



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY'DA AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK HASTALIK
YÖNETİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HASTA
YÖNELİMLİ YAKLAŞIMI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Buket KARACA
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN**

HATAY – 2022

**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY'DA AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK HASTALIK
YÖNETİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HASTA
YÖNELİMLİ YAKLAŞIMI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Buket KARACA
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN**

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**HATAY'DA AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK HASTALIK
YÖNETİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HASTA
YÖNELİMLİ YAKLAŞIMI**

Dr. Buket KARACA

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Dr.Öğr.Üyesi Evrim ARSLAN
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Tacettin İNANDI
2. Prof. Dr. Gülçin YAPICI
3. Dr.Öğr.Üyesi Evrim ARSLAN

III. İÇİNDEKİLER

III.	İÇİNDEKİLER.....	iii
IV.	TABLO LİSTESİ.....	v
V.	ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
VI.	KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
VII.	TEŞEKKÜR	ix
VIII.	ÖZET.....	x
IX.	ABSTRACT.....	xi
1.	GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.	GENEL BİLGİLER.....	3
2.1	Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar	3
2.1.1.	Tanım, epidemiyoloji ve önemi	3
2.1.2.	Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıkların Risk Faktörleri	7
2.1.3.	Kronik Hastalıkların Yönetimi.....	9
2.1.4.	Dünya’da ve Ülkemizdeki Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamağın Rolü	13
2.1.5	Aile Hekimliği Sistemi.....	16
2.1.6	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Hastalık Yönetimi	16
2.2	Kronik Bakım Modeli	18
2.2.1	Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli	22
2.2.2	Yenilikçi Kronik Bakım Modeli	22
2.3	Hasta Merkezci Yaklaşım ve Klinik Yöntem Kavramı.....	22
2.3.1.	Sağlığın, Hastalığın ve Rahatsızlık Tecrübelerinin Araştırılması.....	23
2.3.2	Bireyin Bir Bütün Olduğunun Kavranması.....	24
2.3.3.	Ortak Zemin Oluşturma.....	24
2.3.4.	Hasta-Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi.....	25
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1.	Araştırmanın Tipi	26
3.2.	Evren ve Örneklem.....	26
3.3.	Verilerin Toplanması.....	26
3.4.	Veri Toplama Araçları.....	27

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	31
3.6. Verilerin Analizi	31
3.7. Araştırmanın İzinleri	31
3.8. Araştırmanın Takvimi	32
3.9. Araştırmanın Finansmanı	32
3.10. Sınırlılıklar.....	32
4. BULGULAR	34
4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri.....	34
4.2. Aile Hekimliği Birimi İşleyişi	35
4.3. Kronik Hastalık Yönetimi	41
4.4. Hasta Yönelimli Yaklaşım	52
4.5. Hasta-Hekim Yönelim Durumu	53
4.6. Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi.....	59
5. TARTIŞMA	67
5.1. Sosyodemografik Özellikler.....	67
5.2. Aile Hekimliği Birimi İşleyişi	68
5.3. Kronik Hastalık Yönetimi	73
5.4. Hasta Yönelimli Yaklaşım Durumu	85
5.5. Hasta-Hekim Yönelim Durumu	86
5.6. Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi..	89
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	94
7. KAYNAKLAR	98
8. EKLER.....	112
EK_A. Anket Formu	112
EK_B. Etik Kurul Onay Formu.....	121
EK_C. Anabilim Dalı İzin Yazısı.....	123
EK_D. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Komisyon Kararı	124
EK_E. Anket Onam formu	125
EK_F. PPOS-TR14 Ölçek İzni.....	126
9. ÖZGEÇMİŞ	127

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Türkiye’de Kronik Hastalıklara Bağlı Bazı Epidemiyolojik Veriler	5
Tablo 2. Yıllara Göre Değişen Birinci Basamak Kuruluşları, Sağlık Bakanlığı.....	15
Tablo 3. Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve Hekim Perspektifi Örnek İfadeler.....	30
Tablo 4. Araştırmanın Takvimi	32
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	34
Tablo 6. Katılımcıların yaşları ve görev süreleri.....	34
Tablo 7. Aile Sağlığı Merkezi ve çalışanların bazı özellikleri	35
Tablo 8. İlçelere Göre Katılım Sıklığı.....	36
Tablo 9. Aile hekimine kayıtlı nüfus, başvuran hasta ve hastalara ayrılan süre	36
Tablo 10. Bazı değişkenlere göre hasta muayene süresinin yeterliliği	37
Tablo 11. Sosyodemografik Özelliklere Göre Aile Hekimine Kayıtlı Nüfus	39
Tablo 12. Sosyodemografik Özelliklere Göre Günlük Hasta Sayısı	40
Tablo 13. Sosyodemografik Özelliklere Göre Hastaya Ayrılan Süre	41
Tablo 14. Hekimlerin hastalarının bazı özelliklerini bilme durumu	42
Tablo 15. Kronik hastalık yönetiminde takip, tarama ve tedaviye yönelik ifadeler..	45
Tablo 16. Bazı Değişkenlere Göre Rehber Kullanma Durumu.....	48
Tablo 17. Bazı Değişkenlere Göre Kronik Hastalıkları Yönetebilme Yeterliliği	51
Tablo 18. Doktor-Hasta Sağlık İlişkisi Modelleri	53
Tablo 19. Sosyodemografik özelliklere göre HHYÖ Toplam Puan Dağılımı	55
Tablo 20. Sosyodemografik özelliklere göre HHYÖ Paylaşım Alt Ölçek Puan Dağılımı	56
Tablo 21. Sosyodemografik özelliklere göre HHYÖ Bakım Alt Ölçek Puan Dağılımı	57
Tablo 22. AHB İşleyişi ve Kronik Hastalık Yönetimine göre HHYÖ Ölçeği Toplam puan Ortalamaları	58
Tablo 23. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	59
Tablo 24. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile HHYÖ Toplam Puan Ortalamaları arasındaki Korelasyon	60
Tablo 25. Sosyodemografik özelliklere göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi İfadelerinin Toplam Puan Ortalaması.....	61
Tablo 26. AHB işleyişi ve Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam Puan Ortalaması Dağılımları	62
Tablo 27. Akut Alevlenmeyi Yönetebilme Yeterliliğine göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalamaları	63

Tablo 28. Kronik Hastalığı Yönetebilme Yeterliliğine göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalaması Dağılımları.....	64
Tablo 29. Doktor-Hasta Sağlık İlişkisi Modellerine göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalaması.....	65
Tablo 30. Hasta Yönelimli Yaklaşımı Duyma Durumuna Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalaması Dağılımları.....	66
Tablo 31. Kronik Hastalık Yönetimi ve/veya Hasta yönelimli yaklaşım konularında eğitim alma durumuna göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalamaları.....	66



V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü.....	12
Şekil 2. BOH yönetiminde önemi olan sağlık sistemi özellikleri.....	15
Şekil 3. Kronik Hastalık Yönetiminde Birinci Basamak Hekim Rolü	18
Şekil 4. Kronik Bakım Modeli (Chronic Care Model)	19
Şekil 5. Hasta Muayene Süresinin Yeterliliği.....	38
Şekil 6. Hekimlere En Sık Başvuru Nedenleri	38
Şekil 7. Katılımcılara göre en sık kronik hastalık risk faktörleri	43
Şekil 8. Kronik Hastalıkların Sıklığı.....	43
Şekil 9. Hekimlere göre yönetiminde ve hasta uyumunda sorun olan kronik hastalıklar	44
Şekil 10. Tanı ve Tedavi Rehberlerini Kullanmama Nedenleri.....	46
Şekil 11. Kronik Hastalık Yönetimini Engellleyen Faktörler.....	50
Şekil 12. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam Puan Ortalamasının HHYÖ Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona ait Saçılım Grafiği	60

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anabilimdalı
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
ASE	: Aile Sağlığı Elemanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
Dr. Öğr. Üyesi	: Doktor Öğretim Üyesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HHYÖ	: Hasta Hekim Yönelim Ölçeği
HT	: Hipertansiyon
DM	: Diabetes Mellitus
KBM	: Kronik Bakım Modeli
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KHY	: Kronik Hastalık Yönetimi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
MKÜSUAH	: Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi
PPOS	: Patient- Practitioner Orientation Scale
Prof. Dr.	: Profesör Doktor
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Uz. Dr.	: Uzman Doktor
WHO	: World Health Organization

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecim boyunca bilgi, tecrübe, yardım ve hoşgörülerini eksik etmeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Tacettin İnandı'ya, Prof. Dr. Nazan Savaş'a, Dr. Öğr. Üyesi Evrim Arslan'a ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Erdem'e çok teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanma sürecindeki zor zamanlarda desteğini ve ilgisini her zaman hissettiğim, olumlu eleştirileriyle yönlendirip bana vakit ayıran, değerli tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Evrim Arslan'a ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince birbirimize destek olduğumuz MKÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı asistan grubundaki her bir arkadaşıma ve sahada destek veren Uzm. Dr. Arif Yeniçeri'ye teşekkür ederim.

Meşakkatli veri toplama sürecimde Hatay ilindeki aile sağlığı merkezlerinde başta Dr.Bahadır Amaç ve Dr.Gülsüm Amaç olmak üzere Dr.Sadık Nazik'e, Dr.Nihat Fahlıoğulları'na, Dr.Riyat Kırmızıoğlu'na, Dr.Timur Özer'e, Dr.Abdülhamit Sakuçoğlu'na, Dr.Murat Akman'a ve kapılarını çaldığımda yoğunluklarına rağmen gülüyüzlerini ve ilgilerini esirgmeden yardımcı olmaya çalışan tüm değerli hekimlerimize ayrı ayrı teşekkürü borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca minnet duyacağım beni sonsuz sevgi ve emekleriyle yetiştiren değerli babam Ayhan Baş'a ve değerli annem Sevgi Baş'a, her zaman yanımda olan biricik kardeşlerim Burcu Demirkundak ve Tuncay Baş'a çok teşekkür ederim.

Eğitim hayatımın devam ettiği her zaman ve koşulda desteğini her an hissettiğim, en büyük yardımcım sevgili eşim Dr. Ali Erkan Karaca'ya, varlıklarıyla ve minik kalpleriyle güç veren, eşsiz sevgi duyduğum çocuklarım Gürkan Karaca ve Bade Karaca'ya sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Buket KARACA
Hatay / 2022

VIII.ÖZET

HATAY'DA AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HASTA YÖNELİMLİ YAKLAŞIMI

Amaç: Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar öncelikli halk sağlığı sorunlarından. Bu çalışmanın amacı; Hatay ilinde aile sağlığı merkezlerindeki hekimlerin kronik hastalık yönetimini etkileyen faktörleri ve hasta yönelimli yaklaşımlarını sosyodemografik faktörler ve işleyiş açısından değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki araştırma 2021 yılında Google Formlar ile yapılmıştır. Evren Hatay'da aile sağlığı merkezleri'ndeki 502 aile hekimidir. Tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş, toplam 308 (%61,3) hekim katılmıştır. Sosyodemografik özellikler, işleyiş, kronik hastalık yönetimi, Hasta Hekim Yönelim Ölçeği, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Hekim Perspektifi'ni içeren 89 soruluk anket uygulanmıştır.

Bulgular: Bir aile hekimine düşen ortalama nüfus $3400\pm645,3$, ortalama günlük başvuru sayısı $63,8\pm24,0$ ve ortalama muayene süresi $6,7\pm3,5$ dakika idi. En sık başvuru “muayene” ve “ilaç yazdırma” içindi. Hem yönetiminde hem tedaviye uyumda sorun yaşanan hastalıklar diyabet ve obezite idi. Hekimlerin %44,5'ine göre kronik hastalık yönetimindeki yeterlilikleri “orta-zayıf” olup engelleyen nedenler “hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği”, “ilaç dışı ve ilaç tedavisine uyum sağlanmaması”, “zaman azlığı” idi. Katılımcıların Hasta Hekim Yönelim Ölçeği toplam ortalaması $44,8\pm6,8$ idi. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi toplam ortalaması 3,41 idi.

Sonuçlar: Hekimlerin yarıya yakınına göre kronik hastalık yönetim yeterlilikleri “orta-zayıf” olup genç hekimlerde yeterlilik daha azdır. Hekimlerde hasta yönelimli yaklaşım yerine “hastalık yönelimli” yaklaşım hâkimdir. Bu durum kayıtlı nüfus, günlük başvuru sayısı ve muayene süresi ile ilişkilidir. Aile hekimlerinin kronik hastalık bakım verme düzeyi “orta-iyi” olup iş yükleri azaltılıp motivasyonlarının ve sağlık iş gücü sayısının iyileştirilmesi görüşü ortaya çıkmıştır. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi müfredatının güçlendirilmesi, sürekli ve düzenli mesleki eğitim gerekliliği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hatay, Aile Hekimi, Kronik Hastalık Yönetimi, HHYÖTR-14

IX. ABSTRACT

FACTORS AFFECTING CHRONIC DISEASE MANAGEMENT AND PATIENT-ORIENTED APPROACH OF FAMILY PHYSICIANS IN HATAY

Aim: Non-communicable chronic diseases are among the priority public health problems. The aim of this study; To evaluate the factors affecting chronic disease management and patient-oriented approaches of physicians in family health centers in Hatay in terms of sociodemographic factors and functioning.

Method: The cross-sectional study was conducted with Google Forms in 2021. Evren is 502 family physicians in family health centers in Hatay. It was aimed to reach the entire universe, and a total of 308 (61.3%) physicians participated. A questionnaire consisting of 89 questions was applied, including sociodemographic characteristics, functioning, chronic disease management, Patient Physician Orientation Scale, and Physician Perspective of the Chronic Disease Care Assessment Scale.

Results: The mean population per family physician was 3400 ± 645.3 , the mean number of admissions per day was 63.8 ± 24.0 and the mean examination time was 6.7 ± 3.5 minutes. The most frequent referrals were for “examination” and “drug prescribing”. Diseases that had problems in both management and adherence to treatment were diabetes and obesity. According to 44.5% of the physicians, their competence in chronic disease management was "moderate-weak", and the reasons that prevented them were "lack of knowledge and awareness of the patients", "non-adherence to non-drug and drug treatment", "lack of time". The total mean of the participants' Patient Physician Orientation Scale was 44.8 ± 6.8 . The total mean of the Chronic Disease Care Assessment Scale Physician's Perspective was 3.41.

Conclusion: According to nearly half of the physicians, the chronic disease management competencies are “moderate-weak” and the competency is less in young physicians. Instead of the patient-oriented approach, the "disease-oriented" approach is dominant in physicians. This situation is related to the registered population, the number of applications per day and the examination period. The level of caregiving for chronic diseases of family physicians is "moderate-good", and the view that their workload will be reduced and their motivation and number of health workforce should be improved. Strengthening the undergraduate medical education curriculum and the necessity of continuous and regular vocational education are considered.

Keywords: Hatay, Family Physician, Chronic Disease Management, PPOSTR-14

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumda sık görülen, sık öldüren, sakatlık ve iş gücü kaybına neden olan hastalıklara halk sağlığı yönünden önemli hastalık/durum denmektedir (1). Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak tanımlanan kronik hastalıklar da küresel düzeyde hem sağlık hem de sosyal ve ekonomik açıdan yük oluşturan öncelikli halk sağlığı sorunlarından biridir.

Dünya’da özellikle gelişmiş ülkelerde demografik değişim ile birlikte 1990-2017 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi uzamış (2), sosyal ve çevresel etmenlerin etkisi ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların sıklığı artmıştır. Bu hastalıklardan kalp damar hastalıkları, diyabet, KOAH, kanser ve inme halk sağlığı açısından önemlidir. Morbidite ve mortalitenin belirgin nedeni haline gelen bu hastalıkların birçoğunun altta yatan nedeninin önlenabilir risk faktörleri olması baş edebilmek için önemli bir fırsat sunmaktadır.

Kronik Hastalık Yönetimi (KHY), birden çok kronik hastalığı önlemek, tedavi etmek ya da yönetebilmek için farklı disiplinlerin yaklaşımı ile hastaların da kendi bakım süreçlerinin sorumluluklarını üstlenmesini amaçlayan bir grup müdahalelerden ve eğitimlerden oluşan bir sistemdir (3). Kronik hastalığa sahip kişilerin maliyet etkin şekilde yaşam kalitesinin artırılması ve oluşabilecek diğer kronik hastalıkların önlenmesi için planlanmış, gerçekçi ve multidisipliner bir ekip anlayışı gerekmektedir.

BOH’ların yönetiminde başarılı olabilmek için bu hizmetin temel sağlık hizmetleri ile sunulabileceği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bildirilmiştir (4,5). Yaş, cinsiyet yada hastalığına göre farklılaşmamış bir popülasyona bakım sağlayan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve ulaşılabilirliği bir ülkede ne kadar fazlaysa ve destekleniyorsa, o ülkedeki kişilerin, özellikle kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık hizmet ihtiyacının çoğu çözülebilir anlamına gelmekte olup, az maliyetle daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşabilmektedir (6). Kişileri fiziksel, ruhsal,

toplumsal ve kültürel boyutlarıyla ele alan birinci basamak sağlık hizmetleri aslında bu yönüyle hasta merkezli bakım sağlamaktadır.

Birinci basamaktaki kronik hastalık yönetiminde kimlere, ne oranda uygulamalar gerektiğini anlamaya yarayan Kronik Bakım Modeli (KBM) en yaygın kullanılmış olanıdır. Özellikle başarılı sistemlerin gözlem ve analizinden elde edilen, kronik hastaların yönetimini iyileştirmeye yönelik farklı uygulamaların bir sentezidir ve son 20 yıldır gelişmekte olup sıklıkla referans olarak kullanılan bir modele dönüşmüştür (7). Bu çalışmanın amacı;

- Hatay ilindeki tüm ilçelerde aile sağlığı merkezleri (ASM)’nde görevli aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimini etkileyen faktörleri ve varsa engelleyen nedenleri saptamak,
- Hekimlerin kronik hastalık yönetimindeki perspektiflerini “kronik bakım modeli” çerçevesinde değerlendirmek ve hasta yönelimli yaklaşımlarını ölçmek,
- Hekimlerin bazı sosyodemografik faktörler ve aile hekimliği birimi işleyişi açısından kronik hastalığa sahip hastalara bakım verme düzeyini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar

2.1.1. Tanım, epidemiyoloji ve önemi

Toplumda sık görülen, sık öldüren, sakatlık ve iş gücü kaybına neden olan hastalıklara halk sağlığı yönünden önemli hastalık/durum denmektedir (1). Günümüzde bu tanıma uyan kronik hastalıklar sınıflamasını persistan bulaşıcı hastalıklar (tüberküloz ve AIDS gibi), bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (kanser, diyabet, kalp damar hastalıkları, kronik obstruktif akciğer hastalıkları gibi), uzun süreli psikiyatrik bozukluklar (depresyon ve şizofreni gibi) ile süregelen fiziksel ve yapısal bozukluklar oluşturmaktadır. Wagner'e göre, sağlık sistemi yaklaşımı da dâhil olmak üzere hastanın ve kişisel bakım veren sağlık ekibinin sürekli etkileşimini gerektiren her türlü durum kronik hastalık olarak tanımlanmıştır (8). Bu hastalıkların ortak paydası ise kişilerin hayatını sosyal, ruhsal ve ekonomik yönden etkileyip, ailesel ve genetik faktörler haricinde birçoğunun nedeninin engellenebilir dış faktörlere bağlı olmasıdır. Ne sebeple olursa olsun kronik hastalıklar multidisipliner ekip ve hasta katılımının bir arada olduğu yaşam tarzında değişiklik ve süregelen sağlık bakım yönetimi ve izlem gerektirir (9,10). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) küresel düzeyde birçok yönden yük oluşturan öncelikli halk sağlığı sorunlarından. Dünya'da gelişmiş ülkelerdeki demografik dönüşüm ile 1990-2017 yılları arasındaki doğumda yaşam beklentisi 7,4 yıl artarak 65,6 iken 73,0 olup (2), sosyal ve çevresel etmenlerin etkisi ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların sıklığı artmıştır. Kalp damar hastalıkları, diyabet, KOAH, kanser ve inme gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar halk sağlığı açısından en önemlileridir.

Eylül 2015'te imzalanan 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nden üçüncüsü olan sağlığa bağlı alt başlıklardan biri de bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin üçte bir azaltılması, ruh sağlığının ve esenliğinin

geliştirilmesidir (11). Gelişmekte olan ülkelerde kardiyovasküler hastalıklar, HIV, tüberküloz ve sıtmanın toplamının üç katı daha fazla insanın ölümüne neden olmakta, gelişmiş ülkelerde ise bu rakamın daha fazla olduğu görülmektedir (4). Bu yüzden az ve orta gelirli ülkelerden başlayarak küresel düzeyde gerekli ve yeterli önlemler alınmazsa 2030'da yıllık kardiyovasküler hastalıklardan ölümün 25 milyona, kanserden ölümün ise 13 milyona yükseleceği düşünülüp total kronik hastalıklara bağlı ölümlerin 55 milyona çıkacağı öngörülmektedir (5).

DSÖ'nün 2018 raporuna göre dünya çapında karmaşık etiyolojiye sahip ve birden fazla risk faktörü ile ilişkilendirilen BOH'lar yılda 41 milyon ölüme (tüm ölümlerin %71'i) sebep olmaktadır. BOH nedeni ile her yıl 30-69 yaş arası 15 milyon erken ölüm olmakta ve erken ölümlerin %85,0'ı da az ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. DSÖ bölgesine göre farklılık gösteren erken ölümler; Amerika Bölgesi (%15), Avrupa (%17) ve Batı Pasifik (%16) bölgeleri ile karşılaştırıldığında Afrika (%22), Doğu Akdeniz (%24) ve Güneydoğu Asya (%23) bölgelerinde daha yüksek olasılıkla gözlenmektedir (12).

BOH grubundan ölümlerde ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar (KVH) (17,9 milyon), ikinci olarak kanserler (9 milyon), üçüncü sırada solunum sistemi hastalıkları (3,9 milyon) ve dördüncü sırada da diyabet (1,6 milyon) gelmektedir. Bu hastalıklar erken ölümlerin de %80'inin nedenidir. Yüksek gelire sahip ülkelerde kanser, az ve orta gelirli ülkelerde kardiyovasküler hastalıklar erken ölümlerin ana nedeni olmaya devam etmektedir (13).

Ülkemizde 2019 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre doğumda beklenen yaşam süresi 2010 yılına göre 76,4'ten 78,6'ya yükselmiş olup demografik dönüşümü yaşılanan nüfusa doğru değişen pek çok ülke gibi morbidite ve mortalite nedenlerine bakıldığında en önde gelen nedenler BOH kaynaklıdır. Dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada (%36,8) yer alırken, bunu tümörler (%18,4) ve solunum sistemi hastalıkları (%12,9) izlemiştir (14). Ülkemizdeki bazı önemli kronik hastalıklarla ilgili epidemiyolojik veriler **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Türkiye’de Kronik Hastalıklara Bağlı Bazı Epidemiyolojik Veriler

Türkiye’de Kronik Hastalıklara Bağlı Bazı Epidemiyolojik Veriler	
Koroner Arter Hastalığı	• Avrupa’da (Türkiye dâhil) mortalite oranları %25,4’tür (15). • 2013 Türkiye hastalık yükü sıralamasında iskemik kalp hastalıkları birinci sıradadır (16). • Türkiye’de 3,5 milyon kişide koroner arter hastalığı (KAH) bulunduğu tahmin edilmekte olup tüm ölüm nedenleri arasında % 43’lük oran ile birinci sıradadır (17).
Diyabet	• IDF Diabetes Atlas 2021’e göre küresel diyabet prevalansı %10,5 olup 2045 yılında %12,2 olacağı tahmin edilmekte ve Türkiye’de erişkinlerdeki diyabet prevalansı %15,9 olarak belirtilmektedir (18).
Obezite	• 2013 Ulusal Hastalık Yükü Çalışması’nda erişkinlerde obezite sıklığı %26,4 (kadınların %34,0’ı, erkeklerin %17,9’u) olup, erkeklerin %37,4’ü, kadınların %28,8’i fazla kiloludur (16). • 2019 Sağlık Araştırması’na göre ise obez bireylerin oranı %21,1 (kadın %24,8, erkek %17,3) bulunmuştur (19).
Hipertansiyon	• DSÖ’ye göre 2019 yılında Dünya çapında 30-79 yaşları arasındaki 1,28 milyar yetişkinde hipertansiyon tahmin edilmektedir (20). Ülkemizde TURDEP-II verileri referans alınarak 2020 yılı için hesaplanan yaşa göre standardize edilmiş hipertansiyon prevalansı %29,6 bulunmuştur. 2010-2020 yılları arasındaki artış eğilimi temel alınarak yapılan projeksiyonda, hipertansiyon hızının 2023 yılında %30,4’e, 2045 yılında ise %36,0’ya ulaşması öngörülmektedir (21).
KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)	• Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2019’a göre dünyada 212 milyon KOAH’lı hasta bulunmaktadır ve tüm dünyada KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümler 3,28 milyondur. Bu ölümlerin %90’dan fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir (22). • Ülkemizde 2020 yılına ait prospektif bir çalışmada, hastaların %50’sinden fazlası 60 yaş altında ve %88,1’i erkektir (23).
Kanser	• Türkiye’de 2015 yılında toplam 167.463 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuş olup en fazla ölüme neden olan ikinci hastalık ve her beş ölümden birinin sebebidir (24).

Toplam hastalık yükünü gösteren Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY-Disability Adjusted Life Year); mortalite yükünü ifade eden erken ölüm ile kaybedilen yaşam yılı (YLL-Years Life Lost) ve morbidite yükünü gösteren engellilikle sürdürülen yaşam yılının (YLD-Years Life Disabled) toplanmasıdır (25). Bir DALY, sağlıklı yaşamdan kaybedilen bir sene anlamı taşımakta, ülkemizde de toplam hastalık yükündeki mortalite payı azalmakta, morbidite payı artmaktadır. 2000-2013 yılları arasında DALY'yi oluşturan YLD oranı %33,5'ten %45,0'a artarken, YLL oranı %66,5'ten %55,0'a düşmüştür (16). Mortalitenin azaltılması kadar morbiditenin azaltılması için de adımlar atılması gerekmektedir.

2018 yılı Küresel Hastalık Yüğü Çalışması'na göre 1990-2017 yıllarına ait bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü %41,3 azalmış iken BOH yükü %40,1 artmıştır. Dünya'da en çok hastalık yüküne neden olan beş hastalıktan üçü 2017 yılı verilerine göre BOH'tur (kalp damar hastalığı, KOAH ve inme) (2). Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması-2013'e göre toplam hastalık yükü 2000 yılında 19,2 milyondan 2013'te 18,4 milyona gerilemiş olmasına rağmen BOH yükü artmıştır (2000-2013 yılları arasında 13 milyon iken 14,8 milyon). Bulaşıcı olmayan hastalıklar, 2000 yılında toplam hastalık yükünün %68,0'ını, 2013'te %81,0'ını oluşturmakta ve ölümlerin de %88,0'ına neden olmaktadır. Ayrıca ülkemiz doğuştan beklenen yaşam süresinin yükselmesi ve nüfusun yaşlanması sonucunda bulaşıcı olmayan hastalıkların arttığı demografik ve epidemiyolojik açıdan üçüncü dönemdedir (16).

DSÖ ayrıca çok sektörlü işbirlikleri yoluyla bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı engellenebilir morbidite ve mortaliteyi azaltmak için "BOH Küresel Eylem Planı 2013-2020"yi oluşturmuştur (26). Bu doğrultuda ülkemizde de "Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Eylem Planı 2017-2025" oluşturulmuştur (27). Bu kılavuz ile ülkemizde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardaki artışı önlemek, azaltmak, kontrol altına almak ve hastalıklarla etkili müdahale için, öncelikli hedefleri içeren, bütüncül ve üst düzey multidisipliner yaklaşım benimsenmektedir (28). Ayrıca BOH mücadelesi için ülke geneline uygun yapılandırılmış programlar yürütülmektedir.

2.1.2. Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıkların Risk Faktörleri

Sağlık sisteminin sürdürülebilmesi için bulaşıcı olmayan hastalıkların engellenmesi ya da etkin şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarla mücadelede etkinliğin en önemli unsuru, hastalıkların ortaya çıkmasını engellemektir. BOH'ların ortaya çıkması; çocukluktan itibaren başlayan multifaktöriyel süreçler, birçok risk faktörü ve bunların bir arada olması ile ilişkilidir. Başlıca risk faktörleri, cinsiyet, yaş ve ırk gibi biyolojik belirleyiciler; depresyon, anksiyete, stres gibi psikolojik belirleyiciler; çalışılan ortam ve yaşanılan alan gibi çevresel faktörler; sağlık politikaları, sosyal damgalanma ve izolasyon, gelir durumu, sigara ve alkole yönelik sosyal pazarlama gibi sosyo-kültürel faktörler; tütün ve alkol kullanımı, fiziksel inaktivite, beslenme, alternatif uygulamalar gibi davranışsal belirleyiciler; sağlık hizmetlerinin ve sistemin kapasitesi, sağlık hizmetlerine ulaşım, koruyucu ve önleyici hizmetlerin varlığı, hasta ve sağlık personeli etkileşimi gibi sağlık sistemine ait özellikler sayılabilir (29). Ülkemizde BOH yükü, 2002 yılında %69,0 iken 2017'de %82,4'e yükselmiş olup hastalıkların nedenlerinin çoğu değiştirilebilir risk faktörlerine bağlıdır (27).

Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması-2017'ye göre 40-69 yaş arası bireylerin %10,5'inin kalp damar hastası olup on yıllık kalp damar hastalığı riski de %30'un üzerinde tespit edilmiştir. Çalışma örnekleminin yarısından çoğunun risk faktörlerinden üçüne sahip olduğu ve bunun da yaş arttıkça yükseldiği bildirilmiş olup başlıca risk faktörlerine yönelik sonuçlara bakıldığında ise;

- Tütün kullanımı: Erkeklerde beşte iki (%43,4) ve kadınlarda beşte bir (%19,7) oranındadır.
- Alkol kullanımı: Erkeklerde %13,1 olup bunların %8,7'si ise ağır düzeyde alkol tüketmektedir.
- Sağlıksız beslenme: Ülkemizde 2012 SALTURK2 çalışmasına göre tuz tüketimi günde 9,9 gr/spot idrar ve 14,8 gr/24 saat idrar bulunmuş olup DSÖ'nün önerdiği miktarın yaklaşık iki katıdır.
- Fiziksel hareket azlığı: Yetişkinlerin hemen hemen yarısı (%43,6), özellikle kadın cinsiyet (%53,9), DSÖ'nün fiziksel aktivite önerilerine uymamaktadır (30).

Tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıkları önleme ve kontrol faaliyetleri vardır. Sağlık Bakanlığı’nın kronik hastalıklar ve risk faktörlerine yönelik “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025” in bileşenleri aşağıda belirtilmiştir:

- Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023)
- Türkiye Kronik Havayolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)
- Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesi Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (2019–2023)
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketimi Azaltılması Programı (2017-2021)
- Alkol Tüketiminin Azaltılması İçin Aktiviteler
- Türkiye Kardiyovasküler Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)
- Ulusal Kanser Programı (2013-2018)
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme, Kontrol Programı (2018-2023)
- Türkiye Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme, Kontrol Programı (2015-2020)

Bu programlar ile aşağıda belirtilen hedeflere ulaşılması hedeflenmektedir:

- Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 azaltılması,
- Artmış alkol kullanımının önlenmesi,
- Fiziksel inaktivitede %10 azalma,
- Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketiminin %30 görelî azalması,
- Tütün kullanma sıklığının 15 yaş üstü bireylerde %30 görelî azalması,
- Kan basıncı yüksekliği oranının %20 azaltılması,
- Artan diyabet ve obezite sıklığının durdurulması,
- Kalp ve damar hastalıklarına yönelik toplumun (kalp krizi ve inme geçiren bireyler dâhil) ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri başvurusunda en az %50 iyileşme sağlanması hedeflenmektedir (27).

2.1.3. Kronik Hastalıkların Yönetimi

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar, sigara-alkol kullanımı, hareketsiz yaşam, fazla kiloluluk ve sağlıklı olmayan beslenme gibi hayat tarzı değişikliği ile “engellenebilir ortak risk faktörlerini” paylaştıkları için hastalıkların kontrol ve yönetimi alanında önemli fırsatlar sunmaktadır (11). Kronik Hastalık Yönetimi (KHY), birden çok kronik hastalığı önlemek, tedavi etmek ya da yönetebilmek için oluşturulmuş, farklı disiplinlerin yaklaşımını benimseyen, gerektiğinde farklı tedavi yöntemleri kullanan ve hastaların öz bakım becerileri geliştirerek kendi bakım süreçlerinin sorumluluklarını üstlenmesini amaçlayan bir grup müdahalelerden ve eğitimlerden oluşan bir sistemi tanımlamaktadır (3). Kronik hastalık yönetiminde amaç bir ya da daha fazla kronik hastalığa sahip bireylerin aldığı bakım ve yaşam kalitesini iyileştirmek, maliyet etkin olmak, diğer kronik hastalıkları önlemek ve erken tanı koymaktır. Bu amaçlar ise ancak, planlanmış, kapsamlı ve multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile gerçekleştirilebilir (31,32). KHY’de farklı çalışmalara göre hasta, hizmet sağlayıcılar (sağlık çalışanları) ve yöneticilere bazı görevler düştüğü belirtilmekte olup şu şekildedir;

- Hasta açısından; hasta eğitimi, sağlık okuryazarlığı oluşturulması, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, hastaların öz-yönetim desteği,
- Hizmet sağlayıcılar (sağlık çalışanları) açısından; yazılı tedavi planı oluşturulması, kanıta dayalı klinik yönetim, veri ağı oluşturulması, takiplerin devamlılığı,
- Yöneticiler açısından; hükümetlerin kronik hastalık yönetim programları geliştirmesi ve yürürlüğe koymaları, hedef nüfusun ve kaynakların belirlenmesi, kronik hastalık yönetim politikalarının geliştirilmesidir (8,33,34).

Kronik hastalık yönetimi için kronik hastalıkların genel özelliklerini de iyi bilmek gerekir;

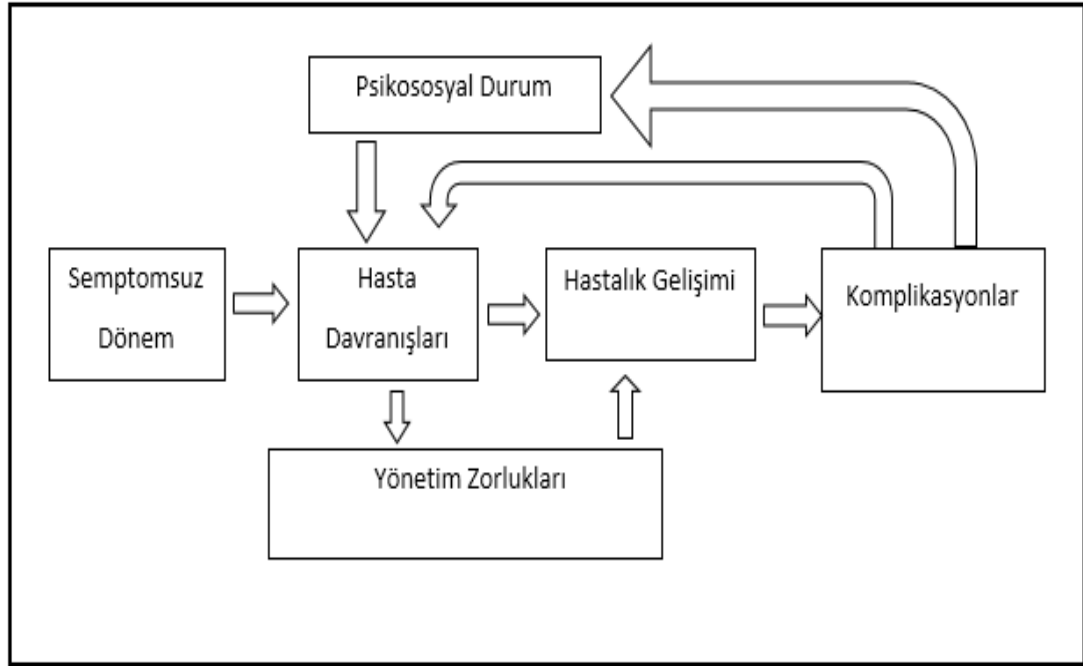
- Hastalığın ortaya çıkması multifaktöriyeldir, bireyin maruziyet düzeyi ve süresi hastalığın oluşmasında önemli olup faktöre maruziyet ile patolojinin ortaya çıkması arasındaki zaman çok fazla olabilir,
- Kronik hastalıklar farklı süreğen hastalıklara yol açabilir,

- Arasına iyileşmeler olsa da yinelemeler hastalığın tedavisini zorlaştırabilir, tam tedavi edilemediğinden sürekli,dir,
- Tedaviye uyum ve disiplin hastalığın kontrol altında olması için gereklidir,
- Hastalığın farklı aşamalarında farklı fiziksel, psikolojik ve toplumsal problemler ve başka iyileşme düzeyleri olabilmektedir,
- Kronik hastalıklarla mücadelede genellikle tıbbi durumlarla mücadele edildiğinden, tedavi planına bağlılık başarıda oldukça önemlidir,
- Uzun süren bu hastalıkların bireysel, ailesel ve toplumsal olarak birçok olumsuz etkisi vardır,
- İnsidansı bulaşıcı hastalıklara göre daha düşük olsa da zaman içinde birikerek hasta sayısında artışa neden olup topluma ve sağlık sistemine tanı, tedavi ve rehabilitasyon için ciddi maddi yük getirmektedir,
- Kronik hastalıklar sebebiyle hastalar kabullenme ve hastalığa özgün bir yaşam tarzı oluşturmak ile sorumludurlar (14,15).

Kronik hastalık yönetiminde başarı için korunma, erken tanı ve pratik yönetim stratejileri en temel faktörlerdir (35,36). En önemlileri ise birincil koruma ve erken tanıdır. Korunmada hedef kitle toplumun genelidir (37). Genellikle sosyal faktörlere bağlı ve multifaktöriyel nedenlerle oluştuğundan kronik hastalıkların gelişmesinde asıl faktör davranış ve yaşam şekli değişikliğidir (38). Sağlıklı beslenme, sigara kullanılmaması ve artmış fiziksel aktivite bu hastalıklardan korunmanın temelidir. Sağlıklı davranışların geliştirilmesinde kişilerin alışkanlıkları, kültür ve gelenekleri rol oynadığından değişiklik kolay olmamakla birlikte bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda başarılı sonuçlar saptanmıştır. Erken tanı, hastalığın belirti ve bulguları ortaya çıkmadan önce hastalığın saptanmasıdır (37,39). Akut durumlarda erken saptama yöntemleri kısıtlı olabilmesine rağmen kronik hastalıkların tanısında çok değerlidir. Bu yüzden kronik hastalıklara yönelik kontrol programlarının esası erken tanı çalışmalarıdır (37,38). Hastalığın erken dönemde saptanması ile tedavi başarısı artmakta, maliyet azalmakta, hasta ve ailesinin hayat kalitesi ilerleyen dönemlerde olumlu yönde gelişmektedir (38). Korunma ve erken tanıda geç kalınmış ve tanı almış bireylerin hastalıktan olumsuz etkilenmeden korunmaları için farklı yönetim stratejileri gerekmekte olup kişilerin hastalıkları ile

yaşamayı öğrenmesi ve gerekiyorsa çalışma hayatına da uyum sağlamalarını kolaylaştıran rehabilitasyon sağlanmalıdır (37). Kronik hastalıklara sahip hastaların hayatları boyunca hastalıklarıyla yaşamaları gerektiğinden dolayı kişi ve ailesi özel olarak eğitilmelidir. Bireylerin hayat kalitesini yükseltmenin yolu tanı konduğu dönemden itibaren rehabilitasyonun başlatılmasıdır (37,38). Bu şekilde hastalıktan kaynaklanan ilerleme, güçsüz ve yetersiz olma hissi önlenilebilmekle birlikte; birey, aile ve toplumun sağlık düzeyleri güçlendirilebilecektir (39). Kronik hastalık yönetimi ile ilgili çalışmaların genelinde; hayat kalitesi, kullanılan ilaç miktarı, hastaneye yatış, acile başvuru sayısı, hastalık ciddiyeti, tetkikler, engellilik ve mortalite oranı, maliyet etkinliği açısından olumlu sonuçlar gösterilmiştir (36,40–43).

Ayrıca, bu hastalıkların çoğunda, hastanın davranışları hem hastalığın ortaya çıkmasında hem de ilerlemesinde çok önemli bir rol oynar ve bazı hastalıklar komplikasyonlar onları belirgin hale getirmeden önce asemptomatiktir. Bu yapı, bazen sadece bir komplikasyon tespit edildiğinde ortaya çıkan geç tanı ile sonuçlanabilir. Böylelikle önleme, tedavi ve hastanın çabaları dahi hastalığın gelişmesine kıyasla gecikebilir. Bu koşullar altında, hastalığın başlangıcını öngörmek için risk faktörlerine dikkat etmek daha da önemli görünmektedir. Bu birkaç özellik, birçok kronik hastalığın yönetimini zorlaştırır. Bu özelliklerden bazıları, bir dizi birbirine bağlı bağlantı yoluyla pekiştirilme eğilimindedir ve hasta davranışlarının rolünü vurgular. **Şekil 1'**de hasta rolünün etkisi ve bağlantıları gösterilmektedir (7).



Şekil 1. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü (7)

BOH yönetiminin önemi sadece hasta rolüyle sınırlı kalmayıp hasta ve riskli bireylere yönelik de sınırlı sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını, sürdürülebilir finansman, uygun tanı yöntemlerini ve sürekli tıbbi bakım sağlanmasını gerektiren uzun bir süreçtir. Son yıllarda pek çok ülkede kronik hastalık yönetimi programları yürürlüğe konmuştur. Bu programlarda genellikle olgu tespit stratejileri, ne yapılması ve kimin yapılmasına ait protokoller, hastanın güçlendirilmesi ve sağlık bakımının takibinde kullanılacak belirteçler yer almaktadır. Bu programların çoğunda dikey hastalık odaklı yaklaşımlar kullanılmaktadır (44–46). Hastalık odaklı hazırlanan bu programlar ise tek bir hastalık durumunda gayet etkin çalışırken, multimorbidite söz konusu olduğunda çatışmalara yol açabilmektedir (47,48). Bu yüzden ki BOH yönetiminde başarı için önceden hazırlanılmış ve hasta yönelimli olma, topluma yayılabilme ve sürdürülebilirliğin sağlanması gerekliliği bildirilmiştir. Örneğin; hastalar erken tanı alarak yönetim programlarına dahil edilmeli, verilen eğitimlerle sorumluluk almaları sağlanmalıdır. Hekimler de koordinasyonu sağlayarak rehberlik etmelidir. Kanıta dayalı kılavuzlar ve bilimsel kanıtlar eşliğinde

tedavi planı düzenlenmelidir (10). Bu hizmetin de sadece birinci basamak sağlık hizmetleri ile eşit şekilde sunulabileceği DSÖ tarafından belirtilmiştir (4,5).

2.1.4. Dünya’da ve Ülkemizdeki Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamağın Rolü

Sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumun sağlık ihtiyaçları için sağlık düzeylerinin artırılması amacıyla sağlanan her türlü bakım, koruyucu ve tedavi edici faaliyetlerin hepsi ile sağlıklı olma halinin korunması, devam ettirilmesi ve daha da geliştirilmesi için yapılan tüm etkinliklerdir (49). DSÖ’nün 1978 yılındaki Alma Ata toplantısında birinci basamakta sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmıştır; evrensel şekilde benimsenen, bilimsel, toplumsal ve ekonomik gelişmeyi hedef alan, uygun maliyetli, toplumun kabul ettiği, sağlık hizmetlerinin devam etmesinde temel ve ilk başvuru yeridir (50). Ayrıca Amerikan Tıp Enstitüsü, birinci basamak sağlık hizmetinin ilk tanımlarından birini yapmış olup özelliklerini belirlemiştir. Bu beş temel özellik; ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm, süreklilik ve belli bir nüfustan sorumluluktur. Amerikan Tıp Enstitüsü 1994 yılında bu tanımları şu şekilde değiştirmiştir; hizmet alan toplumun erişebildiği sağlık hizmetlerinin; sorumlu sağlık çalışanlarınca; hastalarla devamlı ve karşılıklı bir ilişki esasında, diğer kurumlar ve basamaklar ile eşgüdümün de sağlanarak, aile ve toplum kapsamında sunulmasıdır (51). Birincil bakım, yaş, cinsiyet, hastalık veya organ sistemine göre farklılaşmamış bir popülasyona erişilebilir, sürekli, kapsamlı bakım sağlanmasıdır. Bir ülkede birinci basamak hekimlerinin sayısı ne kadar fazlaysa, ölüm oranı ve maliyet o kadar düşük olur (52). Birinci basamak sağlık hizmeti bu özellikleri yerine getirebilir ve sağlık hizmet yapılıncası da bu durumu desteklerse, o ülkedeki bireylerin sağlık hizmet ihtiyacının %90’ı birinci basamakta çözülebilir anlamına gelmekte olup güçlü birinci basamak sistemleri olan ülkeler, daha az maliyetle daha gelişmiş sağlık çıktılarına ulaşma eğilimindedir (6). Fakat sağlık politikasını düzenleyenler ve toplum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem kişilerin hem halkın sağlığındaki rolünü ve günümüzdeki sağlığa olan etkisini maalesef yeterince bilmemektedir (53). DSÖ, 2008 yılındaki “Primary Health Care—Now More Than Ever” adlı raporunda 21.yüzyıldaki hastalıkları yönetebilmenin en doğru yolunun birinci basamak sağlık hizmeti olduğunu ve mevcut önleyici yaklaşımların daha iyi kullanılmasının küresel

hastalık yükünü %70,0 düzeyinde azaltabileceğini, ülkelerin bir kısa vadeli öncelikten başkasına yer değiştirmek yerine, önlemeyi tedavi kadar önemli hale getirmeleri gerektiği ve uzun vadeli bakım ve güçlü toplum desteği gerektiren kronik hastalıklardaki artışa odaklanmalarını vurgulamıştır. Ayrıca, 2009 yılında 62. Dünya Sağlık Asamblesi'nde DSÖ, dünya çapında sağlık sistemlerini güçlendirmenin temeli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin değer ve ilkelerini güçlü bir şekilde yeniden teyit etmiştir (54,55).

Türkiye’de birinci basamağın örgütlenmesindeki esas adım, Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr.Nusret Fişek’in öncülük ettiği, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile atılmıştır (56). Bu şekildeTürkiye sağlık hizmetlerinin 15 yılda sosyalleşmesi öngörülüp, her yıl 300 ve beş yıl sonunda 1500 sağlık ocağı açılması hedeflenmiş olup sadece 561 tanesi hizmete sokulabilmiştir (57). 1960’lardaki “Toplumsallaştırma reformu” sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, bütüncül şekilde sevk zinciri ile sağlanıp ekip hizmeti ve sorumlu olunan nüfusun tanımlanması açılarından çok önemlidir. Toplum sağlığı sorunlarının saptanıp önceliklerin belirlendiği, Dünya’da da 1980’lere doğru şekillenen toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetinin temellerini oluşturmuştur (58). 1990 yılından itibaren “Sağlık Reformu” adı ile sağlık sisteminde değişiklik girişimleri başlamış 2003’te “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı ile, Türkiye’de sağlık sisteminin dönüşümü gerçekleştirilmiştir (59). 2002 yılından itibaren değişen “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri” yapılanmasındaki önemli kuruluşlar **Tablo 2**’de gösterilmiş olup; aile sağlığı merkezi ve aile hekimliği birimlerinde artış gözlenirken birinci basamak sağlık kuruluşu olan ÇEKÜS (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) birimleri ve Verem Savaş Dispanserleri’nde yıllar içinde azalma gözlenmektedir. Benzer şekilde 2002 yılında mevcut olmayan Halk Sağlığı Laboratuvarları sayısı 2020 yılında 84’tür (14,60).

Tablo 2. Yıllara Göre Değişen Birinci Basamak Kuruluşları, Sağlık Bakanlığı (14,60)

	2002	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sağlık Ocağı	5,055	-	-	-	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	21,175	21,384	21,696	24,428	25,198	26,252	26,476	26,594
Aile Sağlığı Merkezi	-	6,756	6,829	6,902	7,636	7,774	7,979	7,997	8,015
Toplum Sağlığı Merkezi	-	971	970	970	970	972	776	778	779
Sağlık Evi	2,899	5,594	5,572	5,544	5,419	5,320	5,259	5,078	5,027
AÇSAP Merkezi (ÇEKÜS Birimi)*	298	183	182	182	181	177	172	167	166
Verem Savaş Dispanseri	277	177	179	181	180	177	173	174	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi	84	134	132	156	159	166	175	178	175
E2 – E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri**	-	-	-	173	181	189	196	200	198
112 Acil Yardım İstasyonu	481	2,072	2,186	2,323	2,400	2,618	2,735	2,886	3,050
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	83	83	83	83	83	83	83	84

*25/05/2018 tarihli “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi şeklinde yeniden adlandırıldı.

**Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce 31.05.2019 tarihli “Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması” genelgesine istinaden E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri birinci, E1 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri ise ikinci basamak sağlık hizmet kuruluşu şeklinde belirlendi.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların topluma ve bireylere yönelik temel müdahaleleri başarılı şekilde yürütebilmesi için sağlık hizmetlerine dahil edilmesi gereken on beş özellik **Şekil 2’de** belirtilmiştir (61).

BOH yönetiminde siyasilerin de rol alması	Öncelik gerektiren durumların netleşmesi	İlgili kurumların birlikteliği	Toplumsal desteklenip güçlendirilmesi
Etkin şekilde hizmet veren model	Hizmet verenlerin koordinasyonu	Lokal yönetim	Kanıt dayalı uygulamalar
Kronik durumlarda yeterli ve kaliteli ilaçların sağlanması	Teşvik sistemleri	İnsan kaynaklarının etkin kullanımı	Etkin yönetim
Bilgiye etkin erişim	Değişimi yönetmek	Hizmetlere erişimi sağlamak ve maddi güvenceyi tesis etmek	

Şekil 2. BOH yönetiminde önemi olan sağlık sistemi özellikleri (61)

2.1.5 Aile Hekimliği Sistemi

Ülkemizde birinci basamaktaki sağlık hizmetinde “sağlık ocağı” yerine “küreselleşme” ile birçok ülkede gerçekleştirilmeye çalışılan ve sağlık hizmetlerinde özelleşmeye dayanan “Aile Hekimliği Sistemi”ne geçilmiş olup Kasım 2004’te yayınlanan 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulama Kanunu” ile ilk uygulama Ekim 2005’te Düzce ilinde başlamıştır (62). Tüm illerde 2010 yılı itibarıyla aile hekimliği sistemi aktifleştirilmiştir. Aile sağlığı merkezleri; bireysel koruyucu sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir ya da daha çok aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ile ekip şeklinde sunulduğu sağlık kuruluşlarıdır (63). Aile hekimliği veya diğer ülkelerde genel pratisyenliğin bazı önemli özellikleri vardır. Dünya Aile Hekimleri Birliği Avrupa kolu (WONCA EUROPE) bu temel özellikleri on iki madde olarak belirtmiştir: 1.Birinci basamak yönetimi, 2.Koordinasyon, 3.Hasta merkezli yaklaşım, 4.Hekime özgü görüşme ve klinik karar süreci, 5.Bakımda süreklilik, 6. Özgün problem çözebilme, 7.Bütüncül (Holistik) yaklaşım, 8.Aile ve toplumsal yönelimli olma, 9.Savunuculuk, 10.Kolay ulaşılabilir olma, 11.Ekip hizmeti (64). Görülmektedir ki sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimleri çok önemlidir ve herkesi kapsayan genel hekimlerdir; diğer sağlık hizmeti sunucularının hizmetleri yaşa, cinsiyete veya tanı temeline özeldir (65,66).

2.1.6 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Hastalık Yönetimi

Epidemiyolojik değişim sürecinde bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansı artarken daha yüksek morbidite oranları ile yüzleşme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de akut sorunlara odaklanan sistemler kronik problemlerle de başa çıkabilmek için bütünleşik hizmete yönelmişlerdir. Sağlık hizmetinin sürekliliği, korunma, sağlıklı yaşamın geliştirilmesi ve teşviki, epidemiyolojik değişim sürecinde birebir ilişkili olduğundan, birinci basamağın rolü de ön plana çıkmaktadır (67). Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar da uzun dönemli ve sürekli bakım gerektiren karmaşık vakalar olduğundan dolayı aile hekimleri bu hastalıkların önlenmesinde ilk başvuru noktası olup önemlidir; her türlü sosyodemografik özellikteki bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgilenip kişiye, ailesine

ve topluma karşı hasta yönelimli yaklaşım gösterir. Hastalarının hem akut hem de kronik sağlık problemlerini birarada yönetirken, kişilerin fiziki, psikolojik, toplumsal ve kültürel özelliklerine uyum sağlayan girişimlerle sağlık ve esenlik durumunu geliştirir (68). Aile hekimliğinin kapsamlı bakım ve süreklilik göstermesi diğer disiplinlerden ayrımında en önemli noktalardan biri olup hastası ile tekrarlayan görüşmelerle oluşan bilgileri hastanın yönetiminde kullanabilmesi çok değerlidir. Ayrıca aile hekiminin hastalarıyla uzun süreli etkileşimde olması gerektiğinde diğer branş dalları ile koordinasyonu kolaylaştırmaktadır (64,69). Kronik hastalığa sahip hastalarla yapılan planlanmamış hasta hekim görüşmelerine dayanan akut bakım modelinde hastaların kronik hastalıklarının değerlendirilmesi, uygun müdahalelerin yapılması ve gelecek adımların planlanması aksamaktadır. Hastalar kendi hastalıkları konusunda özyönetime sahip olmayıp hekim ise ayırabildiği kısa muayene süresi içerisinde gereken düzenlemeleri yapamamaktadır (9). Kronik Bakım Modeli ise birinci basamağa yönelik yapılandırılmış multidisipliner bir sistemdir. Çünkü kronik hastaların çoğu birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmakta olup hekimler de bu tür hastalar ile sık karşılaşmaktadırlar ve her görüşme bir fırsat olmaktadır (70). Kronik hastalık yönetiminde sağlık sistemi basamakları arasında hem yatay hem de dikey bütünlük sağlanmalı ve paylaşılmış bakım uygulanmalıdır. Paylaşılmış bakım, hastane hekimleri ve aile hekimlerinin, kronik rahatsızlığı olan hastalara planlanmış bir bakım sağlamak için, rutin taburcu ve sevk notlarının çok daha ötesinde, ileri düzey bir bilgi alışverişi ile yürütülen işbirliği olarak tanımlanabilir (71). Birinci Basamak Hekimlerinin kronik hastalık yönetiminde rolü özet olarak **Şekil 3'te** belirtilmiştir (7).

Birinci Basamak Hekimi, tıbbi gözetimde merkezi bir rol oynar. Onlar sadece hastalıkla ilgilenen doktor değil, aynı zamanda aşağıdakileri yapan doktordur;

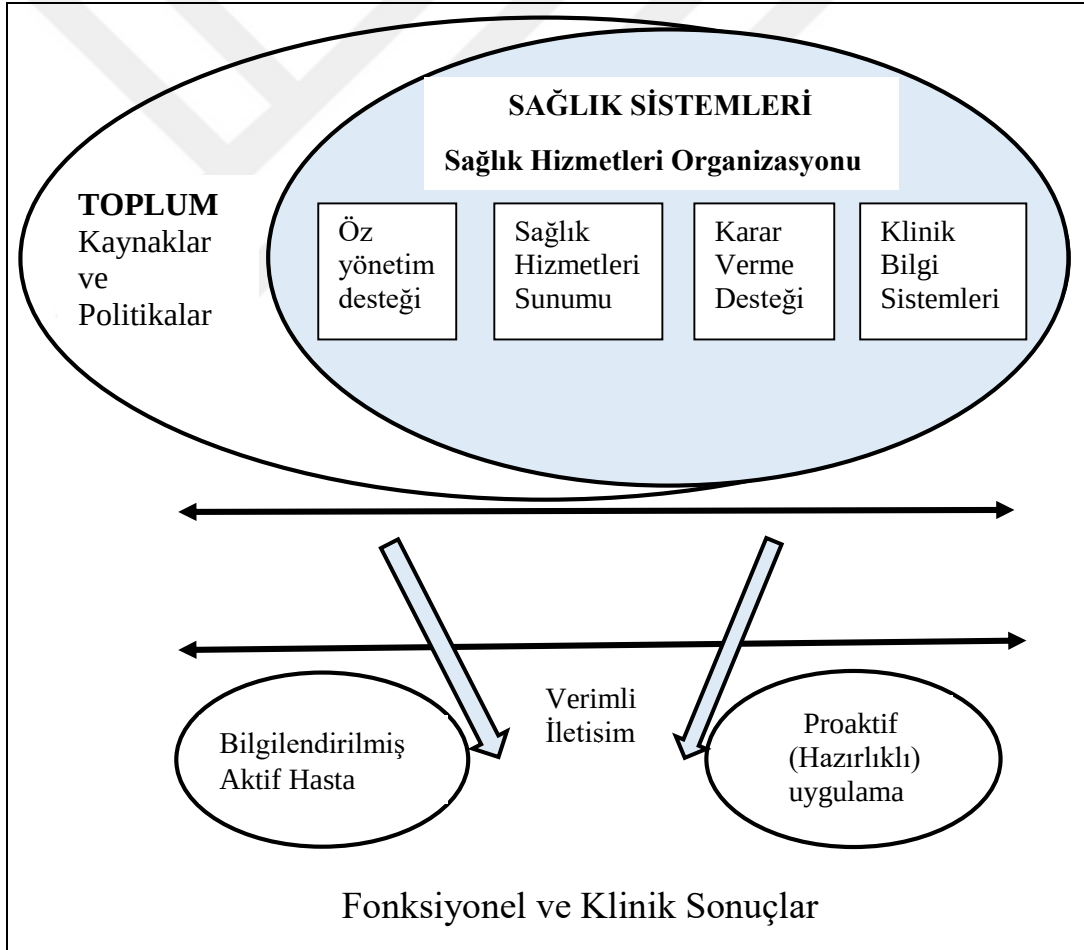
- Bakımı koordine eder ve tıbbi gözetimin optimal olmasını sağlar.
- Koordineli bakım yolunda rehberlik eder. Ana irtibattır, hastasını bilgilendirir ve gerekirse diğer sağlık profesyonellerine (tıp uzmanları, hastane doktorları vb.) yönlendirir.
- Tıbbi dosyayı bilir ve yönetir. Tedaviler ve sağlık durumuyla ilgili tüm bilgileri merkezileştirir. Uzun süreli bir hastalıkla ilgili olarak daha da önemli olan tıbbi dosyayı (muayene sonuçları, teşhisler, tedaviler vb.) güncel tutar.
- Sağlık risklerini önlemeye yardımcı olur: aşı takibi, organize tarama muayeneleri (örneğin kolorektal kanser taraması), sigarayı bırakmaya yardımcı olur ve yaşam tarzına, yaşa veya aile geçmişi göre diyet tavsiyeleri verir.
- Kişilerin sağlık durumu için en uygun muayeneler veya tedaviler konusunda tavsiyelerde bulunur. Bu gözetim, gereksiz konsültasyonlardan, muayeneleri tekrar etmekten ve hatta ilaç etkileşimlerinden kaçınmayı sağlar.

Şekil 3. Kronik Hastalık Yönetiminde Birinci Basamak Hekim Rolü (7)

2.2 Kronik Bakım Modeli

Dünya'nın birçok ülkesinde ve ülkemizde sağlık yönetim sisteminde önceden planlanmış ve gelişmiş bir kronik hastalık bakım sistemi olmadığı için kronik hastalığa sahip hastalarda genellikle akut bakıma odaklanıldığından bu alanda değişim ve yeni model arayışları birçok zaman kaçınılmaz olmuştur. Özellikle birinci basamakta kronik hastalık yönetimi, kronik durumların hem önlenmesinde hem de tedavisinde önemli olmakla birlikte hangi müdahalelerin kimlere etkili olduğunu anlamayı gerektirir (72). Geliştirilmiş birçok modele göre Kronik Bakım Modeli en yaygın kullanılmış ve üzerine en fazla çalışılmış olandır. Özellikle başarılı sistemlerin gözlem ve analizinden elde edilen, kronik hastaların yönetimini iyileştirmeye yönelik farklı uygulamaların bir sentezidir ve bu çalışma alanı son 20 yıldır gelişmekte olup sıklıkla referans olarak kullanılan bir modele dönüşmüştür (7). E. Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu sistem aktif hale gelmiş hastanın, proaktif sağlık bakım ekibi ile etkili iletişim halinde olması durumudur (70,73). Böylece; sağlık sonuçlarında iyileşme sağlanması için asıl hedef alınması gereken nokta kronik hastalık sahibi bireyin ihtiyaç ve endişelerini de dikkate alarak tedavi ve takip planı oluşturulması ve bunun uygulanabileceği bir sistem değişikliği yapılmasıdır (74). Proaktif kavramı, sağlık bakım ekibinin akut sorunlardan bağımsız olarak, hastalıkları ve komplikasyonları önlemek amacı ile hazır olması anlamına

gelmektedir (64). Bu model, kronik hastalığa sahip hastaların çoğunun birinci basamakta yer alması ve birinci basamak hekimlerinin kronik hastalık bakımına daha fazla vakit ayırmaları nedeniyle; kaliteli kronik hasta bakımının kriterlerinin farkında olarak kendi birimlerinde değişiklikler yapmaları için birinci basamak hekimlerine rehberlik edebilir (3,70). Farklı kronik hastalıklar ve farklı nüfuslar için uygulanabilen model birbiri içine geçen üç kümeden oluşmaktadır: Toplum, sağlık sistemi ve hizmet sunumu sağlayıcıları. Bu üç küme için kaliteli kronik hastalık bakımı sağlamada sağlık sisteminde olması gereken altı öge vardır. Bunlar; kaynak ve politikaları, sağlık sistem düzenlemesi, öz-yönetim yardımı, hizmet sunma biçimi, karar sağlamada destek ve klinik bilgi akışı organizasyonlarıdır (70). Kronik Bakım Modeli şematik olarak Şekil 4'te gösterilmiştir (73).



Şekil 4. Kronik Bakım Modeli (Chronic Care Model) (73)

1.Toplum kaynakları ve politikalar: Toplum kaynaklarının aktifleştirilmesi ile hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlık sistemi tarafından hizmet sunulmadığı ya da destek verilemediği alanlarda hastaların etkili toplum programlarına katılımı sağlanır. Hasta yararına politikaların çıkarılması savunulur. Toplumsal kuruluşlar ile, hastaları destekleyen ve katılmalarını sağlayan hizmetler hedeflenir (70).

2.Sağlık sistemi ve bakım organizasyonu: Güvenilir, kaliteli ve sürdürülebilir bakımı destekleyen mekanizmanın oluşturulması için programların planlanmasını kapsar. Bu amaçla sağlık hizmet yöneticilerinin öncelikli sorunları tanımlaması, bu yönde hedeflere dönüştürülmesi ve uygun stratejilerle somutlaştırılması gereklidir. Sağlık sisteminin üst düzey yöneticilerinden başlayarak her düzeyde destek sağlanmalıdır. Bu madde diğer dört maddenin temelini oluşturur. Ancak liderler tarafından kronik hastalıklar, öncelik olarak görülemez, girişimler ve yatırımlar uygulanmaz ise beklenen gelişim sağlanamayacaktır (70). Sistemdeki yanlış ya da eksik uygulamalar için bir geri bildirim mekanizmasının olması gerekir (3).

3.Hizmet sunum şekli: Sağlık ekibinin görevleri kritik rol oynayıp şeffaf ve net olarak tanımlanır. Hekim hastanın var olan sorunları ile ilgilenir, zor vakalarda hastalığın yönetimi için araya girer ve ekibin eğitimini sağlar. Yardımcı sağlık personeli, hastaların öz-bakımını destekler, gerekli kontrollerini planlar ve kanıta dayalı uygulamalarla takiplerini düzenler. Önceden planlanmış vizitler bu modelde elzemdir (70). Ekibin yaptığı düzenli takiplerle, hastaların anlayacağı dilde, günlük yaşamlarına ve kültürlerine göre bakım sağlanıp hizmet sunum şekli ve sıklığı hastalara göre ayarlanır (75).

4.Öz-yönetim desteği: Hastaların, sağlıklarını koruyabilmesi ve bakımlarını yönetebilmesi için hazırlanıp güçlendirilmesini kapsayan kilit bileşendir. Etkili olması için durum değerlendirmesi, hedefler, eylem planı, problem çözme ve hastalığın takibi gereklidir. Kronik hastalık yönetiminde en önemli unsurlardan biri hastanın kendi tedavisinin sorumluluğunu üstlenmesidir çünkü hastalara sağlıklı beslenme, yaşam tarzında değişiklik, kolay takipler hakkında (Kan şekeri ve tansiyon ölçümü vs.) bilgi ve eğitim verilir (70).

Model bu haliyle temel bilgi, duygusal destek, hastalığı ile yaşama ve günlük yaşamın bir parçası haline getirme stratejileri konusunda kanıtlanmış programları destekler. Kronik hastalığa sahip hastalara ne yapması gerektiğini söylemekten daha fazlasıdır. Hastanın öz bakımı ve hastalığı hakkında sorumluluğu öğretilip, farkındalığını arttırmak hedeflenir (76).

5. Karar vermede destek: Hastanın istekleri ve tercihlerine göre, bilimsel kanıtlara dayalı klinik bakımı açıklar. Bu nedenle sürekli güncel tutulan kanıta dayalı rehberlere hekimin ulaşması kolaylaştırılır ve günlük uygulamalara entegre edilir, ayrıca kanıta dayalı bilgiler hastalar ile paylaşılıp tedavi sürecine katılmaları sağlanır. Bilgilerin güncellenmesi için tüm sağlık elemanlarında kanıtlanmış eğitim yöntemleri kullanılır ve karmaşık hastaların yönetimi için de ikinci ve üçüncü basamak hekimleri ile iletişim kurulur (3,70).

6. Klinik bilgi sistemleri: Modelin en önemli basamağıdır. Donanımlı ve yeterli bir sistem olmadan etkili bir kronik bakım takibi yapmak zordur. Artık günümüzde elektronik kayıt sistemlerinin kullanımı yaygın ve kolaydır. Hastanın geçmiş kayıtlarının ve geleceğe yönelik hedef ve tedavi plan kayıtlarının tutulduğu, hastaya ait tüm bilgilere kapsamlı şekilde ulaşılabilirdiği sistemler, hekime ihtiyaç duyduğu hizmetin sürekli verilmesini sağlayacaktır. İdeal klinik bilgi sistemleri üç konuda önemli rol oynar (76);

1. Birinci basamak uygulamalarında tüm sağlık ekibi için uygun hatırlatıcılar vardır. Bilgilere daha kolay ve hızlı erişim sağlanarak ekibin asıl enerjisini ve zamanını hastaya yönlendirmesini sağlar (8).
2. Kronik hastalık takibi süresince açlık glukoz, HbA1c, lipit düzeyleri gibi ölçümleri kaydederek hekimlere geri bildirim sistemi sağlayıp hasta ile hizmet sağlayıcılar arasında uygun şekilde paylaşılmasını sağlar.
3. Bireysel hasta bakım planlama ve toplum tabanlı bakım planlaması için kayıtların uygun şekilde tutulmasını ve o bölgeye özel veri tabanı oluşmasına olanak verir (34).

Hasta takvimine göre hastalara takip ve laboratuvar testi gerektiğinde uyarı mesajları sistemlere dahil edilebilir olmalıdır (70). En önemlisi bakımın uygun şekilde koordine edilebilmesi için sistemdeki bilgiler, uyarılar ve hatırlatıcılar

hastalar ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık sistemi sağlayıcıları ile de paylaşılıp, bu alanlarda da birinci basamak sağlık hizmet sağlayıcıları dışında da görevler verilmelidir (77).

Kronik Bakım Modeli'nin bileşenleri birlikte uygulanabileceği gibi her bileşen tek başına ya da sıralı olarak da uygulanabilir. Bu yönüyle gerçekleşecek hasta-hekim ilişkisinde pek çok olumlu işlevsel ve klinik sonuç oluşur (3).

2.2.1 Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli

Glasgow ve arkadaşları, 2001 yılında kronik bakım modeli bileşenlerinin yeterli olmadığı yönünde önerilerde bulunmuşlardır. Bu bileşenlerin kronik hastalıklardan korunma ve sakatlıkları önlemede de kullanılabileceğini belirtmişlerdir çünkü sadece hasta bireylerin değil, sağlıklı bireylerin de sağlıklarının korunması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu bağlamda oluşturulan model, bilinen kronik bakım modeline toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi bileşenlerinin eklenmesi ile oluşturulmuştur (78,79).

2.2.2 Yenilikçi Kronik Bakım Modeli

Dünya Sağlık Örgütü raporlarında kronik hastalıkların gittikçe artan prevalansına dikkat çekilmiş olup özellikle düşük ve orta seviyede gelişmiş ülkelerde kronik bakım modelinin uygulanabilmesi için, modelin farklı açılardan revize edilmiş halidir. Üç sistemin birleşiminden oluşmakta olup mikro aşamada hasta ve ailesi, mezo aşamada sağlık organizasyonu ve toplum, makro aşamada ise politika ve ekonomik durum vardır. Yenilikçi Kronik Bakım Modelinin farkı ise kronik bakım modeline göre uluslararası düzeyde sağlık bakımı ile ilgilenmesidir (80).

2.3 Hasta Merkezci Yaklaşım ve Klinik Yöntem Kavramı

Bilimin gelişmesi ve teknolojinin ilerlemesi ile yirminci yüzyılın çoğuna egemen olan biyomedikal yaklaşımda hekim doğru reçeteyi yazmakla görevli olup hastadan bağımsız şekilde hastalığın gidişatını etkilemekte idi. Fakat birçok yönden yeterince tanımlanamayan tanı ve eksik kalan tedavi girişimlerinden dolayı ilk kez

1952 yılında psikanalist ve hekim olan Michael Balint, pratisyen hekimler için vaka tartışma seminerleri başlatmış; yirmi yıl sonra, 1977 yılında başka bir psikanalist, George Engel, biyopsikososyal modeli savunan bir bildiri yayınlayarak hastaların sadece biyolojik olarak değil stres ve davranışları, sosyal ve ruhsal durumları ile değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Biyopsikososyal model beyin ile diğer organların birbirini etkileyen ilişkide olduğunu ve fiziksel uyarılar kadar toplumsal gelişmelere de duyarlı oldukları temeline dayanmakta ve birbirlerinden ayrı değerlendirelemeyeceğini savunmaktadır (52). 1986 yılında Ian McWhinney ise Engel'in modelini biraz daha geliştirerek klinik yöntemin hasta-merkezli olması gerektiğini ifade etmiş ve hasta merkezli bakımı, "hastalığı, hastanın bakışı ile görmek için, hekimin hastanın dünyasına girme çabası" olarak tanımlamıştır. Böylece hasta merkezli klinik yöntem, biyopsikososyal modelin kliniğe yansımaları olarak adlandırılabilir (81,82).

Örneğin; mevcut kronik hastalığa sahip hastalarda meydana gelen komplikasyonlar ile birlikte bireyin fonksiyonel kapasitesinde azalma, çalışma performansında düşme, yaşam kalitesinde bozulma ve sosyal izolasyon olurken; aile ilişkileri ve yaşam tarzı da olumsuz yönde etkilenmekte olup duygu durum bozukluğu olarak da en sık depresyon eşlik edebilmektedir (78,83,84). Yıllarca bu hastalıklarla baş etmek zorunda kalan kişilerin tedavileri düzenlenirken özellikle aile hekimlerinin bu hastalarla iş birliği içerisinde hastaya biyolojik, sosyal ve çevresel açıdan bir bütün olarak yaklaşabilmesi çok önemlidir.

Hasta merkezli yöntem, Stewart ve arkadaşları tarafından birbirini tamamlayan dört bileşen şeklinde tanımlanmıştır (85–87).

- Sağlık, hastalık ve rahatsızlık tecrübelerinin araştırılması
- Bireyin bir bütün olduğunun kavranması
- Ortak zemin oluşturma
- Hasta-hekim ilişkisinin geliştirilmesi

2.3.1. Sağlık, Hastalık ve Rahatsızlık Tecrübelerinin Araştırılması

Hastaları genellikle hekime getiren bir takım rahatsızlıklar ve hissettirdiği kaygılar olmaktadır. Rahatsızlığın tanımı hastanın kendi sağlığındaki bozulma ile

yaşadığı bireysel tecrübeler, yani öyküsü iken hastalık tanımı ise hekimin hastanın şikayetlerini, organlarının ve metabolizmasının yapısal ve/veya fonksiyonel anormallikleri bağlamında, hem fiziksel hem de psikolojik hastalıklar ile açıklamaya çalıştığı teorik bir yapıdır. Hekimin koyduğu “tanı” hastaların aynı hastalığı olan başkaları ile ortaklaştığı noktaları belirlerken, her insanın “rahatsızlığı” sadece kendine özgüdür. Hastalıklar geleneksel tanı yöntemleri ile saptanabilirken rahatsızlık deneyiminin kavranması ek yaklaşım gerektirir. Hasta merkezli yöntem, rahatsızlık kavramına dört temel boyutta yaklaşır: İlk olarak duygular, özellikle kaygı ve korkular; ikinci olarak, sorunları hakkındaki görüşleri; üçüncüsü, sorunlarının günlük yaşamları üzerindeki etkisi ve son olarak da beklentileridir. Bu yaklaşımın anahtarı, hastaların bu alanlarda sunduğu ipuçlarını fark etmek, izlemek ve deneyimlerini onların bakış açısından kavramaya çalışmaktır (88).

2.3.2 Bireyin Bir Bütün Olduğunun Kavranması

Hekimler (özellikle aile hekimleri) hastaları için tanı koyma veya rahatsızlığa karşı tepkileri anlayabilmenin çok ötesine geçen bir bilgi yığını biriktirip onları bireysel olarak tanımaya başlarlar ve bu sayede kişiyi yaşam ortamı ve kişisel gelişim düzeyi bağlamında ailesi, işi, inançları ve çeşitli yaşam olayları ile değerlendirebilme seviyesine ulaşırlar (86). Bu yüzden hastanın bir bütün olarak değerlendirilebilmesi birinci basamak sağlık hizmetleri için hem geçerli hem de önemli bir faktördür.

2.3.3. Ortak Zemin Oluşturma

Rahatsızlık ile başvuran bir hastanın hekim ile görüşmesi sonucunda verilen karar veya tanı konuldu ise tedavi hedefleri açısından her iki tarafın rolleri çerçevesinde ortak zeminde buluşabilmesi hasta merkezli klinik yöntemin vazgeçilmez ögesidir. Bu yöntem, hasta ve hekim memnuniyetinde artma, tedaviye uyumun artması ile iyileşmede kolaylaşma, çatışmaların azalması gibi yararlar sağlamaktadır (85).

2.3.4. Hasta-Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi

Hastanın, hekime ilk kez başvurusuyla yaşadığı deneyim ve ilişki kalitesinin aynı hekime birçok kez başvurusuyla aynı olmadığı aşıkardır. Bu durumun en iyi örneği aile hekimleridir. Aile Hekimliğinde, hasta ve hekimin birden fazla kez karşılaşması hem hekim hem de hasta arasındaki ilişkinin kuvvetlenmesine ve biriken bilgi ve deneyim sayesinde de tanı ve tedavi sürecine şüphesiz fayda sağlamaktadır.

Ayrıca hasta hekim ilişkisinin gelişmesi ile hastalar kendilerini daha kolay ifade edebileceği gibi sadece hekimle kurulan bu ilişki sayesinde bile kendilerini daha iyi hissedebilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tiptedir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Hatay il merkezi ve 15 ilçedeki 196 Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapmakta olan 502 aile hekimi oluşturmaktadır. Bu hekimlerin 22'si Aile Hekimi Uzmanı, 16'sı da Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı (SAHU) olarak görev yapmaktadır. Örneklem seçilmemiş olup tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırmanın anketi Google Formlar (online) aracılığıyla uygulanmış olup anketin kimler tarafından, ne amaçla yapıldığı, ortalama cevaplama süresi, katılmak isteme ya da istememe seçenekleri ve araştırmacıların iletişim bilgilerini içeren onam formu eklenerek internet aracılığıyla aile hekimlerine ulaşılacak tüm iletişim kanalları denenmiştir. Başta sosyal medya aracı olan Whatsapp ve mail aracılığıyla bazı bireysel ve grup hesaplarında anket linki paylaşılmıştır. İki hafta ara ile iki kez aynı iletişim araçlarından online olarak linkin tekrar paylaşılmasına rağmen evreni temsil edebilecek yeterince kişiye ulaşamadığından etik kurul komisyonuna ek başvuru yapılarak gerekli izinler alınıp araştırmacı tarafından kendi imkânları ile Aile Sağlığı Merkezleri'ne gidilerek; Aile Hekimliği Birimleri'nde online ankete katılmadığını sözel olarak ifade eden hekimlerle yüz yüze görüşülerek onamları doğrultusunda mevcut iletişim kanallarından tekrar link paylaşarak veri toplama süreci tamamlanmıştır.

Toplam 60 gün süren (10 Temmuz 2021-10 Eylül 2021) veri toplama süresi boyunca ankete 314 kişi yanıt vermiş olup 6 kişi katılmak istemediğini belirtmiştir. Araştırmaya toplam 308 (%61,3) kişi katılmıştır, 280 (%90,9)'i Aile Hekimi, 14 (%4,5)'ü Aile Hekimliği Uzmanı, 14 (%4,5)'ü ise Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma online (çevrimiçi) anket aracılığıyla yapıldığı için anketin ilk kısmında katılımcılara anketin amacı, içeriği, hangi kurumda ve kimler tarafından yapıldığı ve alınan izinler ile ilgili kapsamlı bir onam formu sunuldu.

Anket formu araştırmacılar tarafından ayrıntılı literatür taranarak yapılandırılmış olup 89 soru ve 6 bölümden oluşmaktadır. Ankette;

- Birinci bölümde; “Sosyodemografik özellikler” ile ilgili 6 soru,
- İkinci bölümde; “Aile Hekimliği Birimi işleyişi” ile ilgili 19 soru,
- Üçüncü bölümde “Kronik Hastalık Yönetimi” ile ilgili 27 soru,
- Dördüncü bölümde; “Hasta yönelimli olmaya yönelik” 3 soru,
- Beşinci bölümde; 14 soruluk “Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (PPOS-TR14)”
- Altıncı bölümde; 20 soruluk “Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-PACİC (Patient Assesment of Chronic Illness Care)’in Hekim perspektifi” yer almaktadır.

1.Sosyodemografik Özellikler: Katılımcının yaş, cinsiyet, çalıştığı işyerindeki görevi ve görev süresinden oluşan altı soruluk bölüm, literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

2.Aile Hekimliği Birimi İşleyişi: Bu bölüm 19 sorudan oluşmakta ve katılımcıların ASM’nin bulunduğu ilçe, yerleşim yeri, hekimin ASM’ye göre ikamet etme durumu, kurum tipi, Aile Sağlığı Elemanının mesleği, AHB’e kayıtlı güncel nüfus ve ideal nüfus sayısı, AHB’e günde başvuran ortalama hasta sayısı ve hastalara ayrılan ortalama süre, AHB’nin çalışma şekli ve gezici hizmet verme durumu, AHB’den aynı gün içerisinde randevusuz ya da telefonla hizmet alabilme durumu, AHB kapalı iken ulaşabilme durumu ve hastaların en sık başvuru nedenine yönelik sorular olup literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

3. Kronik Hastalık Yönetimi Hakkında Sorular: Bu bölümde 27 soru yer almakta olup katılımcıların kendilerinde ya da yakın akrabalarında kronik hastalık varlığı durumu, hekimlerin kronik hastalığa sahip hasta sayısını ve yüzdesini bilme durumu, kronik hastalığa sahip hastaların başvurma durumları, bu hastalarla düzenli görüşme

ve takip yapabilme durumu, AHB’de kayıtlı hastalarda en sık kronik hastalık riskleri ve en sık kronik hastalıkların neler olduğu, yönetiminde ve hastaların uyumunda en zorlanılan kronik hastalıklar, bir üst basamak sağlık kurumlarıyla işbirliği yapabilme, yeterli ve dengeli beslenme, sigara ve alkol kullanımına yönelik danışmanlık ve fiziksel aktivite önerilerinde bulunma, gerekli aşılar ve taramalara yönelik bilgilendirme, AHB’de gerekli teknik donanım ya da laboratuvar hizmeti verebilme durumu, kronik hastalık yönetiminde rehber kullanma durumu ya da engelleyen faktörlerin neler olduğu, kronik hastalık yönetiminde ya da akut alevlenme durumlarında hekimin yeterliliği ve kronik hastalık yönetimini engelleyen durumlar ile ilgili sorulardan oluşturulmuştur.

4. Hasta Yönelimli Olmaya Yönelik Sorular: Bu bölümde hasta-hekim ilişki modeli ve hasta-hekim yönelimli yaklaşım kavramını duyma ya da bu konuda eğitim alma durumuna yönelik katılımcılara üç soru sorulmuştur.

5.Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (The Patient–Practitioner Orientation Scale) (PPOS-TR14): Hasta yönelimli tutumları değerlendirmeyi hedefleyen Hasta Hekim Yönelim Ölçeği; 1999 yılında Krupat ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (89). Özdemir ve Edirne tarafından 2018’de Türkçe dilindeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (90). Ölçeğin orijinali on sekiz maddedir. Yapılan faktör analizinde, faktör ağırlıkları 0,25’den düşük belirlenen dört madde dışarıda bırakılarak yeniden analiz yapılmıştır. Geçerlilik çalışmasına göre çıkarılan maddelerle son hali verilen ölçeğin güvenilirlik düzeyi iç tutarlık analizi yapılarak tespit edilmiştir.

Ölçek, iki alt ölçekten oluşmaktadır; Paylaşım alt ölçeği 8 madde (1, 3, 6, 7, 8, 10, 12 ve 14), bakım alt ölçeği 6 madde (2, 4, 5, 9, 11 ve 13) dir. Paylaşım puanları katılımcının hasta ve hekimin güç ve kontrolü eşit paylaşmalı ve hekimler bilgilerini mümkün olduğu kadar hastaları ile paylaşmalı düşüncesine ne kadar katıldığını yansıtır. Bakım puanları, katılımcının muayenede duyguların ve kişiler arası ilişkinin önemine ve hekimlerin kişilere bir hasta olarak değil de, bir birey olarak bakmaları gerektiğine ne kadar katıldığını yansıtır.

Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,80, paylaşım alt boyutu için 0,73, bakım alt boyutu için ise 0,65 bulunmuş, geçerli ve iyi düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu

belirlenmiştir. Ölçek, altılı likert şeklinde “Kesinlikle katılmıyorum” altı (6) puan, “kesinlikle katılıyorum” bir (1) puan ile puanlanır. Bunlardan 7. ve 11. madde ters puanlanmaktadır.

Ölçekten en az 14, en fazla 84 puan alınabilmekte olup toplam puan hasta yönelimli ile hastalık yönelimli olmak arasında yer alır. Puan ne kadar yüksek ise, tutum o kadar hasta yönelimlidir.

6. Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC)’nin Hekim perspektifi:

Hasta perspektifinden, kronik hastalıkları olan bireylere sunulan bakımın kalitesini değerlendirmeye yönelik bir ölçektir. Ölçek 20 sorudan oluşmakta olup kısa sürede uygulanabilir ve anlaşılması kolaydır.

Ölçek kronik bakım modelinin alt bileşenleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Buna göre beş alt başlık;

- 1.Hasta Katılımı (1–3.maddeler),
- 2.Karar Verme Desteği (4–6.maddeler),
- 3.Amaç Belirleme/Rehberlik (7–11. maddeler),
- 4.Problem Çözme (12–15.maddeler),
- 5.İzlem Koordinasyon (16–20.maddeler) olarak belirlenmiştir.

Alt boyutların kronik bakım modelinin altı ögesi yerine beş ögesini karşılayabilmesinin nedeni; “Sağlık Bilgi Sistemleri”, “Sağlık Bakım Organizasyonu” gibi ögelerin hastalar tarafından belirtilemeyeceği idi (91).

Ölçek şu an Almanca, Felemenkçe, İspanyolca ve Danca dillerine çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2010 yılında İncirkuş ve arkadaşları tarafından yapılmış olup kapsam geçerlik indeksi puanı 0,85’tir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,91, alt boyutlar da 0,71 ile 0,79 arasında olup test-tekrar test analizi sonucunda korelasyon katsayısı 0,93 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlığının oldukça yüksek olduğu görülmüştür (43).

Ölçeğin skorlanması; her bir alt boyut, o alt boyutun içinde tanımlanan maddelerin ortalaması ile puanlanır ve ölçeğin tamamı 20 maddenin tümünün

ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçek toplam puanı ve her bir alt boyut puanı 1'den 5'e kadar sıralanan “1.Hiçbir zaman 2. Nadiren 3.Bazen 4.Çoğu zaman 5.Her zaman” şeklinde 5'li likert ölçekle puanlanarak hesaplanır. Ölçek puanlarındaki artış; kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda kullanılan veri formu hazırlanırken, kronik hastalık yönetiminde hekimlerin perspektifinden ölçmek istediğimiz amaçlarımızı tam olarak karşıladığı ve literatür taraması yoluyla oluşturduğumuz anketi belli bir düzende olacak şekilde bir arada sağladığından PACIC ölçeğinden uyarlanarak ve benzer hesaplamalar kullanılarak hastalara yöneltilen her bir cümlemin sadece öznesi değiştirilerek anlam bütünlüğü korunup hekimlere sorulacak şekilde modifiye edilmiş ve aile hekimlerine yöneltilmiştir (75). Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve Hekim perspektifine yönelik bazı örnek ifadeler **Tablo 3**'te belirtilmektedir.

Tablo 3. Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve Hekim Perspektifi Örnek İfadeler

Hasta Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme İfadeleri	Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme İfadeleri
Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	Tedavi planını yaparken hastamın görüşlerini alırım
Tedavim hakkında karar vermem için farklı seçenekler sunuldu.	Tedavi hakkında karar vermesi için hastama seçenekler sunarım
İlaçlarım ve etkileri ile ilgili sorunları söylemem istendi.	Hastamı, ilaçları ve etkileri ile ilgili bir sorun yaşarsa bana bildirmesi konusunda bilgilendiririm
Sağlığım ile ilgili yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	Sağlığı ile ilgili yapması gerekenleri hastama yazılı olarak veririm.
Bakımımın düzenlenmesinin iyi olmasından memnun kaldım.	Hastalarım genellikle bakımlarının düzenlenmesinin iyi olmasından memnun kalırlar.
Bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	Bakımını sağlamak için yapacağı şeylerin sağlığını nasıl etkileyeceğini hastalarımın açıklarım.
Kendi bakımımı yapma hedefimin ne olduğu soruldu.	Hastalarımın tedavi sırasında/sonrası beklentilerinin/hedeflerinin ne olduğunu sorarım.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler

Hasta Hekim Yönelim Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları
Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme İfadeleri
Toplam Puan Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler

Yaş
Cinsiyet
Unvan
Meslekte geçirilen süre
Birinci basamakta çalışılan süre
Şu an görev yaptığı birimde çalışılan süre
Güncel nüfus
Günlük başvuran hasta sayısı
Hastaya ayrılan süre
Hastalara ayrılan sürenin yeterliliği
Gezici Hizmet verme
ASM yerleşim yeri
Aile Sağlığı Elemanı tipi
Kendisinde kronik hastalık varlığı
Yakın akrabada kronik hastalık varlığı
Kronik Hastalık yönetiminde yeterlilik
Akut alevlenmeyi yönetebilme durumu

3.6. Verilerin Analizi

Veri toplama süreci sonunda Google Formlar aracılığı ile elde edilen verilerin SPSS 20.0 (Armony, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı ile analizleri yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler hesaplandı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ve basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesi ile değerlendirildi. Ayrıca araştırmada Pearson Ki Kare, Student t testi, ANOVA testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve post hoc testlerden LSD ve Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'ten daha küçük değerler önemli kabul edildi.

3.7. Araştırmanın İzinleri

Araştırma için;

- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (EK_B),

- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Akademik Kurulundan (EK_C)
- Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu tarafından gerekli yazılı izinler alınmıştır (EK_D).

3.8. Araştırmanın Takvimi

Araştırma takvimi tarihsel süreç içerisinde **Tablo 4**'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırmanın Takvimi

Şubat 2021- Haziran 2021	Araştırmanın planlanması Literatür taraması Anket formlarının oluşturulması Gerekli izinlerin alınması
Temmuz 2021-Eylül 2021	Verilerin toplanması Verilerin bilgisayara aktarılması Literatür taraması
Ekim 2021-Kasım 2021	Verilerin analizi Literatür taraması
Aralık 2021- Şubat 2022	Rapor Yazımı

3.9. Araştırmanın Finansmanı

Araştırmanın yürütülmesi sürecinde herhangi bir finansman kaynağından yararlanılmamıştır.

3.10. Sınırlılıklar

Sağlık Bakanlığı tarafından Aile hekimlerine kayıtlı bireylerin seçilen kronik hastalıklara yönelik tarama ve/veya izlem sürecini takip edebilmelerini amaçlayan

Hastalık Yönetim Platformu (HYP) adlı modül, veri toplama süreciyle aynı dönemde aile hekimlerinin kullanımına açılmış olup Aile hekimlerinin modül ile ilgili performans kriterleri, teknik sorunlar vb. kronik hastalık yönetimi açısından uygun bulmadıkları bu sisteme itirazlarından dolayı anket sorularını cevaplamada online ortamda gelişen ön yargıdan ötürü ankete katılma oranı düşük olduğundan araştırmacı kendi imkanları ile ilçelerdeki Aile Sağlığı Merkezleri'ne erişerek yüzyüze açıklama yoluyla ankete katılım oranını arttırmıştır. Bu durum veri toplama sürecinin de uzamasına neden olmuştur.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Hatay’da aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimini etkileyen faktörler ve hasta yönelimli yaklaşımını araştırdığımız çalışmamıza 502 aile hekiminin 308 (%61,3)’i katılmıştır. Hekimlerin %91,0’ı aile hekimi idi (**Tablo 5**).

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

<i>Değişkenler</i>		<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Cinsiyet	Erkek	206	66,9
	Kadın	102	33,1
Unvan	Aile Hekimi	280	91,0
	Aile Hekimliği Uzmanı	14	4,5
	Sözleşmeli Aile Hekimliği	14	4,5
	Uzmanlık Asistanı (SAHU)		
Toplam		308	100,0

Katılımcıların yaş ortalaması $45,6 \pm 8,4$ (min=27, max=66) idi ve meslekte geçirdikleri süre ortalaması $20,2 \pm 8,8$ (min=2, max=45) yıl idi. Birinci basamakta geçirilen süre ortalaması $16,6 \pm 9,0$ (min=1, max=38) yıl olup şu anki görev yeri süresi ortalaması $7,8 \pm 4,8$ (min=1, max=31) yıl idi (**Tablo 6**).

Tablo 6. Katılımcıların yaşları ve görev süreleri

	<i>Aile Hekimi</i>	<i>Aile Hekimliği Uzmanı</i>	<i>Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı</i>	<i>Toplam</i>
<i>Değişkenler</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>Ort±SS</i>	<i>Ort±SS</i>
Yaş	$46,2 \pm 8,4$	$40,1 \pm 5,4$	$38,5 \pm 5,9$	$45,6 \pm 8,4$
Meslekte geçirilen yıl	$20,8 \pm 8,8$	$13,9 \pm 5,6$	$13,7 \pm 6,8$	$20,2 \pm 8,8$
Birinci basamakta geçirilen yıl	$17,3 \pm 8,9$	$8,2 \pm 5,4$	$10,7 \pm 5,7$	$16,6 \pm 9,0$
Şu anki görev yeri süresi(yıl)	$8,1 \pm 4,9$	$4,6 \pm 3,0$	$4,6 \pm 2,9$	$7,8 \pm 4,8$

4.2. Aile Hekimliği Birimi İşleyişi

Katılımcıların %53,6'sı ASM ile aynı bölgede ikamet etmekte idi. Aile Sağlığı Elemanlarının (ASE) %49,4'ü hemşire, %36,7'si ise ebe idi. Katılımcıların sadece %19,8'i düzenli gezici hizmet veriyor, %70,8'i vermiyordu. Kişilerin %24,0'ı son bir yılda negatif performans almıştı (**Tablo 7**).

Tablo 7. Aile Sağlığı Merkezi ve çalışanların bazı özellikleri

<i>Özellikler</i>		<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
ASM ile aynı bölgede ikamet etme	Evet	165	53,6
	Hayır	143	46,4
ASM yerleşim yeri	İl/ilçe merkezi	225	73,1
	İl/ilçe merkezi dışı	83	26,9
ASM kurum tipi	A	106	34,4
	B	58	18,8
	C	27	8,8
	D	66	21,4
	Grupsuz	51	16,6
ASE mesleği	Hemşire	152	49,4
	Ebe	113	36,7
	Acil Tıp Teknikeri	20	6,5
	Sağlık Memuru	17	5,5
	Yok	6	1,9
ASM çalışma şekli	Randevusuz	154	50,0
	Karışık	148	48,1
	Randevulu	6	1,9
Gezici hizmet verme	Hayır	218	70,8
	Evet, düzenli	61	19,8
	Evet, düzensiz	29	9,4
Son 1 yılda negatif performans alma	Hayır	192	62,4
	Evet	74	24,0
	Emin	42	13,6
	değilim/Bilmiyorum		
Toplam		308	100,0

Hatay'da 15 ilçe bulunmaktadır. En fazla katılım Dört Yol, Payas, İskenderun, Reyhanlı, Antakya ve Defne ilçelerinden idi (**Tablo 8**).

Tablo 8. İlçelere Göre Katılım Sıklığı

<i>İlçeler</i>	<i>Toplam Hekim Sayısı</i>	<i>Katılan Hekim Sayısı</i>	<i>Yüzde</i>
Dörtyol	40	32	80,0
Payas	12	9	75,0
İskenderun	81	59	72,8
Reyhanlı	27	19	70,3
Antakya	120	84	70,0
Defne	48	32	66,6
Arsuz	29	19	65,5
Erzin	12	7	58,3
Hassa	16	8	50,0
Kırıkhan	35	16	45,7
Samandağ	39	14	35,8
Yayladağı	9	2	22,2
Altınözü	18	4	22,2
Belen	10	2	20,0
Kumlu	6	1	16,6
Toplam	502	308	61,3

AHB'lerine kayıtlı güncel nüfus sayısı ortalaması $3400 \pm 645,3$ (min=300, max=5000)'tü. Aile hekimlerinin belirttiği olması gereken ideal nüfus sayısı ortalaması $2396 \pm 712,9$ idi. Aile hekimlerine başvuran günlük hasta sayısı ortalaması $63,8 \pm 24,0$ idi. Hasta başına ayrılan muayene süresi ortalaması $6,7 \pm 3,5$ dakika idi. Hekimler ideal muayene süresinin ortalama $16,9 \pm 5,6$ dakika olması gerektiğini belirtti. Aile hekimlerinin %70,8'i gezici hizmet vermemekte, %19,8'i düzenli gezici hizmet vermektedir. Gezici hizmet verilen nüfus sayısı ortalaması ise 776 ± 644 (min=30, max=2500) idi (**Tablo 9**).

Tablo 9. Aile hekimine kayıtlı nüfus, başvuran hasta ve hastalara ayrılan süre (n=308)

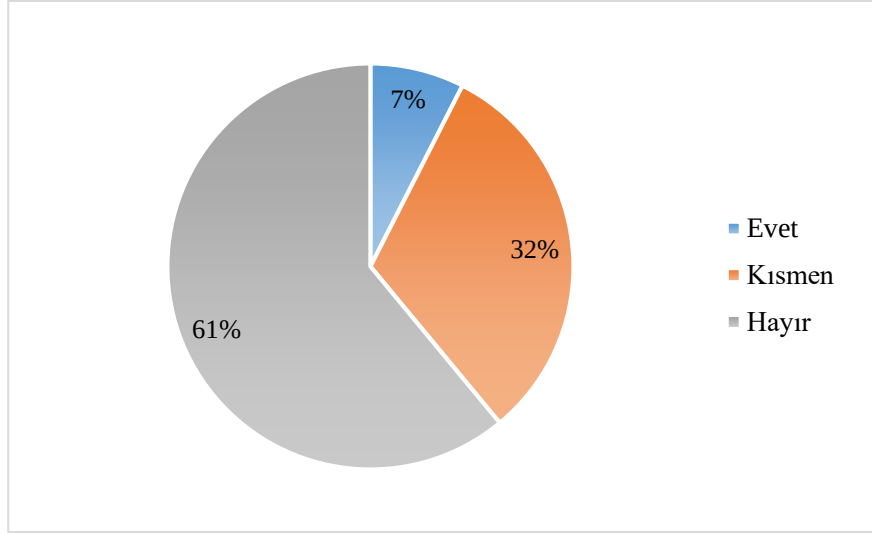
<i>Değişkenler</i>	<i>Ortalama$\pm$SS</i>	<i>Ortanca</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Aile Hekimine kayıtlı nüfus sayısı	$3400 \pm 645,3$	3560	300	5000
Aile Hekimine göre ideal nüfus sayısı	$2396 \pm 712,9$	2500	500	6000
Aile Hekimine günlük başvuran hasta sayısı	$63,8 \pm 24,0$	60	10	200
Hastalara ayrılan süre (dakika)	$6,7 \pm 3,5$	5,0	2	20
Aile Hekimine göre hastalara ayrılması gereken ideal süre (dakika) (n=212)	$16,9 \pm 5,6$	15,0	7	40
Gezici hizmet verilen hasta sayısı (n=90)	776 ± 644	515	30	2500

Hastaya ayrılan süreyi erkeklerin %65,0'ı, SAHU hekimlerinin %78,6'sı, yaşı 47 ve üzerinde olanların %65,4'ü, meslek süresi 31 yıl ve üzerinde olanların %63,3'ü yeterli görmediğini ifade etti (**Tablo 10**).

Tablo 10. Bazı değişkenlere göre hasta muayene süresinin yeterliliği (n=308)

<i>Değişkenler</i>	<i>Hasta Muayene Süresinin Yeterliliği</i>					
	<i>Evet</i>		<i>Kısmen</i>		<i>Hayır</i>	
	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Cinsiyet						
Kadın	11	10,8	37	36,3	54	52,9
Erkek	12	5,8	60	29,1	134	65,0
Ünvan						
Aile Hekimi	20	7,1	91	32,5	169	60,4
Aile Hekimliği Uzmanı	2	14,3	4	28,6	8	57,1
SAHU Asistanı	1	7,1	2	14,3	11	78,6
Yaş						
36 yaş ve altı	6	11,1	19	35,2	29	53,7
37-46 yaş arası	12	12,2	29	29,6	57	58,2
47yaş ve üzeri	5	3,2	49	31,4	102	65,4
Meslekte Geçirilen Yıl						
10 yıl ve altı	7	11,7	21	35,0	32	53,3
11-20 yıl arası	8	10,1	23	29,1	48	60,8
21-30 yıl arası	8	5,8	42	30,2	89	64,0
31 yıl ve üzeri	0	36,7	11	36,7	19	63,3
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl						
10 yıl ve altı	9	10,3	32	36,8	46	52,9
11-20 yıl arası	11	9,6	33	28,7	71	61,7
21 yıl ve üzeri	3	2,8	32	30,2	71	67,0
Şu an ki görev yeri süresi						
5 yıl ve altı	10	9,3	40	37,4	57	53,3
6-10 yıl arası	12	11,3	28	26,4	66	62,3
11 yıl ve üzeri	1	1,1	29	30,5	65	68,4

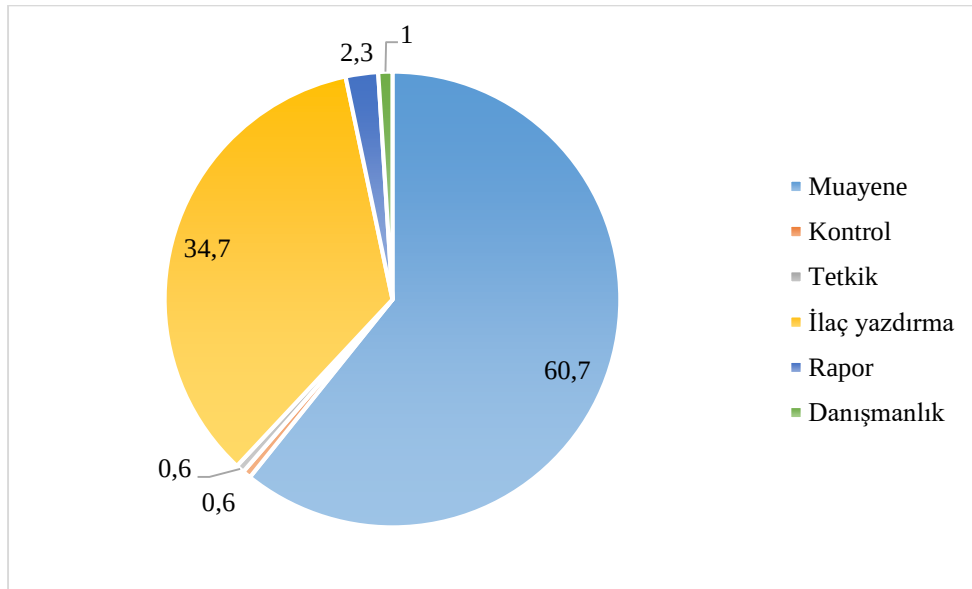
Katılımcıların %61,0'ı hasta muayenesi için ayrılan sürenin yeterli olmadığını belirtti (**Şekil 5**).



Şekil 5.Hasta Muayene Süresinin Yeterliliği

Aile hekimlerine başvuran hastaların %92,3'ü aynı gün içerisinde hizmet almakta idi. Aynı gün içerisinde telefon aracılığıyla bilgi/danışmanlık alanların oranı %49,4 idi. Hastaların %49,6'sı Aile hekimliği birimi kapalı iken telefon aracılığıyla bilgi alabiliyordu.

Hekimlere en sık başvuru nedeni %60,7 ile “muayene”, %34,7 ile de “ilaç yazdırma” idi (**Şekil 6**).



Şekil 6. Hekimlere En Sık Başvuru Nedenleri

Aile Hekimine kayıtlı nüfus ortancası erkeklerde ($p=0,081$), aile hekimliği uzmanlarında ($p=0,060$), yaşı 47 ve üzeridekilerde ($p=0,338$), meslek süresi 31 yıl ve üzeri olanlarda ($p=0,731$) daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Şu anki görev süresi 5 yıl ve altı olanların kayıtlı nüfus ortancası 3350 olup daha az ve istatistiksel olarak anlamlı idi (**$p=0,026$**) (Tablo 11).

Tablo 11. Sosyodemografik Özelliklere Göre Aile Hekimine Kayıtlı Nüfus

<i>Özellikler</i>	<i>Ortanca</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>p</i>
Cinsiyet				
Kadın	3450	898	5000	0,081**
Erkek	3600	300	4230	
Ünvan				
Aile Hekimi	3560	300	5000	0,060***
Aile Hekimliği Uzmanı	3687	3100	5000	
SAHU Asistanı	2878	1600	4000	
Yaş				
36 yaş ve altı	3500	300	4500	0,338***
37-46 yaş arası	3500	2019	5000	
47yaş ve üzeri	3600	1070	5000	
Meslekte Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	3500	300	5000	0,731***
11-20 yıl arası	3500	1600	4000	
21-30 yıl arası	3600	1480	5000	
31 yıl ve üzeri	3500	1070	4230	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	3500	300	5000	0,482***
11-20 yıl arası	3554	1856	5000	
21 yıl ve üzeri	3600	1070	4230	
Şu an ki görev yeri süresi				
5 yıl ve altı	3350	300	5000	0,026***
6-10 yıl arası	3585	1500	5000	
11 yıl ve üzeri	3600	1480	4230	

Mann Whitney U testi *Kruskal Wallis testi

ASM'lerde günlük hasta sayısı erkeklerde ($p=0,395$), aile hekimliği uzmanında ($p=0,081$), 47 yaşının üstünde olanlarda ($p=0,383$) daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değil idi. Şu anki görev süresi 5 yıl ve altı

olanlarda günlük başvuran hasta ortancası 50 olup daha az ve fark anlamlı idi (**p=0,011**) (Tablo 12).

Tablo 12. Sosyodemografik Özelliklere Göre Günlük Hasta Sayısı

<i>Özellikler</i>	<i>Ortanca</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>p</i>
Cinsiyet				
Kadın	60,0	10	150	0,395**
Erkek	60,0	15	200	
Ünvan				
Aile Hekimi	60,0	10	200	0,081***
AileHekimliği	65,0	40	150	
Uzmanı	50,0	20	80	
SAHU Asistanı				
Yaş				
36 yaş ve altı	55,0	15	200	0,383***
37-46 yaş arası	60,0	10	150	
47yaş ve üzeri	60,0	20	150	
Meslekte Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	60,0	10	200	0,742***
11-20 yıl arası	60,0	20	150	
21-30 yıl arası	60,0	20	150	
31 yıl ve üzeri	60,0	20	125	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	60,0	10	200	0,611***
11-20 yıl arası	60,0	30	150	
21 yıl ve üzeri	60,0	20	150	
Şu an ki görev yeri süresi				
5 yıl ve altı	50,0	15	200	0,011***
6-10 yıl arası	65,0	10	150	
11 yıl ve üzeri	65,0	30	125	

Mann Whitney U testi *Kruskal Wallis testi

Kadın hekimlerin hastaya ayırdığı sürenin ortancası 7,0 dakika olup daha fazla ve fark anlamlı idi (**p<0,001**). Ünvan (p=0,696), yaş (p=0,909) ve meslek süreleri (p=0,816) açısından fark anlamlı değildi (Tablo 13).

Tablo 13. Sosyodemografik Özelliklere Göre Hastaya Ayrılan Süre

<i>Özellikler</i>	<i>Ortanca</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>p</i>
Cinsiyet				
Kadın	7,0	2	15	0,001**
Erkek	5,0	2	20	
Ünvan				
Aile Hekimi	5,0	2	20	0,696***
Aile Hekimliği	5,0	3	15	
Uzmanı	6,5	3	15	
SAHU Asistanı				
Yaş				
36 yaş ve altı	5,0	2	15	0,909***
37-46 yaş arası	5,0	2	20	
47 yaş ve üzeri	5,0	2	20	
Meslekte Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	5,0	2	15	0,816***
11-20 yıl arası	5,0	2	15	
21-30 yıl arası	5,0	2	20	
31 yıl ve üzeri	5,0	2	15	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	5,0	2	15	0,215***
11-20 yıl arası	5,0	2	20	
21 yıl ve üzeri	5,0	2	15	
Şu an ki görev yeri süresi				
5 yıl ve altı	5,0	2	15	0,059***
6-10 yıl arası	5,0	2	20	
11 yıl ve üzeri	5,0	2	15	

Mann Whitney U testi *Kruskal Wallis testi

4.3. Kronik Hastalık

Yönetimi Katılımcıların %61,0'nda herhangi bir kronik hastalık bulunmazken %88,3'ünün yakın akrabasında (anne, baba, kardeş, büyükanne, büyükbaba) kronik bir hastalık vardı.

Hekimlerin %21,7'si kayıtlı nüfusundaki kronik hasta sayısını bilme durumunu 'Evet' şeklinde, %54,9'u ise 'Kısmen' olarak yanıtladı ve bunların da %54,8'i nüfusunun %25-50'sinin kronik hastalığı olan bireylerden oluştuğunu belirtti.

Hekimlerin %21,7'si kayıtlı nüfusundaki kronik hasta sayısını bilme durumunu ‘‘Evet’’ şeklinde, %54,9'u ise ‘‘Kısmen’’ olarak yanıtladı ve bunların da %54,8'i nüfusunun %25-50'sinin kronik hastalığı olan bireylerden oluştuğunu belirtti.

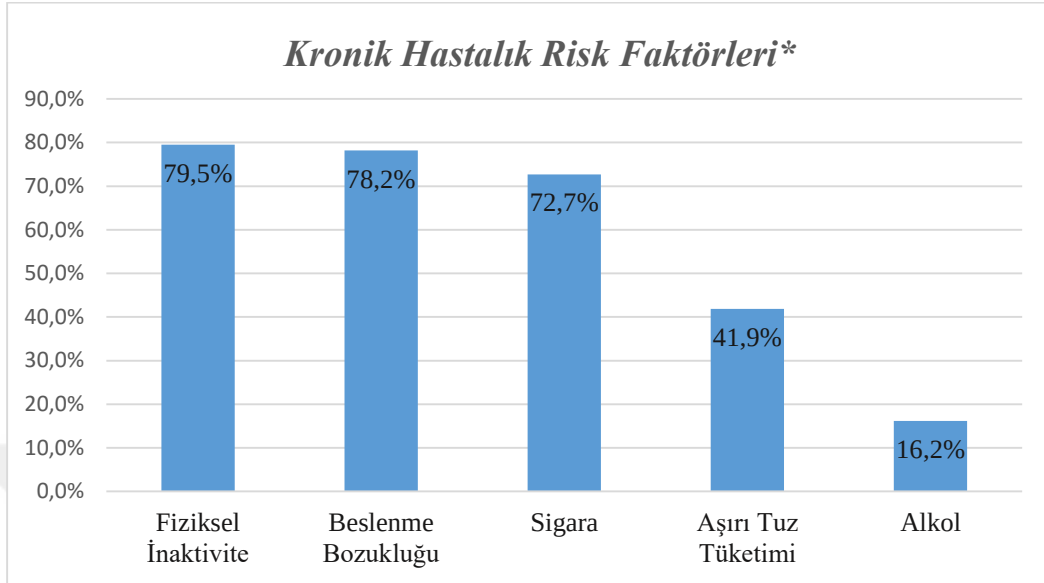
Hekimlerin %12,7'si hastalarla sürekli olarak düzenli görüştüğünü ve %17,9'u görüşmelerinde telefon, internet ve sms gibi dijital araçları kullandığını belirtti (**Tablo 14**).

Tablo 14. Hekimlerin hastalarının bazı özelliklerini bilme durumu

<i>Özellikler</i>		<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Kayıtlı nüfustaki kronik hasta sayısını bilme	Evet	67	21,7
	Kısmen	169	54,9
	Hayır	72	23,4
Kronik hasta sayısını bilenlerin nüfusundaki tahmini kronik hasta yüzdesi*	%0-24	50	28,3
	%25-51	97	54,8
	%50-75	28	15,8
	%76-100	2	1,1
Kronik hastalığı olanlardan son bir yılda <u>başvurmayanların</u> yaklaşık yüzdesi	%0-24	131	42,5
	%25-51	49	15,9
	%50-75	13	4,3
	%76-100	1	0,3
	Emin	114	37,0
	Değilim/Bilmiyorum		
Kronik hastalığı olanlarla tarama, izlem ve tedavi amaçlı düzenli görüşebilme	Evet	39	12,6
	Kısmen	190	61,7
	Hayır	71	23,1
	Emin	8	2,6
	Değilim/Bilmiyorum		
Kronik hastaların takibinde dijital görüşme araçlarını kullanma	Evet	55	17,9
	Kısmen	101	32,8
	Hayır	142	46,1
	Emin	10	3,2
	Değilim/Bilmiyorum		
Toplam		308	100,0

*AHB'e kayıtlı nüfusundaki kronik hastalığa sahip bireyleri bilen (evet/kısmen cevabı verenler) katılımcılara göre bağlı nüfusundaki tahmini kronik hastalık yüzdesi(n=236)

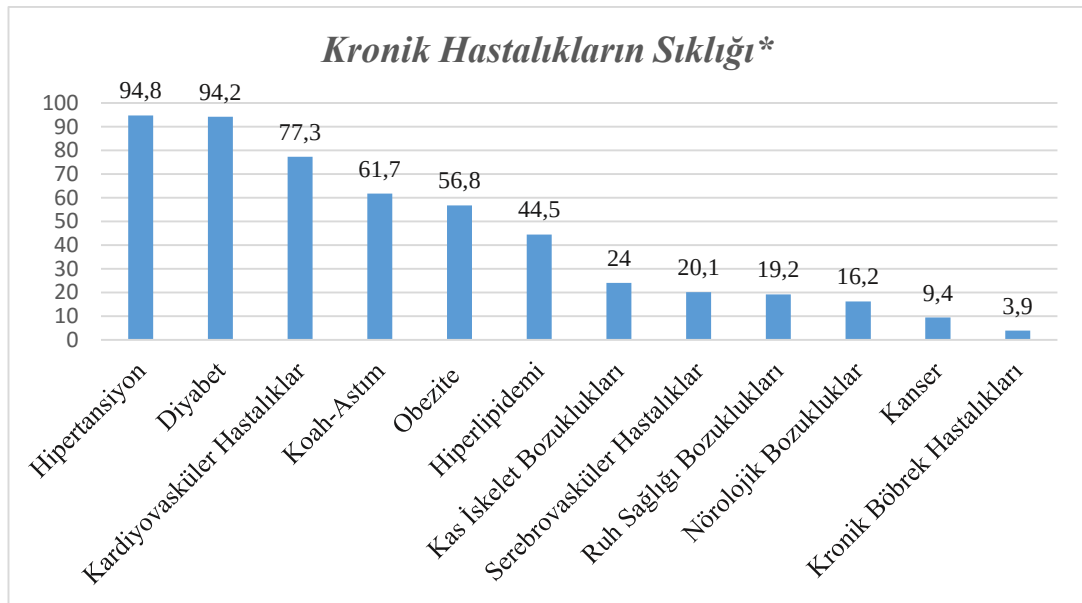
Hekimlere göre nüfuslarındaki en sık kronik hastalık risk faktörleri %79,5 ile fiziksel inaktivite ve %78,2 ile beslenme bozukluğu idi (Şekil 7).



*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Şekil 7. Katılımcılara göre nüfuslarındaki en sık kronik hastalık risk faktörleri

Hekimler nüfuslarındaki en sık görülen kronik hastalıkları %94,8 hipertansiyon, %94,2 diyabet, %77,3 kardiyovasküler hastalıklar ve %61,7 ile KOAH-Astım olarak belirtmiş idi (Şekil 8).



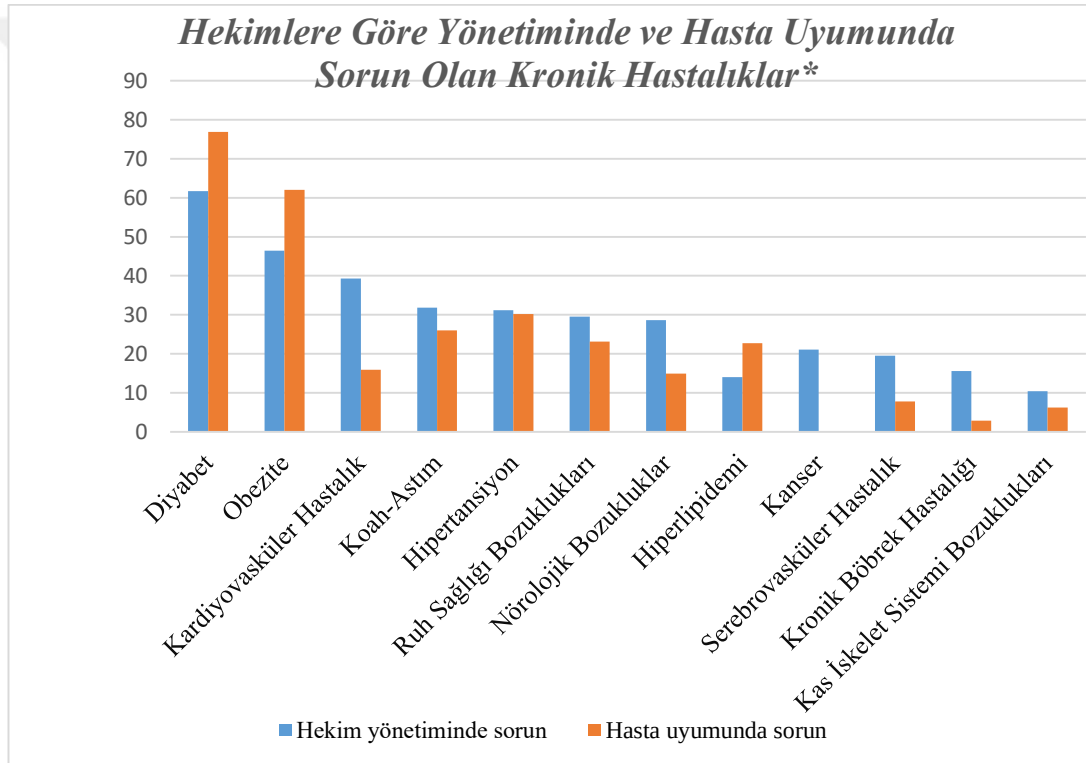
*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Şekil 8. Hekimlere Göre Nüfuslarındaki Kronik Hastalıkların Sıklığı

Hekimlerin yönetiminde en çok sorun yaşadığı kronik hastalıklar %61,7 ile diyabet, %46,4 obezite, %39,3 kardiyovasküler hastalıklar, %31,8 KOAH-Astım ve %31,2 ile hipertansiyonu.

Hekimlere göre hastaların tedaviye uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalıklar %76,9 ile diyabet, %62,0 obezite, %30,2 hipertansiyon, %26,0 KOAH-Astım ve %23,1 ile ruh sağlığı bozukluklarıydı.

Hem yönetiminde hem de hastaların tedaviye uyumlarında en sık sorun yaşanan kronik hastalıklar diyabet ve obezite idi (Şekil 9).



*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Şekil 9. Hekimlere göre yönetiminde ve hasta uyumunda sorun olan kronik hastalıklar

Katılımcılardan Toplum Sağlığı Merkezleri ve 2. ve 3. Basamak Sağlık Hizmetleri ile iş birliği yapma durumuna “Evet” yanıtını verenlerin oranı %30,2 idi.

Hekimlerden sevk edilen hastalarla, bir üst basamak sağlık kurumundaki muayenelerinden sonra tekrar görüşme durumuna “Evet” yanıtını verenlerin oranı %35,1 idi.

Hekimlerden “gerektiğinde yeterli ve dengeli beslenme danışmanlığı yapma” ya “Evet” yanıtını verenler %51,9 idi. “Fiziksel aktivite durumlarına göre uygun egzersiz önerilerinde bulunma durumu” na %53,6’sı, “sigara kullanımı ve bıraktırmaya yönelik danışmanlık verme”ye %49,7’si, alkol kullanımı için danışmanlık vermeye ise %27,3’ü “Evet” yanıtını vermişti.

Katılımcıların %55,8’i “ailesinde kronik hastalık öyküsü olanları erken tanı amaçlı bilgilendirmeye, %76,3’ kronik hastalığı olan bireylere gerekli aşılar için önerilerde bulunmaya “Evet” yanıtını vermişti (**Tablo 15**).

Ayrıca hekimlerin %93,5’i kronik hastalık takibi için birimlerinde gerekli teknik donanım (EKG, kan şekeri ölçüm cihazı vb.) olduğunu, %80,2’si kronik hastalıkların takibi için gerekli laboratuvar hizmetlerinin olduğunu belirtmiştir.

Tablo 15. Kronik hastalık yönetiminde takip, tarama ve tedaviye yönelik ifadeler

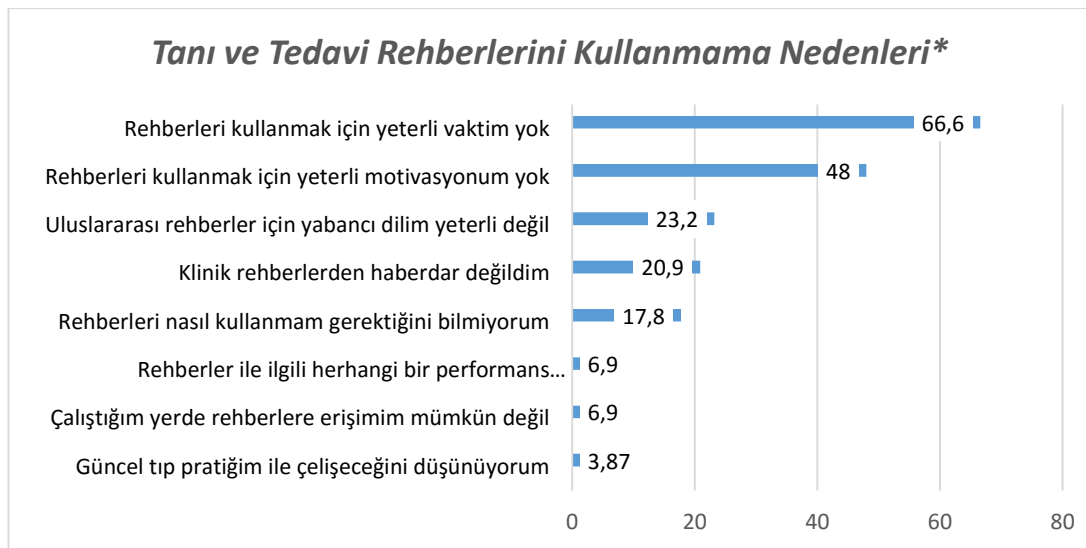
<i>İfadeler</i>		<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Toplum Sağlığı Merkezi, 2.ve 3.Basamak Sağlık Hizmetleri ile iş birliği	Evet	93	30,2
	Kısmen	148	48,1
	Hayır	59	19,2
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	8	2,5
Bir üst basamak sağlık kurumuna sevk edilen hastalarla tekrar görüşme	Evet	108	35,1
	Kısmen	171	55,5
	Hayır	25	8,1
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	4	1,3
Kayıtlı nüfusa gerektiğinde yeterli ve dengeli beslenme danışmanlığı verme	Evet	160	51,9
	Kısmen	130	42,3
	Hayır	16	5,2
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	2	0,6
Kayıtlı nüfusa fiziksel aktivite durumlarına göre uygun egzersiz önerilerinde bulunma	Evet	165	53,6
	Kısmen	119	38,6
	Hayır	20	6,5
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	4	1,3
Sigara bıraktırmaya yönelik danışmanlık	Evet	153	49,7
	Kısmen	122	39,6
	Hayır	33	10,7
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	0	0
Alkol kullanımı için riskli olanlara danışmanlık	Evet	84	27,3
	Kısmen	138	44,8
	Hayır	80	26,0
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	6	1,9

Tablo 15.(Devamı) Kronik hastalık yönetiminde takip, tarama ve tedaviye yönelik ifadeler

<i>İfadeler</i>		<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Ailesinde kronik hastalık öyküsüne göre erken tanı amaçlı bilgilendirme	Evet	172	55,8
	Kısmen	121	39,3
	Hayır	11	3,6
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	4	1,3
Kronik hastalığı olan bireylere gerekli aşılar için önerilerde bulunma	Evet	235	76,3
	Kısmen	67	21,7
	Hayır	3	1,0
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	3	1,0
Kayıtlı nüfusta uygun yaş gruplarına kanserin erken teşhisine yönelik tarama tetkiklerini önerme	Evet	155	50,4
	Kısmen	142	46,1
	Hayır	10	3,2
	Bilmiyorum/Hatırlamıyorum	1	0,3
Toplam		308	100,0

Katılımcıların %51,6'sı klinik rehber kullandığını ifade ederken, %15,6'sı klinik rehberlerden haberdar olmadığını belirtti. Katılımcıların %32,8'i rehber kullanmıyordu ve en sık rehber kullanmama nedenleri olarak %66,6'sı rehberleri kullanmak için yeterli vakti olmadığını ve %48,0'ı ise yeterli motivasyonu olmadığını belirtti (Şekil 10).

“Diğer” seçeneği ile ilgili bir katılımcı “Hastalarımın böyle bir beklentisi ve talebi yok” şeklinde belirtirken başka bir katılımcı ise “Tıbbi bilgiye ilginin az olması, önerilen hayat değişikliğine direnç, sağlık okuryazarlığının yetersizliği” olarak ifade etmişti.



*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Şekil 10. Tanı ve Tedavi Rehberlerini Kullanmama Nedenleri

Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Asistanı (SAHU) hekimlerin %92,9'u, aile hekimliği uzmanlarının %71,4'ü ve aile hekimlerinin ise %48,6'sı rehber kullanmakta idi (**p=0,002**).

Katılımcılardan 36 yaş ve altındakilerin %66,7'si rehber kullanmakta olup daha fazla idi ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,051$). Meslekte geçirdiği süre 10 yıl ve altındakilerin %68,3'ü daha fazla olarak, birinci basamaktaki meslek süresi 10 yıl ve altındakilerin %70,1'i daha fazla olarak rehber kullanmakta olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (sırasıyla **p=0,020**, **p<0,001**). Hastaya ayırabildiği süre 5-9 dakika arası olan hekimlerin %57,7'si rehber kullanmaktaydı ve daha fazla idi (**p=0,032**).

Hastaya ayırdığı sürenin yeterli olduğunu düşünen hekimlerin %65,2'si rehber kullanmaktaydı ve daha fazla idi (**p=0,032**). Kendisinde kronik hastalığı olanların %44,2'si rehber kullanırken kronik hastalığı olmayanların %56,4'ü rehber kullanmakta idi (**p=0,036**).

AHB'e kayıtlı nüfustaki kronik hastalığı olan hasta sayısını bilen hekimlerin %68,7'si rehber kullanmaktaydı ve daha fazla idi (**p<0,001**). Katılımcılardan kronik hastalığı olanlarla düzenli görüşmelerin %79,5'i ve görüşmede dijital yöntem kullananların %74,5'i rehber kullanmaktaydı ve daha fazla idi (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,001**).

Kronik hastalıkları yönetebilme yeterliliğine “çok iyi-iyi” yanıtını verenlerin %62,6'sı ve kronik hastalıklardaki akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde değerlendirenlerin %57,7'si rehber kullanmakta idi ve daha fazla idi (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,019**).

Kronik hastalık yönetiminde “hasta yönelimli yaklaşım”ı duyduğunu ifade edenlerin %60,0'ı ve kronik hastalık yönetimi konusunda eğitim alanların %67,2'si daha fazla olarak rehber kullanmakta idi (sırasıyla **p<0,001**, **p<0,001**) (Tablo 16).

Tablo 16. Bazı Değişkenlere Göre Rehber Kullanma Durumu

Değişkenler	Rehber Kullanma Durumu				p
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	
Cinsiyet					
Kadın	54	52,9	48	47,1	0,745**
Erkek	105	51,0	101	49,0	
Ünvan					
Aile Hekimi	136	48,6	144	51,4	0,002**
AileHekimliği Uzmanı	10	71,4	4	28,6	
SAHU Asistanı	13	92,9	1	7,1	
Yaş					
36 yaş ve altı	36	66,7	18	33,3	0,051**
37-46 yaş arası	48	49,0	50	51,0	
47yaş ve üzeri	75	48,1	81	51,9	
Meslekte Geçirilen Yıl					
10 yıl ve altı	41	68,3	19	31,7	0,020**
11-20 yıl arası	42	53,2	37	46,8	
21-30 yıl arası	62	44,6	77	55,4	
31 yıl ve üzeri	14	46,7	16	53,3	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl					
10 yıl ve altı	61	70,1	26	29,9	0,001**
11-20 yıl arası	47	40,9	68	59,1	
21 yıl ve üzeri	51	48,1	55	51,9	
Kayıtlı nüfus					
2500 ve altı	18	69,2	8	30,8	0,185**
2501-3250 arası	42	50,0	42	50,0	
3251-3750 arası	41	45,6	49	54,4	
3751 ve üzeri	58	53,7	50	46,3	
Günlük hasta sayısı					
49 ve altı	34	51,5	32	48,5	0,252**
50-90 arası	111	53,9	95	46,1	
91 ve üzeri	14	38,9	22	61,1	
Hastaya ayrılan süre(dk)					
4 dakika ve altı	22	37,9	36	62,1	0,032**
5-9 dakika arası	94	57,7	69	42,3	
10 dakika ve üzeri	43	49,4	44	50,6	
Hastaya ayrılan sürenin yeterliliği					
Evet	15	65,2	8	34,8	0,032**
Kısmen	58	59,8	39	40,2	
Hayır	86	45,7	102	54,3	
Kendisinde kronik hastalık varlığı					
Evet	53	44,2	67	55,8	0,036**
Hayır	106	56,4	82	43,6	
Kronik hastalığı olan hasta sayısını bilme					
Evet	46	68,7	21	31,3	0,001**
Kısmen	88	52,1	81	47,9	
Hayır	25	34,7	47	65,3	

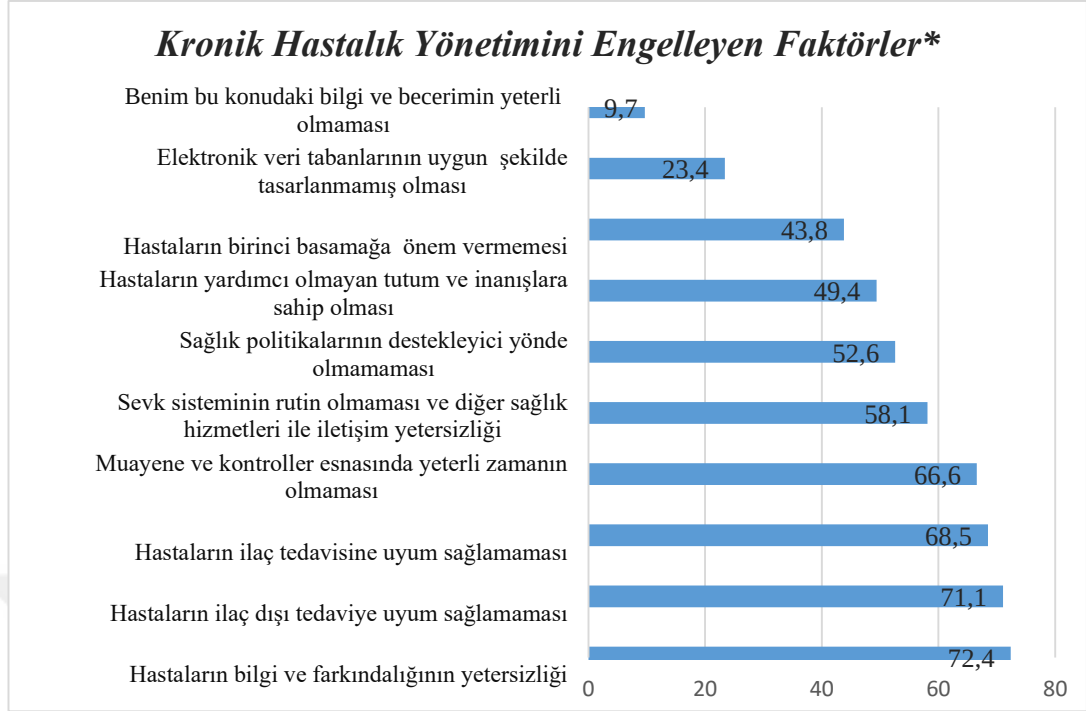
Tablo 16. (Devamı) Bazı Değişkenlere Göre Rehber Kullanma Durumu

Değişkenler	Rehber Kullanma Durumu				p
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	
Kronik hastalığı olanlarla düzenli görüşme					0,001**
Evet	31	79,5	8	20,5	
Kısmen	101	53,2	89	46,8	
Hayır	27	34,2	52	65,8	
Kronik Hastalık yönetiminde dijital kullanımı					0,001**
Evet	41	74,5	14	25,5	
Kısmen	50	49,5	51	50,5	
Hayır	68	44,7	84	55,3	
Kronik hastalığı yönetebilme yeterliliği					0,001**
Çok iyi, iyi	107	62,6	64	37,4	
Orta, zayıf	52	38,0	85	62,0	
Akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliği					0,019**
Çok iyi, iyi	97	57,7	71	42,3	
Orta, zayıf	62	44,3	78	55,7	
Hasta yönelimli yaklaşımı duyma					0,001**
Evet	114	60,0	76	40,0	
Hayır	45	38,1	73	61,9	
Kronik hastalık yönetimi eğitimi alma					0,001**
Evet	43	67,2	21	32,8	
Hayır, eğitim almak isterim	98	54,1	83	45,9	
Hayır, eğitim almak istemem	18	28,6	45	71,4	

*Satır Yüzdesi **Pearson Ki Kare testi

Katılımcıların %44,5'i kronik hastalık yönetiminde genel yeterliliğini “orta-zayıf” şeklinde, %45,5'i akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliklerini “orta-zayıf” olarak değerlendirmişti.

Katılımcılar kronik hastalık yönetimini engelleyen faktörleri en sık %72,4 ile “hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği”, %71,1 “hastaların ilaç dışı tedaviye uyum sağlamaması”, %68,5 “Hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamaması”, %66,6 “Muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması” şeklinde belirtti (**Şekil 11**).



*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Şekil 11. Kronik Hastalık Yönetimini Engelleyen Faktörler

Kronik hastalık yönetebilme yeterliliğini 47 yaş ve üzerindeki hekimlerin %62,8'i, meslek süresi 31 yıl ve üzerindeki hekimlerin %63,3'ü, günlük başvuran hasta sayısı 50-90 arasında olanların %61,2'si "çok iyi-iyi" olarak belirtti (sırasıyla $p=0,020$, $p=0,020$, $p=0,002$).

AHB'e kayıtlı nüfusta kronik hastalığa sahip kişi sayısını bilenlerin %74,6'sı, kronik hastalığı olanlarla düzenli görüşenlerin %76,9'u, kronik hastalık takibinde dijital araç kullananların %70,9'u kronik hastalık yönetebilme yeterliliğini "çok iyi-iyi" şeklinde belirtti (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,002$, $p=0,034$).

Kronik hastalık yönetimi/hasta yönelimli yaklaşım konularında eğitim alanların %76,6'sı kronik hastalık yönetebilme yeterliliğine "çok iyi-iyi" cevabını verdi ($p=0,001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Bazı Değişkenlere Göre Kronik Hastalıkları Yönetebilme Yeterliliği

Kronik Hastalıkları Yönetebilme Yeterliliği					
Değişkenler	Çok iyi-İyi		Orta-Zayıf		p
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	
Cinsiyet					
Kadın	52	51,0	50	49,0	0,259**
Erkek	119	57,8	87	42,2	
Ünvan					
Aile Hekimi	159	56,8	121	43,2	0,368**
Aile Hekimliği Uzmanı	6	42,9	8	57,1	
SAHU Asistanı	6	42,9	8	57,1	
Yaş					
36 yaş ve altı	23	42,6	31	57,4	0,020**
37-46 yaş arası	50	51,0	48	49,0	
47yaş ve üzeri	98	62,8	58	37,2	
Meslekte Geçirilen Yıl					
10 yıl ve altı	24	40,0	36	60,0	0,020**
11-20 yıl arası	41	51,9	38	48,1	
21-30 yıl arası	87	62,6	52	37,4	
31 yıl ve üzeri	19	63,3	11	36,7	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl					
10 yıl ve altı	41	47,1	46	52,9	0,177**
11-20 yıl arası	68	59,1	47	40,9	
21 yıl ve üzeri	62	58,5	44	41,5	
Kayıtlı nüfus					
2500 ve altı	10	38,5	16	61,5	0,082**
2501-3250 arası	41	48,8	43	51,2	
3251-3750 arası	54	60,0	36	40,0	
3751 ve üzeri	66	61,1	42	38,9	
Günlük hasta sayısı					
49 ve altı	24	36,4	42	63,6	0,002**
50-90 arası	126	61,2	80	38,8	
91 ve üzeri	21	58,3	15	41,7	
Hastaya ayrılan süre(dk)					
4 dakika ve altı	25	48,3	30	51,7	0,322**
5-9 dakika arası	90	55,2	73	44,8	
10 dakika ve üzeri	53	60,9	34	39,1	
Hastaya ayrılan sürenin yeterliliği					
Evet	12	52,2	11	47,8	0,820**
Kısmen	52	53,6	45	46,4	
Hayır	107	56,9	81	43,1	

Tablo 17.(Devamı) Bazı Değişkenlere Göre Kronik Hastalıkları Yönetebilme Yeterliliği

Değişkenler	Kronik Hastalıkları Yönetebilme Yeterliliği				p
	Çok iyi-İyi		Orta-Zayıf		
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	
Kendisinde kronik hastalık varlığı					
Evet	63	52,5	57	47,5	0,394**
Hayır	108	57,4	80	42,6	
Kronik hastalığı olan hasta sayısını bilme					
Evet	50	74,6	17	25,4	0,001**
Kısmen	92	54,4	77	45,6	
Hayır	29	40,3	43	59,7	
Kronik hastalığı olanlarla düzenli görüşme					
Evet	30	76,9	9	23,1	0,002**
Kısmen	107	56,3	83	43,7	
Hayır	34	43,0	45	57,0	
Kronik Hastalık yönetiminde dijital kullanımı					
Evet	39	70,9	16	29,1	0,034**
Kısmen	55	54,5	46	45,5	
Hayır	77	50,7	75	49,3	
Rehber Kullanımı					
Evet	107	67,3	52	32,7	0,001**
Hayır	64	43,0	85	57,0	
Akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliği					
Çok iyi, iyi	144	85,7	24	14,3	0,0001**
Orta, zayıf	27	19,3	113	80,7	
Hasta yönelimli yaklaşımı duyma					
Evet	113	59,5	77	40,5	0,076**
Hayır	58	49,2	60	50,8	
Kronik hastalık yönetimi eğitimi alma					
Evet	49	76,6	15	23,4	0,001**
Hayır, eğitim almak isterim	92	50,8	89	49,2	
Hayır, eğitim almak istemem	30	47,6	33	52,4	

*Satır Yüzdesi **Pearson Ki Kare testi

4.4. Hasta Yönelimli Yaklaşım

Katılımcıların %48,4'ü “Doktor, hastalığı ve yapılacaklar konusunda hastaya bilgi vermeli, hastanın isteklerini de yorumlayarak yardımcı olmalıdır.” şeklinde

görüş belirtmiş olup %30,8'i ise "Doktor, yapılacaklar konusunda hastayla karşılıklı arkadaşça görüşme yapmalı, hastaya seçenekleri sunarken hasta için en iyiyi de önermelidir" şeklinde ifade etmişti.

Katılımcıların %61,7'si "hasta yönelimli yaklaşım" kavramını duymuş idi. Hekimlerin %20,8'i hasta yönelimli yaklaşım/kronik hastalık yönetimi konularında eğitim almış, %58,8'i ise "Hayır, ancak eğitim almak isterim" şeklinde ifade etmişti (Tablo 18).

Tablo 18. Doktor-Hasta Sağlık İlişkisi Modelleri

<i>Özellikler</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>
Model 1: Doktor, hastaya ayrıntılı bilgi vermeden yapılacaklar konusunda hasta adına tek başına karar vermelidir (Paternalistik model)	4	1,3
Model 2: Doktor, hastalığı ve yapılacaklar konusunda hastaya bilgi vermeli, kararı hastaya bırakmalıdır (Bilgilendirici model)	60	19,5
Model 3: Doktor, hastalığı ve yapılacaklar konusunda hastaya bilgi vermeli, hastanın isteklerini de yorumlayarak yardımcı olmalıdır (Yorumlayıcı model)	149	48,4
Model 4: Doktor, yapılacaklar konusunda hastayla karşılıklı arkadaşça görüşme yapmalı, hastaya seçenekleri sunarken hasta için en iyiyi de önermelidir (Müzakereci model)	95	30,8
Hasta yönelimli yaklaşım kavramını duyma		
Evet	190	61,7
Hayır	118	38,3
Hasta yönelimli yaklaşım ya da kronik hastalık yönetimi eğitim alma durumu		
Evet	64	20,8
Hayır, ancak eğitim almak isterim	181	58,8
Hayır, eğitim almak istemem	63	20,5
Toplam	308	100,0

4.5. Hasta-Hekim Yönelim Durumu

Bu bölümde katılımcıların "Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (PPOS-TR14)" ne verdikleri yanıtlara değinilmiştir. Verilerin Shapiro wilk analizi ile basıklık ve

Çarpıklık değerlerine göre normal dağılıma uyduğu tesbit edildi. Katılımcıların yanıtları (1)“Kesinlikle katılmıyorum” ve (6)“Kesinlikle katılıyorum” arasında değişmektedir. Ölçek; “paylaşım” ve “bakım” alt ölçeklerinden oluşmakta olup katılımcıların aldıkları puan ne kadar yüksekse, tutum o kadar hasta yönelimlidir.

Katılımcıların Hasta Hekim Yönelim leği (HHY)’nden aldıkları genel toplam puan ortalaması $44,8\pm6,8$ (min=23, max=73), HHY Paylaşım alt leği puan ortalaması $30,9\pm4,7$ (min= 16, max= 44) ve HHY Bakım alt leği puan ortalaması ise $13,9\pm4,0$ (min= 6 max=31) idi.

Hasta Hekim Yönelim leği (HHY)’ne göre 47 yaşı ve üzerindekilerin toplam puan ortalaması $43,7\pm6,4$ idi ve en azdı (**p=0,014**).

Meslekte geçirdiği süre 10 yıl ve altında olanların puan ortalaması $46,9\pm7,3$ olup daha yüksekti (**p=0,021**).

Birinci basamaktaki görev süresi 10 yıl ve altında olanların toplam puan ortalaması $46,7\pm7,1$ olup daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (**p=0,005**) (Tablo 19).

Tablo 19. Sosyodemografik özelliklere göre HHYÖ Toplam Puan Dağılımı

	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>p</i>
Cinsiyet				
Kadın	45,0±5,4	29	56	0,755*
Erkek	44,8±7,3	23	73	
Ünvan				
Aile Hekimi	45,1±6,7	23	73	0,054**
Aile Hekimliği Uzmanı	44,5±5,1	37	53	
SAHU Asistanı	40,6±7,9	27	51	
Yaş				
36 yaş ve altı	46,2±6,6	31	67	0,014**
37-46 yaş arası	45,9±7,1	29	73	
47 yaş ve üzeri	43,7±6,4	23	57	
Meslekte Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	46,9±7,3	31	73	0,021**
11-20 yıl arası	45,1±6,5	29	72	
21-30 yıl arası	44,3±6,6	24	69	
31 yıl ve üzeri	42,7±6,4	23	53	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	46,7±7,1	31	73	0,005**
11-20 yıl arası	44,6±6,7	24	69	
21 yıl ve üzeri	43,6±6,2	23	56	
Şu an ki görev yeri süresi				
5 yıl ve altı	45,9±7,1	31	73	0,095**
6-10 yıl arası	44,6±6,6	29	69	
11 yıl ve üzeri	43,9±6,5	23	56	

*Student t testi **ANOVA testi

Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) Paylaşım alt ölçeğine göre; kadınların puan ortalaması 31,3±4,3 olup erkeklerden daha fazla iken aradaki fark anlamlı değildi ($p=0,272$). Aile hekimlerinin puan ortalaması 31,0±4,5 olup diğer ünvanlardan daha fazla idi ve aradaki fark anlamlı değildi ($p=0,449$).

Meslek süresi 10 yıl ve altında olanların puan ortalaması 32,3±4,7 iken 31 yıl ve üzerindekiilerin puan ortalaması 29,2±4,5 idi (**$p=0,021$**).

Birinci basamaktaki görev süresi 10 yıl ve altında olanların puan ortalaması 32,0±4,6 olup daha yüksek idi (**$p=0,035$**) (Tablo 20).

Tablo 20. Sosyodemografik özelliklere göre HHYÖ Paylaşım Alt Ölçek Puan Dağılımı

<i>Özellikler</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>p</i>
Cinsiyet				
Kadın	31,3±4,3	20	42	0,272*
Erkek	30,7±4,9	16	44	
Unvan				
Aile Hekimi	31,0±4,5	16	44	0,449**
Aile Hekimliği	30,8±5,2	23	42	
Uzmanı	29,3±7,3	17	38	
SAHU Asistanı				
Yaş				
36 yaş ve altı	31,7±4,5	17	40	0,096**
37-46 yaş arası	31,3±4,7	19	44	
47 yaş ve üzeri	30,3±4,8	16	43	
Meslekte				
Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	32,3±4,7	17	42	0,021**
11-20 yıl arası	30,8±4,2	20	44	
21-30 yıl arası	30,7±4,9	16	44	
31 yıl ve üzeri	29,2±4,5	17	39	
Birinci Basamakta				
Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	32,0±4,6	17	44	0,035**
11-20 yıl arası	30,5±4,9	16	44	
21 yıl ve üzeri	30,4±4,5	17	43	
Şu an ki görev yeri süresi				
5 yıl ve altı	31,7±4,2	17	44	0,079**
6-10 yıl arası	30,6±5,0	19	44	
11 yıl ve üzeri	30,2±4,8	16	43	

*Student t testi

**ANOVA testi

Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) Bakım alt ölçeğine göre aile hekimlerin puan ortalaması 14,1±4,0 olup daha fazla idi (**p=0,035**) ve post hoc analize göre farklılığı aile hekimleri ile sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık asistanlarının aldıkları puan ortalamaları oluşturmaktaydı.

Cinsiyet, yaş ve meslekte geçirilen süreye göre bakım alt ölçeği puan ortalamalarında fark saptanmazken birinci basamaktaki süresi 10 yıl ve altında olanların puan ortalaması 14,7±4,3 olup daha fazla idi (**p=0,021**) ve post hoc analize göre aradaki farkı birinci basamaktaki görev süresi 10 yıl ve altında olanlar ile 21 yıl ve üzerinde olanlar oluşturmaktaydı (**Tablo 21**).

Tablo 21. Sosyodemografik özelliklere göre HHYÖ Bakım Alt Ölçek Puan Dağılımı

<i>Özellikler</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>p</i>
Cinsiyet				
Kadın	13,7±3,4	6	23	0,410*
Erkek	14,1±4,2	6	31	
Ünvan				
Aile Hekimi	14,1±4,0	6	31	0,035**
Aile Hekimliği Uzmanı	13,7±2,7	9	19	
SAHU Asistanı	11,2±3,5	6	16	
Yaş				
36 yaş ve altı	14,4±4,1	6	27	0,056**
37-46 yaş arası	14,5±4,2	6	31	
47 yaş ve üzeri	13,4±3,7	6	28	
Meslekte Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	14,5±4,5	6	31	0,301**
11-20 yıl arası	14,3±3,8	6	28	
21-30 yıl arası	13,5±3,9	6	28	
31 yıl ve üzeri	13,9±3,6	6	21	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	14,7±4,3	6	31	0,021**
11-20 yıl arası	14,1±3,9	6	28	
21 yıl ve üzeri	13,1±3,6	6	21	
Şu an ki görev yeri süresi				
5 yıl ve altı	14,2±4,4	6	31	0,601**
6-10 yıl arası	13,9±3,9	6	28	
11 yıl ve üzeri	13,6±3,5	6	21	

*Student t testi

**ANOVA testi

Kayıtlı nüfusu 2500 ve altında olanların HHYÖ ölçeği toplam puan ortalaması $47,2 \pm 7,4$ olup daha fazla idi ($p=0,141$), günlük hasta sayısı 49 ve altında olanların puan ortalaması $45,8 \pm 6,8$ olup daha fazla idi ($p=0,449$) ve hastaya ayrılan süre 10 dakika ve üzerinde olanların puan ortalaması $45,1 \pm 5,5$ olup daha fazla idi ($p=0,691$) ve aradaki farklar anlamlı değildi.

Hastaya ayırabildiği sürenin yeterli olmadığını düşünenlerin puan ortalaması $46,4 \pm 5,6$ olup en düşüktü ($p=0,033$) ve post hoc analize göre farkı “kısmen” ve “hayır” şeklinde yanıtlayanlar oluşturuyordu.

Hasta yönelimli yaklaşımı duyduğunu ifade edenlerin puan ortalaması 44,2±6,9 olup duymayanlara göre daha düşüktü (**p=0,026**) (Tablo 22).

Tablo 22. AHB İşleyişi ve Kronik Hastalık Yönetimine göre HHYÖ Ölçeği Toplam puan Ortalamaları

<i>Özellikler</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>p</i>
Kayıtlı nüfus				
2500 ve altı	26	8,4	47,2±7,4	0,141**
2501-3250 arası	84	27,3	45,4±6,5	
3251-3750 arası	90	29,2	44,0±5,7	
3751 ve üzeri	108	35,1	44,6±7,4	
Günlük hasta sayısı				
49 ve altı	66	21,4	45,8±6,8	0,449**
50-90 arası	206	66,9	44,6±6,9	
91 ve üzeri	36	11,7	44,5±6,1	
Hastaya ayrılan süre				
4 dakika ve altı	58	18,8	44,2±8,6	0,691**
5-9 dakika arası	163	52,9	45,0±6,7	
10 dakika ve üzeri	87	28,3	45,1±5,5	
Hastaya ayrılan sürenin yeterliliği				
Evet	23	7,5	46,4±5,6	0,033**
Kısmen	97	31,5	46,0±6,4	
Hayır	188	61,0	44,0±6,9	
Aile Sağlığı Elemanı				
Hemşire	152	49,4	45,4±7,0	0,415**
Ebe	113	36,7	44,1±6,7	
Acil Tıp Teknikeri	20	6,5	45,9±5,8	
Sağlık memuru	17	5,5	43,5±6,5	
Yok	6	1,9	46,8±4,8	
Kendisinde kronik hastalık varlığı				
Evet	120	39,0	44,6±7,2	0,654*
Hayır	188	61,0	45,0±6,5	
Kronik hasta sayısını bilme				
Evet	67	21,7	44,1±6,8	0,543**
Kısmen	169	54,9	44,9±6,3	
Hayır	72	23,4	45,3±7,7	
Rehber Kullanımı				
Evet	159	51,6	44,6±6,6	0,581*
Hayır	149	48,4	45,1±6,9	
Hasta yönelimli yaklaşımı duyma				
Evet	190	61,7	44,2±6,9	0,026*
Hayır	118	38,3	45,9±6,4	
Kronik hastalık yönetiminde yeterlilik				
Çok iyi-İyi	171	55,5	44,4±6,5	0,159*
Orta-Zayıf	137	44,5	45,5±7,0	
Akut alevlenmeyi yönetebilme				
Çok iyi-İyi	168	54,5	44,4±6,6	0,240*
Orta-Zayıf	140	45,5	45,3±6,9	

*Student t testi **ANOVA testi

4.6. Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi

Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirilmesi Hekim Perspektifi ifadelerinin toplam puan ortalaması $3,41\pm0,48$ idi. Alt ölçek ifadelerinden en yüksek puan ortalaması “Hasta Katılımı”na ait olup $3,70\pm0,59$ idi ve en az puan ortalaması ise “Amaç Belirleme” ye ait olup $3,21\pm0,62$ idi (**Tablo 23**).

Tablo 23.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

<i>Özellikler</i>	<i>Ortalama$\pm$SS</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Hasta Katılımı	$3,70\pm0,59$	1,00	5,00
Karar Verme Desteği	$3,42\pm0,54$	1,00	5,00
Amaç Belirleme	$3,21\pm0,62$	1,40	5,00
Problem Çözme	$3,56\pm0,64$	1,25	5,00
İzlem-Koordinasyon	$3,30\pm0,55$	1,80	4,60
Toplam	$3,41\pm0,48$	2,05	4,65

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin toplam puan ortalaması ve alt boyut ortalamalarından; Hasta katılımı, Amaç belirleme ve Problem çözme ile HHYÖ Toplam Puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlı idi ($p<0,005$).

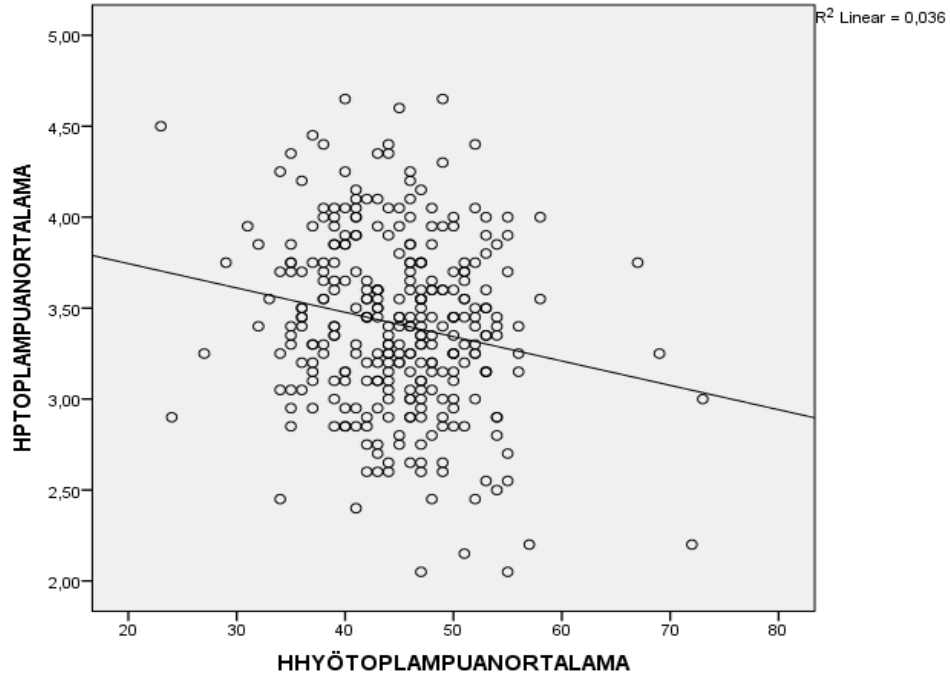
Katılımcıların Hekim Perspektifi toplam puan ortalamaları ile HHYÖ ölçeği toplam puan ortalaması arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon bulundu ($p=0,001$; $r=-0,189$). Determinasyon katsayısı (açıklanan varyans) $R^2=0,036$ idi. HHYÖ toplam puan ortalaması ile hasta katılımı ve amaç belirleme alt ölçekleri arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon tespit edildi ($p=0,001$; $r=-0,184$) ($p=0,001$; $r=-0,184$). HHYÖ toplam puan ortalaması ile problem çözme alt ölçeği arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon vardı ($p=0,002$; $r=-0,175$) (**Tablo 24**).

Tablo 24. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile HHYÖ Toplam Puan Ortalamaları arasındaki Korelasyon

Özellikler	HHYÖ Toplam Puan Ortalaması	
	r*	p**
HP Toplam Puan Ortalaması	-,189	0,001
HP Alt Ölçek Ortalamaları		
Hasta Katılımı	-,184	0,001
Karar Verme Desteği	-,111	0,052
Amaç Belirleme	-,184	0,001
Problem Çözme	-,175	0,002
İzlem-Koordinasyon	-,101	0,076

*Korelasyon Katsayısı

**Pearson Korelasyon Analizi



Şekil 12. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam Puan Ortalamasının HHYÖ Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona ait Saçılım Grafiği

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği hekim perspektifi ifadelerinin toplam puan ortalaması erkeklerde $3,44 \pm 0,4$ olup daha yüksekti ($p=0,108$) ve aradaki

fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Alt ölçeklere göre, kadın hekimler sadece “Karar verme desteği” alt ölçeğinde erkeklerden daha yüksek puan ortalamasına sahip idi.

Yaşı 47 ve üzerindeki katılımcıların toplam puan ortalaması $3,49 \pm 0,4$ olup daha yüksekti ve post hoc analize göre farklılığı oluşturuyordu (**p=0,001**).

Meslekteki süresi 31 yıl ve üzerindeki katılımcıların toplam puan ortalaması $3,64 \pm 0,4$ olup en yüksekti ve post hoc analize göre farkı oluşturan grup idi (**p=0,012**).

Birinci basamaktaki görev süresi 11-20 yıl arası katılımcıların toplam puan ortalaması $3,27 \pm 0,5$ olup en düşüktü (**p<0,001**) ve post hoc analize göre farkı oluşturuyordu (**Tablo 25**).

Tablo 25. Sosyodemografik özelliklere göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi İfadelerinin Toplam Puan Ortalaması

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama $\pm$ SS	p
Cinsiyet				
Kadın	102	33,1	$3,34 \pm 0,5$	0,108*
Erkek	206	66,9	$3,44 \pm 0,4$	
Unvan				
Aile Hekimi	280	90,9	$3,40 \pm 0,4$	0,577**
Aile Hekimliği Uzmanı	14	4,5	$3,48 \pm 0,4$	
SAHU Asistanı	14	4,5	$3,51 \pm 0,3$	
Yaş				
36 yaş ve altı	54	17,5	$3,43 \pm 0,4$	0,001**
37-46 yaş arası	98	31,8	$3,26 \pm 0,4$	
47 yaş ve üzeri	156	50,6	$3,49 \pm 0,4$	
Meslekte Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	60	19,5	$3,39 \pm 0,4$	0,012**
11-20 yıl arası	79	25,6	$3,31 \pm 0,5$	
21-30 yıl arası	139	45,1	$3,42 \pm 0,4$	
31 yıl ve üzeri	30	9,7	$3,64 \pm 0,4$	
Birinci Basamakta Geçirilen Yıl				
10 yıl ve altı	87	28,2	$3,44 \pm 0,4$	0,001**
11-20 yıl arası	115	37,3	$3,27 \pm 0,5$	
21 yıl ve üzeri	106	34,4	$3,52 \pm 0,4$	
Şu an ki görev yeri süresi				
5 yıl ve altı				0,367**
6-10 yıl arası	107	34,7	$3,38 \pm 0,4$	
11 yıl ve üzeri	106	34,4	$3,38 \pm 0,5$	
	95	30,8	$3,46 \pm 0,4$	

*Student t testi

**ANOVA testi

Aile Hekimliği Birimi ve Kronik Hastalık Yönetimi'ne ilişkin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerine göre hastaya ayırdığı süre 10 dakika ve üzeri olan katılımcılarda toplam puan ortalaması $3,30 \pm 0,4$ olup en düşüktü (**p=0,010**) ve post hoc analize göre farkı oluşturuyordu.

“Hastaya ayrılan sürenin yeterliliği” açısından “Evet” yanıtı verenlerin toplam puan ortalaması $3,13 \pm 0,5$ olup en düşük idi (**p=0,014**) ve post hoc analize göre farkı oluşturuyordu.

Kayıtlı nüfustaki kronik hasta sayısını bilen hekimlerin toplam puan ortalaması $3,56 \pm 0,5$ olup en yüksekti (**p=0,013**) ve post hoc analize göre farkı oluşturuyordu.

Kronik hastalık yönetiminde klinik rehber kullananların toplam puan ortalaması $3,53 \pm 0,4$ olup daha yüksekti (**p<0,001**)

Hasta yönelimli yaklaşımı duyanların toplam puan ortalaması $3,48 \pm 0,4$ olup daha yüksekti (**p<0,001**) (Tablo 26).

Tablo 26. AHB işleyişi ve Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam Puan Ortalaması Dağılımları

<i>Özellikler</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>p</i>
Kayıtlı nüfus				
2500 ve altı	26	8,4	$3,47 \pm 0,4$	0,542**
2501-3250 arası	84	27,3	$3,35 \pm 0,4$	
3251-3750 arası	90	29,2	$3,40 \pm 0,4$	
3751 ve üzeri	108	35,1	$3,44 \pm 0,4$	
Günlük hasta sayısı				
49 ve altı	66	21,4	$3,35 \pm 0,4$	0,117**
50-90 arası	206	66,9	$3,40 \pm 0,4$	
91 ve üzeri	36	11,7	$3,55 \pm 0,4$	
Hastaya ayrılan süre				
4 dakika ve altı	58	18,8	$3,35 \pm 0,5$	0,010**
5-9 dakika arası	163	52,9	$3,48 \pm 0,4$	
10 dakika ve üzeri	87	28,3	$3,30 \pm 0,4$	
Hastaya ayrılan sürenin yeterliliği				
Evet	23	7,5	$3,13 \pm 0,5$	0,014**
Kısmen	97	31,5	$3,42 \pm 0,4$	
Hayır	188	61,0	$3,44 \pm 0,4$	

Tablo 26. (Devamı) AHB işleyişi ve Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam Puan Ortalaması Dağılımları

<i>Özellikler</i>	<i>Sayı</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>p</i>
Aile Sağlığı Elemanı				
Hemşire	152	49,4	3,48±0,4	0,058**
Ebe	113	36,7	3,34±0,4	
Acil Tıp Teknikeri	20	6,5	3,42±0,3	
Sağlık memuru	17	5,5	3,20±0,4	
Yok	6	1,9	3,40±0,5	
Kendisinde kronik hastalık varlığı	120	39,0	3,35±0,5	0,118*
Evet	188	61,0	3,44±0,4	
Hayır				
Kronik hasta sayısını bilme				
Evet	67	21,7	3,56±0,5	0,013**
Kısmen	169	54,9	3,38±0,4	
Hayır	72	23,4	3,34±0,4	
Rehber kullanımı				
Evet	159	51,6	3,53±0,4	0,001*
Hayır	149	48,4	3,28±0,4	
Hasta yönelimli yaklaşımı duyma				
Evet	190	61,7	3,48±0,4	0,001*
Hayır	118	38,3	3,28±0,4	

*Student t testi **ANOVA testi

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği hekim perspektifi ifadelerine göre akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde belirtenlerin toplam puan ortalaması ve tüm alt ölçeklere ait puan ortalamaları daha yüksekti ($p < 0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Akut Alevlenmeyi Yönetebilme Yeterliliğine göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalamaları

<i>Özellikler</i>	Akut Alevlenmeyi Yönetebilme Yeterliliği		p
	Çok iyi-İyi	Orta-Zayıf	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Hasta Katılımı	3,81±0,62	3,56±0,53	0,001*
Karar Verme	3,52±0,56	3,31±0,50	0,001*
Desteği			
Amaç Belirleme	3,34±0,61	3,05±0,60	0,001*
Problem Çözme	3,70±0,64	3,39±0,60	0,001*
İzlem-	3,43±0,56	3,14±0,48	0,001*
Koordinasyon			
Toplam	3,53±0,47	3,26±0,44	0,001*

*Student t testi

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerine göre kronik hastalığı yönetebilme yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde ifade edenlerin toplam puan ortalaması ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Kronik Hastalığı Yönetebilme Yeterliliğine göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalaması Dağılımları

<i>Özellikler</i>	<i>Kronik Hastalığı Yönetebilme Yeterliliği</i>		<i>p</i>
	<i>Çok iyi-İyi</i> <i>Ortalama±SS</i>	<i>Orta-Zayıf</i> <i>Ortalama±SS</i>	
Hasta Katılımı	3,78±0,59	3,59±0,58	0,005*
Karar Verme Desteği	3,51±0,58	3,31±0,47	0,001*
Amaç Belirleme	3,38±0,59	2,99±0,59	0,001*
Problem Çözme	3,72±0,61	3,35±0,62	0,001*
İzlem-Koordinasyon	3,42±0,57	3,15±0,48	0,001*
Toplam	3,54±0,47	3,24±0,43	0,001*

*Student t testi

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Doktor-Hasta Sağlık İlişkisi modellerine göre “amaç belirleme” alt ölçeği hariç diğer alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları farklı anlamlı ($p<0,05$) olup doktor-hasta sağlık ilişkisi modellerinden “Doktor, yapılacaklar konusunda hastayla karşılıklı arkadaşça görüşme yapmalı, hastaya seçenekleri sunarken hasta için en iyiyi de önermelidir “ ifadesinin toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları en yüksekti (Tablo 29).

Tablo 29. Doktor-Hasta Sağlık İlişkisi Modellerine göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalaması

<i>Özellikler</i>	<i>Doktor-Hasta Sağlık İlişkisi Modelleri</i>				<i>p</i>
	<i>Doktor, hastaya ayrıntılı bilgi vermeden hasta adına karar vermelidir</i>	<i>Doktor, hastaya bilgi vermeli, kararı hastaya bırakmalıdır</i>	<i>Doktor, hastaya bilgi vermeli, hastanın isteklerini de yorumlayarak yardımcı olmalıdır</i>	<i>Doktor, hastayla arkadaşça görüşme yapmalı, seçenekleri sunarken hasta için en iyiyi de önermelidir</i>	
	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±SS</i>	
Hasta Katılımı	2,50±1,29	3,64±0,61	3,69±0,56	3,79±0,55	0,001*
Karar Verme Desteği	3,41±0,78	3,25±0,65	3,42±0,51	3,54±0,48	0,016*
Amaç Belirleme	2,85±1,21	3,11±0,62	3,24±0,59	3,24±0,65	0,323*
Problem Çözme	2,68±1,02	3,45±0,66	3,53±0,62	3,71±0,60	0,002*
İzlem-Koordinasyon	2,85±0,80	3,18±0,56	3,30±0,50	3,39±0,58	0,041*
Toplam	2,85±0,90	3,30±0,48	3,41±0,46	3,50±0,46	0,006*

*ANOVA testi

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin hasta yönelimli yaklaşımı duyma durumuna göre toplam puan ortalaması ve tüm alt ölçek puan ortalamalarındaki fark anlamlıdır (**p<0,05**). Hasta yönelimli yaklaşım kavramını duyanların toplam puan ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksekti (**Tablo 30**).

Tablo 30. Hasta Yönelimli Yaklaşımı Duyma Durumuna Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalaması Dağılımları

Özellikler	<i>Hasta Yönelimli Yaklaşım Kavramını Duyma</i>		<i>p</i>
	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	
	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±SS</i>	
Hasta Katılımı	3,77±0,55	3,57±0,64	0,003*
Karar Verme Desteği	3,49±0,53	3,32±0,55	0,007*
Amaç Belirleme	3,31±0,60	3,04±0,62	0,001*
Problem Çözme	3,63±0,62	3,44±0,66	0,011*
İzlem-Koordinasyon	3,36±0,54	3,21±0,54	0,021*
Toplam	3,48±0,46	3,28±0,48	0,001*

*Student t testi

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin kronik hastalık yönetimi ve/veya hasta yönelimli yaklaşım konularında eğitim alma durumunun “izlem-koordinasyon” alt ölçeği hariç diğer alt ölçekler ve toplam puan ortalamaları açısından farkı anlamlıdır (**p<0,05**). Buna göre kronik hastalık yönetimi ve/veya hasta yönelimli yaklaşım konularında eğitim aldığını ifade edenlerin toplam puan ortalaması ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 31).

Tablo 31. Kronik Hastalık Yönetimi ve/veya Hasta yönelimli yaklaşım konularında eğitim alma durumuna göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hekim Perspektifi ifadelerinin Toplam ve Alt Ölçek puan ortalamaları

Özellikler	<i>Kronik Hastalık Yönetimi ve/veya Hasta yönelimli yaklaşım konularında eğitim alma durumu</i>			<i>p</i>
	<i>Evet</i>	<i>Hayır, eğitim almak isterim</i>	<i>Hayır, eğitim almak istemem</i>	
	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±SS</i>	<i>Ortalama±SS</i>	
Hasta Katılımı	3,75±0,53	3,74±0,56	3,51±0,72	0,020**
Karar Verme Desteği	3,48±0,51	3,48±0,51	3,22±0,62	0,003**
Amaç Belirleme	3,26±0,54	3,26±0,64	3,01±0,63	0,018**
Problem Çözme	3,65±0,56	3,63±0,61	3,26±0,72	0,001**
İzlem-Koordinasyon	3,35±0,54	3,33±0,54	3,16±0,57	0,066**
Toplam	3,47±0,42	3,46±0,46	3,20±0,54	0,001**

**ANOVA Testi

5. TARTIŞMA

Dünya’da ve ülkemizde kronik hastalıkların sıklığının ve komplikasyonlarının artması, bu hastalıkların önlenmesini ve yönetimini de önemli hale getirmektedir. Kronik hastalıklardan korunma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin çoğunda ise etkin rol birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimlerindir. Bu sebeple Hatay ilindeki aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimini etkileyen faktörleri ve hasta yönelimli yaklaşımlarına etkisini incelediğimiz çalışmamızın öne çıkan bulguları bu bölümde literatürdeki diğer çalışmalar ile değerlendirilerek yorum ve çıkarımlarda bulunulacaktır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması 45,6 olup yarıdan fazlası erkektir ve aile hekimleriyle yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2015 yılında ülke genelinde aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada da aile hekimlerinin yaş ortalaması 41,9’dur ve yarıdan fazlası erkektir (68). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2018 yılında aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların yaş ortalaması 42,5’tir (75). Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından 2013 yılında aile hekimleri ile yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin üçte ikisinin 36-46 yaş aralığında ve yaş ortalamasının ise 41,4 olduğu belirlenmiştir (92). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2015 yılında aile hekimleri ile yapılan bir uzmanlık tezi çalışmasında hekimlerin yaş ortalaması 46,3 olup %70,2’si erkektir (93). Singapur’da 2021 yılında birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların %90’ı erkek ve yaş ortalaması 49,0’dur (94).

Katılımcıların %91’i aile hekimi, %4,5’i aile hekimliği uzmanı ve %4,5’i sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık asistanı (SAHU) olup meslek süreleri ortalama 20 yıl ve birinci basamaktaki görev süreleri ortalama 16,6 yıldır. Araştırmamıza göre her

21 aile hekimine karşılık bir aile hekimliği uzmanı görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2014 yılı verilerine göre ASM’de görev yapan aile hekimliği uzman sayısı %5,2’dir (95). Kırklareli ilinde 2021 yılında yapılan bir çalışmada aile hekimliği uzmanı sayısı %11,4 bulunmuştur (96). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2013 yılındaki bir çalışmada katılımcıların %85,0’i aile hekimi ve %95’inin meslek süresi 10 yıl ve üzerindedir (97). İstanbul’da birinci basamak sağlık hizmeti sunan 610 hekimin katıldığı bir araştırmada katılımcıların %78’ini aile hekimleri, %10,5’ini aile hekimliği uzmanları oluşturmakta olup %59,3’ünün meslek süresi 11-30 yıl arasındadır (98). Ülkemizde pratisyen hekimler “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”ne göre iki aşamalık eğitim sonrasında alınan sertifika ile “aile hekimi” ünvanı ile görev yapmaktadır. Başta koruyucu ve önleyici olmak üzere en önemli sağlık hizmetlerinin verildiği ASM’lerde hizmet kalitesini arttırmanın bir yolu da uzman aile hekimlerinin sayısıdır. Ülkemizde henüz yeterli sayıya ulaşamayan “aile hekimliği uzmanlığı” ihtiyacı AHB’de sözleşmesi devam eden pratisyen hekimlere 2014 yılından itibaren belirli şartlara göre uzmanlık eğitimi verilmesi ile de sağlanmaya çalışılmaktadır (99). 2020 yılı itibariyle 45 ilde 76 eğitim kurumunda (Üniversite/Eğitim araştırma hastanesi) 1169 kayıtlı SAHU asistanı vardır. İlk mezunlar 2020 yılında verilmiş olup 88 kişidir (100).

5.2. Aile Hekimliği Birimi İşleyişi

Araştırmamıza göre katılımcıların %73,1’i il/ilçe merkezindeki aile sağlığı merkezinde görev yapmaktadır. Hatay ili nüfusunun %99,2’si kentsel bölgededir (14). Katılımcılar en fazla Dört Yol (%80,0), Payas (% 75,0), İskenderun (%72,8), Reyhanlı (%70,3) ve Antakya (Merkez ilçe) (%70,0) ilçelerdendir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısal ve işleyiş bileşenleri açısından ilk başvuru yeri olması ve ulaşılabilirlik özellikleri kronik hastalıkların yönetiminde temel faktörlerden olup özellikle kronik hastalıkların önlenmesi, tanı ve takibi açısından aile sağlığı merkezlerinin kırsal alanlarda da güçlendirilmesi son derece önemlidir. (101). Bursa ili kırsal mahallelerinde 2017 yılında 1648 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcılardan en yakın ASM’ye ulaşma süresi yarım saatten az olan mahallelerde yaşayanların ilk başvurularında aile hekimini tercih etme oranı yarım saatten daha

fazla olan mahallelerde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada kronik hastalıklara sahip bireylerin sağlık hizmeti kuruluşlarının uzağında yaşamaları, hastalıklarının takibi için doktora başvurmalarında ayrıca ekonomik yüke neden olabileceği, ek mali yük kaygısının da kişileri kronik hastalıklarını takip ettirmekten alıkoyabileceği ifade edilmektedir (102).

Aile Hekimliği Birimi (AHB); bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıdır (103). Araştırmamıza göre aile sağlığı elemanları en sık %49,4 ile hemşire ve %36,7 ile ebe olmuştur. Kırklareli’de 2020 yılında aile hekimliği birimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada da benzer şekilde aile sağlığı elemanlarının %53,0’ü ebe, %38,0’i hemşire olup çalışmadaki AHB’lerinin 2019 yılı sonu itibarıyla aile hekimi açısından doluluğu %99,1, ASE bakımından doluluğu ise %88,7 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ASE bulunmamasının ciddi bir sorun olduğu, yapılan görevlendirmelerle her ne kadar sürekli hizmet verilmesi sağlansa da, geçici görevli personelin, hizmet yaptığı toplumu orada devamlı çalışan personel kadar tanıyamayacağı ifade edilmiştir (96). Ayrıca ülkemizde kronik hastalıkların yönetimi için yeni başlatılan kapsamlı programın işleyebilmesi için Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirtilen “ASM’lerinde her üç hekime ilave bir ASE olacak şekilde görevlendirilebilmeleri” ve sürece aktif katılımlarının sağlanması asli unsurdur (103).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre gezici sağlık hizmeti; aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy gibi yerleşim yerlerine Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde gidilerek verilen sağlık hizmeti şeklinde tanımlanmaktadır (103). Araştırmamızda sadece beş aile hekiminden biri düzenli gezici hizmet verebilmektedir. Manisa Celal Bayar Üniversitesi’nde 2015 yılında yapılan çalışmaya göre katılımcıların %42,8’i gezici hizmet vermektedir (93). Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi’nde 2020 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada gezici sağlık hizmeti verme durumu %29,4 bulunmuştur (104). Hatay’da kırsal nüfusun %1’in altında olması ve katılımcıların çoğunun il/ilçe merkezlerinde görev yapması bu durumun sebebi olabilmekle birlikte kırsal alanda da etkin kronik hastalık takibi için son derece önemli olan gezici sağlık hizmeti aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının nitelik ve niceliksel şartları düzenlenerek ihtiyacı olanlara ulaştırılması önemlidir.

Araştırmamıza katılan her dört hekimden biri son bir yılda negatif performans almıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2012 yılında aile hekimliği uygulamasının değerlendirildiği bir çalışmada aile hekimlerinin %33,7'si performans cezası aldığını ifade etmiştir (105). Performans kesintisine uğrayan hekim sayısının oldukça fazla olduğu görülmekte olup aile hekimlerinin sorumlu tutulduğu hizmetlerden dolayı olan kesintiler daha detaylı araştırılmalı, öngörülemeyen sorunlarda ise cezalandırmak yerine yapıcı, etkili ve hızlı çözüm getirilen, hastaların da sorumluluk aldığı, toplum katılımının sağlandığı ortak çaba gösterilmeli ve pozitif yönde değiştirilmelidir. Ayrıca performans göstergesinde olmayan hizmetlerin AHB başına düşen nüfusun fazlalığı da dikkate alınırsa geri planda kalabilme ihtimali de bir başka önemli alandır.

Araştırmamızda aile hekimliği birimlerinin kayıtlı nüfus ortalaması 3400 ± 645 olup erkeklerde, aile hekimi uzmanlarında, yaşı 47 ve üzeri olanlarda fazladır. Şu anda görev yaptığı AHB'de görev süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda kayıtlı nüfus ortalaması anlamlı olarak fazladır, nedeni yıllar içerisinde hekimin nüfusundaki kişilerle etkileşiminin artması olabilir. Katılımcılar, AHB başına kayıtlı ideal nüfus sayısını ise ortalama 2396 ± 712 şeklinde belirtmiştir. Türkiye'de 2020 yılı itibarıyla 8,015 ASM ve 26,594 AHB bulunmaktadır (60) ve 2019 verilerine göre ülkemizde AHB başına düşen nüfus ortalaması 3,141'dir (İllere göre 2,679-3,430 arasında) (14). Araştırmamızda kayıtlı nüfus ortalaması Türkiye ortalamasının üzerindedir. Sakarya'da 2019 yılında aile hekimlerinin çalışma şartlarını değerlendiren bir çalışmada aile hekimliği birimine kayıtlı nüfus sayısı ortancası 3,500 saptanmıştır (106). Ankara'da 2018 yılında aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada kayıtlı nüfus ortalaması 3,797 olarak tespit edilmiş olup aile hekimleri, ortalama ideal nüfusun 2,331 olması gerektiğini belirtmişlerdir (107). Bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilgili DSÖ iş birliğinde 2013 yılında yapılan Türkiye Ülke Değerlendirmesi'nde aile hekimi başına düşen nüfus ortalaması 3,500 olarak tespit edilmiştir ve aile hekimlerinin sayısının 2023'e kadar 40.000'e yükseltip aile hekimi başına düşen nüfus oranının 3500'den 2000 veya altına çekilmesinin planlandığı belirtilmiştir (108). Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı'nda aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun fazla olduğu, hekim dışı personel ihtiyacı bulunduğu belirtilmekte ve AHB başına düşen nüfus ortalaması 2023 yılı için 2,700 olarak hedeflenmektedir (109). Sağlık Bakanlığı, ülkemiz için yükü gittikçe artan BOH'ların önlenmesi, takip ve

tedavi süreci için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulamasını 01.01.2021 tarihinden itibaren başlatmış olmasına rağmen (110) başta AHB başına düşen nüfus ortalamasının yoğunluğu, ASE sayısının yetersizliği, sevk sisteminin olmayışı, 2. ve 3. Basamak entegrasyonunun tam olmaması, nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olmaması, performans sorunları gibi nedenlerle henüz uygulanabilirliği yeterli değildir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önleme, takip ve tedavisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılması önemli olmakla birlikte belirtilen eksikliklerin giderilmesiyle elverişli hale getirilmelidir.

Çalışmamızda aile hekimliği birimlerine günlük başvuran hasta ortalaması 63,8'dir. Ünvanlara göre değerlendirildiğinde aile hekimlerinde 64,3, aile hekimliği uzmanlarında 67,1, SAHU asistanlarında 50,3 olup aradaki fark anlamlı değildir. SAHU asistanlarının günlük hasta sayısının daha az olmasının sebebi aynı zamanda yarı zamanlı eğitim aldıkları için olabilir. Ayrıca tüm unvan grupları benzer AHB düzeylerinde ve rutinde çalıştığı için anlamlı fark olmadığı düşünülebilir. Manisa'da 2011 yılında aile hekimlerinin iş yükü ve insan gücünün araştırıldığı bir çalışmada günlük hasta başvuru ortalaması 60'tır (111). İzmir'de 2018 yılında yapılan bir çalışmada aile hekimliği birimlerine günlük başvuran hasta ortalaması aile hekimlerinde 60,7, aile hekimliği uzmanlarında 55,8 bulunmuştur (75). Sakarya'da 2019 yılında yapılan çalışmada da aile hekimi başına günlük hasta sayısı ortalaması 61,3 tespit edilmiştir (106). Çalışmamızın sonuçları Manisa, İzmir ve Sakarya illerine göre daha yüksek bulunmuş olup bu durum aile hekimi başına düşen nüfus ortalamasının ilimizde fazla olmasından dolayı günlük hasta başvurusunun da yüksek olduğunu gösterebilir.

Çalışmamızda hastaya ayrılan süre ortalaması $6,7 \pm 3,5$ dakika bulunmuştur. Cinsiyete göre kadınların ayırdığı süre 7,9 dakika iken erkeklerde 6,1 olup aradaki fark oldukça anlamlıdır. Bu durum, ASM'lere genellikle gebe-bebek izlemleri için de sıklıkla gelindiğinden kadın hekimler ile hastaların ortak tecrübelerini de paylaştığı biyopsikososyal yaklaşımdan kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hekimlerin %61,0'i hastaya ayrılan sürenin yeterli olmadığını belirtmiştir ve hasta muayenesi için gerekli ideal sürenin $16,9 \pm 5,6$ dakika olması gerektiğini ifade etmiştir. İzmir'de 2018 yılında ASM ve akademik kurumlardaki aile hekimleri ile yapılan çalışmada hastaya ayrılan süre çalışmamızla benzer şekilde ASM için 6,7 dakika olarak bulunmuştur (75).

Ankara’da 2018 yılında aile hekimleri ile yapılan araştırmada muayene süresi ortalama $8,4 \pm 3,7$ dakika olarak belirtilmiştir (107). Yardım ve Eser’in 2017 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerine ayaktan başvurularda gereken muayene sürelerini uluslararası karşılaştırdıkları raporunda ABD’de, 2007 yılında hastalara göre ideal muayene süreleri ortalamasının 15,4 dakika hesaplandığını (112), Sırbistan’da DSÖ’ye göre genel pratisyenlerin günde ortalama 40 hasta baktığını ve ortalama muayene sürelerinin 12 dakika olduğunu (113), İngiltere’deki çalışmalarda, hasta başına ayrılan süre 6,7 dakikadan 8,2 dakikaya çıkarıldığında daha iyi öykü alınabildiğini, hastalık taramalarının daha etkin yapılabildiğini (114,115) rapor sonucuna göre ise yeterli süre ayrılmayan ayaktan tanı/tedavi başvurularının, hekim ve hasta verimini azalttığı; ayrıntılı öykü almaya engel olabildiği, böylece sağlık probleminin hekim tarafından iyi yönetilmemesine neden olacağı ifade edilmiştir (116). Çıraklı’nın Türkiye’nin de olduğu 18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arasındaki hasta muayene sürelerini karşılaştırdığı çalışmasında Türkiye’de kişiye düşen ortalama muayene süresinin her geçen yıl daha da azaldığı ve Türkiye’nin OECD ortalamasından düşük olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de doktor sayısının yıllar ilerledikçe artmasına karşılık bu artışın müracaat sayılarındaki artışı karşılayamaması olabileceği değerlendirilmektedir (Baz yıla göre müracaat artış oranı 2018’de %266 artmıştır) (117). Türk Toraks Derneği’nin 2016 yılındaki haber bültenine göre de bir sağlık kurumunda muayene için ortalama 15-20 dakika arasındaki sürenin ideal olduğu bizim çalışmamızla benzer şekilde ifade edilmektedir (118).

Aile Hekimliği sisteminin hali hazırda koruyucu ve önleyici hizmetin verildiği en önemli basamak olması ayrıca ülkemiz nüfusunun yaşlanmakta olduğu ve bu durumun da mevcut BOH yükünü arttırarak özellikle hastaların ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteli ve verimli kronik hastalık yönetimine ihtiyaç duyulacağından her AHB için hizmet verilen nüfusun ihtiyaçlarını da göz önüne alarak bir an önce aile hekimlerinin sayısının arttırılması, kayıtlı nüfuslarının azaltılması şeklinde düzenleme yapılması gerektiği açıktır. Sakarya’da 2019 yılında aile hekimlerinin çalışma şartlarının değerlendirildiği çalışmada birim başına düşen kayıtlı kişi sayısının fazlalığı çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun aklına gelen ilk problem olduğu belirtilmiştir (106).

Araştırmamıza göre hekimlere en sık başvuru nedeni %60,7 muayene, ikinci sırada %34,7 ilaç yazdırmak şeklindedir. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'nde 2018 yılında aile hekimleri ile yapılan tez çalışmasında da benzer şekilde hastaların en sık başvuru nedeni %51,1 şikâyet varlığı ve %41,2 ilaç yazdırma isteğidir (75). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2001 yılında Hereke Aile Hekimliği Merkezi'nde yapılan bir çalışmaya göre ise en sık başvuru nedenleri %37,4 ile ilaç yazdırmak ve %31,0 ile çeşitli şikâyetlere bağlı muayene isteğidir (119). Yalova'da 2015 yılında yapılan bir çalışmada, hastalar ASM'ye en sık başvuru nedenlerini %67,0 muayene isteği ve %22,0 ilaç yazdırmak olarak belirtmişlerdir (120). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018 yılında Kılınçkaya ve Özkan'ın tez çalışmasına göre ASM'ye başvuran hastalar tarafından en sık belirtilen aile hekiminin görevleri sırasıyla; %78,0 muayene etmek, %56,8 reçete düzenlemek olmuştur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının ölçüldüğü bu çalışmada aile hekimine en sık başvuru nedeninin de birçok çalışmada muayene olmak ve reçete yazdırmak şeklinde olduğu, bu durumda aile hekimlerinin en sık bilinen görevleri ile aile hekimine en sık başvurma nedenleri arasında paralellik olmasının nedeninin birinci basamakta koruyucu hizmetlerin göz ardı edildiği ve daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelme olduğu ile açıklanabileceği vurgulanmıştır. Aile hekiminin diğer temel görevlerinden haberdar olunmamasını bu görevlerin yazılı ve görsel medyada yeteri kadar yer almamasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (121).

5.3. Kronik Hastalık Yönetimi

Araştırmamıza katılan her beş hekimden biri AHB'e kayıtlı nüfuslarındaki kronik hastaların sayısını bildiğini yarısından fazlası ise "kısmen" bildiğini ifade etmiştir. Kayıtlı nüfusundaki kronik hastalığa sahip bireyleri "evet/kısmen" şeklinde bilenlerin yarısından fazlası en az bir kronik hastalığa sahip kişi yüzdesini nüfusunun %25-50'si şeklinde tahmin etmiştir. Akman ve arkadaşlarının 2019 yılında aile sağlığı merkezinde yaptığı bir çalışmada kronik hastalık sıklığı %51,9 bulunmuştur (122). Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri 2011-2017 Kohort çalışmasına göre Türkiye'de herhangi bir kronik hastalığı olmayanların oranı yaşa ve cinsiyete standardize olarak %62,8 olup iki ya da daha fazla kronik hastalık prevalansı

%14,8'dir (123). Bu durumda çalışmamıza katılan hekimlerin yaklaşık tahminlerinin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir.

Kronik hastalığı olup da son bir yılda başvurmayanları katılımcıların yarıya yakını yaklaşık %0-25 şeklinde belirtirken üç katılımcıdan biri de başvurmayanların oranını bilmediğini ifade etmiştir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların etkin yönetiminde hastaların ilk aile hekimini ya da diğer birinci basamak kuruluşlarını tercih etmesi, hizmet verenlerin de bu hasta grubuna hâkim olması son derece elzemdir. Ülkemizde 2020 yılında hekime müracaatın %42,2'si birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, %57,8'i ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapıldı, kişi başı hekime müracaat sayısı birinci basamak sağlık hizmetlerinde 3,0 iken ikinci ve üçüncü basamak toplamında 4,2 olmuştur (60). 2016 yılında kronik hastalık ile sağlık hizmetlerini kullanma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların %42,0'sinde herhangi bir kronik hastalık mevcut olup sağlık merkezi tercihinde ilk sırada %43,4 ile kamu hastaneleri olmuştur, kronik hastalığı olan dört kişiden biri sadece ilk başvuruda AHB'ini tercih etmiştir (124). Ankara'da aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada hekimlere göre kayıtlı kişilerin AHB'e başvurmama nedenleri en sık %20,6 "aile hekimliği hizmetlerini bilmeme" ve %14,5 "aile hekimlerine güvenmeme" şeklindedir (107). Kılınçkaya ve Özkan'ın 2018 yılındaki çalışmasına göre ASM'ye başvuran hastalar tarafından herhangi bir rahatsızlıkta ilk başvuru yerin devlet hastanesi olması durumu en sık %51,1 "aile hekimlerinin yeterli görülmemesi", %46,8 "ASM'lerin teknolojik olarak yetersiz olması" şeklinde belirtilmiştir (121). Akman ve arkadaşlarının İstanbul'da ASM'ye başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada %63,1'inin ilk başvurduğu sağlık kurumunun ASM olduğu ve kronik hastalık kontrolü için %46,1'inin ASM'yi tercih ettiği saptanmıştır (122). Gümüş ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada katılımcıların bir rahatsızlık durumunda öncelikli kurum tercihleri %63,2 oranında devlet hastanesi iken birinci basamağı kullanma oranları %30,8 bulunmuştur. Aynı çalışmada katılımcıların %81,0'i aile hekimlerine ulaşma sorunu yaşamadığını ifade etmesine rağmen kronik hastalığı olanların devlet hastanesinden önce aile hekimini tercih etme oranı sadece %5,5 olup anlamlı bulunmuştur ve yine aynı çalışmada aile hekimine yıllık hiç başvurmayanların oranı %15,6'dır (125). Sağlık Bakanlığı tarafından da 2018 yılında aile hekimine gitmeyen nüfusun oranı %22,4

olarak açıklanmıştır (109). Avrupa'nın birçok ülkesinde uygulanan birinci basamakta kapıtutuculuk, yani AHB'nin ilk başvuru noktası olması sağlık hizmetleri sunumunda verimliliği arttırmayı ve maliyet etkin olmayı amaçlar. Bu sistemde aile hekimleri, ikinci basamak sağlık hizmetlerine ve tetkiklere erişimi kontrol ederler (126,127). Kapı tutuculuğu sadece sevk hizmeti olarak değil kişilerin karşılaştıkları her yeni sağlık probleminde ilk kararı veren, gerektiğinde hastasını sevk eden, ama sevki takip eden izlemi de gerçekleştiren hekimliktir (128). İngiltere, Finlandiya, İzlanda, Avusturya, Portekiz, İtalya ve Hollanda uygulandığı ülkelerdir (129). Bu uygulamanın olumsuz yanlarının da olabileceğini gösteren çalışmalar olsa da DSÖ'nün de desteklediği kapıtutuculuk uygulaması, Türkiye'nin sağlık sisteminde de birden çok kez uygulanmaya çalışılmış, fakat vazgeçilmiştir (130). Bu durumdan aile hekimi sayısının yetersizliği, alt yapı yetersizliği, 2. ve 3. Basamak entegrasyonunun sağlanamaması ve hasta memnuniyet politikası etkili olmuş olabilir.

Ayrıca belirtmek gerekir ki son iki yıldır yaşanan pandeminin etkisinden dolayı risk grubunda olan kişilerin COVID-19 bulaşından çekinerek sağlık kuruluşlarına başvurmaktan çekinmeleri, ara ara yaşanan sokağa çıkma kısıtlamaları ve süresi biten tedavi raporlarının devam etmesi başvuruları azaltmıştır (131). Bu durum araştırmamıza katılan hekimlerin de bu konudaki tahmin olasılığını düşürmüş olabilir.

Çalışmamıza katılan her üç hekimden ikisi kronik hastalıkların takip ve tedavisi için hastalarıyla “kısmen” düzenli görüşmekte olup yaklaşık dört hekimden biri (%23,1) düzenli görüşmediğini belirtmiştir. Bursa ilinde 2016 yılında kırsal mahallelerdeki birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların kronik hastalıklarının %78,7'sinin düzenli takibi yapılmasına rağmen aile hekimleri tarafından takip edilme oranları (%10,2) çok düşük bulunmuştur (102). Birinci basamak sağlık hizmetleri için Starfield tarafından dört özellik (ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon) tanımlanmıştır (132). Bu özelliklerden biri olan süreklilik, hizmet alan bireyin sağlık hizmeti sunan belirli bir hekim ya da ekip tarafından kesintisiz bir zaman boyunca izlenmesidir (101). Sürekliliğin birinci basamaktaki faydaları koruyucu hizmetlerin daha fazla kullanıldığı, hastaların biyopsikososyal problemlerinin daha iyi ayrımlaştırıldığı, acil hastane başvurularının azaldığı, hospitalizasyonda azalma ve yatış süresinde azalma olduğu, ilaç kullanımına uyumun arttığı şeklinde sıralanmaktadır (133,134). Ayrıca

birinci basamakta hastaların sürekli aynı hekim tarafından takip edilemeyeceği ileri sürülmekte olup sürekliliğin sağlanması sorumluluğunun bireysel hekim yerine birinci basamak ekibine yüklenmesi gerektiği savunulmaktadır (135).

Çalışmamıza göre her beş katılımcıdan biri kronik hastalıkların takibinde telefon, internet, sms gibi dijital görüşme araçlarını kullanmıştır. Kısaca “uzaktan sağlık” anlamına gelen telesağlık, DSÖ tarafından; “mesafenin kritik hal aldığı sağlık hizmetleri sunumunun tüm sağlık çalışanları tarafından hastalıkların tanı, tedavisi, kazaların önlenmesi, araştırma, değerlendirme, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak sağlanması” olarak tanımlanmaktadır (136). Telesağlık hizmetleri, özellikle birinci basamakta, eşitsizliklerden daha fazla etkilendiği bilinen kadınlar, yaşlılar, çocuklar, sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin daha çok erişebildiği, daha uygun maliyetli, kişilerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesini de kapsayan halk sağlığı yaklaşımı ile sunulmalıdır (137). Bolu ilinde 2020 yılında birinci basamak sağlık çalışanları ile olası tele sağlık senaryolarının değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %85,4’ü tele sağlığın birinci basamak sağlık hizmetlerinde, %77,6’sı koruyucu sağlık hizmetlerinde, hedef grup olarak ise en sık %74,1’i fiziksel engelli bireyler için, ikinci sıklıkta %67,8’i kronik hastalığı olanlar için kullanılabileceğini belirtmiştir (104). Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Fakültesi’nde 2018 yılında yapılan tez çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim ve hastanın kullanımı için kanıta dayalı rehberler kullanılarak HT ve DM hastalıklarının tarama, tanı, tedavi ve takibini yapabilen mobil tabanlı klinik karar destek ve izlem sistemi geliştirilmiştir. Bu sistem ile diyabet ve hipertansiyonun neden olduğu olası komplikasyonları, hastaneye yatışları, morbidite, mortalite ve tedavi maliyetlerini azaltıp, kişiselleştirilmiş ve öz yeterliliği arttıran amaçlar hedeflenmiştir, müdahale grubundaki diyabet hastalarında 6 ay sonra HbA1c ve açlık kan şekeri anlamlı iyileşme olduğu gösterilmiştir (138).

Telesağlık kavramı henüz dünya ve ülkemiz için yeni bir kavramdır, ilerleyen yıllarda gelişeceği muhakkak olmakla birlikte başta güçlü bir alt yapı, yeterli sayıda eğitimli personel, sorumluluk alan eğitimli hastalar, gerekli hukuki düzenlemeler, veri gizliliğinin sağlanması gibi birçok maliyetli de olabilecek düzenlemeye gerek duyulmaktadır.

Çalışmamıza göre kayıtlı nüfuslarındaki bulaşıcı olmayan hastalık risklerini sırayla en sık her on hekimden sekizi fiziksel inaktivite, beslenme bozukluğu, yedisi sigara kullanımı, yaklaşık yarısı fazla tuz kullanımı, on hekimden ikisi alkol tüketimi olarak belirtmiştir. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 Çalışması'na göre; nüfusun yarıdan çoğu (%51,2), bulaşıcı olmayan hastalıklar için üç veya daha çok risk faktörüne sahip olup bu durum yaşla birlikte artmaktadır. Çalışmaya göre sadece %1,3 nüfusun, beş risk faktöründen hiçbirini taşımadığı anlaşılmıştır. Halen tütün ürünü kullananların oranı %31,6'dır. Son 30 gün içerisinde alkol kullanan kişilerin oranı %8,0'dır. Günde 5 porsiyondan az meyve ve/veya sebze tüketenlerin oranı %87,8'dir. Ortalama günlük tuz tüketimi 9,9 gramdır. Her 10 yetişkinden 4'ü DSÖ tavsiyesine göre (haftada 150 dakikadan daha az orta yoğunlukta ya da eş değeri fiziksel aktivite yapanlar) yetersiz fiziksel aktivite yapmıştır (30). Çalışmamıza katılan hekimlerin görüşleri de Türkiye sıklıklarına benzerdir. BOH risk faktörlerinin çoğu yaşam tarzı değişiklikleriyle önlenabilir niteliktedir. Risk faktörlerinin yönetimi birey, toplum, ülke ve küresel düzeylerde etkin stratejik yöntemlerle sağlanmalıdır. Ülkemizde değiştirilebilir bireysel faktörler için ise sağlık okuryazarlığının artırılması ve halk sağlığı yaklaşımının uygulayıcısı Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)'lerinin daha etkin olması, ASM'ler ile hizmet ve personel entegrasyonunu sağlaması çok önemlidir.

Araştırmamıza katılan hekimler kayıtlı nüfuslarındaki en sık kronik hastalıkları %94,8'i hipertansiyon, %94,2'i diyabet, %77,3'ü kardiyovasküler hastalıklar, %61,7'si KOAH-Astım, %56,8'i obezite şeklinde belirtmiştir. İzmir'de 2018 yılında aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık asistanları ile yapılan çalışmada da benzer şekilde en sık kronik hastalıklar hipertansiyon (%79,9) ve diyabet (%28,8) olarak saptanmıştır (75). Kılınçkaya ve Özkan'ın 2018 yılında ASM'ye başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada ise en sık kronik hastalıklar %37,8 DM, %36,5 kalp damar hastalıkları şeklindedir (121). Sivas'ta da 2019 yılında ASM'ye başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada en sık kronik hastalıklar %38,3 HT ve %22,8 DM'tir (139). Gözümlü ve arkadaşlarının 2017 yılında kırsalda yaptıkları çalışmada bireylerde en az bir kronik hastalık bulunma oranı %55,1 olup en sık %54,6 HT, %43,9 DM, %25,5 koroner kalp hastağı şeklindedir (140). Hem çalışmamızda hem de diğer araştırmalarda kronik hastalıklardan hipertansiyon ve diyabet sıklığı ön plandadır.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 Araştırması'na göre; ülkemizde yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon sıklığı %16,2 olup yaşla artmaktadır. Erişkin nüfusun %13,2'si diyabetiktir, yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığı %9,1'dir. Aynı çalışmada kalp damar hastalığına bağlı göğüs ağrısı ya da felç geçirenlerin sıklığı %5,0 şeklinde belirtilmiştir (30). KOAH-astım ise tanısının konulmasında yetersiz kalınan hastalıklardan olduğu için Türkiye'deki farklı çalışmalarda prevalansı %5,0-19,1 arasında değişmektedir (141). Sağlık istatistikleri yılı 2019'a göre ise ülkemizde obezite oranı %21,1 olup obez öncesi %35,0'dır (14).

Araştırmamıza katılan hekimler, kronik hastalık yönetiminde sorun yaşadıkları hastalıkları en sık %61,7 diyabet, %46,4 obezite ve %39,3 ile kalp damar hastalıkları olarak belirtirken hastaların tedaviye uyumlarının sorunlu olduğunu düşündükleri kronik hastalıkları ise en sık %76,9 diyabet, % 62,0 obezite, %30,2 HT şeklinde ifade etmişlerdir. Diyabet ve obezite, hem hastaların tedaviye uyumunda hem de hekimlerin yönetiminde sorun yaşadıkları ortak hastalıklar olmalarına rağmen hekimlerin beyanına göre bu iki hastalıkta hastaların tedaviye uyum sorunu yönetim sorunundan daha fazladır. Günümüzde hazır ve işlenmiş gıda sektörünün artması, fiziksel inaktivite artışı ile biraraya geldiğinde özellikle diyabet ve obezite gibi tedavi ve izlem süreci yaşam tarzı ile fazlaca ilişkili hastalıklar, hastaların tedaviye uyumunda zorluk oluşturmaktadır. Kalp damar hastalıkları ve KOAH-astımda ise hekimlerin yönetim sorunu hastaların uyum sorunundan daha fazla tespit edilmiştir. Bu durumun nedeni ise bu iki hastalığın özellikle tanı, takip süreçlerinde ve ilaç reçetelenmesinde hem teknik donanım hem de uzmanlık gerektirmesi olabilir. İzmir'de 2018 yılında aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık asistanları ile yapılan çalışmada ise hekimlerin hem yönetiminde sorun yaşadıkları hem de hastaların tedaviye uyum sorunu olduğunu düşündükleri kronik hastalıklar ortak olup sırasıyla en sık diyabet, psikiyatrik hastalıklar ve KOAH-astımdır (75). Bizim çalışmamızda psikiyatrik hastalıklar altıncı sırada, KOAH-astım ise dördüncü sırada olarak öncelikli belirtilmemiştir.

Ayrıca kronik hastalıkların yönetimini zorlaştıran bir başka faktör, ASM'lerdeki alt yapı ve personel eksikliği, uygun sevk sisteminin geliştirilememesi, aile hekimlerinin toplumdaki statüsü gibi nedenlerle ülkemizde kronik hastalığa sahip hastaların tanı, takip ve tedavi süreçlerinin çoğu için ikinci ve üçüncü basamak sağlık

hizmetlerinde uzman hekimi tercih ederken, ASM'leri ise biten ilaçların reçetesi için ziyaret etmesi olabilir, sağlık hizmet basamakları arasında da belirli ve sistemik eşgüdüm olmadığından dolayı aile hekimlerinin kronik hastalığa sahip hastalarını biyopsikososyal yaklaşımla kapsamlı değerlendirme ve düzenli takip imkânı olamamaktadır. Bu duruma ait görüşler ve ihtiyaçlar DSÖ'nün 2014 yılındaki Türkiye Ülke Değerlendirilmesi raporunda da ifade edilmektedir (108). Dede ve arkadaşlarının 2012 yılında gerçekleştirdikleri bir çalışmada kronik hastalığa sahip her dört hastadan üçünün hastalığını izleyen bir hekiminin olduğu fakat takip eden hekimlerin sadece dörtte birinin birinci basamak hekimi olduğu saptanmıştır (142). Uğrak ve arkadaşlarının 2016 yılında yayımlanan kronik hastalıklara sahip hastalar ile sağlık hizmetlerini kullanma eğilimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaları da bu durumu desteklemektedir. Çalışmaya göre, kronik hastalığı olanların üniversite hastanesini olmayanların ise aile hekimini daha yüksek oranda tercih ettiği, stabil durumdaki kronik hastalıkların tedavi ve takibinin aile hekimleri tarafından yapılmasının gerekliliği, kronik hastalıkların rutin takibinde hastaların sağlık hizmet maliyetlerinin en yüksek olduğu üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşları tercih etmelerinin kısıtlı kaynakların gereksiz kullanılmasına neden olacağı belirtilmektedir (124).

Aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini bireye yönelik verirken, toplum sağlığı merkezleri ise bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkin şekilde sunulmasını izler, değerlendirir, denetler ve destekler; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlar (143). Araştırmamıza göre katılımcıların %30,2'si Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 2. Ve 3. Basamak sağlık kuruluşları ile işbirliği yapmakta ve %35,1'i ise hastalarının bir üst basamak sağlık kurumundaki muayenelerinden sonra tekrar görüşmektedir. Araştırmamıza göre hekimlerin birinci basamağın ikinci ana kolu olan ve halk sağlığını temsil eden, topluma yönelik sağlık hizmetlerinin verildiği TSM'ler ile iş birliğinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. BOH yükünün azaltılmasında çok önemli bir yeri olan TSM'lerin görevleri ve işleyişi, medya ve diğer iletişim araçlarıyla daha fazla duyurulmalı ve ASM'ler ile daha net, koordineli ve yoğun iş birliği sağlanmalıdır. Öztürk ve arkadaşlarının 2019 yılında

sağlıklı hayat merkezlerinde (toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet gösteren çok amaçlı yapılar) yaptıkları çalışmada, bu merkezlerin yoğunluk yaşanan bölgelerde bina ve personel kapasitesinin artırılması, aile hekimliği uygulamasına kolaylık ve işbirliği sağlayacak şekilde merkezi randevu ve sevk sisteminin oluşturulması gerektiği, verilen hizmetlerin kayıt ve istatistiğinin tutulması ve e-nabızda yer almasının önemi vurgulanmıştır (144). Aynı şekilde kronik hastalık yönetimini etkin hale getirmenin diğer önemli noktası da ikinci ve üçüncü basamakta verilen kronik hastalıklara bağlı hizmetlerin tüm basamaklarda iş yükünü arttırmayacak şekilde düzenlenerek, özellikle epikriz gibi objektif verilerle geribildirim sağlanmalı, iş birliği arttırılmalıdır. TSM tarafından sağlanan “koruyucu ve önleyici” hizmetlere yönelik sağlık personelleri ve hastalarla mevcut durumu ve ihtiyaçları belirlemeye yönelik daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmamıza göre aile hekimleri kronik hastalıkları önlemeye yönelik nüfusundaki kişilere çok yüksek oranda (%72,1-%98,0) beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite durumlarına göre uygun egzersiz önerileri, sigara ve alkol kullanımını bıraktırmaya yönelik danışmanlık vermekte, gerekli aşıları yaptırma ve kanserin erken teşhisine yönelik çeşitli taramalar önermektedir. En sık önerilen %98,0 ile aşı olmuştur. Bu duruma aile hekimlerinin rutin aşı programları dışında, iki yılı aşkın süredir yaşanan COVID-19 pandemisine yönelik aşıları da önermesi etkili olmuş olabilir. Diğer yaşam tarzı önerilerindeki yüksek oran da yine pandemi etkisinden kaynaklanmış olabilir de çalışmamıza katılan hekimlerin nüfus yoğunluğunun fazlalığı ve artmış iş yüküne rağmen bu danışmanlıkların çok yüksek oranda olması sevindiricidir. Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2015 yılında ülke genelindeki bir çalışmada aile hekimlerinin %68,4’ünün birinci basamakta tarama ve danışmanlık hizmetlerinin yeterli sunulmadığını ifade ettiği bu durumun ise kayıtlı nüfusun azaltılarak ve hekimlerin eğitilmeleriyle çözülebileceğini önerdikleri ve hekimlerin %61,5’unun taramalar hakkında eğitim verdiği, %40,9’unun sigara-alkol alışkanlığı, %32,1’inin ailedeki risk faktörlerine yönelik, %6,2’sinin beslenme alışkanlığı, %3,8’inin fiziksel egzersiz durumunu sorguladığı saptanmıştır (68). Akman ve arkadaşlarının 2019 yılında ASM’ye başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %23,8’i fiziksel aktivite, %25,6’sı tütün ve mamulleri hakkında, %15,6’sı alkol kullanımı hakkında hekimleri tarafından bilgilendirildiğini ifade

etmiştir (122). Ayrıca tarama ve danışmanlık hizmetlerinde hekimlerin bölgelerindeki hastalık özelliklerine ve imkânlarına hâkim olması da önemli ve gereklidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin her alanında olduğu gibi kronik hastalık yönetiminde de kanıta dayalı yaklaşım önemlidir. Bu bağlamda çalışmamıza katılan hekimlerin %51,6'sı klinik rehber kullandığını, %15,6'sı klinik rehberlerden haberdar olmadığını belirtmiştir. Araştırmamızdaki her üç katılımcıdan biri rehber kullanmadığını ve en sık nedenlerini ise %66,6'sı yeterli vakti olmadığını, %48,0'ı ise yeterli motivasyonu olmadığını ve %23,2'si yabancı dilin yeterli olmadığını belirtmiştir. İzmir'de 2018 yılında aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada da hekimlerin %57,3'ünün kronik hastalıkların yönetiminde klinik rehberleri kullandıkları, %5,1'inin ise bu rehberlerden haberleri olmadığı bulunmuş olup rehber kullanmama nedenleri olarak en sık %58,8 motivasyon yokluğu %49,3 zaman yetersizliği ve %29,1 yabancı dil engeli şeklindedir (75). İzmir ilindeki çalışmaya göre rehber kullanım sıklığı çalışmamızla benzer olup klinik rehberlerden haberdar olmama ve vakit yetersizliği engeli bizim araştırmamızda daha fazladır. Bu durumun nedeni yaş ortalaması çalışmamızla benzerlik gösterse de bizim çalışmamızdaki katılımcılar daha fazla pratisyen hekim iken İzmir'deki çalışmada her üç katılımcıdan birinin aile hekimliği uzmanlık asistanı olması ve eğitim süreçlerinde klinik rehberleri sık kullanmalarından dolayı olabilir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı 2013 Çalışması'na göre hekimlerin ülkemizde %45,2'si klinik rehberleri kullandığını, %9,8'i ise rehberlerden haberi olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmaya göre de bizim çalışmamızdaki rehber kullanımı yüksek olsa da rehberlerden haberdar olmama oranı daha yüksektir (145). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2020 yılında ASM'deki hekimlerin kılavuz kullanımını ölçen tez çalışmasında hekimlerin %59,6'sı günlük pratiğinde kılavuz kullanmadığını belirtmiş olup kılavuz kullanmama nedenleri ise en fazla oranda %30,7 ile uzun ve detaylı olması, ikinci sıklıkta %28,2 birinci basamağa uygun olmaması şeklindedir. Aynı çalışmada katılımcılar en sık (31,9) “kronik hastalık takiplerinde” kılavuza ihtiyaç duyduklarını ifade edip, kılavuzların içeriği açısından ise %78,8 “Birinci basamak yaklaşım ön planda olmalı”, %59,6 “Tanı, tedavi, sevk durumlarında yol gösterici olmalı”, %51,9 “Kronik hastalık tedavi protokollerini içermeli”, %46,2 “Kronik hastalık takibine daha çok yer vermelidir” şeklinde belirtmişlerdir (146).

Ülkemizde 2015 yılında revize edilerek tekrar yayınlanan aile hekimleri için temel nitelikteki, “Aile Hekimliği’nde Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” ile ilgili Yangı ve arkadaşlarının 2018 yılında aile hekimleri ile yaptıkları çalışmada, bu rehber sorulduğunda %48,9’u bilgi sahibi olduğunu, %51,1’i ise rehber hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada her dört aile hekiminden sadece birinin farklı ülkelerdeki birinci basamak rehberleri bildiği bulunmuş olup rehberlerin az kullanılma nedeni olarak ise bizim çalışmamızla da benzer şekilde en fazla zaman kısıtlılığı belirtilmiştir. Yangı ve arkadaşları, rehber kullanımını arttırmaya yönelik ise hem ulusal hem de uluslararası rehberlerin Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde (AHBS) yer alması ve kullanımına yönelik uyarı sistemlerinin oluşturulması, rehberlerin basılı hale getirilmesi gibi çözüm yolları sunmuştur (147).

Araştırmamıza göre on SAHU asistanı hekimden dokuzu, on aile hekimliği uzmanından yedisi ve aile hekimlerinin ise yarıya yakını rehber kullanmaktadır ve aradaki fark anlamlıdır. SAHU asistanları, unvanlara göre eğitimleri devam eden grup olduğundan dolayı güncel rehberleri kullanmada farkındalıkları ve bilgileri en fazla olabilir. Bu durum ayrıca sahadaki aile hekimleri için de sürekli mesleki hizmet içi eğitimin önemini göstermesi açısından da değerlidir.

Çalışmamıza göre meslekte geçirilen süre 10 yıl ve altında olanların rehber kullanma oranları en yüksek (%68,3) olup meslek yılı arttıkça rehber kullanımı azalmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durumun nedeni yıllar içerisinde hekimlerin belirttiği rehber kullanmama nedenlerinden ikinci en sık olan motivasyon eksikliğinden ve belli aralıklarda düzenli ve sürekli mesleki eğitim yapılmamasından dolayı olabilir.

Katılımcıların kayıtlı nüfusları ve günlük hasta sayılarına göre rehber kullanımında fark saptanmazken hastaya ayırdığı süreyi yeterli bulanlar (%65,2) , nüfusundaki kronik hastalığa sahip kişileri bilenler (%68,7) ve kronik hastalığa sahip hastalarıyla düzenli görüşüğünü ifade edenler (%79,5) anlamlı olarak daha fazla rehber kullanmaktadır. Araştırmamızın bu yönü, hekimlerin ideal çalışma şartlarında kanıta dayalı tıp uygulamalarını arttırabildiği sonucunu yansıtabilir.

Araştırmamızda hekimlerden kronik hastalıkları yönetebilme yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde değerlendirenlerin %62,6’sı, akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde değerlendirenlerin %57,7’si, hasta yönelimli yaklaşımı duyanların %60,0’ı, kronik hastalık yönetimi konusunda eğitim alanların %67,2’si anlamlı olarak daha fazla rehber kullanmaktadır. Bu durum aslında rehber kullanmanın klinik uygulamaya olumlu etkisini dolaylı yoldan açıklayabilir.

Araştırmamızdaki temel bulgulardan biri olarak katılımcıların yarıya yakını kronik hastalık yönetiminde genel yeterliliklerini (%44,5) ve akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliklerini (%45,5) “orta-zayıf” olarak değerlendirmiştir.

Kronik hastalık yönetimini engelleyen nedenlere ise %72,4’ü “hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği”, %71,1’i “hastaların ilaç dışı tedaviye uyumsuzluğu”, %68,5’u “hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamaması”, %66,6’sı “yeterli zamanı olmaması” şeklinde en sık yanıtları vermişlerdir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması 2011’e göre birinci basamakta hekimlerin %58,7’si kronik hastalıkları yönetebilme yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde değerlendirmiştir. Hekimlere göre kronik hastalıkların yönetiminde hizmet sunmanın en önemli güçlüğü hastaların ilaç tedavisine (%61,4) ve ilaç dışı tedavilere (%25,3) uyum sağlayamamasıdır (145). Bu çalışmaya göre bizim çalışmamızdaki yeterlilik seviyesi hem toplam hem de Akdeniz bölgesi (%60,8) açısından biraz daha düşük olmakla birlikte yönetim yeterliliğini engelleyen nedenler benzerdir. İzmir’de aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık asistanları ile 2018 yılında yapılan çalışmada hekimlerin kronik hastalıkların yönetiminde güçlük yaşama oranı %17,6 bulunmuştur. Hekimlerin %56,5’i bazen sorun yaşadığını, %26,0’ı sorun yaşamadığını belirtmiştir. Çalışmaya göre kronik hastalıkları olan bireylere hizmet sunumunda en çok zorluğu pratisyen hekimlerin yaşadığı, uzman ve asistan hekimlerin zorluk yaşama oranlarının daha düşük ve aynı sıklıkta olduğu belirtilmiştir (75). Bizim çalışmamızda ise farklı olarak, aile hekimleri kronik hastalık yönetim yeterliliğini aile hekimliği uzmanları ve SAHU asistanlarına göre daha fazla oranda “çok iyi-iyi” olarak belirtmiştir. Çalışmamızda gerek meslek yılı gerekse de birinci basamakta geçirilen yıl açısından aile hekimlerinin görev süresi daha fazladır, bu durum da kayıtlı nüfuslarına daha fazla hâkim olarak kronik hastalıklardaki yönetim yeterliliklerini arttırmış olabilir.

Araştırmamıza göre 36 yaş ve altındaki hekimlerin ve meslek süresi 10 yıl ve altında olanların kronik hastalıklardaki yönetim yeterliliğinin “orta-zayıf” oranı daha fazla olup anlamlıdır. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi müfredatının güçlendirilerek sürekli mesleki eğitim sağlanmasının önemi açıktır.

İzmir’de aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık asistanları ile 2018 yılında yapılan çalışmada kronik hastalık yönetim yeterliliğini etkileyen en önemli nedenler ise en fazla ilaç dışı tedaviye (%78,4) ve ilaç tedavisine (%61,6) uyum sağlanmaması olarak saptanmıştır. İzmir ilindeki çalışmada, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında ve bizim çalışmamızda, 2011 yılından günümüze kadar geçen on yılı aşkın sürede kronik hastalık yönetimini engelleyen en sık nedenlerin ortak olması, aile hekimliği uygulamasında özellikle kronik hastalıkların yönetiminin tek taraflı olamayacağını, hastaların da öz yönetim becerilerinin ve sağlık okuryazarlıklarının bir an önce artırılması gerektiğini göstermektedir. Türkiye’de 2017 yılında yapılan Sağlık Okuryazarlık Düzeyi çalışmasında, toplumun %68,9’unun sınırlı ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır (148). Kronik hastalık yönetiminde, sağlık okuryazarlığı eksikliği, halk sağlığı için gözle görülür olamayabilen fakat ciddi sonuçlar doğuran bir tehdittir.

Çalışmamıza göre hastaya ayrılan süre arttıkça kronik hastalık yönetim yeterliliği de artmıştır. Hastaya ayırdığı süre 10 dakika ve üzerinde olanların yarısından fazlası yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde değerlendirmiştir.

Katılımcılardan kayıtlı nüfusundaki kronik hastalığa sahip bireylerin sayısını bilenlerin %74,6’sı ve benzer şekilde kronik hastalığa sahip hastalarıyla düzenli görüştüğünü ifade edenlerin %76,9’u, kronik hastalık yönetim yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde ifade etmiştir ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durumda, araştırmamızın klinik rehber kullanma sıklığı bölümünde de değinildiği gibi, Aile hekimliği uygulamalarında hasta muayene süresi arttığında ve ideal çalışma şartları sağlandığında BOH mücadelesinin de artacağı söylenebilir.

Katılımcılardan kronik hastaların takibinde telefon, internet, sms gibi dijital araçları kullandığını ifade edenlerin %70,9’u, kronik hastalıklar hakkında daha önce eğitim aldığını ifade edenlerin de %76,6’sı kronik hastalık yönetim yeterliliğini “çok iyi-iyi” şeklinde belirtmiştir ve bu sonuçlar anlamlıdır. Tele tıp yani “uzaktan sağlık”

hizmeti, hekimlerin rehber kullanma durumlarında da değinildiği gibi hızla gelişen bir alandır ve ileride birinci basamakta da gerekli düzenlemelerle yerini alacaktır. Bizim çalışmamız da bu durumun yarar sağlayabileceğine yönelik ipucu vermektedir. Ayrıca çalışmamız aile hekimliği uygulamasında hekimlerin sürekli mesleki eğitimlerinin desteklenmesinin önemini de göstermektedir.

5.4. Hasta Yönelimli Yaklaşım Durumu

Katılımcılardan hasta yönelimli (merkezli) yaklaşımı duyduğunu ifade edenlerin oranı %61,7’dir. Kronik hastalık yönetimi ve/veya hasta yönelimli yaklaşım konularında her beş hekimden biri eğitim aldığını ifade ederken hekimlerin %58,8’i eğitim almadığını fakat eğitim almak istediğini belirtmiştir. Uludağ ve Bozdemir’in 2016 yılında Adana’da aile hekimlerinin hasta merkezli bakım algıları hakkındaki çalışmalarında, hekimlerin %56,3’ü, hasta yönelimli yaklaşım konusunda daha önce eğitim aldığını ifade etmiştir (149). Çalışmamızda eğitim alan hekim sayısı az olsa da eğitim almak isteyen hekimlerin fazla sayıda olması sevindiricidir. Kronik hastalık yönetiminde hasta yönelimli yaklaşımın önemi açıktır ve hekimlerin ihtiyaç duydukları eğitim planlanarak sağlanmalıdır.

Kronik hastalıkların yönetimini etkileyen pek çok faktörden biri de hasta-hekim arasındaki ilişkidir. Hasta-hekim ilişkisi modellerinden; hekimlerin yaklaşık yarısı (%48,4) “Doktor, hastalığı konusunda hastaya bilgi vermeli, hastanın isteklerini de yorumlayarak yardımcı olmalıdır” şeklinde “yorumlayıcı (açıklayıcı) modeli” tercih ederken, üç hekimden biri (%30,8) “Doktor, yapılacaklar konusunda hastayla arkadaşça görüşme yapmalı, hastaya seçenekleri sunarken en iyiyi de önermelidir” şeklinde “müzakereci modeli” tercih etmişlerdir. Çalışmamıza benzer şekilde Kızılnal ve Fırlar’ın 2017 yılında aile hekimlerinin iletişim düzeyleri hakkındaki çalışmalarında, hekimlerin %61,2’si “Doktor, hastalığı ve yapılacaklar konusunda hastaya bilgi vermeli, hastanın isteklerine de yardımcı olmalıdır” şeklindeki “yorumlayıcı (açıklayıcı) modeli” tercih ederken, %22,4’ü “Doktor, yapılacaklar konusunda hastayla arkadaşça görüşme yapmalı, seçenekleri sunarken en iyiyi de önermelidir.” şeklindeki “müzakereci modeli” tercih etmiştir (150). Araştırmamıza

katılan hekimlerin bu iki modeli tercih etmesi, iletişimde hekimin ön planda olduğu paternalistik yaklaşımdan ziyade iş birliğine dayalı “hasta yönelimli” tutum açısından olumludur.

5.5. Hasta-Hekim Yönelim Durumu

Katılımcıların Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ)’nden aldıkları genel toplam puan ortalaması 44,8 dir. Paylaşım alt ölçeği puan ortalaması 30,9 ve HHYÖ Bakım alt ölçeği puan ortalaması ise 13,9’dur. Hekimlerin toplam puan açısından “hastalık yönelimli” yaklaşıma daha yakın bir tutumda oldukları söylenebilir. Alt ölçekler açısından hekimlerin, bakım alt puanının düşük olmasından hastalığa biyopsikososyal bir perspektiften bakarak hastanın duygu, düşünce ve yaşadığı çevreyi birlikte değerlendirerek tercihler yapmak yerine, paylaşım puanının yüksekliğinden dolayı hastalarla bilgi ve gücü paylaşarak ortak karar verme sürecine daha çok önem verdikleri yorumu yapılabilir.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 182 asistan hekim ile yapılan tez çalışmasında HHYÖ toplam puan ortalaması 48,5, paylaşım alt ölçek puanı ortalaması 21,0 ve bakım alt ölçek puan ortalaması 28,0 bulunmuştur (151). Bu çalışmada toplam puan ve bakım alt ölçek puan ortalamaları çalışmamıza göre daha yüksek, paylaşım alt ölçek puan ortalaması ise daha düşüktür. Asistan hekimlerin yaş ortalamasının daha düşük olması ve görev yerlerinin üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmasından dolayı çalışma şartlarındaki farklılıklar HHYÖ puan ortalamalarını etkilemiş olabilir fakat bakım alt ölçek puan ortalaması; hastayı yaşadığı çevre ile birlikte değerlendirebilmeyi ölçtüğünden dolayı birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinde daha yüksek olması beklenmektedir. Ülkemizde birinci basamaktaki hekimler ile Hasta Hekim Yönelim Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalara rastlanılmadığından bu konuda değerlendirme yapmak için farklı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Güney Amerika’da 2013 yılında 92 aile hekimi ile yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin oldukça hasta yönelimli olduğu saptanmıştır (152). Nijerya Kano’da hastanelerde görev yapan 214 hekim ile 2014 yılında yapılan çalışmada HHYÖ toplam, paylaşım ve bakım puan ortalamalarının hepsinde hasta yönelimli tutum

bulunmuştur (153). İspanya’da 2016 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerindeki 321 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada hekimlerin oldukça yüksek düzeyde hasta yönelimli yaklaşımda ve bakım alt ölçek puanlarının paylaşımından yüksek olduğu bulundu (154). HHYÖ kullanılarak yapılan Güney Amerika, Nijerya ve İspanya’daki çalışmalara katılan hekimlerin hasta yönelimli yaklaşımları bizim çalışmamıza göre daha yüksek saptanmıştır. İspanya’da yapılan çalışmanın sonucunda HHYÖ’nün kullanıldığı ülkelerin geniş coğrafi dağılımı göz önüne alındığında, kültürel özellikler ve sağlık sistemlerindeki farklılıkların sağlık profesyonellerinin tutumlarını etkileyebileceği belirtilmektedir (154).

Çin’in Şangay eyaletinde 116 hekim ile yapılan bir çalışmada (155) katılımcıların hasta yönelimli tutumları çalışmamıza göre daha yüksektir fakat bizim çalışmamızda paylaşım alt ölçek puanı daha yüksek iken Çin’deki bu çalışmada bakım alt puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Bu durum; hastaların yaşam koşullarını, değerlerini, inançlarını daha fazla önemseyen yaklaşımda olduklarını gösterebilir.

Çin’in kuzeydoğusunda 2018 yılında hekimlerle yapılan başka bir çalışmada katılımcıların toplam puan ortalaması bakımından çalışmamızla birebir aynı olduğu yani klinik iletişimde hasta merkezliliği tercih etmedikleri, çalışmamıza kıyasla ise bakım puanlarının oldukça yüksek, paylaşım puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çin’de 618 hekim ile yapılan bu çalışmada; birçok faktörün tıp profesyonellerinin klinik iletişimde hasta merkezli olmaya yönelik tutumları ile ilişkili olduğu belirtilmiş, iş yükü fazlalığının hasta merkezliliğe yönelik düşük tercihle ilişkili olduğu saptanmıştır (156).

Özdin ve İğde’nin 2014 yılında ülkemiz genelinde 405 aile hekimliği ve psikiyatri uzman/araştırma görevlileri ile yaptıkları çalışmada psikiyatristlerin HHYÖ toplam puan ortalaması, aile hekimlerine göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olup alt ölçeklere göre de psikiyatristlerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (157). Araştırmamıza katılan hekimlerin hasta yönelimli tutumlarının aile hekimliği uzmanlık asistanlarından daha yüksek, psikiyatri asistanlarından daha düşük olması hasta yönelimli yaklaşımın hekimlerin branşlarına göre farklılaşabildiğini göstermektedir. Malezya’da 78 hekim (cerrahi, onkoloji, kadın doğum ve aile hekimliği) ile 2011 yılında yapılan bir çalışmada, HHYÖ toplam puan ortalaması en

yüksek onkoloji doktorlarında saptanmış, sırasıyla aile hekimleri ve kadın doğum doktorlarının ortalama puanları takip etmiş, en düşük puan ortalamaları ise cerrahi branşlarda gösterilmiştir (158).

Şahin ve İğde'nin 2014 yılında Tıp Fakültesi Dönem 1-3 ve 6.sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada HHYÖ toplam puan ortalamalarının sınıf düzeyi arttıkça azalarak öğrencilerin hasta yönelimli yaklaşımdan uzaklaştığı görülmektedir (159). Bu durum, mezuniyet öncesi klinik kazanımlar kadar öğrencilerin iletişim kurdukları hastanın çevresi, ailesi, alışkanlıkları, kültürü, beklentileri, duygu ve düşünceleriyle bütün bir birey olduğunun bilinci ve donanımı ile eğitim almalarının ve bu anlayışla mezun olmalarının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamıza göre HHYÖ toplam ve paylaşım puan ortalaması kadınlarda daha yüksek iken, bakım alt ölçek puan ortalaması erkeklerde daha yüksek saptanmıştır. Birçok farklı çalışmada da kadınların hasta-hekim ilişkisinde hasta yönelimli tutumlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Çin'in Hubei eyaletinde 2019 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerindeki 617 hekimle yapılan çalışmada kadınların erkeklerden daha yüksek bakım ve paylaşım puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (160). Tokyo'daki bir üniversitede 221 asistan hekimle iki eğitim-öğretim dönemi boyunca (2013-2015) yapılan çalışmada kadınların erkeklere göre hem toplam puan ve hem de alt ölçeklerde her iki eğitim-öğretim döneminde daha yüksek ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır (161).

Çalışmamıza göre aile hekimlerinin toplam puan, paylaşım ve bakım alt ölçek puan ortalamaları aile hekimliği uzmanlarına ve SAHU asistanlarına göre daha yüksek bulunup bakım puanının yüksekliği istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum aile hekimlerinin kayıtlı nüfuslarına karşı hasta yönelimli olduklarını, bakım puanlarının anlamlı olarak yüksekliği ise nüfuslarındaki kişilere biyopsikososyal yaklaşımlarının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda, hekimlerden yaşı 36 ve altında olanların, meslek süreleri ve birinci basamaktaki görev süreleri 10 yıl ve altında olanların toplam puan ortalamaları daha yüksektir; yaş, meslek süreleri ve birinci basamaktaki görev süreleri arttıkça toplam puan ortalamaları da azalmaktadır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde asistan hekimler ile yapılan tez çalışmasında yaş

ve meslek süresi arttıkça hasta yönelimli yaklaşımın arttığı tespit edilmiştir (151). Nijerya Kano’da hastanelerde görev yapan 214 hekim ile 2014 yılında yapılan çalışmada yaş ve görev süresi arttıkça HHYÖ toplam, paylaşım ve bakım puanlarının da arttığı saptanmıştır (153). Özdin ve İğde’nin 2014 yılında ülkemiz genelinde 405 aile hekimliği ve psikiyatri uzman/araştırma görevlileri ile yaptıkları çalışmada da yaş ve meslek süresi arttıkça hasta yönelimli yaklaşımın da arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (157). Bu çalışmalarda araştırmamızdan farklı olarak yaş ve meslek süresinin artmasının hasta yönelimli yaklaşımı olumlu etkilediği belirtilse de Teke ve arkadaşları, hekimlerdeki empati düzeyini ölçtükleri çalışmalarında yaş ve çalışma süresi arttıkça hekimlerdeki empati düzeyinin azaldığını tespit etmişlerdir. Hekimlerin çalışma süresi arttıkça monotonluk, iş stresi, tükenme yaşanabileceği, işinden zevk alarak ve isteyerek çalışan hekimlerin hastaların duygusal etkileşimlerine daha açık olacağı ve daha fazla ilgi göstereceği ifade edilmiştir (162). Teke ve arkadaşlarının çalışması bizim çalışmamızla benzer sonuçta olup empati, hasta yönelimli yaklaşımın da bir parçası olduğundan benzer nedenler çalışmamızı da etkilemiş olabilir.

Katılımcılardan kayıtlı nüfusu 2500 ve altında olanların, günlük başvuran kişi sayısı 50 ve altında olanların, hastasına ayırdığı süre 10 dakika ve üzerinde olanların HHYÖ toplam puan ortalaması en yüksektir. Hastaya ayırabildiği sürenin yeterli olmadığını düşünenlerin puanı en düşük ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu durum da hekimlerin çalışma şartlarının hasta yönelimli yaklaşımlarını doğrudan etkilediğini göstermektedir.

5.6. Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi

- Kronik hastalıkların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yönetimi, uzun vadede en uygun sonuçlara ulaşmak için geleneksel olandan farklı bir yaklaşımla akut yaklaşım yerine ileriye dönük komplikasyonları önlemek için hazır olunan, planlı ve hasta yönelimli bakımı gerektirir. Bu yüzden “Kronik Bakım Modeli”nin bileşenlerine göre hazırlanarak özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalığa sahip hastaların hem aldığı hem de sağlık profesyonellerince sağlanan bakımı tüm yönleriyle ve aynı ifadelerle değerlendiren bir ölçek olan “The Patient

Assessment of Chronic Illness Care” (PACIC)’in modifiye hali ile kronik hastalık bakımının değerlendirildiği bölümde ölçeğin toplam puan ortalaması 3,41 olup ölçek ortalaması olan 3,0 (ölçek madde puanları 1-5 arasında)’ün üzerinde olduğundan hekimlerin kronik hastalığa sahip hastalara verdikleri bakımın “orta-iyi” seviyede olduğu söylenebilir. Alt ölçeklerden en yüksek puan ortalaması hastanın tedavi planı yapılırken görüşlerinin alındığını, hastaya seçenekler sunulduğunu, tedavinin etkileri konusunda sorun yaşanırsa mutlaka hekime bildirilmesi gerektiğini ifade eden “Hasta Katılımı”na (3,70) ve en az puan ortalaması ise hekim tarafından hastaya beklentilerinin sorulduğunu, tedavi planının bir kopyasının hastaya verildiğini, sağlık alışkanlıklarıyla ilgili sorular sorulup yardım ve teşvik edildiğini ifade eden “Amaç Belirleme/Rehberlik”e (3,21) aittir. İzmir’de 2018 yılında aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık asistanları ile bizim çalışmamızda olduğu gibi ülkemizde ilk kez modifiye PACIC ölçeği ile yapılan çalışmada toplam puan ortalaması 3,67 olup alt ölçeklerden en yüksek puan ortalaması “hasta katılımı”na (3,97) ve en düşük ise “amaç belirleme/rehberlik”e (3,48) aittir (75). Bu çalışmada en yüksek ve en düşük puana sahip alt ölçek grupları bizim çalışmamızla aynı bulunsa da bu çalışmaya katılan hekimlerin sağladıkları bakıma yönelik puan ortalamaları çok daha yüksektir. Bu durumun nedeni İzmir’deki çalışmanın hem ASM’deki hekimlerle hem de üniversitedeki akademisyenlerle yapılmış olmasından dolayı olabilir.

Literatürde “The Patient Assessment of Chronic Illness Care” (PACIC) ölçeği ile hastaların sağlık profesyonellerinden aldıkları bakımı değerlendirdikleri birçok çalışma mevcuttur. Ölçeği ilk kez 2005 yılında geliştiren Glasgow’un çalışmasında hastaların toplam puan ortalaması 2,60 olup (91), ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasını 2010 yılında gerçekleştiren İncirkuş’un çalışmasında ise hastaların toplam puan ortalaması 2,54’tür (43). Kaya ve arkadaşlarının 2013 yılında üniversite hastanesine başvuran hastalar ile yaptıkları çalışmada 2,44 (163), Özdemir ve Başak’ın 2016 yılında erişkin hastalar ile yapılan çalışmalarında 2,78 (164), Yıldız ve Yengil’in 2016 yılında Hatay’da ASM’lere başvuran hastalar ile yaptıkları çalışmada 3,98 (165) bulunmuştur. Dede ve arkadaşlarının 2016 yılında üniversite hastanesine başvuran hastalarla olan çalışmasında 2,81 (166), en son ülkemizde Akşit ve Bayraktar’ın 2021 yılında yaptıkları çalışmada da 2,42 (167) bulunmuştur. Hatay’da yapılan çalışma dışında genellikle kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları

bakımı değerlendirdikleri puan ortalamaları 3,0'ün altında kalmıştır. Hastaların aldıkları bakımı hekimlerin sağladığından daha az olarak değerlendirmesinin sebebi daha önce de araştırmamız içerisinde yer verdiğimiz gibi özellikle birinci basamakta alınan hizmetin 2.ve 3. Basamaklara göre daha az önemsenmesi ve hekimlerin sağladığı bakıma karşılık hastalıkları üzerindeki öz yönetim eksikliği olabilir.

Uluslararası literatüre göre, PACIC ölçeği kullanılarak bakım alan hastalar dışında bakım sağlayıcılarla ilk kez Yeni Zelanda'da 2010 yılında, 77 birinci basamak sağlık hizmeti veren hemşire ile yapılan çalışmada toplam puan ortalaması 3,99 bulunmuştur (168). Bu çalışmanın toplam puan ortalaması hem bizim çalışmamızdan hem de hastalarla yapılan çalışmalardan oldukça yüksektir. Bu şekilde hem kronik hastalığa sahip hastaların aldıkları bakımın hem de bakım sağlayıcıların aynı ifadelerle karşılaştırılmasından elde edilen bilgiler özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen kronik hastalıkların takip ve yönetimindeki iyileştirmeler açısından oldukça yararlıdır. Kronik hastalık bakımı sağlayıcıları olan 94 pratisyen hekim, 104 birinci basamak hemşiresi ile 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin puan ortalaması hekimlerden daha fazla bulunmuştur (169). Kronik hastalık bakımının alınması ve verilmesi açısından birinci basamakta görev yapan hekim, hemşire ve hastaların 2016 yılında birlikte değerlendirildiği çalışmada hastaların hekimden aldığı bakıma göre toplam puan ortalaması 3,4 iken hemşireden aldığı bakıma göre puan ortalaması 3,7'dir. Kronik hastalık bakımını sağlayıcı rolündeki hekimin toplam puan ortalaması 3,6 iken bakım sağlayıcı rolündeki hemşirenin puan ortalaması 3,5 saptanmıştır. Bu çalışmada genel olarak bakım sağlama ve alma konusundaki algının yüksek olduğu görölmekle birlikte çalışma sonucunda ölçek ifadelerinin yaklaşık üçte ikisinde, bakım sıklığı konusunda hastalar ve hizmet sağlayıcılar arasında bir anlaşma olduğu belirtilmiştir (170).

Araştırmamıza göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Hekim Perspektifi ölçeği toplam puan ortalaması cinsiyete göre erkeklerde daha fazladır. Kadın hekimlerin alt ölçeklerden sadece hastaya sağlığı için yapması gerekenleri açıklamayı ve yazılı olarak vermeyi ifade eden "karar verme" alt ölçeğinde puan ortalaması daha fazladır. İzmir'de aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık asistanları ve akademisyenlerle yapılan çalışmada ise kadın hekimlerin erkek hekimlerden daha yüksek puan aldığı ve kadın hekimlerin çalışmamızla benzer şekilde "karar verme

desteği” puan ortalamalarının yüksekliğinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (75). Yeni Zelanda’da birinci basamaktaki sağlık çalışanları ile 2014 yılında yapılan bir çalışmada, araştırmamıza benzer şekilde erkek pratisyen hekimlerin kadın pratisyen hekimlere göre toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (169).

Unvan açısından SAHU asistan hekimlerinin bakım verme konusundaki toplam puan ortalaması daha yüksektir. Bu durum, SAHU asistan hekimlerinin eğitimlerinin devam etmesi nedeniyle güncel bilgilerini uygulama çabasından kaynaklanmış olabilir.

Yaşı 47 ve üzerinde, meslek süresi 31 yıl ve üzerinde olan hekimlerde ve birinci basamaktaki görev süresi 21 yıl ve üzerinde olanlarda kronik bakım verme toplam puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu durum kronik hastalıkların adından da anlaşıldığı gibi takip ve tedavisinin yıllarca sürmesinden dolayı, özellikle birinci basamakta hastayı yaşadığı vre, alışkanlıkları, kültürü, değerleri ile bilmeyi gerektirdiğinden bakım sağlayan hekimlerin de meslek tecrübesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. İzmir’de aile hekimleri ve aile hekimliği asistanları ile yapılan çalışmada ise meslek süresi 20 yıl ve altında olanların bakım vermedeki toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (75). Bu çalışmanın üniversitedeki aile hekimliği asistanları ile de yapılmasından dolayı meslek yılı olarak tecrübeleri daha az olsa da devam eden eğitimlerinden dolayı güncel bilgi sağlamalarından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcılardan kayıtlı nüfusundaki kronik hastalığa sahip hasta sayısını bilenlerin, günlük pratiğinde klinik rehber kullananların ve hasta yönelimli yaklaşımı duyduğunu ifade edenlerin kronik hastalık bakımı sağlama toplam puan ortalamaları daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti verdiği nüfusta kronik hastalıklı kişilere kanıta dayalı tıbbı kullanarak biyopsikososyal yaklaşım sergileyen hekimlerin kronik hastalıkların bakım kalitesini de arttırdığını gösteren bu durum çalışma koşullarının iyileştirilmesi, yeterli sayıda sağlık insan gücü sağlanması ve hekim başına düşen kayıtlı nüfusun azaltılması ile yaygınlaştırılabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerden yine benzer şekilde kronik hastalıkların yönetimindeki yeterliliğini (%55,5) ve akut alevlenme durumundaki yeterliliğini (%54,5) “ok iyi-iyi” şeklinde ifade edenlerin kronik hastalık bakımında hem toplam hem de alt ölçek ortalamalarının tümünde puanları daha fazladır ve istatistiksel olarak

anlamlıdır. Çalışmamızda kronik hastalık yönetiminde kendini yeterli hissedenlerin (%55,5) ileri yaşta, meslek süresi fazla, hastaya ayırdığı süre 10 dakika ve üzerinde olan, nüfusundaki kronik hasta sayısını bilen ve bu hastalarla düzenli görüştüğünü ifade eden, kronik hastalık takibinde dijital araçları ve klinik rehberleri kullanan ve kronik hastalık yönetimi hakkında daha önceden eğitim almış hekimler olduğunu görmekteyiz. Çalışmamıza katılan hekimlerin sadece yarısının kronik hastalık yönetiminde kendini yeterli hissetmesini sağlayan bu olumlu koşulların artırılmasıyla kronik hastalıkların bakım kalitesi de kendiliğinden yükselecektir.

Araştırmamızda, ayrıca hasta-hekim ilişkilerinden karşılıklı katılım esasına dayanan yorumlayıcı ve müzakereci modeli tercih edenlerin de kronik hastalık bakımlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ulusal ve uluslararası literatürde kronik hastalık yönetimi ve etkileyen faktörler hakkındaki çalışmaların birçoğu hastalar ile yapılmıştır. Kronik hastalıkların bakımında en önemli sağlık hizmetinin verildiği birinci basamaktaki hekimlerle yaptığımız çalışmanın alana katkı vermesini amaçlayıp ve sağlık profesyonelleri ile yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu belirtebiliriz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar

- Aile hekimlerinin yarıya yakını kronik hastalık yönetiminde genel yeterliliklerini ve akut alevlenmeyi yönetebilme yeterliliklerini “orta-zayıf” olarak değerlendirmiştir.
- Aile hekimlerine göre kronik hastalık yönetimini engelleyen en sık nedenler “hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği”, “hastaların ilaç dışı tedaviye uyum sağlamaması”, “hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamaması”, “muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması” şeklinde tespit edilmiştir.
- Aile hekimlerinden hastaya ayırdığı süre 10 dakika ve üzerinde olanların, kayıtlı nüfusundaki kronik hastalığa sahip bireylerin sayısını bilenlerin ve kronik hastalığa sahip hastalarıyla düzenli görüşenlerin kronik hastalık yönetim yeterliliği değerlendirmesi “çok iyi-iyi” şeklindedir.
- Her on aile hekiminden altısı hasta yönelimli (merkezli) yaklaşım kavramını duymuştur.
- Kronik hastalık yönetimi ve/veya hasta yönelimli yaklaşım konularında her beş hekimden biri eğitim almıştır. Her on hekimden altısı eğitim almadığını fakat almak istediğini belirtmiştir.
- Hekimler “hastalık yönelimli” tutuma daha yakındır. Hekimler tedavi ve takipte hastalarla bilgi ve gücü paylaşarak ortak karar verme sürecine daha çok önem verirken biyopsikososyal yaklaşımı daha az uygulamaktadır.
- Aile hekimlerinin, aile hekimliği uzmanları ve SAHU asistanlarına göre hasta merkezci tutumları daha fazladır.
- Hekimlerin yaş, meslek süreleri ve birinci basamaktaki görev süreleri arttıkça hasta merkezci yaklaşımları da azalmaktadır.
- Kronik hastalıkların bakımının değerlendirilmesine göre aile hekimlerinin kronik hastalığa sahip kişilere bakım sağlama düzeyi “orta-iyi” dir. Aile hekimleri en fazla “hasta katılımı” nı sağlarken en az “amaç belirleme”ye katkı sunmaktadır.

- Hekimlerden erkekler ve SAHU asistanlarının kronik hastalıklarda bakım sağlama düzeyi daha yüksektir.
- Aile hekimlerinden kayıtlı nüfusundaki kronik hastalığa sahip hasta sayısını bilenlerin, günlük pratiğinde klinik rehber kullananların ve hasta yönelimli yaklaşımı duyduğunu ifade edenlerin ve kronik hastalık yönetiminde kendini yeterli görenlerin bakım sağlama düzeyi daha yüksektir.
- Hasta-hekim ilişkilerinden karşılıklı katılım esasına dayanan yorumlayıcı ve müzakereci modeli tercih eden hekimlerin kronik hastalık bakım verme düzeyleri daha yüksektir.
- Araştırmamızda Aile Sağlığı Merkezleri'nde her 21 aile hekimine karşılık bir aile hekimliği uzmanı görev yapmaktadır.
- Hekimlerin %12,6'sı kronik hastalığa sahip hastaları ile düzenli görüşürken %61,7'si kısmen düzenli görüşmekte olup yaklaşık dört hekimden biri kronik hastalığı olanlarla düzenli görüşmemektedir.
- Yaklaşık beş aile hekiminden biri hastalarıyla görüşmek için telefon, internet ve sms gibi dijital araçları kullanmıştır.
- Her on aile hekiminden üçü Toplum Sağlığı Merkezi, 2. Ve 3. Basamak sağlık kuruluşları ile işbirliği yapmakta ve hastalarının bir üst basamak sağlık kurumundaki muayenelerinden sonra tekrar görüşmektedir.
- Aile hekimlerine göre, kronik hastalık yönetiminde sorun yaşadıkları en sık hastalıklar diyabet, obezite ve kalp damar hastalıkları iken hastaların tedaviye uyumlarının sorunlu olduğunu düşündükleri en sık kronik hastalıklar ise diyabet, obezite ve hipertansiyondur.
- Hekimlerin hem yönetiminde hem de hastaların tedaviye uyumlarında sorun yaşadıkları en sık kronik hastalıklar diyabet ve obezitedir.
- Her üç aile hekiminden biri klinik rehber kullanmamaktadır. Hekimlere göre rehber kullanmamanın en sık nedenleri yeterli vakit olmaması, motivasyon azlığı ve yabancı dilin yeterli olmamasıdır. Aile hekimlerinden meslek süresi 10 yıl ve altında olanlar, hastaya ayırdığı süreyi yeterli bulanlar, nüfusundaki kronik hastalığa sahip kişileri bilenler ve kronik hastalığa sahip hastalarıyla düzenli görüştüğünü ifade edenler daha fazla rehber kullanmaktadır.

Öneriler

- Aile hekimlerinin kayıtlı nüfus ortalamaları 2000 ve altı olacak şekilde azaltılmalıdır.
- Kronik hastalık yönetiminin etkinliği için aile hekimliği uzmanı, aile hekimi ve aile sağlığı elemanı sayısı artırılmalıdır. Aile hekimlerinin kâğıt, evrak düzenleme vb. işleri için sağlık personeli dışında meslek dalları istihdam edilerek iş yükü azaltılmalıdır.
- Aile hekimliği birimlerinde verilen tüm sağlık hizmetlerinde pozitif performans uygulaması yapılmalıdır.
- Kronik hastalığı olan bireylerin tanı ve tedavilerinde ilk başvuru yeri olarak aile hekimliği birimlerini tercih etmesi sağlanmalıdır.
- Aile hekimlerinin çalışma şartlarında iyileştirmeler sağlanarak kronik hastalık takibinin daha verimli ve düzenli olması sağlanmalıdır.
- Kronik hastalıkların takibinde önemi gittikçe artan uzaktan sağlık sisteminin birinci basamak sağlık hizmetlerinde de alt yapısının sağlanması gerekmektedir.
- Toplum Sağlığı Merkezleri ve 2.-3. Basamak sağlık hizmetleri entegrasyonu bilgi işlem düzeyinde sağlanmalı, Toplum Sağlığı Merkezlerindeki diyetisyen, psikolog, sosyal çalışmacı gibi meslek dallarının hem sayısı hem de etkinliği artırılmalıdır.
- Kronik hastalık yönetiminin tam olarak sağlanabilmesi için hastaların ilaç dışı ve ilaç tedavisine uyum sağlayacak şekilde hastanın sorumluluklarının, öz yönetim ve sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasına ihtiyaç vardır.
- Kronik hastalıkların etkin yönetilebilmesi için mezuniyet öncesi tıp eğitim müfredatı geliştirilmelidir.
- Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını arttıracak düzenli ve sürekli mesleki eğitimler yapılmalı, günlük pratikte kullanılan bilgi sistemlerine

kullanımı kolay olacak şekilde hem ulusal hem de uluslararası güncel rehberler eklenmelidir.

- Aile hekimlerinin özellikle kronik hastalıkların takibinde hasta yönelimli (biyopsikososyal) yaklaşımları çok önemli olduğundan hastaya ayrılan süre arttırılacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hekimlerin ileri yaşlarda dahi motivasyonları azalmadan tecrübelerini hastalarına yansıtabilecekleri çalışma şartları oluşturulmalıdır.
- Kronik hastalık yönetimi ve etkileyen faktörler hakkında hastalar ile yapılan araştırmalar daha yaygın olup özellikle birinci basamaktaki sağlık profesyonelleri ile yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Güler Ç AL. Halk Sağlığı Temel Bilgiler,1. Cilt. Ankara Hacettepe Üniversitesi Yayınları 3 Basım. 2015;
2. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1859–922.
3. Akman M, Serap Ç. Aile hekimliği ve kronik hastalık bakım modeli. 2010;14(1):32–7.
4. Suhrcke.M U. Are Cardiovascular Diseases Bad For Economic Growth ? 2006.
5. WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. six Object 2008-2013 Action Plan. 2009;1(1):48.
6. Robert L. Phillips J, Starfield B. Why Does a U.S. Primary Care Physician Workforce Crisis Matter? Am Fam Physician. 2003 Oct 15;68(8):1494.
7. Huard P. The management of chronic diseases: Organizational innovation and efficiency. The Management of Chronic Diseases: Organizational Innovation and Efficiency. 2018. 1–161 p.
8. Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. Home Heal Care Manag Pract. 2006;18(6):492–4.
9. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century The challenge of. 2005.
10. Akalin PE, Mine D, Tanrıöver D. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi için Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. 2012.
11. T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Sürdürülebilir kalkınma amaçları değerlendirme raporu. 2019.
12. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles,Turkey. 2018.
13. WHO. Noncommunicable diseases fact sheets [Internet]. 2018 [cited 2021 May 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact->

sheets/detail/noncommunicable-diseases

14. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2019.
15. WHO. Noncommunicable Disease Country Profiles 2018 [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
16. Altun B, Özen H, Köse R, Ergöçmen B, Çavlin A, Akın L. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2017. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2017.
17. Onat A, Can G YH. TEKHARF 2017, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. 2017.
18. Magliano Dianna J BEJ. International Diabetes Federation, Diabetes Atlas 2021. 10th ed. Vol. 102, Diabetes Research and Clinical Practice. 2021.
19. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması , 2019 [Internet]. 2020. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661#:~:text=Obez bireylerin oranı %21%2C1,yılında %21%2C1 oldu.>
20. WHO, Hypertension [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
21. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü (TÜSEB-TÜHKE), Dünya’da ve Türkiye’de Hipertansiyon Prevelansı. Ankara; 2021.
22. Şen Elif AAÖ. Türk Toraks Derneği’nin GOLD 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Raporuna Bakışı. 2021. 1–75 p.
23. Suerdem M, Gunen H, Akyildiz L, Cilli A, Uzaslan E, Abadoğlu O, et al. Demographic , Clinical and Management Characteristics of Newly Diagnosed COPD Patients in Turkey : A Real-Life Study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020;15:261–7.
24. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015 [Internet]. 2018. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2015.pdf
25. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Bull World Health Organ. 1994;72:429–45.
26. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020 [Internet]. 2013. Available

from: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bulaşıcı_olmayan_hastalıklar.pdf

27. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 [Internet]. 2017. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547>
28. Boz.C Z. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkileri. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa; 2020.
29. MJ C. “Chronic Physical Health Problems”, Population and Community Health Nursing. 6th Editio. Boston; 2015. s. 791-835.
30. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri [Internet]. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. 2017. 164 p. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
31. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Jr AG, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness—which ones work? Meta-analysis of published reports. 2002;1–8.
32. Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC, Peterson ED, Mcneil BJ, Bufalino V, et al. AHA Policy Recommendations. 2004;(June):2651–4.
33. Findings K. Chronic Illness and Disease Management House Joint Resolution 10 Task Force Key Findings and Recommendations. 2004.
34. Legido-quigley H, Mckee M. Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union. 2013.
35. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients. 2013;288(15):1909–14.
36. Cranston J, Crockett A, Moss J, Pegram R, Stocks N. Australian Primary Health Care Primary Care Respiratory Unit Discipline of General Practise Models of Chronic Disease Management in Primary Care for Patients With Mild to Moderate Asthma or COPD. 2006;(September).
37. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü : Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları Changing Patterns of Health and. 2006;
38. Akdemir N. BL. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara,. Ankara; 2005. 193–200 p.

39. Metintaş, S., Tayfur, M., Ünlüoğlu, A. ve Akşit A. Kronik Hastalıklar. In: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi. 2002. p. 213–7.
40. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients : are we teaching the wrong things ? 2000;320(February).
41. Geyman JP. Disease Management : Panacea , Another False Hope , or Something in Between ? 2007;257–60.
42. Wang H, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany : Cross sectional survey. 2008;12:1–12.
43. İncirkuş K. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın Geçerlik ve Güvenirliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
44. Heath, I., Rubinstein, A. & van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. BMJ. 2009;338.
45. Norbury M, Fawkes N, Guthrie B. Impact of the GP contract on inequalities associated with influenza immunisation: A retrospective population-database analysis. Br J Gen Pract. 2011;61(588):379–85.
46. Boeckxstaens P, Smedt D De, Maeseneer J De, Annemans L, Willems S. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: A systematic review. BMC Health Serv Res. 2011;11.
47. Garber AM. Evidence-based guidelines as a foundation for performance incentives. Health Aff. 2005;(24):174–9.
48. Starfield B. Threads and yarns: Weaving the tapestry of comorbidity. Ann Fam Med. 2006;4(2):101–3.
49. Rahmi Dirican; Nazlı Bilgel. Halk sağlığı : toplum hekimliği. Bursa, Uludağ Üniversitesi; 1993.
50. WHO. Primary health care, 1978, Alma Ata. 1978.
51. Shi L. Primary Care, Specialty Care, and Life Chances: <https://doi.org/10.2190/BDUU-J0JD-BVEX-N90B> [Internet]. 1995 Jan 1 [cited 2021 Aug 10];24(3):431–58. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/BDUU-J0JD-BVEX-N90B>
52. Robert E. Rakel, MD, David P. Rakel M. Textbook of Family Medicine, Ninth

Edition. 2016.

53. Shi L, Eriksson K, Giardino AP, Mastrangelo G, Schluter PJ. The Impact of Primary Care: A Focused Review. 2012;2012:22. Available from: <http://dx.doi.org/10.6064/2012/432892>
54. Gauld R, Blank R, Burgers J, Cohen AB, Dobrow MK, Ikegami NKI, et al. The World Health report 2008 - Primary healthcare: How wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems? Healthc Policy. 7(3):38–58.
55. Michael Kidd. WONCA, The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors. London; 2013.
56. Öcek ZA, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi. 2007. 2000–2004 p.
57. Sayek SUN, Raporları TTB. Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı. 2011. 115 p.
58. Basak O, Saatci E. The developments of general practice/family medicine in Turkey. Eur J Gen Pract. 1998;4(3):126–9.
59. Egemen C. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri. İstanbul; 2016.
60. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni. 2021.
61. Europe WRO ce for. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. 2014.
62. Bakanlığ S. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun [Internet]. 24/11/2004. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
63. Müdürlüğü BMG ve YG. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>
64. Başak O, Saatçi E. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayınları. 2011;4:1–48.

65. Fredericks E. Short report: How family physicians can support discussions about menstrual issues. Vol. 60, Canadian Family Physician. 2014.
66. Wonca, Guttorm B, Metcalf D, Kingdom U, Mcwhinney I. the Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a Statement From Wonca , 1991. Wonca [Internet]. 1991; Available from: <http://www.globalfamilydoctor.com/publications/publications.asp>
67. B N. Sustainable tourism development in cross-border biosphere reserves of Central and Eastern Europe, in Cross-border Governance and Sustainable Spatial Development. Springer. 2008;147–60.
68. Aydemir Sinem KA. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Periyodik Sağlık Muayenesi Konusu Hakkında Birinci Basamak Klinisyenlerinin Bilgi, Tutum ve Davranışları (Proje No: KA14/316). 2015;
69. Ian R. McWhinney TF. Textbook of Family Medicine, Oxford University. Third. New York; 2009. 472 p.
70. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. J Am Med Assoc. 2002;288(15):1909–14.
71. Hickman M, Drummond N, Grimshaw J. A taxonomy of shared care for chronic disease. J Public Health (Bangkok). 1994;16(4):447–54.
72. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. BMC Fam Pract. 2018;19(1):1–13.
73. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract [Internet]. 1998;1(1):2–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345255>
74. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. Glob J Health Sci. 2015;7(2):210–27.
75. Tüzüner, Sanem KEM. Aile Hekimliği Anabilim Dalı İzmir ’ deki Aile Hekimlerinin ve Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetimi Algısı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2018.
76. Model Chronic Care [Internet]. Available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

77. PAHO W. Innovative Care for Chronic Conditions. Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. 2013.
78. Z. D. Kronik Hastalıklar ve Bakım, Kronik Hastalıklar ve Önemi. Kitabevi NT, editor. İstanbul; 2011. 37–50 p.
79. Barr VJ, Robinson S, Marin-link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model : An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. 2003;
80. Epping-Jordan J E, Pruitt S D, Bengoa E WEH. Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Heal Care. 2004;13:299–305.
81. McWhinney IR TF. Textbook Of Family Medicine. 1.Baskı (Ç. Güldal D., editor. İstanbul: Medikal Akademi; 2012. 50–250 p.
82. Bozdemir N Kİ. Birinci basamakta tanı ve tedavi. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. 22–24 p.
83. Uyar B, Gürgen F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Klin Psikiyatr. 2015;18:24–8.
84. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni. 2011;45(2):65–74.
85. Stewart M, Brown JB, Donner A et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pr. 2000;49:796–804.
86. Stewart M., Brown J. B., Weston W., McWhinney I. R., McWilliam C. L. FT. Patient- Centered Medicine:Transforming the Clinical Method, Third Edition. 2014.
87. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A et al. Interventions for providers to promote a patient- centred approach in clinical consultations. Cochrane Database. 2012;12.
88. Stewart M. The patient-centered clinical method: a family medicine perspective. Türkiye Aile Hekim Derg. 2013;17(2):73–85.
89. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. Int J Psychiatry Med. 1999;29(3):347–56.

90. Özdemir S, Edirne T. Hasta-Hekim Yönelim Ölçeğinin (HHYÖ) Türkçeye uyarlanması. Tıp Eğitimi Dünyası. 2018;21–32.
91. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). 2005;43(5):436–44.
92. Saygılı M, Kaya S, Songur C, Özer Ö. Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. SDÜ Sağlık Bilim Derg. 2013;4(3):104–10.
93. Tunç, Burak EE. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kurum Düzeyinde Kişiye Yönelik Hizmet Kapsayıcılığını Değerlendirme Ölçeği. 2015.
94. De Foo C, Surendran S, Jimenez G, Ansah JP, Matchar DB, Koh GCH. Primary care networks and starfield's 4cs: A case for enhanced chronic disease management. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(6):1–14.
95. T.C Sağlık Bakanlığı Dünya Sağlık Örgütü İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması. 2014.
96. Porsuk AÖ, Cerit Ç. Aile Hekimliği Birimlerinin Onuncu Yılında İdari , Mali ve Mesleki Bazı Özelliklerinin Değerlendirilmesi : Bir İl Örneği. 2021;11(1):39–44.
97. Şen, Mustafa GD. İzmir İlinde Çalışan Aile Hekimlerinin Klinik Uygulamalarında Biyopsikososyal Yaklaşımı Ne Ölçüde Uyguladıklarının Saptanması. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2013.
98. Silaci, Osman Yaşar UYD. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin sürdürülebilir hizmet içi eğitimlerinin yönetimi üzerine bir alan araştırması. İstanbul Medipol Üniversitesi; 2018.
99. Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) 02-03/01/2014 tarih ve 406 sayılı kararı [Internet]. 2014. p. 1–3. Available from: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/13178/0/karar406degisikpdf.pdf>
100. T.C Sağlık Bakanlığı 2020 Faaliyet Raporu. 2020.
101. Lağarlı Tülay, Eser Erhan AM. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2011;9(1).
102. Çakır Rukiye PK. Kırsal Mahallelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin

Değerlendirilmesi-Bursa İli Örneği. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.

103. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [Internet]. 2013. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
104. Pehlivan Özgün KA. Türkiye’deki Olası Telesağlık Senaryolarının Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi, Bolu İli Örneği, 2020. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
105. Aktaş E Ö ÇG. Aile hekimlerinin , aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri : Bir anket çalışması. 2012;51(1):21–9.
106. Etçioğlu Erkut, Aydın Abdülkadir EHÇ. Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi : Niteliksel Bir Araştırma. 2021;4(11):757–64.
107. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Evaluation of referral from perspective of family physicians. Türkiye Aile Hekim Derg. 2018;22(3):118–32.
108. Jakab Melitta, Hawkins Loraine, Loring Belinda, Ergüder Toker KM. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, No.2 Türkiye Ülke Değerlendirmesi. 2014.
109. Sağlık Bakanlığı. S.B 2019-2023 Stratejik planı. 2019. 208 p.
110. T.C Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Hastalık Yönetimi Platformu’nun Kullanıma Açılması [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/haberler/HYP_Haber/Hastalk_Ynetimi_PL_Ustyazi.pdf
111. Tay Z, Tuncal AN, Atasoylu G, Sertel M, Köro G. Assessment of workload and human capacity of family physicians in Manisa province in 2011. 2014;18(1):5–15.
112. Landau, D. A., Bachner, Y. G., Elishkewitz, K., Goldstein, L., & Barneboim E. Patients’ views on optimal visit length in primary care. J Med Pract Manage. 2007;23(1):12–5.
113. WHO. Primary care in the WHO European Region. Republic of Moldova Health Policy Paper Series. 2011.
114. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The “five minute” consultation: Effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. Vol. 292, British Medical Journal (Clinical research ed.). 1986. p. 870.

115. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJ, Morris RW, Morrell D. The “five minute” consultation: Effect of time constraint on verbal communication. Vol. 292, British Medical Journal (Clinical research ed.). 1986. p. 874.
116. Yardim MS, Eser E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır ? 2017;(Nisan).
117. Çıraklı Ü. 18 OECD Ülkesinde 2002 - 2018 Yılları Arası Kişi Başı Ortalama Hasta Muayene Sürelerinin Karşılaştırılması. 2020;54:43–54.
118. Türk Toraks Derneği, Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde hastaya ayrılacak süre ne olmalıdır?" [Internet]. 2016. Available from: <https://toraks.org.tr/site/news/3429>
119. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Yılı Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. 2003;7(1):18–22.
120. Kızıl C, Akman V. Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği. 2015;8(2):6–31.
121. Kılınçkaya Aslı ÖS. Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin ve Sağlık Hizmet Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. Gazi Üniversitesi; 2018.
122. Akman Mehmet, Sarzep O, Özen YE. Tuzla Aydınli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ' ne bağlı nüfusun sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ilişkin gereksinimleri. 2019;10(2):62–77.
123. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort çalışması. Ankara; 2021.
124. Uğrak Uğur UY. Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2016;5(4):158–65.
125. Gümüş Ecem Çiçek GZ. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuru Yapan Hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2020;23(1):119–26.
126. Franks P. CCM and NPA. Gatekeeping Revisited: Protecting Patients from Overtreatment. N Engl J Med. 1992;
127. Gervas J, Fernandez P, Starfield BH. Primary Care , Financing and Gatekeeping in Western Europe. 1994;11(3).

128. Öcek Zeliha, Çiçeklioğlu Meltem TM. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapı tutuculuk nedir? Türkiye’de uygulanabilir mi? STED /Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2006;15(8):144–8.
129. Ocaktan E, Akdur R. Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2003;207–16.
130. Aktaş P. The Gatekeeping Role Of The Primary Health Care Providers and Its Impacts On The Health Care System. Hacettepe J Heal Adm. 2019;22:879–92.
131. Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı, 65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi [Internet]. 2020. Available from: <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsizligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi>
132. Shi L, Starfield B. Primary Care , Income Inequality , and Self-Rated Health In The United States : A Mixed-Level Analysis. 2000;30(3):541–55.
133. Starfield B. Primary care in the United States. Int J Heal Serv. 1986;16(2):179–98.
134. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
135. Fleming DM. Continuity of care : a concept revisited. Eur J Gen Pract. 2000;6(4):140–5.
136. WHO, Global diffusion of eHealth : Making universal health coverage achievable, Report of the third global survey on eHealth. 2016. 1–160 p.
137. Özyürek AD, Altıntaş E. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Teletıp. 2021;19(3):295–303.
138. Kart Özge KA. Graduate School of Natural and Applied Sciences Developing Clinical Decision Support and Patient Monitoring System in Primary Health Care with Case Studies Developing Clinical Decision Support and Patient Monitoring System In Studies. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2018.
139. Emin, Özdemir Mehmet KF. Sivas İli nde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi Evaluation of Family Medicine Model in Sivas Province. Ahı Evran Medical J. 2019;3(2):59–65.
140. Gözüm S, Tuzcu A, Muslu L, Akgöz AD, Avcı YD. Kırsal alanda yaşayan erişkin bireylerde bazı bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk sıklığı.

2020;45(1):157–69.

141. Leyla K. Türkiye Sağlık Raporu-2020. In: S.Üner PO, editor. TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU-2020. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2020. p. 779–90.
142. Dede Bahadır SM, Al. GA at. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. TAF Prev Med Bull. 2016;15(July).
143. Sağlık Bakanlığı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği [Internet]. 2015. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>
144. Öztürk Yunus Emre SS. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Uygulama: Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Hizmet Sunumu, Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. 2021;7(2):403–18.
145. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara; 2013. 353 p.
146. Memi Güler Züleyha ÖS. Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin klinik uygulamalarında kılavuzları kullanım tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
147. Tugay Yangı D, Görpelioğlu S. The evaluation of family physicians' knowledge attitude and behaviours towards periodic examination guidelines. Türkiye Aile Hekim Derg. 2018;22(3):104–17.
148. Özkan Seçil, Aksakal Fatma Nur Baran ÇD. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Ve İlişkili Faktörler Araştırması. Ankara; 2017.
149. Uludağ Aslı BN. Adana İl Merkezinde Aile Hekimlerinin ve Hastalarının Hasta Merkezli Bakım Algıları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
150. Kızılnal Pelin FT. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Aile Hekimlerinin İletişim Beceri Düzeylerinin Hekimlerin Tercih Edilebilirliği Üzerindeki Etkisi: Kağıthane İlçesinde Bir Uygulama. Beykent Üniversitesi; 2017.
151. Koçoğlu Miraç YB. Asistan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanım ve Hasta Merkezli Yaklaşım Özellikleri ve Hasta Merkezli Yaklaşımın Akılcı İlaç Kullanım Üzerine Etkisinin Araştırılması. Fırat Üniversitesi; 2021.
152. Xanthos C. The Relationship Between Patient-Centeredness and Cultural Competence Among Primary Care Physicians in the Southern US.

2020;36(10):3252–3.

153. Abiola T, Udofia O, Abdullahi AT. Patient - doctor relationship : The practice orientation of doctors in Kano. 2014;17(2):241–7.
154. Perestelo-pérez L, Rivero-santana A, González-gonzález AI, Bermejo-caja CJ, Ramos-garcía V, Koatz D, et al. Cross-cultural validation of the patient-practitioner orientation scale among primary care professionals in Spain. 2021;(September 2020):33–41.
155. Wang J, Zou R, Fu H, Qian H, Yan Y, Wang F. Measuring the preference towards patient-centred communication with the Chinese-revised Patient – Practitioner Orientation Scale : a cross-sectional study among physicians and patients in clinical settings in Shanghai , China. 2017;1–9.
156. Song W, Hao Y, Cui Y, Zhao X, Liu W, Tao S, et al. Attitudes of medical professionals centredness : a cross- - towards patient-centredness: a cross-sectional study in H City , China. 2022;1–8.
157. Özdin Bayrak Şükriye İFA. Aile hekimliği ile psikiyatri uzman ve uzmanlık öğrencilerinin biyopsikososyal yaklaşımlarının değerlendirilmesi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
158. Chan CMH, Ahmad WAW. Differences in physician attitudes towards patient-centredness : across four medical specialties. International J Clinical Pr. 2011;(January):16–20.
159. Şahin Gülay İF. Hasta merkezli bakım konusunda hekimlerin ve hastaların algı ve görüşleri. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
160. Wang D, Liu C, Zhang X. Do Physicians ' Attitudes towards Patient-Centered Communication Promote Physicians ' Intention and Behavior of Involving Patients in Medical Decisions ? International J Environmental Res Public Heal. 2020;17.
161. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients : a longitudinal study of resident physicians. 2018;1–6.
162. Teke K, Cengiz E. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. 2010;505–16.
163. Kaya Apaydın Çiğdem, Akturan Selçuk ŞM at al. Evaluation of the Chronic Illness Care From the Patients ' Perspective. www.turkishfamilyphysician.com.

2013;4(3):1–9.

164. Özdemir Handan BO. Aile Hekimliğinde Kronik Hasta Yönetimi: PACIC (The Patient Assessment Of Chronic Illness Care) Ölçeğini Modifiye Etme Ve Ölçeğin Geçerlik Ve Güvenirliliği. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
165. Yıldız Mustafa YE. Hatay İli Birinci Basamakta Sık Görülen Kronik Hastalıklarda Bakımın Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi; 2016.
166. Dede Bahadır, Eser Erhan DEP. Kronik Hastalık Bakım / Hizmet Değerlendirme Ölçeği - Hasta Anketinin (Patient Assessment of Chronic IllnessCare- PACIC) Türkçe Sürümünün Çeşitli Süregen Hastalıklardaki Yapı Geçerliliği. Sağlık ve Toplum. 2017;27(3):56–63.
167. Akşit Kübra BM. Aile Hekimliğinde Kronik Hasta Yönetiminde ‘ Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği + (PACIC +) ’ nin Türkçe Çevirisi Ve Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
168. Carryer J, Budge C. Modifying the PACIC to assess provision of chronic illness care: An exploratory study with primary health care nurses. J Primary Heal Care. 2010;2(June).
169. Doolan-noble F, Gauld R, Waters DL. Are nurses more likely to report providing care plans for chronic disease patients than doctors ? Findings from a New Zealand study. 2015;
170. Carryer J, Budge RC, Francis H. Measuring care alignment in general practice consultations for people with long-term conditions : an exploratory study. J Primary Heal Care. 2016;8(3).

8. EKLER

EK_A. Anket Formu

HATAY'DA AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HASTA YÖNELİMLİ YAKLAŞIMI

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız?

2.Cinsiyetiniz nedir?

a.Kadın()

b.Erkek()

3.Aile Sağlığı Merkezi'ndeki göreviniz nedir?

a. Aile Hekimi()

b. Aile Hekimi Uzmanı()

c.Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı ()

4.Meslekte geçirdiğiniz süre?yıl

5.Birinci basamakta çalıştığınız süre? (yıl)

6.Şu an görev yaptığınız birimde çalıştığınız süre? (yıl).....

B. AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ İŞLEYİŞİ İLE İLGİLİ SORULAR

7.AHB ile aynı bölgede mi ikamet etmektesiniz?

a.Evet() b.Hayır()

8.ASM'nin yerleşim yeri nasıldır?

a.İl/ilçe merkezi()

b.İl/ilçe merkezi dışı ()

9. Bağlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi hangi ilçede bulunmaktadır?

Altınözü(), Antakya(), Arsuz(), Belen(), Defne(), Dört Eylül(),

Erzin(), Hassa(), İskenderun(), Kırıkhan(), Kumlu(), Payas(),

Reyhanlı(), Samandağ(), Yayladağı()

10. Aile Sağlığı Merkezinizin kurum tipi aşağıdakilerden hangisidir?

1.A tipi() 2.B tipi() 3.C tipi() 4.D tipi() 5.Grupsuz()

11.Aile Sağlığı Elemanınızın mesleği nedir?

1.Hemşire() 2.Ebe() 3.Acil Tıp Teknikeri() 4.Sağlık Memuru() 5.Diğer.....

12. AHB'ne kayıtlı güncel nüfus sayısı nedir?

13. AHB'nizin ideal kayıtlı nüfus sayısı ne olmalıdır?

14.AHB'nize günde ortalama kaç hasta başvuruyor? hasta

15.Hastalarınıza ortalama kaç dakika ayırıyorsunuz?(Belirtiniz)dakika

16.Sizce hastalarınıza ayırdığınız süre yeterli mi?

a)Evet () b)Kısmen() c) Hayır()

17.Hastalarınıza ayırdığınız süre yeterli değilse ne kadar süre gereklidir? dakika

18.AHB'nin çalışma şekli nasıldır?

a. Randevusuz () b. Randevulu () c. Karışık: Randevulu/randevusuz ()

19.Gezici hizmet veriyor musunuz?

a.Evet, düzenli () b. Evet, düzensiz () c.Hayır ()

20.Gezici hizmet verdiğiniz nüfus sayısı?

21. Biriminiz açık iken, size bağlı nüfustan hastalananlar aynı gün içerisinde sizden veya aile sağlığı elemanınızdan gerekli sağlık hizmetini alabiliyor mu?

1.Evet () 2.Kısmen () 3.Hayır () 4.Bilmiyorum/Hatırlamıyorum() 5.Gerek yok ()

22. Biriminiz açık iken, hastalarınız telefon aracılığıyla sizden veya aile sağlığı elemanınızdan hızlı bir şekilde sorunlarına cevap(danışmanlık) alabiliyor mu?

1. Evet () 2.Kısmen() 3.Hayır() 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum() 5.Gerek yok ()

23.Biriminiz kapalı iken, hastalarınızın size ulaşabilecekleri bir telefon numarası var mı?

1. Evet () 2.Hayır() 3. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum() 4.Gerek yok ()

24. Hastaların size en sık başvuru nedeni nedir?

a) Muayene ()

b) Kontrol ()

c.Tetkik ()

d.Enjeksiyon/pansuman ()

e) İlaç yazdırma ()

f) Sevk ()

g) Rapor (sağlık raporu, istirahat raporu) ()

h.Danışmanlık()

i) Diğer(belirtiniz).....

25. Son 1 yıl içerisinde hiç negatif performans aldınız mı?

a.Evet () b.Hayır () c.Emin değilim/Bilmiyorum ()

C.KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ HAKKINDA SORULAR

26. Kendinizde tanımlanmış herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a.Evet ()

b.Hayır ()

27. Yakın akrabalarınızda(anne, baba, kardeş, büyükanne, büyükbaba) kronik hastalığı olan birey var mı?

a. Evet ()

b.Hayır ()

28. Biriminize kayıtlı nüfusta kronik hastalığı olanların sayısını biliyor musunuz?

- a.Evet ()
- b.Kısmen ()
- c.Hayır ()

29. EVET ise yaklaşık yüzde kaçının uzun dönemli(kronik) hastalığı vardır?

- a.% 0-24 ()
- b.%25-49 ()
- c.%50-74 ()
- d.%75-100 ()

30.Biriminize kayıtlı kişilerden kronik hastalığı olup da son 1 yıl içinde hiç başvuru yapmayanların oranı yaklaşık nedir?

- a.%0-24 ()
- b.%25-49()
- c.%50-74 ()
- d.%75-100()
- e.Emindeğilim/bilmiyorum()

31.Kronik hastalığı olan kişilerle tarama, izlem ve tedavi amaçlı düzenli görüşme ve takipleriniz oluyor mu?

- a.Evet ()
- b.Kısmen ()
- c.Hayır ()
- d.Emin değilim/Bilmiyorum ()

32. Kronik hastaların takibinde telefon, internet ve sms gibi randevu ve görüşme araçlarını aktif kullanır mısınız?

- a.Evet ()
- b.Kısmen ()
- c.Hayır ()
- d.Emin değilim/Bilmiyorum ()

33. Biriminize kayıtlı nüfusta en sık hangi kronik hastalık riskleri vardır?(Birden fazla sık olabilir)

- 1. Beslenme Bozukluğu ()
- 2. Aşırı tuz tüketimi ()
- 3.Sigara ()
- 4.Alkol ()
- 5.Fiziksel inaktivite ()
- 6.Diğer.....

34. Biriminize kayıtlı nüfusta en sık hangi kronik hastalıklar vardır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Kardiyovasküler hastalıklar()
- 2.Hipertansiyon()
3. Diyabet()
- 4.Kanser()
5. KOAH, Astım()
6. Obezite ()
- 7.Kronik Böbrek Hastalığı ()
- 8.Serebrovasküler Hastalıklar(İnme, Geçici İskemik Atak) ()
- 9.Nörolojik Bozukluklar (Alzheimer, Demans, Parkinson) ()
10. Ruh Sağlığı Bozuklukları(Depresyon, Şizofreni) ()
- 11.Hiperlipidemi()
- 12.Kas İskelet Sistemi Bozuklukları ve Romatizmal hastalıklar()
- 13.Diğer.....

35.Yönetiminde en çok sorun yaşadığınız kronik hastalık nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Kardiyovasküler hastalıklar()
- 2.Hipertansiyon()
3. Diyabet()
- 4.Kanser()
5. KOAH, Astım()
6. Obezite()
- 7.Kronik Böbrek Hastalığı ()
- 8.Serebrovasküler Hastalıklar(İnme, Geçici İskemik Atak) ()
- 9.Nörolojik Bozukluklar (Alzheimer, Demans, Parkinson) ()
10. Ruh Sağlığı Bozuklukları(Depresyon, Şizofreni) ()
- 11.Hiperlipidemi()
- 12.Kas İskelet Sistemi Bozuklukları ve Romatizmal hastalıklar()
- 13.Diğer.....

36.Hastaların tedaviye uyumunun en zayıf olduğu kronik hastalık hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Kardiyovasküler hastalıklar ()
- 2.Hipertansiyon()
3. Diyabet()
- 4.Kanser()
5. KOAH, Astım ()
6. Obezite ()

- 7.Kronik Böbrek Hastalığı ()
- 8.Serebrovasküler Hastalıklar(İnme, Geçici İskemik Atak) ()
- 9.Nörolojik Bozukluklar (Alzheimer, Demans,Parkinson) ()
10. Ruh Sağlığı Bozuklukları(Depresyon, Şizofreni) ()
- 11.Hiperlipidemi()
- 12.Kas İskelet Sistemi Bozuklukları ve Romatizmal hastalıklar()
- 13.Diğer.....

37.Biriminize kayıtlı kronik hastalığa sahip bireylerin tanı/izlem ve tedavisi için Toplum Sağlığı Merkezleri, 2.ve 3. Basamak Sağlık Hizmetleri ve/veya İdari Birimler ile iş birliği yapar mısınız?

- 1.Evet() 2.Kısmen () 3.Hayır () 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum () 5.Gerek yok ()

38.Sevk ettiğiniz hastalarınızla, bir üst basamak sağlık kurumundaki muayenelerinden sonra tekrar görüşür müsünüz?

- 1.Evet () 2.Kısmen () 3.Hayır () 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum () 5.Gerek yok ()

39.Biriminize kayıtlı bireylere gerektiğinde yeterli ve dengeli beslenme danışmanlığı sunar mısınız?

1. Evet() 2.Kısmen () 3.Hayır() 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum () 5.Gerek yok ()

40.Biriminize kayıtlı bireylere gerektiğinde fiziksel aktivite durumlarını değerlendirip, uygun egzersiz önerilerinde bulunur musunuz?

1. Evet () 2.Kısmen() 3.Hayır () 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum() 5.Gerek yok ()

41.Biriminize kayıtlı bireylerin sigara kullanımını sorgulayıp, sigara bıraktırmaya yönelik danışmanlık verir misiniz?

1. Evet () 2.Kısmen () 3.Hayır() 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum() 5.Gerek yok ()

42. Biriminize kayıtlı bireylerin alkol kullanımını sorgulayıp, riskli olanlar için danışmanlık verir misiniz?

- 1.Evet () 2.Kısmen() 3.Hayır () 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum () 5.Gerek yok ()

43.Hastalarınızdan, ailesinde kronik hastalık öyküsü olanları erken tanı amaçlı bilgilendirir misiniz?

1. Evet () 2.Kısmen() 3.Hayır() 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum () 5.Gerek yok ()

44.Kronik hastalığı olan bireylere gerekli aşıları yaptırmaları için önerilerde bulunur musunuz?

1. Evet () 2.Kısmen() 3.Hayır () 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum () 5.Gerek yok ()

45.Uygun yaş gruplarına kanserin erken teşhisine yönelik pap smear, mamografi, gaitada gizli kan ve kolonoskopi tetkiklerini yaptırmalarını önerip, takibini yapar mısınız?

1. Evet() 2.Kısmen () 3.Hayır() 4. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum() 5.Gerek yok()

46.Biriminizde Kronik hastalık takibi için gerekli teknik donanım (Ekg,kan şekeri ölçüm cihazı vb.)var mıdır?

- 1.Evet () 2.Kısmen () 3.Hayır ()

47. Biriminizde kronik hastalıkların takibi için gerekli laboratuvar hizmetleri var mıdır?

- 1.Evet () 2.Kısmen () 3.Hayır ()

48.Kronik hastalık yönetimi için ulusal ve/veya uluslararası rehberleri kullanır mısınız?

a.Evet ()

b.Hayır ()

c.Bu tür rehberlerden haberdar değilim ()

49. HAYIR cevabı verenler için kronik hastalıkların yönetiminde tanı ve tedavi rehberlerini neden kullanmıyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- a) Rehberleri nasıl kullanmam gerektiğini bilmiyorum()
- b) Alanım ile ilgili klinik rehberlerden haberdar değilim()
- c) Rehberleri kullanmak için yeterli vaktim yok()
- d) Rehberlerdeki bilgilerin doğru olacağını düşünmüyorum()
- e) Rehberlerin benim güncel tıp pratiğim ile çelişeceğini düşünüyorum()
- f) Çalıştığım yerde rehberlere erişimim mümkün değil()
- g) Hastaların tedavisinde rehberlerin uygulanması ile ilgili herhangi bir performans ödemesi yapılmıyor()
- h) Uluslararası rehberleri takip etmek için yabancı dilim yeterli değil()
- ı) Günlük pratiğimde tanı ve tedavi rehberlerini kullanmak için yeterli motivasyonum yok()
- J)Diğer(belirtiniz).....

50. Kronik hastalıkların akut alevlenmesinde tanı/izlem ve tedaviyi yönetebilme yeterliliğiniz nedir?

- 1.Çok iyi ()
- 2.İyi ()
- 3.Orta ()
- 4.Zayıf ()
- 5.Çok zayıf ()

51.Kronik hastalık yönetimi konusunda genel olarak kendi yeterliliğinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1.Çok iyi ()
- 2.İyi ()
- 3.Orta ()
- 4.Zayıf ()
- 5.Çok zayıf ()

52.Aşağıdakilerden hangisi/hangileri kronik hastalık yönetimini desteklemenizi engeller? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği()
- 2.Hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamaması()
- 3.Hastaların ilaç dışı tedaviye(beslenme, egzersiz gibi)uyum sağlamaması()
- 4.Hastaların bu konuda yardımcı olmayan tutum ve inanışlara sahip olması()
- 5.Muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması()
- 6.Sağlık politikalarının destekleyici yönde olmaması()
- 7.Hasta sevk sisteminin rutin olmaması ve 2. Ve 3. Basamak sağlık hizmetleri ile iletişim yetersizliği()
- 8.Elektronik veri tabanlarının uygun bir şekilde tasarlanmamış olması()
- 9.Benim bu konudaki bilgi ve becerimin yeterli olmaması ()
- 10.Hastaların birinci basamağa kronik hastalıkların yönetimi için önem vermemesi()
- 11.Herhangi bir engel yok ()
- 12.Diğer

D. HASTA YÖNELİMLİ OLMAYA YÖNELİK SORULAR

53. Aşağıdaki doktor-hasta sağlık ilişkisi modelinin hangisi sizin için daha uygundur?

- a. Doktor, hastaya ayrıntılı bilgi vermeden yapılacaklar konusunda hasta adına tek başına karar vermelidir ()
- b. Doktor, hastalığı ve yapılacaklar konusunda hastaya bilgi vermeli, kararı hastaya bırakmalıdır ()
- c. Doktor, hastalığı ve yapılacaklar konusunda hastaya bilgi vermeli, hastanın isteklerini de yorumlayarak yardımcı olmalıdır ()
- d. Doktor, yapılacaklar konusunda hastayla karşılıklı arkadaşça görüşme yapmalı, hastaya seçenekleri sunarken hasta için en iyiyi de önermelidir ()

54. Daha önce hasta yönelimli(merkezli)yaklaşım kavramını duydunuz mu?

- a. Evet ()
- b. Hayır ()

55. Kronik Hastalık Yönetimi ve/veya Hasta yönelimli(merkezli)yaklaşım konularında eğitim aldınız mı?

- a. Evet ()
- b. Hayır ancak eğitim almak isterim()
- c. Hayır, eğitim almak istemem()

E. HASTA HEKİM YÖNELİM ÖLÇEĞİ(PPOS-TR14)

56. Muayene sırasında neyin konuşulacağına hekim karar vermelidir.

- Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()
- Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

57. Günümüzde sağlık hizmetlerinin birey merkezli olmaktan uzaklaşması, tıp alanındaki ilerlemeler için ödenmesi gereken küçük bir bedeldir.

- Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()
- Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

58. Hastalar hekimlerine güvenmeli ve kendi başlarına sağlık durumları hakkında bilgi edinmeye çalışmamalıdır.

- Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()
- Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

59. Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar.

- Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()
- Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

60. Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.

- Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()
- Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

61. Pek çok hasta yeni bir şey öğrenmiyor olsa bile soru sormaya devam eder.

- Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()
- Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

62. Hekimler hastalara kendileri ile eşit güç ve konumda olan biri gibi davranmalıdırlar.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

63. Hastalar genellikle sağlıkları hakkında bilgi verilmesi yerine, iyi olduklarına dair güvence verilmesini isterler.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

64. Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

65. Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

66. Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

67. Hasta yetkinin her zaman hekimin elinde olduğunun farkında olmalıdır.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

68. Hastayı tedavi etmek için onun kültürel altyapısını ve geçmişini bilmek o kadar da önemli değildir.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

69. Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır.

Kesinlikle katılmıyorum() Katılmıyorum() Kısmen katılmıyorum ()

Kısmen katılıyorum () Katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum()

F.KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE HEKİM PERSPEKTİFİ

Kronik hastalık yönetimi ile ilgili aşağıdaki tablodaki önermeleri günlük pratiğinizde ne kadar uygulayabildiğinizi belirtiniz.

70. Tedavi planını yaparken hastamın görüşlerini alırım.

1.Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3.Bazen () 4.Çoğu zaman () 5.Her zaman ()

71. Tedavim konusunda karar vermesi için hastama seçenekler sunarım.

1.Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3.Bazen () 4.Çoğu zaman () 5.Her zaman ()

72. Hastamı, ilaçları ve etkileri ile ilgili bir sorun yaşarsa bana bildirmesi konusunda bilgilendiririm.

1.Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3.Bazen () 4.Çoğu zaman () 5.Her zaman ()

73. Sağlığı için yapması gerekenleri hastama yazılı olarak veririm.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

74. Hastalarım genellikle bakımlarının iyi düzenlenmiş olmasından memnun kahlrlar.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

75. Kendi bakımını sağlamak için yapacağı şeylerin sağlığını nasıl etkileyeceğini hastalarım açıklarım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

76. Hastalarım tedavi sırasında/sonrası beklentilerinin/amaçlarının ne olduğunu sorarım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

77. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarını geliştirmesi için hastalarım yardım ederim.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

78. Tedavi planının bir kopyasını\örneğini hastama veririm.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

79. Hastalarımı, hastalıklarıyla baş etmede onlara destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik ederim.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

80. Hastalarım, sağlık alışkanlıklarıyla ilgili sorular sorarım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

81. Hastalarım, gerekli olan tedaviyi önerirken onların değerlerini, inançlarını ve geleneklerini dikkate alırım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

82. Hastalarım, günlük yaşamında uygulayabileceği bir tedavi planı yapması için yardım ederim.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

83. Zor zamanlarında bile kendisine bakabilmesi için yapması gerekenler konusunda hastalarım yardım ederim, bilgi veririm.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

84. Hastalarım, hastalığının hayatını nasıl etkileyeceğini sorarım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

85. Sağlık kontrolleri dışında da durumunu izlemek için hastalarım ulaşırım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

86. Hastalarımı, hastalığı konusunda yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik ederim.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

87. Hastalarımı, diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacı olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendiririm.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

88. Diğer branşlardaki hekimlere gitmesinin hastamın tedavisine nasıl yardımcı olacağı kendisine açıklarım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

89. Diğer hekimlerle yaptığı görüşmeler konusunda hastalarımın bilgi alırım.

1. Hiçbir zaman () 2. Nadiren () 3. Bazen () 4. Çoğu zaman () 5. Her zaman ()

EK_B. Etik Kurul Onay Formu

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 08	Tarih: 17/06/2021
	KARAR 08- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN'n (Arş.Gör.Dr.Buket KARACA'nın uzmanlık tezi) "Hatay'da aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimini etkileyen faktörler ve hasta yönelimli yaklaşım" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki	Katılım	İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Prof.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Prof.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Doç.Dr.Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi				
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YO.				

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
26/08/2021	10	36

KARAR 36- Dr.Buket KARACA'nın 17/06/2021 tarih ve 08 nolu karar ile etik onay almış olan Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN'n (Arş.Gör.Dr.Buket KARACA'nın uzmanlık tezi) "Hatay'da aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimini etkileyen faktörler ve hasta yönelimli yaklaşım" isimli çalışmasının anketlerini hem yüzyüze hem de online olarak yapmak istediğine dair vermiş olduğu 20/08/2021 tarihli dilekçesi incelenmiş olup, anketleri online ve yüzyüze yapmasında bir sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Prof.Dr.Hülya YALÇIN
(Başkan Yardımcısı)

(Katılmadı)
Prof.Dr.Ayşe Güler OKYAY
(Başkan Yardımcısı)

(Katılmadı)
Prof.Dr.Alper ASLAN
(Üye)

(İmza)
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Cengiz ARLI
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Fundagül B. ZORTUK
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr.Oğuzhan ÖZCAN
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Üyesi Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(İmza)
Enver Sedat BORAZAN
(Raportör)

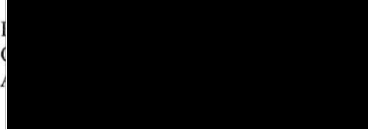
EK_C. Anabilim Dalı İzin Yazısı



T.C.
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı : 1
Konu : (

09/06/2021



DAĞITIM

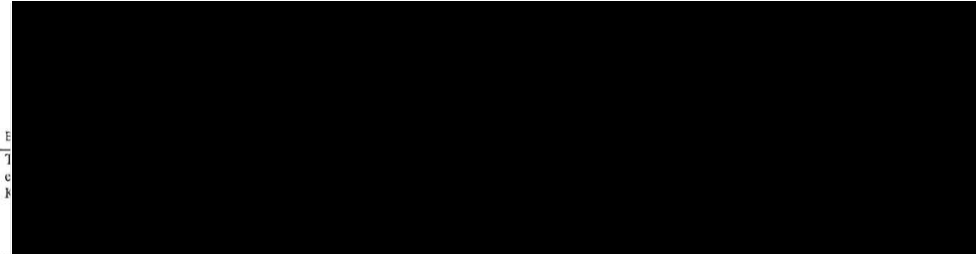
Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN'ın yürütücüsü olduğu ve Arş. Gör. Dr. Buket KARACA'nın "Hatay'da Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Yönetimini Etkileyen Faktörler ve Hasta Yönelimli Yaklaşımı" adlı tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Dağıtım:
Gereği:
Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dekanlığı

Bilgi:
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN (Öğretim
Üyesi)



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK_D. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Komisyon Kararı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	" Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Yönetimini Etkileyen Faktörler ve Hasta Yönelimli Yaklaşımı"
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	İlgili Aile Hekimlikleri
Araştırmanın Statüsü	Uzmanlık Tezi
Eğitim Kurumu/Üniversitesi/Kurumu	Hatay MKÜ Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi
Proje Çalışmasını Yürüten Kişi	Buket KARACA

KARAR: "02.03.2016 tarih ve E.798 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 02/07/2021 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Hatay MKÜ Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesinde çalışmakta olan Buket KARACA'nın "*Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Yönetimini Etkileyen Faktörler ve Hasta Yönelimli Yaklaşımı*" konulu araştırmasını Müdürlüğümüze bağlı ilgili aile hekimliklerinin telefon numaralarına kendi imkanlarıyla ulaşabilmesi durumunda yürütmesi uygun görülmüştür.

Sağlıl

HATAY'DA AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HASTA YÖNELİMLİ YAKLAŞIMI ANKET FORMU



Sayın Katılımcı," Hatay'da Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Yönetimini Etkileyen Faktörler ve Hasta Yönelimli Yaklaşımı " adlı bu çalışma Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olan Dr.Öğrt.Üyesi Evrim ARSLAN'ın danışmanlığında Arş.Gör.Dr. Buket Karaca tarafından yürütülecektir. Araştırma Hatay ilindeki tüm ilçelerdeki(15 ilçe) Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan Aile Hekimleri ve Aile Hekimi Uzmanları ile yapılacaktır. Yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla Hatay'da Aile Sağlığı Merkezlerindeki hekimlerin kronik hastalık yönetimi ve hasta yönelimli yaklaşımlarını ölçmek, etkileyen faktörleri belirlemek ve varsa engelleri saptamak amaçlanmıştır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Araştırma için 17.06.2021 tarihli 08 nolu Etik Kurul ve 12.07.2021 tarihli 60342 evrak sayılı İl Sağlık Müdürlüğü izinleri alınmış olup anket sırasında katılımcıların ad soyad ve kimlik bilgileri alınmayacaktır ve veriler anonim olarak değerlendirilip sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmamayı tercih edebilir yada soruları yanıtlarken son verebilirsiniz. Yaklaşık 10-12 dakika sürecek anket formu toplam 89 sorudur. Yanıtlarınızı soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı seçerek yada açık uçlu sorularda sorunun altına bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda,size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz.Eğer yanıtlar arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.Anket formuna adınızı soyadınızı yazmayınız. Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıda bulunan kısmı işaretleyerek aydınlatılmış onamınızı belirtiniz. Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz yada endişeniz varsa lütfen iletişime geçiniz. Araştırma Ekibi: Dr.Öğrt.Üyesi Evrim Arslan Hatay MKÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D Öğretim üyesi, Arş.Gör.Dr. Buket Karaca Hatay MKÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. [Redacted]

EK_F. PPOS-TR14 Ölçek İzni

HASTA HEKİM YÖNELİM ÖLÇEĞİ -PPOS TR14 Gelen Kutusu x



BUKET KARACA

5 Nis 2021 Pzt 19:58



Merhaba Serdar hocam, Ben Dr.Buket Karaca, Hatay MKÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. da 3.yıl araştırma görevlisiyim. "Hatay'da Aile Hekimlerinin Kronik H...



6 Nis 2021 Sal 01:08



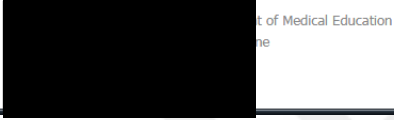
Merhaba Buket Hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.



Serdar OZDEMİR MD, MA, PhD



9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler:

Adı-Soyadı: Buket KARACA

Doğum yeri ve tarihi: [REDACTED]

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: [REDACTED]

Yabancı dili: İngilizce

II. Eğitimi:

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Uzmanlık Öğrencisi (2018-halen devam etmekte)

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi (2004-2010)

Dörtüol Atatürk Lisesi (2001-2004)

III. Ünvanları:

Araştırma Görevlisi (2018- Halen devam etmekte)

Pratisyen Hekim (2010-2018)

IV. Mesleki Deneyimi:

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Uzmanlık Öğrencisi (2018-halen devam etmekte)

İskenderun Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Polikliniği'nde
Pratisyen Hekim (2014-2018)

Dörtüol Devlet Hastanesi'nde Pratisyen Hekim (2012-2014)

İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Pratisyen Hekim
(Mecburi Hizmet) (2010-2012)