

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Kişilerin Hizmetleri Kullanım Durumları ve Sağlık Algılarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Service Usage Status and Health Perceptions of People Applying to Primary Health Care Services

Özgün SOY^{1*}

Muhammet Ali BÖLÜKBAŞ¹

İnci ARIKAN¹

^{1*}Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Kütahya, Türkiye.

*Sorumlu Yazar: ozgun.soy@ksbu.edu.tr

Geliş/Received: 12.10.2024;

Kabul/Accepted: 09.03.2025

Atıf/Citation: Soy, Ö., Bölükbaş, M. A. & Arıkan, İ. (2025). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Kişilerin Hizmetleri Kullanım Durumları ve Sağlık Algılarının Değerlendirilmesi. *UMBD*, 8(1), 1-12

Öz

Bu çalışmanın amacı Kütahya ilindeki birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin hizmetleri kullanım durumlarının tespit edilmesi ve sağlık algıları ile ilişkisinin değerlendirilmesidir. Bu çalışma 15 Ağustos-30 Eylül 2024 tarihleri arasında yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Kütahya ili Merkez ilçede bulunan 5 Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) başvuran 18 yaş ve üstü kişiler oluşturmuştur. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ düzeyi kabul edilmiştir. Çalışmaya 164'ü (%37,7) erkek, 271'i (%62,3) kadın, 214 kişi (%49,5) 39 yaş altında olmak üzere 435 kişi katılmıştır. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $49,63 \pm 7,67$ bulunmuştur. 39 yaş ve altı kişilerin, lisans ve üstü mezun olanların, 5 yaş altı çocuğu olanların ve kronik hastalığı olmayanların Sağlık Algısı Ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların hasta olduklarında ilk başvuru yeri ile cinsiyet ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre genç erişkinlerin sağlık algısı daha yüksek olmasına karşın birinci basamak sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Algısı, Sağlık Hizmeti Kullanımı

Abstract

The aim of this study is to determine the service usage status of people applying to primary health care services in Kütahya and to evaluate its relationship with their health perceptions. This is a cross-sectional study conducted between August 15 and September 30, 2024. The population of the study consisted of people aged 18 and over who applied to 5 Family Medicine Centers located in the central district of Kütahya province. For statistical significance, $p < 0.05$ level was accepted. Of the 435 people who participated in the study, 164 (37.7%) were male, 271 (62.3%) were female, and 214 (49.5%) were 39 years of age or younger. The average score of the participants on The Perception of Health Scale was 49.63 ± 7.67 . The Perception of Health Scale scores were found to be higher in people aged 39 and under, those who graduated from university or above, those who have children under the age of 5, and those who do not have chronic diseases. A statistically significant difference was found between the place where the participants first applied when they became ill and their gender and age. According to the study results, although young adults have a higher health perception, they use primary health care services less.

Keywords: Primary Health Care Services, Health Perception, Healthcare Use

1. Giriş

Ülkemizde cumhuriyetin ilanı ile birlikte Dr. Refik Saydam'ın koruyucu hizmetlere ağırlık vererek başlattığı birinci basamak sağlık hizmetleri 1961 yılına kadar hükümet tabipliği ve dikey sağlık örgütlenmesi ile daha sonra Prof. Dr. Nusret Fişek'in çalışmaları ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile yatay sağlık örgütlenmesi şeklinde yürütülmüştür. Merkezinde sağlık ocaklarının yer aldığı bu örgütlenme modeli 2000'li yılların başına kadar devam etmiştir (Kurt & Şaşmaz, 2012; Metintaş & Metintas, 2023). 2005 yılında Düzce ilinde pilot çalışma olarak başlayan aile hekimliği uygulaması daha sonra tüm ülkeye yayılmış ve sağlık ocaklarının yerini Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) olarak Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü noktalar haline almıştır (Ozcan vd., 2022). Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek amacıyla Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) faaliyete geçirilmiştir (Sağlıklı Hayat Merkezi Rehberi, 2018).

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sisteminin temel bileşenidir ve kişilerin sağlık sistemiyle temas etmesi gereken ilk noktadır. Akut ve kronik sağlık sorunlarına dikkat çekilmesi ve sağlıklı yaşamın teşviki, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi gibi birçok önemli konuda halk sağlığı eyleminin yapılması gereken birinci basamak sağlık hizmetlerine ülkemizde dahil olmak üzere bazı ülkelerde halkın katılımında eksiklikler yaşanmaktadır (Figueira vd., 2018; Fitzpatrick vd., 2023). Kişilerin ilk başvuru noktası olması gerekmesi ve beklenmesine rağmen ülkemizde 2023 yılında yapılan hekim müracaatlarının % 43,3'ü birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılmış ve son yılların en yüksek yüzdesine ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni, 2024). Ancak dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımının yüksek olduğu ülkelerde hastaların %85'i birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı ile ihtiyaçlarına cevap bulmakta, 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerine başvurmak zorunda kalmamaktadır (Ayhan Başer vd., 2015). Doğrudan hastane kullanımının oldukça yaygın olarak görüldüğü ABD'de bile 2019 yılındaki hekim müracaatlarının %50,3'ünün birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlere yapıldığı görülmektedir (Santo & Kang, 2023). Bunun yanında kişilerin sağlık hizmetlerine başvuru tercihlerini etkileyen önemli bir bileşende sağlık algısı durumudur (Leite vd., 2019).

Kişilerin kendi sağlıklarının bireysel değerlendirmesi olarak tanımlanabilen sağlık algısı kavramı bireyin sağlık hakkındaki inanışlarını ve sağlıklı olma algısını içerir. Kişinin kendi sağlığı ile algıladığı riskin büyüklüğü arttıkça koruyucu eylem için motivasyonunun da artacağı düşünülebilir. Kişiler bazen hasta olmamalarına rağmen kendilerini hasta olarak görebilmekte veya birinci basamak sağlık hizmetlerinde basit bir tedavi ile giderilebilecek bir durumu varken doğrudan hastanelere başvurabilmektedir (Özişli, 2023). Sağlık algısının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, ekonomik durum ve medeni durum gibi birçok sosyodemografik özellikten etkilendiği çoğu çalışmada rapor edilmiştir (Gül & Yeşiltaş, 2022; Leite vd., 2019; Oral & Cetinkaya, 2020; Renner vd., 2015). Ayrıca sağlık algısını etkileyebilecek önemli bir faktörde hastanın hekimin talimatlarını iyi anlayabilmesi ve hasta-hekim arasında etkili bir iletişimin olmasıdır. İyi bir iletişim hastanın tedaviye uyumuna ve hasta olduğunda başvuracağı sağlık kuruluşunu belirlemesine yardımcı olacaktır (Chang vd., 2013).

Bu çalışmanın amacı Kütahya ilindeki birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin hizmetleri kullanım durumlarının tespit edilmesi ve sağlık algıları ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

2.Gereç ve Yöntem

Bu çalışma 15 Ağustos-30 Eylül 2024 tarihleri arasında yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Kütahya ili Merkez ilçede bulunan ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı eğitim araştırma bölgesi içinde yer alan 5 Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) başvuran 18 yaş ve üstü kişiler oluşturmıştır. Çalışma için örneklem hacmi %95 güven aralığında, %5 hata payı ve p:%50 (prevalansı bilinmeyen durumlar) alınarak en az 384 kişi olarak belirlenmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden 435 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışma verileri literatür taranarak hazırlanan birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin hizmetleri kullanım durumlarının

değerlendirildiği ve sosyodemografik özellikleri içeren birinci kısım ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) sorularını içeren ikinci kısımdan oluşan anket formu ile katılımcılarla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir.

SAÖ: Diamond tarafından 2007 yılında geliştirilen ölçek likert tipte olup, ölçekte “Kontrol odağı”, “Öz farkındalık”, “Kesinlik” ve “Sağlığın önemi” alt boyutları bulunmaktadır (Diamond vd., 2007). Ölçekteki her bir madde (toplamda 15 madde) “Tamamen katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (2)”, “Hiç katılmıyorum (1)” puan olarak yanıtlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ters puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek puan aralığı min:15- max:75 olarak bildirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kadioğlu tarafından 2012 yılında yapılmış, Cronbach alfa:0.70’dir (Kadioğlu & Yıldız, 2012).

Araştırmanın hipotezleri:

Hipotez 1: Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) puanı ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı fark vardır.

Hipotez 2: Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) puanı ile birinci basamak sağlık hizmeti kullanım özellikleri arasında anlamlı fark vardır.

Etik hususlar:

Çalışma Helsinki Bildirgesinin ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. KSBÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır (2024/10-15). Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar ile yüz yüze görüşme yapılarak anket uygulanmıştır.

İstatistik değerlendirme:

Çalışmanın verileri SPSS for Windows 25.0 paket programı ile değerlendirilirken, tanımlayıcı verilerden; sürekli veriler ortalama, ortanca, standart sapma, minimum, maksimum değerleri ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile sunulmuştur. Mann-Whitney U testi ile Kruskal Wallis testi sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında kullanılırken, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ve çoklu kategorik değişkenlerde Monte-Carlo düzeltmesi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ düzeyi kabul edilmiştir.

3.Bulgular

Çalışmaya 164’ü (%37,7) erkek, 271’i (%62,3) kadın, 435 kişi katıldı ve 214 kişi (%49,5) 39 yaş altında saptandı. Katılımcıların 290’ının (%67,3) evli, 156’sının (%35,9) lisans ve üstü mezunu, 221’inin (%50,8) çalışan, 235’inin (%55,6) gelirinin giderine eşit olduğu görüldü. Katılımcıların 65’i (%14,9) 5 yaş altında çocuğu bulunduğunu, 140’ı (%32,6) kronik hastalığı olduğunu ve kronik hastalığı olanların 86’sı (%65,8) takipleri için devlet hastanesi uzman hekimine gittiğini bildirdi (Tablo 1). Katılımcıların SAÖ’den aldıkları puanın ortalaması $49,63 \pm 7,67$ (Ortanca:49 min:28, max:69) saptandı.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	164	37,7
Kadın	271	62,3
Yaş (n=432)		
39 yaş ve altı	214	49,5
40-59 yaş	167	38,7
60 yaş ve üstü	51	11,8
Medeni Durum (n=431)		
Evli	290	67,3
Evli değil	141	32,7
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	154	35,4
Lise	125	28,7
Lisans ve üstü	156	35,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	221	50,8
Çalışmıyor	214	49,2
Gelir Durumu (n=423)		
Geliri giderinden az	110	26,0
Geliri giderine eşit	235	55,6
Geliri giderinden fazla	78	18,4
5 Yaş Altı Çocuk Olma Durumu		
Var	65	14,9
Yok	370	85,1
Kronik Hastalık Durumu (n=429)		
Evet	140	32,6
Hayır	289	67,4
Kronik Hastalık Takip Yeri (n=137)		
Aile Hekimi	79	57,7
Devlet hastanesi uzman hekim	86	62,8
Özel hastane uzman hekim	20	14,6

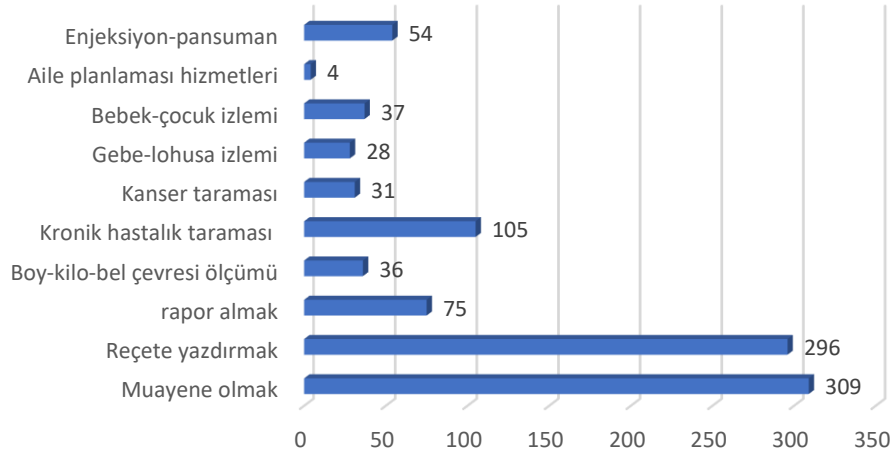
Çalışmaya katılanların 343'ü (%78,9) bağlı bulunduğu aile hekimi tarafından verilen talimatları ve yönlendirmeleri iyi anladığını, 220'si (%50,6) hasta olduğunda ilk olarak ASM'ye gittiğini, 250'si (%57,5) sağlık problemi olduğunda ilk olarak bağlı olduğu aile hekimine danıştığını, 234'ü (%58,5) son 1 yıl içinde 1-4 kez ASM başvurusu olduğunu, 182'si (%42,0) daha önce aile hekimini değiştirdiğini ve aile hekimini değiştirenlerin 87'si (%48,3) değişim nedeninin ASM'nin yaşadığı yerden uzak olması olduğunu, 133'ü (%30,9) son 1 yıl içinde bağlı bulunduğu aile hekimi tarafından hastaneye yönlendirildiğini, 53'ü (%12,5) aile hekimiyle kendi çalışma koşulları hakkında konuştuğunu, 187'si (%43,6) TSM veya SHM kurumlarını duyduğunu ve bu kurumları duyanların 73'ü (%39,0) TSM veya SHM'ye başvurduğunu beyan etti (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım özellikleri

	Sayı	Yüzde
Aile Hekimini Anlama Durumu		
Anlamıyorum	23	5,3
Orta seviyede anlıyorum	69	15,9
İyi anlıyorum	343	78,9
Hasta Olunduğunda İlk Başvuru Yeri		
Aile Sağlığı Merkezi	220	50,6
Hastane	215	49,4
Sağlık Problemi İle İlgili İlk Danışılan Yer		
Aile Hekimi	250	57,5
Hastane Uzman Hekimi	137	31,5
Acil	48	11,0
Son 1 Yıl İçinde ASM Başvuru Sayısı (n=400)		
1-4	234	58,5
5-8	102	25,5
9 ve üstü	64	16,0
Aile Hekimini Değiştirme Durumu (n=433)		
Evet	182	42,0
Hayır	251	58,0
Aile Hekimini Değiştirme Nedeni (n=180)		
İletişimde problem yaşanması	24	13,3
ASM'nin yaşanılan yerden uzak olması	87	48,3
Reçete yazma veya rapor almada sorun yaşanması	14	7,8
Tanıdık kişilerin tavsiyesi	19	10,6
Diğer	36	20,0
Son Bir Yılda Aile Hekimi Tarafından Hastaneye Yönlendirilme Durumu (n=430)		
Evet	133	30,9
Hayır	297	69,1
Aile Hekimiyle Katılımcının Çalışma Koşulları Hakkında Konuşma Durumu (n=424)		
Evet	53	12,5
Hayır	250	59,0
Herhangi bir işte çalışmıyor	121	28,5
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Veya Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) Duyma Durumu (n=429)		
Evet	187	43,6
Hayır	242	56,4
TSM Veya SHM Başvuru Durumu (n=187)		
Evet	73	39,0
Hayır	114	61,0

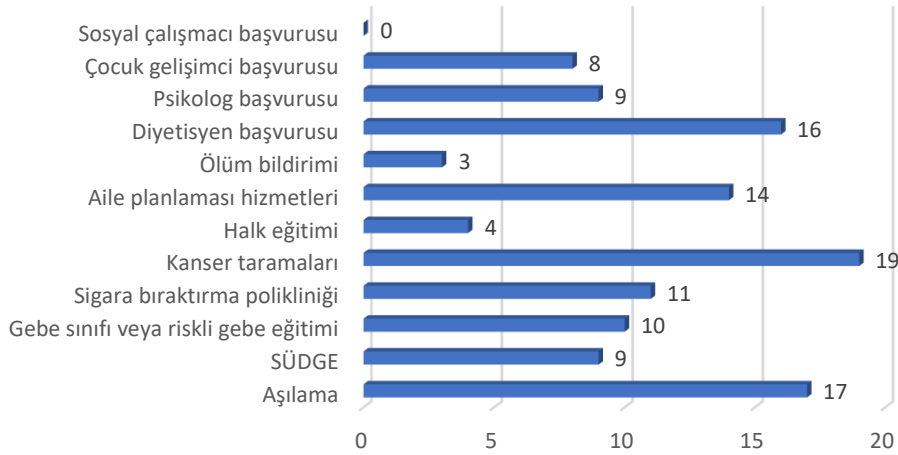
Katılımcılar bağlı bulundukları aile hekimine son 1 yıl içinde en yüksek başvuru nedenlerini muayene olmak, reçete yazdırmak ve kronik hastalık taraması, TSM veya SHM'ye en yüksek başvuru nedenlerini ise kanser taramaları, aşılama ve diyetisyen başvurusu olarak beyan etti (Şekil 1) (Şekil 2).

Aile Hekimine Son 1 Yıl İçinde Başvuru Nedenleri



Şekil 1. Aile Hekimine Son 1 Yıl İçinde Başvuru Nedenleri

TSM veya SHM'ye Başvuru Nedenleri



Şekil 2. TSM veya SHM'ye Başvuru Nedenleri

Katılımcılardan hasta olduklarında ilk olarak ASM'ye başvuranlardan en yüksek iki tercih nedeni, daha hızlı muayene olma (%39,0) ve daha kolay ulaşabilme (%29,8) iken hastaneye başvuranlardan en yüksek iki tercih nedeni ise daha hızlı muayene olma (%27,9) ve daha çok tetkik ve ayrıntılı muayene imkanı olması (%22,8) olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta olunduğunda başvuru ilk kuruma göre tercih nedenleri

	ASM	Hastane
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Hasta Olunduğunda Başvurulan Sağlık Kuruluşu Tercih Nedeni		
Söylenenleri, talimatları ve yönlendirmeleri daha iyi anlayıp uygulayabilme	41 (18,8)	25 (11,6)
Daha hızlı muayene olma	85 (39,0)	60 (27,9)
İlgili Uzman Hekime direkt başvurma	16 (7,3)	48 (22,3)
Daha çok tetkik ve ayrıntılı muayene imkanı olması	11 (5,0)	49 (22,8)
Özel sigorta kapsamında olması	0 (0,0)	8 (3,7)
Daha kolay ulaşabilme	65 (29,8)	25 (11,6)

Katılımcıların hasta olduklarında ilk başvuru yeri ile cinsiyet ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kadınların erkeklere göre ve 60 yaş üzeri kişilerin diğer yaş gruplarına göre ASM'ye daha fazla başvurdukları görüldü. Katılımcıların sağlık problemleri ile ilgili ilk danıştıkları yer ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ve kadınların erkeklere göre aile hekimine daha fazla başvurdukları saptandı. Katılımcıların sağlık problemleri ile ilgili ilk danıştıkları yer ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ve 60 yaş ve üstü kişilerin sağlık problemi ile ilgili ilk olarak aile hekimine daha fazla başvurduğu görüldü (Tablo 4) (Tablo 5).

Tablo 4. Hasta olunduğunda ilk başvuru yerinin cinsiyet ve yaş ile karşılaştırılması

	Hasta Olunduğunda İlk Başvuru Yeri		X ² (p)
	ASM	Hastane	
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	
Cinsiyet			
Kadın	149 (55,0)	122 (45,0)	6,810 (0,009)
Erkek	69 (42,1)	95 (57,9)	
Yaş			
39 yaş ve altı	94 (43,9)	120 (56,1)	8,574 (0,014)
40-59 yaş	90 (53,9)	77 (46,1)	
60 yaş ve üstü	33 (64,7)	18 (35,3)	

X²:Ki kare test**Tablo 5.** Sağlık problemi ile ilgili ilk danışılan yerin cinsiyet ve yaş ile karşılaştırılması

	Sağlık Problemi İle İlgili İlk Danışılan Yer			X ² (p)
	Aile Hekimi	Hastane Uzman Hekim	Acil	
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	
Cinsiyet				
Kadın	169 (62,4)	74 (27,3)	28 (10,3)	7,316 (0,026)
Erkek	81 (49,4)	63 (38,4)	20 (12,2)	
Yaş				
39 yaş ve altı	112 (52,3)	80 (37,4)	22 (10,3)	18,322 (0,001)
40-59 yaş	99 (59,3)	52 (31,1)	16 (9,6)	
60 yaş ve üstü	37 (72,5)	4 (7,8)	10 (19,6)	

X²:Ki kare test

Katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; 39 yaş ve altı kişilerin diğer yaş gruplarına göre, lisans ve üstü mezun olanların diğer eğitim durumu olanlara göre, 5 yaş altı çocuğu olanların olmayanlara göre ve kronik hastalığı olmayanların olanlara göre SAÖ puanları daha yüksek bulundu. Çalışma grubunda bağlı bulundukları aile hekiminin talimatlarını ve yönlendirmelerini iyi anlayanlarda, TSM/ SHM'yi duyanlarda ve sağlık problemi ile ilgili ilk olarak aile hekimine başvuranlarda SAÖ puanları daha yüksek bulundu (Tablo 6) (Tablo 7).

Tablo 6. Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puan ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Sağlık Algısı Ölçeği		Z veya H (p)
		Ort. $\pm$ SS	Ortanca (Min-Max)	
Cinsiyet	Erkek	48,70 $\pm$ 8,16	48 (28-69)	-1,423 (0,155)
	Kadın	49,90 $\pm$ 7,25	49 (32-69)	
Yaş	39 yaş ve altı	50,32 $\pm$ 7,44	50 (28-69)	10,662 (0,005)
	40-59 yaş	49,16 $\pm$ 7,62	49 (30-68)	
	60 yaş ve üstü	46,94 $\pm$ 7,92	47 (30-69)	
Medeni Durum	Evli	49,02 $\pm$ 7,45	49 (30-68)	-1,612 (0,107)
	Evli değil	50,35 $\pm$ 7,95	49 (28-69)	
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	47,05 $\pm$ 6,82	47 (28-68)	32,866 ($<0,001$)
	Lise	49,37 $\pm$ 8,20	49 (30-69)	
	Lisans ve üstü	51,88 $\pm$ 7,15	52 (36-69)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49,55 $\pm$ 7,87	49 (28-69)	-0,212 (0,832)
	Çalışmıyor	49,34 $\pm$ 7,36	49 (32-69)	
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	48,60 $\pm$ 7,60	48 (28-69)	2,714 (0,257)
	Geliri giderine eşit	49,44 $\pm$ 7,76	49 (30-69)	
	Geliri giderinden fazla	50,37 $\pm$ 7,47	50 (36-67)	
5 Yaş Altı Çocuk Olma Durumu	Var	51,48 $\pm$ 7,35	51 (32-68)	-2,359 (0,018)
	Yok	49,09 $\pm$ 7,62	49 (28-69)	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	47,31 $\pm$ 7,66	46 (30-69)	-4,183 ($<0,001$)
	Hayır	50,36 $\pm$ 7,32	50 (28-68)	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Z: Mann Whitney U Test; H: Kruskal Wallis Test

Tablo 7. Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puan ile bazı birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

		Sağlık Algısı Ölçeği		Z veya H (p)
		Ort. $\pm$ SS	Ortanca (Min-Max)	
Aile Hekimini Anlama Durumu	Anlamıyorum	47,78 $\pm$ 8,85	46 (30-66)	29,398 ($<0,001$)
	Orta seviyede anlıyorum	45,07 $\pm$ 6,35	44 (28-57)	
	İyi anlıyorum	50,44 $\pm$ 7,45	50 (32-69)	
Hasta Olunduğunda İlk Başvuru Yeri	Aile Sağlığı Merkezi	49,72 $\pm$ 7,96	49 (28-69)	-0,875 (0,382)
	Hastane	49,17 $\pm$ 7,26	48 (30-68)	
Sağlık Problemi İle İlgili İlk Danışılan Yer	Aile Hekimi	50,02 $\pm$ 7,57	49 (30-68)	9,644 (0,008)
	Hastane Uzman Hekimi	49,71 $\pm$ 7,61	49 (28-69)	
	Acil	46,44 $\pm$ 7,29	45 (33-68)	
Son 1 Yıl İçinde ASM Başvuru Sayısı (n=400)	1-4	49,44 $\pm$ 7,53	49 (28-68)	0,065 (0,968)
	5-8	49,75 $\pm$ 7,79	49 (32-69)	
	9 ve üstü	49,95 $\pm$ 8,04	50 (35-69)	
Aile Hekimi Değişim Durumu	Evet	50,06 $\pm$ 7,47	50 (28-69)	-1,615 (0,106)
	Hayır	48,91 $\pm$ 7,64	49 (30-69)	
Son 1 Yıl İçinde Aile Hekimi Tarafından Hastaneye Yönlendirilme Durumu	Evet	48,42 $\pm$ 7,35	48 (30-68)	-1,697 (0,090)
	Hayır	49,85 $\pm$ 7,66	49 (28-69)	
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Veya Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) Duyma Durumu	Evet	50,88 $\pm$ 7,83	50 (28-69)	-3,556 ($<0,001$)
	Hayır	48,29 $\pm$ 7,20	48 (30-69)	
TSM Veya SHM Başvuru Durumu	Evet	50,71 $\pm$ 8,57	51 (28-68)	-0,215 (0,830)
	Hayır	50,98 $\pm$ 7,36	50 (30-69)	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Z: Mann Whitney U Test; H: Kruskal Wallis Test

4.Tartışma

Hastaların sağlık problemlerinin teşhisi ve tedavisini hızlandırmak için birinci basamağı atlayıp acil servise ve hastanelere başvuru yapmaları son zamanlarda artmıştır. Bu artış ile birlikte hastaların randevu alım tarihleri ileri tarihlere ertelenirken, hastanelerdeki yoğunluk sağlık sistemini yavaşlatmakta ve sağlık çalışanlarının yükünü artırmaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanılma durumu ve bunun anlaşılması önem arz etmektedir. Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin hizmetleri kullanım özellikleri ortaya konulmuş ve sağlık algıları değerlendirilmiştir.

Çalışmada katılımcıların bağlı bulundukları aile hekimine son 1 yıl içerisinde en yüksek başvuru nedenleri; muayene olmak, reçete yazdırmak ve kronik hastalık taraması olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Kayseri’de yapılmış olan bir çalışmada da ilaç yazdırmak ve muayene olmak en yüksek başvuru nedenleri olarak saptanmıştır (Durmuş vd., 2018). Katılımcıların TSM veya SHM’ye en yüksek başvuru nedenleri ise kanser taramaları, aşılama ve diyetisyen başvurusu olarak bulunmuştur. Ankara’da 2014 yılında yapılan bir çalışmada kişilerin TSM’de bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve sağlık eğitimi hizmetlerinin verildiğini bildikleri rapor edilmiştir (Ayca vd., 2017). Karaman ilinde SHM başvuru nedenlerinin incelendiği bir çalışmada da başvuranların en yüksek KETEM biriminden ve beslenme danışmanlığı hizmetlerinden yararlandığı görülmüştür (Ünüvar & Acar, 2020). Çalışmada aile hekimlerine kronik hastalık taraması nedeniyle başvuru sayısının yüksek olması ve TSM/SHM başvuru nedeninin daha çok kanser taramaları olması özellikle bölgemizde bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü açısından ümit vericidir. Ek olarak bu kurumlarda verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin illere göre değişkenlik gösterdiği de unutulmamalıdır.

Çalışma grubunda, hasta olduğunda başvurulacak ilk kurum olarak hastaneyi tercih edenlerden en yüksek iki tercih nedeni; daha hızlı muayene olma (%27,9) ve daha çok tetkik ve ayrıntılı muayene imkanı olmasıdır (%22,8). Vogel ve ark. tarafından yapılmış olan hastaların 1.basamak yerine acil servisi seçme nedenlerinin araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında da acil servislere başvuru nedenleri arasında daha ayrıntılı laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinin olması ortaya konmuştur (Vogel vd., 2019). Höhn ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığı bildirilmiştir (Höhn vd., 2020). Bu çalışmada hasta olduklarında ilk olarak kadınların erkeklere göre daha çok ASM’ye başvurdukları saptanırken, sağlık problemi ile ilgili ilk olarak aile hekimine başvurma yüzdesi yine kadınlarda yüksektir. Bu durumun kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini daha fazla kavramalarından mı yoksa ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru ihtiyaçları olduğu halde başvuramayıp birinci basamak sağlık hizmeti ile yetinmelerinden mi kaynaklandığının açıklanması önemli bir noktadır. Ancak bu konunun açıklığa kavuşması için farklı bir çalışma yapılması gerekmektedir.

Çalışma grubunda 60 yaş üzeri kişilerin diğer yaş gruplarına göre hasta olduklarında ASM’ye daha fazla başvurdukları görülmüştür. Bu yaş grubunda kronik hastalık varlığı daha çok olduğundan ilaçlarını yazdırmak için ASM’yi tercih ettikleri düşünülmüştür. Ayrıca çalışma verileri değerlendirildiğinde, ilaç yazdırmak için başvuran grubun çoğunluğunu 60 yaş üstü katılımcıların oluşturması bu durumu desteklemiştir. Yine bu yaş grubu katılımcıların sağlık problemi yaşadıklarında da ilk olarak aile hekimine danıştığı saptanmıştır. Bu durum kronik rahatsızlığı daha az olan genç katılımcıların akut hastalık halinde hastaneleri daha çok tercih ettikleri kronik hastalıkları daha fazla olan yaşlı kişilerin ise öncelikle ASM’leri tercih ettiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu durumu açıklarken, çalışmamızda 60 yaş üstü katılımcı sayısının az olması ve hastane uzman hekimine randevu alma ile hastaneye ulaşımının zor olmasından etkilenebileceği unutulmamalıdır. Thompson ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise gençlerin yaşlılara göre daha fazla birinci basamak hekimlerine başvurdukları belirtilmiştir (Thompson vd., 2016).

Bireylerde sağlık algısı, sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesine ve bazı sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterebilmektedir (Gül & Yeşiltaş, 2022; Szwarcwald vd., 2015; Oral & Cetinkaya, 2020). 2021’de Mardin’de yapılan bir çalışmada 50-65 yaş arasındaki kişilerin en yüksek sağlık algısına sahip olduğu belirtilmiştir (Yiğitalp vd., 2021). Arjantin’de yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde düşük eğitim

seviyesi düşük sağlık algısı ile ilişkilendirilmiştir (Del Suelo vd., 2018). Fabrika işçilerinde yapılan bir çalışmada ise kronik hastalık durumu ile sağlık algısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Kolaç vd., 2018). 2020 yılında önemli bir birinci basamak hizmeti olan kanser taraması farkındalığı ile sağlık algısı ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise kanser tarama bilgisi ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Şen Karakoyunlu & Kılıç Öztürk, 2020). 2020 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylerin sağlığa ilişkin öz farkındalık düzeyleri arttıkça profesyonel sağlık arama davranışında azalma olduğu görülmüştür (Yaman & Atalay, 2020). Literatürü destekler nitelikte çalışma grubunun sağlık algısı bazı sosyodemografik özelliklere göre değişkenlik göstermiştir. Katılımcılardan 39 yaş altı kişilerin diğer yaş gruplarına göre, lisans ve üstü mezun olanların diğer eğitim durumu olanlara göre, 5 yaş altı çocuğu olanların olmayanlara göre ve kronik hastalığı olmayanların olanlara göre SAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık kuruluşları hastaların hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerini alabildiği ve sağlık algılarının şekillendiği yerlerdir. Aile hekimleri kendi bölgelerinde ve nüfuslarında insanların ihtiyaçlarına yanıt verdiği için hastaların tıbbi ve sosyokültürel geçmişlerini daha iyi anlayabilmekte bu durum karşılıklı güven duyulmasına, farkındalık ve sağlık algısının artmasına yol açabilmektedir (Johansen vd., 2020). Hindistan’da yapılan bir çalışmada toplumun aile hekimini sağlık sorunları için ilk başvuru noktası ve kendilerine tavsiye ve tedavi verebilecekleri güvendikleri sağlık profesyoneli olarak gördüğü bildirilmiştir (Ardey & Ardey, 2015). Katılımcılarda bağlı bulundukları aile hekimini iyi anlayanlarda, TSM veya SHM’yi duyanlarda ve sağlık problemi ile ilgili ilk olarak aile hekimine başvuranlarda SAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşunu kullanan ve duyanlarda sağlık algısının yüksek olması bizim için olumlu bir durumdur. Bireylerin sağlık algılarının yüksek olması, onların sağlıklı hayat tarzına teşvik edilmesine ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine katkı sağlayabilir. SHM’lerde verilen hizmetleri bilmek ve başvurmak ise bunun sağlanması için önemli bir basamaktadır.

5. Sonuç

Çalışma sonuçlarına göre; kadınlarda ve yaşlılarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı yüksek iken, erkeklerin ve genç erişkinlerin birinci basamak sağlık hizmetlerini atlayarak doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurma eğiliminde olduğu görülmüştür. 40 yaş altında, 5 yaş altı çocuğu olanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda ve sağlık problemi ile ilgili ilk olarak aile hekimine başvuranlarda SAÖ puanı daha yüksek saptanmıştır. Özellikle kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini daha çok kullanma nedenleri ve genç erişkinlerin sağlık algısı daha yüksek olmasına karşın birinci basamak sağlık hizmetlerini daha az kullanmasının nedenleri ileri çalışmalarla ortaya konabilir. Farklı bölgelerde ve gruplarda yapılacak çalışmalar ile sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler daha ayrıntılı ele alınabilir.

Çıkar çatışması: Yok

Finansal destek: Yok

Kaynaklar

- Ardey, R., & Ardey, R. (2015). Patient Perceptions and Expectations From Primary Health-care Providers in India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(1), 53–63.
- Aycan, S., Uğraş Dikmen, A., Güven, E. A., Kahraman, A. T., & Büyükdemirci, E. (2017). Ankara’da Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Toplum Sağlığı Merkezleri Hakkında Bilgi Tutum Ve Memnuniyeti. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2(2), 1–11.
- Ayhan Başer, D., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1).
- Chang, C. W., Tseng, T. H., & Woodside, A. G. (2013). Configural algorithms of patient satisfaction, participation in diagnostics, and treatment decisions’ influences on hospital loyalty. *Journal of Services Marketing*, 27(2), 91-103.
- Del Suelo, M., Martell-Claros, N., Abad-Cardiel, M., Zilberman, J. M., Marchegiani, R., & Fernández-Pérez, C. (2018). Health perception in menopausal women. *International Journal of Women’s Health*, (10), 655-661.

- Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., & Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557-561.
- Durmuş, H., Timur, A., Yıldız, S., & Çetinkaya, F. (2018). The satisfaction of the people about Family Medicine who admitted to outpatient clinics of Erciyes University Hospital. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 2-11.
- Figueira, M. C. S., Silva, W. P., & Silva, E. M. (2018). Integrative literature review: access to primary healthcare services. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1178-1188.
- Fitzpatrick, K., Sehgal, A., Montesanti, S., Pianarosa, E., Barnabe, C., Heyd, A., Kleissen, T., & Crowshoe, L. (2023). Examining the role of Indigenous primary healthcare across the globe in supporting populations during public health crises. *Global Public Health*, 18(1), 2049845.
- Gül, İ., & Yeşiltaş, A. (2022). Mental wellbeing and perception of health in the era of COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in the general population. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 97-107.
- Höhn, A., Gampe, J., Lindahl-Jacobsen, R., Christensen, K., & Oksuyzan, A. (2020). Do men avoid seeking medical advice? A register-based analysis of gender-specific changes in primary healthcare use after first hospitalisation at ages 60+ in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(7), 573-579.
- Johansen, A. S., Vracko, P., & West, R. (2020). The evolution of community-based primary health care, Slovenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(5), 353-359.
- Kadıoğlu, H., & Yıldız, A. (2012). Validity and Reliability of Turkish Version of Perception of Health Scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47-53.
- Kolaç, N., Balcı, A.S., Şişman, F.N., Ataçer, B.E., & Dinçer, S. (2018). Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. *Medical Journal of Bakirkoy*, 14(3), 267-274.
- Kurt, A. Ö., & Şaşmaz, T. (2012). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961-2003. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2(1), 21-30.
- Leite, A., Ramires, A., Moura, A., Souto, T., & Maroco, J. (2019). Psychological well-being and health perception: predictors for past, present and future. *Archives of Clinical Psychiatry*, 46(3), 53-60.
- Metintaş, M. Y., & Metintas, S. (2023). Doktor Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı Dönemi Hizmetlerine Genel Bir Bakış. *Osmangazi Tıp Dergisi*, (özel), 23-40.
- Oral, B., & Cetinkaya, F. (2020). Health perceptions and healthy lifestyle behaviors of Erciyes University students. *Medicine Science International Medical Journal*, 9(4), 829.
- Ozcan, F., Elbi, H., & Sevim, S. (2022). Huzurevlerinde Yaşayan Bireyler Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Ne Kadar Bilgi Sahibi? *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 216-221.
- Özişli, Ö. (2023). Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Saha Çalışması. *International Journal of Social Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 10(94), 981-986.
- Renner, B., Gamp, M., Schmälzle, R., & Schupp, H. T. (2015). Health Risk Perception. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 702-709)..
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni. (2024). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49429/0/haber-bulteni-2023-30092024pdf>. Accessed Ekim 3, 2024.
- Sağlıklı Hayat Merkezi Rehberi. (2018). *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*. https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/SAGLIKLI_HAYAT_MERKEZLERI_REHBERI.pdf. Accessed Aralık 13, 2024.
- Santo, L., & Kang, K. (2023). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2019 National Summary Tables. *National Center for Health Statistics (U.S.)*. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/123251> Accessed Aralık 13, 2024.
- Szwarcwald, C. L., Damacena, G. N., de Souza Júnior, P. R., de Almeida, W.daS., de Lima, L. T., Malta, D. C., Stopa, S. R., Vieira, M. L., & Pereira, C. A. (2015). Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 18 Suppl 2, 33-44.

- Şen Karakoyunlu, S., & Kılıç Öztürk, Y. (2020). Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türk Aile Hek Derg*, 24(4), 175–183.
- Thompson, A. E., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W. P., & Aubrey-Bassler, K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Family Practice*, 17(1), 38.
- Ünüvar, B., & Acar, F. (2020). Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Hastaların Tercih Sebeplerinin Araştırılması: Karaman Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 317-327.
- Vogel, J. A., Rising, K. L., Jones, J., Bowden, M. L., Ginde, A. A., & Havranek, E. P. (2019). Reasons Patients Choose the Emergency Department over Primary Care: a Qualitative Metasynthesis. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 261-269.
- Yaman, Z., & Atalay, H. N. (2020). Bireylerin Sağlık Algısının Sağlık Arama Davranışı İle İlişkisinin İncelenmesi. *The Journal of International Educational Sciences*, 25(25), 189-202.
- Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., & Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1), 1109.