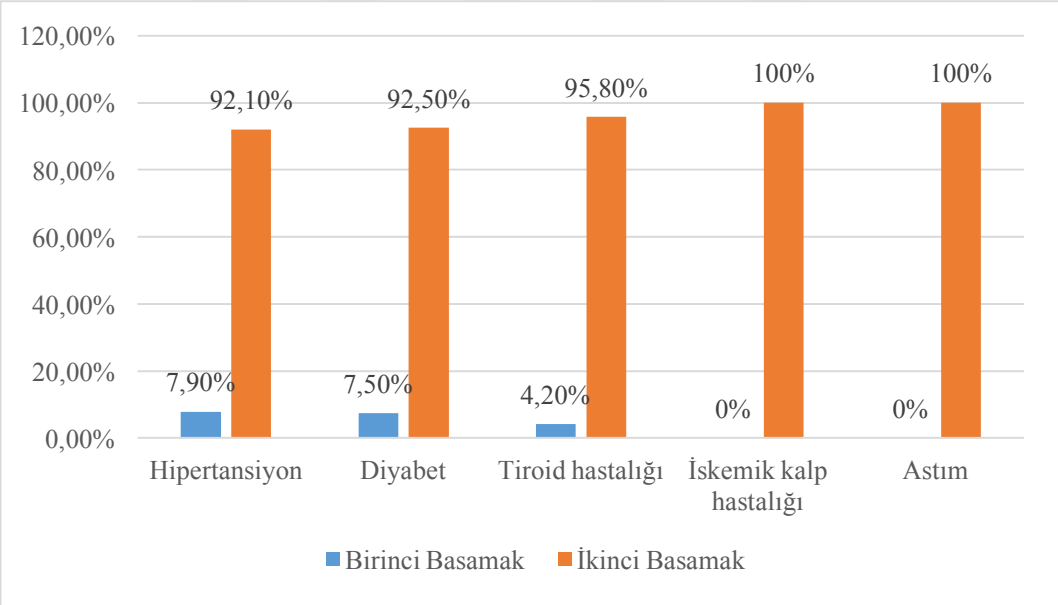
4

Birinci basamağın kronik hastalıklar için tanı koymada ki oranı çok düşük saptanmıştır. Katılımcıların neredeyse tamamı Hipertansiyon ve Diyabet kronik hastalık tanısını İB'de almıştır. Katılımcılardan İskemik kalp hastalığı ve Astım kronik hastalığına sahip olanların tamamı tanısını BB'de almadığını ifade etmiştir (Şekil-9).

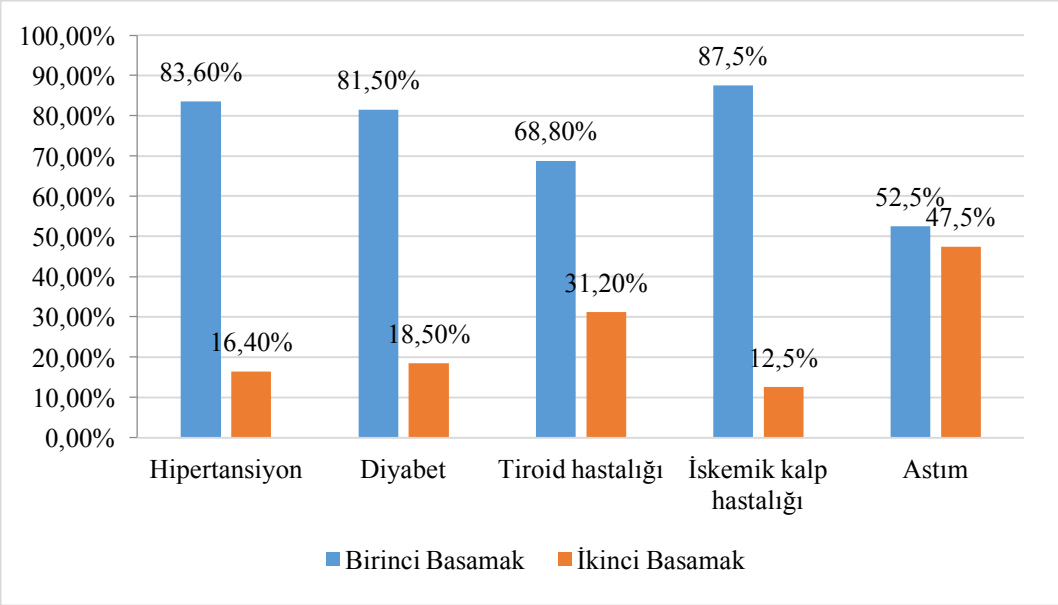
Katılımcıların çoğu ilaç yazdırmak için BB'yi tercih etmiştir. İB'de en sık ilaç yazdırma oranı Astım hastalığına (%47,5) aittir (Şekil-10).

En sık 5 kronik hastalığın çoğunlukla İB'de takip edildiği saptanmıştır. İskemik kalp hastalığı tanılı hastaların neredeyse tamamı İB'de takip edildiğini ifade etmiştir. BB'de en sık takip edilen hastalık %20,8 ile Tiroid hastalığı olarak saptanmıştır (Şekil-11).

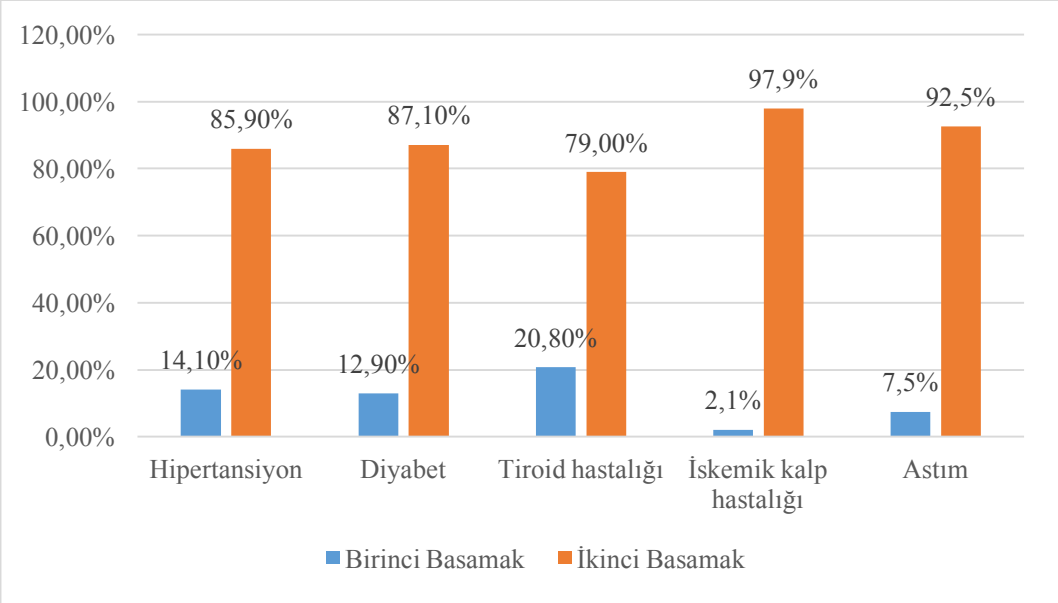
Şekil-9 :En sık 5 kronik hastalığın BB ve İB tanı alma oranları



Şekil-10: En sık 5 kronik hastalığın BB ve İB ilaç yazdırma oranları



Şekil-11: En sık 5 kronik hastalığın BB ve İB takip oranları

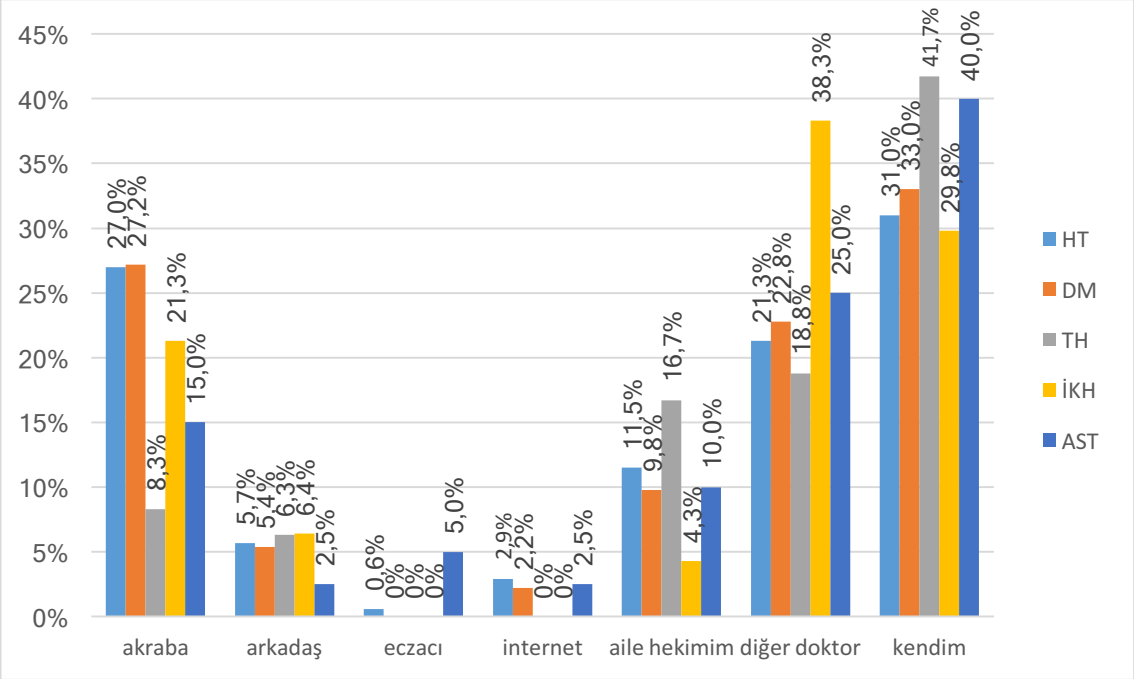


Tablo-12: En sık 5 kronik hastalığın tanı, takip, ilaç yazdırma için BB ve İB tercihleri açısından karşılaştırılması

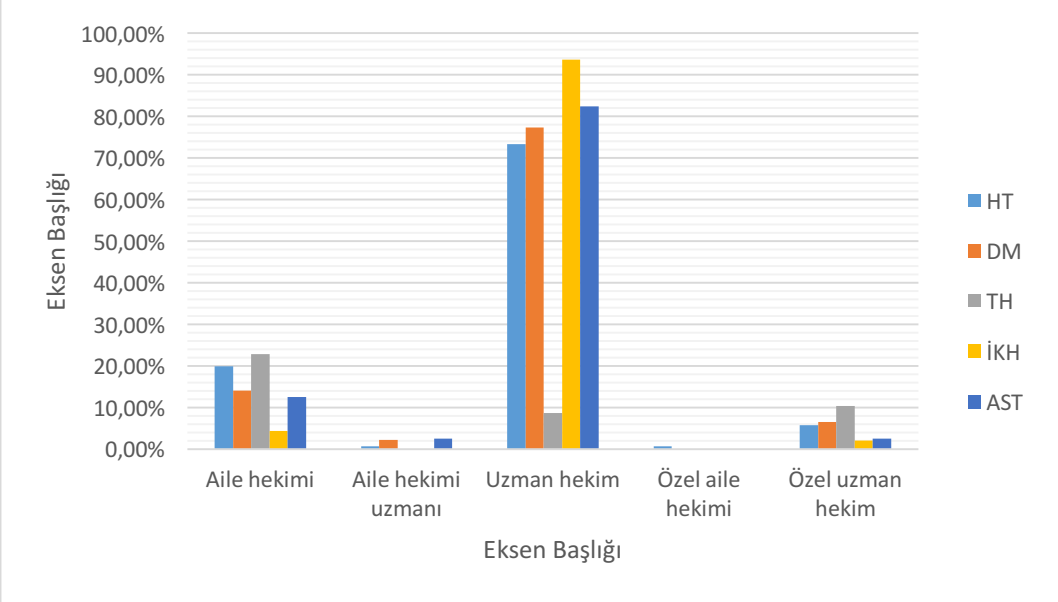
n (%)		Tanı	İlaç yazdırma	Takip	x^2	p*
Hipertansiyon	BB	14 (7,9)	148 (83,6)	25 (14,1)	***x^2:274,1***	***p<0,001***
	İB	163 (92,1)	29 (16,4)	152 (85,9)		
	Toplam	177 (100)				
Diyabet	BB	7(7,5)	75(81,5)	12(12,9)	***x^2:138,3***	***p<0,001***
	İB	86(92,5)	18(18,5)	81(87,1)		
	Toplam	93 (100)				
Troid hastalığı	BB	2 (4,2)	33 (68,8)	10 (20,8)	***x^2:50,23***	***p<0,001***
	İB	46 (95,8)	15 (31,2)	38 (79,2)		
	Toplam	48 (100)				
İskemik kalp hastalığı	BB	0(0)	41(87,5)	1(2,1)	***x^2:111,3***	***p<0,001***
	İB	47(100)	6(12,5)	46(97,9)		
	Toplam	47 (100)				
Astım	BB	0(0)	21(52,5)	3(7,5)	***x^2:40,31***	***p<0,001***
	İB	40 (100)	19(47,5)	37(92,5)		
	Toplam	40(100)				

Kronik hastalığınız ile ilişkili ‘kontrole nereye gideceğinize karar verirken etkili olan neydi?’ sorusuna en sık 5 kronik hastalık için kontrol kararında etkili olan faktörlerin oranları Şekil-12’ de verilmiştir.

Şekil-12: Kontrol kararında etkili olan faktörlerin oranları



Şekil-13: Kronik hastalık için sürekli takip olunan hekim oranları



4.1.7. En son sağlık sorunu

‘‘Son bir yıl içinde yaşadığınız en son sağlık sorunu neydi ve ilk hangi kuruma başvurmuştunuz? Neden bu kurumu tercih etmiştiniz?’’ sorusuna katılımcıların %98,8 (n:317)’i yanıtlamıştır.

1. Son bir yıl içinde katılımcılar tarafından belirtilen en son yaşadıkları sağlık sorunlarından;
    1. Kırık, düşme, kanama, göğüs ağrısı gibi sorunlar **‘‘Acil problemler’’** %2,4 (n:8),
    2. Kontrol, takip, tahlil, ilaç yazdırma, tansiyon-kan şekeri takibi gibi durumlar **‘‘Kronik hastalık takip-tedavisi’’** olarak değerlendirilmiştir %51,9 (n:175),
    3. Grip, üsye, enfeksiyon, diz-bel-mide-karın-kasık ağrısı, halsizlik, kansızlık, öksürük gibi sorunlar **‘‘Akut problemler’’** %43,3 (n:146),
    4. Check-up, endoskopi, mamografi gibi sorunlar **‘’Koruyucu hekimlik uygulamaları’’** %2,4 (n:8)

    olarak değerlendirilmiştir.

2. Katılımcıların son bir yıl içinde yaşadıkları en son sağlık sorunu için ilk başvurdukları kurumlardan; ASM ve EASM için BB, DH, EAH, ÜH ve ÖH için İB tercihleri olarak gruplandırılarak başvuru nedenleri açısından karşılaştırılmıştır; BB’ye istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda ‘‘kronik hastalık takip-tedavisi’’ durumunu işaret eden sağlık sorunları ile başvurulmaktadır (%71 vs %44). İB’ye ise görece olarak daha fazla ‘‘Akut problemler’’ durumunu işaret eden sağlık sorunları ile başvurulmaktadır (%56 vs %29) ($p<0,001$) (Tablo-13).

Tablo-13: En son sağlık sorunu için BB ve İB tercih durumları

$x^2 = 22,17; p<0,001$	Kronik hastalık takip-tedavisi	Akut problemler	Toplam
BB (ASM,EASM)	**n:89, %71,2**	**n:36, %29**	**n:125, %100**
İB (DH,EAH,ÜH,ÖH)	**n:85, %44,2**	**n:107, %56**	**n:192, %100**

3. Katılımcıların son bir yıl içinde yaşadıkları en son sağlık sorunu için ilk başvurdukları kurumları neden tercih ettikleri sorgulandığında; %37,1 (n:121) oranında ‘‘yakın’’ olduğu için bu kurumu tercih etmişlerdir.

4.2. Karşılaştırmalı Analizler

❖ En sık ilk 3 kronik hastalık (Hipertansiyon, Diyabet ve Tiroid hastalığı) tanı, ilaç yazdırma ve takip açısından tercih ettikleri BB ve İB grupları arasında toplam HAÖ ve PACIC puanı ortalaması karşılaştırılmıştır (Tablo-17) (Ort±SD değeri independent sample t testi ve p değeri Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.)

➢ **Tanı**

- Hipertansiyon, Diyabet tanılı hastaların BB'de tanı alanlar ile İB'de tanı alanlar arasında toplam HAÖ ve PACIC puanı arasında anlamlı fark saptanamamıştır (Tablo 14) (p>0,05).

Tablo-14: Hipertansiyon, Diyabet tanısı açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi

Hipertansiyon	Tanı	N	Ort±SD	p*
PACIC	BB	14	2,14±1,48	p>0,05
	İB	161	2,32 ±1,39	
HAÖ	BB	14	49,71±15,33	p>0,05
	İB	160	51,06±14,15	
Diyabet	Tanı	N	Ort±SD	p*
PACIC	BB	7	1,65±1,66	p>0,05
	İB	86	2,49±1,51	
HAÖ	BB	7	51,85±13,23	p>0,05
	İB	85	50,40±13,57	

* Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

- TH tanılı hastaların İB'de (n:44) tanı alanlar ile BB'de (n:2) tanı alanlar arasında toplam HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmıştır *(p:0,007*) (Tablo-15).

Tablo-15: Tiroid hastalığı tanısı açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi

Troid hastalığı	Tanı	N	Ort±SD	p*
PACIC	BB	2	1±0	p>0,05
	İB	46	2,05±1,26	
HAÖ	BB	2	23±2,82	***p:0,007***
	İB	44	55,10±13,26	

* Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

- **İlaç yazdırma**

- Hipertansiyon, Diyabet, Tiroid hastalığı tanılı hastaların ilaç yazdırdığı kurum BB olanlar ve İB olanlar arasında toplam HAÖ ve PACIC arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo-16).

Tablo-16: Hipertansiyon, Diyabet, Tiroid hastalığı için ilaç yazdırma açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi

Hipertansiyon	İlaç yazdırma	N	Ort±SD	p*
PACIC	BB	147	1±0	p>0,05
	İB	28	2,05±1,26	
HAÖ	BB	145	23±2,82	p>0,05
	İB	29	55,10±13,26	
Diyabet	İlaç yazdırma	N	Ort±SD	p*
PACIC	BB	75	2,5 ±1,56	p>0,05
	İB	17	2,20±1,24	
HAÖ	BB	74	50,20±13,15	p>0,05
	İB	17	50,11±13,79	
Tiroid hastalığı	İlaç yazdırma	N	Ort±SD	p*
PACIC	BB	32	2,04±1,35	p>0,05
	İB	14	1,92±1,08	
HAÖ	BB	33	53,93±13,52	p>0,05
	İB	15	53,40±16,97	

* Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

- **Takip**
  - Parametrik testlerden t testi analizine göre**;** Hipertansiyon takibi için BB ve İB tercih eden gruplar arasında toplam PACIC puan ortalaması açısından fark saptanamamıştır. Hipertansiyon tanısı olan hastaların kronik hastalık takibi için İB tercih edenlerin (n:142) BB tercih edenlere (n:25) göre toplam HAÖ puan ortalaması (51,61±14,02 vs 44,9±13,56) anlamlı düzeyde daha yüksektir (*p:0,028)* (Tablo-17).

- Nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi analizine göre; Hipertansiyon tanılı hastaların takip için İB'yegidenlerin (n:144), BB'ye gidenlere (n:24) göre toplam PACIC ortalaması (1,81±1,42 vs 2,39±1,38) açısından anlamlı fark saptanmıştır *(p:0,026).* Hipertansiyon tanılı hastaların takip için İB'ye gidenlerin (n:142), BB'ye gidenlere (n:25) göre toplam HAÖ ortalaması (51,61±14,02 vs 44,9±13,56) açısından anlamlı fark saptanmıştır *(p:0,035).* Diyabet, Tiroid hastalığı, İskemik kalp hastalığı, Astım tanılı hastaların BB ile İB'ye takip için gidenler arasında toplam HAÖ, PACIC puanları arasında anlamlı fark saptanamamıştır (p>0,05).

Tablo-17: Hipertansiyon, Diyabet, Tiroid hastalığı için takip açısından BB ve İB tercihleri ile PACIC ve HAÖ ilişkisi

TAKİP		**n**	**PACIC ort±SD**	p*	**n**	**HAÖ ort±SD**	p*
HT	BB	24	1,81±1,42	***p:0,026***	25	44,9±13,56	***p:0,035***
	İB	144	2,39±1,38		142	51,61±14,02	
DM	BB	12	2,18±1,64	p>0,05	12	48,33±13,38	p>0,05
	İB	77	2,53±1,50		76	50,39±13,43	
TH	BB	9	1,63±1,38	p>0,05	10	47,80±16,85	p>0,05
	İB	36	2,10±1,24		37	55,29±13,83	

* Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

❖ Tüm katılımcılar için son bir yıl içinde aile hekimine ve hastane ya da uzman hekime gidenler arasında hekim tercihi açısından sadece aile hekimine gidenler ve sadece uzman hekime gidenler olarak iki grup halinde parametrik testlerden independent sample t testi ile analiz edilmiştir. Son bir yıl içinde sadece aile hekimine giden n:68, sadece hastane ya da uzman hekime giden n:49 kişi saptanmıştır. **Son bir yıl içinde sadece uzman hekime başvuranlar ile sadece aile hekimine başvuranlar arasında toplam PACIC puanı açısından anlamlı fark saptanmıştır (*t:2,895*, *p:0,005*) (Tablo-18).**

Tablo-18: Hekim tercihi açısından HAÖ ve PACIC karşılaştırılması

	Hekim tercihi	N	Ort.	SD	t	p
HAÖ	Sadece BB	68	45,86	15,49	1,077	p>0,05
	Sadece İB	48	49,14	17,01		
PACİC	Sadece BB	66	1,71	1,08	2,895	***0,005***
	Sadece İB	47	2,35	1,24		

- Sadece aile hekimine giden ve sadece uzman hekime giden iki grup arasında boy, kilo, sigara kullanımı, sağlık kurumuna-uzman hekime ulaşım ve sağlık hizmetlerini maddi olarak karşılama-ilaçları maddi olarak karşılama açısından anlamlı fark saptanamamıştır (p>0,05).
- **Son bir yıl içinde sadece aile hekimine (84,02±22,43) gidenler ve sadece uzman hekime (67,75±26,71) gidenler arasında BSD (Bugünkü Sağlık Durumu) açısından anlamlı fark vardır (*t:3,55*, *p:0,001*) (** Tablo-19).
- **Son bir yıl içinde sadece uzman hekime gidenler (12,51±6,2) ve sadece aile hekime gidenler(6,56±5,48) arasında toplam eğitim gördüğü yıl ortalaması açısından anlamlı fark vardır (*t:5,447,p<0,001*)** (Tablo-19).
- **Son bir yıl içinde sadece uzman hekime gidenler(29,67±5,17) ve sadece aile hekime gidenler(27,48±5,56) arasında VKİ açısından anlamlı fark vardır(*t:2,046, p:0,043*)** (Tablo-19).

Tablo-19: Hekim tercihi açısından BSD, toplam eğitim görülen yıl, VKİ karşılaştırılması

	Hekim tercihi	N	Ort.	SD	t	p
BSD(0-100)	Sadece BB	67	84,02	22,43	3,559	***0,001***
	Sadece İB	49	67,75	26,71		
Toplam eğitim gördüğü yıl	Sadece BB	68	6,56	5,48	5,447	***0,000***
	Sadece İB	49	12,51	6,28		
VKİ	Sadece BB	59	29,67	5,17	2,046	***0,043***
	Sadece İB	43	27,48	5,56		

- Kronik hastalığım ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda ‘‘sağlık kurumuna ulaşabiliyorum’’ sorusuna ‘‘kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum’’ yanıtını verenler ‘‘2:sağlık kurumuna ulaşabilen’’, ‘‘katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum ve fikrim yok’’ yanıtını verenler ‘‘1:sağlık kurumuna ulaşamayan’’ olarak sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. **Son bir yıl içinde hiç bir sağlık kurumuna gitmeyenler arasında ‘‘1:sağlık kurumuna ulaşamayan’’ların oranı %43,8 iken, herhangi bir sağlık kurumuna gidenlerde aynı oran %13,2’dir (*fisher kesinlik testi: 0,004) (* Tablo-20).**

Tablo-20: Sağlık kurumuna gitme ve ulaşılabilirlik ilişkisi

fisher kesinlik testi: 0,004			1:sağlık kurumuna ulaşamayan	2:sağlık kurumuna ulaşabilen	Toplam
Son bir yıl içinde;	Hiç bir sağlık kurumuna gitmeyenler	N	7	9	16
		%	43,8%	56,3%	100,0%
	Herhangi bir sağlık kurumuna gidenlerde	N	47	310	357
		%	13,2%	86,8%	100,0%
Toplam		N	54	319	373

- **Son bir yıl içinde hiç bir sağlık kurumuna gitmeyenler arasında çalışanlar(%87,5) çalışmayanlara(%12,5) göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır (x^2:17,32, *p<0,001)(Ki-kare testi ile analiz edilmiştir).***
- **Son bir yıl içinde her hangi bir sağlık kurumuna gidenlerde gitmeyenlere göre çalışmayanlar(%64,1), çalışanlara göre daha yüksektir(x^2:17,32, *p<0,001) (Ki-kare testi ile analiz edilmiştir)* (Tablo-21).**

Tablo-21: Sağlık kurumuna gitme ve çalışma ilişkisi

x^2:17,32, *p<0,001*			Çalışmayan	Çalışan	Toplam
Son bir yıl içinde;	Hiç bir 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%
Toplam		N	231	142	373

- **Son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenlerin gidenlere göre gelir düzeyi daha yüksektir *(fisher kesinlik testi: 0,016*) (Tablo-22).**

Tablo-22: Sağlık kurumuna gitme ve aylık gelir durumu ilişkisi

fisher kesinlik testi: 0,016			aylık gelir durum düzeyi ≤5203 tl	aylık gelir durum düzeyi >5203 tl	Toplam
Son bir yıl içinde;	Hiç bir sağlık kurumuna gitmeyenler	N	11	4	16
		%	73,3%	26,7%	100,0%
	Herhangi bir sağlık kurumuna gidenlerde	N	287	19	357
		%	93,8%	6,2%	100,0%
Toplam		N	298	23	321

5. TARTIŞMA

Birinci basamağa başvuran kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun değerlendirilmesi ve kronik hastalık ile ilgili karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi için yapılan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Ayrıca hastaların PACIC ölçeği aracılığıyla aldıkları kronik hastalık bakımını kendileri için değerlendirmesi ve HAÖ ölçeği aracılığıyla sahip oldukları kronik hastalıkları nasıl algıladıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Böylece kronik hastalık bakımı ve hastalık algısı ile katılımcılar tarafından belirtilen sağlık ihtiyaçlarının ilişkisi araştırılmıştır.

Toplam 373 katılımcının %64,3'ü kadın, %35,7'si erkek, yaş ortalaması 51,58±15,82 yıldır. Bu ortalamalar literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur.[25,26]Katılımcıların arasında; Sağlık güvencesi olanlar %97,9, çalışanlar %38,1, aylık geliri 1301-2602tl olanlar %41,4'dür. Toplam eğitim gördükleri yıl ortalaması 8,77±6,1'dir. Tüm katılımcıların sahip olduğu en sık üç kronik hastalık arasında; %47,5 (n:177) ile Hipertansiyon birinci , %24,9 (n:93) ile Diyabet ikinci, %13,10 (n:49) ile Tiroid hastalığı üçüncü sıradadır.

1. Karşılanmayan ihtiyaçlar

Tedavi edici sağlık hizmetleri açısından BB gündemini ‘’kronik hastalıklar’’ oluşturmasına rağmen kronik hastalık yönetimindeki aile hekimliği uygulamalarının yeri ve bireyin sağlık ihtiyaçlarının ne kadarını karşılayabildiğine yönelik veri sınırlıdır. Çalışmamızda bu nedenle kronik hastalık ile ilgili karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik ulaşılabilirlik, maddi erişim, koordinasyon, tedavi uyumu, BB yararlanımı ve bakım kalitesi araştırılmıştır.

Ulaşılabilirlik ve maddi erişim: Katılımcılardan %3,2 (n:12) oranında ‘‘kronik hastalığım ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda sağlık kurumuna ulaşabiliyorum’’ önermesine kesinlikle katılmıyorum, %4,8 (n:18) oranında ‘‘kronik hastalığım ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda uzman hekime ulaşabiliyorum’’ önermesine kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir. ‘‘Kronik hastalığım ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda sağlık hizmetini maddi olarak karşılayabiliyorum’’ önermesine hiçbir zaman yanıtını veren %3,8 (n:14), ‘‘İlaçları maddi olarak karşılayabiliyorum’’ önermesine hiçbir zaman yanıtı verenler %3,5 (n:13)’dir. Bu bulgular gösteriyor ki ulaşılabilirlik ve maddi erişim açısından bizim çalışmamızdaki hastaların karşılanmayan ihtiyaçları düşük orandadır (%3,2 ve %3,8). Katılımcılar arasında kronik hastalığı ile ilgili son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyen ve tıbbı bakım aramayanlar %4,3 (n:16) olarak saptanmıştır. Gitmeme nedeni olarak en sık ‘‘ulaşımın olmaması/zor olması’’ %37,5 ve ‘‘kendimi iyi hissetmem, ihtiyaç duymamam’’ aynı oranda %37,5 olarak çıkmıştır. Son bir yıl içinde hiç bir sağlık kurumuna gitmeyenler arasında ‘‘sağlık kurumuna ulaşamayan’’ların oranı %43,8 iken, herhangi bir sağlık kurumuna gidenlerde aynı oran %13,2’dir ve bu oran farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Son bir yıl içinde hiç bir sağlık kurumuna gitmeyenler ile herhangi bir sağlık kurumuna gidenlere arasında çalışanların oranı %87,5 (n:14) iken, çalışmayanlar %12,5 (n:2)’dir (*p<0,05)*. Son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenler arasında aylık gelir durum düzeyi >5203 tl olanların oranı %26,7 iken, herhangi bir sağlık kurumuna gidenler arasında aynı oran %6,2’dir *(p<0,05)*. Son bir yıl içinde her hangi bir sağlık kurumuna gidenlerde gitmeyenlere göre çalışmayanların oranı daha yüksektir (%64,1 vs %12,5 *p<0,05*). Bu sonuçlar gösteriyor ki çalışmak sağlık kurumuna gitmeyi zorlaştırıyor.

Katılımcıların çoğunluğu sağlık kurumuna ulaşabildiğini ifade etse de hiçbir sağlık kurumuna gitmeyenlerin en önemli engeli ulaşılabilirliktir. Aynı zamanda çalışmak ve yüksek gelirli olmakta sağlık kurumuna gitmeyi zorlaştıran faktörler olarak bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda ülkemizde ulaşılabilirliğin yetersiz düzeyde olduğu bildirilmiştir.[14,27] Kringos ve ark. tarafından yapılan ülkeler açısından ulaşılabilirlik ve sürekliliğin incelendiği araştırmada ülkelerin zenginliği arttıkça ulaşılabilirliğin arttığı bildirilmiştir.[26] Ancak bizim çalışmamızda göreceli olarak yüksek gelirli grubun sağlık kurumuna gitmeyi zorlaştıran faktör olarak bulunması bu grubun çalışan grup olmasından dolayı mesai saatleri içinde işyeri izni veya maddi kayıp kaygısıyla sağlık kurumlarına erişememesi nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle BB'de mesai dışı hizmet verilmemesinin sürekliliği olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.[14,26] Bizim çalışmamızda da çalışan bireylerin göreceli olarak ulaşılabilirliğinin daha az saptanması BB'de mesai dışı hizmet verilmesi gerektiğini düşündürse de çalışmamızın sonuçları ülke bazında genelleme yapabileceğimiz bir örneklem üzerinden elde edilmemiştir.. Bu nedenle çalışan bireyler ve tüm hizmet alanlar için BB'nin süreklilik ve ulaşılabilirliğini inceleyen ileri çalışmalar önerilir. Hastanelerde mesai içi ve mesai dışı hizmetlerin performansa dayalı ödenmesi uygulamalarının hekimler tarafından değerlendirildiği bir araştırma yapılmıştır. Bu uygulamaların muayene sürelerinin azalması, yanlış müdahalelerin artması, çalışanlar arasında iletişimin bozulması, stresin artması, insani ihtiyaçlar olan yemek, wc, dinlenme sürelerinin azalması gibi verilen hizmetin kalitesini de etkileyen çıktılara sebep olduğu bildirilmiştir.[28] BB'de muayene olan hasta sayısının yıllar geçtikçe giderek artması ve aile hekimlerine kayıtlı hasta sayısının yüksek olması hasta yükünü arttırırken sunulan hizmet kalitesini düşürmektedir. (2002'den 2010'a kadar 2,5 kat artış)[29]. Bu nedenle öncelikle hasta yükünün azaltılması ve hizmet sunum kalitesinden ödün verilmeden hizmette sürekliliğin sağlanmasına yönelik planlamalar gerekmektedir. Bu koşullar sağlanmadan BB'de mesai dışı hizmet verilmeye başlanması ile sunulan hizmet kalitesini olumsuz etkileyeceği aşikardır .

Tedavi uyumu: Son bir yıl içinde kronik hastalıkları için ilaç bırakmak zorunda kalan %19,9 (n:64) oranındadır. İlaç bırakma nedeni olarak ‘‘Belirtiler geriledi/daha iyi hissettim ve bıraktım’’ %43,7 (n:31) en yüksek oranda, ‘‘ilaçların ücretini ödeyemedim’’ %1,4 (n:1) en düşük oranda işaretlenmiştir.

Koordinasyon ve BB yararlanımı: Bizim araştırmamızdaki hastaların büyük bir kısmı kronik hastalığı ile ilişkili tedavi edici sağlık hizmetleri için (tetkik, acil bir sağlık durumunda, takip, tedavi düzenlemesi, egzersiz diyet önerileri ve branş uzmanına sevk edilmek için) birinci basamağı büyük oranda kullanmadıkları görülmüştür (sırasıyla %57,1, %76,9, %64,9, %71,3, %79,6, %82). Ülkemizde sevk zinciri sistemi tam olarak hayata geçememiştir. Bu nedenle sevk edilmek amacıyla birinci basamağın hiçbir zaman kullanılmama oranının yüksek olması beklenen bir durumdur. Atun ve ark.’nın SDP ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamını incelediği araştırmasında ise; evrensel sağlık ölçütlerinin (bebek ölüm hızı vs) iyileştiği, ulaşılabilirliğin arttığı, hasta memnuniyetinin yükseldiği ve sağlıkta eşitsizliklerin azaldığı aktarılmıştır.[30] Yıldız ve ark.’nın çalışmasında BB’de görülen hastaların yarısından fazlasının ilaç yazdırmak için geldiği aktarılmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer olarak hastalarımızın kronik hastalıklarıyla ilgili ilaç yazdırmak için çoğunlukla birinci basamağı tercih ettikleri saptanmıştır. İB’de en sık ilaç yazdırma oranı Astım hastalığına (%47,5) aittir. Bu bağlamda hastaların ilaç yazdırma nedeni ile başvurularda aile hekimleri tarafından takip ve tedavi etkinliği için değerlendirme yapılsa da hastaların bu durumu ‘’sadece ilaç yazdırdım’’ olarak düşünmelerinin sonucu olabilir. Oysa ki sağlık sorunlarının çoğunluğu BB’de çözülebilmelidir. Aile hekimleri çoğu kronik hastalık tanı, takip ve tedavisini yönetebilecek yetkinliğe sahiptir.[31] Bu bağlamda BB’den yararlanımın istenen düzeyde olmaması hastalar açısından ulaşılabilir ve etkin bir aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilemediğini düşündürmektedir. Bu durum bizi BB’den inefektif yararlanmak ile karşılanmayan ihtiyaçlar arasında ilişki olabileceği sonucuna ulaştırır.

Kronik hastalık bakım kalitesi: Bakım kalitesi PACIC ve HAÖ ile kısıtlı düzeyde değerlendirilmiştir. PACIC ölçeği hastaların kronik hastalık bakımında ki kişisel görüşünü yansıtır. Multimorbidite ve hastalık şiddetinden bağımsız olarak hastalık bakımı hakkında fikir verir. HAÖ ise hastalıkla mücadele etme ve kronik hastalık yönetimi ile korele olarak düşünülmektedir. Bu nedenle hastalık bakım kalitesi hakkında bu iki ölçek sonuçları değerlendirilirken hastanın beyanına dayalı olduğu için sınırlı bilgi sunduğu unutulmamalıdır.

Kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları bakım ile kendi özyönetimlerinin ne düzeyde olduğu hakkında ki kişisel görüşleri PACIC ölçeği ile değerlendirilmiştir. PACIC ölçeği iç tutarlılığı; Cronbach alfa katsayısı 0,98 saptanmıştır. İncirkuş ve ark.'nın yaptığı PACIC Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da benzer şekilde 0,91 olarak bulunmuştur.[19,32] Böylece ölçeğin iç tutarlılığının yüksek bulunduğu söylenebilir. Toplam PACIC puan ortalaması 2,18±1,30 (n:368) olarak bulunmuştur. Birinci basamakta yapılan kronik hastalığı olan 50 yaş ve üstü 266 kişinin değerlendirildiği bir araştırmada PACIC puan ortalaması 2,6 saptanmıştır. Glaskow ve ark.'nın yürüttüğü bu araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, etnik köken ve kronik hastalığın süresi ile PACIC skoru arasında anlamlı fark saptanmadığı görülmüştür.[33] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ile PACIC skoru arasında fark saptanmamıştır. İncirkuş ve ark.'nın yaptığı PACIC Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise ortalama 2,54±0,9 olarak bildirilmiştir.[25,34] Kaya ve ark. çalışmasında da PACIC skoru ortalama 2,44±0,74 olarak bulunmuştur.[33] Bu nedenle bizim araştırmamızdaki PACIC ölçek puanının diğer araştırmalara göre düşük olması ile diğer çalışmalara göre genel olarak hastaların hastalık bakımlarını yetersiz olarak değerlendirdiği sonucuna varılabilir. Son bir yıl içinde sadece uzman hekime başvuranlar ile sadece aile hekimine başvuranlar arasında toplam PACIC puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır (*t:2,895*, *p:0,005*). 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. ABD'de yapılan PACIC ölçeğinin yapısını ve ölçüm yöntemine modifiye PACIC olarak yeni bir öneri sunan bir çalışmada; PACIC sorularına yanıtların 1-5 arası puan verilmesi

yerine 0-100 puan aralığı (11'li likert tip 0,10,20…100) kullanılarak (hiçbir zaman yanıtı: 1 yerine 0, her zaman: yanıtı 5 yerine 100 puan) skorlanması önerilmiştir. Yazarlar bu yöntemi kullanarak hastaların aldıkları kronik hastalık bakımının derecesinin daha doğru ölçüldüğünü ve hastalık bakımının düzeyinin daha iyi anlaşıldığını bildirmişlerdir.[35] Bu durum PACIC sonuçlarını değerlendirirken sınırda yüksekliklerin kronik hastalık bakımının daha iyi olduğu sonucuna bizi net şekilde ulaştıramaması olarak yorumlanabilir. Daha ileri araştırmalarda bu durumun incelenmesi önerilir.

Hastaların hastalıklarını ne düzeyde algıladıklarını değerlendirmek için kullanılan HAÖ ölçeğine göre toplam ortalama 50,27±15,57 olarak sonuçlanmıştır. Tip 2 DM'li hastalarda hastalık algısı ve depresyon ilişkisinin incelendiği 127 hastada yürütülen bir çalışmada HAÖ ortalaması 50,76±10,2 olarak bulunmuştur.[20,36] Bu durum çalışmamızla benzer ortalamaları göstermektedir. Aynı çalışmada HbA1c düzeylerine göre diyabet hastalarının hastalık kontrolü düzeyleri sıralanmış ve diyabeti kontrol altında olan (HbA1c: 6,9 ve altı) grupta HAÖ skoru daha düşük saptanmıştır.[20,35] Bu doğrultuda HAÖ skoru azaldıkça hastalık algısının olumlu yönde daha yüksek olmasıyla beraber hastalık yönetiminin daha iyi olabileceğini düşündürmektedir. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. Kocaman ve ark. tarafından yapılan Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastalık algısının iyi olduğu kişilerde hastalık seyrinin daha iyi olduğu, hastalıkla mücadele etme ve tedavi uyumunu da olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.[21,37]

2. Hastaların aile hekimi ve uzman hekim kullanım durumları

Katılımcıların yıllık sağlık kurumuna başvuru ortalamaları; aile hekimine 3,55±2,8 ve uzman hekime 3,34±3,02 kezdir. Tüm katılımcıların %81,5'u (n:304) son bir yıl içinde aile hekimine gitmiştir. Son bir yıl içinde uzman hekim ya da hastaneye gidenler tüm katılımcıların %76,4'üdür (n:285). OECD ortalaması yıllık kişi başına hekim ziyareti 2012 yılında ki verilerine göre her birey yılda ortalama 6,7 kez hekime gitmiştir. Türkiye'de daha yüksek olan bu oran ortalama 8,2 kezdir.[38] Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastalar bir yıl içerisinde ortalama 8,3 kez bir sağlık kurumuna başvurmaktadır (Birinci basamak sağlık kurumlarına 2,8 kez, hastanelere ise 5,5) (T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014).[39] Bizim çalışmamızda yıllık birinci basamak başvuru ortalaması Türkiye ortalamasından daha yüksek saptanmıştır (3,55 vs 2,8). Buna karşılık tüm katılımcıların kronik hastalığa sahip olmasına rağmen yıllık uzman hekim-hastane başvurusu çalışmamızda Türkiye ortalamasından daha düşük saptanmıştır (3,34 vs 5,5). 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 olması, çalışmanın birinci basamağa başvuran hastaları içermesinden kaynaklanabilir. Ayrıca uzman hekim başvurusunun aile hekimi başvurusuna oranının Türkiye ortalamasından daha düşük olması katılımcıların daha çok birinci basamağı tercih eden grup olduğunu göstermektedir (3,34:3,55 vs 5,5:2,8).

Bizim çalışmamızda Aile hekimine gidenlerin %80,9 (n:279)'u memnun (%70,4'ü çok memnun) kalmıştır. Aktürk ve ark. tarafından Aile Hekimliği Memnuniyeti Europep ölçeğinin Türkçe'ye çevirisinin yapıldığı çalışmada memnuniyet %60-70 oranında bildirilmiştir.[40] Bizim çalışmamızda bu ölçek kullanılmasa da aile hekimi memnuniyeti daha yüksek oranda olduğu söylenebilir. Uzman hekime gidenlerin %62,8 (n:179) çok memnun kalmış, %30,5 (n:87) biraz memnun kalmıştır. Aile hekimine gitmeyenlerin gitmeme nedenleri sorgulanmıştır; %19 (n:11) ''hastalığımı uzman hekim anlayabilir diye düşünmem'', %17,2 (n:10) ''işyerine yakın sağlık kurumuna giderim'' ve %12,1 (n:7) ''diğer kurumlarda daha fazla laboratuvar tetkiki imkanı olması'' en sık üç neden olmuştur.

Son bir yıl içinde aile hekimine ve hastane ya da uzman hekime gidenler arasında hekim tercihi açısından sadece aile hekimine gidenler ve sadece uzman hekime gidenler olarak iki grup halinde değerlendirilmiştir. Son bir yıl içinde sadece aile hekimine giden n:68, sadece hastane ya da uzman hekime giden n:49 kişi saptanmıştır. Son bir yıl içinde sadece uzman hekime gidenler (12,51±6,2) ve sadece aile hekime gidenler (6,56±5,48) arasında toplam eğitim gördüğü yıl ortalaması açısından anlamlı fark vardır (*t:5,447,p<0,001*). Bir araştırmada birinci basamak kullanımının öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi ile ters orantılı olduğu saptanmıştır.[41] OECD üye ülkelerin araştırıldığı bir çalışmada yüksek gelirlilerin uzmana daha çok başvurduğu bildirilmiştir.[40] Bizim çalışmamızda da benzer olarak sadece uzman hekime giden grubun daha eğitimli olduğu görülmektedir. Bazı araştırmalar sosyal sınıflar arasında birinci basamağa başvuru farklılıkları olduğunu; bir çalışmada ise kadınlar ve yaşlılar tarafından ilk başvuru yeri olarak birinci basamağın tercih edildiğini göstermektedir.[40] Bizim çalışmamızda ise yaş, cinsiyet açısından birinci basamak ve ikinci basamak tercihleri arasında fark saptanmamıştır.

3. Kronik hastalıklara yönelik birinci basamağın konumu

Çalışmamızda birinci basamağa başvuran kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinden; ‘‘kronik hastalığı ile ilgili; tanı, takip ve ilaç yazdırma’’ için birinci basamak ve ikinci basamak tercih durumu her bir kronik hastalık için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hastaların çoğunluğunun kronik hastalıklarının tanı ve takibi için birinci basamaktan yararlanmadıkları görülmüştür. Birinci basamağın kronik hastalıklar için tanı koymada ki oranı çok düşük saptanmıştır. Hastaların neredeyse tamamı Hipertansiyon ve Diyabet tanısını İB’de almıştır. Katılımcılardan İskemik kalp hastalığı ve Astım hastalığına sahip olanların tamamı tanısını BB’de almadığını ifade etmiştir. En sık 5 kronik hastalığın çoğunlukla İB’de takip edildiği saptanmıştır. İskemik kalp hastalığı tanılı hastaların neredeyse tamamı İB’de takip edildiğini ifade etmiştir. BB’de en sık takip edilen hastalık %20,8 ile Tiroid hastalığı olarak saptanmıştır. Akman tarafından kaleme alınan Türkiye’ de birinci basamağın gücü makalesinde birinci basamakta sevk zinciri olmamasından dolayı dal uzmanlarıyla resmi iletişim olmaması durumunun kronik hastalık tanı, tetkik ve izleminde birinci basamakta eksikliklere neden olduğu vurgulanmıştır. Aynı zamanda kronik

hastalıklara yönelik hizmetlerin yeterli olmadığı ve SDP öncesine göre pek ilerleme kaydedilmediği bildirilmiştir.[14,] Bu çalışmalarla benzer düzeyde bizim çalışmamızda kronik hastalık tanı, takip ve tedavi hizmetleri açısından yetersiz düzeyde aile hekimliğinden yararlanıldığını göstermektedir. İlaç yazdırmak için ise %51,2 (n:191) her zaman aile hekimine gitmektedir. Bu durumun hastaların gözünde; birinci basamağın kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde karşılamadığının ve konumunun ‘’ilaç yazdırma yeri’’ olarak kanıksandığının göstergesidir.

4. En son sağlık sorunu

Katılımcıların en son yaşadıkları sağlık sorunu için ilk tercih ettikleri sağlık kurumu İB olanlar %61,6 (n:205) oranı ile daha fazladır, BB ise %38,4 (n:128) oranındadır. Son sağlık kurumuna başvurular değerlendirildiğinde; istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda ‘‘kronik hastalık takip-tedavisi’’ için ilk BB’ye başvurulmaktadır (%71 vs %44). Görece olarak daha fazla ‘‘Akut problemleri’’ işaret eden semptomlar ile ilk İB’ye başvurulmaktadır (%56 vs %29) ($p<0,001$). Sağlık kurumunu tercih etme nedeni olarak en sık ‘’yakın ve ulaşımının kolay olması’’ olarak saptanmıştır. İlhan ve ark.nın yaptığı araştırmalarda sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yeri olarak birinci basamağın tercih edildiği ayrıca sosyal sınıflar arasında kadınlar ve yaşlıların daha fazla birinci basamağı tercih ettikleri bildirilmiştir.[40] Aynı araştırmada BB tercih edilme nedeni olarak bizim çalışmamızla benzer şekilde yakın ve ulaşımının kolay olması olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise İB ilk başvuru yeri olarak saptanmıştır.[42] Bizim araştırmamız birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılmasına rağmen en son sağlık sorunu için ilk başvurulan sağlık kurumu olarak BB tercihleri düşük orandadır. Oysa ki BB’nin kapsayıcılık özelliğiyle tüm akut sağlık sorunları için ilk temas noktası olması ve hem akut hem kronik sorunların hastalık yönetimini yapabilmesi beklenir. Kringos ve ark. çoğu ülkede BB’nin kapsayıcılık özelliği açısından değerlendirmede hastaların yetersiz bilgiye sahip olduğunu vurgulamıştır.[27,43] Kapsayıcılık özelliğini incelemek açısından BB’de daha ileri araştırmalar önerilir.

Katılımcıların çoğunluğu kronik hastalıklarının takibi için ikinci basamağı tercih ederken, son sağlık kurumuna başvurular değerlendirildiğinde; istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda ‘‘kronik hastalık takip-tedavisi’’ sağlık durumunu işaret eden semptomlarla ilk BB’yi tercih etmiştir (%71 vs %44). Çalışmanın yürütüldüğü merkezler yeni kurulmuş ve hastalarının ikinci ya da üçüncü kez ziyaret ettiği düşünüldüğünde kronik hastalık takibi için İB tercihleri E-ASM öncesini yansıttığı düşünülmektedir. E-ASM’de aile hekimliği asistanları ve akademisyenleri tarafından kaliteli hizmet verilme algısı sonucu son başvuruların BB’ye kronik hastalık takip ve tedavisi için tercih edilmesini meydana getirmiş olabilir. Bu doğrultuda hekimlerin kronik hastalıklara yönelik bilgi ve deneyimlerinin etkisiyle BB’de kronik hastalık yönetimi güçlendirilebilir. E-ASM’de bu konu ile ilgili bizim araştırmamızın sonuçlarını karşılaştırabilecek çalışmalar dizayn edilmesi önerilir.

Araştırmanın Güçlü Yanları

Ülkemizde daha önce kronik hastalığı olan bireylerde sağlık ihtiyaçların belirlenmesi ve HAÖ ile PACİC ölçeğinin beraber ilişkilerinin incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda aile hekimlerine kronik hastalık yönetiminde yol gösterici olabilir. Hastalarla yüz yüze görüşülmesi yanıtların sorular tam anlaşılarak verildiği ve güvenilirliğini desteklemektedir. Toplamda 373 hasta analiz edilmiştir, PACIC ve HAÖ uygulanarak değerlendirdiği diğer çalışmalara göre bizim çalışmamızda daha yüksek hasta sayısı olması nedeniyle değerlidir.

Araştırmanın Kısıtlılıklar

Araştırmamızda depresyon değerlendirilmemiş olup, kronik hastalığı olan bireylerde sıkça görülmesi nedeniyle çalışma açısından bu durum bir kısıtlılıktır. Bizim çalışmamızda depresyon durumunun kronik hastalık bakımına ve hastalık algısına etkisi incelenmemiştir. Ancak Cramm ve ark.'nın yaptığı bir araştırmada depresyonun PACIC puanlamasında olumsuz etkisi olduğu gözlemlenmiş, daha az deprese kişilerin PACIC puanları daha yüksek saptanmıştır.[44] PACIC ölçeği hastaların kronik hastalık bakımında ki kişisel görüşünü yansıtmaktadır. Tüm hastalıklara yönelik bilgi verir, hastalık spesifik bakımı değerlendirmez. 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 nedeniyle temsiliyet gücü yoktur. Çalışmamız kronik hastalığı olan bir hasta grubunun görüşünü ortaya koymakla birlikte genel aile hekimliği uygulamalarını değerlendirme ve eleştirmeye yönelik kesin öneriler verebilecek temsiliyet düzeyinde değildir. Çalışma verileri tamamen hastaların beyanına dayalıdır, hafıza faktörü nedeniyle hastaların verdikleri bilgilerde hatalar olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Ulaşılabilirlik ve maddi erişim açısından bizim çalışmamızdaki hastaların karşılanmayan ihtiyaçları düşük orandadır. Bununla birlikte hastaların çoğunluğu sağlık kurumuna ulaşabildiğini ifade etse de hiçbir sağlık kurumuna gitmeyen küçük bir grubun (n=16) en önemli engeli ulaşımdır. BB'den yararlanmak için ulaşılabilirliğin önemini gösteren bazı araştırmalarda sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yeri olarak birinci basamağın tercih edilme nedeni olarak bizim çalışmamızla benzer şekilde yakın ve ulaşımının kolay olması olarak bildirilmiştir. Bizim araştırmamız BB sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılmasına rağmen en son sağlık sorunu için ilk başvurulan sağlık kurumu olarak BB tercihleri düşük orandadır. Oysa ki BB'nin kapsamlılık özelliğiyle tüm akut sağlık sorunları için ilk temas noktası olması ve hem akut hem kronik sorunların hastalık yönetimini yapabilmesi beklenir. Çalışmamızın genel aile hekimliği uygulamalarını değiştirmeye yönelik öneriler verebilecek düzeyi bulunmamaktadır. Tanımlayıcı bir çalışma olduğu için bulgularımızın BB'nin süreklilik, kapsamlılık ve ulaşılabilirlik özelliklerini inceleyen ileri çalışmalar ile teyit edilmesi önerilir.

Hastalar kronik hastalık ile ilişkili hem tedavi edici hizmetleri hem tanı ve takip ihtiyaçlarını yetersiz düzeyde aile hekimliğinden karşılamaktadır. Kronik hastalıklarıyla ilgili ilaç yazdırma için ise çoğunlukla birinci basamağı tercih ettikleri saptanmıştır. Ne yazık ki bu durum hasta perspektifinde; birinci basamağın kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde karşılamadığının ve konumunun ''ilaç yazdırma yeri'' olarak kanıksandığının göstergesidir.

Bununla birlikte çalışmamızda hipertansiyon takibi için İB'yi tercih edenlerin hastalığı algılama düzeyleri daha düşük ve hastalığı endişe verici olarak görme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hastalık algısının kronik hastalıklar için BB'den yararlanımı etkilediğinin etkilediğini düşündürür. Bu nedenle hastaların BB'de kronik hastalık yönetiminin iyi şekilde yapılabileceğini algılamalarını kolaylaştıracak ve farkındalık oluşturacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Aynı zamanda hastalık algısının ve kronik hastalık bakımının güçlendirilmesiyle BB'ın kronik hastalık yönetimindeki payı artırılabilir.

Karşılanmayan ihtiyaçlar ile hastalık algısı ve hastalık bakımı arasında korelasyon gözlenmiştir. Ulaşılabilirlik, maddi erişim gibi ihtiyaçlar karşılandığında hastalık bakımının iyileşmesi beklenmektedir. Hastalık algısı güçlendirildiğinde de birinci basamaktan ihtiyaçlar karşılanabilir. Bu nedenle kronik hastalık bakım kalitesini iyileştirmek için birinci basamakta karşılanmayan ihtiyaçlar belirlenmeli ve bu doğrultuda müdahaleler planlanmalıdır. Bu konuda kronik hastalıklara yönelik karşılanmayan ihtiyaçları değerlendirme ölçeği oluşturulması faydalı olabilir. Ülkemizde karşılanmayan ihtiyaçlar ile hastalık algısı ve hastalık bakımı arasında ki ilişkiyi inceleyen başka araştırma bulunamaması nedeniyle yeni çalışmalar yapılması ve sonuçlarımızla karşılanmayan ihtiyaçlar ile hastalık algısı ve hastalık bakımı arasında ki ilişki açısından karşılaştırılması önerilir.

E-ASM'de aile hekimliği asistanları ve akademisyenleri tarafından daha kaliteli hizmet verildiği algısı sonucu kronik hastalık takip ve tedavisi için son başvurularda BB'nin tercih edilmesini meydana getirmiş olabilir. Bu doğrultuda hekimlerin kronik hastalıklara yönelik bilgi ve deneyimlerinin iyileştirilmesi ile BB'de kronik hastalık yönetimi güçlendirilebilir. E-ASM'de bu konu ile ilgili bizim araştırmamızın sonuçlarını karşılaştırabilecek çalışmalar dizayn edilmesi önerilir

KAYNAKLAR

1. Başer AD, Kahveci R, Koç EM, Kasım İ, Şencan İ. Strong primary care for effective health systems. Ankara Med J 2015;15(1):26-31. DOI: 10.17098/amj.47853.
2. World Health Organization [WHO] (2008a). 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.
3. Cavanagh S, Chadwick K. Health needs assessment: a practical guide. National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE),London,2005.
4. Akman M, Çifçili S. Family practice and chronic care model. Türk Aile Hek Derg 2010; 14(1): 32-37. doi:10.2399/tahd.10.032.
5. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. "Kronik Hastalıklar Raporu", 16 Şubat 2006 (Erişim 2017 1 Mart).
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedenleri,2015. (erişim 2017 19 Mayıs) (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526).
7. Mcwhinney IR. The origins and principles of family medicine. A Textbook of Family Medicine. 2nd ed, pp. 3-28, Oxford University Pres; New York, USA, 1997.
8. Kringos d ve ark. PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) frame work. (erişim 2017 19 Mayıs) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf).
9. Özcan F. Ünlüoğlu İ.Türkiye'de ve Dünya'da Aile Hekimliği.Sendrom 1996; 8(7): 83-85.
10. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y , Boz D, Demirok A.B, Ed. Akdağ R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırma Raporu. Araştırma serisi:4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhh.
11. TAHUD web sitesi; www.tahud.org.tr /hakkımızda (Erişim tarihi:2017 17 Mayıs).
12. TAHUD, TAHYK. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı 2013 (erişim 2017 19 Mayıs) (http://www.tahud.org.tr/uploads/dosyalar/AHU_Mufredat_2013.pdf).
13. TAHUD, WONCA. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. 2011.

14. THSK, Türkiye' de Aile Hekimliği. (erişim 2017 15 Nisan) (http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html).

15. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türk Aile Hek Derg 2014; 18(2): 70-78. DOI:10.2399/tahd.14.00070.

16. DSÖ. Bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel durum raporu. 2014.(erişim 2017Eylül) (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).

17. Petticrew M. The Public Health Responsibility Deal: how should such a complex public health policy be evaluated?. J Public Health (Oxf). 2013 Dec;35(4):495-501. Doi: 10.1093/pubmed/fdt064. Epub 2013 Jul 23.

18. Hooper J., Longworth P. HDA Health needs assessment workbook (2002).

19. Akalın H.E. Kronik hastalıklarda güncel yaklaşım. (erişim 2017 19 Mayıs) (http://saglikpolitikalari.omegacro.com/wp-content/uploads/2014/12/Kronik_Hastaliklar_Guncel.pdf).

20. İncirkuş K, Nahcivan ÖN. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği hasta- formu'nun türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği. DEUHYO ED 2011, 4 (1), 102-109.

21. Uysal Y. Illness Perception and Depression of Type 2 Diabetic Patients. Cukurova Medical Journal, 2013; 38(1):31-40.

22. Kocaman N. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması . Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8:271-280.

23. Pauline Boeckxstaens ,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 , European Journal of General Practice, 2014; Early Online: .

24. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. De ning chronic conditions for primary care with ICPC-2. Fam Pract. 2004 Aug;21(4):381-6. PubMed PMID: 15249526.

25. Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. J Gen Intern Med, 2008, 23: 77-80.

26. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2015, 23: 66-75.

27. Kringos DS, The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study Turk

Aile Hek Derg 2013;17(4):165-79.

28. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2009.

29. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri yıllığı 2011. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf / erişim tarihi: 1/05/2017.

30. Atun R, Aydın S, Chakraborty S et al. Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. The Lancet 2013;382(9886):65-99.

31. 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): 149-154.

32. Glasgow R. E., Wagner E. H., Schaefer J., Mahoney L. D., Reid R. J., & Greene S. M. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). Medical Care,2005b, 43(5), 436–444.

33. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, et al: Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. Diabetes Care 2005, 28:2655-2661.

34. Kaya ÇA, Akturan S, Şimşek M, Uğuz K, İçen F, Akman M. Evaluation of the Chronic Illness Care From the Patients' Perspective. Turkish Family Physician, 2013, 4: 1-9.

35. Gugiu C., Chris L.S., Coryn and Brooks A., Structure and measurement properties of the patient assessment of chronic illness care instrument. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (2010) 509-516.

36. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. J Psyc.

37. Diefenbach MA. Illness Representations. Health Behavior Constructs: Theory, Measurement and Research, Cancer Control and Population Sciences, US. National Cancer Institute. (erişim 2017 Eylül) (http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs).

38. OECD, Yıllık hekim başvuru sıklığı. (erişim 2017 19 Mayıs) (https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,yilliktrpdf.pdf?0).

39. Sağlık Bakanlığı. T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı(2013) s 97.

40. Aktürk Z. ve Ark. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: Europep ölçeği. DEU

Tıp Fakültesi Dergisi Eylül 2002.

41. İlhan N.M., Tüzün H., Aycan S., Aksakal N.F., Özkan S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. Toplum Hekimliği Bülte.

42. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde kayıtlı olan 5 yaş üstü kişilerin son bir ayda sağlık sorunu ile karşılaşma ve sağlık kurumuna başvurma durumları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 003;56( ):59- 66.

43. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Soc Sci Med 2013;99:9-17.

44. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health. 2002; 17:1-16.

EKLER

Ek-1:Anket formu

Asm adı: Anket no:
Tarih:

‘’Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik karşılanmayan ihtiyaçlarının belirlenmesi’’

İsim-Soyisim: **D.Tarihi- Yaş**:

Cinsiyet:
□ Kadın □ Erkek
□Diğer….

Yaşadığı yer:
□Tuzla□Pendik □Maltepe

Medeni durum:
□Evli □Bekar □Dul □ Diğer.....

Çalışma durumu
□Çalışmıyor □Çalışıyor □Ev Hanımı □Emekli □hemşire

Meslek:
□işçi □teknisyen □öğretmen

□doktor □personel □diğer

Eğitim
□İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite □Yüksek Lisans □Doktora
□Diğer:.....

Toplam eğitim gördüğü yıl:……..

Sağlık güvencesi:
□Yok □Sgk (BağKur, Ssk, Emekli Sandığı) □Özel Sigorta □Diğer .....

Aylık gelir durumu:
□0-1300 tl □ 1301tl - 2602tl □ 2603tl -5.203tl □ 5.204tl - 10.406tl □10.407tl ve üstü

Sigara: □Kullanmıyor□Bırakmış □Kullanıyor :……adet/gün, ……..paket /yıl
Ne sıklıkta alkol alırsınız?
□ Hiç
□ Ayda 1 yada daha az
□ Ayda 2-4 kez
□ Haftada 2-3 kez
□ Haftada 4 yada daha fazla

Boy/Kilo/Vki:

Bugünkü sağlık durumunuz:
En iyi sağlık durumu En kötü sağlık durumu
100…..90…..80…..70…..60…..50…..40…..30…..20…..10…..0

1.Bilinen kronik hastalıklarınız ile ilgili:

Kronik hastalık*	***Teşhis kaç ay/yıl önce ?****	***Teşhis nerede kondu ? ******	***Kontrole hangi kuruma gidiyorsunuz? *******	***Kontrole nereye gideceğinize karar verirken etkili olan neydi?********	***Kontrole ne sıklıkta gidiyorsunuz? *****	***İlaçlarınızı nerede yazdırıyorsunuz ?******	***Bu hastalığınız için sürekli başvurduğunuz ve sizi takip eden hekim?*******

***(1) HT (2) DM (3) ASTIM (4) KOAH (5) İSKEMİK KALP HST (6) HL (7) TROİD HST (8) SVO (9) ROMATİZMA (10) DİĞER**
****0**: 0-3ay **1**: 4-6ay **2**: 7-12ay **3**: 1-3yıl **4**: 3-6yıl **5**: 6-10yıl
*****1.** asm **2.** devlet hastanesi **3.** eah **4.** üniversite hastanesi **5.** özel hastane **6.** diğer
******1.** akraba **2**.arkadaş **3**.eczacı **4**.internet **5**.aile hekimim **6.**diğer doktor **7.**diğer
*******1.**aile hekimi **2**.aile hekimi uzmanı **3.**uzman hekim **4.**özel aile hekimi **5.**özel uzman hekim

2. Son bir yıl içinde Aile hekiminize gittiniz mi? Evet ise kaç kez?.....
□Evet □Hayır
Evet ise memnun kaldınız mı?
□ **(0)** Hiç memnun kalmadım
□ **(1)** Memnun kalmadım
□ **(2)** Fikrim yok
□ **(3)** Biraz memnun kaldım
□ **(4)** Çok memnun kaldım

Hayır ise nedeni neydi?
□ **(1)** Eğitiminin yetersiz olduğunu düşünmem
□ **(2)** Hastalığımı sadece uzman hekim anlayabilir diye düşünmem
□ **(3)** Akraba / arkadaş tavsiyesi
□ **(4)** Önceki sağlık deneyimlerim
□ **(5)** Diğer kurumlarda daha iyi tedavi olacağımı düşünmem
□ **(6)** Diğer kurumlarda daha fazla laboratuvar tetkiki imkanı olması
□ **(7)** Diğer……

3. Son bir yıl içinde hastane ya da uzman hekime gittiniz mi? Evet ise kaç kez?.....
□Evet □Hayır

Evet ise memnun kaldınız mı?
□ **(0)** Hiç memnun kalmadım
□ **(1)** Memnun kalmadım
□ **(2)** Fikrim yok
□ **(3)** Biraz memnun kaldım
□ **(4)** Çok memnun kaldım

Evet ise en son hangi bölüme başvurdunuz?
□ **(1)** Genel dahiliye □ **(5)** Psikiyatri □ **(9)** Göğüs hastalıkları
□ **(2)** Özel dal dahiliye □ **(6)** Kardiyoloji □ **(10)** Dermatoloji
□ **(3)** Genel cerrahi □ **(7)** Nöroloji □ **(11)** Diğer…..
□ **(4)** Ortopedi □ **(8)** FTR

Hangi bölüme gitmeniz gerektiğine nasıl karar verdiniz?
□ **(1)** Sürekli gittiğim aile hekimim yönlendirdi
□ **(2)** Herhangi bir kurumdaki aile hekimi yönlendirdi
□ **(3)** Aile hekimi dışında sürekli gittiğim hekim yönlendirdi
□ **(4)** Hastanede kayıt memuru yönlendirdi
□ **(5)** Tanıdık akraba tavsiyesi ile karar verirdim
□ **(6)** Kendim karar verdim
□ **(7)** Diğer……

Hayır ise nedeni neydi?

□ **(1)** Eğitiminin yetersiz olduğunu düşünmem
□ **(2)** Muayene süresinin kısa olması
□ **(3)** Doktorun güleryüzlü/sevecen olmaması
□ **(4)** Önceki sağlık deneyimlerim
□ **(5)** Geç randevu verilmesi
□ **(6)** Çok fazla tetkik istenmesi
□ **(7)** Ulaşım zorluğu
□ **(8)** Diğer……

4. Son bir yıl içinde kronik hastalığınız nedeniyle hastaneye yatış oldu mu?

□Evet □Hayır

Evet ise kaç kez?.....

Evet ise memnun kaldınız mı?

□ **(0)** Hiç memnun kalmadım
□ **(1)** Memnun kalmadım
□ **(2)** Fikrim yok
□ **(3)** Biraz memnun kaldım
□ **(4)** Çok memnun kaldım

5. Son bir yıl içinde hiçbir sağlık kurumuna gitmediyseniz kronik hastalığınız için tıbbi bakım aramamanızın temel nedeni neydi?

□ **(1)** Maliyeti karşılayamamak
□ **(2)** Ulaşımın olmaması/zor olması
□ **(3)** Ulaşım ücretini karşılayamamak
□ **(4)** Sağlık hizmeti verenlerin ilaç ve ekipmanlarının yetersiz bulunması
□ **(5)** Önceki muayenede sağlık çalışanlarının tutumundan memnun kalınmaması
□ **(6)** Önceki muayenede uzun bekleme süresi nedeniyle memnun kalınmaması
□ **(7)** Diğer işlerden dolayı vakit bulunamaması
□ **(8)** Nereye başvuru yapacağının bilinmemesi
□ **(9)** Evin reisinin izin vermemesi
□ **(10)** Gizlilik
□ **(11)** Randevu alınmış/hala beklemede
□ **(12)**

Diğer…….

6. Kronik hastalıklar için ilaç kullanırken zaman zaman ilacı bıraktığınız oluyor mu?

□ Evet □ Hayır

7. Son bir yıl içinde ilaçları 2hafta veya daha fazla süreyle bırakmak zorunda kaldınız mı?

□ Evet □ Hayır □ Hiç ilaç kullanmadım □ Bilmiyorum

8. İlaçlarınızı almayı neden bıraktınız? (7. Soru evet ise)

□ **(1)** Doktor bırakmamı söyledi
□ **(2)** İlaçların ücretini ödeyemedim
□ **(3)** İlaçları nereden alacağımı bilemedim
□ **(4)** İlaç eczanede bulunmuyordu
□ **(5)** Belirtiler geriledi/daha iyi hissettim ve bıraktım
□ **(6)** İlaçların bulunduğu yer çok uzaktaydı
□ **(7)** Ulaşabildiklerini beğenmedim
□ **(8)** Diğer (……..)

9. Son bir yıl içinde Sağlık kurumuna başvurmanızı gerektirecek en son yaşadığınız sağlık sorunu neydi?.....

10. Önceki soruda bahsettiğiniz sağlık sorununuz için ilk hangi kuruma başvurdunuz ?

□ **(1)** Aile sağlığı merkezi □ **(4)** Üniversite hastanesi □ **(7)** Özel muayenehane
□ **(2)** Devlet hastanesi □ **(5)** Özel hastane □ **(8)** Diğer
□ **(3)** Eğitim araştırma hastanesi □ **(6)** Eğitim aile sağlığı merkezi

11. Neden bu kurumu tercih etmiştiniz?.....

12.Kronik hastalığım ile ilişkili ihtiyaç duyduğumda ;

Sağlık kurumuna ulaşabiliyorum	*Kesinlikle katılıyorum*	*Katılıyorum*	*Katılmıyorum*	*Kesinlikle katılmıyorum*	*Fikrim yok*
Uzman hekime ulaşabiliyorum	*Kesinlikle katılıyorum*	*Katılıyorum*	*Katılmıyorum*	*Kesinlikle katılmıyorum*	*Fikrim yok*

Sağlık hizmetini maddi olarak karşılayabiliyorum	*Hiçbir zaman*	*Nadiren*	*Bazen*	*Çoğu zaman*	*Her zaman*
İlaçları maddi olarak karşılayabiliyorum	*Hiçbir zaman*	*Nadiren*	*Bazen*	*Çoğu zaman*	*Her zaman*

13.Kronik hastalığınız ile ilgili aşağıdaki sağlık hizmetleri için ne sıklıkta aile hekiminizden karşılarsınız? Varsa gerekçesini ayrıntılı belirtiniz.

0:hiçbirzaman	**1:nadiren**	**2:çoğu zaman**	**3:her zaman**	**4:fikrim yok**

İlaç yazdırma ve ilaç raporu düzenleme	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Tetkik için					
Acil bir sağlık durumunda					
Takip için					
Tedavi düzenlenmesi için					
Egzersiz ve diyet önerileri için					
Branş uzmanına sevk edilmek için					

14. Aile hekiminiz sizi bir uzman hekime yönlendirdiğinde

Yazılı sevk kağıdı verir	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Uzman hekimden benim için randevu alır					
Gidebileceğim sağlık kurumunun adını söyler					
Gidebileceğim uzman hekimin adın söyler					

Ek-2:Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)

Ek 1. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır.

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz**. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Sağlık alışkanlıklarımla ilgili sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Ek-3:Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

KISA HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
hiç etkilemiyor										**yaşamımı ciddi ölçüde etkiliyor**
Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
çok kısa süre										**ömür boyu**
Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
kesinlikle hiçbir kontrolüm yok										**tamamen kontrolüm altında**
Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
hiç yardımcı değil										**oldukça yardımcı**
Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
hiçbir şikayetim olmuyor										**çok ciddi şikayetlerim oluyor**
Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
hiç endişeli değilim										**çok endişeliyim**
Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
hiç anlamadım										**çok net anladım**
Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
duygusal olarak hiç etkilemiyor										**duygusal olarak çok etkiliyor**

Lütfen hastalığınıza sebep olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü (olayı) düzenli bir şekilde listeleyin. ***Benim için en önemli sebepler :***

1. .....

2. .....

3. .....

Ek-4:Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Onayı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2016.473**
	PROJE ADI	Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (E-ASM) kayıtlı hastaların tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik karşılanmayan ihtiyaçlarının belirlenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Mehmet AKMAN

KARAR BİLGİLERİ	**Tarih** 02.09.2016 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ EVET ▪ HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	▪ Var ▪ Yok	□ Evet ▪ Hayır	

Ek-5:Gönüllü Olur Formu

Birinci bölüm:

I- Araştırmayla İlgili Bilgiler

Araştırma adı ‘’Eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı hastaların tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik karşılanmayan ihtiyaçlarının belirlenmesi’’ olan bilimsel araştırmaya katılacaksınız.

Bu araştırma ile birinci basamağa başvuran kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları tedavi edici sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve kronik hastalık ile ilgili karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca hastalık algısı ve multimorbidite ile ifade edilen sağlık ihtiyaçlarının ilişkisi incelenecektir.

Araştırma için sorular sorularak uygulanan anket ile veri toplama yöntemi kullanılacaktır. Katılımcıların dolduracağı anket; bir adet sosyodemografik veri formu ve iki adet ölçekten oluşmaktadır. Anket içeriğinde sağlık durumunuz ,kronik hastalığınız ile ilgili sorular ve sağlık hizmetini karşılama durumunuz incelenecektir. Anket verileri yalnızca araştırıcı tarafından bu çalışma için kullanılacak olup bireysel bazda değerlendirilmeyecektir ve kişisel bilgiler paylaşılmayacaktır. Araştırma kapsamında iletişim bilgisi, kimlik bilgisi vb. herhangi bir özel bilgi paylaşmanız istenmemektedir.

Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile herhangi bir sorun için 0216 6570606 / 9115 no’lu telefondan Dr. Sema Nur Şahin’e başvurabilirsiniz.

II- Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstemediğiniz sorulara yanıt vermeyebilirsiniz. İstediğiniz anda anket formunu doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin için dezavantajlı bir duruma yol açmayacaktır.

Gönüllünün araştırmayı kabul etmemesi durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarılması veya çıkması halinde, hastalığı ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacaktır.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve klinik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgilerinize yer verilmeyecektir ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

İkinci bölüm:

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Dr. SEMA NUR ŞAHİN tarafından MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ A.B.D'da tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. SEMA NUR ŞAHİN'i Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan, 0216 6570606 / 9115 no'lu telefondan 'dan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Ek-6: Gönüllü Onay Formu

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU
Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası
Ast. Dr. Sema Nur Şahin

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi